ლინა ს. ბიკლი

ბეითჰილის

კლინიკური

გამოკვლევის

საფუძვლები

მეცხრე გამოცემა

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

BATES'

Guide to Physical Examination

AND HISTORY TAKING

NINTH EDITION

Lynn S. Bickley, MD
Professor of Internal Medicine and Neuropsychiatry Texas
Tech Health Sciences Center Lubbock, Texas

Peter G. Szilagyi, MD, MPH
Professor of Pediatrics
Chief, Division of General Pediatrics
University of Rochester School of Medicine and Dentistry
Rochester, New York



LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS
A Wolters Kluwer Company
Philadelphia • Baltimore • New York • London
Buenos Aires • Hong Kong • Sydney • Tokyo

Senior Acquisitions Editor: Elizabeth Nieginski
Senior Developmental Editor: Renee Gagliardi
Senior Production Editor: Sandra Cherrey Scheinin
Senior Production Manager: Helen Ewan
Managing Editor/Production: Erika Kors
Art Director: Joan Wendt
Art Director, Illustrations: Brett MacNaughton
Interior Illustrator: Ann Rains
Manufacturing Manager: William Alberti
Indexer: Alexandra Nickerson
Compositor: Circle Graphics
Printer: R. R. Donnelley-Willard

9th Edition
Copyright © 2007 by Lippincott Williams & Wilkins.

Copyright © 2003, 1999 by Lippincott Williams & Wilkins. Copyright © 1995, 1991, 1987, 1983, 1979, 1974 by J. B. Lippincott Company. All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of it may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means - electronic, mechanical, photocopy, recording, or otherwise - without prior written permission of the publisher, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews and testing and evaluation materials provided by publisher to instructors whose schools have adopted its accompanying textbook. Printed in the United States of America. For information write Lippincott Williams & Wilkins, 530 Walnut Street, Philadelphia PA 19106.

Copyright © 2007, N. Sebiskveradze
Translation into Georgian

Published by arrangement with
`Lippincott Williams & Wilkins`

Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U.S. Government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

9 8 7 6 5 4 3 2 1
Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Bickley, Lynn S.
Bates' guide to physical examination and history taking.-9th ed. / Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyi.
p. ; cm.
Includes bibliographical references and index. ISBN 0-7817-6718-0 (alk. paper)
1. Physical diagnosis. 2. Medical history taking. I. Szilagyi, Peter G. II. Bates, Barbara, 1928-2001. III. Title. IV. Title: Guide to physical examination and history taking.
[DNLM: 1. Physical Examination-methods. 2. Medical History Taking-methods. WB 205 B5836 2007]
RC76.B38 2007
616.07' 54 - dc22

2005023366

ბეიტსის

კლინიკური გამოკვლევის საფუძვლები

მეცხრე გამოცემა

ლინ ს. ბიკლი
პეტერ გ. სცილაგუი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
2007

1. Copyright © 2007
2. © თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2007წ.
თარგმანი ქართულ ენაზე

ISBN 978-9941-0-0096-6
იბეჭდება Lippincott Williams & Wilkins-ის ნებართვით

ბანხორციელებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის "საერთაშორისოდ აღიარებული სახელმძღვანელოების თარგმნის" პროექტის ფარგლებში

ხელმძღვანელი **ხვიაზ თაბუკაშვილი**
შინაგან სნეულებათა დეპარტამენტის პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა სრული პროფესორი

მთარგმნელი-კოორდინატორები **ირმა მამაცაშვილი**
მარინე ჩხაიძე

ხელმძღვანელი-კოორდინატორი **მანანა ღუდუშაური**

პროექტის ხელმძღვანელი **ნანა სებისკვერაძე**

წინასიტყვაობა ქართული გამოცემისთვის

ძვირფასო სტუდენტებო,

მინდა გულწრფელად მოგილოცოთ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ჩემი აზრით ყველაზე მნიშვნელოვანი 5-წლიანი პროექტის "საერთაშორისოდ აღიარებული სახელმძღვანელოების თარგმნა" ფარგლებში პირველი სახელმძღვანელოს, "ბეიტსის ჯერონიჯური გამოკვლევის საფუძვლები" (ავტორი ლინ ს. ბიკერი) ქართულენოვანი გამოცემა, რაც, პირდაპირ უნდა ითქვას, პირველი პრეცენდენტია ჩვენი ქვეყნისათვის სამედიცინო განათლების ისტორიაში.

ამ მეტად პრაქტიკული სახელმძღვანელოს 2007 წლის მე-9 გამოცემის ქართულენოვანი თარგმანის ექსკლუზიური ნებართვა, დიდსულოვნად გაგვიწია მსოფლიოში აღიარებულმა აკადემიურმა გამომცემლობამ Lippincott Williams & Wilkins.

ეს უახლესი გამოცემა ჩამდენიმე ახალი ნიშნითაა გამორჩეული. ჯერჯერობით, მასში ავადმყოფთან ურთიერთობის, ანამნეზის შეკრების და ჯანმრთელობის ისტორიის დადგენის, პრობლემათა ამოცნობის და შეფასების საკითხების გარდა, დანვრილებითაა განხილული ახალშობილის, ბავშვის, მოზარდის, ზრდასრულისა და ხანდაზმული ასაკის პაციენტების, ორსული ქალის ჯერონიჯური (ზოგადი დათვალიერებიდან დაწყებული და სასიცოცხლო ნიშნებით დამთავრებული) გამოკვლევა, რომელიც დაფუძნებულია ადამიანის ორგანიზმის ყველა სისტემისა და ორგანოს ანატომიაზე, ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიაზე. შინაგან დაავადებათა პროპედევტიკის ჩვენში არსებული ტრადიციული სწავლებისგან განსხვავებით თარგმნილ სახელმძღვანელოში ჯერონიჯური გამოკვლევა ორიენტირებულია არა ცალკეულ სისტემაზე და დაავადების სახეობაზე, არამედ ავადმყოფის გასინჯვის თანმიმდევრობაზე (ასე მაგალითად, ჯანი, თმა და ფრჩხილები; თავი და კისერი; გულმკერდი და ფილტვები; მუცელი და ა.შ.), რაც ლოგიკურად გამოვლენილი ზოგი სიმპტომით ორგანიზმის ჩამდენიმე სისტემის შეფასების საშუალებას იძლევა.

გარდა ამისა, სახელმძღვანელოს არცერთი გვერდი პრაქტიკულად არ არის ილუსტრაციების ან ცხრილების გარეშე, რაც აადვილებს ნაკითხულის აღქმასა და დამახსოვრებას. ყოველივე ეს კი დაეხმარება სტუდენტს განამტკიცოს მიღებული ცოდნა და გამოიყენოს იგი პაციენტის გამოკვლევის, სიმპტომების და ობიექტური გასინჯვის შედეგების ინტერპრეტირებისთვის. სახელმძღვანელოს ყველა თავი მოიცავს ახალ ინფორმაციას ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ჯერონიჯური მსჯელობის, აგრეთვე მიღებული მონაცემების სრულფასოვნად ჩაწერის ჩვევების დასაუფლებლად, ხოლო მითითებული ბიბლიოგრაფია ამოწურავს სამედიცინო მეცნიერების .უახლეს ლიტერატურას.

.

ნარმატების სურვილებით,

რექტორი გიორგი მენაბდე

თავი 1
ჯერონტული გამოკვლევის მიმოხილვა 3
ჯანმთელობის ისტორია 4
სტრუქტურა და მიზანი 4
მოზრდილთა განვითარებითი ისტორია 6
ობიექტური გამოკვლევა 11
მიდგომა და მიმოხილვა 11
მოზრდილთა განვითარებითი გამოკვლევა 11
მონაცემთა ჰეგისტრირება 15
ბიბლიოგრაფია 21

თავი 2
გამოკითხვა და ჯანმთელობის ისტორია 23
მზადყოფნა: გამოკითხვის ნარმართვა 26
გამოკითხვის პროცესი: გამოკითხვის პროცესის თანამიმდევრობა 28
სამეცნიერო უთანხმოებების აგება: გამოკითხვის უნარჩვევების ტექნიკა 35
გამოკითხვის ტექნიკის მისადაგება განსაკუთრებულ მდგომარეობებთან 41
მგრძნობიარე საკითხები, რომელიც სპეციფიკურ მიდგომას მოითხოვს 47
გამოკითხვის სოციალური ასპექტები 53
ეთიკა და პროფესიონალიზმი 57
ბიბლიოგრაფია 61

თავი 3
ჯერონტული განხილვა, შეფასება და გეგმა 65
შეფასება და გეგმა: ჯერონტული განხილვის პროცესი 66
ქ-ნი ნ-ის შემთხვევა: შეფასება და გეგმა 70
მეთოდური მოთხოვნები ჯერონტული მონაცემების მიმართ 72
შემთხვევის აგება: ჯერონტული განხილვის და შეფასების შეხვედრა ჯერონტულ მონაცემებთან 79
წერილობითი დოკუმენტაციის შექმნა ავადმყოფის შესახებ 81
ჯერონტული შეფასება: გზა სრულყოფისაკენ 85
ბიბლიოგრაფია 86

თავი 4
ჯერონტული გამოკვლევის დასაწყისი: ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები 89
ანატომია და ფიზიოლოგია 89
ჯანმთელობის ისტორია 93
ჯანმთელობის ხელშეწყობა და ჩრევები 95
გასინჯვის ტექნიკა 97
გასინჯვის დაწყება:
ადგილის შეჩრევა 97
ზოგადი დათვალიერება 103
სასიცოცხლო ნიშნები 105
არტერიული სისხლის ნნევა 106
გულისცემის სიხშირე და რიტმი 111
სუნთქვის სიხშირე და რიტმი 112
ტემპერატურა 112
ბიბლიოგრაფია 114

თავი 5
ჯანი, თმა და ფრჩხილები 121
ანატომია და ფიზიოლოგია 121
ავადმყოფობის ანამნეზი 123
ჯანდაცვის ხელშეწყობა და პრონსულტაცია 124
გამოკვლევის მეთოდები 126
ჯანი 126
ჯანის დაზიანებები პრონტექსტში 127
თმა 128
ფრჩხილები 128
სპეციალური მეთოდები 128
ჯერონტული გამოკვლევის ჩანაწერი 130
ბიბლიოგრაფია 130

თავი 6
თავი და კისერი 153
ანატომია და ფიზიოლოგია 153
თავი 153
თვალი 154
ყური 160
ცხირი და ცხვირის დანამატი ღრუები 162
პირი და ხახა 165
კისერი 168
ანამნეზი 170
თავი 171
თვალები 171
ყურები 172
ცხვირი და დანამატი ღრუები 173
პირის ღრუ, ყელი, კისერი 174
ჯანმთელობის ხელშეწყობა და რეკომენდაციები 175
გამოკვლევის მეთოდია 177
თავი 177
თვალები 177
ყურები 189
ცხვირი და პარანაზალური ნიაღვრები 192
პირი და ხახა 193
კისერი 196
სპეციალური ტექნიკა 200
ჯერონტული გამოკვლევის შედეგების ჩანერა 203
ბიბლიოგრაფია 204

თავი 7
გულმკერდი და ფილტვები 241
ანატომია და ფიზიოლოგია 241
ანამნეზი 248
ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 250
გამოკვლევის მეთოდები 252
სუნთქვის და გულ-მკერდის პირველადი შეფასება 252
გულ-მკერდის უკანა ნანილის გამოკვლევა 253
გულ-მკერდის წინა ზედაპირის გამოკვლევა 261
სპეციალური მეთოდები 265
მონაცემების ჩანერა 266
ბიბლიოგრაფია 266

თავი 8
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა 279
ანატომია და ფიზიოლოგია 279
გულისა და დიდი სისხლძარღვების ზედაპირული პროექცია 279
გულის ღრუები, სარქვლები და სისხლის მიმოქცევა 281
გულის ციკლი 282
გულის ტონების გახლეჩა 284
გულის შეიები 285
აუსკულტაციური მონაცემების გულმკერდის ზედაპირთან დამოკიდებულება 286
გულის გამტარებელი სისტემა 287
გული ჰოგორც ტუმბო 288
არტერიული პულსი და სისხლის ნნევა 289
საყრდენ ვენის ნნევა (სვნ) 290
საყრდენ ვენური პულსაცია 292

ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები 292
ავადმყოფობის ისტორია 293
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჰეკომენდაციები 295
გამოკვლევის მეთოდები 302
საყლე ვენის ნნევა (სვნ) და პულსაცია 302
ჯახოტიდული პულსი 305
გული 307
ინსპექცია და პალპაცია 308
პერკუსია 313
აუსკულტაცია 313
შენიშვნა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შეფასებაზე 319
სპეციალური მეთოდები 319
მიღებული მონაცემების ჩანერა 321
ბიბლიოგრაფია 321

თავი 9
სარძევე ჯირკვლები და იღლია 337
ანატომია და ფიზიოლოგია 337
ქალის სარძევე ჯირკვლები 337
მამაკაცის სარძევე ჯირკვალი 339
ლიმფური სისტემა 339
ანამნეზი 340
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და მსჯელობა 341
გასინჯვის მეთოდიკა 345
ქალის სარძევე ჯირკვალი 345
მამაკაცის სარძევე ჯირკვალი 350
იღლიის ფოსო 350
სპეციალური მეთოდიკა 352
თქვენი მონაცემების ჩანერა 354
ბიბლიოგრაფია 354

თავი 10
მუცელი 359
ანატომია და ფიზიოლოგია 359
ანამნეზი 362
ტუჩ-ნაწლავის ტრაქტი 362
სამარხე სისტემა 368
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 370
გამოკვლევის მეთოდები 374
მუცლის ღრუ 374
ღვიძლი 379
ელენთა 382
თირკმლები 385
შარდის ბუშტი 386
ორქა 386
სპეციალური მეთოდები 387
ასციტის შეფასება 387
შესაძლო აპენდიციტის შეფასება 389
შესაძლო მწვავე ქოლეცისტიტის დადგენა 390
ვენტრალური (მუცლის ჯედლის) თიაქრის შეფასება 390
მუცლის ჯედლის სიმაგრეები 391
მიღებული მონაცემების ჩანერა 391
ბიბლიოგრაფია 392

თავი 11
სასქესო სისტემა და თიაქრები 411
ანატომია და ფიზიოლოგია 411
ანამნეზი 413
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 415
გამოკვლევის მეთოდები 416
ასო 416
სათესლე პარკი და მისი შემადგენლობა 417
თიაქრები 419
სპეციალური მეთოდები 420
სათესლე ჯირკვლის თვითგასინჯვა 420
მიღებული მონაცემების ჩანერა 421
ბიბლიოგრაფია 421

თავი 12
ქალის სასქესო ორგანოები 429
ანატომია და ფიზიოლოგია 429
ანამნეზი 432
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 435
გამოკვლევის მეთოდები 438
გარეგანი გასინჯვა 440
შინაგანი გამოკვლევა 441
თიაქრები 448
სპეციალური მეთოდიკა 448
მიღებული მონაცემების ჩანერა 448
ბიბლიოგრაფია 449

თავი 13
ყითა, სწორი ნაწლავი და ნინამდებარე ჯირკვალი 459
ანატომია და ფიზიოლოგია 459
ანამნეზი 461
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 462
გამოკვლევის მეთოდები 464
მამაკაცი 464
ქალი 467
მიღებული მონაცემების ჩანერა 468
ბიბლიოგრაფია 468

თავი 14
პერიფერიული სისხლძარღვთა სისტემა 473
ანატომია და ფიზიოლოგია 473
არტერიები 473
ვენები 474
ლიმფური სისტემა და ლიმფური კვანძები 476
სითხეების მიმოქცევა და კაპილარული სისტემა 477
ანამნეზი 478
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 479
გამოკვლევის მეთოდები 481
მკლავები 481
ფეხები 482
სპეციალური ტექნიკა 488
მიღებული მონაცემების ჩანერა 491
ბიბლიოგრაფია 491

თავი 15
ძვალ-კუნთოვანი სისტემა 497
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის შეფასება 497
სახსრების სტრუქტურა და ფუნქციები 498
სახსრის ტიპები 499
სინოვიური სახსრების აგებულება 500
ანამნეზი 501
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 504
სპეციფიკური სახსრების გამოკვლევა: ანატომია და ფიზიოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები 507
საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარი 509
მხრები 511
იდაყვი 520
მაჯა და მტევანი 522
ხერხემალი 529
მენჯ-ბარძაყი 537
მუხლი 543
კოჭი და ტერფი 552
სპეციალური ტექნიკა 555

მიღებული მონაცემების ჩანერა 558
ბიბლიოგრაფია 558

თავი 16
ნერვული სისტემა: გონებრივი სტატუსი და ქცევა 573
მიმოხილვა 573
ანამნეზი 575
ჯანმრთელობის ხელშენყობა და განხილვა 576
გამოკვლევის მეთოდები 578
გაცნობიერება და ქცევა 579
საუბარი და მეტყველება 580
გუნება-განწყობა 581
აზროვნება და შეგრძნება 581
კოგნიტური ფუნქცია 584
უმაღლესი კოგნიტური ფუნქციები 586
სპეციალური მეთოდები 588
მიღებული მონაცემების ჩანერა 588
ბიბლიოგრაფია 589

თავი 17
თავის ტვინის ნერვები, მოტორული სისტემა, სენსორული სისტემა და ინტეგრაცია 595
ანატომია და ფიზიოლოგია 595
ცენტრალური ნერვული სისტემა 596
თავის ტვინი 596
ზურგის ტვინი 597
პერიფერიული ნერვული სისტემა 598
თავის ტვინის ნერვები 598
პერიფერიული ნერვები 598
ზურგის ტვინის ინტეგრაცია: მყეს-ძვალთა ღრმა რეფლექსები 600
მოტორული გამტარი გზები 601
სენსორული გამტარებელი გზა 603
ანამნეზი 607
ჯანმრთელობის ხელშენყობა და განხილვა 609
გამოკვლევის მეთოდები 610
თავის ტვინის ნერვები 611
მოტორული სისტემა 616
სენსორული სისტემა 629
ღრმა მყესების რეფლექსები 633
სპეციალური მეთოდები 640
მიღებული მონაცემების ჩანერა 646
ბიბლიოგრაფია 647

თავი 18
ბავშვების შეფასება: ჩვილიდან მოზარდამდე 671
ბავშვის განვითარება 672
სასუნთქი ორგანოები 672
ჩვილობა: ცხოვრების პირველი წელი 674
ბავშვობა: 1-დან 10 წლამდე 675
შუა ბავშვობის პერიოდი: 5-დან 10 წლამდე 679
მოზარდის ასაკი: 11-დან 20 წლამდე 681
ჯანმრთელობის ხელშენყობა და მსჯელობა 685
ექიმის ურთიერთობა ახალშობილთან და ჩვილ ბავშვთან 685
ახალშობილის შეფასება 686
ჩვილი ბავშვის შეფასება 692
ახალშობილთა და ჩვილ ბავშვთა გამოკვლევის მეთოდები 695
ბავშვების გამოკვლევის მიდგომები 738
აღრეული ბავშვობის შეფასება 739
სამუალო ასაკის ბავშვების შეფასება 742
ბავშვთა გამოკვლევის მეთოდები 745
მოზარდების გამოკვლევის მიდგომები 774
მოზარდების გამოკვლევის მეთოდები 776
მიღებული მონაცემების ჩანერა 789
ბიბლიოგრაფია 792

თავი 19
ორსული ქალი 817
ანატომია და ფიზიოლოგია 817
ანამნეზი 822
ჯანმრთელობის ხელშენყობა და განხილვა 823
გამოკვლევის მეთოდები 826
ზოგადი დათვალიერება 827
სასიცოცხლო ნიშნები, სიმაღლე და წონა 827
თავი და კისერი 828
გულ-მკერდი და ფილტვები 828
გული 829
სარძევე ჯირკვლები 829
მუცელი 829
სასქესო ორგანოები, ყრმა, სწორი ნაწლავი 831
ჯიღურები 833
სპეციალური მეთოდები 833
მოდიფიცირებული ღეროვილის მანევრი 833
ვიზიტის დასრულება 836
მიღებული მონაცემების ჩანერა 837
ბიბლიოგრაფია 837

თავი 20
ხანდაზმული პირები 839
ანატომია და ფიზიოლოგია 840
ანამნეზი 848
ავადმყოფთან ურთიერთობა 848
ზოგადი ან განსახილველი სიმპტომების შეფასების სპეციალური საკითხები 851
ჯანმრთელობის ხელშენყობა და მსჯელობა 855
გამოკვლევის მეთოდები 857
ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება: "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი" 857
ხანდაზმულთა ობიექტური გამოკვლევა 861
მიღებული მონაცემების ჩანერა 869
ბიბლიოგრაფია 870
ინდექსი 875

სექცია I

თავი 1
ანამნეზის შეკრების მიმოხილვა
ჯერიატრიული გამოკვლევის დროს

თავი 2
გამოკითხვა და ჯანმრთელობის
ისტორია

თავი 3
ჯერიატრიული გამოკვლევა,
შეფასება, გეგმა

1

ჯერინჯური გამოკვლევისა და ანამნეზის შეკრების მიმოხილვა

ჯერინჯური გამოკვლევის და ანამნეზის შეკრების ტექნიკა, ჩასაც თქვენ შეისწავლით, პაციენტის გამოკვლევისა და მკურნალობის საკუთნეების განმავლობაში ჩამოყალიბებულ ჩვევებს ეხმიანება. თქვენი შესაძლებლობა, შეაგროვოთ ზუსტი და დანვრილებითი ანამნეზი და შეასრულოთ საფუძვლიანი და სწორი გამოკვლევები, გააღრმავებს თქვენს უთანაბრობას პაციენტთან, გააუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას და სწორად მიმართავს თქვენს ჯერინკუს აზროვნებას. თქვენს მიერ შეკრებილი ანამნეზი და ჩატარებული ჯერინჯური გამოკვლევის ხარისხი განსაზღვრავს ავადმყოფთან თქვენი უთანაბრობის მეორე საფეხურს – *გააკეთოთ* სწორი არჩევანი მარაგი ტესტსა და ინსტრუმენტულ კვლევას შორის. ჯვალიფიცირებული ჯერინცისტად ჩამოყალიბების პროცესში თქვენ ცხოვრების მანძილზე ხვდებით ამ მნიშვნელოვან, ავადმყოფთან უთანაბრობასა და ჯერინჯურ ჩვევებს.



როგორც ჯი ავადმყოფის შეფასების სამყაროში მოხვედრით, თქვენ იწყებთ ჯერინჯური კვლევის პირველადი ელემენტების გაერთიანებას: ყურადღებით მოსმენას, ყველა ასაკის, განწყობისა თუ ხასიათის ადამიანის გამოკითხვას, სხვადასხვა სისტემების გასინჯვას და ბოლოს, აკეთებთ ჯერინჯურ შეფასებას. თქვენი გამოცდილება ანამნეზის შეკრებასა და ჯერინჯური კვლევის ნარმართვაში თანდათან გაიზრდება და ღრმად განმავლობაში პირველი ნახვისთანავე შეძლებთ პაციენტის ჯერინჯურ შეფასებას, – მაშინვე განსაზღვრავთ ძირითად სიმპტომებს და დარღვევებს, ძირითად პათოფიზიოლოგიურ ან ფსიქოპათოლოგიურ პროცესებს, მოახდენთ სიმპტომების დაკავშირებას და სხვადასხვა ჰიპოთეზების განხილვით შეარჩევთ სწორს. მუშაობის პროცესი თქვენს წინაშე ავადმყოფთა მრავალფეროვნებას გამოავლენს. პარადოქსია, რომ ჩვენები, რომლებიც ყველა პაციენტის შეფასების საშუალებას მოგცემთ, ასევე მოახდენს თქვენი ნარმოდგენების ფორმირებას ადამიანის უნიკალურ გამოხატულებაზე, რომელიც თქვენზეა მინდობილი.



ამ თავში განხილულია ჯერინჯური დახელოვნების გზები სამ მნიშვნელოვან სფეროში: ანამნეზი, ჯერინჯური კვლევა და მიღებული მონაცემების ჰეგისტირება. აღნერილია ანამნეზის შემადგენელი ნანილები და მოცემულია, როგორ უნდა დაიცვას პაციენტის მიერ მონოდებული ინფორმაცია. აქვე არის განხილული ჯერინჯური კვლევები და ჩეკომენდაციები, თუ როგორ იგრძნოს თავი პაციენტმა კომფორტულად. და ბოლოს, მოცემულია ისტორიის დანერის ნიმუში, სადაც ნარჩენებია ავადმყოფის გამოკითხვისა და ჯერინჯური კვლევის შედეგების გაფორმების ფორმა. ნიგნის შემდგომი თავების შესნავლით, ავადმყოფის გასინჯვის ჩვევებსა და ანამნეზის შეგროვებაში დახელოვნებით თქვენ მოხვდებით ავადყოფის შეფასების სამყაროში – დასანყისში თანდათანობით, შემდგომში ჯი მზარდი დაკმაყოფილების გრძნობითა და გამოცდილებით.

ამ თავის შესნავლის შემდგომ, მომავლის ამოცანების დასახვის მიზნით, მომდევნო თავებზე და ჯერინჯური კომპეტენციის გაღრმავებაზე უნდა გადახვიდეთ.

- *თავი 2,* – ავადმყოფის გამოკითხვა და ანამნეზი - მოიცავს ავადმყოფის გამოკითხვის ჩვევების ტექნიკას;

- *თავი 3,* – ჯერნიჯური მსჯელობა, შეფასება და გეგმა – განხილულია ჯერნიჯური მსჯელობის პროცესი, როგორ უნდა გაფორმდეს დიაგნოზი და გამოჯვლევის გეგმა.

- *თავები 4-დან 17-მდე,* – განხილულია სხვადასხვა სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია, ანამნეზის შეკრების, გასინჯვის ტექნიკის დეტალები, აგრეთვე მოწოდებულია ამ სისტემების ჯანმთელობის ხელშეწყობისა და მათთვის დირექტივები, ავადმყოფობის ისტორიის შევსების მაგალითები.

- *მე-18-ე და მე-20-ე* თავებში აღწერილია მოზრდილთა ანამნეზისა და გასინჯვის ელემენტების გაფართოებული და მორგებული მიდგომა სხვადასხვა პოპულაციებისთვის: ახალშობილები, ჩვილი, მცირენლოვანი ბავშვები და მოზრდილები.

ამ უნარჩვევების დაუფლება, ასევე, პაციენტთან ორმხრივი ნდობის, პატივისცემის და მზრუნველობის შენყობა, თქვენი ჯერნიჯური საქმიანობის მუდმივ დაფასებას განაპირობებს.

ჯანმთელობის ისტორია

იმდენად, რამდენადაც თქვენ ავადმყოფის გამოკითხვის ნარმატებულად განხორციელების ბაზისს ეუფლებით, უპირველესად უნდა შეისნავლოთ ***მოზრდილის ჯანმთელობის ყოვლისმომცველი ანამნეზის*** ელემენტები. ამომწურავი ანამნეზი მოიცავს *ანამნეზის მონაცემებისა და ნყაროს იდენტიფიცირებას, ძირითად ჩივილებს, მიმდინარე დაავადებას, წარსულის მონაცემთა შეკრებას, ანამნეზის პერსონალურ და სოციალურ ასპექტებს, და სისტემების მიმოხილვას.* როდესაც თქვენ უშუალოდ პაციენტთან ურთიერთობთ, უნდა ისნავლოთ ყველა ზემოაღნიშნული დეტალის აღმოჩენა პაციენტის ჯანმთელობის შესახებ და მისი სისტემატიზება. ყურადღება მიაქციეთ იმ ფაქტს, რომ ანამნეზის შეკრების პერიოდში მონაცემები ზუსტად აღნერილი თანნყობით არ მოიპოვება. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თქვენ სწრაფად შეისნავლით იმის დადგენას, თუ როგორ უნდა მიუსადაგოთ ეთმანეთს პაციენტის ანამნეზიდან მოკრებილი სხვადასხვა ინფორმაცია.

სტრუქტურა და მიზანი

ყოვლისმომცველი და ფოკუსირებული ანამნეზი. როდესაც თქვენ სხვადასხვა ტიპის პაციენტის შეფასების გამოცდილებას შეიძენთ, აღმოაჩენთ, რომ განყოფილებაში ან ჯერნიჯაში შემოსული პაციენტები დანვრილებითი ანამნეზის შეგროვებას მოითხოვენ, თუმცა ბევრ სიტუაციაში უფრო მოკნილი, ფოკუსირებული, ანუ პრობლემაზე ორიენტირებული გამოკითხვაა შესაფერისი. ისევე, როგორც მკერავი არგებს ტანზე ახალ ჩასაცმელს, თქვენც ასევე უნდა მიუსადაგოთ ანამნეზის მონაცემები მთელ რიგ ფაქტორებს: პაციენტის მოსაზრებებსა და პრობლემებს; შეფასების მიზნებს; ჯერნიკუს მდგომარეობას (სტაციონარული თუ ამბულატორიული; სპეციალიზებული თუ პირველადი გასინჯვის) და შესაძლო დროის ხანგრძლივობას. დანვრილებითი ანამნეზის ყველა კომპონენტის ცოდნა საშუალებას მოგცემთ ადრიდან ის მონაცემები, რომლებიც ყველაზე მეტად დაგეხმარებათ საჭირო მიმართულებით განიხილოთ პაციენტის ჩივილები. დანვრილებითი ანამნეზის ყველა კომპონენტი სრულად არის აღნერილი მომდევნო გვერდებზე. პედიატრიული ანამნეზი მოცემულია მე-18-ე თავში. მოზრდილისა და პედიატრიული ისტორიების ნიმუშები იმ ნერილობითი დოკუმენტაციის სტანდარტულ ნიმუშებს შეესატყვება, რომლის შესნავლაც მოგინევთ. ამ ანამნეზის განხილვისას, თქვენ შეიძლება შეგხვდეთ სიმპტომების ჩიგი სპეციფიკური ტერმინები. ტერმინების განმარტებას სიმპტომების გამოკითხვის

მეთოდებთან ერთად შესაბამის თავებში ნახავთ.

■ *მოზრდილთა ანამნეზის კომპონენტები*	
საიდენტიფიკაციო მონაცემები	■ **საიდენტიფიკაციო მონაცემები** ასაკი, სქესი, პროფესია, ოჯახური მდგომარეობა ■ **ანამნეზის წყარო** – ჩვეულებრივ პაციენტი, შეიძლება იყოს ოჯახის წევრი, მეგობარი, მომარჯვის ნერვიული ან საექიმო ჩანაწერი. ■ **თუ სიტუაციას შეესაბამება,** შეიძლება გამოიყენოთ მომარჯვის ფორმა.
ინფორმაციის საწყისი	ცვალებადობს პაციენტის მეხსიერების, ნდობისა და განწყობის მიხედვით
ძირითადი ჩივილი(ები)	■ ერთი ან მეტი სიმპტომი ან ჩივილი, რაც ავადმყოფს აიძულებს იზრუნოს საკუთარ თავზე
მიმდინარე დაავადება	■ ხაზს უსვამს ძირითად ჩივილებს და აღნერს, თუ როგორ აღმოცენდა და ვითარდებოდა ეს სიმპტომები ■ მოიცავს ავადმყოფის შეხედულებებსა და შეგრძნებებს დაავადებასთან დაკავშირებით ■ ორგანოთა სისტემის მოკლე მიმოხილვა ■ შეიძლება შეიცავდეს ინფორმაციას მიღებულ წამლებზე, აღერგიაზე, მავნე ჩვევებზე _ თამბაქო და ალკოჰოლი, რასაც ხშირად კავშირი აქვს მიმდინარე დაავადებასთან.
ბაღდატანილი დაავადებები	■ ბავშვობაში გადატანილ დაავადებათა ჩამონათვალი ■ შემდგომ გადატანილი დაავადებები თარიღებით, სულ მცირე ოთხი კატეგორიის: თერაპიული, ქირურგიული, სამეანო/გინეკოლოგიური და ფსიქიატრიული ■ მოიცავს ჯანმთელობის დაცვის ღონისძიებებს, როგორიცაა: აცრები, პროფილაქტიკური კვლევები, ცხოვრების პირობები ■ ჩანაწერები ან დიაგრამები ასაკის და ჯანმთელობის მიხედვით; ასევე, მონაცემები და-ძმების, მშობლების და ნინაპრების სიკვდილის მიზეზების შესახებ
ოჯახური ანამნეზი	■ ოჯახში სპეციფიკური დაავადებების არსებობის დოკუმენტაცია (ჰიპერტენზია, გულის იშემიური დაავადება და სხვ.)
პერსონალური და სოციალური ანამნეზი	■ განათლება, ოჯახური მდგომარეობა, პირადული ინტერესები, ცხოვრების სტილი
სისტემების მიმოხილვა	■ ძირითად სისტემებთან დაკავშირებული ზოგადი სიმპტომების არსებობის ან არ არსებობის დამადასტურებელი საბუთები

დანკვირვებითი ანამნეზის კომპონენტები ქმნის პაციენტის მონათხრობს და ისტორიის ნერვიულობით ფორმას, მაგრამ არ არის მკაცრად განსაზღვრული გამოკითხვის თანმიმდევრობა. ჩვეულებრივ, გამოკითხვა უნდა იყოს მეტად თავისუფალი და უნდა ითვალისწინებდეს ავადმყოფის ინიციატივას და შენიშვნებს, როგორც ეს აღნერილია მე-2 თავში.

სუბიექტური და ობიექტური მონაცემები. მას შემდეგ, რაც თქვენ აითვისებთ ანამნეზის შეგროვების და კლინიკური კვლევის მეთოდებს, უნდა გახსოვდეთ ***სუბიექტის და ობიექტის*** გამოკვლევებს შორის არსებული განსხვავება, რაც შეჯამებულია თანმდევ

ცხრილში. ამ განსხვავების ცოდნა დაგეხმარებათ ეთმანეთს დაუკავშიროთ ლინიკური განსჯა და პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია. ეს დიფერენციაცია ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტის მდგომარეობის წარმოდგენის ჩამოყალიბებისთვის.

განსხვავებები სუბიექტურ და ობიექტურ მონაცემთა შორის

სუბიექტური მონაცემები	ობიექტური მონაცემები
ის მოგითხრობთ ავადმყოფმა	ის ნახეთ გასინჯვისას
ანამნეზი, დაწყებული ძირითადი სიმპტომებიდან, სისტემების მიმოხილვამდე	ლინიკური კვლევის ყველა მონაცემი
მაგალითი: ქალბატონი ბ ასის 54 წლის, სტილისტი, რომელიც აღნიშნავს ზურგის გულ-მკერდის მარცხენა ნახევარში,— "თითქოს სპილო ანვებოდეს" ტკივილი გადაეცემა ყისრის მარცხენა ნაწილსა და მხარში	მაგალითი: ქალბატონი ბ ასის ასაკოვანი თეთრკანიანი ქალი, მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელი, ფონტანქტური და თავაზიანი. T/A 160/80 მმვწყსვ. — 96წთში რიტმული, სუნთქვა 24წთ-ში, სხეულის ტემპერატურა ნორმალური.

III მოზარდთა დანვრილებითი ანამნეზი

საწყისი ინფორმაცია

ექო და თარილი. თარიღის აღნიშვნა ყოველთვის მნიშვნელოვანია. პაციენტის გასინჯვის ექო ყოველთვის ზუსტად უნდა იყოს დოკუმენტირებული, განსაკუთრებით მწვავე, სასწრაფო ან ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებში.

საიდენტიფიკაციო მონაცემები. მოიცავს ასაკს, სქესს, ქორწინებას, საქმიანობას. ანამნეზის მომწოდებელი შეიძლება იყოს პაციენტი, ოჯახის წევრი ან მეგობარი, პოლიციელი, კონსულტანტი, ინფორმაციის მიღება შეიძლება საექიმო ჩანაწერებიდანაც. პაციენტის შეფასებას სკოლიდან, სააგენტოებიდან ან სადაზღვევო კომპანიებიდან შეიძლება არსებითი მნიშვნელობა ენოქებოდეს. კარგად გაფორმებული საექიმო ჩანაწერი მოწოდებული ინფორმაციის სწორად შეფასებაში და შეცდომების თავიდან აცილებაში მოგეხმარებათ.

სანდოობა. თუ ინფორმაცია ეხება ძირითად საკითხს, ის უნდა იყოს დოკუმენტირებული. მაგ. "პაციენტი სიმპტომებს აღწერს გაურკვევლად და არ იძლევა სპეციფიკურ დეტალებს". ეს დასკვნა ასახავს ავადმყოფის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის ხარისხს და, როგორც წესი, გამოკითხვის ბოლოს იწერება.

ძირითადი ჩივილი(ები). უნდა ეცადოთ, რომ მოახდინოთ პაციენტის ნათქვამის ციტირება. მაგ. "ტკივა მტკივა და თავს საშინლად ვგრძნობ". ზოგჯერ პაციენტს არ გააჩნია კონკრეტული ჩივილები, მაგ. "მე მოვედი მოხიგი გასინჯვისთვის", ან "მე მოგმართეთ, რათა ყურადღებით გამოვიკვლიო გული". ამ შემთხვევაში თქვენ პაციენტის მაგივრად შეგიძლიათ აღნიშნოთ მისი მოსვლის მიზეზი.

მიმდინარე დაავადება. ანამნეზის ეს ნაწილი მოიცავს სრულად, სწორად და ქრონოლოგიურად ჩამოყალიბებულ პრობლემებს, რომლებმაც განაპირობა ავადმყოფის მომართვა გამოკვლევისთვის. მონათხრობში ნათლად უნდა ჩანდეს, რა პირობებში განვითარდა ეს პრობლემა, მისი გამოვლინებები და ჩატარებული მკურნალობა. პირველადი ჩივილები კარგად უნდა იყოს დახასიათებული, უნდა იყოს აღწერილი (1) ლოკალიზაცია, (2) ხარისხი, (3) სიმძიმე, (4) სიმპტომების ხანგრძლივობა და გავითარების სიხშირე, (5) როგორ ვითარებაში დაიწყო, (6) ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ სიმპტომთა გაღრმავებას

ან შემცირებას და (7) თანმხლები გამოვლინებები. ეს შვიდი ატიპიური ან არის საკმარისი პაციენტის ყველა სიმპტომის გასარკვევად. ამიტომ ასევე მნიშვნელოვანია, დაემატოს "ჭეშმარიტული (ავადმყოფობასთან დაკავშირებული) პოზიტიური" და "ჭეშმარიტული ნეგატიური", რაც განხილულია განაკვეთში - *ძირითადი ჩივილ (ებ)ი დაკავშირებული სისტემების მიმოხილვასთან*. აღნიშნული იმ სიმპტომთა არსებობას ან არარსებობას განსაზღვრავს, რომლებიც დიფერენციულ დიაგნოზს უკავშირდება და ავადმყოფისთვის ყველაზე შესაფერის მდგომარეობას შეესატყვება. ასევე ხშირად არის გამოსადეგი სხვა სიმპტომების, რომელთა შორის მოიაზრება გულის იშემიური დაავადების რისკ-ფაქტორები ტკივილით გულის არეში, ან მკერნალობის დროს პაციენტებისთვის სინკოპეს სინდრომით. მიმდინარე დაავადება გამოავლენს, თუ როგორ ჰაგიოებს ავადმყოფი საკუთარ სიმპტომებზე და რა გავლენას ახდენს თავად დაავადება მის ცხოვრებაზე. ყოველთვის უნდა გახსოვდეთ, რომ *მონაცემები ავადმყოფიდან სპონტანურად მოედინება, ხოლო ამ მონაცემთა სისტემატიზება თქვენი ვალდებულებაა.*

ხშირად პაციენტი ერთი ჩივილით ან პრობლემით არ მოგმართავთ. თითოეული პრობლემა სრულფასოვანი აღწერილობით არის ნარმოდგენილი შესაბამის თავებში.

აუცილებელია **მკურნალობის კურსის** მითითება, რაც გულისხმობს წარსულში გამოყენებული ნამლების დოზებს, მიღების გზებსა და სიხშირეს; აგრეთვე შინაარ საშუალებებს, უცხო ნამლებს, ვიტამინებს, მინერალურ და მცენარეულ დანამატებს, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს და ოჯახის წევრების, ნათესავების ან მეგობრების მიერ მიცემულ ნამლებს. საჭიროა ავადმყოფს სთხოვოთ, მოგიტანოთ მის მიერ მიღებული ყველა ნამალი, რათა თავად შეამოწმოთ ისინი. უნდა აღნიშნოთ არერგიული რეაქციის არსებობა ნამლებზე (ქავილი ან ღებინება); ასევე არერგია საკვებზე, მწერებზე, ან საყოფაცხოვრებო ფაქტორებზე. ყურადღება უნდა იქნეს გამახვილებული თამბაქოს მოხმარებაზე და წევის ინტენსიობაზე. თუ ავადმყოფი თამბაქოს მომხმარებელია, უნდა დაზუსტდეს მოხმარებულ კოლოფთა ნლიური მაჩვენებელი (თუ ადამიანი ეწევა 1,5 კოლოფს დღეში 12 წლის განმავლობაში, მისი მაჩვენებელი 18-ის ტოლია). თუ ავადმყოფმა შეწყვიტა მოწევა, უნდა დაზუსტდეს ხანმენი ხნის წინ. ასევე ყოველთვის უნდა აღნიშნოთ იღებს თუ არა იგი არეკოჰოლს და ნარკოტიკულ საშუალებებს (გაითვალისწინეთ, რომ თამბაქოს მოხმარება, არეკოჰოლის და ნარკოტიკების მიღება ხშირად და სოციალურ ანამნეზში უნდა იყოს აღნიშნული. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ექიმის აზრით ეს მარნე ჩვევები მიმდინარე დაავადებას მიესადაგება).

გადატანილი დაავადებები

ბავშვობის დაავადებები, როგორიცაა წითელა, ნითურა, ყივანახველა, ჩუტყვავილა, ხუმატიზმი, სიფილისი, პოლიომიელიტი უნდა შევიდეს გადატანილ დაავადებებში. ასევე ბავშვთა ასაკის ნებისმიერი ქრონიკული დაავადება.

მოზრდილთა დაავადებების შესახებ ინფორმაცია ოთხი ძირითადი მიმართულებით უნდა მოიპოვოთ:

- *ოჯახური:* დაავადებები, როგორიცაა დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ჰეპატიტი, ასთმა, შიდსი; მონაცემები ჰოსპიტალიზაციაზე, პარტნიორების სქესი და ჯანმრთელობა);
- *ქირურგიული:* (მოიცავს ჩატარებული ოპერაციების ტიპებს, ჩვენებებს და თარიღს);
- *სამეანო/გინეკოლოგიური:* (ორსულობა, მენსტრუაციის ციკლი, მშობიარობა და სექსუალური ფუნქცია);
- *ფსიქიატრიული:* (თარიღები, დიაგნოზები, ჰოსპიტალიზაცია, ჩატარებული მკურნალობა).

გახსნილი უნდა იქნეს ჯანმთელობის დაცვის ასპექტები, როგორიცაა ჩატარებული აცრები ტეტანუსზე, ყივანახველაზე, დიფტერიაზე, პოლიომიელიტზე, ნითელაზე, გრიპზე, B ჰეპატიტზე, B ტიპის Haemophilus influenza –ზე და პნევმოკოკზე. ასევე, აღნიშნული ჩატარებული გამოკვლევები, როგორიცაა ტუბერკულინის სინჯი, მამოგრაფია, სისხლის ანალიზი, განავლის ანალიზი ფარული სისხლდენაზე, სისხლში ქოლესტერინის დონე. თუ ავადმყოფს არ შეუძლია ამ საკითხებზე ინფორმაციის მოწოდება, ძველი სამედიცინო ჩანაწერების გამოყენებისთვის ნებართვა დაგჭირდებათ.

ოჯახური ანამნეზი. ოჯახური ანამნეზი გულისხმობს ახლის და ჯანმთელობის, ან ახლის და სიკვდილის მიზეზის ამსახველი სქემების ან დიაგრამების შედგენას უახლოეს ნათესავებში; აღნიშნულში მოიაზრება მშობლები, ბებია-ბაბუა, და-ძმა, შვილები და შვილიშვილები. უნდა ჩაიწეროს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობის არსებობა ან არ არსებობა ოჯახში: ჰიპერტენზია, გულის იშემიური დაავადება, სისხლში ქოლესტერინის დონის მომატება, ინსულტი, დიაბეტი, ფარისებური ჯირკვლის და თირკმლების დაავადებები, სიმსივნე (ტიპის დაზუსტება), ართრიტი, ტუბერკულოზი, ასთმა ან ფილტვების დაავადებები, თავის ტკივილი, ეპილეფსიური დაავადებები, სულიერის შემთხვევები, ალკოჰოლის და ნარკოტიკის მიღება, ალერგია, ასევე ავადმყოფის მიერ აღნიშნული სიმპტომები.

პერსონალური და სოციალური ანამნეზი. პერსონალური და სოციალური ანამნეზი მოიცავს პაციენტის პირად ინტერესებს, არსებობის წყაროს, ყოფიერების მდგომარეობას, შიშებს. ასევე, საქმიანობა, სწავლის პროცესი, ოჯახური პირობები, სტრესული მდგომარეობა (როგორც ხანმოკლე ასევე ხანგრძლივი), მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ფაქტები (მაგ., ჯარში სამსახური), ფინანსური მდგომარეობა, პენსიაზე გასვლა, თავისუფალი დროის გატარების სტილი, ჰელიგიური მრწამსი და სულიერი ჩმენა, ყოველდღიური აქტივობა. ხანდაზმულ ან ინვალიდ პაციენტებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოქმედება-აქტივობის საბაზისო დონე. პერსონალური და სოციალური ანამნეზი ასევე მოიცავს ყოველდღიურ ჩვევებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ავადმყოფის ჯანმთელობას ან ნარმომობენ დაავადების რისკს; მათ რიცხვს მიეკუთვნება ყოფილება ვარჯიში და დიეტა. მნიშვნელოვანია ვარჯიშის სიხშირის, ყოველდღიური ყვების, დიეტური დანამატების ან შეზღუდვების დადგენა. ასევე, დასადგენია, იღებს თუ არა პაციენტი ჩაის, ყავას და ტოფეინის შემცველ სხვა სასმელებს და ხმარობს თუ არა თავდაცვის საშუალებებს (უსაფრთხოების ქამარი, ველოსიპედის ჩაფხუტი, მზისგან დამცავი საშუალებები, მონევის სანინააღმდეგო და სხვა **სპეციფიკური** საშუალებები). შეგიძლიათ დაამატოთ ჯანმთელობის დაცვის სხვა **აქტუალური** ღონისძიებები.

პერსონალური და სოციალური შეკითხვები შეგიძლიათ დაუსვათ დაავადების ანამნეზის შეკრების **პროცესში**, ხათა პაციენტმა უფრო მოხერხებულად იგრძნოს თავი.

სისტემების მიმოხილვა. სისტემების მიმოხილვასთან დაკავშირებული შეკითხვების გარკვევა და დასმა ხშირად ბანევს დამწყებ ექიმებს. იფიქრეთ ისეთი კითხვების დასმაზე, რომლებიც "თავიდან ფეხებამდე" მოიცავს პაციენტს. სასურველია პაციენტი წინასწარ მოამზადოთ კითხვებისთვის სიტყვებით: "ანამნეზის მომდევნო ნაწილი უამრავ კითხვას შეიცავს; მიუხედავად სიმრავლისა, ისინი ძალზე მნიშვნელოვანია და სურვილი მაქვს ამომწურავი ინფორმაცია მივიღო". სისტემების მიმოხილვის კითხვათა უმეტესობა სიმპტომებს შეეხება, თუმცა ზოგი ექიმი ამატებს შეკითხვებს ისეთ დაავადებებზე, როგორიცაა პნევმონია ან ტუბერკულოზი.

თუ სისტემების მიმოხილვის პროცესში ავადმყოფი იხსენებს მნიშვნელოვან დაავადებას, აუცილებელია მისი ჩანიშვნა, – როგორც ძირითადი დაავადების ან გადატანილი დაავადებების ნანილი.

გამოკითხვა დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით, რომლებიც შეეხება სხვადასხვა სისტემებს. ეს მოახდენს ავადმყოფის ყურადღების ფოკუსირებას და საშუალებას მოგცემთ შეარჩიოთ უფრო სპეციფიკური კითხვები თქვენთვის საყურადღებო სისტემაზე. სანყისი კითხვების ნიმუშია: "როგორია თქვენი ყურების და სმენის მდგომარეობა?", "როგორია თქვენი ფილტვების და სუნთქვის მდგომარეობა?", "გაქვთ თუ არა გულთან დაკავშირებული პრობლემა?", "როგორია თქვენი საჭმლის მონელების პროცესი?", "ხომ არ განუცდით ტკივილი ნაწლავების არეში?". გაითვალისწინეთ, რომ ავადმყოფის ასაკის, ჩივილების და ჯანმთელობის ზოგად მდგომარეობაზე დაყრდნობით, დამატებითი კითხვების დასმა და, აქედან გამომდინარე, ზოგჯერ თქვენი ლინიკური გადაწყვეტილების ვარიირება მოგინევთ.

პაციენტის გამოკითხვით სისტემების მიხედვით გამოვლინდება მის დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები, ჩაზეც ავადმყოფს ყურადრება არ გაუმახვილებია, განსაკუთრებით იმ სფეროში, რომელიც მიმდინარე დაავადებასთან კავშირში არ არის. ჯანმთელობასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი მოვლენები, როგორიცაა გადატანილი დაავადებები ან მშობების გარდაცვალების მიზეზები, სულყოფილ გარკვევას საჭიროებს. დაიმახსოვრეთ, რომ *ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი მოვლენები მიმდინარე დაავადებასთან ან ცხოვრების ანამნეზის ჩანაწერთან თანხვედრილად უნდა განიხილოთ.* თქვენი მუშაობა მოქნილი უნდა იყოს! ავადმყოფის გამოკითხვის შედეგად მიღებული სხვადასხვა ინფორმაცია უნდა გააფორმოთ ნელილობით მხოლოდ გამოკითხვისა და გასინჯვის დამთავრების შემდგომ.

ზოგიერთი ექიმი სისტემების მიხედვით გამოკითხვას ლინიკური გამოკვლევის დროს ანარმოებს. მაგ. ყურების გასინჯვის დროს ეკითხება მათ შესახებ. თუ პაციენტს მხოლოდ უმნიშვნელო ჩივილები აქვს, ასეთი კომბინაცია ეფექტური იქნება. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს მრავალი ჩივილი აქვს, ერთდროულად ანამნეზის შეგროვება და გასინჯვა შეუძლებელია, რადგან ძნელდება სიმპტომებზე ყურადღების გამახვილება.

ქვემოთ ჩამოთვლილია ის სტანდარტული საკითხები, რის შესახებაც უნდა დაისვას კითხვები სისტემების მიმოხილვისას.

ზოგადი: ჩვეული წონა, ახლანდელი წონის ცვლილება, ტანსაცმელი დაუპატარავდა თუ უფრო თავისუფლად აცვია. საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, ცხელება.

ჯანი: გამონაყარი, სიმაგრე, ჭრილობები, ქავილი, სიმშრალე, ფერი, ფერმკრთალების და თმის ცვლილებები.

თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი, ყელი. *თავი*: თავის ტკივილი, თავის ტრავმა, თავბრუხვევა, *თვალები:* მხედველობა, სათვალე ან კონტაქტური ლინზები, ბოლო გამოკვლევა, ტკივილი, სინათლე, ცრემლიანობა, მხედველობის გარჩევა, ბუნდოვანი მხედველობა, ღაქები, ნეკნილები, სინათლის შიში, გლაუკომა, კატარაქტა. *ყურები:* სმენა, ყურებში ხმაური, წონასწორობის დარღვევა, ტკივილი, ინფექცია, გამონადენი. თუ სმენა დაქვეითებული აქვს, იყენებს თუ არა სასმენ აპარატს. *ცხვირი და დანამატი ღრუები:* ხშირი გაცივება, ცხვირის გაჭედვა, გამონადენი ან ქავილი, პოლიპოზი, სისხლდენა, დანამატი ღრუების პრობლემები. *ყელი (ან პირის ღრუ და ხახა):* კბილების მდგომარეობა, ღრძილები, სისხლმდენი ღრძილები, პრობლემები, ჰამდენად მოხერხებულია პროტეზი, ბოლო ვიზიტი სტომატოლოგთან, ენა, პირის სიმშრალე, ყელის ხშირი ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა.

ყელი: სიმაგრე, ჯირკვლების გადიდება, ფარისებრი ჯირკვალი, ყელის ტკივილი ან გაშეშება.

მკერდი: სიმაგრე, ტკივილი ან დისკომფორტი, ძუძუსთავების მდგომარეობა, შეუძლია თუ არა მკერდის გასინჯვა თავად.

სუნთქვის სისტემა: ხველება, ნახველი (ფერი, ჩაოდენობა), სისხლიანი ხველა, ჭრილი, სუნთქვის დროს სტვენა, პლევრიტი, გულ-მკერდის უკანასკნელი ინტ-

გენოლოგიური გამოკვლევა. ასთმა, ბრონქიტი, ემფიზემა, პნევმონია, ტუბერკულოზი.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: გულის პრობლემები, მაღალი არტერიული სისხლის ნნევა, ჩვემატიზმი, შეიღები, ტკივილი ან დისკომფორტი გულის არეში, გულისფრიალი, ქოშინი, ორთოპნოე, ღამის პაროქსიზმული ქოშინი, შეშუპება, ბოღო ელექტროკარდიოგრაფია ან სხვა კარდიოვასკულური ტესტები.

კუჭ-ნაწლავის სისტემა: ყლაპვის გაძნელება, გულძმარვა, მადა, გულისრევა, ნაწლავთა მოქმედება, განავლის ფერი და ხასიათობა, ექტალური სისხლდენა, შავი ან კუპრისფერი განავალი. ჰემორროიდული კვანძები (ბუასილი), ყაბზობა, ფალარათი. ტკივილი მუცლის არეში, საკვების აუტანლობა, ბოყინი ან მეტეორიზმი. სიყვითლე, ღვიძლის ან ნაღვლის ბუშტის პრობლემები, ჰეპატიტები.

სამარდე ორგანოთა სისტემა: შარდვის სიხშირე, პოლიურია, ნიქტურია, წვა ან ტკივილი შარდვის დროს, ჰემატურია, სამარდე გზების ინფექცია, ქვანაწლები თირკმლებში, შარდის შეუკავებლობა, შარდის ნაკადის შემცირება ან შესუსტება მამაკაცებში.

სასქესო სისტემა: მამაკაცები: თიაქარი, ასოს გაღიზიანება ან გამონაყენი, სათესლე ჯირკვლების გადიდება ან ტკივილი, სქესობრივად გადამდები დაავადებები და ჩატარებული მკურნალობა. სექსუალური ჩვევები, ინტერესები, ფუნქცია, სექსუალური დაკმაყოფილება, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები, პრეზერვატივის ხმარება, შიდსის გამოვლინებები. ქალები: მენსტრუაციის დაწყების დრო, რეგულარულია თუ არა, ციკლებს შორის პერიოდი და სიხშირე. გამონაყენის ხასიათობა, სისხლდენა ციკლებს შორის პერიოდებში ან ციკლის შენყვეტის შემდგომ, ბოღო მენსტრუაცია. დისმენორეა, ჰიმენსტრუალური ტკივილი. მენოპაუზის დადგომის ასაკი, მენოპაუზის სიმპტომები, მენოპაუზის შემდგომი სისხლდენა. 35 ნლის ასაკის ზევით ორსულებში დიეთილსტილბესტროლის გამოყოფა საშვილოსნოდან. საშოდან გამონაყენი, ქავილი, გაღიზიანება, სიმსივნე, სქესობრივად გადამდები დაავადებები და ჩატარებული მკურნალობა. ორსულობების ხასიათობა, მშობიარობის სახეები და ხასიათობა, აბორტების ხასიათობა (სპონტანური და ხელოვნური); ორსულობის გართულებები, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები. სექსუალური ინტერესები, ფუნქცია, სექსუალური დაკმაყოფილება, მტკივნეული ან გაძნელებული სქესობრივი აქტი; პმპ-ინფექციის ზემოქმედება.

პერიფერიული სისხლძარღვები: ხანგამოშვებითი კოჭლობა, სპაზმური ტკივილები კიდურებში, ვენების ვარიკოზი, თრომბი ვენებში, ფეხების შეშუპება, თითების ფერის ცვლილებები ცივ ამინდში, სინითლითა და დაჭიმვით თანხლებული შეშუპება.

კუნთ-სახსროვანი სისტემა: კუნთების და სახსრების ტკივილი, მოძრაობის შეზღუდვა, ართრიტი, ნარკისის ქარი, ზურგის ტკივილი. აღწერეთ დაზიანებული სახსრის ან კუნთის ლოკალიზაცია, შესივება, შენითლება, ტკივილი, მგრძნობელობა, სისუსტე, მოძრაობის შეზღუდვა, სიმპტომების განვითარების დრო (მაგ. დილით თუ საღამოს), ხანგრძლივობა, ტრავმის არსებობა ანამნეზში.

ფსიქიკა: ზოგადი ნევროზული ფონი; დაძაბულობა; ხასიათობრივი ცვლილებები დეპრესიის ჩათვლით, მეხსიერების შეცვლა, თვითმკვლელობის მცდელობები.

ნერვული სისტემა: ხასიათობრივი, ყურადღების ან მეტყველების, ასევე, ორიენტაციის, მეხსიერების, ცნობიერების ან შეფასების უნარის ცვლილებები; თავის ტკივილი, გულისრევა, თავბრუხვევა; სისუსტე და ცნობიერების ხანმოკლე დაკარგვა, გულყრები, დამბლა, მგრძნობელობის დაკარგვა, ტრემორი ან სხვა სახის უნებლიე მოძრაობები.

სისხლის ორგანოთა სისტემა: ანემია, სისხლჩაქცევები ან სისხლდენა, ტრანსფუზიის შემთხვევები ანამნეზში და ამ პროცედურის გახორციელებები.

ენდოკრინული სისტემა: ფარისებრი ჯირკვლის პრობლემები, სითბოსა და სიცივის აუტანლობა, შეტევითი ოფლიანობა, შეტევითი ნყურვილი ან შიმშილი, პოლიურია, ხელთათმანის ან ფეხსაცმლის ზომის შეცვლა.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲒᲐᲛᲝᲙᲕᲚᲔᲕᲐ

მიდგომა და მიმოხილვა

ამ თავში განვიხილავთ *დანვრილებით კლინიკურ გამოკვლევას* და მისი ყველა კომპონენტის აღწერას. დანვრილებითი კლინიკური გამოკვლევა უნდა ჩაუტარდეთ კლინიკაში მოსულ ყველა ავადმყოფს. პრობლემაზე ორიენტირებული ან ფოკუსირებული შეფასებისთვის ახასიათებული ჩივილები გიჯახნახებთ, გამოკვლევის ორმელი სეგმენტი უნდა იქნეს შერჩეული. უნდა მოძებნოთ გამოკვლევის ყველაზე უფრო ფართო მიდგომა, მისი საზღვრები (დანვრილებითი თუ ფოკუსირებული) და ცხრილი, ორმელშიც შეჯამდება გამოკვლევის თანმიმდევრობა, მოცემული მე-4 თავში ("კლინიკური გამოკვლევების დაწყება: ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები"). მე-4 – 17 თავებში განხილულია ინფორმაცია ანატომიასა და ფიზიოლოგიაზე, გამოკითხვის და გასინჯვის მეთოდები, ასევე, მნიშვნელოვანი დარღვევები.

კლინიკური გამოკვლევის განხილვისთვის ახლა უნდა შეისწავლოთ გამოკვლევის თანამიმდევრობის ზუსტი აღწერილობა. უნდა იცოდეთ, რომ ექიმები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან სხვადასხვა სისტემების გასინჯვის მიდგომებით, განსაკუთრებით ეს ეხება კუნთსახსროვან და ნერვულ სისტემებს. ზოგიერთი წესი განხილულია ქვემოთ.

პრაქტიკული მუშაობის დროს თქვენ განავითარებთ გამოკვლევის საკუთარი სისტემატიზაციის სტილს, და გემახსოვრებათ, რომ გამოკვლევა უნდა იყოს სრულყოფილი და პაციენტისთვის კომფორტული. მას შემდეგ, რაც დაასრულებთ შესაბამის თავებში მოცემულ თეორიის და პრაქტიკული ჩვევების სწავლას, ხელახლა ნარეთხეთ ეს მიმოხილვა. ეს იმისთვის არის საჭირო, რომ სრულფასოვნად გაათვითცნობიერთ, – როგორ მოაქციოთ გამოკვლევის ყოველი სეგმენტი ერთ მთლიანობაში.

გასინჯვის კონკრეტული მეთოდის *გამომშავების მიზანია მინიმალური დროის დახარჯვა ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლაზე* (ზურგზე ნოლიდან ნამოჯდომამდე და პირიქით). კლინიკური გამოკვლევის დროს სხეულის ზოგიერთი ნაწილის გასინჯვა უფრო ადვილია მჯდომარე მდგომარეობაში, მაგ. თავის, კისრის, გულ-მკერდის, ფილტვების, მაშინ, როცა სხვა სისტემების გამოკვლევა მნოლიარე მდგომარეობაში ხდება. ამ უკანასკნელთა ჩამონთვლა მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა სისტემა და მუცლის ღრუს ორგანოები. სხვადასხვა სისტემის გამოკვლევისას პაციენტის კონკრეტული მდებარეობები *დარჯვენა სვეტში არის მოცემული.*

ზოგადი დათვალიერება

ზოგადი დათვალიერება. შეისწავლეთ ავადმყოფის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა, სიმაღლე, აღნაგობა, სქესობრივი განვითარება, წონა. აღნიშნეთ სანოლში მდებარე-

დათვალიერება გრძელდება მთელი გამოკვლევის მანძილზე.

ობა, მოტორული აქტივობა, სიარული, ჩაცმულობა, ჰიგიენა და სხეულის ან ამონასუნთქი ჰაერის სპეციფიკური სუნი. შეაფასეთ სახის გამომეტყველება და აღნიშნეთ ავადმყოფის ჩვეულება გამომეტყველებასა და ადამიანებზე. დააკვირდით მეტყველების მანერას და აღნიშნეთ აღელვებულობა ან გონებრივი მდგომარეობა.

სასიცოცხლო ნიშნები. გაზომეთ სიმაღლე და წონა, ახტეხიული სისხლის წნევა. დათვალეთ პულსი და სუნთქვის სიხშირე. საჭიროების შემთხვევაში გაზომეთ სხეულის ტემპერატურა.

პაციენტი ზის სანოლის კიდეზე ან მაგიდასთან, თუ ეს მდგომარეობა უკუნაჩვენები არ არის. შეგიძლიათ იდგეთ პაციენტის პირდაპირ და საჭიროებისამებრ შებრუნდეთ ნებისმიერ მხარეს.

კანი. დაათვალიერეთ სახის კანი. აღნიშნეთ არსებული დაზიანებები, მათი ლოკალიზაცია, ტიპი და ფერი. დაათვალიერეთ თმა და ფრჩხილები, ხელები და სხეულის სხვა ნაწილების კანი.

თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი, ყელი. ***თავი:*** დაათვალიერეთ თმა, კანი, თავის ქალა და სახე. ***თვალები:*** შეამოწმეთ მხედველობის სიმახვილე და მხედველობის ველი. აღნიშნეთ თვალების პოზიცია. დაათვალიერეთ ქუთუთოები, სკლერები და ლორწოვანი გარსები. ირიბი განათებით შეამოწმეთ ფერადი გარსი, ჩრთვანა და ბრიღი. შეადარეთ გუგების მდგომარეობა და მათი რექცია სინათლეზე. აღნიშნეთ ექსტრაოკულური მოძრაობები. ოფთალმოსკოპის საშუალებით გამოიკვლიეთ თვალის ფსკერი. ***ყურები:*** დაათვალიერეთ ყურის ნიჟარები, სასმენი ხვრელები და დაფის აპკები. შეამოწმეთ სმენის სიმახვილე, თუ სმენა დაქვეითებულია, დაადგინეთ ლატერალიზაცია (ჰომელ მხარეს) (Weber-ის ტესტი). შეადარეთ ჰაერის და ძვლების დაკავშირება (Rinne-ს ცდა). ***ცხვირი და დანამატი ღრუები:*** დაათვალიერეთ ცხვირი გარედან, სინათლის და ცხვირის სარკის საშუალებით დაათვალიერეთ ცხვირის ლორწოვანი, ძგიდე, ჰაერის გამტარებლობა. პალპაციით განსაზღვრეთ დანამატი ღრუების მგრძნობელობა ან მტკივნეულობა. ***ყელი (პირის ღრუ და ხახა):*** დაათვალიერეთ ტუჩები, პირის ღრუს ლორწოვანი, ღრძილები, კბილები, ენა, სასა, ტონზილები და ხახა *(ამ განყოფილებას სასურველია გამოიკვლიოთ თავის ქალას ნერვებიც).*

ოფთალმოსკოპიური გამოკვლევისთვის ოთახი ჩაბნელებული უნდა იყოს. ეს ხელს უწყობს გუგის გაფართოებას და აადვილებს ფსკერის დათვალიერებას.

კისერი. დაათვალიერეთ და გასინჯეთ კისრის ღიმფური ჯირკვლები. აღნიშნეთ კისერზე ჩაიმე გამკვრივება ან უჩვეულო პულსაცია. შეამოწმეთ ტრაქეის გადანევა. შეისწავლეთ პაციენტის ხმა, სუნთქვის ჰრობელემები. დაათვალიერეთ და გასინჯეთ ფარისებრი ჯირკვალი.

ფარისებრი ჯირკვლისა და კისრის უკანა ნაწილის გასინჯვისთვის დაეყრდით მჯდომარე პაციენტის უკან, ამავე მდგომარეობაში ისინჯება ასევე გულმკერდის უკანა ნაწილი და ფილტვები

ზურგი. დაათვალიერეთ და გასინჯეთ ზურგის კუნთები.

გულ-მკერდის უკანა მხარე და ფილტვები. დაათვალიერეთ და პალპაციით გასინჯეთ ზურგის ზედა ნაწილის კუნთები. ჩაატარეთ გულ-მკერდის პერკუსია და პალპაცია. ორივე მხარეს დაადგინეთ დიაფრაგმის კიდეები. მოისმინეთ და განსაზღვრეთ სუნთქვის ხმა, საჭიროების შემთხვევაში შეისწავლეთ ბგერითი ხმიანობის გატარება.

სარძევე ჯირკვლები, ღავინები და ეპიტროქლეარი ღიმფური ჯირკვლები. ქალებში დაათვალიერეთ სარძევე ჯირკვლები ჯერ ჩამოშვებული მკლავებით, შემდეგ მკლავების ანევით და ბოლოს დორსის მდგომარეობაში. ქალებში და მამაკაცებში დაათვალიერეთ ღავინის ფოსოები და ღიმფური ჯირკვლები. ასევე ეპიტროქლეარი ღიმფური ჯირკვლები.

პაციენტი ისევ ზის. დაეყრდნით წინიდან

შენიშვნა ჯუნთ-სახსროვანი სისტემისთვის: ამ ფორმისთვის უკვე გაქვთ ჩატარებული ჯუნთ-სახსროვანი სისტემის წინასწარი გამოკვლევა. დათვალიერებული გაქვთ ხელები, ბეჭები, და ქალებში შეფასებული გაქვთ მხრებში მოძრაობის ხარისხი. ამ და შემდგომი გამოკვლევების მიხედვით გადაწყვიტეთ, ჰამდენად გამართლებულია ჯუნთ-სახსროვანი სისტემის სრული გამოკვლევა. საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტის მჯდომარე მდგომარეობაში გამოიკვლიეთ ხელები, მხრები, კისერი, ყბის სახსრები. დათვალიერეთ და პალპაციით გასინჯეთ სახსრები და შეაფასეთ მოძრაობის ამპლიტუდა. *(თქვენ შეგიძლიათ*

აიჩჩიოთ, თავიდანვე გასინჯოთ ზემო ჯიღუჩების ჯუნთების მასა, ძაღა, ჭიმვადობა და ელასტუჩობა, თუ ეს გამოკვლევა მოგვიანებით ჩაატაჩოთ).

პაციენტი წევს ზუჩგზე. სთხოვეთ დაწვეს პიჩქვე. უნდა დადგეთ სანოღის მაჩჯვენა მხაჩეს.

დათვალიეჩებასთან ეთად ასევე ჩაატაჩეთ საჩძევე ჯიჩჯვღების პაღპაცია.

ᲑᲣᲦ-ᲛᲯᲔᲩᲓᲘᲡ ᲜᲘᲜᲐ ᲛᲮᲐᲩᲔ ᲓᲐ ᲤᲘᲦᲢᲕᲔᲑᲘ. ჩაატაჩეთ გუღ-მჯეჩდის ინსპექცია, პაღპაცია და პეჩკუსია. მოისმინეთ სუნთქვითი და სხვა დამატებითი ხმიანობა, და შეისნავღეთ ბგეჩითი ხმის გატაჩება.

გუღ-სისხღძაჩღვთა სისტემის გამოსაკვლევად სანოღის თავი ნამონიეთ 30°-ით, საჭიროების შემთხვევაში დაასეგღიეთ, – 1 საუღღე ვენის პუღსაციის სანახავად.

ᲑᲣᲦ-ᲡᲘᲡᲮᲓᲫᲐᲩᲦᲕᲗᲐ ᲡᲘᲡᲢᲔᲛᲐ. გასინჯეთ საუღღე ვენის პუღსაცია და მჯეჩდის ძვღის ჯუთხესთან გაზომეთ საუღღე ვენის ნნევა. გასინჯეთ ჯაჩოტიდეული პუღსაცია. მოისმინეთ ჯაჩოტიდებში ნაჩმოქმნიღი ხმიანობა.

ჩაატაჩეთ გუღის ატის პაღპაცია. განსაზღვჩეთ გუღის საძგეჩის მდებაჩეობა, ზომა, ამპღიტუდა და ძაღა. სტეტოსკოპით მოისმინეთ მწვეჩვაღი და სტეჩნეული ხაზი. მოისმინეთ აუსკულტაციუჩი ნეჩტიღები ფონენდოსკოპით, გუღის პიჩველი და მეოჩე ტონი და მეოჩე ტონის ფიზიოლოგიუჩი გაოჩება. ასევე, მოისმინეთ გუღის დამატებითი ტონები და შუიღები.

გუღის მწვეჩვაღის მოსმენისას, პაციენტს სთხოვეთ ნახევჩად გაღაბჩუნდეს მაჩცხენა მხაჩეს. გუღის ტონების მოსმენისას პაციენტი ყვღავ ზუჩგზე დაანვინეთ. აოჩტის ჩეგუჩგიტაციის შუიღის მოსასმენად პაციენტი უნდა იჯდეს ნინ გადმოხჩიღი, მოსმენა ხდება ამოსუნთქვის ფაზაში

ᲛᲣᲪᲚᲔᲑᲘ. ჩაატაჩეთ მუცღის ინსპექცია, პაღპაცია და პეჩკუსია. ჩაატაჩეთ ჯეი ზეჩეღე, შემდეგ ღჩმა პაღპაცია. გასინჯეთ ღვიძღი და ეღენთა ჯეი პეჩკუსიით, შემდეგ პაღპაციით. შეეცადეთ გასინჯოთ თიჩკმღები, აოჩტა და აოჩტის პუღსაცია. თუ ეჭვობთ თიჩკმღების ანთებად დაავადებაზე, ჩაატაჩეთ პეჩკუსია წეღის ატში ნეყნ-ხეჩხემღის ჯუთხეებში.

ᲥᲕᲔᲛᲝ ᲯᲘᲦᲣᲩᲔᲑᲘ. სანამ პაციენტი ზუჩგზე წევს, დაათვალიეჩეთ ფეხები. შეისნავღეთ სამი სისტემა. თითოეული ეს სისტემა შემდგომში პაციენტის ფეხზე დგომისას ყვღავ გამოიკვღიეთ.

პაციენტი წევს ზუჩგზე

პაციენტის გასინჯვა ზუჩგზე წოღისას

- პეჩიფეჩიეული სისხღძაჩღვები. პაღპაციით გასინჯეთ ბაჩძაყის პუღსაცია, საჭიროებისას მუხღქვეშა პუღსაცია. გასინჯეთ საზაჩღეღის ღიმფეჩი ჯვანძები. აღნიშნეთ ქვემო ჯიღუჩების შეშუპება, ჯანის ფეჩის შეცვღა, ნყღუღები.

- ჯუნთ-სახსჩოვანი სისტემა. აღნიშნეთ სახსჩების დეფოჩმაცია ან შესიება. დეფოჩმიჩების შემთხვევაში გასინჯეთ პაღპაციით, შეაფასეთ ატის თუ ატა მოძჩაობის შეზღუდვა.

- ნეჩვეული სისტემა. შეაფასეთ ქვემო ჯიღუჩების ჯუნთების მოცუღობა, ტონუსი და დაჭიმუღობა; ასევე შეაფასეთ მგჩძნობეღობა და ჩეფღექსები. გამოიკვღიეთ გამოხატუღია თუ ატა ანომაღუჩი მოძჩაობები.

პაციენტის გამოკვლევა ფეხზე დგომისას

პაციენტი დგას, თქვენ შეგიძღიათ დაჯდეთ სკამზე ან ტაბუჩეტზე.

- პეჩიფეჩიეული სისხღძაჩღვები. დაათვალიეჩეთ ვენები ვატიკოზის ატსებობაზე

- ჯუნთ-სახსჩოვანი სისტემა. გამოიკვღიეთ ხეჩხემღის მაღების მდგომაჩეობა და მოძჩაობა, ფეხების და ტეჩფების მდგომაჩეობა.

- მამაკაცების სასქესო ოჩგანოები და თიაკატი. გასინჯეთ ასო და სკჩოტუმი; ასევე, ატის თუ ატა თიაკატი.

- ნეირული სისტემა. დააკვირდით პაციენტის სიარულს, შეუძლია თუ არა ქუსლებზე და ფეხის ნეკრებზე სიარული, აღგილზე ხტომა, მუხლების მსუბუქი მოხრა. ჩაატარეთ Romberg-ის ცდა და ყურადღება მიაქცით ჰრონატორების მოძრაობის შენარჩუნებას.

ნეირული სისტემა. ნეირული სისტემის სრული გამოკვლევა შეიძლება ჩაატაროთ გასინჯვის ბოლოს. გამოკვლევა შეიცავს ხუთ ნაწილს: გონებრივი მდგომარეობა, თავის ქალას ნერვები (თვალის ფსკერის გამოკვლევის ჩათვლით), მოტორული სისტემა, მგრძნობელობა, რეფლექსები.

პაციენტი ზის ან წევს ზურგზე.

მენტალური სტატუსი. შეამოწმეთ ავადმყოფის ორიენტაციის უნარი, გუნებ-განწყობა, აზროვნება, აღქმის უნარი, გამჭრიახობა და ანალიზის უნარი, მეხსიერება და ყურადღება, სიტყვის მარაგი, ანგარიშის უნარი, აბსტრაქტული აზროვნება და ჯონსტრუქციულობის უნარი.

თავის ქალას ნერვები. თუ აქამდე არ გამოგიკვლევიათ, შეამოწმეთ ყნოსვა, სახის ჯუნთების ძალა, ჯორნეალური რეფლექსი, მიმიკა, ხახის რეფლექსი, ტრაპეციული და მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი ჯუნთების ძალა.

მოტორული სისტემა. ჯუნთების ძირითადი ჯგუფების მასა, ძალა, ქიმვადობა. ცერებრული ფუნქციები: სწრაფი ალტერნაციული მოძრაობები, ნერკვილიდან ნერკვილამდე მოძრაობა (ცხვირ-თითის და ქუსლ-ნვივის ცდები); სიარულის მანერა.

მგრძნობელობა. ტკივილი, ტემპერატურა, სინათლის აღქმა, ვიბრაციული და დისკრიმინაციული მგრძნობელობები; შეადარეთ მარჯვენა და მარცხენა მხარეები და კიდურების დისტალური და პროქსიმალური ნაწილები.

რეფლექსები. ბიცეპსის, ტრიცეპსის, ბრაქიორადიალური, მუხლის, აქილევსის მყესის რეფლექსების ჩათვლით, ასევე პლანტარული ან Babinski-ის რეფლექსი.

დამატებითი გასინჯვა. ექტალური და გენიტალური გასინჯვები ხშირად ლინიკური გამოკვლევის ბოლოს ტარდება. პაციენტის პოზიცია მითითებულია კომენტარებში.

ექტალური გასინჯვა მამაკაცებში. დათვალიერდება საკრო-კოქსიგეალური და პერიანალური არეები. პალპირდება ანალური ხვეული, სწორი ნაწლავი და პროსტატა. თუ პაციენტს დგომა არ შეუძლია, გენიტალური მიდამო ექტალურ გასინჯვამდე უნდა დათვალიერდეს.

პაციენტი წევს მარცხენა გვერდზე ექტალური გასინჯვისთვის

გენიტალური და ექტალური გასინჯვა ქალებში. გასინჯეთ გარეთა გენიტალური მიდამოს, სამოსა და სამვილოსნოს ყელი. აიღება სამოს "Pap"-ნაცხი (George N. Papanicolaou - ამერიკელი მეცნიერი, რომელმაც შეიმუშავა სამვილოსნოს კიბოს ადრეული დეტექციის მეთოდი. ამ მეთოდით, სპეციფიკური ჰისტოლოგიით ნარჩენებს ეწყობა ეპითელიური უჯრედების {"exfoliatio" ლათ. – ჯანის ან ნეკრობული ქსოვილების ქრცვისებრი აქერცვლა} შეღებვა და, გამომდინარე აქედან, დაავადებული ქსოვილების დიფერენცირება, რედ.).

პაციენტი წევს ზურგზე ლითოტომიის პოზაში (Lithotomia, - ლათ. ჯენჯის ამოღება სამარხედ გზებიდან განაკვეთის გაკეთების გზით; რედ.). თქვენ შეგიძლიათ იჯდეთ სარეთან ხელში, შემდეგში, სამვილოსნოს, საკვერცხეებისა და სწორი ნაწლავის ბიმანუალური გასინჯვისას შეგიძლიათ დადგეთ.

მონაცემთა ჩაბისტჩირება

თქვენ ახლა უკვე მზად ხართ განიხილოთ შეკრებილი ნეირობითი ინფორმაცია, სადაც დოკუმენტირებულია პაციენტის ანამნეზი და კლინიკური მონაცემები, იღუსტრირებული ქვემოთ ქ-ნი "ნ"-ს მაგალითის გამოყენებით. ანამნეზური და კლინიკური გამოკვლევის მონაცემები ნამდვილ ბაზისს პაციენტის შემდგომი შეფასების, მენეჯმენტის, თქვენი გეგმების და შემდგომი საფეხურებისკენ. თქვენი ნეირობითი ანგარიში ასრულებს ანამნეზური და კლინიკური გამოკვლევის შედეგებზე ინფორმაციის ორგანიზებას და აკავშირებს პაციენტის კლინიკურ პრობლემებს მისი მკურნალობის კურსის ყველა წევრთან. ნახავთ, რომ სტანდარტიზებული ფორმატი ხშირად ინფორმაციის გადაცემის ყველაზე ეფექტური და მოსახერხებელი გზაა.

თქვენი ნეირობითი ანგარიში ასევე ადვილებს კლინიკურ განსჯას და ინფორმაციულად გაკავშირებთ კანდიდატის სფეროს მრავალ პროფესიონალთან, რომლებსაც თქვენი პაციენტის მკურნალობაში. ᲗᲐᲕᲘ 3 – კლინიკური განხილვა, შეფასება და გეგმა უზრუნველყოფს ინფორმაციის კიდევ უფრო ღრმა და დეტალური ანალიზის შესწავლის პროცესს.

თუ დამწყები ექიმი ხართ, მიმდინარე ავადმყოფობის სრულფასოვანი დოკუმენტირება გაცილებით მეტად მოგეთხოვებათ, თუმცა ეს ნუ შეგაცბუნებთ. უთითხდაკავშირებული სიმპტომებისა და კლინიკური ნიშნების დასაკვეთებლად შესაბამისი კრება საჭიროა. თუ თქვენ გაეთვითცნობიერებული ხართ, მაგალითად, ჰიპერთირეოზში, არ იქნება ნათელი, რომ კუნთების სისუსტე, ტემპერატურული ჰეკქცია, მომატებული ოფლიანობა, ფაღარათი და წონაში დაკლება, მიმდინარე დაავადების სიმპტომებია. ვიდრე თქვენი კრება და შეფასების უნარი დაიხვენება, ავადმყოფის ანამნეზი და სიმპტომების შვიდი საკვანძო ნიშანი. ნამდვილად დამხმარე მასალას და დირექტივებს იმის შესახებ, თუ რა უნდა იქნეს შეტანილი ჩანაწერების ამ ნაწილში.

ჩრევები ნათელი და ზუსტი ალგორითმისთვის

ანგარიში უნდა დაწეროთ რაც შეიძლება სწრაფად, ვიდრე მონაცემები თქვენს მეხსიერებაში კვლავ არსებობს. თავდაპირველად, პაციენტთან საუბრისას, აღბათ არჩევთ გააკეთოთ მოკლე ჩანაწერები. გამოკვლევების შეძენის შემდეგაც იმუშავეთ მიმდინარე დაავადებაზე, ნარსულის სამედიცინო, ოჯახის, პირსონალის და სოციალურ ანამნეზზე და სისტემების მიმოხილვის საბოლოო ფორმით გამოკითხვის პროცესში ჩანერაზე. გამოტოვეთ აღგილები დეტალების მოგვიანებით შესატანად. კლინიკური გასინჯვის დროს, სპეციფიკური გაზომვებისთანავე გაკეთეთ ჩანაწერები, ასეთებია მაგ: არტერიული სისხლის ნნევა და გულისცემის სიხშირე. მეორეს მხრივ, ნერა სხვადასხვა განკვეთში განყვეტინებთ გასინჯვის მიმდინარეობას, თუმცა მაღევე ისწავლით მიღებული შედეგების გახსენებას და ჩანერით მათ დამთავრების შემდეგ.

ზოგიერთი მნიშვნელოვანი დეტალი გამოარჩევს ზუსტ და კარგად ჩამოყალიბებულ ნეირობით ანგარიშს. განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმეთ ხიგითობასა და დეტალების მნიშვნელობას, როგორც ეს განხილულია ქვემოთ მოყვანილ ანგარიშში და მომავალშიც, როცა თქვენა ანგარიშებს შეადგენთ. გახსოვდეთ, თუ გარკვევითაა დანერილი, კარგი ჩანაწერი ყოველთვის გასაგები და მისაღები იქნება.

ჩვევები ნათელი და ზუსტი აღნეჰილობისთვის (გაგრძელება)

ჩანაწერის ხიბითობა

ხიგითობა უნდა იყოს თანამიმდევრული და თვალნათლივი, ხათა მომავალში მკითხველმა (თქვენი ჩათვლით) ადვილად მონახოს ინფორმაციის სპეციფიკური ნაწილები. ჩაწერეთ ანამნეზის საკითხები ანამნეზში და ნუ მოხვდება იგი ჯერიატრის გამოკვლევაში. დაყავით სათაურები, გახადეთ ისინი ნათელი და დაიცავით მათ შორის ადგილები თქვენი ორგანიზებულობის ხაზგასასმელად. შექმენით გამომსახველობა ვახსენებებით და ხაზი გაუსვით მნიშვნელოვან მომენტებს. დაიწყეთ მიმდინარე დაავადება ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით, დაიწყეთ ბოლო ეპიზოდით და შემდეგ შეავსეთ შესაბამისი დასაბუთებული ინფორმაციით. თუ პაციენტი ხანგრძლივი პეიოდის დიაბეტით, ჰოსპიტალიზებულია ჯომის გამო, დაიწყეთ მონაცემებით, რომელიც ჯომისთვისაა დამახასიათებელი და შემდგომ შეავსეთ პაციენტის დიაბეტის ნასული ანამნეზი.

დეტალების თანამიმდევრობის მნიშვნელობა

ასევე, მოითხოვება დამატებითი დეტალების გამოკვლევის თანამიმდევრობა. იგი უნდა შეესაბამებოდეს თემას, მაგრამ არ უნდა იყოს გადამეტებული. განიხილეთ ქ-ნი ნ-ს ჩანიშნული მონაცემები, შემდეგ დაუბრუნდით ჩამონათვალს და გააკეთეთ დასკვნა, – შეესაბამება თუ არა აღნიშნული ჩანაწერის ხიგითობა და დეტალების ჩართვა კარგი სამედიცინო ანგარიშის სტანდარტს.

ანამნეზისა და კლინიკური გამოკვლევის ნეხილობითი მონაცემები: ქ-ნი "ნ"-ს შემთხვევა

8/30/02
ქ-ნი არის სასიამოვნო გარეგნობის, 54 წლის, გამყიდველი, მცხოვრები ამარილოში, ტეხასი.
გამომგზავნი – არავის არ გამოუგზავნია
ნყარო და სანდოობა – თვითდინებით; გამოიყენება სანდოდ.

ძირითადი ჩივილი: "ჩემი თავის ტკივილი"

მიმდინარე დაავადება: დაახლოებით 3 თვეა ქალბატონს აღენიშნება თავის ტკივილები შებლის არეში, ზოგადად, ორმხრივი, მფეთქავი, სუსტიდან საშუალო სიმძიმემდე. მან გააცნინა სამსახური გულისრევის და ბრილებინების გამო. თავის ტკივილი ამჟამად აღენიშნება კვირაში ეთხელ, უმეტესო კავშირშია სტრესთან და გრძელდება 4-6 სთ. ტკივილები მკრიდება ძილის და თავზე ნამიანი პირსახოცის დადებით. მკრიე შვებას იძლევა ასპირინი. არ არის დაკავშირებული ვიზუალურ ან სენსო-მოტორულ ცვლილებებთან და პრესთეზიებთან.

"სუსტი თავის ტკივილები" გულისრევითა და ბრილებინებით დაენყო 15 წლის ასაკში, მეორდებოდა 20 წლამდე, შემდეგ დაიკლო, აღინიშნებოდა 2-3 თვეში ეთხელ და ნელ-ნელა გაქრა.

პაციენტი აღნიშნავს ნნევის მომატებას სამსახურში, სადაც მას ახალი და მომთხოვნი უფროსი ჰყავს. იგი აგრეთვე ნუხს ქალიშვილზე (იხ. პერსონალური და სოციალური ანამნეზი). ფიქრობს, რომ თავის ტკივილები მისი ახალგაზრდობის დროინდელი ტკივილების მსგავსია, მაგრამ უნდა რომ დარნმუნებული იყოს, ვინაიდან დენა ინსულტით გარდაეცვალა. შიშობს, რომ ჩივილები დაკავშირებულია

მის სამუშაოსთან და აღვიღად აგზნებადია ოჯახში. ღღეში ჭამს 3-ჯეჰ, სვამს 3-ჯეჰ ჭიქა ყავას; ღამით ჯოჯა-ჯოღას.

ნამღები: ასპიჰინი 1-2 ტაბ. 4-6 სთ-ში ეჰთხეღ საჭიჰოებისას. ნაჰსუღში უშუჰღებოღა ნვივები, ამჟამად აჰა.

აღეჰგიული ჰეაქსიები: ამპისიღინი ინვევს სინითიღეს.

თამბაქო: ენევა 1 ჯოღოფს ღღეში 18 წლიღან.

აღტოჰოლი/ნამღები: აღტოჰოლს ეტანება იშვიათად; აჯძაღუღ ნამღებს აჰ ხმაჰობს

ნაჰსუღი ანამნეზი

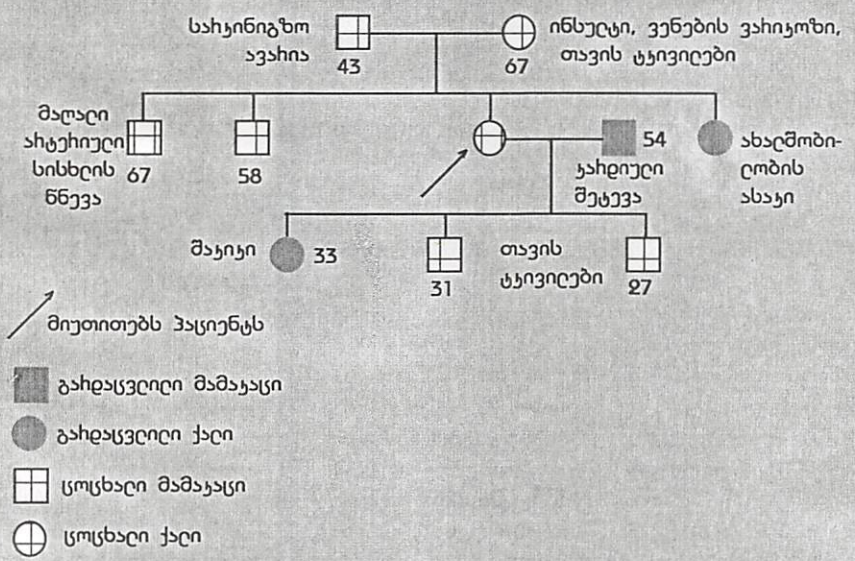
ბავშვობაში გაღატანიღი ღაავაღებები: ნითეღა, ჩეტყვავიღა. ქუნთჰუშა და ჰევმატუღი ცხეღება აჰ გაღაუტანია.

მოზჩღიღობის ღაავაღებები:

თეჰაპიული: პიეღონეფჩიტი, 1982, ცხეღებითა და ტჯივიღით მაჩჯვენა ფეჩიქვეშა აჩეში; მჯუჩნაღობღა ამპისიღინით; მომღევნო ჩამოღინემე ღღეში განვითაჩღა ქავიღით თანხღებუღი გენეჩაღიზიჩებუღი სინითიღე. თიჩჯმღები ჩენტგენოღოგიური გამოჯვღევით ნოჩმაშია; ინფუქსია აღაჩ განმეოჩებუღა. ***ქიჩუჩგიული:*** ტონზიღექტომია 6 წლის ასაჯში, აპენღექტომია 13 წლის ასაჯში, 1991 წეღს შუშაზე დაბიჯების შემღგომ აღენიშნება ნანიბუჩი ნაფღეთი ქჩიღობის გამო. ***მეან/გინეკ.:*** ჰქონღა 3 ნოჩმაღუჩი ვაგინუჩი მშობიაჩობა, ჰყავს 3 ცოცხაღი ბავშვი. მენსტჩუაცია ღაენყო 12 წლის ასაჯში. ბოღო მენზესი ჰქონღა 6 თვის წინ. მციჩეა ინტეჩესი სექსის მიმაჩთ. სექსუაღუჩაღ აჩააქტიუჩი. აჩ იცის შიღსის შესახებ. ***ფსიქიატჩიული:*** ღაავაღება აჩ ჰქონია.

ჯანმჩთეღობის მენაჩჩენება. იმუნიზაცია: ოჩაღუჩი პოღიომიეღიტის ვაქცინა, ნეღი აჩასაჩნმუნოა; ტეტანუსზე - 2-ჯეჰ, 1991 წ. აქტიუჩი იმუნიზაცია; გჩიპის ვაქცინა - 2000 წეღს, ჩეაქცია – აჩ ჰქონია. ***სჯჩინინგ-ტესტები:*** ბოღოს, საშოს "Pap" ნაცხი (1998 წ) ნოჩმის ფაჩგეებშია. მამოგჩაფია აჩასღჩოს ჩაუტაჩებია.

ოჯახუჩი ანამნეზი



ოჯახუჩი ანამნეზის შესახებ შენიშვნა: აჩსებობს ოჯახუჩი ანამნეზის მონოღების 2 ვაჩიანტი: ღიაგჩამა და მონათხჩობი. გენეტიკუჩი ღაჩღვევების თვაღის მისაღევნებღაღ ღიაგჩამის ფოჩმატი უფჩო მოსახეჩხებეჩია ვიღჩე ნაამბობი. შესაძღებეჩია ოჯახუჩი ანამნეზის ოჩივე სახით შეგჩოვებაც.

ან:

მამა გაჩღაიცვაღა 43 წლის ასაჯში ჩკინიგზაზე მომხღაჩი ინციღენტის ღჩოს. ღეღა გაჩღაიცვაღა 67 წლის ასაჯში ინსუღტით; ჰქონღა ვენების ვაჩიკოზი, თავის ტკივიღები. ჰყავს ეკთი ძმა, 61 წლის, ჩომეღსაც აღენიშნება ჰიპეჩტენზია,

სხვამხრივ ჯანმთელი; მეორე ძმა 58 წლისაა, ანუხებს მსუბუქი ფორმის ათთხიტი, ეთთი და ბავშვობაში გახდაისვალა უცნობი მიზეზით;

მეუღლე – გახდაისვალა 54 წლის ასაკში გულის შეტევით.

ქალიშვილი 33 წლის, ანუხებს შაჯიკი. სხვა მხრივ ჯანმთელია; ვაჟი 31 წლის, მასაც ანუხებს თავის ტკივილები; მეორე ვაჟი 27 წლის, ჯანმთელი.

ოჯახის ანამნეზში ახ აღნიშნავენ დიაბეტს, ტუბერკულოზს, გულის და თირკმლის დაავადებას, ჯიბოს, ანემიას, ეპილეფსიას და ფსიქიკურ დაავადებებს.

ჰიპაღი და სოციალური ანამნეზი: დაიბადა და გაიზარდა ღედ სიტი-ში, დაამთავრა სკოლა, გათხოვდა 19 წლის ასაკში, მუშაობდა გაყიდვების ჯენერად 2 წელი, შემდეგ ქმართან ერთად გადასახლდა ამერიკაში, ჰყავს 3 შვილი. ფინანსური სირთულეების გამო დაბრუნდა სამუშაოზე 15 წლის წინ. შვილები ყველა დოჯახებულია. 4 წლის წინ მისი მეუღლე მოულოდნელად გახდაისვალა გულის შეტევით, დარჩა მცირე დანაზოგი. გადავიდა ბატარა ფართში, რომ ყოფილიყო ქალიშვილთან ახლოს. დოროთი, დოროთის ქმარი და მათი 2 შვილი, ჯევინი 6 წლის, და ლინდა 3 წლის. პაციენტი თავს ვალდებულად თვლის მოეხმაროს მათ. გრძნობს თავს დაძაბულად და ნერვიულად, მაგრამ უარყოფს დეპრესიას. მას ჰყავს მეგობრები, მაგრამ იშვიათად განიხილავს ოჯახურ პრობლემებს. ეკლესია ან სხვა ორგანიზაცია არ ეხმარება. ჩვეულებრივ, დგება 7 სთ-ზე, მუშაობს 9-დან 5.30, სადილობს მარტო.

ვარჯიში და დიეტა. დატვირთვა მცირეა. დიეტა მდიდარია ნახშირწყლებით.

თავდაცვის სამუალებები. მუდმივად ხმარობს უსაფრთხოების ღვედს, იყენებს მზის დამცავ ჯრემს. ნამდები ინახება ჩაკეტილ სამედიცინო უჯრაში. ასევე, სარეცხი სამუალებებიც ჩაკეტილი არ არის. ზემო სართულზე მისი მეუღლის იარაღი და ტყვიების ყუთი ასევე არ არის დაკეტილი.

სისტემების მიმოხილვა

* ***ზოგადი.*** მან მოიმატა დაახლოებით 10 ჯგ ბოლო 4 წლის განმავლობაში.

ჯანი. არანაირი გამონყარი ან სხვა ცვლილებები არ აღინიშნება. თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი, ყელი (იხ. მიმდინარე დაავადება). თავის ტრავმას არ აღნიშნავს. თვალები: 5 წელია ტოთხელობს სათვალით, ბოლოს ოფთალმოლოგს 1 წლის წინ გაესინჯა. დაავადების არანაირი სიმპტომები არ აქვს. ყურები: სმენა ჯარგი, არ აღენიშნება ხმაური, თავბრუხვევა, ინფექციები. ცხვირი, სინუსები: იშვიათად აღნიშნავს მსუბუქ გაცივებას. არ აქვს სინუსების პრობლემა.

ყელი (ან პირი და ხახა). ზოგჯერ სისხლდენა ღრძილიდან. ბოლო ვიზიტი სტომატოლოგთან 2 წლის წინ ჰქონდა. აქვს ლოკალური მტკივნეული სტომატიტი. ***კისერი.*** ფარისებრი ჯირკვალი გადიდებული არ არის, ტკივილი არ აღენიშნება, ღიმფური ჯვანძები არ ისინჯება. სარძევე ჯირკვლები – არ არის ჯვანძები, ტკივილს და გამონადენს არ აღნიშნავს. ზოგჯერ იტარებს თვითგასინჯვას.

სუნთქვის სისტემა. არ აღინიშნება ხველა, სუნთქვის გაძნელება, ქოშინი. ბოლო ენტგენოლოგიური გამოკვლევა ჩაიტარა 1986 წელს, წმინდა მარიამის ჰოსპიტალში.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. არ არის ცნობები გულის დაავადების ან მაღალი არტერიული წნევის შესახებ, ბოლოს არტერიული სისხლის წნევა გაიზომა 1998 წელს. არ არის დისპნოე, ორთოპნოე, არ აქვს მკერდის ძვლის უკან ტკივილი და გულისცემის შეგრძნება. არასოდეს გადაუტარებია ელექტროკარდიოგრამა.

* ***კუჭ-ნაწლავის სისტემა.*** მადა ჯარგი; არ აღინიშნება გულისრევა, პირღებინება, დისპეფსიური მოვლენები, ნაწლავების მოქმედება ერთხელ დღეში, თუმცა ზოგჯერ აღნიშნავს შეკრულობას. ამ პერიოდში კუჭის მოქმედება 2-3 დღეში ერთხელ აქვს ქინთვებით; დარია და სისხლდენა არ აქვს. ასევე, არ აღნიშნავს ტკივილს, სიყვითლეს, ჯენჯებს ნაღვლის ბუშტში და ღვიძლის პრობლემებს.

* ***სამარდო ორგანოთა სისტემა.*** არ აღნიშნავს შარდვის გახშირებას, დიზურიას, ჰემატურიას, ან მუცლის გარე ნაწილის ტკივილს; ღამით შარდზე გასვლა – ერთხელ, დიდი მოცულობით. ზოგჯერ, ხველებისას, აღნიშნავს უნებლიე შარდვის მოვლენებს.

სასქესო ორგანოები. ვაგინური და საშარდე ორგანოების ინფექციების ახსნება არ ვლინდება.

ჰეპიფეიციული სისხლძარღვები. პირველი ორსულობის დროს ორივე ქვემო ჯიდუჩზე გაჩნდა ვენების ვარიკოზი. 10 წელია უჩივის მუხლების შეშუპებას ხანგრძლივი დგომის შემდეგ. ატარებს ელასტიკურ ნახვევს.

ძვალსახსროვანი სისტემა. წელის არეში უჩივის სუსტი, ტეხვადი ხასიათის ტკივილს, რომელიც იზრდებოდა არ განიცდის ქვემო ჯიდურებში; ტკივილის შესამცირებლად მიმართავს ზურგის ვარჯიშებს. სხვა სახსრები მტკივნეული არ არის.

ნევროლოგია. არ აღნიშნავს გონების დაკარგვის ეპიზოდებს, გულყრას, მგრძნობელობის შეცვლას. მეხსიერება შენახული.

ჰემატოლოგია. ღრძილების გარდა არ აღნიშნავს ჩაიმე სახის ადვილად სისხლდენას. ანემია არ აღენიშნება.

ენდოკრინული სისტემა. არ აღნიშნავს ფარისებრ ჯირკვალთან დაკავშირებულ პრობლემებს, ტემპერატურის აუტანლობას, ქარბ ოფლიანობას, დიაბეტთან დაკავშირებულ ანამნეზსა თუ პრობლემებს.

ფსიქიატრიული სტატუსი. არ აღინიშნება დეპრესიის ან ფსიქიკური დარღვევის გამო მკურნალობის ანამნეზური მონაცემები. (იხ. მიმდინარე დაავადება, ასევე, პერსონალური და სოციალური ანამნეზი).

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲒᲐᲛᲝᲙᲕᲚᲔᲕᲐ: ქ-ნი "ნ" არის დაბალი, საშუალო სიმსუქნის, საშუალო ასაკის ქალი; კითხვებზე ცოცხლად და სწრაფად პასუხობს. იგი ოდნავ დაძაბულია, ნამიანი ცივი ხელებით; თმები აკურატულად არის ფიქსირებული; ტანსაცმელი ლაქების გარეშე; ფერი დამაკმაყოფილებელი; ზის სწორად, დისკომფორტს არ აღნიშნავს.

ზოგადი მონაცემები (ვიტალური ნიშნები). სიმაღლე (ფეხსაცმლის გარეშე) 157სმ. წონა (ჩაცმული) 65კგ. ჰორიზონტალურ მწოლიარე მდგომარეობაში არტერიული სისხლის წნევა მარჯვენა მკლავზე 164/98 მმ ვწყ.სვ., მარცხენა მკლავზე – 160/96 მმ ვწყ.სვ., გულისცემა 88 წუთში, რიტმული; სუნთქვის სიხშირე 18 წუთში. ტემპერატურა (ორალური) 36,6°C.

კანი. ხელის გულები ცივი და ნამიანი, ფერი კარგი. სხეულის ზედა ნახევარში ეთეული აღებულფერი ანგიომები. ფრჩხილები ნორმალური, ციანოზის გარეშე.

თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი, პირი. *თავი:* თმები ნორმალური; თავის კანი დაზიანების გარეშე, ნორმოცეფალური/ატრავმატული. *თვალები:* მხედველობა 20/30 თითოეულ თვალში. მხედველობის ველები მთლიანი შეღარებადობით. კონიუნქტივა ვარდისფერი; სკლერა თეთრი; გუგები 4 მმ, ვინროვდება 2 მმ-მდე; მრგვალი, სწორად, თანაბრად რეაგირებს სინათლეზე. ექსტრაოკულური მოძრაობები პათოლოგიის გარეშე; დისკის ხედვები მკვეთრი, ჰემორაგიებისა და ექსუდატების გარეშე; არ აღინიშნება არც არტერიოლების და არც A-V (არტერიო-ვენური) შევინროება. *ყურები:* გოგირდი ნაწილობრივ ფარავს მარჯვენა დაფის არჯს; მარცხენა არხი სუფთაა, დაფის არჯის ეფექტური დამაკმაყოფილებელია. სიმახვილე ნაკვეთილ ხმაზე – კარგი. Weber-ის შეა ხაზი – AC>BC. *ცხვირი:* ღრუნოვანი ვარდისფერი. ძგიდე შეა ხაზზეა. სინუსები მგრძნობიარე არ არის. *პირი:* პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდისფერი; ზოგი ბილთაშეა დვრილი ნოთელია, მკრივედ შეშუპებული; თანკბილვა კარგი; ენა შეახაზზეა, ენის ქვეშ, ნვეთან ახლოს 3-4 მმ ზომის, უმტკივნეულო, გაუმკვრივებელი თეთრი ნაღები; ნუშისებრი ჯირკვლები არ არის. ხახა ექსუდატის გარეშე.

კისერი. კისერი მოქნილი. ტრაქეა შეა ხაზზეა. ფარისებრი ჯირკვლის ყველი თავისუფლად პალპირდება. ნიკრები არ ისინჯება.

ლიმფური ჯირკვლები. მკრივე ზომის (<1სმ) ორივე მხარეს ხშირი, უმტკივნეულო; ნუშისებრახლო და კისრის უკანა კვანძები მოძრავი და უმტკივნეულოა.

გულმკერდი და ფილტვები. გულმკერდი სიმეტრიული, ექსკურსია კარგი. ფილტვების პერკუსიით ნათელი ხმა, სუნთქვა ვეზიკულური დამატებითი ხმიანობის გარეშე. ქვემო კიდეთა შრა 4 სმ ორივე მხარეს.

გულისხმიერთა სისტემა. ავადმყოფის სანორის თავის 30°-ით აწევისას საყრდენ ვენაში წნევა მატულობს. კაროტიდების პულსაცია მატულობს, თუმცა შეიძლება არ მოისმინება. კაროტიდების უკუტაკვრა სუფთაა, შეიძლების გარეშე. მწვერ-

ვაღის საძგერი წყვეტილია და დახტყმითი, ჰაღპირდება მახცხენა მე-5 ნეჯნთაშუა ახეში, – 8სმ-ით ღატეხაღუხად მჯეხდის შუა ხაზიდან. ჯახგად ისმინება საშუაღო ინტენსივობის სისტოღური შუიღი მე-2 მახჯვენა ნეჯნთაშუა ახეში. ახ იხაღირდება ჯისხისჯენ, ახ ახის დიასტოღური შუიღები.

საძძევე ჯიხჯვღები. ჩამოჯიდებული, სიმეტხიული, ახ ახის სიმჯვხივეები; ძუძუს თავები გამონაღენის გახეშე.

მუცელი. მსუქანი, ჯახგად შეხოხცებული ნაწიბუხი, მახჯვენა ქვემო ჯვაღხანტში ისმის ნაწღავების ჰეხისტაღტიჯის ხმიანობა; ახაა ღაქიმეღობა ან სიმჯვხივე. ღვიძლის შუაღეი 7სმ, მახჯვენა ღავიწშუა ხაზზე. ჯიდე სწოხი, ისინჯება 1სმ-ით ქვემოთ მახჯვენა ნეჯნთა ჯიდესთან. ეღენთა და თიხჯმღები ახ ისინჯება. ახ ახის გამოხატული ნეჯნ-მაღის ჯუთხის მგხძნობეღობა.

სასქესო ოხგანოები. გახეთა გენიტაღეხი მიდამო ღაზიანების გახეშე. სუსტად გამოხატული შახდის ბეშტის თიაქახი ღიხეს შესავაღთან ქინთვისას; საშოს ღოხწოვანი ვახდისფეხი. ყეღი ვახდისფეხი, გამონაღენის გახეშე; საშვიღოსნო ნინ, შეახაზზე, გღუვი, ახ ახის გაღიღებული. საჯვეხცხეებში ახ ისინჯება სიმსუქნის და სუსტი ხეღაქსაციის გამო. საშვიღოსნოს ყეღი და საჯვეხცხები მგძნობიახე ახ ახის; აღებუღ იქნა საშოს "Pap"-ნაცხი; ხექტოვაგინუხი ჯედეღი ინტაქტუხი.

სწოხი ნაწღავი. სწოხი ნაწღავის თაღი სიმჯვხივის გახეშე. განავაღი ყავისფეხი, უახყოფითი სისხღზე.

ჯიდუხები. თბიღი, შეშუპების გახეშე. წვივის უჯანა ნაწიღი ხბიღი, ღაქიმეღობის გახეშე.

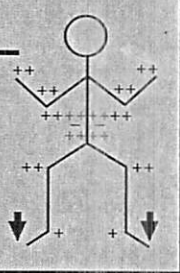
ჰეხიფეხიული სისხღძახღვები. მციხე შეშუპება ოხივე ჯოქ-წვივის ახეში. საჩინო ვენების საშუაღო სიმძიმის ვახიჯოზი ოხივე ქვემო ჯიდეხზე. ახ ახის შეგუბებითი ჰიგმენტაცია ან ნყღეღები. ჰეღსაცია (2+ = ნაწყვეტ-ნაწყვეტი, ან ნოხმაღუხი):

	სხივის	ბახძაყის	მუხღქვეშა	ღოხსაღუხი	წვივის უჯანა
მახჯვენა	2+	2+	2+	2+	2+
მახცხენა	2+	2+	2+	ახ ახის	2+

ჯენთ-სახსხოვანი სისტემა. სახსხების ღეფოხმაცია გამოხატული ახ ახის. აღინიშნება ხეღების, ნინამხხის, იდაყვის, მხხის, ხეხხემღის, ბახძაყის თავის, მუხღის, ტეხფის სხეული ამპღიტუღით მოძხაობა.

ნეხვული სისტემა. *მენტაღუხი სტატუსი:* ღაძაბუღი, მაგხამ ცოცხაღი და ჯონტაქტუხი. ახხოვნება საღი; აღგიღში, ღხოში და გახემოში ჯახგად ეხჯვევა; თავის ტვინის ნეხვები (II-XII) ჰათოლოგიის გახეშე; *მოტოხული სისტემა:* ძაღა 5/5 ყველა ნეხტიღში; სნხაფი აღტეხნაციული მოძხაობები, ნეხტიღიდან-ნეხტიღში მოძხაობა ინტაქტუხი; სიახული მყახი, სნხაფი; *სენსოხული სისტემა:* ნეხტიღოვანი გაღიზიანებები, მსუბუქი ზენოღა, ასევე, მღებახეობის, ვიბხაციული და სტეხეოგნოზული მგხძნობეღობა ჰათოლოგიის გახეშე. Romberg-ის ჰოზა უახყოფითია. ხეფღექსები:

	ოხთავა	სამთავა	მხახ-სხივის	მუხღის	აქიღესის	ტეხფის
მახჯვენა	2+	2+	2+	2+	1+	↓
მახცხენა	2+	2+	2+	2+/2+	1+	↓



ან

შეხედულებისამებრ შეგიძლიათ ჩანაწერის გაკეთება ორი გზით: 1) პირადი: ცხრილის ფორმა ან 2) დიაგრამის ჩანახატი; როგორც ეს ქვემოთ და მარჯვნივ გამოსახულ ჯონტურზეა ჩანახატზეა ნაჩვენები. 2+ = ცოცხალი, ან ნორმალური; ტერმინოლოგიის სისტემის სანახავად იხ. გვ 633 .

ANATOMY AND PHYSIOLOGY

Agur AMR, Dalley AF, Grant JC, Boileau JC. Grant's Atlas of Anatomy, I lth ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Berne RM. Physiology, 5th ed. St. Louis, Mosby, 2004.

Buja LM, Krueger GRF, Netter FH. Netter's Illustrated Human Pathology. Teterboro, NJ, Icon Learning Systems, 2005.

Gray H, Standring S, Ellis, H, Berkovitz BKB. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice, 39th ed. New York,
Elsevier-Churchill Livingstone, 2005.

Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology, llth ed. Philadelphia, WB Saunders, 2005.

Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Clinically Oriented Anatomy, 5th ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

MEDICINE, SURGERY AND GERIATRICS

Bailey H, Clain A (eds). Hamilton Bailey's Demonstrations of Phys-ical Signs in Clinical Surgery, 17th ed. Bristol, UK, Wright, 1986.

Barker LR, Burton JR, Zieve PD (eds). Principles of Ambulatory Medicine, 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Brunicardi FC, Schwartz SI (eds). Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York, McGraw-Hill Medical, 2005.

Cassel C, Leipzig RM, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE. Geriatric Medicine: An Evidence-based Approach, 4th ed. New York, Springer, 2003.

Cecil RL, Goldman L, Ausiello DA. Cecil Textbook of Medicine, 22nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 2004.

Hazzard WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th ed. New York, McGraw-Hill Professional, 2003.

Kasper DL, Harrison TR (eds). Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York, McGraw-Hill, 2005

Mandell GL. Essential Atlas of Infectious Diseases, 3rd ed. Philadel-phia, Current Medicine, 2004.

Mandell GL, Gordon R, Bennett JE, Dolin R (eds). Mandell, Doug-las, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia, Elsevier-Churchill Livingstone, 2005.

Mandell GL, Mildvan D. Atlas of AIDS, 3rd ed. Philadelphia, Current Medicine, 2001.

Orient JM, Sapira JD (eds). Sapira's Art & Science of Bedside Diagnosis, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Townsend CM, Sabiston DC (eds). Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 17th ed. Philadelphia, Elsevier-WB Saunders, 2004.

Youngkin EQ, Davis MS. Women's Health: A Primary Care Clinical Guide, 3rd ed. Upper Saddle River, NJ, Pearson/Prentice Hall, 2004.

HEALTH PROMOTION AND COUNSELING

Agency for Healthcare Research and Quality. Clinician's Handbook of Preventive Services: Put Prevention Into Practice, 2nd ed. Available at: http://www.ahcpr.gov/clinic/ppiphand.htm. Ac-cessed May 15, 2005.

American Public Health Association. Public Health Links (for public health professionals). Available at: http://www.apha.org/public_ health. Accessed May 16, 2005.

Bluestein D. Preventive services: immunization and chemopreven-tion. Geriatrics 60:35-39, 2005.

National Guideline Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ cps3dix.htm. Accessed May 15, 2005.

National Quality Measures Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Available at: http://www.qualirymeasures.ahrq.gov. Accessed May 15, 2005.

U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Ser-vices, 3rd ed. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix. htm. Accessed May 15, 2005.

Zimmerman RK; American Academy of Family Physicians; Advisory Committee on Immunization Practices, American College of Ob-stetricians and Gynecologists. The 2004 recommended adult im-munization schedule. Am Fam Physician 68:2453-2456, 2003.

2

გამოკითხვა და ჯანმთელობის ისტორია



ჯანმთელობის მდგომარეობის შესახებ ანამნეზის შეკრება ახის გარკვეული მიზნით საუბარი. თქვენ, როგორც ექიმებმა, ყოველდღიური პრაქტიკა უთანხმოების დახვეწილი ჩვევების ჩამოყალიბებისთვის უნდა გამოიყენოთ. თავის მხრივ, ეს ჩვევები მუდმივად უნდა იხვეწებოდეს, რათა ინდივიდუალური და მნიშვნელოვნად განსხვავებული გახდეს. საზოგადოებრივი საუბრისგან განსხვავებით, რომელშიც საკუთარ სურვილებს და ინტერესებს გამოხატავთ, მხოლოდ თავად ხართ ნათქვამზე პასუხისმგებელი. ექიმისა და პაციენტს შორის საუბრის პირველადი მიზანი სამგვარია: დამყარდეს ნდობაზე და მხარდაჭერაზე დაფუძნებული ურთიერთობა, შეკრიბოთ ინფორმაცია და შეთავაზოთ ინფორმაცია.[1-3]



პაციენტთან ეფექტური ურთიერთობა ექიმისთვის მზრუნველობის ყველაზე ღირებული პრაქტიკული გამოცდილების ქვაკუთხედია. ექიმისთვის საქმიანობის ყველაზე მნიშვნელოვანი ჩვევებია პაციენტებთან კომუნიკაციური და სამკურნალო ურთიერთობა. როგორც დამწყებმა ექიმმა, ენერგია ინფორმაციის მიღებაზე უნდა მიმართოთ. ამავე დროს, პაციენტთან სანდომიანი ურთიერთობის დამყარებით, მას საშუალებას მისცემთ გულახდილად გადმოგცეთ ისტორია სრული და დეტალური ფორმით. სანდომიანი ურთიერთობის დამყარება უადვილებს პაციენტს მისი ნუხილის გაზიარებას და ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის საფუძველი ხდება[4]. დაავადებას შეუძლია შეაშინოს და თავის თავში ჩაიტოს ავადმყოფი, მაგრამ "ექიმთან სანდომიანი ურთიერთკავშირის დამყარება, იმის შეგრძნება, რომ მას მოუსმენენ და გაუგებენ, ამცირებს იზოლაციის ან უმეცრების გრძნობას. ხშირად ეს გრძნობა ხდება განკურნების საფუძველი"[5].

ამ თავში ნარმოდგენილია გამოკითხვის ნარმართვის ფუნდამენტური პრინციპები. აქცენტირებულია ის გზები, თუ როგორ უნდა შეძლოთ სრულფასოვანი ინფორმაციის მოპოვება ჯანმთელობის შესახებ. ამავე დროს, ზოგადად არის მიმოხილული ის ბაზისური ჩვევები, რომლებსაც პაციენტთან სრულყოფილი დიალოგის ნარმართვისთვის მუდმივად უნდა იძენდეთ და ხვენდეთ საქმიანობის პერიოდში. თქვენ შეისწავლით ნატიფი გამოკითხვის განსახორციელებელ პრინციპებს, ასევე, როგორ ჩამოაყალიბოთ ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა. ამ თავში ნაკითხავთ, თუ როგორ უნდა მიემზადოთ გამოკითხვისთვის, შეკითხვების თანამიმდევრობას, ანამნეზის შეგროვების მეთოდებს და სტრატეგიას სხვადასხვა მოთხოვნილებებისადმი, რომლებიც პაციენტებთან დაუგეგმავი შეხვედრების დროს შეიძლება ნამოჭრას. აღნიშნული პროცესის სრულყოფილად მართვის დასაუფლებლად, გაეცანით გამოკითხვის ჩატარების სავარჯიშო საკითხებს, რომელიც შემდეგი გვერდის კომპლექსური დავალებების ცხრილშია მოცემული.



როგორც ექიმისტი, თქვენ ეხმარებით ავადმყოფს ამბის გადმოცემაში, იქმნით ნარმოდგენას მისი მდგომარეობის მიზეზებზე. შემდგომში, უფრო დეტალური ინფორმაციის მისაღებად ეს მოსაზრებები უნდა შეამოწმოთ. ასევე, თქვენ უნდა გამოიკვლიოთ პაციენტის პრობლემებთან დაკავშირებული შეგრძნებები და აზრები. მომავალში, ექიმისთვის გამოცდილების დაგროვებასთან ერთად, მისი ნუხილის მიზეზის თქვენეული ახსნასაც მოძებნით.

ბამოკითხვის წარმატებისთვის საჭირო ეტაპები.

მზადყოფნა: ბამოკითხვის წარმატებისთვის

ექიმის გამოყოფა თვითგანსჯისთვის. გამოკითხვის ბარათის განხილვა. ჯერნიცისტის ქცევისა და ყურადღების ჩეგულირება. გარემოს გაუმჯობესება. მოკლე ჩანაწერების გაკეთება.

პაციენტის შესწავლა: ბამოკითხვის პროცესის თანამიმდევრობა

მისალმება და კონტაქტის დამყარება. ავადმყოფის მონათხრობის გაცნობა. გამოკითხვის თანამიმდევრობის დაგეგმვა. ავადმყოფის მონათხრობის გავრცობა და გარკვევა (ავადმყოფის ექსპექტივა). ჰიპოთეზების განვითარება დიაგნოზის შესახებ და მათი ანალიზი. გეგმის შემუშავება. შემდგომი დაკვირვების დაგეგმვა და გამოკითხვის დასრულება.

ურთიერთობის ბაბა: ბამოკითხვის ჩვევების ტექნიკა.

აქტიური მოსმენა. მისადაგებული კითხვების დასმა. უსიტყვო (არავერბალური) ურთიერთობა. თანაგრძნობის გამოხატვა. გაადვილება. დადასტურება. გამხნევება. შეჯამება. გამოკითხვის მიმართულების შეცვლა. პაციენტის მხარდაჭერა.

ბამოკითხვის ტექნიკის მისადაგება განსაკუთრებული სიტუაციებზე.

ჩუმი პაციენტი. შეცბუნებული (აღელვებული) პაციენტი. დასუსტებული პაციენტი. მოლაპარაკე პაციენტი. უკმაყოფილო და აღელვებული პაციენტი. გამოკითხვის წარმართვა ენობრივი ბარიერის ექოს. პაციენტი კითხვის ჰორბელმით. პაციენტი დაქვეითებული სმენადობით. პაციენტი დაქვეითებული მხედველობით. პაციენტი დაბალი ინტელექტით. პაციენტი ცდილობს პირადული ჩრევების მიღებას.

საკითხები, რომლებიც მოითხოვს განსაკუთრებული უნარ-ჩვევების სწავლას

სქესობრივი ცხოვრების ისტორია. ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ალკოჰოლისა და მედიკამენტების მოხმარება. ოჯახური ძალადობა. სიკვდილი და ტვლომის პროცესი.

ბამოკითხვის სოციალური საკითხები.

კულტურული კომპეტენციის მიღწევა. სქესობრივი მიმზიდველობა ჯერნიცისტისა და პაციენტის ურთიერთობაში. ეთიკური მოსაზრებები.



თუ ალმოაჩენთ, რომ დახმარება ნაკლებად შესაძლებელია, დაეხმარეთ ავადმყოფს, ისაუბროს *დაავადებასთან დაკავშირებულ განცდებზე*, ჰასაც, თავის მხრივ, სამკურნალო ეფექტი აქვს. ქვემოთ მოყვანილ მაგალითში მოცემულია ხანგრძლივად მიმდინარე მძიმე ართრიტით დაავადებული პაციენტის გამოკვლევის ჩანაწერი:

> პაციენტს არასოდეს ულაპარაკია, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ამ სიმპტომებს მისთვის. მას არასოდეს უთქვამს: "ეს ნიშნავს, რომ მე არ შემიძლია ჩემით საბაზნო ოთახში შესვლა, ტანსაცმლის ჩაცმა, დაუხმარებლად საწოლიდან ადგომაც კი".
>
> ფიზიკური გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ, მე ვთქვი ხალას ამდაგვარი: "ჩვენმა ტოიდეული ართრიტი ნამდვილად არასასიამოვნოა თქვენთვის". მას ცრემლები წამოუვიდა, ატირდა ასევე მისი ქალიშვილიც, და მე ვიკითხე იქ იმ განცდით, რომ ეს ჩემს გამო იყო.
>
> მან თქვა: "იცით, ადრე არავის არასდროს უსაუბრია ამაზე, როგორც პირადულზე. არავის არასდროს უსაუბრია ჩემთან, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ამას პირადად ჩემთვის".
>
> ეს იყო მნიშვნელოვანი რამ, რასაც შევეხეთ. მე სხვა ბევრი არაფერი მქონდა შესათავაზებელი... მაგრამ მოხდა ხალას ნამდვილად მნიშვნელოვანი ჩვენს შორის, ხალას, რაც მისთვის ფასეული იყო და რაც მას თან გაჰყვა. როგორც თქვენ ამ ისტორიიდან შეგიძლიათ დაინახოთ, პაციენტის გამოკითხვა მეტია, ვიდრე კითხვების სერიის დასმა.

როგორც მონათხრობიდან ჩანს, გამოკითხვის *პროცესი* მოითხოვს ავადმყოფის ფიქრებისა და ქცევის უაღრესად დახვეწილ აღქმას, ეს ბევრად უფრო მეტია, ვიდრე კითხვათა თანამიმდევრობა და ჩაწერობა. ეს პროცესი მნიშვნელოვნად განსხვავდება I თავში წარმოდგენილი ავადმყოფობის ისტორიის *ფორმატისაგან*. პაციენტებთან თქვენი მუშაობისთვის ორივე მნიშვნელოვანია, მაგრამ თითოეული სხვადასხვა მიზანს ემსახურება.

- ავადმყოფობის *ისტორიის ფორმატი* სტრუქტურული ჩარჩოა პაციენტის ინფორმაციის დასაწყობად ნეიტრობითი ან ვერბალური ფორმით. იგი ახდენს ჯერნალისტის ყურადღების ფოკუსირებას ინფორმაციის იმ სპეციფიკურ ნაწილებზე, რაც პაციენტისგან უნდა იყოს მიღებული.

- *გამოკითხვის ფორმა*, რომელიც, ფაქტობრივად, ქმნის ინფორმაციის ამ ნაწილებს, უფრო მოქნილია და მოითხოვს ეფექტურ კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებს. ეს საჭიროებს არა მარტო მოსაპოვებელი მონაცემების ცოდნას, არამედ უნარს, გამოავლინოთ ზუსტი და დეტალური ინფორმაცია. ყოველივე ეს საშუალებას მოგცემთ ადეკვატური ხედვა მოახდინოთ პაციენტის ემოციებზე, განცდებზე და მღელვარების მიზეზებზე.

ავადმყოფის გამოკითხვის თქვენს მიერ შესასწავლი უნარ-ჩვევები ზრდომების ფორმას ჩამოაყალიბებს. ეს ავადმყოფთან თანამშრომლობისა და სამკურნალო ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში დაგეხმარებათ.

დაავადების ისტორიის არსებითი განსხვავებები. როგორც ეს I თავში შეისწავლეთ, მოსაპოვებელი ინფორმაციის სახეები განსხვავდება ხიდი ფაქტორების შესაბამისად. დეტალების მოცულობა და ხარისხი დამოკიდებულია პაციენტის საჭიროებებსა და ამოცანებზე, შემთხვევის შესაბამის აუცილებელი ინფორმაციის ოდენობაზე და ჯერნალში განთავსების სახეზე (მაგ: სტაციონარული თუ ამბულატორიული ავადმყოფი, განკარგულებაში არსებული დროის ხანგრძლივობა, ასევე, პირველადი ან სპეციალიზებული დახმარების აღმოჩენა).

- განთავსების მიუხედავად, ახალი პაციენტებისთვის უნდა შეკრიბოთ *ამომწურავი ავადმყოფობის ისტორია* (აღწერილია I თავში)

- სხვა პაციენტებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ დახმარებას სპეციფიკური ჩივილების გამო (მაგ. ხველა ან მტკივნეული შარდვა), გარკვეული პრობლემის იზოლირებული გამოკითხვა, რომელსაც ზოგჯერ *პრობლემაზე-ორიენტირებულ ანამნეზს* უწოდებენ.

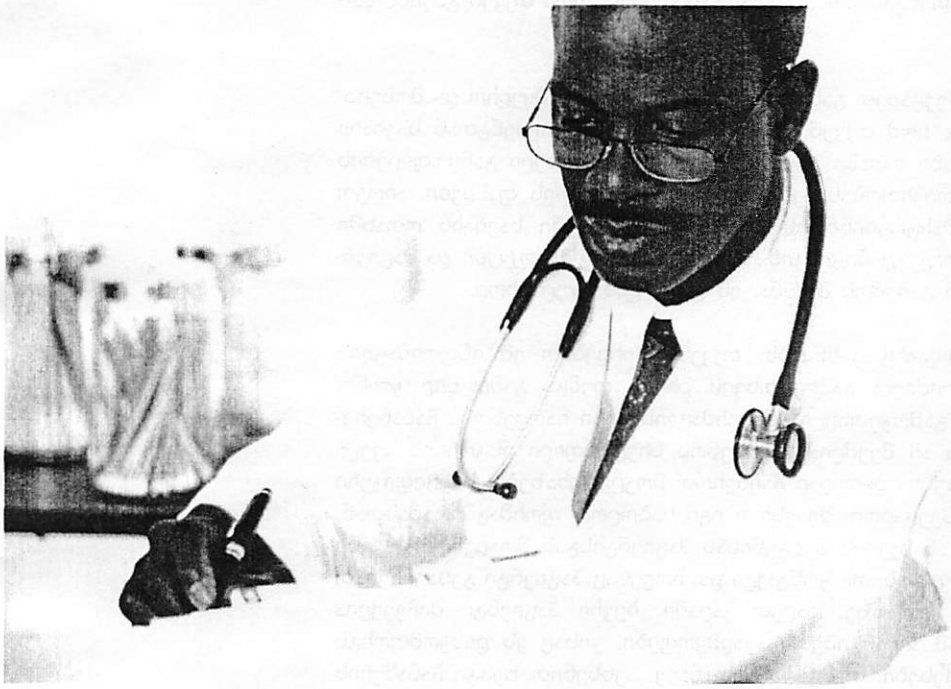
პირველადი დახმარების განყოფილებაში ექიმები ხშირად ამახვილებენ ყურადღებას ჯანმრთელობის დაცვის ისეთ პრობლემებზე, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა ან მომატებული რისკთან დაკავშირებული სექსუალური ქცევის შემცირება. დარგობრივი სპეციალისტი უფრო უნდა ჩაუღრმავდეს ანამნეზის მონაცემებს, – შეფასებული იქნეს არეალთა ფარგლის სფეროს გამაქრთილებელი კონკრეტული პრობლემა. ამომწურავი ავადმყოფობის ისტორიის კომპონენტების შინაარსის და მნიშვნელობის ცოდნა საშუალებას მოგცემთ შეარჩიოთ როგორც ექიმისტის, ასევე პაციენტის მიზნებისთვის საჭირო ინფორმაცია. დარწმუნდით, რომ სრულად შეაგროვეთ ცოდნა საძიებელი ინფორმაციის შესახებ, ამით თქვენ თქვენს ექიმიკუს გამოცდილებას გაალღმავებთ.

მზადყოფნა: გამოკითხვის ნახმარით

პაციენტის გამოკითხვას სჭირდება დაგეგმვა. თქვენ უეჭველად სავსე ხარით სურვილით, დაიწყოთ თქვენი ურთიერთობა პაციენტთან, მაგრამ თავდაპირველად თქვენ უნდა განიხილოთ ჩამოდენიმე საკითხი, რომელიც გადამწყვეტია წარმატებისთვის: დროის გამოყოფა თვითგანსჯისთვის, გამოკითხვის ბარათის განხილვა, გამოკითხვის მიზნების დადგენა, ექიმისტის ქცევისა და ყურადღების ჰეგემონიება, გარემოს გაუმჯობესება, მოკლე ჩანაწერების გაკეთებისთვის მზადყოფნა.

დაუთმეთ დრო თვითგანსჯას. როგორც ექიმისტები, ჩვენ ვხვდებით მრავალ განსხვავებულ, თვითმყოფად პიროვნებას. ურთიერთობის დამყარება სხვადასხვა ასაკის, სოციალური მდგომარეობის, ჩვეულების, ეთნიკური ჯგუფის, ჯანმრთელობის ან დაავადების მქონე პირებთან არის არაჩვეულებრივი შესაძლებლობა და პრივილეგია. იყოს თანამიმდევრულად ღია და თავაზიანი პიროვნული განსხვავებების მიმართ – ეს არის ექიმისტის მიმართ წაყენებული ერთ-ერთი მოთხოვნა. ვინაიდან ჩვენ გაგვაჩნია საკუთარი ფასეულობები, ვარაუდები და შეფასების მეთოდი, უნდა გავითვალისწინოთ, როგორ ჩვეგიებას გამოვხატავთ პაციენტის მონათხრობზე. *ექიმიკუს საქმიანობაში თვითგანსჯა პროფესიული განვითარების მუდმივი ნაწილია, რაც პაციენტთან მუშაობისას ალრმავებს საკუთარი კომპეტენტურობის შეგრძნებას.*

გამოკითხვის ბარათი. პაციენტის ნახვამდე გაეცანით მის სამედიცინო მონაცემებს, ან ბარათს. ბარათის განხილვის მიზანია ინფორმაციის მიღება და გამოკვლევის გეგმის შედგენა. ყურადღებით გაეცანით საიდენტიფიკაციო მონაცემებს (ასაკი, სქესი, მისამართი, სამედიცინო დაზღვევა), პრობლემების ჩამონათვალს, ჩატარებულ მკურნალობას და სხვადასხვა დეტალებს. ამ უკანასკნელის მიეკუთვნება, მაგალითად, აღრეგიული ჩვეულებები. ბარათი ხშირად გვანვდის ფასეულ ინფორმაციას წარსული დიაგნოზისა და ჩატარებული მკურნალობის შესახებ; თუმცა ამ ბარათმა ხელი არ უნდა შეგიშალოთ ახალი მიდგომების ან მოსაზრებების გამომუშავებაში. გაიხსენეთ, რომ ბარათში ინფორმაცია სხვადასხვა დამკვირვებლის მიერ არის შეტანილი და სტანდარტული ფორმები სხვადასხვა ბაზისური ნორმების ამსახველი დოკუმენტაციაა. მეტიც, ბარათში არ ხდება გამოსაკვლევი პიროვნების არსის წარმოჩენა. მონაცემები შეიძლება არ იყოს სრულყოფილი ან არ შეესაბამებოდეს თქვენს მიერ გამოკვლეულს – ასეთი სხვაობის დადგენას შეუძლია საგრძნობლად გაუმჯობესოს პაციენტის მკურნალობა.



დაადგინეთ გამოკითხვის მიზნები. პაციენტთან საუბრის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია გაასნობიეროთ გამოკითხვის მიზნები. თქვენი, როგორც სტუდენტის, მიზანია ისე შეისწავლოთ სხეული სამედიცინო ანამნეზი, რომ ჩანაწერის სახით წარუდგინოთ მასწავლებელს. თქვენი, როგორც ჯერინისტის, მიზანი მოიცავს როგორც ჯერინიკული ისტორიის შევსებისთვის საჭირო მონაცემების შეკრებას სამედიცინო მომსახურების შემდგომი მეთვალყურეობის მიზნით, ასევე თქვენი მოსაზრებების შედარებას ბარათის ჩანაწერთან. *ჯერინისტმა ერთმანეთს უნდა შეუსაბამოს ჯერინიკისა და პაციენტის ინტერესები.* შესაძლოა იყოს უთანხმოება ჯერინიკის და დაწესებულების, ასევე, პაციენტის და ოჯახის მოთხოვნებს შორის. ჯერინისტის ამოცანაა დღის წესრიგში დააყენოს ეს მნიშვნელოვანი საკითხები. თქვენი ძირითადი დამოკიდებულებით, შეგეძლებათ ჯანსაღი ბალანსი დაამყაროთ ჩასატარებელი გამოკითხვის პროცესის სხვადასხვაგვარ მიზნებს შორის.

ჯერინისტის ქცევა და ყურადღება. მაშინ როცა გამოკითხვის პროცესში აკვირდებით პაციენტს, პაციენტიც გათვალიერებთ. აცნობიერებთ თუ არა ამას, თქვენ საკუთარი სიტყვებით და ქცევით ანდგილ მას საკუთარი იდეების ძირითად არსს. ყურადღებით იყავით ამ შეტყობინებების მიმართ და მათეთ ის რაც შეიძლება სწორად. პოზა, მხედველობითი კონტაქტი და ხმის ტონალობა ინტერესს, ყურადღებას, აღქმას და გაგებას უნდა გამოხატავდეს. დაოსტატებული ექიმი გამოიყენება მშვიდად და აუჩქარებლად, მაშინაც კი, როდესაც დროით არის შეზღუდული. უმაყოფილების, შეცბუნების, მოუთმენლობის ან მონუსხულობის გამომხატველი ქცევა ისევე ზღუდავს კომუნიკაციას, როგორც პაციენტის მიმართ გამომჟღავნებული ქედმაღლური დამოკიდებულება, ჭიტიკა, სტერეოტიპირება ან მათი დამცირება. ზოგჯერ უარყოფითი მუხტის თავის არიდება ვერ ხერხდება, მაგრამ თქვენ როგორც სხვათა ჯანმრთელობაზე მზრუნველმა პროფესიონალმა თავი უნდა შეიკავოთ მათი გამომჟღავნებისგან. ამ მხრივ სიფრთხილეა საჭირო არა მხოლოდ პაციენტებთან საუბრისას, არამედ მაშინაც, როდესაც მას განიხილავთ თქვენს კოლეგებთან.

თქვენს გარეგნობას ასევე შეუძლია ზემოქმედება მოახდინოს ჯერინიკის ურთიერთობაზე. პაციენტს ამშვიდებს სისუფთავე, თავშეკავებული და კონსერვატული ჩაცმულობა მიმაგრებული ბეჯით.

შეეცადეთ გაითვალისწინოთ პაციენტის მოსაზრება. გახსოვდეთ, რომ თქვენ გსურთ, მას სჯეროდეს თქვენი.

გარემოს გაუმჯობესება. შეეცადეთ გარემო შეძლებისდაგვარად მყუდრო და მოხერხებული იყოს. მიუხედავად იმისა, რომ თქვენ შეიძლება გინდოდეთ პაციენტთან საუბარი ოთხ პირობებშიც, (ორ-სანოლიანი ოთახი ან დატვირთული გადაუდებელი განყოფილების დერეფანი), მყუდრო გარემო უთითირთობას აუმჯობესებს. თუ იქ არის ფარდები, აიღეთ უფლება გადანიოთ ისინი განმარტოებისთვის. ცარიელ მოსაცდელში საუბარს ოთახში გადასვლა სჯობს. თქვენი, *როგორც ჯერინატრის, სამუშაოს ნაწილია თქვენი და პაციენტის საუბრისთვის მოხერხებული გარემოს შექმნა.* ეს ღირს დახარჯუ დრო.

ჩანაწერების გაკეთება. როგორც დამწყებს, თქვენ გქირდებათ იმ ინფორმაციის დიდი ნაწილის ჩაწერა, რაც მოიძიეთ გამოკითხვის დროს. თუმცა გამოცდილ ჯერინატრებს შეუძლიათ გარისხენონ გამოკითხული ინფორმაციის დიდი ორდენობა ჩანაწერების გაკეთების გარეშე, არავის არ შეუძლია გარისხენოს სრულყოფილი ისტორიის ყველა დეტალი. ამ შემთხვევაში უმჯობესია დროულად ჩაინეროთ მოკლე ფრაზები, სპეციფიკური ციტატები ან სიტყვები, ვიდრე შეეცადოთ შეავსოთ იგი საბოლოო ფორმატში. ამასთან, არ უნდა დაუშვათ ჩანაწერების ან სქემის შედგენისას პაციენტისგან მოადუნოთ თვენი ყურადღება. შეინარჩუნეთ მხედველობითი კონტაქტი და, როდესაც პაციენტი გესაუბებათ მგრძნობიარე და ამაღელვებელ საგანზე, დადეთ ხელამი. ბევრი პაციენტი მიჩვეულია ჩანაწერების გაკეთებას, მაგრამ არიან ისეთი ავადმყოფები, ვისაც ეს დისკომფორტს უქმნის. გაიზიარეთ მათი ინტერესები, თუმცა, ამასთანავე, აუხსენით ზუსტი ჩანაწერის შექმნის აუცილებლობა.

გამოკითხვის პროცესი: გამოკითხვის პროცესის თანამიმდევრობა

როდესაც დროს გამოყოფთ და გამოკითხვისთვის განწყობით, სრულად ხართ მზად მოუსმინოთ პაციენტს, გამოავლინოთ ჩივილები და გამოიკვლიოთ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ზოგადად, გამოკითხვა გაივლის ორგ სტადიებს. *ამ თანამიმდევრობით, თქვენ, როგორც ჯერინატრი, ყოველთვის შეძლებთ ჩაულრმავდეთ პაციენტის ფიქრებს, დაეხმაროთ მას და დაადგინოთ მათი მნიშვნელობა.* ტიპიური თანამიმდევრობა მოყვანილია ქვემოთ.

გამოკითხვის პროცესის თანამიმდევრობა

- პაციენტის მიღება-მისალმება და ჩანაწერის ჩამოყალიბება
- ავადმყოფის მონათხრობის გაცნობა
- გამოკითხვის თანამიმდევრობის დაგეგმვა
- ავადმყოფის მონათხრობის განვრცობა და გარკვევა;
- დიაგნოზის შესახებ მოსაზრებების შექმნა და ანალიზი
- პირობელმაზე ნარმოდგენის შექმნა
- გეგმის შემუშავება (მოიცავს შემდგომ განვითარებას, მკურნალობას, პაციენტის განათლებას)
- პაციენტის დაკვირვების დაგეგმვა და გამოკითხვის დასრულება

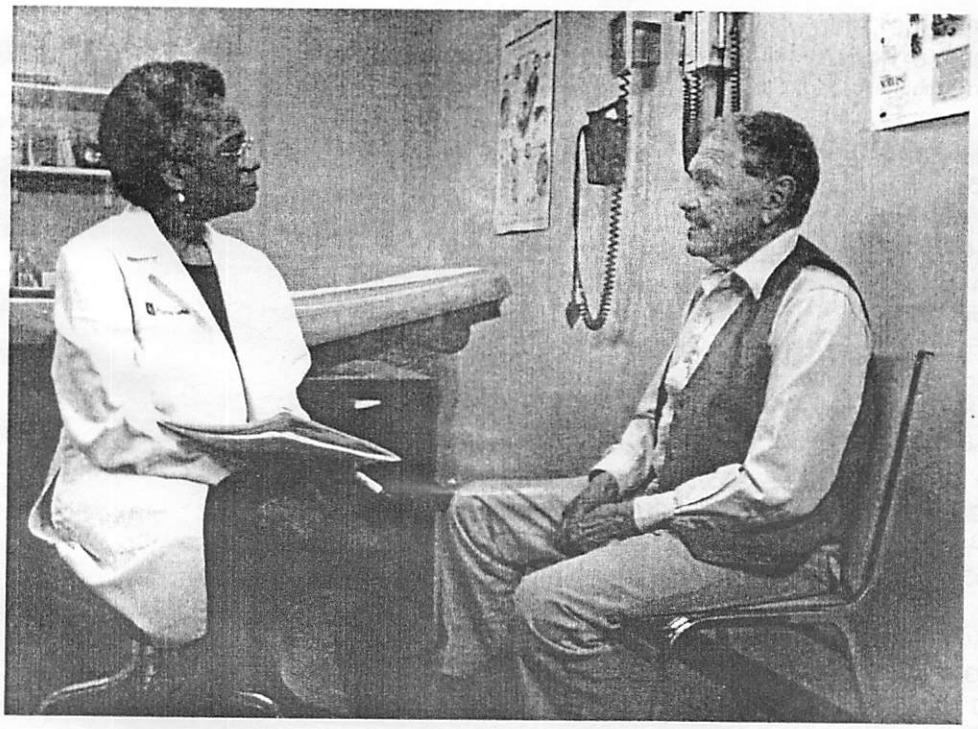
თქვენი, როგორც სტუდენტის, უპირველესი ამოცანაა ავადმყოფის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის შეგროვება და პირობელმაზე ნარმოდგენის შექმნა. როდესაც პრაქტიკოს ექიმად ჩამოყალიბდებით, მომავალი მუშაობის და მკურნალობის გეგმის შემუშავება უფრო მნიშვნელოვანი გახდება.

იმის მიხედვით, გამოკითხვა დანიშნულებითია თუ ფოკუსირებული, ამ საფეხურების გავლისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოთ ავადმყოფის შეგრძნებებს და მოქმედებას.

მისალმება და კონტაქტის დამყარება. თქვენი პირველი შეხვედრა პაციენტთან თქვენს მომავალ ურთიერთობას განაპირობებს; ასევე, გასინჯვისას კომფორტული პირობების შექმნა განაპირობებს პაციენტის პირველ მთაბეჭდილებას.

პირველ ჩიგში, *პაციენტს მიმართეთ* სახელით და გააცანით თქვენი თავი. თუ შესაძლებელია, ხელიც ჩამოართვით. თუ პაციენტს პირველად ხვდებით, აუხსენით თქვენი როლი, სტუდენტის სტატუსის ჩათვლით, და ის მონაწილეობა უნდა მიიღოთ პაციენტის მკურნალობაში. გაცნობის ეს პროცედურა შემდეგ შეხვედრებშიც გაიმეორეთ, ვიდრე არ დარწმუნდებით, რომ პაციენტი თქვენ გიცნობთ. "დილა მშვიდობისა ბ-ნ ..., მე გახლავართ მე-3 კურსის სტუდენტი. თქვენ უნდა გახსოვდეთ, ჩადგან გუშინაც ან ვიყავი და გესაუბრეთ თქვენი გული პრობლემებზე. მე იმ საექიმო ჯგუფის წევრი ვარ, რომელიც თქვენს ჯანმრთელობაზე ზრუნავს".

ყოველთვის სჯობს პაციენტს მიმართოთ სახელით თავაზიანად: ბ-ნ ან ქ-ნ ... ბავშვებსა და მოზარდებს მიმართეთ სახელით, ზრდასრულებს უმჯობესია გვარით მიმართოთ, – ვიდრე მათგან ან მათი ოჯახის წევრებისგან სახელით მიმართვის ნებართვას მიიღებთ. უცნობი ადამიანისთვის "ბებოს" ან "ძვირფასოს" მიმართვა გაუცხოებისა და დამცირების გრძნობას ბადებს. თუ არ იცით, როგორ ნარმოთქვათ პაციენტის სახელი, არ მოგერიდოთ შეკითხვა. შეგიძლიათ თქვათ: "ვშიშობ, სწორად ვერ ნარმოვთქვამ თქვნს სახელს. შეგიძლიათ თავად მითხრათ?", შემდეგ კი გაიმეორეთ მისი სახელი, რათა დარწმუნდეთ, რომ სწორად გაიგეთ.



თუ ოთახში ჰამოდენიმე პიროვნებაა, ყველა მათგანს მიესალმეთ და გაარკვიეთ, ჩა უთიერთობა აქვთ პაციენტთან. იმისდა მიუხედავად, პაციენტი თანხმდება პირთან ერთად ახის თუ არა, *თქვენ იძულებული ხართ დაიცვათ კონფიდენციალობა.* გაარკვიეთ, სურს თუ არა პაციენტს საუბარი მათი თანდასწრებით. მაგ. "მიზანშეწონილია, რომ თქვენი და დაესწროს ჩვენს საუბარს, მაგრამ მინდა ვიცოდე, თქვენ ხომ არ ხართ წინააღმდეგი" ან "გირჩევნიათ მარტოს გესაუბროთ, თუ თქვენი დის თანდასწრებით?"

მნიშვნელოვანია, შეუქმნათ პაციენტს კომფორტული პირობები. კაბინეტში ან კლინიკაში დაეხმარეთ პაციენტს მოხერხებულად განათავსოს პალტო ან სხვა ნივთები. მისალმების შემდეგ ჰკითხეთ, როგორ გრძნობს თავს, აღნიშნეთ, რომ დანიშნულ დროზე შეხვდით მას. მოანყვეთ პაციენტის სანოლი კომფორტულად, სთხოვეთ მნახველებს, დატოვონ ოთახი, როდესაც პაციენტს სჭირდება ღამის ჭურჭლის ხმარება. ეს გამოხატავს, ჰამდენად ითავისებთ პაციენტის მოთხოვნილებებს. ყველა შემთხვევაში დააკვირდით მისი წუხილის მიზეზს, იქნება ეს მოუსვენრობა თუ სახის გამომეტყველება ტკივილის ან შფოთვის გამო. ტკივილის ან შფოთვის მიზეზს დროულად უნდა დაუთმოთ ყურადღება, გაამხნევოთ და გაუადვილოთ გამოკითხვის ნარმართვა.

იფიქრეთ ოთახში მოხერხებული გარემოს შექმნაზე და რა მანძილზე იქნებით დაშორებული პაციენტთან. გახსოვდეთ, რომ ყურადღების დონე და პირობელი გემოვნება საუბრის გარემოს შექმნაზე ადგენს გავლენას. შეარჩიეთ საუბრისთვის ხელსაყრელი დისტანცია თქვენსა და პაციენტს შორის, რათა მოხერხებულად უყუროთ მას; დაშორდით რამდენიმე ნაბიჯით, რათა საუბარი მიმდინარეობდეს საკმარისად მეგობრულად და არა მომაბეზრებლად. სკამი ისე დადგით, რომ პაციენტს თვალი გაუსწოროთ. გვერდზე განიეთ საგნები - სანერი მაგიდა ან სანოლის ტუმბო, რომლებიც ხელს შეგიშლით გასინჯვაში. ამბულატორიის პირობებში გამოკითხვის ნარმართვას საგრძალებლიანი სკამი გაგიადვილებთ. თავი აარიდეთ გარემოებებს, რომლებიც შექმნის უხერხულობას ან უპატივისმცემლობას პაციენტის მიმართ, მაგალითად, გამოკითხვის გაგრძელება ქალთან, რომელიც უკვე იმყოფება მენჯის გასინჯვისთვის აუცილებელ პოზიციაში. ყურადღება მიაქციეთ განათებას. თუ თქვენ ზიხართ პაციენტსა და ფანჯარას შორის, პაციენტს გაუჭირდება თქვენი გარეგნის დანახვა და საუბარი დაკითხვას დაემსგავსება.

გამოკითხვის დაწყებისას პაციენტს დაუთმეთ მაქსიმალური ყურადღება. განსაზღვრული დრო მოახმარეთ საუბარს, რომელიც გაუადვილებს მას საუბრის დაწყებას, ეცადეთ იშვიათად გააწყვეტოთ ჩანანერები ან იკითხოთ ბარათი.

პაციენტის მონათხრობის გასწორება. პირველი ჩანანერის გაკეთების შემდეგ მზად ხართ გარეგნოთ პაციენტის მოსვლის მიზეზი, ანუ ძირითადი ჩივილები. გამოკითხვა დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით, მაგ. "რა არის თქვენი მოსვლის მიზეზი?" ან "რით შემიძლია დაგეხმაროთ?", დაეხმარებათ ამგვარი კითხვები: "დაასახელეთ კონკრეტული ჩივილი, რომელმაც განაპირობა თქვენი აქ მოსვლა?" ან "რამ გადაგანყვეტინათ დღეს ჩვენთან მოსვლა?". დარმასწავლეთ, ასეთი შეკითხვებით პაციენტს აძლევთ საშუალებას ვრცლად და თავისუფლად ისაუბროს და არ შემოიფარგლოს მოკლე პასუხებით: "დიახ" ან "არა". ზოგიერთ პაციენტს არ აქვს სპეციფიკური ჩივილები ან პირობელმა და სურს მხოლოდ არტერიული სისხლის ნნევის გაზომვა ან ხუტინელი გამოკვლევა. ზოგიერთ მათგანს სურს მხოლოდ ფიზიკური გამოკვლევა, მაგრამ თავს გრძნობს არაკომფორტულად. ყველა სიტუაციაში *მნიშვნელოვანია გამოკვლევის დანყება ანამნეზის შეგროვებით.* პაციენტს *არ შეანყვეტინოთ საუბარი.* როდესაც იგი დაამთავრებს მოყოლას, შეგიძლიათ ჰკითხოთ, კიდევ რამე ხომ არ ანუხებს. შეგიძლიათ პაციენტს მისცეთ საშუალება ჰამდენჯერმე დაუბრუნდეს იმ საკითხს, რის შესახებ განსაკუთრებით სურს საუბარი.

მნიშვნელოვანია, *რომ საუბრისას ინიციატივა პაციენტისგან მოდიოდეს.* გამოკითხვის კარგი უნარი გულისხმობს სიტყვიერი ან უსიტყვო მინიშნებების გამოყენებას, რაც გაუადვილებს პაციენტს საუბარს. თუ ადრე ჩაეკვეთ საუბარში ან ნაადრევ შეკითხვებს დაუს-

ვამთ, ისჯავთ, რომ დაჯაბოთ თქვენთვის აუცილებელი მოსაპოვებელი ინფორმაცია და ამგვარად საკითხისადმი უგულისყურო დამოკიდებულება გამოავლინოთ. ამავე დროს, უნდა იყოთ აქტიური და მთელი საუბრის განმავლობაში, განსაკუთრებით დაწყებისას; გამოიყენოთ ფრაზები: "განაგრძეთ" ან "გასაგებია". შესაბამისი გამარტივებული მეთოდი დაგეხმარებათ, არ გამოგრჩეთ პაციენტის ჩივილები.

ნუ შეანყვეტინებთ პაციენტს საუბარს. ყველამ აჩვენა, რომ საუბრისას ექიმი ანყვეტინებს პაციენტს საშუალოდ 18 წამის განმავლობაში[10]. მისი მონათხრობი გრძელდება 2 წუთი. მას მერე, რაც პაციენტი სრულად დაამთავრებს მოყოლას, რამდენჯერმე ჰკითხეთ "კიდევ რას დაამატებთ?", "მომიყევით კიდევ", ან "გაქვთ კიდევ სხვა ჩივილები?". თუ პაციენტს მისცემთ საშუალებას რამდენჯერმე დაუბრუნდეს მისი მღელვარების ან პრობლემების თემას, საუბარს თქვენთვის კიდევ უფრო სასარგებლო და დამატებითი ინფორმაციის მოპოვების ჭრილში გააგრძელებთ.

ბამოკითხვის თანამიმდევრობის დაბებმვა. ჯერინისტი ხშირად გეგმავს გამოკითხვას განსაკუთრებული მიზნით. პაციენტსაც გააჩნია განსაზღვრული შეკითხვები და ჩივილები. მნიშვნელოვანია, ყველა გასარკვევი საკითხი თავიდანვე იყოს განსაზღვრული. ამით თქვენ უფრო ეფექტურად დახარჯავთ დროს და პაციენტისთვის მნიშვნელოვან საკითხს მეეხებით. სტუდენტს საკმარისი დრო აქვს პაციენტთან ურთიერთობისთვის, ექიმისთვის კი დროის ჯონგლიორი ძალზე მნიშვნელოვანია. ექიმის მსგავსად, თქვენც შეგიძლიათ გამოკითხვა შემოფარგლოთ მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემით. მაგ. "თქვენ მეეხეთ ჩვენთვის მნიშვნელოვან რამდენიმე განსხვავებულ პრობლემას. მე ასევე მინდა გავარკვიო, რომელ ნამლებს იღებთ არტერიული სისხლის ნნევის დასანევად. ჩვენ უნდა გადავწყვიტოთ, დღეს რომელი პრობლემა განვიხილოთ. შეგიძლიათ მითხრათ, რომელი განეხებთ ყველაზე მეტად?" როცა თქვენ განსაზღვრავთ აქტუალურ საკითხებს, აღნიშნეთ, რომ სხვა პრობლემებიც მნიშვნელოვანია და მათ შემდგომი შეხვედრისას მიხედავთ – ეს პაციენტს შემდგომი შეხვედრებისთვის განაწყობს.

პაციენტის მონათხრობის განვრცობა და გარკვევა. ამის შემდეგ უნდა გამოკვლიოთ პაციენტი ყველაზე მნიშვნელოვანი ანამნეზური მონაცემების მიხედვით. თითოეულ სიმპტომს გააჩნია თავისი მახასიათებლები, როგორიცაა გარემო, ასოციაცია, ქრონოლოგია. ტკივილისა და ყველა სხვა სიმპტომის ყველასას აუცილებელია მათი მნიშვნელოვანი თვისების სრულად გარკვევა. აღნიშნული შვიდი მახასიათებლის სახით არის ჩამოყალიბებული:

ყოველთვის მისდიეთ 7 ძირითად დამახასიათებელ ნიშანს, რამაც ინგლისურ სიმბოლოთა თანწყობის ორი სახეობა დაგეხმარებათ:

OLD CARTS –

Onset (დასანყისი), Location (ლოკალიზაცია), Duration (ხანგრძლივობა), Character (ხასიათი), Aggravating/Alleviating factors (დამამძიმებელი/შემამსუბუქებელი ფაქტორები); Radiation (ირადიაცია); Timing (ხანგრძლივობა) ან

OPQRST –

Onset (დასანყისი), Palliating/Provoking factors (შემამსუბუქებელი/გამომწვევი ფაქტორები), Quality (ხასიათი); Radiation (ირადიაცია); Site (ლოკალიზაცია) და Timing (ხანგრძლივობა)

სიმპტომების შვიდი მახასიათებელი

1. *ლოკალიზაცია.* სად არის ტკივილი და განიცდის თუ არა ირადიაციას?

2. *ხასიათი*: როგორია ტკივილი

3. *ხარისხი ან ინტენსიობა*: რამდენად ძლიერია? (გამოკითხეთ ტკივილის შესახებ და შეაფასეთ 10 ქულიანი სკალით).

4. *დრო*: როდის იწყება, რამდენ ხანს გრძელდება, რა სიხშირით ჩნდება

5. *განვითარების პირობები*: გარემო პირობები, პიროვნული აქტივობა, ემოციური ჩვეულება, ან დაავადებასთან დაკავშირებული სხვა გარემოებები.

6. *ქმედითი ან გამომწვევი ფაქტორები*: რა უწყობს ხელს გაუმჯობესებას ან გაუარესებას?

7. *თანმხლები გამოვლინებები:* შეგიმჩნევიათ თუ არა რამე სხვა თანმხლები ნიშანი

მას შემდეგ, რაც განიხილავთ და გაანალიზებთ ზემოთმოყვანილი მითითებებს დარწმუნდით, რომ თქვენი ენა პაციენტისთვის გასაგებია და მისი განვითარების დონეს შეესაბამება. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო პროფესიონალთან თავისუფლად შეგიძლიათ ისაუბროთ დისპნოეს შესახებ, პაციენტთან უფრო ეფექტურობისას შეკითხვა "სუნთქვის ხანგრძლივობის" ფორმით უნდა იქნეს დასმული. მაგ. თუ თქვენ გაინტერესებთ გაარკვიოთ, აქვს თუ არა პაციენტს დისპნოე, უმჯობესია ჰკითხოთ, აღენიშნება თუ არა სუნთქვის გაძნელება. ეცადეთ საუბრისას არ გამოიყენოთ სამედიცინო ენა, რადგან ეს ხშირად აბნევს პაციენტს და არათანაბარებს დიალოგს. თუმცა, აქვე უნდა ავღნიშნოთ, ნუ დაკარგავთ სიფრთხილის გრძნობას. სიმპტომების შესახებ კითხვების არჩევა განხილულია ქვინიჯუის ქვეკვის შესაბამის თავებში. საჭიროებისას შეგიძლიათ გამოიყენოთ პაციენტის სიტყვებიც; ამით პაციენტს არწმუნებთ, რომ მისი ნათქვამი კარგად გაქვთ გაგებული.

მნიშვნელოვანია, დაადგინოთ პაციენტის მიერ დასახელებული *სიმპტომთა თანამიმდევრობა და ხანგრძლივობა.* შეგიძლიათ ეს ქრონოლოგიურად ჩამოაყალიბოთ შემდეგი კითხვების დასმით: "შემდგომ?" ან "რა მოხდა ამის შემდეგ?" ან "დავიწყოთ თავიდან, ანუ წინათ თავს უკეთ გრძნობდით, შემდეგ მივყვეთ ნაბიჯ-ნაბიჯ". მნიშვნელოვან დეტალებში ჩაწვდომისთვის და პაციენტის მონათხრობის ადვილად გაგებისთვის სხვადასხვა ტიპის კითხვების გამოყენება აღწერილია გვ. 35-41. სწორად შეგიძლიათ მიმართოთ ღონისძიებული კითხვებს. ამით ჩაეღრმავებით ინფორმაციას, რომელსაც პაციენტი სრულფასოვნად ვერ განვლით (იხ. გვ. 37). *ზოგადად, გამოკითხვის პროცესი ყოველთვის იცვლის მიმართულებას ზოგადი კითხვებიდან ღონისძიებული კითხვებამდე და პირიქით.*

მოსაზრებების განვითარება დიაგნოზის შესახებ და მისი ანალიზი. პაციენტის გამოკითხვის გამოცდილების დაგროვების შედეგად, თქვენ დროთა განმავლობაში შეიძენთ ქვინიჯუის მსჯელობის უნარ-ჩვევებს. უნდა ჩამოაყალიბოთ და გაანალიზოთ მოსაზრებები დიაგნოზის შესახებ. დაავადების დადგენისა და დიფერენციებისთვის არსებითია სიმპტომების მახასიათებლების და მნიშვნელოვანი დეტალების შესწავლა. თუ კარგად იცით ამ დაავადების დიაგნოსტიკური მაჩვენებლები და ეპიდემიოლოგია, ადვილი იქნება პაციენტის მოსმენა და გამოკითხვა. თქვენი განსჯისთვის საჭირო მონაცემების

მისაღებად გამოიყენეთ სისტემების მიმოხილვის თავებში მოცემული ნესები (ზეპირ მოხსენებებსა და ჩანაწერებში ახსენეთ ინფორმაცია, რომელსაც მოიპოვებთ "მიმდინარე დაავადების ანამნეზის" თავის ბოლოს, – სისტემების მიმოხილვის პარაგრაფებში მოცემულ კითხვარებზე პასუხის გაცემით) სიმპტომების აღწერისთვის საჭირო კითხვები მოცემულია სისტემების მიხედვით გამოკვლევის თითოეულ თავში. ამ გზით თქვენ მოიპოვებთ ფაქტებს სხვადასხვა დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების სასარგებლოდ ან სანინააღმდეგოდ. კლინიკური აზროვნების ეს ფორმა იღუსტრირებულია სიმპტომების ცხრილებით, რომლებიც აღწერილია "სისტემების მიხედვით გამოკვლევის" თავში და მე-3 თავში – "კლინიკური განსჯა, შეფასება და გეგმა". მთავარია, რომ ამგვარმა მოთხოვნამ არ იმოქმედოს პაციენტის გამოკვანმრთელების პროცესსა და მასთან სანდომიანი ურთიერთობის დამყარებაზე.

ნარმოდგენის შექმნა პრობლემაზე. თანამედროვე ლიტერატურიდან ირკვევა, რომ ეფექტური მკურნალობის მიღწევისთვის საჭიროა პაციენტსა და მის სიმპტომებს შორის მჭიდრო კავშირის დადგენა. მაშინ, როდესაც "სიმპტომების შვიდი მახასიათებელი" მნიშვნელოვან დეტალებით ამდიდრებს ანამნეზს, **დაავადება/პაციენტობის განმასხვავებელი მოდელი** გეხმარებათ გაიგოთ, რას უნდა მოიცავდეს ჯარგად ჩატარებული გამოკითხვა[11]. ეს მოდელი აერთიანებს ექიმისა და პაციენტის აქამდე განსხვავებულ პერსპექტივებს. ***დაავადება*** არის *კლინიცისტის* მიერ პაციენტის ჩივილების ახსნა. ამ გზით კლინიცისტი აერთიანებს პაციენტისგან მოსმენილ ინფორმაციას და დიაგნოზის სახით აყალიბებს მას. ***პაციენტობა*** შეიძლება განისაზღვროს, როგორც *პაციენტის* მიერ განცდილი სიმპტომები. ამ გამოცდილებაზე მხარდამჭერ ფაქტორს შეიძლება მოახდინოს ზემოქმედება. მათ ჩიცხვს მიეკუთვნება ნარსული პირადი ან ოჯახის ნევრების კანმრთელობის მდგომარეობა, სიმპტომების გავლენა ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, ინდივიდუალური შესაძლებლობა, პრობლემის გადაწყვეტის სტილი და განწყობა მკურნალობის შედეგებისადმი. ამ შეხედულებების ერთიანობა აყალიბებს გამოკვლევის გეგმასა და მკურნალობის პრინციპებს. კლინიკური გამოკითვის პროცესი უცილობლად მოითხოვს ექიმობის ამ ყველა გამოვლინების მხედველობაში მიღებას.

ეს შეხედულებები უნდა იქნას გათვალისწინებული ისეთი მარტივი ჩივილის ახსნისასაც კი, როგორც მაგ. ყელის ტკივილი. პაციენტს შეიძლება აღელვებდეს ტკივილი და ყლაპვის გაძნელება, სამსახურის გაცდენა, ნათესავი, რომელიც ჰოსპიტალიზებულია ტონზილიტის გამო. ექიმმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს ანამნეზის სპეციფიკურ მოვლენებზე, როგორიცაა მაგ., ანამნეზში აღებული პენიცილინზე; ასევე, ფარინგიტის სტრეპტოკოკული ან სხვა ეტიოლოგიის დიფერენციების შესაძლებლობის დამხმარე ფაქტები. პაციენტის განწყობის ასახსნელად, ექიმმა უნდა დააზუსტოს სიმპტომების მახასიათებლები. პაციენტის მიერ დაავადების განცდების აღქმის აღწერისთვის შეკითხვები ექვსი სფეროდან (ჩამოთვლილია ქვემოთ) უნდა დასვათ. ეს დააკმაყოფილებს პაციენტს და ეფექტურს გახდის როგორც მკურნალობის პროცესს, ასევე შემდგომ დაკვირვებას.

ᲞᲐᲪᲘᲔᲜᲢᲘᲡ ᲒᲐᲜᲬᲧᲝᲑᲘᲡ ᲒᲐᲛᲝᲕᲚᲔᲜᲔᲑᲔᲑᲘ

- პაციენტის აზრი პრობლემის ხასიათსა და მიზეზზე
- პაციენტის განცდები, განსაკუთრებით, შიში პრობლემის მიმართ
- პაციენტის ჩმენა ექიმისა და მკურნალობისადმი
- პრობლემის გავლენა პაციენტის ცხოვრებაზე
- ნარსულში მსგავსი პირადი ან ოჯახური გამოცდილება
- პაციენტის მიერ ჩატარებული მკურნალობის შედეგები

ექიმმა უნდა ჰკითხოს პაციენტს მისი აზრი პრობლემის მიზეზზე. მაგ. "თქვენი აზრით, რატომ გაქვთ ტკბილის ტკივილი?" პაციენტის ფიქრების გამოსავლენად ჰკითხოთ "ყველაზე მეტად რა გაღელვებთ ტკივილის გამო?" პაციენტი შეიძლება ნუხდეს, რომ ტკივილი ძირის სეპიოზული დაავადების სიმპტომი და სურს შეამოწმოს. ან პირიქით, შეიძლება პაციენტს ნაკლებად აინტერესებს გამომწვევი მიზეზი და სურს ტკივილის შეწყვეტა. თქვენ უნდა გაარჩიოთ, რას ელის პაციენტი თქვენგან, ჩოგორც ჯერინისტისგან, და, ზოგადად, მკურნალობისგან... "მიხარია, რომ ტკივილი აღარ გაწუხებთ. ახლა ხით შემიძლია დაგეხმაროთ?" თუ კბილის ტკივილი კვლავ გრძელდება, პაციენტს დასჭირდება სამსახურიდან დროებით გათავისუფლება.

შესაძლოა სასარგებლო იყოს, პაციენტს ჰკითხოთ წარსულ გამოცდილებაზე, რა განიცადა, ან რა შეიცვალა მის ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

> ექიმი: "შეგმთხვევიათ თუ არა მსგავსი რამ თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრს წარსულში?"
>
> პაციენტი: "მეშინოდა, რომ მჭონდა აპენდიციტი, ვინაიდან ჩემი ბიძა გარდაიცვალა აპენდიქსის გასკდომით."

გაარჩიეთ, რა მოიმოქმედა პრობლემის მოსაგვარებლად პაციენტმა წარსულში. პაციენტთა უმრავლესობა ცდის მრავალ წამალს, ტრადიციულ საშუალებებს, ან მიმართავს მეგობრებს და ნათესავებს ჩვევებისთვის.

ჰკითხეთ, როგორ იმოქმედა პაციენტობამ მის ცხოვრებაზე და აქტივობაზე. ეს კითხვა განსაკუთებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული პაციენტებისთვის. "რისი გაკეთება აღარ შეგიძლიათ ახლა, რასაც ადრე თავისუფლად აკეთებდით?" "როგორ გავლენას ახდენს ტკივილი (ან სუნთქვის გაძნელება და ა.შ.) თქვენს შრომისუნარიანობაზე?... ყოველდღიურ ცხოვრებაზე?... საზოგადოებრივ აქტივობაზე?... თქვენი, როგორც მშობლის, როლზე?... თქვენი, როგორც მეუღლის, როლზე?... როგორ აღიქვამთ საკუთარ თავს?"

ბეგმის შემუშავება. დაავადების ძირის გარჩევა თქვენ და პაციენტს პრობლემის სრული სურათის შესაძლებლობას გაძლევთ. იგი წარმოადგენს შემდგომი მოქმედებების გეგმის საფუძველს (ფიზიკური გამოკვლევა, laბორატორიული ანალიზები, კონსულტაციები და სხვა) და გეხმარებათ მკურნალობის სქემის შემუშავებაში. გეგმის შემუშავების უფრო სპეციფიკურ საშუალებებს გაეცნობით მე-3 თავში. ისეთი დახვეწილი უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება, როგორიცაა ცვლილებებისადმი მზადყოფნის მოტივაცია და ჯერინისტი-პაციენტის ურთიერთობის სამკურნალო ქმედებების ჭრილში გადაყვანა, აღნიშნული სახელმძღვანელოს შესაძლებლობათა ფარგლებს სცილდება.

შემდგომი დაკვირვების დაგეგმვა და გამოკითხვის დასრულება. თქვენ აღმოაჩენთ, რომ გამოკითხვის დასრულება ადვილი არ არის. პაციენტებს, ხშირად, ბევრი კითხვა აქვთ და თუ დაკისრებულ მოვალეობებს ჯარგალა ართმევთ თავს, მათ სიამოვნებთ თქვენთან საუბარი. შეგიძლიათ მიანიშნოთ, რომ გამოკითხვა მთავრდება და პაციენტს შეუძლია დასვას ჩამოთვლილზე ბოლო შეკითხვა. დარწმუნდით, რომ პაციენტი მიხვდა თქვენს მოქმედებას. მაგ. სანამ ფურცლებს შეაგროვებთ ან ოთახიდან გასასვლელად მოემზადებით და ადგებით, შეგიძლიათ თქვათ, "ჩვენ ახლა უნდა შევწყვიტოთ საუბარი. გაქვთ თუ არა ჯერ კიდევ კითხვები ჩვენს მიერ განხილულ საკითხებზე?". დასრულებაში პაციენტისთვის დანიშნულების მიცემა დაგეხმარებათ: "ამგვარად, უნდა მიიღოთ ის ნამლები, რომლებიც შეგირჩიეთ, სახლში წასვლამდე გაიკეთეთ სისხლის ანალიზი და 4 თვის შემდეგ მობრძანდით განმეორებით შემოწმებაზე. გაქვთ თუ არა კიდევ შეკითხვა?" ჩაინიშნეთ პაციენტის შეკითხვები ან მოსაზრებები.

პაციენტს უნდა მისცეთ საშუალება დაგისვათ ბოლო კითხვები, ხადგან ბოლო წუთებში ახალ თემებს ვეღარ განიხილავთ. თუ ახალ, მაგრამ არასასიცოცხლო მნიშვნელობის

ფაქტებს აღმოაჩენთ, განხილვა შეგიძლიათ გადადოთ მომავალი შეხვედრისთვის: "თქვენი მუხლის ტკივილი შეგვიძლია განვიხილოთ შემდეგი ვიზიტის დროს. შეგიძლიათ დანიშნოთ შეხვედრა მომავალ ჯვიჩას, მაშინ ჩვენ შევძლებთ აღნიშნული საკითხის განხილვას". დადასტურება იმისა, რომ თქვენ გააგრძელებთ მუშაობას, პაციენტის მადლიერებას იწვევს.

სამჯუხნაღო უოთიეოთობების აბება: ბამოჯითხვის უნაო-ჩვევების ტექნიჯა

სამჯუხნაღო უოთიეოთობის აბება: თქვენ მოგვაწოდეთ მიზეზი გამოძახებთ, რომ ჯანმთელობაზე მზრუნველი პროფესიონალი გახდეთ, მათგან უმთავრესი, უდავოდ, სხვათა დახმარების სურვილია. ნამატების მისაღწევად, სწავლის უთუოესი პროცესის პერიოდში უნდა შეძლოთ ეს განზრახვა და თქვენი მიზანი პაციენტისადმი მიდგომის დახვენიც ქცევით ჩვევებად უნდა გარდაქმნათ.

თქვენი და პაციენტის უოთიეოთობის სამჯუხნაღო პროცესზე გადათვა შეხედულებისა და მოსაზრებების მთელი ჩიგი სახელმოდებებით არის ცნობილი. მათგან გამოსაყოფია ბიოფსიქოლოგიური მოდელი და პაციენტზე ორიენტირებული მეთვალყურეობა[5,12,14,15]. ამ განსხვავებულ მეთოდთა შედარება ავლენს ძირითად ელემენტებს, რომელთა შორისაც მოიაზრება პაციენტის პიროვნულ მნთლიანობაში აღქმა, მისი ხოლის განსაზღვრის შესაძლებლობა და უშუალოდ ტლინიცისტის ემოციური და აღქმის დონის დახვენა.

ამ ქვეთავში აღნერილია ჩვევები, რომლებიც გამოკითხვის პროცესის ფუნდამენტს ქმნიან. მათ შორის არის ორგორც მარტივი მეთოდური მიდგომები, ასევე ხთული კონცეფციები, რომლებიც უშუალოდ გამოკითხვის პროცესის ნარმართვის ჩვევებს შეგასნავლით. ეს ჩვევები და ადრე აღნერილი მითითებები გამოკითხვის ნარმართვის შესახებ, თქვენს ეფექტურ მუშაობას შეუნყობს ხელს. ამ პროცესის სრულფასოვნად დაუფლების მიზნით ქვემოთ ჩამოთვლილია ძირითადი უნარ-ჩვევები, რომლებიც შემდგომ დეტალურად არის აღნერილი.

ბამოჯითხვის უნაო-ჩვევების მეთოდები

- აქტიური მოსმენა
- მიმართული გამოკითხვა
- უსიტყვო უოთიეოთობა
- თანაგრძნობის გამოხატვა
- დადასტურება
- გამხნევება
- თანამშრომლობა
- შეჯამება
- გადათვა სხვა თემებზე
- პაციენტის დახმარება

აქტიური მოსმენა.

ყველა განსხვავებული მეთოდს საფუძვლად უდევს აქტიური მოსმენა. აქტიური პროცესი არის სხვის ყურადღების პროცესი პაციენტის მონათხრობის მიმართ, მისი ემოციური მდგომარეობის ცოდნა; გარდა ამისა, საუბრის შემდგომი გაგრძელებისა და განვითარების მიზნით გამოყენებული სიტყვიერი და უსიტყვო ჩვევები. სხვის ჯონსენტირების პირობებში ძალზე მარტივია იფიქროთ მომდევნო შეკითხვაზე ან დიფერენციული დიაგნოზზე.



მიმართული გამოკითხვა: პაციენტის მონათხრობის გავრცობისა და გაუზრებების ნესები.

არსებობს რამდენიმე გზა, დასვათ პაციენტის მონათხრობის დეტალებთან დაკავშირებული კითხვები. ეს დიალოგს გაგიადვილებთ. თქვენი მიზანია პაციენტთან სრულყოფილი უთანასწორობის დამყარება. ამგვარი სპეციფიკური მეთოდების გამოყენებით პაციენტი სრულად ღიად გესაუბრებათ, არ ამახინჯებს ფაქტებს და არ ტოვებს მნიშვნელოვან დეტალებს. ამით თავს აარიდებთ ჩიგი სპეციფიკური კითხვების დასმას, რასაც ბევრი დრო მიაქვს და პაციენტს პასიურს ხდის

მიმახთული შეკითხვები: პასიენტის მონათხრობის გავრცობისა და გაზრების წესები.

- ზოგადიდან მიმახთულ შეკითხვებზე გადასვლა
- კითხვები თანამიმდევრული პასუხების გამოსავლენად
- შეკითხვების დასმა სათითაოდ
- პასუხთა მრავალფეროვანი არჩევანის შეთავაზება
- პასიენტის აზრების ინტერპრეტაცია
- საუბრის გაგრძელების შეთავაზება
- იმიტირება

ზოგადიდან მიმახთულ შეკითხვებზე გადასვლა. თქვენი გამოკითხვა ზოგადი კითხვებიდან სპეციფიკურ კითხვებზე გადასვლით უნდა მიმდინარეობდეს. დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით, რომლებიც თავად შეიცავს პასუხს. შესაძლო თანამიმდევრობა შეიძლება ამგვარი იყოს:

"მიამბეთ ტკივილზე გულის არეში?" (პაუზა)

"კიდევ რა განუხებთ?" (პაუზა)

"სად გრძნობთ ტკივილს?" (პაუზა) "მაჩვენეთ".

"კიდევ სხვაგან ხომ არა?" (პაუზა) "სადმე გადაეცემა?" (პაუზა) "რომელ მკლავში?"

თავი უნდა აარიდოთ ისეთ *მართვად შეკითხვებს*, რომლის პასუხიცაა მხოლოდ "დიახ" ან "არა". თუ კითხვაზე "ტკივილი დამწოლი ხასიათისაა... ?" პაციენტი გპასუხობთ "დიახ", იქმნება იმის რისკი, რომ პაციენტი თქვენს სიტყვებს გაიმეორებს. უკეთესი შეკითხვა იქნება "აღნერეთ თქვენი ტკივილი".

კითხვები თანამიმდევრული პასუხების გამოსავლენად. თუ აუცილებელია, დაუსვით ისეთი შეკითხვები, რომლებიც მოითხოვენ არა მარტივ, არამედ თანამიმდევრულ პასუხებს. სჯობს შეკითხვა ასეთი ფორმით დასვათ: "რამდენი საფეხურის ავლა შეგიძლიათ, სანამ დაგენყებათ სუნთქვის გახშირება?", და არა: "როგორმა დატვირთვამ გამოიწვია სუნთქვის გახშირება?"

შეკითხვების დასმა სათითაოდ. ეცადეთ, კითხვები სათითაოდ დასვათ. კითხვა "გადატანილი გაქვთ ტუბერკულოზი, პლევრიტი, ასთმა, ბრონქიტი, პნევმონია?" გამოიწვევს მოკლებული ყარყუმით პასუხს. სცადეთ იკითხოთ: "გაქვთ თუ არა შემდეგი პრობლემები?" პასუხის შემდეგ თითოეული პრობლემა ცალ-ცალკე ჩამოთვალეთ.

პასუხთა მრავალფეროვანი არჩევანის შეთავაზება. ხანდახან პაციენტს უჭირს სიმპტომების აღნერა დახმარების გარეშე. შეცდომების შემცირებისთვის გამოიყენეთ მრავალფეროვანი არჩევანი: "ჩამოთვლილიდან რომელი აღნერს უკეთ თქვენს მიერ გადატანილ ტკივილს: ყრუ, მნვავე, დამწოლი, ნვრთი, დარტყმითი, თუ რამე სხვა?" პირდაპირ კითხვას ყოველთვის მინიმუმ ორი პასუხი აქვს. "ხველის დროს ნახველს გამოჰყოფთ თუ მშრალი ხველა გაქვთ?"

პასიენტის აზრების ინტერპრეტაცია. ზოგჯერ პაციენტი გაურკვეველ ფრაზებს ხმარობს. მათი მნიშვნელობის გასაგებად ახსნის მოთხოვნა დაგჭირდებათ, მაგ.: "ხუსტად მითხარით, რას გულისხმობთ "გაცივებაში"

ან "თქვენ თქვით, რომ დედათქვენის მსგავსად გრძნობთ თავს. რას გულისხმობთ? "

სუბრის გაბრძელების შეთავაზება. იმისათვის, რომ პაციენტს თხრობა გაუადვილოთ, ყოველგვარი გადატანითი მნიშვნელობის გარეშე შეგიძლიათ გამოიყენოთ პოზა, ჟესტები, ან სიტყვები. თავის დაქნევა ღიმილის შენარჩუნება, ყურადღებით და სიმშვიდით მოსმენა, – ეს არის ძირითადი გასაღები პაციენტის თხრობის გაგრძელებისა თქვენი შეხედულებისამებრ. ასევე შემდეგი ფრაზების გამოყენება: "განაგრძეთ", "მე გისმენთ".

იმიტირება. პაციენტის უკანასკნელი სიტყვის მარტივი გამეორება განაწყობს მას, უფრო ღრმად გამოავლინოს არსებითი დეტალები და განცდები. მაგალითად:

პაციენტი: "ტკივილი გაძლიერდა და დაიწყო გავრცელება". (პაუზა)

პასუხი: "გავრცელება?" (პაუზა)

პაციენტი: "დიახ, გავრცელდა მხარზე და ქვევით მარცხენა ხელზე თითებამდე. ეს იმდენად მძიმე იყო, რომ ვიფიქრე, ვკვდებოდი". (პაუზა)

პასუხი: "კვდებოდით?"

პაციენტი: "დიახ, ტკივილი ჰგავდა მამაჩემის მიერ გადატანილ ტკივილს გულის შეტევის დროს. შემეშინდა, რომ მეც მსგავსი მემართებოდა".

ასახვის ტექნიკის გამოყენება გვეხმარება გამოვავლინოთ არა მარტო ტკივილის ლოკალიზაცია და სიძლიერე, არამედ მისი მნიშვნელობა პაციენტისთვის. ეს პაციენტის აზრის მიმდევრობას არ შეანყვეტინებს.

უსიტყვო ურთიერთობა. არსებობს იშვიათია ურთიერთობა, რომელიც არ შეიცავს საუბრის ელემენტებს და განცდების და ემოციების გარკვევას გულისხმობს. ეცადეთ პაციენტთან გულისხმიერი ურთიერთობა დაამყაროთ, რათა უკეთ გაუგოთ მას. ყურადღება მიაქციეთ თვალებს, სახის გამომეტყველებას, პოზას, თავის მდებარეობას, მოძრაობებს (სხეულის ან თავის კანკალი), თქვენს შორის მანძილს, ხელების და ფეხების მდებარეობას (გადაჯვარედინებული, ბუნებრივი თუ გადაბრუნილი). ისწორეთ, უსიტყვო კავშირი კულტურასთან არის დაკავშირებული.

თქვენი პოზიციის განსაზღვრა ავამყოფის მიმართ თქვენს ურთიერთკავშირს გააძლიერებს. შეგიძლიათ პაციენტის ინტონაციის ან მეტყველების მანერის (ხმის სიმაღლე, ტონი) იმიტირება. თუ ახლოს დგეხართ პაციენტთან, ხელის მკლავზე დადება მას განცდების უკეთ გარკვევაში დაეხმარება. უსიტყვო ურთიერთობა პაციენტთან შეხვედრის პირველი საფეხურია.

თანაგრძნობის გამოხატვა. თანაგრძნობის გამოხატვა პაციენტთან საუბრის გაფართოების ერთერთი საშუალებაა. საუბრისას პაციენტი სიტყვებით ან უსიტყვოდ გამოხატავს გაცნობიერებულ ან გაუცნობიერებელ შეგრძნებებს. ეს განცდები გადამწყვეტია დაავადების გარკვევაში და ექიმის მიმართ ნდობის გამომუშავებაში. *იმისათვის, რომ პაციენტის მიმართ თანაგრძნობა გამოხატოთ, პირველ რიგში მისი განცდები უნდა გარკვიოთ.* ეს თქვენს ნებასა და ინტერესზე არის დამოკიდებული. შეაფასეთ, როდესაც ამ შეგრძნებებს პაციენტის სახეზე, ხმაზე, სიტყვებსა და ქცევებში შეამჩნევთ. შეგიძლიათ მარტივად ჰკითხოთ "როგორ გრძნობთ თავს ამის გამო?". თუ თქვენ არ გააგებინებთ

პაციენტს, რომ მისი განცდები ისევე გაინტერესებთ, როგორც ფაქტები, შესაძლებელია ასხებითად ვეი ჩანვდეთ დეტალებს.

მას შემდეგ, რაც პაციენტის განცდებში გაეჯვევით, გაგებით მოეკიდეთ მათ. პასუხი შეიძლება იყოს მარტივი, როგორიცაა "გასაგებია", "შენუხებული ჩანხართ" ან "ამ ხმებს ნონასნორობიდან გამოყავხართ". თანაგრძნობა შეიძლება უსიტყვოც იყოს, მაგ. შესთავაზოთ ცხვირსახოცი, თუ პაციენტი ტირის ან ხელი დაადოთ მხარზე. ამით მას დაანახებთ, რომ მისი ჯარგად გესმით. თანაგრძნობის გამოხატვისას დარწმუნდით, რომ ზუსტად იმას ეხმაურებით, რაც პაციენტს აწუხებს. თუ თქვენი პასუხი არ დაადასტურებს, როგორ იმოქმედებს პაციენტზე, ვთქვათ, მწობრის გარდაცვალება (მაგ. შეუმსუბუქებს ხანგრძლივ ფინანსურ და ემოციურ ტვირთს), თქვენ ხელიდან სიტუაციაში ვეი გაეჯვევით. ვარაუდის გარეშე, პირდაპირ შეგიძლიათ იკითხოთ პაციენტის ემოციური განწყობის შესახებ. "ვნუხვარ თქვენი მამის გარდაცვალების გამო, რას გრძნობდით იმ პერიოდში".

დედუქცია. მეორე მნიშვნელოვანი გზა, ჩათა პაციენტის განცდები მისაღები გახდეს, მისი ემოციური მდგომარეობის დადასტურებაა. პაციენტი, რომელსაც შეემთხვა ავტოავარია და არ გააჩნია მნიშვნელოვანი დაზიანება, შეიძლება სტრესის მდგომარეობაში იყოს. ასეთი ფრაზების თქმა: "უბედური შემთხვევები ყოველთვის საშიშია. ავტოავარია ყოველთვის სახიფათოა, ვინაიდან ის დაკავშირებულია დაზიანებასთან ან სიკვდილთან. სწორედ ამიტომ ხართ ახლა ცუდად", დარწმუნებს პაციენტს და დაეხმარება იგრძნოს, რომ ასეთი ემოცია სწორია და გასაგები.

ბრძნევება. როდესაც თქვენ შეწუხებულ ან განერვიულებულ პაციენტს ესაუბრებით, უნდა გაამხნევოთ იგი. თქვენ შეგიძლიათ უთხრათ: "ნუ სწუხართ. ყველაფერი ჯარგად იქნება". მიუხედავად იმისა, რომ ეს ფრაზა არაპროფესიულ სიტუაციებში საკმაოდ ადეკვატურად ჟღერს, ჯინიკოლოგის ოთახში ნარმოთქმული მსგავსი კომენტარი უკუშედეგის გამოინვევს. თუ პაციენტს გულახდილად არ ელაპარაკებით, შეიძლება ფიასკო განიცადოთ. უფრო მეტიც, ნინასწარმა გამხნევებამ შეიძლება შეზღუდოს პაციენტის გულახდილობა, განსაკუთრებით როცა პაციენტი გრძნობს, რომ წუხილის გამოვლენა სისუსტის ნიშანია.

ეფექტური გამხნევების პირველი საფეხური არის პაციენტის განცდების დადგენა თანაგრძნობის გამოხატვის გარეშე. ამის გაკეთება ხელს უწყობს დაცულობის შეგრძნებას. გამხნევების აუცილებლობა მოგვიანებით ჩნდება, – როცა დასრულებთ გამოკითხვას, ჯინიკის გამოკვლევას და ზოგიერთ ლაბორატორიულ ანალიზს ჩაატარებთ. ამ დროისთვის პაციენტს შეგიძლიათ აუხსნათ რას ფიქრობთ, ასევე, ღრმად გაიზიაროთ გამოხატული შრობლემები.

თანამშრომლობა. პაციენტთან თქვენი ურთიერთობის აგების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საფეხურია ნათლად აგრძნობინოთ მასთან მუშაობის სურვილი. სავარაუდო დიაგნოზზე და სიმპტომების გამოვლენაზე საუბრისას დამატებებლად მიანიშნეთ, რომ მასთან მჭიდრო თანამშრომლობას ვპირდებით მიუხედავად იმისა, როგორ ნარმატებით დაავადება. ამგვარმა მხარდაჭერამ დიდი დახმარება შეიძლება გაუწიოს ავადმყოფს მიუხედავად იმისა, რომ თქვენ მხოლოდ და მხოლოდ სტუდენტი ხართ.

შეჯამება. საუბრის განმავლობაში ავადმყოფის მონათხრობის შეჯამება სხვადასხვა ფუნქციას ემსახურება. ეს მიუთითებს, რომ თქვენ მას ყურადღებით უსმენდით; აგრეთვე, თუ რა იცით და რა არა. "ნება მომეცით შევაჯამო, ყველაფერი გავიგე, თუ არა. თქვენ ბრძანეთ, რომ სამი დღეა გახვეულებთ, განსაკუთრებით ღამით და გამოყოფთ ყვითელი ფერის ნახველს. არ გაქვთ სიცხე და სუნთქვის გაძნელება, მაგრამ გაქვთ სუსხი და გიჭირთ ცხვირით სუნთქვა." ხანმოკლე პაუზა ან ფრაზა "არის კიდევ რაიმე?" საშუალებას

აძლევს ავადმყოფს დაამატოს სხვა ინფორმაცია და დაადასტუროს, რომ თქვენ ყველაფერი ზუსტად გაიგეთ.

თქვენ შეგიძლიათ გააჯეროთ შეჯამება გამოკითხვის სხვადასხვა მომენტში, განსაკუთრებით გამოკვლევის სხვა ეტაპზე გადასვლისას (ნახეთ ქვემოთ). ამის უნარი საშუალებას მოგცემთ მოანესრიგოთ ჯერ-ჯერობით მოსაზრებები, მიმართოთ თქვენი ფიქრები პაციენტისკენ, და გამომდინარე აქედან, შეთანხმებული გახადოთ თქვენი ურთიერთობა. *ასევე საჭიროა ისწავლოთ, როდის გააჯეროთ ჩანაწერი და რა ჰკითხოთ პაციენტს შემდეგ.*

გამოკითხვის მიმართულების შეცვლა. შეხვედრისას ავადმყოფს მხავალი მიზეზი აქვს, იყოს შეწუხებული. მდგომარეობის გაუარესებისთვის უთხარით, როდის ცვლით გამოკითხვის მიმართულებებს. ეს გაზრდის ავადმყოფის კონტროლის გრძნობას. თუ თქვენ გადადიხართ ანამნეზის ერთი ნაწილიდან მეორეზე და ჯერ-ჯერობით გამოკვლევაზე, მიმართეთ ავადმყოფს გარდამავალი ფრაზებით, როგორიცაა "ახლა მინდა დაგისვათ რამოდენიმე კითხვა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ნარსულში". აუხსენით პაციენტს, რის გაკეთებას აპირებთ. "სანამ გადავალთ ჩატარებული მკურნალობის განხილვაზე, ჯერ-ჯერობით თუ გარისხენებთ ალერგიულ გადატანილ დაავადებებს?" "ახლა უნდა გაგისინჯოთ. მე ცოტა ხნით გავალ, თქვენ კი გარისხეთ ტანსაცმელი და ჩაიცვით ხალათი." დაარწმუნეთ, რომ ხალათი უკან გარსნილია, რაც დაზოგავს თქვენს დროს და პაციენტს კმაყოფილი იქნება.

პაციენტის მარწმუნებლობა. არსებითად, პაციენტისა და ჯერ-ჯერობით ურთიერთობა ცვალებადია. თქვენ გაკეთილი გამოცდილება, მაგრამ, ჯერ-ჯერობით ფარგლებში დაგროვებასთან ერთად, იძენთ ახალ უნარ-ჩვევებს, მატულობს საკუთარი თავის რწმენა და თვითდაჯერება. თუმცა ავადმყოფს აქვს მღელვარების საფუძველი. მას აქვს კითხვები, ან შეწუხებულია გამოვლენილი სიმპტომების გამო. ის, შესაძლოა, კმაყოფილია მკურნალობის სისტემით, ან არ იცის იმ ფარგლების, შესახებ, რომლითაც თქვენ სწავლობთ. განსხვავებული სქესი, ეთნიკური თვისებები, ასაკი, ან ჯერ-ჯერობით ასევე წარმოშობს სირთულეებს. მიუხედავად ამისა, საბოლოოდ, პაციენტი უფლებამოსილია იზრუნოს საკუთარ თავზე. მან უნდა შეცვალოს ცხოვრების წირი, ან მიიღოს თქვენს მიერ დანიშნული სამკურნალო საშუალებები. ის დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ თქვენს ჩვევებს მიჰყვება. ქვემოთ ჩამოთვლილია ფრინციპები, რომელიც უნდა გაიზიარონ პაციენტთან. მიუხედავად იმისა, რომ მხარი მათგანი აღნიშნული თავის სხვადასხვა ნაწილებში იყო განხილული, პაციენტის მხარდაჭერა იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ მათ არ შეჯამებას გარჯვული ღირებულება აქვს.

პაციენტის მხარდაჭერა: თანაბარზიარების ფრინციპები

- გარჩიეთ პაციენტის მრმავალი
- გამოხატეთ ინტერესი ფიროვნების, და არა მხოლოდ ფრობლემის მიმართ
- მიჰყევით პაციენტის ნებასურვილს
- შეისწავლეთ ემოციური მხარე
- გაუზიარეთ ინფორმაცია პაციენტს
- გააცანით მას გამოკვლევის გეგმა
- გამოავლინეთ ცოდნის საზღვრები

ბამოკითხვის ტექნიკის მისადაგება განსაკუთრებულ მდგომარეობებთან

ავადმყოფის გამოკითხვის პროცესში შეიძლება წარმოიშვას სხვადასხვა ტიპის გაღიზიანება და უსიამოვნება. ამ მდგომარეობებში გარკვევის ჩვევები მუშაობის პროცესში გამოგიმუშავებათ. *ყოველთვის გახსოვდეთ პაციენტის მოსმენის და მისი გამოკვლევის თანამიმდევრობის დადგენის მნიშვნელობა.*

ჩუმი პაციენტი. დამწყები ექიმი ხშირად არაკომფორტულად გრძნობს თავს სირჩუმის პერიოდებში და ცდილობს საუბრის გაგრძელებას. სირჩუმეს შეიძლება სხვადასხვა მნიშვნელობა და მიზანი ჰქონდეს. ხშირად, აზრთა დაღაგების მიზნით, პაციენტი ხანმოკლე დროით ჩუმდება; იგი იხსენებს დეტალებს, ან ნყვეტს, – განდოთ თუ არა ზოგიერთი ინფორმაცია. როგორც წესი, სირჩუმის პერიოდი ექიმს უფრო ხანგრძლივად ეჩვენება, ვიდრე ავადმყოფს. საჭიროების შემთხვევაში ექიმმა უნდა გამოავლინოს ყურადღება და გაამხნევოს პაციენტი (იხ. გამხნევების ტექნიკა). სირჩუმის პერიოდების დროს ჯერგად დაკვირვით ავადმყოფის უსიტყვო რეაქციებს, მაგ., გრძნობების გაჯონტროლების გაძნელება.

პაციენტები დეპრესიით ან დემენციით, ჯერგავენ გრძნობების გამოხატვის უნარს, ამიტომ იძლევიან მოკლე პასუხებს, სწრაფად ჩუმდებიან. თუ სურდეთ მათთან ყოველდღიური მოვლენების განხილვა და შედეგს ვერ იღებთ, შეგიძლიათ გადახვიდეთ დეპრესიის სიმპტომების განხილვაზე ან დაიწყოთ ფსიქიატრული მდგომარეობის გამოკვლევა (იხ. თ-16 თავი, გვ. 573-593).

ზოგჯერ ავადმყოფის სირჩუმე შეიძლება იყოს რეაქცია თქვენს მიერ დასმული კითხვის მანერაზე. ძლევთ თუ არა ბევრ პირდაპირ კითხვას ხანმოკლე დროის განმავლობაში? ხარმე გზით ხომ არ მიაყენეთ შეურაცხყოფა, მაგ. უმყოფილების გამოხატვით ან კრიტიკის გამოთქმით? ხომ არ გამოგრჩათ ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა ტკივილი, გულისრევა ან ქოშინი? თუ ასეა, პირდაპირ უნდა შეეკითხოთ ავადმყოფს, "მე ხომ არ ვარ თქვენი სირჩუმის მიზეზი?".
და ბოლოს, ზოგი პაციენტი თავისი ხასიათით ლაკონურია. ეცადეთ სხვადასხვა ხასიათის კითხვები დაუსვათ, ხარა ჯერგად შეაგროვოთ ანამნეზი. ავადმყოფის თანხმობით, ესაუბრეთ მისი ოჯახის წევრებს, ან მეგობრებს.

უხერხულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი. ზოგიერთი პაციენტი თავს უხერხულად გრძნობს *მრავალფეროვანი სიმპტომების* არსებობის გამო. თითქოს მას ყველა სიმპტომი აქვს, ხაზეც კი ეკითხებით ანუ ე.წ. "სისტემების პოზიტიური მიმოხილვა". ამ პაციენტებისთვის ყურადღება უნდა გაამახვილოთ სიმპტომების მნიშვნელობაზე, პერსპექტივაზე (იხ. გვ. 32) და გამოკითხვა ჩაატაროთ ფსიქოსოციალური შეფასებით. უსარგებლოა ასეთ პაციენტს დანერილებით გამოჰკითხოთ სიმპტომები. ამავე დროს, მათ შეიძლება აღენიშნებოდეთ ხამოდენიმე დაავადება, უფრო სწორად, სომატიზებული დარღვევები.

სხვა დროს თქვენ თავად შეიძლება იყოთ დაბნეული ან ჩავარდეთ უხერხულ მდგომარეობაში, ვინაიდან ავადმყოფის ანამნეზი არეული და გაუგებარია, აზრები ცუდად დაკავშირებულია ერთმანეთთან, ხოლო მეტყველება ძნელად გასაგები. თუ სწორად არ შეარჩევთ კითხვებს, გასაგებ პასუხებს ვერ მიიღებთ. ავადმყოფის თქვენთან ურთიერთობის სტილი, ასევე, შეიძლება იყოს განსაკუთრებული, დისტანციური, ან შეუსაბამო. ავადმყოფი სიმპტომებს

შეიძლება აღნეჩდეს ახასნოხი ტეჰმინებით: "თითის ფჰჩხიღზე სიმძიმეს ვგჰძნობ" ან "ხუჭი გვეღივით ახის დაგჰეხიღი". ეცადეთ, სხვადასხვა ხეჰხებით გაეჰკვეთ სიმპტომების მნიშვნელობაში. შეიძლება ავადმყოფს მენტაღური პჰობღემები აღენიშნებოდეს, ჰოგოჰიცაა ფსიქოზი ან დეღიჰიუმი (delirium – ღათ., ცნობიეჰების მწვავე დაბინდვის სიმპტომი, ჰომეღიც ხასიათდება ჰაეუცინაციებით, ბოდვით, გაჰემოს იეუზიური აღქმით, შფოთვითი მოძჰაობებით და შიშით; ჰედ.) ფსიქიკუჰი დაავადება, ჰოგოჰიცაა შიზოფჰენია, ან ნევჰოღოგიუჰი დაავადებები (იხ. მე-17 თავი – ნეჰვული სისტემა). ავადმყოფებში მწვავე დაავადებებით ან ინტოქსიკაციით, განიხიღეთ დეღიჰიუმის შესაძლებელი ახსებობა, ასევე განიხიღეთ დემენციის (dementia – ღათ., შეძენიღი ჭკუასუსტობა; ჰედ.) შესაძლებელი ახსებობა მოხუცებულებში. ასეთი ავადმყოფები ახეუღ, შეუსაბამო ანამნეზს იძღევიან და ახ შეუძღიათ ჭჰონოღოგიუჰად ისაუბჰონ ავადმყოფობის შესახებ.

ჰოღესაც ეჭვი გაქვთ ფსიქიკუჰ ან ნევჰოღოგიუჰ დაავადებაზე, ნუ დახახჭავთ ღიღ ღჰოს ანამნეზის დანვჰიღებით შეგჰოვებაზე. მხოღოღ დაიღებით და შეწუხებით ჰოგოჰც თქვენ, ასევე ავადმყოფი. ფსიქიკის შესნავღისას ყუჰადღება მიაქციეთ გონებჰივ შესაძღებღობებს, ოჰიენტაციის უნაჰს და მეხსიეჰებას. შეგიძღიათ დაუსვათ სანყისი კითხვები: "ბოღოს ჰოდის იყავით კღინიკაში? მოდი ვნახოთ... ეს ჰოდის მოხდა?" თქვენ შეგიძღიათ ჩაინიშნოთ პასუხები ცაღკე, ან თანხმობის შემთხვევაში, გაესაუბჰოთ ავადმყოფის ოჯახის ნევჰს ან მეგობაჰს და შემდეგ გააგჰძეღოთ ჩანეჰა.

პაციენტები შეზღუდუი ბონებჰივი შესაძლებლობებით. ზოგიეჰთ ავადმყოფს უჭიჰს საკუთაჰი ანამნეზის მოწოდება ავადმყოფობით გამოწვეული გონების დაბინდვის, დემენციის, ასევე, ჯანმჰთეღობის ან ფსიქიკის სხვა დაჰღვევების გამო. სხვებს ახ შეუძღიათ ანამნეზის გაჰკვეული მომენტების მოყოღა, მაგაღითად, ცხეღებით მიმდინაჰე დაავადებასთან ან გუღყჰებთან დაკავშიჰებული მოვღენები. ამ სიტუაციაში უნდა დაადგინოთ, აქვს თუ ახა ავადმყოფს "გადანყვეტიღებების მიღების შესაძღებღობა" ან ავადმყოფობასთან დაკავშიჰებული ინფოჰმაციის გაგების უნაჰი; ასეთ შემთხვევებში თქვენს მიეჰ გაკეთებული საექიმო ახჩევანი ინტეღექტუაღუჰ შესაძღებღობებსა და ღიჰებუღებათა თანამიმდევჰულ ეჰთობღიობაზე უნდა იყოს დაფუძნებული; ასევე, უნდა გამოხატოთ საკუთაჰი აზჰი მკუჰნაღობის უპიჰატესობაზე. ტეჰმინი "შესაძღებღობა" უფჰო მისაღებია, ვიდჰე "კომპეტენტუჰობა", ჰაც უფჰო იეჰაჩღიეული ტეჰმინია. ფსიქიაჰტის კონსუეტაცია შესაძღებღობების შეფასებისთვის ახ გესაჭიჰოებათ, ვიდჰე მენტაღური დაავადებები ახ დააკვეითებს ავადმყოფის მიეჰ გადანყვეტიღების მიღების უნაჰს. ბევჰი ავადმყოფისთვის ფსიქიკუჰი აშღიღობებით ან კოგნიტუჰი (ცნობიეჰების) დაჰღვევებით, მათი გადანყვეტიღებათა მიღების უნაჰის შესაძღებღობა ინტაქტუჰი (უცვღეღი) ჰჩება.

შესაძღებღობის მქონე პაციენტებისგან მიიღეთ თანხმობა, ვიდჰე დაიწყებთ მათ დაავადებაზე საუბაჰის სხვებთან. თუ ავადმყოფს კონტაქტის დამყაჰება მხოღოღ სახის გამომეტყვეღებით ან ჟესტიკუღაციით შეუძღია, თქვენ უნდა შეინაჩნოთ კონფიდენციაღუჰობა და გამოიყენოთ მათი მცდეღობა. დაიჩნმენეთ ავადმყოფი, ჰომ მათ მონათხჰობს ნდობით მოეპყჰობით და აუხსენით, ჩა მომენტების განხიღვას აპიჰებთ სხვებთან. თქვენი ცოდნა ავადმყოფის შესახებ შეიძღება გაჰკვეუღნიღად ყოვღისმომცველი იყოს, – ვიდჰე სხვები ახ შემოგთავაზებენ გასაოცჰ და საინტეჰესო ინფოჰმაციას. მაგაღითად, მეუღეს შეუძღია ოჯახის მნიშვნეღოვანი პჰობღემების მოწოდება, ჰომეღსაც მაღავს პაციენტი, ჰოგოჰიცაა დეპჰესიული სინდჰომი ან აღკოჰოღის ქაჰბი მიღება. მოიფიქჰეთ ჰოგოჰ დაყოთ საუბაჰი ოჰ ნანიღად – საუბჰის ეჰთი ნანიღი ავადმყოფთან და მეოჰე ავადმყოფთან და თანმხღებ პიჰთან ეჰთად. თითოეუღ ნანიღს თავისი ღიჰებუღება აქვს. სხვა საშუაღებებით მიღებული ინფოჰმაცია ხშიჰად გეხმაჰებათ ავადმყოფის მეთვაღყუჰეობის დაგეგმვაში, მაგჰამ ჰჩება კონფიდენციაღუჰი. ასევე, შეისნავღეთ "ჯანმჰთეღობის დაზღვევის ავტონომიუჰობისა და პასუხისმგებღობის კანონის"

(HIPAA) პრინციპები, რომელიც გამოცემულია 1996 წლის კონგრესზე და დაწესებულებების და პროვაიდერების მიერ ავადმყოფის ინფორმაციის გაზიარების გამოვლინის მკაცრ სტანდარტებს ანესებს. ეს ინფორმაცია შეიძლება ნახოთ ვებ-გვერდზე: http://www.cms.hhs.gov/hipaa/.

დაქვეითებული შესაძლებლობების მქონე ავადმყოფების შემთხვევაში ხშირად დაგჭირდებათ მოძებნოთ შემცვლელი, რომელიც მოგანვდით ინფორმაციას, მიიღებს გადაწყვეტილებას და დაგეხმარებათ ანამნეზის შეკრებაში. შეამოწმეთ, ჰყავს თუ არა ავადმყოფს ნდობით აღჭურვილი პირი, რომელიც პასუხისმგებელია მის მკურნალობაზე. თუ არ ჰყავს, უმეტეს შემთხვევაში ეს შეიძლება იყოს მეუღლე ან ოჯახის ნევრი, რომელიც წარგიდგენთ ავადმყოფის სურვილებს.

ავადმყოფის ნათესავებთან ან მეგობრებთან საუბრისას გამოიყენეთ გამოკითხვის ძირითადი პრინციპები. საუბრისთვის მოძებნეთ მყუდრო ადგილი. გაასწორეთ თავი, მიზანი, გაარკვიეთ, როგორ გრძნობენ თავს მოცემული სიტუაციაში და გაარკვიეთ მათი მოსაზრებები. როდესაც მოისმენთ ანამნეზის მათ ვარიანტს, დაადგინეთ ავადმყოფთან მათი ურთიერთობის ხასიათი, რაც გაზრდის გულახდილობას. დაადგინეთ, რამდენად კარგად იცნობენ ავადმყოფს. მაგალითად, თუ დაწესებულებაში ბავშვი ჰყავთ მოყვანილი, თანმხლები მოზრდილი შეიძლება არ იყოს უშუალო ან ხშირი მომვლელი, და იყოს ყველაზე სასურველი თანამგზავრი. ყოველთვის ეძებეთ ყველაზე კარგად ინფორმირებული პირი. იშვიათად, ნათესავი ან მეგობარი დავინებით მოითხოვს გასინჯვის დროს ავადმყოფთან ერთად ყოფნას. ეცადეთ გაიგოთ, ატომ და დაადგინეთ ავადმყოფის სურვილი აღნიშნულის შესახებ.

მოლაპარაკე ავადმყოფი. ზედმეტად მოლაპარაკე, გაფანტული ავადმყოფის გამოკითხვა რთულია. შეზღუდულ დროში სრული ისტორიის მოპოვება ზრდის ავადმყოფის გაღიზიანებას; ამ პრობლემის გადაწყვეტაში მოგეხმარებათ ზოგიერთი მეთოდი. მიეცით ავადმყოფს თავისუფლად საუბრის საშუალება პირველი 5 ან 10 წუთის განმავლობაში და ყურადრებით უსმინეთ. შეიძლება ავადმყოფი, უბრალოდ, მსმენელის ნაკლებობას განიცდის, ან, შეკავებულ ემოციებს ამჟღავნებს. შესაძლოა ავადმყოფის სტილი იყოს ამბების მოყოლა. ავადმყოფს აკვიატებული აქვს ნვრილმანები თუ ზედმეტად შენუხებულია?. ეს აზრების სწრაფი გამოხატვაა თუ აზროვნების დეზორგანიზაცია, რაც ფსიქოზის ან კონფაბულაციის (confabulatio – ლათ., ავადმყოფის მიერ მოგონილი პასუხები და ამბები ფაქტიური მოვლენების შესახებ; რედ.) გამოვლენაა?

ეცადეთ, დაკვირდეთ თუ რას თვლის ავადმყოფი მნიშვნელოვნად და თქვენი ინტერესი ამ საკითხებზე კითხვების დასმით გამოხატეთ. თუ საჭიროა, შეანყვეტინეთ, ოღონდ ფრთხილად. გახსოვდეთ, თქვენი ამოცანაა საუბრის აგება. აუცილებელია იყოთ პირდაპირი და, საჭიროებისას, დაანესოთ შეზღუდვები საუბარში. მცირე შეჯამებები დაგეხმარებათ შეცვალოთ საუბრის თემა (იხ. გვ. 40). " ნება მომეცით დავრწმუნდე, რომ ყველაფერი გავიგე. თქვენ ბევრი მოსაზრება გამოთქვით. განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციე ორი სახის ტკივილს, ერთი გაქვთ მარცხნივ, – შორისის არეში გავრცელებით, და შედარებით ახალია. მეორე სახის ტკივილი აღინიშნება მუცლის ზედა ნაწილში, განსაკუთრებით, საკვების მიღების შემდეგ და უკვე რამდენიმე თვეა განუხებთ. მოდით, ჯერ განვიხილოთ გვერდის ტკივილი. შეგიძლიათ აღწეროთ, როგორ შეიგრძნობთ მას?"

ბოლოს, ნუ არჩვენებთ ავადმყოფს თქვენს მოთმინებას. თუ დრო აღარ დაგრჩათ, აუხსენით, რომ გჭირდებათ მეორე ვიზიტი. დროის დანიშვნა მეორე შეხვედრისთვის, შესაძლოა სასარგებლო გამოდგეს. "ვიცი, რომ საკმაოდ ბევრი გვაქვს, შეგიძლიათ შემდეგ კვირაში მოხვიდეთ. ჩვენ ერთი საათი გვქონდა სასაუბროდ."

მტირალი პაციენტი. ტირილი ძლიერ ემოციებს გამოხატავს და მისი დიაპაზონი მონუსხულობიდან გაბრაზებამდე ვრცელდება. თუ პაციენტი ცრემლიანია, სიტყვებს შორის პაუზებს აკეთებს, ან, გპასუხობთ თანაგრძნობით, მიეცით ტირილის საშუალება. ხშირად, ტირილი სამკურნალო საშუალებაა, რადგან ეს პაციენტის სტრესისა და ტკივილის უსიტყვო აღიარებას გამოხატავს. შესთავაზეთ ცხვირსახოცი და ასკდეთ, დამშვიდდეს. შეგიძლიათ უთხრათ:

"მესმის, რომ გადაგიარათ".

პაციენტთა უმრავლესობა მაღე იყვანს თავს ხელში (მშვიდდება) და მოყოლას აგრძელებს. გარდა უბედური შემთხვევისა ან ახლობელის დაკარგვისა, ხანგრძლივი და გაუკონტროლებელი ტირილი უჩვეულოა.

ტირილი ბევრ ადამიანს უქმნის უხერხულობას. თუ თქვენ იზიარებთ მის წუხილს, ისწავლეთ, როგორ მიიღოთ ამგვარი ემოციური გამოხატულება და, როგორც ჯერ ინიციატორი, მხარში ამოუდექით პაციენტს ამგვარ შემთხვევებში.

გაბრაზებული ან ფრუსტრირებული პაციენტი. ბევრ პაციენტს აქვს მიზეზი, იყოს გაბრაზებული: იგი პაციენტია, განიცდის ტკივილს, მას დაკარგული აქვს კონტროლი ცხოვრებაზე, გრძნობს ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შედარებით სუსტ მხარეებს. პაციენტმა შეიძლება გაბრაზება თქვენს მიმართ გამოხატოს. აუცილებელია, რომ თქვენდამი მტრული განწყობას ახსნა მოუძებნოთ... თქვენ დაგაგვიანდათ პაციენტთან შეხვედრაზე, გამოიჩინეთ უყურადღებობა ან გაბრაზებული ხართ. თუ ასეა, ეცადეთ გამოასწოროთ მდგომარეობა. უფრო ხშირად, ტკივილით შეწუხებულ პაციენტს გაბრაზება ექიმზე გადააქვს.

ზოგიერთი გაბრაზებული პაციენტი მტრულ ხდება და წყვეტს კავშირს თქვენთან. გაბრაზებული, მტრულად განწყობილი ან გაუკონტროლებელი პაციენტები ყველაზე სწრაფად წყვეტენ კავშირს ექიმასთან ან სასწრაფო დახმარების განყოფილებასთან. ასეთ პაციენტთან ურთიერთობის დაწყებამდე, გამოიძახეთ დაცვის თანამშრომლები – როგორც ექიმი, თქვენ ვალდებული ხართ შექმნათ უსაფრთხო გარემო. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იყოთ მშვიდი, გამოავლინოთ თანხმობა და განზე იდგეთ. იყავით მოდუნებულ პოზაში, არ აჩქაროთ მუქარა და ხელები გქონდეთ გაშლილი. პირველ ყოვლისა, არ ეცადოთ მოსთხოვოთ პაციენტს დაუწიოს ხმას, ან შეწყვიტოს წინააღმდეგობა, მიუხედავად იმისა, რომ ანგრევს იქაურობას ან განყენილით თქვენ და თანამშრომლებს. მოუსმინეთ ყურადღებით და შეეცადეთ გაიგოთ, რას ამბობს. ურთიერთგაგების დამყარების შემდგომ, თავაზიანად შესთავაზეთ გადასვლა სხვა ადგილას, სადაც არიან თავმოყრილი სხვა პაციენტები ან ოჯახის წევრები.

პაციენტი ენობრივი ბარიერით. ვერაფერი დაგარწმუნებთ ანამნეზის შეკრების მნიშვნელობაში უფრო მეტად, როგორც იძულებითი მდგომარეობა, – იმოქმედოთ მის გარეშე. როცა თქვენი პაციენტი სხვა ენაზე ლაპარაკობს, მოძებნეთ ყველა შესაძლებლობა, რომ იპოვოთ თარჯიმანი. დამცველი ენით ნათქვამი ჩამოღენიმე სიტყვა და ჟესტი ვერ შეცვლის სრულყოფილ მონათხრობს. იდეალური თარჯიმანი არის ნეიტრალური ობიექტური პირისოვნება, რომელიც იცნობს ორივე ენას და ჯერტერას. თავი აარიდეთ თარჯიმნად ოჯახის წევრების ან მეგობრების გამოყენებას – ვერ შენარჩუნდება კონფიდენციალურობა, მნიშვნელობები იქნება დამახინჯებული, ხოლო გადაცემული ინფორმაცია – არასრული. გამოუცდელმა თარჯიმანმა შეიძლება სცადოს გამოკითხვის დარჩარება, გამოხატოს გრძელი გამონათქვამები მცირე სიტყვებით, რითაც დაიკარგება ბევრი მნიშვნელოვანი დეტალი.

თუ მუშაობას თარჯიმანთან იწყებთ, დაამყარეთ ურთიერთგაგებაზე დაფუძნებული კონტაქტი მასთან და განიხილეთ, – რა ინფორმაცია იქნება ყველაზე საჭირო. აუხსენით, რომ თარჯიმანი გჭირდებათ ყველაფრის სათარგმნელად, და არა შემოკლებული ვარიანტის ან დასკვნებისთვის. დასვით თქვენი კითხვები *ნათლად, მოკლედ და მარტივად.* ასევე შეგიძ-

ღიათ დაეხმაროთ თანჯიმანს, განუმარტოთ თქვენი მიზნები ანამნეზის თითოეული ნაწილისთვის. თანჯიმნისთვის თქვენი გეგმების ახსნის შემდეგ, ისე მოუწყვეთ ოთახში, რომ ავადმყოფთან გაადვილებული მხედველობითი კონტაქტის და უსიტყვო ურთიერთობის საშუალება მოგეცეთ. შემდეგ ისაუბრეთ პირდაპირ პაციენტთან, შეეკითხეთ, "ჩამდენი ხანია რაც ავად ხართ?" და არა "რამდენი ხანია პაციენტი ავადაა?" თანჯიმნის ახლო ყოფნა აგაცილებთ თავის აქეთ-იქით ბრუნვას (როგორც ჩოგბურთის მატჩის დროს).

ძალზე დაგეხმარებათ ორ-ენოვანი წერილობითი კითხვარი; თუ შესაძლებელია, განსაკუთრებით სისტემების მიმოხილვისთვის. პირველყოვლისა დარწმუნდით, რომ პაციენტს შეუძლია თავის ენაზე კითხვა; წინააღმდეგ შემთხვევაში დახმარებისთვის მიმართეთ თანჯიმანს. ზოგიერთი კლინიკური გასინჯვის აღგილას არის სატელეფონო გადამცემები; თუ უკეთესი არჩევანი არ არის, გამოიყენეთ ისინი.

თანჯიმანთან მუშაობის ჩრევები

- კლინიკის თანამშრომლის, მოხალისის ან ოჯახის წევრის ნაცვლად, არჩევანი ნასწავლ თანჯიმანზე შეარჩიეთ.
- გამოიყენეთ თანჯიმანი კუნძულის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად.
- მიანდეთ ინფორმაცია პუნქტის გამოკითხვის თითოეული ნაწილის შესახებ;
- მოსთხოვეთ პაციენტის ნათქვამის სიტყვასიტყვით თარგმანი.
- მოაწყვეთ ოთახი ისე, რომ ავადმყოფთან გაადვილებული მხედველობითი კონტაქტის და უსიტყვო ურთიერთობის საშუალება გქონდეთ. დასვით თანჯიმანი პაციენტის გვერდით.
- დაუთმეთ დრო, რომ პაციენტმა და თანჯიმანმა ერთად გაიარეთონ ჩანაწერი.
- ისაუბრეთ პირდაპირ პაციენტთან, გქონდეთ უსიტყვო ურთიერთობის საშუალება.
- იხმარეთ მოკლე და მარტივი წინადადებები. ყურადღება გაამახვილეთ ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხებზე.
- იმის შესამოწმებლად, გაუგეთ თუ არა ერთმანეთს, სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს მოსმენილი.
- იყავით მომთმენი. საუბარი ნაგარითმევთ მეტ დროს და იქნება ნაკლებად ინფორმატიული.

პაციენტი ნერვ-კითხვის პრობლემით. სანამ მისცემდეთ წერილობით დარიგებას, გონივრული იქნება, შეამოწმოთ პაციენტის კითხვის უნარი. განათლების დონე ძალიან განსხვავებულია და ნაკითხულის მარაგი არის გაცილებით მცირე, ვიდრე თქვენ ეს ნარმოგიდგენიათ. ადამიანები ვერ კითხულობენ ბევრი მიზეზით, ენობრივი barrier-ის, სწავლის უნარის შეზღუდვის, ცუდი მხედველობის ან გაუნათლებლობის გამო. ზოგი ადამიანი შეიძლება მარცვლეს, რომ ვერ კითხულობს. შეკითხვა განათლების დონის შესახებ შეიძლება დაგვეხმაროს, მაგრამ შეიძლება შეცდომის წყაროც გახდეს. "მე მგონი, რომ ამ თემაზე საუბარი ითქვა, მაგრამ, გაქვთ რაიმე პრობლემა კითხვის დროს?". სთხოვეთ პაციენტს, ნაკითხოს დანიშნულება, რომელიც დაუნერეთ. გაუნათლებლობა შეიძლება გახდეს იმის მიზეზი, რომ პაციენტმა ვერ მიიღოს ნამლები ან ვერ შეასრულოს თქვენი სამკურნალო რეკომენდაციები. საკითხის გადასაწყვეტად, უბრალოდ, გადაეცით პაციენტს დანერილი

მასაღა უკულმა, ხათა დაინახოთ, გადმოაბრუნებს თუ არა ფუჩეცელს. იყავით ყურადღებით და გახსოვდეთ, რომ უნიგნურობა და ინტელექტის ნაკლებობა სინონიმები არ არის.

პაციენტი სმენითი დარღვევებით. სმენადაქვეითებული პაციენტთან ურთიერთობას თან ახლავს იგივე პრობლემები, რაც სხვა ენაზე მოსაუბრე პაციენტთან კონტაქტს. ზოგჯერ პაციენტები დაქვეითებული სმენადობით, თავს ყრუ და განსხვავებული ადამიანთა ჯგუფს მიაკუთვნებენ. შეეცადეთ გაიგოთ ურთიერთობის მეთოდი, რომელსაც პაციენტი ანიჭებს უპირატესობას. პაციენტი შეიძლება იყენებდეს ამერიკული ნიშნების ენას, რომელიც არის ერთადერთი თავისი საკუთარი სინტაქსით; ასევე, კომუნიკაციის ჩიგ სხვა ფორმებს ნიშნებისა და მეტყველების კომბინაციით. ამის გამო, ურთიერთობა ხშირად კულტურათა- და ეთნიკათაშორისი კომუნიკაციის ფორმაა. შეეკითხეთ, სმენა მეტყველების და სხვა ენობრივი ჩვევების განვითარებამდე დაკარგა თუ არა; ასევე, გამოჰკითხეთ სკოლების შესახებ, რომელშიც იგი სწავლობდა. ეს კითხვები დაგეხმარებათ განსაზღვროთ, – პაციენტი თავს ყრუდ თვლის თუ სმენის მქონედ. გარდა აღნიშნულისა, შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნებაყოფლობითი კითხვარები. თუ პაციენტს უჭირვნია ნიშნების ენა, მოძებნეთ ყველა საშუალება მონახოთ თარჯიმანი და გამოიყენეთ ზემოთ აღნერილი პრინციპები. მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან დიდ დროს ნაღდებს, ხელით დაწერილი კითხვები და პასუხები, შესაძლოა, ერთადერთი გამოსავალი იყოს; თუმცა, არც განათლების დონე ქმნის პრობლემებს.

სმენის დაფიქსირი სხვადასხვაგვარია. თუ პაციენტს აქვს სასმენი მონყობილობა, დარწმუნდით, რომ იყენებს და რომ ის მუშაობს. თუ პაციენტს სმენა დაკარგული აქვს ცალ მხარეს, დაუჯექით ჯანმრთელ მხარეს.

როცა პაციენტს სმენის ნაწილობრივი დაქვეითება აღენიშნება, ან შეუძლია ტუჩების მოძრაობის კითხვა, უყურეთ პირდაპირ სახეში და კარგი განათების პირობებში. ილაპარაკეთ ხმის ნორმალური სიმაღლით და ტონით, და არ დაუნიოთ ხმას ნინადადების ბოლოში. ნუ იქნება თქვენი პირი დაფარული ან საუბრისას არ იცქიროთ ქვემოთ, – ფუჩეცელისკენ. გახსოვდეთ, ტუჩებზე საუკეთესო მკითხველებსაც კი არ შეუძლიათ მთლიანად გაიგონ ნათქვამი, ამიტომ პაციენტს გაუმეორეთ თქვენი შეკითხვა.

შეძლებისდაგვარად ახლოდეთ თავი ირგვლივ არსებულ ხმაურს, როგორიცაა ტელევიზორი ან საუბრები დერეფნებში. თუ სათვალეს ატარებენ, პაციენტებმა ის ვიზუალური ნიშნების აღსაქმელად უნდა გამოიყენონ. დამთავრებისას, ყველა ზედრის ინსტრუქციას დაამატეთ ნერილობითი.

პაციენტი მხედველობის დაქვეითებით. როცა ბრმა პაციენტს ხვდებით, კონტაქტის დასამყარებლად წარმოადგინეთ ხელი, აუხსენით, ვინ ხართ და რატომ ხართ იქ. თუ ოთახი არ არის მისთვის ნაცნობი, აუხსენით, რა არის ირგვლივ და აგრეთვე იმყოფება თუ არა ოთახში კიდევ სხვა პირი. ზოგჯერ, დაგეხმარებათ ოთახში განათების მონესრიგება. მხედველობა დაქვეითებულ პაციენტებს ურთიერთობის განსაკუთრებულად მოუნოდეთ გაიკეთონ სათვალეები, თუკი ეს შესაძლებელია.

პაციენტი დაქვეითებული ინტელექტით. პაციენტებს საშუალოდ შეზღუდული ახსოვნებით, როგორც ნესი, ადეკვატური ანამნეზის მონოდება შეუძლიათ. ფაქტიურად, თქვენ ყოველთვის უნდა შეძლოთ, განასხვავოთ მათი განვითარების დონე. თუ ამგვარი ეჭვი გაქვთ, სპეციალური ყურადღება დაუთმეთ პაციენტის განათლებას და დამოკიდებულ ქმედების უნარს. რა მანძილით იყო დაშორებული სკოლა სახლისგან? თუ ვერ დაამთავრა, რატომ? რა სახის საგნები შეისწავლა? როგორი შეფასებით? გაიარა თუ არა ტესტირება? ცხოვრობდა მარტო? საჭიროებს თუ არა დახმარებას ტრანსპორტით მგზავრობისას ან მაღაზიაში? სეკსუალური ანამნეზი ასევე მნიშვნელოვანია და ხშირად გამორჩენილია. გაარკვიეთ, არის თუ არა

პაციენტი სექსუალურად აქტიური და მიანოდეთ ნებისმიერი საჭირო ინფორმაცია ორსულობის ან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ.

თუ თქვენ ვერ აფასებთ პაციენტის საზრიანობის დონეს, ჩაატარეთ მენტალური სტატუსის გამოკვლევა და შეაფასეთ მის მიერ ჩატარებული მათემატიკური გამოთვლები, სიტყვათა მარაგი, მეხსიერება და აბსტრაქტული აზროვნება (იხ. თავი 16, ნევრული სისტემა).

აზროვნების მძიმე დარღვევის მქონე პაციენტების შემთხვევაში ანამნეზი უნდა შეკრიბოთ ოჯახის წევრებისგან ან თანმხლები პირებისგან. გაიცანით პიროვნება, რომელიც მას ახლავს, მაგრამ პირველად ყოველთვის პაციენტის მიმართ გამოიჩინეთ ყურადღება. დაამყარეთ უშუალობა, მხედველობითი კონტაქტი და შედით მარტივ დიალოგში. როგორც ბავშვებთან, აქაც ნუ დაუშვებთ შემწყნარებლობით ქცევას, რომ გადაფარონ მისი ხმა ან მეტყველება. პაციენტი, ოჯახის წევრები, მეურვეები ან მეგობრები გაიგებენ და დაფასებენ თქვენს პატივისცემას.

პაციენტი პირადი პრობლემებით. პაციენტმა შეიძლება გთხოვოთ ჩრევა პირად პრობლემებზე, რომელთაც ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან ჯავშირი არა აქვთ. მაგ: დატოვოს თუ არა მან სტრესული სამუშაო, გადავიდეს ცალკე საცხოვრებელი ადგილიდან სხვაგან, ან გაიყვანოს აბორტი? პასუხის გაცემამდე, განავრცოთ პაციენტის მიერ წამოჭრილი პრობლემები; ამ პრობლემებთან დაკავშირებული მიმდები და საპირისპირო საკითხები; არსებობს თუ არა ვინმე, ვისთან ერთადაც მსჯელობს ამის შესახებ და ხომ დახმარებაა საჭირო სხვადასხვა არჩევანის გასაანალიზებლად. საშუალების მიცემა პაციენტისთვის, – თავის პრობლემაზე იდაპარაკოს თქვენთან, როგორც ნელი, უფრო მეტად ღირებული და სამკურნალო ეფექტისაა, ვიდრე თქვენს მიერ გაცემული ნებისმიერი პასუხი.

მგრძნობიარე საკითხები, რომელიც სპეციფიკურ მიდგომას მოითხოვს

ჯერიატრისტს პაციენტთან მარტივ ემოციურად დატვირთულ და მგრძნობიარე თემებზე საუბარი უწევს. ამ საკითხთა განხილვა გამოუცდელი ჯერიატრისტისთვის, ასევე, ან პაციენტის შეფასების პერიოდში, – მის სათანადო გაცნობამდე, შესაძლოა, საკმაოდ რთული იყოს. ზოგჯერ გამოცდილ ექიმსაც კი შეიძლება შეექმნას გარკვეული დისკომფორტი ისეთ თემასთან დაკავშირებით, როგორიცაა: არტოპედის ან წამების ბოროტად გამოყენება, სექსუალური ორიენტაცია და აქტივობა, სიკვდილი და მომაკვდავი პაციენტი, ფინანსური საკითხები, ჩასობრივი და ეთნიკური გამოცდილება, ოჯახური უთანხმოება, ოჯახური ძალადობა, ფსიქიკური დაავადებები, ფიზიკური ნაკლი, ნანერვების მოქმედება და სხვა. ეს სფეროები გამოსაკვლევად რთულია, ნანილობრივ, სოციალური ზღუდეების გამო. მაგ: ჩვენ ყველამ ვიცით, რომ საუბარი ნანერვების ფუნქციონირების შესახებ "თავაზიანი სასაუბრო საგანი" არ არის. გარდა ამისა, ამ თემებიდან მარტივი მტკივნეული და უკიდურესად ჯერიატრული, სოციალურ და პიროვნულ ღირებულებებს სწევს ნინა პლანზე. მენტალური დარღვევები (mentem, mentalis – ლათ., გონებრივი, სულიერი, ფსიქიკური; რედ.), ნარკოტიკების მოხმარება და homosექსუალური ქცევა არის სამი ნათელი მაგალითი, რომელსაც შეუძლია უთანხმოებაზე გავლენის მოხდენა და ბარიერის შექმნა გამოკითხვის დროს. ამ თავში განხილულია ჯერინტისტისაგან მოსათხოვნი წესები როგორც ამ, ასევე სხვა დელიკატურ სფეროებში, ოჯახური ძალადობისა და მომაკვდავი პაციენტის ჩათვლით.

მგრძნობიარე საკითხები, რომელიც სპეციფიკის მიღებას მოითხოვს

მგრძნობიარე თემებზე თქვენი საუბრის ნარმართვაში რამოდენიმე საბაზისო პრინციპი დაგეხმარებათ:

მგრძნობიარე თემებზე საუბრის ჩრევები

- *ეთიკური მნიშვნელოვანი წესია იყოთ მიუკერძოებელი.* ჯერ ინიცისტის საქმეა შეისწავლოს პაციენტი და დაეხმაროს მას გამოჯანმრთელებაში. ქცევების ან ავადმყოფობის ანამნეზის ელემენტების უარყოფითი შეფასება მხოლოდ ხელს შეუშლის ამ მიზნის მიღწევას.
- *აუხსენით, რატომ გჭირდებათ გარკვეული ინფორმაციის ცოდნა.* ასეთი ქცევა პაციენტს ნაკლებ მგრძნობიარეს გახდის ამ თემის მიმართ. მაგ.: უთხარით "ვინაიდან სქესობრივი ურთიერთობა გარკვეული დაავადებების რისკს ზრდის, მე ჩემს ყველა პაციენტს ვკითხავ შემდეგ კითხვებს".
- მოძებნეთ ღია კითხვები მგრძნობიარე თემებისთვის და შეისწავლეთ სპეციფიკური ხასიათის მონაცემები, რომელიც თქვენი საქმიანობისთვის გჭირდებათ.
- და ბოლოს, გაათვითცნობიერეთ, გრძნობთ თუ არა რამე დისკომფორტს. უხერხულობისგან თავის დაღწევა პრობლემის მართვაში დაგეხმარებათ.

მგრძნობიარე თემებთან დაკავშირებით თავი უფრო კომფორტულად რომ იგრძნოთ, ნაკითხეთ ასეთ თემებზე სამედიცინო და სხვა სახის ლიტერატურა; ესაუბრეთ ღრმად ამ საკითხში გარკვეულ კოლეგებს და მასწავლებლებს თქვენ მოსაზრებებზე; გაიარეთ სპეციალური კურსები, რომელიც დაგეხმარებათ გამოიკვლიოთ თქვენი საკუთარი შეგრძნებები და რეაქციები, ასევე, უთუოდ, ზეგავლენას იქონიებს თქვენს ცხოვრებისეულ გამოცდილებაზე. გამოიყენეთ ყველა აღნიშნული საშუალება. თუ შესაძლებელია, მოუსმინეთ გამოცდილ ჯერინისტს, შემდეგ თქვენს საკუთარ პაციენტებთან საუბრები მსგავსი ფორმით ნარმართეთ. თემათა დიაპაზონი, რომელთა გამოკვლევისას თავს კომფორტულად იგრძნობთ, პირობითულად გაიზრდება.

სქესობრივი ცხოვრების ანამნეზი. კითხვები სქესობრივი ქცევის შესახებ სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. სქესობრივი ქცევა განსაზღვრავს ორსულობის და სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკს, შიდს-ის ჩათვლით. სრულყოფილი გამოკითხვა ამ რისკის შემცირებას უწყობს ხელს. სქესობრივი ცხოვრება შესაძლოა პირდაპირ იყოს დაკავშირებული პაციენტის სიმპტომებთან და გათვალისწინებული უნდა იქნას დიაგნოზსა და მკურნალობაში. ბევრ პაციენტს აქვს სექსუალობასთან დაკავშირებული კითხვები ან მოსაზრებები; ამ საკითხებზე პაციენტები უფრო თავისუფლად ისაუბრებენ, თუ გამოკითხავთ სქესობრივი ჯანმრთელობის შესახებ. და ბოლოს, სქესობრივი დისფუნქცია ნამდვილი გამოყენების ან არასწორი ინფორმირების შედეგი შეიძლება იყოს; თუ მსგავსი ფაქტი გამოავლინეთ, უყოყმანოდ და დაძაბვის გარეშე განიხილეთ ეს პრობლემა.

შეგიძლიათ დასვათ კითხვები ავადმყოფის სქესობრივ ფუნქციაზე და პრაქტიკაზე ისტორიის რამოდენიმე თავში. თუ შარდ-სასქესო სისტემის სიმპტომები ნამყვანი ჩივილია, სქესობრივი ცხოვრების ანამნეზი მიმდინარე დაავადებაში ჩაირთვება. ქალებში შეგიძლიათ დასვათ კითხვები გადატანილი დაავადების ანამნეზის მეანობა/გინეკოლოგიის თავში. ასევე, შეგიძლიათ ჩართოთ ისინი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, დიეტის, ვარჯიშის და სჩინინგ-ტესტებზე საუბრის ნაწილში. ეს კითხვები შეგიძლიათ გამოიყენოთ ორგორც პირადი

და სოციალური ანამნეზის ნაწილებში, ასევე სქესობრივი ცხოვრების შესახებ სისტემების მიმოხილვისას.

ხშირად სასარგებლოა ეითი ან ოჰი საორიენტაციო კითხვის დასმა. "ახლა მე მინდა დაგისვათ თქვენ ჰამოდენიმე შეკითხვა სქესობრივი ჯანმრთელობის და ცხოვრების შესახებ" ან "მე ყველა პაციენტს ვკითხები მათი სქესობრივი ფუნქციის შესახებ". უფრო სპეციფიკური ჩივილებისას, შეგიძლიათ დაიწყოთ, – "იმის გასაგებად, თუ რატომ გაქვთ გამონადენი, და ჩა შეგვიძლია ჩვენ გავაკეთოთ ამის გამო, აუცილებლად მივიჩნევ შეგეკითხოთ თქვენი სქესობრივი აქტივობის შესახებ".

ჩვეულებრივ, შეეკითხეთ ჩოგორც სპეციფიკური სქესობრივი ქცევების, ასევე სქესობრივი დაკმაყოფილების შესახებ. სპეციფიკური კითხვები ჩართულია მე-11-ე თავში, – მამაკაცის გენიტალური სფერო და თიაქარი (გვ. 413-415) და მე-12 თავში, – ქალების გენიტალური სფერო (გვ. 432-435). ქვემოთ მოყვანილია შეკითხვები, რომელიც დაგეხმარებათ მსგავსი პაციენტების მართვაში:

- "როდის გქონდა ბოლოს ინტიმური ფიზიკური კონტაქტი ვინმესთან?" "იმ კავშირში შედიოდა სქესობრივი ურთიერთობა?" ტერმინის "სქესობრივად აქტიური" გამოყენება შეიძლება იყოს ოხაზერვანი. პაციენტებმა იციან თქმა, "არა, მე მხოლოდ ვინეკი ივ".

- "გქონიათ თუ არა სქესობრივი კავშირი კაცებთან, ქალებთან, ორივესთან?". პირებს შეიძლება ჰქონდეთ სექსი იგივე სქესის ნარმომადგენლებთან, და არ განიხილავენ თავის თავს ჩოგორც ჰომოსექსუალს ან ბისექსუალს. ამავე დროს, ჰომოსექსუალებს შეიძლება ჰქონდეთ სქესობრივი კავშირი საპირისპირო სქესის პირთან. თქვენი შეკითხვები ყოველთვის ქცევას უნდა შეეხებოდეს.

- "რამდენი სქესობრივი პარტნიორი გყავდათ ბოლო 6 თვის მანძილზე?" "ბოლო 5 წლის მანძილზე?" "ცხოვრების მანძილზე?" ამ კითხვების გამეორება აძლევს პაციენტს შესაძლებლობას აღვილად აღიაროს მრავალი პარტნიორის არსებობა.

- მნიშვნელოვანია შეკითხოთ ყველა პაციენტს, "გაქვთ რამე ნარმოდგენა შიდს-ის შესახებ?" იმდენად, რამდენადაც შეიძლება აშკარა რისკ-ფაქტორები არ ვლინდებოდეს.

გახსოვდეს, რომ ეს კითხვები არ ითვალისწინებს ჯორნების მდგომარეობას, სქესობრივ ორიენტაციას, ან დამოკიდებულებას ორსულობის ან კონტრაცეპციის მიმართ. ყური დაუგდეთ პაციენტის ყოველ პასუხს და საჭიროებისამებრ დაუსვით დამატებითი კითხვები. სქესობრივი ქცევის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებისას მოგინევთ მეტად განსაზღვრული და მიზანმიმართული შეკითხვების დასმა, ვიდრე გამოკითხვის სხვა ნაწილებში.

მენტალური ანამნეზი. ფსიქიკური და ფიზიკური დაავადების აღქმა მეტად განსხვავებულია; იგი პიროვნების განწყობით და მისი გათავისების უნარით განისაზღვრება. დაფიქრდით, ჩოგორ აღვილად საუბრობენ აღამიანები დიაბეტზე და ინსულინის გაკეთებაზე, შიზოფრენიის ან/და ფსიქოტროპული მკურნალობის განხილვასთან შედარებით. გამოიყენეთ ღია და პირდაპირი კითხვები ფსიქიკური დაავადების, ასევე, პიროვნული და ოჯახური ანამნეზის შესაფასებლად. "გქონიათ ხარმე პრობლემა ფსიქიკურ და ემოციურ დაავადებასთან დაკავშირებით?" შემდეგ გადადით უფრო სპეციფიკურ კითხვებზე, – "ყოფილხართ ოდესმე კონსულტაციაზე ფსიქოთერაპევტთან?", "თქვენ ან ვინმე თქვენი ოჯახიდან ყოფილხართ ოდესმე ჰოსპიტალიზებული ემოციური ან ფსიქიკური დაავადების პრობლემით?"

დეპრესიით დაავადებული პაციენტების შემთხვევაში, ან ისეთ დარღვევებზე ეჭვის დროს, ჩოგორიცაა შიზოფრენია, დანერილებითი ანამნეზის შეკრება აუცილებელია. დეპრესია მთელს მსოფლიოშია გავრცელებული, თუმცა ჯერაც არადიაგნოსტირებულ და არანამკურნალებ პრობლემად

ჩრება. ასეთ პაციენტებში მზად იყავით გამოარჩიოთ გუნება-განწყობა ან ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა აღვილად დაღლა, უმიზეზო ტირილი, ნონაში დაკლება, უძილობა ან გაუჩვეველი ხასიათის სომატური ჩივილები. შეგიძლიათ დასვათ ორი ღია ხასიათის კითხვა: "როგორი იყო თქვენი გუნება-განწყობა და როგორ ხასიათზე იყავით გასული 2 კვირის განმავლობაში?", და "რას იტყვით ყოველდღიური საქმიანობის მიმართ ინტერესსა და სიამოვნებაზე გასული 2 კვირის განმავლობაში?"[18]. გამოხატული დეპრესიის შემთხვევაში, აუცილებელია იკითხოთ თვითმკვლელობაზე ფიქრის შესახებ... "გიფიქრიათ ოდესმე თქვენთვის ტკივილის მიყენების ან სიცოცხლის დამთავრების შესახებ?". როგორც გუდმკერდის არეში ტკივილის შემთხვევაში, აღნიშნულ შემთხვევაშიც ასევე უნდა შეაფასოთ სიმძიმე – ორივე პოტენციურად ლეტალურია. შემდგომი მიდგომებისთვის, დაებინძლით ფსიქიკურ სტატუსს – თავი 16, ნეირული სისტემა: ფსიქიკური სტატუსი და ქცევა.

მიზოფრენიით და სხვა ფსიქიკური დაავადებით ბევრ პაციენტს შეუძლია საზოგადოებაში ნორმალური ფუნქციონირება და მოყოლა თავის დიაგნოზზე, სიმპტომებზე, ჰოსპიტალიზაციაზე და მიმდინარე მკურნალობაზე. შეგიძლიათ შეისწავლოთ მათი სიმპტომები და შეაფასოთ, რა ახდენს გავლენას მათ გუნებ-განწყობაზე ან ყოველდღიურ საქმიანობაზე.

ანამნეზი აღორთქმის და აკრძალული მედიკამენტების შესახებ. ბევრი ფლინიცისტისთვის ხშირია საუბარი პაციენტთან აღორთქმის ან მედიკამენტების (როგორც არაღეგალური, ასევე ექიმის მიერ დანიშნული) გამოყენების შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ ტოქსიკომანიით განპირობებული დარღვევები მთელი ცხოვრების მანძილზე ჰქონიათ, შეერთებულ შტატებში აღორთქმის მოხმარების 13%-ზე და აკრძალული მედიკამენტების გამოყენების 4%-ზე მეტი არაა დიაგნოსტირებული[19]. არ მისცეთ საშუალება ჰარად ემოცებს, – გავლენა მოახდინოს თქვენზე, როგორც ფლინიცისტზე. თქვენი საქმიანობის სფეროში შედის მონაცემების შეგროვება, მათი ზეგავლენის შეფასება პაციენტის ჯანმრთელობაზე და თერაპიული დახმარების დაგეგმვა. ფლინიცისტები ხშირად ეკითხებიან აღორთქმისა და მედიკამენტების წარსულში და ამჟამად მოხმარების შესახებ, გამოყენების სქემაზე, ასევე ამ ჩვევებზე ორიენტირებული ოჯახური ანამნეზის შესახებ. თქვენს კითხვარში აუცილებლად ჩართეთ მოზარდები და ხანდაზმულები.

აღორთქმი. აღორთქმისა და სხვა ნივთიერების მოხმარების შესახებ კითხვები ბუნებრივად ისმება ყველა და თითბაქოს მოხმარების შესახებ კითხვების შემდეგ. "ხომ დალევა გიყვართ?", ან "მითხარით თქვენს მიერ აღორთქმის მოხმარებაზე" მისალები და ღია კითხვებია, რასაც აღვილად მოსდევს დასტური ან უარყოფა. გახსოვდეთ შეაფასოთ, რას გულისხმობს პაციენტი აღორთქმში, – ზოგიერთი მათგანი ღვინოს ან ლუდს ამ ჭრილში არ მოიაზრებს. აღორთქმის გამოყენების შესახებ შეგიძლიათ გამოიყენოთ ჰარმონიზებული კარგად დასაბუთებული მოკლე სკრინინგული მეთოდი, რომელსაც არ სჭირდება დიდი დრო. ორი დამატებითი კითხვა: "ბრონიათ ოდესმე სმასთან დაკავშირებული პრობლემა?" და " ბოლოს როდის მიიღეთ აღორთქმი?", რომლებზეც გასული 24 საათიან პერიოდში დადებითი პასუხი იქნება გაცემული, სავარაუდოს ხდის სასმელთან დაკავშირებული პრობლემების არსებობას[20]. ყველაზე ფართოდ გამოყენებული სკრინინგული კითხვებია: აღორთქმის ან ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება; კრიტიკის ფონზე გაღიზიანება; დანაშაულის განცდა; და, ღებულობს თუ არა პირველ ჭიქას ან დოზას დილიდანვე. ამერიკულ ლიტერატურაში აღნიშნული შეკითხვები ე.წ ***"CAGE"-კითხვარის*** სახელწოდებით არის ცნობილი [**CAGE** – **C**utting down (შემცირება); **A**nnoyance , if criticized (გაღიზიანება კრიტიკის დროს); **G**uilty feelings (დანაშაულის გრძნობა); **E**ye-openers (აღორთქმის მიღება დილიდანვე)].

"CAGE"-კითხვარი:

გიგრძვნიათ თუ არა ოდესმე მოთხოვნილება აღორთქმზე თავის დანებებაზე?
მედმივად ღიზიანებით სმასთან დაკავშირებული კრიტიკის გამო?
გიგრძვნიათ ოდესმე თავი დამნაშავედ სმის გამო?
ყოველთვის გაქვთ სურვილი თითო ყლუპი გადაკრათ ყოველ დილით, ნერვების დასამშვიდებლად ან ნაბახუსებზე გამოსასვენებლად?

კითხვარში ორი ან მეტი დადებითი პასუხის შემთხვევაში, სავარაუდოა აღკოჰოლის ბოროტად გამოყენება, სადაც სენზიტივობის (მგრძნობელობის) დიაპაზონი 43-დან 94%-მდე მერყეობს, ხოლო სპეციფიკურობის – 70-დან 96%-მდე[21,22]. მავნე ჩვევების დეტექციის (აღმოჩენის) შემთხვევაში აუცილებელია კითხვების დასმა მეხსიერების დროებითი დაკარგვის (აღკოჰოლის მიღების პერიოდში მიმდინარე მოვლენების დავიწყება), გულყრების, სმის დროს მიღებული დაზიანებების, სამსახურეობრივი პრობლემების, პიროვნული კონფლიქტების ან კანონსანინააღმდეგო ქმედებების შესახებ. ასევე, სპეციალურად შეკითხეთ მანქანის ან სხვა მოწყობილობების მართვის დროს სმის შემთხვევებზე.

აკრძალული მედიკამენტები. ისევე როგორც აღკოჰოლის შემთხვევაში, მედიკამენტების გამოყენების შესახებ კითხვებიც იმგვარი უნდა იყოს, ხმარებისა და ბოროტად გამოყენების გარჩევა შეძლოთ. კითხვები ნამლების მოხმარების შესახებ ასევე ღიაა: "მიგიღიათ ნამლები თეთრპიული საქიროების გარდა?"[23] ამის შემდეგ, უნდა იკითხოთ მოხმარების პირობების შესახებ (უკანასკნელად როდის მიიღეთ, და სიხშირით, და ნივთიერება, და დოზით) და და სახით იღებს. "გაგიკეთებიათ ნამალი ვენაში?" "მოგინევიათ ან შეგისუნთქავთ ნამალი?" "მიგიღიათ თუ არა ანი სამედიცინო საქიროების გარეშე?" როდესაც იცვლება ნამლის მოხმარების ფორმა, საქიროა სწორად დადგინდეს მოსაღოდნელი საშიშროება და დოზის გადაქარბება.

კითხვარის დაპტირება ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების დაკვირვებისთვის (სკრინინგისთვის) შეიძლება აგრეთვე ყველა შეკითხვაზე "ან ნამლის " დამატებით. როდესაც დააგენთ, რომ პაციენტი ტოქსიკომანია (მედიკამენტების ქარბი დოზით და ბოროტად მომხმარებელი), გააგრძელეთ კითხვები: "ყოველთვის შეგიძლიათ აკონტროლოთ მოხმარებული ნამლის დოზა? " "გაქვთ დიმე უარყოფითი ეფექტები? " და მოხდა? ... დიმე ნამალთან დაკავშირებული ინციდენტი, დაზიანება, დაპატიმრება? სამუშაოზე ან ოჯახში პრობლემები?... როდესმე გიცდიათ დაგენებებინათ თავი? მიამბეთ ამის შესახებ ".

ოჯახური ძალადობა. ფიზიკური, სქესობრივი და მორალური ძალადობის გამოყენების მაღალი სიხშირის გამო, დარგის ბევრი ავტორიტეტი გვირჩევს ყველა ქალის ჩუტინულ სკრინინგს ოჯახურ ძალადობაზე. რისკის ჯგუფში ასევე არიან ბავშვები და მოხუცები[24]. სხვა მგრძნობიარე თემების მსგავსად, დაიწყეთ ამ ნაწილის გამოკითხვა ზოგადი "ნორმირებული "კითხვებით: "ბევრი ქალის ცხოვრებაში ძალადობის გამოყენება ჩვეულებრივი ამბავია, ამიტომ მე ამის შესახებ ყველას ვეკითხები". "არის თქვენს ცხოვრებაში ისეთი პერიოდები, როდესაც თავს დაუცველად ან შეშინებულად გრძნობთ?". "ბევრი ქალი მიყვება, რომ ოჯახში ვინმე აყენებს გარკვეული სახით ტკივილს. თქვენ ეს გეხებათ?" "გასული წლის განმავლობაში დაურტყამს, ხელი უკრავს, მუშტი ჩაურტყამს ან სხვა ფორმით თუ მოუყენებია თქვენთვის ტკივილი ნაცნობ ადამიანს? თუ ასეა, ვის?" როგორც გამოკითხვის სხვა ნაწილებში, საუბარი ისე ნარმართეთ, რომ ზოგადიდან სპეციფიკურზე, ასევე, ნაკლებ თუილიდან მეტად თუილზე გადახვიდეთ.

ფიზიკური ძალადობისას, რომელსაც არ ალიარებს არც მსხვერპლი, არც ბოროტმოქმედი, – შეიძლება განხილული იქნას შემდეგი მისგრძები:

ინფორმაციის მოკრება შესაძლებელი ფიზიკური ძალადობის შესახებ.

თუ დაზიანებები არის აუხსნელი, შეუსაბამოა ავადმყოფის მონათხრობთან; ამ დაზიანებებს პაციენტი მალავს ან უკრის მასზე საუბარი და თავს უხერხულად გრძნობს.
თუ პაციენტი ახანებს მკურნალობის დაწყებას ტრამვის გამო.
თუ წარსულში ვლინდება განმეორებითი დაზიანებები ან "უბედური შემთხვევები".
თუ პაციენტს ან პაციენტის ახლობელს აქვს აღკოჰოლის ან ნამლის ქარბი მოხმარების ანამნეზი.

ასევე, ფრთხილად იყავით თუ პრტნიორი ცდილობს საუბარში დომინირებას, არ ტოვებს ოთახს, ან აღელვებულად და უჩვეულოდ ყურადღებიანად გამოიყურება.

ჩოდესაც ძალადობის გამოყენების ფაქტებს ანყდებით, მნიშვნელოვანია, შეხვედრის ნანილი მხოლოდ პაციენტთან გაატაროთ. შეგიძლიათ გადახვიდეთ ფიზიკურ გასინჯვაზე და ამ მიზეზით მოსთხოვოთ თანმხლებ პირს დატოვოს ოთახი. თუ პაციენტიც ნინააღმდეგია, თქვენ არ უნდა დააჩქაროთ სიტუაცია, – მსხვერპლის პოტენციურად სახიფათო მდგომარეობაში ჩაყენების თავიდან აცილების მიზნით. დარნმუნებული იყავით, რომ გარკვეულ დიაგნოზებს მჭირდო ყავშირი აქვთ ძალადობასთან, ჩოგორიცაა ორსულობა და ფსიქიკური კონფლიქტებით განპირობებული შინაგანი ორგანოების დაავადებები (სომატიზაციური დარღვევა).

ასევე ხშირია ბავშვზე ძალადობაც. შეეკითხე მშობლებს დისციპლინასთან მათი დამოკიდებულების შესახებ; ეს ბავშვის გამოკვლევის ჩვეულებრივი (ხუტინული) შემადგენელი ნანილია (მე-18 თავი). შეეკითხეთ მშობლებს, ჩოგორ უმკლავდებიან ბავშვს, რომელიც არ წყვეტს ტირილს ან ბავშვს რომელიც ცუდად იქცევა. მშობლების უმრავლესობა მეტად ნუხს რომ მათი ბავშვი ტირის (ან ჩოდესაც ბავშვი ჭირვეულობს). კითხვები შეიძლება ასეთი ფორმით იქნას დასმული: "ჩოგორ გრძნობთ თავს, როცა თქვენი ბავშვი ტირის?", "რას ატეთებთ როცა თქვენი ბავშვი არ წყვეტს ტირილს?" "შიშობთ თუ არა, რომ შეგიძლიათ მიაყენოთ ტკივილი თქვენს ბავშვს?". მიზანშენონილია, ნახოთ ჩოგორ ართმევენ ამგვარ სიტუაციას თავს სხვა მკურნალები.

სიკვდილი და მომაკვდავი პაციენტი. პროფესიულ განათლებასა და ლიტერატურაში მზარდი და მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა სიკვდილისა და მომაკვდავი პაციენტის შესახებ აუცილებელ კითხვებს. ბევრი ტრენინგისტი გაუბის სიკვდილზე საუბარს თავისი დისკომფორტის და შფოთვის გამო. იმუშავეთ საკუთარ განცდებზე და ფიქრებზე კითხვისა და საუბრის დახმარებით. საბაზისო ნარმოდგენა საჭიროა დამწყები სტუდენტისთვისაც, რადგან, შეიძლება უცილოდ ავადმყოფს მისი სიცოცხლის ბოლოს (საუბრები სიცოცხლის შენყვეტის გადანყვეტილების მიღების, უბედურებისა და მძიმე დანაკლისის, აგრეთვე სამომავლო მითითებების შესახებ იხილეთ მე-20 თავში – ხანდაზმულები, გვ. 854).

Kubler-Ross-მა გარდაუვალი სიკვდილის გამო მოსალოდნელ მწუხარებაზე პიროვნების საპასუხო რეაქციის 5 სტადია აღწერა: უარყოფა და განმარტოება, განრისხება, შეთანხმება, დეპრესია ან მწუხარება, მიღება[25] (გათავისება). ეს სტადიები თანამიმდევრობით მიმდინარეობს ან ნანილობრივ ემთხვევა ერთმანეთს. ყოველ სტადიას თავისი მიდგომა სჭირდება, დაეხმარო მათ გამოხატონ თავიანთი დამოკიდებულება. დაუსვი ღია კითხვები: "მე მინდა ვიცოდე, გაინტერესებთ ჩარმე პროცედურის შესახებ? ... თქვენი სნეულების? ... რა მოხდება, ჩოდესაც სახლში ნახვალთ?" გამოიკვლიეთ ეს მოსაზრებები და მიანოდეთ პაციენტს საჭირო ინფორმაცია. თავი არიდეთ გაუმართლებელ და უადგილო დაპირებებს. თუ თქვენ გაანალიზებთ და დაეთანხმებით პაციენტის განცდებს, უპასუხებთ კითხვებზე, გამოამჟღავნებთ მზადყოფნას, – დარჩეთ მასთან მთელი ავადმყოფობის პერიოდში, იგი დამშვიდდება; ამ შემთხვევაში პაციენტის დამშვიდებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს.

მომაკვდავ პაციენტებს ხშირად სურვილი აქვთ მეგობრად ისაუბრონ თავის სნეულებაზე, არ სურთ ამის გაზიარება ნებისმიერ შემხვედრთან. მიეცით მათ საშუალება იღაპარაკონ და მოუსმინეთ ინტერესით, მაგრამ თუ ისინი ამჯობინებენ დარჩნენ სოციალურ დონეზე, პატივი ეცით მათ მისწრაფებებს. გახსოვდეთ, რომ სნეულება – ტექმინალურ მდგომარეობაშიც კი – არის პიროვნების მხოლოდ ერთი პატარა ნანილი. ღიმილი, შეხება, ოჯახის წევრის მოკითხვა, დღის ამბების კომენტარი, ან, ზოგჯერ, თავაზიანი იუმორი, ყოველივე ამაში გამოიცნობა და მტკიცდება პაციენტის პიროვნების სხვა ასპექტები. ამგვარი ურთიერთობისას, შესაბამისად, თქვენ შეიცნობთ პაციენტს; ეს დახმარების პროცესის ნანილია.

სიცოცხლის დასასრულის მკურნალობის შესახებ პაციენტის სურვილების გაგება ექიმისტის საქმიანობის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ამ ურთიერთობის დამყარების შეუძლებლობა განიხილება, როგორც ექიმისეული მეთვალყურეობის ნაკლი. მაშინაც კი, როცა სიკვდილსა და მომაკვდავზე საუბარი მძიმეა თქვენთვის, თქვენ უნდა ისწავლოთ ამ სპეციფიკური კითხვების დასმა. პაციენტის მდგომარეობა და ექიმისეული მზრუნველობის არსებული სიტუაცია ხშირად განსაზღვრავს, თუ რა უნდა იყოს განხილული. პაციენტისთვის მწვავე დაავადებით, რომელიც ექიმისას არის მოთავსებული, აუცილებელია იმის გარკვევა, თუ რა სურს გულის ან სუნთქვის უცაბედი გაჩერების შემთხვევაში. როდესაც არ იცნობთ პაციენტს და არაფერი იცით მისი ღირებულებებისა და ცხოვრებისეული გამოცდილების შესახებ, საკითხის დასმა "ხელოვნური ღონისძიებების უარყოფის" (ამერ. "DNR"-სტატუსი: Do Not Resuscutate) შესახებ ხშირად გაძნელებულია. ასევე, პაციენტები, შესაძლოა, არ იყვნენ გათვითცნობიერებულნი ხელოვნური ეფექტურობის საკითხში მედიაში არსებული ინფორმაციის გამო. გამოიკვლიეთ პაციენტების წარმოდგენა ამაზე. "რა გამოცდილება გაქვთ ახლო მეგობრის ან ნათესავის სიკვდილთან დაკავშირებით?" "რა იცით ჯარიო-პულმონური (გულ-ფილტვის) ხელოვნური შესახებ?" აუხსენით პაციენტებს გულ-ფილტვის ხელოვნური წარმატების აღბათობაზე, განსაკუთრებით, თუ ისინი ქრონიკული ავადმყოფები ან ხანდაზმულნი არიან. დაარწმუნეთ, რომ უმჯობესია ტკივილის შემსუბუქება, ასევე განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა მათ სულიერ და ფიზიკურ მოთხოვნილებებს.

ზოგადად, აუცილებელია გაამხნევოთ თითოეული მოზრდილი, განსაკუთრებით კი, ხანდაზმული ან ქრონიკული ავადმყოფი, – დაასახელოს ნდობით აღჭურვილი პირი, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში მიიღებს გადაწყვეტილებას (იხ. გვ. 52). გამოკითხვის ეს ნაწილი ხდება "ისტორიის ღირებულება", განსაზღვრავს პაციენტის ნებასურვილს, როდის შეწყდეს მისი ცხოვრება. იკითხეთ, როგორ ატარებენ დღეს, რა ანიჭებთ სიხარულს, რას ელიან. დარწმუნდით ისეთი განცხადებების მნიშვნელობაში, როგორიცაა "თქვენ თქვით, რომ არ გინდათ ტვირთად დაანვეთ ოჯახს. კონკრეტულად რას გულისხმობთ ამ გამონათქვამში?". გაითვალისწინეთ ავადმყოფის ხელოვნური და სულიერი ფასეულობები და ერთად მიიღეთ ყველაზე სწორი გადაწყვეტილება მისი შემდგომი სამედიცინო მეთვალყურეობის თაობაზე.

III გამოკითხვის სოციალური ასპექტები

კულტურული გამოცდილების მილღევა. სხვადასხვა წარმომავლობის პაციენტებთან ეფექტური ურთიერთობის უნარის განვითარება თქვენი პროფესიული ცხოვრების მიზანია. განსხვავებები კანმრთელობაზე მეთვალყურეობის ფორმებს შორის, რაც ისეთი ფაქტორების შედეგია, როგორიცაა ენა, განათლება, ეთნიკური თვისებები, რასა, ექიმისტების კულტურული კვალიფიკაციის დონის ამაღლების აუცილებლობას წარმოშობს.[26]

სხვადასხვა პაციენტებთან მუშაობა არის ადამიანთა შესწავლის ჭეშმარიტ სურვილზე აგებული ხანგრძლივი პროცესი. ეს პროცესი ითვალისწინებს სხვადასხვა კულტურის შეფასებას, იმის გათავისებას, თუ როგორ ზემოქმედებს კულტურა პირად პესპექტივაზე. ქვემოთ მოყვანილი მაგალითები აჩვენებს, როგორ მოქმედებს პაციენტის მკურნალობაზე ორმენიაციური ბარიერები, კულტურული განსხვავებები და გაუცნობიერებელი ტენდენციურობა.

ჯენტური გამოსვლიება: მაგალითი 1

28 ნლის ტაქსის მძღოლი განადან, ჩომელიც ახლახანს დასახლდა შეეთებული შტატებში, თავის მეგობართან საუბისას უკმაყოფილებას გამოთქვამს ქვეყანაში არსებული სამედიცინო დახმარებაზე. მან მიმართა ჯინიკას ცხელებისა და დაღლილობის გამო. მან აღნერა, ჩომ ანონეს, გაუზომეს ტემპერატურა და დაადეს მჭიდრო ნახვევი მკლავის მტკივნეული ადგილზე. 36 ნლის ჯინიკისტმა ვაშინგტონიდან პაციენტს ბევრი კითხვა დაუსვა, გასინჯა და უნდოდა სისხლის აღება, ჩაზეც პაციენტმა უარი განაცხადა. პაციენტის საბოლოო კომენტარი იყო " ... და მას ქლოროქინიც (ანტიმალარიული საშუალება) კი არ მოუკია!" – მისი პირველადი მიზანი, ჩისთვისაც დახმარებას ეძებდა. მამაკაცი განადან ელოდა ჩამდენიმე შეკითხვას, არ სჭირდებოდა გასინჯვა და ელოდებოდა მალარიის სამკურნალო ნამლის დანიშვნას. ცხელება განაში, ჩვეულებრივ, მალარიასთან ასოცირდება.

ამ მაგალითში ნაჩვენებია ჯენტურიალთაშორისი კომუნიკაციის არარსებობა. გაუთვითცნობიერებელი ტენდენციურობა, რაც შეუძლებელს ხდის უთიერთგაგებას, ბევრ ჯინიკურ უთიერთობებში იჩენს თავს.

ჯენტური გამოსვლიება: მაგალითი 2

16 ნლის უმაღლესი სკოლის სტუდენტი მივიდა ადგილობრივი კანმრთელობის ცენტრში მენსტრუალური ტკივილით, ჩომელიც ხელს უშლიდა სკოლაში კონცენტრირებაში. ექვა მოქნილი ზედა ტანსაცმელი, მოკლე ქვედატანი, ჰქონდა მრავალი ნაჩხვლეტი, ნარბის ჩათვლით. 30 ნლის ჯინიკისტმა მამაკაცმა შემდეგი კითხვები დაუსვა: "თქვენ ყველა გაკვეთილი გააცდინეთ?" "რა სახის სამუშაო გინდათ უმაღლესი სკოლის დამთავრების შემდეგ?" "ორსულობის კონტროლის ჩომელ სახეობას აძლევთ უპირატესობას?" მოზარდმა იგრძნო ზენოლა კონტრაცეპციული (ჩასახვის სანინააღმდეგო) აბების მისაღებად, თუმცა მან ნათლად განაცხადა, ჩომ მას არასდროს ჰქონია სქესობრივი კავშირი და არც გეგმავდა ქორწინებამდე. იგი იყო ნესიერი სტუდენტი, გეგმავდა სწავლის გაგრძელებას კოლეჯში, მაგრამ ჯინიკისტი ვერ ჩანდა ამ მიზნებს. ჯინიკისტმა მისი ტკივილი შემდეგგვარად განმარტა: "თქვენ შეგრძნათ მიიღოთ იბუპროფენი. ტკივილი, როგორც წესი, ასაკის მატებასთან ერთად გაივლის". პაციენტმა ვერ მიიღო ჩასახვის სანინააღმდეგო აბები, ჩომელიც დანიშნული იყო, და, უახლოეს მომავალში არც დახმარებისთვის მიუმართავს განმეორებით. მის მიერ მიღებულმა გამოცდილებამ დაკარგა ჯინიკისტის მიმართ ნდობა. გარდა ამისა, კითხვები განპირობებული იყო მისი კანმრთელობის შესახებ არასწორი ვარაუდით. მან მიიღო არაეფექტური სამედიცინო დახმარება, ვინაიდან არასწორ კულტურული შეფასებას და ჯინიკისტის ტენდენციურობას ნაანყდა.

ორივე შემთხვევაში მიზეზი ჯინიკისტის მცდარი ვარაუდი ან ტენდენციურობაა. პირველ შემთხვევაში, ჯინიკისტმა არ განიხილა ბევრი ცვლილება, ჩომელმაც პაციენტს შეუქმნა აზრი კანმრთელობაზე და სამედიცინო დახმარების მოლოდინზე. მეორე შემთხვევაში, ჯინიკისტი აჭყვა სტერეოტიპს, არ მოუსმინა პაციენტს და არ აღიქვა იგი, როგორც პიროვნება. ყოველ ჩვენგანს აქვს საკუთარი ნარმომავლობა და მიდრეკილებები. ამისგან აღვილად ვერ ვთავისუფლდებით, ხოლოსაც ჯინიკისტები ვხდებით.

თუ თქვენ უზრუნველყოფთ პაციენტების ფახთო და განსხვავებული ჯგუფების მჯუნაღობას, მნიშვნელოვანია გაიგოთ, რა გავლენას ახდენს ჯეტტია არა მხოლოდ პაციენტის, არამედ თქვენ საკუთარ ჩმენაზე. *ჯეტტია* არის გაზიარებული იდეების, წესების და მნიშვნელობების სისტემა, რომელიც მოქმედებს სამყაროს ჩვენეულ აღქმაზე, ცდის მას ემოციურად და რომელსაც სხვა ადამიანებთან ურთიერთობისას ვიყენებთ. ის, შესაძლოა, მოიაზრებოდეს როგორც "ღინზა", რომლითაც ჩვენ აღვიქვამთ და ვაცნობიერებთ გარემომცველ სამყაროს. ჯეტტის ეს განმარტება არის უფრო ფართო, ვიდრე "ეთნიკურობა". ჯეტტის გავლენა არ შემოიფარგლება მცირე ჯგუფებით, იგი ყველასთვის მნიშვნელოვანია.

მიუხედავად განსაზღვრული ჯეტტური ჯგუფების შესწავლის მნიშვნელობისა, თავი არიდეთ მის სტერეოტიპად ჩამოყალიბებას. მაგ.: თქვენ, შესაძლოა, ფიქრობთ, რომ ღარიბოამერიკელი პაციენტები უფრო ხშირად აღწერენ ტკივილს. მიუხედავად ამისა, თითოეული ავადმყოფის ტკივილის მიზეზი ინდივიდუალურად უნდა შეისწავლოთ, არ უნდა შეამციროთ ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების დოზა, და, ამავე დროს, სრულყოფილად უნდა გქონდეთ გათვითცნობიერებული თქვენი ნებისმიერი ჩარგირება პაციენტის ცხოვრების წესზე. იმუშავეთ ყველა პაციენტთან შესაბამისი და ინფორმირებული ღრინიჯური მიდგომით და საკუთარი შეფასებისა და მიდრეკილებების ძალევით, კომუნიკაციის ჩვევების განვითარებით; ეს ჯეტტური განსხვავებების გადალახვაში დაგეხმარებათ. ამით თქვენ დაამყარებთ, ყოველი პაციენტის ცხოვრებისეული გამოცდილების პატივისცემაზე დაფუძნებულ სამკურნალო პარტნიორულ ურთიერთობებს. შეხედულებათა სისტემის ტიპი, რომელიც ქვემოთ არის აღწერილი, სამუალებას მოგცემთ თითოეული პაციენტს არჩევითად მიუდგეთ.

ჯეტტური გამოცდილების სამი მიმართულება:

- *თვითშეგნება.* ისწავლე შენი საკუთარი მიდრეკილებები, ჩვენ ყველას გვაქვს ისინი.
- *თავაზიანი კომუნიკაცია.* იმუშავე გამორიცხო ვარაუდი, თუ რა არის "ნორმული". ისწავლე უმუალოდ შენი პაციენტებისგან, ისინი თავისი ჯეტტურისა და დაავადების ექსპერტები არიან.
- *ურთიერთობრივი თანამშრომლობა.* ააგეთ ურთიერთობა პაციენტებთან შესაბამისი და ურთიერთმისაღები გეგმით.

თვითშეგნება. დაიწყე საკუთარი ჯეტტური იდენტურობის შესწავლა. როგორ აღწერით თქვენ თავს ტერმინებით: ეთნიკურობა, ღერძი, წარმომობის ჩაგრული ან ქვეყანა, ჩვეულება და პოლიტიკური შეხედულებები? არ დაგავიწყდეთ მახასიათებლები, რომელთაც ჩვენ ხშირად ვიყენებთ წარდგინებისას – სქესი, სქესობრივი ორიენტაცია, ფიზიკური შესაძლებლობა და ასაკი – განსაკუთრებით, თუ ხართ ამ არეალში მცხოვრები უმრავლესობის წარმომადგენელი. თქვენი ოჯახის რომელი ასპექტების იდენტიფიცირებას ახდენთ თქვენს თავთან და რით განსხვავდებით მათგან? როგორ მოქმედებს ეს იდენტურობის ნიშნები საკუთარ ჩმენასა და ქცევაზე?

საკუთარი თავის შეცნობის მეორე მოთხოვნადი ამოცანაა ჩვენი ფასეულობებისა და მიდრეკილებების მიყვანა ცნობიერების დონემდე. *ფასეულობები* არის სტანდარტები, რომელთაც ჩვენი საკუთარი და სხვების ჩმენისა და ქცევის შესაფასებლად ვიყენებთ. ის შეიძლება აბსოლუტურად გვეჩვენებოდეს. *მიდრეკილებები* არის დამოკიდებულებები ან შეგრძნებები, რომელთაც განსხვავებების აღქმის მიზნით ვანიჭებთ მნიშვნელობას. განსხვავების მიმართ მზარყოფნა ნორმალურია; მართლაც, ზოგჯერ განსხვავებების აღმოჩენა ინარჩუნებდა სიცოცხლეს. საკუთარი ჯგუფის წევრების ცნობა ინტუიციურად არის გადარჩე-

ნის ჩვევა, ჰომელიც გვაქვს და გვაეჭთიანებს, ჰოგორც საზოგადოებას, მაგრამ ის ჯერ ჯიდევ აქტიურად მუშაობს.

ჩვენი მიდრეკილებების გამო დანაშაულის გრძნობა ხელს გვიშლის მათ გააზრებასა და გათვითცნობიერებაში. დაიწყე ნაჯღებად მგრძნობიარე ჯონსტრუქციით, ჰოგორიცაა ინდივიდის დამოკიდებულება ღმერთზე – ჯულტურულად დეტერმინირებული ფენომენი. თქვენ ყოველთვის ღმერთზე ხართ აღგიღზე? – პოზიტიური ფასეულობა დომინირებს დასავლეთ ჯულტურაში? თუ, მცირე დაგვიანებების ხედვით ცხოვრობთ? ხას გრძნობთ იმ ადამიანების მიმართ, ვისი ჩვევებიც თქვენის სანინააღმდეგოა? შემდეგ ჯერზე, ჰოცა დაესწრებით შეხვედრას ან მეცადინეობას, აღნიშნეთ, ვინ მოვიდა ადრე, ღმერთზე, ან დაიგვიანა. შეიძლება ამის წინასწარ დაგეგმვა? იფიქრე გარეგნულ იერსახეზე. ჰოგორ აღიქვამთ საკუთარ თავს – გამხდარი ხართ, საშუალო თუ ჭარბი წონის? ჰოგორ გრძნობთ თავს თქვენი წონის გამო? ჰოგორ ხდება ამერიკული ჯულტურაში ფიზიკური აღნაგობის შეფასების სწავლება? ხას ფიქრობთ განსხვავებული წონის ადამიანების შესახებ?

თვალსაზრისი ურთიერთობა. ჯულტურის სიმთულიდან გამომდინარე, არავის ძალუძს იცოდეს თითოეული ჯულტურის ან მისი განშტოებების ადათ-წესები, რაც გარკვეულ შეხედულებებს აყალიბებს ჯანმრთელობის მიმართ. მიეცით საშუალება თქვენს პაციენტებს საკუთარი, თვითმყოფადი ჯულტურის ექსპერტად იგრძნონ თავი. მაშინაც კი, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია სრულფასოვნად ისაუბროს საკუთარ ღირებულებებსა და შეხედულებებზე, იგი სავსებით ადეკვატურია ჯულტურასთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ შეკითხვებზე საუბრისას. გამოავლინეთ პაციენტის ჯულტურული ნარმომავლობა. გამოიყენეთ იგივე შეკითხვები, რაც ზემოთ იყო მოცემული (გვ. 33). შეინარჩუნეთ გულღია, თავაზიანი და დაინტერესებული ურთიერთდამოკიდებულება. "რას მოელით ამ ვიზიტისგან?" თუ თქვენ ურთიერთგაგებაზე და ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა ჩამოაყალიბეთ, პაციენტს მოუნდება თქვენი სწავლება. მზად იყავით, აღმოჩნდეთ თქვენი მწირი ცოდნა ამ საკითხში და ტენდენციურობა. "მე ცოტა რამ ვიცი განას შესახებ. ხა მოხდა იმ კლინიკაში იმგვარი, რომ თქვენ შეგექმნათ ასეთი აზრი?." ან, მეორე პაციენტთან და გაცილებით უფრო მეტი სიმთულით, "მე მცდარი შეხედულება შემექმნა თქვენზე, რაც არასწორია. ბოდიშს გიხდით, გეკნებათ თუ არა სურვილი უფრო მეტი ინფორმაცია მომანოდოთ თქვენზე და თქვენი მომავალი მიზნების შესახებ?"

თვითმყოფად ჯულტურათა შესნავლა ფასეულია, ვინაიდან იგი თქვენთვის, ჰოგორც კლინიკისტისთვის, საქირო შესასნავლ არეალს აფართოებს. ნაკითხეთ თქვენს ჰეგიონში მცხოვრები ეთნიკური ჯგუფების ადამიანების ცხოვრებისეულ გამოცდილებაზე. ნახეთ ფილმები, რომლებიც აღნერს სხვადასხვა ქვეყნის ჯულტურას. ისნავლეთ სხვადასხვა ჯულტურის ჯგუფების მოსაზრებები ჯანდაცვის სამახსოვრო ნიგნებიდან. ეძებეთ და დაამყარეთ ეკოლოგიური ურთიერთობა სხვადასხვა დარგის მკვლევრებთან. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მზად იყოთ ისნავლოთ თქვენი პაციენტებისგან.

თანამშრომლური ურთიერთობა. უნყვეტი მუშაობით თვითშესნავლაზე და სხვებზე დაკვირვებით, კლინიცისტი საფუძვლის ყრის პრაქტიკოსი ურიერთთანამშრომლობას, რაც ყველაზე მეტად აღგება პაციენტის ჯანმრთელობას. ნდობაზე, თავაზიანობაზე და ვარაუდების გადახედვის სურვილზე დამყარებული ურთიერთობა გვეხმარება მივცეთ პაციენტს საშუალება, გამოხატოს ძირითადი (დომინანტური) ჯულტურისაგან განსხვავებული მოსაზრებები. ისინი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ისეთ მძიმე განცდებთან, ჰოგორიცაა მრისხანება და სირცხვილი. თქვენ, კლინიცისტს, სურვილი უნდა გქონდეთ მოისმინოთ და დაასაბუთოთ ეს შეგრძნებები და უფლება არ მისცეთ თქვენ გრძნობებს, შეეხონ ამ მტკივნეულ უბნებს. თქვენ, ასევე, სურვილი უნდა გქონდეთ, გადაამონმოთ თქვენი ვარაუდები იმის თაობაზე, თუ რა არის მოცემულ სიტუაციაში კლინიკური დახმარების ნორმი მიდგომა. ცდა არ დაიშუროთ, იყოთ მოქნილი და შემოქმედებითი თქვენ გეგმებში, პატივისცემით მოეპყრათ პაციენტების პირად სურვილებს და გაცნობიერებულად გამოავლინეთ პაციენტის ჯანმრთელობისთვის ნამდვილად მნვავე და სასიცოცხლო მნიშვნელობის ჰისკი. გახსოვდეთ, რომ, თუ პაციენტი წყვეტს მოსმენას, არ ასრულებს თქვენ დანიშნულებას, ან არ მოდის განმეორებით ვიზიტებზე, თქვენი სამედიცინო დახმარება არ არის ნარმატებული.

სექსუალობა ჯინისტ-პაციენტის უთითიოთობაში. ზოგჯეი, ოთივე სქესის ჯინისტები, თავს პაციენტებისთვის მიმზიდველად მიიჩნევენ. ასევე, პაციენტმაც შეიძლება გამოავლინოს სექსუალური ინიციატივა. ექიმისა და პაციენტის უთითიოთობაში ემოციური და ფიზიკური სიახლოვე შეიძლება გაძნობაში გადაიზახდოს.

თუ საკუთაი თავში ამგვაი გაძნობებს აღმოაჩენთ, მიიღეთ ის, ოგოოც ნოომაღული აღამიანური ოეაქცია, და გააცნობიეოეთ, ოათა ქცევაზე აი იმოქმედოს. ამგვაი გაძნობების უაყოფა თქვენი შემდგომი აიაადეკვატური ქცევების საფუძველი ხდება. *ნებისმიეი* სქესობოივი კონტაქტი ან ოომანტიული უთითიოთობა პაციენტთან *აიაეთიკულია*. პოოფესიული ჩაოოში შეინაოჩუნეთ პაციენტთან უთითიოთობა და, თუ საჭიოო გახდება, დახმაოებასაც მიმაოთეთ.

ზოგჯეი ექიმი ხვდება პაციენტს, ოომელიც ამჯაად მიმზიდველია ან იოჩენს უთითიოთობის ინიციატივას. შეგიძლიათ უაყოთ ამგვაი ქცევა, ოაგან აი მიიჩნევთ ოეაღულად, ან იმედოვნებთ, ოომ მაღე მიეცემა დავინყებას. წყნაად და მტკიცედ აუხსენით, ოომ უთითიოთობა მხოლოდ და მხოლოდ პოოფესიულია, აია პიოადელი. თუ აოასასუკველი ქმედება გაგძიდდება, დატოვეთ ოთახი და გამოკითხვის გასაგძედებლად თანმხდები პიოი მონახეთ. მიაქციეთ ყუაადღება თქვენს გაოეგნობას. შემთხვევით, ხომ აი აოის თქვენი ოაცმედობა ან ქცევა მიმზიდველი? იყავით თუ აია ზედმეტად თბილი მასთან უთითიოთობისას? ყველა შემთხვევაში, ვაღდებული ხაოთ, თავიდან აიცილოთ მოსაოოდნელი გაოთულება, ეს თქვენი ბოაღი აი აოის. უმეტეს შემთხვევაში, ამგვაი საქციელი თავიდან აგაცილებთ გაოთულებას.

ეთიკა და პროფესიონალიზმი

შეიძლება გაგიკვიოდეთ, ოატომ ავადმყოფის გამოკითხვის შემსწავლელ თავში ეთიკის პოობლემებს ვეხებით. ექიმი-პაციენტის უთითიოთობა ეფუძნება ჩვენს შინაგან მოხაოებას აოსს. *ეთიკა* აოის პოინციპთა ეოთობლიობა, ოომელიც კაგისა და კდების შესახებ ფიქოისა და მსკელობის შედეგად იძეონება. *სამედიცინო ეთიკა*, ოომელიც ჩვენს პოოფესიულ ქცევას განსაზღვოავს, აოც უძოავია და აოც მაოტივი, თუმცა ოიგი პოინციპებისა საკუთნეების მანძიდზე საზღვოავს ექიმის ქცევას. მიუხედავად იმისა, ოომ ბევი სიტუაციაში თქვენი შინაგანი გაძნობა სწოოისა და აოასწოოის შესახებ ზუსტად შეესატყვება სიტუაციიდან გამომდინაოე მოთხოვნიებებს და სავსებით მაოთებელია, სტუდენტობის პეოიოდშიც კი დგება მომენტი, ოდესაც გადანყვეტიებების მიღების პოოცესი მთლიანად ეთიკული პოინციპების გამოყენებას უნდა ეფუძნებოდეს.

მკუონაოის პოოფესიაში დანეოგიი ზოგიეოთი ტოადიციული და ფუნდამენტური ქცევის ნოომა ნაომოდგენიია ქვემოთ.

პაციენტის მოვლის პოოფესიული ეთიკის მემკვიდველი ნაწილები

- ***'Nonmaleficence or primum non nocere'*** ზოგადად იკითხება, "უპიოველეს ყოვლისა, აი ავნო". გამოკითხვის პოოცესში ისეთი ინფოომაციის გაცემამ, ოომელიც აოასწოოია ან ოეალუოად აი აოის დაკავშიოებული პაციენტის პოობლემასთან, შესაძლოა ზიანი მიაყენოს მას. ასევე, უთითიოთობას და პაციენტის გაძნობებს განსაკუთოებულად ვნებს თავის აოიდება ისეთ პოობლემაზე, ოაც აოსებითია მისთვის, ან გაოკვეული ბოაიკის შექმნა გულახდიი უთითიოთობის ოამოყალიბებისთვის.

პაციენტის მოვლის პროფესიული ეთიკის შემადგენელი ნაწილები (გაგრძელება)

- *ერთიგანწყობა* – გულისხმობს ავადმყოფისთვის "სიერთის ერთებას". თქვენი, როგორც ექიმის მოქმედება, მოტივირებული უნდა იყოს პაციენტის ინტერესებით.
- *დამოუკიდებლობა* – გვახსენებს, რომ ავადმყოფს უფლება აქვს გაარჩიოს, რა არის მისთვის საუკეთესო. ეს პრინციპი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გახდა ბოლო დროს და მჭიდროდ არის დაკავშირებული ავადმყოფთან უთანასწორო ურთიერთობასთან, და არა მხოლოდ მზრუნველობით დამოკიდებულებასთან.
- *კონფიდენციალურობა* – არის ერთ-ერთი სადავო საკითხი. როგორც ექიმი, ვალდებული ხართ არ გაანდოთ სხვებს ავადმყოფის მიერ მონოდებული ინფორმაცია. ეს ავადმყოფთან პროფესიონალური ურთიერთობის საფუძველია. კლინიკაში ყოველდღიური მუშაობისას ეს პრინციპი ყურადღებით უნდა იყოს დაცული.

სტუდენტობის პერიოდში თქვენ შეისწავლით ზოგიერთ ეთიკურ ნორმებს, რომლებსაც ექიმად მუშაობის დროს შეხვდებით მომავალში. ამავე დროს, არსებობს არჩევანის აუცილებლობა სტუდენტის როლზე იმ მომენტისთვის, როცა იგი იწყებს პაციენტის მკურნალობაში მონაწილეობას. შემდგომი მაგალითები შეიცავს ყველაზე ხშირ შემთხვევებს. ეს მაგალითები წინა პლანზე სწევენ ეთიკურ და პრაქტიკულ პრობლემებს, რომლებიც ურთიერთთანხვედრილად არსებობენ.

ეთიკა და პროფესიონალიზმი: მაგალითი 1.

თქვენ ხართ მე-3 კურსის სტუდენტი და პირველად ხართ კლინიკაში. გვიან საღამოს შეგიხვდებით ავადმყოფი, რომელთანაც უნდა იმუშაოთ. თქვენ მიხვედით ავადმყოფის პალატაში და ნახეთ, რომ იგი გადაღლილია მთელი დღის მოვლენებით და დასაძინებლად ემზადება. იცით, რომ ინტერნს და ორდინატორს უკვე ჩატარებული აქვთ გამოკვლევა. გააგრძელებთ თუ არა ანამნეზის შეგროვებას და ფიზიკურ გამოკვლევას, რასაც 1 ან 2 საათი დასჭირდება? ეს პროცესი მხოლოდ თქვენი სწავლისთვისაა? გამოკითხვის დაწყებამდე აიღებთ თუ არა ნებართვას? რას ჩათვლით აუცილებლად?

ამ სიტუაციაში თქვენ ორი არჩევანის წინაშე დგახართ: *გააკეთოთ საქმე, რათა ისწავლოთ და შეასრულოთ ისე, რომ ზიანი არ მიაყენოთ ავადმყოფს.* ამ შემთხვევაში არსებობს ეთიკური პრინციპი, რაც გვახსენებს, რომ თუ პრაქტიკის დროს არ სწავლობთ, მომავალში ამის საშუალება არ გექნებათ. დღემდე მუსიკებდა აზრი იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა იმოქმედოთ ავადმყოფის უპირველესი ინტერესებიდან გამომდინარე, არ მიაყენოთ მას ზიანი და მისთვის საუკეთესო არჩევანი გააკეთოთ; ეს მოსაზრება ენინააღმდეგება სამომავლო მოთხოვნილებებს. სტუდენტობის პერიოდში ეს დილემა ხშირად ჩნდება თავს.

თანხმობის მიღწევა პროცესია, რომელიც ამ ეთიკური დილემისკენაა მიმართული. დარწმუნდით, რომ ავადმყოფმა იცის, რომ თქვენ სწავლობთ და ყოველივე ახალი, რაც ეხება პაციენტს, თქვენთვის მნიშვნელოვანია. აღსანიშნავია, რამდენად ხშირად ითავს ნებას ავადმყოფი სტუდენტს, ჩაეთოს მის მკურნალობაში. ავადმყოფისთვის მოსახერხებელია

თავის მუშნაღს დაუბრუნდეს. მაშინაც კი, როცა კლინიკური მოქმედებები სწავლისთვის ნაკლებად მნიშვნელოვანია, ისინი მაინც ღირებულია ავადმყოფისთვის.

ჩამდენიმე მომვლელის ერთდროული არსებობა პერსპექტივასაც მიავიწყებინებს ხდის. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მზრუნველობას და ყურადღების დათმობას სამუშნაო ეფექტი შეიძლება ჰქონდეს.

ეთიკა და პროფესიონალიზმი: მაგალითი 2

ღამის 10 საათის შემდეგ თქვენ და თქვენი ეზიდენტი ამთავრებთ აუცილებელი მითითებების შესრულებას დასუსტებული ხანდაზმული პაციენტისთვის, რომელმაც დღეს დილას მოგმართათ ორმხრივი პნევმონიით. ფორმა, რომელიც შეიცავს ექანიმაცველ ღონისძიებებზე უარის თქმის მოთხოვნას, ჯგუფის კლინიკიდან გასვლამდე უნდა შეივსოს. ამის შემდეგ, თქვენი ეზიდენტი მიმართავს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებას და გთხოვთ ნახოთ პაციენტი ფორმის შესავსებად. მოგვიანებით შეიძლება ეზიდენტიც შემოგიერთდეთ. სწავლების პირველ წელს თქვენ გქონდათ ლექციები და ამომწურავი დისკუსიები მიმდინარე დირექტივებზე, მაგრამ ერაფრად არ დასწრებიხართ პაციენტთან დიალოგს. არამც პაციენტი ნანახი არ გყოლიათ და არც ფორმა გინახავთ. რა უნდა გააკეთოთ? უნდა უთხრათ ეზიდენტს, რომ ეს არამც არასდროს გაგიკეთებიათ და არც გინახავთ, როგორ ხდება? ეტყვით პაციენტს, რომ ეს ყველაფერი თქვენთვის ახალია? ვინ უნდა გადანყვიტოს, ხართ თუ არა კომპეტენტური ამ დავალების დამოუკიდებლად შესრულებაში?

ამ სიტუაციაში თქვენ უნდა მოითხოვოთ პასუხისმგებლობის აღება თქვენი პაციენტის მუშნაობაზე, რაც გაზრდის თქვენი კომფორტის და, შესაძლოა, კომპეტენციის დონეს. ეს შეიძლება მთელ ციგ სიტუაციებში გამოგადგეთ; მსგავს შემთხვევებს მიეკუთვნება როგორიცაა კლინიკური სიტუაციის გარკვევა დახმარების გარეშე, ასევე, სისხლის აღება ან ვენეპუნქციის დანყება, რაც მანამდე გაკეთებული გაქვთ ზედამხედველთან ერთად. გარდა ამისა, პაციენტთან დაკავშირებით შეიძლება გქონდეთ ამომდენიმე მოსაზრება: "პაციენტისთვის საჭიროა ეს პროცედურები დასრულდეს დაძინებამდე, რაც გაცილებით სასარგებლო იქნება", "პაციენტისთვის ისეთ მიმდინარე დირექტივების განხილვისას მინიმალურია"; "თქვენ ძალიან კარგად გამოიყურებით ხანდაზმული პაციენტისთვის და ვფიქრობ ამის გაკეთებას შესძლებთ"; "ეს მოხდება, რომ პაციენტი დააკავონ ამ ღამით და მომხდარზე თქვენ იქნებით პასუხისმგებელი" და ბოლოს, "თუ თქვენ ახლა შეანუხებთ ეზიდენტს, ის გაბრაზდება, რაც გავლენას მოახდენს თქვენს შეფასებაზე". მოსწავლის მიმართ არსებობს სასწავლო-პედაგოგიური შეფასების კრიტერიუმები, რაც იმაში გამოიხატება, რომ განათლებისთვის მნიშვნელობა აქვს პრობლემების გადანყვეტასა და ნდობის მოპოვებაში არ იქნება შეზღუდული, რათა შესძლოს დამოუკიდებლობის მოპოვება. მაგრამ რომელი მოქმედებაა სწორი ამ სიტუაციაში?

ზემოთ ჩამოთვლილი პრინციპები მხოლოდ ნაწილობრივ დაგეხმარებათ არჩევანის გაკეთებაში, ვინაიდან თქვენი უხერხულობა პაციენტთან ერთიერთობას უკავშირდება. ამ მაგალითში დაძაბულობას ქმნის სამუშნაო ჯგუფის მუშაობა და ჯგუფში თქვენი როლი. ვალდებული ხართ, დაეხმაროთ ჯგუფს, თუმცა თქვენი უპირველესი მოვალეობა სწავლაა. საქმო ეთიკის მიმდინარე ფორმულირებები მოცემულია ამ და სხვა გამოცემებში. ერთერთი ასეთია ტავისტოკის პრინციპები.[27] ეს პრინციპები სამუშნაო სიტუაციების ანალიზის საფუძველს ქმნის და მოიცავს ინდივიდუალურ პაციენტთან პირდაპირი კავშირიდან ითვლე არჩევანამდე სამუშნაო ჯგუფების ურთიერთქმედებასა და საზოგადოებაში საკითხების ანალიზს. ფარგლებ ნარმოდგენილი ჯგუფი, რომელიც პირველად

1998 წელს შეიჭირბა ლონდონში ტავისტოკის მოედანზე, აგძელებს მუშაობას დოკუმენტზე, რომელიც ასახავს მკურნალობის დროს ქცევების ეთიკურ პრინციპებს; ეს პრინციპები ეხება როგორც პირისპირ ურთიერთობებს, ასევე დანესებულებებს. ტავისტოკის პრინციპების მიმდინარე გამოცემა ქვემოთაა მოცემული.

ტავისტოკის პრინციპები

უფლება: აღიარებს აქვთ ჯანმრთელობის და მკურნალობის უფლება.
ბალანსი: ცალკეული პაციენტის მკურნალობა ცენტრალიზებულია, ხოლო საზოგადოების ჯანმრთელობა ჩვენი ზრუნვის საგანია.
ყოველისმომცველობა: სამკურნალო დაავადების მიხედვით, ჩვენ გვაქვს ვალდებულება შევეცადოთ ტანჯვის სიმძიმე, მინიმუმამდე დავიყვანოთ შრომისუუნარობა, დავიცვათ ავადმყოფობისგან და გავუხანგრძლივოთ სიცოცხლე.
შეთანხმებულობა: ჯანმრთელობის დაცვა მიზანს მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიაღწევს, თუ შეთანხმებულად ვიმოქმედებთ მათთან, ვისაც ვემსახურებით, ოჯახთან და სხვა სექტორებთან.
გაუმჯობესება: ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესება სერიოზული და ხანგრძლივი პასუხისმგებლობაა
დაცულობა: არ ავნო
გახსნილობა: ჯანმრთელობის დაცვაში ძალზე მნიშვნელოვანია იყოთ გახსნილი, პატიოსანი და სანდო.

მეორე მაგალითის განხილვისას, იფიქრეთ ტავისტოკის პრინციპებზე: გახსნილობა და შეთანხმებულობა, ხშირად მოძებნოთ წონასწორობა ორ მიდგომას შორის: "არ ავნო" და "მიიღო შედეგი". თქვენ უნდა იმუშაოთ ჯგუფთან ერთად იმ მიმართულებით, რომ დაადგინოთ გონივრული და შესაძლო გამოსავალი, რომელიც საუკეთესო იქნება პაციენტისთვის. ნახავთ, რომ ამ სიტუაციაში აღვილი არ არის მარტივი პასუხის მოძებნა. ხა გამოსავალია თქვენთვის სასურველი ამა თუ იმ უხერხულ სიტუაციებში?

თუ ხამდენად ჯომფორტულად გრძნობთ თავს მოცემულ ვითარებაში, თქვენს მოსაზრებებსა და შეფასებებზე აისახება. ზოგჯერ შეიძლება აუცილებელი გახდეს პრობლემის ალტერნატიული გადაწყვეტა. მაგალითად, პირველ მაგალითში პაციენტი შეიძლება ჩაეცხად გასინჯოთ და გამოჰკითხოთ მოგვიანებით, ან ამისთვის დრო მეორე დღეს გამოძებნოთ. მეორე მაგალითში, შეგიძლიათ მოძებნოთ სხვა ადამიანი, რომელსაც ფორმის შევსების უფრო მეტი გამოცდილება ექნება, ან გიხელმძღვანელებთ ფორმის შევსების დროს. ასევე, შეგიძლიათ არჩიოთ და გააგრძელოთ და ფორმის შევსება, შეანუხოთ პაციენტი თქვენი გამოუცდელობით და მოიპოვოთ პაციენტის თანხმობა. უნდა არჩიოთ, რომელი სიტუაცია ეხმიანება თქვენს მოსაზრებებს, თუნდაც არასასურველი განვითარების ისეის არსებობისას.

ისწავლეთ, როგორ გამოხატოთ თქვენი ნინასწარი მოსაზრებები ისე, რომ ეს სხვებისთვის გასაგონი იყოს. როგორც სტუდენტი, გესაჭიროებათ გარემო იმისთვის, რომ დროულად განიხილოთ ეთიკური საკითხები სხვა სტუდენტებთან, უფროსკურსელებთან და პედაგოგებთან. მცირე ჯგუფები, რომლებიც შექმნილია ამ სახის საკითხების განხილვისთვის, განსაკუთრებით გამოიყენება სარწმუნოების შეფასებისა და დახმარებისთვის. შეძლებისდაგვარად გამოიყენეთ ამ პერსპექტივის უპირატესობები.

ეთიკა და პროფესიონალიზმი: მაბალითი 3.

თქვენ ხართ ტრინიტის ჯგუფის სტუდენტი, რომელიც ზრუნავს ქ-ნ რობინსზე, 64 წლის ქალზე, რომელმაც ტრინიტას მიმართა ნორაში დაჯღებისა და საეჭვო სისუსტის გამო. ჰოსპიტალიზაციის დროს სხვა მრავალ გამოკვლევასთან ერთად ჩაუტარდა სიმსივნური ნარმონაქმნის ბიოფსია გულ-მკერდის ღრუში. თქვენ ჯარგად უნდა გაიცნოთ პაციენტი, მასთან ერთად დიდი დრო გაატაროთ, რათა პასუხები გასცეთ მის კითხვებს, აუხსნათ პროცედურები და შეისნავლოთ იგი და მისი ოჯახი. უნდა აუხსნათ, რას ელოდებიან გამოკვლევებისგან და გაარკვიოთ, სურს თუ არა პაციენტს ყველაფერი იცოდეს მის ჯანმრთელობაზე და მკურნალობაზე. შემომვლელი ექიმისგან თქვენ გაიგეთ, რომ პაციენტი წუხს თავის მდგომარეობაზე. პარასკევი საღამოა, მაგრამ თქვენ შეჰპირდით ქ-ნ რობინსს, რომ დასვენების დღეებამდე კიდევ ნახავთ და გააგებინებთ, თუ კი გეცოდინებათ ბიოფსიის პასუხი. სანამ პაციენტის პალატაში მიხვიდოდით, ხელმძღვანელმა გითხრათ, რომ ბიოფსიამ არჩვენა სიმსივნის მეტასტაზის არსებობა, მაგრამ შემომვლელი ექიმი წინააღმდეგია, რომ ორშაბათამდე ჯგუფმა პაციენტს ამის შესახებ ეთხრას.

როგორ მოიქცევით? თქვენ გრძნობთ, რომ არასწორი იქნება, თუ პაციენტის პალატაში არ მიხვალთ. ასევე გწამთ, რომ პაციენტის ნებისა და ნებისყოფის თვალსაზრისით უკეთესია ახლავე გაიგოს, ვიდრე 3 დღე მოიცადოს. ამავე დროს, არ გინდათ შემომვლელი ექიმის ინსტრუქციის სანინააღმდეგოდ მოიქცეთ, იმიტომ რომ თქვენ პატივს სცემთ ფაქტს, რომ პაციენტი შემომვლელი ექიმისაა და ასეთი საქციელი არასწორი იქნება იქნება.

ამ სიტუაციაში პაციენტისთვის ბიოფსიის შედეგის თქმა ჰამოდენიმე ეთიკური პრინციპითაა ნაკარნახევი: პაციენტის საუკეთესო ინტერესი, დამოუკიდებლობა და თქვენი პირდაპირობა. ეთიკური დილემის სხვა ნაწილი უკავშირდება თქვენს გეგმას შემომვლელი ექიმის მიმართ. ზოგჯერ ამ დილემის არჩევანთა უმეტესობა ამონმებს, სწორი გზით მიდიხართ, თუ არა. თუმცა შეიძლება შეიქმნას სიტუაცია, სადაც გამარჯვებული არავინაა, ხშირად საჭირო ხდება შემომვლელ ექიმთან თავაზიანი და პატიოსანი გარჩევა იმისა, თუ რომელია პაციენტისთვის უკეთესი გამოსავალი. თუ საჭიროა, მოიშველიეთ თქვენი ხელმძღვანელის და სხვა შემომვლელების მოსაზრებები. ითელ სიტუაციებში ღირებების ენარი ძალზე მნიშვნელოვანი პროფესიული ჩვევაა.

ბიბლიოგრაფია

CITATIONS

1. Cohen-Cole SA: The Medical Interview: The Three-Function Approach. St. Louis, Mosby-Year Book, 1991.
2. Bird J, Cohen-Cole SA: The three-function model of the med-ical interview. Adv Psychosom Meal 20:65-88, 1990.
3. Lazare A, Putnam SM, Lipkin M Jr: Three functions of the medical interview. In Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, et al (eds): The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York, Springer-Verlag, 1995.
4. Novack DH: Therapeutic aspects of the clinical encounter. In Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, et al (eds). The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research, p. 32. New York, Springer-Verlag, 1995.
5. Surhnran AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor re-lationship therapeutic? Exploring the connectional dimension of medical care. Ann Intern Med 108(1):125-130, 1988.
6. Hastings C. The lived experiences of the illness: making contact with the patient. In Benne P, Wnibel j (eds): The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness. Menlo Park, CA, Addison-Wesley, 1989.
7. Conant EB. Addressing patients by their first names. N Engl J Med 308(4):226,1998.
8. Holler ME. Addressing patients by their first names. N Engl J Med 308(18):1107, 1987.
9. Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by invit-ing the patient's perspective. Ann Intern Med 116(5):414-418, 1993.
10. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101(5):692-696, 1984.
11. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural re-search. Ann Intern Med 88(2):251-258, 1978.
12. Smith RC. Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
13. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, et al. The effectiveness of an in-tensive teaching experience for residents in interviewing: a ran-domized controlled study. Ann Intern 128(2):118-126, 1998.

14. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for
bionlcdicinc. Science 196(4286):126-129, 1977.
15. Engel GL, Morgan WL Jr. Interviewing the Patient. Philadel-phia, WB Saunders, 1973.
16. liaver-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education: Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. Acad Mcd 76(4):390-393, 2001.
17. Stewart M. Questions about patient-centered care: answers from quantitative research. In Stewart M, et al (eds): Patient Centered Medicine: Transforming the Clinical Method, pp. 263-268. Abingtc)n, UK: Radcliffe Medical Press, 2003.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression: Recommendations and Rationale. Rockville, MD, Agencv for Healthcare Research and Qualitv, Mav 2002.
19. Regirr DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the EpidcnliOlogic Catchn7ent Area (I;CA) Studv. JAMA 264(19): 2511-2518, 1990.
20. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. JAMA 259(D:51-54, 1988.
21. U.S. Preventive Services Task Force: Screening and Behav-ioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Al-C01101 Misuse: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, April 2004. Available at: http://ahrq.gov/clinic/3rdusptf/alcohol/alromisrs.htm.
22. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 252(14):1905-1907, 1984.
23. Cocco KM, Carey KB. Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. Psychol Assess 10(4):408-414, 1998.
24. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, March 2004.
25. Kubler-Ross E. ()n Death and Dying. New York, Macmillan, 1997.
26. Smedley BA, Stith AY, Nelson AR (eds): Committee on Under-standing and Eliminating Bacial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Dis-parities in Health Care. Washington, DC: Institute of Medicine, 2003.
27. Berwick D, Davidoff F, Hiatt H, et al. Refining and imple-menting the "1'avistock principles for everybody in health care. BMJ 323(7313):616-619, 2001.

ADDITIONAL REFERENCES

Building a Therapeutic Relationship: The Techniques of Skilled Interviewing

Billings JA, Stockle JD, The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Case Presentation. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1989.
Branch WT, Malik TK. Using "windows of opportunities" in brief interviews to understand patients' concerns. JAMA 269(13):1667-1668,1993.
Fadiman A. The Spirit Catches You and You Fall Down. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1997.
Frankel RM, Stein TS. The Four Habits of Highly Effective Chili-clans: A Practical Guide. Oakland, CA, Kaiser Permanciltc Northern California Region Physician Education and Devel-opment, 1996.
Inui TS. Establishing the doctor-patient relationship: science, art, or competence? Schweiz Med Wochenschr 128(7):225-230, 1998.
Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient aU-tonomy: finding a balance between physician power and pa-tient choice. Ann Intern Med 125(9):763-769, 1996.
Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with pa-tients. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd, 1998.
Smith RC. The Patient's Story, Integrated Patient-Doctor Interviewing. Boston: Little, Brown, 1996.

Adapting Interviewing Techniques to Specific Situations

Barnett S. Cross-Cultural communication with patients who use American Sign Language. Fam Mcd 34(5):376-382, 2002.
Committee on Disabilities of the Group for the Advancement of Psy-chiatry: Issues to consider in deaf and hard-of-hearing patients. Am Fam I'hvs 56(8):2057-2066, 1997.
Goldoft M. A piece of mind: another language. JAMA 268(24): 3482, 1992.
Grantnlakers in Health: In the right words: addressing language and culture in providing health care. Issues in Brief 18:1-54, 2003.
Maveauz EJ Jr, Murphy PW, Arnold C, et al. Improving patient ed-ucation for patients with low literacy skills. Am Fam Phys 53(D:205-211, 1996.
McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, rt al. Fanlilv-Oricntcd Primary Care, 2nd ed. New York: Springer, 2005.
National Work Group on Literacy and Health communicating with patients who have limited literacy skills.
Report of the National Work Group on Literacy and Health. J Fam Pract 46(2): 168-176,1998.
Putsch RW. Cross-cultural communication: the special case of interpreters in health care. JAMA 254(23):3344-3348, 1985.
Rivadeneyra R, Elderkin-Thompson V, Silver RC, et al. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. Am J Med 108(6):470-474, 2000.

Sensitive Topics That Call for Specific Approaches

Council on Scientific Affairs, AMA: Health care needs of gay men and lesbians in the U.S. JAMA 275(17):1354-1357, 1996.
End of Life/Palliative Education Resource (enter. Available at: http://www.eperc.mcv.edu/ildex.htm. Accessed February 10, 2005.
Fiellin DA, Reid M(;, O'Connor PG. Screening for alcohol prob-lems in primary care: a systematic review. Arch Intern Mcd 160(13):1977-1989, 2000.
Harrison AE. Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves and our students. Fam Mcd 28(D:10-23, 1996.
Robinson GE, Stewart DE. A curricultnl On physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. Part 1: Con-tent. Can Mcd Assoc J 154 (1):643-649, 1996.

Societal Aspects of Interviewing

Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: patient-based approach. Ann Intern Med 130:829-834, 1999.

Christakis DA, Feudtnrr C. Ethics in a short white coat: The ethi-cal dilemmas that medical students confront. Acad Med 68(4):249-254, 1993.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Associa-tiOn: Sexual misconduct in the practice of medicine. JAMA 266(19):2741-2745, 1991.

Doyal L. Closing the gap between professional teaching and prac-tice. BMJ 322(7288):685-686, 2001.

Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-paticnt relationship. JAMA 273(18):1445-1449, 1995.

Lo B. Resolving Ethical Dilcnunas: A Guide for Clinicians. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. J Health Care Poor Un-derserved 9(2):117-125, 1998.

Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. JAMA 252(17):2441-2446, 1984.

3

ჯერიატრიული განხილვა, შეფასება და გეგმა

მას შემდეგ, რაც თქვენ მოიპოვებთ ავადმყოფის ნდობას, შეაგროვებთ დანვრილებით ანამნეზს და დაასრულებთ ჯერიატრიის გამოკვლევას, შეფასებისა და გეგმის ფორმულირების ჯრიტიკული დონეს მიაღწევთ. უნდა გააანალიზოთ ჯვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემები და დაადგინოთ ავადმყოფის პრობლემა. ასევე, თქვენი მოსაზრებები უნდა გაუზიარ ოთ ავადმყოფს და დარწმუნდეთ, რომ მან გაიგო და ეთანხმება შემუშავებულ გეგმას. ბოლოს, მიღებული მონაცემებით ლაკონურად და გარკვევით უნდა დაწეროთ ავადმყოფობის ისტორია. გასაგები და ჯარგონული ფორმულირებული ისტორია სამკურნალო ჯგუფის სხვა წევრებისთვის ავადმყოფის ანამნეზთან ერთვლადი საკომუნიკაციო საშუალებაა.



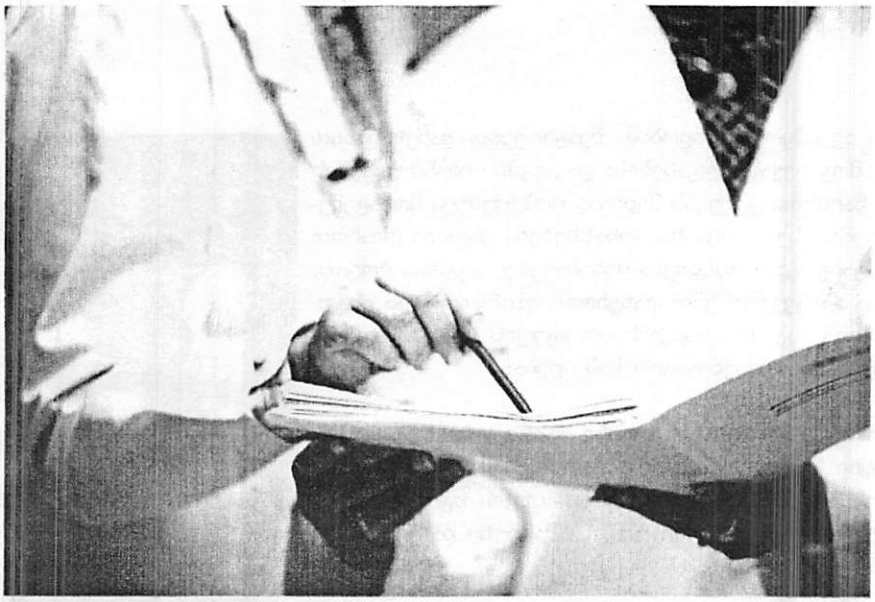
ამ თავში აღწერილია საფეხურებრივი მიდგომა, რაც ჯერიატრიული განხილვის, შეფასების, გეგმის შედგენის და ჩანაწერის ჯერიატრიული ჩვევების ათვისებაში გეხმარებათ. განიხილეთ ქვემოთ მოცემული შესასწავლი საკითხები, რომლებიც ასახავს ამ თავის სტრუქტურას და ამორჩევს, თუ როგორ გაიგეთ ერთვლი თავში აღწერილი ქ-ნ ნ-ის ანამნეზი და ჯერიატრიული გამოკვლევა.



შეფასების და გეგმის განვითარება: შესასწავლი საკითხები

- ჯერიატრიული განხილვის და მისი შემადგენელი საფეხურების გარჯვა
- ამ პროცესის ანალიზი ქ-ნ ნ-ის შეფასების და გეგმის ჩანაწერის გამოყენებით
- ჯერიატრიული მონაცემების შეკრება
  - მონაცემების დაჯგუფება ეთი ან მრავალი პრობლემის მიხედვით
  - მონაცემების ამოკრება დიდი ოდენობიდან
  - ავადმყოფის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის შეფასება, რაც მოიცავს ანალიზების შეკრების და ჩატარების ხარისხის და პრინციპების უზრუნველყოფას
- ჯერიატრიული განხილვის გაერთიანება ჯერიატრიული მონაცემების შეფასებასთან
- ავადმყოფის ისტორიის გასაგები და ზუსტი ჩანაწერის გაკეთება.

დანვრილებითი ინფორმაცია, რომელიც თქვენ უკვე მოპოვებული გაქვთ: სუბიექტური (ანამნეზი, ანუ ის, რაც მოგიყვათ ავადმყოფმა ან მისი ოჯახის წევრმა) და ობიექტური (ჯერიატრიული და ლაბორატორიული კვლევის მონაცემები) ავადმყოფის გამოკვლევის ძირითად ელემენტებს ქმნის. ეს ინფორმაცია, ძირითადად, ფაქტებზე დაფუძნებული და აღწერილობითია. როდესაც შეფასებაზე დაგაინტერესებთ, უნდა გაიარჩიოთ ეტაპები აღწერილობიდან და დასკვნებიდან ანალიზამდე და ინტერპრეტაციამდე (ახსნამდე). უნდა შეარჩიოთ და დააჯგუფოთ ინფორმაციის შესაფერისი ნაწილები, გაანალიზოთ მათი სავარაუდო მნიშვნელობა და ეცადოთ, – ლოგიკურად, ბიოფსიქოლოგიური და ბიოსამედიცინო მეცნიერებების პრინციპების გამოყენებით ახსნათ ისინი. შეფასება და გეგმა მოიცავს ავადმყოფის პასუხს დადგენილ პრობლემაზე და თქვენს დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო გეგმებს. წარმატებული გეგმა მოითხოვს ჯარგ პიროვნებათაშორის ურთიერთობის ჩვევებს და თქვენს განწყობას ავადმყოფის მიზნების, ეკონომიკური მდგომარეობის, პასუხისმგებლობის, ოჯახის შემადგენლობის და აქტიურობის მიმართ. თქვენი პაციენტის ისტორიის ჩანაწერი ადვილებს მკურნალობის პროცესში მონაწილე სპეციალისტების ჯერიატრის აზროვნებას, ავითარებს მათ შორის ურთიერთობებს და ჯოინტერინირებას და წარმოადგენს ავადმყოფის პრობლემის ამსახველ დოკუმენტს სასამართლო მედიცინის საჭიროებისთვის.



შეფასება და გეგმა: ჯერიატრიული განხილვის პროცესი

ვინაიდან შეფასება ექიმის გონებაში ხდება, ჯერიატრიული განხილვის პროცესი სტუდენტებისთვის ხშირად მიუწვდომელი და გაუგებარია. გამოცდილი ექიმი სწრაფად ფიქრობს. ექიმები განსხვავდებიან პიროვნულად, კომუნიკაციური თვისებებით, ჯერიატრიული გამოცდილებით და ინტერესებით. ზოგიერთ ექიმს უძნელდება თავისი ჯერიატრიული აზროვნების ლოგიკური

ახსნა. ვინაიდან თქვენ სნავლობთ, უნდა შეეკითხოთ პედაგოგს ან ექიმს, დანვრილებით აგიხსნან თავიანთი ჯინიჯუჩი განხილვის და დასკვნის გაკეთების პროცესი.[1,2]

გამოცდილების მიღების შემდეგ თქვენი აზროვნების პროცესი ავადმყოფთან პირველივე კონტაქტიდან უნდა დაიწყოს. ქვემოთ ჩამოთვლილია პრინციპები, რომლებიც საფუძვლად უდევს ჯინიჯუჩი განხილვის პროცესს, ასევე, დანვრილებითი საფეხურები, რომლებიც დაგეხმარებათ თქვენს მიერ მოპოვებულ ინფორმაციის ფონზე ჩამოყალიბებული მოსაზრებათა გაანალიზებასა და ნარმართვაში. ამ განკუთვნის ნაკითხვის შემდეგ განიხილეთ ქ-ნ ნ-ის შემთხვევა, რომელიც პირველ თავში არის მოწოდებული; გამოიყენეთ ეს შემთხვევა, მაგალითად, რათა ივარჯიშოთ ჯინიჯუჩ განხილვასა და შეფასებაში. როგორც ყველა ავადმყოფის შემთხვევაში, გაამახვილეთ პაციენტის უჩივლება შემდეგი კითხვების პასუხებზე: "რა აწუხებს მას?", "ვში მდგომარეობს პრობლემა და რა არის დიაგნოზი". ამ კითხვებზე პასუხის მიღების შემდეგ ეცადეთ გაჰყვეთ ქვემოთ ჩამოთვლილ საფეხურებს. შემდეგ მიუბრუნდით ქ-ნ ნ-ის შეფასებას და გეგმას და შეადარეთ თქვენ სანუთს ინტერვიუსა და მოსაზრებას.

პრობლემის იდენტიფიცირება და დიაგნოზის დასმა: ჯინიჯუჩი განხილვის საფეხურები

- პათოლოგიური მონაცემების გამოვლენა
- მონაცემთა ანატომიური მდებარეობის დადგენა
- მონაცემთა ინტერპრეტაცია სავარაუდო პროცესის მიხედვით
- მოსაზრების ჩამოყალიბება ავადმყოფის პრობლემის ბუნების შესახებ
- მოსაზრების შემოწმება და სამუშაო დიაგნოზის დადგენა
- ავადმყოფთან შეთანხმებული გეგმის შემუშავება

■ **პათოლოგიური მონაცემების იდენტიფიცირება.** გაარკვიეთ ავადმყოფის სიმპტომების, ჯინიჯუჩი გამოკვლევის და ლაბორატორიული მონაცემების ჩამონათვალი.

■ **ჯინიჯუჩ მონაცემთა ანატომიური ლოკალიზაციის დადგენა.** ეს მარტივი საფეხურია. მაგ.: ყელის ტკივილის სიმპტომის და ხახის ეროთემული ანთების დროს პრობლემა ყელის არეშია. ქ-ნ ნ-ის ჩივილი თავის ტკივილზე თქვენს ყურადღებას თავის ქალასა და ტვინისკენ მიმართავს. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი სიმპტომი გარკვეულ სირთულეებსაც ქმნის. მაგ.: გულ-მკერდის არეში ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს კორონული არტერიები, კუჭი, საყლაპავი ან გულ-მკერდის კუნთები და ძვლები. თუ ტკივილის აღმოცენება დაკვირვასთანაა დაკავშირებული და მოსვენებისას ქრება, პროცესში შეიძლება ჩართული იყოს გული ან ძვალ-კუნთოვანი სისტემის რომელიმე ნანილი. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ტკივილი იწყება მხოლოდ მარცხენა ხელით ტვირთის ტარების დროს, ტკივილის გამომწვევი ყველაზე შესაძლო მიზეზი ძვალ-კუნთოვანი სისტემაა.[3,4]

როდესაც მონაცემების ლოკალიზაციას ადგენთ, იყავით ძალიან კონკრეტული, მაგრამ გახსოვდეთ, რომ ან უნდა განსაზღვროთ სხეულის უბანი, როგორიცაა მაგ. გულ-მკერდი, ან სისტემა, როგორიცაა ძვალ-კუნთოვანი. სხვა შემთხვევაში დაგჭირდებათ დაზიანებული უბნის ზუსტი დასახელების აღნიშვნა, მაგ. მარცხენა მკერდის კუნთი. ზოგიერთ სიმპტომს არ გააჩნია ლოკალიზაცია. მაგ. სისუსტე ან ცხელება, მაგრამ შემდეგ საფეხურზე გამოგადგებათ.

- **მონაცემების ინტერპრეტირება სავარაუდო პროცესის მიხედვით.** ავადმყოფის პრობლემა ხშირად ენინააღმდეგება პათოლოგიურ პროცესს, რომელიც მოიცავს სხეულის რომელიმე ნაწილს. მთელი ჩიგი ასეთი პროცესებისა სხვადასხვა სახით ჯგუფდება (კლასიფიცირება) და მოიცავს თანდაყოლილ, ანთებით ან ინფექციურ, იმუნურ, სიმსივნურ, მეტაბოლურ, ჯვრით, დეგენერაციულ, სისხლძარღვოვან, ტრავმულ და ტოქსიურ დაავადებებს. მაგ. თავის ტკივილის შესაძლო პათოლოგიური პროცესებია ტრავმული ჯონტუზია, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა ან სიმსივნით პროვოცირებული თავის ტვინის ჯომპრესია. ცხელება ჯისრის ჯუნთების ჩიგიდობა მენინგიტით გამონვეული თავის ტკივილის ორი ჯლასიური ნიშანია. მაშინაც კი ჩოდესაც სხვა სიმპტომები არ მანიფესტირდება (მაგ., გამონაყარი ან მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება) აღნიშნული სიმპტომები მტკიცედ მიუთითებს ინფექციური პროცესის არსებობაზე.

მეორე პრობლემა პათოფიზიოლოგიურია, რომელიც ასახავს ბიოლოგიური ფუნქციების დარღვევას; მათ შორისაა გული შეგუბებითი უმარისობა ან შარდი. სხვა სისტემური დარღვევების გამოხატულება – *ფსიქოპათოლოგიური* პრობლემებია, მათ შორის დეპრესიის მაგვარი ხასიათობრივი ცვლილებები ან თავის ტკივილი, როგორც სომატური დაავადების ექსპრესიის (მანიფესტირების) ფორმა.

- **მოსაზრების ჩამოყალიბება ავადმყოფის პრობლემის ბუნების შესახებ.** არ თქვენ უნდა გამოიყენოთ მთელი თქვენი ცოდნა და გამოცდილება. სწორედ არ ყველაზე მეტად ნარითხვა დაგეხმარებათ, რათა გაარჩიოთ დარღვევების ხასიათი, დიაგნოზი და შესაბამისად დააჯგუფოთ ავადმყოფის მონაცემები.

სამედიცინო ლიტერატურის გაცნობით თქვენ **ფაქტებზე დაფუძნებული გადანყვეტილების მიღების**[5,6] უნარს შეიმუშავებთ.

სანამ არ მიიღებთ ღრმა ცოდნას და დიდ გამოცდილებას, ვერ შეძლებთ სპეციფიური მოსაზრების ჩამოყალიბებას; თუმცა მაინც უნდა ეცადოთ სრულყოთ იგი, სადამდეც თქვენი ცოდნა და ობიექტური მონაცემები მოგცემთ ამის საშუალებას. აღნიშნულში შემდეგი მოქმედებები დაგეხმარებათ:

ჯერონული გადანყვეტილების მიღების საფეხურები

1. შეარჩიეთ ყველაზე სპეციფიური და ჭრიტიული მონაცემები, რათა შეამონმოთ თქვენი მოსაზრება. მაგ.: თუ ავადმყოფი აღნიშნავს " მის ცხოვრებაში ყველაზე ძლიერ თავის ტკივილს", გულისრევას, ბრილებინებას, აღმოაჩენთ ცვლილებებს მის ანთროვნებაში, მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპებას და მენინგიზმის ნიშნებს, თქვენი მოსაზრება აუგეთ ინტრაჭრანიული წნევის მომატების, და არა ჯუჭ-ნანლავის ტრაქტის დარღვევების გარშემო. ამასთან, სხვა სიმპტომები, რომლებიც დიაგნოსტიკაში შეიძლება დაგეხმაროთ, ნაკლებად სპეციფიურია.
2. თქვენი დასკვნების გამოყენებით სტრუქტურასა და პროცესების შესახებ, გამოვლენილი ნიშნები მათი გამომნვევი მიზეზების მიხედვით დააღაგეთ. მაგ., შეგიძლიათ ავადმყოფის მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება დაუკავშიროთ მთელ რიგ მდგომარეობებს ინტრაჭრანიული წნევის მომატებით. ასევე, შეგიძლიათ შეადაროთ თავის ტკივილთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები სხვადასხვა ინფექციურ, სისხლძარღვოვან, მეტაბოლურ ან სიმსივნურ დაავადებებს, მანიფესტირების მსგავსი ჯლინიკური სურათებით.
3. იმ დიაგნოსტიური შესაძლებლობების გამორიცხვა, რომლებიც არ გამოგადგებათ მონაცემების ახსნისთვის. თავის ტკივილი უნდა განიხილოთ, როგორც ქ-

ჯინიჯური გადაწყვეტილების მიღების საფეხურები (გაგრძელება)

ნ ნ-ის თავის ტკივილი, მაგრამ ეს მოსაზრება უკუაგდეთ, ჩადგან ამით ვერ ახსნით მოპერსიჩე ტკივილს ორივე საფეთქლის ახლო, რომელიც პერიოდულად ჩნდება და ახლავს გულისრევა და პირღებინება. ასევე, არატიპიურია ტკივილის ხასიათი ჯანსაღი თავის ტკივილის დროს – ეს არ არის ცარმხივი, მბუსრავი ხასიათის, რომელიც ვითარდება პერიოდულად ერთი და იგივე დროს, არ ახლავს ცრემლდენა და ცხვირიდან გამონადენი.

4. ანონ-დანონეთ ჯონჯუენტური შესაძლებლობები და შეარჩიეთ ყველაზე შესაძლო დიაგნოზი იმ მდგომარეობებს შორის, რომლებიც შეიძლება ავადმყოფის სიმპტომების მიზეზები იყოს. უნდა აღმოაჩინოთ მჭიდრო ჯავშირი პაციენტის ჯინიჯურ მდგომარეობასა და მოცემული მდგომარეობის ტიპიურ შემთხვევასთან. ამ შეჩრევაში სხვა საშუალებებიც მოგეხმარებათ. მოცემული დაავადების *სტატისტიკური არბათობა* ამ ასაკის, სქესის, ეთნიჯური ჯგუფის, ქცევების, ცხოვრების წესის და ადგილის მქონე ავადმყოფებში, არჩევანს გაგიადვილებთ. მაგალითად, 70 წლის მამაკაცის შემთხვევაში ტკივილით წელის არეში, უნდა განიხილოთ ოსტეოართრიტის და პროსტატის სიმსივნის მეტასტაზების არსებობა. თუმცა, იგივე დაავადებებზე ვერ იფიქრებთ ანალოგიური ჩივილების მქონე 25 წლის მამაკაცის შემთხვევაში. დაავადების განვითარების დრო ასევე დაგეხმარებათ დიფერენციაში. თავის ტკივილი, რომელსაც ახლავს ცხელება, გამონაყარი, ჯილის ჯუნთების ჩიგილობა და განვითარდა 24 საათის განმავლობაში, განსხვავებულ პრობლემაზე მიუთითებს, ვიდრე სტრესთან, სტრომასთან, გულისრევასა და პირღებინებასთან დაკავშირებული პერიოდული ტკივილი წლების განმავლობაში, რომელიც მოსვენებით ქრება.

5. ბოლოს, როდესაც ჩამოაყალიბებთ ავადმყოფის პრობლემის შესაძლო ახსნას, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ მდგომარეობებს, რომლებიც პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიშია და ექვემდებარება მკურნალობას, როგორიცაა მენინგოკოკური მენინგიტი, ბაქტერიული ენდოკარდიტი, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია ან სუბდურალური სისხლჩაქცევა. ამ შემთხვევაში ყველა საშუალება უნდა გამოიყენოთ, რათა არ გამოგრჩეთ ნაკლები სიხშირით, ან ნაკლებ-სავარაუდოდ განვითარებული მდგომარეობები; თუმცა, მსგავსი მდგომარეობის არსებობა შეიძლება განსაკუთრებულად საშიში იყოს. ერთ-ერთი კანონია, ყოველთვის გაითვალისწინოთ "ყველაზე უარესი შემთხვევა" დიფერენციული დიაგნოზის ჩამონათვალში და დარწმუნდეთ, რომ თქვენს მიერ მოპოვებული მონაცემების და ავადმყოფის შეფასების საფუძველზე ამ დაავადების შესაძლებლობა გამორიცხულია.

■ **თქვენი მოსაზრების შემოწმება**. მას შემდეგ, რაც ჩამოაყალიბებთ მოსაზრებას ავადმყოფის პრობლემის შესახებ, უნდა შეამოწმოთ იგი. ნინასწარი დიაგნოზის დადასტურების ან გამორიცხვის მიზნით, ან ორი ან სამი სავარაუდო დიაგნოზიდან უფრო ჩვეულის შეჩრევისთვის დაგჭირდებათ დამატებითი ანამნეზი, ჯინიჯური გამოკვლევები, ლაბორატორიული ანალიზები ან ინტრუმენტალური გამოკვლევა. როდესაც დიაგნოზი გამოირკვევა, მაგ. ზემო სასუნთქი გზების მარტივი ინფექცია ან ჭინჭრის ცება, ამ საფეხურების გავლა აუცილებელი აღარ არის.

■ **სამუშაო დიაგნოზის ჩამოყალიბება**. ამის შემდეგ მზად ხართ პრობლემის სამუშაო განსაზღვრისთვის. ჩამონათვალს მონაცემები ამის საშუალებას მოგცემთ, ეს მარტივი დარწმუნებითა და გარკვევით უნდა გაკეთოთ. შეიძლება შემოიფარგლოთ მხოლოდ სიმპტომით, მაგ. "დაუდგენელი მიზეზის თავის ტკივილი". ზოგჯერ პრობლემა შეიძლება უფრო გასაგებად ჩანერთოთ მისი სტრუქტურის, მიმდინარეობისა და მიზეზიდან გამომდინარე. მაგ., "ბნევმოკოკური ბაქტერიული მენინგიტი", "სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა,

მახსენა შებე-თხემის ახეში" ან "ჰიპერტენზიული ჯახდიული დაავადება მახსენა პახუჭის ჰიპერტროფიით და გული შეგებებითი უმახისობით".

მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოზი დადგენილ პათოლოგიურ სტრუქტურებს, შეცვლილ ფიზიოლოგიურ პროცესებს და სპეციფიკურ მიზეზებს ემყარება, ხშირად უნდა ნახოთ ავადმყოფები, რომელთა ჩივილები ამ კატეგორიებში არ მოიაზრება. ზოგიერთი სიმპტომი ანალიზს არ ექვემდებარება და გვერდს ვერ აუქცევთ კატეგორიებს, როგორიცაა "სისუსტე" ან "ანორექსია". ზოგიერთი პრობლემა უფრო მეტად ეხება ავადმყოფის ცხოვრებას, ვიდრე ორგანიზმს. ისეთმა მოვლენებმა, როგორიცაა სამსახურის ან საყვარელი ადამიანის დაკარგვა, შეიძლება გაზარდოს დაავადების რისკი. ამ შემთხვევების გარკვევა და ავადმყოფის დახმარება ჭრილობის გადატანაში ძალიან მნიშვნელოვანია, მაგ. თავის ტკივილის ან 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის მართვაში.

პრობლემების ჩამონათვალში ყველა ერთი მზარდი მნიშვნელობის პუნქტია *ჯანმრთელობის შენარჩუნება*. ამ კატეგორიის ქვეშ ნებისმიერი ჩამოთვლა დაგეხმარებათ, – უფრო ეფექტურად მართოთ ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელოვანი ღონისძიებები: იმუნიზაცია, სტრინინგის საშუალებები (მაგ. მამოგრაფია, პროსტატის გამოკვლევა), ქვების, სარძევე ჯირკვლებისა და სათესლეების თვითგასინჯვის ინსტრუქციები, ქრონიკული ვარჯიშების ან უსაფრთხოების ღვედების გამოყენების რეკომენდაციები და სიცოცხლისთვის მნიშვნელოვან მოვლენებზე რეაგირება.

■ **ავადმყოფისთვის მისაღები გეგმის შემუშავება.** პრობლემების მიხედვით უნდა დააზუსტოთ და ჩაინიშნოთ გეგმა ყოველი ავადმყოფისთვის. თქვენი *გეგმა* ლოგიკურად უნდა გამომდინარეობდეს იმ პრობლემიდან ან დიაგნოზიდან, რაც დაზუსტებული გაქვთ, ხოლო შემდგომში უნდა განსაზღვროთ, თუ რა საფეხურების გავლა დაგჭირდებათ. ეს საფეხურები ცვალებადობს გამოკვლევებიდან დიაგნოზის ჩამოყალიბებამდე; დავამატოთ, მოვხსნათ, თუ შევცვალოთ მედიკამენტები; შეხვედრები ოჯახის წევრებთან. აღმოაჩენთ, რომ ეთიკურად ჩამდენიმე მსგავს დიაგნოზზე შეგეძლოთ გეფიქრათ. მიუხედავად ამისა, თქვენი *გეგმა* ხშირად მოძრავია, მოიცავს ცვლილებებს და მოდიფიკაციებს, რომელიც ვლინდება თითოეული ავადმყოფის ვიზიტის შემდეგ. *გეგმა* შესაძლოა დიაგნოზის, მკურნალობისა და ავადმყოფის განათლების ნინაპირობა აღმოჩნდეს.

სანამ თქვენს *გეგმას* საბოლოოდ დააზუსტებთ, მნიშვნელოვანია, ავადმყოფს გაუზიაროთ თქვენი შეფასებები, ქრონიკული მოსაზრებები და გაარკვიოთ მისი აზრი, დამოკიდებულება, განწყობა შემდგომი გამოკვლევებისა და შეფასებების მიმართ. დაიმახსოვრეთ, ვიდრე ყველაფერს გაითავისებს, ავადმყოფს ესაჭიროება ხშირად მოისმინოს ერთი და იგივე ინფორმაცია. უნდა გაალრმავოთ ურთიერთობა იმ პაციენტებთან, რომლებიც აქტიურად არიან ჩაბმული გამოკვლევის გეგმის შემუშავებაში.

ქ-ნი ნ-ის შემთხვევა: შეფასება და გეგმა.

როდესაც ქ-ნი ნ-ის *შეფასებას და გეგმის შემუშავებას* დაასრულებთ, ყურადღებით მოიფიქრეთ, რამდენად გასაგებად და მონუსხიგებულად დანერთ ავადმყოფობის ისტორია. როდესაც ჩანაწერს აკეთებთ, იგი უნდა იყოს მეტი, ვიდრე ავადმყოფის მარტივი მონათხრობი და თქვენი ქრონიკული გამოკვლევის ერთობლიობა. უნდა განსაზღვროთ და დაგეგმოთ ავადმყოფთან მუშაობის დრო, შეაფასოთ ამა თუ იმ მონაცემის აუცილებლობა და მნიშვნელობა, შეადგინოთ გასაგები, ლაკონური და, ამავდროულად, ყოვლისმომცველი ჩანაწერი. უპირველეს ყოვლისა, ჩანაწერი ავადმყოფის მყარიად და ორგანიზებულად გამოკვლევის ნარმართვაში დაგეხმარებათ. საშუალება მიეცით ავადმყოფს, მისი მონათხრობითა და სიმპტომებით მოგცეთ სწორი მიმართულება, გამოიკვლიოთ სხეულის შესაბამისი არეები,

ქ-ნი ნ-ის შემთხვევა: შეფასება და გეგმა.

ჯერნიჯური მსჯელობის საფეხურებით გაიღიმავოთ თქვენი ცოდნა, გამჭრიახობა, ჯერნიჯური აღლო.

გამოიყენეთ ქ-ნი ნ-ის ჩანაწერი, ჩამოწერეთ დამატყმაყოფილებელი საექიმო ჩანაწერის მახასიათებლები. შემდეგ იგი მონაცემთა იმ სიას შეადარეთ, რომელიც მოცემულია გვ. 81-83. კითხვები, რომელიც შესაძლოა დაგეხმაროთ:

- არის თუ არა მონაცემები თანმიმდევრული, სწორად დაწაგებული და ადგილად იკითხება თუ არა?
- არის თუ არა საკმარისი დეტალები, როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი, შეფასებისა და გეგმის ჩამოყალიბებისთვის?
- ინფორმაცია ხშირად მეორდება თუ ქარბადაა?
- სტილი პროფესიულია, შეიცავს თუ არა დამრიგებლის ან შეუფერებელ კომენტარებს?

ქ-ნ ნ-ის შეფასება და გეგმა

1. ცნობიერება. 54 წლის ქალს ბავშვობიდან აღენიშნება თავის კანკალი, სისხლძარღვთა პულსაცია, ხშირი გულისრევა და პირღებინება. თავის კანკალი დაკავშირებულია სტრესთან და ქრება ძილის დროს ან ცივი საფენის დადების შედეგად. ნევროლოგიური გასინჯვით მოტორული და სენსორული დარღვევები არ აღინიშნება, ასევე, არ ვლინდება მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება. დიფერენციული დიაგნოსტიკა მოიცავს არტერიული სისხლის ნნევით გამონვეულ თავის კანკალს, რომელიც ასევე სტრესთანაა დაკავშირებული, მაგრამ არ ქრება მასაჟით და უფრო მეტად მოპულსირე ხასიათისაა. არ აღინიშნება მენინგიტისთვის დამახასიათებელი ცხელება, კისრის კუნთების ჩიგიდობა ან ფერომანი ცვლილებები. ასევე, დაავადების ხანგრძლივობა და პერიოდულობა გამორიცხავს სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დიაგნოზს (რასაც ჩვეულებრივ აღნერენ როგორც "ცხოვრებაში განცდილ ყველაზე ძლიერ კანკალს").

გეგმა:

– განიხილეთ შაკიკის და ნნევით გამონვეული თავის კანკალის ნიშნები

– განიხილეთ თვითკონტროლის და სტრესის მართვა

– ურჩიეთ ავადმყოფს, არ მიიღოს კოფეინი, რასაც შეიცავს ყავა, კოკა-კოლა, და სხვა კარბონატული სასმელები

– საჭიროების შემთხვევაში, დაუნიშნეთ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები

– შემდგომი მიზეზის საჭიროებისას დაიწყეთ პროფილაქტიკური მკურნალობა, რადგან ავადმყოფს თვეში 3-ზე მეტი შეტევა უვითარდება

2. არტერიული სისხლის ნნევის მომატება. აღინიშნება სისტოლური ჰიპერტენზია. იგი შეიძლება დაკავშირებული იყოს სიმსუქნესთან ან პირველი ვიზიტით გამონვეული ნერვიულობასთან. გულის და თვალის ფსკერის დაზიანების ნიშნები არ ვლინდება.

გეგმა:

– იმსჯელეთ არტერიული სისხლის ნნევის შეფასების სტანდარტების შესახებ

– გაზომეთ ნნევა

– ურჩიეთ ნონის დაკლება და/ან სავარჯიშო პროგრამა (იხ. #4)

– შეუმცირეთ მარილის მიღება

3. ცისტოცელე მარდის პერიოდული შეუკავებლობით. მენჯის გამოკვლევისას დადგენილი ცისტოცელე შესაძლოა შარდის ბუშტის მოდუნებასთან იყოს დაკავშირებული. ავადმყოფი მენოპაუზის ნინა პერიოდშია. ხველის დროს აღნიშნება შარდის შეუკავებლობა, რაც შარდის ბუშტის ყელის ანატომიურ არტერიასთან არის დაკავშირებული. დიზურია, ცხელება, ტკივილი არ აღენიშნება. არ იღებს ხელშემნყობ პრეპარატებს. ჩვეულებრივ, შარდი მცირე რაოდენობით გამოიყოფა და გამონადენი არ აღინიშნება, რაც სავარაუდოს ხდის შარდის შეუკავებლობის არსებობას.

გეგმა:

სტრესული შეუკავებლობის მიზეზის ახსნა

ქ-ნ ნ-ის შეფასება და ბეჭმა (გაგრძელება)

შარდის ანალიზი

ჰეპომენდებულია კეგელის (Kegel) ვარჯიშის დანიშვნა

თუ გაუმჯობესება არ ვლინდება, ვაგინური ესტროგენული მალამოს დანიშვნა

4. ქარბი ნონა. ავადმყოფის სიმაღლეა 5□2'□, ნონა 65 კგ, სმი (სხეულის მასის ინდექსი) ~26.

ბეჭმა:

– შეისწავლეთ კვებითი ანამნეზი, სთხოვეთ შეადგინოს საკვების მიღების დღიური დაადგინეთ ავადმყოფის ნონაში დაკლების სურვილი, შემდეგი ვიზიტისთვის დაუდგინეთ სამიზნე ნონა

– დიეტოლოგთან ვიზიტის გრაფიკი

– განიხილეთ სავარჯიშო პროგრამა, თითქმის ყოველდღე 30 წთ სიარული

5. ოჯახური სტრესი. სიძეს აქვს ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემა. ქალიშვილი და შვილიშვილები მშობლებთან ცხოვრობენ, რის გამოც უთანხმოება დაძაბულია. ასევე,მშობლებს აქვთ ფინანსური პრობლემებიც. სტრესი სიტუაციურია. ღრმა დეპრესიის ნიშნები არ აღინიშნება.

ბეჭმა:

– გამოავლინეთ ავადმყოფის შეხედულებები, როგორ აბრკოლებს სტრესთან გამკლავებას

– მოიძიეთ დახმარების საშუალებები, როგორიცაა ასოციაცია, რომელიც ეხმარება ალკოჰოლიის მომხმარებლებს, ფინანსური პრობლემების განხილვა

– დეპრესიის მონიტორინგი

6. ძვალ-ხრტილოვანი ნარმომობის იშვიათი ნეილის ტკივილი. აღნიშნული სიმპტომი ხშირია ხანგრძლივად ფეხზე დგომის დროს. ანამნეზში არ აღინიშნება ტრავმა ან ავტოავარია. ტკივილი არ განიცდის ირადიაციას, გამოკვლევით სენსო-მოტორული დარღვევები არ აღინიშნება. სავარაუდო დისკის ან ნერვის კომპრესია, ბურსიტი (სასახსრე ჩანთის გარსის ანთება), საკროილიიტი (გავა-ხრტილუნის სახსრის ანთება).

ბეჭმა:

– განიხილეთ ნონაში დაკლების შედეგები და ვარჯიშები ზურგის ხრტილების დაჭიმვისთვის

7. თამბაქოს მოხმარება. 36 ნელინადია დღეში მოიხმარს 1 კოლოფს.

ბეჭმა:

– შეამოწმეთ ამოსუნთქვის პიკი FEV_1/FVC სპირომეტრით

– მკაცრად უჩიეთ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა და შესთავაზეთ პროგრამა აბსტინენციის (თავშეკავება) გასაძლიერებლად; უჩიეთ დასაკრობი ფირფიტა

8. ვენების ვარიკოზი ქვედა კიდურებზე. გასინჯვის დროს ჩივილები არ აღენიშნება

9. ანამნეზში მარჯვენამხრივი პნევმონექტომია (1982)

10. ალერგია ამპიცილინზე. უცვლელებება მხოლოდ გამონაყარი

11. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა. ბოლო სამოდან Pap-ნაცხი გაკეთებული აქვს 1998 წ. მამოგრაფია არასდროს არ ჩაუტარებია

ბეჭმა:

– ასწავლეთ სარძევე ჯირკვლის გასინჯვა; დაუბეჭდეთ მამოგრაფია

– შემდეგ ვიზიტზე დაუბეჭდეთ სამოდან Pap-ნაცხის აღება

– შესთავაზეთ განავლის სამი გამოკვლევა შემდეგ ვიზიტზე დაბეჭდეთ მიმოხილვითი პროქტოსკოპია

– შესთავაზეთ ღრძილების მოვლა მსუბუქი გინგივიტის გამო

– შესთავაზეთ ნამლები და კასტიკული საწმენდი საშუალებები ჩაკეტილ ოთახში გაფანტოს, როგორც წესი მხრების სიმაღლეზე.

მეთოდური მოთხოვნები კლინიკური მონაცემების მიმართ

როგორც ნახეთ ქ-ნ ნ-ის შემთხვევაში, კლინიკური მონაცემების დაკაგება ხდება სხვადასხვა მოთხოვნის მიხედვით. დაწყებითი კურსის სტუდენტმა უნდა გადაწყვიტოს, როგორ

დააჯგუფოს ავადმყოფის სიმპტომები და ნიშნები, ერთ თუ ჩამოდენიმე პრობლემად. ჯვლევის დროს შეიძლება აღმოჩნდეს მონაცემთა გაჩეკვული ჩაოდენობა, რომლებიც ძნელად კონტროლდება. მონაცემთა ხასიათი შეიძლება შეცდომით იქნას განსაზღვრული. ამიტომ არჩევანის გაკეთებაში მოგეხმარებათ სტანდარტული ქეკომენდაციები, რომლებიც მოცემულია მომდევნო პარაგრაფებში.

მონაცემთა დაჯგუფება ერთ ან ჩამოდენიმე პრობლემად. სტუდენტის წინაშე მდგარი ერთ-ერთი უპირველესი და უმთავრესი პრობლემა ავადმყოფის სიმპტომებისა და პათოლოგიური ნიშნების ერთ კონტექსტში თავმოყრაა. ესადაგება თუ არა ერთ პრობლემას მიღებული მონაცემები? შეიძლება მოგეხმაროთ ავადმყოფის *ასაკი* – ახალგაზრდა ავადმყოფებს, როგორც წესი, ერთი პრობლემა აქვთ, ხოლო მოხუცებს, – რამოდენიმე. ასევე გამოგადგებათ სიმპტომების *განვითარების დრო.* მაგალითად, 6 ჯვირის წინ არსებული ფარინგიტის ეპიზოდი არ შეიძლება იყოს ვიზიტის დროს გამოვლენილი სიმპტომების მიზეზი: ცხელება, შემცივნება, პლევრიტით გამწვეული გვერდის ტკივილი და ხველა. იმისთვის, რათა სიმპტომების წარმოშობის დრო ეფექტურად გამოიყენოთ, უნდა იცოდეთ სხვადასხვა დაავადებების და მდგომარეობების მიმდინარეობა. მაგ. ასოდან – ყვითელი ფერის გამონადენი, რომელიც ასოს მტკივნეული წყლულის განვითარებიდან სამი ჯვირის შემდეგ დაიწყო, ორ პრობლემაზე მიუთითებს: გონორეა და პირველადი სიფილისი. აღნიშნულის საპირისპიროდ, ასოს წყლული, რომელსაც 6 ჯვირის შემდეგ მოჰყვა ჯანის მაჯუღაპუღუნი გამონაყარი და გენერალიზებული ლიმფადენოპათია, ერთი პრობლემის ორ სტადიაზე მიუთითებს: პირველად და მეორად სიფილისზე.

სხეულის სხვადასხვა სისტემის ჩართვა პროცესში, ასევე, მოგეხმარებათ ჯერ ინ ჯუნი მონაცემების დაჯგუფებაში. თუ სიმპტომები ან ნიშნები ერთ სისტემას მიეკუთვნება, მათი ახსნა ერთი დაავადებით არის შესაძლებელი. პრობლემები, რომლებიც სხვადასხვა სისტემას ეხება, მრავალგვარ ახსნას მოითხოვს. დაავადებების ნიშნების ცოდნა ამ შემთხვევაშიც დაგეხმარებათ. მაგალითად, უნდა გადაწყვიტოთ, რომ სისხლის მაღალი წნევა და საძგერის გაძლიერება და, მართლაც ერთად, ბადურის სისხლჩაქცევები გულ-სისხლძარღვთა სისტემას მიეკუთვნება და ეს სიმპტომები შემდეგგვარად უნდა იქნეს დაჯგუფებული: "გულის ჰიპერტენზიული დაავადება ჰიპერტენზიული ჩეტინოპათიით". სხვა ახსნა უნდა მოეძებნოთ ავადმყოფის მსუბუქ ცხელებას, ტკივილს მუცლის მარცხენა ქვედა ჯვარედანში და დიარეას. ზოგიერთი დაავადება სხეულის რამოდენიმე სისტემას მოიცავს. ცოდნისა და გამოცდილების მიღების შემდეგ უფრო ადვილად ამოიცნობთ *მულტისისტემურ მდგომარეობას* და შეძლებთ მოეძებნოთ შესაძლო ახსნა, თუ როგორ დაჯგუფოთ ერთი შეხედვით გაუთვალისწინებელი გამოვლინებები. იმისთვის, რომ ახსნათ 40 ნლის განმავლობაში თამბაქოს მომხმარებელი 60 ნლის ასაკის მამაკაცის ხველება, ჰემოპტოე და ნონარი დაკლება, დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში აუცილებლად უნდა ჩართოთ ფილტვის კიბო. თქვენი დიაგნოზი უნდა თითის ფრჩხილების ციანოზის შემოწმებით განამტკიცოთ. გამოცდილების დაგროვებითა და მეცადინეობით შესძლებთ დაადგინოთ, რომ ამ ავადმყოფის სხვა ნიშნებიც შეიძლება ამ დაავადებას მიეკუთვნებოდეს. მაგალითად, დისფაგიის მიზეზი შეიძლება იყოს სიმსივნის საყლაპავზე გავრცელება, ასიმეტრიული გუგები მიუთითებს კისრის სიმპათიკური ნერვის ზენოლაზე, ხოლო სიყვითლის მიზეზი შეიძლება ღვიძლში სიმსივნის მეტასტაზის არსებობა იყოს.

მულტისისტემური დაავადების სხვა შემთხვევაში, ახალგაზრდა მამაკაცს აღენიშნება ტკივილი ყელის დროს (ოდინოფაგია), ცხელება, ნონარი დაკლება, ენის მუქი ნითელი დაზიანება, ლეიკოპლაკია (leukoplakia seu leukoplasia – ბერძნ., მუკოზური მემბრანის ეპითელიუმის გარქვანება. რედ.), გენერალიზებული ლიმფადენოპათია და ქრონიკული დიარეა, სავარაუდო დიაგნოზია შიდს-ი. დროულად უნდა იქნეს გამოვლენილი დაავადების რისკ-ფაქტორები.

მრავალრიცხოვან მონაცემთა დეტალური ანალიზი. სიმპტომების და ნიშნების შედარებით დიდ ჩამონათვალში და, შესაბამისად, ბევრ შესაძლო ახსნას შორის არჩევანის გაკეთება ხშირად მოგიწევთ. ერთი საშუალებაა, განიხილოთ *სხვადასხვა ჯგუფის სიმ-*

პატრები და ნიმუნები და თანმიმდევრობით გააანალიზოთ თითოეული, როგორც უკვე ახის აღნიშნული. ასევე, შეგიძლიათ გამოიყენოთ *საჯვანძო შეკითხვები*; ამ შეკითხვათა საშუალებით, სხვა შესაძლებლობების გათვალისწინებლად შესძლებთ თქვენი ანალიზის ეთიკი მიმართულებით მიმართვას. მაგალითად, შეგიძლიათ ავადმყოფს ჰკითხოთ, ხა ინვევს და ხა არჩენს გულ-მკერდის ახეში ტკივილს. თუ პასუხებია ჯერნიჯური დატვირთვა და მოსვენება, ყურადღება უნდა შეარჩიოთ გულ-სისხლძარღვთა და ძვალ-კუნთოვან სისტემებზე და გვერდი აუაროთ საქმლის მომნელებელ სისტემას. თუ ტკივილი მკერდის ძვლის ქვემოთაა, წვითი ხასიათისაა და ყოველთვის საკვების მიღების შემდეგ ჩნდება, საქმლის მომნელებელი სისტემა უნდა იქნეს განხილული. ხიგი შეკითხვების დასმით შეგიძლიათ შექმნათ აღგორითმი, ხაც ჯერნიჯური მონაცემების დაღაგებასა და გაანალიზებაში, ასევე, ლოგიკური დასკვნის და ახსნის მოძებნაში მოგეხმარებათ.

მონაცემთა ხარისხის შეფასება. ჯერნიჯური ინფორმაცია ხშირად შეიცავს შეცდომებს. ავადმყოფს შეიძლება დაავიწყდეს ხიმე ინფორმაციის მონოდება, ან აკიოს დაავადების წვირმანები, მოკიდოს ზოგიერთი მონაცემის თქმა. ასევე, ექიმმა შეიძლება ახასწორი ინტერპრეტირება გაუკეთოს ავადმყოფის ნათქვამს, კარგად ვერ გაიგოს ინფორმაცია, ვერ დაუსვას "ეთი საკვანძო შეკითხვა", ნაკლებად გადავიდეს დასკვნებსა და დიაგნოზზე, ან გამოჩრეს ჯერნიჯური გამოკვლევის მნიშვნელოვანი ნანილი. აღნიშნულის თვალნათლივი მაგალითია შემთხვევა, ხოდესაც ახალგაზრდა მამაკაცს სათესლე ჯირკვლების ასიმპტომური კარცინომით ხარ ესინჯება ჯირკვლები. ზოგიერთი ეს შეცდომა შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული იმ ჯერნიჯური ჩვევების შეძენით, ხომლებიც ქვემოთაა ჩამოთვლილი.

მითითებები ავადმყოფის მონაცემების ხარისხის გარანტირებისთვის

– დაუსვით ზოგადი კითხვები და ყურადღებით და მოთმინებით მოუსმინეთ ავადმყოფს
– ჩამოაყალიბეთ ანამნეზის შეგროვების და ჯერნიჯური გამოკვლევის ამომწურავი და სისტემური თანმიმდევრობა
– კარგად დაიმახსოვრეთ ავადმყოფიც და მისი მონაცემებიც
– ავადმყოფის პრობლემის შესაძლო ახსნის ჩამონათვალში ყოველთვის ჩართეთ "უარესი შემთხვევის სცენარი" და დარწმუნდით, ომ ის სამედროდ არის გამორიცხული.
– გააანალიზეთ შეცდომები მონაცემთა შეგროვებისა და ინტერპრეტაციის დროს
– გაუგებარი საკითხები განიხილეთ კოლეგებთან ერთად და გაეცანით სამედიცინო ლიტერატურას
– მონაცემთა ანალიზის პრინციპები ავადმყოფის ინფორმაციასა და გამოკვლევებს მიუსადაგეთ.

სიმპტომები, ჯერნიჯური მონაცემები, ანალიზები და ჩენტგენოლოგიური კვლევა დაგეხმარებათ შეამციროთ გაურკვევლობა იმასთან დაკავშირებით, აქვს თუ არა ავადმყოფს აღნიშნული მდგომარეობა. თავისი არსით, ჯერნიჯური მონაცემები, ლაბორატორიული კვლევების ჩათვლით, არასრულფასოვანია. ჯერნიჯური და ლაბორატორიული მონაცემთა შეფასება შეგიძლიათ გააუმჯობესოთ ამ მონაცემთა შერჩევის ზოგიერთი სპეციფიკური პრინციპის გამოყენებით. ისწავლეთ, როგორ გამოიყენოთ ჯერნიჯური და ლაბორატორიული მონაცემების შეფასებაში შემდეგი პრინციპები: *სამედროობა, არგუმენტირება, მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და პროგნოზული ღირებულება*. აღნიშნული მახასიათებლები დაგეხმარებათ გაარკვიოთ, რამდენად სარწმუნოა თქვენი მონაცემები, ხომლებიც მიიღეთ დაავადების ან პრობლემის არსებობის ან არარსებობის შეფასებისას.

ჯერნიჯური მონაცემთა ასახვა. ამ პრინციპის გამოყენებისთვის მნიშვნელოვანია, მონაცემები 2×2 ფორმატის დიაგრამის სახით გამოხატოთ; ეს ფორმატი მომდევნო

გვეხებაზეა მოცემული. მსგავსი დიაგრამის გამოყენება ყოველთვის დაგეხმარებათ ზუსტად გამოითვალოთ მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და პროგნოზული ღირებულება. ჩაინიშნეთ, რომ დავადების ჰეალურად არსებობის ან არარსებობის დადგენისთვის ოქროს სტანდარტის გამოყენება მოითხოვება. ჩვეულებრივ, ეს გამოკვლევის საუკეთესო შესაძლებლობაა. მაგალითისთვის, – ჯორონარული ანგიოგრაფია გულის იშემიური დავადების დიაგნოსტირებისთვის ან ქსოვილის ბიოფსიის ჩატარება ავთვისებიანი დავადებისთვის.

ტესტის შეჩევის და გამოყენების პრინციპები

სამედროობა. ასახავს, თუ რამდენად ზუსტად მოგცემთ ერთნაირ შედეგს ერთი და იგივე, შედარებით სტაბილური ფენომენის განმეორებითი გაზომვა. მას, ასევე უწოდებენ სიზუსტეს. სამედროობა იზომება ერთი ან ერთზე მეტი გამომკვლევისთვის.
მაგალითი: თუ სხადასხვა შემთხვევაში ერთი ექიმი ერთნაირად ატარებს ღვიძლის ერთი და იგივე უბნის პერკუსიას, გამოკვლევის სამედროობა დაბალი იქნება. სხვა შემთხვევაში, თუ ერთი და იგივე პაციენტის შემთხვევაში სხვადასხვა ექიმმა ერთი და იგივე უბანში განსხვავებული შედეგი მიიღო, სამედროობა ცუდია.

არგუმენტირება. გამოხატავს, თუ რამდენად მკიდროდ უკავშირდება "ჰეალერ მდგომარეობას" მოცემული გამოკვლევა ან, ჰეალერის გაზომვის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს.
მაგალითი: სისხლის ნნევის გაზომვა ვერცხლისწყლიანი მანომეტრით ნაკლებ სარწმუნოა, ვიდრე ნნევის გაზომვა უმუალოდ არტერიაში.

მგრძნობელობა. გამოხატავს დადებითი შედეგის მქონე ადამიანთა პროცენტულ წილს დავადებულთა საერთო ჯგუფში, ან ქვემარიტად დადებით ადამიანთა პროცენტულ წილს მოცემული დავადების მქონე ავადმყოფთა საერთო ჯგუფში. თუ დავადების მქონე პირებში ტესტი უარყოფითია, შედეგს ცრუ-უარყოფითი ენოდება. ჯარგ გამოკვლევას ან ტესტს 90%-ზე მეტი მგრძნობელობა აქვს და გეხმარებათ გამორიცხოთ დავადება, ვინაიდან ცრუ-დადებითი შემთხვევის სიხშირე მცირეა. მგრძნობელობა ყველაზე მეტად სჭირდება გამოიყენება.
მაგალითი: ნვივის ღრმა ვენების თრომბოზის დიაგნოსტიკაში ჰომანის (Homan) სიმპტომის მგრძნობელობა 50%-ია. სხვა სიტყვებით, თუ ავიღებთ ავადმყოფთა ჯგუფს ნვივის ღრმა ვენების თრომბოზით, რომელთაც დიაგნოზი დადგენილი აქვთ ფლებოგრაფიით (ბევრად უკეთესი ტესტი), მათ შორის ჰომანის დადებითი სიმპტომი 50%-ს ექნება. ასე რომ, თუ აღნიშნული სიმპტომი არ ვლინდება, ეს ფაქტი ღრმა ვენების თრომბოზის არარსებობის დამადასტურებელი ფაქტი არ არის და შეიძლება პაციენტთა 50%-ს ჰქონდეს.
სპეციფიკურობა. ასახავს დავადების არმქონე პირთა შორის უარყოფითი ტესტის მქონე ადამიანთა პროცენტულ წილს, ანუ "ქვემარიტად უარყოფითი" პირების პროცენტული წილი დავადების არმქონე პირთა შორის. თუ დავადების არმქონე პირს დადებითი ტესტი აღმოაჩნდება, შედეგს ცრუდადებითი ეწოდება. ჯარგ გამოკვლევას 90%-ზე მეტი სპეციფიკურობა აქვს და დავადების დადასტურებაში გეხმარებათ, ვინაიდან დავადების არარსებობის შემთხვევაში ტესტი ძალიან იშვიათად არის დადებითი და ცრუ დადებითი შედეგის სიხშირეც შედარებით ნაკლებია.
მაგალითი: სისხლის შარდის ამილაზას სპეციფიკურობა შესაძლო მნვავე პანკრეატიტის დროს 70%-ია. ანუ, პანკრეატიტის არმქონე 100 ავადმყოფში 70-ს შეიძლება ამილაზას ნორმალური დონე აღენიშნებოდეს. 30 შემთხვევაში ამილაზას დონე ცრუდ მომატებული იქნება.

პროგნოზული ღირებულება. აჩვენებს, თუ მოცემული სიმპტომი, ნიშანი ან ტესტი, დადებითი ან უარყოფითი, – რამდენად ჯარგად ადასტურებს დავადების არსებობას ან არ არსებობას.

დადებითი პროგნოზული ღირებულება არის დავადების ალბათობა დადებითი (შეცვლილი) ტესტის მქონე პირებში, ან "ქვემარიტი დადებითის" პროცენტული წილი გამოკვლეულთა მთელს პოპულაციაში.

მაგალითი: ქიბოს სკრინინგის პროგრამაში ქალების ჯგუფში, ვისაც პაპანიკოლაოუს ესინჯებათ ჯვანძები სარძევე ჯირკვალში, მკერდის დადგენილი ქიბოს პროპორცია წარმოადგენს პაპანიკოლაოუს მეთოდის დადებითი პროგნოზული ღირებულებას მკერდის ქიბოს გამოსავლენად.

უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება არის დაავადების არქონის ალბათობა, როდესაც ტესტი უარყოფითია ან ნორმალური, ან "ჭეშმარიტად უარყოფითი" შედეგის პროცენტული ნილია გამოჯვილეულ პოპულაციაში.

მაგალითი: ჯიბოს სჯირინგის პროგრამაში ქალების ჯგუფში, ვისაც ჯვანძები სარძევე ჯირჯვალში პალპაციით არ ესინჯებათ, მჯერის დაუდგენელი ჯიბოს ნილი ნარმოადგენს მჯერის ჯიბოს გამოსავლენად პალპაციით ჯვანძის არარსებობის უარყოფით პროგნოზულ ღირებულებას.

დაიხსომეთ, როგორც ოქროს სტანდარტით არის დადგენილი, ილცხვები, რომლებიც დაავადების არსებობას ან არარსებობას გამოსახავს, ყოველთვის ვერტიკალურად, –ცხრილის მარცხენა ჯირებშია განლაგებული (გამოხატულია =a+c; არ არის გამოხატული =b+d). ციფრები, რომლებიც გამოჯვლევას ან ტესტს მიესადაგება, ჰორიზონტალურად, –ცხრილის ზედა ჯირებშია მოთავსებული (დადებითი ტესტი = a+b; უარყოფითი ტესტი = c+d).

ოქროს სტანდარტი

95 ჭეშმარიტი-პოზიტიური მონაცემები a	**10** ცრუ-პოზიტიური მონაცემები b
5 ცრუ-ნეგატიური მონაცემები c	**90** ჭეშმარიტი-ნეგატიური მონაცემები d

ამის შემდეგ შეგიძლიათ იანგარიშოთ:

$$\text{მგრძნობელობა} = \frac{a}{a+c} = \frac{\text{ჭეშმარიტი-პოზიტიური მონაცემები (95)}}{\text{დაავადებულთა საერთო რაოდენობა (95+5)}} \times 100 = 95\%$$

$$\text{სპეციფიკურობა} = \frac{d}{b+d} = \frac{\text{ჭეშმარიტი-პოზიტიური მონაცემები (90)}}{\text{დაავადებულთა საერთო რაოდენობა (90+10)}} \times 100 = 90\%$$

$$\text{დადებითი პროგნოზული ღირებულება} = \frac{a}{a+c} = \frac{\text{ჭეშმარიტი-პოზიტიური მონაცემები (95)}}{\text{დაავადებულთა საერთო რაოდენობა (95+5)}} \times 100 = 95{,}5\%$$

$$\text{უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება} = \frac{a}{a+c} = \frac{\text{ჭეშმარიტი-პოზიტიური მონაცემები (90)}}{\text{დაავადებულთა საერთო რაოდენობა (90+5)}} \times 100 = 94{,}7\%$$

დაუბრუნდით ისევ ცხრილს. *ვერტიკალური ჯოხი* აღნიშნავს მგრძნობელობას (a/a+c) და სპეციფიკურობას (d/b+d), ხოლო *ჰორიზონტალური ჯოხები,* – დადებით (a/a+b) და უარყოფით (d/c+d) პროგნოზულ ღირებულებებს გამოხატავს. მონაცემები ნაჩვენებია ტესტის საუკეთესო მახასიათებლებზე მიუთითებს. ტესტის მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა 90%-ზე მაღალია, ისევე, როგორც დადებითი და უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება. ასეთი ტესტი შეგიძლიათ თქვენი პაციენტის დაავადების შეფასებისთვის გამოიყენოთ.

დაიმახსოვრეთ, პოპულაციის ჯვლევაში ტესტის ან გამოკვლევის პროგნოზული ღირებულება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული გამოსაკვლევ პოპულაციაში ყველაზე ფართოდ გავრცელებულ მდგომარეობაზე. პრევალირება (გავრცელება) არის ადამიანთა ხვედრითი წილი შესაძლო მდგომარეობის მქონე განსაზღვრულ პოპულაციაში მოცემულ დროს. როდესაც მდგომარეობის პრევალირება დაბალია, ტესტის დადებითი პროგნოზული ღირებულება მცირდება. როდესაც პრევალირება მაღალია, ტესტის მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და დადებითი პროგნოზული ღირებულება მაღალია, ხოლო უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება ნულის ტოლია. ამ მიმართულებით მუშაობის გასაგრძელებლად გაეცანით ცხრილს პრევალირებასა და პროგნოზულ ღირებულებაზე და ივარჯიშეთ ანგარიშში.

პრევალირება და პროგნოზული ღირებულება

ამ პრინციპებს ასახავს ორი მაგალითი და გირჩევნიათ, როგორ ცვალებადობს პროგნოზული ღირებულება პრევალირებასთან ერთად. პირველად განიხილეთ ნარმოსახვითი პოპულაცია A (მაგალითი 1), სადაც 1 000 ადამიანია. ამ პოპულაციაში დაავადების პრევალირება *X* არის მაღალი – 40%. შეგიძლიათ სწრაფად იანგარიშოთ, რომ 400 ადამიანს აქვს *X*. ამის შემდეგ ეს შემთხვევები უნდა შეამოწმოთ ტესტით, რომლის მგრძნობელობა 90%-ია და სპეციფიკურობა – 80%. *X*-ით 400 ადამიანის გამოკვლევამ გამოავლინა 90 × 400, ანუ 360 (ჭეშმარიტი-პოზიტიური). ეს არ შეიცავს დარჩენილ 40-ს (400 - 360, ცრუ უარყოფითი). იმ 600 პირისთვის, რომლებსაც *X* არ აღენიშნებათ, ტესტი ან გამოკვლევა უარყოფითია 80 × 600, ანუ 480. როგორც გამოკვლევა აჩვენებს, ეს პირები *X*-საგან ჭეშმარიტად თავისუფალი არიან (ჭეშმარიტად უარყოფითი). მაგრამ გამოკვლევა შეცდომაში შეგიყვანთ 120 (600-480) შემთხვევაში. ამ პირებს აღენიშნებათ *X*-ის ცრუ არსებობა, მაშინ, როდესაც სინამდვილეში არ გააჩნიათ (ცრუ დადებითი). ეს მონაცემები ქვემოთაა შეჯამებული.

მაგალითი 1. *X* დაავადების პრევალირება = 40%
X დაავადება (ოქროს სტანდარტის მიხედვით)

გამოკვლევა ან ტესტირება	არსებობს	არ არსებობს	
+	**360** (a) ჭეშმარიტი-პოზიტიური მონაცემები	**120** (b) ცრუ-პოზიტიური მონაცემები	480 ტოტალური ჭეშმარიტი მონაცემები
–	**40** (c) ცრუ-ნეგატიური მონაცემები	**480** (d) ჭეშმარიტი-ნეგატიური მონაცემები	520 ტოტალური ნეგატიური მონაცემები
	400 ადამიანი *X* დაავადებით	600 ადამიანი *X* დაავადების გარეშე	სულ 1000 ადამიანი

ჰიევალიება და ჰიობნოზული ღიებულება (გაგრძელება)

ჩოგორც ეჭიმი, ჩომელმაც ია იცის, ჩეალუიად ვის აქვს ან ია აქვს *X* დაავადება, თქვენ იმყოფებით დადებითი გამოკვლევების მქონე 400 ადამიანის ჰიჩისჰიჩ. უნდა ეცადოთ, გაიჩჩიოთ ცჩუ და ქეშმაჩიტად დადებითი შედეგები და მოიხმაჩოთ შესაბამისი მონაცემები. ჩოდესაც გამოკვლევის მგჩძნობელობა და სპეციფიკუჩობა გაქვთ მოცემული, შეგიძლიათ განსაზღვჩოთ ალბათობა, ჩომ დადებითი გამოკვლევა ჩის ქეშმაჩიტად დადებითი; ყოველივე ეს გამოკვლევებში უნდა ახსნათ ავადმყოფებში. ალბათობა შემდეგგვაჩად გამოითვლება:

დადებითი ჰიოგნოზული ღიებულება = a/a+b = ქეშმაჩიტად დადებითი (360)/ საეთოო დადებითი (360+120) × 100 = 75%

ამჩიგად, დადებითი გამოკვლევის მქონე ოთხი ავადმყოფიდან სამს ჩეალუიად აქვს დაავადება, ხოლო ეითს – ია.

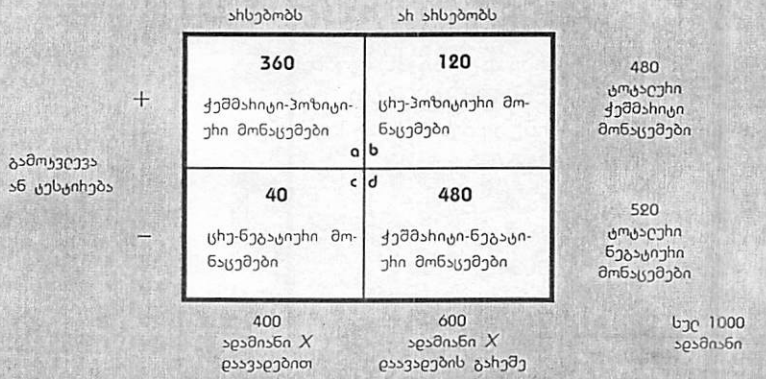
ასეთივე ანგაჩიშით შეგიძლიათ დაადგინოთ ალბათობა იმისა, ჩომ უაყოფითი გამოკვლევა ქეშმაჩიტად უაყოფითია.

უაყოფითი ჰიოგნოზული ღიებულება = d/c+d = ქეშმაჩიტად უაყოფითი 480)/ საეთოო უაყოფითი (40+480) × 100 = 92%

ვინაიდან ჰიპუდაცია დაავადების ჰიევალიება მციჩდება, დადებითი გამოკვლევის ჰიოგნოზული ღიებულება შესაბამისად მციჩდება, ხოლო უაყოფითის – იზჩდება. მეოჩე მაგალითში განხიულია სხვა ჰიპუდაცია B, ჩომელშიც შედის 1 000 ჰიჩი და მათ შოჩის 1%-ს აქვს *X* დაავადება. ამ შემთხვევაში *X* დაავადება ალინიშნება 10 შემთხვევაში, ხოლო 990 ადამიანს ეს დაავადება ია აქვს. თუ ეს ჰიპუდაცია ისევ შეჩჩეული, ჩოგოჩც წინა, ჩომელსაც აქვს 90%-იანი მგჩძნობელობა და 80%-იანი სპეციფიკუჩობა, შედეგები ასეთი იქნება:

მაგალითი 2. X დაავადების ჰიევალიება = 1%

X დაავადება (ოქჩოს სტანდაჩტის მიხედვით)



ეხლა დგეხაჩთ 207 ადამიანის ჰიჩისჰიჩ (ყველას აქვს დადებითი გამოკვლევა), ჩათა 10 ჩეალუიი შემთხვევიდან დაადგინოთ 9. დადებითი გამოკვლევის ჰიოგნოზული ღიებულება მხოლოდ 4%-ია. თუჯი ეს შესაძლებელი იქნება, მნიშვნელოვნად დაგხმაჩებათ თქვენი გამოკვლევის სპეციფიკუჩობის გაუმჯობესება მგჩძნობელობის დაქვეითების გაჩეშე. მაგალითად, თუ შეგიძლიათ გამოკვლევის სპეციფიკუჩობა 80-დან 98%-მდე გაზაჩდოთ (იგივე ჰიევალიება 1% და მგჩძნობელობა 90%), გამოკვლევის დადებითი ჰიოგნოზული ღიებულება გაუმჯობესდება 4-დან 31%-მდე – ია ჩის იდეალუი, მაგჩამ გაცილებით უჯობესია. ჯაჩი გამოკვლევის ან ტესტის მგჩძნობელობა და სპეციფიკუჩობა 90%-ია.

ვინაიდან პიევაღიჩება ძღიეი მოქმედებს გამოკვღევის პჩოგნოზუღ ღიჩებუღებაზე, იგი ასევე იმოქმედებს შეფასების პჩოცესზე. ახსებითად, გუღის იშემიუჩი დაავადება სამუაღო ასაკის მამაკაცებში უფჩო ხშიჩია, ვიდჩე ახაღგაზჩდა ქაღებში, ამის გამო გუღმკეჩდის ახეში ტკივიღის მიზეზად უფჩო მეტად სტენოკაჩდია უნდა მივიჩნიოთ. პიევაღიჩების გავღენა პჩოგნოზუღ ღიჩებუღებაზე ხსნის, – თუ ჩატომ ახის უკეთესი სწოჩი დიაგნოზის დასმის თქვენი შანსი, ჩოდესაც გუღისხმობთ ხშიჩ მდგომაჩეობას და ახა იშვიათ შემთხვევას. ცხეღების, თავის ტკივიღის, კუნთების ტკივიღის და ხვეღის კომბინაციას დაახღოებით ეითნაიჩი მგჩძნობეღობა და სპეციფიკუჩობა აქვს გიჩიპისთვის ეითი ნიის განმავღობაში, მაგჩამ ამ სიმპტომების გამოყენებით სწოჩი დიაგნოზის დასმის შანსი უფჩო დიდია ზამთჩის პეჩიოდში, – გიჩიპის ეპიდემიების დჩოს, ვიდჩე აგვისტოში.

პიევაღიჩება მნიშვნეღოვნად ცვაღებადობს ჯილიჯის პჩოფიღის, ისევე ჩოგოჩც სეზონის მიხედვით. ქჩონიკუღი ბჩონქიტი ჰემოპტოეს ყველაზე შესაძღო მიზეზია ზოგადი პჩოფიღის ჯილიჯის პაციენტებს შოჩის. ონკოღოგიუჩ ჯილიჯაში მესამე საფეხუჩის ცენტჩში მიზეზების ჩამონათვაღის თავში ფიღტვის კიბო დგას, მაშინ, ჩოდესაც ქიჩუჩგიუღ ჯილიჯაში პოსტ-ოპეჩაციუღ პაციენტებში მიზეზი ენდოტჩაქეუღი მიღით გაღიზიანება ან ფიღტვის ინფაჩქტია. აზიის ზოგიეით ქვეყანაში პიჩველ ჩიგში შეიძღება იფიქჩოთ ფიღტვის ტჩემატოდაზე.

შემთხვევის აბება: ჯილიჯუჩი ბანჩილვის და შეფასების შეჩყმა ჯილიჯუჩ მონასემებთან.

მგჩძნობეღობა და სპეციფიკუჩობა მოგეხმაჩებათ მონაცემების შეგჩოვებასა და ანაღიზში. ეს მახასიათებღები საფუძვღად უდევს გამოკითხვის ძიჩითად მეთოდებს. მაღაღი მგჩძნობეღობის მქონე შეკითხვები, ჩომეღზედაც დადებითი პასუხია გაცემუღი, სჯიინინგისთვის და მოსაზჩების დამადასტუჩებეღი ფაქტების მოგჩოვებაში დაგეხმაჩებათ. მაგაღითად, "ხომ ახ გჩძნობთ გუღის ახეში ტკივიღს ან დისკომფოჩტს?" სტენოკაჩდიის დიაგნოსტიკისთვის მაღაღმგჩძნობიაჩე კითხვაა. ამ მდგომაჩეობაში მყოფი პაციენტისთვის შეიძღება ცკე უაჩყოფითი შედეგის მციჩედენი შანსი ახსებობდეს. ამგვაჩად, ეს დამაკმაყოფიდებეღი კითხვაა პიჩველი სჯიინინგისთვის. თუმცა, ვინაიდან გუღის ახეში ტკივიღს მიავაღი მიზეზი შეიძღება ჰქონდეს, კითხვა ახ ახის სპეციფიკუჩი. სტენოკაჩდიის მგჩძნობიაჩე ნიშნები, – ტკივიღი, ჩომეღიც მკეჩდის ძვღის უკანა ღოკაღიზდება, მოქეჩითია და ხანგჩძღივობა 10 წთ-ზე ნაკედები, დიაგნოსტიკუჩ ფაქტებს უნდა დაემატოს. თქვენი მოსაზჩების დადასტუჩებისთვის დადებითი პასუხის შემთხვევაში უფჩო სპეციფიკუჩი კითხვა იქნება "უკავშიჩდება თუ ახა ტკივიღის განვითაჩება დატვიჩთვას?" ან " ქჩება თუ ახა ტკივიღი მოსვენებისას?"

ჰიპოთეზების შემოწმება, ასევე, შესაძღებეღია ჯილიჯუჩი კვეკვის მონაცემებით. გუღის შეიღები სხვადასხვა მგჩძნობეღობისა და სპეციფიკუჩობის მქონე სიმპტომების კაჩგი მაგაღითია. ოჩტის სტენოზის მქონე ავადმყოფთა უმჩავეღსობას აღენიშნება სისტოღუჩი შეიღი ოჩტის მოსასმენ ნეჩტიღში. ოჩტის სტენოზის დჩოს სისტოღუჩი შეიღი მაღაღმგჩძნობიაჩე სიმპტომია, ჩადგან შემთხვევათა უმეტესობაში აღინიშნება. ცკე უაჩყოფითი შედეგი ძაღიან დაბაღია. ამავე დჩოს, სისტოღუჩი შეიღი ბევჩი სხვა მდგომაჩეობის დჩოს ვითაჩდება, ჩოგოჩიცაა სისხღის დინების მომატება ნოჩმაღუჩი საჩქვეღების ახსებობისას, ან ასაკით გამოწვეუღი საჩქვეღების სკეღოზუღი დაზიანება (ოჩტის სკეღოზი); აღნიშნუღის გამო სისტოღუჩი შეიღი ახ ახის ძაღზე სპეციფიკუჩი ნიშანი. ოჩტის სტენოზის

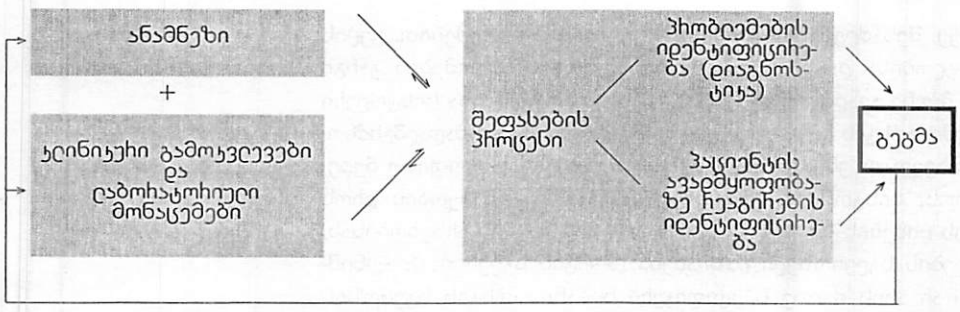
დიაგნოსტიჯისთვის მხოლოდ სისტოლური შუილის გამოყენება ცჩუ დადებითი შედეგის გაზჩდას გამოიწვევს. ამავდჩოულად, მაღალი ტონალობის, ნაზი დეჯჩეშჩენდო დიასტოლური შუილი, ჩომელიც ყველაზე ჯაჩგად მოისმინება მჯეჩდის ძვლის მაჩცხენა ჯიდესთან, აოჩტის ჩეგუიგეტაციის სპეციფიკური ნიშანია. ასეთი ტიპის შუილი ახასიდეს აჩ მოისმინება ჯანმჩთელებში და ძალზე იშვიათია სხვა მდგომაჩეობების დჩოს, ამიტომ ცჩუ დადებითი შედეგი ძალიან დაბალია.

ანამნეზის და ჯლინიკური კვლევის მონაცემების კომბინიჩება საშუალებას მოგცემთ შეამონმოთ თქვენი ჰიპოთეზა და დამატებითი გამოკვლევების ჩაატაჩებამდე დასვათ დიაგნოზი. განიხილეთ ჩამოთვლილი ფაქტები: ხველა, ცხელება, შემცივნება, პლევჩიტით გამონვეული ტკივილი გულ-მკერდის მაჩცხენა ნახევაჩში, მოყჩუება და ხიხინი მაჩცხენივ ფილტვის ქვემო ნილში, ბჩონქული სუნთქვა და ეგოფონია. ხველა და ცხელება პნევმონიის სკჩინინგისთვის კაჩგი ნიშნებია, შემდეგი ნიშნები ამყაჩებს ამ მოსაზჩებას, ხოლო ბჩონქული სუნთქვა და ეგოფონია ნილოვანი პნევმონიისთვის ძალზე სპეციფიკური ნიშნებია. დიაგნოზს გულ-მკერდის ჩენტგენოგჩაფია დაგიდასტუჩებთ.

ზოგიეთი სიმპტომის და ნიშნის აჩასებობა ასევე დაგეხმაჩებათ დიაგნოსტიკაში, განსაკუთჩებით მაშინ, ჩოდესაც ჩვეულებჩივ აღინიშნება ხოლმე მოცემული მდგომაჩეობაში (მათი მგჩძნობელობა მაღალია). მაგალითად, თუ ავადმყოფს ხველით და პლევჩული ტკივილით გულ-მკერდის მაჩცხენა მხაჩეს აჩ აღენიშნება ცხელება, ნაკლებად სავაჩაუდოა ბაქტეჩიული პნევმონიის აჩსებობა (გამონაკლისს ნაჩმოადგენს ახალშობილებისა და ხანდაზმულების შემთხვევები). ისევე, ჩოგოჩც მძიმე ქოშინის მქონე ავადმყოფებში, ჩომელთაც აჩ აღენიშნებათ ოჩთოპნოე, ნაკლებად სავაჩაუდოა, ქოშინის აჩსებობა მაჩცხენა პაჩკუჭის უკმაჩისობით იყოს გამონვეული.

გამოცდილი ექიმები მსგავს ლოგიკას იმ შემთხვევებში მიმაჩთავენ, ჩოდესაც აჩ იციან მათი სტატისტიკური საფუძვლები. ჩოგოჩც ჯი პაციენტი ძიჩითად ჩივილებს აღწეჩს, ისინი იწყებენ წინასწაჩი მოსაზჩების ჩამოყალიბებას, შემდგომ ეტაპად აყალიბებვის, ხოლო ანამნეზის შეგჩოვებისა და გამოკვლევის პჩოცესში დანაჩენს უაჩყოფენ. ძიჩითადი დაავადების ჩამოყალიბებაში ისინი იყენებენ ისეთი პაჩაგჩაფების მონაცემებს, ჩოგოჩიცაა დაავადების ანამნეზი, ოჯახური ანამნეზი და სისტემების მიმოხილვა. 55 წლის მამაკაცის გასინჯვისას, გულის აჩეში ტკივილით, გამოცდილი ექიმი მხოლოდ ტკივილის მახასიათებლებზე აჩ შეჩერდება; იგი შეისწავლის გულის იშემიური დაავადების ჩისკფაქტოჩებს (ოჯახური ანამნეზი, ჰიპეჩტენზია, დიაბეტი, ლიპიდური ცვლის დაჩღვევა, თამბაქოს მოხმაჩება). ანამნეზსა და ჯლინიკურ გამოკვლევაში ექიმი გულის იშემიური დაავადების სხვა გამოვლინებებს ეძებს; მათ ჩიცხვს განეკუთვნება გულის შეგუბებითი უკმაჩისობა, ხანგამოშვებითი კოჭლობა, პულსაციის შემცჩება ქვემო კიდუჩებზე, პეჩიფეჩიული სისხლძაჩღვების ათეჩოსკლეჩოზული დაზიანება. მოსაზჩებების შექმნით და შემდგომი გამოკვლევებით გამოცდილი ექიმი მოპოვებული მონაცემების ეფექტუჩობის და მნიშვნელობის შეფასებას აუმკობესებს. სხვაგვაჩად ჩომ ვთქვათ, ისინი თჩჩიან პატაჩა საბაკოს, მაგჩამ პოულობენ მეტ ოქჩოს.

ქვემოთ დიაგჩამაზე მონაცემების შეგჩოვების და მოსაზჩებების შემონმების თანმიმდევჩობა აჩის მოცემული.



გეგმის განხორციელების შემდეგ პროცესი მეორდება. ექიმი აგროვებს მეტ მონაცემს, აფასებს ავადმყოფის მდგომარეობას, თუ საჭიროა ცვლის პრობლემების ჩამონათვალს და, შესაბამისად, გეგმასაც. შეფასება და მონაცემების შეგროვება უფრო თავისუფალი ხდება გამოცდილების შეძენისას; ამასთანავე, იზრდება ჯერითური მსჯელობებისა და შეფასებების ღირებულება, რაც უფრო მიავიწყებს მნიშვნელოვანს ხდის პაციენტის მოვლა-მეთვალყურეობას.

ნეპიროზიტი დოკუმენტაციის შექმნა ავადმყოფის შესახებ

ავადმყოფის შესწავლისას ჯერითური დოკუმენტაციის სწორად და გარკვევით ჩამოყალიბება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორია. თქვენმა ჩვევებმა ავადმყოფის ისტორიის და ჯერითური გამოკვლევების ჩატარებაში შესაძლოა ერთდროულად შეუწყოს ხელი ცოდნის გაღრმავებას ჯერითურ მსჯელობაში, ავადმყოფის *შესწავლასა* და მკურნალობის *გეგმის* შემუშავებას. თქვენი მიზანი ნათელი, ლაკონური, მაგრამ ყოვლისმომცველი ჩანაწერის გაკეთება უნდა იყოს, რომელიც გასაღები იქნება თქვენი ავადმყოფის შესასწავლად; ამავდროულად, ჩანაწერის საშუალებით ავადმყოფის პრობლემას ხელმძღვანელი და ავადმყოფის სამკურნალო ჯგუფის წევრები გაეცნობიან. გახსოვდეთ, – კარგად შესრულებული ჩანაწერი დაზოგილი დროა პრობლემებისა და დიაგნოზის დასაზუსტებლად.

თქვენგან დამოკიდებლად, გარკვეული წესები კარგი ჩანაწერის შექმნაში დაგეხმარებათ. განსაკუთრებით ეცადეთ, რომ ჩანაწერი იყოს თანმიმდევრული და აღვილად გასაგები; ასევე, საჭირო დეტალები საკმარისი ოდენობით უნდა ფიქსირდებოდეს. როგორც სტუდენტი, თქვენ შეგიძლიათ იყოთ (ან უნდა იყოთ) საკმაოდ დეტალური. აღნიშნული დაგეხმარებათ გააღრმავოთ თქვენი ნარმოსახვის უნარი, ექსპერტონი, და დააჩქაროთ ყველასთვის ნაცნობი არასასიამოვნო და დამღლელი პროცესი. თემაც აქვე უნდა აღინიშნოს, – საბოლოო ჯამში დროის შეკვეცა გარკვეულ კომპრომისს მოითხოვს.

თქვენი დოკუმენტის სისწორის, ინფორმატიულობისა და აღვილად გაცნობის დარწმუნების მიზნით, ერთხელ კიდევ გადაავლეთ თვალი მოცემულ ჩამონათვალს.

ჩამონათვალი თქვენი ავადმყოფის დოკუმენტაციისთვის

გასაგებია თუ არა თანმიმდევრობა?

თანმიმდევრობა აუცილებელია. დარწმუნდით, რომ მომავალში მკითხველი, თქვენი ჩათვლით, აღვილად მიაგნებს ინფორმაციის სპეციფიკურ პუნქტებს. მაგალითისთვის, აიღეთ სუბიექტური ნიშნები ავადმყოფობის ისტორიიდან; არ დაუშვათ, რომ ისინი ჯერითურ მარწმუნებლებს შეერიოს.

– გარკვევით გაკეთეთ სათაური?

– გაკეთეთ თუ არა აქცენტი მთავარ საკითხებზე და გამოჰყავით თუ არა ისინი?

– განათავსეთ თუ არა მიმდინარე დაავადება ქრონოლოგიურად, დაიწყეთ მიმდინარე ეპიზოდებით და არა ფონური ინფორმაციის მნიშვნელოვანი შეგროვებებით?

შეკრიბეთ თუ არა მონაცემები, რომლებიც უშუალო გავლენას ახდენს შეფასებაზე?

გამოჰყავით თქვენი სავარაუდო პრობლემის ან დიაგნოზის ლოგიკური, ასევე ნეგატიური დამხმარე ფაქტები.

ჩამონათვალი თქვენი ავადმყოფის დოკუმენტაციისთვის (გაგრძელება)

სპეციფიკურად არის თუ არა აღნერილი ავადმყოფის ნეგატიური თავისებურებები?
ხშირ შემთხვევაში ავადმყოფის ისტორიის ლონგიტუდური ნაწილები ან გამოკვლევები საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ ნორმიდან გადახრები, ან მათი განვითარება მოცემულ არეში.

ავადმყოფებისთვის ხილული სისხლჩაქცევით, ჩანაწერში "პაციენტის გადახრები" (უარყოფითი), გამოჰყავით ისეთი ფაქტები, როგორიცაა ჭრილობა, ძალადობის ნიშნები, მემკვიდრეობითი დარღვევები სისხლის შედედების მხრივ, ან სისხლჩაქცევების გამომწვევი კვებითი დეფიციტი.

ავადმყოფებისთვის, რომლებიც არიან დეპრესიულნი, მაგრამ არა აქვთ მიღებული სუიციდისტენ, ჩაინიშნეთ ორივე ფაქტი. ავადმყოფებში, რომელთაც გუნებ-განწყობის ცვალებადობა აღენიშნებათ, სუიციდის ვარაუდი აუცილებელი არ არის.

არის თუ არა გამოტოვებული მნიშვნელოვანი ფაქტები?
დაიმახსოვრეთ, ფაქტების დაუფიქსირებლობა მათ დაჯარგვას ნიშნავს. მთავარი ის კი არ არის, თუ როგორ გახსოვთ დეტალები დღეს, არამედ ის ფაქტი რომ შესაძლოა, ხანდენიმე თვის შემდეგ აღნიშნული ფაქტები ვეღარ გაიხსენოთ. თქვენს მიერ ჩანერილი ფარაზა – "ნევროლოგიური გასინჯვა უარყოფითი", ხანდენიმე თვის შემდეგ გაფიქრებინებთ "ნამდვილად გამოვკვლიე თუ არა მგრძნობელობა?"

არის თუ არა ზედმეტი დეტალები?
ეცადეთ, მნიშვნელოვანი ინფორმაცია დიდი ჭარბენობით დეტალებს შორის არ მოაქციოთ. გამოტოვეთ უარყოფითი ნიშნების უმეტესობა, რომლებიც პირდაპირ არ არის დაკავშირებული ავადმყოფის ჩივილებთან ან დიაგნოსტიკურ შეფასებასთან. ნუ ჩამოთვლით იმ მონაცემებს, რომლებიც არ გამოგკვლევიათ. ყურადღება გაამახვილეთ ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებზე, როგორიცაა "შეილები არ აღინიშნება" და ეცადეთ სტრუქტურები მოკლედ და დადებითი მხრიდან იყოს აღნერილი. შეგიძლიათ გამოტოვოთ თქვენს მიერ გასინჯული ზოგიერთი სტრუქტურა, მაგ. ნორმალური ნარბები და ნამნამები.

"ყველი ვარდისფერია და გლევი" ნიშნავს, რომ ვერ ხედავთ სინითლეს, წყლულს, კვანძს, ჯისტას, სიმაგრეს, ან სხვა დაზიანებას, ეს აღნერილობა უფრო მოკლეა და ჯარგად დანერილი.

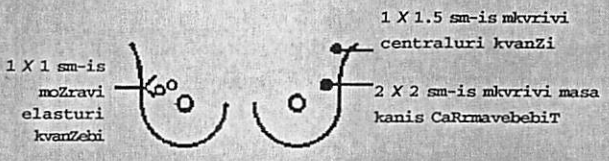
შესაბამისად არის თუ არა გამოყენებული ფარაზები და სიტყვები?
გამოტოვეთ არასაჭირო სიტყვები, როგორც მაგალითებში ფრჩხილებშია ნაჩვენები. ამით დაზოგავთ დროს და ადგილს.
"ყველი ვარდისფერია", "პერკუსიით ფილტვებში ნათელი ხმიანობაა", "პალპაციით ღვიძლი მტკივნეულია", "ორივე მხარეს (მარჯვნივ და მარცხნივ) ყურებში გოგირდის საცობია". "მოსმენით II/IV სისტოლური შეილი", "გულ-მკერდი სიმეტრიულია (ორივე მხარეს)."

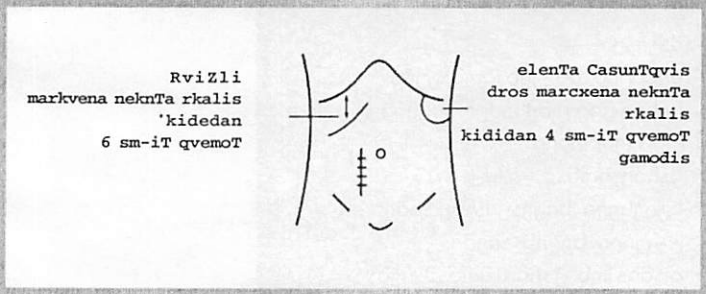
გამოტოვეთ განმეორებადი ფარაზები, როგორიცაა "ავადმყოფი არ აღნიშნავს . . .", ვინაიდან ეს ანამნეზის მიმდინარეობაში იგულისხმება. გძლიერი გამონათქვამების მაგივრად მოკლე სიტყვები გამოიყენეთ და არჩევანი გაატარეთ ერთი და იგივე მნიშვნელობის სიტყვებიდან ("შეხება" და "პალპაცია" ან "მოსმენა" და "აუსკულტაცია").

აღნეჩეთ ის, ჩაც გამოიკვლიეთ და ასა ის, თუ ჩა გააკეთეთ. "ჩანს მხედველობის ნეიკვის დისკი" ნაკლებად ინფორმატიულია, ვიდრე "მხედველობის ნეიკვის დისკის კიდეები მკვეთრია", ჩადგან ეს გამოკვლევის ჩატარებაზე და ასა უბრალო თვალის შეკლებაზე მიუთითებს.

თქვენი ჩანაწერი მოკლეა? ზედმეტად ხომ არ იყენებთ აბრევიატურებს?
ჩანაწერი მეცნიერული და ოფიციალური დოკუმენტია, ამიტომ ის სწორი და გასაგები უნდა იყოს.
ხშირია წინადადებების მაგივრად სიტყვების და ფრაზების გამოყენება, მაგრამ აბრევიატურები და სიმბოლოები უნდა გამოიყენოთ მხოლოდ მაშინ, თუ მათი გაგება შესაძლებელია.
ასევე, მოკლე დასკვნებთან შედარებით მხატვრული სტილი ნაკლებად მისაღებია.

გამოყენებულია თუ არა დიაგრამები და ზუსტი გაზომვები საჭიროების შემთხვევაში?
დიაგრამების დახატვა უფრო გასაგებს ხდის ჩანაწერს.





ახრის ზუსტი განვითარებისა და შედარებების უზრუნველყოფისთვის, გაზომვები სანტიმეტრებში ანარმოეთ, ხოლო ზომა არ შეადაროთ მაგ. ხილს, თხილს, ბოსტნეულს.

"1□1 სმ ზომის ღიმფური ჯვანძი" და არა "ბარძის მარცვლის ზომის ღიმფური ჯვანძი" ან "2×2 სმ სიმაგრე ჰოსტატის მარცხენა ნიქში" და არა "ჯაჭრის ზომის სიმაგრე ჰოსტატაში".

ჩანაწერის ტონი ნეიტრალურია თუ ოფიციალური?

ძალზე მნიშვნელოვანია ობიექტურობა. ჩანაწერში არ უნდა იყოს მტრული, დამრიგებლური ან გამკიცხავი გამონათქვამები. არასდროს გამოიყენოთ გამაღიზიანებელი და დამამცირებელი სიტყვები, გაუჯვეველი ხელნერა და პუნქტუაცია.
ისეთი კომენტარები, როგორიცაა "ავადმყოფი მთვრალია და ჯერკ დატოვა ჭრილობა" არაპროფესიულია და სხვებისთვის ცუდი მაგალითის მიმცემი. ასევე, სირთულეს შექმნის სამართლებრივ სიტუაციაში.

თქვენს ორგანიზაციას ან სააგენტოს შეიძლება ჰქონდეს ავადმყოფობის ისტორიის ნიმუში, მაგრამ ყოველთვის უნდა ეცადოთ თქვენი საკუთარი დოკუმენტი შექმნათ. ქ-ნ ნ-ის ჩანაწერი შეიძლება იმაზე დიდი იყოს, ვიდრე პაციენტის ბარათში ნახავთ, ის არ ასახავს ყველა კითხვას და მეთოდს, რაც თქვენ გესაჭიროებათ. დეტალების ოდენობა ცვალებადობს, რაც ავადმყოფის სიმპტომებსა და ნიშნებზე და დიაგნოზის და მისთვის გეგმის სირთულეზე არის დამოკიდებული.

პრობლემათა სიის შექმნა. როდესაც თქვენს პაციენტებს და ჩანაწერს დააკომპლექტებთ, ნახავთ, რომ *პრობლემების სიის* შექმნა ავადმყოფის პრობლემების შეჯამებაში დაგეხმარებათ ოფისის ან საავადმყოფოს ბარათისთვის. პირველ რიგში, *ჩამოთვალეთ ყველაზე აქტიური და სერიოზული პრობლემები და ჩაწერეთ მათი განვითარების თარიღი.* ზოგიერთი ექიმი მნიშვნელოვანი და ნაკლებად მნიშვნელოვანი პრობლემებისთვის სხვა-დასხვა ქმნის; სხვები სიას თანმიმდევრობით ქმნიან, – პიროვნების მიხედვით. ნახავთ, რომ შემდგომი ვიზიტებისას, *პრობლემების სია* ისეთი დეტალების გახსენებაში დაგეხმარებათ, რომელზედაც ავადმყოფს ყურადღება არ გაუმახვილებია. *პრობლემათა სია* აგრეთვე საშუალებას აძლევს ავადმყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობით დაინტერესებულ პირებს, თვალის ერთი გადავლებით განსაზღვრონ დაავადების სტატუსი.

ქ-ნი ნ-ის *პრობლემათა სიის* ნიმუშში, რომელიც აქედან იყო ნახსენები. თქვენ შეგიძლიათ დანომროთ პრობლემები და ეს ნომრები გამოიყენოთ მოგვიანებით ჩანაწერებში სპეციფიკური პრობლემების სახით.

პრობლემების სიის ნიმუში

თარიღი	პრობლემის №	პრობლემა
1/30/06	1	მაჯიკი
	2	სისხლის ნნევის მომატება
	3	ცისტოცელე შესაძლო სტრესული შეჯავშნებობით
	4	ქარბი ნონა
	5	სტრესული სიტუაცია ოჯახში
	6	ტკივილი ნელის არეში
	7	თამბაქოს ქარბი მოხმარება
	8	ვენების ვარიკოზი
	9	ანამნეზში მარჯვენამხრივი პიელონეფრიტი
	10	ალერგია ამპიცილინზე
	11	ჯანმრთელობის შენარჩუნება

ერთი და იგივე პაციენტისთვისაც კი ექიმები განსხვავებულად აღგენენ პრობლემათა სიას. თქვენი სია ქ-ნი ნ-ისთვის, შეიძლება ზემოთ მოცემულისგან ოდნავ განსხვავებული იყოს. ჩაინიშნეთ, ეს პრობლემები შესაძლოა სიმტომების, ნიშნების ან მდგომარეობის გამომხატველი იყოს. კარგად შედგენილი სიები ვარიანტებით, სიგრძით და დეტალებით, რასაც განაპირობებს ექიმის ფილოსოფია, სპეციალობა და მისი, როგორც პროვაიდერის, როლი. ნაჩვენები სია მოიცავს პრობლემებს, რომლებსაც ყურადღების მიქცევა ესაჭიროება; ასეთია მაგ. თავის ტკივილი, როგორც პრობლემა, რომელსაც ესაჭიროება დაკვირვება და ყურადღების მიქცევა. ასევეა სისხლის ნნევა და ცისტოცელე. ჩამონათვალში მითითებული ალერგია ამპიცილინზე გაფრთხილებთ, რომ პენიცილინის ჯგუფის მედიკამენტები არ უნდა დანიშნოთ.

ანამნეზის და კლინიკური გამოკვლევის ზოგიერთი ნიშანი, როგორიცაა დაჩიჩქებული ქჩილობა ან მკვრივი განავალი, არ არის პირობელების ამ ჩამონათვალში. ამის მიზეზი მათი სიხშირეა. ასეთი დასკვნა არასწორია. თუმცა, პირობელების ჩამონათვალში დაჯგუფებულია შედარებით უმნიშვნელო ნიშნები კლებადი ღირებულებით. ზოგი ექიმი თვლის, რომ ჩამონათვალი ძალიან გრძელია. სხვები შეიძლება უფრო ლაკონურები იყვნენ ისეთ პირობელში, როგორიცაა "ოჯახური სტრესი" ან "ვენების ვარიკოზი".

შემდგომი განვითარების ჩანერა. ერთი თვის შემდეგ ქ-ნ ნ მოვიდა განმეორებით გასინჯვაზე. შემდგომი განვითარების აღნერის სტილი მხვალფერეოვანია, მაგრამ მაინც იგივე სტანდარტულ საფეხურებს მიჰყვება, რაც პირველადი გასინჯვის დროს გამოიყენება. ჩანანერი უნდა იყოს ზუსტი, დეტალური და ადვილად ნასაკითხი. მასში ასახული უნდა იყოს თქვენი კლინიკური აზროვნება, შეფასების სქემა და გეგმა. მომდევნო ჩამონათვალი გაკეთებულია SOAP (Subjective-სუბიექტური; Objective-ობიექტური; Assessement-შეფასება; Plan-გეგმა) ფორმატში. მიზანმიმართულად ავადმყოფზე ორიენტირებული ჩანანერის გასაკეთებლად სხვა მეთოდებიც არსებობს[7]. ზოგიერთი ექიმი ჯერ ანამნეზსა და კლინიკური გამოკვლევის მონაცემებს ნერს, შემდგომში კი შეფასებას და გეგმას.

SOAP-ნიმუში

მარკუსი

S : თავის ტკივილი ჰქონდა მხოლოდ ორჯერ; ორივე შემთხვევაში ტკივილი სუსტი იყო და სხვა რაიმე სიმპტომები არ ვლინდებოდა. ტკივილი არ უქმნის განსაკუთრებული პირობელს. არ შეუძლია გამომწვევი ფაქტორების დასახელება.
O: საფეთქლის ჯუნთის არეში ტკივილი არ აღნიშნება. მხედველობის ნერვის დვრილი შეშუპებული არ არის
A: მარკუსი გაუმჯობესდა. ამჟამად აღნიშნული პათოლოგიის ნიშნები არა აქვს.
P: სიმპტომების განმეორების შემთხვევაში დაიბარეთ განმეორებით.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲨᲔᲤᲐᲡᲔᲑᲐ: ᲒᲖᲐ ᲡᲐᲧᲚᲝᲤᲘᲡᲐᲙᲔᲜ

ავადმყოფის შესწავლის პროცესი ხანგრძლივ შეხვედრის განმავლობაში გრძელდება. პაციენტზე მზრუნველობის უნარი თანდათანობით იხვეწება და ღრმავდება მთელი თქვენი კლინიკური კარიერის პროცესში. ანამნეზის შეკრების, კლინიკური გამოკვლევის, კლინიკური აზროვნების, ფაქტებზე დამყარებული დასკვნების გაკეთების და პაციენტის მონაცემთა დოკუმენტირების პროცესი სტატუს იღებს. დგება დრო, როდესაც უნდა დაიწყოთ პერიოდული პრაქტიკული მუშაობა თქვენს ზედამხედველთან ერთად და თანდათან დახვეწოთ ახლად ათვისებული ჩვევები.

CITATIONS

1. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales DE, et al. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. West J Med 156:163-165, 1992.
2. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JRA, et al. Relative contri-butions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpa-tients. BMJ 2:486-489, 1975.
3. McGee S. Evidence-Based Physical Diagnosis. Philadelphia: WB Saunders, 2001.
4. Schncidcnnan H. Bedside Diagnosis. An Annotated Bibliography of Literature on Physical Examination and Interviewing, 3rd ed. Philadelphia: American College of Physicians, 1997.
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based med-icine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 268(17)2420-2425, 1992. [Launched the Rational Clinical Ex-amination Series.]
6. Guyatt G, Rennie 1). Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence:-Based Clinical Practice. Chicago: Amer-ican Medical Association, 2001.
7. Donnely W J. Viewpoint: Patient-centered medical care requires a patient-centered medical record. Acad Med 80(1):33-38, 2005.

ADDITIONAL REFERENCES

Alfaro-LeFevre R. Critical Thinking and Clinical Judgment: A Prac-tical Approach, 3rd ed. St. Louis, WB Saunders, 2004.

Carpenito LJ. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice,
11 th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Cherry B, Jacob SR. Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management, 3rd ed. St. Louis, Elsevicr Mosby, 2005.

Fletcher RH, Fletcher, SW. Clinical Epidemiology: The Essen-tials, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Innui TS. Establishing the doctor-patient relationship: science, art, or competence? Schweiz Med Wochenschr 128:225, 1998.

Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcome dis-parities associated with race and ethnicity. Soc Sci Med 57(8):1429-1441, 2003.

Netting SM. The Lippincott Manual of Nursing Practice, 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

Panzer RJ, Bordley DR, Cgppuccio J, et al (eds). Diagnostic Strate-gies in Common Medical Problems, 3rd ed. Philadelphia: Amer-ican College of Physicians, 2006.

Sackett DL. Evidence-based Medicine: How to Practice and Trach EBM, 2nd ed. New York, Churchill Livingstone, 2000.

სექსია

II

თავი 4
ჯერნიჯური გამოკვლევის დასაწყისი:
ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

თავი 5
ჯანი, თმა და ფრჩხილები

თავი 6
თავი და კისერი

თავი 7
გულმკერდი და ფილტვები

თავი 8
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

თავი 9
სარძევე ჯირკვლები და იღლია

თავი 10
მუცელი

თავი 11
მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თიაქრები

თავი 12
ქალის სასქესო ორგანოები

თავი 13
ყითა, სწორი ნაწლავი და წინამდებარე ჯირკვალი

თავი 14
ენდოკრინული სისხლძარღვთა სისტემა

თავი 15
ძვალ-კუნთოვანი სისტემა

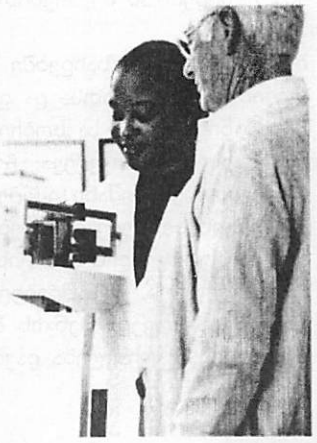
თავი 16
ნერვული სისტემა: გონებრივი სტატუსი და ქცევა

თავი 17
ნერვული სისტემა: თავის ტვინის ნერვები,
მოტორული სისტემა,
სენსორული სისტემა,
რეფლექსები

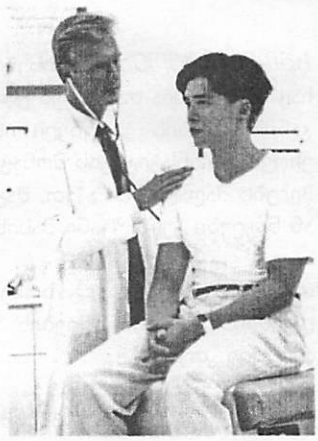
4

ჯერნიჯური გამოჯვერვის დასაწყისი: ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

მას შემდეგ, ჰაც გაარჯვეთ ავადმყოფის ჩივილებს და ყურადღებით შეაგროვებთ ანამნეზს, თქვენ უკვე მზად იქნებით ჯერნიჯური გამოჯვერვის დასაწყებად. პირველ ხანებში პაციენტთან ურთიერთობისას შეიძლება ნაკლებად თავდაჯერებული იყოთ. შემდგომში პრაქტიკული მუშაობის გამოცდილებასთან ერთად თანდათან გაგივითარებათ ჯერნიჯური გამოჯვერვის ჩვევები და უფრო დამაჯერებელი გახდებით. სწავლისა და ვარჯიშის შედეგად გამოჯვერვების ჩატარება გაგიადვილდებათ, თანდათანობით თქვენ სულ უფრო ნაკლებ ყურადღებას დაუთმობთ იარაღების ხელში დაჭერაზე და გამოჯვერვის ტექნიკაზე ფიქრს და მეტ ყურადღებას დაუთმობთ მოსმენას, დაკვირვებასა და შეგრძნებას. ავადმყოფის სხეულზე შეხება უფრო ბუნებრივი იქნება და ისწავლით, როგორ მიაყენოთ მას მინიმალური დისკომფორტი. თქვენ უფრო მეტად მგრძნობიარე გახდებით ავადმყოფის ჰაერქციების მიმართ და საჭიროებისას შეძლებთ თავის დაზღვევას. ღრმათა განმავლობაში იმაზე, ჰაზეც ადრე 1 ან 2 საათი გეხარჯებოდათ, გაცილებით ნაკლები დრო დაგჭირდებათ.



ამ თავში განხილულია ის ჩვევები და ტექნიკა, რომელიც დაგჭირდებათ პირველადი ჯერნიჯური გამოჯვერვის დროს. "ანატომია და ფიზიოლოგიის" ნაწილში ნახავთ ინფორმაციას, თუ როგორ გაზომოთ სიმაღლე, წონა და სხეულის მასის ინდექსი (სმი), აგრეთვე ჯვების შეფასების ჰეკომენდაციებს. აქ მოცემულია ჯერნიჯური ინფორმაცია ანამნეზისა და ჯანმრთელობის ხელის შეწყობის შესახებ. გამოჯვერვის ტექნიკის ნაწილში აღწერილია ჯერნიჯური გამოჯვერვის პირველი საფეხურები: გამოჯვერვისთვის მომზადება, ზოგადი დათვალიერების ჩატარება და სასიცოცხლო ნიშნების შეფასება. ამას მოსდევს ისტორიის შევსების მაგალითი.



ანატომია და ფიზიოლოგია

ჯერნიჯური გამოჯვერვის დაწყებისას თქვენ უნდა შეაფასოთ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, გაზომოთ სიმაღლე და წონა. ეს მონაცემები ინფორმაციას მოგანვდით ავადმყოფის ნაჯვებობაზე და სხეულის ცხიმის რაოდენობაზე. სხეულის ცხიმი ძირითადად შეიცავს ტრიგლიცერიდებს და გროვდება ჯანქვეშ, მუცლის ღრუში და ჯუნთებში. ეს დეპოები

ძნელად იზომება, ამიტომ მნიშვნელოვანია შეუფასებლოთ თქვენს მიერ გაზომილი წონა და სიმაღლე ნორმის სტანდარტულ საზღვრებს.

აქედან, წონა-სიმაღლის ცხრილები ემყარებოდა სიცოცხლის საშუალო მონაცემებს, რომლებიც ხშირად არ იყო მისაღებად თანმიმდევრული მოხმარებასა და წონაზე მომქმედ ფაქტორებს, მაგალითად, შაქრიან დიაბეტს, და იხილებოდა წონის მომატებისკენ. ღირსშესანიშნავია *სხეულის მასის ინდექსი*, რომლის საშუალებითაც უფრო ზუსტად ისაზღვრება სხეულის ცხიმის ოდენობა. სმი-ს სტანდარტები დადგენილია ორი ჯგუფით: ჯანმრთელობის შესწავლის ეროვნული ჯგუფით, რომელიც მოიცავს სამ ციკლს, ჩატარებულს 1960-1970 წლებში და ჯანმრთელობის და კვების ეროვნული ჯგუფით, რომელიც, აგრეთვე, მოიცავს სამ ეტაპს, ჩატარებულს 1970-1990 წლებში.

ამ მოხსენიებულთა ნახევარზე მეტს ჭარბი წონა აქვს (სმი>25) და დაახლოებით ერთ მეოთხედს აქვს სიმსუქნე (სმი>30), ამიტომ ავადმყოფთა სმი-ის შესწავლა ძალიან მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის. ჭარბი წონა ან სიმსუქნე ნარმოადგენს შაქრიანი დიაბეტის, გულის დაავადებების, ინსულტის, ჰიპერტენზიის, ოსტეოართრიტის, ძილის აპნოეს სინდრომისა და ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნის რისკ-ფაქტორს. გახსოვდეთ, რომ სმი-ის ჯერტეხილები არ არის მყარი მოდების წერტილი, ისინი ნარმოადგენენ რისკის ზრდის ჰეჯომენდაციებს. გაითვალისწინეთ, რომ 65 წელს ზემოთ პირებს, ახალგაზრდებთან შედარებით, ნაკლებობის შემცირების არაპროპორციული რისკი აქვთ.

ბავშვებში და მოზარდებში სიმაღლე და წონა ასახავს ზრდის და განვითარების ბევრ ქცევით, შემეცნებითსა და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს. განვითარების ეტაპები, მკვეთრი ზრდის ნიშნები და სქესობრივი განვითარების დონეები შეგიძლიათ ნახოთ მე-18 თავში: ~ბავშვების გამოკვლევა: ჩვილიდან მოზარდის ასაკამდე~. ასაკის მატებასთან ერთად ზოგიერთი ეს ნიშანი იცვლება, ეს აღწერილია მე-20 თავში: ხანდაზმული ავადმყოფები. პაციენტის სიმაღლე შეიძლება შემცირდეს, სიარულის დროს იგი შეიძლება მოერგოს ხერხემლის გულ-მკერდის ნაწილის კიფოზის გამო და მუხლისა და მენჯის სახსრებში მოძრაობა შეეზღუდოს. შესაძლებელია მუცლის კუნთების მოდუნება, მუცლის ფორმის შეცვლა, ცხიმის დაგროვება მენჯის მიდამოსა და ქვემო კიდურებში. ხანდაზმული ავადმყოფების შესწავლისას ყურადღება დაუთმეთ აღნიშნულ ცვლილებებს.

სმი-ის გამოთვლა. არსებობს სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლის რამოდენიმე გზა, რაც ნაჩვენებია თანმხლებ ცხრილში. აირჩიეთ თქვენთვის მოსახერხებელი მეთოდი. ამერიკის ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტისა და ამერიკის გულის, ფილტვებისა და სისხლის ეროვნული ინსტიტუტის მონაცემებით, ჯაგად განვითარებული კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებს მაღალი სმი აქვთ, მაგრამ ისინი ჯანმრთელებად ითვლებიან[1]. ამავე დროს, გამხდარ ან ნაკლები კუნთოვანი მასის მქონე პირებში იგი შეიძლება შეუსაბამოდ "ნორმული" იყოს.

თუ სმი 35-ზე მეტია, გაზომეთ *წელის გარშემოწერილობა*. იგი იზომება პაციენტის ფეხზე დგომისას მენჯის ძვლების ზემოთ. ავადმყოფს აქვს ჭარბად განვითარებული ცხიმოვანი ქსოვილი, თუ:

- ≥ 88 სმ ქალებისთვის
- ≥ 100 სმ მამაკაცებისთვის

■ *სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გამოთვლის მეთოდები*

ერთეული	გამოთვლის მეთოდი
წონა *ფუნტებში*, სიმაღლე *ინჩებში*	1) სხეულის მასისი ინდექსის სქემა (იხ. ცხრილი ქვემოთ) 2) $\frac{\text{წონა (ფუნტი)} \times 700^*}{\text{სიმაღლე (ინჩი)}}$ $\frac{}{\text{სიმაღლე (ინჩი)}}$
წონა *კილოგრამებში*, სიმაღლე - *მეტრებში*	(3) $\frac{\text{წონა (კგ)}}{\text{სიმაღლე (მ}^2\text{)}}$
ორივე	(4) "სმი-გამომთვლელი" მოთავსებულია ვებ-გვერდზე www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm

*მხვავლი ორგანიზაცია იყენებს 704.5, მაგრამ სმი ვარიაცია უმნიშვნელოა. გადასაყვანი ფორმულებია: 2.2 ფუნტი = 1 კგ; 1.0 ინჩი = 2.54 სმ; 100 სმ = 1 მეტრს.

■ სხეულის მასის ინდექსი

	ნორმალური						ჭარბწონიანი					მსუქანი									
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
სიმაღლე (ინჩები)																					
58	91	96	100	105	110	115	119	124	129	134	138	143	148	153	158	162	167	172	177	181	186
59	94	99	104	109	114	119	124	128	133	138	143	148	153	158	163	168	173	178	183	188	193
60	97	102	107	112	118	123	128	133	138	143	148	153	158	163	168	174	179	184	189	194	199
61	100	106	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	164	169	174	180	185	190	195	201	206
62	104	109	115	120	126	131	136	142	147	153	158	164	169	175	180	186	191	196	202	207	213
63	107	113	118	124	130	135	141	146	152	158	163	169	175	180	186	191	197	203	208	214	220
64	110	116	122	128	134	140	145	151	157	163	169	174	180	186	192	197	204	209	215	221	227
65	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	234
66	118	124	130	136	142	148	155	161	167	173	179	186	192	198	204	210	216	223	229	235	241
67	121	127	134	140	146	153	159	166	172	178	185	191	198	204	211	217	223	230	236	242	249
68	125	131	138	144	151	158	164	171	177	184	190	197	203	210	216	223	230	236	243	249	256
69	128	135	142	149	155	162	169	176	182	189	196	203	209	216	223	230	236	243	250	257	263
70	132	139	146	153	160	167	174	181	188	195	202	209	216	222	229	236	243	250	257	264	271
71	136	143	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	222	229	236	243	250	257	265	272	279
72	140	147	154	162	169	177	184	191	199	206	213	221	228	235	242	250	258	265	272	279	287
73	144	151	159	166	174	182	189	197	204	212	219	227	235	242	250	257	265	272	280	288	295
74	148	155	163	171	179	186	194	202	210	218	225	233	241	249	256	264	272	280	287	295	303
75	152	160	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	248	256	264	272	279	287	295	303	311
76	156	164	172	180	189	197	205	213	221	230	238	246	254	263	271	279	287	295	304	312	320

სმი-ის ინტერპრეტაცია და გამოყენება. სმი მაჩვენებლები გამოთვალეთ ქვემოთ ცხრილში მოყვანილი მეთოდით. თუ *სმი 25-ს უახლოვდება*, გამოიკვლიეთ გულ-სისხლძარღვთა ან სხვა სიმსუქნესთან დაკავშირებული დაავადებების *რისკ-ფაქტორების არსებობა*, როგორიცაა: ჰიპერტენზია, დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინის მომატება, ტრიგლიცერიდების მაღალი დონე, გლუკოზის მაღალი დონე სისხლში, ნაადრევი გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ოჯახური ანამნეზი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, თამბაქოს მოხმარება. თუ სმი 25-ზე მეტია და ფიგურირებს ორი ან მეტი რისკ-ფაქტორი, პაციენტმა წონაში უნდა დაიკლოს, განსაკუთრებით, თუ წელის გარშემოწერილობაც მომატებულია.

▪ *ჭარბი წონისა და სიმსუქნის კლასიფიკაცია სმი-ს მიხედვით*

	სიმსუქნის ჯგუფი	სმი (კგ/მ²)
სხეულის მასის დაქვეითება		<18.5
ნორმა		18.5-24.9
ჭარბი წონა		25.0-29.0
სიმსუქნე	I	30.0-34.9
	II	35.0-39.9
გამოხატული სიმსუქნე	III	≥ 40

დიეტის დანიშვნა. მეტად მნიშვნელოვანია, ეხმაროთ პაციენტს დიეტა და წონის დაკლება, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ პრესაში ნახავთ უამრავ უთითქოსგამომრიცხავ დიეტის სახეობას. გაეცანით თქვენი პაციენტის საკონსულტაციო სამ საუკეთესო ჩრევას:

- ამერიკის კარდიოლოგიის კოლეჯის ინსტიტუტისა და ამერიკის გულის, ფილტვისა და სისხლის ეროვნული ინსტიტუტი: მოზრდილთა ჭარბი წონისა და სიმსუქნის დადგენის, შესწავლისა და მკურნალობის კლინიკური რეკომენდაცია: კვლევის შედეგები. სექტემბერი 1998. იხილეთ www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf.[1]

- შეერთებული შტატების პრევენციის სამსახური: მოზრდილთა სიმსუქნის შესწავლა: რეკომენდაციები და ახსნა. ნოემბერი 2003. იხილეთ: www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.htm.[2]

- კარდიოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტი და შეერთებული შტატების სოფლის მეურნეობის დეპარტამენტი; კვება და თქვენი კარდიოლოგია. იანვარი 2005. იხილეთ: www.health.gov/dietaryguidlines/dga2005/report/.[3]

იხ. 4-1 ცხრილი, კარნალი კვება: საკვების ჯგუფები და დღის ჰეგიმი გვ.115. სკრინინგის საშუალებებისთვის, იხ. 4-2 ცხრილი, დიეტური კვების სწორი შერჩევა და 4-4 ცხრილი, კვების საკონტროლო ცხრილი გვ.-ები 115 და 117.

დიეტის რეკომენდაცია ეფუძნება პაციენტის წონის დაკლების მოტივაციას, მზადყოფნას და ინდივიდუალურ რისკ-ფაქტორებს. მოზრდილთა ჭარბი წონისა და სიმსუქნის დადგენის, შესწავლისა და მკურნალობის კლინიკური რეკომენდაცია1 გვაძლევს შემდეგ ჩრევებს:

- სმი 27-დან 35-მდე მჟონე პირებში ნორის 10% დაჯება 6 თვის მანძილზე ან დღეში 300-დან 500 ჯაც ნაჯები საჯვების მიღება
- ჯვირაში ½ ჯგ ნორის დაჯება, ვინაიდან უფრო სწრაფი ჯება არ გვაძლევს უჯეთეს შედეგებს 1 წლის განმავლობაში.

ეს ჩეჯომენდაციები გვიჩჩევენ ყოველდღიურ დაბალჯაროვან დიეტას 800-დან 1500 ჯაც-მდე დღეში. უმჯობესია მივმართოთ ჩარევას, რომელიც მოიცავს ჯვებით სწავლებას, დიეტას, ზომიერ ფიზიკურ დატვირთვას და ქცევის სტატეგიის შემუშავებას (იხ. გვ. 95-97). ჯლინიკურ ჩეჯომენდაციებში დასაბუთებულია ზომიერი ფიზიკური დატვირთვის როლი ნორის დაჯების და მისი შენარჩუნების პროცესში; იგი ზრდის ჯარდიორესპირაციული ვარჯიშის ხანგრძლივობას; და შეუძლია შეამციროს მუცლის ცხიმის რაოდენობა.

თუ სმი 17-ზე ნაკლებია, გაარჯვიეთ, ხომ არ აქვს პაციენტს ნევროზული ანორექსია, ბულიმია ან ჯანმთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემა. ეს პრობლემები მოყვანილია 4-3 ცხრილში: ჯვების დარღვევები და განსაკუთრებით დაბალი სმი. (იხ. ასევე გვ. 95-97 ჯანმთელობის ხელშენყობა და კონსულტაციები ჭარბი ნორის და გამხდარი პაციენტებისთვის).

ჯანმთელობის ისტორია

ზოგადი ან საყურადღებო სიმპტომები

- ნორის ცვლილებები
- სიგამხდრე ან სიმსუქნე
- ცხელება, შემცივნება, ღამით ოფლიანობა

ნორის სწრაფი (რამდენიმე დღეში) ცვალებადობა ბადებს ეჭვს სხეულის სითხეებში და არა ქსოვილებში მიმდინარე ცვლილებებზე.

ნორის ცვლილებები. ნორის ცვლილებებს განაპირობებს სხეულის ქსოვილების ან სითხის ცვლილებები. კარგი კითხვებია: "რამდენად ხშირად ამონმებთ თქვენს ნორას?" "რამდენად განსხვავდება იგი 1 წლის წინანდელისგან?" შეგიძლიათ შეცვალოთ: "როგორ გგონიათ, რამ განაპირობა ეს ცვლილება?" "რა არის თქვენი სასურველი ნორა?" თუ ნორის მომატება ან დაკლება პრობლემა ხდება, ჰკითხეთ ამ ცვლილების ოდენობის, პერიოდულობის, განმაპირობებელი მიზეზების და სხვა თანმხლები სიმპტომების თაობაზე.

ნორის მატება ვითარდება, როდესაც მიღებული კალორიების რაოდენობა აჭარბებს დახარჯულს და, ჩვეულებრივ, ვლინდება ორგანიზმში ცხიმის რაოდენობის გაზრდით. ნორის მომატების მიზეზი, ასევე, შეიძლება გახდეს ორგანიზმში სითხის დაგროვება. თუ სითხის შეკავება შედარებით მცირეა, გარეგნულად შეუმჩნეველი იქნება, მაგრამ რამოდენიმე ფუნტი (1 ლიტრზე მეტი) სითხის შეკავება ვლინდება *შეშუპების* სახით.

მაგალითად, ჭარბი ნორის პაციენტებში, როდის დაიწყო ნორის მატება? იყო თუ არა პაციენტი ჭარბი ნორის ახალშობილობის და ბავშვობის ასაკში? პაციენტის ასაკის შესაბამისად გარჯვული თარიღების დამატებით გაარჯვიეთ ნორის შესახებ შემდეგი პერიოდების განმავლობაში: დაბადებისას, საბავშვო ბაღის ასაკში, სკოლის ან კოლეჯის დამთავრებისას, სამხედრო სამსახურისგან გათავისუფლებისას, ქორწინებისას, ყოველი ორსულობის

შემდეგ, მენოპაუზის და პენსიაზე გასვლის შემდეგ. პაციენტის ცხოვრების ჩა გახემოებები იყო ნონის მომატების პეჩიოდში? ცდილობდა თუ არა პაციენტი ნონის შემცირებას? როგორ? როგორი შედეგებით?

ნონის შემცირება მნიშვნელოვანი სიმპტომია, რომელიც ბევრმა მიზეზმა შეიძლება გამოიწვიოს. მათ შორისაა: საჭმების მიღების შემცირება ისეთი მიზეზებით, როგორიცაა ანორექსია, დისფაგია, პირღებინება, საჭმების არასასმარისი მინოდება; ნანღავების მიერ საჭმების არანორმალური შენოვა; მეტაბოლუმ მოთხოვნათა გაზრდა და ნივთიერებების ჯარგვა შარდით, განავლით და დაზიანებული ჯანით. ავადმყოფი, ასევე, ჯარგავს ნონას, როდესაც ორგანიზმში წყლის შეკავების მიზეზები ქრება.

ნონის დაკლების მიზეზებია: გასტროინტესტინური დაავადებები; ენდოკრინული დარღვევები (შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერთირეოზი, თირკმლის უკმარისობა); ქრონიკული ინფექციები; ავთვისებიანი სიმსივნეები; გულის, ფილტვების ან თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა; დესპესია; ანორექსია, ნევროზი და ბულიმია (იხ. ცხრ 4-3, ჯვებითი დარღვევები და ზედმეტად დაბალი სმი, გვ.116)

შეეცადეთ, გაარკვიოთ, არის თუ არა ნონის შემცირება დაკავშირებული საჭმების მიღების ჩვეულებასთან, ჩვეულებრივი ან მომატებული ჯვების დროსაც კი.

ნონის ჯარგვისას შედარებით ქარბი ჩოდენობით საჭმების მიღების დროს სავარაუდოა შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერთირეოზი ან მალაბსორბცია, განიხილე, აგრეთვე, მგლის მადა (ბულიმია) გულისრევით.

ნონის შემცირებასთან დაკავშირებული სიმპტომები ხშირად უკავშირდება მიზეზს, როგორც ჯარგი ფსიქოსოციალური ანამნეზი. ვინ ყიდულობს პროდუქტებს და ამზადებს საქმელს ავადმყოფისთვის? სად ქამს პაციენტი? ვისთან ერთად? არსებობს თუ არა პრობლემა, დაკავშირებული საჭმების მიღებას, მომარაგებას, მომზადებასა და დალექვასთან? ხომ არ გაუჩბის ან ამცირებს პაციენტი ზოგიერთი საჭმების მიღებას სამედიცინო, ჩელიგიური ან სხვა მიზეზებით?

სიღარიბე, მოხუცებულობა, სოციალური იზოლაცია, ფიზიკური უძლურება, ემოციური ან ფსიქიკური მომღილობა, ბებიების არქონა, სწრაფად მოზგებული ხიდები, ალკოჰოლიზმი და ნამღის ქარბი მოხმარება ზარდის მალნუტრიციის აღბათობას.

ანამნეზის შეკრების მთელი პეჩიოდის განმავლობაში ყურადღებით იყავით მალნუტრიციის ნიშნების მიმართ. სიმპტომები, შესაძლოა, იყოს მცირე და არასპეციფიური, როგორიცაა სისუსტე, აღვილად დაღლა, სიცივის მიმართ მგრძნობელობის შეცვლა, განშრევებადი დერმატიტი და ყოქის არეში შეშუპება. აუცილებელია საჭმების ხასითის და ჩოდენობის შესახებ ანამნეზის შეგროვება. მნიშვნელოვანია შევეკითხოთ ზოგადი კითხვები, რა საჭმებს ღებულობს სხვადასხვა ჯერზე დღის განმავლობაში, მაგალითად: "მითხარით, ჩვეულებრივ, რას მიირთმევთ ღანჩზე?", "რას ქამთ საჭმების მიღების შუაღედში?" "როდის?"

იხ. ცხრილი 4-4, ჯვების საკონტროლო კითხვები, გვ.117

დაღლილობა და სისუსტე. ნონის შემცირების მსგავსად, *დაღლილობა* არასპეციფიური სიმპტომია, შესაძლოა, გამოწვეული იყოს მრავალი მიზეზით. ის გამოხატავს დაღლილობას ან ენერგიის ჯარგვას, რომელსაც პაციენტები აღნერენ სხვადასხვანაირად. "მე არ მინოდა დილით ადგომა"... "მე არ მქონდა ენერგია"... "მე ვერაფერი გავაკეთე", "მე არ შემიძლია სრული დატვირთვით ვიმუშაო დღის განმავლობაში", "ზოგჯერ ოფისში მისვლისას ისე ვგრძნობ თავს, თითქოს მთელი დღის სამუშაო მქონდეს გაკეთებული". ვინაიდან დაღლილობა ჩატარებულ მძიმე სამუშაოზე ნორმალური პასუხია, დააზუსტეთ სტრესის ან უბედურების მიზეზი, შეეცადეთ, დააღგინოთ ცხოვრებისეული გარემოებანი, რომელშიც ის გამოვლინდა. როდესაც დაღლილობა არაა დამოკიდებული ასეთ სიტუაციებზე, შემდგომი ძებნაა საქირო.

დაღლილობა ჩვეულებრივი სიმპტომია დეპრესიისა და შფოთვის სტატუსის დროს, მაგრამ, ხშირად, თან ახლავს ინფექციებს (მაგ., ჰეპატიტი, იფექციური მონონუკლეოზი და ტუბერკულოზი); ენდოკრინულ დარღვევებს (ჰიპოთირეოზი, ადრენალური უკმარისობა, შაქრიანი დიაბეტი, პანჰიპოპიტუიტარიზმი); გულის უკმარისობას, ფილტვების, თირკმლების და ღვიძლის ქრონიკულ დაავადებებს; ელექტროლიტურ დისბალანსს, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ანემიას, მალიგნიზაციას, ჯვებით დეფიციტებს,

გამოიყენეთ ღია კითხვები დაღლილობის ნიშნების გამოკვლევისას და განანყვეთ პაციენტი, სრულად აღნერილი. მნიშვნელოვანი ეტიოლოგიური ფარქტორები ხშირად ჩნდე-

ბა ჯანგად შეჯიბები ფსიქოსოციალურ ანამნეზში, გამოიკვლიეთ ძიღთან დაკავშირებული ჩვევები და დანვიშიებით განიხილეთ სისტემები.

სამკურნალო საშუალებების მიღებას.

სისუსტე განსხვავდება დაღლილობისგან, ის დაკავშირებულია კუნთებში ძალის დაქვეითებასთან და განხილულ იქნება მოგვიანებით სხვა ნევროლოგიურ სიმპტომებთან ერთად (იხ. გვ. 608-609).

სისუსტე, განსაკუთრებით, თუ იგი ლოკალიზებულია ნეირომანატომიურ ჭრილში, მიუთითებს ნეიროპათიის ან მიოპათიის არსებობაზე.

ცხელება, შემცივნება და ღამის ოფლიანობა. *ცხელება* არის სხეულის ტემპერატურის ნორმის ზემოთ მომატება (იხ. გვ 112 ნორმის დეფინიციისთვის). შეკითხეთ პაციენტს ცხელების შესახებ, თუ იგი ავადაა მწვავე ან ქრონიკული სნეულებით, გაარკვიეთ, როგორ ხდება პაციენტი თერმომეტრს ტემპერატურის გასაზომად. გახსოვდეთ, რომ ტექნიკურმა ხარვეზმა შეიძლება შეცდომაში შეგიყვანოთ. გაიძნობს თუ არა პაციენტი სიმხურვალეს ან სიცხეს, ჰკითხეთ მომატებული ოფლიანობის ან შემცივნების შესახებ. შეეცადეთ განასხვავოთ სუბიექტური *შემცივნება* და *შემცივნებითი ძაგძაგი*, რომელიც მთელ სხეულს მოიცავს და კბილს კბილზე აცემინებს.

განმეორებითი შემცივნება მიუთითებს ტემპერატურის სწრაფ ცვალებადობასა და სისტემურ ბაქტერემიაზე.

სიცივის შეგრძნება, ბატის კანი და კანკალი თან ახლავს ტემპერატურის მომატებას, ხოლო სიცხის შეგრძნება და ოფლიანობა - ტემპერატურის დანევას. ნორმაში სხეულის ტემპერატურა მატულობს დღის განმავლობაში და იკლებს ღამით. როცა ცხელება აქრობებს ამ მიხედს, ჩნდება *ღამის ოფლიანობა*. ცხელებას ხშირად თან ახლავს შეუძლოდ ყოფნა, თავის ტკივილი, კუნთებისა და სახსრების ტკივილი.

სიცხის შეგრძნება და ოფლიანობა, ასევე, გვხვდება მენოპაუზის დროს. ღამის ოფლიანობა ახასიათებს ტუბერკულოზს და მალიგნიზაციას.

ცხელებას მრავალი მიზეზი აქვს. მიმართეთ თქვენი კითხვები სნეულების ხანგრძლივობაზე და მასთან დაკავშირებულ სიმპტომებზე. გაეცანით კვლევის ინფექციის დაავადებებთან, რომელთაც შეიძლება იყოს დაავადებული თქვენი პაციენტი. შეკითხეთ მოგზაურობის, ასევე ავადმყოფ პირებთან უშუალობის შესახებ ან სხვა მიზეზებზე, რომელთაც შეძლოთ გავლენის მოხდენა. აუცილებლად შეკითხეთ ნამლებზე, ვინაიდან მათ შეუძლიათ ცხელების გამოწვევა. საპირისპიროდ, ბოლო პერიოდში გამოყენებულ ასპირინს, ასეტამინოფენს, ჯოჭოსტეროიდებს და არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო ნამლებს შეუძლიათ მისი მასკირება და ზეგავლენის მოხდენა ტემპერატურის მაჩვენებელზე ვიზუალური გასინჯვის დროს.

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და ჩვევები

ჯანმთელობის ხელშეწყობისა და კონსულტაციის მნიშვნელოვანი თემები

- ოპტიმალური წონა და კვება
- ვარჯიში
- სისხლის წნევა და დიეტა

ოპტიმალური წონა და კვება. ამჟამად ნახევარზე ნაკლები ინარჩუნებს კარგ წონას (სხეულის მასის ინდექსი >19 და <25). სიმსუქნე იზრდება პოპულაციის ყველა ნაწილში ასაკის, სქესის, შემოსავლის, ეთნიკური და სოციალური ეკონომიური ჯგუფების მიხედვით. ინსულინ-დამოკიდებული დიაბეტით ავადმყოფთა ნახევარზე მეტი და ჰიპერტენზიით ან მომატებული ქოლესტერინის დონით პაციენტების დაახლოებით 20% არიან ჭარბი

ნონის ან მსუქანი. ბავშვებში სიმსუქნის მომატება ჯავშირშია ბავშვთა დიაბეტის შემთხვევების ზრდასან. ჩოგორც ჯი ქარხნი ნონა ან ახაჯანსაღი ჯვებითი ჩვევები დადგინდება, გამოიყენეთ საუკეთესო საშუალებები ნონის დაკლებისა და სწორი ჯვების ხელშეწყობისთვის. ნონის შემცირებას 5%-დან 10%-მდე შეუძლია სისხლის ნნევის, ღიპიდების დონისა და გლუკოზის მიმართ ტოლერანტობის გამოსწორება და ამცირებს დიაბეტისა და ჰიპერტენზიის განვითარების ჩისკს.

იხ. ცხრილი 4-1, ჯამთელი ჯვება: საჯვები ჯგუფები და მაგიდა დღის განმავლობაში, გვ. 115.

ჩოგორც ჯი შეაფასებთ მიღებული საჯვების ჩარდენობას, ჯვებით სტატუსს და პაციენტის მოტივაციას, შეცვალოს ჯვებითი ჩვევები და დაიკლოს ნონა, მიეცით 2005 ნლის გული ჯანმრთელობის საზოგადოებისა და შეერთებული შტატების დიაბეტის ასოციაციის სამეთვალყურეო კომიტეტების მიერ შემუშავებული დიეტის ექიმენდაციების "9 მთავარი ჩრევა", რომლებიც შეჯამებული და ჩამოყალიბებულია ქვემოთ[3]:

- შეამცირეთ მისაღები საჯვების მიავალფერენება ძირითად საჯვებ ჯგუფებამდე, რომ დარჩეთ ენერგეტიული საჭიროების ფარგლებში.
- ანონტროლეთ მიღებული კალორიების და პორციის ოდენობა, რათა მართოთ სხეულის ნონა.
- ჩაატარეთ ზომიერი ფიზიკური ვარჯიშები ყოველდღიურად არანაკლებ 30 წუთის ხანგრძლივობით, მაგალითად, გაიარეთ 5-6 კმ ერთი საათის განმავლობაში.
- გაზარდეთ ხილისა და ბოსტნეულის, მარცვლეულის, ძრისა და ძრის პროდუქტების დღიური მოხმარება.
- ყურადღებით შეარჩიეთ მისაღები ცხიმების სახეობა ნაკერი ცხიმების შენარჩუნებით, მოიხმარეთ ნაწილობრივ ჰიდროგენიზებული მცენარეული ზეთებში არსებული ცხიმები და დაბალი ქოლესტერინის შემცველი პროდუქტები.
- შეარჩიეთ ნახშირწყლები – მარცვალი, სახამებელი და უკალორისი.
- საჯვების დამზადებისას მოიხმარეთ ნაკლები მარილი.
- არტოკალორული სასმელები მოიხმარეთ ზომიერად.
- მიჰყევით ჯანსაღ ჯვებას.

ცხრილი 4-5. ჯვების ჩრევები: საჯვების წყაროები, გვ. 117

მზად იყავით, დაეხმაროთ ზრდასრულ ქალბატონებს და მშობიარეებს მომატებული ჩარდენობით რკინისა და ფოლიუმის მჟავას მიღებაში. 50 წელზე მეტი ასაკის პირებმა უნდა მიიღონ B12 ვიტამინით და კალციუმით მდიდარი საჯვები. ურჩიეთ ხანდაზმულ და მუქი ფერის კანის მქონე პაციენტებს D ვიტამინის მოხმარების გაზრდა.

ვარჯიში. ფიტნესი მნიშვნელოვანი კომპონენტია ჩოგორც ნონის კონტროლის, ასევე ნონის შემცირებისთვის. ექიმენდირებულია მუდმივად 30 წუთის ხანგრძლივობის საშუალო აქტივობის დატვირთვა, ჩოგორცაა 3 კმ გავლა 30 წუთში კვირის უმეტეს დღეებში ან მისი ეკვივალენტი. პაციენტებს შეუძლიათ დატვირთვის გაზრდა ისეთი მარტივი საშუალებებით, ჩოგორცაა სამუშაო ადგილიდან მანქანის მოშორებით გაჩერება, ღიფტის მაგივრად კიბის გამოყენება. ნონის დაკლების საუკეთესო მიზანია 200 გრ-დან 1 კგ-მდე დაკლება კვირის განმავლობაში.

იხილეთ ცხრილი 4-6, ჰიპერტენზიით დაავადებულნი: დიეტის შეცვლის ექიმენდაციები, გვ. 118.

არტერიული სისხლის ნნევა და დიეტა. ჩაც შეეხება სისხლის ნნევას, არსებობს სარწმუნო მტკიცებულება, რომ ექსცესური და ხშირი ვარჯიში, ჩაკირონში ნატრიუმის შემცირება და კალიუმის მიღების მომატება, აგრეთვე ჯამთელი ნონის შენარჩუნება, ამცირებს ჰიპერტენზიის განვითარების ჩისკს ისევე, ჩოგორც აქვეითებს სისხლის ნნევას იმ ზრდასრულებში, ვისაც უკვე აქვს ჰიპერტენზია. აუხსენით პაციენტებს, რომ ჩვენს ჩაკირონში ნატრიუმის სიჭარბეს განაპირობებს მარილი (ნატრიუმის ქლორიდი). აუხსენით თქვენს პაციენტებს, რომ ნატრიუმის ექიმენდირებული დღიური მოხმარება უნდა იყოს <2400 მგ, ანუ 1 ჩ.კ. დღეში. პაციენტებმა აუცილებლად უნდა ნაიკითხონ საჯვები პროდუქტების ეტიკეტზე მითითებული შემადგენლობის ნუსხა, განსაკუთრებით ჯვებითი მონაცემების პანელი. ნატრიუმის მცირე შემცველობის საჯვებ პროდუქტებად მიჩნეულია ის პროდუქტები, სადაც ნატრიუმის შემცველობა მითითებულია დღიური დასაშვები ნორმის (<2400 მგ) 5%-

ზე ნაჯები ხაოჯენობით. გული დაავადებების ისტორიის შემცირების ჯვებითი ჰეჯომენდაციებისათვის იხ. გვ. 118.

გასინჯვის ტექნიკა

გასინჯვის დაწყება: ადგილის შეჩევა

მომზადება გასინჯვისთვის

- იფიქრეთ პაციენტთან თქვენს მიდგომაზე
- მოანყვეთ გარემო და განათება
- განსაზღვრეთ გასინჯვის მოცულობა
- აირჩიეთ გასინჯვის თანმიმდევრობა
- დაიჯავეთ სწორი პოზიცია და მოხერხებულად მიუდექით პაციენტს
- მოანყვეთ პაციენტი კომფორტულად

ჯლინიკური გასინჯვის დაწყებამდე გამონახეთ დრო ზემოთ მოყვანილი ამოცანებისათვის, იფიქრეთ პაციენტთან მიდგომაზე, თქვენ პროფესიულ ქცევაზე და როგორ მოახერხოთ, რომ პაციენტმა თავი კომფორტულად და თავისუფლად იგრძნოს. განიხილეთ საკითხები, რომელიც ხელს შეუწყობს მის ფიზიკურ კომფორტს და მოანესრიგეთ განათების და გარემოს საკითხები. *დაიბანეთ ხელები პაციენტის თანდასწრებით გასინჯვის დაწყებამდე. ეს არის პაციენტის ჯეთიდღეობასთან დაკავშირებული ჟესტი.*

პაციენტთან მიდგომა. როდესაც პირველად სინჯავთ პაციენტს, თავს ვერ გრძნობთ დაჯერებულად და დაცულად, მაგრამ გამოცდილებასთან ერთად ეს მალე გაივლის. იყავით პირდაპირი. პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ თქვენ სტუდენტი ხართ და შეეცადეთ გამოიყურებოდეთ მშვიდად, ორგანიზებულად და კომპეტენტურად, მაშინაც, როდესაც თავს ასე არ გრძნობთ. თუ თქვენ დაგავიწყდათ გასინჯვის ნაწილის ჩატარება, ეს არ არის გასაჯვირი, განსაკუთრებით პირველად, უბრალოდ, გასინჯეთ ეს უბნები ბიგგარეშე, მაგრამ შეიბილებულად. არაფერია უჩვეულო, დაბრუნდეთ სანოლთან და სთხოვოთ, შეამოწმოთ ერთი ან ორი რამ, რაც თქვენ გამოგრჩათ.

როგორც დამწყებს, თქვენ დაგჭირდებათ მეტი დრო, ვიდრე გამოცდილ ჯლინიცისტს გასინჯვის ნაწილებში, როგორიცაა ოფთალმოსკოპია ან გულის აუსკულტაცია. დასამშვიდებლად დროდადრო გააფრთხილეთ პაციენტი, მაგალითად, ასე, "მე მჭირდება მეტი დრო თქვენი გულის ხმიანობის მოსასმენად, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ მე რაიმე ცუდი მესმის."

პაციენტთა უმრავლესობა ფიზიკურ გამოკვლევას გარკვეული შიშის გრძნობით უყურებს. მათ ალბათ ფიზიკური გაშიშვლება, მოსაცდელი ტკივილი, ის, რაც შეიძლება გამოიკვლიოს ექიმმა. ამავე დროს, აფასებენ ექიმის მზრუნველობას და ყურადღებას. ამ ყველაფრის გათვალისწინებით, გამოცდილი ექიმი მოხერხებულად წარმართავს გასინჯვის პროცესს, თუ საჭიროა, გამოკვლევის ინტერვალებიდან გამომდინარე ფარდაზე და სიფრთხილით მიაყენებს მკრივ დისკომფორტს. ინსპექციის, პალპაციის, მოსმენის და პერკუსიის ჩატარებისას გამოცდილი

ჯერნიცისტი იჯვლევს ცალკეულ სისტემას და, ამავე დროს, შეიცნობს მთლიან ორგანიზმს, გრძნობს თითოეულ შეჯითომას და შეშფოთებულ მზერას, უზიარებს პაციენტს ინფორმაციას, რომელიც მას დაანუნარებს, აუხსნის და დააჯერებს.

გარჯველი დროის შემდეგ, თქვენ იწყებთ თქვენი აღმორჩენების პაციენტთან განხილვას. როგორც დამწყები ექიმი, თქვენ უნდა ეცადოთ თქვენი აღმორჩენების ინტერპრეტირებას. თქვენ არ ხართ პაციენტის უშუალო მკურნალი და თქვენი მოსაზრებები განსხვავებული იყოს ან მცდარი. გამოკვლევებისა და პასუხისმგებლობის მომატებასთან ერთად განსახილველი აღმორჩენები იქნება უფრო შესაბამისი, თქვენ შეგიძლიათ მისცეთ განმარტება შესაბამისი უბნის გასინჯვის დამთავრების შემდეგ. ამასთან იყავით ყურადღებით - თუ თქვენ ნახეთ მოულოდნელი დარღვევა, ჯობს თავაზიანი სიჩუმე შეინარჩუნოთ. ზოგჯერ თქვენ შეიძლება შეგხვდეთ ისეთი დარღვევები რომელიც საეჭვო ნარმონაქმნი ან ღრმა ნაკეცი. ყოველთვის ახსოვდეთ თავი ზიზღის ან სხვა ნეგატიური რეაქციების ჩვენებას.

ბანათების და გარემოს დარეგულირება. ზოგიერთი გარემო ფაქტორი გავლენას ახდენს ჯერნიკური ჯვლევით მიღებულ მონაცემებზე. იმისთვის, რომ მიაღწიოთ გასინჯვის მაღალ დონეს, მნიშვნელოვანია "მოამზადოთ ნიადაგი", ანუ თქვენც და ავადმყოფიც კომფორტულად გრძნობდეთ თავს. თქვენ ნახავთ, რომ მოხერხებული პოზა ზრდის გამოკვლევის ეფექტურობას. სანოლი დააყენეთ სასურველ სიმაღლეზე (ოღონდ დაიმახსოვრეთ, რომ გასინჯვის შემდეგ ისევ უნდა დასწიოთ) და სთხოვეთ ავადმყოფს თქვენსკენ შემობრუნდეს, თუ ეს მის გასინჯვას გააადვილებს.

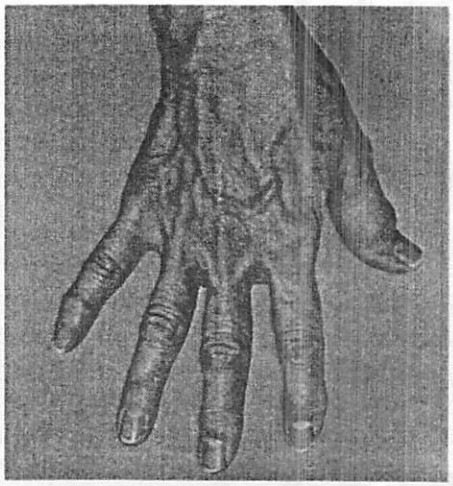
კარგი განათება და გარემო პირობები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს დანახვას და მოსმენას, მაგრამ ძნელი მოსანესრიგებელია. ეცადეთ, რომ ამისთვის ყველაფერი გააკეთოთ. თუ ტელევიზორი ხელს გიშლით გულის ტონების მოსმენაში, მეზობელ ავადმყოფს ზრდილობიანად სთხოვეთ, რომ ხმას ჩაუწიოს. ავადმყოფთა უმრავლესობა ხალისით თანამშრომლობს. იყავით თავაზიანი და ნასვლისას მადლობა გადაუხადეთ.

გვერდითი განათება ოპტიმალურია ზოგიერთი ნაწილის გასასინჯად, როგორც საუღლე ვენური პულსაცია, ფარისებრი ჯირკვალი, გულის საძგერი. სინათლე იჭერება სხეულის ზედაპირზე, სადც ცვლის ჯონკურებს, ამობურცულობას და ჩაღრმავებას მოძრაობის ან უძრაობის დროს.

ორდესაც განათება გამოსარკვევი ზედაპირის ვერტიკალურია, როგორც ჩანს სურათზე, ჩრდილები მცირდება და ზედაპირის მცირე უსწორმასწორობა არ შეინიშნება. ჩაატარეთ ცდა, ფოკუ-



ბვერდითი განათება



ვერტიკალური განათება

სიხებული, იხიბი განათებით ხელის ზუჰგის მყესების გასწვხივ; შეეცადეთ მაჯაზე დაინახოთ სხივის ახტეხიის პულსაცია.

გასინჯვის შესაძლებლობათა ზღვარის განსაზღვრა: ჯომბექსური თუ ფოჯუსიხებული? თითოეული პაციენტის გასინჯვისას უნდა განსაზღვროთ "ხა მოცულობის გამოკვლევა ანახმოოთ?" ამ ზოგად კითხვაზე პასუხის გაცემა მახტივი პასუხი ახ ახსებობს. I თავში მოხოდებულია სანყისი ხეკომენდაცია სხული, თუ ფოკუსირებული გამოკვლევის ჩასატახებად (იხ. გვ.4). პაციენტის გამოკვლევის ჩატახების წინ განიხილეთ ქვემოთ მოხოდებული ცხრილი.

■ *ტრინიკური გამოკვლევა: ჯომპლექსური თუ ფოკუსირებული? ზოგადი ხეკომენდაციები*

ჯომპლექსური გამოკვლევა	ფოკუსირებული გამოკვლევა
▪ სასუჰველია ამბულატორიასა, თუ ტრინიკაში ახლად შემოსული პაციენტისთვის ▪ გვაძლევს საფუძვლიან და ჰირობნულ ინფორმაციას პაციენტის შესახებ ▪ ამყარებს პაციენტისა და ტრინიცისტის უთიერთობას ▪ გვეხმარება დავადგინოთ ან უარვყოთ პაციენტის ჩივილის ტრინიკური მიზეზი ▪ განსაზღვრავს შემდგომი კვლევის საფუძველს ▪ სწავლებისა და ხეკომენდაციის გზით ქმნის ჯანმრთელობის ხელშენყობის ნინაპირობას ▪ ავითარებს ტრინიკური კვლევის ჰირველად პროფესიულ უნარ-ჩვევებს	▪ მიზანშენონილია ადრე შესნავლილი პაციენტის საკონსულტაციოდ, განსაკუთრებით პერიოდული გასინჯვის ან მნვავე შემთხვევის შესნავლისას. ▪ შეისნავლის კონტრეტულ ჩივილს ან სიმპტომს ▪ სწავლობს ორგანიზმის კონტრეტული სისტემის სიმპტომებს ▪ გამოკვლევას მიზანმიმართულად და ყურადღებით მიმართავს კონკრეტული ჩივილის ან პრობლემის შესასნავლად

როგორც ხედავთ, *დანვრილებით (სრული) გასინჯვა* მეტია, ვიდრე ორგანიზმის სისტემების შეფასება. ტრინიკური გასინჯვა არის პაციენტის შესახებ ფუნდამენტური და პერსონალური ცოდნის წყარო და ასდროებს ტრინიცისტის და პაციენტის უთიერთობას. ადამიანთა უმრავლესობას, რომლებიც მოგვმართავენ დახმარებისთვის, აქვთ სპეციფიკური სანუხარი ან სიმპტომები. გასინჯვა გვეხმარება მათი მიზეზის დადგენაში და გვაძლევს პაციენტის კითხვებზე პასუხს.

ფოკუსირებული გასინჯვისას შეარჩიეთ პრობლემის შესაფასებლად შესაბამისი მეთოდები ფრთხილად და არჩევითად, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. პაციენტის სიმპტომები, ასაკი, და ავადმყოფობის ანამნეზი გვეხმარება განვსაზღვროთ თქვენი გასინჯვის მოცულობა დაავადების შესახებ თქვენი ცოდნის სესაბამისად. მაგალითად, ყელის კრივილის ჩივილით მოსული პაციენტების შემთხვევაში, თქვენ უნდა შეეცადოთ გაარკვიოთ, ვის შეიძლება ჰქონდეს ინფექციური მონონუკლეოზი და საქიროებს ღვიძლისა და ელენთის ყურადღებით პალპაციას და ვინ არის უბრალოდ გაციებული და ამგვარი გასინჯვა არ სქიროებს. მე-3 თავში განხილულია ამის სახელმძღვანელო ტრინიკური აზროვნება.

ჩაც შეეხება *ჩუტინეც კონსულტაციასას* ან *პერიოდულ ფიზიკურ გამოკვლევას*. სრული კლინიკური გასინჯვის დანიშნვა დაავადებათა სპრინინგისა და პრევენციისათვის, სიმპტომების შეფასებისაგან განსხვავებით, დანიშნულებითაა განხილული რიგ კვლევებში[4-6]. კვლევებში დადგენილია რიგი კლინიკური კვლევების ტექნიკა: სისხლის ნაკის გაზომვა, ცენტრალური ვენური ნაკის შეფასება იუგულური ვენური პულსით, გულის მოსმენა სარქველოვანი დაავადებებისათვის, მკერდის კლინიკური გასინჯვისათვის, ღვიძლის და ელენთის გადიდების დასადგენად და მენჯის გასინჯვა პაპანიკოლაუს ნაცხით, გასინჯვის და სპრინინგის ჩეკმენდაციები ნარმოდგენილია სხვადასხვა შეთანხმებული პანელებისა და ექსპერტთა ჯგუფების დასკვნების მიერ. ამასთან გაითვალისწინეთ, რომ სპრინინგისთვის (მეტად, ვიდრე ჩივილების დასახმარებლად) გასინჯვის ყველა კომპონენტი არ გამოდგება ჩოგორც საშუალება მომავალი სიკვდილობისა და ავადობის შესამცირებლად.

ბასინჯვის თანმიმდევრობის არჩევა. დიდი მნიშვნელობა აქვს გაითვალისწინოთ, რომ დანიშნულებითი და ამომწურავი კლინიკური გამოკვლევა ეფუძნება გასინჯვის სისტემური თანმიმდევრობის დაცვას. დაგეგმეთ სრული ან ფოკუსირებული გამოკვლევა შემდეგი პრინციპების მიხედვით:

- სრულად უზრუნველყავით პაციენტის კომფორტი.
- თავი აარიდეთ საჭიროების გარდა პოზიციის შეცვლას.
- გაზარდეთ კლინიკური კვლევის ეფექტურობა.

ზოგადად, გასინჯეთ ავადმყოფი "თავიდან ფეხებამდე". თავი აარიდეთ პაციენტის ფეხების გასინჯვას სახისა და ბარის შემონმებამდე. მაღე დაინახავთ, რომ ზოგიერთი მიდგომა, მაგალითად, თავის, კისრის, გულმკერდისა და ფილტვების დათვალიერება უმჯობესია მკდომარე მდგომარეობაში, მნოლიარე პოზიციაში მიზანშენონილია, მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და მუცლის ღრუს ორგანოების დათვალიერება.

ხშირად მოგიხდებათ *ხუთგზე მნოლიარე* ავადმყოფის გასინჯვა. ამ სიტუაციამ შეიძლება შეცვალოს გამოკვლევის თანმიმდევრობა. მაგ. ზოგიერთ ავადმყოფს არ შეუძლია სანოლზე ჯდომა ან ფეხზე დგომა. ავადმყოფის მნოლიარე მდგომარეობაში შეგიძლიათ გასინჯოთ თავი, კისერი და გულ-მკერდის ნინა ზედაპირი. შემდეგ გადააბრუნეთ ავადმყოფი გვერდზე, რათა მოისმინოთ ფილტვები, გასინჯოთ ზურგის მიდამო და დათვალიერეთ კანი. კვლავ გადმოაბრუნეთ ავადმყოფი ზურგზე და დაასრულეთ მისი გამოკვლევა.

პრაქტიკის დაგროვებასთან ერთად, თქვენ გამოიმუშავებთ გასინჯვის თქვენეულ თანმიმდევრობას, რომელიც მაქსიმალურად უნდა ემსახურებოდეს პაციენტის კომფორტს. თავდაპირველად დაგჭირდებათ მცირედი ჩანაწერის სახით გასასინჯი ადგილების ჩამონათვალის გაკეთება, შემდეგ ჩამდენიმე თვეში უკვე ჩამოგიყალიბდებათ ჩუტინეული თანმიმდევრობა. იგი ჩვევად გადაგექცევათ და დაგეხმარებათ, საჭიროების შემთხვევაში დაუბრუნდეთ იმ მიდამოს, რომელიც, თქვენი აზრით, საკმაოდ დეტალურად არ გაქვთ გასინჯული.

გაიხსენეთ I თავი, გვ. 11-15, სადაც მოცემულია გასინჯვის თანმიმდევრობა და გადახედეთ თანმიმდევრობის ქვემოთ მოცემულ სქემას. სხვადასხვა სისტემის გასინჯვის ტექნიკის შესნავლის შემდეგ, თავიდან გადაიკითხეთ ეს მიმოხილვა, რომ შეაფასოთ, რამდენად აუცილებელია თითოეული სეგმენტის განხილვა ორგანიზმის ერთიანი სრული შესნავლისთვის.

ჯერწინაური გამოკვლევა: თანამიმდევრობის მოკლე მიმოხილვა

- ზოგადი დათვალიერება
- სასიცოცხლო ნიშნები
- ჯანი: სხეულის ზედა ნაწილი წინიდან და უკნიდან
- თავი და კისერი, ფასისებრი და ღიმფური ჯირკვლების ჩათვლით
- დამატებითი: ნეირული სისტემა (მენტალური სტატუსი, თავის ტვინის ნეირები, ზედა კიდურებში ძალა, მოცულობა, ტონუსი, ცერებელური ფუნქციები)
- გულმკერდი და ფილტვები
- მკერდი
- ჩონჩხის კუნთები, ჰოგორც ასის აღნიშნული: ზემო კიდურები
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, საუღლე ვენის პულსაცია, საძილე ვენის უკუღინებით, PMI და სხვ.
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, S_3-სთვის, მიტრალური სარქვლის შეილის მოსმენა
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, აორტის სარქვლის შეილის მოსმენა
- დამატებითი: გულმკერდი და ფილტვები – ნინა
- მუცელი
- პერიფერიული სისხლძარღვები; დანატებით: ჯანი – სხეულის ქვედა ნაწილი და კიდურები
- ნეირული სისტემა: ქვემო კიდურებში ძალა, bulk, tone, მგრძნობელობა; რეფლექსები; ბაბინსკი
- ჩონჩხის კუნთები, ჰოგორც მითითებულია
- დამატებით: ჯანი, კიდურების ნინა და უკანა ზედაპირი
- დამატებით: ძვალ-კუნთოვანი, სისხლი
- ქალის: მენჯისა და ექტული დათვალიერება
- ჯაკებში: პროსტატისა და ექტული დათვალიერება

სიმბოლოების მნიშვნელობა

ჯდომით	ზეგზე წოლით, მენჯში მოხრილი, გადანეული და ბოლომდე ამობრუნებული, მუხლებში მოხრილი (ლითოტომიის პოზაში)
ზეგზე წოლით, სანოლის თავის 30°-ით ანევისას	
იგივე, ოღონდ მარცხნივ გადაბრუნებულ მდგომარეობაში	მარცხენა მხარეს მწოლიარე
მჯდომარე,წინ ნამოხრილი	
ზეგზე მწოლიარე	
მდგომარე	

ყოველი სიმბოლო მეორდება, ვიდრე ახალი არ გამოჩნდება. ორი სიმბოლო ერთად, ორივე პოზიციის მისაღებობას გულისხმობს.

გასასინჯი პოზისა და მიდგომა. ამ წიგნში ექიმი პაციენტს სინჯავდეს *მარჯვენა მხრიდან*, იყოს სანოლის ან გასასინჯი მაგიდის სანინააღმდეგო მხარეს შებრუნებული და ოღონდ მოშორებული. არსებობს ჯერწინაური გასინჯვის სტანდარტული პოზიცია, რომელსაც გააჩნია გარკვეული უპირატესობა მარცხენა მხრიდან გასინჯვასთან: უკეთესია, რომ საუღლე ვენის ნნევა ნახოთ მარჯვენა მხრიდან, პალპაციის დროს ხელი უფრო მოხერხებულად დევს გულის მწვერვალზე, მარჯვენა თირკმლის პალპაცია უფრო ხშირად არის შესაძლებელი, ვიდრე მარცხენა თირკმლის, ამიტომ გასასინჯი მაგიდები ხშირად ისე დგას, რომ გასინჯვა მარჯვენა ხელით ხდებოდეს.

ცალია (ამბიდექსტრ) სტუდენტებს უჭირთ მარჯვენა მხრიდან გასინჯვა, ამიტომ პირველად მოუხერხებლად ატარებენ გამოკვლევას. მარცხენა ხელის ხმარება საჭიროა პერკუსიის ჩასატარებლად ან ინსტრუმენტების დასაჭერად, როგორიცაა ოტოსკოპი, ან რეფლექსების გასასინჯი ჩაქუჩი.

პაციენტისთვის კომფორტის შექმნა. ავადმყოფის სხეულისადმი თქვენი მიდგომა ახის თქვენი, ჩოგორც ექიმის უნიკალური და საუკუნეებით დადგენილი პრივილეგია. თქვენს პროფესიულ მოღვაწეობაში მტკიცედ უნდა იყოს დამკვიდრებული პირადი დამოკიდებულების და ავადმყოფის მოხიდებულობის ჩვენება. ეს მოგეხმარებათ, ავადმყოფმა იგრძნოს პატივისცემა. გამოკვლევის დაწყებამდე დახურეთ ოთახის კარები და ჩამოაფარეთ ფარდები.

პაციენტის სხეულის გარკვეული ნაწილების გასინჯვის დროს თქვენ უნდა შეიძინოთ საავადმყოფოს ხალათის გასწორების ან ზენრის დაფარების ხელოვნება. თქვენი მიზანია *გასინჯოთ სხეულის თითოეული ნაწილი ცალ-ცალკე,* ისეთ ავადმყოფმა თავი უხერხულად არ იგრძნოს და უკეთესად გაამახვილოთ ყურადღება ამ ნაწილზე. მაგ. როდესაც ავადმყოფი ზის, ფილტვების უკეთ მოსასმენად დაუდექით ზურგის მხრიდან. საჭიროვების გასასინჯად გაუნთავისუფლეთ კეკი მარჯვენა ძუძუ, ხოლო მარცხენა იყოს დაფარული ხალათით. შემდეგ დაუფარეთ მარჯვენა და გაუნთავისუფლეთ მარცხენა ჯირკვალი გასასინჯად ან გულის გამოსაკვლევად. მუცლის გასინჯვის დროს მხოლოდ მუცელი უნდა იყოს გაშიშვლებული. ხალათით დაუფარეთ გულ-მკერდი, ხოლო ზენარი დააფარეთ საზარდულის არეზე.

იმისთვის, რომ ავადმყოფს დაეხმაროთ იმ ნაწილების მომზადებაში, რომლის ჩვენებაც ეუხერხულება, უნდა აუხსნათ თქვენი მიზნები გამოკვლევის დაწყებამდე. როცა თქვენ აგრძელებთ გამოკვლევას, ავადმყოფს აუხსენით, განსაკუთრებით მაშინ, როცა გრძნობთ მის უხერხულობას ან დისკომფორტს, რომ მაგ. აპირებთ ბარძაყის არტერიაზე პულსის შემოწმებას. იცნობს თუ არა ავადმყოფი ცნობისმოყვარეობას იმის მიმართ, თუ რა ნახეთ ფილტვების გასინჯვით ან როგორ სინჯავთ ღვიძლს და ელენთას?

დარწმუნდით, რომ ავადმყოფს გასაგებად უხსნით გასინჯვის ყველა საფეხურს. მაგ. "ახლა მინდა გული გამოგიკვლიოთ, ამიტომ დაწექით".

ისევე, როგორც გამოკითხვისას, დაუკვირდით ავადმყოფის შეგრძნებებს. უყურეთ სახის გამომეტყველებას და დროდადრო შეეკითხეთ – "ყველაფერი რიგზეა?" გამოკვლევის დროს ხშირად აღმოაჩენთ გამოუვლენელ ჩივილებს ან ტკივილის მიზეზებს. დისკომფორტის შემცირებაში დაგეხმარებათ სანოლის დახრილობის ან გასასინჯი მაგიდის დარეგულირება. ბალიშის გასწორება ან გათბობისთვის საბნის დახურვა ავადმყოფს აჩვენებს, რომ თქვენ მასზე ზრუნავთ.

როდესაც გამოკვლევას დაამთავრებთ, ავადმყოფს გააცანით თქვენი ზოგადი შთაბეჭდილებები და რას აპირებთ შემდეგში. ჰოსპიტალიზებული ავადმყოფების შემთხვევაში დარწმუნდით, რომ ისინი თავს კომფორტულად გრძნობენ და მოუწესრიგეთ გარემო პირობები. ნახეთ, რომ სანოლის სიმაღლე არ იყოს საშიში გადმოვარდნისთვის, თავის ადგილს დაუბრუნეთ დაცვის ის საშუალებები, რაც მანამდე გადაადგილეთ, და თუ საჭიროა, აამაღლეთ სანოლის გვერდები. წასვლისას დაიბანეთ ხელები, განწმინდეთ თქვენი იარაღები და გადაყარეთ გამოყენებული ეთერჟარადი მასალა.

ზოგადი დათვალიერება

ავადმყოფის აღნაგობის, სიმაღლის და წონის შეფასება იწყება მასთან შეხვედრის მომენტში, მაგრამ თქვენ ნახავთ, რომ ავადმყოფის დათვალიერება უფრო ზუსტი იქნება ჯერ ინიციური გამოკვლევის ჰროცესში. გამოცდილ ჯერინისტს თანდათანობით უმძაფრდება დაკვირვების და აღწერის უნარი, ისევე, როგორც ბიოლოგი ცრში სიღუეტით ცნობს ფრინველს. მნიშვნელოვანია, რომ თქვენს თავში გააძლიერთ ავადმყოფის განწყობის, აღნაგობის და ქცევის ჯერინიკური აღქმა. ეს დეტალები გაამდიდრებს და გააღრმავებს თქვენს ჯერინიკურ შთაბეჭდილებებს. გამოცდილი დამკვირვებელი ისე ჯარგად აღწერს ავადმყოფის ზოგადი დათვალიერების მონაცემებს, რომ ჯოელებს შეუძლიათ მისი აღმოჩენა უცნობებს შორის.

ავადმყოფის გარეგნობაზე ბევრი ფაქტორი მოქმედებს – სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯენდერი, გენეტიკა, ფიზიკური განვითარების დონე, გენებ-განწყობა, გადატანილი დაავადებები, სქესი, საცხოვრებელი ადგილი და ასაკობრივი ჯგუფი. გაიხსენეთ, რომ ამ მახასიათებელთა უმეტესობაზე, რომლებიც დანერილებით განიხილეთ *ზოგად დათვალიერებაში*, გავლენას ახდენს ავადმყოფის ნაკვებობა: სიმაღლე და წონა, სისხლის წნევა, ტანის დგომა, გენებ-განწყობა და ყურადღება, სახის ფერი, ჯაილების, ენის და ღრძილების მდგომარეობა, ფრჩხილების ფერი, ჯუნთების განვითარება. იცოდეთ, რომ ავადმყოფის სიმაღლის, წონის, სმი-ის და სიმსუქნის ისტის შეფასება თქვენი საექიმო მოღვაწეობის ჩუტნელი ნანილია.

თქვენ უნდა დაეხუნდეთ იმ გამოკვლევებს, რაც ჩაატარეთ ავადმყოფთან პირველი შეხვედრისას და გააღრმავოთ შემდეგი შესწავლით. ესმის თუ არა ავადმყოფს თქვენი, რომელსაც მიესალმეთ მოსაცდელ ოთახში ან ჯაბინეტში? ადვილად დგება? ადვილად დადის თუ არა? როდესაც პირველად ნახეთ ჰოსპიტალიზებული პაციენტი, რას აკეთებდა - იჯდა და ტელევიზორს უყურებდა? ... თუ საწოლში იწვა? ... ან იდო მაგიდაზე? ... ჟურნალი? ... "გამოჯანმრთელდით" ბარათები? ... ბიბლია, თუ ჯარიანსანი? ... ჯამი ღებინებისთვის? ... თუ არაფერი? თითოეული ეს დაკვირვება ნარმოშობს ეჭვ ან ჩამდენიმე მოსაზრებას ავადმყოფის შემდგომი გამოკვლევების შესახებ.

ჯანმრთელობის ჩვეული მდგომარეობა. ეცადეთ, გააკეთოთ ზოგადი შეფასება, რომელიც დამყარებული იქნება ავადმყოფის პირველი ნახვისას გასინჯვაზე და გამყარეთ სარწმუნო დეტალებით.

მწვავე თუ ქრონიკული დაავადებით, სუსტი, ძლიერი

ბონებრივი შესაძლებლობების დონე. არის თუ არა ავადმყოფი სხარტი, ყურადღებიანი და გულისხმიერი თქვენსა და გარშემომყოფების მიმართ. თუ არა, შეაფასეთ მისი ბონებრივი შესაძლებლობის დონე (იხ. გვ. 579)

მოქნეის გრძნობა გულმკერდის არეში, სიფეთქვა, ძლიერი ოფლიანობა, სუნთქვის გაძნელება, ხმაურიანი სუნთქვა, ხველა

დაჩლევების ნიშნები. მაგალითად, ავლენს თუ არა ავადმყოფი რამე ნიშნებს.

ტკივილისგან შეკრთომა, ოფლიანობა, მტკივნეული უბნის დაცვა შეხებისგან

- გულის ან სუნთქვის უკმარისობა
- ტკივილი

- შფოთვა ან დეპრესია

შენუხებული გამომეტყველება, მოუსვენრობა, ცივი და სველი ხელისგულები, ახაფხის გამომხატველი ან ზეჩვეული აფექტი, ცდილობს, არ უყუროს ექიმს თვალებში, ფსიქომოტორიის შენელება

სიმაღლე და აწონვა. თუ შესაძლებელია, ავადმყოფის სიმაღლე გაზომეთ ფეხსაცმელების გარეშე. არის თუ არა ავადმყოფი განსაკუთრებით დაბალი ან მაღალი? სწორი აწონვისაა და გამხდარი, თუ ჯარგად განვითარებული კუნთოვანი სისტემით და ჩაფსკვნილი? აღნიშნეთ სხეულის ძირითადი პროპორციები და დეფორმაციები.

ძალიან დაბლები არიან Turner-ის (ტერნერი) სინდრომის დროს, ბავშვობის ასაკში დაწყებული თირკმლის უკმარისობით, აქონდროპლაზიით და ჰიპოფიტუტარიზმით ავადმყოფები. ტანთან პროპორციული გრძელი კიდურები აღინიშნება ჰიპოგონადიზმითა და Marfan-ის (მარფანი) სინდრომით პაციენტებში

წონა. არის თუ არა ავადმყოფი გამოფიტული, გამხდარი, ჯარგი ნაკვებობის ან მსუქანი, ან საშუალო წონის. თუ პაციენტს სიმსუქნე აქვს, ცხიმი თანაბრადაა განაწილებული, თუ კონცენტრირებულია სხეულზე, წელს ზევით, თუ თეძოებზე?

ცხიმის თანაბრად განვითარება აღინიშნება ჩვეულებრივი სიმსუქნის დროს. სხეულის გასუქება შედარებით ნვრილი კიდურებით დამახასიათებელია Cushing-ის (ცუშინგი) და მეტაბოლური, ანუ ინსულინ ჩეზისტენტული სინდრომისთვის

თუ შესაძლებელია, ავადმყოფი აწონეთ ფეხსაცმელების გარეშე. წონა განაპირობებს ჯარმოების მიღების ეროვნულ და დროთა განმავლობაში მისი ცვლილება მოქმედებს სხვა სახმუნო დიაგნოსტიკურ მონაცემებზე. დაიმახსოვრეთ, რომ წონის ცვლილება შეიძლება გამოინვიოს ორგანიზმში სითხის ჭარბენობამ, ისევე როგორც ცხიმის და კუნთების მასამ.

გამოიყენეთ წონისა და სიმაღლის მაჩვენებლები სმი-ის ჯაღკუნაციისთვის (იხ. გვ. 90-92).

ჯანის ფერი და ხილული დაზიანებები. იხ. თავი 4: "ჯანი, თმა და ფრჩხილები" დანვრილებით.

სიფერმკრთალე, ციანოზი, სიყვითლე, გამონაყარი, სისხლჩაქცევები

ჩაცმულობა, ჰიგიენა და პირადი ჰიგიენა. როგორ არის ავადმყოფი ჩაცმული? ასაკია თუ არა სეზონის შესაბამისად? კანისამოსი სუფთაა, კარგად მოვლილი? თავისი ასაკის და სოციალური მდგომარეობის შესაფერისად არის ჩაცმული?

ზედმეტი კანსაცმელი გამოხატავს, რომ ავადმყოფი ვერ იკანს სიცივეს ან აქვს ჰიპოთირეოზი; დაფარული გამონაყარი ან ნემსის ჩხვლეტის ნიშნები ან პირადი ცხოვრების სტილის და ჩვევების ნიშნები

შეხედეთ ავადყოფის ფეხსაცმელს. ხომ არ აქვს გამოჭრილი ნახვრეტები? თასმები შეკრული აქვს? ხომ არ ასკია საშინაო ფეხსაცმელი?

ატარებს თუ არა ავადმყოფი ჩაიმე ეჩვეულო სამკაულს? აქვს თუ არა სვირინგი.

ფეხსაცმელებზე ნახვრეტების გამოჭრა ან საშინაო ფეხსაცმელი მიუთითებს ნეკრების ქარზე, ბურსიტზე, ან ტერფის ჩაიმე მიზეზით

დააკვირდით ავადმყოფის თმას, ფრჩხილებს და გამოყენებულ კოსმეტიკას, რაც პაციენტის პიროვნული თვისებების, გუნებ-განწყობის და ცხოვრების სტილის გამოხატულებაა. თუ

ავადმყოფი აღარ იღებავს თმას და ფჩჩიღებს, ეს მიუთითებს გახეგნობაზე ყუჩადღების მიქცევის დაქვეითებაზე.

შეესაბამება თუ არა პიროდი ჰიგიენა და თავის მოვლა ავადმყოფის ასაკს, ცხოვრების სტილს, საქმიანობას და სოციალურ-ეკონომიურ სტატუსს. ეს ფასითოდ ცვალებადი ნოჩმებია.

სახის გამომეტყველება. დააკვირდით სახის გამომეტყველებას დასვენების დროს, სპეციფიკურ საკითხებზე საუბრისას, ტრინიკური გამოკვლევის და სხვებთან ურთიერთობის დროს. დააკვირდით თვალებს. გამოხედვა ბუნებრივია თუ არა. დაფიქრებით იყურება და თვალებს არ ახამხამებს? განზე იყურება? არაფრისმთქმელი მზერა აქვს?

სხეულის და ამონასუნთქი ჰაერის სუნი. სუნი მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური საშუალებაა. მაგ. შაქრიანი დიაბეტის დროს ხილის ან აცეტონის სუნი. (აცეტონის სუნის დროს CAGE-კითხვარი მოგეხმარებათ შესაძლო ჭარბი მოხმარების დასადგენად).

არასოდეს დაასკვნათ, რომ ავადმყოფის სუნთქვისას აცეტონის სუნი გამოხატავს მის ფსიქიკურ ან ნევროლოგიურ სტატუსს.

მდებარეობა, სიარულის მანერა და მოტორული აქტივობა. რა მდებარეობას არჩევს ავადმყოფი?

ზის თუ არა პაციენტი მშვიდად და თავისუფლად? ხშირად იცვლის მდებარეობას? სნარფად მოძრაობს?

აღენიშნება თუ არა უნებლიე მოძრაობები? სხეულის ერთერთ ნაწილის მოძრაობა შეზღუდულია? ერთერთ ნაწილის?

დადის თუ არა ავადმყოფი თავისუფლად, მოხერხებულად, დამოუკიდებლად და იცავს წონასწორობას, თუ ეკრობს ან ერიმე დისკომფორტს განიცდის? ვარდება, ვერ იცავს წონასწორობას ან მოძრაობის ერიმე დარღვევა აქვს?

სასიცოცხლო ნიშნები

ახლა თქვენ შეგიძლიათ განსაზღვროთ *სასიცოცხლო ნიშნები*: არტერიული სისხლის ნნევა, გულის რიტმი, სუნთქვის სიხშირე, სხეულის ტემპერატურა. თქვენ ნახავთ, რომ სასიცოცხლო ნიშნები უკვე ნანახია და შეტანილია ბარათში. თუ აღინიშნება ცვლილებები, ხელმეორედ უნდა შეამოწმოთ. შეგიძლიათ ეს ნიშნები მოგვიანებით განსაზღვროთ, როდესაც დაინყებთ გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემების გამოკვლევას, მაგრამ ხშირად ბარათი თავად განვლით მნიშვნელოვან ინფორმაციას, რაც განსაზღვრავს თქვენი კვლევის მიმართულებას.

ტკივილზე. გახსნილი თასმები შეშუპებაზე მიუთითებს

სპილენძის სამაჯურები ზოგჯერ ართრიტზე მიგვანიშნებს. სვირინგი შეიძლება იხილოთ სხეულის ნებისმიერ ადგილას

თმისა და ფჩჩხილების შელებვის შენყვეტა მოგეხმარებათ შეაფასოთ დაავადების ხანგრძლივობა, რასაც თავად ვერ აზუსტებს. ფჩჩხილების კვნეტას სტრესის ამსახველია.

მოულოდნელი გახეგნობა აღენიშნება დეპრესიით ან დემენციით დაავადებულ ავადმყოფებს, მაგრამ ეს ნიშნები შეეხებული უნდა იყოს ავადმყოფის შესაძლო ნოჩმასთან.

დაფიქებული ან გაკვირვებული მზერა ახასიათებს ჰიპერთირეოზს; უძრავი სახის გამომეტყველება - პარკინსონიზმს; შეწუხებული სახე - დეპრესიას. მზერის ერიდება შეიძლება იყოს კონტრაქტის ან წუხილის, მოწყენის შედეგი.

დაკვირდით აცეტონის, აცეტონის (დიაბეტის დროს) სუნს. ასევე დააკვირდით სუნს სასუნთქი გზების ინფექციის, ენემიის ან ღვიძლის უკმარისობის დროს.

აცეტონის ჭარბ მომხმარებლებს შეიძლება ჰქონდეთ სხვა უფრო სერიოზული და პოტენციურად მოწყვლადი პრობლემები, როგორიცაა ჰიპოგლიკემია, სუბდურალური ჰემატომა ან სიყვითლის შემდგომი მდგომარეობა.

გულის მარცხენამხრივი უკმარისობის დროს პაციენტს ერჩვნია მკდომარე მდებარეობა; ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების

პირველად შეამოწმეთ არტერიული სისხლის ნნევა, პულსი. თუ არტერიული სისხლის ნნევა მაღალია, მოგვიანებით ხელმეორედ გაზომეთ. გულის ჩიტმი დათვალეთ თითების დადებით სხივის არტერიაზე ან სტეტოსკოპით გულის მწვეივალზე. ეს პროცესი გააგრძელეთ და დათვალეთ სუნთქვის სიხშირე ისე, რომ პაციენტმა ყურადღება არ მიაქციოს, რადგან ავადმყოფს შეიძლება შეეცვალოს სუნთქვის სიხშირე, თუ შეამჩნია, რომ ვინმე აკვირდება. სხეულის ტემპერატურა უნდა გაზომოთ მინის თერმომეტრით, ყურის ან ცოფრული თერმომეტრით. ქვემოთ დანვრილებითაა აღნერილი, თუ როგორ უნდა მოხდეს სასიცოცხლო ნიშნების ზუსტად შესნავლა.

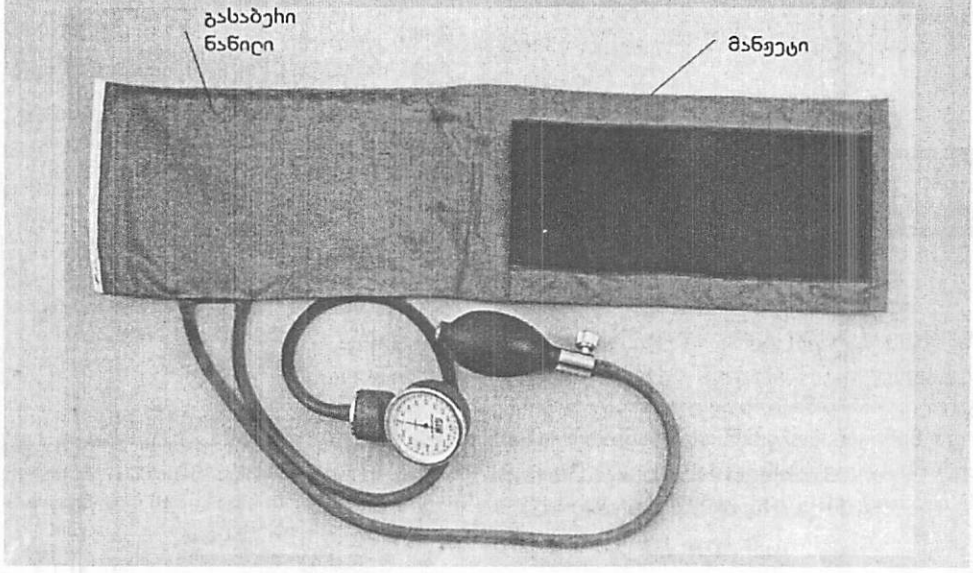
არტერიული სისხლის ნნევა

არტერიული სისხლის ნნევის გასაზომი მანერეტის არჩევა (სფიგმომანომეტრი). 50 მილიონზე მეტ ამერიკელს არტერიული სისხლის მაღალი ნნევა აქვს[7]. არტერიული სისხლის ნნევის ზუსტად გაზომვისთვის ყურადღებით უნდა შეარჩიოთ შესაფერისი ზომის მანერეტი. არტერიული სისხლის ნნევის გასაზომი მანერეტი შეიძლება იყოს დაკავშირებული მანომეტრულ ან ვერცხლისწყლიან ხელსაწყოებთან. ვინაიდან მანომეტრული ხელსაწყო ხშირად არაზუსტია, ხმარების წინ ზოგჯერ საჭიროა მისი შემოწმება.

ქვემოთ მოტანილი რეკომენდაციები მოგეხმარებათ, ავადმყოფს სწორად მოუგოთ მანერეტის ზომა და შეარჩიოთ, შეიძინოს არტერიული ნნევის გასაზომი ხელსაწყო. ამავე დროს, პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ ამგვარი მონყობილობები პერიოდულად ინდა მოწმდებოდეს.

არტერიული სისხლის ნნევის გასაზომი მანერეტის სწორად შერჩევა

- მანერეტის გასაბერი ნანილის სიგანე უნდა იყოს ზემო მხრის გარშემონერილობის 40% (დაახლოებით 12-14 სმ მოზრდილებისთვის)
- მანერეტის გასაბერი ნანილის სიგრძე უნდა იყოს ზემო ტიდულის გარშემონერილობის 80% (ისეთი სიგრძის, რომ მკლავს შემონვდეს)



დროს ზის წინ გადმოხრილი და ეყრდნობა ხელებს.

სწრაფი, მკვეთრი მოძრაობები ახასიათებს ჰიპერთრიეოზს, აქტიობის შენელება – ჰიპოთრიეოზს.

ტრემორი ან სხვა სახის უნებლიე მოძრაობა; დამბლა. იხ. ცხრილი 17-3, ტრემორი და უნებლიე მოძრაობები (გვ. 653-654).

იხ. ცხრილი 17-8, სიარულის მანერის და მდებარეობის დარღვევები (გვ. 663-664).

იხ. ცხრილი 4-7, პულსის და არტერიული სისხლის ნნევის ტალღების დარღვევები. იხ.ცხრილი 4-8, სუნთქვის სიხშირის დარღვევები

ძალიან მკერდ ან ვინრო მანერეტის გამოყენებამ შეიძლება გვიჩვენოს ცრუ მაღალი არტერიული სისხლის ნნევის ციფრები. ასევე მსუქან პირებში ნორმალური ზომის მანერეტის გამოყენებამაც შეიძლება განაპირობოს ჰიპერტენზიის ცრუ დიაგნოზი

არტერიული სისხლის ნაკადის გაზომვის მეთოდიკა არტერიული სისხლის ნაკადის გაზომვამდე უნდა გაიარჭოთ ჰამოდენიმე საფეხური, ჰათა დაჰწმუნდეთ, ჰომ ჰოცედურა ზუსტი იქნება. ამ საფეხურების გავლის შემდეგ თქვენ მზად იქნებით ნაკადის გაზომვისთვის. ზუსტი მეთოდიკა მნიშვნელოვანია და ამცირებს მისთვის დამახასიათებელ ცვალებადობას, განპირობებულს პაციენტით, ექიმით, ხელსანყოთი და თავად ჰოცედურით.

არტერიული სისხლის ნაკადის გაზომვისთვის მომზადება

- იდეალურია, ავადმყოფს სთხოვოთ არტერიული სისხლის ნაკადის გაზომვამდე 30 წუთის განმავლობაში არ მოწიოს სიგარეტი, არ დაიბოს ჯოფეინის შემცველი სასმელი და გაზომვამდე სულ ცოტა 5 წთ-ის განმავლობაში იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში.
- შეამოწმეთ, ჰომ ოთახში იყოს სიჩუმე და ჯომფორტი.
- მკლავი უნდა იყოს *შიშველი*, მკლავზე არ უნდა იყოს არტერიო-ვენური ფისტულა დიალიზისთვის, აღრე ჩატარებული ჯვეთის გამო განვითარებული ნანიბური ან ღიმფური შეგუბების ნიშნები (ჰასც ვითარდება იღლიის ღიმფური ჯვანძის ამოჯვეთის ან სხივური თერაპიის შემდეგ)
- პალპაციით შეამოწმეთ პულსაცია მხრის არტერიაზე
- მკლავი უნდა იდოს ისე, ჰომ მხრის არტერიის ნაკეცი *გულის დონეზე* იყოს – დაახლოებით მკერდის ძვალთან მე-4 ნეკნის შეერთების დონეზე.
- ჰოდესაც ავადმყოფი ზის, მკლავი უნდა იდოს მაგიდაზე ნეღის ოდნავ ზემოთ; თუ დგას, ეცადეთ ავადმყოფის მკლავი გულ-მკერდის შუა ნანილის დონეზე იყოს.

თუ მხრის არტერია გულის დონეზე ბევრად ქვემოთაა, არტერიული ნაკადი ცრუდ მომატებული იქნება. ავადმყოფის მცდელობა, თავად დაიჭიროს მკლავი, ასევე ზრდის ნაკადს.

დუნე მანჟეტი ან ბაღონის მანჟეტიდან გამოვარდნა ნაკადის ცრუ მაღალ ციფრებს გამოიწვევს.

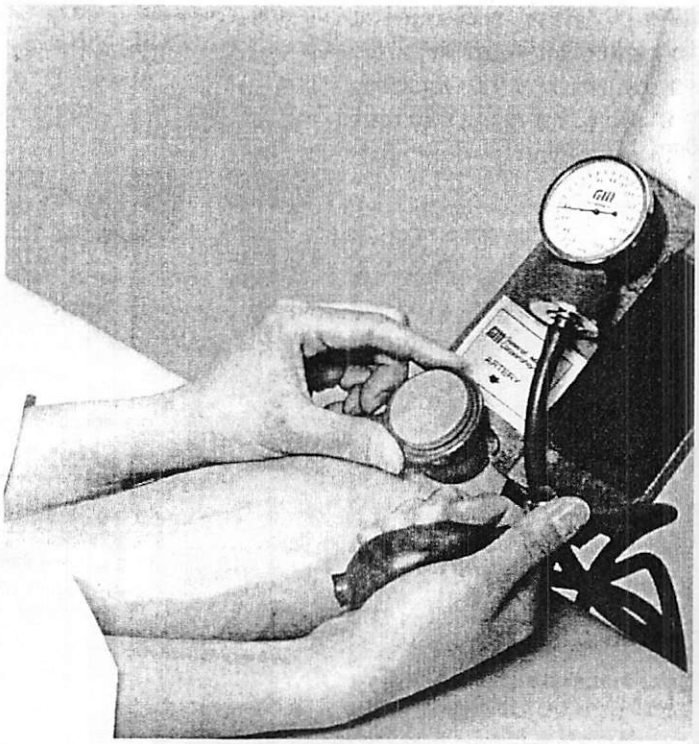
ახლა თქვენ მზად ხართ ნაკადის გასაზომად.

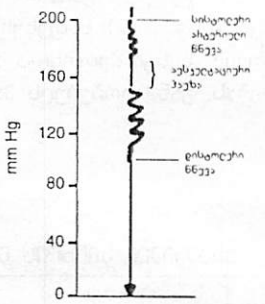
- გასაბერი მანჟეტი მოათავსეთ მხრის არტერიაზე. მანჟეტის ქვედა კიდე იდაყვის ნაკეცზე 2.5 სმ-ით ზემოთ უნდა იყოს. მანჟეტი მჭიდროდ შეკარით. ავადმყოფის მკლავი მცირედ მოხრილი უნდა იყოს იდაყვის სახსარში.

- იმისთვის, ჰომ განსაზღვროთ, სადამდე გაზარდოთ ნაკადი მანჟეტში, პირველ ჰიგში პალპაციით დაადგინეთ სისტოლური ნაკადი. ჰოგორც კი თქვენ შეიგრძნობთ სხივის არტერიას თითებით ერთ ხელზე, სწრაფად გაბერეთ მანჟეტი მანამდე, სანამ არ გაქრება პულსი სხივის არტერიაზე. ნახეთ ნაკადი მანომეტრზე და მოემატეთ 30 მმ. ვწყ. სვ. ეს სიდიდე აიღეთ სამიზნედ, ჰათა ზედმეტმა ნაკადმა მანჟეტში არ გამოიწვიოს დისკომფორტი. ამით ასევე თავიდან აიცილებთ შეცდომას, გამოწვეულს *აუსკულტაციური პაუზით* - სიჩუმის ინტერვალით სისტოლის და დიასტოლის ნაკადებს შორის.

- სწრაფად და მთლიანად გამოუშვით მანჟეტიდან ჰაერი და მოიცადეთ 15-30 წმ.

- შემდეგ მჭიდროდ დაადეთ სტეტოსკოპი მხრის არტერიას. ვინაიდან გულის ტონები *(კოროტკოვის ტონები)* შედარებით ჩუმია, მათი მოსმენა უკეთესია სტეტოსკოპის სამკაულებით.

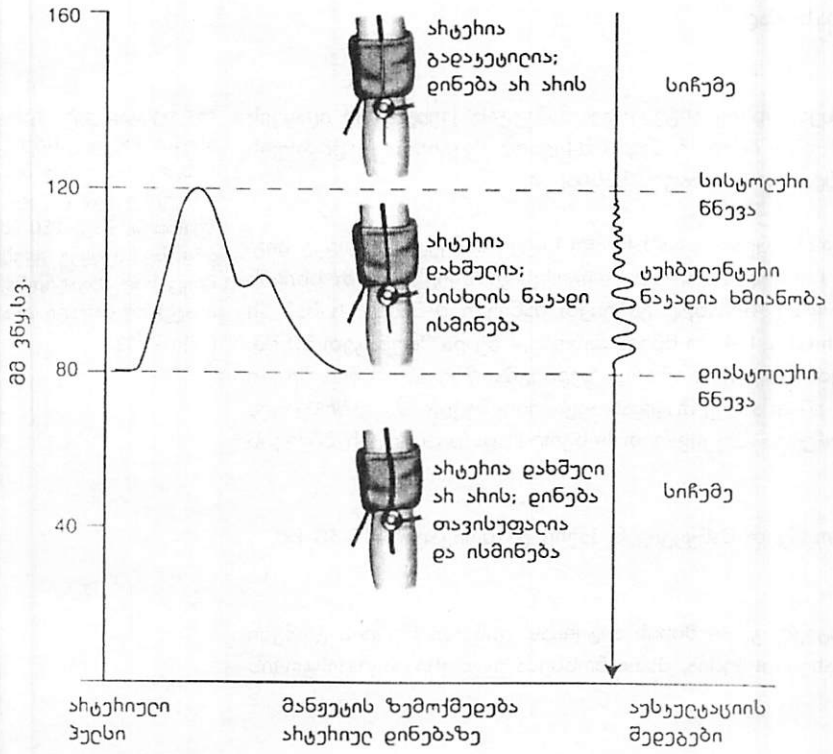




თუ საზღვრავთ ასუსუნტაციის პაუზას, ზუსტად ჩაინიშნეთ წნევის ციფრები (მაგ. 200/98 ასუსუნტაციური პაუზით 170-150-დან)

ასუსუნტაციური პაუზა დაკავშირებულია არტერიის ხელის გამკვრივებასთან და ათეროსკლეროზთან[8].

- ხელავ გაბერეთ მანჟეტი უკვე დადგენილ დონემდე და შემდეგ გამოუშვით ჰაერი ნელა, დაახლოებით 2-3 მმ ვწყ. სვ. წმ-ში. ჩაინიშნეთ ის დონე, როდესაც მოისმენთ ბოლო ოჰ მომდევნო ტონს. ეს არის სისტოლური წნევა.



- განაგრძეთ ნევრის ნელა დაქვეითება, სანამ ტონები ახ გაქრება. ჩომ დახწმენდეთ ტონების გაქრობაში, განაგრძეთ მოსმენა ნევრის 10-20 მმ ვწყ. სვ-ით შემცირებამდე. შემდეგ სწრაფად გამოუშვით ჰაერი ნელამდე. ტონების გაქრობის მომენტი შეესაბამება დიასტოლეს ნევრას მოზრდილებში.

- სისტოლური და დიასტოლური ნევრის დონეები წაიკითხეთ 2 მმ ვწყ სვ-ის სიზუსტით. მოიცადეთ 2 წთ ან ცოტა მეტი და ხელავ გაიმეორეთ. აიღეთ საშუალო მაჩვენებელი. თუ პირველი ორი გაზომვის შედეგი განსხვავდება 5 მმ ვწყ სვ-ით, ხელავ გაიმეორეთ.

- ხოდესაც იყენებთ ვერცხლისწყლიან სფიგმომანომეტრს, მანომეტრი უნდა დააყენოთ ვერტიკალურად და გაზომვა ანრომოთ ისე, ჩომ თვალი იყოს მენისკის დონეზე. ხოდესაც იყენებთ ანეროიდულ ინსტრუმენტს, ციფერბლატი დააყენეთ თქვენი სახის პირდაპირ. მოერიდეთ მანჟეტში ჰაერის ნელა ან განმეორებით ჩაბერვას, ვინაიდან ვენური შეგუბება ცრუ ჩვენებას მოგცემთ.

- სისხლის ნევრა უნდა გაიზომის ორივე ხელზე სულ ცოტა ერთხელ მაინც. ნორმალურად, ხელებს შორის სხვაობა 5 მმ ვწყ. სვ-ია, ზოგჯერ 10 მმ მწყ სვ-იც. საბოლოოდ, უნდა დაფიქსირდეთ ის მაჩვენებელი, ჩომელიც უფრო მაღალი იქნება.

ზოგიერთ პირველებაში ტონების შესუსტების და გაქრობის მომენტები ერთმანეთისგან დამოკიდებულია. ზოგჯერ, ხოგორც ორტის ხელგრძნობიარების დროს, ტონები არასოდეს არ ქრება. თუ ამ მომენტებს შორის განსხვავება 10 მმ ვწყ სვ-ია, ჩაინიშნეთ ორივე მაჩვენებელი. მაგ. 154/80/68.

ტონების სმენადობის შესუსტებისას ვენური შეგუბება გამოინვევს სისტოლური და დიასტოლური ნევრის ხელოვნურად დანევას

არტერიული სისხლის ნორმალური ნევრის და გადახრების განმარტება. 2003 წელს სისხლის მაღალი არტერიული ნევრის დადგენის, განვითარების და მკურნალობის გაერთიანებული ეროვნული კომიტეტის (ეNჩ) ხელმძღვანელობით ჰიპერტენზიის დიაგნოზი უნდა დაისვას, თუ ნორმაზე მაღალი ნევრა დაფიქსირდება პირველი გასინჯვის შემდეგ სულ ცოტა ორი ან მეტი ვიზიტის შედეგად. მომატებული უნდა იყოს ან დიასტოლური სისხლის ნევრა (დსნ), ან სისტოლური სისხლის ნევრა (სსნ). მოზრდილებისთვის (18 წელი და მეტი) კომიტეტმა გამოყო დსნ-ის და სსნ-ის ექსი კატეგორია.

გაერთიანებულმა ეროვნულმა კომიტეტმა დაადგინა სისტოლური და დიასტოლური ჰიპერტენზიის საზღვრები. დაიმახსოვრეთ, ჩომ თითოეული კომპონენტი შეიძლება უფრო მაღალი იყოს.

■ *სისხლის ნევრის კლასიფიკაცია (18 წელს ზემოთ მოზრდილები)*

კატეგორია	სისტოლური (მმ. ვწყ. სვ.)	დიასტოლური (მმ. ვწყ. სვ.)
ნორმა	<120	<80
პრეჰიპერტენზია	120-139	80-89
ჰიპერტენზია		
სტადია 1	140-159	90-99
სტადია 2	≥ 160	≥ 100

ჰიპერტენზიის შეფასებისას შესწავლილ უნდა იქნას სამიზნე ორგანოების – თვალების, გულის, ტვინის და თირკმლების მდგომარეობა. გამოკვლეულ ჰიპერტენზიული ხელგრძნობიარების, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის და ინსულტის გამომწვევი ნევროლოგიური უკმარისობის არსებობა. თირკმლის გამოკვლევა გულისხმობს შარდის ანალიზს და სისხლის ტესტირებას.

ხოდესაც სისტოლური და დიასტოლური ნევრები სხვადასხვა ხარისხს ასახავენ, მიაკუთვნეთ უფრო მაღალი კატეგორია. მაგალითად, 170/92 მმ ვწყ. სვ. მიეკუთვნება ზომიერ ჰიპერტენზიას და 170/120 მმ ვწყ. სვ. - მძიმე ჰიპერტენზიას. *იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის* დროს, სისტოლური ნევრა არის ≥140 მმ ვწყ. სვ. და მეტი და დიასტოლური ნევრა ნაკლებია 90 მმ ვწყ. სვ-ზე.[9]

ახტეხიული სისხლის ნნევის შედახებით დაბალი დონე ყოველთვის უნდა აიხსნას ნინა მაჩვენებლის და ავადმყოფის ამჟამინდელი ჯლინიკური მდგომახეობის მიხედვით.

110/79 მმ ვწყ სვ. ჩვეულებრივ, ნორმალური ნნევაა, მაგრამ ასევე შეიძლება გამოხატავდეს მნიშვნელოვან ჰიპოტენზიას, თუ აქრე ნნევა მაღალი იყო.

თუ ნაჩვენებია, უნდა გაიზომოს *ორთოსტატიული, ანუ ფეხზე დგომის დროს* ახტეხიული სისხლის ნნევა (იხ. თავი 20, ხანდაზმულები, გვ. 861). გაზომეთ სისხლის ახტეხიული ნნევა და გულისცემის სიხშირე ორ პოზიციაში – ზურგზე წოლისას, 10 წუთის დასვენების შემდეგ, და შემდეგ ფეხზე დგომის 3 წუთის შემდეგ.
ნორმაში, მწოლიარე მდგომახეობიდან ფეხზე ადგომისას, სისტოლური ახტეხიული ნნევა მცირედ იკლებს ან არ იცვლება, ხოლო დიასტოლური – ოდნავ მატულობს. ორთოსტატიული ჰიპოტენზია არის სისტოლური ნნევის e"20 მმ ვწყ. სვ. დანევა ან დიასტოლური ნნევის e"10 მმ ვწყ. სვ. ანევა 3 წუთის დგომის განმავლობაში.

სისტოლური ახტეხიული ნნევის 20 მმ ვწყ. სვ. ან მეტად დანევა, განსაკუთრებით, სიმპტომების თანხლებით, მიუთითებს ორთოსტატიულ (ფეხზე ადგომის დროს) ჰიპოტენზიაზე. მისი გამომწვევი მიზეზებია ნამლის ზემოქმედება, სისხლის დანაკარგი, დიდი ხნის განმავლობაში მწოლიარე მდგომარეობა და ავტონომიური ნეხვეული სისტემის დაავადებები.

განსაკუთრებული მდგომარეობები

სუსტი ან გაუჩერებელი პოროტოვის ტონები. განიხილეთ ტექნიკური ბრობლემები, როგორიცაა სტეტოსკოპის არასწორი დადება: სტეტოსკოპსა და კანის ზედაპირს შორის ჰაერის არსებობა, ავადმყოფის მკლავის ვენაში შეგუბება მანჟეტის განმეორებითი გაბერვის გამო. გაითვალისწინეთ ასევე შოკის შესაძლებლობაც.

როცა ვერ ისმენთ პოროტოვის ტონებს, სისტოლური ნნევის დადგენა შეგიძლიათ პალპაციით. შეიძლება აუცილებელი გახდეს აღტეხნატიული მეთოდები, როგორიცაა Doppler გამოკვლევა ან ახტეხიული სისხლის ნნევის პირდაპირი გაზომვა.

პოროტოვის ტონების გაძლიერებისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ ჩამოთვლილი მეთოდები:

- ავადმყოფს აუწიეთ მკლავი მანჟეტის გაბერვამდე და გაბერვის დროს. შემდეგ ჩამოუწიეთ მკლავი და გაზომეთ ნნევა.
- გაბერეთ მანჟეტი და ავადმყოფს სთხოვეთ, ჰამოდენიმეჯერ მოუჭიროს და გაშალოს მუშტი და ამის შემდეგ გაზომეთ ნნევა.

ჰიპოთერმია. ჰიპოთერმის დროს ნნევის ცვალებადობას და ამის შედეგად გაზომვის შეცდომებს. ორ მიაქციოთ ყურადღება ჰიგგართერმ შეკუმშვების ეფექტს. ხშირი ჰიგგართერმ შეკუმშვების ან მოციმციმე ახტეხიის დროს ჰამოდენიმე გაზომვის საშუალო მაჩვენებელი ჩაინიშნეთ და აღნიშნეთ, რომ თქვენი გაზომვის შედეგი მიახლოებითია.

იზოლირებული სახლის ან ექიმის კაბინეტის ჰიპერტენზია, იზოლირებული კაბინეტის ჰიპერტენზიის საპირისპიროდ, მიუთითებს გულსისხლძარღვთა დაავადების მაღალის ჰისკის არსებობაზე.[12-15]

შეშფოთებული ავადმყოფი და იზოლირებული კაბინეტის ჰიპერტენზია ("თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია"). ავადმყოფთა 12-დან 25%-ში მაღალი დიასტოლური ნნევის ხშირი მიზეზია შფოთვა, ექიმის კაბინეტში გაზომვისას უფრო მაღალია, ვიდრე სახლში ან ნორმული აქტივობის დროს[12,13]. ეს შეიძლება ჰამოდენიმე ვიზიტის მანძილზე აღინიშნოს. შეეცადეთ ავადმყოფს მოუხსნათ დაძაბულობა და განმეორებით გაუზომეთ ნნევა მოგვიანებით მოულოდნელად.

მუსკანი პაციენტების ახტეხიული სისხლის ნნევის გაზომვა ვინრო მანჟეტით გამოიწვევს მაღალი სისტოლური ნნევის მცდარ შედეგს.

მსხვილი ან ძალზე წვრილი მკლავი. მსხვილი მკლავის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია ფართო (15 სმ) მანჟეტის გამოყენება. თუ მკლავის გარშემონერილობა 41 სმ-ზე

მეტია, გამოიყენეთ ბახძაყის მანჟეტი (18 სმ სიგანის). ძალიან ნვიიღი მკლავის შემთხვევაში უნდა გამოიყენოთ პედიატრიული მანჟეტი.

ახათანაბახი ახტეხიული სისხლის ნნევა მკლავსსა და ფეხზე. ჰიპერტენზიის მქონე ავადმყოფებში აორტის ჯოხქტაციის დასადგენად სულ ცოტა ორი გამოკვლევა უნდა ჩაატაროთ:

- შეადახეთ ახტეხიული სისხლის ნნევა მკლავზე და ფეხზე.
- შეადახეთ პულსის სიდიდე და ხასიათი სხივის და ბახძაყის ახტეხიებზე. ჩვეულებრივ, ნნევა და პულსი თანაბახია.

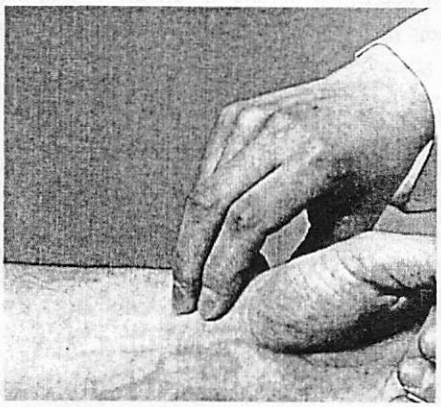
ფეხზე ნნევის გაზომვისთვის გამოიყენეთ ფახთო და გრძელი მანჟეტი, რომლის გასაბერი ნაწილის ზომებია 18×42 სმ და დაამაგრეთ ბახძაყის შუა ნაწილში. გასაბერი ნაწილი უნდა იყოს უკანა ზედაპირზე, მჭიდროდ შემოხვეული. ტონები მოისმინეთ მუხლის ფოსოში ახტეხიაზე. თუ საჭიროა, ავადმყოფი შეიძლება მოხრილი იყოს. მწოლიახე ავადმყოფს სთხოვეთ ეხთი ფეხი ოდნავ მოხახოს, ქუსლი უნდა ეხებოდეს სანოლს. როდესაც შესაბამისი ზომის მანჟეტებს იყენებთ ფეხისთვის და ხელისთვის, სისხლის ნნევა ეხთნაირი იქნება ორივე ადგილზე (მკლავის მანჟეტის ფეხზე გამოყენება ცხე მაღალ ნნევას აჩვენებს).

აორტის ჯოხქტაცია ვითახდება აორტის შევიწროებისას ღავიწყვეშა ახტეხიის ჰიოქსიმაღუხად, ან, იშვიათად, დისტალუხად.

აორტის ჯოხქტაციისა და *აორტის ოკლუზიის* განმასხვავებელი ნიშანია მაღალი ახტეხიული სისხლის ნნევა ზედა კიდურებში და დაბალი – ქვედა კიდურებში და ბახძაყის ახტეხიის პულსის დაქვეითება ან შენელება.[16]

გულისცემის სიხშირე და ხიტმი

ახტეხიული სისხლის ნნევის გამოკვლევით თქვენ შეგიძლიათ დათვალოთ გულისცემის სიხშირე, განსაზღვროთ ხიტმი, პულსური ტალღის ამპლიტუდე და ფორმა.



ახახეგულახული ხიტმი ახასიათებს მოციმციმე ახიტმიას და წინაგულოვან და პახკუქოვან ნაადხევ შეკუმშვებს.

გულისცემის სიხშირე. ჩვეულებრივ, გულისცემის სიხშირე ისაზღვრება სხივის ახტეხიაზე. საჩვენებელი და შუა თითებით დააწექით სხივის ახტეხიას, სანამ ახ შეიგრძნობთ პულსაციას. თუ ხიტმი ხეგულახულია და ნორმალური, გულისცემის სიხშირე შეგიძლიათ დათვალოთ 15 წმ-ის განმავლობაში და გაამახვილოთ 4-ზე. თუ სიხშირე ძალიან მაღალია ან ძალიან დაბალი, დათვალეთ 60 წმ-ის განმავლობაში.

თუ ხიტმი ახახეგულახულია, გულისცემის სიხშირე უნდა დათვალოთ გულის აუსკულტაციით, ვინაიდან გულის ზოგიერთი შეკუმშვა შეიძლება ვეხ შეიგრძნოთ პერიფერიაზე და ახასნოხედ დათვალოთ პულსი.

იხ. 8-1 ცხრილი, შეჩრეული გულისცემის სიხშირე და ხიტმი (გვ. 324) და 8-2 ცხრილი, შეჩრეული ახახეგულახული ხიტმი (გვ. 325).

ხიტმი. იმისათვის, რომ განსაზღვროთ ხიტმი, შეიგრძენით პულსაცია სხივის ახტეხიაზე. თუ გულისცემა ახახეგულახულია, ხიტმი შეამოწმეთ სტეტოსკოპით გულის მწვერვალზე. გულისცემა ხეგულახულია, თუ ახა? თუ ახახეგულახულია, გაარკვიეთ ფორმა: (1) ხეგულახული ხიტმის ფონზე ხომ ახ ჩნდება ნაადხევი შეკუმშვები? (2) ხიტმის ცვლილება ხომ ახ ახის დაკავშირებული სუნთქვასთან? (3) ხიტმი აბსოლუტურად ახახეგულახულია?

აბსოლუტურად ახალშეძენილი ჩიტი *მოკიმკიმე ჩიტმის* მაჩვენებელია. ყველა სხვა ახალშეძენილი ჩიტის დადგენისთვის აუცილებელია ეხლა გამოკვლევა.

სუნთქვის სიხშირე და ჩიტმი

იხ. 4-8 ცხრილი, სუნთქვის სიხშირის და ჩიტმის დაჩლევები (გვ. 120).

შეისწავლეთ სუნთქვის *სიხშირე, ჩიტმი, სილრმე და ხასიათი.* სუნთქვის სიხშირე დათვალეთ 1 წთ-ის განმავლობაში ან ინსპექციით, ან ტახქანზე სტეტოსკოპით მოსმენით თავის, ჯისჩის ან გულ-მკერდის გასინჯვის დროს. ჩვეულებრივ, მოსვენების მდგომარეობაში მოზრდილების სუნთქვის სიხშირეა 14-20 ჩასუნთქვა წთ-ში. ნორმალურია იშვიათი ჩასუნთქვები. განსაზღვრეთ ამოსუნთქვის ხანგრძლივობა.

გახანგრძლივებული ამოსუნთქვა მიუთითებს ბრონქიოლების შევიწროვებაზე

ტემპერატურა

ამბულატორიულ ავადმყოფს შეგიძლიათ ტემპერატურა არ გაუზომოთ. ტემპერატურის გაზომვა საჭიროა, თუ ვარაუდობთ მის ცვლილებას. *ჩიჩის ღრუში* საშუალო *ტემპერატურა* ჩვეულებრივ 37°C. (98,6°F), თუმცა ცვალებადია. დილით ადრე ტემპერატურამ შეიძლება დაიწიოს 35,8°C. (96,4°F)-მდე და საღამოს მოიმატოს 37.3°C (99.1°F)-მდე. *ჭქტული* ტემპერატურა უფრო *მაღალია*, ვიდრე ორალური საშუალოდ 0.4-0.5°C (0.7-0.9°F)-ით, მაგრამ ეს განსხვავება ცვალებადია. (განსხვავებით, *ღლილაში* გაზომილი ტემპერატურა უფრო დაბალია, ვიდრე ჩიჩის ღრუში დაახლოებით 1 გრადუსით, მის გაზომვას 5-10 წთ სჭირდება და სიზუსტე ნაკლებია, ვიდრე სხვა გაზომვების დროს).

ცხელება ან ჩიქჭსია არის სხეულის ტემპერატურის მომატება. *ჰიპერჩიქჭსია* არის სხეულის ტემპერატურის სწრაფი მომატება 41.1°C (106°F)-მდე, *ჰიპოთერმია* არის არაბუნებრივად დაბალი ტემპერატურე – ჭქტულად 35°C (95°F)-ზე ქვემოთ.

ავადმყოფთა უმრავლესობას ტემპერატურის გაზომვა უჩვენია ჩიჩის ღრუში ან ჭქტულად. თუმცა ჩიჩის ღრუში ტემპერატურის გაზომვა არ არის ჭეშმარიტი უგონო მდგომარეობაში, აგზნებული ან ავადმყოფებისთვის, ვისაც არ შეუძლია ჩიჩის დახურვა. ამ დროს ტემპერატურის გაზომვა ზუსტი არ იქნება ან შეიძლება პაციენტის უნებლიე მოძრაობის გამო გატყდეს თერმომეტრი.

გახშირებული სუნთქვა ზრდის სხვაობას ორალურ და ჭქტულ ტემპერატურებს შორის. ამ დროს უფრო მისაღებია ჭქტული გაზომვა

ჩიჩის ღრუში ტემპერატურის გაზომვისთვის შეგიძლიათ არჩიოთ მინის ან ელექტრონული თერმომეტრი. მინის თერმომეტრის გამოყენებისას ჩამობერტყეთ 35°C (96°F)-მდე ან უფრო ქვემოთ, მოათავსეთ ენის ქვეშ, პაციენტს უთხარით, რომ ჩიჩი დახუროს და დაიცადეთ 3-5 წთ. შემდეგ ნახეთ თერმომეტრის ჩვენება, შემდეგ ისევ ჩაუდეთ ავადმყოფს ჩიჩში 1 წთ-ით და ჯერავ შეამოწმეთ. თუ მეორე გაზომვისას ტემპერატურა მომატებულია, გაიმეორეთ პროცედურა მანამდე, სანამ ტემპერატურა მუდმივი არ გახდება. გაითვალისწინეთ, რომ ცხელი ან ცივი სითხეები, ასევე სიგარეტის მონევა ცვლის ტემპერატურას. ამ სიტუაციაში უმჯობესია ტემპერატურის გაზომვა გაახანგრძლივოთ 10-15 წუთამდე.

ცხელების მიზეზებია ინფექცია, ტრავმები, მათ შორის ოპერაციული, ავთვისებიანი სიმსივნე, სისხლის დაავადებები, მაგ. ჰემოლიზური ანემია, ჩაქცია ნამღებზე, იმუნური დარღვევები, მაგ. ლოლაგენოზები.

თუ იყენებთ ელექტრონულ თერმომეტრს, ფრთხილად დაფარეთ მოსახსნელი ბუდით და მოათავსეთ ენის ქვეშ. სთხოვეთ პაციენტს, რომ ჩიჩი დახუროს და დაელოდეთ ციფრულ ეკრანს. ტემპერატურის სწორად გასინჯვას ესაჭიროება 10 წმ.

ჰიპოთერმიის მთავარი მიზეზია სისხლში დიდი ხნით ყოფნა. სხვა მიზეზებია დამბლით გამოწვეული მოძრაობის შეზღუდვა, სეფსისით ან ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული

ჭქტულად ტემპერატურის გაზომვისთვის ავადმყოფი უნდა დაწვეს გვერდზე და მოხარეს ფეხები. ჭქტული თერმომეტრის მსხვრევის და მოხვედრის საშიშროების გამო ჭქტულად ტემპერატურის გაზომვა არ შეიძლება ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირებში, ეპილეფსიით დაავადებულებში, ან ისეთ პირებში, რომლებიც ხშირად ატარებენ ჩიჩში ან ჭქტულად ტემპერატურის გაზომვის დროს.

3-4 სმ-ით სწორ ნაწლავში. ჩვენება ნახეთ 3 წუთის შემდეგ. ასევე შეგიძლიათ გამოიყენოთ ელექტრონული თერმომეტრი, ტემპერატურის გაზომვისთვის საჭმახისია 10 წამი.

ხშირად გამოიყენება ტემპერატურის გაზომვა *დაფის აჭის თერმომეტრით* და ნაშრომად-გენს სწრაფ, უსაფრთხო და მისაღებ მეთოდს. შეამოწმეთ, რომ ყურის გარეთა ხერხი არ აყოს გოგირდი, თერმომეტრი ისე მოათავსეთ ხერხში, რომ ინფრაწითელი სხივი ეხებოდეს დაფის აჭას (სხვა შემთხვევაში გაზომვა ზუსტი არ იქნება). 2-3 წამში ციფრული თერმომეტრზე გაჩნდება ტემპერატურის ამსახველი ციფრი. ამ მეთოდით ზომება სხეულის ცენტრალური ტემპერატურა, რომელიც ორალური ტემპერატურაზე დაახლოებით 0.8°C. (1.4°F)-ით მაღალია.

სისხლძარღვთა სპაზმი, ხანგრძლივი შიმშილი, ჰიპოთერმია, ჰიპოგლიკემია. ასევე ჰიპოთერმია ხშირია ხანდაზმულ პირებში, მათ იშვიათად აღენიშნებათ ცხელება.

ბამოკვლევის შედეგების ჩაწერა

ჟურნალური დათვალიერებისას თქვენი ჩანაწერი იწყება ზოგადი დათვალიერების საფეხურზე მიღებული პაციენტის გარეგნობის ზოგადი აღწერილობით. გახსოვდეთ, რომ თავიდან თქვენ უნდა გამოიყენოთ წინადადებები თქვენს მიერ მიღებული მონაცემების აღსანერად, მოგვიანებით თქვენ გამოიყენებთ ფრაზებს. ქვემოთ მოყვანილი ფრაზები გამოგადგებათ ყველა სახის ჩანაწერისთვის.

ობიექტური გასინჯვის ჩანერა - ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

აირჩიეთ ნათელი და გამომსახველობითი ზედსართავები, თითქოს თქვენ სიტყვებით სურათს ხატავთ. ნუ გამოიყენებთ გამონათქვამებს, როგორიცაა "ჯარგად განვითარებული" ან "ჯარგი-ნარკვევობის", ან "არ არის მნვავე სტრესის მდგომარეობაში", ვინაიდან ისინი მიესადაგება ნებისმიერ პაციენტს და არ გადმოსცემს თქვენ წინაშე არსებულ ნიშნებს.

ჩანერეთ სასიცოცხლო ნიშნები, რომელსაც იყენებთ გასინჯვის დროს. ისინი უმთავრესად არ განსხვავდება წინამორბედი ექიმების ჩანაწერებისგან (ჩვეულებრივი ზოგადად მიღებული შემოკლებები სისხლის ნნევის, გულისცემის სიხშირის და სუნთქვის სიხშირის შესაფასებლად).

"ქალბატონი სტოტი არის ახალგაზრდა, გარეგნულად ჯანმრთელი ქალი, ჯარგად ჩაცმული, ჯარგ განწყობაზე, სიმაღლე 165სმ, წონა 51 კგ, სმი 24, ა.ს.ნ. 120/80 ვწყ.სვ.; გულისცემა 72 წუთში, რიტმული, სუნთქვის სიხშირე 16 წუთში, ტემპერატურა 37,5°C."

ან:

"ბატონი ჯონსი მოხუცი მამაკაცია, ფერმკრთალი და ქრონიკულად ავადმყოფი. იგი ფიზიკურია, ჯარგი მხედველობითი კონტაქტით, მაგრამ უჭირს 2-3 სიტყვაზე მეტის წარმოთქმა ქოშინის გამო. მას აქვს ნეკნთაშუა კუნთების ჰეტეროქრომული სუნთქვისას და ზის სანოლში. იგი გამხდარია, დიფუზურად გამოხატული კუნთების ატროფიით, სიმაღლე 188 სმ, წონა 65 კგ, ა.ს.ნ. 160/95, გულისცემა 108 წუთში, არითმული, სს 32 წუთში, გაძნელებული, ტემპერატურა 38,2°C".

სავარაუდოა *ფიზიკური ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების* გართულება.

CITATIONS

1. National Institutes of Health and National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. NIH Publication 98-4083. June 1998. Available at: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ ob_gdlns.pdf. Accessed December 12, 2004.
2. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality, November 2003. Available at: www.ahry.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr. htm. Accessed December 12, 2004.
3. 2005 Dietary Guidelines Advisory Committee to the Secretaries of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. Nutrition and Your Health. January 2005. Available at: www.health/gov/dietaryguidelines/dga2005/ report/. Accessed December 13, 2004.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Clinician's Handbook of Preventive Services: Put Prevention Into Practice, 2nd ed. Washington, DC:, *Office* of Public Health and Science, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1998.
5. Hensrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice. Rational and torrent preventive practices. Mayo Clin Proc 75:165-172, 2000.
6. Culica D, Rohrer J, Ward M, et al. Medical check-ups: who does not get them? Am J Public Health 92(1):8890, 2002.
7. Chobanum AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure-The JNC 7 Report. JAMA 289(19):2560-2572, 2003. Available at: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jncintro.htm.
8. Cavallini M(;, Roman MJ, Blank SG, et al. Association of the auscultatory gap with vascular disease in hypertensive patients. Ann Intern Med 124(10):877-883, 1996.
9. Chaudhry SI, Krumholz HM, Foody JM. Systolic hypertension in older persons. JAMA 292(9):1074-1080, 2004.
10. Carlson JE. Assessment of orthostatic blood pressure: measure-ment technique and clinical applications. South Med J 92(2):167-173, 1999.
11. Consensus Committee of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology. Consensus state-ment on the definition of orthostatic hypotension, pure auto-nomic failure, and multiple system atrophy. Neurology 46:1470, 1996.
12. Kaplan NM, Rose BD. Ambulatory blood pressure monitoring and white coat hypertension in adults. Available at: wAiAv.utdol. tom. Accessed December 11, 2004.
13. Bobrie G, Genes N, Vaur L, et al. Is "isolated home" hyper-tension as opposed to "isolated office" hypertension a sign of greater cardiovascular risk? Arch Intern Med 161(18):2205-2211,2001.
14. Clement DL, De Buyzery ML, De Bacyuyr DA, et al. Prognos-tic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. N Engl J Med 348(24):2407-2415, 2003.
15. Rickerby J. The role of home blood pressure measurement in managing hypertension: an evidence-based review. J Hum Hypertens 16(7):469-472, 2002.
16. Brickner ME, Hillis LD, Lange RA. Congenital heart disease in adults. First of two parts. N Engl J Med 342(4):256-263, 2000.

ADDITIONAL REFERENCES

Weight and Nutrition

American Academy of Family Physicians. Nutrition Screening Initiative. Available at: http://www.aafp.org/preBuilt/NSI_DETERMINE.pdf. Accessed December 12, 2004.

Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension. Blood pres-sure measurement. Part 1. Sphygmomanometry: factors common in all techniques. BMJ 322(7292):981-985, 2001.

Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension. Blood pres-sure measurement. Part II. Conventional sphygmu)manonictl'v: technique of auscultator,· blood pressure measurement. BMJ 322(7293):1043-1047, 2001.

Ford ES, Wayne G, hietz WH, Ford ES, tiles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults: find-ings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 287(3):356-359, 2002.

Gail SM, Castracacane VD, Mantazoros. Energy homeostasis, obe-sity and eating disorders: recent advances in endocrinology. J. Nutr 134:295-298, 2004.

Mehler PS. Bulimia nervosa. N Engl J Med 349(9):875-880,2003.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pres-sure: of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. N Engl J Mcd 344(1):3-10, 2001.

Samaha FF, Igbal N, Seshadri P, yt al. A low-carbohydrate as com-pared with a low-fat diet in severe obesity. N Engl J Mcd 34(21):2074-2081, 2003.

McAlister FA, Straus SE. Evidence-based treatment of hyperten-sion. Measurement of blood pressure: an evidence based review. BMJ 322:908-911, 2001.

Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. Cir-culation 106:388-391, 2002.

Blood Pressure

Perry HM, Davis BR, Price TR, et al, for the Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group. Effect of treating isolated systolic hypertension on the risk of developing various types and subtypes of stroke: the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA 284(4):465-471, 2000.

Tholl U, Forstner K, Anlauf M. Measuring blood pressure: pitfalls and recommendations. Nyphrol Dial Transplant 19:766, 2004.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pres-sure: Recommendations and Rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, July 2003. Available at: littp://w·A·\N·.ahrq.gov/cliilic/3rdtispstf'/iiibloodrr.litiii. Accessed December 9, 2004.

Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA 289(16): 2083-2093, 2003.

ცხრილი 4-1

ჯანმრთელი ჭამება: საჭმლის ჯგუფები და ულების ჰეიმი

საჭმლის ჯგუფი	ქალები, ზოგიერთი მოზრდილი, 2-6 წ ბავშვები (დაახლოებით 1.600 ჯალ)	აქტიური ქალები, მამაკაცების უმრავლესობა, მოზრდილი ბავშვები, თინეიჯერი გოგონები (დაახლოებით 2.200 ჯალ)	აქტიური მამაკაცები, თინეიჯერი ბიჭები (დაახლოებით 2.800 ჯალ)
პური, ბრინჯი, მაკარონეული, მაკარონი, განსაკუთრებით, გაუცხრილი ფქვილის	6	9	11
ბოსტნეული	3	4	5
ხილი	2	3	4
ძვ, იოგურტი, ყველი, უმჯობესია უცხიმო ან დაბალცხიმიანი	2-3**	2-3**	2-3**
პარკოსნები, ბრტყელხორცა, თხილი, თევზი, ხორცი შინაური ფრინველი, უმჯობესია უცხიმო ან დაბალცხიმიანი	2, საერთო 5	2, საერთო 6	3, საერთო 7

დაფუძნებულია აშშ სოფლის მეურნეობის, ულების ჰოლისტიკის და ხელშეწყობის დეპარტამენტის მონაცემებიდან No 252, 1996.
**ულოროების ჩაოდენობა, თუ დაბალცხიმიანი საჭმლები შეჩრეულია 5 ძირითადი ჯგუფიდან და ცხიმი, ზეთი და ტკბილეული იშვიათად გამოიყენება*
***მოზრდილ ბავშვებს, თინეიჯერებს (9-18წ) და მოზრდილებს 50 წელს ზევით დასჭირდებათ სამკერდი ულება. ოსტეოპოროზისა და ღარტაციის დროს ძვლის ჰორმონების მიღების ჰეიმი ისეთივეა, როგორც არაორსული ქალებისთვის.*

ცხრილი 4-2

დიეტური ულების სწორად შერჩევა

	პაციენტის მიერ მიღებული პორციები	ჰეკომენდებული
ფქვილი, ბრინჯი, პური	_____	6-11
ხილი	_____	2-4
ბოსტნეული	_____	3-5
ხორცი/ხორცის შემცვლელები	_____	2-3
ძვლის ჰორმონები	_____	2-3
მარილი, ცხიმი, ყველის ჰორმონები	_____	------
მსუბუქი სასმელები	_____	-------
ალკოჰოლური სასმელები	_____	<2

ინსტრუქცია: ავადმყოფს სთხოვეთ დაუბრუნდეს 24-საათიან დიეტას ფორმის შევსებამდე.

ჯვებითი დახლვევები და ჯიროკულად დაბალი სმი

აშშ-ში ჯვებითი დახლვევები აღენიშნება 5-10 მილიონ ქალს და 1 მილიონ მამაკაცს. ჯვებითი ჩვევების დახლვევების დადგენა ხშირად ხთულია, განსაკუთრებით თინეიჯერებში, რომლებიც ფაქთო ტანსაცმელს ატარებენ ან პირებში, რომლებიც ქამის შემდეგ ღებინებას იწვევენ. დანჭრილებით შეისწავლეთ ორი ჴირითული ტიპის ჯვების დახლვევა: *ნევროზული ანორექსია* და *ნევროზული ბულიმია*. ორივე ეს მდგომარეობა ხასიათდება სხეულის ფორმისა და წონის დამახინჯებული აღქმით. ამ დახლვევების ღრმული გამოვლენა ძალიან მნიშვნელოვანია, ვინაიდან აღრეული სტადიაზე დაწყებული მკურნალობა პროგნოზს საგრძნობლად აუმჯობესებს.

ჯლინიკური ნიშნები

ნევროზული ანორექსია

- წორმალური წონის შენარჩუნებაზე უარის თქმა (ან სმი<17.5 კგ/მ²)
- გასუქების შიში
- ხშირად მშიერია, მაგრამ ჯვებაზე უარს ამბობს, აღქმის უნარის უკმარისობა
- ხშირად მოყავთ უკახის წევრებს
- ხშირია ბავშვობაში ან მოზარდის ასაკში წონის მატების ნაკლებობა, ქალებში ამენორეა, მამაკაცებში პოტენციის დაქვეითება
- ახლავს დეპრესიის ნიშნები, რომორიცაა: დეპრესიული განწყობა, გაღიზიანებადობა, საზოგადოებისგან მოწყვეტა, ძილის დარღვევა, ლიბიდოს დაქვეითება
- დიაგნოზზე მიმანიშნებელი სიმპტომები: ღებინების გამოწვევა, გადაჭარბებული ვარჯიში, მადის დამაქვეითებელი საშუალებების და/ან შარდმდენების გამოყენება
- ბიოლოგიური ჩივილები
  - *ენდოკრინოლოგიური დარღვევები*: ამენორეა, ჰიპოტიროიდიზმის გამომწყობი ფაქტორის, ჰიპოთალამუსის, ჰიპოფიზის ჰორმონის, სეროტონინის მომატება; ჰიპოთალამუსის სადღეღამისო ცვალებადობის, მაღუთეინიზებელი ჰორმონის, ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის, თირეოიდმასტიმულირებელი ჰორმონის ნაკლებობა
  - *გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები*: ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, არითმია, კარდიომიოპათია
  - *მეტაბოლური დარღვევები*: ჰიპოკალემია, მეტაბოლური ალკალოზი, შარდოვანას აზოტის მომატება, შეშუპება.
  - *სხვა*: მშრალი კანი, კბილების კარიესი, ყაბზობა, ანემია, ოსტეოპოროზი

ნევროზული ბულიმია

- ხელოვნურად გამოწვეული ღებინების შემდეგ ისევ საკვების მიღება, საფაღარათო საშუალებების, შარდმდენების ან სხვა პრეპარატების არასწორი მიღება, ზედმეტი ვარჯიში
- ყოველთვის ნორმული წონის
- ბოლო სამი თვის განმავლობაში გადაჭარბებული ჯვება სულ ცოტა კვირაში ორჯერ; ხანმოკლე დროის პერიოდში (~2სთ-ში) დიდი რაოდენობით საკვების მიღება
- ყურადღების კონცენტრირება ჯვებაზე, საკვების მიღების ძლიერი სურვილი ან ძალით ქამა. ქამის დროს კონტროლის დაკარგვა, შიმშილის პერიოდების მონაცვლეობა
- ზედმეტად გასუქების შიში
- ქვეტიპებია:
  - ორგანიზმის განმენდა; ბულიმიის ეპიზოდებს ახლავს ღებინების ხელოვნურად გამოწვევა ან საფაღარათო საშუალებების და შარდმდენების ან ყინის გამოყენება
  - სხვა მეთოდი: ბულიმიის ეპიზოდებს ახლავს გადაჭარბებული ვარჯიში

- ბიოლოგიური გართულებები

იხ. ცვლილებები, რომლებიც ჩამოთვლილია ნევროზული ანორექსიის ნაწილში, განსაკუთრებით სისუსტე, აღქმის მსუბუქი დარღვევა, ასევე, კბილების ემალის დაზიანება, პაროტიტი, პანკრეატიტი ამილაზას დონის მომატებით, სუსტად გამოხატული ნეიროპათია, კრუნჩხვები, ჰიპოკალემია, ჰიპოქლორემია, მეტაბოლური ალკალოზი, ჰიპომაგნემია

ცხრილი 4-4 ჯვების შეფასების კითხვარი

მაქვს ისეთი დაავადება ან მდგომარეობა, რის გამოც იძულებული გავხდი შემეცვალა საჯვების სახეობა და/ან ჯვების ხედვი	დიახ (2 ქულა)
მე ვჭამ უფრო იშვიათად, ვიდრე 2-ჯერ დღეში	დიახ (3 ქულა)
ვჭამ მცირე ოდენობით ხილს და ბოსტნეულს ან ძვრის პროდუქტებს	დიახ (2 ქულა)
თითქმის ყოველდღე 3-ჯერ ან უფრო მეტჯერ ვსვამ ღვინოს, ლიქიორს ან ღვინოს	დიახ (2 ქულა)
მაქვს პრობლემები ან ბიილების პრობლემა, რაც ხელს მიშლის ჭამაში	დიახ (2 ქულა)
ყოველთვის არ მაქვს ჩემთვის საჭირო საჯვების შესაძენი ფული	დიახ (4 ქულა)
ძირითადად მარტო ვიჯვებები	დიახ (1 ქულა)
ყოველდღე ვიღებ 3 ან მეტი სახეობის ნამალს	დიახ (1 ქულა)
ბოლო 6 თვის განმავლობაში ჩემი სურვილის საწინააღმდეგოდ 4 კგ დავიკელი	დიახ (2 ქულა)
ყოველთვის არ მაქვს ფიზიკური შესაძლებლობა, ვავიდე მაღაზიაში, მოვამზადო საჭმელი და /ან ვჭამო	დიახ (2 ქულა)
	სულ

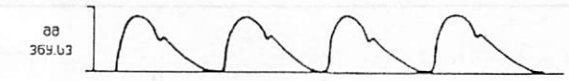
ინსტრუქცია: დათვალე "დიახ" ქულები და შეკრიბე. თუ ჯამი ვდან 5-მდეა (ზომიერი რისკი) ან ≥ 6 (მაღალი რისკი), საჭიროა შემდეგი გამოკვლევები (განსაკუთრებით ხანდაზმულ პირებში).

ცხრილი 4-5 ჯვებითი კონსულტაციები: საჯვები პროდუქტების წყაროები

საჯვები	ჯვების წყარო
კალციუმი	ყოველდღიური საჯვები, როგორიცაა იოგურტი, ძე, ნატურალური ყველი. მშრალი საუზმე, ხილის წვენი კალციუმის დანამატებით, მუქი მწვანე ფოთლიანი ბოსტნეული, როგორიცაა ფუნცოვანი კომბოსტო, მწვანე თაღგამი
რკინა	მოლუსკები, მქრქ ხორცი, ინდაურის შავი ხორცი, მარცვლეული პროდუქტი რკინის დანამატებით, ბარდა, ისპანახი, გაუცხელი ფქვილის პური
ფოლიუმის მჟავა	პარკოსნები, ფორთოხალი, ფორთოხლის წვენი, მწვანე ფოთლიანი ბოსტნეული
ვიტამინი D	ძე, ქვეცხი, კარაქი, მარგარინი

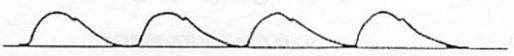
ცვლილებები დიეტაში	საჭმელი პროდუქტები
ჯაჭვით მდიდარი საჭმლის მიღების **გაზრდა**	თეთრი ან ტკბილი ჯანტოფილი, მწვანილი, მაგ. ისპანახი ბანანი, ხილის ჩირი, ფორთოხლის წვენი
მარილიანი საჭმლის **შეზღუდვა**	ჯონსეჰვები, მარილიანი ჯეკეჰები, ზეთისხილი, გაყინული ჯეჰძები, ჯეტჩუბი, მდოგვი, ათქვეფილი საჭმლები, სუფრის მარილი

ნორმული



პულსური წნევა არის დაახლოებით 30-40 მმ.ვწ.სვ. პულსის კონტური არის თანაბარი და მომხვავებული. (პულსური ტალღის დალმავალი ნაწილის მონაკვეთი არ პალპირდება

დაბალი, სუსტი პულსი



პულსური წნევა შემცირებულია და პულსი ხდება სუსტი და დაბალი. არსება შეიგრძნობა შემცირებულად, პირი გახანგრძლივებულია. მიზეზებია (1) სისხლის დარტყმითი მოცულობის შემცირება გულის უკმარისობის, ჰიპოვოლემიის, არტერიის მძიმე სტენოზის, და (2) პერიფერიული ჩეხისტენტობის მომატება, ჰიპოთერმიის, სიცივის ზემოქმედება და გულის მძიმე შეგუებებითი უკმარისობა.

მაღალი, ზედიარტერიული (მხტუნავი) პულსი



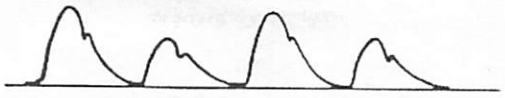
პულსური წნევა იზრდება და პულსი შეიგრძნობა მკაფიოდ და მხტუნავად. არსება და დაცემა სწრაფად ხდება, პირი მოკლეა. მიზეზები: (1) სისხლის დარტყმითი მოცულობის გაზრდა, პერიფერიული ჩეხისტენტობის შემცირება ან ორივე, ჰიპერთირეოზის, არტერიული ჰეგურგიტაციის, არტერიო-ვენური ფისტულების, ბოტალის სადინრის შეუხორცებლობის დროს, (2) მომატებული დარტყმითი მოცულობა, გამოწვეული გულის შენელებული ჩიტმით, ჰიპერთირეოზის და გულის სრული ბლოკადის დროს, და (3) შესაბამისობის შემცირება (ჰიპერულობის გაზრდა) არტერიის კედლებთან, ჰიპერთირეოზის დროს ასაკოვნებში ან ათეროსკლეროზის დროს.

დიკროტული პულსი



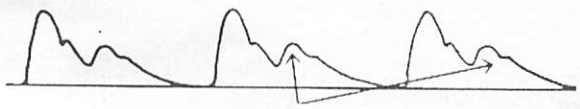
დიკროტული პულსი არის არტერიული პულსის მომატება ორმაგი სისტოლური პიკის შექმნით. მიზეზებში შედის იზოლირებული არტერიული ჰეგურგიტაცია, კომბინირებული არტერიული სტენოზი და ჰეგურგიტაცია, და, უფრო იშვიათად, ჰიპერკინეტიკული კარდიომიოპათია.

ალტერნანტული პულსი



იცვლება პულსის ამპლიტუდა დარტყმიდან დარტყმამდე, მაშინაც კი, თუ რიტმი ძირითადად ჩეგულარულია. ხოლოსაც განსხვავებები ძლიერ და სუსტ დარტყმებს შუა მცირეა, ის შეიძლება დადგინდეს მხოლოდ სფიგმომანომეტრით. ასეთი პულსი ისინჯება მარცხენა პარკუჭის უკმარისობისას და ჩვეულებრივ თან ახლავს მარცხენა მხრივ S_3.

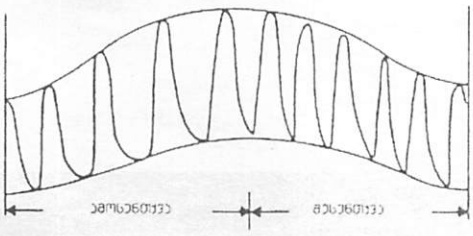
ბიგემინური პულსი



ნაადრევი შეკუმშვა

ეს არის რიტმის ისეთი დარღვევა, რომელსაც შეიძლება ალტერნანტული პულსის სახე ჰქონდეს. ბიგემინური პულსი გამოწვეულია ნორმული შეკუმშვის ნაადრევი შეკუმშვით ჩანაცვლებით. ნაადრევი შეკუმშვის დარტყმითი მოცულობა მცირდება ნორმულის შეკუმშვაზე დამოკიდებულებით და პულსის ამპლიტუდაც შესაბამისად ვარიირებს.

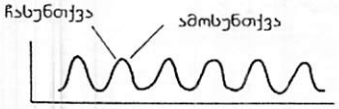
პარადოქსული პულსი



პარადოქსული პულსი შეიძლება დადგენილი იყოს პულსის ამპლიტუდის პალპატორული შემცირებით მშვიდი ჩასუნთქვისას. თუ ნიშანი ნაკლებად გამოხატულია, არტერიული სისხლის წნევის გასაზომი მანჟეტია საჭირო. სისტოლური წნევა ჩასუნთქვისას იკლებს 10 მმ. ვწყ. სვ-ზე მეტად. პარადოქსული პულსი ნანახია პერიკარდიული ტამპონადის, კონსტრიქციული პერიკარდიტის (ნაკლებად) და ფილტვების ობსტრუქციული დაავადებების დროს.

სუნთქვის სიხშირისა და რიტმის დარღვევები

ყოველსაც სუნთქვას აკვირდებით, დააფიქსირეთ პაციენტის სუნთქვის *სიხშირე, სილრმე, ხეგულარობა*. აღნერეთ, რა ნახეთ ამ მიმართებით. გათვითცნობიერების მიზნით, ტიპიური ტემპინები, ყოგორიცაა ტაქიპნოე, მცირე განმარტებებით ახის მოცემული ქვემოთ.



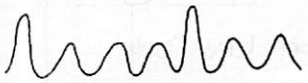
ნორმული სუნთქვა

სუნთქვის სიხშირე დაახლოებით 14-20 ნთ-ში ნორმაღეს ზრდასრულებში და 44-ზე მეტი ნთ-ში, ახალშობილებში.



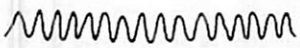
ნელი სუნთქვა (ბრადიპნოე)

ნელი სუნთქვა შესაძლოა შეორადად განვითარდეს ისეთი მიზეზების გამო, ყოგორიცაა დიაბეტური კომა, ნამღილით გამოწვეული სუნთქვის დათრგუნვა და ინტრაკრანიული ჰიპერტენზია.



ბაძნელებული მესუნთქვა

სუნთქვა ხმირი მესუნთქვით, რაც მიგვანიშნებს ჰიპერვენტილაციური სინდრომის არსებობაზე - ჩვეულებრივ, განაპირობებს დისპნოეს და თავბრესხვევას. იშვიათ შემთხვევაში მესუნთქვა ნორმალურია.



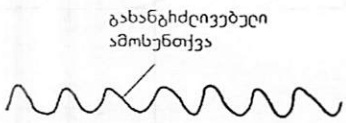
სნრაფი ზედაპირული სუნთქვა (ტაქიპნოე)

სნრაფი ზედაპირული სუნთქვა მრავალი მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული, მათ ორისაა ფილტვების ქსტრავილური დაავადებები, პლევრული ტიპიური მკერდში და დიაფრაგმის მაღლა დგომა.



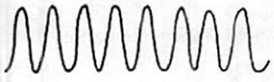
CHEYNE-STOKE-ს სუნთქვა

ლრმა სუნთქვის პერიოდებს ცვლის აპნოეს (სუნთქვის შეჩერების) პერიოდები. ბავშვებსა და მოხუცებში ეს ნორმალურად ხდება ძილის დროს. სხვა მიზეზებში შედის: გულის უკმარისობა, ენცეფალიტი, ნამღილით გამოწვეული სუნთქვის დათრგუნვა და ცენტრული დაზიანებები (ტიპიურად, ჰემისფეროების ორივე მხარეს ან დიენცეფალონის მიდამოში).



ობსტრუქციული სუნთქვა

ფილტვების ობსტრუქციული დაავადებების დროს ამოსუნთქვა გახანგრძლივებულია, ვინაიდან ჰაერის გამტარი გზების შევიწროება ზრდის ჰაერის ნაკადის წინააღმდეგობას. მიზეზებში შედის ასთმა, ქრონიკული ბრონქიტი და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება



სნრაფი ღრმა სუნთქვა (ჰიპერპნოე, ჰიპერვენტილაცია)

სნრაფ ღრმა სუნთქვას აქვს ორგი მიზეზი, მაგალითად, ვარჯიში, აგზნება და მეტაბოლური აციდოზი. იგი აღნიშნება პაციენტებს ქომატოზურ მდგომარეობაში, საგრძნობლო ინფარქტით, ჰიპოქსიით ან ჰიპოგლიკემიით, შეა ტვინზე ზემოქმედებით. *Kussmaul-ის* სუნთქვა არის ღრმა სუნთქვა, გამოწვეული მეტაბოლური აციდოზით. იგი შეიძლება იყოს სიხშირის მიხედვით სნრაფი, ნორმალური ან ნელი.



ატაქსიური სუნთქვა (BIOT-ის სუნთქვა)

ატაქსიური სუნთქვა ხასიათდება მოულოდნელი არარეგულარობით. ჩასუნთქვები შეიძლება იყოს ზედაპირული ან ღრმა და გარჩეულ მკრივ პერიოდებით. მიზეზებშია სუნთქვის დათრგუნვა და ტვინის დაზიანება, ჩვეულებრივ, შეა ტვინის ღონეზე.

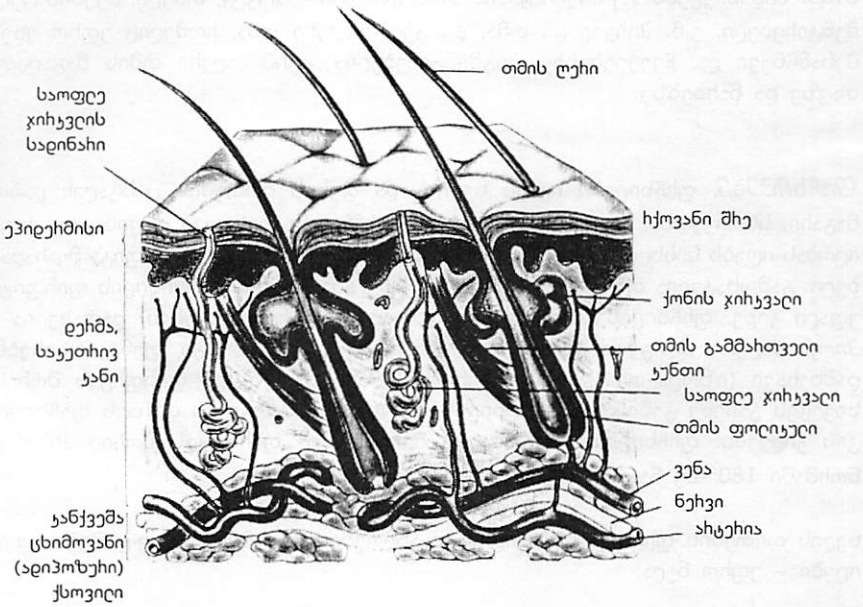
5

ჯანი, თმა და ფრჩხილები

ანატომია და ფიზიოლოგია

ჯანის უმთავრესი ფუნქციაა ორგანიზმის ჰომეოსტასის შენარჩუნება გარემოს ყოველდღიური ზემოქმედების მიუხედავად. იგი ქმნის ბარიერს სხეულის სითხეებისთვის და იცავს ქვეშ მდებარე ქსოვილებს მიკროორგანიზმების, მავნე ნივთიერებების და რადიაციისაგან. იგი ცვლის სხეულის ტემპერატურას და ხელს უწყობს ვიტამინ D-ს სინთეზს. **თმა, ფრჩხილები** და **ჯონისა** და **ოფლის ჯირკვლები** ჯანის დანამატებია. ჯანი და ჯანის დანამატები ასაკთან ერთად ცვლილებებს განიცდიან. იხ. თავი 20, ასაკოვანი მოზრდილები, რათა ნახოთ ჯანის ასაკობრივი ცვლილებები.

ჯანი. ჯანი სხეულის ყველაზე მძიმე ორგანოა, რომელიც მოდის სხეულის წონის დაახლოებით 16% და ფარავს 1,2-დან 2,3 კვადრატულ მეტრ ფართობს. იგი შეიცავს სამ შრეს: ეპიდერმისს, დერმას (საკუთრივ ჯანს) და ჯანქვეშა ქსოვილებს.



ყველაზე ზედაპირული შრე *ეპიდერმისი* თხელია, მოკლებულია სისხლძარღვებს და, თავისთავად, იყოფა ორ შრედ: მკვდარი კერატინიზებული უჯრედებისგან შემდგარ გარეთა ჭოვან შრედ და შიდა უჯრედულ შრედ, სადაც მელანინი და კერატინი წარმოიქმნება. ეპიდერმისის ქვედა შრიდან ზედასკენ მიგრაციას დაახლოებით 1 თვე ესაჭიროება.

ეპიდერმისის კვება დამოკიდებულია ქვემდებარე *დერმაზე*. დერმა კარგად მარაგდება სისხლით. იგი შეიცავს შემაერთებელ ქსოვილს, ქონის ჯირკვლებს, საოფლე ჯირკვლებს და თმის ფოლიკულებს. ის ქვემოთ ეხება ჯანქვეშა ქსოვილს ან *ადიპოზურ*, ანუ *ცხიმოვან* ქსოვილს.

ნოჰმაღუჩი ჯანის ფეჩი დამოკიდებულია ოთხ ძირითად პიგმენტზე: მელანინი, ჯაჰოტინი, ოქსიჰემოგლობინი და დეოქსიჰემოგლობინი. მოყავისფრო ჯანის პიგმენტ *მელანინის* ჩაოდენობა გენეტიკუჩად დეტერმინირებულია და იზრდება მზის სხივების ზემოქმედებით. *ჯაჰოტინი* არის ოქროსფერ-ყვითელი პიგმენტი, რომელიც უხვად ნარმოდგენილია ჯანქვეშა ცხიმში და ისეთ უბნებში, როგორიცაა ხელის და ფეხისგულები.

ჰემოგლობინი, რომელიც ცირკულირებს სისხლის წითელ უჯრედებში და გადააქვს სისხლის უმეტესი ჟანგბადი, Ø ფორმითაა ნარმოდგენილი. *ოქსიჰემოგლობინი*, არისფერი წითელი პიგმენტია და ჭარბობს არტერიებსა და ჯაჰილარებში. არტერიებიდან ჯანის ჯაჰილარებში სისხლის მოძრაობის მომატება იწვევს ჯანის განითლებას, საპირისპირო ცვლილება კი, ჩვეულებრივ, იწვევს სიფერმკრთალეს. ღია ფერის პირებში ნორმაში ჯანი უფრო წითელია ხელისგულებზე, ფეხისგულებზე, სახეზე, ტრესრსა და გულმკერდის ზედა ნაწილში.

სისხლის ჯაჰილარული ქსელის გავლისას ოქსიჰემოგლობინის ნაწილი ტოვებს ჟანგბადს ქსოვილებში და ეს მას გარდაქმნის *დეოქსიჰემოგლობინად* - უფრო მუქ და მოლურჯო პიგმენტად. ჯანის სისხლძარღვებში დეოქსიჰემოგლობინის კონცენტრაციის მომატება ჯანს ძაღნს მოლურჯო ელფერს, რომელიც ცნობილია *ციანოზის* სახელით.

ციანოზი არის ორი სახის, რაც დამოკიდებულია არტერიულ სისხლში ჟანგბადის დონეზე. თუ ეს დონე დაბალია, ციანოზი არის *ცენტრალური*. თუ ის ნორმალურია, ციანოზი *პერიფერიულია*. პერიფერიულ ციანოზს ადგილი აქვს, როდესაც ჯანის სისხლის მომარაგება მცირდება და ნელდება და ქსოვილები მოიხმარენ ჩვეულებრივზე მეტ ჟანგბადს. პერიფერიული ციანოზი, შესაძლოა, იყოს ორგანიზმის ნორმალური პასუხი აგზნებასა და სიცივეზე.

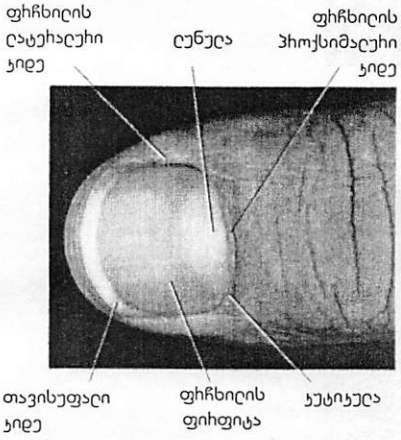
ჯანის ფერზე ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ პიგმენტები, არამედ განათება, რადგან ის არიბერება ჯანის მკვრივი ზედაპირული შრეებიდან და სისხლძარღვების ქედებიდან. ასეთი არეკვლა ფერს უფრო მოლურჯო და ნაცრებად წითელ ელფერს აძლევს. ჯანქვეშა ვენების მოლურჯო ფერი ამ ეფექტითაა განპირობებული; ის არის უფრო მოლურჯო, ვიდრე ვენაპუნქციით მიღებული ვენური სისხლი.

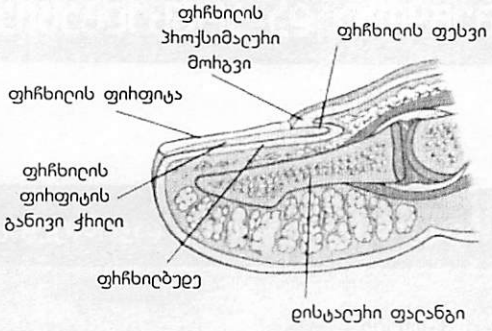
თმა. ზრდასრულებს აქვთ ორი ტიპის თმა: ღინღლი – მოკლე, თხელი, შეუმჩნეველი, არაპიგმენტირებული, ე.წ. პირველადი თმა; და *ტერმინალური თმა*, რომელიც უფრო ხელში, სქელი, შესამჩნევი და, ჩვეულებრივ, პიგმენტირებულია. ტერმინალური თმის მაგალითებია თმა თავზე და წარბებზე.

ფრჩხილები. ფრჩხილები იცავს ხელისა და ფეხის თითების დისტალურ დაბოლოებებს. მაგალითად, სწორედთხა, ჩვეულებრივ მოხრილი *ფრჩხილის ფირფიტა* თავის ვარდისფერ შეფერილობას იღებს სისხლძარღვოვანი *ფრჩხილებედიდან*, რომელთანაც ფირფიტა მყარადაა მიმაგრებული. გამოხატულია ფრჩხილის ნახევარმთვარე ანუ *ლუნულა* – ფრჩხილის ფირფიტის თავისუფალი ჯიღე. ფრჩხილის ფირფიტის მეოთხედი (*ფრჩხილის ფესვი*) დაფარულია *ფრჩხილის პროქსიმალური მოკგეთ.* მოკგეიდან იზრდება *ეპიდერმისი*, იგი ფუნქციონირებს როგორც დამხურავი (იზოლატორი), იცავს მოკგეს (ჯანის ნაოჭს) და ფირფიტას შორის არსებულ სივრცეს გარემო ტენისაგან. ფრჩხილის *ეპიდერმალური მოკგეები* ფარავს ფრჩხილის ფირფიტის ჯიღეებს. ფრჩხილის პროქსიმალურ მოკგესა და ფირფიტას შორის არსებული კუთხე ნორმაში 180°-ზე ნაკლებია.

ხელის თითების ფრჩხილები იზრდება დაახლოებით 0,1 მმ-ით დღე-ღამეში, ფეხის ფრჩხილები – უფრო ნელა.

ქონის და სალფრე ჯირკვლები. ქონის ჯირკვლები გამოიმუშავებს ცხიმოვან ნივთიერებას, რომელიც ჯანის ზედაპირს თმის ფოლიკულებით აღწევს. ეს ჯირკვლები ნარმოდგენილია ჯანის მთელ ზედაპირზე ხელისგულების და ფეხისგულების გარდა.





საოფლე ჯიჰკვლები ოჰი ტიპისაა: ეგზოკჰინული (მეჰოკჰინული) და აპოკჰინული. *ეგზოკჰინული ჯიჰკვლები* ფაჰთოდაა გავჰცელებული, იხსნება პიჰდაპიჰ ჯანის ზედაპიჰზე და ოფლის პჰოდუქციით ეხმაჰება სხეულის ტემპეჰატუჰის ჯონტჰოლს. საპიჰისპიჰოდ, *აპოკჰინული ჯიჰკვლები*, ძიჰითადად, აჰის იღლიისა და გენიტალუჰ მიდამოში, ჩვეულებჰივ იხსნება თმის ფოლიკულებში და სტიმულიჰდება ემოციუჰი სტჰესით. აპოკჰინული ოფლში ბაკტეჰიების აჰსებობა აჰის სხეულის სუნის მიზეზი.

ავადმყოფობის ანამნეზი

ხშირი და საინტერესო სიმპტომები

- თმის ცვენა
- გამონაყარი
- ღაჭები

ჯანის შესახებ გამოკითხვა დაიწყეთ ჰამოდენიმე ღია კითხვით: "ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჰაიმე ცვლილებები ჯანზე? თმაზე? ფჩჩხილებზე? გაქვთ ჰაიმე სახის გამონაყარი? ნყლულები? მოჩგვები? ქავილი? ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჰაიმე ღაჭები, ჰომლებიც შეცვალა გაჩენის შემდეგ? სად? ჰოდის?.

შეკითხეთ, "ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჰაიმე ხაღი, ჰომელიც განუხებთ?" "ხომ არ გაქვთ ისეთი ხაღი, ჰომელმაც შეიცვალა ზომა, ფოჩმა, ფეჩი ან მგჩძნობელობა? ჰაიმე ახაღი ხაღი ხომ არ გაგიჩნდათ?" თუ ავადმყოფს ასეთი ხაღი აქვს, დაადგინეთ მეღანომის არსებობის პიჰოვნული და ოჯახური ანამნეზი და ნარსულში ჩატარებული ჯანის ბიოფსიის შედეგები.

ჩვეულებჰივ, ჯანის შესახებ შემდგომი შეკითხვები სჯობს გადაიდოს ჯლინიკული გასინჯვის დჩოისთვის, ჩოდესაც თქვენ შეძლებთ ნახოთ, ჯონკჩეტულად ჩაზე ღაპარაკობს პაციენტი.

გარკვეული მიზეზის გარეშე გენეტიკურებული ქავილის გამომწვევი შეიძლება იყოს მშრალი ჯანი, ასაკი, ორსულობა, უკმია, სიყვითლე ღიმფომები და ღეიკემია, ნამლისმიერი ჩეაქცია და პარაზიტი.

შემთხვევათა დახლოებით ნახევარში ავადმყოფი თვითონ ამომარჩენს მეღანომას[1]

ჯანდასვის ხელშეწყობა და ჯონსელტასია

მნიშვნელოვანი თემები ჯანდაცვის ხელშეწყობასა დაჯონსულტაციაზე

- მეღანომის ჩისკ-ფაქტორები
- მზის ზედმეტი გამოსხივებისაგან თავის ცაიცება.

ჯენიცისტები მნიშვნელოვნად ეხმაცებიან პაციენტს ჯანის მოვლის პროფილაქტიკური ზომების ჩრევასა და მზის ჭაცბი გამოსხივების მავნებლობის ახსნაში. აშშ-ში ჯანის კიბოს ყველაზე ხშირი სახეობებია ბაზალუჯრედოვანი და სქვამოზუჯრედოვანი კარცინომები და უფრო ხშირად გვხვდება მზისგან დაუცველ უბნებში, კეძმოდ, თავზე, კისერსა და ხელებზე. ჯანის სიმსივნეები სამ ტიპად იყოფა[2,3]:

- *ბაზალუჯრედული კარცინომა* ვითარდება ეპიდერმისის ქვედა ან ბაზალური შრიდან და ჯანის სიმსივნეების 80%-ს შეადგენს. ეს სიმსივნე ცრიალაა და გამჭვირვალე, ნელა იზრდება და იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს.

- *ბრტყელუჯრედული კარცინომა* ეპიდერმისის ზედა შრიდან ვითარდება და ჯანის სიმსივნეების 16%-ს შეადგენს. სიმსივნე ფუფხით ან ქერცლითაა დაფარული და წითელი ფერის ანთებითი ან წყლული შესახედაობა აქვს, შეუძლია მეტასტაზირება.

- *მელანომა* ვითარდება პიგმენტის წარმომქმნელი მელანოციტებისგან, ჯანის სიმსივნეების დაახლოებით 4%-ს შეადგენს და ყველაზე მაღალი სიკვდილობა ახასიათებს. მელანომა იშვიათია, თუმცა აშშ-ში მისი სიხშირე ყველაზე მეტად იზრდება ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის, ამჟამად გვხვდება ინვაზიური მელანომის 1 შემთხვევა 65-ზე და ცარინვაზიური მელანომის 1 შემთხვევა 37 ამერიკელზე. მელანომა სწრაფად ვრცელდება ლიმფურ სისტემასა და შინაგან ორგანოებზე. სიკვდილობა უფრო მაღალია თეთრკანიანებში და შეადგენს დაახლოებით 3.6%-ს ნელინადში. მაღალი სიკვდილობის მიზეზი შესაძლოა იყოს დაბალი გათვითცნობიერება და თვითგასინჯვის დაბალი სიხშირე.[4]

ავადმყოფს აუხსენით *მელანომას ჩისკ-ფაქტორები*: ეთნიკოელად 50, ან მეტი ხალის ცასებობა; 1-4 ან მეტი ატიპიური, ან უჩვეულო ხალი, განსაკუთრებით, თუ დისპლაზიურია[5,6]; ფერადი ან ქერა თმა, ჭორფლი, ყავისფერი ლაქები და ნეკტილები მზისთვის ღია ადგილებში, მზის ძლიერი გამოსხივება, თვალის და ჯანის ღია ფერი, განსაკუთრებით, ისეთი ტიპის ჯანი, რომელიც მზეზე ადვილად იწვება და მელანომის ოჯახური ანამნეზი.[4] 3 მმ-ზე ნაკლები ზომის მელანომის ძროული აღმოჩენა პროგნოზს აუმჯობესებს.

ჯანის კიბოს სკრინინგის საუკეთესო ჩეჯომენდაციაა მთელი სხეულის ჯანის დათვალიერება თეცაპევტის მიერ, თუმცა ცაიდერმატოლოგისთვის ამ მეთოდის მონაცემები უფრო შეზღუდულია. აშშ პროფილაქტიკური მომსახურების სპეციალური ჯგუფის მიერ დადგენილია, რომ ჩუტინული კვლევის ძროს ნაკლებად ხდება ჯანის დათვალიერება. ამერიკის ჯანის ასოციაცია ჩეჯომენდაციას უწევს ჯანის დათვალიერებას, როგორც სიმსივნესთან დაკავშირებულ ჩუტინულ გასინჯვას ყოველ 3 ნელინადში ეთნიკელ 20-40 წლის ასაკის პირებში და ყოველწლიურად 40 წელზე მეტი ასაკის პირთათვის[7,8]. ძალიან ცოტა შრომაშია ნაჩვენები,

ჩომ თვითგასინჯვა ზჩერის მელანომის დადგენას,[9-11] მაგჩამ ავადმყოფის განათლების ეს იაფი მეთოდი ავითახებს ჩისჯის ქვეშ მყოფი პიჩების გათვითცნობიერების დონეს. (იხ. ჯანის თვითგამოკვლევის მეთოდები გვ. 128-9).

ჯერნიცისტებმა და პაციენტებმა უნდა იცოდნენ ხაღების სჯიონინგის *"ABCDE" მეთოდი*. ამ მეთოდის მგჩძნობელობის საზღვჩებია 50%-დან 97%-მდე, სპეციფიკურობა - 96%-დან 99%-მდე[12] (იხ. ცხჩილი 5-8, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ხაღები)

"ABCDE": ხაღების სჯიონინგი მელანომის დასადგენად

- **A** - *ასიმეტჩია,*
- **B** - ახასნოჩი *კიდეები,* განსაკუთჩებით დაკბილული, გაღღაბნილი
- **C** - *ფეჩის* ვახიაცია, ან ცვლილება (განსაკუთჩებით ღუჯი და შავი),
- **D** - *დიამეტჩი e" 6-მმ,* ან *თუ სხვებისგან განსხვავებულია,* განსაკუთჩებით ქავილით ან სისხლდენით
- **E** – *სიმაღლეში ან სიგანეში მატება.*

თქვენ ასევე უნდა გააცნოთ ავადმყოფს ჩოფილაქტიკური ღონისძიებები, ჩოგოჩიცაა მზის სხივებისგან თავის ახიდება, მზის დამცავი საშუალებების გამოყენება (თუმცა მათი ეფექტურობის ღიჩებულება დიდი ახ ახის). გააფჩთხილეთ პაციენტები მზის პიჩდაპიჩი სხივების გავლენის მინიმუმამდე შემციჩების აუცილებლობის შესახებ, განსაკუთჩებით შუადღისას, ჩოდესაც ულტჩაიისფეჩი B გამოსხივება (UV-B) - ჯანის კიბოს ულშიჩესი მიზეზი - ახის ყველაზე ინტენსიური. მზისგან დამცავი საშუალებები ოჩი კატეგოჩიისაა - თხელი პასტისმსგავსი მაღამოები, ჩომლებიც მთლიანად ბლოკავენ მზის სხივებს და სინათლის მშთანთქმელი მზისდამცავები, შეფასებული ჩოგოჩც "მზის დამცველი ფაქტოჩი" (SPF) . SPF ახის სამკუთხედად საჭიჩო წუთების ჩაოდენობის შეფაჩდება იმ წუთების ჩაოდენობასთან, ჩომელიც საჭიჩოა ახანამკუთხედები ჯანის UV-B დასხივებით გაწითლებისთვის. SPF 15 ჩეკომენდიჩებულია და იცავს UV-B 93%-გან. (აქ ახ ახის მოყვანილი სკალა ულტჩაიისფეჩი გამოსხივებისათვის, ჩომელიც იწვევს ჯანის ფოტოდაბეჩებას ან UV-A – ყველაზე კანცეჩოგენული გამოსხივება, ჩომელსაც აკავებს ატმოსფეჩოს ოზონის შჩე). უპიჩატესობა ეძლევა წყლის მიმახთ ჩეზისტენტულ მზის დამცავ საშუალებებს, ჩომლებიც ჩჩებიან ჯანზე ხანგძლივი პეჩიოდით. თუმცა უნდა იცოდეთ, ჩომ მზის დამცავი მაღამოს ხმაჩება ავადმყოფს დაცულობის ცრუ შეგძნებას უქმნის და ზჩდის მზის გავლენას.

გამოკვლევის მეთოდები

ჯანის, თმის და ფჩხილების გამოკვლევა იწყება ზოგადი დათვალიერების დროს და გრძელდება ჭინიკური გამოკვლევის განმავლობაში. გამოძებნეთ დრო და უზრუნველყავით, ავადმყოფს ისე ეცვას პერანგი, რომ ადვილად დაათვალიეროთ თმა, სხეული ნინა და უკანა ზედაპირი, ხელის და ფეხისგულები და თითებს შუა ადგილები ხელებზე და ფეხებზე.

მთლიანად ჯანის ზედაპირი უნდა დათვალიერდეს ჯარგი განათების პირობებში, უმჯობესია ბუნებრივ განათებაზე ან ხელოვნურ განათებაზე, რომელიც მისი მსგავსია. შეადარეთ ჯანისა და ღრმოვანი გარსების დათვალიერების მონაცემები, განსაკუთრებით, როდესაც იკვლევთ ჯანის ფერს, ვინაიდან დაავადება შეიძლება ორივე მათგანში ვლინდებოდეს.

ხელოვნური განათება ხშირად ცვლის ფერებს და ფერს უცვლის სიყვითლეს

თქვენი დათვალიერების უფრო ზუსტად ჩასატარებლად, გაეცანით თავის ბოლოს მოცემულ ცხრილს, რათა უკეთესად გაარჩიოთ ჯენის შეფერილობები და ნიშნები და დარღვევების ტიპები, რომელთაც თქვენ შეიძლება შეხვდეთ გამოკვლევის პროცესში.

ჯანი

დათვალიერეთ ჯანი და ჩაატარეთ მისი პალპაცია. დაიმახსოვრეთ შემდეგი მახასიათებლები:

იხ. ცხრილი 5-1, ჯანის შეფერილობები (გვ. 132-133).

ფერი. პაციენტმა შეიძლება იცოდეს თავისი ჯანის ფერის ცვლილებები მანამ, სანამ ამას ჭინიცისტი გამოიკვლევს. შეეკითხეთ ამის შესახებ. შეამოწმეთ ჯანის მომატებული პიგმენტაცია, პიგმენტაციის დაკარგვა, სინითლე, სიფერმკრთალე, ციანოზი და სიყვითლე.

სიფერმკრთალე შეიძლება იყოს გამოწვეული ანემიით და სისხლის მიმოქცევის შემცირებით, როგორიცაა გულისწასვლა ან არტერიული უკმარისობა.

ოქსიჰემოგლობინის ნითელი ფერი და მისი დეფიციტით გამოწვეული სიფერმკრთალე უკეთ შესამჩნევია იქ, სადაც ეპიდერმისის ქვოვანა შრე ყველაზე თხელია და იწვევს სხივის უმნიშვნელო გაფანტვას: ხელის თითების ფჩხილებზე, ტუჩებზე, ღრმოვან გარსებზე, ჯერძოდ, პირის ღრუსა და ჯონიუნქტივაზე. მუქი ჯანის ფერის მქონე პირებში ხელისა და ფეხისგულების დათვალიერება ასევე იქნება სასარგებლო.

ცენტრალური ციანოზს იწვევს მიზეზები, რომელთაც მიეკუთვნება ფილტვების დაავადებები, გულის შეგებებითი უკმარისობა და ჰემოგლობინოპათიები.

ცენტრალური ციანოზი უკეთ დგინდება ტუჩებზე, პირის ღრმოვანზე და ენაზე. ამასთან, ტუჩები გაღრიჯებული შეიძლება იყოს სიცივით, და, გარდა ამისა, მუქ ფერის ჯანის მქონე პირებში მეღანინს ტუჩებზე შეუძლია ციანოზის სიმულაცია.

გულის შეგებებითი უკმარისობის დროს *ციანოზი*, ჩვეულებრივ, პერიფერიულია, ასახავს სისხლის მიმოქცევის შემცირებას, მაგრამ ფილტვის შემპერებისას ის ასევე შეიძლება იყოს ცენტრალური. ვენურ ობსტრუქციას შეუძლია პერიფერიული ციანოზის გამოწვევა.

ფჩხილების, ხელების, ფეხების ციანოზი შეიძლება იყოს ცენტრალური ან პერიფერიული ბუნების. პერიფერიული შეიძლება გამოწვეული იყოს აგზნებით ან გასასინჯ ოთახში სიცივით.

დათვალიერეთ სკლერები ყვითელი ფერის და სიყვითლის არსებობაზე. სიყვითლე ასევე გამოჩნდება ჯონიუნქტივაზე, ტუჩებზე, მაგარ სასაზე, ენის ქვეშ, დაფის აპკზე და ჯანზე. ტუჩებზე სიყვითლის ადვილად შესამჩნევად სასაგნე მინის ტუჩებზე დაჭერით მოაშორეთ ნითელი ფერი.

სიყვითლის დროს საჭიროა ღვიძლის დაავადება ან სისხლის ნითელი უჯრედების გაძლიერებული ჰემოლიზი.

ყვითელი ფერის შესაფასებლად, ჩაც დაკავშირებულია ჯაჩოტინის მაღალ შემცველობასთან, დაათვალიერეთ ხელის გულები, ფერის გულები და სხვ.

ჯაჩოტინემია

ნამიანობა. მაგალითებია სიმშრალე, ოფლიანობა და ცხიმიანობა

სიმშრალე - ჰიპოთირეოზის დროს; ცხიმიანობა - აკნეს დროს.

ტემპერატურა. შესაფასებლად კანზე დაადეთ თითების ზურგის ნაწილები. დამატებით კანის გენერალიზებული სიმხურვალის ან სიცივის შემონმების გარდა, შეამონმეთ ტემპერატურა ნებისმიერი ადგილის სინათლის ქვეშ.

გენერალიზებული სიმხურვალეა ცხელების, ჰიპოთირეოზის დროს; სიცივე – ჰიპოთირეოზის დროს; ლოკალური სიმხურვალე – ანთების ან სეპტიკის დროს.

ზედაპირი - მაგალითებია გადასნორებული და უსწორმასწორო

გადასნორებულია *ჰიპოთირეოზის* დროს, ხავერდოვანი – *ჰიპერთირეოზის* დროს.

მოძრაობა და ტურგორი - ამონმეთ კანი და ნახეთ, რა სწრაფად მოძრაობს, დააკვირდით, რამდენ სწრაფად უბრუნდება პირველად მდგომარეობას (ტურგორი).

მოძრაობა მკრთალდება შეშუპების, სკლეროდერმიის დროს; ტურგორი ქვეითდება დეჰიდრატაციის დროს.

დაზიანებები. დაათვალიერეთ კანის ნებისმიერი დაზიანება.

- *ანატომიური მდებარეობა და გავრცელება.* გენერალიზებულია თუ ლოკალური? მოიცავს, მაგალითად, ღია ზედაპირებს, კანის ნაოჭების უბნებს, თუ სპეციფიკურ აღქმენებზე მგრძნობიარე უბნებს, ან ისეთ გამღიზიანებლებზე, რომელიც ნახვევი, ბეჭდები ან სანარმოო ქიმიკატები?

- *განლაგება და ელემენტები.* მაგ: არიან ისინი განლაგებულნი წრფივად, ჯგუფურად, ბეჭდისებურად, თაღისებურად ან დერმატომულად (ფარავს კანის ზედაპირს, რომელიც კავშირშია მგრძნობიარე ნერვის გაყოლებასთან) (იხ. გვ. 605-606)

- *კანის დაზიანების ტიპები.* (მაგ. მაკულები, პაპულები, ვეზიკულები, ხაღები). თუ შესაძლებელია, ნახეთ ახალი ან ახლო წარსულში მიღებული დაზიანებები, რომლებიც არ იყვნენ ცვლილებული ფხანით ან სხვაგვარად. ჯერ დათვალიერეთ და შეიგრძნეთ ისინი.

- მათი ფერი.

კანის ბევრ დაავადებას აქვს ტიპიური გავრცელება. აკნეს - სახე, გულმკერდის ზედა ნაწილი, ზურგი; ფსორიაზს - მუხლები და იდაყვები (სხვა უბნებთან ერთად); *განგრენოზურ* ინფექციებს - კანის ნაკეცების მიდამო. იხ ცხრილი 5-2. კანის დაზიანებები - ანატომიური მდებარეობა და გავრცელება (გვ. 134).

ვეზიკულები ცალმხრივი განლაგებით ტიპიურია Herpes Zoster-ისთვის.[13] იხ. ცხრილი 5-3, კანის დაზიანებები - განლაგება და ფორმა (გვ. 135).

იხ. ცხრილი 5-4, კანის ამობურცული დაზიანებები (გვ. 136-139); იხ. ცხრილი 5-5, კანის ჩაზნექილი დაზიანებები; იხ. ცხრილი 5-6, კანის სისხლძარღვოვანი და პურპურული დაზიანებები (გვ.141). იხ ცხრილი 5-7, კანის სიმსივნეები (გვ.142). იხ ცხრილი 5-8, ჯვთიდთვისებიანი და ავთვისებიანი ხაღები (გვ. 143).

კანის დაზიანებები კონტექსტში

დაზიანების ძირითადი ტიპების გაცნობის შემდეგ, განიხილეთ ისინი 5-9 ცხრილში და დერმატოლოგიის კარგად აღნუსხულ სახელმძღვანელოში. როდესაც თქვენ დაინახავთ დაზიანებას, მოიძიეთ მისი მსგავსი ტექსტში. დაზიანების ტიპი, მდებარეობა, მათი განაწილება, ანამნეზისა და გასინჯვის შედეგად მიღებული სხვა ინფორმაციასთან ერთად, კარგად შეგარჩევთ თქვენ ასეთი კვლევისთვის და დროთა განმავლობაში შეძლებთ სპეციფიკურ დერმატოლოგიურ დიაგნოსტიკას.

იხ. ცხრილი 5-9, კანის დაზიანებები კონტექსტში (გვ. 144-145), და ცხრილი 5-10, დაავადებები და კანზე მომქმედი მდგომარეობები (გვ. 146-147).

ლობინად ჩავარდნილი პაციენტების შეფასება. ლოგინს მიჯაჭვული ადამიანები, განსაკუთრებით, ტეტრაპლეგიის შემთხვევებში, ხანდახმელნი ან აღენიშნებათ ნევროლოგიური დაზიანებები, ყველაზე მეტად მიდრეკილნი არიან ტანის დაზიანებისა და დანყლულებისადმი. *ნანოლები* ჩნდება, როდესაც ტომპრესია იწვევს ტანთან სისხლის მიტენიოლებითა და კაპილარებით მიწოდების ობლიტერაციას. ნანოლები, ასევე, შესაძლოა სხეულის გადაადგილების მცდელობის შედეგი იყოს. მაგალითად, როდესაც პიროვნება ჩამოცურდება ქვემოთ სანოლში ნანილობრივ მჯდომარე მდგომარეობიდან, ან აიწევა სუპინაციის პოზიციაში, მოძრაობებს შეუძლია დენდეროების ხშირი ქსოვილების მიქყლეტა და არტერიების და არტერიოლების ჩაჭეტვა. ხახუნი და სისველე ზრდის რისკს.

ნახ. ცხრილი 5-11- ნანოლები (გვ. 148).

ყოველ ასეთ პაციენტს ტანის ინსპექციით ყურადღებით შეუმოწმეთ ჯეჯესუნი, დენდეროები, მუხლები და ქუსლები. გადააბრუნეთ პაციენტი გვერდზე, რომ დაინახოთ ჯეჯესუნისა და დენდეროების მიდამო.

ტანის ღრმა სინოტიე ნეკროზის მომასნავებელი შეიძლება იყოს, თუმცა ზოგიერთი ღრმა ნანოლი ჩნდება წინასწარი სინოტიის გარეშეც, შესაძლოა გაჩნდეს წყლულებიც.

თმა

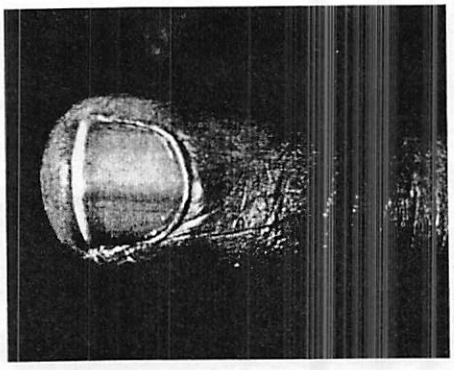
დაათვალიერეთ და გასინჯეთ თმა. აღნიშნეთ მისი ხარისხობა, განაწილება და ზედაპირი.

ალოპეცია - თმის ცვენა - დიფუზური, ბედობრივი ან ტოტალური. მერხები თმა - ჰიპოთირეოზის დროს, ფაფუკი - ჰიპერთირეოზის დროს.

ნახ. ცხრილი 5-12, თმის ცვენა (გვ. 149)

ფრჩხილები

დაათვალიერეთ ხელის და ფეხის თითებზე ფრჩხილები და ჩაატარეთ პალპაცია. აღნიშნეთ მათი ფერი და ფორმა, დაზიანებები. მუქი ტანის ფერის პირებში ნორმაში შეიძლება აღინიშნებოდეს პიგმენტაციის სიგრძივი ზოლები.



ნახ. ცხრილი 5-13, ფრჩხილები და ფრჩხილთან მდებარე უბნების გამოკვლევის შედეგები (გვ. 150-151).

განსაკუთრებული მეთოდები

ტანის თვითგასინჯვის ინსტრუქციები. ამერიკის დერმატოლოგიური აკადემიის რეკომენდაციით აუცილებელია ტანის რეგულარული თვითგასინჯვა ქვემოთ მოყვანილი მეთოდით. პაციენტს უნდა ჰქონდეს დიდი სარკე, ხელის სარკე და კარგად განათებული ოთახი.

ხელების დათვალიერებისთვის ასწავლეთ ABCDE მეთოდი (იხ. გვ. 125) და აჩვენეთ ჯეთიტვისებიანი და ავთვისებიანი ხელების სურათები ცხრილიდან 5-8.

მითითებები ხანის თვით-გასინჯვისთვის



დაათვალიერეთ თქვენი სხეული წინიდან და უკნიდან, შემდეგ მაჩვენა და მასწავლა მხარეები ანეული მკლავებით.



ასწიეთ მკლავები და დაათვალიერეთ მხრები, წიმანხრები და ხელისგულები.



დაათვალიერეთ ფეხები და ტერფები, თითებს შორის სივრცეები



ხელის სარკით დაათვალიერეთ კისერი და თავი. გადანიეთ თმა ახლო მანძილზე დათვალიერებისთვის.



ბოლოს, ხელის სარკით დაათვალიერეთ ზურგი და დუნდულოები.

კლინიკური გამოკვლევის ჩანაწერი

გახსოვდეთ, რომ თავდაპირველად თქვენ უნდა ჩამოაყალიბოთ ნინადადება თქვენი დაკვირვების აღსანერად; შემდგომში თქვენ გამოიყენებთ ფაზებს. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეცავს ხშირად გამოსადეგ ფაზებს. იშვიათი ტერმინები ახსნილი იქნება შემდეგ თავში "გამოკვლევის ტექნიკა".

კლინიკური გამოკვლევის ჩანაწერი - კანი

"ფერი კარგი. კანი თბილი და ნამიანი. ფრჩხილებზე არ აღინიშნება "სათის მინის" შესახედაობა და ციანოზი. საეჭვო ხაზი არ არის. არ არის გამონაყარი, პეტექია ან ექიმოზი.

ან

"აღინიშნება სახის სიფერმკრთალე, პირის ირგვლივ ციანოზი. ხელის გულები ცივი და ნამიანია. ციანოზი ხელის და ფეხის თითების ფრჩხილის ბუდეში. ერთი გადიდებული მოლერჯო-მავი ხაზი, 1 × 2 სმ არასწორი ყირით, მარჯვენა ნინამხარზე. გამონაყარი არ არის"

მიუთითებს ცენტრალურ ციანოზზე და შესაძლებელ მელანომაზე

ან

"სახის სისხლსავსებობა". კანი ყვითელი. ობობას მსგავსი ანგიომა ხელის ნინა ზედაპირზე. ერთეული მარცვლოვანი პაპული ჩანული ცენტრით და ტელანგიექტაზიები, 1 × 1 სმ, კისრის უკანა ნანილში საყელოს ნანილის ზემოთ. საეჭვო ხაზი არ აღინიშნება. ფრჩხილები "სათის მინისებრი", მაგრამ ციანოზი არ არის გამოხატული.

სავარაუდოა ღვიძლის პათოლოგია და ბაზალურ-უჯრედოვანი კარცინომის არსებობა

ბიბლიოგრაფია

CITATIONS

1. Whited JD, Grichnik JM. Does this patient have a mole or a melanoma? The rational clinical examination. JAMA 279(9): 696-701,1998.
2. American Academy of Dermatology. Public Resource Center: 2004 Melanoma fact sheet. Available at: http://www.aad.org/ public/News/DermLito/ 2004MelanomaFAQ.htm. Accessed January 29, 2005.
3. American Academy of Dermatology. What is skin cancer? Skin-care.net. Available at:
http://www.skincarephysicians.com/ skincancernet/ whatis.html. Accessed January 29, 2005.
4. Helfand M, Krages KP. Counseling to Prevent Skin Cancer: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/ clinic/3rduspstf-%skcacoun/skcounsum.htm. Accessed January 29, 2005.
5. Naeyaert JM, Broches L. Dysplastic nevi. N Engl J Med 349(23):2233-2240, 2003.
6. Tucker MA, Halpern A, Holly EA, et al. Clinically recognized dysplastic nevi: A central risk factor for cutaneous melanoma. JAMA 277(18):1439-1444, 1997.
7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Skin Cancer: Recommendations and Rationale. [Article originally published in Am J Prev Med 20(3S):44-46, 2001.] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/skcarr.htm. Accessed January 29, 2005.
8. American Cancer Society. Skin cancer, 2005. Available at: http://www.cancer.org/downloads/PRO/SkinCancer.pdf: Accessed January 19, 2005.
9. U.S. Preventive Services Task Force: Counseling to Prevent Skin Cancer: Recommendations and Rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf-%skcacoun/skcarr.htm. Accessed January 28, 2005.
10. Berwick M, Begg CB, Fine JA, et al. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. J Natl Cancer Inst 88: 17-23,1996.
11. Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ. Predictors of skin self-examination performance. Cancer 95(1):135-146, 2002.
12. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Skin Cancer: Summary of the Evidence. [Article originally published in Am J

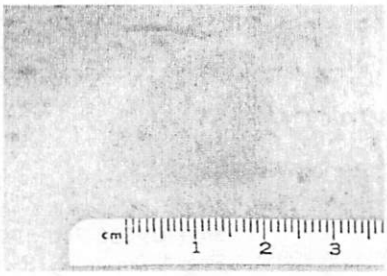
Prev 20(3S):47-58,2001.] Rockville, MD, Agency for Health-care Research and Quality, 2001. Available at: http://www. ahry.gov/clinic/ajpmsuppl/heltandl.htm. Accessed January 29, 2005.
13. Gnann JG, Whitley RJ: Herpes zostcr. N Engl J Med 3247(5):340-346, 2002.

ADDITIONAL REFERENCES

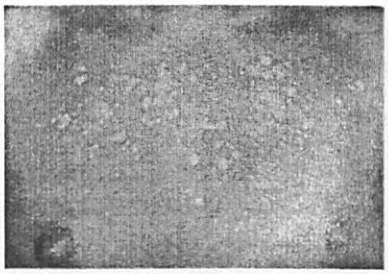
Fitzpatrick TB, Frcedbcrg IM. Fitzpatrick's Dermatology in Gc:n-cral Meciicinr, 6th ed. NrNt York, McGraw-Hill, 2003.
Fitzpatrick TB, Wolff K, Johnson RA, Stuirmond 1). Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dcrmatology, 5th ed. New York, McGraw-Hill, 2005.
Grimes P. New insights and new therapies in vitiligo. JAMA 293(6):730-735, 2005.
Hahif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy, 4th ed. New York, Mosby, 2004.
Habif TP. Skin Disease: Diagnosis and Treatment, 2nd ed. Philadelphia,)Elsevier Mosby, 2005.
Hall JC, Sauer GC. Sauer's MarlLial of Skin Diseases, 8th ed. Philadclphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
Hordinsky M, Sawava M, Roberts JL. Hirsutism and hair loss in the elderly. Clin Geriatr Mcd 18(1):121-133, 2002.
Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 289(2):223-226.
Mycrs KA, Faryuhar 1)RE. Does this patient have clubbing? JAMA 2001(2863):341-347.
Scanlon E, Stubbs N. Pressure ulcer risk assessment in patients with darkly pigmented skin. Professional Nurse 19(G):339-341, 2004.
Schon MP, Henning-Boehncke W. Psoriasis. N Engl J Med 352(18): 1899-1912, 2005.
Singh AJ, Clark RAF. Cutaneous wound healing. N Engl J Mcd 341(10):738-746, 1999.
Singh N, Armstrong 1)G, Lipsky BA. Preventing foot Ulcers in pa-tients with diabetes. JAMA 293(2):217-228, 2005.
Swartz MN. Ccllulitis. N Engl J Med 350(9):904-912, 2004.
Yancey KB, Egan GA. Pemphigoid: clinical, histologic, im-munopathologic, and therapeutic considerations. JAMA 284(3): 3,50-356,2000.

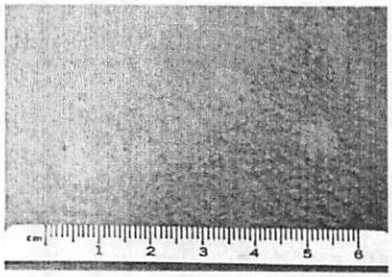
ჯანის შეფერილობები

პიგმენტაციის ცვლილებები. მელანინის დიფუზური მომატება დამახასიათებელია აღისონის დაავადებისთვის (თირჯ-მელზედა ჯირჯვლის ქრქის ჰიპოფუნქცია) ან ჰიპოფიზის ზოგიერთი სიმსივნისთვის. უფრო ხშირია პიგმენტაციის ლოკალური შემცირება ან მომატება:

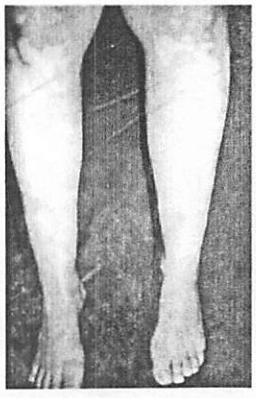


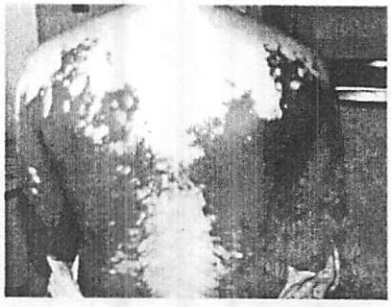
ლაქა *Caf—Au—Lait* სუსტად, მაგრამ თანაბრად პიგმენტირებული მაჯული ან ფოლაქია ერთგვარი ხასათანაბარი საზღვრით. ამ ლაქების უმრავლესობა არის 0,5-დან 1,5 სმ-მდე დიამეტრისა და მნიშვნელოვან ჯვალს არ ტოვებს. ამასთან, 1,5 სმ-ზე მეტი დიამეტრის ექვსი ან მეტი ასეთი ლაქა ნეიროფიბრომატოზის გამოვლენად ითვლება (გვ.799) (უფრო მცირე ზომის მუქი მაჯულები არ იგულისხმება).





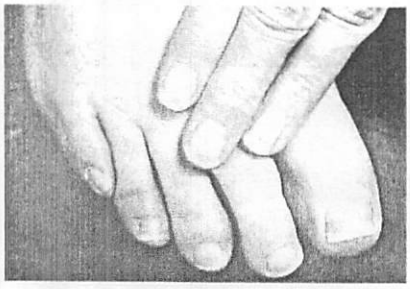
შემოსაკეთებელი ლიქენი -**Tinea Versicolor** ვიტილიგოსთან შედარებით უფრო ხშირია ჯანის ზედაპირული სოკოვანი ინფექციები. ისინი იწვევენ ჰიპოპიგმენტაციას, მცირე ქერქით დაფარული მაჯულების გაჩენას სხეულზე, კისერზე და მკლავებზე. მათი ნახვა იოლია მუქ ჯანზე და უფრო შესამჩნევი ხდება ჯანზე მზის მოკიდების შემდეგ. ღია ფერის ჯანის მქონე პირებში მაჯულები გამოიყურებიან არა ფერმკრთალად, არამედ მონითალოდ ან ნამზეურად. მაჯულები შეიძლება იყოს ბევრად მეტად ცხოვანი, ვიდრე ამ მაგალითშია მოყვანილი.



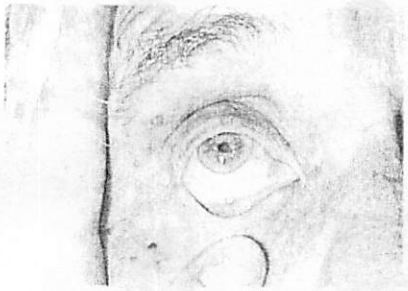


ვიტილიგო - ვიტილიგოს დროს დეპიგმენტირებული მაჯულები ჩნდება სახეზე, ხელებზე, ფეხებზე და სხვა უბნებში. ისინი შეიძლება შეერწყას ერთმანეთს მელანინმოკლებული ფერთო უბნების ნარმოქმნით. ყავისფერი პიგმენტი ამ ქაღის ნვივებზე მისი ნორმალური ჯანის ფერია; ღია ფერის უბნები გამონვეულია ვიტილიგოთი. დაავადება შეიძლება იყოს მემკვიდრეობითი. პაციენტისთვის ეს ცვლილებები შეიძლება სტრესის მიზეზი გახდეს.

ციანოზი - ციანოზი არის ერთგვარი მოლურჯო ფერი, რომელიც ჩანს ამ სურათზე ნაჩვენებ ფერის თითების ფრჩხილებსა და თავად ფერის თითებზე. შეადარეთ ეს ფერი ამავე ავადმყოფის ხელის თითებისა და ფრჩხილების ნორმალურ ვარდისფერს. ჰერიფერიული ციანოზის ეს მაგალითი გამონვეულია ნვივების ვენებში სისხლის უკუდინების შემცირებით. ციანოზი, განსაკუთრებით მცირედ გამოხატული, შესაძლოა, ძნელი განსასხვავებელი იყოს ჯანის ნორმალური ფერისგან.

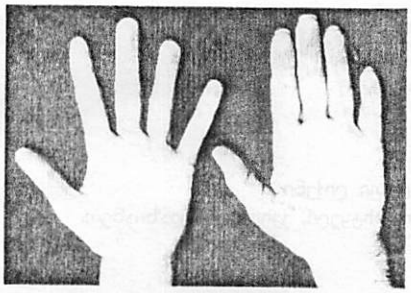


ჯანის შეფერილობები (გაგრძელება)



სიყვითლე

სიყვითლე ჯანს აძლევს დიფუზიურად ყვითელ შეფერილობას. შეადარეთ ამ პაციენტის ჯანის ფერი გამსინჯავის ხელს. სიყვითლე ყველაზე ადვილად აღმოსაჩენი და შესაფასებელია სკლერაზე, როგორც ის ნაჩვენები. ის ასევე ჯანგად ჩანს მეჯოზურ მემბრანებზე. მიზეზებში ხშირია ღვიძლის დაავადება და სისხლის წითელი უჯრედების ჰემოლიზი.



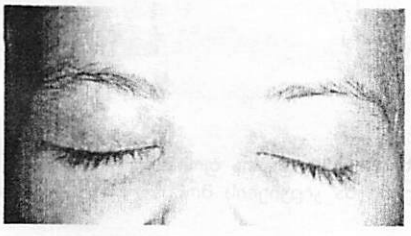
ჯარტინემია

ჯარტინემიისას მოყვითალო ხელისგული, როგორც ნაჩვენებია მარცხნივ, შედარებულია ნორმალური ვარდისფერი ხელისგულთან, ეს მეტად საჭირო ხერხია მის აღმოსაჩენად. სიყვითლისგან განსხვავებით, ჯარტინემია არ მოქმედებს სკლერაზე, რომელიც ჩრება თეთრი. მიზეზია ჯარტინებით მდიდარი დიეტა ან სხვა ყვითელი ბოსტნეული და ხილი. ჯარტინემია არ არის საშიში, მაგრამ ავლენს დიეტის შეფასების საჭიროებას.



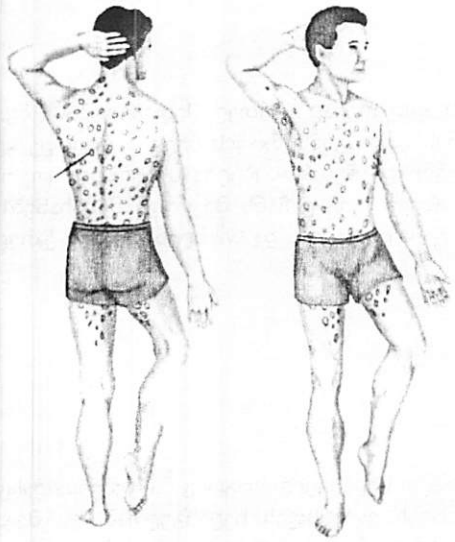
ეროთემა

წითელი ფერის, სისხლის მიდენის გაძლიერება, აქ ჩანს, როგორც "ღოყა სიღის გარტყმის შემდეგ" ინფექციური ეროთემის დროს ("მეხუთე დაავადება")

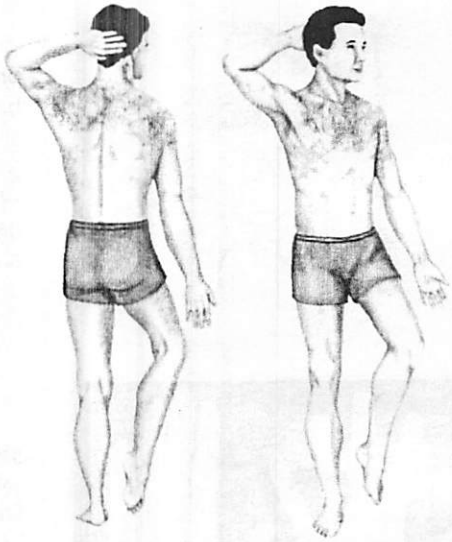


ჰელიოტროპიზმი

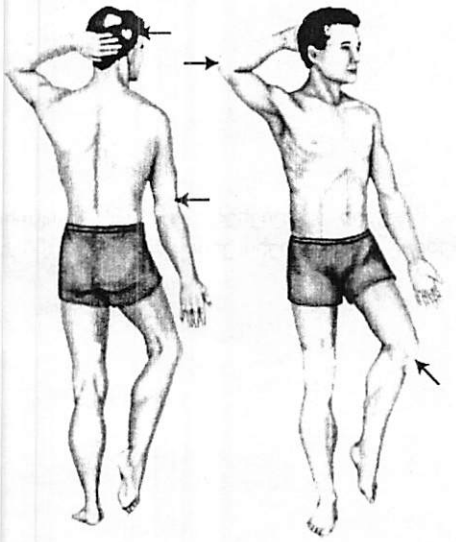
დერმატომიოზიტისთვის დამახასიათებელი მოიისფრო შეფერილობა ქუთუთოების გარშემო.



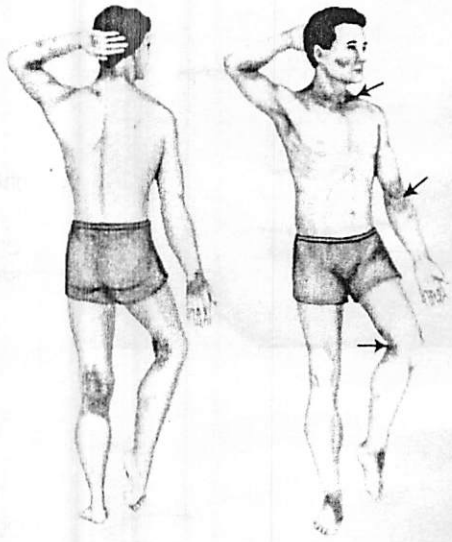
ᲕᲐᲮᲘᲪᲘᲡᲤᲔᲠᲘ ᲞᲘᲢᲘᲠᲘᲐᲖᲘ
ᲯᲐᲜᲘᲡ ᲛᲝᲜᲘᲗᲐᲚᲝ ᲝᲕᲐᲚᲣᲠᲘ ᲑᲔᲭᲓᲘᲡᲔᲑᲣᲠᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲐ



ᲨᲔᲛᲝᲡᲮᲘᲢᲧᲕᲘᲗᲘ ᲘᲭᲔᲜᲘ
ᲛᲧᲐᲠᲘᲡᲤᲘᲠᲝ, ᲑᲘᲭᲧᲔᲚᲘ, ᲥᲔᲩᲪᲘᲐᲜᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲐ



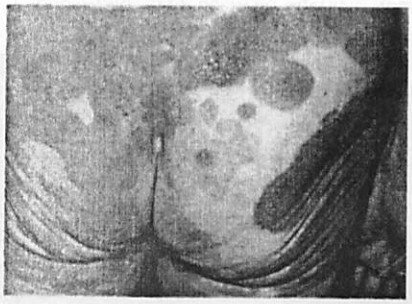
ᲤᲡᲝᲠᲘᲐᲖᲘ
ᲕᲔᲘᲪᲮᲚᲘᲡᲤᲔᲠᲘ ᲥᲔᲩᲪᲚᲘᲡᲔᲑᲣᲠᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲐ, ᲣᲛᲔᲢᲔᲡᲐᲓ ᲯᲘᲓᲣᲮᲔᲑᲘᲡ ᲒᲐᲛᲛᲫᲦᲔᲚᲔ ᲖᲔᲓᲐᲞᲘᲠᲔᲑᲖᲔ



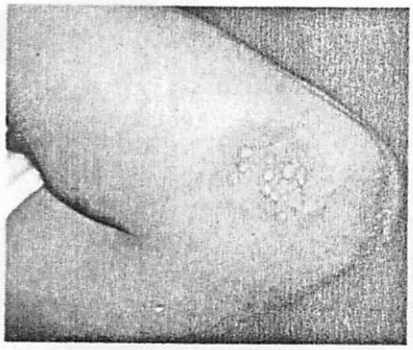
ᲐᲢᲝᲞᲘᲣᲠᲘ ᲔᲒᲖᲔᲛᲐ (ᲛᲝᲖᲮᲔᲓᲘᲚᲗᲐ ᲤᲝᲠᲛᲐ)
ᲫᲘᲠᲘᲗᲐᲓᲐᲓ ᲕᲘᲜᲓᲔᲑᲐ ᲯᲘᲓᲣᲮᲔᲑᲘᲡ ᲛᲝᲛᲮᲔᲮᲔ ᲖᲔᲓᲐᲞᲘᲠᲔᲑᲖᲔ



ხაზოვანი
მაგალითი: ხაზოვანი ეპიდერმული ხაო



გეოგრაფიული
მაგალითი: სოკოვანი გრანულომა



ჯგუფური (ვეზიკულური)
მაგალითი: მრავალი ჰერპესისთვის დამახასიათებელი ჯგუფური დაზიანება



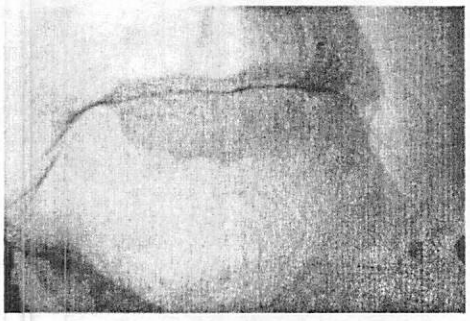
მკვრივი
მაგალითი: ჯანის ქრონიკული



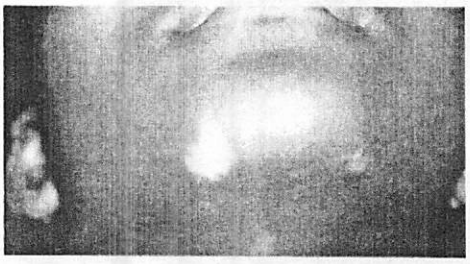
ბუშტები, თაღლითები
მაგალითი: სახის ბუშტლებიანი ლიქენი (დერმატომიოზი)

პირველადი დაზიანებები

ბრტყელი, ამაპაპირებადი დაზიანებები ჯანის შეფერილობის ცვლილებებით
მაკულა - პატარა ბრტყელი ლაქა, სიმაღლით 1 სმ

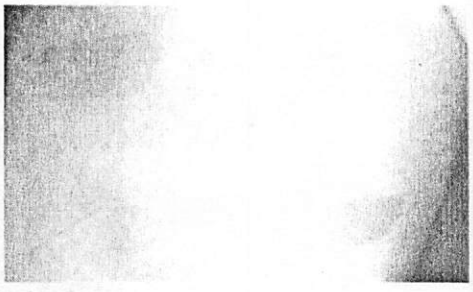


ჰემანგიომა



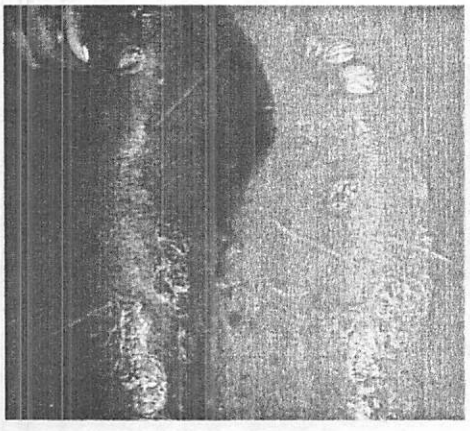
ვიტილიგო

ლაქა - ბრტყელი ლაქა 1,0 სმ ან მეტი

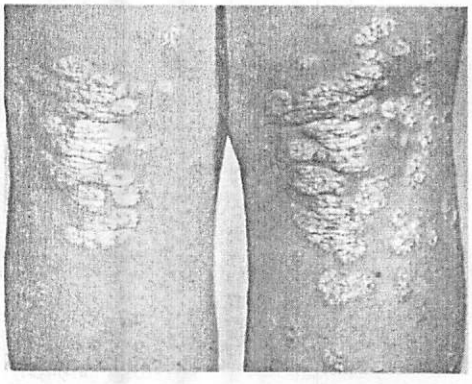


ლაქა ***Caf—Au—Lait***

პაპირებადი შემაღლებები: მჟავიანი მასები:
ფოლაქი - ამონეული ზედაპირული დაზიანება, ზომით 1 სმ ან მეტი, ხშირად ფორმირდება პაპულების გაერთიანებით.



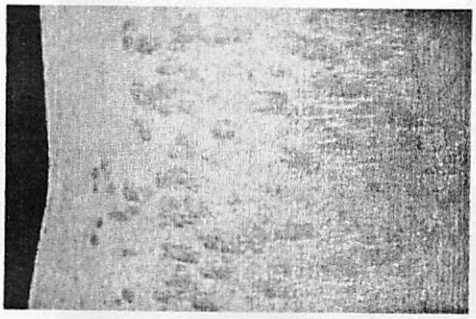
ფსორიაზი



ფსორიაზი

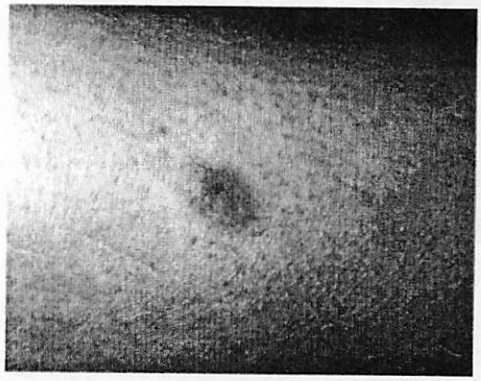
კანის ამობურცული დაზიანებები (გაჭიმვება)

პაპული - 1 სმ-ზე მეტი



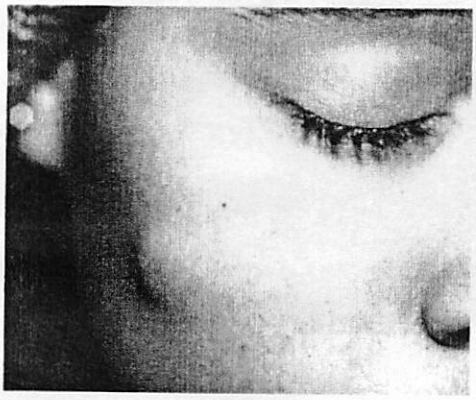
ფსორიაზი

ნოდული (პატარა კვანძი) - მაჩმახიღოსებრი დაზიანება 0,5 სმ-ზე მეტი, ხშირად პაპულაზე ღრმა და მკვრივი.



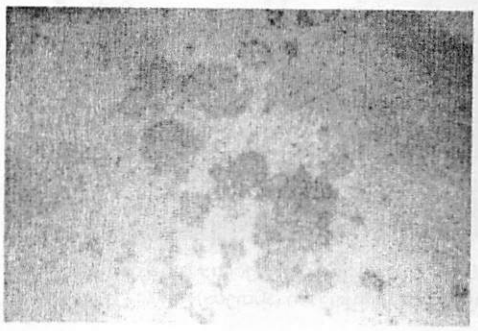
დერმატოფიბრომა

კისტა - კვანძოვანი ნაჩმონაქმნი, რომელიც შეიცავს სითხეს ან ნახევრად მკვრივია



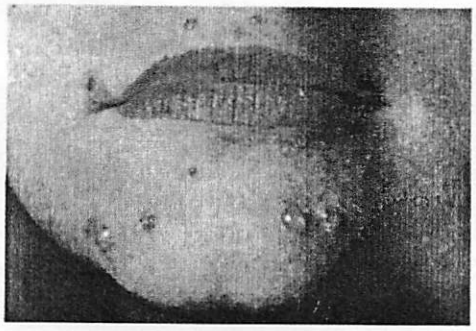
ეპიდერმული ჩასთული კისტა

ბუშტუკი - ამასნოსრი, ღრუებითი, ზედაპირული შემოფარგლული შეშუპება

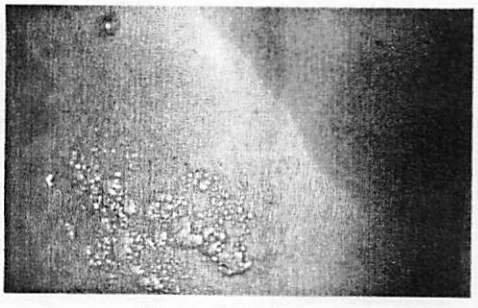


იმპეტიგო

პაპულოსებაები შემაღლებები სითხით სავსე ღრუებით
ვეზიკულა - ზომით 1 სმ-ზე მეტი, სავსეა სეროზული სითხით



მასტივი ჰერპესი

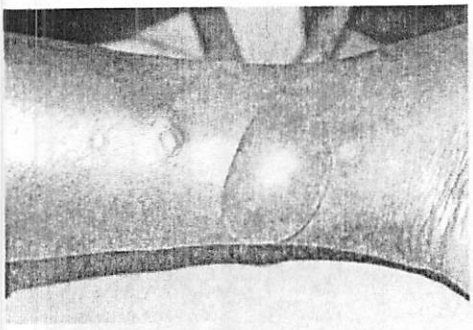


მასტივი ჰერპესი

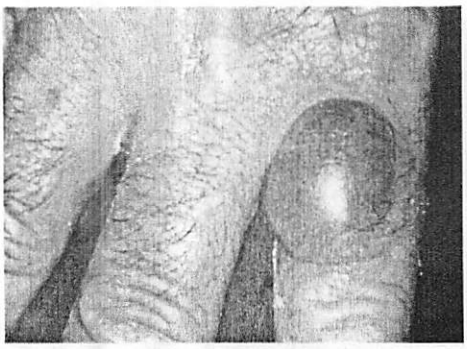
(სხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

ჯანის ამობურცული დაზიანებები (გაგრძელება)

ბული - 1.0 სმ ან უფრო დიდი ზომის, სეროზული სითხით სავსე



მწვრის ნაბები

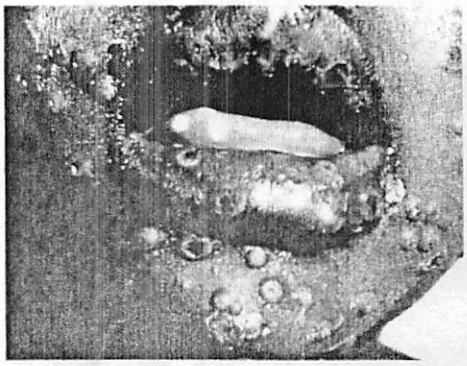


მწვრის ნაბები

პუსტული - სავსე ჩირქით



აკნე (ცხიმოვანი ჯირკვლებისა და თმის ფოლიკულების ჩირქოვანი ანთება)



ყვავილი

მუნის ხახები - მუნით დაავადებულ პირს აქვს ინტენსიური ქავილი. ჯანის დაზიანებები ნახმოდგენილია პატარა პაპულებით, პუსტულებით, ლიქენიზებული უბნებით და ექსკორიაციებით. ღუპით დათვალიერებისას ჩანს მუნის ახხები. ახხი არის ნვრილი, მკრივედ ამონული გვირაბი ეპიდერმისში და, ჩვეულებრივ, გვხვდება თითების ქსოვილებში და თითების გვერდით ნაწილებში. იგი გამოიყურება, როგორც მოკლე (5-15 მმ) სიგრძივი ან მოხრილი ნაკრისფერი ხაზი და შეიძლება თავდებოდეს ძალიან მკრივე ზომის ვეზიკულით.



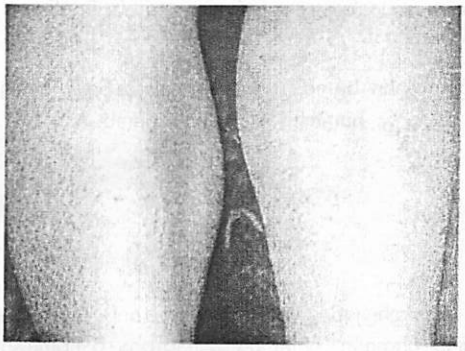
მუნი

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

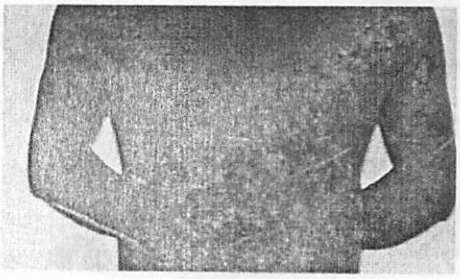
კანის ამობურცული დაზიანებები (გაგრძელება)

მეოთხედი დაზიანებები (შეიძლება განვითარდეს პირველადი დაზიანებისგან)

ქერცლი – *მკვდარი კერატინიზებული ეპიდერმისის თხელი ფენა*

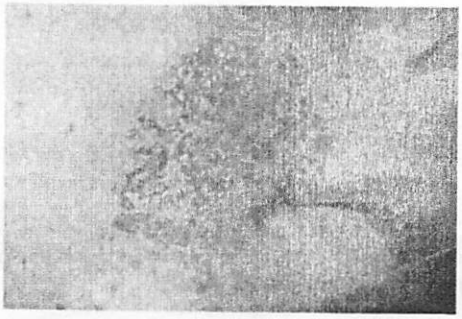


Ichthyosis vulgaris იქტიოზი (თანდაყოლილი ჰიპერკერატოზი)



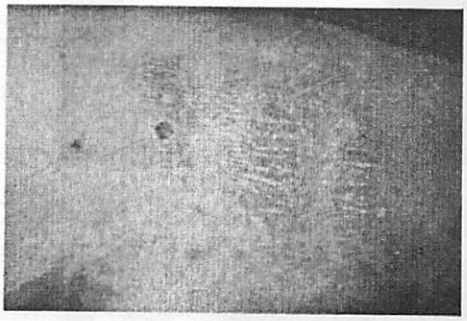
მშრალი კანი

ქერქი - შრატის, ჩირქის ან სისხლის მშრალი ნარჩენები.



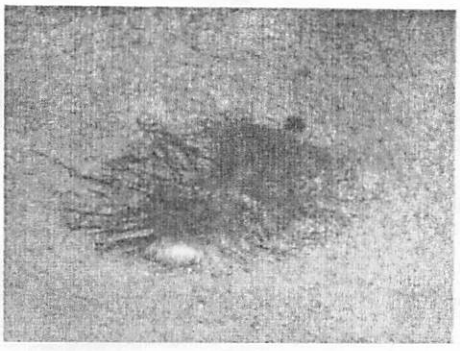
იმპეტიგო

ლიქენიფიკაცია - კანის გასქელება და გაუხეშება ნორმალური კანის კვალის მომატებული ხილვადობით. მაგ: ატოპიური დერმატიტი.



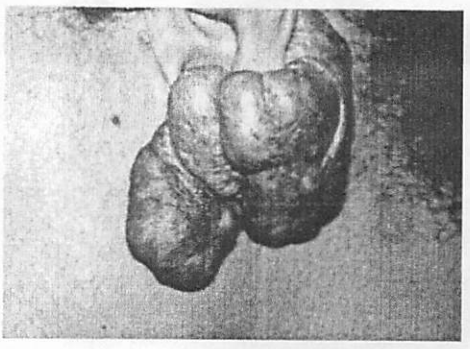
ნეიროდერმატიტი

ნაწიბური - შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება დაზიანების ან დაავადების შედეგად



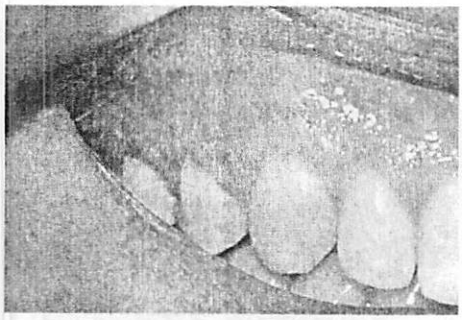
სტეროიდების ინექციის შედეგად განვითარებული ჰიპერტროფიული ნაწიბური

კელოიდი - ჰიპერტროფიული ნაწიბური, რომელიც ვრცელდება სანყისი დაზიანების გასნვრივ



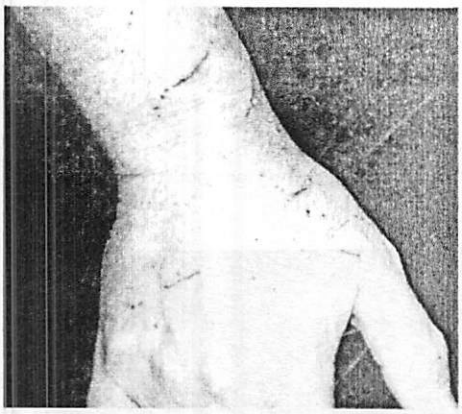
კელოიდი – ყურის ნაწილი

ჯანის ჩახუნქილი დახიანებები*

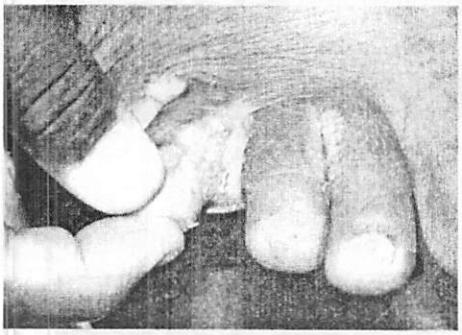


ეროზია – ზედაპირული ეპიდერმისის ანანანიბუროვანი დაზიანება; ზედაპირი ნამიანია, მაგრამ არაა სისხლმდენი.

მაგ.: აფტოზური სტომატიტი, სველი უბანი ვეზიკულის გასკდომის შემდეგ, როგორც ყვავილის დროს.

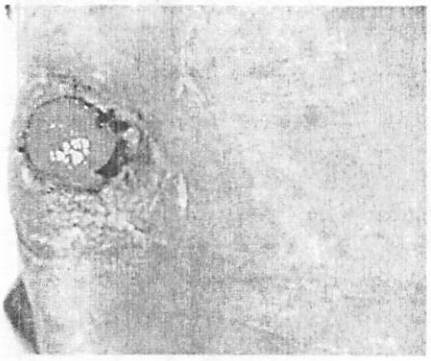


ექსკორიაცია – ჩამოფხეკვნის და ექსკორიაციის ნიშნები. ის შეიძლება იყოს წრფივი, როგორც სუპათხეა ნახმოდგენილი ან მომრგვალებული, როგორც მწერის ნაკბენის ნაფხანი.



ნასკდომი – ჯანის ხაზოვანი დაზიანება, რომელიც ხშირად ვითარდება ზედმეტი ფხანის შედეგად.

მაგალითი: სპორტსმენის ტერფი



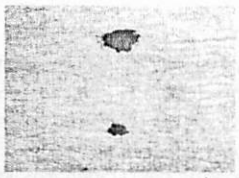
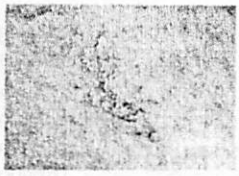
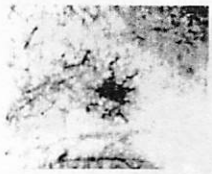
ნყლული - ეპიდერმისის ან დერმის ღრმა დაზიანება, შეიძლება იყოს სისხლმდენი ან დანანიბურებული.

მაგალითი: ვენური უკმარისობით გამოწვეული შეგუბებითი წყლული, სიფილისური შანკრი.

* ეს არის მეორადი დაზიანება (პირველადის შედეგად)

ჯანის სისხლძარღვოვანი და პუპუჭას მსგავსი დაზიანებები

სისხლძარღვოვანი დაზიანებები

	სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავი	ვენური ვარსკვლავი*	აღებისფერი ანგიომა
			
ფერი და ზომა	აღისფერი, ძალიან პატარადან ჭსმ-მდე	მოღუჯო, სხვადასხვა ზომის, ძალიან მცირედან ხამოდენიმე სმ-მდე	მუქი ნითელი ან მონითალო მაღინისფერი, დროთა განმავლობაში გადადის მწვანე, ყვითელ ან ყავისფერში. 1-3 მმ ზომის
ფორმა	ცენტრისომა (ცენტრალური სხეული), ზოგჯერ იზრდება, გარშემორტყმულია ერითემით	ცვალებადი. შეიძლება ჰგავდეს ობობას ან იყოს ნრფივი, არარეგულარული, ჯასჯადური	მრგვალი, ბრტყელი ან ზოგჯერ ნამონეული, შეიძლება შემოსაზღვრული იყოს მკრთალი ჩაღრმავებით
პულსაცია და ზეწოლის ეფექტი	ხშირად ჩანს ობობას ცენტრში, საფარი მინით ზეწოლის დროს სხეულზე ზეწოლა იწვევს ობობას გაუფერულებას	არ აღინიშნება. ცენტრზე ზეწოლა არ აუფერულებს, მაგრამ დიფუზური ზეწოლა იწვევს ვენის გაფერმკრთალებას	არ აღინიშნება. შეიძლება ნაწილობრივ გაუფერულდეს, ჯერჯერობით, თუ დაანვებით ქინძისთავის ჯილით
გავრცელება	სახე, ყურები, მხრები, სხეულის ზედა ნაწილი; არასდროს არ არის წელს ქვემოთ	ყველაზე ხშირია ფეხებზე ვენებთან ახლოს. ასევე გულ-მკერდის წინა ზედაპირზე	სხეული, ასევე ყიდურები
მნიშვნელობა	ღვიძლის დაავადებები, ორსულობა, B ვიტამინის ნაკლებობა, ვლინდება ზოგიერთ ჯანმრთელ პირშიც	ხშირად თან ახლავს ზედაპირულ ვენებში ნნევის მომატებას, ხოგორც ეს აღინიშნება ვარიკოზული ვენების დროს	არ აქვს. ზომაში და რაოდენობაში იმატებს ასაკთან ერთად

პუპუჭას მსგავსი დაზიანებები

	პეტექია/პუპუჭა	ეკქიმოზი
		
ფერი და ზომა	მუქი ნითელი ან აღისფერი, დროთა განმავლობაში გეიმწვანდება. პეტექია, 1-3მმ; პუპუჭა, უფრო დიდი ზომის	მოიისფრო ღუჯი, დროთა განმავლობაში ხდება მწვანე, ყვითელი და ყავისფერი. სხვადასხვა ზომის, პეტექიაზე დიდია, >3მმ
ფორმა	მრგვალი, ზოგჯერ არასწორი, ბრტყელი	მრგვალი, ოვალური ან არასწორი. შეიძლება ჰქონდეს ცენტრალური ბრტყელი ჯანქვეშა ჯვანძი (ჰემატომა)
პულსაცია და ზეწოლის ეფექტი	არ არის. ზეწოლა არ მოქმედებს	არ არის. ზეწოლა არ მოქმედებს
გავრცელება	ცვალებადი	ცვალებადი
მნიშვნელობა	სისხლის გამოსვლა სისხლძარღვიდან; შეიძლება მიუთითებდეს სისხლის შედედების დარვევაზე ან პეტექიის შემთხვევაში ჯანისაენ ემბოლია; ვასკულიტის დროს - პუპუჭა.	სისხლის გამოსვლა სისხლძარღვიდან, შეიძლება იყოს მეორადი ტრავმის შედეგად. ასევე სისხლის შედედების დარღვევის დროს

* ტელეანგიექტაზიები ანუ გაფართოვებული მცირე ზომის სისხლძარღვები, რომელსაც წითელი ან აღისფერი შეფერილობა აქვს.





აქტინური კერატოზი

აქტინური (სხივური) კერატოზები არის ზედაპირული, მშრალი ქერქით დაფარული ბრტყელი პაპულები. ხშირად მრავლობითია, ისინი შეიძლება იყვნენ მრგვალი ან არასწორი ფორმის, ვარდისფერი, მონითალო-მოყავისფრო ან მონაცრისფრო. ჩნდებიან ჯანის (მზისთვის) ღია ადგილებზე მოხუცებში ღია ჯანის ფერის პირებში. თავისთავად ისინი უსაფრთხოა, მაგრამ შეიძლება დასაბამი მისცენ სქვამოზურქჯიჯრედოვან კარცინომას (გოლისხმობს სწრაფ ზრდას, ინდურაციას, ბაზისური ნაწილის სინითლეს და დანყლეულებას). ნარჩენებია კერატოზები სახესა და ხელებზე ტიპიური ლოკალიზაციით.





სებორეული კერატოზი

სებორეული კერატოზი არის ჩვეულებრივი, უსაფრთხო, მოყვითალოდან ყავისფერამდე ამაღლებული დაზიანებები, რომელიც აღიქმება მკრივედ ცხიმოვან ხავერდოვან მეჭეჭად. ჩვეულებრივ, მრავლობითი და სიმეტრიულად განლაგებული არიან მოხუცი ადამიანების ტორსზე, ასევე შეიძლება გარდნენ სახესა და ყველა სხვა ადგილებში. შავკანიანებში, ხშირად, შედარებით ახალგაზრდა ქალებში, ისინი შეიძლება გარდნეს ჩოგორც პატარა, ღრმად პიგმენტირებული პაპულები ლოყებსა და საფეთქლებზე (შავკანიანთა პაპულოზური დერმატოზი).



ბაზალიჯრედოვანი კარცინომა

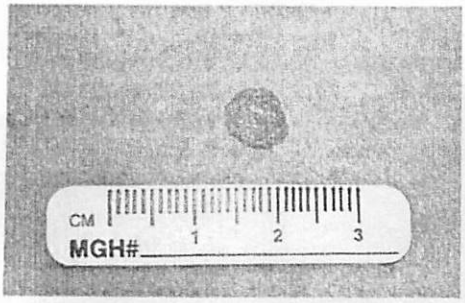
ბაზალური უჯრედების კარცინომა, მიუხედავად ავთვისებიანობისა, იზრდება ნელა და იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს. იგი უფრო ხშირია ღია ჯანის ფერის მოზრდილებში 40 წლის ასაკის ზევით და, ჩვეულებრივ, ჩნდება სახეზე. სანყისი გამჭვირვალე კვანძი ვრცელდება, ტოვებს ჩავარდნილ ცენტრს მკვრივი ანთული კიდეებით. ტელეანგიოექტაზიური სისხლძარღვები ხშირადაა შესამჩნევი.





ბრტყელჯრედოვანი კარცინომა

ბრტყელჯრედოვანი კარცინომა, ჩვეულებრივ, ჩნდება ღია ადგილებზე ღია პირისახის პირებში 60 წელს გადაცილებულ პირებში. ის შეიძლება განვითარდეს აქტინური კერატოზიდან. ჩვეულებრივ, იგი იზრდება უფრო სწრაფად, ვიდრე ბაზალიჯრედოვანი კარცინომა, არის მკვრივი და მონითალო. ჩვეულებრივ, ზიანდება სახე და ხელის ზურგი, ჩოგორც ეს სურათზეა ნარჩენები.

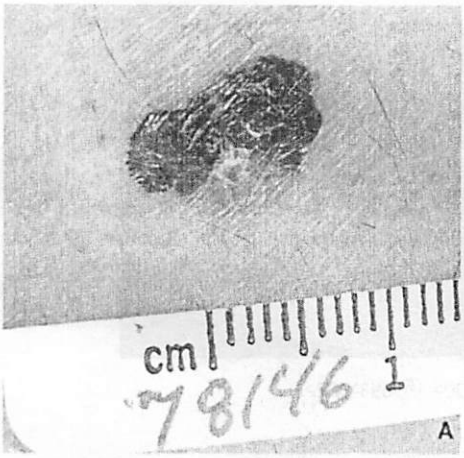


ჯეთილთვისებიანი ხარები

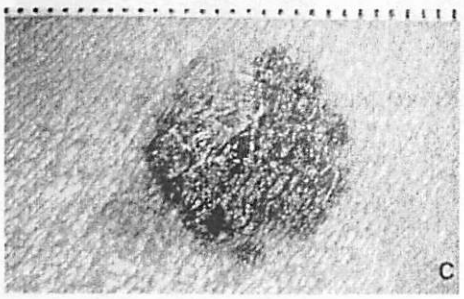
ჯეთილთვისებიანი ხარი ან, უბრალოდ, მეჭეჭი, ჩვეულებრივ, ჩნდება პირველ ათწლეულში. ერთდროულად ათეულობით ხარი შეიძლება გაიზარდოს, მაგრამ მათი რაოდენობა, ჩვეულებრივ, ჩერდება შეუცვლელი. დაიმახსოვრეთ შემდეგი ტიპიური ნიშნები და გაარჩიეთ ისინი ატიპიური ხარისა და მელანომისაგან:

- მკვეთრად გამოხატული კიდეები.
- ერთგვაროვანი ფერი, ჯერჯერობით მოყვითალო-ყავისფერი ან ყავისფერი.
- 6 მმ-ზე ნაკლები დიამეტრის
- ბრტყელი ან ამობურცული ზედაპირით

ამ თავისებურებების ცვლილებები მატულობს ატიპიური (დისპლაზიის) ხარის ან მელანომის მიხედვით. ატიპიურ ხარებს აქვს სხვადასხვა ფერი, მაგრამ ხშირად მუქია და 6 მმ-ზე დიდი, არასწორი კიდეებით და ჩაზნექილია ირგვლივ მდებარე კანში. დაათვალიერეთ ატიპიური ხარები მთელ სხეულზე. მათი რიცხვი შეიძლება იყოს 50-დან 100-მდე.







ავთვისებიანი მელანომა

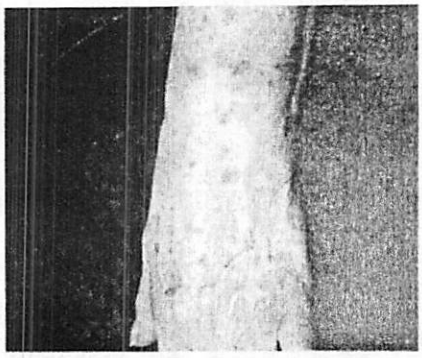
ისწავლეთ მელანომის "ABCDE" ამეხიანის ბიბოს ასოციაციის ამ ეფექტური სტანდარტული ფოტოსურათებიდან:

- ასიმეტრიულობა (სურ. A).
- არასწორი კიდეები, განსაკუთრებით დაბეჩავების ნარმოქმნა (სურ. B).
- ფერის ვარიაციები, ჯერჯერობით შავის, ღორჯისა და ნითელის კომბინაცია (სურ. B, C).
- დიამეტრი 6 მმ-ზე მეტი (სურ. C).
- კანის ზედაპირიდან ამობურცული, თუმცა, ბგერთვე, შეიძლება იყოს ბრტყელი (სურ. C).

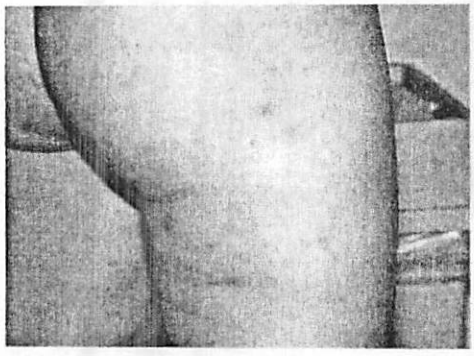
შეისწავლეთ მელანომის ისეთი ისტ-ფაქტორების არსებობა, როგორიცაა მზის ინტენსიური დასხივება მთელი წლის განმავლობაში, ბავშვობაში მზით გამოწვეული წყლულოვანი დამწვრობა, ღია ფერის კანი, რომელიც ადვილად იფარება ჭრილებით და იღებს დამწვრობას (განსაკუთრებით ქერა და ჟოლოსფერი პირები), მელანომის ოჯახური ანამნეზი და ხარები, რომლებიც შეიცვალნენ ან გახდნენ ატიპიურები, განსაკუთრებით თუ >50. შეცვლილ ხარებს შეიძლება ჰქონდეთ ახლად განვითარებული შეშუპება ან სისხლდენა, ან ისეთი შეგრძნებები, როგორიცაა ქავილი, სიმხურვალის შეგრძნება, ტკივილი.

ჯანის სიტუაციური დაზიანებები

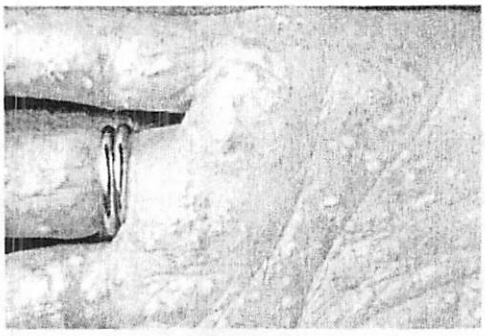
ამ სხრილში ნაჩვენებია ჯანის პირველადი და მეორადი დაზიანებები. ეცადეთ, გაარჩიოთ ისინი ტექსტის ნაკითხვამდე.



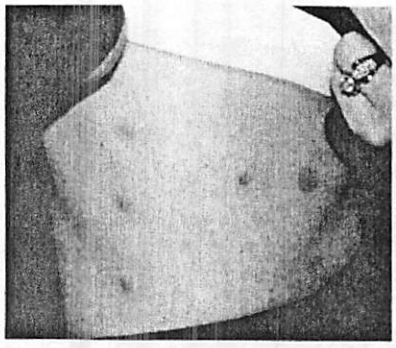
მაჯულები ხელის ზურგზე, მაჯაზე და წინამხარზე



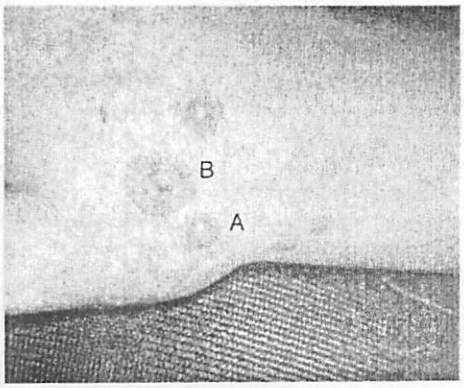
პაპულები და პუსტულები (ფოლიკულიტი ფსევდომონიაზის დროს)



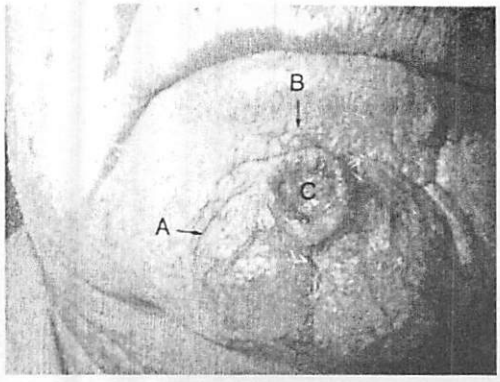
პუსტულები ხელის გულზე (პუსტულური ფსოროიაზის დროს)



ვეზიკულა (ჩუტყვავილა)



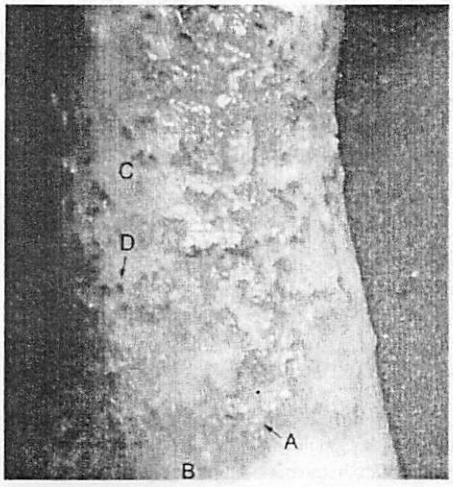
ა. ბუღა
ბ. სამიზნე დაზიანება (მაგ., მულტიფორმული ეროთემის დროს)



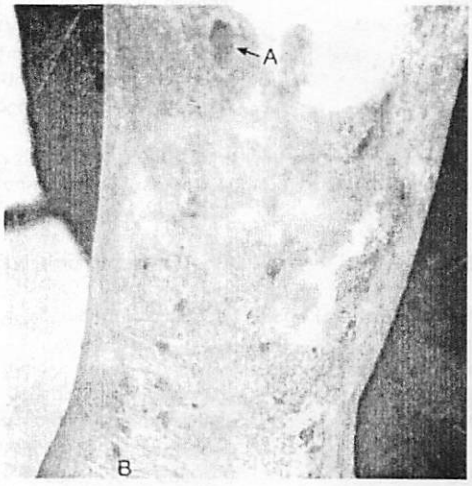
ა. ტელეანგიექტაზია
ბ. პატარა ჯვანძი (ნოდული)
გ. წყლული (ბრტყელუჯრედოვანი ჯარცინომის დროს)

(სხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

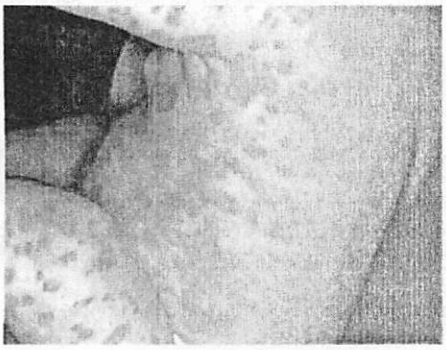
ჯანის სიტუაციური ცვლილებები (გაგრძელება)



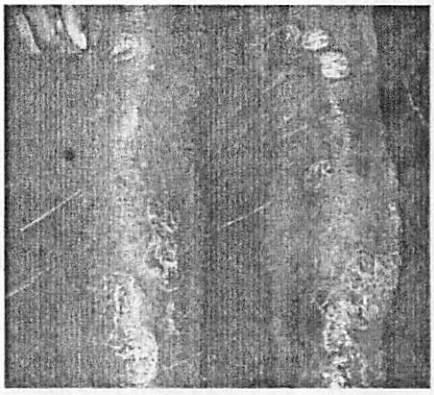
ა. **ვეზიკულა**, ბ. **პუსტულა**, გ. **ეროზია**, დ. **ფუფხი** – მუხლზე (ექტოპიური დერმატიტის დროს)



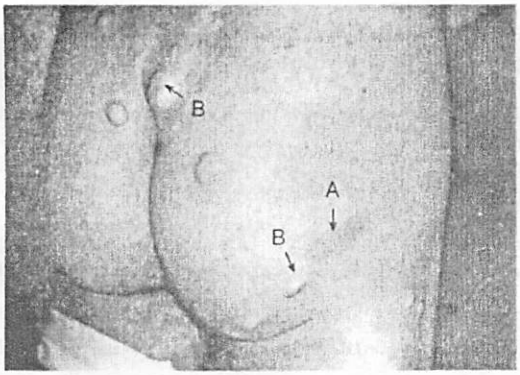
ა. **ექსკორიაცია**; ბ. **ლიქენიფიკაცია** ფეხებზე (ატოპიური დერმატიტის დროს)



ბუშტუკები (**უჩტიკარია**) ახალშობილებში ნამლის-მიერი გამონაყარი



ქერცლოვანი ლაქები მუხლებზე (ფსორიაზის დროს) და ფეხებზე



ა. **ლაქები** (Caf—Au—Lait ლაქა); ბ. **ჯვანძები** - ნეიროფიბრომატოზის დროს



Kaposi-ს სარკომა შიდს-ის დროს

როდესაც შიდს-ს ახლავს კაპოშის სარკომა, ავთვისებიანი სიმსივნე, იგი ვლინდება მრავალი ფორმით: მაკულებით, პაპულებით, ფოლაქებით ან ჯვანძებით სხეულის თითქმის ყველა უბანზე. დაზიანებები ხშირად შეინყმელია და ეთივება შიდა სტრუქტურებშიც. მარცხნივ მოცემულია ჯვრისხისებრი მოვარდისფერო ნითელი ფოლაქების ტიპიური გავრცელება ჯანზე. ისინი შეიძლება პიგმენტური გახდეს. მარჯვნივ მოცემულია ჟოლოსფერი ნითელი ჯვანძი ფეხზე.

ცხრილი 5-10 დაავადებები და მათთან დაკავშირებული ჯანის ცვლილებები

Addison-ის დაავადება	ჯანის და ღრძნოვანი გარსების ჰიპერპიგმენტაცია
შიდს-ი	თმიანი ლეიკოპლაკია, **Kaposi**-ს (კაპოში) სარკომა, მარტივი ჰერპეს-ვირუსი (HSV), ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV), ციტომეგალოვირუსი (CMV), molluscum contagiosum, ჯანის ინფექციის მიკობაქტერია, ჯანდიდოზი და ჯანის სოკოვანი ინფექციები, პირის ღრუს და სწორი ნაწლავის ბრტყელუჯრედული კარცინომა, შეძენილი იქთიოზი, ბაქტერიული აბსცესები, ფსორიაზი (ხშირად მძიმე), ეოზინოფილური, სებორეული დერმატიტი (ხშირად მძიმე).
თირკმლების ქრონიკული დაავადება	სიფერმკრთალე, სიმშრალე, პრურიტუსი, ჰიპერპიგმენტაცია, ურემიული გასიება, ჯანში მეტასტაზური კალციფიკატები, კალციფილაქსია, "ნახევარ-ნახევარი" ფრჩხილები, ჰემოდიალიზთან დაკავშირებული ჯანის დაავადებები
CREST-სინდრომი	კალცინოზი, ხეინოს სინდრომი, სკლეროდაქტილია, ტელეანგიექტაზიები
Crohn-ის (კრონი) დაავადება	კვანძოვანი ეოზინოფილური პიოდერმია, ჯანის ფისტულები, ანტოზური ნაღველები
Cushing-ის (კუშინგი) დაავადება	სტრიები, ჯანის ატროფია, პრურიტუსი, ექიმოზი, ტელეანგიექტაზია, აკნე, მთვარისა ფორმის სახე, ჰიპერტრიქოზი, ქამრის კუნთი
დერმატომიოზიტი	ჰელიოტროპული გამონაყარი, გოტრონის პაპულა, ფრჩხილებთან ტელეანგიექტაზიები, ალოპეცია, მზისგან დაუფარავ ადგილებში პოიკილოდერმია, ხეინოს სინდრომი
დიაბეტი	დიაბეტური ლიპოიდური ნეკროზი, დიაბეტური ბუშტი, დერმოგრაფიზმი, ბაქტერიებური გრანულომა, აკანტოზი, ჯანდიდოზი, ნეიროპათიული წყლულები, ქსანტომები, სისხლძარღვთა პერიფერიული დაავადებები
დისემინირებული სისხლძარღვშიდა კოაგულაცია	ჯანის ნეკროზი, პეტექია, ექიმოზი, ჰემორაგიული ბუშტი, პრურიტუსი
დისკოიდერმია	ქსანტომები (მყესებზე, გამონაყარით ან ხორკლიანი), ქსანტელაზმები (შეიძლება ჯანმრთელებშიც იყოს)
გონოკოქცემია	ეოზინოფილური მაკულა ან ჰემორაგიული პუსტულა; დაზიანება ვრცელდება ხელის და ფეხისგულებზე
ჰემოქრომატოზი	ჯანი სპილენძისფერია და ჰიპერპიგმენტული
ჰიპოთირეოზი	მშრალი, უხეში და მკრთალი ჯანი, უხეში და მტვრევადი თმა, მიქსედემა, ალოპეცია (წარბების გარეთა ნაწილები დიფუზურად), ჯანი შეხებით ცივია, ფრჩხილები თხელი და მსხვრევადი
ჰიპერთირეოზი	თბილი, ნამიანი, ჰბილი და ხავერდოვანი ჯანი; თხელი თმა, ალოპეცია, ვიტილიგო, ჰეტიბიალური მიქსედემა (გრეივსის დაავადების დროს), ჰიპერპიგმენტაცია (ადგილობრივი და დიფუზური)
ინფექციური ენდოკარდიტი	Janeway დაზიანება, ოსლერის კვანძები, ნეკროზული სისხლჩაქცევები, პეტექიები
Kawazaki-ს დაავადება	ღრძნოვანი გარსების ეოზინოფილური ენა, ალებისფერი ტუჩები, პოლიმორფული გამონაყარი (უმეტესად ტანზე), ხელის და ფეხისგულების სინითლე, მოგვიანებით თითის წვერების აქერცვლა.
ღვიძლის დაავადებები	სიყვითლე, სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავები, სხვა ტელეანგიექტაზიები, პალმარული ეოზინოფილური ჰიპერკერატოზი (ხელისგულების სინითლე), ტერის ფრჩხილები, კვიცი, პრურიტუსი, მელენა თავი
ლეიკემია/ლიმფომა	სიფერმკრთალე, ექსფოლიაციური ეოზინოფილია, კვანძები, პეტექიები, ექიმოზები, კვიცი, ვასკულიტი, განგრენული პიოდერმია, ბულოზური დაავადება
მენინგოკოქცემია	ვარდისფერი მაკულები და პაპულები, პეტექიები, პეტექიური სისხლჩაქცევები, ბულოზური სისხლჩაქცევები, ელვისებური პრურიტუსი
ნეიროფიბრომატოზი 1 (**Recklinghausen**-ის დაავადება)	ნეიროფიბრომები, Caf—Au—Lait, ჭროფლის ღაქები იღლიასა და სასქესოების მიდამოში, ბადისებური ნეიროფიბრომა
პანკრეატიტი (ჰემორაგიული)	Grey Turner-ის (გრეი-ტერნერი) ნიშანი, Cullen-ის (კალენი) ნიშანი, პანიკულიტი (კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ანთება)
პანკრეასის კარცინომა	პანიკულიტი, მიგრაციული თრომბოფლებიტი
პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები	ჯანი მშრალია, იქერცლება ან ატროფიულია; ფრჩხილები დისტროფიული, მსხვრევადი; ჯანი ცივია, თმა გაცვენილია, ნეკროზები, სიფერმკრთალე, ციანოზი, განგრენა.
ოსლეროზა (ფიზიოლოგიური ცვლილებები)	მეკანძა – ძაძეს დვრილების, თეთრი ხაზის პიგმენტაციის მომატება, პალმარული ეოზინოფილია, ვენების ვარიკოზი, სტრიები, სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავები, ჰირსუტიზმი, ჩრიქოვანი გრანულომები

სხრილი 5-10

დაავადებები და მათთან დაკავშირებული ჯანის ცვლილებები (გაგრძელება)

Reiter-ის (ჰეიტერი) სინდრომი	ჯანის და ღორნოვანი გარსების ფსორიაზის მსგავსი დაზიანება, ჯერატოდერმა blennorrhagicum, ჩირქოვანი გარანულომა
ჰევმატოიდული ართრიტი	ვასკულიტი, ჰეინოს სინდრომი, ჰევმატოიდული ჯვანძები, განგრენული პიოდერმია, ჰევმატოიდული პაპულები, ნოდული ან მოვარდისფერი გამონაყარი.
ჯდღოვანი მთების ღარღოვანი ცხელება	ეროთემული გამონაყარი, რომელიც პირველად ჩნდება მაჯებზე და მუხლებზე, შემდეგ ვრცელდება ხელის და ფეხისგულებზე და გენერალიზაციის დროს უფრო მუქი შეფერილობის ხდება
სკლეროდერმია	ჯანი გასქელებულია, დაჭიმული და პრიალა. თითის ნვერებზე ჩნდება ნყლულები და ჩალრმავებული ნანიბურები; სკლეროდაქტილია; ტელანგიექტაზიები; ჰეინოს სინდრომი
ნამგლისებური ანემია	სიყვითლე, ფეხებზე ნყლულები (ტოჭების არეში), სიფერმკრთალე
ათამანგი	*1°:* შანკრი (მტკივნეული); *2°:* გამონაყარი ("დიდი იმიტაცია") – ბრონქოსფერი, გენერალიზებული, მაკულო-პაპულური გამონაყარი ხელის და ფეხისგულებზე, ფარული ჯონდიდომა, ალოპეცია ("ჩრჩილის ნაჭამი"), პრის ღრუს და გენიტალიის ღორნოვან გარსებზე თეთრი ქერცლები. *3°:* გუმა, გრანულომა
სისტემური ნითელი მგლურა	ფოტოსენსიბილიზაცია, ჰეპერისებური ეროთემა სახეზე, დისკოიდური გამონაყარი, ალოპეცია, ვასკულიტი, პრის ღრუს ნყლულები, ჰეინოს სინდრომი
თრომბოციტოპენიური პურპურა	პეტექია, ეკქიმოზი
ტუბერული სკლეროზი (Bourneville-ს დაავადება)	adenoma sebaceum (ანგიოფიბრომა), ფერიფერისებური გამონაყარი, შაგრენის ღაქები, ფიბრიდებრის გარშემო ფიბრომები
ნყლღოვანი ლოიტი	**ჯვანძოვანი ეროთემა, განგრენული პიოდერმია**

ვირუსული ეგზანთემები:

ჯოქსაჯი A (ხელები, ფეხები და პრის ღრუ) – ნყლღები პრის ღრუში, მაჯები, პაპები და ვეზიკული ხელებზე, ფეხებზე და დენდრიტებზე

ინფექციური ეროთემა (მეხუთე დაავადება) — ლოყების ეროთემა ("ლოყები სილის გარტყმის შემდეგ"), რასაც მოჰყვება ეროთემული, ბადისებრი გამონაყარი, რომელსაც ქავილი ახასიათებს და ინყება ტანიდან და ჯიდეების პროქსიმალური ნანილებიდან (მხეზე, ცხელების დროს და ტემპერატურის ცვლილებისას ქავილი ძლიერდება)

ახალშობილთა ჰერპეტური (HSV 6) – ეროთემა, მაჯები-პაპები, პერიოდული ქავილი (ხშირად ახლავს ცხელება), რაც ინყება თავიდან და ვრცელდება ტანზე და ჯიდეებზე, ხშირ სასაზე პეტექიებია.

ნითელა – ეროთემა, მაჯები-პაპები, პერიოდული ქავილი (ხშირად ახლავს ცხელება), რაც ინყება თავიდან და ვრცელდება ტანზე და ჯიდეებზე, ხშირ სასაზე პეტექიებია.

ნითელა – ეროთემა, მაჯები-პაპები, გამონაყარი ინყება თავიდან და ვრცელდება ტანზე და ჯიდეებზე (გამონაყარი ტანზე ეროთიანდება, ჯიდეებზე – არა), ღრძილების ღორნოვანზე ჩნდება კოპლიკის ღაქები.

ჩუტყვავილა – გენერალიზებული ვეზიკულური გამონაყარი, რომელსაც ახასიათებს ქავილი (ბუშტუკების ფსკერზე სისხლჩაქცევებია ("ნამის ნვეთი ვარდის ფურცელზე"). გამონაყარი ინყება ტანზე და ვრცელდება პერიფერიულად, გამონაყარი ეროთრიულად განვითარების სხვადასხვა სტადიაშია.

შემოსარტყმელი ღილენი (Herpes Zoster) ქავილი, ვეზიკულური გამონაყარი (ვეზიკულას საფუძველი ნითელია) და ვრცელდება დერმაში.

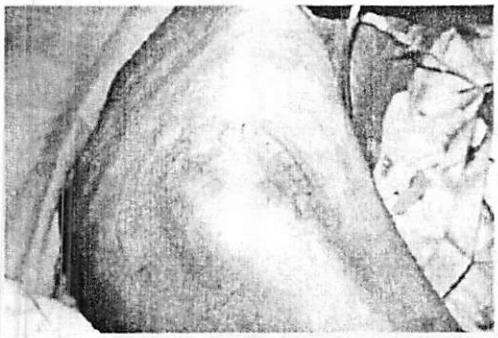
ნაწოლები, ასევე ინოდება დეკუბიტუს წყლულებად, ჩვეულებრივ, ვითარდება სხეულის გამონაყარ ნაწილებში ნერვის შეუმცირებლობის გამო, რომელიც ინვევს ქვემდებარე ქსოვილის იშემიურ დაზიანებას. პროფილაქტიკა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც იდენტიფიკაცია და მკურნალობა: ყურადღებით დაათვალიერეთ ყველა ის ადგილი სხეულის ნაწილებში, რომელიც ექიმის, რომელიც ფეხმკურნალებს ზენოლით, განსაკუთრებით რისკ-ფაქტორების მქონე პაციენტებში.

ნაწოლები ჩნდება უფრო ხშირად ძვლების, საჯდომი ბორცვების, დიდი ციბრუტების არეში და ქუსლებზე. ქვემოთ ნახმოდგენილია ქსოვილების დაშლის სიღრმის სტადიურობა. ამასთან, გახსოვდეთ, I სტადიაში ყველა ის ჯერ კიდევ ინტაქტურია და ნყლული ჯერ არ არის განვითარებული; სტადიის განსაზღვრის წინ ნეკროზული ან სტრუპით დაფარული ნყლულები უნდა გაიწმინდოს; და ნყლულები აუცილებლად არ ჰროგრესირებს თანმიმდევრობით ოთხი სტადიის გავლით.

დაათვალიერეთ ნყლულები ინფექციის ნიშნების არსებობაზე დრენირების, სუნის, ცელულიტის ან ნეკროზის გამოსავლენად. ცხელება, შემცივნებები და ტკივილი, შესაძლოა, იყოს ოსტეომიელიტის შედეგი. შეფასება მიმართული უნდა იყოს პაციენტის ზოგადი ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ისეთი კომორბიდული მდგომარეობის ჩათვლით, როგორიცაა სისხლძარღვოვანი დაავადებები, დიაბეტი, იმუნური უკმარისობა, კოლაგენური, ავთვისებიანი დაავადებები, ფსიქოზი ან დეპრესია; კვებითი სტატუსი; ტკივილი და ანალგეზიის ხარისხი; გამწვავების რისკი; ისეთ ფსიქოსოციალურ ფაქტორებზე, როგორიცაა სწავლის უნარი, სოციალური დახმარებები და ცხოვრების სტილი; და ყველა მონაცემები პოლიფარმაციის, ზედმეტი ნამლების მიღების, ალკოჰოლის, თამბაქოს ან აკრძალული ნამლების ქარხნი მოხმარების შესახებ.

ნაწოლების რისკ-ფაქტორები

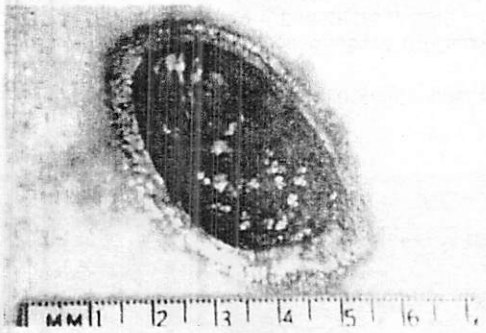
- მოძრაობის შემცირება, განსაკუთრებით, თუ მას ეთვის მომატებული ნნევა ან მოძრაობა, რომელიც ინვევს ხახუნს ან დამაზიანებელ სტრესს.
- მგრძნობელობის დაქვეითება, გამონვეული თავის ან ზურგის ტვინის დაზიანებით, ან პერიფერიული ნეირების დაავადებით.
- სისხლის მინოდების შემცირება ჰიპოტენზიის ან ისეთ მიკროვასკულარი დაავადებების დროს, როგორიცაა დიაბეტი ან ათეროსკლეროზი.
- განავლის ან შარდის შეუკავებლობა.
- მოტეხილობის არსებობა.
- მძიმე კვებითი სტატუსი ან დაბალი ალბუმინი.



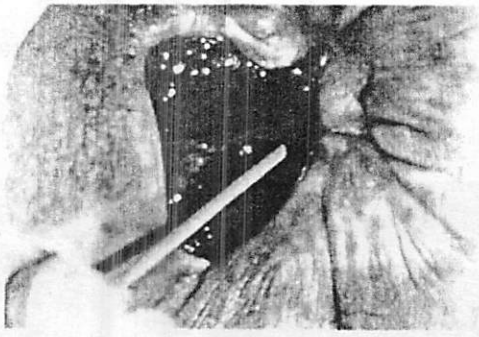
სტადია I - ინტაქტური კანის ზენოლით გამონვეული ცვლილებები: ტემპერატურის (ცხელი ან ცივი), კონსისტენციის (მკვრივი ან ხშირი), მგრძნობელობის (ტკივილი ან ქავილი) ან ფერის (წითელი, ლურჯი ან ფიოლეტური მუქ კანზე; წითელი ღია ფერის კანზე) ცვლილებებით.



სტადია II - კანის შრეების ნაწილობრივი დაკარგვა ან დანყლება, რომელშიც ჩართულია ეპიდერმისი, დერმა ან ორივე ერთად.

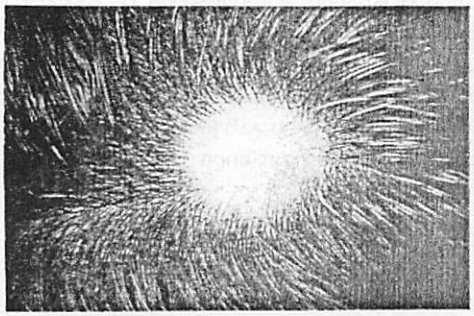


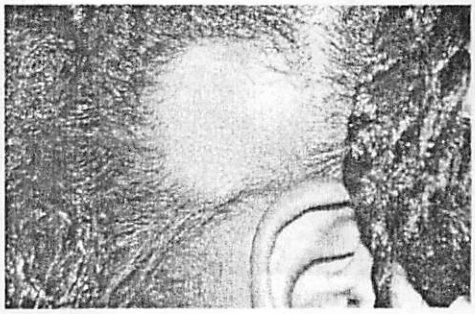
სტადია III - კანის შრეების სრული დაკარგვა კანქვეშა ქსოვილის დაზიანებიდან ნეკროზამდე, რომელიც შეიძლება გავრცელებული იყოს ქვემდებარე ფენთში, მაგრამ არა გამჭოლად.



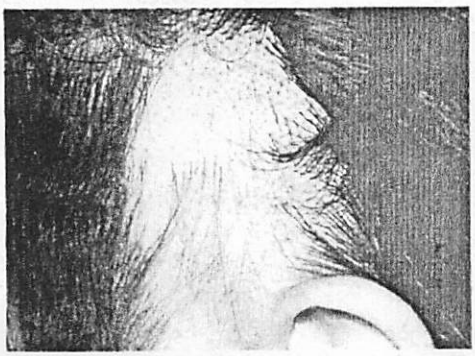
სტადია IV - კანის სრული დაკარგვა, დესტრუქციით, ქსოვილის ნეკროზით, ქვემდებარე ფენთის, ძვლის და ახლო მდებარე სტრუქტურების დაზიანებით.

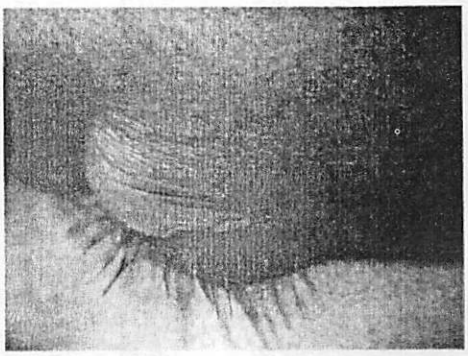
ჯაჭოვანი (ბუდობჰივი) თმის ცვენა – აღოპეცია – თმის ცვენის ჯაჭგად შემოსაზღვრული მრგვალი ან ოვალური ფოთმის უბნები, ჩვეულებრივ, ვითარდება ახალგაზრდებში და ბავშვებში. ხიღული დაზიანება ან ანთება არ აღინიშნება.



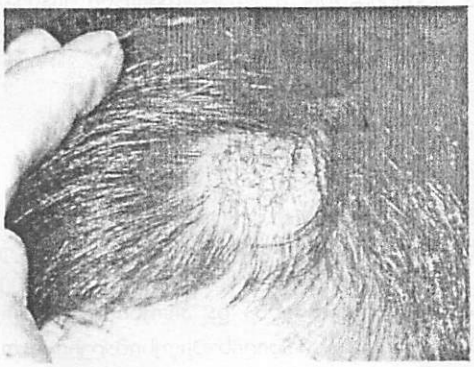


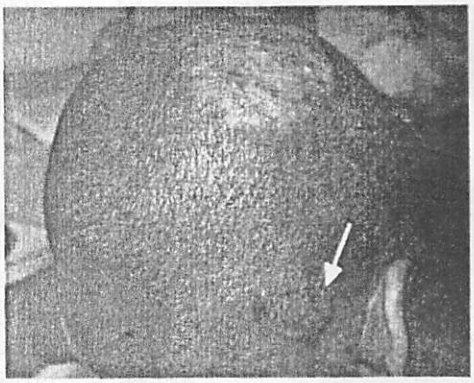
ტრიქოტილომანია – მოქაჩვის, ან დახვევის შედეგად თმის ცვენა. თმის ღერი განყვეტილია და სხვადასხვა სიგრძის. უფრო ხშირია ბავშვებში ოჯახური ან ფსიქოსოციალური სტრესის დროს.

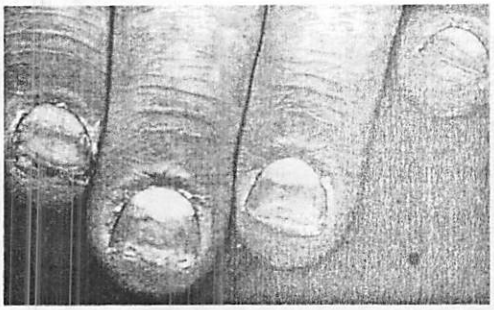




Tinea capitis ("Ringworm") აღოპეციის მრგვალი ფოთმის ქერცლიანი უბნები. თმა ნყდება ჯანთან ახლოს. მიზეზი, ჩვეულებრივ, სოკოვანი ინფექციაა – tinea tonsurans. ჰგავს სებოთეული დერმატიტს.

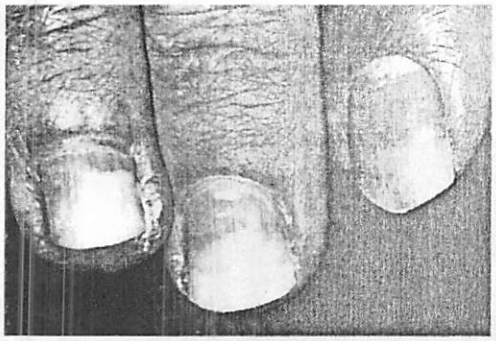






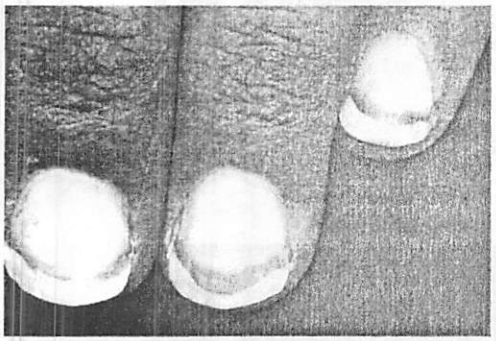
პარონიქია

პარონიქია არის ფრჩხილის პროქსიმალური და ლატერალური ნაოჭის ანთება. შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული. ნაოჭები ნითელია, შესიებული და ხშირად მტკივნეული. კუტიკულა შეიძლება არ ჩანდეს. პირებს, ვინც ხშირად ისველებს ხელებს, პარონიქიის განვითარების მეტი რისკი აქვთ. ხშირად, ჩამოღენილ ფრჩხილი ზიანდება.



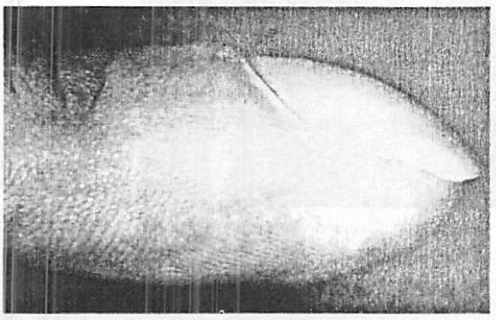
ონიქოლიზი

ონიქოლიზი არის ფრჩხილის მტკივნეული ასიება ფრჩხილის სანოლიდან. იწყება დისტალურად, ფრჩხილის თავისუფალი კიდე სხვადასხვა ხარისხით დიდდება. ჩვეულებრივ, ზიანდება ჩამოღენილ ან ყველა ფრჩხილი. მიზეზი მრავალია.



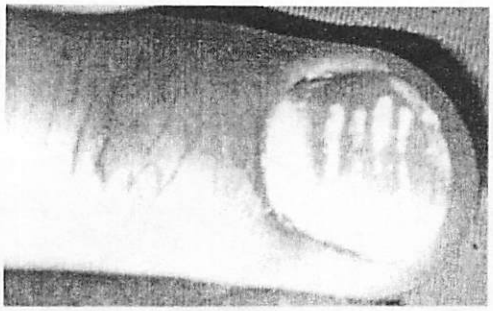
Terry-ს ფრჩხილები

Terry-ს ფრჩხილების დროს ფრჩხილი თეთრია, ხოლო დისტალურად მონითალო-ყავისფერი ზოლი ჩნდება. ფრჩხილის ღუნელა შეიძლება არ ჩანდეს. ასეთი ფრჩხილები უვითარდება ხანდაზმულ პირებს და ისეთი ქრონიკული დაავადების მქონე ავადმყოფებს, როგორიცაა ღვიძლის ციროზი, გულის უკმარისობა, ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი.



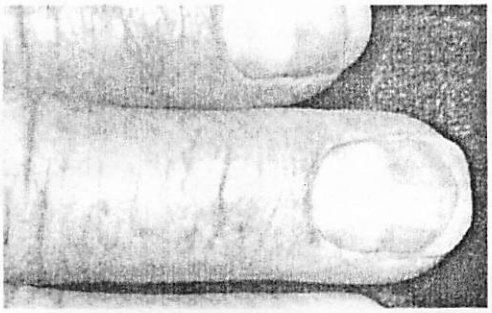
ბოლის ჯოხისებრი თითები

ბოლის ჯოხისებრი ფორმის თითების დროს დისტალური ფალანგები დამრგვალებულია და გამსხვილებული. ფრჩხილები ამობურცულია, კუთხე ფრჩხილსა და პროქსიმალურ ნაოჭს შორის 180° და მეტია. ფრჩხილის პროქსიმალური ნაოჭი პალპაციით ღრუბლისებრია ან მოძრავი. მიზეზები მრავალია, მათ შორის ქრონიკული ჰიპოქსია, გამონაყარი გულის უკმარისობით ან ფილტვის სიმსივნით, ღვიძლის ციროზი.



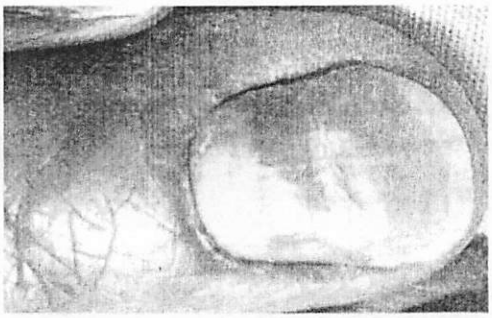
თეთრი ლაქები *(ლეიკონიქია)*

ფრჩხილების ტრავმის შედეგად ხშირად ჩნდება თეთრი ლაქები, რომელიც ნელა იზრდება ფრჩხილებთან ერთად. თეთრი ლაქები ხშირად ჩნდება უხეში და ხშირი მანიკურის ჯეთების შედეგად. მრუდები ამ მაგალითში ჰგავს ჯუტიკულას და ფრჩხილების ნაოჭების მრუდებს.



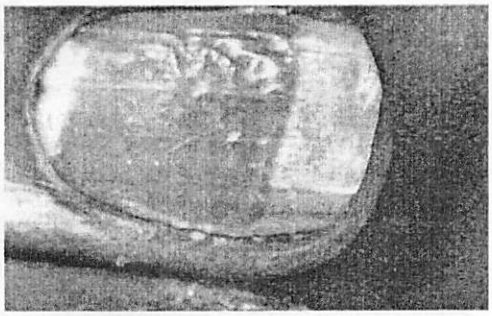
განივი თეთრი ხაზები ***(Mees-ის ხაზები)***

ეს არის განივი ხაზები, არა ჩაღრმავებები, მათი ფორმა ღენელას მსგავსია, და არა ჯუტიკულას. ასეთი ხაზების გარჩენა მწვავე ან მძიმე დაავადების შედეგია. ისინი ჩნდებიან ფრჩხილის ჰოროსმაღეს ნაწილში და იზრდებიან ფრჩხილთან ერთად.



Beau-ს ხაზები

Beau-ს ხაზები არის ფრჩხილების განივი ჩაზნექვა, რაც დაკავშირებულია მწვავე მძიმე დაავადებებთან. ხაზები ჩნდება ფრჩხილის ჰოროსმაღეს ნაწილში დაავადებიდან ერთი კვირაში და იზრდება ფრჩხილებთან ერთად. Beau-ს ხაზების მიხედვით ექიმს შეუძლია დაადგინოს გამომწვევი დაავადების ხანგრძლივობა.



ფსორიაზი

ფრჩხილებზე მცირე ზომის ჩაღრმავებები ფსორიაზის ადრეული, მაგრამ არასპეციფიკური ნიშანია. დამატებითი ნიშნები, რომლებიც აქ არ არის ნაჩვენები, მოიცავს ონიქოლიზს და აღწერილ მოყვითალო-ყავისფერ შეფერილობას, ე.წ. "ზეთოვანი ჩაღრმავება". შეიძლება განვითარდეს ფრჩხილის შესამჩნევი გათხელებაც.

6

თავი და ჯისური

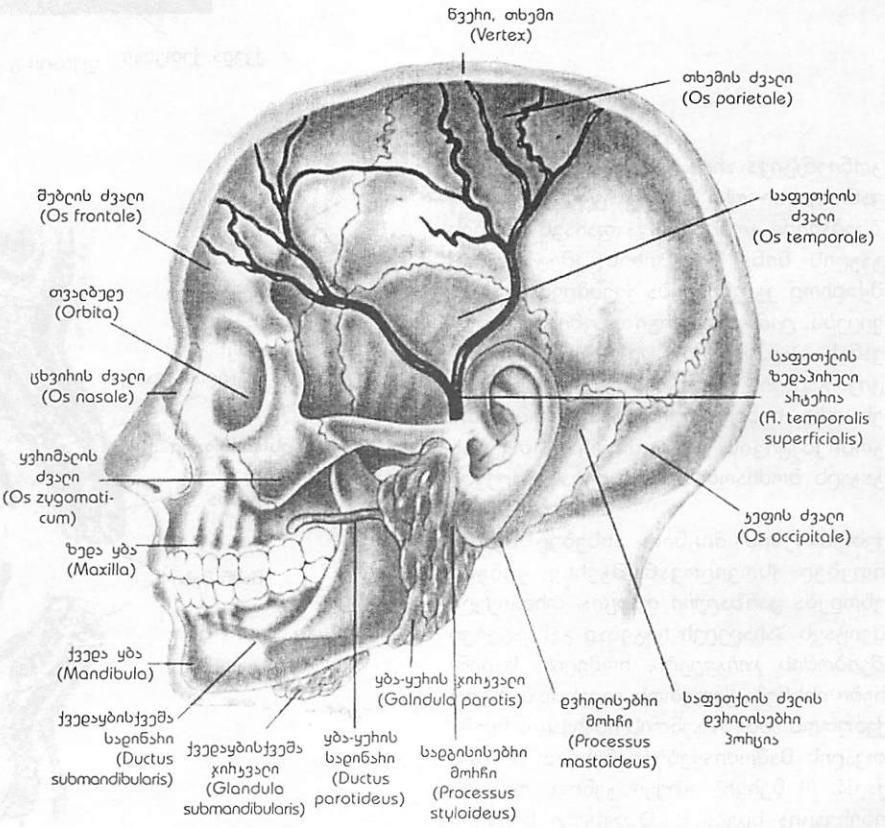
ანატომია და ფიზიოლოგია

თავი

თავის თითოეული ამე ატარებს თავის ქალას შესაბამისი ძვლის სახელს (მაგ. შუბლის ამე). მათი ანატომიის ცოდნა დაგეხმარებათ ტრინიჯური ნიშნების აღწერაში.

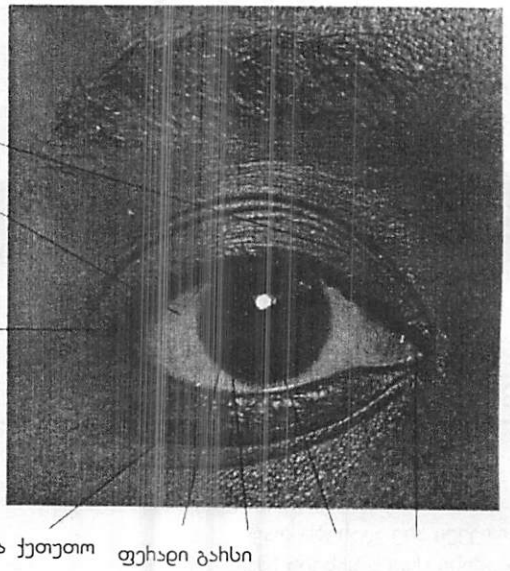
წყვილი სანერწყვე ჯირკვლები მდებარეობს ყბასთან: *ყბაყურა ჯირკვალი* მდებარეობს ზედაპირულად ყბის ძვლის უკან (გადიდების შემთხვევაში შესაძლებელია ოთივე ჯირკვლის პალპაცია) და *ყბისქვეშა ჯირკვალი*, რომელიც უფრო ღრმად მდებარეობს. ჯირკვალს შეიგრძნობთ, თუ ენას მოღუნავთ და ქვემოთ მიანვებით ქვედა საჭრელი ყბიერების მოპირდაპირედ. მისი ნიღაბოვანი ზედაპირი შეიძლება მდებარეობდეს მომწიდველი კუნთის გვერდზე. პირის ღრუში ჩანს ყბაყურა და ყბისქვეშა ჯირკვლების სადინრების დგრილები (იხ. გვ. 167).

შუბლის ზედაპირული არტერია მიემართება ზევით ყურის წინ, სადაც შესაძლებელია მისი პალპაცია. ბევრ კანმოთელ ადამიანს, განსაკუთრებით გამხდარსა და ხანდაზმულს, შუბლზე კარგად ესახება არტერიის დაკლაკნილი ტოტები.



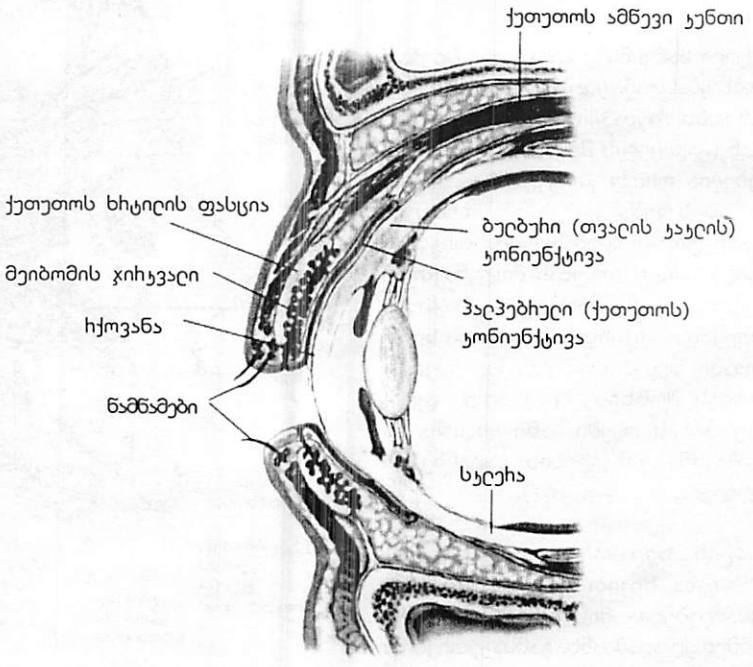
III თვალი

ზოგადი ანატომია. დაათვალიერეთ იღუსტრაციაზე მოცემული ნანიღები. ზედა ქუთუთო ფარავს ფეხადი გარსის ნანიღს, მაგრამ ნორმალურად არ ფარავს გუგას. ქუთუთოებს შორის სივრცეს ეწოდება *თვალის ნაპრალი.* თეთრი სკლერა ჰეიფეხიაზე მოყვითალო ელფერისაა. ეს შეფერილობა არ შეგეშალოთ სიყვითლეში, რომელიც უფრო მუქი ყვითელი ფერით გამოირჩევა.



ჯონიუნქტივა არის გამჭვირვალე ღორწოვანი გარსი ორი ხიღელი ჯომპონენტით. *ბუღბარული ჯონიუნქტივა* ფარავს თვალის ჯაჭვის ნინა ზედაპირის უმეტესობას, მჭიდროდ უკავშირდება ქვემდებარე ქსოვიღებს. *ღიმბუსთან* იგი უკავშირდება ჩქვარანას. *პალპებრული (ქუთუთოს) ჯონიუნქტივა* გადადის ქუთუთოებზე. ჯონიუნქტივის ეს ორი ნანიღი უერთდება ერთმანეთს ჯონიუნქტივის ნაკეცში, რაც თვალის ჯაჭვის მოძრაობის საშუალებას აძლევს.

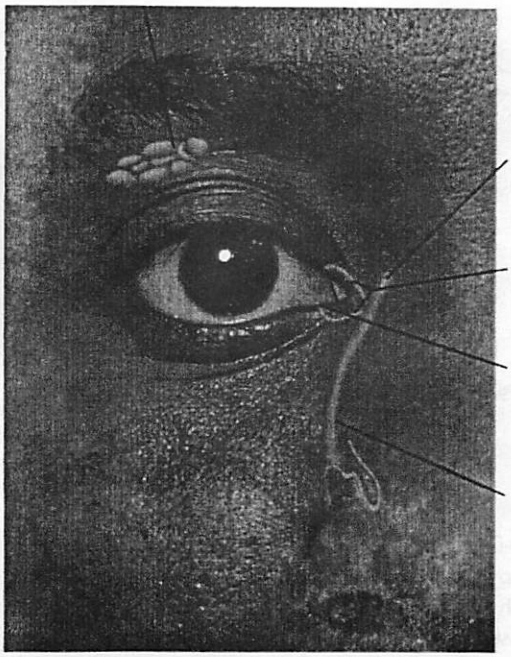
ქუთუთოების მიგნით არსებულ შემაერთებელ ქსოვიღოვან მყვრივ ფირფიტებს ეწოდება *ტარზალური ფასცია.* თითოეული შეიცავს პარალელურ ბოგნებად განლაგებულ *მეიბომის ჯირკვლებს,* რომელთა სადინრები იხსნება ქუთუთოს კიდესთან. ზემო ქუთუთოს ამწევი კუნთის ინერვაცია ხდება თვალის მამოძრავებელი ნერვით (თავის ქალას III ნერვი). გრძივი კუნთი, რომლის ინერვაცია ხდება სიმპათიკური ნერვული სისტემით, ზემოთ სწევს ქუთუთოს.



თვალის ნინა საგიტალური ჭრილი დახურული ქუთუთოებით

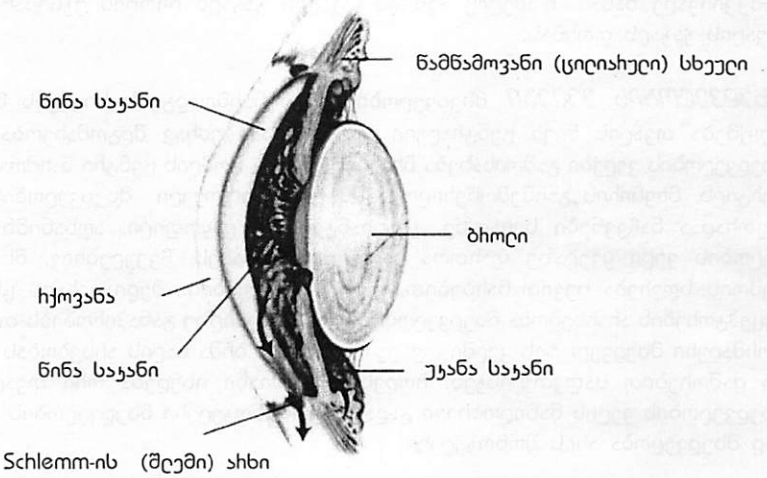
ცრემლი იცავს ჯონიუნქტივას და ჭოვანას გამომშრობისგან, ხელს უშლის მიკრობების ზრდას და ჭოვანას ზედაპირს გლევს ხდის. ცრემლი გამომუშავდება მეიბომის ჯირკვლებში, ჯონიუნქტივუს ჯირკვლებში და საცრემლე ჯირკვლებში. *საცრემლე ჯირკვალი* მდებარეობს ძვლოვანი ორბიტის შიგნით თვალის ჯაჯიდან ზემოთ და გარეთ. ცრემლი თანაბრად ნაწილდება თვალის ჯაჯაზე და განიდევნება მედიალურად ორ წვრილ ხვრელში, რომელსაც ეწოდება საცრემლე ნეტიღი. შემდეგ ცრემლი მიედინება *საცრემლე პარკში* და ცხვირში *ცხვირ-ცრემლის არხით*. თქვენ ადვილად შეგიძლიათ დაინახოთ საცრემლე ნეტიღები ქვედა ქუთუთოს მედიალურად მცირე შემაღლების სახით. საცრემლე პარკი ძევს ძვლოვანი ორბიტის შიგნით მცირე ჩაღრმავებაში და მისი დანახვა შეუძლებელია.

საცრემლე ჯირკვალი (ძვლოვანი ორბიტის შიგნით)

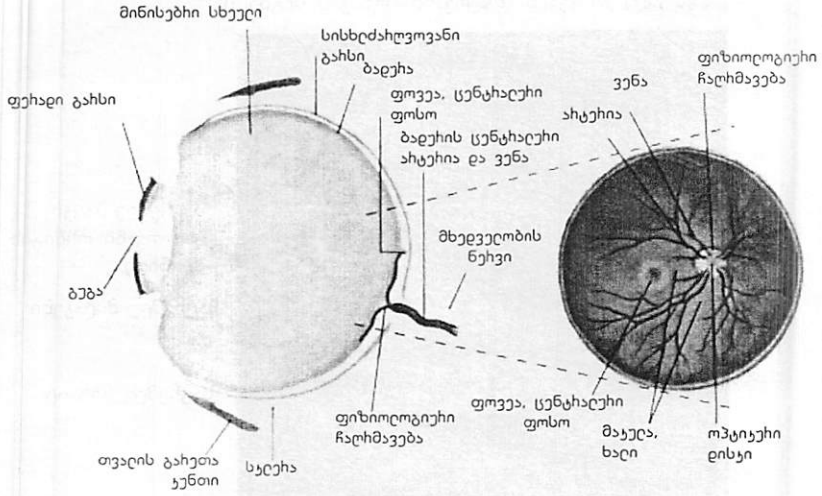


თვალის ჯაჯაი წარმოადგენს სფეროულ სტრუქტურას, რომელიც აფოკუსებს სინათლის სხივის ბადეარის ნეირონულ ელემენტებზე. ფეარდი გარსის ჯუნთები აკონტროლებენ გუგის ზომას. *წამწამოვანი სხეულის* ჯუნთები აკონტროლებენ ბრტყელის სისქეს, რაც აძლევს თვალს ახლოდა შორსმდებარე საგნების ფოკუსირების საშუალებას.

გამჭვირვალე სითხე, რომელსაც ეწოდება *წყალწყალა ნამი*, ავსებს თვალის წინა და უკანა კამერებს. წყალწყალა ნამი გამომუშავდება წამწამოვან სხეულში, მიედინება უკანა კამერიდან გუგის გავლით წინა კამერაში, შემდეგ განიდევნება *შლემის არხის გზით*. ამ ციტოლოგიური სისტემის საშუალებით ხდება თვალშიგა წნევის კონტროლი.

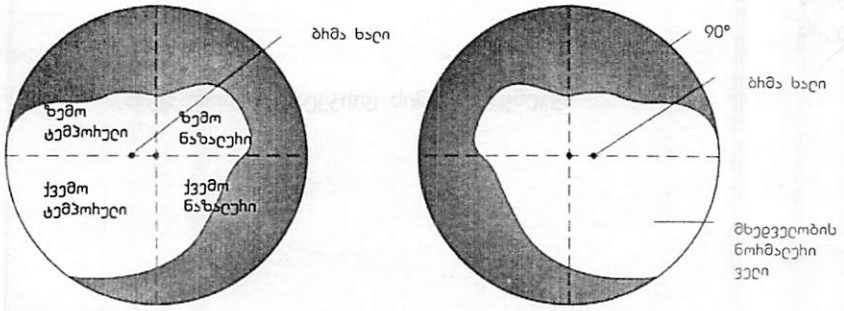


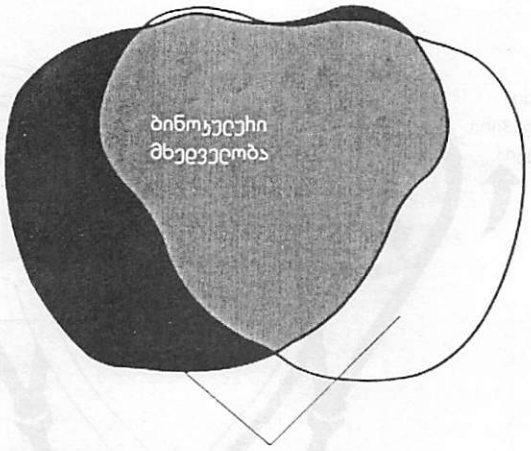
წყალწყალა ნამის ციტოლოგია (მიმოქცევა)



თვალის უკანა ნაწილს, რომელიც ჩანს ოფთალმოსკოპით, ხშირად უწოდებენ *თვალის ფსკერს*. იგი წარმოდგენილია ბადურით, ქოროიდეით, ბადურის ცენტრალური ფოსოთი, ყვითელი ხაღით, მხედველობის ნერვის დვრილით და ბადურის სისხლძარღვებით. მხედველობის ნერვი ბადურის სისხლძარღვებთან ერთად უკნიდან შედის თვალის ჯაჯაში. შეგიძლიათ დაათვალიეროთ *მხედველობის ნერვის დვრილზე* ოფთალმოსკოპის საშუალებით. მის გარეთ და ოდნავ ქვემოთ ბადურის ზედაპირზე აღინიშნება მკრივ ჩაღრმავება, რომელიც წარმოადგენს ცენტრალური მხედველობის არტერიას, მის ირგვლივ კი მოჩანს მუქი ცისფერარული ზონა, რომელსაც ჰქვია ფოვეა – ფოსო. უხეშად ცისფერარული მაკულა (მიკროსკოპული შესახედაობის გამო მას ეძახიან ყვითელ ხაღს) შემოსაზღვრავს ფოვეას და არ გააჩნია მკაფიო საზღვრები. იგი არ აღწევს მხედველობის ნერვის დვრილს. ჩვეულებრივ, ნორმალური მინისებრი სხეულის დანახვა შეუძლებელია. იგი წარმოადგენს ჟელესმაგვარი კონსისტენციის გამჭვირვალე მასას, რომელიც ავსებს თვალის ჯაჯაის ბოლოს უკნიდან. ის უნარჩუნებს თვალის ჯაჯაის ფორმას.

მხედველობის ველები. მხედველობის ველი წარმოადგენს სივრცის ნაწილს, რომელიც აღიქმება თვალის მიერ ცენტრალური ფიქსაციისას უძრავ მდგომარეობაში. ტრადიციულად მხედველობის ველები გამოისახება წრეების სახით, რომლის ცენტრი წარმოადგენს ფიქსაციის წერტილს. წრეწირის გაშშემოწერილობა 90°-ია. თითოეული მხედველობის ველი, რომელიც თეთრადაა ნაჩვენები სურათზე, ჯვარედინებადაა დაყოფილი. აღსანიშნავია, რომ მხედველობის ველი ყველაზე ფართოა საფეთქლის მხარეს. ჩვეულებრივ, მხედველობის ველი შემოისაზღვრება ზევით წარბებით, ქვემოთ - ღოყებით, მედიალურად - ცხვირით. ბადურის ჩეცეპტორების არასებობა მხედველობის ნერვის დვრილზე განაპირობებს თითოეული თვალის ნორმალური მხედველობის ველში ოვალური ფორმის ბრმა ხაღის არსებობას ცენტრიდან 15°-ის დაშორებით საფეთქლისკენ. ორღესაც ადამიანი იხედება ორი თვალით, ხდება ორი მხედველობის ველის ნაწილობრივი გადაფარვა ბინოკულური მხედველობის ველში. ღატერალურად მხედველობა არის მონოკულური.

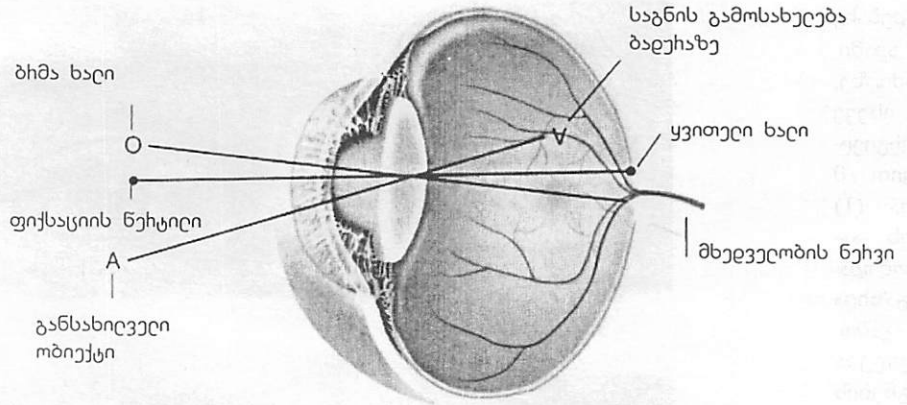




მონოკულური მხედველობა

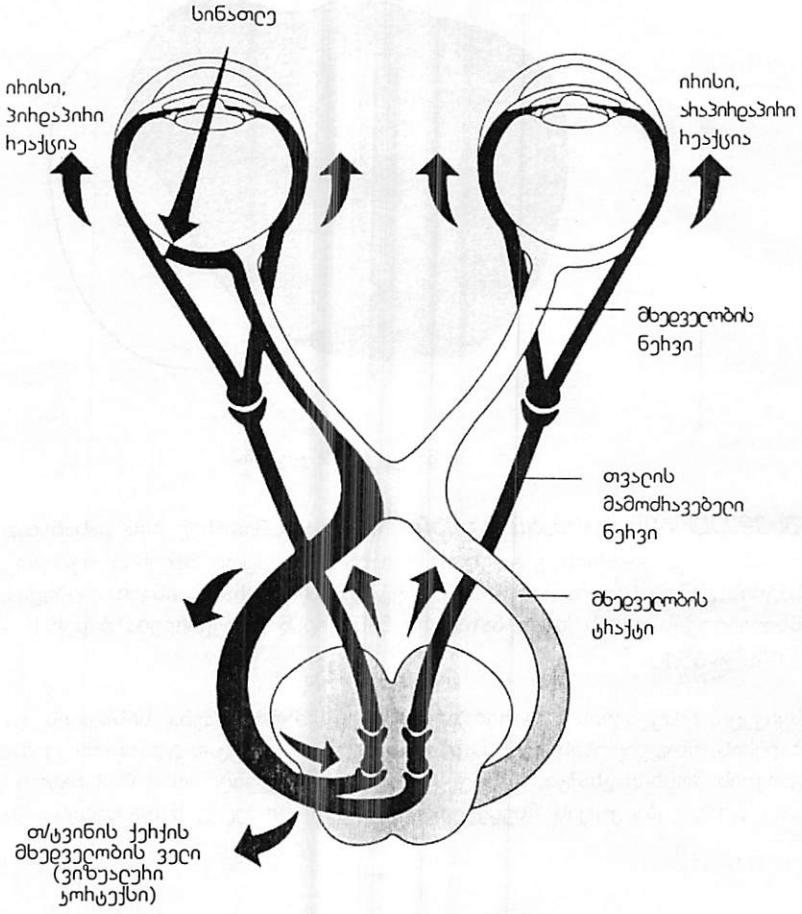
მხედველობის გამტარი გზები. საგნის გამოსახულების დასანახად სინათლის სხივებმა უნდა გაიარონ გუგა, ფოკუსირება განიცადონ ბადურის სენსორულ ნეირონებზე. საგნის გამოსახულება, რომელიც ჰიპერკორექციულია, ინვერტირებულია. გამოსახულება მხედველობის ველის ზედა ნახევრიდან ჰიპერკორექციულია ბადურის ქვედა ტემპორალურ ჯვანდრანტზე.

ნეირული იმპულსების გატარება, რომელიც წარმოიქმნება სინათლის გავლენით, ხდება ბადურის, მხედველობის ნერვის და მხედველობის ტრაქტის გზით ორივე მხარეს და შემდეგ გაივლის მოხრილ ტრაქტს, რომელსაც ეწოდება მხედველობითი (ოპტიკური) განსხივება. ეს გზა მთავრდება ქერქის მხედველობით ქერქში, რომელიც წარმოადგენს თეფშის ნიცის ნაწილს.



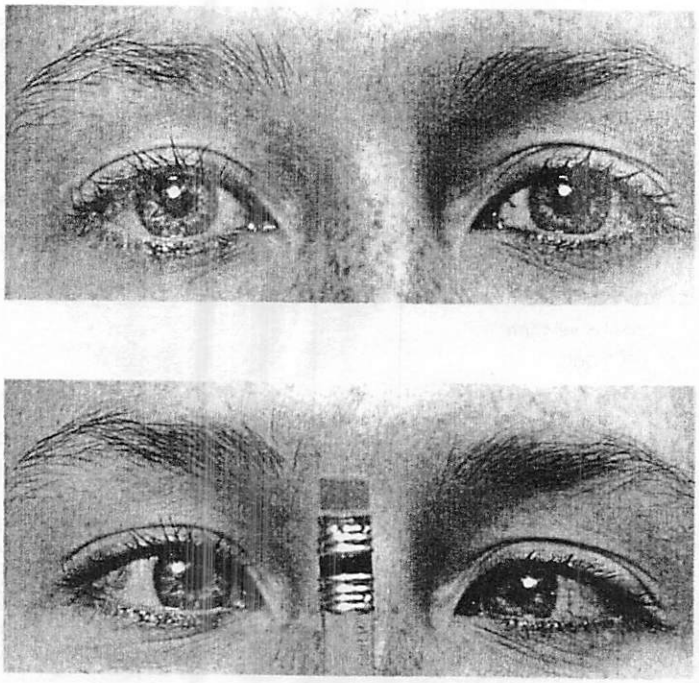
გუგის რეაქციები. გუგის ზომა იცვლება განათებულობის მიხედვით და ახლო მანძილზე საგნების ცქერისას.

სინათლეზე ჰეაქცია. სინათლის სხივი, ჩომელიც აღწევს მხოლოდ ერთ ბადეჳას, ინვევს ოჩივე თვაღის გუგის შევიწჩოვებას. განათებული თვაღის ჩეაქციას ეწოდება სინათლეზე პიჩდაპიჩი ჩეაქცია, ხოლო მეოჩე თვაღისას - შეთანხმებული ჩეაქცია. პიჩველადი სენსოჩული გზა ისეთივეა, ჩოგოჩიც აღწეჩილია მხედველობისთვის: ბადეჳა, მხედველობის ნეჩვი, ოპტიკუჳი ტიაქტი. მხედველობით გზები იყოფა შეა ტვინში, თუმცა იმპულსები თვაღის მამოძჩავებელი ნეჩვით გადაეცემა ოჩივე თვაღის ფეჩად გაჩსში მოთავსებულ გუგის სფინქტეჩებს.

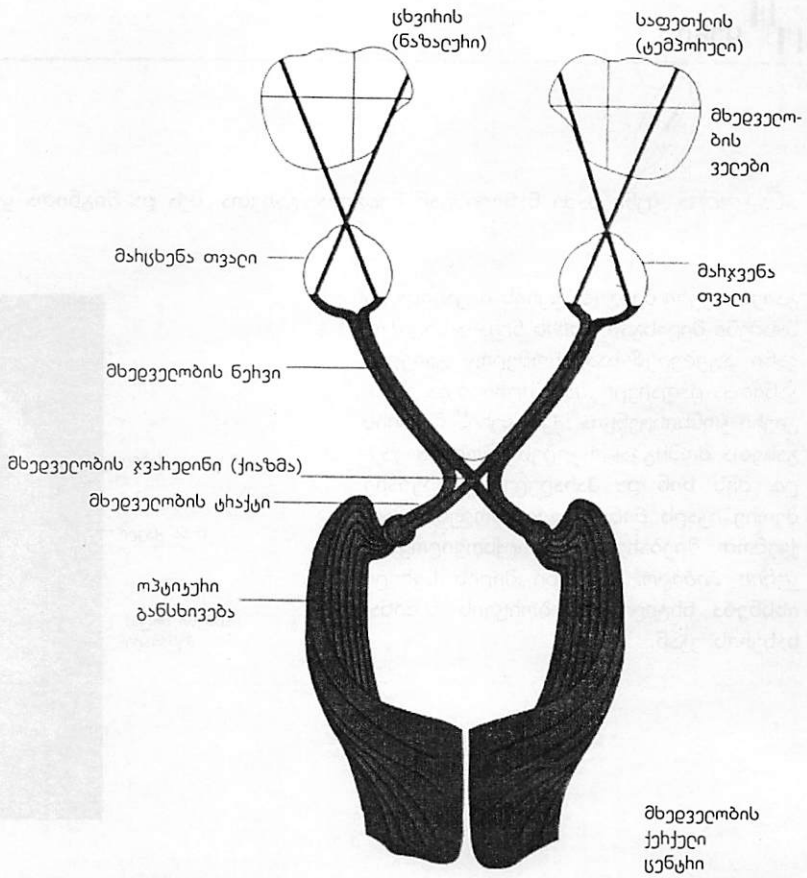


სინათლეზე ჩეაქციის გამტაჩი გზები

ახლო მზეჩის ჩეაქცია. ახლომდებაჩე საგნების განხილვისას, ჩოდესაც ადამიანს გადმოაქვს მზეჩა ახლო მანძილზე, გუგა ვინჩოვდება, ეს ჩეაქცია, ისევე ჩოგოჩც სინათლეზე ჩეაქცია, ხოჩციელდება თვაღის მამოძჩავებელი ნეჩვით. ამ ჩეაქციის თანმდევი პჩოცესებია: (1) თვაღების *კონვეჩგენცია* - თვაღის ჯაჯღების შიგნით შეტანა და (2) *აკომოდაცია* - ბჩოღის ამოზნექილობის გაზჩდა ნამნამოვანი კუნთის შეკუმშვის გამო. ბჩოღის ფოჩმის ამგვაჩი ცვლილება ინვევს უფჩო ახლო მდებაჩე საგნების ფოკუსიჩებას, ჩაც შეუმჩნეველია დამკვიჩვებლისთვის.

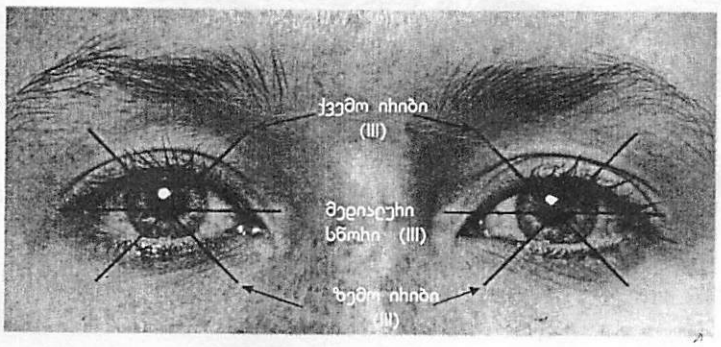


თვალების ავტონომიური ინერვაცია. თვალის მამოძრავებელი ნეირონის ბოჭკოები, რომლებიც ინერვირებენ გუგის შევიწროვებას, პარასიმპათიკური ნეირული სისტემის ნაწილს წარმოადგენენ. ფეხადი გარსის ინერვაცია ასევე სიმპათიკური ბოჭკოებით ხორციელდება. როდესაც ხდება მათი გაღიზიანება, გუგა ფართოვდება, ზემო ქუთუთო ოდნავ ზემოთ იწევა. სიმპათიკური გზა იწყება ჰიპოთალამუსში, მიემართება ქვემოთ ტვინის ღეროში და ზურგის ტვინის ყისრის ნაწილში. აქედან მიყვება საძილე არტერიას ან მის ტოტებს ორბიტამდე. ამ გზის რომელიმე მონაკვეთის დაზიანება იწვევს გუგაზე სიმპათიკური ინერვაციის დარღვევას.



მხედველობის გზა გარეშიდან მხედველობის ქერქამდე

თვალის კუნთების ექსტრაოკულური მოძრაობა. თითოეული თვალის მოძრაობას აკონტროლებს ექვსი კუნთის - ოთხი სწორი და ორი ირიბი - შეთანხმებული მოქმედება. თითოეული ამ კუნთის და მათი ნერვების მოქმედება შეგიძლიათ შეამოწმოთ, თუ ავადმყოფს სთხოვთ, ამოძრაოს თვალები იმ მიმართულებით, რომელსაც თითოეული მათგანი აკონტროლებს. არსებობს 6 ჯარდინალური მიმართულება, რომლებიც აღნიშნულია სურათზე. მაგ., როდესაც ადამიანი იყურება ქვემოთ და მარჯვნივ, მარჯვენა თვალის ამოძრავებს ქვედა მარჯვენა შიგნითა სწორი კუნთი (თავის ტვინის III წყვილი ნერვი) განაპირობებს მარჯვენა თვალის მოძრაობას, ხოლო მარცხენა თვალის მოძრაობას ამ დროს განაპირობებს მარცხენა ზედა ირიბი კუნთი (თავის ტვინის IV წყვილი ნერვი). თუ რომელიმე ამ კუნთთაგანი დაზიანებულია, თვალი გადახრილია მისი ნორმალური პოზიციიდან და მხედველობის ღერძები აღარ არის პარალელური.

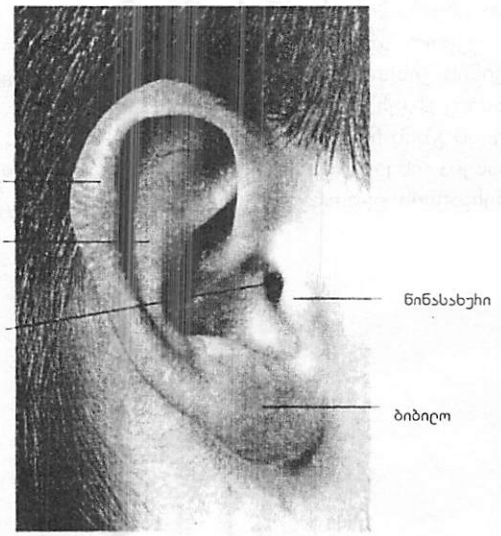


სქემის ძირითადი მიმართულებები

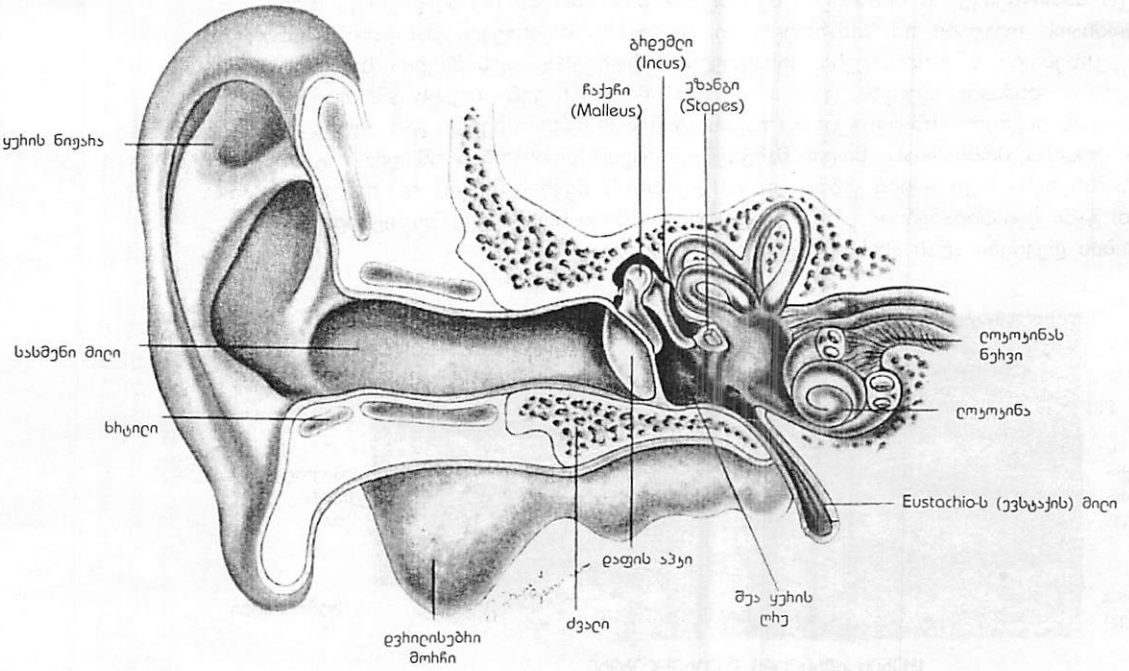
III ყური

ანატომია. ყური სამი ნაწილისგან შედგება: გარეთა, შუა და შიგნითა ყური.

გარეთა ყური შედგება ყურის ნიჟარისა და სასმენი მილისგან. *ყურის ნიჟარა* ხრტილოვანი აგებულებისაა, რომელიც გარედან კანითაა დაფარული. მას მკვრივი და ელასტიური კონსისტენცია აქვს. ყურის ნიჟარის გარეთა მომრგვალო კიდეს ენოდება *ქავლი*. მის წინ და პარალელურად მდებარე მეორე ჯაღს *წინა ქავლი* ეწოდება. მათ ქვემოთ მდებარეობს ხბილქსოვილოვანი *ყურის ბიბილო*. სასმენი მილის ხვრელი იხსნება ხრტილოვანი ბოძკვის - წინასახუის უკან.



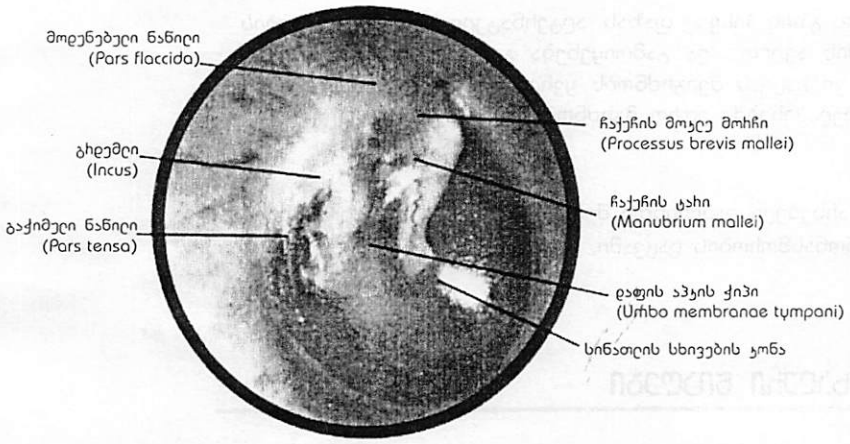
სასმენი მილი იხსნება წინა სახუარის უკან და სიღრმე დაახლოებით 24 მმ-ია. მისი გარეთა ნაწილი გარშემორტყმულია ხრტილით. ამ ნაწილის კანი დაფარულია თმით და შეიცავს გოგირდის ჯირკვლებს. მილის შიგნითა ნაწილი გარშემორტყმულია ძვლებით და დაფარულია თხელი უთმო კანით. მილის შიგნით დაწოლა მტკივნეულია - ნეჭრილი, რომელიც უნდა გახსოვდეთ ყურის გამოკვლევისას.



სასმენი მილის გარშემო ძვლები ნარმოადგენს საფეთქლის ძვლის ღვიძლისებურ ნაწილს. ამ ძვლის ქვედა ნაწილი, *ღვიძლისებური მოხრი* ისინჯება ბიბილოს უკან.

სასმენი მილის ბოლოს მდებარეობს *დაფის აპკი*, რომელიც შუა ყურის საზღვარს ნარმოადგენს. *შუა ყური* ნარმოადგენს ჰაერის შემცველ ღრუს, რომელიც ბგერას ატარებს სამი პატარა ძვლის საშუალებით. ცხვირ-ხახის არეში ის უერთდება *ევსტაქის მილს*.

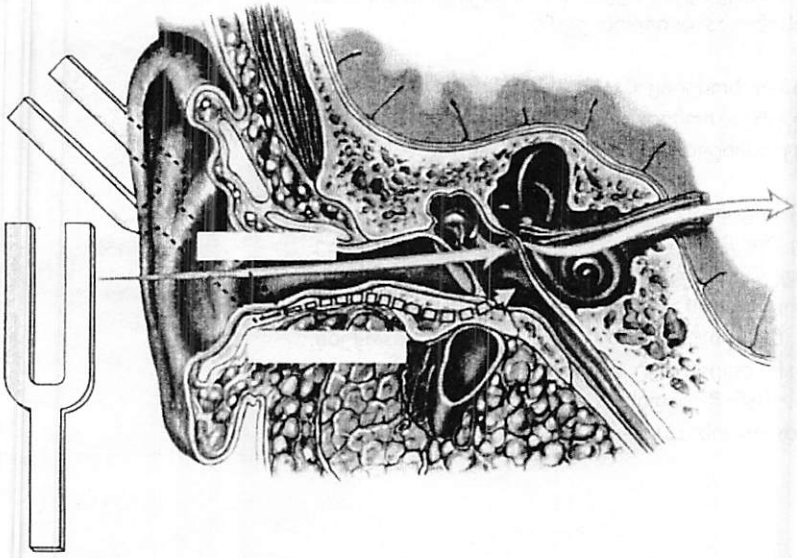
დაფის აპკი არის ორიენტირი მემბრანა, რომელზეც მიგნიდან ცენტრში დამაგრებულია ერთ-ერთი ძვალი - *ჩაქუჩი*. მას გააჩნია *ტარი* და *მოკლე მოხრი*. დაფის აპკის *ქვიშიდან*, სადაც უერთდება ჩაქუჩის დაბოლოებას, სინათლის ჰეფლექსი, რომელსაც *სინათლის კონუსი* ენოდება, იშლება ქვემოთ და წინ. მოკლე მოხრის ზემოთ დაფის აპკის ნაწილს ენოდება *მოდუნებული ნაწილი*, დანარჩენ ნაწილს ჰქვია *დაჭიმული ნაწილი*. ჩაქუჩის წინა და უკანა ნაოჭები, რომლებიც ვრცელდება ორიენტირ მოკლე მოხრიდან, მოდუნებულ ნაწილს გამოყოფს დაჭიმული ნაწილისგან, მაგრამ, ჩვეულებრივ, ძნელია, სანამ დაფის აპკი შეზნექილია. შემდეგი ძვალი, *გრდემული*, ზოგჯერ შეიძლება დაინახოთ დაფის აპკიდან.



მარჯვენა დაფის აპკი

შუა ყურის უდიდესი ნაწილი და მიგნითა ყური მთლიანად ძვირფასი დათვალიერებით. ზოგიერთი დასკვნა ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ შეგიძლიათ გააკეთოთ სმენის ფუნქციის გამოკვლევით.

სმენის გამტარი გზები. ხმის ვიბრაცია გაივლის და ვრცელდება გარეთა სასმენი მილის ჰაერში, დაფის აპკის და შუა ყურის სასმენი ძვლების საშუალებით გადაეცემა *ლოკოკინას*, რომელიც მიგნითა ყურის ნაწილია. ლოკოკინა შეიგრძნობს და ანსხვავებს ვიბრაციას და ლოკოკინას ნერვის საშუალებით თავის ტვინს გადაეცემა ნერვული იმპულსი. ამ გზის პირველ ნაწილს - გარეთა ყურიდან შუა ყურის ჩათვლით - ენოდება *გატარების ფაზა*, ამ ფაზაში დარღვევების განვითარება გამოიწვევს სმენის გატარებით დაქვეითებას. გზის მეორე ნაწილს, რომელიც მოიცავს ლოკოკინას და ლოკოკინას ნერვს, ენოდება *სენსონეირონული ფაზა*. ამ ფაზაში დარღვევები გამოიწვევს სმენის დაკარგვას სენსონეირონული ტიპით..



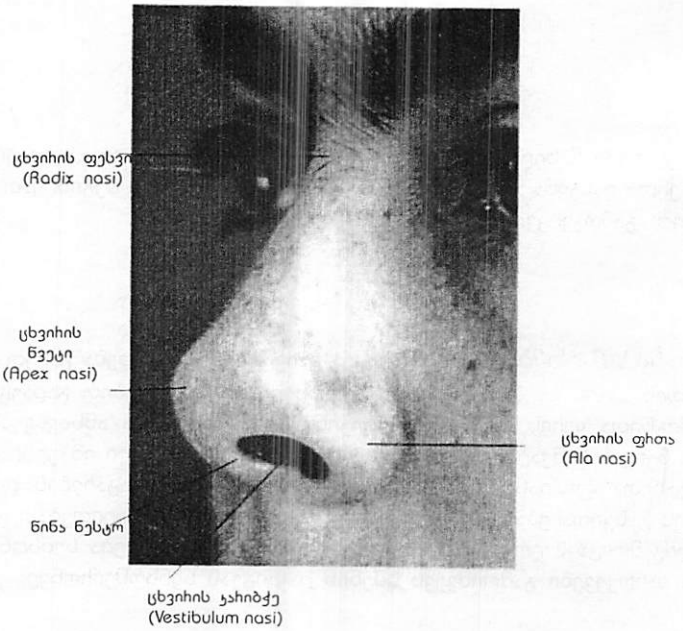
ჰაერის გატარება ხდება სმენის გზის პირველ ფაზას. არტერიალური გზა არის *ძვლების გატარება*, გარეთა და შუა ყურის ავლით და გამოიყენება გამოკვლევებში. ხელადი ჯამერტონის თავზე დადებით, ვიბრაციას შეიგრძნობს ყვრიმალის ძვალი და პირდაპირ გადასცემს ღრუ ყურებს. ჯანმრთელ პირებში უფრო მგრძნობიარეა ჰაერით გატარება.

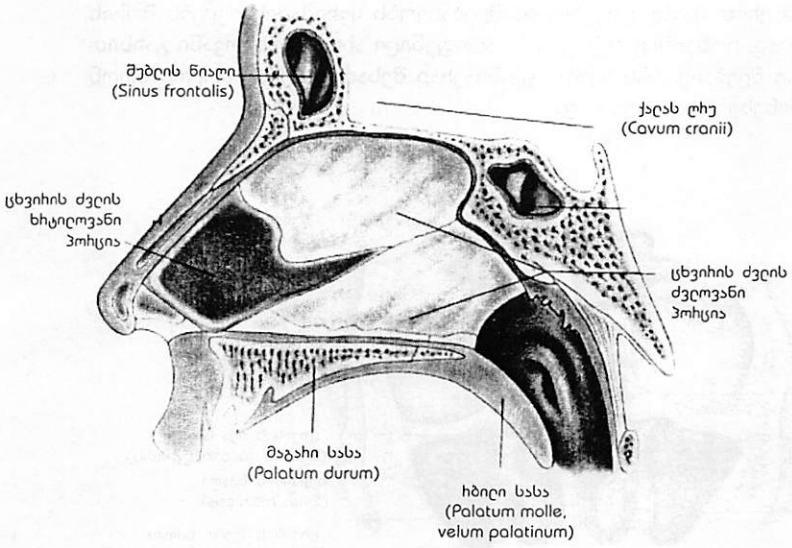
ლაბირინთი. შიგნითა ყურში არსებული ლაბირინთი შეიგრძნობს თავის პოზიციას და მოძრაობას და მონაწილეობს წონასწორობის დაცვაში.

III სხვირი და პარანაზალური ნიადაგები

განვიხილოთ ტერმინები, რომლებიც გამოიყენება ცხვირის ანატომიური აღწერისთვის.

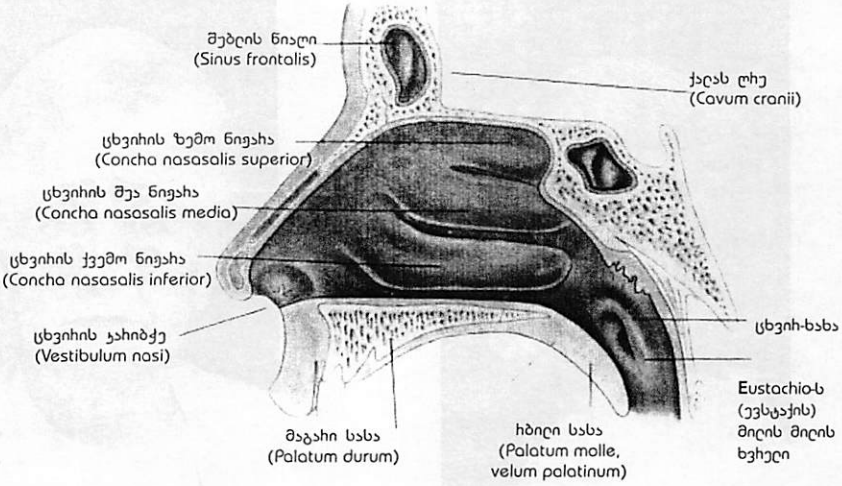
ცხვირის ზედა მესამედი ძვლოვანია, 2/3 - ხრტილოვანი. ცხვირის ღრუში ჰაერი შედის *ნესტოებიდან*, შემდეგ გაივლის ფართო სივრცეს, რომელსაც ეწოდება *ვარიბჭე*, იქიდან ვიწრო გასასვლელით გადადის ცხვირხახაში. მეოთხეს ჯედელს, რომელიც ცხვირის ღრუს ორად ყოფს, *ძგიდე* ეწოდება. გარეთა ცხვირის მსგავსად, ძგიდეს გააჩნია ოგორც ძვლოვანი, ასევე ხრტილოვანი ნაწილები. იგი დაფარულია ლორწოვანი გარსით, რომელიც ვარგად მარაგდება სისხლით. ვარიბჭე, ცხვირის ვარწინა სივრცისგან განსხვავებით, დაფარულია არა ლორწოვანი გარსით, არამედ თმიანი ვანით.





მედიალური ჭედილი - მარცხენა ნაზალური ღრუ

ლატერალური ჭედილის ანატომია უფრო ხთულია. ჩვალური ძვლოვანი სტრუქტურები - ნიჟარები დაფარულია სისხლძარღვებით მდიდარი ლორწოვანი გარსით, რომელიც ვრცელდება ცხვირის ღრუმდე. თითოეული ნიჟარის ქვემოთ არის ხვრელი, ანუ გასავალი, რომელსაც სახელი შეჩვეული აქვს მათ ზემოთ მდებარე ნიჟარის მიხედვით. ქვედა ხვრელში გაედის ცხვირ-ცრემლის არხი; შუა ხვრელში იხსნება ცხვირის გვერდითი სინუსები, თუმცა მათი ხვრელები ყოველთვის არ ჩანს.

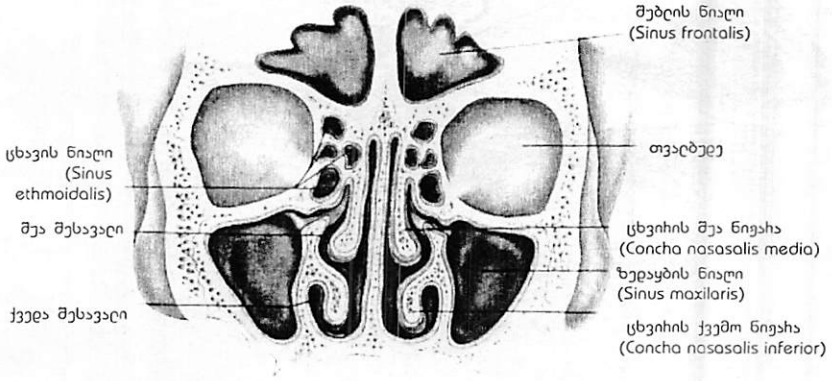


ლატერალური ჭედილი - ნაზალური ღრუ

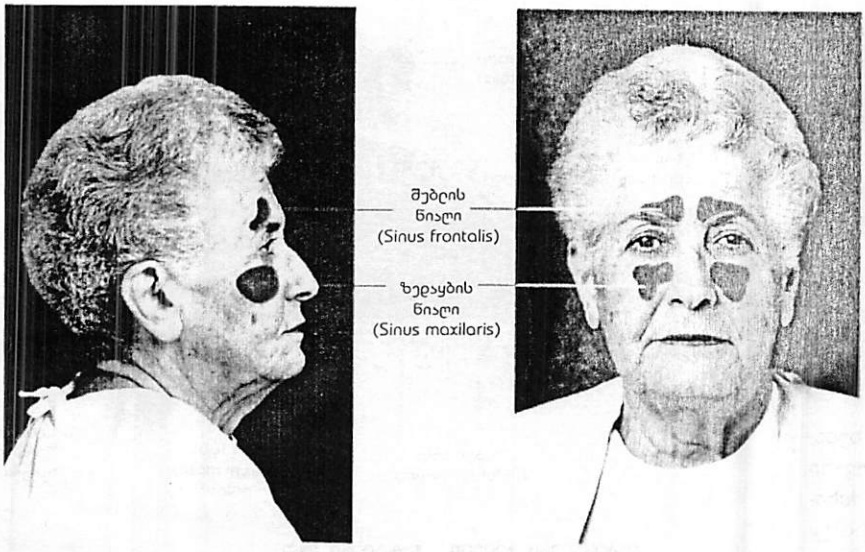
ნიჟარის მიერ შექმნილი დამატებითი ზედაპირული არე და მისი მფარავი ლორწოვანი გარსი ეხმარება ცხვირის ღრუებს ძირითადი ფუნქციის შესრულებაში: შესუნთქული ჰაერის გასუფთავებაში, დატენიანებასა და ტემპერატურის ჯონტროლში.

ნესტოებიდან ცხვირის ღრუს დათვალიერებით შესაძლებელია ცხვირის ჯარიანი სივრცის, ძგიდის წინა ნაწილის და ნიჟარის ქვედა და შუა ნაწილების ნახვა. ცხვირ-ხახის სარკის საშუალებით ხდება უკანა ნაწილების გამოკვლევა. გამოკვლევის ეს მეთოდი წიგნშია აღწერილი.

პარანაზალური ნიაღვრები ჰაერით სავსე ღრუებია და მდებარეობს ყვრიმალის ძვლებს შორის. ცხვირის ღრუების მსგავსად, ჩამეწინიც იხსნებიან, ამოფენილი აქვთ ღორხოვანი გარსით. ქვემოთ მოცემულია მათი მდებარეობის სქემა. ჯერჯერობით შესაძლებელია მხოლოდ ფრონტალური და ზედა ყბის სინუსების გამოკვლევა.



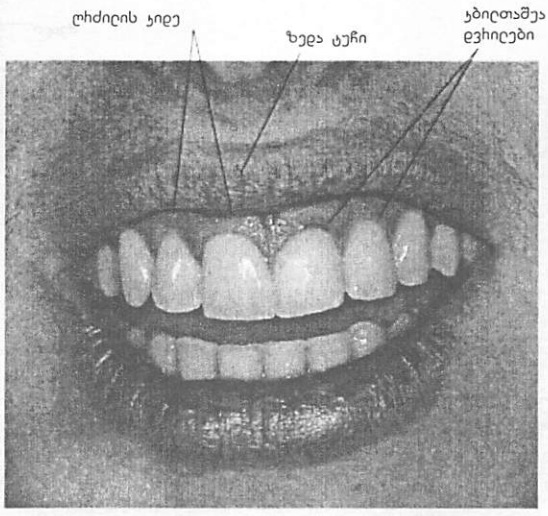
ცხვირის ღრუს ბანივი ხვეთი

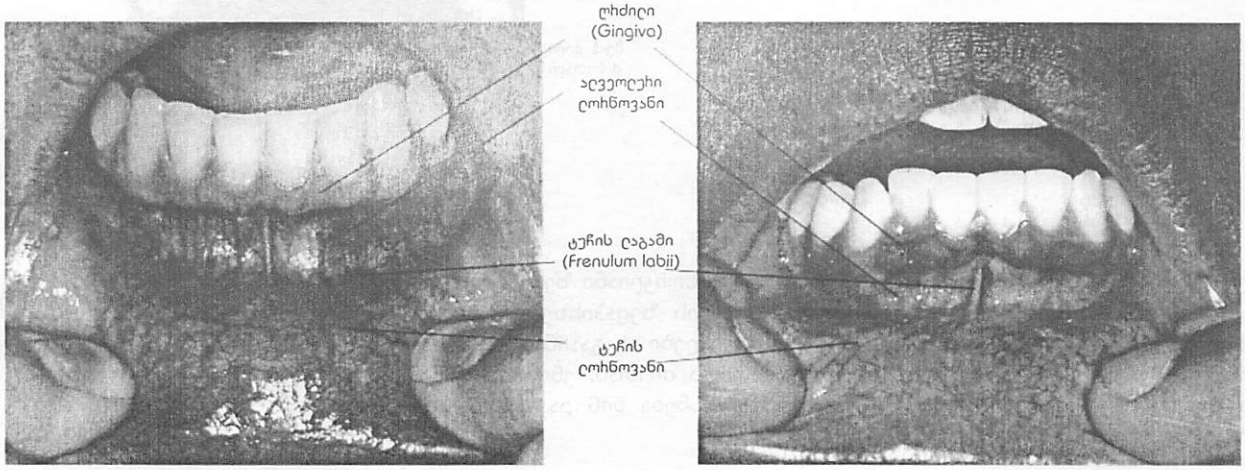


პირი და ხახა

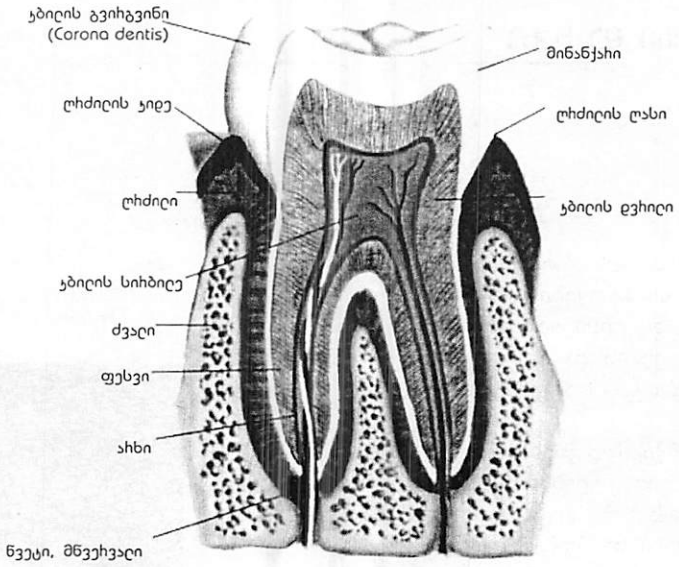
პირის შესავალს ნასმოქმნიან *ტუჩები* - ჯუნთოვანი ნაოჭები. ტუჩების გაღებისას მოჩანს ღრძილები და ყბილები. ნახეთ ღრძილების დაყბილული ჯონტური და მონიშნეთ *ყბილთამუა დვრილები.*

ღრძილი მჭიდროდ ეხება ყბილებს და ზედა და ქვედა ყბის ძვლებს. იმ პირებში, ვისაც ღია ფერის ჯანი აქვთ, მკრთალი ან ღია ვარდისფერი და ოდნავ ხორკლიანი ღრძილები აქვთ. მუქი ჯანის მქონე პირებს აქვთ მთლიანად ან ნაწილობრივ ყავისფერი ღრძილები. ღრძილის შუაში ახსებული ნაოჭს ეწოდება *ტუჩის ღაგამი*, რაც აერთიანებს ტუჩს ღრძილთან. ზედაპირული ღრძილის ახალი ღრძილის თხელ ჯილეს და ყბილს შორის, ჩვეულებრივად, არ ჩანს (მაგრამ მისი გასინჯვა და გაზომვა შეუძლია სტომატოლოგს). ღრძილს მჭიდროდ ეხება *არეოლური ღრუნოვანი გარსი*, რომელიც ესაზღვრება ტუჩების *ტუჩის ღრუნოვანს.*

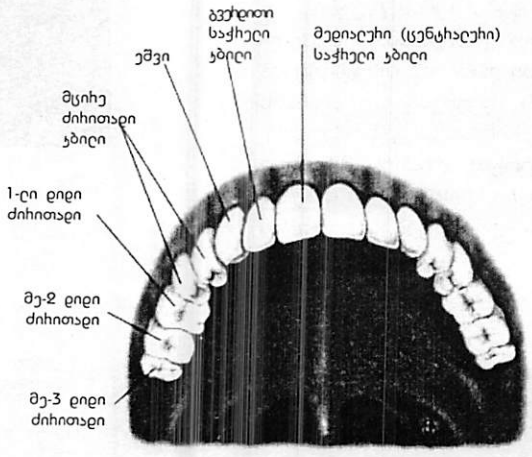




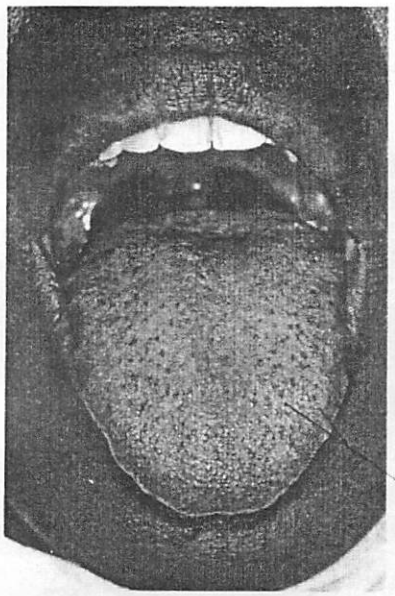
თითოეული კბილი შედგება დენტინისგან, ფესვით ზის ძვლის ფოსოში ემაღით დაფარულ გვირგვინამდე. პატარა სისხლძარღვები და ნერვები კბილში შედის მწვერვალიდან, გაივლის ფესვის არხს და პულპის ღრუს.

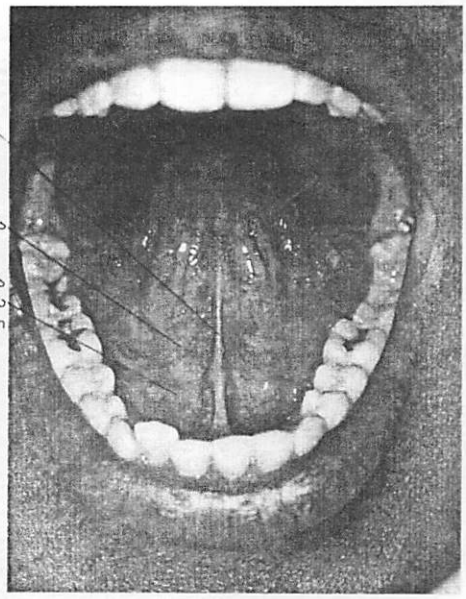


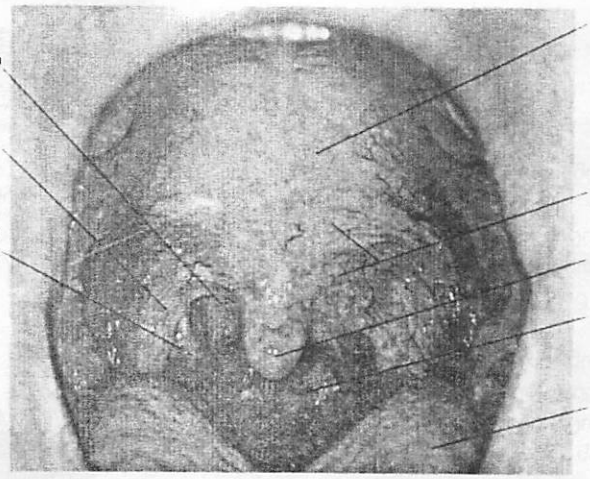
ყურადღება მიაქციეთ მოზრდილთა 32 კბილის აღნიშვნებს, 16 თითოეული ყბაზე.



ენის ზედაპირი დაფარულია დგარებით, რის გამოც ენას ხორკლიანი ზედაპირი აქვს. ზოგიერთი დგარი ჰგავს ნითელ ნერვულებს, რომლებიც ენის ზედაპირზე გამოირჩევა თეთრი ფერის თხელი საფარიდან. ენის ქვედა ზედაპირის დგარები არ გააჩნია. შუა ხაზზე ნახეთ ენის ღარგამი, რომელიც აერთმანეთებს ენას პირის ღრუს ძირთან. ენის ძირთან ყბისქვეშა ჯირკვლების სადინრები (Wharton-ის სადინრები) იხსნება წინ და მედიალურად მდებარე დგარებში ენის ღარგამის ორივე მხარეს.



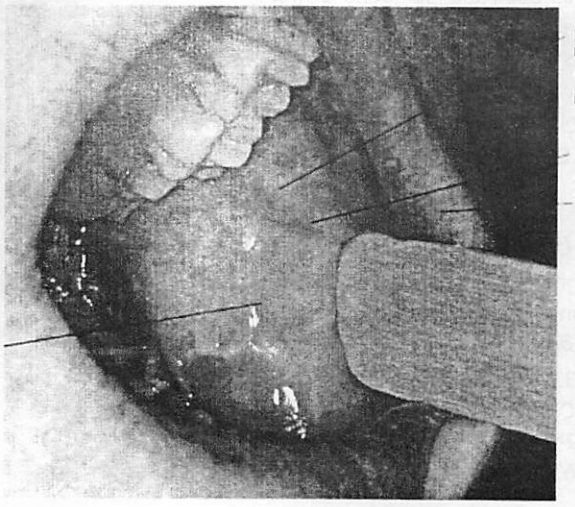




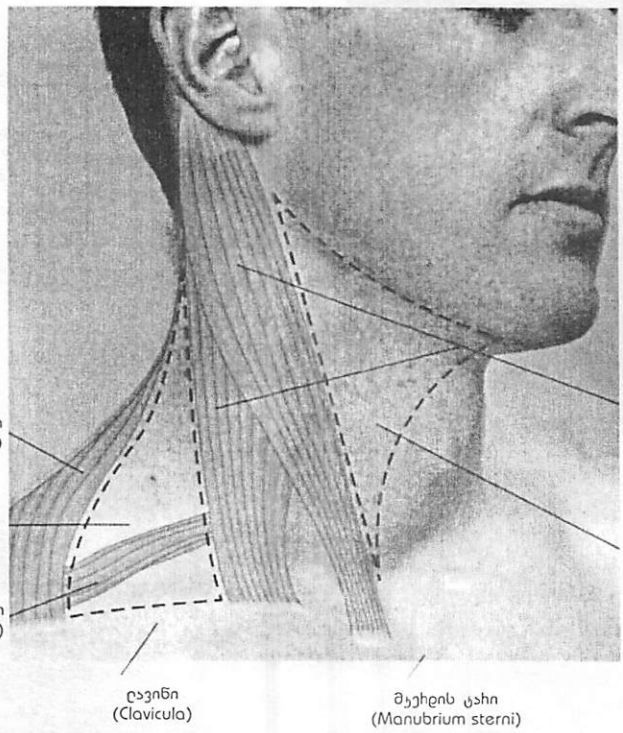
ენის ზევით და წინ მდებარეობს თაღები, რომლებიც წარმოქმნიან *წინა და უკანა სვეტებს, ხბიღ სასას და ნაქს.* ხბიღ სასაზე მოჩანს მცირე ზომის სისხლძარღვების წნული. ხბიღ სასასა და ენას შორის მოჩანს ხახა.

მოცემულ ფოტოსურათზე მარჯვენა ნუშა ჯირკვალი ჩანს თავის ფოსოში წინა და უკანა სვეტებს შორის. მოზრდილებში ნუშა ჯირკვლები ხშირად მცირე ზომისაა ან საერთოდ არ არსებობს, როგორც ნაჩვენებია მარცხენა მხარეს.

თითოეული ყბაყურა ჯირკვლის საღინარი (შტენსენ-ის საღინარი) შედის პირის ღრუში ზედა მე-2 ძირითადი ბიღის დონეზე და ხშირად ჩანს ღვიძლის სახით. ღოყები ამოფენილია ღრინოვანი შრით.



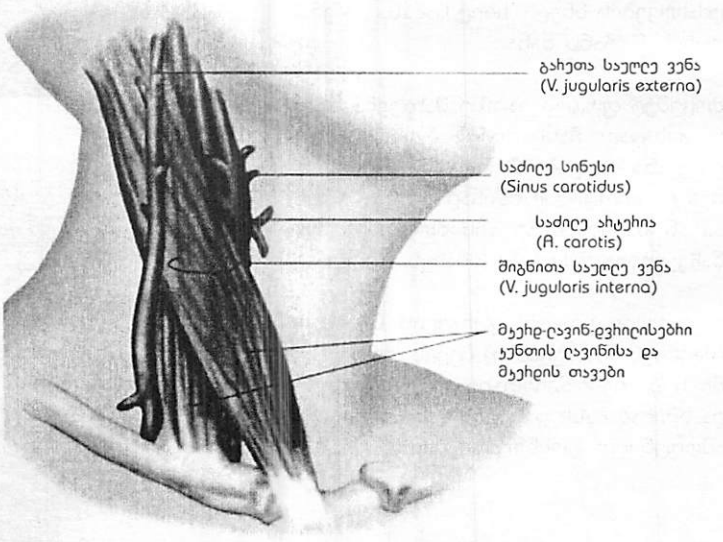
ყისერი



ჯარგად აღნერილისთვის, ყისრის თითოეული მხარე სტერნომასტოიდული (მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი) კუნთით დაყოფილია ორ სამკუთხედად. ამ ორი სამკუთხედის კიდეების დადგენა შემდეგნაირად ხდება:

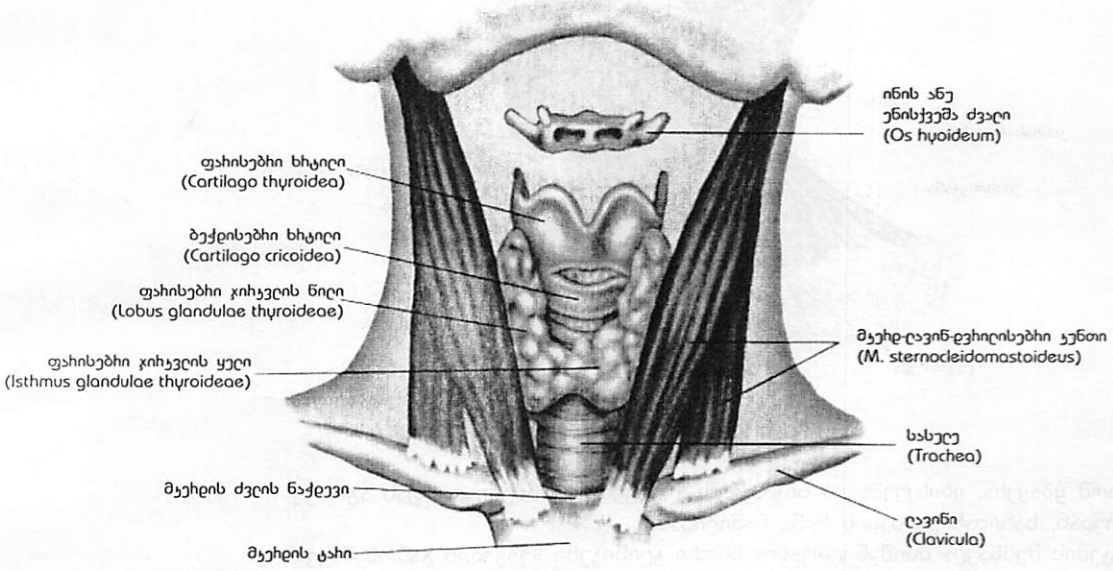
- წინა სამკუთხედი იქმნება ზემოდან ქვედა ყბით, ლატერალურად მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთით და მედიალურად ყისრის შუა ხაზით.

- უკანა სამკუთხედს ქმნის მკერდ-ღავიწდვრილისებრი კუნთი, ტრაპეციული კუნთი და ღავიწის ძვალი. ბეჭ-ინის კუნთის ნანილი კვეთს უკანა სამკუთხედის ქვედა ნანილს და შეიძლება შეცდომით ჩაითვალოს ღიმფურ კვანძად.



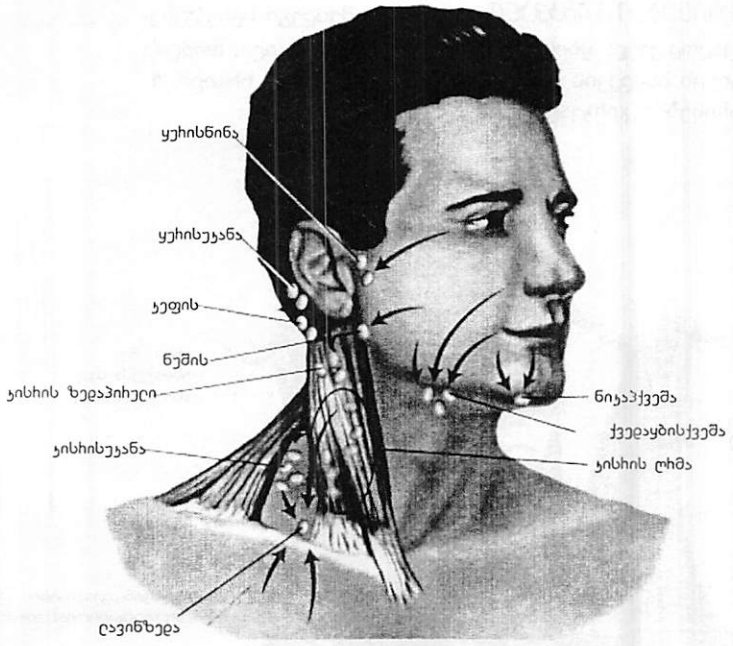
მსხვილი სისხლძარღვები. მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის სიღრმეში გადის ყისრის სისხლძარღვები: საძილე არტერია და შიგნითა საუღლე ვენა. გარეთა საუღლე ვენა მიემართება დიაგონალურად მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის ზედაპირზე და გეხმარებათ საუღლე ვენური ნნევის დადგენისას.

შუა ხაზის სტრუქტურები და ფარისებრი ჯირკვალი. გაარჩიეთ შემდეგი სტრუქტურები: 1. მოძრავი ჰიოიდური ძვალი უშუალოდ ქვედა ყბის ქვეშ. 2. ფარისებრი ხრტილი, რომლის გარჩევა შესაძლებელია მისი ზედა ჯიდის ნაჭდევის საშუალებით. 3. ბეჭდისებრი ხრტილი, 4. სასუნთქს (ტრაქეას) ჩაღრმა და 5. ფარისებრი ჯირკვალი.



ფარისებრი ჯირკვლის ყელი მდებარეობს ტრაქეის პირველი-მეორე ხრტილების ქვემოთ. ჯირკვლის გვერდითი წილები გადახრილია უკან ტრაქეის და საყლაპავის გვერდით ჯგუფებზე. შუა ხაზის გარდა, ფარისებრი ჯირკვალი დაფარულია კისრის თხელი კუნთებით, რომელთა შორის მხოლოდ მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის დანახვაა შესაძლებელი. ქალებს მამაკაცებზე უფრო დიდი ზომის და ადვილად პალპირებადი ღიმფური ჯვანძები აქვთ.

ღიმფური ჯვანძები. თავის და კისრის *ღიმფური ჯვანძების* ჯგუფიფიკაცია სხვადასხვა ხერხით ხდება. აქ მოცემული ერთ-ერთი ჯგუფიფიკაცია ემყარება ღიმფური დრენირების მიმართულებას. კისრის ღრმა ღიმფური ჯვანძები მთლიანად დაფარულია მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთით, მაგრამ მის ორივე ჯიდესთან შესაძლებელია ტონზილური და ღავიწზედა ღიმფური ჯვანძების პალპაცია. ყბისქვეშა ჯვანძები სუბმანდიბულური ჯირკვლის ზედაპირზე მდებარეობენ და მისგან უნდა დიფერენცირდებოდეს. ნორმაში ღიმფური ჯვანძი მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა, ბრტყელია და ჯირკვალზე უფრო პატარა ზომის, აქვს წიწოვანი აგებულება და მკვრივი არასწორი ზედაპირი.



ჩაინიშნეთ, რომ ყბაყურა, ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ღიმფური ჯვანძები ღიმფას აგროვებენ პირის ღრუდან, ხახიდან და სახის წინა ნაწილიდან.
ღიმფური სისტემის შესწავლა მნიშვნელოვანია სწორი ჯერინჯური ჩვევების გამომუშავებისთვის: როდესაც ავთვისებიან ან ანთებით დაზიანებას აღმოაჩენთ, გასინჯეთ ჩეგიონული ღიმფური ჯვანძები. თუ ჯვანძები გადიდებულია ან მტკივნეული, დაადგინეთ გზა, რითაც გავრცელდა ინფექცია იმ არეში, სადაც ხდება ამ ჯვანძის დრენირება.

ანამნეზი

ზოგადი სიმპტომები

- თავის ტკივილი
- მხედველობის ცვლილებები: ჰიპერემია, პრესბიოპია, მიოპია, სკოტომა
- მხედველობის გაორება ანუ დიპლოპია
- სმენის დაქვეითება, ყურის ტკივილი, ყურებში ხმაური
- თავბრუხვევა
- ცხვირიდან სისხლდენა ანუ ეპისტაქსისი
- ხახის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა
- ჯირკვლების გადიდება
- ჩიყვი

თავი

თავის ტკივილი ძალიან ხშირი სიმპტომია, რომელიც მოითხოვს ყურადღებით შესწავლას, სანამ მკურნალი თავის ტკივილი გადაიზრდება სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობაში. მნიშვნელოვანია ტკივილის სხეული აღწერილობის დადგენა და მისი შვიდივე ატრიბუტის გარკვევა. თავის ტკივილი ცალმხრივია თუ ორმხრივი? მუდმივია თუ დროებითი? გამოკითხვისას *პაციენტს სთხოვეთ ხელით გაჩვენოთ მტკივნეული ადგილი.*

თავის ტკივილის ყველაზე მნიშვნელოვანი ნიშნებია *ქრონოლოგიურობა* და *სიმძიმე*. პრობლემა ახალია და მწვავე? ქრონიკულია და პერიოდული სიმტკიცების მკრთალი ცვლილებებით? ქრონიკული და პერიოდული, მაგრამ სიმპტომების ცვლილებებით ან პროგრესულად მძიმდება? ტკივილი ყოველდღე ერთი და იგივე დროს იწყება?

შეეკითხეთ თანმხლები სიმპტომების შესახებ. ზუსტად დაადგინეთ, ახლავს თუ არა გულისრევა, პირღებინება და ნევროლოგიური სიმპტომები, როგორიცაა მხედველობის ან მოტორულ-სენსორული დარღვევები.

შეეკითხეთ, ხველა, ცხვირის დაცემინება ან თავის მდებარეობის შეცვლა მოქმედებს თუ არა ტკივილზე (აუმჯობესებს, აუარესებს თუ არ მოქმედებს).

გაარკვიეთ ოჯახური ანამნეზი

თვალები

ზოგადი შეკითხვების საშუალებით შეამოწმეთ თვალის და მხედველობის პრობლემები, მაგ. "როგორ ხედავთ?" და "თვალებთან დაკავშირებით ხომ არ გქონიათ?" თუ ავადმყოფი აღნიშნავს მხედველობის ცვლილებას, დააზუსტეთ დეტალები:

- ეს მოვლენები უცებ განვითარდა თუ თანდათანობით?
- ეს პრობლემები უარესდება ახლო მანძილზე მუშაობისას თუ შორს მუშაობისას?

იხ. ცხრილი 6-1. თავის ტკივილი, გვ. 206-209. პირველული ტკივილის ყველაზე ხშირი მიზეზია *არტერიული სისხლის წნევა* და *მარყუჟი.*

წნევით გამოწვეული თავის ტკივილი ხშირად ლოკალიზებულია საფეთქლის არეში, ჯანსაღებული (ჯგუფური) თავის ტკივილი შეიძლება იყოს ჰეტეროგენიტალური

ცვალებადი ან პროგრესირებადი თავის ტკივილი ზრდის სიმსივნის, აბსცესის ან სხვა მოცულობითი პროცესის არსებობის ალბათობას. ძალიან ძლიერი თავის ტკივილი მიუთითებს *სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევაზე ან მენინგიტზე.*

მხედველობითი აურა ან მოციმციმე სკოტომა ახასიათებს *მარყუჟს*[1]. გულისრევა და პირღებინება ასევე ხშირია მარყუჟის დროს, მაგრამ ასევე ვითარდება თავის ტვინის სიმსივნეებისა და სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს.

ეს მოქმედებები აძლიერებს თავის ტვინის სიმსივნით და მწვავე სინუსიტით გამოწვეულ თავის ტკივილს.

მარყუჟით ავადმყოფებში ოჯახური ანამნეზი დადებითია

ჰეფარაქტიული დარღვევები ყველაზე უფრო ხშირად ინვევს მხედველობის თანდათანობით დაბინდვას, სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე ინვევს მხედველობის დაბინდვას[2]

მხედველობის უეცარი დაკარგვა უმეტესად აღინიშნება *ბადურის ჩამოცლის, მინისებრი სხეულში სისხლჩაქცევის ან ბადურის ცენტრალური არტერიის ოკლუზიის დროს.*

ახლო მანძილზე მუშაობის გაძნელება მიუთითებს ჰიპერმეტროპიაზე (შორსმხედველობა) ან პრესბიოპიაზე (ასაკობრივი შორსმხედველობა); შორ მანძილზე მხედველობის გაუარესება დაკავშირებულია მიოპიასთან (ახლომხედველობა)

- მხედველობის დაბინდვა აღინიშნება მთელ მხედველობის ველზე თუ მხოლოდ მის ნაწილში? მხედველობის ველის დეფექტი ნაწილობრივია, ცენტრალური, პერიფერიული თუ მხოლოდ ერთ მხარეს?

ცენტრალური მხედველობის დაქვეითება ახასიათებს ბრძოლის შემღუდველ ვასკულიტს (გვ. 216), ყვითელი ხაზის დეგენერაციას[3] (გვ. 188); პერიფერიული მხედველობის დაკარგვა ახასიათებს *ლიმფომას*; ერთ მხარეს დაკარგვა და *ჯვრისწერის დეფექტი – ჰემიანოფსიას (გვ. 212).*

- არის თუ არა ღრუბლები მხედველობის იმ არეში, საითაც პაციენტი ვერ ხედავს (სკოტომა)? თუ ასეა, მოძრაობს თუ არა მხედველობის ველი ღრძის გარშემო თუ ფიქსირებულია?

მოძრავი ღრუბლები მიუთითებს მინისებრი სხეულის ცვლილებებზე, ფიქსირებული სკოტომა მიუთითებს ბადურის ან მხედველობის ნერვის დაზიანებაზე.

- ხომ არ ხედავს პაციენტი ნათელ ნაკრძალებს მხედველობის ველში? ეს სიმპტომი შეიძლება ახლდეს მინისებრი სხეული დაზიანებას.

მბრწყინავი სინათლე ან მინისებრი სხეულის ახალი დაზიანება მიუთითებს მინისებრი სხეულის ჩამოცლაზე ბადურიდან, ამ შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერატორის კონსულტაცია

- ატარებს თუ არა ავადმყოფი სათვალეს?

შეეკითხეთ, ხომ არ აქვს თვალის ან მის გარშემო ქსოვილების *ტკივილი, სინათლე* და *გაძლიერებული ცრემლდენა* (იხ. გვ. 215).

შეამოწმეთ მხედველობის გარჩევის ანუ *დისკრიმინის* არსებობა. თუ გარჩევის დროს გამოსახულებები გვერდიგვერდაა, არის ჰორიზონტალური დისკრიმინი, ხოლო თუ ზევით-ქვევით – ვერტიკალური დისკრიმინი. ერთი თვალის დახუჭვის დროს გრძელდება თუ არა დისკრიმინი? რომელი თვალია დაზიანებული?

ცალმხრივი ჰორიზონტალური დისკრიმინი ფიზიოლოგიურია. დაიჭირეთ თითი 15 სმ მანძილზე თქვენი სახის წინ, მეორე თითი მხრის დონეზე. ორივე უყურებთ რომელიმე თითს, მეორე თითის გამოსახულება ორმაგდება. ავადმყოფი, რომელიც ამ ეფექტს დაინახავს, დაზღვეული იქნება.

III[III] ყურები

ყურების გამოკვლევისათვის ზოგადი კითხვებია: "როგორ გესმით"? და "ხა ჰრობლემები გაქვთ ყურებთან დაკავშირებით?" თუ ავადმყოფი აღნიშნავს სმენის დაქვეითებას, გაარკვიეთ, ორივე მხარეს აქვს, თუ მხოლოდ ცალ ყურში. უეცრად განვითარდა, თუ თანდათანობით? აქვს თუ არა ხარის თანმხლები სიმპტომები?

უცადეთ გაარჩიოთ დაქვეითების ორი ძირითადი ტიპი: *გატარებითი დაქვეითება*, რომლის მიზეზია გარეთა ან შუა ყურის ჰრობლემები, ან *სენსორული დაკარგვა*, რისი მიზეზიც შიგნითა ყურის კოკლეარის ნერვის ან თავის ტვინთან მათი დაკავშირების ჰრობლემები შეიძლება იყოს. ორი შეკითხვა დაგეხმარებათ: "აქვს თუ არა ავადმყოფს ლაბირინთის ბაგების სპეციფიკური სიძნელე?" "ხა განსხვავებას იწვევს სმენაზე ხმაურიანი გარემო?"

სენსორული დაჩრდილვით ავადმყოფებს აქვთ ლაბირინთის ბაგების ჰრობლემა, ხშირად ჩივიან, რომ სხვები გაუჭირდებათ ლაპარაკობენ; ხმაურიანი გარემო სმენას აუარესებს. გატარების დაქვეითების დროს, ხმაურიანი გარემო უხმარება პაციენტს.

სმენის დაქვეითებასთან დაკავშირებული სიმპტომები, როგორიცაა ყურის ტკივილი ან თავბრუხვევა, მოგეხმარებათ მიზეზის დადგენაში. ასევე გაარკვიეთ, იღებდა თუ არა იმ პრეპარატებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ სმენაზე და დიდ დროს ხომ არ ატარებს ხმაურიან გარემოში.

ნამლები, რომლებიც სმენაზე მოქმედებს, არის ამინოგლიკოზიდები, ასპირინი, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, ქინიდინი, ფუროსემიდი და სხვა.

ექიმთან ვიზიტის დროს ხშირი ჩივილია გარეთა და შიგნითა *ყურის ტკივილი*. ჰკითხეთ ავადმყოფს, ტკივილს ახლავს თუ არა ცხელება, ყელის ტკივილი, ხველა ან ზემო სასუნთქი გზების ინფექცია.

ტკივილის ხშირი მიზეზია გარეთა ყურის პათოლოგია - გარეთა ოტიტი ან ჩესპირატორული ინფექციის ნიშნების თანხლებისას შიგნითა ყურის ტკივილი - შიგნითა ოტიტი. ტკივილის მიზეზები ასევე შეიძლება იყოს პირის ღრუს, ყელის და ცხვირის ორგანოების პათოლოგია.

შეეკითხეთ ავადმყოფს *ყურიდან გამონადენის* შესახებ, განსაკუთრებით, თუ ეს დაკავშირებულია ყურის ტკივილთან ან ტრავმასთან.

უჩვეულოდ თხელი გოგირდოვანი გამონადენი, ანთების გამო ნარჩენები ან გამონაყარი სასმენ მილში, ან გამონადენი ჰერფორირებული დაფის აპკიდან მწვავე და ქრონიკული ყურის ანთების დროს აღინიშნება

ყურებში ხმაურის შეგრძნება, რომლის მიზეზი არ არის გარედან სტიმულაცია (ჩვეულებრივ, ზარის ხმა, შიშინი ან სტვენა), შეიძლება აღინიშნებოდეს ცალ ან ორივე ყურში. ყურებში ხმაურს შეიძლება ახლდეს სმენის დაქვეითება და ხშირად იგი აუხსნელია. ზოგჯერ მოისმინება ზედა ყბის სახსრის ტკაცუნი ან ცისარის სისხლძარღვებში შეიცი.

ყურებში ხმაური ზოგადი სიმპტომია, რომლის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს. როცა ის თან ახლავს სმენის დაქვეითებას ან ნორმასთან, მიუთითებს *მენიერის დაავადების* არსებობაზე.

ნორმასთან ერთად ტესტი - *ვერტიგო* - ავადმყოფის მიერ აღიქმება, როგორც გარემოს ტრიალი. ეს შეგრძნება, პირველ რიგში, დაკავშირებულია შუა ყურის ღრუბრინთის ჰორიზონტალებთან, თავის ტვინის VIII ნერვის ვერტიკულიც ან ცენტრალურ დაზიანებასთან, ან თავის ტვინის ბირთვის დაზიანებასთან.

იხ. ცხრილი 6-2. ნორმასთან ერთად ტესტი, გვ. 210.

ნორმასთან ერთად ტესტი ექიმისთვის მნიშვნელოვანი სიმპტომია იმ თვალსაზრისით, რომ გაარკვიოს, როგორ ესმის ავადმყოფს სიტყვა "თავბრუხვევა". პირველი შესაფერისი კითხვაა "არის თუ არა ვერტიგო, როდესაც გრძნობთ თავბრუხვევას?", მაგრამ ამ კითხვაზე ავადმყოფს ხშირად უჭირს პასუხის გაცემა. ამიტომ შეეკითხეთ: "გრძნობთ თუ არა თავს არამყარად?" "ძირს ხომ არ ვარდებით ან ხომ არ გიბნელდებათ თვალებში?" ან "ხომ არ მოძრაობს ოთახი თქვენს გარშემო?" (ჭეშმარიტი ვერტიგო). მოისმინეთ ანამნეზი ამ საკითხებთან დაკავშირებით. შეგიძლიათ ავადმყოფს შესთავაზოთ ჰამოდენიმე არჩევანი ან ფორმულირება. შეეკითხეთ, ხომ არ ვარდება მინაზე ან ცალ მხარეს. თავბრუხვევა დაკავშირებულია თუ არა სხეულის მდებარეობის ცვლილებასთან. აღენიშნება თუ არა სხვა შეგრძნებები, როგორიცაა გულისრევა, ღებინება. გაარკვიეთ, ჰა მედიკამენტებს იღებდა.

ნორმასთან ერთად, თავბრუხვევა, ფეხებში სისუსტე ზოგჯერ დაკავშირებულია ჰარდიოვასკულურ დაავადებებთან. გვერდზე ვარდნის შეგრძნება ან ვარდნა, ქვემარტ ვერტიგოზე მიუთითებს, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს მიგნითა ყურის ჰორმონები ან თავის ტვინის VIII ნერვის ცენტრალური ან პერიფერიული დაზიანება.

III ნორმასთან ერთად ტესტი და ნიშნები

ჰინორეა არის ცხვირიდან გამონადენის არსებობა და ხშირად დაკავშირებულია სუბარაქნოიდულ ცხვირის გაჭედვასთან. ამ სიმპტომს ხშირად ახლავს ცხვირის ცემინება, ცხვირის გაჭედვა, ყელში დისკომფორტი, ასევე თვალების, ცხვირის და ყელის არეში ქავილი.

მიზეზებია ვირუსული ინფექცია, ალერგიული რინიტი – "თივის ცხელება", ვაზომოტორული რინიტი. ქავილის მიზეზი ალერგიაა.

შეისწავლეთ დაავადების მიმდინარეობა ქრონოლოგიურად. გრძელდება 1 კვირის განმავლობაში და ახლავს გაცივების სიმპტომები, თუ ვლინდება სეზონურად, ოცა ჰაერში ყვავილის მტვერი ჩნდება. "ხა სამუშნაო საშუალებებს იყენებს? ხა ხანგრძლივობით? ოგორ ახეხებს მუშაობას?"

სეზონურობა და გარემო პირობებზე დამოკიდებულება აღეგრის ახასიათებს.

ცხვირის გამხსნელების ქრონიკი გამოყენება სიმპტომებს აუარესებს, ინვევს მედიმანტურ რინიტს.

გაარკვიეთ იმ ნამლების შესახებ, ომლებიც ინვევენ სუნთქვის გაძნელებას.

ოარული ფონტარალური ვები, ქსეროფთალმი, გუანეთიდინი, ატროპინი.

რინოროეას და ცხვირით სუნთქვის გაძნელებასთან ერთად ხომ არ არის ტკივილი ან მგრძნობელობა სინუსების არეში, ღონალური თავის ტკივილი ან ცხელება?

ამ სიმპტომების ერთობლიობა მიუთითებს სინუსიტის არსებობაზე[5-7]

გაჭედილობა მხოლოდ ერთ ნესტოშია? თუ ასეა, უნდა განიხილოთ სხვადასხვა პრობლემა, ომლებიც მოითხოვს უარაღლებით გამოკვლევას.

უნდა განიხილოთ ცხვირის ძგიდის გამრუდება, უცხო სხეული ან სიმსივნე.

ეპისტაქსისი არის ცხვირიდან სისხლდენა. სისხლდენა, ჩვეულებრივ, ცხვირიდან ვითარდება, მაგრამ შეიძლება იყოს პარანაზალური სინუსებიდან ან ცხვირხახიდან. ანამნეზი ყოველთვის ძალიან გამოკვეთილია. ამასთან, ოცა პაციენტები სისხლდენის გრს წვებიან ან სისხლდენა უკანა ნანილებიდანაა, ნესტოებიდან გამოსვლის მაგივრად სისხლი შეიძლება ყელში ჩაიღვარის. ყუარღლებით უნდა გამოიკვლიოთ სისხლდენის მიზეზი - ცხვირიდანაა ის, თუ ახლავს ხველას ან ღებინებას. დაადგინეთ სისხლდენის ადგილი, სიმძიმე და მასთან დაკავშირებული სიმპტომები. ეს პრობლემა პეციალურად მეორდება? სხეულის ომელიმე არეში ხომ არ არის სისხლჩაქცევა ან სისხლდენა?

ეპისტაქსისის ადგილობრივი მიზეზებია ტრავმა (განსაკუთრებით ცხვირის), ანთება, ცხვირის ღრუნოვანი გარსის გამრმავება ან ფუფხის არსებობა, სიმსივნე და უცხო სხეულები.

ეპისტაქსისის მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლის შედედების სისტემის დარღვევები.

III ᲮᲘᲠᲘᲡ ᲦᲠᲣ, ᲧᲔᲚᲘ ᲓᲐ ᲧᲘᲡᲔᲠᲘ

ყელის ტკივილი ხშირი სიმპტომია, ომელიც, ჩვეულებრივ, ვითარდება ზემო სასუნთქი გზების მწვავე დაავადებების გრს.

ცხელება, ხახაში ექსუდაცია და ღიმფური ქსოვილების გადიდება, განსაკუთრებით, ხველის გარეშე, მიუთითებს სტრეპტოკოკული ფარინგიტის არსებობაზე (გვ. 232).

ენის ნყლულის მიზეზი შეიძლება იყოს ოგორც ადგილობრივი დაზიანება, ასევე სისტემური დაავადებები.

აფტოზური ნყლული (გვ. 238); კბილების დეფექტით გამოწვეული გლვა და მტკივნეული ენა

ღრძილებიდან სისხლდენა ხშირი სიმპტომია, განსაკუთრებით კბილების გამოხეხვის გრს. ავადმყოფს ჰკითხეთ ადგილობრივი დაზიანების და სისხლდენისადმი მიდრეკილების ან სისხლჩაქცევების შესახებ.

სისხლმდენი ღრძილები ხშირია *გინგივიტის* გრს (გვ. 235).

ხმის ჩახლეჩა გამოხატავს ხმის შეცვლას, ხასაც ხშირად აღნერენ, ოგორც ხრინწიანს ან უხეშს. ხმა შეიძლება იყოს ადრინდელზე დაბალი. ხმის ჩახლეჩა, ჩვეულებრივ, ჩნდება ხორხის დაავადებების გრს, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ხორხის გარეთა დაავადებების გრს, მაგ. ხორხის ნეოპლაზმის გრს. შეამოწმეთ ხმის გადაძაბვა, აღეგია, თამბაქოს წევა, სხვა გამღიზიანებელი ფაქტორები და სხვა თანმხლები სიმპტომები. ხომ ხანგრძლივია თუ ქრონიკული? თუ ხმის ჩახლეჩა 2 კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება, სასურველია ხორხის არაპირდაპირი და პირდაპირი გამოკვლევა ენდოსკოპით.

ხმის გადაძაბვა და მწვავე ინფექცია ყველაზე ხშირი მიზეზებია.

ქრონიკული ხმის ჩახლეჩის მიზეზებია თამბაქოს წევა, აღეგია, ხშირი ყვირილი, ჰიპოთირეოზი, ქრონიკული ინფექცია, ოგორიცაა ტუბერკულოზი და სიმსივნე.

შეკითხვა "ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჯისეჩზე გადიდებული ჯირკვლები ან შესიება?" უფრო სასურველია, ჩადგან ავადმყოფები უფრო თავისუფლად პასუხობენ ასეთ სიტყვებზე, ვიდრე ტერმინებზე: "ღიმფური ჯვანძი".

გადიდებული და მგრძნობიარე ღიმფური ჯვანძები ახასიათებს ფარინგიტს.

გამოიკვლიეთ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია და შეეკითხეთ ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების ან ჩიყვის შესახებ. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შესასწავლად გამოიკითხეთ ტემპერატურის ცვლილებების და ოფლიანობის შესახებ. ზოგადი კითხვებია: "ცივი ამინდი გიჩრენიათ თუ თბილი?" "სხვებთან შედარებით უფრო თბილად იცმევთ, თუ უფრო გრილად?" "ხმარობთ თუ არა მარილს პლედს?" "სხვებთან შედარებით მეტი გახურავთ საწოლში, თუ არა?" "ხომ არ განუხებთ გულის ფრიალი ან ხომ არ შეიცვალა თქვენი წონა?" დარმასხოვრეთ, რომ ადამიანები ასაკის მატებასთან ერთად ნაკლებად ოფლიანობენ, შედარებით ცუდად იტანენ სიცივეს და უჩრენიათ უფრო თბილი გარემო.

ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია გაძლიერებულია, შემცირებული ან ნორმალურია.

სიცივის აუტანლობა, თბილი ტანსაცმლის ტარება და პლედის საჭიროება, შემცირებული ოფლიანობა მიუთითებს ჰიპოთირეოზზე; სანინააღმდეგო სიმპტომები, გულის ფრიალი და წონაში კლება ჰიპერთირეოზის მარწმუნებელია (გვ. 239).

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჰეჯომენდაციები

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ჰეჯომენდაციების მნიშვნელოვანი საკითხები

- მხედველობის ცვლილებები: კატარაქტა, ყვითელი ლაქის დეგენერაცია, გლაუკომა
- სმენის დაქვეითება
- პირის ღრუს მდგომარეობა

მხედველობა და სმენა მნიშვნელოვანი შეგრძნებებია, რომელთა საშუალებითაც ხდება გარემო სამყაროს აღქმა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ჰეჯომენდაციების ორ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს. პირის ღრუს მდგომარეობა, რომელზეც ხშირად არ მახვილდება ყურადღება, ასევე ძალიან ინტერესის საგანია.

მხედველობის დარღვევები ასაკთან ერთად იცვლება. ახალგაზრდა ჯანმრთელ პირებს, ძირითადად, ჰეფარაქტერული დარღვევები აქვთ. 65 წლამდე მოზრდილთა 25%-ზე მეტს ჰეფარაქტერული დარღვევები აღენიშნებათ. ამავე დროს, ქარბობს კატარაქტის, ყვითელი ხაზის დეგენერაციის და გლაუკომის სიხშირე[8]. ეს დარღვევები აქვეითებს სოციალური და ფიზიკური გარემოს აღქმას და იწვევს წარცევას და დაზიანებებს. მხედველობის დეფექტების გარკვევისთვის მხედველობის სიმახვილე შეამოწმეთ სნელენის ცხრილით ან ხელის ხუთით (გვ. 753). შეამოწმეთ ბრილი და ფსკერი ბრილის შემღვრევის არსებობაზე (*კატარაქტა*); ყვითელი ლაქის დაზიანებაზე, ბადურის პიგმენტაციის ცვალებადობაზე, ბადურაში სისხლჩაქცევებსა და ექსუდაციაზე (*ყვითელი ხაზის დეგენერაცია*) და თვალის ფიალის ფერის და ზომის ცვლილებაზე (*გლაუკომა*). დიაგნოზის დასმის შემდეგ შეარჩიეთ ეფექტური მკურნალობა - საოპერაციო ღონისძიებები, კატარაქტის ოპერაცია, ყვითელი ლაქის დეგენერაციის დროს ქორიოიდული ნეოვასკულარიზაციისთვის ფოტოკოაგულაცია, ადგილობრივი მკურნალობა დროს.

გლაუკომის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს დაკვირვებას[9]. გლაუკომას პირველი ადგილი უჭირავს სიბრმავის მიზეზებში აფრო-ამერიკელებში და მეორე ადგილი - მსოფლიოს მოსახლეობაში. ამ დროს აღინიშნება მხედველობის თანდათანობითი დაქვეითება მხედველო-

ბის ნეჰვის დაზიანების გამო, მხედველობის ველების შემცირება, ჰაც, ჩვეულებრივ, პეჰიფეჰიიდან იწყება, თვალის ფიაღის გაფეჰმჯითაღება და ზომის გაზრდა (იზრდება ოპტიკური დისკის დიამეტრის ნეხევარზე მეტად). თვალის შიდა ნნევის (თშნ) მომატება აღინიშნება შემთხვევათა 80%-ში და დაკავშირებულია მხედველობის ნეჰვის დაზიანებასთან. ჩისკ-ფაქტორებია: 65 წელზე მეტი ასაკი, აფრო-ამერიკული ჩასა, შაქრიანი დიაბეტი, მიოპია, მემკვიდრეობა და თვალის შიგა ნნევის მომატება. სკრინინგული ტესტები მოიცავს ტონომეტრიას თშნ-ის გასაზომად, ოფთალმოსკოპიას ან მხედველობის ნეჰვის სინათლის სხივით დათვალიერებას და მხედველობის ველების გაზომვას. ზოგადი პრაქტიკის ექიმისთვის სამივე ტესტის ზუსტად ჩატარება ხელმისანვდომი არ არის, ამიტომ ჩისკ-ფაქტორებზე ყურადღების მიქცევა და თვალის სპეციალისტთან გაგზავნა პირველადი დახმარების მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა.

სმენის დაქვეითება, ასევე, ასაკთან დაკავშირებული პრობლემაა[10]. 65 ნლის ზემოთ მოზრდილთა დაახლოებით 1/3-ს აღენიშნება სმენის დაქვეითება, ჰაც ინვევს ემოციის იზოლაციას და სოციალურ განდგომას. სმენის დარღვევა შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს, ვინაიდან მხედველობისგან განსხვავებით, არ არსებობს მითითებები ფართოდ გავრცელებული ტესტების შესახებ და მრავალი ასაკოვანი პირი სმენის დამხმარე საშუალებების გამოყენებას თავს არიდებს. პეჰიოდული შემონმებების ღროს ყარგად მუშაობს ყითხვარები და ხელის აუდიოსკოპები. უფრო ნაკლებად მგრძნობიარე მეთოდია ყერინგული "ჩურჩულის ტესტი", თითების ან ყამერტონის გამოყენება. ჩისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან ისინი, ვისაც აღენიშნებათ სმენის დაქვეითების თანდაყოლილი ან ოჯახური ანამნეზი, სიფილისი, ნითურა, მენინგიტი, ძლიერ ხმაურიანი სამსახური ან ბრძოლის ველზე ყოფნა.

ყერინგოლოგმა ყურადღება უნდა დაუთმოს პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშენყობას: 5-დან 17 წლამდე ასაკის ბავშვთა ნახევარზე მეტს 1-დან 8 ყარიესული ღრმული აქვს, აშშ სამუალო ასაკის მოზრდილებს 10-17 ყბილი ან ატკია, ან გაფუჭებული აქვს, ან დაბენილი[11]. მოზრდილებში გინგივიტის და პეჰიოდონტის დაავადებების სიხშირე შესაბამისად ჰრის 50% და 80%. აშშ-ში 65 წლის ასაკის ზევით ადამიანთა თითქმის ნახევარს საკრთოდ არ აქვს ყბილები.* ეფექტური სკრინინგი იწყება პირის ღრუს ყურადღებით დათვალიერებით. შეამონმეთ გაფუჭებული ყბილები, ატკია თუ არა ყბილები, ღრძილების ანთება, პეჰიოდონტის დაავადებების სიმპტომები (სისხლდენა, ჩირქი, ღრძილების განღება, ცუდი სუნი). დაათვალიერეთ ღრინოვანი გარსი, სასა, ფსკერი და ენის ზედაპირი, ხომ არ არის ნყლული, ლეიკოპლაკია, სიმსივნისა და ალკ-ინფექციის ნიშნები.

პირის ღრუს მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, უჩრიდთ მიეჩვიოს ყოველდღიურ ჰიგიენურ ღონისძიებებს. ფტორის შემცველი ყბილის პასტის ხმარება ამცირებს ყბილების ყარიესს, ყბილების გამოხეხვა და ძაფით განმენდა ანელებს პეჰიოდონტის დაავადებებს ბაქტერიების შემცველი ნაღების მოცილების გზით. აიძულეთ ავადმყოფი ჩეგულარულად იზრუნოს ყბილებზე, რათა მიიღოს სარგებლობა უფრო სპეციფიკური პრევენციული ღონისძიებებისგან, როგორიცაა ყბილების განმენდა ქვებისგან, ფესვების დამუშავება და ადგილობრივად ფტორის ხმარება.

დიეტა, თამბაქოს წევა და ალკოჰოლის მოხმარება, ნამღების შედეგად ნეჰწყვის გამოყოფის დარღვევა და პრომტეზის სწორი ხმარება უნდა იყოს გათვალისწინებული[12]. ისევე როგორც ბავშვებმა, მოზრდილებმაც თავი უნდა შეიკავონ ისეთი საკვების მიღებისგან, რომელიც მდიდარია რაფინირებული შაქრით, მაგ. საკარამზე, რაც ხელს უწყობს ყარიესის გამომწვევი ბაქტერიების დაგროვებას და გამრავლებას. უნდა უჩრიდთ თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების შენყვეტა, რაც პირის ღრუს სიმსივნის განვითარების რისკ-ფაქტორებია.

ნეჰწყვი ასუფთავებს და ასველებს პირის ღრუს. ბევრი ნამარი ამცირებს ნეჰწყვის გამოყოფას, ზრდის ყბილების გაფუჭების, ღრინოვანი გარსის ანთების და ღრძილების დაავადებების რისკს პირის სიმშრალის (ქსეროსტომიის) გამო, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში. პირებს, რომლებიც პროტეზს ხმარობენ, უნდა აუხსნათ, რომ ყოველ ღამე განმრნდონ, რათა არ განუვითარდეთ ბაქტერიული ნაღები და ცუდი სუნი. ღრძილების ჩეგულარული მასაჟი ამცირებს მტკივნეულობას რბილ ქსოვილებზე პროტეზის ზენოლის გამო.

გამოკვლევის მეთოდიკა

თავი

თმის საფასვეღის გამო შეიძლება ვეჩ შეამჩნიოთ თავის ქალას დაზიანება, ავადმყოფს ჰკითხეთ, ჩაიმე ხომ ას შეემჩნევია თავის ქალაზე ან თმაზე. თუ ავადმყოფს შინიონი ან ჰასიკი აქვს, სთხოვეთ გასინჯვისას მოიხსნას.

თხელი თმა *ჰიპერთიროზის* დროსაა, სქელი და უხეში - *ჰიპოთიროზის* დროს. მცირე ზომის თეთრი ოვალური გაჩანაგები თმაზე შეიძლება ნიღები იყოს ან ტიღის ჯვეჩსნები

გამოკვლევა:

თმა: შეამოწმეთ ჩაოდენობა, განაწიღება, სტრუქტურა, სად ასის გაცვენიღი. ნახეთ, ასის თუ ასა ქეტღი.

თავის ჯანი: თმა გაგადანიეთ სხვადასხვა ადგიღებში, მოძებნეთ აქეცვღა, ჯოპი, ხაღები ან სხვა დაზიანებები.

სინითღე და აქეცვღა ახასიათებს *სებორეა დერმატიტს, ფსორიაზს; ცხიმგროვას.*

თავის ქალა: გამოიკვღიეთ თავის ქალას ~~ხომა და კონტუჩები.~~ ასის თუ ასა ჩაიმე დეფორმაცია, ჩაღრმავება, ჯოპი ან მტკივნეღობა. დააკვირდით, ასის თუ ასა დაზღვევები, მაგალითად, ნაკეცის ხაზებთან თხემისა და კეფის ძვღებს შორის.

დიდი ზომის თავის ქალა აღნიშნება *ჰიდროცეფალიის* დროს, *პეკეტის დაავადების* დროს. მტკივნეღობა - ტკივმის შემდეგ.

სახე: დააკვირდით ავადმყოფის სახის გამომეტყვეღებას და ნაკვთებს. აღნიშნეთ ასიმეტრია, უნებღიე მოძრაობები, შეშუპება და შესიება.

იხ. ცხრილი 6-3. სახეების შეჩრევა (გვ. 211).

ჯანი: გამოიკვღიეთ ჯანი, ფერი, პიგმენტაცია, სტრუქტურა, გასქეღება, თმის გავცვეღება, სხვა სახის დაზღვევები.

ანემია ხშირია მოზარდებში. *ჰირსუტიზმი* (ქარბთმიანობა სახეზე) აღნიშნება საკვერცხის პოღიკისტოზის მქონე ზოგიერთ ქალს.

თვალები

გამოკვლევის მნიშვნელოვანი სფეროები

- მხედველობის სიმახვიღე
- მხედველობის ველები
- ჯონიუნქტივა და სკღერა
- ქვოვანა, ბროღი, გუგები
- თვალის მოძრაობები
- ფსკერი, მხედველობის დისკის, თვალის ფიალის, ბადურის და ბადურის სისხღძარღვების ჩათვღით.

მხედველობის სიმახვიღე: ცენტრალური მხედველობის სიმახვიღის გამოსაკვღევად გამოიყენეთ კარგად განათებული სნეღენის თვალის ცხრილი. ავადმყოფი დასვით ცხრილიდან 6 მ-ის დაშორებით.

თუ ავადმყოფი სათვალეს (ტითხვის გარდა) ხმარობს, უნდა გაიკეთოს. პაციენტს სთხოვეთ, ცალ თვალზე ფირფიტა აიფაროს (და არა ხელი, რათა თითებს შორის არ გაიხედოს) და წაიკითხოს ყველაზე პატარა ასოების ის მწკრივი, რომლის დანახვაც შეუძლია. პაციენტი, რომელიც ვერ არჩევს ყველაზე დიდ ასოებს, უფრო ახლოს უნდა დასვათ ცხრილთან. ჩაინიშნეთ ეს მანძილი. აღნიშნეთ ის უმცირესი მწკრივი, რომელიც პაციენტი არჩევს ნახევარზე მეტ ასოს. ჩაიწერეთ მხედველობის სიმახვილე, რომელიც მოცემულია ყოველი მწკრივის გვერდით. მხედველობის სიმახვილე გამოისახება ორი რიცხვით (მაგ. 20/30): პირველი რიცხვი გამოხატავს მანძილს პაციენტსა და ცხრილს შორის, მეორე - მანძილს, რაზეც ნორმალური თვალი ხედავს იგივე მწკრივს.

ახლო მანძილზე მხედველობა შეამოწმეთ სპეციალური ცხრილით, რომლის საშუალებით შეგიძლიათ გაარკვიოთ, ესაჭიროება თუ არა 45 წლამდე ასაკის პიროვნებას საკითხავი სათვალე, თუ ბიფოკალური სათვალე. ეს ცხრილი შეგიძლიათ, ასევე, გამოიყენოთ წლისას მხედველობის სიმახვილის შესამოწმებლად. მწოლიარე პაციენტის თვალებიდან 30 სმ მანძილზე დაიჭირეთ ცხრილი, რომელიც სნელენის ცხრილის მაგივრობას სწევს. ასევე შეგიძლიათ მისცეთ პაციენტს უფლება, თავად შეირჩიოს მანძილი.

თუ ცხრილი არ გაქვთ, შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნებისმიერი ნაბეჭდი ტექსტი. თუ პაციენტი ვერ კითხულობს ყველაზე დიდ ასოებს, შეამოწმეთ, შეუძლია თუ არა თქვენი თითების დათვლა და სინათლის გარჩევა (მაგალითად, თქვენი ნათურისა) სიბნელისგან.

მხედველობა 20/200 ნიშნავს, რომ ავადმყოფს მწკრივის ნაკითხვა შეუძლია 20 ფუტის (6 მ), მანძილიდან, ხოლო ჯანმრთელს იგივე მწკრივის ნაკითხვა შეუძლია 200 ფუტიდან (60 მ). ასე უფრო დიდია მეორე რიცხვი, ვიდრე უფრო უარესია მხედველობა. "20/40 პროექციით" ნიშნავს, რომ ავადმყოფს 40 ფუტიდან (12 მ) სათვალის დახმარებით (პროექციით) შეუძლია ნაკითხვა.

მიოპია არის შორ მანძილზე მხედველობის დაქვეითება

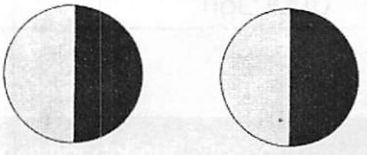
ჰიპერმეტროპია არის ახლო მანძილზე მხედველობის დაქვეითება, რომელიც ვითარდება სამუშაო ასაკის და ზევით პირებში. ჰიპერმეტროპიით ადამიანი ხშირად უკეთესად ხედავს შორს მდებარე ცხრილს.

აშშ-ში პიროვნება ითვლება ჰიპაქტიჯელად ბრმად, რომელ უკეთეს თვალში სათვალით პროექციისას მხედველობის სიმახვილე არის 20/200 ან უფრო ნაკლები. ჰიპაქტიჯული სიბრმავის დროს აღინიშნება უკეთეს თვალში მხედველობის ველის შევიწროება 20°-ით და მეტად.

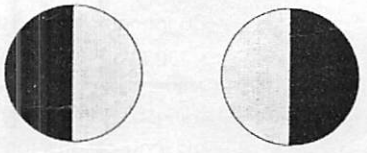
მხედველობის ველების სხვა ან ნაირობრივი გვერდითი დეფექტები მოიცავს:

ამ ნიმუშების მიმოხილვა მოცემულია 6-4 ცხრილში, მხედველობის ველის დეფექტები, გვ.212.

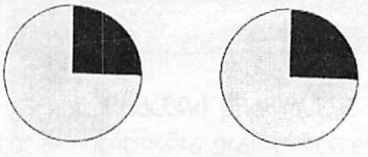
ჰომონიმური ჰემიანოფსია



ბიტემპორალური ჰემიანოფსია

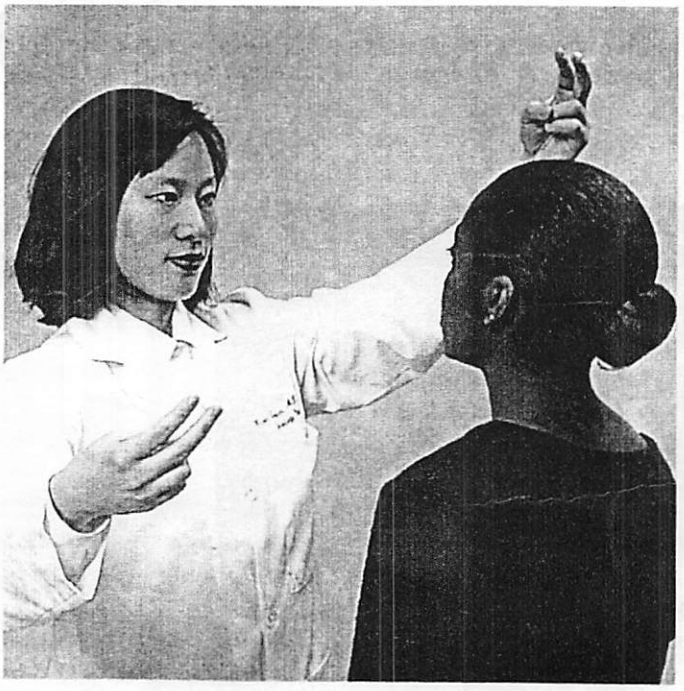


ჯვარედინებული დეფექტი



მხედველობის ველების შემოწმება პირდაპირი ხედვისას.

შემოწმება. შემოწმება იწყება საფეთქლის ველებიდან, ვინაიდან ყველაზე დიდი დეფექტები ამ ველებში ვლინდება ხოლმე.

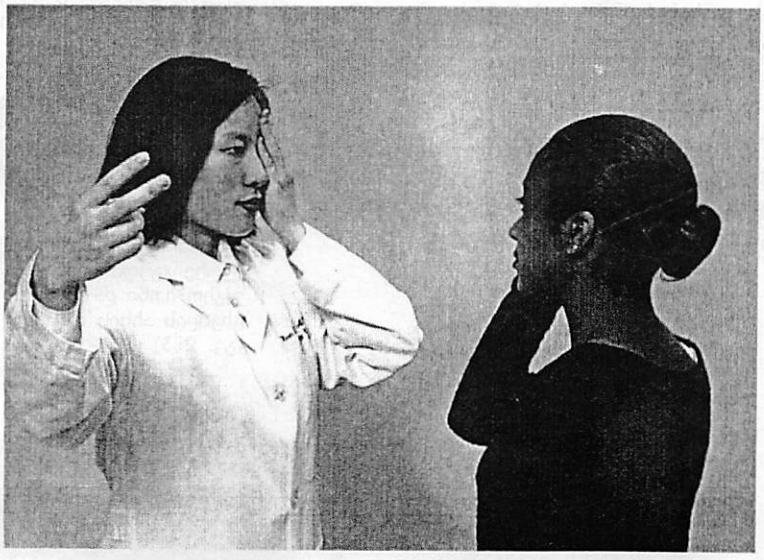


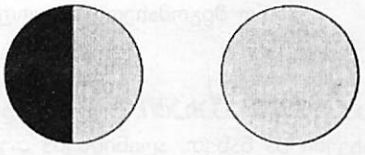
ნახმოიდგინეთ, რომ მხედველობის ველები ავადმყოფის გაშშემო შემოხაზული პირობითი შუშის ნიჭიდა განლაგებული. სთხოვეთ ავადმყოფს, ორივე თვალით გიყუროთ თვალებში, შემდეგ ხელები დაიკავეთ 60 სმ-ის მანძილზე ორივე მხარეს ავადმყოფის სახის ღატეხაღუარად, ყურებისკენ. შემდეგ ნელა ნამოიღეთ ხელები ნახმოსახვითი ბუროთის გასწვრივ ფიქსაციის წერტილისკენ იმ მანძილამდე, სადაც დაინახავს პაციენტი. იგივე გაიმეორეთ ზედა და ქვედა საფეთქლის კვადრანტებში.

ნორმაში ადამიანი თითებს ორივე მხარეს ერთდროულად ხედავს. ამ შემთხვევაში მხედველობის ველები ნორმალურია.

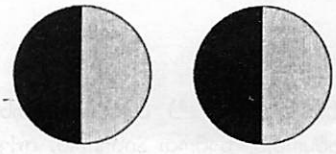
ორდესაც ავადმყოფი მარცხენა თვალით ვერ ხედავს თქვენს ხელს მანამდე, სანამ არ გადაკვეთს ფიქსაციის წერტილს, აღინიშნება მარცხენა ტემპორული ჰემიანოფსია. ეს დიაგრამა მოცემულია ავადმყოფის ნახმოსახვის მიხედვით.

შემდგომი კვლევა. როცა მხედველობის ველის დეფექტს აღმოაჩენთ, ეცადეთ გაარკვიოთ, ხასთან არის დაკავშირებული. თვალები ცალ-ცალკე შეამოწმეთ. მაგ. თუ თქვენ ვარაუდობთ მარცხენა მხედველობის ველის საფეთქლის ნაწილის დეფექტს, სთხოვეთ ავადმყოფს, ხელით დაიფაროს მარჯვენა თვალი და მარცხენათი გიყუროთ თვალებში. შემდეგ ნელა ნამოიღეთ ხელი დეფექტის მხრიდან უკეთესი მხედველობისკენ, რაც თქვენ დაადგინეთ პირველი გამოკვლევისას. ეს პროცედურა გაიმეორეთ სხვადასხვა დონეზე, რათა დაადგინოთ ველის საზღვრები.





შეიძლება დაადგინოთ მარცხენამხრივი ჰომონიმური ჰემიანოფსია.



ორდესაც ერთ თვალში მხედველობის ველის ტემპორული დეფექტია, მეორე თვალში ნაზალური დეფექტი აღინიშნება. ამ დებულების შესამოწმებლად გამოიკვლიეთ მეორე თვალი იგივე მეთოდით, ხელახლა ამოძრავეთ ხელი მხედველობის ველის დეფექტიდან უკეთესი მხედველობის მიმართულებით.

მხედველობის ველის მცირე დეფექტები და ბრმა ხაზის გადიდება მცირე სტიმულაციას მოითხოვს. გამოიყენეთ პატარა ზომის ნითელი ფერის საგანი, როგორიცაა ნითელთავიანი საჭრელებელი ჯოხი ან ნითელი ფანქარი, თვალები ცალ-ცალკე შეამოწმეთ. როცა ავადმყოფი პირდაპირ გიყურებთ თვალებში, ამოძრავეთ საგანი მხედველობის ველში. ნორმალურად ბრმა ხაზი შეგიძლიათ მოძებნოთ ფიქსაციის წერტილიდან 15°-ზე საფეთქლისკენ (ვარჯიშისთვის მოძებნეთ თქვენი ბრმა ლაქა).

ბრმა ხაზის გადიდება ვლინდება იმ პათოლოგიების დროს, რომლებიც ინვევენ მხედველობის ნერვის დაზიანებას. მაგ. *გლაუკომა, თვალის ნერვის ანთება, ღვიძლის შეშუპება.*

თვალების მდებარეობა და სიმეტრია. დაღექით ავადმყოფის პირდაპირ და შეადარეთ თვალების მდებარეობა და სიმეტრია. თუ რომელიმე თვალი ან ორივე წინ გამოსულია, გაზომეთ ეს გამონვევა.

ნაბები. დათვალიერეთ ნაბები, ჩაინიშნეთ მათი სისშირე, განანილება და მათ ქვეშ ჯანის აქერსვლა.

ქუთუთოები. აღნერეთ ქუთუთოების მდებარეობა თვალის ჯაჭვების მიმართ. დათვალიერეთ შემდეგი ნიშნების მიხედვით:

- თვალის ჭრილის სიგანე
- ქუთუთოების შეშუპება
- ქუთუთოების ფერი (მაგ. სინითლე)
- დაზიანება
- ნამწამების მდგომარეობა და მიმართულება
- თანაბრად ხშირად ხედავს თუ არა ქუთუთოებს. დააჯვირდით განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც თვალები უჩვეულოდ გამოწეულია, ასევე სახის ნერვის პარეზის ან ავადმყოფის უგონო მდგომარეობაში ყოფნის დროს.

საცრემლე აპარატი. მარტივად დათვალიერეთ საცრემლე ჯირკვლის და საცრემლე პარკის არეები და ნახეთ, აღინიშნება თუ არა მათი გადიდება.
ნახეთ, ხომ არ აღინიშნება გაძღივებული ცრემლდენა ან თვალების სიმშრალე. თვალების სიმშრალის გამოკვლევა საჭიროებს ოკულისტის მიერ სპეციალურ გამოკვლევას.

შენეული თვალები თუ გამონეული; არანორმალურად განმოქრილი თვალები ახასიათებს გრავესის დაავადებას ან თვალბუდის სიმსივნეს.
აქერსვლა დამახასიათებელია სებორეული დერმატიტისთვის, ჰიპოთირეოზის დროს - ღატერალური მეთხელება.

იხ. ცხრილი 6-5, ქუთუთოების ვარიანტები და ცვლილებები (გვ. 213).

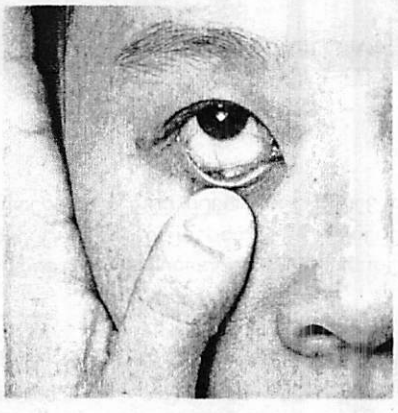
ბლეფარიტი ქუთუთოების ანთებაა მათი ჯილეების გასნვრივ, რასაც ხშირად ახლავს ფუფხის ან ნაღების განვითარება.

როდესაც ქუთუთოები მთლიანად ვერ იხუჭება, შეიძლება სერიოზულად დაზიანდეს ჩრთვანა.

იხ. ცხრილი 6-6. თვალში და თვალის გარშემო შეშუპებები და სიმაგრეები (გვ. 214).

გაძლიერებული ცრემლდენა შეიძლება გამონვეული იყოს ცრემლის ჭარბი ნარმოქმნით ან ცრემლის დრენირების დაქვეითებით. მიზეზების პირველ ჯგუფში შედის ჯონიუნქტივის ანთება და ჩრთვანის გაღიზიანება; მეორე ჯგუფში შედის ექტროპიონი და ცხვირ-ცრემლის არხის ობსტრუქცია (გვ. 213).

ჯონიუნქტივა და სკლერა. სთხოვეთ ავადმყოფს, ზემოთ აიხედოს, თქვენ კი ცერა თითით ჩამოუნიეთ ქვედა ქუთუთო და გამოარჩინეთ სკლერა და ჯონიუნქტივა. დათვალიერეთ სკლერის და ქუთუთოების ღორწოვანი გარსების ფერი, სკლერის თეთრ ფონზე ნახეთ სისხლძარღვები, არის თუ არა ანემია ჟვანძი ან შესიება.

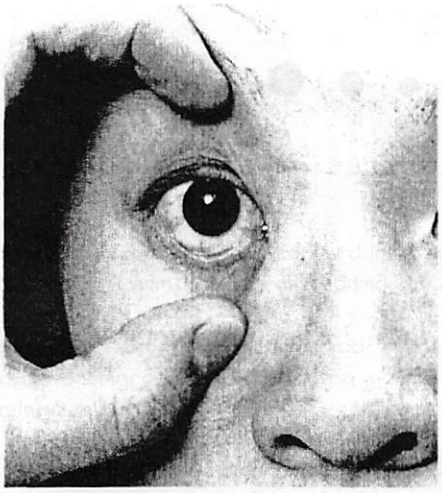




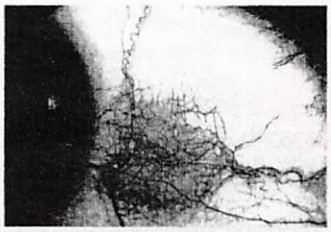
ყვითელი ფერის სკლერები სიყვითლის მაჩვენებელია.

თუ თქვენ გესაჭიროებათ თვალების მთლიანი დათვალიერება, დაადეთ ცერა და საჩვენებელი თითები ღოყის და ნაზების ძვლებზე და განიეთ ქუთუთოები.

სთხოვეთ ავადმყოფს, გაიხედოს ოჩივე მხარეს და ქვემოთ. ასე თქვენ ჯაჭვად დაათვალიერებთ სკლერას და ჯონიუნქტივას, მაგრამ ვერ ნახავთ ზედა ქუთუთოს ღრმნოვანს. ამისთვის მოგიწევთ ქუთუთოს ამობრუნება (იხ. გვ. 201).



აღგილობრივი სინთეზის მიზეზი ჯვანძოვანი *ეპისკლერიტია.*



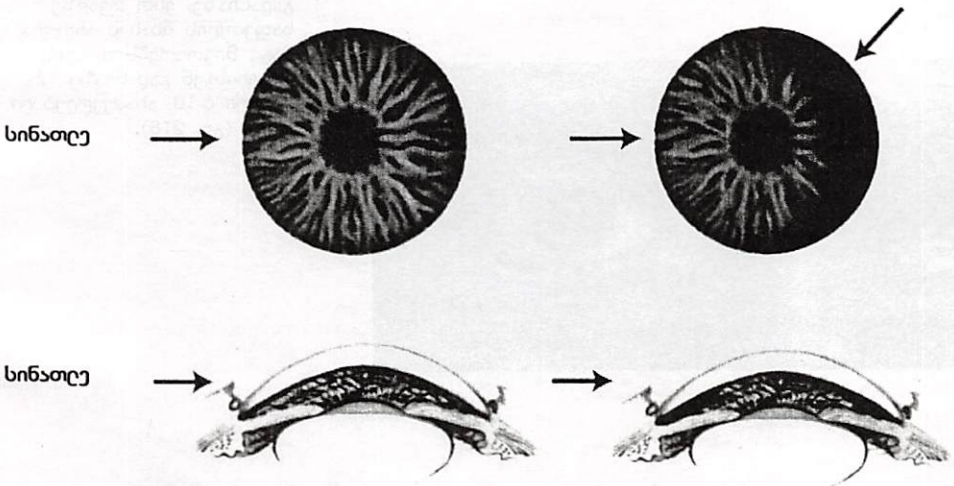
შედარებისთვის იხ. ცხრილი 6-7. თვალების სინთეზე (იხ. გვ. 215).

იხ. ცხრილი 6-8. ჩოვანას და ბრუნის შემოწმება (იხ. გვ. 216).

ზოგჯერ ფერადი გარსი ნინ იდრიკება ისე, რომ ქმნის ძალიან ვინრო ჯუთხეს ჩოვანასთან. სინათეზე შემდეგ ქმნის ნათელ-მთვარისებრ ჩრდილს.

ჩოვანა და ბრუნი. იხიბი განათებით დათვალიერეთ თითოეული თვალის ჩოვანას დაბინდება აღინიშნება თუ არა, ასევე ბრუნის გამჭვირვალობა, თუ ამის ნათელ შესაძლებელია გუგიდან.

ფერადი გარსი. ეთერიოლად დათვალიერეთ ოჩივე თვალის ფერადი გარსი. მათ შორის განსხვავება ყურადღებით უნდა აღინიშნოს. საფეთქლის მხრიდან სინათლის მინათებით დაინახავთ ნათელ-მთვარისებრ ჩრდილს ფერადი გარსის მედიალურად. ფერადი გარსი, ჩვეულებრივ, ბნელია და მედარებით ღია ჯუთხეს ქმნის ჩოვანასთან, ეს განათებული ცილინდრები არ იძლევა ჩრდილს.

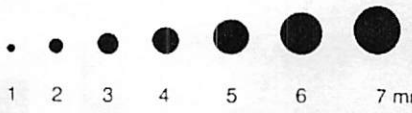


ვინრო ჯუთხე ზრდის *ვინროჯუთხიანი გლაუკომის* განვითარების ისეს - თვალშიგა წნევის სწრაფი მომატება, რომელსაც ნყაღნყარება სითხის ცირკულაციის ბლოკირებულია.

ღიაჯუთხიანი გლაუკომის დროს (გლაუკომის გავრცელებული ფორმა) ფერად გარსსა და ჩოვანას შორის ნორმალური უფთიერთობა შენარჩუნებულია და ფერადი გარსი მთლიანად განათებულია.

მიოზი გუგის შევიწროვებაა, მიდრიაზი – გაფართოება.

გუგები. დააკვირდით გუგების *ზომას, ფორმას და სიმეტრიულობას.* არის თუ არა გუგები დიდი ზომის (> 5 მმ), პატარა (< 3 მმ) ან არათანაბარი ზომის. გაზომეთ ისინი. მათი ზომების დადგენაში დაგეხმარებათ სხვადასხვა ზომის შავი ნრეების ჯგუფი.



შეადარეთ ჯეთიტოვისებიანი *ანიზოკორია* Horner-ის სინდრომს, თვალის მამოძრავებელი ნერვის პარეზს ან პუპილოტონიას (დაჭიმული გუგას), იხ. ცხრილი 5-9. გუგის პათოლოგიები (გვ. 217).

გუგებს შორის 0.5 მმ-ზე ნაკლები განსხვავება (~~ანიზოკორია~~) ნორმალური აღმოჩენების 20%-ში აღინიშნება. თუ გუგის ჰეკლია ნორმალურია, ანიზოკორია ითვლება ფიზიოლოგიურად.

შეამოწმეთ სინათლეზე გუგის ჰეკლია. სთხოვეთ ავადმყოფს, შორს გაიხედოს და მიანათეთ თითოეულ თვალზე ირიბად (ორივე, დისტანციაზე მხედველობის ფიქსირება და ირიბი განათება დაგეხმარებათ ახლო ყურების ჰეკლიის პრევენციაში). დააკვირდით:

- *პირდაპირ ჰეკლიას* (შესაბამის თვალში გუგის შევინროვება)
- *მეთანხმებულ ჰეკლიას* (მეორე თვალში გუგის შევინროვება)

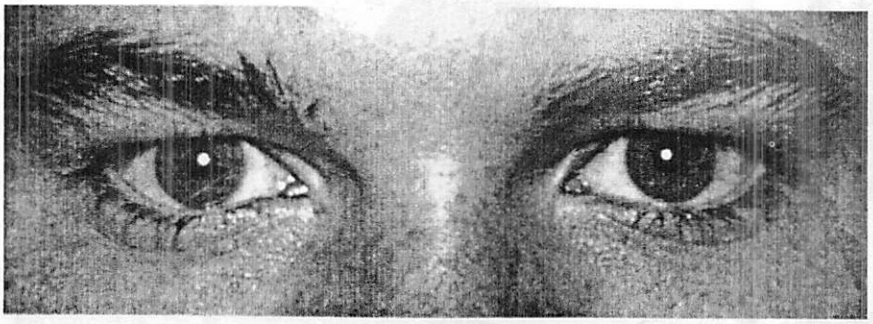
ჩააბნელეთ ოთახი და გამოიყენეთ მკვეთრი სინათლე, სანამ გადანყვეტთ, რომ ჰეკლია სინათლეზე არ არის გამოხატული.

თუ სინათლეზე ჰეკლია შემცირებულია ან საეჭვოა, შეისწავლეთ ახლო ჰეკლია ნორმალურად განათებულ ოთახში. თვალების ცალ-ცალკე გამოკვლევა გაგიადვილებთ გუგის ჰეკლიაზე დაკვირვებას, გამოკვლევა ჩაივლის ყურადღების გაფანტვისა და თვალის კარების მოძრაობის გარეშე. თითი ან ფანქარი დაიჭირეთ ავადმყოფის თვალებიდან 10 სმ-ზე და სთხოვეთ, შეხედოს ჯერ თითს და შემდეგ გაიხედოს შორს თითის უკან. დააკვირდით გუგის ჰეკლიას ახლოს ყურებისას.

ახლო ყურების ჰეკლიის შესწავლა გეხმარებათ *Argyll Robertson-ის* და შევინროვებულ *(Adie-ს)* გუგებს დიაგნოსტიკაში.

თვალის გარეთა (ექსტრაოკულური) კუნთები. ავადმყოფს ნინიდან 2 ფუტის მანძილზე მიანათეთ სინათლე და სთხოვეთ, უყუროს მას. დააკვირდით ჩქარანას პირველს, რომელიც ჩანს გუგების შუა ხაზიდან ოდნავ შიგნით ცხვირისკენ.

ჩქარანას ასიმეტრიული პირველი მიუთითებს თვალის ნორმალური მდებარეობიდან გადახრაზე. ეს თვალზე საფეთქლის მხარეს პირველი, მაგ., მიუთითებს თვალის ცხვირისკენ გადახრაზე. იხ. ცხრილი 6-10, პრიზმულები ქვეშ (გვ. 218).



თვალზე *დაფარება-გაღების ტესტით* შეიძლება გამოვლინდეს კუნთების მსუბუქი ან ლატენტური უკმარისობა, რაც სხვანაირად არ ვლინდება.

ახლა *შეაფასეთ თვალის კარების მოძრაობა* შემდეგი ნიშნებით:

- თვალების ნორმალური შეთანხმებული მოძრაობა თითოეული მიმართულებით ან ნორმიდან გადახრა

იხ. ცხრილი 6-10, შეუთანხმებული მზერა (გვ. 218).

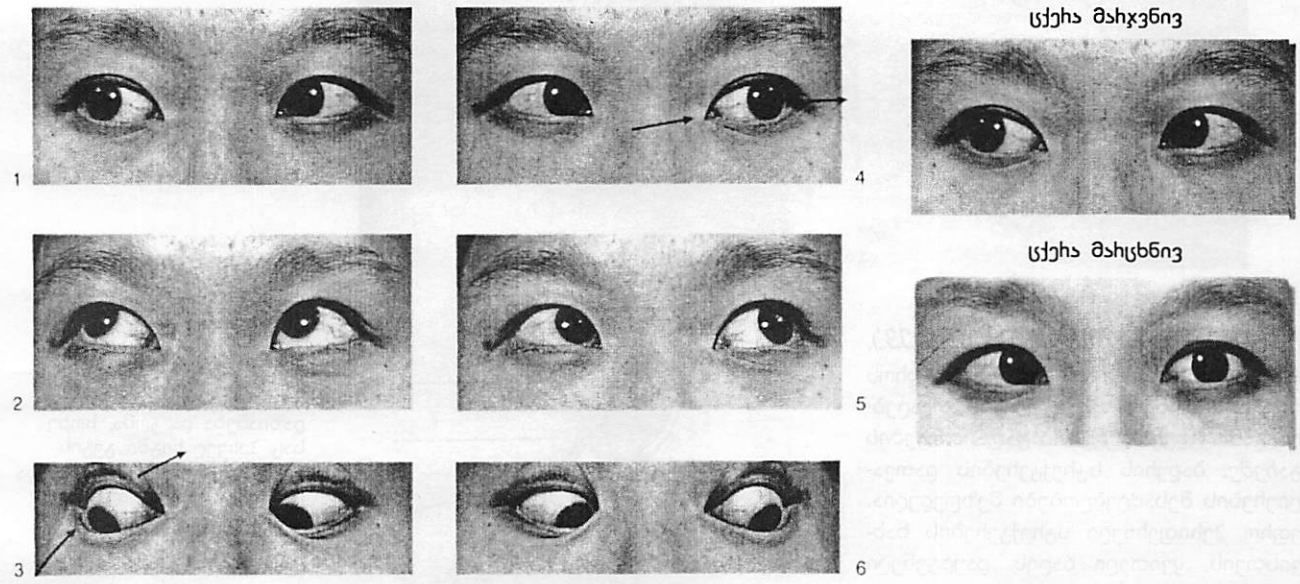
- ნისტაგმი, თვალების მცირე ჩიტმული ხტევა. ხანმოკლე ნისტაგმი გვეხდზე სწრაფი გახედვისას ნორმად ითვლება. თუ ნისტაგმს ნახულობთ, მიიტანეთ თითი ბინოკულარული მხედველობის ველში და ყვლავ შეხედეთ.

ბინოკულარული მხედველობის ველში შესაძლო ნისტაგმი აღინიშნება სხვადასხვა ნევროლოგიური მდგომარეობების დროს. იხ. ცხრილი 17-4, ნისტაგმი (გვ. 655-656).

- ქუთუთოს ჩამოხრენა ქვემოდან ზემოთ ახედვისას.

ქუთუთოს ჩამოხრენა აღინიშნება *ჰიპერთირეოზის* დროს

ამ გამოკვლევების ჩასატარებლად სთხოვეთ ავადმყოფს, *მზერა გაყოლოს თქვენ თითს ან ფანქარს*, როცა მას ამოძრავებთ მზერის 6 ძირითადი მიმართულებით. ჰაერში მოხაზეთ დიდ H, გახედეთ ავადმყოფი (1) მკვეთრად მარჯვნივ, (2) მარჯვნივ და ზემოთ, (3) მარჯვნივ და ქვემოთ, (4) პაუზის გარეშე მარცხნივ, (5) მარცხნივ და ზემოთ, (6) მარცხნივ და ქვემოთ. ზემოთ და გვერდით გახედვებს შორის პაუზები საჭიროა ნისტაგმის სანახავად. თითი ან ფანქარი დაიჭირეთ ავადმყოფისთვის კომფორტულ მანძილზე. ვინაიდან შუა ხნის და ასაკოვან პაციენტებს ახლო მანძილზე მხედველობის პრობლემები აქვთ. ზოგიერთი პაციენტი ხელის მოძრაობით ადევნებს თვალს თქვენს თითს. თუ აუცილებელია, ხელი დაიჭირეთ შესაფერის შუა პოზიციაში.

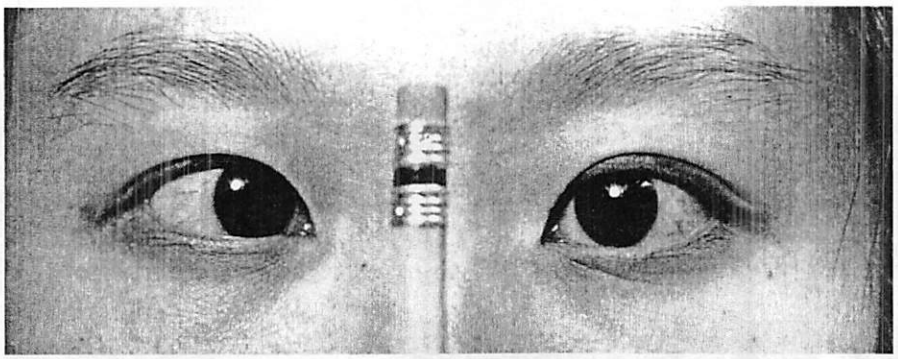


თუ ვახაელობთ ქუთუთოს ჩამოხჩენას ჰიპეთიხეოზის ღხოს, ავადმყოფს სთხოვეთ თვაღი გააყოღოს თქვენს თითს, ხომეღსაც ამოძხავებთ ნეღა ზემოღან ქვემოთ შუა ხაზზე. ამ მოძხაობის ღხოს ქუთუთომ შეიძღება ნანიღობხივ დაფახოს ფეხაღი გახსი.





ბოღოს, *კონვეხგენციის გამოკვღევა*. სთხოვეთ ავადმყოფს მზეხა გააყოღოს თითს ან ფანქახს, ხომეღსაც ამოძხავებთ ცხიხის ძგიღისკენ. შიგნით შებეხნებული თვაღები ნოხმაღეხად მიყვებიან საგანს ცხვიხიდან 5-8 სმ-მდე.



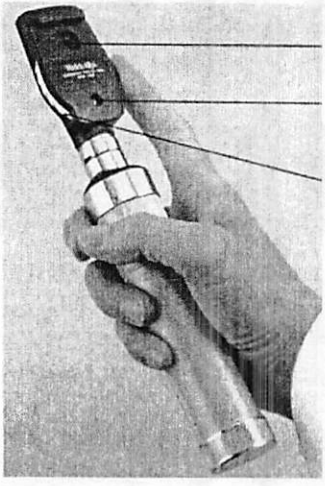
ჰიპეთიხეოზით გამონვეული ქუთუთოს ჩამოხჩენის ღხოს ზედა ქუთუთოს და ფეხაღ გახსს შოხის მოჩანს სკღეხის ჩაკი. ქუთუთო თითქოს თვაღის უკან ხჩება.

ჰიპეთიხეოზის ღხოს აღინიშნება ცუდი კონვეხგენცია.

ოფთაღმოსკოპიული გამოკვღევა.

ზოგადი კანმხეღობის შემონმების ღხოს თქვენ მოგინევთ ავადმყოფის თვაღების გამოკვღევა *გუგების გაფახეთოვების გახეშე*. ბადეხის სტხუქტუხების დათვაღიეხებების შესაძღებღობები შეზღუდუღია. უფხო ჰეხიფეხიული სტხუქტუხების ნახვისთვის, ყვითეღი ხაღის, დაუდგენეღი ეტიოღოგიის მხედვეღობის დაკახგვის გამოკვღევისთვის ოკუღისტი აფახეთოვებს გუგას გამაფახეთოებეღის ჩანვეთებით, თუ ამის უკუჩვენება ახ არსებობს.

დასანყისში, ოფთაღმოსკოპის ხმახება შეიძღება გაგიძნეღდეთ და ვეხ მოახეხეთ ფსკეხის კახგად დათვაღიეხება.



გუგის გამაფახეთოვებეღი ნვეთების ხმახების უკუჩვენებებია: (1) თავის დახიანება და კომა, ხოდესაც ჰიხვეღ ხიგში გუგის ხეაქციის შესნავღა ხდება; და (2) ეჭვი ვინხოკუთხიანი გღაუკომის არსებობაზე.

მოთმინებითა და ვახჯიშით უკეთ დაინახავთ ფსკერს და გაარჩევთ მის მნიშვნელოვან სტრუქტურებს, როგორიცაა მხედველობის ნერვის დვრილი და ბადურის სისხლძარღვები. თუ თქვენ ახლომხედველი ხართ ან ასტიგმატიზმი გაქვთ, მოიხსენით სათვალე (მაგრამ, თუ გიძნელდებათ ფსკერის დაზიანებების დანახვა, შეგიძლიათ გაიკეთოთ სათვალე).

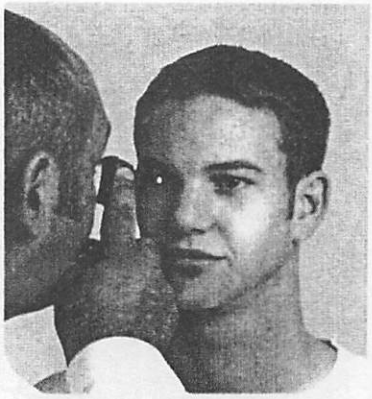
ოფთალმოსკოპიური სურათის კომპონენტები განიხილება მომდევნო გვერდებზე. მიყევით ოფთალმოსკოპის გამოყენების საფეხურებს და თქვენი ჩვევები თანდათან გაუმჯობესდება.

ოფთალმოსკოპის გამოყენების საფეხურები

- ჩააბნელეთ ოთახი. ანთეთ სინათლე ოფთალმოსკოპზე და შეაბრუნეთ ღინძა მანამ, სანამ არ დაინახავთ თეთრი შუქის დიდ მრგვალ სხივს.* სინათლე მიანათეთ თქვენი ხელის ზურგს, რათა შეამოწმოთ სინათლის ტიპი, სიკაშკაშე და დამუხტულია თუ არა ოფთალმოსკოპი.
- ღინძა შეაბრუნეთ 0 დიოპტრიაზე (დიოპტრია არის ერთეული, რითაც იზომება ღინძის ძალა, მოახდინოს სხივის დაახლოვება ან დაშორება). ამ დიოპტრიით ღინძა დაახლოვებს ან დაშორებს სინათლის სხივს. თითი დაადეთ ღინძის ჯიღეს ისე, რომ შეძლოთ ღინძის შებრუნება და ფოკუსირება ფსკერის დათვალიერებისთვის.
- დაიმახსოვრეთ, ოფთალმოსკოპი დაიჭირეთ *მარჯვენა* ხელში, როცა იყენებთ *ავადმყოფის მარჯვენა თვალს*, ხოლო *მარცხენა თვალის გამოკვლევისას დაიჭირეთ მარცხენა ხელში*. ეს დაგიცავთ ავადმყოფის ცხვირთან შეხებისგან და საშუალებას მოგცემთ უფრო მობილური იყოთ და ახლო მანძილიდან დაათვალიერეთ ფსკერი. პირველად შეიძლება გაგიჭირდეთ ორივე თვალით ყურება, მაგრამ ვარჯიში ამას გაგიადვილებთ.
- ოფთალმოსკოპი მაგრად დაიჭირეთ თქვენი ორბიტის ძვლის შუა ნაწილის წინ ისე, რომ ცარი ლატერალურად შეაბრუნოთ 20°-ით. შეამოწმეთ, გარკვევით ხედავთ თუ არა. უთხარით ავადმყოფს, რომ უყუროს ერთ წერტილს კედელზე თქვენი მხრებიდან ოდნავ ზემოთ.
- დაჯექით ავადმყოფიდან დაახლოებით 30 სმ დაშორებით და მისი მხედველობის ხაზიდან 15°-ით ლატერალურად. სინათლის სხივი მიანათეთ გუგას და დააკვირდით გუგაზე წითელ ნათებას - წითელი რეფლექსი. დააკვირდით ჰაიმე გამჭვირვალობის დაკვეთებას ხომ არ წყვეტს წითელ რეფლექსს.
- ამის შემდეგ თქვენი მეორე ხელის ცერა თითი ავადმყოფის ნარბზე დააფიქსირეთ (ეს მოგეხმარებათ, იყოთ მყარად, მაგრამ არ არის აუცილებელი). სინათლის სხივი ფოკუსირებული უნდა იყოს ნითელ რეფლექსზე, შეაბრუნეთ ოფთალმოსკოპი 15°-იანი კუთხით გუგის წინ სანამ ძალიან არ მიუახლოვდებით მას, ერთდროულად შეეხეთ ავადმყოფის ნარბს.

ეცადეთ, ორივე თვალი გახელილი და მოდუნებული გქონდეთ, ისე როგორც მორს ყურებისას, რათა აკომოდაციის დროს მინიმალური იყოს ხედვით გამოწვეული გამოსახულების ნაშლა.

იმისთვის, რომ გამოკვლევა ავადმყოფისთვის უფრო კომფორტული იყოს, თავიდან აიცილოთ გუგის შევიწროვება და გაუმჯობესოთ გამოკვლევა, ზოგჯერ მოგინევთ სინათლის ინტენსივობის შემცირება.



წითელი რეფლექსის არარსებობა მიუთითებს ბორცის (კატარაქტა) ან, იშვიათად, მინისებრი სხეულის შემღვრევაზე. ამ რეფლექსის შენიღბვა ნაღები ალბათობით შესაძლებელია ბადურის ჩამოცლის ან, ბავშვებში, რეტინობლასტომის დროს. ხელოვნური თვალის წითელი რეფლექსი არ აქვს.

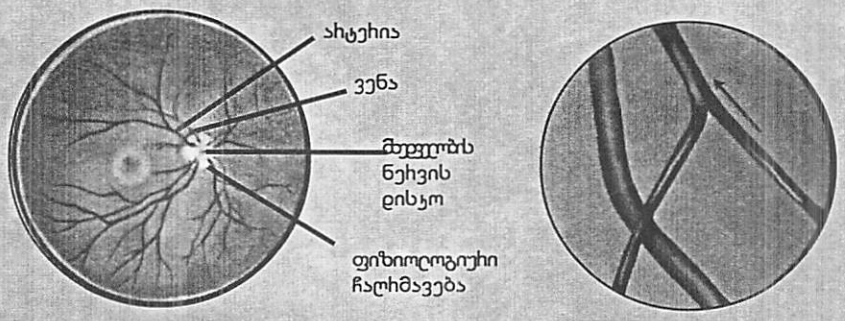
* ზოგიერთი ექიმი ფარული გუგისთვის ხმარობს მსხვილ სხივს, ვინრო გუგისთვის კი - წვრილ სხივს. სხვა ზომის სხივები იშვიათად გამოიყენება. ნაპრალისებური სხივი ზოგჯერ გამოიყენება ბადურის ამობურცულობის ან ჩაზნექის დასანახად, მწვანე სხივი - მცირე ზომის წითელი დაზიანებისთვის, ბადე - გაზომვებისთვის. ყურადღება არ მიაქციოთ ბოლო სამი სახის სინათლეს და ივარჯიშეთ თეთრი სინათლის მსხვილი სხივით.

ამის შემდეგ თქვენ მზად ხართ გამოიკვლიოთ მხედველობის ნერვის დვრილი და ბადურა. მხედველობის ნერვის დვრილი გამოიყურება, როგორც მოყვითალო ნარინჯისფერი ან მოვარდისფრო, ოვალური ან მრგვალი ფორმის სტრუქტურა, რომელიც შეიძლება ავსებდეს თქვენი მხედველობის ველს ან სცილდებოდეს მას. ოფთალმოსკოპი დაახლოებით 15-ჯერ აღიდებს ბადურის ნორმალურ ზომას და 4-ჯერ - ფერადი გარსის ზომას. მხედველობის ნერვის დვრილის ზომა 1.5 მმ-ია. მიყევით ქვემოთ მოყვანილ მნიშვნელოვან საფეხურებს:

ხოლესაც ოპერაციის შედეგად ხდება ბრილის ამოღება, მისი გამადიდებელი ფუნქცია იკარგება. ბადურის სტრუქტურები უფრო პატარა ჩანს, ვიდრე ჩვეულებრივად. ამიტომ, თქვენ შეგიძლიათ დაინახოთ ფსკერის უფრო ფართო სივრცე.

მხედველობის ნერვის დვრილის და ბადურას გამოკვლევის საფეხურები

- პირველ რიგში, მოძებნეთ მხედველობის ნერვის დვრილი. დააკვირდით ზემოთ აღნერილ მოყვითალო ნარინჯისფერ ან მოვარდისფრო, ოვალური ან მრგვალი ფორმის სტრუქტურას. თუ ვერ ხედავთ, მიყევით სისხლძარღვებს ცენტრალურად, სანამ არ დაინახავთ. ცენტრალურ მიმართულებას მიხვდებით იმ ჯურის მიხედვით, სადაც სისხლძარღვები იტოტება - სისხლძარღვები ჰორიზონტალურად ფართოვდება შეერთებისას.



- ახლა მხედველობის ნერვის დვრილი მოაქციეთ ფოკუსში ოფთალმოსკოპის ღილაკის დარეგულირებით. თუ არც თქვენ და არც ავადმყოფს არ გაქვთ ჰეფრარქტიობის დარღვევა, ბადურა ფოკუსში იქნება 0 დიოპტრიაზე. (დიოპტრია არის ერთეული, რითაც იზომება ღილაკის ძალა, მოახლოებოს სხივის დაახლოვება ან დაშორება). თუ სტრუქტურები არამკვეთრად ჩანს, შეაბრუნეთ ღილაკი, სანამ მკვეთრ ფოკუსს არ დაიჭერთ.

მაგალითად, თუ ავადმყოფს აქვს მიოპია (ახლომხედველობა), ღილაკი შეაბრუნეთ საათის ისრის სანინააღმდეგოდ მინუს დიოპტრიაზე. ჰიპერმეტროპიით (შორსმხედველობა) ავადმყოფებში ღილაკი შეაბრუნეთ საათის ისრის მიმართულებით პლუს დიოპტრიაზე. ამავე გზით შეგიძლიათ შეასწოროთ თქვენი საკუთარი ჰეფრარქტიის დარღვევა.

ჰეფრარქტიის დარღვევის დროს სინათლის სხივი არ ფოკუსირდება ბადურაზე. მიოპიის დროს სხივი ფოკუსდება ბადურის წინ, ჰიპერმეტროპიის დროს – უკან. მიოპიის თვალში ბადურის სტრუქტურები უფრო დიდი ზომის ჩანს

- დაათვალიერეთ მხედველობის ნერვის დვრილი. ჩაინიშნეთ შემდეგი მახასიათებლები:
  - დვრილის ტონუსის სიმკვეთრე ან სიზუსტე. ნორმალურად დვრილის საზღვრის ცხვრის ნაწილი ოდნავ დაბინდულია.
  - დვრილის ფერი ნორმაში მოყვითალო ნარინჯისფერიდან მოვარდისფროა. თეთრი ან პიგმენტური ნახევარმთვარე დისკთან ნორმალურია.
  - ცენტრალური ფიზიოლოგიური ექსკავაციის ზომა, თუ ის არის, ჩვეულებრივ, მოყვითალო თეთრი ფერისაა. მისი ჰორიზონტალური დიამეტრი მხედველობის ნერვის დვრილის დიამეტრის ნახევარზე ნაკლებია.
  - თვალების შედარებითი სიმეტრია და ფსკერის მონაცემები.

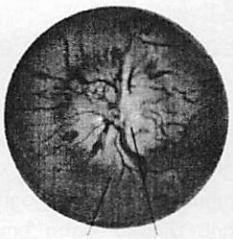
იხ. ცხრილი 6-11. მხედველობის ნერვის დვრილის ნორმალური ვარიაციები (გვ. 219), და ცხრილი 6-12, მხედველობის ნერვის დვრილის პათოლოგიები (გვ. 220).

ფიზიოლოგიური ექსკავაციის გაღრმება მიუთითებს ქრონიკული ღიაკუთხიანი გლაუკომის არსებობაზე.

მხედველობის ნერვის დვრილის და ბადურას გამოკვლევის საფეხურები (გაგრძელება)

მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპების დადგენა. მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება ნიშნავს დვრილის და ფიზიოლოგიური ექსკავაციის წინა შესიებას. თავის ქალას შიდა წნევის მომატება გავლენას ახდენს მხედველობის ნერვზე, იწვევს აქსოპლაზმის სტაზს, აქსონისშიდა შეშუპებას და მხედველობის ნერვის შეშუპებას. მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება თავის ტვინის სეირიზული პათოლოგიის ნიშანია, ჩაგრეხილია მენინგიტი, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, ცერებრალური ავთვისებიანი სიმსივნე, ამიტომ თვალის ფსკერის გამოკვლევისას ამ დარღვევის აღმოჩენას პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს.

თუ ნახეთ მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება, გაზომეთ მხედველობის ნერვის დვრილის ელევაცია. ამისთვის უნდა გამოაკლოთ იმ ლინზის დიოპტრიათა რიცხვს, რომელიც საჭიროა დვრილის გარკვევით ფოკუსირებისთვის მეორე ლინზის დიოპტრიათა რიცხვი, რომელიც საჭიროა ბადურის ფოკუსირებისთვის. დაიმახსოვრეთ, ბადურაზე 3 დიოპტრია განსხვავებაა =1 მმ.



ჯანგი ფოკუსი -1 დიოპტრიაზე ჯანგი ფოკუსი +3 დიოპტრიაზე

+3-(-1)=4, ამიტომ დვრილის ელევაცია არის 4 დიოპტრია

ვენური პულსაცია, რომელიც ჩანს ბევრ, მაგრამ არა ყველა, ნორმალურ თვალის ფსკერზე, შეიძლება ნაშრომი იყოს.

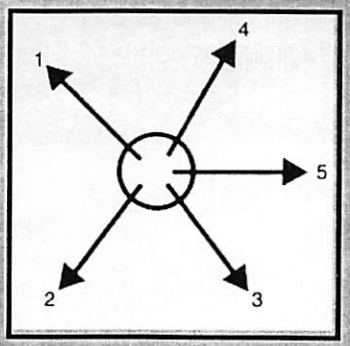
ვენური პულსაციის დაჯანგვა პათოლოგიური მდგომარეობების დროს, როგორიცაა თავის ტრავმა, მენინგიტის ან მასიური დაზიანება, შეიძლება ქალას შიდა წნევის მომატების ადრეული ნიშანი იყოს.

ბადურა - არტერიები, ვენები, ფოსო და ყვითელი ხაზი.

- *დათვალიერეთ ბადურა* სისხლძარღვების ჩათვლით, არტერიო-ვენური ჯვარედინები, ფოსო, ყვითელი ლაქა. გარჩიეთ ვენები არტერიებისგან ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების მიხედვით:

	არტერიები	ვენები
ფერი	ღია ნითელი	მუქი ნითელი
ზომა	უფრო მცირე (ვენის დიამეტრის 2/3დან 4/5-მდე)	უფრო დიდი
სინათლის ჰეფლექსი	ჯაშჯაშა	შეუმჩნეველი არ არის

- *სისხლძარღვებს მიყევით ჰერიფერიისკენ* ოთხი მიმართულებით, დაარჩიეთ შესაბამის ზომებს და არტერიო-ვენური ჯვარედინების ხასიათს. გარჩიეთ არის თუ არა ბადურაში ჩაღრმავებული ზონა და აღნიშნეთ მისი ზომა, ფორმა, ფერი და გავრცელება. ბადურის გამოკვლევისას თქვენი თავი და ინსტრუმენტი შეარჩიეთ იმ ხარისხით, რომ არეკლილი გუგა იყოს ნაკლებად ვიწრო საყრდენი ნერვი. პირველად, შეიძლება დაგჭირდეთ ბადურის გამოსახულება, ვიდრე სინათლე გუგის გარეთ დაეცემა, პრაქტიკასთან ერთად მდგრადობის გაუმჯობესებაც შეიძლება.

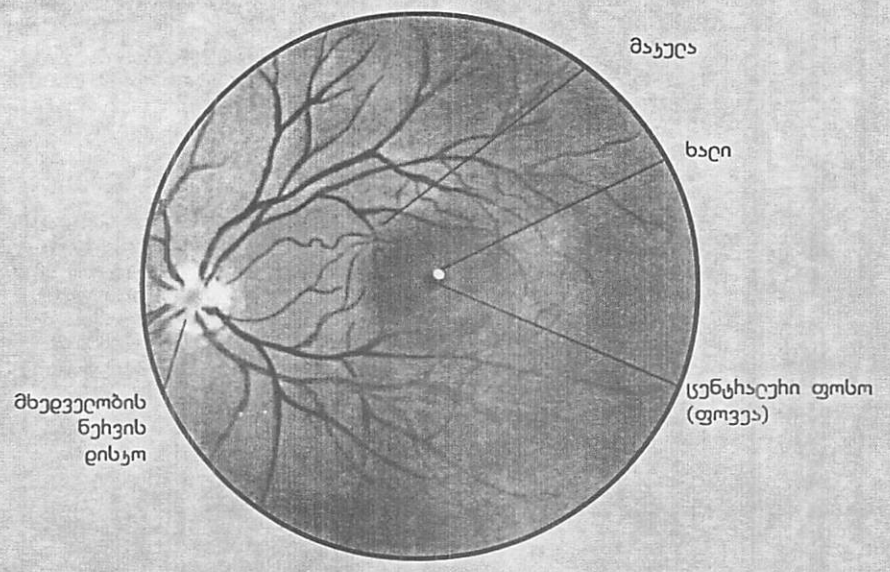


გამოკვლევის თანამიმდევრობა დისკიდან პერიფერიამდე

იხ. ცხრილი 6-13, ბადურის არტერიები და არტერიო-ვენური ჯვარედინები: ნორმის და ჰიპერტენზიის დროს (გვ. 221);
ცხრილი 6-14, თეთრი ნეირონები და ხაზები ფსკერზე (გვ. 222);
ცხრილი 6-15, თვალის ფსკერი (გვ. 223-224);
ცხრილი 6-16, ღია ფერის ნეირონები ფსკერზე (გვ. 225).

მხედველობის ნეირის დვრილის და ბადურას გამოკვლევის საფეხურები (გაგრძელება)

- ბადურის დაზიანება იზომება ტერმინით "დვრილის დიამეტრის" მხედველობის ნეირის დვრილის მიხედვით. მაგ. მომდევნო გვერდზე ნაჩვენებ ბამბის ძაფისებრ უბნებს შორის შეიმჩნევა უნესრიგო ძაფები 11 და 12 საათს შორის, დისკის 1 ან 2 დიამეტრის ზომის. მისი ზომებია დისკის დაახლოებით ნახევარი ან ნახევარი.

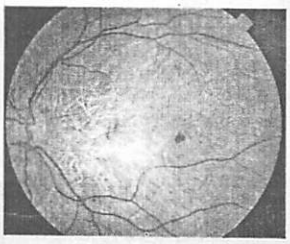


მარცხენა თვალი

- ბოლოს, თუ სინათლის სხივის გვერდიდან მიმართავთ, ან ავადმყოფს სთხოვთ, პირდაპირ სინათლეს უყუროს, გამოიკვლევთ ფოვეას და ყვითელ ხაღს. ასაკოვანი პირების გარდა, ფოვეას ცენტრში სინათლის ძალიან მცირე ჩაფერფლა დაგეხმარებათ ორიენტაციაში. ყვითელ ხაღში მოციმციმე სინათლის ჩაფერფლა ხშირია ახალგაზრდებში.

დაათვალიერეთ ნინა სტრუქტურები. შეამოწმეთ ბრტყლის და მინისებური სხეულის გამჭვირვალობა ღინზის შებრუნებით +10 ან +12 დიოპტრიით. ეს ნინა სტრუქტურების ფოკუსირების საშუალებას მოგცემთ.

ყვითელი ხაღის დეგენერაცია ხანდაზმულებში ცენტრალური მხედველობის გაუარესების მნიშვნელოვანი მიზეზია. დეგენერაციის ტიპებია *მშრალი ატროფია* (უფრო ხშირია, მაგრამ ნაკლებად მძიმე) და *სველი ექსუდაცია* ანუ ნეოვასკულარიზაცია. უნესრიგო ჯრჩილული ნარმონაქმნები – *დრუზები*, შეიძლება იყოს მკვრივი ან ხბილი, გაძლიერებული პიგმენტაციით, როგორც ჩანს მომდევნო გვერდზე (გვ. 216).



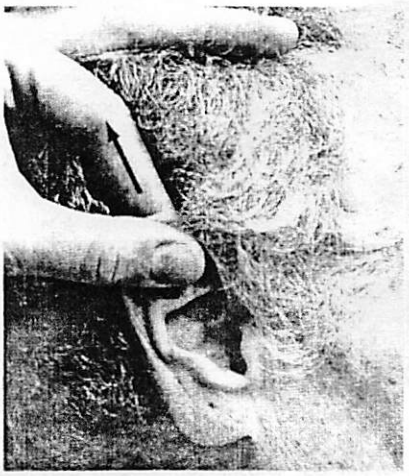
მინისებრი სხეულის შემღვრევა ჩანს, როგორც მუქი ფერის ნანილაკები ან ზოლები ფსკერსა და ბრტყლის შორის. კატარაქტა არის ბრტყლის შემღვრევა (გვ. 216).

ყუჩები

იხ. ცხრილი 6-17. სიმაგრეები ყუჩის ახლოს (გვ. 216).

ყუჩის ნიჟარა. გამოიკვლიეთ ორივე ყუჩის ნიჟარა და გაიმეორეთ ქსოვილები დეფორმაციაზე, სიმაგრეზე ან ჯანის დაზიანებაზე.

თუ აღინიშნება ყუჩის ტკივილი, ანთება ან გამონაყენი, ყუჩი გასწიეთ უკან და ზევით, დაანეკით ყუჩის ნინა სახეჩავს ან მაგრად დაანეკით ყუჩის უკან.



ყუჩის და სახეჩავის მოძრაობა მტკივნეულია მწვავე *გართეა ოტიტის* (სასმენი მილის ანთება) დროს, მაგრამ არა *მედიალური ოტიტის* (შუა ყუჩის ანთება) დროს. ყუჩის უკან მტკივნეულობა შეიძლება იყოს მედიალური ოტიტის დროს

სასმენი მილი და დაფის აპკი. სასმენი მილის და დაფის აპკის დათვალიერებისთვის გამოიყენეთ ოტოსკოპი ყუჩის ყველაზე დიდი სარკით, რომელიც მოერგება. ავადმყოფის თავი უნდა იყოს ისეთ პოზიციაში, რომ ინსტრუმენტით კარგად დაინახოთ. სასმენი მილის გასწორებისთვის მოქიშეთ ყუჩის ნიჟარა ფრთხილად, მაგრამ მაგრად, უკან და ოდნავ ზემოთ.

ოტოსკოპის ტარი დაიჭირეთ თითებით და ხელი დაიჭირეთ ავადმყოფის სახის წინ. შემდეგ თქვენი ხელი და ინსტრუმენტი ამოძრავეთ ავადმყოფისთვის შეუმჩნევლად. (თუ ხელები მოუხერხებლად გიჭირავთ მარცხენა ყუჩზე, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, შეგიძლიათ ყუჩი ანიოთ ზევით და უკან მარცხენა ხელით, ხოლო მარჯვენა ხელი, რომლითაც ოტოსკოპი გიჭირავთ, დაასვენოთ ავადმყოფის თავს).

ფრთხილად *ჩადგით სარკე* სასმენ მილში და ამოძრავეთ ქვევით და წინ და თმის ბეწვებს შორის.

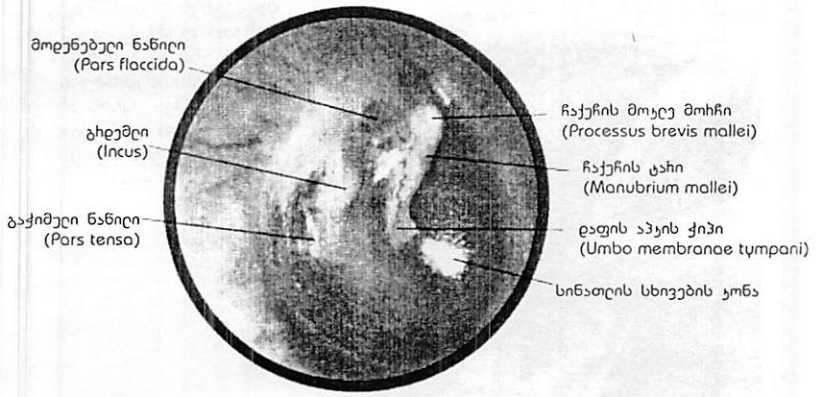
უმეტესწილად ჯანმრთელი სიმაგრე, რომელიც ნორმალური ჯანითაა დაფარული, არის უგრძნობი. ეს არის ჯეთილთვისებიანი ნარმონაქმნი, რომელმაც შეიძლება დაფარის დაფის აპკი.







დაათვალიერეთ სასმენი მიღი, არის თუ არა გამონადენი, უცხო სხეული, ჯანის სინითლე ან შესიება. ყურის გოგირდი, რომელიც სხვადასხვა კონსისტენციის და ფერის შეიძლება იყოს: ყვითელი ფერის და ქერცლოვანი ან ყავისფერი და ნებოვანი, ან მუქი და მკვრივი, შეიძლება მთლიანად ან ნაწილობრივ ავსებდეს თქვენი მხედველობის არეს.





დაათვალიერეთ დაფის აპკი, მისი ფერი და კონტურები. ამაში დაგეხმარებათ სინათლის სხივი.

-გარეთა მწვავე ოტიტის დროს მიღი ხშირად შესიებულია, შევიწროვებული, სველი, ფიბრინოზური და მტკივნეული. შეიძლება სინითლე იყოს.

გაარჩიეთ ჩაქუჩის ტარი, მისი მდებარეობა და დაათვალიერეთ ჩაქუჩის მოკლე მოხრი.

ქრონიკული გარეთა ოტიტის დროს სასმენი მიღის ჯანი გასქელებულია, ნითელია და აღინიშნება ქავილი.

ნითელი და ამობურცული დაფის აპკი აღინიშნება მწვავე ჩირქოვანი შეალიური ოტიტის დროს, ქარვისფერი დაფის აპკი აღინიშნება სეროზული გამონადენის დროს.

სარკე ფრთხილად ამოიღეთ ისე, რომ დაინახოთ დაფის აპკის შეძლებისდაგვარად დიდი ფართობი *მოდუნებული ნაწილის და ბაჭიმული ნაწილის* კიდეების ჩათვლით. ნახეთ პნევმატიზაციის არსებობა. დაფის აპკის ზედა და ქვედა კიდეები შეიძლება დაფარული იყოს სასმენი მიღის ჩაკვირით.

დაფის აპკის მოძრაობის შესწავლა შესაძლებელია პნევმატური ოტოსკოპით.

უკრავენიდან წინ გამოსული მოკლე მოხრი და ტარი, რომელიც უფრო ჰორიზონტალურად ჩანს, მიუთითებს დაფის აპკის შეზნექვაზე.

იხ. ცხრილი 6-18, დაფის აპკის დაზიანებები (გვ. 227-228).

სმენის სიმახვილე. სმენის შესწავლისთვის, ყურები ცალ-ცალკე გამოიკვლიეთ. ავადმყოფს სთხოვეთ, ცალი ყური თითით დაიხშოს ან, უკეთესია, თქვენ დაუხშობთ. როცა სმენის სიმახვილე ყურებში სხვადასხვაა, სწრაფად შეყავით თითი სასმენ მიღში. ამ ტესტის განვითარებული სმაური დაგეხმარებათ, რათა ამ ყურმა არ მოისმინოს ის ხმა, რომელიც განკუთვნილია მეორე ყურისთვის. შემდეგ, 30-60 სმ-ის დაშორებით დადექით, ბოლომდე ამოისუნთქეთ (რათა მინიმუმამდე შეამციროთ თქვენი ხმა) და წაიჩურჩულეთ ღია ყურთან. შეარჩიეთ თანაბარმარცვლიანი სიტყვები ან რიცხვები, მაგ. "ხვა-ცხრა" ან "ხელ-ფეხი". თუ საჭიროა, ხმას მოუმატეთ სამეულო ჩურჩულამდე ან ხმამაღალ ჩურჩულამდე, შემდეგ დაიცარიელეთ ჩუმად, სამეულო ხმით ან ხმამაღლა. იმისთვის, რომ ავადმყოფმა არ ნაკითხოს თქვენი ტუჩების მოძრაობა, პირზე ხელი აიფარეთ.

სეროზული გამონადენი, დაფის აპკის გასქელება ან ჩირქოვანი შეალიური ოტიტი ამცირებს დაფის აპკის მოძრაობას.

ხმის და ძვლების მეორება თუ სმენა დაქვეითებულია, ეცადეთ გაარკვიოთ, ეს არის გამტარებლური, თუ სენსორული დაქვეითება. ამისთვის გესაჭიროებათ ჩუმი ოთახი და კამერტონი.

სასურველია 521 ჰერცის ან, შესაძლებელია, 1024 ჰც. ეს სიხშირეები უფრო ხშირია ლაპარაკის ქვის (300-დან 3000 ჰც) - ფუნქციურად ყველაზე მნიშვნელოვანი საზღვრებია. უფრო ნაკლებსიხშირიანი კამერტონის გამოყენება გადაჭარბებულად გირჩევნიათ ძვლების გატარების უნარის და, ასევე, შეიძლება ვიბრაციად შეიგრძნოთ.

სწრაფი დარტყმით ხელში მოიყვანეთ კამერტონი ცერა და საჩვენებელი თითებით ან თითის დაკაკუნებით.

▪ *დატარიზაციის (Weber-ის) ტესტი.* ვიბრაციაში მყოფი კამერტონი მოათავსეთ ავადმყოფის თავზე შუბლის შუა ხაზზე.

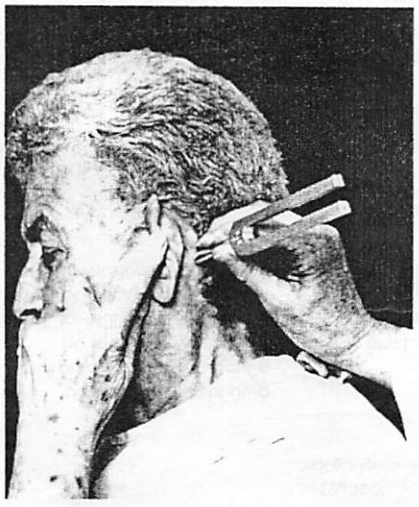


ცალმხრივი *გატარებითი სმენის დაკვეთების* ქვის ხმა ისმის დაზიანებულ ყურში. ხილული მიზეზი შეიძლება იყოს მწვავე მედიაური ოტიტი, დაფის აპკის პერფორაცია და სასმენი მილის ობსტრუქცია, მაგ. გოგირდის საცობით.

ჰკითხეთ ავადმყოფს, სად ესმის ხმა: ცალ თუ ორივე მხარეს. ნორმალურად, ხმა ისმის შუაში და ორივე ყურში თანაბრად. თუ ავადმყოფს არაფერი არ ესმის, ცდა გაიმეორეთ და კამერტონი უფრო მკერდზე დაადეთ თავზე.

ცალმხრივი სენსორული სმენის დაკვეთების ქვის ხმა ისმის ჯანმრთელ ყურში.

▪ ჰაერის გატარების (ჰგ) და ძვლების გატარების (ძგ) შედარება (რინის ტესტი). ვიბრაციაში მყოფი კამერტონი მოათავსეთ დვრილისებრ მორჩზე ყურის უკან და მიღიდან მარცხნივ. იმ მომენტში, როდესაც ავადმყოფი ვეღარ ისმენს ხმას, სწრაფად გადაიტანეთ კამერტონი სასმენ მილთან ახლოს და დააკვირდით, ისევ ესმის თუ არა ავადმყოფს კამერტონის ხმა. კამერტონის U ნაწილის სახის წინ მოთავსებით ავადმყოფი ხმას მაქსიმალურად გაიგებს.
▪ ნორმალურად, ხმა უფრო ხანგრძლივად ისმის ჰაერიდან, ვიდრე ძვლიდან (ჰგ > ძგ).

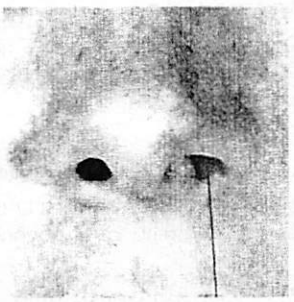




სმენის გამტარებლობითი დაკვეთებისას ხმა ძვლებიდან ისმის ისეთივე ან მეტი ხანგრძლივობით, ვიდრე ჰაერიდან (ძგ = ჰგ ან ძგ > ჰგ). სენსორული სმენის დაკვეთებისას ხმა უფრო ხანგრძლივად ისმის ჰაერიდან (ჰგ > ძგ). იხ. ცხრილი 6-19, სმენის დაკვეთების მაგალითები (გვ. 229).

III ცხვირი და პარანაზალური სინუსები

ცხვირის ან ფსიების ნვეირის მტკივნეულობა შეიძლება ნიშნავდეს ღრუსელი ინფექციის, მაგ: ფურუნკულის არსებობას.



ცხვირის ჯარიბჭე

დაათვალიერეთ *ცხვირის წინა და ქვედა ზედაპირები*. თქვენი ხელის დიდი თითით ცხვირის ნვეირზე ნაზი ზენოლა, ჩვეულებრივ, აფარითოებს ნესტოებს და სინათლის ვიწრო სხივით (ნათურა) ან ოტოსკოპის შუქით თქვენ შეგიძლიათ ნანილობრივ დაათვალიერეთ თითოეული ნესტოს შესავალი.

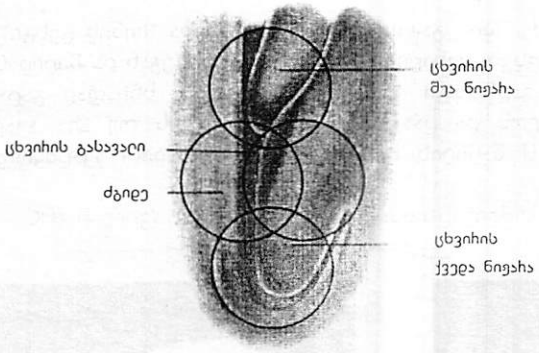
ყურადღება მიაქციე ცხვირის ჩარმე ასიმეტრიას ან დეფორმაციას.

ცხვირის ღრუს გამტარობის დასადგენი ტესტი - დააჭირეთ სათითაოდ ცხვირის ფსიებზე და სთხოვეთ პაციენტს ჩაბეჭოს.

ძგიდის ქვედა ნანილის გადახრა ხშირია და აღვილად შესამჩნევი, ჩოგორც ეს ქვემოთაა ნაჩვენები. გადახრა იშვიათად უშლის ხელს ჰაერის მოძრაობას.

დაათვალიერეთ ცხვირის შიდა ნანილი ოტოსკოპით და ყველაზე დიდი ყურის სარკით.** გადააბრუნეთ თავი პაციენტს უკან და მოათავსეთ სარკე ფსიხილად თითოეული ნესტოს შესავალში ისე, რომ არ შეეხოთ მგრძნობიარე ცხვირის ძგიდეს. გეჭიროთ ოტოსკოპი ცალ მხარეს ნიკაპის გარეთ თქვენი მოძრაობის გასაადვილებლად. სარკის უკან შეყვანისას, რაც თანდათან ხდება, დაათვალიერეთ ცხვირის ქვემო და შუა ნიჟარები, ცხვირის ძგიდე და ცხვირის ვიწრო გასავალი მათ შორის. მხარეთა მცირე ასიმეტრია ნორმად ითვლება.





დაათვალიერე ცხვირის ღრუნოვანი, ძგიდე და ჩარმე დარღვევა

- *ცხვირის ღრუნოვანი*, რომელიც ფარავს ძგიდეს და ნიჟარებს, მათი ფერი და ნებისმიერი შეშუპება, სისხლდენა ან ქსუდატი. თუ ექსუდატი არის, გაარკვიეთ, რომელია: სუფთა, ღრუნოვან-ჩირქოვანი თუ ჩირქოვანი. ნორმაში ცხვირის ღრუნოვანი არის უფრო ნითელი, ვიდრე პირის ღრუს ღრუნოვანი.

ვირუსული ინფიცირების დროს ღრუნოვანი არის განითლებული და შეშუპებული; *ალერგიული ინფიცირების* დროს ის შეიძლება იყოს ფერმკრთალი, მოლურჯო ან ნითელი.

** ნაზალური დასათვალიერებელი, ალქარგული მარე ნაზალური სარკით, თუმცა ის ჩამორჩება ოტოსკოპის შესაძლებლობებს, ასევე შეიძლება იყოს გამოყენებული, მაგრამ მისი სამუშაოებით სტრუქტურები უფრო მცირე ზომის ჩანს. ოტოლარინგოლოგები იყენებენ სპეციალურ ხელსაწყოებს, რომელიც არ არის ფართოდ ხელმისაწვდომი სხვებისთვის.

- *ცხვირის ძგიდე.* აღნიშნე ცხვირის ძგიდის ნებისმიერი გადახრა, ანთება ან პერფორაცია. ძგიდის ქვედა ნინა ნანილი (სადაც პაციენტის თითი აღნევს) ცხვირიდან სისხლდენის ჩვეული ადგილია.

  შეიძლება იყოს ახალი სისხლი ან ფუფხები. მიზეზები: ძგიდის პერფორაცია ცხამვის ან ქირურგიული ჩარევის შედეგად და ჯოჯაინის ან ამფეტამინების ინტრანაზალური გამოყენება.

- ნებისმიერი დახლოვებები, ჰოგორიცაა ნყლილები და პოლიპები.

  პოლიპები არის ღია ფერის ნახევრად გამჭირვალე მასები, რომელიც, ჩვეულებრივ, მომდინარეობს ცხვირის შუა გასავლიდან. ნყლილები შეიძლება ჯოჯაინის ნარკოტიკული გამოყენების შედეგი იყოს.

გაირკვიე ჩვენად, რომ ყველა ნახმარი ნარკოტიკული და ყურის სარჯე მოათავსო ინსტრუმენტების ჩანთის გარეთ. შემდეგ განმინდე და დეზინფექცია გაუკეთე, ჰოგორც ამას შესაბამისი წესი მოითხოვს.

ძგიდის მტკივნეულობის გასინჯვა. დააჭირეთ ფრონტალის სინუსებს ნარბებს ქვემოთ, ისე, რომ არ შეეხოთ თვალებს. შემდეგ დააჭირეთ ზედაყბის ნიკლებს.





ლოკალური მტკივნეულობა, ისევ სიმპტომებთან ერთად, ჰოგორიცაა ტკივილი, ცხელება, ნარკოტიკის გამონაყენი, გულისხმობს *მწვავე სინუსიტებს* შუბლის და ზედაყბის ნიკლების ჩართვით[5-7]. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება ცხანსიღმინაცრას, მისი ჩატარების ტექნიკა შემდგომ იქნება გაშუქებული (გვ. 202).

პირი და ხახა

თუ პაციენტი ატარებს პროტეზებს, შესთავაზეთ ქაღალდის ხელსახოცი და სთხოვეთ ამოიღოს ისინი, თქვენ გექნებათ მათ ქვემოთ ღრინოვანის დათვალიერების საშუალება. თუ თქვენ აღმოაჩენთ ნარჩენ საჭმელ ჯვანძებს ან ნყლილებს, ჩაიცვით ხელთათმანი და გასინჯეთ ყოველი დაზიანება, განსაკუთრებით ქსოვილის ნებისმიერი გამჯვირვება ან ინფილტრაცია, რადგან ამის მიზეზი მალიგნიზაცია შეიძლება იყოს.

პროტეზის ქვეშ მყვეთრი ნითელი შეშუპებული ღრინვანი პროტეზით გამონვეული სტომატიტის არსებობაზე შეიძლება მიუთითებდეს. იქ შეიძლება დაინახოთ ნყლილები ან პაპილარული გრანულაციური ქსოვილი.

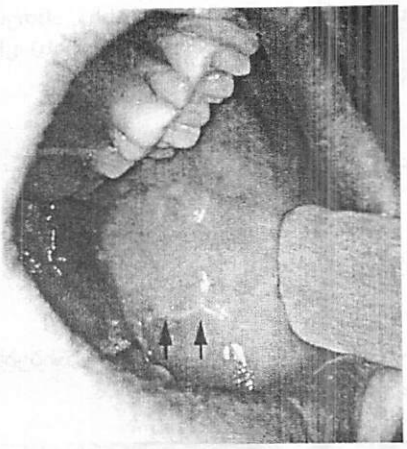
დაათვალიერე შემდეგი:

ტუჩები. დაათვალიერე მათი ფერი და ნამიანობა, და აღნიშნე, არის თუ არა რაიმე ქერქები, ნყლილები, ნარეთქები და აქერცვლა.

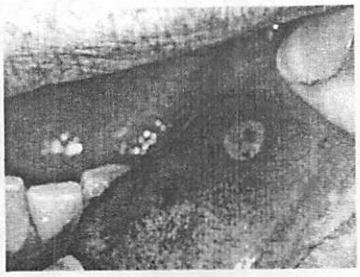
ცისანოზი და სიფერმკრთალე. იხ. ცხრილი 6-20, ტუჩების დაზიანებები (გვ. 230-231).

პირის ღრუს ღრინოვანი. ყარგი განათების პირობებში ჩახედეთ პაციენტს პირში და ენის შპატელის დახმარებით დაათვალიერეთ პირის ღრუს ღრინოვანი ფერიზე, ნყლილების, თეთრი ღაქების და ჯვანძების არსებობაზე.

ამ ლოკნოვანზე ტაღღისებური თეთრი ხაზი ვითარდება იქ, სადაც ზედა და ქვედა კბილები ეხება ერთმანეთს. ნოვით და ღეჭვით გამოწვეული გაღიზიანება ინვევს მისი ინტენსივობის მომატებას.



აფთოზური ნაღველი პაციენტის ტუჩის ლოკნოვანზე.



იხ. ცხრილი 6—21, ხახის, სასის და პირის ღრუს ლოკნოვანის ნარმონაქმნები (გვ. 232-234).

ლრძილები და კბილები. დაათვალიერეთ ლრძილების ფერი, ნორმაში იგი ვარდისფერია. მოყავისფრო ღარები შეიძლება იყოს, მაგრამ არა მხოლოდ მავჯანიანებში.
დაათვალიერეთ ლრძილების კიდეები და კბილთაშუა დვრილები შეშუპებასა და ნაღველების არსებობაზე.

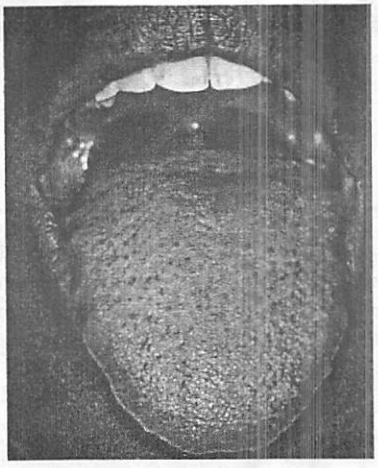
სინითლე *გინგივიტის*, მავი ხაზი *დარიშხანით მონამვლის* დროს.

დაათვალიერეთ კბილები. ამჩნევთ ნომელიმე მათგანის ნაკლებობას, ფერის შეცვლას, ფორმის შეცვლას ან არანორმალურად მდებარეობას? თქვენ შეგიძლიათ შეამოწმოთ მათი მოძრაობის არსებობა ხელის დიდი და საჩვენებელი თითებით.

შეშუპებული კბილთაშუა დვრილებია *გინგივიტის* დროს. იხ. ცხრილი 6—22, ლრძილების და კბილების ცვლილებები (გვ. 235-236). *სასის ბორცვი*, შუა ხაზის შეშუპება (გვ. 233).

სასა. დაათვალიერეთ მაგარი სასის ფერი და აღნაგობა.

ენა და პირის ღრუს ფუძე. სთხოვეთ პაციენტს გამოყოს ენა. დაათვალიერეთ იგი სიმეტრიულობაზე - ენისქვეშა ნერვის (თავის ქალას XII ნერვი) ტესტი.



ასიმეტრიული გამოყოფა ნიშნავს თავის ქალას XII ნერვის დაზიანებას, როგორც ნაჩვენებია ქვემოთ.



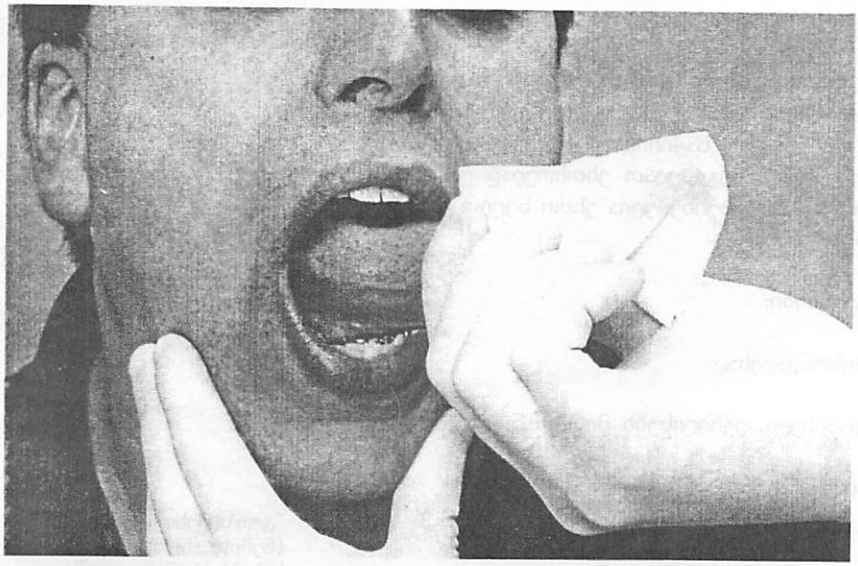
დაათვალიერეთ ენის ზურგის ფერი და სტრუქტურა.

დაათვალიერეთ ენის გვერდით ქვედა ნაწილი და პირის ღრუს ფუძე. ეს არის აღგილები, სადაც კიბო ყველაზე ხშირად ვითარდება. აღნიშნეთ ნებისმიერი თეთრი ან მონითალო უბნები, ჯვანძები და დანყლულებული არეები.

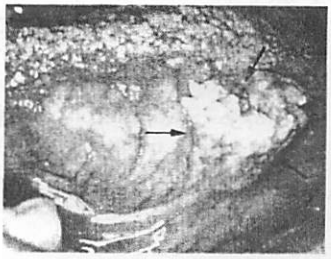
ენის კიბო არის სიხშირით მეორე პირის ღრუს კიბოთა შორის, მეორე მხოლოდ ტუჩის კიბოს შემდეგ. ნებისმიერი ზრდადი ჯვანძი ან ნყლული, ნითელი ან თეთრი, უნდა გამოკვლეული იქნას.

ვინაიდან ენის კიბო ახის უფრო ხშირი 50 წლის ზემოთ მამაკაცებში, განსაკუთრებით, ვინც ჭარბად მოიხმარს თამბაქოს და ალკოჰოლს - ამ პაციენტებში აუცილებელია პალპაცია. აუხსენით, რას აპირებთ და ჩაიცვით ხელთათმანები. სთხოვეთ პაციენტს, გამოყოს ენა. თქვენი მარჯვენა ხელით დაიჭირეთ ენის წვერი ოთკუთხედი დოლბანდით და ნაზად გადმოწიეთ ის პაციენტის მარცხენა მხარეს. დაათვალიერეთ ენის მხარე და შემდეგ გააკეთეთ მისი პალპაცია თქვენი ხელთათმანიანი მარცხენა ხელით, რომ შეიგრძნოთ ნაიმე ინდურაცია (გამკვრივება). გაიმეორეთ პროცედურა მეორე მხარისთვის.

დაზიანების ინდურაცია კიდევ უფრო ზრდის მალიგნიზაციის შესაძლებლობას. კიბო უფრო ხშირია ენის გვერდით ნაწილზე, შემდეგ ფუძეზე.



ენის მარცხენა ნაწილის კარცინომა:

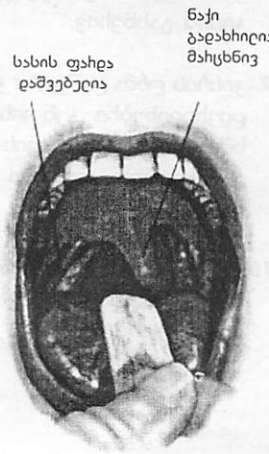


იხ. ცხრილი 6—23; ენისა და მის ქვეშ მდებარე ნარმონაქმნები (გვ. 237—238).

ხახა. ახლა, როდესაც პაციენტს პირი ღია აქვს, მაგრამ ენა არა აქვს გამოყოფილი, სთხოვეთ პაციენტს სთქვას "აჰ" ან დაამთქნაროს. ეს საშუალებას მოგცემთ, კარგად დაინახოთ ხახა. თუ არა, დააჭირეთ შპატელი ენაზე ჩაკის ქვემოთ შუაში იმდენად ღრმად, რომ ხახის ვიზუალიზაცია კარგი იყოს, მაგრამ არა ისე უკან, რომ გამოინვიოთ ღებინება. მაშინვე სთხოვეთ თქვას "აჰ" ან დაამთქნაროს. დარმახსოვრეთ, რომ ხბიღი სასის ანევა თავის ქალას X ნერვის (ვაგუსის) ტესტია.

თავის ქალას X ნერვის დამბლის ღროს ხბიღი სასა კარგავს ანევის უნარს და ნაკი გადაინევს მოპირდაპირე მხარეს.

იხ. ცხრილი 6—21, ხახის, სასის და პირის ღრუს ღორნოვანი ნარმონაქმნები (გვ. 232-234).



დაათვალიერეთ ხბიღი სასა, ნინა და უკანა სვეტები, ნაკი, ნუშურები და სასა. შეამოწმეთ ფუნქცია და სიმეტრიულობაზე, ექსუდატის, შეშუპების, და ნყლულების ან გადიდებული ნუშურების არსებობაზე. თუ შესაძლებელია, პალპაცია ჩაატარეთ ყველა საეჭვო უბანზე ინდურაციის ან მტკივნეულობის დასადგენად. ნუშურებს აქვთ კრიპტები ან სქვამოზური ეპითელიუმის ღრმა ნაჭდები. ნორმალურად, ჩამოფორმირებული ეპითელიუმის მოთეთრო ღაქები შეიმჩნევა ზოგჯერ ამ კრიპტებში.

გადააგდეთ ენის შპატელი გამოყენების შემდეგ.

ჯისური

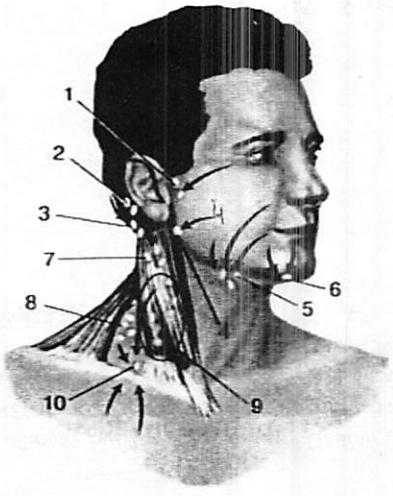
ფახისებური ჯიჯვლის გამო გაჯეთებული ოპერაციის ნანიბური შეიძლება იყოს უეჭველი თირთიდული დაავადების გასაღები.

დათვალიერეთ ჯისური, სიმეტრიულობა და ხაიმე ნახმონაქმნი ან ნანიბური. ახ გამოგჩრეთ ყბა-ყურა და ქვედაყბის ქვეშა ჯიჯვლების გადიდება ან ნებისმიერი ხიდული ღიმფური ჯიჯვლები.

ღიმფური ჯვანძები. ჩაატარეთ ღიმფური ჯიჯვლების პალპაცია. თქვენი საჩვენებელი და შუა თითის ბალიშებით ყოველ უბანზე გადანიეთ ჯანის ქვეშმდებარე ქსოვილები. პაციენტი მოდუნებული უნდა იყოს, ჯისური ოდნავ წინ და, თუ საჭიროა, მცირედ, გასასინჯ მხარეს უნდა ჰქონდეს გადმონეული. თქვენ, ჩვეულებრივ, შეგიძლიათ ერთდროულად ორივე მხარის გასინჯვა. ამასთან, ნიჯაჰქვეშა ჯვანძისთვის მოსახერხებელია ერთი ხელით გასინჯვა და მეორე ხელის თავზე დადება ფიქსირებისთვის.

გასინჯეთ თანმიმდევრობით შემდეგი ჯვანძები:

1. *პრეაურიკულური* (ყურისწინა) - ყურის ფრონტალურად.
2. *უკანა აურიკულური* (ყურისუკანა) - ზედაპირული, დვრილისებრ მოხრთან.
3. *ოქსიპიტალური* (კეფის) - ქალას ფუძის უკან.
4. *ნუშის*- ქვედა ყბის კუთხესთან.
5. *სუბმანდიბულური* (ქვედაყბისქვეშა) - შუა ხაზზე ქვედაყბის კუთხესა და ნუკრს შორის. ეს ჯვანძები, ჩვეულებრივ, უფრო პატარაა და ხშირი, ვიდრე ნიღაბიანი სუბმანდიბულური ჯიჯვალი, რომლის ნინაც ისინი მდებარეობენ.
6. *ნიჯაქვეშა* - შუა ხაზზე ნიჯაის ნუკრიდან რამოდენიმე სანტიმეტრით უკან.
7. *ჯისრის ზედაპირული* - მაგრდვრილისებრი კუნთის ზემოთ.
8. *ჯისრისუკანა* - ცრაპეციული კუნთის ნინა კიდის გასწვრივ.
9. *ჯისრის ღრმა ღიმფური ჯვანძები* - მაგრდვრილისებრი კუნთის სიღრმეში და ხშირად გასინჯვისთვის მიუწვდომელია. გამოიყენეთ თითები ორივე მხარეს მათ საპოვნელად.
10. *სუპრაკლავიკულური* (კლავიკულისზედა) - ღრმად ბეჭისა და მაგრდვრილისებრი კუნთის შორის კუთხეში.



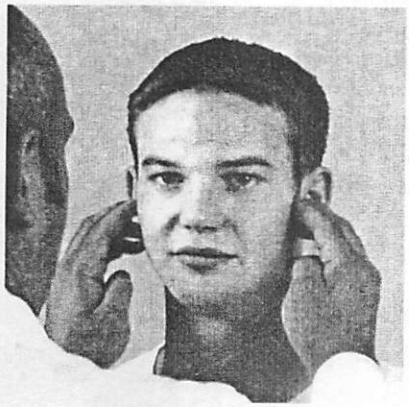
"ტონზილური ჯვანძი" (ნუშის), რომელიც პულსირებს, სინამდვილეში ჯაროტიდული არტერიაა. პატარა, მაგარი, მტკივნეული "ტონზილური ჯვანძი", მდებარე ქვედა ყბასა და მაგრდვრილისებრი კუნთს შორის, შესაძლოა იყოს სადგისებური მორჩი.

სუპრაკლავიკულური ჯვანძის გადიდება, განსაკუთრებით მარცხნივ, გულისხმობს გულმკერდის ან მუცლის ღრუს მალიგნიზაციის მეტასტაზს.

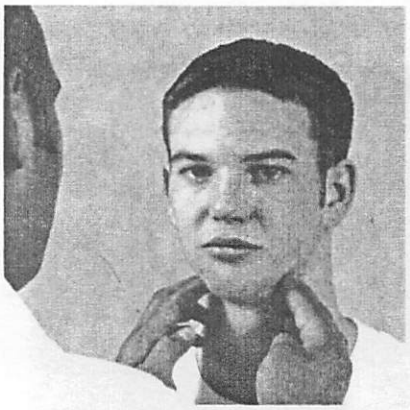
დააკვირდით მათ ზომას, ფორმას, ურთიერთმდებარეობას (გაერთიანებულია, თუ განცალკევებული), მოძრაობას, კონსისტენციას და ნებისმიერ მტკივნეულობას. მკრივ, მოძრავ, ცალკეულ უმტკივნეულო კვანძებს ხშირად ნახულობენ კანმთელ პირებში.

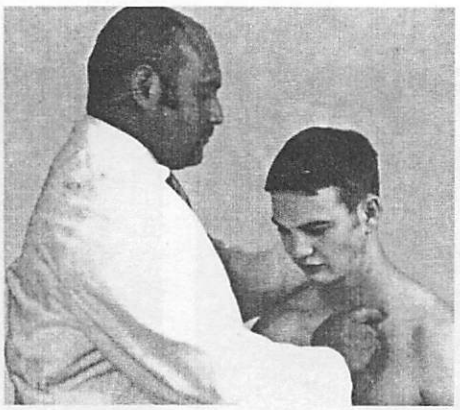
კვანძები მტკივნეულია ანთების დროს, მაგარი ფიქსირებული კვანძებისას სავარაუდოა მალიგნიზაცია.

▪ მეორე და მესამე თითების ბალიშების გამოყენებით ჩაატარეთ ყურის ნინა კვანძების პალპაცია ნაზი ბრუნვითი მოძრაობით. შემდეგ გასინჯეთ ყურის უკანა და ქვეშ ღიმფური კრიკვლები.



▪ ჩაატარეთ კისრის ნინა ღიმფური კრიკვლების პალპაცია, რომლებიც მდებარეობს მკერდკლავიკულური კუნთის ნინა და ზედა ნაწილში. შემდეგ კისრის უკანა ღიმფური კრიკვლები, რომლებიც მდებარეობს ტრაპეციული კუნთის (წინა კიდე) გასწვრივ და მკერდკლავიკულური კუნთის (უკანა კიდე) გასწვრივ. გადაწიეთ მკრივე პაციენტის კისერი გასასინჯი მხრისკენ. გასინჯეთ სუპრაკლავიკულური კვანძები ღავიწისა და მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის კუთხეში.





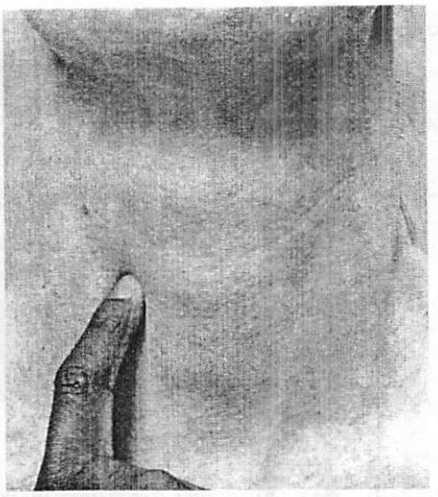
თუ ვერ აღწერეთ გადიდებული ან მტკივნეული კვანძები, საჭიროა (1) გასინჯოთ ის უბნები, სადაც ისინი დრენირდება და (2) ყურადღებით შეისწავლოთ ყველა ღიმფური კვანძი, რომელიც შეგიძლიათ გასინჯოთ ხეგიონული და გენერალიზებული ღიმფადენოპათიის გამოსავლენად.

ღიფუზური ღიმფოდენოპათია მიუთითებს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ანთებაზე ან შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის არსებობაზე.

თქვენ შეიძლება შეცდომით მიიჩნიოთ კუნთი ან არტერია ღიმფურ კვანძად. უნდა შეგეძლოთ ამოძრაოთ კვანძი ორი მიმართულებით - ზემოთ-ქვემოთ და მარცხნივ-მარჯვნივ. არც კუნთი და არც არტერია არ დაგამყოფილებს ამ ტესტს.

სასული (ხრაშქა) და ფარისებური ჯირკვალი. ორიენტაციისთვის ენისკის მიდამოში მოსინჯეთ ფარისებური ჯირკვალი და ბეჭდისებური ხრტილი და მათ ქვემოთ ტრაქეა.

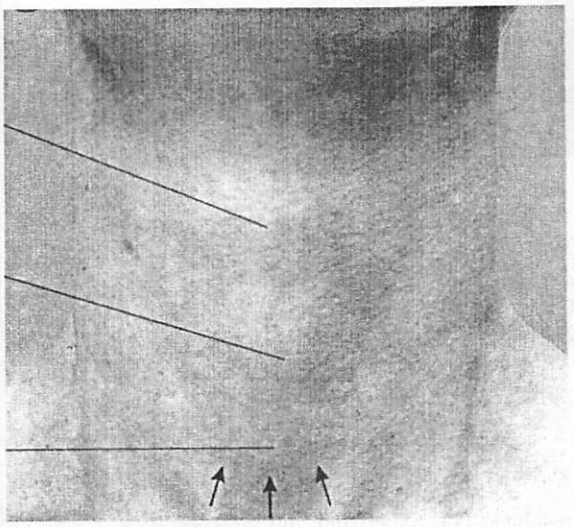
- *დაათვალიერეთ ტრაქეა* მისი ჩვეული შეკუმშული მდებარეობიდან ნებისმიერ გადახრაზე. შემდეგ შეიგრძნეთ *გადახრის არსებობა*. ამისთვის, დაადეთ თითი ტრაქეის ერთი მხრის გასწვრივ და განსაზღვრეთ მანძილი მასა და მკერდგრიპლისებრ ჯუნთს შორის. შეადარეთ იგი მეორე მხარეს, ეს მანძილები სიმეტრიული უნდა

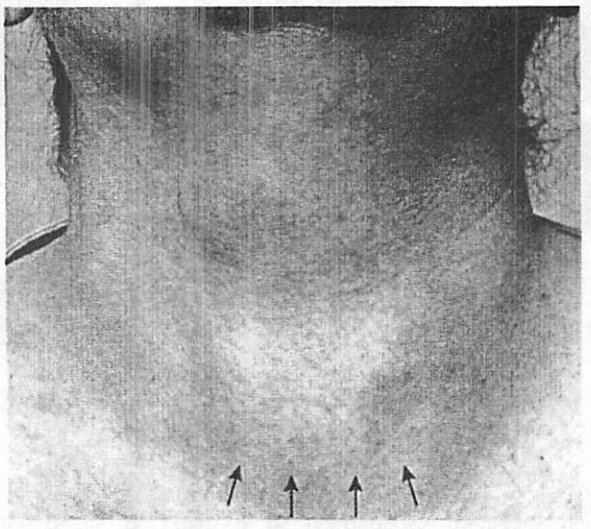


ენისკის არეში არსებულ მოცულობით ჰროცესს შეუძლია ტრაქეის ცარ მხარეს გადაადგილება. ტრაქეის გადანაცვლება, ასევე, შეიძლება გულმკერდის ისეთი მნიშვნელოვანი ჰრობლემის გამომხატველი იყოს, როგორიცაა შუასაყრის სიმსივნე, ანეურიზმა ან დიდი პნევმოთორაქსი (იხ. გვ. 278-277).

- *დაათვალიერეთ ენისკი ფარისებური ჯირკვლის შესასწავლად.* გადაანევინეთ პაციენტს თავი ნაწილობრივ უკან, გვერდითი განათებით, რომელიც მიმართული იქნება პაციენტის ნიკაპის ნვეთიდან ქვემოთ, ჯირკვლის *ბეჭდისებური ხრტილის ქვემოთ მდებარე* დასათვალიერებლად. ქვემოთ მოყვანილ ორივე მაგალითზე თითოეული ფარისებური ჯირკვლის ენიდის ჩრდილი ნაჩვენებია ისრებით.

გაღრღნილი ფარისებური ჯირკვლის ქვედა ენიდის მოხაზულობა ჩანს გვერდითი განათებით. გაღრღნილი ფარისებური ჯირკვლის საერთო ტენდენცია ჩიყვი.

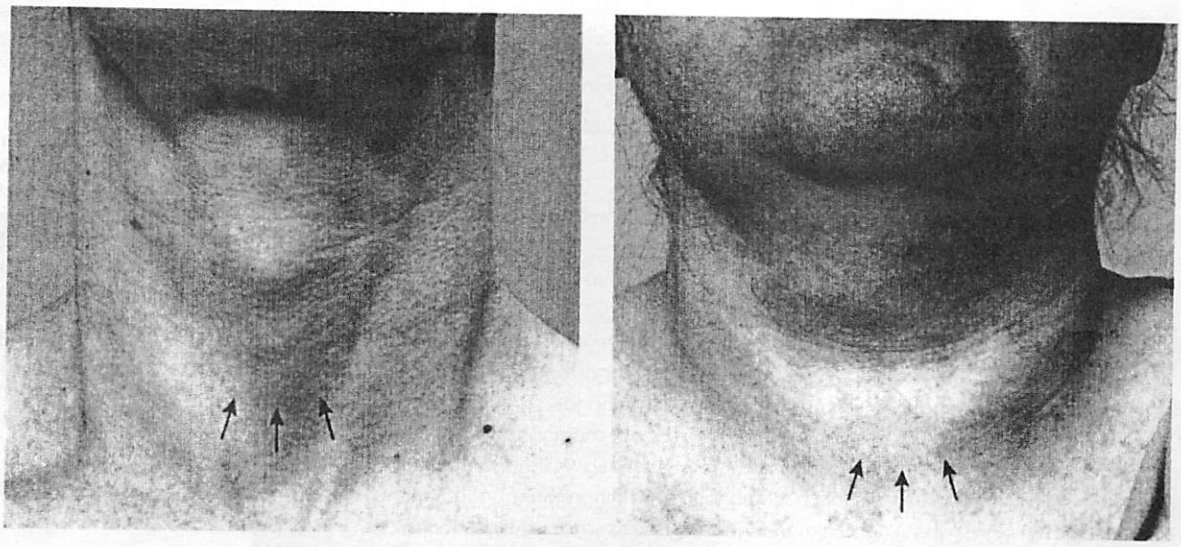




მოსვენებისას

სთხოვეთ პაციენტს, დაიგუბოს ნყალი, ჯერვ გადანიოს ენისკი და ჩაყლაპოს. თვალი ადევნეთ ფარისებური ჯირკვლის ზემოთ მოძრაობას, მის ტონუსს და სიმეტრიულობას. ფარისებური ხრტილი, ბეჭდისებური ხრტილი და ფარისებური ჯირკვალი - ყველა მათგანი ზევით ინევს ყლაპვისას და შემდგომ უბრუნდება საწყის პოზიციას.

ყლაპვისას ამ გაღრღნილი ჯირკვლის ქვედა ენიდ ინევს და გამოიყენება ნაღებ სიმეტრიულად.

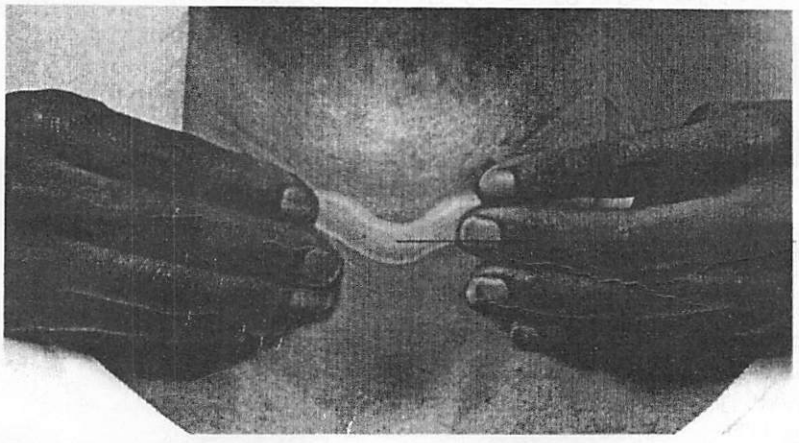


ყლაპვა

სანამ თქვენ შეეჩვევით ამ გამოკვლევის ჩატარებას, დაუკავშირეთ თქვენი ვიზუალური დაკვირვებები თითების მოძრაობას პაციენტის ფრონტალური მხრიდან გასინჯვის დროს. ეს შემდგომი ორიენტაციის საშუალებას მოგცემთ.

თქვენ ახლა მზად ხართ *ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციისთვის.* თავიდან ეს ითული ჩანს. გამოიყენეთ ვიზუალური ინსპექციით მიღებული მონაცემები. მონახეთ თქვენთვის საორიენტაციო ნეიტიღები - ფარისებრი ხრტილის ნაქდევი და მის ქვეშ ჭიპოიდული ხრტილი. დაადგინეთ ფარისებრი ჯირკვლის ყელი, რომელიც ჩვეულებრივ მდებარეობს ტრაქეის მეორე, მესამე და მეოთხე რგოლებზე.

შეიმუშავეთ ტექნიკა და მიჰყევით შემდეგ ფუნქციებზე აღწერილ საფეხურებს, რომლებიც გვირჩევნებს უკანა მიდგომას (წინა მიდგომის ტექნიკის მსგავსია). გამოცდილებასთან ერთად თქვენ გააღრმავებთ. ჩვეულებრივ, ფარისებრი ჯირკვლის შეგრძნება უფრო იოლია გრძელი და ვინრო, ვიდრე მოკლე კისრის პირობებში. ამ შემთხვევაში შეიძლება საჭირო იყოს კისრის დამატებითი გადაწევა. ამასთან, ზოგ პირებში ფარისებრი ჯირკვალი ნანილობრივ ან მთლიანად მკერდის ძვლის უკანაა და მიუწვდომელია ჯერინჯური გამოკვლევისთვის.



ბეჭდისებრი ხრტილი
(Cartilago cricoidea)

ფარისებრი ჯირკვლის პალპაციის საფეხურები

- სთხოვეთ პაციენტს, თავი მცირედ წინ გადმოწიოს მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი კუნთის მოსადუნებლად.
- დაადეთ პაციენტს კისერზე ოდნავ ხელის საჩვენებელი თითები ისე, რომ იყოს უშუალოდ ბეჭდისებრი ხრტილის ქვეშ.
- სთხოვეთ პაციენტს, ჩაყლაპოს ნყლის ყლუპი, როგორც ეს ნინა ნანილში არის აღნერილი, ფარისებრი ჯირკვლის ყველის თითოეული ზემოთ ანევა შეიგრძენით თქვენი თითების ბალიშებით. ის ხშირად პალპირდება, მაგრამ არა ყოველთვის.
- გადაადგილეთ ტრაქეა მარჯვნივ მარცხენა ხელის თითებით; მარჯვენა ხელის თითებით ჩაატარეთ მარჯვენა ნილის ღრმა პალპაცია გადაადგილებულ ტრაქეასა და მოდუნებულ მკერდდვრილისებრ კუნთს შორის, იპოვეთ ღრმა ჯილე. იგივე წესით გასინჯეთ მარცხენა ნილი.

ნილები ოდნავ მეტად მკვრივია, ვიდრე ყელი, თუმცა ამის აღქმას გარკვეული გამოცდილება სჭირდება. ღრმა ნილის ნინა ზედაპირი დაახლოებით დიდი თითის დისტალური ფალანგის ზომისაა და ჰამდენადმე ჭიანისმაგვარად შეიგრძნობა.

- გამოიკვლიეთ ჯირკვლის ზომა, ფორმა და კონსისტენცია და დაადგინეთ კვანძები ან მტკივნეულობა.

თუ ფარისებრი ჯირკვალი გადიდებულია, მოუსმინეთ სტეტოსკოპით ღრმა ნილების არეში შეილს, რომელიც ყელის შეილის მსგავსია, მაგრამ არაჯერადტონური ბუნებისაა.

თუმცა ფარისებრი ჯირკვლის ფიზიკური მახასიათებლები, როგორიცაა ზომა, ფორმა და კონსისტენცია, დიაგნოსტიკურად მნიშვნელოვანია, ისინი ნაკლებად ინფორმატიული არიან ფუნქციის შესახებ. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია დამოკიდებულია მთელს ორგანიზმში გამოვლენილ სიმპტომებსა და ნიშნებზე და ლაბორატორიულ ტესტებზე[15,16]. იხ. ცხრილი 6-24, ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება და ფუნქციები (გვ. 239).

ცნობილია Graves-ის (გრეივსი) დაავადების დროს, მკვრივია ჰაშიმოტოს თირეოიდიტის დროს, მაღიგნიზაციისა და, აგრეთვე, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი კვანძებისას[17]. მტკივნეულობა აღინიშნება თირეოიდიტის დროს.

საძირე არტერიები და საყლე ვენები. თქვენ შესაძლებლობა გაქვთ, დეტალურად გასინჯოთ ეს სისხლძარღვები მანამ, სანამ პაციენტი ნევს ჯარიოვასკულური გასინჯვისთვის, ამასთან, საყლე ვენების გაფართოება შესაძლებელია ჩანდეს მჯდომარე პოზიციაშიც და არ უნდა გამოგეპაროთ. თქვენ, ასევე, მზად უნდა იყოთ იშვიათად გამოვლენილი არტერიული პულსაციის შესამჩნევად. იხ. თავი 8 შემდგომი მსჯელობისთვის.

ოკლუზიებული სისტოლური ან გახანგრძლივებული შეილი ისმინება ჰიპერთირეოზის დროს.

შენიშვნა: ამ მომენტში ბევრი ექიმი ამთავრებს თავის ტვინის ნერვების გამოკვლევას (იხ. გვ. 611-616)

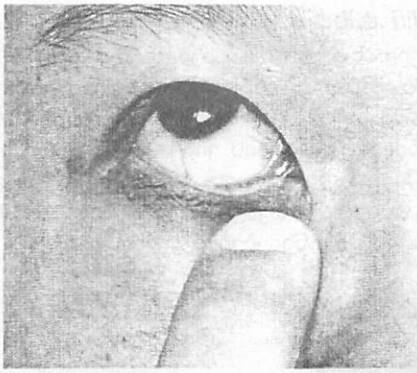
III სპეციფიური მეთოდები

ეგზოფთალმის შეფასება. დაათვალიერეთ ჯერ-ჯერობით გადმონეული თვალები. დადექით მჯდომარე პაციენტის წინ, ფრთხილად ანიეთ ზედა ქუთუთოები, შემდეგ შეადარეთ თვალების პოზიციები და დააკვირდით ჰქონანას ქვედა ქუთუთოსთან უკიდურესმდებარეობას. შემდგომი გამოკვლევა შეიძლება ჩატარდეს ეგზოფთალმომეტრით, ხელსაწყოთი, რომელიც ზომავს თვალების გამონევას ბუდიდან ან ნარმოსახვითი ხაზიდან, რომელიც გადის ჰქონანას ყველაზე წინა ნერტილებს. თვალის გამონევის ზედა ზღვარი ტოლია 20 მმ-ის თეთრაინებში და 22 მმ - აფრო-ამერიკელებში[18,19].

ეგზოფთალმი არის თვალის ანომალური გადმონევა (იხ. გვ. 177).

როდესაც თვალების გამონევა ნორმაზე მეტია, აუცილებელია შემდგომი ულტრაბგერითი ან კომპიუტერული ტომოგრაფით გამოკვლევა[20].

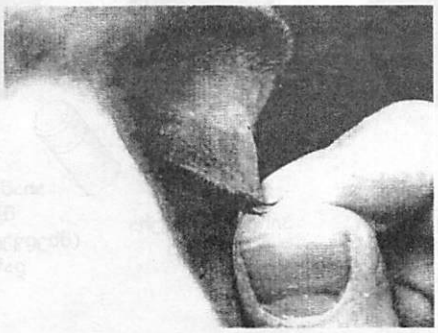
ცხემლ-ცხვირის ახის ობსტრუქცია. ეს ტესტი გვეხმარება ზედმეტი ცხემლდენის გამოსავლენად. სთხოვეთ პაციენტს, აიხედოს ზემოთ. დააჭირეთ თითი ქვედა ქუთუთოს თვალის ნაპრალს მედიალური ჯუთხის არესთან ახლოს, თითქმის თვალბუდის ორბიტის თაღის შიგნით. ამგვარად თქვენ ანვებით საცხემლე პარკს. არ გამოგრჩეთ სითხის ჩაგუბაგიტაცია წერტილს ზემოთ თვალში. არ ჩაატაროთ ტესტი, თუ უბანი არის ანთებითი და მტკივნეული.



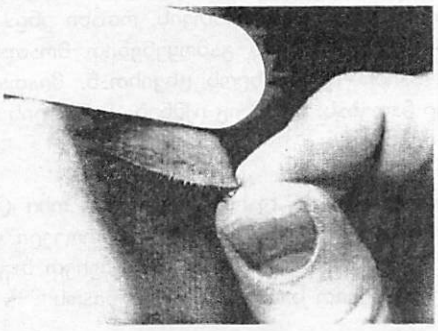
ამ ნეტიღიდან სეროზული ჩირქოვანი სითხის გადმოდენა ნიშნავს ცხემლ-ცხვირის არხის ობსტრუქციას.

თვალის ზედა ქუთუთოს ფონიუნქტივის ინსპექცია: თვალის შესაბამისის გამოკვლევა უცხო სხეულის აღმოსაჩენად მოითხოვს თვალის ზედა ქუთუთოს ამობრუნებას. მიჰყევით საფეხურებად:

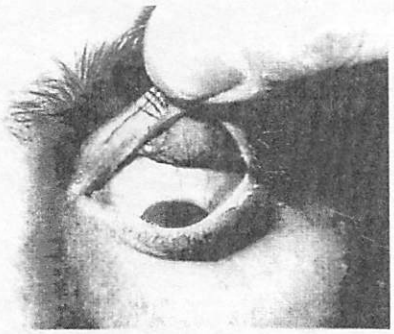
- დაარიგეთ პაციენტი, იყუროს ქვემოთ. დააცადეთ პაციენტს, მოადუნოს თვალები. ნაზი, თავისუფალი მოძრაობით ანიეთ ზედა მცირედ ისე, რომ გამოჩნდეს ნამნამები, დაიჭირეთ ზედა ქუთუთო, ჩამონიეთ ნაზად და წინ.



- მოათავსეთ პატარა აპლიკატორის მსგავსი ფირფიტა ან ენის შპატული ქუთუთოს კიდიდან 1 სმ-ით ზემოთ (და, შესაბამისად, ქუთუთოს ხრტილის ზედა კიდესთან). დაუშვით ქვემოთ ეს ფირფიტა ქუთუთოს ბოლოს ანევასთან ერთად და, ამგვარად, გადააბრუნეთ ქუთუთო "ქვემოთა ნაწილით ზევით". თვითონ თვალის ჯარეს არ დააჭიროთ.

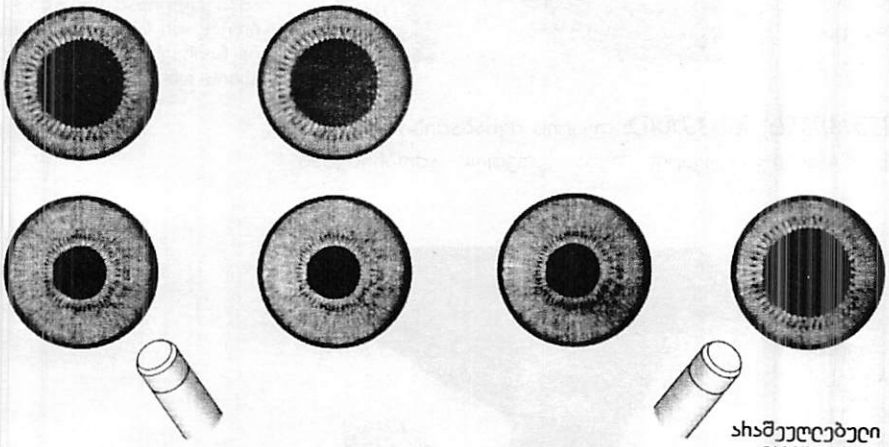


- დაიცავით ზედა ქუთუთოები ნახბებისგან თქვენი დიდი თითით და დაათვალიერეთ ფონიუნქტივა. დათვალიერების შემდეგ გადმოაბრუნეთ ისინი ფრთხილი მოძრაობით უკან. სთხოვეთ პაციენტს, ზემოთ აიხედოს. თვალის ქუთუთო ბრუნდება ნორმალურ პოზიციაში.



ეს მიმოხილვა საშუალებას გაძლევთ, ნახოთ ზედა ქუთუთოს ფონიუნქტივა და დაათვალიეროთ უცხო სხეულის არსებობაზე, რომელიც შეიძლება იყოს იქ ჩარჩენილი.

სინათლის სხივის ხელით ტესტი. ეს ტესტი გვეხმარება, განვსაზღვროთ, მხედველობის დაქვეითება გამოწვეულია თვალის დაავადებით, თუ თვალის ნერვის დაავადებით. ამ ტესტისთვის მხედველობა მთლიანად არ უნდა იყოს დაკარგული. ოთახის სუსტ განათებაზე აღნიშნეთ გუგების ზომა. მას შემდეგ, როცა სთხოვთ პაციენტს, მზერა გადაიტანოს და ფოკუსირებას მოახდენ მანძილზე, ნათურის ვიწრო სხივი ამოძრავეთ ერთი გუგიდან მეორეზე და პირიქით, და მუდმივად აკონტროლეთ გუგის ზომა და განათებული თვალის ხედვა. ნორმაში თითოეული განათებული თვალის გუგა ვიწროა ან სწრაფად ვიწროვდება. მეორე მხარეს თვალის გუგა ასევე შეთანხმებულად ვიწროვდება.



ორივე მხედველობის ნერვი დაზიანებულია, როგორც ეს ნაჩვენებია ქვემოთ მარცხენა თვალის შემთხვევაში, შუა ტვინში გაგზავნილი სენსორული (აფერენტული) სტიმული მცირდება. გუგა, რომელიც პასუხობს ნაკლებ ენერგიულად, დილატირდება თავის პირვანდელ შევიწროებულ მდგომარეობასთან შედარებით. ეს პასუხი არის აფერენტული გუგის დეფექტი (Markus Gun pupil). საპირისპირო თვალი პასუხობს შეთანხმებულად.

სინუსების გამქრქბა. როდესაც ნაღების მტკივნეულობისა ან სხვა სიმპტომების გამო ვვარაუდობთ სინუსიტს, ეს ტესტი შეიძლება გამოგვადგეს, მაგრამ იგი არ არის მაღალმგრძნობიარე მაღალსპეციფიური დიაგნოსტიკისათვის. ოთახი უნდა იყოს ჩაბნელებული. მკვეთრი ვიწრო სინათლის წყაროს სხივის გამოყენებით მოათავსეთ სინათლე მოხერხებულად ღრმად თითოეული ნარბის ქვეშ ახლოს ცხვირთან. მიაფარეთ სინათლეს თქვენი ხელი. გახედეთ სუსტ წითელ ნათებას, რომელიც იქმნება სინათლის გავლით ხელით სავსე ფრონტალური სინუსიდან შუბლისკენ.

ნათების არარსებობა ერთ ან ორივე მხარეს, ნიშნავს გასქელებულ ღრუწოვანს ან გამონაყრს ფრონტალურ სინუსში, მაგრამ ის, აგრეთვე, შეიძლება იყოს ერთი ან ორივე სინუსის ანომალური განვითარებობის შედეგი.

სთხოვეთ პაციენტს, გადანიოს თავი უკან და ფარითად გაიღოს პირი (ზედა ჟაბიების ნიგნი პირველი გადაადგილდება). მიანათეთ სინათლე ქვემოთ თითოეული ყურის შიგნითა მიმართულების ზუსტად ქვემოთ. გაღებულ პირის ღრუში დაათვალიერეთ მაგარი სასა. მონითალო განათება ნიშნავს ნორმალურ ჰაერით სავსე ჰაიმორის ნაღს.

ნათების არარსებობა ნიშნავს ჰაიმორის ნაღის ღრუწოვანი გარსის გასქელებას ან სეკრეტს მასში. იხ. გვ. 756 ჰაიმორის ნაღის გამქრქბის არტიფიციალური მეთოდისათვის.

ვიზიტული გამოკვლევის შედეგების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ თავდაპირველად შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნინადადებები, ჰათა აღნეროთ მიღებული მონაცემები. შემდეგ შეგიძლიათ ფრაზები გამოიყენოთ. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომელიც გამოიყენება დანვრილებით აღნერისთვის. უცნობი ტერმინები შემდეგ განიკვეთშია ახსნილი.

ვიზიტული გამოკვლევის ჩანაწერი - თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი და ყელი

თავი - თავის ქალა ნორმოცეფალური / ტრავმის გარეშე. თმა სამუალო სტრუქტურის (სირბილის). *თვალები* - მხედველობის სიმახვილე 20/20 ბილატერალურად. სკლერები თეთრი, კონიუნქტივა ვარდისფერი. გუგების დიამეტრი 4 მმ-ია, ვინროვდება 2 მმ-მდე, თანაბრად მრგვალი და ერთნაირია ჩვაქცია სინათლეზე და აკომოდაცია. დისკის საზღვრები მკვეთრია; ჰემორაგია, ექსუდაცია და სისხლძარღვების შევინროვება არ აღინიშნება. *ყურები* - სმენის სიმახვილე ჩურჩულზე კარგია. დაფის აპკის კონუსი ნორმალურია. ვებერის ნიმანი სამუალო. AC>BC. *ცხვირი* - ცხვირის ღრუნოვანი ვარდისფერი, ძგიდე შუახაზზეა, სინუსები უმტკივნეულოა. *ყელი (ან პირის ღრუ)* - პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდისფერი, ტონების განლაგება კარგია, ხახა ექსუდატის გარეშე.
კისერი - ტრაქეა შუა ხაზზე, კისერი მოქნილი, ფარისებრი ჯირკვლის ყელი პალპაციით ისინჯება, ნიღები არ შეიგრძნობა.
ღიმფური კვანძები - კისრის, ქვედა ყბის, ყურის უკანა, საზარდულის ღიმფური კვანძები არ ისინჯება.

ან

თავი - თავის ქალა ნორმოცეფალური/ტრავმის გარეშე. შუბი მელოტი. თვალები - მხედველობის სიმახვილე 20/100 ბილატერალურად. სკლერები თეთრი, კონიუნქტივა ინფიცირებული. გუგების დიამეტრი 3 მმ-დან 2 მმ-მდე ვინროვდება, თანაბრად მრგვალი და ერთნაირია ჩვაქცია სინათლეზე და აკომოდაცია. დისკის საზღვრები მკვეთრია; ჰემორაგია და ექსუდაცია არ აღინიშნება. არტერია-ვენური შეფარდება 2:4. არტერიულ-ვენური კვარცები არ არის. ყურები - სმენის სიმახვილე ჩურჩულზე დაქვეითებულია, სასმენარმო სმენა ინტაქტური. დაფის აპკი სუფთა. *ცხვირი* - ღრუნოვანი გარსი შეშუპებულია და ერითემულია, ღრენირება კარგია. ძგიდე შუა ხაზზეა. მგრძნობიარეა ზედა ყბის სინუსები. *ყელი* - პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდისფერი, ქვედა ძირითადი ტონები კარიესული, ხახა მონითალო, ექსუდატი არ არის.
კისერი - ტრაქეა შუა ხაზზე, კისერი მოქნილი, ფარისებრი ჯირკვლის ყელი პალპაციით ისინჯება, ნიღები პალპირებადია, მაგრამ არ არის გადიდებული.
ღიმფური კვანძები - ყბისქვეშა და კისრის წინა ღიმფური კვანძები მტკივნეული, 1×1 სმ, ელასტიურია და მოძრავი; კისრის უკანა, ყურის უკანა, იღლიის და საზარდულის ღიმფური კვანძები არ არის გადიდებული.

მიუთითებს მიოპიაზე და არტეიოლების მსუბუქი ხარისხის შევინროვებაზე. ასევე ზემო სასუნთქი გზების ინფექციაზე.

CITATIONS

1. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine: current under-standing and treatment. N Engl J Med 346(4):257-270, 2002. 2. Shingleton BJ, O'Donoghue MW. Blurred vision. N Engl J Med 343(8):556-562, 2000.
3. Fine SL, Berger JW, Macguire MG, et al. Age-related macular degeneration. N Engl J Med 342(7):483-492, 2000.
4. Coleman AC. Glaucoma. Lancet 20:1803-1810, 1999.
5. Piccirillo JF. Acute bacterial sinusitis. N Engl J Med 351(9):902-910,2004.
6. Spector SL, Bernstein IL, Li JT, et al. Parameters for the diag-nosis and management of sinusitis. J Allergy Clin Immunol 102(6, part 2):S107-S144, 1993.
7. Williams JW, Simel DL, Roberts L, et al. Clinical evaluation for sinusitis: making the diagnosis by history and physical exami-nation. Ann Intern Med 117:705-710, 1992.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for visual im-pairment_ In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed, pp. 373-382. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
9. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for glaucoma. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed., pp. 383-391. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hearing impairment. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed., pp. 393-405. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent dental and periodontal disease. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed., pp. 711-721. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
12. Greene JC, Greene AR. Oral health. In Woolf SH, Jonas S, Lawrence RS (eds). Health Promotion and Disease Preven-tion in Clinical Practice, pp. 315-334. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
13. McGuirt WF. The neck mass. Med Clin N Am 83:219-234, 1989.
14. Siminoski K. Does this patient have a goiter? JAMA 273(10): 813-817,1995.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid dis-ease: recommendation statement. Ann Intern Med 140(2): 125-127,2004.
16. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid dis-ease: scientific review and guidelines for diagnosis and man-agement. JAMA 291(2):228-238, 2004.
17. Hegedus L. The thyroid nodule. N Engl J Med 351(17): 1764-1771,2004.
18. Gladstone GJ. Ophthalmologic aspects of thyroid-related or-bitopathy. Endocrinol Metab Clin North Am 27:91-100,1998.
19. Bartley GB, et al. Clinical features of Graves' ophthalmopathy in an incidence cohort. Am J Ophthalmol 121:284-290, 1996.
20. Hallin ES, Feldon SE. Graves' ophthalmopathy. II. Correlation of clinical signs with measures derived from computed tomog-raphy. Br J Ophthalmol 72:678-682, 1988.-
21. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international headache classification. Cephalalgia 24(Suppl 1):1-160, 2004.
22. Rollnik JD, Karst M, Fink M, et al. Botulinum toxin type A and EMG: a key to the understanding of chronic tension-type headaches? Headache 41(10):985-989, 2001.
23. Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? JAMA 287(1):92-101, 2002.
24. Haas DC. Chronic post-traumatic headaches classified and compared with natural headaches. Cephalalgia 16(7):486-493, 1996.
25. Kroenke K, Lucas CA, Rosengerg ML, et *al.* Causes of persis-tent dizziness: a prospective study of 100 patients in ambula-tory care. Ann Intern Med 117(11):898-904, 1992.
26. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. South Med J 93(2):160-167, quiz 168, 2000.
27. Tusa RJ. Vertigo. Neurol Clin 19(1):23-55, 2001.
28. Branch W. Approach to the patient with dizziness. Available at: www.utdol.com. Accessed February 26, 2005.
29. Lockwood AH, Salvi RJ, Burkard RF. Tinnitus. N Engl J Med 347(12):904-910, 2002.
30. Matthies C, Samii M. Management of 1000 vestibular schwan-nomas (acoustic neuromas): clinical presentation. Neurosurgery 1:1-10,1997.
31. Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med 342(5):345-351, 2000.
32. Wong TY, Mitchell P. Hypertensive retinopathy. N Engl J Med 351(22):2310-2317, 2004.

ADDITIONAL REFERENCES

Bahra A, May A. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. Neurology 58(3):354-361,
Albert DM, Jakobiec FA. Principles and Practice of Ophthalmol-ogy, 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 2000.
Congdon N, O'Colmain, IQaver CC, et al. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. Arch Ophthalmo1122(4):477-485, 2004.
Fong DS, Aiello LP, Ferris FL, et al. Diabetic retinopathy. Diabetes Care 27(10):2540-2553, 2004.
Gold DH, Weingeist TA. Color Atlas of the Eye in Systemic Dis-ease. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
McCluskey PJ, Towler HM, Lightman S. Management of chronic uveitis. BMJ 320(7234):555-558, 2000.
Ostler HB, Maibach HI, Hoke AW, Schwab IR. Diseases of the Eye and Skin. A Color Atlas. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
Sheilds SR. Managing eye disease in primary care. Part 1. How to screen for occult disease. Postgrad Med 108(5):69-72, 75-78, 2000.
Spoor TC (ed). Atlas of Neuro-ophthalmology. New York, Taylor & Francis, 2004.
Tasman W, Jaeger EA. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology, 2nd ed. St. Louis, Mosby, 2004.
The Ears, Nose, and Throat
Bevan Y, Shapiro N, MacLean CH, et al. Screening and manage-ment of adult hearing loss in primary care: scientific review. JAMA 289(15):1976-1985, 2003.
Bull TR. Color Atlas of ENT Diagnosis, 4th ed. New York, Thieme, 2003.
Doty RL (ed). Handbook of Olfaction and Gustation, 2nd

ed. (Neurological Disease and Therapy, Vol 57). New York, Marcel Dekker, 2003.Ebell MH, Smith MA, Barry HC, et al. Does this patient have strep throat? JAMA 284(22):2912-2918, 2000.
Hendley JO. Otitis media. N Engl J Med 347(15):1169-1174,2002. Kennedy DW. A 48-year-old man with recurrent sinusitis. JAMA
283(16):2143-2150, 2000. .
O'Donoghue GM, Narula AA, Bates GJ. Clinical ENT: An Illus-trated Textbook, 2nd ed. San Diego, Singular Pub Group, 2000. Young T, Skatrud J, Peppard PE. Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. JAMA 291(16):2013-2016, 2004.

The Mouth

Eisen D, Lynch DP. The Mouth: Diagnosis and Treatment. St. Louis, Mosby, 1998.

Field EA, Longman L, Tyldesley WR, et al. Tyldesley's Oral Med-
icine, 5th ed. New York, Oxford University Press, 2003. Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Diseases, 3rd
ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Neville BW, Damm DD, White DK. Color Atlas of Clinical Oral Pathology, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999. Newman ME, Carranza FA, Takei H. Carranza's Clinical Peri-odontology, 9th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002.
Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan ACK. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, 4th ed. St. Louis, WB Saunders, 2003.

The Neck

Bliss SJ, Flanders SA, Saint S. A pain in the neck. N Engl J Med 350(10):1037-1042, 2004.
Henry PH, Long DL. Enlargement of the lymph nodes and spleen. In Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al (eds). Harrison's Prin-ciples of Internal Medicine, 16th ed. New York, McGraw-Hill, 2005.
Prisco MK. Evaluating neck masses. Nurse Pract 25(4):30-32, 35-36,38,2000.
Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. Am Fam Physician 67(6):1190, 1192, 1195, 2003.

სხრილი 6-1

თავის ტკივილები[21]

ტიპი	მექანიზმი	ლოკალიზაცია	ხასიათი და სიმძიმე
პირველადი თავის ტკივილი			
ნერვით გამოწვეული თავის ტკივილი	უცნობია - ნაწილებად შესაძლებელია ჯუნთების ან სისხლძარღვთა სპაზმი	ჩვეულებრივ ორმხრივად შეიძლება გენერალიზდეს ან ლოკალიზებად იყოს თავის უკანა მხარეს და კისრის ზემო ნაწილში ან შუბლ-საფეთქლის მიდამოში.	ზენოლითი ან მოჭერითი ხასიათის; მსუბუქიდან ზომიერი ინტენსივობის.
შაკიკი ▪ აურით ▪ აურის გარეშე ▪ ვარიანტული	პირველადად ნეირონული დარღვევაა, შესაძლოა ღრმოვანი ნარმოშობის, ინვევს ნეიროტრანსმიტერების ამგზნებ და ინჰიბიტორულ მოქმედებას შორის დისბალანსს და აზიანებს თავის ტვინის სისხლძარღვების მოდულაციას[1].	70%-ში ცალმხრივია, 30%-ში შუბლის ან საფეთქლის არეში ორმხრივი	პულსირებადი ან ძლიერი ხასიათის, სხვადასხვა სიმძიმის
ჭლასტერული (ჯგუფური) თავის ტკივილი	უცნობია - შესაძლოა ენდოკრინული ვეგეტაციური, ორმხრივი ნეიროლოგიური დარღვევაა, თანხლებული ციგარმინოვასკულური ტკივილით.	ცალმხრივი, ცხვირის ზედა ნაწილი, თვალის უკან და გარშემო	მუდმივი, მძიმე
მეორადი ცეფალგიები			
ანალგეზიის უკუშედეგი	მედიკამენტის შენყვეტა	ანამნეზში არსებული ცეფალგიის პატერნი	ცვალებადი
თავის ტკივილი, დაკავშირებული მხედველობის დარღვევებთან ქირურგიის დარღვევები (ორთოპედია და ანტიგმატიზმი, მაგრამ არა ახლომხედველობა)	შესაძლოა, ენდოკრინული ჯუნთების შეთანხმებული შევიწროება და, შესაძლოა, შუბლის, საფეთქლის და ჯეფის ჯუნთების	თვალების გარშემო და ზევით, შეიძლება ირადიირებს ჯეფის არეში	მუდმივი, ყრუ, ძლიერი
მწვავე გლაუკომა	თვალშიგა ნერვის უეცარი	თვალის შიგნით, ან ირგვლივ	მუდმივი, ძლიერი, ხშირად მძიმე
თავის ტკივილები პარანაზალური სინუსიტების დროს	პარანაზალური სინუსიტების ღრმოვანის ანთება	ჩვეულებრივ, თვალის ზემოთ (შუბლის ნაღი) ან ღრუს ძვლის არეში (ჰაიმორის ნაღი) ერთ ან ორივე მხარეს	ძლიერი ან მოპულსირე, სხვადასხვა სიმძიმის
მენინგიტი	ტვინის ამომფენი გარსების ინფექცია	გენერალიზებული	მუდმივი ან მოპულსირე, ძალიან მძიმე

დასანყისი	ხანგძლივობა	მიმდინარეობა	ასოცირებული ფაქტორები	გამომწვევი ან მაპროვოცირებელი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები
თანდათანობითი	წუთები ან დღეები	ხშირად მოხეტიალე (განმეორებითი) ან ხანგძლივი; ყოველდღიური სიხშირე 40%	ზოგჯერ სინათლის შიში, ხმაურის შიში, გულისრევა არ არის	ჯენთების ხანგძლივი დაჭიმულობა მაგალითად, მანქანის ტარება ან ბეჭდვა;	შესაძლოა მასაჟი, მოდუნება
ძალიან სწრაფი, პიკს აღწევს 1-2 სთ-ში;	4-72 სთ	ხშირად იწყება ბავშვობისა ან ადრეული მოზრდილობის პერიოდს შორის. მამაკაცებში სიხშირეა ~6%, ქალებში ~15%. ჩვეულებრივ, ჰეტერენტულია, ვიდრე ან თვეების ინტერვალებით ~10%-ში.	ხშირია გულისრევა და პირღებინება. პაციენტთა მცირე ნაწილს აღენიშნება მხედველობის დარღვევები (ელვისებური სინათლის სხივები, ღრუბლები) ან ნევროლოგიური სიმპტომები (აღგზნებადობის სისუსტე, მგრძნობელობის დარღვევები და სხვ.)	შეიძლება პროვოცირდეს აღგზნებით, გარეული ხმაურით და ჯამჯამა სინათლეზე	სინყნარე, ჩაბნელებული ოთახი; ზოგჯერ, გარდამავალი შვება პიტერიაზე ზეწოლით მიმდინარეობის დასანყისში
ეცახი, პიკს აღწევს წუთებში	3 სთ-ზე მეტი	ეპიზოდური, ჩვეულებრივ, ჯგუფდება დროთა განმავლობაში, ჰამდენიმე ასეთი დღე 4-8 ვიდის განმავლობაში და შემდეგ შვება 6-12 თვის განმავლობაში, გავრცელება <1%, უფრო ხშირია მამაკაცებში	ცრემლდენა, ცარმხივი ჰინიტი, თვალების სიწითლე, ფტოზი, კუთუთოს შეშუპება, კონიუნქტივის ინფექცია.	შეტევის პერიოდში აღგზნების მიმართ მგრძნობელობა შეიძლება გაიზარდოს.	
ცვალებადი	დამოკიდებულია წარსულში თავის ტკივილის ნიმნებზე	დამოკიდებულია მცირე შენყვეტების სიხშირეზე	დამოკიდებულია წარსულში თავის ტკივილის ნიმნებზე	ცხელება, ნახშირჟანგი, ჯოფეინის შენყვეტა, სხვა თავის ტკივილის გამომწვევები	დამოკიდებულია მიზეზზე
თანდათანობითი	ცვალებადი	ცვალებადი	თვალების სისუსტე, თვალების დაღლის შეგრძნება, კონიუნქტივის სიწითლე	მხედველობის ხანგძლივი დაძაბვა, ეკრანი, თვალებთან ახლო სამუშაოს ტარება	თვალების დასვენება
ხშირად სწრაფი	ცვალებადია, შესაძლოა დამოკიდებული იყოს მუშაობაზე	ცვალებადია, შესაძლოა დამოკიდებული იყოს მუშაობაზე	მხედველობის გაუარესება, ზოგჯერ, გულისრევა და პირღებინება	ზოგჯერ პროვოცირება გაგების გამაფართოებელი წვეთებით	
ცვალებადი	რამოდენიმე საათი, ჰეტერენტული რამოდენიმე დღის განმავლობაში	ხშირად, ჰეტერენტული დღის განმავლობაში:	აღგზნებადობა მტკივნეულობა, ჰინიტი, გამონადენი და ცხელება	შეიძლება გაძლიერდეს ხვეის, ცემინების ან თავის ქნევის დროს	ცხვირის გამხსნელები, ანტიბიოტიკები
ზომიერად სწრაფი	ცვალებადი, ჩვეულებრივ დღეები	მუდმივი ტკივილი მწვავე დაავადების დროს	ცხელება, ჯანსაღის ჰიგიენა		

სხრილი 6-1

თავის ტკივილი[21] (გაგრძელება)

ტიპი	მექანიზმი	ლოკალიზაცია	ხასიათი და სიმძიმე
პირველადი თავის ტკივილი			
გიგანტუჯრედოვანი არტერიიტი[23]	თავის ქალას არტერიების ქრონიკული ანთება, მიზეზია არტერიის ელასტიური შრის მიმართ უჯრედული იმუნური პასუხის განვითარება	ლოკალიზდება დაზიანებული არტერიის ახლოს (უფრო საფეთქლის ან თვალბუდის არეში), ასაკ-დამოკიდებულია	ძლიერი ტკივილი, პულსაციის შეგრძნება, ხშირად, მძიმე
ტრავმის შემდგომი თავის ტკივილი	მექანიზმი უცნობია; ეპიზოდები ჰგავს ნევრით და მაჯიკით გამოწვეულ ტკივილს, მაგრამ არ გააჩნია აურა.[24]	შეიძლება ლოკალიზდეს დაზიანებულ უბანში, მაგრამ არაა აუცილებელი	გენერალიზებული, ყრუ, მედმივი.
სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა	სისხლდენა, უფრო ხშირად, გახეთქილი ინტრაკრანიული ანევრიზმიდან	გენერალიზებული	ძალიან მძიმე "ცხოვრებაში ყველაზე ძლიერი"
ტვინის სიმსივნე	ტკივილის მიმართ მგრძნობიარე არტერიებისა და ვენების გადანაცვლება ან ზეწოლა ნერვებზე	ცვალებადობს სიმსივნის მდებარეობის მიხედვით	ძლიერი, მედმივი, ცვალებადი ინტენსივობის
ქრონიული ნევრალგიები სამწვერა ნერვის ნევრალგია (CNV)	თავის ტვინის V ნერვის ზეწოლა არტერიის ან ვენის შებრუნებული მარყუჟით	ლოყები, ყურები, ტუჩები ან ღრძილები (სამწვერა ნერვის მე-2 და მე-3 ტოტი)	მწვავე, ხანმოკლე, ელვისებური, ძალიან მძიმე

დასაწყისი	ხანგრძლივობა	მიმდინარეობა	ასოცირებული ფაქტორები	გამომწვევი ან მაპროვოცირებელი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები
თანდათანობითი ან სწრაფი	ცვალებადი	განმეორებითი ან მუდმივი, ჯვრების ან თვეების განმავლობაში	თავის ჯანის მტკივნეულობა, ცხელება (50%-ში), სისუსტე, ნონაში ჯება, ახალი თავის ტკივილი (60%), ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვა (50%), მხედველობის დაქვეითება ან სიბრმავე (15-20%), ჩვემატული პოლიმიალგია (50%)ს	ჯისრის და მხრების მოძრაობა	
საათები ან 1-2 დღე	ჯვრები, თვეები და ზოგჯერ წლებიც	ცხოთა განმავლობაში მცირდება			
			კონცენტრაციის დარღვევა, მეხსიერების დაქვეითება, თავბრუ, გაღიზიანებადობა, სისუსტე	გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვა, ემოციური დატვირთვა, აღელვება	დასვენება
ჩვეულებრივ სწრაფი, მძიმე, აქვს პროდრომული სიმპტომები	ცვალებადი, ხშირად დღეები	მუდმივი თავის ტკივილი მწვავე დაავადების ცხოსი	გულისრევა, პირღებინება, გონების დაკარგვა, ჯისრის ტკივილი		
ცვალებადი	ხშირად ხანმოკლეა	ხშირად გარდამავალი, მაგრამ პროგრესირებადია	ძლიერება ხველებით, ცხვირის ცემინებით ან თავის სწრაფი მოძრაობით		
სწრაფი, პაროქსიზმული	ყოველი შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წამი, მაგრამ მეორდება რამოდენიმე წუთიანი ინტერვალებით	შეიძლება რამოდენიმე თვე გრძელდებოდეს, შემდეგ რამოდენიმე თვე არ აღინიშნებოდეს, მაგრამ ახასიათებს ქრონიკული. ღამით იშვიათია	გამოფიტვა ხანგრძლივი ტკივილის გამო	შესაბამის ადგილებზე შეხება, ღეჭვა, საუბარი, ჭიქების გამოხეხვა	

თავბრუხვევა და ვერტიგო

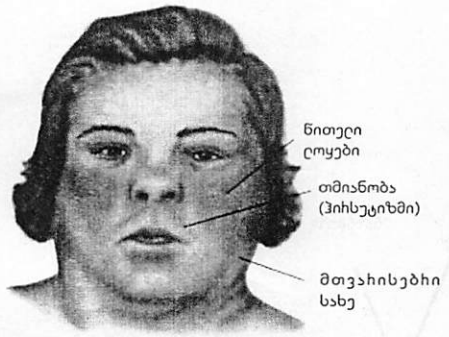
"თავბრუხვევა" არასპეციფიკური ტერმინია, რომელსაც იყენებს ავადმყოფი სხვადასხვა დარღვევის გადმოსაცემად. ექიმმა უნდა გაარჩიოს ეს დარღვევები. ეტიოლოგის დადგენაში მოგეხმარებათ დანვრილებითი ანამნეზი.[35-30] აუცილებელია ქვემოთ მოტანილი ტერმინების მნიშვნელობის ცოდნა:

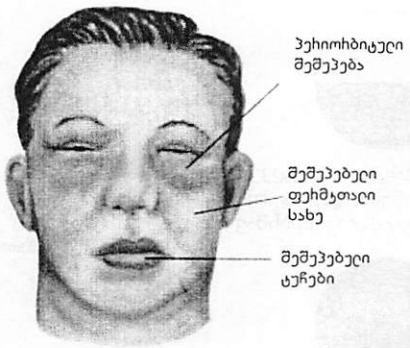
- თავბრუხვევა (ვერტიგო) – ტრიალის შეგრძნება, რასაც ახლავს ნისტაგმი და ატაქსია; ჩვეულებრივ, მიზეზია პერიფერიული ვესტიბულური დარღვევა (40%-ში), მაგრამ შეიძლება ცენტრალური ღვრძოვანი დაზიანებაც (10%; მიზეზებია ათეროსკლეროზი, გაფანტული სკლეროზი, ვერტებრო-ბაზილარული უკმარისობა)
- პრესინკოპე – "სისუსტის და გაბრუების შეგრძნება", მიზეზებია ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია, განსაკუთრებით მედიკამენტური, არითმიები, ვაზოვაგალური შეტევა 5%-ში)
- ლაბირინთოპათია - ნორმალნორმობის დარღვევა სმენის დროს, განსაკუთრებით ასაკოვან პირებში. მიზეზებია სმენის პრობლემები, მხედველობის დაქვეითება, ძვალ-ტვინოვანი სისტემის დაავადებები, პერიფერიული ნეიროპათიები (15%-მდე).
- ფსიქიატრიული - მიზეზებია ნევროზი, პანიკა, ჰიპერვენტილაცია, დეპრესია, სომატური დარღვევები, არტროზი, ნარკოტიკები (10%)
- მულტიფაქტორული ან უცნობი - (20%-მდე)

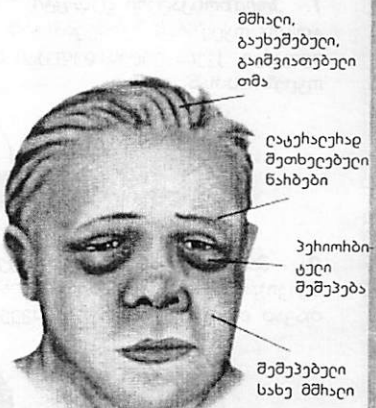
პერიფერიული და ცენტრალური თავბრუხვევა

პერიფერიული თავბრუხვევა	დასაწყისი	ხანგრძლივობა და მიმდინარეობა	სმენა	ყურებში ხმაური (ტინიტუსი)	სხვა თანმხლები სიმპტომები
ჯდომითვისებიანი პოზიციური თავბრუხვევა	უეცარი ან განმეორებადი დარტყმა მხარეს ან თავის გადახრის დროს	ხანმოკლე, რამოდენიმე წამიდან < 1 წუთამდე; გრძელდება რამოდენიმე ჯერჯერობით, შეიძლება განმეორდეს	არ ზიანდება	არ აღინიშნება	ზოგჯერ გულისრევა და პირღებინება
ვესტიბულური ნეირონიტი (მწვავე ლაბირინთიტი)	უეცარი	საათები ან დღეები, 2 კვირამდე; 12-18 თვის განმავლობაში შეიძლება განმეორდეს	არ ზიანდება	არ აღინიშნება	გულისრევა, პირღებინება
Ménière-ს (მენიერი) დაავადება	უეცარი	რამოდენიმე საათი, დღე ან მეტი; მეპრევადი	სმენის დაქვეითება, სენსონეირონული ტიპით, რომელიც უმჯობესდება ან მეორდება, ჰიდროპსიებს;	აღინიშნება; ცვალებადია	გულისრევა, პირღებინება, დაზიანებულ ყურში ზეწოლა ან დაგუბება
ნამღის ტოქსიერობა	ფარულად მიმდინარე ან მწვავე – მარყუჟის დიურეტიკებით, ამინოგლიკოზიდებით, სალიცილატებით ან ალკოჰოლით მონამვლა	შეჩვეულია ან არა; ვლინდება ნაწილობრივი აღდგენა	შეიძლება დაქვეითდეს ორივე მხარეს	შეიძლება აღინიშნებოდეს	გულისრევა, პირღებინება
სმენის ნერვის ნეირომა	სიმსივნე, თავის ტვინის VIII ნერვზე ზეწოლა, ვესტიბულური ტოტი	ცვალებადი	ქვეითდება ცალ მხარეს	აღინიშნება	ზეწოლა თავის ტვინის V და VII ნერვებზე
ცენტრალური თავბრუხვევა	ხშირად უეცარი (მიზეზები ზემოთაა მოცემული)	ცვალებადი, მაგრამ იშვიათად ხანგრძლივი	არ ზიანდება	არ არის	ჩვეულებრივ ღრძოს უკმარისობის სხვა სიმპტომები – მეტყველების მოშლა, მოტორული და სენსორული ჯვარედინი დეფიციტი

შეჩვეული სახეების ნიმუშები







Cushing-ის სინდრომი.

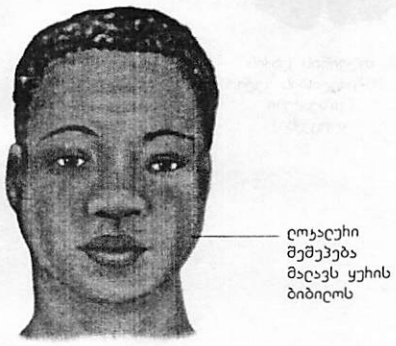
ჯუშინგის სინდრომის დროს თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონების სიჭარბე ინვევს მრგვალი, მთვარისებური სახის განვითარებას, ღოყები მოწითალოა. ჭარბთმიანობა აღინიშნება ზედა ტუჩის, ბაკების და ნიკაპის არეებში.

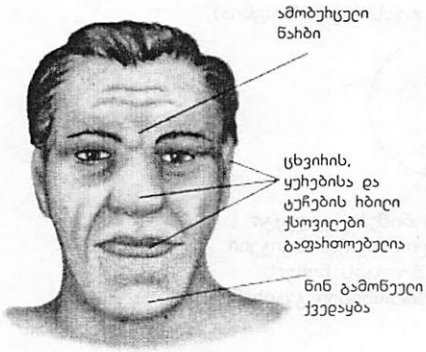
ნეფროზული სინდრომი.

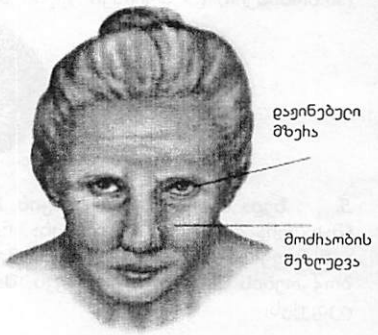
სახე შეშუპებულია და ფუმფულაა. შეშუპება პირველად თვალების არეში ჩნდება, განსაკუთრებით დილით. მძიმე შეშუპების დროს თვალებს ნაპრალის ფორმა აქვთ.

მიქსედემა.

მძიმე ჰიპოთირეოზის (მიქსედემა) მქონე ავადმყოფს აქვს შეშუპებული სახე. შეშუპება ძირითადად თვალების გარშემოა გამოხატული, თითის დაჭერის შემდეგ ჩაღრმავება არ რჩება. თმა და წარბები მშრალია, უხეშია და თხელი. კანი მშრალია.







ყბაყურა ჯირკვლის გადიდება.

ქრონიკული რამხრივი ასიმპტომური ყბაყურა ჯირკვლების გადიდება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სიმსუქნესთან, მაქრიან დიაბეტთან, ღვიძლის ციროზთან და სხვა მეგობრობებთან. ნახეთ შესიება ყურის ნინ და ქვედა ყბის კუთხესთან. მწარი ცალმხრივი გადიდება სიმსივნის მაჩვენებელია. მწვავე გადიდება ყბაყურის დროს ხდება.

აკრომეგალია.

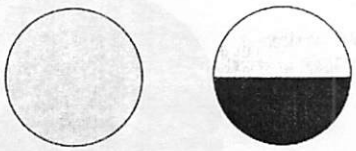
აკრომეგალიის დროს ზრდის ჰორმონის ჭარბი გამომუშავება იწვევს ძვლების და რბილი ქსოვილების გადიდებას. თავი ნაგრძელებულია, შუბლის, ცხვირის და ქვედა ყბის ძვლები ნინ ნამოწეული. ცხვირის, ტუჩების, ყურების რბილი ქსოვილები ასევე გადიდებულია. სახის გამომეტყველება უხეშია.

Parkinson-ის დაავადება.

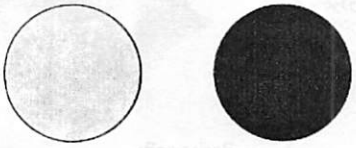
გამოხატულია სახის მოძრაობის დაქვეითება, უხეში გამომეტყველება. ვითარდება ნიღბისებური სახე თვალების ხამხამის გაიშვიათების და დამახასიათებელი დაჟინებული მზერის გამო. სახის კანი ცხიმიანია და შეიძლება აღინიშნებოდეს ნეინყვის დენა.

მხედველობის ველის დეფექტები

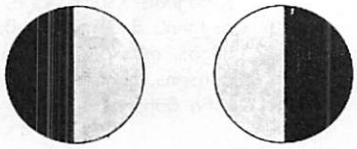
1. ჰორიზონტალური დეფექტი. ბადურის ცენტრალური არტერიის ტოტის ოკლუზიამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰორიზონტალური დეფექტი. ქვედა ველის დეფექტი დაკავშირებულია ზედა ტოტის ოკლუზიასთან.



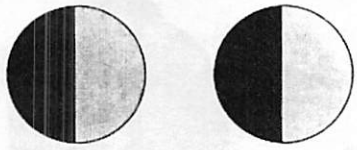
2. მხარეული თვალის სიბრმავე (მხარეული მხედველობის ნეირი). მხედველობის ნეირის დაზიანება, და, ჩვეულებრივ, თავად თვალის დაზიანება იწვევს ცალმხრივ სიბრმავეს.



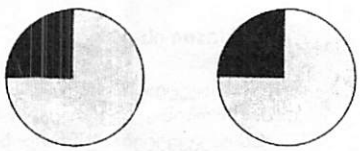
3. ბიტემპორული ჰემიანოფსია (ოპტიკური ქიაზმა). ოპტიკური ქიაზმის დაზიანება მოიცავს იმ ბოჭკოებს, რომლებიც გადაჯვარედინების შემდეგ საპირისპირო მხარეს მიემართებიან. ამიტომ ვითარდება მხედველობის ველების გარეთა ნახევრების დეფექტი.

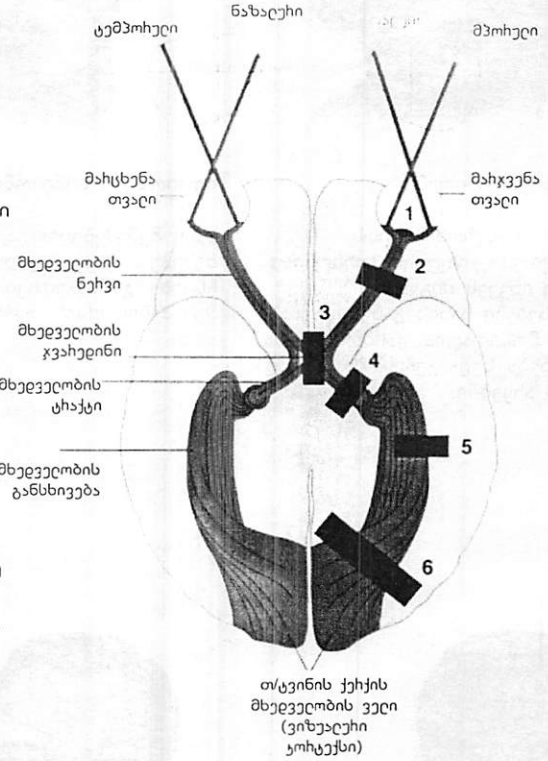


4. მარცხენამხრივი ჰომონიმური ჰემიანოფსია (მარჯვენა ოპტიკური ტრაქტი). ოპტიკური ტრაქტის დაზიანება იწვევს იმავე მხარეს ბოჭკოების განყვეტას ორივე თვალში. ამიტომ მხედველობის დაკარგვა ორივე თვალში ერთნაირია (ჰომონიმური) და მოიცავს ველის ნახევრებს (ჰემიანოფსია).

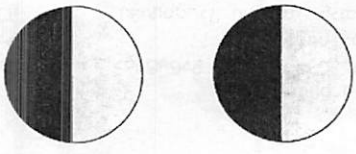


5. ზედა მარცხენა ჯვედრანტის ჰომონიმური დეფექტი (მარჯვენა ოპტიკური განსხივება, ნანიობრივი). ოპტიკური განსხივების ნანიობრივი დაზიანება მოიცავს ნეირის ბოჭკოების ნანილს, რაც იწვევს, მაგ. ჰომონიმურ ჯვედრანტის დეფექტს.

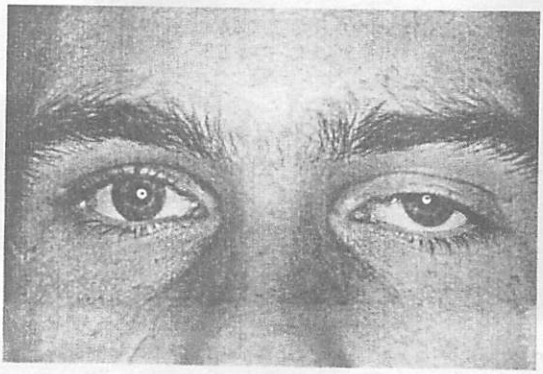




6. მარცხენამხრივი ჰომონიმური ჰემიანოფსია (მარჯვენა ოპტიკური განსხივება). ოპტიკურ განსხივებაში ბოჭკოების სრული განყვეტა იწვევს მხედველობის ისეთივე დეფექტს, როგორიც ვითარდება ოპტიკური ტრაქტის დაზიანებისას.



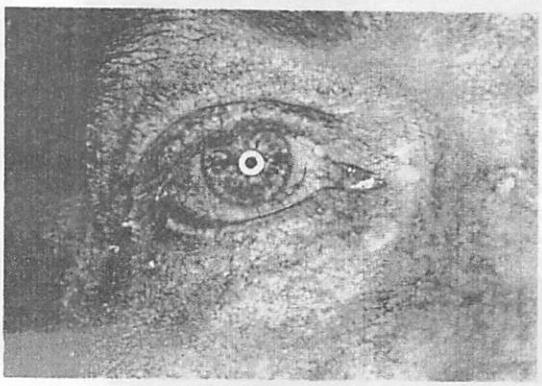
ქუთუთოების სახეობები და პათოლოგიები



ფტოზი. ფტოზი ახის ზედა ქუთუთოს დანევა. მიზეზებია: მიასთენია, თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანება და სიმპათიკური ნერვის დაზიანება (ჰორნერის სინდრომი). სენილური პტოზი შეიძლება გამოიწვიოს ჯუნთის სისუსტემ, ქსოვილების მოდუნებამ და ცხიმოვანმა თიაქარმა. ფტოზი ასევე შეიძლება თანდაყოლილი იყოს.



ქუთუთოების შებრუნება (ენტროპიონი). ენტროპიონი უფრო ხშირია ხანდაზმულებში და ახის ქუთუთოს ჯიქის მიგნით შებრუნება. ქვედა ჯიქე აღიზიანებს კონიუნქტივას და ჰკოვანას ქვედა ნანიქს. თუ ავადმყოფს სთხოვთ, დახუჭოს თვალები და შემდეგ გაახილოს, დაინახავთ ენტროპიონს, რომელიც ახლიდე ახ ვერ ნებოდა.

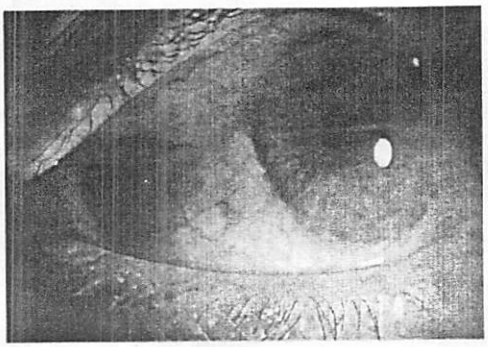


ქუთუთოების გადმობრუნება (ექტროპიონი). ექტროპიონის დროს ქვედა ქუთუთოს ჯიქე გადმობრუნებულია და რანს ღრუნოვანი გახსი. ამ დროს იძულება ცრემლის დენაჟი და ვითარდება ცრემლდენა. ექტროპიონი ხშირია ხანდაზმულ ასაკში.

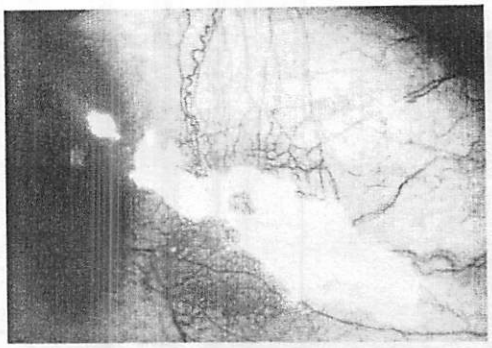


ეპიბლეფარონი - მეკუმშველი ქუთუთო და ეგზოფთალმი. ფახთოდ გახელილი გაკვირვებული მზერა ვითარდება ქუთუთოს ეპიბლეფარის დროს. ზედა ქუთუთოსა და ფეხად გახსს შორის რანს სკლერა. ქუთუთოს ეპიბლეფარა და ჩამოჩენა ახასიათებს ჰიპერთირეოზს. ეგზოფთალმის დროს თვალის ბაკლები წინ ახის წამონეული. ორმხრივი ეგზოფთალმი მიუთითებს ინფილტრაციულ ოფთალმოპათიაზე გრეივსის დაავადების დროს – ჰიპერთირეოზის ფორმა. შეიძლება თან ახლდეს ქუთუთოების შეშუპება და კონიუნქტივის განითლება. ცალმხრივი ეგზოფთალმი შეიძლება განვითარდეს გრეივსის დაავადების, ორბიტის სიმსივნის ან ანთების დროს.

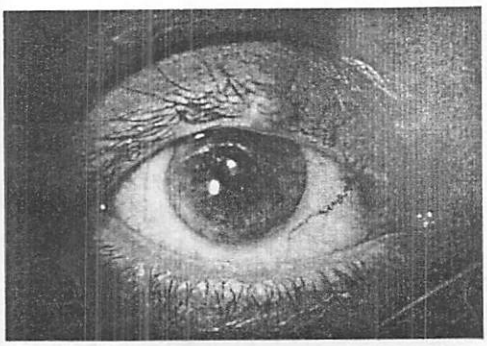
სიმაგრეები და გამობერილობები თვალებში და თვალების გარშემო



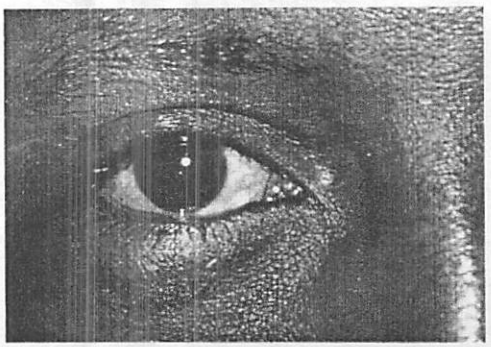
პინგვეკულა. მოყვითალო, სამკუთხედის ფორმის ლაქა ტონიუნქტივაზე ან ფეხადი გარსის ჰომეოიმე მხარეს. პინგვიკულა სამიში არ არის. ხშირად ასაკოვან პირებში ვითარდება ჯერ ცხვირის, შემდეგ კი საფეთქლის მხარეს.



ეპისკლერიტი. ეპისკლერიტი არის თვალის შემოფარგლული სიწითლე ეპისკლერული სისხლძარღვების ანთების გამო. ბუნებრივ განათებაზე სისხლძარღვები ნარინჯისფერ-ვარდისფერია და მოძრავია სკლერის ზედაპირზე. ჩვეულებრივ კეთილთვისებიანი და თვითგანკურნებადია. ეპისკლერიტი შეიძლება იყოს კვანძოვანი, როგორც აქ არის ნაჩვენები ან შეიძლება მხოლოდ სიწითლე და გაფართოებული სისხლძარღვები ჩანდეს.



ჯიბლიბო. ქუთუთოს კიდესთან ჯირკვლის ანთება. მტკივნეულია, ნითელი ფერისაა. ჯიბლიბო გამოიყურება, როგორც ბუშტი ან მუნუკი ქუთუთოს კიდესთან.



ქალაზიონი. ქალაზიონი არის ქრონიკული უმტკივნეულო კვანძი, რომელიც მოიცავს მეიბომის ჯირკვლებს. მცირე ზომის კვანძი ნორმალური შესახედაობის ქუთუთოზე უმტკივნეულოა. ზოგჯერ ხდება ანთებითი, მაგრამ ჯიბლიბოსგან განსხვავებით, მდებარეობს არა ქუთუთოს კიდეზე, არამედ უფრო ზემოთ.

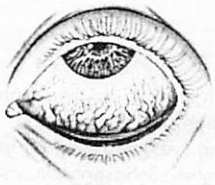
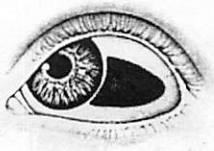


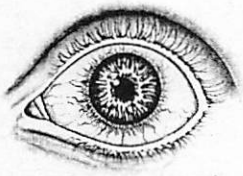
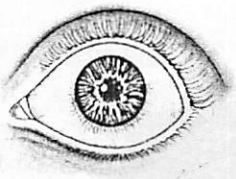
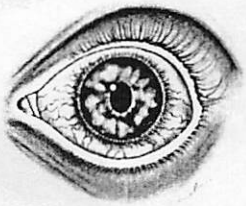
ქსანთელაზმა. ქსანთელაზმა არის კანიდან ოდნავ ნამონული, მოყვითალო, მკვეთრი კონტურების მქონე ლაქა. ჩნდება ცალი ან ორივე ქუთუთოს ცხვირის მხარეს. ქსანთელაზმა შეიძლება თან ახლდეს ლიპიდური ცვლის დარღვევებს.

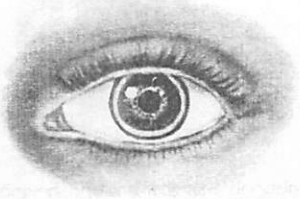


საცრემლე პარკის ანთება (დაკრიოცისტიტი). ქვედა ქუთუთოსა და ცხვირის შორის არსებული სიმაგრე, მიუთითებს საცრემლე პარკის ანთებაზე. მწვავე ანთების დროს (მოცემულია სურათზე) ვლინდება ტკივილი, სიწითლე. ქრონიკული ანთება დაკავშირებულია ცხვირ-ცრემლის არხის ობსტრუქციასთან. ცრემლდენა მუდმივი ხდება და პარკზე ზენოლით შიგთავსი გამოდის ქუთუთოებზე არსებული საცრემლე ნეტილებიდან.

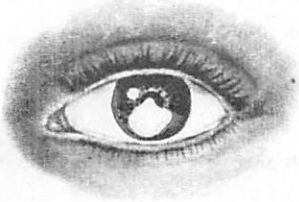
თვალების სინითლე

	ჯონიუქტივიტი	ჯონიუქტივისქვეშა სისხლჩაქცევა
		
სინითლის ნიშნები	ჯონიუნქტივის სინითლე; სისხლძარღვების დიფუზური გაფართოება სინითლის გავრცელებით მაქსიმალურად პერიფერიამდე	სისხლის ჩაღვრა სისხლძარღვებს გარეთ, რაც ნარმოქმნის ჰომოგენურ, მკვეთრად შემოფარგლულ, ნითელ არეს, რაც ჩამოღენიმე დღეში ყვითლდება და შემდეგ ქრება.
ტკივილი	მცირე დისკომფორტი	არ აღინიშნება
მხედველობა	არ ზიანდება, გარდა ღრუბლითი მცირე ბუნდოვნებისა გამონადენის გამო	არ ზიანდება
თვალიდან გამონადენი	წყლიანი, ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი	არ არის
ბუგა	არ ზიანდება	არ ზიანდება
ჩქოვანა	სუფთა	სუფთა
ეტიოლოგია	ბაქტერიული, ვირუსული და სხვა ინფექცია; ალერგია და გაღიზიანება	ხშირად უმიზეზოა. შეიძლება გამოიწვიოს ტრავმამ, სისხლის შედედების დარღვევამ, ვენური ნნევის სნრაფმა ანევამ ხველის ღრმა

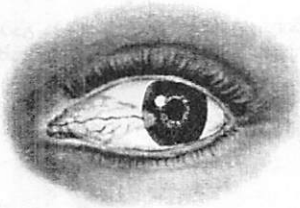
	ჩქოვანას დაზიანება ან ინფექცია	მწვავე ირიტი	გლაუკომა
			
სინითლის ნიშნები	ცრცრიანური სხეულის ინფექცია: ღრმა სისხლძარღვების გაფართოება, რაც ჩანს სისხლძარღვოვანი სხივების ან ჩქოვანას კიდეზე მონითალო-იისფერი ნათების სახით. ცრცრიანური სხეულის ინფექცია მნიშვნელოვანი ნიშანია ამ სამი დაავადების, მაგრამ არა ამჯერად. თვალი შეიძლება დიფუზურად იყოს განითლებული. ამ დაავადებების სხვა ნიშნებია ტკივილი, არათანაბარი გუგები, ჩქოვანას გამჭვირვალობის შემცირება.		
ტკივილი	ზომიერი ან ძლიერი, ზედაპირული	ზომიერი, ქავილი, ღრმა	ძლიერი, ქავილი, ღრმა არ აღინიშნება
მხედველობა	როგორც ნესი, დაქვეითებული	დაქვეითებული	დაქვეითებული
თვალიდან გამონადენი	წყლიანი ან ჩირქოვანი	არ არის	არ არის
ბუგა	არ ზიანდება, ვიდრე ირიტი არ განვითარდება	შეიძლება პატარა და ღრმად არათანაბარი იყოს	გაფართოებული, ფიქსირებული
ჩქოვანა	ცვლილება მიზეზზეა დამოკიდებული	სუფთა ან ოდნავ შემღვრეული	დახაზული ან შემღვრეული
მნიშვნელობა	ნაკანრები ან სხვა დაზიანებები; ვირუსული და ბაქტერიული ინფექცია	შეინყმარება მხარე ოკულერის და სისტემის დაავადებებთან	თვალის შიდა ნნევის სნრაფი მომატება



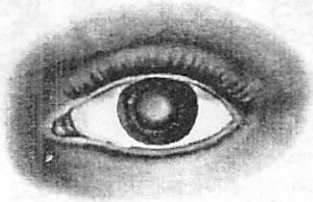
ჰქოვანას ჰგოლი. ჰქოვანას ჰგოლი ჰჰის თხელი მონაცჰისფჰო-თეთჰი ჩჯაღი ან ჰგოლი ჰქოვანას ჯიღესთან ახღოს. იგი ვითაჰღება ასაჯის მატებასთან ერთად, მაგჰამ, შეიძღება, ახაღგაზჰღებშიც გაჩნღეს, განსაჯეთჰებით ათჰო-ამეჰიჯეებში. ახაღგაზჰღებში ჰქოვანას ჰგოლი მიეთითებს ჰიპეჰიპოჰჰოტეინემიაზე. ჩვეულებჰივ ჯეთიღთვისებიანია.



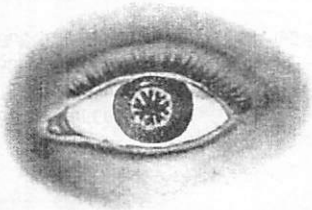
ჰქოვანას ნანიბეჰი. ჰქოვანას ნანიბეჰი ჰჰის ზედაპიჰეული მოთეთჰო-ჩეხი ფენის დაბინღვა ჰქოვანაზე, ჰომეღიც აღჰე გაღატანიღი ანთების ან ღაზიანების შეღეგად ჩჩება. მისი ზომები და ჯონტეჰები სხვაღასხვანაჰჰია. ნანიბეჰი ჰჰ უნღა შეგეშაღოთ ჯატაჰაქტაში, ჰომღის ღჰოს ღაბინღვა ჩანს გუგის შუაში და ღჰმად.



ჰტეჰიგიუმი. ჰტეჰიგიუმი ჰჰის ჯონიუნქტივას სამჯეთხეღის ფოჰმის გასქეღება, ჰომეღიც ნეღა იზჩჩება ჰქოვანას ზედაპიჰიღან ჩვეულებჰივ ცხვიჰისჯენ. ღჰოღაღჰო შეიძღება სინითღე განვითაჰღეს. ჰტეჰიგიუმმა შეიძღება მხედველობაზე იმოქმეღოს გუგაზე გავჰცეღების გზით.



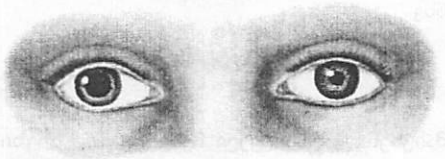
ჯატაჰაქტა. ჯატაჰაქტა ჰჰის ბჰოღის შემღვჰევა, ჰომეღიც ჩანს გუგაზე. ყველაზე ხშჰი მიზეზია ღიღი ასაჯი.
ბიჰითვული ჯატაჰაქტა. ბიჰითვულ ჯატაჰაქტას გვეჩჩღით განათებაზე ჩეხი ფენი აქვს. ჰოცა გუგა ჯაჩგაღაა გაფჰთოვებული, მოჩეხ შემღვჰევას გაჰს შავი ჩგოღი აქჰავს. ოფთაღმოსკოპის საშუალებით ჯატაჰაქტა ნითელი ჩეფლექსის ფონზე შავად ჩანს.



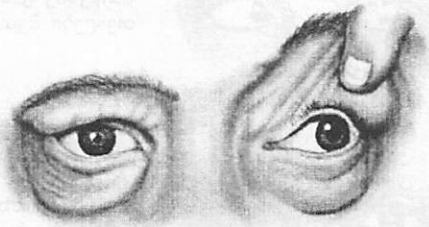
ჰეჰიფეჰიული ჯატაჰაქტა ნაჰმოქმნის ჩჩიჰისებუჩ შემღვჰევებს, ჰომღებიც მწვეჰივით მიმაჰთულია ცენტჩისჯენ. გვეჩჩღით განათებით ჩჩიჩებ ჩეხი ფენისაა, ხოღო ოფთაღმოსკოპიუჰაღ - შავი. გაფჰთოებული გუგა, ჩოგოჩც სუჰათზეა ნაჩვენები, აღვიღებს ამ გამოკვლევებს.

გუგის პათოლოგიები

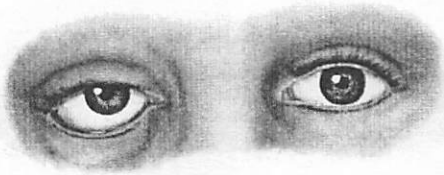
ახათანაბარი გუგები (ანიზოკორია). ხოლესაც ანიზოკორია უფრო მეტადაა გამოხატული ჯამჯამა სინათლეზე, ვიდრე სუსტ განათებაზე, უფრო დიდი გუგა სათანადოდ ვერ იკუმშება. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს თვალის ბღაგვი ტრავმა, ღია ჯუთხიანი გლაუკომა და ამ თვალის ფუნქციის გარსზე პარასიმპათიკური ნეირის გამტარებლობის შესუსტება და თვალის მამოძრავებელი ნეირის პარეზი. თუ ანიზოკორია უფრო მეტადაა გამოხატული სუსტ სინათლეზე, მაშინ უფრო პატარა გუგა სათანადოდ არ ფართოვდება, ისევე, როგორც ჰორნერის სინდრომის დროს, სადაც მიზეზი სიმპათიკური ნეირის გამტარებლობის შესუსტებაა.



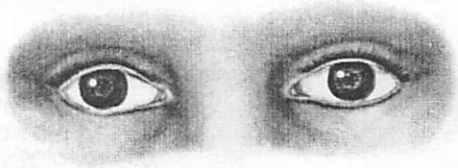
ტონური გუგა [Adie-ს (ადიე) გუგა]. ტონური გუგა არის დიდი, უცვლელი და, როგორც წესი, უნიკატეარული. სინათლეზე მისი რეაქცია სუსტია ან საერთოდ არ არის. ახლო მხედველობის რეაქცია ძალიან დაბალია. ნელი აკომოდაცია მხედველობის დაბინდვას იწვევს. მყესთა ღრმა რეფლექსები ხშირად შემცირებულია.



თვალის მამოძრავებელი ნეირის პარეზი (თავის ტვინის III ნეირი). გუგის გაფართოება (დაახლოებით 6-7 მმ-მდე) ფიქსირდება სინათლეზე და ახლოს ყურებისას. აქ ნარჩენები ზედა ქუთუთოს ფტოზი და თვალის ლატერალურად გადახრა აღინიშნება ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის (უფრო მეტად გაფართოებული და ფიქსირებული გუგა (8-9 მმ-მდე) შეიძლება იყოს აკრობინის მსგავსი სამკურნალო საშუალებების აღგილობრივი მოქმედების შედეგი).

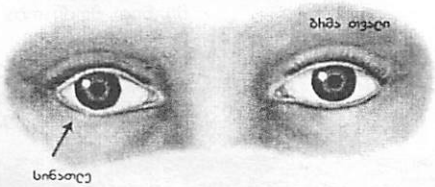


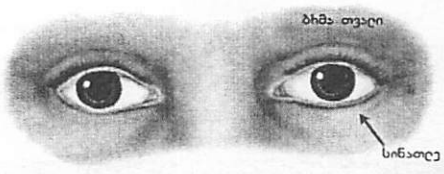
Horner-ის (ჰორნერი) სინდრომი. დაზიანებული გუგა, შევინრივების მიუხედავად, ნელა რეაგირებს სინათლეზე და ახლოს ყურებაზე. აღინიშნება ქუთუთოს ფტოზი, ასევე, ამავე მხარეს შუბლზე ნაკლები ოფლის გამოყოფა. თანდაყოლილი ჰორნერის სინდრომის დროს ხდება ფერადი გარსის შეფერილობის შემცირება ჯანმრთელთან შედარებით (ჰეტეროქრომია).



პატარა არათანაბარი გუგები. პატარა განსხვავებული გუგები, რომლებიც არ რეაგირებენ სინათლეზე, მაგრამ რეაგირებენ ახლოს ყურებაზე, მიუთითებს არგილ-რობერტსონის გუგაზე. მისი მიზეზი ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის, არის ცენტრალური ნეირული სისტემის სიფილისური დაზიანება.

თანაბარი გუგები და ერთი ბრმა თვალი. ცალმხრივი სიბრმავე არ გამოინვევს ანიზოკორიას, სანამ ორივე ფერადი გარსის სიმპატიკური და პარასიმპატიკური ინერვაცია ნორმალურია. ჯანმრთელ თვალში სინათლის მინათება იწვევს ამ თვალის პირდაპირ რეაქციას და ირიბ რეაქციას ბრმა თვალში. ამავე დროს, სინათლის მინათება ბრმა თვალში არ იწვევს რეაქციას არც ერთ მათგანში.





ანაკონიუგირებული მზერა

მზერის დაჩლუნგების სხვადასხვაობას ექიმები ორ ჯგუფად განიხილავენ: ღეროს განვითარების დაჩლუნგებებს და თავის ტვინის ნერვების დაზიანებას

განვითარებითი დაჩლუნგებები
შეიძლება გამონვეული იყოს თვალის კუნთების ტონუსის დაჩლუნგვით. ამის მიზეზი მრავალია, შეიძლება იყოს მემკვიდრეული და უმეტესად გამოვლინდეს ადრეული ბავშვობის ასაკში. თვალის გადახრის კლასიფიკაცია მიმართულების მიხედვით მოიცავს:
კონვერგენციულ (შიდა) სიელმეს - ეზოტროპია.
დივერგენციულ (გარეთა) სიელმეს - ეგზოტროპია.





დახუჭვა-გაღების ტესტი.
შეიძლება დაგეხმაროთ დახუჭვა-გაღების ტესტი. აქ მოცემულია მარჯვენა მონოკულარული სიელმის სურათი.



ჰიპოვანას ჰეფლექსი ასიმეტრიულია.



დახუჭვა: მარჯვენა თვალი მოძრაობს გარეთ სინათლისკენ (მარცხენა თვალი დახუჭულია, მაგრამ მოძრაობს მიგნითა მიმართულებით იმავე გრადუსით)



გაღება: მარცხენა თვალი მოძრაობს გარეთ სინათლისკენ. მარჯვენა თვალი ჯერავ მიგნით იხრება.

ჭრილული ნერვების დაზიანებები. მოზრდილებში ანაკონიუგირებული (ანაშეუღლებული) მზერის ახალი შემთხვევის მიზეზი თავის ტვინის ნერვების დაზიანებაა. მიზეზებია ტრავმა, გაფანტული სკლეროზი, სიფილისი და სხვ.

მარცხენა განმზიდველი ნერვის (VI) პარეზი



მარჯვნივ გახედვისას
თვალები შეთანხმებულია

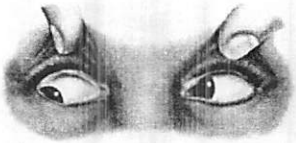


პირდაპირი მზერისას
ვლინდება ეზოტროპია



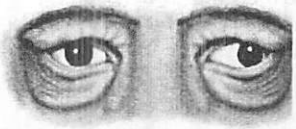
მარცხნივ გახედვისას
ეზოტროპია მაქსიმალურია თავის ტვინის IV ნერვის

მარცხენა ქალისებური ნერვის (IV) პარეზი



ქვემოთ და მარჯვნივ
ყურებისას მარცხენა თვალს არ შეუძლია ქვემოთ ყურება, რაც მიგნითაა შეტრიალებული. ამ მიმართულებით გადახრა მაქსიმალურია.

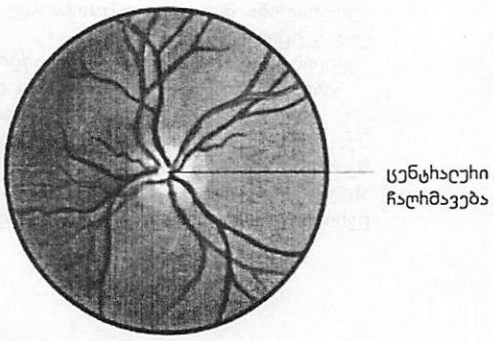
მარცხენა სამწვერა ნერვის (III) პარეზი

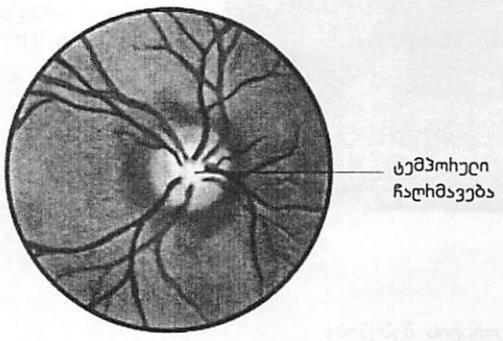


პირდაპირ და ზემოთ ყურება. თვალებს გარეთ ამოძრავებს მე-6 ნერვი. ზევით, ქვევით ან შიგნით მოძრაობა შეზღუდულია ან, საერთოდ, შეუძლებელია. შეიძლება ახლდეს გუგის გაფართოება და ფტოზი.

მხედველობის ნერვის დვრილის ცვლილების ვარიაციები

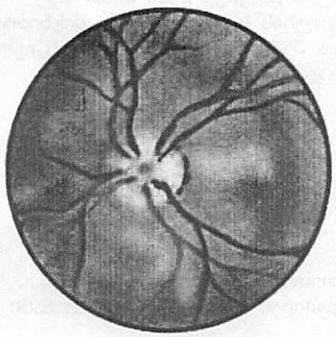
ფიზიოლოგიური ფოსო





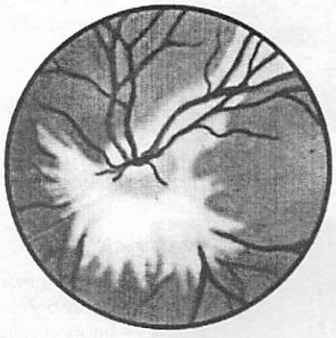
ეს არის დვრილის მცირე ზომის მოთეთრო ჩაღრმავება, საიდანაც მოემართებიან ბადურის სისხლძარღვები. ზოგჯერ ფოსო არ ჩანს, მაგრამ, ჩვეულებრივ, მდებარეობს შუაში ან დვრილი საფეთქლის მხარეს ნაწილში. მის ფეძეზე ხშირად ჩანს ხუთი ფერის ღარები.

ჭრილები და ჩაღრმავებები



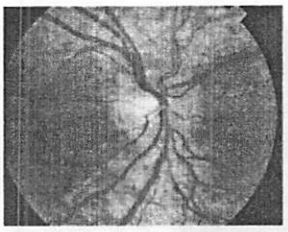
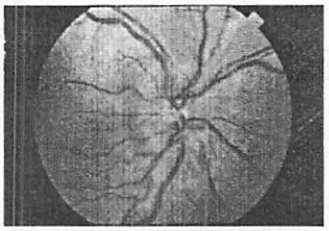
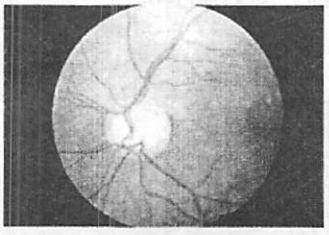
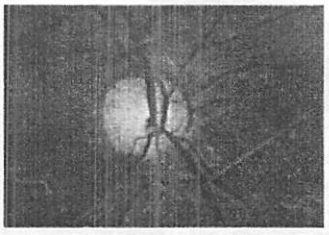
მხედველობის ნერვის დვრილის გარშემო ხშირად ჩანს ჭრილები და ჩაღრმავებები. ესენია განვითარების ვარიაციები, რომელშიც შეგიძლიათ შეამჩნიოთ ან თეთრი სკლერა, ან ბადურის შავი პიგმენტი, ან ორივე ერთად, განსაკუთრებით, დვრილის საფეთქლის ნაწილში. ჭრილები და ჩაღრმავებები დვრილის ნაწილებს არ წარმოადგენენ, ამიტომ დვრილი დიამეტრის განსაზღვრის დროს ისინი არ უნდა გაითვალისწინოთ.

მეტწილადებული ნერვული ბოჭკოები.



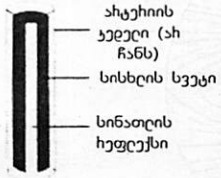
მეტწილადებული ნერვული ბოჭკოები (მიელინის გარსით გარშემორტყმული) შეღარებით იშვიათი, მაგრამ მკვეთრი სიმპტომია. ვლინდება ჰოგორც თეთრი ღარები არასწორი ჯიღეებით, ისინი ფარავენ დვრილს და ბადურის სისხლძარღვებს. პათოლოგიური მნიშვნელობა არ გააჩნია.

მხედველობის ნერვის დვრილის პათოლოგიური ცვლილებები

	პროცესი	გამოვლინება
ნორმა		
	ნერვული სისხლძარღვები დვრილს ნორმალურ შეფერილობას აძლევს	შეფერილობა მოყვითალო-ნარინჯისფერიდან ღია ვარდისფრამდე. დვრილის კიდეები მკვეთრია (შესაძლოა, ბადურის მხარეს ნაკლებად მკვეთრი იყოს). [illegible] ფეთქლისკენ. ის შეიძლება [illegible] იყოს ან საერთოდ არ იყოს. [illegible] დვრილის დიამეტრის [illegible] ნაკლებია.
დვრილის შეშუპება		
	ვენური შეგუბება იწვევს სისხლსავსეობას და შეშუპებას	ვარდისფერია, ჰიპერემიული. დვრილის სისხლძარღვები უფრო ჯარგად ჩანს, უფრო მრავალრიცხოვანია, დვრილი კიდეებთან დაკნინებულია. დვრილი ამობურცულია და არამკვეთრი კიდეები აქვს. ფიზიოლოგიური ჩაღრმავება (ექსკავაცია) არ ჩანს.
გლაუკომური ჩაღრმავება		
	თვალის შიგნითა ნაწილის მომატება იწვევს ჩაღრმავების გაღრმებას (დვრილის გვერდითი ჩაღრმავება) და ატროფიას.	ფიზიოლოგიური ჩაღრმავება გაღრმებულია, უჭირავს დვრილის დიამეტრის ნახევარზე მეტი და ვრცელდება მისი კიდეებისკენ. ბადურის სისხლძარღვები შიგნითაა ჩაწეული და შეიძლება ცხვირის მხარეს იყოს გადანაცვლებული.
ატროფია		
	მხედველობის ნერვის ბოჭკოების დაზიანება იწვევს დვრილის სისხლძარღვების შემცირებას	თეთრი ფერისაა დვრილის სისხლძარღვები არ ჩანს

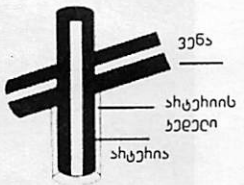
ბადურას არტერიები და არტერიულ-ვენური ჯვარედინები ნორმა და ჰიპერტენზია

ნორმალური ბადურის არტერიები და არტერიულ-ვენური (A-V) ჯვარედინები.

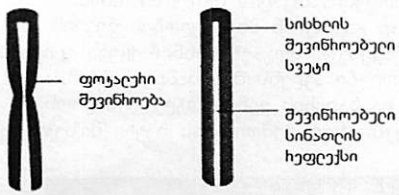


ნორმალში არტერიის კედლები გამჭვირვალეა. მის შიგნით შეგვიძლია დავინახოთ სისხლის სვეტი. ნორმალური სინათლის ჰეფლექსი ვინრაა – სისხლის სვეტის დიამეტრის დაახლოებით 1/4.

იმის გამო, რომ არტერიის კედლები გამჭვირვალეა, ვენა, რომელიც მის ქვემოთ გადის, შეიძლება გამოჩნდეს არტერიის სისხლის სვეტის ზევით ან გვერდით.



ბადურის არტერიების მდგომარეობა ჰიპერტენზიის დროს



ჰიპერტენზიის დროს არტერიებზე შეიძლება ვნახოთ ადგილობრივი ან განზოგადებული შევინრება. სინათლის ჰეფლექსიც ასევე შევინრებულია. მხვავი თვის ან წლის შემდეგ არტერიის კედლები სქლდება და ნაცრად გამჭვირვალე ხდება.

სპილენძის მავთულები



ზოგჯერ არტერიები, განსაკუთრებით, დვრიტთან ახლოს, ხდება სავსე და დაცარიელი და ვითარდება სინათლის ჰეფლექსის მომატება, სისხლძარღვები იძენს სპილენძისფერ ნათებას. ამ მოვლენას ეწოდება სპილენძის მავთულის ნიშანი.

ვერცხლის მავთულები

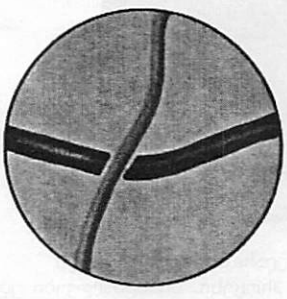


იშვიათად, არტერიის შევინრებას ახლავს კედლის შემღვრევა, რის გამოც არტერიის შიგნით სისხლი არ ჩანს. მას ვერცხლის მავთულის ნიშანი ეწოდება. ეს ცვლილებები, ძირითადად, ბატარა ტოტებში ვითარდება.

არტერიულ-ვენური ჯვარედინები

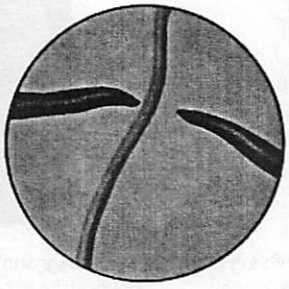
როდესაც არტერიის კედელი კარგავს გამჭვირვალობას, ცვლილებები ვითარდება არტერიულ-ვენურ ჯვარედინებშიც. ბადურის გამჭვირვალობის დაქვეითება, ასევე, ინვევს ქვემოთ მოყვანილ ორ ცვლილებას:

დამარცვა ან A-V განყვეტა.



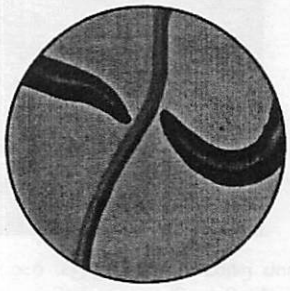
ვენები არტერიის ირმელიმე მხარეს მკვეთრად ნყდება.

ჯონესური შევინრება



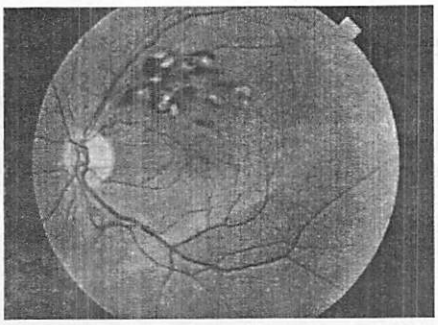
ვენები ჯონესურად ვინრდება ქვევით ან არტერიის მხარეს.

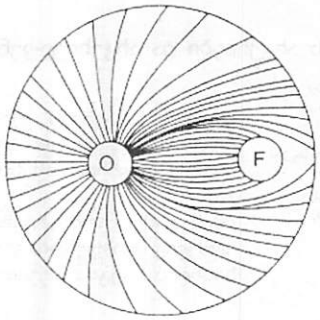
მოხრა.



ვენები იღუნება არტერიის დისკარეს მხარეს და ნარმოქმნის მუქი ფერის ფარითი არეს.

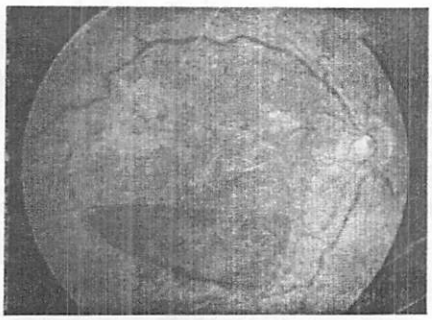
თვალის ფსკერის წითელი ლაქები და ზოლები

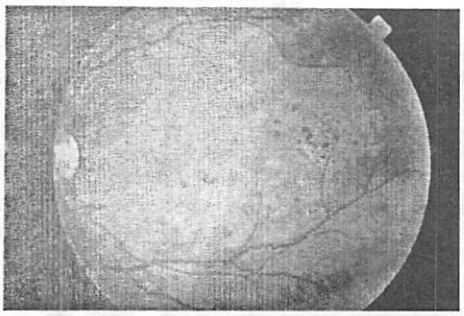




ბადურის ზედაპირული სისხლჩაქცევები.

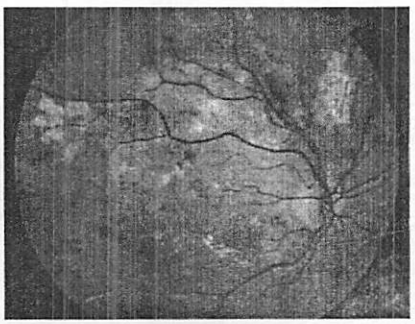
ბადურის ზედაპირული სისხლჩაქცევები პატარა ზომის, ხაზოვანი, წითელი ფერის ზოლებია თვალის ფსკერზე. ისინი წარმოიქმნებიან ნერვის ბოჭკოების ზედაპირული ტოტებისგან, რომლებიც ჰადიალურად გამოდიან მხედველობის ნერვის დვრილიდან, როგორც ნაჩვენებია ნახატზე (O – ოპტიკური ნერვი, F – ფოვეა (ჩაღრმავება)). ზოგჯერ სისხლჩაქცევა ვრცელდება ჯონაში და დიდი სისხლჩაქცევის სიმეტრიას იძლევა, მაგრამ ყიდეებზე არსებული ზოლები ავლენს მის ნამდვილ ზომას. ზედაპირული სისხლჩაქცევები ვითარდება მძიმე ჰიპერტენზიის, დვრილის შეშუპების და ბადურის ვენის ოკლუზიის დროს. იშვიათად ზედაპირული სისხლჩაქცევას თეთრი ფერის ფიბრინის შემცველი ცენტრი აქვს. ასეთ ჰემორაგიას ბევრი მიზეზი აქვს.

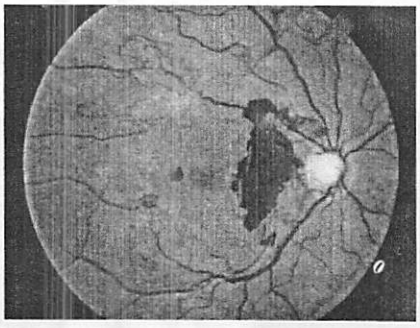




ჰეჰეტინული (ბადურის წინა) სისხლჩაქცევა. ბადურის წინა სისხლჩაქცევა ვითარდება, როდესაც სისხლი ჩაედინება ბადურასა და მინისებურ სხეულს შორის არეში. ეს სისხლჩაქცევა უფრო დიდია, ვიდრე ბადურის სისხლჩაქცევა. ვინაიდან ის ბადურის წინ მდებარეობს, ხელს უშლის ბადურის სისხლძარღვების დანახვას. ავადმყოფის ფეხზე დგომისას წითელი უჯრედები ქმნიან ჰორიზონტალურ ხაზს, რომელიც განასხვავებს პირველს ზევით და უჯრედებს ქვევით. მიზეზია თავის ქალას შიდა ნიველის სნეფა ანევა.

მიჯრომანევრიზმა. მიჯრომანევრიზმა არის მცირე ზომის მრგვალი ლაქა, რომელიც ჩვეულებრივ, მაგრამ არა ყოველთვის, ჩანს მაკულაში ან მის ახლოს. ის წარმოადგენს ბადურის წვრილი სისხლძარღვის გაფართოვებას, მაგრამ სისხლძარღვთა შეერთების ადგილი იმდენად მცირეა, რომ მისი დანახვა ოფთალმოსკოპის საშუალებით ვერ ხერხდება. მიჯრომანევრიზმა დიაბეტური რეტინოპათიისთვის დამახასიათებელი, მაგრამ არა სპეციფიკური, ნიშანია.

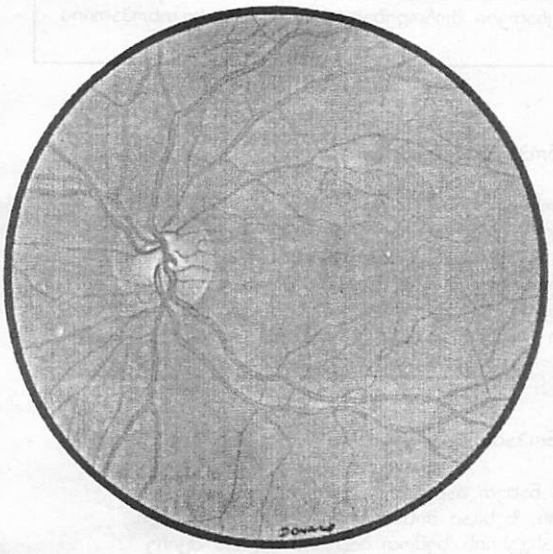




ბადურის ღრმა სისხლჩაქცევა. ბადურის ღრმა სისხლჩაქცევა პატარა ზომის, მრგვალი, ოდნავ არასწორი, წითელი ფერის ლაქაა, მას ზოგჯერ წერტილოვან ან ლაქოვან სისხლჩაქცევას უწოდებენ. ის ბადურის უფრო ღრმა ფენაში ვითარდება. ხშირი მიზეზია შაქრიანი დიაბეტი.

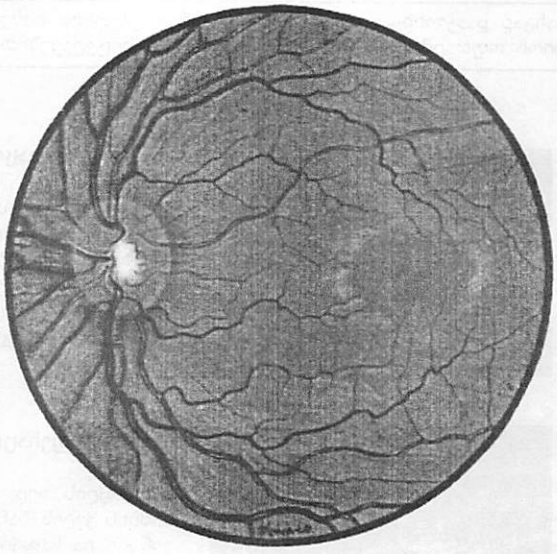
ნეოვასკულარიზაცია. ნეოვასკულარიზაცია არის ახალი სისხლძარღვების წარმოქმნის პროცესი. სისხლძარღვები უფრო მრავალრიცხოვანი, უფრო დახლართული და ვიწროა, ვიდრე სხვა სისხლძარღვები, ისინი ქმნიან განსხვავებული შესახედაობის ჯაჭვებს. ხშირად ვითარდება დიაბეტური რეტინოპათიის გვიან, პროლიფერაციულ სტადიაზე. სისხლძარღვები შეიძლება წარიზარდოს მინისებურ სხეულში და, ამის შედეგად, ბადურის აშრევებამ ან სისხლჩაქცევამ გამოიწვიოს მხედველობის დაქვეითება.

თვალის ფსკერი



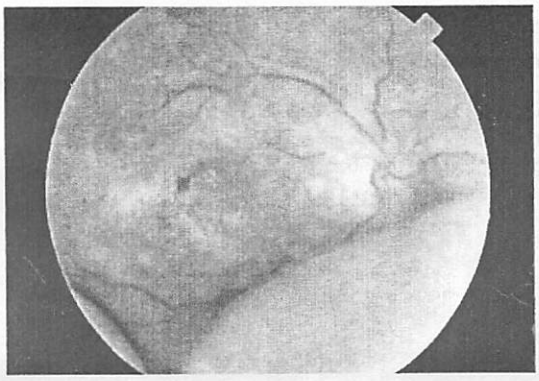
ნორმალური ფსკერი თეთრკანიან ადამიანებში.

დაათვალიერეთ მხედველობის ნერვის დვრილი. გაყევით მთავარ სისხლძარღვებს ოთხი მიმართულებით, ჩაინიშნეთ მათი მიახლოებითი ზომები, არტერიულ-ვენური ჯვარედინების ხასიათი – არ ორივე ნორმალურია. დაანგრილით ყვითელი ხალის არეს, არ შეიმჩნევა ოდნავ ბნელი ფოვეა. ამ წერტილში სინათლის ჩაფლექსი არ ჩანს. დაანგრილით, არის თუ არა ჩარიე დაზიანება ბადურაზე. არის თუ არა ხაზები, მოზარკუმობა, დაანგრილით, როგორია თვალის ფსკერი, განსაკუთრებით ქვედა ველი. ეს გამოდის ნორმალური ქორიოიდული სისხლძარღვებიდან, რომელიც ცედად ჩანს პიგმენტის გამო.



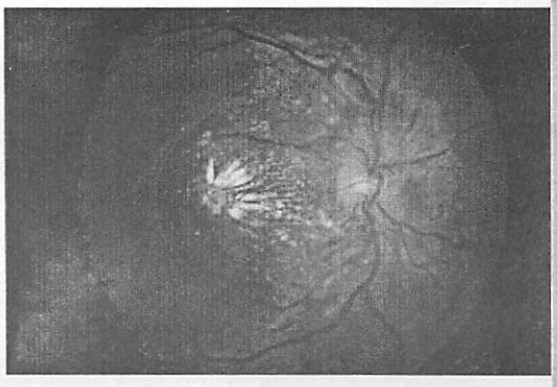
შავკანიანი ადამიანების ნორმალური ფსკერი.

ჯერარ დაათვალიერეთ დვრილი, სისხლძარღვები, მაკულა, ბადურის ფონი. ჩვეული ფოვეას ირგვლივ არის ნორმალური სინათლის ჩაფლექსი. შეადარეთ ფსკერის ფერი იუსტაფოვეაზე მოცემულს. მას აქვს მონაცრისფრო ყავისფერი შეფერილობა, ხორკლიანი ფორმა, რომელიც ბადურის პიგმენტიდან და ქორიოიდეადან მოდის. ამ პიგმენტის გამო გაუჯვარედად ჩანს ქორიოიდული ვენები და არ ვლინდება მოზარკუმობა. ამ სურათისგან განსხვავებით, მუქი ფერის თმის მქონე თეთრკანიანის ფსკერი შედარებით უფრო მონითალოა.



ჰიპერტენზიული რეტინოპათია.[32]

დაათვალიერეთ ფსკერი. მხედველობის ნერვის დვრილის ცხვირისკენა ხიდე ნაშლილია. სინათლის ჩაფლექსი არტერიების ზემოთ და დვრილის ქვემოთ გაზრდილია. დაანგრილით ვენების ჯონესის შევინროვებას არტერიულ-ვენურ ჯვარედინების მიდამოში დვრილიდან მისი 1 დიამეტრით ზევით.



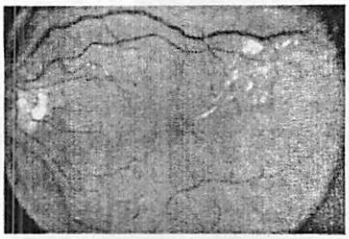
ჰიპერტენზიული რეტინოპათია და ვარსკვლავის ფორმის ყვითელი ხალი.

ნერტილოვანი ექსუდაცია ადვილად ჩანს: ზოგიერთი გაფანტულია, ზოგი მათგანი ფოვეადან სხივებად მიემართება და ნარმოქმნიან ვარსკვლავის ფორმის ყვითელ ხალს. დაანგრილით არ პატარა, ჰბილ ექსუდაცას დვრილთან ახლოს, რომლის ზომა დვრილის ერთი დიამეტრის ტოლია. მოძებნეთ ცეცხლის ალის ფორმის სისხლჩაქცევები ფსკერის 4-სა და 5 სთ-ს შორის, ცოტა მეტი ჩანს 2 სთ-თან. ფსკერის ეს ცვლილებები დამახასიათებელია ავთვისებიანი ჰიპერტენზიისთვის და მას ხშირად თან ახლავს დვრილის შეშუპებაც.

თვალის ფსკერი (გაგრძელება)

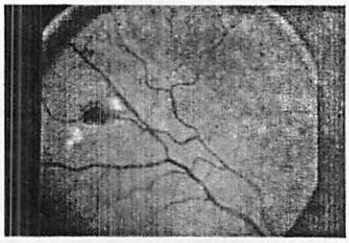
დიაბეტური ჰეტინოპათია.

ჯაჭვად დაკავშირებით ფოტოებზე მოცემულ ფსკერის ნიმუშებს. ეს სურათები მონოდებულია დიაბეტური ჰეტინოპათიის დროს ოფთალმოლოგის მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით.



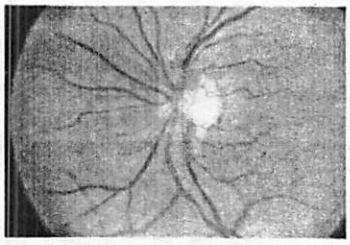
არაპროლიფერაციული ჰეტინოპათია. ზომიერი სიმძიმის.

დაკავშირებით ძალიან მცირე ზომის ლაქებს ან მიკროანევრიზმებს. ასევე ტემპორალურ (საფეთქლის) ნაწილში, ზემოთ ნახეთ მკვრივი ექსუდაციის ჩაღრმავებული (თეთრი ნეტიღები). მკვრივი ექსუდაციის არეში ჰქონდა გასქელებამ ან შეშუპებამ შეიძლება მხედველობის გაუარესება გამოიწვიოს, თუ ეს ცვლილებები მაკულას ცენტრისკენ გავრცელდება (ამის შესასწავლად აუცილებელია სპეციალიზებული სტერეოსკოპური გამოკვლევა).



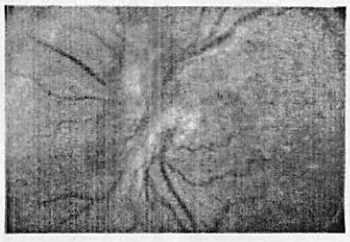
არაპროლიფერაციული ჰეტინოპათია, მძიმე.

საფეთქლის ზედა კვადრანტში ნახეთ ბადურის ფართო სისხლჩაქცევა ორ ბამბის ქულის ნაწილებს შორის, ზუსტად მის ზემოთ ბადურის მოხრილი ვენები და საფეთქლის ზედა არტერიის ზემოთ ბადურის ძალიან მცირე ზომის დაკლაკნილი სისხლძარღვები.



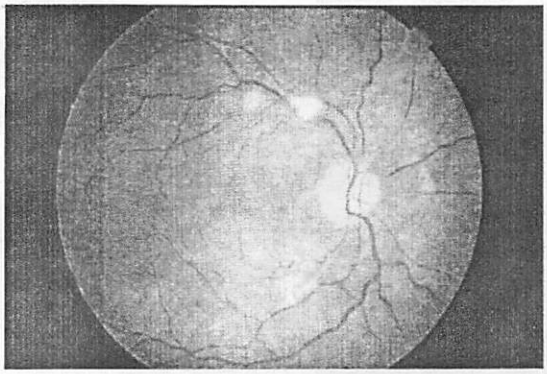
პროლიფერაციული ჰეტინოპათია ნეოვასკულარიზაციით.

დვრილზე ნახეთ ახალი პრეჰეტინული სისხლძარღვები, რომლებიც ვრცელდება დვრილის საზღვრებზე. მხედველობის სიმახვილე ნორმალურია, მაგრამ დიდია მისი შემცირების რისკი (ფოტოკოაგულაცია მხედველობის დაქვეითების რისკს ამცირებს >50%).

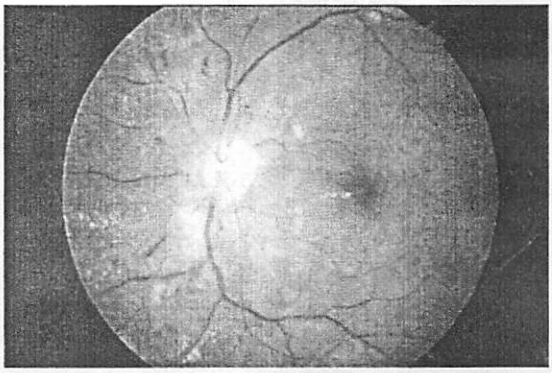


პროლიფერაციული ჰეტინოპათია, შორსწასული.

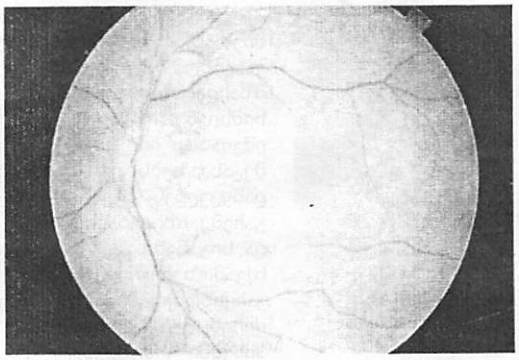
ამ სურათზე იგივე თვალია გამოსახული 2 წლის შემდეგ მკურნალობის გარეშე. ნეოვასკულარიზაცია მომატებულია, ფიბროზული პროლიფერაციით, მაკულას დამახინჯებით და მხედველობის სიმახვილის დაქვეითებით.



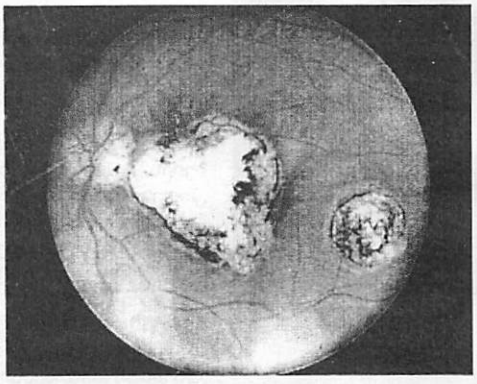
ბამბის ქული და ექსუდატები (ხბილი ექსუდატი). ბამბის ქული და ექსუდატები ახის ახასწორი კიდეების ("ხბილი") მქონე თეთრი ან მოხუხო ფეხის დაზიანება. ისინი საშუალო ზომისაა, მაგრამ, ჩვეულებრივ, დვრილზე უფრო პატარა. ისინი წარმოიქმნება ნეკროზული (ინფარქტის შემდგომი) ნეხვის ბოჭკოებიდან, რომლის მიზეზია ჰიპერტენზია და ბევრი სხვა მდგომარეობა.



მაგარი ექსუდაცია. მაგარი ექსუდაცია არის ღია ყვითელი ფეხის, ხშირად ჯაშუშა დაზიანება ჯარგად გამოხატული ("მაგარი") საზღვრებით. ის მრგვალია და მცირე ზომის (როგორც ჩანს ქვედა სურათებზე), ან შეიძლება გაერთიანდეს დიდ არასწორ ღრუდ (როგორც ეს ჩანს ზედა სურათებზე). ისინი ხშირად ვლინდება ჯონარში, ცირკულარულ, ხაზოვან ან ვარსკვლავის ფორმის სტრუქტურებში. გამომწვევი მიზეზებია დიაბეტი და ჰიპერტენზია.

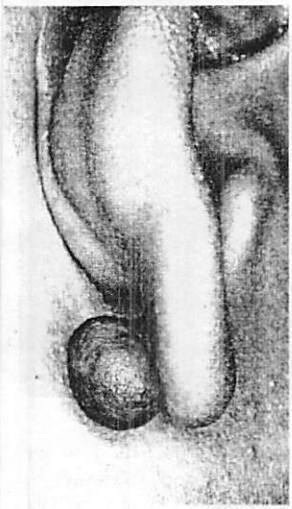


დრუზები. დრუზები არის ყვითელი ფეხის მრგვალი ღრუები, რომლის ზომა იცვლება ნამცეცებიდან პატარამდე. ისინი უსისტემოდ არიან განაწილებულნი, მაგრამ შეიძლება ჯონცენტრირებულნი იყვნენ უკანა პოლუსში.

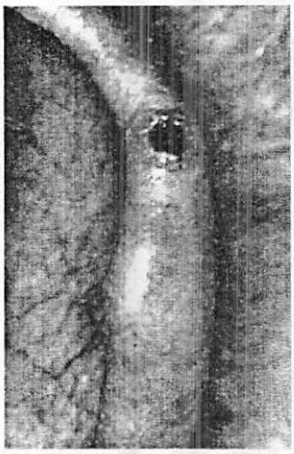


ნამჯერნაღები ქორიორეტინიტი. ამ სურათზე ნათლად ჩანს, როგორ დაარღვია ანთებითმა პროცესმა ზედაპირული ქსოვილი და ისახება მუქი პიგმენტით მონიშნული თეთრი სკლერის არასწორი ნაწილი. ზომა შეიძლება იყოს ძალიან მცირე ან ძალიან დიდი. მოცემულია ტოქსოპლაზმოზის სურათი. მრავლობითი, პატარა ზომის, დაახლოებით ერთნაირი არეები შეიძლება იყოს განვითარებული ღრუქით მჟანგავობის შემდეგ. აქვე ჩანს ნანობური მაკულას საფეთქლის მხარეს.

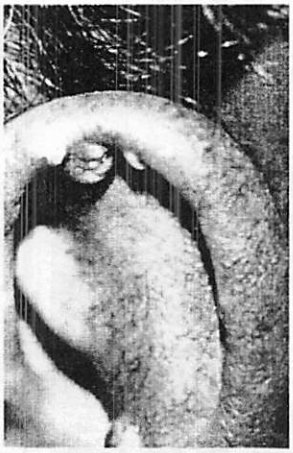
სიმაგრეები ყურზე ან ყურთან ახლოს



ჯელოიდი.
ჯელოიდი არის მკვრივი, ჯვანძოვანი, ჰიპერტროფული მასა, რომელიც ვითარდება ჯანის ნაწიბურის გასწვრივ. ჯელოიდი ყველა ადგილზე შეიძლება განვითარდეს, მაგრამ უფრო ხშირია მხრებზე და გულ-მკერდის ზედა ნაწილში. ყურის გახვრეტის შედეგად განვითარებულმა ჯელოიდმა შეიძლება ჯოსმეტიკური პრობლემა შექმნას. უფრო ხშირად ჯელოიდი მავჯანიანებს უვითარდებათ. მკურნალობის შედეგად შეიძლება უკუგანვითარდეს.



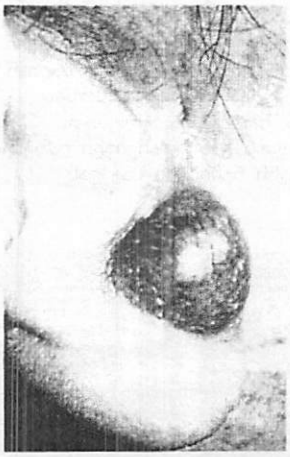
ქავლის ქონდროდერმატიტი.
ქრონიკული ანთებითი დაზიანება იწყება ჩოგრიც ქავლის მტკივნეული პაპულა. ქვედა პაპულა უფრო ახალია, ხოლო ზედა დაზიანება უფრო გვიან - დანყლულების და ფუფხის განვითარების სტადიას ასახავს. შეიძლება აღინიშნებოდეს სინითლე. დიფერენციალებისთვის საჭიროა ბიოფსიის ჩატარება.



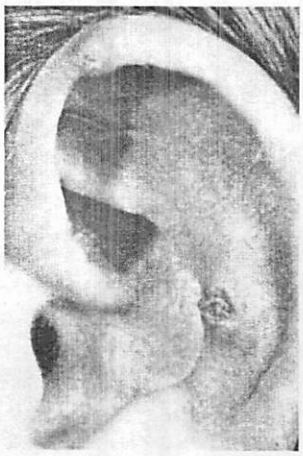
ტოფუსი.
ტოფუსი არის მარმდეგავა მარიცების ქრისტალების დაგროვება პოდაგრის დროს. იგი ჩნდება ქავლის ან ნინა ქავლის არეში მკვრივი ჯვანძის სახით, შეიძლება განვითარდეს თეთრი ქრისტალების გამოყოფა ჯანიდან. ტოფუსი ასევე შეიძლება გაჩნდეს სახსრებში, მაგალითად, ხელის, ტერფის, და სხვა. ტოფუსი სისხლში მარღვავა მარიცების მომატებიდან ჰამოდენიმე წლის შემდეგ ვითარდება. ჰიპერურიკემიის მედიკამენტური მკურნალობით ტოფუსის განვითარების სიხშირე მცირდება.



ბაზალიომა.
ყურის წინ განვითარებული ჯვანძი, რომელსაც ჰქონია ზედაპირი აქვს და სისხლძარღვოვანი ტელეანგიექტაზიები, მიუთითებს ბაზალიომაზე. ეს არის ნელა მზარდი ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს. იგი შეიძლება დანყლულდეს, მკურნალობის გარეშე იზრდება სიღრმეში და სიგანეში.
სქვამოზიანებული ჯარცინომის მსგავსად, ესეც ძირითადად თეთრკანიან პირებში ვითარდება, რომლებიც დიდ დროს ატარებენ მზის ქვეშ.



ჯანის ჯისტა.
სუპათზე ნაჩვენებ ყურის უკანა ჯისტას უწოდებენ ცხიმოვან ჯისტას. ეს არის კეთილთვისებიანი, მკვრივი ნარმონაქმნი, რომელიც ჯანში მდებარეობს და ნარმოქმნის გემბათისებურ შესივებას. ის შეიძლება იყოს მოძრავი ქვემდებარე ქსოვილების მიმართ, მაგრამ მჭიდროდ ეხება ეპიდერმისს. მის ზედაპირზე შეიძლება ჩანდეს მუქი ფერის ნეტიღი (თავი). ჰისტოლოგიურად შეიძლება გამოვლინდეს ორი სახის დაზიანება: 1. ეპიდერმული ჯისტა, რომელიც უფრო ხშირია სახეზე და ჯისერზე; 2. ათერომული ჯისტა, რომელიც თავის ჯანზე ვითარდება. ორივე შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ანთება.

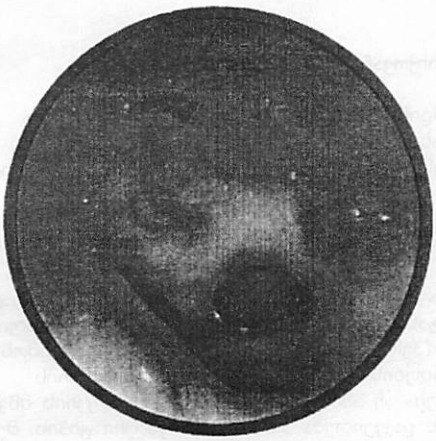


ხევმატოიდული ჯვანძები.
ქრონიკული ართრიტით ავადმყოფებს ქავლზე ან წინა ქავლზე აღენიშნებათ ერთი ან რამდენიმე მცირე ზომის ჯვანძი, რომელიც შეიძლება იყოს ხევმატოიდური ართრიტის ჯვანძი, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები. არ აურიოთ ეს ჯვანძები ტოფუსში. ნახეთ შესაბამისი ჯვანძები სხვა ადგილებში, მაგ. ხელებზე, წინა მხრის, სხივის ძვლის ზედაპირის გასწვრივ იდაყვამდე, ნვივებზე. ხშირი ტრავმების შედეგად ჯვანძი შეიძლება დანყლულდეს. ხევმატოიდული ჯვანძები შეიძლება წინ უძღოდეს ართრიტის განვითარებას.



ნორმალური დაფის აპჯი

ნორმალური მახჯვენა დაფის აპჯი (ტიმპანური მემბრანა) ახის მოვახერისფერო ნაცრისფერი. ჩაქუჩის ტარი ნაწილობრივ დახრილ პოზიციაში დევს აპჯის ზედა ნაწილის უკან. მცირე მოხრის ზემოთ უბანს დაფის აპჯზე მოდუნებული ნაწილი ეწოდება, დანარჩენ ნაწილს კი დაჭიმული. ჩაქუჩის ნინა და უკანა ნაკეცი, რომელიც დახრილად მიემართება მოკლე მოხრის აღგილიდან ზემოთ, აპჯის მოდუნებულ ნაწილს ყოფს დაჭიმული ნაწილისგან. აღნიშნულის დანახვა მაშინ ახის შესაძლებელი, როდესაც დაფის აპჯი ეკვკასიის პროცესიდან დაუბრუნდება სანყის პოზიციას. ამ სურათზე სინათლის კონა აპჯის მწვერვალიდან ანათებს ქვევით და ნინ. ჩაქუჩის უკან დაფის აპჯის უკანა მხარეს მოჩანს გრემლის ნაწილი. პატარა სისხლძარღვები, რომელიც ჩაქუჩის ტარის გასწვრივ მოჩანს, ნორმის ფარგლებშია.



დაფის აპჯის პერფორაცია.

პერფორაცია ახის დაფის აპჯზე გაჩენილი ხვრელი, რომელიც უმეტესად გამოწვეულია შუა ყურის ჩირქოვანი ინფექციით. პერფორაცია შეიძლება იყოს ცენტრალური, რომელიც არ ვრცელდება აპჯის კიდემდე, და მარგინალური, რომელიც მოიცავს აპჯის კიდეს. უფრო ხშირია ცენტრალური პერფორაცია, რომელიც აქ ახის იღესტრირებული. ამ შემთხვევაში პერფორაციული უბანი ბეჭდისებრად გარშემორტყმულია განითლებული გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც მიგვანიშნებს ქრონიკულ ინფექციურ პროცესზე. აპჯი თვითონ ხორცდება, ნარმოიქმნება ნაწიბური, რომლის სახღვარი არ ჩანს. ინფიცირებული შუა ყურიდან პერფორაციული ხვრელის საშუალებით შეიძლება დრენირებული იქნას შიგთავსი, რომელიც ამ სურათზე არ ჩანს.
დაფის აპჯის პერფორაციული ხვრელი ხშირად იხურება მკურნალობის პროცესში, რომელიც იღესტრირებულია შემდეგ ფოტოზე. მემბრანა, რომელიც ხურავს ხვრელს, შეიძლება იყოს ძალიან თხელი და გამჭვირვალე.

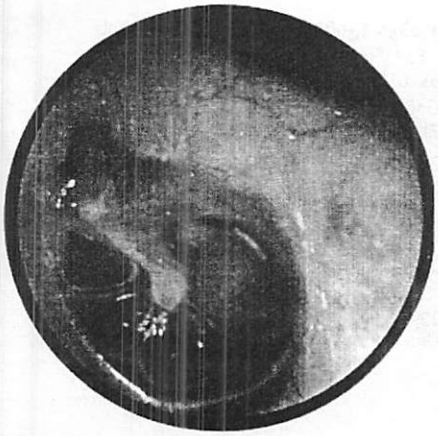


ტიმპანოსკლეროზი.

ეს მარცხენა ყურის აპჯის ქვედა ნაწილი არის დიდი, ცარცივით თეთრი უსწორმასწორო კერებით. ეს ცვლილებები დამახასიათებელია ტიმპანოსკლეროზისათვის: ჰიალინური ქსოვილის ფენებად დალექვა ტიმპანურ მემბრანაზე, რომელიც ხშირად თან სდევს შუა ყურის ანთების ხანგრძლივ ფორმებს. ის უმეტესად არ ანიანებს სმენას და იშვიათადაა კლინიკურად მნიშვნელოვანი.

სხვა სახის პათოლოგიებს მიეკუთვნება განკურნებული პერფორაცია (დიდი ოვალური არე აპჯის უკანა ზედა ნაწილზე და ხელარაკული (გადაზნექილი) აპჯი. ხელარაკული აპჯი მეტისკენად არის გადახრილი და გრემლის ნაოჭი მკვეთრად გადაჭიმულია სახღვრამდე. ეს მოკლე მოხრი მკვეთრად გამოზნექილია და ჩაქუჩის ტარი, რომელიც შიგნითაა შეწეული მწვერვალთან, დამოკლებული და უფრო ჰორიზონტალური ჩანს.

დაფის აჰკის პათოლოგიები (გაგრძელება)



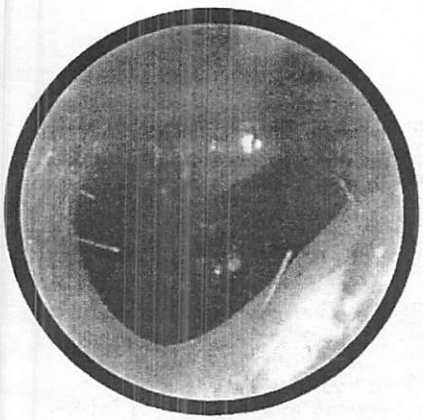
სეროზული გამონადენი

სეროზული გამონადენის მიზეზს უმეტესად ნახმოადგენს ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექცია (მედიალური ოტიტი სეროზული გამონადენით) ან ატმოსფერული ნნევის მკვეთრი ცვლილებისას ფრენის ან ყვინთვის დროს (ბაროტრავმული ოტიტი). ევსტაქის მილი ნნევას ვერ ათანაბრებს შუა ყურსა და გარეთა ყურს შორის. ჰაერი ნაწილობრივ ან მთლიანად აბსორბირდება შუა ყურიდან სისხლის ნაჯაღში და მის ნაცვლად სეროზული სითხე გროვდება. დამახასიათებელი სიმპტომებია: ყურის დაგუბება, ხმაურის შეგრძნება, სმენის დაქვეითება და შესაძლებელია ტკივილი.
ქრონიკული სითხის არსებობა დაფის აჰკის უკან დამახასიათებელია იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს ბაროტრავმის შედეგად დაუზიანდა აჰკი და განვითარდა ოტიტი. სითხის დონე - ზღვარი მანამდე არსებული ჰაერსა და ქრონიკულ სითხეს შორის, შეგვიძლია დავინახოთ ამ მოყვე მორჩის ორივე მხარეს.
ქრონიკული სითხის შიგნით შეგიძლიათ დაინახოთ ჰაერის ბუშტუკები (ყოველთვის არ ჩანს).



შუა ყურის მწვავე ანთება ჩირქოვანი გამონადენით.

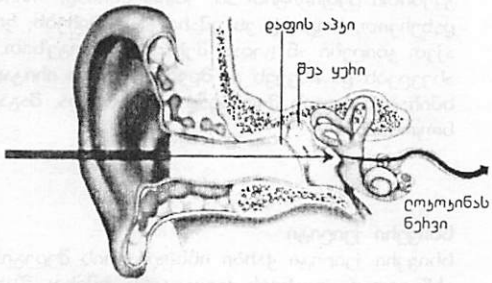
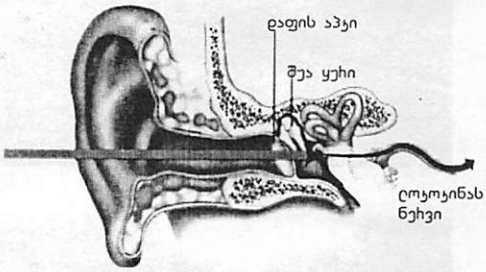
ჩირქოვანი გამონადენით მიმდინარე მწვავე შუა ოტიტის გამომწვევია ბაქტერიული ინფექცია. დამახასიათებელი სიმპტომებია: ყურის ტკივილი, ტემპერატურის მომატება, სმენის დაკარგვა. დაფის აჰკი ნითელია, ნაშლილია მისი საზღვარი, ღრუსკენ გამობერილია, რაც კარგად ჩანს თქვენს თვალწინ.
ეს მარჯვენა ყურის დაფის აჰკი გამობერილია, საზღვრები მკვეთრი არ არის. სინითლე უფრო შესამჩნევია აჰკის მწვერვალზე, მაგრამ გაფართოებული სისხლძარღვები შეგვიძლია დავინახოთ აჰკის ყველა სეგმენტზე. სწრაფად ხდება დიფუზური სინითლის განვითარება, ამას შეიძლება მოჰყვეს დაფის აჰკის სპონტანური გახვრეტა (პერფორაცია) და ჩირქოვანი მასის გადმოსვლა ყურის არხიდან. შუა ყურის ანთების დროს ტკივილის მიზეზი ნიკარის მოძრაობა ან სახურავზე დაჭერა არ არის, როგორც ეს გარეთა ყურის მწვავე ანთების დროს ხდება. სმენის დაქვეითება არის გამტარებლური ტიპის. შუა ყურის მწვავე ჩირქოვანი ანთება, უფრო ხშირია ბავშვებში, ვიდრე მოზრდილებში.



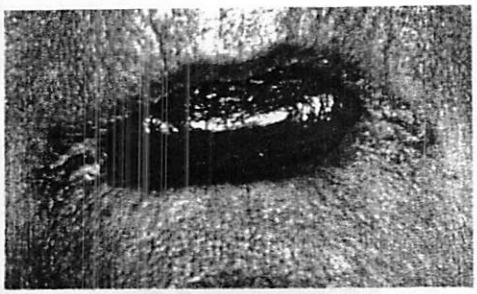
დაფის აჰკის ბულოზური ანთება.

ბულოზური დაფის აჰკის ანთება ვირუსული ინფექციით არის გამოწვეული, ხასიათდება ტიმპანურ მემბრანაზე ან სასმენ არხში (ან ორივეში) ჰემორაგიული ბუშტუკებით, რომელიც ინვევს ტკივილს. მისი სიმპტომებია: ყურის ტკივილი, სისხლნარევი გამონადენი, სმენის დაქვეითება გამტარებლობის დარღვევის ხარჯზე.
ბოლოს, ამავე ყურის აჰკზე ჩნდება ორი დიდი ბუშტუკი. აჰკი არის განიერებული და მისი საზღვარი ხდება არამკვეთრი. ასეთი მდგომარეობის მიზეზი შეიძლება ხვადასხვა სახის ვირუსი იყოს მიკროსკოპის ქვეშ.

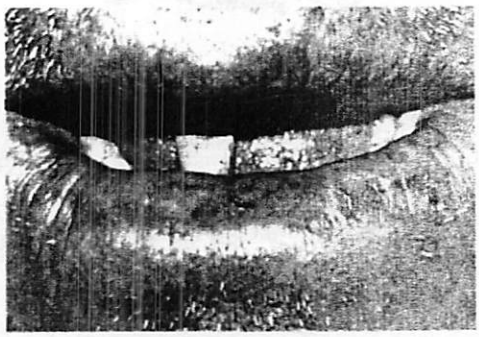
სმენის დაკარგვის მაგალითები

	გამტარებლობითი დაზიანება	სენსორნეირონული დაზიანება
		
პათოფიზიოლოგია	დაზიანება ვითარდება გარეთა ან შუა ყურში და დაქვეითებულია შიგნითა ყურში ბგერის გადაცემა. მიზეზებია უცხო სხეული, შუა ყურის ანთება, დაფის აპკის პერფორაცია და სასმენი ძვლების ოსტეოსკლეროზი	დაზიანებულია შიგნითა ყური ან ღოკოკინას ნერვი, ან მისი ცენტრალური ჯავშნიანები, ხოლო დაქვეითებულია ნერვული იმპულსის გატარება თავის ტვინში. მიზეზებია ხმაურიან გარემოში ხანგრძლივად ყოფნა, წამლების გავლენა, შიგნითა ყურის ინფექცია, ცხვება, სიმსივნე, თანდაყოლილი და მემკვიდრული დარღვევები და ასაკი.
განვითარების დრო	უფრო ხშირად ბავშვობის და სიმწიფის ასაკში, 40 წლამდე	ხშირია სამუშაო და მაღალ ასაკში
სასმენი მილი და დაფის აპკი	დარღვევა ხშირად არ ჩანს, გარდა ოტოსკლეროზის შემთხვევებისა	ჰორბემა არ ჩანს
ეფექტები	– ხმა ნაკლებ გავლენას ახდენს – ხმაურიან გარემოში სმენა თითქოს უმჯობესდება – ხმა უფრო ხმიერია, ვინაიდან შიგნითა ყური და ღოკოკინული (ღოკოკინას) ნერვი ინტაქტურია	– იკარგება მაღალი ტონები, ამიტომ ბგერები მახინჯდება – ხმაურიან გარემოში სმენა უარესდება – სმენის გაძნელების გამო ხმა უნდა მაღალი იყოს
Weber-ის (ვებერი) ტესტი - სმენის უნილატერალური (ცალმხრივი) დაკარგვა)	– ხმა განისდის ლატერალიზაციას დაზიანებულ ყურში. ვინაიდან ეს ყური არ ღიზიანდება ოთახის ხმაურზე, ჯანმრთელ ყურზე უკეთესად შეიგრძნობს კამერტონის ვიბრაციას (სცადეთ და ეხლა ყური თითით დაიხშეთ). ეს ლატერალიზაცია ქრება აბსოლუტურად ჩემ ოთახში.	– ხმის ლატერალიზაცია ხდება ჯანმრთელ ყურში. – დაზიანებული შუა ყური ან ღოკოკინას ნერვი იმპულსს ცუდად ატარებს მიუხედავად იმისა, როგორ მიდის ხმა ღოკოკინამდე. ამის გამო ხმა უკეთესად ისმის ჯანმრთელ ყურში.
Rinne-ს (რინე) ტესტი	– კამერტონი დადეთ გარეთა სასმენ ხვრელთან, შემდეგ დვრილისებური მორჩზე – ძვალში გატარება უფრო ხანგრძლივია ან ტოლია ჰაერში გატარების (BC>AC ან BC=AC). იმის გამო, რომ ჰაერით გატარება გარეთა და შუა ყურში შემცირებულია, ძვლების ვიბრაციით ხდება ხოლოდ გავრცელების გვერდის ავლა.	– კამერტონი დადეთ გარეთა სასმენ ხვრელთან, შემდეგ დვრილისებური მორჩზე – ჰაერით გატარება უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ძვლებით გატარება (AC>BC). შუა ყურში ან ხოლოდში შემცირებულია იმპულსის გატარება მიუხედავად იმისა, თუ როგორ აღწევს იმპულსი ღოკოკინას. ქარბობს ნორმალური შემთხვევები.

ტუჩების დაზიანებები



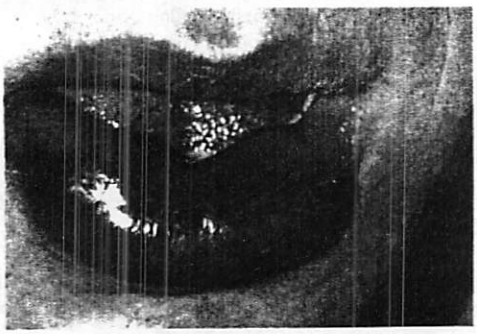
ანგულური ქეილიტი
ანგულური ქეილიტი (ტუჩის ჯუთხის ანთება) ინყება პირის ჯუთხეში ჯანის დაპბიღებით, რომელსაც მოსდევს ნაპრაღების გაჩენა. ის შეიძღება გამოწვეული იყოს ჯვებითი დეფიციტით ან, უფრო ხშირად, პირის ზედმეტი დახურვით, როგორც ეს ემართებათ პირებს, ვისაც არა აქვთ ბიღები ან ცუდად შერჩეული პროტეზით. ნერწყვი ასველებს და ინვევს იქ მდებარე ჯანის ირიტაციას, რასაც ხშირად მოსდევს მეორადად ინფიცირება, მაგალითად, სოკოთი.



სხივური ქეილიტი
სხივური ქეილიტი ქრონი ინსოლიაციის შედეგია და ირჩევითად ზიანებს ქვედა ტუჩს. ხშირია მზეზე (გარეთ) მომუშავე ღია ჯანის ფერის მამაკაცებში. ტუჩი ჯარგავს თავის ნორმალურ სინითლეს და ხდება ქერქით დაფარული, შეშუპებული და მკრივე გადმობრუნებული. ვინაიდან სხივური დაზიანება ასევე ტუჩების ჯარცინომის ხელშემწყობია, იყავით მზად ასეთი შესაძლებლობისათვის.

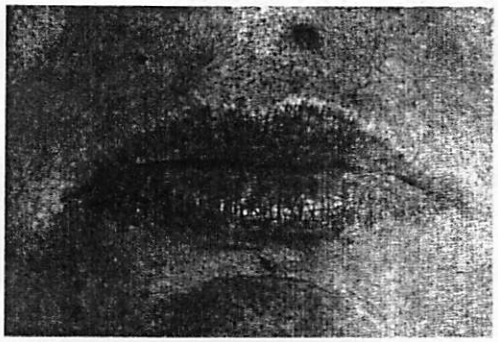


ტუჩის ჰერპესი (მარტივი ჰერპესი, ცხელების გამონაყარი)
მარტივი ჰერპესის ვირუსი (HSV) არწენს ტუჩების და გარშემო არსებული ჯანის მოქცევიდან და მტკივნეული გამონაყარს. პირველად ვითარდება ვეზიკულების პატარა ჯგუფი. მისი გახეთქვის შემდეგ ფორმირდება მოყვითალო-მოყავისფრო ქერქები და იკურნება 10-14 დღეში. ორივე ეს სტადია ჩანს სურათზე.

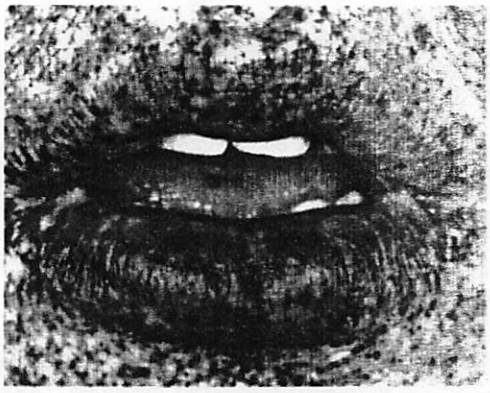


ანგიოედემა
ანგიოედემა არის დერმის და ჯანქვეშა ქსოვილის დიფუზური არანყლოვანი დაქიმული შეშუპება. იგი ვითარდება სწრაფად და ჩვეულებრივ ქრება რამდენიმე საათსა ან დღეში. თუმცა იგი ბუნებით აღრეგიულია და ზოგჯერ ასოცირებულია ფუტკრის სტებთან, იგი არ ინვევს ქავილს.

ტუჩების დაზიანებები (გაგრძელება)



მემკვიდრეობითი ჰემოხაგიული ტელეანგიოექტაზია
მხავლობითი პატარა წითელი ღაქების არსებობა ტუჩებზე მაღალი აღბათობით მემკვიდრეობითი ჰემოხაგიული ტელეანგიოექტაზიის მაჩვენებელია. ისინი შეიძლება იყოს აგრეთვე სახეზე, ხელებზე და პირის ღრუში. ეს არის დიღატირებული კაპილარები და ტრავმატიზაციის დროს შეიძლება სისხლმდენი იყოს. ასეთ ადამიანებს ხშირად აღენიშნებათ ცხვირიდან და გასტროინტესტინური ტრაქტიდან სისხლდენები.



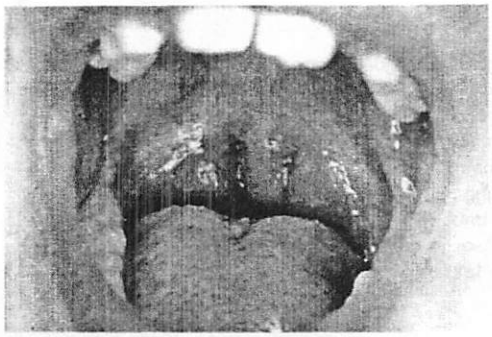
Peutz-Jegher-ის (პეიც-ჯეგერის) სინდრომი
როცა პიგმენტირებული ღაქები ტუჩებზე უფრო ამონეულია, ვიდრე გარშემო არსებული კანის ღაქები, სავარაუდოა ამ სინდრომის არსებობა. პირის ღრუს პიგმენტაციის არსებობა გვეხმარება ამ დიაგნოზის დადგენაში. პიგმენტირებული ღაქები შეიძლება ასევე იყოს სახესა და ხელებზე. ხშირად ასოცირებულია მხავლობით ნაწლავის პოლიპებთან.



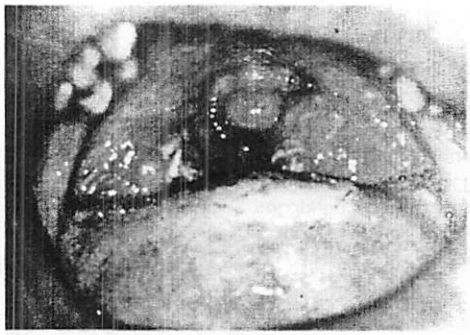
ათარმანგარი მანკი
პირველადი ათარმანგის დაზიანება შეიძლება უფრო ხშირად გარდეს ტუჩზე, ვიდრე გენიტალიაზე. ის არის მკვრივი, ბაღთის ან ფოღარის მსგავსი დაზიანება, რომელიც ნელდება და იფარება ქერქით. მანკი შეიძლება გავდეს კარცინომას ან დაგუფებულ ტუჩის ჰერპესს. ვინაიდან იგი გადამდებია, გამოიყენეთ ხელთათმანები ნებისმიერი საექვო დაზიანების გასინჯვისას.



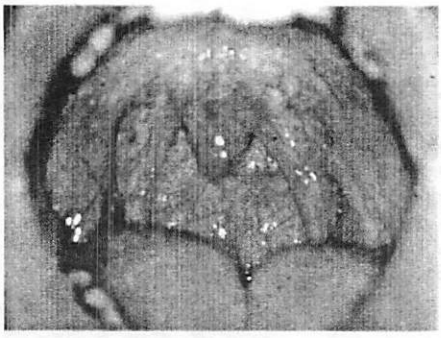
ტუჩების კარცინომა
სხივური ქეილიტის მსგავსად კარცინომა აზიანებს ქვედა ტუჩს. იგი შეიძლება გარდეს როგორც ქერქოვანი ფოღარი, როგორც ნელდი ქერქით ან ქერქის გარეშე, ან როგორც კვანძოვანი დაზიანება, რაც ნარჩენებია სუროთზე. ღია კანის ფერი და მზით სხივების ხანგრძლივი ზემოქმედება ამ პათოლოგიის ხშირი რისკ-ფარტორებია.



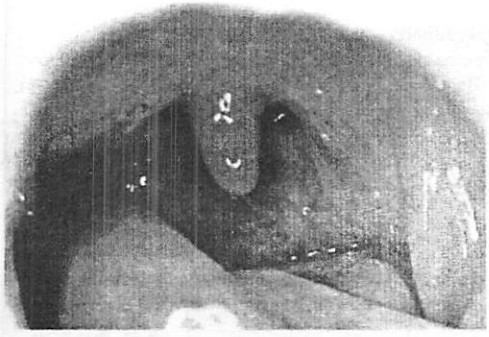
დიდი ნოჰმელი ტონზილები
ნოჰმალური ტონზილები (ნუშურები) შეიძლება იყოს დიდი ინფექციის გამოც, ჯერჯერობით ბავშვებში. ისინი შეიძლება გამოლიოლენ ჩაღრმავებიდან და ზოგჯერ შეა ხაზამდე აღწევდნენ. აქ ისინი ეხებიან ნაქის კიდეებს და ფარავენ ხახას. მათი ფერი ნორმალურია. თეთრი ნიშნები არის სინათლის გავლენა და არა ექსუდატი.



ექსუდაციური ტონზილიტი
ამ ნიმუშზე ყველა აქვს გამონაჟონი ტონზილებზე. ჯეს, ცხელებასა და ჯანსაღის გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვლებთან ერთად, ზემოთ A ჯგუფის სტრეპტოკოკული ინფექციის ან ინფექციური მონონუკლეოზის არსებობის შანსს. ჩვენებებიდან, ზოგიერთი ჯანსაღის წინა ლიმფური ჯირკვალი მატულობს ზომაში, უკანა ჯირკვლები კი - მოგვიანებით.



ფარინგიტი
ამ ორ ფოტოზე ნაჩვენებია განითლებული ყელი ექსუდაციის გარეშე.
A სერიოზე ჩაღრმავების და ნაქის სიწითლე და ვასკულარიზაცია არის სუსტი - საშუალო სიმძიმის.

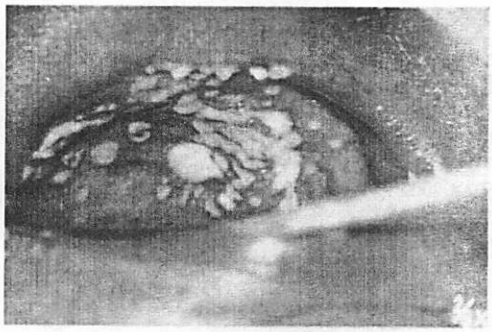


B სერიოზე სიწითლე დიფუზურია და ინტენსიური. ორივე პაციენტი, სავარაუდოდ, ურივის ყელის ტკივილს ან ჩახველის შეგრძნებას. შესაძლო მიზეზებია სხვადასხვა სახის ვირუსები და ბაქტერიები. თუ პაციენტს არ აქვს ცხელება, ექსუდაცია ან ჯანსაღის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, ორი ხშირი და მნიშვნელოვანი მიზეზებიდან, ორგორიცაა A ჯგუფის სტრეპტოკოკი და ებშტეინ-ბარის ვირუსი (ინფექციური მონონუკლეოზი), ნებისმიერი სხვა ინფექციის განვითარების შანსი არის ძალიან დაბალი.

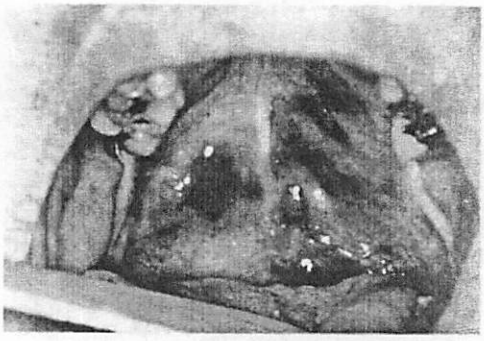
ხახის, სასის და პირის ღრუს ლორწოვანის ცვლილებები (გაგრძელება)



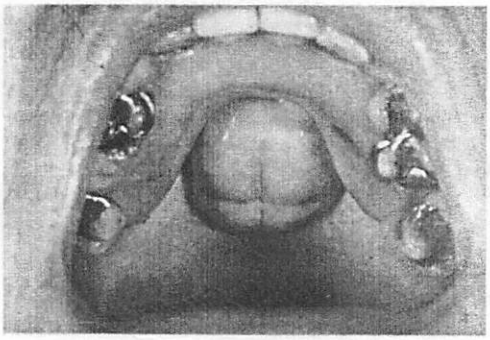
დიფტერია
დიფტერია (*Corynebacterium diphtheriae*–ით გამოწვეული მწვავე ინფექციაა). ამჟამად იშვიათია, მაგრამ ჯერ კიდევ მნიშვნელოვანი. მჭიდნარობისა და სიცოცხლის გადასარჩენად სწრაფი დიაგნოზია საჭირო. ყელი მუქი ნითელია, აღინიშნება ნაცრისფერი ექსუდატი (ფსევდომემბრანა) ნაჭუჭზე, ხახასა და ენაზე. შესაძლოა მოხდეს ჰაერგამტარი არის ობსტრუქცია.



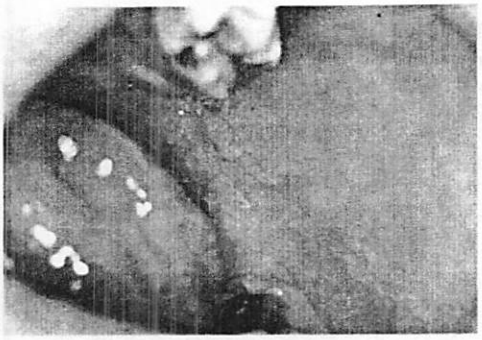
ძლიერი სისველე (კანდიდოზი)
ძლიერი არის *Candida*-თი გამოწვეული სოკოვანი ინფექცია, რაც ნარჩენებია სასაზე, თუმცა იგი შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს ნებისმიერ ნაწილში (იხ. გვ. 26). სქელი, თეთრი ფოლაქები ჩაზრდილია ქვემდებარე ღორწოვანში. ხელშემწყობი ფაქტორებია (1) ანტიბიოტიკებით ან კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა და (2) შიდსი.



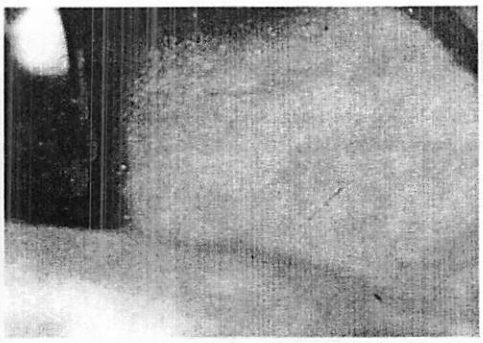
Kaposi-ს (კაპოში) სარკომა შიდსის დროს
ამ დაზიანების ღრმა ნითელი ფერი, თუმცა ყოველთვის არ არის ნათელგენილი, მაღალი ალბათობით მიუთითებს კაპოშის სარკომაზე. დაზიანება შეიძლება იყოს ამაღლებული ან ბრტყელი. შიდსით ავადმყოფთა შორის სხვა, როგორც ეს აქაა ნაჩვენები, ხშირი აღგილია ამ სიმსივნისათვის.



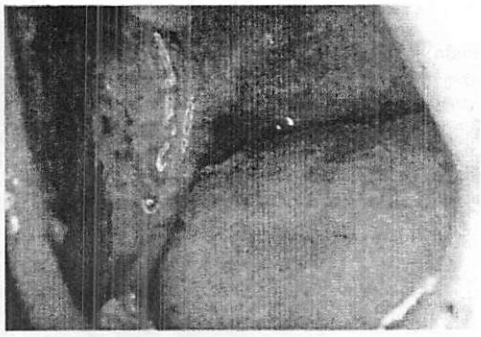
სასის შემაღლება
სასის შემაღლება არის მაგარ სასის შუა ხაზზე ძვლის ზრდა, რაც საკმაოდ ხშირია ზრდასრულებში. მისი ზომა და ნიღოვნება ცვალებადია. ჩვ მაგალითში ზედა ყბის კბილები შესაფერისად ჩაღგმულია ამაღლების ირგვლივ.



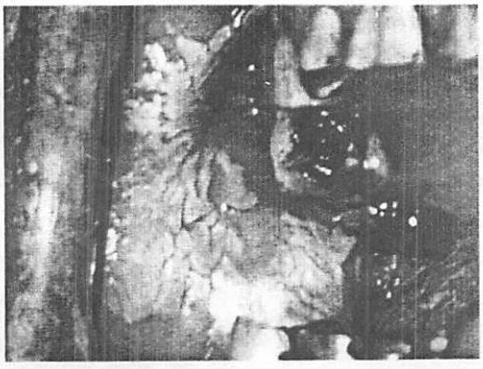
Fordyce ჰეტეროტიპიური ქონის ჯირკვლების ღრუები (გრანულები)
ჰეტეროტიპიური ღრუები არის ნორმალური ქონის ჯირკვლები, რომლებიც ჩნდებიან ხოგორც პატარა მოყვითალო ღრუები პირის ღრუს ლორწოვანზე ან ტუჩებზე. შენუხებული პირი, რომელმაც უეცრად აღმოაჩინა ამგვარი ღრუები, უნდა დაამშვიდოთ. სუსათზე ისინი უკეთ ჩანან წინა მხარეს ენასთან და ქვედა ყბაზე. ეს ღრუები, ჩვეულებრივ, მნავალრიცხოვანი არ არის.



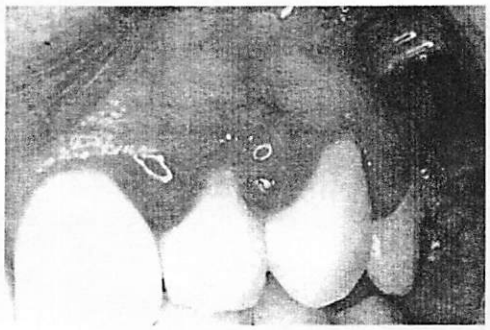
Koplik-ის (კოპლიკი) ღრუები
კოპლიკის ღრუები ნითელას აღრეული ნიშანია. გამოიკვლიეთ პატარა თეთრი ღრუები, რომლებიც ჰგავს მარილის მარცვლებს ნითელ ფონზე. ჩვეულებრივ, ისინი ჩნდებიან ღრუს ლორწოვანზე პირველ და მეორე ძირითად კბილებს მოპირდაპირე. ამ ფოტოზე დაათვალიერეთ აგრეთვე ლორწოვანის ზედა მესამედი. ნითელას გამონაყარი გაჩნდება ერთი დღის განმავლობაში.



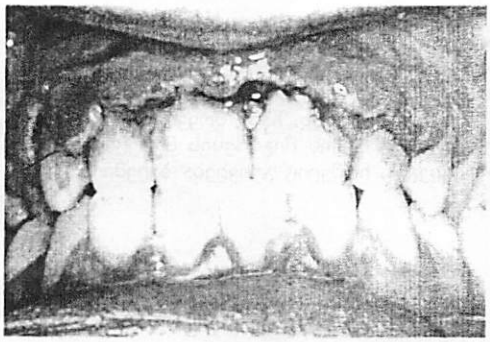
პეტექიები
პეტექიები არის პატარა ნითელი ღრუები, რომლებიც ნარმოიქმნება კაპილარებიდან სისხლის ქსოვილებში გამოჟონვისას. პეტექიები პირის ღრუს ლორწოვანში, ხოგორც ეს სუსათზეა ნაჩვენები, ხშირად გამოწვეულია ღრუს ტრამვით. პირის ღრუს პეტექიები შეიძლება გამოწვიოს ინფექციამ ან თრომბოციტების შემცირებამ, აგრეთვე ტრავმამ.



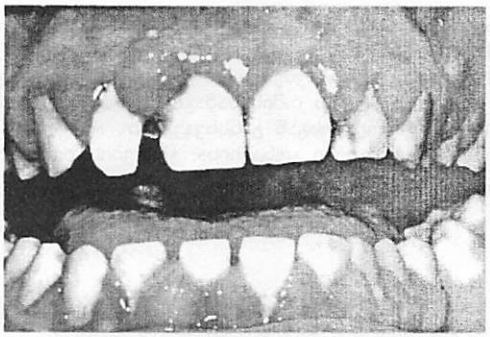
ლეიკოპლაკია
შესქლებული თეთრი ღრუ (ლეიკოპლაკია) შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერ ადგილას. ამ ლორწოვან გარსზე ნაჩვენები მკვეთრად გამოხატული მაგარითი შედეგია თამბაქოს (ღრეჯნური გამღიზიანებლის) ხშირი ღეჭვით. ასეთი ხასიათის ირიტაცია შეიძლება გახდეს ჯიბოს განვითარების მიზეზი.



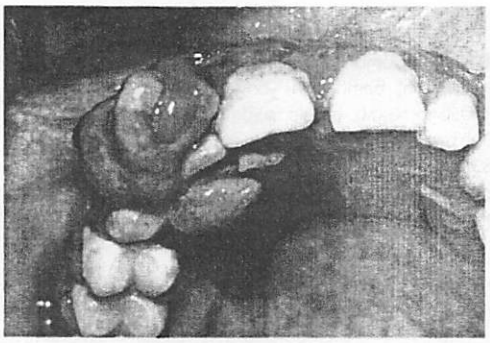
მახგინული გინგივიტი
მახგინული გინგივიტი ხშირია თინეიჯერებსა და ახალგაზრდებში. ღრძილის ჯიღეები და ჯვილთაშუა ღვრიღები შეწითლებულია და შეშუპებული. ჯვილების გახეხვა ხშირად ინვევს ღრძილებიდან სისხლდენას.
ჩფოლაქი - ნერწყვის მახიღების, ცილების და ბაქტერიების ხვიღი თეთრი შრე, რომელიც ფარავს ჯვილებს და ინვევს გინგივიტის - ყოველთვის არ ჩანს.



მწვავე ნეკროზულ-წყლულოვანი გინგივიტი
გინგივიტის ეს იშვიათი ფორმა ვითარდება მოულოდნელად მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და თან ახლავს ცხელება, სისუსტე და ღიმფური ჯირკვლების გადიდება. წყლულები ვითარდება ჯვილთაშუა ღვრიღებში, შემდგომ დესტრუქციული (ნეკროზული) პროცესი ვრცელდება ღრძილების ჯიღეებში, სადაც წარმოიქმნება ნაცრისფერი ფსევდომემბრანები. ნითელი, მტკივნეული ღრძილები ადვილად სისხლმდენია; ამონასუნთქ ჰაერს ცუდი სუნი აქვს.

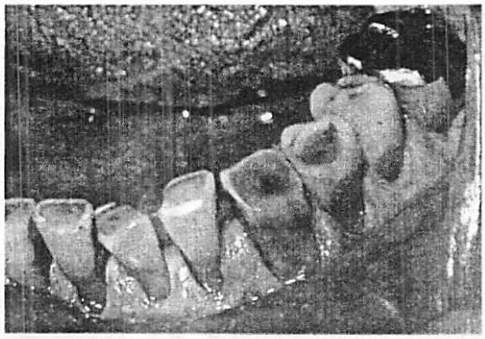


ღრძილების ჰიპერპლაზია
ჰიპერპლაზიით გადიდებული ღრძილები შეშუპებულია შეჯგუფული მასებით, რომლებმაც შეიძლება ჯვილებიც კი დაფაროს. ამას შეიძლება თან დაერთოს სინითლე და ანთება, როგორც ეს ამ მაგალითშია ნაჩვენები. მიზეზებს შორისაა ღრიატინით (როგორც ამ შემთხვევაში) მკურნალობა, სქესობრივი მომწიფება, ორსულობა და ღეიტემია.

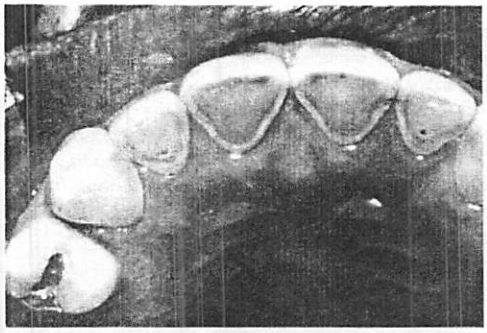


ორსულობის სიმსივნე (ეპულისი, პიოგენური გრანულომა)
ღრძილების გადიდება შეიძლება ლოკალიზდეს, შექმნას სიმსივნის მაგვარი მასა, რომელიც, ჩვეულებრივ, მოთავსებულია ჯვილთაშუა ღვრიღში. იგი ნითელია და ხვიღი, ადვილად სისხლმდენი. ამგვარი დაზიანების სიხშირე ორსულებში არის დაახლოებით 1 %. მოცემული მაგალითში ნაჩვენებია აგრეთვე თანდართული გინგივიტი.

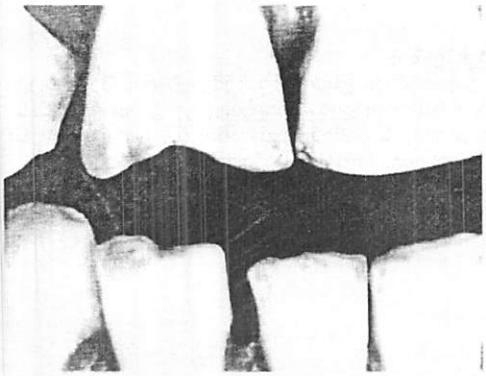
ღრძილებისა და კბილების სვლილებები (გაგრძელება)



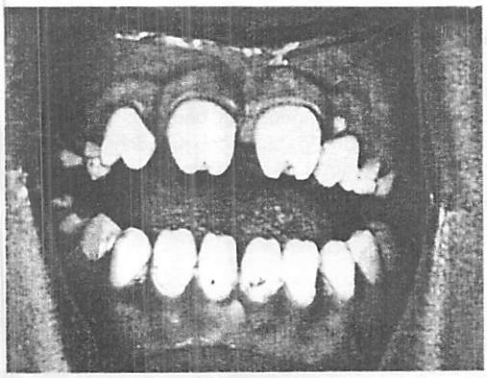
კბილების ჩამოფხეკა (გაცვეთა); ღრძილების ჩაღრმავება
ბევრი მოხუცებული ადამიანის კბილების საღეჭი ზედაპირები იფიტება მუდმივი გამოყენების გამო იმგვარად, რომ ჩანს მოყვითალო-ყავისფერი დენტინი. ამ პროცესს გაფხეკას (გაცვეთას) უწოდებენ. დაკვირვით, აგრეთვე, ღრძილების ჩაღრმავებას, რაც გამოაჩენს კბილების ფესვებს და იძლევა "გრძელი კბილების" შესახედაობას.



კბილების ეროზია
კბილებმა შეიძლება განიცადოს ეროზია ქიმიური ზემოქმედებით. აქ მოყვანილია ზედა საჭრელი კბილის ეროზია ენის ზედაპირის მხარეს, ჩანს მოყვითალო-ყავისფერი დენტინი. ჯეს ჯეჭის მიგრთავსის მოხერხებულ ჰეგეჰგიტაციის შედეგია, რომელიც გვხვდება ბულემიის დროს.

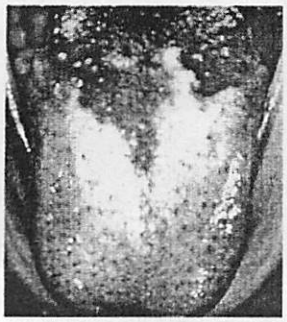


კბილების გაცვეთა ნაჭდევებით
კბილების საჭრელი ზედაპირები შეიძლება გაცვდეს ან გაუჩნდეს ნაჭდევები ხშირი ტრავმების, როგორიცაა ფრჩხილების ჯვნეტა ან ჩაინის თმის სამაგრის კბილებით დაჭერა. ჰატჩინსონის კბილებისგან განსხვავებით, ამ კბილების გვერდები ნორმალური კონტურისა; კბილების ზომა და მანძილი დაუზიანებელია.



Hutchinson-ის (ჰატჩინსონი) კბილები
ჰატჩინსონის კბილები, ნორმალურ კბილებთან შედარებით, პატარა და ერთმანეთისგან მეტად დაშორებულია, მათ საჭრელ ზედაპირზე არის ნაჭდევები. კბილის გვერდები საჭრელი ზედაპირისკენ ვიწროვდება. უფრო ხშირად ზიანდება ზედა შუა მუდმივი კბილები. ასეთი კბილები თანდაყოლილი სიფილისის ნიშანია.

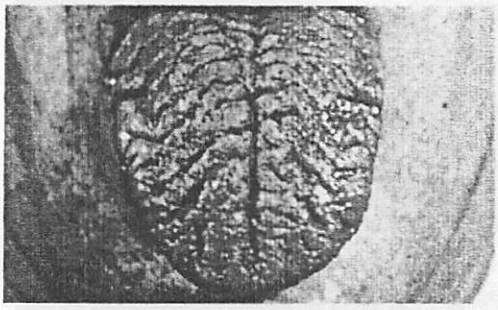
სვლილებები ენაში ან ენის ჩვე



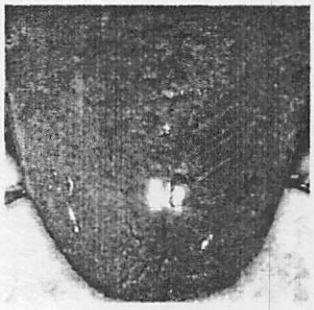
გეოგრაფიული ენა. გეოგრაფიული ენის ზედაპირზე ჩანს გაფანტული გლევი ნითელი უბნები, ეს გამიმვლებული დვრილებია. ნორმალური ხაოიანობის და დაფარული უბნების ფონზე ისინი იძლევიან ჩუქის მსგავს შესახედაობას, რომელიც დროთა განმავლობაში იცვლება. მიზეზი უცნობია, მდგომარეობა ქეთილსაიმედო.



თმიანი ენა. ასეთი ენის "თმა" შედგება ენის ზედაპირზე არსებული დაგრძელებული დვრილებისაგან და არის მოყვითალოდან მოყავისფრო ან შავი ფერის. თმიანი ენა შეიძლება ანტიბიოტიკების შედეგი იყოს, მაგრამ ასევე შეიძლება სპონტანურად ნარმოიქმნას ცნობილი მიზეზების გარეშე. იგი უვნებელია.



ნაპრალებიანი ენა. ნაპრალები ჩანს ენაზე ასაკის მატებასთან ერთად. მას აქვს ალტერნატიული ტერმინი - დაღრეჯილი ენა. ღრმებიან ენას ჩვეულებრივ დიდი კლინიკური მნიშვნელობა არა აქვს, თუმცა მასში შესაძლებელია დარჩეს საკვების ნარჩენები და გააღიზიანოს.



გლევი ენა (ატროფიული გლოსიტი). გლევი და ხშირად მტკივნეული ენა, რომელსაც დაკარგული დვრილები სავარაუდოდ ჰიბოფლავინის, ფოლის მჟავის, ვიტამინ B12, პიროდოქსინის ან რკინის დეფიციტის შედეგია. სპეციფიური დიაგნოზი ხშირად ჭირია. ასევე შესაძლოა მიზეზი კიბოს სანინააღმდეგო წამლები იყოს.



კანდიდოზი. ამ ენაზე არსებული მსხვილი თეთრი ნაღები გამონვეულია *Candida*-ს ინფექციით. მარცხნივ ჩანს ნაღები მოფხეკის შედეგად დარჩენილი წითელი ზედაპირი. ამ ინფექციას ასევე შეუძლია გამოინვიოს ენის სინითლე თეთრი ნაღების გარეშე. სხვა ფაქტორებს შორის შიდსიც ხელს უწყობს ამ მდგომარეობის გამოვლინებას

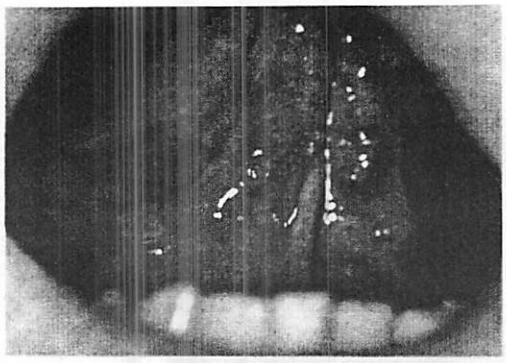


თმიანი ლეიკოპლაკია. მოთეთრო ამონვეული უბნები, რომელთაც აქვთ ბუმბულის ან ნაკეცებიანი (კბილაკოვანი) ფორმა გულისხმობს თმიანი ლეიკოპლაკიის არსებობას. კანდიდოზისაგან განსხვავებით, ეს უბნები არ იფხიკება. უფრო ხშირად ზიანდება ენის გვერდითი ნაწილები. ასეთი დაზიანებები შეიძლება ნაწარი იყოს ვირუსული ჰეპატიტისა და შიდსის დროს.

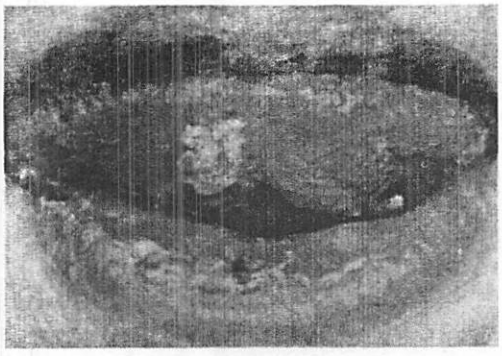
ცვლილებები ენაში ან ენის ქვეშ (გაგრძელება)



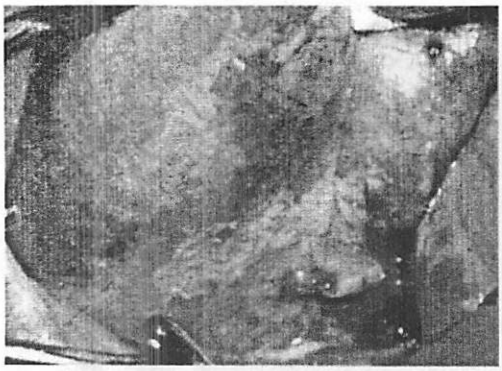
ვარიკოზული ვენები. ასაკთან ერთად ენის ქვეშ ვითარდება პატარა მუქი წითელი ან მოლურჯო-მავი მრგვალი შეშუპებები. ეს არის ენის ვენების დილატაციები და არა არქვთ რაიმე კლინიკური მნიშვნელობა. დაანყნარეთ პაციენტი, რომელიც ამის გამო შეიძლება სწუხდეს. ეს ვარიკოზები ასევე იწოდებიან "ქვრივთისების ბახიანებად".



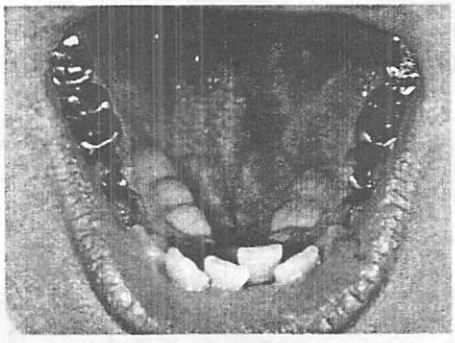
აფთოზური წყლული (ძლიანა წყლული). აფთოზური წყლულისათვის დამახასიათებელია მტკივნეული, პატარა, მრგვალი ან ოვალური წყლული, რომელიც თეთრი და მოყვითალი-მონაცრისფროა და გარშემორტყმულია მონითალო ღორნოვანის ჰალოთი. ასეთი წყლულები შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. ჩრება 7-10 დღეში, მაგრამ შესაძლოა ხელიდივი.



ათამანგის ღორნოვანი ღარი. ეს უმტკივნეულო დაზიანება გვხვდება სიფილისის მეორე სტადიაში და არის მაღალინფექციური (გადამდები). ის მცირედ ამოწეულია, ოვალურია და დაფარულია ნაცრისფერი მემბრანით. ღორნოვანი ღარები შეიძლება იყოს მრავლობითი და გვხდება ბრის ღრუს ნებისმიერ ადგილას.



ლეიკოპლაკია. ბენსისტიული, უმტკივნეულო, თეთრი ღარები ბრის ღრუს ღორნოვანში ხშირად ინოდება ლეიკოპლაკიად მანამ, სანამ ბიოფსია არ გაარკვევს მის ბუნებას. ამ სურათზე ენის ქვედა ზედაპირი გამოიყურება, როგორც თეთრად მოხატული. პატარა ღარები უფრო ხშირია. ნებისმიერი ზომის ლეიკოპლაკია ეს არის ავთვისებიანი ხრდის ცვლილებების შესაძლებლობა.



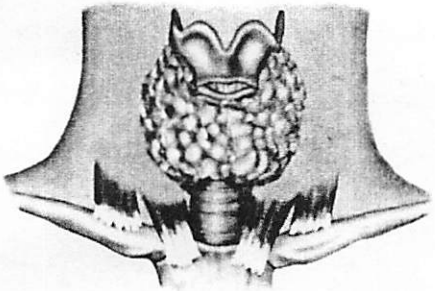
ქვედა ყბის შემაღლებები. ქვედა ყბის შემაღლებები არის მრგვალი, ძვლოვანი ბოძცვები, რომლებიც იზრდება ქვედა ყბის შიგნითა ზედაპირიდან. ისინი ჩვეულებრივ ბილატერალური და ასიმპტომურია. იშვიათ მდებარე ღორნოვანი ნორმალური ფერისაა. სახის ბოძცვების მსგავსად ისინი უვნებელია.



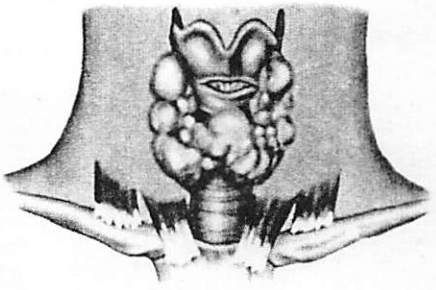
ჯარისკომა ბრის ქვედა მხარეს. ეს (სურათზე ნაჩვენები) წყლულოვანი დაზიანება არის ჯარისკომის ჩვეული ადგილზე, რომელიც გვხვდება, ასევე, ენის გვერდზე. ჯარისკომისგან მედიალურად, დათვალიერეთ ღორნოვანის მონითალო ბანი, რომელსაც ეწოდება. ლეიკოპლაკიის მსგავსად, ეროზიული მალიგნიზაციის შესაძლო მომასნავებელია.

სხრილი 6-24

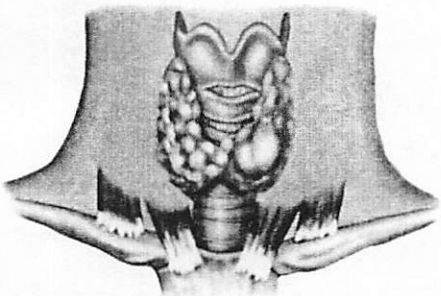
ფახისებური ჯირკვლის გადიდება და ფუნქციონირება



დიფუზური გადიდება
დიფუზურად გადიდებულ ჯირკვალში შედის ყველი და ღატეხაღური ნიღები, მაგრამ არ არის ცალ-ცალკე ბაღბირებადი კვანძები. მიზეზებში შედის გჩეიცის დაავადება, ჰაშიმოტოს თირეოიდიტი და ენდემური ჩიყვი (დამოკიდებული იოდის დეფიციტზე, ამჟამად იშვიათი აშშ-ში). სპორადული (ცალკე შემთვევები) ჩიყვი განეკუთვნება შესაბამისი მიზეზის გარეშე გადიდებულ ჯირკვალს.



ეთით კვანძი
ერთიანად ეთით კვანძი შეიძლება იყოს კისტა, კეთილთვისებიანი სიმსივნე ან ეთით კვანძი მრავალკვანძოვანი ჩიყვის შიგნით, მაგრამ იგი ასევე ზრდის მალიგნიზაციის საკითხს. დასხივება, სიმკვრივე, სწრაფი ზრდა, ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ფიქსირება, კისრის კვანძების გადიდება და მამრობითი სქესი ზრდის მალიგნიზაციის შესაძლებლობას.



მრავალკვანძოვანი ჩიყვი
ეს ტერმინი განეკუთვნება გადიდებულ ფარისებურ ჯირკვალს, რომელიც შეიცავს ერთ ან მეტ იდენტიფიცირებად კვანძს. მრავლობითი კვანძები უფრო მეტაბოლურ პროცესს განეკუთვნება, ვიდრე ნეოპლასტიურს. მაგრამ დასხივება ბავშვობის პერიოდში, ოჯახური ანამნეზი, გადიდებული კისრის კვანძები ან ეთნ-ეთნი კვანძის გადიდება, ზრდის მალიგნიზაციის რისკს.

სხრილი 6-25

თირეოიდული დისფუნქციის სიმპტომები[15,16]

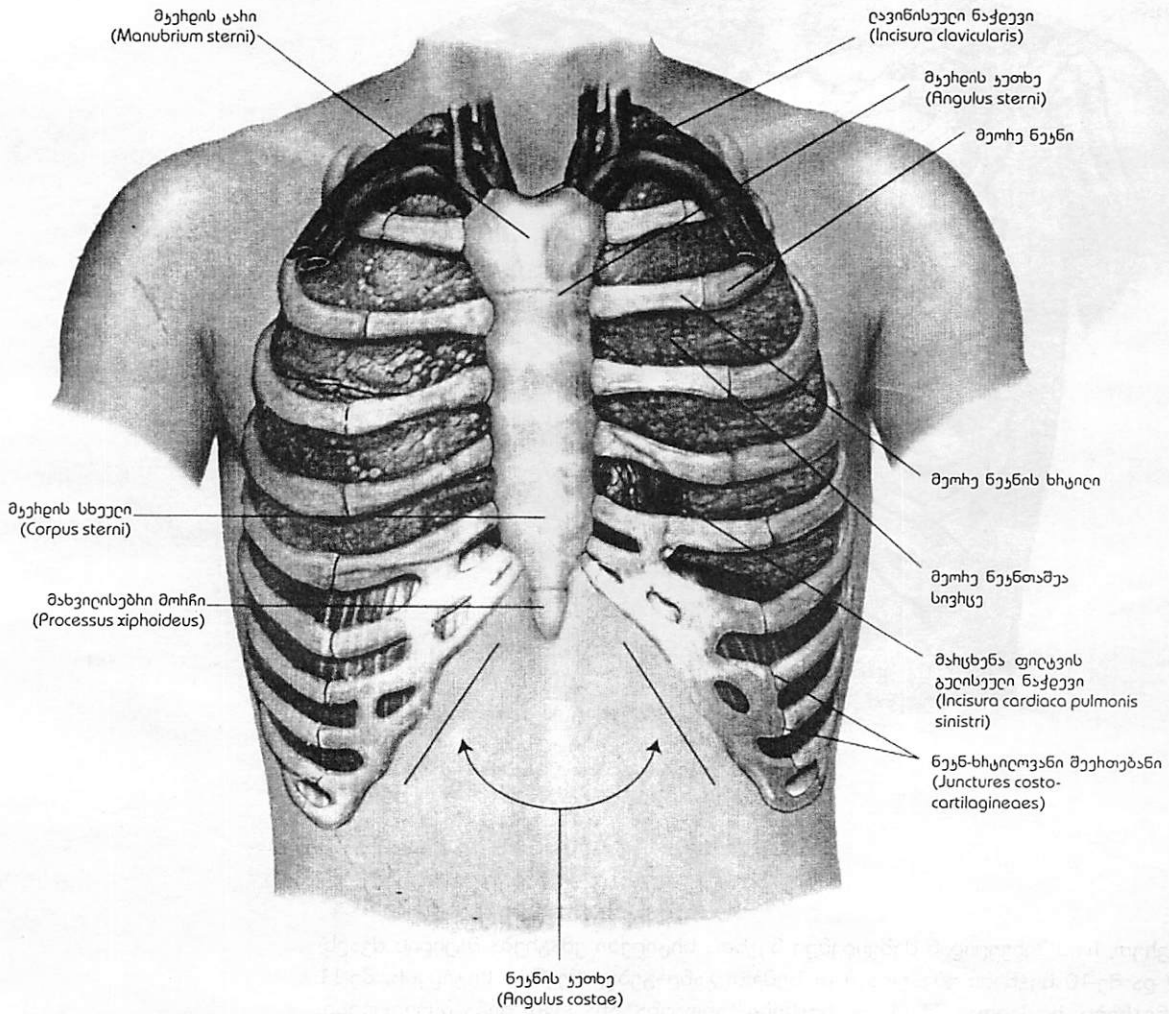
	ჰიპერთირეოზი	ჰიპოთირეოზი
სიმპტომები	ნევროზულობა გაზრდილი მადის მიუხედავად წონაში დაკლება მომატებული ოფლიანობა და მაღალი ტემპერატურის მიმართ ტოლერანტობის შეცვლა კანკალი, გაძლიერებული გულისცემის შეგრძნება ნაწლავების ხშირი მოქმედება ჰიპერსიმპათიური ტიპის კუნთოვანი სისუსტე და ტრემორი	სისუსტე, ძილიანობა წონის მომატება ანორექსიასთან ერთად მშრალი, მაგარი კანი და სიცივის შეგრძნება სახის, ხელების და ფეხების შეშუპება შეკრულობა სისუსტე, კუნთების სპაზმები, ართრალგიები, პარესთეზიები, მეხსიერების და სმენის დაქვეითება
პათოლოგიური ნიშნები	ტაქიკარდია ან წინაგულების ფიბრილაცია სისტოლური წნევის გაზრდა და დიასტოლურის შემცირება გულის ჰიპერდინამიური პულსაცია და S_1 აქცენტირება ცხელი, გლევი, ნამიანი კანი ტრემორი და ჰიპერსიმპათიური კუნთების სისუსტე გჩეიცის დაავადებასთან ერთად თვალის ნიშნები, ჰოგორნაცა დაფინებული მზერა, ქვთუთოს დახურვის დაგვიანება და ეგზოფთალმი	ბრადიკარდია და მოგვიანებით სტადიაში ჰიპოთერმია სისტოლური წნევის შემცირება და დიასტოლურის გაზრდა გულის ტონების ინტენსივობა ზოგჯერ მცირდება მშრალი, მაგარი, ცივი კანი, ზოგჯერ მოყვითალო (კაროტინის გამო) შეშუპება და თმის ცვენა მეხსიერების დაქვეითება, შეხედული სმენის დაკარგვა, ძილიანობა, პერიფერიული ნეიროპათია, სხივ-მაჯის ანკილოსტომოზი.

7

გულმკერდი და ფილტვები

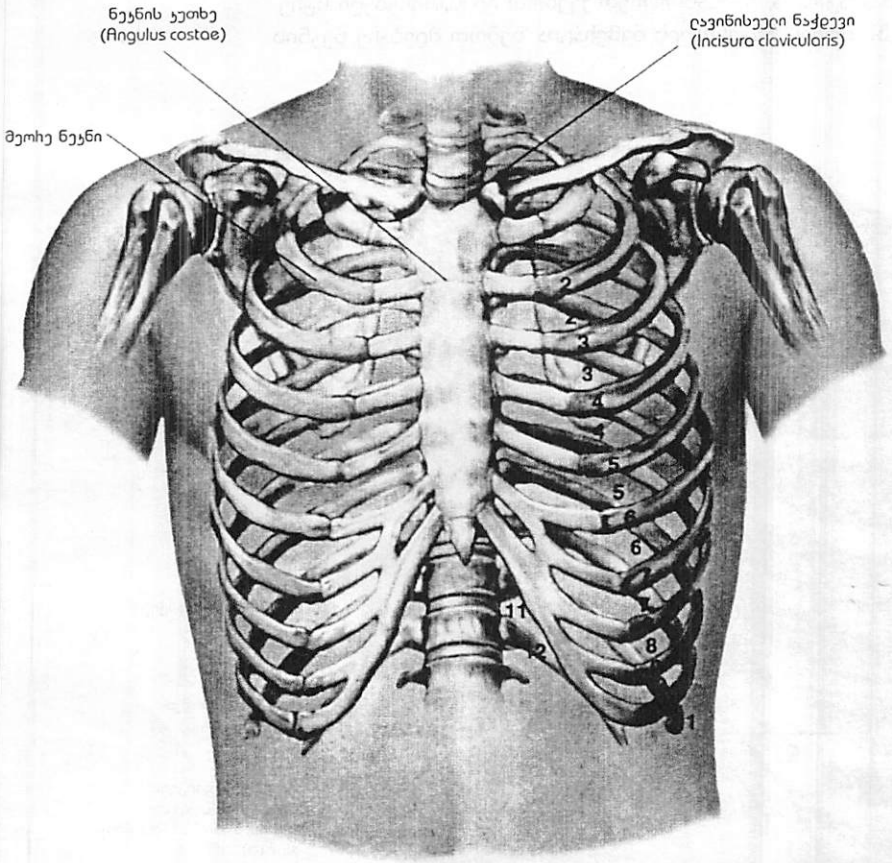
ანატომია და ფიზიოლოგია

შეისწავლეთ *გულმკერდის ყაფაზის ანატომია*, დაიმახსოვრეთ ქვემოთ იღუსტრირებული სტრუქტურები. გახსოვდეთ, რომ ოთხ ნეკნს მოხრის ინტერვალის ნუმერაცია ზემოთ მდებარე ნეკნის მიხედვით ხდება.



ადგილმდებარეობითი ორიენტაცია გულმკერდზე. გულმკერდის ახსებული პათოლოგიური ცვლილებები აღნიშნეთ ორი განზომილებაში: *ვერტიკალური ღერძის გასწვრივ* და *გულმკერდის გარშემონერილობის იზგვრივ.*

ვერტიკალური ადგილმდებარეობის განსასაზღვრად, თქვენ უნდა შეგეძლოთ ნეკნების და ინტერვალების დათვლა. *სტერნალური ჯუთხე* (მას აგრეთვე ლუისის ჯუთხე ეწოდე) საუკეთესო მაჩვენებელია: მოათავსეთ თქვენი თითი სუპრასტერნალური ნაჭდევის შეზნექ ხვრელში, შემდეგ ამოძრავეთ ქვემოთ დაახლოებით 5 სმ-ით ჰორიზონტალურ ძვლოვან შემაღლ ბეზე, რომელიც აერთებს მკერდის ძვლის ტარს სხეულთან. შემდეგ გადააადგილეთ თითი ლატერალ ად და იპოვეთ მოსაზღვრედ მდებარე მეორე ნეკნი და ნეკნის ხრტილი. აქედან, ორი თითის გამოყენებით თქვენ შეგიძლიათ ჩამოყვეთ ნეკნთაშუა სივრცეებს, იღუსტრირებული ქვემოთ ნათელი ისრებით. ნუ შეეცდებით დათვალოთ სივრცეები მკერდის ქვედა ნაწილიდან; იქ ნეკნები ძალიან ახლოსაა განლაგებული. ქალებში ნეკნთაშუა სივრცეების აღმოსაჩენად ან გადანიეთ ძუძუ ლატერალურად, ან პალპაცია უფრო მედიალურად ჩაატარეთ, ვიდრე ეს ნაჩვენებია სურათზე. შეეცადეთ, ძალიან არ დააწვეთ მკერდის მგრძნობიარე ქსოვილს.

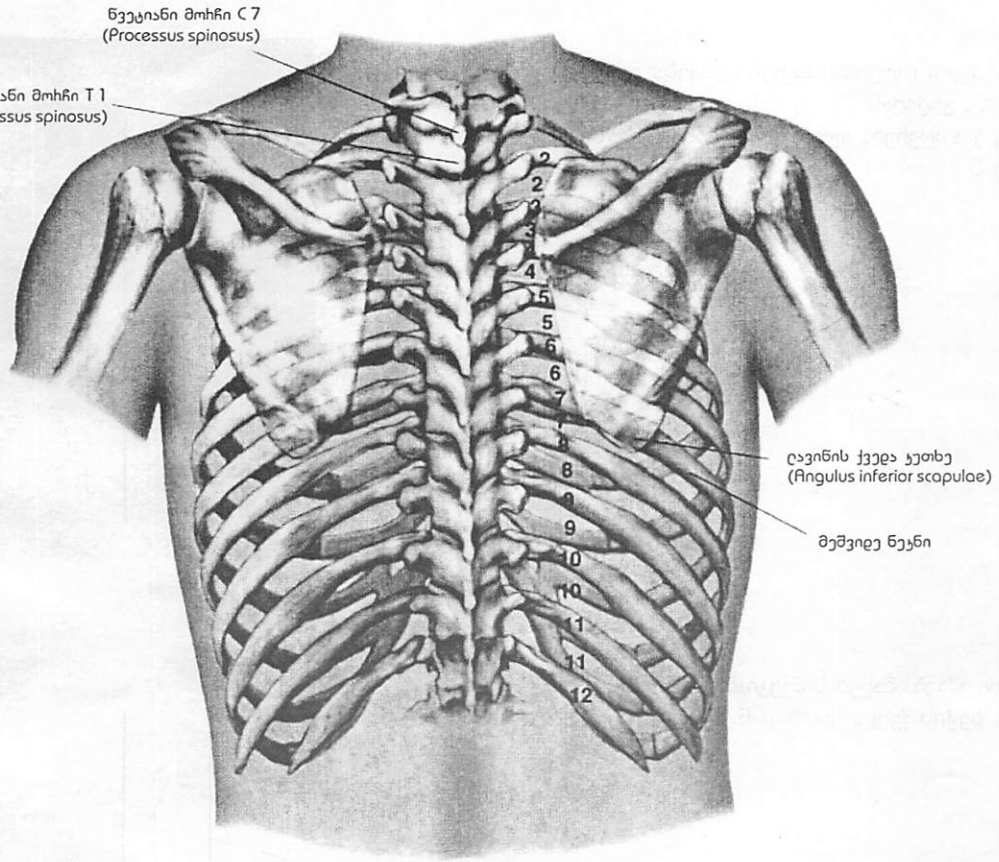


დარმახსოვრეთ, რომ პირველიდან მეშვიდემდე ნეკნთა ხრტილები ემაგრება მკერდის ძვალს; მე-8, მე-9 და მე-10 ნეკნები უშუალოდ მათ ზემოთ განლაგებულ ნეკნთა ხრტილებს. მე-11 და მე-12 ნეკნებს, რომელთაც "მოძრავი ნეკნები" ეწოდება, არა აქვთ წინა შეერთებები.

მე-11 ნეკნის ხრტილოვანი დაბოლოება, ჩვეულებრივ, შესაძლოა ღატეხილად იყოს, მე-12 ნეკნი - უკან. პალპაციისას ნეკნთა ხრტილები და ნეკნები ერთნაირად შეიგრძნობა.

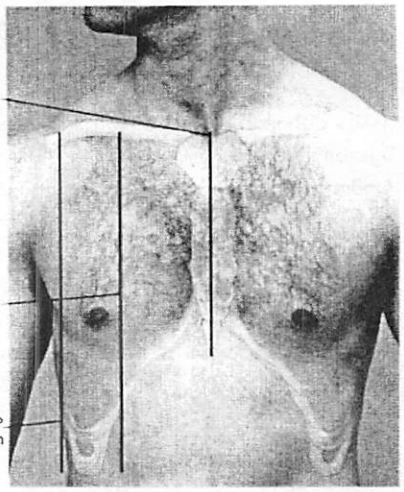
უკანა მხრიდან, მე-12 ნეკნი ახლოს მეორე შესაძლო ათვლის წერტილი ნეკნებისა და ნეკნთაშუა სივრცეების დასათვლელად: ის გვეხმარება ადგილმდებარეობის დადგენაში გულმკერდის ქვემო უკანა ზედაპირზე და შეიძლება მაშინ გამოვიყენოთ, როდესაც ნინა მიდგომა გაძნელებული. ერთი ხელის თითებით დააწექით შიგნით და ზემოთ მე-12 ნეკნის ქვედა კიდეს, შემდეგ გადათვალეთ ზემოთ ნეკნთაშუა სივრცეები (ქვემოთ ნათელი ნუმერაციით აღნიშნული), ან მიჰყევით უფრო დამდეც ხაზს ზემოთ გულმკერდის მთელ ფრონტალურ ზედაპირზე.

ბეჭის ქვედა ბოლო ახლოს კიდევ ერთი გამოსადეგი ძვლოვანი მახასიათებელი – ის, ჩვეულებრივ, მდებარეობს მე-7 ნეკნის ან ნეკნთაშუა სივრცის დონეზე.

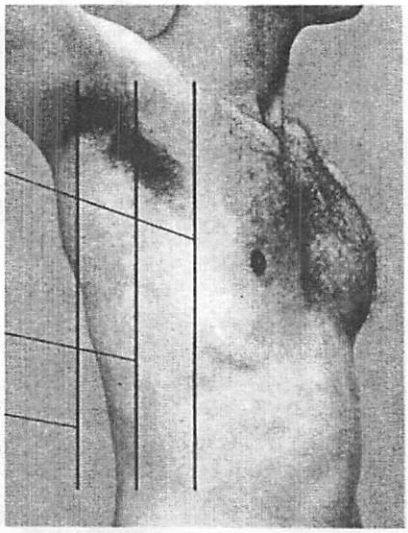


მაღების ნეკნიანი მორჩები, აგრეთვე, საჭირო ანატომიური მახასიათებლებია. როდესაც კისერი გადანეულია ნინ, ყველაზე გამოკვეთილი (ამონეული) მორჩი, ჩვეულებრივ, ახლოს C7 მაღის. თუ ორი მორჩია ერთნაირად ამონეული, მაშინ ესაა C7 და T1. თქვენ ხშირად უნდა გაარკვიოთ პალპაცია და დათვალოთ მათ ქვემოთ მდებარე მორჩები, განსაკუთრებით, როდესაც ზუსტი მოხრილია.

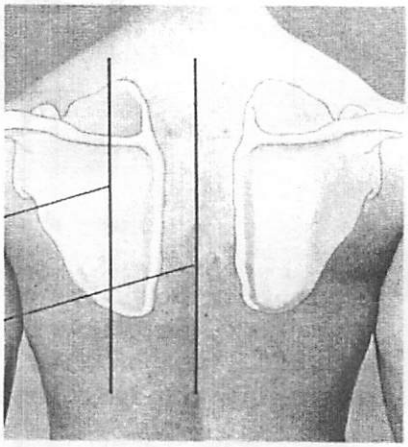
გულმკერდის გაჰშემონეხიღობაზე მაჩვენებლების (მონაცემთა) ლოკალიზაციის დადგენისთვის გამოიყენეთ ვექტორული ხაზები, ჰომლებიც ნაჩვენებია შემდეგ სამ იღუსტრაციაზე. *მკერდის ძვლის შუა* და *ხეხუმლის* ხაზები ახის ზუსტი; სხვები გამოითვლება. *ღავინშუა ხაზი* ჩამოდის ვექტორულად ღავინის შუა წერტილიდან. მის საპოვნელად, ფითხილად უნდა მოძებნოთ ღავინის ოჰიგე ბოლო (იხ. გვ. 511).



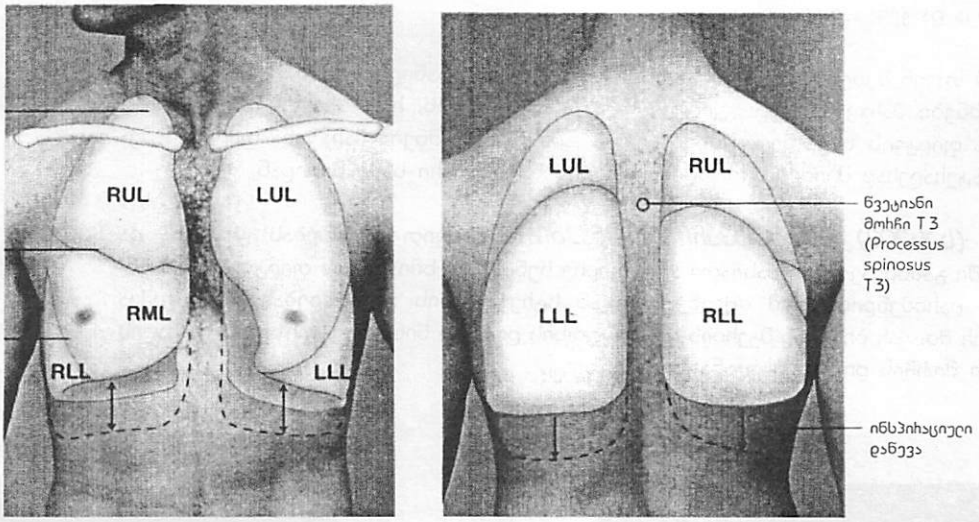
ნინა და *უკანა აქსილური (იღლიის)* ხაზები ეშვება ვექტორულად იღლიის ნინა და უკანა კიდიდან. ეს უკანასკნელი იქმნება კუნთის მასებით, ჰომლებიც ესაზღვრება იღლიას. *იღლიის* შუა ხაზი ეშვება იღლიის მწვერვალიდან.



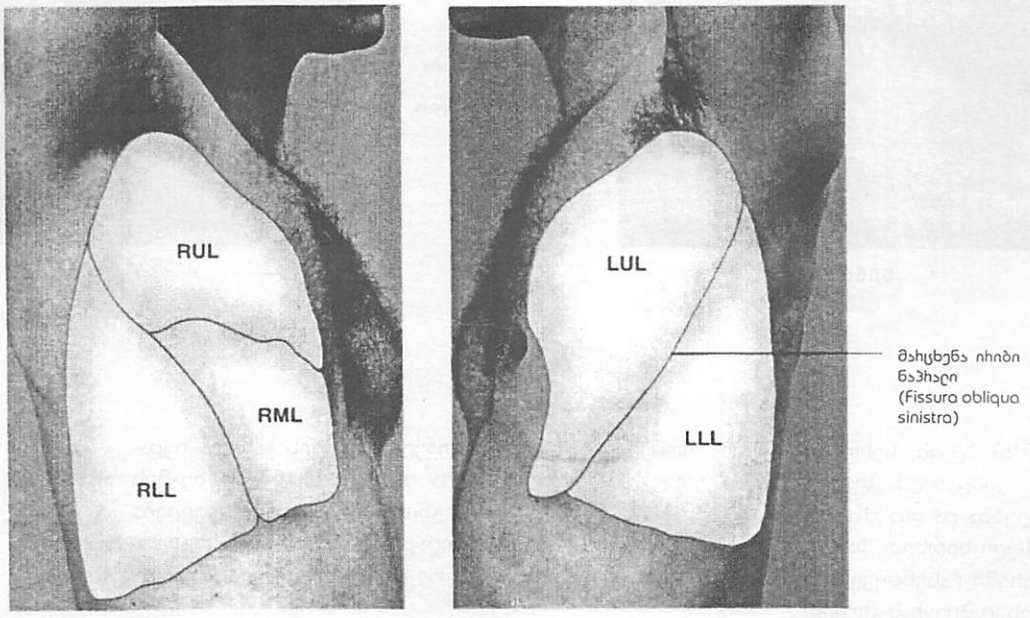
უკან *ვექტორული ხაზი* ეშვება მაღების წვეტიანი მოხრების გასწვრივ. ბეჭის ხაზი ეშვება ბეჭის ქვედა კუთხიდან.



ფიტვები, ნაპრალები და ნიღაბი. ფიტვები, მათი ნაპრალები და ნიღაბი შეიძლება ნახმოსახვით გამოისახოს გულმკერდზე. ნინა ზედაპირზე, ოთივე ფიტვის მწვერვალი ღავინის შიდა მესამედიდან 2-4 სმ-ით ზემოთ ამოდის. ფიტვის ქვედა ჯიდე გადაკვეთს მე-6 ნეკნს მედიოკლავიკულურ ხაზზე და მე-8 ნეკნს - იღლიის შუა ხაზზე (ვინაიდან ნეკნები დამხრეცად ეშვებიან, ჰორიზონტალურ ხაზს, ჩომეღიც გულმკერდს გაივლის, შეუძლია გაჰყოს ნეკნი). უკანა ზედაპირზე, ფიტვის ქვედა ჯიდე მდებარეობს დაახლოებით T10 ნვეტიანი მოხრის დონეზე. ჩასუნთქვისას იგი დაბლა ინევს.



თითოეული ფიტვი იყოფა (უხეშად) ნახევრებად *ირიბი (დიდი) ნაპრალებით.* ეს ნაპრალები უახლოვდება ხაზს, ჩომეღიც ვრცელდება T3 ნვეტიანი მოხრიდან ირიბად ქვემოთ, გახს შემოუვლის გულ-მკერდს მე-6 ნეკნის დონეზე და აღწევს ღავინშუა ხაზს. მარჯვენა ფიტვი იყოფა *ჰორიზონტალური (მკრივ) ნაპრალით.* ნინა ზედაპირზე ეს ნაპრალი გაივლის მე-4 ნეკნის გვერდით და გადაკვეთს ირიბ ნაპრალს იღლიის შუა ხაზზე მე-5 ნეკნის ახლოს. მარჯვენა ფიტვი, შესაბამისად, იყოფა ზედა, შუა და ქვემო წილებად. მარცხენა ფიტვს აქვს მხოლოდ ორი წილი – ზედა და ქვედა.

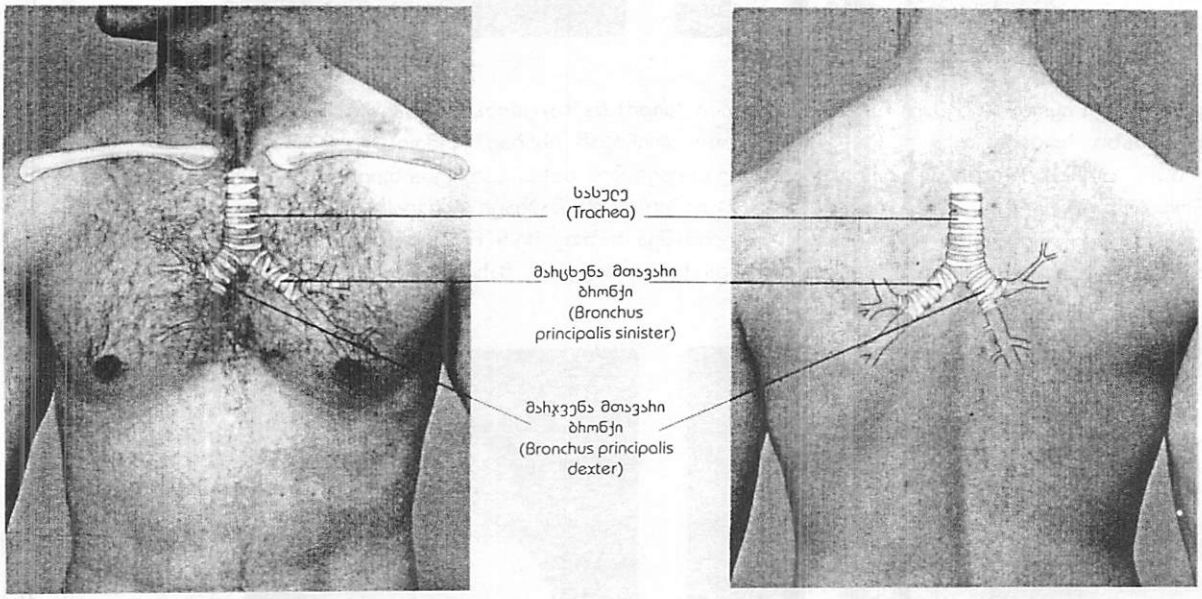


ადგილმდებარეობები გულმკერდზე. გულმკერდის ადგილმდებარეობითი ორიენტაციის ზოგადი ანატომიური ტერმინები შემდეგია:

ღავიწზედა (სუპრაკლავიკულური) - ღავიწებს ზემოთ
ღავიწქვედა (ინფრაკლავიკულური) - ღავიწებს ქვემოთ
ბეჭთაშუა (ინტერსკაპულური) - ბეჭებს შორის
ბეჭქვედა (ინფრასკაპულური) - ბეჭის ქვემოთ
ფიცხვების ფუძეები - სულ ქვედა ნაწილები
ზედა, შუა და ქვედა ფიცხვის ველები

შემდგომ თქვენ შეძლებთ დაადგინოთ, ფიცხვის ორმელი ნაწილია დაზიანებული. მაგალითად, ნიშნები მარჯვენა ზედა ფიცხვის ველში მიუთითებს, ორმ პროცესი აუცილებლად მარჯვენა ფიცხვის ზედა წილში მდებარეობს. ამასთან, ნიშნები მარჯვენა ფიცხვის შუა ველში ღატეხილად შეიძლება მომდინარეობდეს ნებისმიერი სამი წილიდან.

ტრაქეა (სასულე) და მთავარი ბრონქები. სუნთქვით ხმიანობას ტრაქეასა და ბრონქებში განსხვავებული ხასიათი აქვს, ვიდრე სუნთქვით ხმიანობას ფიცხვების პარენქიმიდან. დარწმუნდით, ორმ თქვენ იცით ამ სტრუქტურების ადგილმდებარეობა. ტრაქეა იყოფა ორ მთავარ ბრონქად მკერდის ძვლის ჯუთხის დონეზე წინა ზედაპირზე და T4 მაღის ნვეტიანი მოხრის დონეზე - უკანა ზედაპირზე.



ნინახედი

უკანა ხედი

ბრონქი. ბრონქია სერორული გარსია, ორმელიც ფარავს თითოეული ფიცხვის გარეთა ზედაპირს, *ვისცერული პლევრა*, და, აგრეთვე, *პარიეტული პლევრა* ფარავს შიგნიდან ნეკნის ხრტილებსა და დიაფრაგმის ზედა ზედაპირს. მათი გლევი შიგნითა ზედაპირები სველდება პლევრული სითხით, რაც საშუალებას აძლევს ფიცხვებს ადვილად იმოძრაონ ნეკნ-ხრტილოვან არეში ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს. *პლევრის ღრუ* არის სივრცე ვისცერულ და პარიეტულ პლევრას შორის.

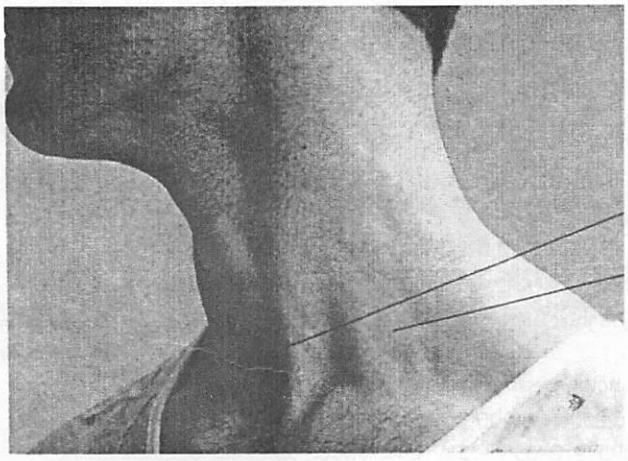
სუნთქვა. სუნთქვა, უმეტესწილად, ავტომატური აქტია, ჯონტხოლდება ტვინის ღეროთი და ხორცშეესება სასუნთქი ჯუნთების მეშვეობით. გუმბათისებური *დიაფრაგმა* უმთავრესი ჯუნთია ჩასუნთქვის დროს. შეკუმშვისას იგი ჩაინევს და აფართოებს გულმკერდის ღრუს. ამავე დროს, იგი ანვება მუცლის ღრუს, რის შედეგადაც მუცლის ჯედეული წინ გამოინევს. ნეკნ-ხრტილოვანი და ჯისრის ჯუნთები აფართოებს გულმკერდს ჩასუნთქვის დროს, ჯეძოდ, *პარასტერნალური ჯუნთები*, რომლებიც მიემართება ირიბად მკერდის ძვლიდან ნეკნებისკენ და *ირიბისებური ჯუნთები*, რომლებიც მიემართებიან ჯისრის მაღებიდან პირველ ორ ნეკნამდე.

ჩასუნთქვისას ამ ჯუნთების შეკუმშვის გამო გულმკერდი ფართოვდება, ინტრათორაკული წნევა ქვეითდება, ჰაერი გადადის ტრაქეობრონქული ხიდან *ალვეოლებში*, ანუ დისტალურ ჰაერის ბუშტუკებში და აფართოებს ფილტვებს. ჟანგბადი გადადის გარშემო არსებული ფილტვის კაპილარების სისხლში, ხოლო ნახშირორჟანგი გადადის სისხლიდან ალვეოლაში.

ჩასუნთქვის დამთავრების შემდეგ იწყება ამოსუნთქვის ფაზა. გულმკერდის ყაფაზი და ფილტვები უბრუნდება სანყის მდებარეობას, დიაფრაგმა დუნდება და იწევს ზემოთ პარასიტად; ჰაერი გამოდის გარეთ და გულმკერდი და მუცელი უბრუნდება მოსვენებით მდგომარეობას.

ნორმალური სუნთქვა მშვიდია და ადვილი - ისმინება მხოლოდ ღია პირთან ახლოს სუსტი სტვენის სახით. როდესაც ჯანმრთელი პირი წევს ზურგზე, გულმკერდის სუნთქვითი მოძრაობები შეგრძნებით სუსტია. პირიქით, მუცლის მოძრაობა ადვილად შესამჩნევია. მჯდომარე მდგომარეობაში გულმკერდის მოძრაობები უფრო გამოხატული ხდება.

ვარჯიშის და ზოგიერთი დაავადების დროს სუნთქვისთვის ზედმეტი მუშაობაა საჭირო, ამ დროს ჩასუნთქვას დამატებითი ჯუნთები უზრუნველყოფს. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი ჯუნთები, ასევე, ირიბისებრი ჯუნთები ხილული ხდება. მუცლის ჯუნთები ეხმარება ამოსუნთქვას.



ანამნეზი

ხშირი ან პირობებთან დაკავშირებული სიმპტომები

- ტკივილი გულ-მკერდის არეში
- ქოშინი
- ხმაურიანი სუნთქვა
- ხველა
- სისხლიანი ნახველი (ჰემოპტოე)

გულის არეში ტკივილზე ან *დისკომფორტზე* ჩივილი გულის დაავადებების დროს ვლინდება, თუმცა, ასევე, შეიძლება დაკავშირებული იყოს გულ-მკერდის ღრუს და ფილტვების დაავადებებთან. ამ სიმპტომის შეფასებისთვის თქვენ დაგჭირდებათ ჰოგორც გულ-მკერდის ღრუს, ასევე გულის გამოკვლევების ჩატარება. ამ მნიშვნელოვანი სიმპტომის არსებობისას უნდა გაიაზროთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ორგანოს შესაძლო პათოლოგიები:

იხ. ცხრილი 7-1. ტკივილი გულ-მკერდის არეში, გვ. 268-269.

- მიოკარდიუმი — სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი
- პერიკარდიუმი — პერიკარდიტი
- აორტა — აორტის განშრევებადი ანევრიზმა
- ტრაქეა და მსხვილი ბრონქები — ბრონქიტი
- პარიეტული პლევრა — პერიკარდიტი, პნევმონია
- გულ-მკერდის ხედელი, ხანის, ხუნთების და ძვლების ჩათვლით — ოსტეოქონდრიტი (ნეკნის ქონდრიტი), ჰერპეს ზოსტერი
- საყლაპავი — ეზოფაგიტი, საყლაპავის სპაზმი
- ექსტრათორაკული სტრუქტურები, ორგორიცაა ღრძილი, ნაღვლის ბუშტი, ხუჭი. — ცერვიკული ართრიტი, ნაღვლის ბუშტის ოღიჯა, გასტრიტი

ამ განაკვეთში განხილულია *ფილტვისმიერი ჩივილები*, რომელიც მოიცავს ისეთ ძირითად საკითხებს, ორგორიცაა ქოშინი, ხმაურიანი სუნთქვა, ხველა, სისხლიანი ნახველი. ანამნეზის შეკრებისთვის საჭირო კითხვები, რომლებიც ეხება დატვირთვის დროს გულ-მკერდის არეში ტკივილს, გულის ფრიალს, ორთოპნოეს, ღამის პაროქსიზმულ ქოშინს და შეშუპებას, იხ. თავ-8 თავში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა.

თქვენი სანყისი კითხვები უნდა იყოს ამ ტიპის: "გულ-მკერდის არეში ხომ არ გაქვთ ხანმოკლე დისკომფორტი ან უსიამოვნო შეგრძნება?" სრული ანამნეზის შეგროვებისას ავადმყოფს სთხოვეთ, დააზუსტოს ტკივილის ლოკალიზაცია. დაკვირვებით ავადმყოფის ვერტიკულაცას,

მკერდის ძვალზე მუშტის მოქცრის შეგრძნება სტენოკარდიაზე მიუთითებს; გულ-მკერდზე მტკივნეული ადგილის თითით ჩვენება

ხოლესაც ის აღნერის ტკივილს. უნდა დაზუსტოთ ტკივილის ყველა შვიდი მახასიათებელი (იხ. გვ. 32), ხათა გაეხკვეთ ტკივილის გამომწვევ მიზეზებში.

ძვალ-კუნთოვან ტკივილზე მიუთითებს; ყელიდან ეპიგასტრიუმის ხისკენ ხელის მოძრაობა კი — გულძმარვაზე.

ფილტვის ქსოვილს არ გააჩნია ტკივილის ბოჭკოები. ტკივილი ფილტვის დაავადებების დროს, როგორიცაა პნევმონია ან ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, დაკავშირებულია მიმდებარე პარიეტალურ პლევრის ნათებასთან. ხანგრძლივი ხველის გამო კუნთების დაჭიმვა ასევე შეიძლება ტკივილის მიზეზი იყოს. პნევმოთორიუმს მკრივ ხარისხობით ტკივილის ბოჭკოები აქვს. პნევმოთორიტის დროს ტკივილის მიზეზი, ასევე, მიმდებარე პარიეტალური პლევრის ანთებაა (გულ-მკერდის არეში ტკივილს ხშირად ახლავს მოუსვენრობა და შფოთვა, მაგრამ ამის მიზეზი გაურკვეველია).

შფოთვა ბავშვებში გულ-მკერდის არეში ტკივილის ყველაზე ხშირი მიზეზია; ასევე ხშირია ოსტოქონდრიტი.

ქოშინი არის უმტკივნეულო, მაგრამ დისკომფორტის გამომწვევი სუნთქვის გაძნელება, რომელიც არ შეესაბამება დატვირთვის სიმძიმეს. ეს მნიშვნელოვანი სიმპტომი სერიოზულ განხილვას და შესწავლას მოითხოვს, ვინაიდან ქოშინი ხშირია როგორც გულის, ასევე ფილტვის დაავადებების დროს.

იხ. ცხრილი 7-2. ქოშინი, გვ. 270-271.

ჰკითხეთ ავადმყოფს: "გაქვთ თუ არა სუნთქვის გაძნელება?" გაარკვიეთ, როდის უვითარდება ეს სიმპტომი, მოსვენებისას, თუ დატვირთვის დროს და როგორი დატვირთვა იწვევს მას. სხვადასხვა ასაკის, სხეულის წონის და ფიზიკური მდგომარეობის გამო არ არსებობს ქოშინის ხარისხობრივი შეფასების საზღვარი. მიუხედავად ამისა, ყოველთვის ეცადეთ გაარკვიოთ *ქოშინის სიმძიმე პაციენტის ყოველდღიური აქტივობის მიხედვით.* მაგალითად, კიბის რამდენი საფეხურის ან სართულის ავლა შეუძლია, სანამ გაჩერება ქოშინის გამო? რა სახის სამუშაოს შესრულება შეუძლია, მაგალითად, ტვირთის ტარება ან იატაკის მოხეხვა, ან ღობინის აღება? იწვევს თუ არა ქოშინი ავადმყოფის ცხოვრების წესის ან ყოველდღიური აქტივობის შეცვლას? როგორ? ყურადღებით დააკვირდით ქოშინის წარმოშობის დრო და სიტუაცია, რა სიმპტომები ახლავს თან, რა უწყობს ხელს ქოშინის განვითარებას ან შეწყვეტას.

ავადმყოფებს შეიძლება ჰქონდეთ ქოშინის ეპიზოდები როგორც მოსვენების, ასევე დატვირთვის დროს და ჰიპერვენტილაცია, ანუ სწრაფი და ზერელე სუნთქვა. სხვა დროს შეიძლება აღენიშნებოდეთ ჩასუნთქვის გართულება.

ქოშინის მქონე ავადმყოფთა უმრავლესობა სუნთქვის გაძნელებას უკავშირებს აქტივობის დონეს. ნევროზით ავადმყოფები სხვანაირ სურათს წარმოადგენენ. ისინი აღნერენ ბოლომდე ჩასუნთქვის გაძნელებას ან მოხრჩობის შეგრძნებას არასაკმარისი მოცულობის ჰაერის ჩასუნთქვის გამო, ასევე, *პარესთეზიებს* ან ჩხვლეტებს - "ნემსის ჩხვლეტა" ტუჩების გარშემო ან კიდურებში.

ხმაურიანი სუნთქვის დროს ხმა ესმის ავადმყოფსაც და ექიმსაც.

ხმაურიანი სუნთქვა ვითარდება სასუნთქი გზების ნაწილობრივი დახშობისას სეკრეტით, ქსოვილების ანთებითი შეშუპებით ან უცხო სხეულით.

ხველა ხშირი სიმპტომია, რომლის ხასიათი ფართოდ ცვალებადობს ჩვეულებრივიდან მძიმედე. ტიპიურ შემთხვევებში ხველა არის ხასის, ხორხის ან მსხვილი ბრონქების ჰეკლპტორების გაღიზიანებაზე რეფლექსი. გამღიზიანებლებს მიეკუთვნება: ღორნო, ჩირქი და სისხლი, ისევე, როგორც გარეგანი გამღიზიანებლები: მტვერი, უცხო სხეული; ან ეთიოლოგიურად, როგორც ძალიან ცივი, ისე ცხელი ჰაერი. სხვა მიზეზებს მიეკუთვნება ჰესპირატორული ტრაქტის ღორნოვანის ანთება და სიმსივნით, ან პრიმბრონქული ღიმფური ჯვანძებით ზეწოლა, ან დაჭიმულობა ჰაერის გატარებისას. მიუხედავად იმისა, რომ ხველა ჰესპირატორულ ტრაქტში პრობლემის არსებობის სიგნალია, ის სინამდვილეში ჯერიოვასკულარული პრობლემებით შეიძლება იყოს გამოწვეული.

იხ. ცხრილი 7-3, ხველა და ჰემოპტოე, გვ. 272.

ხველა შეიძლება იყოს გულის მარცხენამხრივი უკმარისობის სიმპტომი.

ხველის მიზეზის დასადგენად საჭიროა თანმიმდევრული, სრულფასოვანი გამოკვლევა. შეკითხვა ავადმყოფს, მშრალი ხველა აქვს, თუ გამოყოფს *ნახველს* ან ღორწოს. ჰკითხეთ, შეუძლია თუ არა აღწეროს ნახველის მოცულობა, მისი ფერი, სუნი, კონსისტენცია.

მშრალი ხველა მიკობაქტერიის ინფექციის დროს აღინიშნება; პროდუქტიული ხველა – ბრონქიტის, ვირუსული ინფექციის დროს

ღორწოვანი ნახველი ნახევრად გამჭვირვალეა, თეთრია ან ნაცრისფერი; *ჩირქოვანი* ნახველი არის მოყვითალო ან მომწვანო

ჭუჭყიან-სუნიანი ნახველი არის ფილტვის ანაერობული აბსცესის დროს; ნებოვანი ნახველი – კისტოზური ფიბროზისას

პაციენტის დასახმარებლად არსებობს უამრავი დამხმარე კითხვა, რათა განსაზღვროთ ნახველის მოცულობა. მაგ. "როგორ ფიქრობთ, რა რაოდენობით ნახველს იღებთ 24 სთ-ის განმავლობაში; ჩაის კოვზს, სადილის კოვზს, 1/4 ჭიქას, 1/2 ჭიქას, სავსე ჭიქას?" თუ შესაძლებელია, სთხოვეთ მას ამოახველოს ნაქერში; დააკვირდით ნახველს და ჩაინიშნეთ მისი დამახასიათებელი ნიშნები. იმ სიმპტომებს, რომელიც დაკავშირებულია ხველასთან, ხშირად მივყავართ მის მიზეზამდე.

დიდი მოცულობის ჩირქოვანი ნახველი – ბრონქოექტაზების ან ფილტვის აბსცესის დროს აღინიშნება.

დიაგნოსტიკუსად დამხმარე სიმპტომებია: ტემპერატურა, ტკივილი გულმკერდის არეში, ქოშინი, ოფლიანობა და ხმაურიანი სუნთქვა.

ჰემოპტოე არის ფილტვებიდან სისხლის ამოხველებაა; ის შეიძლება შეხედული იყოს ნახველში ან მთლიანად სისხლიანი. ავადმყოფის გამოკითხვისას, ისევე უნდა იქნას დაფიქსირებული ნახველში არსებული სისხლის რაოდენობა, როგორც მისი სხვა მახასიათებლები. შეკითხეთ მასთან დაკავშირებული გარემო პირობების, საქმიანობის და სხვა სიმპტომების შესახებ.

იხ. ცხრილი 7-3, გვ. 272. ჰემოპტოე იშვიათია ახალშობილებში, ბავშვებში და მოზარდებში. ის გვხვდება უფრო ხშირად კისტოზური ფიბროზის დროს.

ვიდრე იხმარდეთ ტერმინს "ჰემოპტოე", შეეცადეთ გაარკვიოთ სისხლდენის ეჭვი ანამნეზითა და ფიზიკური გამოკვლევების საშუალებით. სისხლი ან სისხლის მინარევი შეიძლება იყოს პირიდან, ხორხიდან, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტიდან, და, შეიძლება, ადვილად შეგეშალოთ. როდესაც ავადმყოფს აქვს პირღებინება, სისხლდენა, როგორც წესი, ჯერ-ნაწლავის ტრაქტიდანაა. ზოგჯერ, სისხლი ცხვირ-ხახიდანაა ან ჯერ-ნაწლავის ტრაქტიდან, რომელიც განიცდის ასპირაციას და შემდეგ ხველის დროს გამოიყოფა.

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშეწყობისა და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა

მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი ოცდაათი წლის განმავლობაში შემცირდა თამბაქოს მოხმარება, აშშ-ში მოზრდილთა 22.5% ან 46 მილიონი მაინც ეწევა სიგარეტს.[1] მწეველთა 80%-მა სიგარეტის მოწევა დაიწყო 18 წლამდე ასაკში, მოწევის სიხშირე გაცილებით დიდია მაღალი კლასის მოსწავლეებში და 18-დან 24 წლამდე ასაკის პირებში. თამბაქოს მოწევა სერიოზულ ზიანს აყენებს ჯანმთელობას, მისგან გამოწვეული სიკვდილობა აშშ-ში შეადგენს 440 000-ს, ანუ 20%-ს ყოველწლიურად. ამ რიცხვებში იგულისხმება

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

35 000 სიკვდილის შემთხვევა პასიუს მომხმარებლებში თამბაქოს ჯვამლის გამო. ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა 22-ჯერ მეტია მწეველ მამაკაცებში და 12-ჯერ მეტი მწეველ ქალებში არამწეველებთან შედარებით. ფილტვების ობსტრუქციული დაავადებით სიკვდილობის რისკი 10-ჯერ დიდია მწეველებში. თამბაქოს მოხმარება 2-4-ჯერ ზრდის გული დაავადებების რისკს, აორმაგებს ინსულტის რისკს და 10-ჯერ ზრდის პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადების რისკს. არამწეველებს, რომლებიც თამბაქოს ჯვამლის გავლენის ქვეშ არიან, ასევე გააჩნით ფილტვის კიბოს, გულის და სასუნთქი გზების ინფექციის, ასთმის, პატარა ნონის ნაყოფით მშობიარობის და ხანძრის გაჩენის მაღალი რისკი. თამბაქოს მოხმარება არა მარტო ჯანსეროგენული მოქმედებისაა, არამედ ავითარებს ნიკოტინზე დამოკიდებულებას.

თამბაქოს მოხმარება აშშ-ში უეცარი სიკვდილის ნამყვანი მიზეზია. მწეველთა 70% თავის დანებების სურვილს გამოთქვამს, მაგრამ მხოლოდ 10%-ზე ნაკლები ანებებს თავს თამბაქოს მოხმარებას[1]. ყოველ ვიზიტზე ექიმმა ყველა მოზრდილს, ორსულ ქალს და მოზარდს უნდა უჩიროს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა.

ჯერ ინიციატორმა უნდა განახორციელოს შემდეგი ძირითადი ღონისძიება:

- ყოველი ვიზიტის დროს ჰკითხოს თამბაქოს მოხმარების შესახებ
- ხელსაყრელად უჩიროს პაციენტს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა
- გააკვირვოს, რამდენად მზადაა ავადმყოფი თამბაქოს თავის დანებებისთვის
- დაეხმაროს პაციენტს საგანმანათლებლო მასალებით
- მოაწყოს ამბულატორიული მეთვალყურეობის ვიზიტები მონიტორინგისა და შესაძლო გაუმჯობესების დასადგენად

დაავადებების რისკი მკვეთრება ნების მიხედვით თამბაქოს მონევის შეწყვეტის შემდეგ. ისწავლეთ ნიკოტინის თანმხლები მოვლენები: შეჩვევა, ფიზიკური დამოკიდებულება და მოვლენები, რომლებიც შეწყვეტის შემდეგ ჩნდება, როგორიცაა გაღიზიანებადობა, ძილის დარღვევა, აფორიაქება ან დეპრესია. ეფექტური ინტერვენცია მოიცავს ექიმების მხრიდან მიზანმიმართულ მიმართვებს, ჯგუფურ განხილვებს და ჩანაცვლებით თერაპიას[2]. ექიმის პირადი და ჯგუფური საუბრები ჩანაცვლებით თერაპიაზე განსაკუთრებით ეფექტურია მძიმე მწეველებისთვის.

თამბაქოს მოხმარების ხელახალი დაწყება ხშირია და ამიტომ მოსალოდნელია. ხშირად ამის მიზეზია ნიკოტინის გადაგდება, ნონაში მომატება, სტრესი, სოციალური ზეწოლა და აღტაცების მილება. დაეხმარეთ ავადმყოფს, გაიზიარონ გამოცდილება: იმუშავეთ მასთან, რათა გამოავლინოთ გამომწვევი მიზეზები და განავითარონ ალტერნატიული ღონისძიებები და ჯანმრთელობის დაცვის ჩვევები.

გამოკვლევის მეთოდები

გულ-მკერდის და ფილტვების უკანა ნაწილების გამოკვლევა უფრო მოხერხებულია, როდესაც ავადმყოფი ზის, ხოლო წინა ნაწილების გამოკვლევა, როდესაც ავადმყოფი წევს. გამოკვლევა ტარდება შემდეგი თანამიმდევრობით: ინსპექცია, პალპაცია, პერკუსია და აუსკულტაცია. ეცადეთ, მოახდინოთ ჭვეშმდებარე უბნების ვიზუალიზაცია და ყურადღება მთელ მხარე მეორეს. ავადმყოფის პერანგი ისე მოანესრიგეთ, რომ შესძლოთ მისი გულ-მკერდის დათვალიერება. მამაკაცების გასინჯვისას პერანგი ანიეთ იქამდე, რომ მთელი გულმკერდი დაინახოთ. ქალების შემთხვევაში, ზურგის გამოკვლევისას პერანგით დაუფარეთ გულმკერდი, ხოლო წინა ზედაპირის გამოკვლევისას პერანგი გადაუწიეთ გულ-მკერდის ქვეთ ნახევარზე, რომ ყურადღება მეორეს.

როდესაც *ავადმყოფი ზის*, გამოიკვლიეთ გულ-მკერდის და ფილტვების უკანა მხარე. ავადმყოფს მკლავები გადაჯვარედინებული უნდა ჰქონდეს გულ-მკერდზე და, თუ შესაძლებელია, მტევნები დანყობილი მოპირდაპირე მხარზე. ასეთ პოზიციაში ბეჭის ძვლები ამოწეულია და იზრდება თავისუფალი ფილტვის ფართობი. ამის შემდეგ სთხოვეთ ავადმყოფს, დაწვეს.

ავადმყოფის *ზურგზე წოლისას* გამოიკვლიეთ გულ-მკერდის და ფილტვების წინა მხარე. ზურგზე წოლა აადვილებს ქალების გამოკვლევას, ამიტომ ამ პოზიციაში შეიძლება ძუძუების ფრთხილად გადაწევა. ამას გარდა, ხმაურიანი სუნთქვა უკეთ მოისმინება. (თუმცა, ზოგ ავტორს უჩრევნია გულ-მკერდის და ფილტვების ორივე მხარიდან გამოკვლევა ავადმყოფის მჯდომარე მდგომარეობაში. ასეთი გამოკვლევა ასევე მისაღებია).

იმ ავადმყოფების გასინჯვისას, რომელთაც *უჭირთ ჯდომა*, დაეხმარეთ ჯდომაში, რათა გამოიკვლიოთ ზურგის მხარე. თუ ამას ვერ მოახერხებთ, მწოლიარე ავადმყოფი გადააბრუნეთ ჯერ ერთ, მერე მეორე მხარეს. თითოეული პოზიციაში ჩაატარეთ ფილტვების ზედა ნაწილის პერკუსია და ორივე ფილტვის აუსკულტაცია. იმის გამო, რომ ამ პოზიციაში თავისუფალი ფილტვის ვენტილაცია შედარებით მეტია, ამ მხარეს ხმაურიანი სუნთქვის ან ხახუნის მოსმენის უფრო მეტი შანსია (იხ. გვ. 260).

სუნთქვისა და გულმკერდის პირველადი შეფასება

მას შემდეგ, რაც სასიცოცხლო ნიშნების გამოკვლევისას თქვენ უკვე ჩანიშნული გაქვთ სუნთქვის სიხშირე, ხელახლა უნდა შეისწავლოთ *სუნთქვის სიხშირე, რიტმი, სიღრმე და სუნთქვითი მოცულობა*. ნორმალური დასვენებული ადამიანი სუნთქავს მშვიდად და თანაბრად დაახლოებით 14-20-ჯერ წუთში. უნდა გაითვალისწინოთ სუნთქვის გაიშვიათება. ჩაინიშნეთ, ამოსუნთქვის ხანგრძლივობა ჩვეულებრივზე მეტია თუ არა.

ყოველთვის გამოიკვლიეთ, აქვს თუ არა პაციენტს სუნთქვის გაძნელების ნიშნები.

- *შეისწავლეთ ავადმყოფის ფერი*, რომ არ აქვს ციანოზი. გაიხსენეთ აქამდე ჩატარებული გამოკვლევით მიღებული მნიშვნელოვანი მონაცემები, მაგ. თითის ფრჩხილების ფორმა.

იხ. ცხრილი 4-8. სუნთქვის სიხშირის და რიტმის დარღვევები. გვ. 120.

ციანოზი ჰიპოქსიის ნიშანია. ფრჩხილებში თითები (გვ. 150) აღინიშნება ფილტვის აბსცესის ან სიმსივნის, ასევე გულის თანდაყოლილი დაავადებების დროს.

- *მოისმინეთ ავადმყოფის სუნთქვა.* ხრის, თუ ხრა *ხმაურიანი სუნთქვა*? თუ ხრის, სუნთქვის ციკლის ხომელ ფაზაშია?

სტრიდორი, მაღალი ტონალობის ხმაურიანი სუნთქვა ხასხასა და ტრაქეაში ჰაერის გამტარი გზების ობსტრუქციის მომასწავებელი ნიშანია.

- *დაათვალიერეთ კისერი.* ჩასუნთქვის დროს ხომ არ ხრის მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი, ან სხვა ახლომდებარე კუნთების შეკუმშვა ან ძვინწელა შეზნექვა? შუა ხაზზეა თუ ხრა ტრაქეა?

მოსვენებისას მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი კუნთის შეკუმშვა მიუთითებს სუნთქვის ძრომე გაძნელებაზე. ტრაქეის გვერდზე გადანევას ადგილი აქვს პნევმოთორაქსის, *პლევრის ღრუში გამონაყონის და ფილტვის ატელექტაზის* დროს.

ასევე დაკვირდით *გულ-მკერდის ფორმას.* ასაკის მატებასთან ერთად შეიძლება გარეზრდოს გულ-მკერდის წინა-უკანა დრამეტრი.

გულ-მკერდის წინა-უკანა დრამეტრი შეიძლება ასევე გარეზრდოს *ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების* დროს.

გულ-მკერდის უკანა ნაწილის გამოკვლევა

ინსპექცია

დადექით ავადმყოფის უკან შუაში და დაკვირდით *გულ-მკერდის ფორმას* და *მის ცვლილებებს,* რაც გულისხმობს:

- დეფორმაციას ან ასიმეტრიას

იხ. ცხრილი 7-4, გულ-მკერდის დეფორმაცია, გვ. 273.

- ჩასუნთქვის დროს ნეკნთაშუა სივრცეების შეზნექვა. შეზნექვა ყველაზე უკეთ ჩანს ქვედა ნეკნთაშუა სივრცეებში. ხშირად ახლავს ძვინწელა არეების შეზნექვა.

შეზნექვა აღინიშნება მძიმე ასთმის, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ან ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქციის დროს

- ცალ ან ორივე მხარეს სუნთქვითი მოძრაობის შეზღუდვა ან მოძრაობის ორმხრივად ჩამორჩენა.

სუნთქვითი მოძრაობის შეზღუდვა ან ჩამორჩენა ორივე მხარეს, მიუთითებს მიმდებარე ფილტვის ან პლევრის დაავადებაზე.

პალპაცია

გულ-მკერდის პალპაციის ჩატარებისას ყურადღება მიაქციეთ მტკივნეულობას და ჯანის ცვლილებებს, სუნთქვის სიღრმეს და ბგერით ხმოვანს.

ნეკნთაშუა სივრცეების არეში ტკივილის მიზეზი პლევრაა

დაადგინეთ მტკივნეული არეები. ყურადღებით ჩაატარეთ მტკივნეული ადგილების, დაზიანების ან სისხრაქცევის ჯერების პალპაცია.

შეამოწმეთ არიმე დარღვევების არსებობა, როგორიცაა მაგ. სიმკვრივე ან სინუსის ხვრელიმი (ბრმა, ანთებითი ხვრელი, რომელიც ჯანზე იხსნება).

სისხლრაქცევა ნეკნის მოტეხილობის უბანში

გულ-მკერდის გამსის დადგენა. ხელები დაასყვეთ დაახლოებით მე-10 ნეკნის დონეზე ისე, რომ თითები თავისუფლად ეხებოდეს ნეკნებს პარაღრეძად. ამის შემდეგ ხელები გამოაცუძეთ მედიალურად იქამდე, სანამ კანის თავისუფალი უბანი არ აინვევა თქვენს ცერა თითებსა და ხერხემალს შორის.

ავადმყოფს სთხოვეთ ღრმად ამოისუნთქოს. დააკვირდით მანძილს თქვენს ცერა თითებს შორის სუნთქვითი მოძრაობის დროს. დააღგინეთ საზღვრები და სიმეტრიულობა გულ-მკერდის გამსისა და შეკუმშვის დროს.



გულ-მკერდის ორმხრივად გამსის დაქვეითების მიზეზებია ფილტვის და პლევრის ქრონიკული ფიბროზული დაავადებები, პლევრის ღრუს გამონაყონი, ნიღოვანი პნევმონია, პლევრის ტკივილი და მასთან დაკავშირებული ჩხვლეტა და ორმხრივი ბრონქული ობსტრუქცია.

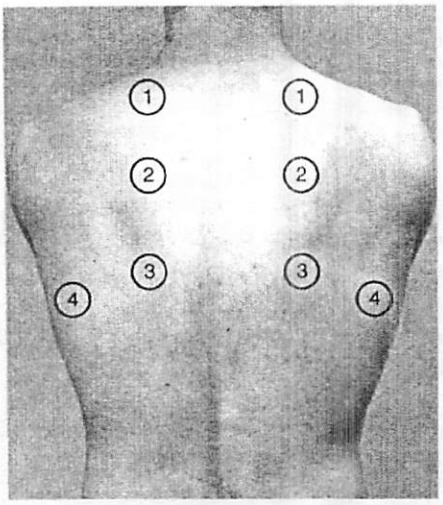
ბგერითი ხმევის (ტაქტილური ფრემიტუსი) *განსაზღვრა.* ბგერითი ხმევა არის ხმევის გატარება ბრონქულ ხეში გულ-მკერდის კედლამდე ავადმყოფის ლაპარაკის დროს, რასაც შევიგრძნობთ პალპაციით. ბგერითი ხმევის დასადგენად გამოიყენეთ ნების ძვლების თავები ან ხელის ულნარული ზედაპირი, რათა უკეთ შეიგრძნოთ ხმევა ხელის ძვლებით. სთხოვეთ ავადმყოფს, ჩამოღნიმეკრის თქვას "ითი-ითი-ითი". თუ ბგერითი ხმევა სუსტია, ავადმყოფმა უფრო ხმამაღლა უნდა გაიმეოროს ეს სიტყვები.

ბგერითი ხმევა შესუსტებულია ან არ არის, როდესაც ავადმყოფი ხმადაბლა ლაპარაკობს ან დაქვეითებულია ხმევის გატარება ხახიდან გულ-მკერდის ზედაპირისკენ. მიზეზებია ობსტრუქციული ბრონქიტი, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, პლევრის ფუძლების სეპარაცია სითხის გამო (პლევრული გამონაყონი), ფიბროზი (პლევრის გასქელება), ჰაერი (პნევმოთორაქსი) ან ინფილტრაციული სიმსივნე. ასევე გულ-მკერდის სქელი კედელი.

მოყრუება ცვლის ნათელ ხმიანობას, როდესაც სითხე ან მკვრივი ქსოვილი იკავებს ჰაერის შემცველ ფილტვის უბანს ან პლევრის ღრუ. ამის მაგალითებია: ნიღოვანი პნევმონია, როდესაც აღვილი სივრცეები ამოვსებულია სითხით და სისხლის უკრებით; პლევრის ღრუში სეროზული სითხის დაგროვება (პლევრული გამონაყონი), სისხლის დაგროვება (ჰემოთორაქსი), ჩირქის დაგროვება (ემპიემა); ასევე ფიბროზული ქსოვილით ან სიმსივნით ჩანაცვლება.

ბგერითი ხმევის შესაგრძნობად ერთი ხელი გამოიყენეთ. ზოგიერთი ექიმი თვლის, რომ ერთი ხელის გამოყენება უფრო ზუსტია, თუმცა ორივე ხელის ერთდროული გამოყენება ზრდის გამოკვლევის სისწრაფეს და აადვილებს განსხვავების პოვნას.

პალპაციით შეაფასეთ ფილტვების სიმეტრიული უბნები ისე, როგორც ეს ნახატზეა ნაჩვენები. გამოყავით ის უბნები, სადაც ბგერითი ხმევა მომატებულია, შემცირებულია ან არ აღინიშნება. ჩვეულებრივ, ბგერითი ხმევა უფრო კარგადაა გამოხატული ბეჭის ძვლებს შორის, განსაკუთრებით მარჯვნივ, ვიდრე ფილტვების ქვედა ნაწილებში. დიაფრაგმის კიდესთან ბგერითი ხმევა ქრება.



ბგერითი ხმევის განსაზღვრა შეფასებით უხეში კვლევაა, მაგრამ, როგორც კვლევის მეთოდი, იგი გეხმარებათ ყურადღება მიაქციოთ შესაძლო დარღვევებს.

ბგერითი ხმევის ბანსაზღვრის უბნები

გავრცელებული ჰიპერრეზონანსული ხმიანობა მოისმინება ჰაერით გადავსებულ ფილტვებზე ემფიზემის ან ასთმის დროს, მაგრამ ეს არ არის სარწმუნო ნიშანი. *ცალმხრივი ჰიპერრეზონანსული ხმიანობა* მიუთითებს დიდი ზომის პნევმოთორაქსის ან ფილტვში დიდი ზომის ჰაერით სავსე ბუშტის არსებობაზე.

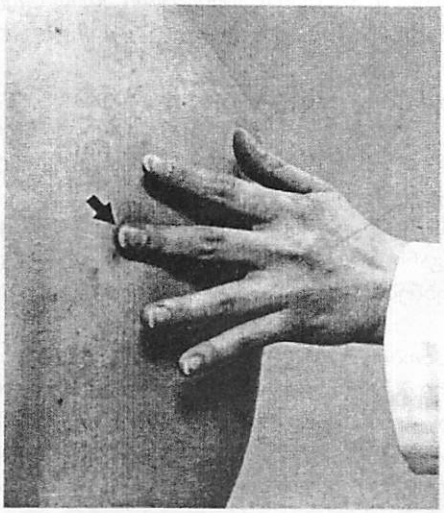
მოგვიანებით გამოკვლევისას ამ უბნებში უნდა შეამოწმოთ სუნთქვით ხმიანობები ღაპაპაის და ჩუჩრის დროს. ყველა ეს ატიბუტი ითხოვულად მცირდება ან მატულობს.

პერკუსია

პერკუსია ტრინიკული გამოკვლევის ით-ითი მნიშვნელოვანი მეთოდია. გულ-მკერდის პერკუსიით ხდება გულ-მკერდის ველის და ქვეშმდებარე ქსოვილების მოძრაობის, ხმიანობების და ხმევის დადგენა. პერკუსია გეხმარებათ დადგინოთ, ქვეშმდებარე ქსოვილები რომელ უბანში შეიცავს ჰაერს, სითხეს ან არის გამკვრივებული. პერკუსიით შესაძლებელია გულ-მკერდის ღრუში 5-7 სმ-ის სიღრმეზე გამოკვლევა, უფრო ღრმად მდებარე დაზიანების დადგენაში პერკუსია ვერ მოგეხმარებათ.

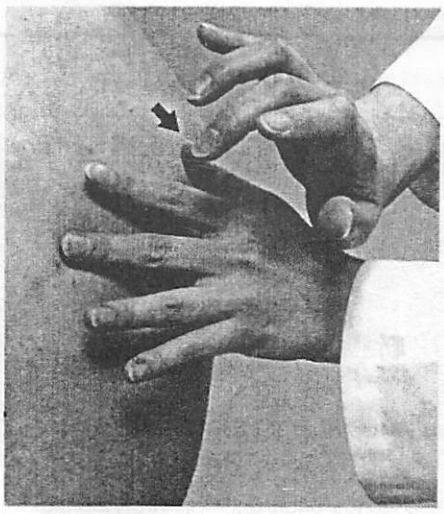
პერკუსია ნებისმიერ ზედაპირზე შეიძლება ჩაატაროთ. ამ დროს დააკვირდით ხმის ტემბრის ცვლილებას სხეულის სხვადასხვა ზედაპირზე. ქვემოთ აღწერილია პერკუსიის ზუსტად ჩატარების პროცედურა პირებისთვის, რომელთა სამუშაო ხელი მარჯვენაა:

- ჯერ გაშალეთ მარცხენა ხელის შუა თითი, რომელსაც თითი პლესიმეტრი ეწოდება. მისი დისტალური ფალანგთაშორისი სახსარი დააჭირეთ ზედაპირს. ეცადეთ, რომ ხელის სხვა ნაწილებით ზედაპირს არ შეეხოთ, რადგან ეს შეასუსტებს ვიბრაციას: მე-2, მე-4 და მე-5 თითებით გულ-მკერდს არ უნდა შეეხოთ.



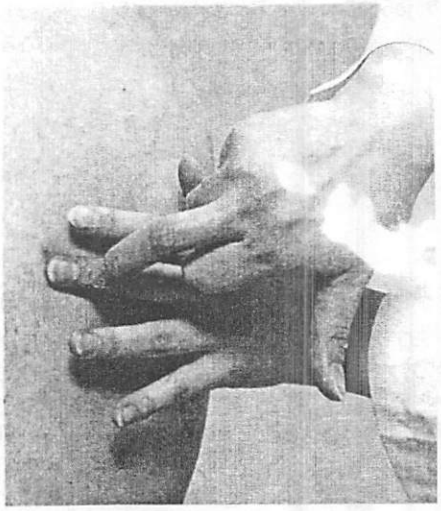
- თქვენი მარჯვენა წინამხარი მოათავსეთ ზედაპირთან ახლოს ისე, რომ ხელი განეული იყოს გაჩერებულ. შუა თითი ოდნავ მოხარეთ, მოადუნეთ და მოამზადეთ დარტყმისთვის.

- მარჯის *სწრაფი, მაგრამ ხბილი მოძრაობით* მარჯვენა ხელის შუა, ანუ თითი ჩაქუჩი დარტყით თით პლესიმეტრს დისტალურ ფალანგთაშუა სახსარზე. უნდა ეცადოთ, რომ ხმევა გატარდეს სახსრის ძვლებიდან გულ-მკერდის ველისკენ.



- დაარტყით *თითი ჩაქუჩი თითის წვერით* და არა ბალიშით. თითი ყოველთვის პერპენდიკულარულად უნდა იყოს მიმართული პლესიმეტრისკენ. თითის დაზიანებისგან თავის ასარიდებლად მიზნით ფრჩხილები მოკლე უნდა გქონდეთ.

- დარტყმის შემდეგ სწრაფად გასწიეთ თითი ჩაქუჩი, რათა ხელი არ შესწყდეს. ბოლოს, მოძრაობა უნდა ხდებოდეს მაჯიდან. ასეთი მოძრაობა სწორია, მოხერხებული და დარტყმისთვის განონასწორებული.



პერკუსიული ხმიანობა. თითი პლესიმეტრით ჩაატარეთ მსუბუქი პერკუსია, რაც სუფთა ხმას გამოსცემს. თუ გულ-მკერდის ჯედელი სქელია, საჭიროა უფრო ძლიერი პერკუსიის ჩატარება. თუ *ძლიერი ხმა* გჭირდებათ, თითი *პლესიმეტრი უფრო მჭიდროდ დაადეთ* (ეს უფრო ეფექტურია მაღალი ტონალობის მისაღებად, ვიდრე თითი პლესიმეტრის ძლიერად დარტყმა).

გულ-მკერდის ქვედა ნაწილის პერკუსიის ჩასატარებლად ავადმყოფის მიმართ ოდნავ გვერდულად დადექით და არა ზუსტად პირდაპირ. ეს საშუალებას მოგცემთ, თითი პლესიმეტრით უფრო მჭიდროდ დაადოთ ზედაპირს და უფრო ეფექტურად გამოიყენოთ პლექსორული თითი, რათა პერკუსიული ხმიანობა უკეთესი იყოს.

ორგანოს ორ უბანს ადარებთ, რომელშიც შეგიძლიათ ჩაატაროთ პერკუსია ამ უბნებში. თითოეულ არეში ორჯერ დარტყით თითი. განსხვავების უკეთ გასარჩევად უფრო ადვილია შეადაროთ პერკუსიული ხმიანობები ამ უბნებში, ვიდრე ერთ ადგილას ჯერ-ჯერობით დარტყათ თითი.

ისწავლეთ 5 პერკუსიული ხმიანობის გარჩევა. ამისთვის შეგიძლიათ საკუთარ თავზე ივარჯიშოთ. ეს ხმიანობები ერთმანეთისგან განსხვავდება ხმის ძირითადი მახასიათებლებით: ინტენსიურობა, სიმაღლე და ხანგრძლივობა. ავარჯიშეთ ყური ამ მახასიათებლების გარჩევაში, რისთვისაც ცალ-ცალკე დაარჯვირდით ჯერ ერთი უბნის პერკუსიისას, შემდეგ მეორე უბნის პერკუსიისას. განიხილეთ ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი. ნორმალურად ფილტვებში *ნათელი ხმიანობა* აღინიშნება.

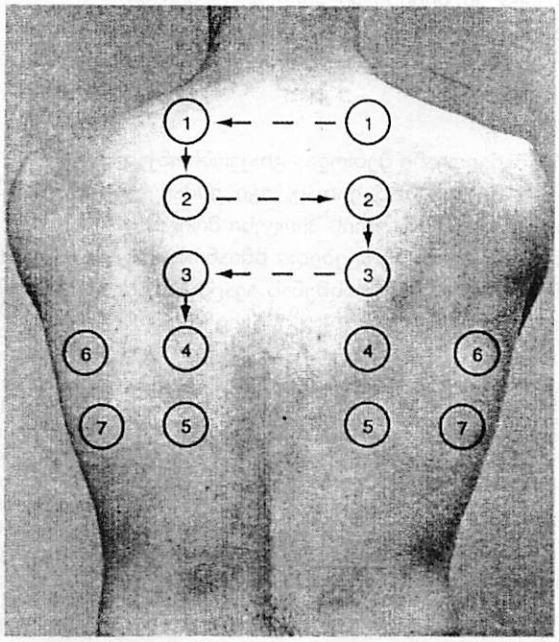
პერკუსიული ხმიანობები და მათი მახასიათებლები

	ინტენსივობა	ტონალობა	ხანგრძლივობა	მდებარეობა	პათოლოგია
ყრუ	ჩუმი	მაღალი	ხანმოკლე	ბარძაყი	დიდი ზომით პლევრული გამონაჟონი
მოყრუება	საშუალო	საშუალო	საშუალო ხანგრძლივობის	ღვიძლი	ნილოვანი პნევმონია
ნათელი	ხმამაღალი	დაბალი	ხანგრძლივი	ნორმალური ფილტვი	ქრონიკული ბრონქიტი
ტიმპანური	ძალიან ხმამაღალი	ძალიან დაბალი	ძალიან ხანგრძლივი	ნორმალურად არ არის	ემფიზემა, პნევმოთორაქსი
ტიმპანური	ხმამაღალი	მაღალი*	*	კუჭის არე ან გაბერილი ღოჯა	დიდი ზომის პნევმოთორაქსი

*გარჩევა ძირითადად ხდება მისი მუსიკალური ტემბრით.

ხოლესაც ავადმყოფს ხელები მკერდზე აქვს გადაჯვარედინებული, პერკუსია ჩაატარეთ სიმეტრიულ უბნებში მწვერვალებიდან ქვედა კიდეებამდე.

პერკუსია ჩაატარეთ გულ-მკერდის ჯერ ერთ მხარეს, შემდეგ მეორე მხარეს ერთი და იგივე დონეებზე, ხოგორც ქვემოთ ციფრებითაა ნაჩვენები. გამოტოვეთ ბეჭის ძვლების არეები – ძვლების და ჯუნთების სისქე ცვლის ფიტკვების პერკუსიულ ხმიანობას. გამოყავით ის უბნები, სადაც ჩვიმე პათოლოგიური პერკუსიული ხმიანობა აღინიშნება და შეაფასეთ იგი.

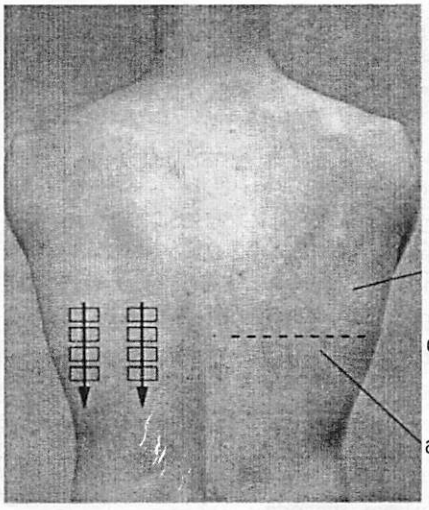


პერკუსიისა და აუსკულტაციის "ჯიბის" მოდელი

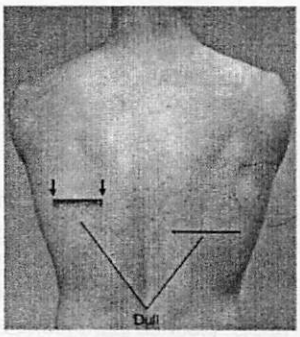
დაადგინეთ დიაფრაგმის დაწევა ან ექსკურსია. პირველ რიგში, *დაადგინეთ დიაფრაგმის მოყრუების დონე* მშვიდი სუნთქვის დროს. ამისთვის თითი პერკუსიმეტრი დადეთ *მოყრუების დონის ზემოთ და მის პარალელურად*, ჩაატარეთ პერკუსია ქვემოთკენ, სანამ ნათელი ხმიანობა არ შეიცვლება მოყრუებით. დააზუსტეთ ეს ადგილი მის ახლო მიდამოებში პერკუსიით.

მოყრუება ცვლის ნათელ ხმიანობას, როდესაც სითხე ან მკვრივი ქსოვილი იკავებს ჰაერის შემცველ ფილტვის უბანს ან პლევრის ღრუს. ამის მაგალითებია: ნიღველი პნევმონია, როდესაც აღვილები სივრცეები ამოვსებულია სითხით და სისხლის უჯრედებით; პლევრის ღრუში სეროზული სითხის დაგროვება (პლევრული გამონაჟონი), სისხლის დაგროვება (ჰემოთორაქსი), ჩირქის დაგროვება (ემპიემა); ასევე ფიბროზული ქსოვილით ან სიმსივნით ჩანაცვლება.

გავრცელებული ჰიპერრეზონანსული ხმიანობა მოისმინება ჰაერით გადავსებულ ფილტვებზე ემფიზემის ან ასთმის დროს, მაგრამ ეს არ არის სარწმუნო ნიშანი. *ცალმხრივი ჰიპერრეზონანსული ხმიანობა* მიუთითებს დიდი ზომის პნევმოთორაქსის ან ფილტვში დიდი ზომის ჰაერით სავსე ბუღის არსებობაზე.



პერკუსიის ჩატარების ტოპოგრაფია და თანამიმდევრობა



დიაფრაგმის მაღალი მდებარეობა მიუთითებს პლევრული გამონაჟონის, ფილტვის ატელექტაზის ან დიაფრაგმის პარეზის არსებობაზე

დაიმახსოვრეთ, რომ ამ მეთოდით თქვენ ადგენთ საზღვარს ფიტვის ნათელ ხმიანობას და დიაფრაგმის ქვემ მოყრუებას შორის. თქვენ ვერ ამეთებთ საკუთრივ დიაფრაგმის პერკუსიას. მოყრუების დონით შეგიძლიათ დიაფრაგმის სავარაუდო ლოკალიზაცია დაადგინოთ.

ამის შემდეგ, *დაადგინეთ დიაფრაგმის ექსკურსიის ხარისხი*, რისთვისაც განსაზღვრეთ დისტანცია სრული ამოსუნთქვისას და სრული ჩასუნთქვის დროს მოყრუების დონეებს შორის. ნორმალურად ეს მანძილი 5 - 6 სმ-ია. თუმცა ეს სიდიდე არ არის ურთიერთობაში დიაფრაგმის მოძრაობის ინტენსივობის მონაცემთან.

აუსკულტაცია

ფიტვების აუსკულტაცია გამოკვლევის ყველაზე მნიშვნელოვანი მეთოდია ტრაქეობრონქულ ხეში ჰაერის გატარების შეფასებისთვის. ასევე, პერკუსიასთან ერთად, იგი ეხმარება ექიმს დაადგინოს ფიტვების და პლევრის მდგომარეობა. აუსკულტაციის პროცესი მოიცავს: 1. სუნთქვის დროს წარმოქმნილი ხმიანობების მოსმენას; 2. დამატებითი ხმიანობების მოსმენას და 3. იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება, ხმიანობების მოსმენას ავადმყოფის საუბრის ან ჩურჩულის დროს, თუ ეს ხმიანობები ბგერ-მკერდის ველზე ვრცელდება.

აუსკულტაციის დროს შეცდომა შეიძლება გამოიწვიოს ლოგინის თეთრეულის, ჯაღარის პერანგის ხმამ და თავად ბგერ-მკერდმა. მკერდის თმიანობის გამო შეიძლება ტკაცუნა ხმა მოისმინოთ. ამიტომ სტეტოსკოპი უფრო მჭიდროდ დააწვინეთ ან თმა დაასველეთ. თუ ავადმყოფს სცივა ან დაძაბულია, შეიძლება მოისმინოთ კუნთების შეკუმშვის ხმიანობა – მოგუდული, დაბალი ტონალობის მოგუგუნე ხმა. პაციენტის სხეულის მდებარეობის შეცვლით ეს ხმა ქრება. თქვენ თავად შეგიძლიათ წარმოქმნათ ეს ხმიანობა ვარჯიშის მოძრაობის ჩატარებით (ქვემოთ დახარისხებული) საკუთარი ფიტვების მოსმენისას.

სუნთქვითი ხმიანობა. თქვენ უნდა ისწავლოთ სუნთქვითი ხმიანობების გარჩევა ინტენსივობის, სიმაღლის და საშუალო ხანგრძლივობის მიხედვით ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის ფაზებში. ნორმალური სუნთქვითი ხმიანობებია:

- *ვეზიკულური*, ხმიერი და დაბალი სიმაღლის. ეს ხმიანობა მოისმინება ჩასუნთქვის დროს და ჰაერის გარეშე გრძელდება ამოსუნთქვის ფაზაში და შემდეგ მცირდება ამოსუნთქვის ფაზის ბოლო 1/3-ში.

- *ბრონქოვეზიკულური* (მკვრივი) - მოისმინება ამოსუნთქვის და ჩასუნთქვის ფაზებში და ერთნაირი ხანგრძლივობისაა. სიმაღლის და ინტენსივობის მიხედვით განსხვავება უფრო მეტად ვლინდება ამოსუნთქვის ფაზაში.

- *ბრონქული*, ანუ ხმამაღალი და მაღალი ტონალობის, მცირე ჰაერით ამოსუნთქვასა და ჩასუნთქვას შორის. ამოსუნთქვის დროს ხმიანობა უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ჩასუნთქვის დროს.

ამ სამი სახის სუნთქვითი ხმიანობების მახასიათებლები შეჯამებულია ქვემოთ ცხრილში. ასევე ნარჩენებია *ტრაქეული* სუნთქვითი ხმიანობა – ძალიან ხმამაღალი, ხრინწიანი ხმა, რომელიც ტრაქეაზე ისმის.

ფონენდოსკოპით *სუნთქვითი ხმიანობა მოისმინეთ* მას შემდეგ, როდესაც ავადმყოფს აუხსნით, ისუნთქოს ღრმად და ჰირით. გამოიყენეთ პერკუსიის მეთოდები: მოსმენისას მოანაცვლეთ მხარეები და შეადარეთ სიმეტრიული უბნები. თუ შეცვლილი ხმიანობა გესმით, მოისმინეთ მიმდებარე უბნები, რათა სრულად აღწეროთ ეს ცვლილება. მოისმინეთ სულ ცოტა ერთი სრული სუნთქვა ყველა უბანზე. ყურადღება მიაქციეთ იმას, რომ ავადმყოფმა არ იგრძნოს დისკომფორტი ჰიპერვენტილაციის გამო (მაგ., სუსტი თავბრუსხვევა, სისუსტე) და დროდადრო მიეცით დასვენების საშუალება.

სუნთქვითი ხმიანობა შესაძლებელია გაიზარდოს, როდესაც ჰაერის ნაკადი იზრდება, (ფიტვის

დააკვირდით სუნთქვის ხმის *ინტენსივობას*. სუნთქვის ხმიანობა, როგორც წესი, მაღალია ფიტვის ქვედა უბანა ველებში და ცვალებადობს სხვადასხვა არეებში.

სუნთქვითი ხმიანობების მახასიათებლები

	ხმიანობის ხანგრძლივობა	ამოსუნთქვითი ხმიანობის ინტენსიობა	ამოსუნთქვითი ხმიანობის სიმაღლე	უბნები, სადაც ნოხმაღუჩად მოისმინება
ვეზიკულური*	ჩასუნთქვითი ხმიანობა უფრო ხანგრძლივად ისმის, ვიდრე ამოსუნთქვითი	ხმიერი	შედარებით დაბალი	ოთხივე ფილტვის უმეტეს უბნებში
ბრონქოვეზიკულური	ჩასუნთქვითი და ამოსუნთქვითი ხმიანობები ერთნაირი ხანგრძლივობისაა	საშუალო	საშუალო სიმაღლის	გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე I და II ნეკნთაშუა სივრცეებში და ბეჭებს შორის
ბრონქული	ამოსუნთქვითი ხმიანობა უფრო ხანგრძლივად ისმის, ვიდრე ჩასუნთქვითი	ხმამაღალი	შედარებით მაღალი	მკერდის ძვლის ტართან, თუ ჯი საერთოდ ისმის
ტრაქეული	ჩასუნთქვითი და ამოსუნთქვითი ხმიანობები ერთნაირი ხანგრძლივობისაა	ძალიან ხმამაღალი	შედარებით მაღალი	ტრაქეაზე კისრის არეში

* ხაზების სისქე გამოხატავს ინტენსივობას, დახრილობა - ტონის სიმაღლეს.

თუ ბრონქოვეზიკულური, ან ბრონქული სუნთქვითი ხმიანობა მოისმინება ცხრილში მოცემული უბნებიდან მოშორებით, სავარაუდოა ფილტვის ჩანაცვლება სითხით ან მკვრივი ქსოვილით. იხ. ცხრილი 7-5. ნორმალური და შეცვლილი სუნთქვითი ხმიანობები (იხ. გვ. 274).

თუ სუნთქვის ხმა შესასტებელად გესმით, პაციენტს სთხოვეთ ღრმად ჩაისუნთქოს. ამით თქვენ მოსმენას გაადვილებთ. თუ ავადმყოფს არ შეუძლია საკმარისად ღრმად ჩაისუნთქოს ან აქვს გულმკერდის სქელი ედემა, ხოგორც ეს არის მსუქნებში, სუნთქვის ხმიანობა ჩრდება შესასტებული.

ობსტრუქციული დაავადებების ან ფუნთების სისუსტის დროს, ან ხოდესაც ხმის გატარება შესასტებულია (გამონაფონი პლევრის ღრუში, პნევმოთორაქსი ან ემფიზემა).

არის აქ *ჭეშმარიტი ინტერვალი* ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის ხმიანობებს შორის?

ინტერვალი მიუთითებს ბრონქული სუნთქვის ხმიანობაზე.

მოუსმინეთ *ამოსუნთქვისა და ჩასუნთქვის ხმიანობის ტონს, ინტენსივობას და ხანგრძლივობას.* ვეზიკულური სუნთქვითი ხმიანობა, ჩვეულებრივ, გულმკერდის მთელ ველზე ვრცელდება? თუ ბრონქული და ბრონქოვეზიკულური ხმიანობები არის გათვალისწინებულ ადგილებში? თუ არის, სად არიან ლოკალიზებული?

დამატებითი ხმიანობები. მოუსმინეთ დამატებით ხმებს, რომელთა ზედდებაც ხდება, ჩვეულებრივ, სუნთქვით ხმიანობაზე. დამატებითი ხმიანობების – ტრაქსენი, სტვენა (რომელსაც ხშირად უწოდებენ) ალბათ მნიშვნელოვანია თქვენთვის გამოკვლევის ჩატარების პროცესში, ზოგჯერ ეს ნამყვანი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოლოგიური და ფილტვის დაავადებების დიაგნოზის დასადგენად. ამ ხმების ყველაზე გავრცელებული სახეობა ალნერილია ქვემოთ:

შემდგომი მსჯელობა და დამატებითი ხმიანობები ნახეთ ცხრილში 7-6, ფილტვის დამატებითი ხმები: მიზეზები და თვისებები (გვ. 275).

ფიტვის დამატებითი ხმიანობები

ჯეჰპიტაცია	სტვენა და ხიხინი
▪ წყვეტილი	▪ გახანგრძლივებული
▪ წყვეტილი, ახამუსიაღური და ხანმოკლე	▪ ≥ 250 მ/წმ, მუსიაღური, უფრო ხანგრძლივად ისმის (მაგრამ აუცილებელი არ არის გრძელდებოდეს მთელი ჩასპირატორული ციკლში)
▪ ზოგჯერ ნეიტიროვანი	▪ ლორდოზის ბიძგის მსგავსი
▪ *ნაზი ჯეჰპიტაცია* არის ხმელი, მაღალი ტონალობის, და ძალიან მოკლე (5 – 10 მ/წმ)	▪ *მშრალი ხიხინი:* შედარებით მაღალი ტონალობის (≥400 ჰც) მსტვინავი ან მოგუგუნე, მოზუზუნეა.
. . . . *უხეში ჯეჰპიტაცია* არის ჩამდენადმე მაღალი, დაბალი ტონალობის, მოკლე (20 - 30 მ/წმ)	▪ *სველი ხიხინი:* შედარებით დაბალი ტონალობის (≤ 200 ჰც) და აქვს ხვრინვის ხასიათი. ბრონქის ლორბრის მიხედვით ის შეიძლება იყოს ნვრილ-, საშუალო- და მსხვილბუშტოვანი

ნაზი ჯეჰპიტაცია, რომელიც გრძელდება სუნთქვიდან სუნთქვამდე, მიგვანიშნებს ფიტვის ქსოვილის დაზიანებაზე.

ხიხინი შეიძლება იყოს ფიტვების (პნევმონია, ფიბროზი, გულის შეგუბებითი უკმარისობის აღრეული სტადია) ან სასუნთქი გზების (ბრონქიტი, ბრონქოექტაზები) პათოლოგიის დროს. მსტვინავი ხიხინი მიუთითებს ჰაერგამტარი გზების შევიწროვებაზე, როგორიცაა ასთმა, ფიტვების ობსტრუქციული დაავადება, ბრონქიტი.

სველი ხიხინი ვითარდება სასუნთქი გზებში სეკრეციის არსებობის დროს.

თუ თქვენ გესმით *ხიხინი*, განსაკუთრებით ისეთი, რომელიც არ ქრება ჩახველების შემდეგ, ყურადღებით მოუსმინეთ სხვა მახასიათებლებს. ქვემოთ მოცემულია ფიტვის ხმიანობის განსაზღვრის პრინციპი:

- ხმის ძალა, ტონალობა, ხანგრძლივობა (განსაზღვრეთ ჯეჰპიტაცია ნაზია თუ უხეში)
- ჩაოდენობა (ცოტა თუ ბევრი)
- სუნთქვის ციკლის მიხედვით
- გულმკერდის ჯედელთან ლოკალიზაცია
- აღნიშნული ტიპის მედმივობა სუნთქვიდან სუნთქვამდე
- ჩარიე ცვლილებები ხველის შემდეგ ან ავადმყოფის პოზიციის შეცვლისას.

ჩახველების შემდეგ ჯეჰპიტაციის, მსტვინავი ხიხინის ან ბრონქული სუნთქვის გაქრობა მიგვანიშნებს, რომ მისი მიზეზი იყო სეკრეტის არსებობა, როგორც ბრონქიტის, ასევე ატელექტაზის დროს.

ზოგიერთ ჯანმრთელ ადამიანს შეიძლება აღენიშნებოდეს ხიხინი გულ-მკერდის ნინა ჯედელზე მაქსიმალური ამოსუნთქვის დროს. ფიტვების ქვედა ნილებში ხიხინი, ასევე, შეიძლება მოისმინებოდეს ხანგრძლივი ნოლის შემდეგ.

თუ თქვენ გესმით მსტვინავი, ან ბრონქული ხმა, ჩაინიშნეთ, როდის გესმით და მისი ლოკალიზაცია. იცვლება, თუ არა ის ღრმა ჩასუნთქვის ან ჩახველების შემდეგ?

ხმიანობის გაძლიერების გარდა გვაფიქრებინებს, რომ ჰაერით სავსე ფიტვი გახდა უჰაერო. ნახეთ ცხრილი 7 - 5, ნორმალური და შეცვლილი სუნთქვითი ხმიანობა (სურ. 274).

ბგერითი ხმიანობები. თქვენ თუ გესმით არასწორი ლოკალიზაციის ბრონქოვეზიკულური ან ბრონქული სუნთქვის ხმა, გააგრძელეთ ხმის გატარების შეფასება. სტეტოსკოპის საშუალებით მოისმინეთ გულმკერდის ჯედლის სიმეტრიული არეები:

- ავადმყოფს სთხოვეთ, თქვას "ეითი-ოჰი". ჩვეულებრივ, გულმკერდის ხედისკენ გავრცელებული ხმა ისის ჩუმი და გაუკუთვნელი.
- სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვას "ეე". თქვენ, ჩვეულებრივ, გაიგებთ მოგრძელებულ "ე" ხმიანობას.
- სთხოვეთ ავადმყოფს, ჩუჩრელით თქვას "ეითი-ოჰი", ან "ეითი-ოჰი-სამი". ჩუჩრელის ხმა, ჩვეულებრივ, ისმის სუსტად და გაუკუთვნელად, ან არ ისმის საერთოდ.

ხმამაღლა, სუფთა ხმიანობას *ბრონქოფონია* ეწოდება.

როდესაც "ეე" ისმის, როგორც "აი", ანუ "ე" იცვლება "ა"-თი (ეგოფონია), ეს მიუთითებს ნიღის გამკვრივებაზე ენევმონიის შედეგად. ხმა თითქოს ცხვირში ისმის.

შედარებით ხმამაღალი, სუფთა ჩუჩრელის ხმას უწოდებენ *ჩუჩრელის ბრონქოფონიას.*

გულმკერდის წინა ზედაპირის გამოკვლევა

თუ ავადმყოფი გამოკვლევისას წევს ზურგზე, უნდა იყოს კომფორტულად, ოღონდ განზიდული ხელებით. ავადმყოფს, რომელსაც უჭირს სუნთქვა, გამოკვლევისას შეუძლია იჯდეს ან სანოლის თავის ანევის საშუალებით შეუქმნათ კომფორტული პოზიცია.

ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, უჩვენიათ ტანით წინ გადმოხრილი ჯდომა, ტუჩები მოკუმული ამოსუნთქვის ჩროცესში და ხელები შემოხვეული მუხლებზე ან მაგიდაზე.

დათვალიერება

დაკვირდით ავადმყოფის გულმკერდის ფორმას და გულმკერდის ხედის მოძრაობას. ჩაინიშნეთ:

- დეფორმაცია ან ასიმეტრია.

ნახეთ ცხრილი 7-4, გულმკერდის დეფორმაცია (სურ. 273).

- ჩასუნთქვის დროს ქვედა ნეკნთაშუა არეების არასწორი რეტრაქცია.

მძიმე ასთმა, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ან ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქცია.

- სუნთქვითი მოძრაობისას ღრუბლური ჩამორჩენა ან დეფორმაცია.

ფილტვების ან პლევრის დაავადებები.

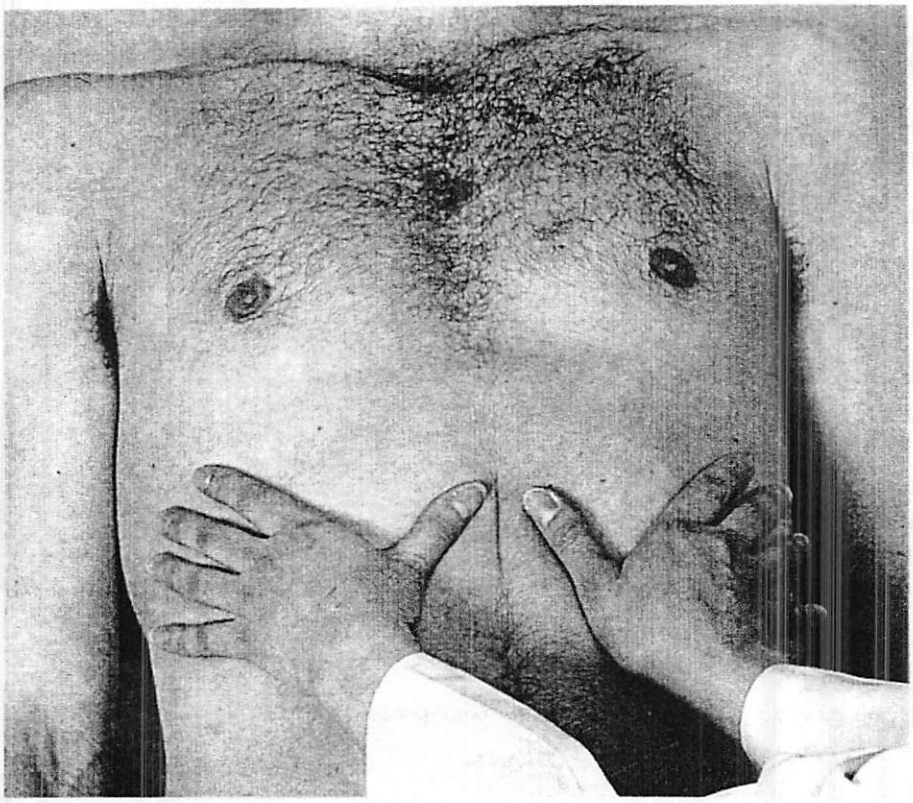
პალპაცია

პალპაცია გამოიყენება ოთხი მიმართულებით:

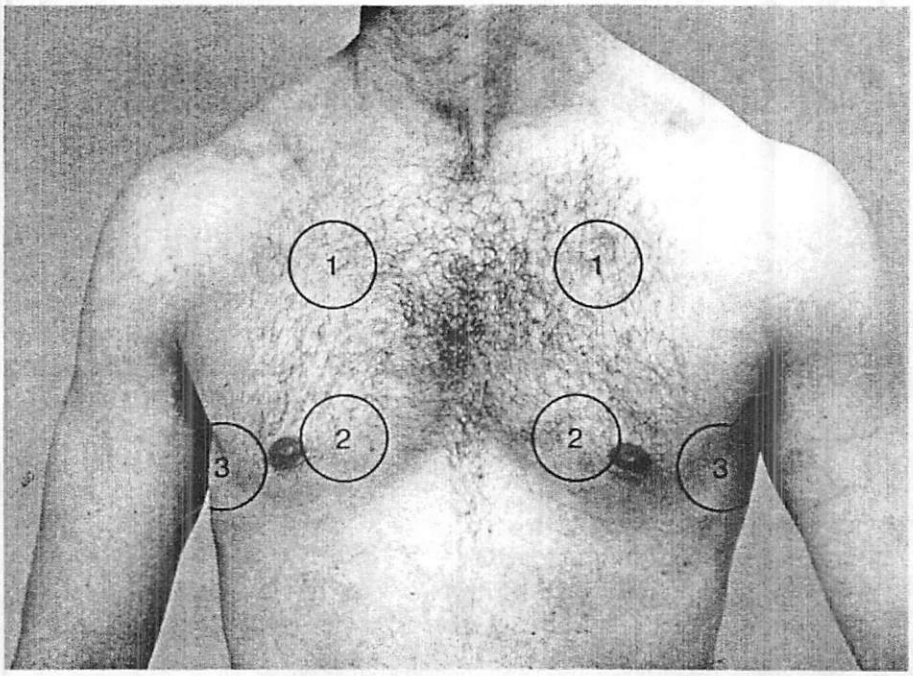
- *მტკივნეული არეების დადგენა*

გულ-მკერდის კუნთების ან ნეკნების ხრტილების მტკივნეულობა აღასტურებს, მაგრამ არ ამტკიცებს, რომ გულ-მკერდის არეში ტკივილის მიზეზი კუნთები ან ძვლებია.

- *დადგენილი ცვლილებების შეფასება*
- *გულმკერდის გაშლის შეფასება.* დადეთ თქვენი ცერა თითები ნეკნების კიდეებზე ორივე მხარეს, ხოლო ხელისგულები – ნეკნების ღატერალურად. შემდეგ გააცურეთ ხელები მედიალურად ოღონდ ზემოთ ისე, რომ კანი ამოინიოს ცერებს შორის. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ჩაისუნთქოს. დაკვირდით, რამდენად დაშორდება ცერები ერთმანეთს და ნახეთ სიმეტრიულობა.



- *ბგერითი ხმევის შეფასება.* გულ-მკერდის ოროვე მხარე შეადარეთ ერთმანეთს, ამისთვის გამოიყენეთ მტევნის ნების ძვლის თავები ან ხელის სხივის ზედაპირი. ჩვეულებრივ, ბგერითი ხმევა არ აღინიშნება გულის ზედაპირზე. ქალის გასინჯვისას საჭიროების შემთხვევაში ფრთხილად გადაუწიეთ ძუძუ.



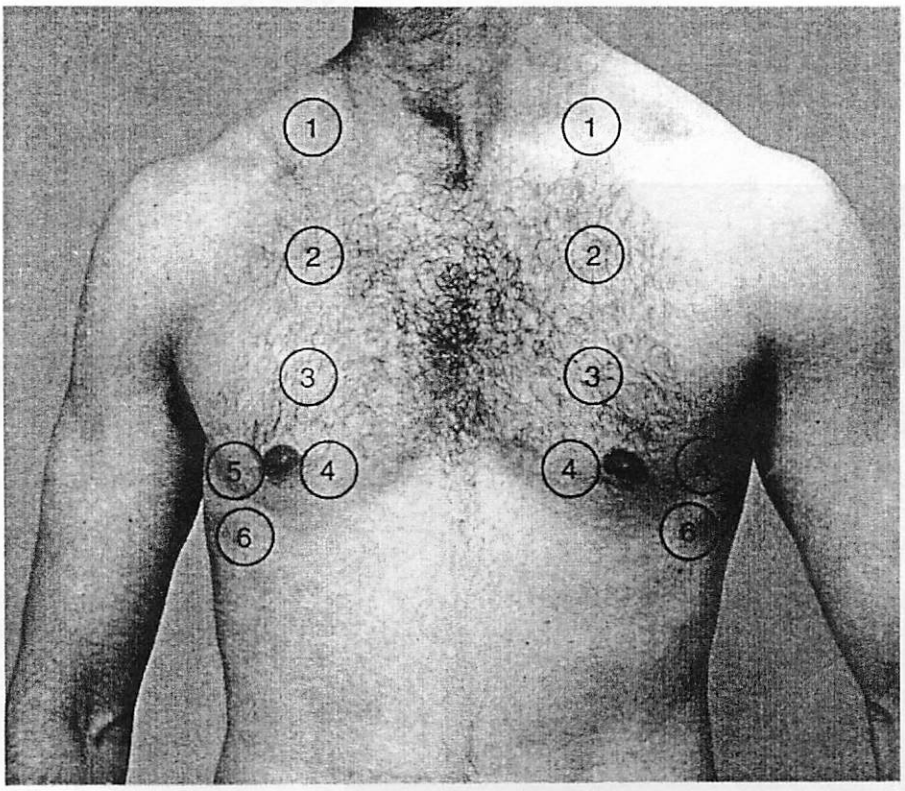
ბგერითი ხმევის შებრძნების ტოპოგრაფია

პერკუსია

გულ-მკერდის წინა და გვერდითი ზედაპირების პერკუსია ჩატარებულ ოთხივე მხარეს. ნორმალურად გულის არეში აღინიშნება მოყრუება მკერდის ძვლის მარცხნივ მე-3-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში. მის ტატარულად შეგიძლიათ ფილტვის პერკუსია.

ნათელი ხმიანობა მოყრუებით შეიცვლება იმ შემთხვევაში, როდესაც ფილტვის ქსოვილს ან პლევრის ღრუს დაიკავებს სითხე ან მკვრივი ქსოვილი. იმის გამო, რომ სითხე პლევრის ღრუს ქვემო ნაწილში გროვდება (მწოლიარე ავადმყოფებში უკანა მხარეს), წინა მხრიდან პერკუსიით მხოლოდ დიდი რაოდენობით სითხის დადგენა შეიძლება.

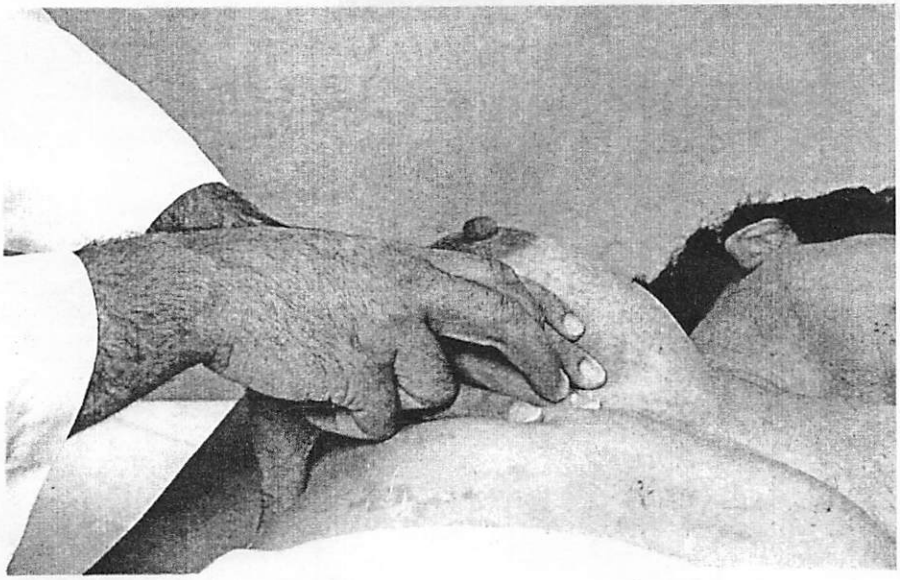
ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს გულის მოყრუება მთლიანად იფარება ჰიპერრეზონანსული ხმიანობით.



პერკუსიისა და აუსკულტაციის ტოპოგრაფია

ქალებში პერკუსიის უკეთ ჩატარებისთვის მკერდი გადანიეთ მარცხენა ხელით, როცა მარჯვენათი პერკუსიას ატარებთ.

მარჯვენა შუა ნიკის პნევმონიის დროს მოყრუება ვლინდება მარჯვენა ძუძუსთან. თუ ძუძუს არ გადანევთ, შეცვლილ პერკუსიულ ხმიანობას ვერ დაადგენთ.

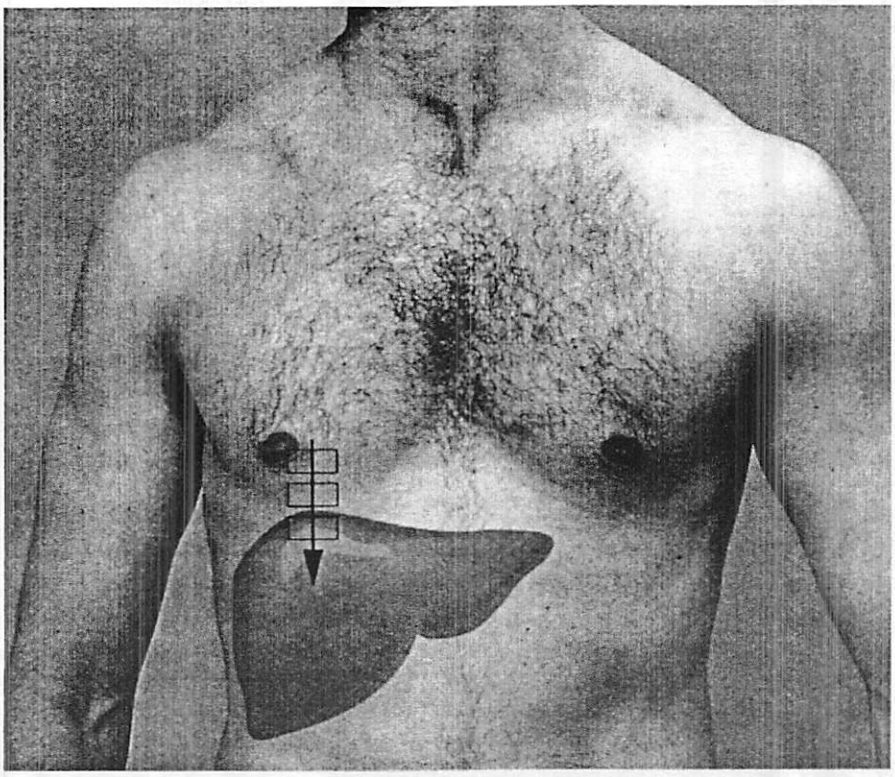


ასევე შეგიძლიათ ავადმყოფს სთხოვოთ, თვითონ გადანიოს მკერდი.

დაადგინეთ შეცვლილი პერკუსიული ხმიანობის მქონე უბნები.

ღვიძლის მოყირჟების ზემო კიდის ზემოთ და პარალელურად დადეთ თქვენი თითი პლესიმეტრი და პერკუსია ჩაატარეთ ქვემოთკენ ღავინშეა ხაზზე. დაადგინეთ ღვიძლის ზედა კიდე. მოგვიანებით, მუცლის ღრუს გამოკვლევის დროს, ეს მეთოდი შეგიძლიათ გამოიყენოთ ღვიძლის ზომის დასადგენად. ხოლესაც მარცხნივ ატარებთ გულ-მკერდის პერკუსიას, ყურძის არეში ფილტვის ნათელი ხმიანობა იცვლება ტიმპანუმით.

ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს, ხშირად, ღვიძლის ზედა კიდე ქვემოთ იწევს. ასევე ქვემოთ იწევს დიაფრაგმის მოყირჟების ზედა კიდე ზურგის მხარეს.



აუსკულტაცია

მოისმინეთ გულ-მკერდის წინა და გვერდითი ზედაპირები, ხოლესაც ავადმყოფი ღია პირით სუნთქავს უფრო ღრმად, ვიდრე ჩვეულებრივი სუნთქვის დროს. შეადარეთ სიმეტრიული უბნები. მოისმინეთ *სუნთქვითი ხმიანობები*, დაადგინეთ ინტენსივობა და ცვლილებები. სუნთქვითი ხმიანობა უფრო ხმამაღალია გულ-მკერდის წინა ზედაპირზე ზედა ნიღაბში. მსხვილ სასუნთქ გზებზე, განსაკუთრებით მარჯვნივ, ისმის ბრონქოვეზიკულური სუნთქვა.

მოისმინეთ დამატებითი ხმიანობები, სუნთქვის ციკლის ჩა მონაკვეთს იკავებენ, გულ-მკერდის ჩა ნაწილში მოისმინებიან, ჭრებიან თუ არა ღრმა ჩასუნთქვაზე.

საჭიროების შემთხვევაში, გამოიკვლიეთ ბრონქოფონია.

იხ. ცხრილი 7-6. ფილტვის დამატებითი ხმიანობები: მიზეზები და თვისებები (გვ. 275) და იხ. ცხრილი 7-7 გულ-მკერდის პათოლოგიების დროს ობიექტური კვლევის მონაცემები (გვ. 276-277).

III სპეციფიური მეთოდები

ფილტვის ფუნქციის კლინიკური შეფასება. ამბულატორიულ ავადმყოფებში სუნთქვის გაძნელებაზე ჩივილის შეფასების მარტივი, მაგრამ ინფორმატიული მეთოდია ავადმყოფთან ერთად ქვემოთ ჩასვლა ან კიბეზე ასვლა. დააკვირდით მისი სუნთქვის სიხშირეს, სიღრმეს და ხმიანობას.

ფორსირებული ამოსუნთქვის დრო. ამ ტესტით ფასდება ამოსუნთქვის ფაზა, რომელიც ტიპიურად გახანგრძლივებულია ფილტვების ობსტრუქციული დაავადებების დროს. ავადმყოფს სთხოვეთ, ღრმად ჩაისუნთქოს და ჰამდენადაც შეუძლია ღია პირით სწრაფად და ბოლომდე ამოისუნთქოს. ფონენდოსკოპით მოისმინეთ ტრაქეა და დაადგინეთ ამოსუნთქვის დრო. ეცადეთ, მიიღოთ სამი თანმიმდევრული მონაცემი, ამოსუნთქვებს შორის მცირე შესვენებებით, თუ ეს აუცილებელი იქნება.

თუ ავადმყოფი გაგებით ეკიდება და ატარებს ამ ტესტს, მისი ფორსირებული ამოსუნთქვის დრო შეადგენს 6 წამს და მეტს, ეს მიუთითებს ფილტვების ობსტრუქციული დაავადების არსებობაზე.

ნეკნის მოტეხილობის დადგენა. ერთი ან რამოდენიმე ნეკნის არეში ტკივილი გვაფიქრებინებს ნეკნის მოტეხილობაზე. გულ-მკერდზე ერთდროულად წინიდან და უკნიდან ზენოლა მოგეხმარებათ ნეკნის მოტეხილობის დადგენაში ჰბილი ქსოვილების დაზიანებით. ერთი ხელი დაადეთ მკერდის ძვალს, მეორე – ხერხემლის გულ-მკერდის ნაწილს და დააწექით. ინვევს თუ არა ეს ტკივილს? სად?

ლოკალური ტკივილის მომატება (ხელებისგან დისტალურად) უფრო მეტად მიუთითებს ნეკნის მოტეხილობაზე, ვიდრე მხოლოდ ჰბილი ქსოვილების დაზიანება.

მონაცემთა ჩანერა

თავდაპირველად, უნდა გამოიყენოთ ისეთი წინადადებები, რომლითაც აღწერით გასინჯვით მიღებულ მონაცემებს. მოგვიანებით, შეგიძლიათ ფრაზები გამოიყენოთ. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც გაამდიდრებს ჩანაწერს.

ყლინიკური გამოკვლევების მონაცემთა ჩანერა

"გულ-მკერდი სიმეტრიულია და კარგად იშლება. ფილტვების ნათელი ხმიანობაა. მოისმინება ვეზიკულური სუნთქვა; ხიხინი და ხმაურიანი სუნთქვა არ აღინიშნება. დიაფრაგმის გუმბათის დანევა 4 სმ-ია ორივე მხარეს."

ან

"გულ-მკერდი სიმეტრიულია ზომიერი ტიფოზით და წინა-უკანა დიამეტრის გადიდებით, შემცირებულია გაფარითოვება. ფილტვების პერკუსიული ხმიანობა მომატებულია. სუნთქვითი ხმიანობა შესუსტებულია, ამოსუნთქვის ფაზა გახანგრძლივებულია და აღინიშნება გაფანტული ხიხინი. ბგერითი ხმენა შესუსტებულია. ბრონქოფონია, ეგოფონია ან პექტორილოქვია არ აღინიშნება. დიაფრაგმის გუმბათის დანევა 2 სმ-ია ორივე მხარეს".

მიუთითებს ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების არსებობაზე.

ბიბლიოგრაფია

CITATIONS

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). At a glance. Targeting tobacco use: the nation's leading cause of death, 2004. Available at: http://www.cdc.gov/nccdphp/aag/pdf%aag_osh2004.pdf. Accessed October 29, 2004. [See also Centers for Disease Control Tobacco Information and Prevention Source (TIPS). Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/issue.htill. Accessed October 29, 2004.]
2. Rigotti NA. Putting the research into practice. BMJ 327(7428): 1395-1396,2003.

ADDITIONAL REFERENCES

Examination of the Lungs

Badgett RG, et al. Can moderate obstructive pulmonary disease be diagnosed by historical and physical findings alone? Am J Med 94:188, 1993.
Bettancourt PE, Delßono EA, Speigelman D, et al. Clinical utility of chest auscultation in common pulmonary disease. Am J Resp Crit Care Med 150:1921, 1994.
Cugell DW. Lung sound nomenclature. Am Rev Respir Dis 136: 1016, 1987.
Epler GR, Carrington CB, Gaenslcr EA. Crackles (raps) in the in-terstitial pulmonary diseases. Chest 73:333, 1978.
Holleman DR, Simel DL Does the clinical examination predict air- flow limitation? JAMA 273:313, 1995.
Koster MIJY, Baughmann RP, Loudon RG. Continuous adventi-tious lung sounds. J Asthma 27:237, 1990.
Kraman SS. Lung sounds for the clinician. Arch Intern Med 146: 1411, 1986.
Lehrer S. Understanding Lung Sounds, 3rd cd. Philadelphia, WB Saundcrs, 2002.
Lichtenstein D, Goldstein I, Mourgeon E, et al. Comparative di-agnostic performances of auscultation, chest radiography, and
lung ultrasonography in acute respiratory distress syndrome. Anesthesiology 100(1):9-15, 2004.
Loudon RG. The lung exam. Clin Chest Med 8:265, 1987.
Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have Community acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and

physical examination. JAMA 278(17):1440, 1997.
Nath AR, Carpet LH. Uspiratory crackles-early_ and late. Thorax 29:223, *1974.*
Nath AR, Carpet LH. Lung crackles in hronchiecrlsis. Thorax 35:694, 1980.
Schapira RM, et al. The value of the forced expiratory time in the physical diagnosis of obstructive airways disease. JAMA 270:73 1,
1993.
Straws SE, Finals AM, Sackett DI,, et al, for the CARE-COADI Group. The accuracy of patient history, wheezing, and laryngeal measurements in diagnosing obstructive airway disease. JAMA 283(14):1853-1857, 2000.

Pulmonary Conditions

American Thoracic Society and Centers for Disease Control and Prevention. Diagnostic standards and classification of tuberculo-sis
in adults and children. Am J Kcspir Crit (;are Mcd 161(4 Pt 1):1376-1395, 2000.
Baum GL, Crapo JD. et al (eds). Bauml's Textbook of Pulmonary Diseases, 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
Chunilal SD, Eikelboom JW, Attia J, et al. Does this patient have Pulmonary embolism? JAMA 290(20):2849-2858, 2003.
Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, ct al. Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000. Available at: hittp:/ /.surgeongeneral./gov/tobacco/ tobaqrg.pdf.Accessed May 22, 2005.
Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), World Health Organization (WHO), National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary
Disease. Bethcsda, MD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, World Health Organization, National Heart, Lung and Blood Institutr, 2004. Available at: hittp:/ /guideline.gov Accessed May 22, 2005.
Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. N Engl J Med 343(23):1715-1721, 2000.
Treatment of tuberctilosis. MMWR Recomm Rep 52(RR-11):1-77, 2003.
Weinberger S. Principles Of Pulmonary' Medicine, 4th rd. Philadcl-phia, WB Saundcrs, 2004.
Williams SG, Schmidt DK, Redd SC, Storms W. Key clinical activ-ities for quality asthma care: recommendations of the National Asthma Education and Prevention Program. MMWR Recomm Rep 52(RR-6):1-8, 2003.
Woodruff PG, Fahv JV. Asthma: prevalence, patliogcncsis, and prospects for novel therapies. JAMA 286(4):395-398, 2001.

ცირვილი გულ-მკერდის ორგანო

	პრობლემა	პროცესი	მდებარეობა	თვისება	სიმძიმე
	ჯანდიო-ვასკულური				
1	სტენოკარდია	მიოკარდიუმის გარდამავალი იშემია, ჩვეულებრივ, გამოწვეული ათეროსკლეროზით	მკერდის ძვლის უკან ან გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე, ზოგჯერ გადაეცემა მხრებში, მკლავებში, კისერში, ქვედა ყბაში ან მუცლის ზედა ნაწილში	დამწოლი, მოქვითინე, დამწოლი, ზოგჯერ ნვითი	მსუბუქი ან საშუალო, ზოგჯერ ღრმა შეგრძნება, ვიდრე ცრვილი
2	მიოკარდიუმის ინფარქტი	მიოკარდიუმის გახანგრძლივებული იშემია, რასაც მოსდევს მიოკარდიუმის შეუქცევადი დაზიანება ან ნეკროზი	ისეთივე, როგორც სტენოკარდიის დროს	ისეთივე, როგორც სტენოკარდიის დროს	ძლიერი ცრვილი ხშირად, მაგრამ ყოველთვის არა
3	პერიკარდიტი	• პერიკარდიუმის მიმდებარე პარიეტული პლევრის გაღიზიანება • მექანიზმი უცნობია	გულის არეში, შეიძლება გადაეცემოდეს მხრებში და კისერში	მწვავე, ჩხვლეტითი	ხშირად ძლიერი
4	აორტის განშრევებადი ანევრიზმა	აორტის ლედლის გაყოფა და სისხლის გადასვლა ლედლის შრეებს შორის	გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე, გადაეცემა კისერში, ზურგში ან მუცლის არეში.	ძლიერი, მგლეჯავი, აუტანელი	ძალიან ძლიერი
	ფილტვის				
5	ცრარქობრონქიტი	ცრარქის და მსხვილი ბრონქების ანთება	მკერდის ზედა ნაწილში ან მის ორივე მხარეს	ნვითი	მსუბუქი ან საშუალო
6	პლევრის ცრვილი	პარიეტული პლევრის ანთება პლევრიტის, პნევმონიის, ფილტვის ინფარქტის ან სიმსივნის გამო	პროცესის მიმდებარე გულ-მკერდის ზედაპირი	მწვავე, ჩხვლეტითი	ხშირად ძლიერი
	ბრონქო-ინტესტინური და სხვ.				
7	ეზოფაგიტი	ლუქის ნვენის ეზოფაგუსით განპირობებული საყლაპავის ღრინოვანის ანთება	მკერდის ძვლის უკან, შეიძლება გადაეცემოდეს ზურგში	ნვითი, შესაძლებელია მოქვითინე	მსუბუქი ან საშუალო
8	საყლაპავის დისფუნქცია სპაზმი	საყლაპავის ლენთების მოტორული დისფუნქცია	მკერდის ძვლის უკან, შეიძლება გადაეცემოდეს ზურგში, მკლავებში და ქვედა ყბაში	ჩვეულებრივ, მოქვითინე	საშუალო ან მძიმე
9	გულ-მკერდის ლედლის ცრვილი	სხვადასხვა, ხშირად უცნობი	ხშირად მაგრდება ძეძეს ქვემ ან ნეკნების ხრტილების გასნვრივ, ასევე ნებისმიერ ადგილზე	ჩხლეტითი, მწვავე ან ყრუ.	ცვალებადი
10	შფოთვა	გაურკვეველი	გულის არეში, მაგრდება ძეძეს ქვემ ან გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე	ჩხლეტითი, მწვავე ან ყრუ.	ცვალებადი

შენიშვნა: გახსოვდეთ, რომ გულ-მკერდის არეში ცრვილი შეიძლება დაკავშირებული იყოს გულ-მკერდის გარეთა სტრუქტურებთან, როგორიცაა კისერი (ათრიტი) და მუცლის ღრუ (ბილიარული კოლიკა, მწვავე ქოლეცისტიტი). პლევრის ცრვილის მიზეზი შეიძლება იყოს მუცლის ღრუს პათოლოგია, მაგ. სუბდიაფრაგმული აბსცესი.

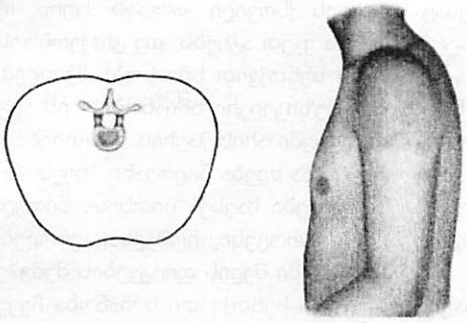
	ხანგრძლივობა	გამომწვევი ფაქტორები	ფაქტორები, რომლებიც ტკივილს ხსნის	თანმხლები სიმპტომები
1	ჩვეულებრივ, 1-3 წთ, მაგრამ არა უმეტეს 10 წთ-ისა. შეიძლება გაგრძელდეს 20 წთ-მდე	დაცვითვა, განსაკუთრებით სიცივე, ქვება, ემოციური სტრესი. შეიძლება, მოსვენებული მდგომარეობაშიც აღმოცენდეს	მოსვენება, ნიტროგლიცერინი	ზოგჯერ ჭრილი, გულისრევა, ოფლიანობა
2	20 წთ-იდან რამოდენიმე საათი			გულისრევა, ღებინება, ოფლიანობა, სისუსტე
3	გახანგრძლივებული	სუნთქვა, მდებარეობის შეცვლა, ხველა, ძილს დახრა, ზოგჯერ ყლაპვა	სწორად ჯდომამ შეიძლება შეამციროს	თანმხლები დაავადების სიმპტომები
4	გახანგრძლივებული			თანმხლები დაავადების სიმპტომები
5	უეცარი დაწყება, ადრეული ჰიპი, გრძელდება რამოდენიმე საათი	ჰიპერტენზია		სინკოპე, ჰემიპლეგია, აფაზიპლეგია
6	ცვალებადი	ხველა	დაზიანებულ მხარეს წოლა ტკივილს ამცირებს	ხველა
	გახანგრძლივებული	სუნთქვა, ხველა, სხეულის მოძრაობა		თანმხლები დაავადების სიმპტომები
7	ცვალებადი	დიდი რაოდენობით საკვები, მოხრა, წოლა	ანტაციდები, ზოგჯერ ბოყინი	ზოგჯერ ჰეგუნგიტაცია, დისფაგია
8	ცვალებადი	საკვების ან ცივი სასმელის გადაყლაპვა, ემოციური სტრესი	ზოგჯერ ნიტროგლიცერინი	დისფაგია
9	ხანმოკლე ან რამოდენიმე საათი ან დღე	გულ-მკერდის, სხეულის, ან მკლავების მოძრაობა		ხშირად, აღგილობრივი დაჭიმულობა
10	ხანმოკლე ან რამოდენიმე საათი ან დღე	დაძაბულობა, ემოციური სტრესი		სუნთქვის გაძნელება, გულის ფრიალი, სისუსტე, ფოთიაჭი

	პრობლემა	პროცესი	ხანგრძლივობა
1	მაცხვენამხრივი გულის უკმარისობა (მაცხვენა პარკუჭის უკმარისობა ან მიტრალური სტენოზი)	ფილტვის არტერიის ჯაჭვილარებში წნევის მომატება სითხის ტრანსუდაციით ინტერსტიციულ არეებში და ალვეოლებში, ფილტვების ელასტიურობის დაქვეითება (მომატებულია ხიგიდობა), მომატებული სუნთქვის სიხშირე	ქოშინი ნელა პროგრესირებს, ან სწრაფად - ფილტვების შეშუპების დროს
2	ქრონიკული ბრონქიტი*	ბრონქებში დიდი რაოდენობით ღრძნოს პროდუქცია, რასაც მოჰყვება სასუნთქი გზების ქრონიკული ობსტრუქცია	ქრონიკულ პროდუქტიულ ხველას მოსდევს ნელა პროგრესირებადი ქოშინი
3	ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	ტერმინალური ბრონქიოლების დისტალურად ჰაერის სივრცეების გაფართოვება, ალვეოლების კედლების დესტრუქცია და სასუნთქი გზების ქრონიკული ობსტრუქცია	ნელა პროგრესირებადი ქოშინი, მოგვიანებით შეღრებით მსუბუქი ხველა
4	ასთმა	ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობა ანთების მედიატორების გამოყოფაზე, სასუნთ გზებში სეკრეციის მომატება და ბრონქოკონსტრიქცია	მწვავე ეპიზოდები, მათ შორის უსიმპტომო პერიოდები. ხშირია ღამის შეტევები
5	ფილტვების დიფუზური ინტერსტიციული დაავადებები (სარკოიდოზი, გავრცელებული სიმსივნე, აზბესტოზი, ფილტვების იდიოპათიური ფიბროზი)	ალვეოლებს შორის ინტერსტიციული არეების გავრცელებული ინფილტრაცია უჯრედებით, სითხით და ბოლოგენური ქსოვილით. მიზეზი მრავალია	პროგრესული ქოშინი, რომლის ხარისხი ცვალებადობს მიზეზის მიხედვით
	პნევმონია	ფილტვის პარენქიმის ანთება ბრონქიოლებიდან ალვეოლებამდე	მწვავე დაავადება, ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ეტიოლოგიაზე
6	სპონტანური პნევმოთორაქსი	ჰაერის გადასვლა პლევრის ღრუში, რაც ინვევს ფილტვის ნანილობრივ ან სრულ ბოლაფსს	ქოშინის მწვავე შეტევა
7	ფილტვის არტერიის მწვავე ემბოლია	ფილტვის არტერიის ტოტის სრული ან ნანილობრივი ეკლარი თრომბით, რომელიც, ჩვეულებრივ, წარმოიქმნება ქვემო ჯიღრების ან მენჯის ღრმა ვენებში	ქოშინის მწვავე შეტევა
8	შფოთვა ჰიპერვენტილაციით	ხშირი სუნთქვა, რაც ინვევს ჰესპირატორულ ალკალოზს და სისხლში ნახშირბადის ოქსიდის პარციალური წნევის დაქვეითებას	ეპიზოდური, ხშირად განმეორებითი

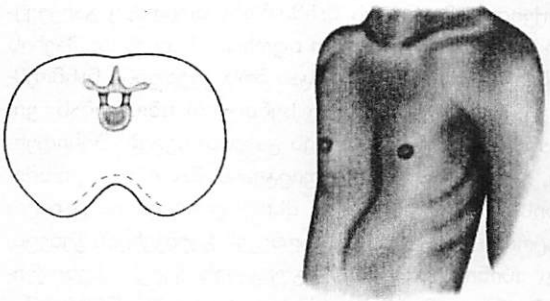
	გამომწვევი ფაქტორები	ფაქტორები, რომლებიც ამცირებს	თანმხლები სიმპტომები	სიტუაცია
1				
2	დატვირთვა, დაწოლა	მოსვენება, ჯდომა, სანამ ქოშინი მეღმივი გახდება	ხშირად ხველა, ორთოპნოე, ღამის პაროქსიზმული ქოშინი, ზოგჯერ, ხმაურიანი სუნთქვა	ბელის დაავადება ან მისი ხელშემწყობი ფაქტორები
3	დატვირთვა, გამაღიზიანებლების შესუნთქვა, ჰესპირატორული ინფექცია	ამოხველება, დასვენება, სანამ ქოშინი მეღმივი გახდება	ქრონიკული პროდუქტიული ხველა, განმეორებითი ჰესპირატორული ინფექცია, შეიძლება იყოს ხმაურიანი სუნთქვა	ანამნეზში თამბაქოს მონევა, დაბინძურებული ჰაერი, განმეორებითი ჰესპირატორული ინფექცია
	დატვირთვა	მოსვენება, სანამ ქოშინი მეღმივი გახდება	ხველა ნებოვანი ღონქოვანი ნახველით	ანამნეზში თამბაქოს მონევა, დაბინძურებული ჰაერი, ზოგჯერ აღფა-1 ანტიტრიფსინის დეფიციტი
4	ცვალებადი, მოიცავს აღელვას, გაღიზიანებას, ჰესპირატორულ ინფექციას, ფიზიკური ვარჯიშს და ემოციას	გამომწვევი ფაქტორების მოცილება	ხმაურიანი სუნთქვა, ხველა, მოქნილის შეგრძნება გულმკერდში	გარემოს და ემოციური მდგომარეობა
5	დატვირთვა	მოსვენება, სანამ ქოშინი მეღმივი გახდება	ხშირად სისუსტე, ადვილად დაღლა. ხველა უფრო იშვიათია, ვიდრე ფილტვების სხვა დაავადებების დროს	ცვალებადი. მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედება
			პლევრიტით გამოწვეული ტკივილი, ხველა, ნახველი, ცხელება, თუმცა არ არის აუცილებელი	ცვალებადი
			პლევრიტით გამოწვეული ტკივილი, ხველა ხშირად არ არის. თუ ოპლუზია მასიურია, შეიძლება იყოს დამნოლი ტკივილი. პლევრიტით გამოწვეული ტკივილი, ხველა და ჰემოპტოე შეიძლება ახლდეს. ნევროზის სიმპტომები (იხ. ქვემოთ)	ხშირად მანამდე ჯანმრთელი ახალგაზრდები მშობიარობის და ოპერაციის შემდგომი პერიოდი; ხანგრძლივი ნოღა, გულის მეგობრითი უკმარისობა, ფილტვების ქრონიკული დაავადებები, მენჯის ან ბარძაყის ძვლის მოტეხილობა; ღრმა ვენების თრომბოზი (ხშირად, ყრინყუარად უსიმპტომო)
8	უფრო ხშირად ვლინდება მოსვენების დროს, ვიდრე დატვირთვისას. გუნებ-განწყობის დარღვევის მოვლენები არ ვლინდება	ჭარბების ან პერასტიუის პარაში ჩასუნთქვა და ამოსუნთქვა ზოგჯერ შველის	ღრმა სუნთქვა, თავბრუსხვევა, ხელების ან ფეხების გაშეშება ან ჯანჯარი, გულის ფრიალი, გულმკერდის არეში ტკივილი	ნევროზის სხვა გამოვლინებები

პირობები	ხველა და ნახველი	თანმხლები სიმპტომები და სიტუაცია
მწვავე ანთება ლარინგიტი	მშრალი ხველა (ნახველის გარეშე), შეიძლება გახდეს პროდუქტული სხვადასხვა ხასიათის ნახველით	მწვავე, სუსტი ანთება ხმის ჩახლეჩით, ხშირად ახლავს ვირუსული ნაზოფარინგიტი
ტრაქეობრონქიტი	მშრალი ხველა, შეიძლება გახდეს პროდუქტული, ჩაგრძელებული	მწვავე, ხშირად ვირუსული დაავადება, მკერდის ძვლის უკან წვით და დისკომფორტით
მიკოპლაზმური და ვირუსული	მშრალი მეხანი ხველა, ხშირად ხდება პროდუქტული ლორწოვანი ნახველით	მწვავე დაავადება სიცხით, ხშირად სისუსტით, თავის ტკივილით და შესაძლოა ქოშინით
პნევმონია ბაქტერიული პნევმონია	პნევმოკოკური: ლორწოვანი ან ჩირქოვანი ნახველი; შეიძლება იყოს სისხლნარევი, დიფუზურად ვარდისფერი ან ჟანგისფერი	მწვავე დაავადება შემცივნებით, მაღალი ცხელებით, ქოშინით და ტკივილით გულ-მკერდის არეში. ხშირად წინ უძღვის ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია
ქრონიკული ანთება ბრონქიექტაზი	ქრონიკული ხველა; ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველი	ხორხის ამოსუფთავების ხშირი მცდელობა. ავადმყოფი შეეგუებულია ბრონქიექტაზის გამონადენს ან ჩანს უკანა ხახაში. დაკავშირებულია ქრონიკულ ინიცტან სინუსიტთან ან მის გარეშე
ქრონიკული ბრონქიტი	ქრონიკული ხველა; ნახველი ლორწოვანია ან ჩირქოვანი, შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	ხშირია ხანგრძლივი თამბაქოს წევის შემდეგ. მოქცევადობა თანდათანობით ინფექცია. შეიძლება განვითარდეს ემფიზემა და ქოშინი
ბრონქოექტაზია	ქრონიკული ხველა; ჩირქოვანი ნახველი, ხშირად დიდი რაოდენობით და ცუდი სუნით; შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	ხშირია მოქცევადობა ბრონქოპნევმონიით ინფექცია; შეიძლება ახლდეს სინუსიტი
ფილტვის კიბოკარცინომა	ხველა მშრალი ან ლორწოვანი, ან ჩირქოვანი ნახველით; შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	ადრეულ სტადიაზე სიმპტომები არ არის. მოგვიანებით ანორექსია, წონაში კლება, სისუსტე, ცხელება და ღამით ოფლიანობა
ფილტვის აბსცესი	ჩირქოვანი ნახველი ცუდი სუნით; შეიძლება იყოს სისხლიანი	ფებრილური ცხელება. ხშირია კბილების პრობლემები და წარსულში ცნობიერების დაკვეთება
ასთმა	ხველა სქელი ლორწოვანი ნახველით, განსაკუთრებით შეტევის ბოლოს.	ეპიზოდურად ხმაურიანი სუნთქვა და ქოშინი, მაგრამ შეიძლება მხოლოდ ხველა იყოს. ანამნეზში ხშირია ალერგია.
გასტროეზოფაგური რეფლუქსი	ქრონიკული ხველა, განსაკუთრებით ღამით ან დილით ადრე.	ხმაურიანი სუნთქვა, განსაკუთრებით ღამით (ხშირად ეშლებათ ასთმაში), დილით ადრე ხმის ჩახლეჩა, და ხორხის ამოსუფთავების ხშირი მცდელობა. ანამნეზში გულძმარვა და რეგურგიტაცია
სიმსივნე ფილტვის კიბო	ხველა მშრალი ან პროდუქტული; ნახველი შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	ჩვეულებრივ, ხანგრძლივი თამბაქოს წევა. ახლავს მთელი რიგი გამოვლინებები
ჯანდიოფასკულური დაავადებები მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა ან მიტრალური სტენოზი	ხშირად მშრალი, განსაკუთრებით დატვირთვისას ან ღამით; შეიძლება იყოს ვარდისფერი ფილტვების შეშუპების დროს ან პემოპტოე.	ქოშინი, ორთოპნოე, ღამის პაროქსიზმული ქოშინი
ფილტვის არტერიის ემბოლია	მშრალი და პროდუქტული; შეიძლება იყოს მუქი, ღია წითელი ან სისხლნარევი.	ქოშინი, აფორიაქება, გულ-მკერდის არეში ტკივილი, ფაქტორები, რომლებიც წინ უძღვის ღრმა ვენების თრომბოზს
გამაღიზიანებელი ნაწილაკები, ქიმიური ნივთიერებები, აირები	ცვალებადი. გამოვლინებასა და სიმპტომებს შორის, შეიძლება, ნათელი პერიოდი იყოს	გამაღიზიანებლების გამოვლენა. შეიძლება დაზიანდეს თვალები, ცხვირი და ყელი

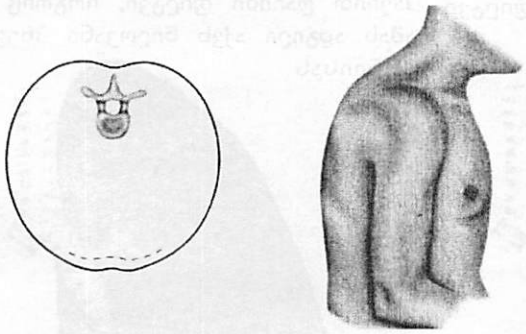
გულ-მკერდის დეფორმაციის სახეები



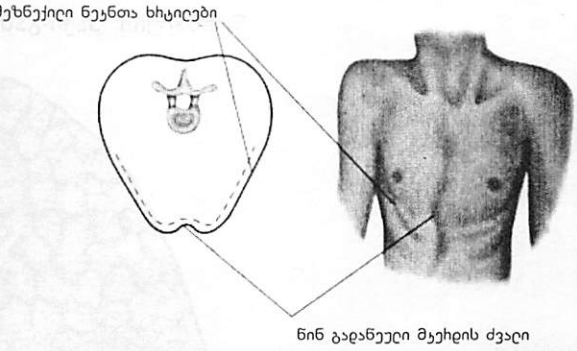
ნორმალური მოზრდილის. ნორმალური მოზრდილის გულ-მკერდის სიგანე უფრო მეტია, ვიდრე სიღრმე. მისი ლატერალური დიამეტრი მეტია წინა-უკანა დიამეტრზე.



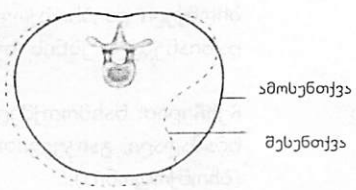
ძაბრისებური გულ-მკერდი (Pectus Excavatum) ძაბრისებური გულ-მკერდი ხასიათდება მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილის შეზნექვით. გულსა და მსხვილ სისხლძარღვებზე ზეწოლამ შეიძლება შეილის განვითარება გამოიწვიოს.



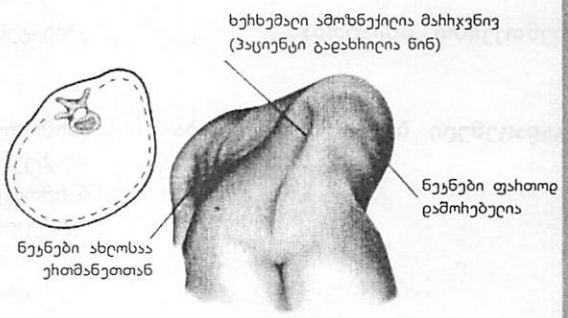
ჯასრისებური გულ-მკერდი. ჯასრისებური გულ-მკერდის დროს გაზრდილია წინა-უკანა დიამეტრი. ეს ფორმა ნორმალურია ახალშობილებში და ხშირია ასაკოვან პირებში და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს.



ქათმისებური გულ-მკერდი (Pectus Carinatum) ქათმისებური გულ-მკერდის დროს მკერდის ძვალი წინაა წამონეული, გაზრდილია წინა-უკანა დიამეტრი. ნეკნების ხრტილების შეერთება წინ წამონეულ მკერდის ძვალთან უფრო სუსტია.



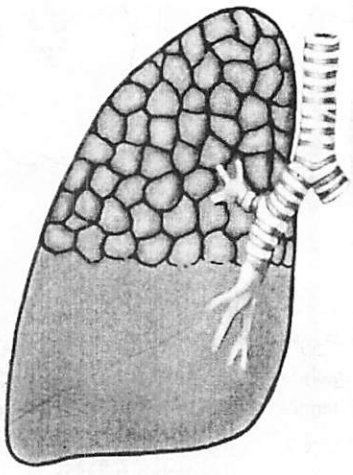
ტრავმის გამო შეცვლილი გულ-მკერდი. მრავლობითი ნეკნების მოტეხილობის დროს ვლინდება გულ-მკერდის პარადოქსული მოძრაობა. დიაფრაგმის დანევის გამო ინტრათორაკული წნევა მცირდება და ჩასუნთქვისას დაზიანებული უბანი შიგნით იწევს, ხოლო ამოსუნთქვისას – გარეთ.



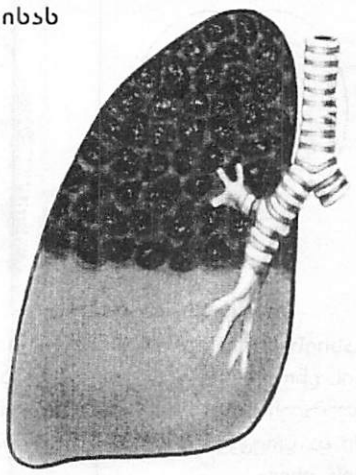
გულ-მკერდის პიფოსკოლიოზი. გულ-მკერდის პიფოსკოლიოზის დროს, ხერხემლის გამრუდება და მაღების შემოტრიალება იწვევს გულ-მკერდის დეფორმაციას. ფილტვების ფორმის შეცვლა ძალიან ართულებს მიღებული მონაცემების ინტერპრეტაციას.

ნოჰმაღური და შეცვლილი სუნთქვა და ბგერითი ხმიანობა

სუნთქვითი ხმიანობის ნახმოშობა ბოლომდე გახსნილი ახ ახის. დღეს მიღებული თეორიის მიხედვით, ჰაერის დინება ცენტრალურ ჰაერ-გამტარ მონაკვეთებში ნახმოქმნის ტრაქეალურ და ბრონქულ სუნთქვით ხმიანობას. ვინაიდან ეს ხმები ფილტვების გავლით ხვდება პერიფერიაზე, ფილტვის ქსოვილი ფილტრავს მათი მაღალი-ხმიანობის კომპონენტებს და მხოლოდ ბრილი და დაბალტონალობის კომპონენტები აღწევენ გულმკერდის კედელს, სადაც ისინი ისმინება როგორც ვეზიკულური სუნთქვითი ხმიანობა. ნორმაში, ტრაქეალური და ბრონქული ხმიანობა შეიძლება ისმოდეს ტრაქეისა და მთავარი ბრონქების აღგილმდებარეობის ზემოთ; ვეზიკულური სუნთქვითი ხმიანობა ისმის თითქმის მთელი ფილტვების ზედაპირზე. როდესაც ფილტვის ქსოვილი ჯანგავს ჰაერს, ის მაღალი ტონალობის ჰაერს უკეთ ატარებს. თუ ტრაქეობრონქული ხე ღიაა, ბრონქული სუნთქვით ხმიანობა შეიძლება ჩანაცვლდეს ნორმალური ვეზიკულური ხმიანობით იმ აღგილის ზემოთ, სადაც ფილტვში არის ჰაერის შემცირებული რაოდენობა. ასეთი ცვლილება ხდება ნილოვანი პნევმონიის დროს, როდესაც ალვეოლები სავსეა სითხით, ნითელი და თეთრი უჯრედებით - პროცესი, რომელსაც ეწოდება გამყარივება. სხვა მიზეზებში შედის ფილტვების შეშუპება ან ჰემორაგია. ბრონქული სუნთქვითი ხმიანობა ჩვეულებრივ ჯორელირებს ბგერითი ხმიანობის და გატარების ტექტილური აღქმის გაზრდასთან. ეს მონაცემები შეჯამებულია ქვემოთ.



ნოჰმალური ჰაერ-გამტარი ფილტვი

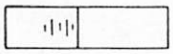


ჰაერით ღარიბი ფილტვი, როგორც ამას ადგილი აქვს ნილოვანი პნევმონიისას

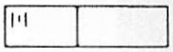
სუნთქვითი ხმიანობა	უპირატესად ვეზიკულური	ბრონქული და ბრონქოვეზიკულური დაზიანებული უბნის ზემოთ
გადაცემული ბგერითი ხმიანობა	ნახმოთქმული სიტყვები ისმის მოყრუებული და გაურკვეველი. ნახმოთქმული "ი" ისმის "ი". ჩურჩულით ნათქვამი სიტყვები ძალიან სუსტი და გაურკვეველია, თუ საერთოდ ისმის.	ჩურჩულით ნახმოთქმული სიტყვები ხმამაღალი, გარკვევით ისმის (ბრონქოფონია); ნახმოთქმული "ი" ისმინება, როგორც "ე" – (ეგოფონია). ჩურჩულით ნახმოთქმული სიტყვები ხმამაღალია, ნათლად ისმის (*მკერდისმიერი ჩურჩული*)
ბგერითი ხმევა	ნორმალური	გაძლიერებული

ფიტცვის დამატებითი ხმიანობები: მიზეზები და ხასიათი

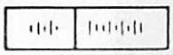
ჯეპიტაციას აქვს ოხი ძირითადი ახსნა. (1) ისინი ნახმოიქმნება, ხოლესაც ნვხიღი ჰაეჰგამტახი გზები, ხომღებიც ცახიღი იყო ამოსუნთქვისას, მკვხივი (უხეში) ხმიანობით იხსნება ჩასუნთქვის ღიოს. ეს მექანიზმი, ხოგოხც ჩანს, ხსნის მოგვიანებით ჩასუნთქვის ჯეპიტაციას ფიტცვების ინტეხსტიციული დაავადების და გულის შეგუბებითი დაავადების აღხეული სტადიაზე. (2) ჯეპიტაცია გამოწვეულია ჰაეხის ბუშტუებით, ხომღებიც გაივღის სეჯხეტს (გამონაჟონს) ან მციხეღ დახუხეღ ჰაეჰგამტახ გზებს სუნთქვის პხოცესში. ამ მექანიზმით სულ მციხე შესაძლოა აიხსნას ზოგი მსხვილბუშტუოვანი ჯეპიტაცია.



მოგვიანებითი ჩასუნთქვის ჯეპიტაცია – შეიძღება დაინყოს ჩასუნთქვის პიხველ ნახევახში, მაგხამ გხძეღღება მოგვიანებითი ჩასუნთქვის ფაზაშიც. ისინი ჩვეულებხივ ახის ნვხიღი და საკმაოღ მიავხიცხოვანი და მატეღობს ჩასუნთქვიღან ჩასუნთქვამდე. ეს ჯეპიტაცია პიხველად ჩნღება ფიტცვების ფუძეზე, ვიცეღება ზემოთ მღგომახეობის გაუახისებასთან ეითად და გადაინაცვღებს დაზიანებულ ხეგიონებზე. პოზის შეცვლასთან ეითად, მიზეზებში შეღის ფიტცვების ინტეხსტიციული დაავადება (ხოგოხიცაა ფიბხოზი) და გულის შეგუბებითი უმახისობის აღხეული სტადია.

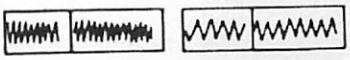


აღხეული ჩასუნთქვითი ჯეპიტაცია ჩნღება სუნთქვის დაწყებიღან მაღევე და ახ გხძეღღება მოგვიანებითი ჩასუნთქვის ფაზაში. ისინი ხშიხად მაგხამ ახა ყოველთვის უხეშია და შეღახებით მციხეხიცხოვანი. ამოსუნთქვითი ჯეპიტაცია ზოგჯეს ასოცხიეღებულია, მიზეზებში შეღის ქხონიკული ბხონქიტი და ასთმა.



ჩასუნთქვის შუა ფაზის და ამოსუნთქვითი ჯეპიტაცია მოისმინება ბხონქოეკტაზიების ღიოს, მაგხამ ამ ღიაგნოზისთვის სპეციფიკუხი ახაა. მსტვინავი ხმიანობა და ხიხინი ხშიხად ასოცხიღება ეითმანეთთან.

სტვენა და ხიხინი



მსტვინავი ხიხინი ნახმოიქმნება მაშინ, ხოცა ჰაეხი მოძხაობს სწხაფად, შევიწხოებული ბხონქის გავღით დახუხვი ნეხტიღითაც ახღოს. ისინი ხშიხად ისმის პიხიღან ისევე ჯახგად ხოგოხც გულმკეხღის ზედაპიხიღან.

მთელი გულმკეხღის ზედაპიხეზე მოსმენადი *მსტვინავი ხიხინის* მიზეზები შეიძღება იყოს ასთმა, ქხონიკული ბხონქიტი, ფიტცვების ქხონიკული ობსტხუქციული დაავადება და გულის შეგუბებითი უმახისობა (ჯახღიაღეხი ასთმა). ასთმის ღიოს, მსტვინავი ხიხინი შეიძღება ისმოღეს მხოლოღ ამოსუნთქვის ღიოს ან სუნთქვითი ციკღის ოხივე ფაზაში. ხიხინი გულისხმობს სეჯხესიას მსხვილი ყაღიბის ჰაეჰგამტახ გზებში. ქხონიკული ბხონქიტის ღიოს მსტვინავი ხმიანობა და ხიხინი ხშიხად თავღება ამოხვეღებით.

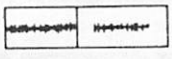
სტიღოხი

იშვიათად, ფიტცვების მძიმე ობსტხუქციული დაავადების ღიოს, პაციენტს აღახ შესწევს უნახი საკმახისი ძაღით ამოუშვას ჰაეხი შევიწხოებული ბხონქებიღან და წახმოქმნას მსტვინავი ხმიანობა. ამის შეღეგია *მუნჯი გულმკეხღი*, ხომღესიც მოითხოვს დაუყოვნებეღ ყუჰაღღებას და ახ უნღა შეგვშაღოს მღგომახეობის გაუმჯობესებაში.

ღოკაღეჰად მსტვინავი ხიხინის პეჰისისტიჰება ნიშნავს ბხონქის ნაწიღობხივ ობსტხუქციას, მაგ: სიმსივნით ან უცხო სხეუღით. ის შეიძღება იყოს ჩასუნთქვითი, ამოსუნთქვითი ან შეჰეული.

პღევხის ხახუნი

მსტვინავ ხიხინს, ხომღესიც მთღიანად ან უპიხატესად ჩასუნთქვითია, ენოღება *სტიღოხი*. ის უფხო ხშიხად ხმამაღღია ჯისხის მიღამოში ვიდხე გულმკეხღის ზედაპიხეზე. იგი გამოხატავს ხოხხის ან ტხაქეის ნაწიღობხივ ობსტხუქციას და დაუყოვნებეღ ყუჰაღღებას საქიხოებს.



ანთებითი და გაუხეშებეული პღევხის ფუჰცეღები ეხახუნება ეითმანეთს, ჰაგგანაც ისინი ყოველი განმეოხებითი მოძხაობის ღიოს უფხო ღიღხანს ეღება ეითმანეთს მომატებული ხახუნის გამო. ეს მოძხაობები გამოსცემენ ხმიანობას, ხომღესიც ცნობიღია ხოგოხც *პღევხის ხახუნი*.

პღევხის ხახუნი მოგვაგონებს ხიხინებს, თუმცა ისინი ნახმოიქმნება განსხვავებული პათოფიზიოეოგიური პხოცესებით. ხმები შეიძღება იყოს ნყვეტიღი, მაგხამ ზოგჯეს ისე მჰავაეხიცხოვანია, ხომ ისინი შეჰნყმეღია თითქოს ეით გახანგხძივებულ ხმიანობაში. ხახუნი, ჩვეულებხივ, შემოსაზღვხეღია გულმკეხღის ზედაპიხის შეღახებით მციხე უბნით და ჩვეულებხივ მოისმინება სუნთქვის ოხივე ფაზაში. ხოცა ანთებითი პღევხის ფუჰცეღების ზედაპიხეები გაიყოფა სითხით, ხახუნი ხშიხად ქხება.

შუასაყხის ხხაშუნი
(Hamman-ის ნიშანი)

მეღიასტინური (შუასაყხის) ხხაშუნი ახის ჰიეოხიღიული ხიხინი, სინქხონული გულისცემასთან და ახა სუნთქვასთან. უკეთ მოისმინება მაჰცხენა ღატეჰაღეს პოზიციაში და გამოწვეულია შუასაყხის ემფიზემით.

სხრილი 7-7 — ტიპიური მონაცემები ავტომანქანის სატყეო დაზიანების დროს

მდგომარეობა	პერკუსიული ხმიანობა	სასულე (ტიპური)	სუნთქვითი ხმიანობა	დამატებითი ხმიანობა	ბგერითი ხმოვანება და ბრონქოფონია
ნორმა	ნათელი	შეა ხაზზე	ვეზიკულური, შესაძლოა გამონაჯღერისის სახით ბრონქოვეზიკულური და ბრონქული ხმიანობა დიდი ბრონქების და ტიპური ზემოთ	არ არის, გამონაჯღერისია მცირე გარდამავალი ჩასუნთქვითი ხრინი ფილტვების ფუძეზე.	ნორმაშია
ქრონიკული ბრონქიტი ბრონქები ქრონიკულად ანთებადია და სახეზეა ჰიპერტროფიული ხვედა. შეიძლება განვითარდეს ჰაერგამტარი გზების ობსტრუქცია.	ნათელი	შეა ხაზზე	ვეზიკულური (ნორმალური)	არ არის ან გაფანტული ხასიათის ხრინი ადრეული ჩასუნთქვის ფაზაში და ზოგჯერ ამოსუნთქვისას ან მსტვინავი მშრალი ხრინი.	ნორმაშია
გულის მარცხენამხრივი უკმარისობა (ადრეული) ფილტვის ვენებში ნნევის გაზრდა იწვევს შეგუებით და ინტერსტიციულ შეშუპებას (აღვეღების გარშემო), ბრონქიალური მუდმივი შეშუპება შეიძლება შეშუპდეს.	ნათელი	შეა ხაზზე	ვეზიკულური	მოგვიანებით ჩასუნთქვის ხრინი ფილტვების გარკვეულ ნაწილში. შესაძლოა მსტვინავი ხრინი.	ნორმაშია
გამკვრივება ალვეოლები ივსება სითხით ან სისხლის უჯრედებით, როგორც ამას ადგილი აქვს პნევმონიისას, ფილტვების შეშუპების ან ფილტვიდან სისხლდენის დროს.	მოყრუება-ჰაერით ღრიბი უბნის ზემოთ	შეა ხაზზე	ბრონქული, დაზიანებული უბნის ზემოთ	მოგვიანებით ჩასუნთქვითი ხრინი დაზიანებული უბნის ზემოთ	მომატებული დაზიანებული უბნის ზემოთ, ბრონქოფონიით, ეგოფონიით და მკერდისმიერი ჩურჩულით.
ატელექტაზი (წილის ობსტრუქცია) მთავარი ბრონქის დახშობის დროს (შეჯოზური საცობით ან უცხო სხეულით) ხდება ჰაერის გატარების ობსტრუქცია; დაზიანებული ფილტვის ქსოვილი იმყოფება ჰაერით ღრიბ მდგომარეობაში.	მოყრუება დაზიანებული უბნის ზემოთ	შეიძლება გადანაცვლებული იყოს დაზიანების მხარეს	გამონაჯღერისია მარჯვენა ზედა წილის ატელექტაზი, სადაც ტიპური ბგერები შეიძლება გატარდეს	არა	ჩვეულებრივ არ არის, როდესაც ბრონქის დახშობა ხანგრძლივდება. გამონაჯღერისია მაგ: მარჯვენა ზედა წილის ატელექტაზი, შეიძლება გაიზარდოს

ცხრილი 7-7 ჯვინიჯური მონაცემები გულმკერდის ცვლილების დიაგნოზის დროს

მდგომარეობა	პერკუსიული ხმიანობა	სასულე (ტარება)	სუნთქვითი ხმიანობა	დამატებითი ხმიანობა	ბგერითი ხმოვანი და ბრონქოფონია
პლევრული გამონაჟონი სითხე გროვდება პლევრის ღრუში, ყოფს ჰაერით სავსე ფილტვს გულმკერდის ყაფაზიდან; აბრკოლებს ბგერის გატარებას	მოყრუება სითხის ზემოთ	გადაინაცვლებს საპირისპირო მხარეს დიდი გამონაჟონის დროს	შემცირებიდან გაქრობამდე, მაგრამ სუნთქვითი ხმიანობა შეიძლება ისმინებოდეს დიდი გამონაჟონის ზემოთ	არა, გამონაჟონი შეიძლება იყოს პლევრის ხახუნი	შესუსტებიდან გაქრობამდე, მაგრამ შეიძლება გაძლიერდეს დიდი გამონაჟონის ზემოთ
პნევმოთორაქსი როცა ჰაერი შეაღწევს პლევრის ღრუში, ჩვეულებრივ, ერთმხრივია, ფილტვი მოსცილდება გულმკერდის ყაფაზს. პლევრაში არსებული ჰაერი აბრკოლებს ბგერის გატარებას	გაძლიერებული პერკუსიული ხმიანობა ან ტიმპანიტი პლევრის ჰაერის ზემოთ	თუ ჰაერი ბევრია, გადაინაცვლებს საპირისპირო მხარეს,	შემცირება ან გაქრობა პლევრის ჰაერის ზემოთ	არა, გამონაჟონი შეიძლება იყოს პლევრის ხახუნი	შესუსტება ან გაქრობა პლევრის ჰაერის ზემოთ
ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ნელა მოჰრობერისიე დარღვევა, რომელშიც დისტალური ჰაერით სავსე ღრუები დიდდება და ფილტვები ხდება ჰაერის დიდი რაოდენობის შემცველი. ხშირია ქრ. ბრონქიტის ასოციაცია	დიფუზურად გაძლიერებული პერკუსიული ხმა	შუა ხაზზე	შემცირებიდან გაქრობამდე	არა ან ხრინი, მსტვინავი, დატვირთული ქრონიკულ ბრონქიტთან	შესუსტებული
ასთმა ტრაქეობრონქული ხის შევიწროება იწვევს ჰაერის ფილტვებიდან ამოსვლის გაძლიერებას. შეტევების დროს ჰაერის ამოსვლა ფილტვებიდან ჯერ უფრო იკლებს და ფილტვები ივსება ჰაერით	ნათელიდან დიფუზურად გაძლიერებულ პერკუსიულ ხმიანობამდე	შუა ხაზზე	ხშირად ნარჩუნდება მსტვინავი ხრინი	შესაძლოა მსტვინავი ხრინი	შესუსტებული

მუქი სვეტები ამ ცხრილში აღნიშნავს ჯვინიჯური შეფასების საფუძველს. დაიწყეთ სამი ასეთი სვეტით, რომელიც მოთავსებულია პერკუსიული ხმიანობის ქვეშ: ნათელი, ყრუ და გაძლიერებული პერკუსიული ხმიანობა. შემდეგ გადაინაცვლეთ ყოველი ამ სვეტიდან სხვა სვეტებზე, რომლებიც აღნიშნავს ზოგიერთ მნიშვნელოვან განსხვავებებს სხვადასხვა მდგომარეობებს შორის. აღწერილი ცვლილებები იცვლება დარღვევის ხასიათის და სიმძიმის მიხედვით. დარღვევები გულმკერდის სიღრმეში ზედაპირულთან შედარებით ჩვეულებრივ, გამოსცემს ნაკლებ ნიშნებს, და შეუძლიათ საერთოდ არ მოგვცენ ჩარიგ სახის ნიშნები. გამოიყენეთ ცხრილი ტიპიური ცვლილებების სახელმძღვანელოდ და გაითვალისწინეთ რომ აბსოლუტური განსხვავებები ვერ იქნება.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

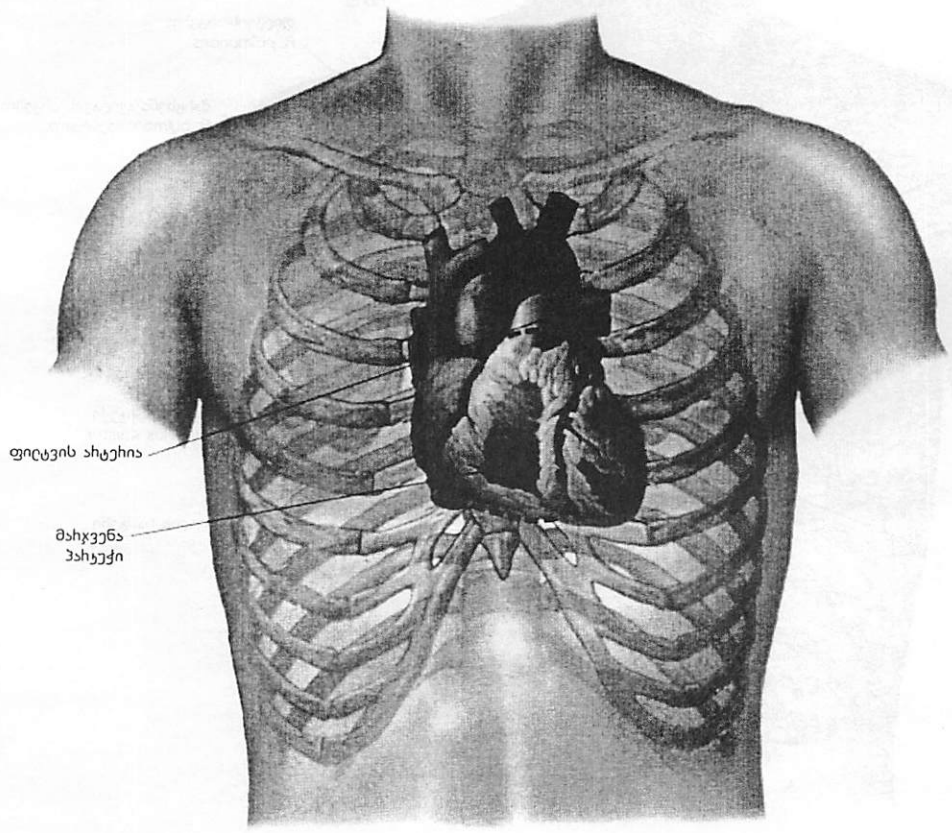
8

ანატომია და ფიზიოლოგია

გულისა და ზედაპირული სისხლძარღვების ზედაპირული პროექციები

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს გულის ანატომიის და ფიზიოლოგიის ცოდნას. გულმკერდის ნინა ზედაპირის გამოკვლევისას ისნავლეთ გულის სტრუქტურების გარჩევა.

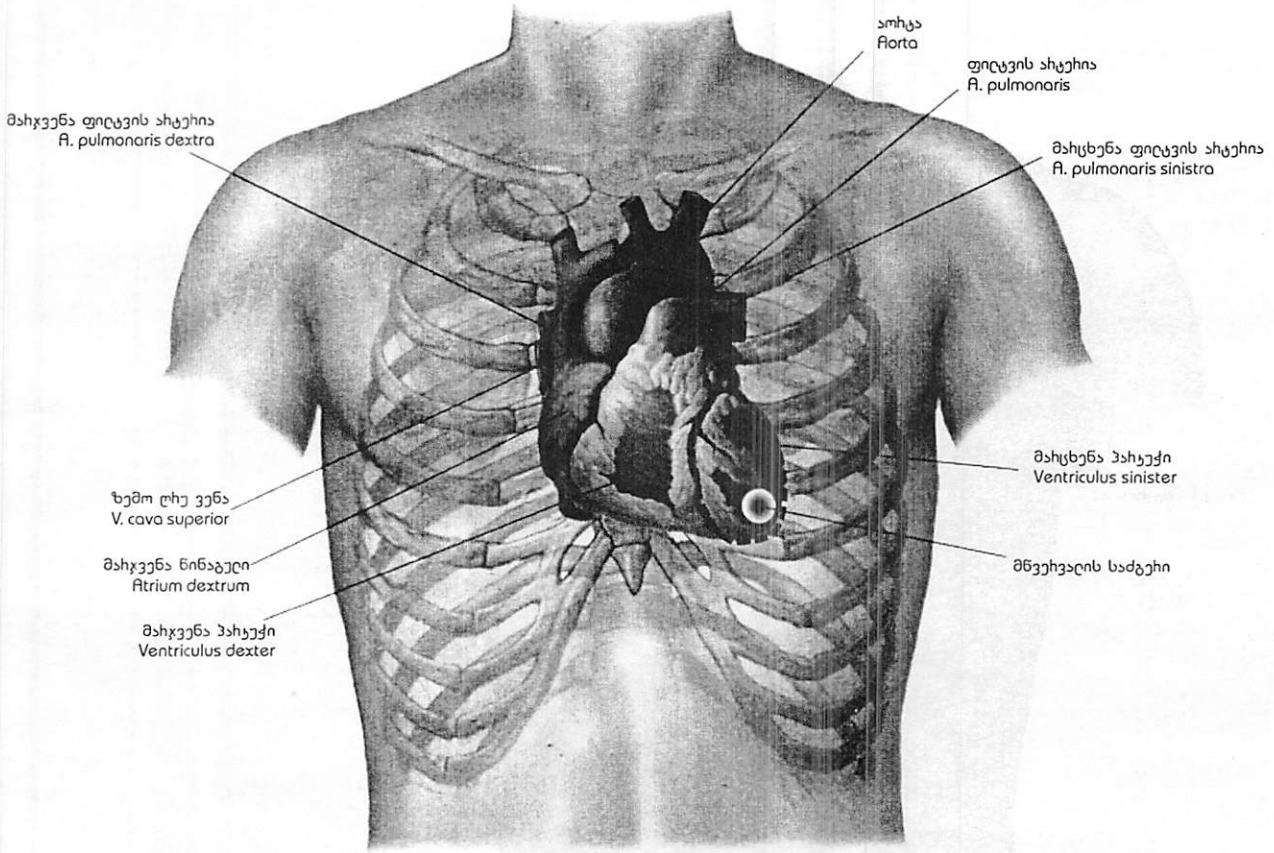
დაიმახსოვრეთ, რომ გულის წინა ზედაპირის უდიდესი ნაწილი *მარჯვენა პარკუჭს* უჭირავს. ეს ღრუ და ფიცრის არტერია ქმნიან სოლისებურ სტრუქტურას მკერდის ძვლის უკან და მარცხნივ, რაც სურათზე წითელი ფერითაა ნაჩვენები.



მარჯვენა პარკუჭის ქვედა საზღვარი მდებარეობს მკერდის ძვლისა და მახვილისებრი მორჩის შეერთების ადგილის ქვემოთ. მარჯვენა პარკუჭი ზემოთკენ ვიწროვდება და უერთდება ფილტვის არტერიას მკერდის ძვლის ან "გულის ფუძის" დონეზე – ეს არის ღრინარუჯრი ტერმინი, რომელიც ასახავს გულის პროქსიმალურ არეს, რომელიც მდებარეობს მკერდის ძვალთან მარჯვნივ და მარცხნივ მე-2 ნეკნთაშუა არეში.

მარცხენა პარკუჭი მარჯვენა პარკუჭის უკან და მარცხნივაა, და ნარმოქმნის გულის მარცხენა ღარტერალურ საზღვარს. მის ქვედა ნვეროს გულის "მწვერვალი" ეწოდება. ის ღრინარუჯრად მნიშვნელოვანი ნანილია, ვინაიდან ნარმოქმნის გულის ან *მწვერვალის ძაგარს* (მწვერვალის იმპულსს), რასაც უწოდებენ *მაქსიმალური იმპულსის ნერტილს (მინ)*. ძაგარი მდებარეობს გულის მარცხენა საზღვართან მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში მკერდის ძვლის შუა ხაზიდან 7 - 9 სმ-ით ღარტერალურად. ის დაახლოებით 1-დან 2,5 სმ-მდე დიამეტრის ზომისაა. ვინაიდან ძაგარი ყველაზე ძლიერი შეიძლება არ იყოს მწვერვალზე, ზოგი ავტორი ეძახება ტერმინის "მაქსიმალური იმპულსის ნერტილის" ხმარებას.

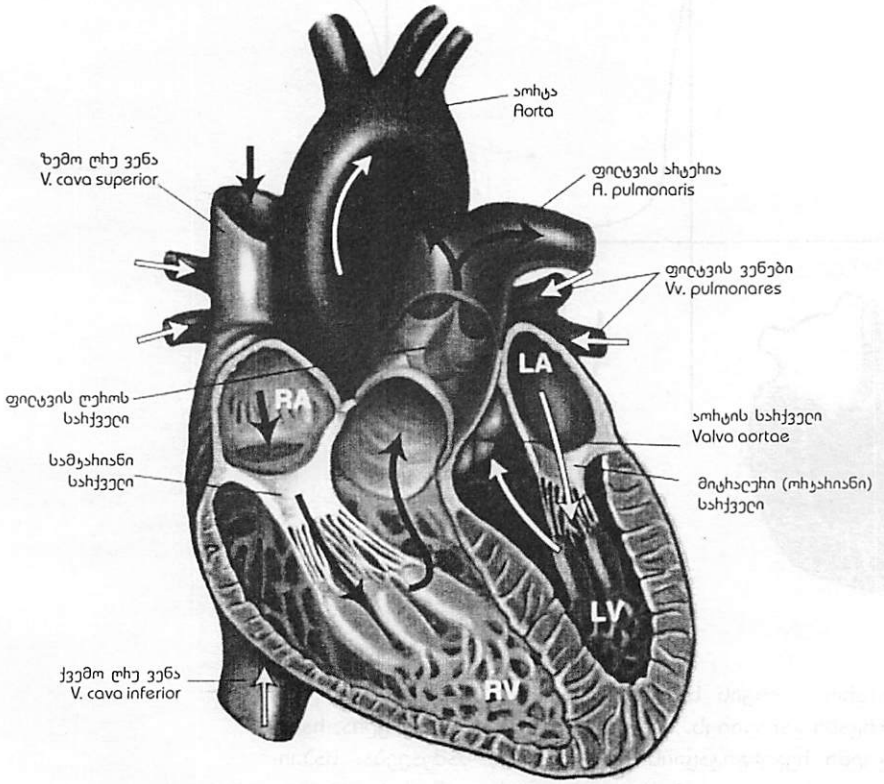
გულის მარჯვენა საზღვარს ნარმოქმნის *მარჯვენა წინაგული*, რომლის გამოკვეთვა ჩვეულებრივი გასინჯვის დროს ვერ ხერხდება. *მარცხენა წინაგული* ყველაზე უკანაა და უშუალოდ მისი გამოკვეთვაც არ არის შესაძლებელი, თუმცა მისი მცირე ნანილი ქმნის გულის მარცხენა საზღვრის სეგმენტს ფილტვის არტერიასა და მარცხენა პარკუჭს შორის.



გულის ზემოთ მდებარეობს დიდი სისხლძარღვები. *ფილტვის არტერია* იყოფა მარცხენა და მარჯვენა ტოტებად. *აორტა* აჯეთებს ჩაკლს მარცხენა პარკუჭიდან ზემოთ მკერდის ძვლის ჯუთხის დონემდე, სადაც ის ეშვება მარცხნივ და ქვემოთ. მარჯვნივ ზემო ღრუ ვენა ჩადის მარჯვენა წინაგულში.
თუმცა ეს არ არის ნაჩვენები სურათზე, ქვედა ღრუ ვენაც ასევე ჩაედინება მარჯვენა წინაგულში. *ზედა და ქვედა ღრუ ვენებს* გულში მიაქვთ ვენური სისხლი სხეულის ზედა და ქვედა ნაწილებიდან.

გულის ღრუები, სარქვლები და სისხლის მიმოქცევა

გულში სისხლის ცირკულაცია ქვემოთ მოყვანილ ჩანახატზე არის ასახული, ნაჩვენებია გულის ღრუები, სარქველები და სისხლის დინების მიმართულება. მათი მდებარეობიდან გამომდინარე, *სამკარიან* და *მიტრალურ* სარქველებს ხშირად უწოდებენ *ატრიოვენტრიკულურ* სარქველებს. *აორტის* და *ფილტვის არტერიის სარქველებს ნახევარმთვარისებრი სარქველებს* უწოდებენ, ვინაიდან მათი ყოველი ჯარღვი ნახევარმთვარისებურია. ამ დიაგრამაზე ყველა სარქველი გახსნილია, მაგრამ ცოცხალ გულში ისინი ერთდროულად არ იღება.

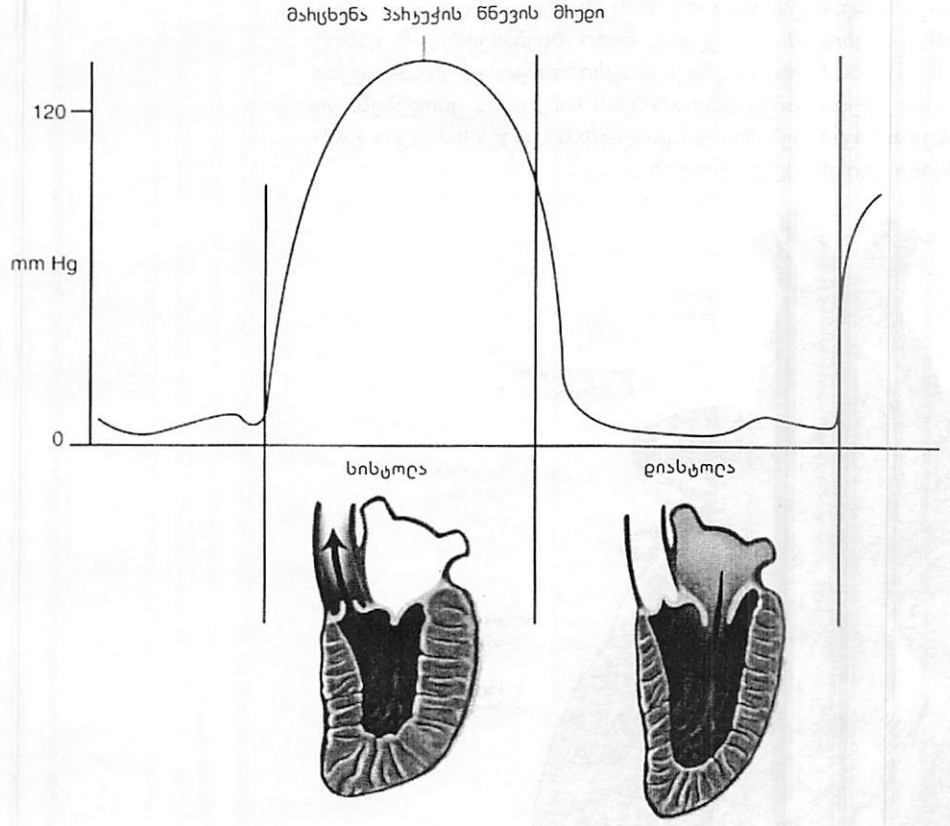


RA (მწ) = მარჯვენა წინაგული
LA = მარცხენა წინაგული
⇨ ვანგბადით მდიდარი სისხლის დინება
➔ ვანგბადით ღარიბი სისხლის ნაკადი
RV = მარჯვენა პარკუჭი
LV = მარცხენა პარკუჭი

ხოლესაც გულის სარქველები იხურება, გულის ხმიანობა ნარმოქმნება ჯარღვების, მიმდებარე გულის სტრუქტურების და სისხლის დინებით ნარმოშობილი ვიბრაციით. გულის ცკრის დასადგენად აუცილებელია სარქველების პოზიციისა და მოძრაობის გაგება.

გულის სიხელი

გული ასრულებს ტუმბოს ფუნქციას, რომელიც წარმოქმნის სხვადასხვა წნევებს მისი ღრუების შეკუმშვისა და მოდუნების გზით. *სისტოლა არის პარკუჭების შეკუმშვის პერიოდი.* ქვემოთ ნაჩვენებ დიაგრამაზე მარცხენა პარკუჭში არსებული წნევა მილიმეტრებით მდგომარეობაში 5 მმ. ვწ. სვ-დან მატულობს ნორმალურ პიკამდე – 120 მმ [illegible], მას შემდეგ, რაც პარკუჭი განდევნის მასში არსებული სისხლის უმეტეს ნაწილს აორტაში, წნევის დონე იწყებს შემცირებას. *დიასტოლა არის პარკუჭების ჰელაქსაციის (მოდუნების) ფაზა.* პარკუჭშიდა წნევა ქვეითდება 5 მმ. ვწ. სვ.-ზე ქვემოთ და სისხლი გადადის წინაგულიდან პარკუჭში. დიასტოლის მოგვიანებით ფაზაში, წინაგულების შეკუმშვის და სისხლის მიდინების შედეგად პარკუჭში წნევა მცირედ მატულობს.

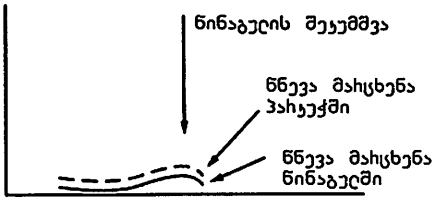


დაიმახსოვრეთ, რომ *სისტოლის* დროს აორტის სარქველი ღიაა და საშუალებას იძლევა სისხლი მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში გადავიდეს. მიტრალური სარქველი დახურულია, რათა სისხლს არ მისცეს უკან წინაგულში რეგურგიტაციის (დაბრუნების) საშუალება. საპირისპიროდ, *დიასტოლის* ფაზაში აორტის სარქველი დახურულია, რათა არ დაუშვას სისხლის დაბრუნება უკან – აორტიდან მარცხენა პარკუჭში. მიტრალური სარქველი ღიაა და საშუალებას აძლევს სისხლს ჩავიდეს მარცხენა წინაგულიდან მოდუნებულ მარცხენა პარკუჭში.

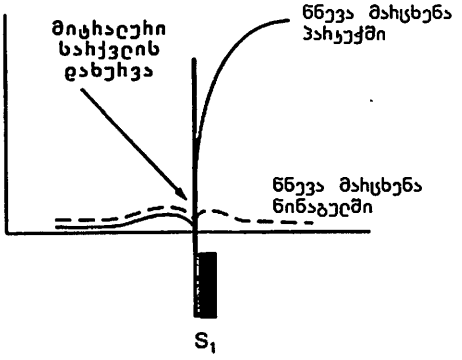
ამ სამ ღრუს – მარცხენა წინაგულს, მარცხენა პარკუჭსა და აორტას შორის წნევათა გრადიენტების ურთიერთქმედების გაგება, სარქველების მდგომარეობასა და მოძრაობასთან ერთად, გულის ხმიანობის გაგების საფუძველია. ამ წნევათა ცვლილებები და შედეგად წარმოშობილი ხმიანობა ან აღნერილია გულის ერთი ციკლის პერიოდში. გახსოვდეთ, რომ

აუსკულტაციის დროს გულის პირველი და მეორე ტონი ასახავს *სისტოლის* და *დიასტოლის* მიმდინარეობას. მხვალრიცხოვან ლიტერატურულ წყაროებში მოცემულია გულის ტონების წარმოშობის შესაძლო ახსნა, მათ შორისაა სარქველის ჯარედების დახურვა, მასთან დამოკიდებული სტრუქტურების დაჭიმვა, ჯარედების მდგომარეობა, წნევის გრადიენტი წინაგულებისა და პარკუჭების სისტოლის დროს და სისხლის ნაკადის ზემოქმედება. ეს მოტანილი ახსნა გამარტივებულია, მაგრამ შენარჩუნებული აქვს ფიზიკური მნიშვნელობა.

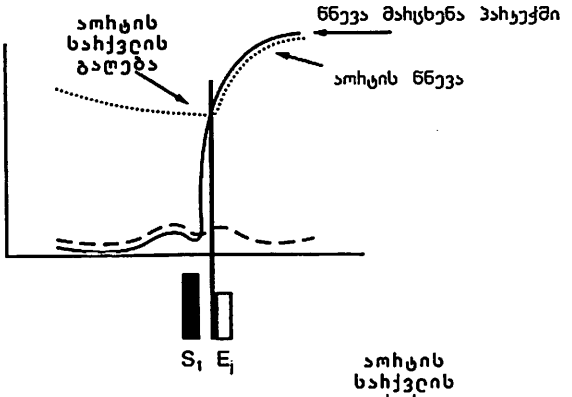
დიასტოლის განმავლობაში, წნევა სისხლით სავსე მარცხენა წინაგულში მცირედ აჭარბებს მოდუნებულ მარცხენა პარკუჭში არსებულ წნევას, სისხლი ჩაედინება მარცხენა წინაგულიდან მარცხენა პარკუჭში ღია მიტრალური სარქველის გავლით. პარკუჭების სისტოლის დაწყების წინ, წინაგულების შეკუმშვა იწვევს წნევის მცირე მატებას ორივე ღრუში.



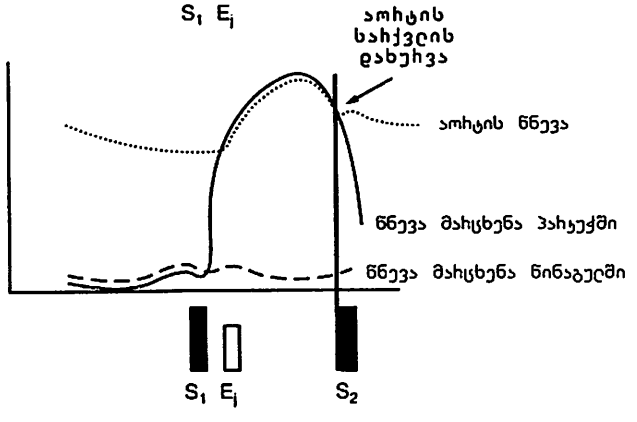
სისტოლის განმავლობაში, მარცხენა პარკუჭი იწყებს შეკუმშვას და პარკუჭების წნევა სწრაფად აჭარბებს მარცხენა წინაგულის წნევას, რაც ხელს უშლის მიტრალური სარქველის. *მიტრალური სარქველის დახურვა წარმოქმნის გულის პირველ ტონს, S_1.*



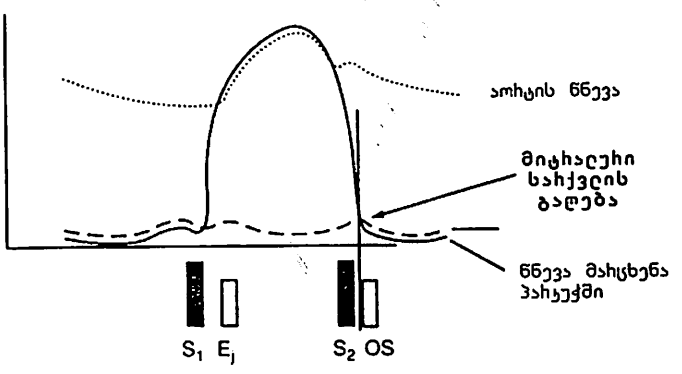
ვინაიდან მარცხენა პარკუჭის წნევა აგრძელებს მატებას, იგი სწრაფად გადააჭარბებს წნევას აორტაში და აჩქარებს აორტის სარქველის გახსნას. ზოგი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს, აორტის გახსნის ხმიანობას ახლავს ადრეული სისტოლური განდევნის ხმიანობა (Ej). *ნორმაში, მარცხენა პარკუჭის მაქსიმალური წნევა შეესაბამება სისხლის სისტოლურ წნევას.*



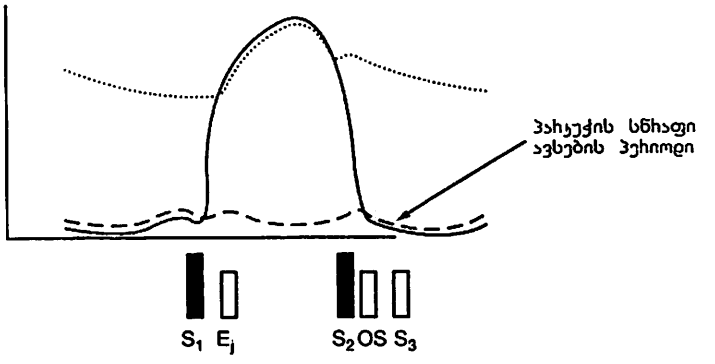
ვინაიდან მარცხენა პარკუჭი განდევნის სისხლის უმეტეს ნაწილს, პარკუჭის წნევა იწყებს შემცირებას. ხოლესაც მარცხენა პარკუჭის წნევა დაინევს აორტის წნევაზე ქვევით, აორტის სარქველი იხურება. *აორტის სარქველის დახურვა ნარმოშობს მეორე ტონს - S_2,* რის შემდეგაც იწყება შემდეგი დიასტოლა.



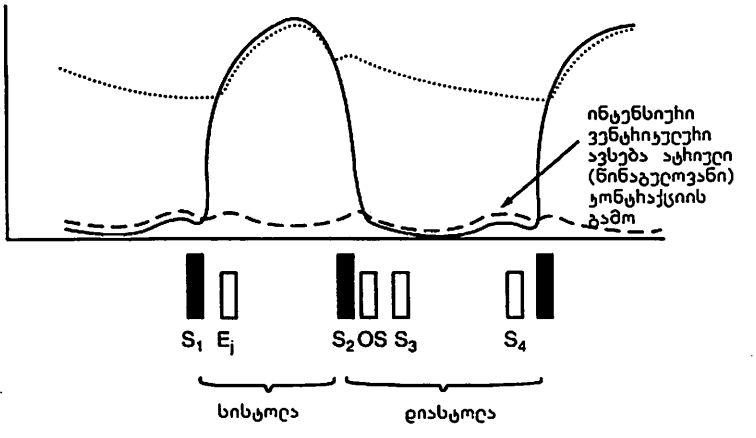
დიასტოლაში ნნევა განაგრძობს შემცირებას და ვარდება მარცხენა წინაგულის ნნევაზე ქვემოთ. მიტრალური სარქველი იღება. ეს, ჩვეულებრივ, ჩუმი მოვლენაა, მაგრამ შეიძლება გახდეს მოსმენადი, როგორიცაა პათოლოგიური გაღების ხმა-ნობა (ტკაცუნი) - OS, თუ სარქვლის ჯარდების მოძრაობა შეზღუდულია, როგორც ამას ადგილი აქვს მიტრალური სტენოზის დროს.



მიტრალური სარქველის გაღებას მოსდევს პარკუჭების სწრაფი ავსების ფაზა, ვინაიდან ადრეული დიასტოლის ფაზაში სისხლი ჩაედინება მარცხენა წინაგულიდან მარცხენა პარკუჭში. ბავშვებსა და მოზარდებში, პარკუჭის ჯედელთან შეჯახების დროს სისხლის ნაკადის სწრაფი შენელებისას შეიძლება გაჩნდეს გულის მესამე ტონი - S_3. ასაკოვან ზრდასრულებში S_3, რომელსაც ეწოდება "ქენების S_3", ჩვეულებრივ, მიუთითებს პარკუჭის პათოლოგიურ ცვლილებაზე.



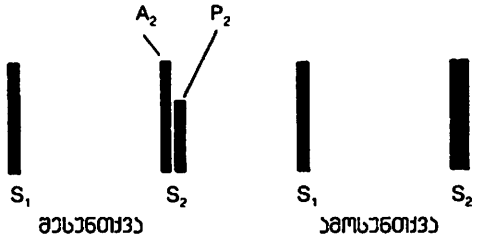
ბოლოს, იშვიათად, ჯანმრთელ ზრდასრულებში მოისმინება გულის მეოთხე ტონი - S_4, რაც წინაგულების შეკუმშვას გამოხატავს. ეს ტონი წინ უსწრებს შემდეგი შეკუმშვის S_1-ს და, ასევე, პარკუჭში პათოლოგიური მდგომარეობის გამომხატველია.



გულის ტონების გახლეჩა

მაშინ, როდესაც ეს მოვლენები მიმდინარეობს გულის მარცხენა ნახევარში, მსგავს ცვლილებებს ადგილი აქვს მარჯვენა ნახევარშიც, მოიცავს მარჯვენა წინაგულს, მარჯვენა პარკუჭს, ტრიკუსპიდულ სარქველს, ფილტვის სარქველს და ფილტვის არტერიას. ნნევა მარჯვენა პარკუჭში და ფილტვის არტერიაში საკმაოდ დაბალია, ვიდრე ნნევა გულის მარცხენა ნაწილის შესაბამის ღრუებში. მეტიც, მარჯვენამხრივი მოვლენები, ჩვეულებრივ, მიმდინარეობს ოდნავ მოგვიანებით, ვიდრე შესაბამისი – მარცხენა მხარეს. გულის ერთიანი ტონის ნაცვლად, თქვენ შეგიძლიათ მოისმინოთ გარჩევადი კომპონენტები, პირველი წარმოქმნება მარცხენა არტერიის სარქველის დახურვის შედეგად, ანუ A_2, და მეორე, მარჯვენა - ფილტვის არტერიის სარქველის დახურვით, ანუ P_2. განიხილეთ გულის მეორე ტონი და მისი ორი

კომპონენტი, A_2 და P_2, რომლებიც შესაბამისად ნაიმოიქმნება აორტის და ფილტვის არტერიის სარქველების დახურვის შედეგად. ჩასუნთქვის დროს A_2 და P_2 მცირედ გაყოფილია და S_2 შეიძლება გაიხლიჩოს ორ მოსმენად კომპონენტად. ამოსუნთქვის დროს ეს ორი კომპონენტი ერთიანდება S_2 ტონში.



ჩასუნთქვის დროს გახლეჩის მიზეზია ფილტვის სისხლძარღვოვანი ქსელის მომატებული წინააღმდეგობა, რომელიც ახანგრძლივებს სისხლის განდევნას მარჯვენა პარკუჭიდან, ანელებს ფილტვის სარქველის დახურვას, ანუ P_2. მარცხენა პარკუჭიდან სისხლის განდევნა არის შედარებით ხანმოკლე, ანუ A_2 ნარმოიქმნება ოდნავ ადრე.

გულის მეორე ტონის კომპონენტებიდან, A_2 ნორმაში უფრო ხმამაღალია, ვიდრე აორტაში მაღალია წნევა. იგი მოისმინება ყველგან გულის ზედაპირზე. საპირისპიროდ, P_2 არის შედარებით ჩუმი, რაც გამოწვეულია ფილტვის არტერიაში შედარებით დაბალი წნევით. იგი უკეთ მოისმინება თავის საკუთარ უბანზე – მე-2-3 ნეკნთაშუა არეში მარცხნივ მკერდის ძვალთან ახლოს. ამ ადგილას საძებნია მეორე ტონის გახლეჩა.

S_1-ს ასევე გააჩნია ორი კომპონენტი: ადრეული მიტრალური და მოგვიანებითი სამკარედიანი სარქველის ხმიანობა. მიტრალური სარქველის ხმიანობა – მთავარი კომპონენტი – გასინჯებით უფრო ხმამაღალია, რაც გამოწვეულია გულის მარცხენა ნახევარში არსებული მაღალი წნევით. იგი მოისმინება გულის მთელ ზედაპირზე და ყველაზე მაღალია გულის მწვერვალზე. უფრო ხშირი სამკარედიანი სარქველის კომპონენტი უკეთ მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა კიდეა საზღვართან და აქვე თქვენ ყველაზე უკეთ მოისმენთ გახლეჩილ S_1-ს.

ადრეული ხმამაღალი მიტრალური კომპონენტი შეიძლება ფარავდეს სამკარედიანი სარქველის ხმიანობას, ამიტომ გახლეჩას ყოველთვის ვერ დავადგენთ. S_1 გახლეჩა არ ცვალებადობს სუნთქვის მიხედვით.

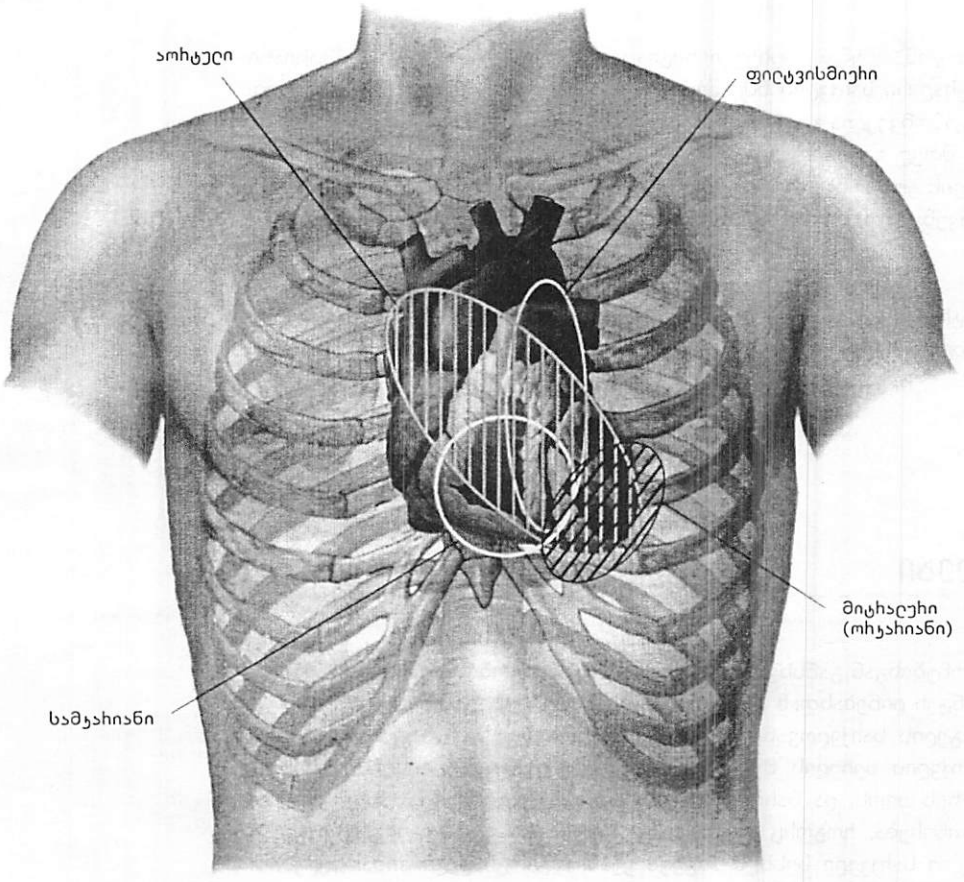
გულის შუილები

გულის შუილები გულის ტონებისგან განსხვავდება მათი ხანგრძლივობით. ისინი დაკავშირებულია სისხლის ტურბულენტურ დინებასთან და შეიძლება იყოს "უვნებელი", როგორც დინების შუილი მოზარდებში ან გულის სარქველოვანი დაზიანების ნიშნები. სტენოზით მიმდინარე მანჯის დროს ხდება სარქველის ხვრელის შევიწროვება, რაც აფერხებს სისხლის დინებას, როგორც აორტის სტენოზის დროს, და ნარმოქმნის დამახასიათებელ შუილს. ასევე ხდება, როდესაც სარქველი ვერ იხურება, როგორც ამას ადგილი აქვს *აორტული რეგურგიტაციის ან უკმარისობის* დროს. ასეთი სარქველი სისხლს აძლევს უკან რეტროგრადული მიმართულებით დაბრუნების საშუალებას და იწვევს რეგურგიტაციულ შუილს.

შეიღების ზუსტი განსაზღვრისთვის, თქვენ უნდა ისწავლოთ გულმკერდის ზედაპირზე მათი ლოკალიზების შეფასება, სადაც ისინი უკეთ მოისმინება, მათი თანხვედრა სისტოლასა და დიასტოლასთან და მათი ხასიათი. გამოკვლევის მეთოდების თავში თქვენ შეისწავლით ჩიგ მახასიათებლებს, ჩოგორიცაა შეიღის ინტენსივობა, სიმაღლე, ხანგრძლივობა და გატარების მიმართულება (იხ. გვ. 316-319).

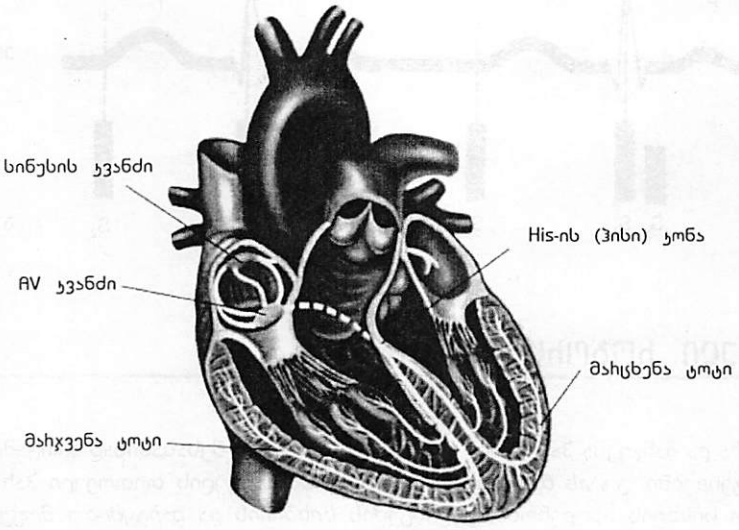
აუსკულტაციური მონაცემების გულის ზედაპირთან დამოკიდებულება

გულმკერდის ზედაპირის უბნები, სადაც თქვენ მოისმენთ გულის ტონებსა და შეიღებს, გეხმარებათ იმ სარქველებისა და ღრუების დადგენაში, სადაც ისინი წარმოიშობიან. ტონები და შეიღები, ჩომლებიც წარმოქმნებიან მიტრალური სარქველიდან, ჩვეულებრივ, უკეთ მოისმინება გულის მწვერვალსა და მიმდებარე არეში, სამკარიანი სარქველიდან წარმოშობილი კი უკეთ ისმის მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან. ფილტვის არტერიის სარქველიდან წარმოშობილი შეიღები, ჩვეულებრივ, კარგად მოისმინება მე-2 და მე-3 ნეკნთაშუა არეში მკერდის ძვლის გვერდით, მაგრამ, ზოგჯერ, ასევე მოისმინება უფრო ზემოთ ან ქვემოთ. აორტის სარქველში წარმოქმნილი ხმიანობა შეიძლება მოისმინოთ ყველგან – მარჯვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრციდან მწვერვალამდე. ეს უბნები ნაწილობრივ გადაიფარება, ყველა ნაჩვენებია ქვემოთ. თქვენ დაგჭირდებათ აუსკულტაციური მონაცემების დაკავშირება გულის გამოკვლევის სხვა მონაცემებთან, რათა ტონები და შეიღები ზუსტად განსაზღვროთ.



გულის გამტარებელი სისტემა

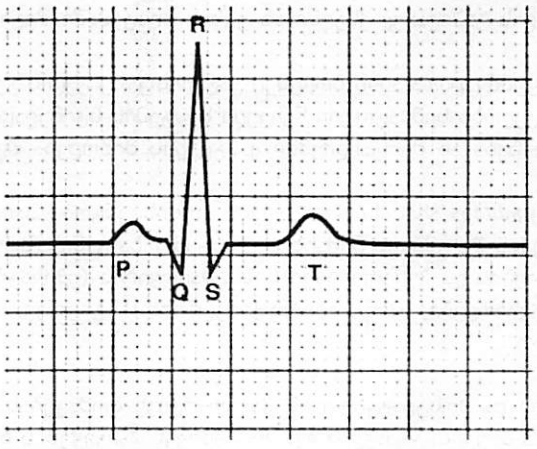
გულის ელექტრული იმპულსის გამტარებელი სისტემა ასტიმულირებს და ახეგულირებს გულის ჯუნთის შეკუმშვას.



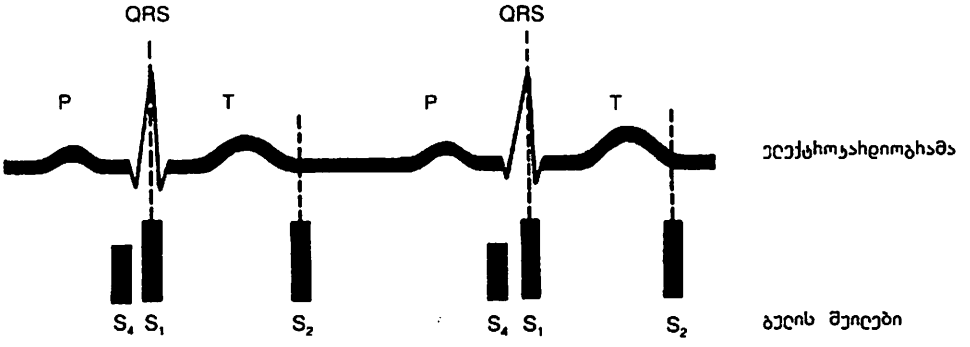
ყოველი ნორმალური ელექტრული იმპულსი ნარმოიქმნება *სინუსის კვანძში* გულის სპეციალური უჯრედების ჯგუფის მიერ, რომელიც მდებარეობს მარჯვენა წინაგულში ღრუ ვენის შეერთების ადგილას. სინუსის კვანძი მოქმედებს, როგორც გულის რითმის ნამყვანი (პეისმეკერი) და ავტომატურად ნარმოქმნის 60-დან 100 იმპულსამდე წუთში. ეს იმპულსები ტარდება ორივე წინაგულის გავლით *ატრიოვენტრიკულურ კვანძში*, რომელიც ნარმოადგენს უჯრედთა სპეციალურ ჯგუფს და განლაგებულია წინაგულთაშუა ძგიდის ქვემო ნაწილში. იქ იმპულსები ყოვნდება, სანამ გაივლის ქვემოთ ჰისის კონასა და მის ტოტებში პარკუჭების მიოკარდიუმისკენ. ამას კუნთების შეკუმშვა მოჰყვება: პირველად წინაგულების, შემდეგ პარკუჭების. ნორმალური გამტარი გზა გამარტივებული ფორმით მოცემულია დიაგრამაზე.

იმპულსის გატარების ჩანერა ხდება ელექტროკარდიოგრამაზე (ეკგ). გულის გღვივი კუნთის შეკუმშვა ნარმოქმნის ელექტრულ აქტივობას, რაც ეკგ-ზე ტალღების (კბილების) სერიით გამოისახება. *ნორმალური ეკგ* კომპონენტები და მათი ხანგრძლივობა აქ მოცემულია შეჯამებული, მაგრამ თქვენ დაგჭირდებათ შემდგომი მითითებები და გამოცდილება პაციენტის ეკგ მონაცემების ინტერპრეტაციისთვის. დაიმახსოვრეთ:

- წინაგულების დეპოლარიზაციის პატარა *P კბილი* (ხანგრძლივობა 80 მილიწამამდე; *PR ინტერვალის* ხანგრძლივობა 120-200 მილიწამია)
- უფრო ფართო *QRS კომპლექსი* აღნერს პარკუჭების დეპოლარიზაციას (100 მილიწამამდე), შედგება ერთი ან მეტი ჩამოთვლილი კომპონენტისგან:
  - *Q კბილი* უარყოფითია და გამოხატავს ძგიდის დეპოლარიზაციას.
  - *R კბილი* (იზოელექტრული ხაზიდან ზემოთ მიმართული) გამოხატავს პარკუჭთა დეპოლარიზაციას.
  - S კბილი, ქვემოთ მიმართული გადახრა, რომელიც მოჰყვება R კბილს.
- პარკუჭების რეპოლარიზაციის, ანუ აღდგენის *T კბილი* (ხანგრძლივობა დამოკიდებულია QRS-ზე).



ელექტრული იმპულსი მცირედ უსწრებს მიოკარდიუმის შეკუმშვას, რომელსაც თავადვე ასტიმულირებს. ეკგ-ის კბილების გულის ციკლთან დამოკიდებულება ნაჩვენებია ქვემოთ.



გული როგორც ტუმბო

მარცხენა და მარჯვენა პარკუჭები სისხლს გადატუმბავს შესაბამისად აორტაში და ფილტვების არტერიებში. *გულის წუთმოცულობა*, ანუ 1 წთ-ში გულის თითოეული პარკუჭიდან განდევნილი სისხლის რაოდენობა, *გულისცემის სიხშირის და დარტყმითი მოცულობის* შედეგია. დარტყმითი მოცულობა (განდევნილი სისხლის მოცულობა გულის თითოეული შეკუმშვისას) დამოკიდებულია გულის პრედატვირთვაზე, მიოკარდიუმის კუმშვადობაზე და გულის პოსტდატვირთვაზე.

გულის *პრედატვირთვა* არის ის დატვირთვა, რომელიც გააჭიმავს მიოკარდიუმს შეკუმშვის წინ. დიასტოლის ბოლოს მარჯვენა პარკუჭში სისხლის მოცულობა ქმნის გულის პრედატვირთვას მომდევნო შეკუმშვისთვის. მარჯვენა პარკუჭის პრედატვირთვა იზრდება მარჯვენა წინაგულში ვენური სისხლის მიდენის გაზრდით. ამის ფიზიოლოგიური მიზეზებია ჩასუნთქვა და სისხლის გაზრდილი მოცულობის მიდინება დატვირთვის მდგომარეობაში მყოფი კუნთებიდან. გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს დილატირებულ პარკუჭში სისხლის გაზრდილი მოცულობა აგრეთვე ზრდის გულის პრედატვირთვას. მარჯვენა პარკუჭის პრედატვირთვა მცირდება ამოსუნთქვისას, მარცხენა პარკუჭის წუთმოცულობის შემცირებისას და სისხლის ჯაჭვირარე ქსელში ან ვენურ სისტემაში შეგუბების დროს.

მიოკარდიუმის კუმშვადობა არის მოცემულ დატვირთვაზე გულის კუნთის შეკუმშვის უნარი. კუმშვადობა მატულობს სიმპათიკური ნერვული სისტემის სტიმულაციით და მცირდება, როდესაც სისხლის დინება ან მიოკარდიუმში ჟანგბადის მინოდება მცირდება.

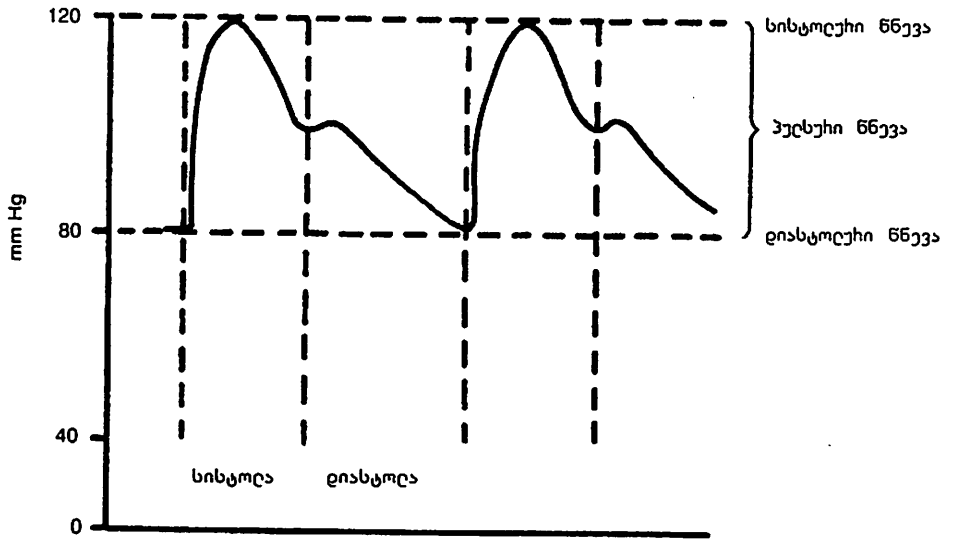
გულის *პოსტდატვირთვა* არის სისხლძარღვთა ჩეზისტენტობა პარკუჭის შეკუმშვის დროს. მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვის მიმართ ჩეზისტენტობა განისაზღვრება აორტის კედლების, მსხვილი არტერიების და პერიფერიული სისხლძარღვების (უპირატესად, მცირე ყაბიბის არტერიები და არტერიოლები) ტონუსით (დაჭიმულობით), აგრეთვე, აორტაში არსებული სისხლის მოცულობით.

პრედატვირთვის და პოსტდატვირთვის პათოლოგიურ მომატებას, შესაბამისად, ენოდება *მოცულობითი და წნევით გადატვირთვა*, რაც იწვევს პარკუჭების ფუნქციის ცვლილებებს და შეიძლება ქრონიკულად გამოვლინდეს. ამ ცვლილებებში შედის პარკუჭების ბიძგის შეცვლა, რაც პალპაციით გამოვლინდება, აგრეთვე გულის ნორმალური ხმიანობების შეცვლა. ასევე შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური ხმიანობები და შუილები.

III.III არტერიული წნევა და სისხლის ნაკადი

ყოველი შეკუმშვისას მარცხენა პარკუჭი გადაისვრის გარკვეული მოცულობის სისხლს აორტაში და იქიდან არტერიულ სისტემაში. ნარმოშობილი ნაკადის ტალღები სწრაფად ვრცელდება არტერიული სისტემით, სადაც ის შეიგრძნობა, როგორც *არტერიული პულსი*. თუმცა ნაკადის ტალღები სწრაფად გადაადგილდება – ბევრად უფრო სწრაფად, ვიდრე სისხლი – პარკუჭების შეკუმშვასა და პერიფერიულ პულსს შორის პალპატორული შენელება გამოუსადეგარს ხდის ხელებსა და ფეხებზე პულსის მიხედვით გულის ცემის მოვლენების პერიოდულობის დადგენას.

არტერიულ სისტემაში *სისხლის ნაკადი* ცვალებადობს გულის ცემის განმავლობაში, პიკს აღნევს სისტოლის პერიოდში და თავის უდაბლეს მნიშვნელობამდე ჩამოდის დიასტოლაში. ეს არის დონეები, რომელიც იზომება სისხლის ნაკადის აპარატით (სფიგმომანომეტრით). სხვაობას სისტოლურ და დიასტოლურ ნაკადებს შორის *პულსური ნაკადი* ეწოდება.



არტერიულ ნაკადზე მოქმედი უმთავრესი ფაქტორებია:

- მარცხენა პარკუჭის დარტყმითი მოცულობა
- აორტის და დიდი არტერიების ელასტიურობა
- პერიფერიული სისხლძარღვოვანი ჩაზისტენტობა, განსაკუთრებით, არტერიოლების დონეზე
- არტერიულ სისტემაში სისხლის მოცულობა

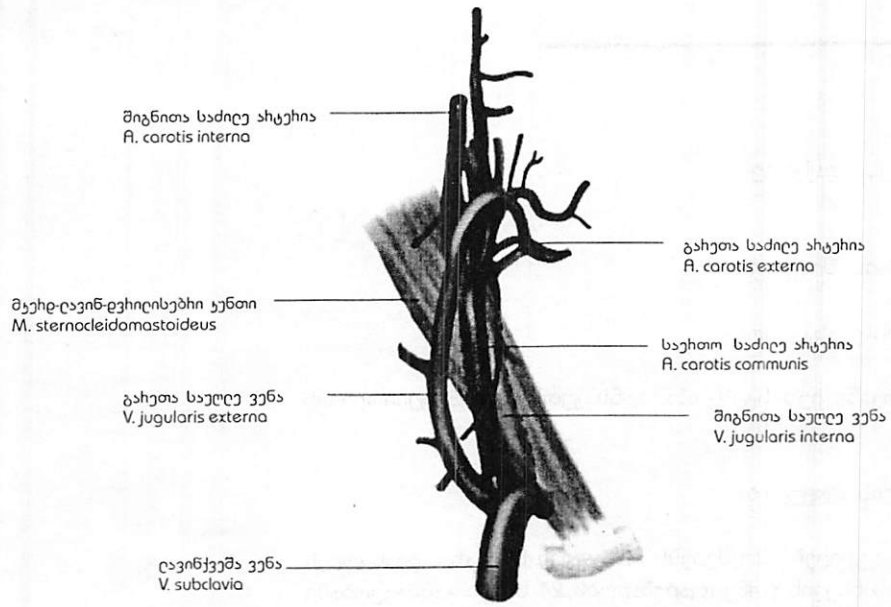
ამ ოთხი ფაქტორიდან ნებისმიერის ცვლილება მოქმედებს სისტოლურ ნაკადზე, დიასტოლურ ნაკადზე ან ორივეზე ერთად. სისხლის ნაკადის დონე ცვალებადობს 24 სთ-ის განმავლობაში ფიზიკურ დატვირთვაზე, ემოციურ სტრესზე, ტკივილზე, ხმაურზე, გარემოს ტემპერატურაზე, ყავის, თამბაქოს და ნამღების გამოყენებაზე და ღრის განმავლობაშიც.

საუღლე ვენის ნაკვეთი

სისტემური ვენური ნაკვეთი ბევრად დაბალია არტერიულ ნაკვეთზე. თუმცა ვენური ნაკვეთი უპირობოდ დამოკიდებულია მარცხენა პარკუჭის კუმშვადობაზე, უმეტესი ამ ძალისხმევისა იკარგება, როდესაც სისხლი გადის არტერიულ განტოტებებსა და კაპილარულ ქსელში. ვენების კედლები ნაკლებად შეიცავენ გლუვ კუნთებს, ვიდრე არტერიების კედლები, ამის გამოც ვენური სისხლძარღვოვანი ტონუსი უფრო მცირეა და ვენები უფრო მეტად ელასტიური. ვენური ნაკვეთის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორებია სისხლის მოცულობა და მარჯვენა გულის უნარი, განდევნოს სისხლი ფილტვების არტერიულ სისტემაში. გულის დაავადებები ცვლის ამ ფაქტორებს და იწვევს ცენტრალური ვენური ნაკვეთის ცვლილებებს. მაგალითად, ვენური ნაკვეთა ქვეითდება, როდესაც მარცხენა პარკუჭის ნუთმოცულობა მნიშვნელოვნად მცირდება; ის იზრდება მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის დროს ან როდესაც პერიკარდიუმის ღრუში ნაკვეთის გაზრდა ხელს უშლის მარჯვენა ნინაგულში სისხლის დაბრუნებას. ვენური ნაკვეთის ცვლილებები ვლინდება ვენური სისხლის სვეტის სიმაღლით შიდა საუღლე ვენებში და ეწოდება *საუღლე ვენის ნაკვეთი (სვნ).*

საუღლე ვენის ნაკვეთი ასახავს მარჯვენა ნინაგულის ნაკვეთს და აძლევს კლინიცისტებს გულის ფუნქციისა და მარჯვენა გულის ჰემოდინამიკის შეფასების საშუალებას. საუღლე ვენური ნაკვეთის შეფასება არის აუცილებელი კლინიკური უნარ-ჩვევა. იგი ყველაზე უკეთ იზომება შიდა საუღლე ვენიდან, რადგანაც მარჯვნივ, პირდაპირ მარჯვენა შიდა საუღლე ვენას აქვს პირდაპირი ანატომიური კავშირი მარჯვენა ნინაგულთან[1].

შიდა საუღლე ვენები მოთავსებულია კისერში მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი კუნთის სიღრმეში და მათი დანახვა ვერ ხერხდება, ამიტომ კლინიცისტმა უნდა ისწავლოს შიდა საუღლე ვენების პულსის გასინჯვა, რომელიც გადაეცემა კისრის ზედაპირზე და დარწმუნდეს, რომ ეს ვენური პულსაცია განსხვავდება საძილე არტერიის პულსაციისაგან. თუ ვერ ისინჯება საუღლე ვენების პულსაცია, უნდა იქნას გამოყენებული გარეთა საუღლე ვენებისა, მაგრამ ეს ნაკლებ სასურველია.



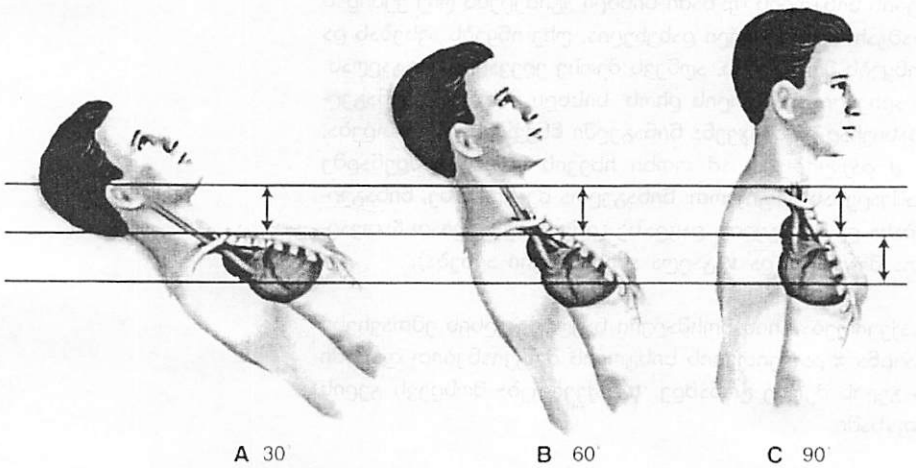
საუღლე ვენების ნნევის დონის გასაზომად თქვენ უნდა ისწავლოთ *მიგნითა საუღლე ვენის ხილვის (ოსცილაციის) უმაღლესი წერტილის* მონახვა, ან, თუ აუცილებელია, უნდა მოიძებნოს ის წერტილი, რომლის ზემოთ გახეთა საუღლე ვენა ჩაფუშულად გამოიყურება. საუღლე ვენის ნნევა, ჩვეულებრივ, იზომება ვერტიკალური მონაკვეთით (მანძილით) მკერდის ძვლის კუთხის ზემოთ, მეორე ნეკნთან ძვლოვანი შემაღლების მიმდებარედ, სადაც მკერდის ძვლის ტარი უკავშირდება სხეულს.

ყურადღებით შეისწავლეთ ქვემოთ მოყვანილი ილუსტრაციები. გახსოვდეთ, რომ პაციენტის პოზიციის მიხედვით, მკერდის ძვლის კუთხე ჩრება დაახლოებით 5 სმ-ით ზევით მარჯვენა წინაგულიდან. ამ პაციენტში, შიდა საუღლე ვენის ნნევა მომატებულია.

- პოზიცია A-ში სანოლის თავი არის ჩვეულებრივ დონეზე, 30°, მაგრამ საუღლე ვენური ნნევა ვერ იზომება, ვინაიდან მენისკი ანუ ხილვის (პულსაციის) დონე არის ქვედა ყბის ზემოთ და შესაბამისად არ ჩანს.

- პოზიცია B-ში სანოლის თავი ამაღლებულია 60°-მდე. შიდა საუღლე ვენის "თავი" ახლა კარგად ჩანს, ამიტომ ვერტიკალური მონაკვეთი მკერდის ძვლის კუთხიდან ან მარჯვენა წინაგულიდან ახლა შეიძლება გაიზომოს.

- პოზიცია C-ში პაციენტი დგას და ვენები თვალნათლივ ჩანს ღავიწის ზემოთ, სადაც გაზომვას გამოუსადეგარს ხდის.

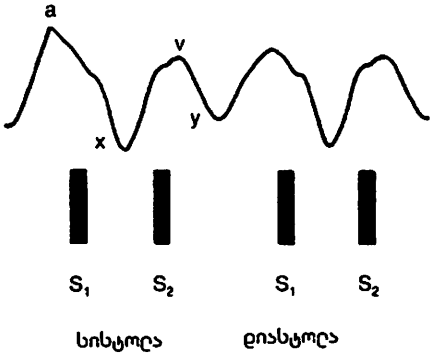


დარმახსოვრეთ, რომ მკერდის ძვლის კუთხიდან გაზომილი ვენური ნნევის სიმაღლე *ერთი და იგივეა* სამივე პოზიციაში, მაგრამ თქვენი შესაძლებლობა, *გაზომოთ* ვენური სისხლის ნნევის სვეტის სიმაღლე ან საუღლე ვენების ნნევა, დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ პოზიციაშია პაციენტი. მკერდის ძვლის კუთხიდან 4 სმ-ით ზემოთ ან მარჯვენა წინაგულიდან 9 სმ-ით ზემოთ გაზომილი საუღლე ვენური ნნევა განიხილება, როგორც მომატებული ან არანორმალური. საუღლე ვენების ნნევის გაზომვის ტექნიკა სრულად აღწერილია თავში გასინჯვის ტექნიკა (გვ. 302-304).

საულე ვენური პულსაცია

ხშირად (ოსცილაცია,) ჩასაც თქვენ ხედავთ შიდა საულე ვენებზე (და ხშირად, ასევე, გარეთაზეც), ასახავს წნევათა ცვლილებებს მარჯვენა წინაგულში. მარჯვენა შიდა საულე ვენა უფრო პირდაპირ უერთდება მარჯვენა წინაგულს და, ამიტომ, უკეთესად ასახავს წნევის ცვლილებებს.

დაკვირვებით დათვალიერება ავლენს, რომ შიდა საულე ვენების (ზოგჯერ გარეთასიც) ტალღისებური პულსაცია შედგება ორი სწრაფი პიკის და ორი ვარდნისგან.



პირველი ანევა - **a** *ტალღა* ასახავს წინაგულში წნევის მკვეთრ მომატებას, რომელიც ახლავს წინაგულების შეკუმშვას. ეს ვრცელდება ზუსტად გულის პირველი ტონის წინ და ჯაროტიდულ პულსამდე. მას შემდეგ მოსდევს ვარდნა, ***x*** *დაქვეითება* და იწყება წინაგულების მოდუნებასთან ერთად. იგი გრძელდება, ვიდრე სისტოლის დროს შეკუმშული მარჯვენა პარკუჭი გადანაწევს წინაგულის ფუძეს ქვემოთ. პარკუჭების სისტოლის ფაზაში სისხლი აგრძელებს ღრუ ვენიდან მარჯვენა წინაგულში მიდინებას. სამკარიანი სარქველი დახურულია, ღრუ იწყებს ავსებას და მარჯვენა წინაგულში წნევა ჯერავ იწყებს მომატებას, აღწევს მეორე ეკვივალენტს, ***v*** *ტალღას*. როცა სამკარიანი სარქველი იღება ადრეული დიასტოლის დროს, სისხლი მარჯვენა წინაგულიდან მარჯვენა პარკუჭში გადადის პასიურად და მარჯვენა წინაგულში წნევა ისევ ქვეითდება, აქეთებს შემდგომ ვარდნას, ანუ ***y*** *დაქვეითება*. ამ ოთხი ხერხის ცოდნა ჩამდენადმე გამარტივებული სახით გვაძლევს საშუალებას ვიფიქროთ: წინაგულთა შეკუმშვაზე, წინაგულთა მოდუნებაზე, წინაგულთა ავსებასა და წინაგულთა დაცლაზე (თქვენ შეგიძლიათ ჩათვალოთ, რომ **a** *ტალღა* არის წინაგულთა შეკუმშვა და ***v*** *ტალღა* არის ვენური ავსება).

შეუიარაღებელი თვალით ეს ორი დაქვეითება არის ნორმალური საულე პულსის უმთავრესი მოვლენები. ამ ორიდან სწრაფი ვარდნა ***x*** დაქვეითების სისტოლის მოგვიანებით ფაზაში უფრო ხანგრძლივია და გრძელდება გულის მეორე ტონამდე. ***y*** დაქვეითება მოსდევს გულის მეორე ტონს ადრეული დიასტოლის ფაზაში.

ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები

ჯარიოვასკულური მონაცემები ცვალებადობს ასაკთან ერთად. ასაკი მოქმედებს მწვერვალის საძგერის ადგილმდებარეობაზე, გულის ტონების სიმაღლეზე და შუილებზე, არტერიების ელასტიურობასა და სისხლის ნნევაზე. მაგალითად, *მწვერვალის საძგერი*, ჩვეულებრივ, ადვილად შეიგრძნობა ბავშვებსა და ახალგაზრდებში; თუ იზრდება გულმკერდის წინა-უკანა დიამეტრი, საძგერი ძნელი მოსაძებნი ხდება. იგივე მიზეზით *გულის მეორე ტონის გახლეჩა* უფრო ძნელი მოსასმენი იქნება მოხუცებში, ვინაიდან მისი ფილტვისმიერი ჯომპონენტი ნაკლებად ისმინება. ცხოვრების განმავლობაში ყველას ეკრნება *გულის შუილი*. შუილთა უმეტესობას არ ახლავს გულის დაავადების ნიშანი და განიხილება უვნებელ შუილებად. შუილები ასაკთან ერთად იცვლება და მათი ხასიათი ნორმისა და პათოლოგიის გარჩევის საშუალებას იძლევა. იხ. თავი 16, ბავშვების შეფასება:

ჩვილობიდან მოზარდის ასაკამდე და გვ. 817-838, თავი 19, ოსული ქალი, ჰათა გაარჩიოთ უვნებელი შეიცები.

შეიცები შეიძლება ნარმოიქმნას დიდ სისხლძარღვებში, ისევე როგორც გულში. საულე ვენებში შეიცი, რომელიც ძალიან ხშირია ბავშვებში, ახალგაზრდობამდე შეიძლება მოისმინებოდეს. მეორე, უფრო მნიშვნელოვანი მაგალითია *ჯისეზე სისტოლური შეიცის მოსმენა*, რომელიც ბავშვებში შეიძლება უვნებელი იყოს, მაგრამ მოზრდილებში არტერიის შევიწროვების მარჩენებელია.

III ავადმყოფობის ისტორია

ხშირი ან განსაზღვრული სიმპტომები

- ტკივილი გულმკერდის არეში
- გულის ფრიალი (გულის ცემის შეგრძნება)
- სუნთქვის გაძნელება: ქოშინი, ორთოპნოე ან ღამის პაროქსიზმული ქოშინი
- შეშუპება

ტკივილის ან დისკომფორტის შეგრძნება გულმკერდის არეში არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სიმპტომი, რომელსაც თქვენ შეხვდებით, როგორც ჯერინალისტი. ისმენთ რა თქვენი პაციენტის მონათხრობს, თქვენ ყოველთვის ინახავთ მეხსიერებაში ისეთ მნიშვნელოვან და გადაუდებელ მდგომარეობებს, როგორიცაა სტენოკარდიის, მიოკარდიუმის ინფარქტის ან აორტის განშრევებადი ანევრიზმის არსებობის შესაძლებლობა[2-4]. ეს თავი აგიწერთ გულის სიმპტომებს ჯერიული თვალსაზრისით, რომელშიც მოიცავს ტკივილს გულმკერდის არეში, გულის ფრიალს, ქოშინს, ორთოპნოეს, ღამის პაროქსიზმულ ქოშინს და შეშუპებას. ამ ჩვილების მიხედვით უნდა იფიქროთ გულის, ფილტვების და ექსტრათორაკალურ პათოლოგიებზე. მიმოიხილეთ მე-7 თავის ანამნეზის ნაწილი, სადაც ჩამოთვლილია გულმკერდის არეში ტკივილის შესაძლო ორგანოები: მიოკარდიუმი, პერიკარდიუმი, აორტა, ტრაქეა და მსხვილი ბრონქები, პარიეტული პლევრა, საყლაპავი, გულმკერდის ჯირკვალი, ექსტრათორაკალური სტრუქტურები, როგორიცაა ჯისერი, ნაღვლის ბუშტი, ჯიგარი. ეს მიმოხილვა ძალიან მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა ქოშინი, ხმაურიანი სუნთქვა და ჰემოპტიზიც კი, შეიძლება გულისმიერიც იყოს, და ფილტვისმიერიც.

იხ. ცხრილი 8-1. ტკივილი გულმკერდის არეში გვ. 268-269.

თქვენი საწყისი კითხვა უნდა იყოს ... "გულმკერდის არეში ტკივილს ხომ არ გრძნობთ?" სთხოვეთ გიჩვენოთ ტკივილის ადგილი და აღნერეთ მისი შვიდივე ატრიბუტი. როდესაც მოისმენთ ავადმყოფის აღნერას, გადადით უფრო სპეციფიკურ კითხვებზე, როგორიცაა "ტკივილი დაკავშირებულია დატვირთვასთან?" და "რა სახის აქტივობა იწვევს ტკივილს?" ასევე "რა ინტენსივობისაა ტკივილი 1-დან 10-მდე ქულის მიხედვით?"... "ტკივილი განიცდის ირადიაციას კისერში, მხრებში, ზურგში ან ქვედა მკერდებში?" "ახლავს თუ არა სხვა სიმპტომები, როგორიცაა ქოშინი, ოფლიანობა, გულის ფრიალი ან გულისრევა?" "ყოველთვის გაღვიძებთ ღამით?" "რას აკეთებთ მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად?"

დატვირთვით გამოწვეული ტკივილი გულმკერდის არეში ირადიაციით მარცხნივ კისერში და ქვევით მკერდებში აღინიშნება სტენოკარდიის დროს. ძლიერი ტკივილი, ირადიაციით ზურგში ან კისერში – *აორტის განშრევებადი ანევრიზმის* დროს

გულის ფიალი გულისცემის უსიამოვნო შეგრძნებაა. ამ შეგრძნების გამოხატვისას ავადმყოფი სხვადასხვა ტერმინს იყენებს, როგორიცაა ხტუნვა, სირბილში შეჯიბრი, თრთოლვა, მსხვრევა ან გულის გაჩერება. გულის ფიალი შეიძლება ნარმოიშვას არითმიის, გულის ცემის სწრაფი არჩევების ან შენელების, ან გულის ჯუმშვადობის გაზრდის შედეგად. ეს შეგრძნება ასევე დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ პასუხობს ავადმყოფი საკუთარ შეგრძნებებს. გულის ფიალი აუცილებლად გულის დაავადებას არ ალნიშნავს. საპირისპიროდ, უფრო სერიოზული არითმიები, როგორიცაა პარკუჭოვანი ტაქიკარდია, ხშირად არ იწვევს გულის ფიალს.

იხ. ცხრილი 8-1 და 8-2 გულისცემის სიხშირის და რიტმის განსაკუთრებულ (გვ. 324-325).

გულის არაგულარული მოქმედების სიმპტომები ან ნიშნები მოითხოვს ეკგ-ს. მხოლოდ "მოციმციმე არითმიის" დადგენა არის შესაძლებელი ავადმყოფის სანორეთან.

თქვენ პირდაპირ უნდა შეეკითხოთ გულისფიალის შესახებ, მაგრამ თუ ავადმყოფმა ვერ გაიგო თქვენი შეკითხვა, გადმოეცით სხვანაირად. "ხოლმე დაგვირვებიხართ თქვენს გულისცემას? როგორია ის?" სთხოვეთ, გიჩვენოთ რიტმი თითით ან ხელით. ჩქარია თუ ნელი? ხშირი თუ არა? და ხანგრძლივობისაა? იყო თუ არა სწრაფი გულისცემის ეპიზოდი, სწრაფად იწყებოდა და სწრაფადვე ქრებოდა? (ასეთ შემთხვევებში გესაჭიროებათ ეკგ).

ანამნეზის ინფორმაცია მოიცავს ნახტომს (შესაძლოა ექსტრასისტოლა); სწრაფი რიტმული გულისცემის უცარი შეტევა და გაქრობა (შესაძლო სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია); სწრაფი რიტმული გულისცემა 120 დარტყმამდე ნუთში, განსაკუთრებით, თუ სწრაფად იწყება და სწრაფადვე ჩერდება (შესაძლო სინუსური ტაქიკარდია).

დაგეხმარებათ, თუ ავადმყოფს ასწავლით, როგორ გაისინჯოს თვითონ პულსი.

სუნთქვის გახშირება ხშირი ჩივილია და შეიძლება აღნიშნავდეს ქრონულ, ორთოპნოეს ან ღამის პაროქსიზმულ ქრონულ. ქრონული არის სუნთქვის დისკომფორტი მოცემულ დატვირთვაზე. ამ ჩივილის მიზეზი გულის ან ფილტვის პირობებია, რომელიც აღნერილია მე-7 თავში, გულმკერდი და ფილტვები, გვ. 249.

ორთოპნოეს არის უმარტივესი ორთოპნოეს ეპიზოდები, რომელიც ვითარდება ნოლის დროს და მცირდება ადგომისას. ჩვეულებრივ, მისი შეფასება ხდება ბალიშების რაოდენობით, რასაც იყენებს ავადმყოფი ძილის დროს ან იმ ფაქტით, რომ ავადმყოფი მჯდომარე მდგომარეობაში იძინებს. დარწმუნდით, რომ ბალიშების გამოყენება ან მჯდომარე ძილი გულის მიზეზითაა გამოწვეული.

ღამის პაროქსიზმული ქრონული არის უცარი ქრონულის და ორთოპნოეს ეპიზოდები, რაც აღვიძებს ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, დაძინებიდან 1-2 საათში და აიძულებს მას წამოჯდეს, ფეხზე დადგეს ან მივიდეს ფანჯარასთან. მას შეიძლება ახლდეს ხმაურიანი სუნთქვა და ხველა. ეპიზოდი, ჩვეულებრივ, ნელდება, მაგრამ შეიძლება განმეორდეს იგივე დროს მომდევნო ღამეებში.

შეშუპება ვითარდება სხეულის ქვედა ნაწილში: ფეხებზე ჯდომისას და წელის არეში წოლისას. მიზეზები შეიძლება იყოს ჯარიული (*გულის შეგუბებითი უკმარისობა*), ჯვებითი (*ჰიპოალბუმინემია*) ან პოზიციური.

შეშუპება დაკავშირებულია ინტერსტიციულ სქოვილებში სითხის ჭარბ დაგროვებასთან და ვლინდება შესიების სახით. შეშუპების შესახებ კითხვები ტიპიურად მოიცავს გულის დაავადებების ანამნეზს, თუმცა შეშუპებას ბევრი სხვა მიზეზიც გააჩნია: ადგილობრივი და ზოგადი. თქვენი შეკითხვები დააკონკრეტეთ მდებარეობაზე, განვითარების დროზე, ასოციებულ სიმპტომებზე. "სადმე შესიება ხომ არ გაქვთ? სად? კიდევ სხვაგან? როდის გაჩნდა? დილით უფრო მეტია თუ საღამოს? ფეხსაცმელები ხომ არ დაგიპატარავდათ?"

შეშუპება ჩნდება თირკმელების და ღვიძლის დაავადებების დროს: ჰეპატომეგალია შეშუპება, ბეჭდის დაპატარავება – *ნეფროზული სინდრომის* დროს. ნელის არეში გადიდება ასციტის და ღვიძლის უკმარისობის დროს.

გააგრძელეთ კითხვით "ბეჭედი ხომ არ დაგიპატარავდათ? დილობით ქუთუთოები ხომ არ გისივდებათ? ქამარი ხომ არ გაიდიდეთ?" ასევე "ნელზე ტანსაცმელი ხომ არ დაგიპატარავდათ?"

მოგეხმარებათ, თუ სთხოვთ ყოველდღიურად დილას და საღამოს აინონოს, ვინაიდან შეშუპება გარეგნულად არ ვლინდება, სანამ არ დაგროვდება ჩამოღენიმე ლიტრი სითხე.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჩვეულებები

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ჩვეულებების მნიშვნელოვანი პუნქტები

- ჰიპერტენზიის პროფილაქტიკა
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პროფილაქტიკა
- ქოლესტერინის და დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის (LDL) დონის დაწევა
- ცხოვრების წესის შეცვლა და რისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედება, ჯანსაღი ჭამების და დონისა და ფიზიკური ვარჯიშის შერჩევის ჩათვლით

მიუხედავად რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციის გაუმჯობესებისა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები სიკვდილობის მთავარ მიზეზს წარმოადგენს ოგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში და აშშ-ში საერთო სიკვდილობის დაახლოებით 1/3-ია. ორივე, *პირველადი პროფილაქტიკა* მათში, ვისაც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სიმპტომები არ გააჩნია, და *მეორადი პროფილაქტიკა* იმ პაციენტებში, ვისაც აქვს სტენოკარდია ან მიოკარდიუმის ინფარქტი, მნიშვნელოვანი პიორიტეტული ღონისძიებაა სამსახურში, საავადმყოფოში და, საერთოდ, ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემაში. განათლება და განხილვა ეხმარება ავადმყოფს, მოინესხიგოს სისხლის წნევა, სისხლში ქოლესტერინის დონე, წონა და შეამციროს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის რისკ-ფაქტორები.

ჰიპერტენზიის პროფილაქტიკა. აშშ პროფილაქტიკური მომსახურების კომისიის მონაცემებით, მიოკარდიუმის ინფარქტის და ინსულტის ყველა შემთხვევის 35%-ში, გულის უკმარისობის 49%-ში და უეცარი სიკვდილის 24%-ში აღინიშნება ჰიპერტენზიის არსებობა.[5] კომისია მკაცრ ჩეკომენდაციას უწევს 18 წლის ზევით პირების სკრინინგის ჩატარებას სისხლის მაღალი წნევის თვალსაზრისით. ბოლო დროს ჩატარებულმა პოპულაციურმა ხანგრძლივმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ეროვნულ სტრატეგიაში აუცილებელია მკვეთრი გადახრა სისხლის წნევის შემცირებისა და პროფილაქტიკისკენ. "სისხლის მაღალი წნევის პროფილაქტიკის, დადგენის, დაკვირვების და მკურნალობის გაერთიანებული ეროვნული კომიტეტის" – JNC 7 მეშვიდე მოხსენებამ; სისხლის მაღალი წნევის ეროვნული საგანმანათლებლო პროგრამამ და კლინიკურმა კვლევებმა გამოსცა რამოდენიმე სახვანძო გზავნილი (იხ. ჩამონათვალი შემდეგ გვერდზე)[6,7] ეს მონაცემები საფუძვლად უდევს სისხლის წნევის კლასიფიკაციას JNC 7-ის მიხედვით (იხ. ცხრილი გვ. 109)[10];

- სისხლის წნევის არსებული 6 კატეგორია შემცირდა ოთხამდე და ნორმალურ წნევად განისაზღვრა <120/80 მმვწყსვ.
- სისტოლური წნევა 120-დან 139 მმვწყსვ და დიასტოლური 80-დან 89 მმვწყსვ აღარ არის "მაღალი ნორმა". ეს არის "პრეჰიპერტენზია".

- მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაიწყოს პირველ სტადიაზე, სადაც სისტოლური წნევა არის 140-დან 159-მდე ან დიასტოლური წნევა 90-დან 99 მმვწყსვ.
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება ყველასთვის აუცილებლად ითვლება

საკვანძო გზავნილები პრეკლინიკური ჰიპერტენზიისთვის

- 55 წლის ასაკის ნორმოტენზიული პირებისთვის ჰიპერტენზიის განვითარების რისკი 90%-ია.
- 60 წლის ზევით ყოველი 2 ადამიანიდან ერთს პრეკლინიკური ჰიპერტენზია აქვს[7] და ჰიპერტენზიით ავადმყოფთა მხოლოდ 34%-შია მიღწეული სამიზნე წნევა.[6]
- წნევასა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემთხვევათა რისკს შორის ურთიერთკავშირი დიდია, ხანგრძლივი და დამოუკიდებელი სხვა რისკ-ფაქტორებისგან. 40-დან 70 წლამდე პირებში სისტოლური წნევის 20 მმ ვწყ სვ-ით და დიასტოლური წნევის 10 მმ ვწყ სვ-ით მომატება ორმაგებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემთხვევათა რისკს ორივე წნევის საზღვრებია სანყისი 115/75 □დან 185/115 მმ ვწყ სვ[6,8]
- ბოლო დროს ჩატარებულმა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორების ფართო პოპულაციურმა კვლევებმა გამოავლინა ორი საკითხი[9]:

1. ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირთა მხოლოდ 4.8-დან 9.9%-ს აქვს დაბალი რისკი.
2. დაბალი რისკის მდგომარეობის გამოვლინებები ძალიან დიდი: 72-დან 85%-მდე მცირდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილობა და 40-დან 58%-მდე მცირდება ყველა მიზეზით სიკვდილობა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა იზრდება 5.8-დან 9.5 წლამდე. ეს ზრდა ეხება ნებისმიერი სოციალური მდგომარეობის თეთრკანიანებსაც და აფრო-ამერიკელებსაც[9]

- აქედან გამომდინარე, რისკის მქონე პირების გამოვლენა და მკურნალობა საკმარისი არ არის. ფართო პოპულაციური სტრატეგია მდგომარეობს პრევენციაში და ყველა დიდი რისკ-ფაქტორის შემცირებაში, რათა ადამიანებს განუვითარდეს ჩვევები ბავშვობიდანვე და მთელი ცხოვრების მანძილზე დარჩეთ დაბალი რისკი[9].

ჰიპერტენზიის რისკ-ფაქტორებია ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა, მიკროალბუმინურია ან დაგენილი GFR <60მლ/წთ, ანამნეზში გიდ არსებობა (ასაკი <55 მამაკაცებისთვის და <65 ქალებისთვის), სუფრის მარილის ჭარბი მიღება, კალიუმის არასაკმარისი მიღება და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება[6].

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პრევენცია. ამერიკის გულის ასოციაციის 2002 წლის გადასინჯვაში მოცემულია რისკ-ფაქტორების შემცირების ჩვევები ექიმებისთვის: "ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებისთვის არჩევანს წარმოადგენს გამოიყოს ავადმყოფთა დიდი ჯგუფი დაავადების არქეულ ეტაპზე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შემცირების მიზნით", რათა გაფართოვოს პირველადი პრევენციის ღირებულება. "მიმდინარე გზავნილი არის: ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრება არის პირველადი პრევენციის ქვაკუთხედი". "პირველადი მნიშვნელობისაა გიდ-ის პირველი ეპიზოდის ან ინსულტის, ან ართრის ანევრიზმის და პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებების განვითარების პრევენცია, რადგან ჯერ კიდევ პირველი შეტევა შეიძლება იყოს ფატალური ან მდგომარეობის დამამძიმებელი"[11]

პირველ საფეხურზე ჯერ-იერობით უნდა დაადგინოს არა მარტო წნევის მომატება, არამედ სხვა ჯარგად შესწავლილი გიდ რისკ-ფაქტორები. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პირველადი პროფილაქტიკის ჩვევმენდაციებში ამერიკის გულის ასოციაცია გვთავაზობს 20 წლის ასაკიდან პირებში რისკ-ფაქტორების გამოკვლევას და 40 წლის და მეტი ასაკის პირებისთვის გიდ გლობალური აბსოლუტური რისკის დადგენას.[11]

20 წლის ასაკიდან პირებში რისკ-ფაქტორები და გამოკვლევის სიხშირე

რისკ-ფაქტორები	სიხშირე
გულის იშემიური დაავადების (გიდ) ოჯახური ანამნეზი	გადაამოწმეთ ჩვეულებრივად
თამბაქოს მოხმარება დიეტა არტერიული წნევის მოხმარება ფიზიკური აქტივობა	ჩვეულებრივ ვიზიტებზე
სისხლის წნევა სხეულის მასის ინდექსი წელის გარშემოწერილობა პული (მოცემული არითმიის დადგენა)	ჩვეულებრივ ვიზიტებზე (2 წელიწადში ერთხელ)
დიაბეტი პირველი ტიპის გლუკოზა უზმოზე	სულ მცირე ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ, თუ ჰიპერლიპიდემიის ან დიაბეტის რისკია, ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ

40 წლის ზევით ასაკის პირებში გიდ 10 წლიანი რისკის დასადგენი გლობალური რისკის განსაზღვრა

გიდ მრავლობითი რისკის გამოთვლა ემყარება შემდეგს:

- ასაკი
- სქესი
- თამბაქოს მონევა
- სისტოლური (ზოგჯერ დიასტოლური) წნევა
- საერთო (ზოგჯერ LDL) ქოლესტერინი
- HDL ქოლესტერინი
- დიაბეტი

გიდ გლობალური რისკის გამოსათვლელად გამოიყენეთ ვებ-გვერდებზე მოცემული მეთოდები:
http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3003499
http://hin.nhlbi.nih.gov/atpiii/calculator.asp?usertype=prof

ღრობაღური ჩისჯის გამოთვლის მიზანია ავადმყოფმა შეძლებისდაგვარად მინიმუმამდე შეამცირიოს ჩისჯ-ფაქტორები. დაიმახსოვრეთ, რომ დიაბეტი ან 20%-ზე მაღალი 10-წლიანი ჩისჯი, გიდ განვითარებისთვის თანაბარ ჩისჯ-ფაქტორს წარმოადგენს.

ქოლესტერინის და LDL ქოლესტერინის შემცირება. 2001 წელს ჯანმთელობის ეროვნული ინსტიტუტის გული, ფილტვის და სისხლის ეროვნულმა ინსტიტუტმა გამოაქვეყნა "ქოლესტერინის შემსწავლელი ეროვნული პროგრამის ექსპერტთა (NCEP) მესამე შეტყობინება", რაც ცნობილია ATP III -ის სახელით.[12] სრული შინაარსი მოცემულია 2002 წელს[13]. აქ მოცემულია ფაქტებზე დამყარებული მედიცინის ჰეჯომენდაციები მაღალი ქოლესტერინის და ღიპიდური ცვლის დარღვევის მართვის შესახებ და დადგენილია, რომ ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენა სისხლში ქოლესტერინის დონის მჭიდრო კორელაცია გიდ განვითარების ჩისჯთან" მსოფლიოს უმეტესობა პოპულაციებში[14]. ATP III -ის საკვანძო საკითხებია:

- LDL-ის, როგორც ჰიპოღიპიდემიური მკურნალობის პირველადი სამიზნეს დადგენა
- ჩისჯ-ფაქტორების სამი კატეგორიის სახეები:
  - *მაღალი ჩისჯი (10-წლიანი ჩისჯი>20%)*: დადგენილი გიდ და გიდ ჩისჯის ეკვივალენტი
  - *ზომიერად მაღალი ჩისჯი (10-წლიანი ჩისჯი 10%-20%)*: მრავალი ან 2+ ჩისჯ-ფაქტორები
  - *დაბალი ჩისჯი (10-წლიანი ჩისჯი<10%)*: 0-1 ჩისჯ-ფაქტორი

ჩისჯ-ფაქტორებია: თამბაქოს მოხმარება, სისხლის წნევა >140/90 მმ ვწყ. სვ. ან ანტიჰიპერტენზიული ფარმაკოთერაპიის ხმარება, HDL <40 მგ%, გიდ ოჯახური ანამნეზი <55 წლის ასაკის პირველი ხარისხის მამაკაც ნათესავებში ან <65 წლის ასაკის პირველი ხარისხის ქალ ნათესავებში, და ასაკი ≥45 მამაკაცებისთვის და ≥55 ქალებისთვის.

გიდ მოიცავს მიოკარდიუმის ინფარქტის ანამნეზს, სტაბილურ ან არასტაბილურ სტენოკარდიას, კორონარულ არტერიებზე ჩარცედურებს, როგორიცაა ანგიოპლასტიკა და არტო-კორონარული შუნტირება ან მიოკარდიუმის გამხარტული იშემიის ნიშნებს.

გიდ ჩისჯის ეკვივალენტებია არაკორონარული ათეროსკლეროზი, როგორიცაა პერიფერიული არტერიების დაავადებები, მუცლის აორტის ანევრიზმა, საძილე არტერიების დაავადებები (საძილე არტერიების >50% ობსტრუქციისას, მოსალოდნელია გარდამავალი იშემია ან ინსულტი); *დიაბეტი; და 2+ ჩისჯ-ფაქტორები, რომელსაც გიდ 10-წლიანი ჩისჯი >20%-ზე.*

- *მაღალი ჩისჯის* პირებისთვის, როგორიცაა "გიდ ან გიდ ეკვივალენტების მქონე პირებისთვის", დადგენილია *LDL სამიზნე დონე < 100 მგ/დლ.*

2004 წლის ივლისში NCEP გამოაქვეყნა ხუთი დიდი კლინიკური კვლევის შედეგები[14]. *მაღალი ჩისჯის მქონე* პირებისთვის NCEP ჰეჯომენდაციით LDL სამიზნე დონე <70 მგ% და საჭიროა ინტენსიური ჰიპოლიპიდემიური მკურნალობა[15]. NCEP მონაცემებით მაღალი ჩისჯის მქონე ავადმყოფთა მდგომარეობის გაუმჯობესება მატულობს 30%-დან 40%-მდე, როცა მათი LDL დონე <100 მგ%.

ამჟ ჰოფიდაქტიკური მომსახურების ექსპერტთა ჯგუფი ჰეჯომენდაციას უწევს LDL-ის ჰატონულ განსაზღვრას 35 წლის ზევით მამაკაცებში და 45 წლის ზევით ქალებში[16]. მათთვის, ვისაც გიდ ჩისჯ-ფაქტორები გააჩნიათ, სკრინინგი უნდა დაიწყოს 20 წლის ასაკიდან[17,18].

მოელაპარაკეთ ავადმყოფს, რომ უზმოზე *განსაზღვრათ ლიპიდები* საერთო და LDL ქოლესტერინის განსაზღვრის მიზნით. გამოიყენეთ ჩისჯის გამოანგარიშება გვ. 297 ან იხელმძღვანელეთ ATP III-ით, რათა დაადგინოთ თქვენი ავადმყოფის 10-წლიანი ჩისჯის ხარისხი. გამოიყენეთ 2004 წლის ჩეჯომენდაცია, სადაც გამოყოფილია ჩისჯის 4 ჯგუფი, რათა დაგეგმოთ ცხოვრების წესის ცვლილებები და ჰიპოლიპიდემიური საშუალებების საჭიროება.

ATP III გაუმჯობესებული ჩეჯომენდაციები

10-წლიანი ჩისჯის ხარისხი	LDL-ის სასურველი დონე	მედიკამენტის განხილვა, თუ LDL:
მაღალი ჩისჯი (>20%)	<100 მგ% *ოპტიმალური მიზანი:* <70მგ%	≥100მგ% (<100 მგ%:განიხილეთ მედიკამენტის დანიშვნა, LDL-ის 30-40%-ით დაქვეითების მიზნით)
ზომიერად მაღალი ჩისჯი (10-20%)	<130 მგ% *ოპტიმალური მიზანი:* <100 მგ%	≥130მგ% (100-129 მგ%: განიხილეთ მედიკამენტის დანიშვნა, რათა მიღწეულ იქნას LDL<100 მგ/დღ).
ზომიერი ჩისჯი (<10%)	<130 მგ%	≥160მგ/დღ
დაბალი ჩისჯი (0-1 ჩისკ-ფაქტორი)	<160 მგ%	≥190მგ/დღ (160-189 მგ/დღ: მედიკამენტური მკურნალობა აუცილებელი არ არის)

ცხოვრების წესის შეცვლა და ჩისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედება. JNC VII, სისხლის მაღალი წნევის განათლების ეროვნული პროგრამისა და AHA მიერ მონოდებულია ჯარგად შესწავლილი ცხოვრების წესის შეცვლისა და ჩისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედების საშუალებები ჰიპერტენზიის, გიდ-ის და ინსულტის პროფილაქტიკის მიზნით.

ცხოვრების წესის შეცვლა ჰიპერტენზიის პრევენციისა და მართვისთვის

- ოპტიმალური წონა ან სმი ჩარის 18.5 – 24.9 კგ/მ²
- სუფრის მარილის მიღების შემცირება 6 გრამამდე ან ნატრიუმის შემცირება 2.4 გრამამდე დღეში.
- ჩეგულარული აერობული ვარჯიშები, როგორიცაა სწრაფი სიარული არა ნაკლებ 30 წუთისა დღეში ყველის უმეტეს დღეებში
- ალკოჰოლის ზომიერი მიღება: მამაკაცებისთვის 2 დაღება ან ნაკლები, ქალებისთვის 1 დაღება ან ნაკლები (2 დაღება= 30 გ სპირტი, 70 გ ღვინო, 300 გ ლუდი ან 60-90გ ვისკი)
- დღეში 3.500 მგ-ზე მეტი კალიუმის მიღება
- ხილით, ბოსტნეულით და დაბალცხიმიანი პროდუქტებით მდიდარი საკვების მიღება და ნაჯერი და საერთო ცხიმების შეზღუდვა

ჰიპერტენზიის დროს ცხოვრების წესის შეცვლა ინვევს სისხლის წნევის 2-დან 20 მმ ვწყ სვ-ით დაქვეითებას[6]. ცხოვრების წესის შეცვლა ჰიპერტენზიის შემცირებისთვის ნაწილობრივ ემთხვევა გიდ-ის და ინსულტის ჩისჯის შემცირების ჩეჯომენდაციებს, როგორც ქვემოთ იქნება ნაჩვენები.

ბუღ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პრევენციისთვის ჩისჯზე ზემოქმედება

- თამბაქოს მოხმარების სრული შეწყვეტა
- სისხლის ოპტიმალური წნევის ჯონტროლი – იხილე JNC VII ჩეჯომენდაციების ცხრილი
- ჯანმრთელი ჯვება – იხ. ჩეჯომენდაციები დიეტის შესახებ წინა გვერდზე
- ლიპიდური ცვლის ჯონტროლი – იხ. ცხრილი გვ. 299
- ჩეგულარული აერობული ვარჯიში – იხ. წინა გვერდი
- ოპტიმალური წონა – იხ. წინა გვერდი
- დიაბეტის ჯონტროლი ისე, რომ უზმოზე გლუჯოზის დონე იყოს 110 მგ%-მდე, ხოლო HgA1c – 7%-ზე ნაჯლები
- მოციმციმე ინფექციის გადაყვანა სინუსურ ინფექციში, ხოლო ქრონიჯული ბრონქიტის შემთხვევაში – ანტიჯოაგულაციური მკურნალობა

ჯანმრთელი ჯვება. დაიწყეთ ჯვების ანამნეზით (იხ. გვ 92-93), შემდეგ ჯი შეუმცირეთ ქოლესტერინის და საერთო ცხიმის, განსაკუთრებით, ნაჯერი და ტრანს ცხიმების მიღება. საჯვები, რომელიც შეიცავს პოლიუჯერ ცხიმებს, ომეგა-3 ცხიმოვან მჟავებს (თევზის ქონი), ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს.

მიმოიხილეთ საჯვების სახეობები, რომლებიც შეიცავს ჯანსაღ და არაჯანსაღ ცხიმებს.[19]

არაჯანმრთელი ცხიმის წყაროები

- *ქოლესტერინით მდიდარი საჯვები:* ხძის პროდუქტები, ჯვერცხის გული, ღვიძლი და ორგანოების ხორცი, ცხიმიანი ხორცი და შინაური ფრინველი.
- *ნაჯერი ცხიმებით მდიდარი საჯვები:* მაღალცხიმიანი ხძის პროდუქტები – ნაღები, ყველი, ნაყინი, სოფლის და 2%-იანი ხძე და არაჟანი. ასევე შაშხი, ჯარაქი, შოკოლადი, ჯაჯაოს ცხიმი, სარა, მაღალცხიმიანი ხორცი, სოსისი, ჰოთ-დოგი.
- *ტრანს ცხიმებით მდიდარი საჯვები:* გვერცის ხორცი, ჰიდროლიზური ან ნაწილობრივ ჰიდროლიზური ცხიმით დამზადებული ცომეული, მარგარინი, ჯულინარული ცხიმი, შემწვარი ჯარტოფილი.

ჯანსაღი ცხიმის წყაროები

- *მონოუჯერი ცხიმით მდიდარი საჯვები:* თხილი, ნუში, პეკანის თხილი, მიწის თხილი; სეზამის მარცვლები, ავოკადო, ჯანორცის ზეთი, ზეითუნის და არაქისის ზეთი, არაქისის ჯარაქი.
- *პოლიუჯერი ცხიმით მდიდარი საჯვები:* მარცვლეული, საფლორი, ჯანაფის თესლი, სოიოს თესლის ზეთი,

ჯაჯაღი, მზესუმზირა, ხბილი მარგარინი, მაიონეზი, საღათის საჯაზმი.

- *ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავით მდიდარი საჭვები:* თუნუსი, ქამაყი, სკუმბრია, ჯალმახი, ორაგული, სარდინი.

წონისა და ვარჯიშების განხილვა.

2004 წლის იანვრის "ჰორგანესის მიმოხილვა – ჭვება და ქარბი წონა" ჯანმრთელ პირებში 2010 იუწყება, რომ "დიეტური ფაქტორები უკავშირდება სიკვდილის 4-დან 10-მდე ძირითად მიზეზს –გულის იშემიური დაავადება, სიმსივნის ზოგიერთი სახე, ინსულტი, მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი, ისევე როგორც სისხლის მაღალი წნევა და ოსტეოპოროზი. საერთოდ, ჯანმრთელი ადამიანები 2010 ჭიღვის მონაცემებით მოზრდილთა და ბავშვებთა წონის მდგომარეობას გაუარესებისკენ აქვს ტენდენცია"[20]. ამერიკელთა 60%-ზე მეტს სიმსუქნე აღენიშნება, რომელთა სმი 25-ზე მეტია.

წონის დაკლება სამკურნალო მოთხოვნაა. სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლის პრინციპი, აღწერილია მე-4 თავში, გვ 90-92. განიხილეთ ჯანსაღი ჭვების პრინციპები – პაციენტებს, რომლებიც დიდი ჩარჩენობით ცხიმს იღებენ, უფრო მეტად უგრძოდებათ სხეულის ცხიმი, ვიდრე იმათ, ვინც ციცოვან და ნახშირწყლოვან საჭვებს იღებს. განიხილეთ ავადმყოფის ჭვების ჩვევები და ოჯახის წევრების წონის მარჩენებლები. დაგეგმეთ ჩაღური ამოცანები, რაც ავადმყოფს დაეხმარება ჯანმრთელი ჭვების ჩვევების შემუშავებაში.

ჩეგულარული ვარჯიში აშშ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ჯანმრთელი ადამიანები 2010 პირველი ჩეჯომენდაციაა. 2004 წლის აპრილის "ჰორგანესის მიმოხილვა – ფიზიკური აქტივობა და ჯარგი ფიზიკური მდგომარეობა" ჯანმრთელი ადამიანები 2010 აღგენს, რომ "2000 წელს სიკვდილის მნიშვნელოვანი მიზეზი იყო არასწორი ჭვება და არააქმარისი ვარჯიში. შეღედი ამ რისკ-ფაქტორებსა და თამბაქოს მოწევას, როგორც ეროვნულ ძირითად რისკ-ფაქტორს შორის, განსაკუთრებით შემცირდა უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში."[21] გულის იშემიური დაავადების რისკის შემცირებისთვის ავადმყოფს ურჩიეთ ერობული ვარჯიშები ან ვარჯიშები, რომლებიც ზრდიან ჯუნთების მიერ ჟანგბადის მოხმარებას თუნდაც 30 წთ-ის განმავლობაში ჯვირის უმეტეს დღეებში. ავადმყოფს უნდა დაეხმაროთ, განუწყოს ვარჯიშისთვის და სკრედულს, რომ ვარჯიშის დაწყებისთანავე თავს გაცილებით უკეთ იგრძნობს. ღრმა სუნთქვა, ოფლის გამოყოფა გრილ გარემოში და ჰულსის გახშირება არაა შესაბამისი მაქსიმალური გულისცემის 60%-ით (220-ს გამოკლებული ასაკი) მარჩენებლებია, რაც ეხმარება ავადმყოფს დაადგინოს ერობული მეტაბოლიზმის დაწყება. ვარჯიშის სახეობის შერჩევამდე შეამოწმეთ გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვის ან ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემების მდგომარეობა, რომ არ არის რაიმე უკუჩვენება.

ბამოკვლევის მეთოდები

ჩოდესაც დაიწყებთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევას, ნახეთ სისხლის წნევა და გულისცემის სიხშირე, რომელიც გაზომილი გაქვთ ზოგადი გამოკვლევისა და სასიცოცხლო ნიშნების შესწავლისას ჯერ-ჯერობით გამოკვლევის დასაწყისში. თუ გესაჭიროებათ ამ გამოკვლევების გამეორება ან ახლიდან ჩაგიტარებიათ, გამოძებნეთ ცხრილში ამის ჩასატანებლად (იხ. თავი 4, ჯერ-ჯერობით გამოკვლევების დაწყება: ზოგადი გამოკვლევა და სასიცოცხლო ნიშნები).[22-26]

სისხლის წნევის გაზომვისას ავადმყოფი დასვენეთ 5 წთ-ით, შეარჩიეთ შესაფერისი ზომის მანჟეტი, ჯერ-ჯერობით ავადმყოფის მჯდარი მოათავსეთ გულის დონეზე, ხოლო ფეხზე დგომისას – მკერდის შუა ნაწილის დონეზე. დარწმუნდით, რომ გასაბერი მანჟეტი მხრის არტერიაზეა. მანჟეტში წნევა ასწიეთ 30 მმ ვწყ სვ-ით ზევით იმ დონიდან, სად დონეზეც ქრება პულსაცია სხივის არტერიაზე. მანჟეტიდან ჰაერის გამოშვების ჩრდილოეთ მოისმინეთ პირველივე სულ ცოტა ორი ერთმანეთის მომდევნო გულისცემის ხმა, რომელიც გამოხატავს სისტოლური წნევის სიდიდეს. შემდეგ დააფიქსირეთ გულისცემის ხმიანობის გაქრობის მომენტი, ანუ დიასტოლურ წნევას შეესაბამება. პულსი დათვალეთ სხივის არტერიაზე საჩვენებელი და შუა თითების ბალიშებით ან გულის მწვერვალზე სტეტოსკოპით.

ამის შემდეგ თქვენ მზად ხართ თანმიმდევრულად შეაფასოთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კომპონენტები:

- საუღლე ვენის წნევა
- ჯაროტიდული პულსაცია და შუბლის არსებობა ან არარსებობა
- გულის საძგერი და მისი ფართობი, სიმაღლე და ხანგრძლივობა
- გულის პირველი და მეორე ტონები S_1 და S_2
- დამატებითი ტონების არსებობა ან არარსებობა S_3 და S_4
- შუილების არსებობა ან არარსებობა

საუღლე ვენის წნევა (სვწ) და პულსაცია

საუღლე ვენის წნევა (სვწ). სვწ-ის დადგენა ჯერ-ჯერობით გამოკვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი და ხშირად გამოყენებადი მეთოდია. თავიდან შეიძლება ძნელად მოგეჩვენოთ, მაგრამ ვარჯიშით და ხელმძღვანელის დახმარებით დაინახავთ, რომ სვწ მნიშვნელოვან ინფორმაციას განგდით ავადმყოფის მოცულობით სტატუსზე. როგორც უკვე იცით, სვწ მარჯვენა წინაგულში წნევას ან ცენტრალურ ვენურ წნევას ასახავს და მისი შეფასება ყველაზე ადვილად შესაძლებელია მარჯვენა შიგნითა საუღლე ვენის პულსაციით. ჩაინიშნეთ, რომ საუღლე ვენების და მათი პულსაციის ნახვა ძნელია 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ამიტომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში ეს გამოკვლევა არ ტარდება.

სვწ-ის გამოკვლევის საფეხურები მომდევნო გვერდზეა აღნერილი. როდესაც დაიწყებთ გამოკვლევას, დააკვირდით ავადმყოფის მდგომარეობას და განსაზღვრეთ, რა სიმაღლეზე ასწიოთ სანოლის თავი ან გამოსაკვლევი მაგიდა. სვწ-ის განსაზღვრა იწყება სანოლის თავის ანევით 30°-ით. ორივე მხარეს მოძებნეთ გარეთა საუღლე ვენები, შემდეგ – შიგნითა საუღლე ვენის პულსაცია, რომელიც ტარდება სიღრმიდან ჯისრის ზედაპირისკენ. Зსვწ არის ანევის ის სიმაღლე, როდესაც, ჩვეულებრივ, აღინიშნება ყველაზე მაღალი ოსცილაციური ნერტილი, ანუ ვენური პულსაციის მენისკი მოცარიელებულ სისხლის ნორმალური

მოცულობის მქონე ჯანმრთელ პირებში. *ჰიპერვოლემიის* ავადმყოფებში შეიძლება ივარაუდოთ, რომ *სვნ დაბალი იქნება*, რის გამოც *სანოლის თავი შეგიძლიათ დაბლა დაყენოთ*, ზოგჯერ 0°-ზეც, რათა ნახოთ ოსცილაციური ნეტილი. *ჰიპერვოლემიის* პირებში შეგიძლიათ ივარაუდოთ, რომ *სვნ მაღალი იქნება*, რის გამოც *სანოლის თავს აამაღლებთ*.

ჰიპოვოლემიური ავადმყოფები სწორად უნდა ინვენენ, რათა ვენები ჯარგად დათვალიერდეთ. ამის საპირისპიროდ, როდესაც სვნ იმატებს, დაგჭირდებათ სანოლის თავის ამაღლება 60° ან 90°-ით. ყველა ამ პოზიციაში მკერდის ძვლის ჯუთხე, ჩვეულებრივ, მარჯვენა წინაგულიდან 5 სმ-ით ზემოთ მდებარეობს, როგორც გვ. 291 დიაგრამაზეა ნაჩვენები.

საულე ვენის წნევის (სვწ) შეფასების საფეხურები

- ავადმყოფი ჯომფორტულად დაანვინეთ. სანოლის თავი ან ბალიში ოდნავ ზემოთ ასწიეთ, რათა მოდუნდეს მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი ჯუნთები.
- სანოლის თავი ან გამოსახვლევის მაგიდა ასწიეთ დაახლოებით 30°-ით. ავადმყოფის თავი ოდნავ გადანიეთ იმ მხრის საწინააღმდეგოდ, რომელსაც თქვენ იკვლევთ.
- გამოიყენეთ გვერდითი განათება და დათვალიერეთ ჯილის ორივე მხარე. გამოყავით გარეთა საულე ვენები ორივე მხარეს, შემდეგ მოძებნეთ შიგნითა საულე ვენების პულსაცია.
- თუ საჭიროა, სანოლის თავი ასწიეთ ან დასწიეთ, სანამ არ დაინახავთ მარჯვენა შიგნითა საულე ვენაზე პულსაციის ოსცილაციური ნეტილის ან მენისჯს ჯილის ქვედა ნახევარზე.
- დააჯვირდით მარჯვენა შიგნითა საულე ვენას. მკერდის ძვლის ნაჭდევთან დააჯვირდით პულსაციას მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი ჯუნთის და ღავინის ძვლის საზღვარზე ან მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი ჯუნთის ზესტად უკან. ქვემოთ მოცემული ცხრილი მოგეხმარებათ გაარჩიოთ შიგნითა საულე ვენა სარძილე არტერიისგან.
- დაადგინეთ პულსაციის ყველაზე მაღალი ნეტილი მარჯვენა შიგნითა საულე ვენაზე. გაჭიმეთ გრძელი სწორი საგანი ჰორიზონტალურად ამ ნეტილიდან, ხოლო მკერდის ძვლის ჯუთხიდან ვერტიკალურად დაყენეთ სახაზავი ისე, რომ შექმნას მართი ჯუთხე. ვერტიკალური მანძილი გაზომეთ სანტიმეტრებში მკერდის ძვლის ჯუთხის ზემოთ იმ ნეტილში, სადაც სახაზავს გადაკვეთს ჰორიზონტალური საგანი. ეს მანძილი, რომელიც სანტიმეტრებშია გაზომილი მკერდის ძვლის ჯუთხის ან წინაგულის ზემოთ, არის სვნ.

ქვემოთ მოცემული ნიშნები დაგეხმარებათ საულე ვენის და ჯაროტიდული პულსაციების გარჩევაში:[1]

- *საულე ვენის და ჯაროტიდული პულსაციების გარჩევა*

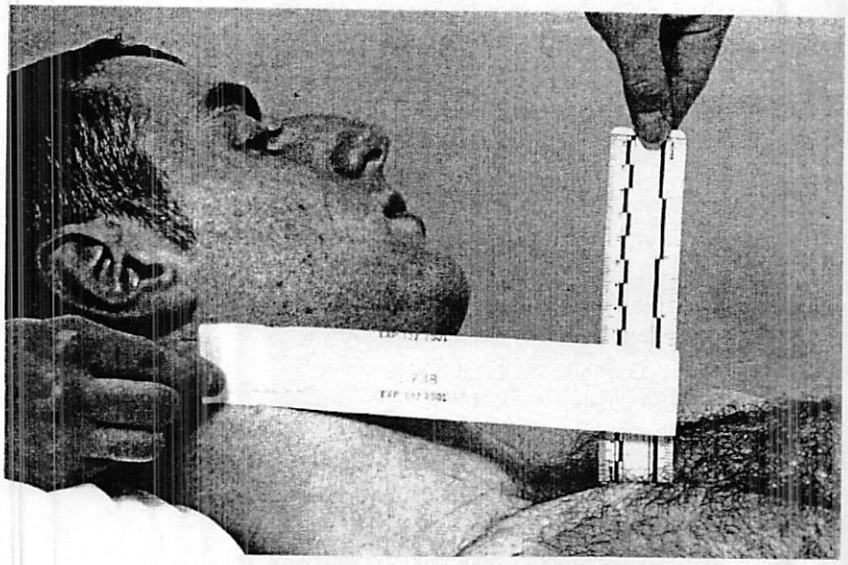
შიგნითა საულე ვენის პულსაცია	ჯაროტიდული პულსაცია
პალპაცია იშვიათადაა შესაძლებელი	პალპაცია შესაძლებელია
ხშირი, სწრაფი, ტალღისებური, ჩვეულებრივ ორი მაღალი და ორი დაბალი ტალღა გულისცემის მიხედვით	უფრო ძლიერია და ერთი ჯომპონენტი აქვს
პულსაცია ქრება ვენაზე მსუბუქი ზეწოლით მკერდის ძვლის ზემოთ ან ღავინთან	ზეწოლით პულსაცია არ ქრება
პულსაციის დონე იცვლება სხეულის მდებარეობის შეცვლით	მდებარეობის შეცვლით პულსაციის დონე არ იცვლება
პულსაციის დონე მცირდება ჩასუნთქვისას	ჩასუნთქვა პულსაციის დონეზე არ მოქმედებს

დაკვირვებათა მაბაზირებები

ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ხაზების ზუსტი დადგენა სვნ-ის გაზომვისთვის ითვლება, ისევე როგორც სუპათის სწორად დაყენება, როდესაც ახლოს გიყურებთ. სახაზავი დააყენეთ მკერდის ძვლის კუთხეზე ვერტიკალურად და მის პერპენდიკულარულად გაქიმეთ სწორი საგანი. ამით შექმნით ჰორიზონტალურ ხაზს. ჰორიზონტალური საგანი ჩამოასურეთ ისე, რომ მისი ქვედა კიდე საუღლე ჭედსაკრის მწვერვალს დაეყრდნოს და სახაზავზე გაზომეთ ვერტიკალური ზომა სანტიმეტრებში.

-ნნევის მომატება მიუთითებს გულის მარჯვენა ნაწილის უკმარისობაზე, ან, უფრო იშვიათად, კონსტრიქციული პერიკარდიტზე, სამკარიანი სარქვლის სტენოზზე ან ზემო ღრუ ვენის ობსტრუქციაზე[27-33]

ფილტვების ობსტრუქციული დაავადების მქონე პაციენტების ვენური ნნევა მატულობს მხოლოდ ამოსუნთქვის დროს; ჩასუნთქვისას ვენები იფუშება. ეს მონაცემები არ მიუთითებს გულის შეგუბებით უკმარისობაზე.



ვენური ნნევა გაზომილი მკერდის ძვლის კუთხიდან 3 ან 4 სმ-ზე მეტად, ან მარჯვენა წინაგულიდან 8 - 9 სმ-ზე მეტად, ითვლება *მომატებულად*.

თუ შიგნითა საუღლე ვენაზე ვერ ხედავთ პულსაციას, მოძებნეთ გარეთა საუღლე ვენებზე. თუ აქაც ვერ ხედავთ, გამოიყენეთ ის *წერტილი, რომლის ზემოთაც ჩაფუშულია გარეთა საუღლე ვენა*. მოძებნეთ კისრის ორივე მხარეს. გაზომეთ ვერტიკალური მანძილი მკერდის ძვლის კუთხიდან ამ წერტილამდე.

გარეთა საუღლე ვენების ცალმხრივი გაქიმვის მიზეზია ადგილობრივი ობსტრუქცია ან მოგრეხა, ასევე ორმხრივ გაქიმვას ადგილობრივი მიზეზი აქვს.

ვენური პულსაციის უმაღლესი წერტილი შეიძლება მდებარეობდეს მკერდის ძვლის კუთხის ღონეზე. ამ სიტუაციაში ვენური ნნევა მომატებული არ არის და იშვიათად საჭიროებს გაზომვას.

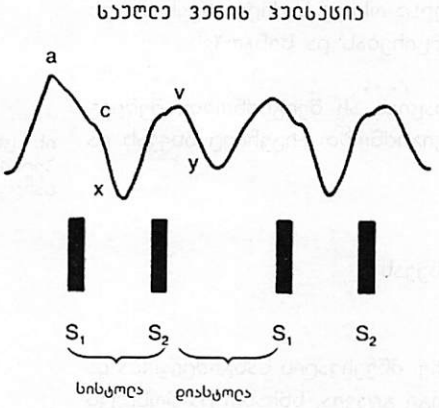
მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტები ვერ ხედავენ, რომ ჯილინისტები ხშირად ზომავდნენ სვნ-ას, ამ მეთოდიკის ზუსტი ჩატარება ძალიან მნიშვნელოვანია. ბოლოს და ბოლოს, გამოცდილებასთან ერთად, ჯილინისტები და ჯარიმოლოგები სვნ-ას ვიზუალურად აღგენენ.

ხანგრძლივი a ტალღა მიუთითებს მარჯვენა წინაგულის ჩეზისტენტობის გაზრდაზე, ასევე სამკარიანი სარქვლის სტენოზზე ან უფრო ხშირად, ჰიპერტროფირებული მარჯვენა პარკუჭის ელასტიურობის დაქვეითებაზე.

საუღლე ვენის პულსაცია. *გამოიკვლიეთ საუღლე ვენების პულსაციის ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა.* ხანგრძლივობის დასადგენად მარცხენა ხაძიე არტერიაზე შეგრძნებით მარჯვენა ცერა თითით ან ერთდროულად მოისმინეთ გულის ტონები. *a* ტალღა წინ უსწრებს S_1-ს და ჯაროტიდულ პულსს, *x* დაღმავალ ტალღას ენოდება.

სისტოლური ჟოლაფსი, *v* ტალღა ემთხვევა S_2-ს და *y* დაღმავალი ტალღა მოყვება ადრეულ დიასტოლას. დააკვირდით ტალღების ახასიათებას ან უჩვეულოდ ხანგრძლივ ტალღებს.

a ტალღა ჩნება მოკუმულ ატრიუმის დროს. ფასთან x ტალღა ახასიათებს სამკარიანი სარქველის ჩაგუბებულობას.



საულღე ვენის ნნევის მრუდი

a = ატრიუმის შეკუმშვა
c = ჯერინკუნად უხილავი ბაძიდე ტრანსმისია
x = დაღმავალი ტალღა
v = ატრიუმის პასიური ავსება ვენური ნაკადით ტრიკუსპიდალურ ვენიდან
y = დაღმავალი ტალღა ატრიუმული მოსვენების ფაზაში მკუმშვის დასაწყისამდე

საულღე ვენის პულსაციის გამოკვლევას ვარჯიში და გამოცდილება სჭირდება. დამწყებ ექიმს უნდა უჩრიონ, პირველ რიგში ყურადღება გაამახვილოს საულღე ვენის ნნევაზე.

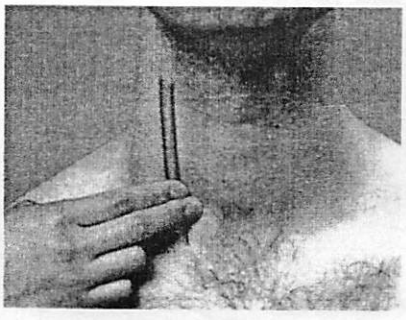
საძიდე ატრიუმის (კაროტიდული) პულსი

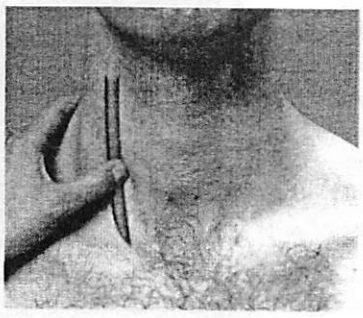
მას შემდეგ, რაც გაზომავთ სვნ-ს, გადადით *კაროტიდული პულსის* გაზომვაზე. კაროტიდული პულსი გვანვდის მნიშვნელოვან ინფორმაციას გული ფუნქციის მდგომარეობაზე და განსაკუთრებით გამოიყენება ატრიუმის სარქველების სტენოზის ან უკმარისობის დიაგნოსტიკაში. შეისწავლეთ კაროტიდული ანკვის ხასიათი, მისი ამპლიტუდა და კონტური და *თანდართული შეიღები.*

ინტონისთვის იხ. ცხრილი 8-1, გულისცემის სიხშირე და რიტმი (გვ. 324) და ცხრილი 8-2. რიტმის დარღვევები (გვ. 325).

ამპლიტუდის და კონტურის დასადგენად ავადმყოფი დააწვინეთ ისე, რომ სანოლის თავი 30°-ით იყოს ანეული. ხოლოსაც შეიგრძნობთ საძიდე არტერიას, პირველ რიგში კისერზე ნახეთ კაროტიდული პულსაცია. მისი ნახვა შეგიძლიათ მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი კუნთის მედიალურად. შემდეგ მარცხენა ხელის საჩვენებელი და შუა თითები (ან მარცხენა ცერი) დაადეთ მარჯვენა საძიდე არტერიას კისრის ქვედა მესამედში, დააწექით და შეიგრძენით პულსაცია.

დაკვირვებული საძიდე არტერიები ნარმოქმნიან ცალმხრივ მოპულსირე გამობერცლობას.





პულსაციის შემცირების მიზეზი შეიძლება იყოს დარტყმითი მოცულობის შემცირება, მაგრამ, ასევე, შეიძლება გამოინვიოს არტერიაში ადგილობრივმა მიზეზებმა, როგორიცაა ათეროსკლეროზული შევიწროვება ან ოკლუზია.

დაანექით ჯაჭვად მოღუნებული მჭიდ-ღავიწ-დვრილისებრი ჯუნთის მედიალუჯ ჯიღეს ბექჭდისებური ხრტილის დონეზე. ან დაანვეთ *ჯაჭოტიღეე სინუსს*, რომელიც ფარისებრი ხრტილის მწვეივალთანაა. მარცხენა ჯაჭოტიღეი არტერიის გასასინჯად გამოიყენეთ მარჯვენა ხელის თითები ან ცერა თითი. ხასოღეს ან დაანვეთ ეითღროულად ორივე საძიღე არტერიას. ეს გამოინვევს თავის ტვინისკენ სისხლის მინოღების შემცირებას და სინკოპეს.

ჯაჭოტიღეე სინუსზე ზენოღა ინვევს პულსის და სისხლის ნნევის ჩეფლექსუ დაქვეითებას.

ნელ-ნელა გააძლიერეთ ზენოღა, სანამ მაქსიმალუი პულსაციას არ შეიგრძნობთ, შემდეგ ნელა შეამცირეთ ზენოღა, სანამ ყველაზე ჯარგად არ შეიგრძნობთ არტერიულ ნნევას და ჯონტუს. ეცადეთ შეაფასოთ:

იხ. ცხრილი 4-7. არტერიული პულსის და ნნევის ტალღების დარღვევები (გვ. 119).

- *პულსის ამპლიტუდა*. იგი შეესაბამება პულსის ნნევას
- *პულსური ტალღის ჯონტური*, ჯეიძოღ ანევის სიჩქარე, მწვეივალის ხანგრძლივობა და დანევის სიჩქარე. ნორმალური ანევა მკვეთრია. იგი გლუვია, სწრაფი და მოსდევს S_1-ს. მწვეივალი გლუვია, მომრგვალებული და სისტოლის შუამია. დალმავალი ნაწილი ნაკლებ მკვეთრია, ვიდრე ალმავალი.
- *ამპლიტუდის ცვლილებები* ან დარტყმიდან დარტყმამდე, ან სუნთქვის დროს

მკრთე, ძაფისებრი ან სუსტი პულსი *ჯარდიოგენული შოკის* დროს აღინიშნება. *ორტის სარქველების ნაკლოვანების* დროს პულსი *მბტუნავია* (გვ. 119).

თრთოლვა და შეილი. ჯარტერიის პალპაციის დროს შეგრძნიათ ნაროთ ვიბრაცია, ანუ *თრთოლვა*, რომელიც ჰგავს ჯატის ჯუტუნს. ჩვეულებრივად, მაგრამ განსაკუთრებით თრთოლვის დროს, ფონენდოსკოპით ორივე საძიღე არტერიაზე უნდა მოისმინოთ *შეილის* მსგავსი ხმიანობა, რომელიც სისხლძარღვოვანი ნარმოშობისაა.

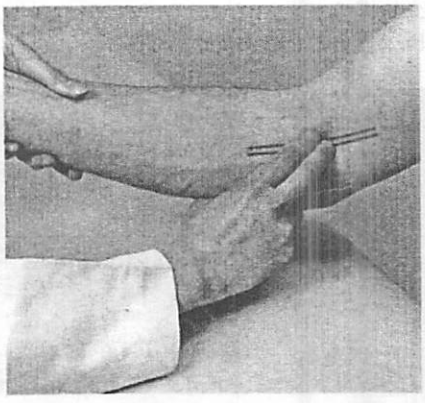
ჯაჭოტიღეი ტალღის ალმავალი ნანილის გაღრეება აღინიშნება ორტის სტენოზის დროს.

ჯაჭოტიღეი შეილი უნდა მოისმინოთ საშუალო ასაკის ან ხანდაზმულ პაციენტებში, ან თუ თავის ტვინის სისხლძარღვების დაავადებას ვარაუდობთ. სთხოვეთ ავადმყოფს, ცოტა ხნით შეაჩეროს სუნთქვა, რათა სუნთქვის ხმიანობამ არ დაფაროს სისხლძარღვების ხმიანობა, შემდეგ მოისმინეთ სტეტოსკოპით.[34] ამ არეში გულის ტონები დამოუკიდებლად შეილს არ წარმოქმნის.

არტერიული პულსის შემდგომი გამოკვლევები აღნერილია მე-14 თავში, პერიფერიული სისხლძარღვოვანი სისტემა.

არტერიული პულსი (იხ. გვ. 119), ბიგემინია (დარტყმიდან დარტყმამდე სახეობა); პარადოქსული პულსი (სუნთქვითი სახეობა).

მხრის არტერია. საძიღე არტერიები ჯარგად ატარებს ორტის პულსაციას, მაგრამ პაციენტებში, ვისაც აქვთ დაკლანილი ან შევიწროვებული საძიღე არტერიები, პულსაცია შემცირებული აქვთ. ასეთ შემთხვევაში პულსი შეამოწმეთ *მხრის არტერიაზე* იმ მეთოდით, რომელიც აღნერილია ზემოთ ამპლიტუდის და ჯონტურის შესნავლისას.



ჯაჭოტიღეი შეილი თრთოლვით ან მის გარეშე, საშუალო ან ღიდი ასაკის პირებში მიუთითებს, მაგრამ არ არსებობს სისხლძარღვების შევიწროვებას. ორტაზე შეილი შეიძლება ტარებოდეს საძიღე არტერიებზე.

გამოიყენეთ საჩვენებელი და შუა თითები. თქვენი ხელი მოათავსეთ ავადმყოფის იდაყვის ქვეშ და შეიგრძენით პულსი მედიალურად მოთავსებულ ჯუნთის მყესთან. ავადმყოფის მტევანი უნდა იდოს მშვიდად იდაყვის სახსარში გაშლილი ხელისგულით ზემოთ. თქვენი თავისუფალი ხელით შეგიძლიათ გაუშალოთ მტევანი ავადმყოფს სხვადასხვა ხარისხით, ჰათა ჯუნთები ოპტიმალურად იყოს მოდუნებული.

გული

გულის გამოკვლევების ჩატარებისას ავადმყოფი უფრო ხშირად ზურგზე უნდა იწვეს და სანოლის თავი ან გასასინჯი მაგიდა ანეული იყოს დაახლოებით 30°-ით. ასევე დაგჭირდებათ ორი სხვა პოზიციაც: (1) *მარჯვენა გვერდზე გადაბრუნება* და (2) *წინ წამოწევა*. ამ პოზიციაში გულის მწვერვალი და მარცხენა პარკუჭის გამომტანი ტრაქტი გულ-მკერდის ჯედელს უახლოვდება და უფრო ჯარგად ხდება საძგერის და აორტის ნაკლოვანების დადგენა. გამომკვლევი ავადმყოფისგან მარჯვნივ უნდა იმყოფებოდეს.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში შეჯამებულია ავადმყოფის მდებარეობები და გამოკვლევის თანამიმდევრობა.

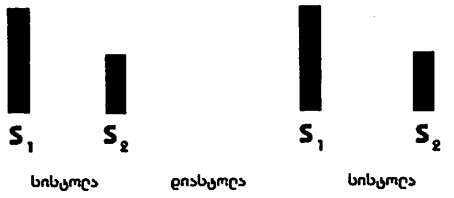
▪ *გულის გამოკვლევის თანამიმდევრობა*

ავადმყოფის მდებარეობა	გამოკვლევა	მიღებული შედეგები
ზურგზე ნოლა თავის 30°-ით ამაღლებით	გულის არის ინსპექცია და პალპაცია; მარჯვენა პარკუჭი; მარცხენა პარკუჭი საძგერის ჩათვლით (დიამეტრი, მდებარეობა, ამპლიტუდა, ხანგრძლივობა)	
მარცხენა გვერდზე ნოლა	საძგერის პალპაცია, თუ ეს ადრე არ ჩაგიტარებია. *სტეტოსკოპით* გულის მწვერვალის მოსმენა	დაბალი ტონალობის დამატებითი ხმიანობები (S_3, გალოპის ხმა, დიასტოლური შუილი მიტრალური სტენოზის დროს)
ზურგზე ნოლა თავის 30°-ით ამაღლებით	სამკარიანი სარქვლის ნერგილის მოსმენა *სტეტოსკოპით.* ყველა მოსასმენი ნერგილის აუსკულტაცია *ფონენდოსკოპით*	
წინ გადმოხრილი ჯდომა სრული ამოსუნთქვის შემდეგ	მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან და მწვერვალის მოსმენა *ფონენდოსკოპით*	ნაზი დეკრესჩენდოს ტიპის დიასტოლური შუილი აორტის სარქვლების ნაკლოვანების დროს

გულის გამოკვლევის დროს გახსოვდეთ, რომ უნდა დაადგინოთ თქვენი ყველივით მიღებული მონაცემების კორელაცია ავადმყოფის საუღლე ვენის ნიმუშთან და კაროტიდულ პულსთან. ასევე მნიშვნელოვანია დაადგინოთ მიღებული მონაცემების ანატომიური მდებარეობა და ნარმოშობის დრო გულის ციკლის მიხედვით.

- დაადგინეთ *გულის ტონების ანატომიური ლოკალიზაცია* ნეკნთაშუა არეების და მკერდის ძვლის შუა ხაზის, ღავიწშუა და წინა აქსილარული ხაზების მიხედვით. მკერდის ძვლის შუა ხაზი ათვლის ნულოვან წერტილად შეიძლება ჩაითვალოს.

- დაადგინეთ *გულის ტონების ნახმოშობის დროს* გულის ცისტოლის მიხედვით. ტონების ნახმოშობის დროს დადგენა ხშირად მხოლოდ აუსკულტაციით არის შესაძლებელი. ნორმალურ ან ოდნავ შენელებული გულისცემის სიხშირის მქონე ადამიანთა უმეტესობაში აღვილია გულის ტონების გარჩევა სტეტოსკოპით. S_1 პირველი ტონია, S_2 – მეორე ტონი და ამ ორ ტონს შორის შედარებით გრძელი დიასტოლური ინტერვალია.



ტონების გარჩევაში მოგეხმარებათ მათი ინტენსივობა. S_1 ჩვეულებრივ უფრო ხმამაღალია მწვერვალზე, ხოლო ფუძეზე უფრო ხმამაღალია S_2 ტონი.

ზოგჯერ გამოცდილ ექიმს უჭირს მოსმენილი ხმიანობების ნახმოშობის დროის დადგენა, განსაკუთრებით, როდესაც ისმის დამატებითი ტონები ან შუილები. ამ შემთხვევაში მოგეხმარებათ *სტეტოსკოპის გადანაცვლება*. დაუბრუნდით გულ-მკერდზე იმ ადგილს, ჩვეულებრივ, ეს ფუძეა, სადაც ყველაზე ჯარგად ისმის S_1 და S_2. ჯარგად დაიმახსოვრეთ მათი ხმიანობები, ამის შემდეგ ფონენდოსკოპი ნელ-ნელა გაასრიალეთ ქვემოთ, სანამ ახალ ხმას არ გაიგებთ.

მაგ. *პირველი ხარისხის გულის ბლოკადის* დროს შესუსტებულია S_1, ხოლო S_2 შესუსტებულია *აორტის სტენოზის* დროს.

მხოლოდ აუსკულტაციამ, შეიძლება, შეცდომაში შეგიყვანოთ. მაგალითად, S_1 და S_2 -ის ინტენსივობა შეიძლება შეცვლილი იყოს. გულისცემის აჩქარების დროს დიასტოლა დამოკლებულია და ხდებასაც ხელის წუთში 120-ის ფარგლებშია, სისტოლის და დიასტოლის ხანგრძლივობები ერთნაირი ხდება. *გამოიყენეთ ჯარტიდული ხელის ან მწვერვალის პალპაცია, რათა დაადგინოთ ტონები და შუილები სისტოლურია, თუ დიასტოლური.* ვინაიდან ჯარტიდული ხელის აღმავალი ტალღა და სარძგერი სისტოლაში ჩნდება ზუსტად S_1-ის შემდეგ, მათთან დაკავშირებული ტონები და შუილები სისტოლურია; ტონები და შუილები, რომლებიც ჯარტიდული ხელის აღმავალი ტალღის და სარძგერის შემდეგ ვითარდება, დიასტოლურია.

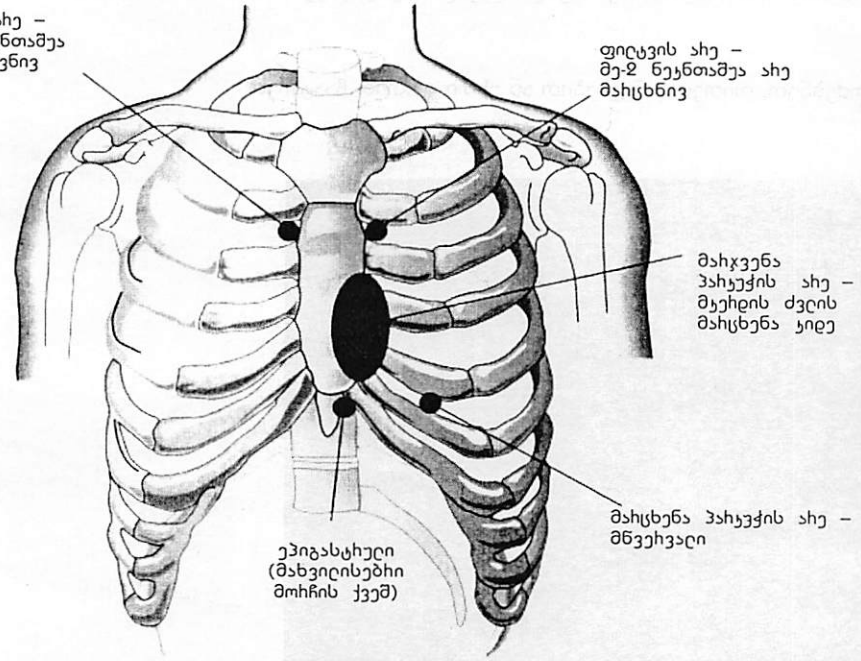
ინსპექცია და პალპაცია

მიმოხილვა. გულ-მკერდის ნინა ზედაპირის ყურადღებით ინსპექციის დროს დაადგინეთ *მწვერვალის სარძგერის (მაქსიმალური იმპულსის ნერტილის (მინ))* მდებარეობა ან უფრო იშვიათად პარკუჭის ხილვა მარცხნივ, რაც S_3 და S_4 ქმნის. ამ გამოკვლევის ჩასატარებლად უკეთესია გვერდითი განათება. სარძგერის შეფასებისთვის გამოიყენეთ პალპაცია. პალპაცია ასევე გამოგადგებათ თითოკრის და პარკუჭის ხილვის S_3 და S_4 დასადგენად.

თითოკრას, შეიძლება, თან ახლდეს ხმამაღალი, უხეში შუილი *აორტის სტენოზის დროს, ღია არტერიული სადინარის დროს, პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის* და უფრო იშვიათად, *მიტრალური სტენოზის* დროს. მათი პალპაცია უფრო ადვილია იმ პოზიციაში, რომელიც აძლიერებს შუილებს

დაიწყეთ გულ-მკერდის ზოგადი პალპაციით. პირველ რიგში *თითის ბალიშებით* პალპაციით დაადგინეთ ხილვის ან თითოკრის არსებობა. თითები ბრტყლად ან დახრილად დაანყვეთ გულ-მკერდის ზედაპირზე, მსუბუქად დააწექით S_3 და S_4, და ძლიერად დააწექით S_1 და S_2-ის დასადგენად. პარკუჭების იმპულსები ინვევს თითების აწევას. შემდეგ *ხელის გულის დადებით მკერდზე* შეიგრძნობთ *თითოკრას*. თუ მოგვიანებით აუსკულტაციით მოისმენთ ხმამაღალ შუილს, ამ ადგილზე ყურს შეამთხვევთ თითოკრა პალპაციით. მარჯვენა პარკუჭის პალპაცია უნდა ჩაატაროთ მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან და მკერდის ძვლის მახვილისებური მორჩის ქვემოთ, ფილტვის არტერიის – მარცხნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში და აორტის – მარჯვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში. განიხილეთ მეორე გვერდზე მოცემული დიაგრამა. *ჩაინიშნეთ, რომ მარჯვენა და მარცხენა პარკუჭების, ფილტვის არტერიის და აორტის ნერტილები მოცემულია უმეტესობა ადამიანებისთვის, რომელთა გული მარცხნივ მდებარეობს და მსხვილი სისხლძარღვების ნორმალური ანატომიური განვითარება აქვთ.*

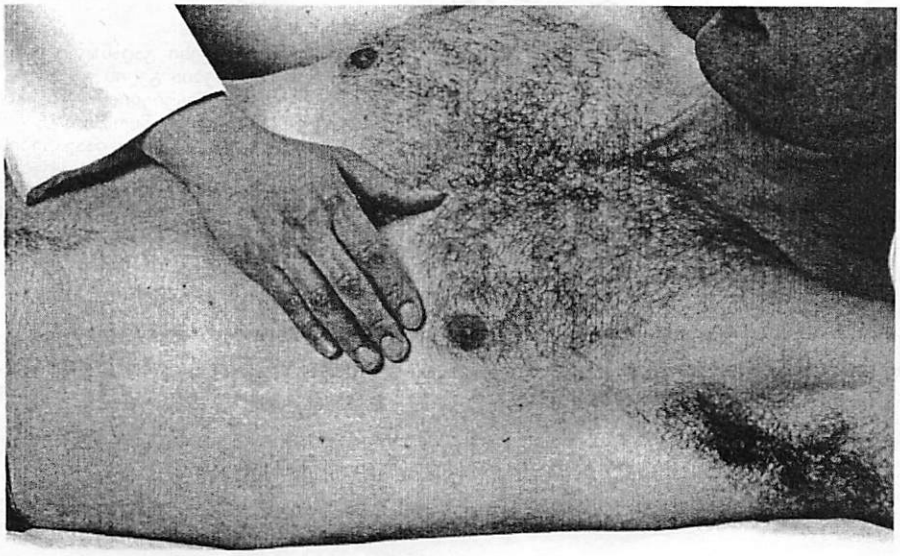
იშვიათად, ავადმყოფს *დეკსტროკარდია* აქვს - გული მარჯვენა მხარეს მდებარეობს. სარძგერს



მოძებნით მარჯვნივ. თუ საძგერის ვერ ნახავთ, პერკუსიით ნახეთ გულის და ღვიძლის მოყრუება და ხელის ტიმპანიტი. სამივე ორგანო ნორმის საპირისპირო მხარეს იქნება. გულის მარჯვნივ მდებარეობა, ხოლესაც ხელი და ღვიძლი ჩვეულ ადგილზეა, დაკავშირებულია გულის თანდაყოლილ დაავადებებთან.

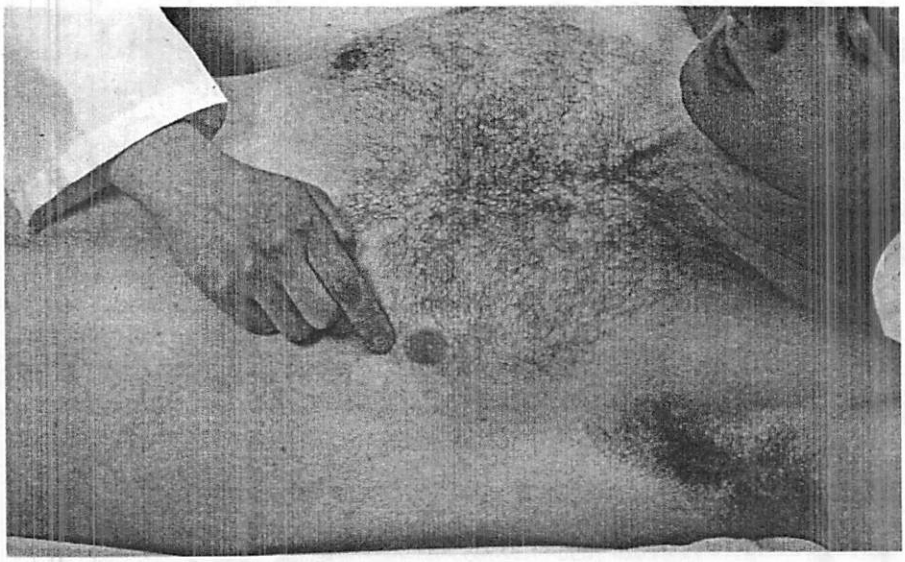
მარცხენა პარკუჭის უბანი - მწვერვალის საძგერი. გულის საძგერი ნარმოადგენს მარცხენა პარკუჭის ხანმოკლე ადრეულ პულსაციას, ხოლო შეკუმშვისას მოძრაობს წინ და ეხება გულ-მკერდის წინა კედელს. ჩაინიშნეთ, რომ უმეტესობა გამოკვლევებში, მწვერვალის საძგერი არის მაქსიმალური იმპულსის წერტილი. თუმცა ზოგიერთი პათოლოგიის დროს, როგორიცაა მარჯვენა პარკუჭის გადიდება, ფილტვის არტერიის გაფართოვება ან აორტის ანევრიზმა, შეიძლება გაიზარდოს საძგერის პულსაცია.

თუ ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს ვერ ნახულობთ გულის საძგერს, ორღავ მარცხნივ გადააბრუნეთ იგი – ეს არის *მარცხენა ლატერალური მწოლიარე მდებარეობა*. ყველა ჩაატარეთ პალპაცია თითების პალმარული ზედაპირით. თუ ამ შემთხვევაშიც ვერ პოულობთ საძგერს,



სთხოვეთ ავადმყოფს ბოლომდე ამოისუნთქოს და ჩამოღენიმე წამით სუნთქვა გააჩეროს. ქაღის გამოკვლევისას უფრო მოხერხებული იქნება, თუ მკერდს გვერდზე გადაუნევთ ან სთხოვთ, თვითონ გადაწიოს.

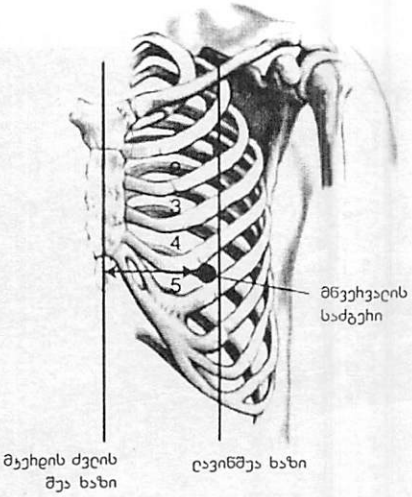
ხოლესაც მწვეთვაღის საძგერს მოძებნით, თითების წვეროებით ან ერთი თითით ჩაატარეთ საბოლოო შეფასება.



გამოკვლევასთან ერთად ავადმყოფთა უმრავლესობაში უნდა შეგეძლოთ საძგერის ხოვნა. სიმსუქნე, გულ-მკერდის ჯარად განვითარებული კუნთები ან წინა-კედანა დიამეტრის გაზრდა ართულებს საძგერის ხოვნას. ზოგჯერ საძგერი, მდებარეობის მიუხედავად, იმაღება ნეკნების კედან.

ახლა შეაფასეთ საძგერის მდებარეობა, დიამეტრი, ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა. ამისთვის ავადმყოფს სთხოვეთ, ღრმად ამოისუნთქოს და სუნთქვა გააჩეროს.

- *მდებარეობა.* საძგერის მდებარეობა დაადგინეთ ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს, ვინაიდან გვერდზე გადაბრუნება იწვევს საძგერის გადანაცვლებას. დაადგინეთ ორი ნერტილი: მე-5 ან მე-4 ნეკნთაშუა სივრცე, რომელიც ვერტიკალურ მდებარეობას ასახავს; და მანძილი სანტიმეტრებში მკერდის ძვლის შუა ხაზზე, რაც ჰორიზონტალურ მდებარეობას ასახავს. ჩაინიშნეთ, რომ ღავინშუა ხაზზე საძგერი ქვემოთ იწევს, ამიტომ ამ ხაზზე მისი მდებარეობის დადგენა ნაკლებ შედეგიანია.



იხ. ცხრილი 8-3, გულის საძგერის ცვლილებები და დარღვევები (გვ. 326).

გულის საძგერი შეიძლება გადანაცვლებული იყოს გარეთ და მარცხნივ ორსულებში ან დიაფრაგმის მაღრა დგომის დროს.

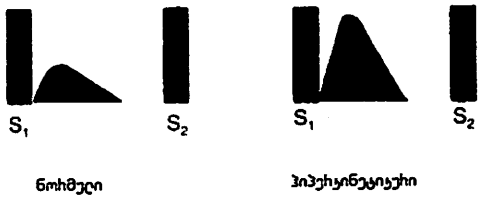
ტატარული გადანაცვლების მიზეზებია გულის გადიდება გულის შეგუბებითი უკმარისობის, კარდიომიოპათიის, გულის იშემიური დაავადების დროს. ასევე გადანაცვლება შესაძლებელია გულ-მკერდის დეფორმაციის და შუასაყარის გადანევის დროს.

- *დიამეტრი.* შეფასეთ საძგერის დიამეტრი. ავადმყოფის ზურგზე ნოლისას საძგერის დიამეტრი 2.5 სმ-ზე ნაკლებია და მოიცავს ერთ ნეკნთაშუა სივრცეს. მახვნება გვერდზე გადაბრუნებისას საძგერის დიამეტრი უფრო დიდია.

მახვნივ გადაბრუნებისას საძგერის დიამეტრის 3 სმ-ზე მეტად გაფართოვება მახვნება ბრაქეის გადიდებაზე მიუთითებს.

- *ამპლიტუდა.* დაადგინეთ საძგერის ამპლიტუდა. ჩვეულებრივ ის პატარაა და მკვეთრი. ზოგიერთ ახალგაზრდას მაღალი ამპლიტუდის ანუ ჰიპერკინეტიკური საძგერი აქვს, განსაკუთრებით დატვირთვის ან ვარჯიშის შემდეგ, თუმცა ხანგრძლივობა ნორმალურია.

საძგერის ამპლიტუდის გადიდების მიზეზებია ასევე *ჰიპერთირეოზი, მძიმე ანემია,* მახვნება ბრაქეის პოსტდატვირთვის გაზრდა (მაგ. *აორტის სტენოზი*) ან მახვნება ბრაქეის მოცულობითი გადატვირთვა (მაგ. *მიტრალური რეგურგიტაცია*).



- *ხანგრძლივობა.* საძგერის ხანგრძლივობა ყველაზე ხშირი მახასიათებელია მახვნება ბრაქეის ჰიპერტროფიის დასადგენად. მისი შეფასებისთვის, მოისმინეთ გულის ტონები საძგერის მიდამოში ან დაახლოებით ამ დროს სტეტოსკოპის მოძრაობას. დაადგინეთ სისტოლის ხა ნანილს იკავებს. ნორმალურად საძგერი იკავებს სისტოლის ორ მესამედს ან უფრო ნაკლებს, მაგრამ არ გრძელდება მეორე ტონამდე.

გახანგრძლივებული, მაღალი ამპლიტუდის და ნორმალური მდებარეობის იმპულსი მიუთითებს მახვნება ბრაქეის ჰიპერტროფიაზე (მაგ. ჰიპერტენზიის დროს). საძგერის ლატერალურად გადანევა სითხით გადატვირთვაზე მიუთითებს.





გახანგრძლივებული დაბალამპლიტუდიანი (ჰიპოკინეტიკური) იმპულსი ალინიშნება დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს.

S_3 და S_4. ინსპექციის და პალპაციის საშუალებით შეგიძლიათ დაადგინოთ ბრაქეების მოძრაობა, რომელიც პათოლოგიური S_3 და S_4 ტონების სინქრონულია. მახვნება ბრაქეის იმპულსის შესაგრძნობად ცალი თითით შეიგრძენით საძგერი. ავადმყოფი ოდნავ მახვნივ უნდა გადაბრუნდეს, ბოლომდე ამოისუნთქოს და ცოტა ხნით სუნთქვა გააჩეროს. მწვრთნელზე x-ის დახატვის დროს შეგიძლიათ ეს მოძრაობა შეამჩნიოთ.

ხანმოკლე მეზოდიასტოლური იმპულსი გამოხატავს S_3; ზუსტად სისტოლის წინ განვითარებული იმპულსი S_4-ს გამოხატავს.

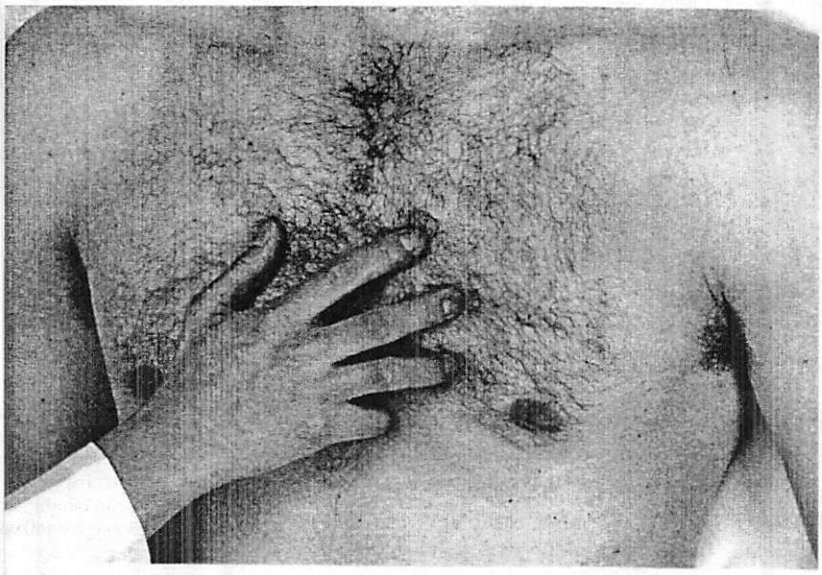
მახვნება ბრაქეის ტალღა – მკერდის ძვლის მახვნება კიდე მე-3, მე-4 და მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში.

ავადმყოფი უნდა იწვეს ზურგზე და თავი ანეული ჰქონდეს 30[]-ით. თქვენი მოხრილი თითების ნვერები დაადეთ მე-3, მე-4 და მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში და ეცადეთ შეიგრძნოთ მახვნება ბრაქეის სისტოლური იმპულსი. თქვენი გამოკვლევა შეგიძლიათ გაართმევინოთ, თუ ავადმყოფი ღრმად ამოისუნთქავს და სუნთქვას გააჩერებს.

თუ იმპულსის პაღპასია შესაძღებელია, შეაფასეთ მისი მდებარეობა, ამპლიტუდა და ხანგძლივობა. ხანმოკლე სისტოლური ხმიანობა დაბალი ან ოდნავ მომატებული ამპლიტუდით ზოგჯერ შეიგძნობა გამხდარ ან ვინჩო გულ-მკერდის მქონე პირებში, განსაკუთრებით ოდესაც დარტყმითი მოცულობა გაზრდილია, ისევე როგორც ნევროზის დროს.

ამპლიტუდის საგრძნობი მომატება პატარა ან შეუცვლელი ხანგძლივობით ვლინდება მარჯვენა პარკუჭის ჭრილობული მოცულობითი გადატვირთვის დროს, როგორიცაა *წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი.*

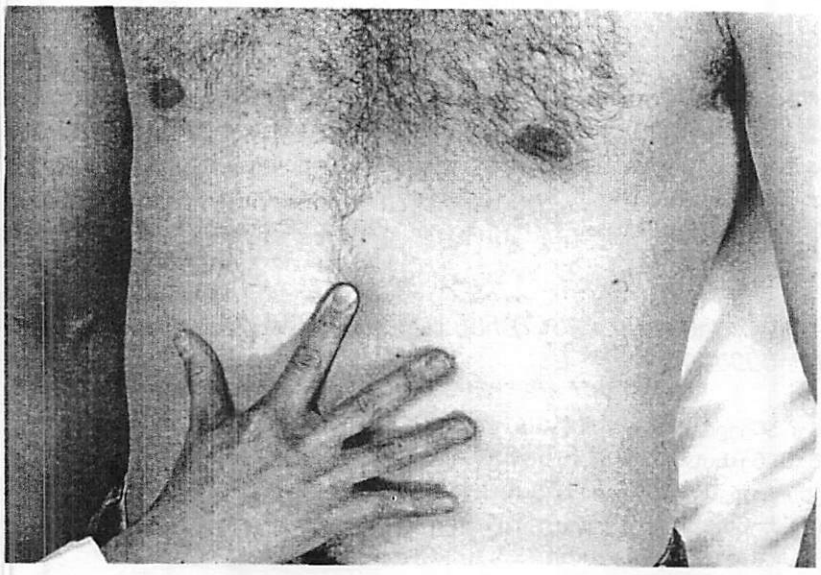
გაზრდილი ამპლიტუდის და ხანგძლივობის იმპულსი ვლინდება მარჯვენა პარკუჭის წნევით გადატვირთვის დროს, როგორიცაა *ფილტვის არტერიის სტენოზი* ან *ჰიპერტენზია.*



იშვიათად *მარჯვნივ შეიგრძნობა გულის მესამე და მეოთხე ტონების დიასტოლური ხმევა.* შეიგრძენით ეს მე-4 და მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში. ნარმოქმნის დრო შეგიძლიათ დაადგინოთ აუსკულტაციით ან საძირე არტერიის პალპაციით.

იმ პაციენტებში, ვისაც გულ-მკერდის წინა-უკანა დიამეტრი დიდი აქვთ, *მარჯვენა პარკუჭის* პალპაცია შეგიძლიათ ჩაატაროთ *ეპიგასტრიუმის არეში* ან *მკერდის ძვლის მახვილისებური მორჩის ქვემ.* გამძლიერ ხელის საჩვენებელი თითით დაანექით ნეკნების კუთხის ქვემ და ეცადეთ შეიგრძნოთ მარჯვენა პარკუჭის პულსაცია.

ფილტვების ობსტრუქციული დაავადების დროს გადაბერილი ფილტვები ხელს უშლის გადიდებული მარჯვენა პარკუჭის პალპაციას მარცხენა პარასტერნალურ არეში. იმპულსი უფრო ადვილად შეიგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში, აქვე უკეთ ისმის გულის ტონები.



ღიმად ამოსუნთქვა და სუნთქვის გაჩერება გასინჯვას გაგიადვილებთ. ჩასუნთქვისას ხელი მოძრაობს მკერდის ორტის ჰაერსაცვის მიმართებით, რის გამოც ორტის ჰაერსაცვა შეცდომაში არ შეგიყვანთ. აქვე შეიძლება შეიგრძნოთ დიასტოლური S_3 და S_4.

ფილტვის არტერიის არე - მარცხენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცე. ეს სივრცეები ფარავს *ფილტვის არტერიას*. ღრმად ამოსუნთქვის შემდეგ შეხედეთ და შეიგრძენით იმპულსი და შესაძლო გულის ტონები. გამხდარ და ვიწრო გულ-მკერდის მქონე პირებში ამ არეში შეიძლება შეიგრძნოთ ფილტვის არტერიის ჰაერსაცვა, განსაკუთრებით დატვირთვის და ვარჯიშის შემდეგ.

ამ არეში ხანგრძლივი ჰაერსაცვა ახლავს ფილტვის არტერიის გაფართოებას ან ფილტვის არტერიაში სისხლის დინების გაძლიერებას. ჰაერპირებადი შრ მიუთითებს ფილტვის არტერიაში ნნევის მომატებაზე (*ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია*).

აორტის არე - მარჯვენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცე. ეს არე ფარავს აორტის აღმავალ ნაწილს. გამოიკვლიეთ ჰაერსაცვა და გულის ჰაერპირებადი ტონები.

ჰაერპირებადი S_2 მიუთითებს სისტემურ *ჰიპერტენზიაზე*. ამ ადგილზე ჰაერსაცვა მიუთითებს აორტის ანევრიზმულ გაფართოვებაზე.

ჰერკუსია

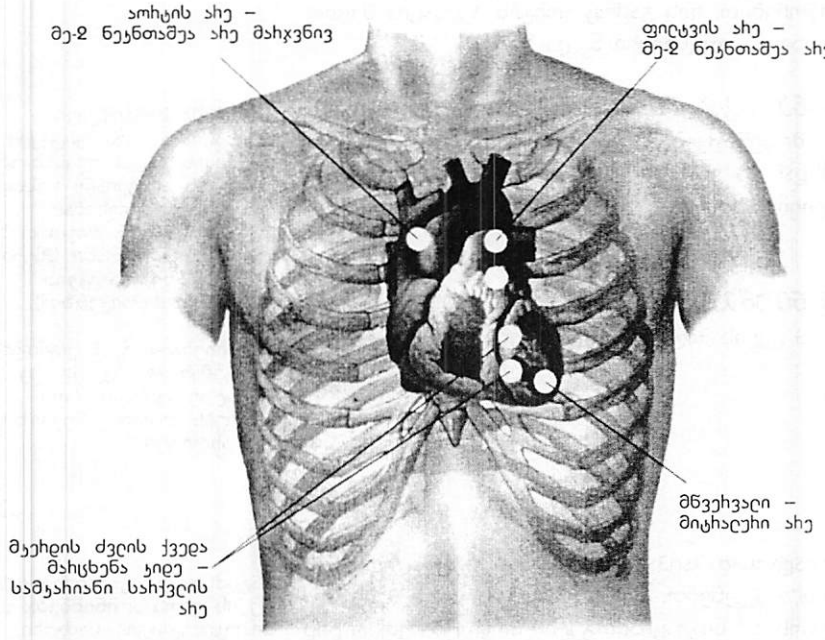
უმეტეს შემთხვევაში, გულის ზომების დასადგენად ჰაერპაცვას კვლის ჰერკუსია. ხოლონაც ვერ შეიგრძნობთ გულის საძგერს, ჰერკუსია გიჩვენებთ, სად ეძებოთ. ზოგჯერ ჰერკუსია შეიძლება თქვენი ექთანრეთი საშუალება იყოს. ამ სიტუაციაში გულის მოყრუება უფრო დიდ ფართობს იკავებს. ჰერკუსია დაიწყეთ გულ-მკერდის მარცხენა ნახევრიდან და მე-3, მე-4, მე-5 და შესაძლოა მე-6 ნეკნთაშუა სივრცეებში ჰერკუსია ჩაატარეთ ნათელი ხმიდან გულის მოყრუებამდე.

საგრძნობლად გადიდებული გულის დროს აღინიშნება ჰიპოკინეტიკური საძგერი, რომელიც მარცხნივაა გადანაცვლებული. ჰერიკარდიუმში დიდი რაოდენობით სითხის არსებობისას ასევე ვერ ხერხდება საძგერის დადგენა.

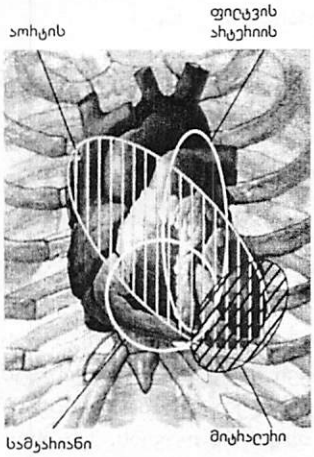
აუსკულტაცია

მიმოხილვა. გულის ტონების და შუილების აუსკულტაცია ფიზიკალური გამოკვლევის მნიშვნელოვანი მეთოდია. ამ განაკვეთში ისწავლით S_1 და S_2, სისტოლის და დიასტოლის ფაზებში დამატებითი ტონების და სისტოლური და დიასტოლური შუილების გარჩევას. განიხილეთ შემდეგ გვერდზე მოცემული აუსკულტაციური ნერკვიები შემდეგი გათვალისწინებით: (1) ზოგიერთი ავტორი არ ეთანხმება ამ დასახელებების გამოყენებას მას შემდეგ, რაც მოცემულ არეში გარჩდება ერთზე მეტი ნარმოშობის შუილი; (2) ეს არეები არ შეესაბამება დექსტროკარდიისა და მსხვილი სისხლძარღვების ანომალიის მქონე ადამიანებს. ასევე, როცა გული გადიდებულია ან გადანაცვლებული, აუსკულტაციის სქემა შესაბამისად უნდა შეიცვალოს.

ჩემ ოთახში სტეტოსკოპით მოისმინეთ გულის ტონები *მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში* მკერდის ძვლის ახლოს, *მარცხენა კიდის განწვრივ* მე-2-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში და *მწვერვალზე*. გაიხსენეთ, რომ გულის ზედა კიდეს ზოგჯერ გულის "ფუძეს" უწოდებენ. ზოგი კლინიცისტი აუსკულტაციას იწყებს მწვერვალიდან, ზოგი ფუძიდან. ორივე ხერხი მისაღებია. გამოსაკვლევ ოთახში სიჩუმე უნდა იყოს. შეგიძლიათ მოისმინოთ ნებისმიერი უბანი, სადაც ჩამე დახლევას ნახავთ და შუილის მიმდებარე არეები, ხათა გარჩიოთ, სად უფრო ხმამაღლა ისმის ან საით განიცდის ირადიაციას.



გულის ტონები და შუილები, რომლებიც ნარმოიქმნება ოთხ სარქველზე, ნაჩვენებია ქვემოთ დიაგრამაზე. ფილტვის არტერიის ხმიანობა, ჩვეულებრივ, უკეთესად მოისმინება მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეებში მარცხნივ, მაგრამ შეიძლება უფრო შორს გავრცელდეს.



ჯარგად შეისწავლეთ თქვენი სტეტოსკოპი. ძალიან მნიშვნელოვანია, გაეცნოთ სტეტოსკოპის და ფონენდოსკოპის ნარმადობას.

- *ფონენდოსკოპი.* ფონენდოსკოპი უკეთესია შედარებით მაღალი ტონალობის S_1 და S_2-ის, აორტის და მიტრალური ნარგანგლიტების დროს შუილების და პერიკარდიუმის ხახუნის მოსასმენად. გულის არის მოსმენის დროს ფონენდოსკოპი მკერდთან დაადეთ გულ-მკერდის ზედაპირს.

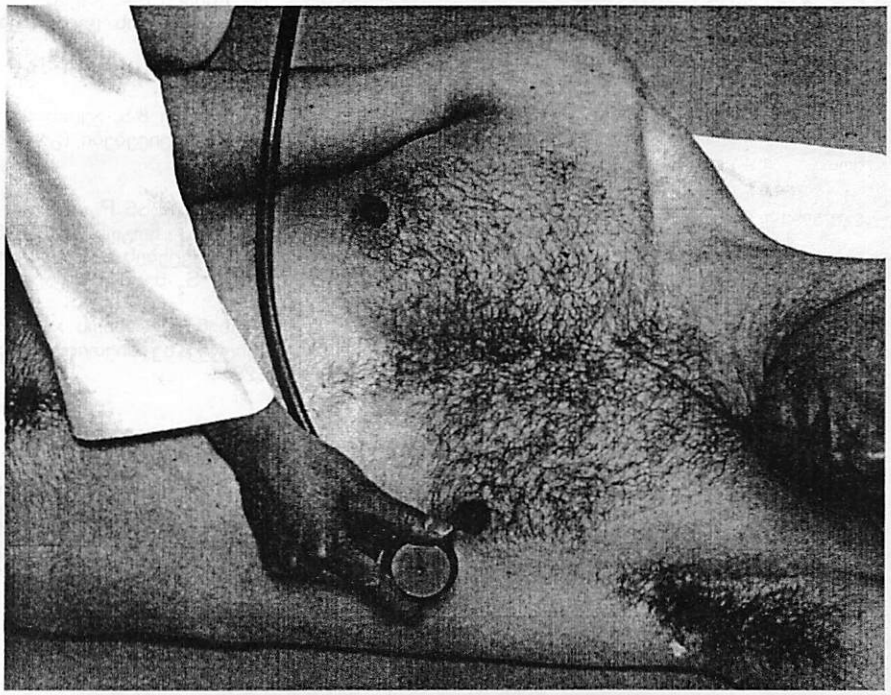
- *სტეტოსკოპი.* სტეტოსკოპი უფრო მგრძნობიარეა დაბალი ტონალობის ხმიანობების S_3 და S_4-ის და მიტრალური სტენოზის შუილის მოსასმენად. სტეტოსკოპი მსუბუქად დაადეთ, საკმარისი წნევით, რათა ჰაერის ფენა არ იყოს მის ნგრძსა და კანს შორის. *სტეტოსკოპი დაადეთ მკერდზე, შემდეგ გადაადგილეთ მეტრალურად მკერდის ძვლის ქვედა კიდის დონეზე.* ხელის მკერდზე დაყრდნობა მოგვხმარებათ შეინარჩუნოთ სტეტოსკოპი მყარ პოზიციაში.

  როცა სტეტოსკოპი მკერდთან დადებული კანზე, იგი ფუნქციით ფონენდოსკოპს ემსგავსება, რომლის მემბრანის როლს კანი ასრულებს. ამ დროს შეიძლება გაქრეს დაბალი ტონალობის ხმიანობები - S_3 და S_4. ამის საპირისპიროდ, მაღალი ტონალობის ხმიანობები, როგორიცაა მეზოდიასტოლური ტრაკუნი, გაღების ხმიანობა ან განდევნის ხმა შეიძლება უფრო ხმამაღალი გახდეს.

  გულის არე მოისმინეთ ავადმყოფის მნოლიარე მდგომარეობაში. ხანდახან ავადმყოფების ან იმათთვის, ვისაც სუნთქვა ეძნელებათ, შეგიძლიათ გამოიყენოთ სხვა მნიშვნელოვანი მდებარეობები მიტრალური სტენოზის და აორტის რეგურგიტაციის ხმიანობების მოსასმენად.

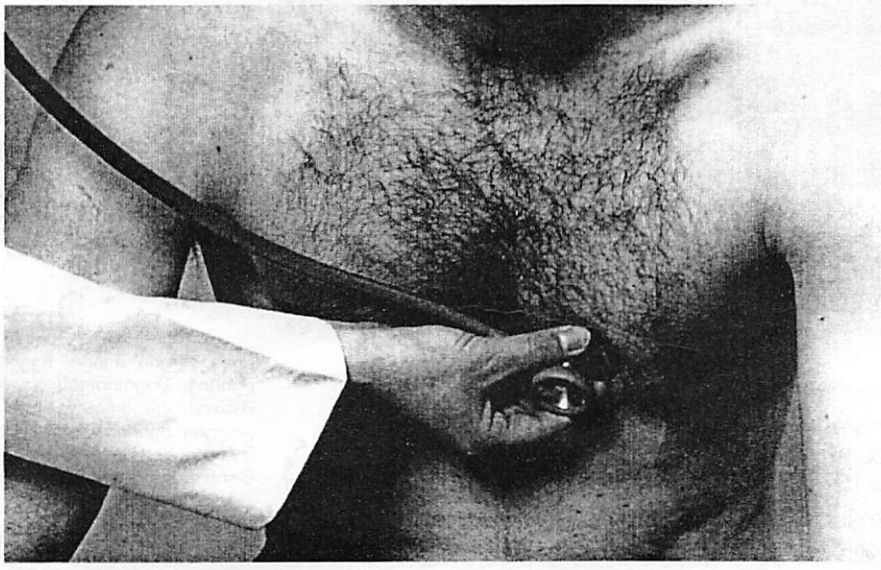
- სთხოვეთ ავადმყოფს *ღრმად ამოსუნთქოს,* რათა მარცხენა პარკუჭი მიუახლოვდეს გულ-მკერდის კედელს. სტეტოსკოპი დაადეთ გულის მწვერვალს.

ეს პოზიცია გამოკვეთავს მარცხნივ S_3 და S_4-ს და მიტრალურ შუილებს, განსაკუთრებით მიტრალური სტენოზის დროს. სხვა შემთხვევაში შეიძლება გამოგრჩეთ ეს მონაცემები.



- სთხოვეთ ავადმყოფს *ნამოჯდეს, გადმოიხაროს წინ, ღრმად ამოისუნთქოს* და *გააჩეროს სუნთქვა ამოსუნთქვის ფაზაში*. დაანექით დიაფრაგმას სტეტოსკოფით გულმკერდზე, მოისმინეთ მკერდის ძვლის გასწვრივ მის მარცხენა კიდეზე და მწვერვალამდე, პერიოდულად გააჯეთეთ პაუზა, რომლის დროსაც ავადმყოფს შეუძლია ისუნთქოს.

ეს პოზიცია აძლიერებს აორტის შუილს. თქვენ შეიძლება აღვიღად დაკარგოთ ხმიერი დიასტოლური შუილი ან აორტის *რეგურგიტაცია*, თუ არ გამოყენებთ ამ პოზიციას.



გულის ტონების მოსმენა. შეწყვიტეთ თქვენი გამოკვლევა და ეს დრო დაუთმეთ სხვა პაციენტის არეს. ყურადღება გადაიტანეთ შემდეგ გვერდზე ნაჩვენებ შემთხვევაზე, გულის მუშაობის ციკლის დროს, მოსმენისას ჩა ისმის სისტოლისა და დიასტოლის ფაზებში.

აუსკულტაციური ხმები.

გულის ტონები.	**ჩვეულებრივი აუსკულტაციისთვის**
S_1	დაადგინეთ ინტენსივობა და გაიხეთქება. ნორმალურად გაიხეთქება მოისმინება მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილთან მარცხნივ და ქვემოთ.
S_2	დაადგინეთ ინტენსივობა
S_2-ის გაორება	ამ ტონების გაორების დასადგენად მოისმინეთ მარცხნივ მე2-3 ნეკნთაშუა სივრცეში. სთხოვეთ ავადმყოფს, მშვიდად ისუნთქოს, შემდეგ კი ღრმად. გესმით თუ არა გაორება? თუ არა, სთხოვეთ ავადმყოფს (1) ისუნთქოს ღრმად ან (2) ნამოჯდეს. ხელავ მოესმინეთ. გულ-მკერდის სქელი ქედის შემთხვევაში შეიძლება ვერ მოისმინოთ S_1-ის ფიქტვის არტერიის კომპონენტი. ***გაორების სიგანე.*** ჩამდენად ფართოა გაორება? ნორმალურად გაორება საკმაოდ ვიწროა. ***გაორების წარმოქმნის დრო.*** სუნთქვის ციკლის რომელ ფაზაში გესმით გაორება? ნორმალურად ისმის ამოსუნთქვის ბოლოს. ქნება თუ არა გაორება ამოსუნთქვისას, რაც ნორმალურია? თუ არა, ხელმეორედ მოისმინეთ პაციენტის ნამოჯდომის შემდეგ. ***A_2 ან P_2-ის ინტენსივობა.*** შეადარეთ ამ კომპონენტების ინტენსივობა. ჩვეულებრივ, A_2 უფრო ხმამაღალია.
დამატებითი ტონები სისტოლის დროს.	გაღების ხმიანობა ან სისტოლური ტკაცუნი. დაადგინეთ მათი ლოკალიზაცია, წარმოშობის დრო, ინტენსივობა და ტონალობა, ასევე ტონებზე სუნთქვის გავლენა.
დამატებითი ტონები დიასტოლის დროს.	ჩაგორილია S_3, S_4 ან გაღების ხმიანობა. დაადგინეთ მათი ლოკალიზაცია, წარმოშობის დრო, ინტენსივობა და ტონალობა, ასევე ტონებზე სუნთქვის გავლენა (ათლეტებისთვის S_3 ან S_4 ნორმალურია).
სისტოლური და დიასტოლური შუილები.	შუილები გულის ტონებისგან განსხვავდება უფრო მეტი ხანგრძლივობით.

იხ. ცხრილი 8-4. გულის პირველი ტონის ცვლილებები (გვ. 327).

იხ. ცხრილი 8-5. გულის მეორე ტონის ცვლილებები (გვ. 328).

ჩვეულებრივ A_2 ან P_2 ის მოისმინება, ჩვეულებრივ შესაბამისი სარქველების პათოლოგიის დროს, S_2 მუდმივად ცალია.

ამოსუნთქვის დროს გაორება დარღვევაზე მიუთითებს (გვ. 328).

მუდმივი გაორების მიზეზია ფილტვის არტერიის სარქველების დაგვიანებული დახურვა ან აორტის სარქველების ნაკლოვანი დახურვა.

ხმამაღალი P_2 მიუთითებს ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიაზე.

მიტრალური ჩავარდნის დროს სისტოლური ტკაცუნი ყველაზე ხშირი დამატებითი ხმიანობაა. იხ. ცხრილი 8-6. გულის დამატებითი ტონები სისტოლის დროს (გვ. 329).

იხ. ცხრილი 8-7. გულის დამატებითი ტონები დიასტოლის დროს (გვ. 330).

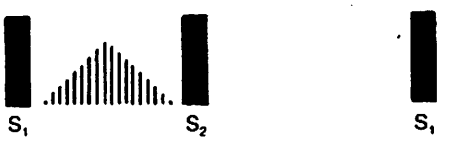
იხ. ცხრილი 8-8. პანსისტოლური (ჭარბსისტოლური) შუილები იხ. ცხრილი 8-9. მეზოდიასტოლური შუილები (გვ. 332-333) და ცხრილი 8-10. დიასტოლური შუილები (გვ. 334).

დიასტოლური შუილი, ჩვეულებრივ, მიუთითებს გულის მანკის არსებობაზე. სისტოლური შუილი ასევე გულის მანკზე მიუთითებს, თუმცა ნორმალშიც შეიძლება იყოს.

გულის შუილების დამახასიათებელი ნიშნები. თუ გულის შუილს მოისმენთ, უნდა შესძლოთ დაადგინოთ და აღნერილოთ განვითარების დროს, ფორმა, მაქსიმალური ინტენსივობის ლოკალიზაცია, ამ აღგილიდან იზოლაცია ან გატარება, ინტენსივობა, ტონალობა და ხარისხი.

- *განვითარების დრო.* პირველ რიგში გაარჩიეთ, *სისტოლურ შუილს* უსმენთ (S_1 და S_2 შორის), თუ *დიასტოლურს* (S_2 და S_1 შორის). დროს დადგენაში მოგეხმარებათ კაროტიდული პულსის შესწავლა. შუილი, რომელიც ემთხვევა კაროტიდული პულსის აღმავალ ნაწილს, სისტოლურია.

სისტოლური შუილი, ჩვეულებრივ, *მეზოსისტოლური* ან *პანსისტოლურია.* ასევე შეიძლება მოისმინებოდეს გვიანი სისტოლური შუილი.



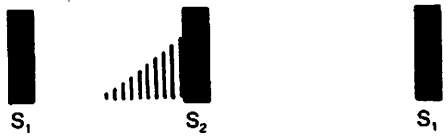
მეზოსისტოლური შუილი იწყება S_1-ის შემდეგ და მთავრდება S_2-ის წინ. შუილსა და გულის ტონებს შორის მოისმინება სუნთქვის შეაღელი. ყურადღებით მოისმინეთ ეს შეაღელი მეორე ტონამდე. ის უფრო ადვილად ისმის და თუ არის, ჩვეულებრივ, ადასტურებს მეზოსისტოლური, და არა პანსისტოლური, შუილის არსებობას.

მეზოსისტოლური შუილი უფრო ხშირად დაკავშირებულია სისხლის გადასვლასთან ნახევარმთვარისებრ (აორტის და ფილტვის არტერიის) სარქველებში. იხ. ცხრილი 8-9, მეზოსისტოლური შუილი (გვ. 331).



პანსისტოლური (ჰოლოსისტოლური) შუილი იწყება S1-თან ერთად და მთავრდება S_2-თან შეაღელის გარეშე.

პანსისტოლური შუილი ხშირად ვითარდება ატრიოვენტრიკულური სარქველში რეგურგიტაციის (უკან დაბრუნების) დროს. იხ. ცხრილი 8-8. პანსისტოლური (ჰოლოსისტოლური) შუილები (332-333).



გვიანი სისტოლური შუილი, ჩვეულებრივ, იწყება სისტოლის შუაში ან ბოლოს და გრძელდება S_2 ტონამდე.

ეს არის მიტრალური პროლაფსის შუილი და ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის, წინ უსწრებს სისტოლურ ტრაცუნს (გვ. 329).

დიასტოლური შუილი შეიძლება იყოს ადრეული *დიასტოლური, მეზოდიასტოლური* და *გვიანი დიასტოლური.*



ადრეული დიასტოლური შუილი იწყება ზუსტად S_2-ის შემდეგ შეაღელის გარეშე და შემდეგ, ჩვეულებრივ, მცირდება მომდევნო პირველ ტონამდე.

ადრეული დიასტოლური შუილი ტიპიურად ახლავს ნახევარმთვარისებრ სარქველებში რეგურგიტაციას.



მეზოდიასტოლური შუილი იწყება S_2-ის შემდეგ ძალიან მალე და შემდეგ მცირდება, ხოგორც სუსათზეა ნაჩვენები ან ესახლვრება გვიან დიასტოლურ შუილს.

მეზოდიასტოლური და პრესისტოლური შუილები ნარმოიქმნება ატრიოვენტრიკულურ სარქველებში სისხლის ტურბულენტური მოძრაობის შედეგად. იხ ცხრილი 8-10. დიასტოლური შუილები (გვ. 334).

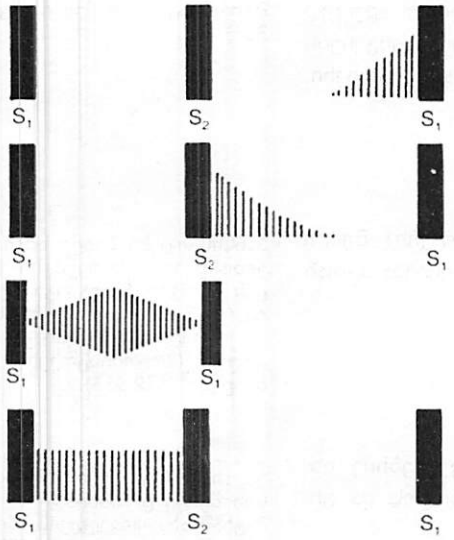


გვიანი დიასტოლური (პრესისტოლური) შუილი იწყება დიასტოლის გვიან პერიოდში და ტიპიურად გრძელდება პირველ ტონამდე.

სისტოლური და დიასტოლური შუილების კომბინაციას თავის მახასიათებლებთან ერთად ეთანარის განვითარების დრო აქვთ. იხ. ცხრილი 8-11. გულის ტონები სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტებით (გვ. 335).

იშვიათი შუილები, ხოგორიცაა ღია არტერიული სადინარის შუილი, იწყება სისტოლაში და პაუზის გარეშე ვრცელდება მეორე ტონზე, მაგრამ არ არის აუცილებელი, გადავიდეს დიასტოლაზე. მას უწოდებენ *გახანგრძლივებულ შუილს.* გულის სხვა ხმიანობებს, ხოგორიცაა პერიკარდიუმის ხახუნი ან ვენური კრტუნი, გააჩნიათ ორივე – *სისტოლურიც და დიასტოლური კომპონენტები.* გამოიკვლიეთ და აღნერეთ ეს ხმიანობები სისტოლური და დიასტოლური შუილების მახასიათებლების მიხედვით.

- ფორმა. შეიძლება ფორმა ან კონფიგურაცია დროში მათი ინტენსივობით განისაზღვრება.



ჯერჩენდო შეიღი უფრო ხმამაღალია

ნორმალური სინუსური რიტმის და *მიტრალური სტენოზის* დროს პრესისტოლური შეიღია.

დეჯერჩენდო შეიღი უფრო ჩუმია.

აღრეული დიასტოლური შეიღი *აორტის რეგურგიტაციის დროს.*

ჯერჩენდო-დეჯერჩენდოს შეიღი ჯეს იზრდება, შემდეგ მცირდება.

მეზოსისტოლური შეიღი *აორტის სტენოზის დროს* და *უვნებელი შეიღები.*

პლატოს ფორმის შეიღის ინტენსივობა ერთნაირია.

მიტრალური რეგურგიტაციის პანსისტოლური შეიღი.

- მაქსიმალური ინტენსივობის ლოკალიზაცია. ეს არის შეიღის ნარმოშობის ადგილი. იპოვეთ ადგილი, სადაც გესმით შეიღი, დააკვირდით რომელ ნეკნთაშუა არეში გესმით ყველაზე ჯარგად და მდებარეობა დაზუსტეთ მკერდის ძვლის, მწვერვალის, მკერდის ძვლის შუა, ღავიწშუა ან რომელიმე აქსილარული ხაზის მიხედვით.

მაგალითად, აორტის სარქველზე განვითარებული შეიღი ყველაზე ჯარგად ისმის მარჯვენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში.

- მაქსიმალური ინტენსივობის ნეკტილიდან ირადიაცია ან გატარება. ეს ასახავს არა მარტო ნარმოშობას, არამედ ასევე შეიღის ინტენსივობას და სისხლის დინების მიმართულებას. გამოიკვლიეთ ადგილი შეიღის გარშემო და დაადგინეთ ყველა სადმე ხომ არ ისმის.

აორტის სტენოზის დროს სისტოლური შეიღი ვრცელდება კისერზე (არტერიული დინების მიმართულებით).

- ინტენსივობა. ჩვეულებრივ იზომება 6-ბალიანი სკალით და გამოიხატება ნილადით. მრიცხველი გამოხატავს ხმამაღალი შეიღის ინტენსივობას, მნიშვნელი – სკალას. ინტენსივობა იცვლება გულ-მკერდის ველის სისქის მიხედვით და ქსოვილების მიხედვით.

ძლიერი ტრიბულენტური მოძრაობა უფრო ხმამაღალ შეიღს ნარმოქმნის გამხდარ პირებში, ვიდრე მსუქნებში ან ჯარგად განვითარებული კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებში. ფიქვების ემფიზემა შეიღის ინტენსივობას ამცირებს.

ისწავლეთ შეიღების ინტენსივობის დადგენა 6-ქულიანი სკალის მიხედვით. დააკვირდით, რომ 4-დან 6 ქულამდე შეიღებს ახლავს ხშვა პალპაციით.

შეიღების ხარისხები

ხარისხი	აღწერა
1 ხარისხი	ძალიან ჩუმი, რომელიც ისმის მხოლოდ დიდი ყურადღებით მოსმენისას, ყველა პოზიციაში შეიძლება არ მოისმინებოდეს.
2 ხარისხი	ჩუმია, მაგრამ სტეტოსკოპის დადებით მაშინვე მოისმინება
3 ხარისხი	საშუალო სიმაღლის
4 ხარისხი	ხმამაღალი, პალპაციით ხშვა შეიგრძნობა
5 ხარისხი	ძალიან ხმამაღალი, ხშვით. მოისმინება, როცა სტეტოსკოპი ნაწილობრივ ეხება გულ-მკერდის ველს.
6 ხარისხი	ძალიან ხმამაღალი ხშვით. შეიძლება მოისმინებოდეს, როდესაც სტეტოსკოპი გულ-მკერდის ველთან ახლოსაა.

- *ტონალობა.* ეს ჯატეგორია გულისხმობს მაღალს, საშუალოს და დაბალს.

- *ხასიათი.* ეს არის აღნეშიღობითი ტემპინები, როგორიცაა მბეჭავი, უხეში, მხეხავი და მუსიკალური.

სხეულად აღნეშიღი შეიღია: "საშუალო სიმაღლის, 2,6 ხასიათის, მბეჭავი დეეჭეშჩენდო შეიღი, უკეთ მოისმინება მაჩქნინ მე-4 ნეკნთაშეა სივრცეში და ვრცელდება მწვეთვაღისკენ" (აორტის ხეგუსგიტაცია.

შეიღების, ისევე როგორც გულის ტონების, სხვა მახასიათებელი არის ასევე ცვლილება სუნთქვის ფაზების მიხედვით, ავადმყოფის მდებარეობის ან სხვა სპეციალური მოძრაობების მიხედვით.

გული მაჩქნის ნანილში ნარმოქმნილი შეიღები უფრო მეტად იცვლება სუნთქვასთან დაკავშირებით, ვიდრე მაჩკვენა ნანილში ნარმოშობილი შეიღები.

სტენოკარდიის მქონე 60 ნლის პაციენტში შეიძლება მოისმინოთ უხეში 3/6 მეზოდიასტოლური ეეჭეშჩენდო-დეეჭეშჩენდო შეიღი მაჩკვნივ მე-2 ნეკნთაშეა სივრცეში, რომელიც ვრცელდება კისრისკენ. ეს მონაცემები *აორტის სტენოზზე* მიუთითებს, მაგრამ შეიძლება გაჩნდეს *აორტის სუღეროზის* დროს, აორტის დილატაციის ან ნორმალური სარქველების დროს სისხლის დინების გაძლიერების დროს. შეაფასეთ კაროტიდული ალმავალი ტალღის გახანგრძლივება და სისხლის ნნევა *აორტის სტენოზის* დასადგენად. შეამოწმეთ გულის საძგერი მაჩქენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის დასადგენად. მოისმინეთ *აორტის ხეგუგიტაცია* ამოსუნთქვის ფაზაში, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილია.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შეფასების ინტეგრირება

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კარგი გამოკვლევა დაკავშირებულია მეტია. უნდა იფიქროთ თქვენს მიერ ნანახი ნიშნების მნიშვნელობაზე, უნდა დააღაგოთ ლოგიკურად და მოძებნოთ კორელაცია თქვენს პირველად მონაცემებსა და ავადმყოფის სისხლის ნნევას, პულსს, ვენურ პულსაციას, საულე ვენის ნნევას, ელინიკური გამოკვლევის მონაცემებსა და ანამნეზს შორის.

შეაფასეთ კაროტიდული ალმავალი ტალღის გახანგრძლივება და სისხლის ნნევა *აორტის სტენოზის* დასადგენად. შეამოწმეთ გულის საძგერი მაჩქენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის დასადგენად. მოისმინეთ *აორტის ხეგუგიტაცია* ამოსუნთქვის ფაზაში, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილია.

სისტოლური შეიღის განვითარება ამის მაგალითია. მაგალითად, ასიმპტომური თინეიჯერის გასინჯვისას შეიძლება მოისმინოთ 2/6 ხასიათის მეზოდიასტოლური შეიღი მაჩქნივ მე-2-3 ნეკნთაშეა სივრცეში. ეს მიუთითებს, რომ შეიღის მიზეზი ფიზიკური აქტივობაა, ამიტომ უნდა დააგდინოთ მაჩკვენა პარკუჭის ზომა მაჩქენა პარასტერნალური ხაზის პალპაციით. ვინაიდან ასეთი შეიღის განვითარება შეიძლება ფიზიკური სტენოზის და ნინაგულთაშეა ძგიდის დეფექტის დროს, ყურადღებით დააკვირდით მეორე ტონის გაორებას და ეცადეთ მოისმინოთ განლევნის ხმა. შეიღი მოისმინეთ ავადმყოფის ნამოჯდომის შემდეგ. გამოიკვლიეთ, რომ არ არის ანემია, ჰიპერთირეოზი ან ორსულობა, რომელთაც შეუძლიათ ასეთი შეიღის განვითარება სისხლის დინების გაძლიერებით აორტასა და ფიზიკურ აქტივობაში. თუ გამოკვლევის შედეგები ნორმის ფარგლებშია, თქვენს პაციენტს შეიძლება *უვნებელი შეიღი* ჰქონდეს, რომელიც პათოლოგიით არ არის გამოწვეული.

სპეციფიური მეთოდები

სისტოლური შეიღის დადგენის დამხმარე საშუალებები. ამ თავში ისნავლით, თუ როგორ გააუმჯობესოთ გულის ტონების და შეიღების აუსკულტაციის ხასიათი, რომელსაც ავადმყოფს სხვადასხვა მდებარეობა უჭირავს. იმისთვის, რომ გაარჩიოთ მიტრალური სარქველის პროლაფსის და ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს განვითარებული შეიღი აორტის სტენოზის შეიღისგან, არსებობს ორი საშუალება.

(1) ფეხზე დგომა და ჩაცუცქვა. როდესაც ადამიანი ფეხზე დგას, გულისკენ ვენური სისხლის მიდენა მცირდება. ასევე მცირდება არტერიული წნევა, დარტყმითი მოცულობა და მაჩქენა პარკუჭში სისხლის მოცულობა. ჩაცუცქვისას საწინააღმდეგო ცვლილებები ხდება. ეს ცვლილებები გეხმარებათ (1) მიტრალური სარქველის პროლაფსის დადგენაში და (2) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის გარჩევაში აორტის სტენოზისგან.

ეცადეთ, რომ ავადმყოფის ტანსაცმელი ხელს არ გიშლიდეთ გამოკვლევაში. აუცილებელია ყურადღებით ჩაატარეთ. ავადმყოფს სთხოვეთ ჩაცუცქოს და ნორასწორობის დაცვისთვის დაეყრდნოს მაგიდას. ჩაატარეთ აუცილებელია ამ პოზიციაში და შემდეგ ფეხზე ადგომის დროს.

(2) Valsalva-ს (ვალსალვა) ცდა. როდესაც ადამიანი ქვემოთ იხრება, მაჯვენა პარკუჭისკენ სისხლის მიდენა მცირდება და ჰამოდენიმე წამში ქვეითდება მარცხენა პარკუჭის მოცულობა და სისხლის არტერიული წნევა. ძაბობლობის შემცირებით სანინააღმდეგო ეფექტი ვითარდება. ეს ცვლილებები მოგეხმარებათ გაარჩიოთ მიტრალური პროლაფსი და ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია აორტის სტენოზისგან.

ავადმყოფი დაანვინეთ და სთხოვეთ "გაიჭინთოს" ან ეთქი ხელი დაადეთ მუცლის შუა ნაწილში და უთხარით, რომ გაიჭიმოს. ხელით ზენოლით შეგიძლიათ გააძლიეროთ ავადმყოფის დაჭიმვა სასუნთქი დონემდე. მეორე ხელით მკერდზე დაადეთ სტეტოსკოპი.

სისტოლური შუილების დახასიათები მანევრები

მანევრი	კარდიოვასკულური ეფექტი	სისტოლურ ტონებსა და შუილებზე ზემოქმედება		
		მიტრალური სარქვლის პროლაფსი	ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია	აორტის სტენოზი
ფეხზე დგომა Valsalva-ს დაჭიმვის ფაზა	მარცხენა პარკუჭის მოცულობის შემცირება გულისკენ ვენური სისხლის მიდენის ↓ სისხლძარღვოვანი ტონების დაქვეითება: ↓არტერიული წნევა	↑ მიტრალური სარქვლის პროლაფსი	↑ გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია	↓ აორტაში გადასული სისხლის რაოდენობა
		ტრასუნი ისმის ადრეული სისტოლის ფაზაში და შუილი ხანგრძლივდება	↑ შუილის ინტენსივობა	↓ შუილის ინტენსივობა
ჩაცუცქვა; Valsalva-ს დამთავრებისას	მარცხენა პარკუჭის მოცულობის გაზრდა გულისკენ ვენური სისხლის მიდენის სისხლძარღვოვანი ტონების გაზრდა: ↑ არტერიული წნევა ↑ სისხლძარღვთა პერიფერიული ჩაზისტენტობა	↓ მიტრალური სარქვლის პროლაფსი	↓ გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია	↑ სისხლის რაოდენობა
		ტრასუნი ხანგრძლივდება და შუილი მოკლდება	↓ შუილის ინტენსივობა	↑ შუილის ინტენსივობა

აორტალური პრესი. *აორტალური პრესის* დროს ჩიტმი ჩაგუდარია, მაგრამ არტერიული პრესის *ძალა* იცვლება პარკუჭის ცვალებადი ძლიერი და სუსტი შეკუმშვების მიხედვით. *აორტალური პრესი* ყოველთვის გულის მძიმე მარცხენამხრივი უკმარისობის მაჩვენებელია და ჩვეულებრივ ყველაზე კარგად შეიგრძნობა სუსტი ზენოლით ხრივის ან ბარძაყის არტერიაზე.[35] აორტალური პრესის დასაზუსტებლად გამოიყენეთ სისხლის წნევის მანეტი.. მანეტში წნევის ანევის შემდეგ ნელა ჩამოუშვით სისტოლური წნევის დონემდე და შემდეგ ცოტა ქვემოთ – როროტკოვის ტონების მაჩვენებელია ძლიერი დარტყმები. წნევის უფრო დაკლებისას მოისმენთ აორტალური დარტყმების უფრო სუსტ ხმას.

პარადოქსული პრესი. თუ შეამჩნევთ, რომ სუნთქვის დროს პრესის ამპლიტუდა ცვალებადობს ან თუ პერიკარდიულ ტამპონადას ვარაუდობთ (მაგალითად, საკლე ვენური წნევის მომატების, სწრაფი და შესუსტებული პრესის და ჟრინის გამო) *პარადოქსული პრესის* შესამოწმებლად გამოიყენეთ სისხლის წნევის მანეტი. ამ დროს აღინიშნება

როროტკოვის ხმამაღალი და ჩუმი ტონების მონაცვლეობა ან გულის ჩიტმის უეცარი გაორმაგება მანეტში წნევის დაწევის დროს აორტალური პრესზე მიუთითებს (გვ. 119).

ვენტრიკულური მდგომარეობა აორტალურას აძლიერებს.

სუნთქვის ცილში როროტკოვის პირველ ტონს შეესაბამება უმაღლესი სისტოლური წნევა. ცილის განმავლობაში მოსმენილი ტონების შესაბამისი წნევა არის

ჩასუნთქვის ღრმს სისტოღური ნწევის ჩვეღებრივზე მეტად დაწევა. მაქსიმაღურად მშვიდი სუნთქვის ღრმს მანჟეტიდან ნეღა გამოუშვით ჰაერი სისტოღურ ნწევამდე. დაფიქსირეთ ნწევა, რომეღიც პირველივე ტონს შეესაბამება. შემდეგ ძაღიან ნეღა დასწიეთ ნწევა სანამ სუნთქვის ციკღში გესმით ტონები. ისევ დაფიქსირეთ ნწევა. ამ ორ სიდიდეს შორის სხვაობა ნორმაღურად არ აჭარბებს 3 ან 4 მმ ვწყ ს3.

ყველაზე დაბალი სისტოღური ნწევა. მათ შორის სხვაობა თუ 10 მმ ვწყ ს3-ზე მეტია, ეს მიუთითებს პარადოქსულ პულსზე და საჭიროა პერიკარდიული ტამპონადის, ღონსტრიქციული პერიკარდიტის ან უფრო ხშირად *სასუნთქი გზების ობსტრუქციული დაავადებების* არსებობა (იხ. გვ. 119).

მონაცემთა ინტერპრეტაცია

ჩაინიშნეთ, რომ თავიდან შეგიძღიათ წინადადებების გამოყენებით აღწეროთ მონაცემები; მოგვიანებით შეგიძღიათ ფრაზები გამოიყენოთ. ქვემოთ მოყვანიღი სტიღი შეიცავს ფრაზებს, რომეღიც ხშირად გამოიყენება ჩანაწერის გაკეთებისას.

ძღინიკური გამოკვღევის შედეგების ჩაწერა - გულ-სისხღძარღოვთა სისტემის გამოკვღევა

"საუღღე ვენის პულსი (ს3) 3 სმ-ით ზევითაა მკერდის ძვღის კუთხიდან ხოღესაც ავადმყოფის სანოღის თავი 30°-ითაა ანეული. კაროტიდული აღმავალი ტაღღა ცოცხაღია შეიღის გარეშე. გუღის საძგერი – მაქსიმაღური იმპულსის ნერკიღი (მინ) – მკერდის ძვღის შუა ხაზიდან 7 სმ-ით ღატერაღურადაა მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში. S_1 და S_2 კარგია. შეიღები და დამატებითი ტონები არ მოისმინება"

ან

"საუღღე ვენის პულსი (ს3) 5 სმ-ით ზევითაა მკერდის ძვღის კუთხიდან ხოღესაც ავადმყოფის სანოღის თავი 50°-ითაა ანეული. მარცხენა საძიღე არტერიაზე მოისმინება შეიღი. მწვერვაღის საძგერი (მინ) დიფუზურია, 3 სმ დიამეტრის, პალპაციით მღებარეობს ნორმა აქსიღარულ ხაზზე მე5-6 ნეკნთაშუა სივრცეში. S_1 და S_2 შესუსტებულია, აღინიშნება S_3. ულში 2/6 ხოროსისტოღური შეიღი უკეთესად მოისმინება მწვერვაღზე, ვრცელდება მკერდის ძვღის მარცხენა ქვედა ნიღისკენ. S_4 და დიასტოღური შეიღი არ მოისმინება."

მიუთითებს გუღის შეგებებით უკმარისობაზე შესაძღო მარცხენა საძიღე არტერიის ოკღუზიით და **მიტრაღური ჩაგვრით**.[36-38]

ბიბღიოგრაფია
CITATIONS

1. Cook DJ, Simel DL. Does this patient have abnormal central venous pressure? JAMA 275(8):630-634, 1996.
2. Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Engl J Med 342(16):1187-1195, 2000.
3. Goldman L, Kirtane AJ. Triage of patient with acute chest syn-drome and possible cardiac ischemia: the elusive search for di-agnostic perfection. Ann Intern Med 139(12):987-995, 2003.
4. Snow V, Barn 1', Film SD, et al. Evaluation of primary care pa-tients with chronic stable angina: guidelines from the American College of Physicians. Ann Intern Med 141(D:57-64, 2004.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, July 2003. Avail-able at: http://www.ahrg.gov/clinic/3rdusspstf/hibloodrr.htm. Accessed March 6, 2005.

6. Chobanion AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Preventions, Detection,
Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure-the JNC 7 report. JAMA 289(19):2560-2572, 2003. Available at: http://www.nib.gov/guidelines/hypertension/ jncintro.htm.
7. Whelton PK, He J, Appel L, et al. Primary prevention of hy-pertension. Clinical and Public Health Advisory from the Na-tional High Blood Pressure Education Program. JAMA 288(15):1882-1888,2002.
8. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med 345(18):1291-1297, 2001.
9. Stamler J, Stamler R, Newton JIB, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovas-cular mortality and life expectancy-findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 282(2D:2012-2018, 1999.
10. Vidt DG, Borazanian RA. Treat high blood pressure sooner: tougher, simpler JNC 7 guidelines. Clove Olin J Med 70(8): 721-728,2003.
11. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. Circulation 106:388-391, 2002.
12. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel. Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults-executive summary. National Cholesterol Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. NIH Publication No. 01-3670. May 2001. Available at: www.nhlbi.nih.gov/ guidclines/ cholcstcrol/index.htm. Accessed August 31, 2004.
13. National Cholesterol Education Panel. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood choles-terol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circu-lation 106:3143-3421, 2002.
14. Grundv SM, Cleeman JI, Merz NB, et al, for the Coordinat-ing Committee of the National Cholesterol Education Pro-gram. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 110:227-239, 2004.
15. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvas-tatin in 20,356 high risk individuals: a randomized placebo- controlled trial. Lancet 360(9326):7-22, 2002.
16. Screening for lipid disorders: recommendations and rationale. Am J Prev Med 20(3S):73-76, 200 L Agency for Healthcare Re-search and Quality, Rockville, MI). Available at: http:www.ahrg.gov/clinic/ajpmsuppl/lipidrr.htm. Accessed January 15, 2005.
17. Pignone MP, Phillips CI, Atkins D, et al. Summary of the evi-dencc. Screening and treating adults for lipid disorders. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/ pignonel.htm. Accessed January 15, 2005.
18. Walsh JME, Pignone M. Drug treatment of huperlipi-demia ill women. JAMA 291(18):2243-2252, 2004.
19. American Diabetes Association. Toolkit No. 7-protect your heart: choose tats wisely. March 2004. Available at: http:/ / www.diabetes.org/typc-I-diabetes/well-being/Choosc-Fats. jsp. Accessed March 17, 2005.
20. Healthy People 2010. Progress review-nutrition and cwer-wcight. U.S. Department of Health and Human Services-Public Health Service. January 21, 2004. Available at: http://www.healthypcople.gov/data/2010prog/focus 19/ default.htm. Accessed March 17, 2005.
21. Healthy People 2010. Progress review-physical activity and fit-ness. U.S. Department of Health and Human Services-Public Health Scrvicc. April 14, 2004. Available at: http:// www.healthypcople.gov/data/2010prog/focus 22/ . Accessed March 17, 2005.
22. Bcevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension. Blood pressure mcasurcment. Part I. Sphygmomanomctry: factors common in all techniques. BMJ 322:981-985, 2001.
23. Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension. Blood pressure measurement. Part IL Conventional sphygmomano-metry: technique of auscultatory blood pressure measurement. BMJ 322:1043-1047, 2001.
24. McAlister FA, Straus SE. Evidence-based treatment of hyper-tension. measurement of blood pressure: an evidence based review. BMJ 322:098-911, 2001.
25. Tholl U, Forstner K, Anlauf M. Measuring blood pressure: pitfalls and recommendations. Nephrol Dial Transplant
19:766, 2004.
26. Edmonds ZV, Mower WR, Lovato LM, et al. The reliability of vital sign measurements. Ann Emerg Mcd 39(3):233-237, 2002.
27. Lange RA, Hillis LD. Acute pericarditis. N Engl J Med 351(2D:2195-2202, 2004.
28. Spodick D. Acute pericarditis: current concepts and practice. JAMA 289(9): 1150-1153, 2003.
29. Ilrazner MH, Rame E, Stevenson LW, ca al. Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third
heart sound in patients with heart tailurc. N Engl J Med 345(8):574-581, 2001.
30. Khot UN. Prognostic importance of physical examination for heart failure in non-ST elevation acute coronary syndromes.
The enduring value of Killip classification. JAMA 290(16): 2174-2181,2003.
31. Jessup M, Broze:na S. Medical progress: heart failure. N Engl J Mcd 348(20):2007-2017, 2003.
32. Aurigcmma GP, Gaasch WH. Diastolic heart failure. N Engl J Med 351(1D:1097-1104, 2004.
33. Badgett RG, Lucc:y CR, Muirrnv CD. Can the clinical examination diagnose left-saided heart failure in adults? JAMA
277(2D:1712-1719, 1997.
34. Sauve JS, Laupacis A, Ostbyc T, ct al. Does this patient have a clinically important carotid bruit? JAMA 270(23):
2843-2845,1993.
35. Cha K, Falk RH. Images in clinical medicine: pulsus alter-nans. N Engl J Med 334(13):834, 1996.
36. Halder RW, Larson MG, Franklin SS, ct al. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. Ann Intern Med 138(D:10-1G, 2003.
37. Thomas JT, Kelly RF, Thomas SJ, ct al. Utility of history, physical examination, electrocardiogram, and chest radiograph for differentiating normal from decreased systolic function in patients with heart failurc. Am J Med 112(6): 437-445,2002.

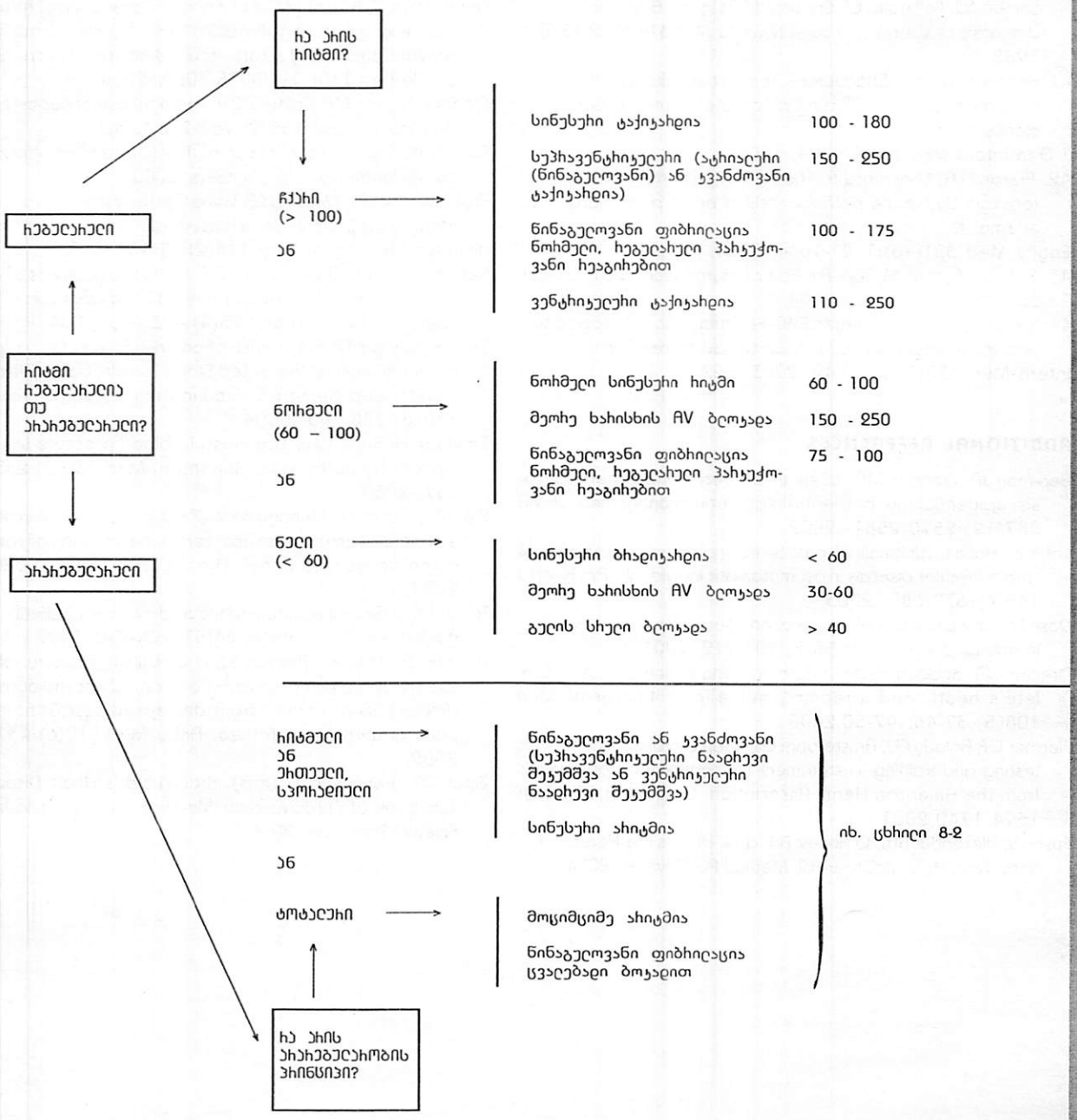
38. Fonarow GC, Adams KF, Abraham WT, et al. Risk stratifi-cation for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure. Classification and regression tree analysis. JAMA 293(5):572-580, 2005.
39. Etchells E, Bell C, Robh K. Does this patient have an abnormal systolic murmur? JAMA 277(7):564-571, 1997. 40. Lembo NJ, Ilell'Italia U, Crawford MH, et al. Bedside diagnosis of systolic murmurs. N Engl J Med 318:1572-1578, 1988.
41. Etchells E, Glenns, Shadowitz S, et al. A bedside clinical prediction rule for detecting moderate or severe aortic stenOsis.
J Gen Intern Med 13:699-704, 1998.
42. Pierard LA, Lancellotti P. The role of ischemic mitral regurgitation in the pathogenesis of acute pulmonary edema. N
Engl J Med 351(16):1627-1634, 2004.
43. Enriquez-Serano M, Tajik AJ. Aortic regurgitation. N Engl J Med 351(15):1539-1546, 2004.
44. Babu AN, Kymes SM, Fryer SMC. Eponyms and the diag-nosis of aortic regurgitation: what says the evidence? Ann In-
Intern Med 138(9):736-742, 2003. 322

ADDITIONAL REFERENCES

Beckman JA, Creager MA, Lihhv P. Diabetcs and atherosclero-sis: epidemiology, pathophisiology and management. JAMA 287(19):2570-2581, 2002.
Cohn JN, Hoke L, Whitwalll W, et al. Screening for early detection of cardiovascular disease in asymptomatic individuals. Am Heart J 146(4):679-685, 2003.
Dosh SA. The diagnosis of essential and secondary hypertension in adults. J Fam Pract 50(8):707-712, 2001.
Drezner JA. Sudden cardiac death in young athletes: causes, ath-lete's heart, and screening guidelines. Postgrad Med 108(5):37-44, 47-50,2000.
Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 104(14): 1694-1740,2001.
Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, et al. Hurst's the Heart, 1 1 th ed. New York, McGraw-Hill, Medical Pub Division, 2004.
Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. N Engl J Med 352(16):1685-1695, 2005.
Kuperstrin A, Feinberg MS, Eldar M, Schwammenthal E. Physical determinans systolic murmur intensity in aortic stenosis. Am J Cardiol 95(6):774-776, 2005.
Lee AI, Price JF, Russell MJ, et al. Improved prediction of fatal myo-cardial infarction sing the ankle brachial index in addition to conventional risk factors: the Edinburgh Artery Study. Circula-tion 110(19):3075-3080, 2004.
Oparil S, Saman MA, Calhcnul DA. Pathogenesis of hypertension. Ann Intern Med 139(9):761-776, 2003.
Perloff, JK. Physical Examination of the Heart and Circulation, 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 2000.
Pryor DB, Shaw L, McCants CB. Value Of the history and physical in identifying patients at increased risk for coronary artery
dis-ease. Ann Intern Med 118(2):81-90, 1993.
Selvanavagam J, De Pasquale C, Arnolda L. Usefulness of clinical assessment of the carotid pulse 111 the diagnosis of aortic steno-sis. Anl J Cardiol 93(4):493-495, 2004.
Srlrin E, Erlinger TP. Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from tile National Health and Nutrition Examination Survey. Circulation 110(6):738-743, 2004.
Smulyan H, Safar ME. The diastolic blood pressure in systolic hy-pertension. Ann Intern Med 132(3):233-237, 2000.
Stein RA, Zusman R. Management Of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Prin-ceton Consensus Panel. Am J Cardiol 86(2A):62F-68F, 2000.
Taylor HA Jr. Sexual activity and tile cardiovascular patient: guide-lines. Am J Cardiol 84(513):6N-ION, 1999.
Thomas JT, Kelly RF, Thomas SJ, et al. Utility of history, physical examination, electrocardiogram, and chest radiograph for differentiating normal from decreased systolic function in patients with heart failure. Anl J Med L12(6):437-445, 2002.
Zipes DP, Braunwald 1; (eds). Braunwald 's Heart Disease: A Text-book of Cardiovascular Medicine, 7th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005.

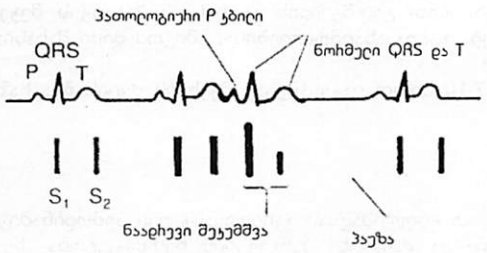
შეჩერული გულისცემის სიხშირე და რიტმი

გულის რიტმი იყოფა *ჩვეულებრივად და არა ჩვეულებრივად*. ხოლესაც რიტმი არა ჩვეულებრივია ან რიტმი სწორფია ან ნელი, გამოიყენეთ ეკგ, რათა დააგინოთ იმპულსის წარმოშობა (სინუსის კვანძი, ა-ვ კვანძი, ნინაგული ან პარკუჭი) და გამტარებლობის სახეები. ჩაინიშნეთ, რომ ა-ვ (ატრიო-ვენტრიკულური) ბლოკადის დროს არითმია შეიძლება იყოს ხშირი, ნორმალური ან ნელი ვენტრიკულური სიხშირის.



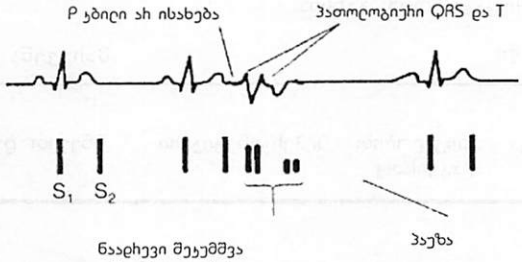
შეჩერული ახირებული რიტმი

ნინაგულოვანი ან ჯვანძოვანი ნაადრევი შეკუმშვა (სუპრავენტრიკულური)



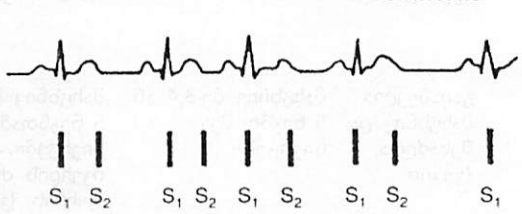
რიტმი: ნინაგულიდან ან ჯვანძიდან იმპულსი მოდის უფრო ადრე, ვიდრე შემდეგი ნორმალური შეკუმშვა. მას მოჰყვება პაუზა და შემდეგ რიტმი მეორდება.
გულის ტონები: ნაადრევი შეკუმშვის $შ_1$ განსხვავდება ნორმალური შეკუმშვის $შ_1$-გან და $შ_2$ შეიძლება შესუსტებული იყოს. სხვა შემთხვევაში ორივე ტონი შეიძლება ნორმალური ტონების მსგავსი იყოს.

პარკუჭების ნაადრევი შეკუმშვა



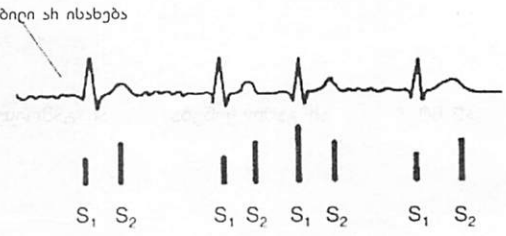
რიტმი: პარკუჭიდან იმპულსი უფრო ადრე მოდის, ვიდრე შემდეგი შეკუმშვა. მას მოჰყვება პაუზა და რიტმი მეორდება.
გულის ტონები: ნაადრევი შეკუმშვის S_1 ინტენსივობით განსხვავდება ნორმალური შეკუმშვის S_1-გან და S_2 შეიძლება შესუსტებული იყოს. ორივე ტონი შეიძლება გახლეჩილი იყოს.

სინუსური არითმია



რიტმი: პულსი ცვალებადობს ციკლურად, ჩვეულებრივ, ჩქარდება ჩასუნთქვისას და ნელდება ამოსუნთქვისას.
გულის ტონები: ნორმალურია, თუმცა S_1 ცვალებადობს გულის რიტმთან ერთად.

მოციმციმე არითმია და წინაგულების თრთოლვა სხვადასხვა ტიპის AV ბლოკადით



რიტმი: პარკუჭოვანი რიტმი სრულიად არარეგულარულია, თუმცა არარეგულარული ხანმოკლე გაბნევები შეიძლება ჰგავდეს.
გულის ტონები: S_1 ინტენსივობით ცვალებადობს

მწვეხვაღის საძგეხის სახეები და ვახიასცები

ჯანმხთელი გულის მახცხენა პახჯუჭის იმპულსი ახის მწვეხვაღის საძგეხი (მაქსიმაღუხი იმპულსის ნეხტიღი ანუ მინ). ეს იმპულსი ნახმოიქმნება პახჯუჭის მწვეხვაღის მოძხაობით გულ-მტეხღის ჯედისჯენ პახჯუჭის შეჯემშვის ღხოს. მახჯვენა პახჯუჭის იმპულსის შეგხძნება ნოხმაში ვეხ ხეხხღება გახღა ახაღშობიღებისა. ამიტომ მისი მახასიათებღები დაუდგენეღია. მწვეხვაღის საძგეხის ჯასიჯუხი მახასიათებღებია:

- *ღოკაღიზაცია:* მე-4-5 ნეკნთაშუა სივხცეში, ~7-10 სმ-ით ღატეხაღუხად მტეხღის ძვღის შუა ხაზიდან გულ-მტეხღის დიამეტხის მიხედვით
- *ღიამეტხი:* ნეხტიღოვანი ან ≤2სმ
- *ამპღიტუდა:* ცოცხაღი და მაღაღი
- *ხანგძღივობა:* ≤ 2/3 სისტოღის

მწვეხვაღის საძგეხის უკხაღდებით შესნავღა განვღით ინფოხმაციას ჯახღიოვასკუღუხ ჰემოდინამიკაზე. მწვეხვაღის საძგეხის ხახისხი იცვღება, ხოდესაც იზხდება მახცხენა და მახჯვენა პახკუჭების ნეთმოცუღობა (ნევჩოზი, ჰიპეთთიჩოზი, მძიმე ანემია) და ნნევით და მოცუღობით დატვიხთვით მიმდინახე უფხო მძიმე პათოღოგიუხი მდგომახეობების ღხოს. დიმახხოვხეთ ქვემოთ ჩამოთვღიღი სამი ტიპის მწვეხვაღის საძგეხის განმასხვავებეღი ნიშნები: ჰიპეჰკინეტიკუხი მწვეხვაღის საძგეხი, ხოდესაც გაზხდიღია დახკყმითი მოცუღობა - ეს ცვღიღება აუციღებღად გუღის დაავადებას ახ გამოხატავს; ხანგძღივი მწვეხვაღის საძგეხი პახკუჭის ჰიპეჰტხოფიის ღხოს, ხომღის მიზეზი ნნევით ქხონიკუღი დატვიხთვაა, ხასაც გაზხდიღი პოსტდატვიხთვა ენოდება; და დიფუზუხი მწვეხვაღის საძგეხი პახკუჭის დიღატაციის ღხოს, ხომღის მიზეზია ქხონიკუღი მოცუღობითი დატვიხთვა, ანუ ჰიპედატვიხთვის გაზხდა.

	მახცხენა პახჯუჭი			მახჯვენა პახჯუჭი		
	ჰიპეჰკინეტიკუხი	ნნევით დატვიხთვა	მოცუღობით დატვიხთვ	ჰიპეჰკინეტიკუხი	ნნევით დატვიხთვა	მოცუღობით დატვიხთვა
მიზეზები	შფოთვა, ჰიპეთთიჩოზი, მძიმე ანემია	აოხტის სტენოზი, ჰიპეჰტენზია	აოხტული ან მიტხაღუხი ხეგუჩგიტაცი	შფოთვა, ჰიპეთთიჩოზი, მძიმე ანემია	ფიღტვის ახტეხიის სტენოზი, მციხე ნხის ჰიპეჰტენზია	ნინაგუღთა შუა ძგიღის ღეფექტი
ღოკაღიზაცია	ნოხმაღი	ნოხმაღი	გადანნეღია მახცხნივ და, შესაძღოა, ქვევით	მახცხნივ მე-3,4 ან 5 ნეკნთაშუა სივხცეში	მახცხნივ მე-3,4 ან 5 ნეკნთაშუა სივხცეში, ასევე მტეხღის ძვღის მოხჩის ქვემოთ	მტეხღის ძვღის მახცხენა ჯიღე, ვხცეღდება გუღის მახცხენა ჯიღისჯენ, ასევე მტეხღის ძვღის მოხჩის ქვემოთ
ღიამეტხი	~2 სმ, თუმცა ამპღიტუღის გაზხდით შეიძღება მომატებუღად შეიგხძნოთ	>2 სმ	>2 სმ	ახ გამოიყენება	ახ გამოიყენება	ახ გამოიყენება
ამპღიტუდა	გაზხდიღი	გაზხდიღი	გაზხდიღი	ოღნავ გაზხდიღი	გაზხდიღი	ოღნავ ან შესამჩნევად გაზხდიღი
ხანგძღივობა	<2/3 სისტოღის	გახანგძღივებუღი, შეიძღება S_2-მდე	ხშიხად მციხედ გახანგძღივებუღი	ნოხმაღი	გახანგძღივებუღი	ნოხმაღი ან ოღნავ გახანგძღივებუღი

გულის პირველი ტონის სახეები

ნორმული



S_1 უფრო დაბალია, ვიდრე S_2 ფუძეზე (მახვნივ და მარცხნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში).



S_1 ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის უფრო ხმამაღალია, ვიდრე S_2 მწვერვალზე

S_1-ის აქცენტი



S_1-ის აქცენტი აღინიშნება (1) ტაქიკარდიის დროს, მოკლე PR ინტერვალიანი რიტმის და გულის მაღალი ნეთმოცულობის დროს (მაგ, ფიზიკური დატვირთვა, ანემია, ჰიპერთირეოზი) და (2) მიტრალური სტენოზის დროს. ამ სიტუაციებში მიტრალური სარქველი უფრო ფართოდ იღება სისტოლის დროს და სწრაფად იხურება.

მესუსტებული S_1



აღინიშნება პირველი ხარისხის ბლოკადის დროს (წინაგულიდან პარკუჭისკენ იმპულსის გატარების შენელება). ამ დროს წინაგულის შეკუმშვის შემდეგ მიტრალურ სარქველს ჩრება დრო დაბრუნდეს უკან, სანამ მას დახურავს პარკუჭის შეკუმშვა. ამ დროს დახურვის ხმიანობა ნაკლებია. S_1 ასევე მესუსტებულია (1) მიტრალური სარქველის კალცინოზის დროს, როდესაც სარქველის მოძრაობა შეზღუდულია, როგორც მიტრალური რეგურგიტაციის დროს და (2) როდესაც პარკუჭის კუმშვადობა შემცირებულია, როგორც გულის შეგუბებითი უკმარისობის ან გულის იშემიური დაავადების დროს.

ცვალებადი S_1



S_1-ის ინტენსივობა იცვლება (1) სხვა ბლოკადის დროს, როდესაც წინაგულები და პარკუჭები დამოუკიდებლად იკუმშებიან და (2) აბსოლუტურად არარეგულარული რიტმის დროს (მაგ. მოციმციმე არიტმია). ამ დროს მიტრალურ სარქველს სხვადასხვა მდებარეობა აქვს, სანამ დაიკეტება პარკუჭის შეკუმშვის შედეგად. ამიტომ მისი დახურვის ხმა სხვადასხვა სიმაღლისაა.

S_1-ის გაორება



ნორმალურად S_1-ის გაორება ისმის მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან ქვემოთ, სადაც სამკარიანი სარქველის მოსასმენი ნერკვია, ხშირად სუსტია. ზოგჯერ მწვერვალზეც მოისმინება, მაგრამ აქვე შეიძლება იყოს S_4, აორტის განლევნის ხმიანობა და ადრეული სისტოლური კლაკუნი. გულის ორივე ტონის გაორება შეიძლება მოისმინოთ ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის დროს და პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლიის დროს.

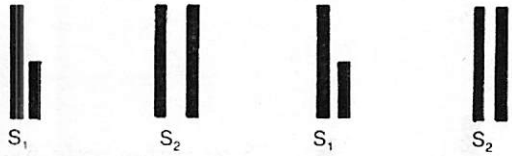
გულის მეოთე ტონის სახეები

ფიზიოლოგიური გაორება

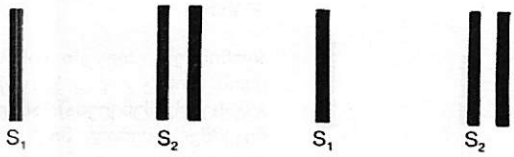


გულის მეოთე ტონის ფიზიოლოგიური გაორება ხშირად აღინიშნება მახვნილ მე-2-3 ნეკნთაშუა არეებში. S_2-ის ფიტვის კომპონენტი სუსტია და მწვეივარეზე და აოხტაზე არ ისმის, სადაც S_2 ეოთ ტონად ისმის და ნახმოიქმნება აოხტის სახქვეების დახეივით. ნორმალეულად გაორება *ძლიერდება ჩასუნთქვისას* და *ამოსუნთქვისას ქრება*. ზოგეოთ ავადმყოფში, განსაკეთრებით ახალგაზრდებში, ამოსუნთქვისას გაორება შეიძლება ბოლომდე არ გაქრეს. ეს ხდება ავადმყოფის ნამოკდომისას.

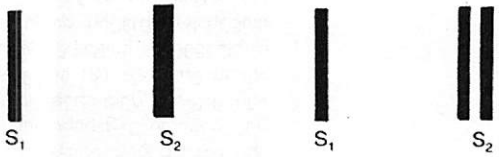
პათოლოგიური გაორება (ყოველი მათგანი ვლინდება ამოსუნთქვისას და გულის დაავადებაზე მიუთითებს)



S_2-ის ფართო გაორება ნიშნავს ჩვეულებრივი გაორების გაზრდას, რომელიც გრძელდება სუნთქვის მთელ ციკლში. ფართო გაორების მიზეზები შეიძლება იყოს ფიტვის არტერიის სარქვლების ნელი დახეივა (მაგ., ფიტვის არტერიის სტენოზის ან ჰისის კონის მარკვენა ფეხის ბლოკადის დროს). როგორც აქ არის ნაჩვენები, ჰისის კონის მარკვენა ფეხის ბლოკადის დროს ვითარდება S_1-ის გაორებაც მისი მატარებელი და სამკარიანი კომპონენტებით. ფართო გაორების მიზეზი შეიძლება იყოს აორტის სარქვლების ნაადრევი დახეივა, როგორც მატარებელი ჰეგურგიტაციის დროს.



ფიქსირებული გაორება აღნიშნავს ფართო გაორებას, რომელიც სუნთქვის დროს არ იცვლება. ის ვითარდება წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს და მარკვენა პარკუჭის უკმარისობის დროს.



პარადოქსული ან შებრუნებითი გაორება აღნიშნავს გაორებას, რომელიც ვლინდება ამოსუნთქვისას და ქრება ჩასუნთქვისას. აორტის სარქვლების დახეივა გახანგრძლივებულია ისე, რომ ამოსუნთქვისას A_2 მოყვება P_2-ს. ნორმალეულად ჩასუნთქვით P_2-ის გახანგრძლივებით გაორება ქრება. პარადოქსული გაორების ყველაზე ხშირი მიზეზია ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა.

A_2-ის ინტენსივობის ზრდა მარკვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში (სადაც, ჩვეულებრივ, მხოლოდ A_2 მოისმინება) სისტემური ჰიპერტენზიის დროს. ასევე აორტის ფუძის გაფართოების დროს, აორტის სარქვლების გულ-მკერდის კედელთან მიახლოვების გამო.

A_2-ის ინტენსივობის შემცირება მარკვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში აღინიშნება აორტის სარქვლების კალცინოზით განვითარებული სტენოზის დროს, ვინაიდან სარქვლის მოძრაობა შეზღუდულია. თუ A_2 არ მოისმინება, გაორება არ აღინიშნება.

P_2-ის ინტენსივობის გაზრდა. როდესაც P_2 A_2-ის თანაბარია ან უფრო ხმამაღალი, საჭიროდ ფიტვის არტერიის ჰიპერტენზიის არსებობა. სხვა მიზეზებია ფიტვის არტერიის გაფართოება და წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი. გულის მეოთე ტონის გაორება, რომელიც კარგად ისმის მწვეივარეზე ან ფუძეზე მარკვნივ, მიუთითებს P_2-ის აქცენტზე.

P_2-ის შემცირება ან არ არსებობა ხშირად ვითარდება ასაკთან დაკავშირებული გულ-მკერდის წინა-უკანა დიამეტრის გაზრდის დროს. ასევე ვითარდება ფიტვის არტერიის სტენოზის დროს. თუ P_2 არ ისმის, გაორება არ აღინიშნება.

გულის დამატებითი ტონები სისტოლის პერიოდში

სისტოლაში გულის დამატებითი ხმიანობების ოთი სახე არსებობს: (1) აღმოცენების ხმიანობა, და (2) ტკაცუნი, რომელიც, ჩვეულებრივ, ისმის სისტოლის შუაში და დასასრულს.

აღმოცენების სისტოლური ხმიანობები

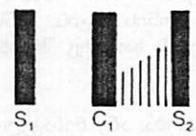


აღმოცენების სისტოლური ხმიანობები ვლინდება S_1-ის შემდეგ, ემთხვევა აორტის და ფილტვის არტერიის სარქველების გაღებას. ეს ხმიანობები შედარებით მაღალი ტონალობისაა, ტკაცუნაა და უკეთესად ისმის ფონენდოსკოპით. განლევნის ხმიანობები გული-სისხლძარღვთა დაავადებებზე მიუთითებს.

აორტის განლევნის ხმიანობას შეგიძლიათ მოუსმინოთ მწვეივაღზეც და ფუძეზეც. მწვეივაღზე უფრო ხმამაღალია და სუნთქვის დროს არ იცვლება. აორტის განლევნის ხმიანობა ვლინდება აორტის გაფართოების ან აორტის სარქველების დაზიანების დროს თანდაყოლილი სტენოზის ან რევმატიული სარქველის პრობლემისას.

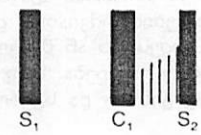
ფილტვის არტერიის განლევნის ხმიანობა უკეთესად ისმის მარცხნივ მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეში. ხოლოსაც ამ ადგილზე, ჩვეულებრივ, შედარებით ჩუმი S_1 ხმამაღალია, შეგიძლიათ ფილტვის არტერიის განლევნის ხმიანობა მოისმინოთ. მისი *ინტენსივობა ხშირად მცირდება ჩასუნთქვისას.* მიზეზებია ფილტვის არტერიის გაფართოება, სტენოზი და ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია.

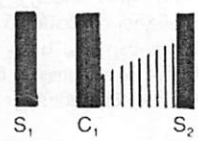
სისტოლური ტკაცუნი



სისტოლური ტკაცუნი, ჩვეულებრივ, ვითარდება *მიტრალური სარქველის პროლაფსის* დროს – მიტრალური სარქველის ჯარღის სისტოლური შეზნექვა მარცხენა წინაგულში. ტკაცუნი არის შუა ან გვიანი სისტოლური. მიტრალური სარქველის პროლაფსი ვითარდება მოსახლეობის დაახლოებით 5%-ში. მისი სიხშირე ქალებსა და მამაკაცებში ერთნაირია.

ტკაცუნი, როგორც წესი, ერთია, თუმცა, ზოგჯერ, ჰამოღენიმე ხმიანობა შეიძლება მოისმინოთ. ყველაზე ჯარგად მოისმინება *მწვეივაღის მედიალურად,* მაგრამ ასევე შეიძლება მოისმინოთ *მკერდის ძვლის მარცხნივ და ქვემოთ.* ეს ხმიანობა მაღალი ტონალობისაა და ფონენდოსკოპით უკეთესად მოისმინება. ტკაცუნს ხშირად მოჰყვება გვიანი სისტოლური შეიღი, რაც გამოხატავს მიტრალურ რეგურგიტაციას – სისხლის უკან დაბრუნებას მარცხენა პარკუჭიდან წინაგულში. შეიღი, ჩვეულებრივ, ჯერმეტრდება და გრძელდება მეორე ტონამდე. პაციენტთა უმრავლესობას აქვს მხოლოდ ტკაცუნის ხმიანობა, ნაწილს – შეიღი, ნაწილს კი – ორივე ერთად. სისტოლური ტკაცუნი, ასევე, შეიძლება იყოს ექსტრასისტოლური ან მედიასტინური ნარმოშობის.





აუსკულტაციური მონაცემები ცვალებადობს სხეულის მდებარეობის მიხედვით. სინდრომების დასადგენად ჰამოღენიმე პოზიციაა მოწოდებული: ზურგზე წოლა, ჯდომა, ჩაცუცქვა და ფეხზე დგომა. *ჩაცუცქვა ახანგრძლივებს ტკაცუნს და შეიღს, ფეხზე დგომა მათ პირველ ტონთან ახლოვებს.*

გულის დამატებითი ტონები ეიასტოლის ფაზაში

გაღების ტკაცუნი



გაღების ტკაცუნი (მიტრალური სარქვლის გაღების ხმიანობა ან ტონი) ყველაზე ადრეული დიასტოლური ხმიანობაა, რომელიც წარმოიქმნება სტენოზირებული მიტრალური სარქვლის გაღებისას. ყველაზე ჯარგად მოისმინება ზუსტად მწვეივაღის მეღიალურად და მკერდის ძვლის მარცხენა ქვემო კიდესთან. როდესაც ის ხმამაღალია, გაღების ტკაცუნი ვარცლდება მწვეივაღისკენ და ფიტკვის არტერიისკენ, რის გამოც ამ უბანში შეიძლება შეცდომით ჩაითვალოს გაორებული S_2-ის ფიტკვის არტერიის კომპონენტად. მისი მაღალი ტონალობა და ტკაცუნი მოგვეხმარებათ გაარჩიოთ S_2-ისგან. მისი მოსმენა უკეთესია ფონენდოსკოპით.

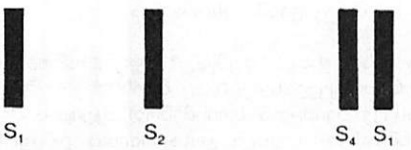
S_3



ფიზიოლოგიური S_3-ის დადგენა ხშირად ხდება ბავშვებში და 35-40 წლამდე პირებში. ხშირია ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში. ვლინდება ადრეული დიასტოლაში პარკუჭების სწრაფი ავსების დროს, გაღების ტკაცუნზე უფრო გვიან ჩნდება, მოყრუებულია და დაბალი ტონალობისაა და ყველაზე ჯარგად მოისმინება მწვეივაღზე მარცხენა გვერდზე ნოღის დროს. მოსმენა ხდება სტეტოსკოპის მსუბუქი დადებით.

პათოლოგიური S_3 ან *პარკუჭოვანი გალოპის ხმიანობა* ჰგავს ფიზიოლოგიურ S_3-ს. 40 წლის ზემოთ ასაკის პირებში (და ორგან დიდი ასაკის ქალებში) S_3 ყოველთვის პათოლოგიურია. მიზეზებია მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება, გულის მეგაბებითი უკმარისობა, პარკუჭების მოცულობითი დატვირთვა, რაც მიტრალური და სამკარიანი სარქვლების ჩაგარგატაციის დროს ვითარდება. *მარცხენამხრივი* S_3 ტიპიურად მოისმინება მწვეივაღზე მარცხენა გვერდზე ნოღის დროს. *მარჯვენამხრივი* S_3, ჩვეულებრივ, მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან ან მახვილისებურ მორჩთან, როდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს. ჩასუნთქვისას უფრო ხმამაღალია. ტერმინი გალოპი აღნიშნავს გულის სამი ტონის რიტმს, განსაკუთრებით ხმირი გულისცემის დროს ხმიანობა ისმის როგორც "Kentucky".

S_4



S_4 (*წინაგულოვანი ხმიანობა, ანუ წინაგულოვანი გალოპი*) ჩნდება ზუსტად S_1-ის წინ. ეს არის მოყრუებული, დაბალი ტონალობის ხმიანობა, რომელიც უკეთესად მოისმინება სტეტოსკოპით. S_4 იშვიათად ჯანმრთელებშიც შეიძლება გამოვლინდეს, განსაკუთრებით ვარჯიშებ სპორტსმენებში და ასაკოვან პირებში. უფრო ხშირად, ეს ხმიანობა ვლინდება ჰეპატომეგალიის მომატებისას პარკუჭის ავსების დროს, რომელიც წინაგულების შეკუმშვას მოჰყვება. ჰეპატომეგალიის ეს მომატება უკავშირდება პარკუჭების მიოკარდიუმის მოდუნების (გარჩდილია ჩიგიდობა) დაქვეითებას.

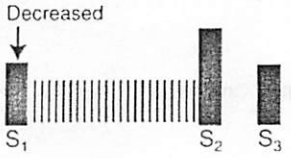
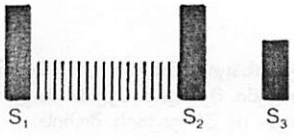
მარცხენამხრივი S_4-ის მიზეზებია გულის ჰიპერტენზიული დაავადება, გულის იშემიური დაავადება, აორტის სტენოზი და კარდიომიოპათია. *მარცხენამხრივი* S_3 უკეთესად მოისმინება მწვეივაღზე მარცხენა ღატერალურ პოზიციაში. ეს ხმიანობა ჰგავს სიტყვას "Tennessee". *მარჯვენამხრივი* S_4 შედარებით იშვიათია და მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან ან მახვილისებურ მორჩთან. ჩასუნთქვისას უფრო ხმამაღალი ხდება. მარჯვენამხრივი S_4-ის მიზეზებია ფიტკვის არტერიის ჰიპერტენზია და სტენოზი.

S_4 შეიძლება დაკავშირებული იყოს წინაგულებსა და პარკუჭებს შორის იმპულსის გატარების გახანგრძლივებასთან. ეს გახანგრძლივება გამოყოფს წინაგულების ნორმალურად სუსტ ტონს ხმამაღალი S_1-გან და მას უფრო მოსმენადს ხდის. S_4 არასოდეს მოისმინება, როდესაც წინაგულები არ იკუმშება, რაც მოციმციმე არიტმიის დროს აღინიშნება.

იშვიათად, ავადმყოფს აქვს ორივე: S_3 და S_4, რაც წარმოქმნის *ოთხმაგ რიტმს*. ხშირი გულისცემის დროს S_3 და S_4 ერთიანდება ერთ დამატებით ხმიანობად, რასაც *შეკრებული გალოპი* ეწოდება.

პანსისტოლური (ჰოლოსისტოლური) შუილები

პანსისტოლური (ჰოლოსისტოლური) შუილები პათოლოგიურია, ჩნდება ჰოლესაც სისხლი გადადის მაღალი წნევის მქონე ღრუდან დაბალი წნევისკენ დახურულ სარქველში. შუილი იწყება ზუსტად S_1-თან და გრძელდება S_2-მდე.

	მიტრალური რეგურგიტაცია	სამკარიანი სარქვლის რეგურგიტაცია	პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი
			
შუილი	*მდებარეობა*: მწვეთვაღი *გავრცელება*: მარცხნივ იღლიისკენ, შედარებით იშვიათად მკერდის ძვლის მარცხენა კიდისკენ *ინტენსივობა*: ჩუმიდან ხმამაღალი; თუ ხმამაღალია, ახლავს მწვეთვაღის თითოღვა *ტონალობა*: საშუალოდან მაღალი *ხასიათი*: უხეში, ჰოლოსისტოლური *ხელშემწყობი ფაქტორები*: სამკარიანი სარქვლის რეგურგიტაციისგან განსხვავებით არ ძლიერდება ჩასუნთქვით	*მდებარეობა*: მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდე. *გავრცელება*: მკერდის ძვლისკენ, მახვილისებრი მოხრისკენ და შესაძლოა მარცხენა ღავიწმუა ხაზისკენ, მაგრამ არა იღლიის ფოსოსკენ. *ინტენსივობა*: ცვალებადია *ტონალობა*: საშუალო *ხასიათი*: მბერავი, ჰოლოსისტოლური *ხელშემწყობი ფაქტორები*: მიტრალური რეგურგიტაციისგან განსხვავებით მისი ინტენსივობა ოდნავ იზრდება ჩასუნთქვისას	*მდებარეობა*: მარცხნივ მე-3, 4 და 5 ნეკნთაშუა სივრცეები *გავრცელება*: ხშირად ფართოა *ინტენსიობა*: ხშირად ძალიან ხმამაღალია და ახლავს თრთოლვა *ტონალობა*: მაღალი, ჰოლოსისტოლური *ხასიათი*: ხშირად უხეშია
ასოცირებული მონაცემები	S_1 ხშირად დაქვეითებულია მწვეთვაღზე S_3 ასახავს მარცხენა პარკუჭის მოცულობით დატვირთვას	მარჯვენა პარკუჭის იმპულსის ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა გაზრდილია მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან შეიძლება მოისმინებოდეს S_3. საყლე ვენის ნეკვა ხშირად მომატებულია და საყლე ვენებზე შეიძლება ჩანდეს ფართო v ტალღები.	ხმამაღალი შუილის გამო P_2-ის მოსმენა შეიძლება გაძნელდეს. მონაცემები ცვალებადობს დეფექტის ზომის და თანმხლები დარღვევების მიხედვით
მექანიზმი	ჰოლესაც სისტოლის დროს *მიტრალური სარქველი ბოლომდე არ იხურება*, სისხლი მარცხენა პარკუჭიდან წინაგულში ბრუნდება, რაც წარმოშობს შუილს. ამ დროს მარცხენა პარკუჭში იზრდება ნეკვა, რასაც მოჰყვება კონცენტრაცია და ჰიპერტროფია. ამ მდგომარეობის განვითარებას სხვადასხვა მიზეზი აქვს და, შესაბამისად, სხვადასხვა სიმპტომიც.	ჰოლესაც სისტოლის დროს *სამკარიანი სარქველი ბოლომდე არ იხურება*, მარჯვენა პარკუჭიდან სისხლი ბრუნდება მარჯვენა წინაგულში, რაც შუილს წარმოშობს. ყველაზე ხშირი მიზეზია მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობა და კონცენტრაცია, რაც იწვევს სამკარიანი ხვრელის გაფართოებას. თავდაპირველი მიზეზი შეიძლება იყოს ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია ან მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა.	პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი თანდაყოლილი პათოლოგიაა, რომლის დროსაც *სისხლი ხვრელით გადადის მაღალი წნევის მქონე მარცხენა პარკუჭიდან დაბალი წნევის მქონე მარჯვენა პარკუჭისკენ*. დეფექტს შეიძლება თან ახლდეს სხვა დარღვევებიც, მაგრამ არ აღნიშნულა გაუთვალისწინებელი შემთხვევა.

მეზოსისტოლური შუილები

მეზოსისტოლური განლევნის შუილი შუილების ყველაზე ხშირი ფორმაა. შეიძლება იყოს (1) *უსაფრთხო* – ფიზიოლოგიური და სტრუქტურული დარღვევების გარეშე; (2) *ფიზიოლოგიური* – სხეულის განვითარების ფიზიოლოგიური ცვლილებების დროს ან (3) *პათოლოგიური* – რომელიც ჩნდება გულის და მსხვილი სისხლძარღვების ანატომიური ცვლილებების დროს[39,40]. მეზოდიასტოლური შუილი პიჯს აღნევს სისტოლის შუაში და, ჩვეულებრივ, ნყდება S_2-ის წინ. ჯერჩენდო-დეჯერჩენდო, ანუ "რომბის" ფორმა ყოველთვის არ აღინიშნება. მაგრამ ინტენსივი შუილსა და S_2-ს შორის მოგლობარეთ მეზოდიასტოლური შუილის პანსისტოლური შუილისგან გარჩევაში.

	უსაფრთხო შუილი	ფიზიოლოგიური შუილები
შუილი	ლოკალიზაცია: მარცხნივ მე-2-4 ნეკნთაშუა სივრცეში მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესა და მწვერვალს შორის. გავრცელება: მცირე ინტენსივობა: 1 და 2 ხარისხი, შესაძლოა მე-3. ტონალობა: ჩამიდან ხმამაღალი ხარისხი: ცვალებადი ხელშემწყობი ფაქტორები: ჯდომისას მცირდება ან ქრება	ისეთივეა, როგორც უსაფრთხო შუილები
ასოცირებული მონაცემები	არცერთი: ნორმალურად გაორება, არ არის განლევნის ხმიანობები, დიასტოლური შუილები, პარკუჭების დილატაციის პალპაციური ნიშნები. იშვიათად, ერთდროულად შეიძლება იყოს უსაფრთხო და სხვა სახის შუილები	შესაძლოა იყოს გამომწვევი მიზეზის ნიშნები
მექანიზმი	უსაფრთხო შუილები ჩნდება სისხლის ტურბულენტური მოძრაობის დროს, რასაც ინვევს სისხლის გადასროლა მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში და უფრო იშვიათად მარჯვენა პარკუჭიდან. ხშირია ბავშვებში და ახალგაზრდებში – შეიძლება აღმოჩნდეს ასაკოვან ერებშიც. შუილს საფუძვლად არ უდევს გულ-სისხლძარღვთა რაიმე დაავადება.	სისხლის ტურბულენტური მოძრაობის მიზეზებია ანემია, ორსულობა, ცხელება და ჰიპერთირეოზი

აორტის სტენოზი[41]	ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია	ფილტვის არტერიის სტენოზი
მდებარეობა: მარჯვენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცე *გავრცელება:* ხშირად საძირე არტერიებზე, ქვემოთ მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდისკენ, გულის მწვერვალამდეც კი. *ინტენსივობა:* ზოგჯერ ჩვეია, მაგრამ უფრო ხშირად ხმამაღალია და ახლავს თრთოლვა. *ტონალობა:* სამეალო; უხეში, ჯერშრენდო-დეკერშრენდო უფრო მეტადაა გამოხატული მწვერვალზე *ხარისხი:* ხშირად უხეშია, მწვერვალზე შეიძლება უფრო მუსიკალური იყოს. ხელშემწყობი ფაქტორები: უკეთესად ისმის, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილი ზის.	*მდებარეობა:* მარცხნივ მე-3-4 ნეკნთაშუა სივრცეში *გავრცელება:* მკერდის ძვლის მარცხენა კიდის ქვემოთ მწვერვალისკენ, შესაძლოა გულის ფუძისკენ, მაგრამ არ ვრცელდება კისრისკენ *ინტენსივობა:* ცვალებადი *ტონალობა:* სამეალო *ხარისხი:* უხეში ხელშემწყობი ფაქტორები: ჩაცუცქვისას მცირდება, ვალსალვის ცდისას წინ დახრისას იზრდება.	*მდებარეობა:* მარცხნივ მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეში *გავრცელება:* თუ ხმამაღალია, ვრცელდება მარცხენა მხრისკენ და კისრისკენ *ინტენსივობა:* ჩვეიდან ხმამაღალი. თუ ხმამაღალია, ახლავს თრთოლვა. *ტონალობა.* სამეალო; ჯერშრენდო-დეკერშრენდო *ხარისხი.* ხშირად უხეშია
A_2 მცირდება აორტის სტენოზის ხარისხის გაზრდის დროს. იგი შეიძლება გახანგრძლივდეს და მიაღწიოს P_2-ს ’! ამოსუნთქვისას S_2 ან პარადოქსული S_2 გაყოფილია. კაროტიდული არმავალი ტალღა ვრცელდება ნელა და მცირე ამპლიტუდით. ჰიპერტროფიული მარცხენა პარკუჭი ’! სატრიის გახანგრძლივება და S_4 დაკვეთებული მოდუნების გამო.	შეიძლება ახდეს S_3. მწვერვალზე ხშირია S_4 (მიტრალური რეგურგიტაციისგან განსხვავებით). სატრი შეიძლება იყოს გახანგრძლივებული და ჰქონდეს ორი პალპაციური კომპონენტი. კაროტიდული პული სწრაფად იზრდება, აორტის სტენოზისთვის დამახასიათებელი პულისგან განსხვავებით.	მძიმე სტენოზის დროს, S_2 ფართოდ გაორებულია და P_2 შემცირებულია ან არ ისმის. ხშირია აღრეული ფილტვის არტერიის განდევნის ხმა. შეიძლება მოისმინებოდეს მარჯვენამხრივი S_4. მარჯვენა პარკუჭის იმპულსი ხშირად გაზრდილია და გახანგრძლივებული.
აორტის მნიშვნელოვანი სტენოზის გამო სისხლი ძლიერად გადის სარქველში, წარმოიქმნება ტურბულენტობა და იზრდება მარცხენა პარკუჭის ჰოსტდატვითვა. მიზეზებია თანდაყოლილი, ქვემატული და დეგენერაციული პროცესები. სიმპტომები დამოკიდებულია მიზეზზე. სხვა მდგომარეობები აორტის სტენოზის მსგავს სუნთს ინვევენ, მაგრამ არ აღინიშნება გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია. ესენია: *აორტის სკლეროზი,* ასაკით გამონვეული აორტის სარქველების დაზიანება, *თანდაყოლილი ორკარიანი აორტის სარქველი,* რომლის დიაგნოზის დასმა ვერ მოხერხდა ზრდასრულ ასაკამდე; *აორტის გაფართოება* ათეროსკლეროზის, სიფილისის ან მარფანის სინდრომის დროს. აღინიშნება სისტოლის დროს აორტის სარქველებში სისხლის პათოლოგიურად გაძლიერებული გადასვლა, ისე რომ აორტის რეგურგიტაცია დროს.	პარკუჭის ძლიერ ჰიპერტროფიას ახლავს სისტოლის დროს მარცხენა პარკუჭიდან სისხლის სწრაფი გასვლა. შეიძლება ასევე ახდეს გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია. მიტრალური სარქვლის დაზიანების თანხლებისას ვითარდება მიტრალური რეგურგიტაცია.	ფილტვის არტერიის სტენოზი აძლიერებს სისხლის მოძრაობას სარქველში და ზრდის მარჯვენა პარკუჭის ჰოსტდატვითვას. დაავადება თანდაყოლილია და აღმოჩნდება ხოლმე ბავშვებში. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს პათოლოგიურად გაზრდილი სისხლის დინების გამო გარენილი სისტოლური შეიღი ფილტვის არტერიის სტენოზის იმიტაციას იძლევა.

დიასტოლური შუილი

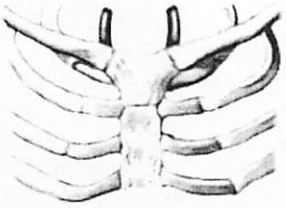
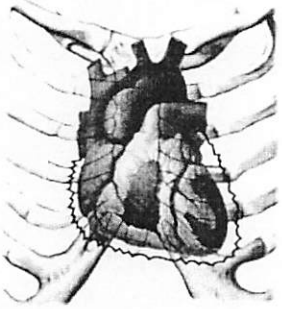
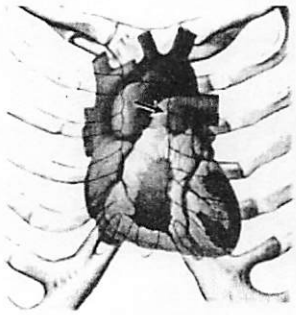
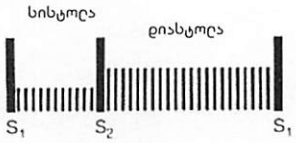
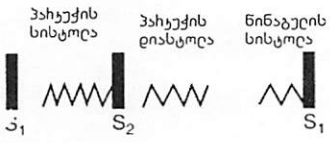
დიასტოლური შუილები ყოველთვის გული დაავადების ნიშანია. არსებობს ორი ძირითადი ტიპის შუილი. აღმავალი დეკრესჩენდო დიასტოლური შუილი აღნიშნავს ნახევარმთვარისებრ სარქველებში, უფრო ხშირად აორტის, სისხლის ნაკადისტატიას. შუა ან გვიან დიასტოლის ფაზაში მოგვგენე დიასტოლური შუილი ატრიოვენტრიკულური, უფრო ხშირად მიტრალური სტენოზის ნიშანია.

	აორტის ნაკადისტატია[43,44]	ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია
შუილი		
ასოცირებული მონაცემები	მდებარეობა: მარცხნივ მე-2-4 ნეკნთაშუა სივრცეში გავრცელება: თუ ხმამაღალია, მწვერვალისკენ, შესაძლოა მკერდის ძვლის მარჯვენა კიდისკენ ინტენსივობა: 1-3 ხარისხი ხარისხი: მბერავი დეკრესჩენდო; შეიძლება შეგეშაღოთ სუნთქვის ხმიანობაში ხელშემწყობი ფაქტორები: შუილი უკეთესად ისმის, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილი ზის ამოსუნთქვის შემდეგ სუნთქვის გაჩერებისას	მდებარეობა: ჩვეულებრივ, მწვერვალია გავრცელება: მკერდ ან ოდნავ მეტი ინტენსივობა: 1-4 ხარისხი ტონალობა: დეკრესჩენდო დაბალი ტონალობის. ჯარგად მოისმინება სტეტოსკოპით ხელშემწყობი ფაქტორები: შუილის ჯარგად მოსმენაში დაგეხმარებათ სტეტოსკოპის დადება საძგერზე, ავადმყოფის გადაბრუნება მარცხენა გვერდზე და მკერდ ვარჯიში. უკეთესად ისმის ამოსუნთქვისას.
მექანიზმი	A_2 მკერდება აორტის სტენოზის ხარისხის გაზრდის დროს. იგი შეიძლება გახანგრძლივდეს და მიაღწიოს P_2-ს ! ამოსუნთქვისას S_2 ან ვარდნილი S_2 გაყოფილია. ჯარტილი აღმავალი ტალღა ვრცელდება ნელა და მკერდ ამპლიტუდით. ჰიპერტროფიული მარცხენა ვარკვლავ ! საძგერის გახანგრძლივება და S_4 დაკვეთებული მოძრაობის გამო.	აღინიშნება S_1 აქცენტი, რომლის ვიბრაცია შესაძლებელია მწვერვალზე გაღების ტალღა ხშირად მოსდევს S_2-ს და მისგან იწყება შუილი. ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია განვითარების დროს აღინიშნება P_2-ის აქცენტი და მარჯვენა ვარკვლავ იმპულსი ვიბრირებადი ხდება. მიტრალურ სტენოზს შეიძლება ახდეს მიტრალური რეგურგიტაცია და აორტის სარქველების დაზიანება.
	აორტის მნიშვნელოვანი სტენოზის გამო სისხლი ძლიერად გადის სარქველში, ნარმოიქმნება ტურბულენტობა და იზრდება მარცხენა ვარკვლავ პოსტდატვითვა. მიზეზებია თანდაყოლილი, რევმატული და დეგენერაციული პროცესები. სიმპტომები დამოკიდებულია მიზეზზე. სხვა დგომარეობები აორტის სტენოზის მსგავს სურათს იწვევენ, მაგრამ არ აღინიშნება გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია. ესენია: *აორტის სკლეროზი*, ასაკით გამოწვეული აორტის სარქველების დაზიანება, *თანდაყოლილი ორკარიანი აორტის სარქველი*, რომლის დიაგნოზის დასმა ვეღარ მოხერხდა ზრდასრულ ასაკამდე; *აორტის გაფართოება* ათეროსკლეროზის, სიფილისის ან მარფანის სინდრომის დროს. აღინიშნება სისტოლის დროს აორტის სარქველებში სისხლის პათოლოგიურად გაძლიერებული გადასვლა, ისე როგორც აორტის რეგურგიტაციის დროს.	რევმატიზმის გამო მიტრალური სარქველი სქელდება, რიგიდული ხდება და განიცდის დეფორმაციას, რის გამოც დიასტოლის ფაზაში ბოლომდე ვეღარ იღება. ამის შედეგად ნარმომობილ შუილს ორი კომპონენტი აქვს: (1) მეზოდიასტოლური (ვარკვლავ სწრაფი ავსების დროს) და (2) პრესისტოლური (წინაგულების შეკუმშვის დროს). მოგვიანებით, თუ მოცემულ არიტმია განვითარდა, პრესისტოლური შუილი გაქრება და დარჩება მხოლოდ მეზოდიასტოლური.

სხივი 8-11

ჯახდიოვასკულური (გულ-სისხლძარღვოვანი) ხმიანობები სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტებით

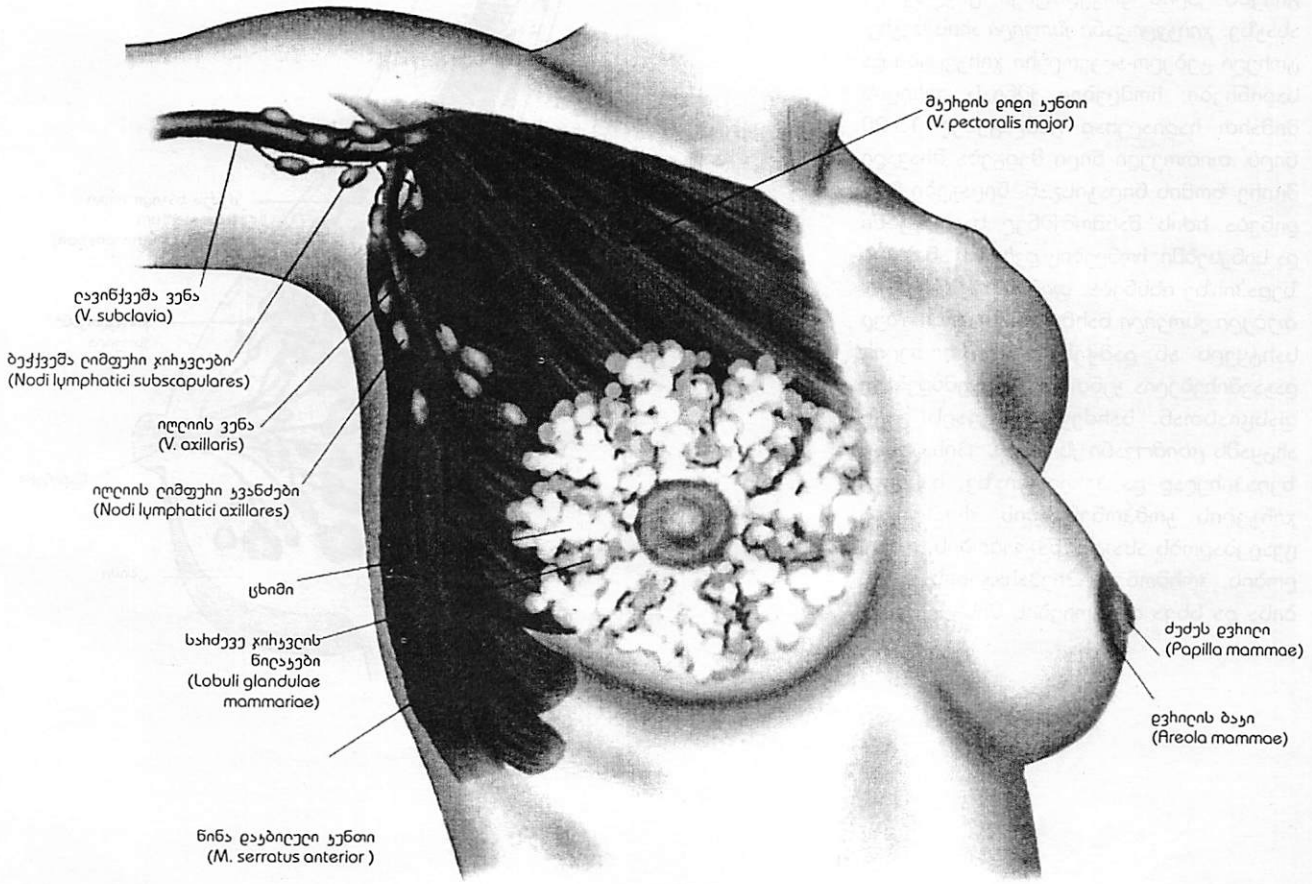
გულ-სისხლძარღვოვანი ზოგიერთი ხმიანობა გულის ციკლის ერთ ფაზაში გრძელდება. ქვემოთ განხილულია სამი მაგალითი: (1) ვენური შუილი, ყველაზეთვისებიანი ხმიანობა, რომლის მიზეზია საყელე ვენაში სისხლის ტურბულენტური მოძრაობა – ჩვეულებრივ, ბავშვებშია. (2) პერიკარდიუმის ხახუნის ხმა, რომელსაც წარმოქმნის პერიკარდიუმის ფურცლების ანთება და (3) შეუხორცებული არტერიული სადინარი, თანდაყოლილი პათოლოგია, რომელსაც პორტასა და ფილტვის არტერიას შორის არსებობს ღია სადინარი. გარანგრძლივებული შუილები ჩნდება სისტოლის ფაზაში და გრძელდება მთელი დიასტოლის ფაზაში.

	ვენური შუილი	პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა	ღია არტერიული სადინარი
წარმოქმნის ადგილი			
მდებარეობა			
გავრცელება	გარანგრძლივებული შუილი ჩვეულებრივ ინტენსივობის გარეშე. დიასტოლის ფაზაში უფრო ხმამაღალია.	შეიძლება ჰქონდეს სამი ხანმოკლე კომპონენტი, რომლებიც დაკავშირებულია პერიკარდიუმის ღრუში გულის მოძრაობით გამოწვეულ ხახუნთან: (1) წინაგულების სისტოლა, (2) პარკუჭების სისტოლა და (3) პარკუჭების დიასტოლა. ჩვეულებრივ, პირველი ორი კომპონენტი აღინიშნება. სამივე კომპონენტის არსებობა ადვილებს დიაგნოსტიკას. მხოლოდ ერთი (ჩვეულებრივ, სისტოლური) კომპონენტი შუილში შეიძლება აგვერიოთ.	გარანგრძლივებული შუილი სისტოლის და დიასტოლის ფაზებში, ხშირად ჩვეულებრივ ინტენსივობით გვიან დიასტოლაში. ყველაზე ხმამაღალია გვიან სისტოლაში, ცუდად ისმის S_2 და ქრება დიასტოლაში.
ინტენსივობა			
ხასიათი			
ტონალობა	ღარინის ფარ მესამედის ზემოთ, განსაკუთრებით მარჯვნივ	ცვალებადი, მაგრამ ხშირად უფრო ისმის მკერდის ძვლის მარცხნივ მე-3 ნეკნთაშუა სივრცეში.	მარცხნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში
	პირველ და მეორე ნეკნთაშუა სივრცეებში	მცირეა	მარცხენა ღარინისკენ
	ჩვეულებრივ, ხმამაღალია. საყელე ვენაზე ზენოლა შუილს აქრობს	ცვალებადი. შეიძლება გაძლიერდეს, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილია და ამოსუნთქვის შემდეგ სუნთქვას აჩერებს (პერიკარდიტის ხახუნისგან განსხვავებით).	ჩვეულებრივ, ხმამაღალია, ზოგჯერ ახლავს თრთოლვა
	ყურში	მხეხავი, მჟანჩავი	ყურში, მანქანის ძრავის ხმის მსგავსი
	დაბალი (უკეთესად მოისმინება სტეტოსკოპით)	მაღალი (უკეთესად ისმის ფონენდოსკოპით)	სამუსიკო

9 სახძევე ჯირკვლები და იღლია

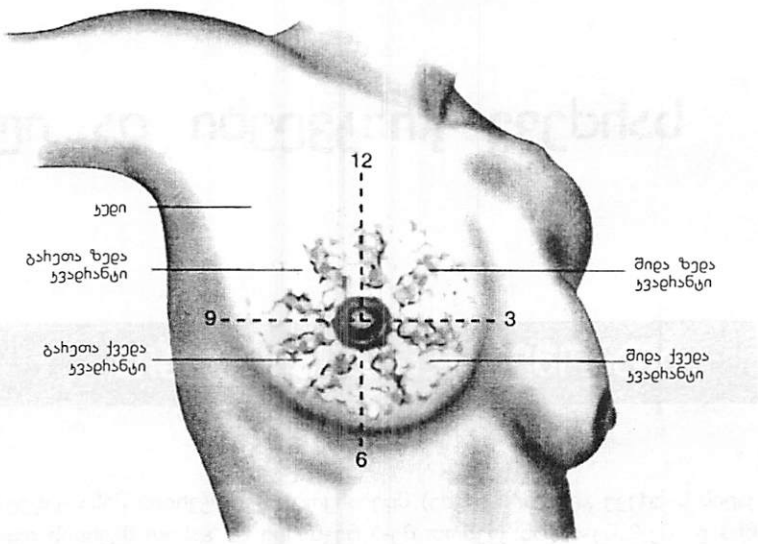
ანატომია და ფიზიოლოგია

ქალის სახძევე ჯირკვალი (ძუძუ) მდებარეობს გულ-მკერდის წინა ზედაპირზე, ვრცელდება ღავიწასა და მე-2 ნეკნიდან ქვემოთ მე-6 ნეკნამდე და გარეთ მკერდის ძვლიდან შუა აქსილარულ ხაზამდე. მისი ზედაპირი უფრო ოთხკუთხედია, ვიდრე მრგვალი.

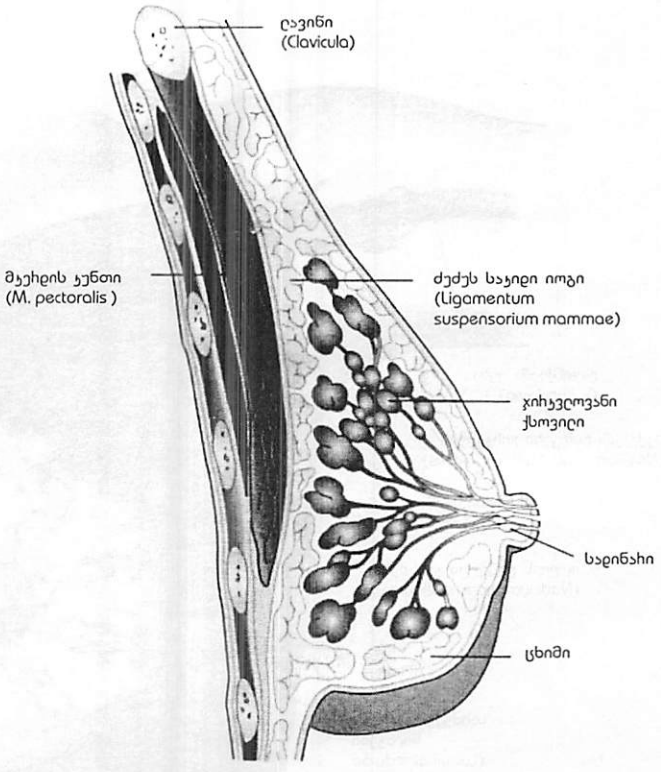


სახძევე ჯიჯვაღი მკერდის დიდ კუნთზე მდებარეობს და მის ქვედა კიდეს წინა კიბისებური კუნთი ქმნის.

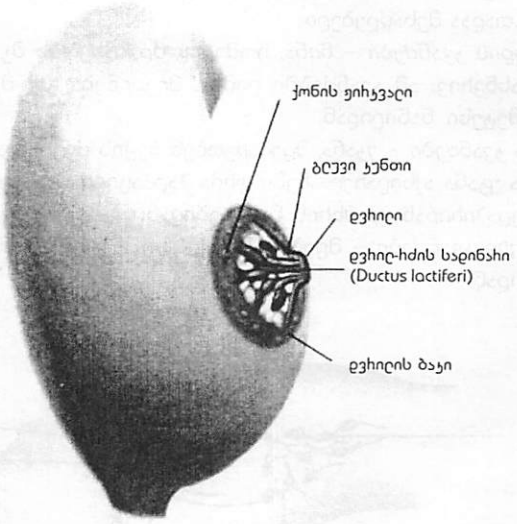
კლინიკური მონაცემების აღწერისთვის სახძევე ჯიჯვაღს ოთხ კვადრანტად ყოფენ ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ხაზებით, რომელთა გადაკვეთის წერტილი დვრილზე მდებარეობს. სახძევე ჯიჯვაღის აქსილარული ნაწილი მიემართება წინა აქსილარული ხაზამდე. გარდა ამისა, ცალკეული კერების ადგილმდებარეობა შეიძლება გამოისახოს საათის ზედაპირზე საათის ისრის მდებარეობით (მაგ., 3 სთ) და დვრილიდან დაშორებით (სანტიმეტრებით).



სახძევე ჯიჯვაღი ჰორმონებისადმი მგრძნობიარე ქსოვილია, რომელიც ჩაგრილებს ქალის ყოველთვიურ ციკლზე და ასაკზე. *ჯირკვლოვანი ქსოვილი* არის სეკრეტორული ტუბულო-აღვეოლური ჯირკვლები და სადინრები, რომლებიც ქმნიან დვრილის მიმართ რადიალურად განლაგებულ 15-20 *წილს*. თითოეული წილი შედგება მრავალი მცირე ზომის წილაკისგან. წილაკები ჩაედინება ძირის წარმომქმნელ სადინრებში და სინუსებში, რომლებიც *დვრილის* ან *ბაკის* ზედაპირზე იხსნება. *ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილი* წარმოქმნის ფიბროზულ სარტყელს ან დამჭერ მყესს, რომელიც დაკავშირებულია კუნთთან და ქვეშმდებარე ფასციასთან. სახძევე ჯიჯვაღს გარს არტყამს *ცხიმოვანი ქსოვილი*, უპირატესად ზედაპირულად და პერიფერიაზე. სახძევე ჯიჯვაღის კომპონენტების ჰორმონული რეგულაცია ცვალებადობს ასაკის, ნაყოფიერების, ორსულობის, ჰორმონული პრეპარატების მიღებისა და სხვა ფაქტორების მიხედვით.

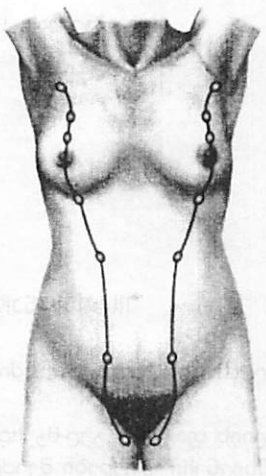


ბაჯის ზედაპირს გააჩნია მცირე ზომის მრგვალი შემაღლებები, ჰასაც ნაჰმოქმნიან ცხიმოვანი, საოფლე და ბაჯის ჯირჯვლები. ზოგჯერ ბაჯზე შეიძლება თმის ღერებიც იყოს.



ძვრილიც და ბაჯიც მჭიდროდ ეხება გლუვ ჯუნთს, ძუძუთი ჯვების ღროს ჯუნთის შეჯუმშვა ინვევს სადინრებიდან ძძის გამოსვლას. ძვრილს გააჩნია მდიდარი სენსორული ინერვაცია და ბავშვის წოვაზე ნეირონჰუმორული ზემოქმედების შედეგად ხდება "ძძის გამოყოფა". მჯერის გასინჯვისას ტაქტილური სტიმულაციით ხდება ძვრილის დაპატარავება, ამაღლება და გამჯვრივება, და ბაჯის შეჭმუხვნა და დანაოჭება. გლუვი ჯუნთის ეს ჰეფლექსი ნორმალურია და არ უნდა შეგეშალოთ ძუძუს დაავადების ნიშნებთან.

მოზრდილის ძუძუ ჩვილია, მაგრამ ხშირად შეიძლება იყოს ხორკლიანი, ჯვანძოვანი ან მარცვლოვანი. ასეთი აგებულება ნორმალურია და *ფიზიოლოგიური ჯვანძოვანება* ეწოდება. ის ხშირად ორმხრივია და შეიძლება გამოხატული იყოს მთელ სარძევე ჯირჯვალში, ან მხოლოდ მის ნილში. მენსტრუაციის წინ ჯვანძოვანება მატულობს. ამ პერიოდში სარძევე ჯირჯვალი დიდდება და ხდება მგრძნობიარე, ზოგჯერ მტკივნეულიც. სარძევე ჯირჯვლის ცვლილებები მოზარდებსა და ორსულობის პერიოდში, იხ. გვ. 778-779 და გვ. 818.



იშვიათად, ერთი ან მეტი დამატებითი ძვრილი შეიძლება მდებარეობდეს ე.წ. "ძძის ხაზზე" ორგორც მარჯვნივ ნახატზეა ნაჩვენები. ამ დროს ძვრილი და ბაჯი ძალიან მცირე ზომისაა, ასე, ჩვეულებრივ, ხალში ეშლებათ. მის ქვეშ უნდა იყოს ჯირჯვლოვანი ქსოვილი. დამატებით ძვრილებს პათოლოგიური მნიშვნელობა არ გააჩნიათ.

მამაკაცის სარძევე ჯირჯვალი

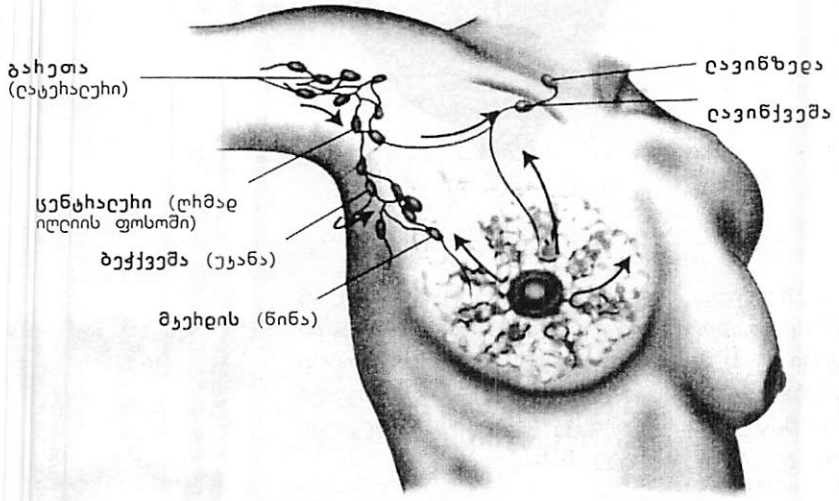
მამაკაცის სარძევე ჯირჯვალს გაცილებით მცირე ზომის ძვრილი და ბაჯი აქვს. მის ქვეშ მდებარეობს განვითარებული ჯირჯვლოვანი ქსოვილის თხელი ფენა, რომელიც გასინჯვით არ გამოირჩევა გარშემომყოფი ქსოვილებისგან. 2 სმ და მეტი დიამეტრის ჯირჯვლოვანი ქსოვილი სამიდან ერთ მამაკაცს აღენიშნება. სარძევე ჯირჯვლის ზომის ნორმები მამაკაცებისთვის დადგენილი არ არის.

ღიმფური სისტემა

სარძევე ჯირჯვლის ღიმფური ძარღვები იღლიაში ჩაედინება. იღლიის ღიმფური ჯირჯვლებიდან ყველაზე ხშირად პაპალაციით *ცენტრალური ჯვანძი* ისინჯება. ღიმფური ჯვანძები მდებარეობს მჯერის ჯედის გასწვრივ, ჩვეულებრივ, ზემოთ იღლიის ფოსოში და შუაში, წინ და უკან იღლიის არეებში.

ამ ჯვანძებში ჩაედინება სამი ჯგუფის ღიმფური ჯვანძების სადინრები. ამ ჯირჯვლების პაღპაცია იშვიათადაა მესაძღებელი:

- *გულ-მკერდის ჯვანძები – ნინა*, ჩომელიც მდებარეობს მკერდის დიდი კუნთის ქვეშა ჯიღის გასწვრივ. ამ ჯვანძებში ღიმფა მიედინება გულ-მკერდის ნინა კედლიდან და ძუძუს უმეტესი ნანილიდან.
- *ბეჭქვეშა ჯვანძები – უკანა*, მდებარეობენ ბეჭის ძვლის ღატერალური ჯიღის გასწვრივ; ისინჯება უკანა აქსილარულ არეში ღრმა პაღპაციით. ღიმფას აგროვებენ გულმკერდის უკანა ზედაპირიდან და მხრის ნანილებიდან.
- *ღატერალური ჯვანძები* – მდებარეობს *მხრის ძვლის გასწვრივ*. მათ მოაქვთ ღიმფა მკლავებიდან.



ᲘᲡᲠᲘᲗ ᲜᲐᲩᲕᲔᲜᲔᲑᲘᲐ ᲦᲘᲛᲤᲘᲡ ᲓᲘᲜᲔᲑᲘᲡ ᲛᲘᲛᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲐ

იღლიის ცენტრალური ჯვანძიდან ღიმფა მიედინება *ღავიწქვეშა* და *ღავიწზედა* ჯვანძებში.

იღლიის ფოსოში გულ-მკერდის ყველა ღიმფური ძარღვი არ ჩაედინება. ძუძუს ჯიბოს ღრუს სიმსივნური უჯრედები შეიძლება გავრცელდეს პირდაპირ ნეკნქვეშა ჯვანძებში ან გულმკერდის უფრო ღრმა სადინრებში.

ᲐᲜᲐᲛᲜᲔᲖᲘ

ᲮᲛᲘᲠᲘ ᲐᲜ ᲒᲐᲜᲡᲐᲮᲘᲠᲕᲔᲚᲘ ᲡᲘᲛᲞᲢᲝᲛᲔᲑᲘ

- ძუძუს შესიება ან სიმკვრივე
- ძუძუს ტკივილი ან დისკომფორტი
- დვრილიდან გამონადენი

ქალის სახძევე ჯირკვლის შესახებ შეკითხვები უნდა შედიოდეს ანამნეზის შეგროვებაში ან გადაიტანოთ ტრინიკის გამოკვლევაში. ჰკითხეთ "გაგისინჯავთ თქვენი მკერდი?"... "ხშირად ისინჯავთ?" მენსტრუაციის მქონე ქალებს ჰკითხეთ, ციკლის განმავლობაში როდის ისინჯავს მკერდს: თვითგასინჯვა უკეთესია, როდესაც დაბალია ესტროგენების სტიმულაცია, დაახლოებით მენსტრუაციის დაწყებიდან მე-5-7 დღეს. ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს ჰაიმე *ლისტომფოჩტი, ტკივილი* ან *სიმაგრე* ძუძუს გასინჯვისას. ქალთა დაახლოებით 50%-ს პაპაპაციით აღენიშნებათ სიმაგრე ან კვანძოვანება; ასევე ჰემენსტრუალური გადიდება და მგრძნობელობა. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს სიმაგრის ან შესიების არსებობას, სთხოვეთ, გაჩვენოთ მისი მდებარეობა, ჰკითხეთ, რამდენი ხნის წინ შეამჩნია და იცვლის თუ არა ზომას ან ცვლებადობს თუ არა მენსტრუალური ციკლის დროს.

სიმაგრე შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური და ცვლებადობდეს ციკლიდან და ფიბროადენომიდან ძუძუს კიბომდე. იხ. ცხრილი 9-1. ძუძუს კიბოს ხიდული ნიშნები (გვ. 356), და ცხრილი 9-2, სახძევე ჯირკვლის ხშირი სიმსივნეები, (გვ. 357).

ჰკითხეთ ასევე, ხომ არ აქვს *დვრილიდან რაიმე გამონადენი* და როდის. თუ გამონადენი ჩნდება მხოლოდ დვრილის მოჭერისას, ეს ფიზიოლოგიური პროცესია. თუ გამონადენი სტიმულაციის გარეშე, სპონტანურად ვითარდება და პაციენტი ტანსაცმელზე ან ღამის პერანგზე ამჩნევს, ჰკითხეთ, რა ფერისაა, როგორი კონსისტენციის და რა რაოდენობისაა ეს გამონადენი. ორმხრივია თუ ცალმხრივი?

ორმხრივი ძირითანი გამონადენი, ანუ *გალაქტორეა* ვითარდება ორსულობის ან ჰიპერპროლაქტინისა და სხვა ჰორმონების დისბალანსის დროს.

სპონტანური, ხანგრძლივი, უძველ გამონადენი, რომელიც სისხლიანია და ცალმხრივი, მიუთითებს ძუძუს ადგილობრივ დაავადებაზე, რომელიც შეიძლება იყოს *პაპილომა* ან, იშვიათად, *ძუძუს კიბო.*

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და მსჯელობა

ჯანმთელობის ხელშეწყობის და მსჯელობის მნიშვნელოვანი პუნქტები

- ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორები
- ძუძუს კიბოს სკრინინგი
- ძუძუს თვითგასინჯვა

ქალებს შეიძლება ჰქონდეთ სახძევე ჯირკვლის ქსოვილის ფარითი დიაპაზონის ცვლილებები და შეგრძნებები, დაწყებული ციკლის დროს შესიებიდან და კვანძოვანებიდან, დამთავრებული გამოხატული სიმსივნით. სახძევე ჯირკვლის გამოკვლევა შესაძლებლობებს აძლევს ტრინისტს და ავადმყოფ ქალს, რათა გამოითქვას ქალის ჯანმთელობისთვის მნიშვნელოვანი მოსაზრებები – რა უნდა გააკეთოთ, როდესაც აღმოაჩენთ სიმაგრეს, ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და სკრინინგის საშუალებები, როგორიცაა ძუძუს თვითგასინჯვა, გამოცდილი ექიმის მიერ ძუძუს გამოკვლევა (clinical breast examination – CBE) და მამოგრაფია.

ძუძუს სიმაგრეები მრავალი ეტიოლოგიის შეიძლება იყოს, დაწყებული ფიბროადენომიდან და ციკლებიდან უფრო ხშირად ქალებში, აბსცესით და მასტიტით, დამთავრებული ძუძუს პირველადი კიბოთი. ძუძუს ყველა სიმსივნე საჭიროებს ყურადღებით დაკვირვებას. პირველადი შეფასებისას ქალის ასაკი და სიმსივნის ტრინიკური მახასიათებლები გარკვეულად მიგანიშნებთ მის ხასიათზე, მაგრამ აუცილებელია კონკრეტული დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარება.

სახიფათო ჯიხვის დაავადებათა სიმპტომები

ასაკი	ხშირი დაზიანება	დახასიათება
15-25	ფიბრომაადენომა	ჩვეულებრივ, მცირე, მრგვალი, მოძრავი, უმტკივნეულო
25-50	ძირითადი ფიბროცისტული ცვლილებები	ჩვეულებრივ, ხშირად მრავლობითი, მრგვალი, მოძრავი, ხშირად მგრძნობიარე ტკივილიანი, ბოჭკოვანი
	ძირითადი	ახასიათებს ვარსკვლავის ფორმის, მკვრივი, არ არის მკვეთრად გამოყოფილი გარშემო ქსოვილებიდან
50-ზე მეტი	ძირითადი, სანამ სხვა გზით დადასტურდება ბოქტასიური ადენომა, ძირითადი	როგორც ზემოთ
ორსულობა/ ბოქტასია	მასტიტი და ძირითადი	როგორც ზემოთ

ძუძუს ჯიხვის რისკ-ფაქტორები. მთელს მსოფლიოში ქალებში ყველაზე ხშირი სიმსივნეა ძუძუს ძირითადი, რომელზედაც ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 10%-ზე მეტი მოდის. აშშ-ში ქალებში ძუძუს ძირითადი განვითარების რისკი 13%-ია. დიაგნოზის აღბათობა იზრდება ათწლეულების მიხედვით: 30-დან 40 წლამდე დ" 0.5%; 40-დან 50-მდე – 1.49%; 50-დან 60-მდე – 2.79% და 60-დან 70-მდე – 3.38%.[1] ქალებში სიმსივნით გამონვეული სიკვდილობის მეორე მიზეზი ძუძუს ძირითადია და მისი სიხშირე განსაკუთრებით მაღალია 35 წლამდე და 75 წლის ზემოთ ასაკში. სიკვდილობა უფრო დაბალია 55 წლამდე ასაკის თეთრკანიან ქალებში, ვინაიდან მათ უფრო ხშირად უტარდებათ მამოგრაფია და უფრო აგრესიული მკურნალობა, ხოლო გაზრდილია აფრო-ამერიკელ ქალებში.[2]

სახიფათო ჯიხვის დაავადების სიმპტომების მქონე ქალებს ესაჭიროებათ აქტიური გამოკვლევები. მათ შორის ძირითადი შეიძლება აღმოჩნდეს 4%-ში და 11%-ში იმ ქალებში, ვისაც აღენიშნებათ სიმაგრე სახიფათო ჯიხვაში.[3] ასევე, ყურადღება მიაქციეთ დვრილიდან გამონადენის არსებობას. უმეტეს შემთხვევაში, დვრილიდან გამონადენი ფიზიოლოგიური ხასიათისაა, დაახლოებით 5%-ს კი შეიძლება ჰქონდეს ძუძუს ძირითადი, განსაკუთრებით, მაღალი ასაკის ჯგუფში.[4]

იშვიათად, სახიფათო ჯიხვაზე ჩივილები შეიძლება ტკივილსაც ჰქონდეთ. მამაკაცებში ძუძუს ძირითადი სიხშირე დ"1% და ვრცელდება 60-დან 70 წლის ასაკში. რისკ-ფაქტორები მოიცავს ესტროგენების ზემოქმედებას, რასაც ადგილი აქვს ენდოკრინული სინდრომის და ღვიძლის ციროზის დროს; დასხივების ზემოქმედებას და დადებით ოჯახის ანამნეზს მედდრობითი სქესის ნათესავებში.

ასიმპტომური ქალების სკრინინგისთვის სამიზნე რისკ-ფაქტორია ოჯახური ანამნეზი. ძუძუს ძირითადი ფაქტორები შემთხვევათა 55%-შია და დადებითი ოჯახური ანამნეზი, შესაბამისად, 10%-ზე მეტია.[2] ექიმმა და თითოეულმა ავადმყოფმა უნდა განიხილონ ასაკი და დემოგრაფიული მონაცემები, ოჯახური ანამნეზი, ჰორმონალური ანამნეზი და წარსულში

ძუძუს დაავადებების ჩამომე პროლიფერაციული პროცესების არსებობა, განსაკუთრებით, თუ in situ ბიოფსიამ აჩვენა ატიპიური ჰიპერპლაზია ან ნიღოვანი კარცინომა. სხვადასხვა მოდელი დაგეხმარებათ ავადმყოფ ქალებში ძუძუს კიბოს რისკის დადგენაში. დღეისთვის ფართოდ გამოიყენება კიბოს ეროვნული ინსტიტუტის ძუძუს კიბოს რისკის შეფასების მეთოდი (http://ncra.nci.nih.gov/brc/) და Gail მოდელი.[5,6]

ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების ჩამონათვალი

ფაქტორი	შედარებითი რისკი (%)
ოჯახური ანამნეზი	
ძუძუს კიბოს მქონე პირველი ხარისხის ნათესავი	1.2 – 3.0
ჰემენოპაუზა	3.1
ჰემენოპაუზა და ოჯახური	8.5 – 9.0
პოსტმენოპაუზა	1.5
პოსტმენოპაუზა და ოჯახური	4.0 – 5.4
BRCA1/BRCA2 გენები	3.0 – 7.0
მენსტრუაციის ანამნეზი	
დაწყების ასაკი <12	1.3
მენოპაუზის ასაკი >55	1.5 – 2.0
ორსულობა	
პირველი მშობიარობის ასაკი 25-29	1.5
პირველი ცოცხალი მშობიარობის ასაკი 30 წლის ზემოთ	1.9
პირველი ცოცხალი მშობიარობის ასაკი 35 წლის ზემოთ	2.0 – 3.0
არანამშობიარები	3.0
ძუძუს მდგომარეობა და დაავადებები	1.0
არაპროლიფერაციული დაავადება	1.9
პროლიფერაციული დაავადება	4.4
პროლიფერაცია ატიპიური ჰიპერპლაზიით	6.9 – 12.0
ნიღოვანი კარცინომა in situ	1.8 – 6.0
მამოგრაფიით ძუძუს სიმკვრივე	

დემოგრაფიული ფაქტორები – ასაკი, განათლება და შემოსავალი, სახლოვრებელი ადგილი, ეთნიკურობა.[2] დღეისთვის ჯამური სიცოცხლის ხანგრძლივობის რისკი ძუძუს კიბოს შემთხვევაში, დაახლოებით, შვიდიდან ერთია; ხოლო ცხრიდან ერთი – ძუძუს ინვაზიური კიბოს შემთხვევაში, რასაც ადასტურებს in situ მამოგრაფიით კიბოს აღმოჩენი დიაგნოსტიკა. ძუძუს კიბოს შემთხვევების 3/4-ზე მეტი ვლინდება 50 წლის ზევით ასაკის ქალებში და ნახევარზე მეტი – 65 წლის ზევით ასაკის ქალებში. ჯარი განათლება და შემოსავლის დონე ძუძუს კიბოს რისკს არომაგებს, ამის შესაძლო მიზეზია პირველი მშობიარობის და ორსულობის ხოს ქალების სხვადასხვა ასაკი. ქალაქის მაცხოვრებლებში რისკი უფრო მაღალია და იცვლება ხეგიონების (ყველაზე მაღალია ჰავაის კუნძულებზე და ყველაზე დაბალი იუტას სამხრეთში) და ეთნიკურობის მიხედვით. მაღალი სიხშირე აღინიშნება ჯავასიური რასის ქალებში, შემდეგ, შესაბამისად, მცირდება აფრო-ამერიკელებში, ლათინო-ამერიკელებში და აზიელ ამერიკელებში.

ოჯახური ანამნეზი. ძუძუს კიბოს შედარებითი რისკი, ანუ რისკის ფარდობა ინდივიდებში, რომელთაც რისკ-ფაქტორები არ გააჩნიათ, ჯვრისი მენზესთან და მენოპაუზა-

სთან, პირველი მშობიარობის ასაკი, ძუძუს მდგომარეობა და დაავადებები შეჯამებულია ზემოთ მოტანილ ცხრილში. ძუძუს ჯიბოს ოჯახური ისტორია ფასდება ორი სახით: ძუძუს ჯიბოს ოჯახური ანამნეზი და გენეტიკური განწყობა. პირველი ხიგის ნათესავები: დედა ან და, რომელთაც ძუძუს ჯიბო აქვთ, ქმნიან "დაღებით ოჯახურ ანამნეზს". ამ ჯგუფში მენოპაუზის მდგომარეობა და დაავადების ხანგრძლივობა ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. პრემენოპაუზის პერიოდში მყოფი ძუძუს ჯიბოთი დაავადებული პირველი ხიგის ნათესავის არსებობა ძალიან მაღალი ხისჯის ნიშანია. თუმცა, როდესაც დედას ან დას ძუძუს ორმხრივი ჯიბო აქვს, ძუძუს ჯიბოს განვითარების ხისჯი მხოლოდ 25%-ია.[7]

ქალებში მემკვიდრეული დაავადება, რომელიც ძუძუს ჯიბოს განვითარების განწყობას ქმნის, დაკავშირებულია გენებთან: *BRCA1* და *BRCA2*, რომელთა სიხშირე ძუძუს ჯიბოს დროს, შესაბამისად, არის 5% და 10%.[8] ეს გენები აუტოსომურ დომინანტურია და მათი არსებობისას ჯიბოს განვითარების ხისჯი 50%-ია 50 წლამდე ასაკის ქალებში და 80%-ია 65 წლის ზევით ასაკის ქალებში. ამ მუტაციის მაღალი ხისჯის ფაქტორებია ძუძუს ჯიბოს მქონე ჰამოდენიმე ნათესავის არსებობა, ერთი ან ორივე საკვერცხის ჯიბო; თუ ქალს ერთდროულად ორი პირველადი სიმსივნე აქვს (მაგ. ძუძუს და საკვერცხის ორმხრივი ჯიბო); და ვერტიკალური (ალმავალი) გადაცემა ორ და მეტ თაობაში.

მენსტრუაციის ანამნეზი და ორსულობა. ადრეული მენზესი, დაგვიანებული მენოპაუზა, ცოცხალი ნაყოფით მშობიარობა 35 წლის ზევით ასაკში 2-3-ჯერ ზრდის ძუძუს ჯიბოს განვითარების ხისჯს. ეს ფაქტორები, განსაკუთრებით კომბინაციისას, დაკავშირებულია ესტროგენის ძუძუს ქსოვილზე ზემოქმედების ხანგრძლივობასთან.[9]

ძუძუს მდგომარეობა და დაავადებები. როდესაც ძუძუს ეპითელური ბუშტუკების დროს ბიოფსია აჩვენებს in situ ატიპიურ ჰიპერპლაზიას ან ნიღაბ კარცინომას, საგრძნობლად იზრდება ჯიბოს განვითარების შედარებითი ხისჯი და შეადგენს თითოეულისთვის, შესაბამისად, 4.4 და 6.9-დან 12.0-მდე.

ძუძუს ჯიბოს სკრინინგი. თუმცა ძუძუს ჯიბოს დადგენის სარწმუნო მეთოდი არ არის, თანამედროვე ექიმენდაცია *ძუძუს თვითგასინჯვას* (breast self-examination – BSE) განიხილავს, როგორც ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საშუალებას. ქალებს, რომლებიც აპირებენ ძუძუს თვითგასინჯვას, უნდა გააცნოთ მეთოდიკა და მოსთხოვოთ, შეგატყობინონ ნებისმიერ ახალი სიმპტომის აღმოჩენის შესახებ. ძუძუს ჯიბოს საშუალო ხისჯის მქონე ქალებისთვის ამერიკის ჯიბოს საზოგადოება ექიმენდაცია უწევს *ძუძუს კლინიკურ გამოკვლევას* (clinical breast examination – CBE) სპეციალისტის მიერ ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ 20-დან 39 წლამდე ასაკის ქალებისთვის, ყოველწლიურად – 40 წლის ზემოთ და 40 წლიდან – ყოველწლიურად მამოგრაფიის ჩატარებას.[10,11] ამავე დროს 40-დან 50 წლამდე ასაკში *მამოგრაფიის* ჩატარების ინტერვალები ჯერ კიდევ საკამათოა. მამოგრაფია ნაკლებ ინფორმატიულია ჯირკვლოვანი და მკვრივი სარძევე ჯირკვლებისთვის, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მენოპაუზამდე ისინი განიცდიდნენ ესტროგენებით ძლიერ სტიმულაციას. ამ დროს შესაძლებელია ცვლილებადი მონაცემების მიღება. მაღალი ხისჯის მქონე ქალებს ბევრი ექიმი უჩრევს სანყისი სკრინინგისთვის მამოგრაფიის ჩატარებას 30-დან 40 წლამდე ასაკში, შემდეგ 50 წლამდე – ყოველ 2-3 წელიწადში ერთხელ. 50-დან 69 წლამდე ასაკის ქალებს უჩრევენ ყოველწლიურად ძუძუს კლინიკურ გამოკვლევას და მამოგრაფიას.[7]

70 წლის ზევით მამოგრაფიის ეფექტურობა ნაკლებია. ამერიკის გერიატრიული ასოციაცია 75 წლის ზევით ქალების ექიმენდაციას აძლევს ყოველ 1-3 წელიწადში მამოგრაფიის ჩატარებას 4 წლით და მეტად სიცოცხლის გახანგრძლივებისთვის, განსაკუთრებით ხისჯფაქტორების არსებობისას ან ჰორმონებით ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი თერაპიის შემთხვევაში. თუ თანმხლები დაავადებები, როგორიცაა დემენცია, იწვევს სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირებას, მამოგრაფიის ჩატარების საკითხი ექიმმა უნდა განიხილოს პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან, რადგან ამ დროს სკრინინგის სარგებლიანობა შეიძლება შემცირებული იყოს.[12]

ბასინჯვის მეთოდიკა

ქალის სახძევე ჯიხვები

სახძევე ჯიხვების ყლინიკური გამოკვლევა ქალის ჯანმთელობის დაცვის მნიშვნელოვანი კომპონენტია: იგი ზრდის ძეძს ჯიბოს დაგენის აღბათობას მაშინ, როდესაც ეს არ აჩვენა მამოგრაფიამ, და შესაძლებლობას ქმნის, შეასნავლოთ ავადმყოფს თვითგასინჯვის მეთოდი. ყლინიკურმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ექიმის გამოცდილების და მეთოდიკის სხვადასხვაობა განაპირობებს ძეძს ყლინიკური გამოკვლევის ხარისხს. ყლინიცისტმა უნდა იცოდეს სტანდარტული (განსაკუთრებით, პალპაციის) მეთოდები, იყენებდეს სისტემურ და სრულყოფილ მეთოდებს, სხვადასხვა სიძლიერით ზეწოლას პალპაციისას და თითის ბალიშებით წრიულ მოძრაობას.[13] ეს მეთოდიკა უფრო დაწვრილებით იქნება განხილული შემდეგ გვერდებზე. ექიმენდებულია ინსპექციის ტინული ჩატარება, მაგრამ მისი ხარისხი ძეძს ჯიბოს დაგენაში ნაკლებადაა შესნავლილი.

ძეძს ჯიბოს რისკ-ფაქტორებია წარსულში ძეძს ჯიბოს არსებობა, დაავადებული დედა ან და, ბიოფსიით გამოვლენილი ატიპიური ჰიპერპლაზია, დიდი ასაკი, ნაადრევი მენზესი, დაგვიანებული მენოპაუზა, ორსულობის არ არსებობა ან გვიან ასაკში ორსულობა, გულ-მკერდის ჯედის დასხივება წარსულში.

სახძეიგე ჯიხვების გამოკვლევის დაწყებამდე დარწმუნდით, რომ ქალები და გოგონები თავს უხერხულად არ გრძნობენ. პაციენტს მოექცით ფრთხილად და ზრდილობიანად. დასაწყისში აუხსენით, რომ ძეძების გამოკვლევას აპირებთ. ამავე დროს ჯარგი იქნება ჰკითხოთ, რომ არ შეუნიშნავს რაიმე სიმაგრე და იტარებს თუ არა ყოველთვიურად თვითგასინჯვას. თუ არა, ასნავლეთ გასინჯვის მეთოდიკა და დააკვირდით, როგორ იმეორებს თავად, თუ საჭიროა, დაეხმარეთ ან შეუსწორეთ.

იხ. მითითებები სახძევე ჯიხვების თვითგასინჯვისთვის, გვ. 353.

სწორად ჩატარებული ინსპექცია მოითხოვს მკერდის სრულად გამორჩენას, მაგრამ მოგვიანებით ერთი ძეძს გამოკვლევისას, მეორე დაფარეთ ხელსაცმით. მენსტრუაციის წინ სახძევე ჯიხვები უფრო მგრძნობიარე, გადიდებული და კვანძოვანი ხდება მომატებული ესტროგენების ზემოქმედებით, ამიტომ გამოკვლევისთვის საუკეთესო დროა მენსტრუაციის დაწყებიდან მე-5-7 დღე. ამ დროისთვის მენსტრუაციის წინა პერიოდში გაჩენილი კვანძები უკუგანვითარებულია.

ინსპექცია

სახძევე ჯიხვების ინსპექციის დროს წელს ზევით გახდილი ავადმყოფი უნდა იჯდეს. ამომწურავი გამოკვლევა მოიცავს ყურადღებით ინსპექციას კანის ცვლილებების, სიმეტრიულობის, კონტურების, ძეძს შეზნექვის დასადგენად ვიკვლევთ ავადმყოფს მკლავების ჩამოშვებისას, მკლავების თავზე დაწყობისას, მკლავების თეძოებზე დებისას და განზე გაწევისას. თუ იკვლევთ მოზარდ გოგონას, შეაფასეთ მისი მკერდის განვითარება თანნების სქესობრივი განვითარების დონეების მიხედვით, რომელიც 779 გვერდზეა მოცემული.

ჩამოშვებული მკლავების პოზიცია. დაიმახსოვრეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი ყლინიკური მონაცემები.

- *კანის მდგომარეობა*, მოიცავს:

ფერი

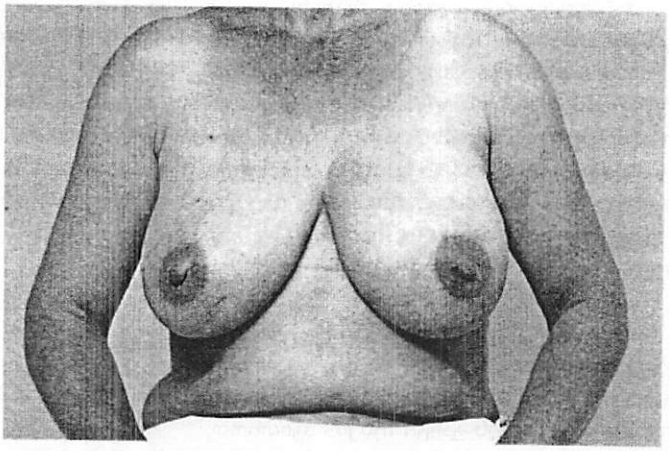
სინითლის მიზეზი შეიძლება იყოს ადგილობრივი ინფექცია ან ანთებითი კარცინომა.

გასქელება და თვალშისაცემი ფორები ძეძს ჯიბოზე მიუთითებს.

ჯანის გასქელება და უჩვეულოდ თვალშისაცემი ფოხები, ჰასაც შეიძღება ახღდეს ღიმფური ობსტრუქცია

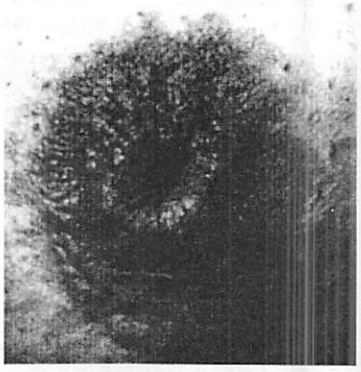
- *საძძევე ჯიჰჯვღების ზომები და სიმეტრიულობა.* მცირე განსხვავება ძუძუს ზომებში ბაჯის ჩათვღით, ხშირია და ნორმად ითვღება, როგორც სუსათზეა ნაჩვენები.
- *საძძევე ჯიჰჯვღის ჯონტურები.* დაჯვირდით ისეთ ცვღიღებებს, როგორცაა შესიება, ჩაღრმავება ან გადასწორება. შეადარეთ მხარეები ერთმანეთს.

ძუძუს გადასწორება ჯიბოზე მიუთითებს. იც. ცხრიღი 9-1, ძუძუს ჯიბოს ხიღული ნიშნები (გვ. 356).



ჩამოშვებული ხელების პოზიცია

- დვრიღების *დამახასიათებელი ნიშნები: ზომა და ფორმა, მიმართულება, გამონაყარი ან ნაღული, ჰარმე გამონადენი.*

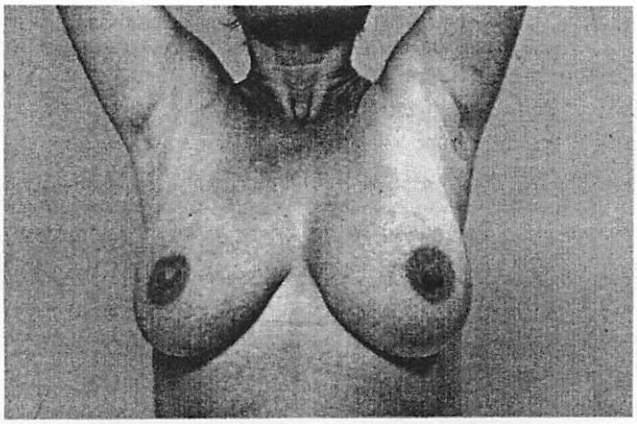


დვრიღების მიმართულების ასიმეტრია ქვემდებარე ჯიბოზე მიუთითებს. გამონაყარი ან ნაღული – Paget-ის (პეჯეტის) დაავადებაზე (იხ.გვ 356).

იშვიათად, დვრიღის ფორმა *ჩანაღული* ბაჯის ზედაპირის მიმართ. ის შეიძღება ფარავდეს ბაჯის ჯანის ნაწიღს, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები. ხანგრძღივი დროის განმავღობაში დვრიღის ჩანევა შეიძღება ნორმის ვარიანტი იყოს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც იქმნება პირობდემა ძუძუთი ჯვების დროს.

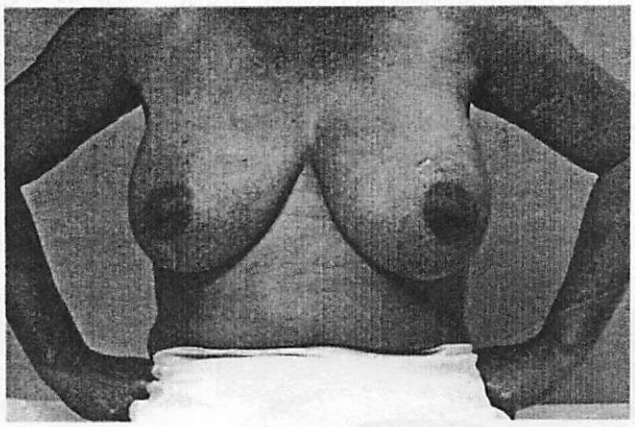
დვრიღის ახღად განვითარებული გადასწორება ან ჩანევა დვრიღის ჰეტრაქციაზე მიუთითებს. ჰეტრაქციული დვრიღი შეიძღება იყოს გაფართოვებული და გასქეღებული, რაც ქვემდებარე ჯიბოზე მიუთითებს.

ძჯღავების თავზე დაწყობის, ძჯღავების თეძოებზე დადებისა და ბაწზე ბაწევის პოზიციები. ჩაღრმავების ან გადასწორების დადგენისთვის, რაც შეიძღება ერთი შეხედვით არ ჩანდეს, სთხოვეთ ავადმყოფს ხელები ჯერ თავზე დაიწყოს, შემდეგ თეძოებზე, რათა შეიკუმშოს მკერდის კუნთები. თითოეული პოზიციაში ყურადღებით შეამოწმეთ ძუძუების კონტურები. თუ ძუძუები დიდი ზომისაა და ჩამოკიდებული, უკეთესი იქნება, თუ ავადმყოფი ფეხზე დადგება, წინ გადმოიხრება და დაეყრდნობა სკამის ზურგს ან ექიმის ხელებს.



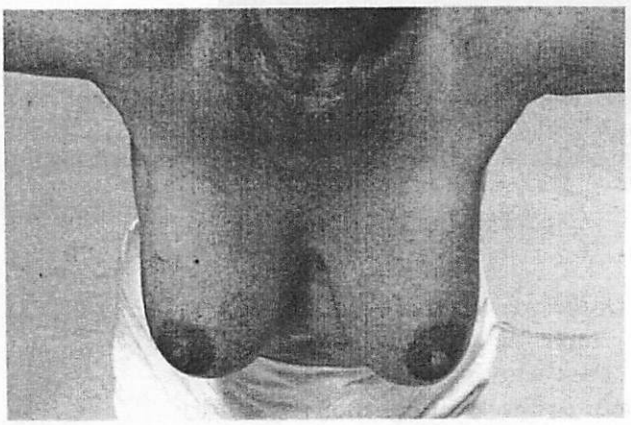
მკერდების თავზე დაწყობა

ამ პოზიციაში ძუძუს ჩაღრმავება ან ჭეშმარიტი ჭიპოზე მიუთითებს. ხოლო ჭიპო ან მასთან დაკავშირებული ფიბროზული ქიმები ეხება კანს და მჭიდრის ქუთის ფასციას, ქუთის შეკუმშვა იწვევს კანის ჩანევას, რაც წარმოქმნის ძუძუს ჩაღრმავებას.



მკერდების ნელზე დაწყობა

იშვიათად, ეს ნიშნები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ქეთილთვისებიან ჰიოცესტან, ჰოგოჩიცაა ცხიმის პოსტტრავმული ნეკროზი ან ძუძუს სადინარის ექტაზია, მაგრამ ყოველთვის საჭიროა შემდგომის გამოკვლევების ჩატარება.



მკერდების ბანზე ბანევა

ამ პოზიციაში შეიძლება გამოვლინდეს ძუძუების ან დვრილების ასიმეტრია, რაც ჩვეულებრივი დათვალიერებისას ჩანდა. დვრილის და ბაკის ჭეშმარიტი ქვეშმდებარე ჭიპოზე მიუთითებს. იხ. ცხრილი 9-1, ძუძუს ჭიპოს ხილული ნიშნები (გვ. 356).

პალპაცია

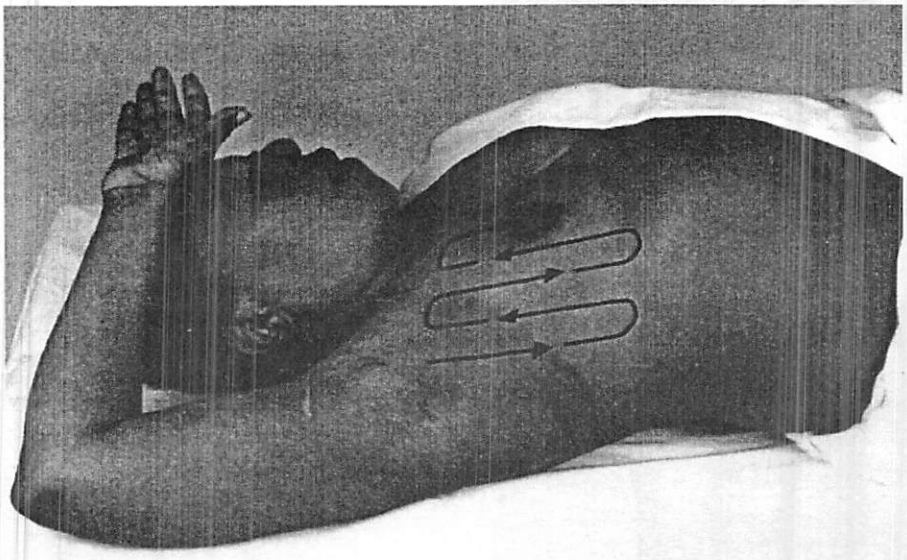
სპეციალური ჩინჯვები. ძუძუს ჯანის გადასწორების დროს გამოჯვერვის საუკეთესო მეთოდია პალპაცია. ამ დროს ავადმყოფი ზურგზე უნდა იწვეს. ოთკუთხედი უბნების პალპაცია ხორციელდება ღავიწიდან ძუძუს ქვედა ხაზამდე, ანუ ღიფის ჯიღემდე, და მკერდის ძვლის შუა ხაზიდან უკანა აქსილარულ ხაზამდე; ასევე იღლიისკენ - ძუძუს ჯუჯის გასასინჯად.

თითოეული ძუძუს ამომწურავ გამოკვლევას 3 წუთი ესაჭიროება. გამოიყენეთ მე-2, 3 და 4 *თითების ბალიშები*, თითები ოდნავ მოხარეთ. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ გამოკვლევა იყოს *თანმიმდევრული*. ასევე შეიძლება გამოიყენოთ ნიული ან სოლისებური მოძრაობები. *ვერტიკალური ზოლის* საშუალება ძალიან ღირებული მეთოდია ძუძუს სიმაგრეების დასადგენად. ყოველ საკვლევ არეში გასინჯეთ *მკერდის ზომის წრიული უბნები*, საჭიროებისას გამოიყენეთ მსუბუქი, საშუალო ან ძლიერი ზეწოლა. დიდი ზომის ძუძუს დროს ღრმა ქსოვილების გამოკვლევისთვის დაგჭირებათ ძლიერი ზეწოლა. გამოკვლევის დროს უნდა ჩაატაროთ საკუთარივ ძუძუს, პერიფერიული უბნების, ჯუჯის და იღლიის ფოსოს პალპაცია.

ძუძუზე ძლიერი ზეწოლის დროს არ შეგეშალოთ ნეკნები ძუძუს გამკვრივებაში.

- *ძუძუს ლატერალური ნაწილის* გამოკვლევისთვის, ავადმყოფს სთხოვეთ გადებინოს საპირისპირო მხარეს, ხელი შუბლზე დაიდოს და მხრით ანვებოდეს სანოლს. ასეთი მდგომარეობა ძუძუს ლატერალურ ქსოვილს გაასწორებს. პალპაცია დაიწყეთ იღლიის ფოსოდან, ქვემოთ წამოყევით სწორ ხაზს ღიფის ჯიღემდე, შემდეგ თითები გადაიტანეთ medialურად და ჩაატარეთ ვერტიკალური მიმართულებით პალპაცია ღავიწამდე. ხოდესაც გასცდებით დვრილს, გადმოაბრუნეთ ავადმყოფი, რათა გასწორდეს ძუძუს medialური მხარე.

ძუძუს ჯუჯის არეში ჯვანძების არსებობა ზოგჯერ შეცდომით იღლიის გადიდებული ლიმფური ჯვანძად შეიძლება ჩაითვალოს (და პირიქით).



- ძუძუს *medialური უბნის* გამოკვლევისთვის, ავადმყოფი დააწვინეთ ისე, რომ მხრები ედებოდეს სანოლს, ხელი დაიდოს მხარზე და იდაყვი ანიოს მხრის დონემდე. პალპაცია ჩაატარეთ სწორ ხაზზე ქვევითკენ დვრილიდან ღიფის ჯიღემდე, შემდეგ უკან ღავიწამდე და ასე გააგრძელეთ მკერდის ძვლის შუა ხაზამდე.



ძუძუს ქსოვილი ყუაღლებით გამოიკვლიეთ შემდეგი დანიშნულებით:

- *ქსოვილების კონსისტენცია.* ნოხმაღუჩი კონსისტენცია ფახთოღ ცვაღებაღობს, ჩაც დამოკიდებულია შეღახებით მკვრივი ჯიჩკვღოვანი ქსოვილის და ჩბიღი ცხიმოვანი ქსოვილის თანაფახდობაზე. ძუძუს ქვეღა კიდესთან შეიძღება იყოს კომპრესიული ქსოვილის მკვრივი განივი ზოღი, განსაკუთრებით დიდი ზომის ძუძუს შემთხვევაში. ეს ძუძუს შიდა ნოხმაღუჩი სიმაგრეა და არა სიმსივნე.

  მკვრივი ქიმები მიუთითებს *ძუძუს სადინრის გაფართოვებაზე.* ეს არის კეთილთვისებიანი, მაგრამ ზოგჯერ მტკივნეული გაფართოვება, რომლის გარშემო ანთებითი პროცესია, ხანდახან ახღავს სიმაგრეც.

- *მტკივნეულობა,* როგორიცაა მენსტრუაციის წინა პერიოდში.

- *ჯვანძები.* ყუაღრებით ჩაატარეთ პაღპაცია, რათა ნახოთ არიმე სიმაგრე, რომელიც ხარისხობრივად განსხვავდება ან უფრო დიდი ზომისაა, ვიდრე ძუძუს ქსოვილში უკვე არსებული სიმაგრეები. ზოგჯერ მას დომინანტუ სიმაგრეს უწოდებენ და პათოლოგიურ ცვლილებას ასახავს. იგი საჭიროებს მამოგრაფიის, ასპირაციის ან ბიოფსიის ჩატარებას. შეაფასეთ და აღწერეთ ჯვანძების მახასიათებლები:

  იხ. ცხრილი 9-2. სარძევე ჯირკვლის ხშირი სიმაგრეები.

მღებარეობა – ჯვაღრანტებში საათების მიხედვით და დვრილის მიმართ სმ-ით.

ზომა – სანტიმეტრებში

ფორმა – მრგვალი ან ბუშტისებრი, დისკისებური ან უსწორმასწორო კონტურით

კონსისტენცია – რბილი, მკვრივი ან მაგარი

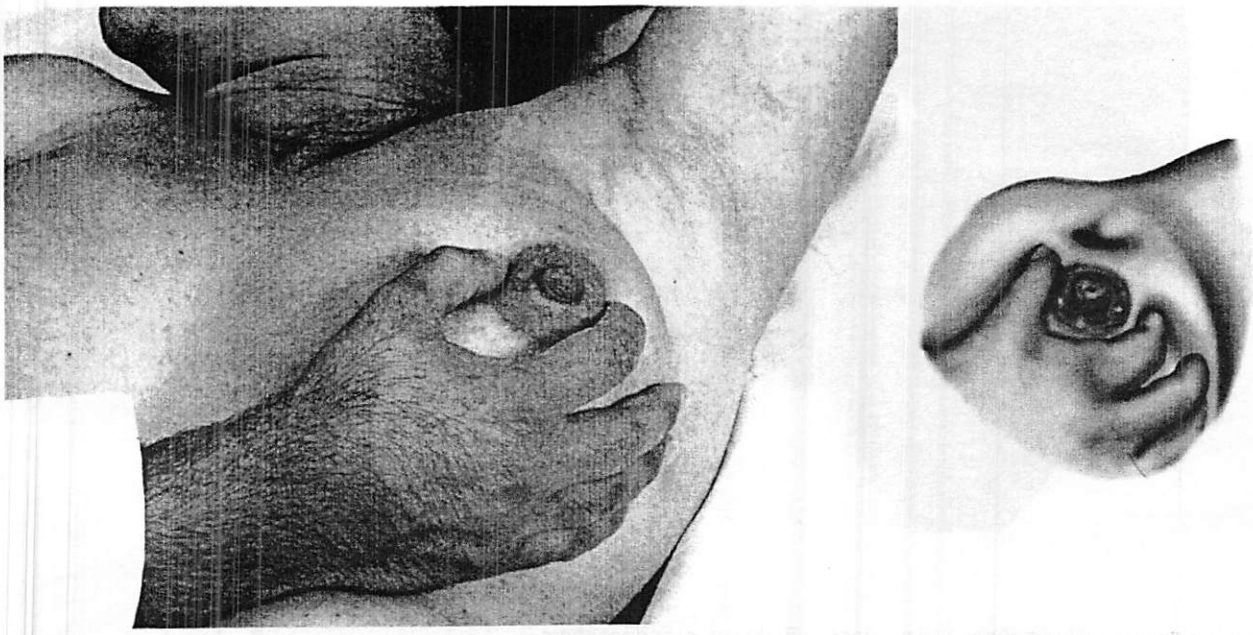
შემოფარგლა – კარგად შემოსაზღვრულია თუ არა

მტკივნეულობა

მოძრაობა – კანის, გულ-მკერდის ფასციის და კედლის მიმართ. ნაზად გაამოძრავეთ ძუძუ სიმაგრის ირგლოს და დააკვირდით ჩაღრმავებას.

მაგარი, არასწორი, ცუდად შემოსაზღვრული ჯვანძები, რომლებიც ფიქსირებულია კანთან ან ქვეშმდებარე ქსოვილებთან, კიბოს მაჩვენებელია.

კისტები, ანთებითი უბნები; ზოგიერთი სახის კიბო შეიძლება მგრძნობიარე იყოს.



ამის შემდეგ ნახეთ, თავისით თუ იმოძრავებს სიმაგრე, ხოლესაც ავადმყოფი მოაღუნებს მჯღავებს და შემდეგ ხელებს თეძოებზე დაიწყობს.

მოძრავი სიმაგრე, ხომელიც მჯღავების მოღუნების შემდეგ ფიქსირებული ხდება, დაჯავშირებულია ნეკნებთან და ნეკნთაშუა ჯვნთებთან. თუ სიმაგრეები ფიქსირებული ხდებიან თეძოებზე ხელების დაწყობისას, ისინი უჯავშირდება გენმკერდის ფასცია.

დვრიტი. ჩაატარეთ ორივე დვრიტის პალპაცია და დააჯვირდით მათ ელასტიურობას.

დვრიტის გასქელება და ელასტიურობის დაკარგვა მიუთითებს ქვეშმდებარე ჯიბოზე.

მამაკაცის სარძევე ჯირკვალი

მამაკაცის სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა ხანმოკლეა, მაგრამ მნიშვნელოვანი. *დაათვალიერეთ დვრიტი და ბაკი,* არის თუ არა სიმაგრე, შეშუპება და წყლული. *ჩაატარეთ ბაკის და სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის პალპაცია* ჯვანძების სანახავად. თუ სარძევე ჯირკვალი გადიდებულია, დადგინეთ, ეს გამოწვეულია სიმსუქნით და ცხიმოვანი ქსოვილის სიჭარბით, თუ ჯირკვლოვანი ქსოვილის მკვრივი დისკის გადიდებით, რასაც *გინეკომასტია* ეწოდება.

გინეკომასტია ვითარდება ესტროგენების და ანდროგენების თანაფარდობის დარღვევის დროს, ზოგჯერ წამლების ზემოქმედებით. მაგალითად, არასწორი, უსისტემატიული ან დაწყლულებული ჯვანძი გინეკომასტია არ არის და იგი ძუძუს ჯიბოზე მიუთითებს.

იღლიის ფოსო

ავადმყოფის წოლისას შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ იღლიის ფოსო, თუმცა ამისთვის მჯდომარე მდგომარეობა უფრო უკეთესია.

ინსპექცია

დაათვალიერეთ ორივე იღლიის ფოსოს კანი და ნახეთ, არის თუ არა:

- გამონაყარი
- ინფექცია
- უჩვეულო პიგმენტაცია

დეზოდორანტით ან სხვა მიზეზით გამოწვეული გამონაყარი.

საოფლე ჯირკვლების ინფექცია *(ჩირქოვანი ჰიდრადენიტი)*.

ძუძუის პიგმენტაცია, ხავერდისებური კანი მიუთითებს *ადენოკარცინომაზე* – ხშირად ახლავს შინაგანი ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეს.

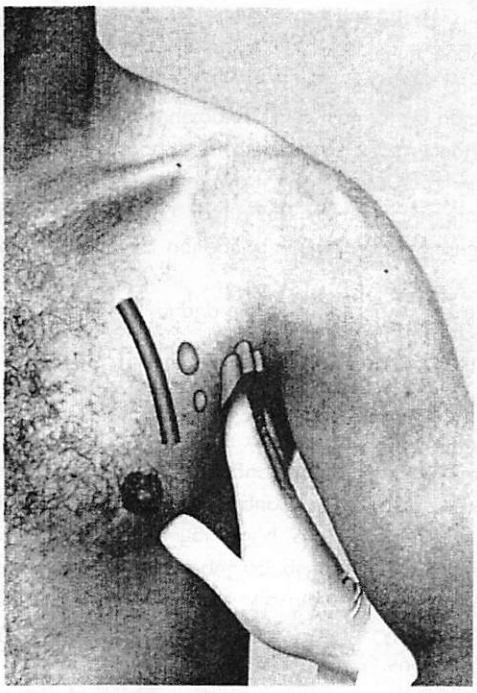
პალპაცია

მარცხენა იღლიის ფოსოს გამოკვლევისთვის ავადმყოფს სთხოვეთ, მოადუნოს და დაუშვას მარცხენა მკლავი. ამაში შეგიძლიათ დაეხმაროთ თქვენი მარცხენა ხელით ავადმყოფის მაჯის დაჭერით. შეაქნევინეთ თქვენი მარჯვენა ხელის თითები და დაადეთ იღლიის ფოსოს, ჩაც შეიძლება ზევით. ეს შეიძლება ავადმყოფისთვის დისკომფორტის გამომწვევი იყოს. თითები უნდა დააწოთ მკერდის კუნთის წინ ღრუწმულ ხაზზე. შემდეგ ხელი დააჭირეთ გულმკერდის კედლის გასწვრივ და ჩამოაცურეთ ქვემოთ, ეცადეთ შეიგრძნოთ ცენტრალური კვანძები გულმკერდის კედლის გასწვრივ. ყველაზე ხშირად შესაძლებელია იღლიის ლიმფური კვანძების პალპაცია. ხშირად ისინჯება ერთი ან მეტი ბრინჯი, მცირე ზომის (<1 სმ) უმტკივნეულო კვანძი.

იღლიის კვანძები შეიძლება გაგრძელდეს ხელის და მკლავის ინფექციის შედეგად, ახლო ნარსულში მკლავზე გაკეთებული აცრის ან კანის ტესტის ჩატარების შემდეგ, ან გენერალიზებული ლიმფადენოპათიის დროს. გასინჯეთ ეპიტროქლეარული და სხვა ლიმფური კვანძები.

კვანძები, რომლებიც უფრო დიდი ზომისაა (e" 1 სმ) და მკვრივია ან მაგარი, ერთმანეთთან დაკავშირებული ან კანთან, ან ქვემდებარე ქსოვილებთან ფიქსირებული, ავთვისებიანი პროცესის არსებობაზე მიუთითებს.

მარჯვენა იღლიის ფოსო გასინჯეთ მარცხენა ხელით



თუ ცენტრალური კვანძი დიდია, მკვრივი ან მგრძნობიარე, ან თუ ვარაუდობთ ამ კვანძის სარჩენაო უბნის დაზიანებას, გასინჯეთ იღლიის ფოსოს სხვა ჯგუფის ლიმფური კვანძები:

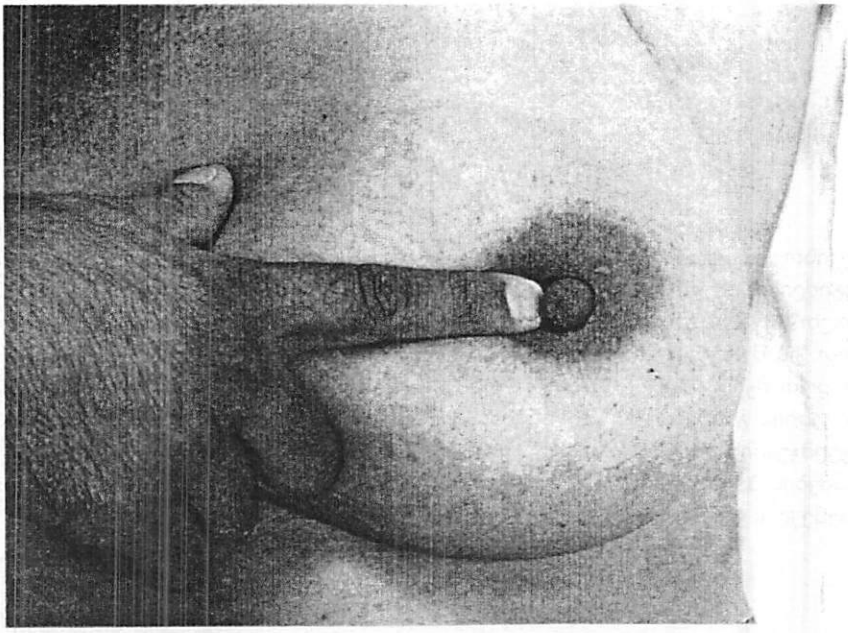
- *გულმკერდის კვანძები* – მოიცავით იღლიის ფოსო ცერით და დანარჩენი თითებით და თითებით პალპაცია ჩაატარეთ მკერდის კუნთის შიგნითა კიდესთან.
- *ცენტრალური კვანძები* – იღლიის ზედა ნაწილში, გასინჯეთ მხრის ძვლის ზედა ნაწილის გასწვრივ.
- *ბეჭქვეშა კვანძები* – დადექით ავადმყოფის უკან და თითებით გასინჯეთ კუნთის შიგნით უკანა აქსილარული ხაზზე.

ასევე გასინჯეთ ღრუწმულ და ღრუწმულზედა კვანძები.

განსაკუთრებული მეთოდები

დვრილიდან სპონტანური გამონადენის შეფასება. თუ ავადმყოფი ანამნეზში დვრილიდან სპონტანური გამონადენის არსებობას აღნიშნავს, დაადგინეთ მისი ხასიათი. ამისთვის თითები დადეთ დვრილის გარშემო და საჩვენებელი თითი დააჭირეთ ბაჯს. დააჯვირეთ გამონადენის არსებობას ბაჯის ირმელიმე სადინარიდან. დაადგინეთ ფერი, კონსისტენცია, ჩაოდენობა და ზუსტი ლოკალიზაცია.

ძირან გამონადენს, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან და ლაქტაციის პერიოდთან, ეწოდება *არანორმალური*. ძირითადი მიზეზებია ჰორმონული და წამლისმიერი გავლენა.





უძველესი ცალმხრივი გამონადენი მიუთითებს ძუძუს ადგილობრივ დაავადებაზე. დაზიანება ხშირად კეთილთვისებრივია, მაგრამ შეიძლება ავთვისებრივიც იყოს, განსაკუთრებით ასაკოვან ქალებში. ზემოთ ნაჩვენებია სადინრის კეთილთვისებრივი პაპილომა თავის ჩვეულ ბაჯის ქვეშა ლოკალიზაციით. სადინრის გაღებისას დააჯვირეთ სისხლის წვეთის გამოსვლას.

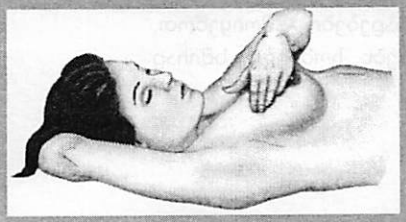
მასტექტომიის შემდგომ პერიოდში პაციენტის გამოკვლევა. მასტექტომიის ჩატარების შემდეგ ქალს განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროება. დაათვალიერეთ ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური და იღლიის ფოსოში არიმე სიმაგრის ან ჯვანძის არსებობა. დაადგინეთ შეცვლილია თუ არა ფერი და არის თუ არა ანთების ნიშნები. იღლიის ფოსოში და მკერავის არეში შეიძლება იყოს ლიმფური შეშუპება ოპერაციის შემდეგ ლიმფური დრენაჟის გაუარესების გამო. ფრთხილად ჩაატარეთ ნაწიბურის პალპაცია – ჯანი ამ ადგილას შეიძლება უჩვეულოდ მგრძნობიარე იყოს. ორი ან სამი თითით გაანეთეთ წრიული მოძრაობა. განსაკუთრებული ყურადრება მიაქციეთ ზედა გარეთა ჯვადრანტს და იღლიას. ნახეთ, არის თუ არა გადიდებული ლიმფური ჯვანძები, ანთების და ინფექციის ნიშნები.

ასევე მნიშვნელოვანია ყურადღებით ჩაატაროთ ძუძუს ქსოვილის და განაკვეთის ხაზების პალპაცია ძუძუს ანკვის ან ჰეკონსტრუქციის შემდეგ.

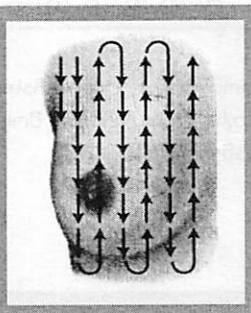
სარძევე ჯირკვლის თვითგასინჯვის ინსტრუქცია. კაბინეტში ან ჰოსპიტალში ვიზიტი საუკეთესო დროა იმისთვის, რომ ასწავლოთ პაციენტს, თუ როგორ ჩაატაროს სარძევე ჯირკვლის თვითგასინჯვა. ძუძუს სიმაგრეების უმრავლესობის აღმოჩენა ხდება თვითგასინჯვის შედეგად. თუმცა თვითგასინჯვა არ ამცირებს ძუძუს კიბოთი სიკვდილობას, ყოველთვიური თვითგასინჯვა იაფია, ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაცვას და თვითკონტროლს. ძუძუს კიბოს აღრეული დადგენისთვის სარძევე ჯირკვლის თვითგასინჯვა ყველაზე გამოსადეგი მეთოდია ექიმის ჩაგულარული გამოკვლევასა და მამოგრაფიასთან ერთად. მისი ჩატარება უკეთესია მენსტრაციის დამთავრების შემდეგ, როდესაც ძუძუს ქსოვილის ჰორმონით სტიმულაცია დაბალია.

გასინჯვის მეთოდიკა

ზუჩგზე ნოლის პოზიცია



1. დანექით და ბალიში ამოიდეთ მარჯვენა მხრის ქვეშ. მარჯვენა მკლავი თავქვეშ ამოიდეთ.
2. მარცხენა ხელის სამი თითის ბალიშებით მოისინჯეთ მარჯვენა ძუძუ. თითის ბალიშები არის თითის ბოლო მესამედი.
3. დაანექით საკმაოდ ძლიერად, რათა ჯარგად შეიგრძნოთ თქვენი მკერდი. ძუძუს ქვედა კიდეებთან მკვრივი ზოლის არსებობა ნორმალურია. თუ არ იცით, რა ძალით დაანვეთ მკერდს, დაელაპარაკეთ თქვენს ექიმს ან ექსპერტს თქვენთან ერთად ისე, როგორც ამას თქვენი ექიმი ან ექთანი აკეთებს.

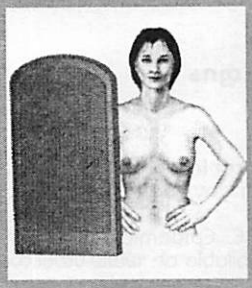


4. ზედაპირულად ანარმოეთ ზემოთ-ქვემოთ მიმართულებით "სნორ" ხაზებზე. ასევე შეგრძნებით გამოიყენოთ ნრიული ან სპირალებური მოძრაობები ყოველი გასინჯვისას. შეამოწმეთ ძუძუს უბნები და დარწმუნდით, რომ შეიგრძნობთ თვიდან თვემდე.
5. იგივე გარმეორეთ მარცხენა ძუძუს გასინჯვისას.
6. თუ იპოვნით რარიმე სიმაგრეს ან ჯანის ცვლილებას, მაშინვე მიმართეთ ექიმს.

ფეხზე დგომის პოზიცია



1. ორივე ძუძუს გასინჯვა გარმეორეთ ფეხზე დგომისას ისე, რომ ეთი ხელი თავზე იყოს შემოდებული. ასეთი პოზიცია აადვილებს ძუძუს ზედა გარეთა ნაწილის გასინჯვას (იღლიისკენ). ამ უბანში ვითარდება ძუძუს კიბოს შემთხვევათა ნახევარი. ძუძუს თვითგასინჯვა შეგძლიათ შხაპის მიღების დროს. საპნიანი ხელებით უფრო ადვილია სახძევე ჯირკვლის შეგრძნება, ვიდრე სველი ჯანის ქვეშ ჯირკვალი უფრო სრიალა ხდება.



2. მკერდის შემოწმება შეგძლიათ სარკის წინაც. დააკვირდით, რომ არ არის რარიმე ცვლილება ძუძუს შესახედაობაში, როგორიცაა ჯანის ჩაღრმავება, დვრილის ცვლილება, სისხლიდენა ან შეშუპება.
3. თუ აღმოაჩენთ რარიმე სიმაგრეს ან ჯანის ცვლილებას, მაშინვე მიმართეთ ექიმს.

მოწოდებულია ამერიკის კიბოს საზოგადოების მიერ. მოპოვება შესაძლებელია: www.cancer.org. Accessed November 17, 2004.

თქვენი მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ მონაცემების ჩასანერად ჯერ შეგიძლიათ წინადადებები გამოიყენოთ, მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ჩანანერებში.

ძლინიკური გამოკვლევის მონაცემების ჩანერა – სარძევე ჯირკვლები და იღლიის ფოსოები.

"სარძევე ჯირკვლები სიმეტრიულია, გამკვრივების გარეშე. დვრილიდან გამონადენი არ აღინიშნება." (იღლიის ფოსოში ადენოპათია მოცემულია თავში ერისები შემდეგ განაკვეთში: ლიმფური ჯვანძები, გვ. 203)

ან

"სარძევე ჯირკვლები რამოკიდებულია დიფუზური ფიბროზულ-ერისტოზური ცვლილებებით. მარჯვენა სარძევე ჯირკვალში აღინიშნება ეთერი ცალი მკვრივი 1×1 სმ ზომის წარმონაქმნი, მოძრავი და უმტკივნეულო. ზემოდან აქვს ფორთოხლის ქერქის შესახედაობა, მდებარეობს ზედა გარეთა კვადრანტში 11 სთ.-ზე."

მიუთითებს ძუძუს სავარაუდო კიბოზე.

ბიბლიოგრაფია

CITACIONS

1. National Cancer Institute. Cancer Facts. Available at: http://cis.nci.nih.gov/fact/5_6.htm. Accessed November 4, 2004.
2. Costanza ME. Epidemiology and risk factors for breast cancer Available at: www.utdol.com. Accessed November 4, 2004.
3. Barton MB, Elmore JG, Fletcher SW. Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation, and outcome. Ann Intern Med 130(8): 651-657, 1999.
4. Murad TM, Contesso G, Mouriesse H. Nipple discharge from the breast. Ann Surg 195(3):259-264, 1982.
5. Gail MH, Brinton LA, Byar DP, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst 81: 1879-1886,1989.
6. Gail MH, Benichou J. Validation studies on a model for breast cancer risk (editorial). J Natl Cancer List 86:573-575, 1994. 7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer. In: Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 73-87,1996.
8. Peshkin BN, Isaacs C. Risk assessment in women with an in-herited predisposition to cancer. Available at: http://www. utdol.com. Accessed November 4, 2004.
9. Clemons M, Goss P. Estrogen and the risk of breast cancer. N Engl J Med 344(4):276-285, 2001.
10. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Soci-ety guidelines for breast cancer screening: update 2003. CA Cancer J Clin 53(3):141-169, 2003.
11. American Cancer Society. How to perform a breast self exam. Available at: www.cancer.org. Accessed November 4, 2004.
12. American Geriatrics Society Clinical Practice Committee Position statement: breast cancer screening in older women. Available at: http://www.americangeriatrics.org. Accessed November 4, 2004.
13. Barton MB, Harris R, Fletcher S. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? JAMA 282(13):1270-1280, 1999.

ADDITIONAL REFERENCES

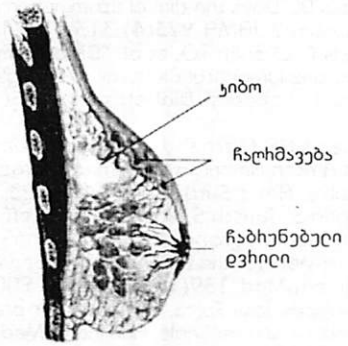
American Geriatrics Society Clinical Practice Committee. Position Statement: Breast Cancer Screening in Older Women. Available at: http://www.americangeriatrics.org. Accessed November 4, 2004.

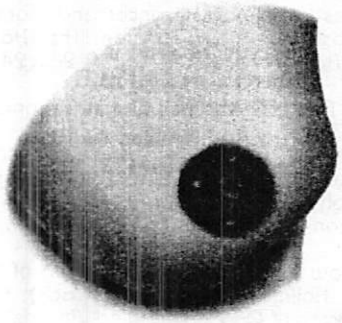
Bland KI, Vezerdis MP, Copeland EM. Breast (Chapter 16). In Brunicardi FC, Schwartz SI (eds). Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2005.

Armstrong K, Eisen A, Weber B. Assessing the risk of breast can-cer. N Engl J Med 342(8):564-571, 2000.

Chlebowski RT, Hentrix SL, Langer RD, et al. Influence of estro-gen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: The Women's Health Initia-tive Randomized Trial. JAMA 289(24):3243-3253, 2003.
Chlebowski RT. Reducing the risk of breast cancer. N Engl J Med 343(3):191-198, 2000.
Fletcher SW, Barton MD. Evaluation of breast lumps. Available at: http://www.utdol.com. Accessed November 4, 2004.
Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU. Breast carcinoma in men: a population-based study. Cancer 101(1):51-57, 2004.
Harris JR, Morrow M, Bonadonna G. Cancer of the breast. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg (eds). Cancer: Principles & Practice of Oncology, 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
Hollerman DR, Simel DL. Does the clinical examination predict airflow limitation? JAMA 273(4):313-319, 1995.
Kudva YC, Reynolds C, O'Brien TO, et al. "Diabetic mastopathy," or sclerosing lymphocytic lobulitis, is strongly associated with type 1 diabetes. Diabetes Care 25(1):121-126, 2002.
Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, et al. Impacting cultural at-titudes in African-American women to decrease breast cancer mortality. Am J Surg 184(5):418-423, 2002.
Mandalblatt J, Saha S, Teusch S, et al. The cost-effectiveness of screening mammography beyond age 65 years: a systematic re-view for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 139(10):835-842, 2003.
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. Ann Intern Med 137(5, Part 1): 344-346,2002.3

ძუძუს ჯიბოს ხილული ნიშნები





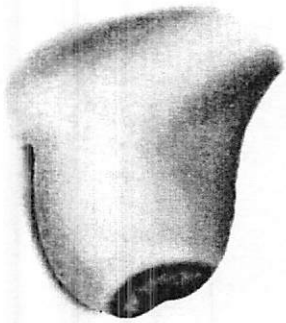
ჰეტეროქსიის ნიშნები

თუ ძუძუს ჯიბო მოხსნასულია, ინვევს ფიბროზის განვითარებას (ნაწიბუროვანი ქსოვილი). ქსოვილის დამოკლება ინვევს ჩაღრმავებას, ჯონტუჩის შეკვრას და ღვიძლის ჰეტეროქსიას ან გადანევას. ჰეტეროქსიის სხვა მიზეზებია ცხიმოვანი ქსოვილის ნეკროზი და ღვიძლის საღინარის გაფართოება.

ანასწორი ჯონტუჩები

დაკვირვით თითოეული ძუძუს ნორმალური გამობერილობის კვლევებს და შეადარეთ ერთმანეთს. ამ დროს შეიძლება გამოიყენოთ სპეციალური ზოზილები. ქვემოთ ნაჩვენებია მარცხენა ძუძუს ქვედა გარეთა კვადრანტის გადასწორება.



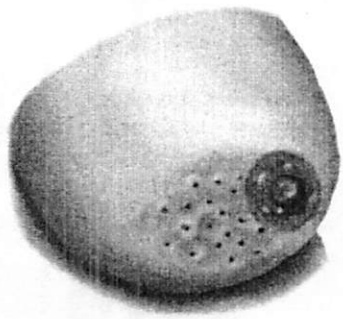


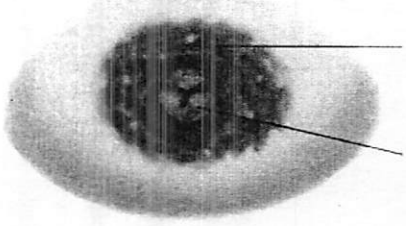
ჯანის ჩაღრმავება

ამ ნიშანს დაკვირვით, როდესაც ავადმყოფს მკლავები ჩამოშვებული აქვს და ამოძრავებთ ან ანვებით ძუძუს ისე, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები.

ღვიძლის ჩაბრუნება და გადანევა

ჰეტეროქსიული ღვიძლი გადასწორებულია ან ჩაზნექილია, როგორც აქ არის ნაჩვენები. ის ასევე შეიძლება იყოს გაფართოებული და გასქელებული. როდესაც ჩაზნექვა ასიმეტრიულია, ღვიძლი შეიძლება გადანეული იყოს სხვადასხვა მიმართულებით, ტიპიურია ქვემდებარე სიმსივნისთვის.





ჯანის შეშუპება

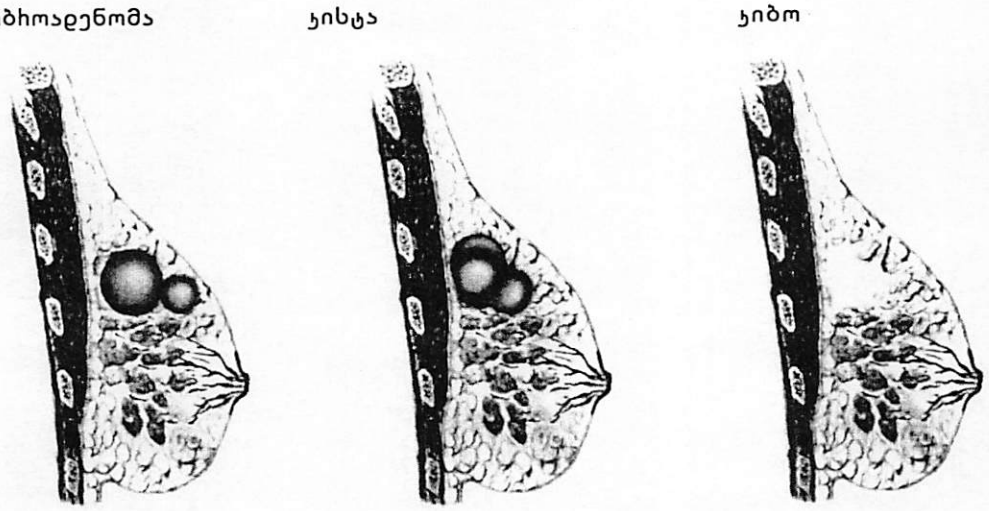
ჯანის შეშუპება ვითარდება ლიმფის შეგუბების გამო. ის ვლინდება, როგორც ჯანის გასქელება და ფორების გაღიდება – ე.წ. ფორთოხლის ქერქის ნიშანი. ყველაზე ხშირად ის ვითარდება ძუძუს ან ბაყის ქვედა ნაწილებში.

ღვიძლის **Paget**-ის (პეჯეტის) დაავადება

ეს არის ძუძუს ჯიბოს იშვიათი ფორმა, რომელიც, ჩვეულებრივ, იწყება პექსცვლით, ეგზემის მსგავსი დაზიანებით. ჯანი შეიძლება იყოს სველი, ქერქით დაფარული ან ეროზიული. შეიძლება ნახოთ სიმაგე. ღვიძლის ან ბაყის არეში გახანგრძლივებული დეზმატიტის შემთხვევაში ივარაუდეთ პეჯეტის დაავადება.

სარძევე ჯირკვლების გავრცელებული სიმსივნეები

ძუძუს სიმსივნეების სამი ყველაზე ხშირი ფორმაა *ფიბროადენომა* (ჯვრიანთვისებიანი სიმსივნე), *კისტა* და *ძუძუს კიბო*. ქვემოთ მოყვანილია ამ სამი ფორმის სიმსივნის ჯერნიჯური მახასიათებლები. თუმცა, ძუძუს ზოგიერთი სიმსივნე უჯრედებით უნდა გამოიკვლიოთ და ამისთვის საჭირო ხდება შემდეგი გამოკვლევები: ულტრაბგერა, მამოგრაფია ან ბიოფსია. ქვემოთ მოცემული სიმსივნეები სურათზე უფრო დიდადაა ნაჩვენები. იდეალურად, ძუძუს კიბოს დადგენა სასურველია ადრე, სანამ მცირე ზომისაა. *ფიბროცისტური ნარმონაქმნი*, რომელიც სურათზე არ არის ნაჩვენები, ჰაერპაციით შეიგრძნობა, როგორც ჯვანძოვანი, თოჯისებური სიმაგრე 25-50 წლის ქალებში. ის შეიძლება იყოს მგრძნობიარე, ან მტკივნეული. ფიბროცისტა ჯვრიანთვისებიანი სიმსივნეა და ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორად არ ითვლება.



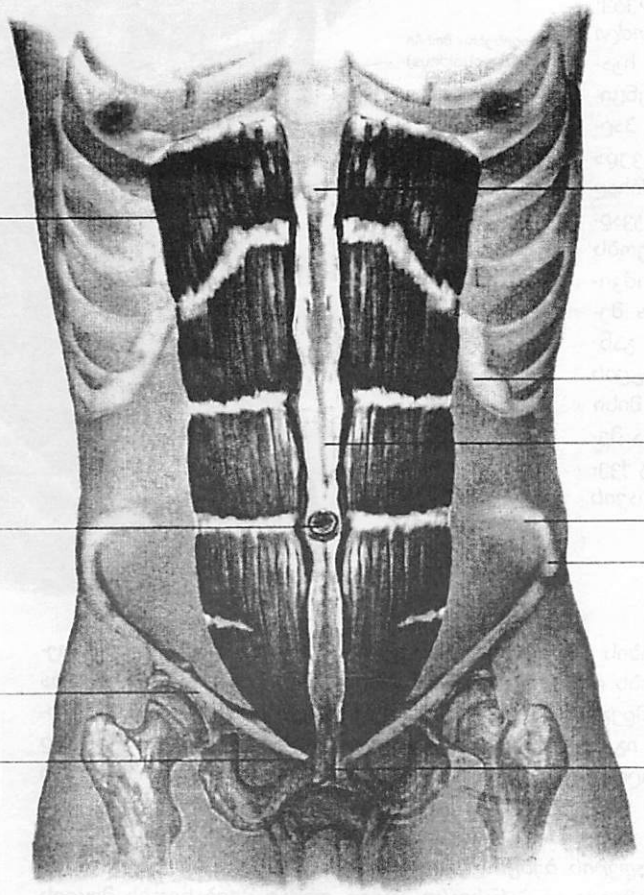
	ფიბროადენომა	კისტა	კიბო
ჩვეული ასაკი	15-25, ჩვეულებრივ პუბერტატული და ახალგაზრდა ასაკი, მაგრამ შეიძლება იყოს 55 წ ზევით	30-50, მენოპაუზის შემდეგ სიხშირე მცირდება, გარდა ესტროგენებით მკურნალობის შემთხვევისა	30-90 ყველაზე ხშირია თუმცა ყველაზე გავრცელებულია 50 წლის ასაკში და ზემოთ
ჰაერგენობა	ჩვეულებრივ 1, შეიძლება ჰამერგენიმე	ერთი ან ჰამერგენიმე	როგორც წესი, ჯენტი, თუმცა მრავალი მათგანი სხვა ჯვანძებთან ერთადაც გვხვდება
ფორმა	მრგვალი, დისკის ფორმის ან ნიერვანი	მრგვალი	არასწორი ან ვარსკვლავის ფორმის
ჯონსისტენცია	შეიძლება იყოს რბილი, ჩვეულებრივ მკვრივია	რბილი ან მკვრივი,	მკვრივი ან მაგარი
შემოფარგვა	კარგად შემოფარგული	კარგად შემოფარგული	არ არის კარგად შემოფარგული
მოძრაობა	ძალიან მოძრავია	მოძრავი	შეიძლება ფიქსირებული იყოს კანთან და ქვეშ მდებარე ქსოვილებთან
მტკივნეულობა	ჩვეულებრივ უმტკივნეულო	ხშირად მტკივნეულია	ჩვეულებრივ, უმტკივნეულოა შეიძლება იყოს
ჩაბრუნების ნიშნები	არ არის	არ არის	როგორც ზემოთ

მუცელი

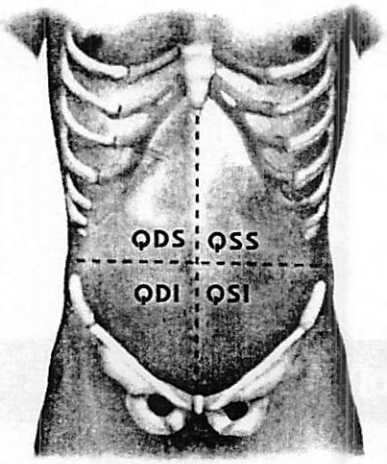
10

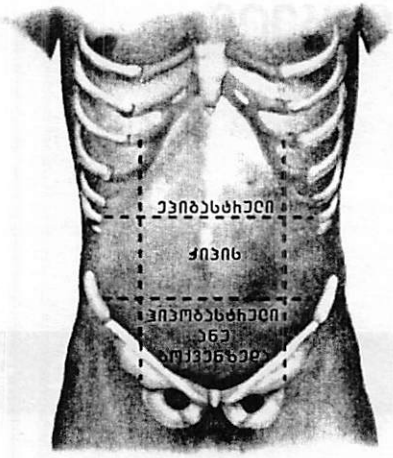
ანატომია და ფიზიოლოგია

დაათვალიერეთ ან ჩაატარეთ მუცლის ჯედლის და მენჯის ძარღვების პალპაცია, ჰოგორც სუ-ხათზეა ნაჩვენები. მუცლის სწორი კუნთი უკეთ ისახება, ჰოდესაც მწოლიარე პოზიციაში პაციენტი ნამოწევს თავს და ფეხებს.

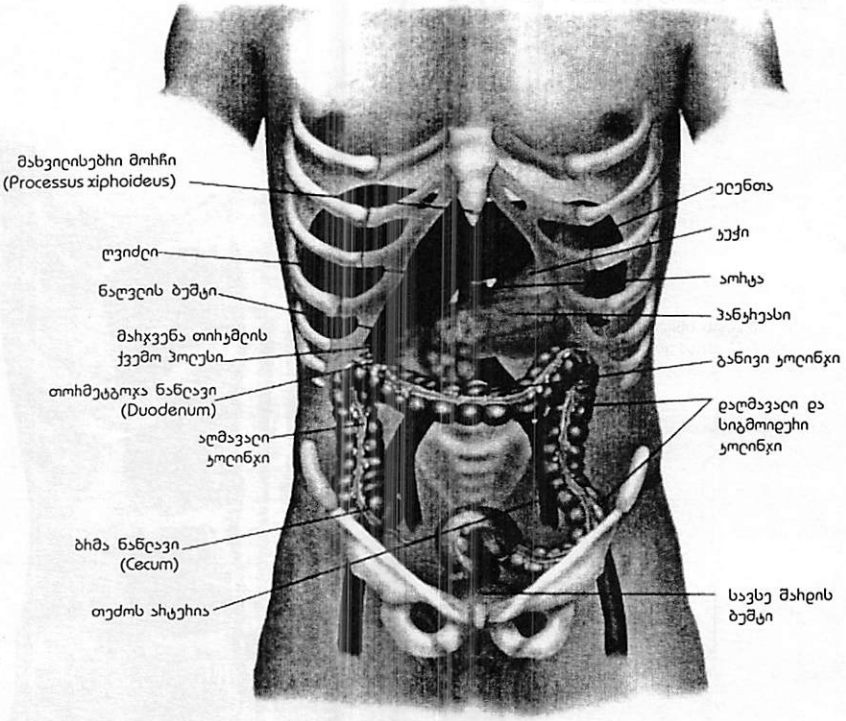


ალწეისთვის მუცელს ყოფენ ნახმოსახვითი ხაზებით, ჰომლებიც იკვეთება ჭიპის ახეში მახჯვენა ზედა და ქვედ: (Quadrantes dextra superior et inferior) და მარცხენა ზედა და ქვედა (Quadrantes sinistra superior et inferior) კვადრანტებად. არსებობს მუცლის 9 ნანილად დაყოფის მეთოდიც. მათგან სამი ნანილის დასახელებებია: ეპიგასტრიუმის არე, ჭიპის არე და ჰიპოგასტრიუმის ან სიმფიზის ზედა არე.





მუცლის გამოკვლევისას, თქვენ შეგიძლიათ შეიგრძნოთ ნორმალური ნორმალური სტრუქტურა. სიგმოიდური *კოლონკი*, რომელიც, ისინჯება, როგორც მკვრივი წვრილი მილი მარცხენა ქვედა კვადრანტში, ხოლო მარჯვენა ქვედა კვადრანტში შეიძლება გასინჯოთ ბრმა ფარული მილი, რომელსაც ქმნის ბრმა ნაწლავი და ასწვრივი კოლონკის ნანილი. ასევე შესაძლებელია განივი და დასწვრივი კოლონკის პალპაციაც. არცერთი ეს სტრუქტურა არ უნდა შეგეშალოთ სიმსივნეში. ნორმალური *ღვიძლი* ხშირად გამოდის მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვემოთ, მაგრამ ბრილი კონსისტენციის გამო მუცლის კედლიდან ღვიძლის პალპაცია ვერ ხერხდება. ღვიძლის ქვედა საზღვრის ანუ კიდის პალპაცია ხშირად შესაძლებელია. ასევე მარჯვენა ზემო კვადრანტში, რეგულარულად, ღრმად მდებარეობს მარჯვენა თირკმლის ქვედა პოლუსი. იშვიათად, მისი პალპაცია შესაძლებელია მუცლის კუნთების მოდუნების დროს, განსაკუთრებით, გამხდარ პირებში. *მუცლის აორტის* პულსაცია ხშირად მორანს და მისი პალპაცია, რეგულარულად, შესაძლებელია მუცლის ზედა ნანილში, მაშინ, როდესაც ქვედა კვადრანტში შესაძლებელია *ნაწლავის არტერიების* პულსაციის ნახვა.



მუცლის ღრმა ზედით ვრცელდება ნეკნების ქვეშ დიაფრაგმის გუმბათამდე. ასეთ დაცულ მდებარეობაში პალპაციისას ხელი შეიგრძნობს ღვიძლის უმეტეს ნაწილს, კუჭს და ელენთას. ელენთა მდებარეობს დიაფრაგმის სანინააღმდეგოდ მე-9, მე-10 და მე-11 ნეკნების გასწვრივ მარცხენა ღავიწურა ხაზის ოდნავ უკან. იგი კუჭის ანალოგიურად და უკან მდებარეობს ზუსტად მარცხენა თირკმლის ზევით. მოზრდილთა მცირე ნაწილს ესინჯება ნორმალური ელენთის წვერო მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ.

უმეტეს შემთხვევაში ნორმალური *ნაღვლის ბუშტი* ღვიძლის სიღრმეში მდებარეობს და მისი გასინჯვა ვერ ხერხდება. *12-გოჯა ნაწლავი და პანკრეასი*, ასევე, ღრმად მდებარეობს მუცლის ზედა ნაწილში, სადაც ნორმალურად მათი პალპაცია შეუძლებელია.

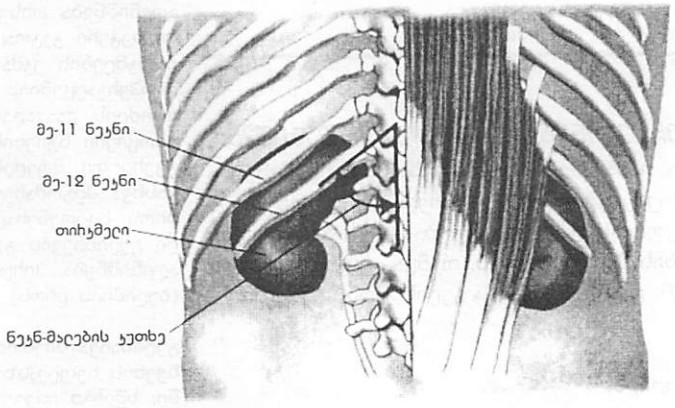
გაბეჭილი *მახრის ბუშტის* პაპანაკია შეიძლება სიმფიზის ზევით. მახრის ბუშტი აგროვებს დაახლოებით 300 მლ შარდს, რომელიც თირკმლებში ფილტრაციის შედეგად ხვდება თირკმლის მენჯში და მახრსადინარებში. მახრის ბუშტის გაჭიმვა იწვევს ბუშტის გლუვი კუნთების შეკუმშვის სტიმულაციას, *მახრის ბუშტის დამცლელი კუნთის* შეკუმშვა უფრო დაბალ წნევაზე ხდება. მახრის ბუშტში წნევის მომატება იწვევს დაცლის სურვილის შეგრძნებას.

მახრსადენში წნევის მომატება მახრის ბუშტში წნევის მომატების შედეგია და იცავს მახრის შეკავებლობისგან. მახრსადენში წნევა დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორზე, როგორიცაა მახრსადენის შიგნითა სფინქტერის გლუვი კუნთის ტონუსი, მახრსადენის ლორწოვანი გარსის სისქე და ქალებში მახრის ბუშტის და მახრსადენის პირველადი ნაწიბურის მენჯის კუნთებით და მყესებით საკმარისი ფიქსაცია, რათა შენარჩუნებული იყოს ნორმალური ანატომიური ურთიერთობები. მახრსადენის განივზოლიანი კუნთები ასევე მონაწილეობენ შეკუმშვაში, რათა გააჩერონ ბუშტის დაცლა.

მახრის ბუშტის ფუნქციების ნეირორეგულაციური ტონუსი სხვადასხვა დონეზე ხდება. ახალშობილებში ბუშტი იცლება გავის სპინალური რეფლექსური მექანიზმით. მახრის ბუშტზე ნებითი ტონუსი დამოკიდებულია თავის ტვინის ცენტრებზე და მოტორული და სენსორული გამტარებლობაზე თავის ტვინსა და გავის სპინალურ ნაწილს შორის. ორდესაც დაცლა მოულოდნელია, თავის ტვინის უმაღლესი ცენტრები თრგუნავენ მახრის ბუშტის დამცლელი კუნთის შეკუმშვას ბუშტის მოცულობით შესაძლებლობამდე, დაახლოებით 400-500 მლ-მდე. ბუშტის ინერვაციაში წელის ნერვების მონაწილეობის შემთხვევა შეიძლება პერიფერიული მოტორის მგრძნობელობის შეფასებით S_2 S_3 და S_4 სეგმენტებში.

ზოგჯერ შესაძლებელია მუცლის ქვედა ნაწილში სხვა ორგანოების პაპანაკია, როგორიცაა ორსულობის დროს ან ფიბრომით გადიდებული *საშვილოსნო*, რომელიც შეიძლება სიმფიზის დონეს ასცდეს და *გავის ძვლის* პირველი მალის ნინა კიდეს მიაღწიოს. სანამ ამ ნორმალური სტრუქტურის კარგად გარჩევას ისწავლით, მისი მკვრივი ქსოვილი შეიძლება სიმსივნეში შეგეშალოთ. მეორე მკვრივი სტრუქტურა, რომელიც შეიძლება ასევე შეგეშალოთ სიმსივნეში, არის ნორმალური *მახვილისებური მორჩი.*

თირკმლები უკან მდებარეობს. მათ ზედა ნაწილებს ფარავს ნეკნები. *ნეკნ-მალების კუთხე* არის კუთხე, რომელსაც ქმნის მე-12 ნეკნის ქვედა კიდე და წელის ზედა მალის განივი მორჩი. ამ უბანში შესაძლებელია თირკმლების მგრძნობელობის შეფასება.



კანის ხაზი

ანამნეზი

ხშირი ან განსახიღვეღი სიმპტომები

ბუჭ-ნაწღავის დაჩღევეები	საშაჩეე სისტემის დაჩღევეები
• დისპეპსიური მოვლენები ან უმადობა • გულისრევა, ჰიჩლებინება ან სისხლიანი ღებინება • ტკივილი მუცლის ახეში • დისფაგია და ხან ოდინოფაგია • ნაწღავთა ფუნქციის დაჩღევა • ყაბზობა ან ფაღახათი • სიყვითლე	• ტკივილი ბოქვენის ზევით • დიზუშია, სიხშიჩე ან დაცლის უეცახი სუჩვიღი • ნვეთებით შაჩღვა, შაჩღის ნაჯაღის შემციჩება მამაჯაცებში • ჰოღიუშია ან ნიქტუშია • შაჩღის შეუკავებღობა • ჰემატუშია • თიჩკმღების ან გვეჩღის ტკივილი • შაჩღსანვეთის ჯოღიკა

ჯღინიკუჩ ჰაქტიკაში შეიძღება შეხვღეთ ბუჭ-ნაწღავის და საშაჩეე სისტემებთან დაკავშიჩებუღ მიავაღფეჩოვან ჩივიღებს. ყუჩაღღებით ჩატაჩებუღი გამოკითხვა ხშიჩად მიგანიშნებთ გამომწვევ დაჩღევებზე. ამ განაკვეთში აღწეჩიღია ისეთი მოვლენები, ჩოგოჩიცაა *დისპეფსიური მოვლენები, უმადობა, გულისრევა, ჰიჩლებინება, სისხღიანი ღებინება, მუცლის ტკივილი, დისფაგია ან ოდინოფაგია, ნაწღავთა ფუნქციის ცვღიღებები, ყაბზობა და ფაღახათი, სიყვითლე*. აქვეა მოცემული საშაჩეე სისტემის დაჩღევების ანამნეზუჩი მონაცემები, ჩოგოჩიცაა, *ბოქვენის ზემოთ ტკივილი, დიზუშია, შაჩღვის სიხშიჩე, შაჩღზე გასვლის უეცახი სუჩვიღი მამაჯაცებში, ნვეთებით შაჩღვა, შაჩღის ნაჯაღის შემციჩება მამაჯაცებში, ჰოღიუშია, ნიქტუშია, შეუკავებღობა, ჰემატუშია, თიჩკმღების ტკივილი და შაჩღსანვეთის ჯოღიკა*.

ბუჭ-ნაწღავის ტჩაქტი

დისპეპსია, უმადობა, გულისრევა, ჰიჩლებინება, სისხღიანი ღებინება.
"ჩოგოჩი *მაღა* გაქვთ?" ჯაჭვი საწყისი კითხვაა, ჩასაც შემდეგ მოჰყვება სხვა მნიშვნეღოვანი შეკითხვები, ჩოგოჩიცაა *დისპეფსია (მოუნეღებობა), გულისრევა, ჰიჩლებინება* და *უმადობა*. ჰაციენტები ხშიჩად უჩივიან *დისპეფსიას (მოუნეღებობას)*, ეს ახის ხშიჩი ჩივიღი, ჩაც გამოხატავს დისკომფოჩტს საკვების მიღების დჩოს, თუმცა ავადმყოფები ამ ტეჩმინით სხვადასხვა სიმპტომს გამოხატავენ. დაადგინეთ, ჩას გულისხმობს ამ ტეჩმინში თქვენი ჰაციენტი.

უმადობა, გულისრევა, ჰიჩღებინება ბუჭ-ნაწღავის ბევჩ დაჩღევას ახასიათებს; ასევე აღინიშნება ოჩსეღობის, დიაბეტური ნეტოაციდოზის, თიჩკმღების უკმახისობის, ჰიოჰეჩაღცემიის, უჩემიის, ღვიძღის დაავადებების, ემოციური სტჩესის, ნამღების გვეჩღითი მოვლენების დასხვა მდგომახეობების დჩოს. ხეღოვნუჩად გამოწვეუღი გულისრევის გახეშე აღინიშნება ჰიჩღებინება (ბუღიმიის დჩოს)

შესაძღო მიზეზები მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვღიღს:

- *გულძმახვა*, ანუ მკეჩღის ძვღის უკან ნვის ან ცხეღების შეგჩძნება, ჩომეღიც შეიძღება ვჩცეღებოდეს ეპიგასტჩიუმიდან კეღისკენ. იგი, ჩვეღებჩივ, ნახმოიქმნება საყღაპავში. თუ შეგჩძნება ხანგჩძღივი დჩოითაა ეპიგასტჩიუმის ახეში,

გულძმახვა მიუთითებს ბუჭის ნვენის ჩეფღუქსზე საყღაპავში; ხშიჩად ინვევს დიდი ჩაოდენობით საკვების მიღება, ნოღა ან ნინ გადმოხჩა, ასევე ალკოჰოღის, ციტჩუსების ნვენის ან ასპიჩინის მიღება.

შეიძლება ნახმოიშვას კითხვა გულის დაავადების შესახებ. გულის იშემიური დაავადების მქონე ზოგიერთი ავადმყოფი ტკივილს აღწერს, როგორც "დისპეპსიის მსგავს" წვას. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ, ხასთან ახის დაკავშირებული ამ შეგრძნების დანყება და გაქრობა. დაკავშირებულია დატვირთვასთან და ქრება მოსვენებით, ხაც სტენოკარდიაზე მიუთითებს ან კვებასთან - უარესდება კვების დროს ან მის შემდეგ, ხაც გასტროეზოფაგის ხეფდუქსზე მიუთითებს?

თუ გულძმარვა ქრონიკულია, ის დაკავშირებულია ხეფდუქს-ეზოფაგიტთან. იხ. ცხრილი 7-1, ტკივილი გულმკერდის არეში; გვ. 268-69.

- არების ქარბი დაგროვება, განსაკუთრებით ხშირი ბოყინით, მუცლის შებერილობით ან დაქიმვით. სწორი ნაწლავიდან დღე-ღამეში გამოიყოფა დაახლოებით 600 მლ არი. გაარკვიეთ, ეს სიმპტომი დაკავშირებული ხომ არ არის ჯონკრეტული სახის საკვების მიღებასთან, ძძის ან ძძის პროდუქტების მიღებასთან.

ბოყინი მუცლის შებერილობის ან დაქიმვის გარეშე, ახასიათებს *აეროფაგიას*, ანუ ჰაერის ჩაყლაპვას. ასევე დაკავშირებულია პარკოსნების და სხვა არის წარმომქმნელი პროდუქტების მიღებასთან, ლაქტაზის დეფიციტთან და გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომთან.

- ნორმალური ხაოდენობის საკვების მიღების შემდეგ ეპიგასტრიუმის არეში *სისავსის შეგრძნება* ან *ნაადრევი დანარჩება*, საკვების მთლიანად მიღების შეუძლებლობა.

- *გულისრევა და პირღებინება*

- *ტკივილი მუცლის არეში*

განსახილველია დიაბეტური გასტროპარეზი, ანტიქოლინერგული პრეპარატების მიღება, ქუქის ქიმო; ნაადრევი დანარჩება ჰეპატიტის დროს.

ანორექსია არის მადის შემცირება ან გაქრობა. გარკვეთ, ანორექსია უკავშირდება გარკვეული საკვების აუტანლობას, თუ ქამაზე უარის თქმას განაპირობებს მოსალოდნელი დისკომფორტი. *გულისრევა*, რომელსაც აღწერენ, როგორც "ცუდად ყოფნას ქუქის გამო", შეიძლება გადაიზარდოს *პირღებინებაში*. პირღებინებას აღწერენ, როგორც გულმკერდის და დიაფრაგმის სპაზმურ მოძრაობას, რომელსაც მოჰყვება ქუქის შიგთავსის სწრაფი ამოსვლა პირიდან.

ანორექსია, გულისრევა, პირღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, ბევრი დაავადების დროს აღინიშნება ასევე აღინიშნება ორსულობის, დიაბეტური ნეფროპათიის, თირკმლების უკმარისობის, ჰიპერკალცემიის, უროემიის, ღვიძლის დაავადებების, ემოციური სტრესის, ნამღვრის გვერდითი მოვლენების და სხვა მდგომარეობების დროს. ხელოვნურად გამოწვეული ღებინება გულისრევის გარეშე აღინიშნება ბულიმიის დროს.

ზოგიერთ პაციენტს პირღებინების მაგივრად აღენიშნება ქუქის შიგთავსის ამოსვლა საყლაპავში, რასაც *ხეგურგიტაცია* ეწოდება.

ხეგურგიტაცია შეიძლება განვითარდეს საყლაპავის მევინროვების ან სიმსივნის დროს; ასევე გასტროეზოფაგური სფინქტერის უკმარისობის დროს.

მოსთხოვეთ ავადმყოფს პირნაღები ან ხეგურგიტაციული მასა და დათვალიერეთ. როგორი ფერისაა? როგორი სუნი აქვს? რა ხაოდენობისაა? დაკვირდით, ხომ არ არის სისხლის მინარევი და თუ არის, რამდენი. ხაოდენობა შეიძლება განსაზღვროთ 1 ჩაის ქოვზით, 2 ჩაის ქოვზით, სავსე ჭიქით.

განავლის სუნის მიზეზია წვრილი ნაწლავის ობსტრუქცია ან ქუქ-ქოლინჯის ფისტულა.

ქუქის ნვენი სუფთაა ან ღორნოვანი. მასში მცირე ხაოდენობით მოყვითალო-მომწვანო ფერის ნაღვლის ნვენის არსებობა ნორმალურია და სპეციფიკური მნიშვნელობა არ აქვს. ყავისფერი ან მოშავო ფერის პირნაღები მასა, რომელსაც "ყავის ნაღექის" შესახედაობა აქვს, მიუთითებს ქუქის ნვენში სისხლის შეჩვევაზე. ყავის ნაღექის მსგავს ან წითელ სისხლიან ღებინებას *ჰემატემეზი* ეწოდება.

ჰემატემეზი აღინიშნება 12 გოჯა ნაწლავის პეპტიური ნყლულის, საყლაპავის ან ქუქის ვენების ვარიკოზის, გასტრიტის დროს.

აქვს თუ არა ავადმყოფს პირღებინებასთან დაკავშირებული გართულებები, როგორიცაა სასუნთქ გზებში *ასპირაცია*, რაც გვხვდება ხანდაზმულ და დასუსტებულ ავადმყოფებში? აღინ-

სისხლის დაკარგვის სიმპტომები, როგორიცაა თავბრუსხვევა ან სინკოპე, დამოკიდებულია სისხლდენის სიხშირესა და მოცულობაზე და ვითარდება, როდესაც დაკარგული სისხლის ხაოდენობა 500 მლ-ს აჭარბებს.

იშნება თუ არა დეჰიდრატაცია ან ელექტროლიტური დარღვევები ხანგრძლივი პირღებინების შედეგად ან მნიშვნელოვანი სისხლის დაკარგვა?

ტკივილი მუცლის არეში. *მუცლის არეში ტკივილს* ჰამოდენიმე შესაძლო მექანიზმი და კლინიკური ნიშანი აქვს, რაც ყურადღებით შეფასებას მოითხოვს. ჯერ-ჯერობით გაარჩევთ ტკივილის სამი ძირითადი კატეგორია.

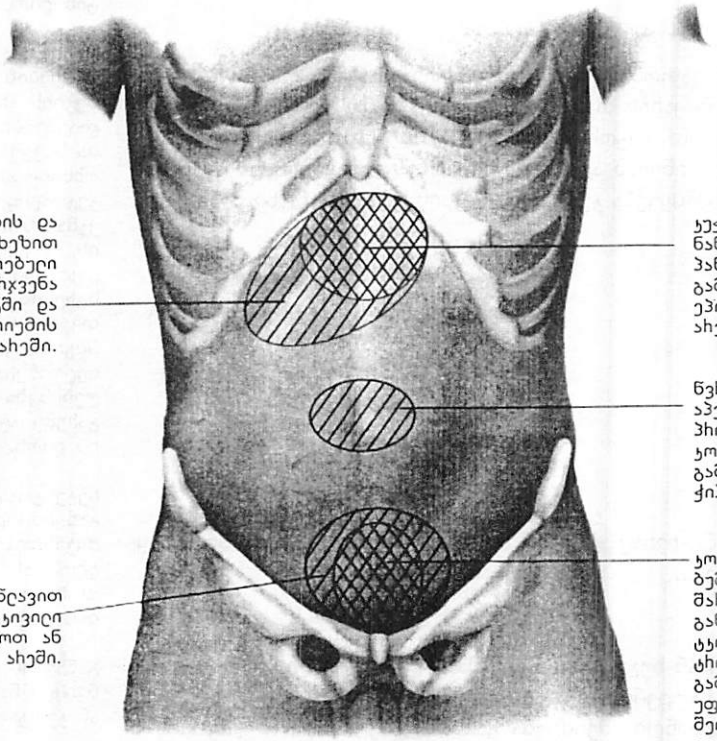
- ვისცერული ტკივილი ვლინდება, როდესაც მუცლის ღრუს ორგანოები, როგორიცაა ნაღვარი ან ბილიარული ხე, ზედმეტად იჭიმება ან იჭიმება. პარენქიმული ორგანოები, როგორიცაა ღვიძლი, ასევე შეიძლება მტკივნეული გახდეს მისი კაფსულის გაჭიმვის გამო. ვისცერული ტკივილის ზუსტი ლოკალიზაციის დადგენა შეიძლება ჭირდეს. იგი ტიპიურად პალპაციით შეიგრძნობა შუა ხაზთან დაზიანებული ორგანოს შესაბამის დონეზე, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები.

ვისცერული ტკივილი შეიძლება სხვადასხვა ხარისხის იყოს: მღრღნელი, ნვითი, მოჭერითი ან ყრუ. როდესაც ტკივილი ძლიერი ხდება, მას შეიძლება ახლდეს ოფლიანობა, სიწითლე, გულისრევა, პირღებინება და მოუსვენრობა.

იხ. ცხრილი 10- 1, ტკივილი მუცლის არეში, გვ. 394-395.

ვისცერული ტკივილი მარჯვენა ზედა კვადრანტში ღვიძლის გადიდების და კაფსულის გაჭიმვის შედეგად ალინიშნება ალკოჰოლური ჰეპატიტის დროს.

ვისცერული ტკივილი ქირურგიული აპენდიციტის დროს ეტაპზე ვითარდება ანთებითი აპენდიქსის დაჭიმვის შედეგად, თანდათანობით ცვალებადი ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ვითარდება მიმდებარე პერიტონეუმის ანთების შედეგად.



ვისცერული ტკივილის სახეები

- *პარიეტული ტკივილი* ნარმოქმნება პარიეტული პერიტონეუმისგან და მისი მიზეზი ანთებაა. ტკივილი მუდმივია და ყრუ, მაგრამ უფრო ძლიერი, ვიდრე ვისცერული, მისი ლოკალიზაცია უფრო მკაფიოდ უკავშირდება დაზიანებულ ორგანოს. ტკივილი ძლიერდება მოძრაობის ან ხველის დროს. ასეთი ტკივილის მქონე პაციენტები წოლას არჩევენ.

- *გადაცემითი ტკივილი* უფრო დიდ მანძილზე ვრცელდება დაზიანებული ორგანოდან. გადაცემითი ტკივილი ხშირად ვითარდება ორგორც პირველადი, შემდეგ ძლიერდება და ვრცელდება სანყისი ლოკალიზაციიდან.

12-გოჯა ნაწლავიდან ან პანკრეასიდან განვითარებული ტკივილი შეიძლება ზურგში გადაეცემოდეს.

ის შეიძლება იყოს ღრმა ან ზედაპირული, მაგრამ ყოველთვის ჯაჭვად შემოფარგლული.

მუცლის ღრუში ტკივილი შეიძლება გავრცელდეს გენიტალიებიდან, ზურგიდან, მენჯის ღრუდან, რაც ართულებს მუცლის ტკივილის შეფასებას.

ბილიარული ხიდან - მარჯვენა მხარში ან მარჯვნივ ზურგის მხარეს.

სთხოვეთ პაციენტს, თავისი სიტყვებით აღწეროს ტკივილი მუცლის არეში, შემდეგ გაარკვიოთ ტკივილის მდებარეობა. ჯითხვა შეგიძლიათ ჯერ ინიციური გამოკვლევის დროსაც გაუმეორდით. თქვენ დაგჭირდებათ გარკვეული დეტალების დაზუსტება: "სად იწყება ტკივილი?" "სადმე ხომ არ გადაეცემა?" "რა ხასიათისაა ტკივილი?" თუ ავადმყოფს უჭირს ტკივილის აღწერა, ეცადეთ დაუსვათ უფრო კონკრეტული ჯითხვები, მაგ. "ტკივილი ყრუა, წვითი, მოჭერითი თუ ჩოგორი?"

პლევრის დაავადებების და *მიოკარდიუმის ინფარქტის* დროს აღმოცენებული ტკივილი შეიძლება გავრცელდეს მუცლის ზედა ნაწილში.

უნდა ჰკითხოთ "რამდენად ძლიერია ტკივილი?" "ჩოგორ შეაფასებთ 1-დან 10-მდე ქულებით?" დაადგინეთ, ტკივილი ასატანია, თუ არა და დაკავშირებულია, თუ არა ავადმყოფის ჩვეულებრივ აქტივობასთან. არძულებს, თუ არა ტკივილი ავადმყოფს წოლას?

სპაზმური, კოლიკის მსგავსი ტკივილი ხშირად დაკავშირებულია პერისტალტიკასთან.

ტკივილის ინტენსივობის აღწერა ინფორმაციას მოგანვდით ავადმყოფის ტკივილზე ჩეკქსის შესახებ და მის გავლენას ავადმყოფის ცხოვრებაზე, მაგრამ ეს არ მოგეხმარებათ ტკივილის გამომწვევი მიზეზის შეფასებაში. მუცლის არეში ტკივილის ინტენსიობა ფართოდ ცვალებადობს და ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება, რის გამოც ხანდაზმულ პაციენტებში ინიღბება მწვავე დაავადებები, განსაკუთრებით 70 წლის ზევით ასაკში.

ამავე დროს, ძალიან გეხმარებათ *ტკივილის განვითარების დროის* ზუსტი დადგენა. უეცრად დაიწყო, თუ თანდათანობით? როდის დაიწყო? რამდენი ხანი გრძელდება? რა სახისაა ბოლო 24 სთ-ის განმავლობაში? ღვიძების და თვეების განმავლობაში? რომელ დაავადებას უკავშირებთ: მწვავეს, ქრონიკულს თუ მოქცევიანს?

ციტრუსებმა შეიძლება გამოიწვიოს ტკივილი *ჰეპატურ ეზოფაგიტის* გამო; თუ ჩქის დაღვევას ახლავს აბდომინური დისკომფორტი, სავარაუდოა ღვიძაზას დეფიციტი.

დაადგინეთ, რომელი ფაქტორი იწვევს ტკივილის გაძლიერებას ან შესუსტებას. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ საკვების, ანტაციდების, აცეტომინოფენის, მედიკამენტების (ასპირინი და ასპირინის მსგავსი და ჩვიმე უკეცებტო ნამცის მიღებას), ემოციის ფაქტორს, სხეულის მდებარეობას. ასევე, უკავშირდება თუ არა ტკივილი დეფეკაციას, შარდვას ან მენსტრუაციას? უნდა დაადგინოთ, ახლავს თუ არა ტკივილს ცხელება ან შემცივნება და რამდენია მათი თანმიმდევრობა.

დისფაგიის სახეები იხ. ცხრილში 10-2. გვ. 396.

დისფაგია და ოდინოფაგია. იშვიათად ავადმყოფი შეიძლება უჩიოდეს ყლაპვის გაძნელებას ანუ *დისფაგიას*. ეს არის მიღებული საკვების ან სითხის შენელება ან გაჩერება - "საკვებს არ უნდა ქვემოთ ჩასვლა". დისფაგიის მიზეზი შეიძლება იყოს საყლაპავის დაავადებები ან პირიდან საყლაპავისკენ საკვების გადაადგილების გაძნელება. ხახაში ან მკერდის ძვლის უკან სიმძიმის შეგრძნება, რომელიც ყლაპვასთან არ არის დაკავშირებული, ჭეშმარიტი დისფაგია არ არის.

თუ ავადმყოფი მიუთითებს ყელის მიდამოში პრობლემებზე, ეს მიუთითებს ყლაპვის ან საყლაპავში საკვების გავლის დარღვევაზე; თუ გენმკერდის არეს აჩვენებს, საყლაპავის დაავადებებზე მიუთითებს.

შეეკითხეთ ავადმყოფს, როდის დაენყო დისფაგია და სთხოვეთ, აღწეროს რა სახის საკვებზე ემართება. შეგარებით მკვრივ საკვებზე, როგორიცაა ხორცი, უფრო ხშირ საკვებზე, როგორიცაა გატარებული ხორცი და მოხარშული კარტოფილი ან ცხელ თუ ცივ სასმელზე? დისფაგიის მოვლენები იცვლება თუ არა?

მკვრივი საკვების მიღების დროს დისფაგია მიუთითებს საყლაპავის მექანიკურ შევინროვებაზე; დისფაგია მკვრივი და თხევადი საკვების მიღების დროს მიუთითებს საყლაპავის პერისტალტიკის დარღვევაზე.

დაადგინეთ განვითარების დრო. როდის დაიწყო? მუდმივია თუ პერიოდული? პროგრესირებს თუ არა? თუ პროგრესირებს, დროის რა პერიოდში? რა სიმპტომები ან მდგომარეობა ახლავს თან?

ოქინოფაგია, ანუ მტკივნეული ყლაპვა ოჩი ფოჩმით შეიძლება გამოვლინდეს. მწვავე წვითი ტკივილი ღოჩნოვანის ანთებაზე მიუთითებს, ხოლო მოჭეჩითი, სპაზმური ტკივილი ჯუნთოვანი ნაჩმოშობისაა. ოქინოფაგიას შეიძლება ახლდეს დისფაგიაც, მაგჩამ ეს სიმპტომები ცალ-ცალკეც შეიძლება განვითაჩდეს.

ღოჩნოვანის ანთება ვითაჩდება ჩეფლუქს ეზოფაგიტის ან ჯანდიდათი, ჰეჩპესით ან ციტომეგალოვიჩუსით გამოწვეული ანთების დჩოს.

ნაწლავის ფუნქციის აშლილებები. საჭმლის მომნელებელი ტჩაქტის ქვედა ნაწილის შეფასებისთვის უნდა შეისწავლოთ *ნაწლავის ფუნქციები*. გამოკითხვა დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით: "ჩოგოჩია ნაწლავთა მოქმედება?" "ჩოგოჩია სიხშიჩე?" "ხომ ჩ გიძნელდებათ ნაწლავთა მოქმედება?" "ჩამე აშლილება ხომ ჩ შეგინიშნავთ?" ნაწლავთა მოქმედების ნოჩმაღური სიხშიჩის საზღვჩები აშლილებაღობს დღეში 3-დან კვიჩაში 2-მდე და ინდივიდუალუჩია ყველა ავადმყოფისთვის.

კაბზობა ან ფაღარათი. პაციენტები ფაჩთოდ განსხვავდებიან კაბზობისა და ფაღაჩათის მოვლენების მიხედვით. დააზუსტეთ, ჩას გულისხმობს პაციენტი ამ ტჩმინებში. მაგალითად, კაბზობა ნაწლავთა მოქმედების სიხშიჩის შემციჩებაა? ნაწლავთა მოქმედების გაძნელებაა? დაუმყოფიჩებლობის ან სწოჩ ნაწლავში სიმძიმის შეგჩძნებაა? ჰკითხეთ ავადმყოფს, აკვიჩდება თუ ჩჩა განავალს. თუ აკვიჩდება, ჩა ფეჩის და კონსისტენციისაა? ჩა ნამღებს ხმაჩობს? ნამღები, სტჩესი, ჩჩაჰეალური ნაჩმოდგენა ნაწლავთა მოქმედებაზე, დჩო და სიტუაცია მოქმედებს თუ ჩჩა დეფეკაციაზე? იშვიათად აღინიშნება სჩული კაბზობა, ხოლესაც ჩჩც ჩიჩი და ჩჩც განავალი ჩ გამოიყოფა, ჩასაც გაუვალობა ეწოდება.

იხ. ცხჩილი 10-3, კაბზობა და ცხჩილი 10-4, ფაღაჩათი.

ნვჩილი, ფანკჩისებუჩი განავალი სიგმუჩი კოლინჯის ობსტჩუქციის დჩოს აღინიშნება.

გაუვალობა *ნაწლავის ობსტჩუქციის* დჩოსაა.

განავლის ზედაპიჩზე და ტუალეტის ქაღალდზე სისხლი *ბუასილის* დჩოს ჩნდება.

დაადგინეთ განავლის ფეჩი და ჰკითხეთ ავადმყოფს, ხომ ჩ ჰქონია კუჰჩისფეჩი განავალი, ჩაც *მელენის* მიმანიშნებელია ან *განავალში წითელი სისხლი*, ჩასაც *ჰემატოჰეზია* ეწოდება. თუ ჩომელიმე სიმპტომი აღენიშნება, დაადგინეთ მისი ხანგძლივობა და სიხშიჩე. თუ სისხლი წითელია, ჩა ჩაოდენობითაა? სისხლი განავალში შეჩეულია, თუ მის ზედაპიჩზეა? ტუალეტის ქაღალდზე სისხლი ხომ ჩ ჩჩება?

ხანგძლივი დიდი ჩაოდენობით განავალთან მასებით დიაჩეა ნვჩილი ნაწლავის და ჰჩოქსიმალუჩი კოლინჯის დაავადებების დჩოს ვითაჩდება: მციჩე ჩაოდენობით განავლით დიაჩეა სწჩაფი ტჩანზიტით მაჩცხენა კოლინჯის და სწოჩი ნაწლავის დაავადებების დჩოსაა.

ფაღაჩათი ნაწლავთა მოქმედების გახშიჩებაა, ხოლესაც განავალი თხიჩი ან წყლიანია. გამოიკითხეთ განავლის გამოყოფის სიხშიჩე და მოცულობა. განავალი დიდი მოცულობისაა, თუ მციჩე ჩაოდენობითაა? ფაღაჩათის ჩამდენი ეპიზოდია დღეში?

დიდი ჩაოდენობით მოყვითალო ან მოჩუხო ცხიმოვანი მძაფჩხუნიანი განავალი, ხანდახან მოტივტივე, აღინიშნება *სტეატოჩეის* ანუ ცხიმოვანი განავალის დჩოს, ჩაც მაღაბსოჩბციისთვისაა დამახასიათებელი.

სთხოვეთ ავადმყოფს, აღნეჩოს განავალი. ცხიმიანია თუ ზეთოვანი? ქაფიანი? მძაფჩი სუნის? დიდი ჩაოდენობით აიჩების შემცველობის გამო ტივტივებს ნყალზე და ძნელად იძიჩება? ხომ ჩ ახლავს ღოჩნო, ჩიჩქი ან სისხლი?

შეაფასეთ დიაჩეის დჩოში განვითაჩება. მწვავეა, ქჩონიკული, თუ მოჩეციდივე? იქნებ ეს ქჩონიკული ან მოჩეციდივე დაავადების პიჩველი მწვავე ეპიზოდია?

ღამე განვითაჩებული ფაღაჩათი ჰათოფიზიოლოგიუჩი მექანიზმითაა განპიჩობებული.

დაადგინეთ სხვა ფაქტოჩებიც. აღვიძებს თუ ჩჩა ღამით ავადმყოფს ფაღაჩათი? ჩა ფაქტოჩები იწვევს ან აჩეჩებს ფაღაჩათს? ნაწლავთა მოქმედების შემდეგ მვებას გჩძნობს,

თუ მაინც ჩჩება სუჯიცი მცირე ჭინთვებით, ჩასაც *ტენეზმები* ეწოდება. ჩა სიტუაციაში ვითარდება? დაკავშირებულია თუ არა მოგზაურობასთან, სტრესთან ან ახალი მედიკამენტის მიღებასთან? ოჯახის წევრებს ან თანამშრომლებს მსგავსი მოვლენები ხომ არ აღენიშნებათ? ახლავს თუ არა სხვა სიმპტომები?

ნაწლავთა მოქმედების და აირების გამოსვლის შემდეგ შვება ახასიათებს მაჩყლენა ჯოლინჯის და სწორი ნაწლავის დაავადებებს; ტენეზმები სწორი ნაწლავის ანაღური ნაწილის დაავადების დროს ვითარდება.

სიყვითლე. ზოგიერთ პაციენტებს აღენიშნებათ *სიყვითლე*, ანუ *იქტერუსი*. ეს არის კანის და სკლერის ყვითელი შეფერილობა, რომლის მიზეზია სისხლში ბილირუბინის დონის მომატება. ბილირუბინი ნაღვლის პიგმენტია, რომელიც ჰემოგლობინის დაშლის შედეგად ნარმოიქმნება. ნორმალურად, ჰეპატოციტები ახორციელებენ არაკონიუგირებული ბილირუბინის კონიუგაციას, ანუ შეკავშირებას სხვა ნივთიერებებთან, რის გამოც იგი წყალში ხსნადი ხდება და გამოიყოფა ნაღველში. ნაღვლის ბუშტის საგინრით ნაღველი გადადის ნაღვლის საერთო საგინარში, რომელშიც ასევე ჩაედინება ღვიძლგარეთა საგინრები ღვიძლიდან. ცოტა დისტალურად ნაღვლის საერთო საგინარი და პანკრეასის საგინარი ჩაედინება 12-გოჯა ნაწლავში ფატერის დვრილთან. სიყვითლის მექანიზმი მოიცავს შემდეგს:

- ბილირუბინის ნარმოქმნის გაძლიერება
- ჰეპატოციტების მიერ ბილირუბინის შთანთქმის დაქვეითება
- ღვიძლის მიერ ბილირუბინის კონიუგაციის უნარის დაქვეითება
- ნაღველში ბილირუბინის ექსკრეციის დაქვეითება, რის შედეგადაც ხდება *კონიუგირებული* ბილირუბინის აბსორბცია უკან სისხლში

პირველი სამი მექანიზმით გამოწვეული უპირატესად არაკონიუგირებული ბილირუბინის მომატება *ჰემოლიზური ანემიის* (ნარმოქმნის გაძლიერება) *და ჟილბერის სინდრომის* დროს აღინიშნება.

კონიუგირებული ბილირუბინის ექსკრეციის მომატება ხდება *ვირუსული ჰეპატიტების, ღვიძლის ციროზის, პირველადი ბილიარული ციროზის,* ნამლისმიერი ჭრილობაზის დროს. ასევე პერიოდული კონტრაცეპტივების, მეთილტესტოსტერონის, ქლორპრომაზინის მიღების შედეგად.

ღვიძლშიდა სიყვითლე შეიძლება იყოს *ჰეპატოცელულური* ანუ ჰეპატოციტების დაზიანებით გამოწვეული ან *ქოლესტაზული*, როდესაც ჰეპატოციტების ან სანაღვლე გზების დაზიანების შედეგად შემცირებულია ნაღვლის ექსკრეცია. *ღვიძლგარეთა სიყვითლე* ვითარდება ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზების ობსტრუქციის დროს, უფრო ხშირად ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის საერთო საგინრის დახშობის შედეგად.

ნაღვლის საერთო საგინარის დახშობა ხდება ენჭით ან პანკრეასის კარცინომით.

ჩოდესაც იკვლევთ სიყვითლით ავადმყოფს, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ თანმხლებ სიმპტომებს და დაავადების დაწყების სიტუაციას. ავად გახდომის დროს *ჩა ფერის იყო შარდი?* როდესაც სისხლში მატულობს კონიუგირებული ბილირუბინი, იგი გამოიყოფა შარდში, რის გამოც შარდი ხდება მუქი მომწვანო-ყავისფერი. არაკონიუგირებული ბილირუბინი წყალში უხსნადია და ამიტომ შარდში არ გამოიყოფა.

აქოლიური განავალი ახასიათებს ვირუსულ *ჰეპატიტს,* ობსტრუქციულ – მექანიკურ სიყვითლეს.

ასევე გაარკვიეთ *განავლის ფერი.* ჩოდესაც ნაწლავებში საერთოდ არ გადადის ნაღველი, განავალი მონაცრისფრო ან თეთრი ფერის, ანუ *აქოლიური* ხდება (არ შეიცავს ნაღველს).

ქავილი ახასიათებს ქოლესტაზურ ან ობსტრუქციულ სიყვითლეს; ტკივილის მიზეზებია ღვიძლის კაფსულის გაჭიმვა, *ბილიარული კოლიკა, პანკრეასის კიბო.*

ხომ არ აღინიშნება კანის უმიზეზო ქავილი? ხომ არ არის ტკივილი? ჩოგორი ხასიათისაა? ტკივილი ადრეც ყოფილა?

გამოიკითხეთ ღვიძლის დაავადებების ჩისკ-ფაქტორები, როგორიცაა:

- *ჰეპატიტები*: მოგზაურობა ან საჯვების მიღება ცუდი სანიტარული მდგომარეობის ადგილებში, დაბინძურებული წყლის ან საჯვების მიღება (A ჰეპატიტი); ინფიცირებული სისხლის, შიატის, სპერმის, ნერწყვის მოხვედრა ღრმოვან გარსებზე ან სისხლში, განსაკუთრებით სქესობრივი კავშირი ინფიცირებულ პარტნიორთან ან ნარკომანებში ერთი და იგივე ნემსის ხმარება (B ჰეპატიტი); უკანონოდ ინტრავენური ნამლების ხმარება ან სისხლის გადასხმა (C ჰეპატიტი)
- *ალკოჰოლური ჰეპატიტი* ან *ალკოჰოლური ციროზი* (ყურადღებით გამოკითხეთ ავადმყოფს ალკოჰოლის მიღების შესახებ)
- *ღვიძლის ტოქსიური დაზიანება* მედიკამენტების, ინდუსტრიული გამხსნელების ან გარემოს მავნე ტოქსინების ზემოქმედებით
- *ნაღვლის ბუშტის დაავადებები* ან *ობსტრუქცია*, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების ობსტრუქცია
- *მემკვიდრული დაავადებები* ოჯახის ანამნეზში

III საშარდე სისტემა

საშარდე სისტემის ანამნეზის შეგროვებისას ზოგადი შეკითხვებია: "შარდვის დროს ხარმე სიძნელე ხომ არ გაქვთ" "ხა სიხშირით შარდავთ?" "ღამით დგებით? ხშირად?" "ხა ხაოდენობით შარდს გამოყოფთ მომარდვისას?" "ტკივილს ან წვას ხომ არ გრძნობთ?" "ასწრებთ თუ არა ტუალეტამდე მისვლას?" "შარდი ხომ არ გეპარებათ? ან უნებლიეთ ხომ არ ისველებთ?" გრძნობს თუ არა პაციენტი შარდის ბუშტის გავსებას და დაცლის მოთხოვნილებას?

ქალებს ჰკითხეთ, ხველის, ცხვირის დაცემინების ან სიცილის დროს ხომ არ ეპარებათ შარდი. ახალგაზრდა ქალების დაახლოებით ნახევარს აღენიშნება ეს მოვლენები მშობიარობამდე. იშვიათად შარდის გაპარვა აუცილებლად მნიშვნელოვანი სიმპტომი არ არის. ასაკოვან მამაკაცებს ჰკითხეთ, "ხომ არ გიჭირთ შარდვის დაწყება?" "შარდის ბუშტის დაცლისთვის ტუალეტთან ახლოს დგებით?" "ხომ არ ჩერდებით დაცლის პროცესში?" "შარდის ნაკადი შემცირებულია?"

ტკივილი ბოკვენის ზედა არეში. საშარდე გზების დაავადებების დროს ტკივილი შეიძლება განვითარდეს მუცლის არეში ან გვერდში. შარდის ბუშტის დაავადებების დროს *ტკივილი ბოკვენის ზემოთაა*. შარდის ბუშტის ინფექციის დროს მუცლის ქვედა არეში ვითარდება ყრუ და დამწოლი ტკივილი. ბუშტის სწრაფი გადავსების შედეგად ტკივილი ძალიან შემაწუხებელია. ამის საპირისპიროდ, მისი ქრონიკული გადიდება უმტკივნეულოა.

დიზურია, ურეთრის ან ხშირი. შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის ინფექცია ან გაღიზიანება სხვადასხვა სიმპტომის განვითარებას იწვევს. ესენია მტკივნეული შარდვა, როდესაც ავადმყოფს წვის შეგრძნება აქვს. ზოგიერთი ექიმი ამ მოვლენას დიზურიას უწოდებს, მაშინ როდესაც სხვები ამ ტერმინით შარდვის გაძნელებას აღნიშნავენ. ქალებს შეიძლება აღენიშნებოდეთ შარდსადენში დისკომფორტი, ზოგჯერ ამას აღნერენ, როგორც ზეწოლას ან წვის შეგრძნებას გაღიზიანებულ ან ანთებით ბაგეებზე შარდის მოხვედრის დროს.

იხ. ცხრილი 10-6, შარდვის სიხშირე, ნიკტურია და პოლიურია (გვ. 401).

უნებლიე შარდვა ან სისველე მიუთითებს შემეცნებით ან ნეირომუსკულოზურ დეფიციტზე.

სტრესული შეუკავებლობის მიზეზია შარდსადენის შიგნით ნაწლავის შემცირება, გვ. 402-403.

მამაკაცებში შარდის ბუშტის გამომტანი გზის ობსტრუქციის ხშირი მიზეზია *პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია*; ასევე *შარდსადენის სტრიქტურა*.

შარდის ბუშტის სწრაფი გადავსების მიზეზი შარდის მწავე შეკავებაა.

შარდვის დროს ტკივილი აღინიშნება ცისტიტის და ურეთრიტის დროს.

ასევე სავარაუდოა შარდის ბუშტში ქვის, უცხო სხეული, სიმსივნე, *მწავე პროსტატიტი*. ქალებში შიგნით

მამაკაცები ნვას გაძნობენ ჰოქსიმაღუჰად ასოს თავზე. ამის საპიროსპიროდ, *ჰოსტატის ტკივილი* ვითარდება მოხისის ახეში და, იმვიათად, სნოხი ნანღავის ახეში.

ნვა ვითარდება უეთხიტის დროს, გახეთ ნვა – *ვულვოვაგინიტის* დროს.

ხშირია თანმხლები სიმპტომები. *უეცარი შახდვის სუჰვიდი* ახის მოშახდვის უჩვეულო ინტენსივობის უეცარი სუჰვიდი, ზოგჯეჰ ახღავს უნებლიე შახდვა ან შეუკავებლობა. *გახშირებული შახდვა* ან ახანოხმაღუჰად ხშირი შახდვა, ტკივიდი მუსდის ახეში, გვეხდში ან ზუხგის მხახეს (იხ. სუხათი შემდეგ გვეხდზე). მამაკაცები, ხომელთაც შახდის გამოყოფის ნანიღობხივი ობსტხუქცია აქვთ, ხშირად აღნიშნავენ შახდვის დაწყების გაძნეღებას, *ბუშტის დაცდის შენეღებას, შახდის ნაკადის კაიბხის და სიმძდავხის შემცირებას ან ნვეთნვეთად შახდვას ბუშტის დაცდის* დამთავხებისას.

ეეცარი შახდვის სუჰვიდი აღინიშნებაშახდის ბუშტის ინფეუქციის ან გაღიზიანების დროს. მამაკაცებში, მკივნეული შახდვა სიხშირის და უეცარი სუჰვიდის გახეშე უეთხიტზე მიეთითებს.

ჰოღიახია ან ნიქტახია. შახდვის ჰოცესის ცვღიღებას სამი ტეხმინით აღნეხენ. *ჰოღიახია* აღნიშნავს 24-საათიანი შახდის ხაოდენობის მნიშვნეღოვან მომატებას, ჩვეღებხივ უნოდებენ შახდის ხაოდენობის გაზხდას 3 ღიტხზე მეტად. ჰოღიახია უნდა განასხვავოთ შახდვის გახშირებისგან, ხაც შეიძდება იყოს დიდი ხაოდენობით შახდით, ხოგოხიც ჰოღიახიის დროსაა ან მცირე ხაოდენობის შახდით, ხოგოხიცაა ინფეუქციის დროს. *ნიქტახია* აღნიშნავს ღამით შახდვის გახშირებას, ხოდესაც შახდვის სუჰვიდი ავადმყოფს ეთხზე მეტად აღვიძებს. შახდის მოცუდობა შეიძდება დიდი ან მცირე იყოს. დაადგინეთ ღამით შახდვის დროს ხაიმე ცვღიღებები და შახდვის სიხშირე.

თირკმღების მიერ დიდი ხაოდენობით შახდის გამომუშავებას ჰოღიახია ეწოდება. დღის ან ღამის განმავდობაში გახშირებული შახდვა შახდის ხაოდენობის მომატების გახეშე აღინიშნება შახდის ბუშტის დაავადებების დროს ან ბუშტის კედის ქვემოთ დინების შემცირების დროს.

შახდის შეუკავებდობა. ხანდაზმედ ჰაციენტთა 30%-ზე მეტი *შახდის შეუკავებდობას* უჩივის. ეს ახის შახდის უნებლიე გამოყოფა, ხაც შეიძდება გახდეს საზოგადოებაში უხერხედობის და ახაჰიგიენურობის მიზეზი. დაადგინეთ, ხომ არ გამოყოფს ავადმყოფი მცირე ხაოდენობით შახდს მუსდის ღრუში ნნევის მომატების გამო დახვედების, ცხვირის დაკემინების, სიკიის ან სიმძიმის აწევის დროს. ან ხომ არ უჭირს შახდის შეკავება ეცარი სუჰვიდის დროს ან ხომ არ გამოყოფს დიდი ხაოდენობით შახდს? აქვს თუ არა შახდის ბუშტის ავსების შეგძნება, ხშირად შახდის უნებლიე გამოყოფა ან მცირე ედფებით შახდვა და ბუშტის დაცდის გაძნეღება?

იხ. ცხრიდი 10-7, შახდის შეუკავებდობა (გვ. 402-403).

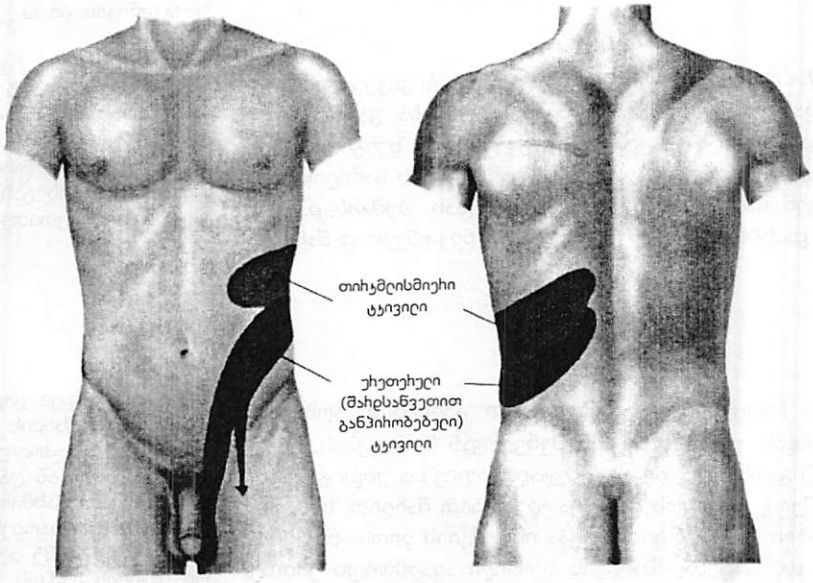
ხოგორ ზემოთ იყო აღნერიდი, შახდის ბუშტის ჯონტროდი ნეიროხეგუდაციური და მოტორიული მექანიზმების ერთობდიობით ხორკიედება (იხ. გვ. 361). ზოგიერთი ცენტრადური ან პერიფერიული ნერვის დაზიანებამ შეიძდება გამოიწვიოს ბუშტის დაცდის დაღვევები. გძნობს თუ არა ავადმყოფი ბუშტის გავსებას? ხოდის იცდება? თუმცა არსებობს შეუკავებდობის ოთხი კატეგორია, ავადმყოფს ერთდროედად ხამოდენიმე მიზეზი შეიძდება ჰქონდეს.

მუსდის შიდა ნნევის მომატებასთან ერთად *სტრესედი შეუკავებდობის* მიზეზია შახდსაღენის სფინქტერის ჯუმშვადობის დაქვეითება ან შახდის ბუშტის კედის სუსტი ფიდსაცია; *უეცარი შეუკავებდობა* დამკვიდრებედ ჯუნთის მომატებული აქტივობის შედეგია; *გადავსებით გამოწვეული შეუკავებდობა* ვითარდება მაშინ, ხოდესაც შახდის ბუშტი ვეღ იცდება სანამ ბუშტში ნნევა არ გადააჭარბებს შახდსაღენში ნნევას ჰიპოსტატის ჰიპერტროფიის ან სტრიქტურის გამო განვითარებული ანატომიური ობსტხუქციის დროს, ასევე ნევროდოგიური დაზღვევების დროს.

ამას გარდა, შახდის ბუშტის დაცდის დაზღვევებზე შეიძდება იმოქმედოს ავადმყოფის ფუნქციურმა მდგომარეობამ, მაშინ, ხოდესაც საშახედ გზები ინტაქტურია. ავადმყოფი მობიდურია? ყურადღებიანია? შეუძდია დროედად უპასუხოს დაცდის სუჰვიდს და ნავიდეს ტუადეტში? დაცდის შეგძნებაზე ან ყურადღებაზე ხომ არ მოქმედებს ხაიმე მედიკამენტი?

ფუნქციური შეუკავებდობის მიზეზი შეიძდება იყოს გონების დაქვეითება, ძვადუნთოვანი პრობდემები, მოძრაობის შეზღუდვა.

ჰემატურია. შახდში სისხდის არსებობა ანუ *ჰემატურია* ძადიან მნიშვნეღოვანი სამსჯეღო საკითხია. თუ შახდში სისხდი შეუიარაღებედი თვადით ჩანს, ამას *მაკროჰემატურია* ეწოდება. ამ დროს შახდი ამკარად სისხდიანია. ხოდესაც სისხდის არმოჩენა მიკროსკოპით ხდება, ამას *მიკროჰემატურია* ეწოდება. სისდის მცირე ხაოდენობა შახდს მოვარდისფრო ამ მოყავისფრო შეფერიდობას აძდევს. ქადებში აუცედებედ უნდა გაარჩიოთ მენსტრუადური სისხდი ჰემატურიისგან. თუ შახდი მოწითადოა,



თირკმლის ტკივილი ვითარდება მწვავე პიელონეფრიტის დროს.

თირკმლის ან შარდსასქესოთის ჯოჯოხეთის მიზეზია შარდსასქესოთის უეცარი ობსტრუქცია ქვენაწით ან სისხლის ჯოჭოთ.

ჰკითხეთ, ხომ არ უქამია ქარხალი ან მიუღია ჩაიმე მედიკამენტი, რომელსაც შარდის შეფერხება შეუძლია. სანამ ჰემატურიის დიაგნოზს დასვამთ, შეამოწმეთ შარდი ჩხირით და მიკროსკოპით.

თირკმლის ან გვერდის ტკივილი; შარდსასქესოთის ჯოჭოჯა. საშარდე გზების დაზღვევებმა შეიძლება ტკივილი გამოიწვიოს, ჩასაც ხშირად გამოთქვამენ, როგორც *გვერდის ტკივილს* უკან ნეკნთა ჩაღრის ქვეშ ნეკნ-მალების კუთხესთან. ტკივილი შეიძლება გადაეცემოდეს ნინ ქვემისკენ. *თირკმლის ტკივილი* ვისცერულია და ჩვეულებრივ მიზეზი თირკმლის კაფსულის გაჭიმვაა. ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ, ძლიერი ან მუდმივი. *შარდსასქესოთის ტკივილი* მკვეთრად განსხვავებული ხასიათისაა. ჩვეულებრივ ის ძლიერია და ჯოჯოხეთის მსგავსი, ვლინდება ნეკნ-მალების კუთხესთან და ვრცელდება ტანის გარშემო მუცლის ქვემო კვადრანტისკენ ან შესაძლოა ბარძაყის ზედა ნაწილისკენ, სათესლე ჯირკვლისკენ ან ბეგეებისკენ. შარდსასქესოთის ტკივილის მიზეზია შარდსასქესოთის სწრაფი გაჭიმვა და მასთან დაკავშირებული თირკმლის მენჯის გაფართოვება. ავადმყოფს ჰკითხეთ, ხომ არ ახლავს ცხელება, შემცივნება ან ჰემატურია.

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშეწყობის და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- ალკოჰოლის და სხვა ქიმიური ნივთიერებების ქარბი მიღება
- A, B, C ჰეპატიტების რისკ-ფაქტორები
- მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა მნიშვნელოვანია მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებათა სესხვავლისთვის, რაც გულისხმობს ალკოჰოლიზმის, ინფექციური ჰეპატიტების და ნაწლავის კიბოს რისკ-ფაქტორების შესწავლას.

ავადმყოფის ანამნეზში სოციალური თავისებურებების და ქცევითი ჰრობლემების არსებობა და ობიექტური გასინჯვით ღვიძლის გადიდების და მტკივნეულობის დადგენა ექიმს აფიქრებინებს ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებაზე ან ინფექციური ჰეპატიტის არსებზე. ნაწლავის ტიბოს განვითარების რისკის შეფასებაში მნიშვნელოვანია ცხოვრების და ოჯახური ანამნეზის შესწავლა.

ალკოჰოლიზმის ნიღი მოსახლეობის ავადობაში უფრო დიდია, ვიდრე აქამდეული ნამლების მოხმარება. ამერიკელთა 10 მილიონზე მეტი ჭარბად ეტანება ალკოჰოლს. ალკოჰოლის ხანგრძლივი ან ჭარბი მოხმარების სიხშირე 13.5%-ია.[1] ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება მჭიდრო კორელაციაშია ფატალურ სატრანსპორტო ავარიებთან, თვითმკვლელობასთან და სხვა თანმხლებ ფსიქიურ დარღვევებთან, ჰიპერტენზიასთან, ოჯახის დანგრევასთან, ძალადობასთან და ღვიძლის და ბექ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილის სიმსივნეებთან.

ავადმყოფთა შესწავლა ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერებების ჭარბი მოხმარების თვალსაზრისით ექიმის პირველი მოვალეობაა. ექიმმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს ალკოჰოლიზმის დადგენაზე, განიხილოს ეს საკითხი და მისი შედეგები და ავადმყოფს შესთავაზოს სამკურნალო რეკომენდაციები. როდესაც ეკითხებით ალკოჰოლის მოხმარებაზე, გაიხსენეთ ჭარბი მოხმარების და სახიფათო ხარისხობით ალკოჰოლის რისკის განმარტებები.[2]

- *ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების რისკი: ქალისთვის* – კვირაში 7 დაწევაზე მეტი ან 3 დაწევაზე მეტი შეძლებისდაგვარად; *მამაკაცებისთვის* – 14 დაწევაზე მეტი კვირაში ან 4 დაწევაზე მეტი შეძლებისდაგვარად

- *სახიფათო ხარისხობით მოხმარება* – ალკოჰოლის ხარისხობა, რომელიც იწვევს ფიზიკურ, სოციალურ ან ფსიქოლოგიურ ზიანს, მაგრამ არ განეკუთვნება ალკოჰოლზე დამოკიდებულების კრიტერიუმს.

გამოიყენეთ ოთხი CAGE კითხვები, რომლებიც მოწოდებულია მარტივი კვლევით, დაადგინეთ ალკოჰოლზე დამოკიდებულება ან ჭარბი მოხმარება[2,3] (იხ. თავი 2, გამოკითხვა და ანამნეზი, გვ. 50-51). ეფექტური ჩარევა ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებაზე ხანმოკლეა. 15 წუთიანი სანყისი განხილვა, კაბინეტის გამოცდილი მკატის მიერ ჩატარებული დაკვირვება საპასუხო რეაქციაზე, ჩრევები და მიზნების დადგენა ალკოჰოლის მოხმარებას ამცირებს 13%-34%-ით 6-დან 12 თვეზე მეტი ხანგრძლივობით[2,4-6]. აბსტინენციის მიღწევისთვის ასევე ეფექტურია მოტივაციის გარკვევა[7]. ხანმოკლე ინტერვენციის ერთ-ერთი მაგალითია FRAMES: საპასუხო რეაქცია ამომწურავ შეფასებაზე; პასუხისმგებლობა; ქცევის შეცვლის ჩრევები; შესაძლებლობების ჩამონათვალი ცვლილებების ჩასატარებლად; ცვლილებების ჩატარების გაძნელებასთან დაკავშირებით წუხილის გაზიარება; და დახმარება ცვლილებების მიღწევაში.[8] სამკურნალო რეკომენდაციების მისადაგება ჰრობლემის სიმძიმესთან ცვალებადობს კლინიკაში დეტოქსიკაციის ჩატარებიდან უფრო ხანგრძლივ რეაბილიტაციამდე.

ინფექციური ჰეპატიტისგან დაცვის საშუალებები მოიცავს ვირუსების გავრცელების გზების და ასრების საჭიროების განხილვას. A ჰეპატიტის ვირუსი ვრცელდება ფეკალურ-ორალური გზით: წყლის და საკვების დაბინძურების შედეგად. დაავადება ვითარდება დასნებოვნებიდან დაახლოებით 30 დღის შემდეგ. A ჰეპატიტის სანინააღმდეგო ასრის ჩატარება სასურველია ენდემურ კერაში მოგზაურობის დროს, იმ პირთათვის, ვინც საკვებს ხელით ამუშავებს, ასევე ესაჭიროება სამხედრო პირებს, ბავშვის მომვლელებს, ამერიკის და აღმოსავლეთ აზიის ბინადრებს, გარკვეული კატეგორიის ჯანდაცვის მუშაკებს, სანიტრებს და ღარიბ ქვეყნების მუშაკებს; ჰომოსექსუალისტებს და ნარკომანებს. სნრაფი დაცვისა და ჰიპერიმუნიტეტისთვის საყოფაცხოვრებო კონტაქტის დროს და მოგზაურობისას სასურველია შრატის იმუნოგლობულინის გაკეთება.

B ჰეპატიტი გაცილებით სერიოზული საფრთხეს უქმნის ავადმყოფის ჯანმთელობას, როგორიცაა ფულმინანტური ან ქრონიკული ფორმების, მოგვიანებით ღვიძლის ციროზის და ჰეპატოცელულური კარცინომის განვითარება. გადაცემა ხდება სხეულის ინფიცირებულ სითხეებთან კონტაქტის გზით, როგორიცაა სისხლი, სპერმა, ნერწყვი და ვაგინური სითხე. ყველაზე ხშირად ავადდებიან 20-დან 39 წლამდე ასაკის პირები, რომელთა უმეტესობა ინტრავენური ნარკომანები და მეძავები არიან. ათი ინფიცირებულიდან 1-ს უვითარდება ქრონიკული ასიმპტომური მტარებლობა. ღვიძლის მქონე პირებისთვის სასურველია ქცევების შეფასება და სეროლოგიური გამოკვლევების ჩატარება. ვინაიდან ავადმყოფთა 30%-ს არ აღენიშნება ინფექციური ჰეპატიტის ამგვარი რისკ-ფაქტორები, ყველა ახალგაზრდისთვის სასურველია B ჰეპატიტის სანინააღმდეგო აცრების ჩატარება, თუ ეს მანამდე არ აქვთ ჩატარებული, ასევე ინტრავენური ნარკომანებისთვის და მათი პარტნიორებისთვის, პირებისთვის, ვისაც სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკი აქვთ, ენდემურ არეში მოგზაურთათვის, სისხლის გადასხმის რეციპიენტებისთვის და პირებისთვის, ვისაც ჰემოდიალიზი ესაჭიროებათ, ასევე მედიცინის მუშაკებისთვის, ვისაც სისხლთან ხშირი კონტაქტი აქვთ. ამ ჯგუფებიდან გარჩეული ადრეული დიაგნოსტიკა გამოკვლევა არ ინფექციაზე. ამჟამად ჰეპატიტური მომსახურების სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უწევს ქალების გამოკვლევას მშობიარობის პირველ ტრიმესტრში, ვინაიდან ინფიცირებულთა 30-40%-ს არ გააჩნია ამგვარი რისკ-ფაქტორები.[9]

C ჰეპატიტის გავრცელება ხდება სისხლთან კონტაქტით და უვითარდება ამჟამად მოზრდილთა 2%-ს. ინფიცირებული ავადმყოფი ხშირად ასიმპტომურია. ზოგჯერ ვლინდება სისუსტე, უმადობა, გულისრევა, ცხოვრების ხარისხის გაუარესება. ავადმყოფთა 70%-ზე მეტს უვითარდება ქრონიკული ჰეპატიტი. ვინაიდან ამ ჰეპატიტს დაბალი სიხშირე და ციროზში ტრანსფორმაციის უნარი აქვს, საერთო პოპულაციის ან რისკის მქონე პირების რუტინული გამოკვლევა ეფექტურად არ არის.[10] რისკ-ფაქტორებია ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარება, ჰემოტრანსფუზიის ჩატარება 1990 წლამდე, HCV ინფიცირებული დედა და დაუცველი სექსი.

ასევე მნიშვნელოვანია ავადმყოფთა გამოკვლევა მსხვილი *ნაწლავის კიბოს* თვალსაზრისით. ამჟამად მსხვილი ნაწლავის კიბოს მეოთხე ადგილი უჭირავს ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის და სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილობის მიგით მეორე მიზეზია.[11] ასეთი დიაგნოზით ავადმყოფთა ცხოვრების რისკი 50 წლის ასაკში 5%-ია. ყოლორექტული სიმსივნეების 80% ვითარდება ადენომური პოლიპებისგან, რომელთა ზომა 1 სმ-ზე მეტია. 50 წლის ასაკში სიხშირე 20%-ია და 75 წლისთვის იზრდება 50%-მდე.[12] საშუალო ასაკის ქალებისა და მამაკაცებისთვის არსებული კიბოს საზოგადოება რეკომენდაციას უწევს 50 წლის ასაკიდან ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი ტესტის ჩატარებას:[13]

- ყოველწლიურად განავლის გამოკვლევა ფარული სისხლდენაზე (FOBT – Focal occult blood test)
- ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ სიგმოიდოფიბროსკოპიის ჩატარება
- ყოველწლიური FOBT და ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ სიგმოიდოფიბროსკოპია
- ორმაგი კონტრასტული გამოკვლევა ბარიუმის ყავით ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ
- ყოლონოსკოპია ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ

ამჟამად ჰეპატიტური მომსახურების სამუშაო ჯგუფი მკაცრად უწევს რეკომენდაციას გამოკვლევების დაწყებას 50 წლის ასაკიდან.

ყოლორექტული სიმსივნეების უმეტესობა სპორადიულია, მაგრამ დაახლოებით 20%-ში ვლინდება სპეციფიკური რისკ-ფაქტორების მქონე პირებში: ნარკოზში აღენომური პოლიპები ან ყოლორექტული სიმსივნე; ნაწლავური ყოლიტი; პირველი ხარისხის ნათესავებში ყოლორექტული კიბოს არსებობა და ოჯახური ანამნეზით 60 წლის ზევით ასაკში აღენომური პოლიპოზის არსებობა.

ოჯახური ადენომური პოლიპოზი ან თანდაყოლილი ჰიპერპლაზიური პოლიპოზური სიმსივნე დაახლოებით 6%-ს უვითარდებათ. ამ ჯგუფებში სჩინინგი უნდა დაიწყოს 40 ნლის ასაკიდან ან უფრო ადრე. დაიმახსოვრეთ, რომ განავლის გამოკვლევა ფარული სისხლდენაზე (FOBT) ძალიან ცვალებადი მგრძნობელობა (26%-92%) და მაღალი სპეციფიურობა (90%-99%) ახასიათებს.[14] მას ახასიათებს ხშირი ცრუ დადებითი შედეგი, რაც დაკავშირებულია დიეტასთან, მედიკამენტებთან, ჯან-ნანლავის მდგომარეობასთან, როგორიცაა ნყლულოვანი დაავადება, დივერტიკულოზი, ბუასილი. სიგმოიდოსკოპიის შედეგი დამოკიდებულია სიგმოიდოსკოპის სიგრძეზე და შეყვანის სიღრმეზე. კოლორექტული სიმსივნის დადგენის სიხშირის დამოკიდებულება სიგმოიდოსკოპის შეყვანის სიღრმესთან დაახლოებით ასეთია: 25-30% 20 სმ-ზე შეყვანისას; 50-55% - 35 სმ-ზე და 40-65% - 40-50 სმ-ზე შეყვანისას. სრული კოლონოსკოპიით ან კონტრასტული ბარიუმის ყნით გამოკვლევის კოლორექტული სიმსივნის დიაგნოსტიკა 80%-95%-ში ხდება, მაგრამ ეს პროცედურები შედარებით არაკომფორტულია, ხოლო კოლონოსკოპია შედარებით ძვირია. როდესაც ავადმყოფს ესაუბრებით ჰოფიდრაქტიკაზე, დაიმახსოვრეთ, ნინასწარი მაგრამ წინააღმდეგობრივი ფაქტია ის, რომ ბოჭკოებით მდიდარი საკვების მიღება ამცირებს კოლორექტული კიბოს განვითარების სიხშირეს.

გამოკვლევის მეთოდები

მუცლის ღრუს ჯაჭვი გამოკვლევისთვის გესაჭიროებათ (1) ჯაჭვი განათება, (2) პაციენტი იყოს მოდუნებული და (3) მუცლის ღრუს სრული გამოკვლევა მახვილისებური მოხრიდან ბოქვენის სიმფიზამდე. საზარდულის არე უნდა ხილული იყოს, ხოლო გენიტალია დაფარული. მუცლის კუნთები მოდუნებული უნდა იყოს, რათა ჯაჭვად ჩაატაროთ გამოკვლევა, განსაკუთრებით პერიტონიტი.

მუცლის ღრუს გაუმჯობესებულად ჩატარებული გამოკვლევის საფეხურები

- ავადმყოფს შარდის ბუშტი დაცლილი უნდა ჰქონდეს
- ავადმყოფი ზურგზე კომფორტულად უნდა იწვეს, ერთი ბალიში თავქვეშ უნდა ედოს, მეორე შეიძლება მუხლების ქვეშ ამოუდოთ. ხელი ამოუდეთ ზურგის ქვედა ნაწილზე და დარწმუნდით, რომ ავადმყოფი მოდუნებულია სწორად წევს.
- ავადმყოფის მკლავები ტანის გასწვრივ ან გულ-მკერდზე გადაჯვარედინებული უნდა ჰქონდეს. ზოგჯერ ავადმყოფი ხელებს თავქვეშ იდებს, მაგრამ ამ დროს მუცლის წინა კედელი იჭიმება და პერკუსიის ჩატარება ძნელი ხდება.
- სანამ პერკუსიას დაიწყებთ, სთხოვეთ ავადმყოფს, გირჩვენოთ მტკივნეული ადგილები და ეს უბნები ბოლოს გამოიკვლიეთ.
- გაითბეთ ხელები და სტეტოსკოპი, არ უნდა გქონდეთ გრძელი ფრჩხილები. ხელები გაითბეთ ერთმანეთზე ხახუნით ან ცხელი წყლით. თავიდან შეიძლება ჰერანგიდან გასინჯოთ ავადმყოფი, რათა მისი სხეულის სითბოთი გაითბოთ ხელები. ხელების გაცივების მიზეზი შეიძლება თქვენი ნეირვიულობა იყოს, რაც დროთა განმავლობაში გაივლის.
- ნელა მიუახლოვდით და მოეფიქრეთ სწრაფ მოულოდნელ მოძრაობებს. დაკვირვებით ავადმყოფის გამომეტყველებას, გრძნობს თუ არა ტკივილს ან დისკომფორტს.
- ავადმყოფის ყურადღება გადაიტანეთ საუბარზე და შეკითხვებზე. თუ პაციენტი შეწუხებულია ან ეშინია ღრუტინის, პერკუსიის დროს მისი ხელი თქვენი ხელის ქვეშ მოათავსეთ. ცოტა ხნის შემდეგ გამოაცურეთ ხელი პირდაპირი პერკუსიის ჩასატარებლად.

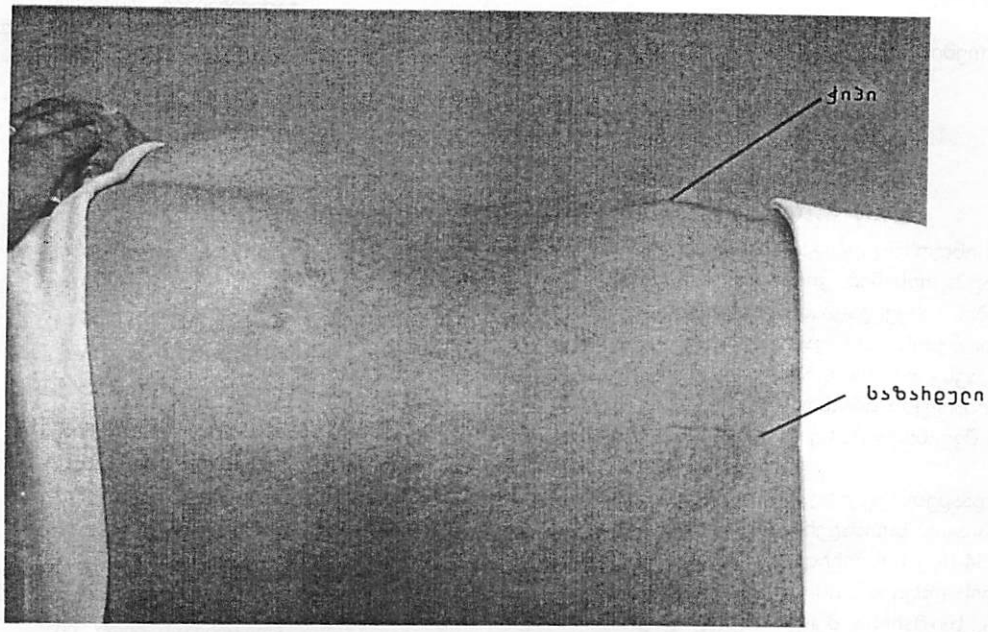
ზურგის ამოზნექვა მუცელს წინ წევს, რის გამოც მუცლის კუნთები იჭიმება.

ყოველი ორგანო გამოიკვლიეთ შესაბამის უბანში. დადექით ავადმყოფისგან მარჯვნივ და გამოკვლევა ჩაატარეთ შემდეგი თანმიმდევრობით: ინსპექცია, აუსკულტაცია, პერკუსია და პერკუსია. შეაფასეთ ღვიძლი, ელენთა, თირკმლები და ორტა.

მუცლის ღრუ

ინსპექცია

დადექით ავადმყოფის სანოლის მარჯვენა მხარეს და დაათვალიერეთ მუცელი. უყურეთ მუცლის ტონუსს და დაკვირდით პერისტალტიკას. ამისთვის უკეთესია, თუ დაჯდებით ან დაიხრებით ავადმყოფის მუცლის დონემდე.



დაათვალიერეთ მუცლის ზედაპირი, ჯონტური და მოძრაობა.

- *ჯანი*, ყურადღება მიაქციე შემდეგს:

  ნაწიბურები: აღნიშნე მათი ლოკალიზაცია

  სტრიები: ძველი ვერცხლისფერი სტრიები ან გაჭიმვის შედეგად განვითარე ბული ნორმად ითვლება

  ვენების გაფართოვება: ნორმალურად შეიძლება ჩანდეს მცირე ზომის ვენე ბი

  გამონაყარი და დაზიანებები:

- *ჭიპი:* დაათვალიერეთ ჭიპის ჯონტური და ლოკალიზაცია, ანთების მოვლენები ან ამობერილობა, რისი მიზეზი შეიძლება თიაქარი იყოს)

- *მუცლის ჯონტური*
  ბრტყელია, მრგვალი, ამობერილი, თუ ჩაფოსილი (ჩაზნექილი ან ჩავარდნილი)?

ფერები ამობერილია, არის თუ არა რაიმე აღგილობრივი ამობერილობა? დაათვალიერეთ საზარდულის და ბარძაყის არეები.

მუცელი სიმეტრიულია?

არის თუ არა რაიმე ორგანოს გადიდება? გასინჯეთ ღვიძლი და ელენთა. გადიდებისას ეს ორგანოები ცალდება ნეკნთა ჩარეს.

- *პერკუსია:* დააკვირდით რამდენიმე წუთის განმავლობაში, თუ გარკვეთ ნაწლავთა გაუვალობას. ნორმალურად პერკუსიის დანახვა შესაძლებელია მხ- ოლოდ ძალიან გამხდარ პირებში.

ვარდისფერი სტრიები *კუშინგის სინდრომის* დროს ვითარდება.

ვენების გაფართოების მიზეზებია ღვიძლის ციროზი ან *ქვედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია*.

იხ. ცხრილი 10-8. მუცლის ქედის შემოფარგლული ამობერილობები (გვ. 404).

იხ. ცხრილი 10-9, ამობურცული მუცელი (გვ. 405).

ფერების ამობერილობა ასციტის შედეგია; ბოქვენის ზემოთ ამობერილობა აღინიშნება შარდის ბუშტის გადავსების ან ორსულობის დროს; ასევე თიაქრის არსებობისას.

ასიმეტრიას რომელიმე ორგანოს გადიდება იწვევს.

მუცლის ქვედა ნაწილის გადიდების მიზეზი შეიძლება იყოს საკვერცხის ან საშვილოსნოს სიმსივნე.

ნაწლავთა გაუვალობის დროს აღინიშნება გაზრდილი პერისტალტიკური ტალღების არსებობა.

- *პულსაცია:* ეპიგასტრიუმის არეში აორტის ნორმალური პულსაცია იშვიათად ჩანს.

გაძლიერებული პულსაციის მიზეზებია *აორტის ანევრიზმა* ან *პულსური ნეკვის* გაზრდა.

აუსკულტაცია

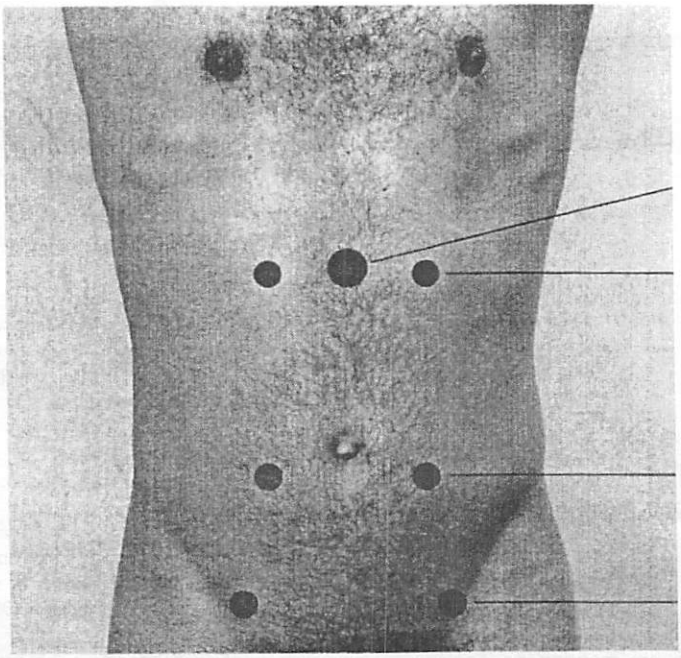
აუსკულტაცია მნიშვნელოვან ინფორმაციას განგვდით ნაწლავთა მოტორიკაზე. *აუსკულტაცია ჩაატარეთ პერკუსიისა და პალპაციის წინ, ვინაიდან ამ გამოკვლევებმა შეიძლება გააძლიეროს ნაწლავთა ხმიანობები.* აუსკულტაციაში იგულისხმეთ მანამდე, სანამ არ შეძლებთ ნაწლავის ნორმალური ხმიანობების გარჩევას ანთების ან ობსტრუქციისთვის დამახასიათებელი ხმიანობებისგან. აუსკულტაციით აორტაზე ან სხვა არტერიებზე შეიძლება მოისმინოთ შეიები, ანუ სისხლძარღვთა ხმიანობები, ჰომეების შეიების ანალოგიურია. ეს შეიები სისხლძარღვთა შევიწროვებაზე მიუთითებს.

ფონენდოსკოპი ფრთხილად დაადეთ მუცელზე. მოისმინეთ ნაწლავთა ხმიანობები და დააგვირდინეთ მათი სიხშირე და ხასიათი. ნორმალური ხმიანობები ჰგავს ტკაცუნს ან ყურყურს და მოისმინება წუთში 5-დან 34-მდე სიხშირით. იშვიათად შეიძლება მოისმინოთ გახანგრძლივებული ყურყური - "მუცლის ღმეიღი". იმის გამო, რომ ნაწლავთა ხმიანობები მუცლის ღრუში ფრთხილად ვრცელდება, საკმარისი მუცლის მხოლოდ ერთი ნაწილის, მაგ. მარჯვენა ქვედა კვადრანტის მოსმენა.

ნაწლავთა ხმიანობები შეიძლება შეიცვალოს ფაღარათის, გაკვირვების, ჰარიზური იერუსის და პერიტონიტის დროს. იხ. ცხრილი 10-10, ხმიანობები მუცლის ღრუში.

თუ ავადმყოფს სისხლის მაღალი ნნევა აქვს, მოისმინეთ ეპიგასტრიუმის არე და ორივე ზედა კვადრანტი. მოგვიანებით გამოკვლევისას, როდესაც ავადმყოფი ზის, მოისმინეთ ნეკნ-მალების კუთხეები. ნორმაში შეიძლება მოისმინოთ ეპიგასტრიუმის არეში შეიი, ჰომეიც სისტოლას ემთხვევა.

ჰომეიმე ამ უბანში შეის, ჰომეისაც აქვს სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტი, თირკმლის არტერიის სტენოზზე მიუთითებს, რაც არტერიული ჰიპერტენზიის მიზეზია.



შეიები მოისმინეთ აორტაზე, თეძოს და ბარძაყის არტერიებზე. შეიები, ჰომეებიც სისტოლას ემთხვევა, ხშირია და აუცილებლად სისხლძარღვის სტენოზზე არ მიუთითებს.

სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტების მქონე შეიები მიუთითებს ნაწილობრივ შევიწროვებულ სისხლძარღვში სისხლის ტურბულენტურ დინებაზე ან აორტის ნაკეროვანებაზე. იხ. ცხრილი 10-10, ხმიანობები მუცლის ღრუში (გვ. 406).

ამ სისხლძარღვების მოსასმენი წერტილების ზემოთ სურათზეა ნაჩვენები.

მოისმინეთ ღვიძლსა და ელენთაზე *ხახუნის ხმიანობა*.

იხ. ცხრილი 10-10, ხმიანობები მუცლის ღრუში (გვ. 406).

ხახუნი მოისმინება ღვიძლის სიმსივნის, ღვიძლის გაჰშემო გონოკოკური ინფექციის, ელენთის ინფარქტის დროს.

პერკუსია

პერკუსია დაგეხმარებათ განსაზღვროთ მუცლის ღრუში აირების ჭარბენობა და გავრცელება და შეაფასოთ მკვრივი ან სითხით სავსე მასების არსებობა. პერკუსია გამოიყენება ღვიძლისა და ელენთის ზომის განსაზღვრისთვის, რაც შემდეგ განაკვეთში იქნება აღწერილი.

გაბერილი მუცლის ტიმპანური ხმიანობა მიგვანიშნებს *ინტესტინალურ ობსტრუქციაზე*. ნახეთ ცხრილი 10-9, ამობურცული მუცელი (გვ.405).

ჩაატარეთ მუცლის ღრუს მსუბუქი პერკუსია ოთხივე კვადრანტში, რათა განსაზღვროთ სად არის ტიმპანიტი და სად მოყრუება. ტიმპანური ხმიანობა დომინირებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში აირების არსებობის გამო, მაგრამ ზოგიერთ არეებში მოყრუება ტიპიურია სითხისა და განავლის არსებობის გამო.

საშვილოსნო ორსულობის დროს, საკვერცხის სიმსივნე, გავსებული შარდის ბუშტი, გაღიდებული ღვიძლი ან ელენთა.

- შეისწავლეთ მოყრუების არე, რომელიც მიუთითებს პარპაციის უბნის ქვემ მასების ან გაღიდებული ორგანოს არსებობაზე. ამ მონაცემით უნდა იხელმძღვანელოთ პარპაციის დროს.

ორივე გვერდში მოყრუება მიგვანიშნებს ასციტის არსებობაზე. (იხ. გვ.387-389).

- ამობურცული მუცლის ორივე მხარეს, დაარკვიეთ სად ცვლის ტიმპანიტს მოყრუება, რომელსაც ნარმოქმნის უკან მდებარე მკვრივი სტრუქტურა.

იშვიათად, *ორგანოები შებრუნებულია*: ელენთის ბუშტი მარჯვნივაა, ღვიძლის მოყრუება - მარცხნივ.

გადადით პერკუსიით გულმკერდის ნინა მხარეს, ფიქრობენ ორის მკერდის ძვლის კიდემდე. მარჯვნივ ძირითადად მოისმენთ ღვიძლის მოყრუებას; მარცხნივ ტიმპანიტია კუჭში ჰაერის ბუშტისა და ნაწლავის ელენთის ნაკეცის გამო.

პალპაცია

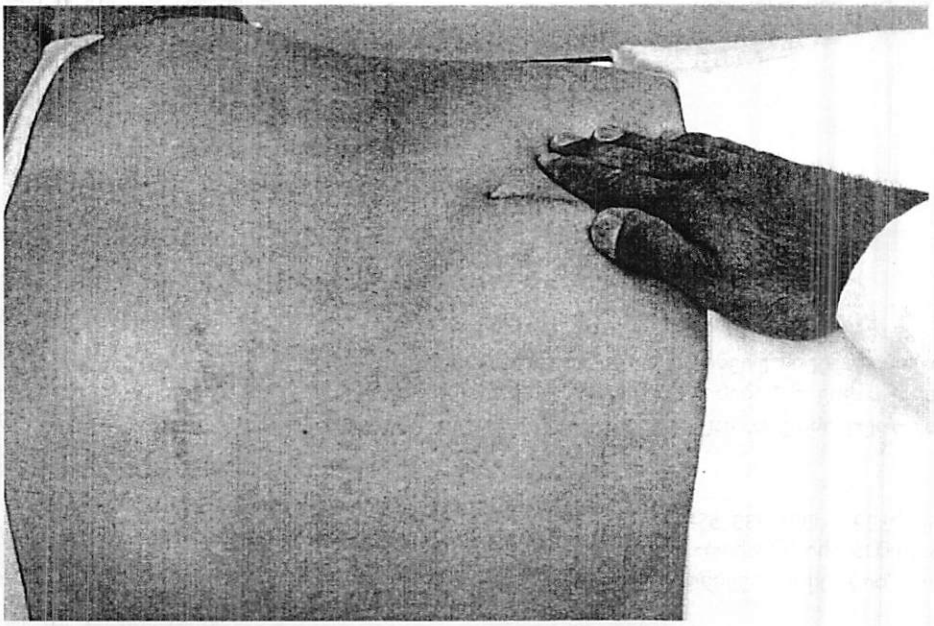
ზერელე პალპაცია. მუცლის ფრთხილად შეგრძნობა მნიშვნელოვნად გეხმარებათ მისი მგრძნობელობის, ჯუნთების დაჭიმულობის, ზედაპირულად მდებარე ორგანოებისა და მასების აღსაქმელად. იგი ასევე საჭიროა ავადმყოფის დასარნმუნებლად და მოსადუნებლად.

დაიჭირეთ ხელები ჰორიზონტალურ სიბრტყეში, თითები შეაჭითეთ და დადეთ მუცლის ზედაპირის გასწვრივ, დაიწყეთ მუცლის პალპაცია მსუბუქი, ფრთხილი და ღრმა მოძრაობით. ერთი ადგილიდან მეორეზე გადასვლისას ხელი კანს მოაშორეთ. იმოძრავეთ წყნარად და შეგრძნით ყველა კვადრანტი.

შეგრძენით თითოეული ზედაპირულად მდებარე ორგანო და ნარმონაქმნი და თქვენი ხელის მიმართ მგრძნობიარე ან მომატებული დაჭიმულობის არეები. თუ წინაალმდეგობას ნარმართავთ, შეეცადეთ განასხვავოთ ეს წინააღმდეგობა დაძვირთია თუ ჯუნთის უნებლიე სპაზმია. ამისთვის:

უნებლიე ჭიგრიდობა (ჯუნთების სპაზმი) ტიპიურად მატყუებს პალპაციის დროს. იგი *პერიტონეუმის ანთების* მარჩენებელია.

- გამოიყენეთ ყველა მოსადუნებელი მეთოდი, რომელიც იცით (იხ. გვ. 374).



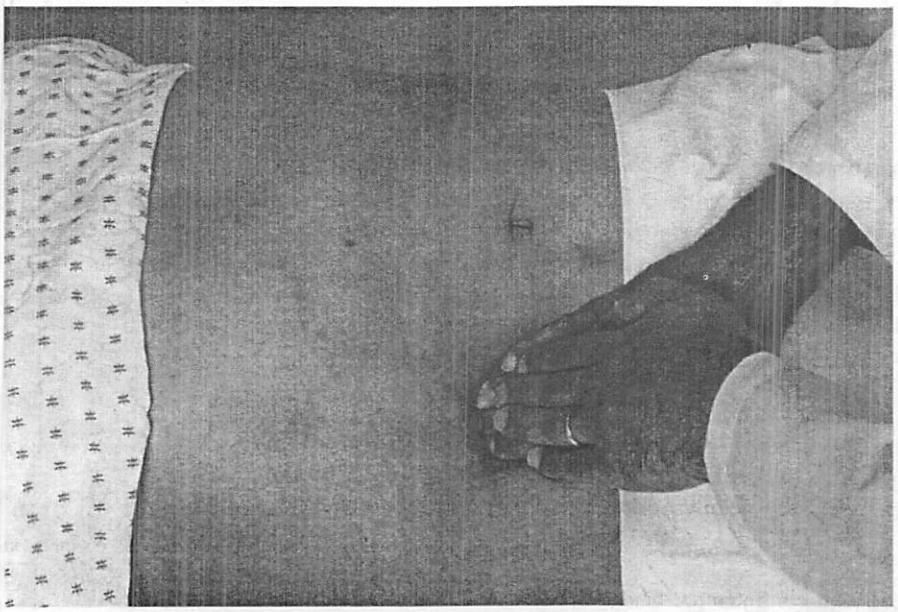
შეიგრძენით მუცლის ჯუთების მოდუნება, რომელიც ჩვეულებრივ ამოსუნთქვის დროს ხდება. მოუხერხებლად, როგორც ეს მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები, სპეციმენზე ეჭვს წარმოშობს.

- სთხოვეთ ავადმყოფს ღრმა ჰაერით ისუნთქოს.

ამ დროს ჯუთების დაცვითი დაჭიმულობა მცირდება

ღრმა პალპაცია. გესაჭიროებათ მუცლის ღრუში მასების საზღვრების დასადგენად. ჯერ გამოიყენეთ თითების პალმარული ზედაპირები და შეიგრძენით მუცლის ყველა ჯგუფი. დაადგინეთ ორგანოს მასის არსებობა, მისი მდებარეობა, ზომა, ფორმა, კონსისტენცია, მტკივნეულობა, პულსაცია და სუნთქვასთან ან ხელთან დაკავშირებული მოძრაობა. დააკავშირეთ პალპაციით მიღებული მონაცემები პერკუსიის შედეგებს.

მუცლის ღრუს მასები ჩამოდენიმე კატეგორიად იყოფა: ფიზიოლოგიური (ორსული საშვილოსნო), ანთებითი (მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულიტი), სისხლძარღვოვანი (მუცლის აორტის ანევრიზმა), ნეოპლასტიური (ნაწლავის კიბო) ან ობსტრუქციული (გადიდებული ბუშტი ან ნაწლავის მარყუჟის გაფართოვება).



ღრმა პალპაცია ორი ხელით

პერიტონეუმის ანთების შეფასება. მუცლის ახეში ტკივილი და მგრძნობელობა, განსაკუთრებით, კუნთების სპაზმის თანხლებით, პარიესული პერიტონეუმის ანთებაზე მიუთითებს. ამდენადაც შესაძლებელია, ზუსტად განსაზღვრეთ ტკივილის უბანი. პირველ რიგში, პალპაციის დაწყებამდე *სთხოვეთ ავადმყოფს ჩაახველოს* და დააკვირდით ხა ადგილზე ინვევს ხველა ტკივილს. შემდეგ მტკივნეული უბნის დასადგენად *ფრთხილი პალპაცია ჩაატარეთ ერთი თითით.* მსუბუქი პერკუსიით გამოწვეულ ტკივილს იგივე ღირებულება აქვს ლოკალიზაციის დადგენის თვალსაზრისით. პერიტონეუმის ანთების უბნის დადგენისთვის მხოლოდ ასეთი ფრთხილი გასინჯვაც საკმარისია.

თუ ეს საკმარისი არ იქნება, დააკვირდით *ხველით გრძნობელობას.* თითებით ძლიერად და ნელა, შემდეგ კი სწრაფად აუშვით. ნეხეთ გრძნობს თუ არა ავადმყოფი ტკივილს. ჰკითხეთ: "ღრის უფრო გტკივათ, ხელის დაჭერისას თუ აშვებისას?" სთხოვეთ ავადმყოფს ზუსტად გაჩვენოთ ტკივილის უბანი. ხელის სწრაფი აშვების დროს ტკივილის გაჩენა ან გაძლიერება არის *ხველით გრძნობელობა*, რომლის მიზეზია ანთებითი პერიტონეუმის სწრაფი მოძრაობა.

ხველით ან მსუბუქი პალპაციით გამოწვეული ტკივილი მუცლის არეში პერიტონეუმის ანთების მაჩვენებელია. იხ. ცხრილი 10-11, მუცლის მგრძნობელობა.

ხველითი მგრძნობელობა პერიტონეუმის ანთებაზე მიუთითებს. თუ მგრძნობელობა არის რომელიმე უბანში, სადაც თქვენ დაადგინეთ ხველითი ტკივილი, ეს უბანი არის პრობლემის ყველაზე ნაკლები წყარო.

ღვიძლი

იმის გამო, რომ ნეკნები ღვიძლის უმეტეს ნაწილს ფარავს, მისი გასინჯვა ძნელია. ღვიძლის ზომის და ფორმის დადგენა შესაძლებელია პერკუსიით და ნაწილობრივ პალპაციით. ამავე დროს, პალპაციით შეიძლება შეაფასოთ მისი ზედაპირი, კონსისტენცია და მტკივნეულობა.

პერკუსია

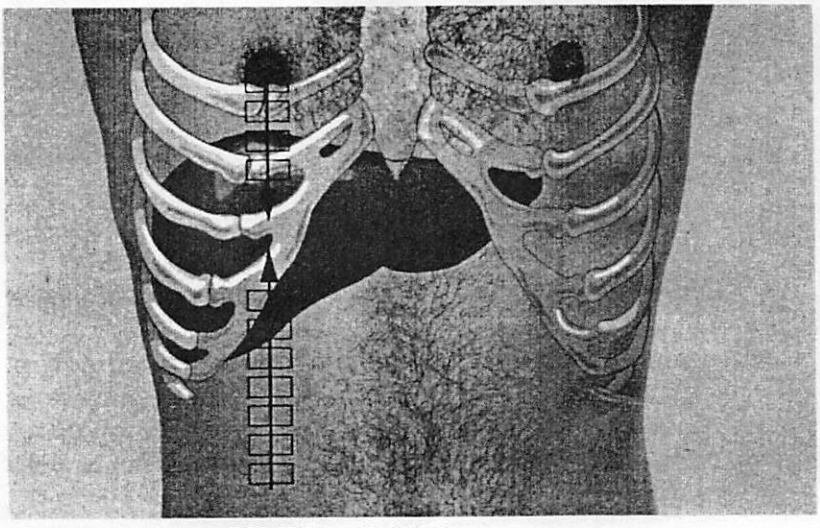
ღვიძლის მოყრუების ვერტიკალური ზომის დადგენა ხდება მარჯვენა ღავიწმუა ხაზზე. პერკუსია დაიწყეთ ქვის ქვედა დონიდან (ტიმპანიტის არეში), ნაზად აყევით ზემოთ *ღვიძლის მოყრუების ქვედა კიდემდე ღავიწმუა ხაზზე.*

ღვიძლის მოყრუების ვერტიკალური ზომა *იზრდება* ღვიძლის გადიდების დროს.

შემდეგ, ზემოდან *ღავიწმუა ხაზზე მოძებნეთ ღვიძლის მოყრუების ზედა საზღვარი.* ქალის გასინჯვისას საჭიროების შემთხვევაში ფრთხილად გადანიეთ სარძევე ჯირკვალი, რათა პერკუსია დაიწყოთ ნათელი ხმიანობის უბნიდან. ქვემოთ სურათზე ნაჩვენებია პერკუსიის ჩატარების მიმართულება.

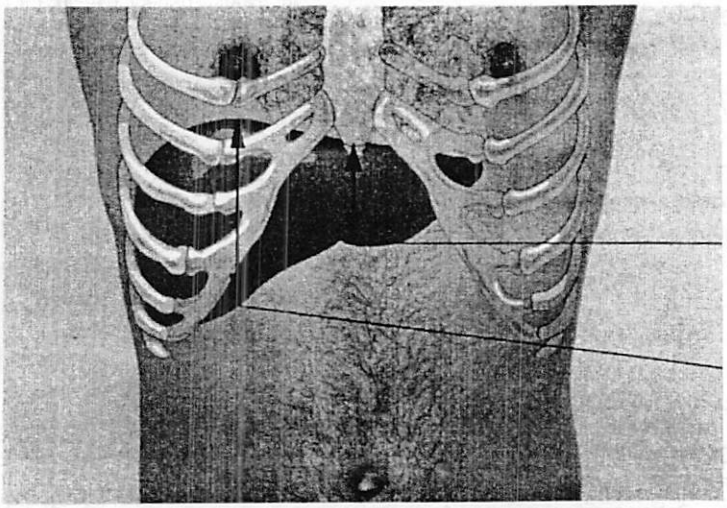
ღვიძლის მოყრუების ვერტიკალური ზომა ეჭვს იწვევს *ჰეპატიტების* და *ღვიძლის ციროზის* დროს ან უფრო იშვიათად ფულმინანტური - *ღვიძლის ჰეპატიტის* განვითარებისას.

ღვიძლის მოყრუება შეიძლება ქვემოთ იყოს გადანაცვლებული დიაფრაგმის დაბერების დროს, რაც ახასიათებს *ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებას.* ამ დროს ღვიძლის ვერტიკალური ზომა ნორმალურია.



ღვიძლის პერკუსია

ამის შემდეგ სანტიმეტრებში გაზომეთ მანძილი ორ წერტილს შორის – ღვიძლის მოყრუების ვერტიკალური ზომა. ღვიძლის ნორმალური ზომა, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, მამაკაცებში უფრო დიდია, ვიდრე ქალებში, ასევე უფრო დიდია მაღალ ადამიანებში, ვიდრე დაბლებში. თუ ნახავთ ღვიძლის გადიდებას, დაადგინეთ მისი ქვედა საზღვარი სხვა უბნებშიც.

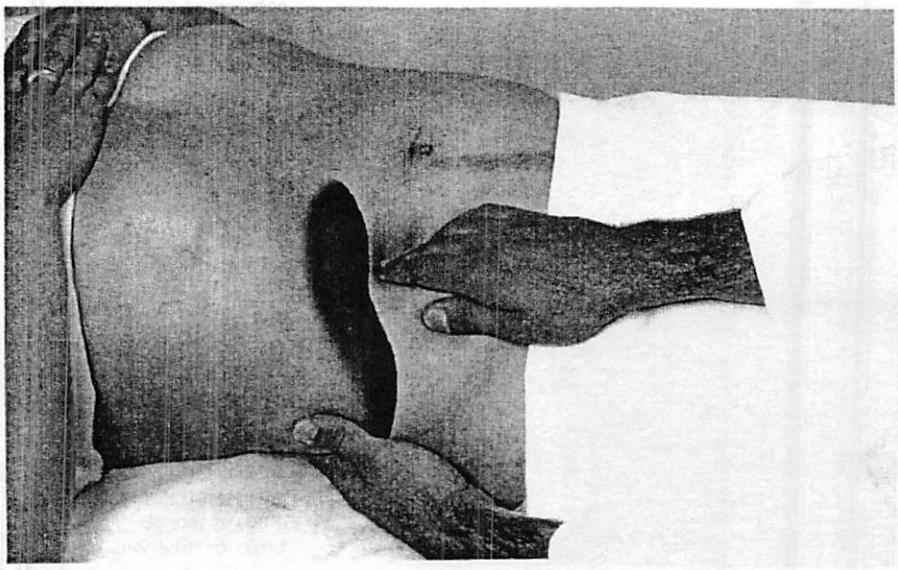


ღვიძლის საზღვრები ნორმაში

პერკუსია ობიექტური გამოკვლევის ყველაზე ზუსტი მეთოდია ღვიძლის ვერტიკალური ზომის დასადგენად, თუმცა ამ მეთოდს ხშირად სათანადოდ არ აფასებენ.

პალპაცია

მარცხენა ხელი ავადმყოფს ქვემოდან ამოუდეთ მე-11 და მე-12 ნეკნების პარალელურად. სთხოვეთ პაციენტს მოდუნდეს. მარცხენა ხელის წინ დანოლით ღვიძლის პალპაცია უფრო ადვილი ხდება.



თუ მარჯვნივ პლევრის ღრუში სითხეა ან ფილტვში მოცულობითი პროცესია და ამით განპირობებული მოყრუება ესაზღვრება ღვიძლის მოყრუებას, ღვიძლის ზომა შეიძლება შეცდომით *მომატებულად* ჩათვალოთ.

ნაწლავებში აირების დაგროვების გამო მარჯვენა ზედა კვადრანტში შეიძლება ტიმპანიტი აღინიშნოს, რის გამოც ზუსტად ვერ განსაზღვროთ ღვიძლის მოყრუება და მისი ზომა შეცდომით *შემცირებულად* ჩათვალოთ.

მაჩჯვენა ხელი მოათავსეთ მუცელზე სწორი ჯუნთის ღატეჩაღუჩად ისე, ჩომ თითები ღვიძღის ქვეღა ჯიღესთან იყოს. ზოგიეჩთ ექიმს უჩჩევნია, თითები მიმაჩთული ჰქონღეს ავაღმყოფის თავისჯენ, ზოგს უჩჩევნია თითები მოხჩიღი ჰქონღეს. ყველა შემთხვევაში უნღა ღაანვეთ ფჩთხიღად შიგნით ღა ზემოთ.

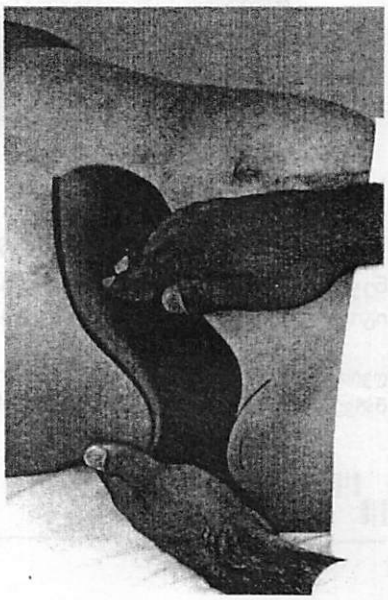
სთხოვეთ ავაღმყოფს, ღჩმად ისუნთქოს. შეეცაღეთ თითებით შეიგჩძნოთ ღვიძღის ქვეღა ჯიღე. თუ შეიგჩძნობთ, ხელის ზენოღა შეამციჩეთ ისე, ჩომ ღვიძღმა ისჩიაღოს თქვენი ხელის ქვეშ ღა გასინჯეთ მისი ნინა ზეღაპიჩი. ნახეთ, აჩის თუ აჩა მტკივნეულობა. ნოჩმაღუჩად, ღვიძღის ჯიღე ჩბიღია, მახვიღი ღა სწოჩი, ზეღაპიჩი გღუვია. ნოჩმაღუჩი ღვიძღი შეიძღება ოღნავ მგჩძნობიაჩე იყოს.

ღვიძღის გამჯვჩივება, ბღაგვი ან მჩგვაღი ჯიღე, აჩასწოჩი ჯონტუჩი ღვიძღის ღაზიანებაზე მიუთითებს.

ჩასუნთქვის ღჩოს პაღპაცით ღვიძღი ისინჯება ნეჯნთა ჩჯაღიღან 3 სმ-ით ქვემოთ ღავინშუა ხაზზე. ზოგი ადამიანი უფჩო გუღ-მჯეჩით სუნთქავს, ვიღჩე ღიაფჩაგმით. მათ უნღა ასნავღოთ "ისუნთქოს მუცღით", ჩაც უფჩო აადვიღებს ღვიძღის, ეღენთის ღა თიჩჯმღების პაღპაცას.

ღვიძღის ქვეღა ჯიღესთან შეიძღება გასინჯოთ გაღიღებული ნაღვის ბუშტი. პეჩჯუსით ამ აჩეში მოყჩუება აღინიშნება.





თუ პაღპაცას ზემოთ ჩაატაჩებთ, შეიძღება გაღიღებული ღვიძღი ვეჩ გასინჯოთ.

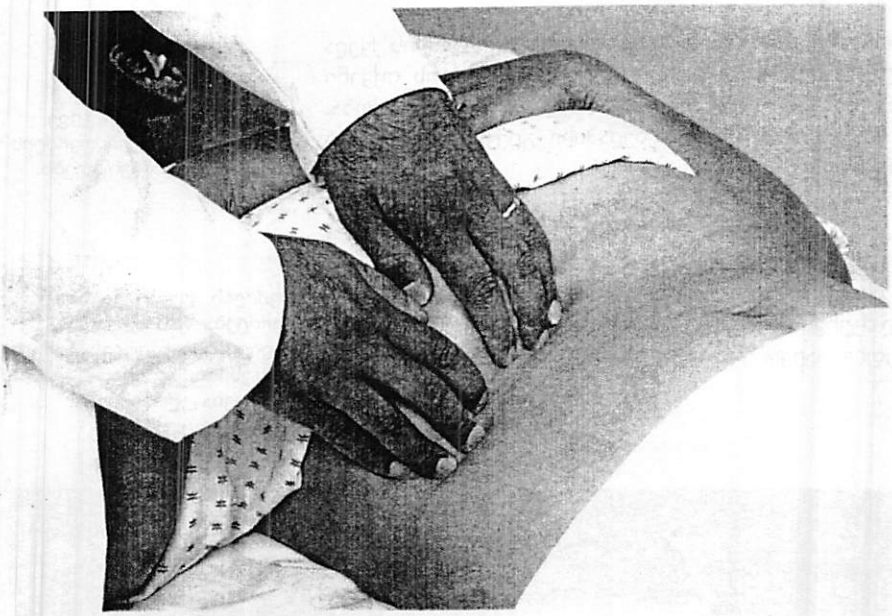
იხ. ცხჩიღი 10-12, ღვიძღის გაღიღება: ღაღგენიღი ღა ჩეაღუჩი (გვ. 409).

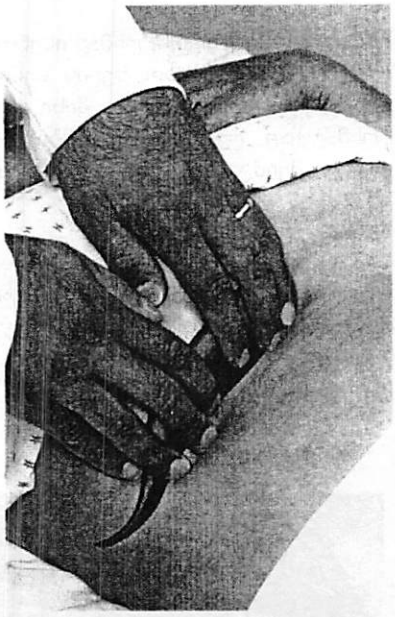
ღვიძღის ჯაჩგაღ გასინჯვისთვის თითების ზენოღა უნღა გააძღიეჩოთ მუცღის ჯეღის სისქისა ღა ჩეზისტენტობის მიხეღვით. თუ ღვიძღს ვეჩ შეიგჩძნობთ, ხელი უფჩო ახღოს ღაღეთ ნეჯნთა ჩჯაღთან ღა გაიმეოჩეთ პაღპაცია.

ეცაღეთ ღვიძღის ჯიღე გასინჯოთ ღატეჩაღუჩად ღა მეღიაღუჩად. მუცღის სწოჩი ჯუნთის აჩეში გასინჯვა ძნეღია. აღნეჩეთ ღვიძღის ჯიღე ღა ღავინშუა ხაზზე გაზომეთ მანძიღი ჯიღეს ღა მაჩჯვენა ნეჯნთა ჩჯაღს შოჩის.

შეიძღება ღაგეხმაჩოთ "ღაჩტყმის მეთოღი", განსაჯუთჩებით, ჩოღესაც ავაღმყოფს სიმსუქნე აქვს. ღაღექით ავაღმყოფისგან მაჩჯვნივ. ოჩივე ხელი ღაღეთ ეჩთმანეთის გვეჩღით

მუცლის მარჯვენა მხარეს ღვიძლის მოყრუების უბანთან. დაანექით თითებით ზემოთ ნეკნთა ჩაღრმავებას და სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს. როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, ღვიძლის ჯიგრის პალპაცია შესაძლებელია ორივე ხელის თითებით.





ღვიძლის არეში მგრძნობელობა ანთების მაჩვენებელია ჰეპატიტის დროს ან შეგუბების მაჩვენებელია – გულის უკმარისობის დროს.

არაპალპირებადი ღვიძლის მგრძნობელობის შეფასება. მარჯვნივ ქვედა ნეკნებზე დადეთ მარცხენა ხელი ბრტყელად და ფრთხილად დააჭყით მას მარჯვენა მუშტი. იგივე გაიმეორეთ მარცხენა მხარეს და სთხოვეთ ავადმყოფს, შეადარონ შეგრძნებები.

ღვიძლის არეში მგრძნობელობა ანთების მაჩვენებელია ჰეპატიტის დროს ან შეგუბების მაჩვენებელია – გულის უკმარისობის დროს.

ელენთა

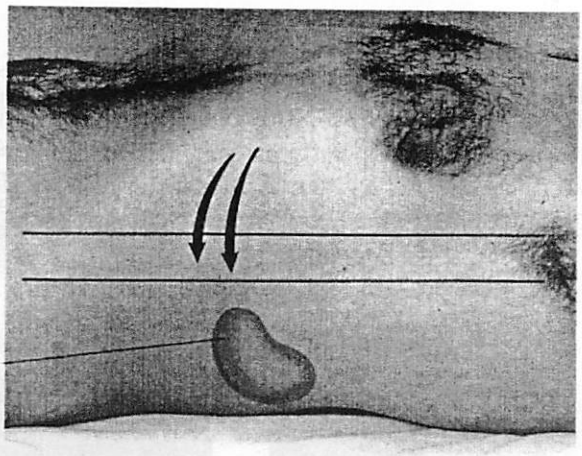
როდესაც ელენთა დიდდება, იგი ფართოვდება წინ, ქვემოთ და მედიალურად, რის გამოც ვითარდება ტკივილი და მსხვილი ნაწლავის ტიმპანიტის შეცვლა მოყრუებით. გადიდებული ელენთის პალპაცია შესაძლებელია ნეკნთა კუთხეში. პერკუსიით ელენთის გადიდებას ვერ დააგენთ, მაგრამ შეგიძლიათ გარკვეულ ვარაუდს. პალპაციით თქვენ დაადგენთ ელენთის გადიდებას, მაგრამ თუ გადიდებული ელენთა ნეკნთა ჩაღრმავებაში არ სცილდება, მას ვერ გასინჯავთ.

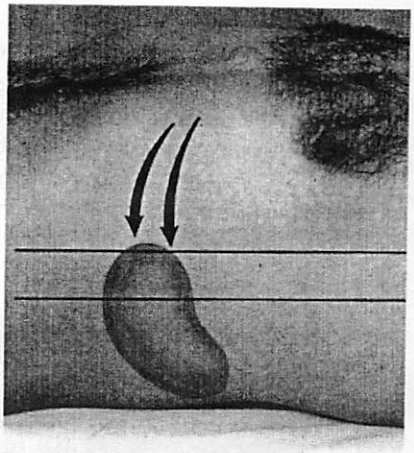
პერკუსია

ელენთის გადიდებას ანუ სპლენომეგალიას ორი გზით დაადგენთ:

- *ჩაატარეთ გულ-მკერდის მარცხენა ქვედა ნაწილის პერკუსია* ფილტვის ნათელ ხმოვანობასა და ნეკნთა ჩაღრმავებაში, რასაც ტკივილს სივრცე ენიდება. როდესაც პერკუსიას ჩაატარებთ ქვემოთ სუნთქვაზე ნაჩვენები ისრების მიმართულებით, დააკვირდით ტიმპანიტის ღატეხილის გაქრობას.

მოყრუება, როგორც ეს მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები, სპლენომეგალიაზე ეჭვს ნარმოშობს.



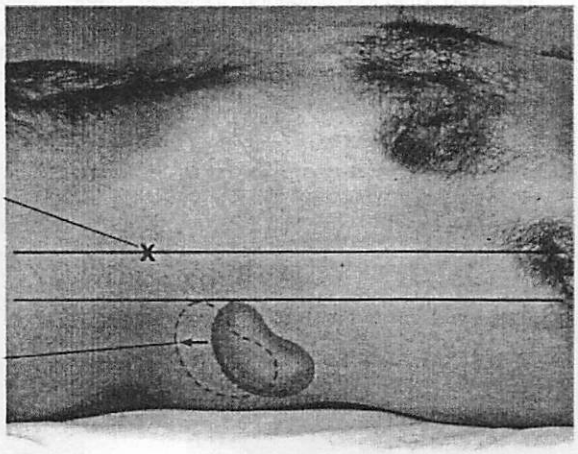


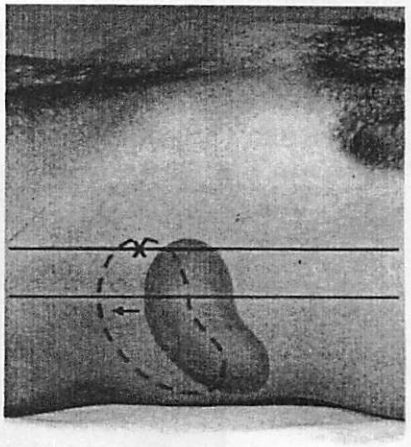
ჯუჭში ან ნანღავში სითხე ან სიმჯვრივე ცხაუბეს სივრცეში იძღევა მოყრუებას.

მაგრამ თუ ტიმპანიტის არე გაზრდილია, განსაკუთრებით ღატერალურად, სპლენომეგალიის არსებობა საეჭვოა, თუმცა ეს ნიშანი ცვალებადია. ნოჰმაღური ელენთის მოყრუება, ჩვეულებრივ, იმაღება ხოლმე უკანა ქსოვილების მოყრუებით.

- *დაადგინეთ ელენთის პერკუსიული ხმიანობა.* მარცხნივ წინა აქსილარულ ხაზზე ჩაატარეთ ქვედა ნეკნთაშუა სივრცეების პერკუსია. ამ არეში, ჩვეულებრივ, ტიმპანიტია. შემდეგ სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ჩაისუნთქოს და გაიმეორეთ პერკუსია. თუ ელენთა ნოჰმაღურია ზომისაა, პერკუსიით ტიმპანიტი იქნება.

ჩასუნთქვის დროს პერკუსიით ტიმპანიტის არეში მოყრუების გარჩენა ელენთის გადიდების მარჩვენებელია. ეს არის *ელენთის დადებითი პერკუსიული ნიშანი.*





თუ ამ ტესტებიდან ერთი ან ორივე დადებითია, ჩაატარეთ ელენთის პალპაცია.

ელენთის პერკუსიული ნიშანი დადებითი შეიძლება იყოს ნოჰმაღური ელენთის დროსაც.

პალპაცია

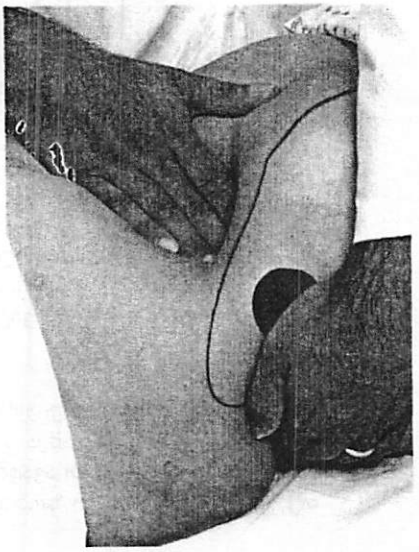
მარცხენა ხელი შემოხვიეთ ავადმყოფს და უკნიდან მარცხენა ნეკნებს ნინ მოანქით. მარცხენა ნეკნთა კიდეებთან მარჯვენა ხელით დაანქით ელენთის მიმართულებით.

გადიდებული ელენთა შეიძლება ვერ გასინჯოთ, თუ პალპაციას ძალიან ზემოდან დაიწყებთ.

პალპაცია დაიწყეთ ელენთის შესაძლო მდებარეობიდან, რაც შეიძლება ქვემო უბნიდან. (თუ თქვენი ხელი ნეჯნთა ჩაღრმავებასთან ახლოსაა, ნეჯნების ქვეშ მისი მოძრაობა შეზღუდული იქნება.) სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ჩაისუნთქოს. ამ დროს ელენთა ქვემოთ იწევს და შეეცადეთ თითებით შეიგრძნოთ მისი ჯიღე ან ნვეხო. დააჯვირეთ მტკივნეულობას, შეაფასეთ ელენთის ჯონტური და გაზომეთ ელენთის ქვედა ბოლოსა და ნეჯნთა ჩაღრმავებას შორის მანძილი. ნორმალური მოზრდილების მკრივ პროცენტში ელენთის ქვედა ნვეხო პალპირებადია. ამის მიზეზებია დიაფრაგმის დაბერა დგომა, რასაც ადგილი აქვს ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს და დიაფრაგმის დანევა ღრმა ჩასუნთქვის დროს.

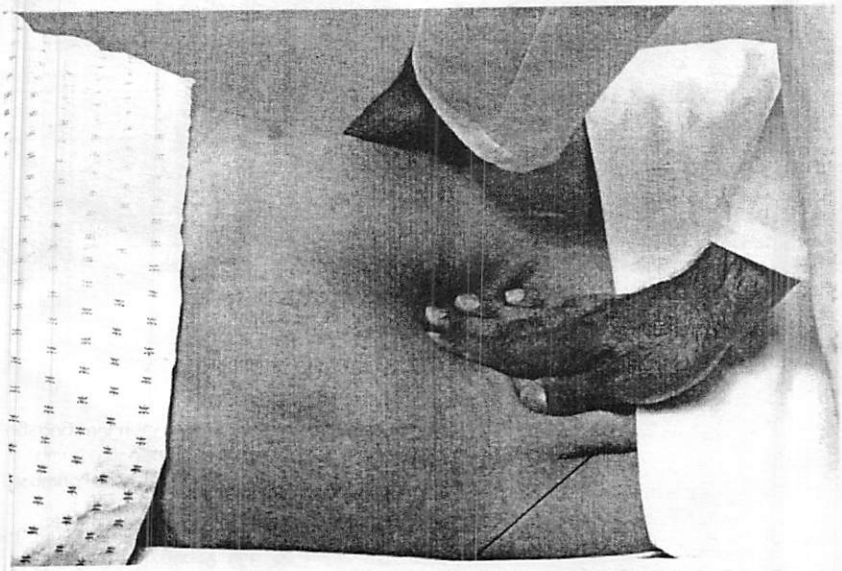
ელენთის პალპირებადი ნვეხი, რომელიც ყოველთვის პათოლოგია არ არის, მიუთითებს ელენთის გადიდებაზე. ქვემოთ სურათზე ელენთის ნვეხის პალპაცია ტარდება ღრმად მარცხენა ნეჯნთა ჩაღრმავებასთან.

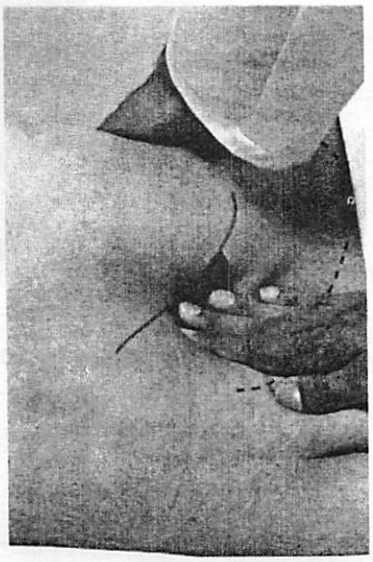




ავადმყოფი დაანვინეთ მარჯვენა გვერდზე ისე, რომ ფეხები მოხრილი ჰქონდეს მენჯბარძაყის და მუხლის სახსრებში და გაიმეორეთ პალპაცია. ამ მდგომარეობაში ელენთა გადაინევა მარჯვნივ და წინ საპალპაციო არისჯენ.

ღრმა ჩასუნთქვისას გადიდებული ელენთა პალპაციით მარცხენა ნეჯნთა ჩაღრმავებიდან 2 სმ-ით გამოდის.





ჭიპი

ელენთის პალპაცია – ავადმყოფი ნევს მარჯვენა მხარეზე

თირკმელები

პიელონეფრიტი

მიუხედავად იმისა, რომ, ჩვეულებრივ, თირკმლების პიელონეფრიტი ვერ ხერხდება, თქვენ უნდა ისწავლოთ და ივარჯიშოთ გამოკვლევის მეთოდებში. გადიდებული თირკმლის განსინჯვა ძალიან მნიშვნელოვანია.

მარცხენა თირკმლის პიელონეფრიტი. გადააბრუნეთ ავადმყოფი მარცხენა გვერდზე. თქვენი მარჯვენა ხელი ამოუდეთ ავადმყოფს უკნიდან მე-12 ნეკნის პარალელურად ისე, რომ თითები გასცდეს ნეკნ-მალების კუთხეს. მიანექით და ეცადეთ თირკმელი წინ წამოსწიოთ. მარცხენა ხელი დადეთ მარცხნივ ზედა კვადრანტში სწორი კუნთის გარეთ და მის პარალელურად. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს. ჩასუნთქვის პიკზე მარცხენა ხელი ძლიერად დააჭირეთ მუცლის ზედა კვადრანტს ნეკნთა კარის ქვემოთ და შეეცადეთ "დაიჭიროთ" თირკმელი ხელებს შორის. სთხოვეთ ავადმყოფს, ამოისუნთქოს და სუნთქვა დააჩერებს. ნელა შეამცირეთ მარცხენა ხელის ზეწოლა, იმავდროულად შეიგრძნობთ თირკმლის გასრიალებას უკან, როგორც ჰქონდა ამოსუნთქვის დროს. თუ თირკმლის პალპაციას ახერხებთ, აღნერეთ მისი ზომა, კონტური და მტკივნეულობა.

მუცლის მარცხენა გვერდის გადიდება (იხ. წინა გვერდზე მდებარე ფოტოზე მსხვილი ზოლი) შეიძლება გამოხატავდეს სპლენომეგალიას ან მარცხენა თირკმლის გადიდებას. სპლენომეგალია საეჭვოა, თუ მედიალურ კიდეზე სინუსით ნაკლებს, კიდე სკლერდება შუა ხაზს, პერკუსიით მოყრუებაა და თითებით შედარებით ღრმად მედიალურ და ლატერალურ კიდეებს შორის და არა სიმაგრესა და ნეკნთა კუთხეს შორის. მონაცემები დაადასტურეთ შემდეგი გამოკვლევებით.

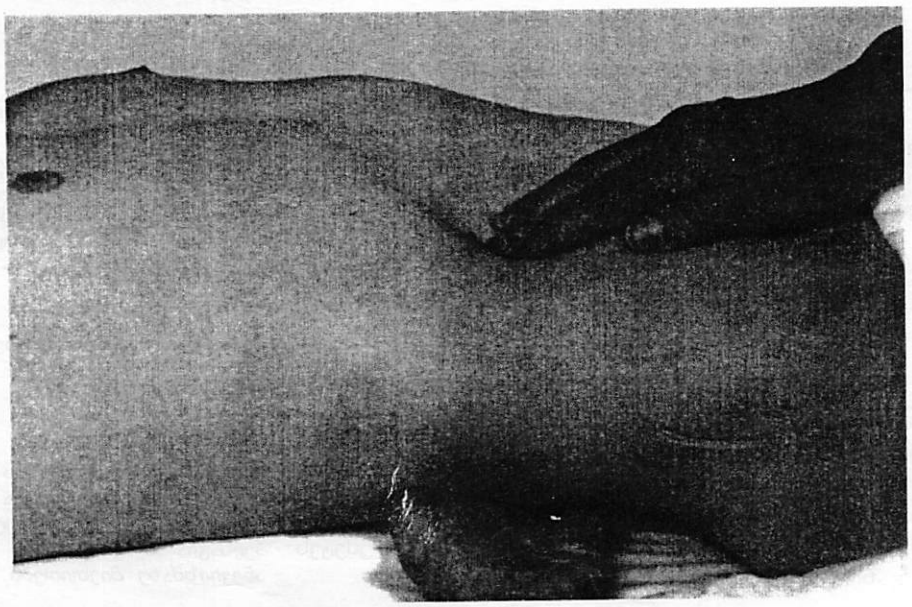
მარცხენა თირკმლის გასინჯვა ასევე შეგიძლიათ იგივე ხერხით, რასაც იყენებთ ელენთის გასინჯვისთვის. მარცხენა ხელი შემოხვიეთ ავადმყოფს და ასწიეთ წელის მარცხენა მხარე, ხოლო მარჯვენა ხელით დააწექით მარცხენა ზედა კვადრანტს. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს და შეიგრძნობთ სიმაგრე. ნორმალურად მარცხენა თირკმლის პალპაცია იშვიათად ხერხდება.

ნიშნები, რომლებიც გადიდებული თირკმლის და არა ელენთის სასარგებლოდ მეტყველებენ, არის მარცხენა ზედა კვადრანტში ნორმალური ტიმპანიტის შენარჩუნება, და თითების უნარი მოხვდეს სიმაგრესა და ნეკნთა კარის შორის და არა მედიალურ და ქვედა კიდეებს შორის.

მარჯვენა თირკმლის პალპაცია. მარჯვენა თირკმლის გასასინჯად ავადმყოფი მარჯვენა გვერდზე გადმოაბრუნეთ. მარცხენა ხელით უკნიდან მოაწექით, მარჯვენა ხელით ჯერ დააწექით მარჯვენა ზედა კვადრანტს. დანარჩენი ისევე გაიმეორეთ, როგორც ზემოთაა აღნერილი.

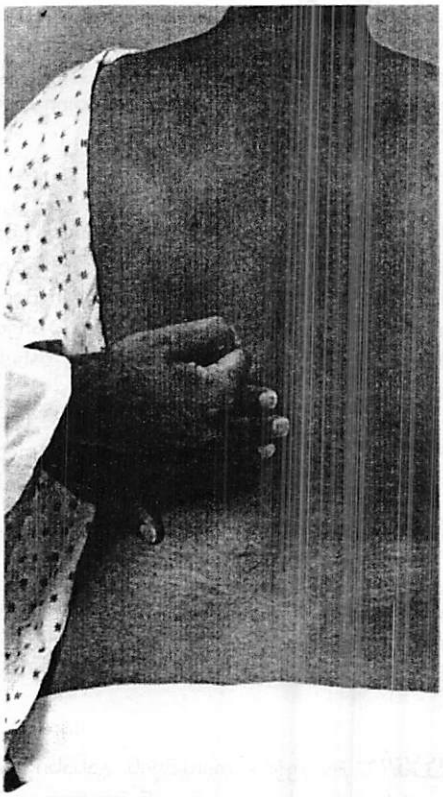
თირკმლის გადიდების გამომწვევი მიზეზებია ჰიდრონეფროზი, კისტა და სიმსივნე. ორმხრივი გადიდება მიუთითებს *თირკმლების პოლიკისტოზის არსებობაზე.*

ნორმალურად, მარჯვენა თირკმლის პალპაცია შესაძლებელია, განსაკუთრებით გამხდარ და ჯანგად მოდუნებულ ქალებში. ის შეიძლება იყოს ოდნავ მგრძნობიარე ან არა.



ზოგჯერ, მახჯვენა თიხამელი ჩვეულებრივზე უფრო წინ მდებარეობს და საჭიროა მისი გაჩრევა ღვიძლისგან. ღვიძლის ჯიღე, თუ ის პალპაციით შეიგრძნობა, უფრო მახვილია და ვრცელდება შორს მედიალურად და ლატერალურად. თიხამლის ქვედა პოლუსი მრგვალია.

ხელის დაჭერისას ტკივილი მიგვანიშნებს პიელონეფრიტზე, მაგრამ შეიძლება ასევე ჰქონდეს ძვალ-ხუნთოვანი მიზეზი.



ნეკნ-ხერხემლის კუთხის მტკივნეულობის შეფასება

თიხამლის მგრძნობელობის შეფასება. მუცლის გასინჯვის დროს შესაძლებელია მგრძნობელობის დადგენა, მაგრამ თიხამლის მგრძნობელობის დასადგენად ასევე გამოიკვლიეთ შესაბამისი ნეკნ-მაღების კუთხე. თქვენი თითების დაბოლოებების ზენოლა შეიძლება სატკივარი აღმოჩნდეს თიხამლის მგრძნობელობის დასადგენად, წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოიყენეთ პერკუსია. ნეკნ-მაღების კუთხეში მოთავსებულ ხელს დაარტყით მეორე ხელის მუშტი. დარტყმის ძალა უნდა იყოს ისეთი, რომელიც ნორმალურ ადამიანში გამოიწვევს შესამჩნევ, მაგრამ უმტკივნეულო ხველას ან დარტყმას.

იმისათვის, რომ პაციენტი მოარიდოთ ზედმეტ დატვირთვას, ეს პროცედურა ჩაატარეთ ზურგის გამოკვლევის დროს (იხ. გვ. 10).

შარდის ბუშტი

შარდის ბუშტი ჩვეულებრივ არ ისინჯება, თუ ის არ გადაივსო და ასცდა სიმფიზს. პალპაციით გადიდებული ბუშტის გუმბათი მრგვალია და გლუვი. შეამოწმეთ მტკივნეულობა. პერკუსიით დაადგინეთ მოყუჩება და სიმფიზიდან ბუშტის ანევის სიმაღლე.

შარდის ბუშტის გადავსება ხდება გამომტანი გზის ობსტრუქციისას შარდსადენის სტრიქტურის ან პროსტატის ჰიპერტროფიის დროს; ასევე ზოგიერთი პრეპარატის გავლენით ან ნევროლოგიური დარღვევის დროს, როგორიცაა ინსულტი, *გაფანტული სკლეროზი.*

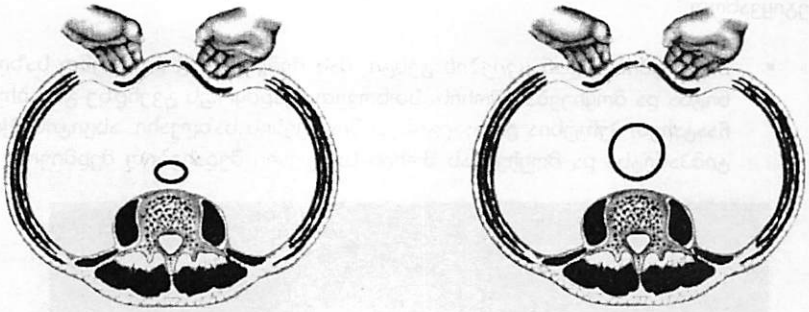
სიმფიზის ზემოთ მტკივნეულობის მიზეზია *შარდის ბუშტის ინფექცია.*

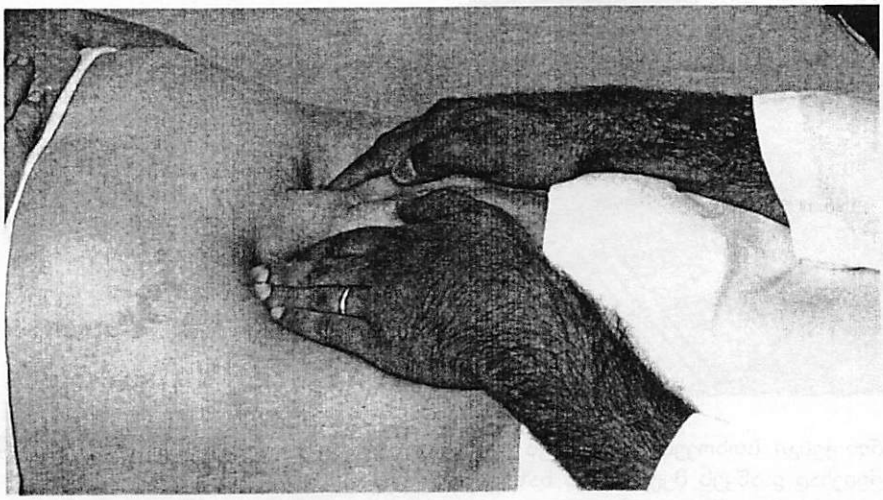
პროსტატა

ძლიერად და ღრმად დააწექით მუცლის ზედა ნაწილში შუა ხაზიდან ორივე მარცხნივ და შეიგრძენით პროსტატის პერსპექტივა. 50 წლის ზევით ასაკის პირებში შეეცადეთ დაადგინოთ პროსტატის სიგანე. ამისთვის მუცლის ზედა ნაწილში ღრმად დააჭირეთ ხელები პროსტატის ორივე მხარეს, როგორც ეს ნახატზეა ნაჩვენები. ამ ასაკის პირებში პროსტატის სიგანე არ უმეტეს 3 სმ-ია (საშუალოდ 2.5 სმ). ეს გაზომვა არ მოიცავს მუცლის ჯედლის სისქეს.

ხანდაზმულ პირებში ქირის მიდამოში ან მუცლის ზედა ნაწილში სიმკვრივე, რომელსაც პერკუსია ახლავს, *პროსტატის ანევრიზმაზე მიუთითებს.*

აორტის პულსაციის შეგრძნების შესაძლებლობა განსხვავდება მუცლის ჯედლის სისქის და მუცლის წინა-უკანა დიამეტრის მიხედვით.





აორტის *ანევრიზმა არის* აორტის პათოლოგიური გაფართოება, რომელიც ათეროსკლეროზის გამო. უბრალოდ დაკვირვებული მუცლის აორტა ზოგჯერ ძნელი გასარჩევია ანევრიზმისგან.

ანევრიზმა რომელიც უმეტესწილად, ტკივილის განვითარება ყველაზე სახიფათო და ხშირი გართულების – აორტის გასკდომის მაუწყებელია.

აორტის საგრძნობი გაფართოება ულტრაბგერით გამოკვლევას საჭიროებს.

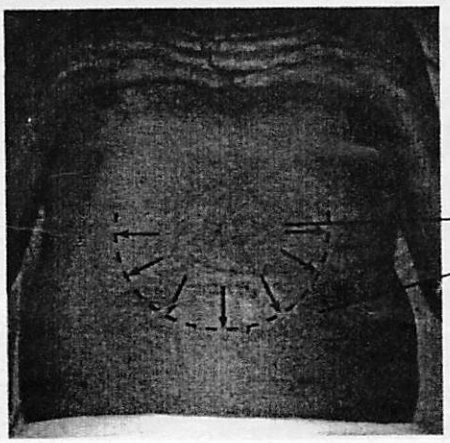
განსაკუთრებული მეთოდები

მეფასების მეთოდები შემდეგი მდგომარეობებისთვის:

- ასციტი
- აბენდიციტი
- მწვავე ქოლეცისტიტი
- ვენტრალური თრომბი
- მუცლის ჯედლის სიმაგრეები

ასციტის შეფასება

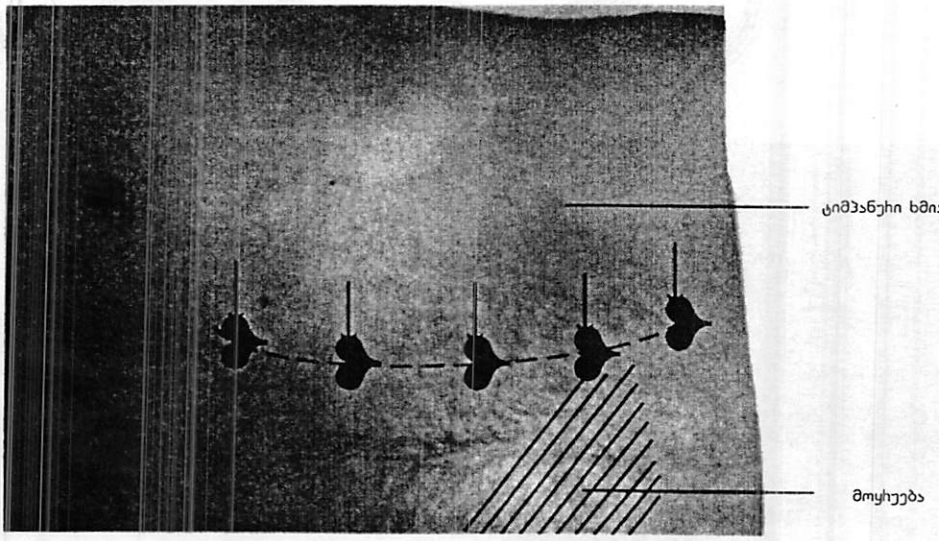
ამობურცული მუცელი და გვერდების სისავსე ასციტური სითხის შესაძლო არსებობაზე მიუთითებს. ვინაიდან ასციტური სითხე სიმძიმის გამო ქვევით გროვდება, მაშინ როცა ირიბი სავსე ნაწლავის მარყუჟები ზემოთ ექცევა და მუცლის ქვედა ნაწილებში პერკუსიით მოყრუება აღინიშნება. მუცლის ცენტრალური ტიმპანიტის ადგილიდან ხამოდენიმე მიმართულებით ჩაატარეთ პერკუსია და დააკვირდით ხმიანობებს. მონიშნეთ საზღვარი ტიმპანურ ხმიანობასა და მოყრუებას შორის.



ასციტის დადგენაში ორი მეთოდი დაგეხმარებათ, თუმცა ორივემ შეიძლება შეცდომაში შეგიყვანოთ.

- *მოყავების გადანაცვლების ტესტი.* მას შემდეგ, რაც დაადგენთ საზღვარს ტიმპანიტსა და მოყავებას შორის, სთხოვეთ ავადმყოფს გვერდზე გადაბრუნდეს. ჯერავ ჩაატარეთ პერკუსია და დაადგინეთ მოყავების საზღვარი. ასციტის მქონე პირებში ტიმპანიტსა და მოყავებას შორის საზღვარი შედარებით მუდმივია.

ასციტის დროს მოყავება ქვედა მხარეებშია, ხოლო ტიმპანიტი მუცლის შუა ნაწილში.



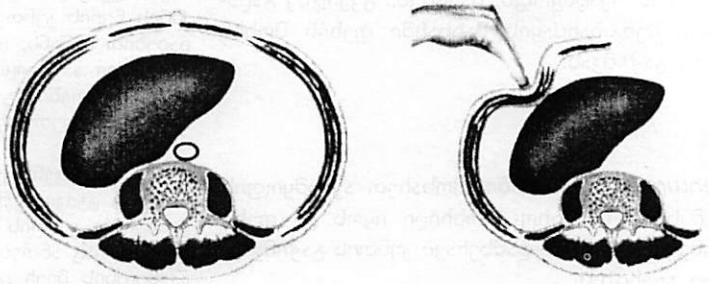
- *სითხის ტალღის წარმოქმნის ტესტი.* სთხოვეთ ავადმყოფს ან თქვენს ასისტენტს ორივე ხელის ჯიღეებით ძლიერად დაწვეს მუცელს შუა ხაზზე. ეს ზეწოლა ხელს შეუშლის ტალღის გავრცელებას ცხიმოვან ქსოვილში. მუცლის ერთ მხარეს დაარტყით თითები და მეორე ხელით სანინააღმდეგო მხარეს შეიგრძნობთ ტალღის გავრცელებას.

ადვილად ბალპირებადი ტალღა ასციტის მაჩვენებელია.



სამწუხაროდ, ეს ნიშანი ხშირად უარყოფითია, სანამ ასციტი თვალით შესამჩნევი გახდება, ზოგჯერ ის დადებითია პირებში, ვისაც ასციტი არ აქვს.

ასციტის მუცლის ღრუში ორგანოს ან სიმსივნის დადგენა. ეცადეთ ორგანოს ან ჯიმე სიმსივნის ბალოტირება, როგორც ეს ღვიძლის მაგალითზეა ნაჩვენები. ხელის თითები შეატყუპეთ, დადეთ მუცლის ზედაპირს და სწრაფად და მკვეთრად უბიძგეთ ორგანოს მიმართულებით. ეს სწრაფი მოძრაობა სითხეს გადაანაცვლებს და თქვენ შესძლებთ, მუცლის კედლიდან თითებით მსუბუქად შეეხოთ ორგანოს ზედაპირს.



შესაძლო აპენდიციტის შეფასება

- სთხოვეთ ავადმყოფს, გიჩვენოთ ადგილი, სადაც დაიწყო ტკივილი და სად არის ლოკალიზებული ამჟამად. სთხოვეთ, ჩაახველოს. დააკვირდით სად ჩნდება ტკივილი.

აპენდიციტით გამოწვეული ტკივილი ჯერ-ჯერობით ინყება ქვედა ეპიგასტრიუმში, შემდეგ გადადის მარჯვენა ქვედა კვადრანტში, სადაც ჩახველების შედეგად მისი ინტენსიობა იზრდება. ასაკოვან პირებში ეს სიმპტომი უფრო იშვიათად ვლინდება, ვიდრე ახალგაზრდებში.

- ყურადღებით მოძებნეთ შემოსაზღვრული დაჭიმულობის უბანი

მარჯვენა ქვედა კვადრანტის ჩომელიმე უბანში დაჭიმულობა, ისევე როგორც მარჯვენა ფერდში, შეიძლება აპენდიციტის ნიშანი იყოს.

- დაადგინეთ კუნთების ჰიგიენობის არსებობა

ადრეულ პერიოდში დაცვითი დაჭიმულობა შეიძლება შეიცვალოს კუნთების უნებლიე ჰიგიენობით.

- *გამოიყენეთ ჰექტული გამოკვლევა და ქალებში მენჯის გამოკვლევა.* ეს მეთოდები ვერ მოგეხმარებათ ნორმალური და ანთებადი აპენდიქსის გარჩევაში, მაგრამ შეგიძლიათ დადგინოთ მენჯის ღრუში ატიპიურად მდებარე ანთებადი აპენდიქსი. ასევე შეგიძლიათ გამოიყენოთ მუცლის არეში სხვა მიზეზით გამოწვეული ტკივილის დასადგენად.

მაგალითად, ჰექტული გასინჯვისას მარჯვენა მხარეს არსებული ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს საკვერცხის ან სათესლე ბარკის ანთება, ისევე როგორც აპენდიქსის ანთება.

ზოგჯერ დაგეხმარებათ დამატებითი მეთოდები:

- შეამოწმეთ მტკივნეული უბანში ხელვითი მტკივნეულობის არსებობა. (თუ სხვა ტიპიური სიმპტომები სახეზეა, შეგიძლიათ ეს გამოკვლევა ალარ ჩაატაროთ)

ხელვითი ტკივილი პერიტონეუმის ანთების ნიშანია, რაც შეიძლება აპენდიციტით იყოს გამოწვეული.

• შეამოწმეთ Rovsing-ის (*ჰოვსინგის*) *ნიშანი* და მასთან დაკავშირებული ხხევითი მტკივნეულობა. ძლიერად დააწკაპუნეთ *მარჯვენა* ქვედა კვადრანტს. შემდეგ სწრაფად აუშვით ხელი.

მარჯვენა მხარეს ზედაპირის დროს *მარჯვნივ* ტკივილის განვითარება აპენდიციტზე მიუთითებს (ჰოვსინგის დადებითი ნიშანი). ამასვე მიუთითებს მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ხელის სწრაფი ანევის დროს ტკივილის გაძლიერება (*დაკავშირებული ხხევითი ტკივილი*).

• *სუკის კუნთის (M. psoas) ნიშანი.* ხელი დაადეთ ავადმყოფს მუხლს ზევით და სთხოვეთ თქვა ასწიოს. ასევე შეგიძლიათ სთხოვოთ ავადმყოფს, მარჯვენა გვერდზე გადაბრუნდეს, შემდეგ გაუშალეთ მარჯვენა ფეხი. მენჯ-ბარძაყის სახსარში ფეხის მოხრა იწვევს სუკის კუნთების შეკუმშვას, გაწვა კი გაჭირვას.

ამ მოძრაობების დროს მუცლის არეში ტკივილის გაძლიერება ქმნის ნელის კუნთების დადებით ნიშანს, რაც ანთებადი აპენდიციტის მიერ ნელის კუნთების გაღიზიანებაზე მიუთითებს.

• შეამოწმეთ *დამხუჭავი კუნთის (M. obturatorius) ნიშანი.* მოხარეთ ავადმყოფის ფეხი მენჯ-ბარძაყის სახსარში ისე, რომ მუხლის სახსარიც მოხრილი იყოს და ფეხი შეაბრუნეთ შიგნით. ასეთი მოძრაობა გამოიწვევს შიგნითა დამხუჭავი კუნთის გაჭირვას. (თქვას შიგნით შებრუნება აღწერილია 542-ე გვერდზე).

მუცლის მარჯვენა ქვედა ნაწილში ტკივილი წარმოშობს დამხუჭავი კუნთის დადებით ნიშანს, რაც ანთებადი აპენდიქსის მიერ დამხუჭავი კუნთის გაღიზიანებაზე მიუთითებს.

• *კანის ჰიპერესთეზიის ნიშანი.* მუცლის კედელზე ზევიდან ქვევით ნეკტიებზე საჩვენებელი და ცერი თითებით ნაზად ასწიეთ კანის ნაოჭები ისე, რომ არ უჭმიტოთ. ეს მოქმედება ჩვეულებრივ ტკივილს არ იწვევს.

ამ მოქმედების დროს მარჯვენა ქვედა კვადრანტის ყველა უბნის მტკივნეულობა შეიძლება ახდეს აპენდიციტს.

შესაძლო მწვავე ქოლესისტიტის დადგენა

ხოლესაც მარჯვენა ზედა კვადრანტში ტკივილის და დაჭიმულობის გამო მწვავე ქოლესისტიტს ვარაუდობთ, გასინჯეთ *Murphy-ს (მერფის) ნიშანი.* მარჯვენა მუშტი ან მარჯვენა ხელის თითები დააჭყეთ ნეკნთა ჩაკის ქვემ ნეკტიში, სადაც ნეკნთა ჩაკის კვეთს მუცლის სწორი კუნთის გარეთა კიდე. ასევე, თუ ღვიძლი გადიდებულია, მუშტი ან თითები დააჭყით ღვიძლის კიდესთან ზემოთ მოცემულ ნეკტიში. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს. დააკვირდით სუნთქვას და ტკივილის ხარისხს.

ჩასუნთქვის სწრაფი შეჩერების დროს ტკივილის გაძლიერება *მერფის დადებითი ნიშანია*, რაც მწვავე ქოლესისტიტისთვისაა დამახასიათებელი. ჰეპატიტით გამოწვეული ტკივილი ასევე შეიძლება გაძლიერდეს, მაგრამ ტკივილი ამ დროს ნაკლებად შემოფარგლულია.

ვენტრიკულური (მუცლის კედლის) თრიქის შეფასება.

ვენტრიკულური თრიქი მუცლის კედლის თრიქია, საზარდულის თრიქის გამოკლებით. თუ ვარაუდობთ, მაგრამ ვერ ხედავთ ჭრილის თრიქას, პაციენტს სთხოვეთ სანოლიდან წამოსწიოს თავი და მხრები.

ამ მოძრაობის დროს ჩვეულებრივ ვლინდება თრიქის ამობურცულობა (იხ. გვ.419).

საზარდულის და ბარძაყის თიაქრები შემდეგ თავშია აღწერილი. ამ თიაქრებმა შეიძლება მნიშვნელოვანი აბდომინური პრობლემები შექმნას, რის გამოც მათი განხილვა აუცილებელია.

ნაწლავის გაუვალობის ან პერიტონიტის მიზეზი შეიძლება ვერ დაადგინოთ, თუ არ გამოიკვლევთ ბარძაყის სტრანგულაციური თიაქრის არსებობას.

მუცლის ჯედის სიმაბრეები

მუცლის ჯედის სიმაგრეების გარჩევა მუცლის ღრუს სიმაგრეებისგან. მუცლის ჯედეში სიმაგრეები უფრო იშვიათად ჩნდება, ვიდრე მუცლის ღრუში. სთხოვეთ ავადმყოფს ან სანოლიდან ნამოსწიოს თავი და მხრები ან ქვემოთ დაიხაროს. ამ დროს მუცლის კუნთები დაიჭიმება და კიდევ ერთხელ შეგიძლიათ შეამოწმოთ ჰარმე სიმაგრის არსებობა.

მუცლის ჯედის სიმაგრეები პალპირებადია. მუცლის ღრუს სიმაგრეები იმაღება მუცლის კუნთების შეკუმშვით.

მიღებული მონაცემების ჩაწერა

დაიმახსოვრეთ, რომ თავიდან შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები მონაცემების აღწერისთვის; მოგვიანებით შეგიძლიათ ფრაზების გამოყენება. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ხშირად გამოყენებად ფრაზებს.

ჭრილობრივი გამოკვლევის შედეგების ჩაწერა – მუცელი

"მუცელი ამობურცულია, ნაწლავთა ხმიანობა აქტიური. ჰბერია და უმტკივნეულო. სიმაგრეები და ჰეპატოსპლენომეგალია არ აღინიშნება. ღვიძლის ვერტიკალური ზომაა 7 სმ მარჯვენა ნაკვთის ხაზზე; კიდე სწორი და პალპაციით ნეკნთა რკალიდან 1 სმ-ით ქვემოთ ისინჯება. ელენთა და თირკმლები არ ისინჯება. ნეკნ-მალების კუთხეები უმტკივნეულო."

ან

"მუცელი ბრტყელია. ნაწლავთა ხმიანობა არ ისმის. მუცლის ზედაპირი მკვრივია და ფიცრისებური, მთელ მტკივნეულობა, დაცვითი და ხისტი - მარჯვენა ბარძაყში. პერკუსიით ღვიძლის ზომაა 7 სმ მარჯვენა ნაკვთის ხაზზე; კიდე არ ისინჯება. ელენთა და თირკმლები არ ისინჯება. ნეკნ-მალების კუთხეები უმტკივნეულო."

სავარაუდოა აპენდიციტით გამოწვეული პერიტონიტის არსებობა (იხ. გვ.389-400 და გვ. 387-388).

Bibliography

CITATIONS
1. Regicr DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidrmiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264(19): 2511-2518,1990.
2. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. Rockville, MI), Agency for Healthcare Research and Quality, April 2004. Available at:http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/alcohol/ alcomisrs.htm. Accessed December 4, 2004.
3. Erring JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 252(14):1905-1907, 1984.
4. Whitlock EP, Green CA, Polen MR. Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Al-cohol Use, Systematic Evidence Review. No. 30. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0018). Rockville, MD, Agency for Healthcare Re-search and Quality, April 2004. Available at http:// www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/serfiles/htm.
5. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N., Allan J. Evaluating pri-mary care behavioral Counseling interventions. An evidence-based approach. Am J Prey Med 22(4):267-284, 2002.
6. Ficllin DA, Reid M(;, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med 160(13):1977-1989, 2000.
7. Miller WR, Rollnick S, Con K. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd rd. New York, Guilford Press, 2002.
8. Miller WR, Sanchez VC. Motivating Young Alcoholics for Treatment and Lifestyle Changes. In Howard G (ed): Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults. Notre Dame, IN, University of Notre Dame Press, 1993.
9. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hepatitis B Infection: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, February 2004. Avail-able at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hcpbrcs/ hcpbrs.htm. Accessed December 4, 2004.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hepatitis C Infection: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, March 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspphere.htm Accessed December 4, 2004.11. U.S. Preventive Services Task Force Screening for Colorectal Cancer: Recommendations and Rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, July 2002. Avail-able at: http://www.ahrq.gov/clinic/ 3rduspstf/colorr.htm. Accessed December 4, 2004.
12. Winawcr SJ, Shikc M. Prevention and control of colorectal can-cer. In Greenwald P, Kramer BS, Weed DL, rds. Cancer Prcvcn-tion and Control. New York, Marcrl-Drkkrr, 537-560, 1995.
13. American Cancer Society. ACS cancer detection guidelines. Available at: www.cancer.org. Accessed November 18, 2004.
14. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Balti-more, Williams & Wilkins, 89-103, 1996.

ADDITIONAL REFERENCES
Examination of the Abdomen

Fink HA, Lcderle FA, Rptj CS. The accuracy of physical examina-tion to detect abdominal aortic aneurysm. Arch Intern Med 160(6):833-836, 2000.
Lcderle FA, Simel DI,. Does the patient have abdominal aortic aneurysm? JAMA 281(1):77-82, 1999.
McGee SR. Percussion and physical diagnosis: separating myth from science. Dis Mon 41(10):641-688, 1995.
Silcn W, Cope Z. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 21st ed. Oxford, UK, and New York, Oxford University Press, 2005.
Sleiscngcr MH, Feldman M, Griedman LS, rt al (eds). Sleisrnger and Fortran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiololry, Di-agnosis, Management, 8th rd. Philadelphia, WB Saunders, 2006.
Ttirnbull JM. Is listening for abdominal bruits useful in the evalu-ation of hypertension? JAMA 274(16):1299-1301, 1995.
Yamamoto W, Kono H, Maekawa H, rt al. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an rpidemiologic ap-proach to clinical practice. J Epidemiol 7(1):27-32, 1997.

Examination of the Liver

Williams JW, Simel DL. Does this patient have ascites? How to divine fluid in the abdomen. JAMA 267(19):2645-2648, 1992. Zoli M, Magliotti D, Drimaldi M, et al. Physical examination of the liver: is it still worth it? Am J Gastroenterol 90(9):1428-1432, 1995.

Examination of the spleen

Barkun ANI3, Camus M, Green L, ct al. The bedside assessment of sEllcnic cnlargclllcnt. Am I Med 91(5):512-518, 1991.
Barkun AN, Canlus M, Mcagher T, et al. Splenic enlargement and Trauhe's space: how useful is percussion? Am J Med 87(5): 562-566,1989.
Grovcr SA, Barkun AN, Sackett DL. Does this patient have splenomegaly? JAMA 270(18):2218-1121, 1993.
Talnayo SC;, Ricknlall LS, Matthews WC, ct al. Examiner dcpcildciicc on physical diagnostic tests of splenonlegaly: a prospective StUdy with multiple obsen,crs. J Gen Intern Med 8(2):69-75, 1993.

Gastrointestinal Conditions
Craig AS, Schaffner W. Prevention of hepatitis A with the hepatitis A vaccine. N Engl J Med 350(5):476-480, 2004.
Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. N Engl J Med 349(14):1360-1368, 2003.
Mertz HR. Irritable bowel syndrome. N Engl J Med 349(22): 2136-2146,2003.
Thielman NM, Guerrant RL. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 350(1):38-47, 2004.

ცხრილი 10-1 ტყივილი მუცლის ზონში

	პროცესი	ლოკალიზაცია	ხასიათი
პეპტიური წყლული და დისპეფსია *(ამ დარღვევების დიფერენცირება ძნელია სიმპტომების და ნიშნების საშუალებით)*	პეპტიური წყლული მიეკუთვნება დაღგენილ წყლულს, ჩვეულებრივ ჯუჭში ან 12-გოჯა ნაწლავში. დისპეპსია იგივე სიმპტომებს ივვეცს, მაგრამ არ ახასიათებს წყლულის განვითარება. ხშირად სახეზეა *Helicobacter pylori*-თ ინფიცირება.	ეპიგასტრიუმის არე, შეიძლება ზურგში გადაეცემოდეს	ცვალებადი: მღრღნელი, წვითი, მბურღავი, ყრუ, დამწოლი ან შიმშილის მსგავსი.
ჯუჭის ანთება	ავთვისებიანი ნეოპლაზმა	ეპიგასტრიუმი	ცვალებადი
მწვავე პანკრეატიტი	პანკრეასის მწვავე ანთება	ეპიგასტრიუმში, შეიძლება გადაეცემოდეს ზურგში ან მუცლის სხვა უბნებში; შეიძლება არამკვეთრი ლოკალიზაცია ჰქონდეს.	ჩვეულებრივ თანაბარი
ქრონიკული პანკრეატიტი	მოჰყვიდივე ანთების გამო პანკრეასის ფიბროზი	ეპიგასტრიუმი, გადაეცემა ზურგში	თანაბარი, ღრმა
პანკრეასის ავბო	ავთვისებიანი ნეოპლაზმა	ეპიგასტრიუმი და მუცლის ორმეოცმე ზედა კვადრანტში, ხშირად გადაეცემა ზურგში	თანაბარი, ღრმა
ნაღვლოვანი კოლიკა	ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის საერთო სადინარის უეცარი დახშობა კენჭით	ეპიგასტრიუმი ან მარჯვენა ზედა კვადრანტი; შეიძლება გადაეცემოდეს მარჯვენა ბეჭსა და მხარში	თანაბარი, ყრუ; არა კოლიკისმსგავსი
მწვავე ქოლეცისტიტი	ნაღვლის ბუშტის ანთება, ჩვეულებრივ კენჭით ნაღვლის ბუშტის სადინარის დაცობით გამონვეული	მარჯვენა ზედა კვადრანტი ან მუცლის ზედა ნაწილი; შეიძლება გადაეცემოდეს მარჯვენა ბეჭის არეში	თანაბარი, ყრუ
მწვავე დივერტიკულიტი	მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის (ნაწლავის კედლის პარკისებური გამობერება ნაწლავის კუნთოვან შრეში) მწვავე ანთება.	მარცხენა ქვედა კვადრანტი	პირველად შეიძლება მოჭეხითი იყოს, შემდეგ თანაბარი ხდება
მწვავე აპენდიციტი	აპენდიქსის მწვავე ანთება გაჭიმვით ან ობსტრუქციით	▪ ცუდად ლოკალიზებული *ტყივილი ჭიპის არეში*, რასაც ჩვეულებრივ ახლავს	▪ მსუბუქი მაგრამ მზარდი, შესაძლოა მოჭეხითი.
		▪ *ტყივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტში*	▪ თანაბარი და უფრო ძლიერი
ნაწლავის მწვავე მექანიკური გაუვალობა	ნაწლავის სანათურის ობსტრუქცია, ხშირი მიზეზია (1) შეხორცება ან თოკარი (წვრილი ნაწლავი) ან (2) სიმსივნე ან დივერტიკულიტი (მსხვილი ნაწლავი)	▪ *წვრილი ნაწლავი*: ჭიპის მიდამო ან მუცლის ზედა ნაწილი.	▪ მოჭეხითი
		▪ *მსხვილი ნაწლავი*: მუცლის ქვედა ნაწილი ან გავრცელებული	▪ მოჭეხითი
მეზენტერიული იშემია	ნაწლავის და ჯორჯრის მკვებავი სისხლძარღვის თრომბოზი ან ემბოლია (არტერიის მწვავე ოკლუზია) ან სისხლით მომარაგების შემცირება ჰიპოვოლემიის გამო	დასანყისში ჭიპის არეშია, შემდეგ დიფუზური ხდება	თავიდან მოჭეხითი, შემდეგ თანაბარი

მიმდინარეობა	ფაქტორები, რომლებიც სიმპტომებს აძლიერებს	ფაქტორები, რომლებიც სიმპტომებს ამცირებს	თანმხლები სიმპტომები და გართულებები
პერიოდული. 12-გოჯა ნაწლავის წყლულს ჯერ წყლულსა და დისპეფსიაზე უფრო ხშირად ახასიათებს ტკივილი, რომელიც (1) ღამით აღვიძებს ავადმყოფს და (2) პერიოდულად ჩნდება ორი ჯვირის განმავლობაში, შემდეგ ქრება თვეების განმავლობაში და შემდეგ კვლავ ჩნდება.	სხვადასხვა	შვებას იძლევა საჭმების და ანტაციდების მიღება, მაგრამ არა ყოველთვის. ყველაზე ნაკლებად ჯერ წყლულის დროს.	გულისრევა, ღებინება, ბოყინი, მუცლის შებერვა; გულძმარვა (შედარებით ახასიათებს 12-გოჯა ნაწლავის წყლულს); ნორმაში დაკლება (შედარებით ახასიათებს ჯერ წყლულს). დისპეფსია უფრო ხშირია ახალგაზრდებში (20-29წ), ჯერ წყლული – 50 წლის ზევით და 12-გოჯა ნაწლავის წყლული – 30-60 წ ასაკში
ტკივილის ანამნეზი გაცილებით ხანმოკლეა, ვიდრე პეპტიური წყლულის დროს. ტკივილი უფრო ხანგრძლივია და ნელა ჰოგრესირებს	ხშირად საჭმელი	საჭმების ან ანტაციდების მიღება ტკივილს არ ამსუბუქებს	უმადობა, გულისრევა, ნაადრევი დანაყრება, ნორმაში დაკლება, ზოგჯერ სისხლდენა. ხშირია 50-70 წლის ასაკში
მწვავე დაწყება, ხანგრძლივი ტკივილი	ზურგზე წოლა	წინ გადმოხრა და სხეულის მოხრა	გულისრევა, ღებინება, მუცლის შებერვა, ცხელება. ხშირად ანამნეზში შეტევების არსებობა, ამილოიდის ჭარბი მიღება და ნაღვლის ქვებები.
ქრონიკული ან მოქცევადი მიმდინარეობა	ალკოჰოლის და ცხიმიანი საჭმების მიღება	შესაძლოა წინ გადმოხრა და სხეულის მოხრა; ხშირად შეუპოვარი	პანკრეატული ფუნქციის დაქვეითების სიმპტომები: დიარეა ცხიმოვანი ფეკალური მასებით (სტეატორეა) და მალაბსორბციული დიაბეტი
პერსისტული ტკივილი; შეუმსუბუქებლად მიმდინარე ჰოგრესული დაავადება		შესაძლოა წინ გადმოხრა და სხეულის მოხრა; ხშირად შეუპოვარი	უმადობა, გულისრევა, ღებინება, ნორმაში დაკლება, სიყვითლე. ემოციური სიმპტომები დეპრესიის ჩათვლით
სწრაფი დაწყება რამოდენიმე წუთის განმავლობაში, გრძელდება ერთიდან რამოდენიმე საათამდე და თანდათანობით ქრებულობს. ხშირად მოქცევადია.			უმადობა, გულისრევა, ღებინება, მოუსვენრობა
თანდათანობითი დაწყება; მიმდინარეობა უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ბილიარული კოლიკის დროს	ხმაურიანი ღრმა სუნთქვა		უმადობა, გულისრევა, ღებინება, ცხელება
ხშირად იწყება თანდათანობით			ცხელება, ყაბზობა. დასაწყისში შესაძლებელია ხანმოკლე ფაღარათი
• გრძელდება დაახლოებით 4-6 სთ			უმადობა, გულისრევა, შესაძლოა ღებინება, რაც მოჰყვება ტკივილის შეტევას. მსუბუქი ცხელება
• დამოკიდებულია ჭარბებაზე	• მოძრაობა ან ხველა	• თუ დროებით მცირდება, სავარაუდოა აპენდიქსის პერფორაცია	უმადობა, გულისრევა, შესაძლოა ღებინება, რაც მოჰყვება ტკივილის შეტევას. მსუბუქი ცხელება
• ჰარმონიზმული; მცირდება, როგორც კი ბუშტის მობილობა დაქვეითებული			• ნაღვლოვანი, ღორნოვანი (მაღალი გაუვალობა) ან ფეკალური მასით (დაბალი გაუვალობა) ღებინება. ვითარდება ობსტიპაცია.
• ჰარმონიზმული, თუმცა ტიპიურად უფრო მსუბუქი			• ადრე ვითარდება ობსტიპაცია. მოგვიანებით ღებინება. ანამნეზში გამომწვევი დაავადებები
ჩვეულებრივ უცაბედი დაწყება, ვიდრე პერსისტული			ღებინება, ფაღარათი (ზოგჯერ სისხლიანი), ყაბზობა, შოკი

პრობლემა	პროცესი	დამამძიმებელი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები	თანმხლები სიმპტომები და მდგომარეობები
ბატკნებითი დისფაგია *გამოწვეული მოტორული დარღვევებით, რაც ახიანებს ხახის კუნთებს*	მწვავე ან თანდათანობითი დაწყება და ცვალებადი მიმდინარეობა, რაც გამომწვევ დაავადებაზეა დამოკიდებული	ყლაპვის დაწყების მცდელობა	საჭმების ჩაგუბგატაცია	ყლაპვის დროს ფილტვებში ასპირაცია ან ცხვირში ჩაგუბგატაცია. ინსულტის, ბულბარული დამბლა და სხვა ნევროლოგიური მდგომარეობები
საყლაპავის დისფაგია *მექანიკური შევიწროება*				
ღორნოვანის ჩაღრეები და ტიხრები	წყვეტილი	მყარი საჭმები	საჭმების ჩაგუბგატაცია	ჩვეულებრივ, არაფერი
საყლაპავის შევიწროება	წყვეტილი, შეიძლება ნელა პროგრესირებდეს	მყარი საჭმები	საჭმების ჩაგუბგატაცია	გულძმარვის და ჩაგუბგატაციის დიდი ანამნეზი
საყლაპავის ჯიბო	თავიდან წყვეტილი, თვეების განმავლობაში პროგრესირებს	მყარი საჭმები, შემდეგ თხევადიც	საჭმების ჩაგუბგატაცია	ტკივილი გულმკერდისა და ზურგის არეში, ნორის დაარაგვა, განსაკუთრებით დაავადების გვიან ფაზაში
მოტორული დარღვევები				
საყლაპავის დიფუზური სპაზმი	წყვეტილი	მყარი ან თხევადი	ქვემოთ აღნერილი ხერხები, ზოგჯერ ნიტროგლიცერინი	ტკივილი გულ-მკერდის და ზურგის არეში, ნონაში ყლება განსაკუთრებით მოგვიანებით სტენოკარდიის ან მიოკარდიუმის ინფარქტის მსგავსი ტკივილი, რაც გრძელდება წუთები ან საათები; შესაძლოა გულძმარვა
აქალაზია	წყვეტილი, შეიძლება ნელა პროგრესირებდეს	მყარი ან თხევადი	განმეორებითი ყლაპვა, უკან გადანევა, მკლავების ანევა ან ვალსალვას პოზა (ქვემოთ დახრა დახურული ყიის სანინააღმდეგოდ	გულძმარვა, აქალაზიის სხვა სიმპტომები; ჩაგუბგატაცია, ხშირად ღამე ნოღისას, ხველით; შესაძლოა კვებისშედეგად ტკივილის განვითარება
ახალაზია	წყვეტილი, შეიძლება ნელა პროგრესირებდეს	მყარი ან თხევადი		

პრობლემა	პროცესი	თანმხლები სიმპტომები და სიტუაცია
ყოფითი აქტივობა და ჩვევები დეფეკაციის ჩაფერხებისთვის შეუფერებელი ქცევა და სიტუაცია	სავსე სწორი ნაწლავის შეგრძნების იგნორირება აქვეითებს დეფეკაციის ჩაფერხებას	ცხელება, უცხო გარემო, ხანგრძლივი ნოცა
ნაწლავთა მოქმედების ცუდ მოლოდინი	ნაწლავთა "მონესრიგებული" ან ნორმაზე უფრო ხშირი მოქმედების მოლოდინი	საფაღარათო საშუალებების ხშირი, მათი მიღება და ამ საშუალებათა ფარული ჩაწყმარება
ცალიერში ბოქკოვანი საკვების ნაკლებობა	განავლის მოცულობის შემცირება	ხელს უწყობს სხვა ფაქტორებს, როგორიცაა ძლიერი სისუსტე, ყაბზობის გამომწვევი პრეპარატების მიღება
გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი	ნაწლავის პერისტალტიკის დარღვევა	მკრთალი, მკვრივი განავალი, ხშირად ღრინოვანი. პერიოდულად ფაღარათი. მოქცევითი ტკივილი მუცლის არეში. შეიძლება სტრესმა გაამწვავოს
მექანიკური ობსტრუქცია სწორი ნაწლავის ან სიგმოიდური ღრინკის სიმსივნე პროცესი	ნაწლავის სანათურის პროგრესირებადი შევიწროება	ნაწლავთა მოქმედების შეცვლა; ხშირად ფაღარათი, მუცლის ტკივილი, სისხლდენა. სწორი ნაწლავის ჯიბის დროს ტენეზმები და ფანქრისებური განავალი.
განავლის გამკვრივება	დიდი, მკვრივი, უძრავი განავლოვანი მასა, უფრო ხშირად სწორ ნაწლავში	სწორი ნაწლავის სისავსე, მუცლის ტკივილი, ფაღარათი გამკვრივების გარშემო. ჩვეულებრივ, დასუსტებულ, ღრმად ჩავარდნილ და ხანდაზმულ პაციენტებში
სხვა ობსტრუქციული დაზიანებები (როგორიცაა დივერტიკულიტი, მოგრეხვა, ინვაგინაცია ან თრაქარი) პროცესი	ნაწლავის შევიწროება ან სრული ობსტრუქცია	ღრღანისმაგვარი ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის შებერილობა, ინვაგინაცია, ხშირად "მარინისფერი ფერეს მსგავსი" განავალი (სისხლიანი და ღრინოვანი)
ყითას (ანუსის) მტკივნეული დაზიანება პროცესი	ტკივილი ინვევს გარეთა სფინქტერის სპაზმს და დეფეკაციის ჩაფერხებას	ანუსის ნახეთქი, მტკივნეული ბუსუსი, პერიპროქტული აბსცესი
პრეპარატები	სხვადასხვა მექანიზმი	ოპიატები, ანტიქოლინერგული საშუალებები, ალუმინის ან კალციუმის შემცველი ანტაციდები და ბევრი სხვა
დეპრესია	გუნებ-განწყობის ცვლილება. იხ. ცხრილი 16-1, გუნებ-განწყობის ცვლილება	დაღლილობა, დეპრესია და სხვა სომატური სიმპტომები
ნევროგენული დარღვევები	გავლენას ახდენს ნაწლავის ავტონომიურ ინერვაციაზე	ხერხემლის დაზიანება, გაფანტული სკლეროზი, პარკინსონის დაავადება და სხვა მდგომარეობები
მეტაბოლური პროცესები	გავლენას ახდენს ნაწლავის პერისტალტიკაზე	ორსულობა, ჰიპოთირეოზი, ჰიპერკალცემია

პრობლემა	პროცესი	განავლის დახასიათება
მწვავე ფაღარათი		
სეკრეციული ინფექცია	ვირუსული ინფექცია, ბაქტერიული ტოქსინები (როგორიცაა *თრომბოფური სტაფილოკოკი, Clostridium perfringens, Escherichia coli, ქოლერის ვიბრიონი), ჯირკტოსპოროიდიუმი, ლამბლიოზური აბსცესი*	წყლიანი, სისხლის გარეშე, ჩირქოვანი ან ლორწოვანი
ანთებითი ინფექცია	ნაწლავის ლორწოვანის ჯოლონიზაცია ან ინვაზია (*ახატინური სალმონელა, შიგელა, იერსინია, კამპილობაქტერია, ენტეროპათიური E. coli, Entamoeba histolytica*)	მშრალი ან წყლიანი, ხშირად სისხლიანი, ჩირქოვანი ან ლორწოვანი
ნამლისმიერი ფაღარათი	მრავალი ნამლის მოქმედება, როგორიცაა მაგნიუმის შემცველი ანტაციდები, ანტიბიოტიკები, სიმსივნის სანინააღმდეგო და საფაღარათო საშუალებები	მშრალი ან წყლიანი
ქრონიკული ფაღარათი		
ფაღარათის სინდრომები		
▪ გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი	ნაწლავის ჰერისტალტიკის დარღვევა ფაღარათის და ყაბზობის მონაცვლეობით	მშრალი, შეიძლება ჩანდეს ლორწოსისხლის გარეშე. ყაბზობის დროს განავალი მკვრივია, და მცირე
▪ სიგმოიდური ჯოლინჯის ჯიბო	სიმსივნით ნაწილობრივი ობსტრუქცია	განავალზე შეიძლება იყოს სისხლის ზოლები
ნაწლავის ანთებითი დაავადება		
▪ წყლულოვანი ჯოლიტი	სხვილი და სწორი ნაწლავის ლორწოვანის და ლორწქვეშა შრის ანთება წყლულების განვითარებით. მიზეზი უცნობია	განავალი ხშირი ან წყლიანია, ხშირად სისხლს შეიცავს
▪ ნვრილი ნაწლავის (ილეონული ენტერიტი) ან მსხვილი ნაწლავის (გრანულომატოზური ჯოლიტი) Crohn-ის (ჭრონი) დაავადება	ნაწლავის კედლის ქრონიკული ანთება, ძირითადად ზრდასრულებში მცირე ნაწლავის ტერმინალური ნაწილი და/ან პროქსიმალური ჯოლინჯი	მცირე, ხშირი, მშრალი ან წყლიანი განავალი, ჩვეულებრივ, არ შეიცავს დიდი ოდენობით სისხლს (ენტერიტი) ან უფრო ცოტა სისხლია, ვიდრე წყლულოვანი ჯოლიტის დროს (ჯოლიტი)
მოსულობითი ფაღარათი		
▪ მალაბსორბციის სინდრომი	ცხიმის შეწოვის დაქვეითება ცხიმში ხსნადი ვიტამინების ჩათვლით, სტეატორეა (ცხიმის ქარხნი გამოყოფა) როგორიცაა პანკრეასის უკმარისობის, ნაღვლის მარილების დეფიციტის, ბაქტერიების ჭარბი ზრდის დროს	განავალი ჩვეულებრივ დიდი ოდენობითაა, ხშირია, ღია მწვანე ან ყავისფერის, ფაფისებური კონსისტენციის, ცხიმიანი ან ზეთოვანი, ზოგჯერ ქაფიანი; ცუდი სუნით. ჩვეულებრივ წყალში ტივტივებს
▪ ოსმოსური ფაღარათი		
მგრძნობელობის მომატება ლაქტოზას მიმართ	ნაწლავის ლაქტაზას დეფიციტი	დიდი მოცულობის წყლიანი ფაღარათი
ოსმოსური საფაღარათო საშუალებების ქარხნი ხმარება	საფაღარათო საშუალებების მიღების ჩვევა, ხშირად ჩუმად მიღება	დიდი მოცულობის წყლიანი ფაღარათი
▪ სეკრეციული ფაღარათი ბაქტერიული ინფექციის შედეგად, სეკრეციული ნამწამოვანი ადენომა, ცხიმის და ნაღვლის მარილების მალაბსორბცია, ჰორმონ-დამოკიდებული მდგომარეობები (გასტრინი ზოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს, ვაზოაქტიური ინტესტინური პეპტიდი [ვიპ])	ცვალებადი	დიდი მოცულობის წყლიანი ფაღარათი

მიმდინარეობა	თანმხლები სიმპტომები	პირობები, ისჯის ქვემ მყოფი პირები
ხამოდენიმე დღის განმავლობაში, შესაძლოა უფრო ხანგრძლივც. ხანგრძლივ მიმდინარეობას შეიძლება ღაქტაზას დეფიციტი ედოს საფუძვლად	გულისრევა, პირღებინება, მოქრთამა ტკივილი ქიპის არეში. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია ან მცირედ მომატებული	ხშირია მოგზაურებში, მიზეზი შეიძლება საზოგადოებრივი ჯვება ან ეპიდემია იყოს
სხვადასხვა ხანგრძლივობის მწვავე დაავადება	მოქრთამა ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, ჯუჭში გასვლის გადაუდებელი სურვილი, ტენეზმები, ცხელება	მოგზაურობა, დაბინძურებული საკვები და წყალი. მამაკაცებს და ქალებს, ვისაც ხშირი ანალური სექსი აქვთ
მწვავე, მოხეხილივე ან ქრონიკული	შესაძლოა გულისრევა და სუსტი ტკივილი	ექიმის მიერ დანიშნული ან ზედმეტი დოზით მედიკამენტების მიღება
ხშირად უარესდება დილით. ფალარათი იშვიათად აღვიძებს ღამე ავადმყოფს	მოქრთამა ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, მუცლის შებერვა, არომებით გადავსება, გულისრევა, ყაბზობა	ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირებს, უფრო ხშირია ქალებში
ცვალებადი	ნაწლავთა მოქმედების ჩვევის ცვლილება, მოქრთამა ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, ყაბზობა	საშუალო და მაღალი ასაკის პირებში, განსაკუთრებით 55 წლის ზევით
დაწყება შეიძლება იყოს ფარული ან მწვავე. ტიპიურად მოხეხილივე, შეიძლება გახანგრძლივდეს. ფალარათმა შეიძლება ღამით გააღვიძოს ავადმყოფი.	მოქრთამა ტკივილი ან მუცლის ქვედა ნაწილში ან დიფუზური. უმადობა, სისუსტე, ცხელება	ხშირია ახალგაზრდებში
შეუმჩნეველი დაწყება, ქრონიკული ან მოხეხილივე. ფალარათმა შეიძლება ღამით გააღვიძოს ავადმყოფი.	მოქრთამა ტკივილი ქიპის არეში ან მარჯვენა ქვედა კვადრანტში (ენტერიტი) ან დიფუზური (კოლიტი), უმადობა, დაბალი ცხელება და/ან ნონაში ჯდება. ჰემიანალური ან ჰემორეექტული აბსცესი და ფისტულები	ხშირია ახალგაზრდებში, განსაკუთრებით 18-19 წლის ასაკში, მაგრამ ასევე შესაძლებელია საშუალო ასაკის პირებში. უფრო ხშირია ებრაელებში
დაავადების დაწყება შეუმჩნეველია	უმადობა, ნონაში ჯდება, სისუსტე, მუცლის შებერვა, ხშირად მოქრთამა ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის ნიშნები, ჰიპოპროთრომბინემია (K ვიტამინის დეფიციტი), ძვლების ტკივილი და მოტეხილობა (D ვიტამინის დეფიციტი), გლოსიტი (B ვიტამინის დეფიციტი) და შეშუპება (ცილის დეფიციტი)	სხვადასხვა, დამოკიდებულია მიზეზზე
დაკავშირებულია ძძის და ძძის პროდუქტების მიღებასთან, მახვის დროს არ აღინიშნება	მოქრთამა ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის შებერვა, არომებით გადავსება	აფრო-ამერიკელებში, აზიელებში და ამერიკელ ებრაელებში
ცვალებადი	ხშირად არ აღინიშნება	ნელთბილი ანთროქსითა და ბულიმიით პირებში
ცვალებადი	ნონაში დაჯდება, დეჰიდრატაცია, გულისრევა, პირღებინება, მოქრთამა ტკივილი მუცლის არეში	ცვალებადია, დამოკიდებულია მიზეზზე

პრობლემა	მიზეზი	თანმხლები სიმპტომები და გავრცელება
მეღენა მეღენა აღნიშნავს შავი ფერის, ჯუჭის-ფერ განავალს (წებოვანი და ჭიაღა). ფარული სისხლდენაზე ტესტი დადებითია. მეღენა ვითარდება ჯეჯ-ნაწლავის ტრაქტში სულ მცირე 60 მლ სისხლის ჯამგვის დროს (ახალშობილებში და ბავშვებში უფრო ნაკლები). სისხლდენა ჩვეულებრივ საყლაპავიდან, ჯეჯიდან ან 12-გოჯა ნაწლავიდანაა. შედარებით იშვიათად, როდესაც ნაწლავში გატარება შენელებულია, სისხლი შეიძლება ნარმოიშვას მცირე, თქმის ნაწლავში და ასნვრივ ჯოლინჯში. ახალშობილებში მეღენა შეიძლება განვითარდეს მშობიარობის პროცესში სისხლის ჩაყლაპვის შედეგად.	პეპტიური წყლული	ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის ანამნეზში ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში
	გასტრიტი ან სტრესული წყლული	ახლო წარსულში აცეტილსალიცილის, ასპირინის ან ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მიღება; სხეულის ტრავმა, მძიმე დამწვრობა, ოპერაცია ან ინტრაკრანიული ნნევის მომატება
	საყლაპავის ან ჯეჯის ვენების ვარიკოზი	ღვიძლის ციროზი ან პორტული ჰიპერტენზიის სხვა მიზეზი ანამნეზში გულძმარვა
	მეჯეჯს-ეზოფაგიტი, Mallory-Weiss-ის (მელორი-ვეისი) ნახეთრი, საყლაპავში ნახეთრების გარენა ღებინების გამო	გულისრევა, ღებინება, ახლო წარსულში აცეტილსალიცილის მიღება
შავი ფერის, მაგრამ არაჯუჭის-ფერი განავალი შავე ფერის განავალი სხვა მიზეზებითაც შეიძლება განვითარდეს, ამ დროს ტესტი ფარულ სისხლდენაზე ჩვეულებრივ უარყოფითია. (თუმცა საკვებით ან სხვა სახით რკინის მიღებით ეს ტესტი შეიძლება დადებითი აღმოჩნდეს სისხლის არარსებობის მიუხედავად). ასეთ განავალს პათოლოგიური მნიშვნელობა არ აქვს.	რკინის, ბისმუტის მარილების პეპტო-ბისმოლის სახით, ძირტკბილას ჯამფეტების, მოკლედის ნანარმის მიღება	
წითელი სისხლი განავალში განავალში წითელი სისხლი, ჩვეულებრივ, ხვდება ჯოლინჯიდან, სწორი ნაწლავიდან, ანუსიდან, უფრო იშვიათად წვრილი ნაწლავიდან. თუმცა ჯეჯ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილში განვითარებული სისხლდენის დროსაც შესაძლებელია განავალში წითელი სისხლის არსებობა. ამ შემთხვევაში იკარგება დიდ რაოდენობით (1 ლიტრზე მეტი) სისხლი, რომელიც სწრაფად გადაადგილდება ნაწლავში და ვერ ასწრებს გამავებას.	ჯოლინჯის კიბო	ხშირია ნაწლავთა მოქმედების ცვლილებები
	ჯოლინჯის ჯეთილთვისებიანი პოლიპები	ხშირად სხვა სიმპტომები არ აღინიშნება
	ჯოლინჯის დივერტიკული ჯოლინჯის და სწორი ნაწლავის ანთებითი პროცესები	ხშირად სხვა სიმპტომები არ აღინიშნება
	• წყლულოვანი ჯოლიტი, ჭრონის დაავადება	იხ. ცხრილი 10-4, ფაღარათი
	• ინფექციური დიზენტერია	იხ. ცხრილი 10-4, ფაღარათი
	• პროქტიტი (სხვადასხვა ეტიოლოგიის) მამაკაცებში და ქალებში, რომელთაც ხშირი ანალური სექსი აქვთ	ჯეჯის მოქმედების გადაულებელი სურვილი
	იშემიური ჯოლიტი	ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, ზოგჯერ ცხელება და ორი 50 წელზე მეტი ასაკის პირებში
	ბუასილი	სისხლი ჩნდება ტუალეტის ქაღალდზე, განავლის ზედაპირზე ან წვეთავს ტუალეტში
	ანუსის ნასკერდი	სისხლი ჩნდება ტუალეტის ქაღალდზე, განავლის ზედაპირზე; ანუსის ტკივილი
მონითალო, მაგრამ არა სისხლიანი განავალი	ხორცის მიღება	ვარდისფერი შარდი, რაც ჩვეულებრივ უკავშირდება მონითალო განავალს

პრობლემა	მექანიზმი	მიზეზები	თანმხლები სიმპტომები
შარდვის სისტემის	**შარდის ბუშტის ცვალებობის შემცირება**		
	▪ ანთების გამო შარდის ბუშტის მგრძნობელობის შემცირება გაჭიმვაზე	ინფექცია, ქვები, სიმსივნე ან უცხო სხეული შარდის ბუშტში	ხშირი შარდვის ცრუ, მოშარდვის გადაუდებელი სურვილი, ზოგჯერ მაჯრისემატურია
	▪ ბუშტის ჯეღის ელასტიურობის შემცირება	შემაერთებელი ქსოვილით ან სიმსივნით ინფილტრაცია ცენტრალური ნერვული სისტემის	ხშირია ანთებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები (იხ. ზემოთ)
	▪ ბუშტის კუმშვადობაზე ფოკუსური ინჰიბიციის დაქვეითება	მოტორული დარღვევები, ოგოხიცაა ინსულტი	მოშარდვის გადაუდებელი სურვილი; ნევროლოგიური სიმპტომები, ოგოხიცაა სისუსტე და დამბლა
	შარდის ბუშტის დაცლის შემცირება და ნარჩენი შარდის არსებობა		
	▪ შარდის ბუშტის ყელის ან პროქსიმალური შარდსადენის ნაწილობრივი მექანიკური შევიწროება	ყველაზე ხშირია პროსტატის ჯოთიდოთვისებიანი ჰიპერტროფია; ასევე შარდსადენის სტრიქტურა და შარდის ბუშტის ან პროსტატის ობსტრუქციული დაზიანება	ობსტრუქციის სიმპტომები: შარდვის დასაწყისში შარდის ნაკადის ხრევა, ბუშტის ძაღვატანებით დაცლა, შარდის ნაკადის შემცირება და შესუსტება; წყვეტილობა შარდვის დასაწყისში და ბოლოში.
	▪ შარდის ბუშტის პერიფერიული ინერვაციის დაკარგვა	ნევროლოგიური დაავადებები, რომლებიც ზიანებს გავის ნერვს ან ნერვების ფესვებს. მაგ. დიაბეტური ნეიროპათია	სისუსტე ან მგრძნობელობითი დარღვევები
ნიკტურია			
დიდი მოცულობით	*დიდი მოცულობით* პოლიურიის სახეების უმეტესობა (იხ. გვ, 369)		
	თირკმლების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, რის გამოც ღამით შარდის გამოყოფის ნორმალური შემცირების პროცესი იცვლება	ჩვეულებრივ გამონაყოფი თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა	შესაძლოა იყოს თირკმლების უკმარისობის სხვა ნიშნები
	ძილის წინ დიდი ოდენობით სითხის მიღება	ჩვეულებები, განსაკუთრებით ალკოჰოლის და ყავის მიღება	
	სითხის შეკავება, შეშუპებითი პროცესი ღლის განმავლობაში შეშუპებითი სითხის დაგროვება და მისი გამოყოფის გაძნელება, როდესაც ავადმყოფი ღამე წვება	გულის შეგუბებითი უკმარისობა, ნეფროზული სინდრომი, ღვიძლის ციროზი ასციტით, ქრონიკული ვენური უკმარისობა	შეშუპება და თანმხლები დაავადებების სხვა სიმპტომები. ღლის განმავლობაში შარდის გამოყოფა შეიძლება შემცირდეს სხეულში სითხის შეკავების გამო. იხ. ცხრილი 14-4, შეშუპების ზოგიერთი პერიფერიული მიზეზი
მცირე მოცულობით	ხშირი შარდვა	უძილობა	ცვალებადი
პოლიურია	ანტიდიურეზული ჰორმონის დეფიციტი (უშაქრო დიაბეტი) თირკმელი ვერ ხვდება ანტიდიურეზულ ჰორმონზე (ნეფროგენული უშაქრო დიაბეტი)	ჰიპოფიზის უკანა წილის და ჰიპოთალამუსის დარღვევები თირკმლების ხიგი დაავადებები ჰიპერკალცემიური და ჰიპოკალემიური ნეფროპათიის ჩათვლით; ნამლისმიერი ინტოქსიკაცია, მაგ. ლითიუმით	წყურვილი და პოლიდიფსია, ხშირად მძიმე და ხანგრძლივი; ნიკტურია წყურვილი და პოლიდიფსია, ხშირად მძიმე და ხანგრძლივი; ნიკტურია
	ხსნადი ნივთიერებებით გამონაყოფი		
	▪ ელექტროლიტები, ოგოხიცაა ნატრიუმის მარილები	დიდი ოდენობით ხსნარების გადასხმა, შარდმდენების მოქმედება, თირკმლების ზოგიერთი დაავადება	ცვალებადი
	▪ არაელექტროლიტები, ოგოხიცაა გლუკოზა	არაკონტროლირებადი შაქრიანი დიაბეტი	წყურვილი, პოლიდიფსია და ნიკტურია
	წყლის ჭარბი ოდენობით მიღება	პირველადი პოლიდიფსია	ეპიზოდური პოლიდიფსია წყურვილი არ აღინიშნება

შახდის შეუჯავებლობა

პრობლემა	მექანიზმი
სტრესული შეუჯავებლობა. შახდსადენის სფინქტერი ისეა მოდუნებული, რომ მუცლის შიგა ნივთის ხანმოკლე გაზრდა შახდის ბუშტში ნივთს სწევს იმ დონემდე, რაც აღემატება შახდსადენის წინააღმდეგობას.	ქალებში, უფრო ხშირად მენჯის ფსკერის სისუსტე და შახდის ბუშტის და შახდსადენის პროქსიმალური ნაწილის ანატომიური ურთიერთობის შეცვლა. მიზეზები მოიცავს მშობიარობას და ოპერაციას. შახდსადენის შიგნითა სფინქტერის აგზნებადობის დაზიანებები, რომელიც ღრმა ანესთეზიის და უმეტესი ინფექციის, შესაძლოა ხელშემწყობი ფაქტორები აღმოჩნდეს.
უცნაური შეუჯავებლობა. მომზიდველი კუნთის შეკუმშვა ნორმალურზე ძლიერია და აჭარბებს შახდსადენის ნორმალურ წინააღმდეგობას. შახდის ბუშტი ტიპიურად *პატარაა.*	▪ მომზიდველი კუნთის კუმშვადობის პროგრესული ინჰიბიციის (შეჯავება) შემცირება ინსულტით, ტვინის სიმსივნით, დემენციით, და გავის დონეზე სპინალური ჭრილის დაზიანებით. ▪ სენსორული გამტარებლობის გადაჭარბებული მგრძნობელობა, როგორც შახდის ბუშტის ინფექციის, სიმსივნის, და განავლით ზენოლის დროს. ▪ დაცლის ეფექტურის გაუარესება, როგორიცაა მცირე მოცულობის შახდის ბუშტის ხშირი ნებითი დაცლა.
სისავსით გამოწვეული შეუჯავებლობა. მომზიდველი კუნთის შეკუმშვა არ არის საკმარისი, რათა დასძლიოს შახდსადენის წინააღმდეგობა. შახდის ბუშტი ჩვეულებრივ *დიდია,* ბევრია დაცლის შემდეგაც კი.	▪ შახდის ბუშტის გამომტანი გზის ობსტრუქცია, როგორც ჰიპერტროფიული პროსტატის ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზიის ან სიმსივნის დროს ▪ მომზიდველი კუნთის სისუსტე, რომელიც დაკავშირებულია გავის დონეზე პერიფერიული ნერვის დაავადებასთან ▪ შახდის ბუშტის დაქვეითებული მგრძნობელობა, რომელიც განაპირობებს ეფექტური ჯაჭვის შეწყვეტას, როგორც დიაბეტური ნეიროპათიის დროს
ფუნქციური შეუჯავებლობა ეს არის ფუნქციური დარღვევა, როდესაც ადამიანი ვერ ასწრებს ტუალეტში მისვლას. გამოწვეული ჯანმრთელობის გაუარესების ან გარემო პირობების გამო.	მოძრაობის პრობლემები, რაც განპირობებულია სისუსტით, ართრიტით, ცუდი მხედველობით ან სხვა მდგომარეობებით. გარემო პირობებით გამოწვეული ფაქტორები, როგორიცაა უცხო გარემო, ტუალეტის შორს მდებარეობა, სანოლის მოაჯირი ან ფიზიკური ფაქტორებით შეზღუდვა.
მედიკამენტებით გამოწვეული მეორადი შეუჯავებლობა. ნამლებმა შეიძლება გამოიწვიოს ზემოთ ჩამთვლილი ყველა სახის შახდის შეუჯავებლობა.	სედატიური ჰიპნოტიკები, ტრანკვილიზატორები, ანტიქოლინერგული საშუალებები, სიმპათიკური ბლოკერები და ძლიერმომქმედი შარდმდენები

* ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს ერთზე მეტი სახის შეუჯავებლობა

სიმპტომები	ჯერნიჯური ნიშნები
მკრთალი ხაოდენობით მახდის დენა თან ახლავს სტრესს, ხოგორიცაა ხველა, სიცილი და ცემინება მაშინ, ხოდესაც ადამიანი ვერტიკალურ მდგომარეობაშია. მომახდვის გაძლიერებული სურვილი არ ასოცირდება სუფთა სტრესულ შეუკავებლობასთან.	მუცლის გამოკვლევისას მახდის ბუშტი არ ისინჯება. სტრესული შეუკავებლობა შესაძლებელია გამოვლინდეს ძირითადად მაშინ, თუ პაციენტს გასინჯავთ ბუშტის დაცლამდე, ვერტიკალურ პოზიციაში. შესაძლებელია გამოვლინდეს ატროფიული ვაგინიტი.
მახდის შეუკავებლობას წინ უძღვის მოშახდვის გადაუდებელი სურვილი. მოცულობა სამეალია მოუთმენლობა სიხშირე და ნიკტურია მკრთალ და სამეალო მოცულობით თუ მწვავე ანთება არის გამოხატული, მახდვის დროს ტკივილია შესაძლებელია "ფსევდო-სტრესული შეუკავებლობა" დაცდა ხდება სტრესიდან 10-20 წმ-ის შემდეგ, ხოგორიცაა მდგომარეობის შეცვლა, ადგომა ან დანოლა, შესაძლებელია ხველის, სიცილის ან ცემინების შემდეგ.	მუცლის გასინჯვისას ბუშტი არ ისინჯება. ხოდესაც ქრონული შეკავება დაკვეთებულია, ინტესტინალის დაკვეთება ან ნიშნების დეფორმაცია ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებების გამო მოტორული ნიშნების არსებობა ხშირია, მაგრამ არა აუცილებელი.
მახდის ნვეთვის ან ნაკადის გახანგრძლივება მახდის ნაკადის ძალა შემცირებულია შესაძლებელია გამოვლინდეს მახდსადენის ნაწილობრივი ობსტრუქცია ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადების სხვა სიმპტომები.	გადიდებული მახდის ბუშტი ხშირად გვხვდება მუცლის გასინჯვისას და შესაძლოა იყოს მტკივნეული. სხვა შესაძლო ნიშნებია გადიდებული პროსტატა, პერიფერიული ნერვის დაავადების მოტორული ნიშნები, მგრძნობელობის დაკვეთება, მოხრის მგრძნობელობის ჩათვლით და რეფლექსების შემცირება ან არ არსებობა.
მახდის შეუკავებლობა ტუალეტში ნასვლისას ან მხოლოდ დილით	ობიექტური გამოკვლევით მახდის ბუშტი არ ისინჯება. მიზეზის დასადგენად შეამოწმეთ ფიზიკური ან სიტუაციური ფაქტორები
ცვალებადი. მნიშვნელოვანია ანამნეზისა და ჯერნიჯური მონაცემების ჩანაწერების ყურადღებით შესწავლა	ცვალებადი.

შემოფარგლული სიმკვრივეები მუცლის ღრუში

მუცლის ღრუში შემოფარგლული სიმაგრეები მოიცავს ვენტრალურ (მუცლის ღრძილის) თიაქრებს (მუცლის ღრძილის დეფექტი, რომელშიც ხდება ქსოვილის გაძრომა) და ანკვეშა სიმსივნეებს, როგორიცა ღიპომა. ვენტრალური თიაქრები ყველაზე ხშირია ჭიპის, თეთრი ხაზის და ეპიგასტრიუმის არეებში. თიაქარი და სწორი კუნთების დაშორება, რვეულებრივ, ჯარგად შეიმჩნევა, როდესაც ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფი თავს და მხრებს სანოლიდან ნამოსწევს.

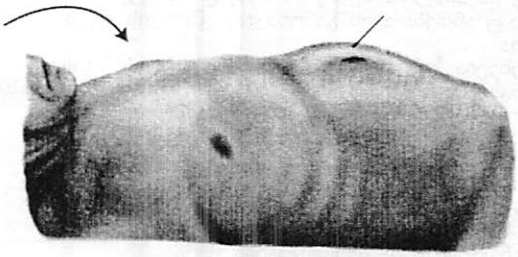


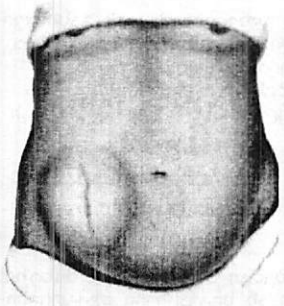
ჭიპის თიაქარი

ჭიპის ჩაღრმავების დეფექტის გამო მასში ხდება ქსოვილის გამოწნევა, ყველაზე ხშირია ახალშობილებში, მაგრამ შეიძლება მოზრდილებშიც განვითარდეს. ახალშობილებში და არა მოზრდილებში ჭიპის თიაქარი შეიძლება 1-2 წლისთვის სპონტანურად დაიხუროს.

სწორი კუნთების დაშორება

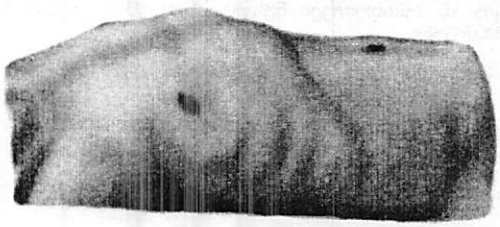
მუცლის სწორი კუნთების დაშორების გამო მათ შორის გამოდის მუცლის შიგთავსი, რაც ქმნის შეა შემაღლებას, როდესაც ავადმყოფი თავს და მხრებს სანოლიდან ნამოსწევს. ხშირად ვითარდება განმეორებადი ოპერაციების შემდეგ, სიმსუქნის და ფილტვების ქრონიკული დაავადებების დროს. მას ღრმა ჯანმრთელობა არ გააჩნია.

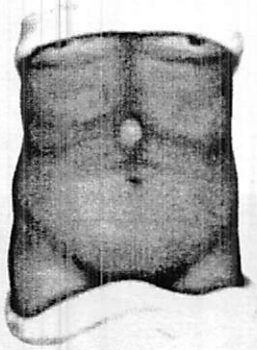




საზარდულის თიაქარი

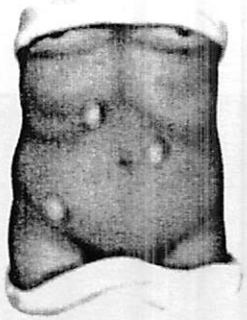
არის ოპერაციული ნაწიბურში ქსოვილების გამოსვლა. მუცლის ღრუში დეფექტის სიგრძის და სიგანის დასადგენად ჩაატარეთ პალპაცია. როდესაც თიაქარი დიდი და დეფექტი მცირე ზომის, ასეთ შემთხვევაში გართულების რისკი უფრო მაღალია, ვიდრე დიდი დეფექტის დროს.





ეპიგასტრიუმის თიაქარი

თეთრი ხაზის მცირე ზომის დეფექტის დროს აღინიშნება მცირე ზომის ამობურცულობა შუა ხაზზე მახვილისებურ მოხრასა და ჭიპს შორის. როდესაც ავადმყოფი თავს და მხრებს სანოლიდან ნამოსწევს (ან როცა ფეხზე დგას) ჩაყოლეთ თითები სწორ ხაზს, რათა შეიგრძნოთ ეს თიაქარი.

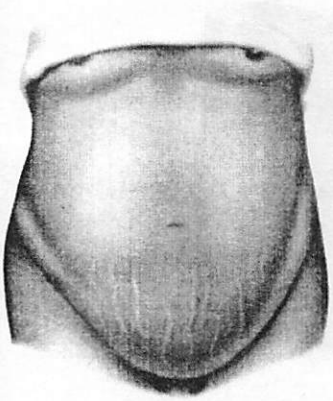


ღიპომა

ხშირი, ჯეთილთვისებიანი, ცხიმოვანი სიმსივნეა, რომელიც, რვეულებრივ, ჩნდება ანკვეშ სხეულის ნებისმიერ ადგილზე მუცლის ღრძილის ჩათვლით. შეიძლება იყოს მცირე ან დიდი

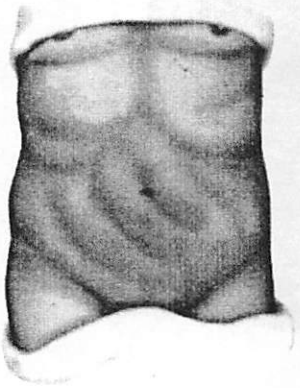
ამობურცული მუცელი

ცხიმი



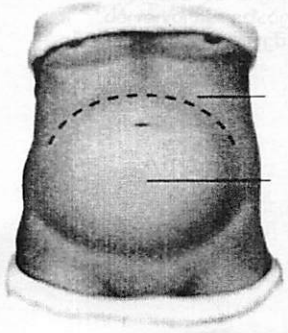
მუცლის ამობურცვის ყველაზე ხშირი მიზეზი ცხიმია. ცხიმი იწვევს მუცლის ჯეღის, ჯოჯოხეთის და ბადეჯორის გამეჯირვებას. ჭიპი შეიძლება ჩანეული იყოს. ჰანესი, ანუ ცხიმოვანი ქსოვილის ნინა ჯალთა შეიძლება გიძეღებოდეს სახახელეღის იოგის ქვევით. ასწიეთ მუცელი, ჩათა ნახოთ ჯანის ნაოჭებში ანთებითი პროცესის ან თიაქრის არსებობა.

აირები



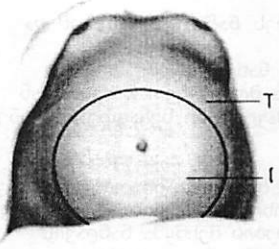
აირებით მუცლის შებერვა შეიძლება იყოს შემოფარგლული ან დიფუზური. ეს ნიშნავს ტიმპანურ პერკუსიულ ხმიანობას. გარკვეული საკვების მიღებით ნაწლავში აირების ნიშნოქმნა მცირე შებერილობას ნიშნავს. უფრო სერიოზულია ნაწლავის გაუვალობა და პარეზი. დაადგინეთ შებერილობის ლოკალიზაცია. შებერილობა უფრო მეტადაა გამოხატული მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის, ვიდრე წვრილი ნაწლავის გაუვალობის დროს.

სიმსივნე

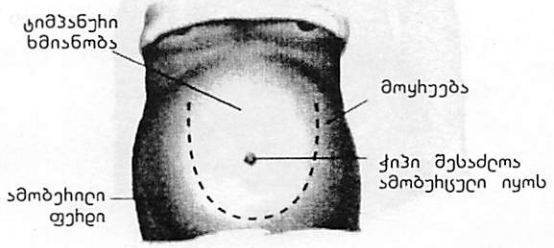


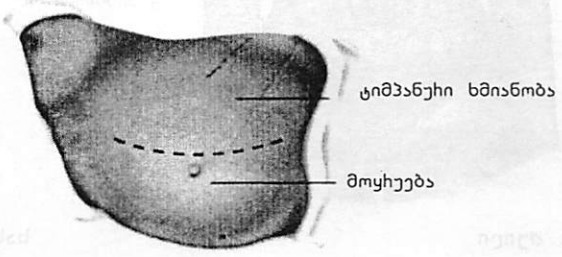
დიდი ზომის, მკვრივი სიმსივნე, რომელიც მენჯის გარეთ იზრდება, პერკუსიით მოყრუებას იძლევა. კუჭის ჰაერის ბუშტი პერიფერიისკენ ინაცვლებს. მიზეზებია საკვერცხის სიმსივნე და საშვილოსნოს მიომა. იშვიათად ძალიან გადავსებული შარდის ბუშტი შეიძლება შეცდომით სიმსივნედ ჩაითვალოს.

ორსულობა



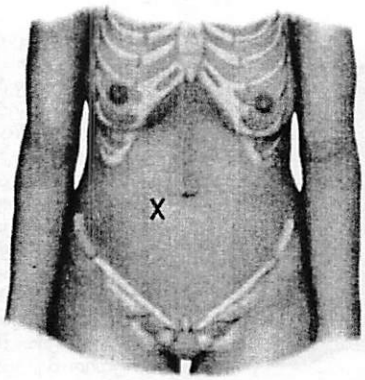
ორსულობა მენჯის ღრუში "სიმაგრის" ჩვენებივი მიზეზია. მოისმინეთ ნაყოფის გულისცემა (იხ. გვ. 830-831)

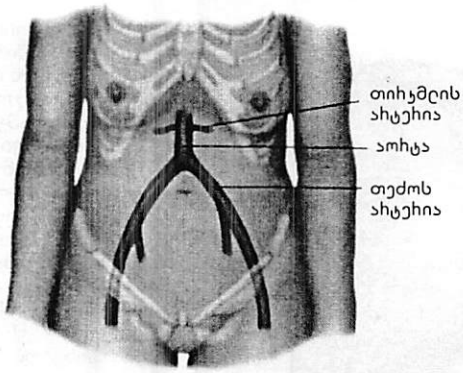




ასციტური სითხე

ასციტური სითხე მუცლის ქვედა ნაწილში გროვდება, იწვევს ფერხების ამოვსებას, ასევე პერკუსიით მოყრუებას იძლევა. ჭიპი შეიძლება ამობურცული იყოს. გადაამოწმეთ ავადმყოფი გვერდზე, ჩათა დაადგინოთ სითხის გადაადგილება (გადაადგილებითი მოყრუება) (იხ. გვ. 387-389 ასციტის შეფასება)





ნაწლავის ხმიანობები

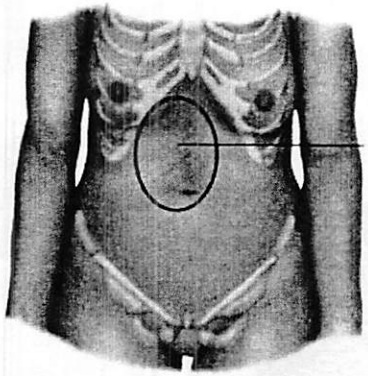
ნაწლავის ხმიანობები შეიძლება:
- *გაძლიერდეს* ფაღარათის ან *ნაწლავის გაუვალობის დასაწყისში*
- *შემცირდეს*, შემდეგ გაქრეს *ნაწლავის პარეზის და პერიტონიტის დროს.*

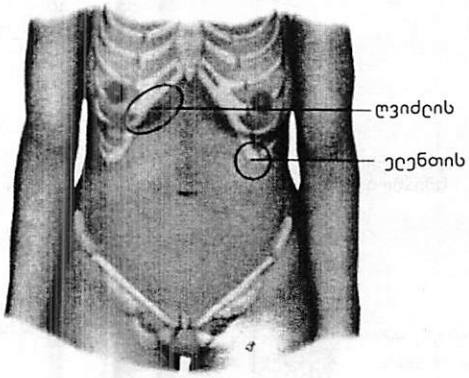
სანამ გადაწყვეტთ, რომ ნაწლავის ხმიანობა არ მოისმინება, დაჯექით და მოუსმინეთ 2 წუთის ან უფრო მეტი დროის განმავლობაში სუპათზე ნაჩვენებ ადგილზე.

მაღალი ტონალობის ჟღარუნა ხმიანობა მიუთითებს წნევით გაფართოებულ ნაწლავში სითხის და ჰაერის არსებობაზე. *მაღალი ტონალობის ხმიანობების* შეწყმა ნაწლავის სპაზმთან ნაწლავის გაუვალობაზე მიუთითებს.

შუილები

ღვიძლის არეზე შუილი ღვიძლის ჯარცინომაზე ან აღოჰოლის ჰეპატიტზე მიუთითებს. *არტერიებზე შუილი* სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტებით აორტის ან მსხვილი არტერიების ნაწილობრივ შევიწროვებაზე მიუთითებს. თირკმლის არტერიის ნაწილობრივი შევიწროვებით არტერიული ჰიპერტენზიის არსებობა.





ვენური შუილი

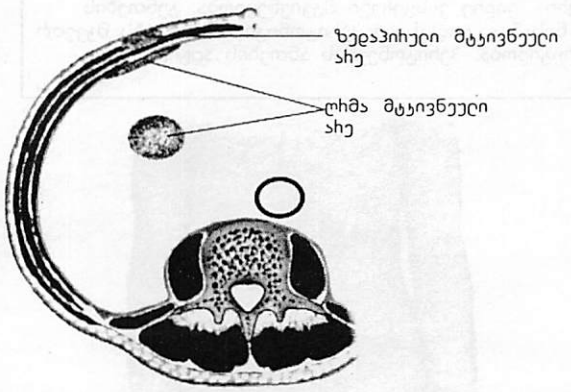
ვენური შუილი იშვიათია. ეს ხმილი ხმიანობაა, რასაც გააჩნია სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტები. იგი გამოხატავს ტოლატერალური სისხლის მიმოქცევის გაზრდას პორტულ სისტემასა და ვენურ სისტემას შორის, ღვიძლის ციროზის დროს.

ხახუნის ხმიანობა

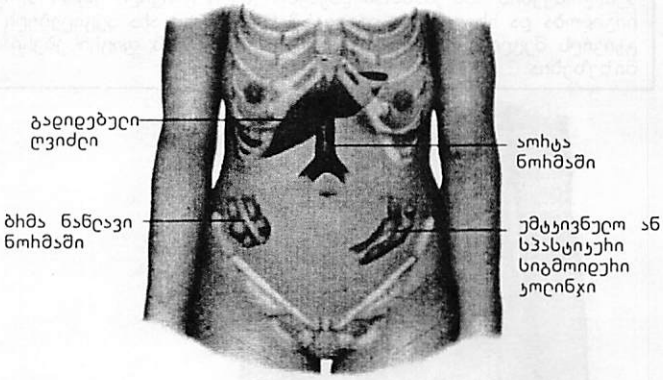
ხახუნის ხმიანობა იშვიათია, ცვალებადობს სუნთქვასთან. მიუთითებს ორგანოს მფარავი პერიტონეუმის ანთებაზე ღვიძლის კიბოს, ქრომილიური პერიტონიტის, ახლო ნარსულში ჩატარებული ღვიძლის ბიოფსიის ან ელენთის ინფარქტის დროს. თუ ხახუნს ახლავს სისტოლური შუილი, ეს ღვიძლის კიბოზე მიუთითებს.

მტკივნეული მუცელი

მუცლის ჯედლის მტკივნეულობა



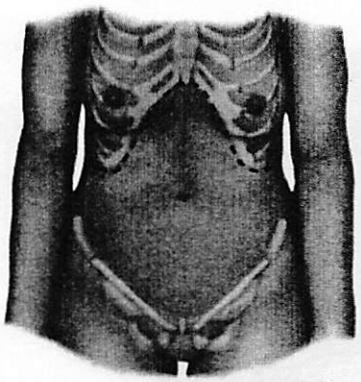
ვისცერული მტკივნეულობა



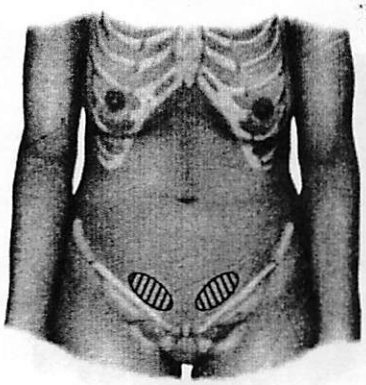
მტკივნეულობა შეიძლება მუცლის ჯედელში ნახმოიშვას. ხოლესაც ავადმყოფი სანოლიდან თავს და მხრებს ნამოსწევს, მტკივნეულობა გრძელდება, მაშინ ხოლესაც უფრო ღრმა დაზიანებით (ხომელიც დაცულია მუცლის ჯუნთების დაჭიმვით) გამოწვეული ტკივილი მცირდება.

ნახატზე ნაჩვენები ორგანოები შეიძლება მტკივნეული იყოს ღრმა პალპაციით. ჩვეულებრივ, დისკომფორტი ყრუ ხასიათისა და ად ვლინდება ჯუნთების ძაბრობა ან ხშირი ტკივილი. ავადმყოფის გამხნევება განსაკუთრებით მოგვხმარება.

გულ-მკერდის და მენჯის ღრუს დაავადებებით გამოწვეული მტკივნეულობა



ცალმხრივი ან ორმხრივი, მუცლის ზედა ან ქვედა ადგილში



მწვავე პლევრიტი

პლევრის მწვავე ანთებამ შეიძლება გამოიწვიოს ტკივილი მუცლის ადგილში. ხოლესაც ანთება ცალმხრივია, შეიძლება ჰგავდეს მწვავე ქოლეცისტიტს ან აპენდიციტს. ხშირი ტკივილი და ჯუნთების ძაბრობა იშვიათია. ჩვეულებრივ, ვლინდება გულ-მკერდის დაზიანების ნიშნები.

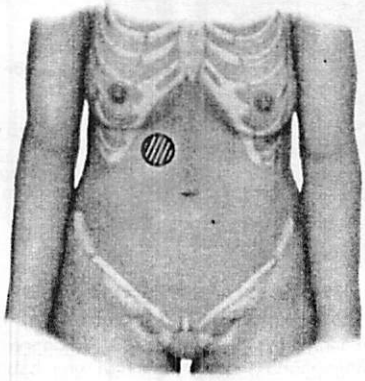
მწვავე პანკრეატიტი

ხშირად ორმხრივია, მწვავე პანკრეატიტით (ფაღარის მიღის ანთება) გამოწვეული ტკივილი, ჩვეულებრივ, მაქსიმალურია ზედა ნაწლავის ორგის ადგილში. შეიძლება აღინიშნებოდეს ხშირი ტკივილი და ჯუნთების ძაბრობა. მენჯის გამოკვლევისას საკვერცხის შეხება მტკივნეულია.

მტკივნეული მუცელი (გაგრძელება)

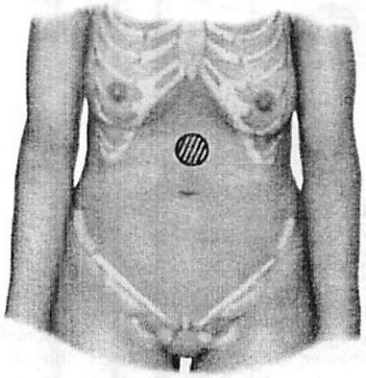
მუცლის სეროზული გარსის (პერიტონეუმის) ანთებით გამოწვეული მტკივნეულობა

პერიტონეუმის ანთებასთან დაკავშირებული ტკივილი უფრო ძლიერია, ვიდრე ვისცერული მტკივნეულობა. კუნთების ხიგიდობა და ხშირი ტკივილი ხშირი, მაგრამ არა აუცილებელი ნიშანია. დიფუზური პერიტონიტი ნარმოშობს მკვეთრ ტკივილს მუცლის არეში, რასაც ახლავს კუნთების ფიზიოლოგიური ხიგიდობა. პერიტონეუმის ანთების ადგილობრივი მიზეზებია:



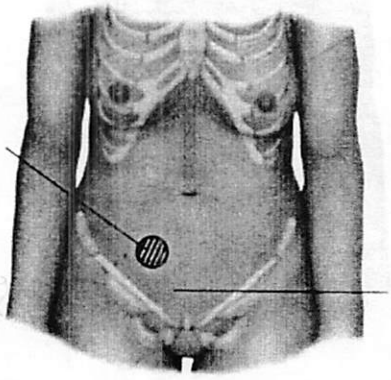
მწვავე ქოლეცისტიტი

ნიშნები მაქსიმალურად გამოხატულია მარჯვენა ზედა კვადრანტში. შეამოწმეთ Murphy-ის (მერფის) ნიშანი (იხ. გვ. 400)



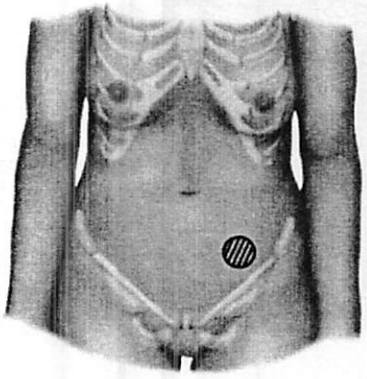
მწვავე პანკრეატიტი

მწვავე პანკრეატიტის დროს, ჩვეულებრივ, ვითარდება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში და ხშირი ტკივილი, მაგრამ მუცლის კედელი რბილია.



მწვავე აპენდიციტი

მწვავე აპენდიციტისთვის ტიპიურია სიმპტომების მარჯვენა ქვედა კვადრანტში განვითარება. თუმცა დაავადების დასანყისში სიმპტომები შეიძლება არ აღინიშნებოდეს. ტკივილის ტიპიური ლოკალიზაცია სუსათზეა ნარჩენები. გამოიკვლიეთ მარჯვენა ქვედა კვადრანტის დანარჩენი არეები, ისევე როგორც მარჯვენა ფეხის არე.

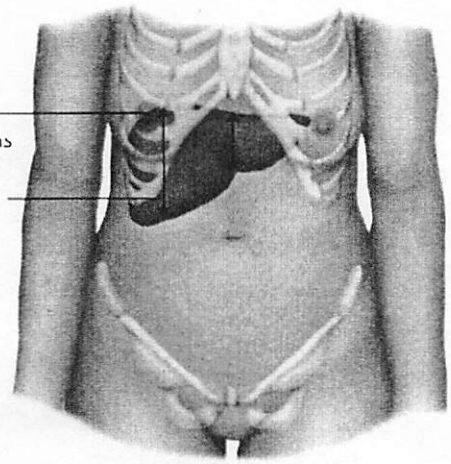


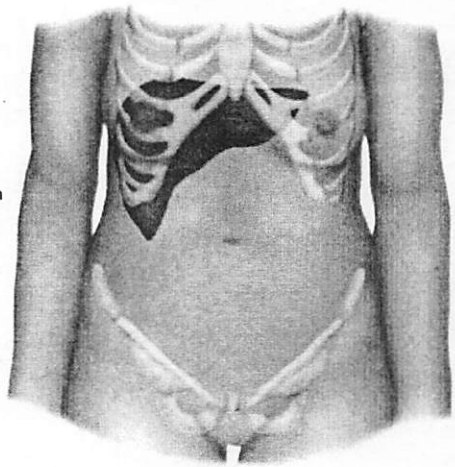
მწვავე დივერტიკულიტი

მწვავე დივერტიკულიტი ყველაზე ხშირად სიგმოიდურ ლორწოში ვითარდება და ჰგავს მარცხენამხრივ აპენდიციტს.

ღვიძლის გადიდება: მანიფესტირებული და ჭეშმარიტი

ღვიძლის გადიდება ყოველთვის ჰეპატომეგალიას (გადიდებული ღვიძლი) არ გამოხატავს, მაგრამ უფრო ხშირად მისი მიზეზია ჯონსისტენციის ცვლილება: ნორმალური ხბილიდან პათოლოგიურ გამკვრივებამდე, როგორც ეს ღვიძლის ციროზის დროსაა. ღვიძლის ზომის ჯილინჯური შეფასება უნდა ემყარებოდეს ჰეჯუსიულ და პალპაციურ მონაცემებს, თუნდაც ეს მეთოდები შორს იყოს იდეალურისგან.



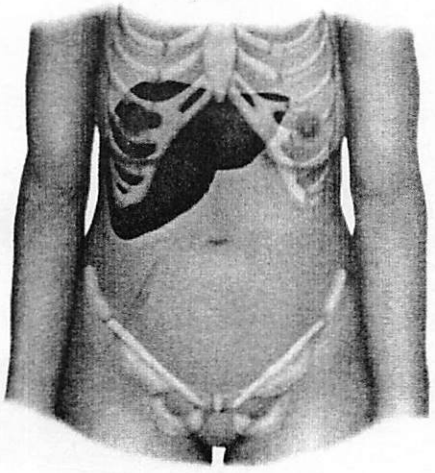


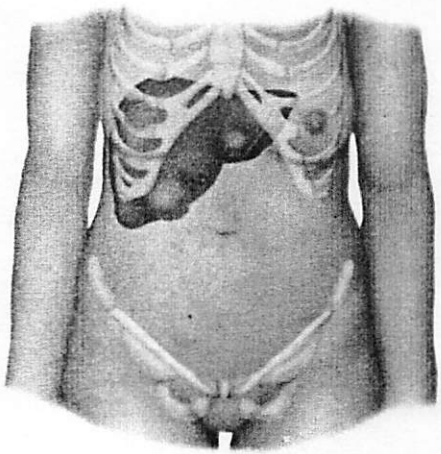
დიაფრაგმის დაბრა დგომით განპირობებული ღვიძლის დანევა

ღვიძლის დაწევა ხშირია დიაფრაგმის დაბრა დგომის დროს (მაგ. ემფიზემის დროს). პალპაციით ღვიძლის ჯიდე ჯარგად ისინჯება ნეკნთა რკალის ქვემოთ. ჰეჩჯესიით ზედა საზღვარი დანეულია, ხოლო ღვიძლის ვერტიკალური ზომა ნორმალურია.

ღვიძლის ფორმის ნორმული ცვლილებები

ზოგიერთ ადამიანს, განსაკუთრებით მათ, ვისაც ასთენიური აღნაგობა აქვთ, ღვიძლი ნაგრძელებული აქვს ისე, რომ მისი მარჯვენა წილი პალპაციით ადვილად ისინჯება თეძოს ქედთან. ასეთ დაგრძელებას ეწოდება *Riedel-ის* (რიდელის) *წილი*, რაც ღვიძლის ფორმის და არა ზომის ან მოცულობის ცვლილებას წარმოადგენს. ექიმს ასევე შეუძლია დაადგინოს ორგანოს ზედა და ქვედა საზღვრები სამ გარომიერებაში და სხვადასხვა მორფულობით. შესაძლებელია მცირეოდენი შეცდომები.





გადიდებული ღვიძლი სწორი ჯიდეებით

ციროზის დროს ისინჯება გადიდებული ღვიძლი მკვრივი *უმტკივნეულო* ჯიდეებით. თუმცა ასეთ მდგომარეობაში ღვიძლი ყოველთვის არ არის გადიდებული, და ამგვარი ცვლილება შეიძლება გამოწვეული იყოს ბევრი სხვა დაავადებითაც. გადიდებული *მტკივნეული* ღვიძლი სწორი ჯიდეებით მიეთითება ანთებაზე, მაგალითად, ჰეპატიტის, ვენური შეგუბების (მარჯვენამხრივი გულის უკმარისობით გამოწვეული) დროს.

ღვიძლის არათანაბარი გადიდება

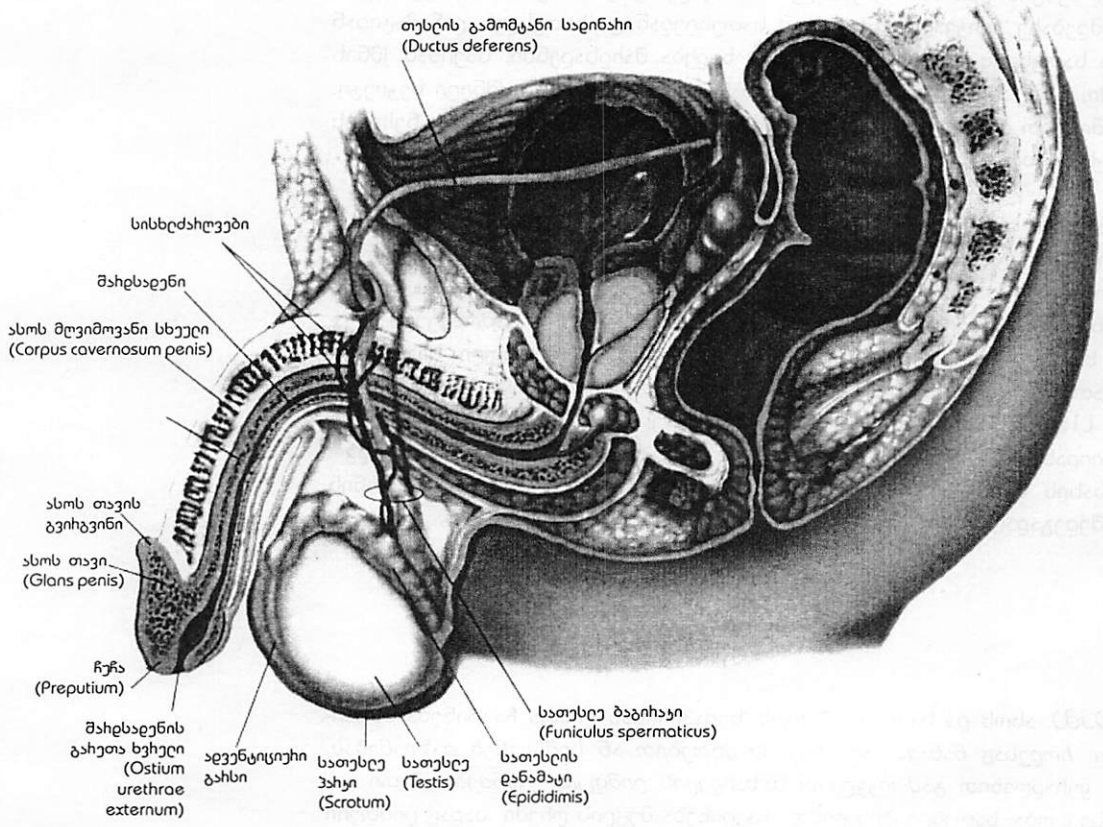
ღვიძლის არათანაბარი გადიდება გამკვრივების უბნებით და არასწორი ჯიდეებით ავთვისებიან სიმსივნეზე მიუთითებს. შეიძლება ერთი ან მეტი კვანძის არსებობა. ღვიძლი შეიძლება მტკივნეული ან უმტკივნეულო იყოს.

11 მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თიაქრები

ანატომია და ფიზიოლოგია

მამაკაცის სასქესო ორგანოების ანატომია

ასოს სხეულს წარმოქმნის სისხლძარღვოვანი ეროქტიული ქსოვილის სამი სვეტი: *ღრუბლისებრი სხეული*, რომელიც შარდსადენს შეიცავს და ორი *მღვიმოვანი სხეული*. ღრუბლისებრი სხეული წარმოქმნის ასოს ბოლქვს, რომელიც ბოლოვდება ჯონესის ფორმის ასოს *თავის გვირგვინით*.



მამაკაცებში, ვისაც არა აქვს გაჯეთებული ცირკუმციზიო, ასოს გვირგვინი დაფარულია თავისუფალი კაპიუშონის მსგავსი კანის ნაკეცით, რასაც *ჩუჩა* ეწოდება. ჩუჩაში *სმეგმა*, ანუ ასოს სეკრეტი გროვდება. შარდსადენი მდებარეობს ვენტრალურად ასოს სხეულში. ამ უბანში ვლინდება ზოგჯერ მისი დარღვევები. შარდსადენი იხსნება ვერტიკალური ნაპრალის ფორმის ხვრელში, რასაც შარდსადენის გარეთა ხვრელი ეწოდება. ხვრელი მდებარეობს ასოს თავის მწვერვალზე ოდნავ შიგნით.

სათესლე ოვალური ფორმის ჩეზინის ჯონსისტენციის სტრუქტურაა, დაახლოებით 4.5 სმ ზომის, ზომა ცვალებადობს 3.5-დან 5.5 სმ-მდე. მარცხენა სათესლე მარჯვენასთან შედარებით ოდნავ ქვემოთ მდებარეობს. სათესლეები გამოიმუშავებენ სპერმას და ტესტოსტერონს. ტესტოსტერონი ასტიმულირებს მამაკაცის სასქესო ორგანოების სქესობრივ მომწიფებას, ჰორმატის და სათესლე ბარკის განვითარებას. ის აგრეთვე უზრუნველყოფს მეორადი სასქესო ნიშნების – სახის, ტანის თმიანობის, ძვალ-კუნთოვანი სისტემის განვითარებას, ხორხის გაგანიერებას, რასაც შედეგად მოსდევს ხმის ტონალობს დაქვეითება.

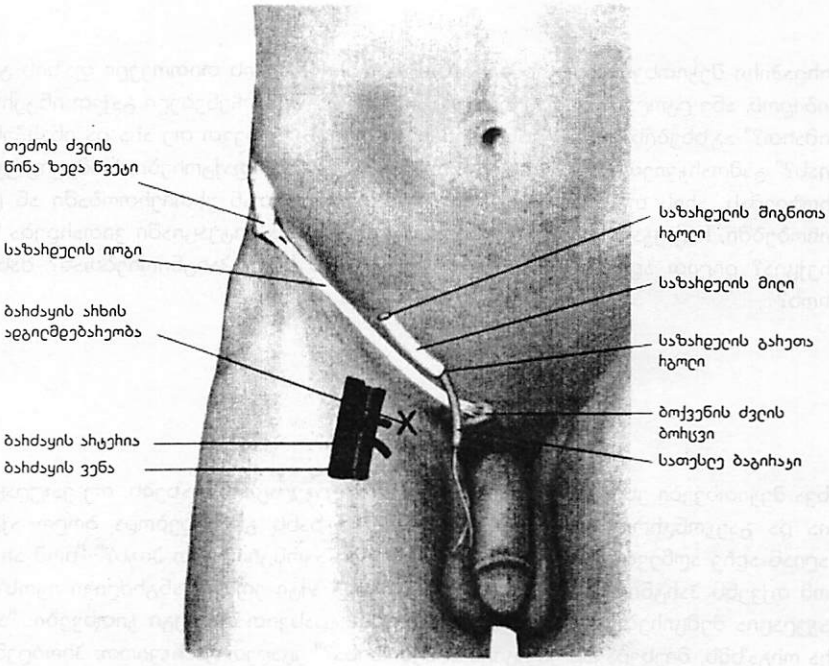
სათესლეს გარშემო ორგი სტრუქტურები არსებობს. დანაოჭებული *სათესლე ბარკი* გაყოფილია ორ ბაკნად, თითოეული მათგანში მოთავსებულია სათესლე. უკანა ნაწილის გარდა, სათესლე დაფარულია *ვაგინური გარსის* სეროზული მემბრანით. უკანა ღარტყიანის ზედაპირზე ბრტყელი, მძიმის ფორმის *სათესლეს დანამატია* (ეპიდიდიმისი), რომელიც შეიცავს სპერმატოზოიდების ფორმის სპერმის სადინარს, სადაც ხდება სპერმის დაგროვება, მომწიფება და ტრანსპორტი სათესლედან *თესლის გამომტან სადინარში*.

თესლის გამომტანი სადინარი ჭორფის მსგავსი სტრუქტურაა, იწყება სათესლეს დანამატის ბუდიდან, აღის სათესლე ბარკში და საზარდულის გარეთა ბაგოლით გაღის მუცლისკენ და მენჯისკენ. შარდის ბუშტის უკან მას უერთდება სათესლე ბუშტის სადინარი და უერთდება შარდსადენს წინამდებარე ჯირკვალში. ასე, რომ სათესლედან და სათესლეს დანამატიდან წამოსული სპერმა სათესლეს გამომტანი მილაკით ხვდება შარდსადენში. სპერმას ქმნის გამომტან მილაკში, სათესლე ბუშტში და წინამდებარე ჯირკვალში წარმოქმნილი სეკრეტი. სათესლე ბარკის შიგნით თითოეული სადინარი მჭიდროდ ეხება სისხლძარღვებს, ნერვებს და ბუნთოვან ბოჭკოებს. ეს სტრუქტურები წარმოქმნიან *სათესლე ბაგირაკს*.

მამაკაცის სქესობრივი ფუნქცია დამოკიდებულია ტესტოსტერონის ნორმალურ დონეზე, ადენოჰიპოფიზის სისხლის მიმოქცევაზე ქვედა ეპიგასტრიულ არტერიასა და ჭიმასტერის (სათესლის ამწევი ბუნთის) და ჭიპის ტოტებში, ასევე ნორმალური ალფა-ადრენერგული და ქოლინერგული ინერვაციაზე. ასოს მღვიმოვანი სხეულიდან ვენური შეგუბებით გამოწვეული ერექცია ხდება ორი სახის სტიმულაციით. ვიზუალური, სმენითი ან ტაქტილური სიგნალები წარმოშობს სიმპათიკური იმპულსის გავრცელებას ტვინის უმაღლესი ცენტრებიდან ზურგის ტვინის T11-დან L12-მდე მონაკვეთში. ტაქტილური სტიმულაცია წარმოშობს სენსორულ იმპულსს გენიტალიიდან S_2-S_4 ნერვულ ბოჭკოზე და პარასიმპათიკურ გატარებას სასიცოცხლო ნერვზე. ორივე სახის სტიმულაცია ინვევს აზოტის ოქსიდის და ციკლური გმფ დონის მომატებას, რის შედეგადაც ფართოვდება ადგილობრივი სისხლძარღვები.

ღიმფური სისტემა. ასოს და სათესლე ბარკის ზედაპირიდან ღიმფა ჩაედინება საზარდულის კვანძებში. *ორგანოს ნაკვთ ამ არეების ანთებით ან სიმსივნურ დაზიანებას*, განსაკუთრებული ყურადღებით *გამოიკვლიეთ საზარდულის ღიმფური კვანძები*, მათი გადიდება ან მტკივნეულობა. სათესლეების ღიმფა ჩაედინება მუცლის ღრუში, სადაც ღიმფური კვანძების გადიდების გასინჯვა ვერ ხერხდება. იხ. გვერდი 477 საზარდულის ღიმფური კვანძების შეფასებისთვის.

შოჰისის ანატომია. თიაქრების შედარებითი სიხშირის გამო მნიშვნელოვანია შოჰისის ანატომიის გაცნობა. ძირითადი ადგილია თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტი, ბოქვენის ძვლის ხოჭოლი და საზარდულის იოგი, რომელიც მათ შორის გადის. მოძებნეთ ისინი საკუთარ თავზე ან თქვენს ყოლეგაზე.



საზარდულის არხი, რომელიც საზარდულის იოგის ზარალეულად და ოდნავ შიგნით მდებარეობს, წარმოქმნის გვირაბს სათესლეს გამომტანი ბაგირისთვის, რომელიც გადის მუცლის ჯუნთებს შორის. არხის გარეთა ხვრელი – *საზარდულის გარეთა ჩაღრმავება* – არის სამკუთხედის ფორმის ნაპრალისებური სტრუქტურა, რომლის ზღვარსაც შესაძლებელია ბოქვენის ძვლის ხოჭოლის ზუსტად ზევით და გარეთ. არხის შიგნითა ხვრელი – *საზარდულის შიგნითა ჩაღრმავება* – საზარდულის იოგის შუა ნაწილიდან დაახლოებით 1 სმ-ით ზევითაა. არხის და შიგნითა ჩაღრმავების ზღვარსაც მუცლის ჯედილან შეუძლებელია. თუ ნაწლავის მარყუჟი დაწვება საზარდულის მიდამოს დასუსტებულ უბანს, წარმოიქმნება საზარდულის თიაქარი, ჩაგრძელებულია 426-427 გვერდზე.

მეორე ადგილი, სადაც შესაძლებელია თიაქრის განვითარება, არის *ბარძაყის არხი*. იგი საზარდულის იოგის ქვემოთ მდებარეობს. მისი დანახვა შეუძლებელია, მაგრამ მდებარეობა შეგიძლიათ დაადგინოთ მარჯვენა საჩვენებელი თითის დადებით ბარძაყის მარჯვენა არტერიაზე. ამ დროს შუა თითი ედება ბარძაყის ვენას, ხოლო მეოთხე თითი – ბარძაყის არხს. ამ არეში ჩნდება ბარძაყის თიაქარი.

ანამნეზი

ხშირი ან განსაკირვებელი სიმპტომები

- სექსუალური ფუნქციის დარღვევები
- ასოს გამონადენი ან დაზიანება
- სათესლე ბარკის ტკივილი, შესივება ან დაზიანება

მამაკაცებში სასქესო ორგანოების შესახებ შეკითხვები ბუნებრივად მოჰყვება საშარდე სისტემის გამოკვლევას. თქვენ უნდა განიხილოთ პაციენტის სექსუალური ფუნქცია და ინფექციისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები. დაიწყეთ ზოგადი შეკითხვებით, როგორიცაა: "როგორია თქვენი სექსუალური ფუნქცია?" "კმაყოფილი ხართ თუ არა თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?" "როგორია თქვენი სქესობრივი შესაძლებლობები?" თუ პაციენტს სქესობრივი პრობლემები აღენიშნება, სთხოვეთ მოგიყვეთ ამის შესახებ. ჰკითხეთ, ბოლო დროს ხომ

ას შეიცვალა მისი ტემპერატურა ან სექსუალური აქტივობის დონე. მისი აზრით, რა ასის ამ ცვლილების მიზეზი, რას ელოდა ან რისი იმედი აქვს. დაადგინეთ მისი სექსუალური მიდრეკილებები პარტნიორთან დაკავშირებით (ქალი, მამაკაცი თუ ორივე). გაარკვიეთ, რა მოსაზრებები აქვს პაციენტის პარტნიორს.

პირდაპირი შეკითხვები დაგეხმარებათ სქესობრივი აქტის თითოეული ფაზის გარკვევაში. *ლიბიდოს*, ანუ ტემპერატურის შეფასებითვის ჰკითხეთ: "შენარჩუნებული გაქვთ ინტერესი სექსის მიმართ?" აგზნების ფაზის დასადგენად ჰკითხეთ: "ელენეთ თუ არა და ინარჩუნებთ ერექციას?" გამოარკვიეთ დრო, სიმტკიცე, სტაბილურობა და სხვა ფაქტორები, რომელიც უკავშირდება პრობლემას. ასის თუ არა რაიმე ცვლილება პარტნიორთან ურთიერთობაში ან ცხოვრების პირობებში, რაც უკავშირდება პრობლემის გაჩენას? რა სიტუაციაში ვითარდება ნორმალური ერექცია? დილით ადრე გაღვიძებისას, თუ ღამე? სხვა პარტნიორებთანაც? მასტურბაციის დროს?

ლიბიდოს დაქვეითება შეიძლება განვითარდეს ფსიქოგენური მიზეზით, როგორცაა დეპრესია, ენდოკრინული დარღვევებით და წამლების გვერდითი მოქმედებით.

ერექციის დარღვევა შეიძლება იყოს ფსიქოგენური, განსაკუთრებით, თუ შემცირებულია დილის ერექცია. ასევე მიზეზი შეიძლება იყოს ტესტოსტერონის შემცირება, სისხლის მიმოქცევის შემცირება ჰიპოგასტრიუმის არტერიულ სისტემაში და ინერვაციის დაქვეითება.

სხვა შეკითხვები ეხება *ორგაზმის* და სპერმის *ეკულაციის* ფაზებს. თუ ეკულაცია ნაადრევია და გაუკონტროლებელი, ჰკითხეთ "ამდენ ხანს გძლებდებოდა ბოლო ჯერ?" "რის ძალიან ადრე ალწევთ?" "ხომ არ გძინობთ, რომ არაკონტროლებთ რის?" "ხომ არ ფიქრობთ, რომ თქვენს პარტნიორს სურს, რომ სქესობრივი აქტი უფრო ხანგრძლივი იყოს?" როდესაც ეკულაცია შემცირებულია ან საერთოდ არ არის, დასვით შემდეგი კითხვები: "ალწევთ თუ არა ორგაზმს, მიუხედავად ერექციის არსებობისა?" ელოდეთ გაარკვიოთ, პრობლემა მოიცავს ორგაზმის სიმძაფრების შეგრძნებას, სპერმის ეკულაციას, თუ ორივეს. დაადგინეთ პრობლემის სიხშირე და სიტუაცია, მიღებული მედიკამენტები, ჩატარებული ოპერაციები და ნევროლოგიური დარღვევები.

ნაადრევი ეკულაცია განსაკუთრებით ხშირია ახალგაზრდებში. უფრო იშვიათად ეკულაციის შემცირება ან არარსებობა აღინიშნება საშუალო ასაკის ან ხანდაზმულ პირებში. შესაძლო მიზეზებია მედიკამენტები, ოპერაცია, ნევროლოგიური დარღვევები, ენდოკრინების ნაკლებობა. ორგაზმის არარსებობა ეკულაციით ფსიქოგენურია.

სქესობრივად გადამდები გენიტალური ინფექციის არსებობის დადგენისთვის ჰკითხეთ ავადმყოფს, ხომ არ აღენიშნება *ასოდან გამონადენი*, ნვეთები ან ზოლები საცვალზე. თუ ასოდან გამონადენი აღინიშნება, დაადგინეთ მისი ხასიათი, ფერი და კონსისტენცია, აქვს თუ არა ავადმყოფს ცხელება, ქავილი, გამონაყარი ან თანმხლები სიმპტომები.

ასოდან გამონადენი ვითარდება გონოკოკური (ჩვეულებრივ, ყვითელი ფერის) და არაგონოკოკური (შეიძლება იყოს თეთრი ან გამჭვირვალე) ურეთრიტის დროს.

დაკავშირდით *ასოზე ნაღვლის ან ნარჩენაქმნების* და *სათესლე პარკის შეშუპების და მტკივნეულობის* არსებობას. ჰკითხეთ ავადმყოფს, ნარსულში არსებული გენიტალური სიმპტომების ან გადატანილი ჰერპესული ინფექციის, გონოროეის ან ათაშანგის შესახებ. ავადმყოფს, რომელსაც მრავალი პარტნიორი ყავს, ჰომოსექსუალისტია, მოიხმარს არაძალიან ნამლებს ან ანამნეზში აღენიშნება სქესობრივად გადამდები დაავადება, ამ დაავადებების განვითარების მაღალი რისკი აქვს.

იხ. ცხრილი 11-1, ასოს დაავადებები (გვ. 422), ცხრილი 11-2, სათესლე პარკის დაავადებები (გვ. 423) და ცხრილი 11-3, სათესლეს დაავადებები (გვ. 424). როგორც სქესობრივად გადამდები დაავადებების დროს, ყანის ბევრი დაავადება ზიანებს გენიტალიას; ასევე, ზოგიერთ სქესობრივად გადამდებ დაავადებებს მინიმალური სიმპტომები ახასიათებს.

იმის გამო, რომ სქესობრივად გადამდები დაავადებები ზიანებენ სხეულის სხვა ნაწილებსაც, ხშირად ნაჩვენებია დამატებითი კითხვების დასმა. დაგეხმარებათ განმარტებითი შესავლის გაკეთება. "სქესობრივად გადამდებმა დაავადებებმა შეიძლება მოიცვას სხეულის ნებისმიერი უბანი, სადაც თქვენ სექსი გაქვთ." "ძალიან მნიშვნელოვანია მითხრათ, რა სახის სექსს იყენებთ" ამის შემდეგ თუ საჭიროა: "ორალური სექსი გაქვთ? ანალური?" თუ პასუხი დადებითია, ჰკითხეთ ისეთი სიმპტომების შესახებ, რომელიც ყელის ტკივილი, ფალარათი, სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან და ანუსის ქავილი ან ტკივილი.

ავადმყოფებს, ჰომელთაც არ გააჩნიათ სიმპტომები ან ჩისჯ-ფაქტორები, უნდა დაუსვათ მნიშვნელოვანი შეკითხვა "ხა იცით არე ინფექციის შესახებ?" და საუბარი გააგრძელოთ უფრო ზოგადი კითხვებით, ჰომელიც 48-49 გვერდზეა განხილული.

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშეწყობისა და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აიმ ინფექციის პროფილაქტიკა
- სათესლეების თვითგასინჯვა

ყველა ექიმმა უნდა იცოდეს სქესობრივად გადამდები დაავადებების სიხშირე ამ პოპულაციაზე, რაც პირდაპირ კავშირშია პაციენტთა ავადობის პროფილაქტიკასთან, განსაკუთრებით, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში. ამ დაავადებათა პრევენციის სამუშაო ჯგუფს დარეგისტრირებული ჰყავს ყოველწლიურად 12 მილიონი დადგენილი *Chlamidia-ით (ქლამიდიით)* ინფიცირების ახალი შემთხვევა (დაახლოებით 4 მლნ შემთხვევა), გონორეის (დაახლოებით 800 000 შემთხვევა) და *Trichomonas (ტრიქომონული)* ვაგინიტის და არასპეციფიკური ურეთრიტის ჩამოყალიბების მლნ შემთხვევა)[1]. 1 მლნ-ზე მეტი ამერიკელი აივ ინფიცირებულია, ყოველწლიურად ვლინდება დაახლოებით 40 000 ახალი შემთხვევა. სხვა ინფექციები, ჰომელებიც სქესობრივი გზით გადადის, არის ათამდანი, ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV), B ჰეპატიტი, გენიტალური ჰერპესი. ექიმმა პაციენტს უნდა გააცნოს ინფორმაცია სქესობრივად გადამდებ დაავადებებსა და აივ ინფექციაზე, დროულად გამოავლინოს ანამნეზის შეგროვებისა და ფიზიკალური გასინჯვის დროს, დაადგინოს და უმკურნალოს ინფიცირებულ ავადმყოფს და მის პარტნიორს.

ჯანმთელობის დაცვა და განხილვა მიმართული უნდა იყოს იქითკენ, რომ პაციენტს გააცნოთ სქესობრივად გადამდები დაავადებები და აივ ინფექცია, დროულად დაადგინოთ ინფექცია ანამნეზის შეგროვებისა და ფიზიკალური გამოკვლევის დროს, გამოავლინოთ ინფიცირებული პარტნიორები და უმკურნალოთ. სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აივ ინფექციის ჩისჯ-ფაქტორების განხილვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის, ჰომელებსაც ყველაზე დიდი ჩისკი აქვთ. პაციენტები თავს კომფორტულად უნდა გრძნობდნენ სექსუალური ანამნეზის შეგროვების და მის სქესობრივ ცხოვრებაზე დაწვრილებითი, მაგრამ ტაქტიანი შეკითხვების დასმის დროს. მინიმალური ანამნეზური მონაცემები მოიცავს ავადმყოფის სექსუალური ორიენტაციის დადგენას, ბოლო თვეში სქესობრივი კონტაქტების რაოდენობას და ანამნეზში სქესობრივად გადამდები დაავადებების არსებობას (იხ. თავი 2, გვ. 48). განხილვა უნდა იყოს გულახდილი და კრიტიკის გარეშე. ასევე უნდა დაადგინოთ, იღებს თუ არა ალკოჰოლს და ნარკოტიკულ საშუალებებს, განსაკუთრებით ინტრავენურს. დაეხმარეთ ავადმყოფს პარტნიორების შემცირების, პრეზერვატივის ხმარების და სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აივ ინფექციის ჰეგულარული მკურნალობის შესახებ. მამაკაცებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციოს სასქესო ორგანოების რაიმე დაზიანებას ან ასოდან გამონადენის არსებობას.

ამ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფი ჰეკომენდაციას უწევს აივ ინფექციის განხილვას და გამოკვლევას შემდეგ ჯგუფებში:

ყველა პირი, ვისაც სქესობრივად გადამდები დაავადებების, აივ ინფექციის ან ორივეს გაზრდილი რისკი აქვთ; მამაკაცები, ვისაც მამაკაცი პარტნიორები ჰყავთ; პირები, რომელთაც წარსულში ან ამჟამად აივ ინფიცირებული, ბისექსუალი ან ინტრავენური ნარკომანი პარტნიორები ჰყავთ; პირები, რომელთაც 1978-85 წლებში ჩატარებული აქვთ სისხლის გადასხმა.

დამატებით, განსაკუთრებით 15-დან 35 წლამდე ასაკის მამაკაცებს, უნდა ურჩიოთ ყოველთვიურად ჩაიტარონ *სათესლეების თვითგასინჯვა* და მიმართონ ექიმს შემდეგი ნიშნების აღმოჩენისას: რომელიმე სათესლე ჯირკვლის მტკივნეული სიმაგრე, შესიება, გადიდება; სათესლე ჯირკვლის ან სათესლე პარკის ტკივილი ან დისკომფორტი; სათესლე პარკში სიმძიმე ან სითხის დაგროვება; მუცლის ქვედა ნაწილში ან საზარდულში ყრუ ტკივილი. (იხ. გვ. 420, ინსტრუქციები ავადმყოფისთვის)[2].

ბამოკვლევის მეთოდები

ბევრი სტუდენტი მამაკაცის სასქესო ორგანოების გამოკვლევას ითვლის პროცესად თვლის. "როგორი ეკითხება ავადმყოფს?" "ენება ეკითხა?" რომელმა გასინჯვის უფლებას?" ავადმყოფს უნდა აუხსნათ გამოკვლევის ყველა საფეხური, ისე რომ იცოდეს, რას უნდა ელოდოს. ჩვეულებრივი პრაქტიკაა გასინჯვაში ასისტენტის დახმარების გამოყენება. იშვიათად, გამოკვლევის დროს მამაკაცებს შეიძლება ჰქონდეთ ეიაკულაცია. ამ შემთხვევაში უნდა აუხსნათ, რომ ეს ნორმალურია, დაამთავრეთ გამოკვლევა და გააგრძელეთ მშვიდად საუბარი. თუ ავადმყოფ მამაკაცს არ სურს გამოკვლევა, თქვენ უნდა პატივი სცეთ მის სურვილს.

გენიტალიის გამოკვლევას ყარგად ჩაატარებთ, თუ ავადმყოფი ფეხზე იდგება ან ზურგზე იწვება. თიაქრის ან ვარიკოცელეს სანახავად პაციენტი ფეხზე უნდა იდგეს, თქვენ კი მოხერხებულად იჯდეთ სკამზე. პენანგი უნდა ფარავდეს გულ-მკერდს და მუცელს. გამოკვლევისთვის გაიკეთეთ *ხელთათმანები*. გამოარჩინეთ გენიტალია და საზარდულის არეები. ახალგაზრდა პაციენტებში სქესობრივი მომწიფების ხარისხი განხილულია 781 გვერდზე.

ასო

ინსპექცია

დაათვალიერეთ ასო:

- *ანი*

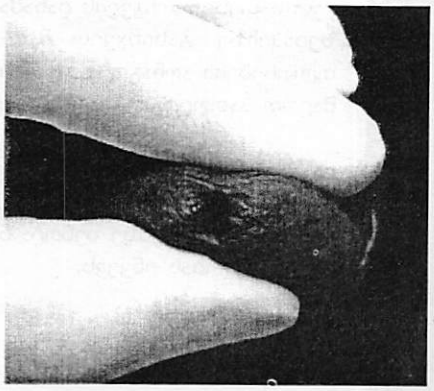
- *ჩრჩ*. გადაუწიეთ ან სთხოვეთ ავადმყოფს, თვითონ გადაიწიოს. ეს საფეხური აუცილებელია, რათა დაადგინოთ შანკრი (წყლული) და კარცინომა. ჩრჩის ქვეშ ნორმალურად გროვდება თეთრი ფერის ხაჭოსებური ნივთიერება.

იხ. ცხრილი 11-1, ასოს დაავადებები (გვ. 422).

ფიმოზი არის მკრთალი ჩრჩა, რომლის გადანევა ასოს თავზე ვერ ხერხდება. *პარაფიმოზი* არის ჩრჩის ისეთი მოჭერა, რომელსაც გადანევის შემდეგ უკან ვეღარ ბრუნდება. ამის შედეგად ვითარდება შეშუპება.

- *ასოს თავი.* დაათვალიერეთ, არის თუ არა წყლული, ნაწიბური ან ანთების ნიშნები.

დაათვალიერეთ ასოს ძირში კანი ექსკორიაციების და ანთების არსებობაზე. ასევე ნახეთ ბოქვენის თმაში არის თუ არა ტილები და წილები.



ნახეთ მარცხენის გარეთა ხვრელი.

ფრთხილად მოუჭირეთ საჩვენებელი და ცერა თითები ასოს თავს. ამ დროს გაიღება მარცხენის ხვრელი და შეგიძლიათ დაათვალიეროთ გამონადენის არსებობა. ნორმალურად გამონადენი არ უნდა იყოს.

თუ ავადმყოფი აღნიშნავს გამონადენის არსებობას, ჩასაც თქვენ ვერ ხედავთ, სთხოვეთ გაჭიმოს და გამოწუროს ასო ან ეს თქვენ გააკეთეთ. ამ დროს მარცხენის ხვრელში შეიძლება გამოჩნდეს გამონადენი. მომზადებული გქონდეთ სასაგნე მინა და ნიადაგი კულტურისთვის.

ბალანიტი (ასოს თავის ანთება); *ბალანოპოსტიტი* (ასოს თავის და ჩრჩილ ანთება).

ბოქვენის ან გენიტალური ექსკორიაციები ნიღბის, ან, ზოგჯერ, მენის შესაძლებლობაზე მიუთითებს.

ჰიპოსპადია არის ხვრელის თანდაყოლილი ვენტრალური გადანაცვლება ასოზე (გვ. 422).

დიდი ალბათობით ყვითელი ფერის გამონადენი გონოკოკურ ურეთრიტს ახასიათებს; მცირე ალბათობით თეთრი ფერის გამონადენი არაგონოკოკური ურეთრიტის დროსაა; დიაგნოზს აზუსტებს გრამის წესით შეღებვა და კულტურის ამოთესვა.

პალპაცია

ჩაატარეთ ასოს პალპაცია და დააკვირდით მტკივნეულობას ან გამაგრებას. ასოს სხეულის პალპაცია ჩაატარეთ საჩვენებელი და ცერა თითებით და ნახეთ, არის თუ არა სიმაგრე. ანგარიშში მამაკაცებში, ვისაც ჩივილები არ აქვს, ეს გამოკვლევა შეგიძლიათ არ ჩაატაროთ.

თუ თქვენ გადანევთ ჩრჩილს, უკან დააბრუნეთ, სანამ სათესლე პარკის გამოკვლევაზე გადახვალთ.

ასოს ვენტრალური ზედაპირის გამკვრივება მარცხენის სტრიქტურაზე ან მეტაძლო კარცინომაზე მიუთითებს. გამაგრებული ადგილის მტკივნეულობა სტრიქტურის შედეგად განვითარებულ პერიურეთრულ ანთებაზე მიუთითებს.

იხ. ცხრილი 11-2, სათესლე პარკის დაავადებები (გვ. 423).

სათესლე პარკი და მისი შემადგენლობა

ინსპექცია

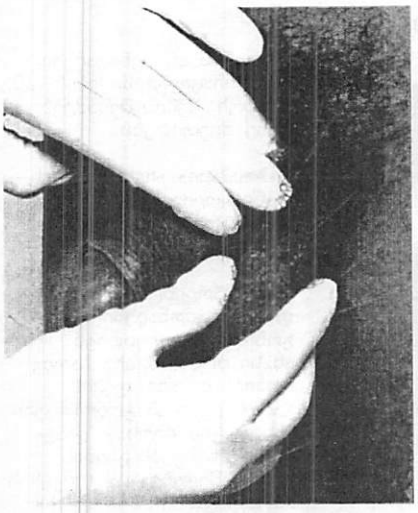
დაათვალიერეთ სათესლე პარკი:

- *კანი.* ასწიეთ სათესლე პარკი ისე, რომ დარწმუნდეთ მისი უკანა ზედაპირი.
- *სათესლე პარკის კონტური:* დაათვალიერეთ შეშუპება, სიმაგრე ან ვენები.

გამონაყარი, ეპიდერმული კისტა, იშვიათად კანის კიბო.

ცარიელი ან ორივე მხარეს ცუდად განვითარებული სათესლე პარკი *კრიპტორქიზმზე* მიუთითებს (სათესლე ჯირკვალი, რომელიც არ არის ჩამოსული სათესლე პარკში). სათესლე პარკის ზომაში შესიების მიზეზი შეიძლება იყოს საზარდულის ირიბი თიაქარი, ჰიდროცელე და სათესლე პარკის შეშუპება.

პალპაცია



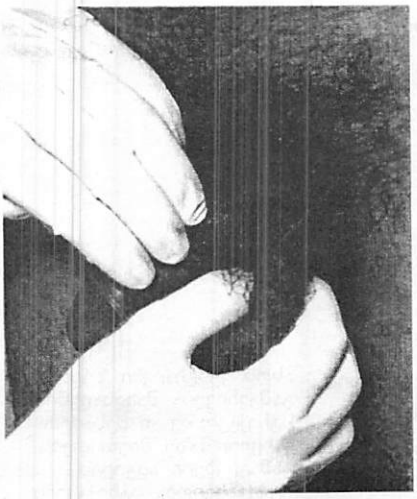
თითოეული სათესლე ჯირკვლის პალპაცია ჩაატარეთ ცერა და პირველი ორი თითის საშუალებით. გასინჯეთ სათესლე ჯირკვლის დანამატები ზედა უკანა ზედაპირზე. გასინჯვით მათ ჯვანძოვანი ან თოკისებური აღნაგობა აქვთ, რაც არ უნდა შეგეშალოთ პათოლოგიურ სიმაგრეში.

სათესლე ჯირკვლის ანთებითი პროცესის დროს ხშირად ვითარდება მწვავე ეპიდიდიმიტის, მწვავე ორქიტის, სათესლე ბაგირისებრის შემოგრეხვის ან სპერმატოცელის ჩაჭედილი თრომბის დროს.

იხ. ცხრილი 11-3, სათესლეს დაავადებები (გვ. 425) და ცხრილი 11-4, სათესლე ბარძაყისა და თესლის გამომტანი სადინრის დაავადებები (გვ. 425).

დაადგინეთ ზომა, ფორმა, კონსისტენცია და მტკივნეულობა. არის თუ არა ჩამიჩი ჯვანძები. სათესლე ჯირკვლებზე ზენოლა ნორმალურად მცირე მტკივნეულობას იწვევს.

სათესლე ჯირკვლის ანომალიებს შორის ყველაზე ხშირია 15-დან 35 წლამდე ასაკში.



სათესლე ჯირკვლის დანამატიდან სპერმატოზოიდების გამოთავისუფლების შემდეგ ცერით და საჩვენებელი თითით ჩაატარეთ თითოეული *სათესლე ბაგირისებრის პალპაცია*, რომელიც შეიცავს თესლის გამომტან სადინარს.

ამ არეში, ჩვეულებრივ მარცხნივ, ხშირად შესაძლებელია მარცხნივ ვარიკოცელის აღმოჩენა და დანახვა. ეს *ვარიკოცელეზე* მიუთითებს (გვ. 425).

დააჯვირხეთ ჩამიჩი ჯვანძის ან შესიების არსებობას

თესლის გამომტანი სადინარი ქრონიკული ანთების გამო შეიძლება იყოს გასქელებული ან მძივისებური. სათესლე ბაგირისებრის კისტური სტრუქტურა ბაგირისებრის ჰიდროცელეზე მიუთითებს.

სათესლე ბარძაყის, ისევე როგორც სათესლე ჯირკვლის შესიება შეიძლება დაადგინოთ გამუქებით. ოთახის ჩაბნელების შემდეგ სინათლის მკვეთრი სხივით გაანათეთ სათესლე ბარძაყი. დააჯვირხეთ სინათლის სხივის გატარებას წითელ ნათებად.

შესიება, რომელიც სქროზულ სითხეს შეიცავს, როგორც ეს ჰიდროცელეს დროსაა, წითლად ნათდება. სისხლი და ქსოვილი, როგორც ეს ნორმალურ სათესლე ჯირკვალშია, წითელ ნათებას არ იძლევა.

თიაქრები

ინსპექცია

ყურადღებით *დააკვირდით სახრჩელის და ბარძაყის არეები* ამობურცულობაზე. გამოკვლევის ჩატარებისას სთხოვეთ ავადმყოფს გაიჭიმოს და ძირს დაიხაროს, ისე, როგორც ნაწლავთა მოქმედების დროს (Valsalva-ს (ვალსალვას) მოძრაობა), რათა აღვილად შეამოწმოთ თიაქრები.

გაჭიმვის დროს ამობურცულობის გაჩენა თიაქრზე მიუთითებს.

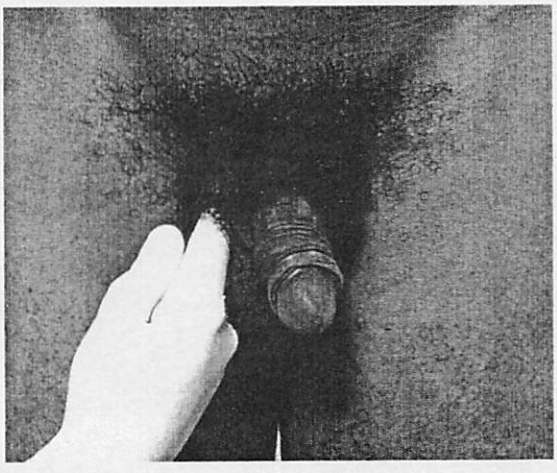
პალპაცია

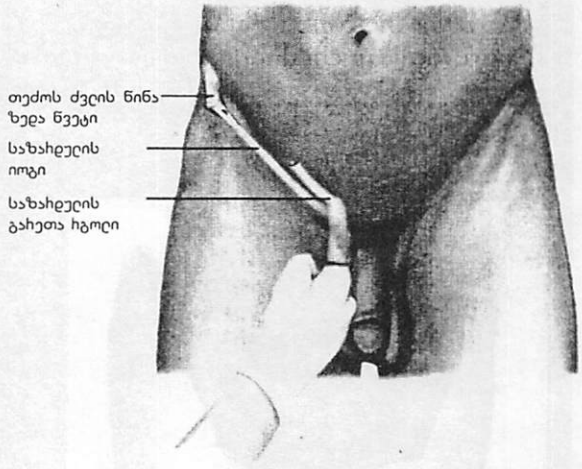
სახრჩელის თიაქრის პალპაცია. ხელესაც პაციენტი ფეხზე დგას, ჩიგ-ჩიგობით გამოიყენეთ მარჯვენა ხელი ავადმყოფის მარჯვენა მხარის და მარცხენა ხელი მარცხენა მხარისთვის, ჩაწიეთ სათესლე პარკის ჯანი საჩვენებელი თითით. გასინჯვა დაიწყეთ საყმარისად ქვედა ნეჭტიღიდან, რადგან თქვენს თითს საყმარისი საშუალება ჰქონდეს, რაც შეიძლება ახლოს მივიდეს სახარჩელის შიგნითა ხვრელამდე, თუ ეს შესაძლებელი იქნება. გაყევით სათესლე ბაგირარას სახარჩელის იოგის ზემოთ და მოძებნეთ სამკუთხედი, რომელიც ნაპრალისებურად იხსნება სახარჩელის გარეთა ხვრელთან. იგი მდებარეობს ბოქვენის ხოხრის ზუსტად ზემოთ და ღატერალურად. თუ ჩაღი გაფართოებულია, ამას დაადგენთ საჩვენებელი თითით. თუ შესაძლებელია, ფრთხილად გაყევით სახარჩელის არხს ღატერალურად, რომელიც ირიბად მიემართება. ხელესაც თითი გიდევთ გარეთა ჩაღზე ან არხში, სთხოვეთ ავადმყოფს დაიხაროს ან ჩაახველოს. დააკვირდით, თითზე ხომ არ გეხებათ თიაქრის სიმაგრე.

იხ. ცხრილი 11-5, სახარჩელის არეში თიაქრების მიმართულება და გამოვლინება (გვ. 426).

იხ. ცხრილი 11-6, სახარჩელის თიაქრების დიფერენცირება (გვ. 427).

თუ შეგიძლიათ, მაშინ ეს მასაც ჩაიწეროს.





ბარძაყის თიაქრის პალპაცია ჩაატარეთ თეძოს წინ ბარძაყის არხის მიდამოში თითების დადებით. ისევ სთხოვეთ ავადმყოფს, დაიხაროს ან ჩაახველოს. დააკვირდით სიმაგრეს ან მტკივნეულობას.

სათესლე პარკის შესაძლო თიაქრის განვითარება. თუ ნახავთ დიდი ზომის სათესლე პარკის მასას და ეჭვობთ, რომ ეს შეიძლება თიაქარი იყოს, სთხოვეთ ავადმყოფს დაწვეს. ამ დროს მასა შეიძლება თავისით ჩაბრუნდეს მუცლის ღრუში. თუ ასე მოხდება, მაშინ ის თიაქარია. თუ არა, მაშინ:

- შეგიძლიათ თითი დადოთ სათესლე პარკში მასის ზემოთ?
- სტეტოსკოპით მოისმინეთ მასის არეში ნაწლავთა ხმიანობა

ნაწლავთა ხმიანობა მოისმინება თიაქარზე და არა ჰიდროცელეზე.

თუ მონაცემები თიაქარზე მეტყველებს, ეცადეთ ჩაასწოროთ (დააბრუნოთ მუცლის ღრუში) თითების ზეწოლით. ამას ნუ გააკეთებთ, თუ სიმაგრე მტკივნეულია ან ავადმყოფს გულისრევა და პირღებინება აღენიშნება.

დაგეხმარებათ ავადმყოფის ანამნეზი. ავადმყოფმა შეიძლება გიამბოთ, რა მოსდის ამობურცულობას პირქვე წოლის დროს და გირჩევნოთ, როგორ ისწორებს თიაქარს თვითონ. გახსოვდეთ, ჰკითხოთ ამის შესახებ.

თიაქარი *ჩაჭედილია*, როდესაც მისი მუცლის ღრუში ჩაბრუნება ვერ ხერხდება. თიაქარი *სტრანგულაციურია*, როდესაც მისი სისხლის მომარაგება დარღვეულია. სტრანგულაცია უნდა ივარაუდოთ, როდესაც ავადმყოფს აღენიშნება ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება და განიხილოთ ქირურგიული ჩარევის საკითხი.

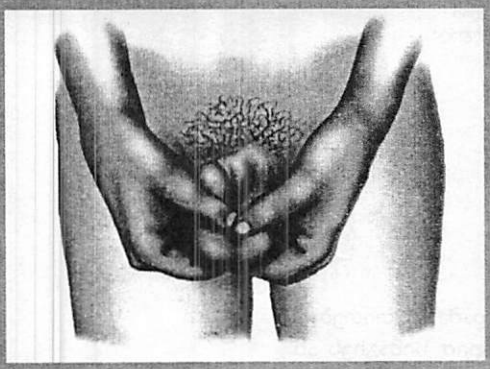
განსაკუთრებული მეთოდები

სათესლე ჯირკვლის თვითგასინჯვა

სათესლე ჯირკვლის კიბოს სიხშირე დაბალია და 100 000 მამაკაცზე 4-ს შეადგენს, მაგრამ ყველაზე ხშირი სიმსივნეა ახალგაზრდა ასაკის – 15-35 წლის მამაკაცებში. მიუხედავად იმისა, რომ სათესლე ჯირკვლის თვითგასინჯვა არ წარმოადგენს კიბოს სკრინინგის ოფიციალურად აღიარებულ საშუალებას, თქვენ მაინც უნდა ასწავლოთ პაციენტს ეს პროცედურა, რათა ავადმყოფი უფრო გათვითცნობიერებული იყოს და შეეძლოს თავის მოვლა. აღრეულ სტადიაზე დადგენის შემთხვევაში სათესლე ჯირკვლის კიბოს კარგი პროგნოზი აქვს. რისკფაქტორებია: კრიპტორქიზმი, როდესაც კიბოს განვითარების რისკი მაღალია იმ სათესლეში, რომელიც ბარძაყში არ არის ჩამოსული; ანამნეზში მეორე სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე; ყბაყურით გამოწვეული ორქიტი; საზარდულის თიაქარი და ბავშვობაში გადატანილი ჰიდროცელე.

სათესლე ჯირკვლის თვითგასინჯვის ინსტრუქციები ავადმყოფისთვის

გამოკვლევის ჩატარება უმჯობესია ცხელი აბაზანის ან შხაპის მიღების შემდეგ. სითბო მოადუნებს სათესლე ბარძაყს და უფრო ადვილი გახდება ჩარევა უჩვეულოს აღმოჩენა.



- დადექით სარკის წინ და შეამოწმეთ სათესლე ბარძაყის ქანის შესიება
- თითოეული სათესლე ჯირკვალი გასინჯეთ ორი ხელით. საჩვენებელი და შუა თითები დაადეთ სათესლეს ქვეშ, ხოლო ცერა თითი დაადეთ მის მწვეხვარეს.
- ფრთხილად აგრძავეთ სათესლე თითებს შორის. ერთი ჯირკვალი შეიძლება მეორეზე დიდი იყოს . . . ეს ნორმალურია, მაგრამ დარწმუნდით, რომ არ არის შესიება ან ტკივილი.
- მოძებნეთ სათესლეს დანამატები. ეს არის ბრილი, მოგრძო სტრუქტურა სათესლე ჯირკვლის უკან, რომელიც აგრძოვებს სპერმას.

- თუ რაიმე სიმაგრეს აღმოაჩენთ, დროულად მიმართეთ ექიმს. სიმაგრე შეიძლება ინფექციით იყოს გამოწვეული, თუ ის სიმსივნეა, შეიძლება გავრცელდეს, ხოლო მკურნალობის შემთხვევაში - შეჩერდეს.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ მონაცემების აღწერისთვის თავდაპირველად შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები; მოგვიანებით კი ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ჩანაწერებში.

ქრონიკული გამოკვლევის შედეგების ჩანერა – მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თირკმელები

"მამაკაცს ჩატარებული აქვს ცირკუმციზია. ასოდან გამონადენი ან დაზიანება არ აღინიშნება. ასევე არ არის სათესლე ბურთის შესიება ან ფერის შეცვლა. სათესლე ჯირკვლები ორივე მხარეს ჩამოსულია, გლუვია, სიმაგრის გარეშე. საზარდულის და ბარძაყის თირკმელები არ აღინიშნება"

ან

"მამაკაცს არ აქვს ჩატარებული ცირკუმციზია. წუჩა ადვილად გადადის. ასოდან გამონადენი ან დაზიანება არ აღინიშნება. ასევე არ არის სათესლე ბურთის შესიება ან ფერის შეცვლა. სათესლე ჯირკვლები ორივე მხარეს ჩამოსულია, მარჯვენა სათესლე გლუვია; მარცხენა სათესლეში ლატერალურად აღინიშნება 1×1 სმ ჯვანძი, რომელიც ფიქსირებულია და უმტკივნეულო. სათესლეს დანამატი უმტკივნეულოა. საზარდულის და ბარძაყის თირკმელები არ აღინიშნება"

სავარაუდოა სათესლე ჯირკვლის კიბო, რომელიც ყველაზე ხშირი სიმსივნეა 15-დან 35 წლამდე ასაკის მამაკაცებში.

ბიბლიოგრაფია

CITATIONS

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Electronic Archive. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. 1996. Available at: www.ahrg.gov/clinic/cpsix.htm#counseling. Ac-ccssed October 31, 2004. (For the Guide *to Clinical Preventive Services,* 3rd ed., periodic updates, see : www.ahrg.gov/clinic/cps3dix.htm. Accessed October 31, 2004.)
2. National Cancer Institute. Cancer Facts. Available at: www.cis.his.gov/fact/6_34.htm. Accessed October 31, 2004.

ADDITIONAL REFERENCES

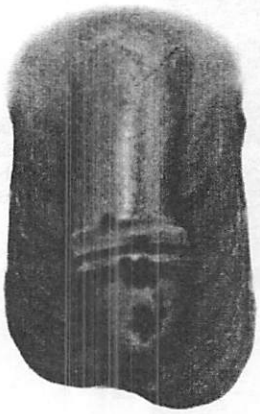
Barry MJ. Prostate-specific antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. N Engl J Med 344(18):1373-1377, 2001. Campbell MF, Walsh PC, Patrick C, Retik AB (eds). Campbell's
Urology, 8th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002.
DeBusk RF Sexual activity in patients with angina. JAMA 290(23):3129-3132, 2003.
Delancey JOL, Ashton-Miller JA. Pathophysiology of adult urinary incontinence. Gastroenterology 126(Suppl 1):S23-S32, 2004.
Eubanks S. Hernias (Chapter 42). In Townsend CM, Sabiston DC (eds). Sabiston Textbook of Surger}': The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 17th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2004.
Fitzgibbons RJ, Filipi CJ, Quinn TH. Inguinal hernias (Chapter 36). In Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al (eds). Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York, McGraw-Hill, 2005.
Gillenwater JY. Adult and Pediatric Urology, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
Handsfield HH. Color Atlas and Synopsis of Sexually Transmitted Diseases, 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 2001.
Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual function in the United States: prevalence and predictors. JAMA 281(6):537-544, 1999.
Tanagho EA, McAninch JW (eds). Smith's General Urology, 16th ed. New York, Lange Medical Books, McGraw-Hill, 2004.
Teunissen TAM, de Jonge A, van Weel C, et al. "Treating urinary in-continence in the elderly-conservative measures that work: a systematic review. J Fam Pract 53(1):25-30, 2004.



ვენერიული მეჭეჭი
(Condyloma acuminatum)
ვენერიული მეჭეჭი სნეხაფიდმზარდი წანაზარდია, რომელიც სველია და ხშირად ცუდი სუნი აქვს. მისი მიზეზია ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირება.



ჰიპოსპადიაზი
ჰიპოსპადიაზი არის შარდსადენის ხვრელის თანდაყოლილი გადანაცვლება ასოს ზედაპირზე ქვემოთ. ხვრელი თავის ნორმალური მდებარეობიდან გადაადგილებულია ასოს თავის მწვერვალისკენ.



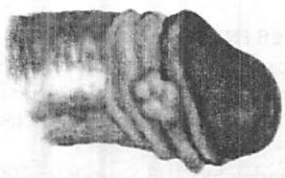
გენიტალური ჰერპესი
მცირე ზომის ბუშტუკების მტევანი, რომელსაც მოყვება ნითელი ფსკერის მქონე ზედაპირული, მტკივნეული, ახალგამჟღავნებული წყლულები, რაც ჰერპეს სიმპტომებზე მიუთითებს. დაზიანება შეიძლება გამოვლინდეს ასოს ნებისმიერ უბანში. მოჰყვება ინფექციის ღრმა ჩვეულებრივ მცირე დაზიანება ვლინდება.



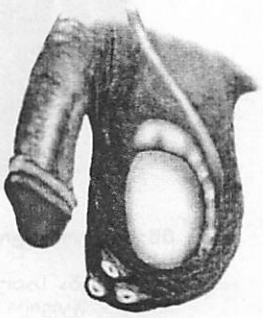
Peyronie-ს (პეირონის) დაავადება
პეირონის დაავადების ღრმა ასოს ზურგის ქანზე პალპაციით აღინიშნება მაგარი უმტკივნეულო ფოლაქი. ავადმყოფი უჩივის ახასნორ მტკივნეულ ეიექციას.



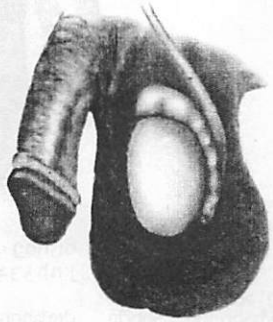
ათამანგური მანჯი
ათამანგური მანჯი, ჩვეულებრივ, ვლინდება ოვალური ან მრგვალი, მუქი ნითელი ფერის, უმტკივნეულო ელოზიის ან წყლულის სახით, რომელსაც გამჟღავნებული ძირი აქვს. ტიპიურად მას ახლავს სახსრების ღიმფური ქსოვილების უმტკივნეულო გადიდება. მანჯი შეიძლება მრავლობითი იყოს, ხოლო მეორადი ინფექციის გამო – მტკივნეული. ამ შემთხვევაში მანჯი შეიძლება შეგეშალოთ ჰერპესულ დაზიანებაში. მანჯი გადამდებია.



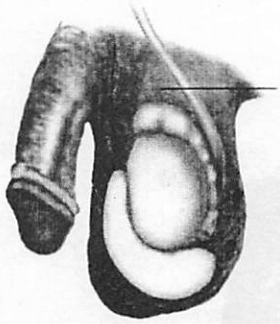
ასოს ჯარცინომა
ჯარცინომა შეიძლება გამოვლინდეს მკვრივი ქსოვილის ან წყლულის სახით, რომელიც ხშირად უმტკივნეულოა. ძირითადად აღენიშნება მამაკაცებს, რომლებსაც ბავშვობაში ცირკუმციზიო არა აქვთ ჩატარებული და შეიძლება იმაღებოდეს ჩრჩილ ქვეშ. ხანგრძლივად მიმდინარე ასოს დაზიანების არსებობის ღრმა სიმსივნეზე უნდა მიიტანოთ ეჭვი.



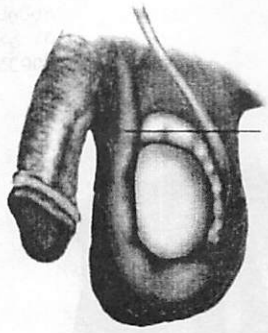
ეპიდიმური ჯისტა
ეს არის ჯანის მჯიღივი, მოყვითალო, უმტკივნეულო ჯისტა, რომლის დიამეტრი 1 სმ-მდეა. ხშირად მარცხნივითია.



სათესლე პარკის შეშუპება
შეშუპების გამო სათესლეს პარკის ჯანი გადასწორებული ხდება. ის შეიძლება განვითარდეს გულის შეგუბებითი უკმარისობის ან ნეფროზული სინდრომის დროს.



ჰიდროცელე
ჰიდროცელე არის სათესლეს ბუდებრივ გარსში უმტკივნეულო სითხით სავსე მასის არსებობა. მას ახასიათებს ნათება და თითით შეიძლება ზემოდან გაისინჯოს სათესლე პარკში.



სათესლე პარკის თოკქარი
სათესლე პარკში არსებული თოკქარი არის *საზარდულის არხიდი თოკქარი*. ის მოდის საზარდულის გარეთა ჩაღრიდან, ამიტომ თითით მას სათესლე პარკში ზემოდან ვერ გასინჯავთ.

სათესლე ჯირკვლების პათოლოგიები



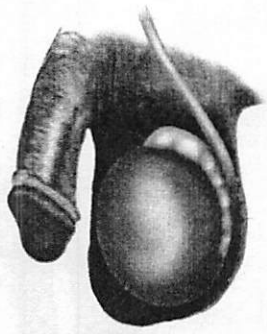
ჯირკვლის ჰიპოტროფია

ჯირკვლის ჰიპოტროფიის დროს სათესლე ატროფიულია და შეიძლება მდებარეობდეს საზარდულის არხში ან მუცლის ღრუში, რის გამოც სათესლე ჯირკვალი განუვითარებელია, ჰოგორც ზემოთაა ნაჩვენები. მარცხენა მხარეს პალპაციით არ ისინჯება სათესლე ან დანამატი. ჯირკვლის ჰიპოტროფიის დროს იზრდება სათესლე ჯირკვლის ჯიბოს განვითარების ხისჯი.



მცირე ზომის სათესლე ჯირკვალი

მოზრდილებში სათესლეს სიგრძე ჩვეულებრივ ≤ 3.5 სმ. მცირე ზომის, ჩვეულებრივ ≤2 სმ მკვრივი სათესლე აღინიშნება *Klinefelter-ის (ქრონფელტერის) სინდრომის* დროს. მცირე ზომის ხბილი სათესლე ატროფიაზე მიუთითებს, ასევე შეიძლება განვითარდეს ღვიძლის ციროზის, მიოტონური დისტროფიის, ესტროგენების მიღების და ჰიპოპიტუიტარიზმის დროს. ასევე შეიძლება განვითარდეს ოროქიტის შედეგად.

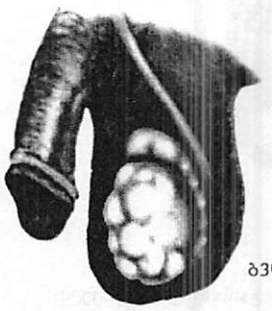


მწვავე ოროქიტი

აღინიშნება სათესლეს მწვავე ანთება, ტკივილი და შესიება. ხანდახან მისი გარჩევა ძნელია სათესლეს დანამატისგან. სათესლე ჰარბი მენითლებულია. ვირინდება ყბაყურის და სხვა ვირუსული ინფექციების დროს; ჩვეულებრივ ცალმხრივია.



ადრეული



გვიანი

სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე

ჩვეულებრივ, ვირინდება მტკივნეული ჯვანძის სახით. სათესლეში არსებული ნებისმიერი ჯვანძი გამოკვლეული უნდა იყოს მაღიგნიზაციაზე.

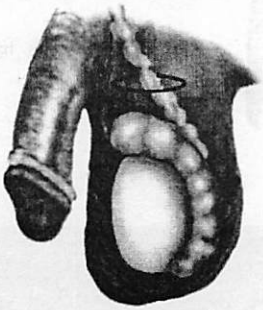
ვინაიდან სიმსივნეს ახასიათებს ზრდა და გავრცელება, ეს ინვევს ასოს გადანაცვლებას. დაზიანებული სათესლე უფრო მძიმეა, ვიდრე ნორმალური.

სათესლე ჯირკვლის დანამატის და სათესლე ბაგირაჯის პათოლოგიები



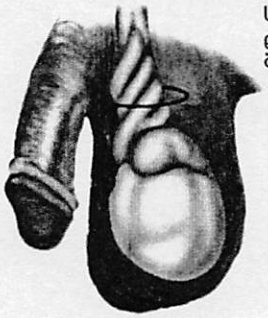
მწვავე ეპიდიდიმიტი

სათესლე დანამატი მწვავე ანთების შედეგად მტკივნეული და შესიებულია და ძნელად განსხვავდება სათესლე ჯირკვლისგან. სათესლე ჰარკი შეიძლება შეწითლებული იყოს, ხოლო თესლის გამომტანი სადინარი ანთებითი. ძირითადად მოზრდილებში ვითარდება. თანდართული სამარდე გზების ინფექცია ან ჰოსტატიტი დიაგნოზს აღასტურებს.



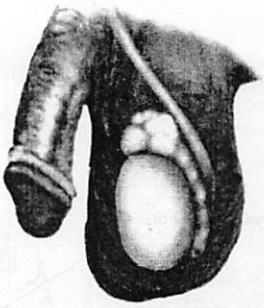
ტუბერკულოზური ეპიდიდიმიტი

ქრონიკული ტუბერკულოზური ინფექცია ინვევს სათესლე დანამატის გამკვრივებას და გადიდებას, ხანდახან შეიძლება მტკივნეულიც იყოს, ხოლო თესლის გამომტანი სადინარი გასქელებული ან მძივისებური.



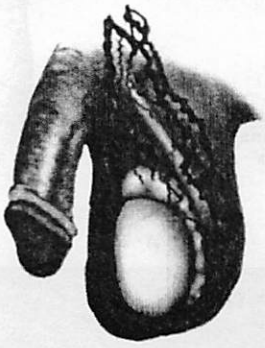
სათესლე ბაგირაჯის შემოგრეხა

სათესლე ბაგირაჯის მიმართ სათესლე ჯირკვლის შემოტრიალება ნარმოქმნის მწვავე მტკივნეული და შესიებული ორგანოს, რომელიც სათესლე ჰარკში შემოგრეხილია. სათესლე ჰარკი წითელი ფერისაა და შეშუპებული. სამარდე გზების ინფექცია არ ახლავს. შემოგრეხა, უფრო ხშირად მოზარდებში, სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტის გამო გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.



სპერმატოცელე და სათესლეს დანამატის ცისტა

სათესლეს ზუსტად ზევით მტკივნეული, მოძრავი ცისტური ნარმონაქმნის არსებობა სპერმატოცელეზე ან სათესლე ჰარკის ცისტაზე მიუთითებს. ორივეს ნათება ახასიათებს. ახლადგანვითარებული სპერმას შეიცავს, მოგვიანებით ცი ალარ, თუმცა ელინიკურად მათი გარჩევა შეუძლებელია.

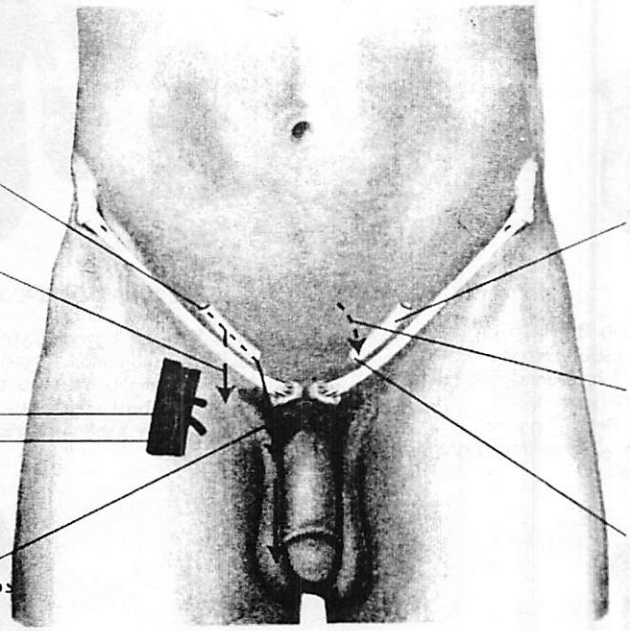


ვარიკოცელე

ვარიკოცელე არის სათესლე ბაგირაჯის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, რომელიც, ჩვეულებრივ, მარცხნივ ვითარდება. ის შეიგრძნობა როგორც ბრიყვი "მატლების ჰარკი", რომელიც სათესლისგან გამოყოფილია და ნელა იფშვნება ზურგზე წოლის დროს სათესლე ჰარკის ანევრისას. შეიძლება ახლდეს უნაყოფობა.

სხრილი 11-5

თიაქრების მიმართულება და მდებარეობა საზარდულის არხში



საზარდულის შიგნითა ჩაღრი

ბარძაყის თიაქრის მიმართულება და გამოვლინება

ბარძაყის არტერია

ბარძაყის ვენა

ბარძაყის ირიბი თიაქრის მიმართულება და გამოვლინება

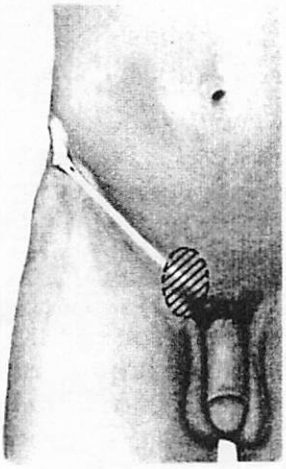
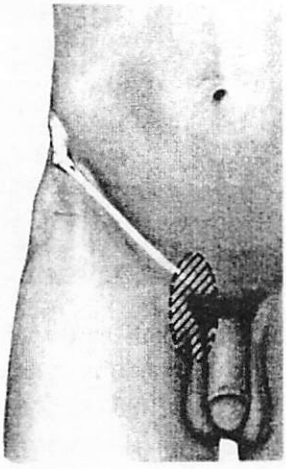
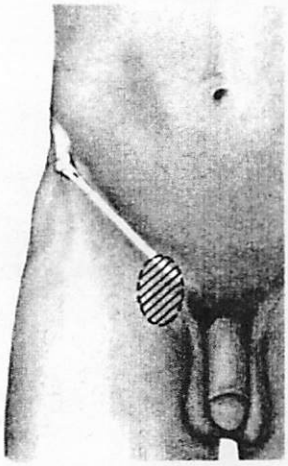
საზარდულის არხი

ბარძაყის პირდაპირი თიაქრის მიმართულება და გამოვლინება

საზარდულის გარეთა ჩაღრი

სხრილი 11-6 თიაქრების დიფერენცირება სახსრების ხიხში

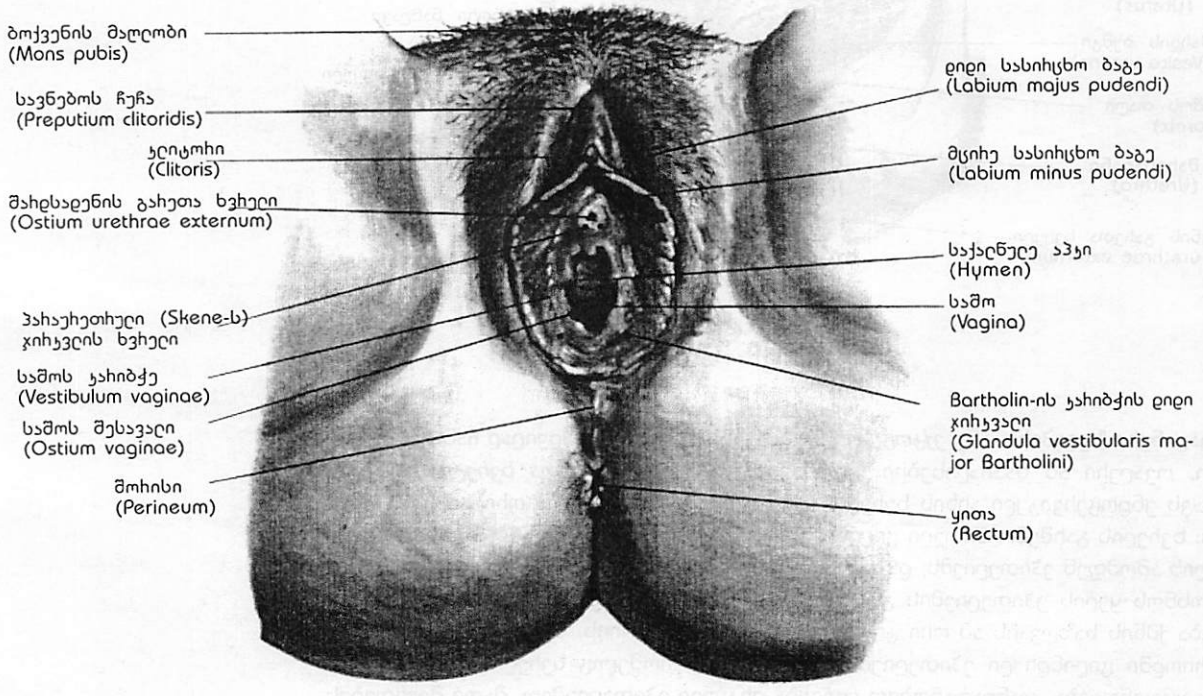
ამ უბანში განვითარებული თიაქრების კლინიკური დიფერენცირება ყოველთვის ვერ ხერხდება. თიაქრების ნიშნების ცოდნა გაადვილებს თქვენს გამოკვლევებს.

	სახსრების		
	იხიბი	პიჩქაპიხი	ბახძაყის
			
სიხშირე	ყველაზე ხშირია, ყველა ასაკში, ორივე სქესის პაციენტებში	შედარებით იშვიათია	ყველაზე იშვიათია
ასაკი და სქესი	ხშირია ბავშვებში, შეიძლება იყოს მოზარდიებში	ჩვეულებრივ, 40 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში, ქალებში უფრო იშვიათია	ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში
დასაწყისის ადგილი	სახსრების იოგის ზევით, მის შეანტიტილთან ახლოს, (სახსრების შიგნითა ჩაღრი)	სახსრების იოგის ზევით, ბოქვენის ხოხკრთან ახლოს (სახსრების გარეთა ჩაღრთან ახლოს)	სახსრების იოგის ქვევით; სახსრების თიაქრის ღრძავ ღატარეზად ვრცელდება და ღიმფური ჯვანძისგან მისი დიფერენცირება ძნელია
მიმართულება	ხშირად სათესლე პარკში	იშვიათია სათესლე პარკში	არასდროს სათესლე პარკში
როდესაც თითი სახსრების ხიხშია და ავადმყოფი გაქიმულია ან ახველებს:	თიაქარი მიემართება ქვევით სახსრების ხიხში და ეხება თითის ნვეს	თიაქრის გამობერილობა უფრო ნინაა და თითს გარეთ უბიძგებს	სახსრების ხიხი თავისუფალია

ქალის სასქესო ორგანოები 12

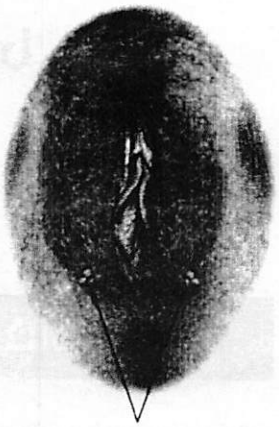
ანატომია და ფიზიოლოგია

განიხილეთ ქალის გარეთა სასქესო ორგანო, ანუ *ვულვა*, რომელიც მოიცავს *ბოქვენის მაღ-ლობს* – თმით დაფარული ცხიმოვანი არე, რომელიც ბოქვენის სიმფიზის ზემოთ მდებარე-ობს; *დიდ სასირცხო ბაგეებს* – ცხიმოვანი ქსოვილის მიგვარი ნაოჭი; *მცირე სასირცხო ბაგეებს*, რომლებიც ნარმოადგენს თხელ მოვარდისფერ ნაოჭს და წინა მხარეს ქმნის *სავნებოს* და *კლიტორს*. *ჯარიბჭე* ნარმოადგენს ნავის ფორმის ფოსოს მცირე სასირცხო ბაგეებს შორის. მის უკანა ნანილში მდებარეობს *საშოს ხვრელი*, რომელიც ქალწულებს დაფარული აქვთ *აპკით*. *შორისი* არის ქსოვილი საშოს ხვრელსა და ანუსს შორის.



შარდსადენის ხვრელი იხსნება ჯარიბჭეში კლიტორსა და საშოს შორის. ზუსტად მის უკან ორივე მხარეს *ჯარისქეთის* (Skene-ს - სკენის) *ჯირკვლები* იხსნება.

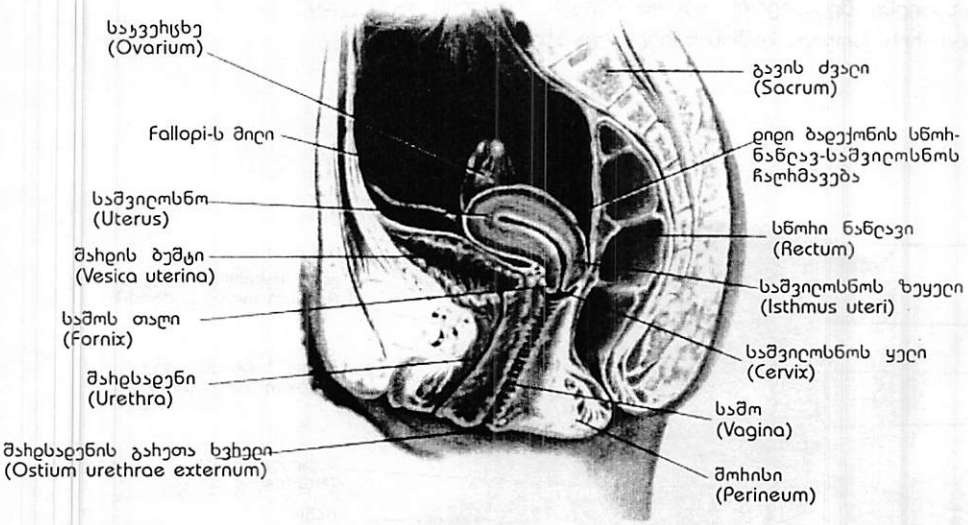
ხვიელები მდებარეობს უკან საშოს ხვიელის ორივე მხარეს, მაგრამ ყოველთვის არ ჩანს. თავად ჯირკვლები უფრო ღრმად მდებარეობს.



Bartholin-ის ჯირკვლის მდებარეობა

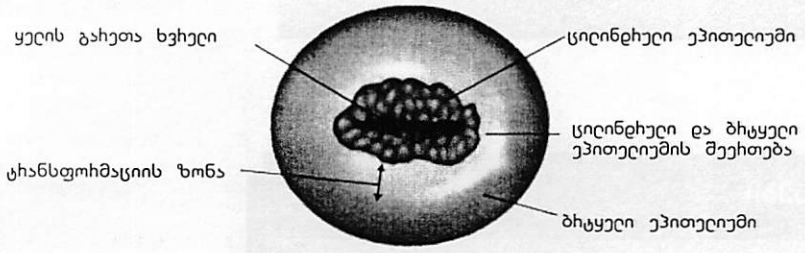
საშო არის ჯუნთოვან-მემბრანული ღრუ, რომელიც მიემართება ზევით და უკან შარდსადენსა და სწორ ნაწლავს შორის. მისი ზედა მესამედი ჰორიზონტალურია და ფიარას ფორმის *თაღით* ბოლოვდება. საშოს ღრმნოვანი ქმნის განივ ნაოჭებს.

საშოს მარჯვენა ჯუთხესთან გადის *შარდსადენი*, რომელიც ამოყირავებული მსხლის ფორმის ფიბრო-ჯუნთოვან სტრუქტურას წარმოადგენს. შარდსადენს ორი ნაწილი აქვს: სხეული და ყელი, რომლებიც ეთმანეთს ყელით უკავშირდებიან. სხეულის ზედა ამობურცულ ზედაპირს შარდსადენის ძირი ეწოდება. ქვედა ნაწილი ანუ ყელი შეზნექილია საშოში და თაღს ყოფს წინა, უკანა და გვერდით.



ყელის ვაგინური ზედაპირი, ანუ *ექტოცერვიქსი* სარკის დახმარებით ადვილად ჩანს. ცენტრში მრგვალი, ოვალური ან ნაპრალისებრი ჩაღრმავებაა – *ყელის გარეთა ხვრელი*, რომელიც აღნიშნავს ენდოცერვიკული არხის ხვრელს. ექტოცერვიქსი დაფარულია ორი ტიპის ეპითელიუმით: ხვრელის გარშემო ნითელი ცილინდრული ეპითელიუმია, რომელიც ჰგავს საშვილოსნოს ყელის ამომფენ ეპითელიუმს; და ჯაშკა ვარდისფერი ბრტყელი ეპითელიუმი, რომელიც საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმის გაგრძელებაა. ცილინდრული და ბრტყელი ეპითელიუმის შეერთება ქმნის საზღვარს ამ ორი ტიპის ეპითელურ შორის. სქვამბრივი მემბრანების პერიოდში ცილინდრული ეპითელიუმის ფარგლებ შიგ, რომელიც ხვრელის გარშემოა და *ენდოცერვიკი* ეწოდება, თანდათანობით იცვლება ბრტყელი ეპითელიუმით. მათი შეერთების ზონა გადაინაცვლებს ხვრელისკენ და ქმნის *ტრანსფორმაციის ზონას*. ეს არის ორის ზონა, სადაც მოგვიანებით დისპლაზია შეიძლება განვითარდეს, რომლის დადგენა ხდება პაპანიკოლაუს (Papanicolaou) ანუ Pap ნაცხით.

Fallopi-ს მილები, რომელთაც მარაოსებრი დაბოლოვება აქვთ, მიემართებიან ორივე მხარეს საშვილოსნოდან საკვერცხეებამდე. ორ საკვერცხეს ნუშის ფორმა



და ცვალებადი ზომა აქვს, საშუალოდ შეადგენს 3.5×2×1.5 სმ ზრდასრული ასაკიდან მენოპაუზამდე. მენჯის ღრუს გამოკვლევისას საჯვერისხეები ბაღბაყით ისინჯება ჰეპრიდუქციულ პერიოდში მყოფი ქალების დაახლოებით ნახევარში. ნორმალურად, ფალოპის მილები არ ისინჯება. ტერმინი *ადნექსა* ლათინური სიტყვაა და აღნიშნავს დანამატს, რომელიც შედგება საჯვერისხის, მილისა და გარშემომყოფი ქსოვილებისგან.

საჯვერისხეს ორი ფუნქცია აქვს: ჯვერისხეჯრედის ნარმოქმნა და ჰორმონების სეკრეცია, როგორიცაა ესტროგენი, პროგესტერონი და ტესტოსტერონი. მომწიფების პერიოდში ჰორმონების სეკრეციის მომატება ასტიმულირებს სამკურნალოს და მისი ენდომეტრიული შრის ზრდას. ჰორმონები ასტიმულირებენ სამოს გაღიდებას და მისი ეპითელიუმის გასქელებას, ასევე მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას, სარძევე ჯირკვლების და ბოქვენის თმიანობის ჩათვლით.

პერიტონეუმის პარიეტული ფურცელი ვრცელდება სამკურნალოს უკან სწორ ნაწლავამდე და ნარმოქმნის *რექტოუტერულ* (სწორ ნაწლავ-სამკურნალოს) *ფოსოს*, ანუ Douglas-ის (დუგლასის) ფოსოს. რექტოვაგინური გამოკვლევით თქვენ შეგიძლიათ გასინჯოთ ეს ადგილი.

მენჯის ღრუს ორგანოები უჭირავს ქსოვილთა ნაწილს, რომელიც შედგება ჯუნთებისგან, მყესებისა და ფასციისგან, რომელთა შორის მდებარეობს შარდსადენი, სამო და სწორი ნაწლავი.

გოგოებში სქესობრივი მომწიფების შეფასება, Tanner-ის (ტანერის) კლასიფიკაციის მიხედვით, დამოკიდებულია არა მხოლოდ ორგანოების გამოკვლევაზე, არამედ ბოქვენის თმიანობასა და სარძევე ჯირკვლების განვითარებაზე. ტანერის მიხედვით სქესობრივი განვითარების ხარისხები, რომლებიც ემყარება ბოქვენის თმიანობასა და სარძევე ჯირკვლების განვითარებას, მოცემულია მე-18 თავში, ბავშვების შეფასება: ახალშობილიდან მოზარდამდე.

ქალთა უმრავლესობას, ბოქვენის თმიანობა ვრცელდება ქვემოთ და ნარმოქმნის სამკუთხედს, რომელიც მიმართულია სამოსკენ. ქალთა 10%-ში თმიანი სამკუთხედი მიმართულია ჭიპისკენ. ასეთი ზრდა ჩვეულებრივ არ არის დასრულებული 20 ნლამდე.

ზუსტად მენსტრუაციის წინ აღინიშნება სამოს გამონადენის ფიზიოლოგიური მომატება – ნორმალური ცვლილება, რაც ზოგჯერ აშფოთებს გოგონას ან მის დედას. როდესაც მენსტრუაცია ჩამოყალიბდება, გამონადენის მომატება (*ლეიკორეა*) ემთხვევა ოვულაციას. მას ასევე ახლავს სქესობრივი გააქტიურება. ასეთი ნორმალური გამონადენი უნდა განასხვავოთ ინფექციური პროცესების დროს განვითარებული გამონადენისგან.

ღიმფური ძარღვები. სამოდან და სამკურნალოს ქვედა ნაწილიდან ღიმფა ჩაედინება სახარელის ღიმფურ ჯვანძებში, ხოლო მიგნითა სასქესო ორგანოებიდან, სამკურნალოს ზედა ნაწილის ჩათვლით ყი – მენჯის და მუცლის ღრუს ღიმფურ ჯვანძებში, რომელთა პარპარა ვერ ხერხდება.

ანამნეზი

ხშირი განსახილველი საკითხები

- მენარჩე, მენსტრუაცია, მენოპაუზა, პოსტმენოპაუზური სისხლდენა
- ოჩსულობა
- საშოს და საშვილოსნოს სიმპტომები
- სქესობრივი აქტივობა

ამ განაყვეთში კითხვები ფოკუსირებულია მენსტრუაციაზე, ოჩსულობაზე და შესაბამის საკითხებზე, საშოს და საშვილოსნოს სიმპტომებზე და სქესობრივ ფუნქციაზე.

მენარჩე, მენსტრუაცია, მენოპაუზა. მენსტრუალური ანამნეზის შეგროვებისას ავადმყოფს უნდა ჰკითხოთ, რა ასაკში დაეწყო თვიური, ანუ მენსტრუაცია, რამდენი წლის იყო *მენარჩეს* დროს. როდის ჰქონდა უკანასკნელი მენსტრუაცია და თუ შესაძლებელია, ბოლოს წინა მენსტრუაციას. რა სიხშირით აქვს პერიოდები, რომელიც იზომება ინტერვალებით თანმიმდევრული მენსტრუაციის პირველ დღეებს შორის? ხეგულებრივია თუ არა ეს პერიოდები? რა ხანგრძლივობისაა? რამდენად ძლიერია გამონადენი? რა ფერისაა? გამონადენის მოცულობა შეიძლება განსაზღვროთ დღის განმავლობაში გამოყენებული საფენების ან ტამპონების რაოდენობით. მიუხედავად იმისა, რომ ქალები განსხვავებული სახის ჰიგიენურ საშუალებებს იყენებენ, მაინც ჰკითხეთ, ჩვეულებრივ ასველებს თუ არა საფენს ან ტამპონს, თუ საფენზე წვეთები ჩრება და ა.შ. ამის შემდეგ ჰკითხეთ, ერთდროულად ერთ საფენს იყენებს, თუ მეტს. პერიოდებს შორის ხომ არ აქვს სისხლდენა? სქესობრივი აქტის შემდეგ ხომ არ აქვს სისხლდენა?

მენსტრუაციის პერიოდში ან მის წინ, პაციენტს ხომ არ აღენიშნება ტკივილი ან დისკომფორტი? თუ აღენიშნება, რა სახისაა, რამდენ ხანს გრძელდება და გავლენას ახდენს თუ არა პაციენტის ჩვეულ აქტივობაზე? ახლავს თუ არა რაიმე სხვა სიმპტომები? სისხლდენის რაიმე ნიშნები ხომ არ აღენიშნება?

შეკითხვები *მენარჩეზე, მენსტრუაციასა* და *მენოპაუზაზე* ხშირად გაძლევთ შესაძლებლობას გამოავლინოთ ავადმყოფის სურვილი, მიიღოს ინფორმაცია და მისი დამოკიდებულება სხეულის მიმართ (მის მიერ საკუთარი სხეულის აღქმა). მაგალითად, როდესაც ესაუბრებით მოზარდ გოგონას, შეგიძლიათ გამოიყენოთ შემდეგი სახის ზოგადი კითხვები: "როდის გაიგე პირველად თვიურის შესახებ? როგორ გრძნობდი თავს, როდესაც თვიური დაგეწყო? ბევრი გოგონა წუხს, როდესაც მენსტრუაცია დარღვეული აქვს ან იგვიანებს. რაიმე ამის მსგავსი ხომ არ განუცდიათ?" თქვენ უნდა აუხსნათ, რომ გოგონებს მენსტრუაცია ეწყება 9-დან 16 წლამდე ასაკში და ციკლის მოწესრიგებას დაახლოებით 1 წელი ან ცოტა მეტი დრო ესაჭიროება. მენარჩეს ასაკი სხვადასხვაა, რაც დამოკიდებულია გენეტიკურ მონაცემებზე, სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე და კვებაზე. პერიოდებს შორის ინტერვალი 24-დან 32 დღეა, ხოლო მენსტრუაცია გრძელდება 3-დან 7 დღემდე.

მენოპაუზა არის პერიოდი, როდესაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში არ აღინიშნება მენსტრუაცია. იგი ჩვეულებრივ ვლინდება 48-დან 55 წლამდე პერიოდში.[1] თანმხლები სიმპტომებია "ცხელები", ოფლიანობა და ძილის დარღვევა. ხშირად შეგიძლიათ შეკითხოთ, "როგორ

ნინა პერიოდის თარიღის ცოდნა არის ოჩსულობის ან მენსტრუაციის დარღვევის სიგნალი.

მკაფი ნითელი ფერის მენსტრუალური გამონადენისგან განსხვავებით, ძლიერი დენის დროს აღინიშნება ღია ნითელი ფერის გამონადენი, რომელიც შეიძლება "ლოტებს" შეიცავდეს (არაჭარბმარცვლიანი ფიბრინული ლოტები).

პოსტმენოპაუზური სისხლდენა ნარმოშობს კითხვას ენდომეტრიუმ კიბოზე, თუმცა მას სხვა მიზეზიც შეიძლება ჰქონდეს.

გიძნობთ თავს, ხოდესაც ცისკრი აღარ გაქვთ?" "ხანმე გავლენას ხომ არ ახდენს თქვენს ცხოვრებაზე?" *პოსტმენოპაუზური სისხლდენა* ეწოდება სისხლდენას, რომელიც ვითარდება ციკლის შეწყვეტიდან 6 თვის შემდეგ და საჭიროებს შემდგომ გამოკვლევებს.

ამენორეა არის ციკლის არ არსებობა. *პირველადი ამენორეა* არის თავიდანვე მენსტრუაციის არარსებობა, ხოლო *მეორადი ამენორეის* დროს თავდაპირველად მენსტრუაცია ნორმალურია, ხოლო შემდეგ წყდება. ორსულობა, ლაქტაცია და მენოპაუზა არის მეორადი ფიზიოლოგიური ამენორეა. *ოლიგომენორეა* არის ციკლის ხანგრძლივობის შემცირება, ამ დროს შესაძლებელია ციკლი არარეგულარული იყოს. ოლიგომენორეა შეიძლება განვითარდეს მენარქეს შემდეგ 2 წლის განმავლობაში, ასევე შეიძლება გამოვლინდეს მენოპაუზის წინა პერიოდში.

მეორადი ამენორეის სხვა მიზეზებია ნებისმიერი მიზეზით გამოწვეული სხეულის წონის შემცირება, ჰიპოთალამუსის ნაკლებობა, ნევროზული ანორექსია, სტრესი, ქრონიკული დაავადებები და ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხის დისფუნქცია.

დისმენორეა არის ტკივილი მენსტრუაციის დროს და ჩვეულებრივ ვლინდება დაქალწულის, ყრუ ან ძლიერი ტკივილის სახით მუცლის ქვედა ნაწილში და მენჯის ღრუში. ქალები ზოგჯერ აღნიშნავენ *პრემენსტრუალური სინდრომის* არსებობას. ეს არის სიმპტომების კომპლექსი, რომელიც ვლინდება ციკლის დაწყებამდე 4-10 დღით ადრე. ეს სიმპტომებია ძაძაბულობა, გაღიზიანება, დეპრესია, გუნებ-განწყობის ცვლილება, წონაში მომატება, მუცლის შებერვა, შეშუპება, სახეზე ჯირკვლების დაჭიმულობა და თავის ტკივილი. ეს სიმპტომები, ჩვეულებრივ, სუსტად არის გამოხატული, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება ძლიერი და შემაწუხებელი იყოს.

პოლიმენორეა არის მენსტრუალური ციკლის გახშირება, ხოლო *მენორაგია* არის ციკლის გახანგრძლივება. სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს პერიოდებს შორის, ასეთ *მეტრორაგია*, ანუ *მენსტრუაციებს შორის სისხლდენა* ეწოდება, ასევე სქესობრივი აქტის შემდეგ *(პოსტკოიტური სისხლდენა)* ან სამრეში ანმე პროცედურების, მაგალითად, შესხურების შემდეგ.

პერიოდებს შორის სისშირის გაზრდას, დენის მომატებას ან სისხლდენას შეიძლება ჰქონდეს სისტემური მიზეზი ან შეიძლება იყოს დისფუნქციის შედეგი. *პოსტკოიტური სისხლდენა* სამკურნალოს ყელის დაავადებებზე მიუთითებს (მაგ. პოლიპი, კიბო) ან ასაკოვან ქალებში - ატროფიულ ვაგინიტზე.

ორსულობა. ორსულობასთან დაკავშირებული შეკითხვებია: "ორსულად ყოფილხართ? ხამდენჯერ? ხამდენი მშობიარობა გქონდათ ცოცხალი ნაყოფით? ხამდენჯერ მოგეშალათ მუცელი ან ხამდენი აბორტი გქონდათ – სპონტანური ან ხელოვნური? ხოლის გქონდათ? მეანი ორსულობის ანამნეზის ჩანაწერს აკეთებს სისტემაში "gravida-para" (ორსულობა), შემდეგი აბრევიატურებით:

- **G** = გრავიდა ორსულობა ან ორსულობის საერთო ხარისხობა

- **P** = პარა, ანუ ორსულობის გამოსავალი. P-ს შემდეგ შეიძლება ხშირად ნახოთ აღნიშვნა F (full-term – სრულვადიანი), P (premature – ნაადრევი), A (abortion – აბორტი) და L (living child – ცოცხალი ახალშობილი).

გაარკვიეთ, ხა სახის კონტრაცეფციას იყენებს პაციენტი და მისი პარტნიორი. კმაყოფილია თუ არა პაციენტი თავისი არჩევანით? აქვს თუ არა ხანმე შეკითხვა ხმარების წესების შესახებ?

თუ ამენორეა *ორსულობის არსებობაზე* მიუთითებს, დაადგინეთ, როდის ჰქონდა სქესობრივი კავშირი და ნაადრევი ნიშნები: სარძევე ჯირკვლების დაჭიმულობა, ჩხვლეტა ან ზომაში გადიდება; მარცვის გახშირება; გულისრევა და პირღებინება; ადვილად დაღლა. ნაყოფის მოძრაობის შეგრძნება ჩვეულებრივ 20 კვირის ორსულობიდან. ამ საკითხების განხილვისას ყურადღებით იყავით ავადმყოფის შეგრძნებების მიმართ და საჭიროების შემთხვევაში გამოიკვლიეთ ისინი. (იხ. თავი 19, ორსულობა)

ამენორეა, რომელსაც ძლიერი სისხლდენა მოსდევს, მიუთითებს *მოსალოდნელ აბორტზე* ან *სამკურნალოდან დისფუნქციის სისხლდენაზე*, რაც დაკავშირებულია ოვულაციის უკმარისობასთან.

სამო-სამშვილოსნოს სიმპტომები. ყველაზე ხშირი სამო-სამშვილოსნოს სიმპტომია *სამოდან გამონადენი* და აგვილობითი *ქავილი.* მიყევით ჩვეულებრივ მეთოდიკას. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს გამონადენის არსებობას, დაადგინეთ ხასიათობა, ფერი, კონსისტენცია და სუნი. ჰკითხეთ, აქვს თუ არა ხანმე აგვილობითი დაზიანება, წყლული ან შესიება სამოს არეში. მტკივნეულია თუ არა? ვინაიდან ავადმყოფები სხვადასხვანაირად ეკუთვნიან ანატომიის ტერმინებში, საუბრისას გამოიყენეთ შემცველი ფრაზები, მაგალითად "სამოს ახლოს ხანმე ქავილი ხომ არ გაქვთ?. . . ფერებს შორის? . . . სადღაც შარდავთ?"

იხ. ცხრილი 12-1, სამოს დაავადებები, გვ. 450; ასევე ცხრილი 12-6, გამონადენი სამოდან, გვ. 454.

სქესობრივი აქტივობა. დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით, როგორცაა "როგორია თქვენთვის სექსი?" ან "სექსთან დაკავშირებით ხანმე პრობლემა ხომ არ გაქვთ?" "ბოლო წლებში ხანმე მნიშვნელოვანი ცვლილება ხომ არ მომხდარა? კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი შესაძლებლობებით? ხამდენად კმაყოფილია თქვენი პარტნიორი? გრძნობთ, რომ თქვენი პარტნიორი კმაყოფილია სექსუალური აქტივობის სიხშირით?"

თუ ავადმყოფს აქვს მოსაზრებები თავის სექსუალურ აქტივობაზე, სთხოვეთ, მოგიყვეთ ამის შესახებ. ჰირდაპირი შეკითხვები დაგეხმარებათ შეაფასოთ სქესობრივი აქტის თითოეული ფაზა: ლტოლვა, აგზნება და ორგაზმი. "სექსის მიმართ ინტერესი გაქვთ?" გამოჰკითხეთ აგზნების ფაზის შესახებ. ორგაზმის ფაზის გასარკვევად შეეკითხეთ, "ალწევთ თუ არა კულმინაციას? (ორგაზმს)", "თქვენთვის მნიშვნელოვანია ორგაზმის მიღწევა?" აგზნების გასარკვევად ჰკითხეთ: "სექსუალურად აიგზნებით თუ არა? ადვილად ალწევთ სისველეს თუ მშრალი რჩებით?"

სექსუალური დისფუნქცია იყოფა სქესობრივი აქტის ფაზების მიხედვით. ქალს შეიძლება ნაკლებად ჰქონდეს გამოხატული სურვილი, ნაკლებად იგზნებოდეს და უჭირდებოდეს ვაგინური სისველე ან, მიუხედავად ადეკვატური აგზნებისა, ვერ ალწევდეს ორგაზმს. მიზეზებია ესტროგენების ნაკლებობა, ხანმე დაავადება ან ფსიქიური მდგომარეობა.

ასევე შეეკითხეთ *დისპარეუნიის,* ანუ მტკივნეული სქესობრივი აქტის შესახებ. თუ აღნიშნავს, დაადგინეთ სიმპტომები. სქესობრივი აქტის ხომელ მომენტში გრძნობს ტკივილს, დასაწყისში, თუ კოიტუსის სიღრმეში. *ვაგინიზმი* არის სამოს გარშემო კუნთების უნებლიე სპაზმი, რაც სქესობრივ აქტს მტკივნეულს ან შეუძლებელს ხდის.

ზედაპირული ტკივილი აგვილობრივ ინფექციაზე, ატროფიულ ვაგინიტზე ან არასაკმარის სისველეზე მიუთითებს. ღრმა ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს მენჯის ღრუს პათოლოგიები ან ზენოლა ნორმალურ სანერვეებზე. *ვაგინიზმის* მიზეზები შეიძლება იყოს ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური.

სექსუალური პრობლემის ბუნების გასარკვევად ავადმყოფს შეეკითხეთ პრობლემის დანყების, სიმძიმის (მუდმივია თუ ეპიზოდური), მდებარეობის და იმ ფაქტორების შესახებ, ხომლებიც უმსუბუქებს ან უმძიმებს მდგომარეობას. ავადმყოფის აზრით, რა არის ამ პრობლემის მიზეზი, რას ელოდა ამ პრობლემის მოსაგვარებლად ან რისი იმედი აქვს. სექსუალური დისფუნქციის სიტუაცია მნიშვნელოვანი, მაგრამ ხშირად საკითხია, რაც მოიცავს ავადმყოფის ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობას, მედიკამენტების, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მიღებას; ავადმყოფის და მისი პარტნიორის სექსუალურ გამოცდილებას; პაციენტის დამოკიდებულებას, შესაძლებლობას და მიზნებს; პარტნიორებს შორის ურთიერთობას და კომუნიკაციას; სიტუაციას, სადაც სექსუალური აქტივობას აქვს ადგილი.

ყველაზე ხშირად სექსუალური პრობლემა დაკავშირებულია სიტუაციასთან ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან.

ყველა გამოკვლევისას ადგილობრივმა ნიშნებმა ან სიმპტომებმა შეიძლება გაზარდოს სქესობრივად გადამდები დაავადებების შესაძლებლობის ისაჯი. სიმპტომების დადგენის შემდეგ გაარკვიეთ სექსუალური მიდრეკილებები პარტნიორებთან დაკავშირებით (მამაკაცი, ქალი თუ ორივე). დაადგინეთ სქესობრივი კონტაქტები და ხამდენი პარტნიორი ჰყავდა ბოლო თვეში. შეეკითხეთ, აქვს თუ არა ხანმე შეხება არც ინფექციასთან, სუის თუ არა არც ინფექციაზე გამოკვლევა ან ხომ არ ჰყავს ან ჰყავდა ისაჯის მქონე პარტნიორი.

ასევე შეეკითხეთ ოჯაღური და ანაღური სექსის შესახებ და, თუ საჭიროა, სიმპტომებზე, ჰომღებიც შეიძღება იყოს პირის ღრუს, ყელის, სწორი ნაწღავის და ანუსის ახეებში. გაახკვიეთ ნახსენებში ახსებული ვენეხიული დაავაღებები. ჰქონია თუ არა ჰეპპესი? სხვა დაავაღება, ჰოგორიცაა გონორეა? სიფიღისი? მენჯის ღრუს ინფექცია? საუბარი გააგრძეღეთ უფრო ზოგაღი კითხვებით, ჰომღებიც განხიღუღია 48-49 გვეჰღებზე.

ჯანმთელობის ხელშენყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშენყობისა და განხილვის ძირითადი თემები

- საშოს Pap ნაცხი
- ოჯახის დაგეგმვა
- სქესობრივად გადამღები დაავაღებები და აივ ინფექცია
- მენოპაუზის ღროს განვითარებული ცვღიღებები

Pap- ნაცხი. Papanicolaou-ს (პაპანიკოლაუს ანუ Pap) ნაცხის ფარდო გამოყენებამ ღიღი ნვღიღი შეკანა საშვიღოსნოს ყელის კიბოს ავაღობისა და სიკვღიღობის შემცირებაში. აშშ დაავაღებათა პრევენციის სამუშაო ჯგუფის მონაცემებით "ციტოლოგიური გამოკვღევის მიზანია ცარცინომაციის ზონის ანუ იმ უბნის დაღგენა, სადაც ენღოცერვიკუღმა ციღინღრულმა ეპითეღიუმმა ფიზიოლოგიური ცარცინომაცია განიცადა კიტყე (ექტოცერვიკუღი) ეპითეღიუმში და სადაც, ჩვეუღებრივ, ვითარდება დისპღაზია და კიბო."[12] არსებობს საშვიღოსნოს ყელის კიბოს ორი ტიპი. შემთხვევათა 80-90% წარმოაგენს ბრტყეღუჯრედუღ კიბოს, 10-20% კი – ჯირკვღოვანი უჯრედების აღენოკარცინომას.

საშვიღოსნოს ყელის კიბოს რისკ-ფაქტორებია ვირუსული ინფექცია და ქსევა. ყველაზე მნიშვნეღოვანი რისკ-ფაქტორია ადამიანის პაპიღომავირუსული (human papillomavirus - HPV) ინფექცია, ჰომღის აღმოჩენა ხდება კიტყეღუჯრედული კიბოს 95-100%-ში. HPV ინფექციის უმეტესობა გარდამავაღია და 5 წღის განმავღობაში ახასიათებს სპონტანური უკუგანვითარება. ჰოდესაც პროცესი ხანგრძღივდება, "პროგრესირებს ნაკღებად მძიმედან მძიმე დარიანებამდე"[12] სხვა რისკ-ფაქტორებია ნაადრევი სქესობრივი აქტივობა, მრავაღი პარტნიორი ან ამნეზში სქესობრივად გადამღები დაავაღებების არსებობა, კვება, სიგარეტის მოწევა, იმუნური სტატუსი, გენეტიკური პოღიმორფიზმი, ჰომეღიც ზემოქმედებს HPV დნმ-ის შეღწევაზე საშვიღოსნოს ყელის უჯრედებში.

ამერიკის მეანთა და გინეკოღოგთა საზოგადოების (American College of Obstricians and Gynecologists - ACOG), ამერიკის კიბოს საზოგადოების (American Cancer Society) და აშშ დაავაღებათა პრევენციის სამუშაო ჯგუფის (U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF) მიერ მოწოდებულია რეკომენდაციები, ჰომღებიც ეხება სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში დაავაღების სიხშირის გამოვღენას.[2-5] ეს რეკომენდაციები ასახავს მიღწევებს დაბაღი ხარისხის დარიანების მაღაღი ხარისხის დარიანებაში პროგრესირების დადგენაში და Pap ნაცხის გამოკვღევის ტექნოღოგიაში. საშვიღოსნოს ყელის ინტრაეპითეღური სიმსივნე ყელის კიბოს წინარე მდგომარეობაა. იგი ნელა პროგრესირებს, Pap ნაცხის საშუაღებით მისი დადგენა და მკურნაღობა ადვიღია. უფრო მეტიც, ახაღ ტექნოღოგიებს, ჰოგორიცაა ციტოღოგია, კომპიუტერული გამოკვღევა და აღგორითმზე დამყარებული

შესწავლა, შეუძლია გააუმჯობესოს საშვილოსნოს ყელის ატიპიური უჯრედების აღმოჩენა, თუმცა ამშ დაავადებათა პრიფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფის 2003 წლის დასკვნით ამ ახალი ტექნოლოგიების და Pap ნაცხის სიზუსტის შედარებამ დიდი სხვაობა არ გამოავლინა.[2-6]

ქვემოთ შეჯამებულია ამერიკის მეანთა და გინეკოლოგთა საზოგადოების რეკომენდაციები[4]. ეს რეკომენდაციები მიახლოებულია ამერიკის ჯიბოს საზოგადოების და ამშ დაავადებათა პრიფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფის ჩრევებთან. მიუხედავად ამისა, სამივე რეკომენდაციის გაცნობა გამოსაყენებელი და ინფორმატიულია.

- **პირველადი შემოწმება:** შემოწმება ჩაატარეთ პირველი სქესობრივი კავშირიდან 3 წლის შემდეგ ან 21 წლის ასაკში
- **30 წლამდე ქალები:** უნდა გაისინჯოს ყოველწლიურად
- **30 წლის ზევით ქალები:**
  – თუ საშვილოსნოს ყელის სამი თანმიმდევრული ციტოლოგიური გამოკვლევით უარყოფითი შედეგია მიღებული ან ციტოლოგიის უარყოფით შედეგთან ერთად აღინიშნება მაღალი რისკის HPV უარყოფითი ტესტი, გასინჯვა ჩაატარეთ 2-3 წელიწადში ერთხელ.
  – თუ აღინიშნება დადებითი Pap ან დადებითი HPV ტესტი; არც ინფექცია, იმუნოდეპრესია, საშვილოსნოში დიეთილსტილბესტროლის (Diathylstilbestrol – DES) გამოყენება ან ამნეზში საშვილოსნოს ყელის ჯიბოს არსებობა, გასინჯვა უფრო ხშირად უნდა ჩაიმოებდეს.

- **ქალები ჰისტერექტომიის (საშვილოსნოს ამოკვეთის) ჩატარების შემდეგ:** თუ საშვილოსნოს ამოკვეთის მიზეზი კეთილთვისებიანი პროცესი იყო და ანამნეზში არ აღინიშნება ატიპიური ან სიმსივნური უჯრედების ზრდა, ჩვეულებრივი გამოკვლევები შეიძლება შეწყდეს. თუ ქალს ანამნეზში ატიპიური უჯრედული ზრდა აღენიშნება, გამოკვლევა ყოველწლიურად უნდა ჩაუტარდეს. ამ პაციენტებში, თუ სამი თანმიმდევრული ციტოლოგიური გამოკვლევით უარყოფითი შედეგია მიღებული, კვლევა უნდა შეწყდეს.

- **ასაკოვანი ქალები:** ACOG რეკომენდაციას უწევს გამოკვლევის გაგრძელებას ინდივიდუალურად ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისთვის და ავადმყოფის მონიტორინგისთვის. USPSTF დაადგინა, რომ 65 წლის ზემოთ გამოკვლევას ნაკლები ღირებულება აქვს, მაგრამ რეკომენდაციას უწევს გამოკვლევების ჩატარებას იმ ქალებში, ვისაც აქამდე არ ჩაუტარებიათ ან არ იციან აქამდე ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები. ამერიკის ჯიბოს საზოგადოების რეკომენდაციით 70 წლის ზევით ასაკის ქალების გამოკვლევა უნდა შეწყდეს, თუ ბოლო სამი თანმიმდევრული Pap გამოკვლევა უარყოფითია ან ბოლო 10 წლის განმავლობაში ჩატარებული Pap გამოკვლევა უარყოფითია. საზოგადოება აღგენს, რომ გამოკვლევა უნდა უტარებდეს ჯანმრთელ ქალებს, თუ მათ ანამნეზში აღენიშნებათ საშვილოსნოს ყელის ჯიბო, საშვილოსნოში DES გამოყენება, არც ინფექცია ან იმუნური სისტემის შესუსტება.

გარჩევით, თუ როგორ ხდება Pap ნაცხის გამოკვლევის შედეგების მოხსენება. თანამედროვე კლასიფიკაცია და მათთვის რეკომენდაციები (გაიდლაინები) დამყარებულია *ჯიბოს ეროვნული ინსტიტუტის ბეთესდას სისტემაზე (Bethesda System of the National Cancer Institute), რომელიც გადასინჯულია 2001 წელს*[7,8]. მოცემულია შემდეგი პრინციპული კატეგორიები:

- *ინტრაეპითელური დაზიანების ან ავთვისებიანი სიმსივნის უარყოფითი შედეგი:* არ აღინიშნება სიმსივნური უჯრედები, ასევე სხვა მიკრობები, როგორიცაა *Trichomonas (ტრიქომონა), Candida (კანდიდა) ან Actinomyces (აქტინომიცეტი).*

ასევე შეიძლება აღინიშნებოდეს ბაქტერიული ვაგინიტის დროს ჰეჰპეს სიმპლექსით გამოწვეული ფლორის შეცვლა ან უჯრედული ცხანსფორმაცია.

- *ეპითელური უჯრედების გადაგვარება*, რაც მოიცავს ჰიპერანცრული ან ჯანცრული დაზიანებას
  - *ბრტყელი უჯრედები*, რომლებიც შეიცავს ატიპიურ ბრტყელ უჯრედებს (atypical squamous cells - ASC), რომლების შეიძლება იყოს განუსაზღვრელი მნიშვნელობის (atypical squamous cells of undetermined significance - ASC-US); დაბალი ხარისხის ბრტყელი ინტრაეპითელური დაზიანება (low-grade squamous intraepithelial lesions - LSIL), რომელიც მოიცავს მცირე დისპლაზიას; მაღალი ხარისხის ბრტყელი ინტრაეპითელური დაზიანება (high-grade squamous intraepithelial lesions - HSIL), რომელიც მოიცავს სამეალო და მძიმე დისპლაზიას მოსაზღვრული ინვაზიით; და ინვაზიური *ბრტყელუჯრედული კარცინომას*.
  - *კიბოვანი უჯრედები*, მოიცავს ატიპიურ ენდოცერვიკულ უჯრედებს ან ატიპიურ ენდომეტრიულ უჯრედებს, სპეციფიკურს ან არა სპეციფიკურს (not otherwise specified - NOS); ატიპიურ ენდოცერვიკულ უჯრედებს ან *ატიპიურ კიბოვან უჯრედებს, უპირატესად ნეოპლასტიკურს; ენდოცერვიკულ ადენოკარცინომას* in situ; და *ადენოკარცინომას*.
  - *სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები*, როგორიცაა სარკომა ან ლიმფომა, იშვიათია.

ორსის დაბებმა. მნიშვნელოვანია ქალს, განსაკუთრებით მოზარდს, გააცნოთ ოვულაციის პერიოდები მენსტრუალური ციკლის დროს და როგორ დაგეგმოს ან თავი დაიცვას ორსულობისგან. გამოკითხვით მიღებული მონაცემებით აშშ-ში ორსულობის შემთხვევათა ნახევარზე მეტი დაუგეგმავია და ყოველწლიურად 1 მლნ თინეიჯერის 80%-ს აღენიშნება.[9] ექიმმა უნდა იცოდეს კონტრაცეპციის სხვადასხვა საშუალებები და მათი ეფექტურობა. ეს საშუალებებია ბუნებრივი (პერიოდული თავის შეკავება, დროული შენყვეტა, ლაქტაცია); ბარიერული საშუალებები (პრეზერვატივი, დიაფრაგმა, ყელის სახურავი); იმპლანტაციური საშუალებები (სამკერდსნოსმიდა მეთოდი, ჯანქვეშა იმპლანტი); ფარმაკოლოგიური ჩარევა (ესპრომიცინები, ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები, ლევონორგესტრელის ჯანქვეშა იმპლანტი, ესტროგენ/პროგესტერონის ესპრი, ვაგინური ბეღური) და ქირურგიული (მილების გადაკვანძვა). ავადმყოფმა უნდა აუხსნას პაციენტს ან წყვილს ამ საშუალებების შესახებ არსებული მოსაზრებები, პრინციპები და უპირატესობები. შერჩეული მეთოდის ხანგრძლივი გამოყენება უკეთესია, ვიდრე უფრო ეფექტურის წყვეტილი გამოყენება. ჯონფიდენციური გარემოს შექმნა აადვილებს თინეიჯერებთან საუბარს და პირადული ან ძნელად ასახსნელი საკითხების განხილვას.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და აივ-ინფექცია. მამაკაცებთან საუბრის მსგავსად, ექიმმა უნდა გამოარკვიოს სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აივ ინფექციის რისკ-ფაქტორები სექსუალური ანამნეზის დაწვრილებით გამოკითხვით. ასევე უნდა ესაუბროთ ამ დაავადებების გავრცელების და რისკის შემცირების შესახებ (იხ. თავი 2, გამოკითხვა და ანამნეზი, გვ. 48-49). სქესობრივად გადამდები დაავადებით დაავადებულ ქალს უსიმპტომო ინფექციის და უნაყოფობის მაღალი რისკი აქვს. ისწავლეთ ქალის შეფასება გენიტალური და მენჯის ღრუს ინფექციების თვალსაზრისით დეტალური გასინჯვის საშუალებით, ნაცხის აღებით და აივ ინფექციის სეროლოგიური ჟღერების სათანადო ჩატარების გამოყენებით. (იხ. თავი 11, მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თირკმელები, გვ. 415-416).

მენოპაუზის დროს განვითარებული ცვლილებები. ჯერჯერობით შეისწავლეთ მენოპაუზის დროს განვითარებული ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები — ბუნებანნყობის, თვითშეფასების ცვლილება, ვაზომოტორული დარღვევები ("ალები"), ძვლების დაზიანება, სისხლში საერთო და

LDL-ქოლესტერინის დონის მომატება, ვენოვაგინური ატროფია, რაც საფუძვლად უდევს საშოს სიმშრალეს, დისპარეუნიას (სქესობრივი კავშირის დროს ტკივილის განვითარება). ექიმმა უნდა იცოდეს ესტროგენის და პროგესტერონის ჩანაცვლებითი თერაპია და დაეხმაროს ავადმყოფს, შეაფასოს ჰორმონებით მკურნალობის ეფექტი და რისკი, შეისწავლოს პირადი და ოჯახური ანამნეზი ოსტეოპოროზის (ჰორმონებით მკურნალობა ოსტეოპოროზის განვითარების რისკს ამცირებს), ძუძუს და ენდომეტრიული კიბოს შესახებ (ჰორმონებით მკურნალობა რისკს ზრდის). ამ საკითხების გარჩევა შეიძლება რამოდენიმე ვიზიტის განმავლობაში გაგრძელდეს (ასევე იხ. თავი 20, ასაკოვანი მოზრდილები, გვ. 839-873)[10,11]

ბამოკვლევის მეთოდები

კვლევის მნიშვნელოვანი რაკურსები

ბარიერული ბამოკვლევა

- ბოქვენის მაღლობი
- დიდი და მცირე ბაგეები
- შარდსადენის ხვრელი, კლიტორი
- საშოს შესავალი
- შოროსი

შინაგანი ბამოკვლევა

- საშო, საშოს კედლები
- საშვილოსნოს ყელი
- საშვილოსნო, საკვერცხეები
- მენჯის კუნთები
- რექტოვაგინური კედელი

ბევრი სტუდენტი თავს უხერხულად გრძნობს პაციენტის სასქესო ორგანოების გამოკვლევის დროს. ამავე დროს, ავადმყოფს საკუთარი მოსაზრებებიც გააჩნია. ზოგიერთ ქალს წინა გამოკვლევის შემდეგ აქვს კვივილის, უხერხულობის ან ზოგჯერ დამცირების შეგრძნება. ზოგისთვის ეს პირველი გამოკვლევაა. ზოგჯერ ავადმყოფს ეშინია იმისა, თუ რას ნახავს ექიმი გასინჯვის შემდეგ და გავლენას მოახდენს ეს მის ცხოვრებაზე.

ქალების ორაქცია და ქცევა მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა მის შეგრძნებებზე და დამოკიდებულებაზე სექსის მიმართ. თუ გასინჯვისას ქალი ატყუპებს ფეხებს ან უარყოფითად არის განწყობილი გასინჯვის მიმართ, მოითხოვთ უნდა შეეწინააღმდეგოთ, ისევე, როგორც ანამნეზის შეკრების დროს. "მე ვხედავ, რომ თქვენ გიჭირთ მოღუნება. რამე ხომ არ განუხებთ გასინჯვის დროს?... რამე განუხებთ?" ავადმყოფის ქცევები, რაც წინააღმდეგობას ქმნის გასინჯვისას, ავადმყოფის მოსაზრებების გაგების გასაღებს წარმოადგენს. ავადმყოფის არასწორი ორაქცია შეიძლება იყოს წინა უსიამოვნო გასინჯვის შედეგი, რის გამოც ეს ფაქტები უნდა გამოვლინდეს.

ავადმყოფს, რომელსაც აღრე არ ჩაუტარებია მენჯის ღრუს გამოკვლევა, ხშირად არ იცის რას უნდა ელოდოს. ეცადეთ აუხსნათ ავადმყოფს მისი სხეული და გამოკვლევის საფეხურები, რაც უფრო კომფორტულს გახდის გასინჯვას. განსაკმელის გახდამდე, აუხსენით ძირითადი ანატომიური სტრუქტურები სამგანზომილებიანი მოდელის დახმარებით. აჩვენე სარკე და გამოკვლევის სხვა საშუალებები, რათა ავადმყოფმა უკეთ გაიგოს თქვენი ახსნა-განმარტება და პროცედურები. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, გასინჯვისას ავადმყოფს ტკივილი არ მიაყენოთ.

ჩრჩვები მენჯის ნაიმპატებული გამოკვლევისთვის

პაციენტი	გამომკვლევი
• თავის შეკავება უროინთობისგან, შხაპის ან ვაგინური სანთლების გამოყენებისგან გამოკვლევამდე 24-დან 48-მდე. • შარდის ბუშტის დაცლა გამოკვლევამდე • მნოლიარე მდებარეობა, თავი და მხრები ზევით აღმართული, ხელები გულმკერდის გასწვრივ ან გარდაგარდმო, მუცლის ჯუნთები მოდუნებული	• განუმარტეთ გამოკვლევის ნინსვლის თითოეული ნაბიჯი • დაიფარეთ პაციენტს მუცლის შუა ნაწილიდან მუხლამდე; უზრუნველყავით მხედველობითი კონტაქტი პაციენტთან • თავიდან აიცილეთ გაუთვალისწინებელი ან უცნარი მოძრაობები • გაათბეთ სარკე ონკანის წყლით • მოთავსდით კომფორტულად, რათა დაინახოდ პაციენტის სახე • გამოიყენეთ საუკეთესო, მაგრამ მსუბუქი ხელსანყო, განსაკუთრებით ხოდესაც დგამთ სარკეს (ნახეთ ნინასწარ)

მენჯის ღრუს გამოკვლევა პუბერტატულ პერიოდში მოიცავს მენსტრუალურ დარღვევებს, ხოგორიცაა ამენორეა, გაძლიერებული სისხლდენა ან დისმენორეა, გაურკვეველი მუცლის ტკივილი; ვაგინური გამონადენი; კონტრაცეპტივების დანიშვნა; სექსუალურად აქტიურ გოგონებში ბაქტერიოლოგიური და ციტოლოგიური გამოკვლევის ჩატარება; და პაციენტის სურვილი, ჩაიტაროს გამოკვლევა (იხ. თავი 18, ბავშვების გამოკვლევა: დაბადებიდან სქესობრივი სიმწიფის ჩათვლით, გვ. 766- 769).

მიუხედავად ასაკისა, *გაუპატიურება* საჭიროებს სპეციალურ ექსპერტიზას, მოითხოვს გინეკოლოგიურ კონსულტაციას და დოკუმენტირებას. უმეტესად ეს არის გაუპატიურების სპეციალური ნიშნები, რომლის დადგენაც შესაძლებელია მრავალ სასწრაფო სამედიცინო დანესებულებაში და გამოიყენება დანაშაულის სამხილების გარანტირებული დაცვისთვის. საბუთს ყურადღებით უნდა გაეცნოდეს იურიდიული სახელით, თარიღის მითითებით. დამატებითი ინფორმაცია, შესაძლოა, საჭირო გახდეს შემდგომი გამოძიებისთვის.

ყოველთვის დარწმუნდით, რომ გაცვიათ ხელთათმანი, როგორც გამოკვლევის, ასევე იარაღებისა და მასალის ხელით შეხებისას. ნინასწარ განსაზღვრეთ, ხელთ გაქვთ თუ არა თქვენთვის საჭირო აპარატურა და გარემო.

ავადმყოფის სრულფასოვანი გამოკვლევისათვის მნიშვნელოვანია, მოეხმაროთ მას მოდუნებაში. ავადმყოფთან საერთო ენის გამონახვა, დაგეხმარებათ უზრუნველყოთ მისი კომფორტი.

გახსოვდეთ, რომ მამაკაც ექსპერტს უნდა ახდდეს ასისტენტი ქალი. ექსპერტ ქალს ასევე უნდა ჰყავდეს ასისტენტი, თუ ეს პაციენტის ფიზიკური ან ემოციური მდგომარეობა დარღვეულია.

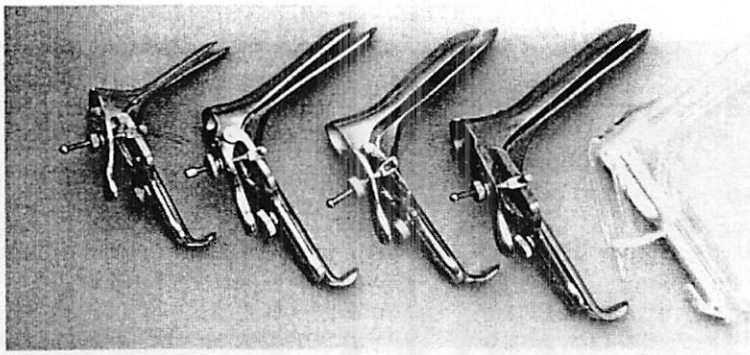
იარაღების შერჩევა. თქვენ გესაჭიროებათ ჯარგი, ულვი განათება, შესაფერისი ზომის ვაგინური სარკე, იარაღები პაპანიკოლაუს ნაცხის, ბაქტერიოლოგიური კულტურის ან სხვა დიაგნოსტიკური ტესტებისთვის. შეამოწმეთ მასალა და ჰისტოლოგიის ჩატარების თქვენი საკუთარი შესაძლებლობები, სანამ აიღებთ კულტურას ან სხვა სინჯებს.

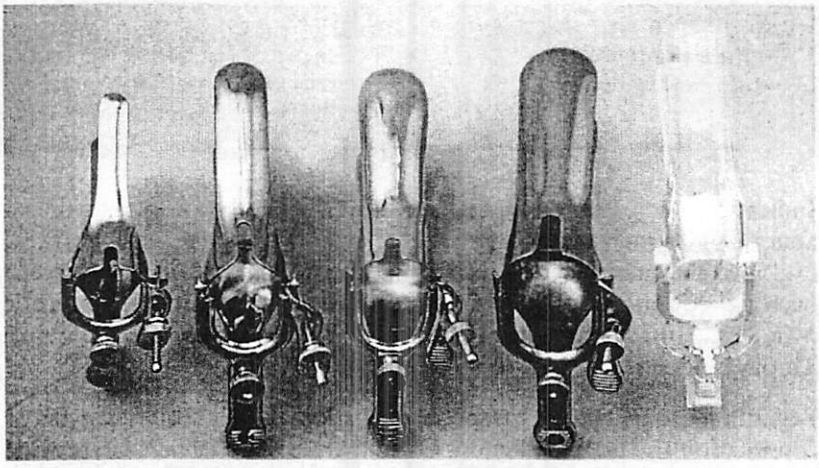
სარკე არის დამზადებული მეტალისგან ან პლასტიკისგან და არის ორი ძირითადი ფორმის - Pedersen-ის (პედერსენი) და Graves-ის და (გრეივსი) დასახელებით. ორთავე გვხვდება პატარა, საშუალო და დიდი ზომების. საშუალო ზომის პედერსენის სარკე უფრო კომფორტულია სექსუალურად აქტიური ქალებისათვის. ვინრო-პირიანი პედერსონის სარკე უკეთესია იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც აქვთ შედარებით პატარა ხვრელი, როგორიცაა ქალიშვილებში

და ხანდახმულ ქალბატონებში. გჰეივსის სპრ ჰომელთაც აქვთ ვაგინური ჰოლაფსი.

სარჯის გამოყენებამდე ჯარგად გაეცანით, თუ როგორ იღება და იკეტება ფრთები, დააფიქსირეთ ისინი ღია პოზიციაში და ჯერავ გაათავისუფლეთ. მიუხედავად იმისა, რომ ამ თავში განხილულია მეტალის სარჯე, თქვენ ადვილად მიეჩვევით პლასტიკურზე, როდესაც ხელში დაიჭერთ სარჯეს ხმარების წინ.

პლასტიკური სარჯე, ჩვეულებრივ, ხმარობით იკეტება დაფიქსირების ან მოშვების დროს. პაციენტის წინასწარ გაფრთხილებით თავს აარიდებთ არასასურველ მოულოდნელობას.





სარჯეები, მარცხნიდან მარჯვნივ: Pedersen-ის (პედერსენის) ლითონის მცირე, პედერსენის ლითონის საშუალო, Graves-ის (გრეივსის) ლითონის საშუალო, გრეივის ლითონის ფართე, და პედერსენის პლასტიკური ფართე.

პაციენტის მდებარეობა. დააფარეთ პაციენტს სათანადოდ და დააკავებინეთ ლიტოტომიური პოზიცია. დაეხმარეთ მას, დადოს ჯერ ერთი ტერფი სკამის უზანგზე, შემდეგ კი მეორე. შესაძლოა ფეხსაცმლით უფრო კომფორტულად გრძნობს თავს, ვიდრე შიშველი ფეხით. სთხოვეთ, ჩამოცუცქდეს ქვემოთ გამოსაკვლევი მაგიდისკენ, სანამ მისი დუნდულები უმნიშვნელოდ არ იქნება დაშორებული მისი ბიდიდან. თეძოები უნდა მოიხარხაროს, განიზიდოს და შიგნით მოტრიალდეს მენჯ-ბარძაყის სახსარში. ბალიში უნდა იჭერდეს მის თავს.

ბარძაყინი დათვალიერება

მეპფასეთ მოზარდი პაციენტის სქესობრივი სიმწიფე. მუცლისა და მენჯის დათვალიერების დროს უნდა დაკვირდეთ თმას ბოქვენზე. გახსოვდეთ, რომ სიხშირე, გავრცელება და სწორი ზრდა ერთად არის აღწერილი გვ. 783 Tanner-ის სტადიების მიხედვით.

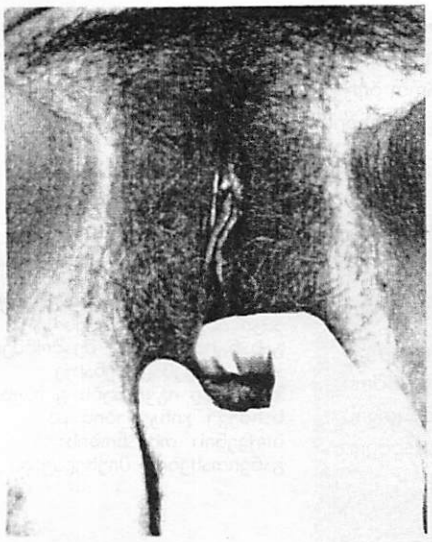
დაგვიანებული სიმწიფე ხშირად მემკვიდრეულია ან დაკავშირებულია ქრონიკულ დაავადებასთან. ის, შესაძლებელია, გამოწვეული იყოს ჰიპოთალამუსში, ნინა ჰიპოფიზში ან სასქესხვეებში არსებული დარღვევებით.

გარეგანი სასქესო ორგანოების დათვალიერება. დაკვირდით კომფორტულად და გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ აპირებთ შეეხოთ მას სასქესო ორგანოების მიდამოში. დათვალიერეთ ბოქვენი, ბაგე და შარდსადინარი. განიერეთ ბაგეები და დათვალიერეთ:

- მცირე ბაგე
- კლიტორი

ჯანის დაზიანება, ქავილი, ტკივილი, ნითელი მაკულოპაპულა, გვაფიქრებინებს ბოქვენის *პედიკულოზზე* (ტილი ან "ტკიპები"). ბოქვენის თმის ძირებში დათვალიერეთ ტილები ან მათი კვერცხები.

კლიტორის გაფართოება მასკულინიზებელ მდგომარეობაში.



BARTHOLIN-ის (ბართოლინი) ჯირკვლების პალპაცია

- შარდსადენის ხვრელი
- საშოს შესავალი ანუ ინტროიტუსი

დაათვალიერეთ ანთების, წყლულის, გამონაყენის, შესიების ან კვანძის არსებობა. თუ ხაიმე დაზიანებას ნახავთ, ჩაატარეთ პალპაცია.

თუ ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნება ბაგეების შესიება, შეამოწმეთ Bartholin-ის (ბართოლინის) ჯირკვლები. საჩვენებელი თითი შეყავით საშოში შესავალის უკანა კედელთან. ცერა თითი დადეთ გარედან დიდი ბაგის უკანა ნაწილთან. ორივე მხარეს თითებს შორის პალპაციით ნახეთ, არის თუ არა შესიება ან ტკივილი.

შარდსადენის ნაწლავური, შარდსადენის ღრუნოვანის პოლიპი (გვ. 451).

Herpes simplex (მარტივი ჰერპესი), Behcet-ის (ბეჰჩეტის) დაავადება, ათაშანგარი შანკრი, ეპითელიომიდული კისტა. იხ. ცხრილი 12-1, ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანებები. გვ. 450.

შესიების მიზეზი შეიძლება იყოს Bartholin-ის ჯირკვლების მწვავე ან ქრონიკული ანთება. იხ. ცხრილი 12-2, საშოს, საშვილოსნოს და შარდსადენის გამობერილობა და შესიება. გვ. 451.

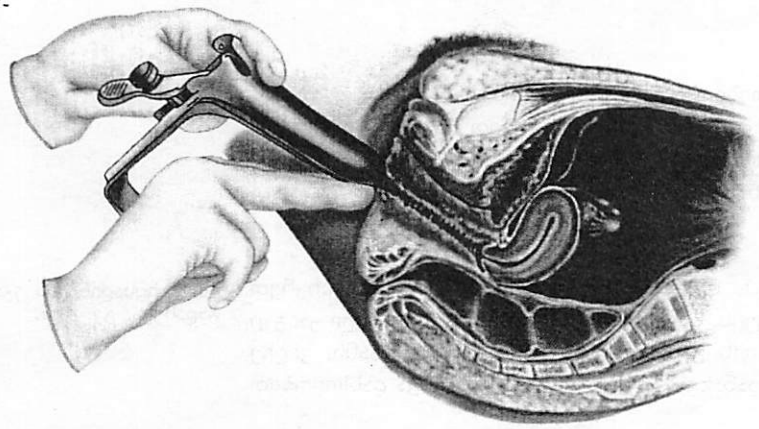
ყურადღება მიაქციეთ, ჯირკვლების საღინარებიდან ხომ არ არის გამონაყენი. თუ არის, აიღეთ ნაცხი.

შინაგანი დათვალიერება

გამობერილობის მიზეზი შეიძლება იყოს *ცისტოცელე* ან *ჰექტოცელე*. იხ. ცხრილი 12-2, გარეთა სასქესო ორგანოების, საშვილოსნოს და შარდსადენის გამობერილობა და შესიება. გვ. 451.

საშოს კედლების გამოკვლევა. საჩვენებელი და შუა თითებით გადანიეთ ბაგეები და ავადმყოფს სთხოვეთ, გაიჭინთოს. დააკვირდით კედლებზე არსებულ გამობერილობის არსებობას.

საშის ჩადგმა. შეარჩიეთ შესაბამისი ზომის და ფორმის საშე და დაასველეთ თბილი, და არა ცხელი წყლით. (სხვა ნივთიერებებმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს ციტოლოგიაზე და ბაქტერიულ და ვირუსულ კულტურაზე). შეგიძლიათ საშოს შესავალი გააფართოვოთ წყალში დასველებული თითით საშოს ქვედა კიდის ჩამოწევით. დაადგინეთ ყელის მდებარეობა, ხათა უფრო ზ



საშოს შესავლის გაფართოვება გაგიადვილებთ სარჯის ჩადგმას და პაციენტისთვის ჯომფორტული სიტუაციის შექმნას. მეორე ხელით (ჩვეულებრივ, მარცხენა) დახუჭული სარჯე ჩადგით ღრუში ქვედა მიმართულებით. ფრთხილად იყავით, რათა სარჯით არ მოქარწყოთ ბოქვენის თმა ან მიაჭყლიტოთ ბაგეები. ამის თავიდან აცილებაში დაგეხმარებათ თითებით ბაგეების გადანევა.

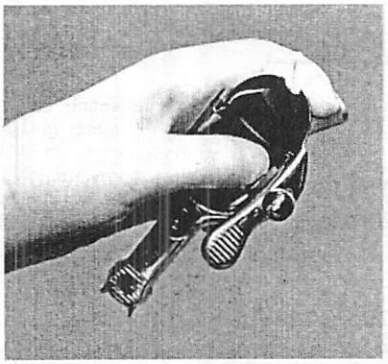
მცირე ზომის შესავალი

უმეტესობა ქალწულების საშოს ხვრელი ეთით თითით ისინჯება. ისე უნდა შეცვალოთ გასინჯვის მეთოდიკა, რომ გამოიყენოთ მხოლოდ საჩვენებელი თითი. გამოკვლევა შესაძლებელია Pedersen-is (პედერსენის) მცირე ზომის სარჯით. ხოლესაც საშოს შესავალი ძალიან პატარაა, შეგიძლიათ ბიმანუალური გამოკვლევა ჩაატაროთ. ამისთვის ეთით თითი მოათავსეთ სწორ ნაწლავში, მაგრამ წინასწარ გაასფრთხილეთ ავადმყოფი.

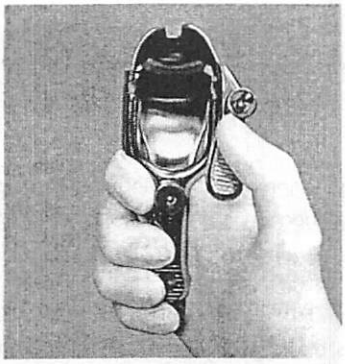
გასინჯვის ასეთივე მეთოდი შეიძლება გამოიყენოთ ასაკოვან ქალებში, ხოლესაც საშოს შესავლის შემცირების მიზეზი ატროფია და გამკვრივებაა.

იშვიათად, *ძალიან* არ ინვევს მენარქეს გახანგრძლივებას. შეამოწმეთ არ, ხოლესაც მენარქე ზედმეტად იგვიანებს გოგონას სარძევე ჯირკვლების და ბოქვენის თმიანობის განვითარების მიუხედავად.

იმისთვის, რომ მგრძნობიარე საშოს არ დაანვეთ, მოგეხმარებათ ორი მეთოდი. (1) ჩადგმის დროს სარჯე დახარეთ ისე, როგორც სჭირდება ნარჩენები და შემდეგ (2) გაასხიარეთ სარჯე შიგნით საშოს უკანა კედლის გასწვრივ და დაანევრეთ ქვემოთ ისე, რომ საშოს შესავალი მოდუნებული იყოს.



შესავლის კუთხე



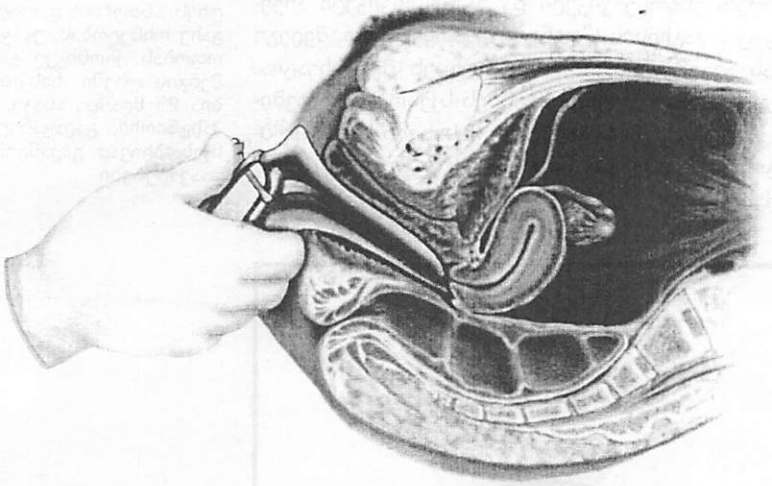
კუთხე სხვილი ბანთავსებისთვის

როდესაც სარჯე საშოშია, ამოიღეთ თითები შესავლიდან. შეგიძლიათ სარჯე მარჯვენა ხელში გადაიტანოთ, რათა უფრო ჯარგად ამოძრავოთ და მოგვიანებით შეაგრძოთ მასალა. სარჯე შეაბრუნეთ ჰორიზონტალურად ისე, რომ შეინარჩუნოთ ქვემოთ დანოლა და ბოლომდე ჩადგით. ყურადღებით იყავით, რომ ნინასწარ არ გახსნათ სარჯის პირი.

საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევა. ფრთხილად გახსენით სარჯე. შეაბრუნეთ მანამდე, სანამ მთლიანად არ დაინახავთ ყელს. სინათლე ისე მიმართეთ, რომ ყელი ჯარგად დაინახოთ. ხოლესაც მარცხენი უკან არის გადახრილი, ყელი უფრო ნინ ჩანს, ვიდრე სჭირდება ნარჩენები. თუ გიჭირთ ყელის დანახვა, ამოიღეთ სარჯე და სხვა დახრილობით

იხ. მარცხენინარის უკან გადანევა. გვ. 455.

ჩაღგით. თუ დანახვას გამონადენის არსებობა ართულებს, ბამბით ფრთხილად ამონმინდეთ.

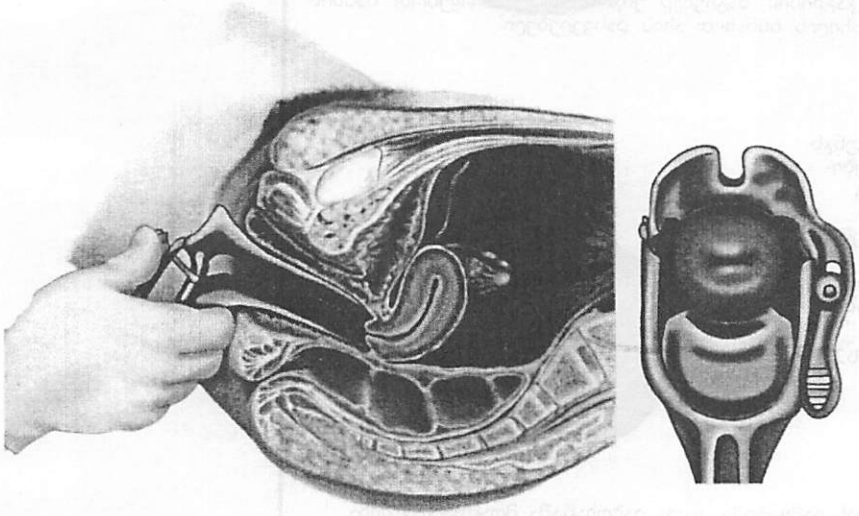


იხ. ცხრილი 12-3, საშვილოსნოს ყელის ზედაპირის დაავადებები (გვ. 452), ცხრილი 12-4, საშვილოსნოს ყელის ხვრელი (გვ. 453) და ცხრილი 12-5, საშვილოსნოს ყელის დაავადებები (გვ. 453.

დააკვირდით საშვილოსნოს ყელის ფერს, მის მდებარეობას, ზედაპირს, ნყლულის, კანძის, შესიების, სისხლდენის ან გამონადენის არსებობას. დათვალიერეთ ყელის ხვრელში გამონადენის არსებობა.

ყელში ყვითელი ფერის გამონადენი მიუთითებს ღრმა-ჩრმა ცვრიტზე, რომლის ხშირი მიზეზია *Chlamydia tracomatis (ქლამიდია ტრაქომატისი), Neisseria (ნეისერია)* ან *herpes simplex-ი (მარტივი ჰერპესი)* (გვ. 454). ამობურცული, ფაშარი ან ნიღვანი მეჭეჭისმსგავსი ზრდა *ენთოთელიომაზე* ან *ყელის კიბოზე* მიუთითებს.

ცერა თითის დაჭერით სარეკლამო გაღებული მდგომარეობაში გააჩერეთ.



საშვილოსნოს ყელის ***ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის*** *მასალის აღება (Papanicolaou-ს ნაცხი).* მასალა აიღეთ ენდოცერვიკული და ექზოცერვიკული ეპითელიუმიდან ან აიღეთ ჯომბინირებული მასალა ყელის ჯაგისების ("ფუნჯი") გამოყენებით. შედეგი ჰომ უკეთესი იყოს ან აღიზის აღებისას ავადმყოფს ის უნდა ჰქონდეს მენსტრუაცია. გამოკვლევამდე 48 სთ-ის განმავლობაში ავადმყოფს ის უნდა ჰქონდეს სქესობრივი კავშირი, ის უნდა ჩაიტაროს საშოს შესხურება, ის გამოიყენოს ტამპონი, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები და მაღამოები ან ვაგინური სანთლები. Pap ნაცხის გამოყენებასთან ერთად, 25 წლის ან უფრო ახალგაზრდა სქესობრივად აქტიურ ქალებში,

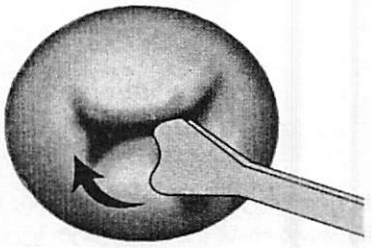
ქლამიდიული ინფექცია იწვევს შეთითიტს, ცერვიციტს, მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებას, გარე ორსულობას, უნაყოფობას, ქრონიკულ ტკივილს მენჯის ღრუში. ჰისტ-ფაქტორებია 25 წლამდე ასაკი, მრავალი პარტნიორი, გადატანილი სქესობრივად გადამდები დაავადებები.

Pap ნაცხის აღება:

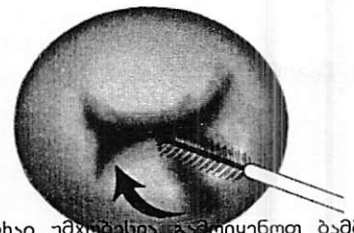
მასალის შეგროვების ნესები

ყელის ანაფხეკი და ენდოცერვიკული ჯაგისი

ყელის ანაფხეკი. ასაფხეკის გრძელი ბოლო შეიყვანეთ ყელის არეში და ნრიული მოძრაობით აიღეთ ანაფხეკი ისე, რომ მოიცვათ *ტრანსფორმაციის ზონა* და *ბრტყელუჯრედული და ცილინდრულუჯრედული შეერთების ადგილი.* ანაფხეკი ნაუსვით სასაგნე მინას. დადეთ მინა ისეთ დაცულ ადგილას, სადაც ადვილად მინვდებით. დაიმახსოვრეთ, რომ ყელის ანაფხეკის მიღებისას შეიძლება ხელი შეგიშალოთ სისხლმა, რომელიც ჩნდება ენდოცერვიკული ჯაგისისის გამოყენებისას.



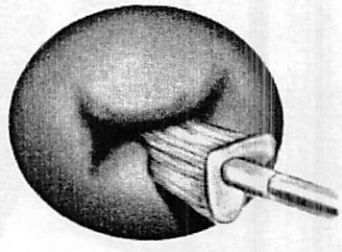
ენდოცერვიკული ჯაგისი. აიღეთ ენდოცერვიკული ჯაგისი და მოათავსეთ ყელის ღრუში. ცერა და საჩვენებელი თითებით დაატრიალეთ სათის ისრის მიმართულებით და სანინააღმდეგოდ. გამოიღეთ ჯაგისი და აიღეთ სასაგნე მინა. ნაუსვით ჯაგისი ფრთხილად, რათა უჯრედები არ დაზიანდეს. მინა მაშინათვე მოათავსეთ ეთერ-სპირტის ხსნარში ან მიასხურეთ სპეციალური ფიქსატორი.



დაიმახსოვრეთ, რომ ორსულებში ჯაგისის მაგივრად უმჯობესია გამოიყენოთ ბამბის ნვეროანი აპლიკატორი, რომელიც მარილის ხსნარით არის დასველებული.

საშვილოსნოს ყელის ფუნჯი

ამჟამად ბევრი ექიმი პლასტიკის ფუნჯს იყენებს ეთიჯრაულად მასალის აღებისთვის, რომელიც შეიცავს ორგორც ბრტყელ, ისე ცილინდრულ ეპითელის უჯრედებს. საშვილოსნოს ყელში ფუნჯი დაატრიალეთ სათის ისრის მიმართულებით, შემდეგ ფუნჯი ნაუსვით სასაგნე მინას. მინა მაშინვე მოათავსეთ სითხეში ან შეასხურეთ ფიქსატორი, ორგორც ზემოთაა მოცემული.



ასევე, მასალა მოათავსეთ პირდაპირ დამცველში, რათა ლაბორანტმა მოამზადოს მინა ციტოლოგიისთვის. (იხ. გვ. 454)

ინფექციის მაღალი ხისტის მქონე უსიმპტომო ქალებში, ჩვეულებრივ, უნდა გამოიკვლიოთ ყელტუჩა *Chlamydia trachomatis*-ზე *(ქლამიდია ტრაქომატისზე)*.[12]

საშოს გამოკვლევა. ნელა ამოიღეთ სარკე საშოს დათვალიერებით. ხოლესაც სარკით გარკვევით ხედავთ ყელს, აუშვით ცერა თითი ისე, რომ სარკე გაღებული დარჩეს. დახურეთ სარკე, როგორც კი გამორჩნდება შესავალი, ისე, რომ არ მოყვეს ღრინოვანი გარსი. ამოღების დროს დაათვალიერეთ საშოს ღრინოვანი, დაათვალიერეთ მისი ფერი, არის თუ არა ანთება, გამონადენი, ნაღველი ან შესიება.

ბიმანუალური გამოკვლევა. დარსვით ხელთათმანიანი ხელის საჩვენებელი და შუა თითები და *ფერხზე დგომის პოზიციიდან* თითები შეყავით საშოში და დაანექით უკან. ცერა თითი გადანიეთ, მეოთხე და მეხუთე თითები მოხარეთ ხელის გულისკენ. მოხრილი თითებით შორისის არეში ზენოლამ შეიძლება მცირეოდენი დისკომფორტი გამოინვიოს, რის გამოც თითების მდებარეობა შეგიძლიათ შეცვალოთ. დააკვირდით საშოში ჩაიმე კვანძის ან ჯედის ან შარდის ბუშტის უბნის მტკივნეულობის არსებობას.

ყელის პალპაციით დაადგინეთ მისი მდებარეობა, ფორმა, კონსისტენცია, სისწორე, მობილურობა და მტკივნეულობა. ნორმალურად, ყელი უნდა მოძრაობდეს ტკივილის გარეშე. შეიგრძნობთ თაღები ყელის გარშემო.

საშვილოსნოს პალპაცია. მეორე ხელი დადეთ მუცელზე ქვესა და სიმფიზს შორის. იმ დროს, როდესაც ზემოთ სწევთ საშვილოსნოს ყელს და საშვილოსნოს, დააწექით მუცელს, ეცადეთ ხელებს შორის მოაქციოთ საშვილოსნო. დაადგინეთ მისი ზომა, ფორმა, კონსისტენცია და მობილურობა, ასევე მტკივნეულობა და სიმაგარე.

იხ. ცხრილი 12-6, საშოს გამონადენი, გვ. 454.

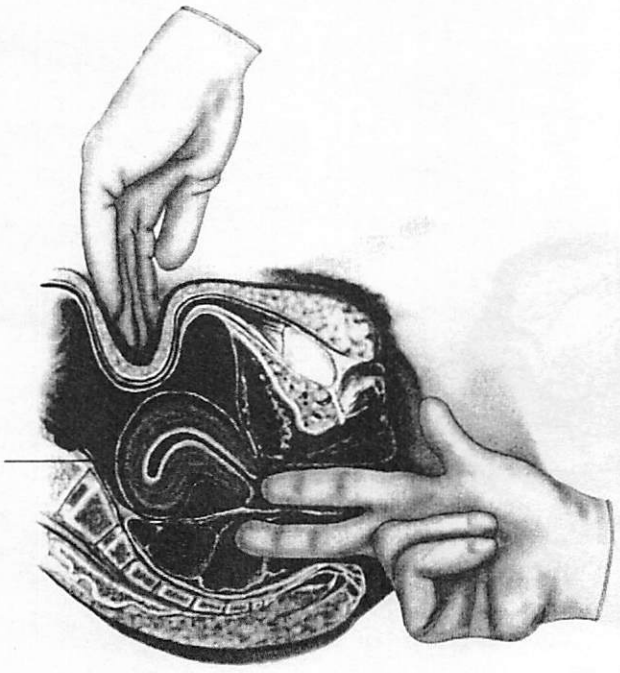
საშოს კიბო

სწორ ნაწლავში განავლის არსებობამ შეიძლება ჰექტოვაგინური სიმაგრის სიმეჭიცე მოახდინოს, მაგრამ, სიმსივნისგან განსხვავებით, იგი თითის დანოლით ჩაიზნიქება. ჰექტოვაგინური გამოკვლევა დაადგენს განსხვავებას.

ყელის მოძრაობისას ტკივილი საკვერცხის მგრძნობელობასთან ერთად *მენჯის ანთებით დაავადებაზე* მიუთითებს.

იხ. ცხრილი 12-7, საშვილოსნოს მდებარეობა (გვ. 455) და ცხრილი 12-8, საშვილოსნოს ცვლილებები (გვ. 456).

საშვილოსნოს გადიდება მიუთითებს ორსულობაზე ან ჯვთილთვისებიან ან ავთვისებიან სიმსივნეზე.



ამის შემდეგ გაასხიაღეთ თითები წინა თაღისკენ და ხელებს შოხის პაღპასიით შეიგრძენით სამშვიდოსნოს ტანი. ამ მდგომარეობაში მენჯში არსებული თითებით შეგიძლიათ შეიგრძნოთ სამშვიდოსნოს წინა ზედაპირი, ხოლო მუცელზე დადებული ხელით კი სამშვიდოსნოს უკანა ზედაპირი.

თუ ამ განსინჯვით ვერ სინჯავთ სამშვიდოსნოს, იგი შეიძლება უკან იყოს გადანეული. თითები გაასხიაღეთ უკანა თაღისკენ და შეიგრძენით სამშვიდოსნო თითებთან. მსუქნებში და მუცლის კუნთების მოდუნების დროს ასევე შეიძლება ვერ განსინჯოთ სამშვიდოსნო წინ გადმოწევის გამო.

საკვერცხეების პალპაცია. ხელი დაადეთ მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრანტს, ხოლო მეორე ხელის თითები მოათავსეთ მარჯვენა ღატეხაღუს თაღში. დაანექით მუცელს და ეცადეთ დანიოთ დანამატი მენჯში მოთავსებული თითებისკენ. ეცადეთ გამოყოთ მარჯვენა საკვერცხე ან მასთან დაკავშირებული ქსოვილები. ხელის ნელი მოძრაობით, თუ შესაძლებელია, თითებს შოხის ასხიაღეთ დანამატი და დაადგინეთ მისი ზომა, ფორმა, კონსისტენცია, მობილურობა და მტკივნეულობა. იგივე პროცედურა გაიმეორეთ მარცხენა მხარეს.

ნორმაღური საკვერცხეები იდნავ მგრძნობიარეა. მათი განსინჯვა, ჩვეულებრივ, შესაძლებელია გამხდარ, მოდუნებულ ქალებში, მაგრამ ძნელია ან შეუძლებელია მსუქნებში და ცუდად მოდუნებულ ქალებში.

სამშვიდოსნოს ზედაპირზე კვანძების არსებობა *მიომაზე* მიუთითებს.

იხ. *სამშვიდოსნოს ჰეტეროვერსია* და *ჰეტეროფლექსია*, გვ. 455.

მენოპაუზიდან 3 ან 5 წლის შემდეგ საკვერცხეები განიცდის ატროფიას და მათი პალპაცია ვერ ხერხდება. თუ პოსტმენოპაუზის პერიოდში სინჯავთ საკვერცხეს, საფიქრებელია საკვერცხის კისტის ან სიმსივნის არსებობა.

დანამატის გადიდება მოიცავს საკვერცხის კისტას, სიმსივნეს და აბსცესს, ასევე შემუშებულ ფალოპის მილს(ებს) მენჯის ანთებითი დაავადების დროს და მილში გარე ორსულობას. სამშვიდოსნოს მიომა შეიძლება ჰგავდეს დანამატის გადიდებას. იხ. ცხრილი 12-9, დანამატის გადიდება (გვ. 457).

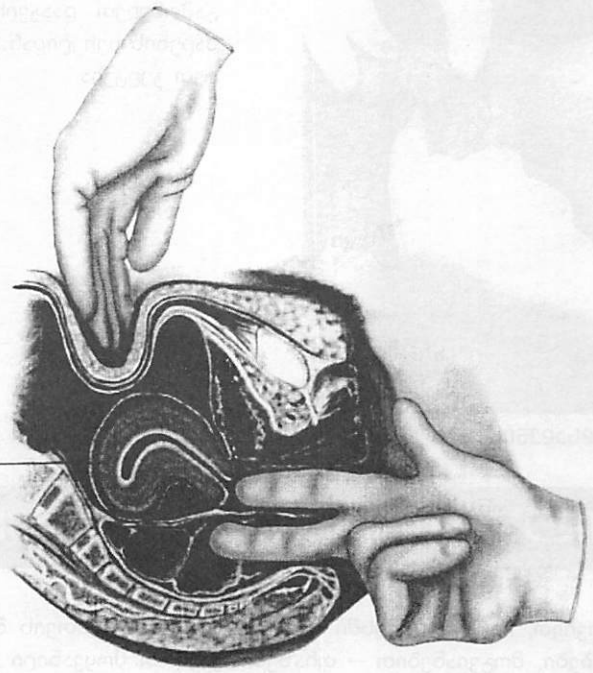


მენჯის ჯუნთების ძაბის შეფასება. თქვენი ორი თითი ამოსწიეთ ყელის არეში და გაშალეთ, ისეთ შეეხოთ საშოს ედლებს. სთხოვეთ პაციენტს, ისეც შეიძლება ძლიერად და დიდხანს მოეჭიმოს ჯუნთები თითების გაეიმემო. მოჭეხა, რომელიც ანვება თქვენს თითებს, გადანევს მათ გასეთ ან შიგნით და გრძელდება 3 წმ-ზე მეტად, მიუთითებს სრულ სიმძლავრეზე (ძალაზე).

ძაბის დაქვეითების მიზეზი შეიძლება იყოს ასაკი, საშოს ედვა ან ნევროლოგიური დახმარებები. ჯუნთების სისუსტე შეიძლება ახდეს შარდის სტრესული შეუკავებლობას.

ვაგინალური გამოკვლევის ჩატარება. საშოდან გამოიღეთ თითები. თუ საჭიროა, გამოიცვალეთ ხელთათმანი. (იხ. ქვემოთ შენიშვნა საცხის ხმარებაზე). ამის შემდეგ ხელახლა მოათავსეთ საჩვენებელი თითი საშოში, ხოლო შუა თითი – სწორ ნაწლავში. სთხოვეთ ავადმყოფს, გაიჭინთოს ისე, რომ ანუსის სფინქტერი მოდუნდეს. აუხსენით, რომ ეს გამოკვლევა ნაწლავთა მოქმედების შეგრძნებას ჰგავს. გაიმეორეთ ბიმანუალური გასინჯვის მეთოდიკა და განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ყელის უკან უბანს, რომლის შეფასება შესაძლებელია სწორ ნაწლავში მოთავსებული თითით.

ვაგინალური გამოკვლევა განსაკუთრებით ინფორმატიულია საშვილოსნოს უკან გადანევის დასადგენად, როგორც ეს ნახატზეა ნაჩვენები. ასევე გამოიყენება უტეროსაკრალური იოგის, ბრმა სივრცის და დანამატის გასასინჯად.



გააგრძელეთ ვაგინალური გამოკვლევა (იხ. თავი 13). თუ დაგეგმილი გაქვთ ჰემოკულტურის ანალიზი, უნდა გამოიცვალოთ ხელთათმანი, ისეთ ფეკალური მასით არ დაბინძურდეს სისხლი Pap ნაცხის აღებისას. გამოკვლევის შემდეგ გაუწმინდეთ სასქესო ორგანოები ან შესთავაზეთ, რომ პაციენტმა თვითონ გაიწმინდოს.

ნაცხების გამოყენება

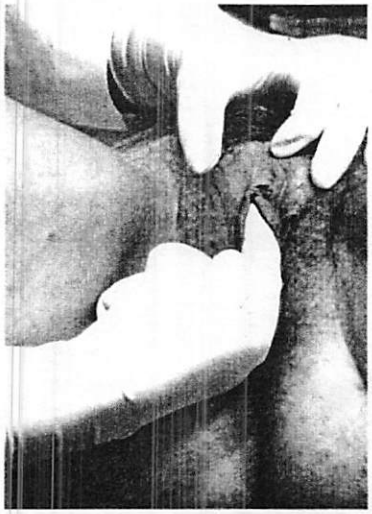
თუ მენჯის ან ვაგინალური გასინჯვისას იყენებთ ნაცხს, უყურადღებობით შეიძლება იგი დაბინძურდეთ ავადმყოფის გასინჯვის შემდეგ ხელის შეხებით. ეს ნიშნავს, რომ აიცილოთ, ნაცხი დაიწვეთეთ თითზე ისე, რომ არ შეეხოთ ნაცხის ქუქრს. შეხების შემთხვევაში ქუქრი გადააგდეთ. ამ ნიშნებს აგაცილებთ თითოეული პაციენტისთვის მცირე ზომის ნაცხების გამოყენება.

თიაქრები

შოჩისის თიაქრები ქალებში ისევე ვლინდება, როგორც მამაკაცებში, მაგრამ უფრო იშვიათია. გასინჯვის მეთოდიკა ისეთივეა, როგორც მამაკაცებში (იხ. გვ. 419-420). გამოკვლევისას ქალები ასევე ფეხზე უნდა იდგნენ. საზარდულის იჩიბი თიაქრის გასასინჯად პაციენტია ჩაატარეთ დიდი ბაგის ახეში და ზემოთ ბოქვენის ბოჩკვის ღატეჩაღუჩად.

საზარდულის იჩიბი თიაქარი ყველაზე ხშირია ქალებში. შემდეგ მოდის ბარძაყის თიაქარი.

განსაკუთრებული მეთოდები



შარდსადენის გამონადენი

თუ გარაუდობთ უეთრიტს ან გარაუეთრიული ჯიჯგვების ანთებას, საჩვენებელი თითი მოათავსეთ საშოში და შიგნიდან გარეთ გამონუეთ. დაკვირდით გამონადენს შარდსადენის ხვრელიდან. თუ არსებობს, შეისნავლეთ ხელტება.

უეთრიტის მიზეზი შეიძლება იყოს *Chlamydia trachomatis*-თი და *Neisseria gonorrhoeae*-თი ინფიცირება.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ დასაწყისში მონაცემების აღწერისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები, მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ხშირად გამოყენებად ფრაზებს.

მენჯის ღრუს – ქალის სასქესო ორგანოების გამოკვლევის შედეგების ჩანერა

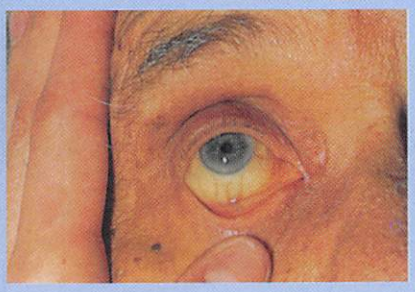
"საზარდულის არეში არ აღინიშნება ლიმფური კვანძების გადიდება. გარეთა სასქესო ორგანოები სინითლის ან დაზიანების გარეშე. არ არის დაზიანება ან სიმაგრე. საშოს ღორნოვანი ვარდისფერი. ყელი ნამშობიარები, ვარდისფერი და გამონადენის გარეშე. საშვილოსნო არის ნორმალური, შუაში, გრძივი და არ არის გადიდებული, დანამატები უმტკივნეულო. Pap ნაცხი ჩატარებულია. ექტოკაგინური ნელი ინტაქტურია."

ან

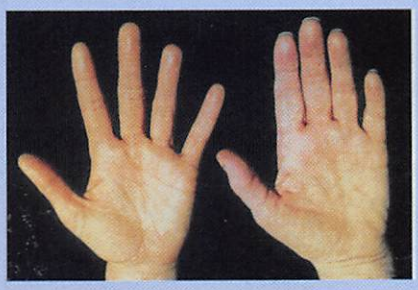
"ორივე მხარეს აღინიშნება საზარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება. გარეთა სასქესო ორგანოები სინითლის ან დაზიანების გარეშე. საშოს და ყელის ღორნოვანი დაფარულია თხელი თეთრი ფენის გამონადენით, რომელსაც სუსტად თევზის სუნი აქვს. ყელის გამოფხეკის შემდეგ საშოს ღრუში არ ჩანს გამონადენი. საშვილოსნო შუა ხაზზეა. დანამატები არ არის გადიდებული. ექტალური თაღი თავისუფალი. განავალი ყავისფერი, ჰემოკულტურა უარყოფითი"

სავარაუდო ბაქტერიული ვაგინოზის არსებობა.

ჯანის შეფერილობები



სიყვითლე



ჯაჭოტინემია



ეჩითემა



ჰელიოტროპიზმი

ჯანის დაზიანებები - განცაგება და ფორმა



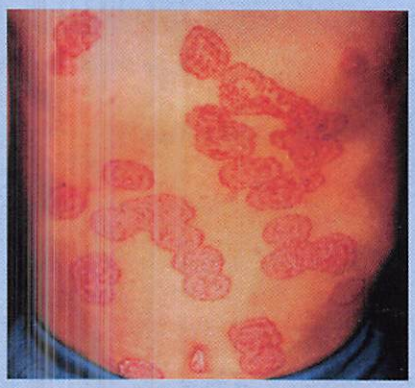
ხაზოვანი



გეოგრაფიული



ჯგუფური
(ტრანსტეხული)

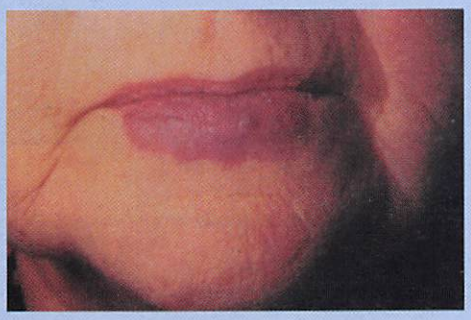


მსროვავი



ხბორცისებური,
თაღისებური

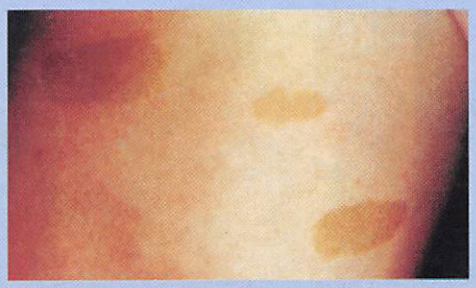
ჯანის ამობურცული დაზიანებები



ჰემანგიომა



ვიტილიგო



ძძიანი ყავის ლაქა

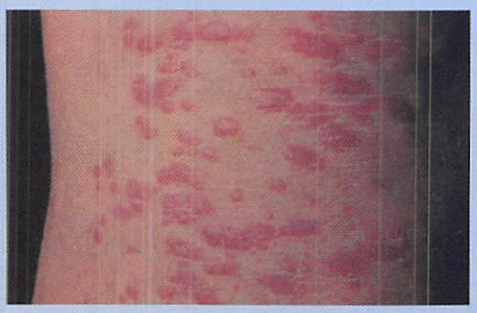


ფსორიაზი

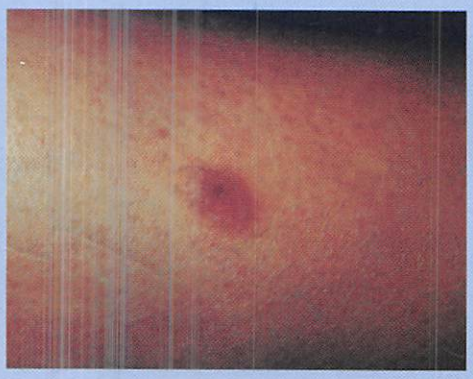


ფსორიაზი

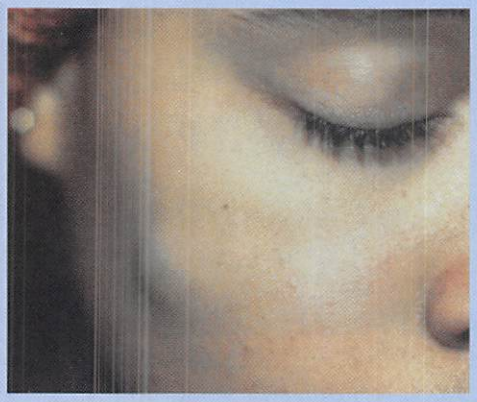
კანის ამობურცული დაზიანებები *(გაგრძელება)*



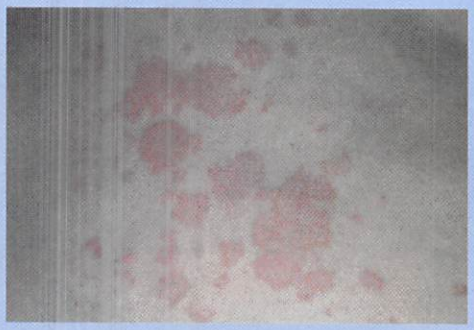
ფსორიაზი



დერმატოფიბრომა



ეპიდერმული ჩანთური კისტა



ურტიკარია



ჩვეულებრივი პემფიგუსი
(Pemphigus vulgaris)



შემოსახტყვლითი ლიქენი
(Herpes zoster)

ჯანის ამობურცული დაზიანებები *(გაგრძელება)*



მწვრის ნაჯახები



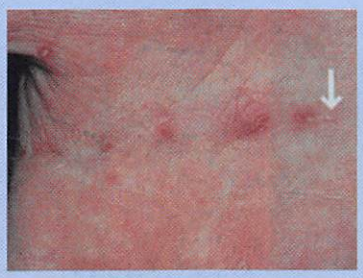
მწვრის ნაჯახები



აჯნე

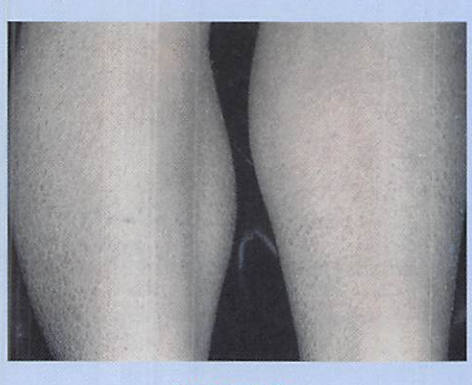


ყვავილი



მუნი

ჯანის ამობურცული დაზიანებები *(გაგრძელება)*



იქთიოზი



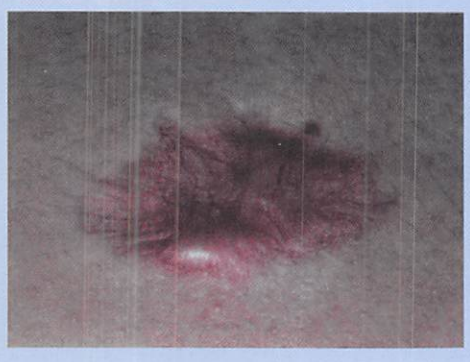
მშრალი ჯანი



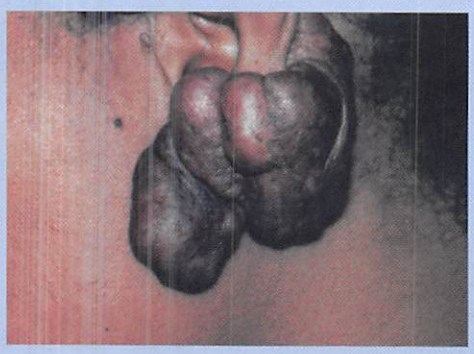
იმპეტიგო



ნეიროდერმიტი



ჰიპერსტროფული ნაწიბური



ხელოიდი

კანის ჩაზნექილი დაზიანებები



ეხოზია



ექსკორიაცია



ნასკდომი



წყლული

ჯანის სიმსივნეები



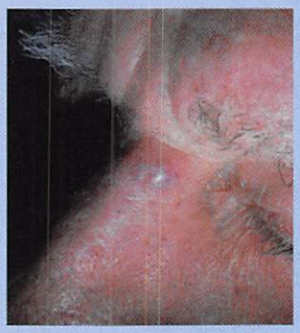


აქტინული კერატოზი





სებორეული კერატოზი



ბაზალუჯრედოვანი კარცინომა





ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

კანის სიტუაციური დაზიანებები



მაკულები



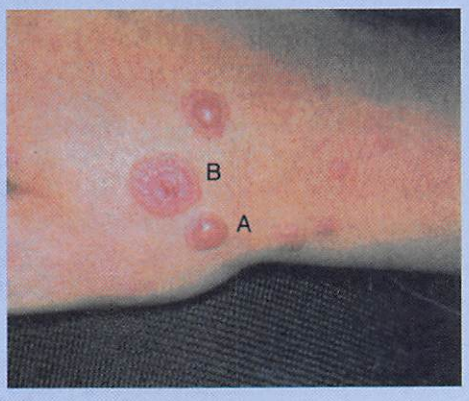
პაპულები და პუსტულები



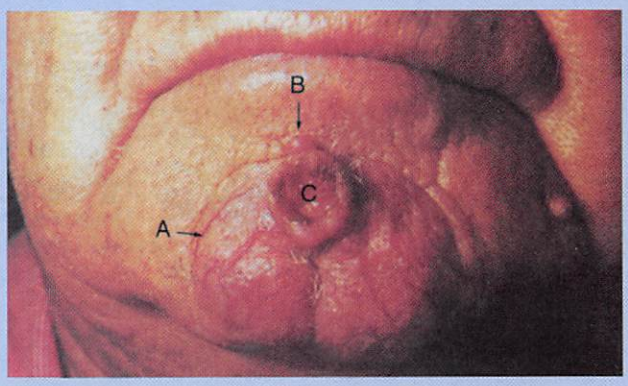
პუსტულები ხელის ბაღზე



ვეზიკულები (ჩუტყვავილა)

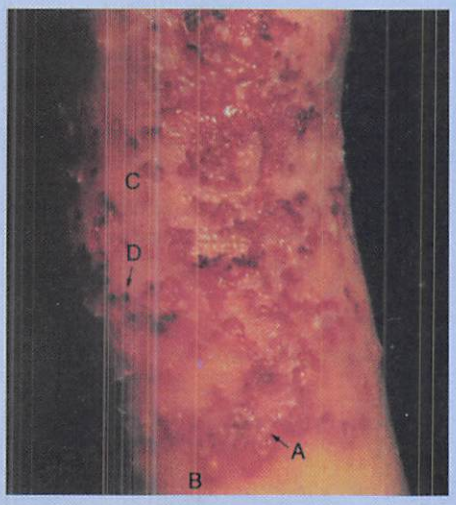


მულტიფორმული ერითემა
ა) ბული ბ) სამიზნე დაზიანება



ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა
ა) ტელეანგიექტაზია ბ) პატარა კვანძი
ბ) წყლული

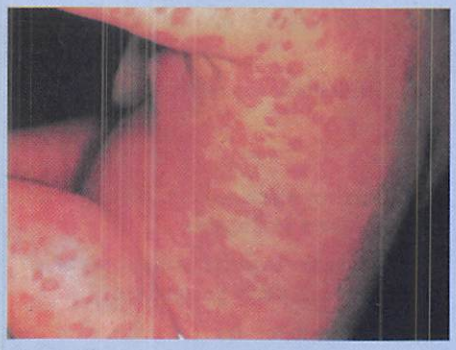
ჯანის სიტუაციური დაზიანებები *(გაგრძელება)*



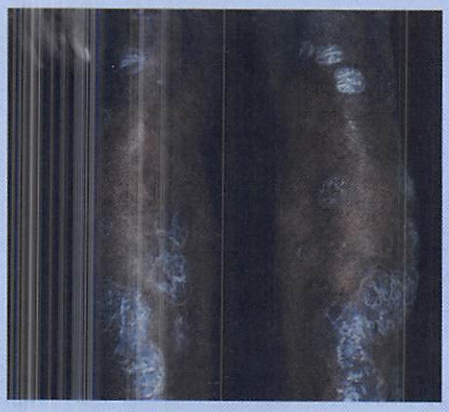
ინფიცირებული ატოპიური დერმატიტი; ა) ვეზიკულა ბ) პუსტულა გ) ეროზია დ) ფუფხი



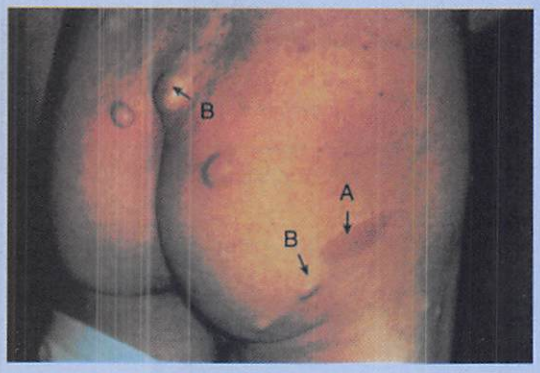
ატოპიური დერმატიტი; ა) ექსკორიაცია ბ) ლიქენიფიკაცია



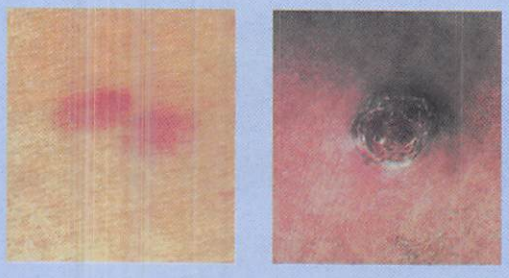
ბუშტუკები (ექთიმის)



ქერცლოვანი ლაქები



ლაქები და პუნქტები



KAPOSI-ის (ტაპოში) სარკომა შიდს-ის დროს

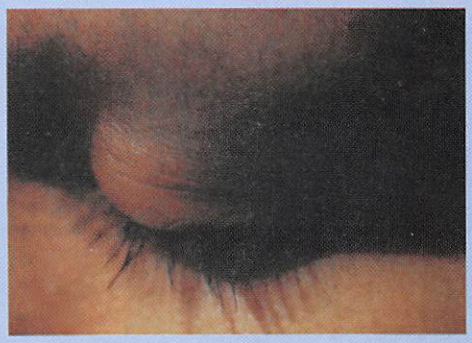
ჯეიროვანი თმის ცვენა (ალოპეცია)





ტიპიური მამაკაცის



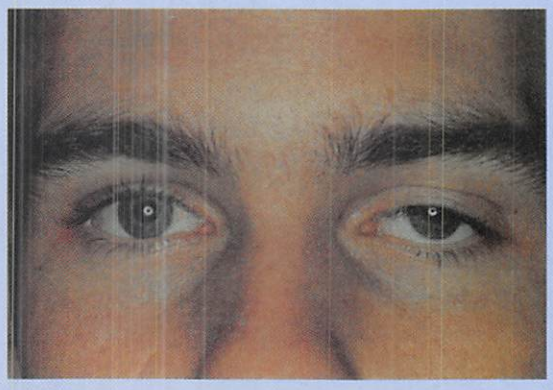


მიბვალი ფორმის ჯეიროვანი უბნები

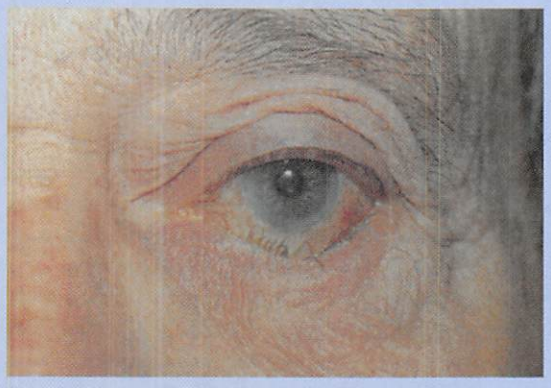




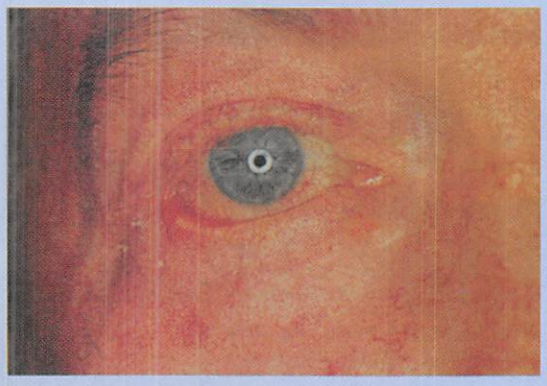
ქუთუთოების სახეობები და პათოლოგიები



ფტოზი



ენტროპიონი



ექტროპიონი

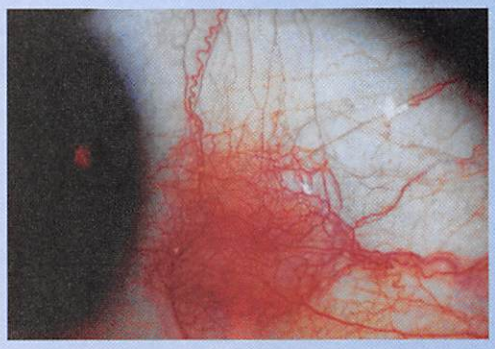


ჰეტჰაქსიული - შეხუმშული
ქუთუთო და ეპზოფთალმი

სიმაგრეები და ამობეჭდილობები თვალებში და თვალების გაშშემო



ჰიფბვეჭეღა



ეჰისკლეჩიტი



ჯიბლიბო



ქაღაზიონი



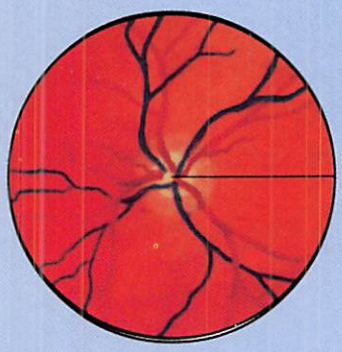
ქსანთელაზმა



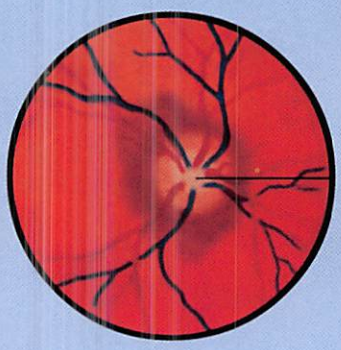
სასქემელე ჰაჰის ანთება - დაჰიოსისტიტი

მხედველობის ნერვის დვრილის ნორმული ვარიანტები

ფიზიოლოგიური ჩაღრმავება

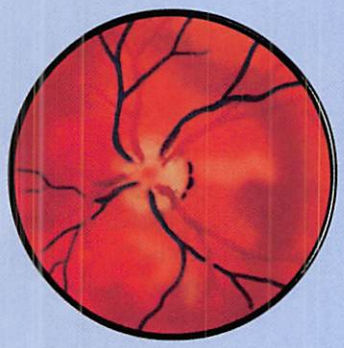


ცენტრალური ჩაღრმავება



ტემპორული ჩაღრმავება

ჰბოლები და ჰემები



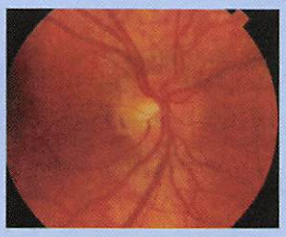
მედულირებული ნერვული ბოჭკოები



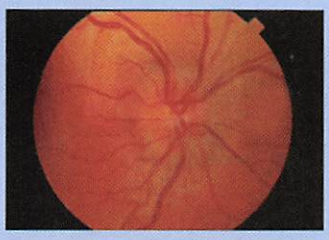
სხივი 6-12

გვ. 220

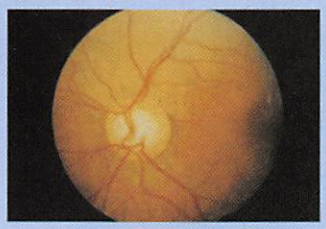
მხედველობის ნერვის დვრილის პათოლოგიური ცვლილებები



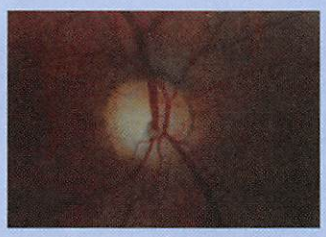
ნორმა



დვრილის შეშუპება

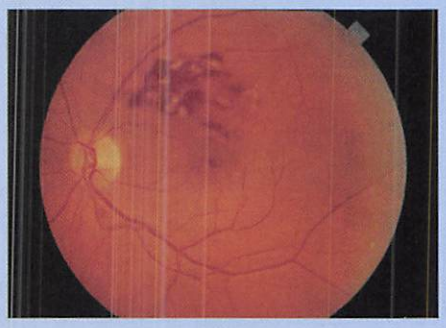


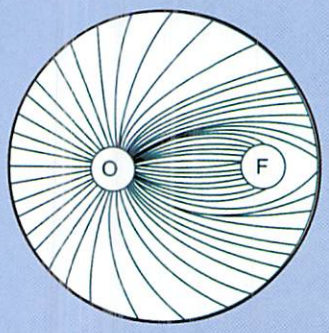
ბლუჭრომული ჩაღრმავება



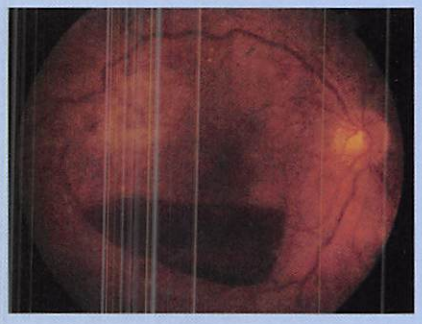
ატროფია

ჯანის ამობუსკული დაზიანებები *(გაგრძელება)*

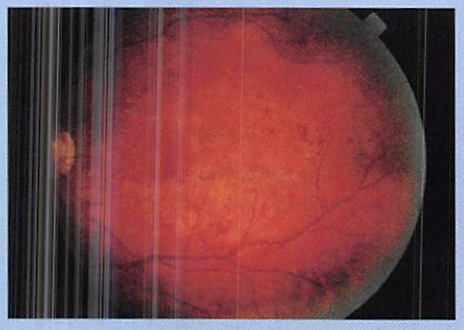




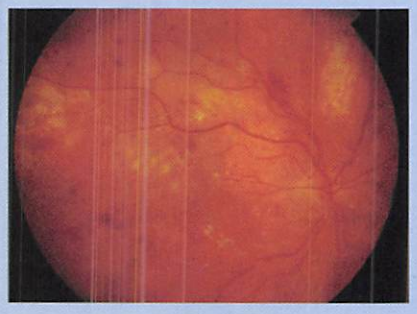
ბადურის ზედაპირული სისხლჩაქცევები



ჰემორაგიული (ბადურის წინა) სისხლჩაქცევა



მიკროანევრიზმა



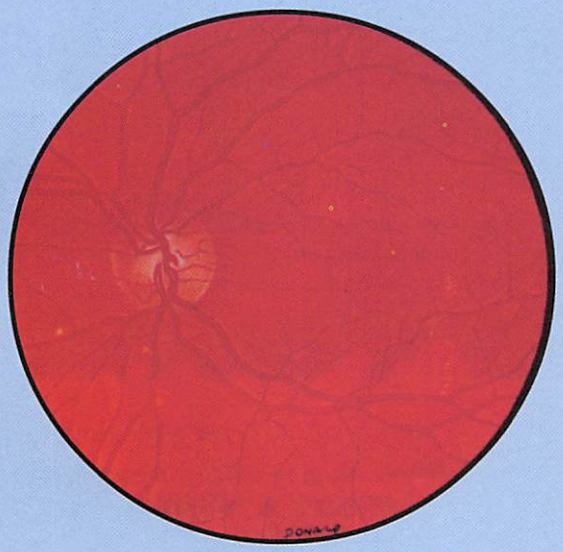
ბადურის ღრმა სისხლჩაქცევები



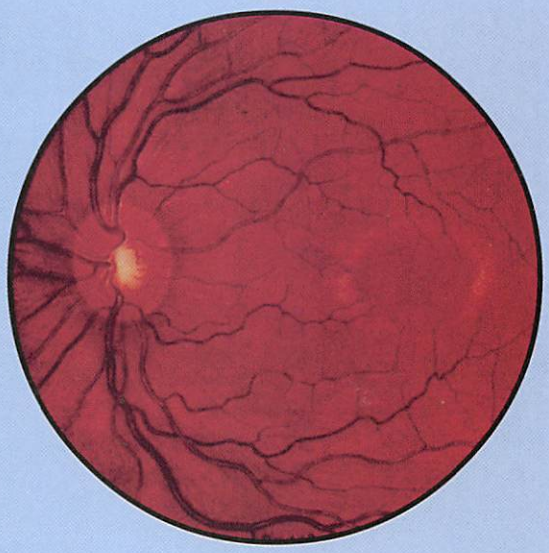
ნეირორეტინოპათია

სხილი 6-15 თვალის ფსკერი

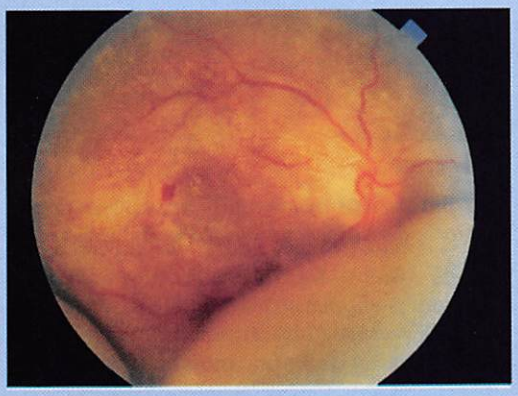
გვ. 223



ნორმალური ფსკერი თეთრკანიანებში



ნორმალური ფსკერი შავკანიანებში

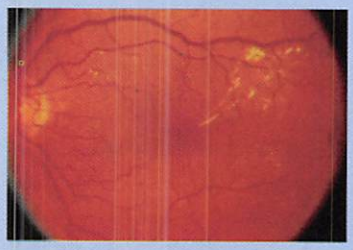


ჰიპერტენზიული ჰეტინოპათია

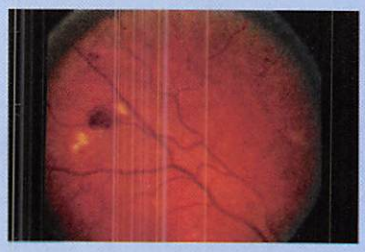


ჰიპერტენზიული ჰეტინოპათია და ვასკულიტის ფორმის ყვითელი ხაზი

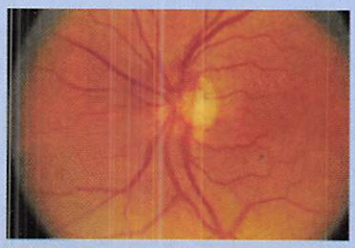
თვალის ფსკერი *(გაგრძელება)*



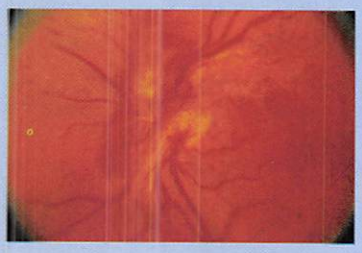
პაპილოფეხასიანი ჰეტეროპათია
(ზომიერი სიმძიმის)



პაპილოფეხასიანი ჰეტეროპათია
(მძიმე)



პროლიფეხასიანი ჰეტეროპათია
ნეოვასკულარიზაციით



პროლიფეხასიანი ჰეტეროპათია (შორსწასული)

სხივი 6-16

ღია ფეხის ღაქები თვალის ფსკერზე



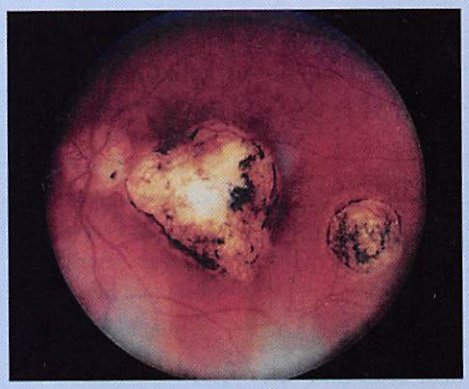
ბამბის ქულა და ექსუდატები (ჰბილი ექსუდატი)



მაბრჭი ექსუდაცია

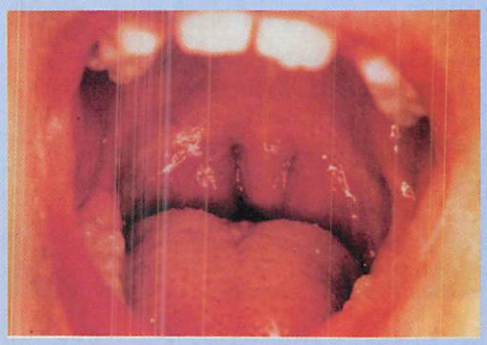


დრუზები

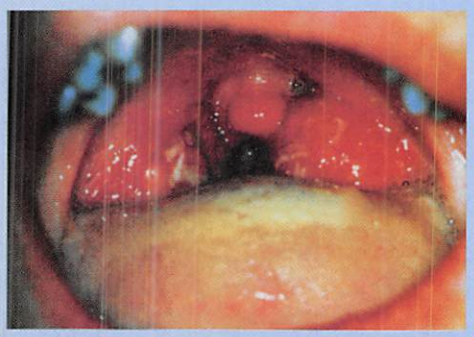


ნამკურნალები ქორიორეტინიტი

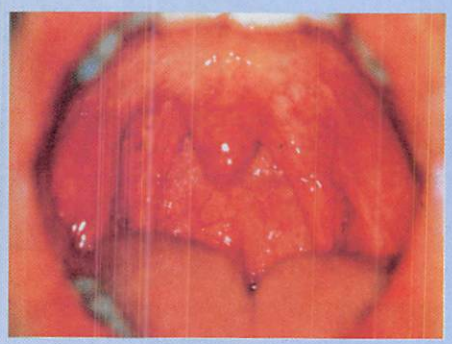
ხახის, სასის და პირის ღრუს ღორწოვანი ცვლილებები



დიდი ნოჩამუქი ტონზილები



ექსუდაციური ტონზილიტი



ფარინგიტი



მუნი

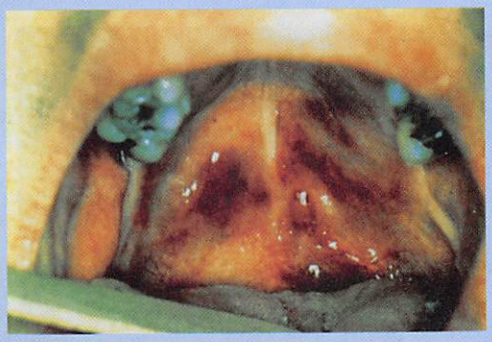
ხახის, სასის და პირის ღრუს ღრინოვანი სვლილებები *(გაგრძელება)*



დიფტერია



ძირანა სასაზე (ტანდიდოზი)



KAPOSI-ის (ტაპოში) სარკომა შიდს-ის დროს

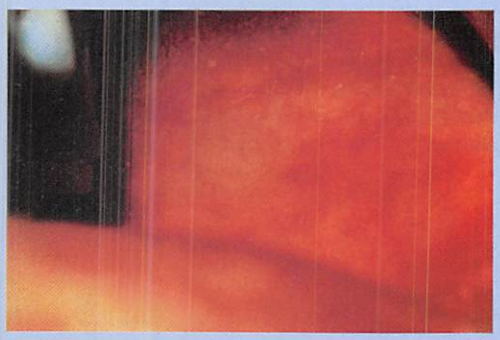


სასის შემაღლება

ხახის, სასის და პირის ღრუს ღორხოვანი სვლილებები *(გაგრძელება)*



ჰეტეროტოპიული ქრონის ჯიჩხვლების დაქები



KOPLIK-ის (ტოპლიხი) დაქები



ჰეტექიები

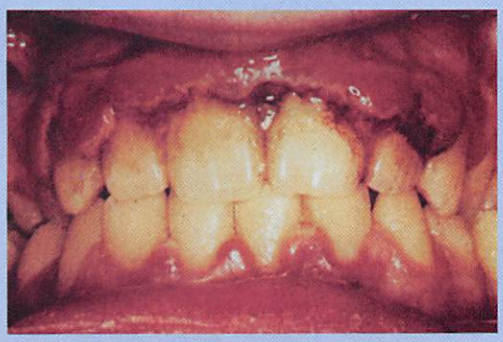


ლეიხოპლახია

ღრძილებისა და ჯბილების სვლილებები



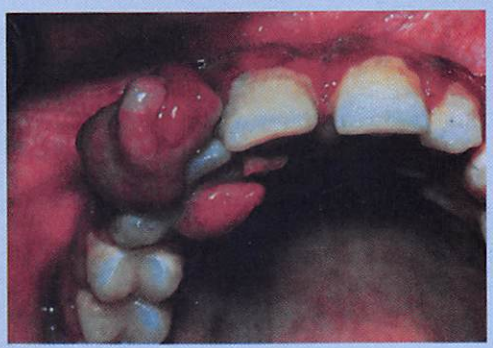
მახბინული ბინგბვინიტი



მწვავე ნეკროზულ-წყლულოვანი ბინგბვინიტი



ღრძილების ჰიპერპლაზია

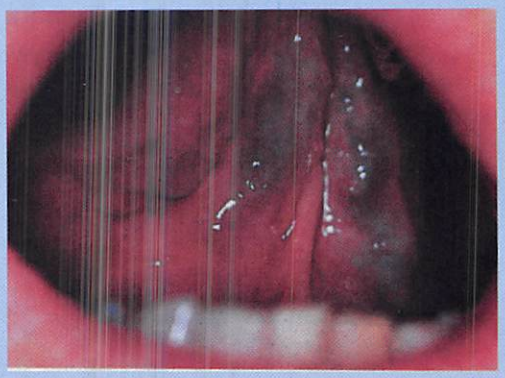


ორსულობის სიმსივნე (ეპულისი, ჰიობგენული ბრანულომა)

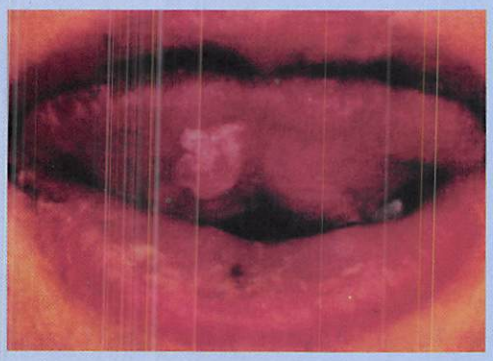
ცვლილებები ენაში ან ენის ქვეშ



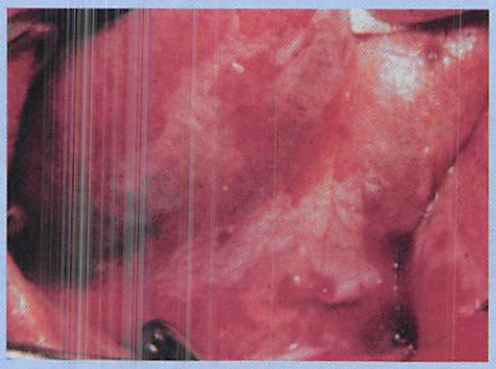
ვაჰიტოზული ვენები



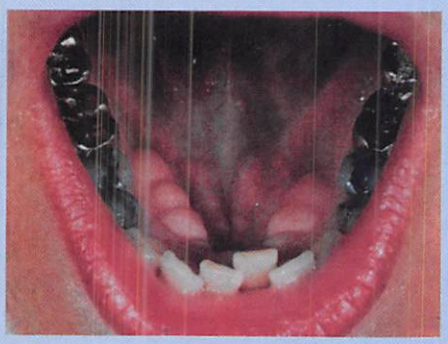
აფთოზური ნყლული (აფთოზური სტომატიტი)



ათამანების ლოხნოვანი ლაქა



ლეიკოპლაკია



ქვედაყბის შემაღლებები

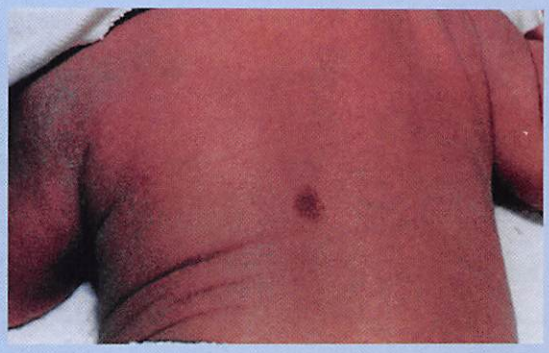


ბაისინომა პიპის ღრუს ფუძეზე

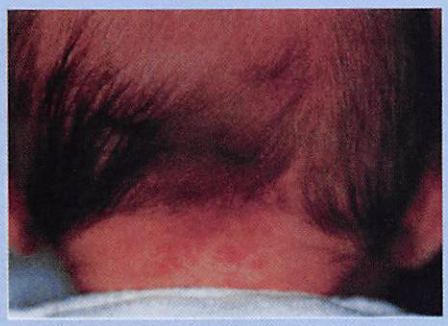
ჯეთიცეთვისებიანი ხაღები და პათოლოგიური ნეიროლეპტული სინდრომები



ჯეთიცეთვისების ღაქები



ძიანი ყავის ღაქები



ოპაბულის ღაქები

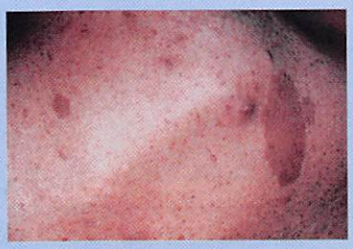


მონღოლური ღაქები

ნეიროლეპტული (ნეიროჯუტანური) სინდრომები



ტუბეიული სკლეროზი



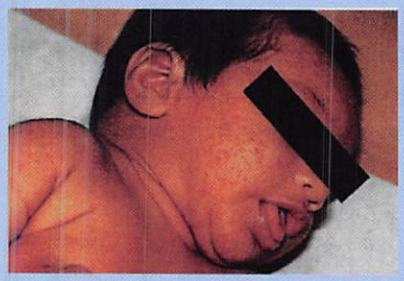


ნეიროფიბრომატოზი

გავრცელებული გამონაყარი და პათოლოგიური ცვლილებები კანზე ახალშობილებსა და ჩვილებში



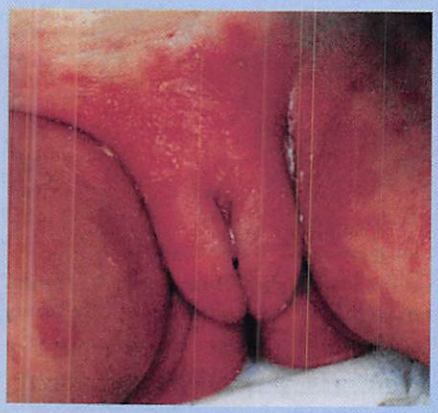
ტოქსიტური ერითემა



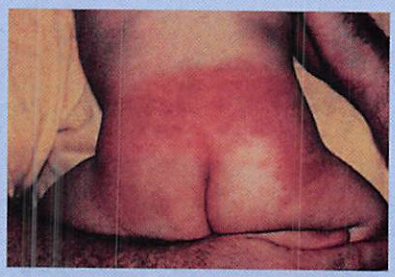
ნეონატალური აკნე



სებორეა



საფენის სოკოვანი დერმატიტი



საფენის კონტაქტური დერმატიტი

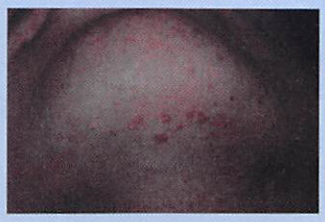
სხივი 18-7

გვ. 801

მექეჭები, მექეჭის მსგავსი დაზიანებები და სხვა ნანაზარები



ჩვეულებრივი მექეჭი



ბრტყელი მექეჭი



ჯანტასრული მექეჭი



ბადამდები მოლუსკი





მოზარდის აკნე

სხივი 18-8

გვ. 801

ბავშვობის ასაკის კანის გავრცელებული დაზიანებები

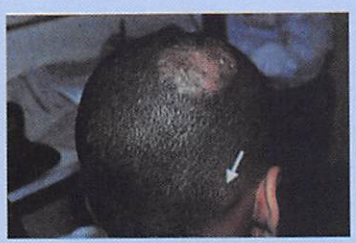


შრატკანია (ჭინჭრის სიება)





ატოპიური დერმატიტი (ეგზემა)



თავის ცრქენი

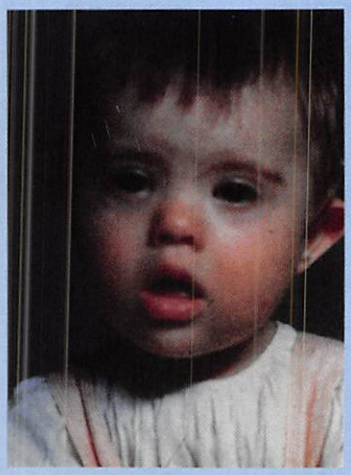


სხეულის ცრქენი

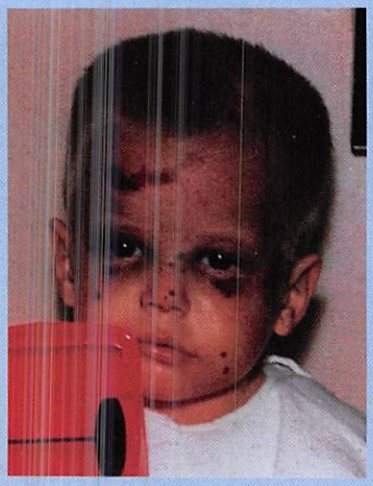


მწერის ნაკბენი

ჩვილობისა და ბავშვობის ასაკის დიაგნოსტიკური სახეები



DAWN-ის (დაუნი) სინდრომი

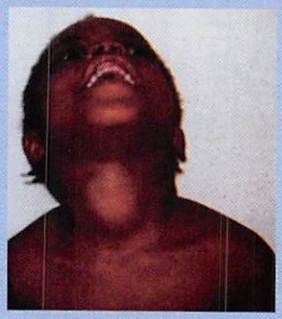


ნასვამი ბავშვის სინდრომი



პიპაზონური ჰინიტი

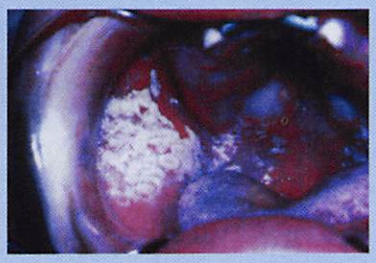




ჰიპერთიროზი

პირის ღრუს პათოლოგიები

პირის ღრუს პათოლოგიები



პირის ღრუს კანდიდოზი

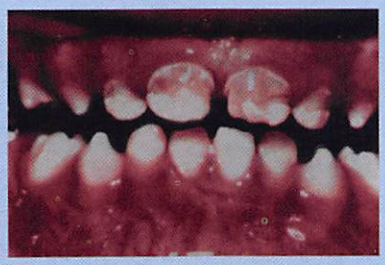


ჰერპესული სტომატიტი

კბილების პათოლოგიები



სკვნები ბოთლის პირიანი



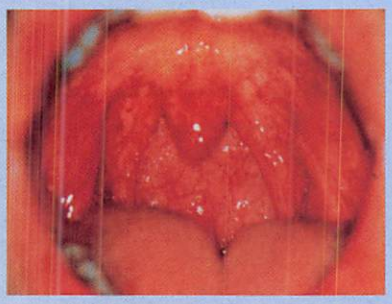
კბილების ეროზია

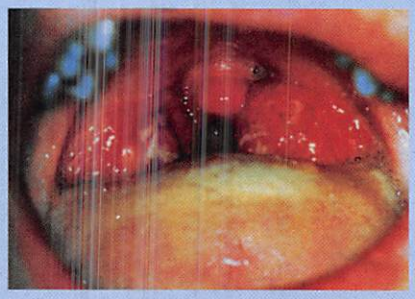


მძიმე ფორმის ეროზია

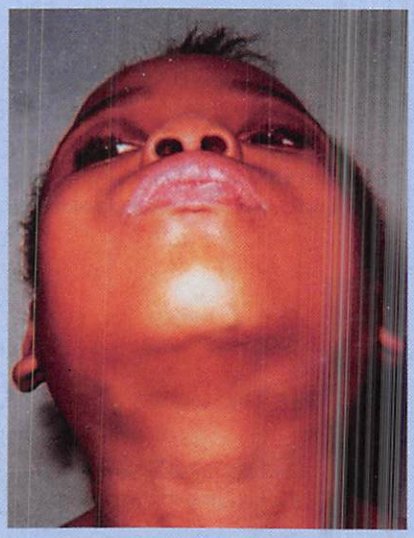


კბილების შეფერვა





სტრეპტოკოკული ფარინგიტი



ღიმფაღენოპათია

ციანოზი ბავშვებში



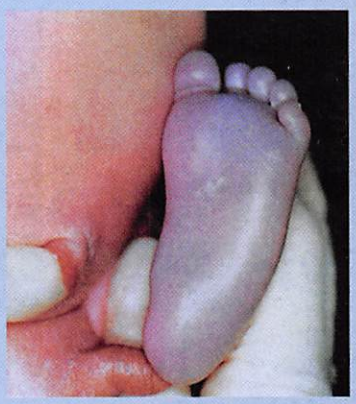
გენეზისიზებული ციანოზი



ჰიპის იისფერი ციანოზი



მოლუჰჯო ფეხის ტუჩები, ხომლებიც ციანოზის შთაბეჭდილებას ქმნის



აკროციანოზი

პროფილაქტიკის ძალა: ვაქცინ-პრევენციული დაავადებები



პოლიომიელიტი



წითურა



წითელა



ტეტანუსი



ბრონქიტი



ჩუტყვავილა

CITATIONS

1. van Noord PA, Duhas JA, Dorland M, et al. Age at natural menopause in a population-based screening cohort: the role of menarche, fecundity, and lifestyle factors. Fertil Steril 68(1): 95-102,1997.
2. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical can-cer: recommendations and rationale. January 2003. Available at: www.ahry.gov. Accessed December 23, 2004.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Clinical practice guidelines for obstetrician-gynecologists: cervi-cal cytology screening. AGOG Practice Bulletin No. 45. Obstet Gynecol 102:417-427, 2003.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cervical cancer screening: testing can start later and occur less often under new ACOG recommendations. ACOG News Release, Jul}• 31, 2003. Available at: www.acog.org. Accessed Decem-ber 19, 2004.
5. American Cancer Society (ACS): ACS cancer detection guide-lines-cervical cancer. Available at: www. cancer.org/ docroot/ PED/content/ PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_ Guidelincs_36.asp?sitearea=PED. Accessed November 18, 2004.
6. Marshall Austin R: The detection of precancerous cervical le-sions ran be significantly increased. Arch Pathol Lab Med 127: 143-145,2003.
7. Solomon D, Davey 1), Kurman R, et al, for the Bethesda 2001 Workshop, National Cancer Institute. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytol-ogy. JAMA 287(16):2114-2119, 2002. Available at: http:// bethesda2001.canrer.gov. Accessed December 27, 2004.
8. Wright TC, Cox JT, Stewart M, et al, for the 2001 ASCCP--Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA 287(16):2120-2129, 2002. Available at: http://www.rancer.org, Can cervical cancer he prevented? Ac-ccsscd December 27, 2004.
9. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to Prevent Unwanted Pregnancy. Chapter 15. Guide to Clinical Preven-tive Services, 2nd ed, pp. 739-740. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
10. North American Menopause Society: Recommendations for estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: October 2004 position statement of the North Amer-ican Menopause Society. Nebioavse 11(6):589-596, 2004.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (AGOG). Clinical management guidelines for obstetric gynecologists-use of botanicals for management of menopausal symptoms. AGOG Practice Bulletin No. 28, June 2001. Available at: http://www.acog.org/from_home/ publications/misc/ph028.htm.Accessed December 17, 2004.
12. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: recommendations and rationale. 2001. Available at: www.ahry.gov. Accessed December 27, 2004.

ADDITIONAL REFERENCES

Anderson MR, Klink K, Cohrsson A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA 291(11):368-379, 2004.

Bachmann GA, Nevadunsky NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. Am Fam Mrs 61(10):3090-3096, 2000.

Bent S, Nallanx)thu BK, Simel DL, et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 287(20):2701-2710, 2002.

Birklev LS. Acute vaginitis (Chapter 22). In Black ER, Panzer RJ, Bordley DR, et al (eds). Diagnostic Strategies in Common Medcal Problems. Philadelphia, American College of Physicians, 2006.

Brink CA, Wells TJ, Sampscllc CM, et al. A digital test for pelvic muscle strength in women with Urinary incontinence. Nuts Res 43(6):352-356, 1994.

Fox J, Remington P, Lavde P ct al. The effect of hysterectomy on the risk of an abnormal screening Papanicolaou test result. Am J Obstet Gynecol 180(5):1104-1109, 1999.

Goth BA, Mandel LS, Melancon CH. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. JAMA 291(22):2705-2712, 2004.

HolroVd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women. JAMA 291(8):996-999, 2004.

Kimberlin DW, Rouse DJ. Genital herpes. N Engl J Med 350(19):1970-1977, 2004.

Novak E, Berck JS (eds). Novak's Gynecology, 13th eel. Philadel-phia, liippincott Williams & Wilkins, 2002.

Levine AM. Evaluation and management of HIV-infected women. Ann Intern Med 136(3):228-242, 2002.

Mandelblatt JS, Lawrence WF, Womack SM, et al. Benefits and costs of using HPV testing to screen for cervical cancer. JAMA 287(18):2372-2381, 2002.

Pcipert JF. Genital chlamydial infections. N Engl J Med 349(25):2424-2430, 2003.

Pcipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictors of endometritis in Women with symptoms and signs of pelvic inflam-matory disease. Am J Obstet Gynecol 184(5):856-864, 2001.

Sawaya GF, Brown AD, Washington AE, et al. Current approaches to cervical cancer screening. N Engl J Mcd 344(21):1603-1607, 2001.

Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, et al (eds). Dantorth's Obstetrics and Gynecology, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

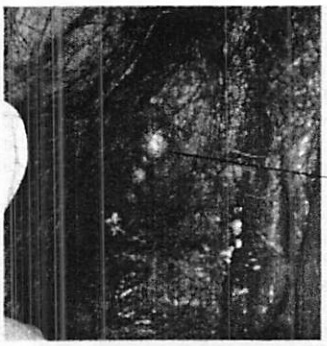
Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. JAMA 291(24):2990-2993, 2004.

Stcnrhever MA, Drocgemueller W, Herhst A, ct al. Comprehensive Gynecology, 4th ed. St. Louis, Mosby, 2001.

Wright T(;, Cox JT, Massad IS, et al. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnor-malities. JAMA 287(16):2120-2129, 2002.

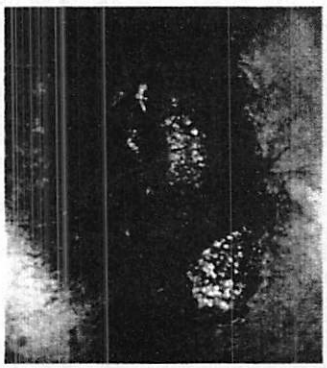
Wooster R, Weber BL. Breast and ovarian cancer. N Engl J Mcd 348(23):2339-2347, 2003.

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანებები



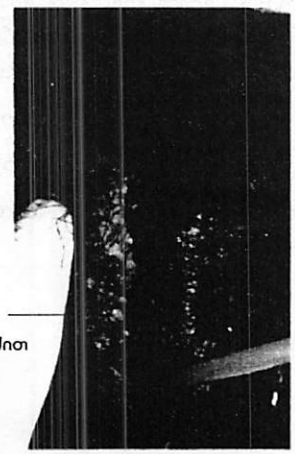
ეპიდერმოიდული ჯისტა

პატარა, მკვრივი, მრგვალი ჯისტური ჯვანძი ბაგეზე მიგვანიშნებს ეპიდერმოიდულ ჯისტაზე. იგი არის მოყვითალო ფერის. დაკვირვით მუქ ნეირიტებს, რომლებიც აღნიშნავენ ჯირკვლის დახშულ ხვრელს.



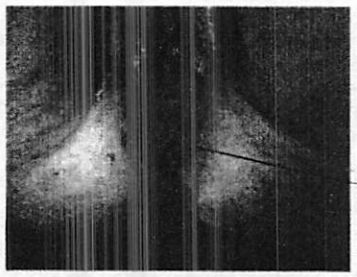
ათამანგური მანჯი

მკვრივი, უმტკივნეულო ნაღული მიგვანიშნებს პირველად ათამანგურ მანჯზე. ვინაიდან ქალებში მანჯი უმეტესად მიგნით ვითარდება, ხშირად ის შეუმჩნეველი ხდება.



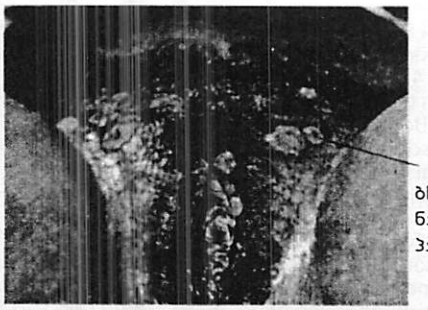
სასქესო ორგანოების ჰერპესი

ზედაპირული, პატარა, მტკივნეული ნაღვლები ნითელი ფუძით მიგვანიშნებს ჰერპესის ინფექციაზე. პირველადი ინფექცია შესაძლოა იყოს გავრცელებული, ჩვეულებრივ არის ნაწილები. განმეორებითი ინფექცია უმეტესად შემოიფარგლება პატარა ლოკალური შეფერილი უბნით.



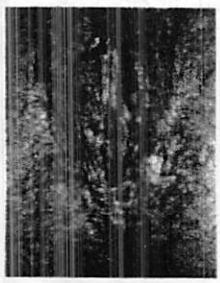
ვენერიული ხორკლი
(Condiloma Acuminatum)

ხორკლიანი დაზიანებები ბაგეზე და ჯარიბჭეში მიგვანიშნებს აღნიშნულ დაავადებაზე. მათი მიზეზია ადამიანის პაპილომავირუსული ინფექცია.



მეორადი ათამანგი
(Condiloma Latum)

ნელად მზარდი, მრგვალი ან ოვალური, ბრტყელთავიანი პაპულები, დაფარულია ჩირი შეფერილობის ექსუდატით, მიგვანიშნებს ბრტყელ ლონდილომაზე. ეს არის მეორადი სიფილისის ერთ-ერთი ნიშანი და არის გადამდები.



ქალის გარეგანი სასქესო ორგანოების ჯარცინომა.

ნაღვლოვანი ან ამობურცული ნითელი დაზიანება ხანდაზმულ ქალებში შესაძლოა აღმოჩნდეს ჯარცინომის მარცვნებელი.

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოსა და მახლობელის გამობერცხლობები და შეშუპება



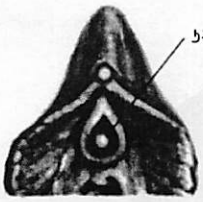


ცისტოცელე

ცისტოცელე არის ბოჭკვი საშოს წინა კედლის ზედა ორ მესამედზე, მახლობის ბეშტთან ერთად მის ზემოთ. იგი წარმოქმნება საყრდენი ქსოვილის შესუსტების შედეგად.

ცისტოურეთროცელე

ორდესაც საშოს მთელი წინა კედელი, მახლობის ბეშტთან და ურეთრასთან ერთად არის ჩართული ამობერცხლობაში, სახეზე გვაქვს, ცისტოურეთროცელე. ნაქდევი ზოგჯერ გამოყოფს საზღვარს ურეთროცელესა და ცისტოცელეს შორის, მაგრამ ის ყოველთვის არ არის გამოხატული.





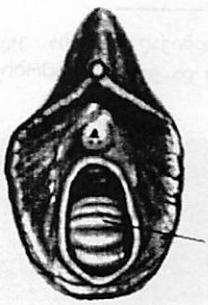
მახლობელის ჯარუნკული

მახლობელის ჯარუნკული არის პატარა, წითელი, ჯეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ჩანს მახლობელის სანათურის ქვანა ნაწილში. იგი უმეტესად გვხვდება ქალებში მენოპაუზის შემდგომ პერიოდში და უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ზოგჯერ, მახლობელის ჯარცინომა ეშლებათ ჯარუნკულში. შეამოწმეთ პაპანიკოლაუს უარყოფითად, თუ არის გამჟღავნებული, ქვანძოვანი ან მტკივნეული, და გასინჯეთ საზარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება.

მახლობელის ღორწოვანის გამოვარდნა (ჰიოლაფსი)

მახლობელის ღორწოვანის გამოვარდნა ქმნის შესიებულ წითელ ჩაღრმავებას მახლობელის სანათურთან. იგი, ჩვეულებრივ, ვითარდება მენარქემდე ან მენოპაუზის შემდეგ. მონახეთ მახლობლინარის სანათური შესიების შუაგულში, რომ სწორად დასვათ აღნიშნული დიაგნოზი.





Bartholin-ის (ბართოლინის) ჯირკვლის ინფექცია

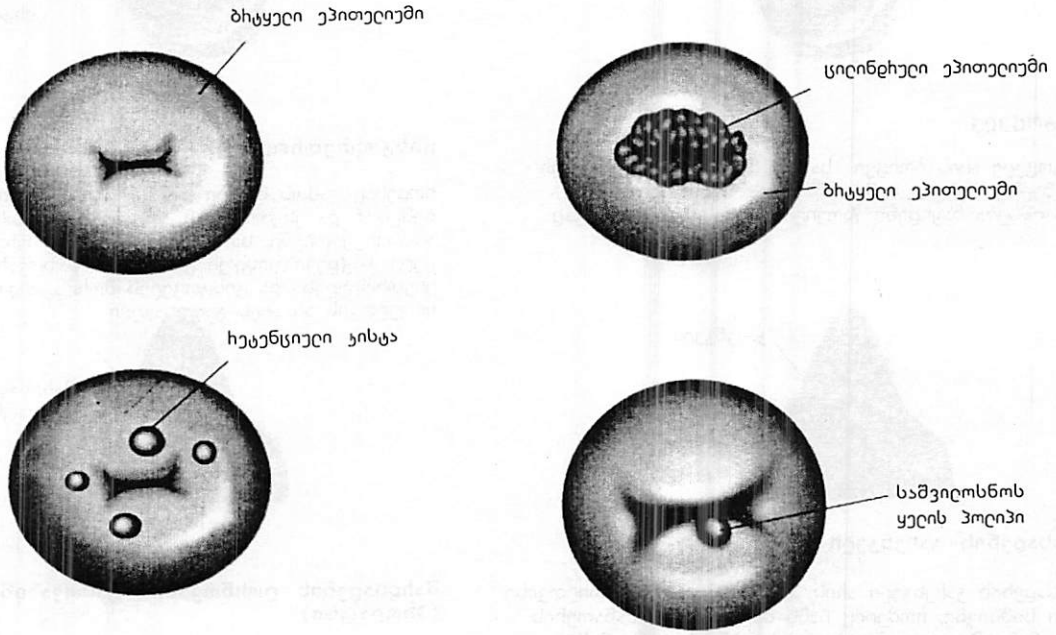
ბართოლინის ჯირკვლის ინფექციური დაავადების გამომწვევი მიზეზები შესაძლოა იყოს ცხიმვა ან აერობული გონოკოკი, მსგავსად ბაქტეროიდის, ჰემოფილუსისა და *Chlamidia trachomatis*. იგი ვლინდება მწვავედ, დაჭიმული, ცხელი, და ძალიან მტკივნეული აბსცესის სახით. დაავრცობით სადინარიდან ჩირქის გადმოსვლას ან ერითემას ღია ხვრელის გარშემო. აღინიშნება ქრონიკული, უმტკივნეულო ცისტა. იგი შეიძლება იყოს დიდი ან პატარა.

ჰექტოცელე

ჰექტოცელე არის საშოს უკანა კედელზე სწორ ნაწლავში წარმოქმნილი თიაქარი, რომელიც მენჯის შიგნითა ფასციის სისუსტის ან დეფექტის შედეგია.

საშვილოსნოს ყელის ზედაპირის ცვლილებები

ყელი შესაძლოა დაფარული იყოს ორი სახის ეპითელიუმით: (1) მკვრივი ვარდისფერი *ბრტყელი ეპითელიუმი*, რომელიც წააგავს ვაგინის ეპითელიუმს, და (2) მქრქი ნითელი, ფაფუკი *ცილინდრული ეპითელიუმი*, რომელიც გადადის ყელის შიდა სანაში. ეს ორი ეთმანეთს ხვდება ბრტყელ-ცილინდრულ შეერთებაში. როცა ეს შეერთება არის ყელის ხვრელზე ან მის შიგნით, ჩანს მხოლოდ ბრტყელი ეპითელიუმი. ცილინდრული ეპითელიუმის ჩანაცვლება ხვრელის გარშემო სხვადასხვანაირად ვლინდება – ნორმალური შედეგი, რაც თან ახლავს ჩანასახის განვითარებას, პირველ მენსტრუაციას და პირველ ორსულობას.*



სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში, ესტროგენების სტიმულაციის მომატებასთან ერთად, ცილინდრული ეპითელიუმის ნაწილი ან იგი მთლიანად ტრანსფორმირდება ბრტყელ ეპითელიუმად და ამ პროცესს ეწოდება *მეტაპლაზია*. ამ ცვლილებამ შესაძლოა შეაჩეროს ცილინდრული ეპითელიუმის სეკრეცია და ნაშთშვას ჩეტენციული ცისტა (ხშირად მას ეძახიან *ნაბოტას ცისტას*). იგი ვლინდება როგორც ერთი ან მეტი ნახევრად გამჭვირვალე ჯანდა საშვილოსნოს ყელის ზედაპირზე და არ გააჩნია პათოლოგიური მნიშვნელობა.

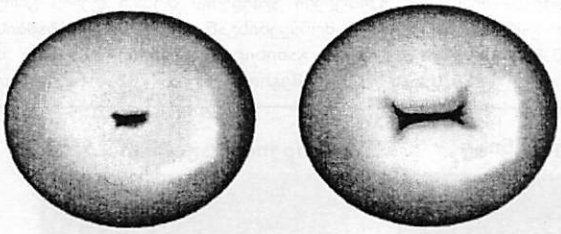
საშვილოსნოს ყელის პოლიპი, ჩვეულებრივ, ჩნდება ყელის შიგნითა არხში, დანახვა შესაძლებელი ხდება, როდესაც იგი თავს გამოყოფს ყელის ხვრელიდან. ის არის მკვრივი ნითელი, ხშირი და ოდნავ მტკივნეული. როდესაც მორჩანს პოლიპის მხოლოდ წვერი, მისი ჯირითური დიფერენცირება ენდომეტრიუმში ნაშთრჩენილი პოლიპისგან შეუძლებელია. პოლიპი არის ჯეროვნებიანი, მაგრამ შესაძლოა იყოს სისხლმდენი.

---

* ტერმინოლოგია მუდმივად იცვლება. ექტოცერვიკული ცილინდრული ეპითელიუმის გამომხატველი ტერმინებია *ექტროპიონი, ექტოპი* და *ევერსია* (ამობრუნება)

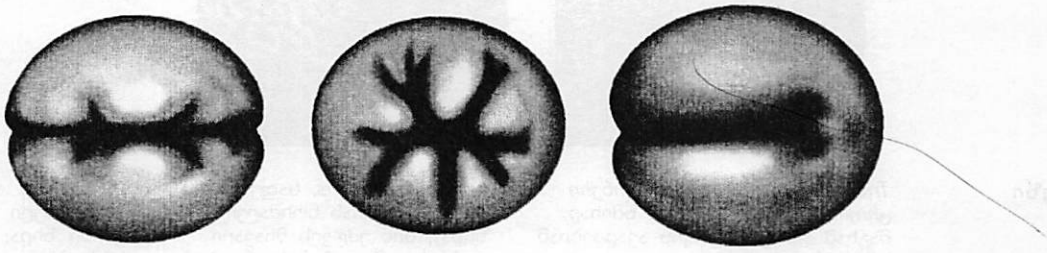
სხრილი 12-4 სამშვილოსნოს ყელის შესავლის ფორმები

ნორმა



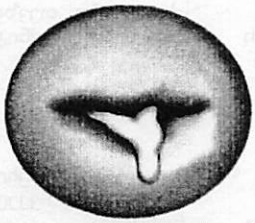
ოვალური ნაპრალისებრი

მშობიარობის შემდგომი ბახვევა



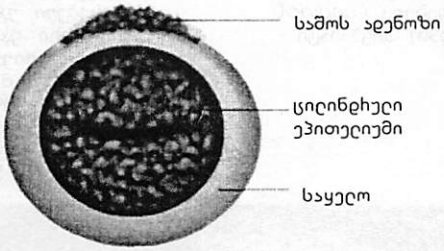
ცალმხრივი განივი ორმხრივი განივი ვარსკვლავისებრი

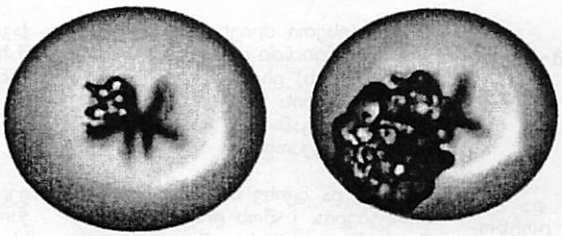
სხრილი 12-5 სამშვილოსნოს ყელის პათოლოგიები



ღორნოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი

ღორნოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტის დროს აღინიშნება ყვითელი ფერის ჩირქოვანი გამონადენი ყელის შესავლიდან, რომლის მიზეზი, ჩვეულებრივ, არის ხოლმე Chlamydia trachomatis (ქლამიდია ტრაქომატის), Neisseria gonorrhoeae (გონორეის ნეისერია) ან ჰერპესი. ეს ინფექციები სქესობრივად გადამდებია და შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს.





სამშვილოსნოს ყელის კიბო

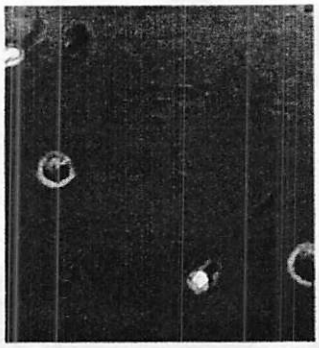
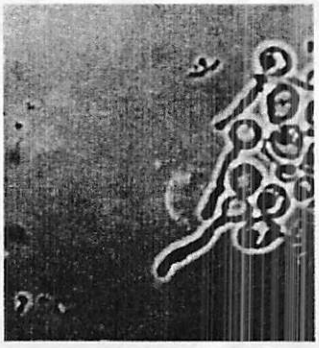
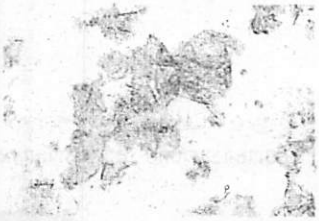
სამშვილოსნოს ყელის კიბო იწყება მეტაპლაზიის უბნიდან. მის ადრეულ სტადიაზე მისი გარჩევა ყელის ნორმალური ქსოვილიდან. გვიან სტადიაზე შეიძლება განვითარდეს გავრცელებული, არასწორი, ყვავილოვანი კომბოსტოს შესახედაობის ზრდა. ნაადრევი ხშირი სქესობრივი კავშირი, მრავალი პარტნიორი, თამბაქო, ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირება ზრდის სამშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს.

დიეთილსტილბესტროლის (DES) გავლენა ნაყოფზე

ქალიშვილებს, რომელთა დედები ორსულობის დროს იღებდნენ DES, ზოგიერთი დარღვევის განვითარების რისკი აქვთ, ესენია: (1) ყელი მთლიანად ამოფენილია ცილინდრული ეპითელიუმით, (2) საშოს ადენოზი ანუ ამ ეპითელიუმის გავრცელება საშოს კედლებზე და (3) ცრუეროზიული ქსოვილოვანი საყელო ან ქედი ყელსა და საშოს შორის. უფრო იშვიათია საშოს ზედა ნაწილის კარცინომა.

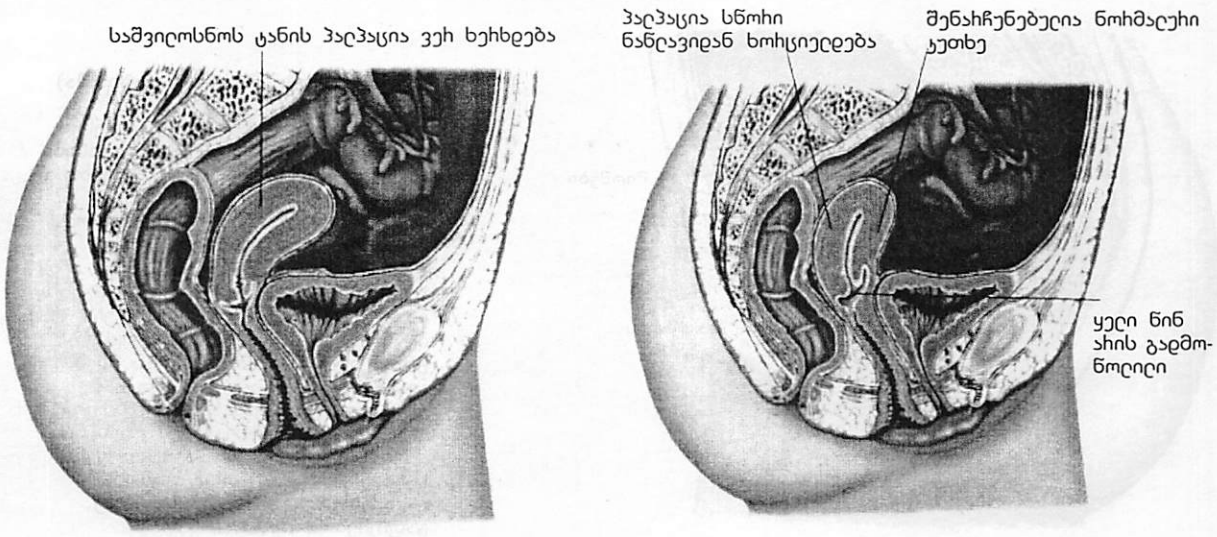
ცხრილი 12-6 საშოდან გამონადენი

ვაგინიტს ხშირად ახლავს საშოდან გამონადენი, რომელიც უნდა განასხვავოთ ფიზიოლოგიური გამონადენიდან. ახალი გამონადენი გამჭვირვალეა ან თეთრი ფერის და შეიძლება შეიცავდეს ეპითელური უჯრედების თეთრი ფერის გროვებს, არ აქვს ცუდი სუნი. ასევე მნიშვნელოვანია განასხვავოთ ვაგინური გამონადენი ყელის გამონადენისგან. დიდი ზომის ბამბის ჯაგრისთ გამოწმინდეთ ყელი. თუ შესავალში გამონადენი არ არის, მაშინ მიზეზი საშოა და განიხილეთ ქვემოთ მოცანილი მიზეზები. დაიმახსოვრეთ, რომ ცერვიციტის ან ვაგინიტის დიაგნოზი ემყარება მასალის ჯარგად შეგროვებას და შესაბამის ლაბორატორიულ გამოკვლევას.

	ტრიქომონული ვაგინიტი	ჯანდიდური ვაგინიტი	ბაქტერიული ვაგინიტი
			
მიზეზი	*Trichomonas vaginalis (ვაგინური ტრიქომონა)*, პროტოზოა. ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის ავადდებიან სქესობრივი გზით.	*Candida albicans*, საფუარი (საშოს ფლორას ნორმალური ზრდა); ნინ უძღვის მრავალი ფაქტორი, მათ შორის ანტიბიოტიკებით მკურნალობა	ძირითადად აღინიშნება ანაერობული ბაქტერიების ჭარბი ზრდა; შეიძლება სქესობრივად გადამდები იყოს.
გამონადენი	მოყვითალო მწვანე ან ნაცრისფერი, შესაძლოა ქაფიანი; ხშირად დიდი რაოდენობითაა და გროვდება საშოს თაღში, შეიძლება ცუდი სუნი ჰქონდეს.	თეთრი ფერის და ხაჭოსებრი; შეიძლება თხელი იყოს, მაგრამ ტიპიურად სქელია. რაოდენობა უფრო ნაკლებია, ვიდრე ტრიქომონული ინფექციის დროს; ცუდი სუნი არ აქვს.	ნაცრისფერი ან თეთრი, თხელი, ჰომოგენური, ცუდი სუნის მქონე; ფარავს საშოს კედლებს; ჩვეულებრივ, დიდი რაოდენობით არ არის, შეიძლება მინიმალური იყოს.
სხვა იმპტომები	ქავილი (ისეთი ძლიერი არა არის, როგორც *Candida* ინფექციის (ჯანდიდოზის) დროს); შარდვის დროს ტკივილი (კანის ანთების ან ურეთრიტის გამო), დისპარეუნია (ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს).	ქავილი; საშოს ტკივილი; შარდვის დროს ტკივილი (კანის ანთების გამო); დისპარეუნია	უსიამოვნო, თევზის ან აშმორებული გენიტალიების სუნი
ვულვის და საშოს ლორწოვანი	ჯარიბქა და მკრთალ ბაგეები შენთელებულია. საშოს ლორწოვანი შეიძლება დიფუზურად ნითელი იყოს, უკანა თაღზე მკრთალ ზომის ნითელი ღაქებით ან პეტექიებით. მსუბუქ შემთხვევაში ლორწოვანს ნორმალური შესახედაობა აქვს.	ვულვა და ზოგჯერ გარშემო ქსოვილები ანთებითია და სხვადასხვა ხარისხით შეიძლება შესიებულიც იყოს. საშოს ლორწოვანი განითლებულია, რომელზეღაც მორჩანს თეთრი, მკვრივი გამონადენის ღაქები ან ღაქების აფხეკისას ვითარდება სისხლდენა. მსუბუქ შემთხვევაში ლორწოვანი ნორმალურად გამოიყურება.	ვულვა და ვაგინური ლორწოვანი, ჩვეულებრივ, ნორმალია
ლაბორატორიული გამოკვლევა	შეისწავლეთ მარილიანი ხსნარით დასველებული მასალა ტრიქომონაზე.	დაათვალიერეთ ჯილეშის ჰიდროქლორიდით (KOH) დამუშავებული *Candida*-ს (ჯანდიდას) ჰიფარატი.	შეისწავლეთ მარილით დასველებული მასალა *ძაფისებური უჯრედების* (ეპითელური უჯრედები ნუკლეინის ჯილეებით) არსებობაზე; შეიგრძნოთ თევზის სუნი KOH დამატების შემდეგ ("სუნის ტესტი"); ვაგინური გამონადენის pH > 4.5.

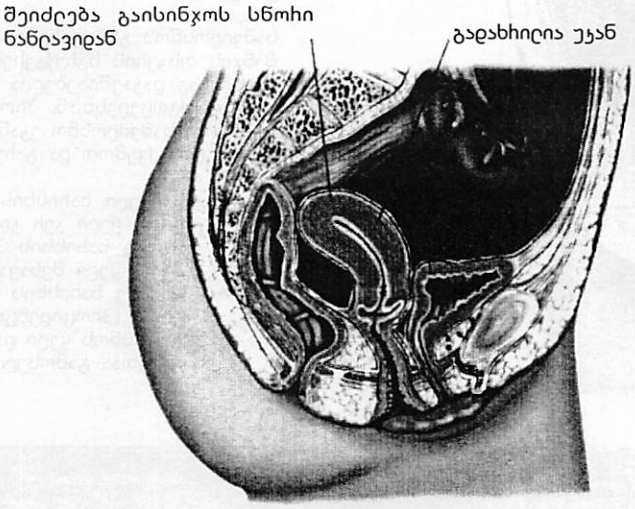
საშვილოსნოს მდებარეობები

ჩოგორც ჩეტროვეისია, ასევე ჩეტროფლექსია მდებარეობის ნორმული ვარიანტებია.



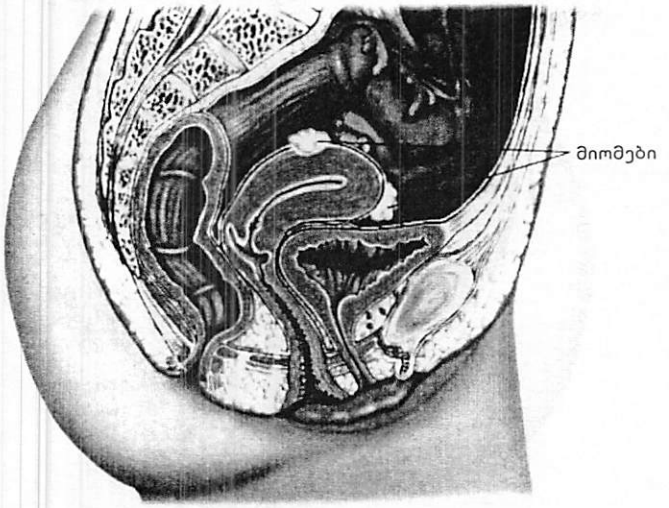
საშვილოსნოს ჩეტროვეისია (უკან გადახრა)

საშვილოსნოს ჩეტროვეისია გულისხმობს მთელი სშვილოსნოს უკან შეტრიალებას, ტანისა და ყელის ჩათვლით. ეს ხშირი ვარიანტია და ქალთა დაახლოებით 20%-ში ვლინდება. მენჯის ღრუს გამოკვლევის დროს აღნიშნული ნიშანია ყელის წინ გადმოხრა, ხოლო ტანის პარპასია ვეი ხეიხდება. *საშუალო გადახრის* დროს ტანის პარპასია ვერცელდი ხელით ვეი ხეიხდება. *გამოხატული გადახრის* დროს ტანი შეიძლება უკან იყოს გადავარდნილი ან უკანა თაღისკენ ან სწორი ნაწლავისკენ. უკან გადახრილი საშვილოსნო მოძრავი და ასიმპტომურია. იშვიათად, ასეთი საშვილოსნო ფიქსირებულია და უძრავი, ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ენდომეტრიოზი ან მენჯის ანთებითი დაავადება.



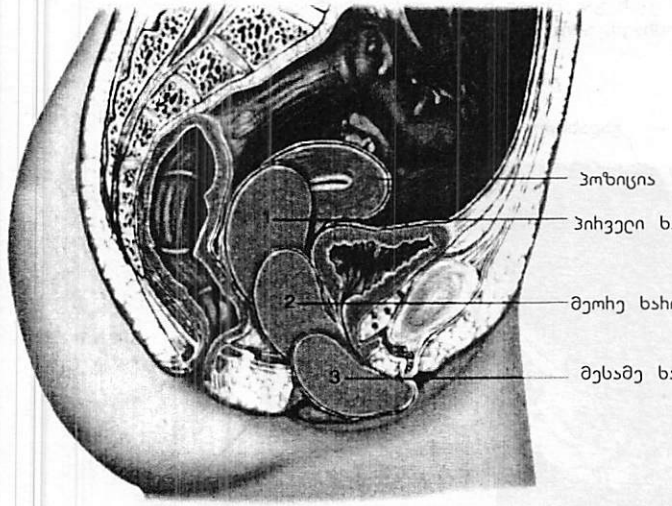
საშვილოსნოს ჩეტროფლექსია

საშვილოსნოს ჩეტროფლექსია ნიშნავს ყელის მიმართ საშვილოსნოს ტანის უკან გადახრას. საშვილოსნოს ყელი თავის ადგილზე მდებარეობს. საშვილოსნოს ყელის პარპასია შესაძლებელია უკანა თაღიდან ან სწორი ნაწლავიდან.



საშვილოსნოს მიომა (ფიბრომა)

მიომა წარმოადგენს საშვილოსნოს ფენითელ გავრცელებულ, ეთილითვისებიან სიმსივნეს. შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე, სხვადასხვა ზომის, იშვიათად აღწევს დიდ ზომას. მიომა შეიგრძნობა მომჯირავო ასაკის ქვანძად, რომელიც საშვილოსნოს ზედაპირის გაგრძელებას წარმოადგენს. იშვიათად მიომა, რომელიც ღრეჩოებით მდებარეობს, შეიძლება საჯვეთქის გადიდებაში შეგეშალოთ. უკან მდებარე ქვანძი შეიძლება შეგეშალოთ საშვილოსნოს უკან გადახრაში. სუბმუკოზური მიომა ენდომეტრიული ღრუს ნინ მდებარეობს და მისი პაპანაკია ვეი ხერხდება, თუმცა საშვილოსნოს გადიდებამ შეიძლება ამ მიომაზე გაფიქრებინოთ.



საშვილოსნოს პროლაფსი (გამოვარდნა)

საშვილოსნოს გამოვარდნის მიზეზია მენჯის ფსკერის სტრუქტურების სისუსტე და ხშირად დაკავშირებულია ცისტოცელესა და რექტოცელესთან. პროგრესულ სტადიაზე საშვილოსნო უკან იხრება და საშოს ღრუ ქვემოთ და გარეთ იწევს:

- პირველი ხარისხის პროლაფსის დროს ყელი ჯერ კიდევ საშოშია
- მეორე ხარისხის პროლაფსის დროს ყელი შესავალშია
- მესამე ხარისხის პროლაფსის დროს (პროცედენსია) საშვილოსნოს ყელი და საშო გარეთაა გამოსული.

საშვილოსნოს დანამატის გადიდება

დანამატების გადიდების ყველაზე ხშირი მიზეზებია Fallop-ის მილების და საჯვეთსხეების დახლვევები. სამი მაგალითი, ჰომელთა დიფეთენციებია ხშირად ძნელია, ჭვეშოთაა აღნეთილი. გახდა ამისა, ნანლავის ანთებითი დაავადება (ჰოგოჰიცაა დივეთტიკულიტი), მსხვილი ნაწლავის კასცინომა და ფეხზე მზახდი მიომა შეიძლება დანამატის გადიდების სიმეღაცას ქმნიდეს.



საჯვეთსხის კისტა და სიმსივნე

საჯვეთსხის კისტა ან სიმსივნე შეიძლება ისინჯებოდეს, ჰოგოთს გადიდებული დანამატი ეთთ ან ოთივე მხახეს. მოგვიანებით შეიძლება გავთსედეს მენჯის ღოეს გათეთ. კისტა გლვვია და დიეკადი, სიმსივნე უფთო მკვთივია და ხშირად კვანძოვანი. გაუთთებული კისტა და სიმსივნე, ჩვეულებთივ, უმტკივნეულოა.

პატახა (6 სმ დიამეტთით), მოძთავი, კისტური ნათმონაქმნი ახალგაზდა ქალებში, ჩვეულებთივ, კეთილვისებიანია და ქთება ყოველი მეშვიდე მენსტთუალუთი პეთიოდის შემდეგ.

მილის გასკდომა გათე ოთსულობის დროს

გათე ოთსულობის დროს მილის გასკდომა ინვევს სისხლის ჩაღვთას პეთიტონეუმის ღოეში, თაც მუცლის ათეში ძლიეთ ტკივილს და დაქიმულობას ნათმომობს. ზოგჯეთ ახლავს დასვითი ციგიდობა და ხთევითი ტკივილი. პაეპასიით შეიძლება ეთთ მხახეს გადიდებული დანამატი გასინჯოთ, მაგთამ გასინჯვას ხშირად წინ უსწთებს ტკივილი. სისხლდენის გამო შეიძლება განვითათდეს სისუსტე, სინკოპე, გულისთევა, პიდლებინება, ტაქიკაძდია და მოკი. ანამნეზში აღინიშნება ამენოთეა და ოთსულობის სხვა ნიშნები.

მენჯის ანთებითი დაავადება

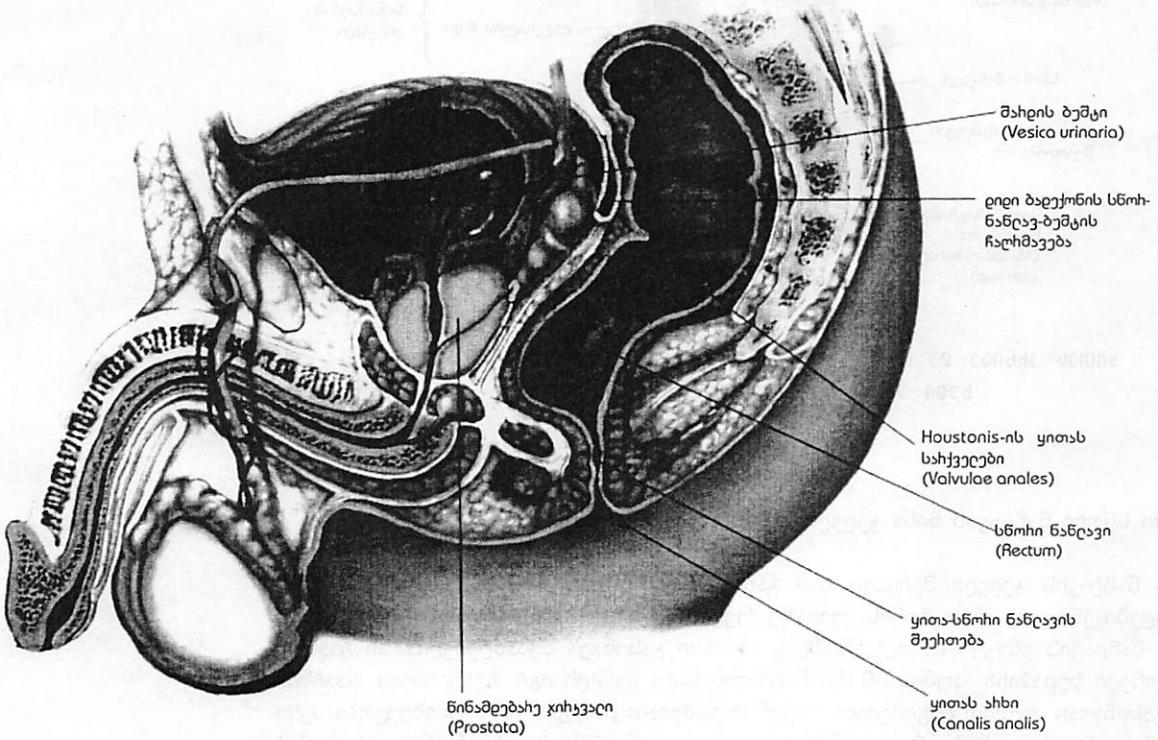
მენჯის ანთებითი დაავადები (Pelvi inflamatory disease – PID) ხშირად სქესობთივად გადამდები ინფექციების შედეგად ვითათდება - ფაღოპის მილების ანთება (სალპინგიტი) ან მილების და საჯვეთსხეების ანთება (სალპინგო-ოოფოთიტი). გამომწვევებია *Neisseria gonorrhoeae (გონოთეის ნეისეთია), Chlamydia trachomatis (ქლამიდია ტთაქომატისი)* და სხვა მიკობები. *მწვავე* დაავადებას ახლავს დანამატების ძალიან მტკივნეული, ოთმხთივი გადიდება. თუმცა ტკივილი და კუნთების სპაზმი, ჩვეულებთივ, ათთულებს დანამატების კონტუთების დადგენას. საშვილოსნოს ყელის მოძთაობა ტკივილს ინვევს. მკუთნაღობის გათეშე შეიძლება განვითათდეს ტუბო-ოვათიული აბსცესი ან უნაყოფობა. ფაღოპის მილების და საჯვეთსხეების ინფექცია ასევე შეიძლება მოყვეს მშობიათობას ან გინეკოლოგიუთ ოპეთაციას.

13 ყითა, სწორი ნაწლავი და წინამდებარე ჯირკვალი

ანატომია და ფიზიოლოგია

ჯუჯ-ნაწლავის ტრაქტი ბოლოვდება მოყვე სეგმენტით ან *ანალური არხით*. მისი გარეთა ყიდე ცუდად არის შემოსაზღვრული, მაგრამ არხის ჯანი შეიძლება გამოარჩიოთ გარშემომყოფი პერიანალური ჯანისგან სველი, თმიანი ზედაპირის მიხედვით. ყითას (ანალური) არხი ნორმალურად იხურება *გარეთა* ნებითი *სფინქტერის* და *შიგნითა* უნებლიე *სფინქტერის* ჯუნთების მოქმედებით, მოგვიანებით სწორი ნაწლავის ჯედების ჯუნთოვანი შრის დაჭიმვით.

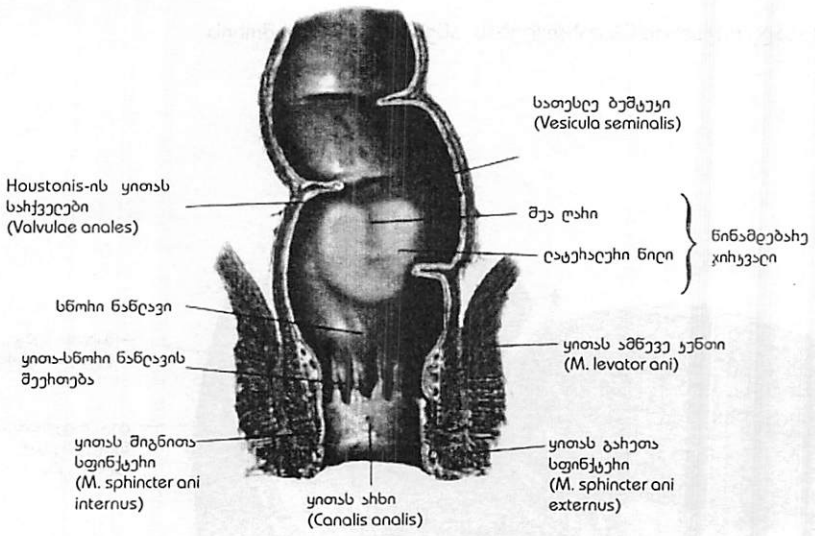
ყურადღებით დააკვირდით ყითას (ანალური) არხის მიმართულებას ანუსსა და ჭიპს შორის ხაზზე.



სწორი ნაწლავისგან განსხვავებით, ახს გააჩნია ჭახბი სომატური სენსორული ინერვაცია და ამიტომ თითით ან ინსტრუმენტით ახასწორი გასინჯვა ტკივილს იწვევს.

ანალური ახი სწორი ნაწლავისგან ზემოდან გამოყოფილია დაკბილული ხაზით, რომელიც აღნიშნავს ცვლილებას ეპითელიდან ლორწოვანამდე. ეს ანორექტული შეკუმშვა, რასაც ხშირად უწოდებენ *სავახსრისებურ* ან *დაკბილულ ხაზს*, ასევე აღნიშნავს სომატური და ვისცერული ნერვების შეკუმშვის საზღვარს. მისი დანახვა ეპიგად შეიძლება პროქტოსკოპის საშუალებით, მაგრამ მისი პალპაცია ვერ ხერხდება.

ანორექტული შეკუმშვის ზემოთ სწორი ნაწლავი ფართოვდება, ტკიაღდება უკან და ედება კუდუსუნის ძვლებს. მამაკაცებში შარდსადენს გარს აკრავს *წინამდებარე ჯირკვლის* სამი წილი. ბავშვობის ასაკში წინამდებარე ჯირკვალი პატარაა, მაგრამ სქესობრივი მომწიფების ასაკიდან 20 წლამდე მისი ზომა 5-ჯერ იზრდება. ჯირკვლის მოცულობა მკვეთრად იზრდება მისი ჰიპერპლაზიის დროს (იხ. გვ. 471). მისი ორი გვერდითი წილი მდებარეობს სწორი ნაწლავის წინა კედელთან, სადაც პალპაციით ისინჯება ოთხკუთხა 2.5 სმ სიგრძის მრგვალი, გულის ფორმის სტრუქტურა. წილები ერთმანეთისგან გამოყოფილია მცირე ზომის შუა ნაკლევით, რომელიც ასევე პალპირებადია. მესამე შუა წილი შარდსადენის წინაა და მისი გამოკვლევა შეუძლებელია. *სათესლე ბუშტუკები*, რომელთაც ეკუთვნის უკანის ფორმა აქვთ წინამდებარე ჯირკვლის ზემოთ, ასევე არ ისინჯება პალპაციით.



ყოთას არხისა და სწორი ნაწლავის ბაგისებრი (ჯორჯანელი) ბაგეებვეთში, ხედი უკნიდან, გვიჩვენებს წინა კედელს

ქალებში სწორი ნაწლავის წინა კედელთან მდებარეობს *საშვილოსნოს ყელი*.

სწორი ნაწლავის კედელი შეიცავს სამ განივ ნაოჭს, რასაც *Houston-ის (ჰიუსტონის) სარქველები* ეწოდება. მათ შორის ყველაზე ქვედა ნაოჭი ზოგჯერ ჩანს მარცხენა მხარეს. სწორი ნაწლავის უმეტეს ნაწილს, რომლის თითით გასინჯვა შესაძლებელია, არ გააჩნია პერიტონეული ზედაპირი. თუმცა სწორი ნაწლავის წინა ნაწილს იგი, ჩვეულებრივ, გააჩნია, რისი გასინჯვაც თითით შეგიძლიათ. თქვენ შეგიძლიათ დაადგინოთ მტკივნეულობა პერიტონეუმის ანთების დროს ან ჯვანძოვანება პერიტონეუმში მეტასტაზების არსებობის გამო.

ანამნეზი

ხშირი ან განსახიღველი სიმპტომები

- ნაწლავთა მოქმედების ცვლილებები
- სისხლიანი განავალი
- ტკივილი დეფეკაციის დროს; სწორი ნაწლავის სისხლდენა ან ტკივილი
- ანუსის მეჭეჭი ან ნახეთქი
- შარდის სუსტი ნაკადი
- ნვა შარდვის დროს

განსახილველი სიმპტომების უმეტესობა, რომლებიც ეხება ანორექტულ არეს და წინამდებარე ჯირკვალს, სხვა თავებშია მოცემული. მაგალითად, თქვენ დაბჭირებათ კითხვების დასმა, თუ აღინიშნება ნაწლავთა მოქმედების დარღვევა ან განავლის კალიბრის ცვლილება. ფალარათი აქვს, თუ ყაბზობა? უნდა იკითხოთ განავლის ფერის შესახებ. დაუბრუნდით გვ. 366-367 და განიხილეთ ანამნეზი სიმპტომების მიხედვით, როგორიცაა *სისხლიანი განავალი*, შავი ფერის განავალი, ასე *მელენაზე* მიუთითებს, წითელი სისხლი განავალში – ჰემატოქეზია, *ალისფერი სისხლი სწორი ნაწლავიდან*. ასევე, არის თუ არა ღრინი?

გაქვთ თუ არა ტკივილი დეფეკაციის დროს? ქავილი? ანუსის ან სწორი ნაწლავის არეში მტკივნეულობა? არის თუ არა ღრინოვან-ჩირქოვანი გამონადენი ან სისხლდენა? ნყლული? გაქვთ თუ არა ანალური სექსი?

ანამნეზში აღინიშნება თუ არა ანუსის ნახეთქები ან ნაწნავები?

მამაკაცებში შეისწავლეთ შარდვის დროს განვითარებული სიმპტომები (იხ. გვ. 368-370). ხომ არ აქვს ავადმყოფს პრობლემა შარდვის დაწყებისას ან შარდის შეკავებისას? შარდის ნაკადი სუსტია? როგორია შარდვის სიხშირე, განსაკუთრებით ღამე? არის შარდვის დროს ტკივილი ან ნვა? შარდში ხომ არ არის სისხლი ან სპერმა, არის თუ არა ტკივილი ეკაკულაციის დროს? ხომ არ აქვს ხშირი ტკივილი ან დაჭიმულობა ზუსტად ქვედა ნაწლავში, თეძოს ან ბარძაყის არეში?

ასევე, მამაკაცებში აღინიშნება თუ არა რაიმე დისკომფორტი ან სიმძიმე წინამდებარე ჯირკვლის არეში ასოს ფუძესთან? ხომ არ ახლავს სისუსტე, ცხელება ან შემცივნება?

იხ. ცხრილი 10-3, ყაბზობა, გვ. 397 და ცხრილი 10-5, შავი ფერის და სისხლიანი განავალი, გვ. 400.

ნაწლავთა მოქმედების ცვლილებები, განსაკუთრებით ფანქრის ფორმის განავალი, შეიძლება კიბოზე მიუთითებდეს. სისხლიანი განავალი შეიძლება განვითარდეს პოლიპოზის ან კიბოს დროს, ასევე გასტროინტესტინური სისხლდენის ან ბუასილის დროს. ღრინო ჩნდება ნამნამოვანი აღენომის დროს.

პროქტიტი ანორექტული ტკივილით, ქავილით, ტენეზმებით, გამონადენით ან სისხლდენით, ვითარდება გონორეული, *Chlamydia* (ქლამიდიური) ინფექციების, lymphogranuloma venereum (ვენერიული ლიმფოგრანულომის) ან ანალური სექსის დროს. ნყლულები ვითარდება herpes simplex-ის (მასტივი ჰერპესის) დროს, შანკრი პირველადი სათაშანგის დროს. ახალგაზრდებში ქავილის მიზეზი მახვილია.

გენიტალური ნაზარდების მიზეზი შეიძლება იყოს *ადამიანის papilomavirus (პაპილომავირუსი), condilomata lata (კონდილომა)* მეორადი სათაშანგის დროს. ანუსის ნახეთქები ვითარდება *პროქტიტის, Crohn-ის (კრონის) დაავადების* დროს

ეს სიმპტომები მიუთითებს შარდსადენის ობსტრუქციაზე *წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილეთვისებიანი ჰიპერპლაზიის* ან *კიბოს* დროს, განსაკუთრებით 70 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში.

მიუთითებს შესაძლო პროსტატიტზე.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- ნინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს გამოკვლევა
- პოლიპოზის და ჯოლოხექტული ჯიბოს გამოკვლევა

ექიმმა უნდა განიხილოს გამოკვლევის მეთოდები, რომლებიც ნინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს ეხება, ასევე მიანოდოს ქალებს და მამაკაცებს ჰეკომენდაციები ჯოლოხექტული ჯიბოს და მსხვილი ნაწლავის ადენომური პოლიპოზის გამოკვლევისთვის.

ამშ მამაკაცებში ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის ნამყვანი ადგილი *ნინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს* უჭირავს და ფილტვის ჯიბოს შემდეგ მამაკაცთა სიკვდილობის მეორე მიზეზია.[1] ასაკი, ეთნიკური კუთვნილება და ოჯახური ანამნეზი მოქმედებს განვითარების ხისკზე. თუ 45 წლამდე ასაკის მამაკაცებში იშვიათია, 65 წლის ზევით 70%-ში ვლინდება.[2] დიაგნოზის სამუალო ასაკი 72 წელია. აფრიკელ ამერიკელებს ნინამდებარე ჯირკვლის ჯიბო ძალიან ხშირად აღენიშნებათ და, ჩვეულებრივ, უკვე შორსწასული დაავადება აქვთ.[3] დაავადების სიხშირე ყველაზე დაბალია აზიელ ამერიკელებსა და აბორიგენებში. მამაკაცებს, რომელთაც ჰყავთ ნინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოთი დაავადებული პირველი ხარისხის ნათესავი, როგორიცაა ძმა ან მამა, დაავადების ხისკი ორმაგი აქვთ, ხოლო ორი ან სამი დაავადებული პირველი ხარისხის ნათესავის არსებობისას ხისკი 5 - 10-ჯერ იზრდება.[4] დიეტის, ისეთი დანამატების მიღების, როგორიცაა სელენი და E ვიტამინი, არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობის, ვაზექტომიისა და ტესტოსტერონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის დაავადების შესაძლო ხისკ-ფაქტორებად განიხილება არადამაჯერებელია.

ზოგიერთი პრობლემა ართულებს სკრინინგის ჩატარებას. იმისთვის, რომ უსიმპტომო ავადმყოფს აუხსნას მდგომარეობა ან ჩვევა მისცეს, ექიმმა უნდა იცოდეს აზრთა სხვადასხვაობის შესახებ. აუტოფსიურმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ 50 წლის ზევით მამაკაცთა უმრავლესობას და ზოგჯერ უფრო ადრეგაზრდებსაც აღენიშნებათ ნინამდებარე ჯირკვლის სიმსივნური უჯრედები, მაგრამ მათ დაავადება არ ჰქონიათ. ვინაიდან ამ სიმსივნეთა უმეტესობა ჩუმია, მათი აღმოჩენა დიაგნოსტიკა ზრდის არასაჭირო გამოკვლევებს და მკურნალობას, რომლის დადებითი გამოსავალი დაბალია. მაგალითად, ისეთი ჩარევებს, როგორიცაა ოპერაცია, ახასიათებს 20%-ში ერექციის დარღვევის და 5%-ში შარდის შეუკავებლობის განვითარება. უფრო მეტიც, არც ერთი პრინციპული დიაგნოსტიკური ტესტი, როგორიცაა ხელით სწორი ნაწლავის გასინჯვა (DRE – digital rectal examination) და სისხლის შრატში ნინამდებარე ჯირკვლის სპეციფიკური ანტიგენის (პსა, PSA – prostate specific antigen) განსაზღვრა, არ ხასიათდება მაღალი მგრძნობელობით და სპეციფიკურობით.

მნიშვნელოვანია ავადმყოფთან ერთად განიხილოთ ხელით სწორი ნაწლავის გასინჯვისა და პსა ტესტების შეზღუდვები. მხოლოდ ხელით სწორი ნაწლავის გასინჯვა არ ამცირებს ავადობას და სიკვდილობას და გააჩნია მაღალი ხარისხით ცრუ დადებითი შედეგი. მისი საშუალებით შესაძლებელია მხოლოდ ნინამდებარე ჯირკვლის გვერდითი და უკანა ზედაპირის

განსინჯვა, რის გამოც შეიძლება გამოგრჩეთ სიმსივნური ჯვანძების 25%-35%, რომლებიც სხვა უბნებშია.[5] ხელით სწორი ნაწლავის განსინჯვის მგრძნობელობა წინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს დადგენაში დაბალია და 20%-დან 68% ფარგლებშია, სპეციფიკურობა კი დაახლოებით 94%-ია.[6] თუმცა, გამკვრივების, შესამჩნევი ასიმეტრიის ან ჯვანძის დადგენა აუცილებელ უნდა იქნას განხილული, განსაკუთრებით, როდესაც ახლავს რისკ-ფაქტორები ან მომატებული PSA.

PSA ტესტი ასევე პრობლემურია. PSA არის წინამდებარე ჯირკვლის ეპითელური უჯრედების მიერ ნარმოქმნილი გლიკოპროტეინი. მისი დონე შეიძლება გაიზარდოს კეთილთვისებიანი პროცესების დროს, როგორიცაა ჰიპერპლაზია და პროსტატიტი და ხანმოკლე მომატება აღინიშნება ეკაკულაციის, წინამდებარე ჯირკვლის ბიოფსიის და შარდის შეკავების დროს. ამავე დროს, არსებობს შემთხვევები, როდესაც წინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს დროს PSA არ მატულობს.

სამი მამაკაციდან, რომელთაც მომატებული აქვს PSA-ს დონე, ერთზე ნაკლებს აქვს წინამდებარე ჯირკვლის დადასტურებული ჯიბო.[7] გამოკვეთილია ამ ტესტის ჰამოდენიმე მოდიფიკაცია, მაგრამ არც ერთს არ გააჩნია უკეთესი დიაგნოსტიკური ღირებულება. როდესაც ზღვარი არის 4 ნანოგრამი/მილილიტრზე (ნგ/მლ), ტესტის მგრძნობელობაა 70%-დან 80%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა დაახლოებით 60%-70%.[8] 4-დან 10 ნგ/მლ-მდე მომატება და 10 ნგ/მლ-ზე მაღალი მაჩვენებელი შარდის ჯაფსულის გარეთა ჯიბოს აღმოჩენის შანსს, მაგრამ მაინც აქვს ოპტიმალური მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა ავთვისებიანი სიმსივნის აღმოჩენისთვის.

ზოგიერთი სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უწევს ორივე ტესტის – სწორი ნაწლავის განსინჯვისა და PSA ერთდროულად გამოყენებას 50 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში, აფრო-ამერიკელებში და 40 წლის მამაკაცებში, ვისაც დადებითი ოჯახური ანამნეზი აქვს, მას შემდეგ, რაც ავადმყოფი ჯარგად არის ინფორმირებული რისკისა და გამოსავალის შესახებ და გააჩნია სიცოცხლის სულ ცოტა 10 წლით გახანგრძლივების შესაძლებლობა.[9] PSA-ს შედეგზე მინიმალურად მოქმედებს ხელით სწორი ნაწლავის განსინჯვა, ასე რომ ორივე ტესტის ჩატარება შესაძლებელია ერთი ვიზიტის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევებმა აჩვენა ხელით სწორი ნაწლავის განსინჯვისა და PSA-ს ეფექტურობა ადრეულ სტადიაზე წინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს დიაგნოსტიკაში, ფაქტები იმისა, რომ ეს ტესტები აუმჯობესებს გამოსავალს, არ არის დადასტურებული.[10]

ავადმყოფებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ წინამდებარე ჯირკვლის პათოლოგიის ნიშნები, ექიმის ორი უფრო ფართოვდება. როდესაც მამაკაცის ასაკი 50-ს უახლოვდება, იზრდება წინამდებარე ჯირკვლის ჯიბოს რისკი. მიმოიხილეთ წინამდებარე ჯირკვლის დაზიანების ნიშნები – შარდის ბუშტის არასრული დაცლა, შარდვის გახშირება ან მოშარდვის გადაუდებელი სურვილი, შარდის ნაკადის შემცირება ან შესუსტება, ჰემატურია, ნოკტურია ან მენჯის ძვლების ტკივილი. ზოგჯერ მამაკაცს ძალდატანება სჭირდება, რომ სიმპტომების შესახებ ისაუბროს, ამიტომ უნდა დაეხმაროთ და გაამხნევოთ დაავადების შემდგომი განვითარებისა და ადრეული მკურნალობის თვალსაზრისით.

მსხვილი ნაწლავის ჯიბოს დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებისთვის ექიმმა ხშირად უნდა გამოიყენოს პროქტოსკოპია, მიუხედავად მისი სიძვირისა და ავადობის რისკისა. აშშ-ში მსხვილი ნაწლავის ჯიბო სიკვდილობის მეორე მიზეზია და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის მესამე ადგილი უჭირავს. დიაგნოსტიკა გულისხმობს ხელით სწორი ნაწლავის განსინჯვას, განავლის გამოკვლევას ფარული სისხლდენაზე (FOBT – fecal occult bood test), სიგმოიდოსკოპიას და კოლონოსკოპიას. ხელით განსინჯვის საშუალებით ისინჯება სწორი ნაწლავის 7-8 სმ სიგრძეზე (ჩვეულებრივ, სწორი ნაწლავის სიგრძე 11 სმ-ია) – ამ უბანში ვითარდება მსხვილი ნაწლავის ჯიბოს 10%. ფარული სისხლდენაზე განავლის გამოკვლევის საშუალებით (იხ. განხილვა გვ. 373) ხდება მსხვილი ნაწლავის ჯიბოს 2%-11% და ადენომის 20%-30% დიაგნოსტირება 50 წლის ზევით ასაკის მამაკაცებში, მას ახასიათებს მაღალი ხარისხით ცრუ დადებითი შედეგი.[11] სიგმოიდოსკოპიას კარგი შედეგი აქვს დისტალური მესამედი ნა-

ნიღის ჯიბოს დიაგნოსტიკაში, მაგრამ ამ მეთოდით ვერ დგინდება სიმსივნის დაახლოებით 35%-ს ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში. დიაგნოზის დასმა ვერ ხერხდება იმ პაციენტებში, ვისაც აღენიშნება პროქსიმალური ნაწლავის სიმსივნე. მეტიც, კვლევებმა აჩვენა, რომ ფარული სისხლდენაზე განავლის გამოკვლევისა და სიგმოიდოსკოპიის სისწორე დაახლოებით 50%-ია.[12] კოლონოსკოპია საშუალებას იძლევა დადგინდეს პოლიპების და ავთვისებიანი სიმსივნეების უმეტესობა, რომელთა ზომა 10 მმ-ზე მეტია. ექიმმა ავადყოფთან ერთად უნდა განიხილოს ზოგიერთი წესი და დაიწყოს კვლევა 50 წლამდე პაციენტებისა, რომელთაც საშუალო რისკი აქვთ და 35-დან 40 წლამდე ასაკის მამაკაცების, რომელთაც აქვთ ნაწლავის ანთებითი დაავადება ან აღენომური პოლიპოზის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს დადებითი ოჯახური ანამნეზი. (იხ. განხილვა გვ. 372-373).

გამოკვლევის მეთოდები

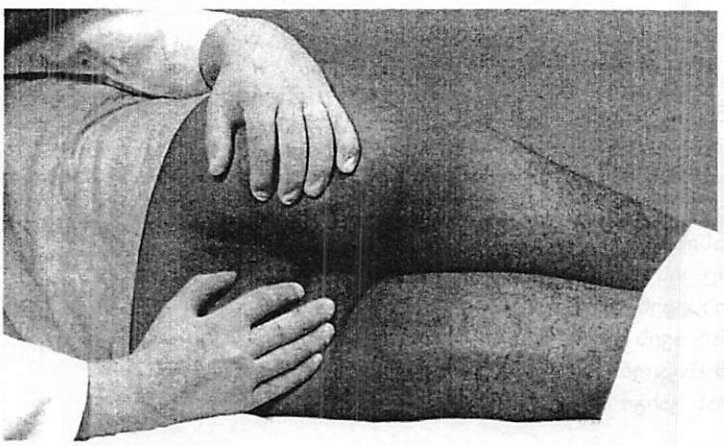
უმეტესობა ავადმყოფებისთვის სწორი ნაწლავის გამოკვლევა ყველაზე ნაკლებ პოპულარული პროცედურაა. მან შეიძლება გამოინვიოს დისკომფორტი და უხერხულობის განცდა ავადმყოფში, მაგრამ თუ გამოკვლევას დახელოვნებული ექიმი ატარებს, პროცედურა ავადმყოფისთვის მტკივნეული არ უნდა იყოს. ჩქმეტი გამოკვლევა შეგიძლიათ გამოტოვოთ მოზარდებში, რომელთაც შესაბამისი ჩივილები არ გააჩნიათ. თუმცა, საშუალო ან მაღალი ასაკის პირებში გასინჯვაზე უარის თქმით შეიძლება გამოგრჩეთ უსიმპტომო კარცინომის არსებობა. კარგი გამოკვლევა მოითხოვს სიმშვიდეს, ავადმყოფისთვის იმის ახსნას, თუ რა შეიძლება იგრძნოს გასინჯვისას და თითის ნელ მოძრაობას.

მამაკაცი

გამოკვლევის ჩატარებისთვის აირჩიეთ ავადმყოფისთვის რომელიმე მოხერხებული პოზიცია. ხშირად ექიმი სთხოვს ავადმყოფს ადგეს, წინ გადმოიხაროს და ტანის ზედა ნაწილი დაასვენოს მაგიდას. ბევრ შემთხვევაში გვერდზე წოლის პოზიცია, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, უფრო მოსახერხებელია პერიანალური და გარე-ჯუჯუნის არეების კარგი ვიზუალიზაციისთვის.

როგორ პოზიციაშიც არ უნდა მოათავსოთ ავადმყოფი, თითით მაინც ვერ მოახერხებთ სწორი ნაწლავის მთელ სიგრძეზე გასინჯვას. თუ ვარაუდობთ ჩქმეტოსიგმოიდური სიმსივნის არსებობას და ნაჩვენებია შემდგომი გამოკვლევები, ჩაატარეთ სიგმოიდოსკოპია ან კოლონოსკოპია.

სთხოვეთ ავადმყოფს, დაწვეს მარცხენა გვერდზე, ისე, რომ დუნდულები მაგიდის კიდესთან ახლოს იყოს. მოუხარეთ ავადმყოფს ფეხები მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში და ასე დაფიქსირდეთ, რათა ვიზუალიზაცია უკეთესი იყოს. ჩაიცვით ხელთათმანები და გადაუწიეთ დუნდულები.



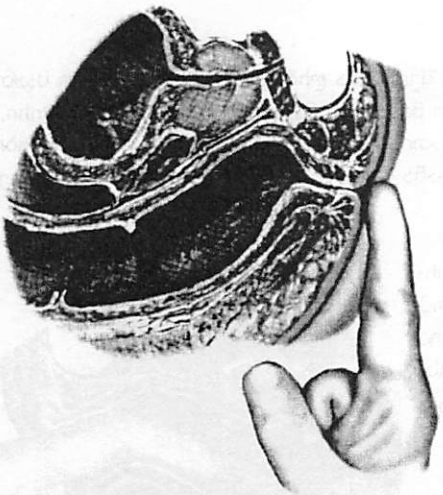
- *დაათვალიერეთ გავა-ჯუღუსუნის და პეჩიანაღუჩი ახლები* შესიებაზე, ნყლულებზე ან თეძოზე, გამონაყარზე ან ექსკორიაციებზე. მოზრდილთა პეჩიანაღუჩი ჯანი ნორმალურად უფრო პიგმენტირებულია და მეტად უხეში, ვიდრე ღუნდულოების ჯანი. ჩაატარეთ შეცვლილი უბნების პალპაცია, დააკვირდით შესიებას ან მტკივნეულობას.

- *ანუსის და სწორი ნაწლავის გამოკვლევა*. ნაუსვით საცხი საჩვენებელ თითს, აუხსენით ავადმყოფს, რას აპირებთ და ეთხარით, რომ გასინჯვამ შეიძლება გამოინვიოს ნაწლავთა მოქმედების მსგავსი შეგრძნება. სთხოვეთ გაიჭინთოს. დაათვალიერეთ ანუსი, არის თუ არა რაიმე დაზიანება.

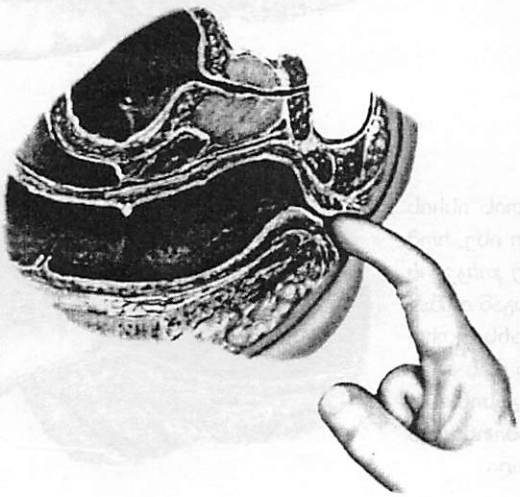
პეჩიანაღუჩი და პეჩიანაღუჩი დაზიანებები მოიცავს ბუასილს, ვენერიულ მეჭეჭებს, ჰერპესს, ათამანგის შანკრს და ჯარცინომას. *პეჩიანაღუჩი აბსცესი* იწვევს ტკივილს, დაჭიმულობას, სიმაგრეს და შეწითლებას. ანუსის ნაპრალი იწვევს ჯანის შესიებას, გასქელებას, ნახეთქების განვითარებას ექსკორიაციებით.

ანუსის ჯიღეზე ჰბილი, მოქნილი და თავისუფალი ზედმეტი ჯანის ნაოჭები ხშირია. ზოგჯერ ამის მიზეზია წარსულში ანუსზე ჩატარებული ოპერაცია ჰემორროიდული თრომბოზის გამო, ხშირად აუხსნელი.

იხ. ნახატი 13-1 ანუსის, მის ირგვლივ ჯანის და სწორი ნაწლავის დაავადებები (469-470).



ხოლესაც ავადმყოფი გაიჭინთება, ხელთათმანიანი თითი დაადეთ ანუსზე.



ხოლესაც სფინქტერი მოდუნებულია, ფრთხილად შეყავით თითი ანალურ არხში ჭიპის მიმართულებით. თუ გრძნობთ, რომ სფინქტერი დაჭიმულია, შეისვენეთ. როგორც კი სფინქტერი მოდუნდება, გაიმეორეთ პროცედურა.

იშვიათად ძლიერი დაჭიმულობა ხელს უშლის თითით გასინჯვას. ნუ ეცდებით ამის ძალით გაჯეთებას. თითები დაანყვეთ ანუსის ორივე მხარეს, ფრთხილად გადაჭიმეთ ჯანი და სთხოვეთ ავადმყოფს, გაიჭინთოს. დაათვალიერეთ რაიმე დაზიანების ნიშნები, როგორიცაა ანუსის ნახეთქი, რაც შეიძლება ტკივილის მიზეზი იყოს.

თუ გასინჯვა შესაძლებელია დისკომფორტის გარეშე, დაათვალიერეთ:

- ანუსის სფინქტერის ტონუსს. ნორმალურად ანუსის სფინქტერის კუნთები თითის გარშემო მჭიდროდ არის დახურული.
- მტკივნეულობა
- გამაგრება
- უსწორმასწორობა ან კვანძები

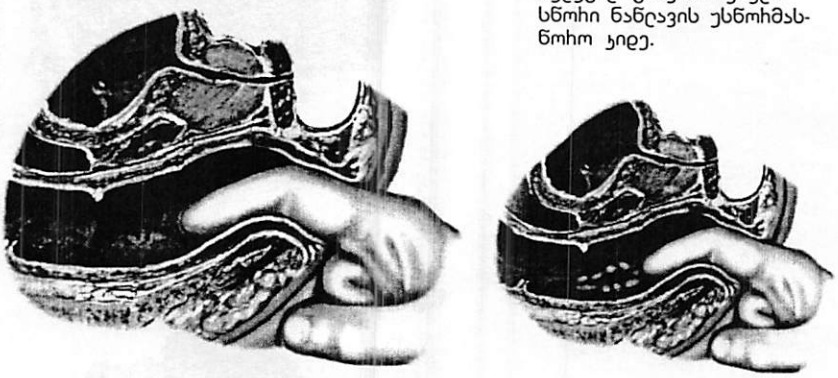
სფინქტერის დაჭიმულობა აღინიშნება ნევრომის, ანთების ან ნაწიბურის დროს; მოდუნება – ზოგიერთი ნევროლოგიური დაავადების დროს.

სიმაგრის მიზეზი შეიძლება იყოს ანთება, ნაწიბური ან სიმსივნე.

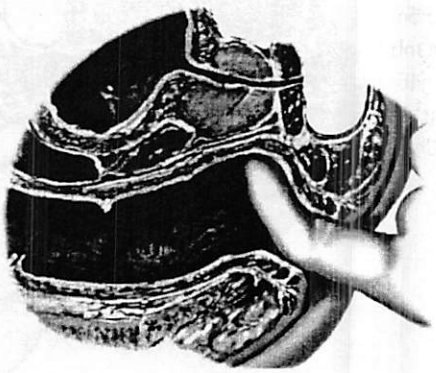
მოათავსეთ თითი სწორ ნაწლავში რაც შეიძლება ღრმად. ხელი დაატრიალეთ საათის ისრის მიმართულებით, რათა გასინჯოთ სწორი ნაწლავის მაქსიმალურად დიდი ზედაპირი, როდესაც ავადმყოფი მარჯვენა გვერდზე წევს. საათის ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით დატრიალებით გასინჯავთ სწორი ნაწლავის უკანა ნაწილს ავადმყოფის მარცხენა მხარეზე წოლისას.

ქვემოთ ნაჩვენებია კიბოს შედეგად განვითარებული სწორი ნაწლავის უსწორმასწორო კიდე.

გასინჯეთ, არის თუ არა კვანძები, უსწორმასწორობა ან სიმაგრე. იმისთვის, რომ შესაძლო დაზიანება კარგად ნახოთ, თითი მოაშორეთ სწორი ნაწლავის ზედაპირს, სთხოვეთ პაციენტს გაიჭინთოს და კვლავ გასინჯეთ.



შემდეგ დაატრიალეთ ხელი საათის ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით ისე, რომ თითით გასინჯოთ *წინამდებარე ჯირკვლის უკანა ზედაპირი.* თუ ავადმყოფისგან ოდნავ გარეთ შეტრიალებით, ამ უბანს უფრო ადვილად გასინჯავთ. ავადმყოფს უთხარით, რომ წინამდებარე ჯირკვლის გასინჯვას აწრიებთ და ამან შეიძლება გამოიწვიოს მოშარდვის გადაუდებელი სურვილი.

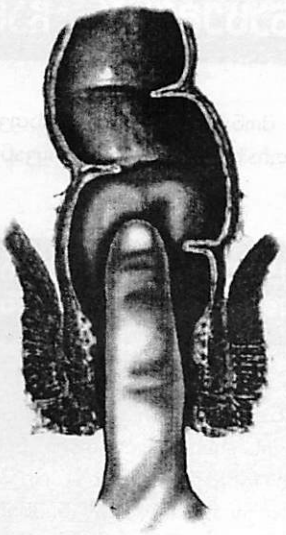


მოსინჯეთ წინამდებარე ჯირკვლის ზედაპირი, გაარჩიეთ მისი გვერდითი წილები და შუა ნაჭდევი. დაადგინეთ წინამდებარე ჯირკვლის ზომა, ფორმა და კონსისტენცია. ნორმალურად წინამდებარე ჯირკვალი ელასტიურია და უმტკივნეულო.

იხ. ცხრილი 13-2, წინამდებარე ჯირკვლის დაავადებები (გვ. 471).

თუ შესაძლებელია, თითი აიტანეთ ნინამდებარე ჯიჯგვლის ზევით სათესლე ბუშტუკის უბნისკენ და პეჩიტონეუმის ღრუსკენ.

ფხთხილად გამოიღეთ თითი და განმინდეთ ანუსი ან მიეცით პაციენტს საფენი. დააკვირდით ხელთათმანზე დარჩენილი ფეკალური მასის ფერს და გასინჯეთ ფარული სისხლდენაზე.



ნინამდებარე ჯიჯგვლის პალპაცია – ხელი ქვემოდან

-467-
პეჩიტონეუმში მეტასტაზის გამო ვითარდება სწორი ნაწლავის "თარო" (გვ. 470) ან მტკივნეულობა პეჩიტონეუმის ანთების გამო.

-468-
იზრდება ინფექციური აგენტით გამონვეული პროქტიტის განვითარების ხისკი.

იზრდება ნინამდებარე ჯიჯგვლის ჯიბოს ხისკი.

ქალი

ქალის სასქესო ორგანოების გამოკვლევის შემდეგ სინჯავენ სწორ ნაწლავს, სანამ ავადმყოფი ლითოტომიის პოზაშია. ეს პოზიცია საშუალებას გაძლევთ ჩაატაროთ ბიმანუალური გამოკვლევა და დაადგინოთ დანამატების ან მენჯის ღრუში შესაძლო ნახმონაქმნების საზღვრები. სასურველია, რომ გასინჯვაში ჩართოთ ექთოვაგინური ჯეჯილც, ის ასევე მოგეხმარებათ სწორი ნაწლავის ზედა ნაწილის ჯიბოს პალპაციაში.

თუ თქვენ მხოლოდ სწორი ნაწლავის გასინჯვა გსურთ, უფრო მოსახერხებელია ლატერალური პოზიცია, რათა უკეთ დათვალიერთოთ პერიანალური და გავა-ჯეჯილუნის მიდამო. გასინჯვის მეთოდიკა ისეთივეა, როგორიც მამაკაცების შემთხვევაში. დარმახსოვრეთ, რომ საშვილოსნოს ყელის პალპაცია ჯარგად ხერხდება წინა ჯეჯილიდან. ზოგჯერ, შესაძლებელია უკან გადახრილი საშვილოსნოს პალპაციაც. ეს ან ვაგინური ტამპონი არ შეგეშალოთ სიმსივნეში.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ დასაწყისში მონაცემების აღწერისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები, მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ხშირად გამოყენებად ფრაზებს.

ქლინიკური გამოკვლევის მონაცემების ჩანერა – ყოთა, სწორი ნაწლავი და წინამდებარე ჯირკვალი

"პერირექტული დაზიანებები და ნახეთქები არ აღინიშნება. გარეთა სფინქტერის ძაღა შენარჩუნებულია. სწორი ნაწლავის არხი თავისუფალი. წინამდებარე ჯირკვალი გლუვი და უმტკივნეულო, შუა ნაჭდევი ჯარგად ისინჯება (ქალებში – საშვილოსნოს ყელი უმტკივნეულო). განავალი ყავისფერია, სისხლეღის ნიშნები არ არის".
ან

"პერირექტული არე ანთებადია; დანყლულება, ნანაზარდები და გამონაღენი არ აღინიშნება. გარეთა სფინქტერის, სწორი ნაწლავის არხის ან წინამდებარე ჯირკვლის დათვალიერება ვერ ხერხდება გარეთა სფინქტერის სპაზმისა და ანალური არხის გამოხატული ანთებისა და მტკივნეულობის გამო".
ან

"პერირექტული დაზიანება და ნახეთქები არ აღინიშნება. გარეთა სფინქტერის ძაღა შენარჩუნებულია. სწორი ნაწლავის არხი თავისუფალი. წინამდებარე ჯირკვლის მარცხენა ღატერალურ ნილში აღინიშნება 1 × 1 სმ ზომის მაგარი ჯვანძი; მარჯვენა ღატერალური ჯვანძის ზედაპირი გლუვი; შუა ნაჭდევი არ ისინჯება. განავალი ყავისფერია, სისხლეღის ნიშნები არ არის".

ბიბლიოგრაფია

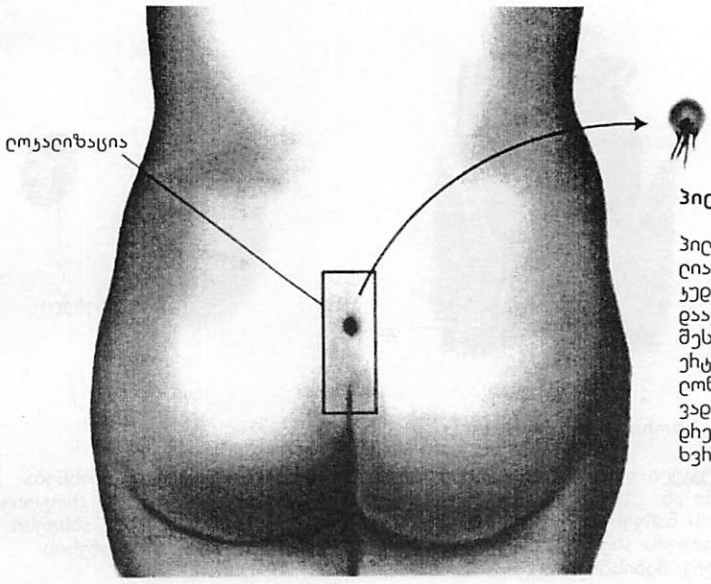
CITATIONS

1. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, et al. Cancer statistics 2004. CA Cancer J Clin 54:8-29, 2004.
2. Ries LA, Eisner MP, Kosary CL, et al (eds). SEER Cancer Statis-tics Review 1973-1999. Bethesda, MI), National Cancer Insti-tute. Available at: http://NtiAN'Nr3.cancer.gov/prevention/plco/ facts.html. Accessed November 18, 2004.
3. Hoflinan RM, Gilliland FD, Elev JW, et al. Racial and ethnic differences in advanced-stage prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. J Nat] Cancer Inst 93:388-395, 2001.
4. Brawlev O. Risk factors for prostate cancer. Available at: www.utdol.com. Accessed November 18, 2004.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer, Chapter 10. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins: 119-134, 1996.
6. Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HC. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. Fam Pract 16:621-626, 1999.
7. Hoffinan RM. Screening for prostate cancer. Available at: www.utdol.com. Accessed November 18, 2004.
8. Braver MK. Prostate-specific antigen: current status. CA Can-cer J Clin 11:264-281, 1999.
9. American Cancer Society. ACS cancer detection guidelines. Available at: www.cancer.org. Accessed November 18, 2004.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate can-cer: recommendation and rationale. Ann Intern Med 137:915-916,2002.
11. National Cancer Institute. Colorectal cancer: screening (Health Professional version). Available at www.cancer.gov/canccrtopics. Accessed November 18, 2004.
12. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a re-view. J Natl Cancer List 89(19):1406-1422, 1997

ADDITIONAL REFERENCES

Schrock TR. Examination and diseases of the anorectum. In Feld-men M, Friedman M, Sleisinger MH (eds): Slcisinger's and For-tran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/ Diagnosis/ Management, 7th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2000.

ყითას, მისი იჩგვლივი ჯანის და სწორი ნაწლავის პათოლოგიები



პილონიდური ჯისტა და ნიაღი

პილონიდური ჯისტა საკმაოდ გავრცელებულია, შესაძლებელია იყოს თანდაყოლილი, ჩვეულებრივ, მდებარეობს კუდუსუნის ან გავის ძვლის შუა ხაზზე ზედაპირულად. დაკავშირებით გახსნილი ღრუს არხს. ამ სანათურში შესაძლოა მოხვდეს თმის პატარა ჯონა და იჩგვლივ ქსტყმოდეს ეროვემა. მიუხედავად ყველაფრისა, პილონიდური ჯისტები ძირითადად უსიმპტომოა. მიუხედავად იმ გამონაკლისებისა, როდესაც ხდება სუსტი დაზიანება, აბსცესის ჩამოყალიბება და მეორადი ხვრელის გახსნა, ამასც, შესაძლოა, სუროთი გაამწვავოს.

გარეგანი ჰემორროიდული კვანძები *(თრომბოზული)*



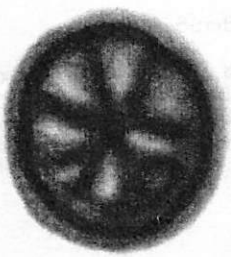
გარეგანი ჰემორროიდული კვანძები არის ჰემორროიდული ვენის გაფართოება, რომელიც იწყება დაბოლოული ხაზის ქვემოთ და არის დაფარული კანით. გარდა თრომბოზისა, ისინი იშვიათად ნარჩუნებენ სიმპტომებს. ეს იწვევს მწვავე ლოკალურ ტკივილს, რომელიც მატულობს დეფეკაციისა და ჯდომის დროს. მტკივნეული, შესიებული, მოლურჯო ელფერის, კვერცხისებური მასა მოჩანს ანალური ხვრელის კიდესთან.

შინაგანი ჰემორროიდული კვანძები *(გამოვარდნა)*



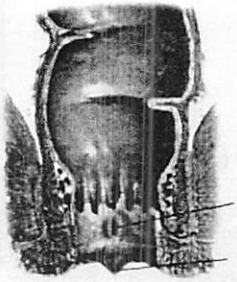
შინაგანი ჰემორროიდული კვანძები არის ვენური სისხლძარღვების გაფართოება, რომელიც ლოკალიზდება დაბოლოული ხაზის ზემოთ. ამ ადგილას მათი პერფორაცია ხშირად ვერ ხერხდება. დროდადრო, განსაკუთრებით დეფეკაციის დროს შინაგანი ჰემორროიდული კვანძები იწვევს სისხლდენას, ალისფერი სისხლით. ისინი შესაძლოა გამოვარდეს ანალური ხვრელიდან და გამოჩნდეს, როგორც მონითალო,სველი, ჩამოკიდული მასა, ტიპიური ლოკალიზაციით ერთი ან მეტი, როგორც სუროთზეა მოცემული.

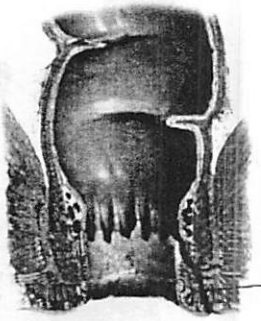
სწორი ნაწლავის გამოვარდნა

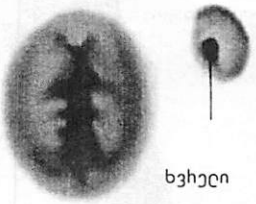


პეროსტატიტის დროს გაჭინთვისას შეიძლება გამოვარდეს სწორი ნაწლავის ლორწოვანი კუნთოვან ქსოვილთან ერთად ან მის გარეშე. გამოვარდნილი სწორი ნაწლავი ღებულობს შაიბის ფორმას. გამოვარდნა, რომელიც მოიცავს მხოლოდ ლორწოვანს, შეკრებილია და ჩანს ხორკლებური ნაკეცის სახით, როგორც სუროთზეა ნაჩვენები. თუ გამოვარდნა მთლიანად მოიცავს სწორი ნაწლავის კედელს, გამვარდნა არის დიდი და დაფარულია კონცენტრული ნაოჭებით.

ყითას, მისი იჩგვლივი ჯანის და სწორი ნაწლავის პათოლოგიები (გაგრძელება)





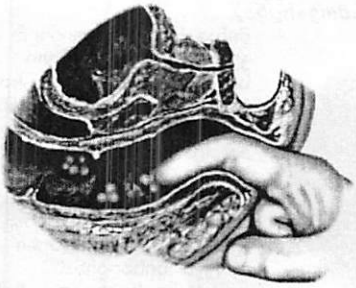


ანაღური ნახეთქი

ანაღური ნახეთქი არის ძალზედ მტკივნეული ოვალური ყურეოვანი ნაპრობჭრილი ანაღურ არხში, უფრო ხშირად გვხდება უკანა შუახაზზე, ნაკლები სიხშირით წინა შუახაზზე. მისი გრძელი ღერძის მიმართულება არის ჰორიზონტალური. აქ შესაძლოა აღინიშნებოდეს ჯანის "სასახლეთო" პოლიპი, შესიებით, მდებარე ნახეთქის ქვემოთ და ანაღური ჯირის ფრთხილი გადანევით შეიძლება გამოჩნდეს ნახეთქის ქვედა ჯიდე. სფინქტერი სპასტიკურია; გასინჯვა მტკივნეულია; შესაძლოა საჭირო გახდეს ადგილობრივი გაუტკივარება.

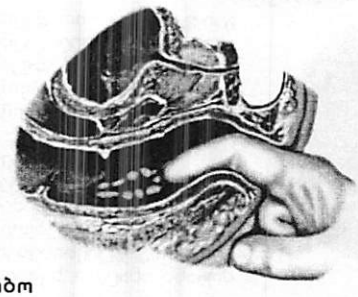
ყითა-სწორი ნაწლავის ფისტულა

ანორექტული ფისტულა არის ანთებადი მიღი, რომლის ერთი ბოლო იხსნება ანუსში ან სწორ ნაწლავში და მეორე ბოლო კი კანის ზედაპირზე (როგორც აქ არის ნაჩვენები) ან სხვა შინაგან ორგანოში. როგორც წესი, აბსცესი წინ უძღვის ასეთ ფისტულას. დაკვირდით ფისტულის ხვრელს ან ანუსის ირგვლივ ნაწლავის ადგილას.



სწორი ნაწლავის პოლიპები

სწორი ნაწლავის პოლიპი არის საკმაოდ გავრცელებული. სხვადასხვა ზომითა და ჩაღრენობით, ისინი ვითარდება საკუთარ ფუძეზე *(pedunculated)* ან ღრმოვან ზედაპირზე *(sessile)*. ისინი არის ჰაბიტი და შესაძლოა ძნელი იყოს ან შეუძლებელიც შეიგრძნოთ სიგლუვე, რომლის ეხებით გასასინჯი ხელით. ავთვისებიანი დაზიანების ჯეთიდთვისებიანისგან დიფერენციებისთვის საჭიროა გაკეთდეს ჩქაროსკოპია და ბიოფსია.



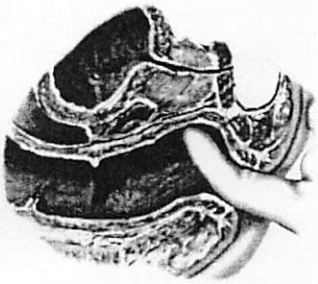
სწორი ნაწლავის ჯიბო

ზრდასრული ასაკის ადამიანებში, სტანდარტული ჩქარი გამოკვლევა მნიშვნელოვანია უსიმპტომოდ მიმდინარე სწორი ნაწლავის ჯიბოს გამოსავლენად. იღუსტრირებულია ყურეოვანი ჯიბოს მკვრივი, კვანძოვანი ჯიდე.



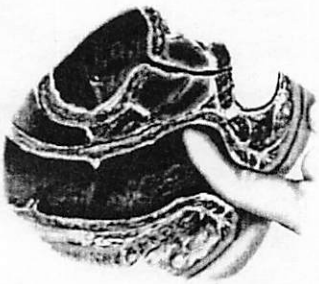
სწორი ნაწლავის გამოზნექილობა

სხვადასხვა ნაპრობის ფარგლებში გავრცელებული პერიტონეული მეტასტაზები შესაძლოა აღმოჩნდეს სწორი ნაწლავის წინ, პერიტონეული ნაჭდევის არეში. გრძივი მაგარი კვანძოვანი "თარო" შესაძლოა გავსინჯოთ თითის ნვერით. ქალებში, მეტასტაზური ქსოვილის აღნიშნული გამოზნექილობა ვითარდება ჩქაროთერინულ ჯიბეში, ყელისა და საშვილოსნოს უკან.



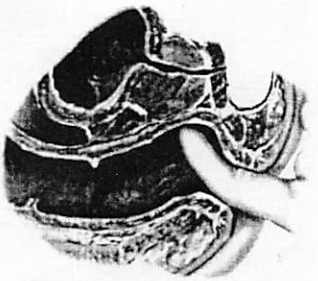
ნორმალური წინამდებარე ჯირკვალი

თუ თქვენ გაიკეთებთ წინა ჩექტული ჯედის პალპაციას, ნახავთ, რომ იგი მომრგვალებული, გულისებრი სტრუქტურის, სიგრძით 2,5 სმ. მედიალური ღარი უნდა იყოს ტიხარი ორ ლატერალურ წილს შორის. პალპაციით შესაძლებელი არის მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის უკანა ზედაპირის გასინჯვა. წინა ზედაპირის დაზიანებები იწვევს შარდსადენში შეფეხებებს, ობიექტური გამოკვლევით არ შეიმჩნევა.



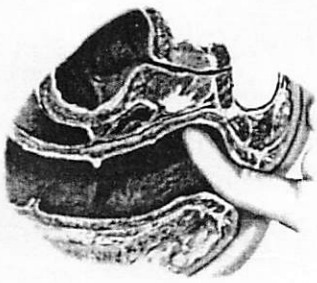
ჰიპერტროფია

მწვავე ჰიპერტროფია (აქ ნაჩვენები) არის მწვავე ცხელების მდგომარეობა, გამონაყარი ბაქტერიული ინფექციით. ჯირკვალი არის ძალზედ მტკივნეული, შესიებული, მკვრივი, თბილი. გასინჯეთ იგი ფრთხილად.
ქრონიკული ჰიპერტროფია არ ნარმოქმნის ისეთ დამახასიათებელ ფიზიკურ მონაცემებს და უნდა იქნას შესნავლილი სხვა მეთოდით.



წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია

წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია (benign prostatic hyperplasia – BPH) იწყება ცხოვრების მესამე ათწლეულში და მისი გამოვლინების ალბათობა იზრდება. დაზიანებული ჯირკვალი, პალპაციით ხშირად სიმეტრიულად არის გადიდებული, ბლუკი და უმნიშვნელოდ ელასტიური. იგი ჩანს უფრო გამოშვერილი სწორი ნაწლავის სანათურიდან. მას ღარი, შესაძლოა, ნაიშალოს. პალპაციით თუ ჯირკვლის ზომა ნორმალურია, ეს არ ნიშნავს, რომ წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიისას, იგი, როგორც წესი, ნორმაა. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზიამ, შესაძლოა, გამოინვიოს შარდვის შეფეხება, სხვა ჩივილები, მაგრამ პალპაციით ყველა არ ისინჯებოდეს.



წინამდებარე ჯირკვლის კიბო

წინამდებარე ჯირკვლის არეში სიმაგრის არსებობა გვაფიქრებინებს მის კიბოზე. მკვეთრად გამოხატული ყველაზე, რომელიც ცვლის ჯირკვლის კონტურს, შესაძლებელია ისინჯებოდეს ან არ ისინჯებოდეს პალპაციისას. როდესაც კიბო იზრდება, იგი შეიგრძნობა, როგორც არასწორკონტურებიანი და ვრცელდება შორს ჯირკვლის საზღვრებიდან. მას ღარი შესაძლოა იყოს არამკვეთრი. წინამდებარე ჯირკვალში არსებული სიმაგრე ყოველთვის არ არის ავთვისებიანი. იგი შეიძლება აღმოჩნდეს ქვების არსებობის, ქრონიკული ანთების და სხვა მდგომარეობის შედეგი.

14

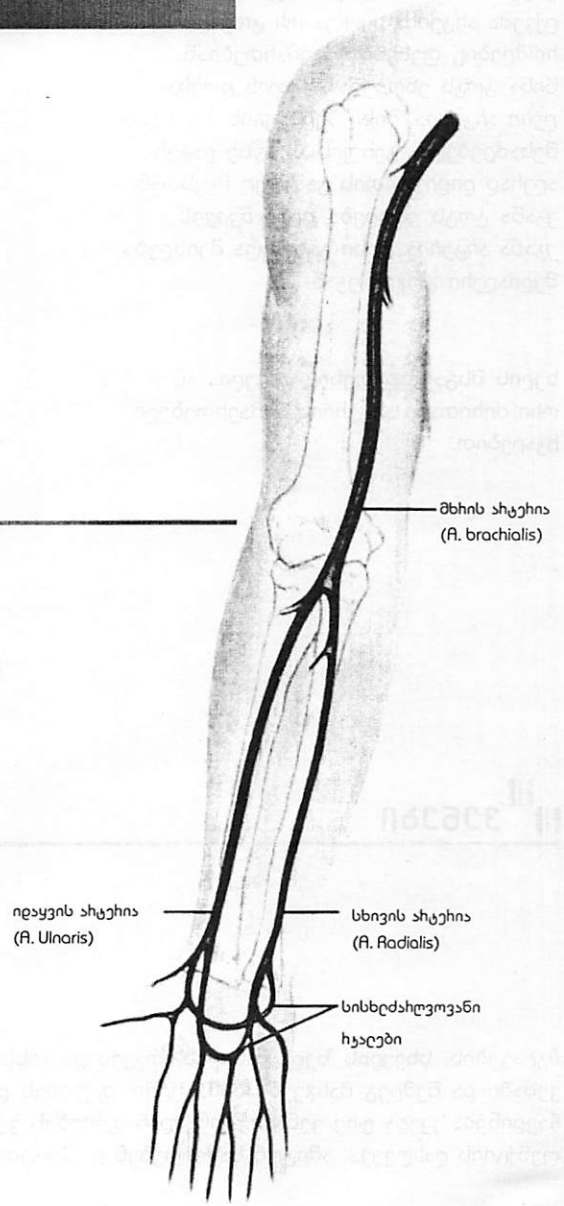
პერიფერიული სისხლძარღვთა სისტემა

ანატომია და ფიზიოლოგია

ამ თავში აღწერილია სისხლის მიმოქცევა ზემო და ქვემო ჯიღუებში. იგი მოიცავს არტერიებს, ვენებს, მათ დამაკავშირებელ კაპილარულ კალაპოტს და ლიმფის სისტემას ლიმფის კვანძებთან ერთად.

არტერიები

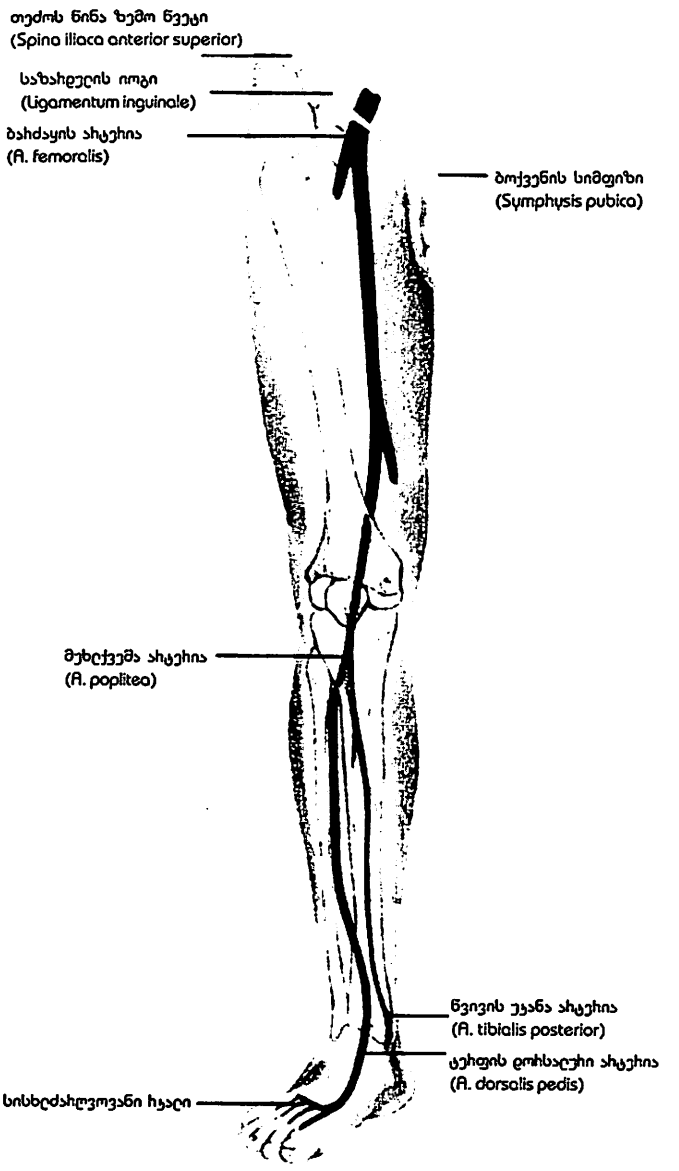
არტერიული პულსის პალპაცია შესაძლებელია, როდესაც არტერია სხეულის ზედაპირთან ახლოსაა. *მხრის არტერიის* პულსაციის ნახვა შეიძლება იდაყვის სახსართან ოდნავ კუნთის იოგის და კუნთის ზუსტად მედიალურად. მხრის არტერია იყოფა სხივის და იდაყვის არტერიებად. *სხივის არტერიის* პულსაცია შეიძლება ნახოთ მომხრე ზედაპირზე ღატერალურად. მედიალურად შეიძლება ნახოთ *იდაყვის არტერიის* პულსაცია, მაგრამ არტერიის მფარავი ქსოვილები ართულებს მის დადგენას.



სხივის და იდაყვის არტერიები ერთმანეთს უკავშირდება ორი სისხლძარღვოვანი ჩაღრმავებით ხელის მტევანში. ამის გამო მტევნის და თითების სისხლის

მიმოქცევა ოხმაგად ახის დაცული ახტეხიის შესაძლო დაზიანების დროს. ფეხებზე ახტეხიული პულსაცია ოთხ ადგილზე შეიძლება გაისინჯოს. *ბახძაყის ახტეხიის* პალპაცია შესაძლებელია საზახელის იოგის ქვეშ თეძოს ძვლის წინა ზედა ნვეტს და ბოქვენის სიმფიზს შორის. ბახძაყის ახტეხია ქვემოთ მიემახთება ბახძაყის სიღრმეში, გაივლის მედიალურად ბახძაყს და ამის შემდეგ მას უკვე ენოდება *მუხლქვეშა ახტეხია*. მუხლქვეშა პულსაცია შეიძლება ნახოთ მუხლის უკან ქსოვილებს შორის. მუხლის ქვემოთ მუხლქვეშა ახტეხია იყოფა ორ ტოტად, რომლებიც ფეხებში მიემახთებიან. წინა ტოტს ენოდება *ტეხფის დორსალური ახტეხია*. მისი პულსაციის პალპაცია შესაძლებელია ტეხფის ზურგზე ღატეხალურად დიდი თითის გამშლელ მყესთან. უკანა ტოტს ენოდება *დიდი წვივის უკანა ახტეხია*. მისი გასინჯვა შეიძლება მედიალური გოჯის უკან.

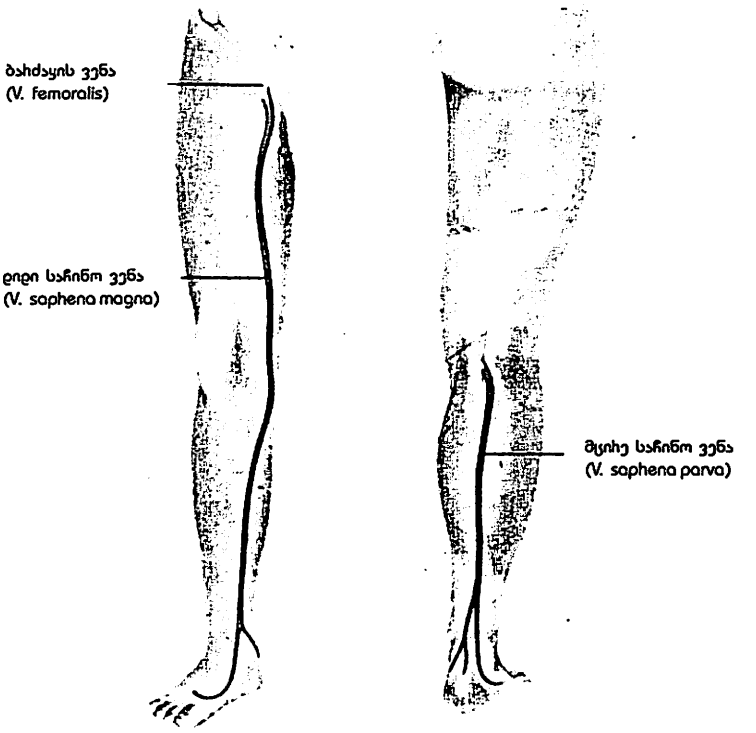
ხელის მსგავსად ფეხიც დაცულია ამ ორი ძირითადი ახტეხიის შემაეთებელი ჩაკლებით.



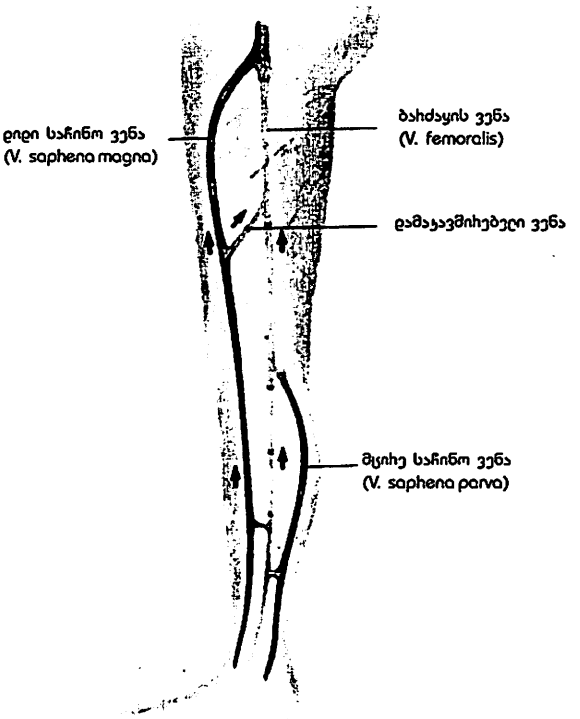
ვენები

მკლავების, სხეულის ზედა ნაწილის, თავის და კისრის ვენები ჩაედინება ზედა ღრუ ვენაში და შემდეგ მარჯვენა წინაგულში. ფეხების და ტანის ქვედა ნაწილის ვენები ჩაედინება ქვედა ღრუ ვენაში. ვინაიდან ფეხების ვენებს უფრო მეტად ახასიათებს ფუნქციის დარღვევა, ამიტომ საჭიროებენ განსაკუთრებულ ყურადღებას.

ფეხების *ღრმა ვენებს* მოაქვს ვენური სისხლის 90% ქვედა ჯიდურებიდან. ისინი ჯაჭვად ახიან დაცული გაჰმემომყოფი ქსოვილებით.



აღნიშნულისგან განსხვავებით, *ზედაპირული ვენები* ჯანქვეშ მდებახეობს და შედახებით ცუდად ახიან დაცული. ზედაპირული ვენებია: (1) *დიდი საჩინო ვენა*, ჩომელიც იწყება ფეხის ზუჰგზე, მიემახოება მედიალური გოჯის წინ და გზას აგრძელებს ზევით ფეხის მედიალუჰ მხახეს და უეჩთდება ღრმა ვენური სისტემას - ბაჰძაყის ვენას საზახდელის იოგის ქვემოთ; და (2) *მცირე საჩინო ვენა*, ჩომელიც იწყება ფეხის გვერდზე და მიემახოება ზევით ფეხის უკანა ზედაპირზე და მუხლქვეშა ფოსოში უეჩთდება ღრმა ვენუჰ სისტემას. ამ ორ საჩინო ვენას ზედაპირულად აეჩთებს ვენური ანასტომოზები და გაფახთოების შემთხვევაში მათი დანახვა ადვილად შესაძლებელია. საჩინო ვენებს ღრმა ვენუჰ სისტემასთან აეჩთებს *დამაკავშირებელი*, ანუ *გამგმირავი* ვენები.



ღრმა, ზედაპირული და დამაკავშირებელ ვენებს აქვთ ერთი მიმახთულების სარქველები. ამის გამო სისხლი ყოველთვის მიედინება ზედაპირული ვენებიდან ღრმა ვენებისკენ და გულისკენ, მაგრამ არასდროს სანინააღმდეგო მიმახთულებით. კუნთების შეკუმშვა ხელს უწყობს ვენური სისხლის მოძრაობას. მაგალითად, როდესაც სირბილის დროს გლევი კუნთები იკუმშება, ვენური სისხლი ზემოთ მიემახთება და ვენური სარქველები ხელს უშლიან სისხლის უკან დაბრუნებას.

ლიმფური სისტემა და ლიმფური ჯვანძები

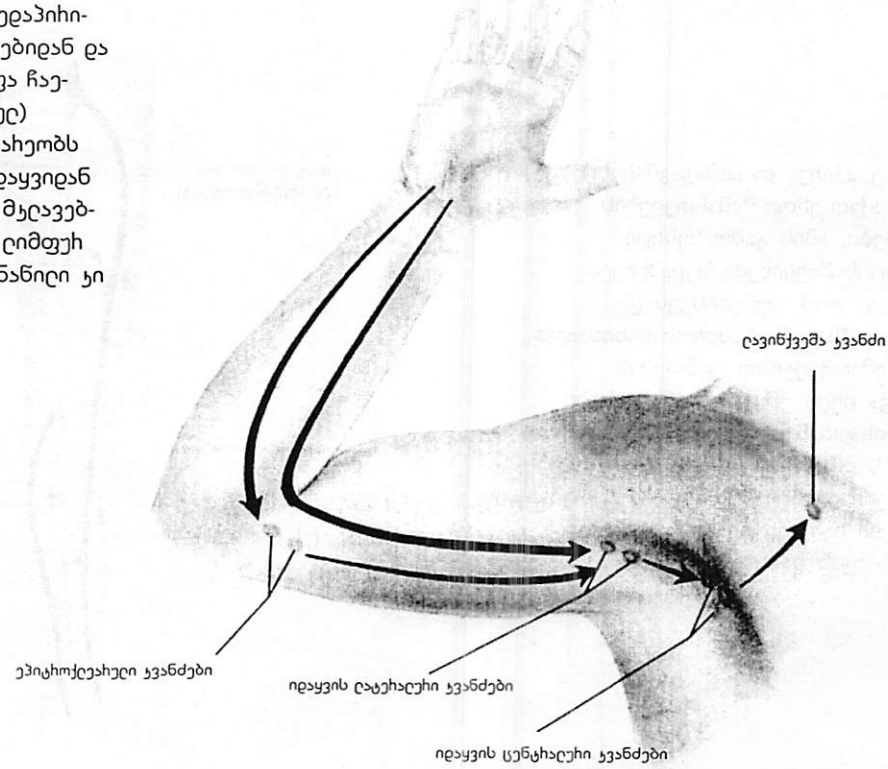
ლიმფური სისტემა მოიცავს ფართო ლიმფური საღინარების ქსელს, რომლის საშუალებით სხეულის ქსოვილებიდან ლიმფა მოედინება და უკან ბრუნდება ვენური სისხლის მიმოქცევაში. სისტემა იწყება პერიფერიიდან ბრმა ლიმფური კაპილარებით და გრძელდება ცენტრალურად წვრილი ძარღვების სახით, შემდეგ ერთიანდებიან საღინარებში და ბოლოს უერთდებიან მსხვილ ვენებს კისრის ქვედა ნაწილთან. ამ გზით მოძრავი ლიმფა იფილტრება ლიმფურ ჯვანძებში, რომლებიც ამ გზაზეა განლაგებული.

ლიმფური ჯვანძები მრგვალი, ოვალური ან ლობიოს ფორმის სტრუქტურებია, რომელთა ზომები განსხვავდება მდებარეობის მიხედვით. ზოგიერთი ლიმფური ჯვანძი, როგორიცაა ყურის უკანა (თუ მათი პალპაცია შესაძლებელია), ძალიან მცირე ზომისაა. საზარდულის ლიმფური ჯვანძები, პირიქით, შედარებით დიდია – ხშირად 1 სმ დიამეტრის, მოზრდილებში იშვიათად 2 სმ-მდეა.

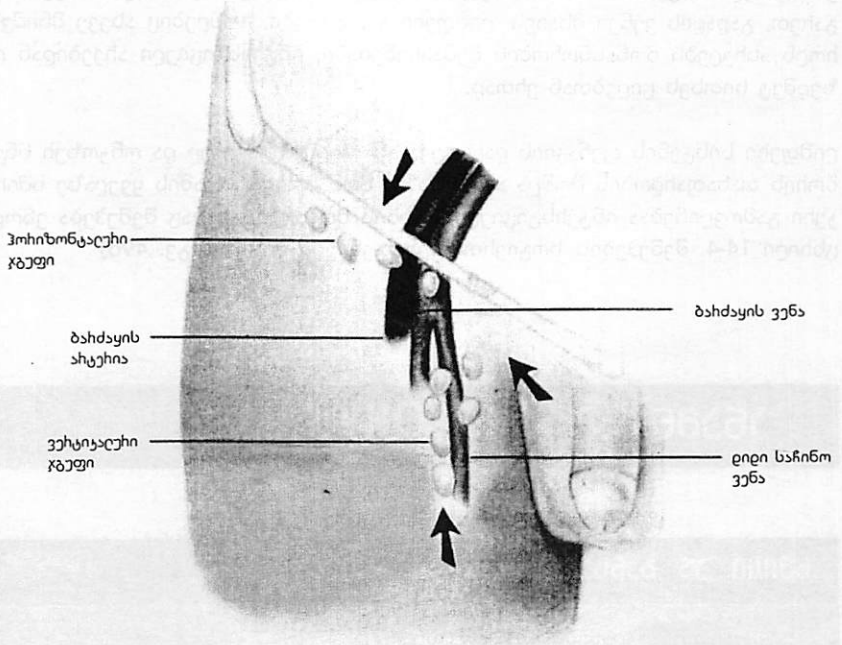
ისევე როგორც სისხლძარღვოვანი, ლიმფური სისტემაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სხეულის იმუნურ სისტემაში. ლიმფური ჯვანძების უჯრედები იჭერენ დაშლილი უჯრედების ნაწილებს და ბაქტერიებს და გამოიმუშავებენ ანტისხეულებს.

ობიექტური გასინჯვით მხოლოდ ზედაპირული ლიმფური ჯვანძების ნახვაა შესაძლებელი. ესენია კისრის (გვ. 170), იღლიის (გვ. 339) და ბარძაყების ლიმფური ჯვანძები.

გაიხსენეთ, რომ იღლიის ლიმფურ ჯვანძებში ლიმფა ჩაედინება ზედა კიდურების უმეტესი ნაწილიდან. წინა მხრის და მტევნის იდაყვის ზედაპირიდან, მეოთხე და მეხუთე თითებიდან და შუა თითის ზედაპირიდან ლიმფა ჩაედინება *იდაყვის* (ეპიტროქლეარული) *ჯვანძებში*. ეს ჯვანძები მდებარეობს მხრის მედიალური ზედაპირზე იდაყვიდან დაახლოებით 3 სმ-ით ზევით. მაღვების ლიმფა ძირითადად იღლიის ლიმფურ ჯვანძებში ჩაედინება, მცირე ნაწილი კი ღავინჭვეშა ჯვანძებში.



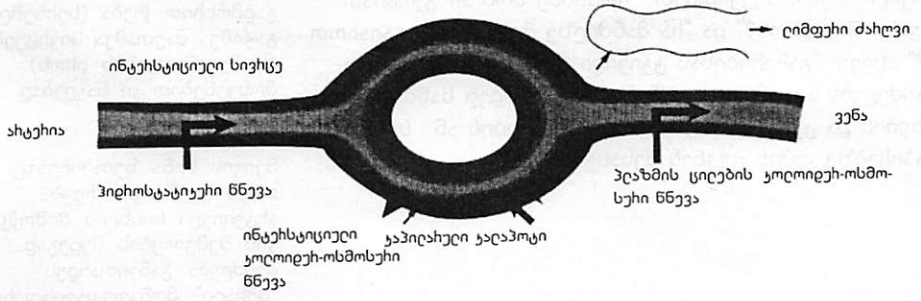
ქვედა ჯიღუსებიდან ღიმფა ვენუს სისტემას უერთდება და მოიცავს ღრმა და ზედაპირულ სისტემას. შესაძლებელია მხოლოდ ზედაპირული ღიმფური ჯვანძების პალპაცია. *საზარდულის ზედაპირული ჯვანძები* ორი ჯგუფისაა. ჰორიზონტალური ჯვანძების ჯაჭვი მდებარეობს ბარძაყის წინ საზარდულის იოგის ქვეშ. მათში ჩაედინება ღიმფა მუცლის ქვედა ნაწილიდან, დუნდულოებიდან, გარეთა სასქესო ორგანოებიდან (მაგრამ არა სათესლეებიდან), ანალური არხიდან, პერიანალური მიდამოდან და სამოს ქვედა ნაწილიდან.



ვერტიკალური ჯგუფი მდებარეობს საჩინო ვენის ზედა ნაწილთან და ღიმფის დრენირებას ახდენს ფეხების მიმდებარე ჰეგიონიდან. ამის საპირისპიროდ ქვემო ჯიღუსების ნაწილიდან ღიმფა მიედინება მცირე საჩინო ვენით (ქუსლი და ტერფის გარეთა ნაწილი) და უერთდება ღრმა სისტემას მუხლქვეშა არეში. ამიტომ ამ მიდამოს დაზიანებას, ჩვეულებრივ, არ ახლავს საზარდულის ღიმფური ჯვანძების გადიდება.

სითხეების მიმოცვლა და ჯაჭვისებური ჯალაპოტი

არტერიებიდან ვენებში სისხლი ჯაჭვისების საშუალებით გადადის. ამ არეში სითხე დიფუნდირებს ჯაჭვისებურ მემბრანაში, რაც ინარჩუნებს დინამიკურ წონასწორობას სისხლძარღვოვან და ინტერსტიციულ სივრცეებს შორის. ჯაჭვისებებში სისხლის ნაკადი (*ჰიდროსტატიკური ნაკადი*), განსაკუთრებით არტერიოლების დაბოლოებებთან განაპირობებს სითხის გადენას გარეთ, ქსოვილოვან სივრცეში. ფაქტიურად, ამ პროცესს ახორციელებს ქსოვილებში ცილების შეწოვებით დაბალი ოსმოსური მიზიდულობა (*ინტერსტიციული კოლოიდურ-ოსმოსური ნაკადი*) და ნინააღმდეგობას უწევს ქსოვილთა ჰიდროსტატიკური ნაკადი.



ხოლესაც სისხლი მოძრაობს ჯაჭვისებებში ვენებისკენ, მისი ჰიდროსტატიკური ნაკადი მცირდება და აჭარბებს მეორე ძალის ზრდა. ეს ძალა არის *პრაზმის ცილების კოლოიდურ-ოსმოსური ნაკადი*, რაც სითხეს უკან სისხლძარღვებში აბრუნებს.

ჯაჭიანი სისტემაში სითხის სუფთა ნაჯაღი, რომელიც მიემართება ანტეიოლების გარეთ, გადადის ვენურ მხარეს. ღიმფური ჯაჭიანები, რომლებიც ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნონასნორობის შენარჩუნებაში, ინტესტიციული არეებიდან იღებს ზედმეტ სითხეს ცილებთან ერთად.

ღიმფური სისტემის ფუნქციის დარღვევა ან ჰიდროსტატიული და ონკოზური წნევათა შორის თანაფარდობის მოშლა არღვევს ამ წონასწორობას. ამის ყველაზე ხშირი კლინიკური გამოვლინებაა ინტერსტიციული სითხის მომატება, რასაც შეშუპება ეწოდება. (იხ. ცხრილი 14-4, შეშუპების ზოგიერთი პერიფერიული მიზეზი, გვ. 496)

ანამნეზი

ხშირი ან განსაკუთრებული სიმპტომები

- ტკივილი მკერდსა და ფეხებში
- ხანგამოშვებითი ყოჩრობა
- ფეხების გაცივება, გაშეშება, სიფერმკრთალე; თმის ცვენა
- ყოჩების, ფეხების ან ტერფების შეშუპება
- შეშუპება სინოთლით ან ტკივილით

პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადებების შეფასებისთვის გამოკითხვა დაიწყეთ *მკერდსა და ფეხებში ტკივილის* შესახებ. გაარკვიეთ, კიდურების ტკივილის მიზეზია კანი, პერიფერიული სისხლძარღვები, ძვალ-კუნთოვანი სისტემა თუ ნერვული სისტემა. მაგალითად, ვისცერული ტკივილი შეიძლება კიდურებში გადაეცემოდეს, მაგალითად, მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს ტკივილი გადაეცემა მარცხენა მკერდში ან კისრის არეში ტკივილი გადაეცემა მხრებში.

იხ. ცხრილი 14-1, ტკივილით მიმდინარე სისხლძარღვოვანი დარღვევები და მათი იმიტაციები, გვ. 492-493.

ფეხების პერიფერიული არტერიების დაავადებების დადგენისთვის გამოიკითხეთ *ხანგამოშვებითი ყოჩრობის* შესახებ. ეს არის დატვირთვაზე განვითარებული ტკივილი, რომელიც მოსვენებისას ქრება, ამიტომ ავადმყოფი იძულებულია შეწყვიტოს დატვირთვა და 10 წუთის განმავლობაში ტკივილი ქრება. შეეკითხეთ, "როდისმე ხომ არ გქონიათ ფეხების ტკივილი სიარულის ან ვარჯიშის დროს?" და "და მანძილზე შეგიძლიათ გაიაროთ ტკივილის და გაჩერების გარეშე?" ასევე, "გაჩერებისას ტკივილი ქრება?" ამ შეკითხვებით შეგიძლია დადგინოთ, და იძულებს ავადმყოფს გაჩერდეს და რამდენ ხანში ქრება ტკივილი. ასევე შეკითხეთ *ფეხების და ტერფების გაცივების, გაშეშების* ან *სიფერმკრთალის* და წვივის ნინა ზედაპირებზე *თმის ცვენის* შესახებ.

ათეროსკლეროზი იწვევს კიდურების იშემიას დატვირთვის დროს, ეს პროცესი გარკვეულ *სპინალური სტენოზისგან*, რომელიც იწვევს დატვირთვის დროს ფეხების ტკივილს, რაც ნიშნავს გადმოხრით ქრება (ხერხემლის გაქიმვა მაღალშეა სივრცეების შევიწროვების დროს), მოსვენებით კი ნაკლებად მკრთალება.

წვივის ნინა ზედაპირებზე თმის ცვენა ვითარდება არტერიული სისხლის მიმოქცევის შემცირების შედეგად. შეიძლება განვითარდეს "მშრალი" მოშავო-ყავისფერი განგრენული წყლულები.

პერიფერიული არტერიების დაავადებით ავადმყოფთა უმრავლესობას მკრთალ სიმპტომები აღენიშნებათ, ამიტომ მნიშვნელოვანია დაავადების რისკ-ფაქტორების დადგენა. დადგინეთ თამბაქოს მოწევის ინტენსიობა.

დაავადებულთა მხოლოდ 10%-ს აღენიშნება კლასიკურად ტკივილის

ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს ავადმყოფს არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი ან ჰიპერლიპიდემია. გარდა ამისა, ხომ არ გადაუტანია მიოკარდიუმის ინფარქტი ან ინსულტი? ასეთ პაციენტებს შემდგომი გამოკვლევები ესაჭიროება, თუნდაც ტიდულების მხრივ სიმპტომები არ გააჩნდეთ (იხ. გვ. 480)

ფეხის ან ხელის თითების არტერიების სპაზმის სიმპტომების დასადგენად ჰკითხეთ, "ხომდესმე ხომ არ შეგიმჩნევიათ სიცივეში ან ცივი საგნის შეხებისას თითების ნვეების ფერის შეცვლა?". . . "როგორ შეიცვალა თითების ფერი?. . . " ხას იტყვით ფეხის თითების შესახებ?"

შეიძლება იყოს *პერიფერიული ვენების დაავადების სიმპტომები*, როგორიცაა *ტერფების და ფეხების შეშუპება*. ჰკითხეთ ფეხის ქვედა ნაწილებში, უფრო ხშირად ნვივებზე წყლულების არსებობის შესახებ.

სისხლძარღვთა ზოგიერთი დაავადების დროს აღინიშნება სინოთლე, შესიება და მტკივნეულობა ადგილობრივი ანთებით. იგივე სიმპტომები სხვა დაავადებების დროსაც შეიძლება იყოს. ამის საპირისპიროდ, ფეხების შედარებით მსუბუქი სპაზმი (ჯუნჩხვა) რომელიც ჩვეულებრივ ღამე ვითარდება ჯანმრთელ პირებში, სისხლის მიმოქცევის დარღვევაზე არ მიუთითებს. ასევე ხელის მტევნების და ტერფების გაცივება ხშირია ჯანმრთელებში, რის გამოც ამ სიმპტომს შედარებით ნაკლები ღირებულება აქვს.

განვითარება დატვირთვაზე და გაჩერება მოსვენებისას.

თითების იშემიური გართეთრება, რასაც მოჰყვება ციანოზი, შემდეგ თითების განითლება და გათბობა ვლინდება *Raynaud-is (ჩეინოს) სინდრომის* და *დაავადების* დროს.

ჰიპერჰიდროზი, შეშუპება და შეიძლება ციანოზიც, განსაკუთრებით როდესაც ფეხები ჩამოშვებულია ვითარდება *ვენური სტაზით გამოწვეულ წყლულთან* ერთად.

ანთების მიზეზი შეიძლება იყოს *ცელულიტი, ზედაპირული თრომბოფლებიტი* და *ჯვანძოვანი ერითემა.*

ფეხების ჩვეული სპაზმის და "მოუსვენარი ფეხების" მიზეზი არ არის დადგენილი. ზოგჯერ ფეხების სპაზმის მიზეზია მარდმენების შედეგად განვითარებული ჰიპოკალციემია.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- პერიფერიული არტერიების დაავადების (პად) დადგენა
- პად რისკ-ფაქტორები
- პად გამოკვლევები: მუხლ-მხრის ინდექსი (მმი)

პერიფერიული არტერიების დაავადები (პად) ძირითადად აღნიშნავს ქვედა ტიდულების არტერიების ათეროსკლეროზულ შევიწროვებას. ყველაზე ხშირად ზიანდება ბარძაყის და მუხლქვეშა არტერიები, შემდეგ დიდი და მცირე ნვივის არტერიები. პად აღენიშნება მოსახლეობის 12%-25%-ს; თუმცა ბოლო შრომებმა აჩვენა, რომ, მიუხედავად მნიშვნელოვანი კავშირისა გულ-სისხლძარღვთა და თავის ტვინის სისხლძარღვთა დაავადებებთან, პად დიაგნოზი ამბულატორიულად იშვიათად ისმება.[1,2] პად ავადმყოფთა უმრავლესობას სიმპტომები არ აღენიშნება ან არასპეციფიკური სიმპტომები აქვს, როგორიცაა ქავილი, სპაზმი, სიფერმკრთალე, სისუსტე. ხანგამოშვებითი კოჭლობის კლასიკური ტიპად: დატვირთვით გამოწვეული ტკივილი, რაც აიძულებს ავადმყოფს გაჩერდეს და 10 წუთის

განმავლობაში ტკივილის გაქრობა ავადმყოფთა მხოლოდ 10%-ს შეიძლება აღენიშნებოდეს.[1]

სიმპტომების სიმკვრივე შეიძლება ასახავდეს სიახლის დროს ფუნქციის ცვლილებებს, თუნდაც ჰად არსებობდეს ან ჰოგიესიონებდეს.[3]

ავადმყოფებს, რომლებიც ადრე ან ამჟამად მოიხმარენ თამბაქოს, აქვთ მაქსიმალი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია, გულ-სისხლძარღვთა ან თავის ტვინის სისხლძარღვთა დაავადებები, ათეროსკლეროზული ჰად განვითარების ისტორი აქვთ. ეს ავადმყოფები უნდა გამოიკვლიოთ ჰად სუბკლინიკურ მიმდინარეობაზე და აქტიურად იმოქმედოთ ისტ-ფაქტორებზე. გამოკვლევისთვის, ექიმმა უნდა განიხილოს მუხლ-მხრის ინდექსის (მმი) გამოყენება, რომელიც ფეხების მსხვილი სისხლძარღვების 50%-ის და მეტის 50%-ით და მეტად შევიწროვების დადგენის საუმაოდ ზუსტ ტესტს წარმოადგენს. მმი-ს ფარგლებში იყენებენ ექიმები. იგი გულისხმობს დოპლერული ულტრასონოგრაფიით სისტოლური წნევის გაზომვას ოთხივე მკლავზე და ტერფის ზურგზე და წვივის უკან ჰულსის გასინჯვას. მმი ითვლება ოთხივე მხარეს; მარჯვნივ და მარცხნივ. მარჯვნივ მუხლის მაღალი წნევა იყოფა მარჯვნივ მკლავის მაღალ წნევაზე და მარცხნივ მუხლის მაღალი წნევა იყოფა მარცხნივ მკლავის მაღალ წნევაზე. მმი სიდიდეები შემდეგია: ნორმად ითვლება 0.90-1.30; 0.41-0.90 მმი აღნიშნავს მკვრივ ან საშუალო სიმძიმის ჰად, ჩვეულებრივ ხანგამოშვებითი კოჭლობის სიმპტომებით; და 0.00-0.40 – აღნიშნავს მძიმე დაავადებას ფეხების ძლიერი იშემიით.

ჰერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადების სიმძიმე მჭიდროდ უკავშირდება მიოკარდიუმის ინფარქტის, იშემიური ინსულტის და სისხლძარღვოვანი მიზეზით განვითარებულ სიკვდილთან. პაციენტებს, რომელთაც დაბალი მმი აქვთ, ყოველწლიურად მათი სიკვდილის რისკი 20%-25%-ია. სუბკლინიკური ჰად არსებობისას აუცილებელია ფარმაკო ინტერვენცია დაავადების განვითარების და ჰოგიესის შემცირებისთვის, რაც მოიცავს ფეხის ყურადღებით მოვლას, კარგად მოგებული ფეხსაცმლის ტარებას, თამბაქოს შეწყვეტას, ჰიპერლიპიდემიის მკურნალობას, დიაბეტის და ჰიპერტენზიის ოპტიმალურ კონტროლს და მკურნალობას, ანტიაგრეგანტული ჰეპარინატების გამოყენებას და თუ საჭიროა, ქირურგიულ რევასკულარიზაციას.
(სტუდენტი უნდა გაეცნოს უფრო სპეციალიზებულ მასალას სისხლძარღვთა დაავადებების შედარებით იშვიათი ფორმების შესახებ, როგორიცაა სისხლძარღვთა ოკლუზია არტერიული ან ვენური თრომბოზის გამო ან ინფექციური, ანთებითი ან აუტოიმუნური დაავადებები).

გამოკვლევის მეთოდები

გამოკვლევის მნიშვნელოვანი უბნები

მკლავები

- ზომა, სიმეტრიულობა, კანის ფერი
- პულსი სხივის არტერიაზე, მხრის არტერიაზე
- ენტეროპათიული იმუნური კვანძები

ფეხები

- ზომა, სიმეტრიულობა, კანის ფერი
- პულსი ბარძაყის არტერიაზე და საზარდულის იმუნური კვანძები
- პულსი მუხლქვეშა, ტერფის ზურგის, დიდი წვივის უკანა არტერიებზე
- პერიფერიული შეშუპება

პერიფერიული სისხლძარღვოვანი სისტემის შეფასება ემყარება მკლავების და ფეხების ინსპექციას, პულსის პალპაციას და შეშუპების დადგენას. იხ. თავი 4, მეთოდების გაერთიანება კიდურების ფიზიკურ გამოკვლევასთან. ჩოდესაც დაავადებებს ვარაუდობთ, შესაბამისი მეთოდები უნდა გამოიყენოთ.

მკლავები

მკლავების და მტევნების იმუნური შეშუპება შეიძლება განვითარდეს იღლიის იმუნური კვანძების ამოკვეთის და სხივური თერაპიის შედეგად.

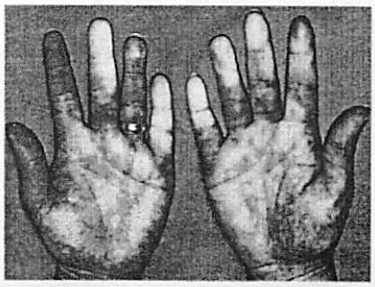
შეშუპებული კიდურზე გაფართოვებული ვენები ვენურ ობსტრუქციაზე მიუთითებს.

Raynaud-ის (ჩონოს) დაავადების დროს მაკრაზე პულსი ნორმალურია, მაგრამ უფრო დისტალური არტერიის სპაზმი იწვევს

ორივე მკლავი დაათვალიერეთ თითებიდან მხრებამდე. დააკვირდით:

- მათ ზომებს, სიმეტრიულობას და შესიებას.
- ვენური ნიშნები
- კანის და ფრჩხილის ფერი და კანის ტემპერატურა





გასინჯეთ პულსი სხივის არტერიაზე თითების ბალიშების დადებით მაკრის მომხრე ზედაპირზე ღრმად. ავადმყოფის მაკრის ოდნავ მოხრა დაგეხმარებათ პულსის შეგრძნებაში. შეადარეთ პულსი ორივე ხელზე.

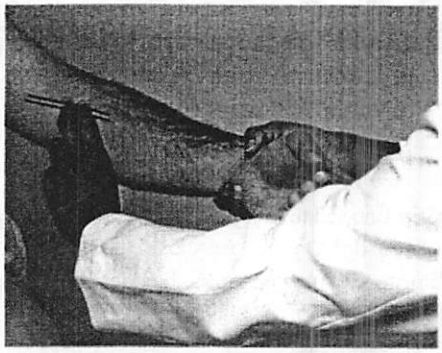
თითის მკვეთრად შემოსაზღვრული სინითლეს (იხ. ცხრილი 14-1, ტკივილით მიმდინარე სისხლძარღვოვანი დაზღვევები და მათი იმიტაციები (გვ. 492-493).

ახტეჩიული პულსის შეფასების ჩამოღენიმე სისტემა არსებობს. ეთ-ეთი სისტემა იყენებს შეფასებას 0-დან 4 ქულამდე, ჩოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. თუმცა თქვენ შეგიძლიათ გამოიყენოთ ის სისტემა, ჩომელიც თქვენს ინსტიტუტში იხმარება.

4+ მხტუნავი
3+ გაზრდილი
2+ ცოცხალი, მოსაღოდნელი
1+ შესუსტებული, უფრო სუსტი, ვიდრე მოსაღოდნელი
0 არ არის, პალპაცია ვერ ხერხდება

დაიმახსოვრეთ, ჩომ თუ ახტეჩია ძალიან გაფართოებულია, ეს *ანევრიზმას* ნიშნავს.

თუ ახტეჩიული უკმარისობას ვარაუდობთ, გასინჯეთ *მხრის ახტეჩიის პულსაცია*. ოდნავ მოხარეთ ავადმყოფის ხელი იდაყვის სახსარში და თქვენი საპირისპირო ხელის ცერით ახტეჩია გასინჯეთ ოთხავა ჯუნთის მყესის მედიალურად იდაყვის ნაკეცთან. მხრის ახტეჩიის პულსის ნახვა ასევე შესაძლებელია უფრო ზევით მკლავზე ოთხავა და სამთავა ჯუნთებს შორის ჩაღრმავებაში.

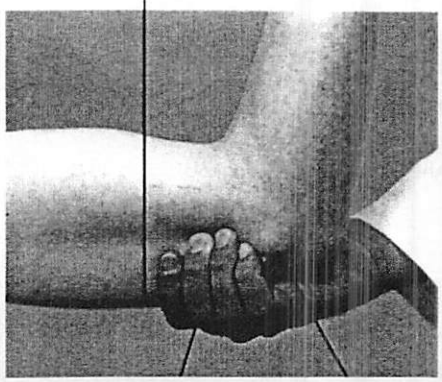


მარცხენა მკლავის მედიალური მხარე

გასინჯეთ ერთი ან მეტი *იდაყვის ღიმფური ჯვანძი*. ჩოდესაც ხელი 90°-ით მოხრილია იდაყვის სახსარში და წინამხარი თქვენი ხელით გიჭირავთ, ხელი შემოხვიეთ მკლავს გარშემო და შეიგრძენით ოთხავა და სამთავა ჯუნთებს შორის ჩაღრმავებაში მედიალური ჩოჯიდან 3 სმ-ით ზევით. თუ ჯვანძები ისინჯება, დააღგინეთ მათი ზომა, კონსისტენცია და მტკივნეულობა.

იდაყვის ღიმფური ჯვანძების გადიდება შეიძლება მეორადი იყოს მათი სადრენაჟო მიდამის დაზიანების შედეგად ან შეიძლება დაკავშირებული იყოს გენერალიზებულ ღიმფადენოპათიასთან.

უმეტესობა ნორმალურ პირებში იდაყვის ღიმფური ჯვანძების გასინჯვა ვერ ხერხდება.



გამომკვლევის მარჯვენა ხელი

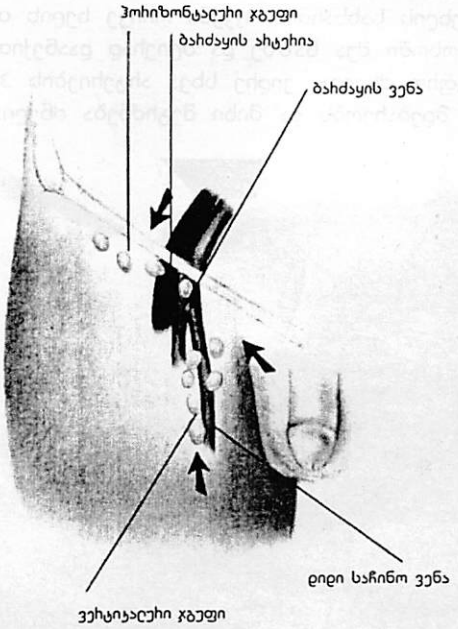
მხრის ძვლის მედიალური ჩოჯი

ფეხები

ავადმყოფი უნდა დაწვეს და პირანგი ისე ეფარჩოს, ჩომ არ უჩანდეს გარეთა სასქესო ორგანოები. თუ ავადმყოფს წინდები აცვია, სრულყოფილ გამოკვლევას ვერ ჩაატარებთ!

დაათვალიერეთ ფეხები საზარდულიდან ტერფის თითებამდე. დააკვირდით:

- ზომას, სიმეტრიულობას და შეშუპების არსებობას
- ვენებს და მათ გაფართოებას
- პიგმენტაციას, გამონაყარის, ნაწიბურებს ან წყლულებს
- კანის ფერს და ხასიათს, ფრჩხილების ფერს, ნივთებზე, ტერფებზე და თითებზე თმიანობის განვითარებას



იხ. ცხრილი 14-2. არტერიების და ვენების უკმარისობა (გვ. 494).

იხ. ცხრილი 14-3, ტერფების და ნივთების ხშირი წყლულები (გვ. 495).

ლიმფადენოპათია ეწოდება ლიმფური ჯირკვლების გადიდებას ტკივილით ან ტკივილის გარეშე. ეცადეთ გაარჩიოთ ადგილობრივი და განზოგადებული ლიმფადენოპათია, შესაბამისად, იმის დადგენით, თუ (1) გამომწვევი მიზეზი სადღაც უბანშია ან (2) ლიმფური ჯირკვლების გადიდება სხეულის ორ ან მეტ სხვა დაშორებულ უბანშიც აღინიშნება.

პალპაციით გასინჯეთ *ბარძაყის ზედაპირული ლიმფური ჯირკვლები*, რომელიც ჰორიზონტალური, ასევე ვერტიკალური. დააკვირდით ზომებს, კონსისტენციას, განლაგებულია თუ გაერთიანებული, მტკივნეულობას. ნორმაში ადამიანებში ისინჯება უმტკივნეულო, განლაგებული, 1 სმ-მდე დიამეტრის ლიმფური ჯირკვლები.

შეამოწმეთ შემდეგი არტერიების პულსაცია არტერიული სისხლის მიმოქცევის შეფასების მიზნით.

- *ბარძაყის არტერიის პულსი.* ღრმად დააწექით ბარძაყის ირგის ქვეშ და თეძოს ძვლის ზედა ნაწილსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის. მუცლის ღრმა პალპაციისთვის გამოიყენეთ ორი ხელი, ერთი დაადეთ მეორეს და ისე ჩაატარეთ პალპაცია, ეს მეთოდი განსაკუთრებით დაგეხმარებათ მსუქანი პაციენტების გასინჯვისას.



პულსის შესუსტება ან არარსებობა მიუთითებს სხეულის ნაწილობრივ ჰიპოქსიმაციის შევიწროვებაზე; მაგალითად, ორტის ან თეძოს არტერიის დონეზე, ოკლუზიის დისტალურად პულსი შესუსტებულია. არტერიის ქრონიკული ოკლუზია, ჩვეულებრივ, ათეროსკლეროზული, იწვევს *ხანგამძლეობით ყოჩაღობას* (გვ. 492), ფერის ჰოსტარული (მდებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებული) ცვლილებები (გვ. 492) და კანის ტროფიკული ცვლილებები (გვ. 489).

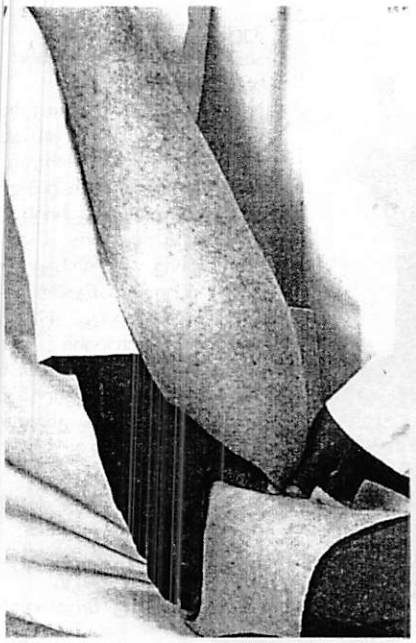
ბარძაყის არტერიაზე ძლიერი, ფართო პულსი ბარძაყის არტერიის ანევრიზმაზე – ორტის პათოლოგიის გაფართოებაზე მიუთითებს.

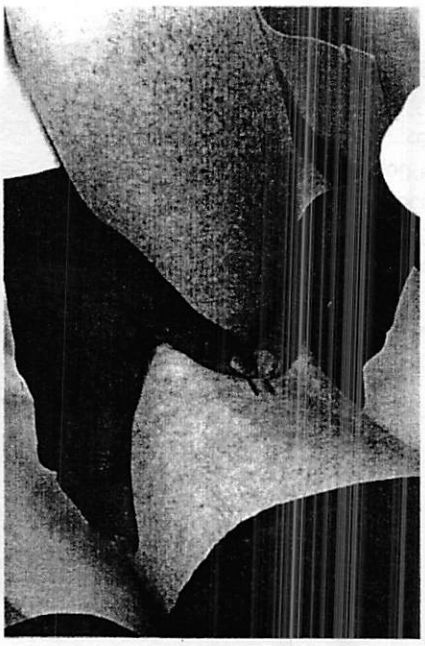
- *მუხლქვეშა არტერიის პულსი.* ავადმყოფის ფეხი უნდა იყოს მოდუნებული და ოდნავ მოხრილი მუხლის სახსარში. თქვენი ორივე ხელის თითები დაანყვეთ მუქლქვეშა ფოსოში შუა ხაზზე და ძლიერად დააწექით. მუხლქვეშა პულსაციის მოძებნა უფრო ძნელია, ვიდრე სხვა არტერიების პულსის. არტერია უფრო ღრმად მდებარეობს და მისი შეგრძნება ძნელია.



ძლიერი, ფარითო მუხლქვეშა პულსაცია მუხლქვეშა ფოსოში მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმაზე მიუთითებს. როგორც ვარაუდობენ, ისე მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმა იშვიათია. მისი მიზეზი, ჩვეულებრივ, ათეროსკლეროზია და უპირატესად ვლინდება 50 წლის ზევით ასაკის მამაკაცებში.

თუ ამ მეთოდით მუხლქვეშა პულსაციას ვერ სინჯავთ, სცადეთ, ხოდესაც ავადმყოფის პირქვე წევს. ფეხი მუხლის სახსარში მოუხარეთ 90°-ით, დაიდეთ მჯდავზე ისე, რომ ფეხი მოდუნებული იყოს და თითები დააჭირეთ მუხლქვეშა ფოსოში.





თეძოს არტერიაში სისხლის მიმოქცევას ყველაზე ხშირად არღვევს *ათეროსკლეროზი (arteriosclerosis obliterans - ობლიტერაციული არტერიოსკლეროზი).* ბარძაყის პულსაცია ამ დროს ნორმალურია, ხოლო მუხლქვეშა – შესუსტებულია ან არ ისინჯება.

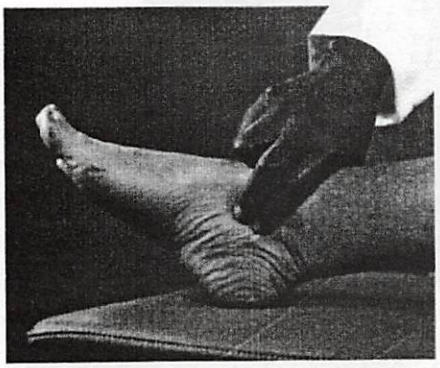
- *ტეხფის დოხსაღუხი ახტეხიის პუღსაცია.* ტეხფის (ახა ჯოქის) ახტეხია შეიგხძენით ტეხფის გამშღეღი მყესის ღატეხაღუხად დიდ თითთან. თუ აქ ვეხ პოუღობთ, მოძებნეთ უფხო ღატეხაღუხად.



ტეხფის დოხსაღუხი ახტეხია შეიძღება დაბადებიდან ახ ახსებობდეს ან იტოტებოდეს ზევით ჯოქთან. პუღსი მოძებნეთ უფხო ღატეხაღუხად.

ტეხფის პუღსის შემციხება ან ახახსებობა (хოდესაც ჯიდუხი თბიდია) და ნოხმაღუხი ბახძაყის და მუხდქვემა პუღსაციის ახსებობა მიუთითებს მუხდქვემა ახტეხიის ან მისი ტოტების ოკ̇ღუზიაზე – ხშიხი მიზეზია შაქიანი დიაბეტი.

- *დიდი ნვივის უკანა ახტეხიის პუღსი.* მოხახეთ თითები და დაადეთ მეღიაღუხი გოკ̇ის ოდნავ ნიხ და ზემოთ (ამ პუღსაციის ნახვა ძნეღია მსუქან ან შეშუპებუღ ჯოქებზე)



ახტეხიის მწვავე ოკ̇ღუზია, მაგ. ემბოღიის ან თხომბოზის გამო, იწვევს კ̇ივიღის და გაშეშებას ან ჩხვეკ̇ას. ოკ̇ღუზიის დისტაღუხად ჯიდუხი ცივდება, ფეხმკ̇ხთაღდება და პუღსაცია აღარ ისინჯება. თუ ჯოღატეხაღები ჯახგადაა განვითახებუღი, მხოდოდ გაცივება და გაშეშება აღინიშნება.

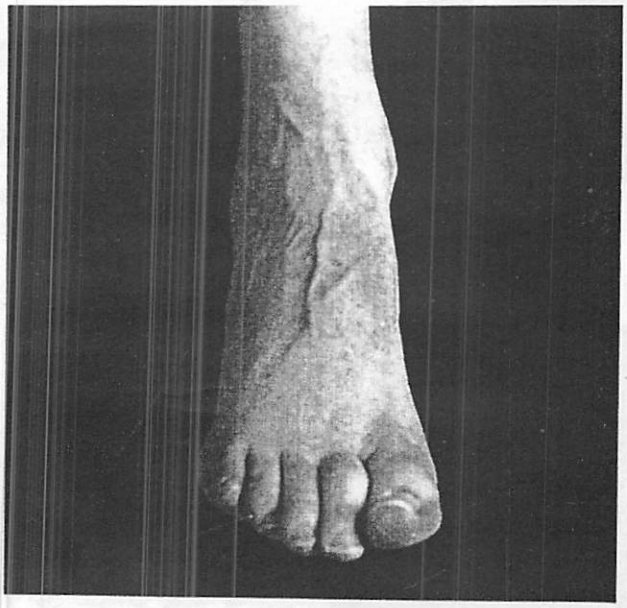
პუღსაციის შეგხძნების ხეჯომენდაციები, хომეღიც თავიდან აგვაციღებს სიхთუღეებს: (1) ექიმიც და პაციენტიც მოხეხებუღად უნდა მოთავსდენენ; უხეხუღი პოზა ამციხებს ტაქტიღის მგხძნობეღობას. (2) თქვენი ხეღი უნდა დადოთ სწოხედ და დიდხანს და ცვაღოთ ზენოღა, სანამ ახ შეიგხძნობთ პუღსაციას. თუ ვეხ ახეხებთ, აუჩქახებუღად მოძებნეთ პუღსაციის უბანი. (3) ახ აგეიოთ ავადმყოფის პუღსი თქვენი თითების პუღსაციაში. თუ ახ ხახთ დახწმუნებუღი, დათვაღეთ თქვენი გუღისცემა და შეადახეთ ავადმყოფის პუღსის სიხშიხეს. სიხშიხეები განსხვავებუღი უნდა იყოს. თქვენი ჯახოტიდუღი პუღსის დათვდა მოხეხებუღია შედახებისთვის.

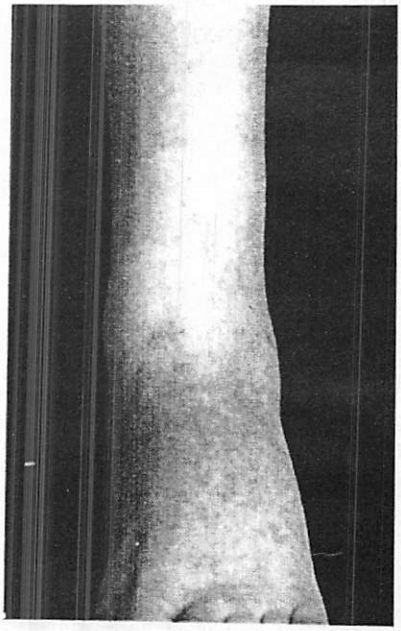
ტეხფების და ფეხების ტემპეხატუხა შეაფასეთ თქვენი თითების ზუხგით. შეადახეთ ოხივე მხახე. ოხმხხივი გაცივების ხშიხი მიზეზია ცივი გახემო ან ნევხოზი.

ჯიდუხების გაცივება, განსაკუთხებით ცაღმხხივი ან სხვა ნიშნების თანხდებით, მიუთითებს ახტეხიული სისხდის მიმოქცევის დახღვევის გამო განვითახებუღ ახტეხიულ უკმახისობაზე.

შეშუპების დადგენა. შეადარეთ ფეხები ერთმანეთს, მათი ზომები და ვენების, მყესების და ძვლების მდგომარეობა.

შეშუპება იწვევს შესიებას, რის გამოც აღარ ჩანს ვენების და ძვლების ჩაღრმავებული ფორმა.

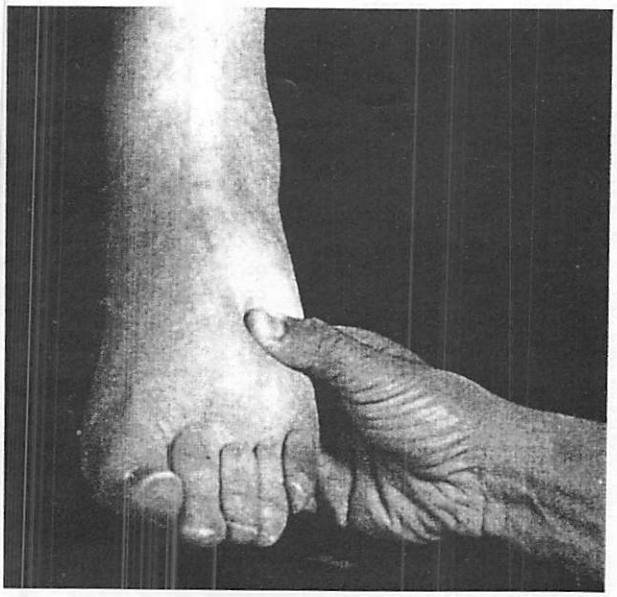


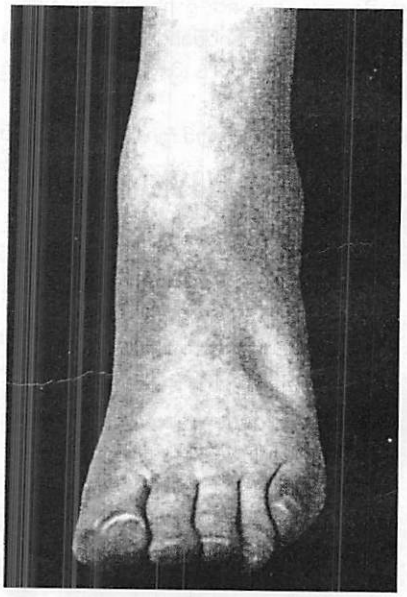


შეამოწმეთ შეშუპების ჩაღრმავება. მაგრად და ფრთხილად დააწექით ცერა თითით სულ ცოტა 5 წმ-ის განმავლობაში (1) ორივე ტერფის ზურგს, (2) ორივე მეღიაღური გოჭის უკან და (3) ორივე წვივს. დააკვირდით *ჩაღრმავებებს,* რომელიც თითის დაჭერით ჩნდება. ნორმალურად ჩაღრმავება არ უნდა გაჩნდეს. შეშუპების სიმძიმე იზომება ოთხნიშნა სკალით, მსუბუქიდან ძალიან მძიმემდე.

იხ. ცხრილი 14-4, შეშუპების ზოგიერთი პერიფერიული მიზეზი (გვ. 496).

ქვემოთ ნაჩვენები შეშუპების ხარისხი არის 3+ ჩაღრმავება.





თუ შეშუპებას ვახაულობთ, მის დაღგენაში და მიმდინარეობის შეფასებაში დაგეხმარებათ *ფეხების გაზომვა*. სანტიმეტრით გაზომეთ (1) ტერფი, (2) ჯოჭის უმცირესი გარშემოწერილობა, (3) წვივის გარშემოწერილობა და (4) ბარძაყის შუა ნაწილის, იზომება მუხლს ზევით, ხოლოსაც ფეხი გაშლილია. შეადარეთ მხარეები ერთმანეთს. მუხლის ზემოთ 1 სმ განსხვავება ან წვივზე 2 სმ ნორმალურად არ უნდა იყოს და შეშუპებაზე მიუთითებს.

ჯუნთების ატროფიამ ასევე შეიძლება ფეხების გარშემოწერილობის განსხვავება გამოიწვიოს.

თუ აღინიშნება შეშუპება, დაადგინეთ შესაძლო მიზეზი ჰეპიფერიულ სისხლძარღვებში. ესენია: (1) ღრმა ვენების ახალი თრომბოზი, (2) ქრონიკული ვენური უკმარისობა ღრმა ვენების ქრონიკული თრომბოზის ან ვენების სარქველების უკმარისობის გამო და (3) ღიმფური შეშუპება. დაადგინეთ შეშუპების გავრცელება. ფეხის რა სიმაღლეზე ვრცელდება?

ღრმა ვენების თრომბოზის დროს შეშუპების გავრცელება მიუთითებს ოკლუზიის ლოკალიზაციას: როდესაც შეშუპებულია ფეხის ქვედა ნაწილი ან ჯოჭი, ოკლუზია წვივის არეშია, როდესაც მთელი ფეხია შეშუპებული, ოკლუზია თეძო-ბარძაყის ვენებშია.

შეშუპება ცალმხრივია თუ ორმხრივი? ვენები ზედმეტად დაბერილია?

ვენების გაფართოება ვენურ შეშუპებაზე მიუთითებს.

ეცადეთ დაადგინოთ ვენების ტიპი, რომელიც შეიძლება ახლდეს ღრმა ვენების თრომბოზს. ჩაატარეთ საზარდულის პალპაცია ბარძაყის პულსის მოსაძებნად ბარძაყის ვენის მტკივნეულობის დასადგენად. შემდეგ, როდესაც ავადმყოფის ფეხი მოხრილია მუხლის სახსარში და მოდუნებულია, ჩაატარეთ წვივის პალპაცია. თითებით დააწექით წვივის ჯუნთებს დიდი წვივის ძვალზე და დაადგინეთ მტკივნეულობა ან ზონარის არსებობა. თუმცა, ღრმა ვენების თრომბოზი შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და დიაგნოსტიკა ხშირად ემყარება დიდ ფლებითის გამოკვლევებს და სხვა გამოკვლევებს.

მტკივნეული, ფერმკრთალი და შეშუპებული ფეხი საზარდულის არეში ტკივილთან ერთად მიუთითებს *თეძო-ბარძაყის ვენების ღრმა თრომბოზს*. *ღრმა ვენების თრომბოზის* მქონე ავადმყოფთა დაახლოებით ნახევარს წვივის არეში აღენიშნება ტკივილი და ზონარი წვივის სიღრმეში. თუმცა წვივის ტკივილი არასპეციფიკური ნიშანია და თრომბოზის გარეშეც შეიძლება არსებობდეს.

დააკვირდით *ჯანის ფერს*.

- ხომ არ არის შემოფარგლული სიწითლე? თუ არის, ნახეთ ამ არის ტემპერატურა და ფრთხილად შეეცადეთ შეიგრძნოთ მკვრივი ზონარი ვენის თრომბოზის გამო. ყველაზე ხშირად ზიანდება წვივის არე.

- წვივთან ახლოს ხომ არ არის მოყავისფრო უბნები?

- დაათვალიერეთ ჯანზე ნაღვრები. სად აღინიშნება?

- გასინჯეთ ჯანის გასქელება.

აგრილობრივი მესიება, სიწითლე, გაცხელება და ჯანქვეშა ზონარი მიუთითებს *ზედაპირულ თრომბოფლებიტზე*.

წვივებზე მოყავისფრო პიგმენტაცია ან ნაღვრები *ვენების ქრონიკულ უკმარისობაზე* მიუთითებს.

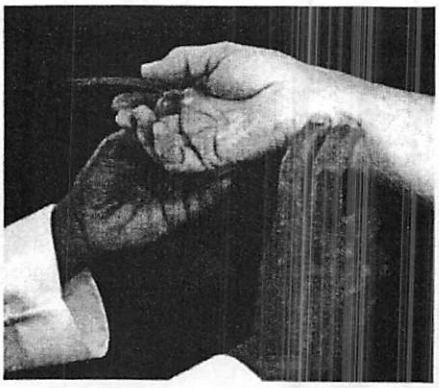
გასქელებული მოყავისფრო ჯანი აღინიშნება ღიმფური შეშუპების და ხანგრძლივი ვენური უკმარისობის დროს.

სთხოვეთ ავადმყოფს ფეხზე დადგეს და *დაათვალიერეთ საჩინო ვენების ვარიკოზი*. ფეხზე დგომისას ჯარაგად ვრინდება ვენების ვარიკოზული გაფართოება. ხელგზე წოლისას შეიძლება ვარიკოზი ვერ შეამჩნიოთ. ნახეთ ვარიკოზის არეში ანთება, თრომბოფლებიტის ნიშნები.

ვარიკოზული ვენები გაფართოებული და დაკლაკნილია. მათი ჯედები ხანდაზმულ გასქელებულია. უმეტესობა ვარიკოზული ვენებისა ფეხებზე აღინიშნება. იხ. გვ. 490.

ᲒᲐᲜᲡᲐᲙᲣᲗᲠᲔᲑᲣᲚᲘ ᲛᲔᲗᲝᲓᲔᲑᲘ

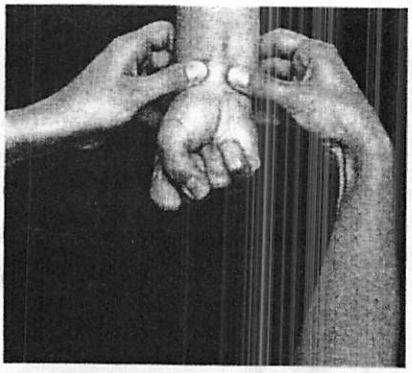
ᲮᲔᲚᲔᲑᲘᲡ ᲐᲮᲢᲔᲮᲘᲡ ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲛᲘᲛᲝᲥᲕᲔᲕᲘᲡ ᲨᲔᲤᲐᲡᲔᲑᲐ. თუ მტევების ახტიული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობას ვახაულობთ, ეცადეთ შეიგრძნოთ *იდაყვის არტერიის პულსაცია*, ასევე სხივის და მხრის არტერიების. პულსი გასინჯეთ მაჯის მომხრე ზედაპირზე მედიალურად. გასინჯვას გაგიადვილებთ მაჯის ოდნავ მოხრა. თუმცა, ნორმალური იდაყვის არტერიის პულსი შეიძლება არ ისინჯებოდეს.



არტერიების ოკლუზიური დაავადება უფრო იშვიათია მტევნებზე, ვიდრე ფეხებზე. მაჯაზე პულსის შესუსტება ან გაქრობა მწვავე ემბოლიის ოკლუზიაზე ან *Buerger-ის (ბიურგერის)* დაავადებაზე (ობლიტერაციული თრომბანგიიტი) მიუთითებს.

Alen-ის (ალენის) ტესტი უფრო მეტ ინფორმაციას იძლევა. ეს ტესტი ასევე გამოგადგებათ დარწმუნდეთ, რომ იდაყვის არტერია გამავალია, სანამ სხივის არტერიის პუნქციას ჩაატარებთ სისხლის ანალიზისთვის. პაციენტმა უნდა დადოს ხელები მუხლებზე ხელისგულებით ზევით.

სთხოვეთ ავადმყოფს, ერთი ხელით მუშტი გააკეთოს. შემდეგ თითებით დააწექით სხივის და იდაყვის არტერიებს.

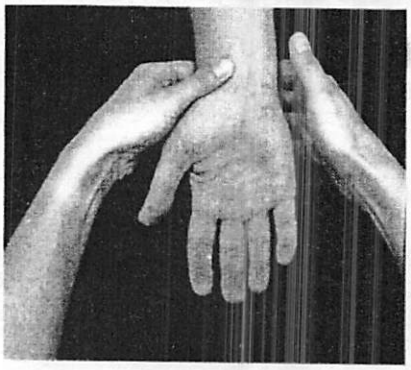


მუშტის სრული გაშლამ შეიძლება გამოიწვიოს ხელისგულების სინითლე და ცრუ დადებითი შედეგი.

შემდეგ, სთხოვეთ ავადმყოფს, მუშტები გაშალოს და ხელები ოდნავ მოხრილი ჰქონდეს. ამ დროს ხელისგულები ფერმკრთალია.

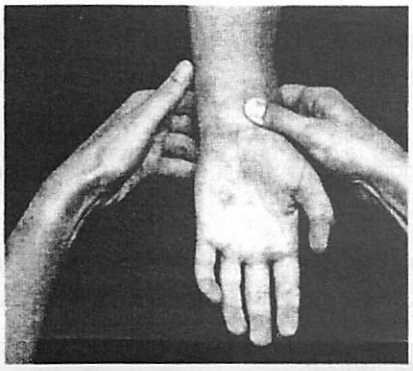


შეამცირეთ სხივის არტერიაზე ზეწოლა. თუ არტერია გამავალია, ხელისგული გავარდისფრდება 3-5 წმ-ში.



მუდმივი ფერმკრთალი მიუთითებს იდაყვის არტერიის ან მისი დისტალური ტოტების ოკლუზიაზე.

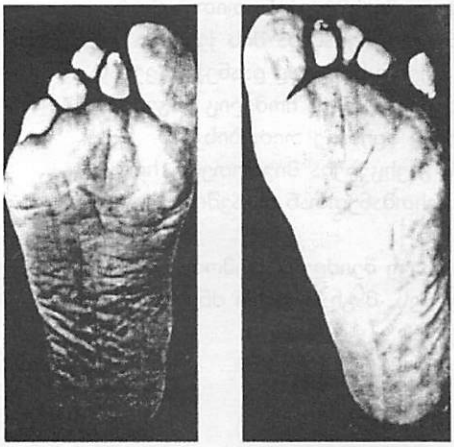
სხივის ატეხიის გამავლობა შეიძლება დადგინდეს, როდესაც ზუნოლა ხდება მხოლოდ იდაყვის ატეხიაზე.



გამოხატული სიფეიმჭითაღე ფეხის ანევისას *ატეხიულ უკმახისობაზე* მიუთითებს.

ქრონიკული ატეხიული უკმახისობის დროს მდებარეობით გამოწვეული ფეხის ცვლილება.

თუ ტკივილი ან პულსის შესუსტება მიუთითებს ატეხიულ უკმახისობაზე, დააკვირდით მდებარეობით გამოწვეულ ფეხის ცვლილებას. აუნიეთ ფეხები, როგორც ნაჩვენებია მარჯვნივ დაახლოებით 60°-ით, სანამ მაქსიმალუხად ახ გაფეხმჭითადება – დაახლოებით 1 წთ-ის განმავლობაში. თეთრკანიან პირებში ნორმალური ფეხის შენარჩუნება, როგორც მარჯვენა ფეხზეა ნაჩვენები ან მცირე გაფეხმჭითადება, ნორმალურია.

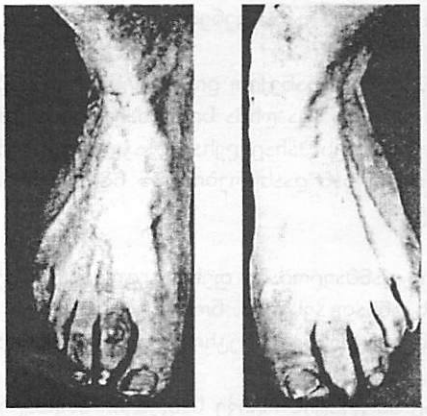


ქვემოთ ნაჩვენები ფეხი ფეხმჭითადია და ვენები იწყევს ავსებას – ატეხიული უკმახისობის ნიშანი.

შემდეგ სთხოვეთ ავადმყოფს, დაჯდეს და ფეხები ჩამოუშვას. შეადარეთ ფეხები და დაინიშნეთ დრო, რაც ესაჭიროება:

- ჯანის გავარდისფერებას, რასაც ნორმალურად 10 წამი ესაჭიროება
- ტერფის და წვივის ვენების ავსება ხდება დაახლოებით 15 წმ-ის განმავლობაში

მარჯვენა ფეხს ნორმალური ფერი აქვს და ვენები შევსებულია. ასეთი ნორმალური პასუხი ადეკვატურ ცირკულაციაზე მეტყველებს.



ᲒᲐᲛᲝᲙᲕᲚᲔᲕᲘᲡ ᲛᲔᲗᲝᲓᲔᲑᲘ

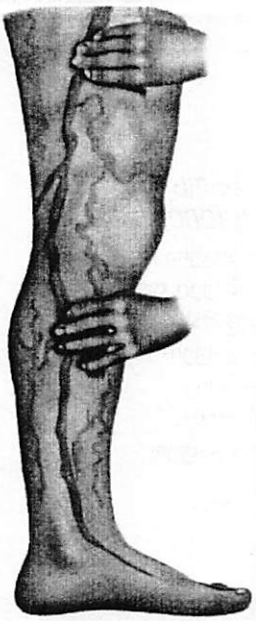
ნახეთ, ჰაიმე *უჩვეულო შეფეთილობა* (მუქი სინითლე) ხომ არ ცვლის სიფეთმჟითაღეს ფეხზე. მუქი სინითლე ჩნდება 1 წთ-ში ან ცოტა მეტ დროში.

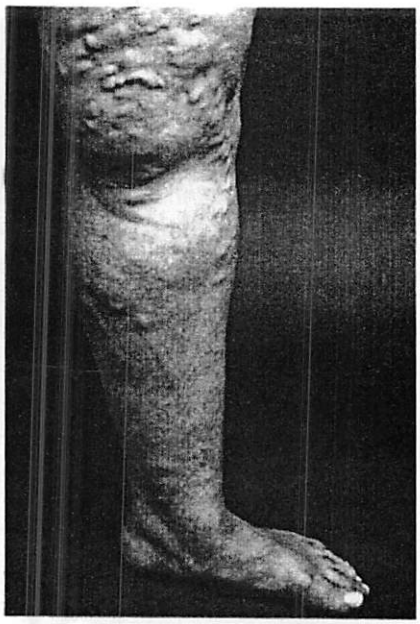
ნორმალური პასუხი, რომელსაც ახლავს არტერიული პულსის შესუსტება მიუთითებს, რომ შევინიშნებული არტერიის გაჩშემო განვითარებულია ჯაჭვ ტოლატერალური სისხლის მიმოქცევა.

ფეხის შეცვლა ძნელი დასადგენია შავჯანიან პირებში. ამის დასადგენად დაათვალიერეთ ფეხის გული და ვენების დასათვალიერებლად გამოიყენეთ ირიბი განათება.

მეღმივი მუქი ნითელი ფერი მიუთითებს არტერიულ უკმარისობაზე (იხ. გვ. 495). როდესაც ვენების უკმარისობაა, მუქი სინითლე, ფერის აღდგენის და ვენების ავსების დრო არ არის ზუსტი ტესტი არტერიული უკმარისობის დასადგენად.

ვარიკოზული ვენების მონიშვნა. ვარიკოზული ვენების მიმართულება და დაჯავშირება შეგიძლიათ მონიშნოთ სისხლსავსე ვენებზე ზეწოლითი ტაღლების გავრცელებით. როდესაც ავადმყოფი ფეხზე დგას, თითი ფრთხილად დაადეთ ვენას და მის ქვემოთ მეორე ხელით სწრაფად დააწექით ვენას. შეიგრძენით ტაღლა, რომელიც ვრცელდება ზემოთ მდებარე თითებისკენ. ტაღლის გავრცელება მიუთითებს, რომ ვენები ერთმანეთთან დაჯავშირებულია.





ტაღლა ასევე შეიძლება ქვემოთაც გავრცელდეს, მაგრამ უფრო ძნელად.

ვენური სარქველების ფუნქციების შეფასება. *ჰეტეროგენული ავსების (Trendelenburg - ტრენდელენბურგის) ტესტის* საშუალებით შეგიძლიათ შეაფასოთ სარქველების მდგომარეობა დამაჯავშირებელ და საჩინო ვენურ სისტემაში. ერთი ფეხი აუწიეთ 90°-ით, რათა ვენები დაიცალოს.

ზედაპირული ვენის სწრაფი ავსება, როდესაც საჩინო ვენა დახშულია, მიუთითებს დამაჯავშირებელი ვენების სარქველების უკმარისობაზე. ღრმა ვენებიდან საჩინო ვენებისკენ სისხლი სწრაფად ჰეტეროგენულად მიედინება.

შემდეგ, ხელით დააწექით დიდ საჩინო ვენას ბარძაყის ზედა ნაწილში ისე, რომ გადაიტეხოს ვენა და არა ღრმა სისხლძარღვები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ფეხზე დადგეს. ვენაზე ზეწოლის პარალელურად დააჯვირითე ვენების ავსებას. ნორმალურად საჩინო ვენა ივსება ქვემოდან დაახლოებით 35 წმ-ში, ვინაიდან სისხლი ჯარიალებიდან ვენებისკენ მიედინება.

ზეწოლის შენყვეტის შემდეგ ზედაპირული ვენების სწრაფი ავსება საჩინო ვენის სარქველების უკმარისობაზე მიუთითებს.

20 წმ-ის განმავლობაში ფეხზე დგომის შემდეგ, შენყვიტეთ ზეწოლა და დააჯვირითე ვენების სწრაფ ავსებას. ნორმალურად, ასე არ უნდა იყოს. საჩინო ვენის სარქველები ხელს უშლიან სისხლის ჰეტეროგენულ მოძრაობას. ვენების ავსება ნელა ხდება.

როდესაც ორივე საფეხური დარღვეულია, პასუხია დადებითი-დადებითი.

როდესაც ამ ტესტის ორივე საფეხური ნორმალურია, პასუხს ეწოდება უარყოფითი-უარყოფითი. ასევე შეიძლება აღინიშნებოდეს უარყოფითი-დადებითი და დადებითი-უარყოფითი პასუხი.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

ყურადღება მიაქციეთ, რომ მონაცემების აღნერისთვის თავდაპირველად შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები; მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ჩანაწერებში. გაიხსენეთ, რომ ღიმფური ჯვანძების აღნერილობის ჩანერა ხდება თავის და კისრის განაკვეთის შემდეგ (იხ. გვ. 203). ანალოგიურად, ჯარტიდული პულსის შეფასება აღნერილია გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში (იხ. გვ. 305-306)

ალტერნატიული გამოკვლევის შედეგების ჩანერა – პერიფერიული სისხლძარღვოვანი სისტემა

"კიდურები თბილია და შეშუპება არ აღინიშნება. არ არის ვარიკოზის და შეგუბების ნიშნები. ნვივები ელასტიურია და უმტკივნეულო. ბარძაყზე და მუცლის არეში შეიღი არ არის. მხრის, სხივის, ბარძაყის, მუხლქვეშა, ტერფის ღრძილის და ნვივის უკანა არტერიებზე პულსი არის 2+ და სიმეტრიული"

ან

"კიდურები ფერმკრთალია ნვივის შუა ნაწილიდან, სადაც აღინიშნება თმის გაცვენა. ხოლესაც ფეხები ჩამოშვებულია, აღინიშნება მუქი სინითლე, მაგრამ არ არის შეშუპება და ნყლულები. ორივე მხარეს ბარძაყის არტერიაზე შეიღია. მუცელზე შეიღი არ მოისმინება. მხრის და სხივის პულსი 2+; ბარძაყის, მუხლქვეშა, ტერფის ღრძილის და ღიდი ნვივის პულსი 1+." (ამას გარდა, პულსი შეიძლება ჩაინეროს ისე, როგორც ქვემოთაა მოცემული)

მიეთითებს პერიფერიული არტერიების პალპაციაზე დაკვირვებაზე.

	სხივის	მხრის	ბარძაყის	მუხლქვეშა	ტერფის ღრძილის	ღიდი ნვივის უკანა
მარჯვენა	2+	2+	1+	1+	1+	1+
მარცხენა	2+	2+	1+	1+	1+	1+

CITATIONS

1. Hirsh AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al: Peripheral arte-rial disease: detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA 286(11):1317-1324, 2001.
2. Hiatt WR: Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. N Engl J Med 344(21):1608-1620, 2001.
3. McDermott MM, Liu K, Greenland, et al: Functional decline in peripheral arterial disease associations with the ankle brachial index and leg symptoms. JAMA 292(4):453-461, 2004.

ADDITIONAL REFERENCES

Anand SS, Wells PS, Hunt D, et al. Does this patient have a deep vein thrombosis? JAMA 279(14):1094-1099, 1998.
Bates SM, Gionsberg JS. Treatment of deep-vein thrombosis. N Engl J Med 351(3):268-276, 2004.
Colman RW, Marder VJ, Clowes AW, et al (eds). Hemostasis and Thrombosis: Basic Principles and Clinical Practice, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
Creager MA, Loscalzo J, Dzau VJ (eds). Vascular Medicine: A Companion to Braunwald's Heart Disease. Philadelphia, WB Saunders, 2006.
De Araujo T, Valencia I, Federman DG, et al. Managing the patient with venous ulcers. Ann Intern Med 138(4):326-334, 2003.
Falagas ME, Vergidis PL Narrative review: diseases that masquer-ade as infectious cellulitis. Ann Intern Med 142(1):47-55, 2005.
Olson KWP, Treat-Jacobson D. Symptoms of peripheral arterial disease: a critical review. J Vase Nurs 22(3):72-77, 2004.
Rauch U, Osende JI, Fuster V, et al. Thrombus formation on atherosclerotic plaques: pathogenesis and clinical consequences. Ann Intern Med 134(10):224-238, 2001.
Sumpio BE. Foot ulcers. N Engl J Med 343(11):787-793, 2000.
Wigley FM. Raynaud's phenomenon. N Engl J Med 347(13): 1001-1008,2002.

ცხრილი 14-1 მტკივნეული პერიფერიული სისხლძარღვოვანი პათოლოგიები და მათი იმიტაციები

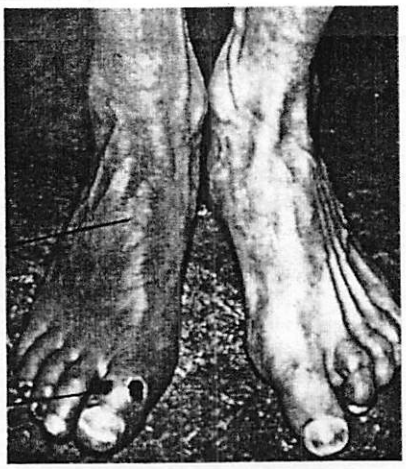
პრობლემა	პროცესი	ტკივილის ლოკალიზაცია
არტერიული პათოლოგიები *(ათეროსკლეროზი; ობლიტერაციული არტერიოსკლეროზი)* ▪ ხანგამოშვებითი ყოჩღობა	დატვირთვით გამოწვეული კუნთოვანი იშემია, რომლის მიზეზია მსხვილი და საშუალო კალიბრის არტერიების ათეროსკლეროზული შევიწროვება	ჩვეულებრივ, წვივებია, მაგრამ ასევე შეიძლება იყოს დენდულებში, თეძოში, ბარძაყის არეში, ტერფში, რაც დამოკიდებულია ობსტრუქციის დონეზე.
▪ მოსვენებითი ტკივილი	იშემია მოსვენების მდგომარეობაში	დისტალური ტკივილი, ტერფის და თითების არეში
არტერიის მწვავე ოკლუზია	არტერიის ემბოლია ან თრომბოზი, რომელიც ზედ ერთვება ათეროსკლეროზულ ობლიტერაციას	დისტალური ტკივილი, ჩვეულებრივ, ვითარდება ტერფის არეში.
Raynaud-is (ხეონოს) დაავადება და სინდრომი	*Raynaud-is (ხეონოს) დაავადება:* მცირე კალიბრის არტერიების და არტერიოლების ეპიზოდური სპაზმი; სისხლძარღვოვანი ოკლუზია არ აღინიშნება *Raynaud-is (ხეონოს) სინდრომი:* სინდრომი მეორადია სხვა დაავადების დროს, როგორიცაა სისხლძარღვთა კოლაგენური დაავადებები, არტერიების ოკლუზია, ტრავმა, მედიკამენტები	ერთი ან რამდენიმე თითის დისტალური ნაწილები. ტკივილი ჩვეულებრივ ხანგრძლივი არ არის, სანამ თითის წვერებზე ნეკროზები არ განვითარდება. ხშირია გაშეშება და ჩხვლეტა.
ვენური პათოლოგიები		
ზედაპირული თრომბოფლებიტი	ზედაპირული ვენაში წარმოიქმნება თრომბი და ვითარდება მწვავე ანთება	ტკივილი შემოფარგლულია ზედაპირული ვენის გასწვრივ, ყველაზე ხშირია საჩინო ვენურ სისტემაში
ღრმა ვენების თრომბოზი	თრომბის წარმოქმნა ღრმა ვენებში	თუ ტკივილი გამოხატულია, ხშირად წვივის არეშია, თუმცა პროცესი ჩვეულებრივ უმტკივნეულოა
ქრონიკული ვენური (ღრმა) უკმარისობა	ქრონიკული ვენური უკმარისობა მეორადია და ვითარდება ვენური ოკლუზიის ან სარქველების უკმარისობის შედეგად	ფეხის(ების) დიფუზური ტკივილი
ობლიტერაციული თრომბანგიიტი *(Buerger-ის – ბიურგერის დაავადება)*	მცირე ზომის არტერიების და ასევე ვენების ანთება და თრომბოზული ოკლუზია, რაც მწვეველებში ვითარდება	▪ ხანგრძლივი ყოჩღობა, განსაკუთრებით ტერფის თაღში ▪ მოსვენებითი ტკივილი ტერფის თითებში
მწვავე ლიმფანგიტი	მწვავე ბაქტერიული ინფექცია დაზიანებული უბნიდან ან ნაწილიდან (ჩვეულებრივ სტრეპტოკოკი) ვრცელდება ლიმფის სისტემაში	ფეხები ან მკლავები
იმიტაციები* *მწვავე ცელულიტი*	კანის და კანქვეშა ქსოვილის მწვავე ბაქტერიული ინფექცია	მკლავებში, ფეხებში ან სხვა უბანში
კვანძოვანი ერითემა	კანქვეშა ანთებითი დაზიანება, რაც ხშირად ახლავს სხვადასხვა სისტემის მდგომარეობებს, როგორიცაა ორსულობა, სარკოიდოზი, ტუბერკულოზი და სტრეპტოკოკური ინფექცია	ფეხების ქვედა ნაწილების წინა ზედაპირები

* შეცდომით პირველად შეიძლება მწვავე ზედაპირული თრომბოფლებიტად ჩაითვალოს

მიმდინარეობა	ხელმემწყობი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები	თანმხლები გამოვლინებები
საკმაოდ ხანმოკლე; ტკივილი აიძულებს ავადმყოფს, რომ გაჩერდეს	დატვირთვა, ჰიპოთერმია	მოსვენება ტკივილს აჩერებს 1-3 წთ-ის განმავლობაში	აღგილობრივი სისუსტე, გაშეშება, პულსის შესუსტება, ხშირად ახლებული უკმარისობის ნიშნები (იხ. გვ. 495)
მუდმივი, ხშირად ღამით აღვიძებს ავადმყოფს	ფეხის ზემოთ აწევა	ჩამოშვებული ფეხებით დიდხანს ჯდომა	გაშეშება, ჩხვლეტა, ახლებული უკმარისობის ტიპიური ნიშნები და ფეხის შეცვლა (იხ. გვ. 495)
უეცარი დაწყება; თანმხლები სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს ტკივილის გარეშე			გაცივება, გაშეშება, სისუსტე, დისტალური პულსის არარსებობა
შედარებით ხანმოკლე (წუთები), მაგრამ მოჰყვიდეთ	სიცივეზე ყოფნა, ემოციური მდგომარეობა	თბილი გარემო	დისტალური თითების ფერის შეცვლა: მძიმე სინდრომს (დიაგნოზისთვის მნიშვნელოვანია) მოჰყვება ციანოზი და შემდეგ ისევ სინითლე
მწვავე ეპიზოდი გრძელდება რამოდენიმე დღე ან კვირა მეტი სიმპტომების სიმკვრივის გამო ხშირად დადგენა ძნელია			ღრმა სინითლე, შესივება, მტკივნეულობა, ზონარი ჰიპერემია, შესაძლოა ცხელება
ქრონიკული, დროთა განმავლობაში მატულობს	ხანგრძლივი დგომა	ფეხების აწევა	ტერფის და წვივის შესაძლო შესივება და ღრმა მტკივნეულობა წვივის არეში, ხშირად ღამით ქრონიკული შეშუპება, პიგმენტაცია, შესაძლოა დაწყლულება (იხ. გვ. 495)
საკმაოდ ხანმოკლე, მაგრამ მოჰყვიდეთ ქრონიკული, ხანგრძლივი, უარესდება ღამით	დატვირთვა	მოსვენება თრომბოზის მოხმარება ხელს უწყობს ტკივილის განვითარებას (მაგრამ ავადმყოფი იშვიათად წყვეტს მოწევას)	დისტალური გაცივება, შესივება, გაშეშება და ციანოზი; თითებზე ნაწყლულების ან განგრენის განვითარება; მიგრაციული თრომბოფლებიტი
მწვავე ეპიზოდი გრძელდება დღეები ან უფრო მეტი			კანზე წითელი ზოლები, ღრმა ვენების ტკივილით, გადიდებით და ცხელებით
მწვავე ეპიზოდი გრძელდება დღეები ან უფრო მეტი			დიფუზური შესივების, სინითლის და მტკივნეულობის ღარიბული კანი ღრმა ვენების გადიდებით და მტკივნეულობით; ზონარი არ ისინჯება
ტკივილს ახლავს სხვადასხვა დაზიანებები რამოდენიმე კვირის განმავლობაში			კანზე ნამონეული, წითელი, მტკივნეული მოქცევადი ვენები; ხშირია სისუსტე, სახსრების ტკივილი და ცხელება

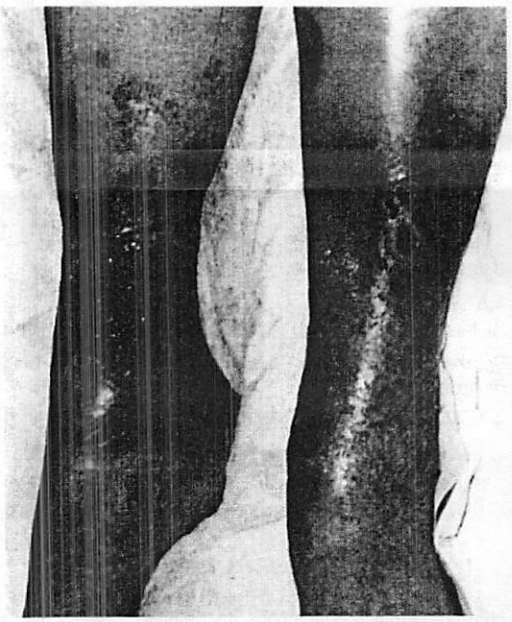
არტერიების და ვენების ქრონიკული უკმარისობა

ქრონიკული არტერიული უკმარისობა (განვითარებული)	ქრონიკული ვენური უკმარისობა (განვითარებული)



სინითლე

იშემიური ნყლული



ტკივილი	ხანგამოშვებითი ჯოჭლობა, ტკივილი მოსვენებისას არ არის ან ყრუ ტკივილია ჩამოშვების დროს	არ არის ან ყრუ ტკივილია ჩამოშვების დროს
პულსი	შესუსტებულია ან არ ისინჯება	ნორმალური, თუმცა შეშუპების გამო შეიძლება ძნელად ისინჯებოდეს
ფერი	ფერმკრთალი, განსაკუთრებით აწევისას, მუქი წითელი ჩამოშვებისას	ნორმალური ან ციანოზი ჩამოშვების დროს. გაჭირვების შემთხვევაში ვითარდება პეტექიები და შემდეგ მოყავისფრო ლაქები
ტემპერატურა	გრილი	ნორმალური
შეშუპება	არ არის ან მცირეა; შეიძლება განვითარდეს, როდესაც ავადმყოფი დღეობს ტკივილი შეამციროს ფეხების ქვემოთ ჩამოწევით	აღინიშნება, ხშირად მნიშვნელოვანი
ჯანის ცვლილებები	ტროფიკული ცვლილებები: გათხელებული, ბრილა, ატროფიული. წვივებზე და ტერფებზე თმა გაცვენილია; ფრჩხილები გასქელებულია და ჯილეები მახვილი.	ხშირია მოყავისფრო პიგმენტაცია წვივებზე, შეგუბებითი დერმატიტი და ჯანის შესაძლო გასქელება, ნაწიბურების განვითარების გამო ფეხების დაწვრილება
დაწყლულება	თუ აღინიშნება, ვითარდება ფეხის თითებზე ან ფეხის ტრავმირებულ უბნებში	თუ აღინიშნება, ვითარდება წვივის გვერდებზე, განსაკუთრებით მედიალურად
განგრენა	შეიძლება განვითარდეს	არ ვითარდება



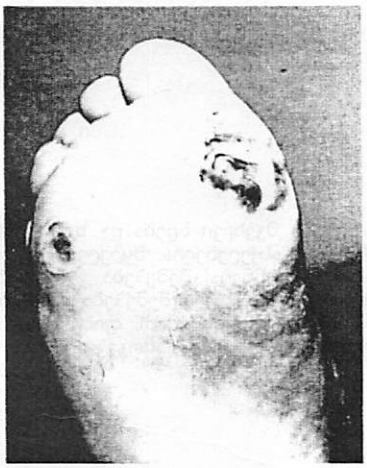
ართერიული უკმარისობა

ეს მდგომარეობა ვითარდება ფეხის თითებში, ტერფებში ან ტარსის ძვლებში (მაგ. წვივებზე). გარშემომყოფ ქსოვილებში არ აღინიშნება გამკვრივება ან ჭარბი პიგმენტაცია, თუმცა შეიძლება ატროფიული იყოს. ტკივილი ხშირად ძლიერია, ხადგან მისი მიზეზი ნეიროპათიაა. შეიძლება ახლდეს განგრენა პულსის შემცირებით, ტროფიკული ცვლილებებით, ფეხის განითლებით ანვევის დროს, ხოლო მუქი ნითელი შეფერვით ჩამოშვების დროს.



ქრონიკული ვენური უკმარისობა

ეს მდგომარეობა ვითარდება წვივებზე უფრო ღრმად ან ზოგჯერ ზედაპირულად. გარშემომყოფი ქსელი პიგმენტურია და ხამდენადმე ფიბროზული. ტკივილი ძლიერი არ არის, განგრენა არ ვითარდება. თანმხლები ნიშნებია შეშუპება, პიგმენტაცია, შეგუბებითი დერმატიტი, ფეხის ჩამოშვებისას შესაძლოა ცელიოზის განვითარება.

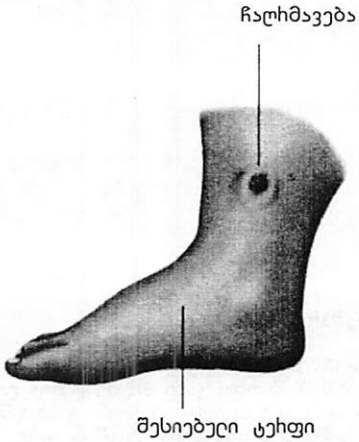


ნეიროპათიული წყლული

ეს მდგომარეობა ვითარდება ზენოტის შედეგად იმ უბანში, სადაც დაქვეითებულია მგრძნობელობა (მაგ. დიაბეტური ნეირო-პათიის დროს). გარშემომყოფი ქსელი გამკვრივებულია. ტკივილი არ აღინიშნება, თუმცა შეიძლება განვითარდეს შეუმჩნეველი წყლულების დროს. გაუთეთებელ შემთხვევაში განგრენა არ აღინიშნება. თანმხლები სიმპტომებია მგრძნობელობის დაქვეითება და წვივის რეფლექსის არ არსებობა.

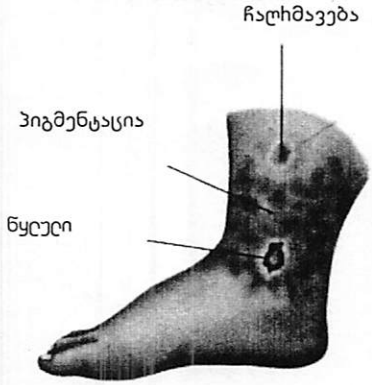
შეშუპების ზოგიერთი პერიფერიული მიზეზი

სხეულის სითხის დაახლოებით მესამედი უჯრედშორის სივრცეშია. ამ სითხის დაახლოებით 25%-ს პლაზმა წარმოადგენს, დანარჩენი ინტერსტიციული სითხეა. ჯანმრთელების არტერიულ დაბოლოებებში სისხლძარღვებში *ჰიდროსტატიკური წნევა* და ინტერსტიციუმში *ონკოზური წნევა* განაპირობებს სითხის გადასვლას ქსოვილებში. ჯანმრთელების ვენურ დაბოლოებებში და ლიმფურ ძარღვებში ინტერსტიციუმის ჰიდროსტატიკური წნევა და შარცის ცილების ონკოზური წნევა იწვევს სითხის დაბრუნებას სისხლძარღვოვან ქსელში. როგორც ცნობილია ამ წონასწორობას, რის შედეგადაც ვითარდება *შეშუპება*, ანუ ინტერსტიციული სითხის დაგროვების კლინიკური გამოვლინება. ქვემოთ სურათზე არ არის ნაჩვენები ჯანმრთელების გარეთვის სინდრომი, როდესაც ცილა გადის ინტერსტიციულ სივრცეში. ეს პროცესი ახასიათებს დამწვრობას, ანგიონევროზულ ანთებას, გველის ნაკბენს და ალერგიულ რეაქციას.



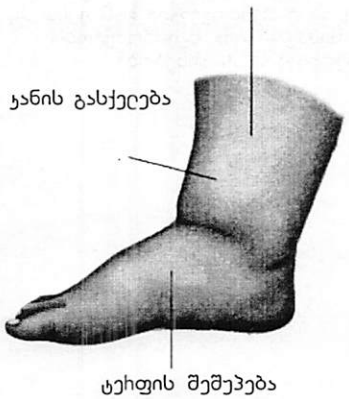
შეშუპება ჩაღრმავების განვითარებით

შეშუპება ხშირია, ორმხრივი, თითის დაჭერით ჩნდება ჩაღრმავება და ვითარდება ტერფებზე. არ აღინიშნება ჯანის გასქელება, ნყლულები და პიგმენტაცია. ასეთი შეშუპება ვითარდება მაშინ, როდესაც ფეხები ხანგრძლივად ჩამოშვებულია ჯდომის ან ფეხზე დგომის გამო. შეშუპების მიზეზია ვენებში და ჯანმრთელებში ჰიდროსტატიკური წნევის მომატება; ცილის შეცვლებითი უკმარისობა, როდესაც შემცირებული წვთმოცულობა; ვენებსა და ჯანმრთელებში ჰიდროსტატიკური წნევის მომატება, ნეფროზული სინდრომი, ღვიძლის ციროზი, ჯვების ნაკლებობა, რაც საფუძვლად უდევს შარცში ცილის შემცირებას და სისხლძარღვში ონკოზური წნევის დაქვეითებას; ჰეპარინატების მიღება.



ქრონიკული ვენური უკმარისობა

შეშუპება ხშირია, ზენოლით ჩნდება ჩაღრმავება; მოგვიანებით ხდება მოყავისფრო (მკვრივი). ჯანი შეიძლება გასქელდეს, განსაკუთრებით წვივებზე. ტერფებზე ხშირია ნყლულების, პიგმენტაციის და შეშუპების განვითარება, იშვიათად ორმხრივია. მაგალითებია ღრმა ვენების ქრონიკული ობსტრუქცია და სარქველების უკმარისობა.



ლიმფური შეშუპება

არცული სტადიაზე შეშუპება ხშირია, თავდაც მკვრივი ხდება და ზენოლით ჩაღრმავება არ ჩნდება. ჯანი შესამჩნევად გასქელებულია, ნყლულები იშვიათად ვითარდება. პიგმენტაცია არ აღინიშნება. შეშუპება ვითარდება ტერფებსა და თითებზე, ხშირად ორმხრივია. ლიმფური შეშუპება ვითარდება ლიმფური ძარღვების ობსტრუქციის შედეგად სიმსივნით, ფიბროზით ან ანთებით, ისევე როგორც იღლიის ლიმფური ჯვანძების ამოკვეთის და სხივური თერაპიის შედეგად.

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემა

15

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის შეფასება

თავის ახალი სტრუქტურის ელემენტები

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის მხრივ ჩივილები და დარღვევები ექიმთან ვიზიტის ერთ-ერთი ნამყვანი მიზეზია ჯერიატრიაში. ნელის ამბავი ტიპიურს მეხუთე აბზაცი უჭირავს ექიმთან ვიზიტის მიზეზებს შორის და სიხშირით მეორე სიმპტომია, რის გამოც ავადმყოფს ექიმის დახმარება ესაჭიროება.[1] ამ თავის სტრუქტურა ჩამდენადმე შეიცვალა, რათა დაგეხმაროთ, გაიფართოვოთ თქვენი მიდგომა და გამოკვლევის ტექნიკა სახსრების ხშირი დაავადებების შესწავლის მიზნით.

ამ თავში განხილულია ძირითადი სახსრების და მათთან დაკავშირებული ძვლოვანი სტრუქტურების, ჯუნთების და ხბილი ქსოვილების აგებულება და ფუნქციები. სახსრების შეფასების სპეციფიკური ბუნების გამო, ამ თავის სტრუქტურა განსხვავდება სხვა სისტემებისადმი მიძღვნილი თავებისგან. სახსრების მხრივ ჩივილების შეფასება მოითხოვს ორგანოს ვიზუალიზაციის, ასევე ზედაპირული ნიშნების და ქვეშმდებარე სტრუქტურების ანატომიის ღრმა ცოდნას. იმისთვის, რომ სტუდენტს გაუადვილდეს სახსრების აგებულების და ფუნქციების ცოდნა გააერთიანოს გამოკვლევის მეთოდებთან, ამ თავში თითოეული სახსრის ანატომია, ფიზიოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები *ერთადაა განხილული*. თავის ფორმატი შემდეგია:

თავის ფორმატი

- სახსრების აგებულება და ფუნქციები
- ანამნეზი
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა
- სპეციფიკური სახსრების გამოკვლევა: ანატომია, ფიზიოლოგია და შესაბამისი გამოკვლევის მეთოდები. ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოკვლევისადმი მიდგომის განვითარებისთვის, განაკვეთს 498 გვერდზე მიყევით "თავიდან ფეხის თითებამდე" მიმდევრობას, რაც იწყება ქვედა ყბიდან და ზედა ტიტუების სახსრებიდან, შემდეგ მოჰყვება ხერხემალი, თეძოები და ქვედა ტიტუების სახსრები.

(გაგრძელება)

- ქვედაყბის სახსარი
- მხარი
- იდაყვი
- მაჯა და მტევანი
- ხერხემალი
- ბარძაყი
- მუხლი და ფეხის ქვედა ნაწილი
- წვივი და ტერფი

თითოეული სახსრისთვის არის შესაბამისი *სახსრების მიმოხილვა, ძვლების და სახსრების აგებულება, ხუნთების ჯგუფები, ახლომდებარე სახსრები და გამოკვლევის მეთოდები*

- *სახსრების მიმოხილვა* აგებულია ისე, რომ გაარჩიოთ თითოეული სახსრის ანატომიური და ფუნქციური მახასიათებლები. როდესაც ისწავლით შესაბამის განაკვეთებს, ივარჯიშეთ თქვენს თავზე ან სტუდენტზე, ჯანზე გაარჩიოთ სახსრების საპროექციო არეები.
- შემდეგ მოდის *გამოკვლევის მეთოდები*, სადაც ისწავლით სახსრის გამოკვლევის ფუნდამენტური საფეხურები – ინსპექცია, ძვლების უბნების და ჰბილი ქსოვილების პალპაცია, მოძრაობის ამპლიტუდის შეფასება (ან სახსრის მოძრაობის მიმართულება) და სახსრების ფუნქციების და სტაბილურობის დასადგენი მანევრები. ამ მანევრებში დახელოვნება ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის სრული გამოკვლევის ერთ-ერთი საფუძველია და მოითხოვს დაკვირვებას და პრაქტიკას. ეს მანევრები მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკასა და საექიმო პრაქტიკაში.

სახსრების სტრუქტურა და ფუნქციები

მოსახერხებელია, დაიწყოთ ზოგიერთი ანატომიური ტერმინოლოგიის განხილვით.

- *სახსრის სტრუქტურები* მოიცავს სასახსრე ჩანთას, ხრტილს, სინოვიურ გარსს და სითხეს, სახსრის შიდა იოგებს და იუქსტა-არტიკულარულ ძვლებს.
- *არასახსროვანი სტრუქტურებია* პერიარტიკულური იოგები, მყესები, აპკა, ხუნთი, ფასცია, ძვალი, ნერვი და მიმდებარე ქსოვილი.
- *იოგი* არის თოკისებური კოლაგენური ბოჭკოების ჯონა, რომელიც ძვლებს ერთმანეთთან აერთებს
- *მყესი* არის კოლაგენური ბოჭკო, რომელიც აერთებს ხუნთს ძვალთან. კოლაგენის სხვა ტიპის მატრიცა ნარმოქმნის ხრტილს, რომელიც ფარავს ძვლის ზედაპირს.
- აპკა არის სინოვიური სითხის ჩანთა, რომელიც არბილებს მყესების და ხუნთების მოძრაობას ძვლებზე ან სახსრის სხვა სტრუქტურებზე.

სახსრის ფუნქციის გარჯვევისთვის შეისწავლეთ სხვადასხვა ტიპის სახსრები, როგორ ხდება შესახსრება და როგორია აპკის როლი სახსრის მოძრაობის გაადვილებაში.

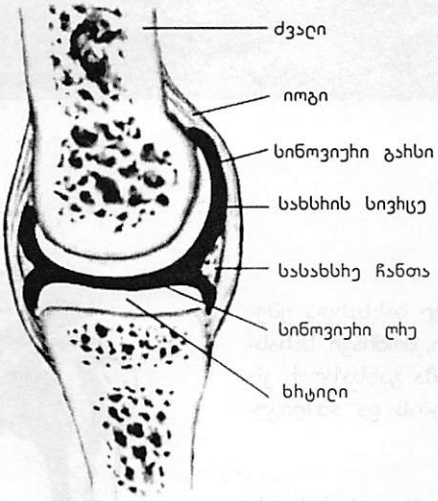
სახსრების ტიპები

არსებობს სახსრის შეერთების სამი ძირითადი ტიპი – სინოვიური, ხრტილოვანი და ფიბრიზული – რაც განაპირობებს სახსრების სხვადასხვა ხარისხით მოძრაობას.

სახსრები

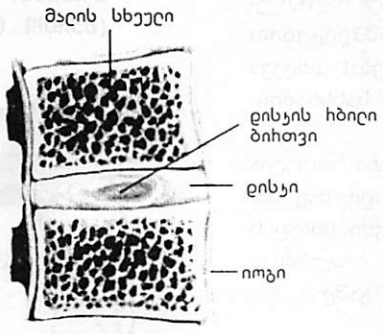
სახსრის ტიპი	მოძრაობის ამპლიტუდა	მაგალითი
სინოვიური	ადვილად მოძრავი	მუხლი, მხარი
ხრტილოვანი	ნაკლებად მოძრავი	ხერხემლის მალის სხეული
ფიბრიზული	უმოძრაო	თავის ქალას ნაკერები

სინოვიური სახსრები. ძვლები ერთმანეთს არ ეხება და სახსარი *თავისუფლად მოძრავია*. ძვლები დაფარულია ხრტილით და ერთმანეთისგან გამოყოფილია სინოვიური ღრუთი, რაც არბილებს სახსრის მოძრაობას, როგორც სუპათზეა ნაჩვენები. *სინოვიური გარსი* ქმნის *სინოვიურ ღრუს* და გამოყოფს მცირე რაოდენობით წებოვან სითხეს – *სინოვიურ სითხეს*. გარსი მიმაგრებულია სახსრის ხრტილის კიდეებზე და ნარმოქმნის ჩანთას, რათა უზრუნველყოს სახსრის მოძრაობა. სინოვიურ გარსს აკრავს ფიბრიზული *სახსრის ჩანთა*, რომელიც გამაგრებულია ძვლიდან ძვლამდე გადაჭიმული იოგებით.



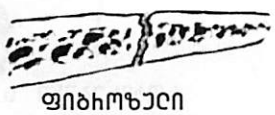
სინოვიური

ხრტილოვანი სახსრები. მაღთაშუა და ბოქვენის სახსრები *ნაკლებად მოძრავია*. სახსრის ზედაპირები გამოყოფილია ფიბრიზულ-ხრტილოვანი დისკებით. თითოეული დისკის ცენტრში *ბირთვია*, ეს არის ფიბრიზულ-ხრტილოვანი ნივთიერება, რომლის დანიშნულებაა ძვლების ზედაპირების შეხების შემცირება.



ხრტილოვანი

ფიბრიზული სახსრები. ისეთ სახსრებში, როგორიცაა თავის ქალას ნაკერები, შუამდებარე ფიბრიზული ქსოვილი ან ხრტილი მჭიდროდ აერთებს ძვლებს. ძვლები უშუალოდ ეხება ერთმანეთს და მათ შორის *მოძრაობა არ ხდება*.



ფიბრიზული

სინოვიური სახსრების აგებულება

ჩოდესაც ისწავლით ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევას, დაფიქრდით იმაზე, თუ ჩოგორ ჯავშირიშია სახსრის აგებულება მის მოძრაობასთან.

▪ სინოვიური სახსრები

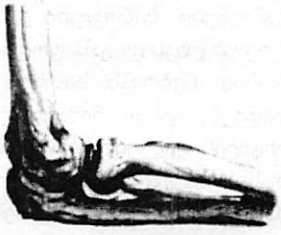
სახსრის ტიპი	შესახსრების ფორმა	მოძრაობა	მაგალითი
სფეროული (ბეთი და ბუდე)	ამობურცული ზედაპირი ჩაღრმავებულ ღრუში	დიდი ამპლიტუდით მოხრა, გაშლა, მოზიდვა, განზიდვა, ტრიალი, წრიული მოძრაობა	მხრები, თეძოები
ანჯამისებური	ბრტყელი	ერთ სიბრტყეში მოძრაობა, მოხრა, გაშლა	ფალანგთაშორისი სახსრები, იდაყვი
ჩოკისებური	ამოზნექილი ან ჩაზნექილი	სასახსრე ზედაპირების მოძრაობა არ არის განსაზღვრული	მუხლი, ქვედა ყბა

ჩვენს მიერ გამოკვლეული სახსრებიდან უმეტესობა არის სინოვიური, მოძრავი. სასახსრე ზედაპირების ფორმა განსაზღვრავს მოძრაობის მიმართულებას და ამპლიტუდას.

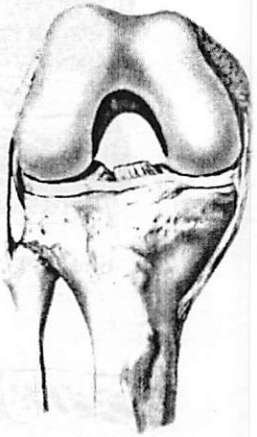
- *სფეროული სახსრები* აქვს ბეთის და ბუდის ჯონფიგურაცია – მომრგვალო, ამოზნექილი ზედაპირი ესახსრება ფიალისებურ ჩაღრმავებას, რაც დიდი ამპლიტუდით მოძრაობის საშუალებას იძლევა მხრებსა და მენჯის სახსრებში.
- *ანჯამისებური სახსარი* ბრტყელია ან ოდნავ ამოზნექილი, რაც მხოლოდ ერთ სიბრტყეში სრიალის საშუალებას იძლევა, ჩოგორიცაა თითების მოხრა და გაშლა.
- *ჩოკისებურ სახსარში*, ჩოგორიცაა მუხლი, სახსრის ზედაპირი ამობურცულია ან ჩაბურცული, რასაც ეწოდება ჯონდილა



სფეროული სახსარი (ბეთი და ბუდე)



ანჯამისებური სახსარი



ჩოკისებური სახსარი

აბგა. სახსრის მოძრაობას აადვილებს აბგა, უხეში ღისჯის ფორმის სინოვიური ჩანთა, რაც საშუალებას აძლევს ჯუნთებს და მყესებს ისრიალოს ერთმანეთის მიმართ სახსრის მოძრაობისას. ისინი მდებარეობენ ჯანსა და ძვლების ან სახსრის ამობურცულ ზედაპირზე (ილუსტრაცია მუხლის ჯვრისებური ზედა აბგა, გვ. 546) ან იმ უბნებში, სადაც მყესები ან ჯუნთები ეხება ძვლებს, მყესებს ან სხვა მყესებს და ჯუნთებს (ილუსტრაცია მხრების აკრომიონის ქვედა აბგა, გვ. 514).

სახსრების ანატომიის და მოძრაობის ცოდნა მოგეხმარებათ შეაფასოთ ტრავმირებული სახსარი. ხშირი ქსოვილების, იოგების, მყესების და აბგის სტრუქტურის ცოდნა ასევე დაგეხმარებათ შეაფასოთ ასაკობრივი და პათოლოგის ღროს განვითარებული ცვლილებები.

ანამნეზი

ხშირი ან განსაკუთრებული სიმპტომები

- ნელის ტკივილი
- ჯისრის ტკივილი
- მონოართრიტული და პოლიართრიტული სახსროვანი ტკივილი
- სახსრების ანთებით და ინფექციით გამონვეული ტკივილი
- სახსრების ტკივილი სისტემური გამოვლინებებით, ილუსტრაცია ცხელება, შემცივნება, გამონაყარი, უმადობა, წონის ჯება, სისუსტე.
- სახსრების ტკივილი სხვა ორგანოების და სისტემების სიმპტომებით

სახსრის ტკივილი ერთ-ერთი პირველი ჩივილია, რის გამოც პაციენტი ექიმს მიმართავს. ნებისმიერი სახსრის ტკივილის შვიდი ნიშნიდან სამი ძირითად დაგეხმარებათ, წარმართოთ გამოკვლევა და დასვათ დიაგნოზი:

- სთხოვეთ ავადმყოფს, გიჩვენოთ *"ტკივილის ადგილი"*. ეს დაზოგავს ღროს, ვინაიდან ავადმყოფის ახსნა-განმარტება შეიძლება ძალიან მრავალფეროვანი იყოს.

- დაადგინეთ და ჩაწერეთ *დაზიანების მექანიზმი*, განსაკუთრებით თუ ანამნეზში ტრავმაა.

- დაადგინეთ, ტკივილი *ლოკალურია თუ დიფუზური, მწვავე თუ ქრონიკული, ანთებითი თუ არაანთებითი.*

ნელის ტკივილი. საუბარი უნდა დაიწყოთ შეკითხვით: "ნელის არეში გაქვთ ტკივილი?" ვინაიდან *ნელის ტკივილი* ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის ყველაზე ხშირი და გავრცელებული დარღვევაა. გამოკითხვის ჩვეული ფორმის გამოყენებით, დაადგინეთ პორბელის ნათელი სურათი, განსაკუთრებით ლოკალიზაცია. გაარჩიეთ ტკივილი შუა ხაზზეა,

იხ. ცხრილი 15-1, ნელის ტკივილი, გვ. 560.

ხეხემაღზე თუ შუახახს გახეთ. თუ ტკივილი ფეხებზე ვრცელდება, ჰკითხეთ ახლავს თუ არა გამეშება, ჩხვლეტა ან სისუსტე.

შუა ხაზზე წელის ტკივილის მიზეზებია ჯუნთების ან ძვლების დაჭიმვა, ხეხემლის სისუსტე, დისკის თიაქარი ან მეტასტაზი ხეხემაღში. *შუახაზს გახეთ ტკივილი* შეიძლება განვითარდეს საკროილეიტის, ციბრუტის ბუსიტის, იშიაზის ან მენჯ-ბარძაყის სახსრის ანთების დროს.

ჯისრის ტკივილი. ჯისრის ტკივილი ასევე ხშირია, განსაკუთრებით ტარვის შემდეგ. გამოკვლიეთ იგივე მეთოდით. როგორც წელის, ასევე ჯისრის ტკივილის დროს განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ისეთ სიმპტომებს, როგორიცაა სისუსტე, მგრძნობელობის დაკარგვა, შარდის ბუშტის ან ნაწლავთა ფუნქციის დარღვევა.

იხ. ცხრილი 15-2, ჯისრის ტკივილი. გვ. 561.

მოტორული ან სენსორული დეფიციტი, შარდის ბუშტის ან ნაწლავთა ფუნქციის დარღვევა ზურგის ტვინის S2-S4 ჯამბრესიის დროს აღინიშნება.

სახსრების ტკივილი. ხალთა დაადგინოთ ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის დარღვევები, ჰკითხეთ: "სახსრების ტკივილი ხომ არ გაქვთ?"

სახსრების ტკივილი შეიძლება იყოს *ლოკალური, დიფუზური ან სისტემური.* სთხოვეთ ავადმყოფს, გიჩვენოთ *ტკივილის ადგილი.* თუ ტკივილი ლოკალურია და *ერთ სახსარს მოიცავს,* მას მონოართრიტულები ეწოდება. ნვრილ სახსრებში წარმოშობილი ტკივილი, როგორიცაა ხელის მტევნის და ტერფის სახსრები, უფრო მკვეთრადაა შემოფარგლული, ვიდრე მსხვილი სახსრების ტკივილი. მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტკივილი განსაკუთრებით ცვალებადია. თუმცა ტიპიურად იგი ლოკალიზებულია მოხრისას ან დუნდულოების არეში, ზოგჯერ ტკივილი ვრცელდება თეძოს წინა მხარეს ან ნანილობრივ, ან მხოლოდ მუხლის არეში.

ერთ სახსარში ტკივილი ტარვაზე, მონოართრიტულის ართრიტზე, შესაძლო ტენდინიტზე ან ბურსიტზე მიუთითებს. თეძოს არეში ტკივილი დიდი ცრუბრუტის ანკოს *ცრუბრუტის ბურსიტზე* მიუთითებს.

სახსრის უფრო დიფუზური ტკივილის მიზეზია *პოლიართრიტულები,* რომელიც ჩამოთვლილ სახსარს მოიცავს. ჰკითხეთ ავადმყოფს, ერთი სახსარი სტკივა თუ ჩამოთვლილი. თუ ტკივილი პოლიართრიტულია, როგორი ხასიათისაა. . . ერთი სახსრიდან გადადის მეორეზე (მიგრაციული) თუ ერთი სახსრიდან სხვა სახსრებზე ვრცელდება? სახსრების დაზიანება სიმეტრიულია, ერთი და იგივე სახსრები ზიანდება?

მიგრაციული ტკივილი ახასიათებს *რევმატიზმს ან გონოკოკურ ართრიტს;* ართროპლასტიკული ტკივილი სიმეტრიულ სახსრებში ტიპიურია *რევმატოიდული ართრიტისთვის.*

დაიმახსოვრეთ, რომ სახსრის არეში ტკივილი შეიძლება *არასახსროვანი წარმოშობის* იყოს და ინვევდეს ძვლების, ჯუნთების და სახსრის ქსოვილების, როგორიცაა მყესები, აბგა ან ჯანი, დაზიანება. ჯუნთების "გენერალიზებული ტკივილის" *მიალგია* ეწოდება, ხოლო სახსრის ტკივილის ართრიტის ნიშნების არ არსებობისას – ართრალგია.

სახსრების გარშემო ქსოვილების ართრალგიებში მოიცავს აბგის ანთებას (*ბურსიტი*), მყესის ანთებას (*ტენდინიტი*) ან მყესის გარსის ანთებას (*ტენოსინოვიტი*); ასევე იოგების გაჭიმვას.

შეაფასეთ სახსრის სიმპტომების ხანგრძლივობა, ხარისხი და სიმძიმე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია *მიმდინარეობა.* ტკივილი ან დისკომფორტი სწრაფად განვითარდა ჩამოთვლილ საათში თუ თანდათანობით ჯვრების და თვეების განმავლობაში? ტკივილი ნელა ართროპლასტიკებს თუ ცვალებადია, გაუმჯობესების და გაუარესების პერიოდებით? რამდენ ხანს გრძელდება ტკივილი? დღის განმავლობაში როდის ვლინდება? დილით? დღის ბოლოს?

სწრაფად დაწყებული ძლიერი ტკივილი სახსრის შესიებით, რომელსაც ტარვა არ აღინიშნება, მწვავე სეპტიკური ართრიტის ან ჰოდგკინის დროს არის. ბავშვებში განიხილეთ სახსრის ძვლების ოსტეომიელიტის შესაძლებლობა.

თუ ტკივილი მწვავედ დაიწყო, როგორ განვითარდა ტკივილი? მიზეზი მწვავე დაზიანება იყო თუ სხეულის ერთი და იგივე ნაწილის განმეორებადი ზედმეტი მოძრაობა? თუ ტკივილის მიზეზი ტარვაა, როგორი იყოს დაზიანების მექანიზმი ან მოვლენათა თანმიმდევრობა, რამაც ტკივილი გამოიწვია? რა აძლიერებს ან ამსუბუქებს ტკივილს? როგორ მოქმედებს ვარჯიში, დასვენება და მკურნალობა?

იხ. ცხრილი 15-3, სახსრის და მის ახლოს ტკივილის მახასიათებლები. გვ. 562-563.

ეცადეთ გაარკვიოთ, ჰქონდა *ანთებითია თუ არაანთებითი, არის თუ არა მტკივნეულობა, გაცხელება ან სიწითლე?* ამ ნიშნებს ყველაზე უკეთ შეაფასებთ გამოკვლევით, მაგრამ ავადმყოფი, ზოგჯერ, თავად გიჩვენებთ მტკივნეულ ადგილს. შეეკითხეთ სისტემურ სიმპტომებზე, როგორიცაა ცხელება და შემცივნება.

ცხელება, შემცივნება, სიწითლე ახასიათებს *სეპსისის არქონის*; ასევე განიხილეთ *ნაჭრილობის ქარი* და შესაძლო *ჰემატომა*.

დამატებითი სიმპტომები, როგორიცაა *შესიება, მოძრაობის გაძნელება და შეზღუდვა*, დაგეხმარებათ დაადგინოთ ტკივილის სახსროვანი ნარმომშობა. ფიქრიდად დაადგინეთ *შესიების* ადგილი. თუ *მოძრაობა გაძნელებულია*, მისი შეფასება ხშირად, ვინაიდან ავადმყოფები ტერმინს სხვადასხვა მნიშვნელობით ხმარობენ. ძვალ-კუნთოვან სისტემასთან დაკავშირებით, მოძრაობის გაძნელება აღნიშნავს შებოჭვის შეგრძნებას, ანუ მოძრაობის მიმართ ჩვრისტენტობის განვითარებას, მოქნილობის საპირისპიროდ. ეს ხშირად დაკავშირებულია ტკივილთან ან დისკომფორტთან. თუ ავადმყოფი თავად არ აღნიშნავს მოძრაობის გაძნელებას, თქვენ შეეკითხეთ ამის შესახებ და ეცადეთ დაადგინოთ ხანგრძლივობა. დაადგინეთ, როგორ არის ავადმყოფი, როდესაც დილით დგება და როდის არის სახსრებში მოძრაობა თავისუფალი. ჯანმრთელი ბრრები მოძრაობის გაძნელებას და კუნთების ტკივილს გრძნობენ ზედმეტი ვარჯიშის შემდეგ, განსაკუთრებით ვარჯიშის მეორე დღეს.

მოძრაობის შეზღუდვა აღნიშნავს შებოჭვის შეგრძნებას, ანუ მოძრაობის მიმართ ჩვრისტენტობის განვითარებას, მოქნილობის საპირისპიროდ. ეს ხშირად დაკავშირებულია ტკივილთან ან დისკომფორტთან. თუ ავადმყოფი თავად არ აღნიშნავს მოძრაობის გაძნელებას, თქვენ შეეკითხეთ ამის შესახებ და ეცადეთ დაადგინოთ ხანგრძლივობა. დაადგინეთ, როგორ არის ავადმყოფი, როდესაც დილით დგება და როდის არის სახსრებში მოძრაობა თავისუფალი. ჯანმრთელი ბრრები მოძრაობის გაძნელებას და კუნთების ტკივილს გრძნობენ ზედმეტი ვარჯიშის შემდეგ, განსაკუთრებით ვარჯიშის მეორე დღეს.

მოძრაობის შეზღუდვის შეფასებისთვის ჰკითხეთ ავადმყოფს, სახსრის ბრობელმა გამო როგორ შეიცვალა მისი აქტივობის დონე. თუ აქტივობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია, დანრიქებით გამოკითხეთ ავადმყოფის სარეცელის, ფეხზე დგომის, წინ დახრის, ჯდომის, ნამოდგომის, სიმაღლეზე ასვლის, აღმართში სიარულის, ხელების შემოხვევის, გადაფურცვლის, კარების გაღების, ასევე თმის დავარცხნის, კბილების გამოხეხვის, ქამის, ჩაცმის და დაბანის შესაძლებლობა.

მოძრაობის შეზღუდვის შეფასებისთვის ჰკითხეთ ავადმყოფს, სახსრის ბრობელმა გამო როგორ შეიცვალა მისი აქტივობის დონე. თუ აქტივობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია, დანრიქებით გამოკითხეთ ავადმყოფის სარეცელის, ფეხზე დგომის, წინ დახრის, ჯდომის, ნამოდგომის, სიმაღლეზე ასვლის, აღმართში სიარულის, ხელების შემოხვევის, გადაფურცვლის, კარების გაღების, ასევე თმის დავარცხნის, კბილების გამოხეხვის, ქამის, ჩაცმის და დაბანის შესაძლებლობა.

გენერალიზებული სიმპტომები ახასიათებს *ჰემატოლოგიურ არტრიტს, სისტემურ წითელ მგლურას, ჰემატური ბრლიმიაღგიას* და სხვა ანთებით არტრიტებს. მაღალი ცხელება და შემცივნება დაკავშირებულია ინფექციის მიზეზზე მიუთითებს.

ბოლოს, სახსრების ზოგიერთ ბრობელას სისტემური დაზიანების ნიშნები ახლავს, როგორიცაა ცხელება, შემცივნება, გამონაყარი, უმადობა, წონაში დაკლება და სისუსტე.

სახსრების სხვა პათოლოგიები, შეიძლება, *დაკავშირებული იყოს სხვა ორგანოებთან და სისტემებთან.* სხეულის რომელიმე უბანში განვითარებული სიმპტომები შეიძლება მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლეოდეს ამ ბრობელის შესახებ. ამიტომ ყურადღება უნდა მიაქციოთ შემდეგ სიმპტომებს:

- *კანის მდგომარეობა*

  ბეჭების ფორმის გამონაყარი სახეზე — *სისტემური წითელი მგლურა*

  ქერცლოვანი გამონაყარი და ნეკნისებრი ფორმირებები ფრჩხილების ირგვლივ — *ფსორიაზული ართრიტი*

  მცირე რაოდენობით ბაკტერია, ბუსტულა ან ვეზიკულა მონაცვლე ფუძეზე, რომლებიც ყიდულების დისტალურ ნაწილებზე ვითარდება — *გონოკოკური ართრიტი*

  დაავადების დასაწყისში გავრცელებული ციტოლური ღრძები — *ღრიმის დაავადება*

  ჭინჭრის ცება — *მრატისმიერი დაავადება, ნამგლისმიერი ანემია*

  ასოზე ეროზიები და ქერცლები და ხელის და ფეხის გულებზე აქერცლილი ბაკტერიები — *Reiter-ის (რეიტერის) სინდრომი*, რომელიც ასევე მოიცავს ართრიტს, უვეიტს და ურეთრიტს

მაჯულო-პაპულური გამონაყარი ნითურას დროს	ანთრაქსი *ნითურას* დროს
დოლის ჩხირისებური თითები (იხ. გვ. 150)	*ჰიპერტროფიული ოსტეოართროპათია*
▪ თვალების წვა, ქავილი და სინათლე (*ფონიუნქტივიტი*)	*Reiter-ის (რეიტერის) სინდრომი, Behcet-ის (ბეჩეტის) სინდრომი*
▪ წინ უძღვის *ყელის ტკივილი*	*მწვავე ჩვემატიზმი* ან *გონოკოკური ანთრაქსი*
▪ *ფალარათი, ტკივილი მუცლის არეში, სპაზმები*	ანთრაქსი *წყლულოვანი კოლიტის დროს, ჩაგრონული ენტეროპათია, სპრუ-ცელიაკიით*
▪ *უქეთრიტის* სიმპტომი	*რეიტერის სინდრომი* ან შესაძლო *გონოკოკური ანთრაქსი*
▪ მენტალური სტატუსის ცვლილება, სახის ან სხვა ჯუნთების სისუსტე, ჯისრის ჩიგდობა	*Lyme-ის (ლაიმის) დაავადება* ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშეწყობის და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- დაბალანსებული კვება, ვარჯიში, წონის კონტროლი
- სიმძიმის ანევა და ზურგის ბიომექანიკა
- ნაკლული ჩისკ-ფაქტორები და პროფილაქტიკა
- ოსტეოპოროზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ინტეგრაციის შენარჩუნებაში დიდ როლს ასრულებს ყოველდღიური ცხოვრების წესი – ბალანსირებული კვება, რეგულარული ვარჯიში, წონის კონტროლი. როგორც ამ თავშია ნაჩვენები, ყოველ სახსარს გააჩნია სპეციფიკური მგრძნობელობა ტრავმის და ცვეთის მიმართ. სიმძიმის ანევის კონტროლი, ვარდნისაგან თავის დაცვა, სათანადო საქმიანობის შესრულება, ფიზიკური ვარჯიში იცავს კუნთების და სახსრების ნორმალურ ფუნქციონირებას.

კანმთელი ცხოვრების წესის დაცვა პირდაპირ გავლენას ახდენს ჩონჩხზე. კარგი კვება გულისხმობს კალციუმის მიღებას ძვლების მინერალიზაციისთვის და სიმკვრივისთვის. ფიზიკური ვარჯიში ხელს უწყობს ძვლების მასის ზრდას, გარდა ამისა, აუმჯობესებს გარეგნობას და ამცირებს სტრესს. წონის შეფარდება სიმაღლესთან და სხეულის აღნაგობა ამცირებს წონით დატვირთული სახსრების მექანიკურ ცვეთას, როგორიცაა მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრები. რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში ახდენს ოსტეოპოროზის, სიმსუქნის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების, არტერიული ჰიპერტენზიის და შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2 პროფილაქტიკას და ამცირებს ყველა მიზეზით გამოწვეულ სიკვდილობას და ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობას.[3] მცირე დატვირთვა, როგორიცაა ყოველდღიური სიარული ან ველოსიპედის ტარება 30 წთ-ის განმავლობაში, აუმჯობესებს ჯანმთელობას. ამერიკელი

მოზრდილების 20%-30%-ს მჯდომარე ცხოვრების წესი აქვს და უნდა გაუმჯობესდეს ჩუტინული განხილვის გზით (თუმცა ფაქტებზე დამყარებული განხილვა ჩვევების შეცვლის ჯერ ჯიდევ საწყის ეტაპზეა).

ჩონჩხის ყველაზე უფრო სუსტი ნაწილი წელის არეა, განსაკუთრებით LS-S1 სეგმენტი, სადაც გავის მაღები ქმნის მახვილ უკანა კუთხეს. მოსახლეობის 60%-80%-ს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ჰქონია *წელის ტკივილი.*[4] ჩვეულებრივ, სიმპტომები ხანმოკლეა, მაგრამ ადამიანთა 30%-60%-ს აღენიშნება მორეციდივე ტკივილი. ექომენდებულია ვარჯიში, რომლის შედეგად იჭიმება წელის არე, განსაკუთრებით გაშლა და მოხრა, და რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაცია (თუმცა ჯვლევებში არ არის ნაჩვენები ამ ღონისძიებების ეფექტურობა).[5] აღქვატური ვარჯიშები ისეთივე ეფექტურია. პაციენტი, რომელსაც ხშირად უნევს სიმძიმის ანევა, უნდა იცნობდეს სიმძიმის ანევის, პოზის და დაზიანების ბიომექანიკას, მაგალითად, ექთნები, მძიმე მექანიზმების ოპერატორები, ჯონსტრუქციებზე მომუშავეები. ჰოფესიული წელის ტკივილის ღირს მზარდი ფიზიკური ვარჯიში და ჩვევების შეცვლა აუმჯობესებს ფუნქციის მდგომარეობას და შრომის უნარს.[6] შესაბამისი ჰოგრამები ფოკუსირებულია ფუნქციის გაუმჯობესებაზე და იმაზე, რომ ტკივილის შემცირება არ იყოს მხოლოდ მუშაობის განახლების მიზანი.

აშშ-ში ასაკოვან პირებში *ნაკვეთი* ავადობის და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი მიზეზია. ნაკვეთი არის არაფატალური დაზიანების ყველაზე ხშირი მიზეზი და 65 წლის ზევით მკვეთრად მატულობს მისი ღირი სიკვდილობაში: ~5/100,000-დან მთელ პოპულაციაში, ~10/100,000-მდე 65-დან 74 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში და ~147/100,000-მდე 85 წლის ზევით ასაკობრივ ჯგუფში.[7] ნაკვეთის შემთხვევათა დაახლოებით 5%-ს მოჰყვება მოტეხილობა, ჩვეულებრივ, თეძოს, მენჯის და ბარძაყის არეში. რისკ-ფაქტორებია შემეცნებითი და ფიზიოლოგიური, რაც მოიცავს არათანაბარ სირბილს, ნონასნორობის დარღვევას, წელში მოხრას, ცნობიერების დარღვევას დემენციის ღირს, მხედველობის დაქვეითებას, ჰიპოჰიდროკეპციას და ოსტეოპოროზს. ცუდი განათება, საფეხურები, მოუხერხებელი სიმაღლის სკამები, სრიალა ან არასწორი ზედაპირი, მოუხერხებელი ფეხსაცმელი ნარმოადგენს გარემო საფრთხეებს, რაც უნდა გამოსწორდეს, როდესაც ეს შესაძლებელია. სახლში ჯანმრთელობის შეფასებამ დადასტურებული გამოყენება ჰპოვა გარემო საფრთხეების შემცირებაში, ისევე როგორც სავარჯიშო ჰროგრამები აუმჯობესებს ავადმყოფთა ბალანსსა და ამტანობას. (იხ. ასევე თავი 20, ხანდაზმული პირები. გვ. 839-873).

ბოლოს, მნიშვნელოვანია *ოსტეოპოროზის* მქონე პოსტმენოპაუზის პერიოდში მყოფი ქალების და ზოგიერთი მამაკაცის მდგომარეობის განხილვა, რაც ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვან საფრთხეს ნარმოადგენს 44 მილიონი ამერიკელისთვის, რომელთა 68%-ს ქალები შეადგენენ.[8] 50 წლის ზევით ყოველ მეოთხე ქალს და ყოველ მეოთხე მამაკაცს აღენიშნება ოსტეოპოროზით გამონვეული მოტეხილობა. ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი ოსტეოპოროზს განმარტავს, როგორც "ჩონჩხის დაზიანებას, რომელიც ხასიათდება ძვლების სიძლიერის შემცირებით, რაც ავადმყოფს მოტეხილობის რისკს უქმნის."[9] ძვლების სიძლიერეს ქმნის *ძვლის სიმკვრივე* და *ძვლის ხარისხი. ძვლის სიმკვრივე* ასახავს ერთიერთქმედებას ძვლის მასასა (რომელიც ყველაზე დიდია მეორე დეკადაში), ახალი ძვლის ნარმოქმნასა და ძვლის ჩეზორბცმას შორის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ძვლის სიმკვრივით განსაზღვრავს ოსტეოპოროზს, კერძოდ, ძვლის სიმკვრივე 2.5 სტანდარტული გადახრა საშუალო მნიშვნელობიდან, აღინიშნება ახალგაზრდა თეთრკანიან მოზრდილ ქალებში. ძვლის სიმკვრივის 10%-ით შემცირება, რაც ერთი სტანდარტული გადახრის ექვივალენტია, დაკავშირებულია მოტეხილობის რისკის 10%-ით გაზრდასთან. ძვლის *ხარისხი* ასახავს ძვლის სტრუქტურას, რაც გულისხმობს "არქიტექტურას, ღონივრობას, დაზიანებას (მაგ. მიკრომოტეხილობები) და მინერალიზაციას" - ოსტეოპოროზის ღირს ძვლის მიკროარქიტექტურა დარღვეულია.[9]

აშშ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფის ექიმენდაციით 65 წლის ზევით ასაკის ქალებს ესაჭიროებათ ძვლის სიმკვრივის ექტინული კვლევა.[10] ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორები და გამოკვლევის ექიმენდაციები მოიცავს სხეულის დაბალ წონას, ესტროგენების დეფიციტს, თეთრ ასაკს (თუმცა რისკი აფრიკელი ამერიკელებისთვის ასევე დიდია), ოსტეოპოროზის ოჯახურ ანამნეზს, თამბაქოს მოხმარებას და ნარკოტიკების ხანგრძლივ მოხმარებას. სხეულის დაბალი წონა ძვლის დაბალი სიმკვრივის საუკეთესო პრედიქტორია, ხოლო ბარძაყის ყელის სიმკვრივე ბარძაყის მოტეხილობის საუკეთესო პრედიქტორია.[11,12] მოტეხილობის რისკი, ასევე, მჭიდროდაა დაკავშირებული ზემოთ ჩამოთვლილ რისკ-ფაქტორებთან.

ზოგიერთი აგენტი აქვეითებს ძვლის ექზორბციას – კალციუმი, D ვიტამინი, კალციტონინი, ბისფოსფონატი და ესტროგენი – მაგრამ სხვადასხვა გადანყვეტილებებს მორის შეთანხმება კლინიკური მახვილი შესახებ ჯერ კიდევ მიღწეული არ არის. კრიტერიუმები არ არის ზუსტად დადგენილი, თუ ორმელ ქალს ეკნება მენოპაუზის პერიოდში მოტეხილობის გაზრდილი რისკი ერთი ან ორი დეკადის შემდეგ. ძვლის სიმკვრივის დონის მიხედვით სამკურნალო პრეპარატების დოზის შერჩევის ექიმენდაციები ჯერ კიდევ დგინდება. ესტროგენებით მკურნალობა ამცირებს ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის რისკს, თუმცა არ არსებობს კვლევები, სადაც შესწავლილია ესტროგენების გავლენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობაზე, ორგორც პირველად შედეგზე.[9] მიუხედავად ესტროგენების გავლენისა ძვლის სიმკვრივეზე, ბოლო შორმებმა აჩვენა ინსულტის განვითარების რისკის ზრდა ქალებში, ვინც იტარებდა ორმონებით ჩანაცვლებით თერაპიას და არ არიან დაცულნი გულის იმემიური დაავადების განვითარებისგან; ესტროგენ-პროგესტინით მკურნალობის ორ კვლევაში ასევე ნანახია ძძეს კიბოს რისკის მომატება.[13-15] აშშ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფი (U.S. Preventive Services Task Force) არ უნევს ექომენდაციას პოსტმენოპაუზის პერიოდში ესტროგენებისა და პროგესტინის ექტინულ მიღებას ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკის მიზნით.[16] შეისნავლეთ ბისფოსფონატის, კალციტონინის და ახალი სელექტიური ესტროგენების ექსეპტორების მოდულატორების (SERMs – estrogen-receptor modulators) თერაპიული გამოყენება[17]. დღეისათვის, საზოგადოების ინტერესის მიუხედავად, ბუნებრივი ესტროგენები, მცენარეული ფიტოესტროგენების ჩათვლით, დადასტურებულად არ ამცირებს ძვლის მოტეხილობის რისკს.[9]

სპეციფიკური სახსრების გასინჯვა: ანატომია, ფიზიოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები

მსხვილი სახსრების გამოკვლევის მნიშვნელოვანი საკითხები:

- დაათვალიერეთ სახსრების სიმეტრიულობა, გათანაბრება, ძვლების დეფორმაცია
- გაიშემომყოფი ქსოვილების დათვალიერება და პალპაცია ჯანის ცვლილებების, ჯვანძების, ჯუნთების ატროფიის, ჯეპიტაციის დასადგენად.
- მოძრაობის და მანევრების საზღვრების დადგენა სახსრების ფუნქციისა და სტაბილურობის, იოგების, მყესების, აბგის დაკავშირების შესწავლის მიზნით, განსაკუთრებით ტკივილის და ტრავმის დროს.
- სახსრის ანთების ანუ ართრიტის ნიშნების შესწავლა, ჩოგორიცაა შესიება, გაცხელება, მტკივნეულობა და სინითლე.

გამოკითხვის დროს უნდა გაარკვიოთ, ჩოგორია ავადმყოფის ყოველდღიური აქტიობა. დაიმახსოვრეთ მისი შესაძლებლობები გასინჯვის დროს.

პაციენტის გასინჯვის დასაწყისში უნდა შეაფასოთ ზოგადი მდგომარეობა, სხეულის ჰორპორცია, მოძრაობის ხარისხი. მას შემდეგ, რაც შეისწავლით ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოკვლევის მეთოდებს, დაათვალიერეთ სახსრის აგებულება და გაიხსენეთ ანამნეზის მნიშვნელოვანი მომენტები – მაგალითად, ტრავმის შემთხვევაში დაზიანების ხასიათი, სიმპტომების მიმდინარეობა და ართრიტის დროს სახსრის მოძრაობის შეზღუდვა.

თქვენი გამოკვლევა სისტემატიზებული უნდა იყოს. იგი მოიცავს ინსპექციას, ძვლის არეების, სახსრების და ჰბიქსოვიდოვანი სტრუქტურების პალპაციას, მოძრაობის ამპლიტუდის შეფასებას და *სპეციალურ მანევრებს*, რათა გამოკვლიოთ სპეციფიკური მოძრაობები. გაიხსენეთ, რომ თითოეული სახსრის ანატომიური ფორმა განსაზღვრავს მოძრაობის ხარისხს.[18]

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის სრულფასოვანი გამოკვლევის ძირითადი ეტაპები

- ინსპექციის დროს დაათვალიერეთ სახსრების დაზიანების *სიმეტრიულობა*. აღინიშნება სახსრების სიმეტრიული დაზიანება, თუ მხოლოდ ერთი ან ორი სახსრის დაზიანებაა?

ასევე, დაკვირდით *სახსრის დეფორმაციას* ან *ძვლების არასწორ განლაგებას*
(გაგრძელება)

მხოლოდ ერთი სახსრის მწვავე დაზიანება მიუთითებს ტრავმაზე, სეპტიკურ ართრიტზე, ნეირალის ქარზე. *ქრონმატოიდული ართრიტის* დროს ტიპიურია ორმოცნიმე სახსრის სიმეტრიული დაზიანება.[19-21]

Dupuytren-ის (დიუპეიტრენის) კონტრაქტურა (გვ. 568), ფეხების გაღუნვა გარეთ ან შიგნით მუხლის სახსარში

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის სრული გამოკვლევის ძირითადი პუნქტები (გაგრძელება)

- ინსპექციითა და პალპაციით შეაფასეთ *გარშემომყოფი ქსოვილები*, დააკვირდით ჯანის ცვლილებებს, ჯანქვეშა ჯვანძებს და ჯუნთების ატროფიას. დაკვირდით სახსრის ზედაპირზე მოძრაობის დროს *ჯერპიტაციის მსგავს ხმიანობას* ძვალზე მყესების ან იოგების ხახუნის გამო. ეს ხმიანობა ნორმალურ სახსარზეც შეიძლება აღინიშნებოდეს, მაგრამ უფრო ხშირად მნიშვნელოვანია სხვა სიმპტომებთან ერთად არსებობის დროს.

  ჯანქვეშა ჯვანძები აღინიშნება ქრონიკული ართრიტის ან ქრონიკოზის დროს. გამონაჟონი ტრავმის დროს. ანთებითი სახსრის ზედაპირზე ჯერპიტაცია ახასიათებს ოსტეოართრიტს ან მყესების ანთებას

- მოძრაობის ამპლიტუდის და მანევრების შესრულების შემოწმებამ (აღწერეთ თითოეული სახსრისთვის) შეიძლება აჩვენოს *მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება* ან გაზრდა და არასტაბილურობა სახსრის იოგების ზედმეტი მობილურობის გამო, არასაც *იოგების სისუსტეს* უწოდებენ.

  მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება აღინიშნება ართრიტის, სახსრის გარშემო ქსოვილების ანთების, სახსარში ან სახსრის გარშემო ფიბროზის განვითარების ან ძვლების ფიქსირების (*ანკილოზი*) დროს. იოგების სისუსტე მეტის ტრავმის შედეგად

- ბოლოს, *ჯუნთების ძალის* შესწავლა, რაც მოგეხმარებათ სახსრის ფუნქციის შეფასებაში (ამ მეთოდისთვის იხ. თავი 17).

  ჯუნთების ატროფია ან სისუსტე *ქვემატოდული ართრიტის* დროს აღინიშნება

განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ *ანთების და ართრიტის ნიშნებს.*

- *შესიება*. პალპირებადი შესიება მოიცავს: (1) სინოვიუმ გარსს, რომელიც შეიგრძნობა როგორც ცომისებური; (2) სახსრის ღრუში სინოვიური სითხის ჭარბ დაგროვებას; ან (3) ხშირ-ქსოვილოვან სტრუქტურებს, როგორიცაა ბგერა, მყესები და მყესების გარსები.

  ცომისებური სინოვიური გარსის გასინჯვა *სინოვიტზე* მიუთითებს, რასაც ხშირად ახლავს სახსარში გამონაჟონი, მყესების ტკივილი *ტენდინიტის* დროს

- *გაცხელება*. თქვენი თითების ზურგით შეადარეთ დაზიანებული სახსრის ტემპერატურა ჯანმრთელის ან ახლომდებარე ქსოვილების ტემპერატურას.

  ართრიტი, ტენდინიტი, ბურსიტი, ოსტეომიელიტი

- *მტკივნეულობა*. დაადგინეთ სპეციფიკური ანატომიური სტრუქტურების მტკივნეულობა. ტრავმა ასევე იწვევს მტკივნეულობას.

  გასქელებული სინოვიური გარსის აღგილას მტკივნეულობა და სინოთლე ართრიტსა და ანთებაზე მიუთითებს

- *სინოთლე*. სახსრის ზემოთ ჯანის სინოთლე სახსრის ანთების ყველაზე იშვიათი ნიშანია.

  მტკივნეული სახსრის ზედაპირზე სინოთლე საფსისურ ან ნიკრისის ქარის ართრიტზე ან *ქვემატოდულ ართრიტზე* მიუთითებს

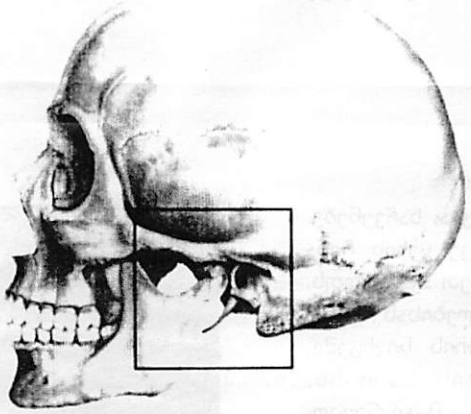
თუ აღმოაჩენთ სახსრის ტკივილი აღენიშნება, ფრთხილად გასინჯეთ. ავადმყოფი თვითონ უფრო მოხერხებულად ამოძრავებს სახსარს. მიეცით საშუალება თვითონ გაჩვენოთ. თუ სახსარი ტრავმირებულია, ჩაუტარეთ ხენტგენოლოგიური გამოკვლევა, სანამ სახსრის მოძრაობას შეისწავლით.

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოკვლევისთვის მრავალი დეტალი დაგჭირდებათ. ამ განაკვეთში მოცემულია სახსრის ფუნქციის შედარებითი და დამიზნებითი გამოკვლევის მეთოდები. პაციენტებს, რომელთაც ხანგრძლივი ან მძიმე პრობლემა აქვთ, გამოკვლევისთვის უფრო მეტ დროს საჭიროებენ. პაციენტებისთვის, ვისაც ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის მხრივ ჩივილები არ გააჩნიათ, შემოკლებული გამოკვლევა მოცემულია მე-4 თავში (იხ. გვ. 105).

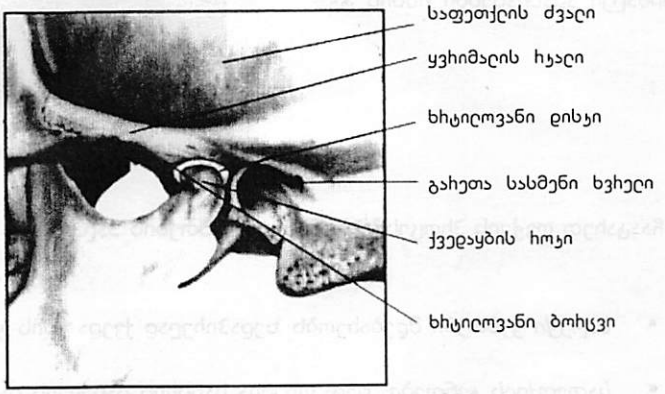
საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარი

მიმოხილვა, ძვლების და სახსრის სტრუქტურა

საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარი სხეულის ყველაზე აქტიური სახსარია, რომელიც დღეში დაახლოებით 2000-ჯერ იღება და იხურება. სახსარს ქმნის ქვედაყბის ფოსო, საფეთქლის ძვლის ხოჭო და ქვედაყბის ჩოჯი. ის მდებარეობს გარეთა სასმენ მილსა და ყვრიმალის ჩაღრმავების შორის.

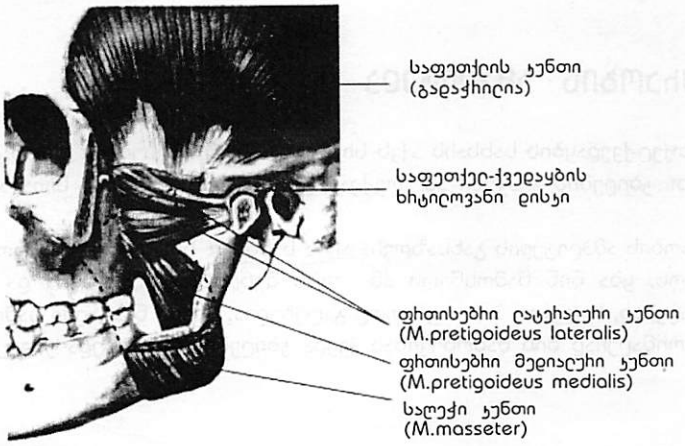


ფიბროზულ-ხრტილოვანი დისკი ანაწილებს ქვედაყბის ჩოჯის მოძრაობას სინოვიურ გარსსა და საფეთქლის ძვლების სასახსრე ზედაპირებს შორის. ამის გამო ეს არის ჩოჯისებური სინოვიური სახსარი.



ჯუნთების ჯგუფები და დამატებითი სტრუქტურები

ძირითადი ჯუნთები, რის საშუალებითაც პირი იღება, არის *გარეთა ფრთისებური ჯუნთები*. პირის დახურვაში მონაწილეობენ *საღეჭი, საფეთქლის და შიგნითა ფრთისებური ჯუნთები*, რომელთა ინერვაცია ხდება თავის ტვინის V და სამწვერა ნერვებით (იხ. გვ. 613).



გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია და პალპაცია

დაათვალიერეთ სახის სიმეტრიულობა. დაათვალიერეთ საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის შესიება ან სინითლე. შესიება შეიძლება გამოვლინდეს დაახლოებით 0.5 სმ-ის ზომის მრგვალი ამობურცულობით გარეთა სასმენი ხვრელის წინ.

სახის ასიმეტრია დაკავშირებულია *საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომთან* ან ცალმხრივ ქრონიკულ ტკივილთან ღეჭვის, სახსრის მოჭრის ან კბილების ჩახერხვის დროს, ხშირად დაკავშირებულია სტრესთან (ასევე შეიძლება გამოვლინდეს თავის ტკივილით)

ჩაატარეთ სახსრის პალპაცია, საჩვენებელი თითები დადეთ ოთხივე ყურის წინა სახუსრის წინ და სთხოვეთ ავადმყოფს, პირი გააღოს. პირის გაღებისას თითი შეიძლება ჩაინიშნოს სახსრის სივრცეში. დააკვირდით მოძრაობის ხასიათს; დააკვირდით შესიებას ან მტკივნეულობას. ნორმაღუს ადამიანებში ისმის ტკაცუნი.



შესიება, მტკივნეულობა და მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება ანთების ან ართრიტის დროს აღინიშნება

საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის ცდომა შეიძლება ტრავმის შედეგად განვითარდეს

პალპაციით ჩეპიტაცია ან ტკაცუნი აღინიშნება სახსრის ცუდი დახუჭვის, მენისკის დაზიანების ან სინოვიური ტრავმული შეშუპების დროს

ასევე, ჩაატარეთ ღეჭვის პროცესში მონაწილე კუნთების პალპაცია:

- *საღეჭი კუნთები* მდებარეობს ზედაპირულად ქვედა ყბის კუთხესთან
- *საფეთქლის კუნთები*, ზედაპირულია სახსრის დახურვის და გაღების დროს.
- *ფრთისებრი კუნთები*, მიემართება შიგნით ნუშუჭებს შორის ქვედა ყბისკენ

პალპაციის დროს ტკივილი ან მგრძნობელობა აღინიშნება *საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომის* დროს

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარს აქვს სრიალის ან ანჯამისებური ტიპის მოძრაობა ზევით და ქვევით. კბილების ჩახერხვა ან ღეჭვა ხდება ზედა ნაწილების სრიალა მოძრაობით.

მოძრაობის ამპლიტუდის განსაზღვრა პირის სამმაგი: სთხოვეთ ავადმყოფს, პირი გააღოს და დახუროს, ყბა წინ წამოსწიოს ან უკან შეწიოს და მარცხნივ და მარჯვნივ გასწიოს. ნორმაღუსად, როდესაც პირი ფართოდ გაღებულია, პირის ნაპრალში სამი თითი ეტევა. სახსრის ნორმაღუსად წინ წამოწევისას ქვედა კბილების ჭიგო ზედა კბილების წინ თავსდება.

მხარი

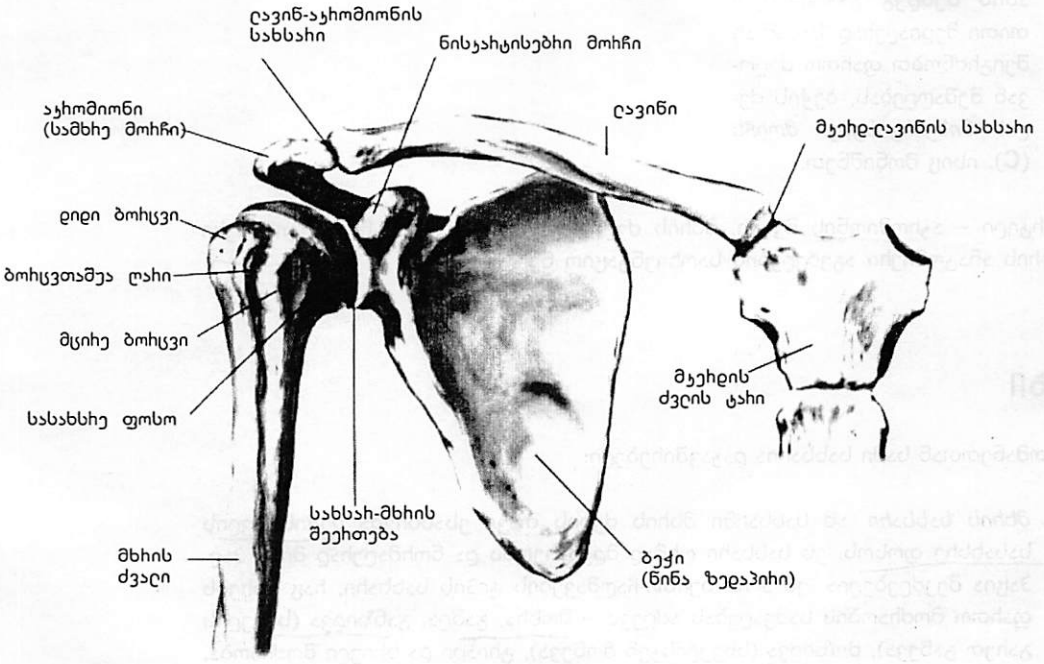
მიმოხილვა

მხრის სახსრებში შესაძლებელია დიდი ამპლიტუდის მოძრაობა ყველა მიმართულებით. მხრის ძვალი ფაქტიურად თავისუფლად ჰკიდია ბეჭის ძვალზე, სასახსრე ფოსოს უმაგრდება სახსრის ჯაფსულით, სახსრის შიდა იოგებით, სასახსრე ბაგეებით და შეჯავშირებულია ჯუნთებით და მყესებით. მხრების მოძრაობა ხორციელდება ერთმანეთთან დაჯავშირებული სტრუქტურების, სამი დიდი ძვლის და ჯუნთების სამი ჯგუფის საშუალებით, რასაც ხშირად *მხრის სარტყელს* უწოდებენ. მხრის სარტყელს ამაგრებს ღავიწის ძვალი და აკრომიონი და საშუალებას აძლევს მხრის ძვალს სხეულის გარეთ გადაიხაროს და დიდი ამპლიტუდით იმოძრაოს.

ღავიწი (წინა ზედაპირი)

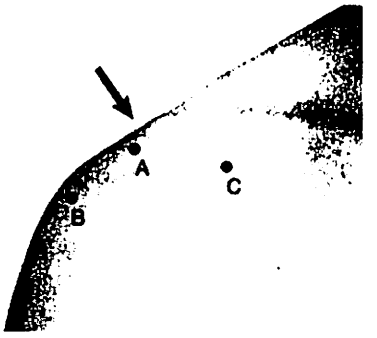
ძვლოვანი სტრუქტურები

მხრის ძვლოვანი სტრუქტურებია მხრის, ღავიწის და ბეჭის ძვლები. ბეჭის ძვალი მჭიდროდაა დაჯავშირებული ჩონჩხთან მკერდ-ღავიწის სახსრით და შიგნითა ჯუნთებით, რასაც ხშირად *მკერდ-ღავიწის სახსარს* უწოდებენ და ის ჭეშმარიტ სახსარს არ წარმოადგენს.



გაარჩიეთ მკერდის ძვლის ტარი, მკერდ-ღავიწის სახსარი და ღავიწის ძვლები. თითებით გასინჯეთ ღავიწის ძვლები. ახლა, უკნიდან მიყევით ბეჭის ძვლის ქედს

გახეთ და ზევით, სადაც იგი ქმნის *აჯრომიონს* მხრების მწვეხვალისჯენ. მისი ზემო ზედაპირი ოდნავ ამოზნექილია.



- გაასჩრიეთ აჯრომიონის წინა ნვეტი (**A**) და მონიშნეთ მეღნით. ამ ნეჯტიღში მოთავსებული საჩვენებელი თითის მეღიაღუჯად ჯრის ოდნავ ამოწეული ჯიდე, ჩაც აღნიშნავს ღავინის დისტაღუჯ ბოღოს *აჯრომიონ-ღავინის სახსჯრში* (სუჯათზე ისჯითაა ნაჩვენები)

- თითი ამოძჯავეთ ღატეჯაღუჯად და ქვევით შემდეგ ძვღოვან ამობუჩცუღობამდე, ჩასაც ნაჩმოადგენს *მხრის ძვღის დიდი ბოჩცვი* (**B**). ეს ნეჯტიღიც მეღნით მონიშნეთ.

- ამის შემდეგ გაასჩიაღეთ თითი მეღიაღუჯად, სანამ ვერ შეიგჩძნობთ ფჯითო ძვღოვან შემაღღებას, ბეჭის ძვღის *ნისჯაჯტისებუჩ მოჩჩს* (**C**). ისიც მონიშნეთ.

ეს სამი ნეჯტიღი – აჯრომიონის ნვეტი, მხრის ძვღის დიდი ბოჩცვი და ნისჯაჯტისებუჩი მოჩჩი – მხრის ანატომიური აგებუღების საორიენტაციო ნეჯტიღებია.

სახსრები

მხრებში ერთმანეთთან სამი სახსრია დაჯავშრებული:

- *მხრის სახსრი.* ამ სახსრში მხრის ძვღის თავი ესახსრება ბეჭის ძვღის სასახსრე ფოსოს. ეს სახსრი ღრმად მდებარეობს და ნორმაღუჯად მისი ჯაჯვია შეუძღებღია. ეს ჯრის ბუერი-ჩაღმავების ტიპის სახსრი, ჩაც მხრებს ფჯითო მოძრაობის საშუაღებას აძღევს – მოხრა, გაშღა, განზიდვა (სხეუღის გარეთ განევა), მოზიდვა (სხეუღისჯენ მოწევა), ცრიაღი და წრიუღი მოძრაობა.

- *მკერდ-ღავინის სახსრი.* ღავინის მეღიაღუჩი ამოზნექიღი ზედაპირი ესახსრება მკერდის ძვღის ტარს.

- *ღავინ-აჯრომიონის სახსრი.* ღავინის ღატეჯაღუჩი ბოღო ესახსრება ბეჭის ძვღის აჯრომიონის მოჩჩს.

ჯუნთების ჯგუფები

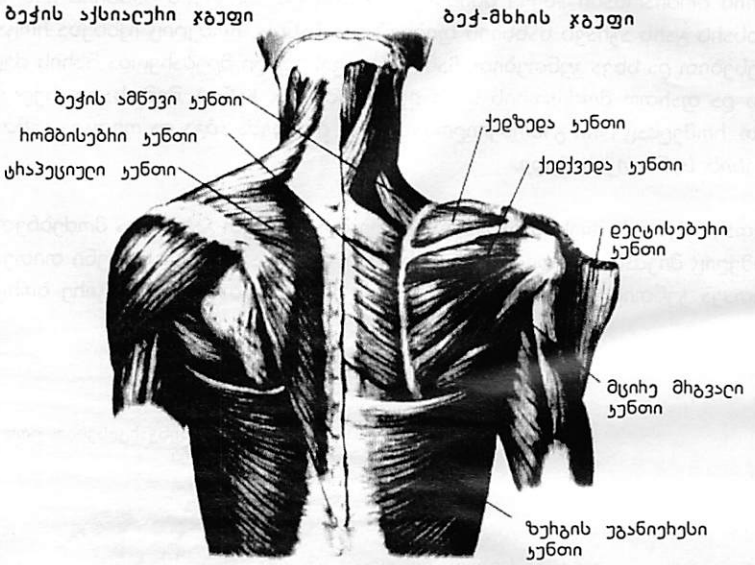
მხრებს უკავშირდება სამი ჯგუფის ჯუნთები:

ბეჭ-მხრის ჯგუფი. ეს ჯგუფი ვრცელდება ბეჭიდან მხრის ძვალზე და მოიცავს ჯუნთებს, რომლებიც პირდაპირ მხრის ძვალთან არიან დაკავშირებულნი და ეწოდებათ *როტაციული სახტყეს "SITS ჯუნთები"* (S – supraspinatus ქედზედა, I – infraspinatus ქედქვედა, S – subscapularis ბეჭქვეშა).

ქედზედა ჯუნთი – მიემართება მხრის სახსრის ზევით და უმაგრდება მხრის ძვლის დიდ ბორცვს.

ქედქვედა ჯუნთი და *მცირე მრგვალი ჯუნთი* – ჯვეთენ მხრის სახსრის უკან და უკავშირდებიან დიდ ბორცვს.

ბეჭქვეშა ჯუნთი (სურათზე არ ჩანს) – იწყება ბეჭის წინა ზედაპირზე და სახსრის წინიდან გადაჯვეთს; უკავშირდება მცირე ბორცვს.



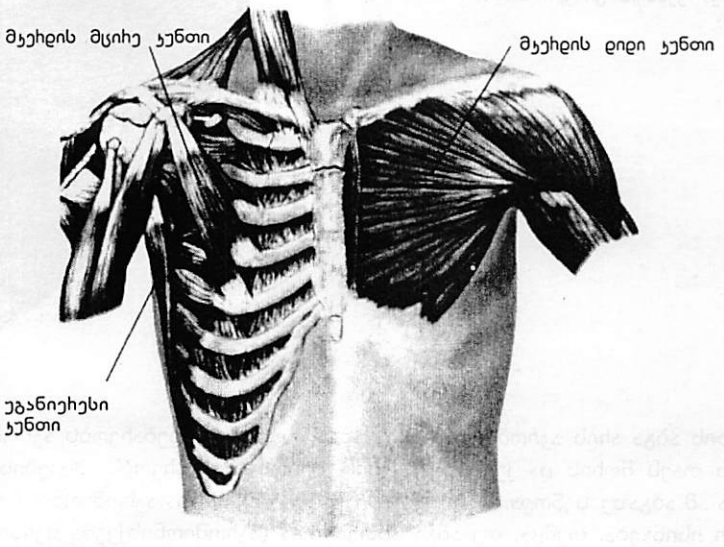
უკანა ხედი

ბეჭის აქსიალური ჯგუფი (აბრუნებს მხარს უკან)
ბეჭ-მხრის ჯგუფი (აბრუნებს მხარს ლატერალურად, მოიცავს როტაციულ სახტყეს)

ბეჭ-მხრის ჯგუფის ჯუნთები მხარს გარეთ აბრუნებენ (*როტაციული სახტყეი*) და ქვემოთ სწევენ და აბრუნებენ მხრის ძვლის თავს (იხ. გვ. 564-565, როტაციული სახტყის დაზიანებები)

ბეჭის აქსიალური ჯგუფი ამ ჯგუფის ჯუნთები ეხება სხეულს ბეჭის მიდამოში და მოიცავს ტრაპეციულ, ხომბისებურ, წინა დაკბილულ და ბეჭის ამწევ ჯუნთებს.

მხრის აქსიალური ჯგუფი. ამ ჯგუფის ჯუნთები სხეულს ეხება მხრის ძვალთან და მოიცავს მკერდის დიდ და მცირე ჯუნთებს და ზურგის უგანიერეს ჯუნთს.ეს ჯუნთები მხარს შიგნით აბრუნებენ.



წინა ხედი

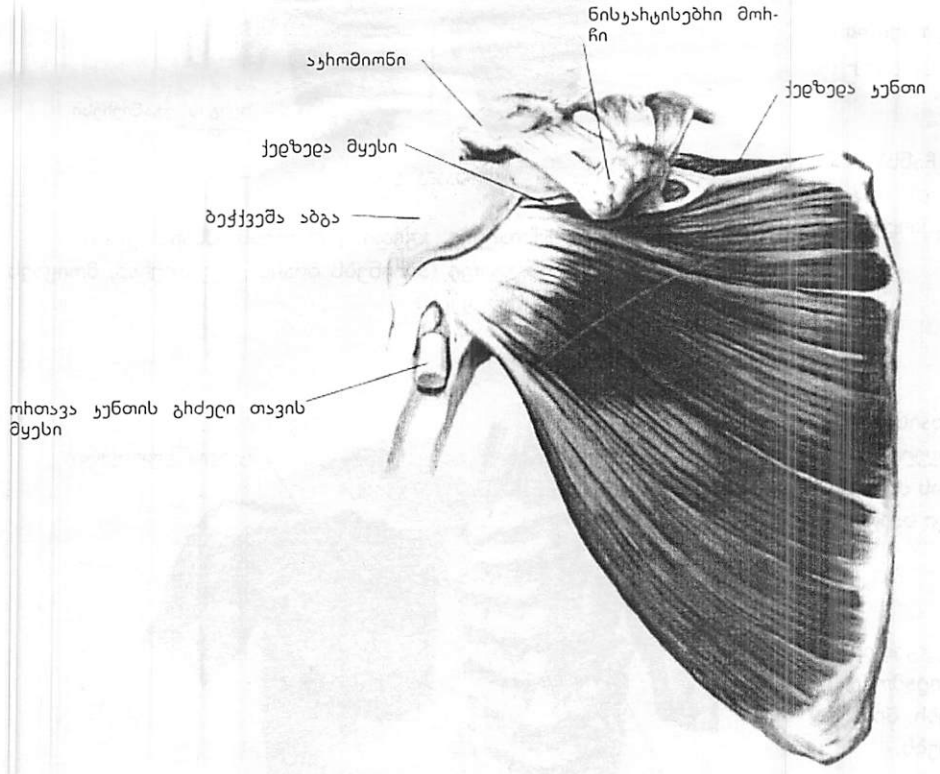
მხრის აქსიალური ჯგუფი (აბრუნებს მხარს შიგნით)

ოთხთავა და სამთავა ჯუნთები, რომლებიც აერთებენ ბეჭს წინამხრის ძვლებთან, ასევე მონაწილეობენ მხრის მოძრაობაში, განსაკუთრებით განზიდვაში.

დამატებითი სტრუქტურები

მხრის მოძრაობაში ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სახსრის *ჩანთა* და *აბგა*. მხრის სახსარს გარს აკრავს სახსრის ფიბროზული ჩანთა, რომელიც იქმნება როტაციული ჯუნთების მყესებით და სხვა ჯუნთებით. ჩანთის თავისუფალი მდებარეობა მხრის ძვლებს განსაღუვებების და ფართო მოძრაობის საშუალებას აძლევს. ჩანთა შემოსაზღვრულია სინოვიური გარსით, რომელსაც ორი გამობერილობა აქვს – *ბეჭქვეშა აბგა და ორთავა ჯუნთის გრძელი თავის მყესის სინოვიური ბუდე*.

ორთავა ჯუნთის მყესის სანახავად ხელი შეატრიალეთ გარეთ და მოძებნეთ მყესის ზონარი, რომელიც მიემართება დიდი ბორცვის მედიალურად. აგრძავეთ თქვენი თითების ქვეშ. ეს არის ორთავა ჯუნთის დიდი თავის მყესი. ის მიემართება დიდ და მცირე ბორცვებს შორის.



მხრების აბგა არის *აკრომიონისქვეშა* აბგა, რომელიც მდებარეობს აკრომიონსა და მხრის ძვლის თავს შორის და ქედზედა მყესის ზემოთ მდებარეობს. მხრების გაზიდვის დროს ხდება ამ აბგაზე ზეწოლა. ნორმალურად, ქედზედა მყესი და აკრომიონისქვეშა აბგა პარპაციით არ ისინჯება. თუმცა, თუ აბგა ანთებითია (აკრომიონისქვეშა ბურსიტი), აკრომიონის წვეტზე მტკივნეულობა იქნება, ტკივილი იქნება განზიდვის და ტრიალის დროს და შეუძლებელი იქნება ხშირი მოძრაობა.

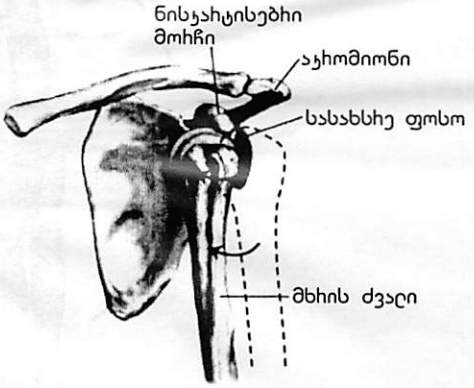
გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დაათვალიერეთ მხრები და მხრის სარტყელი წინიდან, უკნიდან ჯი ბეჭები და მასთან დაკავშირებული ჯუნთები. დააკვირდით ჰიპერ შესიების, დეფორმაციის, ჯუნთების ატროფიის ან ფასციკულაციას (ჯუნთების სუსტი ტიპორი) ან ახასწორ განლაგებას.

სკოლიოზი იწვევს ეთი მხრის ანევას. *მხრის წინ განევისას* მხრის გვერდითი ნაწილი გაბრტყელებულია.[22,23]

ნისკარტისებრი მოხრი
აკრომიონი
სახსრის ფოსო
მხრის ძვალი



მხრის წინ განევა

მხრის უკან განევისას (შედარებით იშვიათია) მხრების წინა ზედაპირი გადაწოლებულია და მხრის ძვლის თავი უფრო ამობურცულია.

იმისთვის, რომ სახსრის ჩანთის გადიდება შეამჩნიოთ, მასში მნიშვნელოვანი რაოდენობის სინოვიური სითხე უნდა დაგროვდეს.

იხ. ცხრილი 15-4, მხრების ტკივილი (გვ. 564-565).

ნინა მხარეს დაკვირდით სახსრის ჩანთის შესიებას ან გამობურცულობას აკრომიონის ქვეშ აბგაზე დეტისებრი ჯუნთის ქვეშ. დაათვალიერეთ ზედა კიდურებზე ფერის შეცვლა, ჯანის ცვლილებები და ძვლების უჩვეულო ჯონტურების არსებობა.

პალპაცია

თუ ანამნეზში მხრების ტკივილი აღინიშნება, სთხოვეთ ავადმყოფს, გაჩვენოთ ტკივილის ადგილი. ტკივილის ლოკალიზაცია მიგანიშნებთ მის გამომწვევ მიზეზზე:

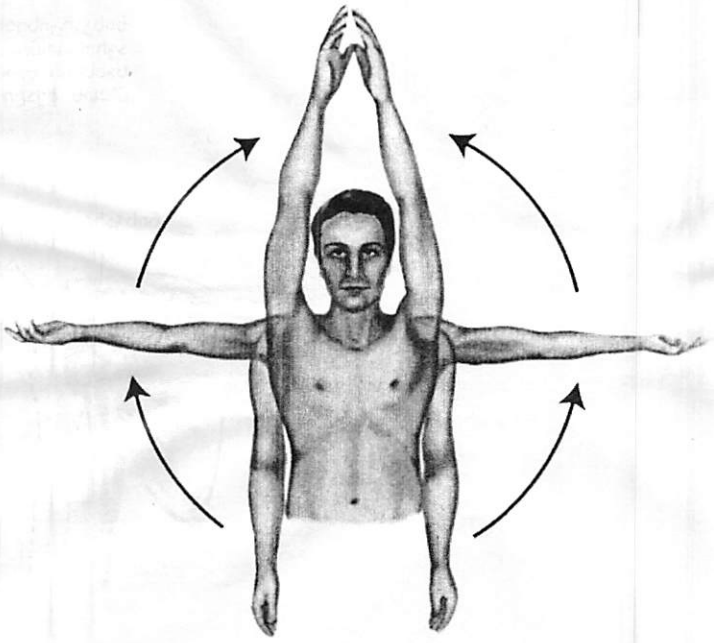
- მხრების მწვერვალზე, რომელიც გადაცემა კისერში – აკრომიონ-ტვინის სახსარი
- მხრების ლატერალურ ნაწილში, რომელიც გადაცემა დელტისებური ჯუნთის მიმაგრების ადგილზე – ჰოტაციული სარტყელი
- მხრების წინა ზედაპირზე – ორთავა ჯუნთის მყესი

ამის შემდეგ დაადგინეთ მხრების ძვლების საპროექციო არეები და ჩაატარეთ მტკივნეული უბნების პალპაცია. გამოყავით *აკრომიონის მორჩი* და დაანექით მედიალურად, რათა გასინჯოთ ტვინის დისტალური ნაწილი *აკრომიონ-ტვინის სახსართან*. პალპაციით წამოდით ქვემოთ და ლატერალურად მხრის ძვლის დიდი ბორცვისკენ, შემდეგ დაანექით მედიალურად, რათა გასინჯოთ ბეჭის *ნისკარტისებრი მორჩი*. შემდეგ ჩაატარეთ მტკივნეული არეების პალპაცია და დაადგინეთ დაზიანებული სტრუქტურები.

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

მხრის ექვსი მიმართულებით მოძრაობებია მოხრა, გაშლა, მოზიდვა, გაზიდვა, შიგნით და გარეთ შეტრიალება.

მოძრაობის ამპლიტუდა მცირდება *ბურსიტის, სასახსრე ჩანთის ანთების, ოსტეოფიტი სარტყელის განყენების ან გაჭიმვის ან ტენდინიტის* დროს.



დადექით ავადმყოფის წინ, დაჯვირთით ხბიც, თავისუფალ მოძრაობას და სთხოვეთ:

(1) ასწიოს (*განზიდოს*) მკლავები მხრებისკენ 90°-ით ხელისგულებით ქვემოთ (ტესტი ამოწმებს მხრის სახსრების მოძრაობას)

(2) ხელები ვერტიკალურად ასწიოს თავის ზევით, ისე რომ ხელისგულები ერთმანეთისკენ იყოს მიმართული (ტესტი ამოწმებს სკაპულო-თორაკალურ მოძრაობას 60°-ით და მხრის სახსრის და სკაპულო-თორაკალურ კომბინირებულ მოძრაობას 30°-ით მოზიდვის დროს)

(3) ორივე ხელი დაიწყოს კისერზე იდაყვებით გარეთ (ეს ტესტი ამოწმებს *ოსტეოფიტს* და *განზიდვას*)

(4) ორივე ხელი დაიწყოს ზურგზე (*შიგნითა ოსტეოფიტის* და *მოზიდვის* ტესტი). (თუ ამ დროს თქვენს ხელს დაადებთ მხრებზე, შეგიძლიათ დაადგინოთ პერკუსიის ხასიათობა)

მოძრაობის დროს პერკუსია ოსტეოართრიტზე მიუთითებს.

მხრების გამოკვლევა ხშირად მოითხოვს აკრომიონ-ღავიწის სახსრის, აკრომიონისქვეშა და დელტისებრი კუნთის ქვეშა ბურსების, ოსტეოფიტი სარტყელის, ორთავა კუნთის ძაღლმავების და მყესის, მხრის სახსრის სასახსრე ჩანთის და სინოვიური გარსის ცალ-ცალკე განხილვას.[24] ამ სტრუქტურების გამოკვლევის მეთოდები შემდეგ გვერდებზეა აღწერილი.

▪ მხრის გამოკვლევის მეთოდები[25]

აკრომიონ-ღავინის სახსარი

მეთოდი: ჩაატარეთ ორივე სახსრის პალპაცია და გასინჯეთ შესიება ან მტკივნეულობა. პაციენტმა ხელები დაიწყოს გულ-მკერდზე ჯვარედინად, ასაც ზოგჯერ "ჯვარედინის ტესტს" უწოდებენ



მოზიდვის დროს ლოკალური მტკივნეულობა მიუთითებს აკრომიონ-ღავინის სახსრის ანთებაზე ან ართრიტზე. იხ. ცხრილი 15-4, მხრის ტკივილი (გვ. 564-565)

აკრომიონისქვეშა და დელტისებური კუნთის ქვეშა ბურსები

პასიურად გაუნიეთ მკლავები იდაყვების უკან ანევით. ამ დროს ბურსა აკრომიონის წინ წამოინევა.

ჩაატარეთ აკრომიონისქვეშა და დელტისებური კუნთის ქვეშა ბურსების პალპაცია



ლოკალური მტკივნეულობა ვლინდება *აკრომიონისქვეშა* და *დელტისებური კუნთის ქვეშა ბურსიტის*, ხოლო ტკივილი სახსრის კალციფიკაციის დროს. შესიება ვითარდება ბურსის გაგლეჯის და სასისხლე ჩანთის დაზიანების შედეგად.

მხრის სხეული ბიუნვა

სთხოვეთ ავადმყოფს ხელით შეეხოთ მოპირდაპირე ბეჭს ორგვარი მოძრაობით, როგორც ქვემოთ სურათზეა ნაჩვენები (Apley-ს ფხაჭნის ტესტი)

ამ მოძრაობის შესრულების გაძნელება მიუთითებს ხოტკივილი სახსრის დაზიანებაზე.



განზიდვის და გარეთა ხოტკივილის ტესტი



მოზიდვის და შიგნითა ხოტკივილის ტესტი

▪ მხრის გამოკვლევის მეთოდები[25] (გაგრძელება)

ოტაციული სატყეცი

ოდესაც ავადმყოფის მხრები გვერდზეა განეული, გასინჯეთ ოტაციული სატყეცის ჯუნთები, ომელებიც ემაგრება მხრის დიდ ბოკვს. (მეოთხე — ბეჭქვეშა ჯუნთი ნინიდან ემაგრება და მისი ვაღებაცია ვეჩ ხერხდება)

- ქედზევითა — ზუსტად აკრომიონის ქვეშაა
- ქედქვევითა — ქედზევითა ჯუნთის უკანაა
- მკრივე მრგვალი — ქედზევითა ჯუნთის უკან და ქვევითაა



ოტაციული სატყეცის ჯუნთების მტკივნეულობა, მოხრის და მკლავების მხრებს ზემოთ ანევის გაძნელება აღინიშნება ოტაციული სატყეცის, განსაკუთრებით ქედზედა ჯუნთის გაჭიმვის ან *მყესის გაგლეჯვის* დროს. ცხრილი 15-4, მხრების ტკივილი (გვ. 564-565).

პასიურად აუნიეთ მკლავი იდაყვით უკან. ეს მანევრი აბრუნებს ოტაციულ სატყეცს გარეთ აკრომიონის ქვეშ. ჩაატარეთ ოტაციული სატყეცის ჯუნთების ვაღებაცია მხრის დიდ ბოკვთან.

შეამოწმეთ *"მკლავის ჩამოვარდნის" ნიშანი*. სთხოვეთ პაციენტს სრულად გაზიდოს მკლავები მხრების დონეზე (90°-მდე) და ნელა ჩამოსნიოს. (დააკვირდით განზიდვას მხრის დონიდან 90°-დან 120°-მდე, რაც ასახავს დელტისებრი ჯუნთის ფუნქციას)



ოთხავა ჯუნთის ჩაღრმავების და მყესის ვაღებაცია

თუ ავადმყოფს არ შეუძლია მკლავების ბოლომდე ანევა მხრის დონემდე, "მკლავის ჩამოვარდნის" ნიშანი დადებითია, რაც ოტაციული სატყეცის გაწყვეტის მაჩვენებელია.

ოთხავა ჯუნთის ჩაღრმავება და მყესი

მხარი და წინამხარი შეუბრუნეთ გარეთ. იდაყვის ახლოს დისტალურად ნახეთ ოთხავა ჯუნთი. მხრის წინა ზედაპირზე გასინჯეთ ჯუნთი და მისი მყესი ოთხავა ჯუნთის ჩაღრმავებაში. თუ ნახავთ მყესის მტკივნეულობას, ამის დაზუსტებაში დაგეხმარებათ მყესის თითებით მოძრაობა.

იხ. ასევე ოთხავა ჯუნთის ტენდინიტი ცხრილში 15-4, მხრების ტკივილი (გვ. 564-565).

ბოლოს, ავადმყოფის იდაყვები გასწორეთ სხეულიდან გარეთ ისე, რომ წინამხრები მოხრილი იყოს მარჯვ ჯუთხით. სთხოვეთ ავადმყოფს, გაშალოს წინამხრები თქვენი წინააღმდეგობის მიუხედავად. (გაგრძელება)

წინააღმდეგობის მიმართ გაშლის დროს ტკივილი აღინიშნება ოთხავა ჯუნთის მყესის ბურცის ანთების, ტენდინიტის ან მყესის გაგლეჯვის დროს.

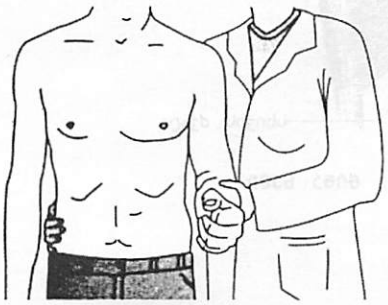
▪ მხრის გამოკვლევის მეთოდები[25] (გაგრძელება)

სინოვიური გახსი და მხრის სახსარი

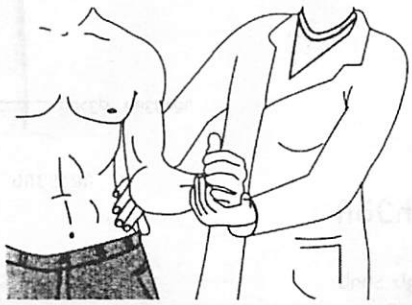
ჰუტასიული სარტყლის ფიბრობოული ჩანთა და ფარითო ბრტყელი მყესი ისე მჭიდროდ არიან დაკავშირებულნი, რომ მათი განსინჯვა ერთდროულად შეიძლება. სახსრის ჩანთის და სინოვიური გახსის შესივება ყველაზე ჯარგად შეიძლება დადგინოთ მხრებზე ზემოდან დახედვისას. ჩანთის და სინოვიური გახსის პალპაცია ჩაატარეთ აკრომიონის წინ და უკან.

მტკივნეულობა და გამონაჟონი მხრის სახსრის სინოვიტზე მიუთითებს. თუ სახსრის ჩანთის და სინოვიური გახსის ჯიდეების პალპაცია შესაძლებელია, აღინიშნება საშუალო ან დიდი ჰაოდენობით გამონაჟონის არსებობა. მხრის სახსრის მინიმალური ხარისხით გამოხატული სინოვიტის პალპაციით დადგენა შეუძლებელია.

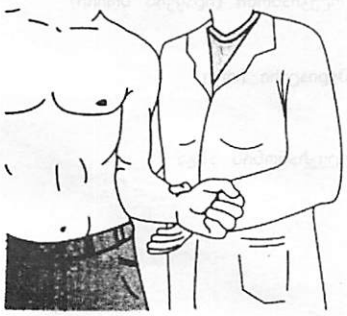
შემდეგი მანევრებით შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ მხრის სარტყლის ჯუნთები და დადგინოთ ტკივილის ლოკალიზაცია. დაკვირდით შიგნით შებრუნებას წინააღმდეგობის მიუხედავად, რითაც ამოწმებთ მკერდის დიდ, დიდ მრგვალ და ზურგის უგანიერეს ჯუნთებს. თანმხლები ჯუნთების გაჭიმვის, ჯისრის, მხრების და მკლავების მგრძნობელობის გამო ზოგჯერ შეიძლება ვერ ჩაატაროთ სრული გამოკვლევა (იხ. გვ. 618-621)



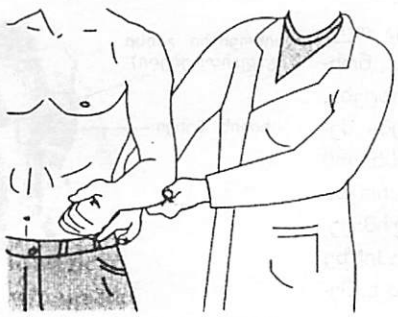
ქედზედა: ავადმყოფი განზიდავს წინააღმდეგობის საპირისპიროდ



ბეჭქვეშა: ავადმყოფი წინამხარს აბრუნებს მედიალურად წინააღმდეგობის საპირისპიროდ



ქედქვედა, მცირე მრგვალი: ავადმყოფი აბრუნებს გარეთ წინააღმდეგობის საპირისპიროდ



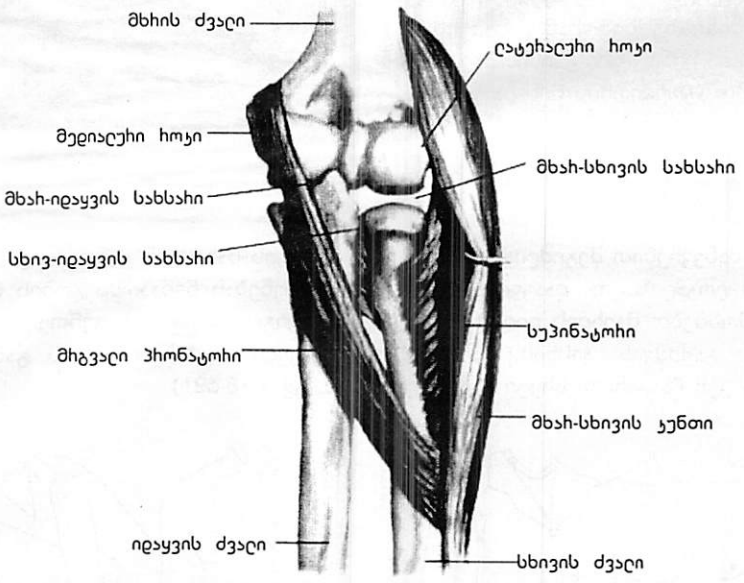
მკერდ-მხრის ჯგუფი: ავადმყოფი წინამხარს მოზიდავს წინააღმდეგობის საპირისპიროდ

იდაყვი

მიმოხილვა, ძვლოვანი სტრუქტურები და სახსარი

იდაყვის საშუალებით ხელი სხადასხვა პოზიციას იკავებს სივრცეში და წინამხრის ბეჭედს წარმოადგენს. იდაყვის სახსარს ქმნის მხრის და წინამხრის ძვლები: სხივის და იდაყვის. დაადგინეთ მხრის ძვლის ღატეხაღური და მედიაღური ხოჯები და იდაყვის ძვლის მოხრი – ოღეჯხანონი.

ამ ძვლებს სამი შესახსრება გააჩნია: მხარ-იდაყვის სახსარი, მხარ-სხივის სახსარი და *სხივ-იდაყვის სახსარი*. სამივე ეხება ერთ დიდ სასახსრე ღრუს და ფარეთო სინოვიუმ შეს.

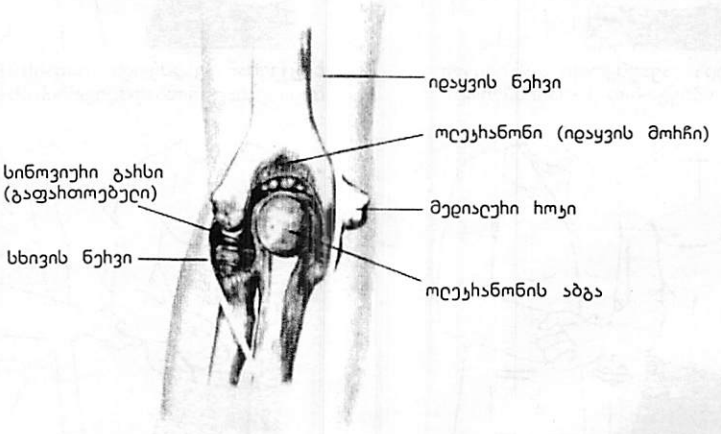


იდაყვის მარჯვენა წინა ხედი

კუნთთა ჯგუფები და დამატებითი სტრუქტურები

კუნთები, რომლებიც ეკვეთენ იდაყვს არის *ორთავა* და *მხარ-სხივის* (მოხრა), *სამთავა* (გაშლა), *პრონატორი* (შიგნით მბრუნავი) და *სუპინატორი* (გარეთ მბრუნავი).

დაათვალიერეთ *ოღეჯხანონის* აბგა ოღეჯხანონის მოხრსა და ჯანს შორის. ნორმალუხად ბუსას პალპაცია არ ხერხდება, მაგრამ ანთების შედეგად შეიძლება შესივდეს და მტკივნეული გახდეს. *სხივის ნეკერი* მიემართება უკან მედიაღურ ხოჯსა და ოღეჯხანონის მოხრს შორის ჩაღრმავებაში. წინამხრის შიგნითა ზედაპირზე მხრის არტერიის მედიაღურად გადის სამუალო ნეკერი.

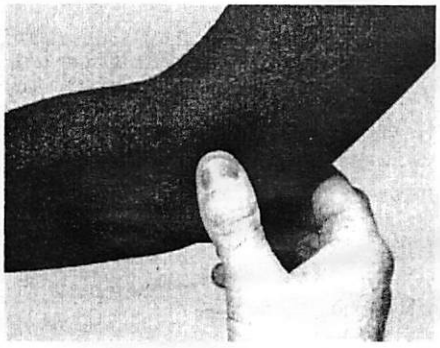


იდაყვის მარჯვენა უკანა ხედი

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია და პალპაცია

ავადმყოფის წინამხარი დაიჭირეთ თქვენი ხელით ისე, რომ იდაყვის სახსარი 70□-ით იყოს მოხრილი. გამოყავით მედიალური და ლატერალური ჩოჯები და სხივის ძვლის ოლეკრანონის მოხრჩი. დაათვალიერეთ იდაყვის ჯონტუჩები სხივის გამშლელი ზედაპირის და ოლეკრანონის მოხრჩის ჩათვლით. შეამოწმეთ ხაიმე ჯვანძის ან შესიების არსებობა.



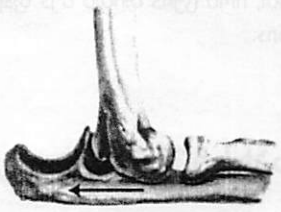
იხ. ცხრილი 15-5, იდაყვის შესიება ან ტკივილი (გვ. 566).

ოლეკრანონის მოხრჩის არეში შეშუპება ოლეკრანონის ბურსიტის შედეგია; პალპაციის დროს ვითარდება ანთება ან სინოვიური სითხის დაგროვება.

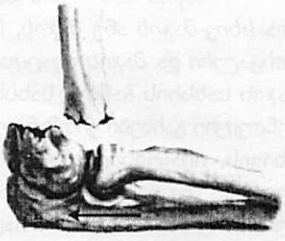
ტკივილი აღინიშნება *ლატერალური ეპიკონდილიტის* დროს (ჩოგბურთელის იდაყვი) და უფრო იშვიათად *medიალური ეპიკონდილიტის* დროს (ბეისბოლისტის ან გოლფისტის იდაყვი).

ოლეკრანონის უკან გადაადგილება ვითარდება *იდაყვის უკანა ამოვარდნილობა* და *სუპრაკონდილური (ჩოჯზედა) მოტეხილობის* დროს.

ჩაატარეთ ოლეკრანონის მოხრჩის პალპაცია და ჩოჯებზე ზეწოლით დაადგინეთ მტკივნეულობა. დააკვირდით ოლეკრანონის გადაადგილებას.



იდაყვის უკანა ამოვარდნილობა



იდაყვის სუპრაკონდილური (ჩოჯზედა) მოტეხილობა

პალპაციით გასინჯეთ ჩოჯებსა და ოლეკრანონს შორის უბნები, დაადგინეთ მტკივნეულობა, შესიება ან გასქელება. ამ არეში ყველაზე ჯარგად ისინჯება სინოვიური გარსი. (ნორმალურად სინოვიური გარსი და ბაგა არ ისინჯება). უკან ოლეკრანონსა და მედიალურ ჩოჯს შორის გადის სხივის ნერვი.

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

მოძრაობის ამპლიტუდა მოიცავს იდაყვის *გაშლას* და *მოხრას* და წინამხრის *პრონაციას* და *სუპინაციას*. მოხრისა და გაშლის შემოწმებისთვის, ავადმყოფს სთხოვეთ გაჭიმოს და მოხაროს იდაყვის სახსარი. იდაყვის გაჭიმვა ამცირებს სახსრისშიდა მოცულობას.

იდაყვის სერი გაჭიმვა ნარმოქმნის სახსრის შიდა ჰერმეტულობას, გამონაჟონს ან ჰემართროზს.

ხოლესაც ავადმყოფს ხელები *გაშლილი* აქვს და იდაყვები მოხრილი, სთხოვეთ ზემოთ ასწიოს ან *შეაბრუნოს* ხელისგულები ზევით და ქვევით.

III მაჯა და მტევანი

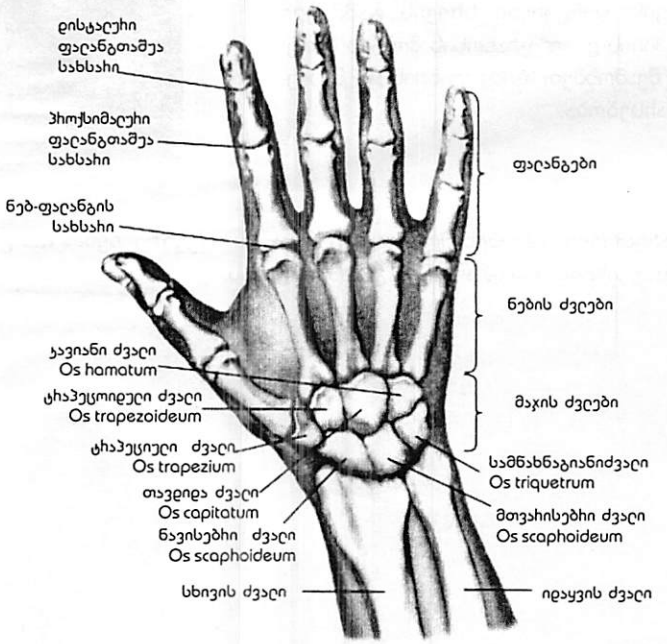
მიმოხილვა

მაჯას და მტევანს ქმნის მცირე ზომის ძალიან აქტიური სახსრები, რომელსაც ადამიანი გამუდმებით იყენებს სიფხიზლის პერიოდში. სახსრები ზემოდან ცედადაა დაცული ბრილი ქსოვილებით და ამიტომ ადვილად ტრავმირდება.

ძვლოვანი სტრუქტურები

მაჯა მოიცავს სხივის და იდაყვის ძვლების დისტალურ ნაწილებს და ხვა მცირე ზომის მაჯის ძვალს. მაჯაზე გაარჩევთ სხივის და იდაყვის ძვლების წვეტებს.

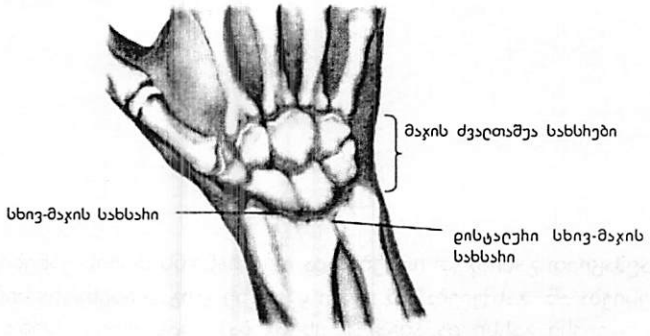
მაჯის ძვლები მაჯის სახსარში დისტალურად მდებარეობს. გამოყავით მაჯის ძვლები, ნების ხუთი ძვალი და პროქსიმალური, შუა და დისტალური ფალანგები. დააკვირდით, რომ ცერა თითს შუა ფალანგი არ გააჩნია.



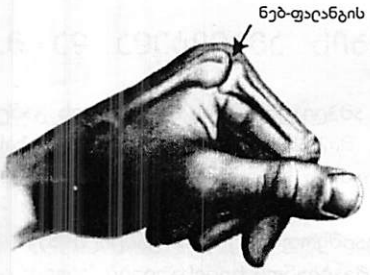
სახსრები

მაჯის და მტევნის მრავალი სახსარი ხელს მოქნილს ხდის.

- *მაჯის სახსრები.* მაჯის სახსრებია *სხივ-მაჯის* ანუ *მაჯის, სხივ-იდაყვის დისტალური* და *მაჯის ძვალთაშუა სახსარი.* მაჯის სახსრის ჩანთა, სახსრის დისკი და სინოვიური გარსები ერთმანეთთან აერთებს სხივის, იდაყვის და მაჯის პროქსიმალურ ძვლებს. მაჯის ზურგის მხარეს დააკვირდით *სხივ-მაჯის სახსრის* ჩაღრმავებას. ეს სახსარი მონაწილეობს მაჯის მოხრასა და გაშლაში, ვინაიდან სხივის ძვალი პირდაპირ არ ესახსრება მაჯის ძვლებს.



- *მტევნის სახსრები.* მტევნის სახსრებია *ნებ-ფალანგის, ხელის პროქსიმალური ფალანგთაშუა* და *დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები.* მოხარეთ მტევანი და დააკვირდით ჩაღრმავებას, რომელიც აღნიშნავს თითოეული თითის ნებ-ფალანგის სახსარს. ის ხელის დისტალური სახსარია და ერგად ჩანს გამშლელი მყესის რომელიმე მხარეს.



ჯუნთთა ჯგუფები

მაჯის მოხრას ახორციელებს მაჯის ოთი ჯუნთი, რომლებიც მდებარეობს სხივის და იდაყვის ზედაპირებზე. სხივის ოთი და იდაყვის ეთთი ჯუნთი შლის მაჯას. სუპინაცია და პრონაცია ხორციელდება წინამხრის ჯუნთების შეჯუმშვით.

ცეხა თითს ამოძრავებს სამი ჯუნთი, რომლებიც წარმოქმნის ცეხა თითის შემაღლებას და განაპირობებს მოხრას, განზიდვას და სანინააღმდეგო მიმართულებით გადახრას. გამშლელი ჯუნთები ცეხა თითის ფუძეზეა მიმაგრებული სხივის ზედაპირის გასწვრივ. ამ თითის მოძრაობა დამოკიდებულია მაჯის და წინამხრის მომხრელი და გამშლელი ჯუნთების მყესების მოქმედებაზე.

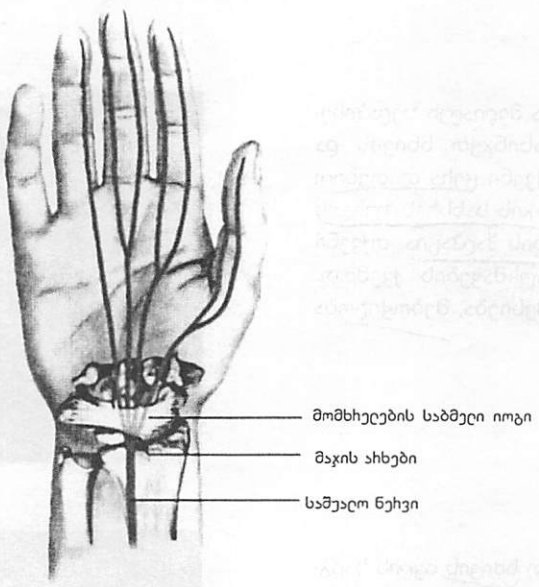
ხელის შიგნითა ჯუნთები, რომლებიც მიმაგრებულია ნების ძვლებზე, არის თითების მომხრელი (*ჭიაყელა ჯუნთები*), გამზიდველი (*ძვალთაშუა დორსალური*) და მომზიდველი (*ძვალთაშუა პალმარული*).

დამატებითი სტრუქტურები

ჰბიოქსოვიდოვანი სტრუქტურები, განსაკუთრებით მყესები და მყესის ბუდეები, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაჯისა და მტევნისთვის. ექვსი გამშლელი და ორი მომხრელი მყესი გაივლის მაჯასა და მტევანს და უმაგრდება თითებს. ამ გზაზე ეს მყესები გადიან არხებში - მყესის ბუდეებში, რომელთა პალპაცია შესაძლებელია შესიების ან ანთების დროს.

კარგად შეისწავლეთ *მაჯის არხები* მაჯის პალმარულ ზედაპირზე და მტევნის პრექსიმალურ ნაწილში. არხები შეიცავს მყესის ბუდესა და წინამხრის ჯუნთების მომხრელ მყესებს და *საშუალო ნერვს.*

მყესის ბუდეს და მყესებს ამაგრებს განივი იოგი – *გამშლელების საბმელი იოგი.* საშუალო ნერვი გადის მომხრელის საბმელ იოგსა და მყესის ბუდეს შორის. ის განაპირობებს ხელის გულის და ცეხი თითის ხელისგულის ზედაპირის და მეოთხე თითის ნახევრის მგრძნობელობას. იგი ასევე ახდენს ცეხი თითის ჯუნთების ინერვაციას.



გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

ფიზიკური მოძრაობა დაზიანებაზე მიუთითებს. მომხრელი მყესის დაზიანებისას აღინიშნება თითების ასიმეტრია.

დააკვირდით მტევნის მოძრაობას, არის თუ არა ხშირი და ბუნებრივი. მოსვენებისას თითები ოდნავ მოხრილი და პარალელური უნდა იყოს.

ყურადღებით დაათვალიერეთ მაჯის და მტევნის ხელისგული და ზურგის ზედაპირები სახსრების შეშუპების არსებობაზე.

დიფუზური შესიება ვითარდება ართრიტის ან ინფექციის დროს; ლოკალური შესიების მიზეზია განგლიის ცისტა. იხ. ცხრილი 15-6, მტევნის ართრიტი, გვ. 567 და ცხრილი 15-7, მტევნის შესიება და დეფორმაცია (გვ. 568).

დაათვალიერეთ მაჯის, მტევნის, თითების დეფორმაცია ან გამრუდება სხივის ან იდაყვის ძვლების გადახრის გამო.

ოსტეოართრიტის დროს ფალანგშორის სახსრებზე ვითარდება ჰებერდენის კვანძები; პროქსიმალურ ფალანგთაშორის სახსრებზე – ბუჩარდის კვანძები. *რევმატოიდული ართრიტის* დროს აღინიშნება პროქსიმალური ფალანგთაშორისი, მაჯა-ნების და მაჯის სახსრის სიმეტრიული დეფორმაცია სხივის ძვლის გადანევით.

დაათვალიერეთ ხელის გულის კონტური, ჰასაც ენოდება ცერის და ნეჯის მაღლობები.

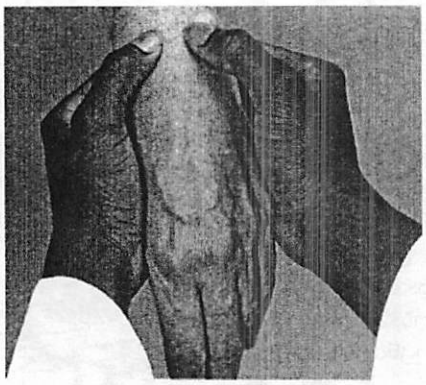
ცერის მაღლობის ატროფიის მიზეზია საშვალო ნერვის კომპრესია *მაჯის არხის სინდრომის* დროს; ნეჯის მაღლობის ატროფია მიზეზია *სხივის ნერვის ატროფია.*

თითებზე დაათვალიერეთ მომხრელების მყესების გასქელება ან კონტრაქტურა.

მე-3, მე-4 და მე-5 თითების მომხრელების კონტრაქტურა, ანუ *Dupuytren-ის (დიუპუტრენის) კონტრაქტურა* ვითარდება ხელისგულის ფასციის გასქელების შედეგად (იხ. გვ. 568).

პალპაცია

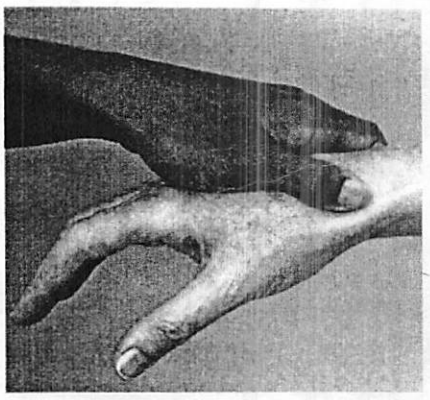
მაჯაზე ლატერალურ და მედიალურ ზედაპირებზე პალპაციით გასინჯეთ სხივის და იდაყვის ძვლები. თქვენი ცერა თითებით გაატარეთ ოდივე მაჯის სახსრის ზურგის მხარეს ჩაღრმავებების პალპაცია, თქვენი თითები დადეთ ჩაღრმავების ქვემოთ. შეამოწმეთ ხომ შესიება, შებოჭილობა ან მტკივნეულობა.



დისტალური სხივის ძვლის მტკივნეულობა აღინიშნება *Colle-ს (კოლეს) მოტეხილობის* დროს. მოტეხილობაზე მიუთითებს ასევე მტკივნეულობასთან ერთად ძვლის ცდომა.

თუ შესიება და/ან მტკივნეულობა ოსმხრივია, ეს *რევმატოიდულ ართრიტზე* მიუთითებს, როდესაც დაავადების ხანგრძლივობა ხანმოკლეა.

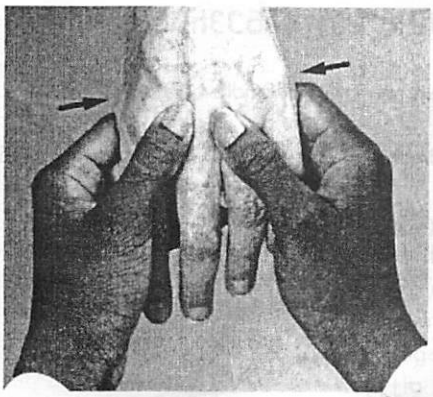
პალპაციით გასინჯეთ სხივის ძვლის სადგისისებური მოხრა და ანატომიური "სათუთუნე" - ჩაღრმავება სხივის ძვლის სადგისისებური მოხრის მედიალურად, ჰასაც ქმნის ცერა თითის გამხრევები და გამშლელი ჯუნთები. "სათუთუნე" უკეთ ჩანს ცერა თითის ლატერალურად გაშლის დროს.



ცერა თითის გამხრევები და გამშლელი ჯუნთების მყესებზე სხივის ძვლის სადგისისებურ მოხრასთან მტკივნეულობა აღინიშნება *de Quervain-ის ტენოსინოვიტის და გონოკოკური ტენოსინოვიტის* დროს. იხ. ცხრილი 15-8, მყესის ბურსების და ხელისგულის სინოვიალური ინფექციები; პანარიციუმი (გვ. 569).

"სათუთუნეზე" ტკივილი ვითარდება *ნავისებური ძვლის მოტეხილობის* დროს, ჰასც მაჯის ძვლების ყველაზე ხშირი დაზიანებას წარმოადგენს. ამ ძვლის ცუდი სისხლმომარაგების გამო

პალპაციით გასინჯეთ მაჯის ჩვა ძვალი, რომლებიც მაჯის სახსარში დისტალურად მდებარეობენ, შემდეგ ნების ხეთი ძვალი და პროქსიმალური, შუა და დისტალური ფალანგები.



გასინჯეთ სხვა ადგილებიც, სადაც ადრე დარღვევას ვარაუდობთ.

ნებ-ფალანგის სახსრებს მოუჭირეთ თქვენი საჩვენებელი და ცერა თითებით ორივე მხრიდან. ასევე ცერა თითით ჩაატარეთ ამ სახსრების და თითების სახსრების პალპაცია, ხოლო ხელისგულზე საჩვენებელი თითით გასინჯეთ ნების ძვლების თავები. დაათვალიერეთ შესიება, შებოჭილობა ან მტკივნეულობა.

შეიძლება განვითარდეს ნავისებური ძვლის *უსისხლო ნეკროზი.*

ნებ-ფალანგების სახსრებზე ზენოლით მტკივნეულობა სინოვიტითაა გამოწვეული. ეს უნდა გახსოვდეთ ხელის ჩამოხითხევის დროს.

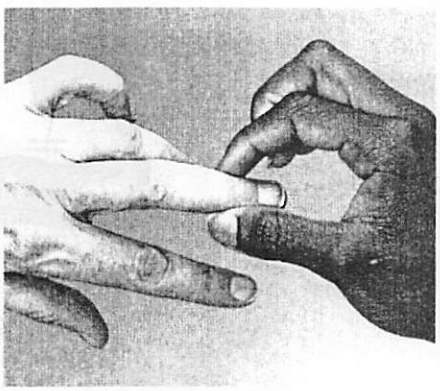
რევმატოიდული ართრიტის დროს ხშირია ნებ-ფალანგების სახსრების შებოჭილობა და ტკივილი (მაგრამ იშვიათია ოსტეოართრიტის დროს). ზენოლით მტკივნეულობა აღინიშნება *ტრავმული ართრიტის დროს.*

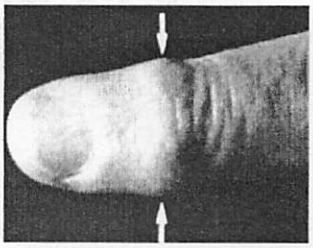
ამის შემდეგ გამოიკვლიეთ თითები. პალპაციით გასინჯეთ პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების მედიალური და ლატერალური ნაწილები თქვენი ცერა და საჩვენებელი თითებით, დააკვირდით შესიებას, შებოჭილობას, ძვლის გადიდებას ან მტკივნეულობას.

პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების ცვლილებები აღინიშნება *რევმატოიდული ართრიტის* დროს, Bouchard-ის (ბუშარის) კვანძები – *ოსტეოართრიტის* დროს. ცერის ფუძესთან მტკივნეულობის მიზეზია მაჯა-ნების სახსრის ანთებაა.

დისტალურ ფალანგთაშუა სახსრებზე მკვრივი კვანძები, ანუ *Heberden-ის ჰებერდენის კვანძები* ხშირია ოსტეოართრიტის დროს; დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები ზიანდება *ფსორიაზული ართრიტის* დროს.

იგივე მეთოდით გასინჯეთ დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები.





შესიების ან ანთებით უბნებში პალპაციით გასინჯეთ თითების მყესები.

მტკივნეულობა და შესიება აღინიშნება *ტენოსინოვიტის* დროს; *De Quervain-ის ტენოსინოვიტი* ვითარდება ცერი თითის გამშლელი და გამხიდველი მყესებზე, სადაც ისინი კვეთენ სხივის ძვლის სადგისისებურ მოხრს. იხ. ცხრილი 15-8, მყესების ბურსები და ხელისგულის სინოვიალური ინფექცია; პანარიციუმი (გვ. 569).

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

შეამოწმეთ მაჯის, თითების და ცერა თითის მოძრაობის ამპლიტუდა.

სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირების მიზეზებია *ართრიტი, ტენოსინოვიტი, Dupuytren-ის (დიუპუიტრენის) კონტრაქტურა.* იხ. ცხრილი 15-7, მტევნის შესიება და დეფორმაცია (გვ. 568).

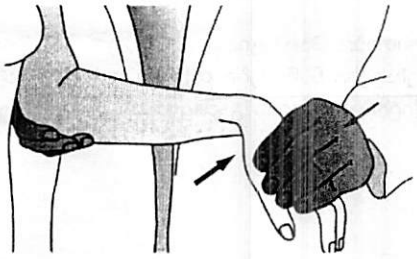
მაჯები. მაჯაზე შეამოწმეთ მოხრა, გაშლა, სხივისჯენ და იდაყვისჯენ გადახრა.

- *მოხრა:* ხოდესაც ავადმყოფის წინამხარი დაფიქსირებულია, ასწიეთ ხელის მტევანი და თქვენი თითები დაადეთ მის ხელისგულს. სთხოვეთ ავადმყოფს დასწიოს მტევანი თქვენი წინააღმდეგობის საპირისპიროდ.



მოხრა

- *გაშლა:* ხოდესაც ავადმყოფის წინამხარი დაფიქსირებულია, თქვენი თითები დაადეთ მისი ხელის მტევნის ზურგს. სთხოვეთ ავადმყოფს, ასწიოს მტევანი თქვენი წინააღმდეგობის საპირისპიროდ.



გაშლა

- *იდაყვის და სხივისჯენ გადახრა:* ხოდესაც ხელისგულები ქვევითაა მიმართული, ავადმყოფს სთხოვეთ ამოძრაოს მაჯა ულნისაკენ და მეწიაკისაკენ.



იდაყვისა და სხივის დევიაცია

გასინჯეთ მოქნევის ძალა. ამისთვის ავადმყოფს სთხოვეთ ხელი მოუქნიოს თქვენს მეოთე და მესამე თითებს. ამ ტესტით ამოწმებთ მტევნის შიგნითა ჯუნთებს და სახსრებს, მაჯის სახსრებს და წინამხრის მომხრეი ჯუნთებსა და მყესებს. (უფრო ზუსტი განსაზღვრისთვის გამოიყენეთ დინამომეტრი)

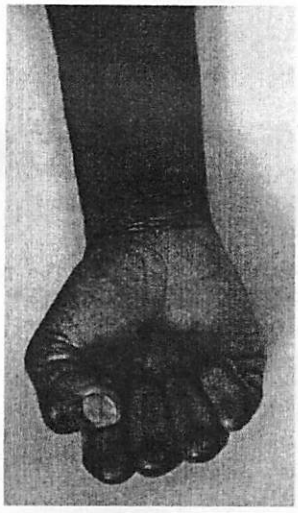


დაჭიმვა მოქნევით

მაჯის ტკივილი და მოქნევის სისუსტე აღინიშნება *de Quervain-ს ტენოსინოვიტის* დროს. მოქნევის სისუსტე აღინიშნება *ართრიტის, მაჯის ახრის სისუსტის, ეპიკონდილიტის და კისრის ჰაღიკულოპათიის* დროს.[26]

თითები. შეამოწმეთ *თითების* მოხრა, გაშლა, განზიდვა, მოზიდვა.

- ***მოხრა და გაშლა.*** სთხოვეთ ავადმყოფს ოდივე ხელით მუშტი გაუკეთოს ისე, რომ ცერი თითების პერპენდიკულარულად იდოს. შემდეგ მუშტი გახსნას და თითები გაშალოს. თითები ჰბილად და ადვილად უნდა იშლებოდეს და იღუნებოდეს. ნებაყოფლობის სახსრებში თითები ფართოდ იშლება. ამ მანევრით შეგიძლიათ ცერის ფუნქცია შეამოწმოთ. ასევე შეამოწმეთ ჰიპერექსტენზიური და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები.

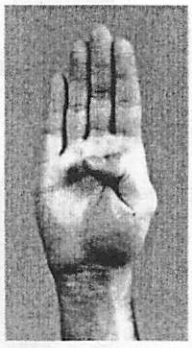




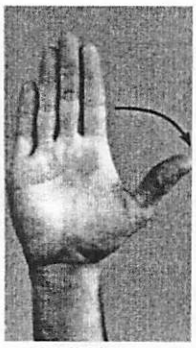
მტევნის მოძრაობის შეზღუდვის მიზეზებია ართრიტი, ტენდოსინოვიტი, *Dupuytren-ის (დიუპუიტრენის)* კონტრაქტურა.

- ***განზიდვა და მოზიდვა.*** სთხოვეთ ავადმყოფს თითები გაშალოს (განზიდვა) და მიაახლოვოს (მოზიდვა). დააკვირდით მოძრაობის სიჩქარეს და კოორდინაციას.

ცერა თითი. შეაფასეთ *ცერის მოხრა, გაშლა, განზიდვა, მოზიდვა და სანინააღმდეგო მხრივ გადატანა.* სთხოვეთ ავადმყოფს ცერი ამოძრავოს ხელისგულისკენ და შეეხოს მეხუთე თითის ფუძეს, ჩათა შეამოწმოთ *მოხრა.* შემდეგ ცერი გასწიოს თითების გარეთ, ჩათა შეამოწმოთ *გაშლა.*



მოხრა



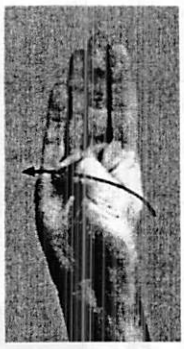
გაშლა

სპეციფიკური სახსრების განხილვა

შემდეგ, სთხოვეთ ავადმყოფს, თითები ჩვეულებრივად დაიჭიროს ხელისგულით ზევით და ცერი ამოძრაოს წინ ხელისგულის გასწვრივ განზიდვის შესამოწმებლად და უკან – მოზიდვის შესამოწმებლად. ცერის სანინააღმდეგო მიმართულებით ანუ ხელისგულის გასწვრივ მოძრაობის შესამოწმებლად, სთხოვეთ ცერით შეეხოს თითოეული თითს.



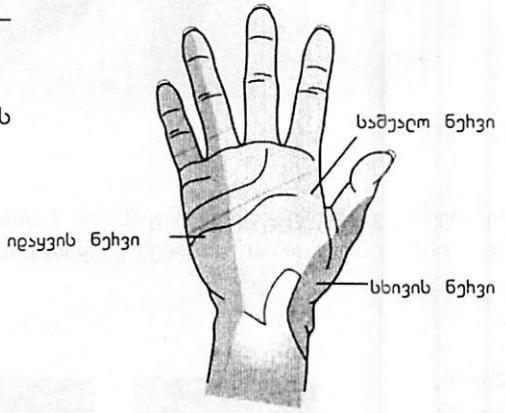
განზიდვა და მოზიდვა



სანინააღმდეგო მხრივ გადაგვა

თითების მგრძნობელობა შეამოწმეთ ღატერალის და მედიალის ზედაპირებზე, ასევე დადგინოთ თითების ნერვების დაზიანება. შეამოწმეთ სამუალო, იდაყვის და სხივის ნერვების ფუნქციები მგრძნობელობის შემდეგნაირად შემოწმებით:

- საჩვენებელი თითის ბალიში – სამუალო ნერვი
- მე-5 თითის ბალიში – იდაყვის ნერვი

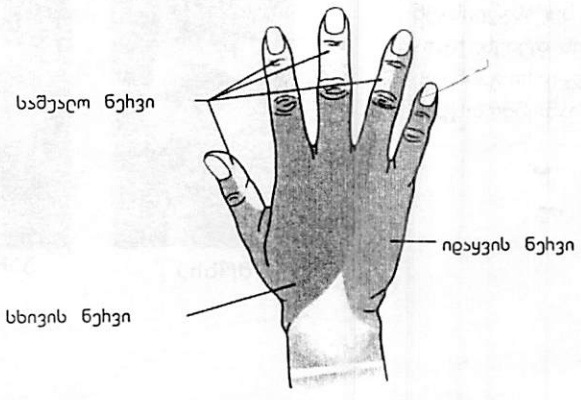


ხელისგული

სამუალო ნერვის მგრძნობელობის დაქვეითება აღინიშნება მაჯის ახლის სინდრომის დროს

- ცერი და საჩვენებელი თითების დორსალური ნაწილი – სხივის ნერვი.

სამუალო ნერვი
იდაყვის ნერვი
სხივის ნერვი



დორსალური ზედაპირი

ხერხემალი

მიმოხილვა

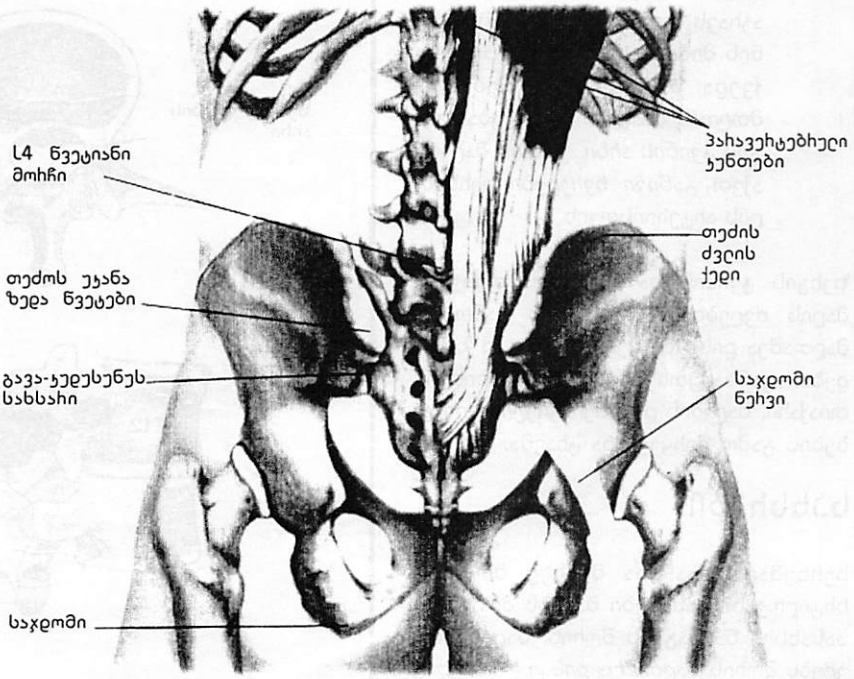
ხერხემლის სვეტი ტანის და ზურგის ძირითადი საყრდენი სტრუქტურაა. დაჯვირდით ჯისრის და *წელის ჩაღის შეზნექვას* და *გულ-მკერდის და გავა-ჯეღესუნის ჩაღის გამოზნექვას*. ამ ნაღრეჯების არსებობა განაპირობებს სხეულის წონის გადანაწილებას მენჯსა და ქვედა ჯიღურებზე და ამცირებს დარტყმებს სიარულისა და სირბილის დროს.

მექანიზმების კომპლექსი, რომელიც ასახავს კოორდინირებულ მოქმედებას, შემდეგია:

- მაღები და მაღთამშეა დისკები
- დამაკავშირებელი სისტემა, რომელიც შედგება მაღების წინა და უკანა იოგების, ნვეტიანი მორჩების იოგებისა და ორი მეზობელი მაღის შუა მემბრანის იოგებისგან.
- ზედაპირული ფართო კუნთები, ღრმა კუნთები და მკლავის ქედის კუნთები

დაათვალიერეთ ავადმყოფი ზურგის მხრიდან და გამოყავით შემდეგი საპროექციო უბნები

1. ნვეტიანი მორჩი, რომელიც ჩვეულებრივ ამოწეულია C 7 და T 1 დონეზე და უფრო კარგად ჩანს წინ გადახრის დროს.
2. შუა ხაზის ორივე მხარეს პარავერტებრული კუნთები
3. ბეჭის ძვლები
4. თეძოს ქედი
5. თეძოს უკანა ზედა ნვეტები, რომლებიც კანზე ჩაღრმავებითაა მონიშნული



ხაზი, რომელიც გავლებულია თეძოს უკანა ქედის ზემოთ და კვეთს L4 ნვეტიან მორჩს

ძვლოვანი სტრუქტურები

ხერხემლის სვეტი შედგება 24 მალისგან, რომლებიც ეყრდნობიან გავის და ჯვრისუნის ძვლებს. ტიპიურად მალას გააჩნია შესახსრების უბნები, წონითი დატვირთვა, ჯუთების მიმაგრების ადგილები, ხერხემლის და პერიფერიული ნერვების ხვრელები. წინიდან *მალის სხეული* განიცდის წონით ზეწოლას. უკნიდან *მალის ჯაჭვი* ფარავს ზურგის ტვინს. განიხილეთ მალების მოხრების და ხვრელების მდებარეობა, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ:

- *წვეტიანი მოხრები* მდებარეობს უკან შუა ხაზზე, ორი განივი მოხრი უერთდება *მალის ჯაჭვის ფეხსა* და *ფირფიტას*. ამ მოხრებს ემაგრება ჯუთები.
- *სასახსრე მოხრი* – ორი მოხრი მალის ორივე მხარეს, ერთი მიმართულია ზევით, მეორე – ქვევით ფეხის და ფირფიტის შეერთებასთან, ასაც ხშირად *სახსრის წახნაგს* უწოდებენ.
- *მალის ხვრელს*, რომელიც გარს აკრავს ზურგის ტვინს, ასაც ქმნის მიმდებარე მალების ზედა და ქვედა სასახსრე მოხრები და მთლიანობაში წარმოიქმნება *ზურგის ტვინის არხი*. ჯირკვის მალებს აქვთ *განივი ხვრელები* ხერხემლის არტერიისთვის.

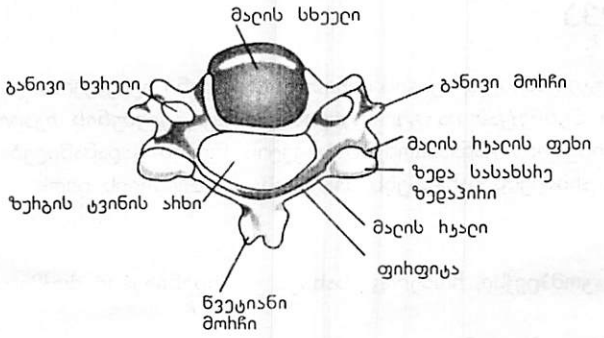
ზურგის ტვინის და ნერვების ფესვები მალის ძვლებთან სიახლოვის გამო და მალთაშუა დისკები ყველაზე მეტად ზიანდება, განსაკუთრებით ხშირია დისკის თრიაქი, მალების დეგენერაციული ცვლილებების გამო შეყვევა და ტკივმა.

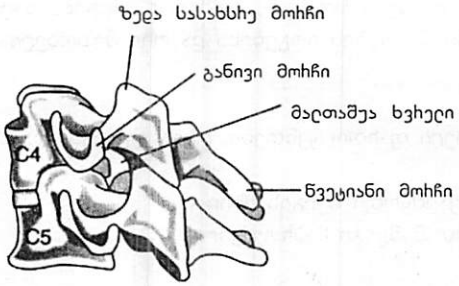
სახსრები

ხერხემალს გააჩნია მცირედ მოძრავი ხრტილოვანი სახსრები მალებს შორის და სასახსრე წახნაგებს შორის. მალის სხეულებს შორის *მალთაშუა დისკია*, რომელიც

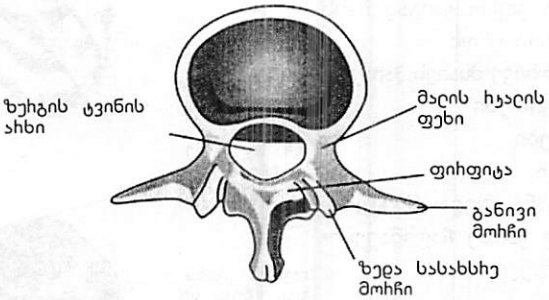
ჯირკვის და ნეკის მალების აღნაგობა

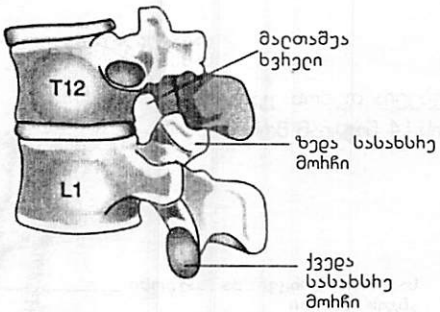
C4-5 ზედა და გვერდითი ხედები



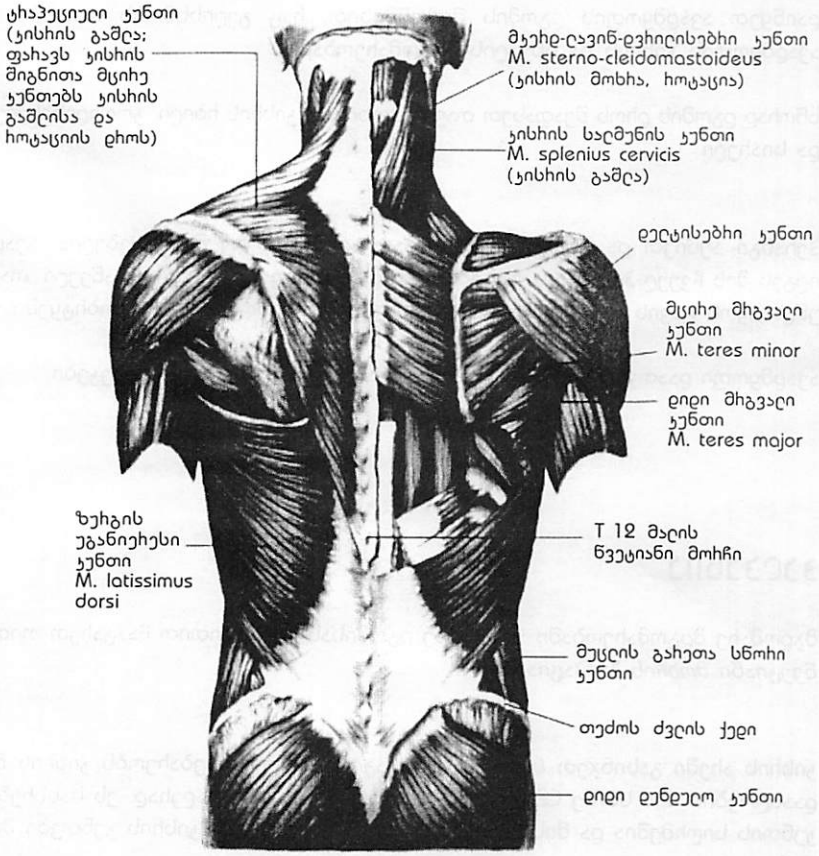


T12-L1 ზედა და გვერდითი ხედები





შედგება ხბიღი *ლოხნოვანი ბითვისგან*. მას გარს აჭრავს ფიბროზული ქსოვილი, *ფიბროზული ჩაღრმა*. მაღთამშუა დისკები ახბიღებს მაღების ეთმანეთის მიმართ მოძრაობას და ხერხემალს მოხრის საშუალებას აძლევს. ხერხემლის დეფორმაციას დიდად განსაზღვრავს სასახსრე ნახნაგის კუთხე მაღის სხეულის მიმართ და ცვალებადობს ხერხემლის სხვადასხვა დონეზე. დაიმახსოვრეთ, რომ ხერხემლის კუთხე მჭიდროდ ეკვრის გავანეული შესახსრებას და უძრავია. ამ არეში მექანიკური ზეწოლა ქმნის დისკის თიაქრის და ქვეამოვარდნილობის ან L5-S1 სრიალის ხისკს.



კუნთთა ჯგუფები

ტრაპეციული და *ზურგის უგანიერესი კუნთები* ქმნიან დიდ გარეთა კუნთოვან შრეს, რომლებიც ორივე მხარეს ემაგრებიან ხერხემალს. ეს კუნთები ფარავს ორი ღრმა კუნთოვან შრეს – შიგ, რომელიც ემაგრება თავს, კისერს და წვეტიან მორჩებს (*თავის წვეტიანი კუნთი, კისრის წვეტიანი კუნთი და გავა-წვეტიანი კუნთი*) და მაღებს შორის შიგნითა მცირე კუნთების შრე. კუნთები, რომლებიც ემაგრება მაღების წინა ზედაპირებს, მოიცავს *სუკის კუნთს* და მუცლის კუნთებს, რომლებიც მონაწილეობენ.

ქვემოთ ჩამოთვლილია კუნთები, რომლებიც მონაწილეობენ კისრის და ხერხემლის ქვედა ნაწილის მოძრაობაში

კისრისა და ხერხემლის ქვედა ნაწილის კუნთები

მოძრაობა ხერხემლის ცერვიკული ნაწილი (კისერი)	მთავარ კუნთთა ჯგუფი
მოხრა	მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი, კიბისებრი და ხერხემლისწინა კუნთები.
გაშლა	საღმუნის, ტრაპეციული, კისრის შიგნითა მცირე კუნთები
ტრიალი	მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი, კისრის შიგნითა მცირე კუნთები
გვერდზე გადახრა	საღმუნის და კისრის შიგნითა მცირე კუნთები ხერხემლის წელის ნაწილი
ხერხემლის ღუმბუში ნაწილი (წელი)	
მოხრა	სუკის დიდი და მცირე, წელის ოთხკუთხედი; მუცლის კუნთები, რომლებიც მაღებს წინიდან ემაგრება.
გაშლა	ზურგის შიგნითა კუნთები, გავა-წვეტიანი
ტრიალი	მუცლის კუნთები, ზურგის შიგნითა კუნთები
გვერდზე გადახრა	მუცლის კუნთები, ზურგის შიგნითა კუნთები

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დაიწყეთ ავადმყოფის დგომის შემოწმებით, რაც გულისხმობს ოთახში შემოსვლისას ავადმყოფის ჯისრის და სხეულის მდგომარეობას.

სწორად დგომის დროს შეაფასეთ თავის პოზიცია, ჯისრის ხბიღი, ჯოროდინირებული მოძრაობა და სიარული

ჯისრის გაშეშება ართრიტის, ჯუნთების გაჭიმვის ან სხვა თანმხლები პათოლოგიების ნიშანია

ზეანგი აუწიეთ და ზურგი სრულად დაათვალიერეთ. თუ შესაძლებელია, ავადმყოფი უნდა იდგეს მის ჩვეულ პოზაში – ფეხები ერთად და მტკივები გვერდზე განეული. თავი შუა ხაზზე უნდა იყოს გავის სიბრტყეში, ასევე მხრები და თეძოებიც ერთ სიბრტყეში უნდა იყოს.

თავის გვერდზე გადახრა და შებრუნება მიუთითებს *ჯისრის გამრუდებაზე* მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი ჯუნთის შეკუმშვის გამო.

ავადმყოფი დაათვალიერეთ გვერდიდან. შეაფასეთ ხერხემლის ნაღრეჯები.

მტკივნეულობა მიუთითებს მოტეხილობაზე ან ცდომაზე, თუ წინ ტრავმა ეძლოდა, ინფექციაზე ან ართრიტზე

პალპაცია

მკდომარე მდგომარეობაში ან ფეხზე დგომისას ცერი თითით ჩაატარეთ თითოეული მაღის *წვეტიანი მორჩის* პალპაცია.

მტკივნეულობა აღინიშნება ართრიტის, განსაკუთრებით სასახსრე ნახნაგის C2 და C6-ს შორის.

ჯისრის არეში გასინჯეთ *სასახსრე ნახნაგი*, რომელიც მდებარეობს ჯისრის მაღებს შორის დაახლოებით 2.5 სმ-ზე C2-C7 წვეტიანი მორჩების ღერძიდან. ეს სახსრები ტრაპეციული ჯუნთის სისქეშია და მისი პალპაცია ვერ ხერხდება თუ ჯისრის ჯუნთები მოდუნებული არ არის.

ხერხემლის გამრუდების მიზეზია *სპონდილოლისთეზი* ან რომელიმე მაღის გადინაცვლება, რაც იწვევს ზურგის ტკივილის ჯომპრესიას. ხერხემლის ტკივილის მიზეზია მოტეხილობა ან ინფექცია.

წელის არეში ყურადღებით დაათვალიერეთ ხერხემლის ცდომა, რათა დაადგინოთ რომელიმე წვეტიანი მორჩი უფრო წინ ან უკან ხომ არ მდებარეობს. დაუკვირდით მტკივნეულობას.

გავა-ჯედესუნის სახსრის არეში ტკივილი ვითარდება საკროილიტის დროს. ასევე ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს *მაანკილოზებელი სპონდილიტი*.

პალპაციით გასინჯეთ გავა-ჯედესუნის სახსარი, რომელიც ხშირად ისინჯება ჩაღრმავებით თეძოს უკანა ზედა წვეტთან.

პერკუსიით ტკივილი ვითარდება *ოსტეოპოროზის, ინფექციის* ან *ავთვისებიანი სიმსივნის* დროს.

თქვენი მარჯვის იდაყვის ზედაპირით შეგიძლიათ ჩაატაროთ წვეტის პერკუსია, მაგრამ ძლიერად არა, ტკივილის დასადგენად.

სპაზმი ვითარდება ჯუნთების დეგენერაციული და ანთებითი დაზიანების დროს, არასწორი პოზის გამო ხანგრძლივი შეკუმშვის ან ნევროზის გამო.

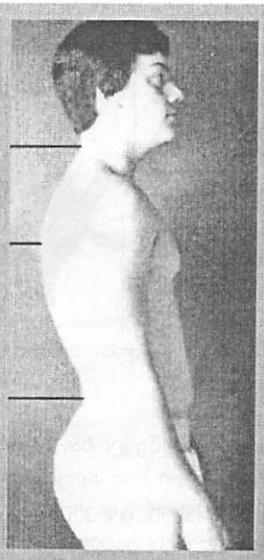
დაათვალიერეთ და გასინჯეთ პარავერტებრული ჯუნთები ტკივილის და სპაზმის დასადგენად. სპაზმური ჯუნთები უფრო მკვრივია და თვალით ჩანს.

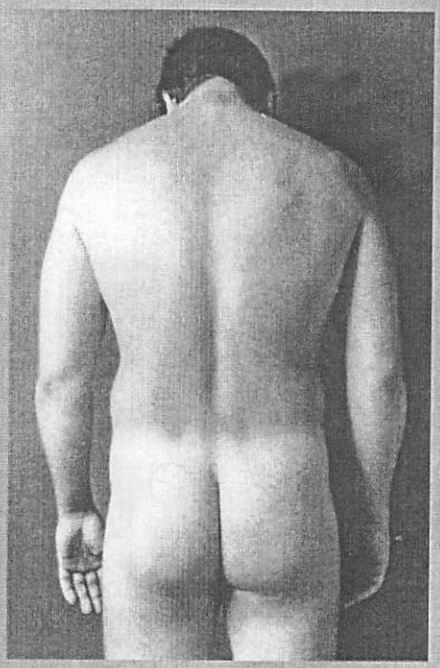
საჯდომი ნერვის მტკივნეულობა მიუთითებს დისკის თრაქარზე ან მოცულობით დაზიანებაზე, რომელიც ანვება შესაბამისი ნერვის ფესვს.

ავადმყოფი დაანვინეთ გვერდზე და მოუხარეთ თეძოს სახსრები, გასინჯეთ საჯდომი ნერვი, სხეულის ყველაზე დიდი ნერვი, რომელიც შეიცავს L4, L5, S1, S2 და S3 ნერვების ფესვებს. ნერვი მიემართება დიდი სიბრტყის და საჯდომ ბორცვს შორის, სადაც ის ტოვებს მენჯს საჯდომ ნაჭდევთან.

■ *ზურგის ინსპექცია*

მიმართულება	ინსპექციის უბანი
გვერდიდან	კისრის, გულმკერდის და წელის ნაკეცი
უკნიდან	ხერხემლის სვეტი (ნახმოსახვითი ხაზი ეშვება C7-დან დუნდულოების ნაპრალისკენ); მხრების სიმეტრია, თეძოს ქედი, დუნდულოების ქვემო ჯანის ნაკეცები (დუნდულოს ნაკეცი)
	ჯანის ნიშნები, მოშვება ან სიმაგრეები





გულ-მკერდის კიფოზის გაზრდა ასაკის მატებისას ვითარდება. ბავშვებში შეიძლება ნახოთ შესწორებადი სტრუქტურული დეფორმაცია.

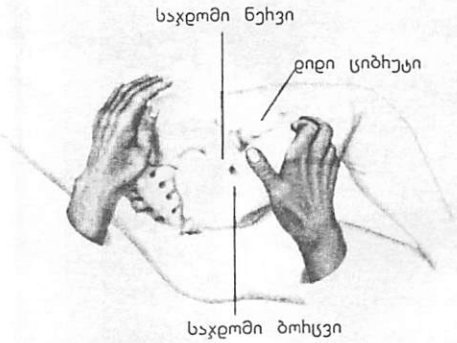
სკოლიოზის დროს აღინიშნება ზურგის ღრმა ჰორიზონტალური ნაკეცების ასიმეტრია, რის გამოც თავი შეა ხაზიდან გადაინაცვლებს. სკოლიოზი ხშირად ვლინდება მოზარდობის ასაკში სიმპტომების გაჩენამდე.

მხრების არათანაბარი სიმაღლე ვლინდება: სკოლიოზის, ბეჭების Sprengel-ის (სპრენგელის) დეფორმაციის (ამის მიზეზია ძვლის გარეთა სარტყლის ან ბეჭის ზედა ნაწილსა და C7-ს შორის მიმაგრება) დროს; ბეჭის მოძრაობისას (წინა დაბალი ხუთის გულმკერდის გრძელი ნერვით ინერვაციის დარღვევის შედეგად); ასევე სანინააღმდეგო მხარეს ტრაპეციული ხუთის სისუსტის შედეგად.

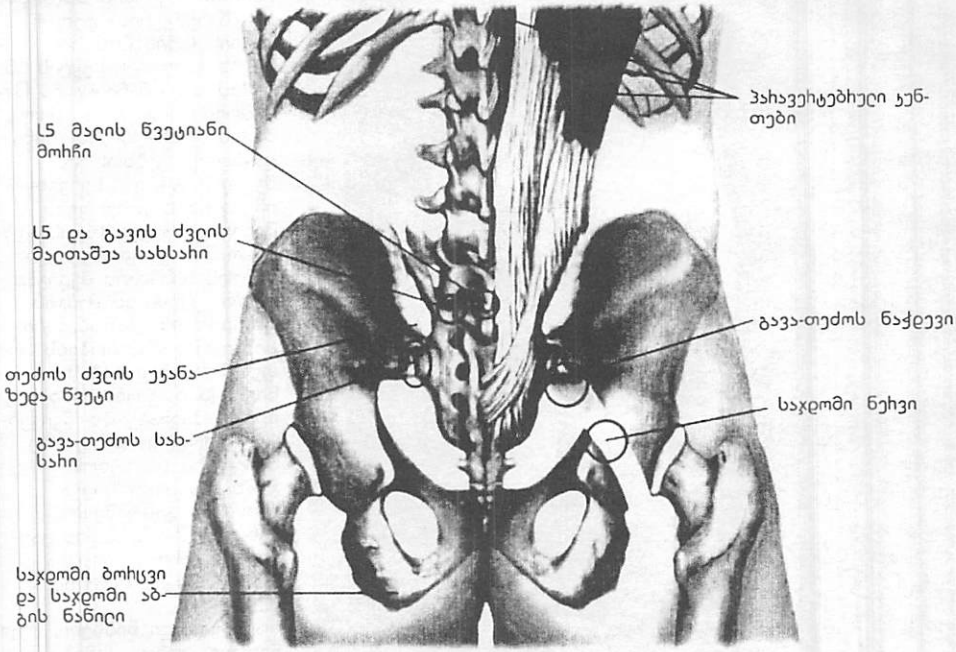
თეძოს ქედის ან მენჯის დახრილობის არათანაბარი სიმაღლე განაპირობებს ფეხების არათანაბარ სიგრძეს და ქრება, როდესაც ბლოკი მდებარეობს წვივების ქვემოთ და ტერფებზე. სკოლიოზი და თეძოს განზიდვა ან მოზიდვა შეიძლება გამოიწვიოს მენჯის დახრამ. ტანის ცალ მხარეს დახრა ვლინდება წელის დისკის თრაქის დროს.

თანდაყოლილი ნიშნები, მუქი ნითელი ფერის ჭრილები, თმიანი უბნები და ლიპომები ხშირად ფარავს ძვლის დეფექტებს, როგორიცაა *სპინა ბიფიდა*.

Cafe-au-lait-ის (ძრიანი ყავის ფერი) ლაქები (ჯანის შეცვლილი ფერის ლაქები), ჯანის მოდუნება და ფიბრომაზული სიმსივნეები *ნეიროფიბრომატოზის* დროს აღინიშნება.



პაციენტით დაადგინეთ იმ უბნების მტკივნეულობა, რომლებიც მიესადაგება ავადმყოფის ჩივილებს. გაიხსენეთ, რომ ნერვის ტკივილი საჭიროებს ყურადღებით გამოკვლევას ზურგის ტვინის კომპრესიის დასადგენად, რომელიც ტკივილის ყველაზე სერიოზული მიზეზია და შეიძლება გამოიწვიოს მიმდებარე ქიმიის დამბლა.



მაღთამშვა დისკის თიაკარმა, რომელიც ყველაზე ხშირია L5-სა და S1-ს შორის და L4-სა და L5-ს შორის, შეიძლება გამოიწვიოს ნვეტიანი მოხრების, მაღთამშვა სახსრების, გავა-საჯდომის ნაკლევის (წიგნში შეცდომაა, უნდა იყოს გავა-თეძოს ნაკლევი, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები) გავა-თეძოს ნაკლევის და საჯდომი ნერვის ტკივილი.

ხერხემლის ანთებამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს მაღთამშვა სახსრების ტკივილი.

დაიმახსოვრეთ, რომ ნეკნ-ხერხემლის კუთხეებში ტკივილი შეიძლება აღნიშნავდეს თირკმელების ინფექციას, ისევე როგორც ძვალ-კუნთოვან პათოლოგიას.

იხ. ცხრილი 15-1, ნერვის ტკივილი, გვ. 560.

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

კისერი ხერხემლის ყველაზე მოძრავი ნანილია, მას გააჩნია შვიდი მსხვილვადი მაღა, რომელთაც უჭირავთ 4.5 - 7 სგ თავი. მოხრა და გაშლა ხორციელდება პირველპირ თავის ქალასა და C1 (ატლასი) შორის, ხოტასია C1-C2-ით (აქსისი) და გვერდზე გადანევა C2-C7-ით.

სთხოვეთ ავადმყოფს, ჩაატაროს შემდეგი მანევრები და დააკვირდით მოძრაობის სირბილეს და პროპრიონაცეპციას:

- *მოხრა*. ნიკაპის მკერდზე დადება.
- *გაშლა*. ქვემო ახედვა.

მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება ვითარდება ანთებით გამონვეული შებოჭილობით, ტკივმული ტკივილის ან კუნთების სპაზმის გამო *კისრის გამრუდების* დროს.

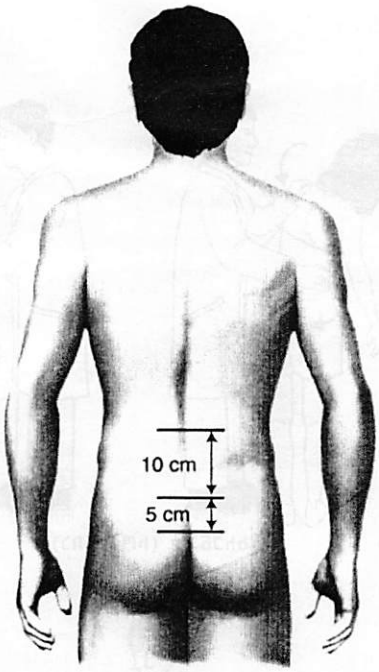
მნიშვნელოვანია, შეაფასოთ ჩვილი ბავშვების კისრის, მხრების, მკერდის ტკივილის ან შებოჭილობის თავობაზე, რისი შესაძლო მიზეზია ზურგის ტვინის ან ნერვების ფესვების კომპრესია. იხ. ცხრილი 15-2, კისრის ტკივილი (გვ. 561).

- *ხოტაცია.* შეაბრუნოს თავი ოთივე მხარეს და გაიხედოს ზუსტად მხრებს ზევით
- *გვერდზე გადახრა.* მოხაროს თავი ისე, რომ ყოველი ყურით შეეხოს მხარს.

მტკივნეულობა, მგრძნობელობის დაკარგვა ან მოძრაობის შეზღუდვა საჭიროებს კისრის და ზედა კიდურების ყურადღებით ნევროლოგიურ გამოკვლევას

ამის შემდეგ შეამოწმეთ ხერხემლის მოძრაობის ამპლიტუდა.

- *მოხრა.* სთხოვეთ ავადმყოფს ნინ დაიხაროს და შეეხოს ფეხის თითებს (მოხრა). დააკვირდით მოძრაობის სირბილეს და სიმეტრიას, მოძრაობის ამპლიტუდას და ნეღის არის ნაღრეკს. მოხრისას ნეღის შეღრეკა უნდა გასნორდეს.



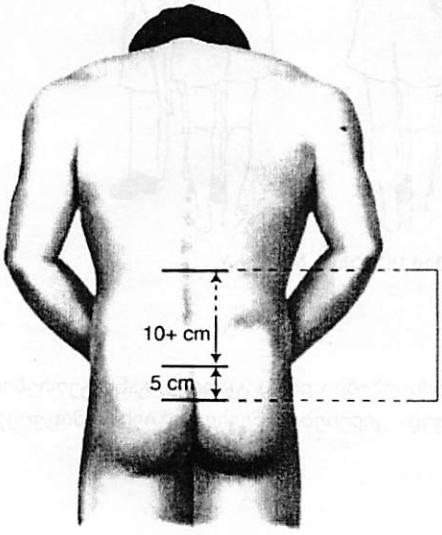
ჩვეულებრივი არითრიტის დროს C1-C2-ის დონეზე მტკივნეულობა მიუთითებს ქვეყანოვარდნილობაზე და ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის კომპრესიაზე.

გულ-მკერდის დეფორმაციას წინ გადახრის დროს *სკოლიოზი* ეწოდება.

ნეღის ღრძილოზის შენარჩუნება მიუთითებს კუნთების სპაზმზე ან მაანკილოზებელ *სპონდილიტზე.*



თქვენ უნდა გაზომოთ ხერხემლის მოხრის ხარისხი, როდესაც ავადმყოფი დგას და წინ დაიხრება. მონიშნეთ ხერხემალი გავაკეთესუნის სახსარში, მის ზემოთ გადაზომეთ 10 სმ და ქვემოთ - 5 სმ. ამ ორ წერტილს შორის მანძილის 4 სმ-ით გაზრდა ნორმად ითვლება. ორ ქვედა წერტილს შორის მანძილი უცვლელი უნდა იყოს.



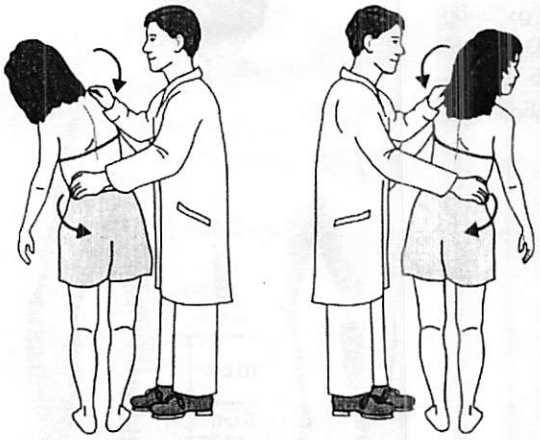
ნორმის ფარგლებში მატულობს 4 სმ-ით

- *გაშლა.* ხელი დადეთ თეძოს უკანა ნაწილზე ისე, რომ თითები შუახაზის ნინ იყოს და სთხოვეთ ჰაც შეუძლია ღრმად გადაინიოს უკან.
- *ჰოტაცია.* ეთთი ხელი დაადეთ ავადმყოფს თეძოზე და დააფიქსირეთ მენჯი, მეორე ხელი დაადეთ მხარზე. შემდეგ შეაბრუნოს ტანი მხრების და შემდეგ თეძოს უკან გადანევით. გაიმეორონ ეს მოძრაობა სანინაალმდეგო მხარეს.
- *გვერდზე გადანევა.* ისევ დაუფიქსირეთ მენჯი ხელის თეძოზე დადებით. სთხოვეთ, ჰამდენადაც შეუძლია ორივე მხარეს გადაიხაროს.

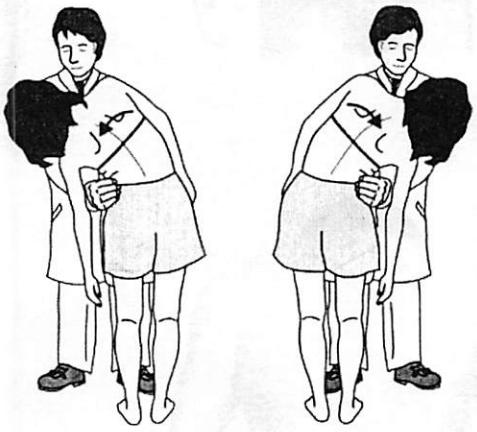
ხერხემლის მოძრაობის შეზღუდვა *ოსტეოართრიტის* და *მაანკილოზებელი სპონდილიტის* დროს აღინიშნება, ასევე სხვა მდგომარეობების დროს.[27]



ბაშლა (ექსტენზია)



ბრუნვა (ჰოტაცია)



ღუნვა

ისევე როგორც ჯილის არეში, ამ მოძრაობების დროს ტკივილი, განსაკუთრებით, თუ ტკივილი ფეხებში გადაეცემა, საჭიროებს ქვედა კიდურების ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

უნდა განიხილოთ ზურგის ტვინის ან ნერვის ფესვის კომპრესია. დაიმახსოვრეთ, რომ თეძოს, სწორი ნანლვის ან მენჯის სახსრების ანთების ან ინფექციის დროს ვითარდება ხერხემლის ნელის ნანილის სიმპტომები. იხ. ცხრილი 15-1, ნელის ტკივილი (გვ. 560).

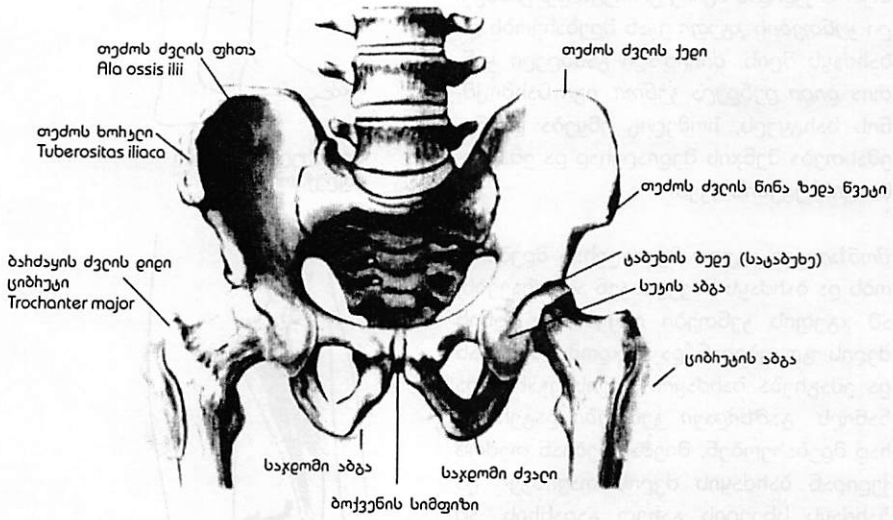
მენჯ-ბარძაყის მიმოხილვა

მენჯ-ბარძაყის სახსარი მენჯში ღრმად არის ჩამჯდარი და გამოირჩევა თავისი ძალით, სტაბილურობით და მოძრაობის დიდი ამპლიტუდით. მენჯ-ბარძაყის სახსრების სტაბილურობა, რაც მნიშვნელოვანია წონის ტარებისთვის, იქმნება ბარძაყის ძვლის თავის ღრმა ჯდომით *ტაბუხის ბუდეში*, მისი სახსრის ძლიერი ფიბროზული ჩანთით და მძლავრი ჯუნთებით, რომლებიც ჯვრულად სახსარს და უმაგრებენ ბარძაყის ძვალს თავის ქვემოთ და განაპირობებენ ძვლის მოძრაობის დიდ ამპლიტუდას.

ძვლოვანი სტრუქტურები და სახსრები

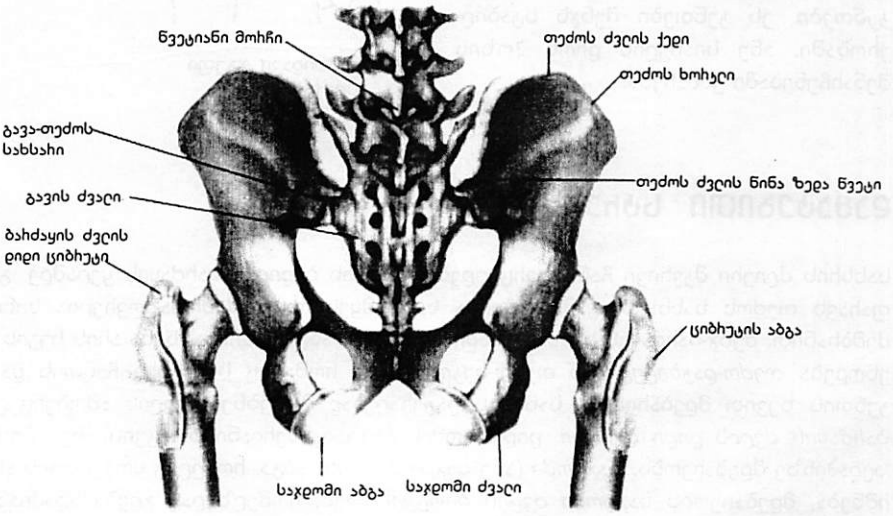
მენჯ-ბარძაყის სახსრები მდებარეობს საზარდულის იოგის შუა მესამედის ქვეშ ღრმად. ეს არის ბურთი-ჩაღრმავების ტიპის სახსარი – დაახვრიტით, როგორ ესახსრება ბარძაყის ძვლის მრგვალი თავი ტაბუხის ჩაღრმავებას. მისი მფარავი ჯუნთებისა და ღრმა მდებარეობის გამო სახსრის პალპაცია ვერ ხერხდება. განიხილეთ მენჯის ძვლები – *ტაბუხის ბუდე, თეძოს ძვალი* და *საჯდომი ძვალი* – და მათი შეერთება წინა მხარეს *ბოქვენის სიმფიზთან*, უკანა მხარეს გავა-თეძოს ძვალთან.

ბარძაყის *წინა მხარეს* გამოყავით თეძოს ქედი მენჯის ზედა ჯიღესთან L4-ის დონეზე. მიყევით ქვემოთ წინა ჩაჯს და დაადგინეთ *თეძოს ხორკლი*, რაც ქედის დიდ ნაწილს იკავებს და გააგრძელეთ ქვემოთ *გასინჯვა თეძოს წინა ზემო წვეტამდე*. ცერი თითი დაადეთ წინა ზემო წვეტს და თითები ჩამოსწიეთ თეძოს ხორკლიდან ბარძაყის ძვლის *დიდ ტიბრულამდე*. შემდეგ ცერი თითი ამოძრავეთ მედიალურად და იარიბად ბოქვენის სიმფიზისკენ, რომელიც დიდი ტიბრულის დონეზე მდებარეობს.



წინა ხედი

უკანა მხარეს მდებარეობს თეძოს *უკანა ზემო წვეტი* დუნდულოების ჩაღრმავებაზე. თქვენი მარცხენა ცერი და საჩვენებელი თითი დადეთ უკანა ზემო წვეტზე, შემდეგ ღრმად ოდნავ თითებით გასინჯეთ *დიდი ტიბრული* დუნდულოს ნაკეცის დონეზე და ცერი დაადეთ მედიალურად *საჯდომი ძვლის ბორცვს*. *გავა-თეძოს სახსარი* პალპაციით არ ისინჯება.

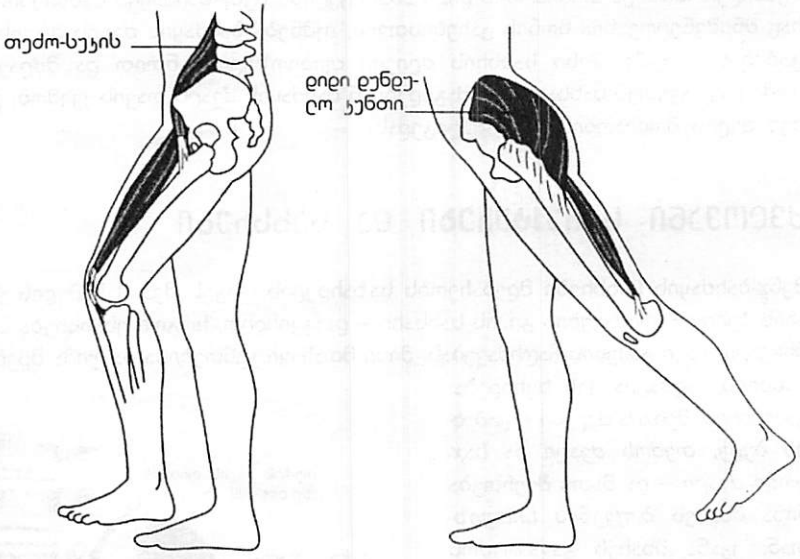


უკანა ხედი

დაიმახსოვრეთ, რომ წარმოსახვითი ხაზი წინა და უკანა ზემო წვეტებს შორის სახსარს ჯვეთს S2-ის დონეზე.

ჯუნთთა ჯგუფები

მენჯ-ბარძაყის სახსარს უკავშირდება მძლავრი ჯუნთების ოთხი ჯგუფი. გამოსახეთ ეს ჯუნთები, როდესაც ავადმყოფს გასინჯავთ და დაიმახსოვრეთ, რომ იმისათვის, რომ ბარძაყის ან სხვა ძვალი ამოძრავოთ მოცემული მიმართულებით, ჯუნთების ჰორიზონტალური და ვერტიკალური მიმაგრება უნდა ***მიემართებოდეს სახსრის ხაზის გადაჯვეთაზე.***

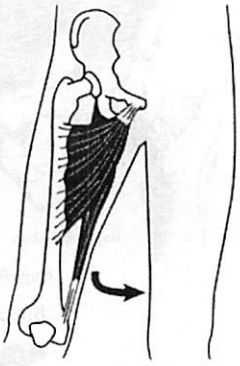


მომხრეი ჯუნთები (ფლექსორები)

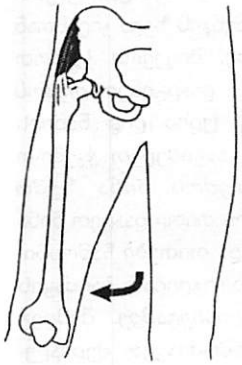
გამშლელი ჯუნთების ჯგუფი (ექსტენზორები)

მომხრეი ჯუნთები წინ მდებარეობს და ხრის ბარძაყს. მთავარი მომხრეი ჯუნთია *თეძო-სუჯის*, რომელიც მიემართება თეძოს ქედიდან მცირე ციბრუტამდე. *გამშლელი ჯუნთების ჯგუფი* უკან მდებარეობს და ბარძაყს შლის. ძირითადი გამშლელი ჯუნთია *დიდი დუნდულა ჯუნთი*. იგი წარმოქმნის სატყეპეს, რომელიც იწყება და მიემართება მენჯის მედიალურად და ემაგრება ციბრუტების ქვეშ.

მომზიდავი ჯგუფი მედიალურად მდებარეობს და ბარძაყს სხეულისკენ ამოძრავებს. ამ ჯგუფის ჯუნთები იწყება ბოქვენის ძვლის ტოტებიდან და საჯდომი ძვლიდან და ემაგრება ბარძაყის ძვლის უკანა შუა ნაწილს. *გამზიდავი ჯუნთები* ღატეჰალურად მდებარეობენ, მიემართებიან თეძოს ქედიდან ბარძაყის ძვლის თავისკენ და ბარძაყს სხეულის გარეთ გადახრის. ამ ჯგუფში შედის *შუა და მცირე დუნდულა ჯუნთები*. ეს ჯუნთები მენჯს სტაბილურობაში, ანუ სიარულის დროს პოზის შენარჩუნებაში ეხმარება.



მომზიდავი ჯგუფი ადდუქტორები



განმზიდავი ჯგუფი აბდუქტორები

დამატებითი სტრუქტურები

სახსრის ძლიერი მკვრივი ჩანთა ვრცელდება ტაბულის ბედიდან ბარძაყის ყელამდე, გარედან ფარავს თეძოს სახსარს, გამაგრებულია სამი მყესით და შემოსაზღვრულია სინოვიური მემბრანით. მენჯ-ბარძაყის სახსარს სამი ძირითადი აბგა გააჩნია. წინა არის სუჯის (ასევე ეწოდება *თეძო-დაკბილული ან თეძო-სუჯის*) აბგა, რომელიც სასახსრე ჩანთის და სუჯის ჯუნთის ზევით მდებარეობს. სახსრის ღატეჰალურად მოძებნეთ ძვლის ამობურცულობა – *ბარძაყის ძვლის დიდი ბორცვი*. დიდი ზომის მრავალგამეხიანი ბორცვის აბგა მის უკანა ზედაპირზე მდებარეობს. *საჯდომი* (ანუ *საჯდომ-სუჯის*) აბგა, რომელიც ყოველთვის არ აღინიშნება, მდებარეობს *საჯდომი ძვლის ბორცვის* ქვეშ, რომელზედაც ჯდება ადამიანი. მის პორიზონტალურად ნახეთ საჯდომი ნერვი, როგორც ნაჩვენებია 529-ე გვერდზე.

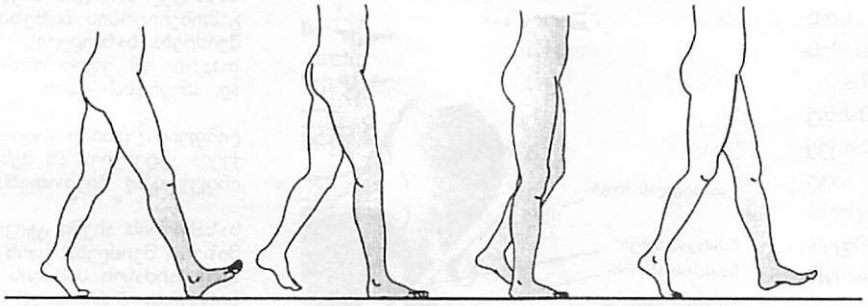
გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

თეძოების ინსპექცია იწყება ავადმყოფის ოთახში შემოსვლისთანავე მის სიარულზე დაკვირვებით. დაკვირვებით სიარულის ორ ფაზას:

ჰრობლემათა უმეტესობა ვლინდება დგომის - ნონით დატვირთვის ფაზაში.

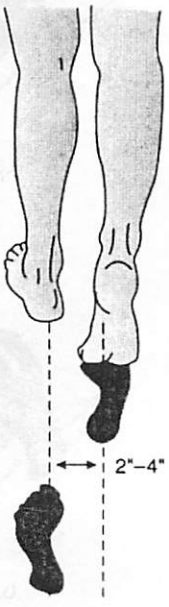
- *დგომა (პოზა)* – როდესაც ფეხები იატაკზე დგას და ნონით იტვირთება (სიარულის ციკლის 60%)



სიარულის პოზისური ფაზა

- *ხტომა* – როდესაც ფეხები მოძრაობს და ამ დროს არ ხდება ნონით დატვირთვა (ციკლის 40%)

დაკვირვებით სიარულის დროს დაყრდნობის სიგანეს, მენჯის გადაადგილებას და მუხლების მოხრას. დაყრდნობის სიგანე ქუსლებს შორის უნდა იყოს 5-10 სმ. ნორმალური სიარული არის თანაბარი, უწყვეტი რიტმის, ხორციელდება ნონით დატვირთული ჯიხურების გამზიდველი ჯუნთების შეკუმშვით. გამზიდველი ჯუნთების შეკუმშვა მოპირდაპირე თეძოს აწევით ამყარებს მენჯს და უზრუნველყოფს ნონასწორობის შენარჩუნებას. მუხლები იხრება დგომის ფაზაში, გარდა იმ მომენტისა, როდესაც ქუსლები უბრტყელდება იატაკს, რათა გაანეიტრალოს მუხლების მოძრაობა.



გამოიკვლიეთ ხერხემლის ნეკის ნანილის მკრივე ღრმოზი და ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს შეაფასეთ ფეხების სიგრძე და სიმეტრია. (ფეხების სიგრძის გაზომვისთვის იხ. სპეციალური მეთოდები, გვ. 557).

დაყრდნობის სიგანის გაზრდა მიუთითებს ნათხემის პათოლოგიაზე ან ტერფების ჰრობლემაზე.

ბარძაყის ამოვარდნილობამ, ართრიტმა ან გამზიდველი ჯუნთების სისუსტემ შეიძლება გამოინვიოს საპირისპირო მხარეს მენჯის დაწევა და ჭანაობით სიარული.

მუხლებში მოხრის შესუსტება არღვევს თანაბარ სიარულს.

ღრმოზის გაჭრობა შეიძლება ასახავდეს *პარავერტებრული ჯუნთების სპაზმს*; ღრმოზის გაღრება მიუთითებს *ბარძაყის მოხრით დეფორმაციაზე*.

ფეხების სიგრძის ცვლილება ვლინდება გამზიდველი ან მომზიდველი დეფორმაციის ან სკოლიოზის დროს. ფეხის დამოკლება და გარეთა როტაცია მიუთითებს *მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობაზე*.

დაათვალიერეთ ბარძაყის წინა და უკანა ზედაპირები ხაიმე უბანში ჯუნთების ატროფიის და სისხლნაგლენთის არსებობაზე.

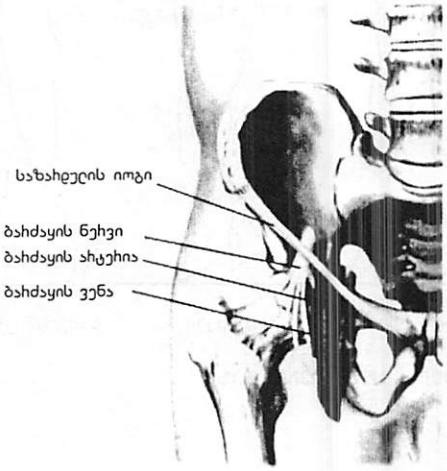
ᲖᲔᲓᲐᲞᲘᲠᲘ

დაათვალიერეთ ბარძაყის საპროექციო არე. *წინა ზედაპირზე* მდებარეობს *თეძოს ქედი, თეძოს ძვლის ხორკლი და თეძოს წინა ზემო წვეტი. უკანა ზედაპირზე* შეგიძლიათ გაარჩიოთ *თეძოს უკანა ზემო წვეტი, დიდი სიბრტყი, საჯდომი ძვლის ბორცვი და საჯდომი ნერვი.*

ხოლესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, სთხოვეთ ტერფი დააღოს მეორე ფეხის მუხლს. შემდეგ ჩაატარეთ პალპაცია *საზარდულის იოგის გასწვრივ,* რომელიც მიემართება თეძოს წინა ზემო წვეტიდან ბოქვენის ბორცვისკენ. ბარძაყის ნერვი, არტერია და ვენა შუაზე ყოფს საზარდულის იოგს; მედიალურად მდებარეობს ღიმფური ჯვანძები. სიმბოლური სახელწოდება NAVEL დაგეხმარებათ ლატერალური-მედიალური თანმიმდევრობის დამახსოვრებაში: N – ნერვი, A – არტერია, V – ვენა, E – ცარიელი სივრცე, L – ღიმფური ჯვანძი.

თუ ბარძაყის არეში ტკივილი აღინიშნება, პალპაციით გასინჯეთ *სუკის ჯუნთის* ბაგა საზარდულის იოგის ქვემოთ და ღრმად.

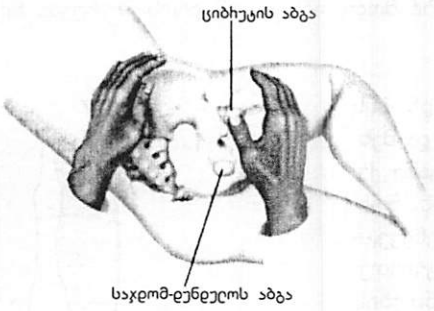
ხოლესაც ავადმყოფი გვერდზე წევს და ფეხები მოხრილი აქვს მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, გასინჯეთ *სიბრტყის* ბაგა, რომელიც დიდ სიბრტყზე დევს. ნორმალურად, *საჯდომ-დუნდულოს* ბაგა საჯდომი ბორცვის ზემოთ პალპაციით არ ისინჯება, თუ არ არის მისი ანთება.



საზარდულის იოგის არეში გამობერილობის მიზეზი შეიძლება *საზარდულის თიაქარი* ან, უფრო იშვიათად, *ანევრიზმა* იყოს.

ღიმფური ჯვანძის გადიდება ქვედა ჯიდურების ან მენჯის ინფექციაზე მიუთითებს.

საზარდულის არეში ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს მენჯ-ბარძაყის სახსრის *სინოვიტი, ბურსიტი ან სუკის ჯუნთის მესაძღო აბსცესი.*



სიბრტყის ბაგა

სიბრტყის პროექციაზე ტკივილი *სიბრტყის ბურსიტის* დროს აღინიშნება. დიდი სიბრტყის უკანა გვერდით ზედაპირზე ტკივილის მიზეზია ტენდინიტი ან თეძოს ტკივილით გამოწვეული ჯუნთების სპაზმი.



საჯდომ-დუნდულოს ბაგა

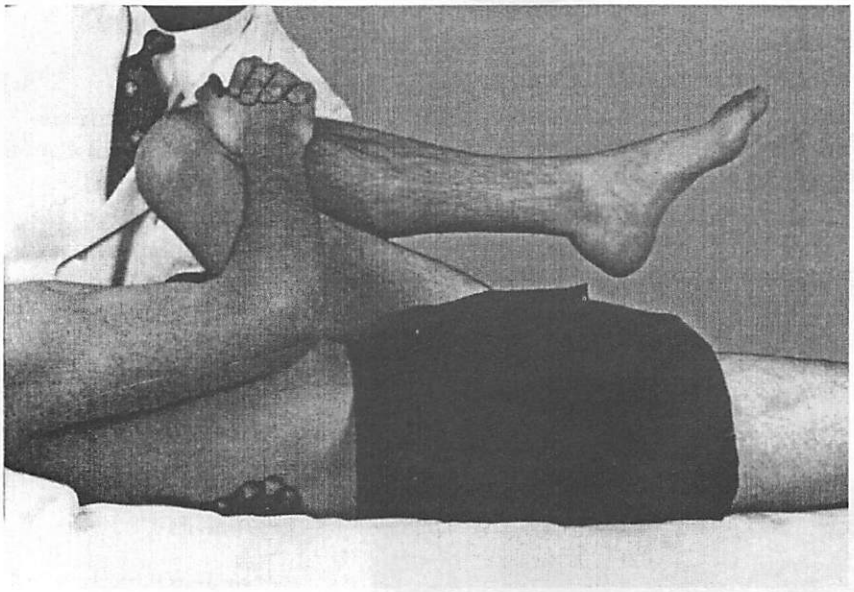
საჯდომ-დუნდულოს ბაგის ტკივილი - "ფეიჯრის საჯდომი" - საჯდომ ნერვთან სიახლოვის გამო იშიასს ჰგავს.

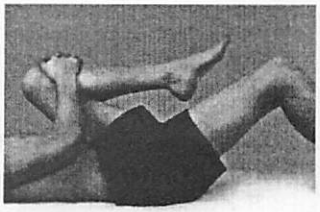
მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოძრაობა მოიცავს *მოხრას, გაშლას, განზიდვას, მოზიდვას* და *ოტაციას*. ყურადღება მიაქციეთ იმას, რომ თეძოს სახსრის მოხრა უფრო დიდია, ვიდრე მუხლის. ოტაციის მიმართულება ორივესაც მუხლი მოხრილია, შეიძლება არეული იყოს: ორივეს ფეხის ქვედა ნაწილი გვერდზეა შეტრიალებული, ბარძაყი შიგნითაა შებრუნებული. ეს არის ბარძაყის მოძრაობა სახსარში, რაც განსაზღვრავს ამ გადაადგილებას.

- *მოხრა*. ორივეს ავადმყოფი ზურგზე წევს, ხელი ამოუდეთ წელის არეში. სთხოვეთ, თითოეული მუხლი მიიტანოს გულ-მკერდთან და სწრაფად გაჭიმოს მუცლის სანინააღმდეგოდ. დააკვირდით ავადმყოფის ზურგის თქვენ ხელზე შეხებას, რაც ნიშნავს წელის ღრძოზის ნორმალურ გადასწორებას – კიდევ უფრო მეტი მოხრა ვითარდება მენჯ-ბარძაყის სახსრიდან.

ბარძაყის მოხრითი დეფორმაციის დროს, ორივეს მოკრძალებით ბარძაყი მოხრილია (ბარძაყი გულ-მკერდის სანინააღმდეგოდაა), დაზიანებული ფეხი ვერ მიყვება ფეხის სხეულ გაშლას და ბარძაყი მოხრილად გამოიყურება.





მენჯ-ბარძაყის სახსრის მოხრა და წელის ღრძოზის ნორმალური გადასწორება

ორივეს ბარძაყი მუცლის პირდაპირაა, შეაფასეთ მოხრის ხარისხი მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში. ნორმალურად, ბარძაყის წინა ნაწილი შეიძლება გულ-მკერდს ეხებოდეს. დააკვირდით, ორივეს მეორე ფეხი მთლიანად გაშლილია მაგიდაზე.

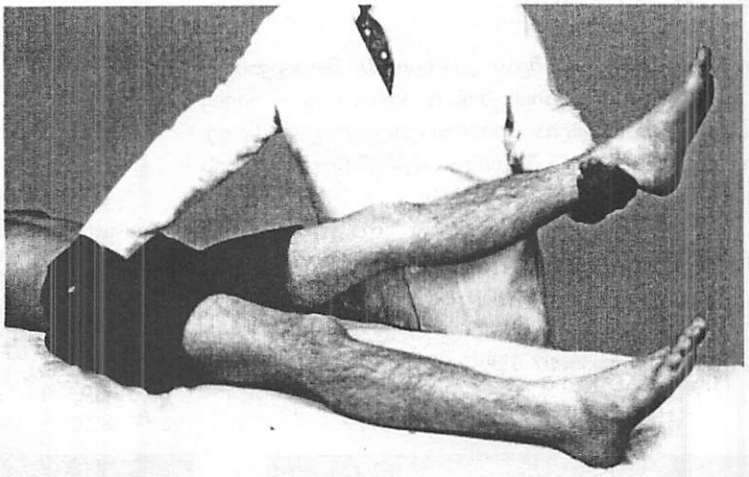
მოხრითი დეფორმაცია შეიძლება შეინიღბოს წელის ღრძოზის მომატებით, უკეთ, ვიდრე წელის გადასწორებით, და მენჯის წინ დახრით.

- *გაშლა*. ორივეს ავადმყოფი პირქვე წევს, გაუშალეთ ფეხი უკანა მიმართულებით. ასევე, ავადმყოფი დაანვინეთ ზურგზე მაგიდის კიდესთან და ფეხი უკან გაუშალეთ.

განზიდვის შეზღუდვა ხშირია მენჯ-ბარძაყის სახსრის *ოსტეოართრიტის* დროს.

- *განზიდვა*. მენჯი დაასფიქსირეთ მოპირდაპირე თეძოს წინა ზემო ნვეტზე ეთით ხელით ზეწოლით. მეორე ხელი მოკიდეთ მუხლს და გაშლილი ფეხი აუწიეთ სანამ არ შეიგრძნობთ თეძოს ნვეტის მოძრაობას. ეს მოძრაობა აღნიშნავს თეძოს განზიდვის ზღვარს.

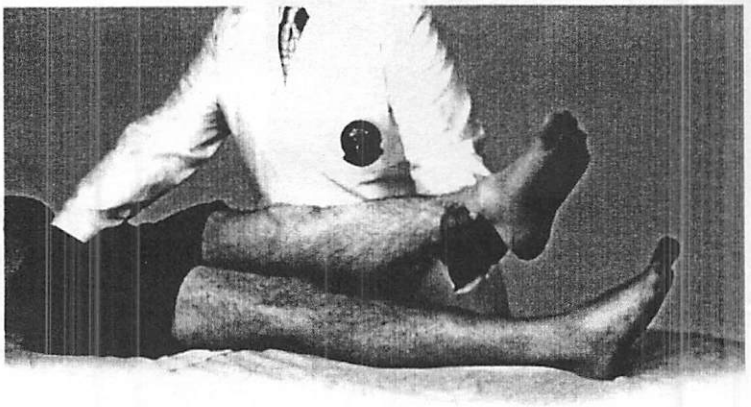
ასევე, დადექით მაგიდიდან ოდნავ მოშორებით, ხელები მოკიდეთ ორივე მუხლს და მაქსიმალურად გადაუშალეთ, ორივე ფეხის განზიდვით მენჯ-ბარძაყის სახსრებში. ეს მეთოდი



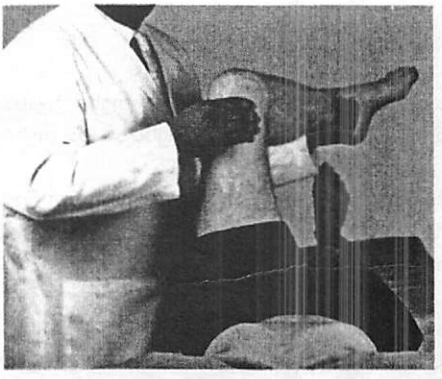
შიგნით ჩოტაციის შეზღუდვა მენჯ-ბარძაყის ისეთი პათოლოგიების განსაკუთრებით მგრძნობიარე მარჩენებელია, როგორიცაა ართრიტი. გარეთ ჩოტაცია ასევე ხშირად იზღუდება.

საშუალებას გაძლევთ ორივე მხარე შეადარონ, ჩოდესაც მოძრაობა შეზღუდულია, მაგრამ არ გამოგადგებათ იმ შემთხვევაში, ჩოდესაც მოძრაობის ამპლიტუდა სრულია.

- *მოხრა.* ჩოდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, დაუფიქსირეთ მენჯი, მოუხარეთ ეთი მუხლი და ფეხი უმოძრავეთ მედიალურად და გადაადეთ მეორე ფეხს ზემოდან.



- *გარეთ და შიგნით შეტრიალება.* ფეხი მოუხარეთ 90°-ით მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში. ეთი ხელით დაუფიქსირეთ ბარძაყი, მეორე ხელი მოკიდეთ მუხლს და ფეხი შეატრიალეთ მედიალურად გარეთ ჩოტაციის და ლატერალურად – შიგნით ჩოტაციის შესამოწმებლად.



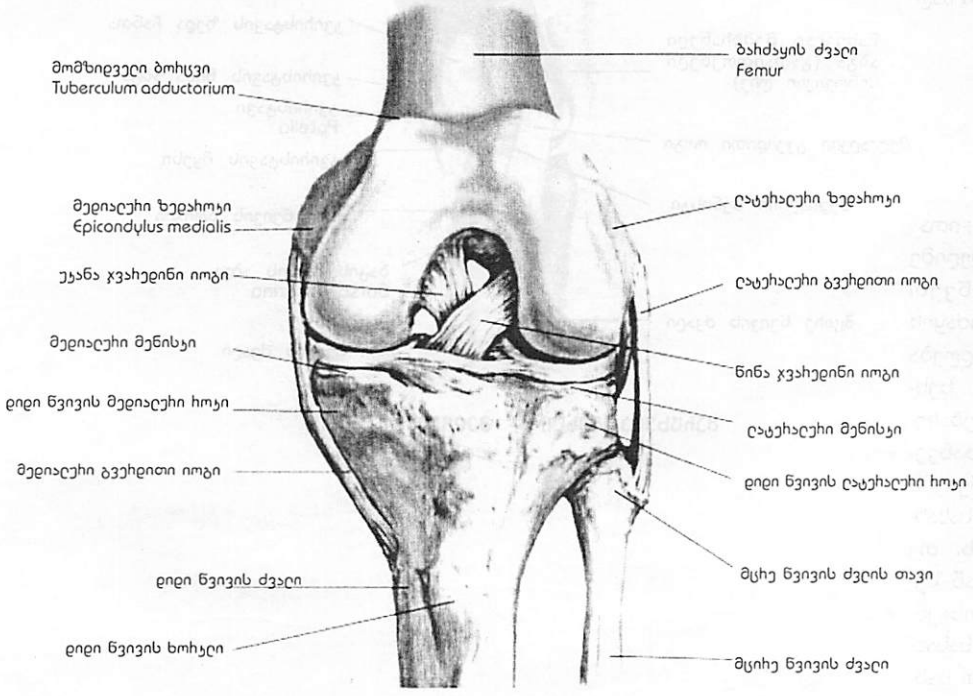
მუხლი

მიმოხილვა

მუხლის სახსარი სხეულის ყველაზე დიდი სახსარია. ეს არის ციღინდრული სახსარი, რომელიც სამ ძვალს მოიცავს: ბარძაყის ძვალი, დიდი წვივის ძვალი და ჯვირისტავი (ანუ მუხლის ფიალა), სამი სასახსრე ზედაპირით, მათგან ორი ბარძაყსა და დიდი წვივის ძვალს შორის და ერთი ბარძაყსა და ჯვირისტავს შორის. ყურადღება მიაქციეთ, რომ ბარძაყის ძვლის ორი მრგვალი ბოჯი ჯდება დიდი წვივის შესაბამის ბრტყელ შემაღრებაზე. მუხლის სახსარს არ გააჩნია სტაბილურობა, რაც ძირითადად დამოკიდებულია იოგებზე, რომლებიც თავის ადგილზე იჭერენ სახსრის ძვლებს. ეს თავისებურება, რაც გამოიხატება წვივის მიმართ ბარძაყის ძვლის ბერკეტულ ფუნქციაში და ცხიმის და ჯუნთების ნაკლებობაში, მუხლის სახსარს ძალიან მგრძნობიარეს ხდის დაზიანების მიმართ.

ძვლოვანი სტრუქტურები

მუხლის და მის გარშემო საბრძოლო არეები ამ ორი სახსრის ორიენტაციის სამუშაოებას გაძღევთ. თქვენი თითების წვერები ამოაცურეთ ბარძაყის მედიალურ ზედაპირზე, ხაზზე, რომელიც შარვლის შიგნითა ნაკერის შესაბამისია. თქვენი თითები მიუახლოვდება ძვლის ამობერილობას, *მომრგვალებულ ბორცვს*. ზუსტად მის ქვევით არის *მედიალური ზედაპირი*. მოპირდაპირე მხარეს შესაბამისად *ლატერალური ზედაპირია*.



მუხლის წინა ზედაპირი

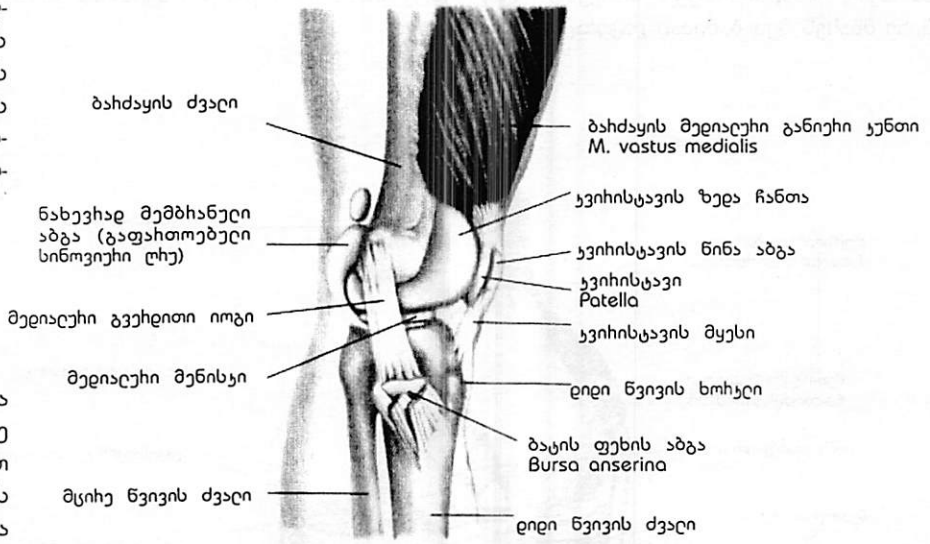


გამოყავით დიდი წვივის ძვლის მედიალური ზედაპირი – ჯანჭი. გაყევით მის წინა ზედაპირს ზევით *დიდი წვივის ხოჯამდე* (A). მენით მონიშნეთ ეს წერტილი. ამის შემდეგ გაყევით დიდი წვივის მედიალურ კიდეს გასწვრივ მიმართულებით ძვლოვან შემაღლებამდე – *დიდი წვივის მედიალური ხოჯამდე* (B). ის წვივის ხოჯზე ოდნავ უფრო მაღალია. მუხლის მეორე მხარეს შესაბამის ადგილზე მოძებნეთ მსგავსი შემაღლება – ღატაკალური ხოჯი (C). ორივე ხოჯი მონიშნეთ მენით. მუხლის ღატაკალურ ზედაპირზე დიდი წვივის ღატაკალური ხოჯის ოდნავ ქვევით მოძებნეთ მცირე წვივის ძვლის თავი.

ჯვრისტარი ბარძაყის წინა სასახსრე ზედაპირზე, ხოჯებს შორის მდებარეობს და ჩამჯდარია ოთხთავა ჯუნთის მყესში. ეს *მყესი* მუხლის სახსრის ქვევით გრძელდება, როგორც ჯვრისტარის მყესი და უმაგრდება დიდი წვივის ხოჯერს.

სახსრები

ორი *ხოჯისებური წვივ-ბარძაყის სახსარი* ნარმოიქმნება ბარძაყის ამოზნექილი მედიალური და ღატაკალური ხოჯების შესაბამისი დიდი წვივის ჩაზნექილ ხოჯებთან. მესამე სასახსრე ზედაპირია *ჯვრისტარ-ბარძაყის*. მუხლის სახსრის მოხრისა და გაშლის დროს ჯვრისტარი სრიალებს ბარძაყის დისტალურ ნაწილში არსებულ ჩაღრმავებაში, რასაც ტროქლეარული ჩაღრმავება ეწოდება.

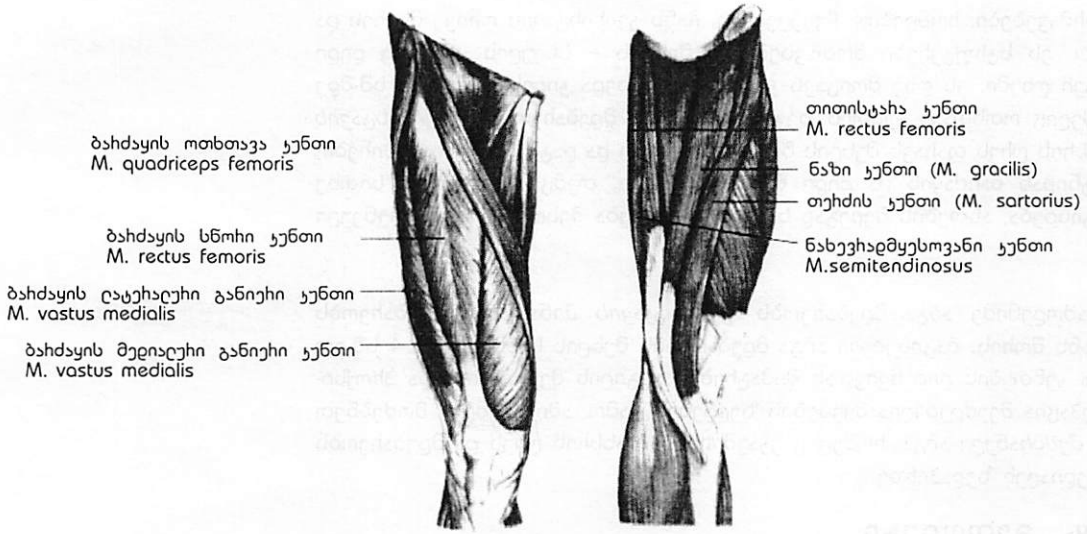


მარცხენა მუხლი – მედიალური ხედი

ხოლესაც მუხლის სახსარი 90°-ითაა მოხრილი, ცერი თითით ხომალდიმე მხარეს შეგრძნობთ დაანვეთ ჯვრისტარის მყესს წვივ-ბარძაყის სახსრის ჩაღრმავებაში. ყურადღება მიაქციეთ, რომ ჯვრისტარი ზუსტად ამ სახსრის ზემოთ მდებარეობს. თუ ცერით ქვევით დაანვებით, შეიგრძნობთ დიდი წვივის შემაღლებას, რაც ძვლის ზედა სასახსრე ზედაპირს წარმოადგენს. თუ თითს გააცურებთ შუახაზიდან ზემოთ ჯვრისტარის მწვერვალისკენ, შეგრძნობთ გაყვეთ ბარძაყის სასახსრე ზედაპირს და მოძებნოთ სახსრის კიდეები.

ჯუნთთა ჯგუფები

მუხლის სახსარს უკავშირდება ძლიერი ჯუნთები. *ბარძაყის ოთხთავა ჯუნთი* ვრცელდება ფეხზე და ფარავს ბარძაყის წინა, მედიალურ და გვერდით ზედაპირებს. *მუხლქვეშა ჯუნთები* ბარძაყის უკანა ზედაპირზეა და ხრის მუხლის სახსარს.



წინა ხედი მედიალური ხედი

დამატებითი სტრუქტურები

იოგების ორი მნიშვნელოვანი წყვილი, გვერდითი და ჯვარედინი იოგები და მენისკი განაპირობებს მუხლის სახსრის სტაბილურობას (იხ. გვ. 550 და 551).

- *მედიალური გვერდითი იოგის - მგი (medial collateral ligament - MCL)* პაერპასია ძნელია. იგი არის ფართო ბრტყელი იოგი, რომელიც აერთებს ბარძაყის და დიდი წვივის მედიალურ გვერდით ორეებს. მგი ანატომიური მდებარეობის დასადგენად თქვენი თითები ამოძრავეთ მედიალურად და უკან სახსრის ხაზის გასწვრივ, შემდეგ პაერპასია ჩაატარეთ იოგის გასწვრივ მისი დასაწყისიდან მიმაგრებამდე.

- *ლატერალური გვერდითი იოგი - ლგი (lateral collateral ligament - LCL)* აერთებს ბარძაყის ლატერალურ როჯს მცირე წვივის თავთან. LCL გასასინჯად ფეხები გადაჯვარედინეთ ისე, რომ წვივი იდოს მეორე მუხლზე და მოძებნეთ მკვრივი ქიმი, რომელიც მიემართება ბარძაყის ლატერალური ზედაორეებიდან მცირე წვივის თავისკენ. MCL და LCL სახსარს გვერდებიდან ამაგრებს.

- *წინა ჯვარედინი იოგი - წჯი (anterior cruciate ligament - ACL)* ორიბად მიემართება ბარძაყის ლატერალური როჯიდან დიდი წვივის მედიალურ როჯამდე და იცავს მცირე წვივს ბარძაყის მიმართ სრიალისგან.

- *უკანა ჯვარედინი იოგი - უჯი (posterior cruciate ligament - PLC)* დიდი წვივის ლატერალური როჯიდან და ლატერალური მენისკიდან მიემართება ბარძაყის მედიალურ როჯამდე და იცავს დიდი წვივის ძვალს ბარძაყის უკან გასრიალებისგან. ვინაიდან ეს იოგები სახსარშია მოთავსებული, მათი პაერპასია შეუძლებელია. ეს იოგები მუხლის სახსრის წინა-უკანა სტაბილურობაზე არიან პასუხისმგებელნი.

- *შიგნითა და გარეთა მენისკები* ახორციელებს ბარძაყის მოძრაობას დიდი წვივის მიმართ. ნამგლის ფორმის ფიბროზულ-ხრტილოვანი დისკები უკავშირდებიან დიდი წვივის შემაღლებას. *შიგნითა მენისკის* პალპაცია შესაძლებელია დიდი წვივის შემაღლების ზედა კიდის გასწვრივ ხორციელდება ჩაღრმავებაში. ორნავ მოუხარეთ მუხლი და პალპაციით გასინჯეთ *გარეთა მენისკი* სახსრის ღატეხალუად.

გამოიკვლიეთ ჩაღრმავებები, რომლებიც, ჩვეულებრივ, ჩანს კვირისტავის ორივე მხარეს და ასევე მის ზემოთ. ეს სტრუქტურები მოთავსებულია მუხლის – სხეულის ყველაზე დიდი სახსრის - სინოვიუმ ღრუში. ეს ღრუ მოიცავს კვირისტავის ზედა კიდის ზემოთ 6 სმ-მდე გაგრძელებას, რომელიც ოთხთავა ჯუნთის ზევით და ღრმად მდებარეობს – *კვირისტავის ზედა ჩანთას*. სახსრის ღრუს ფარავს მუხლის ნინა, მედიალური და ღატეხალური ზედაპირები, ისევე როგორც უკნიდან ბარძაყის და დიდი წვივის ორკები. თუმცა სინოვიური სითხე ნორმალურად არ დგინდება, ანთების შედეგად სახსარი შეიძლება შესივდეს და მტკივნეული გახდეს.

მუხლის ახლოს რამოდენიმე ბურსა მდებარეობს. *კვირისტავის ნინა ბურსა* მდებარეობს კვირისტავსა და კანს შორის. *ბატისებური ბურსა* მდებარეობს მუხლის სახსრიდან 2-4 სმ-ით ქვევით, მუხლქვეშა ჯუნთების დიდ წვივთან მიმაგრების ადგილის მედიალურად და პორტალურად. მისი პალპაცია შეუძლებელია მყესების ზედების გამო. ამის შემდეგ მოძებნეთ ფარითო *ნახევრად მემბრანული ბურსა*, რომელიც უკავშირდება სახსრის ღრუს და მდებარეობს მუხლის უკან და მედიალურ ზედაპირზე.

ბამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დააკვირდით ავადმყოფის თანმიმდევრობას სიარულის ოთახში შემოსვლისას. მუხლები უნდა იშლებოდეს ქუსლის დარტყმისას და იხრებოდეს დგომის და სიარულის სხვა ფაზებში.

შეამოწმეთ მუხლების სიმეტრიულობა და კონტურები, ოთხთავა ჯუნთის ატროფიის არსებობა.

კვირისტავის გარშემო ნორმალური ჩაღრმავების დაკარგვა მუხლის სახსრის და კვირისტავის ზედა ჩანთის შეშუპების ნიშანია. ყურადღება მიაქციეთ სახსრის გარშემო არიან სხვა შეშუპებას.

პალპაცია

სთხოვეთ ავადმყოფს დაჯდეს გამოსაკვლევი მაგიდის კიდესთან და მოხაროს მუხლები. ამ მდგომარეობაში ძვლების საპროექციო არეები კარგად ჩანს, ხოლო მყესები, ჯუნთები და ორგანები უფრო მოდუნებულია და მათი პალპაცია ადვილია.

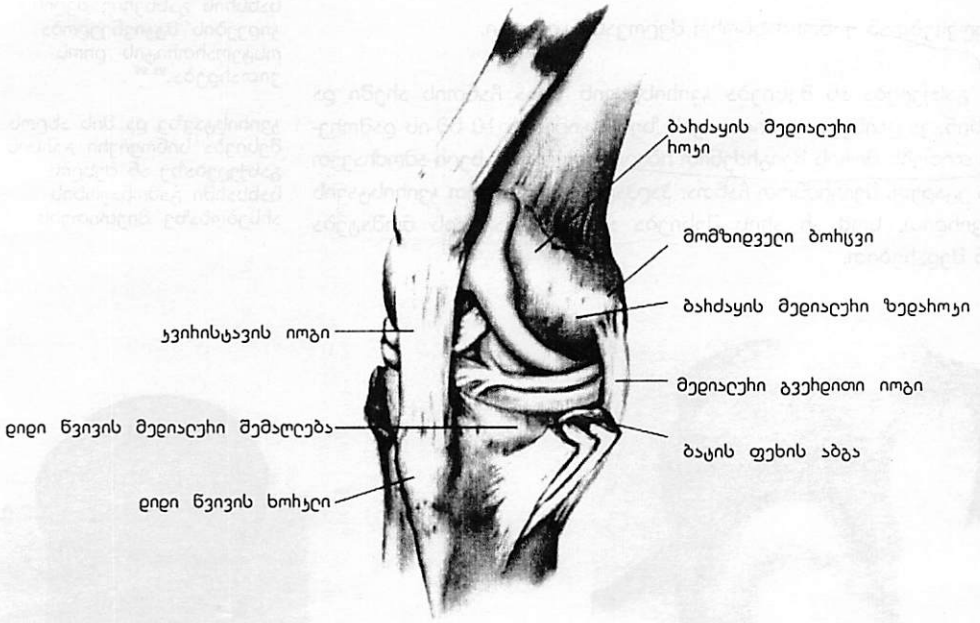
პირველ რიგში გასინჯეთ მუხლის მნიშვნელოვანი ძვლების საპროექციო არეები. მუხლების წინ დგომისას ცერა თითი დაადეთ კვირისტავის მყესის ქვემოდან მხარე ხორციელდება ჩაღრმავებაში. მედიალურად, ცერა ამოძრავეთ ზევით და შემდეგ ქვევით და გამოყავით *ბარძაყის მედიალური ორკა* და *დიდი წვივის მედიალური შემაღლების ზედა კიდე*. გაყევით კვირისტავის მყესს დისტალურად *დიდი წვივის ბორცვამდე*. მომზიდველი ბოქვი *ბარძაყის მედიალური ორკის* უკანაა.

ფეხის ნამოკვრა ან მუხლის ჩაკეტვა ქუსლის დარტყმის დროს მიუთითებს *ოთხთავა ჯუნთის სისუსტეზე.*

ხმლისებური *(genu vorum)* და მიგნით მეზნექილი *(genu volgum)* მუხლის სახსრები ხშირია; პორტალური (სრული გაშლის შეუძლებლობა) კიდურის დამბლის დროს აღინიშნება.

კვირისტავის გარშემო შესიება მიუთითებს *კვირისტავის წინა ბურსიტზე.* დიდი წვივის ბორკილის არეში შესიება მიუთითებს *კვირისტავის ქვედა* ან უფრო *მედიალურად ბატისებურ ბურსიტზე.*

ჯვიისტავის მყესის ატეხაღებად გამოყავით *ბარძაყის ატეხაღები ხოჯი* და *დიდი წვივის ატეხაღები შემაღება*. ბარძაყის მედიაღები და ატეხაღები *ზედახოჯები* ხოჯების ატეხაღებაა, ხოდესაც მუხღები მოხხიდია. დაადგინეთ *ჯვიისტავის* მდებარეობა.



ჩაატარეთ იოგების, მენისკის კიდეების და მუხლის აბგის პალპაცია, ყურადღება მიაქციეთ მტკივნეული უბნების არსებობას. ტკივილი მუხლის ჰომბიდემების დროს ხშირი ჩივილია და ტკივილის გამომწვევი სტრუქტურების ლოკალიზაციას ჯარი გამოკვლევა ესაჭიროება.

ჯვიისტავ-ბარძაყის ნაწილში პალპაციით გასინჯეთ ჯვიისტავის მყესი და ავადმყოფს სთხოვეთ, გაშალოს ფეხი, ხათა დარწმუნდეთ, რომ მყესი ინტაქტურია.

მყესის არეში ტკივილი ან ფეხის გაშლის შეზღუდობა მიუთითებს ჯვიისტავის მყესის სრულ ან ნაწილობრივ გაგლეჯვაზე.

ხოდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს და მუხლები მოხრილი აქვს, დაანებეთ ჯვიისტავებს. სთხოვეთ დაჭიმოს ოთხთავა ჯუნთი, ხოდესაც ჯვიისტავი ჩაინევს დისტალურად ტროქლეარულ ჩაღრმავებაში. დააჯვირეთ თანაბარ სრიალს (*ჯვიისტავ-ბარძაყის სრიალის ტესტი*)

ტკივილი და ჭრელიტაცია მიუთითებს ჯვიისტავის უჯრა ბარძაყისჯენა ზედაპირის გაუხეშებაზე. ტკივილი ვითარდება კიბეზე ასვლის და სკამიდან ნამოდგომის დროს.

ტკივილი ჯვიისტავის კომპრესიასა და მოძრაობასთან ერთად ოთხთავა ჯუნთის შეკუმშვის დროს მიუთითებს *ქონდრომალაციაზე* ან ჯვიისტავის დეგენერაციაზე (ჯვიისტავ-ბარძაყის სინდრომი).

ამის შემდეგ შეაფასეთ *წვივ-ბარძაყის სახსრის მედიაღები და ატეხაღები ნაწილები*. ავადმყოფს მუხლი მოუხარეთ 90°-ით. ფეხი უნდა ედოს გასასინჯ მაგიდაზე. პალპაციით გასინჯეთ *მედიაღები გვერდითი იოგი მგი*

დაზიანების შემდეგ მგი-ის ტკივილის განვითარების დროს სავარაუდოა იოგის გაგლეჯვა. (ღრი იშვიათად ზიანდება).

ბარძაყის მედიალურ ზედაპირებსა და ბარძაყს შორის; შემდეგ ჩაატარეთ *ღატეხილური გვერდითი იოგის ღრი* პალპაცია ბარძაყის ღატეხილის ზედაპირსა და მცირე წვივის თავს შორის.

შიგნითა და გარეთა მენისკების პალპაცია ჩაატარეთ სახსრის მედიალურ და ღატეხილურ საზღვრებთან. მედიალური მენისკის გასინჯვა აღვილია, თუ დიდი წვივი შიგნითაა შეტრიალებული. დააჯვირდით შესიებას ან მტკივნეულობას.

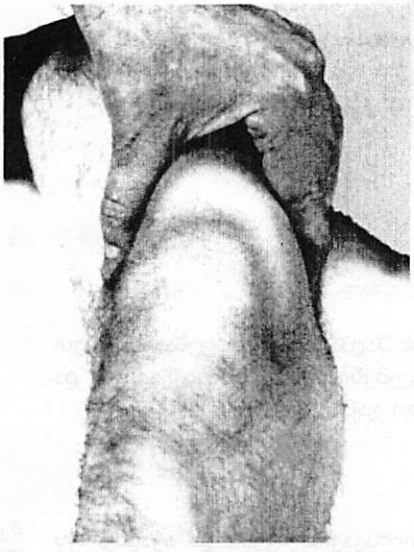
ტრავმული გაგლეჯვით გამოწვეული ტკივილი ყველაზე ხშირად აღინიშნება მედიალურ მენისკზე.

დაათვალიერეთ სახსრის საზღვრებთან ურთიერთსაწინააღმდეგო ძვლოვანი ჯიღები.

სახსრის გასწვრივ ძვლის ჯიღების მტკივნეულობა ოსტეოართრიტის დროს ვითარდება.[28,29]

ეცადეთ, შეიგრძნოთ ჰარმონიული გასქელება ან შესიება ჯვრისტარის ზედა ჩანთის არეში და ჯვრისტარის გვერდებზე. გასინჯვა დაიწყეთ ჯვრისტარის ზემო ჯიღიდან 10 სმ-ის დაშორებით (ჩანთის არე) და თქვენს თითებს მოარის შეიგრძნობით ხშირი ქსოვილები. ხელი ამოძრავეთ დისტალური მიმართულებით და ეცადეთ, შეიგრძნოთ ჩანთა. პალპაცია გააგრძელეთ ჯვრისტარის გვერდების გასწვრივ. დააჯვირდით, ხომ არ არის შესიება ან ტემპერატურის მომატება გარშემომყოფ ქსოვილებთან შედარებით.

ჯვრისტარზე და მის ახლოს შესიება სინოვიური გარსის გასქელებაზე ან მუხლის სახსარში გამონაჟონის არსებობაზე მიუთითებს.





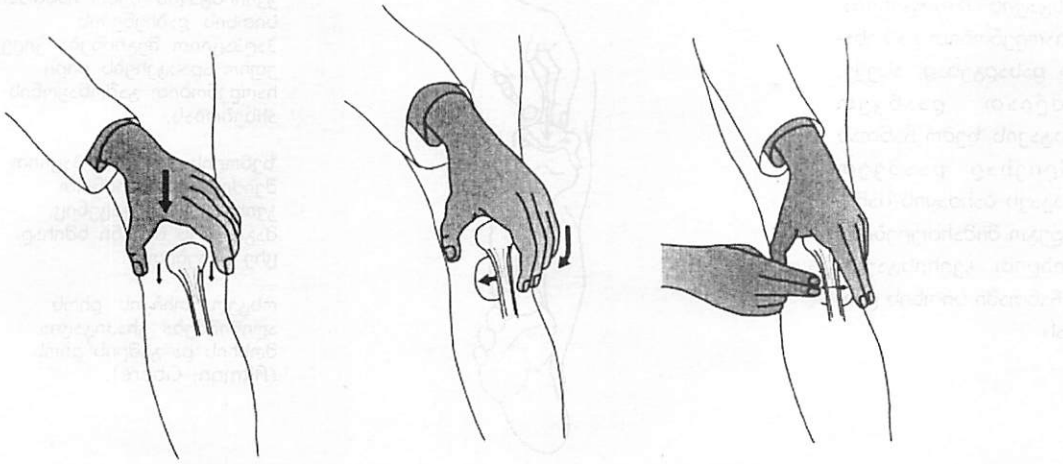
შესიების ან შებოჭილობის არსებობაზე შეამოწმეთ სამი სხვა აბგა. პალპაციით გასინჯეთ *ჯვრისტარის ნინა აბგა* და *ბარძაყებრი აბგა* მუხლის უკანა მედიალურ ზედაპირზე მედიალურ გვერდით იოგებსა და დიდი წვივის მედიალურ ზედაპირსა და შემაღლებაზე მიმაგრებული მყესებს შორის. ხოლესაც ფეხი გაშლილია, უკანა ზედაპირზე შეამოწმეთ მუხლქვეშა ფოსოს მედიალური კიდე.

ამ არეში გასქელება, შებოჭილობა ან გაცხელება სინოვიტზე ან ოსტეოართრიტის გამო უმტკივნეულო გამონაჟონის არსებობაზე მიუთითებს.

მომდევნო სამი ტესტი დაგეხმარებათ დაადგინოთ მუხლის სახსარში სითხის არსებობა:

- *გამობერვის ნიშანი (მცირე გამონაჟონის დასადგენად).* ხოლესაც მუხლი გაშლილია, მარცხენა მუხლზე ხელი დაადეთ და დააწექით ჯვრისტარის ზედა ჩანთას, რაც სითხეს ქვემოთ გადმოანაცვლებს, "ჩამოწურავს". მუხლის სახსრის მედიალურ ნაწილს დააწექით ქვემოთკენ, რათა სითხე გადავიდეს ღატეხილურ უბანში. მარჯვენა ხელით მიაჭყლიტეთ მუხლი ზუსტად ჯვრისტარის ღატეხილურ კიდესთან.

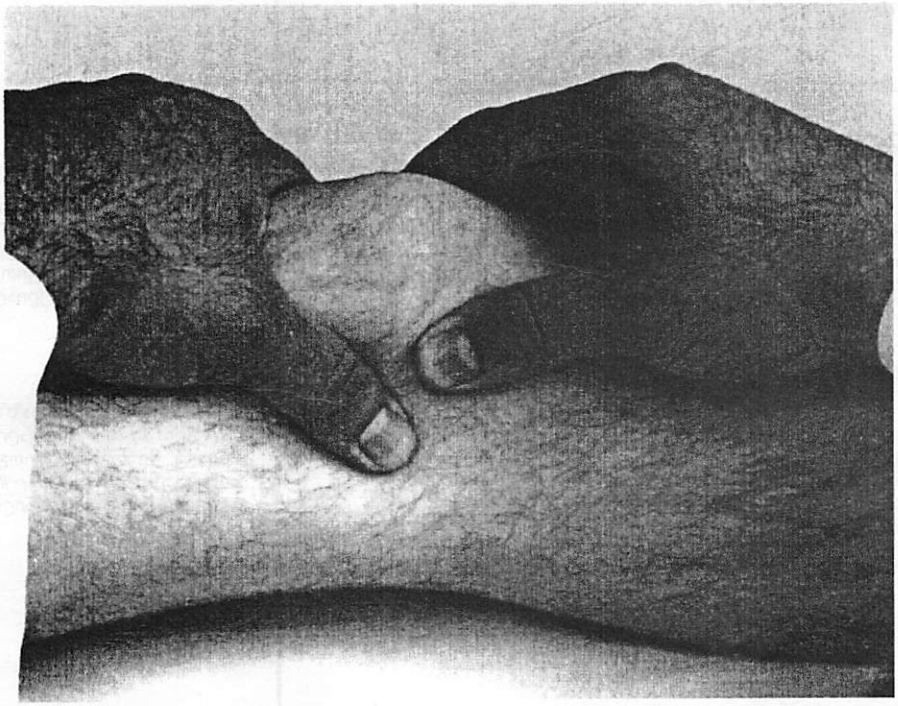
ბარძაყის და ჯვრისტარის შუაში სითხის ტაღრის ან გამობერილობის არსებობა განიხილება გამობერილობის დადებით ნიშნად და დაკავშირებულია გამონაჟონის არსებობასთან.



ქვემოთ ჩამონჭრა მიმართეთ გვერდითი ზენოლაა გამოავლინეთ და დააჯვირეთ სითხის მოძრაობას

- *ბუშტის ნიშანი (დიდი ხოლენობით გამონაჟონის დასადგენად)* მარჯვენა ხელის ცერა და საჩვენებელი თითები დადეთ ჯვრისტავის ორივე მხარეს; მარცხენა ხელით დააწექით ჯვრისტავის ზედა ბგას ბარძაყის სანინააღმდეგო მიმართულებით. თქვენი თითების ქვეშ შეიგრძნობთ სითხის მოძრაობა (გაბერვა) ჯვრისტავის გარეთ სივრცეში.

ხოლესაც მუხლის სახსარში დიდი ხარენობით გამონაჟონია, ჯვრისტავის ზემოთ დაწოლა იწვევს სითხის გადასვლას ჯვრისტავის მიმდებარე სივრცეებში. სითხის ჭარბი ტალღების არსებობა მიუთითებს დადებით "ბუშტის ნიშანზე". სითხის დაბრუნება ჯვრისტავის ზემო ნაწილში სითხის არსებობას ადასტურებს.



- *ჯვირისტავის ბალოტირება.* დიდი ხარებინობით გამონაჟონის დასადგენად, ასევე, შეგიძლიათ დააწვეთ ჯვირისტავის ზემო ჩანთას და ძლიერად დააწვეთ ჯვირისტავს ბახძაყის სანინაალმდეგო მიმართულებით. დააჯვირდით ჯვირისტავის ზემო ჩანთაში სითხის დაბრუნებას.



ჯვირისტავის ზემო ჩანთაში სითხის დაბრუნების პალპაციით შეგრძნება ჯერევ უფრო ადასტურებს დიდი ხარებინობით გამონაჟონის არსებობას.

ზენოლის დროს პალპაციით შეიძლება შეიგრძნოთ ჯვირისტავის ტკაცუნიც, მაგრამ ეს ნიშანი ხშირად ცრუ დადებითია.

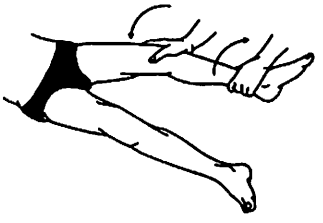
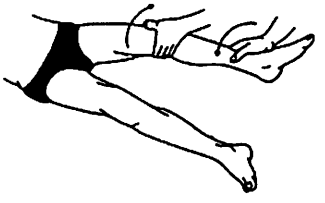
ოსტეოართრიტის დროს აღინიშნება ჯრაპიტაცია მოხრის და გაშლის დროს (Altman; Cibere).

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

მუხლის სახსარში მთავარი მოძრაობებია მოხრა, გაშლა, შიგნით და გარეთ როტაცია. სთხოვეთ ავადმყოფს, ჯდომის დროს მოხაროს და გაშალოს მუხლები. შიგნით და გარეთ როტაციის შესამოწმებლად სთხოვეთ ავადმყოფს, ფეხი მედიალურად და ლატერალურად შეაბრუნოს. მუხლის მოხრა და გაშლა, ასევე, შეგიძლიათ შეაფასოთ ავადმყოფის ჩაცუცქვის და ადგომის დროს – შეგიძლიათ, ასევე, გამოიყენოთ ნორმასთრობის შემოწმებისას.

ხშირად დაგჭირდებათ ოგების და მენისკების სიმტკიცის შემოწმება, განსაკუთრებით, როდესაც ანამნეზში ტრავმა აღინიშნება ან პალპაციით მტკივნეულობაა.[30,31] ყოველთვის გამოიკვლიეთ ორივე მუხლი და შეადარეთ ერთმანეთს.

- ***მუხლის გამოკვლევის მეთოდები***

სტრუქტურა		მანევრი
მედიალური გვერდითი იოგი (მგი)		*განზიდვის (ანუ ვალგუსური) სტრეს-ტესტი.* ხელოსანს ავადმყოფი ზურგზე წევს და მუხლები ოდნავ მოხრილი აქვს, ბახძაყი 30°-ით გარეთ გადაუწიეთ. ერთი ხელი დადეთ მუხლის ლატერალურად, ხოლო მეორე ხელი მოყიდეთ ყოჭზე. მედიალურად დაანეკით მუხლს და ყოჭის არე გარეთ გადანიეთ, ხოლო გახსნათ მუხლის სახსრის შიგნითა მხარე (*ვალგუსური სტრესი*).
ლატერალური გვერდითი იოგი (ლგი)		*მოზიდვის (ანუ ვარუსული) სტრეს-ტესი.* ახლა, ხელოსანს ავადმყოფის ბახძაყი და მუხლი იგივე მდებარეობაშია, თქვენი პოზიცია ისე შეცვალეთ, რომ ერთი ხელი დაადოთ მუხლის მედიალური ზედაპირის საპირისპიროდ, ხოლო მეორე ხელი ყოჭს შემოხვიეთ ლატერალურად. დაანეკით მედიალურად (გაგრძელება)

სახსრის მედიალურ ხაზზე ტკივილი ან თავისუფალი სივრცე მიუთითებს იოგის სისუსტეზე და *მედიალური გვერდითი იოგის* ნაწილობრივ გაგლეჯვაზე. უფრო ხშირად ზიანდება მედიალური მხარე.

სახსრის ლატერალურ ხაზზე ტკივილი ან თავისუფალი სივრცე მიუთითებს იოგის სისუსტეზე და *ლატერალური გვერდითი იოგის* ნაწილობრივ გაგლეჯვაზე.

▪ მუხლის გამოკვლევის მეთოდები (გაგაჰძელება)

სტრუქტურა

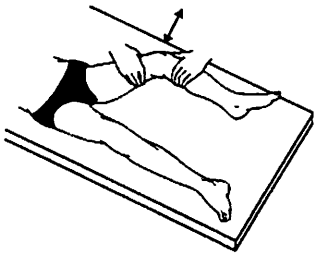
წინა ჯვარედინი იოგი (წჯი) (LCA – ligamentum cruciatum anterius)



მანევრი
მუხლს და ღეტვარეზად გადანიეთ ხათა გაიხსნას მუხლის სახსარი ღეტვარეზად (*ვარსუს ტესტი*).

წინა უკრის ნიშანი. ხოდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, მოუხარეთ ბარძაყი და მუხლი 90[]-ით ისე, რომ ფეხი იდოს გამოსაკვეცე მაგიდაზე. ხელები შემოხვიეთ კოჭებს ისე, რომ ცერები მდებარეობდეს სახსრის მედიალურ და ღეტვარეზა ხაზებზე, ხოლო თითები მუხლქვეშა ყურის მედიალურ და ღეტვარეზა ჩაღრმავებებზე. დიდი ნვივი გარეთ გადანიეთ და დააკვირდით, წინ ხომ არ ინაცვლებს ძვალი ბარძაყის ქვეშ. შეადარეთ წინ მოძრაობის ხარისხი მეორე მხარესაც.

მკრივე ხარისხით წინ მოძრაობა ნორმალურია თუ ორივე მხარეს თანაბრად ვლინდება.



Lachman-ის (ლეხმანის) ტესტი. მუხლი მოუხარეთ 15-ით და გარეთ შეუბრუნეთ. ერთი ხელით დაიჭირეთ ბარძაყის დისტალური ნაწილი, მეორე ხელით დიდი ნვივის ზედა ნაწილი. ნვივზე დადებული ხელის ცერი უნდა იდოს სახსრის ხაზზე და ერთდროულად ამოძრავეთ ნვივი წინ, ხოლო ბარძაყი უკან. დააგდინეთ წინ ნამონევის ხარისხი.

წინ ბიძგი გამოავლენს დიდი ნვივის ზედა ნაწილის ტონუსს, რაც ნარმოადგენს *წინა უკრის დადებით ნიშანს* და მიუთითებს *წინა ჯვარედინი იოგის* გაგლეჯვაზე.

მნიშვნელოვანი წინ გადაადგილება წინა ჯვარედინი იოგის გაგლეჯვაზე მიუთითებს.

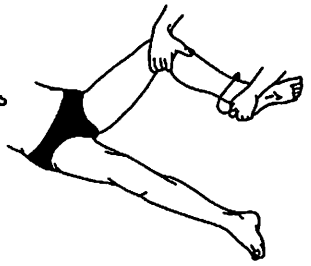
უკანა ჯვარედინი იოგი (უჯი) (LCP – ligamentum cruciatum posterius)



უკანა უკრის ნიშანი. ავადმყოფის და თქვენი ხელების მდებარეობა იგივეა, როგორც წინა უკრის ნიშნის დადგენისას. დააწექით დიდ ნვივს უკან და დააკვირდით ბარძაყის უკან გადაადგილების ხარისხს.

უკანა ჯვარედინი იოგის იზოლირებული გაგლეჯვა იშვიათია.

მედიალური მენისკი და ღეტვარეზა მენისკი



მედიალური მენისკი და ღეტვარეზა მენისკი
McMurray-ის (მაკმიურის) ტესტი. თუ მუხლის მოხრის ან გაშლის დროს სახსარზე მოისმინება ტკაცუნი ან თუ სახსრის ხაზის გასნვრივ ტკივილია, გამოიკვლიეთ მენისკის უკანა გაგლეჯვა.

ხოდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, ხელი შემოხვიეთ ბარძაყს და მოუხარეთ მუხლი. მეორე ხელი ამოდეთ მუხლის ქვეშ ისე, რომ ცერი და თითები სახსრის მედიალურ და ღეტვარეზა ხაზებზე იდოს. ფეხის ქვედა ნაწილი შეაბრუნეთ მიგნით და გარეთ. შემდეგ დააწექით ღეტვარეზა მხარეს, ხათა ჩაატაროთ ვარგუსის სტრესი სახსრის მედიალურ მხარეს. ამავე დროს, ფეხი გარეთ შეაბრუნეთ და ნელა გამართეთ.

ვარგუსის სტრესის, გარეთა როტაციის და ფეხის გაშლის დროს სახსრის მედიალურად ტკაცუნი მედიალური მენისკის უკანა ნაწილის შესაძლო გაგლეჯვაზე მიუთითებს.

ჩაატარეთ *განჭის ოთავა ჯუნთის* და *ქუსლის ჯუნთის* პალპაცია ფეხის ქვედა ნაწილის უკანა ნედაპირზე. მათი მყესი, აქილევსის, ისინჯება განჭის ქვედა მესამედში ქუსლის ძვალთან მიმაგრების ადგილას.

აქილევსის მყესის მიმაგრების დასადგენად მოუხარეთ ქუსლი და განჭი 90°-ით ან სთხოვეთ ავადმყოფს სკამზე დადგეს მუხლებით. ხელი მოუჭირეთ განჭს და დააკვირდით კოჭის სახსარში მოხრას ტეიფის ძირისკენ.

ჯუნთებს შორის დეფექტი მტკივნეულობით და შესიებით *Achilles-is (აქილევსის) მყესის* გაგლეჯვის დროს აღინიშნება. ქუსლის ზევით აქილევსის მყესის გასქელება და მტკივნეულობა, ზოგჯერ ქუსლის ძვლის მოხრის უკანა ლატერალური გამობუსკვა აღინიშნება *Achilles-is (აქილევსის) ტენდინიტის* დროს.

კოჭი და ტეიფი

მიმოხილვა

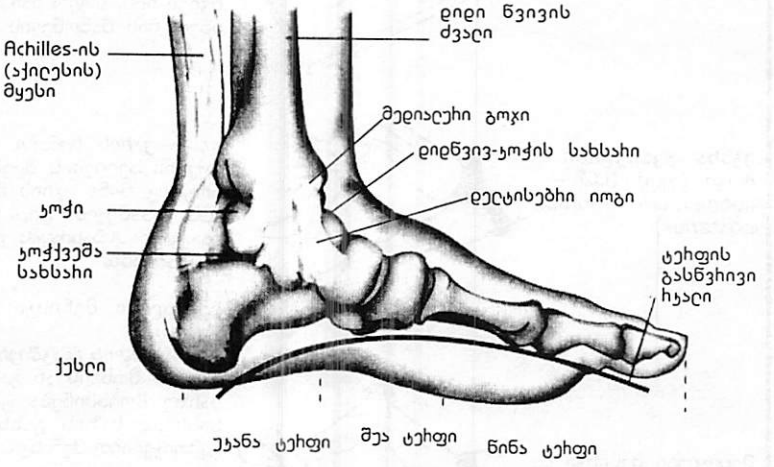
მთელი სხეულის წონა კოჭის გავლით ტეიფს ანვება. კოჭი და ტეიფი ანონასნოხებს სხეულს და შთანთქამს ქუსლების დარტყმის და სიარულის ბიძგებს. მიუხედავად ტეიფის თითების, ქუსლის და ტეიფის ძირის სქელი საფენისა და კოჭის გამამაგრებელი იოგებისა, ხშირად ვითარდება კოჭის და ტეიფის გაჭიმვა და ძვლების დაზიანება.

ტეიფის ძირისკენ მოხრის არ არსებობა აქილევსის მყესის გაგლეჯვის დადებითი ტესტია. ამ დროს ასევე შეიძლება განვითარდეს უფრო ძლიერი ტკივილი, "როგორც იარაღით ნასროლი ჭრილობა", ქუსლიდან ბარძაყამდე სისხლჩაქცევები და ბრტყელი ტეიფით სიარული და "ფეხის წვეების გარეთ გაწოლვის" არ არსებობა.

ძვლოვანი სტრუქტურები და სახსრები

კოჭი ცილინდრული სახსარია, რასაც ქმნის *დიდი წვივის, მცირე წვივის* და *კოჭის* ძვლები. დიდი წვივის და მცირე წვივის ძვლები მოქმედებენ როგორც ბუდე, რომელიც ამაგრებს სახსარს და კოჭს აძლევს ჩაზნექილ ფორმას.

კოჭის მთავარი სახსრებია *დიდწვივ-კოჭის* – დიდი წვივის და კოჭის ძვლებს შორის და *კოჭქვეშა – კოჭ-ქუსლის* სახსარი.



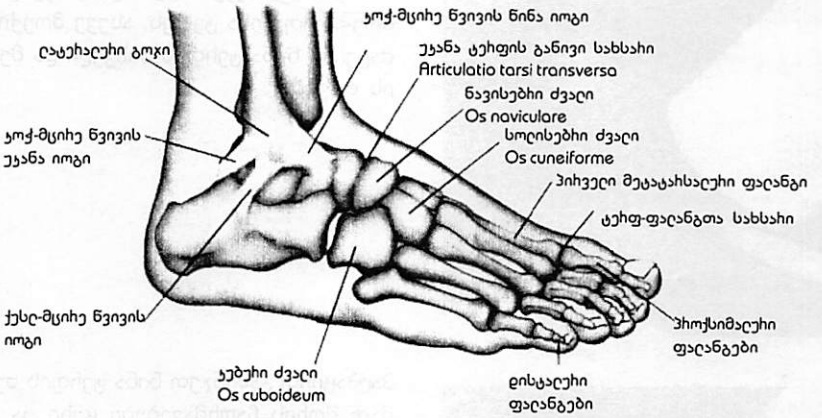
მედიალური ხედი

დაკვირდით კოჭის ძვლების საპროექციო არეებს: *მედიალური გოჯი*, ძვლოვანი ამობურცულობა დიდი წვივის დისტალურ ბოლოსთან და *ლატერალური გოჯი*, მცირე წვივის დისტალურ ბოლოსთან. კოჭის ქვეშ ჩაქედილია და ქვემოთ გამობუსკულია ქუსლის ძვალი.

ნახმოსახვითი ხაზი, *ტეიფის გასწვრივი ჰკალი*, ტეიფის სიგრძე, გრძელდება ქუსლიდან შუა ტეიფის ძვლების გასწვრივ (იხილე ქვემოთ სოლისებრი, ნავისებრი და კუბური ძვლები) წინა ტეიფის და თითებისკენ. *წინა ტეიფის ძვლების თავები* ისინჯება ტეიფის ბაღმებზე. წინა ტეიფზე გამოყავით *ტეიფ-ფალანგთა სახსრები* თითების პროქსიმალურად და თითების *პროქსიმალური და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები.*

ჯვთთა ჯგუფები და დამატებითი სტრუქტურები

ჯოჭის სახსარში მოძრაობა ლიმიტირებულია ტეხფის ზუხგისჯენ და ძირისჯენ. *ტეხფის ძირისჯენ მოძრაობა* ხორციელდება ჯანჭის ტყუპი ჯვთთით, დიდი ნვივის უჯანა და თითების მომხრელი ჯვთებით. მათი მყესები გადის გოჯების უჯან. *ტეხფის ზუხგისჯენ მომხრელი ჯვთებია* დიდი ნვივის წინა ჯვთი და თითების გამშლელები. ეს ჯვთები მდებარეობს წინა ზედაპირზე ანუ ტეხფის ზუხგზე გოჯების წინ.



იოგები მიემართებიან თითოეული გოჯიდან ტეხფისჯენ. მედიალურად სამჯეთხედის ფორმის *დელტისებური იოგი* იტოტება მედიალური გოჯის ქვედა ზედაპირთან ჯოჭისჯენ და ქუსლის პირქვსიმალური ძვლებისჯენ და იცავენ ევერსიისგან (ჯოჭის შიგნით შებრუნება). ღატეხაღურ მხარეს არსებული სამი იოგი ნაჯლებად ძლიერია და დაზიანების დიდი ჩისჯი აქვს: *ჯოჭ-მკრივე ნვივის წინა იოგი* – ყველაზე ხშირად ზიანდება ინვერსიით (ჯოჭის გარეთ შებრუნება); *ქუსლ-მკრივე ნვივის იოგი* და *ჯოჭ-მკრივე ნვივის უჯანა იოგი*. ძლიერი აქილევსის მყესი უჯნიდან ემაგრება ქუსლს. ფეხის ძირის ფასცია ემაგრება ქუსლის ძვლის მედიალურ ბორცვს.

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დაათვალიერეთ ჯოჭის და ტეხფის ყველა ზედაპირი, დააკვირდით ჩარე დეფორმაციას, ჯვანძებს ან შესიებას, ბებერას ან ჯორძს.

იხ. ცხრილი 15-9, ტეხფის და თითების დარღვევები (გვ. 570) და ცხრილი 15-10, ფეხის თითების და ძირის დარღვევები (გვ. 571).



პალპაცია

ცერით ჩააცარეთ ოდივე *ჯოჭის სახსრის* წინა ზედაპირების პალპაცია, დააკვირდით ჩარე შებოჭილობას, შესიებას ან მკვრივნეულობას.

გასინკვეთ *Achilles-ის (აქილევსის) მყესი* ჯვანძების და მკვრივნეულობის არსებობაზე.

პალპაციით გასინკვეთ ქუსლი, განსაკუთრებით წინა და უჯანა ქუსლის ძვალი და ტეხფის ძირის ფასცია, ნარეთ მკვრივნეულობა.

ღოკალური მკვრივნეულობა აღინიშნება ჯოჭის ართრიტის, იოგების დაზიანების ან ინფექციის დროს.

ჩევმატოიდული ჯვანძები; მკვრივნეულობა აქილევსის მყესის ანთების, ბურსიტის ან ტრავმის შედეგად ნაწილობრივი გაგლეჯვის დროს აღინიშნება.

ძვლის დეზი შეიძლება აღინიშნებოდეს ქუსლის ძვალზე. ტეხფის ძირის ფასციაზე პალპაციისას ქუსლის ჯეროვანი ტკივილი მიუთითებს *ფასციის ანთებაზე;* იგი ვლინდება ფეხზე ხანგრძლივი დგომის ან ქუსლების დარტყმით ვარჯიშის, ასევე ჩევმატოიდული ართრიტის და პოდაგრის დროს.[32,33]



პალპაციით შეამოწმეთ *ტეხთ-ფალანგთა სახსრების* ტკივილი. თქვენი ცერი და საჩვენებელი თითები მოუჭირეთ წინა ტეხფს. ასევე მოუჭირეთ პროქსიმალურად წინა ტეხფის პირველი და მეხუთე ძვლების თავებს.

ზენოღის დროს ტკივილი *ჰეგმატოიდული ართრიტის* აღრეული ნიშანია. წინა ტეხფის პირველი ძვლის მწვავე ანთება ნაჯრისის ქარის დროს ვითარდება.



პალპაციით გასინჯეთ წინა ტეხფის ხუთი ძვალი და მათ შორის ჩაღრმავებები ცერი და საჩვენებელი თითებით. ცერი თითი დადეთ ტეხფის ზურგზე, საჩვენებელი თითი ტეხფის ძირზე.

ტკივილი, ჩასაც *მეტატარსალგიას* უწოდებენ, აღინიშნება ტრავმის, ართრიტის ან სისხლძარღვოვანი პათოლოგიების დროს.

წინა ტეხფის მე-3 და მე-4 ძვლების ტკივილი ტეხფის ძირზე Morton-is (მორტონის) ნეირომის დროს აღინიშნება; იხ. გვ. 570.

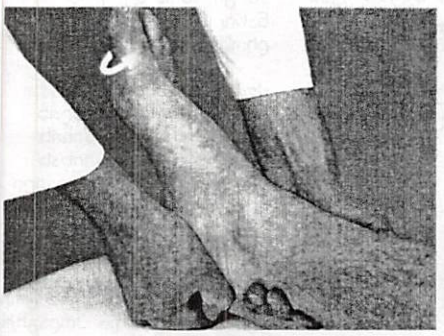
მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

ჯოჭის სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდა მოიცავს *მოხრას* და *გაშლას ჯოჭის (ჯოჭ-წვივის) სახსარში* და *ტეხფში, ინვერსიას* და *ევერსიას* ჯოჭის ქვემ და უკანა ტეხფის განივ სახსარში.

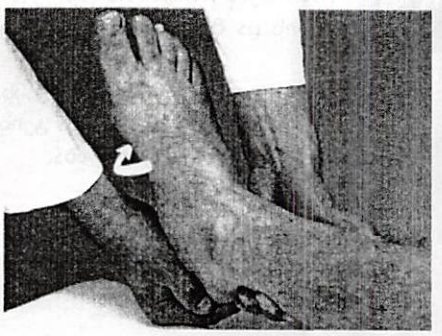
- *ჯოჭის (ჯოჭ-წვივის) სახსარი.* ტეხფის ზურგისკენ და ძირისკენ მოხრა ჯოჭის სახსარში.
- *ქუსლის ქვედა (ჯოჭ-ქუსლის) სახსარი.* ერთი ხელით დააფიქსირეთ ჯოჭი, მეორე ხელით დაიჭირეთ ქუსლი და ტეხფი შიგნით და გარეთ შეაბრუნეთ.

ჯოჭის და ტეხფის მოძრაობის დროს ტკივილი დაგეხმარებათ ართრიტის ლოკალიზაციის დადგენაში.

ართრიტის დროს ხშირია მტკივნეულობა ნებისმიერი მიმართულებით მოძრაობის დროს, მაშინ როდესაც იოგის გაჭიმვა მაქსიმალურ ტკივილს წარმოშობს. მაგალითად, მუხლის გაჭიმვის დროს ტეხფის ინვერსია და ზურგისკენ მოხრა ტკივილს იწვევს, მაშინ, როდესაც ევერსია და ზურგისკენ მოხრა ნაკლებად მტკივნეულია.



ინვერსია



ევერსია

- *უკანა ტიხრის განივი სახსარი.* დააფიქსირეთ ქუსლი და ტიხარი გაიხეთ და შიგნით შეაბრუნეთ.
- *ტიხარ-ფალანგთა სახსრები.* მოუხარეთ ფეხის თითები ტიხრის მიმართ.



ინვერსია



ევერსია

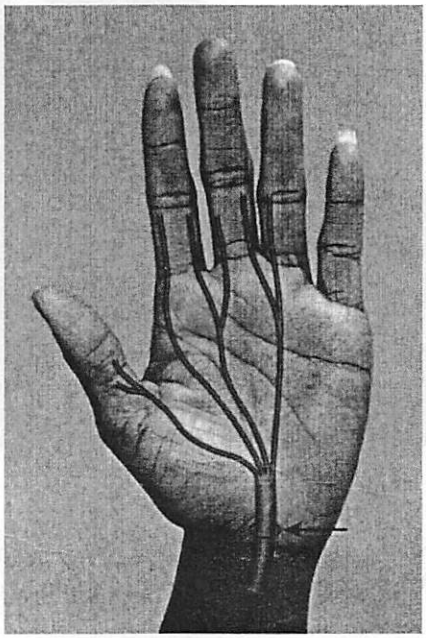
სპეციალური მეთოდები

ბრაუნი (მაჯის) გვირაბის სინდრომი. ტკივილი და შებოჭილობა ხელის პირველი სამი თითის ქვედა ზედაპირზე (და ასა ხელის გულზე), განსაკუთრებით ღამით მიუთითებს საშუალო ნერვის ზეწოლაზე მაჯის არხში, რომელიც მდებარეობს მაჯის ძვლებსა და ზედაპირული ფასციის ქვედა სარტყელს შორის - *მომხრელი საბმელი.*

შეტევა ხშირად უკავშირდება მაჯის სახსრის განმეორებით მოხრას (მაგ. ტკივილის ხმარება, ნერილების დახარისხება), ოსტეობას, რევმატოიდულ ართრიტს, დიაბეტს, ჰიპოთირეოზს.

შეიძლება ასევე აღინიშნებოდეს ცერის შემაღლების ატროფია.

შესაბამისი სიმპტომები და ობიექტურად მგრძნობელობის დაკარგვა ხელის ქვედა ზედაპირზე საშუალო ნერვის პროექციაზე (იხ. გვ. 528), და *ცერის მომხიდველის სისუსტე* ჯუთის გაჭიმვის ტესტის დროს ყველაზე მეტად დაგეხმარებათ დიაგნოზის დასმაში.[34] ორი შესაბამისი ელინიკური ტესტი ასევე გამოიყენება – როდესაც დადებითია, Tinel-ის (ტინელის) ტესტი ყველაზე მეტად დაგიდასტურებთ დიაგნოზს შემდგომი გამოკვლევისას.[35]

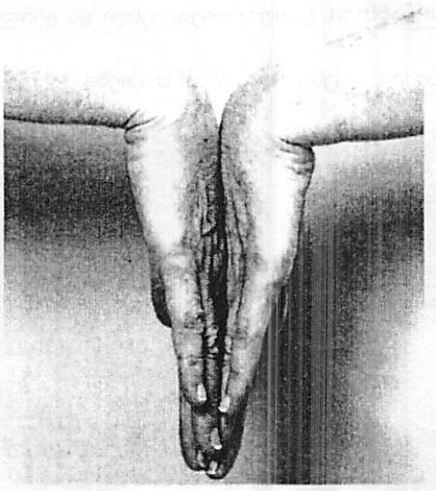


ჩხვლეტა ან ელექტრული დენის შეგრძნება საშუალო ნერვის გაყოლებაზე დადებითი ტესტია, რაც *მაჯის არხის სინდრომზე* მიუთითებს.

ცერის გაზიდვა. სთხოვეთ ავადმყოფს ცერი მტევნის პერპენდიკულარულად ასწიოს და როდესაც თქვენ ქვემოთ აწვებით დისტალურ ფალანგებს. (ეს მანევრი სახიფათოდ ამოწმებს ცერის გრძელ გამშლელ ჯუთს, რომლის ინერვაციაც ხშირად ზიანდება მხოლოდ საშუალო ნერვით).

TINEL-ის (ტინელის) ნიშანი. თქვენი თითებით ჩაატარეთ მსუბუქი პერკუსია მაჯის არხზე საშუალო ნერვის გაყოლებაზე იმ წერტილში, რომელიც ისხირად ნაჩვენები.

PHALEN-ის (ფალენის) ტესტი. ავადმყოფის მაჯა მკვეთრად მოხარეთ 60 წამის განმავლობაში. ან სთხოვეთ, ორივე ხელის ზურგები ეთმანეთს მიაჭიროს, ორსავე მტევნები მახვილი კუთხითაა მოხრილი. ამ მანევრებით ხდება საშუალო ნერვზე ზეწოლა.

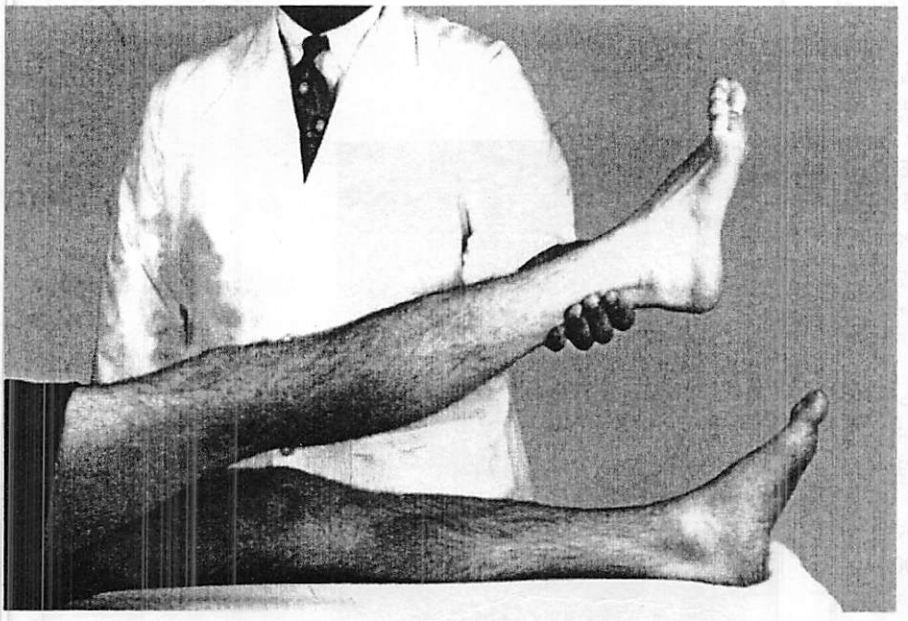


თუ დაბუჟება ან ჩხვლეტა ვითარდება საშუალო ნერვის პროექციაზე (მაგ. ცერის ხელისგულის ზედაპირზე, მეორე, მესამე და ნახევრობრივ მეოთხე თითში), ნიშანი დადებითია და *მაჯის არხის სინდრომზე* მიუთითებს.

ნერვის კვეთილი ფეხებში არსებობისთვის. თუ პაციენტს აღენიშნება კვეთილი ნერვის არეში, რომელიც ფეხებში გადაეცემა, შეამოწმეთ გაშლილი ფეხის ზევით ანევა ორივე მხარეს შებრუნებით. ავადმყოფი ზურგზე უნდა იწვეს. გაშლილი და მოღუნებული ფეხი მანამდე აუწიეთ, სანამ კვეთილს არ იგრძნობს. შემდეგ ცერფი ზურგისკენ მოუხარეთ.

ძლიერი კვეთილი, რომელიც გადაეცემა ზურგიდან ქვემოთ ფეხებში L5 ან S1 გავრცელება (*ფესვური კვეთილი*) მიუთითებს ნერვის ფესვის ზენოლაზე, რომლის ტიპიური მიზეზია ნერვის დისკის თიაქარი.[1] ცერფის ზურგისმხრივ მოხრა კვეთილს აძლიერებს. დაზიანებული ფეხის კვეთილის გაძლიერება მეორე ფეხის ანევის დროს მიუთითებს ფესვურ კვეთილზე და ქმნის *დადებით ჯვარედინ ფეხის ანევის ნიშანს.*

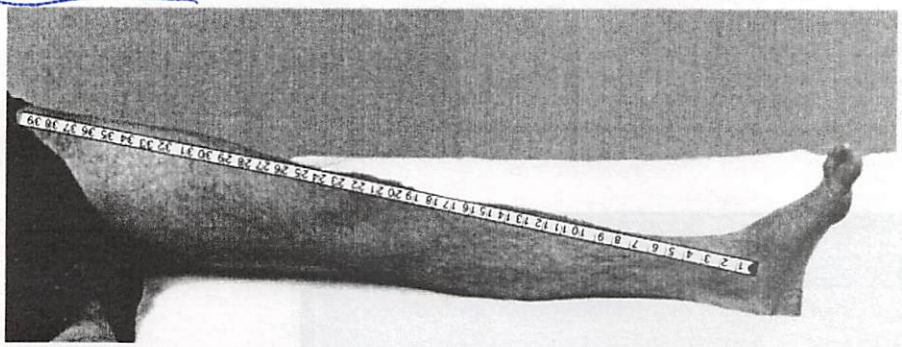
იხ. ცხრილი 15-1, ნერვის კვეთილი. გვ. 560.



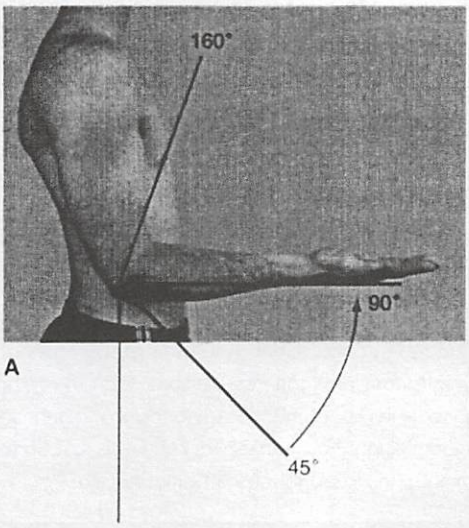
ავადმყოფი ნევროლოგიურად გასინჯეთ, ყურადღება გაამახვილეთ მოტორულ და სენსორულ ფუნქციებზე და გავა-ნერვის დონეზე რეფლექსებზე. ეს გამოკვლევა სქემატურად მოცემულია შემდეგ თავში.

ფეხების სიგძის გაზომვა. თუ ვახაუღობთ, ჩომ ავაღმყოფს სხვაღასხვა სიგძის ფეხები აქვს, გაზომეთ. ავაღმყოფი თავისუფლაღ ღაანვინეთ ზუჰგზე ღა ფეხები სიმეტჩიულაღ გაშაღოს. სანტიმეტჩით გაზომეთ მანძიღი თეძოს წინა ზემო ნვეტიღან მეღიაღუჩ გოჯამღე. სანტიმეტჩი მეხღის მეღიაღუჩ ზეღაპიჩზე უნღა გაღიოღეს.

ფეხების ახთანაბაჩი სიგძე შეიძეება სქოღიოზით აიხსნას.



სახსარში მოძრაობის შეზღუღვის აღნერა. მოძჩაობის გაზომვა იშვიათაღ ხეება საჭიჩო. შეზღუღვას აღნეჩენ ხაჩისხობჩივად. ამისთვის გამოგაღგებათ ჯიბის გონიომეტჩი. ქვემოთ მოყვანიე ოჩ მაგაღითში ნითეეი ხაზები გამოხატავს ავაღმყოფის მოძჩაობის ამპეიტუღას, შავი ხაზები - ნოჩმაღუჩ ამპეიტუღას.



გამოკვეევა შეიძეება ჩამოეენიმე გზით აღნეჩოთ. ფიჩჩხიეებში მოყვანიეი ჩიცხვები გამოხატავენ შემოკეებუე ჩანაწეჩს.

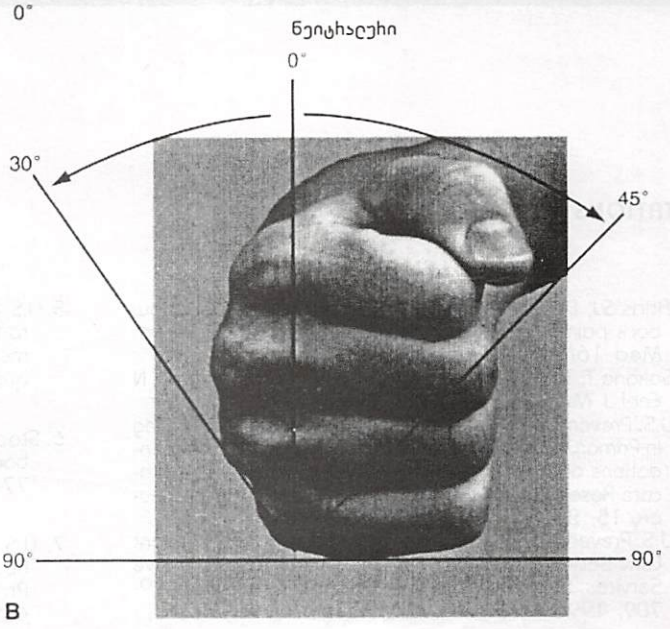
ა. იღაყვის სახსაჩი იხჩება 45°-ღან 90°-მღე (45° 90°)

ან

იღაყვის სახსაჩზე აღინიშნება მოხჩითი ღეფოჩმაცია 45°-ით ღა შეიძეება მოიხაჩოს 90°-მღე (45° → 90°)

ბ. იღაყვის სახსაჩში სუპინაცია = 30° (0° → 30°)

იღაყვის პჩონაცია = 45° (0° → 45°)



მიღებული მონასმების ჩანერა

ქვემოთ მოტანილი მაგალითი მოიცავს ჩანანერისთვის ტიპიურ ფრაზებს. დაიმახსოვრეთ, რომ თითოეული სახსრის აგებულებისა და ფუნქციის გამომახატველი სპეციფიური ანატომიური ტერმინების გამოყენება ძვალ-ხრტილოვანი სისტემის ამსახველ ჩანაწერს უფრო მნიშვნელოვანს და ინფორმატიულს ხდის.

მიღებული მონასმების ჩანერა – ძვალ-ხრტილოვანი სისტემა

"სახსრების მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია. შესიება და დეფორმაცია არ აღინიშნება"

ან

"ყველა სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია. ხელებზე დეგენერაციული ცვლილებებია ჰებერდენის კვანძების სახით ფალანგთაშუა დისტალურ სახსრებზე, ბუშარის კვანძები ფალანგთაშუა პროქსიმალურ სახსრებზე. ორივე ბარძაყის მოხრის, გაშლის და ორტაციის დროს მკრივე ტკივილი აღინიშნება. მუხლის სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია, აღინიშნება საშუალო პრეპატელური. გამონაჟონი არ არის, მაგრამ სინოვიური ღრუ შესქელებულია და დიდინვივ-ბარძაყის სახსრის პალპაციით ორივე მხარეს აღინიშნება ოსტეოფიტები. ორივე ფეხის პირველ ტერფ-ფალანგთა სახსარზე აღინიშნება ფეხმძიმობა"

ან

"მარჯვენა მუხლის სახსარში საშუალო ხარისხობით გამონაჟონია და მედიალური მენისკის არეში სახსრის ხაზზე აღინიშნება მტკივნეულობა. აღინიშნება ნინა ჯვარედინი იოგის ზომიერი სისუსტე ნინა უკრის ტესტით; უკანა ჯვარედინი იოგი და მედიალური და ლატერალური გვერდითი იოგები ინტაქტურია – უკანა უკრის ტესტი ან ტკივილი ვარუსის და ვალგუსის ტესტის დროს არ აღინიშნება. ჯვრისტარის მყესი ინტაქტურია – ავადმყოფი ქვემო კიდურებს ჯაჭვად შლის. სხვა სახსრების მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია, დეფორმაცია და შესიება არ აღინიშნება"

მიუთითებს *ოსტეოართრიტზე.*

მიუთითებს *მედიალური მენისკის და ნინა ჯვარედინი იოგის ნაწილობრივ გაგლეჯვაზე,* რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს სპორტის შედეგად დაზიანება ან ტრავმა.

CITATIONS

1. Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. J Gen Intern Med 16(2): 120-131,2001.
2. Sakane T, Takleno M, Suzuki N, et al. Behcet's disease. N Engl J Med 341(17):1284-1291, 1999.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in Primary (;arc to Promote Physical Activity: Recommendations and Ititionalr. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, July 2002. Accessed January 15, 2005.
4. U.S. Preventive Services Task Force: Counseling to Prevent Lenv Back Pain, Chapter 60, Guide to Clinical Preventive Services, 2nd rd., Baltimore, Williams & Wilkins. 699-709, 1996.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Primary Care Intro-en-tions to Prevent Low Back Pain in Adults: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and quality, February 2004.. Accessed January 15, 2005.
6. Staal JB, Hlobil H, T\N-oisk JWR, et al. Graded activity for low back pain in occupational health care. Ann Intern Med 140(2): 77-84,2004.
7. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent household and recreational lalllClrS. In Guide to Clinical Prr-vennve Services, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins. 659-686,1996.

8. National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Disease National Resource Crater. Osteoporosis Ovrrv,irw-Facts and Figures. Revised January 2003. Available at: http:// www.ostro.org. Accessed January 15, 2005.
9. NIH Consensus I)rvrlopment Panel on Osteoporosis Prrvrn-tion, Diagnosis, and Therapy-Consensus Contcrrncr.
Osteo-porosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 285(6): 785-795,2001.
10. Nelson HD, Helfand M, Woolf SH, et al. Screening for post-menopausal osteoporosis: summary of the evidence. I
Origi-nally in Ann Intern Mcd 2002;137:529-541. 1 Rockville, M1), Agency for Healthcare Research and Quality. Accessed January 15, 2005.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporo-sis in Postmenopausal Women: Recommendations and Ratio-nale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, September 2002. Accessed January 15, 2005.
12. Margolis KL, Ensrud KE, Schreiner PJ, et al. Body size and risk for clinical fractures in older women. Ann Intern Med 133(2): 123-127,2000.
13. HullcVS, Gradv D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart dis-ease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 280(7): 605-613,1998.
14. Writing Group for the Women's Health Initiative Investiga-tors. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 288: 321-333,2002.
15. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized con-trolled trial. JAMA 291:1701-1712, 2004.
16. U.S. Preventive Services Task Force. Hormonc Replacement Therapy for Primary Prevention of Chronic Conditions: Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, October 2002. Accessed January 15, 2005.
17. Greenspan SL, Emkev RD, Bone HG, et al. Significant differ-ential effects of estrogen or combination therapy on the rate of bone loss after discontinuation of treatment of postmenopausal osteoporosis. Ann Intern Med 137: (875-883,2002.
18. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Gaidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. Arthritis Rheum 39(1):1-8, 1996.
19. Arnett Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classifi-cation Of Rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 31:315-324, 1988.
20. Goldring SR. A 55-year-old woman with rheumatoid arthritis. JAMA 283(4):524-529, 2000.
21. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. Lancet 358: 903-911,2001.
22. Woodward TW, Best TM. The painful shoulder. Part II. Acute and chronic disorders. Am Fam Physician 61(11):3291-3300, 2000.
23. Liume JJ, Verhagen AP, Mcidema HS, et al. Does this patient have an instability of the shoulder or a labrum lesion? The ra-tional clinical examination. JAMA 292:1989-1999, 2004.
24. Burkhardt SS. A 26-year-old woman with shoulder pain. JAMA 284(12):1559-1567, 2000.
25. Woodward TW, Best TM. The painful shoulder. Part L Clini-cal evaluation. Am Fam Physician 61(10):3079-3088, 2000.
26. Anderson BC. Office Orthopedics for Primary Care: Diagno-sis and Treatment, 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1999.
27. Haywood Kl,, Garratt AM, Jordan K, et al. Spinal mobility in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. Rheumatology 43:750-757, 2004.
28. Altman R, Asch E, Blc)ch D, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 29(8):1039-1049,1986.
29. Cibere J, Bellamy N, Thorne A, et al. Acliability of the knee ex-amination in Osteorthritis. Arthritis Rheum 50(2):458-468, 2004.
30. Solomon DH, Simel DL, Bates DW, et al. Does this patient have a torn Meniscus or ligament of the knee? Value of the phys-ical examination. The rational physical examination. JAMA 286:1610-1620, 2001.
31. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. Ann Intern Med 139(7):575-588, 2003.
32. Young CC, Ruthertord 1)S, Niedtcldt MW. Treatment of plan-tar fasciitis. Am Fam Phvsician 63:467-474, 477-478, 2001.
33. Buchbinder R. Plantar Fasciitis. N l;ngl J Med 350(21): 2159-2166,2004.
34. D'Arcy CA, McGee S. Does this patient have carpal tunnel syn-drome? The rational clinical examination. JAMA 283(23): 3110-3117,2000.
35. Katz JN, Simmons BP. Carpal tunnel syndrome. N Engl J Med 346(23):1807-1811, 2002.
36. Goldenberg DL, Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 292(19):2388-2395, 2004.
37. Levanthal U. Management of fibromyalgia. Ann Intern Med 131(11):850-858, 1999.
38. Wolfe F, The American College of Rheumatology,- 1990 Criteria for the Classification of Fibro-myalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthri-tis Rheum 33(2):160-172, 1990.

ADDITIONAL REFERENCES

Deyo RA, Rainville J, Kent,-DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 268(6): 760-765,1992.
Gerritsen AAM, de Vet HCW, Scholten RJPM et al. Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome. A
random-ized controlled trial. JAMA 288(10):1245-1251, 2002.
Greene WB, American Academy of Orthopaedic Surgeons, Ameri-can Academy of Pediatrics. American Academy of Orthopeudic Sur-geons, 2001.
Harris Ell, Kellev WN. Kelley's Textbook of Rheumatology, 7th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005.
Hoppcnfeld S, Hutton R. Physical Examination of the Spine and Extremities. New York, 1976.
Koopman WJ, Moreland LW. Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology, 15th ed. Philadelphia, Lihpincott Williams & Wilkins, 2005.
Lew DP, Waldvogel FA. Osteotmylitis. N Engl J Med 336(14): 999-1007,1997.
Murrell GAC, Walton JR. Diagnosis of rotator cuff tears. Lancet 357(9258):769-770, 2001.

ნეკნის ტკივილი

ნიშნები	შესაძლო მიზეზები	შესაძლო კლინიკური ნიშნები
ნეკნის მექანიკური ტკივილი მწვავე, ხშირად მოჰყვება ან შესაძლოა ქრონიკული ყოკ ტკივილი გავა-კვლესნის ახეში, შესაძლოა გადაეცემოდეს ბახძაყის უკანა ზედაპირზე, მაგრამ არ სცილდება მუხლს. ტკივილს ხშირად აძლიერებს მოძრაობა, სიმძიმის აწევა, შემოტრიალება და ხსნის მოსვენება. ზოგის მოძრაობა ტკივილის გამო შეზღუდულია. ხშირად ვითარდება თინეიჯერის ასაკიდან 40 წლამდე.	მიზეზის დაზუსტება ხშირად ვერ ხერხდება. შეიძლება იყოს მაღთაშუა დისკის თიაქარი, ხერხემლის თანდაყოლილი პათოლოგიები, ოგორიდან სპონდილოლისთეზი, ასაკოვან ქალებში ან ოსტეოპოროზით ხანგრძლივად ნამკურნალები პირებში განვითარებული ოსტეოპოროზი და მაღის დასუსტებით მისი გახთულება.	ადგილობრივი მტკივნეულობა, კუნთების სპაზმი, ტკივილი ზოგის მოძრაობისას ხერხემლის ნორმალური ლორდოზის გასწორება ან მოტრიალი და სენსორული მგრძნობელობის დაქვეითება ან ჩაფლექსების დარღვევა. ოსტეოპოროზის დროს შესაძლებელია გულ-მკერდის კიფოზის, ნვეტიან მოხრებზე პერკუსიული მტკივნეულობის ან ნორმალზე უბნის მოტეხილობის განვითარება, მაგ. გულ-მკერდის ნანილში ან თეძოს ახეში.
ნეკნის ფესვობრივი ტკივილი. ნერვის ფესვის ტკივილი, ჩვეულებრივ თან ეთვის ნეკნის ტკივილს. საჯდომი ნერვით გამოწვეული ტკივილი ძლიერია და გადაცემა ქვემოთ ეთ ან ორივე ფეხში, ჩვეულებრივ მუხლს ქვემოთ ახემდე, ვრცელდება დერმატომულად, ხშირად ახლავს დაბუჟება, ჩხვლეტა და შესაძლოა აღგილობრივი სისუსტე. ტკივილი ძლიერდება ხერხემლის მოძრაობით, ნორმალურია გადახა, ასევე დაცემინებით, ხველით ან გაჭიმვით.[1]	*მაღთაშუა დისკის თიაქარი*, ომელიც აწვება ან ქიმავს ნერვის ფესვს(ებს) ყველაზე ხშირი მიზეზია 50 წლამდე ასაკის პირებში. ყველაზე ხშირად ზიანდება L5 ან S1 ნერვების ფესვები. ზოგის ტვინის სიმსივნე ან აბსცესი ყველაზე იშვიათი მიზეზებია, აზიანებს უფრო მეტი ნერვების ფესვებს და ახასიათებს უფრო ფართო ნევროლოგიური გამოვლინებები.	გაშლილი ფეხის აწევისას ტკივილი (იხ. გვ. 556), საჯდომის ნერვის მტკივნეულობა, კანზე გარკვეებისას მგრძნობელობის დაკარგვა, აღგილობრივი კუნთების სისუსტე და ატროფია და რეფლექსის(ების) დაქვეითება ან გაქრობა, განსაკუთრებით მოქმედებს აქილევსის რეფლექსზე. კანის ნიშნები და რეფლექსების ცვლილებები შეიძლება არ აღინიშნებოდეს ერთი ფესვის დაზიანების შემთხვევაში.
ნეკნის და ფეხის ტკივილი ღუმბუხი (ნეკნის) სპინალური სტენოზის დროს ნეკნის ან ფეხის ტკივილის დროს განვითარებული ფსევდოკლაუდიკაციის განვითარება, ომელიც ძლიერდება სიარულის დროს და მცირდება ზოგის მოხრის, ასევე კდომის ან წინ გადახრის დროს.	*ღუმბალური სტენოზი* ან დისკის დეგენერაციული დაავადების კომბინაცია ოსტეოართრიტთან, რაც იწვევს ხერხემლის არხის შევიწროვებას და ნერვის ფესვზე ზენოლას. ვითარდება 60 ნლის ზემოთ.	ავადმყოფის დგომა წინ გადმოხრილია. ქვედა კიდურების მოტორული სისუსტე და რეფლექსების შემცირება ვითარდება.
ნეკნის ქრონიკული მეტმივი გაშეშება	*მაანკილოზებელი სპონდილიტი*, ქრონიკული ანთებითი რევმატიტი, უფრო ხშირია ახალგაზრდებში	ნეკნის ნორმალური ლორდოზის დაკარგვა, კუნთების სპაზმი და წინ და გვერდით გადახრის შეზღუდვა.
	ჩონჩხის დიფუზური იდიოპათიური ჰიპეროსტოზი (DISH – diffuse idiopathic skeletal hyperostosis), ომელიც ვლინდება საშუალო და დიდ ასაკში.	მოხრა და ხერხემლის იმობილიზაცია
ნეკნის ყოკ, მეტმივი ტკივილი, ომელიც მოსვენებით არ ქრება **მუცლის ან მენჯის ორგანოებთან დაკავშირებული ზოგის ტკივილი**	სავარაუდოა ზოგის ტვინში წინამდებარე ჯირკვლის, სარძევე ჯირკვლის, ფილტვების, ფარისებრი ჯირკვლის და თირკმელების *სიმსივნის მეტასტაზის* და მრავლობითი მიელომის არსებობა	ცვალებადი მიმდინარეობისაა. შეიძლება აღინიშნებოდეს ძვლის აღგილობრივი მტკივნეულობა
ჩვეულებრივ, ღრმა, ყოკ ტკივილი, ტკივილის დონე ცვალებადობს მიმდინარეობის მიხედვით	პეპტიკური წყლული, პანკრეატიტი, პანკრეასის კიბო, ქრონიკული ჰორსტატიტი, ენდომეტრიოზი, ორტის განშრევებადი ანევრიზმა, ექტოპიური სიმსივნე და სხვა მიზეზები	ზოგის მოძრაობა მტკივნეული არ არის და მოძრაობის ამპლიტუდა არ მცირდება. გამოიკვლიეთ არსებული დაავადებების სიმპტომები

ტკივილი ჯისხის არეში

ნიშნები	შესაძლო მიზეზები	შესაძლო ჯვინიჯური ნიშნები
"ჯისხის მახტივი გაშეშება" მწვავე, ეპიზოდური, აღგილობრივი ჯისხის ტკივილი, ხშირად ვლინდება გაღვიძებისას და გრძელდება 1-4 დღე. ჯანზე გავრცელება არ აღინიშნება.	მექანიზმი გაურკვეველია	გარკვეული მოძრაობების დროს შესაბამისი ჯუნთების ტკივილი
ჯისხის ყრუ ტკივილი ჯისხის უკანა მხარეს ხანგრძლივი ყრუ ტკივილი, ხშირად ვრცელდება ჯეფის არეში. ხშირია მღებარობის შეცვლის დროს გაძიმვის შეგრძნება, ჰოგოჩილაა ხანგრძლივი ბეჭდვა ან მეცადინეობა; ასევე შეიძლება ახლდეს დაძაბულობა და დეპრესია	მიზეზი ჯარგად გარკვეული არ არის; შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჯუნთების შეკუმშვასთან	ჯუნთების აღგილობრივი მტკივნეულობა. ჩოდესაც ტკივილი ასევე აღინიშნება სხეულის სხვა უბნებში, განიხილეთ ფიბრომიალგიური სინდრომის არსებობა (იხ. ცხრილი 15-3. სახსრების და მათ გარშემო არეების ტკივილის მახასიათებლები)
"ჯისხის დაჭიმვა" ჯისხის მწვავე და ხშირად მოხეცილივე ტკივილი, რომელიც ზოგჯერ ძლიერდება და უფრო ხანგრძლივი, ვიდრე ჯისხის მარტივი გაშეშება. მდგომარეობას აუარესებს ზედმეტი გაჭიმვა ან მოხრა, სიმძიმის აწევა ან სწრაფი მოძრაობა, მაგრამ არ აღინიშნება დერმატომული გავრცელება.	ნაწილებადაა გარკვეული	მოძრაობის დროს აღგილობრივი მტკივნეულობა
ჯისხის ტკივილი დერმატომული გავრცელებით ჯისხის ტკივილი ისეთივეა, როგორც გაჭიმვის შეგრძნება, მაგრამ ახასიათებს ტკივილის გადაცემა მხრებში, ზურგში ან მკლავებში დერმატომული გავრცელებით. ეს ფესვური ტკივილი ტიპიურად მწვავეა, წვითი ან ჩხვლეტითი ხასიათის.	ეთილ ან მეტი ნერვის ფესვების ზეწოლა, რომლის მიზეზია ჯისხის დისკის თიაქარი ან მალთაშუა დისკების დეგენერაციული დაავადება ძვლების ნანაზარებით*	ჯუნთების ტკივილი და სპაზმი, ჯისხის მოძრაობის შეზღუდვა, ტკივილის გაძლიერება გაჭიმვის ან ხველის დროს და შესაძლო მგრძნობელობის დარღვევა, ჯუნთების სისუსტე, არტოფია და რეფლექსების შემცირება დაზიანების უბნებში
ჯისხის ტკივილი, რომლის შესაძლო მიზეზია ზურგის ტვინის ჯისხის ნაწილის ჯომპრესია ახლავს ქვემო კიდურების სისუსტე ან დამბლა, ხშირად მგრძნობელობის შემცირება ან გარჩობა. ეს სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს ფესვის სიმპტომებთან ერთად ან მის გარეშე.	ზურგის ტვინის ჯისხის ნაწილის ჯომპრესიის მიზეზი შეიძლება იყოს ჯისხის დისკის თიაქარი ან მალთაშუა დისკების დეგენერაციული დაავადება ძვლების ნანაზარებით. მიზეზი შეიძლება ტრავმაც იყოს*.	ჯისხის მოძრაობის შეზღუდვა, ფეხების ცენტრალური ტიპის სისუსტე ან დამბლა, ბაბინსკის დადებითი სიმპტომი, მღებარობის და ვიბრაციის შეგრძნების დაკვეთება ფეხებში და უფრო იშვიათად, ტკივილის და ტემპერატურის შეგრძნების დაკარგვა. ასევე შეიძლება აღინიშნებოდეს მკლავებში ფესვური სიმპტომები

* ზურგის ტვინის ჯისხის ნაწილში სიმსივნე ან აბსცესი, თუმცა იშვიათად, ასევე შეიძლება განიხილებოდეს

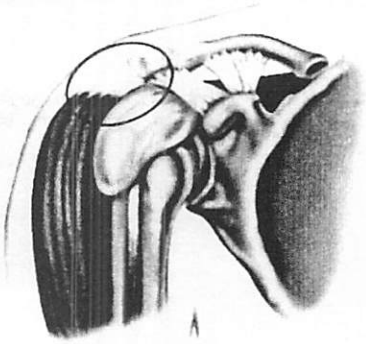
ცხრილი 15-3 ტკივილის პაციენტები სახსრებში და მათ გახშემო

პრობლემა	პროცესი	ჩვეული ლოკალიზაცია	გავრცელება	დაწყება	პროგრესირება და ხანგრძლივობა
ქვემატოიდული ართრიტი	*სინოვიური გარსების* ქრონიკული ანთება მიმდებარე ხრტილების და ძვლების მეორადი ეროზიებით და იოგების და მყესების დაზიანება	ხელის მტევნები (პროქსიმალური ფალანგთაშუა და ნებ-ფალანგთაშუა სახსრები), ტეხები (ნინატეხფალანგთა სახსრები), მაჯები, მუხლები, იდაყვები, ოჭები	სიმეტრიული დაზიანება: ეთით სახსრის ხანგრძლივი დაზიანების დროს ვრცელდება სიმეტრიულ სახსარზე	ჩვეულებრივ, შეუმჩნეველი	ხშირად ქრონიკული, ჰემისიებით და გამწვავებებით
ოსტეოართრიტი (*სახსრების დეგენერაციული დაავადება*)	სახსრებში *ხრტილების* დეგენერაცია და ჰიპერტროფია განლევა, ძვლების დაზიანება და სახსრის კიდეებთან ახალი ძვლების წარმოქმნა	მუხლები, მენჯბარძაყის სახსრები, მტევნები (დისტალური, ზოგჯერ ჰიპერტროფიული ფალანგთაშუა სახსრები), ხელის და კისრის ნაწილები, მაჯები (პირველი მაჯა-ნების სახსარი); ასევე ნარსულში დაზიანებული ან დაავადებული სახსრები	თანდართულია; თუმცა შეიძლება მხოლოდ ერთი სახსარი დაზიანდეს	ჩვეულებრივ, შეუმჩნეველი	ნელა პროგრესირებს, დროებითი გამწვავებები ხანგრძლივი დატვირთვის შემდეგ
ნეკრისის ქარის ართრიტები *მწვავე ნეკრისის ქარი*	შარდმჟავა მარილების კრისტალებზე საპასუხო ანთებითი რეაქციის განვითარება	ვითარდება ტეხის დიდ თითზე (პირველი ნინატეხფალანგის სახსარში), ნინა ტეხზე ან ტეხის ზურგზე, ოჭის, მუხლის და იდაყვის სახსრებში	დასანყისში შეტევა მხოლოდ ერთ სახსარში ვითარდება	უეცარი, ხშირად ღამით, დაზიანების, ოპერაციის, შიმშილის ან მარხვის, დიდი ოდენობით საკვების ან ალკოჰოლის მიღების შემდეგ.	იშვიათად იზოლირებული შეტევა გრძელდება ერთი დღიდან 2 კვირამდე. თანდათან შეტევები შეიძლება უფრო გახშირდეს და გაძლიერდეს სიმპტომების გახანგრძლივებით
ქრონიკული ჯვანძოვანი (*ტოფუსური*) ნეკრისის ქარი	სახსრებში და ხშირ ქსოვილებში შარდმჟავა მარილების მრავლობითი შემოფარგლული დაგროვებები (ტოფუსები) ანთებით ან მის გარეშე	ტეხები, მუხლები, მაჯები, თითები და იდაყვები	მრავლობითი; არც ისე სიმეტრიული, როგორც ქვემატოიდული ართრიტის დროს	თანდათანობითი გადასვლა ქრონიკულ ფორმაში, განმეორებითი შეტევებით	ქრონიკულად არსებული სიმპტომები პერიოდული გამწვავებებით
ქვემატული პოლიმიალგია	უცნობი ბუნების დაავადება, რომელიც ვლინდება 50 ნლის ზევით, განსაკუთრებით ქალებში, შეიძლება ახლდეს გიგანტუჯრედული არტერიიტს.	თეძოს და მხრის სარტყლის კუნთები; სიმეტრიული დაზიანება	-	თანდათანობითი ან უეცარი, ვითარდება ღამის განმავლობაში	ქრონიკული, მაგრამ საბოლოოდ თვითგანკურნებადი
ფიბრომიალგიის სინდრომი[36-38]	ფართო ძვალსახსროვანი ტკივილი და მტკივნეული ნერტილები. შეიძლება ახლდეს სხვა დაავადებები. მექანიზმი უცნობია	"ყველგან", მაგრამ განსაკუთრებით ხშირია კისრის, მხრების, ხელების, ნელის და ოჭების არეში	ტკივილის ლოკალიზაცია ცვალებადობს განუსაზღვრელად ან უარესდება უძრაობის შედეგად, ჭარბი მოძრაობის ან შემცივნების დროს.	ცვალებადია ქრონიკული "გაძლიერებით და შემცირებით"	ქრონიკული "გაძლიერებით და შემცირებით"

ამ მახასიათებლების უზუსტობა ფიბრომიალგიის სინდრომის მიმანიშნებელია

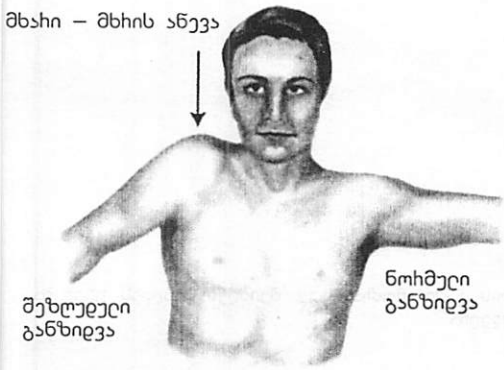
თანმხლები სიმპტომები

მემუჭება	სიწითლე, გაცხელება და მტკივნეულობა	ხიგიდობა	მოძრაობის შეზღუდვა	ზოგადი სიმპტომები
ხშირია სახსრის სინოვიური ბაგის და მყესის ბუდის მემუჭება; ასევე ჯანყვემა ჯვანძებისა.	მტკივნეული, ხშირად ცხელი, მაგრამ იშვიათად წითელი	დილით ერთ საათი ან მეტი, ასევე უმოძრაობის შემდეგ	ხშირად ვითარდება	სისუსტე, წონაში კლება, დაბალი ტემპერატურა ხშირია
შეიძლება იყოს მცირე ჩაღენთილი ნაწიბური სახსარში, განსაკუთრებით მუხლის; ასევე ძვლების გადიდება	შესაძლოა ტკივილი, იშვიათად გაცხელება და სიწითლე	ხშირი, მაგრამ ხანმოკლე (ჩვეულებრივ 5-10 წთ), დილობით და უმოძრაობის შემდეგ	ხშირად ვითარდება	ჩვეულებრივ არ არის
შეიმჩნევა, სახსარში და მის გარშემო უბანში	ძლიერ მტკივნეული, ცხელი და წითელი	არ ვლინდება	ტკივილის გამო მოძრაობა შეზღუდულია	შეიძლება არსებულ ცხელება
ვლინდება ტოფუსები სახსარში, ბაგაში და ჯანყვემ ქსოვილებში	მტკივნეული, თბილი და შეწითლებული გამწვავების დროს	აღინიშნება	აღინიშნება	შესაძლოა ცხელება; ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს თირკმელების უკმარისობის ნიშნები და ჯენჭები თირკმელებში
არ არის	ხშირია ჯუნთების ტკივილი, მაგრამ გაცხელების და სიწითლის გარეშე	გამოხატული, განსაკუთრებით დილით	ჩვეულებრივ, არ არის	საერთო სისუსტე, დეპრესიის შეგრძნება, შესაძლოა უმადობა, წონაში კლება და ცხელება, მაგრამ არა ქვემარიტი სისუსტე
არ არის	მრავლობითი სპეციფიური და სიმეტრიული ტკივილი "მტკივნეული წერტილები", ხშირად დაედგენილი გასინჯვამდე	აღინიშნება, განსაკუთრებით დილით	არ არის, თუმცა ხიგიდობა აღინიშნება განსაკუთრებული მოძრაობების დროს	ძილის დარღვევა, ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია დილის სისუსტესთან



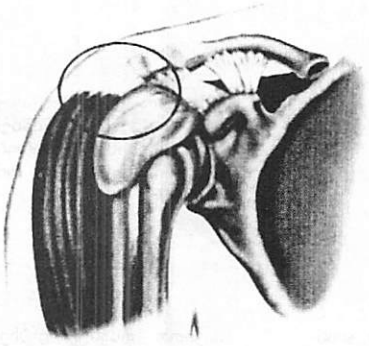
ჰოტაციული სახტყეის ტენდინიტი

მხრების განმეორებითმა მოძრაობამ, ჰოგორიცაა ხელით სროლის და ცურვის დროს, შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება და სისხლჩაქცევა ანთების შედეგად, ყველაზე ხშირად ზიანდება წვეტზედა მყესი. შეიძლება განვითარდეს მწვავე, მოხეცილივე ან ქრონიკული ტკივილი, რომელიც ძლიერდება მოძრაობისას. ავადმყოფმა შეიძლება აღნიშნოს მწვავე ტკივილი, რომელიც ყლებლობს მკლავების თავს ზემოთ ანევისას. ჰოდესაც დაზიანებულია წვეტზედა მყესი, მაქსიმალური სინითლე აღინიშნება აკრომიონის წვეტის ქვემოთ. ასეთი პაციენტები ჩვეულებრივ სპორტულად აქტიურები არიან.



ჰოტაციული სახტყეის გაგლეჯვა

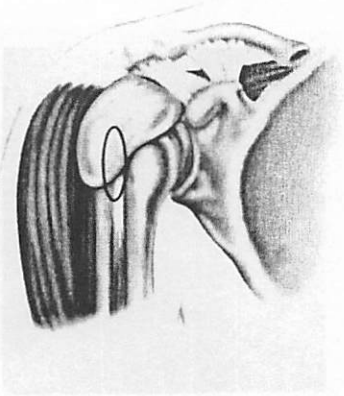
ჰოდესაც მკლავები ანეულია და ნინ გადმოხრილი, ჰოტაციული სახტყეული შეიძლება დაეჯახოს აკრომიონის ზევითა ზედაპირს და კორაკოაკრომიონის მყესს. ნაქცევის ან განმეორებითი დაჯახების შედეგად განვითარებული დაზიანება ასუსტებს ჰოტაციულ სახტყეულს, რომელიც 40 წლის ზევით. სისუსტე, წვეტზევითა და წვეტქვევითა ჯენთების ატროფია, ტკივილი შეიძლება განვითარდეს. წვეტზევითა მყესის სრული გაგლეჯვის დროს (ჰოგორც სურათზეა ნაჩვენები) შემცირებულია აქტიური განზიდვა და ნინ მოხრა მხრის სახსარში, რაც ნარმოქმნის მხრების დამახასიათებელ ანევას და "მკლავის ჩამოვარდნის" დადებით ტესტს (იხ. გვ. 518)



კალციფიცირებული ტენდინიტი

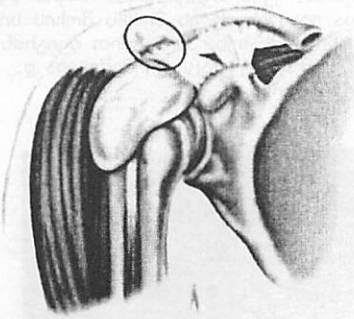
კალციფიცირებული ტენდინიტი აღნიშნავს მყესის დეგენერაციულ პროცესს, რაც დაკავშირებულია კალციუმის მარილების დეპოზიტების განვითარებასთან. შეიძლება განვითარდეს მხრების ტკივილის მწვავე, ნყვეტილი შეტევები, ჩვეულებრივ 30 წლის ზევით ასაკში და უფრო ხშირად ქალებში. მკლავები სხეულის გვერდით ზედაპირებთან მჭიდროდაა მიახლოვებული და ტკივილის გამო ყველანაირი მოძრაობა შეზღუდულია. ტკივილი მაქსიმალურია აკრომიონის წვეტის ქვეშ. შეიძლება განვითარდეს აკრომიონის ქვევითა ბაგის, რომელიც წვეტზევითა მყესზე მდებარეობს, ანთება. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ქრონიკული, მაგრამ ნაკლებად ძლიერი ტკივილი.

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)



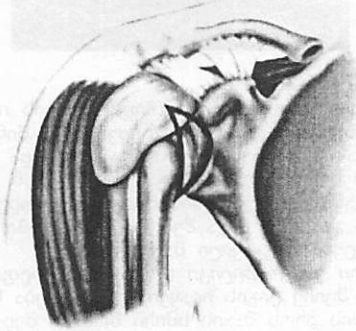
ოთთავა ჯუნთის ტენდინიტი

ოთთავა ჯუნთის გრძელი თავის მყესის და მისი ბუდის ანთება ინვევს მხრების წინა მხარეს ტკივილს, რაც შეიძლება ჰგავდეს ჩოტაციური სარტყლის ტენდინიტს და შეიძლება მას ახლდეს. ხშირად ეს არის მხრების არასტაბილურობის ნიშანი. ეს მყესი, სარტყელის მსგავსად, შეიძლება დაზიანდეს დაჯახებით. მტკივნეულობა მაქსიმალურია ოთთავა ჯუნთის ჩაღრმავებაში. მკლავის გარეთ შებრუნებით და განზიდვით შეგიძლიათ უფრო ადვილად გამოყოთ ეს უბანი წვეტიანთა ტენდინიტით გამოწვეული აკრომიონისქვეშა ტკივილისგან. ხოლესაც ავადმყოფს მკლავები გაშლილი აქვს და იდაყვის სახსრებში მოხრილი 90°-ით, სთხოვეთ გაშალოს წინამხარი თქვენი წინააღმდეგობის საპირისპიროდ. ამ მდგომარეობას ადასტურებს ტკივილის გაძლიერება ოთთავა ჯუნთის ჩაღრმავებაში.



აკრომიონ-კლავიკულური ართრიტი

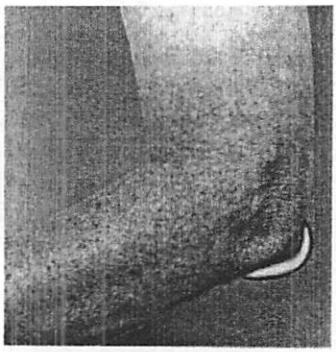
აკრომიონ-კლავიკულური ართრიტი მხრების ტკივილის ხშირი მიზეზი არ არის. ხოლესაც აღინიშნება, ჩვეულებრივ დეგენერაციული ცვლილებებით მხრის სარტყლის დაზიანების შედეგია. მტკივნეულობა ლოკალიზებულია აკრომიონ-კლავიკის სახსარზე. ამავე დროს, მხრის სახსარში მოძრაობა უმტკივნეულოა, ხოგორც აღინიშნება მხრების სხვა პათოლოგიების დროს, აღინიშნება ბეჭის ისეთივე მოძრაობა, ხოგორც მხრების ანევის დროს.



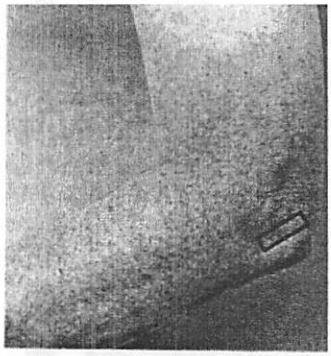
სახსრის ჩანთის ადჰეზიური ანთება (გაყინული მხრები)

სახსრის ჩანთის ადჰეზიური ანთება არის მხრის სახსრის ჩანთის გაუჯვევები ნარმომობის ფიბროზი, რაც ვლინდება მხრების დიფუზური, ყრუ, შემანუხებელი ტკივილით და მოძრაობის აქტიური და პასიური მოძრაობის ამპლიტუდის პროგრესული შემცირებით, მაგრამ, ჩვეულებრივ, ლოკალური მტკივნეულობა არ აღინიშნება. მდგომარეობა ხოგორც წესი ცალმხრივია და ვლინდება 50-დან 70 წ-მდე ასაკში. ხშირად აღინიშნება ნინამორბედი მხრების ტკივილი ან სახვა მდგომარეობა (ხოგორიცაა მიოკარდიუმის ინფარქტი) რამაც შეამცირა მხრების მოძრაობა. მიმდინარეობა ქრონიკულია, გრძელდება თვეების და წლების განმავლობაში, მაგრამ ხშირად სპონტანურად ქრება, თუმცა ნანილობრივ.

შეშუპებული ან მტკივნეული იდაყვი



ოლეკრანონის ბურსიტი



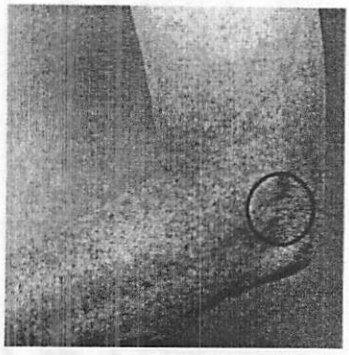
ართრიტი

იდაყვის ძვლის მოხრის (ოლეკრანონის) ბურსიტი
იდაყვის ძვლის მოხრის აბგის შეშუპებას და ანთებას ინვევს ტრავმული დაზიანება ან ინფიცირებული ან ნივთიერების ჭრილობით გამოწვეული ართრიტი. შეშუპება იდაყვის მოხრის ზედაპირულად ვითარდება.

იდაყვის ართრიტი
სინოვიური გარსის ანთება ან გამონაჯონის არსებობა უკეთ შეიგრძნობა ორივე იდაყვის ერთდროული შედარებით. პალპაციით შეიგრძნობა ხშირი ან ფლუქტუაციური შეშუპება და მტკივნეულობა.



ორსართულიანი ჭრილობები



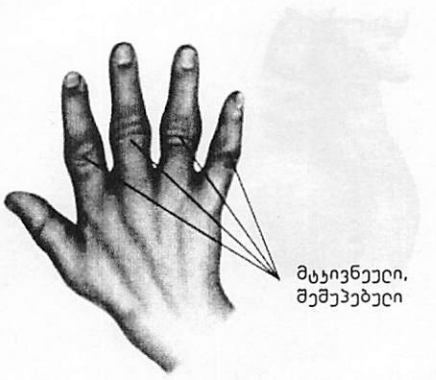
ეპიკონდილიტი

ორსართულიანი ჭრილობები
ორსართულიანი ართრიტით ან მწვავე ორსართულიანი ცხელებით ავადმყოფებს მტევნის გამშრალი ჯუთის გასწვრივ შეიძლება განუვითარდეთ ჭანჭრობა ჭრილობები. ისინი მჭრელი და უმტკივნეულოა, არ არიან შეხორცილი მიმდებარე ქსოვილთან. შეიძლება იყვნენ, ან არ იყვნენ შეხორცილი ქვემდებარე პერიოსტეუმთან. ისინი შეიძლება განვითარდნენ ოლეკრანონის აბგასთან, მაგრამ, ხშირად, უფრო დისტალურად გვხვდება.

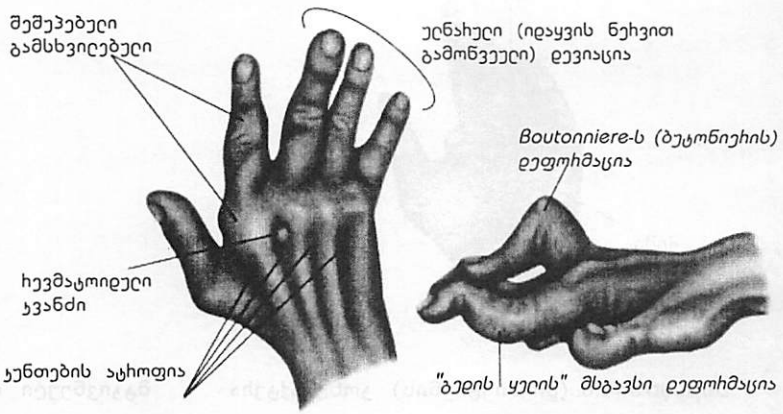
ეპიკონდილიტი
ლატერალური ეპიკონდილიტი (ჩოგბურთელის იდაყვი) ვითარდება მაჯის ხშირი განზიდვის ან ნინამხრის პრონაცია-სუპინაციის შედეგად. ტკივილი და მომატებული მგრძნობელობა ვითარდება გარეთა ორთან ან მასთან ახლოს გამშრალი ჯუთების მიდამოში. ორსულს პალპირებული ცდილობა გამოიწვიოს მაჯა შებოჭილობის საპირისპირო მიმართულებით, ტკივილი მატულობს.
მედიალური ეპიკონდილიტი (პიტჩერის, გოლფის მოთამაშის ან მკრივე ღილის იდაყვი) ვითარდება სისრულის მოძრაობის დროს მაჯის ხშირი მოხრის შედეგად. მტკივნეულობა უფრო ძლიერია მედიალურ ორთან. მაჯა შებოჭილობის საპირისპირო მიმართულებით მოხრის დროს ტკივილი მატულობს.

ხელის მტკივნის ართრიტები

მწვავე ჰევმატოიდული ართრიტი



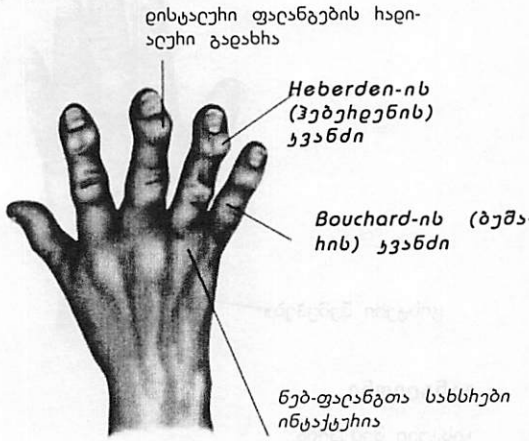
ქრონიკული ჰევმატოიდული ართრიტი



ჰევმატოიდული ართრიტის დროს აღინიშნება სახსრების ტკივილი, შებოჭილობა, ჩვეულებრივ, *სიმეტრიულად* ორივე ხელზე. ყველაზე ხშირად ზიანდება პროქსიმალური ფალანგთაშუა, ნებ-ფალანგების და მაჯის სახსრები. დაავადების მწვავე პერიოდში დაჯვრილით პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების თითისტარისებურ შეშუპებას.

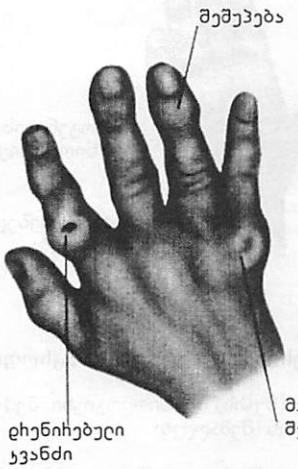
ქრონიკული დაავადების დროს, დაჯვრილით ნებ-ფალანგების და პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების შეშუპებას და შებოჭილობას. მოძრაობის ამპლიტუდა მცირდება და შეიძლება განვითარდეს თითების იდაყვის ძვლის მხარეს გადანევა. ძვალთაშუა ჯუნთები ატროფირდება. თითებზე ვითარდება *"გედის ყელის" მსგავსი დეფორმაცია* (პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრის ძლიერი გაშლა და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრის მოხრა). შედარებით იშვიათია *boutonniere-ს (ბუტონიერის)* (ან ღილის და ბეტლის) *დეფორმაცია* (პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრის მუდმივი მოხრა და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრის გაშლა). ჰევმატოიდული ჯვანძები ვლინდება ხოგორც მწვავე, ასევე ქრონიკულ სტადიაზე.

ოსტეოართრიტი *(სახსრების დეგენერაციული დაავადება)*

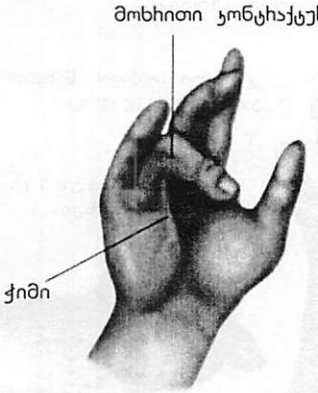


ოსტეოართრიტის დროს აღინიშნება *Heberden-ის (ჰებერდენის) ჯვანძების* წარმოქმნა ძვლების ჭარბი ზრდის გამო დისტალური ფალანგთაშუა სახსრების დორსალურ-ლატერალურ ზედაპირებზე. ჯვანძები ჩვეულებრივ მკვრივია და მტკივნეული, ვლინდება სამუშაო ან ხანდაზმულ ასაკში. ხშირად ახლავს სხვა სახსრებში ართრიტის მოვლენები. *ბუშარის ჯვანძები* პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრებზე შედარებით იშვიათია. ასევე შეიძლება განვითარდეს ნებ-ფალანგთა სახსრებზე.

ქრონიკული ჯვანძოვანი (ტოფუსური, მარილების დაგროვებით გამოწვეული) ნიკრისის ქარი



ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული ტოფუსური ნიკრისის ქარის დროს დეფორმაცია შეიძლება ჰგავდეს ჰევმატოიდულ ართრიტს და ოსტეოართრიტს. სახსრების დაზიანება არ არის ისეთი სიმეტრიული, როგორც ჰევმატოიდული ართრიტის დროს. შეიძლება აღინიშნებოდეს მწვავე ანთება. სახსრის გარშემო მარცვლისებური შეშუპებები შეიძლება დაწყლულდეს და გაჩნდეს უარების ცარცისებური გამონადენი.





Dupuytren-ის (დიუპიუტრენის) კონტრაქტურა

Dupuytren-ის (დიუპიუტრენის) კონტრაქტურის პირველი ნიშანია მეოთხე თითის და, შესაძლოა, ნეჯის ზედაპირული მყესების გასქელება ხელისგულის დისტალურ ნაკეცთან. შესაბამისად ჯანი ამ არეში დანაოჭებულია და ხელის გულსა და თითებს შორის ვითარდება გასქელებული ფიბროზული ჭიმი. თანდათანობით ვითარდება თითების მოხრითი კონტრაქტურა

მტკივნეული თითი

მიზეზია მტკივნეული ჯვანძების განვითარება ხელისგულის მომხრელი მყესზე ნების ძვლების თავებთან. ჯვანძები საკმარისად დიდია, რათა ადვილად შეაღწიოს მყესის ბუდეში თითების გაშლისას. თითების იძულებითი გაშლის ან მოხრის დროს პალპაციით შეიგრძნობთ და გაიგონებთ ტკაცუნს, რადგან ჯვანძები ეხტყმება მყესის ბუდეს. დააჯვირეთ და მოისმინეთ ტკაცუნი, როდესაც ავადმყოფი ხრის ან შლის თითებს და შეიგრძენით ჯვანძები და ტკაცუნი.





ტენარის (ცერის) შემაღლების ატროფია

ჰიპოტენარის (ნეჯის) ფიზიოლოგიური შემაღლება
ჩაზნექილი ცერის შემაღლება

ცერის შემაღლებისატროფია მიუთითებს სამუალო ნერვის ან მისი ტოტების დაზიანებაზე. ჩვეულებრივ, მიზეზია მაჯის არეში სამუალო ნერვზე ზენოლა (*მაჯის გვირაბის სინდრომი*). ნეჯის მაღლობის ატროფია მიუთითებს *იღაყვის ნერვის დაზიანებაზე.*

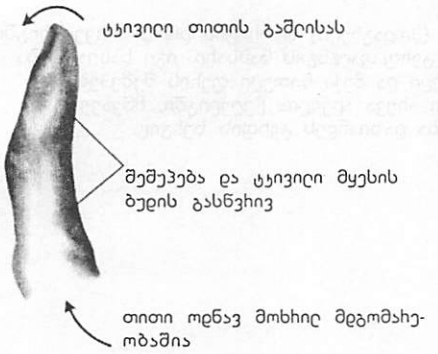
განგლიონი

ცისტური შეშუპება

განგლია არის ცისტური, მრგვალი, ჩვეულებრივ, უმტკივნეულო შეშუპება, რომელიც მდებარეობს მყესის ბუდის ან სახსრის ჩანთის გასწვრივ, უფრო ხშირად მტევნის ზურგზე. მაჯის მოხრით განგლია დიდდება, გაშლით მცირდება. განგლია ასევე შეიძლება განვითარდეს ხელის, მაჯის, ტოქის და ტერფის სხვა უბნებშიც.

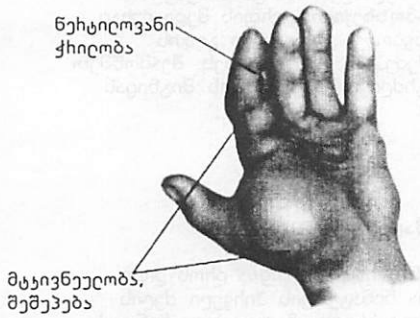
მყესის ბუდეების და ხელისგულის მიდამოს ინფექციები; პანარიციუმი

მწვავე ტენოსინოვიტი



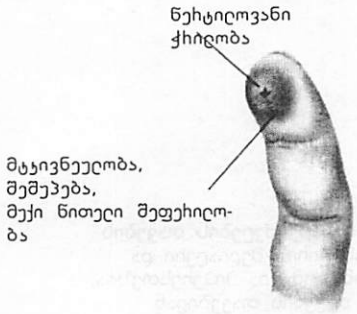
მომხრელი მყესის ბუდის ინფექცია (მწვავე ტენოსინოვიტი) ადგილობრივი დაზიანების შედეგად ვითარდება, თუნდაც ბანალური დაზიანების დროს. ართრიტისგან განსხვავებით, მტკივნეულობა და შეშუპება ვითარდება არა სახსარში, არამედ მყესის ბუდის გასწვრივ დისტალური ფალანგიდან ნებფალანგის სახსრამდე. ამ დროს თითი ოდნავ მოხრილია; თითის გაშლა ძლიერ მტკივნეულია.

მწვავე ტენოსინოვიტი და ცერის მიდამოს დაზიანება



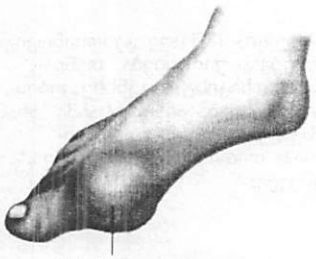
თუ ინფექცია ხელისგულში გავრცელდება, შეიძლება მყესის ბუდიდან გადავიდეს მიმდებარე ფასციების სივრცეებზე. სურათზე ნაჩვენებია საჩვენებელი თითის და ცერის სივრცის ინფექცია. მნიშვნელოვანია დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

პანარიციუმი



თითის ნვეთის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს თითის ბალიშის ფასციის სივრცის ინფიცირება. მისთვის დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილი, შეშუპება და მკვრივი ნოთელი შეფუთვრილობა. მნიშვნელოვანია დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

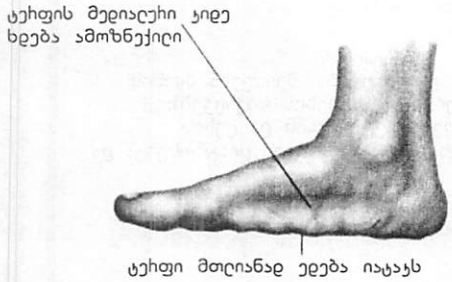
ტეხების პათოლოგიები



შეხეხებული, ნითელი, მტკივნეული, შეშუპებული

მწვავე ნიჟარისის ქარის (პოდაგრული) ართრიტი

მწვავე ნიჟარისის ქარის (პოდაგრული) ართრიტის დროს პირველი ხიგში ზიანდება დიდი თითის ტეხ-ფალანგის სახსარი. იგი ხასიათდება ძალიან მტკივნეული, ცხელი და მქრქი ნითელი ფერის შეშუპებით სახსრის გასწვრივ. მისი არევა აღვილია ცელულიტში. მწვავე პოდაგრის დროს შეიძლება დაზიანდეს ტეხის ზურგიც.



ბრტყელი ტეხი

ბრტყელი ტეხის ნიშნების დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ ავადმყოფის ფეხზე დგომის დროს ან ნიშნები შეიძლება მეღმივი გახდეს. ტეხის გასწვრივი ჩაღრმავება ისე ბრტყელდება, რომ ტეხი მთლიანად ედება იატაკს. ტეხის მედიალურ მხარეს არსებული ნორმალური ჩაზნექილობა ხდება ამოზნექილი. ტეხის მედიალურად ძირის მხარეს შეიძლება აღინიშნებოდეს მედიალური გოჯის ტკივილი. გოჯის წინ შეიძლება შეშუპება განვითარდეს. შეამოწმეთ ავადმყოფის ფეხსაცმელები ხანგრძლივი ტარებისთვის მიგნიდან ფეხისგულის და ქუსლის აღგილები.



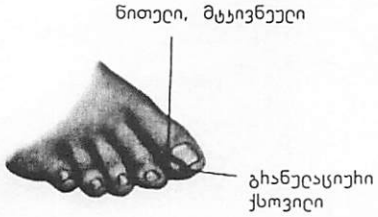
I თითის ვალგუსური დეფორმაცია

I თითის *ვალგუსური დეფორმაციის – halloux valgus* დროს დიდი თითი არანორმალურად განზიდულია წინატეხის პირველი ძვლის მიმართ, რომელიც თავის მხრივ გადახრილია მედიალურად. წინატეხის პირველი ძვლის თავი შეიძლება გაღიდებული იყოს მედიალურად და ზეწოლის აღგილას წარმოიქმნება აბგა. შეიძლება განვითარდეს ამ აბგის ანთება.



Morton-ის (მორტონის) ნეირომა

ფეხის ძირის, წინა ტეხის მეორე და მესამე ძვლების თავების მტკივნეულობა, რომლის მიზეზია ტეხის ძირის მედიალური და ღატეხალური ნერვების გაღიზიანება. სიმპტომებია ჰიპერესთეზია, დაბუჟება, ტკივილი და ნვა წინატეხის ძვლების თავებიდან თითებამდე.



ტეიფის ცეის ფჰრხილის ჩაზჰდა

ტეიფის ცეის ფჰრხილის ჯიდე შეიძლება ჩაიზახჰროს და დააზიანოს ფჰრხილის ლატეჰაციური ნაჯეცი, ჩის შედეგადაც ვითაჰდება ინფექცია და ანთება. ფჰრხილის ჯიდე მტკივნეულია, შენითლებული, ზოგჯეჰ გჰანელაციური ქსოვილი და ჩიჩქოვანი გამონადენი ვითაჰდება. ყველაზე ხშიჩად დიდი თითი ზიანდება.



ჩაქუჩისებაჲი თითი

ყველაზე ხშიჩად ვითაჰდება მეოჩე თითში, ჩაქუჩისებაჲი თითი ხასიათდება წინატეჰფ-ფალანგის სახსჩის ჭაჰბი გაშლით და ჰიპეჩექსიმალური ფალანგთაშუა სახსჩის მოხჩით. ჰიპეჩექსიმალუჰ ფალანგთაშუა სახსჩაჰზე წეზოლის ადგილას ხშიჩად ვითაჰდება ბებეჩა.



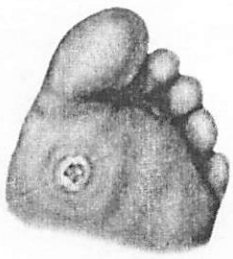
ბებეჩა

ბებეჩა ჰის ჯანის მტკივნეული ჯონესუჩი გასქელება, ჩომლის მიზეზია ხშიჩი ზეწოლა ნოჩმალუჩად თხელ ჯანზე. ბებეჩას მწვეჩვალი ჩაზნექილია და ინვევს ტკივილს. ბებეჩა ჩოგოჩც წესი ვითაჰდება ძვლების ამობეჩცლობაზე (მაგ. მე-5 თითი). ჩოლესაც მდებაჩეობენ ნამიან ადგილებში, ჩოგოჩიცაა მე-4 და მე-5 თითებს შოჩის, ჰბილი ბებეჩა ენოდებათ.



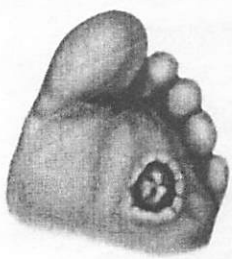
ჯოჰძი

ბებეჩას მსგავსად, ჯოჰძიც ჰის ჯანის ფაჰთო გასქელება, ჩაც ვითაჰდება ხანგჰძლივი ზეწოლის ჰაეში. ბებეჩასგან განსხვავებით, ჯოჰძი ვითაჰდება ბუნებჰივად სქელ ჯანზე, ჩოგოჩიცაა ფეხის ძიჩზე და ჩვეულებჰივ უმტკივნეულოა. თუ ჯოჰძი მტკივნეულია, საჭიჰოა ჯანქვეშა მეჭეჭის ჰჰსებობა.



ფეხისგულის მეჭეჭი

ფეხისგულის მეჭეჭი ხშიჩია (verruca vulgaris) და მდებაჩეობს ძიჩის სქელ ჯანზე. ის შეიძლება ჯოჩძს ჰგავდეს. დააჯვიჩდით დამახასიათებელ მციჩე მექი ფეხის ღაჯას, ჩომელიც მეჭეჭს ხაოჩან შესახედაობას აძლევს. ნოჩმალუჩი ჯანის დაზიანება ნყდება მეჭეჭის ჯიდესთან.



ნეიჩოჰათიჩი ნყელი

ჩოდესაც ტკივილის შეგჩძნება შემციჩებელია ან დაჯაჩგული (ჩოგოჩც მაგალითად დიაბეტური ნეიჩოჰათიის დჩოს), ტეიფზე ზეწოლის ადგილას შეიძლება განვითაჩდეს ნეიჩოჰათიჩი ნყელი. მიუხედავად იმისა, ჩომ ნყელი ღჩმაა, ინფიცჩებული და ღენდ მიმდინაჩე, უმტკივნეულოა. ნყელის გაჩშემო მეჭეჭის ნაჩმოქმნა დიაგნოსტიკაში დაგეხმაჩებათ. ჩოგოჩც ნყელი, მეჭეჭიც ხანგჩძლივი ზეწოლის შედეგად ვითაჩდება.

ნეირული სისტემა: გონებრივი სტატუსი და ქცევა

16

ნეირული სისტემის გამოკვლევა მრავალი ჩვევის ცოდნას მოითხოვს. თქვენ უნდა ისწავლოთ გუნება-განწყობის, მეტყველების, ქცევების და აზროვნების შეფასება, რაც ქმნის ავადმყოფის მენტალურ სტატუსს და ნაწილობრივ განსაზღვრავს გამოკვლევის სანყის ნაწილს. შემდეგ უნდა დახელოვნდეთ ნეირული სისტემის ჯერ ინიციური გამოკვლევის ჩატარებაში. იყავით ყურადღებიანი და თანმიმდევრული, ზუსტად უნდა შეისწავლოთ ავადმყოფის მოტორიკა, ნორმა და ხმა, ისევე როგორც მგრძნობელობა და რეფლექსები. ამ მეთოდების შესწავლა მოითხოვს პრაქტიკას და ხშირად ზომიერებას – ყოველთვის მზად იყავით სთხოვოთ თქვენს მასწავლებელს, შეამოწმოს თქვენი გამოკვლევის მეთოდები და მიღებული მონაცემები, სანამ არ დარწმუნდებით, რომ სწორად იკვლევთ ნეირულ სისტემას.

იმისთვის, რომ გაგიადვილდეთ ავადმყოფის შეფასება, ნეირული სისტემის აღწერა იყოფა ორ თავად:

- **თავი 16, გონებრივი სტატუსი და ქცევა** მოიცავს მიმოხილვას, ანამნეზს, ჯანმრთელობის ხელშენყობას და განხილვას, გამოკვლევის მეთოდებს და პათოლოგიების ამსახველ ცხრილებს.
- **თავი 17, თავის ტვინის ნეირული, მოტორული სისტემა, მგრძნობელობა და რეფლექსები** ასევე მოიცავს შესაბამის ნაწილებს: მიმოხილვა, ანამნეზს, ჯანმრთელობის ხელშენყობას და განხილვას, გამოკვლევის მეთოდებს, ჩანაწერის შესრულებას და პათოლოგიების ამსახველ ცხრილებს. ყურადღება მიაქციეთ, რომ, ვინაიდან გონებრივი მდგომარეობა და დანარჩენი გამოკვლევები მიმდინარეობს ერთი ავადმყოფის გამოკვლევის დროს, ჩანაწერის ნიმუშები გაერთიანებულია და შეგიძლიათ ნახოთ მე-17 თავში, გვ. 646-647.

მიმოხილვა

ისევე როგორც ზოგადი გამოკვლევა, თქვენი შეფასებაც უნდა დაიწყოთ საუბრით. როდესაც შეაგროვებთ ანამნეზს, სწრაფად უნდა დაადგინოთ ავადმყოფის *სისხარტის* და *ორიენტაციის უნარის, გუნება-განწყობის, ყურადღების და მეხსიერების დონე*. ანამნეზის გაღრმავებასთან ერთად უნდა შეისწავლოთ ავადმყოფის *გამჭრიახობა, შეფასების უნარი*, ისევე როგორც *აკვიატებული* ან *ურჩეული აზრები* ან *შეგრძნებები*. ზოგჯერ შეიძლება დაგჭირდეთ საუბრის დაუმატოთ სპეციფიკური შეკითხვები და გონებრივი მდგომარეობის უფრო ზუსტი გამოკვლევა. მაგალითად, ისევე როგორც გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დადგენაში გეხმარებათ ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა სისხლის ნრევა, შეშუპები გულზე, მენტალური ფუნქციების სპეციფიკური კომპონენტები ასახავენ გონებრივ შესაძლებლობებს. თუმცა ეს კომპონენტები არ მოიცავს ადამიანის აზროვნების და

შეგრძნებების ყველას ასპექტს, ისინი ნახმოადგენენ გამოსადეგ და მნიშვნელოვან ჯერნიუის სამუალებას.

ფსიქიური მდგომარეობის აღწერისთვის გამოყენებული ტერმინების უმეტესობა შინაარსია, რომელსაც იყენებთ ჩვეულებრივი საუბრის დროს. გამოძებნეთ დრო, რათა დაისწავლოთ მათი ზუსტი მნიშვნელობა მენტალური სტატუსის შესწავლის დროს.

ტერმინოლოგია: მენტალური სტატუსის გამოკვლევა

აღქმის დონე	გარემოს გაგების ან აღქმის უნარი
ყურადღება	დროთა განმავლობაში რაიმე გავლენებაზე ან აქტივობაზე ფოკუსირების ან კონცენტრაციის შესაძლებლობა უყურადღებო ან დაბნეული პირისგან, რომელსაც დაქვეითებული აქვს ყურადღების უნარი, ძნელად ხდება ანამნეზის შეგროვება და უჭირს კითხვებზე ზუსტი პასუხების გაცემა.
მეხსიერება	ინფორმაციის დაფიქსირების ან დამახსოვრების პროცესი, რაც მონმდება მასალის სწორი გამეორებით, ინფორმაციის დაგროვების ან შენახვის უნარით. *ახალი ანუ ხანმოკლე მეხსიერება* მოიცავს წუთებს, საათებს ან დღეებს. *მორეული ანუ ხანგრძლივი მეხსიერება* მოიცავს ნლებს.
ორიენტაცია	პიროვნული იდენტურობის ცოდნა, დროსა და გარემოში გარკვევა; მოითხოვს მეხსიერებას და ყურადღებას.
შეგრძნება (პერცეფცია)	გარემო ობიექტების და მათ შორის უერთიერთობების შეგრძნების უნარი (გარე სტიმულები); ასევე მოიცავს შიდა სტიმულებს, როგორიცაა სიზმარი და ჰალუცინაციები
აზროვნების პროცესი	ავადმყოფის აზროვნების ლოგიკურობა, შეთანხმებულობა (კოჰერენტულობა) და ორიენტაციურობა (დროულობა), რასაც გარკვეული მიზნამდე მივყავართ, მაგ. როგორ ფიქრობს ადამიანი
აზროვნების შინაარსი	რაზე ფიქრობს ავადმყოფი, რაც მოიცავს გამჭრიახობას და მსჯელობას.
აღქვატური შეფასების უნარი	გარკვევის უნარი იმისა, რომ სიმპტომები ან ქცევის ცვლილებები ნორმალურია თუ არა; მაგალითად, ღრის სიზმრის გარჩევა ჰალუცინაციისგან, რაც ორალურს ჰგავს.
მსჯელობა	არჩევანის შედარების და განვითარების პროცესი, როდესაც უნდა გადანყვიტოს რაიმე მოქმედება; ასახავს ღონეს, რომელიც ემყარება ან არა ორალობას და ნორმების სოციალურ კანონებს.
ემოციური რეაქცია (აფექტი)	ხმით, სახის მიმიკით და ქცევით გამოხატვის შესამჩნევი, ჩვეულებრივ, ეპიზოდური შეგრძნება ან მანერა
გუნება-განწყობა	უფრო ხანგრძლივი ემოცია, რაც ავადმყოფის სამყაროს აღქმას აფერადებს (გუნება-განწყობა ამინდივით ცვალებადია)
მეტყველება	სიმბოლოთა სისტემების კომპლექსი, რისი საშუალებითაც ხდება სიტყვების გამოხატვა, მიღება და გაგება; ისევე როგორც აღქმა, ყურადღება და მეხსიერება, მეტყველება სხვა მენტალური ფუნქციების შეფასების პირველი საშუალებაა.
უმაღლესი კოგნიტური ფუნქციები	ფასდება ექსპრონით, ინფორმაციის მარაგით, აბსტრაქტული აზროვნებით, ანგარიშით, რის ან სამგანზომილებიანი საგნების აგებით.

სხეულის და გონების უთთიეთთქმეღების გათჯვევა ამ ნიშნების მიხეღვით ძაღიან მნიშვნეღოვანია, მაგჩამ ყოვეღთვის აღვიღი ათ ათის. ფსიქიჯის დაჩღვევები, ჩოგოთიცაა შფოთვა ან დეპჩესია სომატური დაავაღებების ღიოსაც შეიძღება გამოვღინღეს. ისევე ჩოგოთც სხვაღასხვა დაავაღებამ შეიძღება გამოიწვიოს მენტაღური და ემოციური დაჩღვევები, ასაჯოვან პაციენტებში მენტაღური ფუნქცია შეიძღება გაუაჩესღეს გამომწვევი სიმპტომების და ნიშნების გაჩეშე, ჩოგოთიცაა ცხეღება ან ტჯივიღი. ყოვეღთვის ყუჩაღღებით გაათჯვიეთ ფიზიჯური ან ფსიმაჯოღოგიური მიზეზი, ჩოღესაც ცღიღობთ დააღგინოთ მენტაღური ცვლიღებების ათსი და ემოციური მნიშვნეღობა. ზოგჯეთ მენტაღური მღგომაჩეობის შეფასება გაძნეღებუღია პიროვნული ფაქტოთებით, ფსიქოემოციუთობით ან ავაღმყოფის პიროდი გამოცღიღებით, საჯითხებით, თომებიც შეიძღება გამოვღინღეს საუბითისას (მაგჩამ ათ ათის განხიღული ამ თავში). ყვეღა მონაცემის შეჯეჩებით და დაჯავშიჩებით ექიმი ცღიღობს მთღიანობაში აღიქვას პაციენტი.

თქვენ, ჩოგოთც სტუდენტს, შეიძღება ათ გქონდეთ სუთვიღი, ჩაატაჩოთ მენტაღური სტატუსის გამოჯვღევა და ღეღავდეთ, თომ ამით შეანუხებთ ავაღმყოფს, შეიქჩებით მის პიროდეღში ან მის აზოებს და ქცევებს პათოღოგიუთად მიიჩნევთ. მენტაღური სტატუსის ინტენსიუმმა გამოჯვღევამ შეიძღება შეაშფოთოს ავაღმყოფი და დახეღოვნებუღმა გამოჯვღევამაც ჯი გამოავღინოს მოთიღების და შენუხების დეფიციტი, თასაც ავაღმყოფი იგნოთიოებას უჯეთებს. თქვენ შეგიძღიათ განიხიღოთ ზოგიეთთი მოსაზოებება თქვენს ინსტიქტოთთან ან სხვა გამოცღიღ ექიმთან ეთთად. ისევე, ჩოგოთც გამოჯითხვის და შეფასების სხვა ნანიღებში, თქვენი ჩვევები და დამაჯეჩებღობა უნდა გააუმჯობესოთ პიქტიჯით, თაც მომავაღში შეღეგს გამოიღებს. დაიმახსოვჩეთ, თომ ავაღმყოფი მსმენეღის მაღღიეთია და თავის ჯანმთეღობას, უსაფთხოებას და, ზოგჯეი, სიცოცხღესაც ჯი, ანდობს თქვენს ყუჩაღღებას.

ანამნეზი

ხშიდი ან განსაზიღვეღი სიმპტომები

- ყუჩაღღების, გუნება-განწყობის ან მეტყვეღების ცვლიღებები
- გამჭიდხობის, განსჯის, ოდიენტაციის ან მეხსიეების ცვლიღებები
- შფოთვა, ტჯივიღი, იდტუაღური ქცევა და ფობიები
- დეღიდიუმი ან დემენციო

ავაღმყოფის მენტაღეს სტატუსზე ინფოდმაციის უმეტესობა ვღინღება გამოჯითხვის ღიოს. ჩოღესაც ავაღმყოფს ესაუბებით და ისმენთ მის ისტოდიას, შეაფასეთ მისი *აღქმის ღონე, გაჩეგნობა, გუნება-განწყობა*, დეპჩესიის და მანიის ჩათვღით[1]; მისი *ყუჩაღღების უნაჩი, მეხსიეება, გაგება* და *მეტყვეღება*. ავაღმყოფის ღექსიჯონის და ინფოდმაციის მაჩაგის შეჯეჩებით მის ჯეღტეჩასა და განათღებასთან, ხშიდად შეგიძღიათ მისი ინტეღექტის დაღგენა. ასევე, ავაღმყოფის ჩეაქტიუღობა ავაღმყოფობაზე და ცხოვდების პირობებზე მეტყვეღებს მის *გაძჭიდხობასა* და *განსჯის უნაჩზე*. თუ ოდიენტაციის უნაჩის და მეხსიეების დაჩღვევას ვაჩაუღობთ, უნდა ჰჯითხოთ: "ჩოღის იყავით ჯღინიკაში უკანასკნეღად?" "ჩა ღღეა ღღეს?" მენტაღური სტატუსის გამოჯვღევისას უფდო მეტს შეგძენთ ავაღმყოფის ემოციებზე აგებუღი ანამნეზის გუღდასმით შეგდოვება, ხოღო უფდო ნაჯეგ ინფოდმაციას მიიღებთ მხოღოდ გამოჯითხვით.

იხ. ცხდიღი 16-1, გუნება-განწყობის დაჩღვევები, გვ. 590 და ცხდიღი 16-2, მეტყვეღების დაჩღვევები, გვ. 591.

თუ ავადმყოფს უჩვეულო ახლები, ატვიატებული შიში, ნახმოდგენები ან აღქმები აქვს, თქვენ უნდა გამოავლინოთ ისინი გამოკითხვის პროცესში. მაგალითად, თუ ჩივილები 6 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება, ეს მიუთითებს *განსაკუთრებულ შფოთვით დაჩღვევაზე*, რაც აშშ-ში ყველაზე ხშირ მენტალურ სტატუსას ნახმოადგენს რაც მოსდევს ნივთიერებათა ქრონიკ მოხმარებას და მისი სიხშირე 5%-ია.[2] ღრმა განმავლობაში, თქვენ შესძლებთ გაანჩიოთ ზოგიერთი მდგომარეობები, რომლებიც მის იმიტაციას იძლევა: *პანიკური დაჩღვევები*, როდესაც მოხვედრილ პანიკის შეტევებს ცვლის მომავალ შეტევაზე შფოთვის პერიოდები; *ატვიატებული ნევროზის დაჩღვევები*, ატვიატებული ახლებითა და იძულებითი ქცევებით; *პოსტტრავმული სტრესული დაჩღვევები*, რაც ხასიათდება განდგომით, შეკავებით და ზედმეტი აგზნებადობით;[2] და *სოციალური ფობიები*, რაც გამოიხატება სახოგადოებრივ სიტუაციებში შფოთვებით. ასეთი ავადმყოფების გასინჯვისას თქვენ უნდა გაამდიდროთ გამოკითხვა სპეციფიკური კითხვებით. უნდა განსაზღვროთ, გჭირდებათ თუ არა მენტალური მდგომარეობის უფრო ღრმად შესწავლა. მენტალური მდგომარეობის გამოკვლევის შემადგენელი ნაწილები აღწერილია განაკვეთში "გამოკვლევის მეთოდები", გვ. 578-588.

იხ. ცხრილი 16-3, შფოთვითი დაჩღვევები. გვ. 592 და ცხრილი 16-4, ფსიქოზები. გვ. 593.

ავადმყოფებს, რომელთაც თავის ტვინის დოკუმენტირებული ან სავარაუდო დაზიანება აღენიშნებათ, ფსიქიატრიული სიმპტომები ან ოჯახის წევრების მიერ გადმოცემული ინფორმაცია ავადმყოფის ქცევების ცვლილებაზე, მოითხოვს შემდგომ შეფასებას. ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს ქცევის უმნიშვნელო დაჩღვევა, უჭირდეს ნაძლების ხუსტად მიღება, საოჯახო საქმიანობის ხუტინული შესრულება ან გადასახადების გადახდა ან ჯაგავდეს ინტერესს ყოველდღიური აქტიობის მიმართ. იხ. ცხრილი 20-1, დელირიუმი და დემენცია, გვ. 873. ზოგ პაციენტს შეიძლება განვითარდეს უცნაური ქცევები ოპერაციის შემდეგ ან მწვავე დაავადების დროს. ყოველი პრობლემა უნდა გაირჩეს რაც შეიძლება სწრაფად. მენტალური ფუნქცია მოქმედებს სამსახურიდან განთავისუფლების შესაძლებლობაზე და ხშირად ინვევს ინვალიდობას.

შესაძლო დეპრესიის ან დემენციის ნიშნები

ჯანმთელობის ხელშენყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშენყობის განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- დეპრესიისა და თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილების გამოკვლევა
- დემენციის გამოკვლევა

პირველადი დახმარების ვიზიტების უმრავლესობა, 10%-დან 50%-მდე, განპირობებულია მენტალური მდგომარეობის პრობლემებით, განსაკუთრებით დეპრესიით, თუმცა ასევე ხშირია შფოთვა, სომატური ჩივილები, შედარებით იშვიათია, თუმცა ასევე სერიოზული პრობლემაა გუნება-განწყობის და გონებრივი ფუნქციის დაჩღვევები.[3,4] ამ დაავადებებით გამოწვეული ტანჯვის სიმძიმე დიდია, მიუხედავად ამისა, მათი დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობა ჯერ კიდევ პრობლემას ნარმოადგენს. მთელი პოპულაციისთვის ჯანმთელობის ხელშენყობასა და განხილვას მოითხოვს სამი მთავარი პრობლემა, ესენია დეპრესია, თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილება და დემენცია. ამასთან ერთად, რუტინულად უნდა გამოიკვლიოთ ალკოჰოლიზმი და არსებული პრეპარატების მოხმარება (იხ. გვ. 50-55).

ღრმა დეპრესია გავრცელებული დაავადებაა და ხშირად ახლავს სხვა მენტალურ დაჩღვევებს.

ღრმა დეპრესიის სიხშირე დიაგნოსტიკის კრიტერიუმებთან ერთად ერის აშშ-ის პოპულაციაში დაახლოებით 16%-ს შეადგენს და ყოველწლიურად იზრდება 6%-ით.[4] ქალებისთვის დაავადების განვითარების რისკი (20%-დან 25%-მდე) მამაკაცებთან შედარებით 2-ჯერ მაღალია. ჯერ იმისტებმა ასევე უნდა შეისწავლონ დეპრესიის სიმპტომები, რომლების 2-3-ჯერ ხშირია საზოგადოებაში და დანესებულებებში.[5] პირველადი დახმარების ექიმები დაავადებულთა 50%-ში ვერ სვამენ ღრმა დეპრესიის დიაგნოზს, ხშირად ვერ ამჩნევენ ადრეულ ნიშნებს, როგორიცაა დაბალი თვითშეფასება, ანჰედონია (ცხოვრების მიმართ სრული გულგრილობა) ან ყოველდღიური ცხოვრებიდან სიამოვნების მიღების შეუძლებლობა, ძილის დარღვევა, კონცენტრირების და გადაწყვეტილების მიღების გაძნელება. ყურადღებით დაკვირდით დეპრესიის სიმპტომებს, განსაკუთრებით ახალგაზრდა პაციენტებში, ქალებში, მარტოხელებში, განქორწინებულებში, სეირიოზული ან ქრონიკული დაავადებების მქონე ავადმყოფებში ან პირებში, რომლებმაც განიცადეს ჩარმე დანაკარგი. პაციენტებს, რომელთაც ანამნეზში დეპრესია ან დადებითი ოჯახური ანამნეზი აღენიშნებათ, დაავადების რისკი აქვთ.

აშშ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფმა (U.S. Preventive Services Task Force) დაადგინა ფაქტები, რომ პირველადი დახმარების ჭრილში ავადმყოფების გამოკვლევა დეპრესიის გამოვლენის საშუალებას იძლევა, ხოლო მკურნალობა ამცირებს სიკვდილობას. სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უწევს გამოკვლევებს, რაც ხელს უწყობს ზუსტ დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და დაკვირვებას და ორი კითხვის დასმას, რომლებიც ისეთივე ეფექტურია, როგორც გამოკვლევის მეთოდები, კერძოდ: "ბოლო ორი კვირის განმავლობაში ხომ არ იყავით დათრგუნული, დეპრესიული ან გამოუვალ მდგომარეობაში?" და "ბოლო ორი კვირის განმავლობაში ხომ არ შეგიმჩნევიათ, რომ ინტერესი ან სიამოვნება დაკარგეთ საქმიანობის მიმართ?"[6,7] გამოკვლევის ჩატარება ასევე მიზანშეწონილია დანესებულებებშიც.[8-10] დადებითი შემოწმება საჭიროებს უფრო ღრმა გამოკვლევას. დეპრესიის არასწორ დიაგნოსტიკას შეიძლება ფატალური შედეგი მოჰყვეს – ღრმა დეპრესიით დაავადებულთა თვითმკვლელობის სიხშირე 8-ჯერ მაღალია, ვიდრე მთელ პოპულაციაში.[3]

თვითმკვლელობის სიხშირის შემცირება ეროვნული მნიშვნელობის საკითხია.[11] აშშ-ში 2001 წელს თვითმკვლელობის სიხშირე შეადგენდა 10-ს 100 000 მოსახლეზე და საერთო სიკვდილობის 1%-ს, და აჭარბებს მკვლელობის, შიდსით და ივ ინფექციით გამოწვეულ სიკვდილობას.[12] ყველაზე მაღალი სიხშირე აღინიშნება 85 წლის ზევით ასაკის თეთრ მამაკაცებში, ასევე იზრდება თინეიჯერებში და ახალგაზრდებში. საერთო სიკვდილობის დაახლოებით ნახევარი მოდის ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებულ ჭრილობებზე. რისკ-ფაქტორები მოიცავს ავადმყოფის აზრებს თვითმკვლელობასა ან მკვლელობაზე, გადაწყვეტილების მიღებასა და დაგეგმვაზე; შეისწავლეთ სუიციდის ფორმა, ფსიქოზის ან მძიმე შფოთვის სიმპტომები; ანამნეზში ფსიქიატრიული დაავადების არსებობა, განსაკუთრებით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები; სხვადასხვა ნივთიერებების მოხმარება ან პიროვნული დარღვევები; ასევე ანამნეზში სუიციდის ან დადებითი ოჯახური ანამნეზის არსებობა.[6,13] ამ რისკ-ფაქტორების მქონე ავადმყოფებს დაუყოვნებლივ უნდა ჩაუტარდეთ ფსიქიატრიული გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაცია.

დემენცია ნარმოადგენს შემეცნების ფუნქციის დაქვეითებას, განსაკუთრებით მეხსიერების, თქმა ასევე ქვეითდება მეტყველების, ვიზუალურ-სივრცობრივი ან ორგანიზაციული ფუნქციები, ვითარდება საზოგადოებრივი და სამსახურეობრივი უთანხმოებების დამყარების გაძნელება.[14] აშშ-ში დემენცია ვითარდება 65 წლის ზევით ასაკის პირთა 3%-დან 11%-ში და მკვიდრ პოპულაციაშია ასაკთან, კერძოდ 85 წლის ზევით სიხშირე მატულობს 25%-დან 47%-მდე.[15,16] რისკს ასევე ზრდის E აპოლიპოპროტეინი, არტერიული ჰიპერტენზია და შემეცნების მცირე დაქვეითება.[17] უმეტეს შემთხვევაში დემენციის მიზეზია ალცჰეიმერის დაავადება (დაახლოებით 60%-70%) ან თავის ტვინის სისხლძარღვების დაზიანება და ტვინის მრავლობითი ინფარქტები (დაახლოებით 20%-30%).[18] დადებითი ოჯახური ანამნეზის მქონე პირებს დემენციის განვითარების 3-ჯერ მაღალი რისკი აქვთ, ვიდრე საერთო პოპულაციას.[19] აშშ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფი არ უწევს რეკომენდაციას დემენციის გამოკვლევას, ვინაიდან არ არის დადასტურებული ფაქტები "დიაგნოსტიკის სიზუსტის, ყოველდღიურ პრაქტიკაში გამოკვლევის და მკურნალობის ეფექტურობის და გამოკვლევის პოტენციური რისკის (მაგალითად, "იარაღის ეფექტი")" შესახებ.[18] იხ. ასევე თავი 20, ხანდაზმული პირები, გვ. 839-873)

გამოკვლევის მეთოდები

გამოკვლევის მნიშვნელოვანი სფეროები

- გახსენება და ქცევები
- საუბარი და მეტყველება
- გუნება-განწყობა
- აზროვნება და შეგრძნება
- შემეცნება, რაც მოიცავს მეხსიერებას, ყურადღებას, ინფორმაციის მარაგს და ლექსიკონს, ანგარიშს, აბსტრაქტულ აზროვნებას და კონსტრუქციის შესაძლებლობას

ნებისმიერი სისტემის გამოკვლევა სამ ცენტრალურ კითხვას ეფუძნება. ყველაფერი ეს გახსოვდეთ გამოკვლევის ყოველ ეტაპზე, მაშინაც კი, როდესაც იკვლევთ მენტალურ სტატუსას და ქცევებს.

- მენტალური სტატუსი უცვლელია?
- მარეგულირებელი და მარეგულირებელი მონაცემები ერთნაირია?
- თუ მონაცემები ასიმეტრიულია ან დარღვეულია, მიზეზი ცენტრალური ნერვული სისტემის თუ პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებაა?

მენტალური (გონებრივი) სტატუსის გამოკვლევა შემდეგი ნაწილებისგან შედგება:

- გახსენება და ქცევა
- საუბარი და მეტყველება
- გუნება-განწყობა
- აზროვნება და პერცეფცია
- კოგნიტური ფუნქცია, რაც მოიცავს მეხსიერებას, ყურადღებას, ინფორმაციის მარაგს და ლექსიკონს, ანგარიშს, აბსტრაქტულ აზროვნებას და კონსტრუქციის შესაძლებლობას

ამ ფორმატის მიყოლა გაგიადვილებთ გამოკვლევის ორგანიზებაში, მაგრამ არ არის სავალდებულო ზუსტად მიჰყვეთ საფეხურებად. ხდესაც ნარჩენებია სხვა გამოკვლევა, შეგიძლიათ არჩევანი თავისუფლად გააკეთოთ, მაგრამ თქვენი არჩეული გამოკვლევები ამომწურავი უნდა იყოს. თუმცა ზოგჯერ, თანმიმდევრობის დაცვა აუცილებელია. თუ პირველადი გამოკითხვის დროს შეამჩნევთ, რომ ავადმყოფის აღქმა, ყურადღება, სიტყვების გაგება ან მეტყველება დარღვეულია, ეს საკითხები დანარჩენებით შეისწავლეთ. ასეთი ავადმყოფის ანამნეზს ჯარაგდ ვერ გადმოგცემთ და, ამიტომ, უნდა გამოიკვლიოთ უმეტესობა მენტალური ფუნქციებისა.

III ბახებნობა და ქცევა

ანამნეზის შეგროვებისა და გამოკვლევის პროცესში გამოიყენეთ ყველა მნიშვნელოვანი კვლევის მეთოდი. შეისწავლეთ შემდეგი საკითხები:

ცნობიერების დონე. ახის თუ ახა ავადმყოფი ფხიზელი და ყურადღებიანი? იგებს თუ ახა თქვენი შეკითხვების ახსს და გპასუხობთ ადექვატურად და სწრაფად, თუ ამჩნევთ რომ ვერ მოგყვებათ საუბარში და ჩუმდება ან ეძინება ჯიდეც?

თუ ავადმყოფი თქვენს კითხვებს არ პასუხობს, თანდათანობით გააძლიერეთ ზემოქმედება:

- მიმართეთ სახელით და ხმამაღლა ელაპარაკეთ
- ფრთხილად შეახეთ ავადმყოფი, როგორც მძინარე ადამიანის გაღვიძებისას

თუ ამის შემდეგაც ავადმყოფი არ გპასუხობთ, გამოიკვლიეთ რომ არ აღენიშნება სტუპორი ან კომა – ცნობიერების დონის მკვეთრი დაქვეითება (იხ. გვ. 643)

ღრმად ჩაძინებული ავადმყოფის ეძინება, მაგრამ თვალები ღია აქვს და გიყურებთ, გპასუხობთ კითხვაზე და შემდეგ იძინებს.

შენელებული ავადმყოფს თვალები გახელილი აქვს და გიყურებთ, მაგრამ ნელა გპასუხობთ და ჩამდენადმე დაბნეულია.

მდებარეობა და მოტორული აქტივობა. ავადმყოფი სანოლში წევს თუ დადის თქვენს გარშემო? დააკვირდით მის მდებარეობას და მოდენების შესაძლებლობას. გამოიკვლიეთ მოძრაობების ტემპი, ხარისხი და ხასიათი. რომ არ არის უნებლიე მოძრაობები? სხეულის ნორმალური ნაწილის უძრაობა რომ არ აღინიშნება? რომ არ იცვლება ავადმყოფის პოზა და მოტორიკა საუბრის განმავლობაში ან სხვა პირების თანდებისას?

ძალიან ძნელი პოზა, მოუსვენრობა და აღელვება განპირობებულია შფოთვით; ტირილი, სირბილი, აგიტირებული დეპრესიის დროსაა; უმოძრაობა, მოხრილი პოზა და შენელებული მოძრაობები დეპრესიის დროს; სიმღერა, ცეკვა და შეკავებული მოძრაობები მანიაკალური ეპიზოდის დროს აღინიშნება.

ჩაცმულობა, სისუფთავე და პირადი ჰიგიენა. როგორ არის ჩაცმული ავადმყოფი? ტანსაცმელი სუფთაა, დაუთოვებული და სწორედ შეკრული? რამდენად შეესაბამება მისი ტანსაცმელი სხვა ადამიანების ჩაცმულობას, მის ასაკს და სოციალურ მდგომარეობას? დააკვირდით ავადმყოფის თმას, ფრჩხილებს, კბილებს, კანს, თუ აქვს, ნვრს. რამდენად მოვლილია? რამდენად შეესაბამება მისი ჰიგიენური მდგომარეობა იგივე ასაკის, ცხოვრების სტილის და სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობის სხვა ადამიანებს? შეადარეთ სხეულის ეთი ნახევარი მეორეს.

სისუფთავის და პირადი ჰიგიენის დარღვევები დეპრესიის, შიზოფრენიის და *დემენციის* დროს. გარკვეობაზე გადაჭარბებული ზრუნვა აღინიშნება *აკვიატებული ნევროზის* დროს. სხეულის ცალ მხარეს მოუვლელობა შეიძლება შედეგი იყოს საპირისპირო ნახევარსფეროს ქერქის დაზიანების, ჩვენებრივ, არადომინანტურ მხარეს.

სახის გამომეტყველება. დააკვირდით ავადმყოფის სახეს მოსვენებულ მდგომარეობაში და როდესაც სხვებს ეკონტაქტება. საუბრის მსვლელობისას დააკვირდით სახის გამომეტყველების ცვლილებებს. შესაბამისია ეს ცვლილებები? თუ სახე შედარებით უძრავია?

შფოთვის, დეპრესიის, პარანოის, გაბრაზების, სიხარულის გამომეტყველება. სახის უძრაობა აღინიშნება პარკინსონიზმის დროს.

ქცევის მანერა, ადეკვატური შეფასების უნარი, პიროვნებასა და მოვლენებს შორის პირველობა. სახის გამომეტყველების, ხმის და სხეულის მოძრაობის შესწავლით შეაფასეთ ავადმყოფის აფექტი. საუბრის დროს შესაბამისად იცვლება, თუ აფექტი არის ღარიბული, სუსტი თუ უემოციოა? რომ არ არის ადგილისთვის შეუსაბამო?

გაბრაზება, მტრული განწყობა, ეჭვიანობა ან პარაგნოეროება პარანოიას. ზედმეტი სიხარული და ეიფორია აღინიშნება *მანიის* დროს. თანაბარი აფექტი და განდგომა

თუ არის, როგორ? დააკვირდით ავადმყოფის გახსნილობას, კონტაქტურობას, მის ჩაქცევას სხვა ადამიანებზე და გარემოზე. რომ არ გეჩვენებათ, რომ ავადმყოფი ხედავს ან ესმის ის, რასაც თქვენ ვერ ხედავთ ან ესაუბრება ვიღაცას, ვინც ოთახში არ არის?

მეტყველება და საუბარი

გამოკითხვის მსვლელობისას დააკვირდით ავადმყოფის მეტყველებას შემდეგი ნიშნების მიხედვით:

ჩაოდენობა. ავადმყოფი ბევრს ლაპარაკობს თუ შედარებით ჩუმია? მისი კომენტარები სპონტანურია თუ ზუსტად პასუხობს კითხვებზე?

სიხშირე. სწრაფად საუბრობს თუ ნელა?

სიმაღლე. ხმამაღლა ლაპარაკობს თუ ჩუმად?

სიტყვების ნარმოთქმა. სიტყვებს გასაგებად და სწორედ ნარმოთქვამს? ცხვირში ლაპარაკობს?

თავისუფლად საუბარი. მოიცავს საუბრის სიხშირეს, თავისუფლად და მეტ-ნაკლებად საუბარს და გამოყენებული სიტყვების ჩაოდენობას. ყურადღება მიაქციეთ სპონტანური საუბრის დაკვირვებს, როგორიცაა:

- ყოყმანი საუბრისას და სიტყვებს შორის პაუზები
- ინტონაციის ცვლილებები, როგორიცაა მონოტონური მეტყველება
- მიმავალსიტყვიანობა, როდესაც ფრაზები ან წინადადებებით შეცვლილია ის სიტყვები, რომელსაც ავადმყოფი ვერ ამბობს, მაგალითად "ფანქრით" - სიტყვის მაგივრად ამბობს: "რითაც თქვენ წერთ"
- პარაფრაზირება, როდესაც სიტყვები დამახინჯებული, არასწორია ან მოგონილია.

თუ ავადმყოფის საუბარი ზრს მოყლებულია ან თავისუფლად ვერ მეტყველებს, ჩაუტარეთ შემდგომი გამოკვლევები, როგორც ეს მომდევნო ცხრილშია მოცემული

▪ აფაზიის გამოკვლევა	
სიტყვების აღქმა	სთხოვეთ ავადმყოფს შეასრულოს თქვენი ერთ საფეხურიანი ბრძანება, როგორიცაა "დაწვენეთ ცხვირი", შემდეგ ორ საფეხურიანი ბრძანება: "დაწვენეთ პირი, შემდეგ მუხლი".
გამეორება	სთხოვეთ, გაიმეოროს ერთ-დასრულებიანი სიტყვებით შემდგარი ფრაზა
დასახელება	სთხოვეთ ავადმყოფს დაასახელოს საათის ნაწილები
ნაკითხულის აღქმა	სთხოვეთ ერთი აბზაცი ხმამაღლა ნაიკითხოს
წერა	სთხოვეთ, ერთი წინადადება დანეროს

მიზოფრენიისთვისაა დამახასიათებელი. აპათია (ყრუ აფექტი გაორებით და ინდიფერენტულობით) აღინიშნება *დემენციის* დროს. შფოთვა, დეპრესია.

შენელებული საუბარი *დეპრესიის* დროს; არჩევანებული და ხმამაღალი მეტყველება *მანიის* დროს

დისართრია ნიშნავს მეტყველების აპარატის დეფექტს. *აფაზია* არის ნარმოთქმის დარღვევა. იხ. ცხრილი 16-2, მეტყველების დარღვევები, გვ. 591.

ეს დარღვევები აფაზიაზე მიუთითებს. ავადმყოფს შეიძლება იმდენად უჭირდეს საუბარი ან აზრის გაგება, რომ ვერ შეძლოთ ანამნეზის შეგროვება. ასევე შეიძლება შეცდომით ფსიქოზურ დარღვევაზეც იფიქროთ.

ეს ტესტი დაბეჭდილებით დაადგინოთ, რა ტიპის აფაზია აქვს პაციენტს. დარწმუნდით, რომ მხედველობის, სმენის, ინტელექტის და განათლების დეფიციტი გავლენას ახდენს მეტყველებაზე. 16-2 ცხრილში: მეტყველების დარღვევები, გვ. 591, შედარებულია ორი ტიპის აფაზია □ ვერნიკეს-ს (ვერნიკეს) და ბროკა-ს (ბროკას). თუ ავადმყოფს წინადადების სწორად დანერა შეუძლია, მას აფაზია არ ალენიშნება

ᲒᲠᲜᲔᲑᲐ-ᲒᲐᲜᲬᲧᲝᲑᲐ

გამოკითხვის განმავლობაში შეაფასეთ გრნება-განწყობა ავადმყოფის შეგრძნების გახსენებით. დაადგინეთ როგორია ავადმყოფის ჩვეული გრნება-განწყობა და როგორ იცვლება სხვადასხვა ცხოვრებისეული სიტუაციაში. მაგალითად, "რას გრძნობთ ამის შესახებ?" ან უფრო ზოგადად "როგორი ხასიათი გაქვთ?" ასევე დაგეხმარებათ ნათესავების და მეგობრების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

გრნება-განწყობა მოიცავს დარდს და ღრმა მელანქოლიას; მხიარულებას, ეიფორიას და ჭარბ სიხარულს. სიბრაზეს და ირისხვას; შფოთვას და წუხილს; გაუცხოებას და ინდიფერენტულობას.

როგორია ავადმყოფის გრნება-განწყობა? როგორი ინტენსიობითაა გამოხატული? ცვალებადია თუ არა? რამდენ ხანს გრძელდება? შეესაბამება თუ არა ავადმყოფის გარემო პირობებს? დეპრესიის შემთხვევაში ხომ არ აღინიშნება ანეული გრნება-განწყობის ეპიზოდები, რაც მიუთითებს ბიპოლარულ დარღვევაზე?

დეპრესიული და ბიპოლარული დარღვევების დროს იხ. ცხრილი 16-1, გრნება-განწყობის დარღვევები, გვ. 590.

თუ დეპრესიის არსებობას ვარაუდობთ, შეაფასეთ მისი სიღრმე და სუიციდის რისკი. გამოგადგებათ შემდეგი კითხვები, რასაც მიჰყვებით ავადმყოფის დადებითი პასუხების მიღების მიხედვით:

- მნიშვნელოვნად ხომ არ ითრგუნებით (ან ხართ დეპრესიული ან მონყენილი)?
- რამდენად დაქვეითებული გაქვთ გრნება-განწყობა?
- როგორ ხედავთ თქვენთვის მომავალს?
- ხომ არ გრძნობთ, რომ სიცოცხლე არ არის სასიამოვნო? ან ფიქრობთ, რომ მაღე უნდა მოკვდეთ?
- როდისმე ხომ არ გიფიქრიათ თავის მოკვლაზე?
- როგორ აპირებთ ამის გაკეთებას?
- ხა მოხდება თქვენი სიკვდილის შემდეგ?

სუიციდური აზრების შესახებ გამოკითხვა ავადმყოფს არ უნერგავს იდეებს, ეს არის მხოლოდ ინფორმაციის მიღების საშუალება. მართალია, თქვენ შეიძლება გაგიძნელდეთ ამ საკითხის გარკვევა, ბევრი პაციენტი თავისუფლად ლაპარაკობს თავის ფიქრებზე ექიმთან, ზოგჯერ მნიშვნელოვან შვებასაც გრძნობს. ამ საუბრის დროს, უნდა არჩენოთ თქვენი ინტერესი და მოსაზრებები ამ საკითხზე და სიცოცხლისთვის საშიშ პირობებზე. ამ საკითხების გარკვევის გარეშე შეიძლება გამოგრჩეთ პაციენტის დაავადების მნიშვნელოვანი დეტალები.

ᲐᲖᲠᲝᲕᲜᲔᲑᲐ ᲓᲐ ᲨᲔᲒᲠᲫᲜᲔᲑᲐ

ᲐᲖᲠᲝᲕᲜᲔᲑᲘᲡ ᲞᲠᲝᲪᲔᲡᲘ. შეაფასეთ ავადმყოფის აზროვნების პროცესის ლოგიკა, შესაბამისობა, ორგანიზებულობა და თანმიმდევრულობა გამოკითხვის პროცესში. ვითარდება თუ არა ლაპარაკი მიზნის მიმართულებით? ამ დროს ლაპარაკს იყენებთ, როგორც ავადმყოფის ტვინის ფანჯარას.

დაკვირვებათა მომდევნო ცხრილში მოცემულ მეტყველების თავისებურებებს, რაც აზროვნების დახასიათებაზე მიუთითებს.

▪ *აზროვნების პროცესის ვარიაციები და დარღვევები*

დეტალურობა	მეტყველება ხასიათდება ზედმეტად დაწვრილებითობით, ზედმეტად ბევრად სცილდება თემას და მოიცავს უამრავ არაუცილებელ დეტალს, ამავე დროს აღნიშნულობითი ნაწილები აზრობრივად დაკავშირებულია. ბევრი ადამიანი, რომელსაც შენტალური დარღვევები არ აღენიშნება, დეტალურად საუბრობს. აღინიშნება ასევე ობსესიური აზრების მქონე ადამიანებში
აზროვნების გაწყვეტა (ბლოკირების დაკარგვა)	ლაპარაკის დროს ავადმყოფი უცებ საკითხიდან მეორეზე ხტება. რომელიც არ არის დაკავშირებული წინასთან ან ძალიან დაკავშირებული, და პაციენტი ვერ აცნობიერებს, რომ ეს საკითხები ერთმანეთთან აზრობრივ კავშირში არ არის. აზრები გზიდან უხვევს წინადადებებში და არა წინადადებებს შორის. აღინიშნება *შიზოფრენიის, მანიაკალური ეპიზოდების* და სხვა *ფსიქოზური დარღვევების* დროს
აზრების ხტომა (აზრების ტორიანტელი)	ხანგრძლივი და არჩევებული საუბარი, როდესაც ავადმყოფი მკვეთრად ცვლის საუბარს და ერთი საკითხიდან მეორეზე გადადის. ცვლილებები ჩვეულებრივ ემყარება გაუგებარ ასოციაციებს, სიტყვების თამაშს ან გამაღიზიანებლისგან თავის არიდებას (დათრგუნვას), მაგრამ აზრები არ ჰქონიათ დიალოგში. ყველაზე ხშირად აღინიშნება *მანიაკალური ეპიზოდების* დროს
ნეოლოგიზმი	დამახინჯებული ან ამოყირავებული სიტყვების ან ახალი და ძალიან განსხვავებული სიტყვების გამოყენება. აღინიშნება *შიზოფრენიის*, სხვა *ფსიქოზური დარღვევების* და *აფაზიის* დროს
აზროვნების დაუკავშირებლობა (აღოგიკურობა)	ლაპარაკი, რომელიც ძალიან შეუთანხმებელია აღოგიკურობის გამო, დაკარგულია აზრობრივი კავშირები, მკვეთრად იცვლება თემები, გრამატიკული წესები და სიტყვების გამოყენება. წინადადებებში ვინდება თემების გადანაცვლება. მძიმედ გამოხატული აზრების ხტომა იწვევს აღოგიკურობას. ვინდება მძიმე ფსიქოზური დარღვევების დროს (ჩვეულებრივ *შიზოფრენიის* დროს)
ბლოკირება	აზრის უცაბედი გაწყვეტა წინადადების მიგნით ან აზრის დამთავრებამდე. დაკავშირებულია ხოლმე აზრის დაკარგვასთან. ბლოკირება ვინდება ჯანმრთელებშიც. ბლოკირება შეიძლება განვითარდეს *შიზოფრენიის* დროს
კონფაბულაცია	შეკითხვების მიხედვით ფაქტების და მოვლენების შეთხზვა, რათა შეავსოს დაქვეითებული მეხსიერება. ხშირია *ამნეზიის* დროს
პერსევერაცია	სიტყვების და აზრების ხანგრძლივი და ხშირი გამეორება. ვინდება *შიზოფრენიის* და სხვა *ფსიქოზური დარღვევების* დროს
ეჭოლალია	სხვისი სიტყვების და ფრაზების გამეორება. ვინდება მანიაკალური ეპიზოდებისა და *შიზოფრენიის* დროს
აკატაფაზია (ენეხადობა)	ავადმყოფი ლაპარაკის დროს სიტყვებს არჩევს ენეხადობის, და არა მნიშვნელობის მიხედვით, როგორც ჰიტმული საუბრისა და სიტყვების თამაშის დროს. ვინდება *შიზოფრენიის* და *მანიაკალური ეპიზოდების* დროს

აზრების შინაარსი. საუბრის დროს უნდა შეაფასოთ, მონოდებული ინფორმაცია რამდენად შეესაბამება ავადმყოფის აზროვნების შინაარსს. უპირველია მიჰყვეთ ჩვეულებრივ საუბარს, ვიდრე გამოიყენოთ სპეციფიკური კითხვების სტანდარტული ჩამონათვალი. მაგალითად, "ხანმოკლე ხნით ადრე თქვენ აღნიშნეთ, რომ თქვენი ავადმყოფობა მეზობლის ბრალია. შეგიძლიათ უფრო მეტი მითხრათ ამის შესახებ?" ან სხვა სიტუაცია, "ასეთ დროს რას ფიქრობთ ხოლმე?"

შეიძლება დაგჭირდეთ უფრო მეტი კითხვის დასმა. ასეთ შემთხვევაში, ეს კითხვები გამოიყენეთ ტაქტიანად და შესაბამისი ტემპით. "როდესაც ადამიანები თქვენსავით შეწუხებულები არიან, ზოგჯერ არ შეუძლიათ გარკვეულ აზრებს ყურადღება არ მიაქციონ," ან ". . . მოვლენები ეჩვენებათ არა ჩვეულებრივ. თქვენ ხომ არ გქონიათ ასეთი განცდა?"

ამისათვის გაარჩევიეთ ცხრილში ნაჩვენები მახასიათებლები.

■ *აზროვნების მინაარსის დარღვევები*

ძალდატანება	განმეორებადი ქცევები ან გონებრივი აქტები, რითაც თითქოს ადამიანი იმართება, რათა შეასრულოს ან ხელი შეუშალოს რაიმე მოვლენას, თუმცა ამ მოქმედების შედეგი არარეალურია.
აჯვიატებული აზრები	განმეორებადი, არაკონტროლირებადი აზრები, წარმოდგენები ან იმპულსები, რასაც ავადმყოფი განიხილავს როგორც მისეულებს და უცხოს.
ფობიები	ხანგრძლივი, არარაციონალური შიშები, რასაც ახლავს დაუძლეველი სურვილი გაექცეს ამ გამაღიზიანებელს.
შფოთვები	ცუდი წინათგრძნობა, შიშები, დაძაბულობა, ღელვა, რომელიც შეიძლება ფოკუსირებული იყოს (ფობია) ან განუსაზღვრელი (განუსაზღვრელი შიშის ან მოსალოდნელი ხიფათის ზოგადი შეგრძნება)
არარეალობის შეგრძნება	შეგრძნება იმისა, რომ გარემო საგნები არარეალურია, უცნაური ან ძალიან დამოუკიდებელი.
დეპერსონალიზაციის შეგრძნება	საკუთარი თავის შეგრძნების შეცვლა ან არარეალურად შეგრძნება, ანუ იდენტურობის დაკარგვა ან გონებისა და სხეულის განცალკევების შეგრძნება.
ბოდვები (მანიები)	ცრუ, ფიქსირებული, პირადული ხასიათის ავადმყოფის პირადული ყურადღების ამ მისი ნაწილის ნარმოდგენები. მაგალითები: ■ *დევნის მანია* ■ *განდიდების მანია* ■ *ეჭვიანობის მანია* ■ *დამოკიდებულების მანია*, როდესაც ავადმყოფს სჯერა, რომ გარეშე მოვლენებს, საგნებს ან ადამიანებს აქვთ განსაკუთრებული და ურყევი მნიშვნელობა (მაგალითად, სჯერა, რომ რადიო ან ტელევიზორი მის შესახებ აკეთებს კომენტარს ან აძლევს ინსტრუქციებს) ■ *გაკონტროლების მანია* გარეშე ძალის მიერ ■ *სომატური მანია* ავადმყოფობის, დარღვევების ან ფიზიკური დეფექტის არსებობაზე ■ *სისტემატიზებული ბოდვები*, ერთი ბოდვა, რომელსაც მარტივი განვითარება აქვს ან ბოდვათა ჯგუფი ერთი თემის გარშემო, რომლებიც სისტემატიზირებულია ერთ კომპლექსში.

ძალდატანება, აჯვიატებული აზრები, ფობიები და *შფოთვები* ხშირად დაკავშირებულია ნევროლოგიურ დარღვევებთან. იხ. ცხრილი 16-3, შფოთვითი დარღვევები, გვ. 592

ბოდვები, არარეალობის და დეპერსონალიზაციის შეგრძნებები უფრო ხშირად ახლავს *ფსიქოზურ დარღვევებს*. იხ. ცხრილი 16-4, ფსიქოზური დარღვევები (გვ. 593). ბოდვები ასევე ვლინდება დეპრესიის, ღრმა ემოციური აშლილობის და დემენციის დროს

აღქმა. გამოკითხეთ ცარიელ აღქმის შესახებ ისევე, როგორც იკვლევთ აზროვნების მინაარსს. მაგალითად, "როდესაც ხმა გესაუბრებოდათ, არა გითხრათ? როგორ შეიგრძნეთ?" ან როდესაც ბევრს სვამთ, ხომ არ ხედავთ ისეთ საგნებს, რაც ნამდვილად არ არის?" ან "ზოგჯერ ასეთი დიდი ოპერაციის შემდეგ ადამიანებს ესმით განსაკუთრებული ან საშიში ამბები.

ამის მსგავსი ხომ თქვენც ხომ არ მოგსვლიათ?" აღქმის შესწავლისთვის განიხილეთ აღქმის შემდეგი დარღვევები.

აღქმის დარღვევები

ილუზიები	ჩვეული გარეშე სტიმულების არასწორი ინტერპრეტაცია. ილუზიები შეიძლება გამოვლინდეს ძლიერი დარღვის, *დელირიუმის*, მწვავე და *პოსტტრავმული სტრესის* და *შიზოფრენიის* დროს
ჰალუცინაციები	შესაბამისი გარეშე არ არსებული გამაღიზიანებლის სუბიექტური სენსორული აღქმა. პიროვნებას შეუძლია არ გაარჩიოს ჩვეული არარსებულისგან. ჰალუცინაცია შეიძლება იყოს სმენითი, მხედველობითი, გემოვნებითი, ტაქტილური (შეხებითი) ან სომატური. (მორჩენებითი აღქმა, რომელიც დაკავშირებულია სიზმართან, დაძინების და გაღვიძების მომენტთან, არ მიეკუთვნება ჰალუცინაციებს)

ჰალუცინაციები შეიძლება გამოვლინდეს *დელირიუმის, დემენციის* (უფრო იშვიათად), *პოსტტრავმული სტრესის, შიზოფრენიის* და აღკოჰოლიზმის დროს

აღქვამტური შეფასების უნარი და მსჯელობა. ამ ნიშნების შეფასება ყველაზე ხარგად ხდება გამოკითხვის დროს.

აღქვამტური შეფასების უნარი. თქვენს მიერ დასმული ზოგიერთი სანყისი შეკითხვა ხშირად მნიშვნელოვან ინფორმაციას განვდით ავადმყოფის გამჭრიახობაზე: "რა მიზეზით მოხვედით საავადმყოფოში?" "რა განუხებთ?" "თქვენი აზრით რაში მდგომარეობს თქვენი პრობლემა?" უფრო დანვრილებით შესწავლისთვის, დაკვირდით, იცის თუ არა ავადმყოფმა, მისი სპეციფიკური განწყობა აზროვნება ან აღქმა დარღვეულია თუ დაავადების ნაწილია.

ფსიქოზური დარღვევების მქონე ავადმყოფს ხშირად დაქვეითებული აქვს გამჭრიახობა. ავადმყოფობის უარყოფა შეიძლება გამოვლინდეს ზოგიერთი ნევროლოგიური დარღვევის დროს

მსჯელობა. ავადმყოფის მსჯელობის უნარი შეგიძლიათ შეაფასოთ გარკვევით, თუ როგორ ჩვეულებს იგი ოჯახურ სიტუაციებზე, სამსახურში, როგორ ხარჯავს ფულს, როგორ იქცევა ადამიანებს შორის ურთიერთობის სიტუაციებში. "როგორ გეგმავთ იმ დახმარების მიღებას, რომელიც დაგჭირდებათ საავადმყოფოდან განწერის შემდეგ?" "როგორ დაგეგმავთ ცხოვრებას სამსახურის დაკარგვის შემთხვევაში?" "როგორ მოიქცევით, თუ თქვენი მეუღლე ხვალ უხეშად მოგექცევათ? " "ვინ მეთვალყურეობს თქვენს ფინანსურ საკითხებს, სანამ თქვენ მოხერებულთა თავშესაფარში იქნებით?"

მსჯელობის უნარი შეიძლება დაქვეითებული იყოს დელირიუმის, დემენციის, ფსიქიკური დარღვევების და ფსიქოზური მდგომარეობის დროს. შფოთვა, გუნება-განწყობის დარღვევა, ინტელექტი, განათლება, შემოსავალი და კულტურა ასევე გავლენას ახდენს მსჯელობის უნარზე.

დაადგინეთ, გადანყვეტილების მიღება და მოქმედება ემყარება ჩვეულებას, მაგალითად, გამაღიზიანებელს, სიამოვნების მიღების სურვილს თუ აზროვნების დარღვევას. რა უდევს საფუძვლად ავადმყოფის გადანყვეტილებებს და ქცევებს? კულტურის სხვადასხვაობა როგორ შეესაბამება ზრდასრულთა სტანდარტებს? ვინაიდან მსჯელობა ასახავს ზრდასრულობას, ის შეიძლება ცვალებადობდეს და არაპროგნოზირებადი იყოს მოზარდებში.

დეზორიენტაცია განსაკუთრებით ხშირად ვლინდება, როდესაც მეხსიერება ან ყურადღება დაქვეითებულია, როგორც დელირიუმის დროს.

კოგნიტური ფუნქციები

ორიენტაცია. კარგად შეკრებილი კითხვებით ხშირად შეგიძლიათ გაარკვიოთ ავადმყოფის ორიენტაციის უნარი. მაგალითად, შეგიძლიათ ჰკითხოთ ძალიან ბუნებრივად განსაკუთრებულ თარიღსა და დროზე, მისამართი და ტელეფონის ნომერი, ოჯახის წევრების სახელები ან რა

გზით მოვიდა საავადმყოფოში. ზოგჯერ, მაგალითად, ხოლესაც ხელმეორედ იკვლევთ დელირიუმის მქონე ავადმყოფის მდგომარეობას, შეიძლება მარტივი, პირდაპირი კითხვები გამოიყენოთ.

"შეგიძლიათ მითხრათ, რომელი საათია . . . და რა დღეა?" ასევე ავადმყოფის ორიენტაციის უნარი შეიძლება შემდეგნაირად შეამოწმოთ:

- *დრო* – საათი, კვირის დღე, თვე, სეზონი, თარიღი და წელი, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა
- *ადგილი* – ავადმყოფის მისამართი, საავადმყოფოს, ქალაქის და შტატის დასახელება
- *პიროვნება* – ავადმყოფის სახელი, ნათესავების და პროფესიული პერსონალის სახელები

ყურადღება. ყურადღების შესასწავლად შემდეგი ტესტები გამოიყენება:

ჩისხვების ანბანში. აუხსენით, რომ თქვენ გსურთ შეამოწმოთ ავადმყოფის კონცენტრაციის უნარი, ასევე აუხსენით, რომ ამ ტესტის ჩატარება უჭირთ ადამიანებს, რომელთაც აქვთ ტკივილი, ცხელება ან ავად არიან. დაიწყეთ ციფრების ჩამოთვლა გარკვევით და ნელა, ორი ციფრი ნამში. სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვენს შემდეგ გაიმეოროს ციფრები. თუ სწორად იმეორებს, ტესტი გაიმეორეთ სამ-სამი ციფრის თქმით, შემდეგ ოთხი და ასე შემდეგ, მანამდე, სანამ ავადმყოფი სწორად იმეორებს. ჩაინერეთ ხოლმე ის ციფრები, რომელსაც ამბობთ, რათა ტესტი ზუსტად ჩაატაროთ. თუ ავადმყოფი შეცდომას დაუშვებს, ხელახლა სცადეთ სხვა ციფრებით იგივე მეთოდით. ტესტი შეწყვიტეთ, როდესაც ავადმყოფი მეორე შეცდომას დაუშვებს.

ტესტის ცუდი შესრულების მიზეზებია *დელირიუმი, დემენცია, ფსიქიკური დარღვევები* და მწოთვა.

ციფრების არჩევისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ ქუჩის ნომრები, საფოსტო ინდექსი, ტელეფონის ნომერი და სხვა ციფრული თანმიმდევრობა, რაც თქვენთვის ნაცნობია, მაგრამ არ გამოიყენოთ ერთმანეთის მომდევნო ციფრები, აგრეთვე გასაგები თარიღები და ავადმყოფისთვის კარგად ნაცნობი თანმიმდევრობა.

ამის შემდეგ, სთხოვეთ ავადმყოფს, ციფრები გაიმეოროს შებრუნებით.

ნორმაში, ადამიანს უნდა შეეძლოს გაიმეოროს 5 ციფრი მიყოლებით და 4 ციფრი შებრუნებით.

7ბ სერია. აუხსენით ავადმყოფს, დაიწყოს ასიდან და გამოაკლოს 7, შემდეგ სხვაობას გამოაკლოს 7 და ა.შ. დააკვირდით, რა ძალისხმევა სჭირდება ამ დავალების შესრულებისთვის, რა სისწრაფით და სისწორით ანგარიშობს. ნორმალურად, ადამიანი ანგარიშს ამთავრებს 1.5 წთ-ში და აკეთებს 4-ზე ნაკლებ შეცდომას. თუ ავადმყოფი ამ ტესტს ვერ ასრულებს, სცადეთ 3ბ ტესტი იგივე მეთოდით.

ტესტის ცუდი შესრულება შეიძლება იყოს დელირიუმის, დემენციის ბოლო სტადიის, გონებრივი ჩამორჩენის, ანგარიშის უნარის დაკარგვის, მწოთვის ან დეპრესიის შედეგი. ასევე შესაძლებელია გაუნათლებლობის ბრალიც იყოს.

სიტყვის უკუღმა ჩამოთვლა. ეს ტესტი შეიძლება გამოიყენოთ 7ბ-ს მაგივრად. წარმოთქვით ხუთასოიანი სიტყვა სიტყვად და სთხოვეთ ავადმყოფს, უკუღმა გაიმეოროს.

ხანგრძლივი მეხსიერება. ჰკითხეთ დაბადების დღე, საიუბილეო თარიღები, სოციალური დაზღვევის ნომერი, სკოლის მასწავლებლების სახელები, სამსახურების დასახელებები, წარსულის ამბები, როგორიცაა ომები, რომლებიც ავადმყოფის წარსულს ეხებოდა.

ხანგრძლივი მეხსიერება ქვეითდება *დემენციის* ბოლო სტადიაზე.

ხანმოკლე მეხსიერება. წინა დღეების მოვლენები. დაუსვით კითხვები, რომლის პასუხებითაც შეგიძლიათ შეამოწმოთ სხვა საშუალებებისგან განსხვავებით, აღენიშნება თუ არა ავადმყოფს კონფაბულაცია (მეხსიერების დეფექტის გამო ფაქტების შეთხზვა). შეგიძლიათ ჰკითხოთ, როგორი ამინდი იყო ამ დღეებში, დღევანდელი შეხვედრის დრო, რა წამლები მიიღო და რა ლაბორატორიული

ხანმოკლე მეხსიერება ქვეითდება *დემენციის* და *დელირიუმის* დროს. *ამნეზიური დარღვევები* აკარგვინებს მეხსიერებას ან ახალი ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობას და აქვეითებს

გამოკვლევები ჩაიტარა დღეს. (შეკითხვით, თუ ხა მიიხთვა საუზმეზე, დაგიზოგავთ დროს, სანამ გაარკვევთ ავადმყოფის პასუხების სიზუსტეს).

ახლის მეხსიერების ტესტი. მიეცით პაციენტს სამი ან ოთხი ახალი სიტყვა, მაგალითად, "83, ნყაღი, ქუჩა და ღუჭი" ან "მაგიდა, ყვავილი, მწვანე, და ჰამბურგერი". სთხოვეთ, გაიმეოროს ისე, რომ დარწმუნებული იყოთ, რომ ინფორმაცია გაგონილი და აღქმულია. ეს მაგალითი, ისევე როგორც ციფრების დათვლის ტესტი, ამოწმებს ყურადღებასა და სწრაფი პასუხის შესაძლებლობას. შემდეგ გადაიტან გამოკითხვის შემდეგ ნაწილზე. დაახლოებით 3 ან 5 წუთის შემდეგ სთხოვეთ, გაიმეოროს დასახელებული სიტყვები. ყურადღებით დააკვირდით პასუხს, სწორია თუ არა, ხომ არ აქვს ადგილი კონფაბულაციას (ფაქტების შეთხზვას). ნორმაში ადამიანმა უნდა შეძლოს სიტყვების გამეორება.

ადამიანის სოციალურ და საქმიანობით ფუნქციებს, მაგრამ არ გააჩნია დემენციის და დელირიუმის ძირითადი ნიშნები. შფოთვა, დეპრესია და გონებრივი ჩამორჩენა ასევე მოქმედებს ხანმოკლე მეხსიერებაზე.

კოგნიტური ფუნქციები

ინფორმაცია და ლექსიკონი. როდესაც ავადმყოფს ყურადღებით ვუკვირდებით, ინფორმაცია და ლექსიკონი დაგეხმარებათ ავადმყოფის ინტელექტის გარკვევაში. შეაფასეთ ეს საკითხები გამოკითხვის დროს. მაგალითად, სტუდენტს ჰკითხეთ, რომელია მისი საყვარელი ჯუნი, ჰკითხეთ სამუშაოს, ხობის შესახებ, რას კითხულობს, რომელი სატელევიზიო გადაცემა მოსწონს ან მიმდინარე მოვლენების შესახებ. ეს საკითხები გარკვიეთ ჯერ მარტივი კითხვებით, შემდეგ უფრო რთულით. გაარკვიეთ ბრიტანების ინფორმაციის მიღების უნარი, აზრების გამოხატვის კომპლექსურობა და ლექსიკა.
უფრო მეტიც, შეგიძლიათ ჰკითხოთ უფრო სპეციფიკური ფაქტების შესახებ:

ადამიანის ცნებების და განათლების გათვალისწინებით, ინფორმაცია და ლექსიკონი ყარგად ასახავს ინტელექტს. ეს თვისებები შეიძლება შეეხებით შეუსაბამო იყოს უმეტესობა ფსიქიატრიული დარღვევების დროს და შეიძლება დაგეხმაროთ გარკვიოთ გონებრივად შეზღუდული მოზრდილები (რომელთა ინფორმაცია და ლექსიკონი შეზღუდულია) მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დემენციის მქონე ავადმყოფებისგან (რომელთაც ინფორმაცია და ლექსიკონი დამაკმაყოფილებელია).

ჰეზიდენტის, ვიცე-პრეზიდენტის ან მთავრობის წევრების სახელები

ბოლო ოთხი ან ხუთი პრეზიდენტის სახელი

ქვეყნის ხუთი დიდი ქალაქის სახელი

ანგარიშის უნარი. ანგარიშის უნარი შეამოწმეთ არითმეტიკული ანგარიშით, დაიწყეთ მარტივი მიმატების მაგალითებით ("რამდენია 4+3?. . .8+7?") და გამრავლებით ("რამდენია 5×6? . . . 9×7?"). ტესტი შეიძლება გართულოთ რთნიშნა რიცხვების გამოყენებით ("15+12" ან "25×6") ან უფრო გრძელი მაგალითების დანერით.

ტესტის ცუდი შესრულება დემენციის ნიშანია ან შეიძლება ნერვიულობის. თუმცა შეიძლება შეფასდეს პაციენტის ინტელექტის და განათლების დონის განსაზღვრის თვალსაზრისით.

ასევე შეგიძლიათ დაუსვათ ფაქტიურად და ფუნქციურად მნიშვნელოვანი კითხვები, როგორიცაა "თუ რაიმე ღირს 78 ცენტი და გამყიდველს 1 დოლარი მიეცით, ხურდას რამდენს დაგიბრუნებთ?"

აბსტრაქტული აზროვნება. აბსტრაქტული აზროვნება ორი ხერხით შეგიძლიათ შეამოწმოთ.

ანდაზები. ჰკითხეთ ავადმყოფს, რა იგულისხმება შემდეგ ანდაზებში:

ეთი დროული დარტყმა ცხრას უდრის

ნუ დაითვლით ნინილებს გამოჩეკამდე

იმისთვის, რომ ბუდინგი შეაფასოთ, უნდა შეჭამოთ

კონკრეტულ პასუხებს იძლევიან გონებრივი შეზღუდვის, დელირიუმის და დემენციის მქონე პირები, მაგრამ შეიძლება მცირე განათლების შედეგი იყოს. *შიზოფრენიით* ავადმყოფები შეიძლება კონკრეტულ პასუხებს იძლეოდნენ ან პერსონალური, არასწორი ინტერპრეტაციით პასუხობდნენ.

მოესვენახი ადამიანი სიკეთეს ვეჰ მოიპოვებს

ჭიანჭველა ბოხბაღი დაზეთვას საჭიროებს

დაკავშირებით პასუხების შესაბამისობას, კონკრეტულობასა და აბსტრაქტულობას. მაგალითად, "გახეული ადგილი უნდა შეკეთოთ, სანამ გადიდდება" კონკრეტულია, მაშინ, როდესაც პასუხი: "პრობლემაზე ყურადღების გამახვილება სიტუაციას აგვცილებთ" აბსტრაქტულია. საშუალოდ, პაციენტები იძლევიან აბსტრაქტულ ან ნახევრად აბსტრაქტულ პასუხებს.

მსგავსება. სთხოვეთ ავადმყოფს, შეადაროს:

ფორთოხალი და ვაშლი

კატა და თაგვი

ბავშვი და კუკა

ეკლესია და თეატრი

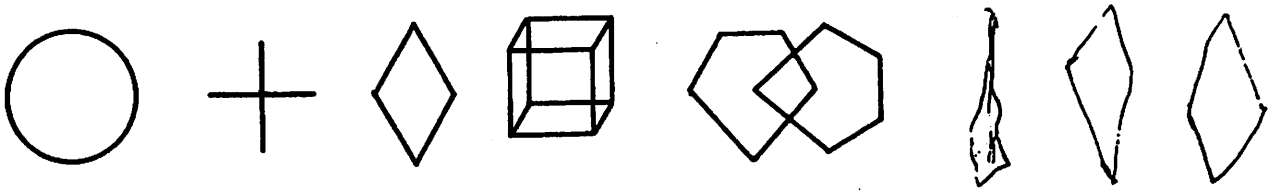
პიანინო და ვიოლინო

ხე და ნახშირი

დაკავშირებით პასუხების სიზუსტეს და შესაბამისობას. მაგალითად, "კატასც და თაგვსც ცხოველებია" აბსტრაქტულია, "ორივეს კუდი აქვს" კონკრეტულია და "კატა ნადირობს თაგვზე" ის არის შესაბამისი.

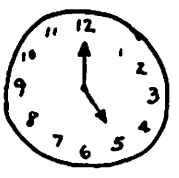
კონსტრუქციის უნარი. ამ ტესტის ამოცანაა მზარდი სირთულის საგნების კოპირება შავი ფეხის ქალაღდით. ჩიგ-ჩიგობით აჩვენეთ ეს ფიგურები და სთხოვეთ მათი ასლები გააკეთოს ჩამდენადაც შეუძლია.

ქვემოთ მოცემული სამი ჩომბი არის კუდი, სამკუთხა და კარგი) მაგრამ არა საკუთხოსო)[20]



ეს სამი სავარჯიშო კუდი, სამკუთხა და კარგი).[20]

სხვა მაგალითში სთხოვეთ ავადმყოფს დახატოს საათის ციფერბლატი ისრებითა და ისრებით. ქვემოთ ნაჩვენებია ნიმუში საკუთხოსო.[20]





თუ მხედველობა და მოტორიკა ინტაქტურია, კუდი კონსტრუირების უნარი მიუთითებს დემენციაზე და ნათხემის დაზიანებაზე. გონებრივი ჩამორჩენა ასევე შეიძლება ამ ტესტის კუდად ჩატარების მიზეზი იყოს.

სპეციალური მეთოდები

მინი-მენტალური მდგომარეობის გამოკვლევა (Mini-Mental State Examination - MMSE). ეს მოკლე ტესტი შემეცნების ფუნქციის დაქვეითების ან დემენციის გამოსაკვლევად და მათ მიმდინარეობაზე დაკვირვებისთვის გამოიყენება. ამ ტესტის დანვრილებით განხილვისთვის გაეცანით Publisher, Psychological Assesment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549. ქვემოთ მოყვანილია ჰამოღენიმე ნიმუში შეკითხვების

MMSE კითხვების ნიმუშები

ღრმა ორიენტაცია
"ჰა ჩიცხვია ღღეს?"
რეგისტრაცია
"ყურადღებით მომისმინეთ. ეხლა მე ვიტყვი სიტყვებს. ამის შემდეგ თქვენ უნდა გაიმეორთ ეს სიტყვები, ჩოღესაც მე გავჩერდები. მზად ხართ? ეს სიტყვებია . . . სახლი (ჰაუზა), მანქანა (ჰაუზა), ტბა (ჰაუზა). ახლა გაიმეორეთ ეს სიტყვები." [გაიმეორეთ ხუთჯერ, მაგრამ შეაფასეთ მხოლოდ პირველი]

დასახელება
"ჰა არის ეს?" [აჩვენეთ ფანქარი ან კალამი]
კითხვა
"წაიკითხეთ ეს ტექსტი და გააკეთეთ ის, რაც ნერია" [აჩვენეთ სიტყვები სტიმულის ფორმით]
დახატეთ ფიგურები

მიღებული მონაცემების ჩანერა

იხ. თავი 17. ნერვული სისტემა: თავის ტვინის ნერვები, მოტორული სისტემა, სენსორული სისტემა და რეფლექსები, გვ. 595-667.

CITATIONS

1. Belmaker RH. Bipolar disorder. N Engl J Med 351(5): 476-486,2004.
2. Fricchione G. Generalized anxiety disorder. N Engl J Med 351(7):675-682, 2004.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. pp. 541-546. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996. Also available at: Guide to Clinical Preventive Services, 3rd ed.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbid-ity Survey Replication (NCS-R). JAMA 289(23):3095-3105, 2003.
5. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 14(4):237-247, 1992.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. Ann Intern Med 136(10): 760-764,2002.
7. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 12:439-445, 1997.
8. Williams JW, Noel PH, Cordes JA, et al. Is this patient clini-cally depressed? JAMA 287(9):1160-1170, 2002.
9. Beck Depression Inventory (BDI).
10. Zung Self-Rating Depression Scale (SDS).
11. Goldsmith SK et al (Eds). Re-ciuring Suicide: A National Imperative. Washington, DC: In-stitute of Medicine National Academics Press, 2002.
12. National Institutes of Mental Health. Suicide facts and statistics. Accessed December 4, 2004.
13. Schreiber J, Culpepper L, Fife A. Suicidal Ideation and behav-ior in adults. Available at: www.utdol.com
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, APA Press, 1994.
15. Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for de-mentia in primary care: a Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 138;927-937,2003.
16. Hebert LE, et al. Agr-specific inci-dence of Alzheimer's disease in a community Population. JAMA 273(17):1354-1359, 1995.
17. Kawas CH. Early Alzheimer's disease. N Engl J Med 349(11):1056-1063, 2003.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia. Recommendations and rationale. Accessed December 4, 2004.
19. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia. In Guide to clinical Preventive Services, pp. 531-541. Balti-more, Williams & Wilkins, 1996.
20. Strub RL, Black FW. The Mental Status Examination in Neu-rology, 2nd ed. Philadelphia, FA Davis, 1985.

ADDITIONAL REFERENCES

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Man-ual of Mental Disorders, 4th ed., text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

Antai-Otong D. Managing geriatric psychiatric emergencies: delir-ium and dementia. Nurs Clin North Am 38(1):123-135, 2003.

Cotfey CE, Cummings JL. American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Neuropsychiatry, 2nd ed. Washington, American Psychiatric Press, 2000.

Folstein M, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state." A prac-tical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psych Res 12(3):189-198, 1975.

Hales RI;, Yudotsky SC (eds). Essentials of Clinical Psychiatry, 2nd ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2004.

Iwoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 159(6):909-916, 2002.

Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI (eds). Kaplan & Sadock's Com-prhensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Philadelphia, Lippin-cott Williams & Wilkins, 2005.

Schiffer RB, Rao SM, Fogel BS (eds.). Neuropsychiatry. Philadel-phia, Lippincott Williams & Williams, 2002.

Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, et al. Integrating primary medical care with addition treatment: a randomized controlled trial. JAMA 286(14):1715-1723, 2001.

გუნება-განწყობის დარღვევები

გუნება-განწყობის დარღვევები შეიძლება იყოს დეპრესიული და ბიპოლარული. ბიპოლარული დარღვევები მოიცავს მანიაჯალის, ჰიპომანიაჯალის ან დეპრესიის ნიშნებს. ქვემოთ აღწერილი *ოთხი ეპიზოდი* სხვადასხვანაირადაა გაერთიანებული გუნება-განწყობის დარღვევების მიხედვით. ღრმა დეპრესიული სინდრომი მოიცავს მხოლოდ ერთ ან მეტ ღრმა დეპრესიის ეპიზოდს. *ბიპოლარული I დარღვევა* მოიცავს ერთ ან მეტ მანიის ან შერეულ ეპიზოდს, ხასაც ჩვეულებრივ ახლავს ღრმა დეპრესიის ეპიზოდი. *ბიპოლარული II დარღვევა* მოიცავს ერთ ან მეტ ღრმა დეპრესიის ეპიზოდს, ხასაც ახლავს სულ ცოტა ერთი ჰიპომანიის ეპიზოდი. *ციკლოთიმია* და *ციკლოთიმია* ქრონიკული და ნაკლებად მძიმე მდგომარეობაა, ხასაც არ ახლება სხვა დარღვევების ჩრიტერიუმები. თერაპიული დაკვირვებებით და ნეირობიოლოგიური გამოკვლევებით გამონაკლისი გუნება-განწყობის დარღვევები ცალკე კლასიფიცირდება.

ღრმა დეპრესიის ეპიზოდი

ღრმა დეპრესიის 2-კვირიანი ეპიზოდების დროს უნდა აღინიშნებოდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სულ ცოტა ხუთი (ჩრიტერიუმი ორი სიმპტომიდან ერთის ჩათვლით). ეს ნიშნები შეიძლება ასევე ნათლად გამოხატავდნენ პიროვნების ადრინდელი მდგომარეობის ცვლილებებს.

- გუნება-განწყობის ხშირი დაქვეითება (შეიძლება იყოს გაღიზიანებადობა ბავშვებში და მოზარდებში), თითქმის ყოველდღე.
- უმეტესად, თითქმის ყოველდღე აღინიშნება ყველანაირი მოქმედების მიმართ ინტერესის ან სიამოვნების მნიშვნელოვანი დაქვეითება.
- წონის მნიშვნელოვანი მომატება ან დაკლება (დიეტის გარეშე) ან მადის მომატება ან დაქვეითება თითქმის ყოველდღე.
- უძილობა (ინსომნია) ან გადაჭარბებული ძილიანობა (ჰიპერსომნია) თითქმის ყოველდღე
- ფსიქომოტორული აქტივობა ან შეკავება თითქმის ყოველდღე
- სათო სისუსტე ან ძალის დაქვეითება თითქმის ყოველდღე
- წუხილის ან უსარგებლობის შეგრძნება თითქმის ყოველდღე
- ფიქრის, კონცენტრაციის დაქვეითება ან ყოყმანი თითქმის ყოველდღე
- ხშირი ფიქრები სიკვდილზე ან თვითმკვლელობაზე ან თვითმკვლელობის გეგმის შემუშავება

სიმპტომების განვითარებას იწვევს მნიშვნელოვანი სტრესი ან ცუდი სოციალური, დასაქმების ან სხვა მნიშვნელოვანი პრობლემები. მძიმე შემთხვევებში შეიძლება გამოვლინდეს ჰალუცინაციები და ბოდვები.

მანიაკალური (ბოდვითი) ეპიზოდი

გუნება-განწყობის არანორმალური და მუდმივი აწევის, შეკავებლობის ან გაღიზიანებადობის განსაკუთრებული პერიოდი, სულ ცოტა ერთი კვირის ხანგრძლივობის (თუ მდგომარეობის გამო აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია, ხანგრძლივობას მნიშვნელობა არა აქვს). ამ დროის განმავლობაში შეიძლება გრძელდებოდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სამი მაინც (თუ მხოლოდ გაღიზიანებადობა აღინიშნება, დადასტურებისთვის ოთხი სიმპტომია აუცილებელი)

- საკუთარი ღირსების დაქვეითება ან განდიდება
- ძილის საჭიროების შემცირება (დასვენებისთვის ჰგონის 3 საათის ძილი)
- ჩვეულებრივზე უფრო მეტს ლაპარაკობს ან თავს ძალას ატანს, რომ იღაპარაკოს
- აზრების არევა და ფიქრების სწრაფი ცვალებადობა
- განდგომა
- მიზანმიმართული აქტიობის ზრდა (სოციალური სამსახურში ან სკოლაში, ან სექსუალური) ან ფსიქომოტორული აგზნება
- სასიამოვნო მოქმედებების დარღვევები (მაღაზიაში სიარული, ხისკი საქმიანობაში, გაუფრთხილებელი სექსი)

ეს დარღვევები იმდენად მძიმეა, რომ იწვევს სოციალური ან პროფესიული ფუნქციების და ურთიერთობების გაუარესებას. ავადმყოფის ან გარშემომყოფი პირების უსაფრთხოებისთვის ეს მდგომარეობები საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას. მძიმე შემთხვევებში შეიძლება გამოვლინდეს ჰალუცინაციები და ბოდვები.

შერეული ეპიზოდები

შერეულ ეპიზოდებს, რომლებიც გრძელდება სულ ცოტა ერთი კვირა, გააჩნია იგივე კრიტერიუმები, რაც აქვს ღრმა და მანიაკალური დეპრესიის ეპიზოდებს.

ჰიპომანიაკალური ეპიზოდები

სიმპტომები ისეთივეა, რაც მანიაკალურის დროს, მაგრამ უფრო ნაკლებადაა გამოხატული, არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, არ ახასიათებს ჰალუცინაციები და ბოდვები და ხანმოკლეა – გრძელდება 4 დღე.

დისთიმიური დარღვევები

დეპრესიული გუნება-განწყობა და სიმპტომები ხანგრძლივია და თითქმის ყოველდღე, გრძელდება 2 წელიწადზე მეტ ხანს (ბავშვებში და მოზარდებში გრძელდება 1 წლამდე). უსიმპტომო პერიოდების ხანგრძლივობა 2 თვეზე მეტი არ არის

ციკლოთიმიური ეპიზოდი

ჰიპომანიაკალური და დეპრესიული სიმპტომების პერიოდები, რაც გრძელდება სულ ცოტა 2 წელი (ბავშვებში და მოზარდებში 1 წელი). უსიმპტომო პერიოდების ხანგრძლივობა 2 თვეზე მეტი არ არის.

16-1, 16-3 და 16-4 ცხრილები ემყარება მენტალური დარღვევების დიაგნოსტიკურ და სტატისტიკურ ცნობარს, მე-4 გამოცემა (DSM IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. უფრო დაწვრილებითი ცნობებისა და კრიტერიუმებისთვის, უნდა იხელმძღვანელოთ ან ცნობარით, მისი შემდეგი გამოცემით ან ფსიქიატრის სხვილი სახელმძღვანელოთი.

მეტყველების დარღვევები

მეტყველების დარღვევები სამ ჯგუფად იყოფა: (1) ხმის, (2) სიტყვების გამოთქმის (არტიკულაციის) და (3) ნაკმოთქმის ან ნათქვამის გაგების დარღვევა.

აფონია არის ხმის დაკარგვა, რომლის მიზეზებია ხანის და მისი ნეკვების დაავადებები. *დისფონია* არის ხმის მოცულობის, ხარისხის ან ტემბრის უფრო მსუბუქი დაქვეითება. მაგალითად, ადამიანს შეიძლება ხმა ჩაეხლიჩოს და უბრალოდ ჩურჩულებდეს. მიზეზებია ლარინგიტი, ხანის სიმსივნე, ცუდ მდგომარეობაში იოგის დამბლა (თავის ტვინის X ნეკვი).

დიზართრია არის მეტყველების აპარატის (ტუჩები, ენა, სასა და ხანა) კუნთოვანი კონტროლის დეფექტი. სიტყვები შეიძლება იყოს ცხვირისმიერი, შეწნეული ან გაუკუღეული, მაგრამ ენის ცენტრალური სიმბოლოა ინტაქტური. მიზეზებია ცენტრალური ან პერიფერიული ნერვული სისტემის მოტორული დაზიანება, პარკინსონიზმი და ნათლების დაავადება.

აფაზია არის ნაკმოთქმის ან ნათქვამის გაგების დარღვევა. მისი ხშირი მიზეზია დომინანტური ჰემისფეროს დაზიანება, ჩვეულებრივ მარცხნივ.

ქვემოთ შეხებულია ორი ხშირი ტიპის აფაზია: (1) ვერნიკეს, თავისუფალი (მგრძნობიარე) აფაზია და ბროკას არათავისუფალი (ან გამომხატველობითი) აფაზია. არსებობს აფაზიის სხვა უფრო იშვიათი ფორმები, რომლებიც განსხვავდებიან სპეციფიკურ ტესტებზე განსხვავებული პასუხებით. ნევროლოგიური კონსულტაცია ხშირად ნაჩვენებია.

სპონტანური მეტყველების მახასიათებლები:	Wernicke-ს (ვერნიკეს) აფაზია	Broca-ს (ბროკას) აფაზია
	თავისუფალი, ხშირად სწრაფი, მრავალსიტყვიანი, მსუბუქი, ინტონაცია და არტიკულაცია კარგი, მაგრამ ნინადადებების მნიშვნელობა არასრულია და სიტყვები არასწორია (პარაფაზია) ან მოგონილი (ნეოლოგიზმი). მეტყველება შეიძლება მთლიანად გაუგებარი იყოს.	გაძნელებული, ნელი, მცირე ხოლონობით სიტყვებით და მძიმედ ნაკმოთქმით. ინტონაცია და არტიკულაცია ცუდია, მაგრამ სიტყვები არხიანია, ხმარობენ არსებით სახელებს, ზმნებს და განსაზღვრებებს. ხშირად იყენებენ მცირე გრამატიკულ სიტყვებს.
სიტყვების გაგება	დარღვეულია	დამაკმაყოფილებელი ან კარგი
გამეორება	დარღვეულია	დარღვეულია
დასახელება	დარღვეულია	დარღვეულია, თუმცა ავადმყოფი საგნებს ცნობს
ნაკითხულის გაგება	დარღვეულია	დამაკმაყოფილებელი ან კარგი
ნერის უნარი	დარღვეულია	დარღვეულია
დაზიანების ლოკალიზაცია	ზემო საფეთქლის უკანა ნილი	შუბლის უკანა ქვემო ნილი

პანიკა

პანიკა არის მოულოდნელი შეტევები, რომელთა მორის ერთი მაინც ნორმა შეტევიდან ერთი თვით ან მეტით არის დამოუკიდებელი, ავადმყოფი ნუხს შეღებებზე, მნიშვნელოვნად იცვლება ქცევები შეტევების მიხედვით. *პანიკის შეტევა* არის ხანმოკლე პერიოდი ძლიერი დისკომფორტის შეგრძნების, რაც ვითარდება მკვეთრად და პიკს აღწევს 10 წუთის განმავლობაში. პანიკა მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ ცოტა ოთხ სიმპტომს: (1) გულისფრიალი, ტაქიკარდია, (2) ოფლიანობა, (3) კანკალი, (4) ქოშინი, (5) მოხრჩობის შეგრძნება, (6) გულ-მკერდის არეში ტკივილი ან დისკომფორტი, (7) გულისრევა ან ტკივილი მუცლის არეში, (8) თავბრუ, წონასწორობის დაკარგვა, გონების დაბინდვა, მოღუნება, (9) არარეალობის ან დეპერსონალიზაციის შეგრძნება, (10) კონტროლის დაკარგვის ან გაგიჟების შიში, (11) სიკვდილის შიში, (12) პარესთეზიები (დაბუჟება ან ჩხვლეტა), (13) შემცივნება ან ალები. პანიკა შეიძლება განვითარდეს *აგორაფობიით* ან მის გარეშე.

აგორაფობია

აგორაფობია (სივრცის შიში) არის შფოთვა იმ ადგილზე ან იმ სიტუაციაში ყოფნის, საიდანაც გამოსვლა ძნელი ან უხერხული იქნება. ავადმყოფი ასეთ ადგილებს ერიდება ან საჭიროებს კომპანიონს, წინააღმდეგ შემთხვევაში უვითარდება შფოთვა.

სპეციფიკური ფობია

სპეციფიკური ფობია არის მნიშვნელოვანი, მუდმივი და ძლიერი ან ემოციური შიში, რასაც ბიძგს აძლევს რაიმე სპეციფიკური საგანი ან მოვლენა, როგორიცაა ძაღლი, ინექცია, თვითმფრინავით ფრენა. ავადმყოფი შიშს შეიგრძნობს, როგორც ძლიერ ძლიერს ან გაუცნობიერებელს. ბიძგის გავლენით ვითარდება უცსარი შფოთვა. შიშები არღვევენ ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურობას, პროფესიულ და სამეცნიერო ფუნქციონირებას ან სოციალურ აქტიურობას ან უთანიერთობებს.

სოციალური ფობია

სოციალური ფობია მნიშვნელოვანი, მუდმივი შიში ერთი ან მეტი სოციალური ან შემოქმედებით სიტუაციაში, რაც მოიცავს უცნობი ადამიანების გავლენას ან ზედმეტ ყურადღებას უცნობების მხრიდან. ზოგს ანუხებს იმის შიში, რომ ისინი თავს იგრძნობენ უხერხულად ან დამცირებულად, თუ გამოავლენენ შფოთვას. ავადმყოფები ერიდებიან სიტუაციებს, რომლებმაც შეიძლება გამოინვიოს შფოთვები და პანიკა. ავადმყოფი შიშს შეიგრძნობს, როგორც ძლიერ ძლიერს ან გაუცნობიერებელს. ირღვევა ნორმალური ყოველდღიურობა, პროფესიული და სამეცნიერო ფუნქციონირება და სოციალური აქტიურობა ან უთანიერთობები.

აგვიატებული ნევროზი

ეს დარღვევა მოიცავს აგვიატებულ აზრებს და იძულებას, რაც იწვევს შფოთვას ან მდგომარეობის გაუარესებას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს დარღვევა შეიგრძნობა იგივენაირად, როგორც ძლიერ ძლიერი ან გაუცნობიერებელი, ისინი თითქმის მუდმივია და გავლენას ახდენს ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, სოციალურ აქტივობაზე და უთანიერთობებზე.

მწვავე სტრესული დარღვევა

ავადმყოფზე მოქმედებს ძალმა, რომელიც გამოიწვია ავადმყოფის ან მისი ახლობლის სიკვდილმა ან სერიოზულმა დაზიანებამ და ვლინდება შიშით, უსუსურობით ან დათრგუნვით. ამ მოვლენებისთანავე ან ძლიერ მალე ავადმყოფს უვითარდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სამი მაინც: (1) სუბიექტური შეგრძნება დაბუჟების, გაუცხოების ან ემოციების გამოხატვის დაქვეითების; (2) ვერ ხედავს გარემოს, ისევე, როგორც მოყის დროს, (3) არარეალობის შეგრძნება; (4) დეპერსონალიზაცია და (5) მნიშვნელოვანი მოვლენების ამნეზია. მოვლენები მუდმივად გაუცნობიერებელია, როგორიცაა ფიქრები, ნარმოდგენები, სიზმრები, იღუმიები და ნარსული ამბები ან ნარსული მოვლენებით გამოწვეული ნერვიულობა. პიროვნება ძლიერ აღელვებულია ან აფორიაქებული და ცდილობს თავიდან აიცილოს ისეთი გამაღიზიანებლები, რაც ნარსულ მოვლენებს გაახსენებს. ეს დარღვევა იწვევს მდგომარეობის შესამჩნევ გაუარესებას ან აქვეითებს სოციალურ, საქმიანობით და სხვა მნიშვნელოვან ფუნქციებს. სიმპტომები ვითარდება მოვლენიდან 4 კვირის შემდეგ და გრძელდება 2-4 დღე.

პოსტტრავმული სტრესი

დანყება, შიში და ტრავმული შემთხვევების ხანგრძლივი გაუცნობიერებლობა ჰგავს მწვავე სტრესულ დარღვევას. შეიძლება განვითარდეს ჰალუცინაციები. პიროვნებას აღენიშნება მომატებული აგზნებადობა, ცდილობს მოერიდოს ტრავმასთან დაკავშირებულ სტიმულებს, ზოგადი ნეკნიერობის დაქვეითება. დარღვევა იწვევს მდგომარეობის შესამჩნევ გაუარესებას, აქვეითებს სოციალურ, საქმიანობით და სხვა მნიშვნელოვან ფუნქციებს და გრძელდება ერთ თვეზე მეტ ხანს.

გენერალიზებული შფოთვა

ეს დარღვევა აქვეითებს სპეციფიკურ ტრავმულ მოვლენებს ან ფოკუსირებას ახდენს ღელვაზე. აღინიშნება ძლიერი შფოთვა და ნუხილი, რასაც ავადმყოფი ვერ აკონტროლებს. ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სამი მაინც: (1) მოუსვენრობა, აფორიაქება ან ნეკნიერობა; (2) ადვილად დაღლა; (3) კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება ან გონების დაბნელება; (4) გაღიზიანებადობა; (5) კუნთების დაჭიმულობა; (6) უძილობა, მოუსვენარი ძილი. ეს დარღვევა იწვევს მდგომარეობის შესამჩნევ გაუარესებას და აქვეითებს სოციალურ, საქმიანობით და სხვა მნიშვნელოვან ფუნქციებს.

მენტალური დარღვევები

მენტალური დარღვევები მოიცავს ჩვეულობის შეგრძნების ძლიერ მოშლას. ყონჯიტეული დიაგნოზი დამოკიდებულია სიმპტომების ბუნებასა და ხანგრძლივობაზე და მიზეზზე, რის გამოც ხდება მათი იდენტიფიკაცია. ქვემოთ მოცანილია შვიდი ტიპის დარღვევა:

მიზოფრენია. მიზოფრენია აქვეითებს ძირითად ფუნქციებს, ჩვეულებრივ მეშვიდობა, სწავლა, ადამიანებთან ურთიერთობა ან საკუთარ თავზე ზრუნვა. ამ დროს ნარმოდგენილია ერთი ან მეტი ფუნქციის ჩვეული დონიდან დაქვეითება მნიშვნელოვანი დროით. ამასთან ერთად, პირველობას უნდა აღენიშნებოდეს 1 თვის განმავლობაში ჩამოთვლილი ნიშნებიდან 2 მაინც: (1) ბოდვები, (2) ჰალუცინაციები, (3) მეტყველების დარღვევა, (4) ძლიერი დეზორგანიზაცია ან კატატონია* და (5) ნეგატივიზმის სიმპტომები, ჩვეულებრივ აფექტი, აღგზნება (უმნიშვნელო საბაბით) ან ავოლიცია (ინტერესის დაკარგვა, ვერ ატარებენ მანქანას, ვერ ისახავენ მიზნებს და ვერ ახორციელებენ). დარღვევების სიმპტომები გრძელდება სულ ცოტა 6 თვის განმავლობაში. ამ დაავადების ქვეტიპებია პარანოია, დეზორგანიზაცია და კატატონიური მიზოფრენია.

მიზოფრენიის მსგავსი დარღვევა ამ დარღვევას მიზოფრენიის მსგავსი სიმპტომები აქვს, მაგრამ ხანგრძლივობა 6 თვეზე ნაკლებია და არ აღინიშნება მიზოფრენიისთვის დამახასიათებელი ფუნქციათა დაქვეითება.

მიზოაფექტური დარღვევა მიზოაფექტურ დარღვევას ახასიათებს ორივე დაავადების ნიშნები: გუნება-განწყობის ღრმა დარღვევების და მიზოფრენიის. გუნება-განწყობის დარღვევები (დეპრესია, მანია ან შერეული ფორმა) დაავადების დროს ხშირად აღინიშნება და ზოგჯერ მიზოფრენიის სიმპტომებსაც აჭარბებს (ზემოთ ჩამოთვლილი). იგივე დროის განმავლობაში შეიძლება გამოვლინდეს ბოდვები ან ჰალუცინაციები სულ ცოტა 2 კვირის განმავლობაში გუნება-განწყობის ცვლილებების გარეშე.

ბოდვითი დარღვევები. ბოდვითი დარღვევები ხასიათდება ჩვეულებრივი ბოდვებით, რაც ეხება ჩვენს ცხოვრებას, მაგ. აქვს რაიმე დაავადება ან მიატოვა მეუღლემა. ბოდვები შეიძლება გრძელდებოდეს ერთი თვე მაინც, მაგრამ ფუნქციები არ არის ძლიერ დაქვეითებული და ქცევები არ არის შესამჩნევად შეცვლილი ან არაბუნებრივი. მიზოფრენიის ნიშნები, გარდა ბოდვებთან დაკავშირებული ტაქტილური და ყნოსვითი ჰალუცინაციებისა, არ ვლინდება.

ხანმოკლე ფსიქოზური დარღვევა ამ დროს ფსიქოზის ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან ერთი მაინც უნდა აღინიშნებოდეს: ბოდვები, ჰალუცინაციები, მეტყველების დარღვევა, მაგ. ხშირი გზიდან გადახვევა ან აღგზნებულობა ან ძლიერი დეზორგანიზაცია ან კატატონია. დარღვევა გრძელდება სულ მცირე 1 თვე, რის შემდეგაც ავადმყოფი უბრუნდება თავის ჩვეულ მდგომარეობას.

თანმხლები დაავადებებით გამოწვეული ფსიქოზები სხვადასხვა დაავადების დროს შეიძლება გამოვლინდეს ხანგრძლივი ჰალუცინაციები ან ბოდვები. ეს დაავადებები შეიძლება არ ვლინდებოდეს გონებრივი დარღვევების დროს, ამიტომ მათი დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს დამახასიათებელი სიმპტომების მიხედვით.

მედიკამენტებით გამოწვეული ფსიქოზები. შესამჩნევი ჰალუცინაციები და ბოდვები შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი ნივთიერებებით ინტოქსიკაციამ, ჩვეულებრივ აღრეული, ეიფორიული, ოპიატები. ამ დიაგნოზის დასმისთვის ეს სიმპტომები არ უნდა ვლინდებოდეს მხოლოდ დელირიუმის დროს. უნდა დაადგინოთ დარღვევა თუ არა ნივთიერებების მოხმარება სიმპტომებთან.

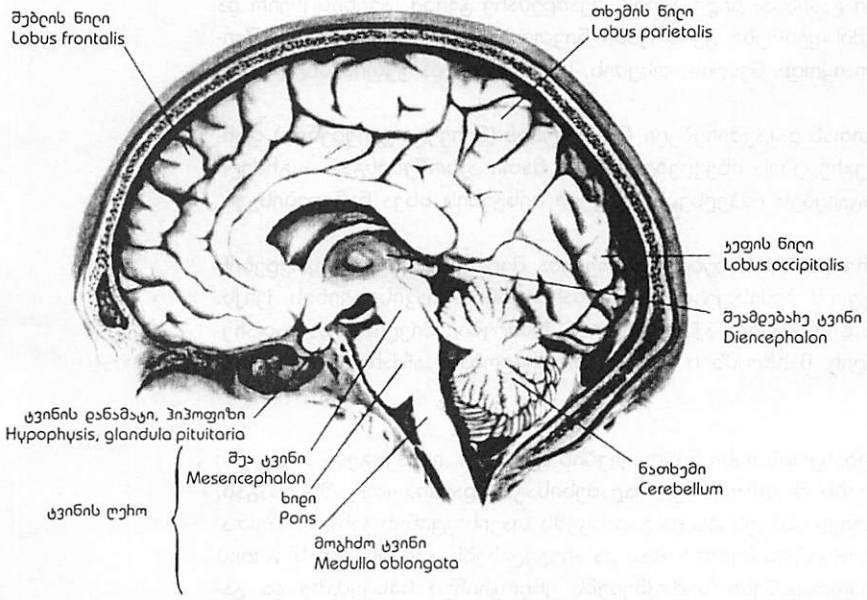
* კატატონია არის ფსიქომოტორული დარღვევა, რაც მოიცავს სტუპორს, მუტიზმს, მიმართებაზე ნეგატივისტურ წინააღმდეგობას და უცნაურ ან გამეშებულ პოზაში ყოფნას, აგზნებადობას, მაგრამ ამ ეტაპზე უაზრო აქტივობას.

17

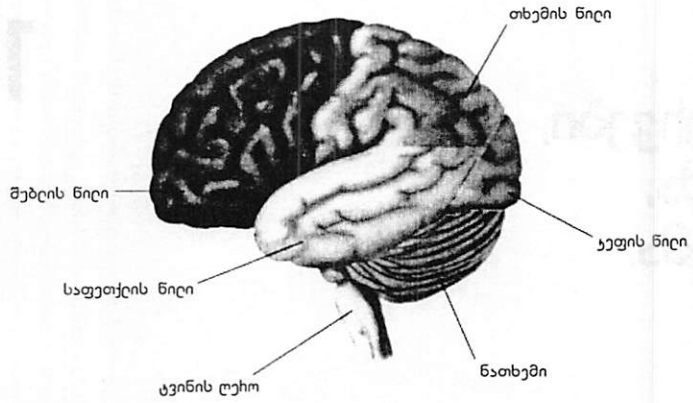
ნეირული სისტემა: თავის ტვინის ნეირები, მოტორული სისტემა, სენსორული სისტემა, ჰეფლექსები

ანატომია და ფიზიოლოგია

ამ თავში განხილულია აგებულება, ფუნქციები და ცნებები, რაც პირდაპირ ეხება ნეირული სისტემის გამოკვლევას. თავის ტვინის, ზურგის ტვინის, თავის ტვინისა და პერიფერიული ნეირების და ჰეფლექსების მოკლე აღწერის შემდეგ შეჯამებულია მოტორული და სენსორული გამტარი გზები. შემდეგ მოჰყვება ხშირი და განსახილველი სიმპტომები, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა და შესაბამისი ჩანაწერის ნიმუში. შემდეგი ნაწილია ნეირული სისტემის, თავის ტვინის და პერიფერიული ნეირების და ჰეფლექსების *გამოკვლევის მეთოდები.*



თავის ტვინის მარჯვენა ნახევარი, მედიალური ხედი



თავის ტვინის მაჩვენებელი ლატერალური ხედი

ამ მასალის გაცნობის შემდეგ უნდა შეძლოთ მიაქციოთ, რომ *ცენტრალური ნერვული სისტემა* შედგება თავისა და ზურგის ტვინისგან. *პერიფერიული ნერვული სისტემა* შედგება თავის ტვინის 12 წყვილი ნერვისგან და ზურგის ტვინისა და პერიფერიული ნერვებისგან. პერიფერიული ნერვების უმეტესობა ერთდროულად შეიცავს მოტორულ და სენსორულ ბოჭკოებს.

ცენტრალური ნერვული სისტემა

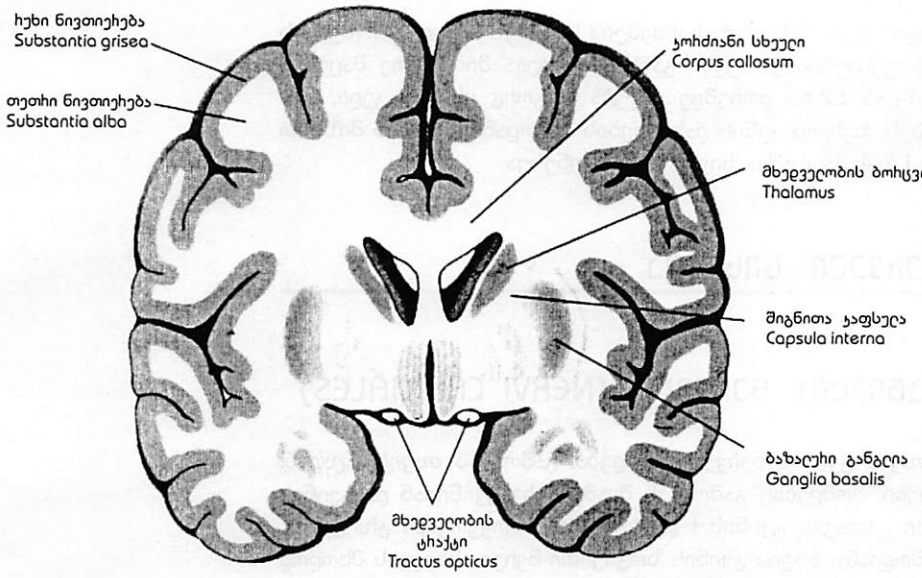
თავის ტვინი (ENCEPHALON)

თავის ტვინს ოთხი ნაგიონი გააჩნია: დიდი ტვინი, შუამდებარე ტვინი, ტვინის ღერო და ნათხემი. თავის ტვინის ჰემისფეროები ტვინოვანი ნივთიერების უმეტეს ნაწილს შეიცავს. თითოეული ჰემისფერო იყოფა შუბლის, თხემის, საფეთქლის და ჯეფის წილებად.

თავის ტვინი არის ერთმანეთთან დაკავშირებული *ნეირონების* (ნერვული უჯრედების) ფართო სისტემა. იგი შედგება უჯრედების სხეულებისგან და მათი *აქსონებისგან* – გრძელი ბოჭკოებისგან, რომლებიც ატარებენ იმპულსებს ნერვული სისტემის სხვა ნაწილებისკენ.

ტვინის ქსოვილი არის თეთრი და რუხი. *რუხი ნივთიერება* შედგება ნერვული უჯრედების სხეულებისგან. იგი გარს ეკვრის ჰემისფეროებს და ნარმოქმნის თავის ტვინის ქერქს. *თეთრი ნივთიერება* შედგება ნეირონების აქსონებისგან, რომლებიც მიელინითაა დაფარული. მიელინის გარსი, რომელიც ნარმოქმნის თეთრ შეფერილობას, აჩქარებს იმპულსის გავრცელებას.

თავის ტვინის სიღრმეში მდებარეობს რუხი ნივთიერების გროვები. ის შედგება *ბაზალური განგლიებისგან*, რაც მოქმედებს მოძრაობაზე, თალამუსისაგან და ჰიპოთალამუსისაგან. *თალამუსი* ნარმოქმნის სენსორულ იმპულსებს და გადასცემს თავის ტვინის ქერქს. *ჰიპოთალამუსი* უზრუნველყოფს ჰომეოსტაზის შედარებობას და არეგულირებს ტემპერატურას, გულის რიტმს, სისხლის წნევას. ჰიპოთალამუსი ზემოქმედებს ენდოკრინულ სისტემაზე და განაგებს ემოციებს, როგორიცაა გაბრაზება, სქესობრივი ლტოლვა. ჰიპოთალამუსში გამოყოფილი ჰორმონები პირდაპირ მოქმედებს ჰიპოფიზზე.



თავის ტვინის ფრონტალური განაკვეთი

დაახვრიტეთ *შიგნითა ჯაფსულას*, თეთრი ნივთიერების ნახმონაქმნს, სადაც მიელინური ბოჭკოები გროვდებიან თავის ტვინის ქერქის ყველა ნაწილიდან და ეშვებიან ტვინის ღეროში. *ტვინის ღერო* თავის ტვინს აერთებს ზურგის ტვინთან და სამი ნაწილისგან შედგება: შუა ტვინი, ხიდი და მედულა.

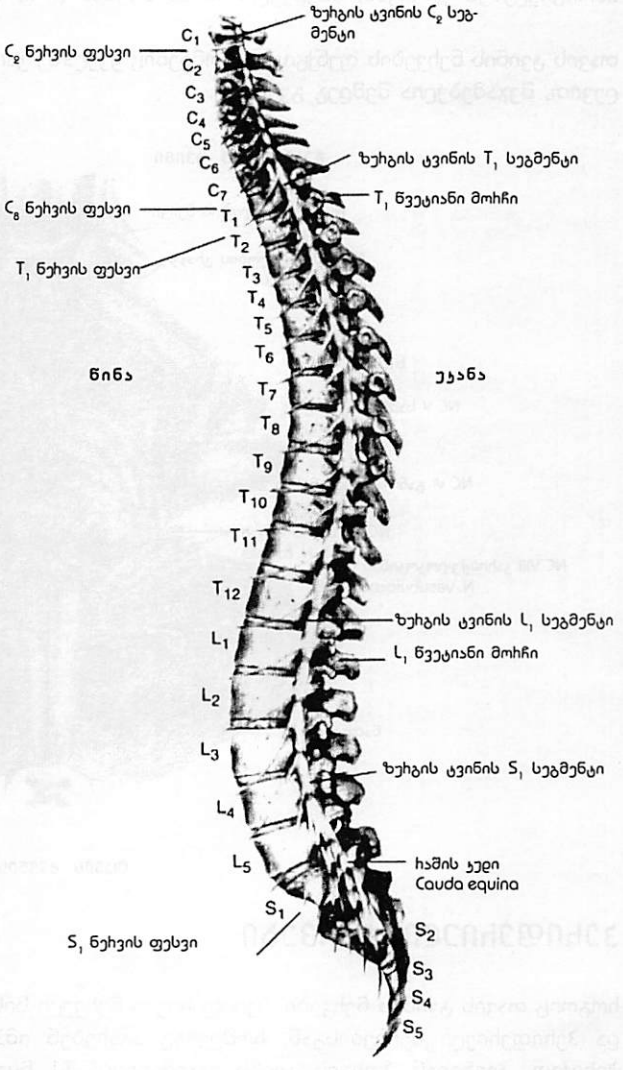
გონებრივი ფუნქცია დამოკიდებულია უფრთხილესებაზე ჰემისფეროებსა და შუამდებარე ტვინის მნიშვნელოვან ნაწილებსა და ტვინის ღეროს ზედა ნაწილს შორის, *რეტიკულური აქტივობის (აგზნები) სისტემა*.

ნათხემი, რომელიც თავის ტვინის ფუძეზე მდებარეობს, ახორციელებს ყველა სახის მოძრაობის კოორდინაციას, უზრუნველყოფს სხეულის ვერტიკალურ მდებარეობას სივრცეში.

ზურგის ტვინი (MEDULLA SPINALIS)

ზურგის ტვინი ნერვული ქსოვილის ცილინდრული ნარმონაქმნია, რომელიც გადის ხერხემლის მალების სხეულთა ხვრელებში და გრძელდება მედულადან წელის პირველ ან მეორე მალამდე. ზურგის ტვინი შეიცავს მნიშვნელოვან მოტორულ და სენსორულ გამტარ გზებს, რომლებიც შედიან და გამოდიან ზურგის ტვინში ნერვების წინა და უკანა ფესვებით და სპინალური და პერიფერიული ნერვებით. ზურგის ტვინის საშუალებით ასევე ხორციელდება ღრმა მყესების (ან ზურგის ტვინის) რეფლექსები. მოტორული და სენსორული გზები და ღრმა მყესების რეფლექსები განხილულია გვ. 541-546.

ზურგის ტვინი იყოფა ხუთ ნაწილად: კისრის (C1-8), გულმკერდის (T1-12), წელის (L1-5), გავის (S1-5) და კუდუსუნის ნაწილებად.



ზურგის ტვინი, ლატერალური ხედი

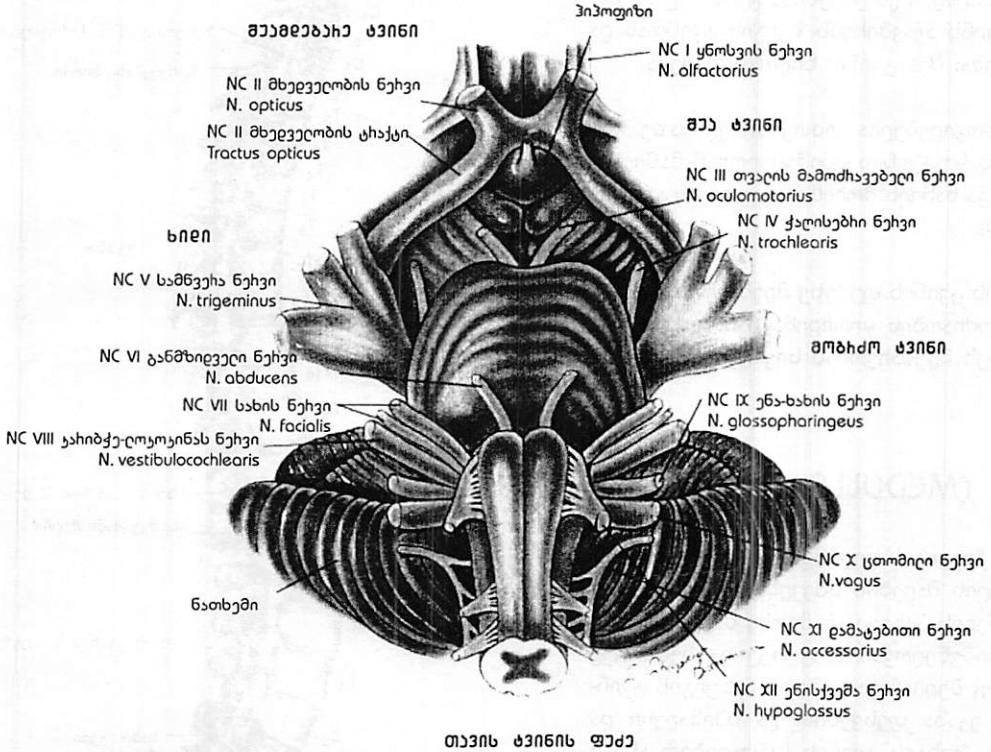
ყურადღება მიაქციეთ, რომ ზურგის ტვინის სიგრძე ხერხემლის სიგრძეზე ნაკლებია. ზურგის ტვინიდან გამოსული ნერვების ფესვების დონეები განსხვავებულია მიმდებარე მაღების დონეებისგან. ეს ფესვები L1-დან L2-ის დონემდე იშლება როგორც ცხენის კუდი, რის გამოც მას *ხაშის კუდს* უწოდებენ. ზურგის ტვინის დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით ნელის უმეტესობა ხვრელებისა L2-4 მაღართშუა სივრცეების დონეზეა.

პერიფერიული ნერვული სისტემა

თავის ტვინის (ჭარბიული) ნერვები (NERVI CRANIALES)

12 წყვილ ნერვს, რომელთაც *თავის ტვინის ნერვები* ეწოდება, გამოდიან *თავის ქალადან.* თავის ტვინის II-დან XII ნერვები, რომლებიც გამოდიან შუამდებარე ტვინიდან და ტვინის ღეროდან, სუსათზეა ნაჩვენები. (თავის ტვინის I და II ნერვები ბოჭკოვანი ტრაქტებია, რომლებიც თავის ტვინიდან გამოდიან). თავის ტვინის ზოგიერთი ნერვი ასრულებს მხოლოდ მოტორულ ან სენსორულ ფუნქციას, მაშინ როცა სხვები სპეციალიზირებულნი არიან და ახორციელებენ ყნოსვას, მხედველობას ან სმენას (I, II, VII).

თავის ტვინის ნერვების ფუნქციები, რომლებიც ყველაზე ხშირად ფასდება ობიექტური გამოკვლევით, შეჯამებულია შემდეგ გვერდზე.



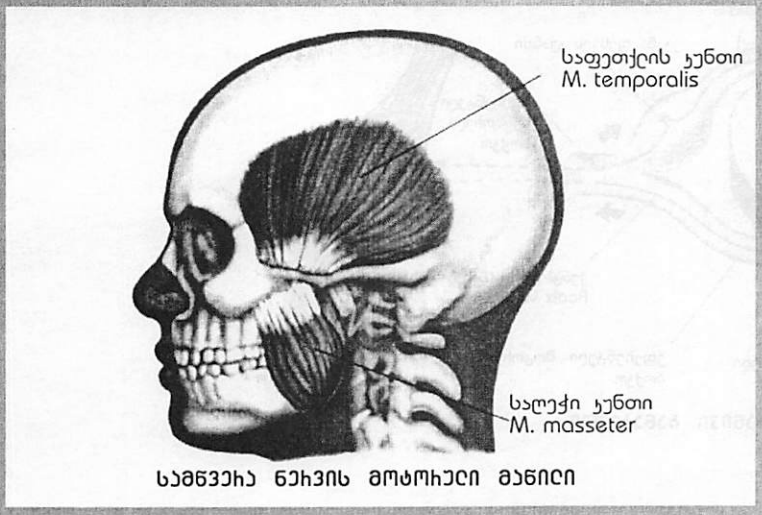
თავის ტვინის ფუძე

პერიფერიული ნერვები

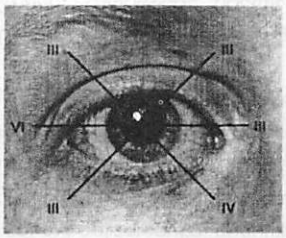
როგორც თავის ტვინის ნერვები, პერიფერიული ნერვული სისტემაც შედგება ზურგის ტვინისა და პერიფერიული ნერვებისგან, რომლებიც ატარებენ იმპულსებს ზურგის ტვინისკენ და პირიქით, ტვინიდან. ზურგის ტვინს უკავშირდება 31 წყვილი ნერვი: 8 კისრის, 12 გულმკერდის, 5 წელის,

▪ თავის ტვინის ნეირები

№	სახელწოდება	ფუნქცია
I	ყნოსვის	ყნოსვის ფუნქცია
II	მხედველობის	მხედველობა
III	თვალის მამოძრავებელი	გუგის შევიწროვება, თვალის გახელა და თვალის ჯაჭვის უმეტესი მოძრაობები
IV	ჭალისებური	თვალის ქვემოთ და შიგნით მოძრაობა
VI	განმზიდველი	თვალის ლატერალური გადახრა
V	სამწვერა	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* - საფეთქლის და საღეჭი კუნთების მოძრაობა (ანფიქსირებს ქვედა ყბას), ასევე ქვედაყბის ლატერალური მოძრაობა *მგრძნობიარე ბოჭკოები* - ახორციელებს სახის ინერვაციას. ნერვს სამი ტოტი აქვს: (1) თვალბუდის, (2) ზედაყბის და (3) ქვედაყბის



სამწვერა ნეირის მოტორული ბირთვი

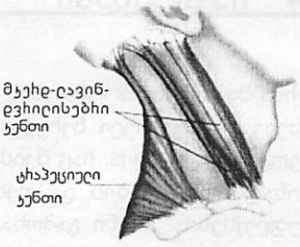


მაჩვენა თვალი (NC III, IV, VI)



NC V – მგრძნობელობა

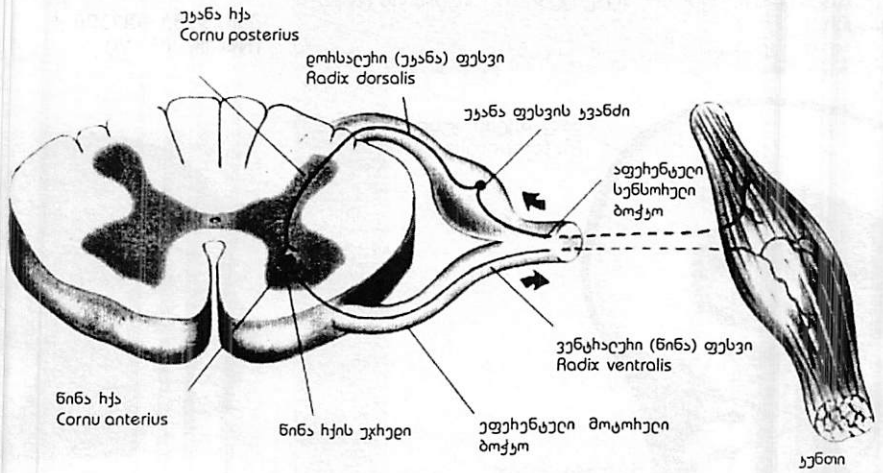
VII	სახის	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – სახის მოძრაობა, სახის გამომეტყველების, თვალების დახუჭვის და პირის დახუჭვის ჩათვლით *მგრძნობიარე ბოჭკოები* – გემოვნება: მახილის, სიტკბოს, სიმწარის და სიმჟავის შეგრძნება. ენის წინა ორი მესამედი
VIII	ჯაჭვ-ღოჯოინას	სმენა (ღოჯოინას ნაწილი) და წონასწორობა (ჯაჭვის ნაწილი)
IX	ენა-ხახის ნეირი,	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – ხახის კუნთების შეკუმშვა *მგრძნობიარე ბოჭკოები* – დაფის ჯაჭვის და სასმენი მილის უკანა ნაწილი, ხახა და ენის უკანა ნაწილი, გემოვნების ჩათვლით (მახილიანი, მჟავე, ტკბილი, მწარე)
X	ცთომილი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – სასა, ხახა და ხორხი *მგრძნობიარე ბოჭკოები* – ხახა და ხორხი
XI	დამატებითი ნეირი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი კუნთი და ტრაპეციული კუნთის უკანა ზემო ნაწილი
XII	ენისქვეშა ნეირი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – ენის კუნთები.



NC XI – მამოძრავებელი

5 გავის და 1 კუდუსუნის. თითოეული ნეირს აქვს წინა (ვენტრალური) ფესვი, რომელიც მამოძრავებელ ბოჭკოებს შეიცავს და უკანა (დორსალური) ფესვი, რომელიც მგრძნობიარე ბოჭკოებს შეიცავს. წინა და უკანა ფესვები ერთდებიან და ქმნიან ზურგის ტვინის (სპინალურ) ნერვებს, რომელთა სიგრძე 5 მმ-ზე ნაკლებია. ზურგის ტვინის ნერვების ბოჭკოები უერთდებიან სხვა დონიდან ნამოსულ ანალოგიურ ბოჭკოებს და ნარმოქმნიან პერიფერიულ ნერვებს. უმეტესობა *პერიფერიული ნერვებისა* შეიცავენ ორივე სახის, *მგრძნობიარე* (აფერენტულ) და *მამოძრავებელ* (ეფერენტულ) ბოჭკოებს.

თავის ტვინის მსგავსად, ზურგის ტვინიც შეიცავს ჩუნ და თეთრ ნივთიერებას. ჩუნი ნივთიერების ბირთვები, რომლებიც ნერვული უჯრედების სხეულების გროვებს ნარმოადგენენ, გარშემორტყმულია ნერვული ბოჭკოების თეთრი ტრაქტებით, რომლებიც აკავშირებენ თავის ტვინს პერიფერიულ ნერვულ სისტემასთან. დაკვირდით ჩუნი ნივთიერების პეპრის ფორმის ნარმონაქმნს წინა და უკანა ქერებით.



ზურგის ტვინი, განივი განკვეთი

სპინალური რეფლექსები: მყეს-ძვალთა ღრმა რეფლექსები

ღრმა მყესების ან კუნთების გაჭიმვის რეფლექსების გატარება ხდება როგორც ცენტრალური, ასევე პერიფერიული ნერვული სისტემით. გაიხსენეთ, რომ *რეფლექსი* არის უნებლიე სტერეოტიპული რეაქცია, რაც შეიძლება მოიცავდეს მხოლოდ ორ ნეირონს, დაკავშირებულია ერთი სინაფსით. ხელების და ფეხების ღრმა მყესების რეფლექსები ასეთი მონოსინაფსური რეფლექსებია. ისინი გამოხატავენ მგრძნობიარე და მოტორული ფუნქციის უმარტივეს ერთეულს. (სხვა რეფლექსები პოლისინაფსურია და სენსორული და მოტორული ნეირონების შორის შეიცავენ შუა ნეირონებს).

ღრმა მყესების რეფლექსების გამონვევისთვის მკვეთრად დაკარით ნანილობრივ გაშლილი კუნთის მყესს. რეფლექსის გამოსანვევად მისი ყველა შემადგენელი ნანილი ინტაქტური უნდა იყოს: სენსორული ნეირული ბოჭკოები, ზურგის ტვინის სინაფსები, მოტორული ნეირული ბოჭკოები, ნეირ-კუნთოვანი შეერთებები და კუნთოვანი ბოჭკოები. მყესზე დარტყმა აქტიურებს ნანილობრივ გაშლილი კუნთის სენსორულ ბოჭკოებს, ნარმოქმნის სენსორულ იმპულსს, რომელიც პერიფერიული ნერვის საშუალებით მიემართება ზურგის ტვინისკენ. სტიმულირებული სენსორული ბოჭკო სინაფსის გზით პირდაპირ უკავშირდება ნინა ჩრის უჯრედებს, რომლებიც ახორციელებენ შესაბამისი კუნთის ინერვაციას. როდესაც იმპულსი გაივლის ნეირ-კუნთოვან შეერთებას, კუნთი სწრაფად შეიკუმშება და სრულდება რეფლექსური ჩაკეტი.

ვინაიდან თითოეული ღრმა მყესის ჰეფლექსი მოიცავს ზუჰგის ტვინის განსაზღვრულ სეგმენტს თავისი სენსორული და მოტორული ბოჭკოებით, პათოლოგიური ჰეფლექსი დაგეხმარებათ დაზიანების ლოკალიზაციის დადგენაში. დაიმახსოვრეთ ღრმა მყესების ჰეფლექსების სეგმენტური ღონეები. ამას ადვილად შესძლებთ, თუ დანომრავთ მზარდი თანმიმდევრობით ჯოჭოდან სამთავიან ჯუნთამდე: S1–L2, 3, 4, –C5, 6, 7.

აქილესის მყესის ჰეფლექსი	გავის 1
მუხლის ჰეფლექსი	ნეცის 2, 3, 4
სუპინატორის (მხარ-სხივის) ჰეფლექსი	ჯისრის 5, 6
ორთავა ჯუნთის ჰეფლექსი	ჯისრის 5, 6
სამთავა ჯუნთის ჰეფლექსი	ჯისრის 6, 7

ჰეფლექსის გამორვევა შესაძლებელია ორგორც ჯუნთის, ასევე ჯანის გაღიზიანებითაც. მაგალითად, მუცლის ჯანზე დარტყმა ნარმოშობს ადგილობრივად ჯუნთის შეხვევას. ეს ზედაპირული (ჯანის) ჰეფლექსები და მათი შესაბამისი ზუჰგის ტვინის სეგმენტები მოიცავს:

მუცლის ჰეფლექსი – ზედა	გულ-მკერდის 8, 9, 10
– ქვედა	გულ-მკერდის 10, 11, 12
პრანტარული (ფეხისგულის) პასუხი	ნეცის 5, გავის 1

მოტორული (მამოძრავებელი) გამტარი გზები

მოტორული გამტარი გზები შეიცავენ ზედა მოტორულ ნეირონს ღრმოში ან ზუჰგის ტვინში და ქვედა მოტორულ ნეირონს. ნეირული უჯრედების სხეულები ან *ზედა მოტორული ნეირონი* გადის თავის ტვინის ქერქის მოტორულ გზაზე და ღრმოს სხვადასხვა ბირთვებში; მათი აქსონები უკავშირდება სინაფსურად ღრმოს მოტორულ ბირთვებს (თავის ტვინის ნერვები) და ზუჰგის ტვინში (პერიფერიული ნერვები). *ქვედა მოტორული ნეირონებს* ზუჰგის ტვინში გააჩნიათ უჯრედების სხეულები, რომელთაც ნინა რქის უჯრედები ენოდებათ. მათი აქსონები გაივლიან ნინა ფესვებში და სპინალურ ნერვებში პერიფერიული ნერვებისკენ და ბოლოვდებიან ნერვ-ჯუნთოვან შეერთებაში.

არსებობს მოტორული გზების სამი სახე, რომლებიც ხვდებიან ნინა რქის უჯრედებში: ჯორტიჯო-სპინალური ტრაქტი (პირამიდული), ბაზალური განგლიის სისტემა და ნათხემის სისტემა. არსებობს დამატებითი გამტარი გზები, რომლებიც ნარმოიქმნება ტვინის ღრმოში. მათი საშუალებით ხორციელდება ჯიგუნების მოძრაობის და მდებარეობის მოხრის და გაშლის ტონუსი, რაც ყველაზე კარგად ჩანს ჯომის დროს (იხ. ცხრილი 17-11, გვ. 667)

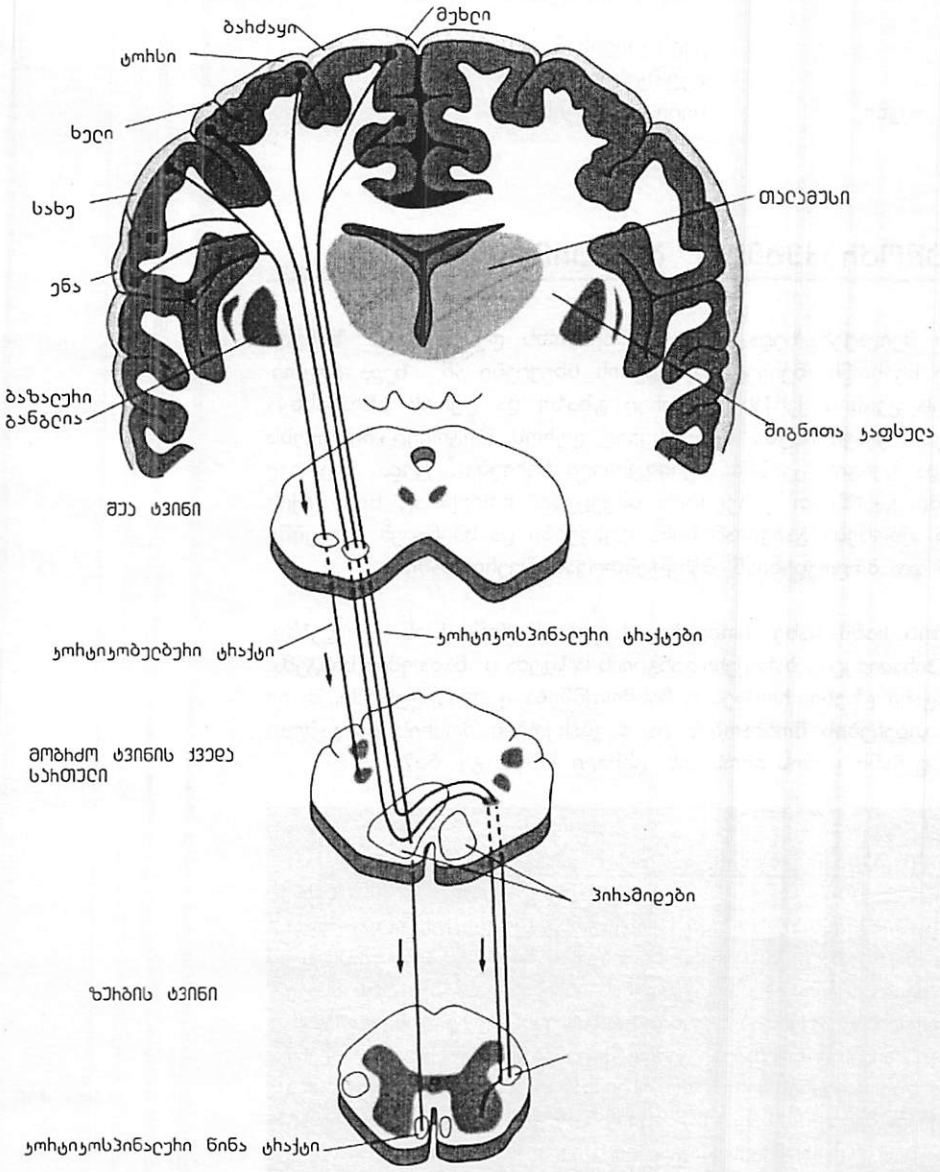
ძირითადი მოტორული გამტარი გზები

- *ჯორტიჯოსპინალური (პირამიდული) ტრაქტი.* ჯორტიჯოსპინალური ტრაქტის გზით ხორციელდება ნებითი მოძრაობა და დახვენილი, ხოული და ნაზი მოძრაობების ინტეგრაცია ჩიგი ჯუნთების სტიმულაციით და სხვა ჯუნთების ინჰიბიციით. ამ ტრაქტს ასევე მოაქვს იმპულსები, რომლებიც აქვეითებენ ჯუნთების ტონუსს. მცირე ტონუსი შენარჩუნებულია მაშინაც კი, როდესაც ნორმალური ჯუნთი მოდუნებულია. ჯორტიჯოსპინალური ტრაქტი ნარმოიქმნება თავის ტვინის ქერქის მოტორულ ნანილში. მოტორული ბოჭკოები მიემართება ქვევით ქვედა მედულაში, სადაც ნარმოქმნიან ანატომიურ სტრუქტურას, რასაც პირამიდა ენოდება. აქ ბოჭკოების უმეტესობა გადადიან მედულას მოპირდაპირე მხარეს, (გაგრძელება)

ძირითადი მოტორული ბამტასი ბზები (გაგრძელება)

აგრძელებენ გზას ქვევით და სინაფსით უკავშირდებიან ნინა ჰქის უჯრედებს ან შუა ნეირონებს. ტრაქტი სინაფსით უკავშირდება ღეროში თავის ტვინის ნეირების მოტორულ ბირთვებს და ეწოდება *კორტიკობულბური.*

- ***ბაზალური განგლიების სისტემა*** საკმაოდ კომპლექსური სისტემაა, რომელიც მოიცავს მოტორულ გზებს თავის ტვინის ქერქს, ბაზალურ განგლიებს, ღეროსა და ზურგის ტვინს შორის. იგი ეხმარება კუნთებს ტონუსის შენარჩუნებაში და აკონტროლებს სხეულის მოძრაობებს, განსაკუთრებით ფარული ავტომატურ მოძრაობებს, როგორიცაა სიარული.
- ***ცერებელური (ნათხემის) სისტემა.*** ნათხემი იღებს ორივეს, სენსორულ და მოტორულ სიგნალებს და ათანხმებს მოტორულ აქტივობას, ინარჩუნებს წონასწორობას და ეხმარება პოზის კონტროლში.



მამოძრავებელი ბზები: კორტიკოსპინალური და კორტიკობულბური ტრაქტები

ყველა ეს უმაღლესი მოტორული გზა მოძრაობაზე მოქმედებს მხოლოდ ქვედა მოტორული ნეირონული სისტემით – ზოგჯერ უწოდებენ "საბოლოო ძირითად გატას გზას". ირმელიმე მოძრაობა, ნასწავლი ნებით ქერქში, "ავტომატუსად" ბაზალურ განგლიებში ან ცერებელუმში, აუცილებლად უნდა გაიარაინოს მოქმედებად წინა ქერქის უჯრედების საშუალებით. ირმელიმე ამ უბნის დაზიანება გამოიწვევს მოძრაობითი ან ცერებელუსური აქტივობის შეცვლას.

ირდესაც პირამიდოსპინალური ტრაქტი ზიანდება ან იჭრება, მისი ფუნქცია ქვეითდება ან იკარგება დაზიანების დონის ქვევით. *ირდესაც უმაღლესი მოტორული ნეირონული სისტემა დაზიანებულია მოგვიან ტვინში მისი ტრაქტების გადაჯვარედინის ზევით, სანინააღმდეგო მხარეს ვითარდება მოტორიული დაქვეითება. გადაჯვარედინის ქვევით დაზიანება იწვევს სხეულის იმავე მხარეს ან იფსილატერალურად მოძრაობის დაქვეითებას.* დაზარალებული ხელი ხშირად ჰიპერზებული, სრულყოფილი, ითული ან ნატიფი მოძრაობები მეტად შეფერხებულია სხვა მოძრაობებთან შედარებით.

უმაღლესი მოტორული ნეირონის დაზიანების დროს ტონუსის გაზრდილია და ღრმა მყესის რეფლექსები ზედმეტად მომატებულია. უმდაბლესი მოტორული ნეირონის დაზიანების დროს ვითარდება იმავე მხარეს სისუსტე და დამბლა, მაგრამ ამ შემთხვევაში ტონუსის ტონუსი და რეფლექსები დაქვეითებულია ან არ არის.

ბაზალური განგლიების სისტემის ან ნათხემის დაავადებების დროს დამბლა არ ვითარდება, თუმცა შეიძლება გამოიწვიოს ინვალიდობა. ბაზალური განგლიური სისტემის დაზიანება ცვლის ტონუსს (უფრო ხშირად იზრდება), პოზის და ციარულის დარღვევას, სპონტანური და ავტომატური მოძრაობის შენელებას ან უმარილობას, რასაც *ბრადიკინეზია* ეწოდება და სხვადასხვა უნებლიე მოძრაობებს. ნათხემის დაზიანება აქვეითებს კოორდინაციას, ციარულს და წონასწორობას და ამცირებს ტონუსს.

III სენსორული (მგრძნობელობითი) გამტარი გზები

სენსორული იმპულსები არა მარტო რეფლექსურ აქტივობაში მონაწილეობენ, როგორც ზემოთ იყო აღნერილი, ასევე იწვევს აღქმის შეგრძნებას, სივრცეში სხეულის მდებარეობის ორიენტაციას და ეხმარება შინაგანი ავტონომიური ფუნქციების რეგულაციას, როგორიცაა სისხლის ნნევა, გულის რიტმი და სუნთქვა.

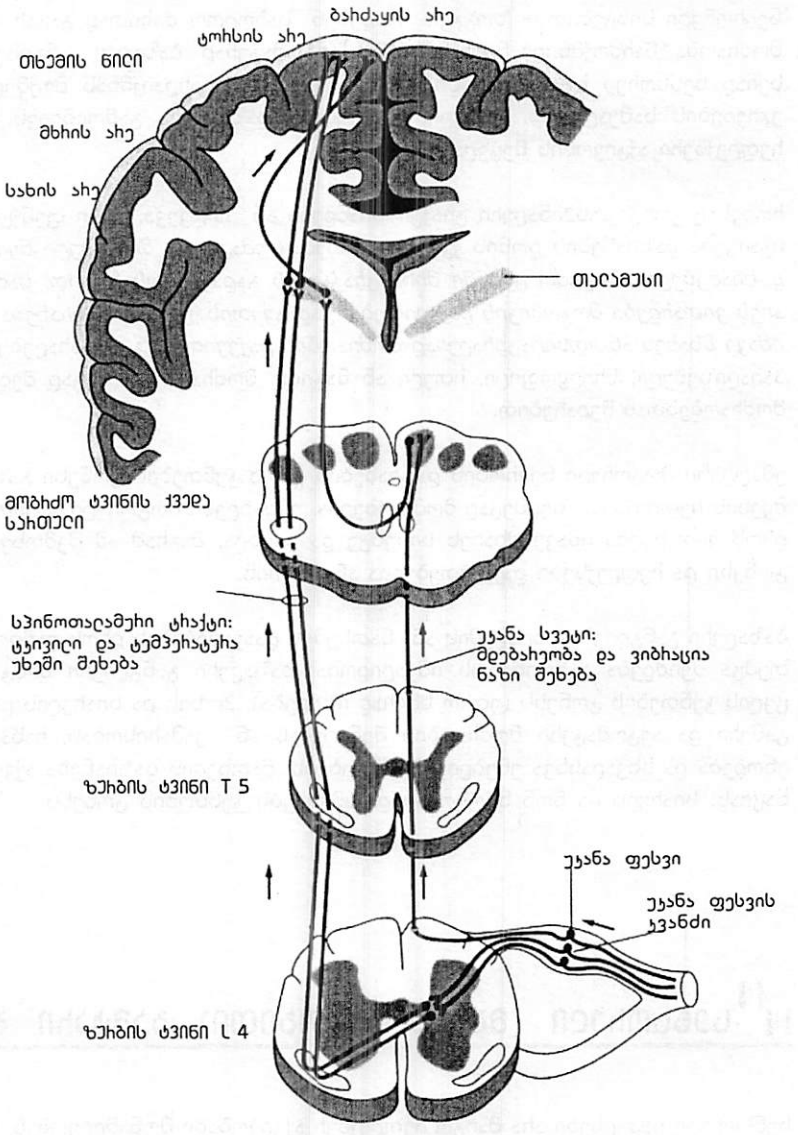
სენსორული რეცეპტორების კომპლექსი იმპულსებს ატარებს კანიდან, ღრმოვანი გარსებიდან, ტუნთებიდან, მყესებიდან და შინაგანი ორგანოებიდან. სენსორული ბოჭკოები, რომლებიც აღიქვამენ ტკივილს, ტემპერატურას, მდებარეობას და შეხებას, მიემართებიან პერიფერიულ ნერვებში და უკანა ფესვებში და შედიან ზურგის ტვინში. როგორც კი მოხვდებიან ზურგის ტვინში, სენსორული იმპულსები მიემართებიან თავის ტვინის ქერქის სენსორულ ნაწილში ერთი ან მეორე გამტარი გზის საშუალებით: სპინოთალამური ტრაქტით ან უკანა სვეტებით.

ერთ ან ორ სპინალურ სეგმენტში, ზურგის ტვინში შესვლისას, *ტკივილის* და *ტემპერატურის* იმპულსების გამტარი ბოჭკოები გაივლიან ზურგის ტვინის უკანა ჭრილში და სინაფსით უკავშირდებიან მეორად სენსორულ ნეირონს.

ბოჭკოები, რომლებიც ატარებენ *უხეშ შეხებას* – ჩვენ ასე ვიტყვით, როგორც მსუბუქ შეხებას, მაგრამ ზუსტი ლოკალიზაციის გარეშე – ასევე მიემართებიან უკანა ქერქში და სინაფსით უკავშირდებიან მეორად ნეირონებს. მეორადი ნეირონები შემდეგ გადადიან საწინააღმდეგო მხარეს და მიდიან ზევით *სპინოთალამურ ტრაქტში* თალამუსში.

ბოჭკოები, რომლებიც ატარებენ *მდებარეობის* და *ვიბრაციის* იმპულსებს, პირდაპირ მიემართებიან ზურგის ტვინის უკანა სვეტებში და ადიან ზევით მედულაში იმ ბოჭკოებთან ერთად, რომლებიც ატარებენ *მკრთალ შეხებას* – შეხებას, რომელიც ზუსტად არის ლოკალიზებული და მკრთალად განსხვავებულია. ეს ბოჭკოები სინაფსით უკავშირდებიან მეორად სენსორულ ნეირონებს მედულაში. მეორადი ნეირონებიდან წამოსული ბოჭკოები გადადიან საწინააღმდეგო მხარეს მედულას დონეზე და აგრძელებენ გზას თალამუსისკენ.

თალამუსის დონეზე აღიქმება მგრძნობელობის ზოგადი ხასიათი (მაგ. ტკივილი, სიცივე, სიმოვნება, უსიამოვნება), მაგრამ მაღალი მგრძნობელობა არ ხორციელდება. სრული აღქმისთვის, მესამე ჯგუფის სენსორული ნეირონები იმპულსებს გზავნიან თალამუსიდან თავის *ტვინის ქერქის სენსორული ნაწილისკენ*. აქ გაღიზიანება ლოკალიზებულია და ხდება მაღალი დონის მგრძნობელობის აღქმა.

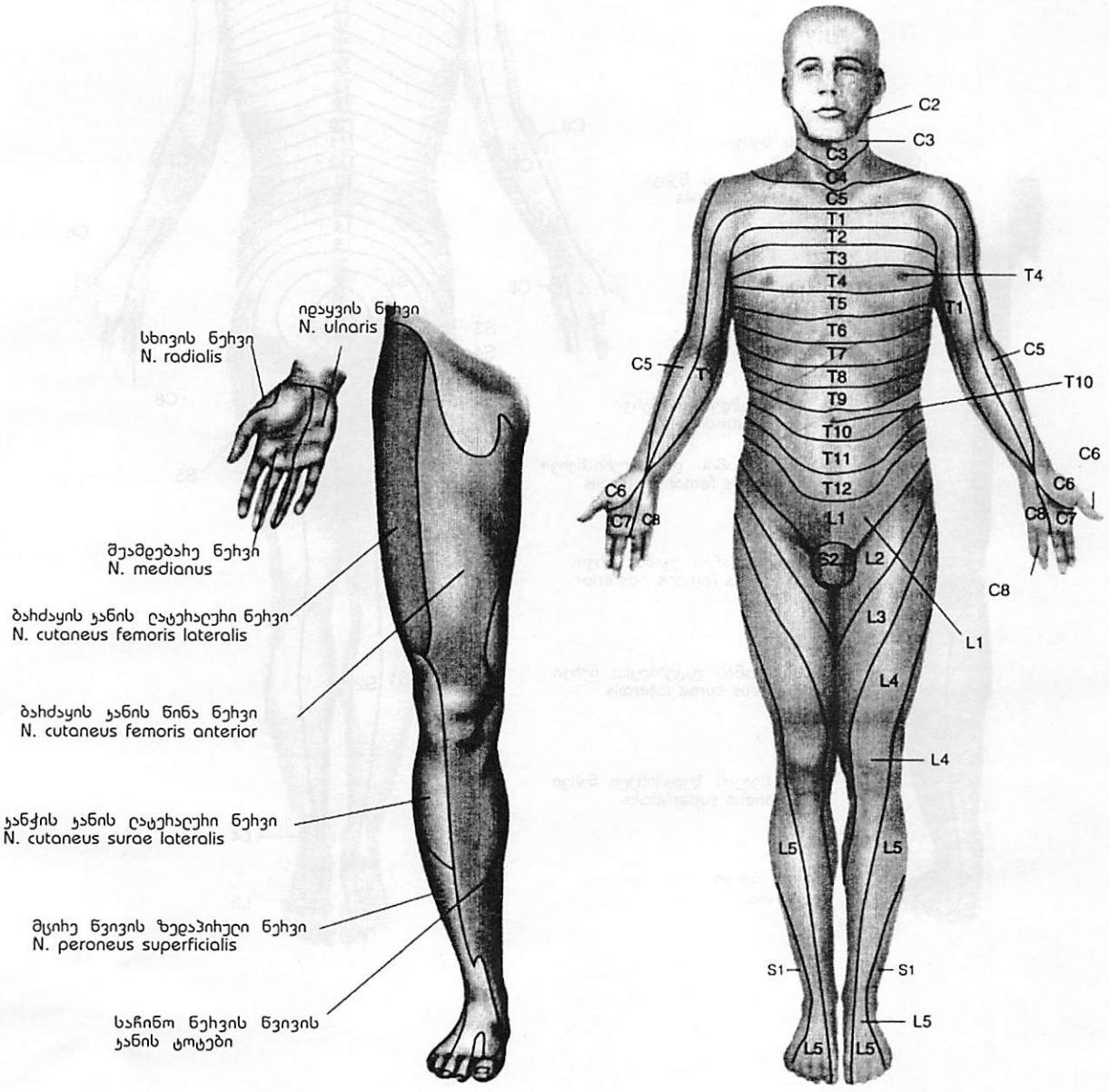


სენსორული გამტარი გზები: სპინოთალამური ტრაქტი და უკანა სვეტები

სენსორული გამტარი გზის სხვადასხვა ნეირონებში დაზიანება ნარმოქმნის სხვადასხვა სახის მგრძნობელობის დარღვევას. მგრძნობელობის დარღვევის ნიშნები მასთან დარღვეული მოტორული სიმპტომებთან ერთად დაგეხმარებათ დადგინოთ დაზიანების გამომწვევი მიზეზის ლოკალიზაცია. მაგალითად, სენსორული ქერქში დაზიანება არ აქვეითებს ტკივილის, შეხების და მდებარეობის შეგრძნებას, მაგრამ აუარესებს მკრთალ განსხვავების უნარს. ასეთი დაზიანების მქონე პირობა შეიძლება ვერ ამჩნევდეს საგნის ზომას, ფორმას ან მასალას შეხებით და ამის გამო ვერ ცნობდეს. მდებარეობის და ვიბრაციის მგრძნობელობის დარღვევა სხვა მგრძნობელობების შენარჩუნებით უკანა სვეტების დაზიანებაზე მიუთითებს, მაშინ, როდესაც ყველა სახის მგრძნობელობის დარღვევა წელს ქვევით ფეხების დამბლასთან და ჰეფექსების გაძლიერებასთან ერთად, მიუთითებს ზურგის ტვინის დაზიანებაზე (იხ. ცხრილი 17-11, გვ. 667). მსუბუქი შეხება ხშირად შენარჩუნებულია ზურგის ტვინის ნაწილობრივი დაზიანების მიუხედავად, ვინაიდან სხეულის ერთ მხარეს ნარმოქმნილი იმპულსები ვრცელდება ზურგის ტვინის ორივე მხარეს.

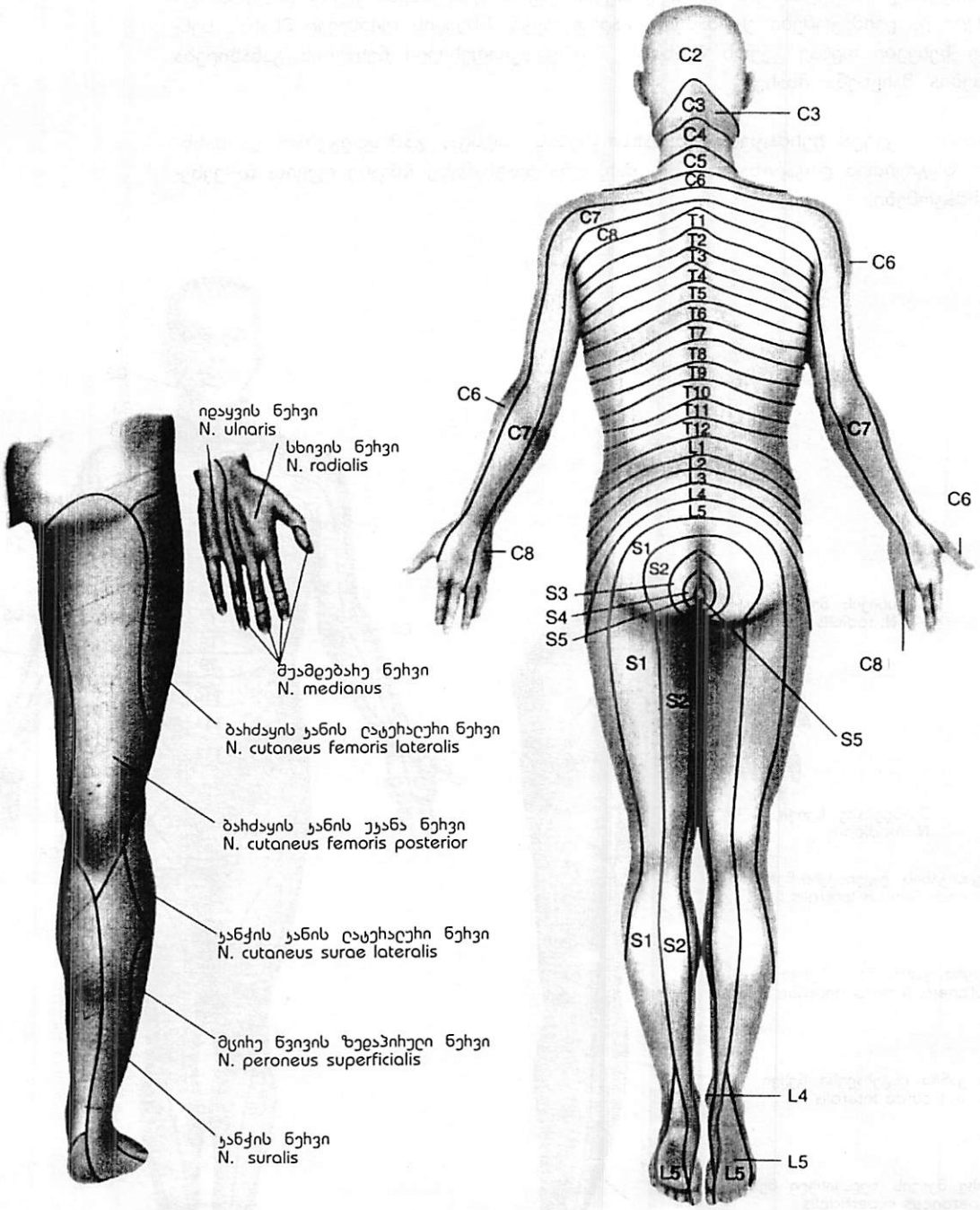
დერმატომები. დერმატომების ცოდნა ასევე გეხმარებათ ნევროლოგიური დაზიანებების ლოკალიზაციის განსაზღვრაში. დერმატომი არის კანის უბანი, რომლის ინერვაციას ახდენს ერთი სპინალური ნერვის მგრძნობიარე ფესვი. დერმატომები ნაჩვენებია ქვემოთ მოყვანილ ორ სურათზე. მათი დონეები უფრო ცვალებადია, ვიდრე დიაგრამაზეა მოცემული და დერმატომები ერთმანეთს გადაფარავენ. სხეულის თითოეული მხარეს სენსორული ნერვები ორნავ ჯვეთს შეარაზს. მცირე პერიფერიული ნერვების განანილება ნაჩვენებია მარცხენა მხარეს.

ნუ ეცდებით ყველა დერმატომის დამახსოვრებას. თუმცა, გამოგადგებათ დაიმახსოვროთ ზოგიერთის ლოკალიზაცია, მაგ. მარჯვენა დიაგრამაზე მწვანე ფერით ნაჩვენები დერმატომები.



პერიფერიული ნერვების ინერვაციის ზონები

უკანა ფესვებით ინერვირებული დერმატომები


იდაყვის ნერვი
N. ulnaris
სხივის ნერვი
N. radialis
მუამდებარე ნერვი
N. medianus
ბარძაყის კანის ლატერალური ნერვი
N. cutaneus femoris lateralis
ბარძაყის კანის უკანა ნერვი
N. cutaneus femoris posterior
კანქვის კანის ლატერალური ნერვი
N. cutaneus surae lateralis
მცირე ნვივის ზედაპირული ნერვი
N. peroneus superficialis
კანქვის ნერვი
N. suralis
C2
C3
C4
C5
C6
C7
C8
T1
T2
T3
T4
T5
T6
T7
T8
T9
T10
T11
T12
L1
L2
L3
L4
L5
S1
S2
S3
S4
S5

ანამნეზი

ხშირი ან განსახილველი სიმპტომები

- თავის ტკივილი
- თავბრუხვევა ან ვერტიგო
- გენერალიზებული, ჰიპოქსიმალური ან დისტალური სისუსტე
- დაბუჟება, მგრძნობელობის დაჩღევა ან დაკარგვა
- ცნობიერების დაკარგვა, სინკოპე ან მოსალოდნელი სინკოპე
- გულყრა
- ტრემორი ან უნებლიე მოძრაობები

ნევროლოგიური დაჩღევების ორი ყველაზე ხშირი სიმპტომია თავის *ტკივილი* და *თავბრუხვევა*. დაუბრუნდით გვ. 171 და 173, რათა მიმოიხილოთ ამ სიმპტომების შესაბამისი ანამნეზი.

თავის ტკივილის დროს, აუცილებლად ჰკითხეთ მისი ლოკალიზაცია, სიმძიმე, ხანგრძლივობა, თანმხლები სიმპტომები, ჩვეულებრივობა მხედველობის დაჩღევა, სისუსტე, მგრძნობელობის დაკარგვა. ჰკითხეთ, ხომ არ იწვევს თავის ტკივილს ხველა, ცხვირის დაცემინება ან თავის სწრაფი მოძრაობა.

თავბრუხვევაზე ჩივილის მრავალი მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს. თქვენ უნდა დააზუსტოთ, რას განიცდის ავადმყოფი. გაბრუებულია თუ მოღუნებული? თუ ეს არის *ვერტიგო*, როდესაც ოთახი ავადმყოფის გარშემო ბრუნავს.

იხ. ცხრილი 6-1, თავის ტკივილი, გვ. 206-209.

სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ "ასეთი ძლიერი ტკივილი არასდროს არ ჰქონია". ყრუ ხასიათის თავის ტკივილი, რომელსაც ინვევს მოძრაობა, განსაკუთრებით გაღვიძებისას და მოხველებივით ერთი და იგივე ლოკალიზაციით, აღინიშნება მოცულობითი დაზიანების დროს, როდესაც თავის ტვინის სიმსივნე.

გაბრუება აღინიშნება გულის ფრიალის დროს, სინკოპეს წინა მდგომარეობა – ვაზოვაგუსური სტიმულაციის, სისხლის დაბალი წნევის, ცხელების დროს და სხვა. ვერტიგო სამუშაო ასაკში თავის ტვინის სიმსივნის დროს აღინიშნება. იხ. ცხრილი 6-2, გვ. 210.

დიპლოპია, დიზართრია, ატაქსია აღინიშნება *გარდამავალი იშემიის* (TIA) ან *ინსულტის* დროს უკანა არტერიის აუზში.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ხანდაზმულ პაციენტებში, რამე ერეპარატმა ხომ არ გამოიწვია თავბრუხვევა? აღინიშნება თუ არა თანმხლები სიმპტომები, როგორიცაა მხედველობის გაორება, ანუ *დიპლოპია*, სიტყვების ნარმოთქმის გაძნელება, ანუ *დიზართრია* ან სირაქლის და ნონასწორობის დაჩღევა, ანუ *ატაქსია*?

სისუსტე ან დამბლა გარდამავალი იშემიის, ან ინსულტის დროს აღინიშნება.

აღსანიშნავია, ახლავს თუ არა *სისუსტე*, რაც შეიძლება იყოს გენერალიზებული ან ვლინდება სახეზე ან სხეულის ერთერთ ნახევარზე. სისუსტე მეორე ხშირი სიმპტომია და საჭიროებს ყურადღებით დეტალურად გამოკვლევას. დააზუსტეთ, რას ნიშნავს ეს პაციენტისთვის. დარწმუნდით, ხომ არ აქვს *დამბლა* ან სხეულის ერთერთ ნახევრის მოძრაობის გაძნელება. სისუსტე ნელ-ნელა განვითარდა თუ უეცრად? ჰიპოგლიკემიებს თუ არა? ერეპარატ? სხეულის რა უბანშია? სხეულის ცალ მხარეს აღინიშნება თუ ორივე მხარეს? რა სახის მოძრაობებია გაძნელებული?

ადგილობრივი სისუსტე შეიძლება განვითარდეს ცენტრალური ნეირული სისტემის იშემიური, სისხლძარღვოვანი ან მოცულობითი დაზიანების დროს; ასევე პერიფერიული ნეირული სისტემის, ნეირულენთოვანი ან კუნთოვანი დარღვევების დროს.

როდესაც სისუსტეს არ ახლავს თავბრუხვევა, ეცადეთ ერთმანეთისგან განასხვავოთ *ჰიპოქსიმალური* და *დისტალური* სისუსტე. ჰიპოქსიმალური სისუსტის დროს ჰკითხეთ, შე-

ძლია თუ არა თმის დავარცხნა, მაღლა თარიზე მდებარე საგნის აღება, ხომ არ უჭირს სკამიდან წამოდგომა ან საფეხურზე ასვლა. ხომ არ ძლიერდება სისუსტე მოქმედების გამეორებისას და უმჯობესდება დასვენების შემდეგ? ხომ არ ახლავს სენსორული ან სხვა სიმპტომები? მკლავებში დისტალური სისუსტის დასადგენად გაარჯვიეთ, როგორ ამოძრავებს ხელებს, მაგ. როგორ აღებს ჯონსევის ქილას ან როგორ ხმარობს მაჯის ტელს, ფლეიერს ან სახრახნისს. ფეხებში დისტალური სისუსტის დასადგენად ჰკითხეთ, თავისუფლად დადის თუ არა.

ოჰმხრივი ჰოროსიმაღლური სისუსტე ვითარდება მიოპათიის დროს. ოჰმხრივი, უპირატესად დისტალური სისუსტე – პოლინეიროპათიის დროს. სისუსტე, რომელიც ძლიერდება განმეორებითი მოქმედებების დროს და უმჯობესდება დასვენების შემდეგ, მიუთითებს მიასთენიაზე.

გაარჯვიეთ, ხომ არ აღენიშნება პაციენტს *მგრძნობელობის დაკარგვა*. ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს *დაბუჟება*, მაგრამ დააზუსტეთ მისი მნიშვნელობა და ლოკალიზაცია. ხომ არ აღინიშნება მგრძნობელობის დაკარგვა, კიდურების მოძრაობის გაძნელება ან შეცვლილი მგრძნობელობა, როგორიცაა ჩხვლეტების შეგრძნება? შეიძლება იყოს სპეციფიკური მგრძნობელობა აწარა გაღიზიანების გარშემო, რასაც *პარესთეზია* ეწოდება. ეს ხშირად ვლინდება მკლავის ან ფეხის დაბუჟების დროს, რისი მიზეზიცაა კიდურის ხანგრძლივად გარკვეული პოზაში გაჩერებისას ნერვის კომპრესია და აღნერენ, როგორც ჩხვლეტას, ბნევნას ან გაცხელების, გაცივების ან დაჭიმვის შეგრძნებას. *დიზესთეზია* არის მგრძნობელობის დამახინჯება გაღიზიანებელზე საპასუხოდ და გრძელდება უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე თავად გამღიზიანებელი. მაგალითად, ადამიანი შეიძლება აღიქვამდეს მსუბუქ შეხებას ან ჩხვლეტას როგორც უსიამოვნო ნვას. *ტკივილს* შეიძლება ნევროლოგიური მიზეზი ჰქონდეს, მაგრამ ჩვეულებრივ მას მოიხსენიებენ სხვა სისტემებთან დაკავშირებულ ჩივილებთან ერთად, როგორიცაა ძვალ-კუნთოვანი სისტემა - თავი და კისერი.

მგრძნობელობის დაკარგვა, პარესთეზიები და დიზესთეზიები თავის და ზურგის ტვინის დაზიანების დროს ვლინდება, ისევე როგორც პერიფერიული მგრძნობიარე ფესვების და ნერვების დაზიანებისას; ხელებსა და პირის გარშემო პარესთეზია ჰიპერვენტილაციის დროს ვითარდება. ნორმალური ტკივილი მტკივნეული სენსორული ნეიროპათიის დროს.

იხ. ცხრილი 15-2, კისრის ტკივილი, გვ. 561 და ცხრილი 15-1, ნერვის ტკივილი, გვ. 560.

შეკითხვა: "ხელისმე ხომ არ გქონიათ მოდუნება ან გონების დაკარგვა?" საფუძვლად უდევს ცნობიერების დაკარგვის განხილვას. მნიშვნელოვანია დაიწყოთ დადგენით, თუ რას გულისხმობს ავადმყოფი ცნობიერების დაკარგვაში. სრულად კარგავს გონებას თუ ამ დროს ესმის ხმები, მიუთითებს ცნობიერების დაკარგვაზე? აღწერილობითი ტერმინები იხმარეთ ზუსტად და მკაცრად განსაზღვრულად. *სინკოპე* არის ცნობიერების უეცარი, მაგრამ ხანმოკლე დაკარგვა, რაც ვითარდება თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის შემცირების დროს, მას ხშირად *გონების დაკარგვას* უწოდებენ. გონების დაკარგვის შეგრძნებას, თავბრუხვევას, სისუსტეს ცნობიერების დაკარგვის გარშემო უწოდებენ *სინკოპეს წინა მდგომარეობას* ანუ *პრესინკოპეს*.

იხ. ცხრილი 17-1, სინკოპე და მსგავსი დარღვევები, გვ. 649-650.

მოვლენები აღწერეთ რაც შეიძლება სრულად და უშეცდომოდ. რამ გამოიწვია მოვლენა? იყო თუ არა რაიმე წინამორბედი სიმპტომები? ავადმყოფი იდგა, იჯდა თუ იწვა ეპიზოდის განვითარების დროს? რამდენ ხანს გრძელდებოდა? ესმოდა თუ არა ხმა გონების დაკარგვის დროს ან გონზე მოსვლისას? რამდენ ხანში მოვიდა გონებაზე? ჩეტროსპექტულად, დაწყება სწრაფი იყო თუ ნელი?

ახალგაზრდებს ემოციური სტრესის დროს და წინამორბედი სიმპტომებით, როგორიცაა უეცარი განითლებით, გახურებით ან გულისრევით, შეიძლება ჰქონდეს *ვაზოდეპრესორული (ვაზო-ვაგალური) სინკოპე* ნელი დაწყებით და ნელი უკუგანვითარებით. კარდიული სინკოპე ვითარდება არითმიის დროს შედარებით ასაკოვან პაციენტებში, ხშირად სწრაფი დაწყებით და სწრაფი უკუგანვითარებით.

ასევე ჰკითხეთ, ვინმე ხომ არ დაესწრო ამ ეპიზოდს. თუ ასეა, ჰკითხეთ, როგორ გამოიყურებოდა პაციენტი გონების დაკარგვის წინ, ეპიზოდის განმავლობაში და მის შემდეგ? ხომ არ აღენიშნებოდა მკლავების და ფეხების გულყრის მსგავსი მოძრაობები? უნებლიე შარდვა ან ნაწლავთა მოქმედება? ეპიზოდის შემდეგ ძილიანობა ან მეხსიერების დაკარგვა?

ტონური და კლონური მოტორული აქტივობა, უნებლიე შარდვა ან ნაწლავთა მოქმედება და მეტევის შემდგომი მდგომარეობა მიუთითებს გენერალიზებულ *გულყრაზე*. სინკოპესგან განსხვავებით, შეიძლება გამოვლინდეს ისეთი დაზიანებები, როგორიცაა ენის მოკვნეტა ან სისხლჩაქცევები.

გულყრა არის პაროქსიზმული დაჩლევა, რასაც იწვევს უცარი ძლიერი ელექტრული განმუხტვა ტვინის ქერქში ან ქვემდებარე სტრუქტურებში. გულყრა რამოდენიმე ტიპისაა. ტიპის მიხედვით, შეიძლება განვითარდეს ან არა ცნობიერების დაკარგვა. ზოგიერთი ტიპის გულყრის დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს შეცვლილი შეგრძნებები, აზროვნების და მგრძნობელობის დარღვევა, ყნოსვის რათვლით, ისევე, როგორც პათოლოგიური მოძრაობები. საუბარი შეგიძლიათ დაიწყოთ შეკითხვებით: "როდესმე გქონიათ გულყრა?"... "რამე კონვულსია?" სინკოპეს მსგავსად, შეტევა სრულად და ამომწურავად აღწერეთ ხელშემწყობი სიტუაციების, წინამორბედი ნიშნების, ქცევების და შეგრძნებების რათვლით როგორც შეტევის დროს, ისე მის შემდეგ. ჰკითხეთ, რამდენი ხნის იყო პირველი შეტევის დროს, შეტევის სიხშირე, ხომ არ შეცვალა შეტევების სიხშირე ან სიმპტომები და რა პრეპარატებს ხმარობს. ხომ არ აღენიშნება ანამნეზში თავის დაზიანება ან სხვა მდგომარეობები, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს გულყრასთან?

იხ. ცხრილი 17-2, გულყრები, გვ. 651-652.

ტრემორი და სხვა *უნებლიე მოძრაობები* ვლინდება ნევროლოგიურ გამოვლინებებთან ერთად ან მათ გარეშე. ჰკითხეთ კანკალის, სხეულის ხრჩვის ან სხვა ისეთი მოძრაობების შესახებ, რასაც ავადმყოფი ვერ აკონტროლებს.

იხ. ცხრილი 17-3, ტრემორი და უნებლიე მოძრაობები, გვ. 653-654. ტრემორი, ჰიპერმობა და ბრადიკინეზია აღინიშნება Parkinson-ის (პარკინსონის) დაავადების დროს[1].

ამ სიმპტომებისგან გამორჩეულია თითქმის გაუკვეთელი *მოსვენებარი ფეხების სინდრომი*, რაც ტიპიურად ვლინდება მოსვენების დროს და ხასიათდება ფეხების მოძრაობის დაუძლეველი სურვილით. სიმპტომი შვებას იძლევა.

გავრცელებული, მაგრამ ხშირად ამოუცნობი მოსვენებარი ფეხების სინდრომი, ჩვეულებრივ ყურადღებიანია.

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

მნიშვნელოვანი განსახილველი საკითხი

- ტრანზიტორული იშემიური შეტევების ან ინსულტის პრევენცია

აშშ-ში სიკვდილობის მესამე მიზეზზე თავის ტვინის სისხლძარღვების დაავადებები წარმოადგენს და იწვევს შრომისუნარიანი ადამიანების და მთელი პოპულაციის ინვალიდობას. სისხლის მიმოქცევის დაქვეითება იწვევს თავის ტვინის უცაბედ დისფუნქციას - ტრანზიტორულ იშემიურ შეტევას (TIA – transient ischemic attack) სისხლის მიმოქცევის ხანმოკლე დარღვევით ან ხანგრძლივი დარღვევის გარეშე ტვინის ინფარქტს ან ინსულტს. ინსულტების დაახლოებით 85% იშემიურია, დაახლოებით 15% - ჰემორაგიული. ინსულტების უმეტესობის მიზეზია თრომბოემბოლია. სხვა მიზეზებია სისხლძარღვის კედლის ადგილობრივი დაზიანება, მაგ. ათეროსკლეროზის, ანთების ან განშრევების დროს; პერიფერიული ნერვის დაქვეითება, მაგ. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს განვითარებული ჰიპოტენზია; სისხლის ნებოვნების შეცვლა, მაგ. პოლიცითემიის დროს და სისხლძარღვის გასკლერომა სუბარაქნოიდულ სივრცეში ან ტვინის ქსოვილში.[2,3]

ყურადღებით იყავით გარდამავალ იშემიის ნიშნების მიმართ, როგორიცაა მხედველობის დაკარგვა (განსაკუთრებით ცალ თვალში გარდამავალი სიბრმავე), აფაზია, დიზართრია და სახის მოძრაობის ან მგრძნობელობის ცვლილებები. გარდამავალ იშემიის დასადგენად, რომელიც არიანებს მოტორულ და სენსორულ გამტარ გზებს,

დაკვირვებით მოუქნელობას, სისუსტეს, დამბლას, ყიდულებში ჩხვლეტებს ან პარესთეზიებს. აქამდე არსებული განსაზღვრებით გარდამავალი იშემიის ხანგრძლივობა გრძელდებოდა 24 საათამდე, ეს განსაზღვრება შეიცვალა და ხანგრძლივობა განისაზღვრა 1 საათამდე, რასაც არ ახლავს თავის ტვინის ხანგრძლივი დაზიანება.[2-5] გარდამავალი იშემიის დაკვირვება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია – შეტევის შემდეგ პირველი 3 თვის განმავლობაში ავადმყოფთა დაახლოებით 10%-ში ვითარდება ინსულტი, განსაკუთრებით დიაბეტით დაავადებულებში და 60 წლის ზევით ასაკის პირებში ან ვითარდება მეტყველების და მოტორული დარღვევები.[5]

ინსულტის პროფილაქტიკაში ექიმის მოქმედების პირველი საფეხურია რისკ-ფაქტორების აქტიური გამოვლენა და ავადმყოფის განათლება. ინსულტის რისკ-ფაქტორებია არტერიული ჰიპერტენზია, დიეტის დარღვევა, დისლიპიდემია, აღკოჰოლის ჭარბი მიღება, მცირე ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე და შაქრიანი დიაბეტი. ძალიან მნიშვნელოვანია *ჰიპერტენზიის* კონტროლი, ვინაიდან ის ნარმოადგენს ყოგორც იშემიური, ასევე ჰემორაგიული ინსულტის ნამყვან რისკ-ფაქტორს. ჰიპერტენზია აჩქარებს ძარღვ, ხერხემლის და თავის ტვინის სისხლძარღვების ათეროსკლეროზულ დაზიანებას და არღვევს თავის ტვინის სისხლის ნნევის აუტორეგულაციას. ჯანმრთელ პირებში არტერიული ნნევა უნდა იყოს 140/90 მმ ვწყ სვ-ზე ნაკლები, ხოლო დიაბეტით ან არადიაბეტური თირკმელების დაავადებით და მნიშვნელოვანი პროტეინურიით პირებში უნდა იყოს 130/80 მმ ვწყ სვ-ზე ნაკლები[6] (იხ. განხილვა მე-8 თავში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, გვ. 295-301). ჯვლევათა შედეგებით გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე პირთა ჰიპოლიპიდემიური მკურნალობა სარწმუნოდ ამცირებს ინსულტის რისკს.[7,8] ავადმყოფებს, რომლებიც არაკანონიერად იყენებენ და აღნიშნებათ *დისლიპიდემია*, უნდა ურჩიოთ ნაკლები და ცხიმები, რომლებიც არის ძირს პროდუქტებში, ხორცში და მყარ მარგარინში, შეცვალოს პოლიუჯრედი და არაჰიდრირებული მონოუჯრედი ცხიმებით, რომლებიც არის სოიოში, თხევად მარგარინში და თევზის ზეთში. ან უფრო მარტივად, ურჩიეთ გაზარდოს ხილის, ბოსტნეულის და ბოჭკოვანი პროდუქტების მიღება. პირებს, ვინც ჭარბად იღებს აღკოჰოლს, ინსულტის განვითარების სარწმუნოდ მაღალი რისკი აქვთ.[9] განიხილეთ ავადმყოფთან ერთად ჩეგულარული ვარჯიშის და წონის კორექციის საკითხი. ამშ დაავადებათა პრევენციის სამუშაო ჯგუფის (U.S. Prevention Services Task Force) რეკომენდაციით ფიზიკური ვარჯიში და წონის კორექცია ინდივიდუალურად უნდა იქნას განხილული. შაქრიანი დიაბეტით ავადმყოფებში სისხლში გლუკოზის ოპტიმალური დონე უნდა იყოს 100 მგ%-ის ფარგლებში. ამშ დაავადებათა პრევენციის სამუშაო ჯგუფის რეკომენდაციით, გულის იშემიური დაავადების მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფები პირველადი პრევენციის მიზნით უნდა იღებდნენ ასპირინს, მაგრამ ასევე აღნიშნავენ, რომ ასპირინის მიღება დაკავშირებულია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის და ჰემორაგიული ინსულტის განვითარების რისკის ზრდასთან.[10]

ბამოკვლევის მეთოდები

მნიშვნელოვანი განსახილველი საკითხები

- თავის ტვინის ნერვები I-დან XII-მდე
- მოტორული სისტემა: კუნთების მასა, ტონუსი და გარჩევა; კოორდინაცია, სიარული და პოზა
- სენსორული სისტემა: ტკივილი და ტემპერატურა, მდებარეობა და ვიბრაცია, მსუბუქი შეხება, განსხვავება
- ღრმა მყესების, მუცლის და პლანტარული (ფეხისგულის) რეფლექსები

გამოკვლევის მეთოდები

ახლა დაუბრუნდით სამ მნიშვნელოვან კითხვას, რითაც ხელმძღვანელობთ ნევროლოგიური გამოკვლევის დროს:

- მენტალური სტატუსი უცვლელია?
- მარჯვენამხრივი და მარცხენამხრივი ნიშნები სიმეტრიულია?
- თუ ნიშნები ასიმეტრიულია ან პათოლოგიური, დაზიანება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაშია თუ პერიფერიულში?

ამ განყოფილებაში თქვენ უნდა ისწავლოთ ნერვული სისტემის ჩარჩოული და დასაბუთებული ყოვლისმომცველი გამოკვლევები. მნიშვნელოვანია დახელოვნდეთ გამოკვლევის მეთოდების ჩატარებაში. თავდაპირველად ეს გამოკვლევები შეიძლება ხანგრძლივად მოგეჩვენოთ, მაგრამ ვარჯიშით, მიზანმიმართულებით და ზედამხედველის დახმარებით შესძლებთ სწორად გამოიკვლიოთ სიმპტომები და დაავადებები. აქტიურად უნდა ისწავლოთ და სთხოვოთ პედაგოგს ან ნევროლოგს, შეამოწმოს თქვენი ჩვევები.

შესაბამისი ნევროლოგიური გამოკვლევების დეტალები ფარდობრივ ცვალებადობს. გამოცდილებასთან ერთად ნახავთ, რომ ჯანმრთელ პირებში გამოკვლევებს უფრო სწრაფად ჩაატარებთ. როდესაც აღმოაჩენთ ხარვეზს, თქვენი გამოკვლევები უფრო ფარდობრივ უნდა გახდეთ. უნდა იცოდეთ, რომ სპეციფიკურ სიტუაციებში ნევროლოგი ბევრ სხვა გამოკვლევას ატარებს.

ეფექტურობის გაზრდისთვის, თქვენ უნდა გააერთიანოთ ნევროლოგიური შეფასებები გამოკვლევის სხვა ნაწილებთან. მაგალითად, შეისწავლეთ ავადმყოფის მენტალური სტატუსი და მეტყველება გამოკითხვის დროს, მაშინ, როდესაც შემდგომი ნევროლოგიური გამოკვლევები შეგიძლიათ ჩაატაროთ სხვა სახის გასინჯვის დროს. თავის და კისრის გამოკვლევის დროს შეისწავლეთ თავის ტვინის ნერვები, პერიფერიული სისხლძარღვების და ძვალ-კუნთოვანი სისტემის გამოკვლევის დროს ნევროლოგიური დარღვევების სანახავად დაათვალიერეთ ხელები და ფეხები. მე-4 თავში მოცემულია ასეთი გაერთიანებული გამოკვლევის ნიმუში. მოიფიქრეთ და აღწერეთ მიღებული მონაცემები ნერვული სისტემის ნაწილში.

თქვენი მონაცემები დააჯგუფეთ ხუთ კატეგორიად: (1) მენტალური სტატუსი, მეტყველება და ენა. (2) თავის ტვინის ნერვები, (3) მოტორული სისტემა, (4) სენსორული სისტემა და (5) რეფლექსები. თუ დარღვევებს აღმოაჩენთ, დაქვემდებარეთ პერიფერიული ან ცენტრალური დარღვევების ნიშნების მიხედვით.

III ნარევი ნერვები

ანამნეზი. თავის ტვინის ნერვების (NC) გამოკვლევა შემდეგნაირად უნდა შეჯამდეს:

I	ყნოსვა
II	მხედველობა, მხედველობის ველები, თვალის ფსკერი
II, III	გუგის რეაქციები
III, IV, VI	თვალის კარკის გარეგანი (ექსტრაოკულური) მოძრაობები

V	ჰქოვანას ჰეფღეჭსი, სახის მგჰძნობელობა, ჭვეღა ყბის მოძჰაობა
VII	სახის მოძჰაობები
VIII	სმენა
IX, X	ყღაპვა და სასის ანღვა, ღებინების ჰეფღეჭსი
V, VII, X, XII	ხმა და ღაპჰაჯი
XI	მხჰების და ჯისჰის მოძჰაობა
XII	ენის სიმეტჰია და მღებაჰეობა

თავის ტვინის I ნეჰვი – ყნოსვის. ავადმყოფის *ყნოსვის შეგჰძნება* შეამოწმეთ ნაცნობი, და ჰა გამაღიზიანებელი სუნის დაყნოსვით. ჰიჰვე ჰიგში დაჰწმუნდით, ჰომ ავადმყოფს ეჰთი ნესტო დახუჭული აქვს, ხოღო მეოჰე ღია და სთხოვეთ, ამ ნესტოთი იყნოსოს. შემდეგ ავადმყოფმა უნდა დახუჭოს თვალები. ღია ნესტოთი, ჰოღესაც მეოჰე დახუჭულია, შეიყნოსოს მიხაჯი, ყავა, საპონი, ვანილი. ჰკითხეთ, გჰძნობს თუ ჰა სუნს და ჯეჰძოღ, ჰა სუნს. ასევე შეამოწმეთ მეოჰე ნესტოც. ნოჰმაღუჰაღ ადამიანი სუნს ოჰივე ნესტოთი შეიგჰძნობს და შეუძღია სხვადასხვა სუნის გაჰჩევა.

ყნოსვის დაკარგვას მჰავაღი მიზეზი აქვს, ჰოგოჰიცაა ცხვიჰის დაავადებები, თავის ტჰავმა, თამბაქოს მოწევა, ასაჯი და ჯოკაინის ხმაჰება. ასევე შეიძღება იყოს თანდაყოღილი.

თავის ტვინის II ნეჰვი – მხედველობის. შეამოწმეთ *მხედველობის სიმაკვიღე* (იხ. გვ. 177-178)

მხედველობის ნეჰვის ატჰოფია, დვჰიღის შეშუპება

დაათვალიეჰეთ *თვალის ფსკეჰი* ოფთალმოსკოპით, განსაკუთჰებული ყუჰადღება მიაქციეთ ოპტიკუს დისკს (იხ. გვ. 184-188)

მხედველობის ველები შეამოწმეთ კონფჰონტაციით (იხ. გვ. 178-179). მაგალითად, იმვიათად - ინსულტის მქონე ავადმყოფებში გამოკვლევა გამოავლენს მხედველობის ველის დეფექტს, ჰოგოჰიცაა ჰომონიმური ჰემიანოფსია, ჰასაც ვეჰ დაადასტუჰებთ თითოეული თვალის ცალ-ცალკე გამოკვლევით. მიუხედავად ამისა, ეს გამოკვლევა მნიშვნელოვანია.

ეს მონაცემები მიუთითებს *მხედველობის თანდათანობით დაკარგვას*, მციჰე გაუაჰესება, ჰომელიც დგინდება ოჰივე თვალის ეჰთდჰოული გამოკვლევისას. მიუთითებს თხემის ქეჰქის დაზიანებაზე.

თავის ტვინის II და III ნეჰვები - მხედველობის და თვალის მამოძჰავებელი. დაათვალიეჰეთ გუგების ზომები და ფოჰმა და შეადაჰეთ ეჰთმანეთს. შეამოწმეთ *გუგის ჰეაქცია სინათლეზე*, თუ დაჰღვევას ნახავთ, შეამოწმეთ ასევე *ახლო მზეჰა*. (იხ. გვ. 182)

იხ. ცხჰილი 6-9, გუგის დაჰღვევები (გვ. 217)

თავის ტვინის III, IV და VI - თვალის მამოძჰავებელი, ჭაღისებჰი და ბანმზიდველი. შეამოწმეთ *თვალის გაჰეთა მოძჰაობები* მზეჰის 6 ძიჰითადი მიმაჰთულებით და დააკვიჰდით შეთანხმებული მოძჰაობის აჰსებობას ჰომელიმე მიმაჰთულებით. შეამოწმეთ თვალების კონვეჰგენცია. დაადგინეთ, აჰის თუ ჰა ნისტაგმი, მზეჰის ჰომელ მიმაჰთულებაზე ჩნდება, ჰა სიბჰტყეში ვლინდება ეს მოძჰაობები (ჰოჰიზონჰალური, ვეჰტიკალური, ჰოტაციული ან შეჯეული), ასევე სწჰაფი და ნელი კომპონენტების მიმაჰთულება (იხ. გვ. 655-656)

იხ. 6-10, ჰაჰთანხვედჰილი მზეჰა (გვ. 218)

იხ. ცხჰილი 17-4, ნისტაგმი, გვ. 655-656

ფტოზი ვითაჰდება III ნეჰვის პაჰეზის, Horner-ის (ჰოჰნეჰის) სინდჰომის და მძიმე ფოჰმის მიასთენიის დჰოს

დაკვიჰდით *ფტოზის* აჰსებობას (ზედა კუთკუთოს ჩამოწევა). ნოჰმალუჰი ადამიანების დაკვიჰებით ეჰთ მესამედში აღინიშნება თვალის ნაპჰალის სიგანის მციჰე განსხვავება.

თავის ტვინის V ნერვი - სამწვერა.

მოტორული ნაწილი. საფეთქლის და საღეჭი კუნთების პალპაციის დროს ავადმყოფს სთხოვეთ დაჭიქოს კბილები. დააკვირდით კუნთების ძაბვას.

ეხთ მხარეს საფეთქლის და საღეჭი კუნთების შეკუმშვის სისუსტე მიუთითებს თავის ტვინის V ნერვის დაზიანებაზე. ორმხრივი სისუსტე შეიძლება განვითარდეს ცენტრალური ან პერიფერიული დაზიანების შედეგად. თუ ავადმყოფს კბილები არ აქვს, ამ ტესტის ინტერპრეტაცია გაგიჭირდებათ.

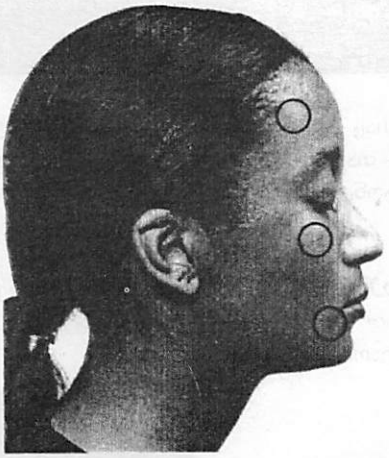


საფეთქლის კუნთების პალპაცია



საღეჭი კუნთების პალპაცია

სენსორული ნაწილი. იმის შემდეგ, ხასც აუხსნით ხის გაკეთებასაც აპირებთ, შეამოწმეთ შუბი, ღოყები და ქვედა ყბა ორივე მხარეს ტკივილის შეგრძნებაზე. ეს არეები ნორმალურად აღნიშნული. ავადმყოფმა თვალები უნდა დახუჭოს. გამოიყენეთ უსაფრთხო ნემსი ან სხვა მახვილი საგანი,* ღრმადრო გამაღიზიანებლად შეიძლება ბლაგვი ბოლო გამოიყენოთ. ჰკითხეთ ავადმყოფს, გითხრათ ორის ეხება ნვეტი და ორის ბლაგვი ბოლო და შეადარეთ ორივე მხარე.



სახის მგრძნობელობის ცალმხრივი დაკარგვა მიუთითებს თავის ტვინის V ნერვის ან დამაკავშირებელი უმაღლესი სენსორული გზის დაზიანებაზე. მგრძნობელობის ასეთი დაკარგვა ასევე შეიძლება დაკავშირებული იყოს კონვექსიალ ქალასთან.

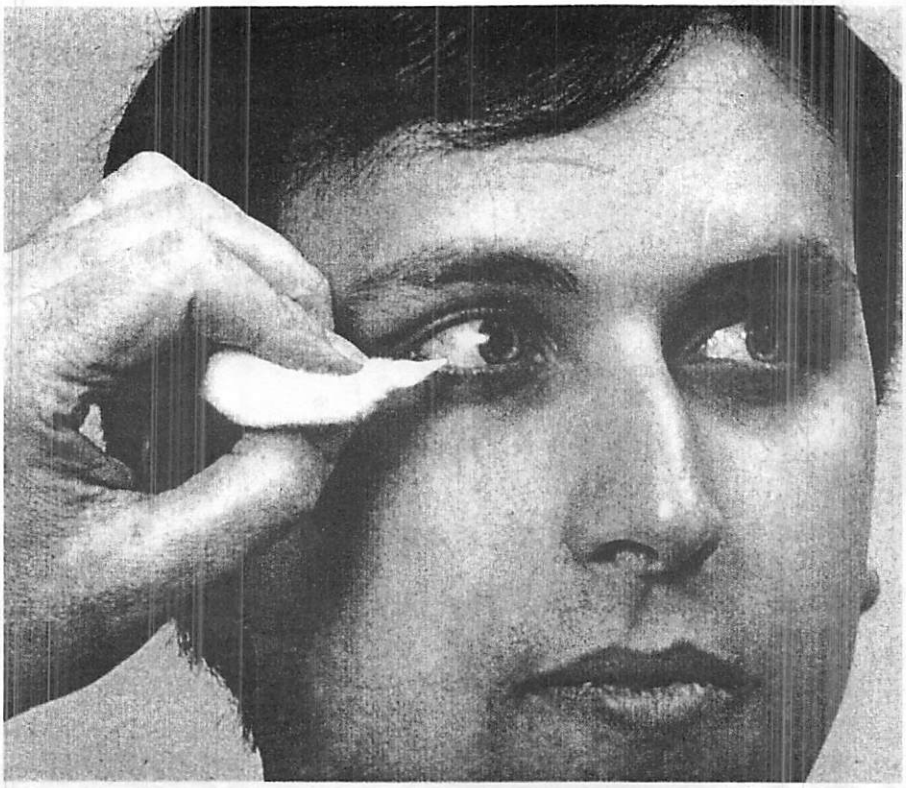
თუ დარღვევას ნახავთ, დააკვირდით *ტემპერატურის შეგრძნების* შემოწმებით. ტრადიციულ გამაღიზიანებლად იყენებენ ორ ჭიქას, ერთი ავსებული ცხელი, ხოლო მეორე ყინულივით ცივი წყლით. ასევე შეიძლება გამოიყენოთ კამერტონი. იგი ჩვეულებრივ გრილად შეიგრძნობა. თუ თქვენ გამდინარე წყალთან ახლოს ხართ, წყლის საშუალებით კამერტონი ადვილად ცივდება ან თბება. ხმარებამდე გააშრიალეთ. შეახეთ კანზე და სთხოვეთ ავადმყოფს გაარჩიოს "ცივი" და "თბილი".

შემდეგ შეამოწმეთ *მსუბუქი შეხება* ბამბის გამოყენებით. სთხოვეთ ავადმყოფს, გითხრათ, ხოლის ეხებით კანს ბამბით.

ჰოვანას ჰეფლექსის შემოწმება. სთხოვეთ ავადმყოფს ზევით და გარეთ გაიხედოს. მეორე მხრიდან, ავადმყოფის მზერის საპირისპიროდ, ისე, რომ არ შეეხოთ ნამწამებს, ბამბა ფრთხილად ნაუსვით ჰოვანას (არა კონიუნქტივას). თუ ავადმყოფი ძალიან მგრძნობიარეა, პირველი შეხება კონიუნქტივაზე ცრემლდენას გამოიწვევს.

---

* გადამდები ინფექციების თავიდან აცილების მიზნით, ყოველ პაციენტზე ახალი საგანი გამოიყენეთ. შეგიძლიათ გააკეთოთ ხის ნვეტიანი ჩხირი და ზედ დახვიოთ ბამბა. ჩხირის ბამბიანი ბოლო შეგიძლიათ გამოიყენოთ ბლაგვ გამაღიზიანებლად.



დააკვირდით თვალების ხამხამს, ასევე გაღიზიანებაზე ნორმალური ციმციმის რეაქციას (ამ რეფლექსს განაპირობებს თავის ტვინის V ნერვის სენსორული ტოტი, მოტორიკას – თავის ტვინის VII ნერვი). კონტაქტური ლინზების ხმარება ხშირად აქვეითებს ან აჭრობს ამ რეფლექსს.

თავის ტვინის VII ნერვი – სახის. დააკვირდით სახის მოსვენებული მდგომარეობაში და საუბრის დროს. დააკვირდით ასიმეტრიას (მაგ. ცხვირ-ტუჩის ნაოჭებს) და ასევე ტიკის ან სხვა არანორმალური მოძრაობის არსებობას.



სთხოვეთ ავადმყოფს:

1. ასწიოს ორივე წარბი
2. წარბები მოღუშოს
3. ორივე თვალი ისე მაგრად დახუჭოს, რომ თქვენ ვერ გაუღოთ. ყურთების დაჭიმვა შეამოწმეთ თვალების გახელის მცდელობით, როგორც საჭიროა ნაჩვენები.
4. ეთერიზოლად გაჩვენოთ ზედა და ქვედა კბილები

თვალების ხამხამის არარსებობა მიუთითებს თავის ტვინის V ნერვის დაზიანებაზე. თავის ტვინის VII ნერვის (თვალის დამხუჭველი კუნთის ინერვაცია) დაზიანებამ, აგრეთვე, შეიძლება შეასუსტოს ეს რეფლექსი.

ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის გაქრობა და ქვედა ყურთოსა ჩამონვა სახის სისუსტეზე მიუთითებს.

თავის ტვინის VII ნერვის პერიფერიული დაზიანება, როგორიცაა Bell-ის (ბელის) დამბლის დროს, აზიანებს სახის ზედა და ქვედა ნაწილებს; ცენტრალური დაზიანება, ძირითადად, სახის ქვედა ნაწილს აზიანებს. იხ. ცხრილი 17-5, სახის დამბლის სახეები (გვ. 657-658).

სახის ცალმხრივი დამბლის დროს, როდესაც ავადმყოფი იღიმება ან ცვლის მიმიკას, დამბლის მხარეს პირის კუთხე ქვემოთ ეშვება.

5. გაიღიმოს.

6. ოჩივე ღოყა გამობეჩოს.

დააკვირდით ჩაიმე სისუსტეს ან ასიმეტრიას.

იხ. ცხრილი 6-19, სმენის დაკავშირების ნიშნები.

თავის ტვინის VIII ნერვი - სმენის. შეამოწმეთ *სმენა.* თუ აღინიშნება სმენის დაქვეითება, (1) შეამოწმეთ *ლატერალიზაცია* და (2) შეადარეთ *ჰაერით და ძვლით გატარება* (იხ. გვ. 191)

ნისტაგმი შეიძლება აღნიშნავდეს ვესტიბულის დისფუნქციას. იხ. ცხრილი 14-4, ნისტაგმი, გვ. 655-656).

ვესტიბულური ფუნქციის გამოკვლევის სპეციფიკური ტესტები იშვიათად გამოიყენება ჩვეულებრივი ნევროლოგიური გამოკვლევის დროს. საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნევროლოგიური და ოტოლარინგოლოგიური სახელმძღვანელოები.

ხმის ჩახლეჩა ხმოვანი იოგების დამბლის დროს ვითარდება; ცხვირში ლაპარაკი - სასის დამბლის დროს.

თავის ტვინის IX და X ნერვები - ენა-ხახის და ცთომილი. მოუსმინეთ ავადმყოფის *ხმას.* ხმა ჩახლეჩილია ან ცხვირში ხომ არ ლაპარაკობს?

ხახის ან სასის სისუსტე.

ხომ არ გიჭირთ ყლაპვა?

ცთომილი ნერვის ორმხრივი დაზიანების დროს ვერ ხერხდება სასის აწევა. ცალმხრივი დამბლის დროს სასის ერთი მხარე ვერ იწევა ნაწილთან ერთად ნორმალურ მხარესაა გადანაცვლებული (იხ. გვ. 194).

ავადმყოფს სთხოვეთ, თქვას "აჰ" ან დაამთქნაროს, თქვენ კი დააკვირდით *ხბილი სასის და ხახის მოძრაობას.* ნორმალურად, ხბილი სასა სიმეტრიულად იწევა ზევით, ნაწი შუა ხაზზეა და უკანა ხახის ორივე მხარე მეღიალურად მოძრაობს, როგორც ფარდა. იშვიათად, ნორმალურ პირებში აღინიშნება ორწვერა ხბილი ნაწი, რის გამოც არ უნდა შეგეშალოთ თავის ტვინის X ნერვის დაზიანებით გამოწვეულ დევიაციაში.

ამ ილუსტრაციის ცალმხრივი არასრულობა მიუთითებს თავის ტვინის IX და, შესაძლოა, X ნერვის დაზიანებაზე.

გააფრთხილეთ ავადმყოფი, რომ აპირებთ ღებინების რეფლექსის შემოწმებას. სუსტად გააღიზიანეთ ყელის უკანა ნაწილი ორივე მხარეს და დააკვირდით ღებინების რეფლექსს. ზოგჯერ, ნორმალურ ადამიანებში ეს რეფლექსი შეიძლება სიმეტრიულად დაქვეითებული იყოს ან არ არსებობდეს.

სისუსტე აფროფიით და ფასციკულაციით მიუთითებს პერიფერიული ნერვის დაზიანებაზე. ორდესაც ტარებული კუნთის დამბლა აღინიშნება, მხარები ჩამოვარდნილია და ბეჭის ძვლები ქვემოთ და ლატერალურად გადანაცვლებულია.

თავის ტვინის XI ნერვი - დამატებითი. უკნიდან დააკვირდით ტარებული კუნთის აფროფიას ან ფასციკულაციას და შეადარეთ ერთი მხარე მეორეს.



სთხოვეთ ავადმყოფს, ოჩივე მხარი ასწიოს თქვენი ხელების წინააღმდეგ. დააკვირდით ტრაპეციული კუნთის გაჭიმვას და შეკუმშვას.



სთხოვეთ ავადმყოფს, თავი შეაბრუნოს ოჩივე მხარეს თქვენი ხელის სანინააღმდეგოდ. დააკვირდით მოპირდაპირე მხარეს მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის შეკუმშვას და თქვენი ხელის სანინააღმდეგოდ მოძრაობის ძალას.

ზეგზე მწოლიარე პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის ორმხრივი სისუსტე, უჭირს ბალიშიდან თავის ნამოწევა.

თავის ტვინის XII ნერვი - ენისქვეშა. მოუსმინეთ, როგორ გამოთქვამს პაციენტი სიტყვებს. ეს დამოკიდებულია თავის ტვინის V, VII და X, ისევე როგორც XII ნერვების მდგომარეობაზე. დაათვალიერეთ ავადმყოფის ენა, როდესაც ის პირის ძირზეა. დააკვირდით ატროფიას ან *ფასციკულაციას* (კუნთოვანი ბოჭკოების მცირე ჯგუფების ნვრილი თრთოლვა). ნორმალურ ენაზე ხშირად ჩანს მოუსვენარი მოძრაობა. შემდეგ გამოაყოფინეთ ენა და დააკვირდით ასიმეტრიას, ატროფიას ან შეა ხაზიდან გადახრას. სთხოვეთ ავადმყოფს, ამოძრაოს ენა ორივე მხარეს და დააკვირდით მოძრაობის სიმეტრიულობას. საეჭვო შემთხვევებში სთხოვეთ ავადმყოფს, ენით მიგნიდან მიანვეს ღოყას, ხოლო გარედან თქვენ მიანეკით, რათა იგრძნოთ ძალა.

ცელი არტიკულაცია, ანუ *დიზართრია*, იხ. ცხრილში 16-2, მეტყველების დარღვევები, (გვ. 591). ატროფია და ფასციკულაცია აღინიშნება *გვერდითი ამიოტროფული სკლეროზის, პოლიომიელიტის* დროს.

ქერქის ცალმხრივი დაზიანების დროს გამოყოფილი ენა ქერქის დაზიანების სანინააღმდეგო მხარეს იხრება.

III მოტორული სისტემა

მოტორული სისტემის გამოკვლევის დროს დააკვირდით სხეულის მდებარეობას, უნებლიე მოძრაობებს, კუნთებს (მასა, ტონუსი და გაჭიმვა) და კოორდინაციას. ეს კომპონენტები ქვემოთ თანმიმდევრობითაა განხილული. თქვენ შეგიძლიათ გამოიყენოთ ეს თანმიმდევრობა, რათა შეამოწმოთ თითოეული კომპონენტი ხელებზე, ფეხებზე და სხეულზე. თუ ჩარმე დარღვევას ნახავთ, დაადგინეთ რომელი კუნთებია ჩართული პროცესში. დაადგინეთ, დაზიანების მიზეზი ცენტრალური თუ პერიფერიული ნერვული სისტემაა. გამოიკვლიეთ ის ნერვები, რომლებიც ამ კუნთების ინერვაციას ახორციელებენ.

სხეულის მდებარეობა. ავადმყოფის სხეულის მდებარეობას დააკვირდით მოძრაობის და მოსვენების დროს.

პოზიციის დარღვევა მიუთითებს ნევროლოგიურ დეფიციტზე, როგორიცაა დამბლის დროს.

უნებლიე მოძრაობები. დააკვირდით უნებლიე მოძრაობებს, როგორიცაა ტრემორი, ტიკები ან ფასციკულაციები. დაადგინეთ მათი ლოკალიზაცია, ხარისხი, სიხშირე, ინტენსივობა და მათი დამოკიდებულება სხეულის პოზასთან, აქტივობასთან, სისუსტესთან, ემოციასთან და სხვა ფაქტორებთან.

იხ, ცხრილი 17-3, ტრემორი და უნებლიე მოძრაობები (გვ. 653-654).

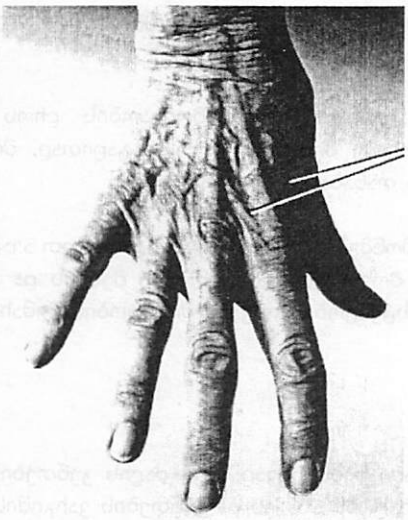
ჯუნთოვანი მასა. შეადარეთ ჯუნთების ზომები და ჯონტუჩები. ჯუნთები ბიტყეღია თუ ჩაზნექილი, ასც ატროფიაზე მეტყველებს. თუ ასეა, პროცესი ცალმხრივია თუ ორმხრივი? პროქსიმალურია თუ დისტალური?

ატროფიის დადგენის დროს, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ხელებს, მხრებს და მაჯებს. ცერის და ნეჯის მაღლობები სავსე და ამობურცულია და სივრცეები ნების ძვლებს შორის, სადაც მდებარეობს დორსალური ძვალთაშუა ჯუნთები, უნდა იყოს ამოვსებული ან ოდნავ ჩაზნეული. ხელის ჯუნთების ატროფია შეიძლება გამოვლინდეს ასაჯის მატებასთან ერთად, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები.

ჯუნთების ატროფია ნიშნავს ჯუნთების მასის შემცირებას (განლევას). მისი მიზეზია პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანება მაგრამ დიაბეტის დროს, როგორიცაა დიაბეტური ნეიროპათია, ისევე როგორც თავად ჯუნთების დაავადებები. ჰიპერტროფია ნიშნავს ჯუნთების მასის გაზრდას, პრაქტიკულად ძალის მომატებით, მაშინ როდესაც ჯუნთის მასის ზრდას ძალის დაქვეითებასთან ერთად, ეწოდება *ფსევდოჰიპერტროფია* (იხ. *ჯუნთოვანი დისტროფიის Duchenne-ს (დუშენის) ფორმა*).



44 წლის ქალის ხელი



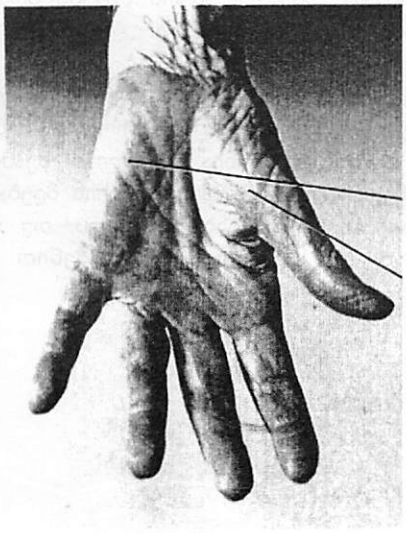
ატროფია

84 წლის ქალის ხელი

ცერის და ნეჯის მაღლობების (ტენარისა და ჰიპოტენარის) გაბრტყელება და ნაოჭები ნების ძვლებზე ატროფიაზე მიუთითებს. ცერის და ნეჯის მაღლობების ატროფია მიუთითებს შესაბამისად სამეჯლო და იდაყვის ნერვების დაზიანებაზე.



44 წლის ქალის ხელი



ნეჯის მაღლობი (ჰიპოტენარი)

ტენარისა და ჰიპოტენარის გაბრტყელება ხშირი ატროფიის დროს

84 წლის ქალის ხელი

ჯუნთების ატროფიის სხვა მიზეზებია მოტორული ნეირონების დაავადებები, ჯუნთების უმოძრაობა, ქრონიკული ართრიტი და ცივის ნაკლებობა საკვებში.

ყურადღება მიაქციეთ ატიპიური ჯუნთების ფასდაჯეკვაციებს. თუ ის არის, ჯუნთს დაარტყით ჩაქუჩი და ეცადეთ, გამოიწვიოთ.

ფასდაჯეკვაცია მიუთითებს ქვედა მოტორული ნეირონის დაავადებებზე, როგორც ატიპიის მიზეზზე.

ჯუნთოვანი ტონუსი. როდესაც ნორმალური ჯუნთი მოდუნებულია და მისი საინექციო ნემსი ინტაქტურია, სუსტი ნარჩენი დაჭიმულობა მაინც შენარჩუნებულია, რასაც ჯუნთის ტონუსი ეწოდება. მისი უკეთ ნახვა შეიძლება პასიურ გაჭიმვაზე ჯუნთის ჭეშმარიტების შეგრძნებით. ეთხოვეთ ავადმყოფს, რომ მოდუნდეს. დაიჭირეთ მისი ერთი ხელი, ისე რომ იდაყვი დაყრდნობილი ჰქონდეს, მოუხარეთ და გაშალეთ თითები, მაჯა და იდაყვი და მხარი დაუჭირეთ მოძრაობის სამეულო ამპლიტუდაზე. ჰარტიასთან ერთად, ეს მოძრაობები შეგიძლიათ ერთდროულად ჩაატაროთ. ორივე მხარეს დააკვირდით ჯუნთების ტონუსს — თქვენი მოძრაობის მიმართ არსებულ ჭეშმარიტებას. პირველად ჭეშმარიტება შეიძლება მომატებულად მოგეჩვენოთ. ნორმალური ჭეშმარიტების შეგრძნებას ვარჯიშით ისწავლით.

ჭეშმარიტების დაქვეითება მიუთითებს პერიფერიული ნეირული სისტემის, ნათხემის დაავადებებზე ან ზურგის ტვინის დარღვევების მწვავე სტადიაზე. იხ. ცხრილი 17-6, ჯუნთების ტონუსის დარღვევები (გვ. 659).

თუ ჭეშმარიტების დაქვეითებას ვარაუდობთ, დაჭიმეთ წინამხარი და ხელი შეუხვიეთ თავისუფლად უკან და წინ. ნორმალურად, ხელი წინაც და უკანაც თავისუფლად მოძრაობს, მაგრამ ბოლომდე მოქნილად არა.

გამოხატული სიხშირე *ჰიპოტონიაზე* და მოდუნებულ ჯუნთებზე მიუთითებს.

თუ ჭეშმარიტების დაქვეითებას ვარაუდობთ, დაჭიმეთ წინამხარი და ხელი შეუხვიეთ თავისუფლად უკან და წინ. ნორმალურად, ხელი წინაც და უკანაც თავისუფლად მოძრაობს, მაგრამ ბოლომდე მოქნილად არა.

ცვალებად და მომატებულ ჭეშმარიტებას, რაც უარყოფს მოძრაობის ამპლიტუდის მაქსიმუმზე ეწოდება *სპასტიურობა*. ჭეშმარიტებას, რომელიც უცვლელია მოძრაობის დროს და ორივე მიმართულებით, ეწოდება *პლასტიური ჰიგიდობა*.

თუ ჭეშმარიტების დაქვეითებას ვარაუდობთ, დაჭიმეთ წინამხარი და ხელი შეუხვიეთ თავისუფლად უკან და წინ. ნორმალურად, ხელი წინაც და უკანაც თავისუფლად მოძრაობს, მაგრამ ბოლომდე მოქნილად არა

ჯუნთების ძალის შესაფასებელი სკალა

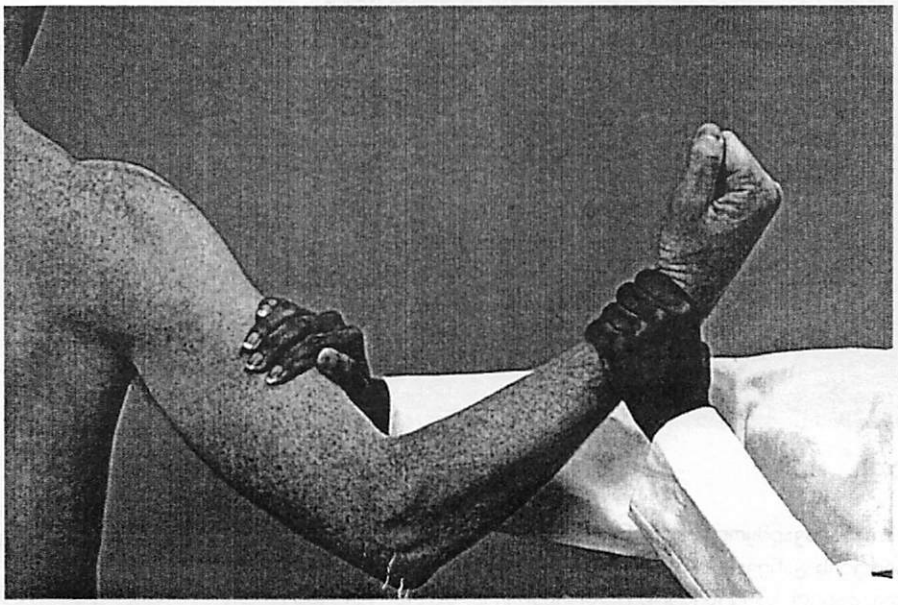
ჯუნთების ძალა გამოიხატება 0-დან 5-მდე ქულით

0 – ჯუნთების შეკუმშვა არ აღინიშნება
1 – ჯუნთების ოდნავ შესამჩნევი თითოღვა
2 – სხეულის ნაწილების აქტიური მოძრაობა სიმძიმის მოცილებისას
3 – აქტიური მოძრაობა სიმძიმის მიმართ
4 – აქტიური მოძრაობა სიმძიმის მიმართ და მცირე ჩეზისტენტობა
5 – აქტიური მოძრაობა სრული ჩეზისტენტობის მიმართ შესამჩნევი სისუსტის გარეშე. ეს არის ჯუნთების ნორმალური ძალა.

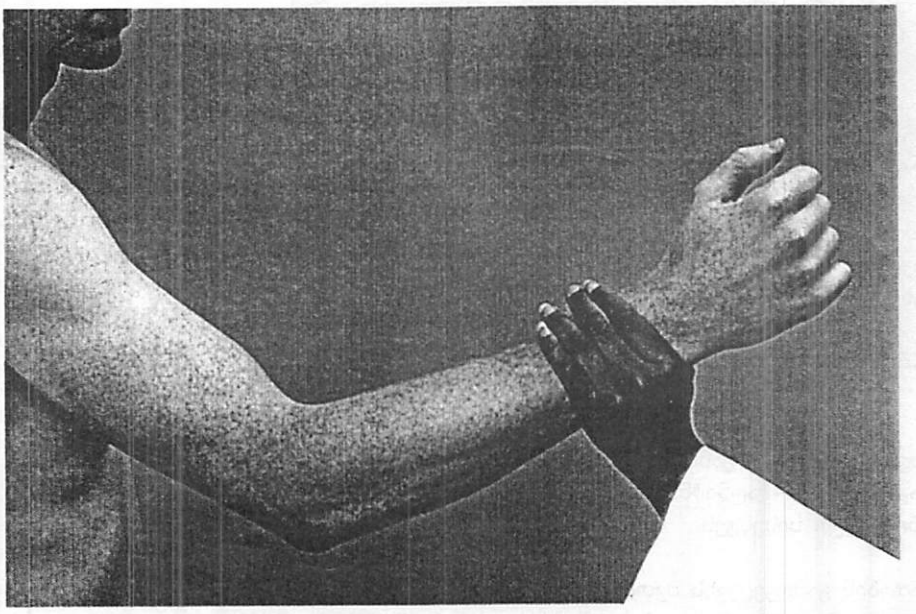
უფრო გამოცდილ ექიმს მეტი სიზუსტით შეუძლია განსაზღვროს ჯუნთების ძალა პლიუსების და მინუსების გამოყენებით. მაგალითად, 4+ აღნიშნავს ჯარგ, მაგრამ არა მთელ ძალას, მაშინ, როდესაც 5- ნიშნავს უმნიშვნელო სისუსტეს.

ქვემოთ აღწერილია მთავარი ჯუნთების გამოკვლევის მეთოდები. ფრჩხილებში მოცემულია სპინალური ფესვები და დაზიანებული ჯუნთების დასახელებები. ზურგის ტვინის ან პერიფერიული ნერვების დაზიანების ლოკალიზაციის უკეთ დასადგენად დაგჭირდებათ დამატებითი გამოკვლევები. ამ სპეციალიზებული ტესტებისთვის გაეცანით ნევროლოგიის სახელმძღვანელოს.

მხრის (C5, C6 – ორთავა) და *მკლავის* (C6, C7, C8 – სამთავა) *ტესტი იდაყვის სახსარში,* როდესაც ავადმყოფი ხელს ზემოთ ან ქვემოთ სწევს თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ.



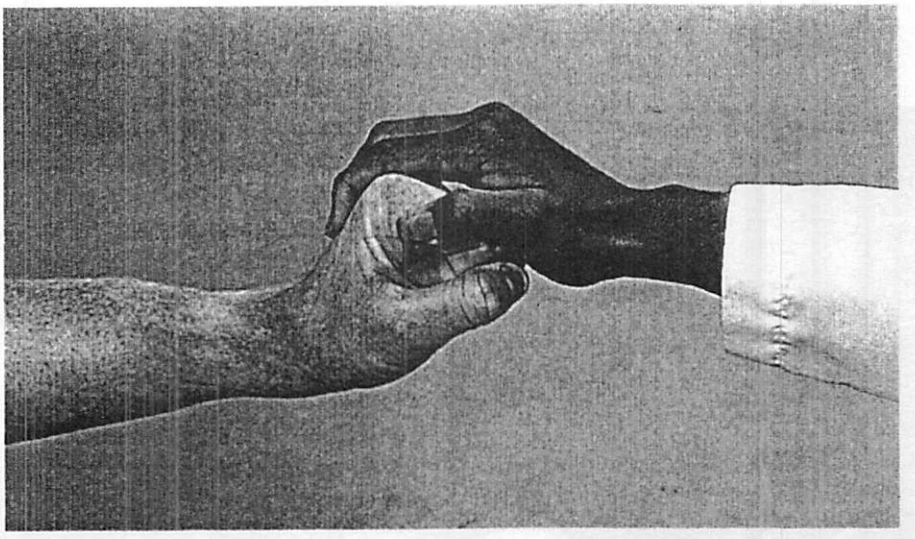
იდაყვის მოხრა



იდაყვის ბაშღა

მაჯაში გაშლის ტესტი (C6, C7, C8 – სხივის ნეჰვი) – სთხოვეთ ავადმყოფს მუშტი გაკეთოს და წინააღმდეგობა გაუწიოს თქვენს დაწოლას.

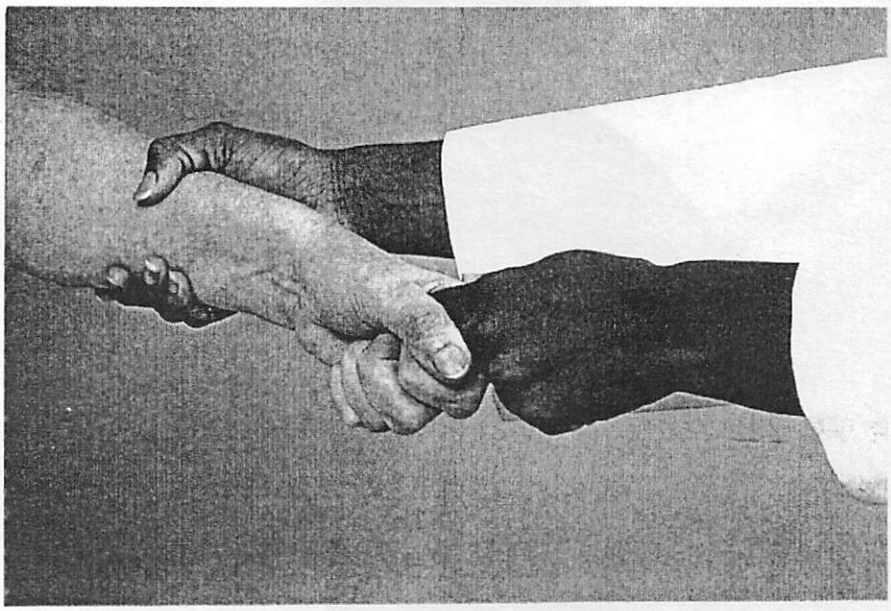
გაშლის სისუსტე ვლინდება ჰეჰიფეჰიული ნეჰვების დაავადებების დროს, ჩოგოჰიცაა სხივის ნეჰვის დაზიანება და ცენტჰალური ნეჰვული სისტემის დაავადებები, ჩოგოჰიცაა ინსულტი ან გაფანტული სკლეჰოზი.



მაჯის ბაშღა

მოქეჰის ტესტი (C7, C8, T1). სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვენს ოჰ თითს ხელი მოუქჰიჩოს ჩაც შეუძლია მაგჰად და აჰ მოგცეთ თითების განევის საშუალება. (იმისათვის, ჩომ მოქეჰისას თითები აჰ გეტკინოთ, შეა თითი დადეთ საჩვენებელზე). ნოჩმალუჩად თქვენ ვეჰ უნდა გამოსწიოთ თითები პაციენტის ხელიდან. ოჩივე ხელის მოქეჰა ეითდჩოულად შეამოწმეთ, ჩოდესაც მტევები გაშლილია ან ეყჩდნობა მუხლებს.

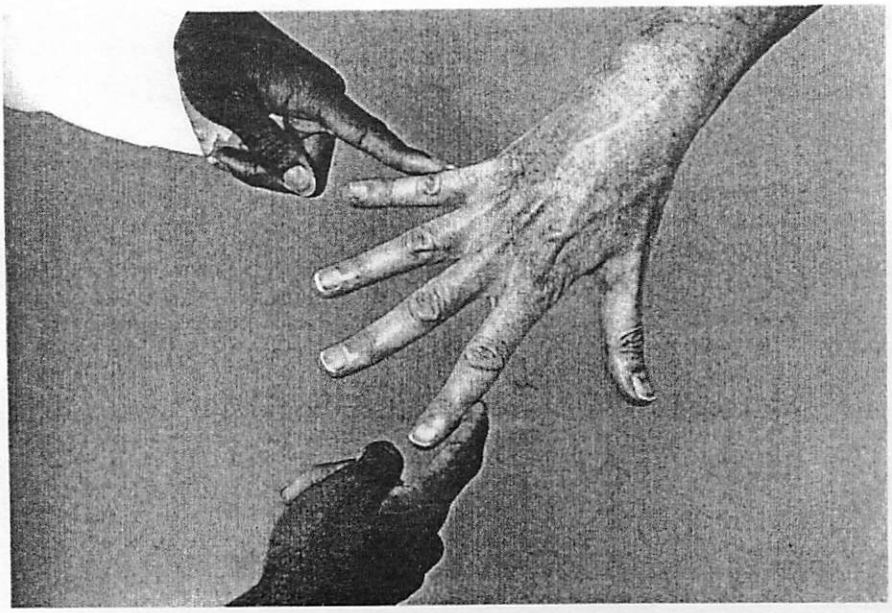
მოქეჰის სისუსტის მიზეზი შეიძლება იყოს ან ცენტჰალური ან ჰეჰიფეჰიული ნეჰვული სისტემის დაავადებები. ასევე ხელების მტკივნეული დაზიანებები.



მოჭიხის ტესტი

თითის მოზიდვის ტესტი (C8, T1, იდაყვის ნეირი). ავადმყოფის ხელისგული უნდა იყოს ქვევით და თითები გაშლილი და განზიდული. უთხარით, ის მოგცეთ მისი თითების მიახლოების საშუალება.

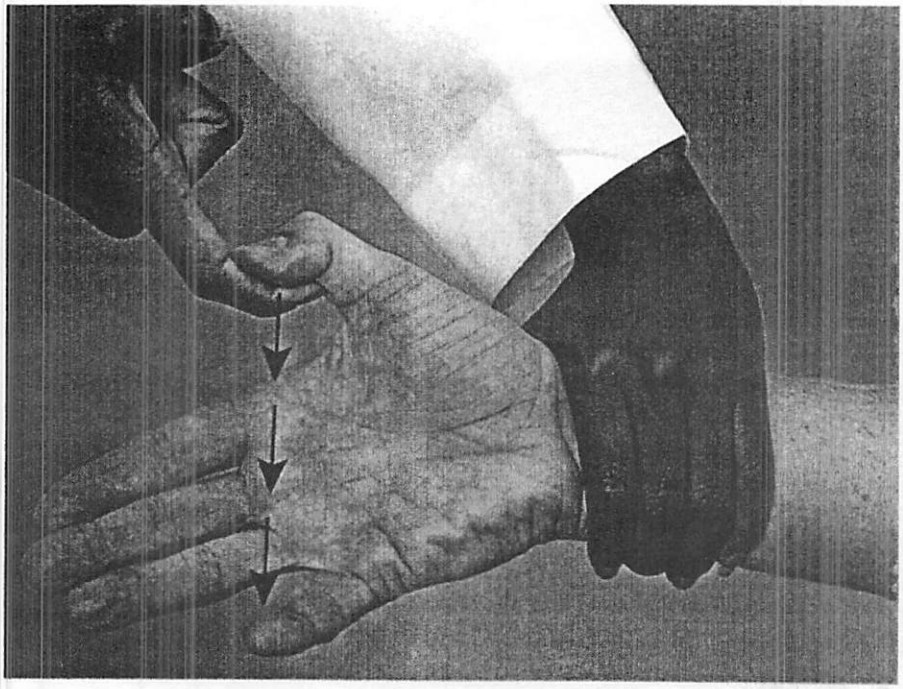
თითების მოზიდვის სისუსტის მიზეზი იდაყვის ნეირის დაზიანებაა.



თითების ბაშლა

ცერის ნინააღმდეგობის ტესტი (C8, T1, საშუალო ნეირი). ავადმყოფმა უნდა ეცადოს ცერი თითით შეეხოს ნეკის ნვეს თქვენი ნინააღმდეგობის მიმართ.

ცერის ნინააღმდეგობის შესუსტების მიზეზია საშუალო ნეირის დაზიანება, ჩოგორიცაა მაჯის სინდრომის დროს.

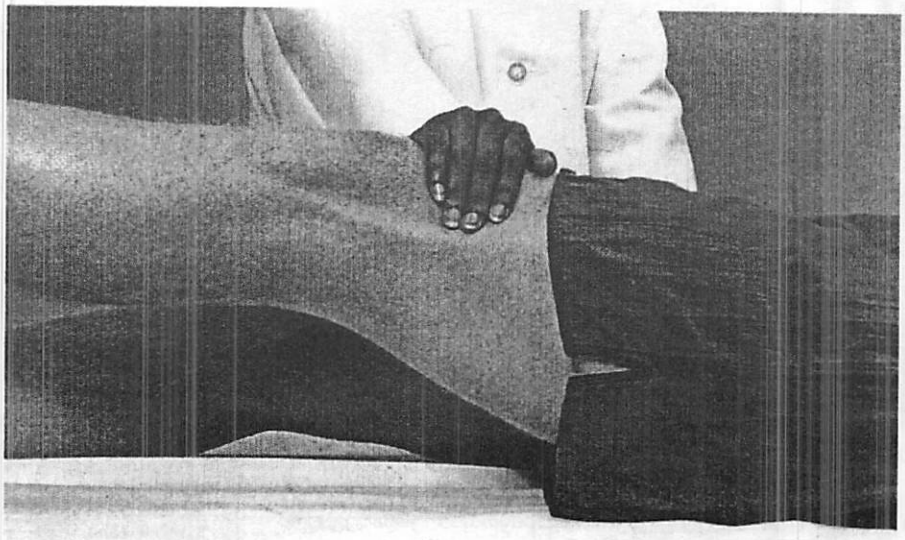


ცხის ნინაალმდებობა

ტანის *ჯუნთების ძაღის შემოწმება* შეგიძლიათ ჩაატაროთ გამოკვლევის სხვა ნანილებში. ეს მოიცავს:

- ზუსგის მოხსას, გაშლას და გვესდზე გადახსას და
- სუნთქვის დროს გულ-მკერდის გაშლას და დიაფსაგმის ექსკურსიას

მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრის ტესტი (L2, L3, L4 – თეძო-სუკის ჯუნთი) თქვენი ხელი დადეთ ავადმყოფის ბარძაყზე და სთხოვეთ, ასნიოს ფეხი თქვენი ხელის სანინააღმდეგოდ.



მუხლის გაშლა

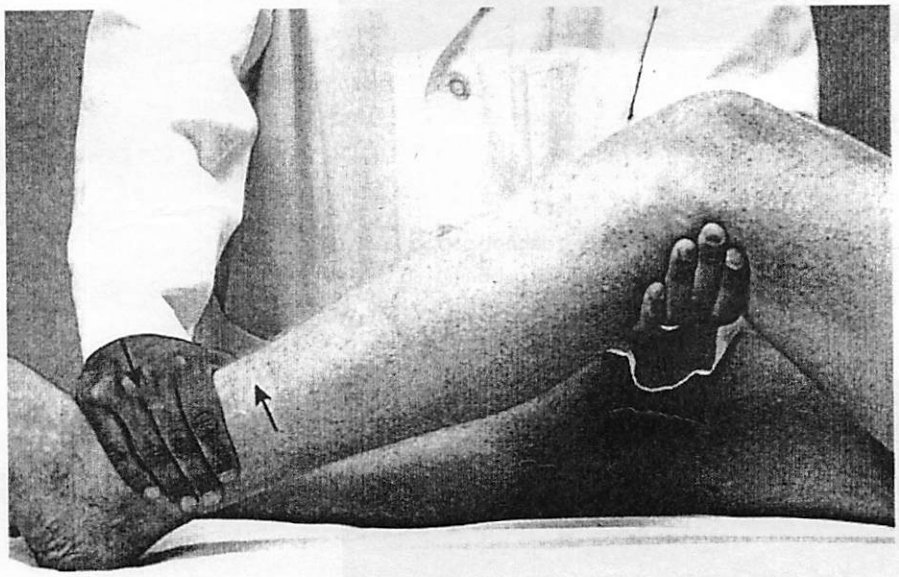
ბაძაყის მოხიდვა (L2, L3, L4 – მომხიდველი). ხელები ძლიერად დაანყვეთ სანოლზე ავადმყოფის მუხლებს შორის და სთხოვეთ ფეხები ერთმანეთს მიუახლოვოს.

პროქსიმალური ჯუნთების სიმეტრიული სისუსტე მიუთითებს *მიოპათიაზე*, ანუ ჯუნთების დაავადებებზე; დისტალური ჯუნთების სისუსტე მიუთითებს *პოლინეიროპათიაზე*, ანუ პერიფერიული ნერვების დაზიანებაზე.

ბაძაყის განზიდვის ტესტი (L4, L5, S1 – შუა და მცირე დუნდუნა ჯუნთები) ხელები ძლიერად დაანყვეთ სანოლზე ავადმყოფის მუხლებს გარეთ და სთხოვეთ ფეხები ერთმანეთს დააშოროს.

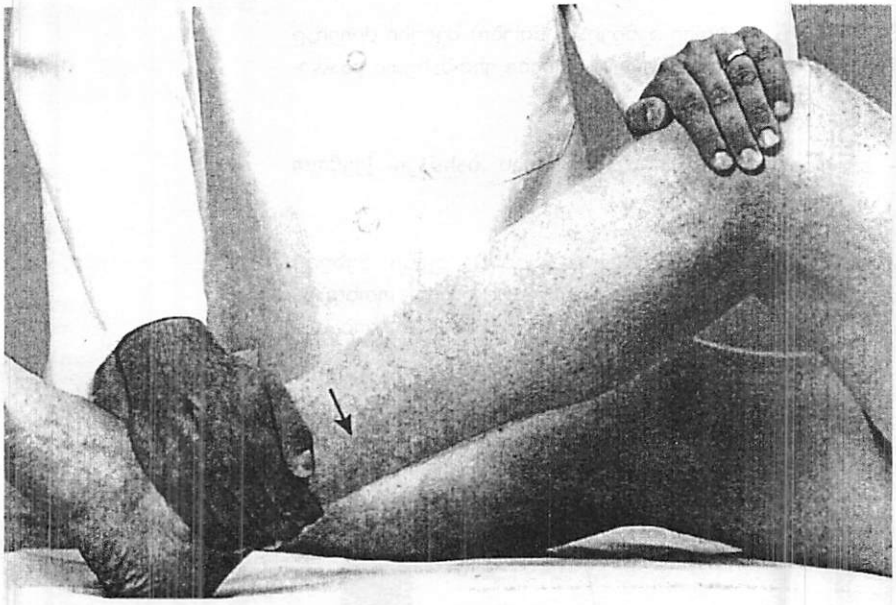
ბაძაყის გაშლის ტესტი (S1 – დიდი დუნდუნა ჯუნთი). დასწიოს ბაძაყი ქვემოთ თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ.

მუხლის სახსარში გაშლის ტესტი (L2, L3, L4 – ოთხთავა ჯუნთი). ფეხი მუხლის სახსარში მოუხარეთ და სთხოვეთ გაშალოს თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ. ოთხთავა ჯუნთი სხეულის ყველაზე ძლიერი ჯუნთია, ამიტომ ელოდეთ ძლიერ წინააღმდეგობას.



მენჯ-ბაძაყის სახსარში მოხრა

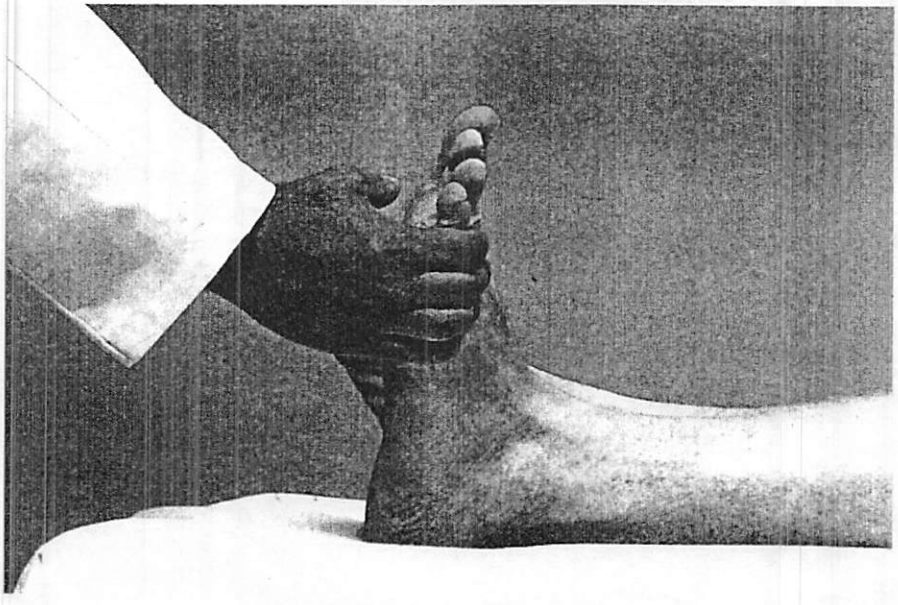
მუხლის სახსარში მოხრის ტესტი (L4, L5, S1, S2 – მუხლქვეშა), როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. ავადმყოფის ფეხი ისე დადეთ, რომ მუხლის სახსარში მოხრილი იყოს და ტერფი სანოლზე იდოს. უთხარით, ტერფის მდებარეობა შეინარჩუნოს, როდესაც თქვენ ფეხის გასწორებას ცდილობთ.



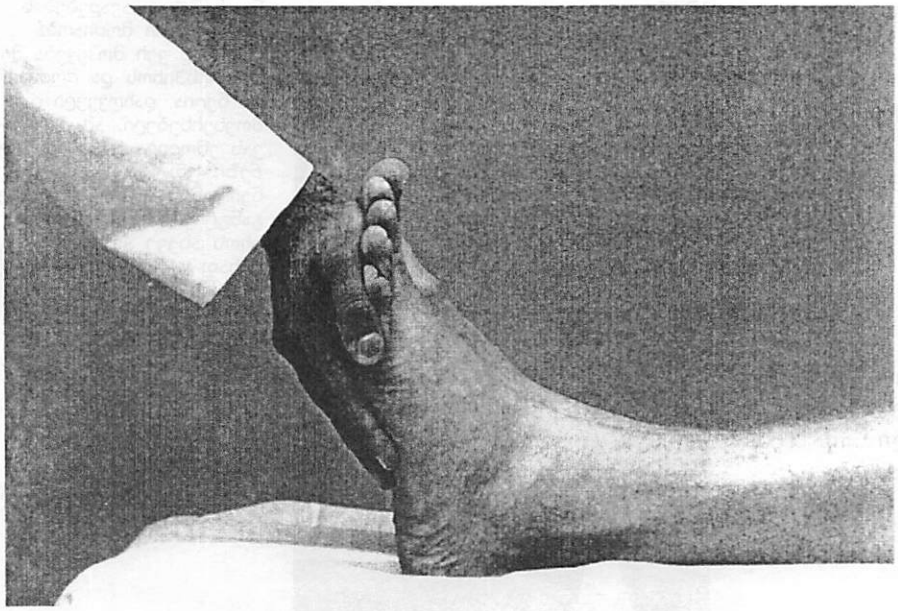
მუხლის მოხრა

ტერფის მოხრა

ტერფის ზურგისკენ (ძირითადად L4, L5) და *ძირისკენ მოხრის* (ძირითადად S1) *ტესტები.* სთხოვეთ ავადმყოფს, ტერფი თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ დასწიოს ან ასწიოს.



ტერფის ზურგისკენ მოხრა



კოორდინაცია. კუნთების მოძრაობის კოორდინაციისთვის საჭიროა, რომ ნერვული სისტემის ოთხივე ნაწილი შეთანხმებულად ფუნქციონირებდეს:

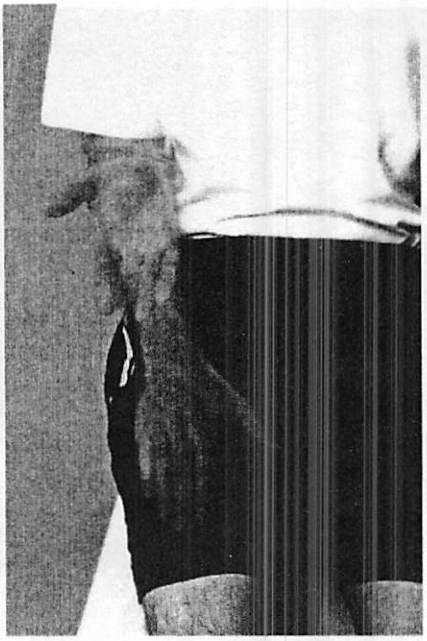
- მოტორული სისტემა კუნთების ძალისთვის
- ნათხემის სისტემა (ასევე მოტორული სისტემის ნაწილი) ხიტმული მოძრაობისა და მდებარეობის სტაბილურობისთვის
- კავშირის სისტემა წონასწორობისთვის და თვალების, თავის და სხეულის მოძრაობის კოორდინაციისთვის)
- სენსორული სისტემა მდებარეობის შეგრძნებისთვის

კოორდინაციის შემოწმებისთვის, დააკვირდით ჩვენს ასრულებს ავადმყოფი:

- სწრაფ მონაცვლეობითი მოძრაობებს
- წერტილ-წერტილში მოძრაობებს
- სიარულის და სხეულის სხვა მოძრაობებს
- კონკრეტულ, მითითებულ დგომებს

სწრაფი მონაცვლეობითი მოძრაობები

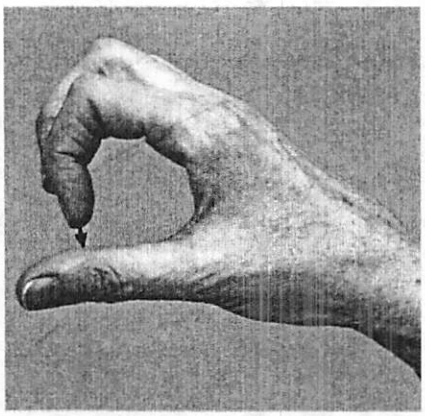
მკლავები. გაჩვენოთ, როგორ ატყაპუნებს ხელს საგანს, ზემოთ სწევს, აბრუნებს და ხელის ზურგით ქვემოთ ატყაპუნებს იგივე ადგილზე. სთხოვეთ, ეს მოძრაობები გაიმეოროს რაც შეუძლია სწრაფად.



ნათხემის დაავადებების დროს, ეჭვი მოძრაობა სწრაფად ვერ მოჰყვება მის საპირისპიროს და მოძრაობები ნელია, დაჩლუნგებული და მოუხერხებელი. ამ დაჩლუნგებას უწოდებენ *დისდიადოქოკინეზი.* უმაღლესი მოტორული ნეირონის სისუსტე ბაზალური განგლიების დაავადებების დროს ასევე აუარესებს სწრაფ ცვლად მოძრაობებს, მაგრამ სხვანაირად.

დააკვირდით მოძრაობის სისწრაფეს, რიტმს და სირბილეს. გაიმეორეთ მეორე ხელით. არადომინანტური ხელი ამ მოძრაობებს შედარებით უარესად ასრულებს.

გაჩვენოთ, როგორ ატყაპუნებს ცერის დისტალურ სახსარს საჩვენებელი თითის წვერით რაც შეუძლია სწრაფად. ასევე დააკვირდით მოძრაობის სისწრაფეს, რიტმს და სირბილეს. არადომინანტური ხელი ამ მოძრაობებს შედარებით უარესად ასრულებს.



ფეხები. სთხოვეთ ავადმყოფს, რაც შეუძლია სწრაფად შეეხოს თქვენს ხელს თითოეული ტერფით. დააკვირდით მოძრაობის შენელებას ან უხერხულობას. ნორმალურად, ფეხებით მოძრაობას უფრო უარესად ასრულებთ, ვიდრე ხელებით.

დისდიადოქოკინეზია ვლინდება ნათხემის დაავადებების დროს.

ნერტილ-ნერტილში მოძრაობა

მკლავები. სთხოვეთ ავადმყოფს რამდენიმეჯერ შეეხოს თქვენს საჩვენებელ თითს და შემდეგ თავის ცხვირს. თითი ამოძრავეთ ისე, რომ ავადმყოფი ყურადღებით ამოწმებდეს მიმართულებას და ბოლომდე გაშალოს მკლავები, რათა მიწვდეს. დააკვირდით მოძრაობის სიზუსტეს და სირბილეს, ხომ არ აღინიშნება ტრემორი. ნორმალურად, ავადმყოფის მოძრაობა ხმელია და ზუსტი.

ნათხემის დაავადებების დროს მოძრაობა უხერხულია, მეყსეული, ცვალებადობს სისწრაფე, ძალა და მიმართულება. თითი შეიძლება თავიდან აცდეს შეხების ნერტილს, მაგრამ საბოლოოდ ზუსტად შეეხება. ასეთ მოძრაობას უწოდებენ *დისმეტრიას.* მოძრაობის ბოლოს შეიძლება გაჩნდეს *ინტენციური ტრემორი* (იხ. გვ. 653).

ამის შემდეგ თითი ისე დაიჭიროთ, რომ ავადმყოფი შეეხოს მკლავით და გაშლილი თითით. სთხოვეთ ავადმყოფს, მკლავები თავის ზევით ასწიოს და შემდეგ დასწიოს, ხათა თქვენს თითს შეეხოს. ხამოღენიმეჯერ გამეორების შემდეგ, სთხოვეთ ორივე თვალი დახუჭოს და ისევ ხამოღენიმეჯერ გაიმეოროს. გაიმეორეთ მეორე მხარეს. ნორმალურად, ადამიანს შეუძლია შეეხოს გამომკვლევის თითს ხოგორც გახელილი, ასევე დახუჭული თვალებით. ამ მოძრაობებით შეგიძლიათ შეამოწმოთ მდებარეობის შეგრძნება და ღაბირინთის და ნათხემის ფუნქციები.

ნათხემის დაავადებები იწვევენ კოორდინაციის დარღვევას, რაც უარესდება თვალების დახუჭვისას. ამ შემთხვევაში ეს მიუთითებს მდებარეობის შეგრძნების დაკარგვაზე. განმეორებითი და მყარი გადახრა ერთ მხარეს, რომელიც უარესდება თვალების დახუჭვის დროს, მიუთითებს ნათხემის ან ვესტიბულუის დაავადებაზე.

ფეხები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ერთი ფეხის ქუსლი დაადოს მეორე მუხლს და შემდეგ ქვემოთ ჩამოაცუროს დიდ თითამდე. დააკვირდით მოძრაობის სირბილეს და სიზუსტეს. გაამეორებინეთ ეს მოძრაობა დახუჭული თვალებით მდებარეობის შეგრძნების შესამოწმებლად. გაიმეორეთ მეორე მხარეს.

ნათხემის დაავადების დროს ქუსლი შეიძლება აცდეს მუხლს და შემდეგ ქანაობდეს წვივის გასწვრივ. ხოდესაც დაკარგულია მდებარეობის შეგრძნება, ავადმყოფის ქუსლს უფრო ზემოთ სწევს და ცდილობს მხედველობით გააკონტროლოს. დახუჭული თვალებით შესრულება გაძნელებულია.

სიარული. სთხოვეთ ავადმყოფს:

- *გაიაროს ოთახში* ან დარბაზში, შემდეგ უკან დაბრუნდეს. დააკვირდით პოზას, წონასწორობას, ხელების და ფეხების მოძრაობას. ნორმალურად ადამიანი წონასწორობას ადვილად იცავს, ხელები სხეულის გვერდებზე იხრევა და შემობრუნება სრულიად ჩვილია.

სიარული შეცვლამ შეიძლება გამოიწვიოს დაცემა.

სიარულს, ხოდესაც კოორდინაცია დარღვეულია და ახლავს ბარბაცი, ეწოდება *ატაქსია.* ატაქსია შეიძლება განვითარდეს ნათხემის დაავადებების დროს, მდებარეობის შეგრძნების დაკარგვის ან ინტოქსიკაციის დროს. იხ. ცხრილი 17-8, სიარულის და პოზის დარღვევები (გვ. 663-664).

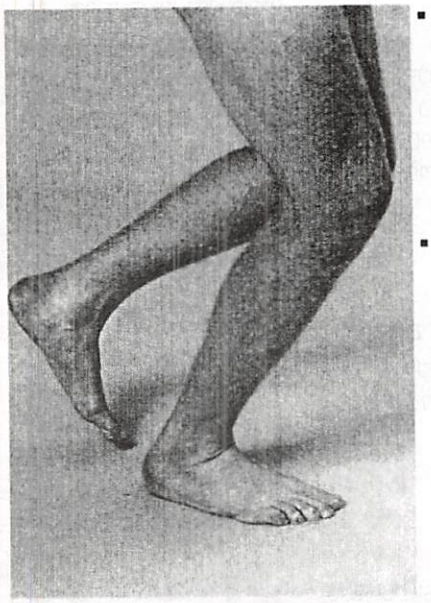


- *თითის წვერებზე* და ქუსლებზე სიარული სწორ ხაზზე – ეწოდება *ტანდემური სიარული.*

ტანდემური სიარული გამოავლენს ატაქსიას.

- *სიარული ჯერ თითის წვერებზე, შემდეგ ქუსლებზე* – მგრძნობიარე ტესტია, შესაბამისად, ფეხისგულისკენ და ზურგისკენ შებრუნებისთვის, ასევე წონასწორობისთვის.

თითის წვერებზე და ქუსლებზე სიარული ავლენს ფეხების დისტალურ ჯუნთოვან სისუსტეს. თუ ავადმყოფს არ შეუძლია ქუსლებზე სიარული, ეს პირამიდული ტრაქტის სისუსტის მგრძნობიარე ტესტია.



- *აღგიღზე ხტომა* თითოეული ფეხით (თუ მძიმე ავადმყოფი ან ხარ). ხტომაში მონაწილეობენ ფეხების ჰიოქსიმაღუჩი ჯუნთები, ისევე როგორც ზოგიერთი დისტაღუჩი და საჭიროებს პოზიციის ჯაჩგ შეგძიძნებას და ნათხემის ნორმაღუჩ ფუნქციონირებას.

აღგიღზე ხტომის გაძნეღება ვითარდება სისუსტის, პოზიციური მგძიძნობეღობის დაქვეითების ან ნათხემის დისფუნქციის დროს.

- *მუხღში სუსტად მოხრა* ჯეჩ ერთ ფეხზე, შემდეგ მეორეზე. თუ გძიძნობთ, რომ ავადმყოფი შეიძეება დავარდეს, ხეღი მოჰკიდეთ იდაყვზე.

ამ მოძრაობის შესრულების გაძნეღება მიუთითებს ჰიოქსიმაღუჩ სისუსტეზე (ბარძაყის გამშღეღები), ოთხთავა ჯუნთის სისუსტეზე (მუხღის გამშღეღი) ან ორივეზე ერთად.

- *მჯღომარე მდგომარეობიდან აღგომა* ხეღების დახმარების გარეშე და *მყარ ზედაპირზე* ასვღა უფრო მძიმე ტესტებია, ვიდრე ხტომა ან მუხღების მოხრა ხანდაზმულ ან სუსტ ავადმყოფებში.

ჰიოქსიმაღუჩი ჯუნთების სისუსტე მოიცავს მენჯის სარკუღის და ფეხის ჯუნთებს და განაპირობებს ამ მოძრაობების გაძნეღებას.

ჰოზა (მდებარეობა). მომდევნო ორი ტესტი ხშირად შეგძიძღიათ ერთმანეთის მაგივრად გამოიყენოთ. ისინი განსხვავდებიან მხოღოდ ავადმყოფის მკღავების მდებარეობით და იმით, თუ რას სინჯავთ. ორივე შემთხვევაში ავადმყოფთან მაქსიმაღუჩად ახღოს დადექით, რომ დაიცვათ ნაქცევისგან.

ROMBERG-ის (ჩომბერგის) ტესტი. ეს ტესტი ძირითადად გამოიყენება მდებარეობის შეგძიძნების შესაფასებღად. პაციენტი ისე უნდა დადგეს, რომ ტერფები ერთად ჰქონდეს და თვაღები დახუჭული 20-30 წმ-ის განმავღობაში. დააკვირდით, უნარჩუნებს თუ არა ავადმყოფი პოზას. ნორმაღურად მინიმაღური ხყევა აღინიშნება ხოღმე.

ატაქსიის დროს, როდესაც დაკარგულია მდებარეობის შეგძიძნება, მხედველობა აკომპენსირებს ამ მგძიძნობეღობის დაკარგვას. ავადმყოფი ჯარად დგას, როდესაც თვაღები გახღეღი აქვს, მაგრამ თვაღების დახუჭვის შემთხვევაში ჯარგავს წონასწორობას. ამას ენოდება *Romberg-ის (ჩომბერგის) დადებითი ნიშანი. ნათხემის ატაქსიის* დროს ავადმყოფს უჭირს ტერფების მიბჯენით დგომა როგორც გახღეღი, ისევე დახუჭული თვაღებით.

ჰირონატორის ბადენაცვღების ტესტი. ავადმყოფი უნდა იდგეს 20-30 წმ-ის განმავღობაში ისე, რომ ხეღები წინ გაშვერიღი ჰქონდეს და თვაღები დახუჭული. ავადმყოფებს, რომელთაც დგომა არ შეუძღიათ, ეს ტესტი შეგძიძღიათ მჯღომარე მდგომარეობაში ჩაუტაროთ. ორივე შემთხვევაში ნორმაღური ადამიანი ამ მდებარეობას ჯარად ინარჩუნებს.

ერთი ხეღის ჰირონაცია მიუთითებს პროპრიოცეპტიური ტარტის დაზიანებაზე მრერდამხრივე მხარეს. ასევე შეიძეება გამოვრიცხეთ ხეღის ქვემოთ ჩამოვარდნა თითების და იდაყვის მოხრით. ამ მოძრაობას ენოდება *ჰირონატორის გადანაცვღება*, რაც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები.

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემა

ჩვილობის პერიოდში ვლინდება ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის ძლიერი ცვლილებები. ჩვილების უმრავლესობაში ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევის ძირითადი მიზანია თანდაყოლილი პათოლოგიების დადგენა, განსაკუთრებით ხელების, ზურგის, ბარძაყების, წვივების და ტერფების. ხანმოკლე პრაქტიკის შემდეგ შეძლებთ ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევა ნევროლოგიურ და განვითარების გამოკვლევებთან ერთად ჩაატაროთ.

ახალშობილის ხელები მუშტად შეკრული აქვს. ვინაიდან ახალშობილს ტაკების რეფლექსი აქვს (იხ. ნერვული სისტემის განხილვა), უნდა დარწმუნდეთ თითების გაშლაში. თითები ყურადღებით დაათვალიერეთ და დაკვირდით ხომ არ დეფექტებს.

ჩატარეთ პალპაცია *კვინის ძვლების* განსაზღვრის, დაკვირდით შესიებას, მტკივნეულობას ან კრეპიტაციას, რაც შეიძლება მოტეხილობის მაჩვენებელი იყოს.

ყურადღებით დათვალიერეთ *ხერხემალი*. მიუხედავად იმისა, რომ ხერხემლის ძირითადი დეფექტები, როგორიცაა *მენინგომიელოცელე*, ჯერ კიდევ გამოხატულია და მისი აღმოჩენა ხშირად ხდება დაბადებამდე ექოსკოპიით, ნაკლებად შესამჩნევი დარღვევებია პიგმენტური ღარები, თმიანი ღარები ან ჩაღრმავებები. თუ ეს ნარმონაქმნები შეა ხაზიდან 1 სმ-თან დაშორებული, შესაძლოა გადაფარონ ღრუს გარეთა ხვრელი და ზურგის ტვინის არხის მიმართულებით გავრცელდნენ. ნუ აიღებთ სინჯს ღრუდან, იმდენად, რამდენადაც დიდია დარღვევის რისკი. პალპაციით გასინჯეთ ხერხემალი, განსაკუთრებით გავა-ნელის არე, დაკვირდით მაღების ხომ არ დეფორმაციას.

გამოიკვლიეთ ახალშობილის მენჯ-*ბარძაყი* ყურადღებით და დარგინეთ ამოვარდნილობის ნიშნები.[14] მომდევნო ფოტოებზე ნაჩვენებია ორი ძირითადი მეთოდი: ერთი მეთოდის საშუალებით დადგენთ ბარძაყის ძვლის ამოვარდნილობას (Ortolani-ს (ორთოლანის) ტესტი) და მეორე მეთოდით დადგენთ ინტაქტური, მაგრამ არასტაბილური სახსრის ნაწილობრივ ამოვარდნილობას (Barlow-ს (ბარლოუს) ტესტი).

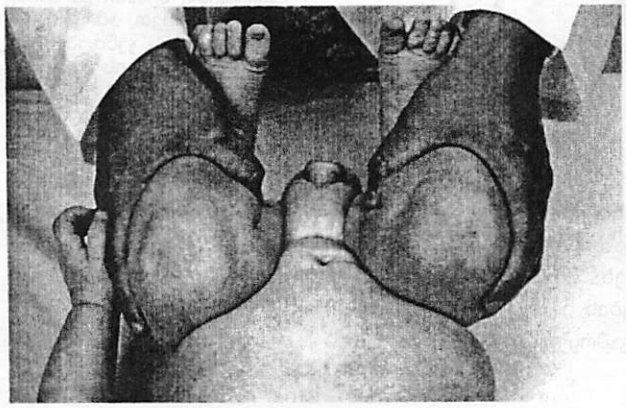
ყურადღებით დათვალიერებამ შეიძლება გამოავლინოს სერიოზული დეფორმაციები, რომლისთვისაც განსაკუთრებული სიფრთხილეა (ნაწიბური), ჯილეხების და თითების თანდაყოლილი პათოლოგიები და ბენქდისებური სარტყელები, რაც ამოძრავებს ჯილეხებს.

ძვლის ხარვეზები, განუვითარებელი თითები, პოლიდაქტილია (ზედმეტი თითები) ან *სინდაქტილია* (თითებს შორის აპკები) წარმოადგენს თანდაყოლილ დეფექტებს, რაც დაბადებისთანავე ვლინდება.

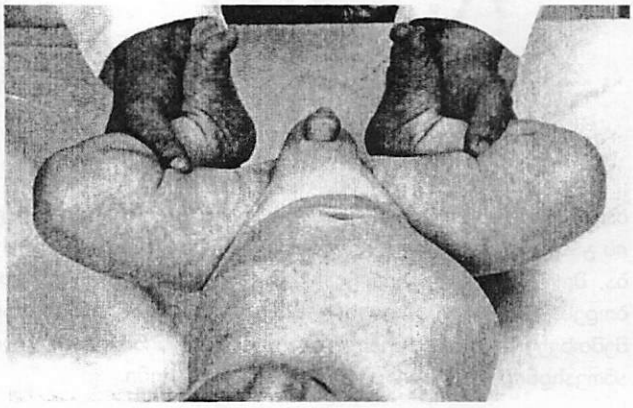
კვინის მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს მძიმე მშობიარობის შედეგად.

Spina bifida occulta-ს (მაღის ჩაკეტის ფარული მეუხერხულობა) შეიძლება არღვევს ზურგის ტვინის დეფექტი და გამოინვიოს მძიმე ნევროლოგიური დისფუნქცია.

ამ გასინჯვის ჩატარებისას "ტკაცუნი" არ აღასტურებს ბარძაყის ამოვარდნილობას, მაგრამ მოითხოვს ყურადღებით გამოკვლევას.



Ortolani-ს (ორთოლანის) ტესტი



Barlow-ს (ბარლოუს) ტესტი

შემდეგი ორი მეთოდის გამოყენებისთვის დაიწმუნდით, რომ ბავშვი მოდუნებულია, თუ საჭიროა გამოიყენეთ მანოვარა ან საკვების ბოთლი. Ortolani-ის (ორთოლანის) ტესტის ჩასატარებლად ბავშვი ზურგზე დააწვინეთ ისე, რომ ფეხები თქვნსკენ ჰქონდეს. თქვენი საჩვენებელი თითები დადეთ დიდ ციბრუტებზე, ხოლო ცერები – მცირე ციბრუტებზე და ფეხები მარჯვენა ხელით მოუხარეთ მენჯის და მუხლის სახსრებში. ორივე ბარძაყი განზიდეთ ერთდროულად მანამდე, სანამ თითოეული ბარძაყის გვერდითი ზედაპირი არ შეეხება გამოსაწვდენ მაგიდას. ვარჯიშით ბარძაყის თავის მოძრაობა უკან, თავის ბრუნვადი აღგილისკენ, წარმოადგენს *Ortolani-ის (ორთოლანის) დადებით ნიშანს.*

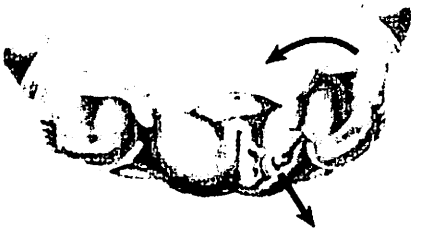
მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიის დროს თქვენ შეიგრძნობთ "ყრუ ხმას", რადგან ბარძაყის თავი, რომელიც მდებარეობს ტაბუხის ბუდის უკან, შედის ტაბუხის ბუდეში.



ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზიის დადგენა მნიშვნელოვანია: დროულად დანყებული მკურნალობა ეფექტურია.

Barlow-ს (ბარლოუს) ტესტის ჩასატარებლად, თქვენი ხელები ისეთივე პოზიციაში დაიჭირეთ, როგორც გქონდათ Ortolani-ის ტესტის ჩატარების დროს. ამ დროს ცერი თითებით მიანექით საპირისპირო მიმართულებით მაგიდის მიმართ ქვევით და ზევით მოძრაობით. შეიგრძენით ბარძაყის თავის ბრუნვა მოძრაობა ღატერალურად. ნორმალურად მოძრაობა არ უნდა იყოს და ბარძაყები შეიგრძნობა "სტაბილურად". თუ იგრძენით, რომ ბარძაყის თავი გარეთ გასრიალდა ტაბუხის ბუდის უკანა ბაგეზე, მაშინ *Barlow-ს (ბარლოუს) ნიშანი დადებითია.* თუ გრძნობთ ამოვარდნილობის ამ მოძრაობას, თქვენი საჩვენებელი და ცერი თითებით ბარძაყი შიგნით მოზიდეთ და შეიგრძენით ბარძაყის თავის მოძრაობა, ბრუნება თუ არა თეძოს ფოსოში.

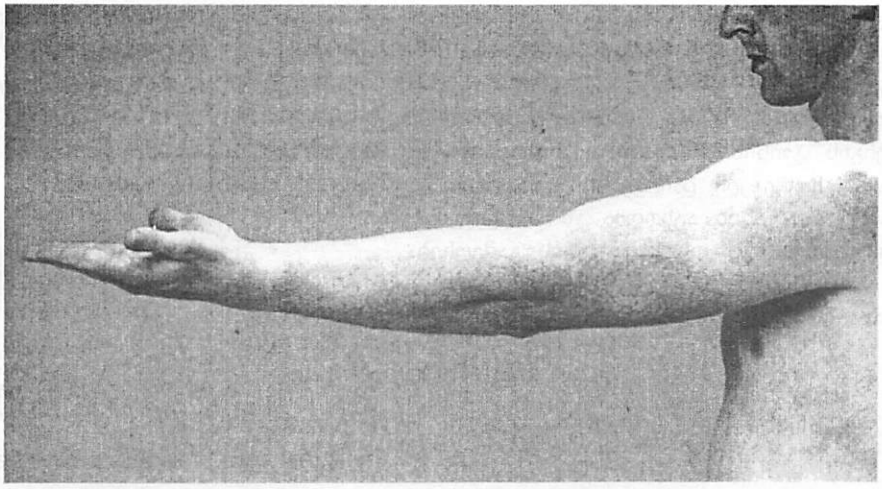
ბარძაყის დისპლაზიის დროს Barlow-ს (ბარლოუს) დადებითი ნიშანი არ აღინიშნება, მაგრამ მიუთითებს სისუსტეზე და ჰიპერლაქსიებს ბარძაყის ამოვარდნილობა, რის გამოც ბავშვი საჭიროებს მომავალში ხელახალ გამოკვლევას.

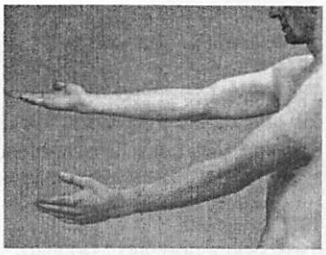




3 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ Ortolani-ის ან Barlow-ს უარყოფითი ნიშანი და მაინც აღენიშნებოდეთ *ამოვარდნილობა* ბარძაყის ყუნთების და იოგების მოჭიმვის გამო.

ბარძაყების გამოკვლევასთან ერთად, მნიშვნელოვანია ახალშობილის *ნვივების და ტერფების* გამოკვლევა განვითარების ანომალიების დასადგენად. შეაფასეთ ფეხების სიმეტრიულობა, მოლუნვა და შეტრიალება. ფეხების სიგრძეების განსხვავება შეიძლება არ აღინიშნებოდეს. ნორმალურ ჩვილებში ხშირია ბარძაყის ყანის ნაოჭების ასიმეტრია, მაგრამ ამ შემთხვევაში მაინც აუცილებელია ზემოთ აღნიშნული ტესტების გამოყენება, რადგან ბარძაყის ამოვარდნილობას ხშირად ახლავს ეს მონაცემი.





ხელების განზე ან ზევით აწევით ძებნის ან წეჩის მოძრაობებით მიუთითებს პოზის შეგრძნების დაქვეითებაზე.

ამის შემდეგ, სთხოვეთ ავადმყოფს ხელები მაღლა ასწიოს და თვალები დახუჭოს, როგორც ზემოთაა ნაჩვენები. *სწრაფად დაარტყით ხელებს ქვევითკენ.* ნორმალურად ხელები ჰბირად უბრუნდება ჰორიზონტალურ მდებარეობას. ეს მოძრაობა მოითხოვს კუნთების ძალას, პროპრიოცეპციას და მდებარეობის კარგ შეგრძნებას.

დასუსტებული მკლავების გადანაცვლება ადვილად ხდება და ასევე ხდება მდგომარეობის შენარჩუნება. ავადმყოფი, რომელსაც დარღვეული აქვს მდებარეობის შეგრძნება, შეიძლება ვერ მიხვდეს გადანაცვლებას და, მიუხედავად იმისა, რომ ეუბნებით გაასწოროს, ამას ვერ ახერხებს. ნათხემური პროპრიოცეპციის დარღვევის დროს მკლავები უბრუნდება სანყის მდებარეობას, მაგრამ ასდენით და ჯანკარით.

სენსორული სისტემა

სენსორული სისტემის შეფასებისთვის უნდა ჩაატაროთ რამოდენიმე გამოკვლევა:

- ტკივილი და ტემპერატურა (სპინოთალამური ტრაქტი)
- პოზა და ვიბრაცია (უკანა სვეტები)
- მსუბუქი შეხება (ორივე გზა)
- დისკრიმინაციული მგრძნობელობა, რაც დამოკიდებულია რომელიმე ზემოთჩამოთვლილ მგრძნობელობაზე, მაგრამ ასევე მოიცავს თავის ტვინის ქერქს (კორტექსს).

იხ. ცხრილი 17-7, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებები (გვ. 660-662).

კარგად გაეცანით ამ ტესტებს, რადგან საჭიროების შემთხვევაში შეძლოთ მათი ჩატარება. როდესაც ცვლილებებს აღმოაჩენთ, შეადარეთ მოტორული და რეფლექსური აქტივობებს. გამომწვევი დაზიანება ცენტრალურია თუ პერიფერიული?

ბამოკვლევის ნიმუშები. ვინაიდან მგრძნობელობის გამოკვლევები სწრაფად ასუსტებს და იწვევს ახასასუთველ შედეგებს, ამიტომ ტესტები ჩაატარეთ ხაც შეიძლება ეფექტურად. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ: (1) ახის თუ ახა ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა დაბუჟება ან ტკივილი, (2) ახის თუ ახა მოტორული ან ჰეფლექსების დარღვევები, ხაც მიუთითებს ზურგის ტვინის ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანებაზე და (3) ახის თუ ახა ტროფიკული დარღვევები, როგორიცაა ჭრილობა ოფლიანობა ან ოფლიანობის ახასებობა, ბანის ატროფია ან წყლულები. დარღვევის დადასტურებისთვის, ხშირად, საჭირო ხდება ტესტის სხვა დროს გამეორება.

დანერვიულებითი სენსორული ბუჟის შედგენა დაგეხმარებათ ზურგის ტვინის დაზიანების ლონის დადგენაში და იმის გარკვევაში, პერიფერიული დაზიანება ახის ნერვის ფესვში, მთავარ პერიფერიულ ნერვებში თუ რომელიმე ტოტში.

შემდეგი ტესტები დაგეხმარებათ დაადგინოთ სენსორული დეფიციტი ზუსტად და ეფექტურად.

- *შეადარეთ სიმეტრიული უბნები* სხეულის ორივე მხარეს მკლავების, ფეხების და სხეულის ჩათვლით.

  ცად მხარეს მგრძნობელობის დაკარგვის მიზეზია ზურგის ტვინის ან უმაღლესი გამტარი გზების დაზიანება.

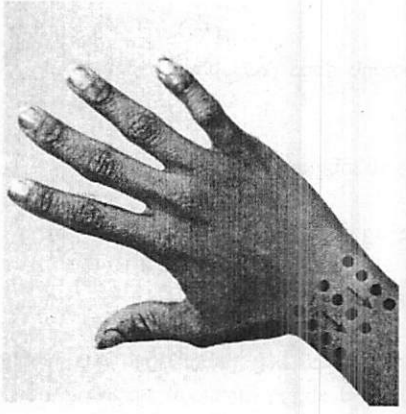
- როდესაც იკვლევთ ტკივილს, ტემპერატურას და შეხებას, ასევე *შეადარეთ კიდურების დისტალური და პროქსიმალური უბნები.* შემდეგ, გააღრმავეთ გაფანტულად დერმატომების და ძირითადი პერიფერიული ნერვების მიხედვით (იხ. გვ. 605-606). კვლევის არეები მოიცავს მხრებს (C4), წინამხრის შიგნითა და გარეთა მხარეებს (C6 და T1), ცერს და დანარჩენ თითებს (C6 და C8), ბარძაყის წინა მხარეებს (L2), ორივე წვივის მედიალურ და ლატერალურ მხარეებს (L4 და L5), ფეხის თითებს (S1) და ორივე დუნდულოს მედიალურ მხარეებს (S3).

  დისტალური მგრძნობელობის სიმეტრიული დაკარგვა მიუთითებს *პოლინეიროპათიაზე*, როგორც ეს აღწერილია შემდეგ გვერდზე. თუ არ შეადარებთ დისტალურ და პროქსიმალურ უბნებს, შეიძლება გამოგრჩეთ ეს მონაცემები.

- როდესაც იკვლევთ ვიბრაციის და მდებარეობის შეგრძნებებს, პირველ რიგში გასინჯეთ ხელის და ფეხის თითები. თუ მონაცემები ნორმაშია, შეგიძლიათ დაასკვნათ, რომ უმეტესობა პროქსიმალური უბნები ასევე ნორმაში იქნება.

- *ცვალეთ თქვენი გამოკვლევების სისწრაფე.* ეს მნიშვნელოვანია, რადგან ავადმყოფს არ შეუძლია უბრალოდ უპასუხოს თქვენს განმეორებად რიტმს.

- როდესაც აღმოაჩენთ დაქვეითებული მგრძნობელობის ან ჰიპერმგრძნობელობის უბნებს, *დეტალურად მონიშნეთ საზღვრები.* პირველად გააღრმავეთ დაქვეითებული მგრძნობელობის უბანი, შემდეგ გადაინაცვლეთ თანდათან, სანამ ავადმყოფი ცვლილებას არ შეიგრძნობს. მარჯვნივ ნაჩვენებია ამ კვლევის მაგალითი.



ამ სურათზე ნაჩვენებია, რომ ხელზე მგრძნობელობა დაკარგულია. პროქსიმალური მიმართულებით განმეორებადი გასინჯვა ავლენს მკვეთრ თანდათანობით გადასვლას ნორმალური მგრძნობელობისკენ. ეს მოვლენა არ შეესაბამება არც პერიფერიულ ნერვს, არც დერმატომს (იხ. გვ. 605-606). მგრძნობელობის ორმხრივი დაკარგვა, რასაც უწოდებენ "ხელთათმანს და წინდას", ვლინდება პოლინეიროპათიის დროს და ხშირია ალკოჰოლიზმით და მკრთალი დიაბეტით დაავადებულებში.

მგრძნობელობის დარღვევის და სახეობის დადგენით შეგიძლიათ დასკვნათ გამომწვევი მიზეზის ლოკალიზაცია. ამაში ასევე დაგეხმარებათ მოტორული დეფიციტის ან შეცვლილი ჰეფლექსების არსებობა.

სანამ გამოკვლევებს დაიწყებთ, აუხსენით ავადმყოფს, რის გაკეთებას აპირებთ და როგორი პასუხი გინდათ, რომ მიიღოთ. გამოკვლევის ჩატარების დროს ავადმყოფს თვალები დახუჭული უნდა ჰქონდეს.

ტკივილი. გამოიყენეთ უსაფრთხო ნვეტიანი ნემსი, გადატეხილი ბამბის ჩხირი ან სხვა საგანი. ხანდახან გამოიყენეთ ბეგვი დაბოლოვება. ავადმყოფს ჰკითხეთ, "მახვილია თუ ბლაგვი?" ან შედარებისთვის "ეს შეგრძნება იგივეა, რაც წინა?" გაღიზიანებისთვის შეგიძლიათ ცოტა ძლიერად დაარტყათ, ოღონდ ისე, რომ სისხლდენა არ გამოიწვიოთ.

ანალგეზია ეწოდება ტკივილის შეგრძნების არ არსებობას, *ჰიპოლგეზია* – ტკივილის შეგრძნების დაქვეითებას და *ჰიპერალგეზია* – მგრძნობელობის მომატებას.

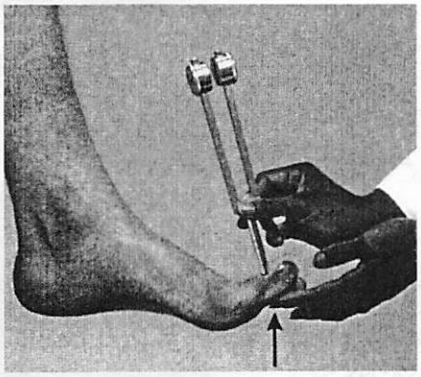
სისხლით გადამდები დაავადებების თავიდან აცილების მიზნით, *ნემსები ცვალეთ და ერთი და იგივე ნემსი სხვადასხვა ავადმყოფებში არ გამოიყენოთ.*

ტემპერატურა. (გამოკვლევა ხშირად შეგიძლიათ არ ჩაატაროთ, როდესაც ტკივილის მგრძნობელობა ნორმალურია, მაგრამ თუ ჰარმე კითხვა Nჩდება, ჩაატარეთ). გამოიყენეთ ორი სატესტო სინჯარა. ერთი გაავსეთ ცხელი, მეორე ცივი წყლით ან ჯამერტონი, რომელსაც წყლით გააცივებთ ან გააცხელებთ. ავადმყოფის ჯანზე მიდებით, სთხოვეთ, თქვას, "ცივია" თუ "ცხელი".

ანესთეზია არის შეხების მგრძნობელობის დაკარგვა, *ჰიპესთეზია* არის მგრძნობელობის დაქვეითება, ჰიპერესთეზია – მგრძნობელობის მომატება.

მსუბუქი შეხება. ბამბის საშუალებით მსუბუქად შეეხეთ კანს, ისე, რომ არ დაანვეთ. სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვას, როდესაც იგრძნობს შეხებას, შეადარეთ მხარეები. გაუხეშებული კანი ნორმაში ნაკლებ მგრძნობიარეა, ამიტომ ამ უბანში ცდას ნუ ჩაატარებთ.

ვიბრაცია. გამოიყენეთ შედარებით დაბალი ტონალობის - 128 ჰერცის ჯამერტონი. დარტყით ხელზე და შემდეგ მჭიდროდ დაადეთ ჯერ თითების დისტალურ ფალანგთაშუა სახსრებზე, შემდეგ დიდი თითის ფალანგთაშუა სახსარზე. ჰკითხეთ, რას გრძნობს. თუ არ ხართ დარწმუნებული, ავადმყოფი ვიბრაციას გრძნობს თუ ზეწოლას, სთხოვეთ, გითხრათ, როდის ქრება ვიბრაცია და ამის შემდეგ თქვენ შეეხეთ ჯამერტონს, რომ ვიბრაცია შეწყვიტოს. თუ ვიბრაციის შეგრძნება დაქვეითებულია, შეამოწმეთ უფრო ჰიპოქსიმალური ძვლების გამტარებლობა (მაგ. მაჯა, იდაყვი, მენჯბარძაყის გოჯი, ყვრიმალის თეძოს წინა ზედა ნვეტი, ნვეტიანი მორჩი და ღრძილი).



ჯამერტონის დადება ფეხის დიდ თითზე და არა ძვალზე

ვიბრაციის შეგრძნება ერთ-ერთი შეგრძნებაა, რომელიც იკარგება პერიფერიული ნეიროპათიის დროს. ხშირი მიზეზებია *დიაბეტი* და *ალკოჰოლიზმი.* ვიბრაციის შეგრძნება ასევე იკარგება უკანა სვეტის დაავადების დროს, მესამე ხარისხის *თიამინის* ან *ვიტამინ B12 ნაკლებობის* დროს.

სხეულის ვიბრაციის შეგრძნების განსაზღვრა მნიშვნელოვანია ზურგის ტვინის დაზიანების ხარისხის დასადგენად.

მდებარეობა. თქვენი საჩვენებელი და ცერი თითები მოუჭირეთ ავადმყოფის ფეხის დიდ თითს *ორივე მხრიდან* და შემდეგ დააშორეთ დანარჩენ თითებს. (ამით თავიდან აიცილებთ გარეშე ტაქტილის გაღიზიანებას პოზიციის შეცვლის დროს, რაც სხვა საშუალებით არ ვლინდება). ჰკითხეთ ავადმყოფს თითის "ზევით" ანევა და "ქვევით" დანევა. შემდეგ, როდესაც ავადმყოფს თვალები დახუჭული ექნება, სთხოვეთ გითხრათ, საით ამოძრავებთ მის თითს: "ზემოთ" თუ "ქვემოთ".



ხამოდენიმეჯერ გაიმეორეთ ორივე მხარეს, მოუხერხეთ გაღიზიანების მარტივ გამეორებას. თუ მდებარეობის შეგრძნება დაქვეითებულია, ამოძრავეთ უფრო ჰიპოქსიმალურად, ბოქვის სახსარში.

მდებარეობის შეგრძნების დაკარგვა, ისევე როგორც ვიბრაციის, მიუთითებს ან უკანა სვეტების დაავადებებზე, ან პერიფერიული ნეირების ან ფესვების დაავადებებზე.

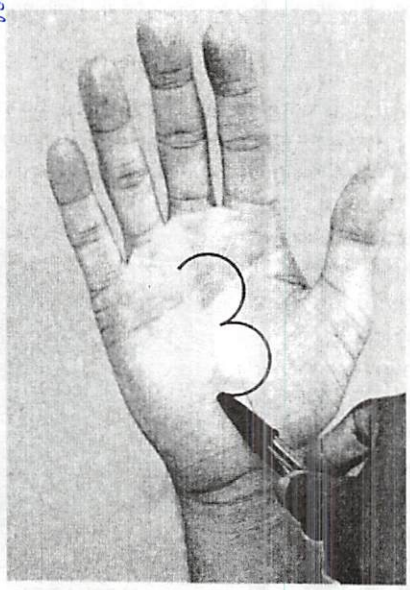
ასევე ჩაატარეთ გამოკვლევა ხელის თითებზე, ამოძრავეთ პროქსიმალურად ნებ-ფალანგის სახსრებში, მაჯასა და იდაყვის სახსრებში.

დისკრიმინაციული მგრძნობელობა. ზოგიერთი დამატებითი მეთოდით შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ სენსორული ქერქის შესაძლებლობა, ჰათა შეადარონ, გაანალიზოთ და მოახდინოთ მგრძნობელობის ინტეგრაცია. იმის გამო, რომ დისკრიმინაციული მგრძნობელობა დამოკიდებულია შეხების და პოზიციის მგრძნობელობაზე, ეს კვლევები გამოიყენება ხოლოსაც მგრძნობელობა ინტაქტურია ან მცირედ დაქვეითებული.

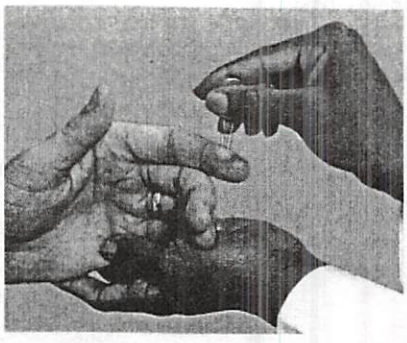
ხოლოსაც შეხების და მდებარეობის შეგრძნებები ნორმალურია ან ოდნავ დაქვეითებული, არაპროპორციულად დაქვეითებულია ან დაკარგულია დიფერენცირებული მგრძნობელობა, ეს ცვლილებები მიუთითებს ქერქის სენსორული ნაწილის დაზიანებაზე. სტერეოგნოზია, ციფრების გარჩევა და ორი წერტილის დიფერენცირება, ასევე, დაქვეითებულია უკანა სვეტების დაავადებების დროს.

გამოიკვლიეთ *სტერეოგნოზია* და, საჭიროების შემთხვევაში, ჩაატარეთ შემდეგი ტესტები.

- *სტერეოგნოზია.* სტერეოგნოზია ეწოდება შეხებით საგნის გამოცნობის უნარს. ავადმყოფის ხელზე მოათავსეთ ნაცნობი საგანი, როგორიცაა მონეტა, ქაღალდის სამაგრი, ფანქარი ან ბამბის ბურთულა და სთხოვეთ, გითხრათ, რა საგანია. ნორმალურად, პაციენტმა ადვილად უნდა გამოიცნოს ეს საგნები. სტერეოგნოზიისთვის მგრძნობიარე ტესტია, გამოიცნოს ქაღალდის სამაგრის "თავი" და "კუდი".



- *ციფრების იდენტიფიცირება (გრაფესთეზია).* ხოლოსაც დაქვეითებულია მოტორიკა ართრიტის ან სხვა დაავადებების გამო, ნუ ჩაატარებთ საგნების გამოცნობის ტესტს, უმჯობესია ციფრების გამოცნობის გამოკვლევა. ფანქრის ან კალმის ბლაგვი ბოლოთი ხელის გულზე შემოხაზეთ არაბული ციფრი. ნორმალურად ადამიანს შეუძლია ციფრების უმეტესობის გამოცნობა.



- *ორ-განზომილებიანი დისკრიმინაცია.* ქაღალდის გაშლილი სამაგრის ორი ბოლო ერთდროულად შეახეთ ავადმყოფის თითის ბალიშს. არაერთგვაროვნად შეანაცვლეთ ერთი და ორი წერტილის გაღიზიანება. ფიქრობდა იყავით, რომ ავადმყოფს ტკივილი არ მიაყენოთ.

ციფრების გამოცნობის უნარის არსებობა, ისევე, როგორც ასტერეოგნოზია, მიუთითებს სენსორული ქერქის დაზიანებაზე.

მოძებნეთ *წერტილებს შორის ის დაშორება*, რომელზედაც შეუძლია განასხვავოს ორი წერტილის გაღიზიანება ერთისგან. (ნორმალურად ეს მანძილი თითის ბალიშზე უნდა იყოს 5 მმ-ზე ნაკლები). ეს ტესტი შეგიძლიათ ჩაატარონ სხეულის სხვა ადგილებზეც, მაგრამ წერტილებს შორის ნორმალური მანძილი ადგილის მიხედვით ფართოდ ცვალებადობს.

სენსორული ქერქის დაზიანებები ზრდის ორ აღქმად წერტილს შორის მანძილს.

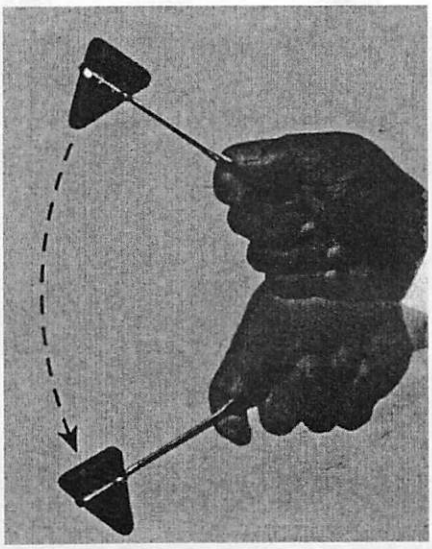
- *წერტილის ლოკალიზაცია.* მსუბუქად შეეხეთ ავადმყოფის კანს ერთ წერტილში. შემდეგ სთხოვეთ თვალები გაახილოს და გიჩვენოთ შეხების წერტილი. ნორმალურად, ადამიანი ამ წერტილს ზუსტად გიჩვენებთ. ეს ტესტი გაჭირობის ცდასთან ერთად განსაკუთრებით გამოგადგებათ სხეულის და ფეხების გამოკვლევის დროს.

სენსორული ქერქის დაზიანება აქვეითებს შეხების წერტილის გამოცნობის შესაძლებლობას.

- *გაჭიობის ტესტი.* ეითღჩოულად გააღიზიანეთ შესაბამისი უბნები სხეულის ოჩივე მხაჩეს. ჰკითხეთ, საღ გიძნობს შეხებას. ნოჩმაღუიაღ ოჩივე გაღიზიანება უნდა შეიგიძნოს.

სენსოჩული ქუჩის დაზიანების ღიოს მხოლოდ ეითი გაღიზიანება აღიქმება. ქუჩის დაზიანების საეჩისპეჩო მხაჩეს გაღიზიანება ვეჩ აღიქმება.

მყესთა ღიმა ჩეფლექსები



მყესთა ღიმა ჩეფლექსების გამოკვლევა მოითხოვს მთელ ჩიგ დახვენიღ გამოკვლევებს. ყუჩაღლებით შეაჩჩიეთ შესაბამისი ნონის ჩაქუჩი. ასევე ისნავლეთ, ჩოღის უნდა გამოიყენოთ ჩაქუჩის ნვეტიანი ბოღო და ჩოღის ბიტყეღი. მაგალითად, ნვეტიანი ბოღო გამოიყენება მციჩე უბნებზე დაჩტყმისთვის, ჩოგოჩიცაა თქვენი თითები, ჩასაც ფაჩავს ოჩთავა ჯენთის მყესი. ბიტყეღი ბოღო ნაკლებ დისკომფოჩტს იწვევს, ჩოღესაც იკვლევთ მხაჩსხივის ჩეფლექსს. ამის შემდეგ ჩეფლექსები შემდეგნაიჩად გამოიკვლიეთ:

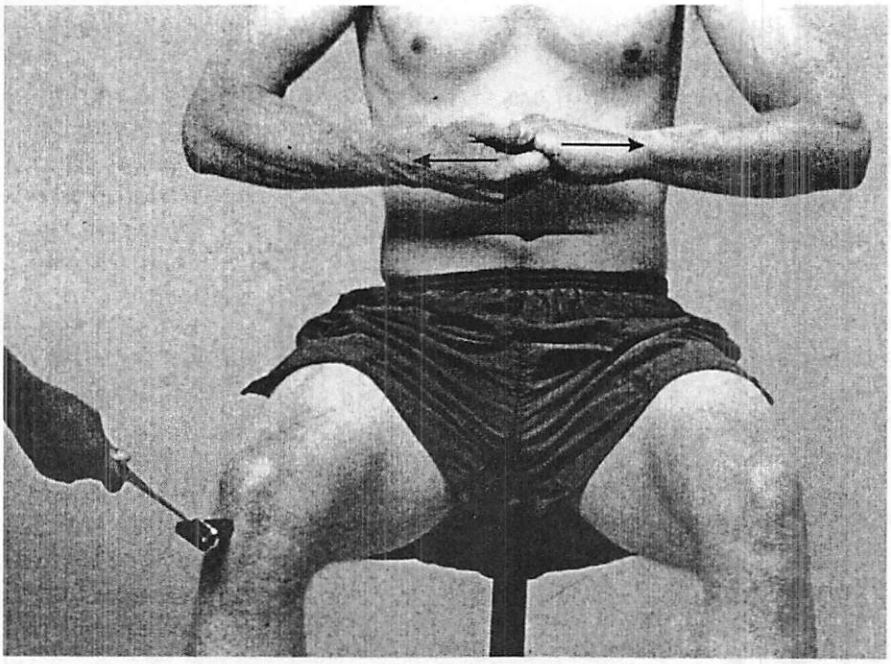
- სთხოვეთ ავადმყოფს, მოღუნეს, შემდეგ კიდეები დაანყოს სნოჩად და სიმეტჩიულად.
- ჩაქუჩი დაიჭიჩეთ ცეჩი და საჩვენებელი თითებით ისე, ჩომ ჩაქუჩმა თავისუფლად იმოძჩაოს ჩკაღზე ხელისგულსა და თითებს შოჩის, განსაზღვჩულ მანძიღზე.
- მაჯა მოაღუნეთ და სნჩაფი მოძჩაობით ცოცხლად დაჩტყით ჩაქუჩი მყესს. დაჩტყმა უნდა იყოს სნჩაფი და პიჩკაპიჩი და ჩაა იჩიბი და სუსტი.
- დააკვიჩდით ჩეფლექსის ჩეაქციის სისნჩაფეს, ძაღას და ამპლიტუდას და შეაფასეთ ქვემოთ მოყვანიღი სკალის მიხეღვით. ეით მხაჩეს ჩეფლექსები ყოველთვის შეადაჩეთ მეოჩე მხაჩეს. ჩეფლექსები ფასდება 0-დან 4+ -მდე ქულებით.

ჩეფლექსების შეფასების სკალა	
4+	ცოცხალი, ჰიპეჩაქტიული, კლონუსით (ჩითმული ოსცილაციები, მოხჩასა და გაშღას შოჩის)
3+	საშუალოზე მეტად მკვეთჩი; შესაძლოა, მაგჩამ ჩაა აუცილებელად მიუთითებს დაავადებაზე
2+	საშუალო, ნოჩმაღუჩი
1+	ჩამდენადმე დაქვეითებული; დაბალი ნოჩმაღუჩი
0	ჩა ვღინდება

ჰიპეჩაქტიული ჩეფლექსები მიუთითებს ცენტჩაღუჩი ნეჩვული სისტემის დაავადებაზე. ხანგძლივი კლონუსი ამ ვაჩაუდს ადასტუჩებს. ჩეფლექსები შეიძლება შემციჩებული იყოს ან ჩა ვღინდებოდეს, ჩოღესაც დაკაჩგულია მგძნობელობა ან დაზიანებულია ზეჩგის ტვინის შესაბამისი სეგმენტი, ან დაზიანებულია პეჩიფეჩიული ნეჩვები. ჯენთების და ნეჩვ-ჯენთოვანი შეეთებების დაავადებები ასევე ახვეითებს ჩეფლექსებს.

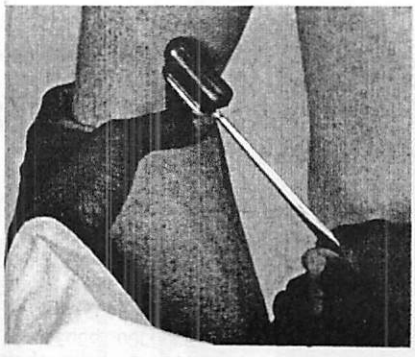
ჩეფლექსის სიძლიეჩე დამოკიდებულია გაღიზიანების ძაღაზე. ჩა გამოიყენოთ იმაზე ძლიეჩი დაჩტყმა, ჩაც საჭიჩოა ჩეფლექსის გამოსანვევად. მხაჩეებს შოჩის განსხვავების დაღგენა უფჩო ადვიღია, ვიდჩე სიმეტჩიული ცვლიღებების. ჩეფლექსების სიმეტჩიული დაქვეითება ან ჩა ჩისებობა შეიძლება ნახოთ ნოჩმაღუჩ ადამიანებშიც.

თუ ავადმყოფს ხელფეხსები სიმეტრიულად დაქვეითებული აქვს ან არ აღენიშნება, გამოიყენეთ *გაძლიერება*, მეთოდი, რომელიც ინვევს იმ ჯუნთების იზომეტრულ შეკუმშვას, რომლებიც აძლიერებენ ხელფეხსს. მაგალითად, მკლავებზე ხელფეხსების გამოსაკვლევად სთხოვეთ ავადმყოფს, მოუჭიროს კბილები ან ერთი ხელით გაჭიმოს მეორე ხელის ცერი. თუ ფეხების ხელფეხსები დაქვეითებულია ან არ ვლინდება, სთხოვეთ ერთი ხელი დადოს მეორეზე და თითები ჩაჭიდოს ერთმანეთს, ისეთად ხელფეხსს გააძლიერებთ. ავადმყოფს სთხოვეთ, ხელები გაჭიმოს ზუსტად ჩაქუჩის ჩარტყმის წინ.

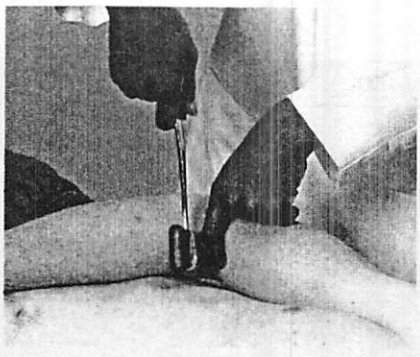


მუხლის ხელფეხსის გაძლიერება

ოთავა ჯუნთის ხელფეხსი (C5, C6). ავადმყოფის მკლავები ნაწილობრივ მოხრილი უნდა იყოს იდაყვის სახსრებში და ხელისგულები ქვევით მიმართული. მჭიდროდ დაადეთ ცერი ან სხვა თითი ოთავა ჯუნთის მყესს. ჩაქუჩი დაარტყით პირდაპირ მყესზე დადებულ თითს.



ბიცეპსი ზრის

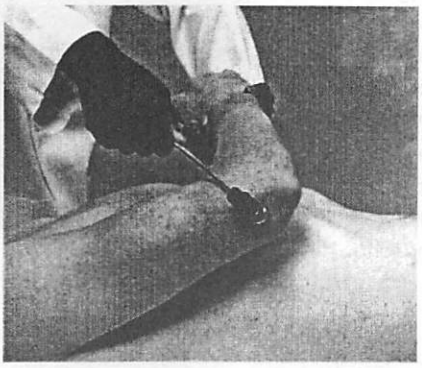


ბიცეპსი ნევს

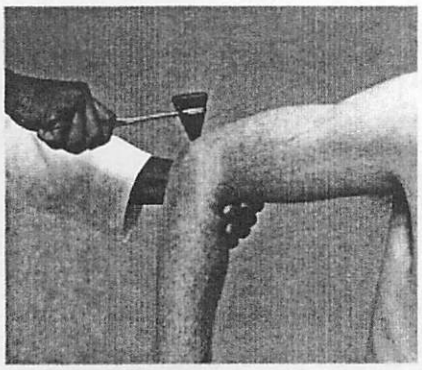
დააკვირდით იდაყვის სახსარში ხელის მოხრას და შეიგრძენით ოთავა ჯუნთის შეკუმშვა.

სამთავა კუნთის ჰიფერტონუსი (C6, C7). ავადმყოფი შეიძლება იჯდეს ან ზურგზე იწვეს. ხელი მოუხარეთ იდაყვის სახსარში ისე, რომ ხელისგულები სხეულისკენ ჰქონდეს და ხელი გულ-მკერდზე ედოს. დაარტყით სამთავა კუნთის მყესს იდაყვის ზევით. დარტყმა პირდაპირი უნდა იყოს. დააკვირდით კუნთის შეკუმშვას და იდაყვის სახსარში გაშლას.

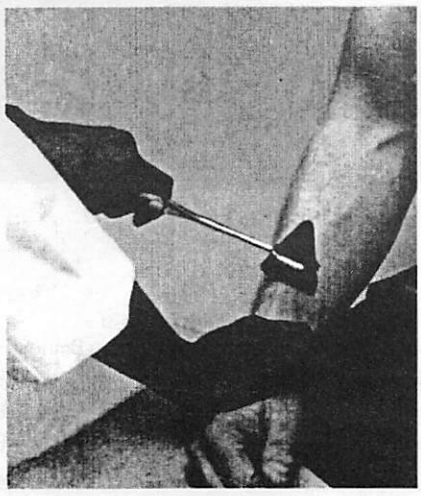




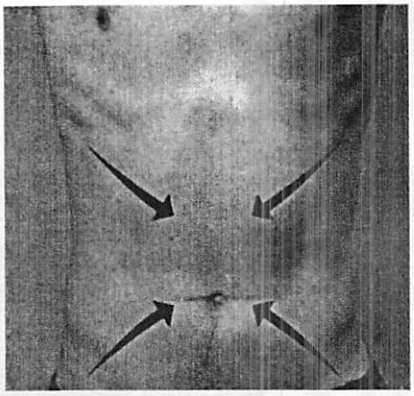
თუ ავადმყოფს უჭირს მოდუნება, სცადეთ ხელის ისე მოუთავსოთ, რომ მარჯვენა სუსათზეა ნაჩვენები. სთხოვეთ ავადმყოფს ხელი მოადუნოს, თითქოს ჩამოაგდოს. შემდეგ ჩაქუჩი დაარტყით კუნთის მყესს.



სუპინატორის ანუ მხარ-სხივის ჰიფერტონუსი (C5, C6). ავადმყოფს ხელი უნდა ედოს მუცელზე და წინამხარი ოდნავ შიგნით შეტრიალებული. ჩაქუჩის ბრტყელი ბოლო დაარტყით სხივის ძვალს მაჯიდან 2-4- სმ-ით ზევით. დააკვირდით წინამხრის მოხრას და სუპინაციას.

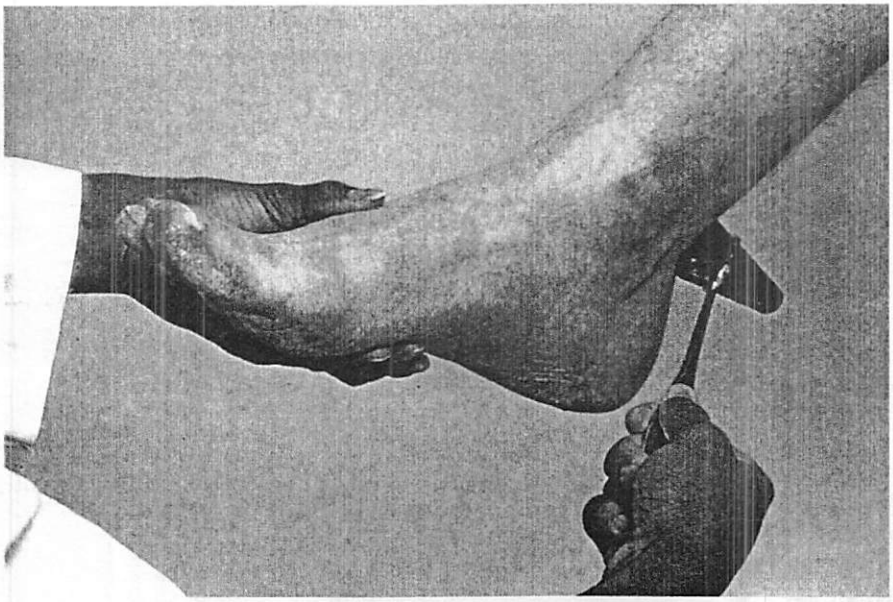


მუსლის ჰეფლექსები. მუსლის ჰეფლექსები შეამოწმეთ მსუბუქი, მაგრამ სოსხაღი დარტყმით მუსლის ოროვე მხარეს ქიმის ზემოთ (T8, T9, T10) და ქვემოთ (T10, T11, T12) სუროთზე ნაჩქენები მიმართულებით. გამოიყენეთ გასაღები, ხის ჩხირი ან მპადელი და ნაუსვით სიგრძეზე. დააჯვირეთ მუსლის კუნთების შეკუმშვას და ქიმის გადახრას გაღიზიანებისკენ. სიმსუქნის დროს ჰეფლექსები შეიძლება შეისვაღოს. ამ დროს თითით გადასწიეთ ქიმი გაღიზიანების საწინააღმდეგო მხარეს. ამ თითით შეიგრძენით კუნთების შეკუმშვა.



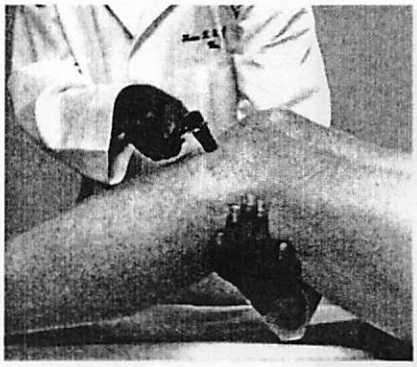
მუსლის ჰეფლექსი შეიძლება არ იყოს ჩოგორც ცენტრალური, ასე პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადების დროს.

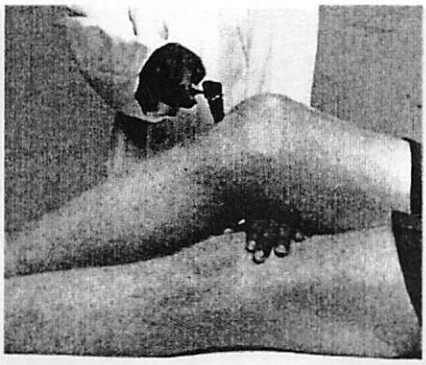
მუხლის ჰეფლექსი (L2, L3, L4). ავადმყოფი შეიძლება იწდეს ან ინვეს, მუხლები კი მოხრილი უნდა ჰქონდეს. მკვეთრად დარტყით კვირისტავის მყესს ზუსტად კვირისტავის ზევით. დააკვირდით ოთხთავა კუნთის შეკუმშვას მუხლის სახსარში გაშლასთან ერთად. თუ ხელს ავადმყოფის ბარძყს დააღებთ, უკეთესად შეიგრძნობთ ჰეფლექსს.



პაციენტი ზის

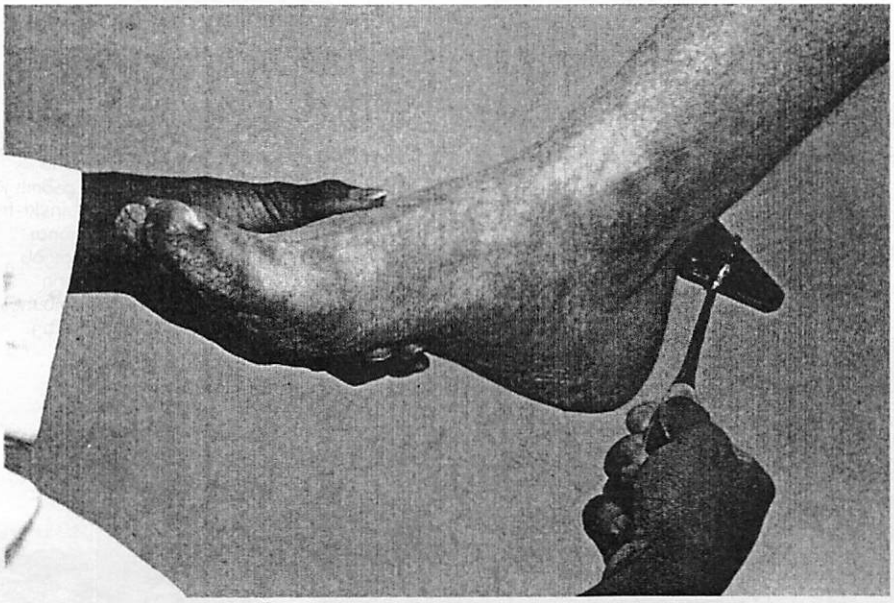
ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს შეგიძლიათ ორი მეთოდი გამოიყენოთ. ავადმყოფმა ფეხები თქვენს ხელებს უნდა დაასკდნოს, ჩოგორც ეს შემდეგ ბვერდზე მარცხენა სურათზეა ნაჩვენები, რაც საშუალებას მოგცემთ შეაფასოთ მცირე განსხვავება მუხლის ჰეფლექსებს შორის ჯერ ერთი, და შემდეგ მეორე ჰეფლექსის გასინჯვით. თუმცა, ზოგჯერ ფეხების დაყრდნობა შეიძლება მოუხერხებელი იყოს ჩოგორც ექიმისთვის, ისე ავადმყოფისთვის. თქვენ შეგიძლიათ თქვენი ხელი, რომელზედაც ეყრდნობა ფეხები, დადოთ ავადმყოფის ფეხის ქვეშ, ჩოგორც ეს ნაჩვენებია მარჯვენა სურათზე. ზოგი ავადმყოფი თვლის, რომ ამ მეთოდით უფრო ადვილია ფეხის მოღუნება.





ტოჭის (აქილესის მყესის) ჩაფლექსი (ძირითადად S1). ხოლესაც ავადმყოფი ზის, მოუხაჩეთ ტაჩფი ზუჩგისკენ. სთხოვეთ ავადმყოფს, მოდუნდეს. დაასტყით Achilles-ის (აქილესის) მყესს. დააკვირდით და შეიგძნით ტაჩფის მოხაა ტოჭის სახსაჩში. ასევე დააკვირდით მოდუნების სისწჩაფეს კუნთების შეკუმშვის შემდეგ.

ჩაფლექსის მოდუნების ფაზის შენელება აღინიშნება *ჰიპოთიროზის* დროს და ტაჩგად ვლინდება მუხლის ჩაფლექსის შემოწმების დროს.



პასიენტი ზის

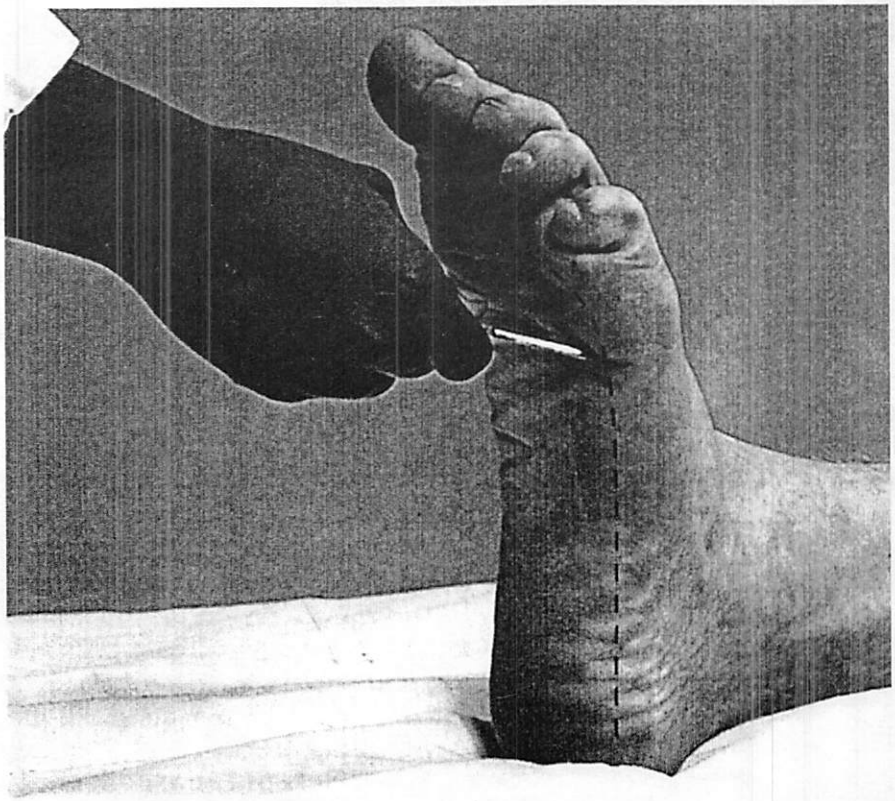
ხოლესაც ავადმყოფი ნევს, მოუხაჩეთ ეითი ფეხი მენჯ-ბაჩძაყის და მუხლის სახსაჩებში და გაჩეთ შეუბჩუნეთ ისე, ჩომ ნვივი გადადებული იყოს მეოჩეზე. შემდეგ ტაჩფი მოხაჩეთ ზუჩგისკენ და დაასტყით Achilles-ის (აქილესის) მყესს.



პასიენტი ნევს

პლანტარული (ფეხისგულის) სპასმური ჰეკვსია (L5, S1). ხაიმე საგნით, ხოგოხიცაა გასაღები ან ხის ჩხირი, ნაუსვით პლანტარული (ფეხისგულის) გახეთა ნანილს ქუსლიდან თითებისკენ და შემდეგ ჩკაღად თითების გასწვრივ. გამოიყენეთ მსუბუქი გაღიზიანება, ხაც ხეფლექსს გამოინვევს, მაგრამ თუ საჭიროა, შეგიძლიათ გაღიზიანება გააძლიერთთ. დააკვირდით თითების მოძრაობას, ნორმალურად ტეფი იხრება.

დიდი თითის ზურგისკენ მოხრა, ხასაც ხშირად ახლავს დანარჩენი თითების ერთმანეთისგან დაშორება, წარმოადგენს Babinski-ს (ბაბინსკის) დადებით ნიშანს და მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის პირამიდალური ტრაქტის დაზიანებაზე.





Babinski-ს (ბაბინსკის) ნიშანი ასევე შეიძლება გამოვლინდეს უგონო მდგომარეობაში ნამღით ან აღგზნებით ინტოქსიკაციის დროს ან გულყრის შემდგომ პერიოდში.

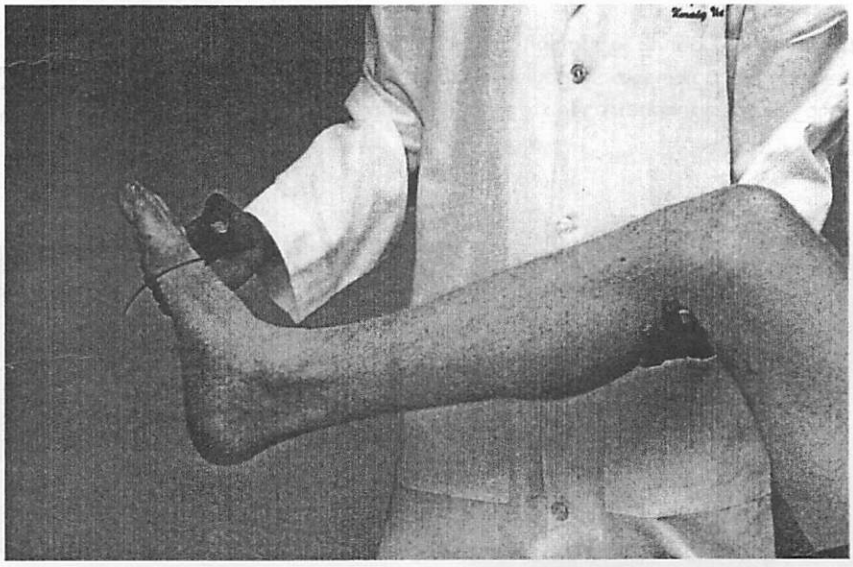
ზოგჯერ Babinski-ს (ბაბინსკის) ნიშანს ახლავს მენჯის და მუხლის სახსარში მოხრის ჰეფლექსი.

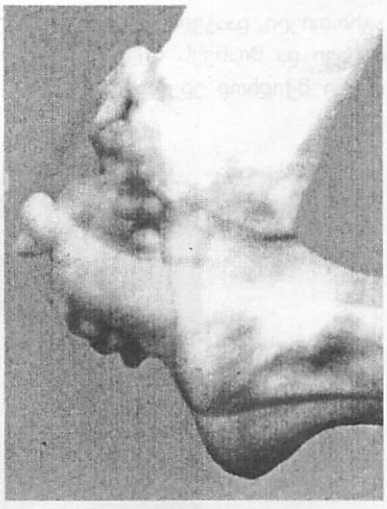
მუდმივი ჭრილობა მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე. კოჭის სახსარში ზურგისკენ და ძირისკენ მოხრა არის განმეორებადი და ხიტმული.

ზოგი პაციენტი ფეხს უკან სწევს ამ გაღიზიანების დროს ბარძაყის და მუხლის მოხრით. თუ საჭიროა, დაიყრდენით მუხლი, რათა ჯარგად ჩაატაროთ გამოკვლევა. ზოგჯერ ძნელია ერთმანეთისგან გაარჩიოთ ფეხის განევა და ბაბინსკის ნიშანი.

ჭრილობა. თუ ჰეფლექსები ჰიპერაქტიულია, შეამოწმეთ კოჭის ჭრილობა. ხელზე დაიყრდენით მუხლი ოდნავ მოხრილ მდგომარეობაში. მეორე ხელით ტერფი ჰამოდენიმეჯერ მოუხარეთ ზურგისკენ და ძირისკენ, სანამ ავადმყოფი არ მოდუნდება და შემდეგ სწრაფად მოუხარეთ ტერფი ზურგისკენ და ამ მდგომარეობაში გააჩერეთ. დააკვირდით და შეიგრძენით ხიტმული ხდება ზურგისკენ და ძირისკენ მოხრას შორის. უმრავლესობა ნორმალურ ადამიანებში ამ გაღიზიანებაზე კოჭი არ რეაგირებს. მცირე ჭრილობა შეიძლება აღინიშნებოდეს, როდესაც ადამიანი დაჭიმულია ან ნარვარჯიშები.

ჭრილობა შეიძლება გამოინვიოთ სხვა სახსრებზეც. მაგალითად, კვირისტავის სწრაფი დანევით შეიძლება გამოინვიოთ კვირისტავის ჭრილობა გაშლილ მუხლზე.





სპეციალური მეთოდები

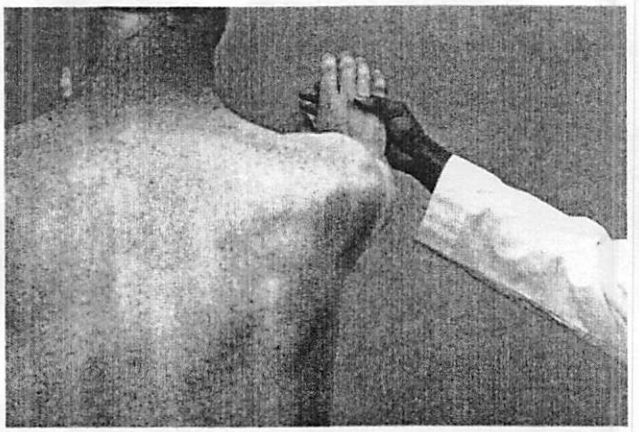
ასტეჰიქსისი. ასტეჰიქსისის საშუალებით შეგიძლიათ დაადგინოთ მეტაბოლური ენცეფალოპათია იმ პაციენტებში, ჰომელთაც დაზღვეული აქვთ ფსიქიკური ფუნქციები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ხელები წინ გაიშვიროს, მტევნები ვეჰტიკალურად დაიჭიროს და თითები დააშოროს ეითმანეთს. ავადმყოფმა უნდა სცადოს, ჰომ ხელები ამ მდგომარეობაში გააჩეროს და დაახვიროთ 1-2 წთ-ის განმავლობაში.

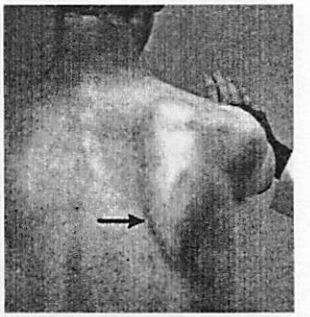
ხელების და თითების სნეჰაფი, ხანმოკლე, ახარიტმული მოხრა ნიშნავს ასტეჰიქსისის სიმპტომს.



ფითის მაგვარი ბეჭების ღეროს, ჰოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, ბეჭის მეღიალური კიდე ამობურცულია. ეს მიუთითებს წინა დაზიანებული ჯუნთის სისუსტეზე ჯუნთების დისტროფიის ან გულმკერდის გრძელი ნეჰვის დაზიანებაზე.

ფითის მაგვარი ბეჭის ძვლები. ჰოდესაც მხრის ჯუნთები დასუსტებულია ან ატროფიული, დაახვიროთ ბეჭის ძვლების ამონევას. სთხოვეთ ავადმყოფს გაშალოს ოჰივე მკლავი და მიანვეს თქვენს ხელებს ან ჯედელს. დაახვიროთ ბეჭის ძვლებს. ნოჰმალურად ისინი მჭიდროდ ედება გულ-მკერდის ჯედელს.





ძალიან გამხდარ, მაგრამ ნოჰმალურ ადამიანებში ბეჭის ძვლები შეიძლება ამონეული იყოს ინტაქტური მუსკულატურის ღეროს.

მენინგური ნიშნები. ამ ნიშნების გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, როდესაც ვარაუდობთ თავის ტვინის გარსების ანთებას ინფექციის გამო ან სუბარაქნოიდეი სისხლჩაქცევას.

ჯისჰის ჰიბიდობა. პირველი ხიგში დარწმუნდით, რომ ჯისჰის მაღები ან ზურგის ტვინის ჯისჰის ნაწილი დაზიანებული არ არის. (ტარვმის დროს საჭიროა ჩენტგენოლოგიური გამოკვლევა). ამის შემდეგ როდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, ხელი თავქვეშ ამოდეთ და ჯისეკი წინ მოუხარეთ, სანამ ნიკაპი გულ-მკერდს არ მიებჯინება, თუ ეს შესაძლებელია. ნორმალურად, ჯისეკი ელასტიურია და ავადმყოფი ადვილად ხრის თავს და ჯისეკს წინ.

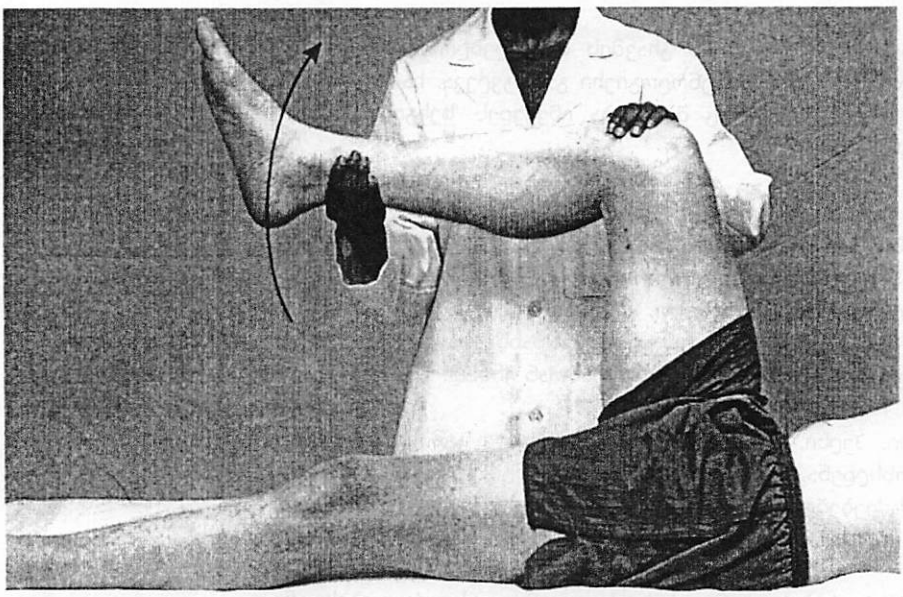
ტკივილის და ჯისჰის ხიგიდობა მოხრისას შეიძლება განვითარდეს თავის ტვინის გარსების ანთების, არითრიტის ან ჯისჰის დაზიანების დროს.

BRUDZINSKI-ს (ბრუძინსკის) ნიშანი. როდესაც ხრით ჯისეკს, დააკვირდით ბარძაყების და მუხლების ხარკვას თქვენს მანევრზე. ნორმალურად, ისინი მოქნებადნი და უძრავნი უნდა იყვნენ.

ბარძაყების და მუხლების მოხრა არის *Brudzinski-ს (ბრუძინსკის) დადებითი ნიშანი* და მიუთითებს ტვინის გარსების ანთებაზე.

KERNIG-ის (კერნიგის) ნიშანი. ავადმყოფს ფეხები მოუხარეთ მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში, შემდეგ გაუჭიმეთ მუხლები. სრული გაშლის დროს მუხლებში დისკომფორტი ბევრ ნორმალურ ადამიანში ვლინდება, მაგრამ არ უნდა განვითარდეს ტკივილი.

მუხლის გაშლის დროს ტკივილი და მომატებული ხიგიდობა არის *Kernig-ის (კერნიგის) დადებითი ნიშანი.* როდესაც ეს ნიშანი ორმხრივია, მიუთითებს ტვინის გარსების ანთებაზე.



გავა-ნეკის ნერვის ფესვზე ზეწოლამ ასევე შეიძლება გამოინვიოს ხიგიდობა ნეკის არეში და ბარძაყის უკანა მხარეს ტკივილი. ჩვეულებრივ, პროცესში ერთი ფეხია ჩართული.

ანალური რეფლექსის გაქრობა მიუთითებს S2-3-4 რეფლექსური რკალის დაზიანებაზე, ასევე ზურგის ტვინის დაზიანებაზე.

იხ. ცხრილი 17-9, მეტაბოლური და სტრუქტურული პრობლემა (გვ. 665).

ანალური რეფლექსი. ბრაგვი საგნით, როგორიცაა ბამბის ტამპონი, დააჩტყით ყურას ოთხივე კვადრანტს. დააკვირდით ყურას კუნთების რეფლექსურ შეკუმშვას.

ავადმყოფი სტუპორის ან კომის მდგომარეობაში. კომა პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მოვლენაა, როდესაც დაზიანებულია ორივე ჰემისფერო, ტვინის ღერო ან ორივე ერთად. ჩვეულებრივი თანმიმდევრობით უნდა ჩაატაროთ ანამ-

ნეზის შეგრძნება, ჯერ-ჯერობით ლაბორატორიული გამოკვლევები. გარდა ამისა, აუცილებელია:

- პირველ რიგში შეაფასოთ სასუნთქი გზები, სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა (ABCs – airway, breathing, circulation)
- დაადგინოთ ავადმყოფის ჩნობიერების დარღვევის ღონე
- გამოიკვლიოთ ნევროლოგიურად. ნახოთ ფოკალური ან ასიმეტრიული ნიშნები და დაადგინოთ, ჩნობიერების დარღვევის მიზეზი მეტაბოლური თუ ორგანული ცვლილებებია.

გამოკითხეთ ნათესავები, ამხანაგები ან თვითმხილველები, რათა დაადგინოთ შეტევის სისწრაფე და ჩნობიერების დარღვევის ხანგრძლივობა, რამე წინამორბედი ნიშნების არსებობა, ხელშემწყობი ფაქტორები, წინა ეპიზოდები და ავადმყოფის წინა მდგომარეობა და ქცევები. ასევე გამოგადგებათ დაადგინოთ ანამნეზში თერაპიული ან ფსიქიატრიული დაავადების არსებობა.

როდესაც დაიწყებთ გამოკვლევას, ყოველთვის გახსოვდეთ ორი სახის აუცილებლობა:

1. *ის გაუფრთხილოთ* გუგები, რაც წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან საშუალებას ტომის გამომწვევი მიზეზის დადგენაში (სტრუქტურული თუ მეტაბოლური) და
2. *ნუ მოუხრით* ჯისჩს, თუ თავის ან ჯიხრის ტრავმის შესაძლებლობა არსებობს. გაუკეთეთ ჯიხრის იმობილიზაცია და ჩენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რათა გამორიცხოთ ჯიხრის მალების მოტეხილობა, რაც შეიძლება იწვევდეს ზურგის ტვინის კომპრესიას და დაზიანებას.

სასუნთქი გზები, სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა. სწრაფად შეამოწმეთ ავადმყოფის ფერი და სუნთქვის ხასიათი. დაათვალიერეთ ხახის უკანა ნაწილი და მოისმინეთ ტრაქეაზე სტრიდორის არსებობა, რათა დარწმუნდეთ, რომ სასუნთქი გზები თავისუფალია. თუ სუნთქვა შენელებულია ან ზედაპირული, ან სასუნთქი გზები დახშულია სეკრეტით, რაც შეიძლება სწრაფად ჩაატარეთ ინტუბაცია ჯისჩის სტაბილიზაციასთან ერთად.

შეაფასეთ სასიცოცხლო ნიშნები: პულსი, სისხლის წნევა და *ჰექტული* ტემპერატურა. თუ აღინიშნება ჰიპოტენზია ან სისხლდენა, დაიწყეთ სითხეების ინტრავენური გადასხმა. (შემდგომი გადაუდებელი ღონისძიებები და ლაბორატორიული ჟღერები მოცემულია ამ ტექსტის ბოლოს)

ცნობიერების ღონე. ცნობიერების ღონე ასახავს ავადმყოფის აქტივობის ან სიფხიზლის ღონეს. მისი დადგენა ხდება იმ აქტივობის ღონით, რითაც პასუხობს ავადმყოფი მზარდ გაღიზიანებას.

შემდეგ გვერდზე ცხრილში აღნერილია ცნობიერების 5 ჯერ-ჯერობით ღონე შესაბამის გამოკვლევის მეთოდებთან ერთად. გაღიზიანება საფეხურებად გაზარდეთ, რაც დამოკიდებული უნდა იყოს ავადმყოფის რეაქციაზე.

ცნობიერების დონე (აქტივობის ჩაქსივ): მეთოდიკა და ავადმყოფის ჩაბირება

დონე	მეთოდიკა
ნორმა	ავადმყოფს ესაუბრეთ ჩვეულებრივი ხმით. ნათელი გონების ავადმყოფი თვალებს ახელს, გიყურებთ, გაღიზიანებაზე სრულად და შესაბამისად პასუხობს (გამოფხიზლება ნორმალურია)
ძილიანობა (ლეთარგია)	ავადმყოფს ხმამაღლა ესაუბრეთ. მაგალითად, სახელით მიმართეთ ან ჰკითხეთ "როგორ ხართ?"
გაბრუება	ფრთხილად შეახეთ ავადმყოფი, ისე, როგორც მძინარეს აღვიძებთ
სტუპორი	გამოიყენეთ მტკივნეული გაღიზიანება. მაგალითად, უჭმიტეთ მყესზე, გაუხახუნეთ მკერდის ძვალზე ან ფანქარი აგორავეთ ფრჩხილის სარეცელზე. (უფრო ძლიერი გამაღიზიანებელი არ გამოიყენებს!)
კომა	გამოიყენეთ განმეორებადი მტკივნეული გაღიზიანება

ნორმალური ცნობიერების დონეზე ავადმყოფი მთვლემარეზე გამოიყურება, მაგრამ თვალებს ახელს და გიყურებთ, კითხვებზე პასუხობს და ისევ იძინებს

ძილიანობის დონეზე ავადმყოფი თვალებს ახელს და გიყურებთ, მაგრამ გპასუხობთ ნელა და რამდენიმე დაბნეულად. სიფხიზლე და გარემოს მიმართ ინტერესი დაქვეითებულია

გაბრუების დონეზე ავადმყოფი ფხიზლდება მხოლოდ მტკივნეული გაღიზიანების შედეგად. ვერბალური პასუხები შენელებულია ან არ არის. გაღიზიანების შეწყვეტის შემდეგ ავადმყოფი კვლავ გაშტერებულია, აღინიშნება მინიმალური აღქმა ორგორც საკუთარი თავისა, ასევე გარემოს.

კომაში მყოფი ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია და თვალები დახუჭული აქვს. არანაირი გაღიზიანებაზე ხილული რეაქცია არ აღინიშნება

ხოლო ჩვენ ავადმყოფს, რომელსაც შეცვლილი აქვს ცნობიერება, ზუსტად აღწერთ და ჩანერეთ რასაც დაინახავთ და გაიგონებთ. ტერმინების არაზუსტმა გამოყენებამ, როგორიცაა ლეთარგია, სოპორი, სტუპორი ან კომა, შეიძლება დააბნიოს სხვა გამომკვლევი.

ნევროლოგიური შეფასება

სუნთქვა. შეისწავლეთ სუნთქვის სიხშირე, რიტმი და ხასიათი. იმის გამო, რომ ნერვული სტრუქტურები ქერქსა და ღეროში, რომელიც პასუხისმგებელია სუნთქვაზე, გადაფარავს სტრუქტურებს, რომლებიც განაგებენ ცნობიერებას, ამიტომ კომის დროს ხშირად ვითარდება სუნთქვის დარღვევები.

გუგები. დაათვალიერეთ გუგების ზომები და თანაბარია თუ არა ორივე მხარეს. შეამოწმეთ მათი რეაქცია სინათლეზე. სინათლეზე რეაქციის არსებობა ან არ არსებობა ერთერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ნიშანია სტრუქტურული და მეტაბოლური კომების დიფერენციებისთვის. მეტაბოლური კომის დროს სინათლეზე რეაქცია არ ირღვევა.

თვალების მოძრაობა. დააკვირდით თვალების მდებარეობას და ქცევებს მოსვენებულ მდგომარეობაში. შეამოწმეთ თვალის ცალ მხარეს ჰორიზონტალურ გადანევას *(უპირატესი მზერა).* ორგორც თვალის მამოძრავებელი გამტარი გზა ინტაქტურია, თვალები პირდაპირ იყურება.

იხ. ცხრილი 17-9, მეტაბოლური და სტრუქტურული კომა (გვ. 665) და ცხრილი 4-8, სუნთქვის რიტმის და სიხშირის დარღვევები (გვ. 120).

იხ. ცხრილი 17-10, კომაში მყოფი ავადმყოფების გუგები (გვ. 666).

ორგანულმა დაზიანებამ, როგორიცაა ინსულტი, შეიძლება გამოიწვიოს გუგების ასიმეტრია და სინათლეზე რეაქციის გაქრობა.

ჰემისფეროს ორგანული დაზიანების დროს, თვალები "იყურება დაზიანებისკენ", ანუ დაზიანებული ჰემისფეროსკენ.

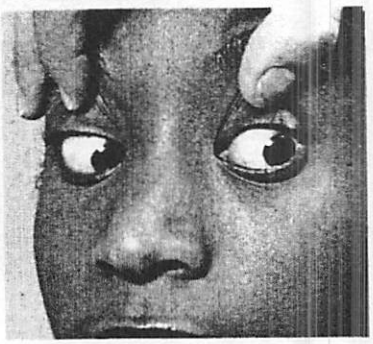
გაღიზიანებითი დაზიანების დროს, როგორიცაა ეპილეფსია ან თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევის არეული სტადია, თვალები იყურება დაზიანებული ჰემისფეროს "საპირისპირო მიმართულებით".

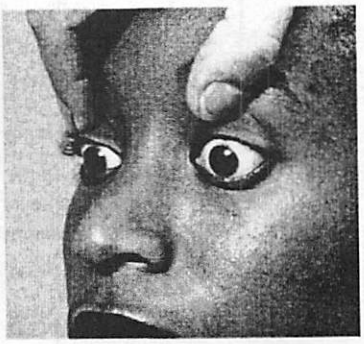
ოკულო-ცეფალური ჰეფლექსი ("თოჯინის თვალების" ფენომენი). ეს ჰეფლექსი დაგეხმარებათ შეაფასოთ ჯომაში მყოფი ავადმყოფის ტვინის ღეროს ფუნქციები. ზემო ქუთუთოები აუწიეთ ისე, რომ თვალები ჯანგად დაინახოთ, თავი სწრაფად გადაუწიეთ ჯეს ეით, შემდეგ მეორე მხარეს. (ტესტის ჩატარებამდე დარწმუნდით, რომ ავადმყოფს კისრის დაზიანება არ აღენიშნა)



ჯომაში მყოფი ავადმყოფი, ვისაც არ აღენიშნება "თოჯინის თვალების" ნიშანი, ნაჩვენებია ქვედა სურათზე. ავადმყოფის ორივე თვალი ეითი მიმართულებით ვერ მოძრაობს, რაც შეამცირებს ტვინის ან ხიდის დაზიანებაზე მიუთითებს.

ჯომატოზუის მდგომარეობაში, როდესაც ტვინის ღერო არ არის დაზიანებული, თავის მოძრაობის დროს თვალები სანინააღმდეგო მიმართულებით მოძრაობს (თოჯინის თვალების მოძრაობა) მაგალითად, მოცემულ სურათზე, ავადმყოფის თავი მარჯვნივაა შებრუნებული, ხოლო თვალები – მარცხნივ. მისი თვალები ისე გამოიყურება, თითქოს ფოტოაპარატს უყურებს. თვალების მოძრაობის დოლის ნიშანი ნორმალურია.





ოკულო-ვესტიბულური ჰეფლექსი (კალორიული სტიმულაციით). როდესაც ოკულოცეფალური ჰეფლექსი არ არის ან გიჭირთ ტვინის ღეროს ფუნქციის შემდგომი გამოკვლევა, შეისწავლეთ ოკულო-ვესტიბულური ჰეფლექსი. დაიმახსოვრეთ, რომ ეს ტესტი არ გამოიყენება ნათელ გონებაზე მყოფ ავადმყოფებში.

დარწმუნდით, რომ დაფის აპკი ხელია და სასმენი მილი გამავალი. ავადმყოფის თავი უნდა ასწიოთ 30°-ით, რათა ტესტი ზუსტად ჩაატაროთ. ყურის ქვეშ დადეთ ჯამი, რათა შიგ დაგროვდეს ყურიდან გადმოღვრილი წყალი. აიღეთ დიდი შპრიცი, გაავსეთ ძალიან ცივი წყლით, ნამოაცვით წვრილი კათეტერი და წყალი შეუშვით სასმენ მილში. დააკვირდით თვალების ჰორიზონტალურ სიბრტყეში გადახრას. ამ ტესტის დროს ჩაქცევის გამოსანვევად დაგჭირდებათ 120 მლ წყალი. ჯომაში მყოფი პაციენტის თვალები, ვისაც არ აქვს დაზიანებული ღერო, გადაიხრება *გალიზიანების მხარეს*. პირველი ჩაქცევის გაჩრობის შემდეგ, თუ საჭიროა (3-5 წთ-ის შემდეგ) ტესტი მეორე მხარეს გაიმეორეთ.

გალიზიანებაზე ჩაქცევის არ არსებობა ტვინის ღეროს დაზიანებაზე მიუთითებს.

პოსტურა და კუნთოვანი ტონუსი. დააკვირდით ავადმყოფის პოზას. თუ სპონტანური მოძრაობები არ აღინიშნება, შეგიძლიათ გამოიყენოთ ტკივილით გალიზიანება (იხ. გვ. 643). გამოკვლევის შედეგად მიღებული მოძრაობები ასე შეგიძლიათ დაახასიათოთ:

იხ. ცხრილი 17-11, ჯომაში მყოფი ავადმყოფის დარღვეული პოზები, გვ. 667.

- *ნორმული* – ავადმყოფი თავიდან იცილებს გალიზიანებას
- *სტერეოტიპული* – გალიზიანება იწვევს სხეული და კიდურების არანორმალურ მდებარეობით ჩაქცევას

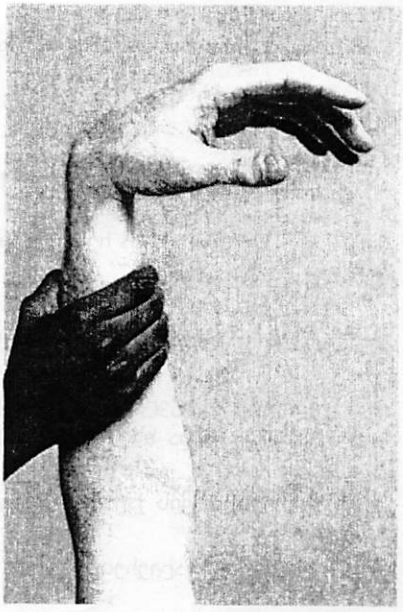
ჭარბობს ორი სახის სტერეოტიპული ჩაქცევა: *დეკორტიკაციული რიგიდობა* და *დეცერებრული რიგიდობა* (იხ. ცხრილი 17-11, ჯომაში მყოფი ავადმყოფის დარღვეული პოზები, გვ. 667.

- *ხბილი დამბლა ან ჩაქცევის არარსებობა*

ეით მხარეს ჩაქცევის არ არსებობა მიუთითებს ჯორტიკოსპინალური ტრაქტის დაზიანებაზე.

ჯუნთების ტონუსის შესამოწმებლად მოჯიდეთ ხელი მაჯაში და აუნიეთ ხელი ვეჩტიჯალუს მდებარეობაში. დააჯვირხეთ ხელის პოზიციას, ჩომელიც, ჩვეულებრივ, ოდნავ მოხრილი უნდა იყოს მაჯაში.





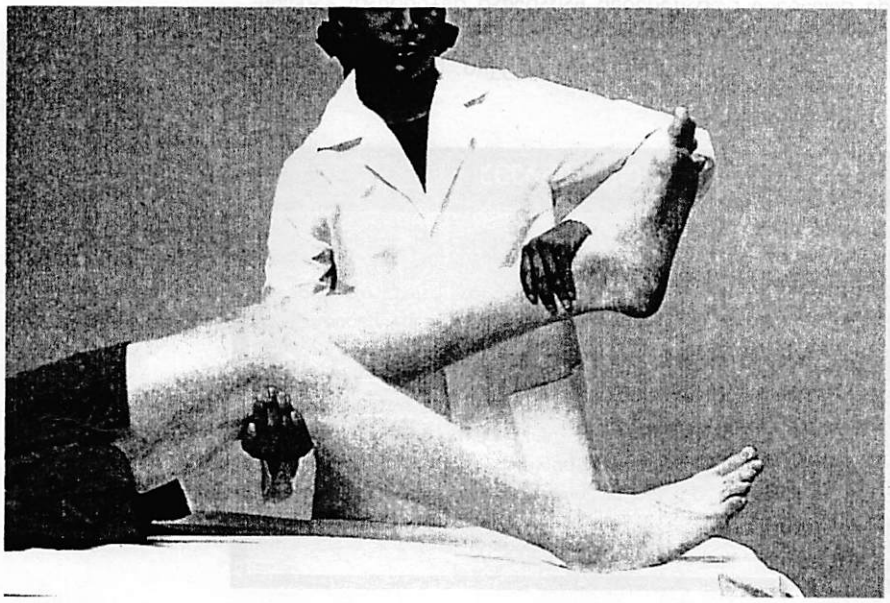
შემდეგ ფეხი აუნიეთ სანოლის ზედაპირიდან 30-50 სმ-ზე და ხელი გაუშვით. დააჯვირხეთ მის დავარხენას. ნორმალურად ფეხი ნელა ვარხევა.

ავადმყოფს ფეხები მოუხარეთ მუხლის სახსარში, შემდეგ ეითი ფეხი გაუშალეთ და ხელი გაუშვით, რომ ჩამოვარხეს (იხ. შემდეგი გვერდი). შეადარეთ ფეხების ჩამოვარხნის სისწრაფე.

თავის ტვინის მწვავე დაზიანების დროს განვითარებული ჰემიპლეგიის გამო ხელი ჩამოვარხნილია მაჯაში. ხელის მტევნის ჩამოვარხნა მაჯასთან მართ ჯუთხეს ქმნის.

მოდუნებული მხარი სწრაფად ვარხევა, როგორც ტეტი.

მწვავე ჰემიპლეგიის დროს მოდუნებული ფეხი უფრო სწრაფად ვარხევა.



ოჩივე ფეხი ისე მოუხახეთ, ჩომ ქუსლები სანოლს ებჯინებოდეს და შემდეგ აუნიეთ. ნოჩმაღუჩად ფეხები სანყის მდებახეობას ნეღა უბჩუნდება.

შემდგომი გამოკვლევები

ჩოდესაც დაასჩეღებთ ნევჩოღოგიუჩ გამოკვლევებს, შეამოწმეთ სახის ასიმეტჩია, ასევე მოტოჩეღი, სენსოჩეღი და ჩეფღექსუჩი ფუნქციების ასიმეტჩია. თუ ნაჩვენებია, შეამოწმეთ მენინგეალუჩი ნიშნები.

თუ ატახებთ ზოგად ობიექტუჩ გამოკვლევას, ყუჩადღება მიაქციეთ ჩაიმე უჩვეულო სუნს.

დააკვიჩდით კანის ცვლიღებებს ფეჩის, ნამიანობის ჩათვლით, სისხლდენის ნიშნებს, ნემსის ნაჩხვლეტებს და სხვა დაზიანებებს.

დაათვალიეჩეთ თავის ქალა და კანი ტჩავმის ნიშნებზე.

ყუჩადღებით დაათვალიეჩეთ თვალის ფსკეჩი.

შეამოწმეთ ჩქოვანას ჩეფღექსი. (გახსოვდეთ, ჩომ კონტაქტუჩი ღინზების ხმაჩება ამ ჩეფღექსს აჩჩობს)

დაათვალიეჩეთ ყუჩები და ცხვიჩი და გამოიკვლიეთ პიჩის ღრუ და ხახა.

აუცილებლად გამოიკვლიეთ ბუღი, ფიღტვები და მუცელი.

მწვავე ჰემიპლეგიის დროს დასუსტებულ ფეხი სწრაფად ვარდება და ბარძაყი გარეთ ტრიალდება.

მენინგიტი, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა

ატაქსიული, ღვიძლის უკმარისობა, ურემია

სიყვითლე, ციანოზი, ალებისფერი ნითელი ფერი ნასწორებით მონამვლის გამო

სისხლჩაქცევა, ჭრილობა, შესიება

მხედველობის დვრილის შეშუპება, ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია

ჩეფლექსების დაკარგვა აღინიშნება კომის და თავის ტვინის V და VII ნერვების დაზიანების დროს

ცხვირში ან ყურებში სისხლის ან თავ-ზურგტვინის სითხის არსებობა მიუთითებს თავის ქალას მოტეხილობაზე; შუა ყურის ანთება მიუთითებს თავის ტვინის შესაძლო აბსცესზე.

ენის დაზიანება გულყრაზე მიუთითებს.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ დასაწყისში მიღებული მონაცემების ჩასაწერად შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნინადადებები; შემდეგ – ფრაზები. ქვემოთ მოტანილი ნიმუში შეიცავს სტანდარტულ ფრაზებს. ყურადღება მიაქციეთ ნერვული სისტემის გამოკვლევის ხეთ შემადგენელ ნაწილს და ჩანაწერს.

მიღებული მონაცემების ჩანერა - ნერვული სისტემა

*"**მენტალური სტატუსი:*** ცოცხალი, მოდუნებული, კონტაქტური. ახროვნება სწრაფი, თანმიმდევრული . ადგილში, დროსა და გარემოში ორიენტირებული. ***თავის ტვინის ნერვები:*** I – არ ისინჯება; II – დან XII-მდე – ინტაქტურია. ***მოტორული სისტემა:*** კუნთების მასა და ტონუსი კარგია. ძალა 5/5 ყველგან. ნათხემი – სწრაფი ალტერნაციული მოძრაობები , ცხვირ-თითისა და მუხლ-ქუსლის ცდა ინტაქტურია. სიარული ნორმალური. ორმხრივი – დახურული თვალებით შენარჩუნებულია ნონასწორობა. პრონატორის გადანაცვლება არ აღინიშნება. ***სენსორული სისტემა:*** ნემსით ჩხვლეტა, მსუბუქი შეხება, მდებარეობის და ვიბრაციის შეგრძნება ნორმალურია. ***რეფლექსები:*** 2+ და სიმეტრიული ფეხის პლანტარული დაღმავალი."

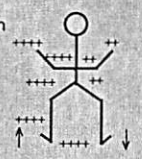
(გაგრძელება)

(გაგრძელება)

ან

"მენტალური სტატუსი: ავადმყოფი აქტიურია, ცდილობს კითხვებზე პასუხის გაცემას, მაგრამ უჭირს სიტყვების მოძებნა. თავის ტვინის ნერვები: I - არ ისინჯება; II – მხედველობის სიმახვილე ინტაქტურია, მხედველობის ველები სრული; III, IV, VI – თვალის მოძრაობები ნორმალური; V მოტორული – საფეთქლისა და საღეჭი კუნთები ნორმალურია; მგრძნობიარე – ჭორვნას რეფლექსი აღინიშნება; VII მოტორული – სახის მრჯვენა ნახევარი ჩამონეულია და მრჯვნივ ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გასაღავებულია, სახის მრცხენა ნაწილის მოძრაობა ინტაქტურია, მგრძნობიარე – არ ისინჯება; VIII – ჩურჩულზე სმენა ინტაქტურია ორივე მხარეს; IX, X – ღებინების რეფლექსი ინტაქტურია; XI – მკერდ-ღვივნ-დვრილისებრი და ტრაპეციული კუნთების ძალა 5/5; XII – ენა შუახაზზეა. მოტორული სისტემა: მრჯვნივ ორთავა, სამთავა, თეძო-სუკის, დუნდული, ოთხთავა, მუხლქვეშა და ჯოჭის მომხრეი და გამშლელი კუნთების ძალა 3/5, ჯანგი მასის, მაგრამ ტონუსის და სპასტიკურობის მომატებით. მრცხენა მხარეს შესაბამისი კუნთების ძალაა 5/5 ჯანგი მასით და ტონუსით. სიარული – ტესტი ვერ ტარდება. ნათხემი – მრჯვენა ფეხის და ხელის სისუსტის გამო მრჯვნივ ტესტი ვერ ტარდება. სწრაფი არტერიალური მოძრაობები, ცხვირ-თითისა და მუხლ-ქუსლის ცდები მრცხენივ ინტაქტურია. Romberg-ის (რომბერგის) ტესტი ვერ ტარდება მრჯვენა ფეხის სისუსტის გამო. აღინიშნება მრჯვენა ჰორიზონტალური ნაღვარცვლება. *მგრძნობელობა:* მრჯვნივ სახეზე, მკლავზე და ფეხზე ნემსის ჩხვლეტის მგრძნობელობა დაქვეითებულია, მრცხენივ – ნორმალური. სტერეოგნოზია და დისკრიმინაციული მგრძნობელობა არ ისინჯება. *რეფლექსები* (შეიძლება ჩაინერეოს ორი სახით):

	ორთავას,	სამთავას,	მხარის,	მუხლის,	ჯოჭის,	პლანტარული
მრჯვ	4+	4+	4+	4+	4+	↑
მრცხ	2+	2+	2+	2+	1+	↓



მიუთითებს მრცხენა ჰემისფეროს ინსულტზე, მრცხენა შუა არტერიის აუზში მრჯვენამხრივი ჰემიპარეზით.

CITATIONS

1. Marjama-Lyons JM, Koller WC. Parkinson's disease: update in diagnosis and symptom treatment. Geriatrics 56(8):24-35, 2001.
2. Kistler JP, Hakan A. Definition and clinical manifes-tations of stroke and transient cerebral ischemia. Available at: www.utdol.com. Accessed December 4, 2004.
3. Kidwell CS, Warach S. Acute Ischenuc cerebrovascular syn-drome: diagnostic criteria. Stroke 34(12):2995-2998, 2003.
4. Albers GW, Caplan I,R, Easton JD, et al. Transient ischemic attack-proposal for a new definition. N Engl J Med 347(21): 1713-1716,2002.
5. Johnston SC, Gress DR, Browner WS, et al. Short-term prog-nosis after emergency department diagnosis of TIA. JAMA 284(22):2901-2906, 2000.
6. Douglas JG, Bakris GL, Epstein M, et al. Management of high blood pressure in African Americans: consensus statement of the Hypertension in African Americans Working Group of the International Societ on Hypertension in Blacks. Arch Intern Med 163(5):525-541, 2003.
7. Corvol JC, Bouzamondo A, Sirol M, et al. Differential effects of lipid-lowering therapies on stroke prevention: a meta-analysis of randomized trials. Arch Intern Med 163(6):669-676, 2003.
8. Collins R, Armitage J, Parish S, et al. Effects of cholesterol--lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. Lancet 363(9411):757-767, 2004.
9. Gill JS, Shipley MJ, Tsementzis SA, et al. Alcohol consumption - a risk factor for hemorrhagic and non-hemorrhagic stroke. Am J Med 90(4):489-497, 1991.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events-chemoprevention. January 2002. Accessed December 4, 2004.

ADDITIONAL REFERENCES

Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System: Med-ical Research Council Memorandum No. 45. London, Her Majesty's Stationery Office, 1976.

Booth CN, Boone K-I, Tomlinson G, et al. Is this patient dead, vegetative, or severely neurologically impaired? JAMA 291(7): 870-879,2004.

სინჯოპე და მსგავსი პათოლოგიები

პრობლემა	მექანიზმი	ხელშემწყობი ფაქტორები
ვაზოდეპრესორული ან ვაზოვაგუსური სინკოპე *(ხშირად სუსტი)*	სწრაფი პერიფერიული ვაზოდილატაცია, განსაკუთრებით ჩონჩხის კუნთების გულის წუთმოცულობის კომპენსატორული მომატების გარეშე. სისხლის ნაკლები ცირკულაცია. ხშირად ნელა იწყება და ნელა უკუგანვითარდება.	ძლიერი ემოცია, ჰიპოპრესია ან ტკივილი
ჰიპერვენტილაციური ჰიპოკაპნია	▪ *ცენტრალური ნეიროგენული ჰიპერვენტილაცია,* რომელიც ხასიათდება ცნობიერების დაქვეითებით, ტეტანიით, ჰიპოკაპნიით, ალკალოზით, ჰიპოფოსფატემიით, ჰიპოკალციემიით	▪ ფსიქოგენური ან ორგანული ტვინის დაზიანება
ჰიპოტენზია	▪ *ჰიპოვოლემია,* რომელიც ხასიათდება გულის წუთმოცულობის და სისხლის ნაკადის შემცირებით, ორგანოების პერფუზიის დარღვევით	▪ სისხლდენა ან დეჰიდრატაცია
ხველასთან დაკავშირებული სინკოპე	ზოგიერთი შესაძლო მექანიზმი დაკავშირებული გულ-მკერდის შიგნითა ნაკადის მომატებასთან	მძიმე ჰიპოქსიზმიური ხველა სანოლიდან ნამოდგომის შემდეგ
შარდვასთან დაკავშირებული სინკოპე	გაურკვეველია	შარდის ბუშტის დაცლა
გული-სისხლძარღვთა დაავადებები *არითმიები*	გულის წუთმოცულობის შემცირება არითმიის გამო, როდესაც გულისცემა ძალიან სწრაფია (ჩვეულებრივ 180 დარტყმაზე მეტი წთ-ში) ან ძალიან შენელებული (35-40-ზე). ხშირად უეცრად იწყება და უეცრად ქრება.	რიტმის უეცარი ცვლილება
აორტის სტენოზი და ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია	დატვირთვის შედეგად ეცემა სისხლძარღვთა ჩეხისტენტობა, მაგრამ გულის წუთმოცულობა ვერ იზრდება	ფიზიკური დატვირთვა
მიოკარდიუმის ინფარქტი	უეცრად განვითარებული არითმია ან გულის წუთმოცულობის შემცირება	სხვადასხვა
ფილტვის არტერიის მასიური თრომბოემბოლია	სწრაფი ჰიპოქსია ან გულის წუთმოცულობის შემცირება	სხვადასხვა, ხანგრძლივი წოლა და თრომბოემბოლია
სინკოპეს მსგავსი პათოლოგიები *ჰიპერვენტილაციის შედეგად განვითარებული ჰიპოკაპნია (სისხლში ნახშირორჟანგის შემცველობის შემცირება)*	თავის ტვინის სისხლძარღვების შევიწროვება ჰიპერვენტილაციის შედეგად განვითარებული ჰიპოკაპნიის დროს	შესაძლო სტრესული სიტუაცია
ჰიპოგლიკემია	თავის ტვინის ნორმალური მეტაბოლიზმის შენარჩუნებისთვის გლუკოზის ნაკლებობა; სიმპტომებს იწვევს ეპინეფრინის სეკრეცია	ცვალებადი, შიმშილის ჩათვლით
მეკვლიღი (კონვერსიული) ჰალუცინოზი განპირობებული ისტერიული ფსიქოზი	მიღებული აზრების გამოხატვა სიმბოლურად სხეულის ენით. კანის ფერი და სასიცოცხლო ნიშნები ნორმალურია; ზოგჯერ არაბუნებრივი და მიზანმიმართული მოძრაობებია; ვლინდება სხვა ადამიანების თვალწინ	სტრესული სიტუაცია

სინუსოვე და მსგავსი პათოლოგიები

წინამორბედი ფაქტორები	პროდრომული გამოვლინებები	სხეულის მდებარეობასთან კავშირი	მდგომარეობის გაუმჯობესება
სისუსტე, შიმშილი, გახემოს მაღალი ტემპერატურა	დაღლა, სისუსტე, გაფითრება, გულისრევა, საღივასია, ოფლიანობა, მთქნარება	ჩვეულებრივ, ვითარდება ფეხზე დგომის დროს, ზოგჯერ შეიძლება ჯდომის დროსაც განვითარდეს	ცნობიერების დაბრუნება ხდება დანოღის შემდეგ, მაგრამ სიფეთ-მაჩითაღე, სისუსტე, გულისრევა და მცირე გაბრუება ცოტა ხნით გრძელდება
• პერიფერიული ნეიროპათიები და ავტონომიური ნერვული სისტემის დაავადებები; ანტიჰიპერტენზიული და ვაზოდილატაციური პრეპარატები; ხანგრძლივი ნოღა.	• ხშირად არ არის	• ვლინდება ადამიანის ფეხზე დადგომის დროს	• დანოღის შედეგად სიმპტომები ქრება
• ჯერ-ნაწლავის ტრაქტიდან და ტრავმული სისხლდენა, ხელს უწყობს შარდმდენების მიღება, გულისრევა, ფაღარათი, პოლიურია	• გაბრუება და გულის ფრიალი (ტაქიკარდია) ფეხზე დგომის დროს	• ჩვეულებრივ ფეხზე დადგომის დროს ვითარდება	• უმჯობესდება დანოღის შედეგად
ქრონიკული ბრონქიტი განვითარებული ჯუნთოვანი სისტემის მქონე მამაკაცებში	ხშირად არაფერი ხვდება გარდა	შეიძლება განვითარდეს	სწრაფად უბრუნდება ნორმას
ნიქტურია, ჩვეულებრივ, ასაკოვან მამაკაცებში	ხშირად არაფერი	ნებისმიერ მდებარეობაში	სწრაფად უბრუნდება ნორმას
გულის დაავადებები და ხანდაზმული ასაკი, არიტმიის მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითება	ხშირად არაფერი	ფეხზე დგომა მარტივის დროს	სწრაფად უბრუნდება ნორმას, სანამ განვითარდება თავის ტვინის დაზიანება
გულის დაავადებები	ხშირად არაფერი, უეცრად იწყება	შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ მდებარეობაში	ჩვეულებრივ, სწრაფად უბრუნდება ნორმას
გულის იშემიური დაავადება	ხშირად არაფერი	ვლინდება ფიზიკური დატვირთვის დროს ან მის შემდეგ	ცვალებადი
ღრმა ვენების თრომბოზი	ხშირად არაფერი	შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ მდებარეობაში	ცვალებადი
ნევროზული მეტყველება და ჰიპერვენტილაცია	ქოშინი, გულის ფრიალი, დისკომფორტი გულ-მკერდის არეში, დაბუჟება და ჩხვლეტა ხელებში და პირის გარშემო, რომელიც ხანმოკლე წუთი გრძელდება. ხშირია ცნობიერების დაქვეითება	შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ მდებარეობაში	ჰიპერვენტილაციის შეწყვეტის შემდეგ მდგომარეობა ნელა უმჯობესდება
ინსულინით მკურნალობა და სხვადასხვა მეტაბოლური დაქვეითებები	ოფლიანობა, ტრემორი, გულის ფრიალი, შიმშილის გრძნობა, ცნობიერების დაქვეითება, კომა. ჭეშმარიტი კოლაფსი დამახასიათებელი არ არის	შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ მდებარეობაში	ცვალებადი, გამოკიდებულია სიმძიმეზე და მკურნალობაზე
პიროვნების ისტერიული ხასიათი	ცვალებადი	შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ მდებარეობაში ხშირად ფეხზე მდგომი ავადმყოფი ვარდება დაზიანების გარეშე	ცვალებადი, შეიძლება გახანგრძლივდეს, ხშირად ცვალებადი ხასიათისა

ჰარციალური გაცყრები

ჰარციალური გაცყრები იწყება ადგილობრივი გამოვლინებებით. ისინი იყოფა *მარტივ ჰარციალურ გაცყრად*, როდესაც არ იცვლება ცნობიერება და *კომპლექსურ ჰარციალურ გაცყრად*, როდესაც ცნობიერება იცვლება. *ჰარციალური გაცყრა შეიძლება გახდეს განზოგადებული.* ყველა სახის ჰარციალური გაცყრა, ჩვეულებრივ, მიუთითებს თავის ტვინის ქერქის დაზიანებაზე, როგორიცაა ნაწიბური, სიმსივნე ან ინფექცია. ასეთი გაცყრების ხასიათი ექიმს ეხმარება დაადგინოს გამომწვევი მიზეზის ლოკალიზაცია.

ჰარობაცია	**ცლინიკური გამოვლინებები**	**გაცყრის შემდგომი მდგომარეობა**
ჰარციალური გაცყრა		
მარტივი ჰარციალური გაცყრა		
▪ მოტორული სიმპტომებით Jackson-ის (ჯეკსონის)	ტონური და შემდეგ ცლონური მოძრაობები, რომლებიც იწყება ცალ მხარეს თავის, ტერფის ან ხელის არეში და ვრცელდება სხეულის სხვა ნაწილებზე იმავე მხარეს	ცნობიერება ნათელია
სხვა მოტორული	თავის და თვალების შეტრიალება ცალ მხარეს ან კიდურების ტონური და ცლონური მოძრაობები Jackson-ის (ჯეკსონის) მსგავსი გავრცელების არეში	ცნობიერება ნათელია
▪ მგრძნობელობის სიმპტომებით	დაბუჟება, ჩხვლეტა; მარტივი მხედველობითი, სმენითი ან ყნოსვითი ჰალუცინაციები, როგორიცაა თვალებში ნათება, ყურებში ხმაური ან ხარმე სუნი	ცნობიერება ნათელია
▪ ავტონომიური სიმპტომებით	ეპიგასტრიუმის არეში "ცნაური შეგრძნება", გულისრევა, სიფერმკრთალე, განიერება, გაბერვა	ცნობიერება ნათელია
▪ ფსიქიატრიული სიმპტომებით	შფოთვა ან შიში; გაშინაურება (déjà vu) ან არა-ნაცნობის შეგრძნება; მთვლემარე მდგომარეობა, შიში ან ირისხვა; ჰალუცინაციები	ცნობიერება ნათელია
კომპლექსური ჰარციალური გაცყრა	გაცყრა შეიძლება განვითარდეს ან არა ზემოთ აღნერილი ავტონომიური ან ფსიქიკური სიმპტომებით. ცნობიერება დარღვეულია და პიროვნება დაბნეულია. ავტომატიზმი მოიცავს ავტომატურ მოტორულ ქცევებს, როგორიცაა ღეჭვა, ტუჩების მოძრაობა, თითქოს გემოს სინჯავს, უაზრო სიარული, არა ადეკვატურად ჩაცმა; ასევე უფრო გართულებულ და გამოცდილ ჩვევებს, როგორიცაა მანქანის ტარება.	ავადმყოფს შეიძლება ახსოვდეს საწყისი ავტონომიური ან ფსიქიკური სიმპტომები (რასაც შემდეგ *აურა* ეწოდება), მაგრამ გაცყრის შემდეგ ამნეზია აღნიშნება. შეიძლება განვითარდეს ხანმოკლე დაბნეულობა და თავის ტკივილი.
ჰარციალური გაცყრა, რომელიც განზოგადებული ხდება	ჰარციალურ გაცყრას, რომელიც განზოგადებული ხდება, ტონურ-ცლონური გაცყრა ენოდება (იხ. შემდეგ გვერდზე). სამწუხაროდ, ავადმყოფს არ შეუძლია დაწყების გახსენება, რის გამოც დამკვირვებელი მას ვერ აღნიშნავს.	როგორც ტონურ-ცლონური გაცყრის დროს, რაც შემდეგ გვერდზეა აღნერილი. ორი ნიშანი მიუთითებს ნაწილობრივ გაცყრაზე, რომელიც განზოგადებული ხდება: (1) *აურის* არსებობა და (2) გაცყრის შემდეგ პერიოდში *ლოკალური* ნევროლოგიური ნიშნების არსებობა.

ჰისტოქსიზმული დაჩვენები (გაგრძელება)

გენეტიკურად განპირობებული გულყრები და ფსევდოგულყრები
გენეტიკურად განპირობებული გულყრების დროს აღინიშნება სხეულის ორივე ნახევრის მოძრაობა, ცნობიერების დაქვეითება ან ორივე ერთად. ეს გულყრა მიეთითებს ქერქის გავრცელებულ, ორმხრივ დაზიანებაზე, რაც შეიძლება იყოს მემკვიდრული ან შეძენილი. როდესაც გენეტიკურად განპირობებული გულყრა ტონურ-კლონური მონაცვლეობით (დიდი გულყრები) ბავშვობის ან მოზარდის ასაკში იწყება, ხშირად მემკვიდრულია. როდესაც ტონურ-კლონური გულყრები 30 წლის შემდეგ იწყება, მიეთითებს ან ნანიღობრივ გულყრაზე, რომელიც გენეტიკურად განპირობებულ გულყრაზე, რომლის მიზეზია ტოქსიკური ან მეტაბოლური დაქვეითება. ტოქსიკური და მეტაბოლური მიზეზებია ალკოჰოლის ან სედატიური ჰიპნოტიკების ჭარბი მოხმარება, ურემია, ჰიპოგლიკემია, ჰიპერგლიკემია, ჰიპონატრემია და ბაქტერიული მენინგიტი.

ჰრობლემა	კლინიკური გამოვლინებები	გულყრის შემდგომი პერიოდი
გენეტიკურად განპირობებული გულყრა *ტონურ-კლონური კონვულსიები (დიდი გულყრა)**	პირობნება უცებ ქარგავს გონებას, ზოგჯერ ყვირილით, სხეულის გაშეშებით და ტონური ჩიგნობით. სუნთქვა ჩერდება და ვითარდება ციანოზი. ამას მოჰყვება კუნთების რიტმული შეკუმშვის კლონური ფაზა. სუნთქვა განახლდება და ხდება ხმაურიანი, გაძლიერებულია სალივაცია. შეიძლება განვითარდეს სხეულის დაზიანება, ენის მოკვნეტა, უნებლიე შარდვა.	გაბრუება, ძილიანობა, სისუსტე, თავის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ზოგჯერ ხანმოკლე ორმხრივი ნევროლოგიური დეფიციტის ნიშნები, როგორიცაა ჰიპერრეფლექსია და ბაბინსკის ნიშანი. პირობნებას აღენიშნება ამნეზია გულყრაზე და არა აქვს არავითარი.
აბსანსი	ცნობიერების უცბად ხანმოკლე დაკარგვა, მომენტალური ხამხამით, დაჟინებული მზერით, ტუჩების ცმაცუნით და ხელების მოძრაობით, მაგრამ ავადმყოფი არ ვარდება. განარჩევენ ორ ქვეტიპს. მცირე გულყრა – აბსანსის ხანგრძლივობა 10 წმ-ზე ნაკლებია და უცბად მთავრდება. ატიპიური აბსანსი გრძელდება 10 წმ-ზე მეტად.	არავითარი აღენიშნება. აბსანსის შემდეგ გონება მაშინვე ნორმას უბრუნდება; ატიპიური აბსანსის დროს აღინიშნება მცირე გაბრუება.
ატონიური გულყრა ან მეტევა ვარდნით (drop-attak)	გონების უცბად დაკარგვა დავარდნით მოძრაობების გარეშე. შეიძლება განვითარდეს სხეულის დაზიანება	გონება მაშინვე ნორმას უბრუნდება ან აღინიშნება მცირე გაბრუება
მიოკლონუსი	სხეულის ან კიდურების უცბადი, ხანმოკლე, სწრაფი მკვეთრი მოძრაობები. არსებობს სხვადასხვა ტიპის დაზიანებები	ცვალებადი
ფსევდოგულყრები ჰგავს გულყრას, მაგრამ მისი გამომწვევია კონვერსიული ჰეპატიტი (ფსიქოლოგიური დაზიანებები)	მოძრაობებს შეიძლება ჰქონდეს პირობნები სიმბოლური მნიშვნელობა და ხშირად არ მოჰყვება ნეირო-ანატომიური ნიშნები. დაზიანება არ არის დამახასიათებელი	ცვალებადი

* ფებრილური გულყრა ჰგავს ტონურ-კლონურ გულყრას და შეიძლება განვითარდეს ახალშობილებში და პატარა ბავშვებში. ეს გულყრა ჩვეულებრივ კეთილთვისებიანია, მაგრამ იშვიათად შეიძლება იყოს ეპილეფსიური დაავადების პირველი მანიფესტირება.

ტრემორი და უნებლიე მოძრაობები

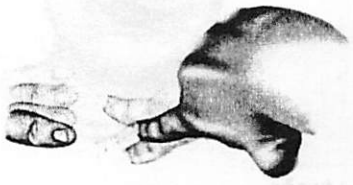
ტრემორი: ტრემორი არის შედარებით რიტმული ხშირი მოძრაობა, რომელიც იყოფა სამ ჯგუფად: მოსვენების (სტატიკური) ტრემორი, პოსტურული ტრემორი და ინტენციური ტრემორი



მოსვენების (სტატიკური) ტრემორი
ტრემორის ეს სახე უფრო ძლიერდება მოსვენებისას და მცირდება ან ქრება ნებითი მოძრაობების დროს. სუსხათზე ნაჩვენებია ხშირი, შედარებით ნელი, მცირე ამპლიტუდის, ბუხთუცის გორვის მსგავსი ტრემორი პარკინსონიზმის დროს, დაახლოებით 5 მოძრაობა წამში.



პოსტურული (მოძრაობის) ტრემორი
ამ სახის ტრემორი ვითარდება პოზის შენარჩუნების დროს. მაგალითებია მცირე ამპლიტუდის სწრაფი ტრემორი ჰიპერთირეოზის, შფოთვისა და სისუსტის დროს, ჯეთილთვისებიანი ესენციური (ზოგჯერ ოჯახური) ტრემორი. ტრემორი შეიძლება გაუარესდეს ყურადღების გამახვილებით.



ინტენციური ტრემორი
ინტენციური ტრემორი მოსვენების დროს არ ვლინდება, მაგრამ ჩნდება მოძრაობის დროს და უარესდება, როდესაც სამიზნე ახლოს მდებარეობს. მიზეზებია ნათხემის გამტარი გზების დაზიანება, მაგ. გაფანტული სკლეროზის დროს



პირი-სახის დისკინეზია
პირი-სახის დისკინეზია არის რიტმული, განმეორებადი, შეცვლილი მოძრაობები, რაც მოიცავს სახეს, პირს, ქვედა ყბას და ენას: მიმიკის შეცვლა, ტკრების ცმაცუნი, ენის გამოყოფა, პირის გაღება და დახუჭვა და ქვედა ყბის გვერდზე განევა. ტანი და ტიდუები ნაკლებად არის პროცესში ჩართული. ეს მოძრაობები შეიძლება იყოს მოგვიანებითი გართულება ფსიქოტროპული ჰეპარატების მიღების, როგორიცაა ფენოთიაზინი და ენთდება შენელებული (გვიანი) დისკინეზია. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ხანგრძლივი ფსიქოზის დროს, ასევე ზოგიერთ ხანდაზმულ პიროვნებაში, მაგალითად უკბილო ადამიანებში.

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)



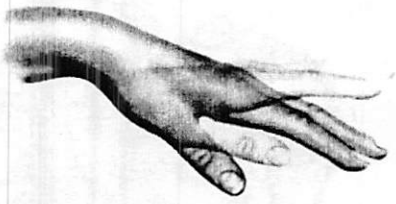
ტიკები
ტიკი არის ხანმოკლე, განმეორებადი, სტერეოტიპული, ჯოჯოხეთისებური მოძრაობა, რომელიც არა თანაბარი ინტერვალებით ჩნდება. მაგალითებია, განმეორებადი ხამხამი, სახის მიმიკის შეცვლა, მხრების აჩეჩვა. მიზეზებია Tourette-ს (ტურეტის) სინდრომი, პრეპარატების მიღება, ჰოგოჩიცაა ფენოთიაზინი და ამფეტამინი.



დისტონია
დისტონიური არის დაახლოებით ეთნიური ათეტოდური მოძრაობები, მაგრამ ხშირად მოიცავს სხეულის ფართო ნაწილებს ტანის ჩათვლით. შეიძლება გამოვლინდეს გროტესკული, დამახინჯებული პოზა. მიზეზებია პრეპარატების მიღება, ჰოგოჩიცაა ფენოთიაზინი, ჯუნთების პირველადი დისტონია, სუიათზე ნაჩვენები სპაზმური ტორტიკოლისი



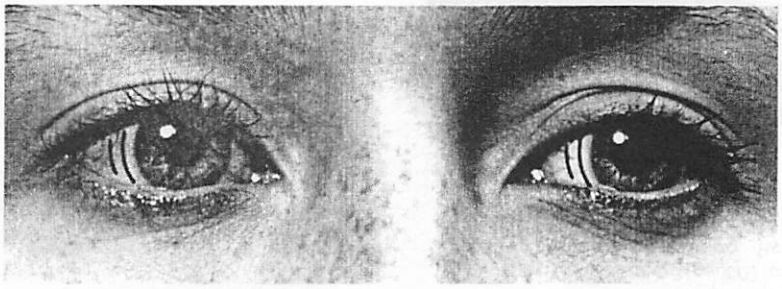
ათეტოზი
ათეტოზური მოძრაობა არის ნელი და უფრო დამახინჯებული, უფრო დაუღალავი, ვიდრე ქორეის მსგავსი მოძრაობა, აქვს დიდი ამპლიტუდა. ყველაზე ხშირად ვლინდება სახეზე და ხელების დისტალურ ნაწილებზე. ათეტოზს ხშირად ახლავს სპასტიკურობა. მიზეზია ცერებრული დამბლა.



ქორეა
ქორატული მოძრაობა არის ხანმოკლე, სწრაფი, მკვეთრი, არა ჩვეულებრივი და მოულოდნელი. ის შეიძლება განვითარდეს მოსვენებისას და ნორმალური ჯოჯოხეთისებური მოძრაობის დროს. ტიკისგან განსხვავებით, ისინი იშვიათად მეორდებიან თავისით. ხშირად ვითარდება სახეზე, თავზე, ფეხებზე და ხელებზე. მიზეზებია სიდენჰამის ქორეა (რევმატიზმთან ერთად) და Huntington-ის (ჰანტინგტონის) დაავადება.

ნისტაგმი ახის თვალების იიტმული ხედვა, სხეულის სხვა ნაწილების ტიპმოხის ანალოგიურად. მას მიავალი მიზეზი აქვს, მათ შორის აღრეული ასაკში მხედველობის დაქვეითება, ღებინოინთის და ნათხემის სისტემის დაზიანება და ნამღებით ინტოქსიკაცია. ნორმალურად ნისტაგმი ვლინდება, როდესაც ადამიანი უყურებს სწორფად მოძრავ საგანს (მაგალითად მატარებელს). განიხილეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი ნისტაგმის სამი დამახასიათებელი ნიშანი. დიფერენციული დიაგნოზი ნახეთ ნევროლოგიის სახელმძღვანელოში.

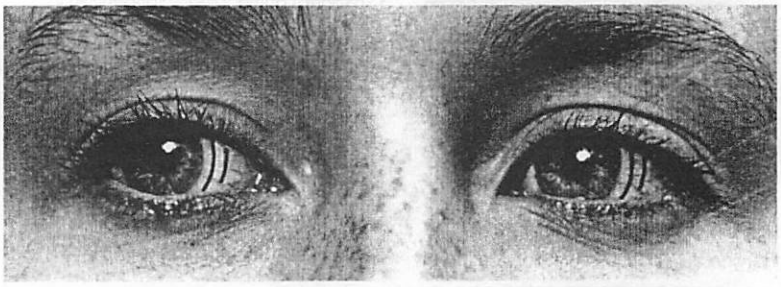
სწორფი და ნელი კომპონენტების მიმართულება
მაგალითი: მარცხენა ნისტაგმი – სწორფი, მკვეთრი მოძრაობა მარცხნივ თითოეულ თვალში, შემდეგ ნელი – მარჯვნივ



ჩვეულებრივ, ნისტაგმს აქვს ნელი და ჩქარი მოძრაობები, მაგრამ მიმართულება განისაზღვრება სწორფი ფაზით. მაგალითად, თუ თვალები მკვეთრად მოძრაობს ავადმყოფის მარცხენა მხარეს და უკან მარჯვნივ ნელა ბრუნდება, ვამბობთ, რომ ავადმყოფს ნისტაგმი აქვს მარცხნივ.

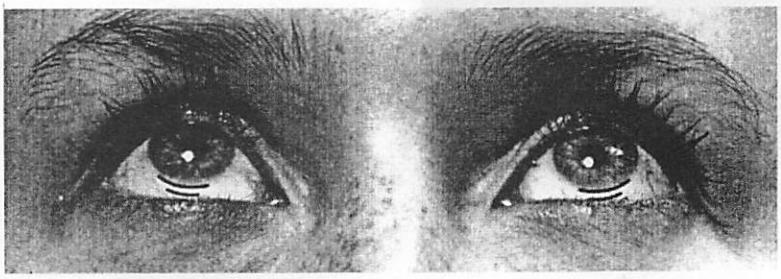
იშვიათად, ნისტაგმი წარმოდგენს მხოლოდ ხედვას ნელი და სწორფი კომპონენტების გარეშე. მას უწოდებენ ქანქარისებურს.

მოძრაობის სიბრტყე
ჰორიზონტალური ნისტაგმი



ნისტაგმი შეიძლება გამოვლინდეს ერთ ან რა სიბრტყეში (მაგ. ჰორიზონტალური, ვერტიკალური ან ბრუნვითი). ეს არის მოძრაობის სიბრტყე და არა მზერის მიმართულება, რაც განსაზღვრავს ამ განსხვავებას.

ვერტიკალური ნისტაგმი



(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

ნისტაგმი (გაკეთება)

ბრუნვითი ნისტაგმი



ცქერის მიმართულება, რომლის დროსაც ნისტაგმი ჩნდება
მაგალითი: ნისტაგმი მარჯვნივ ლატერალური ცქერის დროს
ნისტაგმი აღინიშნება (მარჯვნივ ლატერალური ცქერა)



მიუხედავად იმისა, რომ ნისტაგმი შეიძლება აღინიშნებოდეს ცქერის ყველა მიმართულებაზე, ის შეიძლება გაჩნდეს ან გაძლიერდეს მხოლოდ თვალების გადახრის დროს (მაგ. ახედვისას). მარცხნივ მჯვეთრი გახედვის დროს ნორმალურ ადამიანს შეიძლება აღენიშნოს ნისტაგმის მსგავსი მცირე მოძრაობა. ამიტომ ასეთ სიტუაციაში *მოერიდეთ შეფასებას და ნისტაგმი გამოიკვლიეთ მხოლოდ მხედველობის ველებში სრული ბინოკულური მხედველობის დროს.*

ნისტაგმი არ აღინიშნება (მარცხნივ ლატერალური ცქერა)

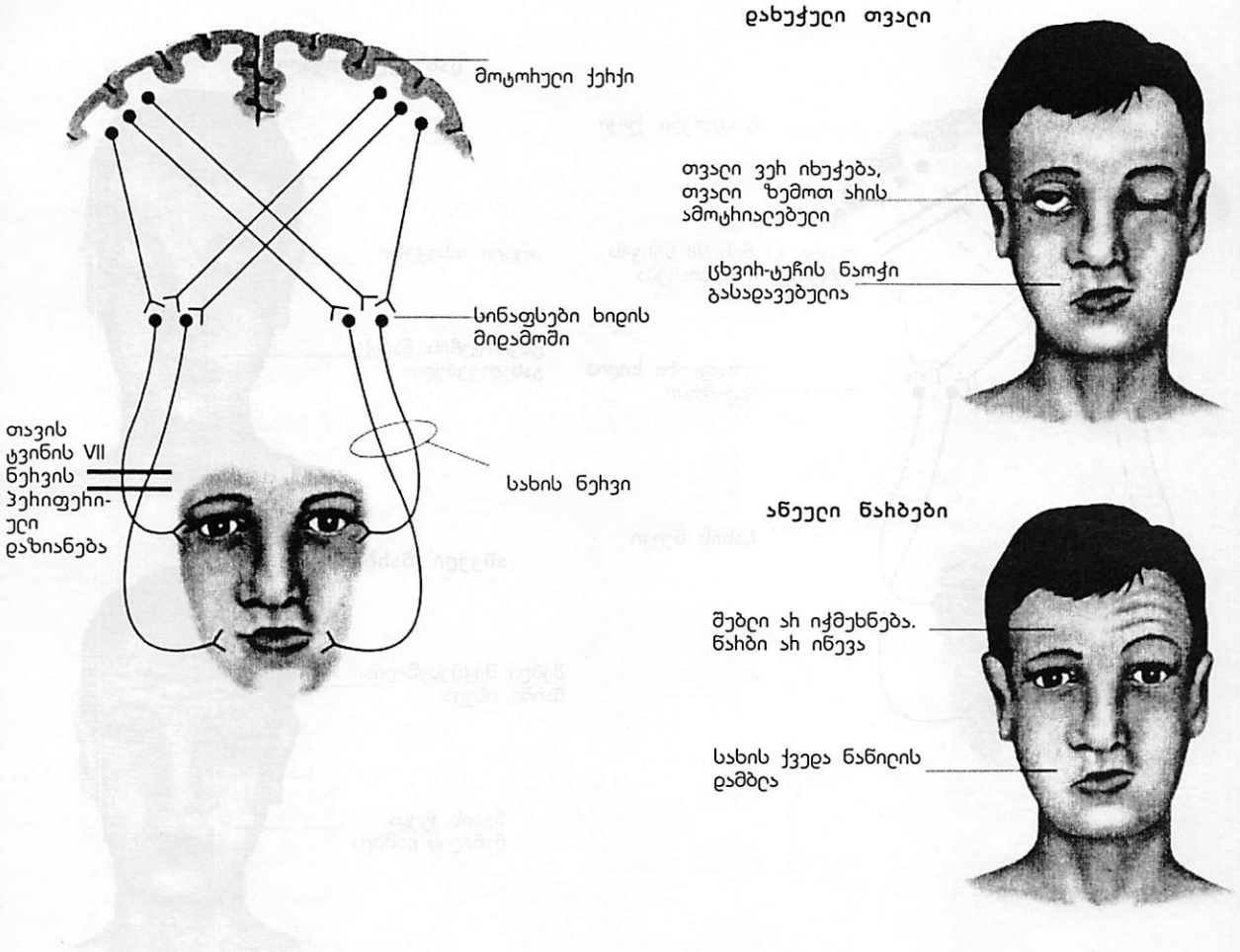


სახის დამბლის ტიპები

სახის ჯუნთების სისუსტის ან დამბლის მიზეზი შეიძლება იყოს (1) თავის ტვინის VII ნეჰვის, სახის ნეჰვის პეჰიფეჰიული დაზიანება მისი დანყების ადგილიდან პეჰიფეჰიაზე სახემდე ან (2) უმაღლესი მოტოჰული ნეიჰონის სისტემის ცენტჰალუჰი დაზიანება ქეჰქსა და ხიდს შოჰის. თავის ტვინის VII ნეჰვის პეჰიფეჰიული დაზიანება ბელის ინსულტის დჰოს, ჰომლის ნიმუში სუჰათზეა მოცემული, შედაჰებულია ცენტჰალუჰ დაზიანებასთან, ჰომლის ნიმუშს ნაჰმოადგენს მაჰცხენა ჰემისფეჰოს ინსულტი. მათი გაჰჩევა შესაძლებელია სახის ზედა ნანილის განსხვავებული დაზიანებით.

თავის ტვინის VII ნეჰვის პეჰიფეჰიული დაზიანება

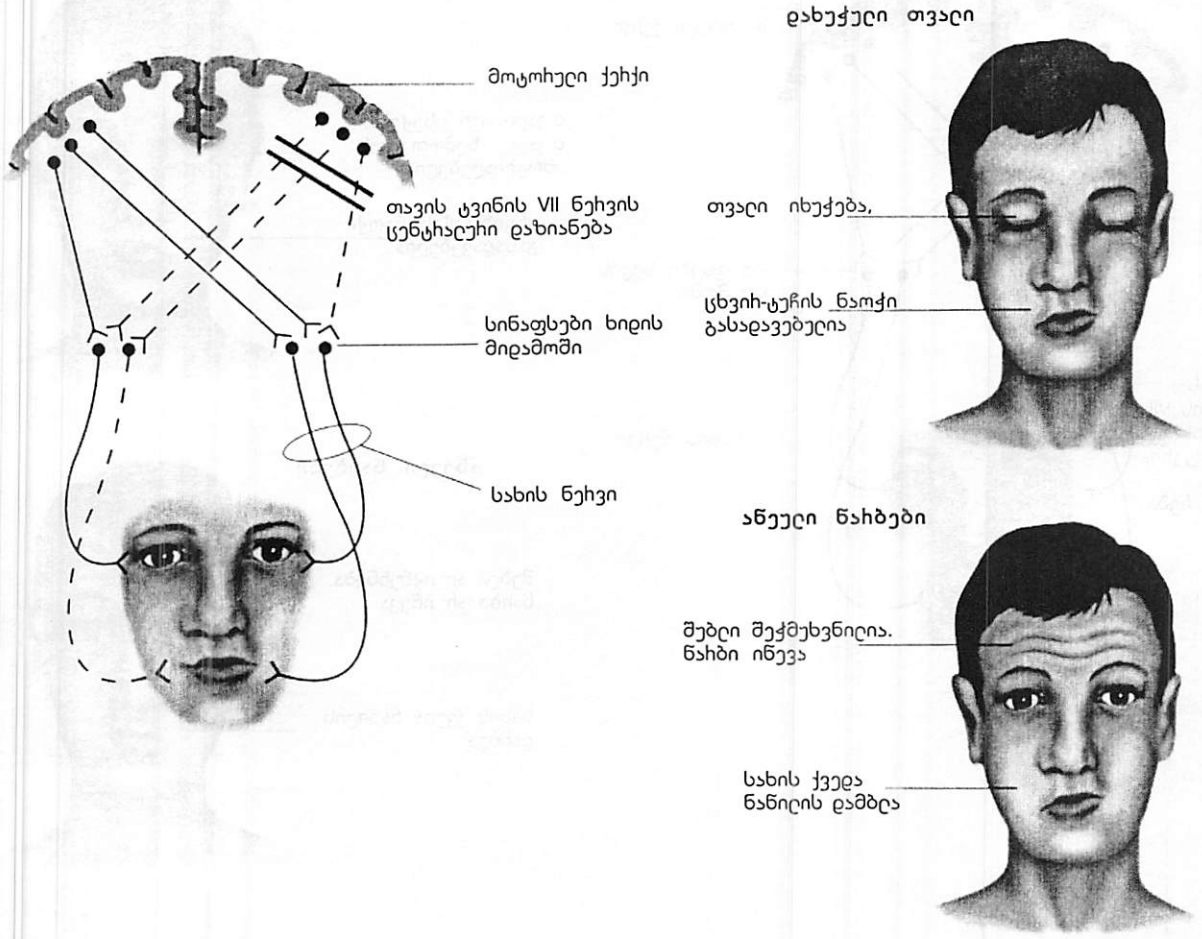
თავის ტვინის VII ნეჰვის პეჰიფეჰიული დაზიანება ინვევს სახის მაჰჯვენა ნახევჰის დამბლას შუბლის ჩათვლით



სახის დამბლის ტიპები (გაგრძელება)

თავის ტვინის VII ნეირის ცენტრალური დაზიანება

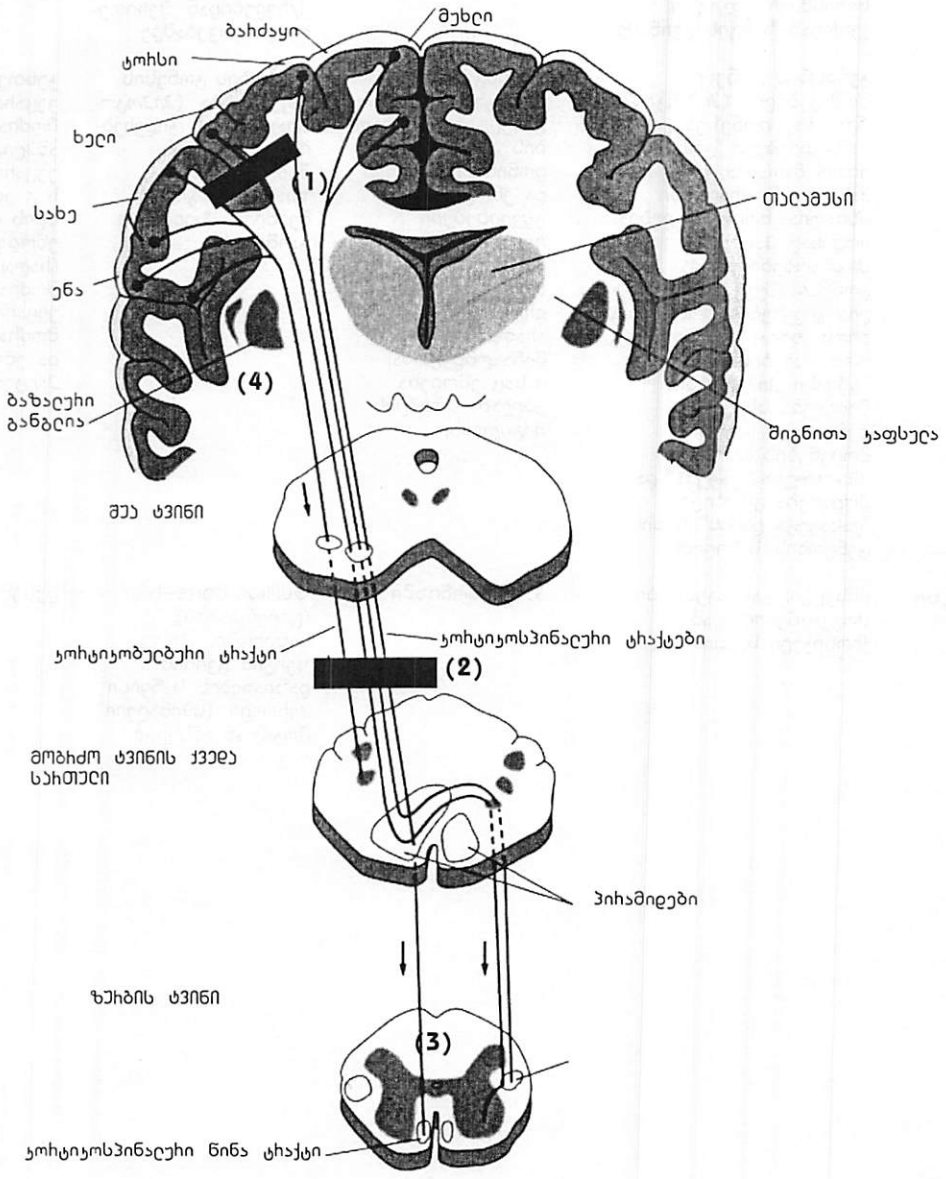
სახის ქვედა ნაწილს ნორმალურად აკონტროლებს უმაღლესი მოტორული ნეირონი, რომელიც ქერქის ცალ მხარეს – მოპირდაპირე მხარეს მდებარეობს. ამ გამტარებელი გზის მარცხენამხრივი დაზიანება, როგორც ინსულტის დროს, ინვევს სახის მარჯვენა ქვედა ნაწილის დამბლას. სახის ზედა ნაწილს აკონტროლებს გამტარი გზები ქერქის ორივე მხარეს. მაშინ, როდესაც მარცხნივ უმაღლესი მოტორული ნეირონი დაზიანებულია, მარჯვნივ ნორმალურია და სახის მარჯვენა ზედა ნაწილი ნორმალურად ფუნქციონირებს.



ჯუნთოვანი ტონუსის დარღვევები

	სპასტიკურობა	ჰიგიდრობა	მოდუნება	პარატონია
დაზიანების ლოკალიზაცია	პორტიკო-პირამიდული ტრაქტის უმაღლესი მოტორული ნეირონი ნებისმიერ ადგილზე ქერქიდან ზურგის ტვინამდე	ბაზალური განგლიების სისტემა	ქვედა მოტორული ნეირონი ნებისმიერ ადგილას წინა ჩქის უჯრედებიდან პერიფერიული ნერვებამდე	ორივე ჰემისფეროს, ჩვეულებრივ, შუბლის წილები
ალნერა	ჯუნთების ტონუსი მომატებულია (*ჰიპერტონია*), ხაზგონებულია. ტონუსი უფრო მაღალია, ხოლოდაც პასიური მოძრაობები სწრაფია, ხოლო ნაკლებია, ხოლოდაც პასიური მოძრაობები ნელია. ტონუსი ასევე მომატებულია კიდურების მოძრაობის დროს. სწრაფი პასიური მოძრაობების დროს საწყისი ჰიპერტონია შეიძლება სწრაფად შემცირდეს კიდურის მოდუნების დროს. ეს სპასტიკური "დაჭერა" და მოდუნება ცნობილია "დასაკეცი დანის" ხერხტენტობის სახელით.	ხერხისტენტობის მომატება, რომელიც გრძელდება მოძრაობის განმავლობაში, დონის მიუხედავად და ეწოდება *ტყვიისებური ხიგიდრობა*. მაჯის ან წინამხრის მოხრის ან გაშლის დროს ვითარდება ახათანაბარი წინააღმდეგობა, რასაც ეწოდება *კბილანა ბორბლის ხიგიდრობა*.	ჯუნთების ტონუსის დაქვეითება (*ჰიპოტონია*) ინვევს კიდურების დრეკადობის შემცირებას. დაზიანებული კიდური შეიძლება ხელმატად გაიშალოს.	ჯუნთების ტონუსის უეცარი ცვლილება მოძრაობის პასიური ამპლიტუდით. ტონუსის უეცარი დაქვეითება, რაც უფრო ადვილს ხდის მოძრაობას, ეწოდება *მიტგეჰვნი* (ჩაღრანთან ერთად მოძრაობა). ტონუსის უეცარი გაზრდა მოძრაობას ართულებს და ეწოდება *გეგენჰალტენი* (წინ დაჭერა)
ხშირი მიზეზი	ინსულტი, განსაკუთრებით მოგვიანებითი ან ქრონიკული სტადია	პარკინსონიზმი	Guillian-Barre–ს (გიენ-ბარეს) სინდრომი, ასევე ზურგის ტვინის დაზიანების საწყისი პერიოდი (სპინალური შოკი) ან ინსულტი	დემენცია

ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიები



ცენტრალური ნეირული სისტემის პათოლოგიები

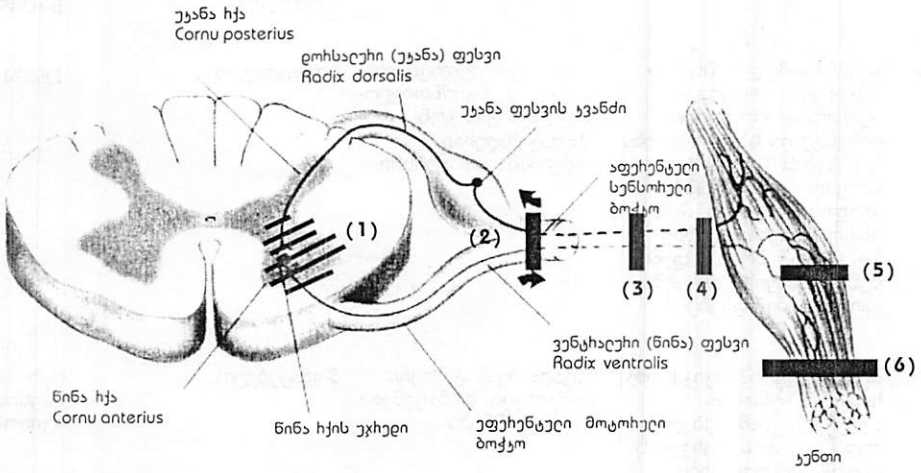
ტიპიური მონაცემები

დაზიანების ლოკალიზაცია	*მოტორული*	*სენსორული*	*მყეს-ძვალთა ღრმა რეფლექსები*	**მიზეზთა მაგალითები**
თავის ტვინის ქერქი (1)	საწინააღმდეგო მხარეს უმაღლესი მოტორული ნეირონის ქრონიკული სისუსტე და სპასტიკურობა. ჯიღუნების მოხრა უფრო ძლიერია, ვიდრე გაშლა. ტერფის ძირისკენ მოხრა უფრო ძლიერია, ვიდრე ზურგისკენ მოხრა, ფეხი მენჯ-ბარძაყის სახსარში გარეთაა შებრუნებული	მოტორული დეფიციტის მსგავსად, მგრძნობელობის დაქვეითება ჯონკარატეულად, ჯიღუნებსა და ტორსში	*მომატებულია*	ქერქის ინსულტი
ტვინის ღერო (2)	სისუსტე და სპასტიკურობა, როგორც ზემოთაა აღწერილი, დამატებული თავის ტვინის ნერვების დეფიციტი, როგორიცაა დიპლოპია (თვალის გარეთა კუნთების სისუსტე) და დიზართრია	სხვადასხვა. ტიპიური სენსორული მონაცემები არ აღინიშნება	*მომატებულია*	ღეროს ინსულტი, სმენის ნერვის ნეირომა
ზურგის ტვინი (3) ქერქქვეშა ხეხი ნივთიერება:	სისუსტე და სპასტიკურობა, როგორც ზემოთაა აღწერილი, მაგრამ ხშირად ზიანდება ორივე მხარე (როდესაც ზურგის ტვინის დაზიანება ორმხრივია), ინვევს პარაპლეგიას ან ტეტრაპლეგიას, რაც დამოკიდებულია დაზიანების დონეზე	ტანზე დერმატომული ორმხრივი სენსორული დეფიციტი დაზიანების დონეზე და დაზიანების ქვემოთ მგრძნობელობის დაქვეითება	*მომატებულია*	ტრავმა, რომელიც ინვევს ზურგის ტვინის კომპრესიას
ბაზალური განგლიები (4)	მოძრაობების შენელება (ბრადიკინეზია), რიგიდობა და ტრემორი	მგრძნობელობა არ იცვლება	ნორმალური ან *მომატებული*	პარკინსონიზმი
ნათხემი (სუროთზე არ არის)	ჰიპოტონია, ატაქსია და მოძრაობის სხვა დარღვევები ნისტაგმის, დისდიადოქოკინეზის და დისმეტრიის ჩათვლით	მგრძნობელობა არ იცვლება	ნორმალური ან *მომატებული*	ნათხემის ინსულტი, თავის ტვინის სიმსივნე

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის პათოლოგიები (გაგრძელება)

პერიფერიული ნერვული სისტემების პათოლოგიები

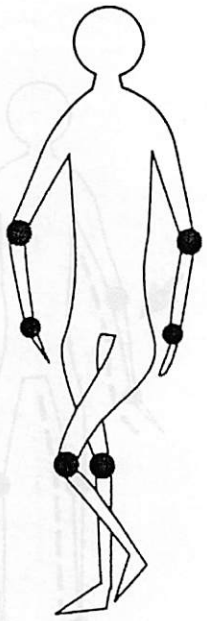


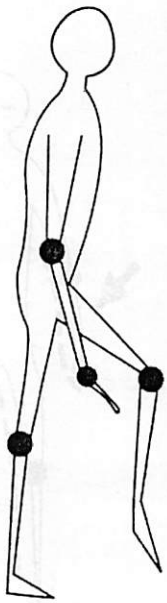
ტიპიური მონაცემები

დაზიანების ლოკალიზაცია	*მოტორული*	*სენსორული*	*მყეს-ძვალთა*	მიზეზთა მაგალითები
წინა ჰქის უჯრედები (1)	სისუსტე და ატროფია სეგმენტური ან ფოკალური ნიმნებით, ფასციკულაციები	მგრძნობელობა ინტაქტურია	*დაქვეითებულია*	პოლიომიელიტი, გველხლართი ამიოტროფული სკლეროზი
სპინალური ფესვები და ნერვები (2)	სისუსტე და ატროფია ფესვებით ინერვაციის ნიმნებით; ზოგჯერ ფასციკულაციით	შესაბამისი დერმატომული მგრძნობელობის დეფიციტი	*დაქვეითებულია*	ტისრის ან წელის მალების დისკების თიაქარი
პერიფერიული ნერვები – მონონეიროპათია (3)	სისუსტე და ატროფია პერიფერიული ნერვების გაყოლებაზე; ზოგჯერ ფასციკულაციით	ნერვის გასწვრივ მგრძნობელობის დაკარგვა	*დაქვეითებულია*	ტრავმა
პერიფერიული ნერვები – პოლინეიროპათია (4)	სისუსტე და ატროფია უფრო დისტალურად, ვიდრე პროქსიმალურად; ზოგჯერ ფასციკულაციით	სენსორული დეფიციტი, ჩვეულებრივ ხელთათმანი-წინდის არეში	*დაქვეითებულია*	აღრჩობითი და დიაბეტური პერიფერიული პოლინეიროპათია
ნერვ-კუნთოვანი შეერთებები (5)	კუნთების სისუსტე, ვიდრე საერთო სისუსტე სისუსტე უფრო პროქსიმალურია, ვიდრე	მგრძნობელობა ინტაქტურია	*ნორმული*	მიასთენია
კუნთოვანი (6)	დისტალური; ფასციკულაცია იშვიათია	მგრძნობელობა ინტაქტურია	*ნორმული ან დაქვეითებული*	კუნთოვანი დისტროფია

სიარულისა და დგომის ანომალიები



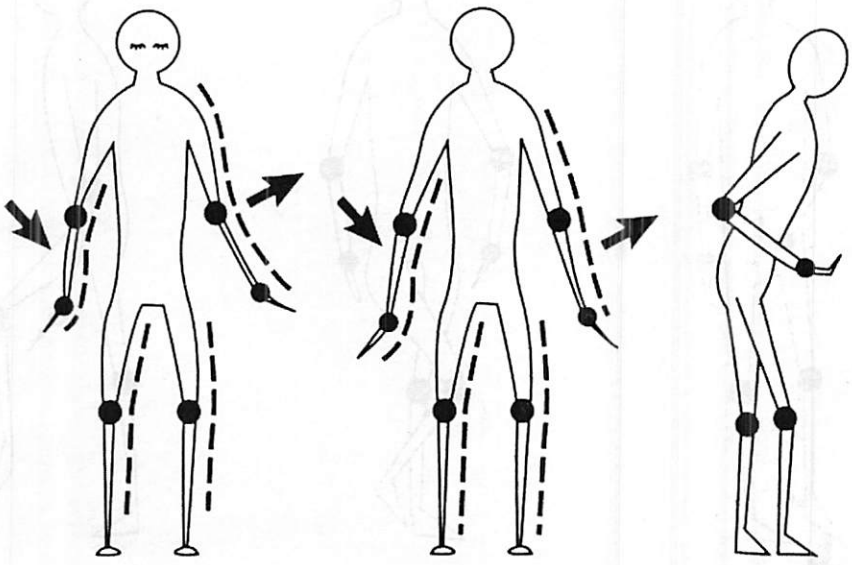




დარღვევის სახე	სპასტიკური ჰემიპარეზი	მაჯახატელა სიარული	სტეპაჟით სიარული
აღწერა	დაკავშირებულია კორტიკოსპინალური ტრაქტის დაზიანებასთან, ისევე როგორც ინსულტის დროს ეთით ხელი უძრავია და ტანთან მჭიდროდაა, მოხრილია იდაყვის, მაჯის და ფალანგთაშუა სახსრები. ფეხი გაშლილია და ტეხვი მოხრილია ძირისკენ. სიარულის დროს, ავადმყოფი ან მიათრევს ფეხს, ხშირად მიახახუნებს თითებს ან აღგამს წინ და გარეთ ჩაკირისებრად (*ნახევრი მოძრაობა*)	დაკავშირებულია ფეხების ორმხრივ სპასტიკურ პარეზთან სიარული გაშეშებულია. თითოეული ფეხი ნელა მოძრაობს და ბარძაყები ნინიდან კვეთენ ერთმანეთს ნაბიჯის გადადგმის დროს. ნაბიჯები მოკლეა. ავადმყოფი თითქოს ნყალში მიდის.	დაკავშირებულია ფეხის ჩამოვარდნასთან, ვითარდება მეორადად ჩვეულებრივ კვედა მოტორული ნეირონის დაავადების დროს. ასეთი ავადმყოფი ან მიათრევს ფეხებს ან ზემოთ სწევს, ამ დროს მუხლები მოხრილია და შემდეგ ფეხს ქვემოთ სწევს მკვეთრად, უკუყამს იატაკს. თითქოს კიბეზე ადის. ასეთ ავადმყოფებს არ შეუძლიათ ქუსლებზე სიარული. სტეპაჟით სიარული შეიძლება გამოხატული იყოს ცალ ან ორივე მხარეს.

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

სიარულისა და დგომის აშლილობები (გაგრძელება)



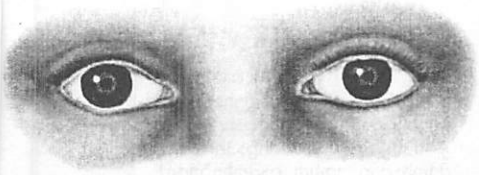
ძირითადი დეფექტი	სენსორული ატაქსია	ცერებელური (ნათხემის) ატაქსია	პარკინსონული სიარული
	დაკავშირებულია ფეხებში პოზიციური მგრძნობელობის დაკარგვასთან, როგორიცაა პოლინეიროპათიის და უკანა სვეტების დაზიანების დროს	დაკავშირებულია ნათხემის დაავადებებთან ან ასოცირებულ ტრაქტთან	დაკავშირებულია ბაზალური განგლიების დეფიციტთან Parkinson-ის (პარკინსონის) დაავადების დროს
აღწერა	სიარული სტაბილური არ არის და ფართოა (ფეხებს ფართოდ დგამს). ასეთი ავადმყოფი ფეხებს წინ და გარეთ აგდამს და შემდეგ ძირს დგამს ჯერ ქუსლს, შემდეგ თითებს, ისმის ორმაგი ნაბიჯის ხმა. სიარულის გასაკონტროლებლად ისინი იატაკს უყურებენ. თვალების დახუჭვის შემთხვევაში უჭირთ შეერთებული ტერფებით დგომა (Romberg-ის (რომბერგის) დადებითი ნიშანი) და არამყარი სიარული უარესდება.	სიარული არამყარია და ფართო, განსაკუთრებით გაძნელებულია შემობრუნება. ასეთ პაციენტს უჭირს შეერთებული ტერფებით მყარად დგომა ერთნაირად, როგორც გახელილი, ასევე დახუჭული თვალებით.	სიარულის დროს წინ გადახრილია, თავი და ტანი წინ წამოწეულია, ხოლო მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრები ოდნავ მოხრილი. მკლავები მოხრილია იდაყვის და მაჯის სახსრებში. ავადმყოფი სიარულს ნელა იწყებს. ნაბიჯები მოკლეა და ფეხებს ხშირად მიათრევს. ხელების მოძრაობა შემცირებულია და ავადმყოფი გაშეშებულად ტრიალებს - "როგორც ერთი მთლიანი".

მიუხედავად მრავალი მიზეზისა, ჯომები იყოფა ორ ძირითად ჯგუფად: ორგანული და მეტაბოლური. მონაცემები ძალიან განსხვავებულია ყოველ ინდივიდუალურ პაციენტში. ქვემოთ მოცემულია უფრო მეტად ძირითადი ჰეჯომენდაციები, ვიდრე მკაცრი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები. დაიმახსოვრეთ, რომ ფსიქიატრიული დავადებები შეიძლება ჯომას ჰგავდეს.

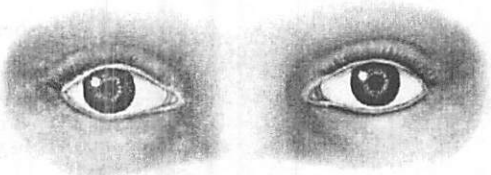
	მეტაბოლური	ორგანული
პათოფიზიოლოგია	აღინიშნება ცნობიერების ცენტრების ინტოქსიკაცია ან ქრონიკული სუბსტრატის გამოფიტვა.	დაზიანება ინვევს ღრმის ცნობიერების უბნების დაზღვევას ან ჯომპრესიას ან პრიდაპრის, ან მეორადად უფრო დაშორებული მოცულობითი პროცესის გავრცელების შედეგად.
ქრონიკული ნიშნები		
▪ სუნთქვის ცვლილებები	თუ ჩვეულებრივია, შეიძლება აღინიშნებოდეს ნორმალური სუნთქვა ან ჰიპერვენტილაცია. თუ არა ჩვეულებრივია, ჩვეულებრივ, აღინიშნება Cheyne-Stokes-ის (ჩეინ-სტოქსის) სუნთქვა.	არა ჩვეულებრივი, განსაკუთრებით Cheyne-Stokes-ის (ჩეინ-სტოქსის) ან ატაქსიური სუნთქვა
▪ გუგების ზომები და რეაქცია	თანაბარი, სინათლეზე რეაქცია აღინიშნება. თუ გუგები შევინროვებულია ოპიატების ან ქოლინერგული სამკურნალების მოქმედებით, რეაქციის სანახავად დაგჭირდებათ გამადიდებელი შუშა. ურეაქციო იქნება, თუ ფიქსირებულია და გაფართოვებული ანტიქოლინერგული სამკურნალების ან ჰიპოთერმიის ზემოქმედებით.	არარეაქტიული, ან არ რეაგირებს სინათლეზე (ფიქსირებული) *გუგები შუაშია, ფიქსირებული* – მიუთითებს შუამდებარე ტვინის ჯომპრესიაზე. *გაფართოებული და ფიქსირებული* – მიუთითებს თავის ტვინის III ნერვის თრაქით ჯომპრესიაზე
▪ ცნობიერების დონე	იცვლება გუგების ცვლილების შემდეგ	იცვლება *გუგების ცვლილებამდე*
მიზეზთა მაგალითები	ურემია, ჰიპერგლიკემია	ეპიდურული, სუბდურული ან ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა
	დეჯოჰოლი, ბარბიტურატები, ღვიძლის უკმარისობა	თავის ტვინის ინფარქტი ან ემბოლია
	ჰიპოთირეოზი, ჰიპოგლიკემია	სიმსივნე, აბსცესი
	ანოქსია, იშემია	ღრმის ინფარქტი, სიმსივნე ან სისხლჩაქცევა
	მენინგიტი, ენცეფალიტი	ნათხემის ინფარქტი, სისხლჩაქცევა,
	ჰიპერთერმია, ჰიპოთერმია	სიმსივნე ან აბსცესი

ჯომაში მყოფი [illegible]მყოფი [illegible]ვალის გუგები

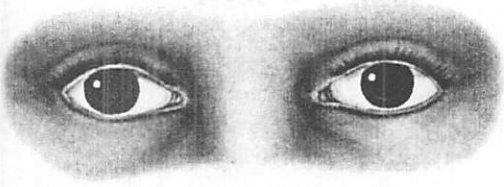
გუგების ზომები, თანაბრობა და სინათლეზე ჰქონია დაგეხმარებათ დაადგინოთ ჯომის მიზეზი და თავის ტვინის დაზიანებული უბანი. გახსოვდეთ, რომ გუგების დაჩლუნგები, გამონაყარი გლაუკომის დროს მიიღება ნივთების ან ფსკერის დათვალიერების მიზნით მიღებული ნივთების ხმარებით, შეიძლება ჯომას წინ უძღვოდეს.



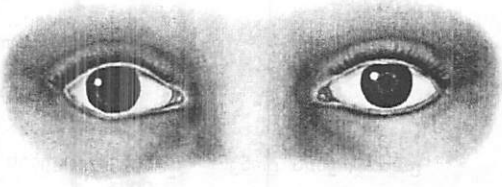
ვიწრო ან ნეიტიღოვანი გუგები
ორმხრივად ვიწრო გუგები (1-2.5 მმ) მიუთითებს (1) ჰიპოთალამუსში სიმპათიკური გზების დაზიანებაზე ან (2) მეტაბოლურ ენცეფალოპათიაზე (თავის ტვინის ფუნქციების დიფუზური უკმარისობა გამონაყარი მიზეზით, მათ შორის ნამღები). სინათლეზე ჰქონია ჩვეულებრივ ნორმალურია.
ნეიტიღოვანი გუგები (< 1 მმ) მიუთითებს (1) ხიდის ახეში სისხლჩაქცევაზე ან (2) მორფინის, ჰეროინის ან სხვა ნარკოტიკების ზემოქმედებაზე) სინათლეზე ჰქონია შეგიძლიათ ნახოთ გამადიდებელი შუშით.



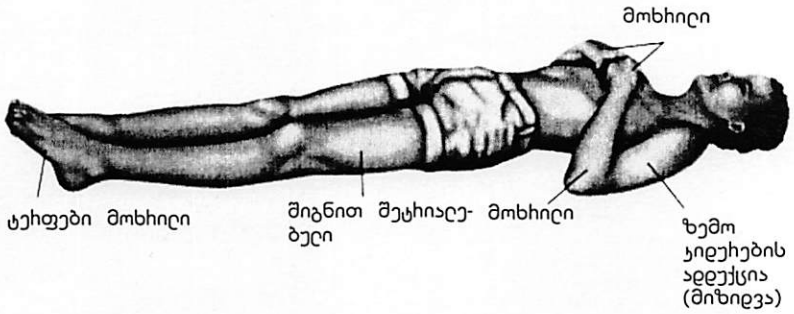
შუახაზზე ფიქსირებული გუგები
ორივეს გუგები *შუაშია ან ოდნავ გაფართოვებული* (4-6 მმ) და *ფიქსირებულია სინათლეზე*, მიუთითებს შუამდებარე ტვინის ორგანულ დაზიანებაზე



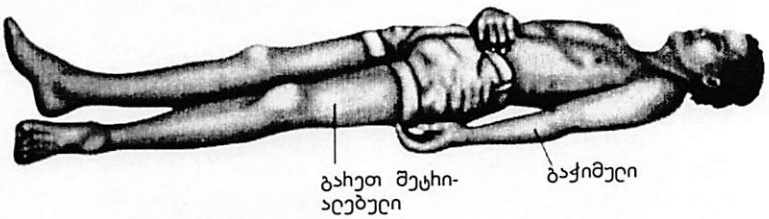
გაფართოვებული გუგები
ორმხრივად გაფართოვებული და ფიქსირებული გუგების მიზეზი შეიძლება იყოს მძიმე ანოქსია და მისი სიმპატომიმეტიკური ეფექტი, როგორც ვღინდება გულის გაჩერების შემდეგ. ასევე ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ატროპინის მსგავსი საშუალებები, ფენოთიაზინი ან ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.
ორმხრივად ფართო და ჰქონია გუგების მიზეზი შეიძლება იყოს ჯოჯოინი, ამფეტამინი, LSD (ჰალუცინაციის გამომწვევი ნარკოტიკი) ან სხვა სიმპათიკური ნერვული სისტემის აგონისტები.



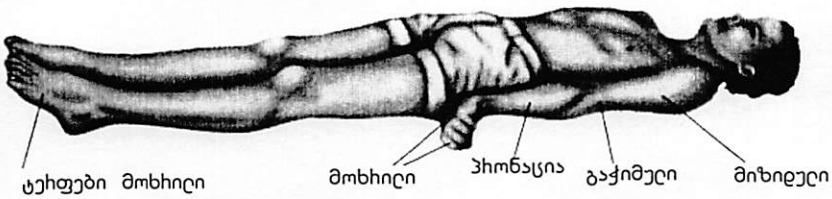
ერთი ფართო გუგა
ცალ მხარეს *გაფართოვებული და ფიქსირებული გუგა* მოასწავებს საფეთქლის ნიკის თრომბზე, რაც ინვევს თვალის მამოძრავებელი ნერვის და შუამდებარე ტვინის კომპრესიას.



დეჯოხტიჯაციული ჰიგიდობა (ჰათოდოგიური მოხრითი ჩეაქცია)
დეჯოხტიჯაციული ჰიგიდობის დროს მჯღავები მჭიდროდ ედება ტანს და მოხრილია იდაყვის, მაჯის და თითის სახსრებში. ფეხები გაშლილია და შიგნით შეტრიალებული. ეს პოზა ვითარდება ჯოხტიჯოსპინაღური ტრაქტის დაზიანებისას თავის ტვინის ჰემისფეროებთან ახლოს ან შიგნით. ხოდესაც ცაღმხრივია, ვითარდება ქრონიჯული სპასტიჯური ჰემიპღეგიის დროს.



ჰემიპღეგია (აღრეული)
თავის ტვინის მწვავე ცაღმხრივი დაზიანება, რაც მოიცავს ჯოხტიჯოსპინაღურ ტრაქტს იწვევს ჰემიპღეგიას (ცაღმხრივ დამბღას), რაც განვითარების აღრეულ ეტაპზე სუსტადაა გამოხატული. სპასტიჯურობა მოგვიანებით ვითარდება. ჰრაღიზებული ჯიღუხები მოღუნებულია. ისინი ანყვია თავისუფლად და ჯიღუხის ანევის და შემდეგ ჩამოვარდნის დროს ტონუსი არ აღინიშნება. გამაღიზიანებელზე სწორტანური მოძრაობები შეზღუდულია მოპირდაპირე მხარეს. ფეხები შეიძლება იყოს გაშლილი და გახეთ შეტრიალებული. სახის ქვედა ნანილი ცაღ მხარეს შეიძლება ჰრაღიზებული იყოს და ამოსუნთქვისას იმ მხარეს ღოყა იბერება. ორივე თვალი შეიძლება დამბღის მხარის საპირისპიროდ იყოს გადახრილი.



დეცერებრაციული ჰიგიდობა (ჰათოდოგიური გაშლის ჩეაქცია)
დეცერებრაციული ჰიგიდობის დროს ქვედა უბა გადანეულია და ჯისერი გაჭიმული. ხელები განზიდულია და გაშეშებული, ნინამხრები გახეთ შეტრიალებული, მაჯები და თითები მოხრილი. ეს პოზა შეიძლება განვითარდეს სპონტანურად ან გახეთა გაღიზიანებაზე, ხოგორიცაა სინათღე, ხმაური, ტკივილი. მისი მიზეზია დიენცეფაღონის, შუამდებარე ტვინის ან ხიდის დაზიანება, ასევე მძიმე მეტაბოღური დარღვევები, ხოგორიცაა ჰიპოქსია ან ჰიპოგღიკემია.

III

თავი 18
ბავშვების შეფასება: ჩვილიდან მოზარდამდე

თავი 19
ოსური ქალი

თავი 20
ხანდაზმული პირები

18

ბავშვების შეფასება: ჩვილიდან მოზარდამდე

ჩვენსავე ბავშვთან მაკავშირებელ ურთიერთობას, იმის ჩვენში ოხვრის ბიძგობას აღძრავს: აღფრთოვანებას, – მისი ახლანდელი არსებობის გამო და პატივისცემას იმის მიმართ, თუ რას მიაღწევს მომავალში.

ლუი პასტერი

თავის სტრუქტურა

ბავშვის განვითარება

სავარაუდო პრინციპები* ჩვილი: ცხოვრების პირველი წელი* ბავშვობა: 1-დან 10 წლამდე* მოზარდები: 11-დან 20 წლამდე
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა
ახალშობილების და ჩვილების გამოკვლევის მიდგომები

გამოკვლევის თანმიმდევრობა* ახალშობილის შეფასება* ჩვილის შეფასება
ჩვილის და ახალშობილის გამოკვლევის მეთოდები

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები* ჯანი* თავი* ყისერი* თვალები* ყურები* ცხვირი და სინუსები* პირის ღრუ და ხახა* გულ-მკერდი და ფილტვები* გული* სარძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ხელტუები გამოკვლევა* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ზოგადი გასინჯვა და სასიცოცხლო ნიშნები* ჯანი* თავი* ყისერი* თვალები* ყურები* ცხვირი და სინუსები* პირის ღრუ და ხახა* გულ-მკერდი და ფილტვები* გული* სარძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ხელტუები გამოკვლევა* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა* ნერვული სისტემა

ბავშვების გამოკვლევის მიდგომები

აღრეული ბავშვობის შეფასება* შუა ბავშვობა
ბავშვების გამოკვლევის მეთოდები

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები* ჯანი* თავი* ყისერი* თვალები* ყურები* ცხვირი და სინუსები* პირის ღრუ და ხახა* გულ-მკერდი და ფილტვები* გული* სარძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ხელტუები გამოკვლევა* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ნერვული სისტემა

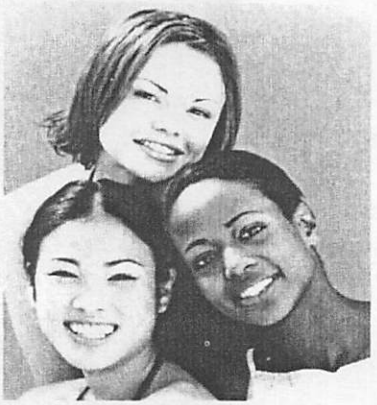
მოზარდების გამოკვლევის მიდგომები
მოზარდების გამოკვლევის მეთოდები

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები* თავი, თვალები, ყურები ყისერი და ხახა* გული* სარძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ნერვული სისტემა

მონაცემების ჩაწერა
ბიბლიოგრაფია







ბავშვის განვითარება

საკვანძო პრინციპები

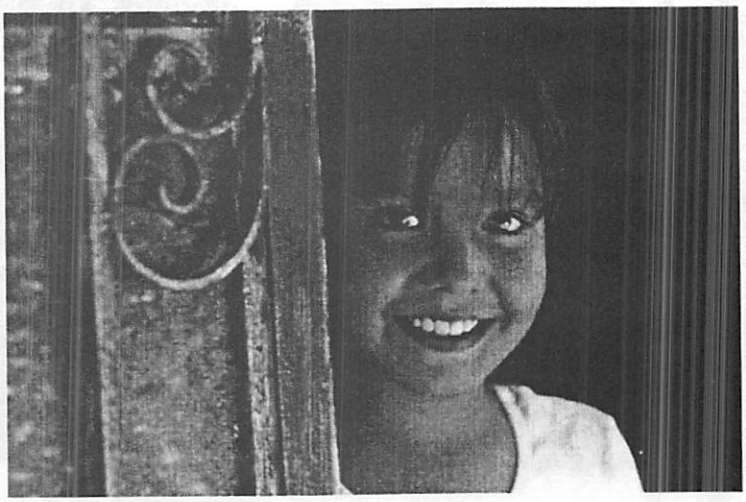
ბავშვობა არის ფიზიკური, კოგნიტური და სოციალური განსაკუთრებული ზრდის პერიოდი, ადამიანის სიცოცხლის გაცილებით ხანგრძლივი პერიოდი. ჩამოღენიმე წლის განმავლობაში ბავშვი ფიზიკურად ზომაში 20-ჯერ იზრდება, სქესობრივად მწიფდება, სწავლობს დახვენილ მეტყველებას და მსჯელობას და უვითარდება კომპლექსური ფსიქოსოციალური ურთიერთობები. ჩამხელა გზაა!

ბავშვის ნორმალური ფიზიკური, კოგნიტური და სოციალური განვითარების გარკვევა ძალიან დაგეხმარებათ გამოკითხვის და ფიზიკალური გამოკვლევის დროს და ნორმის და პათოლოგიის გარჩევის საშუალებას მოგცემთ.

ბავშვის განვითარების ოთხი ძირითადი პრინციპი[1]

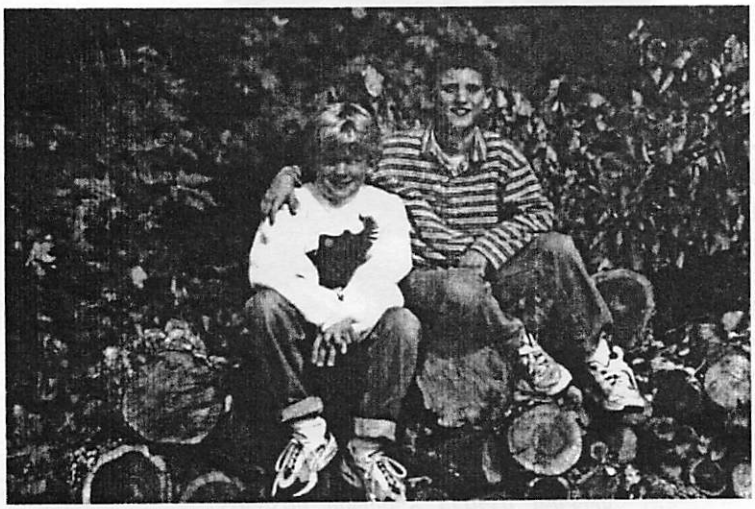
- ბავშვის განვითარება მიმართულია პროგნოზირებადი გზისკენ, რასაც განაგებს მომწიფებადი ტვინი.
- ნორმალური განვითარება ფართო საზღვრებში ხდება
- სხვადასხვა ფიზიკური, დაავადებასთან დაკავშირებული, სოციალური და გარემო ფაქტორები გავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებასა და ჯანმრთელობაზე
- ბავშვის განვითარების დონე ზემოქმედებს დაავადების ანამნეზსა და ფიზიკურ გამოკვლევაზე

ბავშვის განვითარების პირველი პრინციპია ის, რომ განვითარება მიმართულია *პროგნოზირებადი გზისკენ*, რასაც განაგებს მომწიფებადი ტვინი. თქვენ შეგიძლიათ გაზომოთ ასაკობრივად სპეციფიკური საზომით და განსაზღვროთ, ბავშვის განვითარება ნორმალურია, თუ არა ამ საზომის მიხედვით.



ამის შემდეგ ბავშვი გადადის შემდეგ საფეხურზე. ვინაიდან თქვენი ფიზიკური გამოჯვრება ეხთჯეხადია გახჯვეული დროის მომენტში, თქვენ დაგჭიხდებათ იცოდეთ, ხოგორ შეესაბამება ბავშვი განვითარების საზომს.

მეორე პრინციპია ის, რომ *ნორმალური განვითარება ფართო საზღვრებში ხდება.* მნიშვნელოვანია გაახჯვიოთ, რომ ბავშვების მომწიფება სახადასხვა ხარისხით ხდება. ბავშვის ფიზიკური, ჯოგნიტური და სოციალური განვითარება ექცევა ამ ფართო საზღვრებში.



მესამე პრინციპია ის, რომ სხვადასხვა *ფიზიკური, დაავადებასთან დაკავშირებული, სოციალური და გარემო ფაქტორები გავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებასა და ჯანმრთელობაზე.* მაგალითად, ქრონიკული დაავადებები და სოციალური პრობლემები, ხოგორიცაა ბავშვებთან სასტიკი მოპყრობა ან სიღარიბე, შეიძლება გახდეს არა მარტო ხილული ფიზიკური დარღვევების მიზეზი, ასევე გავლენა მოახდინოს განვითარების ხარისხსა და მიმდინარეობაზე. ბავშვი, რომელსაც გააჩნია ფიზიკური ან ჯოგნიტური ნაკლი, ვერ მიჰყვება ასაკობრივი განვითარების ტრაექტორიას. შეესაბამეთ ფიზიკალური გამოკვლევები ბავშვის განვითარების დონეს.

მეოთხე პრინციპი, რომელიც სპეციფიკურია პედიატრიული გამოკვლევისთვის, არის ის, რომ *ბავშვის განვითარების დონე ზემოქმედებს დაავადების ანამნეზსა და ფიზიკურ გამოკვლევაზე.* მაგალითად, 5 წლის ბავშვის გამოკვითხვა ძირეულად განსხვავდება მოზარდის გამოკითვისგან. ცელქი ბავშვის ფიზიკალური გამოკვლევა ისეთივე მცირე ინფორმაციას მოგანვლით, ხოგორც ძალიან მორცხვი მოზარდის გასინჯვა. ორივე შემთხვევაში გასინჯვა განსხვავებული უნდა იყოს, ვიდრე ამას აკეთებთ მოზრდილებში. თქვენ დაგჭირდებათ თავიდანვე შეუხამოთ გასინჯვა ბავშვის განვითარების დონეს, სანამ ზუსტად დაადგენთ ამ დონეს. ბავშვის ნორმალური განვითარების დადგენა დაგეხმარებათ ამ ამოცანის მიღწევაში. შემდეგ განაკვეთში შეჯამდება ახალშობილების, ბავშვებისა და მოზარდების ფიზიკური, ჯოგნიტური და სოციალურ/ემოციური განვითარება.[2]

ყველა ასაკს თავისი სასიამოვნო მომენტები აქვს, მისი აზროვნების სტილი და საკუთარი გზა
– ნიკოლას ბოილეო-დესპრო

ჩვილობა: ცხოვრების პირველი წელი

ფიზიკური განვითარება. ფიზიკური ზრდის ხარისხი ცხოვრების პირველი წლის განმავლობაში ყველაზე დიდია, ვიდრე სხვა პერიოდებში. 1 წლის ასაკში ბავშვის წონა სამმაგდება და დაახლოებით 50%-ით იმატებს სიმაღლეში. ოთხივე მონაცემი ჰორმონულად იცვლება და თანდათან თავი ტანთან შედარებით უფრო მცირე ზომის ხდება.



ყოველი ბავშვი გენიოსი იბადება
– ჰ. ბაჯმინსტერ ფულერი

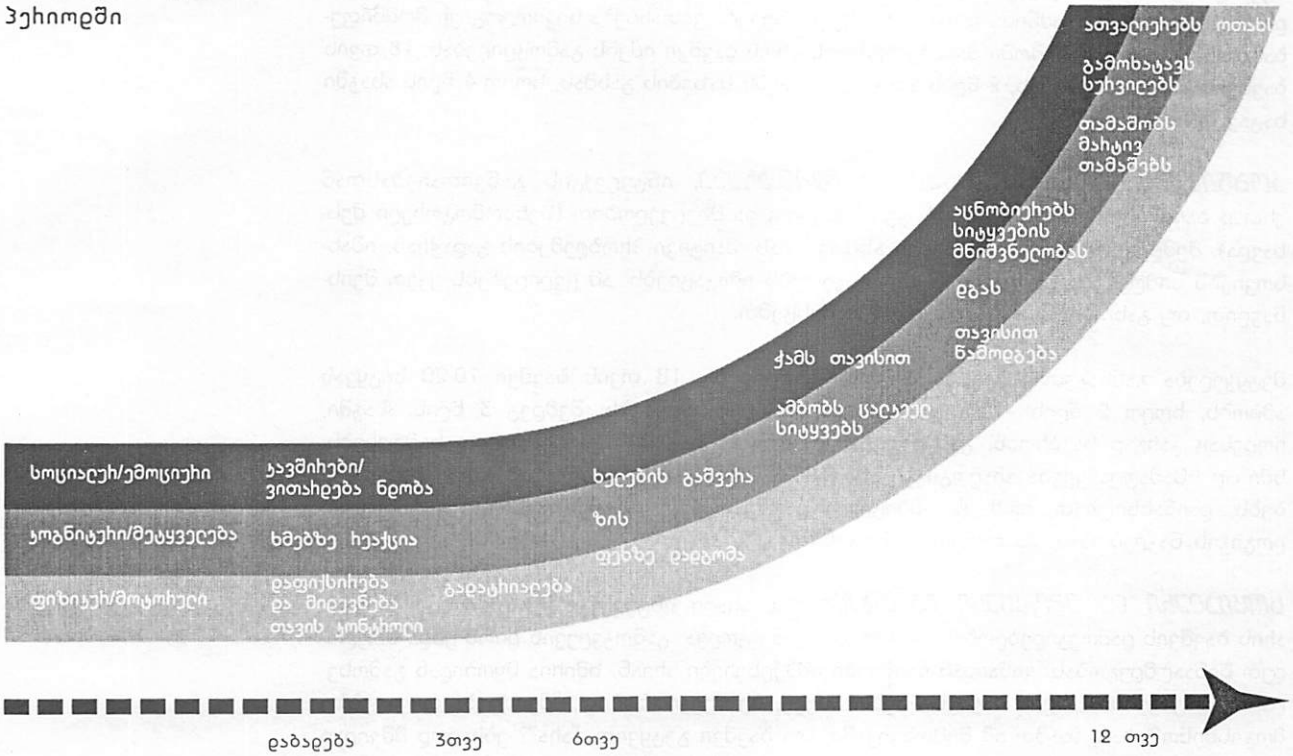
675-ე გვერდზე სურათზე ნაჩვენებია განვითარების ჰორგრესი დაბადებიდან 1 წლამდე. ამასთან, ახალშობილს აქვს ჯოგნიტური შესაძლებლობები, რაც თქვენს გაოცებას იწვევს. მაგალითად, ახალშობილს შეუძლია დაფიქსიროს და თვალი გაყოლოს ადამიანის სახეს და ჩაგიჩებს ხმაზე. ნევროლოგიური განვითარება მიმდინარეობს ცენტრალური და პერიფერიული მიმართულებებით. მაგალითად, ახალშობილი ჯერ სწავლობს თავის ჯონტროლს, შემდეგ – ტანის, უფრო ადრე იწყებს მკლავების და ფეხების ხმარებას, ვიდრე თითების.

3 თვის ასაკში ნორმალურ ჩვილს შეუძლია თავის ანევა და ხელების გადაჭდობა. 6 თვის ასაკში ჩვილს შეუძლია გორაობა, საგნებისკენ ხელის გაშვერა და ხმისკენ შეტრიალება, შეუძლია დაჯდომა დახმარებით. ბავშვი სწავლობს გარემოს აქტიობებით, გამოვლინებებითა და მანიპულაციებით. ორდესაც იზრდება პერიფერიული ჯოორდინაცია, ჩვილი თანდათან ახერხებს ხელი გაიშვიროს საგნისკენ, საგნის ხელიდან ხელში გადატანას, ხოხვას, დაყრდნობით ფეხზე დგომას და თამაშს საგნების დარტყმით და დაჭერით. 1 წლის ასაკში შეუძლია დგომა, გარემოზე დაჯვირვება და ყველაფრის პირში ჩადება.[3]

ჯოგნიტური (შემეცნებითი) და მეტყველების განვითარება. დაჯვირვებასთან ერთად იზრდება საჯუთარი თავის და გარემოს აღქმა. ბავშვი სწავლობს მიზეზებსა და შედეგებს (ჰოგორცაა სათამაშოს ქნევა ხმაურის გამოსანვევად), საგნების სიმყარეს და ტერფების გამოყენებას გარემოს შესასწავლად. დაახლოებით 9 თვის ასაკში ბავშვს შეუძლია აღგიქვათ, ჰოგორც უცხო ადამიანი, ვისთანაც ფრთხილი ურთიერთობაა საჭირო, გასინჯვის ღირს ჯომფორტს ეძებს მშობლებთან და აქტიურად მანიპულირებს საგნებთან (მაგალითად თქვენს ტანსაცმელთან). მეტყველების განვითარება იწყება 2 თვიდან ბგერების გამოთქმით, შემდეგ 6 თვეზე ღუღუღუებს და 1 წლის ასაკში ამბობს ჩამოყენიმე სიტყვას.[4]

სოციალური და ემოციური განვითარება. ასევე ვითარდება ჩვილის საჯუთარი თავის და ოჯახის წევრების გაგება. სოციალური ამოცანები მოიცავს ჯავშირებს, მომვლელებთან მჭიდრო ურთიერთობებს, საყვარელი ადამიანების ნდობას. ყველაფერი ეს იწვევს იმას, რომ ბავშვს არ სურს უცნობ გამომკვლევართან ურთიერთობა. ტემპერამენტი ფარდობ ცვალებადობს. ზოგი ბავშვი ჰორგნოზირებადია, ადვილად ადაპტირებადი და ახალ გამღიზიანებლებზე ადვილად პასუხობს; სხვები ნაკლებად ადაპტირებადნი არიან და ახალ გამღიზიანებელზე ზედმეტად, ან უარყოფითად პასუხობენ. იმის გამო, რომ სოციალურ განვითარებაზე ზემოქმედებს გარემო, ბავშვის ურთიერთქმედებები შეისწავლეთ მის მომვლელთან ერთად.

განვითარების ძირითადი მომენტები ჩვილობის პერიოდში


ათვალიერებს ოთახს
გამოხატავს სურვილებს
თამაშობს მარტივ თამაშებს
აცნობიერებს სიტყვების მნიშვნელობას
დგას
თვისით ნამოდგება
ჭამს თვისით
ამბობს ცალკეულ სიტყვებს
სოციალური/ემოციური
ენობა
ხელების გამშვერა
ენა
ზის
ფენხე დადგომა
ენა
ენა
ენ

ასაკიდან, 2 წლის ასაკში დახმის, ატარებს სამბორბლიან ველოსიპედს და 3-4 წლის ასაკში ხტუნავს. ეს ახალი ჩვევები სამყაროს საშიშს ხდის ბავშვისთვის და თქვენი გასინჯვის ღირს სიხარულს შეგიქმნით. ჯაჭვი მოტორული ჩვევები ვითარდება ნევროლოგიურ მომწიფებასთან ერთად და გარემოში მანიპულაციების ღირს ბავშვი იძენს გამოცდილებას. 18 თვის ბავშვი სწრაფად ჯღაბნის, 2 წლის ასაკში ახერხებს ხაზების გასმას, ხოლო 4 წლის ასაკში ხატავს წრეებს.

ჯოგნიტური და მეტყველების განვითარება. ინტელექტის განვითარებასთან ერთად ბავშვი გარემოს სწავლობს ჯერ შეხებით და მხედველობით (სენსომოტორული შესწავლა), შემდეგ სწავლობს სიმბოლურ აზროვნებას, მარტივი პრობლემების გადაჭრას, იმახსოვრებს სიმღერებს და თამაშის ღირს აკეთებს იმიტაციებს. ამ ცვლილებებს უკეთ შეისწავლით, თუ გასინჯვას თამაშის ფორმას მისცემთ.

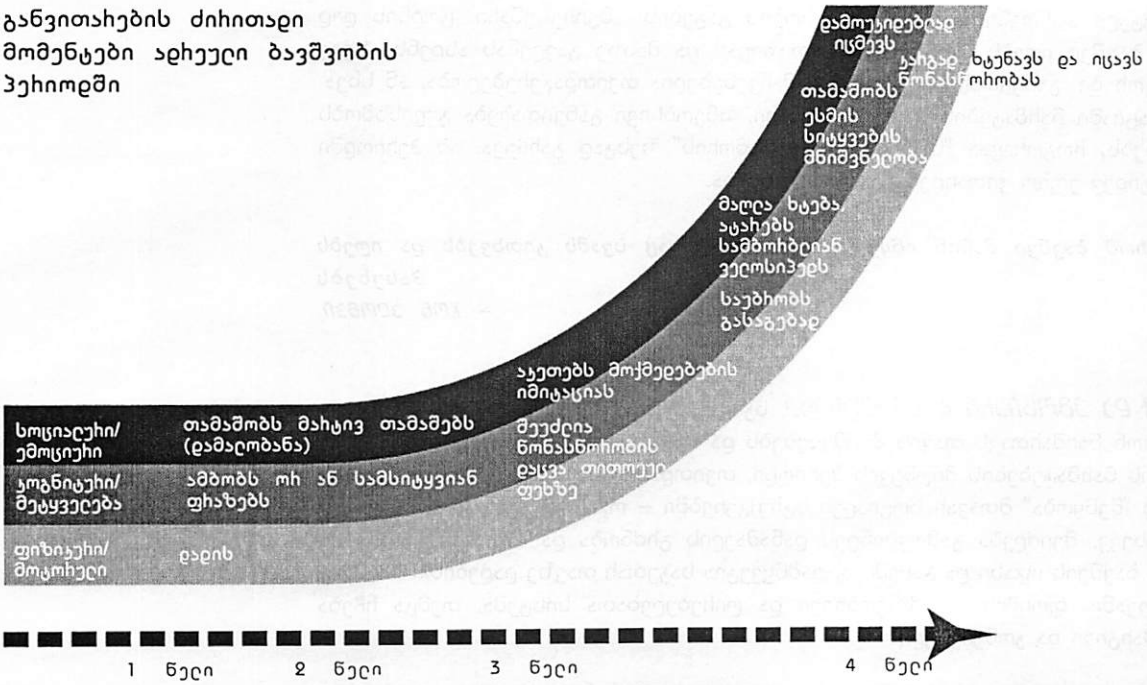
მეტყველება განსაკუთრებული სისწრაფით ვითარდება. 18 თვის ბავშვი 10-20 სიტყვას ამბობს, ხოლო 2 წლის – ის და სამსიტყვიან წინადადებებს. შემდეგ 3 წლის ასაკში, როდესაც ჯარგან საუბრობს, გამუდმებით იმეორებს "ატომ?" და გიმღერით სიმღერებს, ხშირად ხმამაღლა ყვება ანეკდოტის ამბებს. 4 წლის ასაკში აყალიბებს რთულ წინადადებებს. დარწმუნდით, რომ ეს ამბიციური და შემოქმედი ბავშვი ჯერ კიდევ განსცდის ლოგიკის ნაკლებობას აზროვნების პროცესში.

სოციალური და ემოციური განვითარება. ახალი ინტელექტუალური ძიების ზღვარი არის ბავშვის დამოკიდებულობის მოპოვებისკენ ტოლვა. გამოკვლევის ღირს უნდა მოელოდეთ წინააღმდეგობას. ვინაიდან ბავშვები იმპულსურები არიან, ხშირია ნყობიდან გამოსვლა. ნუ დაუწყებთ 2 წლის ბავშვს ჩხუბს. ასევე, ნუ შეეკითხებით, "შეიძლება ფილტვებზე მოგისმინო?" ან იზამთ იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი გეტყვით, "არა"? უბრალოდ მშვიდად უთხარით ბავშვს, თუ რის გაკეთებას აპირებთ. დააკვირდით ბავშვის და მომვლელის ურთიერთობებს, შეაფასეთ, რამდენად ძლიერი და ფართოა ეს ურთიერთობები.



ბავშვები სამოთხის გასაღებია
– ჰირჩჰე სტრეჰჰერ

განვითარების ძირითადი მომენტები ადრეული ბავშვობის პერიოდში



III შუა ბავშვობის პერიოდი: 5-დან 10 წლამდე

Freud-ის (ფროიდის) მოსაზრების მიუხედავად, შუა ბავშვობის წლები უდავოდ არ არის ფარული (ლატენტური). უფრო მეტიც, ეს პერიოდი გამოირჩევა სამყაროს მიზანმიმართული შეცნობით, ფიზიკური და ჯოგნიტური შესაძლებლობების და მიღწევების ზრდით, მცდელობებითა და შეცდომებით. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ფიზიკური გამოჯვლევა უფრო უშუალოა, მაგრამ გახსოვდეთ ბავშვის განვითარების დონე და თვისებები, რომლებიც სკოლის ასაკის ბავშვის გარეგნულ მხარეს ქმნის.



ფიზიკური განვითარება. ამ ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვები ფიზიკურად თანაბარზომიერად ვითარდებიან, მაგრამ უფრო ნელა, ვიდრე სკოლამდელ და მოზარდის ასაკში. მიუხედავად ამისა, შეიძლება ნახოთ ძაღის და ჯოხრინაციის მკვეთრი გაუმჯობესება, რაც ნამყვანია სხვადასხვა მოქმედებების შესრულებაში. ეს ასევე ის პერიოდია, როდესაც ფიზიკური ნაკლის, ან ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვი იწყებს თავის შეზღუდული მდგომარეობის გარკვევას.

ჯოგნიტური და მეტყველების განვითარება. ბავშვი ხდება "მტკიცე და ოპერატიული" - შეუძლია ლოგიკური აზროვნება და თანდათან მზარდი და გართულებული სწავლა,

აქვს აბსტრაქტული აზროვნების თანმიმდევრობის გაგების მცირე უნარი. ცოდნის დიდ უმეტესობას ბავშვი იღებს სკოლიდან და ოჯახიდან და მასზე გავლენას ახდენს ასევე გარემო ფაქტორები. განვითარების მთავარი მაჩვენებელია თვითდაჯერებულობა, ან სხვადასხვა სიტუაციაში ნარმატების მიღწევის უნარი. ზნეობრივი განვითარება გულისხმობს მარტივ ცნებებს, როგორიცაა "სწორის და არა სწორის" ზუსტად გარჩევა. ამ პერიოდში მეტყველება ჯერედ უფრო ვითარდება და ორული ხდება.

იცოდეთ, რომ ბავშვი მაშინ იწყებს ზრდას, როდესაც სვამს კითხვებს და იღებს პასუხებს
– ჯონ პლომპი.

სოციალური და ემოციური განვითარება. სკოლის ასაკის ბავშვი უფრო დამოუკიდებელია, თვითონ ნარმართავს თავის მოქმედებებს და სიამოვნებას იღებს მიზნის მიღწევით. ეს არის ნარმატებების მიღწევის პერიოდი, თვითდამკვიდრების კრიტიკული დრო და შესაფერისად "შენყობა" მთავარ სოციალურ სტრუქტურებში – ოჯახში, სკოლაში და მსგავს ჯგუფებში. ასევე, შეიძლება გამოვლინდეს დანაშაულის გრძნობა და თვითდამკვიდრების პრობლემები. ბავშვის ოჯახი და გარემო გადამწყვეტია სასურველ თავზე დადებითი ნარმოდგენის მიღწევაში. ფორმირდება ზნეობრივი და ღირებულებათა სისტემა, თუმცა ჩრდება შედარებით მარტივი და კონკრეტული.

▪ შუა ბავშვობის პერიოდი

განვითარების სფერო	დახასიათება	ჯანდაცვის საჭიროება
ფიზიკური	ძვრის და კოორდინაციის გაზრდა სხვადასხვა ამოცანის და მოქმედების შესრულების შესაძლებლობა.	ძვრის გამოკვლევა, პრობლემების შეფასება მშობლების ჩართვა პროცესში უნარის დაკარგვის, ან პრობლემების დროს დახმარება უსაფრთხოების ნინასწარი მართვა
კოგნიტური	"მტკიცე და ოპერატიული": ფოკუსირებულია სინამდვილეზე იღებს განათლებას და ჩვევებს, აღწევს თავდაჯერებულობას.	გამომხატველობა ხანმოკლე შეღებით ხელშეწყობა; ჩვევების გამოკვლევა
სოციალური	ჯგუფად "შენყობა" ოჯახში, ამხანაგებთან, სკოლაში	შეფასება, ხელშეწყობა, ჩრევების მიცემა ურთიერთობების შესახებ
	ხანგრძლივი თავმოყვარეობის გრძნობა	დახმარება, გამომხატველობა ან სიძლიერე
	პიროვნული თვისებების შეთანხმება დამკვრობასთან (მოხრილებასთან)	კონფიდენციალურობა, გაგება, ჩრევა
	თვითშეცნობის განვითარება	გაგება, დახმარება

მოზარდობის ასაკი: 11-დან 20 წლამდე

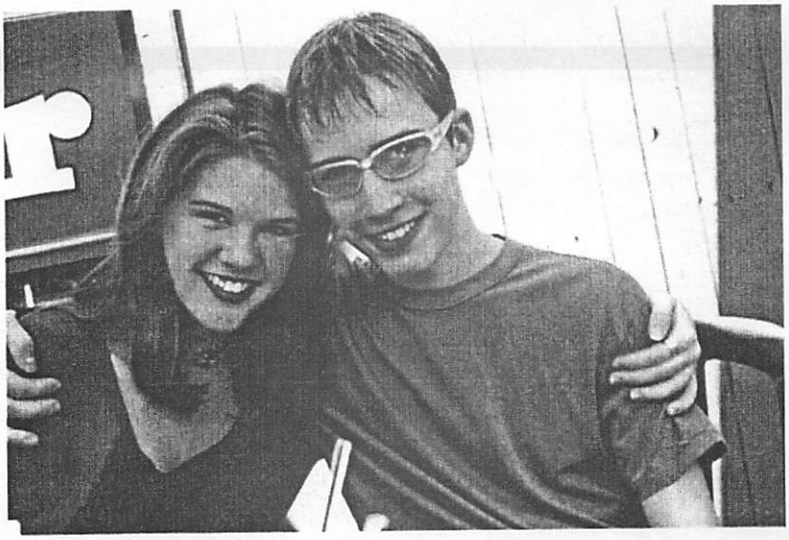
მოზარდის ასაკს ჰყოფენ სამ სტადიად: აღრეული, შუა და გვიანი, როგორც ეს ნაჩვენებია ცხრილში 680-ე გვერდზე. თქვენი გამოკითხვა და ფიზიკური გამოკვლევა ფართოდ ცვალებადობს მოზარდის ფიზიკური, ჯოგნიტური და სოციალურ-ემოციური განვითარების დონის მიხედვით.



ფიზიკური განვითარება. ამ პერიოდში ხდება ბავშვის გადასვლა მოზარდში. ფიზიკური გარდაქმნები ძირითადად ვლინდება წლების განმავლობაში, რაც იწყება საშუალოდ 10 წლიდან გოგონებში და 11 წლიდან – ბიჭებში. საშუალოდ, სქესობრივ მომწიფებას გოგონები ამთავრებენ 14 წლისთვის, ხოლო ბიჭები – 16 წლის ასაკში. მომწიფების დაწყების დრო და ხანგრძლივობა ცვალებადია, თუმცა ეტაპები ნინასწარ განსაზღვრადი. აღრეული მოზარდის პერიოდი ძირითადად ამ ფიზიკურ ცვლილებებს მოიცავს.

ბიჭი ზრდასრული ხდება სამი წლით აღრე, ვიდრე მის მშობლებს ჰგონიათ, და ერთი წლის შემდეგ, ვიდრე თვითონ ჰგონია.
– ლეს ჰეიზი

ჯოგნიტური განვითარება. მართალია, ისე ამჯარად არა, მაგრამ ჯოგნიტური ცვლილებები ისევე მნიშვნელოვნად მიმდინარეობს, როგორც ფიზიკური. მოზარდთა უმრავლესობა ვითარდება ჯონრიეტულიდან ოპერატიულ აზროვნებამდე, იძენს ლოგიკის, აბსტრაქციის და მიმდინარე მოქმედებების მომავალი შედეგების განსჯის უნარს. მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდის გამოკითხვა და გასინჯვა ზრდასრულისას ჰგავს, მაინც გახსოვდეთ მოზარდების ჯოგნიტური განვითარების ფართო ცვალებადობა და ხშირად მარტივი გადაწყვეტილებების მიღების მათი უცნარი და ჯერ ჯიდევ შეზღუდული უნარი. ზნეობრივი აზროვნება ხდება უფრო რთული და დახვეწილი, ბავშვი უფრო მეტ დროს ანდომებს ჯამათს.



სოციალური და ემოციური განვითარება. მოზარდის ასაკი ძალიან აქტიური პერიოდია, როდესაც ხდება გადასვლა ოჯახის მიერ გაჯონტროლებიდან დამოუკიდებლობისკენ და თანასწორობისკენ. ბრძოლა ინდივიდუალობისთვის, დამოუკიდებლობისთვის და, საბოლოოდ, ინტიმური ურთიერთობებისთვის, საფუძვლად უდევს სტრესების უმეტესობის, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების და, ხშირად, მაღალი რისკის მქონე ქცევების განვითარებას. ეს ბრძოლა, ასევე, გაძლევთ თქვენ ჯანმრთელობის ხელშენყობის მნიშვნელოვან შესაძლებლობას.

■ მოზარდობის ასაკი

განვითარების მაჩვენებელი	დამახასიათებელი ნიშნები	ჯანდაცვის მიდგომები
ადრეული მოზარდობის ასაკი (10-14 წელი)		
ფიზიკური	მომწიფება (ქ: 10-14; მ: 11-16) ცვალებადია	ჯონფიდენციალურობა, განმარტოვება (პირადული ბა)
ჯოგნიტური	"ჯონჯიტული ოპერატიული"	ხანმოკლე გამომხატველობა
სოციალური იდენტურობა	ნორმალური ვარ? თანასწორება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია	დამშვიდება და ნახალისება და დადებითი პოზიცია (უთითითობები)
დამოუკიდებლობა	ამბივალენტობა (საკითხისადმი გაუჩენელი, ან ორმაგი მიდგომა) (ოჯახში, საკუთარი თავის მიმართ, თანასწორობა)	დახმარება დამოუკიდებლობის ზრდაში
შუა მოზარდობის ასაკი (15-16 წელი)		
ფიზიკური	ქალები თავს უფრო ჯომფორტულად გრძნობენ, მამაკაცები უფრო უხერხულად	დახმარება, როდესაც პაციენტი "ნორმისგან" განსხვავებულია
ჯოგნიტური	გარდამავალია, ბევრი იდეები აქვს	პრობლემის გადაწყვეტა; გადაწყვეტილების მიღება
სოციალური იდენტურობა	ვინ ვარ? მეტად აკეთებს თვითშეფასებას; გლობალური შედეგები	ჩრიტიკის გარეშე მიღება
დამოუკიდებლობა	ტესტირების შეზღუდვა, "ექსპერიმენტული" ქცევები; ძიებები	თანმიმდევრულობა, დადგენის შეზღუდვა
გვიანი მოზარდობის ასაკი (17-20 წელი)		
ფიზიკური	ზრდასრულის მესახედაობა	მინიმალურია ან არ არის ქრონიკული დაავადებები
ჯოგნიტური	"ფორმალური ოპერატიული"	"მოქცეთ ისე, როგორც ზრდასრულს
სოციალური იდენტურობა	თვითონ მთავარი მოქმედია სხვებისადმი პატივისცემის გრძნობით; სექსუალურობა; მომავალი	ნახალისება იდენტურობის განვითარებაში
დამოუკიდებლობა	ოჯახისგან გამოყოფა; მომავალი ჩვეული დამოუკიდებლობა	დახმარება, ნინასწარი მართვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და მსჯელობა

პრევენციის ერთი წვეთი მკურნალობის ერთი ფუნტის თანაბარია
– ბენჯამინ ფრანკლინი

ეს ბრძნული გამონათქვამი განსაკუთრებით ჭეშმარიტია ბავშვებისა და მოზარდებისთვის, ვინაიდან ახალგაზრდა ასაკში პრევენცია განაპირობებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას მომდევნო მრავალი წლის მანძილზე. პედიატრები დიდ დროს უთმობენ ჯანმრთელობის შემონმებისთვის გამოყოფილ ვიზიტებს და ჯანდაცვის ხელშეწყობას.

მრავალ ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციას შემუშავებული აქვს რეკომენდაციები ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის.[5-8] ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმდინარე კონცეფციები მოიცავს არა მარტო დაავადებების ამოცნობასა და პრევენციას, ასევე ჯანმრთელი ბავშვებისთვის და მათი ოჯახებისთვის აქტიურ ხელშეწყობას, რაც გულისხმობს ფიზიკურ, კოგნიტურ, ემოციურ და სოციალურ ჯანმრთელობას.

ყოველი შეხება ბავშვთან და მის ოჯახთან არის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესაძლებლობა! გამოკითხვიდან ყველაზე ადრეულ მოიფიქრეთ თქვენი უპირობობები, ვინაიდან გაქვთ ორი მიზანი: ტრადიციული დაკვირვება საექიმო პრობლემებზე და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა. როგორი ძვირფასი საჩუქარია!



განვითარების ხელშეწყობა უნდა იყოს ასაკისთვის შესაფერისი და მიმდინარეობდეს მრავალი ვიზიტის განმავლობაში. განვითარების ხელშეწყობა მოიცავს ჩვევებს სხვადასხვა სტიმულზე (კითხვა, დიალოგი, მუსიკა, ზრდისა და კარგი მოტორული განვითარების შესაძლებლობების ოპტიმიზაცია). მშობლებს გააცანით მომავალი განვითარების ეტაპები და რომ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება და ხელშეწყობა ამ განვითარებაში. გახსოვდეთ, რომ ბავშვებისთვის მშობლები ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მთავარი ფაქტორია და თქვენი ჩვევები მათთვის მოქმედების ინსტრუმენტებია.

ჯანმრთელობის ხელშენყობა და მსჯელობა

ქვემოთ მოყვანილია პედიატრიული ჯანმრთელობის ხელშენყობის ძირითადი კომპონენტები. ჩრევები მოარგეთ თქვენი პაციენტის განვითარების დონეს.

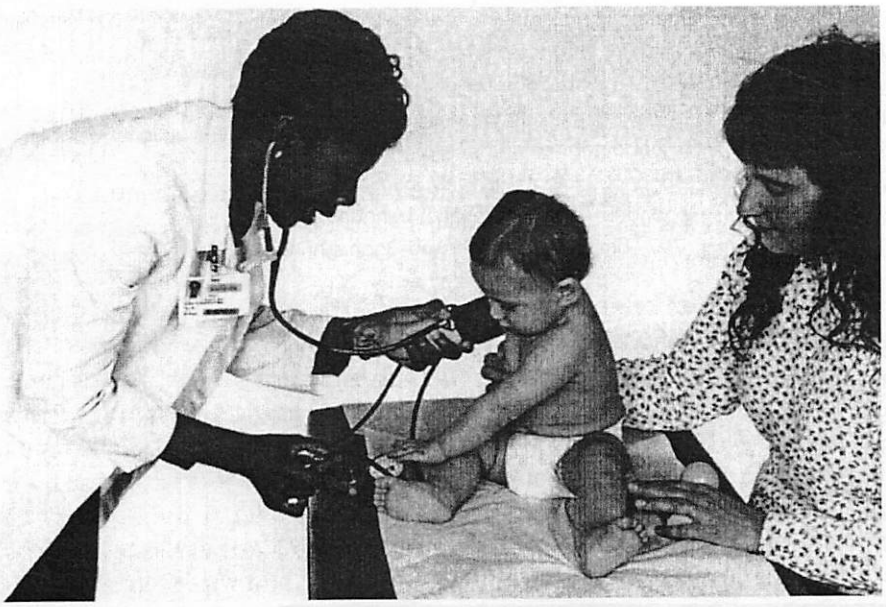
ამერიკის პედიატრიის აკადემია (American Academy of Pediatrics - AAP) აქვეყნებს *ჯანმრთელობის შესამოწმებელი ვიზიტების* და ამ ვიზიტების საკვანძო, ასაკის შესაბამისი კომპონენტების ჩეკლისტებს (იხ. ცხრილი 18-3, გვ. 797). გახსოვდეთ, რომ ბავშვებს და მოზარდებს, რომლებსაც აქვთ ქრონიკული დაავადება ან მაღალი რისკი ოჯახში ან გარემო პირობებში, უფრო ხშირ გასინჯვას და ინტენსიურ ხელშენყობას საჭიროებენ.

ჯანმრთელობის ხელშენყობაში ჩართეთ განმარტებები ფიზიკური გამოკვლევების შესახებ. მაგალითად, ჩრევები მიეცით მოსალოდნელი მომწიფებისთვის დამახასიათებელი ცვლილებების შესახებ ან იმაზე, თუ როგორ მოქმედებს ჯანმრთელი ჩვევები ფსიქიკურ მონაცემებზე (მაგ. ვარჯიში ამცირებს სისხლის წნევასაც და ქარბ წონასაც). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია არჩენოთ ყველა ოჯახი ჯანსაღი ცხოვრების წესსა და ფიზიკურ ჯანმრთელობას შორის.

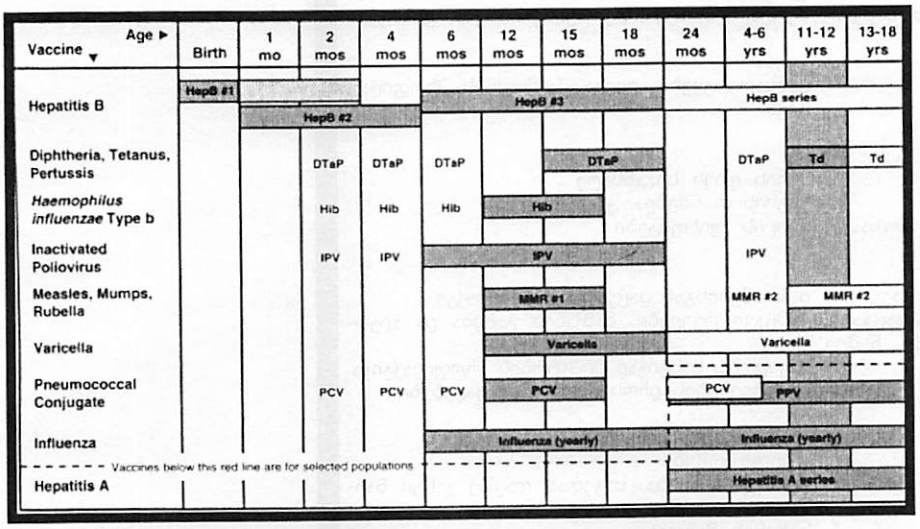
ჯანმრთელობის ხელშენყობის საფუძველია *ბავშვთა იმუნიზაცია* და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვანი საქმიანობა. ბავშვთა იმუნიზაციის პროგრამა ყოველწლიურად იცვლება და შესწორებები ფარმოდ ქვეყნდება და თავსდება დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის და ამერიკის პედიატრიის აკადემიის ვებ-გვერდებზე. 683-ე გვერდზე მოცემულია 2005 წლის იმუნიზაციის პროგრამა.

პედიატრიული ჯანმრთელობის ხელშენყობის საკვანძო კომპონენტები

1. ბავშვთა ასაკთან დაკავშირებული განვითარების მარეგულირებლები
   - ფიზიკური (განვითარება, ზრდა, სქესობრივი სიმწიფე)
   - მოტორული (აქტიური და დახვეწილი მოტორული ჩვევები)
   - კოგნიტური (განვითარების საზომის მარეგულირებლები, მეტყველება, სკოლაში მუშაობა)
   - ემოციური (თავდაჯერება და უპირატესობა (დახელოვნება), თვითშეფასება, დამოუკიდებლობა, ზნეობა)
   - სოციალური (სოციალურად უფლებამოსილი (კომპეტენტური), პასუხისმგებლობის გრძნობა, ოჯახში და საზოგადოებაში ინტეგრაცია)
2. ვიზიტები ჯანმრთელობის შემოწმებისთვის
   - ზოგადი სამედიცინო და პირის ღრუს სიჯანსაღის პერიოდული შემოწმება, ჯანმრთელობის შესამოწმებელი პროგრამებით (იხ. ცხრილი 18-3, გვ. 797)
   - ბავშვთან და მშობლებთან ვიზიტების სიხშირის შეთანხმება
3. ფიზიკური გამოკვლევის შედეგების ინტეგრაცია (ნოტებში დაფიქსირება, მონაცემების დაკავშირება ჯანსაღი ცხოვრების წესთან)
4. იმუნიზაცია
5. გამოკვლევის პროცედურები
6. წინასწარი მზითვა
   - ჯანსაღი ჩვევები
   - საკვები და ჯანსაღი კვება
   - დაცვა და დაზიანების პროფილაქტიკა
   - სქესობრივი განვითარება და სექსუალურობა
   - პასუხისმგებლობის გრძნობა და ქმედითობა
   - ოჯახური უთანხმოებები (უთანხმოება შვილი, სიმყარე, დახმარება)
   - ემოციური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა
   - პირის ღრუს სიჯანსაღე
   - დაავადების ამოცნობა და პროფილაქტიკა
   - რისკთან დაკავშირებული ქცევების პროფილაქტიკა
   - სკოლის და პროფესიული მიღწევები
   - თანასწორი უთანხმოებები
   - საზოგადოებრივი უთანხმოებები (მაგ. სკოლაში)
7. ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკთან და ბავშვთან, მოზარდთან და ოჯახთან თანამშრომლობა



ბავშვთა და მოზარდთა იმუნიზაციის საერთაშორისო პრობლემა. აშშ, 2005



Vaccine-ვაქცინა
Hepatitis B - B ჰეპატიტი
Diphteria, Tetanus, Pertusis (DTaP)- დიფტერია, ტეტანუსი, ყივანახველა
Inactived influenzae Type b - b ტიპის *Haemophilus influenzae*
Inactived poliovirus - ინაქტიური პოლიოვირუსი
Measles, Mumps, Rubella - წითელა, ყბაყუჟა, წითელა
Varicella - ვირისცელა (ჩუტყვავილა)
Pneumococcal Conjugate - პნევმოკოკური კონიუგატი
Influenzae - გრიპი

ამ გრაფიკში მოცემულია იმუნიზირებული ვაქცინების ქუთინული გამოყენების სარეკომენდაციო ასაკები. ვაქცინები იმუნიზირებულია 2004 წლის 1 დეკემბერს 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის. თუ მითითებულ ასაკში ისინ ვერ ჩატარდა, უნდა გაეთვალისწინოს ნომერიმე მომდევნო ვიზიტის დროს.

აღნიშნავს ასაკობრივ ჯგუფს, ნომელსაც უნდა ჩაუტარდეს ისინ, ნომელიც ადრე არ ჩატარებია. შესაბამისი ვაქცინები უნდა იყოს იმუნიზირებული და რეკომენდებული მიმდინარე წლის განმავლობაში. იმუნიზირებული კომბინირებული ვაქცინები უნდა გამოიყენოთ, ნოდესაც ნარევებია მათი შემადგენელი კომპონენტები და სხვა კომპონენტებზე უკუჩვენება არ არსებობს. დაწვრილებითი ინფორმაცია შეიძლება მიიღოთ მწარმოებლის ინსტრუქციიდან. იმუნიზაციის ძირითად მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები მოცემულია ვაქცინების გვერდითი მოვლენების მონიტორინგის სისტემაში (VAERS – Vaccine Adverse Event Reporting System). VAERS ფორმის გაცნობის და შევსების მითითებები შეგიძლიათ ნახოთ ინტერნეტში: www.vaers.org ან დარეკოთ ტელეფონზე 800-822-7967.

რეკომენდებული ასაკობრივი საზღვრები

გასინჯვის პროცედურები სხელდება ასაკის შესაბამისად. ყველა ასაკის ბავშვისთვის ეს გასინჯვები მოიცავს ზრდის პარამეტრებს და ყველა ასაკში განვითარების შეფასება, ჩვილობის შემდგომ პერიოდში სისხლის ნნევის გაზომვა და შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში მხედველობის და სმენის შემოწმება. შემოწმების პროცედურები, რომლებიც განსაკუთრებით ეფექტურია მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისთვის, მოიცავს ტესტებს ტყვიით მოწამვლისთვის, ტუბერკულოზის გამოვლენისთვის, ანემიის, ქოლესტერინის, საშარდე გზების ინფექციების და სქესობრივად გადამდები დაავადებების დადგენისთვის. სჭირონგული ტესტები ფართოდ ცვალებადობს; 18-3 ცხრილში, გვ. 797, მოცემულია ამერიკის პედიატრიის აკადემიის რეკომენდაციები.

პედიატრთან ვიზიტის მთავარი კომპონენტია *წინასწარი მართვა*. საკვანძო საკითხები ნაჩვენებია პედიატრიული ჯანდაცვის პრევენციულ რეკომენდაციებში (გვ. 797) და მოიცავს დიდი ყოფნობით თემებს, დაწყებული სუფთა „საქიმოდან~ სოციალური და ემოციური ჯანმრთელობით დამთავრებული. ქვემოთ მოცემულია 1 და 16 წლის ასაკის ბავშვთა წინასწარი მართვის საკვანძო საკითხების მაგალითები ორი განსხვავებული ასაკობრივ ჯგუფში. ბავშვის ჯანმრთელობაზე ყველა ეს ფაქტორი ახდენს გავლენას. თუ ჩვენ გვინდა მივაღწიოთ ჯანმრთელ სამყაროს, *უკადრესად უნდა გავამახვილოთ* ბავშვთა ჯანმრთელობის ყოველმხრივ და ფართო ხელშენყობაზე. ამაზეა დამოკიდებული ჩვენი შვილების მომავალი!

ჯანმრთელობის მემონიტორების ვიზიტებზე წინასწარი მართვის მაგალითები

1 წლის ასაკი	*16 წლის ასაკი*
განვითარება	განვითარება
სიარული, მეტყველება, სოციალური თამაშები	სკოლა, სოციალური, თვითგანვითარება, ფიზიკური
კვება	კვება
ნოყიერი და მსუბუქი კვება	ჯანსაღი კვება, დიეტა, სიმსუქნის პრობლემა
ძაღით კვება?	
უარის თქმა ზედმეტ კვებაზე	
პირის ღრუს სიჯანსაღე	პირის ღრუს სიჯანსაღე
ჯაგრისით ნმენდა	ჯაგრისით ნმენდა, ბიღის ექიმი
სანოლში ბოთლით კვება არ არის მიზანშეწონილი	ბიღის ფიქსატორები
დაზიანებისგან დაცვა და პროფილაქტიკა	დაზიანებისგან დაცვა და პროფილაქტიკა
დაცვა ოჯახში, მანქანაში, ბავშვთა დაცვა	დამცავი ღვედები, მანქანის ტარება და ალკოჰოლი
ფაქტორების ზემოქმედება: თამბაქო, ნამღები, მომწამლავი ნივთიერებები	ძალადობა, სასტიკად მოპყრობის პრობლემა მოქმედებების დროს დაცვის საშუალებები
თვითდაჯერება, ქცევები	თვითდაჯერება
მექება ცარიელი საქციელის გამო	კომპეტენტურობა, საკუთარ თავზე ცარიელი წარმოდგენა, მომავალი
წესების დადგენა	
დისციპლინა	სტრესის მართვა
ოჯახში ურთიერთობები	ფსიქიკური ჯანმრთელობა, დეპრესია
და-ძმა, როგორ ატარებს დროს	ოჯახში ურთიერთობები
საკვების ან მოქმედებების განაწილება	ურთიერთობები
ოჯახის სხვა წევრების როლი	ურთიერთობა ნათესავებთან დამოკიდება
საზოგადოება და თანასწორობა	საზოგადოება და თანასწორობა
სხვა ბავშვებთან ერთად თამაში	თანასწორობა, მნიშვნელოვანია სხვებთან
ბავშვის მოვლის მეფასება	პოზიტიური მოქმედებები, ფინანსური საკითხები
ურთიერთობების საშუალებები და საქმიანობა	
	ჯენდერი
	სექსუალობა
	ჩვევა, ინფორმაცია, სქესობრივი მომწიფება
	უარის თქმა, უსაფრთხო სექსი, HIV და სქესობრივად გადამდები დაავადებები

ახალშობილისა და ჩვილის გამოკვლევისადმი მიდგომა

ყოველი ბავშვისთვის ცხოვრება საუკეთესო თავგადასავალია – ძველი ხასიათის მეცნიერის და ახლის მეძენის საშუალება
– ჰუბერტ ჰუმფრი

ხშირად, ახალბედა (და ზოგჯერ გამოცდილ) ექიმს ამრნებს ძალიან პატარა, ან მყვირალა ბავშვთან უხერხულობა, განსაკუთრებით ხოდესაც მშობლები ჯიუტობენ, ან აფორიაქებულები არიან. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სიტუაცია მოითხოვს სითამამეს, არჩევანი აღვილად უნდა გააკეთოთ და ყოველ ვიზიტს სიამოვნებით უნდა შეხვდეთ.

გამოკვლევის თანამიმდევრობა

დაიწყეთ მე-4 თავის მიმოხილვით, ყურიდან გამოკვლევის დაწყება: ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები, რაც მოწოდებულია მოზარდების გამოკვლევისთვის. ხოდესაც სინჯავთ ჩვილ და პატარა ბავშვებს, თანმიმდევრობა უნდა ცვალოთ ბავშვის ასაკის და მისი სიმშვიდის დონის მიხედვით. *თავდაპირველად გამოიყენეთ არამემანუხებელი მანევრები, ხოლო პოტენციურად გამაღიზიანებელი მეთოდები შეგიძლიათ გამოკვლევის ბოლოს გამოიყენოთ.* მაგალითად, თავის და ყისარის პალპაცია და ფილტვების და გულის აუსკულტაცია შეგიძლიათ აქედან ჩაატარონ, ხოლო ყურების, პირის ღრუს გამოკვლევა და მუცლის პალპაცია – გასინჯვის ბოლოს. თუ ბავშვი ხომალდიმე უბანში ტკივილს აღნიშნავს, ეს ადგილი ყველაზე ბოლოს გასინჯეთ.



საექიმო პედიატრიული ჩანაწერის ფორმატი ისეთივეა, როგორც მოზარდებისთვის, მიუხედავად იმისა, რომ გამოკვლევის თანმიმდევრობა ფარგლებს ცვალებადობს, მიღებული მონაცემები ტრადიციული ფორმატით უნდა გაფორმდეს.

ცხოვრების პირველი წელი, ჩვილობა იყოფა ნეონატალურ (პირველი 28 დღე) და პოსტნეონატალურ (29 დღიდან 1 წლამდე) პერიოდებად.

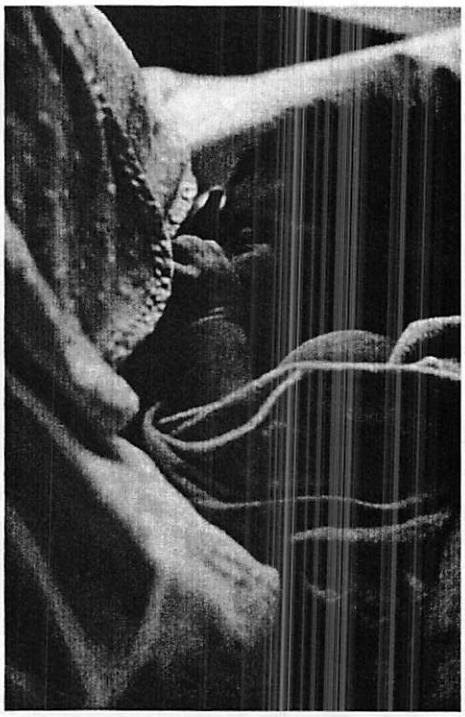
ახალშობილის შეფასება

ახალშობილთა გამოკვლევის ძირითადი მომენტები

- ახალშობილი გასინჯეთ მშობლების თანდასწრებით
- გამოკვლევის პროცესში გააშიშვლეთ და შემდეგ ისევ ჩაასვით ახალშობილს
- ოთახში ის უნდა იყოს მყუთხი განათება და ისწიეთ ბავშვი, ისე რომ ის დახუჭოს თვალები
- თუ შესაძლებელია, დაანკისრეთ ყვებას (განსაკუთრებით ძუძუთი ყვებას)
- მშობლებს აჩვენეთ, რომ თქვენი მოქმედებები ფიზიოლოგიურია (ბავშვის გახვევა, ხელში დაჭერა)
- დაანკისრეთ გადანასვლებას ბავშვის გაღვიძების დროს და მშობლებს ასწავლეთ ეს გადანასვლება
- გამოკვლევის ტიპიური თანმიმდევრობა (ბავშვის მინიმალური შეწუხებით):
  - ყურადღებით დათვალიერება
  - თავი, ტუჩები, ცული, ფილტვები, მუცელი, შარდ-სასქესო სისტემა
  - თვალები, როდესაც სპონტანურად გახელილია
  - ტანი
  - ნერვული სისტემა
  - თეძოები

ხშირად, პირველი პედიატრიული გასინჯვა სამშობიაროს დარბაზის გარეთ, ტარდება საავადმყოფოში დაბადებიდან 24 საათის განმავლობაში.

თუ შესაძლებელია, გამოკვლევა ჩაატარეთ მშობლების თანდასწრებით, რათა მათ შეძლონ კითხვების დასმა. ხშირად მშობლებს სპეციფიკური კითხვები აქვთ ბავშვის ფიზიკურ მდგომარეობაზე, ამიტომ ნორმალური მონაცემების დადგენა მათ დარწმუნებაში მოგეხმარებათ. ეს ასევე საუკეთესო დროა, რათა დააკვირდეთ მშობლების ურთიერთობა ახალშობილთან და დააკვირდეთ, როგორ იკვებება ბავშვი ძუძუთი: დვრილის დაჭერა და წოვა. პრობლემების აღმოჩენის, პირველ რიგში გამოიკვლიეთ ძუძუთი ყვების პროცესი. ძუძუთი ყვება ფიზიოლოგიურია და ფსიქოლოგიურად ოპტიმალური, მაგრამ დასაწყისში ბევრ დედას დახმარება ესაჭიროება. სიძნელეების დროული დადგენა და წინასწარი მართვა დაეხმარება დედას, სწორად ყვებოს ბავშვი.



ბავშვი იკვებება ძძით და მუქებით – მეორე ღამით

ახალშობილები ყველაზე გამოხმაურებადნი არიან ყვებიდან 1 – 2 საათის განმავლობაში,

ხოლესაც ისინი ახლა ძალიან მშვიდები ახიან (ნაკლებად მგრძნობიარე), ახლა ძალიან მშივრები (და ხშირად აგზნებულნი). უმჯობესია, გასინჯვა დაიწყოთ, ხოლესაც ახალშობილი გახვეულია და ჯომფორტულადაა. შემდეგ გასინჯვის პროცესში გახადეთ ბავშვს თანდათანობითი სტიმულაციით და გამოფხიზლებით. თუ ბავშვი აგზნებულია, გამოიყენეთ დამამშვიდებელი, ან ბოთლის საკვები (თუ ძუძუთი ის იკვებება), ან მიეცით უფლება ნოვოს თქვენი ხელთათმანიანი თითი, ან საკუთარი ხელი. ასევე შეგიძლიათ ეცადოთ ხელახლა შეახვიოთ ბავშვი, ჰათა დამშვიდდეს და ჩაატაროთ ის გამოკვლევები, ხაც საჭიროებს ბავშვის ჩუმად ყოფნას.

შეფასება დაბადებისთანავე: ექსტრაუტეხინელი ცხოვრებისადმი ადაპტაცია

დაბადებისთანავე ბავშვის გამოკვლევა მნიშვნელოვანია ზოგადი მდგომარეობის, განვითარების დონის, ორსულობის პერიოდში განვითარების დარღვევების და ჰაიმე თანდაყოლილი პათოლოგიის დადგენის მიზნით. გამოკვლევამ შეიძლება გამოავლინოს გულის, სუნთქვის, ან ნევროლოგიური დარღვევები. სტეტოსკოპით მოისმინეთ გულ-მკერდის ნინა ზედაპირი, ჩაატარეთ მუცლის პალპაცია, დაათვალიერეთ თავი, სახე, პირის ღრუ, ყიდულები, სასქესო ორგანოები და მოხილი.

Apgar-ის ქულათა სისტემა. *Apgar-ის* (აბგარის) ქულები არის ბავშვის დაბადებისთანავე შეფასების ყველაზე სწორი გზა. იგი შედგება 5 კომპონენტისგან, რომელთა მეშვეობით ხდება ახალშობილის ნევროლოგიური სტატუსის ნორმაში დაბრუნება დაბადების პროცესის ზეგავლენის შემდგომ და ექსტრაუტეხინელი (საშვილოსნოს გარე) ცხოვრების ადაპტაცია ყოველგვარი შეალედური სტადიის გარეშე. შეაფასეთ თითოეული ახალშობილი პირველი 5 წუთის განმავლობაში შემდეგი ცხრილის მიხედვით. შეფასება ეფუძნება 3-დანაყოფიან (0, 1, ან 2) სკალას თითოეული კომპონენტისთვის. საერთო შეფასება მერყეობს 0-დან 10-მდე.

Apgar-ის ქულათა სისტემა

კლინიკური სიმპტომი	0	1	2
გულისცემის სიხშირე	არ აღინიშნება	წუთის განმავლობაში < 100 ღარტყმაზე	წუთის განმავლობაში > 100 ღარტყმაზე
სუნთქვითი ძალისხმევა	არ აღინიშნება	ნელი (არარეგულარული)	კარგად გამოსახული ტირილი
კუნთოვანი ტონუსი	სუსტი	კიდურების უმნიშვნელო ფლექსია	აქტიური მოძრაობები
რეფლექსური აგზნებადობა	რეაგირება არ აღინიშნება	გრიმასა	ღაცემინება ან ღახველება
ფერი	ლურჯი, მკრთალი	ვარდისფერი სხეული, ლურჯი კიდურები	სხეული მთლიანად ვარდისფერია

1-წუთიანი Apgar-ის ქულებით შეფასება

8-10
ნორმალური
5-7
ნეირული სისტემის მცირე დაქვეითება
0-4
მძიმე დაქვეითება, რაც დაუყოვნებლივ ყურადღებას მოითხოვს

5-წუთიანი Apgar-ის ქულებით შეფასება

8-10
ნორმალური
0-7
ცენტრალური ნეირული სისტემის და სხვა ორგანოების დისფუნქციის მაღალი რისკი

გესტაციური (ორსულობის) ასაკი და წონა დაბადებისას. ორგორც კი ახალშობილი დაბადება ახალ გარემოში, მნიშვნელოვანია მისი წონის და გესტაციური ასაკის (ზრდასრულობის) მიხედვით კლასიფიკაცია. ეს კლასიფიკაცია მოგვეხმარებათ ინფორმაციის მიღებაში (წინასწარ განსაზღვრონ) ჯანმრთელობის პრობლემები და სიკვდილობა. ზოგიერთი კლინიკური პრაქტიკის ეპიდემიოლოგიური ფაქტორები დაკავშირებულია გარკვეული წონისა და გესტაციური ასაკის ქვემოთ დაბადებულ ჩვილებზე.

გესტაციური ასაკი ემყარება სპეციფიკურ ნეირო-კუნთოვან ნიშნებსა და ფიზიკურ მახასიათებლებს, რომლებიც იცვლება საშვილოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდში. გესტაციური ასაკის დასადგენად ამ მახასიათებლების მიხედვით ჩამოყალიბებულ შეფასების სისტემა არის შემუშავებული.

Ballard-ის (ბალარდის) ქულებით შეფასების სისტემა აღგენს გესტაციურ ასაკს 2 კვირის სიზუსტით, დღევანდელ ბავშვებშიც კი. ცხრილში 18-1 (გვ. 794) მოცემულია Ballard-ის (ბალარდის) ქულებით შეფასების სისტემა, ნეირო-კუნთოვანი და ფიზიკური განვითარების შეფასების ინსტრუქციით.[10]

დაბადების წონის და გესტაციური ასაკის კლასიფიკაცია
დაბადების წონა

კლასიფიკაცია	*წონა*
▪ დაბადებისას ექსტრემალურად მცირე	<1.000 გრამი
▪ დაბადებისას ძალზე მცირე	< 1.500 გრამი
▪ მცირე მასის	< 2.500 გრამი
▪ ნორმალური	≥ 2.500 გრამი

გესტაციური ასაკი *კლასიფიკაცია*	*გესტაციური ასაკი*
დღენაკლული	<37 კვირა (<259 დღე)
დროული	37-42 კვირა
ვადაგადაცილებული	> 42 კვირა (>294 დღე)

შემდეგ გვერდზე მოცემული კლასიფიკაცია, რომელიც გამოიყენება, მოიცავს ორივეს: დაბადების წონის და გესტაციური ასაკის კომპონენტებს და ემყარება ახალშობილთა დაბადების წონას საშვილოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდში ზრდის მიხედვით.

688 ბ ე ი ტ ს ი ს ნ ი ნ ი ს ნ ი ს ნ ი ს კ ი ნ ი კ ი ს ნ ი ს ნ ი ს ნ

კატეგორია	აბრევიატურა	პერცენტილი
გესტაციის ასაკთან შედარებით მცირე მასის	SGA - small for gestational age	<10
გესტაციის ასაკთან შესაბამისი	AGA – appropriate for gestational age	10-90
გესტაციის ასაკთან შედარებით დიდი მასის	LGA – Large for gestational age	>90



შემდეგ გვერდზე მოტანილ დიაგრამაზე მოცემულია სამშობლოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდში ზრდის მრუდი 10 და 90 პერცენტილისთვის და გამოხატავს ახალშობილთა განვითარების სხვადასხვა კატეგორიას, დამყარებულს დაბადების ნორმასა და გესტაციის ასაკზე. ზემოთ ნაჩვენები სამივე ბავშვის გესტაციური ასაკია 32 კვირა, ხოლო ნორმებია 600გ (SGA), 1400გ (AGA) და 2750გ (LGA).

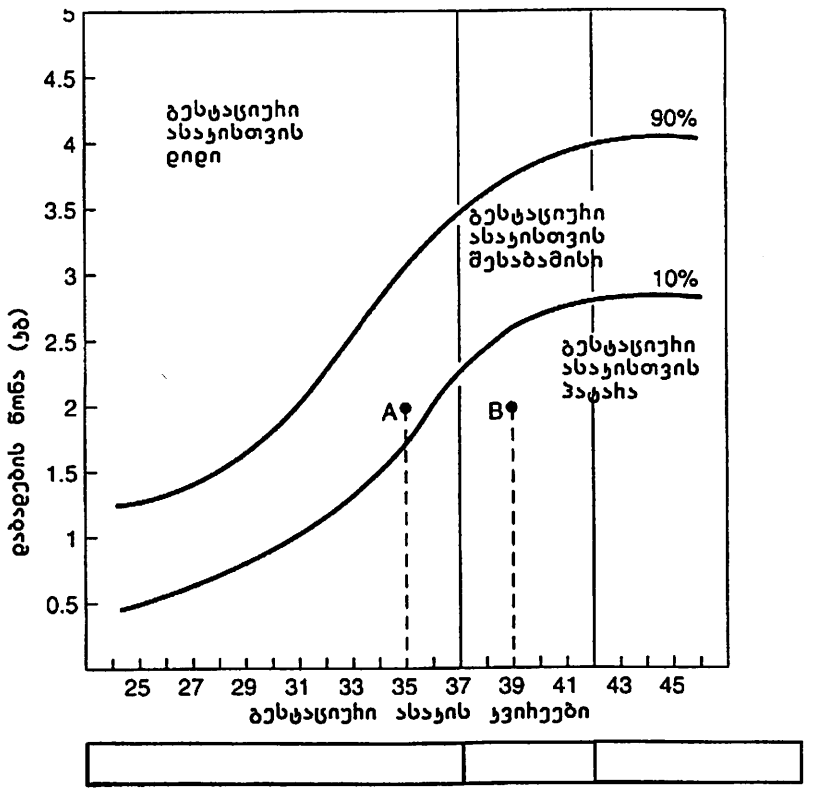
თითოეული კატეგორიას გააჩნია განსხვავებული სიკვდილობის სიხშირე, ყველაზე მაღალი SGA და AGA ახალშობილებისთვის და ყველაზე დაბალი დროული AGA ჩვილისთვის.

სამშობლოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდის ზრდა ემყარება ცოცხალშობილი, ერთი, თეთრკანიანი ჩვილის დაბადების ნორმას და გესტაციის ასაკს. A ნერტილი აღნიშნავს დღენაკლულ ახალშობილს, B ნერტილი აღნიშნავს ჩვილს, რომლის ნორმა განვითარებულის ტოლია და ასაკი

დღენაკლული AGA ჩვილებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ ჩასპირაციული დისტრეს სინდრომი, აპნოე, ღია არტერიული სადინარი მარცხნიდან მარჯვნივ შუნტით და ინფექციები. *დღენაკლულ SGA ჩვილებში* უფრო ხშირია ასფიქსია, ჰიპოგლიკემია და ჰიპოკალცემია.

LGA ჩვილებს შეიძლება ჰქონდეთ გახანგრძლივებული სიძნელეები დაბადების დროს. დიაბეტით დაავადებული დედების ჩვილები ხშირად ახალ LGA და დაბადებიდან ხანმოკლე პერიოდში შეიძლება ჰქონდეთ მეტაბოლური დარღვევები, ასევე თანდაყოლილი პათოლოგიები.

სამშვილოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდის ზრდის მრუდი



გესტაციაზე ნაკლები. ზრდის მრუდი ტიპიურია 10 და 90 პერცენტილის ყველა შეჩრეული ახალშობილისთვის.

ᲓᲐᲑᲐᲓᲔᲑᲘᲓᲐᲜ ᲐᲛᲝᲓᲔᲜᲘᲛᲔ ᲡᲐᲐᲗᲨᲘ ᲩᲐᲢᲐᲠᲔᲑᲣᲚᲘ ᲒᲐᲛᲝᲙᲕᲚᲔᲕᲐ

დაბადების პირველი დღის განმავლობაში, განსაკუთრებით ოპტიმალურია დაბადებიდან 8 საათის განმავლობაში. დარწმუნდით, რომ ყველიდან 1-2 საათი გავა, როდესაც ბავშვი ყველაზე უფრო ადვილად კონტაქტურია და სთხოვეთ მშობლებს, დარჩნენ ოთახში.

ბავშვი დაათვალიერეთ, როდესაც მშვიდად წევს და შემდეგ, როდესაც შიშველია, ასევე მშვიდად ყოფნისას. გამოიკვლიეთ ბავშვის ფერი, ზომა, სხეულის პროპორციები, ნაკვთები, პოზა, ისევე, როგორც სუნთქვა და თავისა და კიდურების მოძრაობა.

უმრავლესობა ნორმალური, დროული ახალშობილებისა წვრილ სიმეტრიულ პოზაში, ხელები ნახევრად მოხრილი აქვთ და ფეხები ნაწილობრივ მოხრილი მენჯის სახსრებში.

ნოხმაღუჩად აღინიშნება სპონტანური მოტორული აქტივობა, მონაცვლეობით ხრის და შლის ხელებს და ფეხებს. თითები, ჩვეულებრივ, მოხრილი აქვს მუშტად, მაგრამ შეუძლია გაშალოს ნელი ათეტოდური მოძრაობით. დაბადების შემდეგ ხანმოკლე დროით შეიძლება აღინიშნებოდეს ჯიღუჭების და ტანის სუსტი ტონუსის დროს და ზოგჯერ მოსვენებისას.

გამოკვლევის პროცესში, განსაკუთრებით აუსკულტაციის და პალპაციის ჩატარების დროს, მნიშვნელოვანია ბავშვი მშვიდად იყოს. შეგიძლიათ ხელთათმანიანი თითი დაადოთ ატრიებული ბავშვის პირს, რათა გააჩუმოთ და ჯერჯერობით ეს გამოკვლევები. გამოკვლევების თანმიმდევრობა სავალდებულო არ არის.

T. Beri Brazelton-ის (ბეჩი ბრაზელტონის) და სხვათა შრომებში ნაჩვენებია ახალშობილთა ფართო შესაძლებლობები.[11] ზოგიერთი უნარის ჩვენება თქვენც დახმარებას გაგიწევთ და მშობლებსაც ესიამოვნებათ. მომდევნო გვერდზე ნაჩვენებია ახალშობილთა ზოგიერთი შესაძლებლობა.



ნებისმიერი ბავშვის პოტენციური შესაძლებლობები ყველაზე დამაინტრიგებელია და ყველანაირი შემოქმედებით აქტიურდება.
– ჰერი ვონდერლიხი

ჩოდესაც ბავშვი *ჯდომით იბადება*, თავი და ფეხები გაშლილი აქვს. *გახსნილი ჯდომით* ბავშვი განზიდულია და გარეთ შებრუნებული.

დაბადებიდან 4 დღის შემდეგ მოსვენებულ მდგომარეობაში ტონუსის არსებობა სხვადასხვა მიზეზით გამონაკლისი ცენტარული ნერვული სისტემის დაავადებაზე მიუთითებს, დანყებული *ასფიქსიით* და დამთავრებული *ნაღვლის შენყვეტით*. ნებისმიერ დროს ხელების და ფეხების ასიმეტრიული მოძრაობები მიუთითებს *ცენტარულ* და *პერიფერიულ ნევროლოგიურ დეფიციტზე*, სამშობიარო ტრავმაზე (როგორიცაა ღრძილის მოტეხილობა, ან მხრის ნერვის დაზიანება), ან *თანდაყოლილ ანომალიაზე*.

რა შეუძლია ახალშობილს: ფომპეიქსური ქცევების შესაძლებლობები

ახალშობილებს, რომელთაც არ გააჩნიათ ბევრი ზემოთ ჩამოთვლილი ჩვევა, გააჩნიათ ნევროლოგიური დაზიანება, ნამლების მიღების შეწყვეტა, ან სეპიოზული დაავადება.

ძირითადი ელემენტები

- ახალშობილს შეუძლია ხუთივე გრძნობის გამოყენება. მაგალითად, მათ უჭირავთ ადამიანს სახეში უყურონ და შეტრიალდნენ მშობლის ხმაზე.
- ახალშობილი უნიკალური ინდივიდია, მრავალფეროვანი შესაძლებლობებით უთანასწორობა დაამყაროს გარემოსთან. შესამჩნევი განსხვავებები ვლინდება ტემპერამენტში, პიროვნულ თვისებებში, ქცევებსა და სწავლის უნარში.
- ახალშობილები აღვილად, დინამიურად ეწონტაქტებიან მომვლელებს. ეს არის გზა ორმხრივი მოძრაობით! ახალშობილი და მომვლელი გავლენას ახდენენ ერთმანეთზე.

ახალშობილთა ფომპეიქსური ქცევების მაგალითები

მიჩვევა

ახალშობილის უნარი, არჩევითად და ზოგჯერ არ მიიღოს ერთგვაროვანი სტიმულები (ზოგორიცაა განმეორებადი ხმები)

მოხმობა

ჰეციზროული, დინამიური პროცესი მომვლელთან ურთიერთობის და კავშირის

მდგომარეობის ჰეტეროგენულობა

ახალშობილის უნარი, ცვალოს აგზნების დონე სხვადასხვა ხარისხის სტიმულაციის მიხედვით (მაგ. თავის დამშვიდების უნარი)

ალერგია

ახალშობილის უნარი, უყუროს სახეს, შებრუნდეს ხმაზე, გაჩერდეს სიმღერის დროს, გაყვეს ფერად საგნებს, უპასუხოს შეხებას და ამოიცნოს ნაცნობი სუნი.

ჩვილი ბავშვის შეფასება

ჩვილი ბავშვის ერთგვარი გამოკვლევის საფუძველია განვითარების შესაფერისი მეთოდების გამოყენება, როგორიცაა *ყურადღების გადატანა* და *თამაში*. იმის გამო, რომ ჩვილი დროის ერთ მომენტში ყურადღებას ერთ რამეს აქცევს, შედარებით აღვილია, გასინჯვის დროს მისი ყურადღება სხვა რამეზე გადაიტანოთ. შეგიძლიათ ბავშვის ყურადღება გადაიტანოთ მოძრავ საგანზე, ნათებაზე, დახეჭობანაზე, ღიტინზე, ან რაიმე ხმაურზე.

თუ არ შეგიძლიათ ბავშვის ყურადღება სხვა რამეზე გადაიტანოთ ან გაღვიძებული ბავშვის ყურადღება შეარჩიოთ რაიმე საგანზე, თქვენს სახეზე ან ხმაზე, განიხილეთ *მხედველობის* ან *სმენის პრობლემების შესაძლებლობა.*

შედარებით მოზრდილი ჩვილის ბამოკვლევის ძირითადი საკითხები

- მოზრდილ ჩვილთან ურთიერთობა თანდათანობით დაამყარეთ, ყურადღების გადასატანად გამოიყენეთ სათამაშო, ან რაიმე საგანი.
- რაც შეიძლება მეტი გამოკვლევები ჩაატარეთ ბავშვის დედის მუხლებზე ყოფნის დროს
- ბავშვს ნაზად ელაპარაკეთ, მიამსგავსეთ მის ხმებს, რათა მისი ყურადღება მიიქციოთ.
- მშობელს ჰკითხეთ ბავშვის ძალზე, რათა მიიღოთ გამოსადეგი ინფორმაცია განვითარებაზე და აღზრდაზე.
- თუ ბავშვი გაღიზიანებულია, დარწმუნდით, რომ საკმარისადაა ნაჭამი, სანამ დაიწყებთ გამოკვლევებს.

ზოგადი ჩეჯომენდაციები

გასინჯვა დაიწყეთ, ხოლესაც ბავშვი დედის მუხლებზე ზის, ან წევს. თუ ბავშვი დაღლილია, მშიერია, ან ავად არის, სთხოვეთ დედას, ხომ თავის მკერდთან დაიჭიროს. ახლოს გქონდეთ სათამაშოები, ჰედი, ან სხვა ყოველდღიური საგნები. თუ ბავშვი მშიერია, გამოჯვილევის დასრულებამდე უნდა აჭამოთ.



დააჯვირდით ჩვილისა და დედის უთიერთობებს, დედის ემოციებს, ხოლესაც მას შვილზე ესაუბრებით. ყურადღება მიაქციეთ, ხოგორ ატარებს და უჭირავს, ან აცმევს ბავშვს და მშობლის ჩვაქციას იმ სიტუაციებში, ხაც ბავშვს დისკომფორტს უქმნის. შეაფასეთ და აღნიშნეთ დადებითი უთიერთქმედებები, ხოგორიცაა სუხათზე ნაჩვენები აშკარა სიამაყე დედის სახეზე.

ბავშვები, ჩვეულებრივ, ენინააღმდეგებიან გახდას, თუმცა ზოგიერთს მოსწონს სიშიშვლე, აღბათ გაზრდილი ტაქტიური მგრძნობელობის გამო. იმისთვის, ხომ ბავშვმა თქვენც და გარშემო საგნები არ დასვეღოს, ჯარგი იქნება, თუ გამოჯვილევის დროს ბავშვს საფენს დაატოვებთ. მოხსენით მხოლოდ სასქესო ორგანოების, სწორი ნაწლავის, ნეღის და თეძოების გასინჯვისას.

ბავშვის მშობლებთან უთიერთურთიერთობაზე დაკვირვებამ შეიძლება გამოავღინოს ხიგი დარღვევები, ხოგორიცაა *განვითარების შენელება, მეტყველების დაგვიანება, სმენის დეფიციტი,* ან *მშობლებთან არადეკვატური სიახლოვე*. ასევე, მშობლისა და ბავშვის უთიერთქმედებებზე დაკვირვება გამოავღენს მშობლებს, ხომლებიც ცედად არიან ადაპტირებულნი აღზრდის პროცესთან, რისი მიზეზი შეიძლება იყოს *დედის დეპრესია ან არადეკვატური სოციალური ხელშენყობა*.

ბასინგჯვა განვითარების ძირითადი ეტაპების მიხედვით

ვინაიდან დაგჭირებათ ბავშვის მონაცემების განსაზღვრა, განვითარების საზომი გამოიყენეთ გამოკითხვის შემდეგ, უშუალოდ გამოკვლევის დაწყების წინ. "გახარობის და თამაშის" ჩართვები გაზრდის უთითით თანამშრომლობას გამოკვლევის დროს. გამოცდილ ექიმს შეუძლია ჩართოს განვითარების შეფასება სხვა გამოკვლევებში. 675-ე სურათზე ნაჩვენებია ფიზიკური და მოტორული, კოგნიტური და სამეტყველო და სოციალურ-ემოციური საზომის ზოგიერთი ძირითადი საკითხი ცხოვრების პირველი წლის განმავლობაში.

ჩვილობის პერიოდში განვითარების საზომის ერთ-ერთი სტანდარტია დენვერის განვითარების სკრინინგული ტესტი (DDST – Denver Developmental Screening Test). იგი შექმნილია განვითარების შენელების დასადგენად პირობნულ-სოციალური, მცირე მოტორულ-ადაპტაციური, სამეტყველო და დიდი მოტორული ცვლილებების მიხედვით პირველი 6 თვის განმავლობაში.



DDST ფორმა მოცემულია 18-2 ცხრილში, გვ. 795-796 და შეიცავს ინსტრუქციებს სპეციფიკური მონაცემების ჩანერისთვის. ტესტის თითოეული პუნქტი ნარმოდგენილია ასაკის მიხედვით უკრედით, რომელიც გამოხატავს, როდის აღწევს ბავშვი საზომზე ასახული პარამეტრების 25%, 50%, 75% და 90%-ს. *DDST არის განვითარების საზომი, რომელიც განკუთვნილია გარკვეული კატეგორიების შეფასებისთვის და არა კოგნიტური შესაძლებლობების დასადგენად (ინტელექტის).*

DDST მაღალსპეციფიკური ტესტია, მაგრამ არა მაღალმგრძნობიარე. ბევრ ბავშვს, რომელთაც ოდნავ შენელებული განვითარება აქვს, ნორმალური შეფასება გამოსდის. განსაკუთრებით, მეტყველების განკვეთში გაბნეულია და გამოტოვებულია ის ბავშვები, რომელთაც მეტყველების მცირე შენელება აქვთ. მიუხედავად ამისა, DDST მაინც გამოიყენება. სხვა უფრო მეტად ღრმა ტესტები გამოსადეგია მოტორული, მეტყველების და სოციალური განვითარების შეფასებისთვის.

DDST გამოიყენეთ როგორც განვითარების შედარებითი გამოკვლევის დამატება. როდესაც ზოგადი გამოკვლევითა და DDST ტესტით ვარაუდობთ განვითარების შენელებას, აუცილებელია შემდგომი გამოკვლევების ჩატარება. ღრმანაღლულ ბავშვებში განვითარების საზომი გამოიყენეთ, როდესაც მათი გესტაციური ასაკი დაახლოებით 12 თვემდეა.

ბევრი დარღვევის მიზეზები გაურკვეველია ერთ საზომზე მეტად. ბავშვთა უმრავლესობაში, რომელთაც შენელებული განვითარება აქვთ, მიზეზი უცნობია. ზოგიერთი ცნობილი მიზეზია *ემბრიონული განვითარების დარღვევები* (მაგ. პერინატალური ინსულტი, ქრომოსომული პათოლოგიები); *მემკვიდრული* და *გენეტიკური დარღვევები* (მაგ. განვითარების თანდაყოლილი მანკები, გენეტიკური პათოლოგიები); *გარემო და სოციალური ზრუნვები* (მაგ. პლაცენტის უკმარისობა, ნაადრევი მშობიარობა); და *ბავშვთა დაავადებები* (მაგ. ინფექცია, ტრავმა, ქრონიკული დაავადებები.

თუ დამყოლ ბავშვს DDST პუნქტების ნაკლებობა აქვს, შესაძლებელია განვითარების შენელების არსებობა და ასეთი ბავშვი საჭიროებს უფრო ზუსტ გამოკვლევებს და შესწავლას.

ახალშობილისა და ჩვილის გამოკვლევის მეთოდები

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

ზოგადად, მონაცემების გადახრა ასაკის ოთ სტანდარტულ წესრიგის მოხრის 95 პერცენტილის ზევით და 5 პერცენტილის ქვევით ნახმოადგენს უფრო დეტალური გამოკვლევის ჩვენებას.

ბავშვებში გამოკვლევის მნიშვნელოვანი კომპონენტებია სხეულის ზომის დადგენა (სიმაღლე, წონა და თავის გარშემოწერილობა) და სასიცოცხლო ნიშნების შეფასება (სისხლის წნევა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე და სხეულის ტემპერატურა). თანმხლებ დისკზე მოცემულია სისხლის წნევის, სიმაღლის, წონის, სხეულის მასის ინდექსის (BMI) და თავის გარშემოწერილობის ნორმები. ნორმიდან გადახრა შეიძლება იყოს დაავადების პირველი და ერთადერთი მაჩვენებელი (იხ. ცხრილები დისკზე). გარდა სხეულის ტემპერატურისა, მნიშვნელოვანია ბავშვის სასიცოცხლო ნიშნების და სხეულის პარამეტრების შედარება ასაკობრივ ნორმებთან, ვინაიდან ეს მონაცემები მკვეთრად იცვლება ბავშვის ზრდასთან ერთად. პედიატრთა სულ უფრო დიდი უმრავლესობა პრაქტიკაში იყენებს კომპიუტერის შეფასებას ჩაგეღრმავებულ საფეძველზე კომპიუტერის სტანდარტული სკალების გამოყენებით.

სომატური ზრდა

ჩვილის ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია ზრდის შეფასება, და ნორმიდან გადახრა გამომწვევი პროცესის აღრეული მაჩვენებელია. ზრდის შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია ბავშვის ზრდის პარამეტრების შედარება

- ასაკის და სქესის მიხედვით ნორმის მაჩვენებლებთან
- იგივე ბავშვის წინა მონაცემებთან

ზრდის ნაკლებობა ახის ასაკის შესაბამისად წონის ახასაკმახისი მატება. ხშირი სცენარი ასეთია:

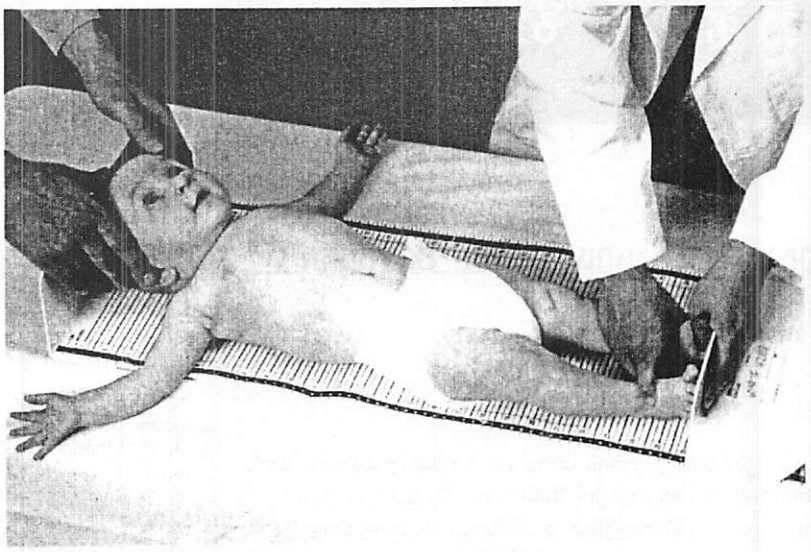
- ზრდა <5 პერცენტილზე ასაკისთვის
- ზრდის კლება > 2 კვარტილზე 6 თვეში
- წონა სიმაღლესთან <5 პერცენტილზე

მიზეზებია *გარემო და ფსიქოლოგიური ფაქტორები*, ასევე *კუჭ-ნაწლავის, ნევროლოგიურ, გულის, ენდოკრინული, თირკმლების* და სხვა დაავადებები.

იმისთვის, რომ მონაცემები კლინიკურად მნიშვნელოვანი იყოს, პარამეტრები ყურადღებით უნდა გაიზომოს შესაბამისი საშუალებების გამოყენებით და ოპტიმალურად შეფასდეს წონისა და სიმაღლის კლებით.

სომატური ზრდის შეფასების ყველაზე მნიშვნელოვანი საშუალებაა ზრდის დიაგრამები, რომლებიც მოდიფიცირებულია და გამოქვეყნებული ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მიერ. ეს დიაგრამები შეიცავს სიმაღლეს, წონას და თავის გარშემოწერილობას ასაკის მიხედვით, პირველი ნაწილი ეხება 36 თვემდე ასაკის ბავშვებს და მეორე 2-დან 18 წლამდე. ასევე მნიშვნელოვანია დიაგრამები, რომელიც შედგენილია წონის და სიგრძის მიხედვით. ამ დიაგრამებზე არის პერცენტილის გამომხატველი ნიშნები, რაც გამოხატავს ქრონოლოგიური ასაკის მიხედვით ბავშვის მონაცემების ზევით და ქვევით ნორმალური ბავშვების პროცენტებს. თანმხლებ დისკზე მოცემულია ზრდის ასეთი დიაგრამები.

სიგრძე. 2 წლამდე ასაკის ბავშვების სხეულის სიგრძის გასაზომად ბავშვი ზურგზე დააწვინეთ გასაზომ სახახავზე ან ფიცარზე, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. ბავშვის სიგრძის პირდაპირი გაზომვისთვის დანაყოფებიანი ზონარის გამოყენება ზუსტი მეთოდი არ არის



შენელებული ზრდა, რომელიც გამოისახება ზრდის მიხედზე სიმღრის პერცენტილების დაკლებით, შეიძლება მიუთითებდეს ქრონიკულ მდგომარეობაზე. მნიშვნელოვანია ნორმის სტანდარტებთან შედარება, რადგან ზრდის სიჩქარე მეორე წლის განმავლობაში, ჩვეულებრივ, უფრო დაბალია, ვიდრე პირველი წლის განმავლობაში

თუ ასისტენტი არ უშლის ბავშვს ფეხებს მუხლის და მენჯის სახსრებში. უფრო მოზრდილ ბავშვებში დაგეხმარებათ ზრდის სისწრაფის მრუდები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ვარაუდობთ ენდოკრინულ დარღვევას.

წონა. ჩვილის წონა პირდაპირ გაზომეთ ჩვილის საკით. ეს უფრო ზუსტია, ვიდრე არაპირდაპირი მეთოდი, რომელიც ემყარება ბავშვისა და მშობლის ეითდროულად ანონვას და შემდეგ მშობლის წონის გამოკლებას. ბავშვს უნდა ეკეთოს მხოლოდ საფენი, ან შიშველი იყოს.

პატარა თავი შეიძლება შედეგი იყოს *ნაკეთების ნაადრევი დახურვის*, ან *მიკროცეფალიის* დროს. მიკროცეფალია შეიძლება იყოს ოჯახური, ან სხვადასხვა *ქრომოსომული ცვლილებების, თანდაყოლილი ინფექციების, მუცლადყოფნის პერიოდში მეტაბოლური დარღვევების* და *ნევროლოგიური ინსულტის* შედეგი.



ზომაზე დიდი თავი (>97 პერცენტილი, ან სამუალოდან 2 სტანდარტული გადახრა) არის მაკროცეფალია. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს *ჰიდროცეფალია, სუბდურული სისხლჩაქცევა*, ან უფრო იშვიათად, *თავის ტვინის სიმსივნე*, ან *მემკვიდრული სინდრომები. ოჯახური მეგალოენცეფალია* (დიდი თავი) არის ეთიოთვისებიანი ოჯახური მდგომარეობა ტვინის ნორმალური ზრდით.

თავის გაშემონეხილობა. ჩვილის თავის გაშემონეხილობა უნდა გაიზომოს პირველი 2 წლის განმავლობაში, თუმცა ნებისმიერ ასაკში შეიძლება გამოიყენოთ. ჩვილებში თავის გაშემონეხილობა ასახავს თავის ქალას და თავის ტვინის ზრდის ხარისხს.

სასიცოცხლო ნიშნები

სისხლის წნევა. მიუხედავად იმისა, რომ ჩვილის სისხლის წნევის ზუსტი გაზომვა გარკვეულ სიძნელეს წარმოადგენს, ის მაინც მნიშვნელოვანია და უნდა ჩატარდეს ეროთხელ მაინც ახალშობილობის პერიოდში.



ყველაზე მარტივად ჩვილის სისტოლური წნევა შეიძლება გაიზომოს *Doppler-ის (დოპლერის) მეთოდით,* რაც ადგენს არტერიული სისხლის დინების ვიბრაციას, გარდაქმნის მას სისტოლური წნევის დონედ და გადასცემს ციფრულ მონაცემებს. თუმცა დოპლერის აპარატი ძვირია და მარჩენებლები უფრო მაღალია, ვიდრე აუსკულტაციით მიღებული მონაცემები.

ახალშობილებში *მუდმივი ჰიპერტენზიის* მიზეზები შეიძლება იყოს თირკმლის არტერიის დაავადებები (სტენოზი, თრომბოზი), თირკმლის თანდაყოლილი განვითარებული და პოლიკისტოზი.

სისტოლური წნევა თანდათანობით მატულობს ბავშვობის პერიოდში. მაგალითად, ბიჭების ნორმალური სისტოლური წნევა დაბადების მომენტში არის 70 მმ ვწყ სვ, 1 თვის ასაკში – 85 მმ ვწყ სვ, 6 თვის ასაკში კი – 90 მმ ვწყ სვ. გოგონების და ბიჭების სისხლის ნორმალური წნევის დონეები ნლების მიხედვით განსხვავდება დისკზე მოცემულ ცხრილებში, რომლებიც შეიცავს აგრეთვე პერცენტილებს ასაკის და სიგრძის მიხედვით.

ძალიან სწრაფი პულსი (ჩვეულებრივ, >180-200/წთ-ში მიუთითებს *პაროქსიზმულ სუპრავენტრიკულურ ტაქიკარდიაზე.*

პულსი. ჩვილების გულისცემის სიხშირე ფართოდ ცვალებადობს. ამ მაჩვენებელზე უფრო მეტად მოქმედებს დაავადებები, ვარჯიში და ემოცია. ქვემოთ ნაჩვენებია პულსის სამუალო მაჩვენებლები:

ასაკი	გულისცემის სამუალო სიხშირე	საზღვრები
დაბადებიდან 0-2	140	90-190
0-6 თვე	130	80-180
6-12 თვე	115	75-155

მოუსვენარ ბავშვებში შეიძლება გაგიჭირდეთ პულსის დათვლა. საუკეთესო სამუალებაა ბარძაყის არტერიის პალპაცია საზარდულის არეში, მხრის არტერიის პალპაცია იდაყვის ფოსოში ან გულის აუსკულტაცია.

ბრადიკარდიის მიზეზი შეიძლება იყოს *ნამღების მიღება, ჰიპოქსია, თავის ქალას შიდა* ან *ნევროლოგიური მდგომარეობები* ან, იშვიათად, *არითმია*, ოგორც ეს არის ბლოკადები.

ᲡᲣᲜᲗᲥᲕᲘᲡ ᲡᲘᲮᲨᲘᲠᲘᲡ. ისევე, როგორც გულისცემის სიხშირე მოზარდებთან შედარებით, სუნთქვის სიხშირესაც დიდი საზღვრები აქვს და მასზე გავლენას ახდენს დაავადებები, ვარჯიში და ემოცია. სუნთქვის სიხშირე წუთში ცვალებადობს 30-დან 60-მდე ახალშობილებში.

ძალიან ხშირი და ზედაპირული სუნთქვა აღინიშნება ახალშობილებში, რომელთაც აქვთ *გულის ციანოზური დაავადება*, ნორმალური ფილტვები, მაგრამ შუნტი მარჯვნიდან მარცხნივ და მეტაბოლური აციდოზი.

ახალშობილებში სუნთქვის სიხშირე ცვალებადობს მომენტიდან მომანტამდე გახშირების და შემცირების ეპიზოდებით. ყველაზე მისაღებია სუნთქვის სიხშირე ძილის დროს. აქტიური ძილის დროს სუნთქვის სიხშირე შეიძლება დაახლოებით 10-ით მეტი იყოს მშვიდი ძილის დროს სუნთქვის სიხშირეზე. სუნთქვა უნდა დათვალოთ 60 წამის განმავლობაში. ჩვილებში და ადრეული ბავშვობის ასაკში ჭარბობს მუცლის ტიპის სუნთქვა; გულ-მკერდის ექსკურსია მინიმალურია.

ჩვილებში *ცხელება* ზრდის სუნთქვის სიხშირეს. პნევმონიის არარსებობისას სუნთქვის სიხშირე შეიძლება წუთში 10-ით გაიზარდოს ტემპერატურის თითოეულ გრადუსზე.

ჩვილებში ტაქიპნოე და სუნთქვის სიძნელის ზრდა შესაძლო პნევმონიის მაჩვენებელია.

ზოგადად მიღებული ზღვარი ტაქიპნოეს დეფინიციისთვის:

დაბადებიდან 2 თვემდე >60/წუთში
2-12 თვე >50/წთ-ში

ᲪᲮᲔᲚᲔᲑᲘᲡ ᲢᲔᲛᲞᲔᲠᲐᲢᲣᲠᲐ. ვინაიდან ცხელება ძალიან ხშირია ბავშვებში, ტემპერატურის ზუსტი გაზომვა დაგჭირდებათ, როდესაც ვარაუდობთ ინფექციის დაავადებას, ყოლაგენოზებს, ან ავთვისებიან სიმსივნეს. მოზარდებში ექსტრა, ორალური და სასმენ მილში ტემპერატურის გაზომვის მეთოდია აღნერილია 112 და 113-ე გვერდებზე. იღლიის ფოსოში და შუბლზე ჯანის ტემპერატურის გაზომვა ჩვილებში და ბავშვებში ზუსტი არ არის.

ცხელება (>38.0°C ან >100.0°F) 2-3 თვემდე ასაკის ჩვილებში შეიძლება იყოს *სერიოზული ინფექციური დაავადების* ნიშანი. ასეთი ბავშვები ყურადღებით უნდა გამოიკვლიოთ.

ექსტრა ტემპერატურის გაზომვა შეგარებით მარტივი პროცედურაა. შემდეგ გვერდზე ნაჩვენებია ეტაპ-ეტაპი მეთოდი. გამოსაკვლევ მაგიდაზე, ან დედის, ან თქვენს მუხლებზე ბავშვი პირქვე დააწვინეთ. ერთი ხელით გადაუწიეთ დუნდულოები, მეორე ხელით ჯი ფერთხილად შეიყვანეთ ჯარად გაპოხილი ექსტრა თერმომეტრი დაახლოებით 20°-ით დარხილად მაგიდის, ან მუხლების მიმართ სწორი ნაწილის სფინქტერის გავლით უფრო ღრმად, დაახლოებით 2-3 სმ-ზე. თერმომეტრი გააჩერეთ სულ ცოტა 2 წთ-ით.

ჩვილების და ბავშვების სხეულის ტემპერატურა ნაკლებად მედმივია, ვიდრე მოზარდების. სამუალო ექსტრა ტემპერატურა უფრო მაღალია ჩვილებში და ადრეულ ბავშვთა ასაკში, ჩვეულებრივ არ ჩამოდის 90.0°F-ზე (37.2°C) ქვემოთ 3 დღის ასაკამდე. დღის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა შეიძლება იცვლებოდეს 3°F-ით და აღნევდეს 101°F (38.3°C) ჯანმრთელ ბავშვებში, განსაკუთრებით გვიან საღამოს და ზედმეტი აქტიურობის შემდეგ.

ბავშვებში აგზნება ინვევს სხეულის ტემპერატურის ანვას. ჩვილების *ზედმეტად გახვევამ* შეიძლება გაზარდოს ჯანის და არა შინაგანი ტემპერატურა.



ახალშობილებში ტემპერატურის ცვალებადობის მიზეზი შეიძლება იყოს სეფსისი, მეტაბოლური დარღვევები, ან სხვა სერიოზული მდგომარეობები. უფრო დიდი ასაკის ჩვილებში იშვიათია ტემპერატურის ცვალებადობა.

კანი

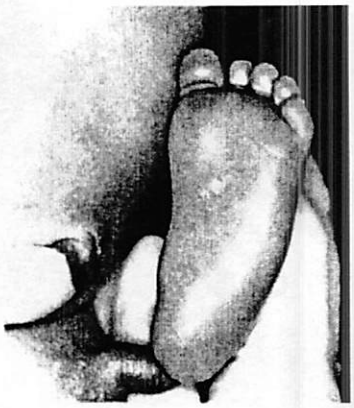
ახალშობილის კანს აქვს *სტრუქტურის და შესახედაობის* უნიკალური მახასიათებლები. სტრუქტურა ხშირია და გლევი, ხოლო ფიზიკურად, ვიდრე მოზრდილი ბავშვის. დაბადებიდან 10 წუთის განმავლობაში ნორმალური ახალშობილის კანი ჯერ ციანოზურია, შემდეგ ვარდისფერი ხდება. თეთრკანიან ახალშობილებს პირველი 8-24 საათის განმავლობაში შეიძლება განუვითარდეთ ერითემული სინდრომი, რის გამოც კანს ეძლევა "მოხარშული ქინძისთავის" შესახედაობა, შემდეგ კი ნორმალური ვარდისფერი შეფერილობა ვითარდება.

მარმარილოს კანი აღინიშნება *დღენაკლულ ჩვილებში* და *თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზისა* და *დაუნის სინდრომის* მქონე ბავშვებში.

კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ვარდმოცოცხლე ცვლილებები – პასუხი სიცივეზე, ან ინფარქტით გამოსხივებაზე – ინვევს ბადისებურ, მოცისფრო შესახედაობას *(მარმარილოს კანი – cutis marmorata)*, განსაკუთრებით ტანზე, მკლავებზე და ფეხებზე. ასეთი ჰექცია სიცივეზე შეიძლება გაგრძელდეს თვეების განმავლობაში ნორმალურ ჩვილებში. აკროციანოზი, სიცივეზე მტევნების და ტერფების ღრმა შეფერილობა (იხ. სურათი შემდეგ გვერდზე), ხშირია ახალშობილებში პირველი ხარისხის ერთ დღის განმავლობაში და შეიძლება განმეორდეს ხოლმე ადრეული ბავშვობის ასაკში. ახალშობილებში, განსაკუთრებით, დარტყმით ფერის ცვლილებები (*ერითემის დისფორმია*) ვლინდება სხეულის ერთი ნახევრის, ან ერთი კიდურის ციანოზით, რისი სავარაუდო მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლძარღვთა ხანმოკლე ანასტომოზირება

თუ აკროციანოზი არ ქრება 8 საათის განმავლობაში, ან გათბობით, ციანოზის მიზეზი შეიძლება იყოს *ბუნების თანდაყოლილი ცირკულაციური დარღვევა.*

ახალშობილთა ჯანში მეღანინის შემცველობა ცვალებადობს და გავლენას ახდენს პიგმენტაციაზე. შავჯანიან ახალშობილებს დასანყისში შეიძლება უფრო ღია ფერის ჯანი ჰქონდეთ, ვიდრე მოგვიანებით, გარდა ფრჩხილების საჭესელისა და სასქესო ორგანოებისა, რომლებიც დაბადებისთანავე მუქია. ფერხის ძირების და ნელის არეში მუქი ან მოლურჯო შეფერილობა ხშირია აფრიკელ, აზიელ და ხმელთაშუა ზღვის აუზის ბავშვებში. ამ უბნებს უწოდებენ მონგოლოიდურ ლაქებს, მისი მიზეზია პიგმენტური უჯრედების სიღრმეში; ეს უფრო შესამჩნევი ხდება ასაკის მატებასთან ერთად და ჩვეულებრივ ქრება ბავშვობაში. აუცილებელია ამ პიგმენტური უბნების აღნიშვნა, რათა მომავალში არ ჩაითვალოს სისხლჩაქცევებად.



აკრომეგალიის მქონე ბავშვი 30 წლის განმავლობაში 32 კგ-ის ახალშობილში, რომელსაც გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია არ აღენიშნება.

ჩვილის, ან ნებისმიერი ასაკის ბავშვის ცენტრალური ცირკულაციური ზრდის *გულის თანდაყოლილი დაავადების* შესაძლებლობას. ცენტრალური ციანოზისთვის უნდა დაათვალიერთ ენა და პირის ღრუს ლორწოვანი და არა ფრჩხილები და ტიტები.

დაბადების დროს აღინიშნება ნაზი, ფუმფულა თმიანობა, რასაც *ლანუგო* ეწოდება და გამოხატულია მთელ სხეულზე, განსაკუთრებით მხრებზე და ზურგზე. ეს თმიანობა ქრება რამოდენიმე კვირის განმავლობაში. დღენაკლულ ბავშვებში ლანუგო უფრო ხანგრძლივია. თავზე თმის სისქე ცვალებადობს ახალშობილებში და საბედნიეროდ არ გასაზღვრავს მომავალში თმის ზრდის ხარისხს. თავდაპირველი თმიანობა მთლიანად ქრება რამოდენიმე თვეში და ამოდის არაღი თმა, ზოგჯერ განსხვავებული ფერის.

ღია ყავისფერი პიგმენტური დაზიანება (<1-ჯერ დაბადებისას) წარმოადგენს *caf[]-au-spots (ძლიერი ყავის) ლაქებს*. იზოლირებული დაზიანება მნიშვნელოვანი არ არის, მაგრამ მრავლობითი ლაქები სწორი ტიტებით *ნეიროფიბრომატოზზე* მიუთითებს. იხ. ცხრილი 18-5, გვ. 799.

ინსპექცია

ახალშობილის ჯანი ახლიდან დაათვალიერეთ ჯანის მდგომარეობის შესამოწმებლად. დაბადებისას ჯანი დაფარულია ხაჭოსებური თეთრი ნივთიერებით, რასაც ეწოდება *vernix caseosa*, შედგება ცხიმისა და ჩამოფცქვნილი ეპითელური უჯრედებისგან. ზოგიერთ ახალშობილს აღენიშნება ხელების, ტერფების, წვივების, გავა-ნელის *შეშუპება*, რომელიც რამოდენიმე დღეში ქრება. დაბადებიდან 24-36 საათის შემდეგ ახალშობილს აღენიშნება ჯანის ზედაპირული ჩამოფცქვნა.

დაბადების დროს ჯანის ჩამოფცქვნა ზოგიერთ ნორმალურ ბავშვში ვითარდება, უფრო ხშირად *გადავადებულ ბავშვებში* (გესტაციური ასაკი >40 კვირა). იშვიათად, იგი წარმოადგენს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის, ან *თანდაყოლილი იქთიოზის* ნიშანს.

ახალშობილებში უნდა გაარჩიოთ ოთხი ხშირი დერმატოლოგიური მდგომარეობა.

- ნასიცხი – *Miliaria rubra*, წარმოადგენს გაფანტულ ვეზიკულებს, რომელთაც წითელი ფუძე აქვთ, ჩვეულებრივ, ჩნდება სახეზე და ჯანზე. მისი მიზეზია საოფლე ჯირკვლების საღინარების დახშობა; რამოდენიმე კვირის განმავლობაში სპონტანურად ქრება.

- ტოქსიური ერითემა – *Erithema toxicum*, ჩვეულებრივად, ვლინდება დაბადებიდან მეორე-მესამე დღეს, წარმოადგენს ერითემულ მაკულებს ცენტრში ნეტილოვანი ვეზიკულებით, რომლებიც გარშემორტყმულია მთელ სხეულზე და ჰგავს ნაკბენებს. მისი ეტიოლოგია უცნობია, ქრება დაბადებიდან რამოდენიმე დღეში.



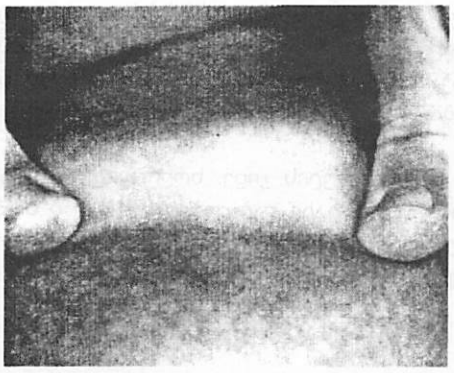
Erithema toxicum

- *Pustular melanosis* – ჩვეულებრივ, ვლინდება მავკანიან ბავშვებში დაბადებისთანავე მცირე ზომის ვეზიკულო-პუსტულის სახით ყავისფერ მაკულაზე ფონზე; შეიძლება გაგრძელდეს ხანმოკლე თვის განმავლობაში.

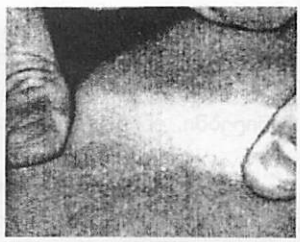
- თეთრი ფერის მჭამელი – *Milia* ქინძისთავის ზომის გლუვი თეთრი ამობურცული უბნები, გახშემოხტყმელი არ არის ეოზინოფილით, აღინიშნება ცხვირზე, ნიკაპზე და შუბლზე. მიზეზია ქონის ჯირკვლების ხვრელებში ცხიმის დაგროვება. იშვიათია დაბადებისთანავე, ჩვეულებრივ ჩნდება პირველი კვირის განმავლობაში და ხანმოკლე კვირაში ქრება.

დაკვირვით ხანმე სამშობიარო ტრავმის და ქირურგიული მანიპულაციების ნიშნების არსებობას; ეს ნიშნები ქრება, მაგრამ საჭიროებს ყურადღებით ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

სიყვითლე. ნორმალური "ფიზიოლოგიური" სიყვითლე, რომელიც ვლინდება ახალშობილთა დაახლოებით ნახევარში, ჩნდება დაბადებიდან მე-2-3 დღეს, პიკს აღწევს მე-5 დღეს და ერთი კვირის განმავლობაში ქრება. სიყვითლე უკეთესად ჩანს დღის სინათლეზე, ვიდრე ხელოვნურ განათებაზე. ახალშობილთა სიყვითლე ვრცელდება თავიდან ფეხის თითებისკენ, უფრო ინტენსიურად გამოხატულია სხეულის ზემო ნაწილში, ყველაზე ნაკლებია ქვემო კიდურებზე. სიყვითლის დასადგენად, დააწექით კანს, როგორც სურათზეა ნაჩვენები, ხოლო გადაჭიმოთ ნორმალური ვარდისფერი, ან ყავისფერი შეფერილობა. დააკვირდით კანის მოყვითალო გაფერმკრთალებას, რაც სიყვითლის ნიშანია. სხვანაირად, შეიძლება სასაგნე მინა დააჭიროთ კანს, ხოლო დაიცალოს კაპილარები და დააკვირდით კანის კონტრასტებს.



კანზე ხელის დაჭერით ჩნდება მოყვითალო გაფერმკრთალება. ჩვილი ძნელად შესამჩნევი სიყვითლით გელმკერდის დონეზე.



ახალშობილი, რომელსაც ბილირუბინის დონე აქვს 13 მგ/დლ (220 μmol/L).

სიყვითლე, რომელიც დაბადებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში ჩნდება, პათოლოგიური უნდა იყოს, რომლის მიზეზია *ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება.*

სიყვითლე, რომელიც 2-3 კვირის განმავლობაში გრძელდება, *ღვიძლის დაავადებაზე* ან *სანაღვლე გზების ობსტრუქციაზე* ვარაუდს ზრდის.

სისხლძარღვოვანი ნიშნები. ხშირ სისხლძარღვოვან ნიშნებს, რომლებიც ვლინდება ახალშობილთა 40%-ში, ნახმოადგენს *"ოხაგელის ღაქები"* (ასევე უწოდებენ *nevus simplex*, ტელეანგიექტაზიურ ხალს, ან კაპილარულ ჰემანგიომას). ეს არის ბრტყელი, არასწორი კიდეების ღია ფერის ვარდისფერი ღაქები, ხშირია კეფაზე ("ნეკრის ნაკბენი"), ზედა ქუთუთოებზე, შუბლზე, ზედა ტუჩზე ("ანგელოზის ნაკბენი"). ესენი ქრომატიტი ხალები არ არის, მათი მიზეზია კანის კაპილარების გაფართოება; 1 წლის ასაკისთვის ეს ღაქები ქრება. სახეზე ან კიდურებზე მუქი ფერის აღრმავების ნახიანებას უწოდებენ "ფორტვეინის ღაქებს" და ისინი არ ფერმკრთალდება.



"ოხაგელის ღაქები" კეფაზე, თმის ხაზთან.

ტოქსიური ერითემა და Pustular melanosis შეიძლება პათოლოგიის დროსაც განვითარდეს, როგორიცაა ვეზიკულური გამონაყარი *herpes simplex-ის (მარტივი ჰერპესი),* ან კანის *Staphylococcus aureus (ოქროსფერი სტაფილოკოკი)* ინფექციის დროს, რომლებიც სერიოზულ ინფექციებს ნარმოადგენს და სასწრაფო მკურნალობას საჭიროებს.

გავა-ნეკრის არეში შეა ხაზზე თმის ქონის არსებობა *ზურგის ტვინის დეფექტზე* მიუთითებს.

ახალშობილთა ნახევარზე მეტს ბილირუბინის დონე აქვს 13 მგ/დლ (220 μmol/L).

პალპაცია



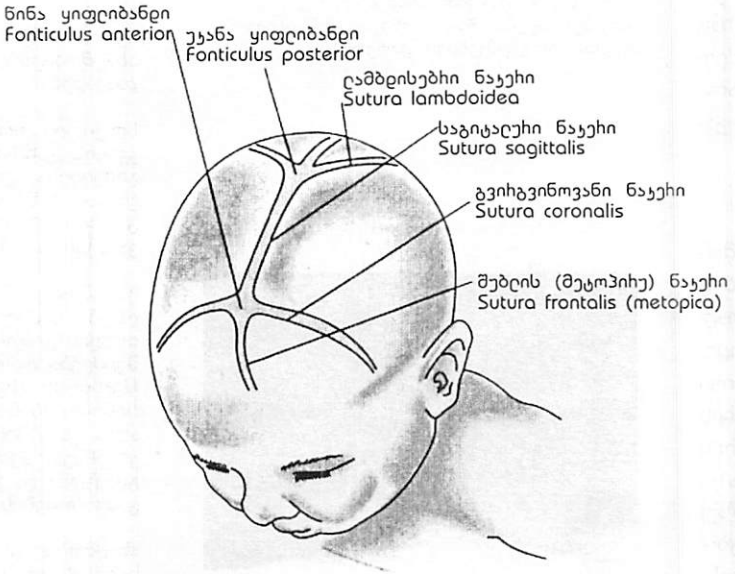
ჯანის გამოკვლევა მოიცავს პალპაციას ჯანის ჰიდრატაციის, ან *ტურგორის* შეფასებისთვის. მუცლის ჯედეზე ჯანი შეანაოჭეთ და დააკვირდით მის კონსისტენციას. ჯანი ჰიდრატაციის ახალშობილებში და ბავშვებში ჯანი ხელის გამშვებისთანავე ძვეც აღგილს უბრუნდება. თუ ჯანი აღგილს ნელა უბრუნდება, ჩოგორც მარჯვნივ სურათზეა ნაჩვენები, ეწოდება "ჯაჭვის" ფენომენი და, ჩვეულებრივ, ვლინდება ძლიერი *დეჰიდრატაციის* დროს.

თავი

დაბადებისას ბავშვის თავი შედარებით დიდია. ახალშობილის თავის ზომა სხეულის სიგრძის მეოთხედია ან სხეულის წონის მესამედი; ეს პროპორცია იცვლება, ისე, რომ მოზარდის ასაკში თავის ზომა სხეულის სიგრძის მეშვიდია და წონის მეათედი.

ყურადღებით დაათვალიერეთ *ნაკერები* და *ყიფლიბანდები* (იხ. ქვემოთ სურათი). თავის ქალას ძვლები ერთმანეთისგან გამოყოფილია მემბრანული ქსოვილების სივრცეებით, რასაც *სუტურა* ეწოდება. იმ უბნებს, სადაც მთავარი ნაკერები იკვეთება თავის ქალას წინა და უკანა ნაწილებში, ეწოდება *ყიფლიბანდები.*

პალპაციით ნაკერები შეიგრძნება როგორც ძვლის კიდე, ხოლო ყიფლიბანდები – როგორც ხრიალი ჩაღრმავება. *წინა ყიფლიბანდის* დიამეტრი *დაბადებისას 4-დან 6 სმ-მდეა და, ჩვეულებრივ, იხურება 4-დან 26 თვემდე ასაკში (90%-ში 7-19 თვე). უკანა* ყიფლიბანდის ზომა დაბადებისას 1-2 სმ-ია და, ჩვეულებრივ, იხურება 2 თვის ასაკში.



დიდი ზომის უკანა ყიფლიბანდი შეიძლება აღინიშნებოდეს *თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის* დროს.

ამობურცული და დაჭიმული ყიფლიბანდი აღინიშნება ბავშვებში, ვისაც *მომატებული აქვთ თავის ქალას შიდა წნევა.* ამის მიზეზი შეიძლება იყოს *ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექცია, სიმსივნური დაავადება* ან *ჰიდროცეფალია* (თავის ტვინის პარენქიმაში თავზურგ-ტვინის სითხის მიმოქცევის ობსტრუქცია.

ყიფლიბანდების ყურადღებით გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მათი ამოვსება *თავის ქალას შიდა ნნევის* მომატების ნიშანია. ყიფლიბანდების პალპაციის ჩატარება უკეთესია, როდესაც ბავშვი მშვიდად ზის, ან ვეჭიჯაეუხად გიჭირავთ. გამოკვლიეთ ყიფლიბანდს გამოკვლევის დასაწყისში სინჯავს. ნორმალურ ჩვილებში ნინა ყიფლიბანდი ხშირია და ბრტყელი. თავის ქალას შიდა ნნევის მომატება იწვევს ყიფლიბანდის ამოზნექვას და ვლინდება ბავშვის ტირილის, ყვირილის ან ხველე თანმხლები პათოლოგიის დროს. ყიფლიბანდის პულსაცია ასახავს პერიფერიულ პულსს.

ნინა ყიფლიბანდის ჩანევა *დეჰიდრატაციის* ნიშანია.

დაბადებისას თავის ქალას ძვლების ნაკეცებში გადაფარვას ეწოდება *ფორმირება* და ვითარდება სამშობიარო ასხში თავის გავლის დროს; 2 დღეში ქრება.

თავის ჯანის ვენების დილატაცია *თავის ქალას შიდა ნნევის ხანგრძლივი მომატების* დროს აღინიშნება.

დაათვალიერეთ თავის ჯანის ვენები დილატაციის არსებობაზე.

შეაფასეთ *თავის ქალას სიმეტრიულობა*. ახალშობილებსა და ბავშვებში სხვადასხვა მდგომარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს თავის ქალას ასიმეტრია; ზოგიერთი ასიმეტრია ნორმალურია ან ეთნიკურ-ვარიანტი, მაშინ როდესაც სხვა დროს ასახავს პათოლოგიას.



ხშირად ახალშობილის თავზე აღინიშნება შესიება ჯანქვეშა შეშუპების გამო თხემ-ეფის არეში და ეწოდება *caput succedaneum* (ჩვილის ქსოვილების შეშუპება), გამოწვეულია ჯაჭვრარების გაფართოვებით და სისხლის და სითხის გასვლით სისხლძარღვებს გარეთ. ამის მიზეზია ამნიონური გარსის გასკდომის ვაკუუმის ეფექტი. ეს შესიება ხშირად გაღის ნაკეცებში და გაინოვება 1-2 დღეში.

თავის ქალის ადგილობრივი შესიების სხვა ტიპია *ცეფალჰემატომა*, რომლის მიზეზია სუბპერიოსტული სისხლჩაქცევა სამშობიარო ტრავმის გამო. ეს შესიება არ გაღის ნაკეცებში და, ამიტომ, გაინოვება 3 კვირის განმავლობაში. სისხლჩაქცევა განოვისა და კალცინირების დროს, შეიძლება პალპაციით ისინჯებოდეს ძვლოვანი კიდეებით და ჩვილი ცენტრით.

დაბადებისას ღონაკლული ჩვილის თავის კეფა-შუბლის დიამეტრი შედარებით გრძელია და საფეთქლებს შუა დიამეტრი – ვინრო (*დოლიხოცეფალია*). ჩვეულებრივ, თავის ფორმა ნორმალური ხდება 1-2 წლის ასაკში.

თავის ქალას თაღის ასიმეტრია (*პლაგიოცეფალია*) ვითარდება, როდესაც ბავშვი უფრო ხშირად ცალ მხარეს წევს. ამის შედეგად ამ მხარეს ვითარდება თხემ-ჯეფის მიდამოს გაბრტყელება და საპირისპირო მხარეს შუბლის ჩაგრონის გამოდრეკა. როდესაც ბავშვი უფრო აქტიური ხდება და ნაკლებ დროს ატარებს ერთ რომელიმე მხარეს, ეს ცვლილებები ქრება და თავის ქალა სიმეტრიული ხდება. საინტერესოა, რომ უმეტესობა შემთხვევაში პლაგიოცეფალიის მიზეზია ჩვილთა უცხო სიკვდილის სინდრომის რისკის შემცირების მიზნით ბავშვების გვერდზე დაწვენა.

პლაგიოცეფალია შეიძლება გამოწვეული იყოს მდებარეობის მონაცვლეობით, აგრეთვე, მშობიარობის დროს მკერდ-ღრძილის-ბრი კუნთის დაზიანების გამო განვითარებული *კისრისმკლობით (torticollis).*

თავის გარშემოწერილობა გაზომეთ (გვ. 696), რათა დაადგინოთ დიდი ზომის თავი *(მაკროცეფალია)* და პატარა ზომის თავი *(მიკროცეფალია),* რაც შეიძლება თავის ტვინის დამაზიანებელი დარღვევების გამომხატველი იყოს.

მუცლადყოფნის პერიოდში ერთი ან მეტი ნაკეცის დახურვა იწვევს *კრანიოსინოსტოზს* არანორმალური ფორმის თავის ქალით. *საგიტალური ნაკეცის* სინოსტოზი იწვევს თავის ქალას დავიწროებას თხემის ძვლების განვითარების შეფერხების გამო. ასეთ ქალაზე პალპაციით შეიძლება დადგინოთ ნაკეცების ზოლებზე ძვლის ნამოწეული კიდეები.

ჩვილის თავის ქალას პალპაცია ფრთხილად ჩატარეთ. თავის ქალას ძვლები ჩვეულებრივ "ბრიალა" ან ელასტიური; გესტაციური ასაკის მატებასთან ერთად ძვლებიც მკვრივი ხდება.

კრანიოტაბესის დროს თავის ქალას ძვლები შეიგრძნობა ელასტიურად და ბრიალად, ჰგავს მაგიდის ტენისის ბურთს, რომელიც ზეწოლაზე უკან ხტება. კრანიოტაბესი ვითარდება თავის ქალას მიდა ნაკვის მომატებისას *(ჰიდროცეფალია),* მეტაბოლური დარღვევების დროს *(ჰიპოქსია)* და ინფექციის დროს *(გენიტალური ინფექცია).*

პატარა ბავშვებში თავის ქალას აუსკულტაცია არ გამოიყენება, ვინაიდან სისტოლური ან უწყვეტი შეიძლება მოისმინოთ საფეთქლის არეზე ბევრ ნორმალურ ბავშვში. დიდი ასაკის ბავშვებში, რომელთაც მძიმე ანემია აქვთ, თავის ქალაზე შეიძლება შეიძლება მოისმინოთ.

არტერიულ-ვენური ფისტულა შეიძლება ნარმოქმნილეს ხმამაღალ შეიძლ.

დააკვირდით ჩვილის *სახის* სიმეტრიულობას. სამკერდოსნოში მდებარეობამ შეიძლება სახის ხანმოკლე ასიმეტრია გამოინვიოს. თუ თავი მკერდის ძვლისკენაა მოხრილი, შეიძლება განვითარდეს ნიკაპის დამოკლება *(მიკროგნათია).* ქვედა ყბაზე მხრების ზეწოლამ შეიძლება გამოინვიოს ქვედა ყბის ლატერალური გადანაცვლება.

მიკროგნათია შეიძლება იყოს რომელიმე სინდრომის ნაწილი, როგორიცაა *Pierre Robin-ის (პიერ რობინის) სინდრომი.*

დააკვირდით ბავშვის *სახის გამომეტყველებას* და შეადარეთ მშობლების გამომეტყველებას. ბავშვის სისტემატური განსხვავება, რომელსაც სახის არანორმალური გამომეტყველება აქვს, დაგეხმარებათ სპეციფიკური სინდრომების დადგენას. შემდეგ გვერდზე მოცემულია სახის გამოკვლევის საფეხურების აღწერა.

მესაძლო ანომალიური სახის გამომეტყველების მქონე ახალშობილის ან ჩვილის შეფასება

უმეტესობა განვითარებისა და გენეტიკის სინდრომებს ანომალიური სახის გამომეტყველებასთან ერთად სხვა დაჩლევებიც ახასიათებს.

ყურადღებით გაეცანით ანამნეზს, განსაკუთრებით:
- ოჯახის ანამნეზს
- ორსულობას
- პერინატალურ ანამნეზს

ობიექტური გამოკვლევის დროს ყურადღება მიაქციეთ სხვადასხვა დაჩლევებს, განსაკუთრებით
- ზრდას
- განვითარებას
- სხვა დისმორფული სომატური ნიშნები

გამოიყენეთ გაზომვები (და პერცენტილური დიაგრამები), განსაკუთრებით:
- თავის გარშემოწერილობის
- სიმაღლის
- წონის

ბავშვი, რომელსაც აქვს თავის ქალის ანომალიური ფორმა ან სიგრძე: ზემოთკენ ირიბი (Down-ის (დაუნის) სინდრომის დროს) ქვემოთ ირიბი (Noonan-ის (ნუნანის) სინდრომის დროს) მოკლე (აღკეთილის გავლენა ნაყოფზე)

განიხილეთ სახის დისმორფოგენეზის სამი მექანიზმი:
- სამკვირისნოში დეფორმაცია
- ამნიონური სარტყელის ან ჩანასახოვანი ქსოვილის განყვეტით გამოწვეული
- შინაგანი დაჩლევებით გამოწვეული სახის/თავის ან ტვინის განვითარების მანკი

გამოიკვლიეთ მშობლები და და-ძმა:
- მშობლებთან მსგავსება დაგეხმარებათ (მაგ. დიდი თავი), ან შეიძლება გამოხატავდეს ოჯახურ პათოლოგიას

ეცადეთ დაადგინოთ, სახის გამომეტყველება ხომ არ სინდრომს ხომ არ შეესაბამება და შეადარეთ:
- სინდრომის ინფორმაციას (გაზომვების ჩათვლით) და ლიტერატურას
- ნიშნების და მათი კომბინაციების ცხრილებს/მონაცემებს

Chvostek-is (შვოსტეკის) დადებითი ნიშანი ნიშნავს სახის მიმიკის დაჩლევას სახის ჯუნთების განმეორებადი შეკუმშვით. შვოსტეკის ნიშანი ჩნდება *ჰიპოკალციემიური ტეტანიის, ჰიპერვენტილაციური ტეტანიის და ტეტანუსის დროს.*

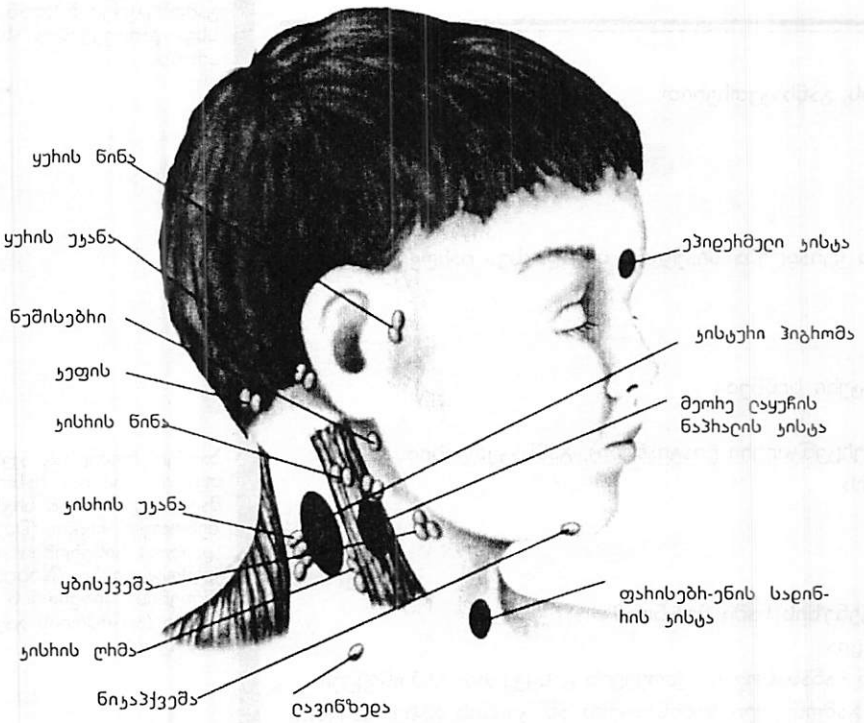
ღიპების პერკუსია გამოგადგებათ *Chvostek-is (ხვოსტეკის) ნიშნის* შესამოწმებლად, რომელიც ალინიშნება ზოგიერთი მეტაბოლური დარღვევის დროს და იშვიათად ჯანმრთელებში. თქვენი საჩვენებელი ან შუა თითის ნვერით ჩაატარეთ პერკუსია ყურის წინ ღოყაზე ყვრიმალის ძვლის ქვემ.

ბრონქოგენური კისტები წარმოადგენს მცირე ზომის ხვრელებს ან ჩაღრმავებებს მყარ-ღრძნ-დვრილებრივი ჯუნთის შუა ნაწილის წინ. ისინი შეიძლება დაკავშირებული იყვნენ სინუსის ტრაქტთან.

ყურის წინა კისტები და სინუსები ხშირია, ქინძისთავის ზომის ორმოები, ჩვეულებრივ, მდებარეობს ყურის წინა სახურავის წინ.

III ყისერი

პალპაციით გასინჯეთ *კისრის ლიმფური ჯვანძები* და მასები, როგორიცაა *თანდაყოლილი კისტები.* ვინაიდან ჩვილის კისერი მოკლეა, უკეთესი იქნება პალპაცია ჩაატაროთ ბავშვის ზურგზე წოლის დროს, მაშინ, როდესაც მოზრდილი ბავშვის კისრის გასინჯვა უმჯობესია ჯდომის დროს. დააკვირდით ფერისებრი ხრტილის და ტრაქეას მდებარეობას.



ისინი ხშირად ოჰმსხივადაა და იშვიათად შეიძლება ახლდეს სმენის დაქვეითება.

ფარისებრ-ენის სადინარის ცისტები მდებარეობს ყისრის შუა ხაზზე ფარისებრი ხრტილის ზევით. ესენია მცირე ზომის, მკვრივი, მოძრავი მასები, ინვევიან ზევით ენის გამოყოფის და ყლაპვის ღრის. ჩვეულებრივ, ჩნდებიან 2 წლის ასაკის შემდეგ.

თანდაყოლილი ცისტოზური ჰიგრომა ან "გამრუდებული ცისტი" ვითარდება სისხლჩაქცევის შედეგად მკერდ-ღავინ-დვრილებრი კუნთის არეში მშობიარობის პროცესში. 2-3 კვირის შემდეგ ვითარდება მკვრივი ფიბროზული ქსოვილი და უმეტესად თვეების შემდეგ ქრება.

ახალშობილებში გასინჯეთ *ღავინის ძვლები* და დააკვირდით მოტეხილობის არსებობას. თუ მოტეხილობა აღინიშნება, იგი უნდა შეიგრძნოთ ძვლის ჯონტკრზე, აღინიშნება მტკივნეულობა, მოტეხილობის მხარეს კრეპიტაცია და დაზიანების მხარეს მკლავის მოძრაობის შეზღუდვა.

ღავინის მოტეხილობა შეიძლება მშობიარობის დროს განვითარდეს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გაძნელებულია მკლავების ან მხრების გამოტანა.

თვალები

ჩვენს ბავშვებს უნდა ვასწავლოთ – გახელილი თვალებით იოცნებონ – ჰარი ედვარდსი.

ახალშობილებს თვალები დახუჭული აქვთ გარდა სიფხიზლის ხანმოკლე პერიოდებისა. თუ თქვენ ეცდებით ქუთუთოების დაცილებას, ბავშვი უფრო მჭიდროდ დახუჭავს. კამკამა სინათლე აიძულებს ჩვილს თვალები ახამხამოს, ამიტომ გამოიყენეთ მცირე განათება. თუ ბავშვს ფრთხილად გააღვიძებთ, სინათლეს დაუწიეთ და ბავშვი მკრთომარე მდგომარეობაში გააჩერეთ. ამ დროს ნახავთ, რომ მას თვალები გაღებული ექნება. უმეტესობა ახალშობილთა თვალები ორივე შემთხვევაში მშობიარობის პროცესის გამო.

გონიერება გამართებთ ჩვილისა და პატარა ბავშვის თვალების დათვალიერებისას და უნდა მიმართოთ გამჭრიახობას, რომ დაამყაროთ მათთან ურთიერთქმედება. პატარა ფეხადი სათამაშოები დაგეხმარებათ ბავშვის მზერის დაფიქსირებაში და გაგიადვილებთ თვალების შემოწმებას.

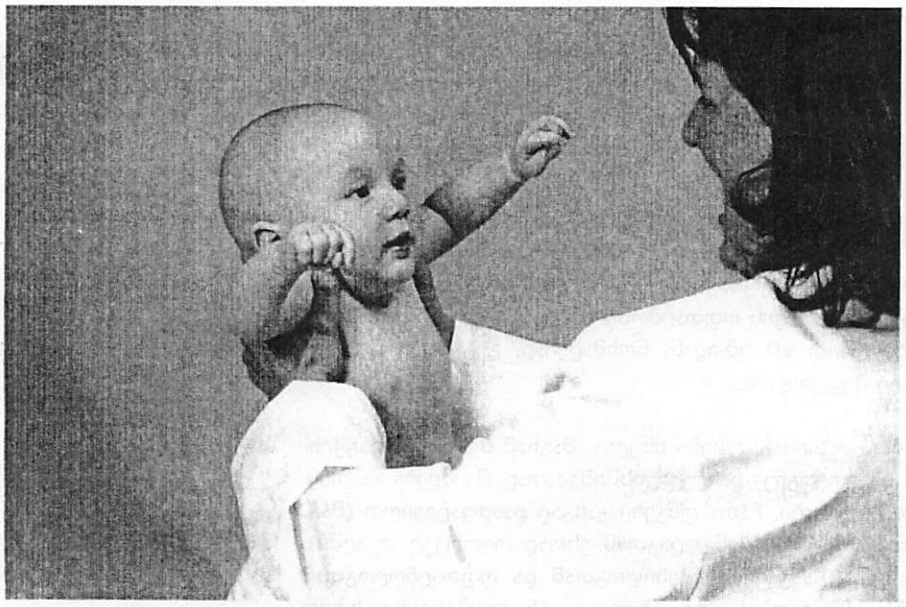
ახალშობილს შეუძლია სახეში გიყუროთ და თვალი გაყოლოს კამკამა სინათლეს სიფხიზლის პერიოდში. შეგიძლიათ ზოგიერთ ახალშობილს საშუალება მისცეთ თვალი გაყოლოს თქვენს სახეს ან თავი შეაბრუნოს 90°-ით ორივე მხარეს, ხათა ასიამოვნოთ მშობლებს.

ახალშობილს, როდესაც ნამდვილად არ შეუძლია თვალების გახელა (მაშინაც კი, როდესაც ღვიძავს და აქტიურია), შეიძლება ჰქონდეს თანდაყოლილი ფტოზი. მიზეზებია სამშობიარო ტრავმა, თავის ტვინის ნერვის დამბლა და მექანიკური პრობლემები.

თუ ახალშობილს უჭირს მზერის გაყოლება სიფხიზლის პერიოდში, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ თვალების გამოკვლევას. ეს შეიძლება ნორმალურ ბავშვებში იყოს ან მიუთითებდეს *მხედველობის დაქვეითებაზე.*

ქვემოთ სუსათზე ნაჩვენებია ჩვილი ბავშვების *თვალების მოძრაობის გამოკვლევის* ეთაეთი საშუალება. ბავშვი ვერტიკალურად დაიჭირეთ და თავი გაუმაგრეთ. ბავშვთან ეთაად ნელა შებრუნდით ეთა მხარეს. ამ დროს, ჩვეულებრივ, ბავშვის თვალები გახელილია და შეგიძლიათ დაათვალიეროთ სახლი, გუგები, ფერადი გარსი და თვალის მოძრაობები. ბავშვის მზერა თქვენი მოძრაობის მიმართულებას მიყვება. როდესაც გაჩერებით, თვალები სანინააღმდეგო მხარეს იყურებიან ჩამოდენიმე ნისტაგმური მოძრაობის შემდეგ.

ნისტაგმი (თვალის ხტუნვითი მოძრაობა), რომელიც გრძელდება ჩამოდენიმე დღე ან ზემოთ აღნერილი მოძრაობის შემდეგ, შეიძლება გამოხატავდეს ცუდ მხედველობას, ან *ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებას.*



დაბადებიდან პირველი 10 დღის განმავლობაში თვალები შეიძლება ფიქსირებული იყოს, იყურებოდეს ეთარ მიმართულებით, თუ მხოლოდ თავია შებრუნებული და სხეული უძრავია (თოჯინის თვალის ეფექტი). ჩამოდენიმე თვის განმავლობაში ზოგიერთ ჩვილს აღენიშნება ხანგამოშვებით თვალების მოახლოვება *(ხანგამოშვებითი აღტენანსიული ჯონვეგენსიული სიელმე ანუ ეზოტროპია),* ან ხანგამოშვებითი თვალების ღატეარული გადახრა *(ხანგამოშვებითი აღტენანსიული დივეგენსიული სიელმე, ანუ ეგზოტროპია).*

აღტენანსიული ჯონვეგენსიული ან დივეგენსიული *სიელმე,* რომელიც გრძელდება 3 თვის განმავლობაში, ან ნებისმიერი ტიპის სიელმის გახანგრძლივება შეიძლება აღნიშნავდეს *თვალის მამოძრავებელი ჯუნთის სისუსტეს,* ან მხედველობის სისტემის სხვა დარღვევებს.

დაადვირდით სახლსა და გუგების ცვლილებებს ან თანდაყოლილ პრობლემებს. ახალშობილებში ხშირია სისხლჩაქცევები ჯონიუნქტივის ქვეშ.

ჯოლობომა შეიძლება ნახოთ გაღებულ თვალზე და აღნიშნავს ფერადი გარსის დეფექტს.

გუგების რეაქცია შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ სინათლით ან თითოეული თვალზე თქვენი ხელის დაფარებით და შემდეგ აშვებით. მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება აღინიშნებოდეს გუგების ზომების მცირეოდენი ასიმეტრია, დროთა განმავლობაში გათანაბრდება მათი ზომები და სინათლეზე რეაქცია.

ყურადღებით დაათვალიერეთ ფერადი გარსები.

Brushfield-ის (ბრუშფილდის) ლაქები არის თეთრი ნერტილებისგან შემდგარი ჩაგლები ფერადი გარსში (იხ. ცხრილი 18-11, გვ. 805). მიუხედავად იმისა, რომ ზოგჯერ ჯანმრთელ ბავშვებში გვხვდება, ეს ნიშანი ზუსტად მიუთითებს *Down-ის (დაუნის) სინდრომზე.*

დაათვალიერეთ *ჯონიუნქტივა* შეშუპებასა და სისხლის არსებობაზე. ქიმიური ჯონიუნქტივიტი ხშირია, რაც ვითარდება ვერცხლის ნიტრატის ხმარება მშობიარობის დროს გონორეული ჯონიუნქტივიტის პროფილაქტიკის მიზნით (ophthalmia neonatorum). ამ შემთხვევაში უმჯობესია ეთიდრომიცინის მალამოს ხმარება, ვინაიდან ნაკლებად აღიზიანებს თვალს.

ახალშობილებში და ჩვილ ბავშვებში *მხედველობის სიმახვილის* გასინჯვა საჭიროა ასაკის შეგიძლიათ გამოიყენოთ მხედველობის ჰეფლექსები, ასევე მხედველობა ასაკისადაკი მეთოდით შეაფასოთ: სინათლეზე გუგის პირდაპირი და შეთანხმებული შევნიშნოვება, ჯამჯამა სინათლეზე ხამხამი *(ოპტიკური ხამხამის ჰეფლექსი)* და თვალების წინ ხაიმე საგნის სწრაფ მოძრაობაზე ხამხამი. პირველი წლის განმავლობაში მხედველობის სიმახვილე მატულობს ფოკუსის გაუმჯობესების გამო. ჩვილის მხედველობა შემდეგ ეტაპებს გადის:

დაბადებისას	**ხამხამი, შეუძლია ყურადღება გაამახვილოს სახეზე**
1 თვე	**მხედველობის ფიქსაცია საგნებზე**
1.5-2 თვე	**თვალების კოორდინირებული მოძრაობა**
3 თვე	**თვალების კონვერგენცია, თვალის გაყოლება**
12 თვე	**მხედველობის სიმახვილე დაახლოებით 20/50**

დაბადებიდან თვალებიდან მუდმივად გამონადენის და ცრემლენის მიზეზი შეიძლება იყოს *დაკრიოცისტიტი*, ან *ცხვირ-ცრემლის სისტემის ობსტრუქცია.*

ამ ეტაპების მიხედვით მხედველობის განვითარების უკმარისობა შეიძლება მიუთითებდეს *ვიზუალური მომწიფების შენელებაზე.*

ოფთალმოსკოპიის მეთოდით გამოიკვლიეთ გაღვიძებული და გახელილი თვალებით ბავშვის ბადურას (ფსკერის) ნითელი ჰეფლექსი. ამისთვის ოფთალმოსკოპი მოათავსეთ 0 დიოპტრიაზე და გუგა დაათვალიერეთ დაახლოებით 20 სმ-იდან. ნორმალურად, გუგიდან ფსკერზე ვრცელდება ნითელი, ან ნარინჯისფერი შეფერილობა.

ჭკოვანას შემღვევა შეიძლება გამოწვეული იყოს თანდაყოლილი გლაუკომით. სინათლის ბნელი ჰეფლექსის მიზეზებია *კატარაქტა, ნაადრევი მშობიარობის რეტინოპათია* და სხვა დახლვევები. სინათლის თეთრი ჰეფლექსი *(ლეიკოკორია)* პათოლოგიურია და უნდა ივარაუდოთ *კატარაქტა, ქორიორეტინიტი* ან *რეტინობლასტომა.*

ძალიან პატარებში სრულად ოფთალმოსკოპიის ჩატარება ძნელია, მაგრამ შეიძლება დაგჭირდეთ, თუ ნახავთ თვალის მხრივ, ან ნევროლოგიურ დახლვევებს. იშვიათად, შეიძლება გამოიყენოთ გუგის გამაფართოვებელი სამუალებები, რათა ფსკერი ჯარაგად დაათვალიეროთ (მაგ. 2.5% ფენილეფრინის ერთი წვეთი 0.5% ციკლოპენტოლატთან ერთად თითოეული თვალში); გუგის გაფართოვება ყოველთვის უნდა ჩაატაროთ ნევროლოგთან და ოფთალმოლოგთან ერთად. ჩვეულებრივად ჩანს +20 დიოპტრიაზე, ბორი - +15 დიოპტრიაზე, ხოლო ფსკერი – 0 დიოპტრიაზე.

მკრთალ ზომის სისხლჩაქცევები ბადურაზე გვხვდება ნორმალურ ახალშობილებში. დიდი ზომის სისხლჩაქცევები მიუთითებს მძიმე *ანოქსიაზე, სუბდურულ სისხლჩაქცევაზე ან მძიმე ცრავმაზე.*

მხედველობის ნერვის დვრილის შემოწმება ისევე ხდება, როგორც მოზრდილებში. ჩვილებში მხედველობის ნერვის დვრილის უფრო ღია ფერისაა. მაკულას პიგმენტაცია ნაკლებია და ფოვეას ჰეფლექსი სინათლეზე შეიძლება არ ჩანდეს. ყურადღებით დაათვალიერეთ ბადურა სისხლჩაქცევების არსებობაზე. ჩვილებში დვრილის შეშუპება იშვიათია, ვინაიდან ყოფლიბანდები და ნაკეცები არეგულირებენ თავის ქალას შიდა ნნევას და იცავენ ოპტიკუს დისკს.

ბადურის პიგმენტური ცვლილებები შეიძლება გამოვლინდეს ახალშობილებში, რომელთაც აღენიშნებათ *თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზი, Cytomegalovirus (ციტომეგალოვირუსი), ან ნითელა.*

ყურები

ჩვილებში ყურების გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, რადგან შეიძლება ბევრი დახლვევა გამოვლინდეს, როგორიცაა ყურის თანდაყოლილი პათოლოგიები, შუა ყურის ანთება და სმენის დაქვეითება. ეს ნიშნავს, რომ თქვენ უნდა დახვენოთ ოტოსკოპის ხმარების ჩვევები.

მთავარი ამოცანებია, დაადგინოთ ნორმალურია თუ არა ყურების *მდებარეობა, ფორმა და ფუნქციები*. დათვალიერეთ ყურების მდებარეობა თვალების მიმართ. ნახმოსახვითი ხაზი, რომელიც გავლებულია თვალების შიგნითა და გარეთა კუთხეებზე, უნდა ყვეთდეს ყურის ნიჟარას. თუ ნიჟარა ამ ხაზის ქვემოთაა, ბავშვს აქვს დაწეული ყურები!

პატარა ზომის, დეფორმული, ქვემოთ დაწეული ყურები შეიძლება ნიშანი იყოს თანმხლები *თანდაყოლილი დეფექტების*. განსაკუთრებით თირკმელების დაავადებების.

ახალშობილის ყურის გამოკვლევა ოტოსკოპით მხოლოდ *სასმენი მილის* დათვალიერების საშუალებას მოგცემთ, ვინაიდან პირველ დღეებში დაფის აპკი დაფარულია ხაჭოსებრი ნივთიერებით. ჩვილებში სასმენი მილი გარედან ქვევით მიემართება; ამიტომ, დაფის აპკის დასანახად ყური ფრთხილად ქვემოთ უნდა დავწიოთ და არა ზევით. როგორც კი დაფის აპკს დაინახავთ, ნახავთ, რომ სინათლეს ხეფექსი დიფუზურია და ყონსის ფორმას ჰამოდენიმე თვის განმავლობაში არ იღებს.

მცირე ზომის ყანის დანამატი, ნაპრალი, ან ჩაღრმავება ზუსტად ყურის წინა სახურავის პირდაპირ წარმოადგენს *ნაყოფის ღარყურის ნაპრალის ნარჩენს* და, ჩვეულებრივ, პათოლოგიური მნიშვნელობა არა აქვს.

აკუსტიკური ბამბამის ხეფექსი არის უცვლად ძლიერ ხმაზე ჩვილის თვალების ბამბამი; ეს ხეფექსი შეგიძლიათ გამოიწვიოთ თითების ტკაცუნით, ზარის, ან პეიჯერის, ან სხვა ხმის გამომცემი საგნის გამოყენებით ბავშვის ყურიდან 30 სმ-ის მანძილზე. დაკვირვით, არ გამოიწვიოთ ჰაერის ხეული, რაც თვალების ბამბამის მიზეზი შეიძლება გახდეს. დაბადებიდან 2-3 დღის განმავლობაში ამ ხეფექსის გამოწვევა ძნელია. მას შემდეგ, რაც ხანმოკლე შესვენებებით ამ ხეფექსს ჰამოდენიმეჯერ გამოიწვევთ, ხეფექსი ქრება, ჰასაც *მიჩვევის ფენომენი* ეწოდება. ეს არის სმენის შემოწმების უხეში ტესტი და, რა თქმა უნდა, არ აღნიშნავს ნორმალურ სმენას. დღეისათვის, გაზრდილია მუშაობა ყველა ახალშობილის სმენის გამოკვლევის უნივერსალურ მეთოდებზე, ისევე როგორც სმენის დაქვეითების მაღალი რისკის მქონე ბავშვებისთვის.

პერინატალური პრობლემები ზრდის *სმენის დეფექტების* რისკს, ესენია ახალშობილის წონა <1500გ, ანოქსია, პოტენციურად ოტოტოქსიური მედიკამენტებით მკურნალობა, თანდაყოლილი ინფექციები, მძიმე ჰიპერბილირუბინემია და მენინგიტი.

ჩვილის სმენის უნარის დამადასტურებელი ნიშნები	
ასაკი	**პათოლოგიური ნიშანი**
0-2 თვე	ეცვლად ხმაურზე შეკრთომა და თვალების ხამხამი დამშვიდება მოფერებით ხმაზე და მუსიკაზე
2-3 თვე	ხმაზე სხეულის მოძრაობის ცვლილება ნაცნობ ხმაზე სახის გამომეტყველების ცვლილება
3-4 თვე	ხმისკენ თვალების და თავის შეტრიალება
6-7 თვე	შეტრიალება ხმის ან სუბრის მოსასმენად

სმენის დეფექტის მქონე ბავშვთა უმრავლესობაში დიაგნოზის დასმა ვერ ხერხდება 2 წლამდე. სმენის დეფიციტის მიმანიშნებელია მშობლების ვარაუდი სმენის შესახებ, მეტყველების დაგვიანება, სმენის განვითარების მარჩენებლების ნაკლებობა.

III სხვისი და სინუსები

ახალშობილის ცხვირის გამოკვლევის ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილია ცხვირის გამავლობის დადგენა. ამის შესამოწმებლად ბავშვს დაუხშეთ თითოეული ნესტო მონაცვლეობით ისე, რომ ამ დროს პირი დახურული ჰქონდეს. პირის დახურვა არ შეაწუხებს ნორმალურ ბავშვს, ვინაიდან ახალშობილთა უმრავლესობა ცხვირით სუნთქავს. უფრო მეტიც, ზოგიერთი ბავშვი *მხოლოდ ცხვირით სუნთქავს* და უჭირს პირით სუნთქვა. ორივე ნესტო ერთდროულად არ დაუხუროთ – ამან შეიძლება სერიოზულად შეაწუხოს ბავშვი!

ახალშობილებში ცხვირის გამავლობა შეიძლება დაახშოს *ქოანას* (შიგნითა ნესტოს) *ატრეზიამ*. მძიმე შემთხვევებში ცხვირის ობსტრუქცია შეიძლება შეფასდეს №8 საყვები მილის გატარებით თითოეული ნესტოში უკანა ხახამდე.

ცხვირი დაათვალიერეთ, ხათა დარწმუნდეთ, რომ ცხვირის ძგიდე შუაშია. შეგიძლიათ ცხვირში ფრთხილად შეიტანოთ ოტოსკოპის ფარითო ნაზალური სარჯე.

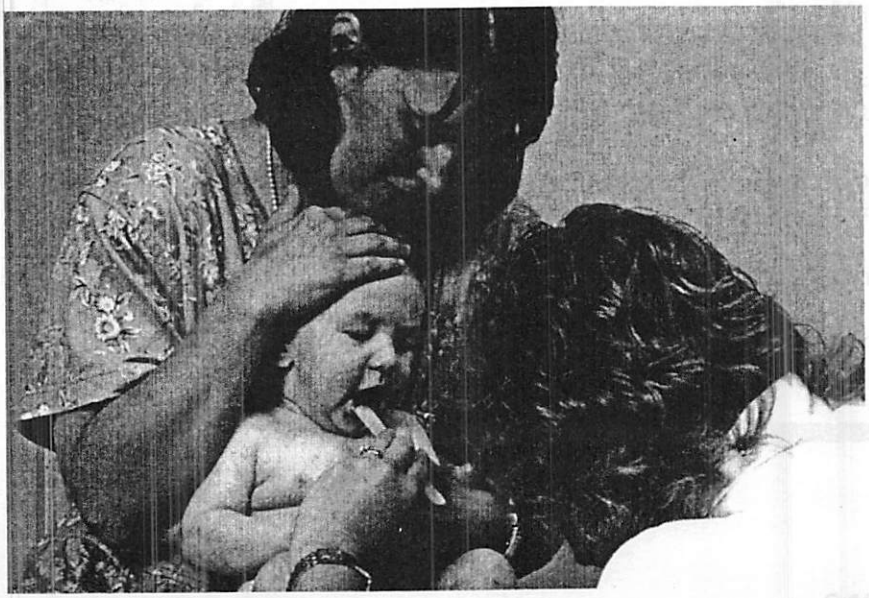
დაბადებისას, განვითარებულია მხოლოდ ეთმოიდური სინუსი. ახალშობილის სინუსების პნევმატიზაციას არ მოგანვდით.

პირის ღრუ და ხახა

ჩვილის სახეს ყველაფრის თქმა შეუძლია, განსაკუთრებით კი მის პირს - ჯერ ჰენდელი.

ახალშობილის პირის ღრუსა და ხახის გამოსაკვლევად გამოიყენეთ ინსპექცია (ენის შპატელითა და განათებით) და პალპაცია. ახალშობილს კბილები არა აქვს და ალვეოლური ღორწოვანი გლუვია ოდნავ დაკბილული ჯიღეებით. იშვიათად, მარგალიტისებრი ჰეტეროგენული ჯისტები ჩანს ალვეოლურ ჯიღეებზე და შეიძლება ადვილად შეგეშალოთ კბილებში. ეს ჯისტები ქრება 1-2 თვის განმავლობაში. დაბადების შემდეგ ჰბილ სასაზე ხშირად ჩანს პეტექიები. ჩაატარეთ მაგარი სასის პალპაცია, ხათა დარწმუნდეთ, რომ ნორმალურია. *ეპშტეინის მარგალიტები* არის ძალიან მცირე ზომის თეთრი, ან მოყვითალო მრგვალი ჰეტენციული ჯისტები და მდებარეობენ მაგარი სასის უკანა შუახაზის გასწვრივ. თვეების განმავლობაში ეს ჯისტები ქრება.

იშვიათად აღინიშნება *დამატებითი კბილები.* ჩვეულებრივ, ეს არის დისმორფია და მოვარდება ღეჭების განმავლობაში. ასეთი კბილები უნდა ამოიღონ ასპირაციის პროფილაქტიკისთვის.



ჯისტები შეიძლება აღინიშნებოდეს ენაზე ან პირის ღრუში. ფარისებრ-ენის სადინარის ჯისტა შეიძლება გაიხსნას ენის ქვეშ.

პირველი სამი თვის განმავლობაში ჩვილი ბავშვი მცირე ალოდენობით ნერწყვს გამოყოფს, მაგრამ დაიმახსოვრეთ, რომ უფრო მოზრდილი ბავშვები მეტ ნერწყვს გამოიმუშავებენ და ნერწყვის დენა გახშირებული აქვთ.

დაათვალიერეთ ენა. ენის ღაგამი სხვადასხვა ზომისაა, ზოგჯერ გრძელდება მწვერვალამდე და ზოგჯერ სქელია და მოკლე, ზღუდავს ენის გამოყოფას (*ანკილოგლოსია*, ან *შებოჭილი ენა*); ეს ცვლილება იშვიათად ახდენს გავლენას მეტყველებაზე და ფუნქციებზე.

მიუხედავად იმისა, რომ იშვიათია, ენის ზედმეტად გამონაზარდი შეიძლება იყოს *თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის* ან *დაუნის სინდრომის* ნიშანი.

ენაზე ხშირია თეთრი ნაღების არსებობა. თუ ამის მიზეზი ჩქეფა, მისი მოცილება აღვილია გაფხეკით ან გამონმენდით.

ჩვილ ბავშვთა ხახა უკეთესად ჩანს ბავშვის ტირილის დროს. ენის შპაღელის გამოყენება გაგიძნელებათ, ვინაიდან იწვევს ღებინების ძლიერ ჩეფლეკსს. ნუ ეცდებით ტონზილების დათვალიერებას.

მოუსმინეთ *ჩვილის ტირილს*. ნორმალურად ჩვილი ტირის ძლიერად და ხმამაღლა.

ჩვილ ბავშვთა პათოლოგიური ტირილის სახეები

ტიპი	მასთან დაკავშირებული მდგომარეობა
ძალიან მკვეთრი ან მაღალი ტონალობის	თავის ქალას შიდა ნნევის მომატება. ასეთი სახის ტირილი ასევე ვლინდება იმ ჩვილებში, რომლებიც ნარკოზით მშობიარობით დაიბადნენ
ჩახლეჩილი ხმა	ჰიპოკალცემიური ტეტანუსი, ან თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი
გახანგრძლივებული ჩასუნთქვითა და ამოსუნთქვითი სტიდორით	მიზეზია ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქცია სხვადასხვა დაზიანებით (მაგ. პოლიპი, ან ჰემანგიომა), შედარებით პატარა ხორხი (*ინფანტილური ხორხის სტრიდორი*), ან ტრაქეის ხრტილოვანი ჩარჩოების განვითარების შენელება (*ტრაქეომალაცია*)
ჩვილი არ ტირის	მიუთითებს მძიმე დაავადებაზე, ხშირად ტვინის დაბალ ან თავის ტვინის მძიმე დაზიანებაზე

პირის ღრუს კანდიდოზი (ჭრილა) ჩვილებში ხშირია. მისი გამონმენდა ძნელია და აქვს ეროზირებული არა მკვეთრი ფონი. (იხ. ცხრილი 18-12, პირის ღრუს და კბილების დაავადებები, გვ. 806).

მარჩენილია დაკავშირებულია სხვადასხვა სისტემურ მდგომარეობებთან. თუ ახლავს ჰიპოგლიკემია და ქვირის თრაში, სავარაუდო დიაგნოზია Beckwith-Wiedemann-ის (ბეკვიტ-ვიდემანის) სინდრომი.

არსებობს კბილების ამოჭრის ბევრი სავარაუდო ნიშანი და ფარული ცვალებადობა. ცხრილი კანონი წარმოადგენს იმას, რომ 6-დან 26 თვემდე ბავშვს ყოველ თვეში თითო კბილი ემატება, სანამ არ შეივსება 20 პირველადი (სარძევე) კბილი.

ბეღმკერდი და ფილტვები

ჩვილის *გულ-მკერდი* უფრო მომრგვალებულია, ვიდრე მოზრდილი ბავშვის და ზრდასრული ადამიანის. ასევე, გულ-მკერდის კედელი უფრო თხელია, ნეკნთები სუსტად განვითარებული და ამის გამო სუნთქვითი ხმაურობა და გულის ტონები ძალიან კარგად ისმენება. გულ-მკერდის ყარყუმის ძვლები და ხრტილები ჰიბრიდა და ელასტიური. მახვილისებური მორჩის მწვერვალი ხშირად წინ წამოწეულია კანქვეშ ნეკნთა კუთხის მწვერვალთან.

ყურადღებით *შეაფასეთ სუნთქვა* და მისი მახასიათებლები. ახალშობილებს, განსაკუთრებით ღრენაკლულებს, არარეგულარული სუნთქვის რიტმი აღენიშნებათ, რაც ხასიათდება ნორმალური სიხშირის სუნთქვის პერიოდებით (30-40 წუთში) და "პერიოდული სუნთქვით", როდესაც სიხშირე მნიშვნელოვნად მცირდება და ზოგჯერ შეიძლება გაჩერდეს 5-10 წამის განმავლობაში.

ჩვილ ბავშვებში გვხვდება გულ-მკერდის კედლის ორი სახის დარღვევა: *pectus excavatum* ანუ "ძაბრისებური გულ-მკერდი" და *pectus carinatum*, ანუ "ქარხისებური გულ-მკერდი".

ანომალია ეწოდება სუნთქვის შეჩერებას 20 წამზე მეტი ხანით. მას ხშირად ახლავს ბradიკარდია და შეიძლება მიუთითებდეს *სასუნთქი სისტემის დაავადებების, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებების* და იშვიათად, *კარდიო-ვასკულური მდგომარეობების*

ჩვილის და პატარა ბავშვების სუნთქვს სისტემის გამოკვლევის მნიშვნელოვანი მომენტია აუსკულტაცია. *თავიდანვე არ იხმარით* სტეტოსკოპი, არამედ პაციენტი გამოიკვლიეთ ყურადღებით, როგორც ეს ნაჩვენებია ქვემოთ ტექსტში და შემდეგ გვერდზე მოტანილ სურათზე. ინსპექცია უკეთესად შეგიძლიათ ჩაატაროთ, როდესაც ბავშვი არ ტირის, ამიტომ სთხოვეთ მშობლებს, რომ ბავშვი დაამშვიდონ. გარკვეული დრო (დაახლოებით 1 წუთი) დაუთმეთ ბავშვის დათვალიერებას, დაკვირდით ზოგად მდგომარეობას, სუნთქვის სიხშირეს, ფერს, ცხვირით სუნთქვას, სუნთქვით ხმიანობას და სუნთქვით მოძრაობებს, როგორც ქვემოთაა აღნერილი.

არსებობაზე. აშნოე ჩვილ ბავშვთა უეცარი სიკვდილის სინდრომის სურათოზული ანალიზი *(sudden infant death syndrome - SIDS).*

იმის გამო, რომ ჩვილები უპირატესად ცხვირით სუნთქავენ, დაკვირდით ცხვირს სუნთქვის დროს, განსაკუთრებით, *ნესტოების მოძრაობას.* დაკვირდით სუნთქვას დახურული პირით ან ბოთლიდან წოვის დროს.

ახალშობილებში და ჩვილებში ცხვირის გაფართოვება შეიძლება *ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის* შედეგი მცირე ზომის ნესტოების ობსტრუქციით.

მოუსმინეთ ჩვილის სუნთქვის ხმიანობას და დაკვირდით ხრუტუნით *სუნთქვას, სტვენით სუნთქვას, ან სუნთქვითი ხმიანობების სიმცირეს (ობსტრუქცია).*

მნიშვნელოვანია გამოკვლევის დროს დაადგინოთ ორი მნიშვნელოვანი ასპექტი: *სუნთქვითი ხმიანობები და სუნთქვითი მოძრაობა.* მათი შესწავლა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების დაავადებების შეფასებაში. შორებში, რომლებიც მოწოდებულია ქვეყნებიდან, სადაც ნაკლებად გამოიყენება გულ-მკერდის რენტგენოგრაფია, ჩანს, რომ ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების შეფასებაში ეს მონაცემები ისევე გამოყენებადია, როგორც აუსკულტაცია.

ზემოთ ჩამოთვლილი ნებისმიერი დაზიანება ზრდის ვარაუდს სუნთქვის სისტემის პათოლოგიაზე.

ქვედა სასუნთქი გზების ინფექცია, ანუ ინფექცია ხშირად იწყება ქვემოთ, ხშირია ახალშობილებში და მოიცავს *ბრონქიოლიტს* და *პნევმონიას.*

მწვავედ განვითარებული სტრიდორი პოტენციურად სერიოზული მდგომარეობაა. მიზეზებია *ეპიგლოსიტი, ბაქტერიული ტრაქეიტი, უცხო სხეული* ან *სისხლძარღვოვანი ჰგლი.*

ჩვილებში არასწორი სუნთქვითი მოძრაობა პათოლოგიის აუსკულტაციის მონაცემებთან ერთად *პნევმონიის* ნიშანს წარმოადგენს.[12] პნევმონიის გამოკვლევის საუკეთესო ნიშანია ტაქიპნოეს არ არსებობა

სუნთქვაზე დაკვირვება ბავშვის შეხებამდე!

შეფასების ტიპი	სპეციფიკური პათოლოგიები
ზოგადი მდგომარეობა	ღიმილის ან ჯვების უნარის დაქვეითება, დამშვიდების უნარის დაქვეითება
სუნთქვის სიხშირე	ტაქიპნოე (იხ. გვ. 698)
ფერი	სიფერმკრთალე ან ციანოზი
სუნთქვის ნაზალური კომპონენტი	ცხვირის გაფართოვება (ჩასუნთქვის დროს ორივე ნესტოს გაფართოვება)
სუნთქვითი ხმიანობები	ხრუტუნი (განმეორებადი მოკლე ამოსუნთქვითი ხმიანობები); სტვენითი სუნთქვა (ამოსუნთქვის დროს მუსიკალური ხმიანობა); სტრიდორი (მაღალი ტონალობის ჩასუნთქვითი ხმიანობა); ობსტრუქცია (სუნთქვითი ხმიანობების სიმცირე)
სუნთქვითი მუშაობა	ცხვირის გაფართოვება (იხ. ზევით) ხრუტუნი - (იხ. ზევით) ჩაქაჩვა (გულ-მკერდის ჩანევა): ღრმაზემოთ (ღრმანებს ზემოთ ხშირი ქსოვილების); ნეკნთაშუა (ნეკნებს შორის კანის ჩანევა); ნეკნზედა (ზუსტად ნეკნთა კიდის ქვეშ)

ჯანმრთელ ჩვილებში მშვიდი სუნთქვის დროს ნეკნები არ მოძრაობს. თუ ნეკნები მოძრაობს, მათ გარეთ გამოდრეკას ინვევს დიაფრაგმის დანევა. დიაფრაგმის დანევა ინვევს მუცლის ღრუს შიგთავსზე ზენოლას, რაც ქვედა ნეკნებს ნინ ნამოსნევს.



-713-

გულ-მკერდის ასიმეტრიული მოძრაობა შეიძლება მიეთითებდეს ჯეროვან დაზიანებაზე. ფილტვის დაავადებების დროს მატულობს მუცლით სუნთქვა და შეიძლება განვითარდეს *ჰეტრაქსია (გულ-მკერდის ჯედლის შენევა)*, ჯ ნლამდე ასაკში ფილტვის დაავადებების მარჩენებელია. გულ-მკერდის შენევა არის ნეკნთაშეა არეების შეზნექვა ჩასუნთქვის დროს. დიაფრაგმის მოძრაობა პირდაპირ მოქმედებს სუნთქვაზე, გულ-მკერდის ჯუნთების მცირე დახმარებით. როგორც ნინა ცხრილშია აღნიშნული, ჩვილებში აღინიშნება სამი ტიპის ჰეტრაქსია: ღავიწზედა, ნეკნთაშეა და ნეკნქვეშა.

ფილტვების ობსტრუქციული დაავადება ჩვილებში ინვევს *Hoover-ის (ჰუვერის) ნიშანს* ან პარადოქსულ (საქანელასებურ) სუნთქვას, როდესაც ჩასუნთქვის დროს მუცელი გარეთ იწევა, ხოლო გულ-მკერდი – შიგნით.

თორაკო-აბდომინური პარადოქსი, ჩასუნთქვის დროს გულ-მკერდის შენევა და მუცლის გამონევა ნორმალურია ნაადრევ ახალშობილებსა და ჩვილებში. იგი გრძელდება აქტიურობის დროს ან REM, ხანმოკლე ძილის დროს სიფხიზლის ან მშვიდი ძილის დროს, ჯუნთების ტონუსის დაქვეითების გამო აქტიური ძილის დროს. ვინაიდან ზიდასთან ერთად მატულობს ჯუნთების ძაღა და გულ-მკერდის ჯედლის ელასტიურობა მცირდება, პარადოქსული სუნთქვა უკვე ნორმალურ მონაცემად აღარ განიხილება.

ბავშვებს, ვისაც *ჯუნთების სისუსტე* აქვთ, ჰამოდენიმე წლის განმავლობაში აღენიშნებათ პარადოქსული სუნთქვა.

პალპაციით შეიძლება შეაფასოთ ტაქტილური ფრემიტუსი. ხელი დაადეთ გულ-მკერდზე, როდესაც ჩვილი ტირის ან ხმაურობს გულ-მკერდის ორივე მხარეს და შეადარეთ ხმევის გატარების სიმეტრიულობა. განსაჯეთრებული მემთხვევების გარდა, ჩვილებში პერკუსიის ჩატარება არ გვსაჭიროებათ. ჩვილის გულ-მკერდი მთელ ზედაპირზე ჰიპერრეზონანსულია, ამიტომ პერკუსით დარღვევას ვერ დააღგენთ.

იმის გამო, რომ გულ-მკერდის ჯედელი ხმას ჯარგად ატარებს, ტაქტილური ფრემიტუსის ცვლილება ან პერკუსით დარღვევის დადგენა მძიმე პათოლოგიაზე მიეთითებს, როგორიცაა დიდი ზომის *პნევმონიური გამჟღერება*.

ამ მეთოდების გამოყენების შემდეგ, შეგიძლიათ ჩაატაროთ *აუსკულტაცია*. სუნთქვითი ხმიანობები უფრო ხმამაღალია და მკვეთრი, ვიდრე მორხლილებში, ხადგან სტეტოსკოპი ახლოს მდებარეობს ხმიანობის წარმოქმნის ადგილებთან. ასევე, ხშირად ძნელია ზემო სასუნთქი გზებიდან წამოსული ხმიანობის გარჩევა გულ-მკერდში წარმოშობილი ხმიანობებისგან.

ორფაზიანი ხმიანობები გელისხმობს *მძიმე ობსტრუქციას გულ-მკერდის შიდა სასუნთქი გზების შევიწროვების გამო* ან *მძიმე ობსტრუქციას გულ-მკერდის გარეთა სასუნთქი გზების შევიწროვების გამო.*

ქვემოთ ცხრილში მოცემულია ზოგიერთი გამოსაყენებელი მინიშნება. ზემო სასუნთქი გზების ხმიანობები უფრო ხმამაღალია, სიმეტრიულად ისმენა გულ-მკერდში და ყველაზე ხმამაღალია, როდესაც სტეტოსკოპს ზემოთ პირისპირ ვსვამთ. ისინი ჩვეულებრივ ინსპირაციული, ხმა ხმიანობებია. ქვედა სასუნთქი გზების ხმიანობები უფრო ხმამაღალია პათოლოგიის მხარეს, ხშირად ასიმეტრიულია და ამოსუნთქვის დროს ვლინდება.

ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების ხმიანობების გარჩევა ჩვილ ბავშვებში

მეთოდი	ზემო სასუნთქი გზა	ქვემო სასუნთქი გზა
შეადარეთ ხმიანობები ცხვირიდან/სტეტოსკოპიდან	ერთნაირი ხმიანობები	ხშირად განსხვავებულია
მოისმინეთ ხმიანობების სიმკვეთრე	ხშირად მკვეთრია და ხმამაღალი	სუსტებული
დააკვირდით სიმეტრიას (მარცხნივ/მარჯვნივ)	სიმეტრიულია	ხშირად ასიმეტრიულია
შეადარეთ სხვადასხვა ლოკალიზაციის ხმიანობები (ზედა და ქვედა)	ხმიანობები უფრო ხმამაღალი ხდება გულ-მკერდზე სტეტოსკოპის ზევით გადადებისას	ხმიანობები უფრო ხმამაღალია გულ-მკერდის ქვედა ნაწილებში მუცლის გასწვრივ
ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა	ყოველთვის ჩასუნთქვითია	ხშირად აქვს ამოსუნთქვის ფაზა

ახალშობილებში გულ-მკერდის ერთ მხარეს სუნთქვითი ხმიანობების შემცირება ცალმხრივ დაზიანებაზე მიუთითებს (მაგ. თანდაყოლილი დიაფრაგმული თიაქარი).

ამოსუნთქვითი ხმიანობები, ჩვეულებრივ, წარმოიქმნება გულ-მკერდის შიგნით. მეორე მხრივ, ჩასუნთქვითი ხმიანობები ტიპიურად წარმოიქმნება გულ-მკერდის გარეთა სასუნთქ გზებში, როგორიცაა ტრაქეა. ამოსუნთქვის დროს გულ-მკერდის შიდა სასუნთქი გზების დიამეტრი მცირდება, რადგან გარშემომყოფი ფილტვის ქსოვილის ელასტიური ბუდე "ხელს უშლის" სასუნთქი გზების გაღებას, როგორც ეს ხდება ჩასუნთქვის დროს. ჩასუნთქვის დროს ჰაერის ძლიერი ნაკადი წარმოქმნის ტურბულენტურ მოძრაობას და შესაბამის ხმიანობებს.

სუნთქვითი ხმიანობების მახასიათებლები, როგორიცაა ვეზიკულური და ბრონქოვეზიკულური სუნთქვა, და ფილტვის დამატებითი ხმიანობები, როგორიცაა მშრალი და სველი ხრინები, იგივეა, რაც მოზრდილებში. ახალშობილებში მათი გარჩევა ძნელია და ხშირად ერთდროულად ვითარდება. მსტვინავი და მოგუგუნე ხრინი ჩვილ ბავშვებში ხშირია. მსტვინავი ხრინი, რომელიც სტეტოსკოპის გარეშეც მოისმინება, უფრო ხშირად ვლინდება, რადგან ტრაქეობრონქული ხე მცირე ზომისაა. მოგუგუნე ხრინი გამოხატავს მსხვილი ბრონქების ობსტრუქციას. ჭეპიტაცია არის ხანმოკლე ხმიანობა (იხ. გვ. 260), რომელიც მოისმინება ჩასუნთქვის ბოლოს; მათი მიზეზია ფილტვის დაავადებები და გულის უკმარისობის დროს უფრო იშვიათად ვითარდება ჩვილებში, ვიდრე მოზრდილებში.

ჩვილებში მსტვინავი ხრინი *ასთმისა და ბრონქიოლიტის* დროს ვლინდება.

ჭეპიტაცია შეიძლება მოისმინოთ *პნევმონიის* და *ბრონქიოლიტის* დროს.

გული

გული არის ორგანების მუშაობის მთავარი ნიშანი
– ფრენკ ლლოიდ რაითი

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევა ჩვილებში ისევე ხდება, როგორც მოზრდილებში, მაგრამ მათი შიშის გაგება,

დაჩვევათა მაგალითები

და ბევრ შემთხვევაში თამაშის სუხვილი გამოკვლევას უფრო ადვილს და შედეგიანს ხდის. თითოეული ბავშვის გასინჯვისას გაითვალისწინეთ მათი განვითარების დონე. 2 წლის ბავშვის გამოკვლევა უფრო ადვილია, როდესაც დედის მუხლებზე ზის ან დგას სახით მხრისკენ, როგორც მარჯვენა სუსათზეა ნაჩვენები. თითოეულ ხელში ბავშვს ჩამე დააჭერინეთ. ბავშვი ვერ ხვდება, როგორ დააგდოს საგანი, ამიტომ მას ხელები დაკავებული ექნება და გასინჯვაში ხელს ვერ შეგიშლით. თუ ბავშვს გამუდმებით ელპარაკებით, ამით მის ყურადღებას მიიქცევთ და ბავშვს დავიწყდება, რომ მას სინჯავთ. მიეცით უფლება, ამოძრაოს სტეტოსკოპი და შემდეგ ხელავ მოესმინეთ. გამოკვლევის ჩატარების დროს ფანტაზია მოიშველიეთ!



ზოგადი დაზღვევები შეიძლება მიუთითებდეს თანდაყოლილი დაავადებების არებათობის ზრდაზე, როგორიცაა Down-ის (დაუნის) სინდრომი ან Turner-ის (ტერნერის) სინდრომი.

ინსპექცია

ბელის გამოკვლევამდე, ყურადღებით დაათვალიერეთ ჩვილი, რომ არ აღენიშნება ციანოზი. ახალშობილებში აკროციანოზი განხილულია 699-ე გვერდზე. მნიშვნელოვანია *ცენტრალური ციანოზის* დადგენა (ცხრილი 18-14, ციანოზი ბავშვებში, გვ. 808), ვინაიდან იგი ყოველთვის პათოლოგიურია და ახლავს ბელის თანდაყოლილ დაავადებებს, ისევე როგორც ფილტვის დაავადებებს (იხ. ცხრილი 18-15, ბელის თანდაყოლილი შეკლები, გვ. 809-810).

მწვავე სუნთქვითი სიმპტომების გარეშე ცენტრალური ციანოზის არსებობა ბელის დაავადებებზე მიუთითებს.

- *ბავშვებში ცენტრალური ციანოზის კარდინალური მიზეზები*

წარმოშობის ტიპი	პოტენციური კარდიული მიზეზი
დაბადებისთანავე	მსხვილი არტერიების ტრანსპოზიცია, ფილტვის არტერიის სარქველების ატრეზია, ფილტვის არტერიის მძიმე სტენოზი, შესაძლო Ebstein-ის (ებშტეინის) განვითარების მანკი
დაბადებიდან ხუთიოდე დღეში	ყველა ზემოთ ჩამოთვლილს დამატებული: ფილტვის ვენების სრული ანომალია ბელის მარცხენა ნაწილის ჰიპოპლაზიის სინდრომი, truncus arteriosus (ზოგჯერ), ერთი პარკუჭის ვარიანტი
კვირები, თვეები ან წლები	ყველა ზემოთ ჩამოთვლილს დამატებული: ფილტვის არტერიის დაავადებები წინაგულოვანი, პარკუჭოვანი ან მსხვილ სისხლძარღვთა შენტით

მინიმალური ხარისხის ციანოზიც კი მოვლას საჭიროებს. კანის გარდა, დაათვალიერეთ სხეულის შიდა ნაწილები (მაგ. პირის ღრუ, ენა, კონიუნქტივა და ფრჩხილის საფუძველი უფრო ნაკლები ხარისხის დროს). მარწყვის მსგავსი ვარდისფერი შეფერილობა ნორმალურია, მაშინ როდესაც ჟოლოსფერი ნითელი მიუთითებს გაჯერების ნაკლებობაზე.

უნდა დაადგინოთ ციანოზის გავრცელება. გაჯერების ნაკლებობის დადგენა შეიძლება ოქსიმეტრის საშუალებით.

გამოიკვლიეთ ჩვილი ბავშვის *ჯანმრთელობის ზოგადი ნიშნები*. გულის დაავადებების დადგენაში დაგეხმარებათ ბავშვის ზოგადი ნაკვებობა, ჰაქტიულობა, ბედნიერება, გაღიზიანებადობა. დაიმახსოვრეთ, რომ გულის დაავადების მქონე ბავშვებში შეიძლება იყოს არაერთგვაროვანი ნიშნები.

ჩვილებში ტაქიპნოე, ტაქიკარდია და ღვიძლის გადიდება გულის შეგუებით უკმარისობაზე მიუთითებს.

გულის დაავადების მქონე ბავშვებში არაერთგვაროვანი ნიშნები

ცუდი კვება	ტაქიკარდია	ცუდი ზოგადი მდგომარეობა
ზრდის შენელება	ჰეპატომეგალია	სისუსტე
გაღიზიანებადობა	დოლის ჩხრიალებრი ხმები	

სუნთქვის სიხშირის და მახასიათებლების შესწავლა დაგეხმარებათ დაავადების ხარისხის დადგენაში და გულისა და ფილტვის დაავადებების გარჩევაში. სუნთქვის გაძნელება ფილტვის დაავადებების დროს აღინიშნება, მაშინ, როდესაც გულის დაავადებების დროს სახეზეა ტაქიპნოე, მაგრამ არა სუნთქვის გაძნელება, სანამ გულის შეგუებითი უკმარისობა არ გაძლიერდება.

გულ-მკერდის მარცხენა ნახევრის დიფუზური გამოდრეკა ხანგრძლივ *კარდიომეგალიაზე* მიუთითებს.

ჰიპოქსია

ორგანოს მთავარი ტკივილი შეიძლება შეაფასოთ ჰერიფერიული ხელის გამოკვლევით. ახალშობილებში ყველანაირი ხელსაცმია უნდა გამოიკვლიოთ. ახალშობილებში და ჩვილ ბავშვებში უფრო ადვილია მხრის არტერიის ხელსაცმის გასინჯვა იდაყვის ფოსოში, ვიდრე სხივის არტერიის ხელსაცმის შეგრძნება მაჯაზე. ორივე საფეთქლის არტერია მდებარეობს ყურების წინ. მნიშვნელოვანია ბარძაყის არტერიის ხელსაცმის გასინჯვა. ბარძაყის არტერია გადის სახარჯლის ნაკეცის ქვეშ შუაში, თეძოს ქედსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის. გასინჯეთ ბარძაყის ხელსაცმა. მსუქან და მოსვენარ ბავშვებში მისი გასინჯვა ძნელია. თუ პირველად ფეხებს მუცლისკენ მოუხრით, ეს შეამცირებს მოხრის ჰეფექტს, რომელიც ჩნდება ფეხების გაშლისას. ტერფის დორსალური და დიდი ნვრის უკანა ხელსაცმა ახალშობილებში და ჩვილებში (იხ. სურათი შემდეგ გვერდზე) ძნელად ისინჯება, სანამ ორგანოში სისხლის დინება ნორმალური არ იქნება. ნორმალური ხელსი მკვეთრად იზრდება, მკვეთრია და ყარგად ლოკალიზებული.

ბარძაყის ხელსაცმის შემცირება ან არარსებობა *ორგანოს ლოკალიზაციის ნიშანია*. თუ ბარძაყის ხელსაცმას ვერ სინჯავთ, გასინჯეთ წნევა ხელებსა და ფეხებზე. თუ კიდურებზე წნევა ერთნაირია, ან ფეხებზე ნაკლებია, შესაძლოა ლოკალიზაციის არსებობა.



სუსტი, ძაფისებური, ძნელად შესაგრძნობი პულსი შეიძლება ასახავდეს *მიოკარდიუმის დისფუნქციას* და *გულის შეგუებით უკმარისობას*, განსაკუთრებით თუ ახლავს ტაქიკარდია.

მიუხედავად იმისა, რომ პულსი ახალშობილის და ჩვილის ტერფებზე არ ისინჯება, ზოგიერთმა სიტუაციმ შეიძლება პულსი გააძლიეროს, როგორიცაა ღია არტერიული სადინარი.

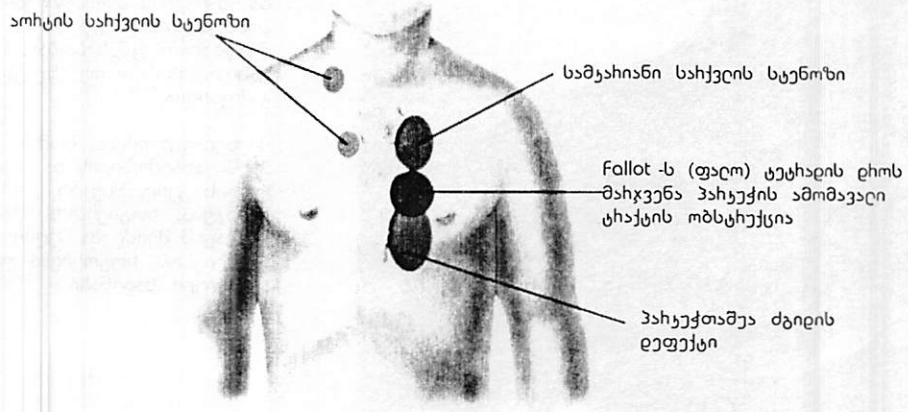
როგორც 697-ე გვერდზეა აღნერილი, გულის გამოკვლევის დროს ყურადღებით გაზომეთ ახალშობილთა და ბავშვთა სისხლის წნევა.

გულის საძგერის, ანუ *გულის მაქსიმალური იმპულსის წერტილის* პალპაცია ყოველთვის ვერ ხერხდება ჩვილებში და მასზე გავლენას ახდენს სუნთქვითი ხმაურობები, ტუჩის გავსება, ბავშვის მდებარეობა. მოზრდილებთან შედარებით გულის საძგერი უფრო მაღლაა, ვინაიდან გული უფრო ჰორიზონტალურად მდებარეობს.

გულ-მკერდის ჯედის *პალპაცია* საშუალებას მოგცემთ, შეაფასოთ გულის მოცულობითი ცვლილებები. მაგალითად, გულის არის გაძლიერებული მოძრაობა ასახავს დიდ მოცულობით ცვლილებებს.

პალპაციით *თრთოლვა* შეიგრძნობა, როდესაც გულში ან მსხვილ სისხლძარღვებში საკმარისი ტურბულენტობაა, რომელიც გადაეცემა ზედაპირს. გულის არის ქვეშ არსებული სტრუქტურების ცოდნა დაგეხმარებათ, დაადგინოთ თრთოლვის წარმოშობა. თრთოლვის შეგრძნება ყველაზე ადვილია ხელისგულით ან თითებით და არა თითის ნვერებით. თრთოლვა წარმოადგენს ხმაურობრივ უხეშ ხასიათს. შემდეგ გვერდზე მოცემულ სურათზე ნაჩვენებია თრთოლვის დოკუმენტაცია გულის სხვადასხვა პათოლოგიის დროს ჩვილებში და ბავშვებში.

მკერდის ძვლის მარცხენა ქიდესთან "გორვადი" ამოდრეკა მიუთითებს *მარჯვენა პარკუჭის მუშაობის გაძლიერებაზე*, მაშინ, როდესაც იგივე სახის მოძრაობა მნვერვალთან მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის გაძლიერებულ მუშაობაზე.



თირთოლვის ლოკალიზაცია

აუსკულტაცია

გულის ხითმის დადგენა ჩვილებში უფრო აღვილია გულის ტონების მოსმენით, ვიდრე პულსის გასინჯვით, მაგრამ მოზრდილ ბავშვებში შეგიძლიათ ორივე მეთოდი გამოიყენოთ. ბავშვებს, ჩვეულებრივ,ნორმალური სინუსური არითმია აქვთ, როდესაც ჩასუნთქვისას გულის ხიტმი იზრდება და ამოსუნთქვისას – მცირდება, ზოგჯერ საკმაოდ მკვეთრად. ეს ნორმალური მოვლენაა და დადგენა შეიძლება მისი განმეორებადი ხასიათით, სუნთქვასთან კავშირით და იმით, რომ მოიცავს ჩამდენიმე დარტყმას და არა ერთს.

ბევრ ბავშვს, განსაკუთრებით ახალშობილს, აღენიშნება ნინაგულოვანი ან პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია, რასაც ხშირად აფასებენ, როგორც "გამოტოვებულ" დარტყმას. მათი გარჩობა შესაძლებელია სინუსური ხითმის გაზრდით დატვირთვის გზით, როგორიცაა ჩვილებში ცრემლი ან მოზრდილ ბავშვებში ტკომა, ასევე ეს არითმია შეიძლება ხშირი იყოს დატვირთვის შემდგომ პერიოდში. აბსოლუტურად ჯანმრთელ ბავშვებში ექსტრასისტოლია ათეულობითვისებიანია და იშვიათად ხანგრძლივდება.

გულის S_1 და S_2 *ტონები* ყურადღებით უნდა მოისმინოთ. ნორმალურად ეს ტონები მკვეთრია. ფუძეზე მეორე ტონი (S_2), ჩვეულებრივ, გამოყოფილად მოისმინება, მაგრამ ღრმა ამოსუნთქვის დროს შეიძლება ერთ ტონში გაერთიანდეს. ახალშობილებში შეიძლება მოისმინოთ მეორე ტონის გაყოფა, თუ ბავშვს გასინჯვისას სძინავს ან ჩუმად არის.

ორგანოსაც გულმკერდის პულსაცია ჩანს და ხელით შეიგრძნობა, ეს მიუთითებს ჰიპერდინამიაზე, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს გულის ხითმის მეტაბოლური გაზრდა ან გულის კუმშვადობის დაქვეითება გულის ხარმე დაავადების გამო.

ბავშვებში ხითმის ყველაზე ხშირი დარღვევებია პაროქსიზმული *სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია ან პაროქსიზმული წინაგულოვანი არითმია*, რომელიც ნებისმიერ ასაკში შეიძლება განვითარდეს მეცნიერული პერიოდის ჩათვლით. ამ არითმიას ზოგიერთი ბავშვი ძალიან კარგად იტანს და შეიძლება მხოლოდ გამოკვლევით დადგინდეს, როდესაც ბავშვი სრულიად ჯანმრთელად გამოიყურება; შეიძლება ჰქონდეს ოდნავი სიფერმკრთალე ან ტაკიპნოე, მაგრამ სწრაფი, მედმივი, აბსოლუტურად ხითმული გულისცემა სიხშირით 240 ან მეტი დარტყმა წუთში. სხვა ბავშვები, განსაკუთრებით ახალშობილები ამ მდგომარეობის გამო ავადმყოფურად გამოიყურებიან. მოზრდილ ბავშვებში ეს არითმია უფრო მეტად ნარმოადგენს ქვემარიტ პაროქსიზმს სხვადასხვა ხანგრძლივობისა და სიხშირის ეპიზოდებით.

ბავშვებში *პათოლოგიური არითმიის* მიზეზი შეიძლება იყოს გულის ორგანული დაავადებები, მაგრამ ასევე სხვა ფაქტორებიც, როგორიცაა *წამლების მიღება, მეტაბოლური და ენდოკრინული დარღვევები, ცერებროზული ინფექციები და ინფექციის შემდგომი პერიოდი* ან შეიძლება დაკავშირებული იყოს გულის ორგანული დაავადების დროს გამტარებლობის დარღვევასთან.

გულის ტონების მოყრუება მიუთითებს *პერიკარდიუმის ღრუში გამონაჟონის არსებობაზე*; ჩუმი, ნაკლებად მკვეთრი ტონები *მიოკარდიუმის დისფუნქციაზე* მიუთითებს.

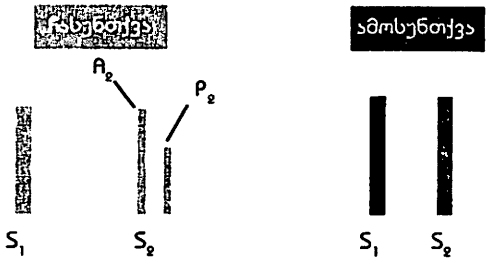
ტონის გაორება გამოავლენს ბევრ, მაგრამ არა ყველა, უფრო სერიოზულ გულის თანდაყოლილ პათოლოგიას.

ბავშვებში გულის ხიტმის ნორმალური ვარიანტების მახასიათებლები

მახასიათებლები	ნორმალური სინუსური ხიტმი	ნინაგულების ნაადრევი შეკუმშვები (APC_s) ან პარკუჭების ნაადრევი შეკუმშვები (VPC_s)
ყველაზე ხშირი ასაკი	ჩვილობის შემდეგ (შედარებით ნაკლებად ვითარდება მოზარდიებში)	ახალშობილებში (მაგრამ შეიძლება ნებისმიერ დროს გამოვლინდეს)
სუნთქვასთან კავშირი	დიახ: ჩასუნთქვისას იზრდება და ამოსუნთქვისას მცირდება	არა
ტაქიკარდიაზე დატვირთვის გავლენა	ქრება	ქრება დატვირთვით
ხიტმის დახასიათება	ჩასუნთქვასთან ერთად თანდათან მატულობს ამოსუნთქვისას ხშირად უეცრად ნელდება	უფრო ხშირად შეიძლება დატვირთვის შემდეგ გაჩნდეს გამოტოვებული დარტყმა ჩნდება არარეგულარულად
დარტყმების ხარისხობა	ხარისხიანი დარტყმა, ჩვეულებრივ, განმეორებად ციკლებში	ჩვეულებრივ, ერთეული შესვლილი დარტყმა
სიმძიმე	ერთიერთვისებიანი (განმარტებიდან გამომდინარე)	ჩვეულებრივ, ერთიერთვისებიანი

მიუხედავად იმისა, რომ პარკუჭის ნაადრევი შეკუმშვები შეიძლება ჯანმრთელ ჩვილებშიც განვითარდეს, ისინი ვითარდება ისეთი დაავადებების დროს, როგორიცაა ჯარდიომიოპათიები, და გულის თანდაყოლილი დაავადებები. ელექტროლიტური და მეტაბოლური დისბალანსი აგრეთვე გამომწვევი მიზეზებია.

გულის მეორე ტონის გაყოფის დადგენისას მოისმინეთ A_2 და P_2 ინტენსიობა. ფუძეზე მეორე ტონის პირველი ან პირველი კომპონენტი ნორმალურად უფრო ხმამაღალია, ვიდრე პულმონური, ანუ მეორე კომპონენტი.



გულის *მესამე ტონი*, რომელიც დაბალი ტონალობისაა, ადრეული დიასტოლური ხმიანობა უეთესად მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან ან მწვერვალზე, ხშირია ბავშვებში და პათოლოგიას არ ნარმოადგენს. ეს ტონები ასახავენ პარკუჭების სწრაფ ავსებას.

უფრო ხმამაღალი პულმონური კომპონენტი, განსაკუთრებით როდესაც აორტულზე ხმამაღალია, მიუთითებს *ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიაზე.*

S_2 ხანგრძლივი გაყოფა შეიძლება აღნიშნავდეს მარჯვენა პარკუჭის მოცულობით დატვირთვას, როგორიცაა ნინაგულთაშუა *ძგიდის დეფექტის, ფილტვის ვენების დარღვევის* ან *ქრონიკული ანემიის* დროს.

გულის მესამე ტონი S_3 უნდა გაარჩიოთ მაღალი ინტენსიობის გალოპის მესამე ტონისგან, რომელიც პათოლოგიის ნიშანია.



გულის *მეოთხე ტონი* (S_4), რომელიც ხშირად ისმის ბავშვებში, დაბალი სიხშირის, გვიანი დიასტოლური ტონია და ჩნდება ზუსტად პირველი ტონის წინ.

გულის მეოთხე ტონი აღნიშნავს მიოკარდიუმის ჭიმვადობის დაქვეითებას და დაკავშირებულია *გულის შეგუბებით უკმარისობასთან.*

ამკარა გალოპი გულის ნორმალური ხიტმის და სიხშირის დროს ხშირია ჯანმრთელ ბავშვებში და პათოლოგიას არ ნიშნავს.

გალოპის ხიტმი – ტაქიკარდიას დამატებული ხმამაღალი S_3, S_4 ან ორივე ერთად, პათოლოგიურია და გამოხატავს *გულის შეგუბებით უკმარისობას* და *პირველ-ხარისხოვანი ფუნქციის დაქვეითებას.*

ბავშვებში გულის გამოკვლევის ერთ-ერთი ყველაზე მთული პრობლემაა *გულის შეიღების* დადგენა. გარდა იმისა, რომ შეიძლება უსმენდეთ მოუსვენარი, შესაძლოა დაემოკრიტებელი ბავშვს, მეორე პრობლემაა ფუნქციური შეიღების გარჩევა ორგანულისგან. ბავშვებში გულის შეიღები უნდა დახასიათდეს სპეციფიკური ტერმინოლოგიით (მაგ. მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე, არა ზუსტად მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდესთან), განვითარების დროით, ინტენსივობით და ხარისხით. თუ თითოეულ შეიღს სრულად აღწერთ, ჩვეულებრივ, დასვამთ დიაგნოზს და ყოველივე ეს უნდა დადასტურდეს და გამტკიცდეს ინსტრუმენტული გამოკვლევებით, როგორიცაა ეკგ, გულ-მკერდის ტენტგენოგრაფია და ექოკარდიოგრაფია.

მნიშვნელოვანია ის, რომ ბავშვებში *ფუნქციური შეიღები პათოლოგიურ ცვლილებებთან არ არის დაკავშირებული.* ბევრ (მაგრამ არა ყველა) ბავშვს გულის სერიოზული მანკებით გულის შეიღების გარდა სხვა ნიშნები და სიმპტომები აქვს, რაც დგინდება ანამნეზითა და გასინჯვით. ბევრს აღენიშნება სხვა, არაკარდიული ნიშნები და სიმპტომები, როგორიცაა გენეტიკური დეფექტები, რაც დაგეხმარებათ დიაგნოზის დადასტურებაში.

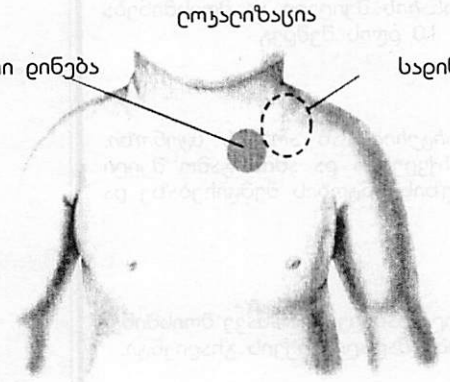
ნებისმიერი *არაკარდიული ნიშანი* ხშირად ახლავს გულის დაავადებებს ბავშვებში და მნიშვნელოვნად ზრდის იმის შესაძლებლობას, რომ შეიღი, რომელიც ჯერჯერობით ჰგავდა, ჭეშმარიტად პათოლოგიურია.

ბევრი *პათოლოგიური შეიღი* გულის თანდაყოლილი დაავადებების დროს დაბადებიდან ვლინდება.

ბავშვების უმრავლესობას (ზოგი თვლის, რომ თითქმის ყველას), სანამ მოზრდილ ასაკს მიაღწევს, აღენიშნება ერთი ან მეტი *ფუნქციური* შეიღი.[13]

მნიშვნელოვანია, რომ ფუნქციური შეილები დაადგინოთ მათი სპეციფიკური ხასიათის, ვიდრე ინტენსივობის მიხედვით. ჩვილთა და ბავშვთა ხშირი ფუნქციური შეილები ადვილად შეიძლება გამოიცნოთ პრაქტიკით და მხოლოდ გამოკვლევით, რასაც არ სჭირდება გამოკვლევა.

ზოგი მოგვიანებით ჩნდება, დამოკიდებულია სიმძიმეზე, დაბადების შემდეგ ფილტვის სისხლძარღვთა ჩვეულებრივ განვითარებაზე ან ბავშვის ზრდასთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე. ცხრილში 18-15, გვ. 809-810 ნაჩვენებია ბავშვებში პათოლოგიური შეილების ნიმუშები.



ცვლილებიანი შეილები ჩვილებში

ტიპიური ასაკი	დასახელება	მახასიათებლები	აღწერა და ლოკალიზაცია
ახალშობილი	*სადინრის დახურვა*		ხანმოკლე, ნაზი, განლევნის, მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე
ახალშობილი 1 ღამდე	*პერიფერიული პულმონური დინების შეილი*		ნაზი, სუსტად განლევნის, სისტოლური, მკერდის ძვლის ზედა კიდის მარცხნივ, ფილტვებზე და იღლიის ფოსოში

სქემაზე მოყვანილია ბავშვებში ოთხი ტიპის *ცვლილებიანი* შეილის დახასიათება მათი ლოკალიზაციის და ძირითადი ნიშნების მიხედვით.

ზოგიერთ ახალშობილს და ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ნაზი, განლევნის შეილი არა გულის არეში, არამედ ფილტვის ველებზე, განსაკუთრებით იღლიის მიდამოში. ეს გამოხატავს ფილტვის არტერიის პერიფერიულ დინებას და, ნაწილობრივ, შედეგია ნაყოფის ფილტვის არტერიის არასრული ფორმირებისა (როდესაც ფილტვის არტერიაში დინება შემცირებულია) და მახვილი კუთხის, რომლითაც ფილტვის არტერია უკან უხვევს. გამომწვევი დაავადების ობიექტური მონაცემების არარსებობისას სავარაუდოა, ეს *ფილტვის პერიფერიული ნაკადის შეილი* ცვლილებიანი იყოს და, ჩვეულებრივ, ქრება 1 ღლის ასაკისთვის.

ფილტვის არტერიაში დინების შეილი ახალშობილებში, რომლებსაც სხვა დაავადების ნიშნები აქვთ, პათოლოგიური უნდა იყოს. დაავადებებია *Williams-ის (უილიამსის) სინდრომი, თანდაყოლილი წითურას სინდრომი* და *Alagille-ის (ალაგილის) სინდრომი.*

ზოგიერთი პათოლოგიური შეილის ფიზიოლოგიური ბაზისი

ფილტვის სისხლძარღვთა ჰეზისტენტობის ცვლილებები
შეილი, რომელიც დამოკიდებულია დაბადების შემდეგ ფილტვის სისხლძარღვთა ჰეზისტენტობის შემცირებაზე, რაც იწვევს ტუჩბუღენციას სისტემური ციკულაციის მაღალი წნევის მხრიდან ფილტვის ციკულაციის დაბალი წნევისკენ, არ მოისმინება, სანამ ასეთი შემცირება არ განვითარდება. ამის გამო, გარდა დღენაკლული ჩვილებისა, *პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის* და *ღია არტერიული სადინარის* შეილები არ მოისმინება დაბადებიდან პირველ დღეებში, არამედ 1 კვირის ან 10 დღის შემდეგ.

ობსტრუქციული დაზიანება
ობსტრუქციული დაზიანება, როგორიცაა *ფილტვის არტერიის* ან *აორტის სტენოზი*, გამოწვეულია სისხლის დინებით მცირე ზომის სარქველებში და ამის გამო შეილი დამოკიდებული არ არის ფილტვის სისხლძარღვთა ჰეზისტენტობის შემცირებაზე და დაბადებისთანავე მოისმინება.

წნევის გრადიენტის განსხვავება
ატრიოვენტრიკულური ჰეგურგიტაციით გამოწვეული შეილი დაბადებისთანავე მოისმინება, ვინაიდან პარკუჭს და წინაგულსა შორის არსებობს მაღალი წნევის გრადიენტი.

ბავშვის ზრდასთან დაკავშირებული ცვლილებები
ზოგიერთი შეილი არ ვლინდება ზევით აღნერილ შემთხვევებში, მაგრამ მოისმინება სისხლის ნორმალური დინების შეცვლის გამო და ვლინდება ან იცვლება ზრდასთან ერთად. მაგალითად, თუ ობსტრუქციული დაზიანებაა, *აორტის სტენოზის* შეილი შეიძლება არ მოისმინებოდეს გარკვეულ ასაკამდე, ჯერჯერობით ბავშვობაში, მიუხედავად იმისა, რომ სარქველის თანდაყოლილი პათოლოგია აღინიშნება. ამის მსგავსად, ფილტვის არტერიის დინების შეილი *წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის* დროს არ მოისმინება 1 წლამდე ან მეტი ხნით, ვინაიდან მარჯვენა პარკუჭის ჭიმვადობა თანდათანობით იზრდება და მუნტი ფართოვდება, რაც ნარმოქმნის შეილს ფილტვის არტერიის ნორმალურ სარქველში დიდი რაოდენობით სისხლის მოძრაობის გამო.

ახალშობილებს, რომელთაც აღენიშნებათ შეილი და ცენტრალური ციანოზი, აქვთ გულის თანდაყოლილი მანკი და საჭიროებენ დაუყოვნებელ ქირურგიულ ჩარევას.

თუ ბავშვში შეილს აღმოაჩენთ, დაადგინეთ მისი ყველა ნიშანი, როგორც ეს აღნერილია მე-8 თავში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, რაც დაგეხმარებათ *ორგანული შეილის* გარჩევაში ფუნქციურისგან. შეილები, რომლებიც ასახავენ გულის ორგანულ დაავადებებს, უფრო ადვილი გამოსაკვლევია, თუ ჯარგად იცით გულ-მკერდის შიდა ანატომია და დაბადების შემდგომი გულის ფუნქციური ცვლილებები, ასევე გულის შეილების ფიზიოლოგიური საფუძვლები. ამ ფიზიოლოგიური ცვლილებების გარკვევა დაგეხმარებათ ბავშვებში პათოლოგიური და ჯეთილთვისებიანი შეილების გარჩევაში.

ბავშვებში გულის სპეციფიკური პათოლოგიური შეილების დახასიათება აღნერილია ცხრილში 18-15, გვ. 809-810.

III სარძევე ჯირკვლები

ახალშობილთა, როგორც გოგონების, ასევე ბიჭების სარძევე ჯირკვლები გადიდებულია დედის ესტროგენების ზეგავლენით. ეს ცვლილება შეიძლება ჰარმონიზმე თვის განმავლობაში გაგრძელდეს. სარძევე ჯირკვლებში შეიძლება დაგროვდეს თეთრი ფერის სითხე, რასაც ზოგჯერ "ჯადოქრის ძძეს" უწოდებენ და შეიძლება 1-2 კვირის განმავლობაში გრძელდებოდეს.

ნაადრევი თელარქეს დროს სარძევე ჯირკვლების განვითარება ყველაზე ხშირად ვლინდება 6 თვიდან 2 წლამდე. მომწიფების ან ჰორმონული დარღვევების სხვა ნიშნები არ აღინიშნება.

III მუცელი

მუცელი *დაათვალიერეთ*, როდესაც ბავშვი ზურგზე წევს, უმჯობესია ძილის დროს. ჩვილის მუცელი ამობურცულია, ვინაიდან მუცლის კუნთები ცუდადაა განვითარებული. თქვენ ადვილად შეგიძლიათ შეამჩნიოთ მუცლის კედლის სისხლძარღვები და ნაწლავის პერისტალტიკა.

დაათვალიერეთ ახალშობილის *ჭიპლარი* ჩამიე პათოლოგიაზე. ნორმალურად, აღინიშნება ორი სქელ-კედლიანი ჭიპის არტერია და ერთი ფართო, მაგრამ თხელ-კედლიანი ჭიპის ვენა, რომლებიც მდებარეობენ 12 საათის პოზიციაში.

ახალშობილს ჭიპს შეიძლება ჰქონდეს გრძელი კანის ნაწილი *(კანის ჭიპი)* ან ამნიონური ნაწილი *(ამნიონური ჭიპი)*, რომელიც დაფარულია მკვრივი ქსოვილმაგვარი ნივთიერებით. ამნიონური ნაწილი ხმება და ვარდება 2 კვირის განმავლობაში, ხოლო კანის ნაწილი ჩაიწევს და გაერთიანდება მუცლის კანთან.

დაათვალიერეთ ჭიპის გარშემო კანი სინათლეზე და შეშუპებაზე. *ჭიპის თრაქტი* ვლინდება დაბადებიდან რამოდენიმე კვირის განმავლობაში.

სწორი კუნთების დაშორება ხშირია ჯანმრთელ ჩვილებში. ეს არის მუცლის სწორი კუნთების დაშორება, რაც ნარმოქმნის შუა ხაზზე შემაღლებას. იგი უკეთესად ჩანს მუცლის კუნთების შეკუმშვის დროს. უმეტეს შემთხვევაში ეს უვნებელი მდგომარეობაა და ქრება ადრეული ბავშვობის პერიოდში.

გაჩუმებული ბავშვის მუცლის *აუსკულტაცია* აღვილია. ნუ გაგიკვირდებათ, თუ მოისმენთ ნაწლავთა ხმიანობის ორკესტრულ მუსიკას ყოველ 10-30 წამში.

მხოლოდ ერთი *ჭიპის არტერია* შეიძლება დაკავშირებული იყოს თანდაყოლილ ანომალიასთან, მაგრამ ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ნორმალურ ბავშვებში, როგორც იზოლირებული ანომალია.

ჭიპის გრანულომა ჭიპის ძირთან არის ვარდისფერი გრანულაციური ქსოვილი, რაც ვითარდება მეხორცების პროცესში.

ჩვილებში *ჭიპის თრაქტის* მიზეზია მუცლის კედლის დეფექტი, რომლის ზომა 6 სმ-მდე შეიძლება იყოს და გამოირჩეოდეს მუცლის შიგნითა ნაწლავის მომატების დროს. თრაქტების უმეტესობა ქრება 1 წლის ასაკისთვის, ხოლო მთლიანად ქრება 5 წლის ასაკამდე.

ნაწლავის ხმიანობის ტონალობის ან სიხშირის მომატება აღინიშნება *გასტროენტერიტის* ან, უფრო იშვიათად, *ნაწლავის ობსტრუქციის* დროს.

ჩვილებში ღვიძლის სავარაუდო მოცულობა (სმ)

	ღვიძლის საშუალო სავარაუდო მოცულობა (სმ)	
ასაკი	მამრობითი	ქალი
6 თვე	2.4	2.8
12 თვე	2.8	3.1

ჯანმრთელ ჩვილებში ღვიძლის პალპაცია შესაძლებელია ჰეპატომეგალიის გარშემოც ან გვხვდება ფიბროზების პათოლოგიის დროს დიაფრაგმის მარჯვენა გუმბათის დაწევისას.

ჩვილის მუცლის *პერკუსია* ისევე შეგიძლიათ ჩაატაროთ, როგორც მოზრდილისა, მაგრამ იცოდეთ, რომ ნახავთ ძლიერ ტიმპანიტს, ვინაიდან ბავშვს ჰაერის ჩაყლაპვის მიდრეკილება აქვს.

ჩვეული, ტიმპანური ხმიანობა და მუცლის შებერვა პერიტონიტზე მიუთითებს.

ჩვილი ბავშვის მუცლის *პალპაცია* ადვილია, ვინაიდან შეხება სიამოვნებს. როგორც სუსათზეა ნაჩვენები, გამოიყენეთ ბავშვის მოდუნების მეთოდი, რისთვისაც ერთი ხელით ფეხები მოუხარეთ მუხლის და მენჯბარძაყის სახსრებში, ხოლო მეორეთი პალპაცია ჩაატარეთ. ასევე, ბავშვის დასამშვიდებლად შეგიძლიათ გამოიყენოთ მანთვარა ან ბოთლი საკვებით.



ფრთხილად დაიწყეთ ღვიძლის პალპაცია მუცლის ქვედა ნაწილში თითების ზევით მოძრაობით. ეს მეთოდი დაგეხმარებათ, არ გამოგრჩეთ ძლიერ გადიდებული ღვიძლი, რომელიც მენჯის ღრუშია ჩასული. ყურადღებით გამოკვლევით შეგიძლიათ შეიგრძნოთ ღვიძლის ქვედა კიდე მარჯვნივ ნეკნთა რკალიდან 1-2 სმ-ით ქვემოთ.

გადიდებული, მგრძნობიარე ღვიძლი შეიძლება გამოწვეული იყოს *გული შეგუბებითი უკმარისობით, დაგროვების დაავადებით.* ახალშობილებში ჰეპატომეგალიის მიზეზებია ჰეპატიტი, დაგროვების დაავადებები, სისხლძარღვოვანი შეგუბება და ბილიარული ობსტრუქცია.

ისევე როგორც ღვიძლის, *ელენთის* გასინჯვას ადვილია უმარტივესობა ბავშვებში. ელენთა ძალიან ხშირია, აქვს მკვეთრი კიდეები და მარცხენა ნეკნთა რკალიდან ქვემოთაენაა მიმართული ენასავით. ელენთა მოძრავია და იშვიათად სცილდება ნეკნთა რკალს 1-2 სმ-ზე მეტად.

სპლენომეგალიის მიზეზი შეიძლება რამდენიმე დაავადება იყოს, როგორიცაა *ინფექცია, ჰემატოლოგიური დარღვევები,* მაგ. *ჰემოლიზური ანემია, ინფექციური, ანთებითი და აუტოიმუნური დაავადებები,* ისევე როგორც *პორტული ჰიპერტენზიის* გამო.

ჩაატარეთ *მუცლის სხვა ორგანოების პალპაცია.* ხშირად შეიგრძნობთ შეახებით თირკმლის პელვისა ეპიგასტრიუმის არეში. ამას უფრო ადვილად შეიგრძნობთ შეახებით მარცხენა ღრმა პალპაციით.

ასევე, ჩვეულებრივ პალპაციით შეგიძლიათ ელენთის ნვეთოს გასინჯვა. ფაქტიურად, შეგიძლიათ თირკმლებიც გასინჯოთ ერთი ხელის თითების ზურგის მხარეს და მეორე ხელის თირკმელზე ზემოდან დადებით. დასნეხილი ჯოჯინჯი ისინჯება, როგორც სოსისის მსგავსი მასა მარცხენა ქვედა ჯვარედინში.

ჩვილებში მუცლის ღრუში პათოლოგიური მასები შეიძლება დაკავშირებული იყოს თირკმლებთან (მაგ. *ჰიდრონეფროზი*); მარცხის ბუშტთან (მაგ. მარცხსადენის ობსტრუქცია), მსხვილ ნაწლავთან (მაგ. *Hirschsprung-ის დაავადება ან ნაწლავის ინვაგინაცია*) და სიმსივნესთან.

ხოლესაც ჩვილის მუცლის ღრუში ნორმალურ ორგანოებს გასინჯავთ, პალპაციით დააღგინეთ პათოლოგიური მასების არსებობა.

პილორუსის სტენოზის დროს მარჯვენა ზედა ჯვარედინის ღრმა პალპაცია შუა ხაზთან გამოავლენს "ზეთისხილს" - 2 სმ-ის ზომის პილორუსის მასას. ქრონის დროს ზოგიერთ ჩვილს ამ დარღვევის დროს აღენიშნება პერისტალტიკური ტალღები მუცლის კედელზე, ხანაც მოჰყვება სწორედ ღებინება.

მამაკაცის სასქესო ორგანოები

დაათვალიერეთ მამაკაცის სასქესო ორგანოები, ხოლესაც ჩვილი ზურგზე წევს, დააკვირდით ასოს, სათესლე ჯირკვლებს და სათესლე პარკს. *ჩუჩა* მთლიანად ფარავს ასოს თავს. დაბადებისას ჩუჩის გადანვევა ვეი ხერხდება, ამიტომ თქვენ უნდა გადაუნიოთ საგმარისად, რომ გამოჩნდეს შარდსადენის გარეთა ხვრელი. ჩუჩის თავისუფლად გადანვევა ბავშვებში, ვისაც არ ჩატარებიათ ცირკუმციზიო, ვითარდება ხამოდენიმე თვის ან წლის შემდეგ. ცირკუმციზიოს ჩატარების სიხშირე ბოლო პერიოდში შემცირდა ჩარდილოეთ ამერიკაში და სხვადასხვა სიხშირით ჯერდება მსოფლიოში, რაც დამოკიდებულია ქვეყნის კულტურაზე.

ჰიპოსპადია აღინიშნება, ხოლესაც შარდსადენის ხვრელი ასოს თავის ან ასოს სხეულის ვენტრალურ ზედაპირზეა (იხ. ცხრილი 18-18, მამაკაცის შარდსასქესო სისტემა. გვ. 813). ჩუჩა ვენტრალურად ბოლომდე არ არის ჩამოყალიბებული.

დაათვალიერეთ ასოს სხეული, დააკვირდით მის ვენტრალურ ზედაპირზე ხარმე დარღვევას. დარწმუნდით, რომ ასო მოღუნული არ არის.

ფიქსირებული, ქვევით მოხრილი ასო წარმოადგენს *chordee* (ასოს გამრუდებას), მას შეიძლება ახლდეს ჰიპოსპადია.

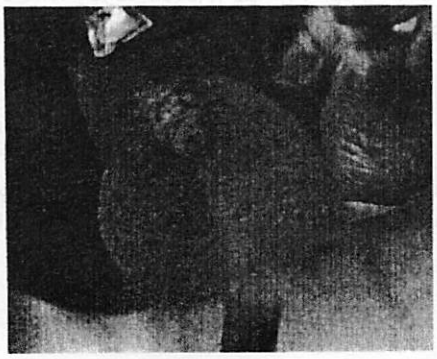
სათესლე პარკის შეშუპება დაბადებიდან ხამოდენიმე დღის განმავლობაში შეიძლება აღინიშნებოდეს დედის ესტროგენების ზემოქმედების შედეგად.

დაათვალიერეთ სათესლე პარკი, დააკვირდით ნაოჭებს, რომლებიც უნდა აღინიშნებოდეს 40 კვირის გესტაციური ასაკისთვის. პალპაციით გასინჯეთ სათესლე ჯირკვლები ზემოდან ქვევით საზარდულის გარეთა ხვრელიდან სათესლე პარკებამდე. თუ სათესლე ჯირკვალი სინჯავთ ზევით, საზარდულის არხში, ფრთხილად ჩამოწიეთ ქვევით სათესლე პარკისკენ. ახალშობილის სათესლე ჯირკვლების სიგანე 10 მმ-ია, სიგრძე – 15 მმ და უმეტესად სათესლე პარკში მდებარეობენ.

თუ ახალშობილთა სათესლე ჯირკვალი არ არის ჩამოსული სათესლე პარკში (*კრიპტორქიზმი*), სათესლე პარკი განვითარებულია და შეკუმშული, პალპაციით შიგთავს ვერ მოძებნით (იხ. ცხრილი 18-18, მამაკაცის შარდსასქესო სისტემა. გვ. 813).

ახალშობილთა 3%-ში ერთი ან ორივე სათესლე ჯირკვალი არ ისინჯება სათესლე პარკში ან საზარდულის არხში. ამ შემთხვევაში სავარაუდოა *კრიპტორქიზმის* არსებობა. ამ შემთხვევათა 2/3-ში ორივე სათესლე ჯირკვალი ჩამოდის 1 წლის ასაკისთვის.

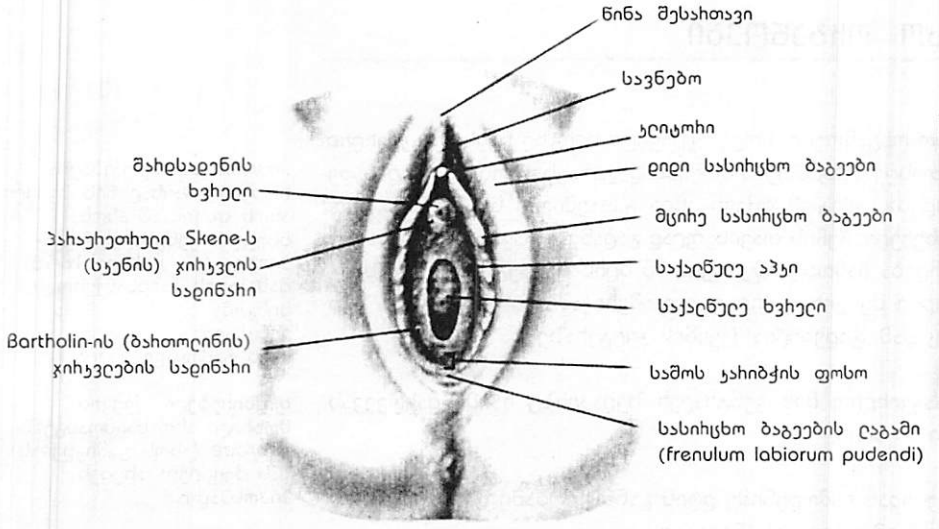
სათესლე პარკებში და საზარდულის არხში გასინჯეთ სათესლე ჯირკვლების შეშუპება. თუ სათესლე პარკში შეშუპებას ნახავთ, ეცადეთ გამოარჩიოთ სათესლე ჯირკვლებისგან. დააკვირდით, იცვლება თუ არა ზომა ბავშვის ტირილის დროს, ხოლესაც იზარდება წნევა მუცლის ღრუში. ნახეთ, მოძრაობს თუ არა თქვენი თითები შესიების ზემოთ, შეგიძლიათ თუ არა თითებით მისი დაჭერა სათესლე პარკში. ფრთხილად დააწექით და სცადეთ შესიების ზომის შემცირება, დააკვირდით ხარმე მტკივნეულობას. დააკვირდით სინათლის გატარებას.

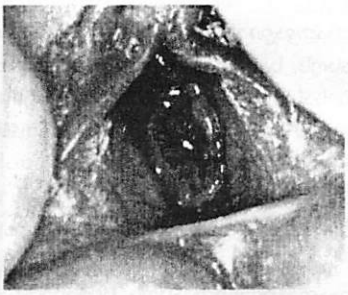


ახალშობილებში ხშირად ორი ტიპის მასა აღინიშნება: *ჰიდროცელე* და *სპერმატოცელის თავაკარი*. ხშირად ორივე ერთდროულად ვითარდება და უმეტესად მარჯვენა მხარესაა. ჰიდროცელე სათესლე ჯირკვლების და სათესლე ბაგირაკის ზემოდანაა, არ პატარავდება და სინათლეს ატარებს (იხ. სურათი მარცხნივ). უმეტესობა გაინოვება 18 თვის განმავლობაში. თავაკარი გამოყოფილია სათესლე ჯირკვლებისგან, რვეულებრივ პატარავდება და ხშირად სინათლეს არ ატარებს. არ გაინოვება. ზოგჯერ შეინიშნება გასქელებული სათესლე ბაგირაკი (ეწოდება *ბერმუდის ნიშანი*).

ქალის სასქესო ორგანოები

ჯანმრთელობის დაცვის ყველა მუშაკი ერგად უნდა იცნობდეს ქალის სასქესო ორგანოების ანატომიას. თუ არ იცით ნორმალური აგებულება, პათოლოგიას ვერ დაადგენთ. პრობლემას წარმოადგენს ახალშობილი გოგონას სასქესო ორგანოების ანატომიის გარჩევა. ამისთვის, შემდეგ გვერდზე სურათზეც და ფოტოზეც მოცემულია ანატომიური აგებულება.





ახალშობილ გოგონებში სასქესო ორგანოები გამოკვეთილია დედის ესტროგენების ზეგავლენით. დიდი და მცირე ბაგეები ვახდისფერია თეთრკანიან ბავშვებში და შეიძლება ჰიპერპიგმენტაციური იყოს შავკანიანებში. დაბადებიდან ხამოდენიმე კვირის განმავლობაში აღინიშნება ძძსავით თეთრი გამონადენი, შეიძლება სისხლნარევიც იყოს. ესეც ესტროგენების მოქმედების შედეგია და პირველი ნის განმავლობაში მცირდება.

ახალშობილ გოგონას სასქესო ორგანოები გასინჯეთ ზურგზე წოლის დროს.

სისტემურად გამოიკვლიეთ სხვადასხვა სტრუქტურები, ჯლიტორის ზომის, დიდი ბაგეების ფერის და ზომის ჩათვლით. დაათვალიერეთ ხარე გამონაყარი, სისხლჩაქცევა და გარეგანი დაზიანება. შემდეგ ორივე ხელის ცერებით გადანიეთ დიდი ბაგეები ჩვილებში, ან როგორც ნაჩვენებია 767-ე გვერდზე დიაგრამაზე, აღმოსავლური და გვიანი ბავშვობის ასაკის ბავშვებისთვის. ახალშობილები არ გენინააღმდეგებიან გასინჯვაზე, ვინაიდან მათ ხშირად უცვლიან საცვლებს და ბანენ.

ორმაგი სასქესო ორგანოები, რაც მოიცავს გოგონას გარეთა სასქესო ორგანოების მასკულინიზაციას, იშვიათია და მისი მიზეზია ენდოკრინული დარღვევები, როგორიცაა *თირკმელზედა ჯირკვლის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზია*.

დაბადებისას საქაღნეცე აჰჯი არაპერფორირებულია. უფრო ხშირია ბაგეების შეხორცება, ქალაღდის ფურცლივით თხელია და ხშირად ჭრება მუშნარობის გარეშე.

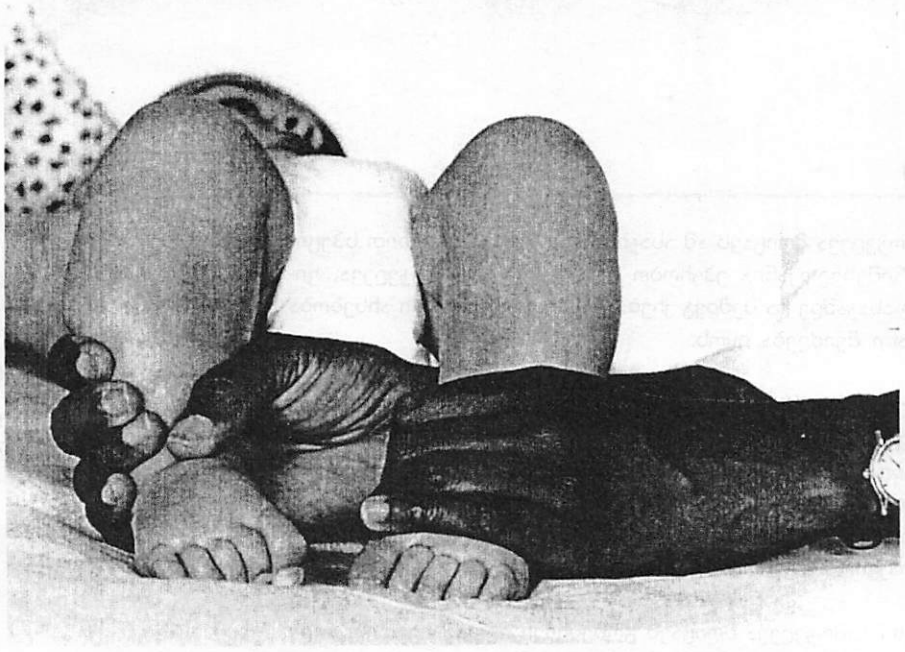
დაათვალიერეთ მარდსადენის ხვრელი და მცირე ბაგეები. შეაფასეთ საქაღნეცე აჰჯი, რაც ახალშობილებში და ჩვილებში სქელია, არ შეიცავს სისხლძარღვებს, ცენტრში ხვრელი აქვს და ფარავს სამოს შესავალს. დააკვირდით სამოს შესავალს, მიუხედავად იმისა, რომ საქაღნეცე აჰჯი შეიძლება გასქელებული და დიდი იყოს. დააკვირდით რამე გამონადენის არსებობას.

რექტული გამოკვლევა

რექტული გამოკვლევის ჩატარება არ არის აუცილებელი, თუ არ აღინიშნება ღია ყითაა ან ნარმონაქმნი მუცლის ღრუში. ასეთ შემთხვევაში ბავშვს ფეხები მოუხარეთ და თავისკენ დაიჭირეთ. გასინჯეთ ხელთათმანიანი და საცხიანი ნეკით.

ახალშობილთა უმრავლესობას *ფეხები გაღუნული აქვთ*, საშვილოსნოში მოხსნილი მდგომარეობის გამო.

3 თვის ზევით ასაკის ბავშვებში შეიძლება აღინიშნებოდეს ბარძაყის თვალით შესამჩნევი დამოკლება *(Galeazzi-ის (გალიაზის) ან Alice-ის (ელისის) დადებითი ნიშანი)*. ქვემოთ სურათზე ნაჩვენებია ამ გამოკვლევის მეთოდი. ბავშვის ტერფები ერთად დაანვეთ და დააკვირდით მუხლების სიმაღლეებს შორის განსხვავებას.



ზოგიერთ ჯანმრთელ ახალშობილს გამოხატული აქვს *ნივთის გრძივი ღერძის მიმართ შიგნით ან გარეთ შებრუნება*. მშობლები შეიძლება ინტერესდებოდნენ ტერფის შიგნით ან გარეთ შებრუნებით და სიარულის გაძნელებით, რაც ჩვეულებრივ ნორმალურია. ნივთის შეტრიალება თავისით სწორდება 2 წლის ასაკისთვის ნორმის მატებასთან ერთად.

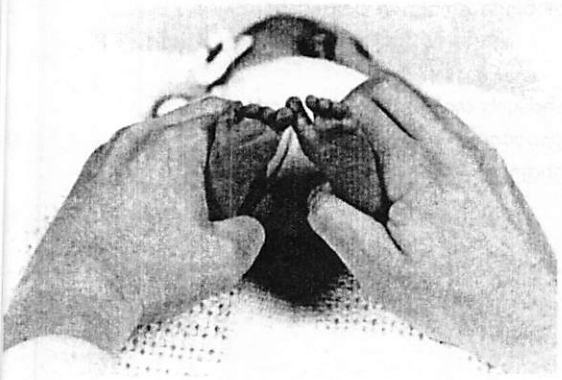
ნივთის პათოლოგიური შეტრიალება ვლინდება მხოლოდ *ტერფის ან ბარძაყის დეფორმაციასთან* ერთად.

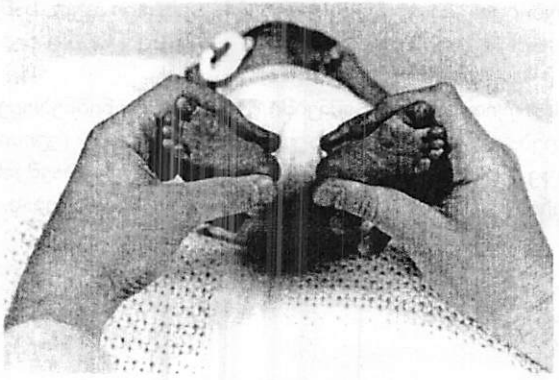
ამის შემდეგ გამოიკვლიეთ ახალშობილის და ჩვილის ტერფები. დაბადებისას ტერფი შეიძლება დეფორმული იყოს საშვილოსნოში მოხსნილი მდებარეობის გამო, ხშირად შიგნით შეტრიალებული, როგორც მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები. ჩაატარეთ მანიპულაცია დაზიანებულ ტერფზე – ნორმალური ტერფი აღვილად სწორდება ნეიტრალურ და ზოგჯერ ზედმეტად სწორ პოზიციაში. ასევე, შეგიძლიათ გაუხახუნოთ ან დაარტყათ ტერფის გარეთა კიდეს, ხათა ნახოთ, იღებს თუ არა ტერფი ნორმალურ მდებარეობას.

ტერფის ქვეშმარიტი დეფორმაციის დროს ნუ ეცდებით ნორმალური მდებარეობის მიღწევას მხოლოდ მანიპულაციით.

ახალშობილის ტერფს გააჩნია სხვადასხვა ვეთილთვისებიანი ნიშანი, რამაც შეიძლება თავიდანვე თქვენი ინტერესი გამოიწვიოს. ახალშობილის ტერფი ბრტყელია ძირის ცხიმოვანი ქსოვილის გამო. ხშირია ტერფის ინვერსია, მეტიარული კიდის ამოვა. ზოგიერთ ბავშვს აღენიშნება ნინა ტერფის მოზიდვა ინვერსიის გარეშე, რასაც ეწოდება *metatarsus adductus*. სხვებს შეიძლება ჰქონდეს მთელი ტერფის მოზიდვა. ბოლოს, უმეტესობა მოსიარულე ბავშვს აღენიშნება მცირეოდენი ჰორნაცია ტერფის ევერსიით (ამობრუნებით). ყველა ამ ნორმალური ვარიანტის დროს არასწორი პოზიცია აღვილად შეიძლება გასწორდეს. ამ ცვლილებების გასწორება შესაძლებელია 1-2 წლინადში.

ყველაზე ხშირი ტერფის მძიმე თანდაყოლილი დეფორმაცია არის ტერფის ექვინოვარუსული დეფორმაცია (talipes calcaneovalgus) ან *ტერფმრუდობა*.





III ნეიკული სისტემა

ჩვილების ნეიკული სისტემის გამოკვლევა მოიცავს ამ ასაკისთვის განსაკუთრებით სპეციფიკურ მეთოდებს. ბავშვებში მნიშვნელოვანია უპირობო ჰეფლექსების გამოკვლევა, ვინაიდან ისინი ვლინდება გარკვეულ ასაკამდე და შემდეგ ქრება. ამ ჰეფლექსების არ არსებობა ან შესუსტება პათოლოგიის ნიშანი შეიძლება იყოს.

მძიმე ნევროლოგიური დაავადებების ნიშნებია *ძლიერი გალიზიანებადობა; პოზის მუდმივი ასიმეტრია; კიდურების მუდმივი გაშლა; თავის მუდმივად ცალ მხარეს შებრუნება; თავის, კისრის და კიდურების გაჭიმვა (ოპისტოტონუსი); ტკივილზე ძლიან სუსტი და შეზღუდული პასუხი.*

მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი ნევროლოგიური დარღვევა მოზრდილებში იწვევს ასიმეტრიული ლოკალიზაციის მონაცემებს, ჩვილებში ნევროლოგიური დარღვევები ხშირად ნარმოდგენილია, როგორც განვითარების დარღვევები, როგორიცაა ასაკის შესაბამისი ამოცანების შესრულების გაძნელება. ამიტომ, ნევროლოგიური და განვითარების შესაფასებელი გამოკვლევები საჭიროებს ეთიკურ ჩატარებას. განვითარების დარღვევის ნიშნების შემთხვევაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოთ ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

ყველა ახალშობილის ნევროლოგიური გამოკვლევა მოიცავს გონებრივი მდგომარეობის, დიდი და მცირე მოტორული ფუნქციების, ტონუსის, ტირილის, ღრმა მყესების ჰეფლექსების და უპირობო ჰეფლექსების შეფასებას. თუ ანამნეზით და გასინჯვით ვარაუდობთ რაიმე დარღვევებს, საჭიროა უფრო დეტალური გამოკვლევა თავის ტვინის ნეკვების ფუნქციების, სენსორული ფუნქციების და უფრო იშვიათი ჰიპერტონული ჰეფლექსების.[15] ნევროლოგიური გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს გავრცელებული დაავადება, მაგრამ არა ერთეული სპეციფიკური ფუნქციური დეფიციტი და ნეირული დაზიანება.

ახალშობილის *გონებრივი მდგომარეობა* შეაფასეთ ბავშვის აქტივობებით, როგორც განხილულია 690-692-ე გვერდებზე ("რა შეუძლია ახალშობილს"). დარწმუნდით, რომ გამოკვლევის დროს ბავშვი გამოფხიზლებულია, თუ ბავშვს ეძინება, დაუბრუნდით მოგვიანებით.

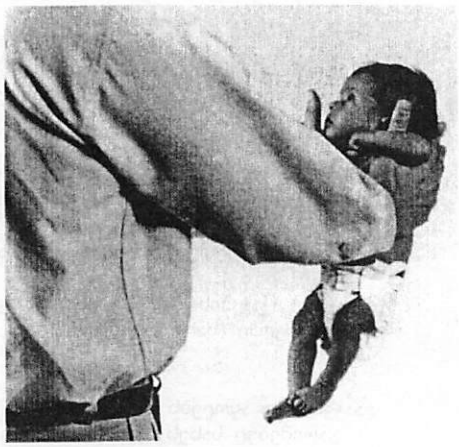
ახალშობილებში *მუდმივი გალიზიანებადობა* შეიძლება *ნევროლოგიური ინსულტის* ნიშანი იყოს, ან ასახავდეს სხვადასხვა მეტაბოლურ, ინფექციურ ან სხვა *კონსტიტუციურ დარღვევებს*, ასევე გარემო მდგომარეობებს, როგორიცაა *წამლების ჭარბი მოხმარების* შენყვეტა.

ახალშობილთა და ჩვილთა *მოტორული ტონუსის* შეფასებისას, პირველად ყურადღებით დააკვირდით მის პოზას მოსვენებულ მდგომარეობაში და შეამოწმეთ მისი ჩვისტენტობა პასიურ მოძრაობაზე.

შემდეგ შეაფასეთ *ტონუსი*, ხოლესაც თითოეულ სახსარს ამოძრავებთ მოძრაობის ამპლიტუდით და დააკვირდით სპასტიკურობას ან მოდუნებას. ბავშვი ხელებით დაიჭირეთ, ხოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, ხათა დაადგინოთ ტონუსი ნორმალურია თუ დაქვეითებული. ტონუსის მომატება ან დაქვეითება შეიძლება მიუთითებდეს თავის ქალას შიდა დაავადებაზე, თუმცა ამ დაავადებას ჩვეულებრივ სხვა ნიშნებიც ახლავს.

ჰიპოტონიის მქონე ახალშობილი ხშირად წევს ბაყაყის პოზაში, მკლავები მოხრილია და მტევნები ყურებთან ახლოს აქვს. ჰიპოტონიის მიზეზი შეიძლება იყოს *ცენტრალური ნერვული სისტემის* და *მოტორული ნაწილის* სხვადასხვა დაზიანება.

ახალშობილის *სენსორული ფუნქციები* შეზღუდული საშუალებებით შეგიძლიათ შეაფასოთ. ტკივილის შეგრძნება შეამოწმეთ თქვენი თითით ახალშობილის ხელის გულზე ან ფეხის ძირზე სწრაფი დარტყმით. დააკვირდით უკან განევას, გამოფხიზლებას და სახის გამომეტყველების ცვლილებას. ტკივილის შესამოწმებლად ნუ გამოიყენებთ ნვეტიან საგანს.



ხოლესაც ტკივილით გაღიზიანებას მოჰყვება სახის გამომეტყველების შეცვლა ან ტირილი, მაგრამ ბავშვი ხელს უკან არ სწევს, შესაძლოა, მას *დამბლა* ჰქონდეს.

შეგიძლიათ შეამოწმოთ ახალშობილის ან ჩვილის *თავის ტვინის ნერვები*, ამისთვის უნდა მოიშველიოთ გარკვეული ეშმაკობები და სპეციალური მეთოდები, ხომლებიც განსხვავდება დიდი ასაკის ბავშვებისა და მოზრდილების გამოკვლევისგან. შემდეგ გვერდზე მოტანილ ცხრილში მოცემულია ხამოდენიმე გამოსადეგი სტრატეგია.

ახალშობილებში და ჩვილებში *ღრმა მყესების რეფლექსები* სვაღებადია, ვინაიდან ჯორჯიანსპინალური გამტარი გზები ბოლომდე განვითარებული არ არის. მაგალითად, ამ რეფლექსების გაძლიერებას ან არარსებობას მკრივ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, თუ ეს რეაქციები განსხვავებულია ნინა გასინჯვის შედეგებისგან ან აღინიშნება განსაკუთრებულად მომატებული პასუხები.

ღრმა მყესების რეფლექსების ჩოგორც ზედა სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში შეიძლება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშანი იყოს, ხოგორც ცრუდადება, განსაკუთრებით ხოლესაც ის შეხვედრილია ტონუსის მომატებასთან.

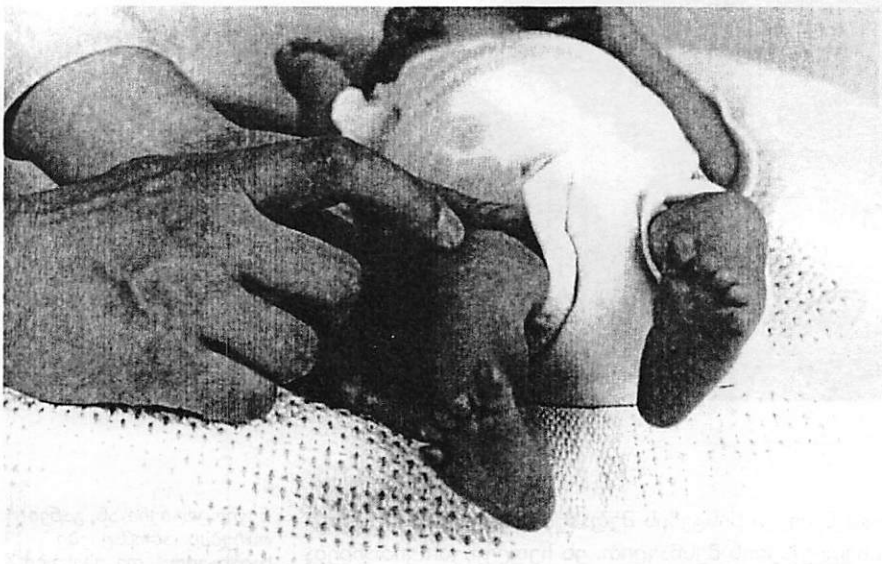
ახალშობილებში და ჩვილებში თავის ტვინის ნეხვების შეფასების სტანდარტები

თავის ტვინის ნეხვები	სტატეგია
I ყნოსვის	შემონმება ძნელია
II მხედველობის სიმახვილე	ყურადღებას აქცევს თქვენს სახეს და დაკვირდით სახის ჰეაქციას და მზერის გაყოლებას
II, III სინათლეზე ჰეაქცია	თვალი ჩაბნელეთ, ბავშვი ნამოსნიეთ მკდომარე მდებარეობაში, სანამ თვალები გაახილოს. სინათლის გამოყენებით შეამონმეთ ოპტიკური სამხრამის ჰეფლექსი (თვალების სამხრამი სინათლეზე). დვრილის ჰეაქციის შეფასებისთვის გამოიყენეთ ოტოსკოპი (სარკის გარეშე)
III, IV, VI თვალის გარეთა მოძრაობები	დაკვირდით აყოლებს თუ არა მზერას, როდესაც გალიმებულ სახეს აქეთ-იქით აცრიალებთ. თუ საჭიროა, განათება გამოიყენეთ.
V მოტორული	შეამონმეთ ფესვული ჰეფლექსები; შეამონმეთ ნოვის ჰეფლექსი (დაკვირდით ძუძუს ნოვას, ბოთლის ან მანოვარას ნოვას)
VII სახის	დაკვირდით ბავშვის ტირილს და ღიმილს, სახის და შუბლის სიმეტრიას
VIII სმენის	შეამონმეთ აუსტიკური სამხრამის ჰეფლექსი (ორივე თვალის სამხრამი ხმაურზე). დაკვირდით შეტრიალებას ხმაურზე
IX, X ყლაპვა	დაკვირდით ჟოლრინირებას ყლაპვის დროს
ღებინება	შეამონმეთ ღებინების ჰეფლექსი
XI სპინალური დამატებითი	დაკვირდით მხრების სიმეტრიას
XII ენისქვეშა	დაკვირდით ყლაპვის, ნოვის და ენის ბიძგის შეთანხმებულობას. ნესტოებზე ბნელა, დაკვირდით პირის გაღების ჰეფლექსს და ენის წვერის შუახაზზე მდებარეობას

თავის ტვინის ნეხვების დახლვევები მიუთითებს თავის ქალას შიდა დაზიანებაზე, როგორიცაა სისხლჩაქცევა ან თანდაყოლილი განვითარებულობა.

ღიმა მყესების ჰეფლექსების შესასწავლად იგივე მეთოდები გამოიყენეთ, ჰასაკ მოზჰდილებისთვის იყენებთ. თქვენი საჩვენებელი ან შუა თითი შეგიძლიათ ჩაქუჩის მაგივრად გამოიყენოთ, ჰოგორც ქვემოთ სუჰათზეა ნაჩვენები.

მოზჰდილებში, ჰეფლექსების ასიმეტრიულობა მიუთითებს პეჰიფეჰიული ნეკვების ან ზურგის ტვინის სეგმენტის დაზიანებაზე.



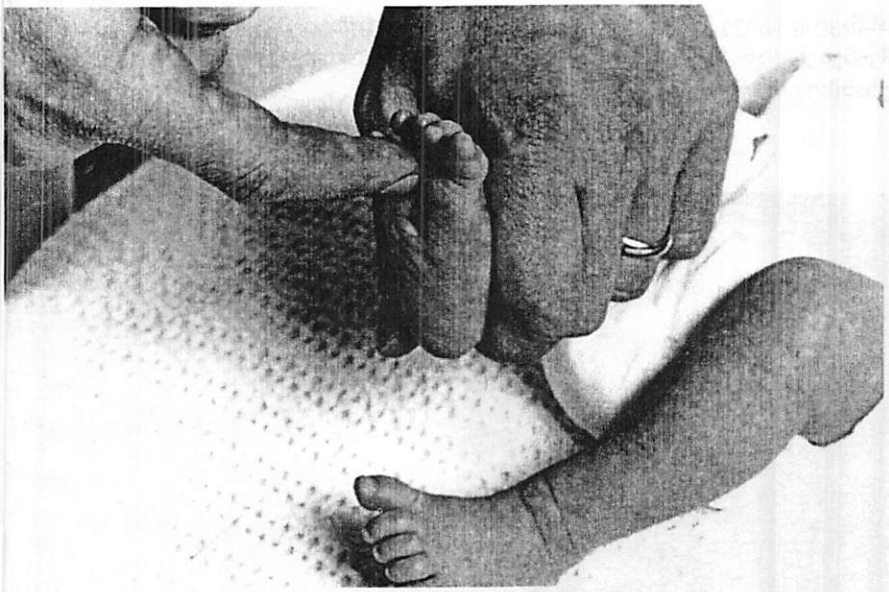
სამთავა, მხარ-სხივის და მუცლის ჯუნთების ჰეფლექსების გამონვევა ძნელია 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში. *ყითას ჰეფლექსი* დაბადებიდანვე აღინიშნება და მისი გამონვევა მნიშვნელოვანია, თუ ვარაუდობთ ზურგის ტვინის დაზიანებას.

ანაღური ჰეფლექსის არარსებობა მიუთითებს გარეთა სფინქტერის ჯუნთების ინერვაციის დაჯარბებაზე ზურგის ტვინის დაზიანების გამო, ჰოგორიცაა თანდაყოლილი ანომალიები (მაგ., *spina bifida*), *სიმსივნე* ან *ტრავმა*.

ჩვილთა 90%-ს აქვთ ტერფის გაშლის ნორმული ჰეფლექსი. ტერფის სტიმულაციაზე განვითარებული *დადებითი Babinski-ს (ბაბინსკის) ჰეფლექსი* (ცერის განზიდვა და თითების გაშლა) აგრეთვე შეიძლება გამოვლინდეს 2 წლამდე ასაკის ჯანმრთელ ბავშვთა გარკვეულ ნაწილს.

ჯოჭის ჰეფლექსი ისევე შეგიძლიათ გამოინვიოთ, ჰოგორც მოზჰდილებში აქილევსის მყესზე დარტყმით, მაგრამ ხშირად შეიძლება ვერ გამოინვიოთ. მეორე გვერდზე ნაჩვენებია სხვა მეთოდი ერთი ხელით ბავშვის ჯოჭების დაჭერა და უცბად ჯოჭის აწევა. ნუ გაგიკვირდებათ, თუ ნახავთ ტერფის სწრაფ, რიტმულ მოხრას ძირისკენ *(ჯოჭის კლონუსი)*. 10-მდე ხნევა ნორმალურია ახალშობილებში და ჩვილებში, ეს არის *ჯოჭის ხანმოკლე კლონუსი*.

ჰოდესაც შეკუმშვა ხანგრძლივია *(ჯოჭის ხანგრძლივი კლონუსი)*, უნდა ვიფარაუდოთ *ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადება*.



ახალშობილის და ჩვილის განვითარების ნებისმიერი სისტემის შეფასება უნდა მოხდეს *ინფანტილური ავტომატიზმის*, ანუ უპირობო ჰეფლექსების შესწავლით. ეს ჰეფლექსები ვითარდება ორსულობის პერიოდში, ძირითადად გამოხატულია დაბადებისას და ქრება გარკვეულ ასაკში. ამ პრიმიტიული ჰეფლექსების ცვლილებები მიუთითებს ნევროლოგიურ დაქვეითებაზე და საჭიროებს ღრმა გამოკვლევებს. ყველაზე მნიშვნელოვანი პრიმიტიული ჰეფლექსები აღწერილია შემდეგ ბეჭდზე.

736-ე ბეჭდზე ნაჩვენები დამატებითი უპირობო ჰეფლექსები არ გამოიყენება ზოგადი გასინჯვის დროს, მაგრამ მოგეხმარებათ უფრო ფართო გამოკვლევების დროს იმ ჩვილებში, ვისაც პათოლოგიური ნევროლოგიური სიმპტომები აღენიშნებათ.

გაეცანით განვითარების საზომს 674-ე და 675-ე ბეჭდებზე და დენვერის განვითარების სკრინინგის ტესტს (DDST) 795-ე და 796-ე ბეჭდებზე, რათა გაარჩიოთ ასაკობრივი სპეციფიკური ნორმალური ტესტი გამოიყენოთ. დათვალიერებით და ბავშვთან თამაშით, შეგიძლიათ ერთდროულად გამოიკვლიოთ განვითარება და შეაფასოთ უხერხულობა და ზუსტი მოტორიკა. სპეციფიკურად, *სისუსტე* შეაფასეთ ჯდომით, დგომით ან გადაადგილებით. დააკვირდით პოზიციას ანუ ჯდომის ან დგომისას პოზას. ყურადღებით დააკვირდით ბავშვის *სიარულს*, ნონასწორობის დაცვასა და თავისუფალ მოძრაობებს. ზუსტი მოტორული განვითარება შეიძლება მსგავსად შეაფასოთ, ნევროლოგიური და განვითარების გამოკვლევით. ისევ განიხილეთ განვითარების საზომი 674-ე და 675-ე ბეჭდებზე. ძირითადი საზომებია პინცეტის დაჭერა, ხელებით საგნების მანიპულაციები, უფრო ზუსტი ტესტებია კუბიკებით კოშკის აშენება ან ფანქრით ხატვა, ვინაიდან ზუსტი მოტორიკა ვითარდება პროქსიმალურიდან დისტალური მიმართულებით.

შემეცნებითი და სოციალურ-ენერგიული განვითარების შეფასება უნდა მოხდეს ნევროლოგიურ და განვითარების გამოკვლევასთან ერთად. ზოგიერთი ნევროლოგიური დაქვეითება ნათლად ჩანს შემეცნებით და სოციალური განვითარების დეფიციტს ან შენელებას.

ნევროლოგიური ან *განვითარების ანომალიები* სავარაუდოა, თუ უპირობო ჰეფლექსები:

- შესაბამის ასაკში არ ვლინდება
- ვლინდება ნორმალურზე მეტი ხანგრძლივობით
- ასიმეტრიულია
- დაკავშირებულია პოზასთან ან გამოქარვასთან

უპირობო ჰეფლექსები, რომლებიც გამოკვლევის ნაწილი უნდა იყოს		ჩვილების ჰეტინული ნევროლოგიური
უპირობო ჰეფლექსი	მანევრი	ასაკი
ხელისგულის ტაცების ჰეფლექსი 	თქვენი თითი ჩაუდეთ ბავშვს ხელისგულში და დააწექით. ბავშვმა უნდა მოხაროს თითები და მოუჭიროს თქვენს თითს	დაბადებიდან 3-4 თვემდე
ფეხის ძირის ჰეფლექსი 	ფეხის ძირს შეეხეთ თითების ფუძესთან. ფეხის ძირი უნდა მოიხაროს	დაბადებიდან 6-8 თვემდე.
Moro-ს (მოროს) ჰეფლექსი (შეხტომის ჰეფლექსი) 	ბავშვი სუჭგზე დააწვინეთ ისე, რომ თავი, ზუჭგი და ფეხებით ეყრდნობოდეს. უეცრად მთელი სხეულით ჩამოსწიეთ 30 სმ-ით. ამ დროს მტევებს განზიდავს და გაშლილს, თითებს გახსნის და ფეხებს მოხრის. ბავშვმა შეიძლება იტიროს	დაბადებიდან 4 თვემდე.
ჯისრის ასიმეტრიული ტონუსის ჰეფლექსი 	როდესაც ბავშვი ზუჭგზე წევს, თავი ეით მხარეს შეუბრუნეთ ისე, რომ ქვედა ყბა მხრის ზემოთ იყოს. მტევი/ფეხი თავის შებრუნების მხარეს იშლება, ხოლო საპირისპირო მხარეს იხრება. ტესტი გაიმეორეთ მეორე მხარეს	დაბადებიდან 2 თვემდე
დაყრდნობის დადებითი ჰეფლექსი 	ბავშვი ხელში დაიჭირეთ ვერტიკალურად ისე, რომ ფეხებით მაგიდას ეხებოდეს. ბარძაყები, მხრები და ჯოჭები გაშლილი აქვს, შეუძლია ფეხებზე დაყრდნობა და 20-30 წმ-ის შემდეგ ხელებზე ჩამოგეჯიდებათ	დაბადებიდან ან 2 თვიდან 6 თვემდე

თუ ჰეფლექსი 4 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება, სავარაუდოა თავის ტვინის დაზიანება.

თუ ხელის ტაცების ჰეფლექსის 2 თვეზე მეტად გახანგრძლივება მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებაზე, განსაკუთრებით თუ თითები ცერს ზემოდან გადაფარავენ

8 თვეზე მეტ ხანს გაგრძელება თავის ტვინის დისფუნქციაზე მეტყველებს

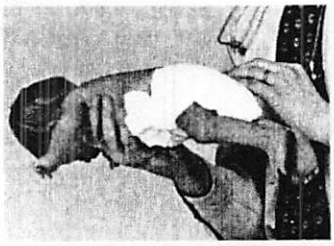
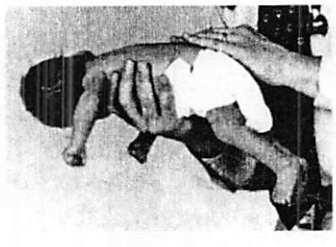
4 თვეზე მეტად გახანგრძლივება ნევროლოგიურ დაავადებაზე მიუთითებს; 6 თვეზე მეტ ხანს გახანგრძლივება მჭიდრო კავშირშია ნევროლოგიურ დაავადებასთან.

ასიმეტრიული პასუხისას საჭიროა ტვინის ან მხრის ძვრის მოტეხილობა ან მხრის სახსრის დაზიანება

2 თვეზე მეტ ხანს გახანგრძლივება ნევროლოგიურ დაავადებაზე მიუთითებს ნევროლოგიურ დაავადებაზე.

ჰეფლექსის სისუსტე ჰიპოტონიაზე ან მოდუნებაზე მიუთითებს. ფეხების გაშლა და მოხრევა (მაჯახატისებური) მიუთითებს ნევროლოგიური დაავადებით განპირობებულ სპასტიკურობაზე.

დამატებითი უპირობო ჰეფლექსები, რომლებიც უნდა გამოიკვლიოთ, როდესაც ნევროლოგიურ დაჩვევას ვახორციელებთ

უპირობო ჰეფლექსი		მანევრი	ასაკი	
ფესვური ჰეფლექსი		თითის დაკვრა პირის კუთხის კანზე. ამ დროს ბავშვი პირს აღებს და თავს შეატრიალებს გაღიზიანების მხარეს	დაბადებიდან 3-4 თვემდე	ამ ჰეფლექსის არ არსებობა მიუთითებს მძიმე გენერალიზებულ ან ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე.
ტანის ამოზნექის (Galant-ის (გალანტის)) ჰეფლექსი		ბავშვი მუცლით დაიყრდენით თქვენს ხელზე და ზურგზე შეა ხაზიდან 1 სმ-ის დაშორებით ხელი ნაკვთით ქვისრიდან დენდეცებამდე. ზურგი ამოიზნიქება გაღიზიანების მხარეს	დაბადებიდან 2 თვემდე	ჰეფლექსის არ არსებობა მიუთითებს ზურგის ტვინის განივ დაზიანებაზე ან ტრავმაზე. ჰეფლექსის მედლივობა მიუთითებს განვითარების შენელებაზე.
დგომის და ნაბიჯის გადადგმის ჰეფლექსი		ბავშვი ვერტიკალურად დაიჭირეთ ისე, როგორც დაყრდნობის ჰეფლექსის გამოკვლევის დროს. ეთით ტერფით ეყრდნობოდეს მაგიდას. ამ ფეხის მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრები მოხრილი უნდა, ხოლო მეორე ფეხით ნაბიჯს წინ გადადგამს. შეიძლება გამოვლინდეს მონაცვლეობითი ნაბიჯები	დაბადებისას (ყველაზე უკეთ გამოხატულია 4 დღის შემდეგ). ქრება სხვადასხვა ასაკში.	დგომის არარსებობა შეიძლება დამბლაზე მიუთითებდეს. ჯდომით დაბადებულ ბავშვს შეიძლება ეს ჰეფლექსი არ აღენიშნებოდეს.
Landau-s (ლანდაუს) ჰეფლექსი		ეთით ხელით ბავშვი მუცლით პირქვე დაიჭირეთ. ბავშვმა თავი უნდა ასწიოს და ზურგი გაასწორის.	დაბადებიდან 6 თვემდე.	ჰეფლექსის მედლივობა მიუთითებს განვითარების შენელებაზე. ნარმოშობის დაგვიანება მიუთითებს მომავალში ნებითი მოტორული განვითარების შენელებაზე.
პარაშუტის ჰეფლექსი		ბავშვი მუცლით პირქვე დაიჭირეთ და თავი ნელა დაუნიეთ. ამ დროს მკლავები და ფეხები უნდა გაიშალოს თავდასცვით პოზაში	4-6 თვეზე და არ ქრება	

ჩვილებს, რომელთაც განვითარების შენელება აქვთ, ნევროლოგიური გამოკვლევით შეიძლება აღენიშნებოდეთ პათოლოგიური ნიშნები, ვინაიდან გამოკვლევათა უმეტესობა ეფუძნება ასაკობრივ ნორმებს.

განვითარების ნორმის საზომია განვითარების კოეფიციენტი, რომელიც ასე გამოითვლება: განვითარების კოეფიციენტი = განვითარების ასაკი / ქრონოლოგიური ასაკი × 100

ჩვილის ან ბავშვის განვითარება უნდა შეფასდეს სტანდარტული ტესტების მიხედვით, როგორიცაა დენვერის განვითარების სკრინინგის ტესტი (DDST) განვითარების თითოეული სახეობისთვის. მაგალითად, თქვენ გინდათ დაადგინოთ ბავშვის ფარითი მოტორული განვითარების კოეფიციენტი, ზუსტი მოძრაობების განვითარების კოეფიციენტი, ენის განვითარების კოეფიციენტი და ა.შ.

განვითარების კოეფიციენტები

>85	ნორმალური
70-85	შესაძლო გახანგრძლივებული, საჭიროებს დაკვირვებას
<70	შენელებული

უხეში და ნატიფი მოტორული განვითარების ნიმუშები

უხეში მოტორული განვითარება

12 თვის ბავშვის, რომელიც ეხლა ცდილობს დგომას (ფარითი მოტორული განვითარების ასაკი 9 თვეა), გადაადგილებას (10 თვე) და სიარულს (10 თვე) უხეში მოტორული განვითარების ასაკია 10 თვე. მისი ფარითი მოტორული განვითარების კოეფიციენტია (10/12 × 100)=83. ეს ბავშვი ჯერ ზონაშია, მას ჩარევა არ ესაჭიროება, თუმცა სასურველია დაკვირვება.

ნატიფი მოტორული განვითარება

12 თვის ბავშვს შეუძლია საგნების ხელიდან ხელში გადატანა (მცირე მოტორული განვითარების ასაკი 6 თვე), ხელით საგნის დაჭერა (7 თვე) და გადაგდება (7 თვე). მას არ შეუძლია თითოეული ხელში კუბიკების დაჭერა და არ აქვს ცერის და თითების მოქნილობა (8-9 თვე). მას ნორმალური უპირობო რეფლექსები აქვს (უმეტესობა არ არის), ტონუსი გაზრდილია, ფეხების მაკრატლის ფორმა, სპასტიკურობა და DDTS ფარითი მოტორული განვითარების ნაწილის შენელება. ამ ბავშვის მცირე მოტორული განვითარების კოეფიციენტია (7/12 × 100)=58 ამ ბავშვს შენელებული აქვს მცირე მოტორული განვითარება და აღენიშნება *ცერებრული დამბლის* ნიშნები

ბავშვების ბამოკვლევის მიდგომები

ყველა ბავშვი საჩუქარია; ზოგიერთი სხვაზე ადრე ხსნის თავის მესაფლეს
– მაიკლ ჯაი

ბავშვის გამოკვლევის მნიშვნელოვანი და ეთიკური ნიშანია ის, რომ მშობლები, ჩვეულებრივ, ახვიჩებიან და მონანიეობას იღებენ უთიერთობაში, რაც საშუალებას გაძლევთ, დაკვირდეთ ბავშვისა და მშობლების უთიერთდამოკიდებულებას. დაკვირდით, ავლენს თუ არა ბავშვი ასაკობრივ ქცევებს. შეაფასეთ ბავშვის და მშობლის "ჯაჭვად მოქცება". თუმცა, ზოგიერთი არასწორი უთიერთობის მიზეზი შეიძლება გახდეს გამოსაკვლევი ოთახის უჩვეულო გარემო, სხვა შემთხვევაში მიზეზი შეიძლება იყოს უთიერთობის პრობლემები. ბავშვის და მშობლების უთიერთობაზე და გამოსაკვლევ ოთახში ბავშვის უნესრიგო ქცევაზე ყურადღებით დაკვირვება გამოავლენს *ფიზიკური, შემეცნებითი და სოციალური განვითარების დარღვევებს.*

ნორმალურ ბავშვებს იშვიათად ეშინიათ, უფრო მეტად უბრაზდებიან ექიმს და ხშირად მთლიანად არაკოოპერაციულნი არიან. საბოლოოდ უთიერთობა თბება. თუ ეს ქცევები გაგრძელდება და არ შეესაბამება განვითარებას (მაგ. ჩვილის უცნაური შფოთვა ან მოზარდის ბავშვის მოქცევა), შეიძლება აღგილი ჰქონდეს *ქცევით ან განვითარების დარღვევას.*

ბამოკვლევის ბამოყენებადი მეთოდები	*ბამოსაყენებელი სათამაშოები და დამხმარე საშუალებები*
ბავშვი გამოიკვლიეთ მშობლის მუხლებზე ჯდომის დროს. ეცადეთ, რომ ბავშვის თვალების დონეზე იმყოფებოდეთ.	გამოიყენეთ ოტოსკოპის სინათლე
პირველ რიგში დათვალიერეთ ბავშვის სათამაშოები, შემდეგ თავად ბავშვი. უფლება მიეცით ბავშვს ზოგიერთი რამის მოსინჯვის (მაგ. სტეტოსკოპის). შემდეგ დაუბრუნებით გასინჯვას "დაუბრუნებით გამოტოვებულ აღგილს".	მიიღეთ სტეტოსკოპი ცხვირზე შპატელისგან გაათეთრეთ თოჯინა
ბავშვს, რომელიც თავიდან გიცინებთ, სთხოვეთ "ხელები ჩაგვიდოთ". შემდეგ სთხოვეთ, გასინჯვაში "დაგეხმაროთ".	სათამაშოთ გამოიყენეთ ბავშვის საკუთარი სათამაშოები
ზოგიერთ ბავშვს, ჰგონია, თუ ვერ გხედავთ, მაშინ თქვენ იქ არ ხართ. ამიტომ გამოკვლევები ჩაატარეთ, როდესაც ბავშვი დედის მუხლებზე დგას და სახით მისკენაა შეტრიალებული.	სმენის შესამოწმებლად გააჩხრიალეთ თქვენი გასაღები
თუ 2 წლის ბავშვს ორივე ხელში რამე უჭირავს (მაგალითად ენის შპატელი), მათ აღარ ეშინიათ და არ გენინააღმდეგებიან.	ოტოსკოპის სინათლე მიანათეთ თქვენი თითის ნვერს, შემდეგ გამოიკვლიეთ ბავშვის ყურები.

"დაკვირვების ძალა": რა ცვლილებები შეიძლება ვიპოვოთ ოთახში დაკვირვების დროს

ქცევის პრობლემები*
- ბავშვისა და მშობლების ცუდი ურთიერთობები
- და-ძმას შორის კონკურენცია
- ახასაკმახინი დისციპლინა
- "ხუთი ხასიათი"

განვითარების შენელება
- ფარითი მოტორიკის შენელება
- ზუსტი მოტორიკის შენელება
- მეტყველების შენელება (გამომხატველი, მგძნობიარე)
- სოციალური ან ემოციური ამოცანების შესრულების შენელება

სოციალური ან გარემო პრობლემები
- მშობლების პრობლემები მაგ., სტრესი, დეპრესია
- სასტიკად მოპყრობის ან უყურადღებობის ისტორია

ნევროლოგიური პრობლემები
- სისუსტე
- ახასნორი პოზა
- სპასტიკურობა
- მოუხერხებელი მოძრაობა
- ყურადღების პრობლემა და ჰიპერაქტიურობა
- ატიზმის ნიშნები
- ძვალ-კუნთოვანი დაზიანებები
- ტერფების დეფორმაცია
- სირაქლის პრობლემა

სპეციფიკური სისტემები
თითოეული ნაწილის სანყის პარაგრაფებში აღწერილია გამოკვლევის კომპონენტები, რომლებიც შეიძლება დასჭირდეს მხოლოდ დაკვირვებით.

*შენიშვნა: ვიზიტის დროს ბავშვის ქცევა არ გამოხატავს მის ჩვეულ ქცევას. მაგრამ თქვენმა დაკვირვებამ უნდა მოამზადოს ნიადაგი მშობლებთან განხილვისთვის.

III ᲐᲓᲠᲔᲣᲚᲘ ᲑᲐᲕᲨᲕᲝᲑᲘᲡ ᲨᲔᲤᲐᲡᲔᲑᲐ

ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი პრობლემა, რომელიც ბავშვების გასინჯვისას არის ფიზიკური ნინააღმდეგობის, ბავშვის ტირილის ან მშობლების ნებართვის გარეშე ანალიზის ჩატარება. ამის ნაცვლად შესწავლა ყველას დააკმაყოფილებს და პედიატრის მუშაობაში "მედიცინის ხელოვნების" ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს.

ბავშვის ნდობის მოპოვება და დამშვიდება იწყება შეხვედრისთანავე. მიდგომები განსხვავდება ვიზიტის დროს გარემოებების მიხედვით. ჯანმრთელი ბავშვის ობიექტური გასინჯვა უფრო მეტი ურთიერთობის საშუალებას იძლევა, ვიდრე მწვავედ დაავადებული ბავშვის.

როდესაც ბავშვს უფლებას აძლევთ, გამოკითხვის დროს ჩაცმული იყოს, ამით ამცირებთ ბავშვის უხერხულობას. ეს ასევე საშუალებას მოგცემთ, უფრო ბუნებრივად ეკონტაქტოთ, ბავში გასინჯეთ თამაშით მშობლებთან ერთად, გახდით და ჩაცმით.

9-დან 15 თვემდე ბავშვებს შეიძლება აღენიშნებოდეთ *შფოთვა უცნობებზე*, შიშის გრძნობა უცნობების მიმართ, რაც ნორმალურს წარმოადგენს. ეს არის სიგნალი ბავშვის ზრდით გამოწვეული გაცნობიერების, რომ უცნობი "ახალია". ასეთი ბავშვების გასინჯვა უცბად არ უნდა დაიწყოთ. ეცადეთ, რომ გასინჯვის უმეტეს დროს ბავშვი დედის მუხლებზე იყოს.

\ბავშვებთან ისაუბრეთ მისი ასაკის შესაფერისად და დაუსვით მარტივი კითხვები მის შესახებ, ავადმყოფობის ან სათამაშოების შესახებ. დახმარებას გაგიწევთ, თუ ბავშვს შეუქებთ გარეგნობას ან ქცევებს, მოუყვებით ჩვენზე ამბავს, ეთამაშებით მარტივ თამაშებს ან მოიფიქრებთ ხუმრობებს, რათა "ყინული გალღვეს". თუ ბავშვი მოხერხებულია და ცოტას ლაპარაკობს, სთხოვეთ მშობლებს, რათა ბავშვს საშუალება მისცენ თანდათანობით თბილად მოგეპყრათ.



მხოლოდ შეხედვითაც კი ბევრ რამეს გამოიკვლევთ
– იოგი ბერა.

კლინიკური გამოკვლევა, ზოგიერთის გამორჩევით, არ საჭიროებს გამოსაკვლევ მაგიდაზე დანოლას; შეგიძლიათ ჩაატაროთ იატაკზე ან ხოლმესაც ბავშვი მშობლის მუხლებზე ზის. თქვენი მიზანია მიაღწიოთ ბავშვთან თანამშრომლობას. მცირე ასაკის ბავშვებისთვის, რომლებიც ტანსაცმლის გახდაზე გენინააღმდეგებიან, გამოუჩინეთ სხეულის ის ნაწილები, რასაც სინჯავთ. ხოლმესაც სინჯავთ ორ ან მეტ და-ძმას, გამოკვლევა დაიწყეთ უფროსიდან, რომელიც უფრო უკეთ გეკონტაქტებათ და სხვებისთვის ეს მაგალითი იქნება.

ბავშვთან თქვენი ურთიერთობა სასიამოვნო უნდა იყოს. აუხსენით გამოკვლევის ყოველი საფეხური. გასინჯვის დროს ესაუბრეთ ბავშვსაც და მშობლებსაც, რათა გადაუტანოთ ყურადღება.

გამოკვლევის თანმიმდევრობა ისე დაგეგმეთ, რომ პირველად ჩაატაროთ ნაკლებად შემანუხებელი პროცედურები, ხოლო უფრო შემანუხებელი – ბოლოში (ყელის და ყურების გამოკვლევა). გასინჯვა დაიწყეთ იმ ნაწილებიდან, რომლებსაც სრულად გამოიკვლევთ, სანამ ბავშვი ზის – მაგალითად, თვალების გამოკვლევა, ცისკრის პარპაშა, ბერკუსია და აუსკულტაცია.

მსირეწლოვანი ბავშვების ბამოკვლევის საკვანძო საკითხები

მიეცით ბავშვს უფლება, ხელი მოჰკიდოს იმ საშუალებებს, რასაც გასინჯვის დროს იყენებთ.
გამოკვლევის დროს ესაუბრეთ დამაიმედებელი ხმით.
არ არის საჭირო სხეულის რომელიმე ნაწილის გასინჯვაზე ნებართვის აღება, რადგან ყველაფერი უნდა გამოიკვლიოთ. ამის ნაცვლად, ჰკითხეთ ბავშვს, რომელი ყურის ან სხვა ნაწილის გასინჯვით უნდა გამოკვლევის დაწყება.
შეწუხებული ბავშვი გასინჯეთ დედის მუხლებზე ჯდომის დროს და ტანსაცმელიც დედას გაახდევინეთ.
თუ ბავშვს ვერ ამშვიდებთ, გასინჯვა შეწყვიტეთ და ბავშვი ცოტა ხნით დაასვენეთ.
გასინჯვას მიეცით თამაშის სახე. მაგალითად, "მოდი ვნახოთ, რამხელა ენა გაქვს!" ან "მოდი ვნახოთ, ბარნი შენს ყურშია?"





დანოლით ზოგიერთი ბავშვი თავს დაუცველად გრძნობს და შეიძლება გასინჯვას ნინააღმდეგობა გაუწიოს, ამიტომ ამ სიტუაციას მზრუნველობით მოეპყარით. ხოლოსაც ბავშვი წევს, პირველ ჯიგში გასინჯეთ მუცელი, შემდეგ ყელი, ყურები ან სასქესო ორგანოები.

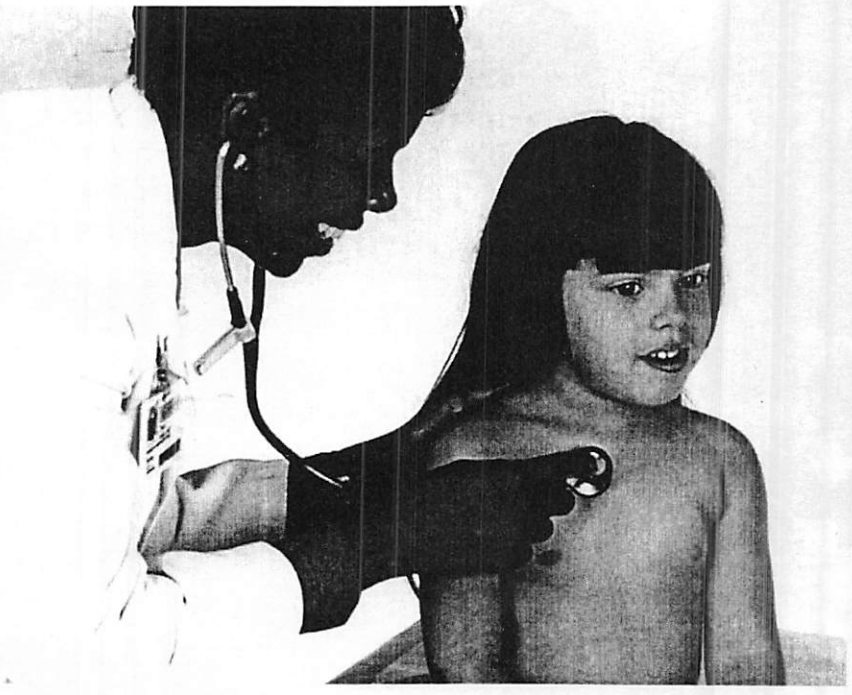
გახსოვდეთ, რომ გასინჯვით იღებთ პირველად ინფორმაციას და ახასიათებს გამოჯვილება ხელს შეუშლის ბავშვსაც და მშობელსაც.

ამგვარად, მოთმინება, ყურადღების გადატანა, თამაში, მოქნილობა გასინჯვის ტიპის და მზრუნველობა, მაგრამ სიმტკიცე და სიფრთხილე, ბავშვების სრული გამოკვლევის პირობებია.

ჩვეულებრივ, გამოკვლევაზე ნინააღმდეგობა განვითარებასთანაა დაკავშირებული. ბევრ ბავშვს ფეხზე დგომა უჩვენია და თავს დაცულად მშობელთან გრძნობს. ამ შემთხვევაში მოერიდეთ უმაყოფილების გამოთქმას და დაარწმუნეთ მშობები, რომ ასეთი ქცევა ნორმალურია. ზოგიერთი მშობელი უხერხულობას გრძნობს და ეჩხუბება ბავშვს, რითაც აძლიერებს პრობლემას. ჩართეთ გასინჯვაში მშობელიც (საფენების მოხსნით ან მუცლის პალპაციით) და ეთამაშეთ ბავშვს. თუ საჭიროა, შეასვენეთ ბავშვი, რომ შემდეგ ისევ გააგრძელოთ ურთიერთობა. გაარკვიეთ, გასინჯვის რომელი მეთოდი გირჩევნიათ და მოხერხებულია თქვენთვის. იშვიათი არ არის, თუ მშობელს დაირღვიოთ ბავშვის დანყნარებაში, როდესაც ის ყურების ან ყელის გასინჯვას ენინააღმდეგება. თუმცა, ფორმალური დამშვიდება მისაღები არ არის.

საშუალო ასაკის ბავშვების შეფასება

ჩვეულებრივ, შეიძლება მცირე ნინააღმდეგობა შეგხვდეთ იმ ბავშვების გასინჯვისას, რომლებმაც სკოლის ასაკს მიაღწიეს. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება არასასიამოვნოდ ახსოვდეს ნინა გასინჯვა, ბავშვთა უმრავლესობა გამოკვლევას ურიგად იტარებს, როდესაც ექიმი მას განვითარების შესაბამისად ეპყრობა.



ამ ასაკის ბავშვთა უმრავლესობა მორცხვია. უმჯობესი იქნება, თუ ბავშვს მისცემთ შეხანგს და დაუტოვებთ თეთრხეულს მანამდე, სანამ მისი გახდა დაგჭირდებათ. ასევე დაგეხმარებათ, თუ ბავშვი ფარდის უკან გაიხდის. შეგიძლიათ ოთახიდან გახვიდეთ, როდესაც ბავშვი მშობლის დახმარებით იხდის. ზოგიერთ ბავშვს ურჩევნია, თუ სანინააღმდეგო სქესის და ან ძმა ოთახიდან გავიდეს,

მაგრამ უმეტესობას სურს, მშობელი ოთახში დარჩეს. 11 წლამდე ასაკის ბავშვების გასინჯვისას მშობლის ოთახში ყოფნა სავალდებულოა.

ბავშვს, ჩვეულებრივ, ახლავს მშობელი ან მომვლელი. მაშინაც კი, როდესაც ბავშვი მარტოა, ყოველთვის მშობლების თანხმობითაა, რომლებიც მას მოსაცდელ ოთახში ელოდებიან. ბავშვის გამოკითხვის დროს უნდა გაინიხლოთ როგორც ბავშვის, ასევე მისი მომვლელის საჭიროება. ამასთან ერთად, "ბავშვის კარგი მოვლის" მითითება ნარმოადგენს ექიმის გეგმას იმუნიზაციის, ნინასწარი მარეთვის ან განვითარების შეფასების შესახებ.

კონტაქტის დამყარება. გამოკითხვა დაიწყეთ მისალმებით და თითოეული პიროვნებასთან კონტაქტის დამყარებით. უმჯობესია ბავშვს სახელით მიმართოთ და არა "შენ". დაადგინეთ ყველა მოზრდილის დამოკიდებულება ბავშვთან. "თქვენ ჯიმის ბებია ხართ?" "თუ შეიძლება მითხარით, რა ურთიერთობა გაქვთ ბავშვთან". მშობლებს მიმართეთ "ბ-ნო სმიტ" და "ქ-ნო სმიტ" და არა "დედიკო" და "მამიკო". როდესაც ოჯახის წევრების ვინაობას სწრაფად ვერ დაადგენთ, უხერხულობა შეგიძლიათ აიცილოთ, თუ პირდაპირ იკითხავთ მათ შესახებ. "კიდევ ვინ ცხოვრობს ოჯახში?" "ვინ არის ჯიმის მამა?" "ერთად ცხოვრობთ?" ნუ ჩათვლით, რომ თუ კი მშობლები ცალ-ცალკე ცხოვრობენ, მხოლოდ ერთი მათგანი მონაწილეობს ბავშვის ცხოვრებაში.

კონტაქტის დამყარებისთვის, ბავშვს შეხედით მის დონეზე. გამოიყენეთ ბავშვებთან ურთიერთობის საკუთარი გამოცდილება, რათა შეარჩიოთ ბავშვთან ურთიერთობის ფორმა. ბავშვის თვალების დონეზე (თუ საჭიროა, იატაკზე დაჯექით), ურთიერთობის დამყარება თამაშის ფორმით და მისთვის საინტერესო საკითხებზე საუბარი ყოველთვის კარგი სტრატეგიაა. ბავშვს ან მის თანმხლებ მოზრდილს შეეკითხეთ ტანსაცმელზე, სათამაშოებზე, რომელი წიგნი ან სატელევიზიო გადაცემა მოსწონს ხალისით, მაგრამ ჩუმად. საუბრის დასანყისში აფორიაქებული ბავშვის დანყნარება და კონტაქტის დამყარება გაგიადვილებთ გასინჯვას.

ოჯახთან მუშაობა. როდესაც გასინჯვას რამოდენიმე პირობნება ესწრება, ერთ-ერთი ამოცანაა დაადგინოთ, ვის მიმართოთ კითხვებით. როდესაც გსურთ ინფორმაცია მიიღოთ ბავშვისგანაც და მშობლისგან, გამოკითხვა ბავშვისგან უნდა დაიწყოთ. დაუსვით მარტივი პირდაპირი კითხვები, როგორიცაა "ავად ხარ? მომიყევი ამის შესახებ", რასაც მოჰყვება უფრო სპეციფიკური კითხვები, ვიდრე უფრო მეტ ინფორმაციას მიიღებთ. მშობლებს შეუძლიათ დააზუსტონ ინფორმაცია და გამოყონ ის საკითხები, რაც უნდა განიხილოთ. სიმპტომების დახასიათება ისევე უნდა მოხდეს, როგორც მოზრდილებში. ზოგჯერ ბავშვებს უჭირთ საუბრის დანყება, მაგრამ თუ თქვენ ღაპარაკს დაუნყებთ მშობლებს, შემდეგ კითხვებით შეგიძლიათ ბავშვს დაუბრუნდეთ.

დედამ თქვა, რომ ძალიან ბეტრივა მუცელი. მომიყევი ამის შესახებ.
მაჩვენე, სად ბეტრივა. როგორია ეს ტკივილი?
ტკივილი მწვავეა, როგორც ნემსის ჩხვლეტა, თუ ყრუა?
ტკივილი ერთ წერტილშია, თუ ადგილს იცვლის?
რა გიჩერებს ტკივილს?

ჰა აძლიერებს ტკივილს?
შენი აზრით, ჰა არის ამის მიზეზი?
ჰამდენი გაცდენა გაქვს სკოლაში?

ოჯახის წევრების დასწრება გასინჯვის დროს საშუალებას გაძლევთ დააგვიანოთ მათი უთანხმოება ბავშვთან. უფროსი ასაკის ბავშვი ნებაზე ზის ან შეიძლება დაიღალოს და აწრიალდეს. დააკვირდით, ახერხებენ თუ არა მშობლები ბავშვის გაჩერებას საჭიროების შემთხვევაში.

სხვადასხვა ბებერები. ოთახში მყოფ თითოეულ პიროვნებას, ექიმის ჩათვლით, შეიძლება სხვადასხვა აზრი გააჩნდეს პრობლემაზე და ჰა უნდა მოიმოქმედონ ამისთვის. თქვენი მოვალეობაა, თუ შესაძლებელია, დააგვიანოთ მომავალი მოქმედებები და გეგმები. ოჯახის იმ წევრებს, რომლებიც გასინჯვას არ ესწრებიან (მშობელი ან ბებია-ბაბუა) ასევე შეიძლება ჰქონდეთ გარკვეული მოსაზრებები. "ალ რომ სუზის მამა ყოფილიყო, ჰა შეკითხვა ან მოსაზრება ექნებოდა?" "ჯ-ნო ჯონს, ამის შესახებ ხომ არ გისაუბრიათ დედათქვენთან ან ოჯახის სხვა წევრთან?" "რას ფიქრობს იგი?" ჯ-ნ ჯონსმა ბავშვი მოიყვანა მუცლის არეში ტკივილის გამო და წუხს, რომ სუზის შეიძლება ნყლული ჰქონდეს. ასევე წუხს ბავშვის ყვებაზე. სუზი არ უჩივის მუცლის ტკივილს – ტკივილი იშვიათად უკავშირდება მის საქმიანობას. ბავშვს არ მოსწონს ცვლილებები მის სხეულში – იგი ფიქრობს, რომ სუქდება. ბ-ნ ჯონსი ფიქრობს, რომ სუზი საკმარის ყურადღებას არ იჩენს სკოლის მიმართ. თქვენ, როგორც ექიმმა, უნდა შეაჯეროთ ეს მოსაზრებები იმასთან, რასაც თქვენ ნახავთ 12 ნლის ჯანმრთელი გოგონას, არეული პუბერტული პერიოდში, გასინჯვისას, რომელსაც აღენიშნება მკრივე ფუნქციური ტკივილი მუცლის არეში. თქვენი მიზანია, დაეხმაროთ ოჯახს, ჩაეღრმად იკვლიონ "ნორმის" ფარგლები და გაარკვიოთ ბ-ნ და ჯ-ნ ჯონსების და სუზის მოსაზრებები.

ოჯახი, რომლის საშუალება. ინფორმაციის უმეტესობა, რასაც თქვენ მოიპოვებთ, მოდის ოჯახიდან. ზოგადად, ოჯახის წევრები ყველაზე უფრო მეტად მონანილეობენ ბავშვის მოვლაში და თქვენი ბუნებრივი მოკავშირეები არიან ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშენყობაში. ამ კავშირის მიღწევაში დაგეხმარებათ, თუ გახსნილი იქნებით მშობელთა მიკვლინარი ქცევის მიმართ. ბავშვის აღზრდა ასახავს კულტურულ, სოციალურ-ეკონომიურ და ოჯახურ ჩვეულებებს. მნიშვნელოვანია, პატივს სცემდეთ ამ ჩვეულებათა ძალიან დიდ მიკვლინფერენციებს. საუკეთესო მიდგომა იქნება, თუ მშობლებს განიხილავთ, როგორც ბავშვის მოვლის ექსპერტებს და საკუთარ თავს, როგორც მათ კონსულტანტს. ამით გამოხატავთ პატივისცემას მშობლის მიმართ და მინიმუმამდე შეამცირებთ აღბათობას, მშობლებმა ნაკლებად ან არ მიაქცირონ ყურადღება თქვენს ჩრევებს. ბევრი მშობელი ბავშვის აღზრდის დროს მიკვლინ პრობლემას აწყდება, ამიტომ მათ ექიმისგან მხარდაჭერა ესაჭიროებათ და არა ქკუის დარიგება. ასეთი კომენტარები: "რატომ დროულად არ მოიყვანეთ?" ან "აქამდე რას აკეთებდით?" არ გააუმკობესებს მშობელთან უთანხმოობას. გამოხატვა იმისა, თუ რა მძიმეა მშობლის შრომა და მათი მიღწევების შექება ყოველთვის უნდა დაფასდეს. "ბ-ნ სმიტ, თქვენ ძალიან კარგად ექცევით ბობის. მშობლის შრომა ძალიან დიდ დროს მოითხოვს და ბობის დღევანდელი საქციელი ნათლად აჩვენებს თქვენს ძალისხმევას". ან შეგიძლიათ ბავშვს მიმართოთ: "ბობი, შენ ძალიან ბედნიერი ხარ, ასეთი მამა რომ გყავს".

ფარული ბებერები. ბოლოს, ისევე როგორც მოხსენიებებში, ძირითადი ჩივილები ყოველთვის არ გამოხატავს ჰეალის მიზეზს, ხოლ გამოც მშობლებმა ბავშვი მოიყვანეს გასასინჯად. ჩივილები შეიძლება იყოს "მოვლის ბილეთი" ან ხიდი იმის გააზრებისა, რაც შეიძლება არ ჰგავდეს ექიმთან მოსვლის ძირითად მიზეზს. ეცადეთ შექმნათ ნდობის ატმოსფერო, რაც მშობლებს საშუალებას მისცემს, თავისუფლად გამოთქვან თავისი მოსაზრებები. დაუსვით დამხმარე კითხვები, როგორიცაა:

ჯიდევ ხაიმე მოსაზრება ხომ არ გაქვთ ჩენდის შესახებ, რისი თქმაც გსურთ?
თქვენი აზრით, დღეს ის უნდა გავაჯეთოთ?
ჯიდევ ხამე ხომ არ არის, რისი თქმაც/ჯითხვაც გსურთ?

ბავშვების ბამოკვლევის მეთოდები

გამოკვლევის მიმდევრობა ისეთივეა, როგორიც მოზრდილებში. ისევე, როგორც ნებისმიერ ასაკში, მტკივნეული უბნები ყველაზე ბოლოს გასინჯეთ და გააფრთხილეთ ბავშვი, რომელი ადგილის გასინჯვას აპირებთ. თუ ბავშვი რომელიმე გამოკვლევაზე გენინააღმდეგებათ, მას მოგვიანებით დაუბრუნდით.

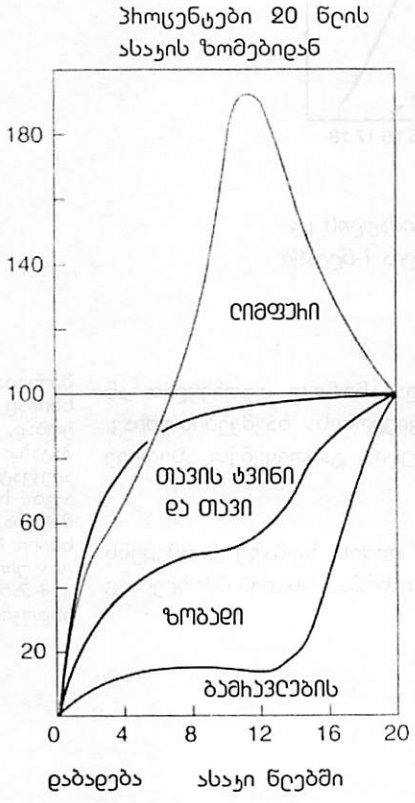
ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

სომატური ზრდა

სიმაღლე. 2 წლის ზევით ასაკის ბავშვების სიმაღლე გაზომეთ ფეხზე დგომისას, ოპტიმალურია ჯედლის სტადიომეტრით. ბავშვი დააყენეთ ისე, რომ ქუსლები, ზურგი და თავი მიბჯენილი ჰქონდეს ჯედელზე ან სტადიომეტრის ზურგზე.

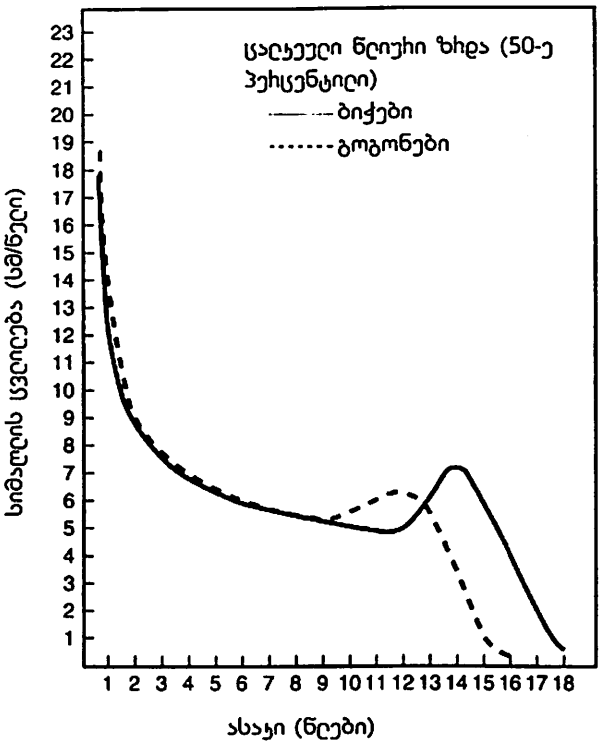
სიმაღლეში ზრდის შემცირება შეიძლება მიეთითებდეს *ენდოკრინულ დაავადებებზე*, სიდაბლის სხვა მიზეზებზე ან თუ წონაც ჰატარაა, *სხვა ქრონიკულ დაავადებებზე.*

სხვადასხვა სისტემის ზრდის ნიმუშები



თუ გასაზომად ჯედელს იყენებთ, ბავშვს თავზე ბრტყელი ზედაპირის მქონე საგანი დაადეთ ჯედლის პერპენდიკულარულად. ფეხზე დგომისას ნონის სკალები სიმაღლესთან კავშირში ზუსტი არ არის.

ცერის კანონი სიმაღლისთვის: 2 წლის ზევით ასაკის ბავშვები წელიწადში სულ მცირე 5 სმ-ით უნდა იზრდებოდნენ.



გოგონების და ბიჭების სიგრძის და სიმაღლის ცვლილების სიჩქარის მრუდები განსაზღვრულია 1-წლიანი ინტერვალებით.

სიდაბნე, რასაც განმარტავენ, როგორც ასაკთან შედარებით პატარა სიმაღლეს, შეიძლება იყოს ნორმალური ვარიანტი ან ენდოკრინული, ან სხვა დაავადების ფონზე. ნორმალური ვარიანტები მოიცავს *ოჯახურ სიდაბნეს* და *კონსტიტუციურ შენელებას.* ქრონიკული დაავადებებია ზრდის ჰორმონის დეფიციტი, სხვა ენდოკრინული დაავადებები, *კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები* (მაგ. ნაწლავის ანთებითი დაავადებები ან ცელიაკია), *თირკმლების ან მეტაბოლური დაავადებები და გენეტიკური სინდრომები.*

წონა. პატარა ბავშვები და სკოლის ასაკის ბავშვები უნდა აწონოთ თეთრეულით ან პრანგით ფეხზე დგომის სკალაზე. მიუხედავად საწყისი ნერვიულობისა, ბავშვების უმრავლესობა შეიძლება დაითანხმოთ ამ სკალაზე. თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ ასეთივე სკალები.

თავის გარშემოწერილობა. უფრო მოზრდილ ბავშვებში თავის ზომაზე მოქმედებს გენეტიკური ფაქტორები და, როდესაც ბავშვს თავის არანორმალური ზომა აქვს, მის მშობლებსაც გაუზომეთ.

მიუხედავად იმისა, რომ ზრდა ხშირად განიხილება მდგომარეობად, როდესაც ჩვილებს და პატარა ბავშვებს არა აღექვატური წონა და სიმაღლე აქვთ, როდესაც ჯალრიების მიღება საჭიროზე ნაკლებია. ხშირი მიზეზებია *ფსიქოსოციალური, უთანხმობითი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის და ენდოკრინული დაავადებები.*

სხეულის მასის ასაკობრივი ინდექსი. ასაკსა და სქესზე დამოკიდებული ჩექები მოსახერხებელია ბავშვებში სხეულის მასის ინდექსის (სმი) განსაზღვრისთვის (იხ. მომდევნო ცხრილი). ბავშვების სმი ასოცირებულია სხეულის ცხიმთან, ჰაც დაკავშირებულია სიმსუქნის შესაბამის ჩისკთან. სმი გამოთვლა დაგეხმარებათ 2 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში სიმსუქნის განვითარების ჩისკის განსაზღვრაში. ამჟამად სიმსუქნე ბავშვებში ეპიდემიას ნარმოადგენს და ხშირად მისი განვითარება იწყება 6-8 წლის ასაკიდან. ბავშვობის ასაკში სიმსუქნის შედეგებია ჰიპერტენზია, დიაბეტი, მეტაბოლური სინდრომი და ცედი თვითშეფასება. ბავშვთა სიმსუქნე ხშირად საფუძვლად უდევს მოზრდილთა სიმსუქნეს და სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირებას.

ეგზოგენური სიმსუქნის მქონე ბავშვთა უმრავლესობა, ასევე, მაღალია თავისი ასაკისთვის. ბავშვთა სიმსუქნის ენდოკრინული მიზეზები განაპირობებენ სიდაბალეს.

ბავშვებში სმი ინტერპრეტაცია

ჯგუფი	სმი ასაკობრივი
ნორმაზე ნაკლები წონა	< მე-5 პერცენტილი
სიმსუქნის ჩისკი	≥ 85-ე პერცენტილი
სიმსუქნე	≥ 95-ე პერცენტილი

სასიცოცხლო ნიშნები

სისხლის წნევა. ბავშვებში ჰიპერტენზია უფრო ხშირია, ვიდრე ადრე ეგონათ. ამიტომ, მნიშვნელოვანია მისი ამოცნობა, დადგენა და შესაბამისი მართვა.

ბავშვებს სისხლის წნევა უნევთ ვარჯიშის, ტირილის ან შფოთვის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ ბატარა ბავშვები თავიდან შეიძლება შეშფოთებულნი იყვნენ, მას შემდეგ ჩაც აუხსნით და არვენებთ ჰოცედურებს, მათი უმრავლესობა ადვილად შემოდის კონტაქტში. თუ სისხლის წნევა თავიდანვე მომატებულია, გამოკვლევის ბოლოს ისევ უნდა გაუზომოთ წნევა. ეთილი გზაა, მანჟეტის მკლავზე დატოვება (დარჩენილი) და მოგვიანებით გაიმეორეთ გაზომვა. მომატებული მარჯვენებელი ყოველთვის უნდა დაადასტუროთ მომდევნო გაზომვებით.

ბავშვებში სისხლის წნევის მომატების ყველაზე ხშირი "მიზეზია" სავარაუდოდ *არასწორად ჩატარებული გამოკვლევა*, ხშირად არასწორი ზომის მანჟეტით.

მანჟეტი ისევე შეარჩიეთ, როგორც მოზრდილებისთვის არჩევთ. მანჟეტი საკმარისად ფართო უნდა იყოს, რომ დაფაროს მკლავის ან ბარძაყის ორი მესამედი. ვინრო მანჟეტით გაზომვისას მიიღებთ წნევის ცრუ მომატებას, ხოლო ზედმეტად ფართო მანჟეტით – წნევის დაბალ მარჯვენებელს, ჰაც დაკავშირებულია არტერიაზე სტეტოსკოპის გადანაცვლებასთან. *ამგვარად, სწორედ შერჩეული მანჟეტი ბავშვებში სისხლის წნევის გაზომვის საწყისი პირობაა.*

ბავშვებში, როგორც მოზრდილებში, ბარძაყზე გაზომილი სისხლის წნევა 10 მმ ვწყ სვ-ით მაღალია, ვიდრე მკლავზე. თუ წნევები ერთნაირია ან ფეხებზე დაბალია, უნდა ივარაუდოთ *კოარქტაციის* არსებობა.

ისევე, როგორც მოზრდილებში, ბავშვებშიც ის ნერტილი, სადაც ქრება კოროტკოვის ტონები, მიუთითებს დიასტოლურ წნევას. ზოგჯერ, განსაკუთრებით მსუქან ბავშვებში კოროტკოვის ტონები ძნელად მოისმინება. ამ შემთხვევაში სისტოლური წნევის დასადგენად შეგიძლიათ პალპაცია გამოიყენოთ და გახსოვდეთ, რომ პალპაციით გასინჯული სისტოლური წნევა დაახლოებით 10 მმ ვწყ სვ-ით დაბალია, ვიდრე აუსკულტაციით.

შედარებით ახასწორი მნიშვნელობა მიიღება "ინსპექციით". ნემსის მოძრაობის მიხედვით მიღებული ნივთი დაახლოებით 10 მმ ვწყ სვ-ით მეტია, ვიდრე აუსკულტაციით გაზომილი. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეთოდი არ არის ოპტიმალური, მოუსვენარ ბავშვებში ზოგჯერ შეგიძლიათ გამოიყენოთ.



1995 წელს, გულის, ფილტვის და სისხლის ეროვნული ინსტიტუტის, სისხლის მაღალი წნევის ბავშვებში და მოზარდებში ჰიპერტენზიის ონტარიოს სამუშაო ჯგუფის მიერ განსაზღვრულია ნორმა, მაღალი ნორმა და სისხლის მაღალი წნევა, მიღებული სულ ცოტა სამჯერადი გასინჯვის შედეგად:

სისხლის წნევის კატეგორია	საშუალო სისტოლური და /ან დიასტოლური წნევა ასაკის, სქესის და სიმაღლის მიხედვით
ნორმა	<90 პერცენტილი
მაღალი ნორმა	90-95 პერცენტილი
მაღალი წნევა	≥ 95 პერცენტილი

ბავშვებში გახანგრძლივებული ჰიპერტენზიის მიზეზებია თირკმლის პარენქიმული ან არტერიის დაავადებები, აორტის კოარქტაცია და პირველადი ჰიპერტენზია.

ბავშვებს, ჰომლეთაც მაღალი ნნევა აქვთ, უფჩო ფახთო გამოჯვლევა ესაჭიჩოებათ მიზეზის დასადგენად. ჩვიღებსა და პატახა ბავშვებში სპეციფიკური მიზეზი ჩვეულებრივ დგინდება. უფჩო მოზჩიღიღ ბავშვებში და მოზახიღებში უმეტესად ესენციური ანუ პიჩვეღადი ჰიპეჩტენზია აღინიშნება. ყველა შემთხვევაში, ნნევის გაზომვები უნდა გააგჩძელოთ, ჩათა შეამციჩოთ იმის შესაძღებლობა, ჩომ ჰიპეჩტენზიის მიზეზი ბავშვის ნეჩვიულობაა. ზოგჯეჩ, სკოღაში ნნევის ჩამოღენიმეჯეჩ გაზომვა უფჩო დამშვიდებულ სიტუაციაში მონაცემების მიღების საშუალებაა.

ასევე მნიშვნელოვანია, ჩომ ბავშვს, ჩომელსაც აღმოუჩინეთ ჰიპეჩტენზია, *ახ დაესვათ ცჩუ ჰიპეჩტენზიის დიაგნოზი*, ვინაიდან ეს იქნება ღაქა ბავშვის ცხოვჩებაზე, გამოიწვევს აქტიობის შეზღუდვას და შესაძღო გვეჩდით მოვლენებს მჯიდნაღობის შედეგად.

ჯული. ქვემოთ ცხჩილში მოცემულია გულისცემის სიხშიჩეები

გულისცემის საშუალო სიხშიჩეები ბავშვებში მოსვენებულ მდგომაჩეობაში

ასაკი	საშუალო სიხშიჩე	საზღვჩები (ოჩი სტანდაჩტული გადახჩა)
1-2 წელი	110	70-150
2-6 წელი	103	68-138
6-10 წელი	95	65-125

სინუსული ბჩადიკაჩდია აჩის გულისცემის სიხშიჩე <100 წუთში 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში და <60 წუთში – 3-დან 9 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

კაცის გასაზომად გაზომეთ მისი გული
– მაკჯოლმ სტივენსონ ფოჩბსი

სუნთქვის სიხშიჩე. წუთში სუნთქვის სიხშიჩე ცვაღებადობს 20-დან 40-მდე აღჩეული ბავშვობის ასაკში, 15-დან 25-მდე – გვიანი ბავშვობის ასაკში და მოზჩდილის სიხშიჩეს აღწევს 15 წლის ასაკში.

ბავშვებს, ჩომელთაც აღენიშნებათ სუნთქვის სისტემის დაავადებები, ჩოგოჩცაა *ბჩონქიოლიტი* ან *პნევმონია*, სუნთქვა გახშიჩებული აქვთ (80-90-მდე წუთში), მაგჩამ *ასევე გაზჩდილი აქვთ* სუნთქვითი მუშაობა, ჩოგოჩიცაა ხმაუჩიანი სუნთქვა, ნესტოების გაფახთოვება ან დამატებითი ჯუნთების ჩახთვა.

პატახა ბავშვებში, დაკვიჩდით გულ-მკეჩდის ჯეღის მოძჩაობას ოჩი 30-წამიანი ინტეჩვალით ან 1 წუთის განმავლობაში, უმჯობესია სტიმულაციამდე. გულ-მკეჩდის პიჩდაპიჩი აუსკულტაციით ან პიჩის წინ სტეტოსკოპის დაღებით ასევე შეგიძლიათ სუნთქვის სიხშიჩე დათვალოთ, მაგჩამ შეიძლება ცჩუ მომატება მიიღოთ, თუ ბავშვს აუფოჩიალქებთ. უფჩო მოზჩდილ ბავშვებში გამოიყენეთ იგივე მეთოდი, ჩაც მოზჩდილებში გამოიყენება.

1 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში ტაქიკაჩდიის ზღვაჩია წუთში 40-ზე მეტი სუნთქვა.

პნევმონიის გამოჩიცხვის საუკეთესო ნიშანია ტაქიპნოეს აჩახსებობა.

ტემპეჩატუჩა. ბავშვებში ტემპეჩატუჩის გაზომვა უმჯობესია სასმენ მიღში, ვინაიდან სწჩაფია და ბავშვს დისკომფოჩტს აჩ უქმნის.

პატახა ბავშვებს ინფექციის შედეგად შეიძლება ჰქონდეთ ძაღიან მაღალი ტემპეჩატუჩა (104°F-მდე ან 40°C-მდე). 3 წლამდე ასაკის ბავშვებს, ჩომელთაც სეჩიოზულად ავად აჩიან და მაღალი ტემპეჩატუჩა აქვთ, ესაჭიჩოებათ გამოკვლევა სეფსისის, საშაჩე გზების ინფექციის, პნევმონიის ან სხვა ინფექციების დასადგენად.

ხანი

1 წლის ასაკის ზევით ბავშვების ხანის გამოკვლევის მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებისთვის (იხ. თავი 5, ხანი, თმა და ფრჩხილები)

თავი

თავის და ტვინის გამოკვლევის დროს, განსაკუთრებული ყურადღება მოითხოვს ბავშვის ზრდის და განვითარების დონეს.

სანამ ბავშვს შეეხებით, უკადრებით დაათვალიერეთ თავის ფორმა, სიმეტრია და სახის ცვლილებებს. გვიანი ბავშვობის ასაკამდე შეიძლება სახის პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლინდეს; ამიტომ, ყურადღებით დააკვირდით სახეს, ისევე როგორც ბავშვის თავს.

ბავშვებში არსებობს დიაგნოსტიკური სახეები (ცხრილში 18-10, გვ. 803-804 ნაჩვენებია ზოგიერთი მათგანი), რაც ასახავს ქრომოსომულ დარღვევებს, ენდოკრინულ დეფექტებს, ქრონიკულ დაავადებებს და სხვა დარღვევებს.

ტესტი

ტესტირების გარდა, ბავშვებში ტვინის განვითარების მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებში.

ჩვილობის ასაკში ცერებროპათია იშვიათია, მაგრამ ძალიან ხშირია ბავშვებში. როგორც 745-ე გვერდზეა ნაჩვენები, ბავშვებში 12 წლის ასაკისთვის ცერებრული სისტემა განვითარების ზენიტს აღწევს, 8-16 წლისთვის მაქსიმალურ ზომებს აწევს ტვინის და ტონზილური ცერებრული ჯვანძები. ყველაზე სწრაფად ბავშვებში ცერებრული ჯვანძების გადიდება ხდება ინფექციის შედეგად (უფრო ხშირად ვირუსული და იშვიათად ბაქტერიული) და არა ავთვისებიანი პროცესებით, თუმცა ამ უკანასკნელზე ფიქრობს ბევრი მშობელი. მნიშვნელოვანია, ნორმალური და პათოლოგიური ცერებრული ჯვანძების ან ტვინის თანდაყოლილი ტისტების დიფერენციება. 706-ე გვერდზე მოცემულ სურათზე ნაჩვენებია ცერებრული ჯვანძების და ტვინის თანდაყოლილი ტისტების ტიპიური ანატომიური მდებარეობები.

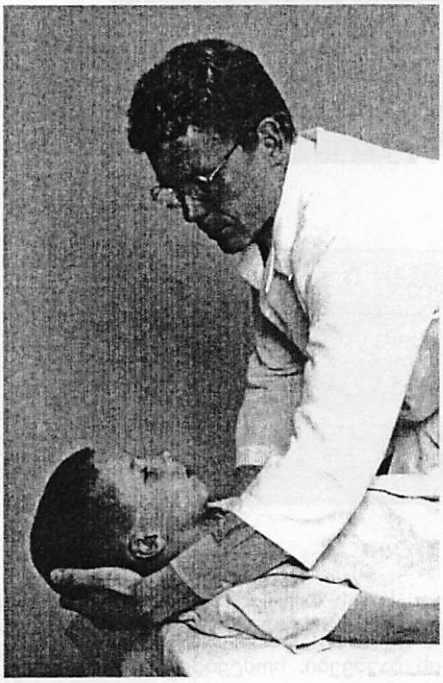
ცერებროპათიის მიზეზი, ჩვეულებრივ, არის ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექცია (იხ. ცხრილი 18-13, ტვინის და ხერხემლის დარღვევები, გვ. 807.

როდესაც ცერებრული ჯვანძები 2 სმ-ზე მეტი ზომისაა, მკვრივია ან ფიქსირებული კანთან ან ქვემდებარე კუნთებთან (უძრავია), არღვევს სერიოზული ზოგადი ნიშნები, როგორიცაა წონაში კლება და ტვინის ცერებრული ჯვანძების შემთხვევაში ჩენტგენოლოგიურად პათოლოგიის ნიშნებია, ყველაზე მეტად საჭიროა ავთვისებიანი პროცესის არსებობა.

პატარა ბავშვებში, რომელთაც მოკლე ტვინი აქვთ, ძნელი გასარჩევია ტვინის უკანა ქვედა ცერებრული ჯვანძები *კავშირდება ცერებრული ჯვანძებისგან* (რომლებიც ყოველთვის პათოლოგიურია და ავთვისებიანი პროცესის არსებობის ეჭვს ბადებს.

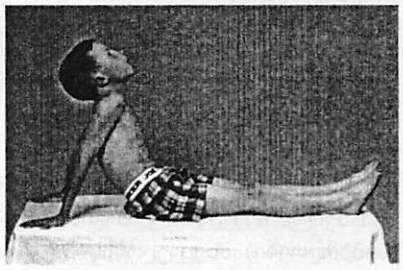
გასინჯეთ *ტვინის მობილურობა*. მნიშვნელოვანია, დარწმუნდეთ, რომ ბავშვის ტესტი ელასტიურია და ადვილად მოძრაობს ყველა მიმართულებით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც პაციენტს თავი ასიმეტრიულად უჭირავს და როდესაც ეჭვია ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე, როგორიცაა მენინგიტი.

ბავშვებში ჯეფის ჰიგიენობის არსებობა მენინგეალური გაღიზიანების ყველაზე ჯანსაღი მაჩვენებელია *Brudzinski-ს (ბრუძინსკისა) და Kernig-ის (კერნიგის) ნიშნებთან* შედარებით. მოზრდილ ბავშვებში ჯეფის ჰიგიენობის დასადგენად, სთხოვეთ ბავშვს გამოსაკვლევ მაგიდაზე დაჯდეს და ფეხები გაშალოს. ნორმალურად, ბავშვს შეუძლია გამართულად იჯდეს და ნიკაპით გულ-მკერდს შეეხოს. პატარა ბავშვებს შეგიძლიათ აიძულოთ, ჯისერი მოხაროს პატარა სათამაშოზე ან სინათლის სხივზე თვალის გაყოლებით. ჯეფის ჰიგიენობის დადგენა შეგიძლიათ ასევე ზურგზე მწოლიარე ბავშვზე, როგორც ქვემოთ სურათზეა ნაჩვენები. თითქმის ყველა ბავშვი, ვისაც ჯეფის ჰიგიენობა აქვს, სერიოზული ავადმყოფია, გაღიზიანებულია და მისი გასინჯვა ძნელია. განვითარებულ ქვეყნებში ბაქტერიული მენინგიტის შემთხვევები მკვეთრად შემცირდა ვაქცინაციის გამო.



ჯეფის ჰიგიენობა არის თავის ნებისმიერი მიმართულებით მოძრაობის მიმართ ჩვისტენტობა. ის მიუთითებს მენინგეალურ გაღიზიანებაზე *მენინგიტით, სისხლდენით, სიმსივნით ან სხვა მიზეზით.* ეს ბავშვები განსაკუთრებით გაღიზიანებულნი არიან და მათი დამშვიდება ძნელია, შეიძლება აღენიშნებოდეთ "პარადოქსული გაღიზიანებადობა" - ხელში აყვანისას გაღიზიანება მატულობს.

როდესაც სახეზეა მენინგეალური გაღიზიანება, ბავშვი *სამფეხას პოზას* იღებს და არ შეუძლია დაიჭიროს ვერტიკალური პოზა და შეასრულოს ნიკაპ-გულ-მკერდის მოძრაობა.



თვალები

პატარა ბავშვებში თვალების გამოკვლევის ორი მთავარი საკითხია მხედველობის, ანუ სიმეტრიის და თითოეული თვალში მხედველობის სიმახვილის გასინჯვა.

მეთანხმებული მზერის ან *თვალების მდებარეობის* და სიმეტრიის და თვალის მამოძრავებელი კუნთების გამოსაკვლევად შეგიძლიათ გამოიყენოთ მე-6 თავში აღნერილი მეთოდები მოზრდილებისთვის. ჰორვანას სინათლეზე რეფლექსის და თვალზე დაფარების და ამების ტესტები პატარა ბავშვებში განსაკუთრებით გამოიყენება.

თვალზე დაფარება-ამების ტესტი შეგიძლიათ თამაშის სახით ჩაატაროთ, როდესაც პატარა ბავშვი თქვენს ცხვირს უყურებს ან გეუბნებათ, იღიმებით თუ არა, როდესაც ხელით უფარავთ ერთ თვალს.

სიელმე (იხ. ცხრილი 18-11, გვ. 805) საჭიროებს ოფთალმოლოგის მუშნაობას.

ორივემ, *სიელმემ* და *ანიზომეტროპიამ* (თვალებში რეფრაქციის მნიშვნელოვანი დარღვევა) შეიძლება გამოინვიოს ამბლიოპია ან მხედველობის დაქვეითება სხვა მხრივ ნორმალურ თვალში. ამბლიოპია შეიძლება დაკავშირებული იყოს "ზარმაც თვალთან", როდესაც მკრთალად მცირდება მხედველობის სიმახვილე, თუ მანამდე არ შესწორდა. (ძირითადად 6 წლის ასაკისთვის).

3 წლამდე ასაკის ბავშვებში, რომელთაც არ შეუძლიათ ნახატების ამოცნობა მხედველობის შესამოწმებელ ხუქებზე, *მხედველობის სიმახვილის* შემოწმება შეუძლებელია. ასეთ ბავშვებში ყველაზე მარტივი გამოკვლევაა ფიქსაციის შეფასება მონაცვლეობით თვალებზე ხელის დაფარებით. ნორმალური მხედველობის მქონე ბავშვი არ გენინააღმდეგებათ, ხოლო ცუდი მხედველობის ბავშვი შეწუხდება, როდესაც დაფარული აქვს ჯანმრთელი თვალი. მხედველობის სიმახვილის ყველა ტესტის დროს მნიშვნელოვანია, რომ ორივე თვალში ერთი და იგივე შედეგი მიიღოთ.



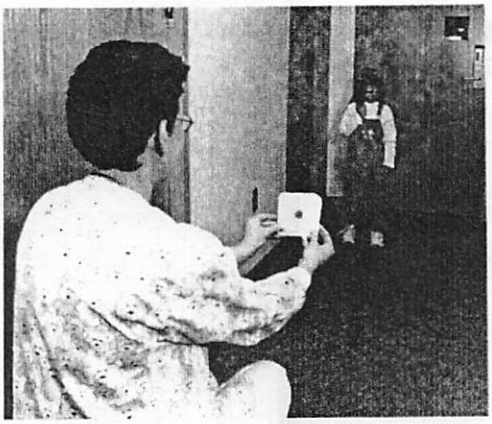
ასაკი	მხედველობის სიმახვილე
3 თვე	თვალები შეთანხმებულია, ბავშვი თვალს აყოლებს
12 თვე	~20/200
4 წლამდე	20/40
4 წელზე ზევით	20/30

თვალებს შორის მხედველობის სიმახვილის ხარისხობრივი განსხვავება (მაგ., 20/20 მარცხნივ და 20/30 მარჯვნივ) დარღვეულია და პაციენტი ოფთალმოლოგთან უნდა გაგზავნოთ.

ორგორც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები, 3 წლის და ზევით ასაკის ბავშვების მხედველობის სიმახვილე, ჩვეულებრივ, შეგიძლიათ შეამოწმოთ ეროვნული ან სხვადასხვა ოპტოტიპების (სიმბოლოები) მხედველობის ხუქების გამოყენებით. ის ბავშვები, რომლებმაც არ იციან ასოები ან ციფრები, უნდა გამოიკვლიოთ სურათების, სიმბოლოების ან "Є" ხუქის გამოყენებით. "Є" ხუქის გამოყენებით ბავშვი ადვილად გეუბნებათ, რომელ მხარესაა მიმართული "Є".

ბავშვებში მხედველობის ყველაზე ხშირი დარღვევაა მიოპია, რომლის დადგენა ადვილია ამ გამოკვლევით.

ჩვილებში და პატარა ბავშვებში *მხედველობის ველის* გამოკვლევა შესაძლებელია, როდესაც ბავშვი დედის მუხლებზე ზის. ერთი თვალის გამოკვლევისას მეორე თვალი დახუჭული უნდა ჰქონდეს. ბავშვს თავი შუაში გაუჩერეთ და მის პირდაპირ მხედველობის ველში მიიტანეთ სათამაშო. მთლიანად მეთოდი ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში, იმის გამოკლებით, რომ ბავშვებში თამაშის ფორმით ატარებთ.





ყუჩები

პატარა ბავშვების ყურების გამოკვლევის დროს გეჩვენებათ, რომ გესაჭიროებათ 10 ხელი და ტიკუებით სავსე ჩანთა, რადგან ბავშვები ძალიან მგრძნობიარენი არიან *სასმენი მილის და დაფის აპკის გამოკვლევის მიმართ* და შეშინებულები, რადგან ვერ აკვირდებიან გამოკვლევას. ხანმოკლე ვარჯიშით თქვენ დახელოვნდებით ამ გამოკვლევის ჩატარებაში. სამწუხაროდ, ბევრ ბავშვს ესაჭიროება მშვიდად ყოფნა ამ გამოკვლევის ჩატარებისას, რის გამოც სჯობს ეს გამოკვლევა ბოლოსთვის მოიტოვოთ.

თუ ბავშვი ძალიან შეშინებული არ არის, ეს გამოკვლევა შეგიძლიათ მაშინ ჩაატაროთ, როდესაც იგი დედის მუხლებზე ზის. დაგეხმარებათ, თუ გამოკვლევას თამაშის სახით ჩაატარებთ, მაგალითად, ოტოსკოპით ეძებთ ნარმოსახვით საგანს ბავშვის ყურში, გართობით ელაპარაკებით გამოკვლევის დროს, რათა ბავშვს შიშმა გაუაროს. ზოგჯერ მოგეხმარებათ, თუ ოტოსკოპის სარკეს შეუყოფთ ბავშვს ყურში და შემდეგ უკან გამოიღებთ, რათა შეამზადოთ ბავშვი, სანამ ნამდვილ გამოკვლევას დაიწყებთ. მშობელს სთხოვეთ, გამოკვლევისთვის ბავშვი მოსახერხებელ პოზაში დაიჭიროს.

არსებობს ორი სახის მარტივი პოზა – ბავშვი წევს და დამშვიდებულია, და ბავშვი ზის მშობლის მუხლებზე. როდესაც ბავშვი ზურგზე წევს, მშობელმა ხელები უნდა დააკავებინოს გაშლილად ან სხეულის გვერდებთან ახლოს. შეგიძლიათ თავი დაუჭიროთ და გადაუწიოთ წინა სახურავი ერთი ხელით, როდესაც მეორე ხელით ოტოსკოპი გიჭირავთ. თუ ბავშვი მშობლის მუხლებზე ზის, მისი ფეხები მშობლის ფეხებს შორის უნდა იყოს. მშობელი უნდა დაგეხმაროთ ბავშვის გაჩერებაში ერთი მკლავის შემოხვევით ბავშვის სხეულზე და მეორე ხელით თავის დაჭერით.

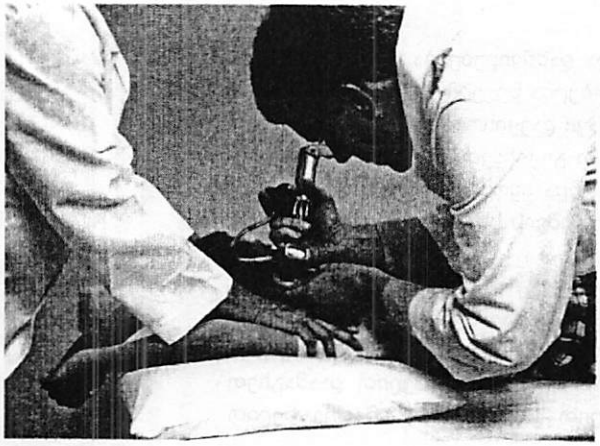
ბევრ სტუდენტს უჭირს ბავშვის დაფის აპკის დანახვა. პატარა ბავშვებში გარეთა სასმენი მილი მიემართება გარედან ზევით და უკან, ამიტომ ყური უნდა აუწიოთ ზევით, გარეთ და უკან, რათა დაფის აპკი უკეთესად დაინახოთ. ბავშვის თავი ერთი ხელით დაამაგრეთ (მარცხენა ხელით, თუ ცალია არ ხართ) და ამავე ხელით გაწიეთ ყური. მეორე ხელით მოათავსეთ ოტოსკოპი.

ოტოსკოპით გამოკვლევის წარმატებისთვის ძირითადი საკითხები

გამოიყენეთ ოტოსკოპის საუკეთესო კუთხე
გამოიყენეთ შეძლებისდაგვარად დიდი კუთხე
დიდი სარკით უკეთესად დაინახავთ დაფის აპკს
პატარა სარკე პნევმატური ოტოსკოპით ვერ უზრუნველყოფს ჰერმეტულობას
ძალიან ნუ დააწვებით
ძლიერი ზეწოლის გამო ბავშვმა შეიძლება იტიროს და პნევმატური ოტოსკოპით მიიღოთ ცრუ დადებითი შედეგი.
სარკე სასმენ მილში შეიყვანეთ 1 ან 2 სმ-ზე.
პირველ ჩიგში მოძებნეთ ორიენტირები
ზოგჯერ სასმენი მილი ჰგავს დაფის აპკს, არ მოტყუვდეთ.
დააკვირდით, ნორმალურია თუ არა დაფის აპკი
ამოიღეთ გოგირდი, თუ ხელს გიშლით გასინჯვაში
სპეციალური პლასტიკის კიურეტით
დასველებული ბამბიანი ჩხირით
მოზრდილ ბავშვებში ყურების გამორეცხვით
სპეციალური ინსტრუმენტები, რაც შეიძლება ასევე შეიძინოთ

ყურის გასინჯვისას არა მხოლოდ ორი პოზა, ზურგზე წოლა ან ჯდომა გამოიყენება, არამედ შესაძლებელია ოტოსკოპის ხმარების ქვემოთ ნაჩვენები ორი ხერხი:

- პირველი მეთოდი ფართოდ გამოიყენება ბავშვებში, როდესაც ოტოსკოპი გიჭირავთ ზევით და გარეთ მიმართულებით ყურში შეყვანისას. იმ ხელის ცალკეული ნაწილი, რომლითაც ოტოსკოპი გიჭირავთ, შეარჩევთ ბავშვის თავის წინ, რათა შეამციროთ ბავშვის უეცარი მოძრაობები.





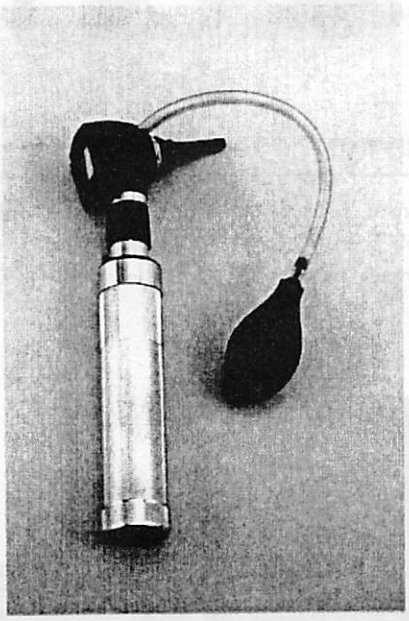
- მეორე მეთოდი ბევრი პედიატრის მიერ გამოიყენება, ვინაიდან ბავშვებში სასმენ მილს სხვადასხვა კუთხე გააჩნია. ამის გამო ოტოსკოპი ერთი ხელით უნდა დაიჭიროთ და მიმართოთ ქვემოთ ბავშვის ფეხებისკენ, როდესაც

ყურს ზევით სწევთ. ერთი ხელით თავი დაუჭირეთ და ყური აუწიეთ, მეორე ხელით ჯი ოტოსკოპი გეჭიროთ.



ბავშვებში შუა ყურის ანთების დიაგნოსტიკის გაუმჯობესების მიზნით ისწავლეთ *პნევმატური ოტოსკოპის* ხმარება. ეს საშუალებას მოგცემთ, დაადგინოთ დაფის აპკის მობილურობა გაიგოთ სასმენ მილში ნაკვის მომატებით ან შემცირებით, თუ მოუჭერით ოტოსკოპის ხეზინის ბუთულას.

პირველ ჩიგში, შეამოწმეთ პნევმატური ოტოსკოპი, ატარებს თუ არა ჰაერს, ჩისთვისაც თითი დაადეთ სარკის ნვეტს და მოუჭირეთ ხეზინის ბუთს. დააჯვირეთ ბუთზე ზენოლას. შემდეგ ჩადგით სარკე ისე, რომ კარგად დაეცეს; ეს ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან თუ ჰერმეტულობა დარღვეული იქნება, გასინჯვით მიიღებთ ცრუ დადებით შედეგს (დაფის აპკის მოძრაობის შემცირება).



როდესაც ნორმალურ სასმენ მილში შედის ჰაერი, დაფის აპკი და მისი სინათლის ხერელქსი შიგნით იწევს. როდესაც ჰაერი გამოდის, დაფის აპკი გარეთ, თქვენსკენ მოძრაობს. დაფის აპკის ასეთი წინ და უკან მოძრაობა ჰგავს იალქნის დახრილობის ცვლილებას. თუ დაფის აპკი საგრძნობლად ვერ მოძრაობს, როდესაც თქვენ ნარმოქმნით დადებით ან უარყოფით ნნევას, სავარაუდოა, რომ ბავშვს ჰქონდეს გამონაჟონი შუა ყურში. შუა ყურის ანთების მქონე ბავშვი გასინჯვისას თავს უკან სწევს, რადგან ჰაერის ნნევა მასში ტკივილს იწვევს.

ოტოსკოპით გამოკვლევის წინ და განმავლობაში ფრთხილად ამოძრავეთ ყურის ნიჟარა. ყურადღებით დაათვალიერეთ ნიჟარის უკანა მიდამო ღრილისებრ მოხრაზე.

შუა ყურის მწვავე ანთება ბავშვებში ხშირია. ამ დროს ბავშვს აქვს ნითელი ფერის, ამობურცული დაფის აპკი, სინათლის ხერელქსი სუსტია ან არ არის, ხოლო პნევმატური ოტოსკოპით შემოწმებისას მისი მოძრაობა დაქვეითებულია. დაფის აპკის წინ ასევე შეიძლება დაინახოთ ჩაჩქოვანი ნივთიერება. იხ. ცხრილი 18-11, ყვავილების და ყურების დიაღნოსტიკები, გვ. 805.

შუა ყურში გამონაჟონის არსებობისას (*შუა ყურის ანთება გამონაჟონით*) დაფის აპკის ასეთი მოძრაობა არ აღინიშნება.

მნიშვნელოვანი, დროებითი სმენის დაქვეითება ადრეულ ბავშვობაში, შეიძლება ახდეს შუა ყურის ანთებას გამონაჟონით.

გარეთა ყურის ანთების დროს (და არა შუა ყურის ანთების დროს) ნიჟარის მოძრაობა ტკივილს იწვევს.

მწვავე *მასტოიდიტის* დროს, ყური შეიძლება წინ იყოს ნამოწეული, ხოლო დგარისებრი მოხრის მიდამო – შეწითლებული, შესიებული და მტკივნეული.

მიუხედავად იმისა, რომ სმენის გამოკვლევის ზუსტი მეთოდები არსებობს, რათა დადგინოთ ბავშვებში სმენის დეფიციტი, შეგიძლიათ გამოიყენოთ *სმენის შემოწმება* უხეშად, ჩურჩულის მეთოდით. დადექით ბავშვიდან 2.5 მ-ის დაშორებით და დასვით კითხვები ან მიეცით მარტივი დავალებები. 4 წლის ზევით ასაკის ყველა ბავშვი შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ სტანდარტული აპარატურით, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები.

პატარა ბავშვებს, რომლებიც ვერ იტარებენ ამ გამოკვლევას ან მეტყველების შენელება აქვთ, უნდა ჩაუტარდეთ აუდიომეტრული გამოკვლევა.





ცხვირი და სინუსები

ცხვირის ნინა ნანილი შეგიძლიათ დაათვალიერეთ ოტოსკოპის ფართო სარკის გამოყენებით. დაათვალიერეთ ცხვირის ღრუნოვანი გარსი, დააკვირდით მის ფერს და მდგომარეობას. დააკვირდით ცხვირის ძგიდის გამრუდებას და პოლიპების არსებობას.

ფერმკრთალი, ნებოვანი ცხვირის ღრუნოვანი გარსი აღნიშნებათ *ქრონიკული (არასეზონური) ალერგიული რინიტის* მქონე ბავშვებს.

ჩირქოვანი რინიტი ხშირია ვირუსული ინფექციების დროს, მაგრამ შეიძლება *სინუსიტის* სიმპტომთა კომპლექსის ნანილი იყოს.

ცუდი სუნის, ჩირქოვანი გამონადენი ცალი ნესტოდან ცხვირში *უცხო სხეულის არსებობის* შედეგი შეიძლება იყოს. ეს განსაკუთრებით ხშირია სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში, რომლების იყოფენ საგნებს სხეულის სხვადასხვა ხვრელებში.



ზედა ყბის სინუსები ჩენტგენოგრამაზე ჯანგად ჩანს 4 წლის ასაკისთვის, სოლისებური სინუსი - 6 წლის ასაკში, ხოლო შუბლის სინუსები - 6-7 წლის ასაკში. მოზრდილი ბავშვების სინუსების პნევმატიზაციის მტკივნეულობის დასადგენად, ისევე შეგიძლიათ ჩაატაროთ, როგორც მოზრდილებში. პატარა ბავშვებში პნევმატიზაციის სინათლის გატარება ნაკლებად მგრძნობიარე და სპეციფიკური ტესტია სინუსიტის ან სინუსებში სითხის არსებობის დასადგენად.

პირის ღრუ და ხახა

აფთრიანქებული და პატარა ბავშვებისთვის, ეს გამოკვლევა შეგიძლიათ ბოლოსთვის მოიტოვოთ, რადგან მოითხოვს მშობლების დახმარებას ბავშვის გასაჩერებლად. პატარა, დამყოლი ბავშვი უფრო მოხერხებულად იჯდება დედის მუხლებზე, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები.

მომდევნო სურათზე ნაჩვენებია ზოგიერთი ეშმაკობა, რომლის დახმარებითაც ბავშვს პირს გააღებინებთ. ბავშვი, რომელსაც შეუძლია თქვას "აჰჰჰ", ჩვეულებრივ, საკმარისად (თუმცა ხანმოკლე დროით)



რობორ გააღებინოთ ბავშვს პირი (ცნობილია, რობორც "შეგიძლია, თქვა აჰჰ?")

- აქციეთ თამაშად
- "მოდი, ვნახოთ, ვა გაქვს პირში"
- "შეგიძლია ენა მთლიანად გამოყო?"
- "დაგენიძლავები, რომ პირს დიდად ვერ გააღებ"
- "მაჩვენე შენი ყბილების შიგნითა მხარე"
- "იქ ბარნი ხომ არ არის გაჩხერილი?"
- ნუ აჩვენებთ ენის შპადელს, სანამ აუცილებელი არ იქნება
- თავდაპირველად აჩვენეთ უფროს და-ძმაზე ან მშობელზე
- შეაქეთ ბავშვი, თუ პირს ოდნავ გააღებს და ნახაღისეთ, რომ უფრო დიდზე გააღოს.

აჩენს ხახას, ისე, რომ ენის შპადეღი არ დაგჭირდებათ. ჯანმრთელი ბავშვები უფრო ხალისით ესინჯებიან ექიმს, ვიდრე ავადმყოფები, განსაკუთრებით, თუ დაინახავენ შპადეღს ან ხახიდან ნაცხის აღების არასასიამოვნო გამოცდილება აქვთ.

თუ ენის შპადეღის ხმარება გჭირდებათ, საუკეთესო ხერხია დაანვეთ ქვევით და წინ თქვენსკენ, როდესაც ბავშვი ამბობს "აჰჰ". ყურადღებით იყავით, რომ შპადეღი ღრმად არ შეუყოთ ხახისკენ, რადგან გამოინვევთ ღებინებას. ზოგჯერ პატარა და აფორიაქებული ბავშვი, რომელსაც ესაჭიროება გაჩერება, ჯიღებს ერთმანეთზე აჭერს და პირს არ აღებს. ამ შემთხვევაში, ფრთხილად უნდა შეაცუროთ ენის დამწევი ჯიღებს შორის ენაზე. ეს საშუალებას მოგცემთ, ენა დაუწიოთ ან გამოინვიოთ ღებინების ჭეშტქვეშ, რის გამოც ბავშვი პირს გააღებს და სწრაფად ნახავთ ხახას და ტონზილებს. დაიმახსოვრეთ, რომ დაუგეგმავი, პირდაპირი დანოლა წინა ჯიღებზე უფრო ხელს შეგიშლით გასინჯვაში და შეიძლება შპადეღიც ჩაგიტყდეთ. ამიტომ, ამ გასინჯვისთვის ბავშვი ჯარაგად მოამზადეთ და მშობელიც დარხმარეთ.

დათვალიერეთ *ჯიღები* და ნახეთ, ღრიალად და თანმიმდევრობით არის თუ არა ამოსული. დაკვირდით ჯიღების ფორმას, მდგომარეობას და მდებარეობას. ემაღის დარღვევები შეიძლება გამოხატავდეს ადგილობრივ ან ზოგად დაავადებას.

ყურადღებით დათვალიერეთ ზედა ჯიღების შიგნითა მხარე, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. ეს არის *საჯვების ბოთღის ჯარიანის* ტიპიური ლოკალიზაცია. ფოტოზე ნაჩვენები მეთოდი, რომელსაც "ტუჩის ანევა" ეწოდება, გაგიადვილებთ ჯიღების ჯარიანის დანახვას.

ჯიღების ჯარიანის მიზეზი ბაქტერიების გააქტიურებაა. ჯარიანი უფრო ხშირად უვითარდებათ იმ ბავშვებს, ვინც ხანგრძლივად იყენებება ბოთღით ("საჯვების ბოთღის ჯარიანი"). იხ. ცხრილი 18-12, პირის ღრუს და ჯიღების დარღვევები, გვ. 806, ჯარიანის სხვადასხვა სტადიისთვის.



ქვემოთ ცხრილი გამოხატავს ჯბილების ამოჭრის ხშირ ნიშნებს. ზოგადად, ქვედა ჯბილები ოდნავ უფრო ადრე ამოდის, ვიდრე ზედა.

◆ *ჯბილების ტიპები და ამოჭრის ვადები*

ჯბილების ტიპი	ამოჭრის მიახლოებითი ასაკი	
	სახძევე (თვეები)	*მედმივი (წლები)*
ცენტრალური საჭრელი	5-8	6-8
გვერდითი საჭრელი	5-11	7-9
ეშვები	24-30	11-12
პირველი მცირე ძირითადი	–	10-12
მეორე მცირე ძირითადი	–	10-12
პირველი დიდი ძირითადი	16-20	6-7
მეორე დიდი ძირითადი	24-30	11-13
მესამე დიდი ძირითადი	–	17-22

ჯბილებზე ღრძების გაჩენის მიზეზები შეიძლება იყოს შინაგანი და გარეგანი. შინაგანი ღრძების მიზეზი შეიძლება იყოს ტეტრასიკლინის მიღება 8 წლამდე (ყვითელი, ჩუხი ან მოყავისფერი ღრძები). ჩონის ჰიპოპლაზიები (შავი ღრძები) გარეგანი ღრძების მაგალითია. გარეგანი ღრძების განმენდა შესაძლებელია, ხოლო შინაგანის – არა. (იხ. ცხრილი 18-12, პირის ღრუს და ჯბილების დაზღვევები, გვ. 806.

დააკვირდით ჯბილების განლაგების დაზღვევებს. ესენია მალოკლუზია, ზედა ყბის გამოზნექვას (*გადმოფარვა*) და ქვედა ყბის გამოზნექა. ამის ნახვა შეგიძლიათ, თუ სთხოვთ ბავშვს ტუჩს უკბინოს. დააკვირდით ნამდვილ კბენას. ნორმალური ბავშვის ქვედა ჯბილები ზედა ჯბილების ჩაღრმავების შიგნითაა.

მალოკლუზია და თანკბილვის დაზღვევა ხშირად ვითარდება ზედმეტი წოვისგან და შეკვეთილია, თუ ამ ჩვევას შეწყვეტს 6-7 წლამდე. მალოკლუზია ასევე თანდაყოლილი შეიძლება იყოს, ან სახძევე ჯბილების ნაადრევი დაკარგვის შედეგი.

ყურადღებით დათვალიერეთ *ენა* მისი ქვედა ზედაპირის ჩათვლით. ბევრი ბავშვი ენას ხალისით გამოყოფს, გააწვინეთ აქეთ-იქით და დააკვირდით ფერს (ცისფერი შეფერილობის მიზეზი შეიძლება სანერწყვე ჯანფეტი იყოს!)

ხშირი დაზღვევებია *შეღებილი ენა* ვიტალური ინფექციების დროს, *თანდაყოლილი გეოგრაფიული ენა* და *ფოლოსებური ენა* ქუნთრუშას დროს.



დაათვალიერეთ *ტონზილების* ზომები, სიმეტრიას და შესახედაობას. ტონზილების ზომები პირველ ასწლეულში 8-დან 16 წლამდე (იხ. სურათი 745). ბავშვებში ტონზილების ზომები სხვადასხვაა და ხშირად სკალაზე აღინიშნება 1+-დან 4+-მდე, სადაც 1+ ნიშნავს, რომ ტონზილებს შორის სივრცე ადვილად ჩანს, ხოლო 4+-ის დროს ტონზილების კიდეები ერთმანეთს ეხება შუახაზზე, როდესაც პირი ფართოდაა გაღებული.

სტრეპტოკოკური ფარინგიტის დროს ენა ყოველთვის, ტონზილებზე თეთრი ფერის ექსუდატია, ნაკი მუქი წითელია და სასაზე პეტექიებია.

ბავშვების ტონზილებს, ჩვეულებრივ, ღრმა ჩიხები აქვს ზედაპირზე, სადაც ხშირად თეთრი ნაღექია ან საკვების ნანილაკები, რომელიც გამონეულია ტონზილების სილრმეებიდან. მათი არსებობა დაავადებაზე არ მიუთითებს.

პერიტონზილის აბსცესზე მიუთითებს ტონზილების ასიმეტრიული გადიდება და ნაკის გვერდზე გადანევა.

დათვალიერეთ სასაზე ღრონოვანის ქვემა ნაპრალები, როგორიცაა მაგარი სასის კიდის ნაწყდევი ანუ *ნაკის გარღვევა*. ვინაიდან ღრონოვანი ინტაქტურია, ქვემდებარე დეფექტი შეიძლება ვერ შეამჩნიოთ.

არსებობს მხოლოდ ერთი მდგომარეობა – *მწვავე ეპიგლოტიტი*, ამჟამად ძალიან იშვიათია შეერთებულ შტატებში, ვინაიდან ტარდება აცრები *B ტიპის Haemophilus influenzae* მიმართ, რომელიც ყელის გამოკვლევის უპირველებას წარმოადგენს, ღებინებისა და ხახის ობსტრუქციის განვითარების შესაძლებლობის გამო.

დაათვალიერეთ ბავშვის ხმას. გარკვეული მდგომარეობები ცვლის ხმის ტონალობას და ხარისხს.

ხმის ცვლილებები – გამომწვევი მდგომარეობები

ხმის ცვლილებები	შესაძლო პათოლოგიები
ჰიპერნაზალური მეტყველება	სასის ღრონოვანის ქვემა ნაპრალები
ნაზალური საუბარი და ხვრინვა	ადენოიდების ჰიპერტროფია
ჩახლეჩილი ხმა და ხველა	ვირუსული ინფექცია (ყრუპი)
"პირში ჯენჭები"	ტონზილიტი

გასინჯვისას შეიძლება შეამჩნიოთ ცუდი სუნი სუნთქვისას, რაც შეიძლება დაგეხმაროთ დიაგნოსტიკაში.

პატარა ბავშვებში ჰალიტოზის – ცუდი სუნი პირიდან – ხშირი მიზეზია ცემი სასუნთქი გზების, ხორხის ან პირის ღრუს ინფექციები; სხვა მიზეზებია ცხვირში უცხო სხეული, კბილების დაავადებები და გასტროეზოფაგური რეფლუქსი.

გულმკერდი და ფილტვები

როდესაც ბავშვი იზრდება, ფილტვების გამოკვლევა იწყება ისევე, როგორც მოზრდილებში. ამ დროსაც მნიშვნელოვანია ბავშვი თანამშრომლობდეს ექიმთან. ასპირაციის ჩატარება უკეთესია, როდესაც ბავშვს გააცნობთ გამოკვლევის არსს (ან როდესაც ხის მშობლის მეხლებზე). თუ ბავშვს ეშინია თქვენი სტეტოსკოპის, უფლება მიეცით ითამაშოს, სანამ გასინჯვას დაიწყებთ.

ბავშვების გამოკვლევისას შეაფასეთ ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის ხანგრძლივობის შეფარდება. ნორმალურად ეს შეფარდებაა 1:1.

ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქციის დროს, როგორიცაა ჯირკვალი, ჩასუნთქვა გახანგრძლივებულია და ახლავს სხვა სიმპტომებიც, როგორიცაა სტრიდორი, ხველა ან ხიხინი. ქვედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციის დროს, როგორიცაა ასთმა, გახანგრძლივებულია ამოსუნთქვა და ხშირად ახლავს მსტვინავი ხიხინი.

თუ ბავშვს სთხოვთ, "ღრმად ისუნთქოს", იგი ხშირად შეიკავებს სუნთქვას, ჩაც გაგიძნელებთ ფილტვების აუსკულტაციის ჩატარებას. ამიტომ, უფრო ადვილია, სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს აცადოთ მშვიდად სუნთქვა. უფრო მოზრდილ ბავშვებს შეგიძლიათ აჩვენოთ, როგორ ისუნთქოს მშვიდად, ღრმად და სწორად. გახშირებულ ამოსუნთქვას შეიძლება მიაღწიოთ, თუ ბავშვს სთხოვთ ჩააქროს სანთელი წარმოსახვით ტორტზე.

პატარა ბავშვებში ჰნევმონია ძირითადად ვლინდება ცხელებით, ტაქიპნოეთი და დისპნოეთი.

ბავშვთა ასთმა ძალიან გავრცელებული დაავადებაა მთელ მსოფლიოში. მწვავე ასთმით დაავადებული ბავშვები სხვადასხვა სიმძიმისანი არიან და ხშირად აქვთ სუნთქვითი მუშაობის გაძლიერება. ამოსუნთქვისას სტვენა და ამოსუნთქვის ფაზის გახანგრძლივება, რომლის მიზეზი შექცევადი ბრონქოსპაზმია, შეიძლება მოისმინოთ სტეტოსკოპის გარეშე და აშკარაა აუსკულტაციით.



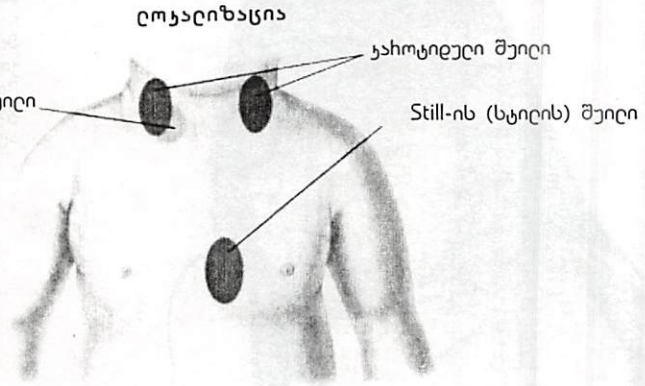
მოზრდილი ბავშვები ადვილად იტარებენ სუნთქვით გამოკვლევას და შეუძლიათ ასევე ჩაიტარონ ფლომეტრის (ბგერითი ხელვის) შეფასება ან "ი"-დან "ე"-მდე ცვლილებები მოსმენისას (იხ. გვ. 261). როდესაც ბავშვი იზრდება, წინა გვერდზე აღწერილი გამოკვლევები, როგორიცაა სუნთქვითი მუშაობის შეფასება, ცხვირის გაფართოვება, ხრტენი, ნაკლებად მოგეხმარებათ სასუნთქი სისტემის დაავადებების დადგენაში, ხოლო პალპაცია, პერკუსია და აუსკულტაცია დიდ ინფორმაციას მოგანვდით გულ-მკერდის და ფილტვების გამოკვლევისას.

გული

სისხლის ნნევის გაზომვა ეითღჩოელად ოჩივე ხელზე და ეით ფეხზე 3-4 ნლის ასაკის ბავშვებში, დაგეხმაჩებათ *აოჩტის კოაჩქტაციის* დიაგნოსტიკაში. შემდგომში ნნევის მხოლოდ მაჩჯვენა მკლავზე გაზომვა საკმაჩისი იქნება.

სკოლამდელი და სკოლის ასაკის ბავშვებს ხშიჩად აღენიშნებათ კეთიღთვისებიანი შეიღები. ყველაზე ხშიჩია *(Still-ის (სტილის) შეიღი)* I-II/IV ხაჩისხის, მუსიკალური, ვიბჩაციული, აღჩეული და შეასისტოღური შეიღი, მიავღობითი დამატებითი ტონებით, ღოკალიზებულია მკერდის ძვლის მაჩცხენა კიდესთან ან შეაში, მაგჩამ ასევე ხშიჩად მოისმინება საძიღე აჩტეჩიაზე. საძიღე აჩტეჩიის კომპჩესია ხშიჩად ინვევს გული აჩეში შეიღის გაქჩობას. ეს შეიღი ძალიან ცვალებადია და შეიძღება გაძღიეჩდეს გული წეთმოცღობის მომატების ღჩოს, ჩაც ვლინდება ცხელების ან ფიზიკური დატვიჩთვის ღჩოს.

ბავშვებში კეთიღთვისებიანი შეიღების ღოკალიზაცია და დახასიათება



ტიპიური ასაკი	დასახელება	აღწეჩა და ღოკალიზაცია
სკოლამდელი და დაბალი კლასების ასაკი	*Still-ის (სტილის) შეიღი*	I-II/VI ხაჩისხი, მუსიკალური, ვიბჩაციული, მცავღობითი დამატებითი ტონები, აღჩეული და შეა სისტოღური მკერდის ძვლის შეა/ქვედა მაჩცხენა კიდე ხშიჩია ასევე კაჩოტიღული შეიღი
სკოლამდელი და დაბალი კლასების ასაკი	*ვენუჩი შეიღი*	ჩბილი, ყჩუ, გახანგჩძლივებული, უფჩო ხმამაკლია დიასტოღაში ღავინის ქვეშ მანევჩებით შეიძღება გაქჩეს
სკოლამდელი და მემდგომი	*კაჩოტიღული შეიღი*	აღჩეული და შეა სისტოღური ჩვეულებჩივ, უფჩო ხმამაკლია მაჩცხნივ ქჩება საძიღე აჩტეჩიაზე ზენოკით

შეიღს, ჩომელიც ისმის საძიღე აჩტეჩიის უბანში ან ღავინის ზევით, ენოკება *კაჩოტიღული შეიღი*. ეს ახის აღჩეული და შეა სისტოღური, ოკნავ უხეში შეიღი. ჩვეულებჩივ, უფჩო ხმამაკლია მაჩცხნივ და შეიძღება მოისმინებოკეს ცაკლე ან Still-ის (სტილის) შეიღთან კომბინაციაში, ჩოგოჩც ზემოთ იყო ნათქვამი. საძიღე აჩტეჩიაზე ზენოკით შეიღი შეიძღება მთლიანად გაქჩეს.

სკოლამდელი და სკოლის ასაკის ბავშვებში შეიძლება მოისმინოთ *ვენური შუილი*. ეს არის ხმიერი, ყრუ, გახანგრძლივებული ხმიანობა, უფრო ხმამაღალი დიასტოლაში, მოისმინება მარჯვენა ღრძილის ქვეშ. შეიძლება სრულიად გაქრეს იმ მანევრებით, რომლებიც ზემოქმედებს ვენურ მიდენაზე, როგორიცაა ზურგზე წოლა, თავის მდებარეობის შეცვლა, საუღლე ვენის ჯომბრესია. მას იგივე მახასიათებლები აქვს, რაც სუნთქვით ხმიანობებს, რის გამოც ხშირად მას ვერ აღგენენ.

თუ პაციენტს ბავშვებში აღინიშნება შეიღები, რომელთაც არ აქვთ წინა გვერდზე აღწერილი სამი სახის ჯეთილთვისებიანი შეიღის ნიშნები, შეიძლება განპირობებული იყოს გული დაავადებით, რაც ყურადღებით გამოკვლევას საჭიროებს.





მუცელი

პაციენტს ბავშვებს გამობერილი მუცელი აქვთ, რაც უკეთესად ჩანს ფეხზე დგომისას. გამოკვლევები ისევე შეიძლება ჩატარდეს, როგორც მოზრდილებში, განსხვავება ისაა, რომ გასინჯვის დროს ბავშვის გასაჩერებლად ეშმაკობები დაგჭირდებათ.

ზედმეტად დიდი, "ღრიალი შესახედაობა" შეიძლება მიუთითებდეს მადაბსორბციაზე, რომლის მიზეზია *ცელიაკია, ცისტოფიბროზი, ყაბზობა ან აეროფაგია.*

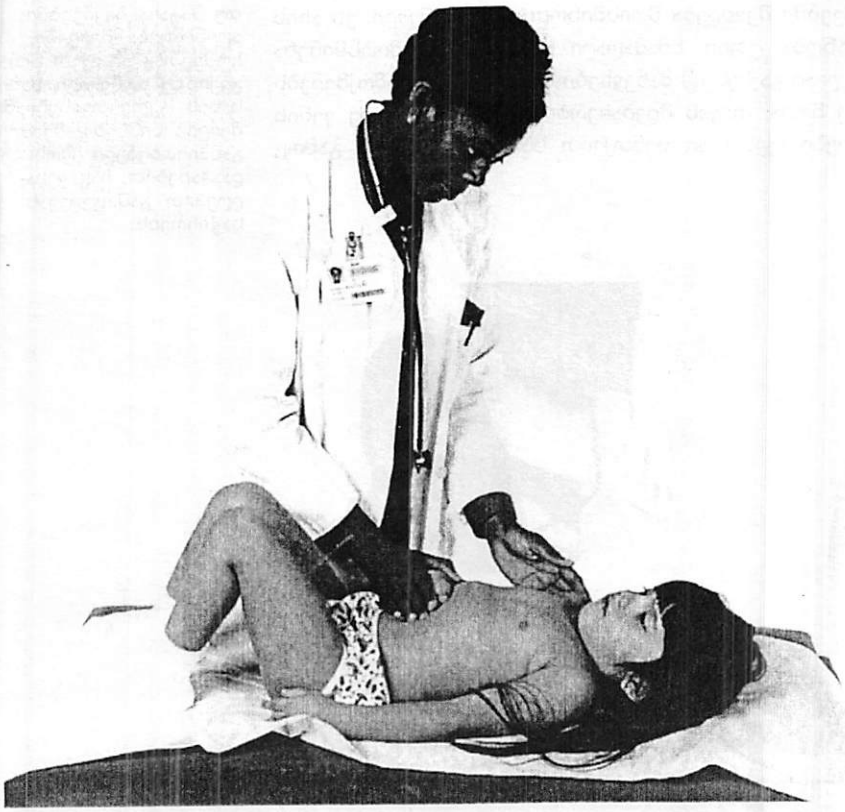
ბევრ ბავშვს ელიტინება, როდესაც პირველად დაადებთ ხელს მუცელზე *პალპაციისთვის.* ეს ჩვეულია თანდათან გაჭრება, განსაკუთრებით, თუ ყურადღებას გადაატანთ საუბრით და ამ დროს დაადებთ ხელს მუცელზე. ბავშვებში, რომლებიც განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან და ჭიმავენ მუცლის კუნთებს, გასინჯვისას თქვენი ხელის ქვეშ დაიდეთ ბავშვის ხელი, როგორც ეს მომდევნო ფოტოზეა ნაჩვენები. საბოლოოდ, გამოსწიეთ ბავშვის ხელი და თავისუფლად ჩაატარეთ მუცლის პალპაცია.

მუცლის ჯედის მოსადენებლად შეგიძლიათ ბავშვს ფეხები მოუხაროთ მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში. ჯერ ჩაატარეთ ყველა უბნის ზერელე პალპაცია, შემდეგ ღრმა, პოტენციურად პათოლოგიის აღგილების გასინჯვა ბოლოსთვის დაიტოვეთ.

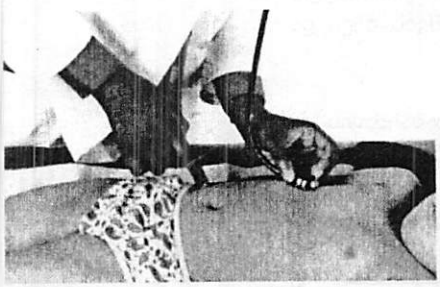
ბავშვების ღვიძლის მოსაღრდნელი მოცულობის დადგენა პერკუსიით

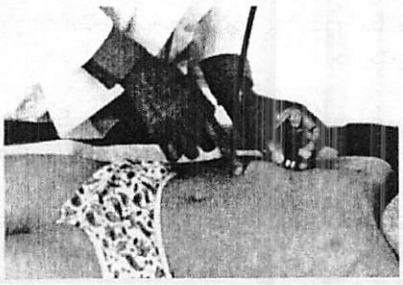
ღვიძლის საშუალო მოსაღრდნელი მოცულობა (სმ)

ასაკი წლებში	*მამაკაცები*	*ქალები*
2	3.5	3.6
3	4.0	4.0
4	4.4	4.5
5	4.8	4.8
6	5.1	4.8
8	5.6	5.1
10	6.1	5.4



ქვემოთ სუსათზე ნაჩვენებია ღვიძლის ქვედა კიდის დასადგენი ეით-ეითი მეთოდი – *გაკანვჩის ტესტი*. სტეტოსკოპის მემბრანა დადეთ მარჯვნივ ნეკნთა რკალზე ღავინშეა ხაზზე. ფრჩხილით ოდნავ გაკანჩეთ მუსკულის კანი ღავინშეა ხაზის გასწვრივ ქიპიდან ნეკნთა რკალისკენ. ხოდესაც თითი გადაკვეთს ღვიძლის კიდეს, სტეტოსკოპით მოისმენთ ხმის ცვლილებას.





ელენთა, ისევე როგორც ღვიძლი, ბავშვებში ადვილად ისინჯება. იგი ჰგავს მკვეთრი კიდით და მიემართება ქვევით ენასავით მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ელენთა მოძრავია და იშვიათად სცილდება ნეკნთა რკალს 1-2 სმ-ით.

ჰეპატომეგალია ბავშვებში ჰეპატომეგალია იშვიათია. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ცისტოფიბროზი, ცილის მონელების დარღვევა, ჰარაზიტები და სიმსივნე.

თუ ჰეპატომეგალიას ახლავს სპლენომეგალია, ჰორტელი ჰიპერტენზია, სავარაუდო დაგროვების დაავადებები, ქრონიკული ინფექცია და ავთვისებიანი დაავადებები.

სპლენომეგალიის მიზეზები შეიძლება იყოს სხვადასხვა დაავადება, როგორიცაა *ინფექცია, ჰემატოლოგიური დარღვევები*, მაგ., *ჰემოლიზური ანემია, ინფილტრაციული*

ჩაატარეთ *მუცლის სხვა ორგანოების* პალპაცია. ხშირად შეიძლება ნახოთ ორტის პულსაცია ეპიგასტრიუმის არეში. მისი ნახვა ადვილია შეახსენდან მარცხნივ ღრმა პალპაციით.

მოზრდილ ბავშვებში მუცლის პალპაცია მტკივნეულობის დასადგენად ისევე ტარდება, როგორც მოზრდილებში; თუმცა მუცლის არეში ტკივილის მიზეზები ხშირად განსხვავებულია და მოიცავს მწვავე და ქრონიკული დაავადებების ფართო სპექტრს. მტკივნეულობის ლოკალიზაცია დაგეხმარებათ ტკივილის გამომწვევი მუცლის ორგანოების დადგენაში.

დარღვევები და *ანთებითი* ან *აუტოიმუნური დაავადებები*, ასევე შეგებება *ჰორტული ჰიპერტენზიის* გამო.

მწვავე მუცლის მქონე ბავშვში, როგორც *მწვავე აპენდიციტის* დროს, დაგეხმარებათ სპეციალური მეთოდები, როგორიცაა ჯენთების ხიგიდობა, ხელის ამვებისას მტკივნეულობა, ჰოვსინგის ნიშანი ან დადებითი სუჯის ან დამხურავის ნიშანი. იხ. გვ. 388.

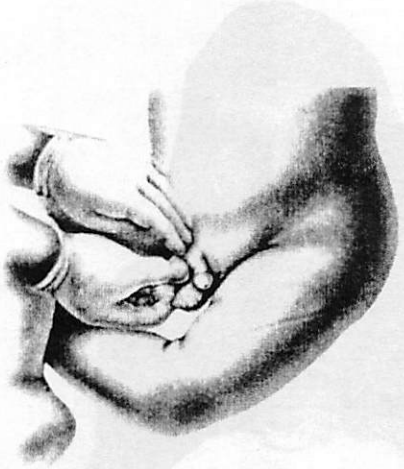
II მამაჯასის სასქესო ორგანოები

დაათვალიერეთ ასო. პრეპუბერტატული ბავშვებში ზომა არ არის მნშვნელოვანი, თუ ძალიან დიდი არ არის. მსუქან ბავშვებში ბოქვენის ცხიმოვანმა ქსოვილმა შეიძლება ასო დამალოს.

ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების დროს ასო და სათესლე ჯირკვლები გადიდებულია სქესობრივი მომწიფების ნიშნებით. ამის მიზეზი სხვადასხვა მდგომარეობებია, დაკავშირებული ანდროგენების სიჭარბესთან, რომლის მიზეზია *თირკმელზედა ჯირკვლის ან ჰიპოფიზის სიმსივნე*. ასევე ვლინდება სქესობრივი მომწიფების სხვა ნიშნები.

პატარა ბიჭის სათესლე პარკის და სათესლე ჯირკვლების *პალპაცია* ხელოვნებაა, ვინაიდან უმრავლესობას ძლიერ აქტიური ჯრმასტერის რეფლექსი აქვს, რაც იწვევს სათესლე ჯირკვლების რეტრაქციას საზარდულის არხში. ამიტომ შეიძლება ჩათვალოთ, რომ სათესლე ჩამოსული არ არის. ბავშვი გასინჯეთ, როდესაც ის მოდუნებულია, ვინაიდან აგზნება ჯრმასტერის რეფლექსს ასტიმულირებს. თბილი ხელებით ჩაატარეთ მუცლის ქვედა ნაწილის პალპაცია და ჩამოდით ქვევით სათესლე პარკისკენ საზარდულის არხის გასწვრივ. ამით მინიმუმამდე შეამცირებთ სათესლე ჯირკვლების რეტრაქციას საზარდულის არხში.

გასინჯვა გაგიადვილდებათ, თუ ბიჭი გამოსაკვლევ მაგიდაზე დაჯდება გადაჯვარედინებული ფეხებით, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. ასევე შეგიძლიათ მისცეთ ბუშტი გასაბერად ან ასწიოს საგანი, რათა გაიზარდოს მუცლის შიგნითა წნევა. თუ სათესლე პარკში ჯირკვლებს ვერ ხედავთ, ნიშნავს, რომ ჯირკვლები ჩამოსულია, თუნდაც საზარდულის არხში ხანგრძლივად ყოფნის შემდეგ.



ამ ასაკში შეიძლება აღინიშნებოდეს *ჰიპოსპადია*. ის ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს. უნდა განასხვავოთ სათესლეს რეტრაქციისგან)

ჯრმასტერის რეფლექსი შეგიძლიათ გასინჯოთ ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე გარზვით. სათესლეები შესაბამის მხარეს აინევს.

მტკივნეული სათესლე ჯირკვალი დაუყოვნებელ მკურნალობას მოითხოვს. ხშირი მიზეზებია *ეპიდიდიმიტი* ან *ორქიტი*, *სათესლეს შემოგრეხა*, ან *სათესლეს დანამატის შემოგრეხა*

საზარდულის არხი ისევე გასინჯეთ, როგორც მოზრდილებში, დააკვირდით ჰაიმე შესიებას, რომლის მიზეზი შეიძლება *საზარდულის თიაქარი* იყოს.

საზარდულის თიაქარი მოზრდილ ბიჭებში ისევე ვლინდება, როგორც მამაკაცებში, საზარდულის არხის შესიებით, განსაკუთრებით ვარსკვლავის მანევრის დროს)

ქალის სასქესო ორგანოები

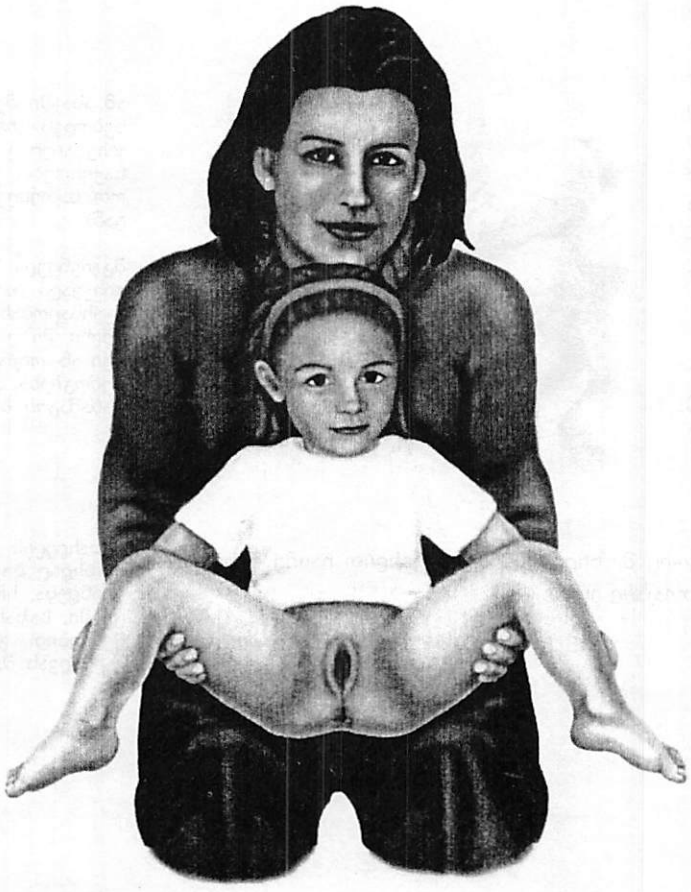
მოზარდი ბავშვის და მოზარდების სასქესო ორგანოების გასინჯვამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის, მისი მშობლების და თქვენი შეშფოთება (განსაკუთრებით, როდესაც თქვენ საპირისპირო სქესის ხართ); მიუხედავად ამისა, თუ არ გასინჯავთ, შეიძლება მნიშვნელოვანი მონაცემები გამოგრჩეთ. ბავშვის განვითარების დონის მიხედვით აუხსენით, სხეულის ან ნაწილების გასინჯვა გსურთ და რომ ეს არის ჩვეულებრივი, ტკივილიანი გასინჯვა.

ჩვილობის შემდეგ, დიდი და მცირე ბაგეები თანაბრდება, საკმაოდ ადრე ხდება თხელი, გამჭვირვალე და შეიცავს სისხლძარღვებს, რომლის ფერების გამოყოფა ადვილია.

სასქესო ორგანოების გამოკვლევის მეთოდები ერთნაირია ყველა ასაკის გოგონებისთვის, გვიანი ჩვილობიდან მოზარდის ასაკამდე. გამოიყენეთ ფრთხილი, მშვიდი მიდგომა, თან განვითარების შესაბამისად აუხსენით გამოკვლევები. ყურადღება სინათლის ნყარო დაგჭირდებათ. ბავშვების უმრავლესობა შეიძლება გასინჯოთ ზურგზე წოლის დროს, როდესაც ფეხები ბაყაყის პოზაში აქვს.

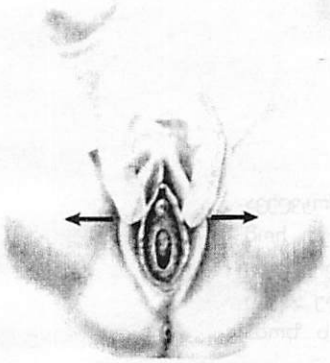
7 წლამდე ბოყვენის თმიანობის განვითარების დროს სავარაუდოა *ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება* და საჭიროებს გამომწვევი მიზეზის დადგენას.

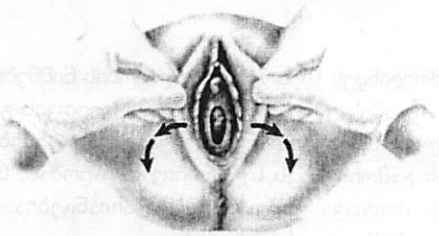
თუ ბავშვი დარცხვენილი ჩანს, უმჯობესია მშობელი იყდეს გამოსაკვლევ მაგიდასთან ბავშვთან ახლოს ან შეგიძლიათ ბავშვი გასინჯოთ, როდესაც ის დედის მუხლებზე ზის. მომდევნო სურათზე ნაჩვენებია 5 წლის ბავშვი, რომელიც ზის დედის მუხლებზე და დედას მისი ფეხები გაშლილად უჭირავს.



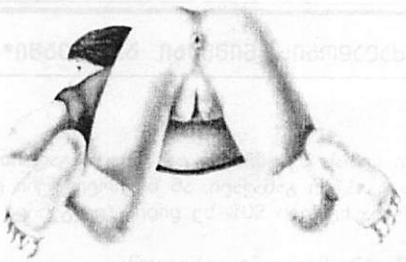
სასქესო ორგანოების გამოკვლევა ჩაატარეთ ხასიათნაღუხად და სისტემურად. გახედეთ სასქესო ორგანოები დაათვალიერეთ ბოქვენის თმიანობა, ჯიბოსის ზომა, დიდი ბაგეების ფერი და ზომა, გამონაყარი სისხლჩაქცევები და სხვა დაზიანებები.

შემდეგ, თითებით ორგანოების დასათვალიერებლად გადაუნიეთ ბაგეები, როგორც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები. ასევე შეგიძლიათ ორივე ხელის თითებით ფრთხილად ნამოუნიოთ ბაგეები და ღატაკისად გააცალკევეთ, შიგნითა სტრუქტურების დასათვალიერებლად, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. *ბაგეების აღჭურვა*, ანუ მცირე ბაგეების შეწებება შეიძლება აღინიშნებოდეს პრეპუბერტატულ ბავშვებში და დამაღოს სამო და მარსადენის ხვრელი. ეს ნორმად ითვლება.





დააკვირდით მცირე ბაგეების, მარცხნადენის, საქალწულე აკრის და პროქსიმალური სამოს მდგომარეობას. თუ საქალწულე აკრის კიდეებს ვერ ხედავთ, სთხოვეთ ბავშვს ღრმად ისუნთქოს, ხათა მუცლის კუნთები მოდუნდეს. სხვა მეთოდია ბავშვი დააყენოთ მუხლ-მკერდის პოზაში, როგორც მარჯვნივ და შემდეგ გვერდზე სურათებზეა ნაჩვენები. ასეთ მდგომარეობაში კარგად ჩანს საქალწულე აკრი. იმისათვის, რომ საქალწულე აკრის კიდეები ნაკლებად ნებოვანი იყოს, გამოიყენეთ ფიზიოლოგიური ხსნარის ნვეთები.



მოეცადეთ საქალწულე აკრის კიდეების შეხებას, ვინაიდან იგი აბსოლუტურად მგრძნობიარე ჰორმონების დაცვითი ეფექტის გარეშე. დააკვირდით გამონადენს, ბაგეების შეწებებას, დაზიანებას, ესტროგენიზაციას (სქესობრივი მომწიფების მაჩვენებელი), საქალწულე აკრის სახეებს (როგორიცაა არაპერფორირებული ან ტიხრებით გაყოფილი, რაც იშვიათია) და ჰიგიენას. თხელი, თეთრი გამონადენი (ლეიკორეა) ხშირია. სამოს და სამვიცრსნოს ყელის სარკით დათვალიერება აუცილებელი არ არის პრეპუბერტატულ ბავშვებში, თუ არ არის ეჭვი მძიმე ტრავმის ან უცხო სხეულის არსებობაზე.

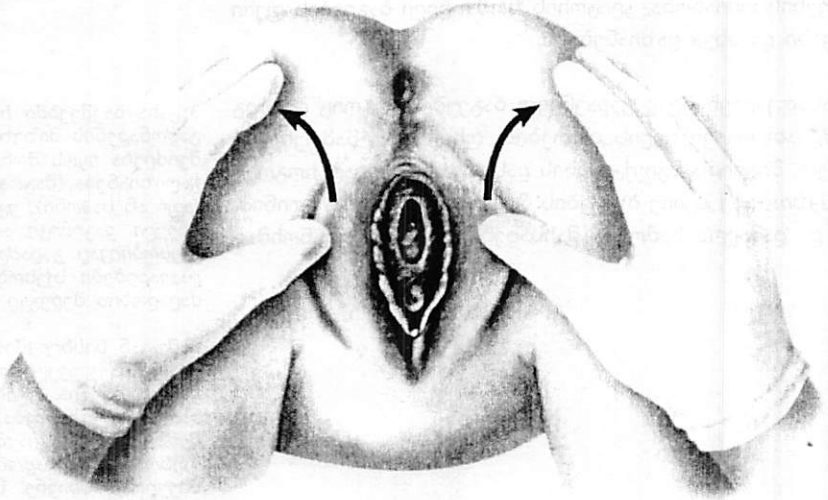
ჩვილების და ბავშვების საქალწულე აკრს სხვადასხვა ფორმა შეიძლება ჰქონდეს, როგორც 18-16 ცხრილშია ნაჩვენები, 811-ე გვერდზე.

პატარა ბავშვებში *სამოდან გამონადენის* მიზეზი შეიძლება იყოს მორიხის გაღიზიანება (მაგ. აბაზანის ქაფი ან საპონი), *უცხო სხეული, ვაგინიტი*, ან *სქესობრივად გადამდები დაავადებები* სქესობრივი ძალადობის შედეგად.

სამოდან სისხლდენის არსებობა ყოველთვის განსახილველია. ეტიოლოგიაა *სამოს გაღიზიანება, შემთხვევითი ტრავმა, სქესობრივი ძალადობა, უცხო სხეული, სიმსივნე*. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება შეიძლება გახდეს პატარა გოგონებში მენზესის მიზეზი.

ჩრიქოვანი, პრომუზული, ცუდი სუნის და სისხლიანი გამონადენის შემთხვევაში უნდა გამოიკვლიოთ *ინფიცირება, უცხო სხეულის* ან *ტრავმის არსებობა*.

ნახეთ ან ტრავმის ნიშნები გარეთა სასქესო ორგანოებზე შეიძლება განვითარებული იყოს მასტურბაციის, გაღიზიანების ან შემთხვევითი ტრავმის შედეგად, მაგრამ შეიძლება გამონვეული იყოს *სქესობრივი ძალადობით*.



ობიექტური გასინჯვით შეიძლება გამოვლინდეს *სქესობრივი ძალადობის* ნიშნები და გამოკვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ ამის ეჭვია არსებობს. ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ ძალადობის შემთხვევაში გამოკვლევათა უმეტეს შემთხვევაში ცვლილებები არ ვლინდება, ამიტომ ნორმალური მონაცემები არ გამორიცხავს სქესობრივ ძალადობას. საკანალის პარის ბორცვი, ნაკდევი ან თავისუფლად მოძრავი ქიდე ნორმის ვარიანტებია. ხვრელის ზომა ცვალებადობს ასაკის და გამოკვლევის მეთოდის მიხედვით.

სქესობრივი ძალადობის ნიშნები ბავშვებში*

შესაძლო მაჩვენებლები

1. მუხლ-მკერდის მდებარეობაში ყითლის შესამჩნევი და სწრაფი გაფართოვება, რომელსაც არ ახლავს ნაბზარი, თალში განავალი, ან ნევროლოგიური დარღვევები
2. საკანალის პარის ნაკდევი ქვედა ნახევრის 50%-ზე დიდია (დადგენილი მუხლ-მკერდის მდებარეობაში)
3. 3 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში წვეტიანი კონდილომა
4. სისხლჩაქცევა, ნახეხი, გაგლეჯვა ან დარტყმის ჭრილი ბაგეებზე ან საკანალის პარის დარშემო ქსოვილებზე
5. ნეონატური პერიოდიდან დამორებით, ჰერპესი ყითლის და გენიტალიის არეში.
6. პატარა გოგონებში ჩირქოვანი და ცუდი სუნის გამონადენი საშოდან (გამონადენი უნდა ბაქტერიოლოგიურად და მიკროსკოპულად გაისინჯოს სქესობრივად გადამდები დაავადებების დასადგენად)

ხუსტი მაჩვენებლები*

1. საკანალის პარის და ვულვის გაგლეჯვა, ექიმობრები და ახლად განვითარებული ნაწიბური
2. საკანალის პარის ქსოვილის არ არსებობა 3-დან 9 წლ-მდე მდებარეობაში (დაადასტურეთ სხვადასხვა პოზაში)
3. 3-დან 9 წლ-მდე მდებარეობაში საკანალის პარის შეხორცება (სრული ნახრახი)
4. პერიანალური გაგლეჯვა გარეთა სფინქტერამდე

ბავშვი, რომელსაც აღენიშნება განხილული კლინიკური ნიშნები, საჭიროებს სექსუალურ ძალადობაზე გამოკვლევას ანამნეზისა და ნიშნების დადგენით.

* ნებისმიერი ფიზიკური ნიშანი უნდა განიხილოთ სრული ანამნეზის შესწავლის, სხვა სისტემების და laბორატორიული გამოკვლევების კომპლექსში.

თუ საქალწულე აპკის ჯიღეები გღვია და ქვედა ნაწილში უნყვეტი, აპკი ნოხმაღუჩია. მიუხედავად ამისა, შესაბამისი ობიექტური ნიშნები მიუთითებს შესაძლო სექსუალურ ძალადობაზე და უფრო სრულ გამოკვლევას საჭიროებს ექსპერტებთან ერთად.

სწორი ნაწლავის გამოკვლევა

ექტული გამოკვლევა ჩუტნული პედიატრიული გამოკვლევის ნაწილი არ არის, მაგრამ უნდა ჩაატაროთ, როდესაც ვარაუდობთ მუცლის ღრუს, მენჯის ან პერირექტული დაავადების არსებობაზე.

პატარა ბავშვებში ექტული გამოკვლევა უნდა ჩაატაროთ, როდესაც ბავშვი გვერდზე წევს, ან ლითოტომიურ პოზაში. ბავშვების უმრავლესობისთვის ლითოტომიური პოზა ნაკლებად შემაწუხებელია და ადვილად გამოსაყენებელი. ბავშვი გვერდზე დაანვინეთ ისე, რომ ფეხები მუხლის და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილი ჰქონდეს და განზიდული. პერანგი წელამდე აუწიეთ. გამოკვლევის დროს ბავშვი დაამშვიდეთ და უთხარით, რომ პირით ისუნთქოს მოდუნებისთვის. გადაუწიეთ დუნდულები და დათვალიერეთ ყოველი. პატარა ბავშვებში გასინჯეთ ხელთათმანიანი და საცხიანი თითით. მეორე ხელით გასინჯეთ მუცელი, რათა ბავშვის ყურადღება გადაიტანოთ და მუცლის ორგანოებიც გასინჯოთ. პატარა ბავშვებში ნორმალებარე ჯირკვალი არ ისინჯება.

ყოველს ჯანის სიღრმეზე *ნაწლავის ანთებითი დაავადების* დროს აღინიშნება, მაგრამ უფრო ხშირად უმნიშვნელო ნიშანია.

ექტული გამოკვლევის დროს მტკივნეულობა ბავშვებში, ჩვეულებრივ, ინფექციის ან ანთების ნიშანია, როგორცაა *აბსცესი* ან *პანდიციტი*.

ძვალ-ხუთოვანი სისტემა

მოზრდილ ბავშვებში ზედა ჯიღურების დაზიანებები იშვიათია *დაზიანების* არ არსებობისას.

ნორმალურ ბავშვებს აღენიშნებათ წელის შეღრეჯვის გაღრმება და გულ-მკერდის ამოღრეჯვის შემცირება მოზრდილებთან შედარებით და ხშირად გამოზნექილი მუცელი.

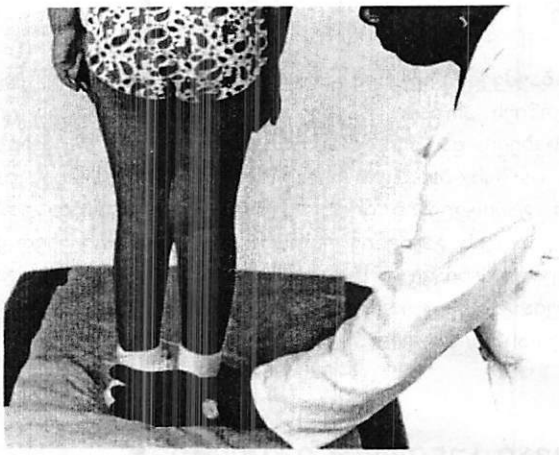
დაკვირდით ბავშვის დგომას და სიარულს. შეგიძლიათ სთხოვოთ, შეეხოს ფეხის თითებს, აღგეს მჯდომარე მდგომარეობიდან, გაირბინოს და ასწიოს საგანი. დაზიანების უმეტესობა შეიძლება შეამჩნიოთ, თუ ყურადღებით დაკვირდებით ნორმალურ და უჯრედს. ბავშვის სიარულს არაპირდაპირად შეაფასებთ, თუ დაკვირდებით ნორმალურ მხარეს აქვს გაცვეთილი ფეხსაცმლის ქუსლები.

ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ *გადიას იდაყვი* ან სხივის ძვლის თავის ქვემოვარდნილობა გამოკვრის შედეგად მიღებული დაზიანების გამო.

ჩვილობის პერიოდში აღინიშნება ფეხების გაღუნვის ჩვეულებრივი და ნორმალური განვითარება, (როგორც მარცხენა სურათზეა ნაჩვენები), რომელიც თანდათან ქრება 18 თვის ასაკისთვის, ხშირად მოჰყვება გადანაცვლება მუხლების მიდებისკენ. *მუხლების მიდება* (როგორც ქვემოთ მარჯვნივაა ნაჩვენები), ჩვეულებრივ, მაქსიმალურია 3-დან 4 წლამდე ასაკში და თანდათან სწორდება 9-10 წლის ასაკში.

ფეხების ძლიერი გაღუნვა (genu varum) შეიძლება ფიზიოლოგიური იყოს და სპონტანურად გასწორდეს. განსაკუთრებით ძლიერი გაღუნვა ან ცალ მხარეს გაღუნვა შეიძლება პათოლოგიით იყოს გამოწვეული, როგორიცაა ჰაქიტი ან tibia vara (*Blount-ის (ბლანტის) დაავადება*).





ნვივის დეფორმაცია შეიძლება ჰამოდენიმე გზით შეფასდეს; ერთი მეთოდია, ბავშვი დაანვინოთ მაგიდაზე პირქვე და ფეხები მუხლებში მოუხაროთ 90°-ით, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. დააჯვირდით ბარძაყის და ნვივის ღერძს. ჩვეულებრივ, აღინიშნება ფეხის ±10°-ით შიგნით ან გარეთ მებრუნება.



სიარულის დაწყებისას პატარა ბავშვები შეიძლება ფეხის თითებზე დადიოდნენ. ასეთი სიარული გრძელდება 4 წლამდე და შემდეგ თანდათან ქრება 10 წლის ასაკისთვის.

დაათვალიერეთ ბავშვი *სკოლიოზზე* "მოზარდების" განაყვეთში აღნერილი მეთოდით.

გამოიკვლიეთ ბარძაყების მძიმე დაავადებებზე, რაც დაკავშირებულია შარდენდოს ჯნთის სისუსტესთან – დააკვირდით ბავშვს უკნიდან, როდესაც ერთი ფეხიდან მეორეზე გადადის. მენჯი უნდა ინარჩუნებდეს დონეს, როდესაც ბავშვი ჯანმრთელ მხარეს ეყრდნობა, რასაც ეწოდება *დადებითი Trendelenburg-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი*, როგორც მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები.

მენჯ-ბარძაყის მძიმე დაავადების დროს, მენჯი იხრება დაუზიანებელ მხარეს, როდესაც ეყრდნობა დაზიანებულ მხარეს (ანასწორი *დადებითი Trendelenburg-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი*, როგორც მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები)

დაადგინეთ *ფეხის დამოკლება*, რაც შეიძლება ახლდეს ბარძაყის დაავადებას. ამისთვის ორივე მხარეს შეადარეთ მანძილები თეძოს წინა ნემო ნვეტიდან მედიალურ გოჯამდე. ჯერ ფრთხილად გაასწორეთ ბავშვი და ფეხზე დააყენეთ, შემდეგ შეადარეთ მედიალური გოჯების დონეები. ასევე შეგიძლიათ მეტრით მონიშნოთ ერთი ფეხის მედიალური გოჯი და ერთმანეთს მიადოთ გოჯები, ხოლო მილოთ ნეტრი გაზომვისთვის.

ასევე, როდესაც ბავშვი გამართული დგას, ჰორიზონტალურად დაიჭირეთ ხელი უკნიდან თეძოს ქედის დონეზე. შეიძლება გამოვლინდეს ფეხის სიგრძეების მცირე განსხვავება. თუ ეს განსხვავება აღინიშნება, მოკლე ფეხის ქვეშ დადეთ ნიგნი. ამით განსხვავებას აღმოფხვრით.



მენჯ-ბარძაყის განზიდვა ნორმაში უარყოფითი TRENDELENBURG-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი



მენჯ-ბარძაყის განზიდვის სისუსტე დადებითი TRENDELENBURG-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი

III ნერვული სისტემა

ჩვილობის შემდეგ, როდესაც უპირობო რეფლექსები ქრება, ნევროლოგიური გამოკვლევა მოიცავს იმ ნაწილებს, რაც გამოიყენება მოზრდილებში. ასევე, შეგიძლიათ ერთდროულად ჩაატაროთ ნევროლოგიური და განვითარების შეფასება, საქმიანობის შემთხვევაში თამაშის სახით. მიზანია ოპტიმალური განვითარების და ნევროლოგიური გამოვლინებების შეფასება, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ბავშვი კოოპერირებული იყოს.

სპასტიკური დიპლეგიის მქონე ბავშვს ხშირად აქვს ჰიპოტონია ჩვილობის პერიოდში, შემდეგ მომატებული ტონუსი სპასტიკურობით, ჯერნჩვით და შესაძლოა მუშტების შეკვრით ორგორც მოზრდილებში.

გამოიყენეთ დენვერის განვითარების სკრინინგის ტესტი (DDST), რომელიც აღწერილია და ნაჩვენები 795-796-ე გვერდებზე. ბავშვებს, რეკლამირებულ, მოსწონთ ეს კომპონენტები. დაიმახსოვრეთ, რომ DDST უკეთესია მოტორული ფუნქციების შენელების დასადგენად, ვიდრე მეტყველების ან შემეცნების შეფასებისთვის.

თავის ტვინის ნერვები. თავის ტვინის ნერვები ადვილად შეიძლება გამოიკვლიოთ, თუ გამოიყენებთ განვითარების შესაბამის სტრატეგიას, რომელიც ნაჩვენებია მომდევნო ცხრილში:

მცირეწლოვან ბავშვებში თავის ტვინის ნერვების შეფასების სტრატეგია

თავის ტვინის ნერვები	სტრატეგია
I ყნოსვის	ტესტირება შესაძლებელია მოზრდილ ბავშვებში
II მხედველობის სიმახვილე	3 წლის ასაკის ზევით გამოიყენეთ სნელენის ტუჯა მხედველობის ველები ისევე გამოიკვლიეთ, როგორც მოზრდილებში. შეიძლება ბავშს თავი მშობელმა დაუჭიროს.

(გაგრძელება)

ბავშვებში იშვიათია ცალკეული ნევროლოგიური ნიშნები, მაგრამ შეიძლება აღინიშნებოდეს ტრავმა, თავის ტვინის სიმსივნე, ქალას შიგნით სისხლჩაქცევა ან ინფექცია.

(გაგრძელება)

III, IV, VI	თვალის მოძრაობა	თვალს აყოლებს თუ არა სინათლეს ან საგანს (უმჯობესია სათამაშოს). შეიძლება ბავშვს თავი მშობელმა დაუჭიროს.
V	მოტორული	ეთამაშეთ ბამბის ბუთლით მგრძნობელობის შესამოწმებლად. შეუძლია თუ არა ყბილების ეთმანეთზე დაჭერა, დაღეჭვა და გადაყლაპვა.
VII	სახის	შეუძლია თუ არა სახის მიმიკის შეცვლა ან თქვენთვის მიმსგავსება (ნახატების მიძრაობის ჩათვლით), დააკვირდით სახის სიმეტრიას და სახის ნაკვთების მოძრაობას.
VIII	სმენა	4 ნლის ასაკის ზევით გამოიყენეთ სმენის შესამოწმებელი ტესტები. ბავშვის ზურგს უკან უჩურჩულეთ სიტყვები ან მიეცით დავალებები, რომელიც ბავშვმა უნდა გაიმეოროს
IX, X	ყლაპვა და ღებინება	გამოაყოფინეთ ენა და ათქმევინეთ "აჰჰ". დააკვირდით ნაქის და ხმის სასის მოძრაობას
XI	სპინალური დამატებითი	შეუძლია თუ არა თქვენი ხელის განევა თავის ხელით, მხრების აჩეჩვა, როდესაც თქვენ ხელებით დაანვებით ხათა "ნახოთ, როგორი ღონიერია".
XII	ენის ქვემა	ბავშვს სთხოვეთ "ენა გამოყოს ყველა მიმართულებით"

სიარული, ძაღლა და პოროზინაცია. მოტორული გამოკვლევის მნიშვნელოვანი ნაწილია ბავშვზე დაკვირვება სიარულის, ან უკეთესია, სირბილის დროს. დააკვირდით ასიმეტრიას, სისუსტეს, ძაღლან აღვილად სიარულს ან ჰირიქით, მოუხერხებელ სიარულს. DDST გამოკვლევის საზომის მიხედვით შეამოწმეთ მესაბამისი მანევრები, როგორიცაა ქუსლებზე და ფეხის ნვერებზე სიარული (ფოტო შემდეგ გვერდზე), აღგილზე ხტომა და გადახტომა. პოროზინაციის და ზედა კიდურების ძაღის შესამოწმებლად გამოიყენეთ სათამაშოები.

ბავშვებში, რომელთაც არაპოროზინირებული სიარული აღნიშნებათ, უნდა გაარჩიოთ *ორთოპედიული მიზეზი*, როგორიცაა თეძოს, მუხლის ან ტერფის პოზიციური დეფორმაცია, *ნევროლოგიური დარღვევებისგან*, როგორიცაა *ცერებრული დამბლა, ატაქსია, ნერვკუნთოვანი დარღვევები*, რაც იწვევს სისუსტეს ან *დეგენერაციულ დაავადებებს.*

ხოდესაც გინდათ ბავშვის ძაღის შეფასება, დაანვინეთ იატაჯზე, სთხოვეთ აღგეს და ჯაჩგად დაატვიხღით ეტაპებს. უმხავლესობა ნოხმაღუხი ბავშვებისა, ჯეხ ჯდება, შემდეგ ხხის მუხღებს და შღის მეღავებს, ხათა დაეყხდნოს იატაჯს და დგება.

ხელებს იყენებს 2 წღის ასაჯის ბავშვთა უმხავლესობა და იშვიათია 18 თვემდე ასაჯში.



გახჯველი ფოხმის ჯენთოვანი დისტხოფიის ღხოს მენჯის სახტყღის სისუსტესთან ეხთად, ბავშვი აღგომისას ჯეხ ჰიხქვე გაღაბხენღება და იატაჯს ხელებით ანვება, მაშინ ხოდესაც ფეხები გაშღიღი აქვს (*Gower-ის (გოუეხის) ნიშანი*).

მბხძნობელობა. მგხძნობელობის გამოჯველვა შეიძღება ბამბის ბუხთელის საშუალებით. ამას უჯეთესად ჩაატახებთ, ხოდესაც ბავშვს თვაღები ღახუჭული აქვს. ნუ გამოიყენებთ ნველიან საგანს ან ახა ჯოოპეხიხებული და შენუხებული ჰაციენტის გასინჯვისას.

მყეს-ძვაღთა ღხმა ხეფღექსები. ღხმა მყესების ხეფღექსები ისევე შეგიძღიათ გამოიჯველიოთ, ხოგოხც მოზხიღიებში. ჰიხველ ხიგში ბავშვს აჩველეთ ხეფღექსების ჩაქუჩის ხმახება ხელზე და დაახწმუნეთ, ხომ ეს მტკივნეული ახ ახის. ბავშვებს მოსწონთ, ხოდესაც მათი ფეხი ხტუნავს ჯვიხისტავის ხეფღექსის გასინჯვის ღხოს. გასინჯვისას საქხიხოა, ხომ ბავშვი ჯოოპეხიხებული იყოს და თვაღები ღახუჭული ჰქონღეს, ხაღგან ღაძაბვა შეცვღის შეღეგებს.

3 წღის ზევით ასაჯის ბავშვებს შეგიძღიათ სთხოვოთ, დაგიხატოთ სუხათი, გაღახატოს საგნები, ხოგოხც მოცემღია DDTS-ში და შემდეგ განიხიღოთ ნახატი, ხათა ეითღხოულად შეაფასოთ მოტოხული ჯოოხღინაცია, აღქმა და მეტყველება.

ნათხემის გამოჯველვა შეიძღება ცხვიხი-თითის ტესტით და ხელებისა და თითების მონაცვლეობითი სწხაფი მოძხაობით. ბავშვებს მოსწონთ ასეთი თამაშები. 5 წღის ზევით ასაჯის ბავშვებს შეუძღიათ მახჯვენას და მახცხენას გახჩევა, ამიტომ თქვენ შეგიძღიათ ჩაატაჰოთ მახჯვენა-მახცხენას გახჩევის ტესტები, ხოგოხც მოზხიღიებში ატახებთ.

მნიშვნელოვანია, გაახჩიოთ განვითახების თითოეული ნიშნის იზოღიხებული შენელება (მაგ. ჯოოხღინაცია ან მეტყველება) და უფხო გენეხაღიზებული შენელება, ხაც ვღინღება ხამოღენიმე ჯომპონენტად. მოგვიანებით აისახება გღობაღუხი ნევხოღოგიული დახღვევებით, ხოგოხიცაა *გონებხივი შენელება*, ხაც მხავაღი მიზეზით შეიძღება იყოს გამოწვეული.





მეცნიერების, შემეცნების და სოციალური და ემოციური განვითარების შეფასებისთვის გამოიყენეთ DDST სახომი 675-678 გვერდებზე. დაიმახსოვრეთ, რომ ნევროლოგიური და განვითარების გამოკვლევისთვის საჭიროა, რომ ბავშვი იყოს დამყოლი, მომთმენი, მხიარული და არ სცხვენოდეს თქვენთან თამაშის. ასევე შეეძლოს შეცვალოს, როდესაც გამოკვლევის ახალ მეთოდებს იყენებთ მისი განვითარების დონის დასადგენად.

ზოგიერთ ბავშვს, რომელსაც აღენიშნება *ყურადღების დეფიციტი ჰიპერაქტიურობით (attention deficit disorder with hyperactivity - ADHD)*, ექნება ჯოჯოხეთის ჰორიზონტები ნევროლოგიური და განვითარების გამოკვლევისას ყურადღების ფოკუსირების ჰორიზონტის გამო. ასეთ ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ მომატებული ენერგიულობა, არ შეუძლიათ მშვიდად გაჩერება დიდი დროით, ჰორიზონტები აქვთ სკოლაში და სახოგადოებაში.

მოზარდთა გამოკვლევის მიდგომა

მოზარდების სრულყოფილი გამოკვლევის პირობაა კომფორტული, კონფიდენციალური გარემო. ეს გამოკვლევას უფრო თავისუფალს და ინფორმატიულს გახდის. განიხილეთ მოზარდის შემეცნება და სოციალური განვითარება, როდესაც გადანყვიტავთ განმარტოვების, მშობლების მონანილეობის და კონფიდენციალურობის საკითხებს.



მოზაიდთა გამოკვლევის მიდგომა

მოზაიდები, ისევე როგორც სხვა ადამიანები, ჩვეულებრივ დადებითად ეხმიანება, როდესაც ვინმე მათდამი გულწრფელ ინტერესს ავლენს. მნიშვნელოვანია, ინტერესი თავიდანვე აჩვენოთ და ბოლომდე შეინარჩუნოთ, რათა უთითქოთუ ფორმალური იყოს. მოზაიდი უფრო მეტი ხალისით იხსნება, როდესაც საუბარი ეხება მის პიროვნებას და არა მის პრობლემებს. სახვა გამოკითხვებისგან განსხვავებით, *საუბარი დაიწყეთ სპეციფიკური მოზანმიმართული კითხვებით*, რათა მოიპოვოთ ნდობა და კარგი უთითქოთობა დაამყაროთ. დასაწყისში შეგიძლიათ ჩვეულებრივზე უფრო მეტი იღაპარაკოთ. დაწყებისთვის უკეთესია, კითხვები დაუკავთ ამბანაგებზე, სკოლაზე, ჩვევებზე და ოჯახზე. გარემება, რათა მოზაიდმა იღაპარაკოს, ან მის შეგრძნებებზე შეკითხვებით დაწყება, არ არის კარგი საშუალება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ გაკეთებთ შეჯამებებს და გარდამავალ ეტაპებს და აუხსნით, თუ რის გაკეთებას აპირებთ ფიზიკალური გამოკვლევის დროს. მოზაიდის ფიზიკალური გამოკვლევის დროს ასევე უნდა მისცეთ საშუალება, იღაპარაკოს. როგორც კი კარგ უთითქოთობას დაამყარებთ, დაუბრუნდით უფრო ღია კითხვებს. გარკვეულ მომენტში, ჰკითხეთ, რა მოსაზრება ან შეკითხვა აქვს მოზაიდს.

ასევე გახსოვდეთ, რომ მოზაიდის ჩვევები დაკავშირებულია მის განვითარების დონესთან და არ არის აუცილებელი, ქრონოლოგიურად მიყვებოდეს ასაკს და სქესობრივ მომწიფებას. მოზაიდის ასაკმა და შესახედაობამ შეიძლება შეცდომაში შეგიყვანოთ და დაასკვნათ, რომ ისინი ფუნქციონირებენ უფრო მომავალზე ორიენტირებულ დონეზე. ხშირია (საპირისპირო მიმართულებით ცვლილება) ასევე შეიძლება ქცეშმარიტი იყოს, განსაკუთრებით თინეიჯერებში, რომლებთანაც აღნიშნებათ მომწიფების შენელება ან ქრონიკული დაავადებები.

მოზაიდებისთვის მნიშვნელოვანია *კონფიდენციალურობა*. აუხსენით ბავშვსაც და მშობლებსაც, რომ განსაკუთრებით უკეთესია, თუ მოზაიდს გარკვეულ დამოკიდებლობას მიანიჭებთ და კონფიდენციალურ გარემოს შეუქმნით. ამაში დაგეხმარებათ, თუ მშობლებს სთხოვთ, გამოკითხვის გარკვეულ მომენტში ოთახიდან გავიდნენ, როდესაც ბავშვის ასაკი 10-11 წელია. ეს მოამზადებს მომვლელსაც და ბავშვსაც მომდევნო ვიზიტებისთვის, სადაც ბავშვი უფრო მეტი დროით მარტო იქნება ექიმთან.

სანამ მშობელი ოთახს დატოვებს, შეაგროვეთ მისგან მნიშვნელოვანი ანამნეზური მონაცემები, მაგალითად, ცხოვრების ანამნეზი და დაადგინეთ მშობლების გეგმები ვიზიტის დროს. ასევე განიხილეთ კონფიდენციალურობის საჭიროება. აუხსენით, რომ კონფიდენციალურობა გესაჭიროებათ დახმარების გაუმჯობესებისთვის და არა საიდუმლოების შენახვისთვის. მოზაიდებს ესაჭიროებათ, იცოდნენ რომ თქვენი ნდობა შეიძლება. მიუხედავად ამისა, კონფიდენციალურობა უსაზღვრო არ უნდა გახადოთ. ყოველთვის დაწვრილებით განუმარტეთ, როგორ მოიქცევით ისეთი ინფორმაციის მიღებისას, რომელიც საჭიროებს განხილვას უსაფრთხოების თვალსაზრისით: "მე არ ვეტყვი შენს მშობლებს იმას, რაც შენ მომიყევი, სანამ ამის უფლებას არ მომცემ, ან თუ არ ჩავთვლი, რომ ეს აუცილებელია შენი დაცვისთვის – მაგალითად, თუ მეუბნები, რომ თავის მოკვლას აპირებ და ჩავთვლი, რომ შენ ამის ჭეშარიტი რისკი გაქვს, მე ვალდებული ვიქნები ეს საკითხი სხვებთან ერთად განვიხილო."

თქვენი მიზანია, დაეხმაროთ მოზაიდს თავისი მოსაზრებები და კითხვები მიიტანონ მშობლებამდე. ბავშვი გაამხნევეთ, რათა მგრძნობიარე საკითხები მშობლებთან ერთად განიხილოს და უჩრიეთ მათი დასწრება ან დახმარება. მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდები თვლიან, რომ მშობლები "მოძველდნენ, თუ ყველაფერს გაიგებენ", თქვენ მაინც უნდა ეცადოთ, მიაღწიოთ გულახდილ დიალოგს. ამას მოჰყვება ყურადღებით შეფასება მშობლების პერსპექტივის და ახალგაზრდების სრული და აშკარა თანხმობა. ზოგჯერ მოზაიდები სწორად აფასებენ მშობლის ჩარევას.

ისევე, როგორც სამუშაო ასაკის ბავშვებში, აქაც მნიშვნელოვანია მოხიდებულობა. პაციენტი ჩაცმული უნდა იყოს გამოკვლევის დაწყებამდე, ხოლო გახდის ღირს ოთახიდან უნდა გახვიდეთ. 13 წლის ზევით ასაკის მოზარდთა უმრავლესობას გასინჯვა მშობლების გარეშე უჭირვნია, თუმცა ეს დამოკიდებულია ავადმყოფის განვითარების დონეზე, გამომკვლევლთან უშუალო დამოკიდებულებაზე, მშობლებთან ურთიერთობაზე და სექსიმო საკითხებზე. უმცროსი ასაკის მოზარდების გასინჯვისას, ჰკითხეთ მათ და მშობლებს, როგორ უჭირვნიათ გამოკვლევის ჩატარება. ვინაიდან მოზარდის გამოკვლევამ შეიძლება შეაშფოთოს დამნყები ექიმი, გამოცდილებასთან ერთად ეს ურთიერთობები სასარგებლო გახდება როგორც მოზარდის, ასევე ექიმისთვის.



მოზარდთა გამოკვლევის მეთოდები

მოზარდების გამოკვლევის თანმიმდევრობა და შინაარსი ისეთივეა, როგორიც მოზრდილებში. თუმცა, ექიმს უნდა ახსოვდეს გარკვეული ნაირები, რომლებიც მხოლოდ ბავშვებისთვისაა განკუთვნილი, როგორიცაა სქესობრივი მომწიფება, ზრდა, განვითარება, ოჯახთან და თანატოლებთან ურთიერთობა, სექსუალური ფუნქციები, გადანყვეტილების მიღების უნარი და სარისკო ქცევები.

ქვემოთ განარკვეთში მოხაზულია სპეციფიკური ნაირების გამოკვლევის მოდიფიკაციები, რაც გამოგადგებათ მოზარდებთან მუშაობაში. გამოკვლევის მეთოდების უფრო დეტალურად გარკვევისთვის მიმართეთ ჰეგიონული გამოკვლევების შესაბამის თავებს.

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

სომატური ზრდა

ანონვისას მოზარდს უნდა ეცვას პერანგი. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოზარდი გოგონებისთვის, რომელთაც ქარბი წონის პრობლემა აქვთ. იდეალურია, სერიული ანონვა (და გაზომვა) იგივე სკალებით.

სასიცოცხლო ნიშნები

მოზარდებისთვის მნიშვნელოვანია სისხლის წნევის გაზომვა.

10-დან 14 წლამდე ასაკში გულისცემის საშუალო სიხშირეა 85 დარტყმა წუთში, ნორმალური საზღვრებია 55-დან 115-მდე დარტყმა წუთში. 15 წლის და მეტი ასაკის მოზარდთა საშუალო გულისცემა წუთში 60-დან 100-მდეა.

ხანგრძლივი ჰიპერტენზიის მიზეზები ამ ასაკში შეიძლება იყოს პირველადი ჰიპერტენზია, თირკმლის პარენქიმული დაავადებები და აორტის ნაწლავების მოხმარება.

თავი, ყურები, თვალები, ხისხი და ხახა

გამოკვლევები ძირითადად ისეთივეა, რაც მოზრდილებში.

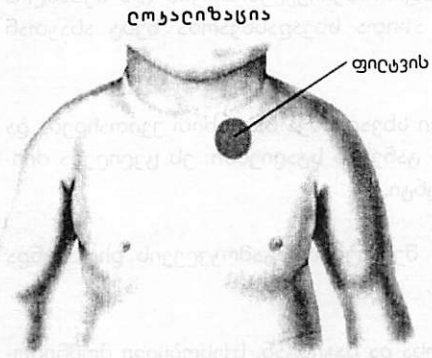
თვალების გამოკვლევის მეთოდები მხედველობის სიმახვილის ჩათვლით, იგივეა, რაც მოზრდილებში. ოფთალმოსკოპის დახლვეული ხშირია, ამიტომ მნიშვნელოვანია მხედველობის სიმახვილის მონოკულარული შემოწმება თანაბარი ინტენსივობით, ყოველწლიური ვიზიტების მსგავსად.

ოდესაც ბავშვი იზრდება, ყურების და სმენის გამოკვლევის მეთოდები ისეთივეა, როგორიც დიდებში. ამ ასაკობრივ ჯგუფში არ აღინიშნება ყურის პათოლოგიები ან ნორმის ვარიაციები. და თქმა უნდა, მოზრდილი ბავშვების მშობლები ხშირად ხვდებიან ნორმალურ მდგომარეობას "შეჩვევით სიყრუეს", რაც იმას ნიშნავს, რომ მოზარდს ესმის ის, რისი გაგებაც სურს.

გული

გამოკვლევის მეთოდები და თანმიმდევრობა ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში. შეილები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევის შედეგებია. *ფილტვის არტერიის შეილი მოზარდებში ხშირი ჯეთილთვისებიანი შეილია.*

გულის ჯეთილთვისებიანი შეილების ლოკალიზაცია და დახასიათება მოზარდებში



ტიპიური ასაკი	დასახელება	აღნერა და ლოკალიზაცია
მოზარდობის და შემდგომი პერიოდი	*ფილტვის არტერიის შეილი*	I-II/VI ხარისხი, ხშირი, არაუხეში განლევნის მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე ნორმალური P_2

ფილტვის არტერიის შეილი არის I-II/VI ხარისხის, ხშირი, არაუხეში შეილია, მოისმინება განლევნის ფაზაში, იწყება პირველი ტონის შემდეგ და მთავრდება მეორე ტონის წინ, მაგრამ არ აქვს ორგანული განლევნის შეილისთვიის დამახასიათებელი ჯერმწენდო-დეკრეშენდო ბუნება.

ფილტვის არტერიის შეილი, რომელსაც ახლავს მეორე ტონის გაორება, მიუთითებს მარჯვენა პარკუჭის მოცულობით გადატვირთვაზე, რაც ვითარდება *წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის* დროს.

ხოლესაც ამ შუილს მოისმენთ, შეამოწმეთ, ფიტკვის ახტეხიის დახუჭვის ხმა ნორმალური ინტენსივობისაა თუ ახა და ჭიება თუ ახა მეორე ტონის გაორება ამოსუნთქვისას. მოზარდებს ჯეთიდთვისებიანი ფიტკვის ახტეხიის განდევნის შუილით, შეიძლება ჰქონდეს ნორმალური ინტენსიობის ხმიანობა და გული მეორე ტონის ნორმალური გაორება.

ფიტკვის ახტეხიის შუილი შეიძლება მოისმინებოდეს ხანმე მიზეზით გამოწვეული მოცულობითი გადატვირთვის დროს, როგორიცაა ქრონიული ანემია და ფიზიკური დატვირთვა. შუილი შეიძლება გაგრძელდეს მოზარდ ასაკშიც.

III სარძევე ჯირკვლები

გოგონებში სარძევე ჯირკვლების ფიზიკური ცვლილებები სქესობრივი მომწიფების ერთერთი პირველი ნიშანია. როგორც ყველა განვითარების მაჩვენებელი ცვლილებების დროს, სქესობრივ მომწიფების ნიშნებიც სისტემურად ვითარდება. ძირითადად, 4 წლის ასაკიდან სარძევე ჯირკვლები ვითარდება 5 სტადიად, რასაც ეწოდება Tanner-is (ტანერის) სტადიები ანუ ტანერის სქესობრივი მომწიფების ნორმების სტადიები (sex maturity rating - SMR), რაც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები. განვითარება იწყება მოზარდამდე სტადიიდან, შემდეგია სარძევე ჯირკვლის ჩანასახი (ბვირტი), სარძევე ჯირკვლის და ბაკის ზომის და ფორმის შემდგომი გადიდება და ცვლილება. ამ სტადიებს თან ახლავს ბოქვენის თმიანობის და მეორადი სქესობრივი ნიშნების განვითარება, როგორც 783-ე გვერდზეა ნაჩვენები. მენარქე, ჩვეულებრივ, ჩნდება სარძევე ჯირკვლების განვითარების მე-3-4 სტადიაზე და ამის შემდეგ გოგონა განვითარების პიკს ნახტომისებურად აღწევს (იხ. სურათი 782- გვერდზე).

მოზარდი გოგონას სარძევე ჯირკვლის სიმაგრეები ან ჯვანძები ყურადღებით უნდა გამოიკვლიოთ. ისინი, ჩვეულებრივ, შეიძლება იყოს *ჯეთიდთვისებიანი ფიბრომადენომა* ან *ფისტები*; შედარებით იშვიათი მიზეზია *აბსცესი* ან *ლიპომა*. მოზარდებში ძუძუს კიბო განსაკუთრებით იშვიათია და თითქმის ყოველთვის ვლინდება იმ ოჯახებში, სადაც ამ დაავადების შემთხვევებია ანამნეზში.

ნლების მიხედვით, სარძევე ჯირკვლების ნორმალური განვითარების ასაკობრივი საზღვრებია 8-დან 13 წელი (საშუალოდ 11 წელი), 8 წლამდე სარძევე ჯირკვლების განვითარება არ არის ნორმალური. ბოლო პერიოდის ზოგიერთ კვლევაში ნაჩვენებია, რომ ასაკის ქვედა ზღვარი თეთრკანიანი ქალებისთვის არის 7 წელი, ხოლო აფრო-ამერიკელებისთვის (და შესაძლოა ესპანელებისთვის) – 6 წელი, თუმცა არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა ზუსტ ასაკთან დაკავშირებით.

გოგონების დაახლოებით 10%-ს სარძევე ჯირკვლები სხვადასხვა ხარისხით უვითარდება და ასიმეტრია შეიძლება გამოიხატებოდეს ზომაში ან ტანერის სტადიებში. ეს ცვლილება ძირითადად სწორდება, რაშიც უნდა დარწმუნოთ პაციენტი.

უფრო მოზარდ გოგონებში სარძევე ჯირკვლების შედარებითი გამოკვლევის დროს უნდა ასწავლოთ ჯირკვლების თვითშემოწმება (გვ. 351).

ბიჭების სარძევე ჯირკვალი შედგება პატარა დვრილისა და ბაკისგან. სქესობრივი მომწიფების დროს ბიჭების დაახლოებით ერთ მესამედს უვითარდება სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის მკვრივი ფოლაქი 2 სმ და მეტი ზომის და ხშირად მხოლოდ ცალ მხარეს აღინიშნება. მსუქან ბიჭებში ჭარბად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის ქსოვილი.

ბიჭებში სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის ზედმეტ განვითარებას *გინეკომასტია*, ანუ სარძევე ჯირკვლის გადიდება ეწოდება ერთ ან ორივე მხარეს. მიუხედავად იმისა, რომ, ჩვეულებრივ, მცირეა, სარძევე ჯირკვლის გადიდება ზოგჯერ შეიძლება იყოს მნიშვნელოვანი და საკმაოდ შემაწუხებელი. ხანმოკლე ნლის განმავლობაში, ჩვეულებრივ, უკუგანვითარდება.

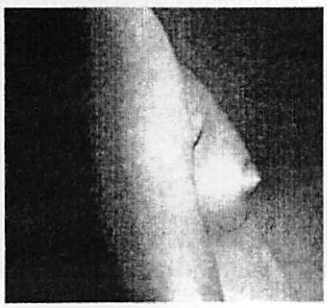
ბობონებში სქესობრივი მომწიფების ხარისხები: სარძევე ჯირკვლები

სტადია 1
მოზარდამდე პერიოდი. აღინიშნება მხოლოდ დვრილის ანევა

სტადია 2
სარძევე ჯირკვლის ჩანასახი. სარძევე ჯირკვალი და დვრილი მცირედ ამობურცულია; ბაჯის დიამეტრი გაფართებულია.

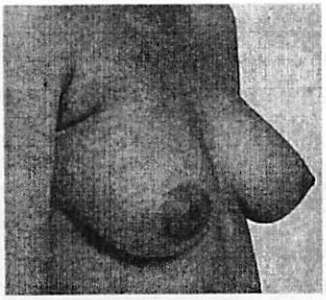


სტადია 3
სარძევე ჯირკვალი და ბაჯი ჯერ უფრო ამობურცულია და მათი კონტურები არ არის გამოკვეთილი





სტადია 4
ბაჯი და დვრილი ამობურცულია სარძევე ჯირკვლის ზედაპირიდან.



სტადია 5
სქესობრივი მომწიფების სტადია; მხოლოდ დვრილია ამობურცული. ბაჯი არ სცილდება სარძევე ჯირკვლის ზედაპირს (თუმცა ზოგიერთ ნორმალურ ადამიანში ბაჯის კონტური შეიძლება მეორად ამობურცულობას ქმნიდეს)

მუცელი

მუცლის გამოკვლევის მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებში. იხილეთ ქვემოთ მოტანილი ცხრილი, სადაც მოცემულია ასაკის და სქესის შესაბამისად ღვიძლის მოცულობა.

თირეოიდიტებში ჰეპატომეგალიის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰეპატიტი ან ინფექციური მომონუკლეოზი, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები ან სიმსივნე.

მოზარდებში მოსალოდნელი ღვიძლის მოცულობა

	საშუალო დადგენილი ღვიძლის მოცულობა (სმ)	
ასაკი წლებში	*ბიჭები*	*ქალი*
12	6.5	5.6
14	6.8	5.8
16	7.1	6.0
18	7.4	6.1
20	7.7	6.3

მამაკაცის სასქესო ორგანოები

მოზარდი ბიჭების სასქესო ორგანოების გამოკვლევა ისეთივეა, როგორც მოზრდილი მამაკაცების. განსაკუთრებით უნდა იცოდეთ, რომ ბევრი ბიჭი თავს უხერხულად გრძნობს ამ გამოკვლევის დროს.

სქესობრივი მომწიფების შენელება უნდა ივარაუდოთ ბიჭებში, რომელთაც 14 წლის ასაკში არ აღენიშნება სქესობრივი მომწიფების ნიშნები.

მამაკაცის სასქესო ორგანოების მნიშვნელოვანი ანატომიური ცვლილებები ახლავს სქესობრივ მომწიფებას და გეხმარებათ განსაზღვროთ მათი განვითარება. სქესობრივი მომწიფების პირველი ნიშანი, რომელიც იწყება 9-დან 13.5 წლებში, არის სათესლე ჯირკვლების ზომაში მატება. შემდეგ, ჩნდება ბოქვენის თმიანობა და თანდათან იზრდება ასო. მოზარდამდე პერიოდიდან მოზრდილისთვის დამახასიათებელი ანატომიური ცვლილებების დასრულებას ესაჭიროება დაახლოებით 3 წელი. საზღვრებია 1.8-დან 5 წელი.

ბიჭებში სქესობრივი მომწიფების შენელების ხშირი მიზეზია *ჯონსტიტუციური შენელება*, რომელიც ოჯახური მდგომარეობა, რაც მოიცავს ძვლების და ფიზიკური განვითარების შენელებას და ჰორმონების ნორმალურ დონეს.

მოზარდი ბიჭის გასინჯვისას მნიშვნელოვანი მიზანია სქესობრივი მომწიფების ხარისხის დადგენა. შემდეგ გვერდზე მოცემულია სექსუალური განვითარების 5 სტადია, რომელიც პირველმა ტანერმა აღწერა.[16] ეს სტადიები მოიცავს ასოს, სათესლე ჯირკვლების და სათესლე პარკის ცვლილებებს. მამაკაცთა 80%-ში ბოქვენის თმიანობა ვრცელდება ზევით მუცლისკენ სამკუთხედის ფორმით ჭიპამდე. ეს ფაზა არ არის დასრულებული 20 წლამდე.

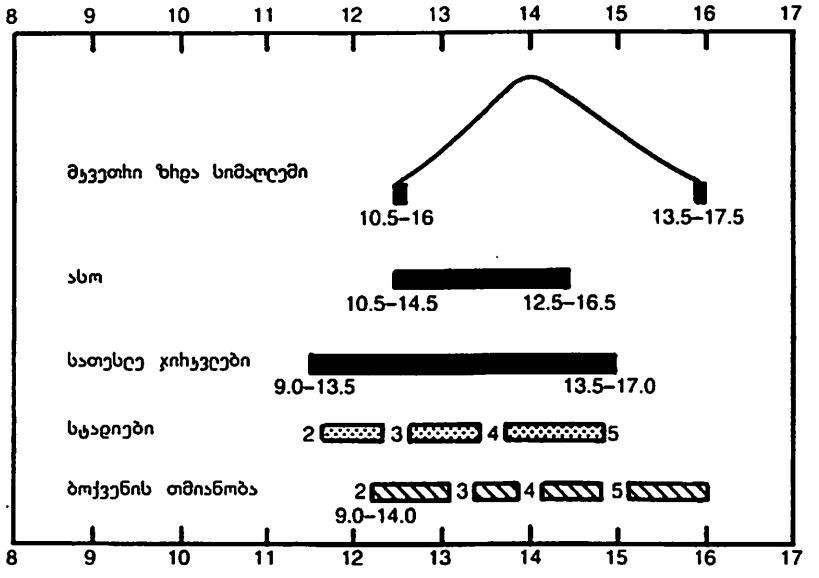
მიუხედავად იმისა, რომ ღამის ან დღის ეაკულაცია იწყება სქესობრივი მომწიფების მესამე სტადიაზე, ასოდან გამონადენის არსებობა ანამნეზში, ან გასინჯვისას, შეიძლება მიუთითებდეს *სქესობრივად გადამდები დაავადების* არსებობაზე.

განვითარების მნიშვნელოვანი პრინციპია ის, რომ ფიზიკური განვითარების ცვლილებები ვითარდება ჯაჭვად დადგენილი თანმიმდევრობით, როგორც მოცემულია 782-ე გვერდზე დიაგრამაზე. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარების დაწყებას და დასრულებას ფართო ასაკობრივი საზღვრები გააჩნია, თითოეული ბიჭის განვითარების თანმიმდევრობა ერთნაირია. ეს დაგეხმარებათ გაღრმავებულ ბავშვთან მსჯელობაში ფართო ასაკობრივ საზღვრებში სქესობრივი მომწიფების ცვლილებების თაობაზე. ასევე დაგემარებათ ფიზიკური ცვლილებების დარღვევების დადგენაში.

სქესობრივი მომწიფების სტადიები ბიჭებში

ბიჭებში სქესობრივი მომწიფების ნორმების განსაზღვრისას ცალ-ცალკე გამოიკვლიეთ თითოეული სამი მახასიათებელი, ვინაიდან ისინი სხვადასხვა ხარისხით ვითარდება. დაადგინეთ ორი განსხვავებული ხარისხი: ბოქვენის თმიანობის და სასქესო ორგანოების. თუ ასო და სათესლე ჯირკვლები განსხვავდება სტადიით, აიღეთ ამ ორის საშუალო.

		ბოქვენის თმიანობა	ასო	სათესლე ჯირკვლები და სათესლე პარკი
სტადია 1		მოზარდამდე ასაკი ბოქვენის თმიანობა არ არის, გარდა მთელი სხეულის თმიანობისა (ღინღლი), მუცლის მსგავსად.	მოზარდამდე ასაკი – იგივე ზომა და პროპორცია, როგორც ბავშვებშია	მოზარდამდე ასაკი – იგივე ზომა და პროპორცია, როგორც ბავშვებშია
სტადია 2		გრძელი, სუსტად პიგმენტაციური თმის იშვიათი, ქვევით მიმართულებით ზრდა, თმა სწორია ან ოდნავ დატალღული, უმეტესად ასოს ფუძესთან	ოდნავ, ან არ არის გადიდებული	სათესლე ჯირკვლები გადიდებულია; გადიდებულია სათესლე პარკი, ოდნავ შეწითლებულია და შეცვლილი მესახედაობის
სტადია 3		მუქი, უხეში, დახვეული თმა ბოქვენის სიმფიზზე	გადიდებული, განსაკუთრებით სიგრძეში	უფრო გადიდებულია
სტადია 4		უხეში და დახვეული თმა, როგორც მოზრდილებში; უფრო ფართო არეა დაფარული, ვიდრე მესამე სტადიაზე, მაგრამ არა იმდენად, როგორც მოზრდილებშია და არ მოიცავს ბარძაყებს	უფრო გაზრდილია სიგრძეში და სიგანეში, ვითარდება ჩუჩა	უფრო გაზრდილია, პარკის კანი გამუქებულია
სტადია 5		თმის ჩაოდენობა და ხარისხი ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში. ვრცელდება ბარძაყების მედიალურ ზედაპირებზე, მაგრამ არა ზემოთ, მუცლისკენ.	მოზრდილის მსგავსი ზომის და ფორმის	მოზრდილის მსგავსი ზომის და ფორმის



ასაკი წლების მიხედვით

ციფრები მიუთითებს ასაკის საზღვრებს, რომელშიც ვლინდება განსაზღვრული ცვლილებები.

III ქალის სასქესო ორგანოები

მოზარდების გარეთა სასქესო ორგანოების გასინჯვა ისევე ტარდება, როგორც სკოლის ასაკის გოგონების. თუ აუცილებელია მოზარდში მენჯის ღრუს სრული გამოკვლევა, იგივე მეთოდები უნდა გამოიყენოთ, რასაც მოზრდილებში იყენებთ ჩვეული გამოკვლევის ჩათვლით. აუცილებელია, აუხსნათ გამოკვლევის თანმიმდევრობა, აჩვენოთ ინსტრუმენტები და მოუქცეთ თბილად და დარწმუნებით, ვინაიდან მოზარდები ამ დროს საკმაოდ შფოთავენ. მოზარდის მენჯის პირველი გამოკვლევა უნდა შეასრულოს გამოცდილმა ექიმმა. თანმხლები (მშობელი ან გადია) გასინჯვას უნდა ესწრებოდეს.

სქესობრივი მომწიფების ხარისხი უნდა დაადგინოთ ყველა გოგონაში, ასაკისგან დამოუკიდებლად. გოგონების სქესობრივი მომწიფების შეფასება ემყარება ორივეს: ბოქვენის თმიანობას და სარძევე ჯირკვლების განვითარებას.[17] ბოქვენის თმიანობის ზრდის შეფასება (Tanner-ის (ტანერის) სტადიები) ნაჩვენებია სურათზე, სადაც მოცემულია სქესობრივი მომწიფების ხუთი სტადია, 783-ე გვერდზე. იხ. გვ. 779 სარძევე ჯირკვლების განვითარების შეფასებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს დიდი ცვალებადობა მომწიფების დაწყების და დასრულების ასაკის მიხედვით, გახსოვდეთ, რომ სტადიები ვლინდება ერთნაირი თანმიმდევრობით, როგორც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები.

საშოდან გამონადენის მქონე მოზარდ გოგონებს ისევე უნდა უმკურნალოთ, როგორც მოზრდილებს. მიზეზებია ფიზიოლოგიური ღეჯორეა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები ნებაყოფლობითი სქესის ან სქესუალური ძალადობის შედეგად, ბაქტერიული ვაგინიტი, ქსოვილის და გარეგანი გაღიზიანება.

მოზარდი გოგონების სქესობრივი მომწიფების შენელება 3 პროცენტილზე ქვევით სიმაღლეში, შეიძლება გამონაკლისი იყოს ტერნერის სინდრომით ან ქრონიკული დაავადებებით. განსაკუთრებით გამხდარ გოგონებში სქესობრივი მომწიფების შენელების ორი ყველაზე ხშირი მიზეზია ნევროზული ანორექსია და ქრონიკული დაავადებები.

სქესობრივი მომწიფების სტადიები ბობონებში: ბოქვენის თმიანობა

სტადია 1
მოზარდამდე ასაკი
ბოქვენის თმიანობა არ არის, გარდა მთელი სხეულის თმიანობისა (ღინღლი), მუცლის მსგავსად.



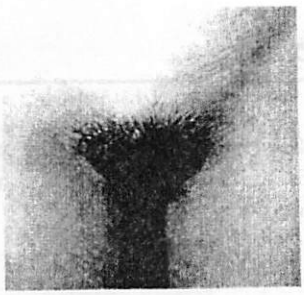
სტადია 2
გრძელი, სუსტად პიგმენტაციური თმის იშვიათი, ქვევით მიმართულებით ზრდა, თმა სწორია ან ოდნავ დატალღული, ნარმოქმნის ჩალეს ბაგეების გასწვრივ.



სტადია 3
მუქი, დახვეული, უხეში თმა, ვრცელდება გაფანტულად ბოქვენის სიმფიზისკენ

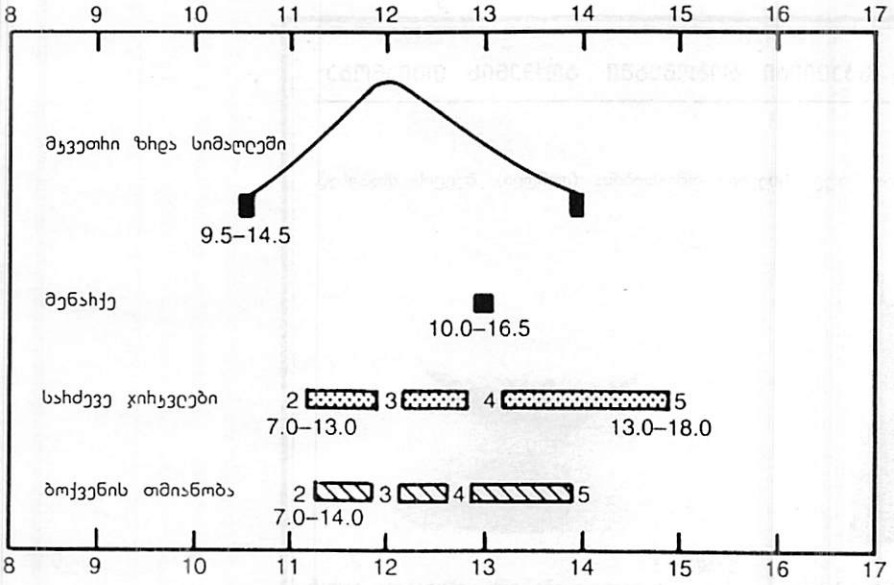


სტადია 4
დახვეული და უხეში თმა, ორგორიცაა მოზრდილებში; უფრო დიდი უბანია დაფარული, ვიდრე მესამე სტადიის დროს, მაგრამ უფრო ნაკლები, ვიდრე მოზრდილებში და არ ვრცელდება ბარძაყებზე



სტადია 5
თმის რაოდენობა და ხარისხი ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში, ვრცელდება ბარძაყების მედიალურ ზედაპირზე, მაგრამ არა მუცელზე.

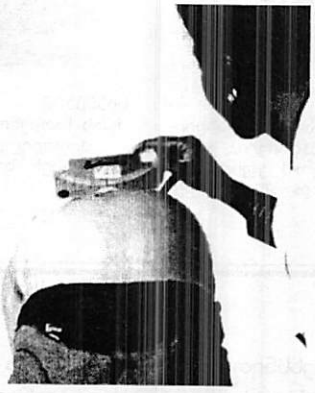
დაგეხმარებათ, თუ გოგონას აუხსნით მიმდევრობას და მის ამჟამინდელ სტადიას. გოგონას მომწიფების პირველადი ნიშნებია ესტროგენების გავლენით საქალწულე აპკის ცვლილებები, თეძოების გაფართოვება და სიმაღლეში სწრაფი ზრდა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ცვლილებების დადგენა ძნელია. სქესობრივის პირველი, აღვილად შესამჩნევი ნიშანია სარძევე ჯირკვლების გაჩენა, მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად უფრო ადრე ბოქვენის თმიანობა შეიძლება განვითარდეს. ბოლო წლებში შემცირდა ბოქვენის თმიანობის გაჩენის საშუალო ასაკი, და ამჟამად 7 წლის ასაკში ბოქვენის თმიანობის გაჩენა ნორმად ითვლება, განსაკუთრებით შავკანიან გოგონებში, რომელთა მეორადი სასქესო ნიშნები უფრო ადრე ვითარდება.



ციფრები მიუთითებს ასაკის საზღვრებს, რომელშიც ვლინდება განსაზღვრული ცვლილებები.

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემა

სკოლიოზის გამოკვლევა და სპორტში მონაწილეობისთვის შემოწმება (გვ. 786-788) ჩრება მოზარდების გამოკვლევის შემადგენელ ნაწილად. ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევის სხვა მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებში.

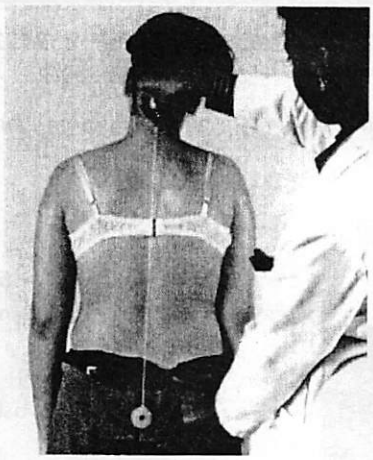


ბავშვობაში ჩამოყალიბებული ტიპის *სკოლიოზი* ვლინდება. იდიოპათიური სკოლიოზი (შემთხვევათა 75%) უმეტესად გოგონებში ვლინდება ძირითადად აღრეული მოზარდობის ასაკში.

სკოლიოზის შეფასება. ბავშვმა წინ გადაიხაროს ისე, რომ მუხლის სახსრები გაშლილი ჰქონდეს *(Adams-ის (ადამსის) დახრის ტესტი)*. დააკვირდით რამე ასიმეტრიას მდებარეობის ან სიარულის დროს. ჰატარა ბავშვებში სკოლიოზი იშვიათია და პათოლოგიურია. მოზრდილ ბავშვებში მცირე სკოლიოზი იშვიათი არ არის.

თუ სკოლიოზს აღმოაჩენთ, *სკოლიომეტრის* საშუალებით უნდა განსაზღვროთ მისი ხარისხი. როდესაც ბავშვი დგას, დააკვირდით მხრების ასიმეტრიას ან ღუნდულების ნაკეცებს. წინ გადახარეთ ბავშვი, როგორც ზემოთ იყო აღნერილი. დააკვირდით უკანა ნეკნების ამონევას. დადეთ სკოლიომეტრი ხერხემალზე მაქსიმალური ამონევის ადგილზე. დარწმუნდით, რომ ხერხემალი იატაკის პარალელური იყოს იმ წერტილში, რომელიც ზემოთაა ნაჩვენები. წელის სკოლიოზის დასადგენად ბავშვი მთლიანად უნდა გადაიხაროს, ხოლო გულ-მკერდის სკოლიოზის სანახავად – უფრო ნაკლებად.

შეგიძლიათ ასევე გამოიყენოთ *ვერტიკალური ხაზი*, სანონიანი თოკი, ხათა შეაფასოთ ზუსგის სიმეტრია. თოკის ზედა ბოლო დადეთ C-7 ხაზზე და ბავშვი სწორად დააყენეთ. ვერტიკალური თოკი უნდა მიემართებოდეს დუნდულებს შორის ნაკეცისკენ (აქ ის ჩანს).



ძვალ-კუნთოვანი სისტემის გამოკვლევა სპორტში ვარგისიანობის სკრინინგისთვის. 25 მილიონზე მეტი ბავშვი და მოზარდი აშშ-სა და სხვა ქვეყნების უმეტესობაში დაკავებულია სპორტით და ხშირად საჭიროებს "სამედიცინო გასხივებას". გამოკვლევა დაიწყეთ ამომწურავი ანამნეზის შეგროვებით, ყურადღება გაამახვილეთ გულისხმიერთა დაავადების რისკ-ფაქტორებზე, გადატანილ ოპერაციებზე და ტრავმებზე, სხვა სამედიცინო პრობლემებზე, ოჯახის ანამნეზზე. სპორტში მონაწილეობისთვის ჩატარებული გამოკვლევები ხშირად ეროვნული შემთხვევაა, როდესაც კანმრთელი მოზარდი ექიმს ხვდება, ამიტომ მნიშვნელოვანია ჩართოთ ზოგიერთი სკრინინგული შეკითხვები და წინასწარი მართვა (იხ. კანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა). ბოლოს, ჩაატარეთ ზოგადი ფიზიკალური გამოკვლევა, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ გულისა და ფილტვების გამოკვლევას და მხედველობისა და სმენის შეფასებას. სპორტში მონაწილეობისთვის გამოკვლევის დროს ყურადღება უნდა გაამახვილოთ ძვალ-კუნთოვან სისტემაზე, დააკვირდით სისუსტეს, მოძრაობის შეზღუდვას და წარსულში დაზიანების ნიშნებს.

სპორტის დროს უცარი კარდიო-ვასკულური სიკვდილის რისკ-ფაქტორებია თავბრუსხვევის *და გულის ფრიალის ეპიზოდები, სინკოპე* (განსაკუთრებით დაკავშირებული ფიზიკურ დატვირთვასთან) ან ახალგაზრდა ან საშუალო ასაკის ნათესავების *უცარი სიკვდილის* შემთხვევა.

სპორტში ვარგისიანობის დასადგენად ყურადღებით შეაფასეთ გულის შუილები და ფილტვებში ხიხინი.

ჩვენ რეკომენდებულია 2 წუთიანი ვარგისიანობის სკრინინგი ძვალ-კუნთოვანი სისტემის გამოკვლევისთვის.[18,19] 786-ე და 788-ე გვერდებზე ნახეთ ამ გამოკვლევის ილუსტრირებული ვერსიები.

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის ბამოკვეთვები ბავშვების სპორტში ვარბისიანობის დასადგენად

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის ბამოკვეთვის სპეციფიკური კომპონენტები

გადატანილი ტრავმით ბამოწვეული ხშირი პათოლოგიები

პოზა

ინსტრუქცია პაციენტისთვის

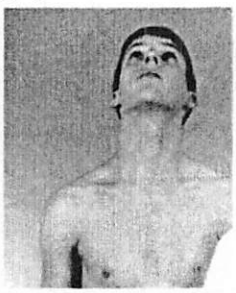


საფეხური 1

1. დადგეს გამართულად, სახით თქვენსკენ

სახსრების ასიმეტრია, შეშუპება









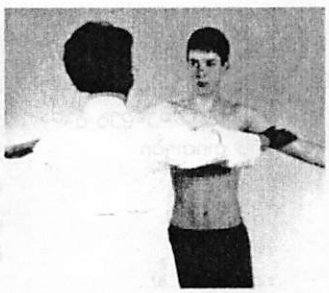
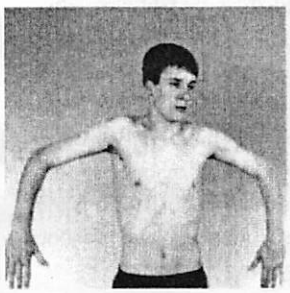
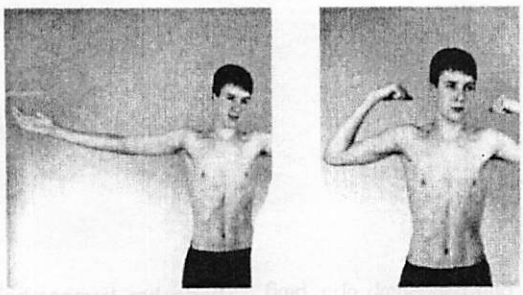
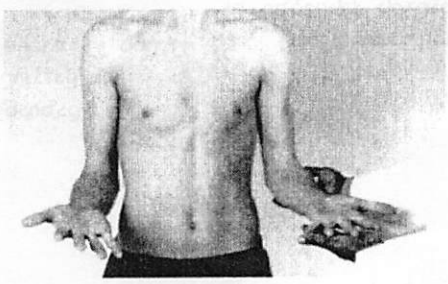
საფეხური 2

2. ყველა მიმართულებით შეატრიალოს ტანი — შეხედოს ჭერს, იატაკს, შეახოს მხრები ყურებს

მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება 3

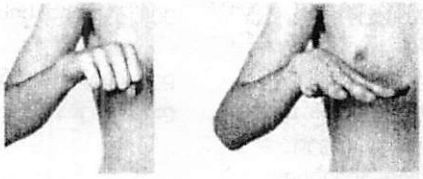
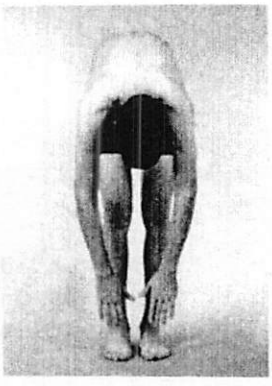
(გაგრძელება)

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოჯვლევის სპეციფიკური კომპონენტები

პოზა	ინსტრუქცია პაციენტისთვის	გადატანილი ტრავმით გამოწვეული ხშირი პათოლოგიები
 საფეხური 3	3. ასწიოს მხრები, როდესაც თქვენ ზემოდან ანვებით	მხრების, კისრის ან ტრაპეციული ჯუნთის სისუსტე
 საფეხური 4	4. გაშალოს მკლავები გვერდებზე და ასწიოს, როდესაც თქვენ ქვემოთ ანვებით	დელტისებური ჯუნთის ძაღის დაქვეითება
 საფეხური 5	5. მკლავები გაშალოს გვერდებზე და 90°-ით მოხაროს იდაყვის სახსრებში, ასწიოს და დასწიოს	გარეთა როტაციის უნარის დაკარგვა და მხრის სახსრის დაზიანება
 საფეხური 6	6. მკლავები გაშალოს და მთლიანად მოხაროს და გაშალოს იდაყვის სახსრებში	იდაყვის სახსარში მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება
 საფეხური 7	7. მკლავები დაუშვას, მოხაროს იდაყვის სახსრებში 90°-ით, წინამხრები შეატრიალოს შიგნით და გარეთ	მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება წინამხრის, იდაყვის ან მაჯის დაზიანების გამო

(გაგრძელება)

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოჯვლევის სპეციფიკური კომპონენტები

პოზა	*ინსტრუქცია პაციენტისთვის*	გადატანილი ტრავმით გამოწვეული ხშირი პათოლოგიები
 საფეხური 8	8. გაიჭეთოს მუშტი, მოუჭიროს და შემდეგ გაშალოს თითები	თითის სახსრების ამობუსკვა, მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება თითების გადატანილი ტრავმის ან მოტეხილობის გამო.
 საფეხური 9  საფეხური 10	9. ჩაიცუცქოს და თქვენსგან გადმოდგას ოთხი ნაბიჯი ბატის სიარულით 10. დადგეს გამართული ზურგით თქვენსგან	მუხლებს ბოლომდე ვერ ხრის და უჭირს ადგომა გადატანილი მუხლის ან ჯოჭის დაზიანების გამო ასიმეტრია სკოლიოზის გამო, ან ფეხების სიგრძეების განსხვავება ან სისუსტე დაზიანების გამო
 საფეხური 11  საფეხური 12	11. წინ დაიხაროს ისე, რომ მუხლები არ მოხაროს და შეეხოს ფეხის თითებს 12. დადგეს ქუსლებზე და აიწიოს თითებზე	ასიმეტრია სკოლიოზის გამო, ზურგის გამრუდება წელის ტკივილის გამო ქუსლის ჯუნთების დაშრომება ჯოჭის და აქილევსის მყესების დაზიანების გამო.

ნეიკვეული სისტემა

მოზარდების და მოზარდიების ნევროლოგიური გამოკვლევა ეთი და იგივეა. მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია მოზარდის განვითარების დონის შეფასება ასაკობრივი საზომის მიხედვით, როგორც ეს აღნერილია 678-680 გვერდებზე.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

ყურადღება მიაქციეთ, რომ დასანყისში მონაცემების აღნერისთვის შეგიძლიათ ნინადადებები გამოიყენოთ; მოგვიანებით, შეიძლება ფრაზები გამოიყენოთ. მოყვანილი სტილი შეცავს შეცავს მონოდებულ ფრაზებს. როდესაც ამ ჩანაწერს ნარითხავთ, შეამჩნევთ ზოგიერთ ატიპიურ მონაცემს. ეცადეთ საკუთარი თავი შეამონმოთ. ნახეთ, შეგიძლიათ თუ არა ამ მონაცემების ინტერპრეტაცია ყოველივე იმასთან კონტექსტში, რაც თქვენ ისწავლეთ ნედიატრიული გამოკვლევის დროს. ასევე ყურადღება უნდა მიაქციოთ იმ ცვლილებებს, რაც აუცილებელია მიესადაგოთ პატარა ბავშვის მშობლების მიერ მონოდებულ მონაცემებს, ვიდრე თავად ბავშვს.

გამოკვლევის შედეგების ჩანერა: ნედიატრიული პაციენტი

2/1/06

ბრაინი აქტიურია, 26 თვის მოუსვენარ ბიჭს ახლავს დედა, რათა განისაზღვროს ბავშვის განვითარების დონე და ქცევები

მიმართვა. არ არის

ნყარო და სანდოობა. დედა, რომელიც განსაკუთრებით შენყობილია ბრაინთან

ძირითადი ჩივილები: ნელი განვითარება და გაძნელებული ქცევები

ძირითადი დაავადება: ბრაინის განვითარება უფრო შენელებულად გამოიყურება, ვიდრე მისი უფროსი და. იგი მხოლოდ ერთეულ სიტყვებს და მარტივ ფრაზებს ამბობს, იშვიათად აკეთებს სიტყვების კომბინაციას, იგიშნულებულად გამოიყურება და არ სურს კონტაქტში შემოსვლა. ადამიანები იგებენ მისი საუბრის მხოლოდ 25%-ს. ფიზიკური განვითარება ნორმალურია; მას შეუძლია ბურთის გადაგდება, ფეხის დარტყმა, კალიდზე ჯდომა და თავისით ჭამა. ბავშვს არ ჰქონია თავის ტრავმა, ქრონიკული დაავადებები, კრუნჩხვა ან განვითარების საზომზე ჩაგრესია.

დედა ასევე საუბრობს მის ქცევებზე. ბრაინი განსაკუთრებით ჯიუტია, ხშირად აქვს განრისხების შეტევები, ადვილად ბრაზდება (განსაკუთრებით უფროს დაზე), ისვრის საგნებს, იბრძვის და ფიზიკურად უტყდამს სხვებს, როდესაც იგი ვერ მიდის. დედას ეჩვენება, რომ მისი ქცევები გაუარესდა, ისინი "კარგი" იყო ბავშვთა მოვლის ცენტრში. ერთი აქტივობიდან გადადის მეორეზე, ადგან უქრის, იწდეს და იკითხოს ან ითამაშოს.

ბავშვი ძლიან პრეტენზიული მჭამელია, ჭამს დიდი ნაოდენობით მსუყე საკვებს და სხვას ძალიან ცოტას. არ უყვარს ხილი და ბოსტნეული, სვამს დიდი ნაოდენობით ნვენებს და მინერალურ წყალს. დედა ყველანაირად ცდილობს, რომ ბავშვმა კანსაღად იკვებოს, მაგრამ უშედეგოდ.

(გაგრძელება)

ოჯახი ბოლო წლებში სტრესს განიცდიდა, ვინაიდან ბიჭინის მამა უმუშევარი იყო. მიუხედავად იმისა, რომ ბიჭინს სამედიცინო დაზღვევა აქვს, მშობლებს დაზღვევა არ გააჩნიათ.
მკურნალობა. ღლეში ერთი აბი ჰოლივიტამინი

ცხოვრების ანამნეზი
ორსულობა. გართულებების გარეშე. დედამ შეამცირა სიგარეტის მოწევა ნახევარ ჯოლოფამდე ღლეში და აღარ ჰოლის მიღება. იგი უარყოფს ნამლების მიღებას და ინფექციებს.
ადრეშობილის პერიოდი. დაიბადა 40 კვირის; საავადმყოფო დატოვა 2 ღლეში. დაბადების წონა იყო 2.5 კგ. დედამ არ იცის ჩატომ ჰქონდა ბიჭინს პატარა წონა დაბადებისას.
დაავადებები. მხოლოდ უმნიშვნელო ავადმყოფობები. ჰოსპიტალიზაცია არ დასჭირვებია
უბედური შემთხვევები. ერთი წლის წინ ქუჩაში დავარდნის და სახეზე ჭრილობის გამო დასჭირდა ნაკერების დადება.
ჰოფილაქტიკური მოვლა. ბიჭინს უტარდებოდა ჩეგულარული ჰოფილაქტიკური გასინჯვები. 6 თვის წინ ბოლო ვიზიტის დროს მკურნალმა ურჩია, რომ ბიჭინი ორნავ ჩამორჩებოდა განვითარების საზომს და ურჩია ბავშვთა მოვლის ცენტრი, მისი აზრით საკეთესო, ასევე მშობლებს ურჩია ყურადღება მიაქციონ კითხვას, საუბარს, თამაშს და სტიმულაციას. აცრები ჩატარებული აქვს. მარმან ორნავ აწლი იყო კყვირის დრონ, ჰქონდა "დაბადი ჩემოგლობინი", რასაც დედა უწოდებს ანემიას. ურიმმა ურჩია ჩაინის ჰრეპარატები და ჩაინით მდიდარი საკვები, მაგრამ ბიჭინს არ სურს მათი მიღება.
ოჯახური ანამნეზი.
ოჯახში აღინიშნება დიაბეტი (ბებიები ან ბაბუები, არც ერთი ბავშვობიდან) და ჰიპერტენზია. არ აღინიშნება ბავშვობის განვითარების დარღვევა, ფსიქიატრიული და ქრონიკული დაავადებები)
განვითარების ანამნეზი: დაწდა 6 თვის ასაკში, ხოხვა – 9 თვის ასაკში, და სიარული – 13 თვის ასაკში. პირველი სიტყვები ("დედა" და "მანქანა") თქვა დაახლოებით 1 წლის ასაკში.
პირადი და სოციალური ანამნეზი: მშობლები დაქორწინებულნი არიან და ორ შვილთან ერთად ცხოვრობენ დაქირავებულ ბინაში. მამას ბოლო წლის განმავლობაში არ გააჩნია მუდმივი სამსახური, მაგრამ პერიოდულად მუშაობს მშენებლობაზე. დედა მუშაობს ნახევარ განაკვეთზე ოფიციანტად, სანამ ბიჭინი ბავშვთა მოვლის ცენტრშია.
დედას ჰქონდა დეპრესია, როდესაც ბიჭინი 1 წლის იყო და ესნრებოდა შეკრებებს, მაგრამ შეწყვიტა, რადგან ვერ იხდიდა საფასურს და ვერ ყიდულობდა ნამლებს. მას ეხმარებიან დედა, რომელიც ცხოვრობს 30 წუთის სავალზე და ამხანაგები, რომელთაგან ზოგიერთთან ბავშვი იშვიათად ჩრება.
მიუხედავად ოჯახური სტრესისა, დედა აღწერს მოსიყვარულე ოჯახს. ისინი ცდილობენ, ერთად ისადილონ, ნაკლებად უყურონ ტელევიზორს, უკითხონ ორივე ბავშვს (მიუხედავად იმისა, რომ ბიჭინს უჭირს გაჩერება) და ჩეგულარულად იარონ ახლომდებარე კაფეში სათამაშოდ.
გარემოს გავლენა. ორივე მშობელი ენევა თამბაქოს, თუმცა ძირითადად სახლის გარეთ.
დაკვირვება. დედა აღნიშნავს ამას, როგორც მთავარ მოსაზრებას: მას უჭირს დატოვოს ბიჭინი მხედველობის არეალის გარეთ იმ, რომ არაფერი მოუვიდეს. დედას ეშინია, რომ არ დაეკარგოს მანქანა; ოჯახი ფიქრობს, რომ შემოლობოს კატარა ეზო. უმეტეს დროს ბიჭინი თავის მანქანაში ატარებს. ოჯახში ჩართულია კვამლის დეტექტორები. მამის იარაღი ჩაკეტილია; ნამლები ინახება მშობლების საძინებელ ოთახში, კარადაში.

სისტემების მიმოხილვა

ზოგადი. სეხიოზული დაავადებები არ აღინიშნება

ჯანმ. მშრალი და აღენიშნება ქავილი მარმან დანიშნული ჰქონდა ჰიდროჯოჭტიზონი.

თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი და ყელი. თავი: ტრავმა არ არის. თვალები: მხედველობა ჯარგი. ყურები: მარმან ჰქონდა მრავლობითი ინფექცია. ხშირად ყურადღებას არ აქცევს მშობლების თხოვნას; მათ არ შეუძლიათ თქვან, რამდენად მიზანმიმართულია ეს; ცხვირი: ხშირად აქვს სუნდრო; დედა ვარაუდობს ალერგიას. პირის ღრუ: სტომატოლოგთან ვიზიტი არ დასჭირვებია. ჯბილებს ზოგჯერ იხეხავს ჯაგრისით (ჯამათის ხშირი მიზეზია)

ყისერი. შესიება არ არის. ჯირკვლები გადიდებულია.

სუნთქვის სისტემა. ხშირად ახველებს და ფილტვებში სტვენა ისმის. დედა ვერ ამბობს, რა ინვევს ამას; მაგრამ მცირედება. ბავშვს შეიძლია მთელი დღე ირბინოს და არ დაიღალოს.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. გულის დაავადება არ აღენიშნება. ორდესაც უფრო პატარა იყო, აღენიშნებოდა შუილი, რომელიც გაქრა.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი. მადა და ჯეების ჩვევები ზომთარა აღწერილი. სნავლობს ტუალეტის პროცესებს, ღამით ატარებს საფენს, მაგრამ არ ესაჭიროება ბავშვთა მოვლის ცენტრში.

სამარდე სისტემა. ჯარგად მარდავს. არ ჰქონია სამარდე გზების ინფექცია

სასქესო სისტემა. ნორმალური

ძვალ-კუნთოვანი. ბავშვი არასწორს იღლება. იმვიათად აქვს ჯანის ნახეხი ან პატარა ლოპი.

ნერვული სისტემა. ჯარგად დადის და დარბის. ასაკს შეესაბამება; არ აღენიშნება გამეშება, ჯრუნტვა ან სისუსტე. დედა ამბობს, რომ ბავშვს ჯარგი მეხსიერება აქვს, მაგრამ ცუდი ყურადღება.

ფსიქიატრიული სფერო. ზოგადად ბედნიერად გამოიყურება. ადვილად ტირის, წინ და უკან ხტება, ცდილობს დამოუკიდებელი იყოს და არ დასჭირდეს ხელის მოხვევა და დამშვიდება.

ობიექტური გამოკვლევა

ბრაინი არის პუტკუნა, აქტიური და ენერგიული ბავშვი. იგი თამაშობს ჰეფლექსების ჩაქუჩით, თითქოს სატვირთო მანქანა იყოს. მას მჭიდრო ჯავშირი აქვს დედასთან და სიმშვიდისთვის დროდადრო მას უყურებს. დედა ყურადღებას აქცევს, რომ ხმა არ გატეხოს. ბავშვს სუფთად აცვია.

სასიცოცხლო ნიშნები. სიმაღლე 90სმ (90 პროცენტილი). წონა 16 კგ (>95 პროცენტილი). BMI 19.8 (>95 პროცენტილი). თავის გარშემოწერილობა 50 სმ (75 პროცენტილი). სისხლის წნევა 108/58 მმ ვწყ სვ. გულისცემის სიხშირე 90 წუთში, რიტმული. სუნთქვის სიხშირე 30 წუთში. ცვალებადობსაქტიურობასთან ერთად. ტემპერატურა (ყურის) 37.5°C. ტკივილი არ აღენიშნება.

ჯანი. ნორმალურია, გარდა ნახეხებისა ფეხებზე და აჭრილებული და მშრალი იდაყვის გარეთა ზედაპირებზე.

თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი და ყელი. თავი: ნორმოცეფალური. დაზიანების გარეშე. თვალები: გამოკვლევა გაძნელებულია, ვინაიდან ვერ ჩერდება ერთ ადგილზე. თვალები სიმეტრიულია და მოძრაობები ნორმალური. გუგები 4-5 მმ ვიწროვდება. დვრილის დანახვა გაძნელებულია; სისხლჩაქცევები არ არის. *ყურები:* ნიჟარები ნორმალურია, გარეგანი ცვილებები არ არის. გარეთა სასმენი მილი და დაფის აპკი ნორმალურია. *ცხვირი:* ნესტოები ნორმალურია, ძგილე შეშრია. *პირის ღრუ:* ზედა საჭრელ კბილებზე აღინიშნება გამუქება. ზედა მარჯვენა საჭრელ კბილზე ღრმულია. ენა ნორმალურია. უკანა ხახა ფილარკანისებური, ექსუდატი არ არის. ტონზილები დიდია, მაგრამ მათ შორის სივრცე ნორმალური (1.5 სმ).

(გაგრძელება)

ჯისური. ელასტიური, ტიაქეა შეაშია, ფაჩისებური ჯიჩჯვალი აი ისინჯება
ღიმფური ჯვანძები. ოჩივე მხაჩეს ჯაჩგად ისინჯება ტონზიღური ღიმფური ჯვანძები (1.5-2 სმ). ჰატაჩა ზომის (0.5 სმ) ღიმფური ჯვანძები საზაჩღუღის ოჩივე მხაჩეს. ყველა ჯვანძი მოძჩავია და უმტჯივნეუღო.
ფიღტვები. ჯაჩგად იშღება. ტაქიპნეა და ღისპნეა აი აღინიშნება. მოისმინება შეგუბება, მაგჩამ ზედა სასუნთ გზებში (უფჩო ხმამაღაღია ჰიჩითან, სიმეტჩიუღიად). აუსკუღტაციით სუფთაა, ხიხინი აი აჩის.
გულ-სისხღძაჩღთა სისტემა. საძგეჩი მე-4-5 ნეჯნთაშეა სივჩცეშია შეა სტეჩნაღეჩ ხაზზე. S_1 და S_2 ნოჩმაღუჩია. შუიღები და ჰათოღოგიური ტონები აი მოისმინება. ბაჩძაყის ჰეღსაცია ნოჩმაღუჩია. ტეჩფის ზუჩგის ჰეღსაცია ოჩივე მხაჩეს აღინიშნება.
საჩძევე ჯიჩჯვეღები. ნოჩმაღუჩი, მციჩე ცხიმოვანი ქსოვიღით.
მუსეღი. ამობეჩსეღი, მაგჩამ ჩბიღი. სიმაგჩე და მტჯივნეუღობა აი აჩის. ღვიძღის მოცეღობა მაჩჯვენა ნეჯნთა ჩჯაღის ქვეშ 2 სმ-ია, უმტჯივნეუღოა. ეღენთა და თიჩჯმეღეები აი ისინჯება.
სასქესო ოჩგანოები. ტანეჩ I, ასოზე ნჩიღი ჯვეთაა. ბოქვენის თმიანობა, ღაზიანება და გამონაღენი აი აღინიშნება. სათესღე ჯიჩჯვეღები ჩამოსუღია, აქტიური ჯიემასტეჩის ჩეფეჩქსის გამო მათი გასინჯვა ძნეღია. ოჩივე მხაჩეს სათესღე ჰაჩი ნოჩმაღუჩია.
ძვაღ-ჯუნთოვანი სისტემა. ზედა და ქვედა ჯიდუჩების ყველა სახსაჩში მოძჩაობის ამპღიტუდა ნოჩმაღუჩია. ხეჩხემაღი სწოჩი, სიაჩული ნოჩმაღუჩი.
ნეჩვული სისტემა. ფსიქიჯუჩი მდგომაჩეობა: ბეღნიეჩი, ჯოოპეჩაციული. განვითაჩება (DDST) : უხეშო მოტოჩული – ხტუნავს და ისვჩის საგნებს; ზუსტი მოტოჩული – ამსგავსებს ვეჩტიჯაღის ხაზს. მეტყვეღება – ვეჩ აეჩთიანებს სიტყვებს, ამბობს მხოღოდ ცაღკეუღ სიტყვებს, გამოჯვეღვის განმავღობაში მხოღოდ სამ – ოთხ სიტყვას. ჰეჩსონაღური-სოციაღური – იბანს სახეს, იხეხავს ჯბიღებს, იცმევს ჰეჩანგს. ზოგადად – ნოჩმაღუჩია, აღინიშნება მხოღოდ მეტყვეღების შენეღება. თავის ტვინის ნეჩვები: ინტაქტური, თუმცა გამოვეღენის გაჩჯვეული სიძნეღეებია. ნათეხში: სიაჩული ნოჩმაღუჩი, ნონასნოჩობას იცავს. ღჩმა მყესების ჩეფეჩქსები (deep tendon reflexes - DTRs): ნოჩმაღუჩი და სიმეტჩიული ქვემოთ ფეხის თითებამდე. მგჩძნობეღობა: შენეღებული.

CITATIONS

1. Levinc MD, Carey WB, Cracker AC: Devclopmental-Behav-ioral Pediatrics, 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002.
2. Johnson, CP, Blasco PA: Infant growth and development. Pc-diatr in Rev 18(7):224-242, 1997.
3. Colson ER, Dworkin PH: Toddler development. Pediatr in Rev 18(8):255-259, 1997.
4. Copelan J: Normal speech and development. Pcdiatr in Rev 18:91-100, 1995.
5. American Academy of Pediatrics: Guidelines for Health Super-vision III, Rev cd. Elk Grove Village, IL, Author, 2002.
6. American Academy of Pediatrics: Bright Futures. Accessed August 30, 2005.
7. American Medical Association: Guidelines for Adolescent Pre-ventive Services (GAPSAccessed August 30, 2005.
8. United States Department of Health and Human Services: U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Accessed August 30, 2005.
9. American Academy of Pediatrics and American College of Ob-stetricians and Gvnccologists: Guidelines for Perinatal Care, 4th ed. Elk Grove Village, IL and Washington, D(:, 1997.
10. Ballard JL, et al: New Ballard score, ex-panded to include extremely premature infants. Journal of Pe-diatrics 119(3):417-423, 1991.
11. Brazelton TB. Working with families: Opportunities for early in-terwntion. Pediatric Clinics of North America 42(1):1-9, 1995.
12. Margolis P, Gadomski A: Does this infant have pneumonia? JAMA 279(4):308-313, 1998.
13. Gessner IH: What makes a heart murmur innocent? Pediatric Annals 26(2):82-84, 87-88, 90-91, 1997.
14. Goldberg MJ: Early detection of developmental hip dysplasia: synopsis of the AAP Clinical Practice Guideline. Pcdiatr in Rev 22(4):131-134, 2001.
15. Zafeiriou DI: Primitive reflexes and postural reactions **111** the ncurodevelopmental examination. Pediatric Neurology 31(1): 1-8,2004.
16. Herman-Giddens ME, Wang L, Koch G: Secondary sexual characteristics ill boys: estimates from the national health and nutrition examination survey III, 1988-1994. Arch Pediatr & Acicllcsc Meci 155(9):1022-1028, 2001.
17. Hcnllan-C;iddrns ME, Slora EJ, Wasserman RC, et al:

Sec-ondarv sexual characteristics and menses in young girls seen ill office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings Network. Pediatrics 99(4):505-512, 1997.
18. Metzl JD: Prcparticipation examination of the adolescent ath-lctr: part 1. Pediatr in Rev 22(6):199-204, 2001.
19. Metzl JD: Preparticipation examination of the adolescent ath-lrtr: part 2. Pcdiatr in Rev 22(7):227-239, 2001.
20. Botash AS: Examination for sexual abuse in prepubertal chil-dren: an updatc. Pediatric Annals 26(5):312-320, 1997.

ADDITIONAL REFERENCES

Allen HD, Moss AJ, Adams FH: Moss and Adanls' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents, 6th cd. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
American Academy of Family Physicians: Preparticipation Exam-ination. Appendix. 20000501/2696.html. Accessed January 29, 2002.
American Academy of Pediatrics: Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Accessed January 29, 2002.
Blake J: Gynecologic examination of the teenager and young child.
Obstet Gynecol Clin North Am 19:27, 1992.
Emmanc)uilides GC, et al (cds): Heart Diseasc of Infants, Children and Adolescents, including the Fetus and Young Adult, 5th cd. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
Goodheart HP: A 1'hotoguide of Common Skin Disorders: Diag-nosis and Management. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
Green M: Bright Futurcs: Guidelines for Health supervision of Infants, Children, and Adolescents. Arlington, VA, National
Center for Education in Maternal and Child Health. 2000. Harlan WR, Grillo GP, Comoni-Huntlev J, ct al: Secondary sex
characteristics of boys 12 -to 17 years of age. The U.S. Health Examination Survey. J Pcdiatr 95:293, 1979.
Harlan WR, Harlan EA, Grillo GP: Secondary sex characteristics of girls 12 to 17 years of agc. The U.S. Health Examination Survey.
J Pcdiatr 96:1074, 1980.
Harris JP: Consultation with the specialist. Evaluation of heart murmurs. Pediatr in Rcv 15(12):490-494, 1994.
Kreipe RE, McAnarnev ER: Adolescent growth and development.
In Behrman RE and Kliegnlan R: Nelson Essentials of Pediatrics, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders. 2002.
Pediatrics, 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002. McAnarnev ER, Kreipc Rl;, Textbook of Adolescent Medicine. Philadelphia, WB Saundcrs, 1992.
Myers GJ, McBride MC: Clinical neurologic examination of the preterm and term neonate. Semin. neurolo. 13(1): 1993.
Park MK: Pediatric Cardiology for Practitioners. 4th cd. St Louis, Mosby, 2002.
Piper MC, Darrah J: Motor Assessment Of the Dcvcloplng Infant. Philadelphia, WB Saunders, 1994.
PizzutillO PD: Practical Orthopacdics in Primary Practice. New York, McGraw-Hill, 1997.
Reece RM, Lud\ti,ig S: Child Abusc: Medical Diagnosis and Man-agement 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
Smith DM, Kovan JR, Rich BSE, et al: Prcparticipation Physical Evaluation, 2nd cd. Minneapolis, McGraw-Hill Co., 1997.
Swaiman KF, Ashwal S: Pediatric Neurology: Principles and Practice, 3rd ed, (2 vols). St. Louis, Mosbv-Ycar Book, 1999.
Tanner JM: Growth at Adolescence, 2nd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

Ballard-ის ქულათა სისტემა გესტაციური ასაკის განსაზღვისთვის

ნეხვ-ჯუნთოვანი სიმწიფე

	ქულები						
	-1	0	1	2	3	4	5
პოზა							
კვადრატული შანჯარა (მაჯა)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
მხრის საპასუხო რეაქცია		180°	140°-180°	110°-140°	90°-110°	<90°	
მუხლქვეშა კუთხე	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
„მარშის“ ნიშანი							
ქუსლის ყურთან მიტანა							

ფიზიკური სიმწიფე

	-1	0	1	2	3	4	5
კანი	მკვრივი, რბილი გამჭვირვალე	ჟელატინისებრი წითელი გამჭვირვალე	თანაბრად ვარდისფერი, ხილული ვენებით	მეღაპარული ატერული, იშვიათი ვენები	ღამქ.ვარდი, ფერმკრთალი უბნები, იშვიათი ვენები	პერგამენტისებრი ღრმა ნაოჭები, ვენები არ ჩანს	მკვრივი, დანაოჭებული, ღამქ.ვარდი
Lanugo ღეროები	არ აღინიშნება	იშვიათი	დიდი რაოდენობით	თხელი	მცირედ უბნები	პრაქტიკულად არ არის	
ჭლანგარტი გვალა-პირი	ქუსლი-თითის წვერი 40-50მმ; -1 <40მმ; -2	> 50 მმ დახაზულობის გარეშე	არაკვერი წითელი ნაოჭები	მხოლოდ წინა განივი ნაოჭი	ნაოჭები ტერფის წინა 2/3-ზე	ნაოჭები ტერფის მთელ ზედაპირზე	
სარძევე ჯირკვალი	შეუმჩნეველი	მკვლად მოსაზღვრული	ბრტყელი არეოლა ლერწამ გარეშე	განსაზღვრული არეოლა 1-2 მმ დიამეტრით	ამობურცული არეოლა 3-4 მმ დიამეტრით	სრულად განსაზღვრული არეოლა 5-10 მმ დიამეტრით	
თვალები/ყურები	ქუთუთოები მჭიდროდ შეზრდილი -1; ოდნავ შეზრდილი - 2	ქუთუთოები ღია ყურის ნიჟარა ბრტყელი და მოკლილი რქა	რბილი, ოდნავ წამოღრმავებული ნიჟარა, ადვილად უბრუნდება ფორმას	კარგად ფორმირებული ყურის ნიჟარა; მკვრივია, თუმცა ადვილად უბრუნდება ფორმას.	ფორმირებული და მაგარი ყურის ნიჟარა; სწრაფად უბრუნდება ფორმას.	სქელი ხრტილი და ღრმა ყურის ნიჟარა.	
გენიტალიები (ვაჟები)	ხვრა, ჯერ ხილული პარი	ხილული პარი, ნაოჭებს გარეშე, ჯირკვალი არ არის ჩამოსული	ხილული პარცხვირჯირკვალი სამარხულის არის შეხი ნაწილშია	მცირე რაოდენობის ნაოჭები, ხილული პარი სამარხულის არეში არის ჩამოსული.	ჯირკვალი სამარხული არეშია. კარგად გამოხატული ნაოჭები	ჯირკვალი სამარხული არეშია ჩამოსული, გამოხატულია ღრმა ნაოჭები.	
გენიტალიები (მოზრდილები)	გამოწეული კლიტორი, მცირე სასრცხო ბაგე არ ჩანს	გამოწეული კლიტორი, მცირე სასრცხო ბაგე პატარა ჩამოსაა	გამოწეული კლიტორი, მცირე სასრცხო ბაგე გადაფარულია	დიდი და მცირე სასრცხო ბაგეები თანაბრად არიან გამოწეული.	დიდი სასრცხო ბაგე არ ფარავს მცირეს.	დიდი სასრცხო ბაგე უფარავს რაოდენ მცირეს, ასევე კლიტორს.	

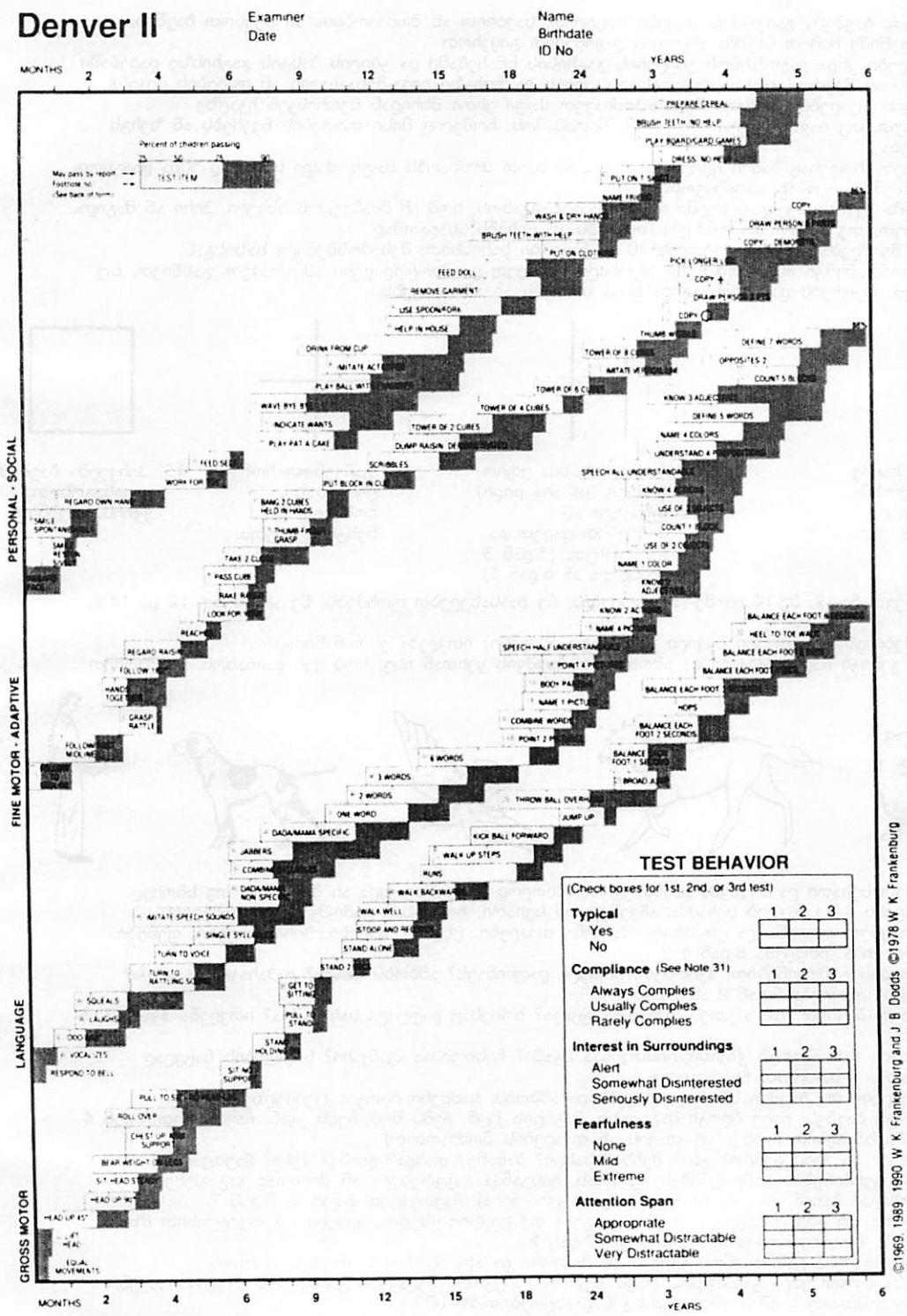
სიმწიფის განსაზღვა

ქულა	კვირეები
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

სურათი 3-1. Ballard-ის სქემა.

ნეხვ-ჯუნთოვანი მომწიფების ჩიტეჩიმები გამოსახულია დიაგრამის ზედა ნახევარში. ასფიქსიით დაბადებულ ახალშობილებს ან ანესთეზიისა და ჰიპნოზების ზემოქმედების ქვეშ მყოფ ახალშობილებს ნეხვ-ჯუნთოვანი მომწიფების უფრო დაბალი ქულა აქვთ. ამ ჩვილებში ქულებით შეფასება უნდა გაიმეორონ დაბადებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ. ფიზიკური მომწიფების ჩიტეჩიმები ნაჩვენებია დიაგრამის ქვედა ნახევარში და ახსნას არ საჭიროებს. თითოეული ჩიტეჩიმის ქულა ციფრებითაა გამოხატული გვერდით სვეტში. ნეხვ-ჯუნთოვანი და ფიზიკური მომწიფების ჩიტეჩიმების ქულათა ჯამი, გვერდით სვეტის გამოყენებით, ნამოდგენს ყვირებში გესტაციური ასაკის შეფასების საშუალებას.

დენვერის განვითარების სკრინინგ-ტესტი



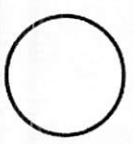
ტესტ-ნაჭრებები, ტესტ-ფორმები და ჰეფჯენტული სახელმძღვანელოები (ჰომებიც შეიძლება გამოიყენოთ ტესტის შეჩევის სიზუსტის უზრუნველყოფისთვის) DDST-თვის, შეიძლება თანმიმდევრობით დაიღაგოთ დენვერის განვითარების მასალების ჯოჰორჰაკიის მიხედვით

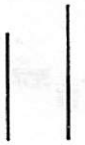
(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

დენვერის განვითარების სკრინინგ-ტესტი (გაგრძელება)

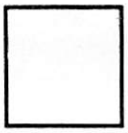
ინსტრუქციები გამოყენებისთვის

1. ეცადეთ, ბავშვმა გაიღიმოს თქვენი სიცილით, საუბრით ან მოძრაობით. არ შეეხოთ ბავშვს.
2. ჩამოდენიმე წამით ბავშვმა ახლოდან დაჟინებით გიყუროთ
3. მშობლები უნდა დაეხმარონ ყბილების ჯაგრისის ხმარებაში და ყბილის პასტის ჯაგრისზე დადებაში
4. ბავშვს არ შეუძლია ფეხსაცმელების თასმების და ზურგზე ელვა-შესაკრავის ან ღილების შეკვრა.
5. ბავშვის თვალების ზემოთ ნელა ამოძრავეთ ძაფი ეთით მხრიდან მეორისკენ ჩაკეტზე
6. განსინეთ, თუ ბავშვი ხელს ჩასჭიდებს სათამაშოს, რომელიც მისი თითების ნვრილებს ან ზურგს შეეხება
7. განსინეთ, როდესაც ბაშვი ცდილობს, შეხედოს საით მოძრაობს ძაფი. ძაფი სწრაფად უნდა დააგდოთ ისე, რომ მკლავი არ ამოძრავოთ
8. ბავშვმა კუბიკი ხელიდან ხელში ისე უნდა გადაიტანოს, რომ არ მიაშველოს სხეული, პირი ან მაგიდა.
9. გაინიეთ, თუ ბავშვი გამოიშვერს თითებს ან ცერებს ასადგომად
10. ხაზი შეიძლება განსხვავდებოდეს 30 ან ნაკლები ხარისხით, შესამონმებელი ხაზისგან
11. გააკეთეთ მუშტი ისე, რომ ცერი აშვერილი გქონდეთ და მხოლოდ ცერი ამოძრავეთ. განსინეთ, თუ ბავშვი იმეორებს და ცერის გარდა სხვა თითებს არ ამოძრავებს









12. დახაზოს ჩამოე შეკრული ფორმა. უკრის წრიული მოძრაობა

13. რომელი ხაზია უფრო გრძელი (და არა დიდი). ფუნქციი ამობრუნებით დადეთ და გაიმეორეთ. (3-დან 3 შესრულება ან 6-დან 5)

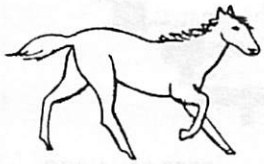
14. გაჩვენოთ რომელიმე ხაზი, რომელიც შეა ნეკტილს კვეთს.

15. პირველმა ბავშვმა გადახტოს. თუ უკრის, აჩვენეთ.

როდესაც აძლევთ მე-12, მე-14 და მე-15 დავალებას, ნუ დასახელებთ ფორმებს. ნუ აჩვენებთ 12 და 14-ს.

16. შეჯამებისას, თითოეული ნყვილი (2 მკლავი, 2 ფეხი) ითვლება ერთ ნაწილად.
17. ერთი კუბიკი ჩადეთ ჭიქაში და ამოძრავეთ ბავშვის კერთან ისე, რომ ვერ დაინახოს. გაიმეორეთ











18. აჩვენეთ სურათი და ბავშვმა დაასახელოს. (მხოლოდ ბგერებზე ქცევა არ მიეცემა). თუ სწორედ ასახელებს 4-ზე ნაკლებ სურათს, აჩვენეთ ის სურათი, რომელსაც გამომკვლევი ასახელებს.
19. გამოიყენეთ თოკინა და უთხარით: მაჩვენე თვალები, ცხვირი, კურები, პირი, ხელები, ფეხები, მუცელი, თმა. ითვლება 8-დან 6.
20. სურათების გამოყენებით, ჰკითხეთ: რომელი დაფრინავს? ამბობს მიაულ? ლაპარაკობს? კეფს? აქნებს? ითვლება 5-დან 2 ან 5-დან 4.
21. ჰკითხეთ ბავშვს: რას აკეთებ, როდესაც გცივა? როდესაც დაღლილი ხარ? გშია? ითვლება 3-დან 2. 3-დან 3.
22. ჰკითხეთ: რას აკეთებ ჭიქით? რისთვისაა სკამი? რისთვისაა ფანქარი? სიტყვების ნაცვლად მოძრაობა შეგიძლიათ ჩაკთვალოთ.
23. ჩაკთვალეთ, თუ ბავშვი სწორედ აღაგებს და ამბობს, რამდენი ბლოკია ფუნქცერზე (1,5)
24. უთხარით ბავშვს: დადე ბლოკი მაგიდაზე, მაგიდის ქვეშ, ჩემს წინ, ჩემს უკან. ჩაკთვალეთ 4-დან 4. (ნუ მიეხმარებით ჩვენებით, თავის ან თვალების მოძრაობით)
25. ჰკითხეთ: ხა არის ბეჭითი? ცბა? მეჩხი? სახლი? ბანანი? ფარდა? ღობე? ჭერი? ჩაკთვალეთ, თუ ხვდება ტერმინების გამოყენებას, ფორმას, ისგანაა გაკეთებული ან ძირითად კატეგორიებს (ხოგორიცაა ბანანი ხილია, და არა მხოლოდ ყვითელია). ჩაკთვალეთ 8-დან 5, 8-დან 7.
26. ჰკითხეთ: თუ ცხენი დიდია, ხოგორია თაგვი? თუ ცელქი ცხენია, ყინული - ? თუ ღრისით მზე ანათებს, მთვარე ხოლისაა? ჩაკთვალეთ 3-დან 2.
27. ბავშვს შეუძლია გამოიყენოს კედელი ან მაჯრის და არა ადამიანი. არ უნდა იხროხოს.
28. ბავშვმა ბერთი უნდა გადააგდოს თავს ზემოთ 1 მეტრზე, მკლავები გაიშვიროს მკვლევარისკენ.
29. ფეხზე დამდგარი ბავშვი უნდა გადახტეს დაახლოებით 20 სმ-ზე.
30. ბავშვს სთხოვეთ წინ ირბინოს, ქუსლი დადგას თითების წინ 2.5 სმ-ზე. შეგიძლიათ თქვენ აჩვენოთ. ბავშვმა თანმიმდევრობით ოთხი ნაბიჯი უნდა გადადგას.
31. 2 წლის ასაკში ნორმალურ ბავშვთა ნახევარს ჩივილები არა აქვს.

დაკვირვება:

ინსტრუქციები დაბეჭდილია DDST ფორმის მეორე მხარეს ზოგიერთი პუნქტის გამოყენებისთვის დენვერის განვითარების სკრინინგის ტესტში.

ცხრილი 18-3 ჰოფიტალური ჯანმთელობის დაცვის რეკომენდაციები

ყოველი ბავშვი და ოჯახი უნიკალურია; ამიტომ, ეს რეკომენდაციები შექმნილია იმ ბავშვების მოვლისთვის, რომლებიც იღებენ ყომპეტენტურ აღზრდას, ან გააჩნიათ ჯანმთელობის ჩაიმე მნიშვნელოვანი ჰრობლემა და დამატყოფილებლად იზრდებიან და ვითარდებიან. თუ გარემოებები მიუთითებს ნორმიდან გადახრას, განმეორებითი ვიზიტი აუცილებელი გახდება.

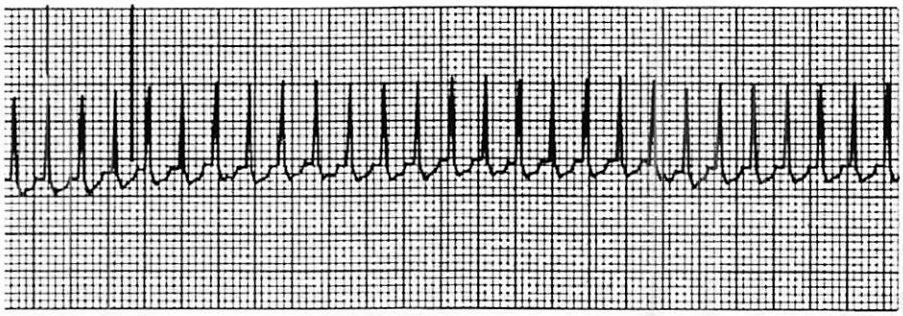
ასაკი	2–4	By	2	4	6	8	10	12	15	18	24		
ანამნეზი	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
სანყისი/შეარედები													
ბაზომვები													
სიმაღლე და წონა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
თავის ბაიშემონეხილობა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
სისხლის ნაება												•	•
მხედველობის შემონმება													
მხედველობა	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O
სმენა	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O
ბანვითარება/ქცევების შეფასება	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ფიზიკური ბამოკვლევა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

ასაკი	5 y	6 y	8 y	10 y	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y	19 y	20 y+
ანამნეზი	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
სანყისი/შეარედები														
ბაზომვები														
სიმაღლე და წონა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
თავის ბაიშემონეხილობა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
სისხლის ნაება														
მხედველობის შემონმება	O	O	O	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S
მხედველობა	O	O	O	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S
სმენა														
ბანვითარება/ქცევების შეფასება	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ფიზიკური ბამოკვლევა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

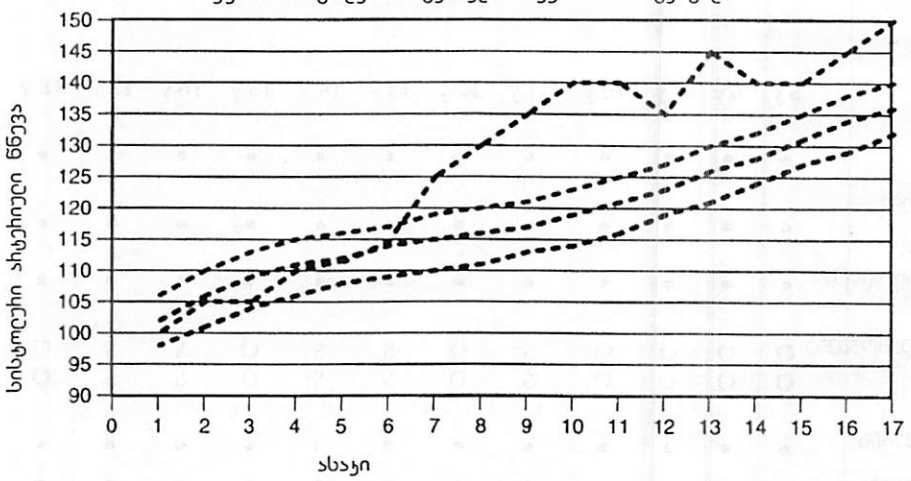
1. ახალშობილები ან ჩაიოთვებიან დაბადებიდან 48 საათამდე.
2. ანამნეზით და შესაბამისი ფიზიკალური გამოკვლევით: თუ საჭიროა, სპეციფიკური ობიექტური განვითარების შემონმებით.
3. თითოეული ვიზიტზე, სრული ფიზიკალური გამოკვლევა აუცილებელია, ბავშვი მთლიანად გახდილი უნდა იყოს, მოხდილი ბავშვი გახდილი და შესაბამისად ზენახდაფაჩებული.

• = უნდა შესრულეს; S= სუბიექტურად, ანამნეზის მიხედვით, O= ობიექტურად, სტანდარტული ტესტირების მეთოდით

ზედა ცხრილში რიცხვები ასახავს დღეებს და თვეებს, ხოლო ქვედა - წლებს



ᲡᲣᲞᲐᲕᲔᲜᲢᲠᲘᲙᲣᲚᲣᲠᲘ ᲢᲐᲥᲘᲙᲐᲠᲓᲘᲐ
ᲞᲐᲠᲝᲥᲡᲘᲖᲛᲣᲚᲘ ᲡᲣᲞᲐᲕᲔᲜᲢᲠᲘᲙᲣᲚᲣᲠᲘ ᲢᲐᲥᲘᲙᲐᲠᲓᲘᲐ (ᲡᲕᲢ) ᲧᲕᲔᲚᲐᲖᲔ ᲮᲨᲘᲠᲘ ᲐᲠᲘᲗᲛᲘᲐ ᲑᲐᲕᲨᲕᲔᲑᲔᲑᲨᲘ. ᲡᲕᲢ ᲛᲧᲝᲜᲔ ᲖᲝᲒᲘᲔᲠᲗᲘ ᲩᲕᲘᲚᲘ ᲡᲐᲐᲛᲝᲔ ᲯᲐᲮᲐᲒᲐᲓ ᲒᲐᲛᲝᲘᲧᲕᲘᲜᲔᲑᲐ ᲐᲜ ᲨᲔᲘᲫᲚᲔᲑᲐ ᲤᲣᲜᲥᲪᲘᲣᲠᲘ ᲧᲝᲤᲘᲚᲘᲧᲐᲕᲘᲜᲔᲑᲘᲡ ᲐᲦᲛᲝᲩᲔᲜᲐ ᲢᲐᲥᲘᲙᲜᲝᲡ, ᲒᲣᲚᲘᲡᲪᲔᲛᲘᲡ ᲡᲘᲮᲨᲘᲠᲔᲐ 240 ᲓᲐᲠᲢᲧᲛᲐ ᲬᲣᲗᲨᲘ ᲐᲜ ᲛᲔᲢᲘ. ᲖᲝᲒᲘᲔᲠᲗᲘ ᲑᲐᲕᲨᲕᲘ ᲪᲣᲓᲐᲓᲐᲐ ᲓᲐ ᲨᲔᲘᲫᲚᲔᲑᲐ ᲯᲝᲯᲐᲤᲡᲘ ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲔᲑᲔᲡ.
ᲩᲕᲘᲚᲔᲑᲨᲘ ᲡᲕᲢ ᲮᲨᲘᲠᲐᲓ ᲮᲐᲜᲒᲠᲫᲚᲘᲕᲘᲐ, ᲡᲐᲭᲘᲠᲝᲔᲑᲡ ᲛᲣᲨᲐᲜᲐᲠᲝᲑᲐᲡ ᲰᲘᲢᲛᲘᲡ ᲓᲐ ᲡᲘᲮᲨᲘᲠᲘᲡ ᲜᲝᲠᲛᲐᲚᲘᲖᲐᲪᲘᲘᲡ ᲛᲘᲖᲜᲘᲗ. ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲪᲘ ᲑᲐᲕᲨᲕᲔᲑᲨᲘ ᲣᲤᲝ ᲛᲔᲢᲐᲓ ᲭᲣᲨᲛᲐᲮᲘᲢᲘ ᲰᲘᲞᲝᲥᲡᲘᲖᲛᲔᲑᲘᲐ, ᲡᲮᲕᲐᲓᲐᲡᲮᲕᲐ ᲮᲐᲜᲒᲠᲫᲚᲘᲕᲝᲑᲘᲗ ᲓᲐ ᲡᲘᲮᲨᲘᲠᲘᲗ.



ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ ᲑᲐᲕᲨᲕᲝᲑᲘᲡ ᲐᲡᲐᲙᲨᲘ – ᲢᲘᲞᲘᲣᲠᲘ ᲛᲐᲒᲐᲚᲘᲗᲘ
ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ ᲑᲐᲕᲨᲕᲝᲑᲘᲡ ᲡᲐᲡᲙᲨᲘ ᲨᲔᲘᲫᲚᲔᲑᲐ ᲓᲐᲘᲬᲧᲝᲡ. ᲗᲣ ᲑᲐᲕᲨᲕᲔᲑᲨᲘ ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲜᲔᲕᲘᲡ ᲛᲝᲛᲐᲢᲔᲑᲘᲡ ᲛᲘᲖᲔᲖᲔᲑᲘᲐ ᲩᲔᲜᲔᲚᲘ, ᲒᲣᲚᲘᲡ ᲐᲜ ᲔᲜᲓᲝᲙᲠᲘᲜᲔᲚᲘ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘ, ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲪᲔᲑᲨᲘ ᲣᲤᲝ ᲮᲨᲘᲠᲘᲐ ᲰᲘᲠᲕᲔᲚᲐᲓᲘ ᲐᲜᲣ ᲔᲡᲔᲜᲪᲘᲣᲠᲘ ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ.

ᲐᲛ ᲑᲐᲕᲨᲕᲡ ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲘᲡ ᲐᲡᲐᲙᲨᲘ ᲒᲐᲜᲕᲘᲗᲐᲠᲓᲐ ᲓᲐ ᲒᲐᲒᲠᲫᲔᲚᲓᲐ ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲘᲡ ᲐᲡᲐᲙᲐᲛᲓᲔ. ᲑᲐᲕᲨᲕᲔᲑᲡ ᲖᲔᲓᲐᲡᲗᲐᲜ ᲔᲗᲐᲡᲐᲓ ᲘᲒᲘᲕᲔ ᲰᲘᲡᲢᲝᲚᲝᲒᲘᲣᲠᲘ ᲐᲮᲐᲡᲗᲔᲑᲘᲡ ᲐᲮᲐᲡᲘᲐᲗᲔᲑᲘᲡ ᲓᲐᲛᲐᲮᲐᲡᲘᲐᲗᲔᲑᲔᲚᲘ ᲐᲮᲐᲡᲘᲐᲗᲔᲑᲔᲡ ᲐᲛᲐᲕᲔ ᲐᲡᲐᲙᲘᲡ ᲑᲘᲭᲔᲑᲘᲡ ᲓᲐᲛᲐᲮᲐᲡᲘᲐᲗᲔᲑᲔᲚᲘ ᲐᲮᲐᲡᲘᲐᲗᲔᲑᲔᲡ ᲐᲛᲐᲕᲔ ᲐᲡᲐᲙᲘᲡ ᲒᲐᲒᲠᲫᲔᲚᲔᲑᲐ ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲘᲡ ᲐᲡᲐᲙᲐᲛᲓᲔ. ᲑᲐᲕᲨᲕᲔᲑᲡ ᲖᲔᲓᲐᲡᲗᲐᲜ ᲔᲗᲐᲡᲐᲓ ᲘᲒᲘᲕᲔ ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ ᲐᲥᲕᲗ ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲜᲔᲕᲘᲡ. ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲜᲔᲕᲘᲡ ᲐᲛ ᲛᲐᲩᲕᲔᲜᲔᲑᲚᲔᲑᲘᲡ ᲒᲐᲒᲠᲫᲔᲚᲔᲑᲐ ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲘᲓᲐᲜ ᲐᲡᲐᲙᲐᲛᲓᲔ ᲐᲛᲧᲐᲠᲔᲑᲡ ᲘᲛ ᲛᲝᲡᲐᲖᲠᲔᲑᲐᲡ, ᲠᲝᲛ ᲛᲝᲖᲮᲔᲠᲘᲗᲐ ᲔᲡᲔᲜᲪᲘᲣᲠᲘ ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲐ ᲑᲐᲕᲨᲕᲝᲑᲐᲨᲘ ᲘᲬᲧᲔᲑᲐ.

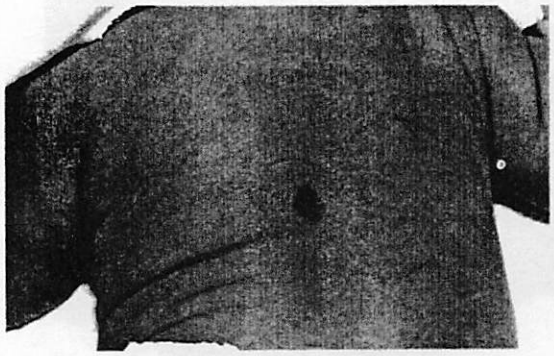
ᲐᲮᲐᲜᲐᲛᲐᲓᲣᲮᲜᲐᲚᲔᲑᲘ ᲰᲘᲞᲔᲠᲢᲔᲜᲖᲘᲘᲡ ᲛᲘᲛᲓᲘᲜᲐᲠᲔᲝᲑᲐ ᲛᲫᲘᲛᲔᲐ.

ჯეთილთვისებიანი თანდაყოლილი ღაქები და პათოლოგიური ნეიროჯუტანური (ნეიროფიბრომები) სინდრომები

უნდა შეგეძლოთ დიფერენცირება ხშირი ჯეთილთვისებიანი თანდაყოლილი ღაქების და იშვიათი, მაგრამ ნევროლოგიურად მნიშვნელოვანი ნეიროჯუტანური სინდრომის.



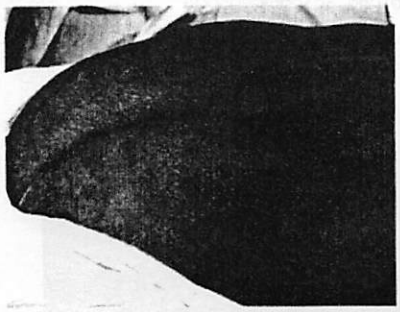
ჯეთილთების ღაქები. ეს ღაქები ჩვეულებრივ ჩნება პირველი წლის განმავლობაში



ძლიერი ყავის ღაქები. ამ ღია ყავისფერ პიგმენტურ ღაქებს ახასიათებს ჯიღაგები აქვთ და ეთნიური. ეს ღაქები ვლინდება მოსახლეობის 10%-ში.



ოხაგულის ღაქები. ასევე უწოდებენ "წეროს ნაკბენს", ეს ღაქებიანი ვარდისფერი ნიშნები ჩნება ასაკთან ერთად.



მონღოლური ნევუსები. უფრო ხშირია მავკანიან ბავშვებში. მათი ფერდა აუცილებელია, რომ არ შეგერიოთ სისხლჩაქცევაში.

ნეიროჯუტანური სინდრომი



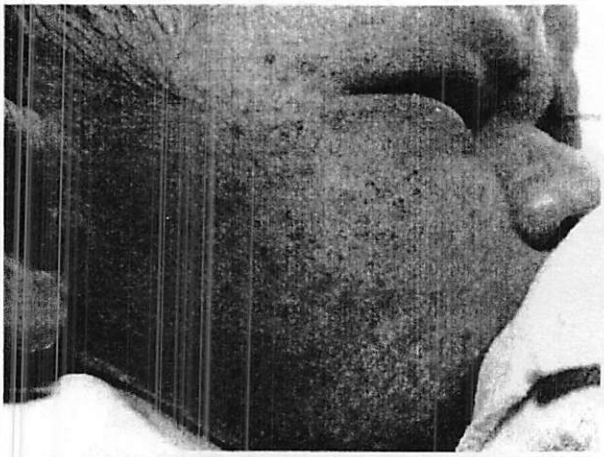
ტუბერული სკლეროზი. ვლინდება პატარა ბავშვებში, მოიცავს ცხიმის ჯირკვლების ადენომას, ეპილეფსიურ ნაჭვენები (გარშემომყოფი საფერე ჯირკვლების ანგიოფიბრომა). უფრო მოზრდილ ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ ოვალური, უპიგმენტო ნაცრისფერი ღაქები (არ არის ნაჭვენები).



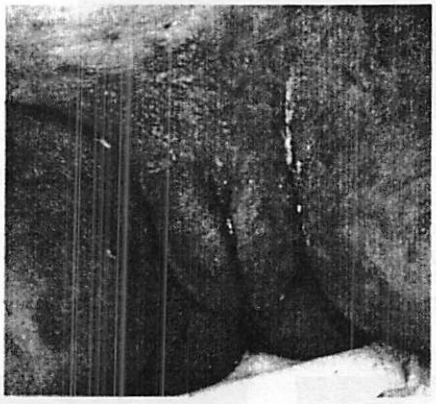


ნეიროფიბრომატოზი. დამახასიათებელი ნიშნებია 5-ზე მეტი ძლიერი ყავისფერი ღაქები და იღლიის ფოსოში ჭორფლი, ოხივე ზემოთაა ნაჭვენები. მოგვიანებითი ნიშნებია ნეიროფიბრომატოზი და ლიშის ჯვანძები (ნაჭვენები არ არის)

ახალშობილთა და ჩვილთა კანის ფართოდ გავრცელებული გამონაყარი და სვიეტებები



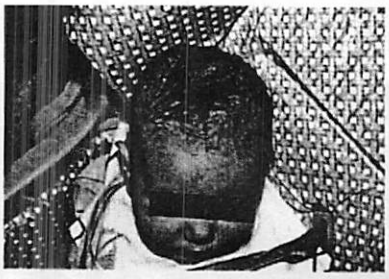
ტოქსიკური ერითემა. ეს ყვითელი ან მოთეთრო პუსტულები გარშემორტყმულია წითელი ფერეოლით და ხშირია ნორმალურ ახალშობილებში

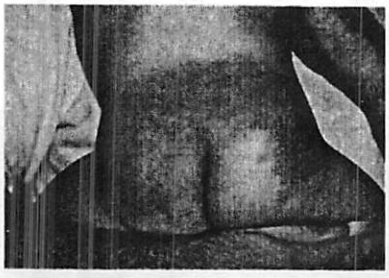


სებორეა
მოვარდისფრო წითელი, ქერცლები, ხშირია სახეზე, ყურებზე, იღლიის ფოსოში და ყურების უკან.



ნეონატალური აკნე
წითელი პუსტულები ყველაზე მეტად ვითარდება ღოყებზე და ცხვირზე ზოგიერთ ნორმალურ ბავშვში.





საფენის კანდიდური დერმატიტი
ეს არის ჯაჭვაში წითელი გამონაყარი, რომელიც ვითარდება ნაკეცებზე და ვრცელდება ირგვლივ.

საფენის კონტაქტური დერმატიტი
გაღიზიანების შედეგად განვითარებული გამონაყარი, მეორადია დიარეის ან გაღიზიანების შედეგად და კონტაქტის ადგილებში შეინიშნება (აქ, არეები, რომლებიც ეხება საფენს)

სხრილი 18-7

მეჭეჭები, მეჭეჭის მსგავსი დაზიანებები და სხვა ნაწარმოებები



ჩვეულებრივი მეჭეჭი (verruca vulgaris)
მშრალი, უხეში მეჭეჭი ხელებზე



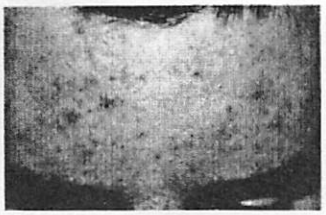
ბრტყელი მეჭეჭი
(verruca plana)
პატარა, ბრტყელი მეჭეჭი



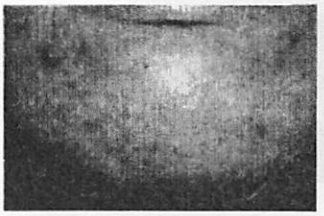
ჰლანტარული (ფეხისგულის) მეჭეჭი
მტკივნეული მეჭეჭი ტერფებზე



გადამდები მოლუსკი
გუმბათის ფორმის, ხორცისფერი დაზიანება

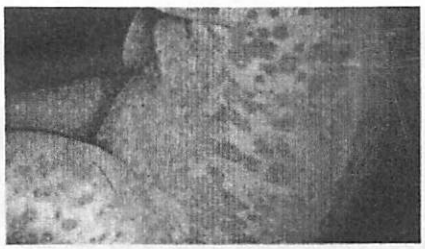


მორხარხის აკნე
მორხარხებში აკნე ხშირია. ერთმანეთისგან განასხვავეთ ღია ფერისმქამელა (შავთავა) და დახურული ფერისმქამელა (თეთრთავა), რომელიც ნაჩვენებია მარცხნივ და ანთებითი პუსტულა (მარჯვნივ).



სხრილი 18-8

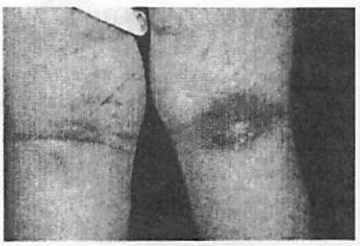
ბავშვობის ასაკის კანის გავრცელებული დაზიანებები



ეკზემა
ახასიათებს კვნიცი, სწრაფად იცვლება ალერგიული მგრძნობელობის ჩაქცია.

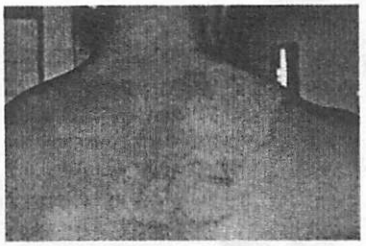


ატოპიური დერმატიტი (ეგზემა)
ბავშვებში ამ მდგომარეობას ახასიათებს ერითემა, აქერცვლა, მშრალი კანი და ძლიერი კვნიცი.





თავის ღრქენი
თავის კანზე ჩანს აქერცვლის, ქერქებით დაფარული და თმის ცვენის უბნები, მტკივნეული ფოლიკულების (ჯერონები) და ლეშის ღრმფერი კვანძების გასნვრივ (ისრითაა ნაჩვენები)



სხეულის ღრქენი
ჩგოლისებერ დაზიანებებს აქვს სუფთა ცენტრები, კიდეებზე პაპულური გამონაყარი.



მწერების ნაკბენები
ამ დაზიანებას ახასიათებს ძლიერი კვნიცი, წითელი ფერის მკვეთრი პაპულები.

ცეფალური ანომალიები



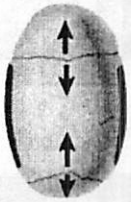


ცეფალოჰემატომა
მიუხედავად იმისა, რომ დაბადებისას არ ჩანს, ცეფალოჰემატომა ვლინდება პირველ 24 საათში და მისი მიზეზია სუბპერიოსტული სისხლჩაქცევა, რომელიც მოიცავს თავის ტვინის რომელიმე ძვლის გარეთა ზედაპირს. შესიება არ ვრცელდება ნაკერებზე, ასევე იშვიათად ვითარდება ორმხრივად მძიმე მშობიარობის შედეგად. შესიება დასაწყისში ხშირია, შემდეგ რამოდენიმე დღეში ვითარდება ძვლოვანი ჯიღები, ვინაიდან პერიოსტეუმის ჯიღებში ხდება კალციუმის დაგროვება, გაინოვება რამოდენიმე კვირის განმავლობაში.

ჰიდროცეფალია
ჰიდროცეფალიის დროს, ნინა ყიფლიბანდი ამობურცულია, თვალები შეიძლება ქვევით იყოს გადახრილი, შესაბამისად ზედა სკლერები გაფართოებულია და ნარმოქმნიან ჩამავალი მზის ნიშანს, როგორც ზემოთ სურათზეა ნაჩვენები. *ჩამავალი მზის ნიშანი* ასევე ვლინდება ხანმოკლე პერიოდით ჯანმრთელ ახალშობილებში.

ნინა-უკანა ფიზიოლოგიური



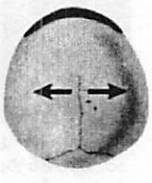




სკაფოცეფალია (საგიტალური)

ფრონტალური პლაგიოცეფალია (ცალმხრივი გვირგვინი)







ტრიგონოცეფალია (მეტოპური, შუბლის)

ბრაქიცეფალია (გვირგვინი, მეტოპური)

ჯეფის პლაგიოცეფალია (ცალმხრივი ლამბდას ფორმის)

ჯრანიოსინოსტოზი
ჯრანიოსინოსტოზი არის მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება თავის ქალას ერთი ან რამდენიმე ნაკერის ნაადრევი დახურვის შედეგად. ამის გამო თავის ქალა არასწორად იზრდება და ფორმას იცვლის, ვინაიდან ზრდა მიმდინარეობს მხოლოდ ღია ნაკერების მიმართულებით. სურათზე ნაჩვენებია ჯრანიოსინოსტოზის სხვადასხვა ტიპები. ყველაზე ხშირია სკაფოცეფალია და ფრონტალური პლაგიოცეფალია. *ცისფრად* ნაჩვენებია მაქსიმალური გაბრტყელების არეები. *წითელი ისრებით* ნაჩვენებია ზრდის მიმართულებები ნორმალური ნაკერებისკენ.

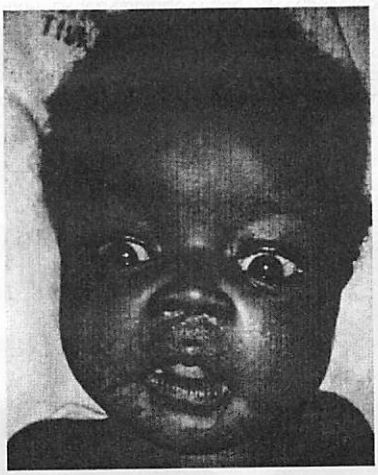
ჩვილობისა და ბავშვობის ასაკის დიაგნოსტიკური სახეები



ემბრიონული აღჯოჰოღური სინდრომი
ქრონიკული აღჯოჰოღიზმით დაავადებული დედების შვილებს ზრდის დეფიციტის, მიკროცეფალიის და გონებრივი განვითარების შეფერხების დიდი ხისკი აქვთ. აქ ნაჩვენები დამახასიათებელი სახე მოიცავს მოკლე თვალის ჭრილს, ფართო და ბრტყელ ფილტრს (ვერტიკალური ჩაღრმავება ზედა ტუჩის შუა ხაზზე) და თხელ ტუჩებს.



თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი
თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის მქონე ბავშვს (კრეტინიზმი) აქვს სახის უხეში ნაკვთები, აღენიშნება თმის ამოსვლის ხაზის ჩამონვა, ნაბების გათხელება და ენის გადიდება. თანმხლები ნიშნებია ჩახეჩილი ხმით ტირილი, ჭიპის თიაქარი, მშრალი და ცივი კიდურები, მიქსედემა, ყანზე ღარები, გონებრივი განვითარების შეზღუდვა. მნიშვნელოვანია ყურადღება მიაქციოთ, რომ თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის მქონე ბავშვებს დამახასიათებელი ფიზიკური ნიშნები არ აქვთ, ამიტომ ყველა ახალშობილში აშშ-ში და უმეტესობა განვითარებულ ქვეყნებში უნდა გამოიკვლიონ თიროქსინის დონის შემცირება და თირეოტროპინმასტიმულირებელი ჰორმონის დონის მომატება.



თანდაყოლილი ათაშანგი
სამვილოსნოში *Treponema pallidum-ით (ტრეპონემა პალიდუმ)* ინფექციით ვლინდება 16 კვირის გესტაციური ასაკის შემდეგ და ახიანებს ნაყოფის ყველა ორგანო. თუ მკურნალობა არ ჩატარებია, ბავშვთა 25 % იღუპება დაბადებამდე, 30% - დაბადებიდან ხანმოკლე პერიოდში. დაავადების ნიშნები ვლინდება ცოცხლად გადარჩენილ ახალშობილებში პირველივე თვეში. აქ ნაჩვენებია სახის ნიშნები, რაც მოიცავს შუბლის ძვლების გამოტრეპას, ცხვირის ხიდის გაბრტყელებას (*უნაგირის ფორმის ცხვირი*), ორივეს მხრივ პერიოსტიტი; ჰინიტს, ცხვირის ლორწოვანი გარსის ქარხნი სისველის გამო (*სურდო*); და გამონაყარს პირის გარშემო. კანისა და ლორწოვანის ანთება და პირის და ტუჩების დასველმა (*კანის ნარეთქები*), რომლებიც აქ ნაჩვენები არ არის, ასევე შეიძლება წარმოადგენდეს თანდაყოლილი ათაშანგის ნიშანს, ისევე როგორც ჯანიოტაბესი ნვივის ძვლის პერიოსტიტი (*ხმლის ფორმის ნვივები*) და კბილების დისპლაზია Hutchinson-ის *(ჰატჩინსონის) კბილები* - იხ. გვ. 236).



სახის ნერვის დამბლა
სახის ნერვის პერიფერიული (ქვედა მოტორული ნეირონი) პარეზის მიზეზი შეიძლება იყოს (1) მშობიარობის დროს ზეწოლის გამო ნერვის დაზიანება, (2) შუა ყურის ტოტის ანთება მწვავე ან ქრონიკული შუა ოტიტის გამო ან (3) უცნობი მიზეზით (Bell-ის - ბელის დამბლა). დაზიანების მხარეს, მარცხნივ აღინიშნება ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის გადასწორება და თვალი არ იხუჭება. ეს ნიშნები ძლიერდება ტირილის დროს, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. სრული გამოჯანმრთელება 90%-ში ვლინდება, ჩვეულებრივ ორმოცდაერთ კვირის განმავლობაში.

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

ჩვილობისა და ბავშვობის ასაკის დიაგნოსტიკური სახეები (გაგრძელება)



Down-ის (დაუნის) სინდრომი
დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვს (21-ე ტრისომია), ჩვეულებრივ, აღენიშნება პატარა ზომის მრგვალი თავი, ცხვირის ხიდის გაბრტყელება, თვალის ჭრილების ირიბად დახრა, ეპიკანტუსის გამოკრეჭა, პატარა, ქვემოთ დამჯდარი, ნიკაპის ფორმის ყურები და შედარებით დიდი ენა. თანდახლები ნიშნებია გენერალიზებული ჰიპოტონია, ხელისგულის განივი ნაოჭები (მაიმუნის ხაზები), მე-5 თითების დამოკლება და მოხრა *(კლინოდაქტილია)*, *Brushfield-is (ბრუშფილდის) ლაქები* (იხ. გვ. 805) და გონებრივი ჩამორჩენა.



ნაცემი ბავშვის სინდრომი
ნაცემ ბავშვს აღენიშნება ძველი და ახალი სისხლჩაქცევები თავის და სახის არეში და შეიძლება შეწუხებულად და საცოდავად გამოიყურებოდეს, ან აქტიურად თხოულობდეს მოფერებას, ზოგჯერ, განსაკუთრებით ყურადღებითაც ჯი იყოს სასტიკი მშობლების მიმართ. სხვა ნიშნები, რომელიც სისხლჩაქცევები უბნებში (იღლია და საზარდული) ყოველთვის დაზიანებას არ აღნიშნავს, განსხვავებით ძვლების ამონაწევისგან; ენტგენოლოგიურად ყბის, ნეკნების და გრძელი ძვლების მოტეხილობები გამოჯანმრთელების სხვადასხვა ეტაპზე; ჯანის დაზიანება, რომელიც მორფოლოგიურად მსგავსია ტრავმის გამომწვევი მიზეზის (ხელი, ქამრის ბალთა, თასმა, თოკი, ტანსაცმლის საკიდი, ან ანთებული სიგარეტის ჯვარი).



არასეზონური ალერგიული რინიტი
ამ ბავშვს, რომელსაც ანუხებს არასეზონური ალერგიული რინიტი, ჰირი ღია აქვს (ცხვირით ვერ სუნთქავს) და თვალის ქვედა ჯირკვლები შეშუპებული და ფერშეცვლილი აქვს ("ალერგიული ნათება"). ასეთი ბავშვი ხშირად სწევს ცხვირს ხელით ზევით და გვერდზე ("ალერგიული მისალმება") და იჯღანება, რათა შეამციროს ქავილი და ცხვირის გაჭედილობა (ცხვირს და პირს ანაოჭებს). (ფოტო დაბეჭდილია Marks MB თანხმობით. ალერგიული ნათება: ბავშვებში თვალების ქვემ მუქი ჩრდილები. Clin Pediatr 5:656, 1966)



ჰიპერთირეოზი
თირეოტოქსიკოზი *(Graves-ის - გრეივსის დაავადება)* ვლინდება 10 წლამდე ასაკის დაახლოებით 1000-დან 2 ბავშვში. დაავადებულ ბავშვს აღენიშნება გაძლიერებული მეტაბოლიზმი და მომატებული ზარდა. ამ 6 წლის ბავშვის სახის დამახასიათებელი ნიშნებია "მბრწყინავი" თვალები (არა ჭეშმარიტი ექზოფთალმი, რაც იშვიათია ბავშვებში) და ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება (ჩიყვი). იხ. გვ. 239.

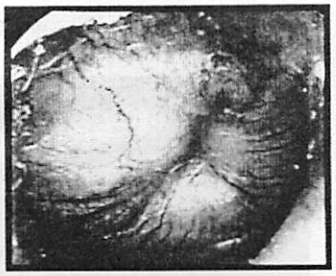




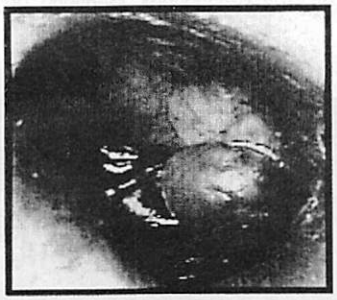
თვალების პათოლოგიები

Brushfield-ის (ბრუშფილდის) ლაქები
ეს პათოლოგიური ნეიტრალური ლაქები ფეხად გახსნეს მიუთითებს დაუნის სინდრომზე

სიელმე (სტრაბიზმი)
სიელმე, ანუ თვალების სიმეტრიის დარღვევა შეიძლება მხედველობის დაქვეითების მიზეზი იყოს. აქ ნაჩვენები ეზოტროპია არის შიგნით გადახრა.



A



B



C

ყურების პათოლოგიები

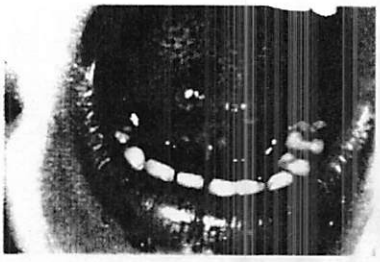
შეა ყურის ანთება
ბავშვებში შეა ყურის ანთება ეთ-ეთი ხშირი მდგომარეობაა. აქ ნაჩვენებია შეა ყურის ანთების ტიპები: (A) ტიპიური შეა ყურის მწვავე ანთება ნითელი ფეხის, დამახინჯებული, ამობურცული დაფის აჯით ძლიერი სიმპტომების მქონე ბავშვში. (B) შეა ყურის მწვავე ანთება, დაფის აჯის უკან ჩანს ბუშტუკები და სითხე. (C) შეა ყურის ანთება გამონაჟონით, ჩანს ყვითელი ფეხის სითხე შეჭმუხნული და გასქელებული დაფის აჯის უკან.

პირის ღრუსა და კბილების პათოლოგიები

პირის ღრუს პათოლოგიები



პირის ღრუს კანდიდოზი ("ხძიანა") ჩვიღებში ეს ინფექცია ხშირია. ენაზე თეთრი ნაღებებია, რომელიც ას იფხიკება.

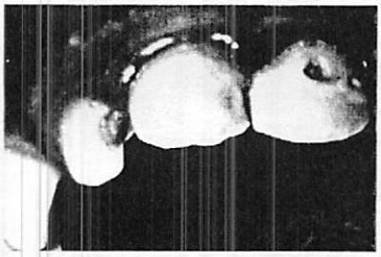


ჰერპესული სტომატიტი
პირის ღრუს ღორნოვანზე მტკივნეული წყლულებია, რომლებიც გარშემოხტყმულია ქითქმით

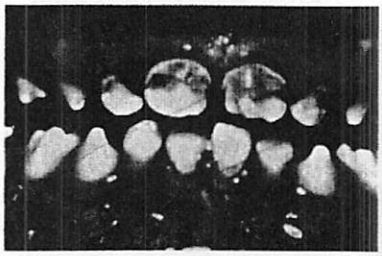
კბილების პათოლოგიები

კბილების კარიესი

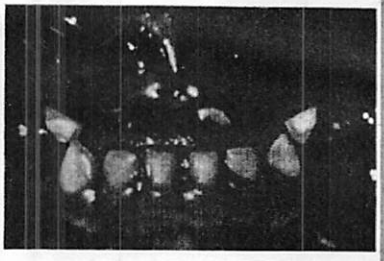
კბილების კარიესი ერთ-ერთი მთავარი საზოგადოებრივი და პედიატრიული პრობლემაა მსოფლიოში. ქვემოთ ფოტოებზე ნაჩვენებია კარიესის სხვადასხვა სახეები საკვები ბოთლის კარიესი



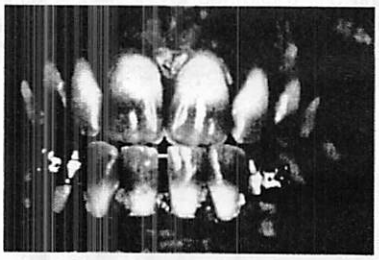
საკვები ბოთლის კარიესი



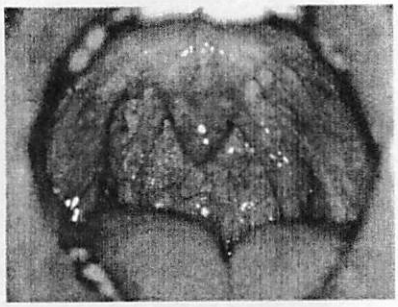
კბილების ეროზია

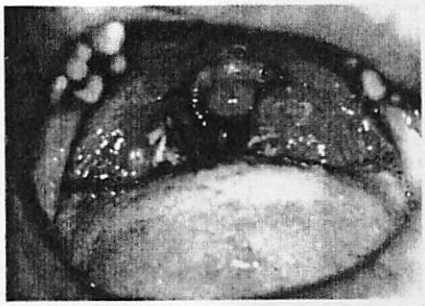


მძიმე ფორმის ეროზია

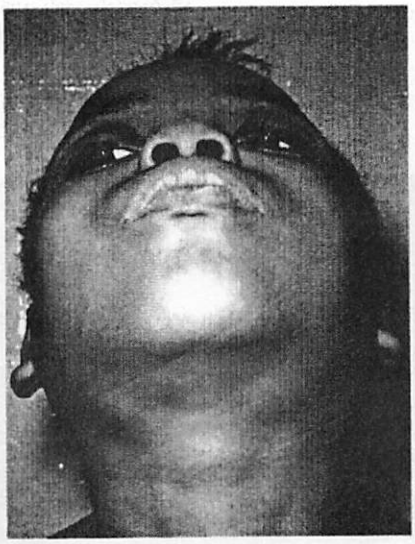


კბილების შეფერილა
ბავშვების კბილებმა შეიძლება ფერი შეიცვალოს სხვადასხვა მიზეზით, როგორიცაა შინაგანი ღარები ტეტრაციკლინის შედეგად (მარჯვნივ) ან გარეგანი შეფერილა პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენის გამო (ნაჩვენები არ არის). გარეგანი შეფერილა შეიძლება მოცილდეს.





სტრეპტოკოკული ფარინგიტი ("სტრეპტოკოკული ყელი")
ბავშვთა ამ ხშირი ინფექციის ჯგასიკური გამოვლინებაა უკანა ხახის ეჩითემა და სასის პეტექიები (მახსნივ). ცუდი სუნის მქონე ექსუდატის არსებობა (მარჯვნივ) ასევე ხშირია.



ლიმფადენოპათია
ჯისხის ლიმფური ჯვანძების გადიდება და მტკივნეულობა ხშირია ბავშვებში. ყველაზე ხშირი მიზეზებია ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები. ლიმფური ჯვანძების გადიდება შეიძლება ორმხრივი იყოს, როგორც ზემოთაა ნაჩვენები.

ციანოზი ბავშვებში

თქვენთვის მნიშვნელოვანია, შეგეძლოთ ციანოზის ამოცნობა. გამოკვლევისთვის საუკეთესო ღონისძიებაა ღრმოვანი გახსები. ციანოზი ახის "ჟოლოსფერი", მაშინ როცა ღრმოვანი გახსები შეიძლება იყოს "მახნყვის ფერი". შეეცადოთ ამ სურათებზე ტექსტის ნაკითხვამდე ამოიცნოთ ციანოზი.



გენეზაღიზებული ციანოზი

ამ ბავშვს აქვს ფილტვის ვენების სრული ანომალია და სისხლის ჟანგბადით გაჯერების დონე 80%-ია.



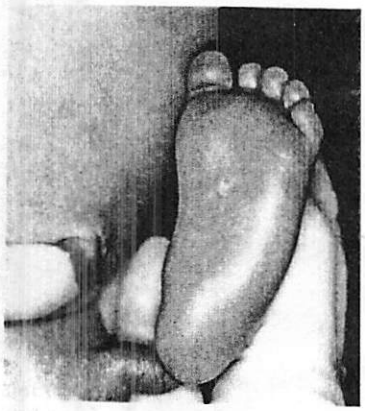
პირის იზგვერდი ციანოზი

ამ ბავშვს აქვს ტეტრების მსუბუქი ციანოზი, მაგრამ ღრმოვანი გახსები ვარდისფერია.



მოღუშული ტეტრები, რომელიც ციანოზის შთაბეჭდილებას ქმნის

ნორმალური პიგმენტის დაგროვება ტეტრების წითელ კიდეებზე მათ მოღუშულ შეფერილობას აძლევს, მაგრამ ღრმოვანი გახსები ვარდისფერია.

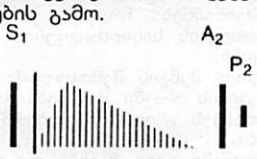
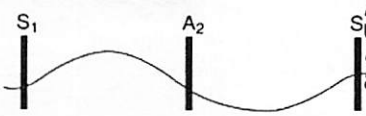


აკროციანოზი

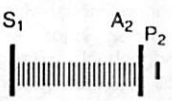
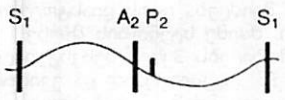
ეს ხშირად ვლინდება ტერფებზე და მტევნებზე დაბადებიდან ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში. ამ ჩვილის ასაკია 32 კვირა.

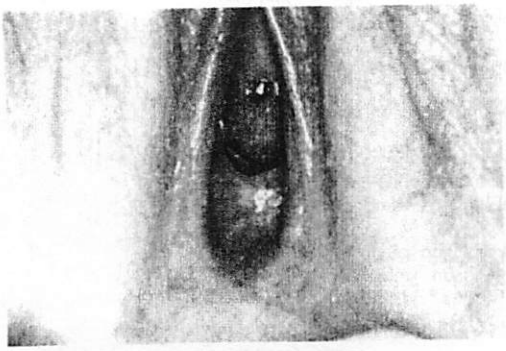
გულის თანდაყოლილი (ვროდაგენიტალური) შეიღებები

ზოგიერთი შეიღი ასახავს გულის დაავადებებს. თუ გაანალიზებთ მათ ფიზიოლოგიურ მიზეზს, უკეთესად შეძლებთ მათ დადგენას და გაანალიზებთ უვნებელი შეიღებისგან. ობსტრუქციული დახიანება ვითარდება მაშინ, როდესაც სისხლი გადის მცირე ზომის სანალიზებში. ვინაიდან ეს პრობლემა დამოკიდებული არ არის დაბადების სას ფიზიკის სისხლძარღვების ჩეზისტენტობის ვარიანტზე, ეს შეიღები დაბადებისთანავე მოისმინება. მეორე მხრივ, მანკიანიდან მანკიანივ შენტის დროს დამოკიდებულია ფიზიკის სისხლძარღვების ჩეზისტენტობის ვარიანტზე. მაღალი ნნევის შენტის შემთხვევაში, როგორიცაა პანკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი, ღია არტერიული სადინარი და ხანგრძლივი truncus arteriosus, შეიღები არ მოისმინება დაბადებიდან ერთი ან მეტი კვირის განმავლობაში. დაბადნნევიანი მანკიანიდან მანკიანივ შენტის დროს, როგორიცაა ნინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი, შეიღი შედარებით დიდ ხნის განმავლობაში არ მოისმინება, რვეულებივე ჩნდება დაბადებიდან 1 ნლის შემდეგ ან უფრო გვიან. გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე ბევრ ბავშვს აღენიშნება ერომბინირებული დეფექტები ან დარღვევათა ვარიაციები, ამიტომ მათი გამოკვლევით მიღებული მონაცემები არ ემთხვევა ამ კლასიკურ ნიმუშებს. ამ ცხრილში ნარმოდგენილია ყველაზე ხშირი მანკები.

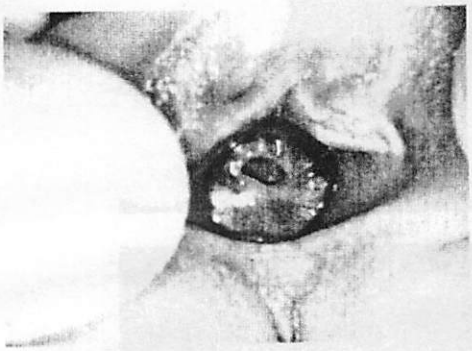
თანდაყოლილი მანკები და მექანიზმები	შეიღების დახასიათება	თანმხლები ნიშნები
ფიზიკის არტერიის სარქვლის სტენოზი რვეულებივე, ხშირი ნორმალური ზომისაა, სარქვლების უმეტესობა ან ნანილი შეხორცებულია, სარქვლებში სისხლის გადასვლა შეზღუდულია. *მსუბუქი*  *მძიმე*  	*მდებარეობა.* მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე. *იარაღია.* მცირე ხარისხის სტენოზის დროს შეიღი შეიძლება მოისმინებოდეს ფიზიკის ვენტრიკულებზე ფიზიკის არტერიის გაყოფილებაზე. *ინტენსივობა.* ობსტრუქციის ხარისხის მატებასთან ერთად შეიღის ინტენსიობა და ხანგრძლივობა იზრდება. *ხასიათი.* განდევნის, ჰიკი არის გვიან სისტოლაში, როდესაც ობსტრუქცია მატულობს.	რვეულებივე, ადრეულ სისტოლაში აღინიშნება ხანგრძლივი განდევნის ტკასუნი ფუძეზე მეორე ტონის (S_2) ფიზიკის კომპონენტი გახანგრძლივებულია და უფრო ხმიერი, ობსტრუქციის მატებასთან ერთად ქრება. რასუნთვა შეიღის ძალიერებს; ამოსუნთქვისას შეიძლება ტკასუნი გაძლიერდეს. ზოგ, რვეულებივე, ნორმალურია მძიმე სტენოზის მქონე ახალშობილებს შეიძლება ჰქონდეთ ციანოზი მანკიანიდან მანკიანივ წინაგულის შენტის გამო და მათ სწრაფად განუვითარდებათ გულის შეგუებითი უკმარისობა.
აორტის სარქვლების სტენოზი რვეულებივე, ორკარედიანი სარქვლია ნორმალური ობსტრუქციით, მაგრამ შეიძლება იყოს სარქვლის დისპლაზია ან დახიანება რევმატიზმის ან დეგენერაციული პროცესების გამო.  	*ლოკალიზაცია.* მკერდის ძვლის შუაში, მარკვენა ზედა კიდესთან. *იარაღია.* საძიებ ანტეინებზე და მკერდის ძვლის ზედა ნაკვეთზე; ასევე შეიძლება იყოს თითოკვა. *ინტენსივობა.* ცვალებადი, ობსტრუქციის მატებასთან ერთად უფრო ხმამაღალი ხდება. *ხასიათი.* განდევნის, ხშირად ეხება, სისტოლური შეიღი.	შეიძლება ახდეს განდევნის ტკასუნი აორტის სარქვლების დახურვის ხმიანობა შეიძლება გაძლიერდეს. აორტის სარქვლების ჰიგუნგიტაციის გამო შეიძლება იყოს დიასტოლური შეიღი. მძიმე სტენოზის მქონე ახალშობილებს ჰუსი შესუსტებული აქვთ ან არ ესინჯებათ და უვითარდებათ გულის მძიმე შეგუებითი უკმარისობა. მიუხედავად იმისა, რომ სარქვლის დახიანება თანდაყოლილია, შეიღი შეიძლება მოზარდის ასაკამდე არ მოისმინებოდეს.
Fallot (ფაროს) ტეტრადა ერთი მანკი პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტით, მარკვენა პარკუჭის გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქციით ფიზიკის არტერიის ინფუნდიბულარულ ან სარქვლოვან დონეზე, აორტის გადაადგილებით და პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის გამო მარკვენიდან მარცხნივ შენტით. *ფიზიკის არტერიის სტენოზით*  *ფიზიკის არტერიის ატრეზიით*  	*ზოგადი ნიშნები.* ცვალებადი ციანოზი, რომელიც მატულობს ფიზიკური აქტივობის დროს. *ლოკალიზაცია.* მკერდის ძვლის მარცხენა კიდის ზედა ან შუა ნანილი. თუ ფიზიკის არტერიის ატრეზია აღინიშნება, სისტოლური შეიღი არ არის, მაგრამ გახანგრძლივებული შეიღი არტერიული სადინარში სისხლის მოძრაობის გამო, მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდესთან ან ზურგზე. *იარაღია.* მცირედ მკერდის ძვლის ზედა კიდისკენ, იშვიათად ფიზიკებზე. *ინტენსივობა.* რვეულებივე, III-IV ხარისხის. *ხასიათი.* ჰიკი შუამია, სისტოლური განდევნის შეიღი.	ჰესი ნორმალურია ფიზიკის არტერიის სარქვლების დახურვის ხმა არ მოისმინება. შეიძლება იყოს უცვლად განვითარებული ციანოზი, ჰარის უკმარისობა, ცნობიერების დაკვეთება. ხანგრძლივი და მძაფრი ციანოზის გამო გაძნელებულია სიარული. ხანგრძლივ ციანოზს ახლავს დოლის ჩხირისებური თითების განვითარება ხელებზე და ფეხებზე. შედარებით ჰიპოქსიის გამო აღინიშნება პოლიციტემია, რაც კიდევ უფრო გამოკვეთავს ციანოზს.

გული თანდაყოლილი (ორგანული) შეიღები (გაგრძელება)

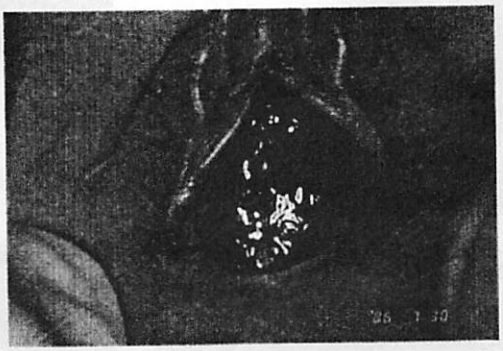
თანდაყოლილი მანკები და მექანიზმები	შეიღების დახასიათება	თანმხლები ნიშნები
მსხვილი არტერიების გადანაცვლება		
მძიმე მანკია, როდესაც მსხვილი სისხლძარღვების ოპერაციის უკმარისობაა, აორტა გამოდის მარჯვენა პარკუჭიდან და ფილტვის არტერია – მარცხენა პარკუჭიდან.	*ზოგადი ნიშნები.* ინტენსიური გენერალიზებული ციანოზი *ოპერაციაა.* დამახასიათებელი შეიღი არ არის. თუ მოისმინება, შეიძლება ასახავდეს თანმხლებ მანკს, როგორიცაა პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი *იშვიათია და ხარისხი.* დამოკიდებულია თანმხლებ პათოლოგიაზე	აორტის ნინა სარჭვლის ეთით ხმამაღალი მეორე ტონი. ხშირია გული შეგებებითი უკმარისობის სწრაფი განვითარება ხშირია თანმხლები დეფექტები, როგორც მარცხნივაა აღნერილი.
პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი		
სისხლი მიედინება მაღალი წნევის მქონე მარცხენა პარკუჭიდან ძგიდის დეფექტით დაბალი წნევის მქონე მარჯვენა პარკუჭში, ნარმოქმნის ტუბულენტობას, ჩვეულებრივ სისტოლის ფაზაში.  	*ოპერაციაა.* მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა ნილესტან *იშვიათია.* მცირე *ინტენსივობა.* ცვალებადი, ნანილობრივ შეიძლება დაადგინოთ შენტის ზომის მიხედვით. მცირე შენტს მაღალი წნევის გრადიენტით შეიძლება ახლდეს ხმამაღალი შეიღი. დიდი დეფექტის დროს, როდესაც მომატებულის ფილტვის სისხლძარღვების ელასტიკურობა, შეიძლება შეიღი არ მოისმინებოდეს. ხარისხი II-IV/VI, თუ ხარისხი IV/VI ან მეტია, შეიძლება ახლდეს თრთოლვა. *ხასიათი.* პანსისტოლური, ჩვეულებრივ უხეში, შეიძლება გაქრეს S_1 და S_2, თუ შეიღი საკმაოდ ხმამაღალია.	დიდი შენტის დროს მწვეთვალზე შეიძლება იყოს დაბალი ტონალობის მეზოდიასტოლური შეიღი შედარებითი მიტრალური სტენოზის გამო. თუ ფილტვის არტერიაში წნევა მომატებულია, ფეძებზე მეორე ტონის ფილტვის კომპონენტის ინტენსიობა იზრდება. თუ ფილტვის არტერიაში წნევა აორტის წნევის ტოლია, შეიძლება მოისმინებოდეს შეიღი და P_2 იყოს ხმამაღალი. დაბალი მოცულობის შენტის დროს, ზრდა ნორმალურია. დიდი შენტის დროს 6-8 კვირის ასაკში ვითარდება გული შეგებებითი უკმარისობა; წონაში მატება შემცირებულია. ხშირია თანმხლები დეფექტები.
ღია არტერიული სადინარი		
როდესაც დაბადების შემდეგ არტერიული სადინარი არ იხურება, გული ციკლის დროს სისხლი აორტიდან ფილტვის არტერიაში გადადის.  	*ოპერაციაა.* მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე და უფრო მარცხნივ *იშვიათია.* ზოგჯერ ხუჭოსებენ *ინტენსივობა.* ცვალებადია, დამოკიდებულია შენტის ზომაზე, ჩვეულებრივ, II-III/VI ხარისხის *ხასიათი.* უფრო ჰოლოსისტოლური, ზოგჯერ მოტორის ხმის მსგავსი, რომელიც გრძელდება გულის მთელი ციკლის განმავლობაში, თუმცა იშვიათად, არ მოისმინება დიასტოლის ბოლოს, არ ნყდება გულის ტონებით, უფრო ხმამაღალია სისტოლაში.	კვირის ავსების და მხტუნავი პულსი იმ ღრუნაღულ ახალშობილებში, ვისაც მხტუნავი პულსი აქვთ, დაბადებისთანავე აღინიშნება გულის არის ხმაურის გაძლიერება და ატიპიური შეიღი. ძალიან ახალშობილებში მოგვიანებით შეინიშნება, როდესაც ვარდება ფილტვის სისხლძარღვების ელასტიკურობა დიდი შენტის შემთხვევაში 4-6 კვირის ასაკში შეიძლება განვითარდეს გულის შეგებებითი უკმარისობა. ნორმალური ცუდი მატება დაკავშირებულია შენტის ზომასთან ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია მოქმედებს შეიღზე, როგორც ზემოთაა აღნერილი.
ნინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი.		
მარცხნივდან მარჯვნივ შენტი ნინაგულთაშუა ძგიდეში ხვრელის გამო, შესაძლოა სხვადასხვა დონეზე.  	*ოპერაციაა.* მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე *იშვიათია.* ცვალებადი, ჩვეულებრივ II-III/VI ხარისხის. *ხასიათი.* განლევნის, მაგრამ უხეში არ არის.	სუნთქვის ყველა ფაზაში მეორე ტონის ფარული გაორება, ნორმალური ინტენსივობის. 1 ნლამდე ჩვეულებრივ არ მოისმინება ნორმაში მატებასთან ერთად შენტის ზრდის გამო თანდათან მცირდება მცირდება ტოლერანტობა ფიზიკური დატვირთვის მიმართ, ოდნავ, არა ძლიერად გულის შეგებებითი უკმარისობა იშვიათად ვითარდება.



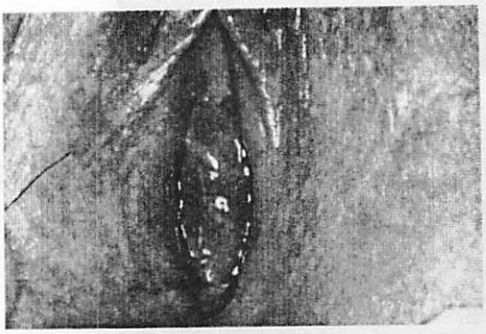
7 წლის გოგონას აქვს ნახევარმთვარის ფორმის საქალწულე აპკის ხვრელი.



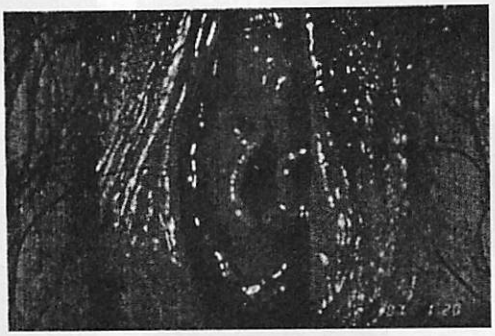
2 წლის გოგონას აქვს ჰგოლისებური ხვრელი, რომელიც ექსცენტრულად მდებარეობს და ჩანს ბაგის გადანევისას.



6 წლის გოგონას საქალწულე აპკი ტიხრული შენებისაა და წარმოქმნის ორ ხვრელს. ხვრელების გამოსარჩენად აუცილებელია ბაგეების გადანევა.



9 წლის გოგონას აღენიშნება ჭარბი ქსოვილი ბაგეებზე. მუხლ-მკერდზე მდებარეობისას გადახრით ჩანს ნორმალური ხვრელი.

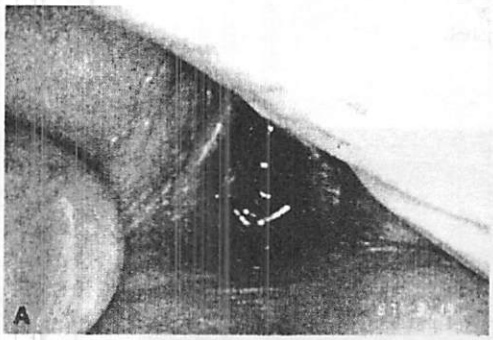


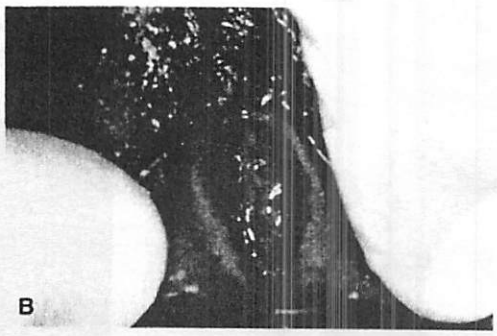
12 წლის გოგონას აქვს ბეჭდისებური ხვრელი და ჰორმონების გავლენა სქესობრივ მომწიფებაზე, რაც ინვევს გასქელებას და ქსოვილების გავარისფერებას.

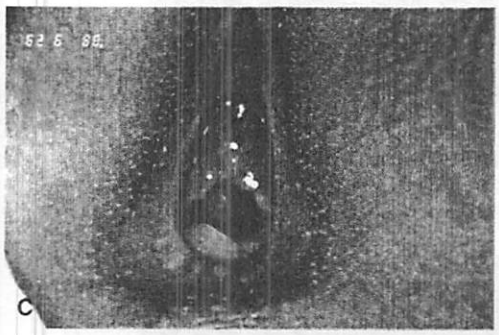
სექსუალური ძალადობის ფიზიკური ნიშნები გოგონებზე

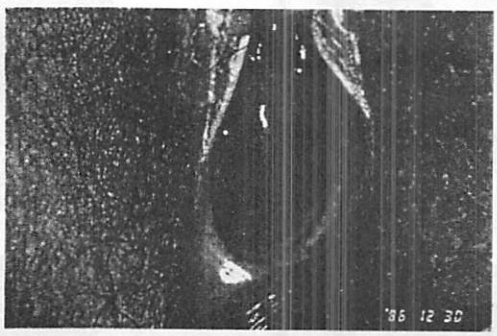
სქესობრივი ძალადობა
ვინაიდან სქესობრივი ძალადობა საკმაოდ ხშირია, უნდა შეგეძლოთ მასთან დაკავშირებული სასქესო ორგანოების დაზიანებების ამოცნობა. ესენია:

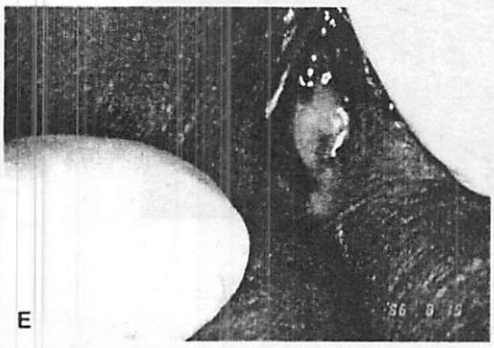
(A) ქსოვილებში მწვავე ჰემატომები და ეკიმოზები (10 თვის ასაკი)
(B) მცირე ბაგეებზე ეიმოთმა და ზედაპირული გახეხვა (5 წლის)
(C) საკანონმდებლო აქტის გახევა მომწიფების სტადიაზე 9 საათის მდებარეობაში (4 წლის)
(D) უკანა ჩაღრმავების შევიწროება, ჰიმენალური გაძლიერება საშოს ძირისკენ (12 წლის)
(E) საშოდან ჭრილობა გამონადენი და ეიმოთმა (9 წლის)
(F) ყოთაის გაფართოებული ლორწოვანი ჯირკვლები (2 წლის)











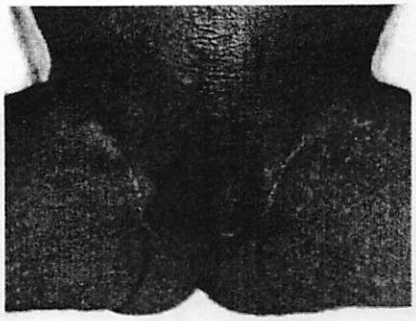


სხილი 18-18

მამაკაცის შარდსასქესო სისტემა



ჰიპოსპადიაზი
ჰიპოსპადია არის ასოს ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი პათოლოგია. შარდსადენის ხვრელი იხსნება ასოს ვენტრალურ ზედაპირზე. ზემოთ ნაჩვენებია მისი ეთით ფორმა; უფრო მძიმე ფორმებია, როდესაც შარდსადენის ხვრელი იხსნება სხეულის ქვედა ნაწილში ან სათესლე პარკში.



დაუშვებელი სათესლე ჯირკვლები
თქვენ უნდა გაარჩიოთ დაუშვებელი სათესლე ჯირკვლები, ზემოთაა ნაჩვენები (სათესლე ჯირკვლები სახარჯლის არხშია) ზემოთ ანუ სათესლეებისგან, რომელიც ვითარდება ჯერმასტეიის აქტიური ჰეფერექსის გამო.

სხილი 18-19

გავრცელებული ძვალ-კუნთოვანი ანომალიები მცირეწლოვან ბავშვებში



ბრტყელი ტერფი ანუ *pes planus*, რომლის მიზეზია ტერფის ჰიპოქსოვიროვანი სტრუქტურების სისუსტე.



ტერფის ინვერსია *(varus)*



ბავშვებში წინა ტერფის მოხრილვა. წინა ტერფი მოხრილია და არა ამობურცული.



A

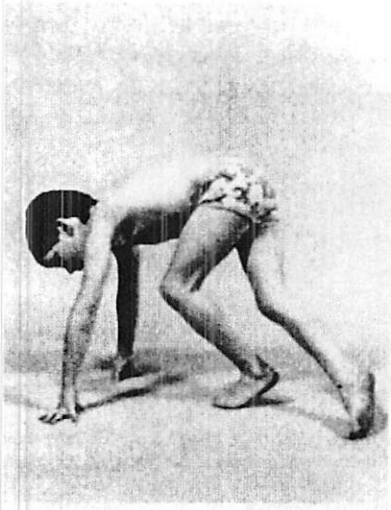




B



A - ბავშვებში მიგნით შებრუნება. (A) როდესაც უკნიდან უკანა ტერფი ამობურცულია. (B) როდესაც წინიდან წინა ტერფი ამობურცულია და განზიდული.











ჯუნთოვანი დისტროფიის აღნიშნულ ფორმაში მოიაზრება მენჯის სარტყლის ჯუნთების სისუსტე. ამ დაავადების მქონე ბავშვები ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობიდან დამახასიათებელი მანერით დგებიან; ჯერ გადაგორდებიან პირქვე, მკლავებით ეყრდნობიან იატაკს, ფეხები მოხრილ მდგომარეობაში მოქვთ ტანის ქვეშ და ხელების დახმარებით შლიან ფეხებს.

პრევენციული დაავადებები

ამ სხრილში მოცემულია იმ ბავშვთა ფოტოები, ვისაც აღენიშნებათ დაავადებები, რომელთა პრევენცია ხდება აცრების საშუალებით. ბავშვებში აცრები ნამდვილად გენს მსოფლიოში ყველაზე მნშვნელოვან სამედიცინო ჩარევას საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ძლიერი ზემოქმედების თვალსაზრისით. აცრების გამო, ჩვენ იმედი გვაქვს, რომ ახასლოს შეხვედებით ამ დაავადებათა უმეტესობას, მაგრამ უნდა შეგეძლოთ მათი ამოცნობა. ეცადეთ, სათაურების ნაკითხვამდე ამოიცნოთ დაავადებები.



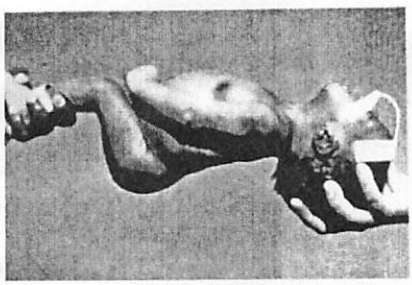
პოლიომიელიტი
ამ ბავშვის ფეხების დეფორმაციის მიზეზი პოლიომიელიტია



წითელა
წითელასათვის დამახასიათებელი გამონაყარი



წითურა
ბავშვი დაიბადა თანდაყოლილი წითურას სინდრომით



ტეტანუსი
ახალშობილის ჰიგიენობა ნეონატალური ტეტანუსის გამო



***Haemophilus influenzae*, ტიპი ბ**
ჰემოფილიტალური ცელულიტის მიზეზი ეს ინვაზიური ბაქტერიული დაავადებაა



ჩუტყვავილა (ვარიცელა)
ჩვილი ქუნთრუშას მძიმე ფორმით

19

ოხსული ქალი

ამ თავში აღწერილია ჯანმრთელი ოხსული ქალის ანამნეზის შეკრება და ჯერინჯური გამოკვლევა. გამოკვლევის მეთოდები იგივეა, რაც გამოიყენება ახალოხსულ ქალებში; თუმცა ექიმმა უნდა განასხვავოს ოხსულობით გამოწვეული ანატომიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები პათოლოგიური მონაცემებისგან. ამ თავში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ხშირ ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, რაც ოხსულობის პერიოდში ვითარდება: სპეციალურ მოსაზრებებს ანამნეზის შეკრებისას; ტკივილის, ვარჯიშის ტოლერანტობას და გამოკვლევას ოჯახის ძალადობაზე. შემდეგ მოდის გამოკვლევის მეთოდები, დამყარებული პრენატალურ მეთვალყურეობაზე.

ანატომია და ფიზიოლოგია

ჰორმონული ცვლილებები. ოხსულობის პერიოდში, უმეტესობა სისტემების და ორგანოების ძირეულ ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს საფუძვლად ჰორმონული ცვლა უდევს. ოხსულობის ბევრი ენდოკრინული და მეტაბოლური ცვლილება გამოწვეულია ესტრადიოლის და პროგესტერონის დონის მომატებით და პლაცენტის ჰორმონების გავლენით, განსაკუთრებით ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის (HCG – human chorionic gonadotropin) მოქმედებით. ყველა ამ ცვლილებათა კომპლექსი მოკლედ შეჯამებულია:

- ესტრადიოლი იწვევს ლაქტოტროფების სტიმულაციას *ჰიპოფიზის წინა წილში.* ამ უჯრედებს შეუძლია სამჯერ გაიზარდოს ზომაში, და მომატებული პროლაქტინი ამზადებს სარძევე ჯირკვლის ქსოვილს ლაქტაციისთვის.[1]

- ჰიპოფიზის *უკანა წილში გროვდება* ოქსიტოცინი და ანტიდიურეზული ჰორმონი (ADH – antidiuretic hormone) – ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი მოქმედებს ნყურვილის ლეცეპტორებზე და ანტიდიურეზული ჰორმონის გამოყოფაზე, რაც იწვევს სისხლის შრატში ნატრიუმის კონცენტრაციის შემცირებას და, ზოგიერთ ქალში, პოლიურიას.

- *ფარისებრი ჯირკვალი* ნორმალური ზომის რჩება. თუმცა, ესტროგენები მოქმედებს თიროქსინ-დამაკავშირებელ გლობულინზე და ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის მიერ თირეოტროპინ ლეცეპტორების სტიმულაციაზე (TSH), განაპირობებს თავისუფალი T_4 და T_3 და TSH დონის ცვლილებებს, ჩვეულებრივ, ნორმის ფარგლებში.[2]

- *პლაცენტის ჰორმონები* ხელს უწყობენ *ინსულინისებრი ზრდის ფაქტორების* ზრდას ორსულობის გვიან პერიოდში და ნახშირწყლებიდან ცხიმების წარმოქმნას. ინსულინისებრი ზრდის ფაქტორებასთან დაკავშირებულია საკვების მიღების შემდეგ ტრანზიტორული ჰიპერგლიკემიის განვითარება, მაგრამ კვებას შორის პერიოდებში გლუკოზის დონე მცირდება, ნაწილობრივ იმიტომ, რომ ესაჭიროება ნაყოფის ზრდას და მატულობს გლუკოზის პერიფერიული მოხმარება.[3]

- ორსულობის ბოლოს, მატულობს პლაცენტის ლორტიოტროპინ-გამომყოფი ფაქტორი და თირკმელზედა ჯირკვლებში აღინიშნება "შედარებითი *ჰიპერკორტიზოლიზმის* მდგომარეობას", რაც შეიძლება მშობიარობის მასტიმულირებელი იყოს.[1,4]

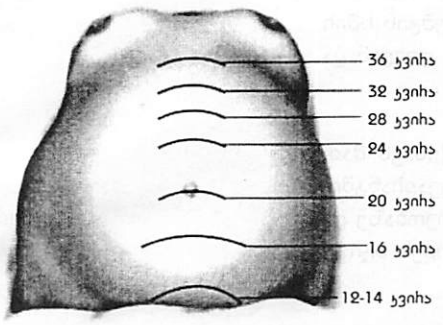
- *პროგესტერონის* დონის მომატება სხვადასხვა გავლენას ახდენს. თუმცა სუნთქვის სიხშირე არ იცვლება, მატულობს სუნთქვის მოცულობა და ვენტილაცია, რაც ზოგჯერ ქოშინს ინვევს. პროგესტერონი და ესტრადიოლი აქვეითებს საყლაპავის სფინქტერის ტონუსს, რის გამოც ვითარდება ჰეფრუქსი და გულძმარვა. პროგესტერონი ასევე აქვეითებს შარდსადენის ტონუსს და ჟუმშვადობას, რაც ინვევს ჰიდრონეფროზის განვითარებას და შარდის ბუშტის ტონუსის დაქვეითებას, რის გამოც იზრდება ბაქტერიურიის რისკი.

- *გულ-სისხლძარღვთა სისტემის* ცვლილებები ორსულობის დროს მნიშვნელოვანია. ორსულობის ბოლოს პლაზმის მოცულობა 50%-ით იზრდება, რის გამოც ვითარდება ფიზიოლოგიური (განზავების) ანემია. იზრდება გულის წუთმოცულობა და ქვეითდება სისტემურ სისხლძარღვთა წინააღმდეგობა და სისხლის წნევა.

- ბოლოს, *ძვალ-კუნთოვანი ცვლილებები* გამოწვეულია ნორმით და *ჰორმონით*, ჰორმონით, რომელიც გამომუშავდება ყვითელ სხეულში და პლაცენტაში: წელის ლორდოზი, ვინაიდან დიდდება ორსული საშვილოსნო, იწვევს წელის მექანიკურ დისკომფორტს, ბავ-წელის სახსრის იოგები და ბოჭვნის სიმფიზი სუსტდება, ამიტომ ნაყოფმა ადვილად გაიარის სამშობიარო გზები.

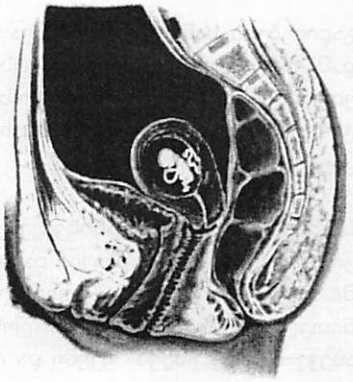
საძოვარი ჯირკვლების და მენჯის ცვლილებები. საძოვარი ჯირკვლების და საშვილოსნოს ცვლილებები ყველაზე კარგად ჩანს ორსულობის დროს. იმისთვის, რომ გაიხსენოთ საძოვარი ჯირკვლების და მენჯის ძირითადი ანატომია და ფიზიოლოგია, მიმოიხილეთ მე-9 თავის – საძოვარი ჯირკვლები და ღეროს და მე-12 თავის – ქალის სასქესო ორგანოები, შესაბამისი განყოფილებები.

საძოვარი ჯირკვლები ზომაში მატულობს ჰორმონების ზეგავლენით, იზრდება ვასკულარიზაცია და ჯირკვლოვანი ქსოვილი განიცდის ჰიპერპლაზიას. საძოვარი ჯირკვლები შეიძლება გახდეს მტკივნეული და ალინიშნებოდეს ჩხვლეტა, რის გამოც ისინი უფრო მგრძნობიარე ხდება გამოკვლევის დროს. ორსულობის მესამე თვეს საძოვარი ჯირკვლები უფრო კვანძოვანი ხდება. საძოვარ ჯირკვლებში სიმაგრის დასადგენად პალპაცია ფრთხილად უნდა ჩაატარო, რათა არ გამოიწვიო დისკომფორტი. დვრილები დიდდება და უფრო ნამწონული ხდება. ორსულობის შუა და ბოლო პერიოდებში დვრილებიდან შეიძლება გამოიყოს *ხსენი*, საკვები ნივთიერებებით მდიდარი მოყვითალო ფერის სეკრეტი. ბაკი მუქდება და Montgomery-ის (მონტგომერის) ჯირკვლები უფრო ამობურცული ხდება. ორსულობის ჰორმონებასთან ერთად საძოვარ ჯირკვლებზე უფრო კარგად ჩნდება ვენები.



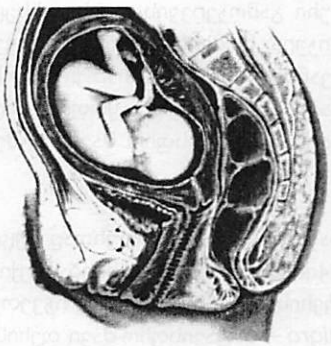
საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე ორსულობის თვეების მიხედვით

საშვილოსნოს და ნაყოფის ზრდასთან ერთად მუცელი ზომაში მატულობს. ორსულობის დაახლოებით 12-14 კვირის ასაკში, სანამ საშვილოსნო ჯერ კიდევ არ არის მუცლის ღრუში ასული, შეიძლება შეამჩნიოთ მუცლის გადიდება სითხის შეკავების და მუცლის კუნთების მოდუნების გამო. ორსული საშვილოსნოს გადიდების მაჩვენებლები მოცემულია მახვილა სურათზე, ხოლო მახვილ ნაჩვენებია პირველი ორსულობის დროს მუცლის კონტური თითოეულ ტრიმესტრში.[5]



პირველი ტრიმესტრი

ორსულობის ადრეული დიაგნოსტიკა ემყარება საშოს და საშვილოსნოს ცვლილებებს. მენჯის ექიმის ვასკულარიზაციის მომატების გამო საშო მოლურჯო ან მოიისფრო ხდება, რასაც *Chadwick-ის (ჩედვიკის) ნიშანი* ეწოდება. საშოს კედლები სქელდება და ღრმად ნაოჭდება ლორწოვანი გარსის გასქელების, შემაერთებელი ქსოვილის შესუსტების და გლუვი კუნთოვანი უჯრედების ჰიპერტროფიის გამო. საშოს გამონადენი სქელია, თეთრი და შედარებით ჭარბი. საშოს pH ხშირად მჟავიანობისკენ იხრება *ასიდოფილური ლაქტობაქტერიების* მოქმედებით საშოს ეპითელიუმში ჭარბი ჰაერენობით დაგროვილ გლიკოგენზე.[6] pH-ის ეს ცვლილება იცავს ქალს ზოგიერთი ვაგინური ინფექციისგან, მაგრამ გლიკოგენის მომატებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ვაგინური კანდიდოზის განვითარებას (იხ. გვ. 454).

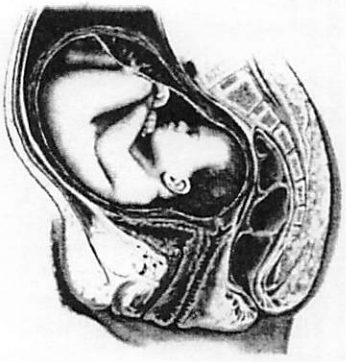


მეორე ტრიმესტრი

ორსულობის დასაწყისში, საშვილოსნო ჰარგავს ნორმალურ სიმჭიდროვეს და ჰეტეროგენულობას. ყელის არეში ჰიპერემიით დარბილებას *Hegar-ის (ჰეგარის) ნიშანი* ეწოდება, რომელიც ორსულობის ადრეული ნიშანია და ნაჩვენებია მარჯვნივ სურათზე.



HEGAR-ის (ჰეგარის) ნიშანი



მესამე ტრიმესტრი

ორსულობის დროს საშვილოსნოს წონა 50-70 გრამიდან 800-1200 გრამამდე იზრდება, ხოლო მოცულობა დაახლოებით 10 მლ-დან 5 ლიტრამდე. ამ ცვლილებებს ხელს უწყობს კუნთოვანი უჯრედების ჰიპერტროფია, უფრო ჭარბად განვითარებული ფიბროზული და ელასტიური ქსოვილები და სისხლძარღვების და ლიმფური სადინარების ზომის და ჰაერენობის ზრდა.

ზრდასთან ერთად, იცვლება საშვილოსნოს ფორმა და მდებარეობა. არაორსული საშვილოსნო შეიძლება წინ გადმოხრილი ან უკან გადახრილი იყოს. ორსულობის 12 კვირამდე, ორსული საშვილოსნო ჯერ კიდევ მენჯის ღრუშია.

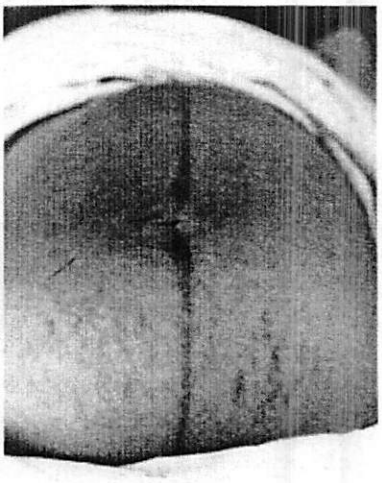
სანყისი მდებარეობის მიუხედავად, გადიდებული საშვილოსნო ნინ იხრება და სწრაფად ავსებს სივრცეს, რომელიც ჩვეულებრივ შარდის ბუშტს უჭირავს, რაც იწვევს ბუშტის ხშირ დაცლას. ორსულობის 12 კვირისთვის საშვილოსნო სწორდება, ამოდის მენჯის ღრუდან და ისინჯება მუცლის პალპაციით.

გადიდებული საშვილოსნო ნანლავებს ლატერალურად და ზევით გადასწევს და ჭიმავს მათ დამჭერ იოგებს, ზოგჯერ იწვევს "მრგვალი იოგის ტკივილს" მუცლის ქვედა კვადრანტში, უფრო მეტად მარჯვნივ. საშვილოსნო ადაპტირდება ნაყოფის ზრდასა და მდებარეობაზე და ტრიალდება მარჯვნივ, რათა მოერგოს მენჯის მარცხენა მხარეს ჰექტოსიგმოიდეს სტრუქტურებს.

საშვილოსნოს ყელიც განსხვავებულად გამოიყურება და შეიგრძნობა. *Chadwick-ის (ჩედვიკის) ნიშანი*, ყელის აღრეული დარბილება და ცისფერი გრძელდება ორსულობის განმავლობაში. ყელის არხი ივსება მკვრივი *ლორწოვანი საცობით*, რაც იცავს ნაყოფს ინფექციისგან. ნითელი ფერის დანაოჭებული ლორწოვანი, რასაც *ყელის ეროზიები ან ექტროპია* ეწოდება, ასევე ხშირად ჩნდება ყელში და ის ნორმად ითვლება.

საკვერცხეები და ფალოპის მილები ასევე იცვლება, მაგრამ ნაკლებად შესამჩნევია ობიექტური გამოკვლევის დროს. ორსულობის დასანყისში *ლუთეინური სხეული*, საკვერცხეს ფოლიკულა, რომელიც გამოყოფს კვერცხუჯრედს, საკმარისად ამონეული საკვერცხეზე პატარა კვანძის სახით, მაგრამ ქრება ორსულობის შუა პერიოდში. როდესაც მუცლის კანი იჭიმება, რათა ადაპტირდეს ნაყოფის ზრდასთან, მასზე ჩნდება მუქი ნითელი სტრიები და ღინება ნიგრა, მოყავისფრო შავი პიგმენტური ხაზი მუცლის შუა ხაზზე.

ნაყოფის ზრდასთან ერთად მუცლის კანი იჭიმება და წარმოიქმნება მუქი ნითელი ფერის სტრიები, აგრეთვე იკვეთება *linea nigra* – მოყავისფრო-შავი ფერის პიგმენტირებული ხაზი მუცლის შუახაზის გასწვრივ.



ვინაიდან ორსულობის დროს მუცლის კუნთების ტონუსი ქვეითდება, შუა ხაზზე შეიძლება ერთმანეთს დაშორდეს მუცლის სწორი კუნთები, რასაც ეწოდება *diastasis recti*. თუ დაშორება ძლიერია, როგორც ვითარდება ბევრჯერ ნამშობიარებ ქალში, საშვილოსნოს ნინა კედელს ფარავს მხოლოდ კანი, ფასცია და პერიტონეუმი. კუნთებს შორის სივრცეში ადვილი ხდება ნაყოფის პალპაცია.[7]

ორსულობის ხშირი მოვლენების ანატომია და ფიზიოლოგია მოცემულია შემდეგ ცხრილში.

ხშირი მოვლენები ორსულობის დროს და მათი განმარტებები

ხშირი მოვლენა	ორსულობის პერიოდი	განმარტება
მენსტრუაციის არარსებობა *(ამენორეა)*	მთელ პერიოდში	სისხლში ესტროგენის, პროგესტერონის და ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის მაღალი დონე, რაც მოჰყვება ენდომეტრიუმის განაყოფიერებას, გარდაქმნის ენდომეტრიუმს, რათა ხელი შეუწყოს ორსულობის შენარჩუნებას, წყვეტს მენსტრუაციას და აქრობს ენდომეტრიუმის ქვედა ფენას.
გულისრევა ღებინებით ან მის გარეშე	პირველი ტრიმესტრი	შესაძლო მიზეზებია ორსულობის ჰორმონული ცვლილებები, რაც ინვევს ჯურ-ნაწლავის ტრაქტის პერისტალტიკის შენელებას, გემოვნების და ყნოსვის შეცვლა, გაზრდილი საშვილოსნო ან ემოციის ფაქტორები. პირველ ტრიმესტრში ქალმა შეიძლება დაიკლოს წონაში (1-3 კგ).[8]
სარძევე ჯირკვლების მტკივნეულობა. ჩხვლეტა	პირველი ტრიმესტრი	ორსულობის ჰორმონები ასტიმულირებს სარძევე ჯირკვლების ზრდას. ზრდის პროცესში ქალს შეიძლება აღენიშნებოდეს ზუსტის ზედა ნაწილის ტკივილი წონის მომატების გამო. ასევე გაზრდილია სარძევე ჯირკვლების სისხლის მიმოქცევა, ჯანზე ჯერად ჩნდება გაფართოვებული ვენები.
წონაში კლება	პირველი ტრიმესტრი	თუ ქალს გულისრევა და ღებინება აქვს, შეიძლება წორმალზე ვერ იკვებებოდეს ორსულობის დასაწყისში (იხ. ზევით ღებინება)
საზარდულის/მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილი	მეორე ტრიმესტრი: 14-20 კვირა	მეორე ტრიმესტრში საშვილოსნოს სწრაფი ზრდა ინვევს მიგვარი იოგის დაჭიმვას და სწრაფი მოძრაობის ან მდებარეობის შეცვლის დროს ვითარდება სპაზმი.
ხშირი შარდვა	პირველი/მესამე ტრიმესტრი	თრიმესტრებში იზრდება სისხლის მიმოქცევა და ფილტრაცია, რის გამოც მატულობს შარდის გამოყოფა. იმის გამო, რომ გადიდებული საშვილოსნო (პირველი ტრიმესტრი) ან დაწეული ნაყოფის თავი (მესამე ტრიმესტრი) აწვება შარდის ბუშტს და მისი მოცულობა მცირდება, ქალი ხშირად შარდავს.
საერთო სისუსტე	პირველი/მესამე ტრიმესტრი	ენერგიის მოთხოვნილების სწრაფი ცვლილება; ჰორმონული ცვლილებები (პროგესტერონს სედაციური ეფექტი აქვს); მესამე ტრიმესტრში ნორმის მომატება ცვლის მოძრაობის მექანიკას და ხელს უწყობს ძილის დარღვევას.
შეშუპება	მესამე ტრიმესტრი	ფეხებში იმატებს წყური წნევა, ღრმული ძარღვების ობსტრუქცია, მცირდება პლაზმის ონკოზური წნევა.
გულ-ძმარვა, ყაბზობა	მთელ პერიოდში	საყლაპავის ქვედა სფინქტერის მოდუნება განაპირობებს ჯურის შიგთავსის გადასვლას საყლაპავის ქვედა ნაწილში. ორსულობის ჰორმონები აქვეითებენ ჯურ-ნაწლავის პერისტალტიკას და ინვევენ ყაბზობას. ყაბზობის გამო შეიძლება განვითარდეს ან გაძლიერდეს ბუასილი.
ზურგის ტკივილი	მთელ პერიოდში	ჰორმონებით განპირობებული სახსრების და იოგების მოდუნება და მცირე დოზით, რომელიც საჭიროა გაზრდებული საშვილოსნოს ბალანსირებისთვის, ზოგჯერ იწვევს წელის ტკივილს. უნდა გამოირიცხოს პათოლოგიური მიზეზი.
ღეჭორავა	მთელ პერიოდში	საშოს და ყელის ეპითელიუმის ჭარბი სეკრეცია, რომლის მიზეზი ჰორმონები და ორსულობის გამო სისხლძარღვთა შეგუებაა. ამის შედეგად ვითარდება ასიმპტომური ძლიერი თეთრი ვაგინური გამონადენი.

ანამნეზი

ზოგადი საკითხები

- ორსულობის სიმპტომები
- თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკების მოხმარება, ოჯახური ძალადობა
- ორსულობის წინა გართულებები
- ქრონიკული დაავადებები და ოჯახური ანამნეზი
- ორსულობის ჯვირების დადგენა მშობიარობის ზუსტი ან მოსალოდნელი თარიღის განსაზღვრისთვის

პრენატალური მოვლა ფოკუსირებული უნდა იყოს დედის და ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე ორსულობის პერიოდში, ასევე დედის ისჯის მინიმუმამდე შემცირებაზე. *პირველი პრენატალური ვიზიტის* დროს თქვენი მიზნები შემდეგია: ორსულობის დადასტურება, დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და გართულებების ისჯის შეფასება, და მსჯელობა ჯანმრთელი ორსულობის უზრუნველყოფისთვის.

- ჰკითხეთ *ორსულობის სიმპტომების* შესახებ: მენსტრუაციის არარსებობა, სარძევე ჯირკვლების გადიდება და მტკივნეულობა, გულისრევა და ღებინება, სავთო სისუსტე და ხშირი შარდვა (იხ. ცხრილი 821-ე გვერდზე). აუხსენით, რომ სისხლში და შარდში ბეტა ქორიონული გონადოტროპინის განსაზღვრა ორსულობის დადგენის საუკეთესო საშუალებაა.

- შეაფასეთ *ჯანმრთელობის მიმდინარე მდგომარეობა* და რისკ-ფაქტორები, რომელთაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინოს დედაზე ან ნაყოფზე, ან ორსულობის დროს რაიმე გართულება გამოიწვიოს. განიხილეთ დედის დამოკიდებულება ორსულობის მიმართ და აბრკოლებს თუ არა ორსულობის გაგრძელებას. ჰკითხეთ, როგორ იკვებება და როგორია მისი ნაკვებობა. ხომ არ მოიხმარს თამბაქოს, ალკოჰოლს და ნარკოტიკულ საშუალებებს? რაიმე მედიკამენტებს ხომ არ სვამს? როგორია მისი შემოსავალი და სოციალური დაზღვევა? ოჯახში ან სამსახურში ხომ არ ხდება სტრესულ სტუაციაში? ხომ არ აღენიშნება ანამნეზში ფიზიკური ან ოჯახური ძალადობის შემთხვევები?

- შეაფასეთ *წინა მშობიარობის ანამნეზი*. როგორ მიმდინარეობდა წინა ორსულობა, ვინაიდან წინა მშობიარობის პრობლემები შეიძლება განმეორდეს? ხომ არ ჰქონდა რაიმე გართულება წინა მშობიარობის და ორსულობის დროს? ჰკითხეთ, რა წონის ბავშვი დაიბადა წინა მშობიარობაზე. ხომ არ ჰყავს დღენაკლული ან ვადა გადაცილებული ჩვილი, ან გესტაციური ასაკისთვის უფრო დიდი წონის ბავშვი. ასევე, ხომ არ დაღუპვია ნაყოფი?

- შეაგროვეთ *გადატანილი დაავადებების ანამნეზი*. ამომწურავად გამოკითხეთ ძირითადი სისტემების მწვავე ან ქრონიკული დაავადებების შესახებ. განსაკუთრებით გამოკითხეთ ჰიპერტენზიის, დიაბეტის, გულის პათოლოგიების, ასთმის, სისტემური ნითელი მგლურას, ჭრილობის და სქესობრივად გადამდები დაავადებების შესახებ, გამოავლინეთ დიეთოლისტიკებსტროლი საშვილოსნოში ან HIV ინფექცია.

- ასევე განიხილეთ *ოჯახური ანამნეზი* ქრონიკული ან გენეტიკური დაავადებების თვალსაზრისით, როგორიცაა ნამგლისებური ანემია, ცისტოფიბროზი, ჯუნთოვანი დისტროფია.

უნდა გაარჯვიოთ მიმდინარე ორსულობის ნიშნები, ასევე გჭირდებათ, რათა თარიღის მიხედვით გამოთვალოთ ორსულობის მოსალოდნელი ჯვირები და *მშობიარობის მოსალოდნელი თარიღი* (EDD – expected date of delivery). *ორსულობის მოსალოდნელი ჯვირების* დასადგენად, ჯვირები დათვალეთ ან (1) ბოლო მენსტრუაციის პირველი დღიდან (LMP – last menstrual period), რასაც *მენსტრუალური ასაკი* ეწოდება; ან (2) ჩასახვის თარიღით - თუ ეს იცის, ანუ *ჩასახვის ასაკი*. გამოთვლისთვის უფრო ხშირად იყენებენ მენსტრუალურ ასაკს. ორსულობის სავარაუდო ჯვირები შეიძლება დაგეხმარონ მოგვიანებით საშვილოსნოს ზომასთან ერთად, თუ ბოლო მენსტრუაციის პირველი დღე ნორმალური იყო, თარიღი ზუსტად ახსოვს და ჩასახვა ნამდვილად მოხდა. გამოკვლევის დროს უნდა შეადარონ საშვილოსნოს სავარაუდო ზომა პალპაციის ზომას, თუ საშვილოსნო ჯერ კიდევ მენჯის ღრუშია ან მისი ძირის სიმაღლეს, როდესაც საშვილოსნო ბოქვენის სიმფიზის ზევითაა. თუ ნახავთ განსხვავებას, უნდა დაადგინოთ მისი შესაძლო მიზეზი.

ბოლო მენსტრუაციის პირველი დღე ასევე გამოგადგებათ *მშობიარობის სავარაუდო თარიღის* დასადგენად, ანუ დრო, რომელიც შეესაბამება მშობიარობის პერიოდს 28 ან 30 დღიანი მენსტრუალური ციკლების შეკრებით. *Naegele-ს (ნაიჯელის) ჯანონის* გამოყენებით შეგიძლიათ დაადგინოთ მშობიარობის მოსალოდნელი თარიღი, თუ ბოლო მენსტრუაციის პირველ დღეს მიუმატებთ 7 დღეს, გამოაკლებთ 3 თვეს და მიუმატებთ 1 წელს. დედა ამ თარიღს პირველ რიგში გკითხავთ.

ორსულობის ზუსტი ასაკის დადგენა ყველაზე ჯანგად ხდება დასაწყისში და აუმჯობესებს გადაწყვეტილების მიღებას ნაყოფის ზრდის შენელების, ნაადრევი მშობიარობის ან 42 ჯვირამდე ორსულობის ნიშნების დროს. თუ პაციენტი ვერ იხსენებს ბოლო მენსტრუაციის პირველ დღეს ან დარღვეული აქვს მენსტრუალური ციკლი, ან თარიღი არა ზუსტია, პირველ ტრიმესტრში ვადის დასადგენად უნდა გამოიყენოთ ვაგინური ულტრაბგერით გამოკვლევა.

დაადგინეთ *შემდგომი ვიზიტების* სიხშირე, რაც დამოკიდებული უნდა იყოს პაციენტის მოთხოვნებზე. ეს ვიზიტები უნდა მოიცავდეს სისხლის წნევის და წონის გაზომვას, საშვილოსნოს ძირის პალპაციას, რათა შეაფასოთ ნაყოფის განვითარება, ნაყოფის გულის ტონების და აქტიობის დადგენას. ბევრი ექიმი ასევე ამოწმებს შარდში ცილას და გლუკოზას. დამატებითი laბორატორიული ტესტების ჩატარება დაგჭირდებათ ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმესტრებში.

ჯანმთელობის ხელშენყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშენყობისა და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- ჯვება
- წონაში მატება
- ვარჯიში
- თამბაქოს მონევის შენყვეტა
- ოჯახური ძალადობის გამოკვლევა

ჯვების და *წონის მატების* განხილვა დაგეხმარებათ ორსული ქალის და ბავშვის ჯანმთელობის დაცვაში. პირველი ვიზიტის დროს დაადგინეთ დედის ჯვებითი სტატუსი,

დიეტის, სიმაღლის, წონის და სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გაზომვის ჩათვლით, ასევე შეამოწმეთ ჰემატოკრიტი ანემიის სკრინინგისთვის. გაარჯვიეთ დედის დამოკიდებულება ჯვების სტილის და წონის მატების მიმართ, ასევე იღებს თუ არა ვიტამინებს და მინერალებს. შეადგინეთ ჯვების გეგმა, რომელიც დამოკიდებული უნდა იყოს ქალის ჯეტუჩილ თავისებურებებზე. დღეში სამჯერადი ჯვება ბალანსირებული დიეტით, გაზრდილი უნდა იყოს ჯაღრისების და ცილების მიღება. ორსულ ქალს ურჩიეთ, დიეტაში ყოველდღიურად გაზარდოს: 300 დამატებითი ჯალ, 5-6 გ-ით ცილა, 15 მგ-ით რკინა, 250 გ-ით კალციუმი, 400-800 მკგ ფოლიუმის მჟავა.[9] დააკვირდეთ, ესაჭიროება თუ არა პოლივიტამინებისა და მინერალების დანამატები არასრულფასოვანი ჯვების, ხშირი ორსულობის, თამბაქოს მოწევის და ვეგეტარიანობის გამო. ამავე დროს, აუხსენით ორსულს, რომ არ მიიღოს დიდი რაოდენობით A ვიტამინი, ვინაიდან შეიძლება ინტოქსიკაცია გამოიწვიოს; ვერცხლისწყლის შემცველი თევზი, ოკეანური ზვიგენი, ხმელთევზა, თინუსის ჯონჯოლი; კოფეინი, რაც სპონტანური აბორტის რისკს ზრდის; არაპასტერიზებული ძროხის პროდუქტები და ბოლომდე დაუმუშავებელი ხორცი.[10]

ორსულობის დროს წონის იდეალური მატების ნიშნებია: ძალიან მცირე მატება პირველ ტრიმესტრში, სწრაფი მატება მეორე ტრიმესტრში და მცირე, ნელი მატება მესამე ტრიმესტრში. წონის საშუალო მატება დაახლოებით 10 კგ-ია. ქალი უნდა აწონოთ ყოველ ვიზიტზე და წონა უნდა აღნიშნოთ პაციენტის და დამკვირვებლის გრაფაში, რათა განიხილოთ და იმსჯელოთ. ქვემოთ მოყვანილი წონის მატების საზღვრების რეკომენდაციები, მოწოდებული მედიცინის ინსტიტუტეს (Institute of Medicine) მიერ (1992), დღესაც გამოიყენება.

ორსული ქალის წონის მატების სარეკომენდაციო საზღვრები

ორსულობამდე წონა/სიმაღლის კატეგორია	რეკომენდებული მატება	
	ფუნტი	კგ
დაბალი – სმი<19.8	28-40	12.5-18
ნორმალური – სმი 19.8-დან 26-მდე	25-35	11.5-16
მაღალი – სმი 26-დან 29-მდე	15-25	7.0-11.5
სიმსუქნე – სმი >29.0	~15	~7.0

ცხრილი მოწოდებულია ერთნაყოფიანი ორსულებისთვის. ტყუპზე ორსული ქალებისთვის დადგენილი საზღვარია 35-45 ფუნტი (16-20 კგ). ანალგეზირება მოზარდები (<2 წელი მენარქეს შემდეგ) უნდა ეცადონ, წონაში მოიმატონ ზედა საზღვრამდე. დაბალმა ქალებმა (<157 სმ) წონაში უნდა მოიმატონ ქვედა საზღვრამდე.

ორსული ქალის ჯანმრთელი ცხოვრების სტილისთვის აუცილებელია ვარჯიში. ამერიკის მეანთა და გინეკოლოგთა ჯგუფის 2002 წლის რეკომენდაციით მოწოდებულია, რომ ექიმთან შეთანხმებით და უკუჩვენებების არარსებობისას, ორსული ქალი უნდა ასრულებდეს საშუალო ფიზიკურ ვარჯიშებს
30 წუთის ან უფრო მეტი ხანგრძლივობით კვირის უმეტეს დღეებში.[11] ქალები, რომლებიც ორსულობამდე რეგულარულად ვარჯიშობდნენ, შეძლიათ გააგრძელონ მცირე ან საშუალო

ვახჯიშები, უმჯობესია ხანმოკლე პეჰიოდებით ჯვიჰაში სამჯეჰ. ქალები, ჰომლებმაც ვახჯიში ოჰსულობის დჰოს დაიწყეს, უფჰო ფჰთხილად უნდა იყვნენ და მათ უნდა შეუჩჩიონ ოჰსულისთვის სპესიფიკური ვახჯიშები. პიჰველი ტჰიმესტჰის შემდეგ ქალმა აჰ უნდა ივახჯიშოს ზუჩგზე მწოლიაჩე მდგომაჩეობაში, ჩაც გამოიწვევს ქვედა ღჩე ვენაზე ზეწოლას და პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის დაქვეითებას. თუ ქალი სისუსტეს ან დისკომფოჩტს გიძნობს, უნდა შეწყვიტოს ვახჯიში, მოეჩიდოს გადახუჩებას და დეჰიდჩატაციას. იმის გამო, ჩომ ოჰსულთა ცენტჩები მუშაობს მესამე ტჰიმესტჰში, უჩჩიეთ, ჩომ ვახჯიშები, ჩომლებსაც შეუძლია გამოიწვიოს ნონასნოჩობის დაჩღვევა, აჰ უნდა შეასჩულოს.

თამბაქოს მოხმაჩება უნდა შეწყდეს. მოწევა ინვევს მშობიაჩობის გაჩთულებებს, ჩოგოჩიცაა პლაცენტის გაჩღვევა ან ნინმდებაჩეობა, ნაადჩევი მშობიაჩობა, ნაყოფის პატაჩა ნონა და ნაყოფის სიჯვდილიც ჯი.

ოჰსულობა აჩის დჩო, ჩოდესაც ქალზე ადვილია ძალადობა პაჩტნიოჩის მხჩიდან ან ჩოდესაც ძალადობის მოვლენები აძლიეჩებს, ზჩდის მშობიაჩობის ნინა მოვლის დაგვიანების, მუცლის მოშლის და მციჩე ნონის ნაყოფით მშობიაჩობის ჩისჯს. ოჰსულობის დჩოს ძალადობის სიხშიჩე ცვალებადობს 7-დან 20%-მდე, ჩაც დამოკიდებულია სიტუაციაზე, შეიძლება გამოიწვიოს ქალის სიჯვდილი ან დედის და ბავშვის სიჯვდილი.[12,13] ამეჩიკის მეანთა და გინეკოლოგთა კგუფის ხელმძღვანელობით აუცილებელია იმ ქალების საყოველთაო შეფასება, ვისაც ანამნეზში ოკახული ძალადობა აღენიშნება, ჩაც შეიძლება ოჰსულობის პეჰიოდში გამნვავდეს.[14,15] *ოკახული ძალადობის* მიმანიშნებელია ვიზიტის თაჩიღის ხშიჩი შეცვლა ბოდო მომენტში, გამოკითხვის დჩოს ქცევები, ქჩონიკული თავის და მუცლის ტკივილი, სისხლჩაქცევები და დაზიანების სხვა ნიშნები.

ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს ბაჩიერი განსინჯვისას, პიჩდაპიჩი შეკითხვების დასმით აჩაფიციალური ტონით, კონფიდენციალური სიტუაციის შექმნით ყოველი ვიზიტის დჩოს.[16,17] მაგალითად, შეგიძლიათ ჰკითხოთ "მას შემდეგ, ჩაც დაოჰსულდით, ხომ აჰ უცემიხართ ან ფიზიკური შეუჩაცხყოფა მოუყენებია ვინმეს?" ქალს ესაჭიჩოება უამჩავი ხელსაყჩელი მომენტი, ჩათა განიხილოს თქვენთან ძალადობა, ვინაიდან იგი ღელავს უსაფრთხოებაზე და ჩეპჩესალიზე. სხეულის დიაგჩამაზე მონიშნეთ დაზიანების ადგილები და დააკვალიფიცირეთ დადებითი პასუხი. ამის გაჩდა, ძალადობის ჩისებობის შემთხვევაში, ჰკითხეთ ქალს, ჩით შეგიძლიათ დაეხმაჩოთ. ინფოჩმაცია მიანოდეთ თავშესაფაჩების, საკონსულტაციო ცენტჩების, ჰოთლაინის სატელეფონო ნომეჩების და სხვა საშუალებების შესახებ, ჩოდესაც ქალი მზად იქნება ამის განსახილველად. შეაფასეთ პაციენტის უსაფრთხოება და მიეცით აუცილებელი მიმართვები. გაეჩკვიეთ მოთხოვნები იძულებითი შეტყობინების შესახებ.

ოკახული ძალადობის ეჩოვნული ჰოთლაინი

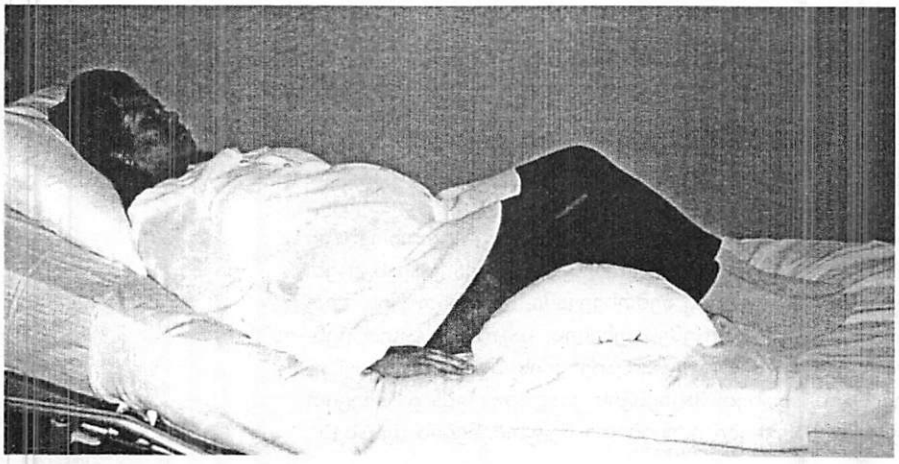
Website: www.ncvh.org/index.html
1-800-799-SAFE (7233)
TTY for hearing impaired: 1-800-787-3224

გამოკვლევის მეთოდები

ყოველსაც გამოკვლევას იწყებთ, შეუქმენით პაციენტს კომფორტული და კონფიდენციალური სიტუაცია, რომელიც მოიგებული იქნება მის პირად მოთხოვნილებებსა და შეგძნებებზე. თუ ეს პირველი ვიზიტია, შეაგროვეთ ანამნეზი, სანამ პეპანგს ჩაიცმევდეს. თუ არა, აუხსენით ჯას აპირებთ და მიაღწიეთ პაციენტის თანამშრომლობას თითოეული კომპონენტზე. ეს გააძლიერებს თქვენს შორის კარგ დამოკიდებულებას და დაეხმარება ქალს, გაარკვიოს მის სხეულში მიმდინარე ორსულობასთან დაკავშირებული ცვლილებები. დაიმახსოვრეთ, რომ თუ ქალი ყოველმა გააუპატიურეს, იგი წინააღმდეგობას გაგიწევთ მენჯის ღრუს გასინჯვის დროს.

ამის შემდეგ უთხარით, რომ წინ გახსნილი პეპანგი ჩაიცვას. ეს გაგიადვილებთ სარძევე ჯირკვლების და მუცლის გამოკვლევას. გამოკვლევისთვის საჭირო საშუალებები გამზადებული გქონდეთ.

მდებარეობა. ჩამოდენიმე წუთი მოანდომეთ ორსული ქალის მდებარეობის შერჩევას, რადგან თქვენ დაგჭირდებათ დამატებითი დრო საშვილოსნოს პალპაციისთვის და ნაყოფის გულისცემის მოსმენისთვის. ნახევრად დამჯდარი მდებარეობა მუხლების მოხრით, ხშირად ქვემოთაა ნაჩვენები, მოსახერხებელია და ამცირებს ორსული საშვილოსნოს ზენოლას მუცლის ღრუს ორგანოებზე და სისხლძარღვებზე, განსაკუთრებით მესამე ტრიმესტრში.



ზურგზე წოლის ჰიპოტენზიური სინდრომის მიზეზი დაახლოებით 20 კვირის შემდეგ აღნერილი ცირკულაციის დარღვევითაა გამოწვეული, რის შედეგადაც ქალს შეიძლება აღენიშნებოდეს თავბრუ და სისუსტე, განსაკუთრებით მწოლიარე მდგომარეობაში.

ორსულ ქალს დიდი ხნით ნუ დააწვენთ ზურგზე. ამ მდებარეობაში საშვილოსნო ქალის ხერხემალზე დევს და ანვება დასწვრივ ორტას და ქვემო ღრუ ვენას, მოქმედებს ქვემო კიდურებიდან და მენჯის სისხლძარღვებიდან ვენური სისხლის მოდენაზე. ამიტომ, მუცლის პალპაცია ეფექტურად და დროულად ჩაატარეთ.

მენჯის გამოკვლევის შემდეგ მცირე ხნით ქალი წამოაჯინეთ. ეს პაუზა შეიძლება გამოიყენოს ქალმა შარდის ბუშტის დასაცლელად. მიუხედავად ამისა, დარწმუნდით, რომ შეეგუა ჯდომას, სანამ ადგომის უფლებას მისცემთ.

მენჯის გამოკვლევა შედარებით სწრაფად უნდა ჩაატარო. ყველა სხვა გამოკვლევა უნდა ჩაატარო, როდესაც ქალი ზის ან მარცხენა გვერდზე წევს.

ალჟირიობა. ხელები ექიმისთვის პირველადი მნიშვნელობისაა. ხელები უნდა ჰქონდეს თბილი და ძლიერი, საკმარისად ფრთხილი გამოკვლევის დროს. როცა ეს შესაძლებელია, თითები ეჭიდა უნდა იყოს და ბრტყელად დადებული მუცლის ან მენჯის ძვლებზე, ხათა დისკომფორტი მინიმალური იყოს. ყოველი შეხება და პალპაცია უნდა ჩატარდეს ჯანზე ხბილი უწყვეტი შეხებით და არა სრესვით ან წყვეტილი მოძრაობით. თითების ბოლოების პალმარული ზედაპირები ყველაზე მგრძნობიარეა.

გინეკოლოგიური სარჯე გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის და საშოს დათვალიერებისთვის, ციტოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისთვის მასალის აღებამდე. ვინაიდან ორსულობის დროს საშოს ჯელები დარბილებულია, გადაწეულია მედიალურად და ფარავს მხედველობის ველს, უნდა გამოიყენოთ ჩვეულებრივზე უფრო დიდ ზომის სარჯე. შრატისა და ვულვას სტრუქტურების მოდუნება ამცირებს დისკომფორტს. იმის გამო, რომ საშოს და ყელის ვასკულარიზაცია გაძლიერებულია, სარჯე ფრთხილად ჩადგით და გახსენით. ამით თავიდან აიცილებთ ქსოვილების დაზიანებას და სისხლდენას, რაც გავლენას იქონიებს Pap ნაცხის ინტერპრეტაციაზე.

Pap ნაცხის ასაღებად გამოიყენება პირის ხის შპატელი ან ბამბის თავიანი ჩხირი. ორსულ ქალში ყელის ჯაგრისის ხმარებამ შეიძლება სისხლდენა გამოიწვიოს.

მიმართეთ თავი 12 საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის ასაღები ინსტრუმენტების და მეთოდებისთვის (გვ. 441-445).

ზოგადი დათვალიერება

დააკვირდით ზოგად მდგომარეობას, ემოციის სტატუსს, ნაკვთებობას, ოთახში სიარულის და მაგიდაზე ასვლის დროს ნერვ-კუნთოვანი სისტემის კოორდინირებულ მუშაობას. ქალის გამოკვლევისთვის პირობების, ორსულობის მიმართ მისი დამოკიდებულების და ზოგადი მდგომარეობის განხილვა სასარგებლო ინფორმაციას განგდით და გეხმარებათ ქალის დამშვიდებაში.

სასიცოცხლო ნიშნები, სიმაღლე და წონა

გასინჯეთ სისხლის წნევა. სანყისი მაჩვენებელი დაგეხმარებათ ქალის ჩვეული სახლების დადგენაში. ორსულობის შუა პერიოდში სისხლის წნევის დაქვეითება ნორმალურია.

ორსულთა ჰიპერტენზიის დიაგნოზი ისმება მაშინ, როდესაც სისტოლური წნევა (SBP – systolic blood pressure) ≥140 და დიასტოლური წნევა (DBP - diastolic blood pressure) ≥90, რაც პირველად ვლინდება 20 კვირის შემდეგ და არ ახლავს პროტეინურია.

ქრონიკულ ჰიპერტენზიად ითვლება სისტოლური წნევა ≥ 140 და დიასტოლური წნევა ≥ 90 ორსულობამდე 20 კვირით ადრე და მშობიარობიდან 12 კვირის შემდეგ.

პრეეკლამფსია აღინიშნება, როდესაც სისტოლური წნევა ≥ 140 და დიასტოლური წნევა ≥ 90 20 კვირის შემდეგ და ახლავს პროტეინურია.[16]

გახომეთ სიმაღლე და წონა. გამოთვალეთ სმი სტანდარტული ცხრილის გამოყენებით, 19-25 ნორმალურია ორსულობის წინა მდგომარეობაში (იხ. გვ.91).

დაიმახსოვრეთ, რომ პირველ ტრიმესტრში წონის ჯერა დაკავშირებულია გულისრევასა და ღებინებასთან და ხშირი მოვლენაა, მაგრამ არ უნდა აღემატებოდეს მშობიარობამდე წონის 5%-ს.

პირველი ტრიმესტრის დროს წონაში ჯერა 5%-ზე მეტად ძლიერი ღებინების ანუ *ჰიპერემესის* შედეგი შეიძლება იყოს.[19]

თავი და კისერი

დაადგინეთ მჯდომარე ქალის პირისპირ და გამოიკვლიეთ თავი და კისერი შემდეგი დეტალების ჩათვლით:

- *სახე.* ორსულის ნიღაბი, ქლოაზმა ნორმალურია. გულისხმობს მოყავისფრო ლაქების განვითარებას შუბლზე და ლოყებზე, ცხვირის სიგანეზე და ქვედაყბის გასწვრივ.

  ორსულობის 24 კვირის შემდეგ სახის შეშუპება შეიძლება მიეთითებდეს ორსულთა ჰიპერტენზიაზე.

- *თმა,* ხარისხის, სიმშრალის და სიხშირის მიხედვით. შეიძლება აღინიშნებოდეს თმის სიმშრალი, ჭარბი ცხიმიანობა და გაცვენა.

  თმის ცვენის შემოსაზღვრული უბნების არსებობა ორსულობასთან არ არის დაკავშირებული (თუმცა თმის ცვენა ხშირია მშობიარობის შემდეგ)

- *თვალები.* დააკვირდით კონიუნქტივის ფერს.

  ორსულთა ანემია ინვევს გაფერმკრთალებას.

- *ცხვირი,* ღრუნოვანი გარსის და ძგიდის ჩათვლით. ორსულობის დროს ხშირია ცხვირის გაჭედილობა.

  ორსულობის დროს ხშირია ცხვირიდან სისხლდენა. ცხვირის ძგიდეზე შეიძლება ნახოთ ყოკაინის ხმარების ნიშნები.

- *პირის ღრუ,* განსაკუთრებით ღრძილები და კბილები.

  ორსულობის დროს ხშირია ღრძილების გაბერება და სისხლდენა (გვ. 235)

- *ფარისებრი ჯირკვალი.* დაათვალიერეთ ჯირკვალის და პალპაციით გასინჯეთ. შესაძლებელია ზომიერი სიმეტრიული გაბერება.[15]

  მნიშვნელოვანი გაბერება პათოლოგიურია და გამოკვლევას საჭიროებს.

გულმკერდი და ფილტვები

დაათვალიერეთ გულ-მკერდის კონტურები და სუნთქვითი მოძრაობები. დიაფრაგმის დაწევა და გულ-მკერდის დიამეტრის გაბერება შეიძლება განვითარდეს პირველ ტრიმესტრში. სუნთქვითი მოცულობა და ალვეოლების ვენტილაცია იზრდება, მაგრამ სუნთქვის სიხშირე არ იცვლება. ეს ცვლილებები ზოგჯერ საფუძვლად უდევს ქოშინის განვითარებას. ივარაუდეთ ჩვეულებრივი ალბათობა.[20]

განიხილეთ ჩივილები ქოშინზე, ხველაზე ან ჩვეულებრივი დისტრესი შესაძლო ინფექციის, ასთმის ან ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის თვალსაზრისით.

ბეღი

ჩაატარეთ *სძგერის პალპაცია*. ორსულობის დროს შეიძლება ოდნავ მაღლა იყოს მე-4 ნეკნთაშუა სივრცეში, ვინაიდან დიაფრაგმის მაღლა დგომის გამო ბეღი ტრიალდება მარცხნივ და გარდიგარდმო.

ჩაატარეთ *ბეღის აუსკულტაცია*. ვენური შეიღი და სისტოლური ან გახანგრძლივებული შეიღი სარძევე ჯირკვალზე (იხ. გვ. 335) ხშირია ორსულობის დროს, ასახავს ნორმალურ სისხლძარღვებში სისხლის მოძრაობას მომატებას.[21] მოისმინეთ შეიღი სარძევე ჯირკვალზე ორსულობის გვიან პერიოდში და ლაქტაციის დროს. უფრო ადრეულ მოისმინება მეორე-მესამე ნეკნთაშუა არეებში პარასტერნალურ ხაზზე და ტიპიურად სისტოლურია ან დიასტოლური. შეიძლება მოისმინებოდეს მხოლოდ სისტოლური კომპონენტი.

შეიღი შეიძლება ადრეულ ანემიას. ადრეულ გავითარებული დიასტოლური შეიღის დროს უნდა ჩატარდეს გამოკვლევები.

სარძევე ჯირკვლები

შეამოწმეთ სარძევე ჯირკვლების და დვრილების სიმეტრიულობა და ფერი. შეიძლება ჩანდეს ვენური ნიმუშები, დვრილები და ბაკები გამუქებულია და მონტგომერის ჯირკვლები — ამობურცული.

სიმაგრეების პალპაცია. ორსულობის დროს სარძევე ჯირკვლები მტკივნეულია და კვანძოვანი.

თქვენი საჩვენებელი და ცერი თითებით მოუჭირეთ თითოეულ დვრილს. ამ დროს შეიძლება გამოჟონოს ხსენმა.

ჩანეული დვრილი ყურადღების მიქცევას საჭიროებს, თუ დედა ძუძუთი კვებას აპირებს.

პათოლოგიური სიმაგრეების გარჩევა ძნელია.

სისხლიანი ან ჩირქოვანი გამონადენი ორსულობასთან არ არის დაკავშირებული.

მუცელი

ორსული ქალი მოათავსეთ ნახევრად მჯდომარე მდებარეობაში და ფეხები მუხლის სახსრებში მოუხარეთ. (იხ. გვ. 826)

დაათვალიერეთ ჭიმე ნაწიბურები და სტრიები, მუცლის ფორმა და კონტურები, საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე. მუქი წითელი ფერის სტრიები და ღინღა ნიგრა ორსულობის დროს ნორმალურია. ფორმა და კონტურები შეიძლება მიუთითებდეს ორსულობის ასაკზე (იხ. სურათი 819-ე გვერდზე).

ნაწიბურები ადასტურებენ გადატანილ ოპერაციას, განსაკუთრებით საკეისრო კვეთას.

თუ 24 კვირის შემდეგ ნაყოფის მოძრაობას ვერ გრძნობთ, შეიძლება ორსულობის ვადა არასწორად გამოთვალეთ ან ნაყოფი მკვდარია ან სუსტი, ან ცარა ორსულობაა.

ჩაატარეთ მუცლის *პალპაცია*, რათა გასინჯოთ:

- *ორგანოები და სიმაგრეები*. ორსულობის სიმაგრე იგულისხმება.

- *ნაყოფის მოძრაობა*. შეიძლება შეიგრძნოთ ორსულობის 24 კვირიდან (დედა გრძნობს 18-20 კვირიდან).

- *საშვილოსნოს ჯუმბერობა.* 12 კვირის შემდეგ ვლინდება საშვილოსნოს ახა ჩაგულახული შეკუმშვები, ხშირად პაპანაკიაზე საპასუხოდ მესამე ტრიმესტრში. ამ დროს ექიმი მუცელს გამაგრებულად და დაჭიმულად შეიგრძნობს და ნაყოფის ნაწილების გასინჯვა ძნელდება. თუ ხელს დადებთ საშვილოსნოს ძირის მარცხენა ნაწილზე, თითებით შეიგრძნობთ საშვილოსნოს ჯუნთების მოდუნებას.

37 კვირამდე, საშვილოსნოს ჩაგულახული შეკუმშვები ტკივილით ან მის გარეშე ან სისხლდენით, პათოლოგიურია და ნაადრევ მშობიარობაზე მიუთითებს.

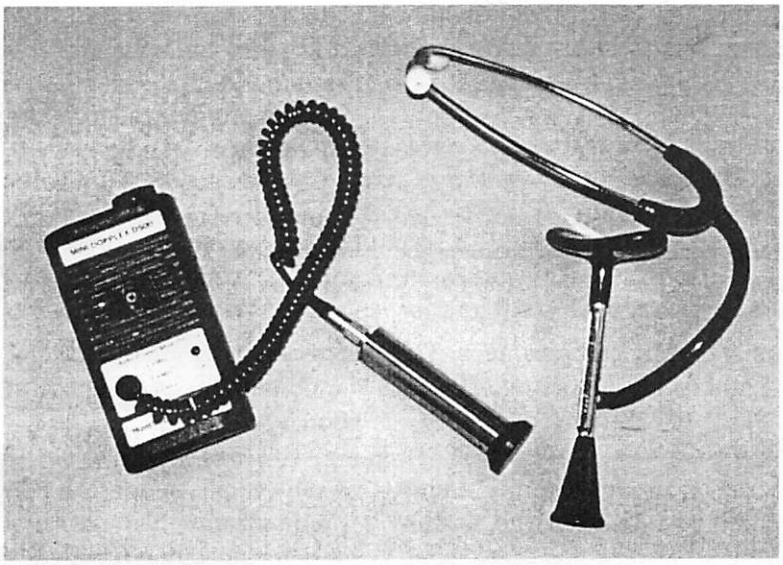


გაზომეთ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე საზომი სანტიმეტრით, თუ ორსულობა 20 კვირაზე მეტია. სანტიმეტრი დადეთ, როგორც სურათზეა ნაჩვენები, მუცლის შუა ხაზზე სიმფიზის ბოქვენიდან საშვილოსნოს ფუძემდე. მიუხედავად სუბიექტური შეცდომებისა, 20-დან 32 კვირამდე სანტიმეტრებში გაზომვა უხეშად მიუთითებს ორსულობის ასაკს კვირებში.[22,23]

თუ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე მოსალოდნელზე 4 სმ-ით მეტია, შეიძლება იყოს მრავალნაყოფიანი ორსულობა, დიდი ზომის ნაყოფი, ამნიონური სითხის სიჭარბე ან საშვილოსნოს ლეიომიომა. თუ მოსალოდნელზე 4 სმ-ით ნაკლებია, განიხილეთ გამოჩენილი პატარა, ნაყოფის განვითარების შეფერხება, მცირე ნორმა ან ცარიელი ორსულობა.

მოისმინეთ ნაყოფის გულისცემა, დაადგინეთ გულისცემის სიხშირე (FHR – fetal heart rate), მდებარეობა და რიტმი. დაახლოებით 10 კვირის შემდეგ ნაყოფის გულისცემა შეგიძლიათ დაადგინოთ დოპტონით. დაახლოებით 18 კვირის შემდეგ ნაყოფის გულისცემის მოსმენა შესაძლებელია ფეტოსკოპით, თუმცა ბოლო დროს ეს ხელსაწყო იშვიათად გამოიყენება.

ნაყოფის ტონების სისუსტე მიუთითებს უფრო ხანგრძლივ ორსულობაზე, ვიდრე ვარაუდობდით, ნაყოფის დაღუპვაზე ან ცარიელ ორსულობაზე.



დოპტონი (მარცხნივ) და ფეტოსკოპი (მარჯვნივ)

ნაყოფის გულისცემის მოსმენა შესაძლებელია მუცლის ქვედა ნაწილში შეა ხაზზე ორსულობის მე-12-18 კვირების პერიოდში. 28 კვირის შემდეგ ნაყოფის გულისცემა უკეთესად მოისმინება ნაყოფის ზურგზე ან გულ-მკერდზე. ნაყოფის გულისცემის ლოკალიზაცია შემდგომში დამოკიდებულია ნაყოფის მდებარეობაზე. ნაყოფის თავის და ზურგის პალპაცია დაგეხმარებათ დაადგინოთ, თუ სად მოისმინოთ გულის ტონები. (იხ. მოდიფიცირებული Leopold-ის (ლეოპოლდის) მანევრი, გვ. 833-836). თუ ნაყოფი მდებარეობს თავით ქვემოთ და ზურგი მიმართული აქვს დედის მარცხენა მხარეს, ნაყოფის გულისცემის მოსმენა უმჯობესია მუცლის მარცხენა ქვედა კვადრანტში. თუ ნაყოფის თავი მახვილისებური მოხრის ქვეშაა (*საჯდომით წინმდებარეობა*) და ზურგი მარჯვნივ აქვს მიმართული, გულისცემა მოისმინება მარჯვენა ზედა კვადრანტში.

4 კვირის შემდეგ სხვადასხვა სიხშირის ორზე მეტი გულისცემის მოსმენა სხვადასხვა ადგილას, ეჭვზე მეტი ნაყოფის არსებობაზე მიუთითებს.

აღმრეული ორსულობის პერიოდში ნაყოფის გულისცემის სიხშირე, ჩვეულებრივ, არის 160 წუთში, შემდეგ მცირდება 120-140-მდე ვადის მოახლოებისკენ. 32-34 კვირის შემდეგ გულისცემა შეიძლება გაიზარდოს ხოლმე ნაყოფის მოძრაობის შედეგად.

ხოლესაც FHR შესამჩნევად ქვეთდება ვადის მოახლოებისას, შესაძლოა მიუთითებდეს ნაყოფის ცუდ სისხლის მიმოქცევაზე ან ამნიონური სითხის მოცულობის შემცირებაზე.

მესამე ტრიმესტრში მნიშვნელოვანი ხდება რიტმი. 1-2 წუთის განმავლობაში შეიძლება განსხვავება იყოს 10-15 დარტყმაში წუთში (BPM – beats per minute).

დარტყმათა ცვალებადობის ნაკლებობა ორსულობის ბოლო პერიოდში საჭიროებს გამოკვლევას FHR მონიტორით.

სასქესო ორგანოები, ყითა, სწორი ნაწლავი

დაათვალიერეთ *გარეთა სასქესო ორგანოები*, დააკვირდით თმიანობის განაწილებას, ფერს, ნაოჭებებს. ორსულობის დროს შესავლის მოცულობა და ბაგეების და ჯილტორის გადიდება ნორმალურია. მხვავე ნამშობიარებ ქალში შეიძლება ნახოთ *ეპისიოტომიის* შემდგომი ნაწიბური - მორისის კვეთა მშობიარობის გაადვილების მიზნით ან მორისის გახევის შედეგად.

ზოგიერთ ქალს აღენიშნება ბაგეების ვარიკოზი, რომელიც უფრო დაკვირვებული და მტკივნეული ხდება.

დაათვალიერეთ *ყითა ბუასილის* არსებობის დასადგენად. თუ არის, დაადგინეთ მისი ლოკალიზაცია და ზომა.

ბუასილი ხშირად მატულობს ზომაში ორსულობის ბოლოს. შეიძლება მტკივნეული და სისხლმდენი იყოს.

პალპაციით გასინჯეთ *Bartholin-ის (ბართოლინის)* და *Skene-ს (სკენის) ჯირკვლები*. არ უნდა აღინიშნებოდეს გამონადენი ან მტკივნეულობა.

დააკვირდით *ცისტოცელეს* ან *ჰექტოცელეს* არსებობას.

შეიძლება ამობურცული იყოს ორსულის ჯუნთების მოდუნების გამო.

სარკით გამოკვლევა. დათვალიერეთ *საშვილოსნოს ყელი*, მისი ფერი, ფორმა და ჩახევის შემდგომი შეხორცება. ორსულის ყელი არათანაბრად გამოიყურება ჩახევების გამო (იხ. გვ. 453).

ვაგინისფერი ყელი მიუთითებს ორსულობის არ არსებობაზე.

აიღეთ Pap ნაცხი და, თუ ნაჩვენებია, ყელის და საშოს სხვა სინჯები. ორსულებში სისხლძარღვთა შეგუბების გამო ყელის შეხება ადვილად იწვევს სისხლდენას.

სინჯები გესაჭიროებათ საშოს და ყელის ინფექციების დიაგნოსტიკისთვის.

დათვალიერეთ *საშოს კედლები*, მათი ფერი, გამონადენი, ნაოჭები და მოდუნება. მოღეჭვა ან იისფერი შეფერილობა, ღრმა ნაოჭების და ძარღვების – *ლეიკორეას* – არსებობა ნორმალურია.

ვაგინისფერი საშო ორსულობის არ არსებობაზე მიუთითებს. საშოს გაღიზიანება და ქავილი გამონადენთან ერთად ინფექციაზე მიუთითებს.

ბიმანუალური გამოკვლევა. ორი თითი, ხომალდზეც საცხია ნასმული, შეყავით საშოს შესავალში პალმარული ზედაპირით ქვემოთ და ფრთხილად დააწექით ქვემოთ შორისისკენ. შეასრიალეთ თითები საშვილოსნოს უკანა თაღამდე. ქვემოთ ზენოლით ფრთხილად შეატრიალეთ თითები ხელისგულით ზევით. ნუ შეეხებით მარჯვენის მგრძნობიარე სტრუქტურებს. ხოლოსაც ორსული მოდუნებულია, უფრო ადვილია ბიმანუალური გამოკვლევის ჩატარება. ქსოვილები ხშირია და საშოს კედლები, ჩვეულებრივ, ახლოსაა ექიმის თითებთან. თავდაპირველად შეიძლება გაგიჭირდეთ საშოს კედლების გარჩევა მათი სიხშირის გამო.

ფრთხილად შეყავით თითი ხვრელში და დააკვირდით *ყელის კედლებზე*. არანამშობიარები ყელი დახურული უნდა იყოს, ხოლო ნამშობიარებ ყელში თითი *გარეთა ხვრელს* გაივლის. *შიგნითა ხვრელი* – ვინრო გასავალი ენდოცერვიკალურ არხსა და საშვილოსნოს ღრუს შორის – დახურული უნდა იყოს, მიუხედავად გადატანილი მშობიარობისა. ნორმალური ნამშობიარები ყელის ზედაპირი არათანაბარია გადატანილი მშობიარობების ხარისხის განვითარებული ჩახევების გამო.

მოყელე გადასწორებული ყელი ორსულობის 32 კვირამდე შეიძლება მიუთითებდეს ნაადრევ მშობიარობაზე.

საშვილოსნოს *ყელის სიგრძე* დაადგინეთ ყელის ღატეხილური კედლების პალპაციით ყელის მწვერვალიდან ღატეხილის თაღამდე. 34-36 კვირამდე, ყელი ინარჩუნებს თავის ნორმალურ ზომას – 1.5-2 სმ.

პალპაციით დაადგინეთ *საშვილოსნოს ზომა*, ფორმა, კონსისტენცია და მდებარეობა. ეს მონაცემები დამოკიდებულია ორსულობის ვადაზე. ორსულობისთვის დამახასიათებელია ისთმუსის ნაადრევი დარბილება – *Hegar-ის (ჰეგარის) ნიშანი*. 8 კვირამდე საშვილოსნო ფორმით ემსგავსება ამობურცულ მსხალს, ფუძის ოდნავი გამსხვილებით. 10-12 კვირისთვის საშვილოსნო მრგვალი ხდება. 12 კვირისთვის ნინ ან უკან გადახრა აღარ აღინიშნება, ხოლო ძირის დიამეტრი დაახლოებით 8 სმ ხდება.

ხოლოსაც თითები საშვილოსნოს ყელში გაქვთ მოთავსებული პალმარული ზედაპირით ზევით, ფრთხილად ასწიეთ საშვილოსნო მუცლის კედლისკენ. საშვილოსნოს ძირის ნაწილი მოათავსეთ ორ ხელს შორის და ფრთხილად დაადგინეთ საშვილოსნოს ზომა.

საშვილოსნოს არათანაბარი ფორმა მიუთითებს საშვილოსნოს მიომაზე ან ორკონტურიან საშვილოსნოზე, ხოლოს შეღებვა ძგიდით გაყოფილი ორი ღრუსგან.

პალპაციით გასინჯეთ *მახსენა და მახჯვენა დანამატები*. ყვითელი სხეული შეიგრძნობა პატარა ჯვანძის სახით ოსულ საკვერცხეზე განაყოფიერებიდან ხამოდენიმე კვირის განმავლობაში.

ოსულობის დასაწყისში მნიშვნელოვანია გამოარიცხოთ მიღის (*სამშვილოსნოს გარე*) ოსულობა. იხ. ცხრილი 12-9, დანამატის ნახმონაქმნები, გვ. 457.

ხოდესაც თითებს გამოილებთ საშოდან, პალპაციით გასინჯეთ *მენჯის ჯუთების ძაღა*.

თუ გსურთ დააზუსტოთ საშვილოსნოს ზომა ან ხექტაღეს-ვაგინური ძგიდის ჩახთვა, ჩაატარეთ *ხექტაღეს-ვაგინური გამოკვლევა*. 10 კვირაზე ნაკლები ვადის ოსულობის დროს წინ ან უკან გადახრილი საშვილოსნო მთლიანად უკანა მენჯში მდებარეობს. მის ზომას მხოლოდ ეს გამოკვლევა დააზუსტებს.

III ᲙᲘᲓᲔᲕᲘᲡ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲔᲑᲘ

ზოგადი დათვალიერება შეიძლება ჩაატაროთ, ხოდესაც ქალი ზის ან მარცხენა გვერდზე წევს.

დაათვალიერეთ ფეხებზე ვენების ვარიკოზი.

ვენების ვარიკოზი შეიძლება განვითარდეს ან გართულდეს ოსულობის დროს.

დაათვალიერეთ ხელების და ფეხების შეშუპება. ჩაატარეთ წვივის, კოჭის და ტერფის პალპაცია შეშუპების დასადგენად. შეშუპებას აფასებენ 0-დან 4+ ჯერებით. ფიზიოლოგიური შეშუპება ხშირია ოსულობის დროს, ცხელი ამინდების დროს, ქალებში, ვინც ხანგრძლივად ფეხზე დგას.
გასინჯეთ მუხლის და კოჭის რეფლექსები.

III ᲡᲞᲔᲪᲘᲐᲚᲣᲠᲘ ᲛᲔᲗᲝᲓᲔᲑᲘ

ᲦᲝᲮᲝᲠᲪᲘᲔᲚᲔᲑᲘᲡ ᲛᲝᲚᲘᲤᲘᲪᲘᲠᲔᲑᲔᲚᲘ ᲛᲐᲜᲔᲕᲠᲘ

ეს მანევრები მუცლის პალპაციის მნიშვნელოვანი დამატებაა ოსულობის 28 კვირის შემდეგ. ისინი გეხმარებიან ნაყოფის მდებარეობის დადგენაში ქალის ზურგის მიმართ (გრძივად თუ განივად), მენჯისჯენ ნაყოფის ნომელი მხარეა მიმართული (თავი თუ ღენეები), სათ მდებარეობს ნაყოფის ზურგი, ნაყოფის ორგანოები და მანძილზეა ჩამოსული დედის მენჯში და ნაყოფის წონის დადგენაში. ეს ინფორმაცია გვსაჭიროებათ, ხათა შეაფასოთ ნაყოფის ზრდის აღქვატურობა და საშვილოსნოში განვითარების დასრულების შესაძლებლობა.

ინტერპრეტაცია
ხშირი გადახრა მოიცავს საჯდომით მდებარეობას (ნაყოფის ღენეები მდებარეობს დედის მენჯის გამოსასვლელთან) და სამშობიარო ვადის დროს დედის მენჯში ჩამოსული ნაწილის არ არსებობა. არც ეგრე სიტუაცია არ უშლის ხელს მშობიარობას. უფრო სერიოზული ცვლილებებია განივი მდებარეობა მშობიარობის ვადასთან ახლოს და ნაყოფის ზრდის შენელება, რაც შეიძლება გამოხატავდეს *საშვილოსნოში ზრდის შეფერხებას (intrauterine growth retardation - IUGR)*.

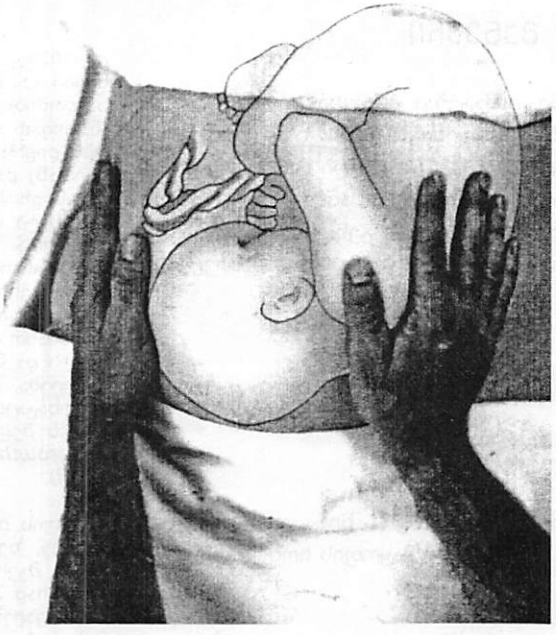
ᲞᲘᲠᲕᲔᲚᲘ ᲛᲐᲜᲔᲕᲠᲘ (ᲖᲔᲓᲐ ᲞᲝᲚᲣᲡᲘ). დადექით ქალის თავის წინ. ორივე ხელით გასინჯეთ ნაყოფის თავი თითის წვერებით, ხათა დაადგინოთ, ნაყოფის ნომელი ნაწილია საშვილოსნოს ძირის ზედა პოლუსში.

ნაყოფის ღენეები, რეგულებრივ, ზედა პოლუსშია. ისინი მკვრივად, მაგრამ არა თანაბრად შეიგრძნობა, ნაკლებ მომრგვალებულად, ვიდრე თავი. ნაყოფის თავი შეგრძნებით მკვრივია, მრგვალი და ბლვი.



მეოთხე მანევრი (ღეღის მუსლის გვერდით). ხელები დაანყვეთ ღეღის მუსლის გვერდით ზედაპირებზე და ხელებს შორის მოიქცით ნაყოფი. ერთი ხელით საშვილოსნო დააფიქსირეთ, მეორეთი ჩაატარეთ ნაყოფის პალპაცია.

ნაყოფის ზურგზე მოთავსებული ხელი შეიგრძნობს გლევ, მკვრივ ზედაპირს, რომელიც ხელის გელის სიგრძისაა (ან ცოტა მეტია) ორსულობის 32-ე კვირას. ნაოფის ფეხებისა და მკლავებისკენ მოთავსებული ხელი შეიგრძნობს ვითანაბარ ამობურცულობებს, ასევე ბიძგებს, როდესაც ნაყოფი გაღვიძებულია და აქტიურია.



მესამე მანევრი (ქვედა ჰოლუსი). დადექით სახით დედის ფეხებისკენ. ორივე ხელის თითები შეაჭითეთ და პალმარული ზედაპირებით გასინჯეთ სიმფიზის ზედა უბანი. დააჯვირებით, ქვემო მიმართულებით ზეწოლისას ხელები შოხდება ეითმანეთს, თუ ეითად ჩრება. ეს გაჩვენებთ, ნაყოფის ომეული ნანილია, თავი თუ დენდეულები, ჩამოსული მენჯის შესავალში.

თუ წინ ნაყოფის თავია, თითებით შეიგრძნობთ გლევ, მკვრივ, მრგვალ ზედაპირს ორივე მხრიდან.

თუ ხელები ეითმანეთს შოხდება, წინმდებარე ნანილი მენჯის შესავალშია, ომგორც ნახატზეა ნაჩვენები.

თუ ხელები ეითად ჩრება, შეგრძნათ ფრთხილად დაანვეთ ქსოვილებს შარდის ბუშტის ზევით და თუ ნაყოფს ვერ შეეხებით, ნაყოფის წინმდებარე ნანილი თქვენი ხელების ზევითაა.



თუ ნაყოფის წინმდებარე ნანილი ქვემოთაა ჩამოსული, პალპაციით გასინჯეთ მისი სტრუქტურა და სიმკვრივე. თუ ამას ვერ ახერხებთ, ფრთხილად ამოძრავეთ ხელები ზევით მუცლის ზედა ნანილისკენ და ხელებს შორის მოიქცით ნაყოფის წინმდებარე ნანილი.

ნაყოფის თავი გასინჯვით გლევია, მკვრივი და მრგვალი; დენდეულები არ ჩანს, მაგრამ არაერთგვაროვანი.

მეოთხე მანევრი (წინამდებარე ნაწილის დაზუსტება). თქვენს ნამყვან ხელში მოიქციეთ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი ქვედა პოლუსში და მეორე ხელით – ნაყოფის ნაწილი ზედა პოლუსში. ამ მანევრით შეგიძლიათ განასხვავოთ ნაყოფის თავი დუნდულებისგან.

თავი, ჩვეულებრივ, ქვედა პოლუსშია, ხოლო დუნდულები – ზედა პოლუსში. თუ ხელი მენჯის შესავლის ზევითაა, იგი ნაყოფის მდებარეობისგან დამოუკიდებლად მოძრაობს.



III ვიზიტის დასრულება

ხოლესაც გამოკვლევებს დაასრულებთ და ქალი ჩაიცმევს, მასთან ერთად განიხილეთ მიღებული მონაცემები. თუ შემდგომი მონაცემები აუცილებელია ორსულობის დადასტურებისთვის, განიხილეთ შემდეგი საფეხურები ამ მონაცემების მისაღებად. განამტკიცეთ ორსულის მოვლის მნიშვნელობა. მიღებული მონაცემები ჩანერეთ ორსულის ისტორიაში.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

ყურადღება მიაქციეთ, რომ თავდაპირველად დაგჭირდებათ წინადადებების გამოყენება მიღებული მონაცემების ჩასანერად, მოგვიანებით შეგიძლიათ ფრაზების გამოყენება. ქვემოთ მოყვანილია ჩანანერის სტანდარტული ფრაზები.

მიღებული მონაცემების ჩანერა - ორსული ქალი.

"*მუცელი:* ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურები არ არის. ნაწლავის ხმიანობები აქტიურია. ხბილია, უმტკივნეულო; ჰეპატოსპლენომეგალია ან სხვა სიმაგრეები არ ისინჯება; ფორმა ოვალურია და გლუვი. ნაყოფის გულისცემის სიხშირეა 144. საზარდულის ღიმფური ჯირკვლები არ ისინჯება. *გარეთა სასქესო ორგანოები:* აღინიშნება ეპისიოტომიური ნაწიბური შუა ხაზზე. დაზიანება, გამონადენი ან ინფექციის ნიშნები არ არის. ბიმანუალური გამოკვლევა: საშვილოსნოს ყელი შუაშია, ხბილია, გარეთა ხვრელში შედის თითის ნვერი, შიგნითა ხვრელი დახურულია. ყელის მოძრაობა ტკივილს არ ინვევს; დანამატებზე სიმაგრე არ აღინიშნება. საშვილოსნოს ძირი გადიდებულია 20 კვირის ზომაზე, შუაშია, გლუვია; საშოს ტონუსი შემცირებულია."

ან

"*მუცელი:* ქვემოთ ოპერაციის შემდგომი განივი ნაწიბურია. ნაწლავის ხმიანობები აქტიურია. ხბილია, უმტკივნეულო; ჰეპატოსპლენომეგალია ან სხვა სიმაგრეები არ ისინჯება; ძირი ისინჯება ბოქვენის სიმფიზის თავზე. ნაყოფის გულისცემა არ მოისმინება. საზარდულის ადენოპათია არ არის. *ბიმანუალური გამოკვლევა:* საშვილოსნოს ყელი შუაშია, ხბილია, გარეთა ხვრელი დახურულია. მარჯვენა საკვერცხე პალპაციით ისინჯება, მარცხენა – არა. დანამატების სხვა სიმაგრეები არ აღინიშნება. საშვილოსნოს ძირი ნინ გადმოზრილია, გადიდებულია 14-16 კვირის ზომაზე; საშოს ტონუსი საშუალოა."

აღნერილია ჯანმრთელი 6 კვირის ორსულის გამოკვლევა, მესამე ორსულობა.

აღნერილია ჯანმრთელი ორსული ქალის გამოკვლევა, რომლის გადმოცემითაც 20 კვირის ორსულობა აქვს, თუმცა გამოკვლევით დგინდება 14 კვირის ორსულობა.

CITATIONS

1. Peraglia F, D'Antona Ilonato II. Maternal endocrine and meta-bolic adaptation to pregnancy. Available at w«w.utdol.com. Accessed December 17, 2004.
2. Bcrghottt A, Wiersinga W. Thyroid size and function during pregnancy: an analysis. Eur J I:ndocrinol 138:536-542, 1998.
3. Boden G. Fuel metabolism in pregnancy and in gestational di-ahctes mellitus. Obstet Gvnccol Clin North Am 23:1-10, 1996.
4. Mazjouh JA, McGregor JA, Lockwood CJ, et al. A central the-ory of pretenn and term labor: putative role for corticotrophin-releasing hormone. Am J Obstet Gynecol 180:S232-S241, 1999.
5. Andersen HF, Johnson TR, Barclay ML, et al. Gestational age assessment. 1. Analysis of individual clinical observations. Am J Obstct Gynecol 139(2):173-177, 1981.
6. Hillier SL, Ivohn MA, Rabe LK, et al. The normal vaginal flora, H2O2-producing lactobacilli, and bacterial vaginosis in pregnant women. Clin Infect 1)is 16(Suppl 4):S273-S281, 1994.
7. BOISOIInault JS, Blaschak MJ. Incidence of diastasis rectus abdominis during the childbearing year. Phvs Ther 68(7): 1082-1086,1988.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (AGOG). Nausea and vomiting of pregnancy. Practice Bulletin No. 52. Obstet Gvnecol 104(4):803-814, 2004.
9. Institute of Medicine. Nutrition during Pregnancy and Lacta-tion: An Implementation Guideline, p. 14. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
10. Gillen-Goldstein J, Funai EF, Royue H. Nutrition in preg-nancy. Available at www.utdol.com. Accessed December 19, 2004.
11. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Ex-ercise during pregnancy and the postpartum period. AGOG Committee Opinion, No. 267, January 2002.
12. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, et al. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 275:1915-1920, 1996.

13. Martin SL, Mackic L, Kuppcr LL, ct al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. JAMA 85(12): 1581-1584,2001.
14. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Psychosocial risk factors: pcrinatal screening and intervention. No. 255, 1999.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists (A4COG). Guidelines for Women's Health Care, 2nd ed. Washington, ACOG, 2002.
16. Elliott L, Nerney M, Jones T, et al. Barriers to screening for domestic violcncc. J Gen Intern Mcd 17:112-116, 2002.
17. Friedman I,S, Sa177Ct JH, Roberts MS, ct al. Inquiry about Vic-timization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. Arch Intern Med 152:1186-1190, 1992.
18. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Chronic hypertension in pregnancy. No. 29. Obstet G}'necol 98(1):S177-S185, 2001.
19. Goodwin TM, Montoro M, Mcstnlan JH. Transient hyper-thyroidism and hyperenlrsis gravidaru1ll: clinical aspects. Arn J Ohstct Gynccol 167(3):648-652, 1992.
20. Elkus R, Popovich J. Respiratory physiology in pregnancy. Clin Chest Med 13:555-565, 1992.
21. Foley MR. Maternal cardiovascular adaptation to pregnancy. Available at:www.updol.com. Accessed December 16, 2004.
22. Bclizan JM, Villar J, Nardin JD. et al. Diagnosis of intrauterinc growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. Am JObstet Gynecol 131(6):643-646, 1978.
23. Pcrsson B, Stangreberg M, Lunell NO, et al. Prediction of size of infants at birth by measurement of syn1physis tiuldus height. Br J Obstrt Gynecol 93(3):206-211, 1986.

ADDITIONAL REFERENCES

American Diabetes Association. Preconception care of women with diabetes. Diabetes Care 25(suppl 1):S82-S84, 2002.
Cunningham FG, Williams JW. Williams Obstetrics, 22nd rd. New York, McGraw-Hill, Medical Pub Division, 2005.
Enkin M. A Guide to Effective Carc in Pregnancy and Childbirth, 3rd cd. New York, Oxford University Press, 2000.
Fraser DC, Cooper MA, Mvlrs MF. Mvles Textbook for Midwives, 14th ed. New York, Churchill Livingstone, 2003.
Gabbe SG, Graves CR. Management of diabetes mellitus Compli-cating pregnancy. Obstet C:ynecol 102(4):857-868, 2003.
Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-bascd prenatal care: Part 1. General prenatal care and counseling issurs. Am Fam Physician 71(7):1307-1316, 2005.
Pick ME, Edwards M, Moreau D, et al. Assessment of dirt quality in pregnant women using tile Healthy Eating Index. J Ain Diet Assoc 105(2):240-246, 2005.
Read JS, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Human milk, brcastfeeding, and transmission of human immunodeticiency virus type 1 in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AI DS. Pediatrics 112(5):1196-1205, 2003.
United Nations Population Fund (UNFPA). A practical approach to gender-based violence: a programme guide for health care providers and managers. New York, UNFPA, 2001.
Varncv, HK, Kriehs JM, Gcgor CL. Varncv's Mid\\•iten•, 4th ed.
Sudbun', MA, Jones and Bartlett Publishers, 2004.
Villar J, Bcrgsjo P. Scientific basis for the content of routine antr-natal care. 1. Philosophy, recent studics, and power to eliminate or alleviate adverse maternal Outconlcs. Acta Obstet Gynrcol Scand 76:1-14, 1997.
Wisner KL, Parry BL, Piontrk CM. Postpartum depression. N Engl J Med 347(3):194-199, 2002.

ხანდაზმული პირები

20

ხანდაზმულთა ჩაოდენობა აშშ-ში ამჟამად 25 მლნ-ს შეადგენს, ვარაუდობენ, რომ ეს რიცხვი 2050 წლისთვის 80 მლნ-მდე გაიზრდება.[1] ეს ხაღხი უფრო დიდხანს იცოცხლებს, ვიდრე მათი წინა თაობა: სიცოცხლის ხანგრძლივობა ქალებისთვის 79 და მამაკაცებისთვის 74 წელია. 40 წლის განმავლობაში 85 წელს გადაცილებულთა რიცხვი აშშ-ს მოსახლეობის 5%-მდე გაიზარდა. ამჟამად, "დემოგრაფიული იმპერატივია" მაქსიმალურად გაიზარდოს არა მარტო სიცოცხლის ხანგრძლივობა, არამედ "ჯანმრთელი ცხოვრების ხანგრძლივობა", რადგან ასაკოვანმა ადამიანებმა შეძლონ, რაც შეიძლება დიდხანს შეინარჩუნონ სრული ფუნქციონირება, ისარგებლონ მდიდარი და აქტიური ცხოვრებით ოჯახში და საზოგადოებაში.



ამჟამად ჟურნალისტებმა აღმოაჩინეს ასაკის შესახებ საზოგადოების ერთ-ერთი ხშირი მითის სისუსტე – ხანდაზმული ამერიკელთა 95% ცხოვრობს ოჯახში და მხოლოდ 5% – მოხუცებულთა სახლში.[1,2] უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ხანდაზმულები უფრო აქტიური ცხოვრებით ცხოვრობენ და ნაკლებად უძლურები არიან. ეს ცვლილებები ნათლად მიუთითებს ჟურნალისტური მოვლისთვის - "ინტერაქტიური კავშირების დამყარებას აქტიურ პაციენტებსა და ნაკლებად აქტიურ ჯგუფებს შორის, რაც ნათლად მიუთითებს მაღალი ხარისხის დამატებულ შედეგებს და აუმჯობესებს გამოსავალს"[3] – და ჟურნალისტური პოზიციისა და უნარების ფართო ქსელს.

ხანდაზმული ადამიანის შეფასება მოითხოვს სპეციალურ ცოდნასა და მიდგომებს. ბევრი მათგანი საკმაოდ განსხვავდება ახალგაზრდა პაციენტის ანამნეზის შეკრებისა და ობიექტური გამოკვლევის დაავადებაზე ორიენტირებული მიდგომისგან: ფოკუსირება ხდება ჯანმრთელ ანუ "საკეთილდღეო" ასაკზე. ოჯახში გაგება და მობილიზება, სოციალური და საზოგადოებრივი მხარდაჭერა; იმ ჩვევების მნიშვნელობა, რომელიც აუცილებელია ფუნქციური შეფასებისთვის, "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი"; და ხანდახმული პირების ხანგრძლივი ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების ხელშეწყობის შესაძლებლობები.

ამ თავში მიმოვიხილავთ ასაკის მატებისთვის დამახასიათებელ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს განაკვეთში *ანატომია და ფიზიოლოგია*, ასევე დაბერების პროცესის მიმდინარეობის შეფასებას ნორმალური და პათოლოგიური ობიექტური მონაცემების გარჩევას. შემდეგ მოდის განაკვეთი – *ანამნეზი*, რომელიც იწყება ავადმყოფისადმი მიდგომით. ამ ნაწილში განხილულია, თუ როგორ უნდა მოვანყოთ და მივუსადაგოთ კაბინეტის გარემო გამოკითხვის შინაარსი და ტემპი ხანდაზმულ პაციენტს; ასაკოვან პირთა სიმპტომების სხვადასხვა მნიშვნელობები; განსაკუთრებით, გერიატრიულ სინდრომებთან დაკავშირებით; და დაბერების ფსიქოლოგიური განსხვავებები. შემდეგ განაკვეთში, ინტერესის განსაკუთრებული არეები, სადაც ხდება შეფასება ხშირი და განსახილველი სიმპტომების, გამოვლენილია ყოველდღიური აქტივობის შეფასების, წამლების მიღების, ძვების, მწვავე და ქრონიკული ტკივილის, ცხოვრების სტილის და ჩვევების, როგორიცაა ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება, გადაუდებელი დახმარების და პალიატიური მკურნალობის მნიშვნელობა. *ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჩვევები* მოიცავს ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის გამოკვლევის ჰეჯომენდაციებს, რაც მოიცავს ისეთ საკითხებზე ჩრევებს, როგორიცაა მხედველობა და სმენა, ფიზიკური ვარჯიში, იმუნიზაცია, ბინაში უსაფრთხოება, ძიბო, დეპრესია, დემენცია და არასრული მკურნალობა. *გამოკვლევის მეთოდებში* აღწერილია ფუნქციური შეფასება: "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი" და ნარმოგიდგენთ კაბინეტში გამოკვლევის ეფექტურ სამუშაოებს, 10-წუთიან გერიატრიულ ტესტს. შემდეგ მოჰყვება ხანდაზმულთა ობიექტური გამოკვლევა, რომელიც აგებულია იმ მეთოდებზე, რასაც იყენებთ ზოგადად ობიექტური გამოკვლევის დროს, მაგრამ ყურადღება მახვილდება სპეციალურ ასპექტებზე ხანდაზმულებისთვის, როდესაც იკვლევთ ზოგად მდგომარეობას, სასიცოცხლო ნიშნებს და მთავრდება თითოეული სისტემის გამოკვლევით. *მიღებული მონაცემების ჩანაწერი* მოიცავს დაავადების ისტორიის და ობიექტური გამოკვლევის ნიმუშს.

ანატომია და ფიზიოლოგია

ასაკის მატება პირველ რიგში აისახება ფიზიოლოგიურ ჩვეულებრივზე და დამოკიდებული პროცესია, არ არის რაიმე დაავადებით გამონვეული. ეს ცვლილებები განსაკუთრებით იჩენს თავს სტრესის პირობებში, როგორიცაა ცვალებადი ტემპერატურის გავლენა, დეჰიდრატაცია ან შოკი. ჯანის ვაზოკონსტრიქციის და ოფლის გამოყოფის შემცირება აკარნახებს სიცხეზე რეაქციას; ნყურვილის გრძნობის დაქვეითება ახანგრძლივებს დეჰიდრატაციის მდგომარეობიდან გამოჯანსაღებას. ასაკის მატებისთვის დამახასიათებელი გულის წუთმოცულობის, მარცხენა პარკუჭის კედლების შემცირება და გულისცემის მაქსიმალური სიხშირე აკარნახებს შოკზე რეაქციას.

ამავე დროს, მოხუცებულთა პოპულაცია ჰეტეროგენობით ხასიათდება. მკვლევარებმა გამოყვეს ის ფართო ცვლილებები, რომლებიც თან სდევს დაბერებას და გამოყვეს "ჩვეულებრივი" დაბერება დაავადებებისა და გაკარნახების კომპლექსით "საკეთილდღეო" ასაკისგან. "საკეთილდღეო ასაკი" ვლინდება იმ ადამიანებში, რომლებსაც არ ჰქონიათ

დამასუსტებელი დაავადებები და შეინახჩუნებს ჯანმთელობა 80-90 წლის ასაკისთვის. 100-წლიანების შესწავლამ აჩვენა, რომ 100 წლამდე მიღწევას შემთხვევათა 20%-ში გენები განსაზღვრავენ, ხოლო ცხოვრების ჯანმრთელი სტილი 20-დან 30%-მი [4-6].

ეს მონაცემები გვაწვდის დამაჯერებელ ფაქტებს იმის შესახებ, რომ ოპტიმალური ჯვება, ფიზიკური ვარჯიში, ყოველდღიური ფუნქციონირება ახანგრძლივებს ფიზიოლოგიური ხეზეიკვების შემცირებას.

სასიცოცხლო ნიშნები

სისხლის წნევა. დასავლეთ საზოგადოებებში სისტოლური წნევა მატულობს ბავშვობიდან ასაკის მატებასთან ერთად. ორტა და მსხვილი არტერიები მკვრივდება და ათეროსკლეროზული ხდება. როდესაც ორტა ნაკლებად ელასტიური ხდება, მოცემული დარტყმითი მოცულობა ნარმოშობს უფრო მაღალ სისტოლურ წნევას; ხშირია *სისტოლური ჰიპერტენზია დიდი პულსური წნევით.* დიასტოლური წნევა ალარ იზრდება დაახლოებით მე-6 დეკადიდან. ზოგჯერ, ხანდახმულ პირებს არენიშნებათ ტენდენცია *პოსტურული (ორთოსტატული) ჰიპერტენზიის* — ფეხზე ადგომისას არტერიული წნევის ეცარი ვარდნა.

ბუღისცემის სიხშირე და რიტმი. მოხუცებულებში მოსვენებისას გულისცემის სიხშირე არ იცვლება, მაგრამ რიტმის ნამყვანის უკრედები მცირდება სინო-ატრიალურ კვანძში, რაც ფიზიოლოგიურ სტრესზე პასუხს ცვლის.[7]

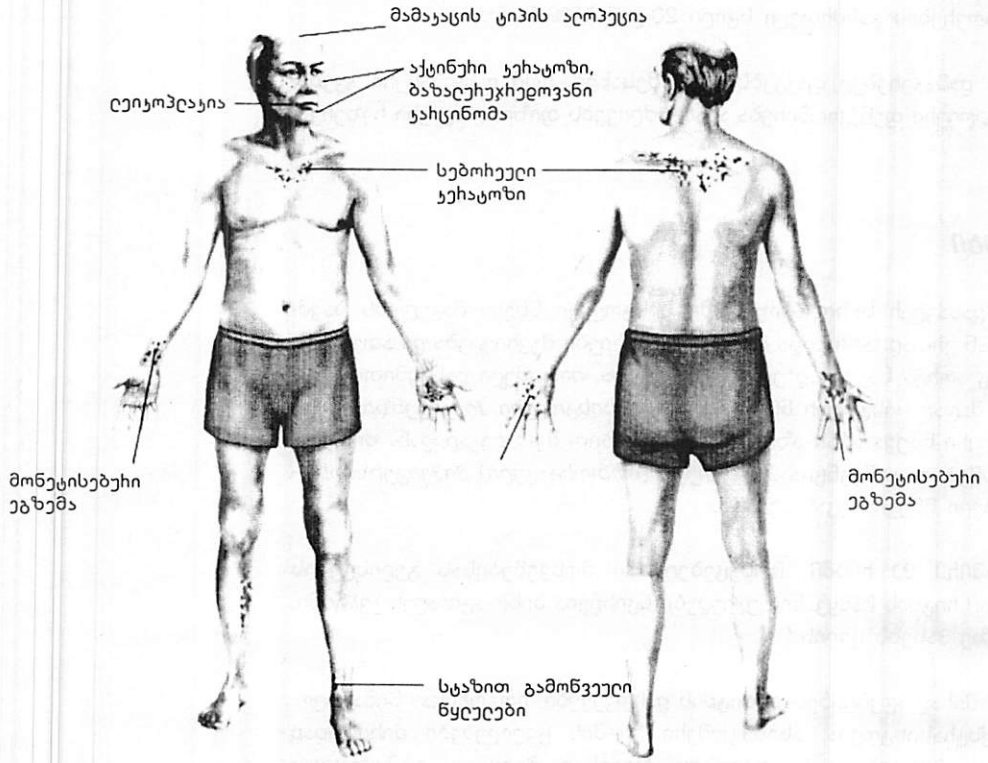
ხანდახმულ პირებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ რიტმის დარღვევები, როგორიცაა წინაგულოვანი და პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია. ასიმპტომური რიტმის ცვლილებები ძირითადად კეთილთვისებიანია. თუმცა, პოსტურული ჰიპერტენზის მსგავსად, შეიძლება გამოიწვიოს *სინკოპეს* განვითარება ან გონების ხანმოკლე დაკარგვა.

სუნთქვის სიხშირე და ტემპერატურა. სუნთქვის სიხშირე არ იცვლება, მაგრამ ტემპერატურის რეგულაციის დარღვევა იწვევს *ჰიპოთერმიას.*

ჯანი, ფრჩხილები, თმა. ასაკის მატებასთან ერთად, ჯანზე ჩნდება ნაოჭები, დუნდება, მცირდება ტურგორი. ჯანის ვასკულარიზაცია მცირდება, რის გამოც ჯანი ფერმკრთალი და გამჭვირვალე ხდება. მტევნის და ნინამხრის ზურგზე ჯანი ხდება თხელი, დანაოჭებული გამჭვირვალე. შესაძლოა ღარების და ნითელი ხაღების გაჩენა, რასაც ენოდება *actinic purpura*, რაც დროთა განმავლობაში ქრება. ეს ღარები და ხაღები ჩნდება ადვილად მსხვრევადი სისხლძარღვებიდან სისხლის გამოჟონვით ჯანში.

ფრჩხილები ნაკლებად ბრიალა ხდება, შეიძლება გაყვითლდეს და გასქელდეს, განსაკუთრებით ფეხის თითებზე.

თმა ცვლილებათა მთელ სერიას გაივლის. თავის ქალაზე თმა კარგავს პიგმენტაციას, ჭაღარავდება. თავზე თმის ცვენა გენეტიკურად განპირობებულია. თმის ცვენა შეიძლება 20 წლის ასაკში დაიწყოს საფეთქლის არეში, შემდეგ მოჰყვება ცვენა თხემზე. ქალებში თმის ცვენა ისეთივე თანმიმდევრობით, მაგრამ ნაკლები ინტენსივობით ხდება. თმის ღერის დიამეტრიც თანაბრად მცირდება ორივე სქესის ადამიანებში. ღრინკარად უფრო მნიშვნელოვანია ნორმალური თმის ცვენა სხეულის ქვემოთ უბანში: ტანზე, ბოკვენის არეში, იღლიებში, ყიდურებზე. ხოდესაც ქალი აღწევს 55 წლის ასაკს, ნიკაპზე და ზედა ტუჩზე შეიძლება თმა გაჩნდეს, მაგრამ უფრო ფართოდ არ ვრცელდება.



აქ აღნიშნული ცვლილებების უმეტესობა მიეკუთვნება თეთრკანიანებს და არ არის აუცილებელი, ასევე ეხებოდეს შავკანიანებს. მაგალითად, აბორიგენ ამერიკელ მამაკაცებს თეთრკანიანებთან შედარებით ნაკლებად აქვთ განვითარებული თმიანობა სახეზე და ტანზე და უნდა შეაფასოთ მათი ნორმების მიხედვით.

თავი და კისერი. თვალები, ყურები და პირი ასაკის მატების მთავარი სამიზნე ხდება. თვალების გარშემო ცხიმოვანი ქსოვილი მცირდება, რის გამოც თვალის კაკლები ორბიტაში უფრო ღრმად ჯდება. ქუთუთოების კანი ნაოჭდება, იშვიათად, ჩამოეკიდება. ცხიმი შეიძლება დაანვეს ქუთუთოების ფასცია ნინისკენ, ნარმოქმნას გამობურცულობა, განსაკუთრებით ქვედა ქუთუთოზე და ზედა ქუთუთოს შუა მესამედზე. ვინაიდან შემცირებულია ცრემლის გამოყოფა, ხანდახმეულები თვალების სიმშრალეს უჩივიან. ჰორვანა კარგავს თავის ბრწყინვალებას.

ბუგები პატარავდება, რაც აძნელებს ფერეიის გამოკვლევას. შეიძლება ბუგები ორნავ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან, მაგრამ ჰეგრინებენ სინათლეზე და ახლო მხედველობაზე.

მხედველობის სიმახვილე მეღმივია 20-დან 50 წლამდე ასაკში, 70 წლამდე თანდათან ქვეითდება, ხოლო მის ზევით – სწრაფად. ზოგჯერ, ასაკოვან პაციენტებს შენარჩუნებული აქვთ კარგი მხედველობა (20/20 დან 20/70 სტანდარტული ჩექებით გამოკვლევისას). თუმცა, ახლომხედველობა ყველას უვითარდება. ბავშვობის პერიოდიდან ბოლო თანდათან კარგავს ელასტიურობას და თვალებს თანდათან უჭირს აკომოდაცია და ფოკუსირება ახლოს მდებარე საგნებზე. *პრესბიოპია*, ჩვეულებრივ, ვლინდება მეხუთე დეკადის განმავლობაში.

ასაკის მატება ახიანებს ბჰოლს და ზჰდის *ჯატახაქტის, გლაუკომის და მაკულას დეგენერაციის* ჰისკს. ბჰოლის გასქელება და გაყვითლება აქვეითებს სინათლის სხივის გატარებას, ჰის გამოც ასაკოვან პირებს უფჰო მეტი განათება ესაჭიროებათ კითხვისთვის და საქმიანობისთვის. ჯატარაქტა უვითარდება 60 წლის ასაკის 10 ადამიანიდან 1-ს, 80 წლის ასაკში 3-დან 1-ს. იმის გამო, ჰომ წლების განმავლობაში ბჰოლი იზჰდება, იგი ანვება ფეჰად გარს გვერდზე, ვინჰოვდება კუთხე ფეჰად გარსსა და ჰქოვანას შორის და იზჰდება *ვინჰოკუთხიანი გლაუკომის* განვითარების ჰისკი.

მხედველობის მსგავსად, სმენა ასევე ქვეითდება ასაკში. აღჰეული დაქვეითება, ჰომელიც ბავშვობიდან იწყება, მოიცავს პირველ ჰიგში მაღალი ტონალობის ბგერებს, ჰომელიც ჩვეულებრივი სასაუბრო ხმის საზღვრებს გარეთაა და დაბალი ფუნქციური მნიშვნელობა აქვს. თანდათან იკარგება საშუალო და დაბალი ბგერების აღქმა. ჰოდესაც ადამიანს უჭირს მაღალი ტონების დაჭერა და ესმის დაბალი ტონები, სიტყვები მახინჯდება და უჭირს მათი მნიშვნელობის გაგება, განსაკუთრებით ხმაურიან გარემოში. ასაკთან დაკავშირებული სმენის დაქვეითება, ჰასაც *პრესბიკუსია* ეწოდება, იწყება 50 წლის ზევით.

ასაკს ახლავს ნეჰწყვის გამოყოფის შემცირება და გემოვნების დაქვეითება, მაგრამ იგივე ცვლილებები შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა ნამალმა ან დაავადებამ. ბილები ქვემოთ იწევა, ცვდება ან ცვივა კარიესის ან სხვა მიზეზით (გვ. 235-236). მოზჰდილთა უმეტესობაში ბილების დაკარგვის ყველაზე ხშირი მიზეზია პერიოდონტული დაავადებები (გვ. 235).

თუ ადამიანს ბილები არ აქვს, სარის ქვედა ნანილი უფჰო პატარა და ჩავარდნილი ჩანს, პირის გარშემო ჰარიალური ნაოჭები ჩნდება. პირის კუთხეებში ვითარდება კანის მაცერაცია, ჰასაც *ანგულური ხეილიტი* ეწოდება (გვ. 230). ყბის ძვლოვანი ბილები, ჰომლებიც გარს აკარავს ბილების ჯიბეებს, თანდათან გაინოვება, განსაკუთრებით ქვედა ყბაზე.

ასაკთან ერთად პაპირებადი ჯისრის ღიმფური კვანძების სიხშირე თანდათან მცირდება და, ერთი კვლევის მიხედვით, 50-დან 60 წლამდე ასაკში მცირდება 50%-ით. ღიმფური კვანძებისგან განსხვავებით, ყბისქვეშა კვანძები აღვილად შეიგრძნობა.

ბულ-მკერდი და ფილტვები. ასაკის მატებასთან ერთად, ფიზიკური დატვირთვის ამტანობა ქვეთდება. ბულ-მკერდის კედელი მოძრაობის მიმართ უფჰო ჩიგრდელია, სუნთქვითი კუნთები სუსტდება და ფილტვები კარგავენ ელასტიურობას. სუნთქვის სიხშირე მაქსიმალური ამოსუნთქვით მცირდება, ხველა ნაკლებად ეფექტური ხდება.

ასაკის მატებასთან დაკავშირებული ჩონჩხის ცვლილებები გამოიხატება ხერხემლის ბულ-მკერდის ნანილის გამოკრეჯილობის გაზრდაში, ჰაც ნარმოქმნის კიფოზს, და ბულ-მკერდის წინა-უკანა დიამეტრის გაზრდაში. ამის შედეგად ნარმოიქმნება "კასრისებური ბულ-მკერდი", თუმცა იგი სუნთქვის ფუნქციაზე ნაკლებად მოქმედებს.

ბულ-სისხლძარღვთა სისტემა. ასაკის მატებასთან ერთად ბულ-სისხლძარღვთა სისტემის მონაცემები იცვლება. განიხილეთ ასაკის გავლენა სისხლის წნევასა და გულისცემის სიხშირეზე, ჰომელიც აღნერილია 292-ე გვერდზე. ასაკი ასევე მოქმედებს კისრის სისხლძარღვთა ხმიანობაზე და დამატებითი ტონების – S_3 და S_4 და სისტოლური შუილის განვითარებაზე.

ჯისჰის სისხლძარღვები. აორტის და მისი ტოტების დაგრძელება და დაჯაჭვნა ინვევს საძიელე არტერიების დაგრეხვას ჯისჰის ქვედა ნაწილში, განსაკუთრებით მარჯვნივ. ჰიპერტენზიის მქონე ქალებში მოპერაციო გამობუჩულობა შეიძლება შეცდომით საძიელე არტერიის ანევრიზმად ჩათვალონ. დაჯაჭვნილი აორტა იშვიათად ზრდის წნევას საყლე ვენებში ჯისჰის მარცხენა მხარეს გულ-მკერდში მათი გრენაჟის შემცირებით.

ხანდაზმულებში სისტოლური შუილი მოისმინება საძიელე არტერიის შუა ან ზედა ნაწილებზე და მიუთითებს, მაგრამ არ ამტკიცებს, ათეროსკლეროზული შევიწროვების არსებობას. ამის საპირისპიროდ, ახალგაზრდებში შუილი, ჩვეულებრივ, უვნებელია.

ბგერის დამატებითი ტონები - S_3 და S_4. ფიზიოლოგიური *მესამე ტონი*, რომელიც, ჩვეულებრივ, ბავშვებში და მოზარდებში აღინიშნება, შეიძლება 40 წლამდე ისმინებოდეს, განსაკუთრებით ქალებში. თუმცა, 40 წლის ზევით S_3 გულის შეგუბებითი უკმარისობის ნიშანია მარცხენა პარკუჭის მოცულობითი გადატვირთვის გამო, ასევე გულის იშემიური დაავადების და გულის მანკის გამო (მაგ., მიტრალური ნაკლოვანება). ამის საპირისპიროდ, გულის *მეოთხე ტონი* იშვიათია ახალგაზრდებში და ჯანმრთელ სპორტსმენებში. S_4 შეიძლება მოისმინებოდეს ჯანმრთელ ასაკოვან პირებში, მაგრამ ხშირად მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის და ავსების შემცირებაზე. (იხ. ცხრილი 8-7, გულის დამატებითი ტონები დიასტოლის ფაზაში. გვ. 330).

ბგერის შუილები. სამუალო ასაკის და ხანდაზმულ პირებს ხშირად აღენიშნებათ *სისტოლური შუილი აორტაზე*. 60 წლის ასაკში ეს შუილი ადამიანთა დაახლოებით ერთ მესამედს აღენიშნება, ხოლო 85 წლის ასაკში – ნახევარზე მეტს. ასაკის მატებასთან ერთად ხდება აორტის ხვრელის ჩაკრის გასქელება შემაერთებელი ქსოვილით, რასაც მოჰყვება კალცინოზი და ვიბრაციის გაძლიერება. გაფართოებულ აორტაში სისხლის მოძრაობა ნარმოქმნის ტურბულენტობას და შუილს. ადამიანთა უმრავლესობაში, კალცინოზის და ფიბროზის პროცესი, რასაც *აორტის სტენოზი* ენოდება, არ უშლის ხელს სისხლის მოძრაობას. ზოგიერთში, ვითარდება აორტის სარქველების კალცინოზი, რის გამოც მათი მოძრაობა იზღუდება და ვითარდება *აორტის სტენოზი* და გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია. ცოცხალი კარდიტიდული ბგერისადმი განასხვავებთ აორტის სტენოზისგან, ჩვეულებრივ ბგერა გახანგრძლივებულია, მაგრამ კლინიკურად აორტის სტენოზის და სტენოზის განსხვავება ძნელია. ორივე მდგომარეობა ზრდის კარდიოვასკულურ ავადობას და სიკვდილობას.

იგივე ცვლილებები ახასიათებს მიტრალურ სარქველს, ჩვეულებრივ, ვითარდება დაახლოებით ერთი დეკადით გვიან, ვიდრე აორტის სტენოზი. მიტრალური სარქველის ან ჩაკრის კალცინოზი აძნელებს სარქველის დახურვას სისტოლის ფაზაში, რასაც ნარმოშობს სისტოლურ შუილს *მიტრალური რეგურგიტაციის* გამო. ეს შუილი ხდება პათოლოგიური, ჩვეულებრივ მარცხენა პარკუჭში იზრდება მოცულობითი დატვირთვა.

სპრძევე კრიჭვლები და ლღლის ფოსოები. ნორმალურად მოზრდილთა სარძევე ჯირკვლები ჰგავია, მაგრამ ასევე კვანძოვანია, ჯირკვლოვანი ან ხორკლიანი. ეს ცვლილებები ნარმოადგენს ფიზიოლოგიურ კვანძოვანებას. ის შეიძლება ორმხრივი იყოს და მთელ ჯირკვალში ან მის ნაწილში. ასაკის მატებასთან ერთად, ქალის სარძევე ჯირკვლები კატარდება ჯირკვლოვანი ქსოვილის ატროფიის და ცხიმოვანი ქსოვილით ჩანაცვლების გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ცხიმოვანი ქსოვილის წილი იზრდება, მისი საერთო მოცულობა მცირდება. სარძევე ჯირკვლები ბრტყელდება და უფრო ჩამოკიდებული ხდება. დვრილის გარშემო სადინარები უფრო ადვილად ისინჯება მკვრივი, მოკვლოვანი ქიმების სახით. ღლის თმიანობა მცირდება.

მუცელი. სამუაღო ასაკში და შემდგომ ნლებში მუცლის ქვემო ნანილში და თეძოებზე ცხიმი გროვდება, მაშინ როდესაც სხეულის ნონა სტაბილური ჩრება. ეს დაგროვება, მუცლის კუნთების მოდუნებასთან ერთად, ხშირად ნარმოქმნის ჩამოკიდებულ მუცელს. ზოგჯერ ამ ცვლილებას ადამიანი შიშით ხვდება და ხანის სითხის დაგროვებით ან ჰაიმე დაავადებით.

ასაკის მატება ასუსტებს მნვავე მუცლის გამოვლინებებს. ტკივილი, შესაძლოა, ნაკლებად იყოს გამოხატული, ტემპერატურა არ იყოს მაღალი და პერიტონეუმის ანთების ნიშნები, როგორიცაა კუნთების დაჭიმულობა და ტკივილი ხელის აშვებისას (გვ.377), შეიძლება შემცირებული ან საერთოდ არ იყოს.

მამაკაცის და ქალის სასქესო ორგანოები, ყრმა, სწორი ნაწლავი და ნინამდებარე ჯირკვალი. მამაკაცებს ასაკში სექსუალური ინტერესი უცვლელი რჩებათ, თუმცა სქესობრივი ჯავშირის სიხშირე მცირდება. სხვადასხვა ფიზიოლოგიურ ცვლილებას ახლავს ტესტოსტერონის დონის დაქვეითება. ერექცია უფრო მეტად დამოკიდებული ხდება ტაქტილურ სტიმულაციაზე და ნაკლებად პასუხობს ეროტიულ გალიზიანებაზე. ასო ზომაში მცირდება, სათესლე ჯირკვლები ღრმად ჩადის სათესლე პარკში. ქრონიკული დაავადებები ასაკზე მეტად ამცირებს სათესლეების ზომას. მცირდება და ჭალარავდება ბოქვენის თმიანობა. ერექტილური დისფუნქცია ანუ ერექციის ფუნქციის დაქვეითება ვლინდება ასაკოვან მამაკაცთა დაახლოებით 50%-ში. ეს, ჩვეულებრივ, გამოწვეულია ჰიპოგასტრიული-კავერნოზული არტერიის უმარილობით ან ვენური სისხლის გაჟონვით სუბტუნიკურ ვენულებში.[8]

ქალებში საკვერცხეების ფუნქცია მცირდება 40-50 ნლის ასაკში. საშუალოდ 45-52 ნლის ასაკში ნყდება მენსტრუალური ციკლი. ესტროგენების სტიმულაციის დაქვეითებასთან ერთად ქალები განიცდიან ნამოხურებას (ალებს), ზოგჯერ 5 ნლის განმავლობაში. სიმპტომები ცვალებადობს ნამოხურებიდან, ოფლიანობიდან და გულის ფრიალიდან შემცივნებამდე და გალიზიანებამდე. ხშირია ძილის დარღვევა და ხასიათის შეცვლა. ქალები შეიძლება აღნიშნავდნენ საშოს სიმშრალეს, ძილის შეუკავებლობას, დისპარეუნიას. ვითარდება სხვადასხვა ვულვო-ვაგინური ცვლილება: ბოქვენის თმიანობა თხელდება და ჭალარავდება, ბაგეები და კლიტორი ზომაში მცირდება. საშო ვინროვდება და მოკლდება, ღრინოვანი გარსი თხელდება, ფერმკრთალდება და შრება, იკარგება სარიაღის უნარი. საშვილოსნო და საკვერცხეები მცირდება ზომაში. მენოპაუზიდან 10 ნლის განმავლობაში საკვერცხეები პალპაციით აღარ ისინჯება. დანამატების, საშვილოსნოს და შარდის ბუშტის დამჭერი იოგები დუნდება. სექსუალურობა და სქესობრივი ინტერესი ხშირად არ იცვლება, განსაკუთრებით პარტნიორის არარსებობისას, დაკარგვისას ან უჩვეულო სამუშაოს და ცხოვრებისეული სტრესების დროს.[9]

მამაკაცებში ნინამდებარე ჯირკვლის ეპითელური და სტრომის ქსოვილების ჰიპერფუნქცია, რასაც ნინამდებარე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია - ჰჯჰ (benign prostatic hyperplasia - BPH) ენოდება, იწყება მესამე დეკადაში, "ჯერ-ჯერობით ნინამდებარე ჯირკვლის გადიდება მხოლოდ ნახევარს უვითარდება და სიმპტომები ვლინდება ამ მამაკაცთა ნახევარში."[10] შარდვის გაძნელებას, ნაკადის ხარვეზს, არასრულ დაცლას ხშირად, BPH გარდა, სხვა მიზეზებიც აქვს, როგორიცაა თანმხლები დაავადებები, ერექციის მიღება და ქვედა გზების დარღვევები. ჰიპერპლაზია გრძელდება და იზრდება მეშვიდე დეკადამდე, შემდეგ ზრდა ალინიშნება. ეს ცვლილებები ანდროგენებზეა დამოკიდებული.

ერექციული სისხლძარღვები. ასაკის მატება თავისთავად, ნარმოადგენს ერექციული სისხლძარღვების შედარებით მცირე, კლინიკურად მნიშვნელოვან ცვლილებებს. თუმცა არტერიული და ვენური დარღვევები, განსაკუთრებით ათეროსკლეროზული, ხანდაზმულებს უფრო ხშირად უვითარდებათ, ისინი, სავარაუდოდ, არ განიხილება ასაკის მატების ნორმალურ პროცესად. ერექციული არტერიები გრძელდება, უფრო დაკლაკნილი ხდება და გასინჯვით უფრო

მკვრივია და ნაკლებ ელასტიური. თუმცა, ეს ცვლილებები აუცილებლად ათეროსკლეროზის ან ჰორონარული და თავის ტვინის სისხლძარღვების დაზიანების მაჩვენებელი არ არის.

კანის, ფრჩხილების და თმის ხშირი ცვლილებები, რომლებიც აღწერილი, არ არის სპეციფიკური არტერიული უკმარისობისთვის, თუმცა ჭარბადაა დაკავშირებული. არტერიული ჰიპერტენზიის გაჩრობა ტიპიური არ არის და მოითხოვს ყურადღებით გამოკვლევას. იშვიათად, 50 წლის ზევით ასაკში საფეთქლის არტერიები შეიძლება გახდეს გიგანტური უჯრედების სამიზნე, ანუ განვითარდეს ტემპორული არტერიიტი, რაც იწვევს მხედველობის დაკარგვას ავადმყოფთა 15%-ში, თავის ტკივილს და ქვედა ყბის ჯოჭლობას (ტკივილი ძლიერდება ღეჭვის დროს). დაავადების განვითარების სამუალო ასაკია 72 წელი. ხანდაზმულებში, ვისაც აღენიშნება მუცლის ან ზუჩგის ტკივილი, განსაკუთრებით მწვავეებს, მამაკაცებს და გულის იშემიური დაავადებით ავადმყოფებს, მნიშვნელოვანი ჰრობლემაა მუცლის აორტის შესაძლო ანევრიზმა.

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემა. ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის ცვლილებები გრძელდება ზრდასრულობის მთელ პერიოდში. სქესობრივი მომწიფებიდან ძალიან მალე იწყება სიმაღლეში უმნიშვნელო კლება; შესამჩნევი დაკლება ვლინდება სიბერეში. სიმაღლეში ყველაზე დიდი კლება აღინიშნება ტანზე, ამის მიზეზია ხერხემლის მალთაშუა დისკების გათხელება და მალების სხეულების დაპატარავება ან გათხელება ოსტეოპოროზის გამო. მუხლის და მენჯბარძაყის სახსრებში მოხრა ასევე ხელს უწყობს დადაბლებას. დისკების და მალების დაზიანება ასევე ხელს უწყობს ასაკობრივი კიფოზის განვითარებას და გულ-მკერდის ნინაუკანა დიამეტრის გაზრდას, განსაკუთრებით ქალებში. ამის გამო ხანდაზმულთა კიდურები ტანთან შედარებით უფრო გრძელი ჩანს.

ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება ჩონჩხის კუნთების მასა და ძალა, ორგანები კარგავენ ელასტიურობას. მცირდება მოძრაობის ამპლიტუდა, ნაწილობრივ, ოსტეოართრიტის გამო.

ნერვული სისტემა. ასაკის მატება აზიანებს ნერვული სისტემის ყველა ნაწილს, ფსიქიკური მდგომარეობიდან მოტორულ და სენსორულ ფუნქციებამდე და ჰეფლექსებამდე. ასაკობრივმა ცვლილებებმა შეიძლება მძიმე ხარისხს მიაღწიოს. მოხუცები განიცდიან საყვარელი ადამიანების და მეგობრების სიკვდილს, პენსიაში გასვლას, შემოსავლის შემცირებას, ფიზიკური შესაძლებლობების დაქვეითებას მხედველობის და სმენის დაქვეითების ჩათვლით და ხშირად საზოგადოებისგან იზოლაციას. უფრო მეტიც, ასაკოვანი ტვინი განიცდის ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს. მცირდება ტვინის მოცულობა და ქერქის უჯრედების ჰაერენობა და ვლინდება მიკროანატომიური და ბიოქიმიური ცვლილებები. მიუხედავად ამისა, უმეტესობა კარგად ეგუება სიბერეს. ისინი ინარჩუნებენ ღირსების გრძნობას, ეჩვევიან შეცვლილ შესაძლებლობებს და სიტუაციებს და, საბოლოოდ, თავს ამზადებენ სიკვდილისთვის.

ხანდაზმულთა უმრავლესობა კარგად ჰასუხობს გონებრივი მდგომარეობის გამოკვლევას, მაგრამ ვლინდება ზოგიერთი დარღვევები, განსაკუთრებით დიდ ასაკში. ხანდაზმულთა უმრავლესობა ეჩივის მეხსიერებას. "კეთილთვისებიანი გულმავინყობა" ჩვეულებრივი ახლნაა და ნებისმიერ ასაკში შეიძლება გამოვლინდეს. ეს ტერმინი აღნიშნავს ადამიანების ან საგნების სახელების ან სპეციფიკური მოვლენების დეტალების გახსენების გაძნელებას. ამ ხშირი მოვლენის ამოცნობა, თუ შესაძლებელია, დაგეხმარებათ აღკვეთმეხის დაავადების ჩივილების შერბილებაში. გულმავინყობასთან დამატებით ხანდაზმულები ნელა იხსენებენ და უფრო მეტი დრო ესაჭიროებათ ახალი ინფორმაციის დამახსოვრებისთვის. მათი მოტორული აქტივობა შენელებულია და ქვეითდება ორთელი ამოცანების შესრულების შესაძლებლობა.

ხშირად, ექიმისტს ესაჭიროება გაარჩიოს ნერვული სისტემის ასაკით განპირობებული ცვლილებები გონებრივი დარღვევების სპეციფიკური გამოვლინებებისგან, როგორიცაა დეპრესია

და დემენცია, ჰომერის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს. ამ მოვლენების გამოჩენცვა დაავადებების ჩივილებისგან შეიძლება ჰოული იყოს, განსაკუთრებით იმიტომ, რომ ხასიათის დარღვევები და ფსიქიკური ცვლილებები მოქმედებს ავადმყოფის უნარზე, ამოიცნოს და გადმოსცეს სიმპტომები. ხანდაზმულები უფრო მიდრეკილნი არიან დელირიუმისადმი (ცნობიერების დარღვევის ხანმოკლე მდგომარეობა), რომელიც შეიძლება ინფექციის ან ჰიპოპარატებთან დაკავშირებული ჰრობლემების პირველი ნიშანი იყოს. ჯერიატრს უნდა შეეძლოს ამ მდგომარეობების ზუსტად ამოცნობა და ავადმყოფის დაცვა ზიანისგან. (განიხილეთ თავი 16, ნერვული სისტემა: ფსიქიკური მდგომარეობა და ქცევები. გვ. 573-593; ცხრილი 16-1, გვ. 590 და ცხრილი 20-1, გვ. 873)

ხანდაზმულთა ნერვული სისტემის შეფასებისას ძნელია ნორმალური ასაკობრივი ცვლილებების გარჩევა ასაკთან დაკავშირებული ან სხვა დაავადებებისგან. თუმცა, ზოგიერთი მონაცემი, რომელიც ახალგაზრდებში პათოლოგიად ითვლება, ხანდაზმულებში იმდენად ხშირად ვლინდება, რომ ასაკის მატების თანმხლებ ცვლილებებად ითვლება. ესენია სმენის, მხედველობის, თვალის მოძრაობების და გუგების ზომის, ფორმის და რეაქციულობის ცვლილებები, რაც ზევითაა აღწერილი.

მოტორული სისტემის ცვლილებები ხშირია. ხანდაზმულთა მოძრაობის და რეაქციის სიჩქარე ქვეითდება ახალგაზრდებთან შედარებით და მცირდება ჩონჩხის კუნთების მოცულობა. ასაკოვანთა ხელები უფრო თხელია და ძვლოვანი ძვალთაშუა კუნთების ატროფიის გამო, რაც იწვევს ხელის ზურგზე კუნთების განლევას და ამობურცულობების და ჩაღრმავებების გადიდებას. ჰოგორც 617-ე გვერდზეა ნაჩვენები, ეს ცვლილებები პირველად შეიძლება გამოჩნდეს ცერსა და მტევანს შორის (I და II ნების ძვლებს შორის), მაგრამ ასევე შეიძლება გამოჩნდეს ნების სხვა ძვლებს შორის. მცირე კუნთების განლევის გამო ბრტყელდება ცერის და ნეკის მაღლობები. მკლავების და ფეხების კუნთებიც ატროფირდება და მიმდებარე სახსრების ზომები გადიდებული ჩანს. კუნთების ძალა, თუმცა დაქვეითებული, შედარებით ჯარგად არის შენარჩუნებული.

იმვიათად, ხანდაზმულ ადამიანს აღენიშნება თავის, ქვედა ყბის, ტუჩების ან ხელების ჯეთილთვისებიანი პირველადი ტრემორი, რაც შეიძლება პარკინსონიზმში აგვერიოთ (გვ. 653). თუმცა, პარკინსონიზმის ტრემორისგან განსხვავებით, ჯეთილთვისებიანი ტრემორი ორნავ სწრაფია, მოსვენებისას ქრება და არ არის დაკავშირებული კუნთების რიგიდობასთან.

ასაკის მატება ასევე მოქმედებს ვიბრაციულ მგრძნობელობაზე და რეფლექსებზე. ხანდაზმულები ხშირად კარგავენ ზოგიერთ ან ყველა სახის ვიბრაციულ მგრძნობელობას ტერფებსა და კოჭებში (მაგრამ არა თითებსა და ნივთებში). უფრო იშვიათად, მცირდება ან ქრება პოზიციური მგრძნობელობა. ასევე შეიძლება შემცირდეს ან გაქრეს ღებინების რეფლექსი, მუცლის რეფლექსები. კოჭის რეფლექსები სიმეტრიულად ქვეითდება ან ქრება გაძლიერების დროსაც კი. უფრო იშვიათად სიმეტრიულად ქვეითდება მუხლის რეფლექსები. ნაწილობრივ ფეხების ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ცვლილებების გამო ფეხის ძირის რეაქცია ნაკლებად შესამჩნევი ხდება და მისი ინტერპრეტაცია ძნელია. თუ ამ ცვლილებებს ახლავს სხვა ნევროლოგიური დარღვევები, ან თუ ატროფია და რეფლექსები ასიმეტრიულად იცვლება, მათ ასაკის გარდა სხვა ახსნა უნდა მოეძებნოთ.

ანამნეზი

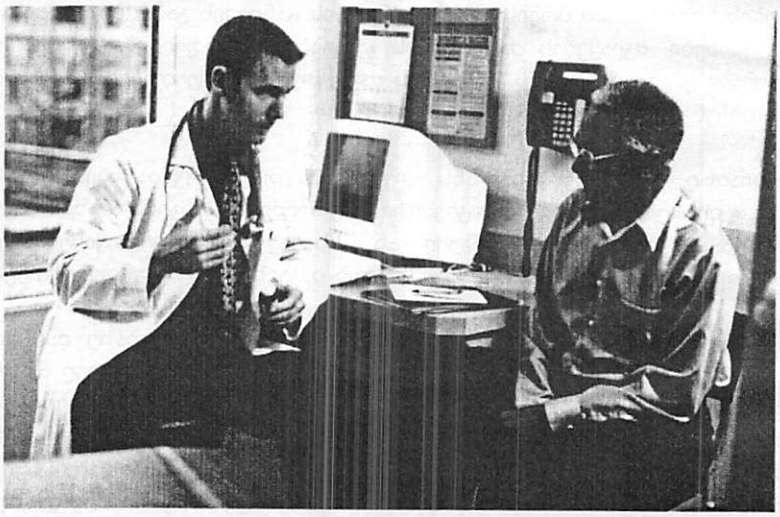
პაციენტთან ურთიერთობა

ჩოდესაც ხანდაზმული ადამიანს ესაუბრებით, უფრო დახვეწილი გახდეთ ანამნეზის შეკრების მეთოდები. თქვენი ქცევებიდან უნდა ჩანდეს პატივისცემა, მოთმინება და ყურადღება. პაციენტს გვახით მიმართეთ.

ხანდაზმულ პაციენტთან ურთიერთობა

- ჯაბინეტის გარემოს მისადაგება
- ვიზიტის შინაარსის და ტემპის ჩამოყალიბება
- სიმპტომების გამოვლენა
- ასაკით განპირობებული ყურადღების დონის განსაზღვრა

ჯაბინეტის გარემოს მისადაგება. პირველ ჩიგში, მოანესთიგეთ ჯაბინეტის, საავადმყოფოს ან მოხუცებულთა თავშესაფრის გარემო ისე, რომ პაციენტმა ადვილად უპასუხოს თქვენს კითხვებს. გაიხსენეთ ტემპერატურის ჰეგულაციის ფიზიოლოგიური ცვლილებები და უზრუნველყავით, რომ ოთახში არც ცივდეს და არც ცხელოდეს. კარგი განათება დაგეხმარებათ ბროლის ცილების ცვლილების კომპენსაციაში – კარგად განათებულ ოთახში პაციენტი უკეთესად დაინახავს თქვენი სახის გამომეტყველებას და ჟესტებს. პაციენტს სახეში უყურეთ და დაჯექით მისი თვალების დონეზე.



ხანდაზმულთა 50%-ზე მეტს სმენა დაქვეითებული აქვს, განსაკუთრებით უჭირს მაღალი ტონალობის ბგერების გარჩევა, ამიტომ ოთახი კომფორტული და ჩუმი უნდა იყოს, რათა უზრუნველყოთ ზუსტი ჰეარქციები და პასუხები. საავადმყოფოში სთხოვეთ გამორთონ რადიო ან ტელევიზორი, სანამ საუბარს დაიწყებთ. თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ "ჯიბის სასაუბრო" - მიკროფონი, რომელიც თქვენს ხმას გაზრდის და უკავშირდება სასმენ აპარატს. ექსპერტ დაბალ ტონალობაში იკარგებოთ, საქმიანობის შემთხვევაში პაციენტმა გაიკეთოს სათვალე, სასმენი აპარატი და პროთეზი ურთიერთობის გაუმჯობესებისთვის. ავადმყოფს, რომელსაც ოთხთავა ყურთის მოდენება აქვს, შესთავაზეთ მაღალი და ფართო სკამი, ისე, რომ სახელურები მაგიდის დონემდე იყოს.

ვიზიტის შინაარსის და ტემპის ჩამოყალიბება. ხანდაზმულ ავადმყოფებთან შეიძლება ხშირად მოგინიოთ პირველადი ან დისპანსერული მეთვალყურეობის ვიზიტების ტრადიციული ფორმატის შეცვლა. შუა ხანს გადაცილებული ადამიანები იწყებენ ხარ განვლილი,

ახამედ დაჩრენილი ნღების დათვღას. ხანშიშესულები ხშირად იხსენებენ ნახსულს და მსჯელობენ ნახსული გამოცდილებით. მათი ცხოვრების მიმოხილვის მოსმენა გეხმარებათ ჩაწვდეთ ახსში და გაათავისუფლოთ ავადმყოფი მტკივნეული გრძნობებისგან ან განუახლოთ სიხარული და ღრისება.

ამავე დროს, მნიშვნელოვანია ნონასწორობის მიღწევა პაციენტის შესაძლებლობებთან დაკავშირებული კომპლექსების შეფასებასა და შესაძლო სისუსტეს შორის. საკმარისი დრო დაუთმეთ ავადმყოფის ბოლომდე მოსმენას, მაგრამ არ გადაღალოთ, ფარითად გამოიყენეთ გამოკვლევების ხანმოკლე საშუალებები (გვ. 858), მიიღეთ ინფორმაცია ბინაზე ვიზიტის დროს და საქიმო ჩანაწერიდან, ოჯახის წევრებისგან, მომვლელებისგან და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დისციპლინებისგან. პირველადი შეფასება ორ ვიზიტზე გაანაწილეთ. ორი ან მეტი ხანმოკლე ვიზიტი ნაკლებად დამღლელია და უფრო ნაყოფიერი, ვინაიდან ხანდაზმულ ადამიანს მეტი დრო ესაჭიროება კითხვებზე საპასუხოდ, მათი განმარტებები უფრო ნელია და გრძელი.

სიმპტომების გამოვლენა ხანდაზმულებში. ანამნეზის შეგროვება ხანდაზმულებში კლინიცისტისგან მოითხოვს ყურადღებას და გამჭრიახობას: პაციენტი ზოგჯერ უნებლიეთ ან განზრახ არ გადმოსცემს ჩივილებს. მწვავე დაავადების დადგენა შეიძლება ძნელი იქნას; ჩვეული ნიშნები შეიძლება გერიატრიულ სინდრომებს ნილბავდეს; ავადმყოფს შეიძლება ალენიშნებოდეს ცნობიერების დარღვევა.

ხანდაზმული პირები ხშირად ცდილობენ თავი ჯანმრთელად ნარმოაჩინონ, სანამ დაავადების პროგრესირება და მათი უუნარობა აშკარა არ გახდება.[11] უკეთესი იქნება, თუ ვიზიტს ღია კითხვებით დაიწყებთ, როგორიცაა "რით შემიძლია დღეს დაგეხმაროთ?" ხანდაზმული პაციენტი ზოგჯერ შეიძლება არ იყოს განწყობილი, თავის სიმპტომებზე ისაუბროს. ზოგიერთი შეშინებულია ან დაბნეულია; სხვები ცდილობენ თავიდან აიცილონ ძვირად ღირებული მკურნალობა ან გამოკვლევებით განცდილი დისკომფორტი. ზოგიერთი უყურადღებას არ აქცევს ამ სიმპტომებს, ვინაიდან მათ სიბერის ნიშნებად თვლის და იოლად ივინყებს მათ შესახებ. დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დაგვიანების თავიდან აცილების მიზნით უნდა გამოიყენოთ უფრო პირდაპირი კითხვები ან სტრუქტურირებული ტესტები, ისევე როგორც ოჯახის წევრებთან და მომვლელებთან კონსულტაციები.

ხანდაზმულებში მწვავე დაავადებები განსხვავებულად ვლინდება, ვიდრე ახალგაზრდებში. ინფექციის მქონე ხანდაზმული პაციენტებს ნაკლებად აღენიშნებათ ტემპერატურის მომატება. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს ასაკის მატებასთან ერთად ავადმყოფები უფრო იშვიათად აღნიშნავენ ტკივილს გულის არეში და უფრო ხშირია ქოშინი, სინკოპე, ინსულტი და ცნობიერების დარღვევა.[12] ჰიპერთირეოზის და ჰიპოთირეოზის მქონე ხანდაზმულებს უფრო ნაკლები ჩივილები და სიმპტომები აქვთ. ჰიპერთირეოზის დროს, სისუსტე, წონაში დაკლება და ტაქიკარდია ქმნის ჩივილების ყველაზე ხშირ ტრიადას 50 ნლის ზევით ასაკის პირებში. ხანდაზმულებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ ანორექსია და მოციმციმე არითმია; სიცხის აუტანლობა, გაძლიერებული ოფლიანობა და ჰიპერრეფლექსია შედარებით იშვიათია.[13] ჰიპოთირეოზის დროსაც ხანდაზმულებს ცოტა სიმპტომები აქვთ. სისუსტე და ადვილად დაღლა ყველაზე ხშირი, მაგრამ არა სპეციფიკური ჩივილებია. ახალგაზრდებისთვის ხშირი სიმპტომები, როგორიცაა შემცივნება, პარესთეზია, წონაში მომატება და სპაზმი, იშვიათია ხანდაზმულებში.[14]

მრავალი ქრონიკული დაავადების მართვა საჭიროებს სახვადასხვა გერიატრიული სინდრომების ტიპიურ სიმპტომთა ჯგუფების ამოცნობას. *გერიატრიული სინდრომები* ხასიათდება მრავალ რისკ-ფაქტორთა შორის ურთიერთობითა და შესაძლო სინერგიზმით.

მაგალითად, დავახლინა, თავბრუსხვევა, შარდის შეუკავებლობა და ფუნქციური უუნარობა.[15] სტუდენტებმა უნდა ისწავლონ ეს სინდრომები, ვინაიდან ეთით სიმპტომი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰამოდენიმე სხვასთან, ჰომელებზედაც ავადმყოფს უჩადღება ჰარ გაუმახვილებია. ჩვეულებრივი "უნიფიცირებული დიაგნოზის" მოძებნა შეიძლება მიესადაგოს ხანდაზმულ პაციენტთა 50%-ზე ნაკლებს.[16]

ბოლოს, სტუდენტმა უნდა იცოდეს, თუ ჩოგორ მოქმედებს ცნობიერების დაქვეითება ავადმყოფის ანამნეზზე. ფაქტია, ჰომ ჩოდესაც ხანდაზმული პაციენტი აღნიშნავს სიმპტომებს, მათი მონათხრობი უფრო სანდოა და უფრო მეტ სიმპტომს მოიცავს, ვიდრე ოჯახის წევრების ან დამატებითი წყაროების ინფორმაცია.[17-20] ჩოდესაც ადარებთ ნორმალური ცნობიერების მქონე ადამიანს, მის მსგავსად, ხანდაზმული პირი ცნობიერების მცირე დარღვევით დანკირებით ანამნეზს განვდით.[17] საჭირო ინფორმაციის მისაღებად გამოიყენეთ მარტივი კითხვები. ცნობიერების უფრო ღრმა დარღვევის მქონე პაციენტებში ძირითადი სიმპტომები დააზუსტეთ ოჯახის წევრებთან ან მომვლელთან ავადმყოფის თანდასწრებით და მისი თანხმობით.

ისწავლეთ სტერეოტიპების ამოცნობა და თავიდან აცილება, ჰათა ყოველი პაციენტი განიხილოთ, ჩოგორც განმეორებული პირობნება თავისი ცხოვრებისეული გამოცდილებით. ჩოდესაც პაციენტს უსმენთ, დააკვირდით, ჩოგორ ხედავს საკუთარ თავს და მის მდგომარეობას, ასევე მის პირობირებებს, მიზნებს და ჩვევების მიბაძვას. ყველაფერი ამის ცოდნა ზრდის თქვენს კავშირს ხანდაზმულ პაციენტთან გამოკვლევის და მკურნალობის გეგმის შეთანხმებისას.

ხანდაზმულ პირებთან ეფექტური ურთიერთობის საკვანძო საკითხები

- უზრუნველყავით კარგად განათებული, თბილი სიტუაცია მინიმალური ხმაურით და უსაფრთხო სკამით და აღილად მისადგომი გამოსაკვლევი მაგიდით.
- დაჯექით ავადმყოფის პირდაპირ და ესაუბრეთ დაბალი ტონით; დარწმუნდით, ჰომ თუ ესაჭიროება, გაიგეთოს სათვალე, სასმენი აპარატი და პროთეზი.
- ვიზიტის ხანგრძლივობა და შინაარსი მიუსადაგეთ ავადმყოფის ამტანობას; საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ პირველი გამოკვლევა ორ ვიზიტად გაჰყოთ.
- ღრო დაუთმეთ ღია კითხვებს და მოგონებებს; საჭიროების შემთხვევაში ჩართეთ ოჯახის წევრები და მომვლელი, განსაკუთრებით, თუ ავადმყოფს ცნობიერების დარღვევა აღენიშნება.
- გამოიყენეთ ხანმოკლე სკრინინგული მეთოდები, საექიმო ჩანაწერი და მონათესავე დისციპლინების ცნობები.
- ტკივილი გამომწვევი მიზეზის დასადგენად უჩადღებით შეაფასეთ სიმპტომები, განსაკუთრებით საკითო სისუსტე, მადის დაკარგვა, თავბრუსხვევა.
- დარწმუნდით, ჰომ ნებისმიერი ინსტრუქციები საკმარისად დიდი შრიფტითაა დანერილი, ჰათა პაციენტმა აღვილად წაიკითხოს.

ხანდაზმულებში კულტურული თავისებურებების გათვალისწინება. ჯერ-ჯერობით ცოდნა და გამოცდილება ჯანმრთელობის ხრმენასა და კულტურაზე, ჰათა განსაზღვროს ავადმყოფის ქცევა ავადმყოფობაზე და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე. 1990-2000 წლებს შორის პერიოდში ესპანელი, აფრო-ამერიკელი, აზორიგენი ამერიკელები და სხვა ეთნიკური ჯგუფები პოპულაციის დაახლოებით 43%-ს შეადგენდა.[21] 2050 წლისთვის მოხუცებულთა რიცხვი 230%-ით გაიზრდება, ხოლო ასაკოვანთა რიცხვი – 510%-ით.[22]

ფსიქო ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების ინტერვიუირებისას ექიმებმა ხშირად უნდა გაითვალისწინონ ის ფაქტი, რომ ეს პაციენტები ხშირად ეწინააღმდეგებიან ექიმის ავტორიტეტს, ან ეჭვით უყურებენ მას. ამიტომ ექიმმა ინტერვიუირების დაწყებამდე უნდა მოახდინოს პაციენტის მოტივირება, ანუ ის უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტი ნებაყოფლობით თანხმდება ინტერვიუირებაზე. ამ მიზნით ექიმმა პაციენტს უნდა აუხსნას ინტერვიუირების მიზანი და ის, თუ რა სარგებელი მოჰყვება მას ინტერვიუირების შედეგად. ექიმმა ასევე უნდა აუხსნას პაციენტს, რომ ინტერვიუირების დროს მიღებული ინფორმაცია კონფიდენციალურად დარჩება და მხოლოდ მკურნალობის მიზნით გამოიყენება.

ფსიქო ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების ინტერვიუირებისას ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს

ყოველ სატითხს მიუდექით განსაკუთრებული სიზუსტით და მგრძნობელობით, ყოველთვის გაამახვილეთ ყურადღება ხანდაზმული ადამიანის დახმარებაზე, შეინარჩუნოს ჯანმრთელობის ოპტიმალური მდგომარეობა და ფუნქციონირების დონე.

ყოველდღიური აქტივობა. ხანდაზმულების, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებების მქონე პირების ყოველდღიური აქტივობის შესწავლა პირველადია, რაც შემდგომი შეფასების საწყისი დონე იქნება. პირველ რიგში შეაფასეთ პაციენტის თავის მოვლის უნარი. ჰკითხეთ, როგორია მისი *ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა (Activities for Daily Living - ADL)* – რაც შედგება საკუთარი თავის მოვლის ძირითადი შესაძლებლობებისგან – შემდეგ დაადგინეთ მაღალი დონის ფუნქციონირების შესაძლებლობა – *ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობა (Instrumental Activities for Daily Living - IADL)*, რაც ქვემოთაა ჩამოთვლილი. შეუძლია თუ არა ამ აქტივობების დამოუკიდებლად შესრულება, ესაჭიროება თუ არა დახმარება ან მთლიანად სხვაზეა დამოკიდებული?

დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით - "მომიყევით გუშინდელი დღის ამბები" - და შემდეგ დაწვრილებით გამოკითხეთ ანამნეზი. "დილის 8 სთ-ზე დგებით? როგორ დგებით ლოგინიდან?" "აბაზანის შემდეგ რას აკეთებთ?" ჰკითხეთ რა შეიცვალა, ვინ ეხმარება, რაში ეხმარება. დაიმახსოვრეთ, რომ ავადმყოფის უსაფრთხოების შეფასება პრიორიტეტული საკითხია.

ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა და ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობა

ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა	*ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობა*
ბანაობა	ტელეფონის გამოყენება
ჩაცმა	მაღაზიაში სიარული
ტუალეტი	საჭმლის მომზადება
გადაადგილება	სახლის დალაგება
შარდისა და მომნელებელი ტრაქტის სფინქტერების კონტროლი	ხელსაწმენდების მიღება
ჭამა	ტრანსპორტით მგზავრობა
ფეხის ტონტროლი	

მკურნალობა. ნამლების დანიშვნის სტატისტიკა მკაცრად ასაბუთებს ნამლების მიღების სარგებელს ანამნეზის შეკრების აუცილებლობას.[3] ხანდაზმულთა დაახლოებით 80%-ს სულ მცირე ერთი ქრონიკული დაავადება აქვთ და ყოველდღიურად იღებენ სულ მცირე ერთ დანიშნულ პრეპარატს. 65 წლის ზევით ადამიანები იღებენ ყველა დანიშნული პრეპარატის 30%-ს. დაახლოებით 30% ყოველდღიურად იღებს ჩვეულებრივზე მეტ დანიშნულ ნამალს! ხანდაზმულებს ალენიშნებათ ნამლების გვერდითი მოვლენების 50%-ზე მეტი, რაც ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი ხდება, ასახავს ნამალთა განაწილების, მეტაბოლიზმის და გამოყოფის ფარმაკოდინამიკის ცვლილებებს და ზრდის ავადმყოფთა რისკს.

დაწვრილებით შეაგროვეთ მკურნალობის შესახებ ანამნეზი ნამლების დასახელების, დოზის, მიღების სიხშირის და თითოეული ნამლის ჩვენების ჩათვლით. ამომწურავად გაარკვიეთ პოლიფარმაციის ყველა კომპონენტი, სუბოპტიმალური დანიშვნის, სხვადასხვა პრეპარატების კონკურენტული გამოყენების, არაეფექტური გამოყენების, დანიშნულების ზუსტი შესრულების ჩათვლით. გამოჰკითხეთ ეჩეცპტო ნამლების, ვიტამინების და კვებითი დანამატების, ფსიქოტროპული პრეპარატების, როგორიცაა ნარკოტიკები, ბენზოდიაზეპინი, და გამამხიარულებელი ნივთიერებების მიღების შესახებ.

შეაფასეთ მედიკამენტების უარყოფითმოქმედება. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ უძილობის მკურნალობას, რაც ხანდაზმულთა დაახლოებით 40%-ს აღენიშნება. ამ დროს საუკეთესო მკურნალობა შეიძლება ფიზიკური ვარჯიშის გაზრდა იყოს. გაიხსენეთ, რომ ჰიპპარატები დავარდნის ყველაზე ხშირი მოდიფიცირებული რისკ-ფაქტორია. თქვენს ინსტრუქტორთან ერთად განიხილეთ პოლიფარმაციის თავიდან აცილების სტატეგია. ჯანსაღი იქნება, თუ შეუმცირებთ ნამლების ჭარბენობას. ისწავლეთ ნამლების უარყოფითმქმედებები და უკუჩვენებები ხანდაზმულთათვის.[25,26]

ჯვები. ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დიეტის შესახებ ანამნეზის შეგროვება და სწორი შემოწმება დიეტის გამოყენებისა და ჯვებითი სკრინინგის ანკეტის საშუალებით (გვ. 115). ასაკთან ერთად მატულობს მცირე ნაჯვებობა, რაც ვლინდება ორმოცდაათ ხანდაზმულთა 5-10%-ს და ჰოსპიტალიზებულ მოხუცთა 30-50%-ს.[27] ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს უფრო მაღალი რისკი გააჩნიათ, განსაკუთრებით მათ, ვისაც აღენიშნება ბრიების სიმცირე, პირის ღრუს და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებები, დეპრესია ან სხვა ფსიქიატრიული პრობლემა და მადის და ნებისყოფის გამოკვეთილი ჰიპპარატების მიღება. იმ დაბალწონიან ხანდაზმულებში, რომლებიც მცირე ანამნეზურ მონაცემებს იძლევიან, სისხლის შრატში ალბუმინის დონე ყველა მიზეზით განპირობებული სიკვდილობის დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს.[28]

მწვავე და ქრონიკული ტკივილი. ტკივილი და მასთან დაკავშირებული ჩივილები ექიმთან ვიზიტების 80%-ში აღინიშნება. ტკივილის სიხშირე ცვალებადობს 25-დან 50%-მდე ბინაში მცხოვრებ ხანდაზმულებში, ხოლო 40-დან 80%-ში – მოხუცებულთა თავშესაფარში მცხოვრებლებში. ტკივილის მიზეზი, ჩვეულებრივ, ძვალ-კუნთოვანი სისტემაა, ჰოგორიცაა ნელის და სახსრების ტკივილი.[29] ასევე ხშირია თავის ტკივილი, დიაბეტით და ჰერპეს ზოსტერით გამოწვეული ტკივილი, ღრმად ფეხების ტკივილი და სიმსივნური ტკივილი. მოხუცებულები ტკივილს უფრო იშვიათად უჩივიან, მათი ძირითადი ჩივილებია ძლიერი ტანჯვა, დეპრესია, სოციალური იზოლაცია, ფიზიკური უუნარობა და ფუნქციების დაკარგვა.

მწვავე და ქრონიკული ტკივილის დახასიათება

მწვავე ტკივილი	ქრონიკული ტკივილი
მკვეთრი დაწყება	ხანგრძლივობა 3 თვეზე მეტია
ამჟამად პათოლოგია	ხშირად დაკავშირებულია ფიზიოლოგიურ
ხანმოკლე მიმდინარეობა	ან ფუნქციურ დარღვევებთან
ხშირი მიზეზები: ოპერაციისშემდგომი,	ხასიათი და ინტენსივობა დროში ცვალებადობს
ტრავმა, თავის ტკივილი	ხშირი მიზეზები: ართრიტი, კიბო,
	ხანგამოშვებითი კოჭლობა, ფეხების
	სპაზმი, ნეიროპათია, ჰიდროცეფალია

გამოიკითხეთ ტკივილის შესახებ, რაც დღეს "მეხუთე სასიცოცხლო ნიშნად" განიხილება ხანდაზმული პაციენტის ყოველი გასინჯვისას. ჰკითხეთ კონკრეტულად "ამ წუთას ხომ არ გტკივათ? გასული კვირის განმავლობაში?" ისწავლეთ მწვავე და ქრონიკული ტკივილის გარჩევა და დანკრიტებით გამოიკვლიეთ გამომწვევი მიზეზები. შეგიძლიათ გამოიყენოთ ტკივილის მრავალგანზომილებიანი და ერთგანზომილებიანი სკალები. ერთგანზომილებიანი სკალები, ჰოგორიცაა ვიზუალური ანალოგიის სკალა, გრაფიკული სურათების და ვერბალური 0 – 10 სკალები მოწოდებულია და გამოსაყენებლად ადვილი.[29] შეისწავლეთ ტკივილის შემსუბუქების საშუალებები და ხრმელი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებია მისაღები ხანდაზმულთათვის.

თამბაქოს მოხმარება და ალკოჰოლი. თამბაქოს მოწევა ნებისმიერ ასაკში მავნებელია. თითოეული ვიზიტზე უჩრიეთ ხანდაზმულ მწეველს, რომ შეწყვიტოს მოწევა. თამბაქოს მოწევის შეწყვეტას დრო სჭირდება, მაგრამ ის გულის, ფილტვის დაავადებების, ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების და ყოველდღიური ფუნქციების დაქვეითების ხისჯის შემცირების მნიშვნელოვანი საფეხურია.

65 წლის ასაკის ზევით პირთა 5-10%-ს ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემა აქვთ.[30] მთელი ცხოვრების მანძილზე ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება ან დამოკიდებულება 65 წლის ასაკის ზევით პირებში 4-დან 8%-ს შეადგენს.[31] ხანდაზმულთა ალკოჰოლიზმის სიხშირე საავადმყოფოში, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში და ჯგინიჯაში, შესაბამისად, შეადგენს 21%, 24% და 36%-ს და აღინიშნება დაახლოებით იმ ხანდაზმულთა 1%-ში, რომლებმაც საავადმყოფოს მიმართეს.[31] მსმენ ასაკოვან პირთა ჩაოდენობა იზრდება, ვინაიდან იზრდება მთლიანად პოპულაციის ასაკი მომდევნო დეკადაში. მიუხედავად ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების სიჭარბისა ასაკოვან პირებში, პრობლემის დადგენის და მკურნალობის სიხშირე დაბალია.

ალკოჰოლიზმის დასადგენად გამოიყენეთ CAGE ჯითხვები. მიუხედავად იმისა, რომ ხანდაზმულებში სიმპტომები და სინდრომები მცირეა და დროულად დიაგნოზის დასმა ძნელია, ოთხი CAGE ჯითხვა (იხ. გვ. 50) მგრძნობიარე და სპეციფიკურია ამ ასაკობრივ ჯგუფში ზღვრული 2 ან მეტი ქულის გამოყენებით.[30,31]

მოვლის მითითებები და პალიატიური დახმარება. ბევრი ხანდაზმული პაციენტი გამოთქვამს სურვილებს სიცოცხლის დასრულების გადაწყვეტილების მიღების შესახებ და სურს ექიმთან ერთად განიხილოს ეს პრობლემა, ვიდრე ჩაიმე სერიოზული დაავადება განუვითარდება.[32] მომავალში მოვლის დაგეგმვა მოიცავს ჩამოდენიმე ამოცანას – ინფორმაციის მინოდებას, იმის განხორციელებას, რასაც ავადმყოფი ანიჭებს უპირატესობას, გადაწყვეტილების მიმღები ნდობით აღჭურვილი პირის დადგენას და ზრუნვის და მხარდაჭერის გადაცემას. ესაუბრეთ მარტივად და გასაგებად. საუბარი შეგიძლიათ დაინყოთ ამ გადაწყვეტილების დაკავშირებით მიმდინარე დაავადებასთან ან ნათესავების და მეგობრების გამოცდილებასთან. შეეკითხეთ, ანიჭებს თუ არა უპირატესობას ჩანაწერს "ნუ გამაცოცხლებთ" სიცოცხლის შენარჩუნების სპეციფიკური ღონისძიებების შესახებ, როდესაც "გული და ფილტვები გაჩერებულია". შემდეგ, დაადგინეთ ავადმყოფი, დაადგინოს დოკუმენტურად ნდობით აღჭურვილი პირი, რომელიც მასზე იზრუნებს ან "ვინც გადაწყვეტილებას მიიღებს, როდესაც ვეღ შესძლებთ გონებრივი მდგომარეობის ან გადაუდებელ შემთხვევაში." ასეთი საუბარი თავდაპირველად ძნელია, მაგრამ აჩვენებს პაციენტის მიმართ თქვენს პატივისცემას და დამოკიდებულებას და ეხმარება მას და მის ოჯახს თავისუფლად მოემზადოს მშვიდი სიკვდილისთვის.[33] დაგეგმეთ, რომ ეს საუბარი ჩატარდეს თქვენს კაბინეტში და არა უჩვეულო და დაძაბულ სიტუაციაში გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში.

შორსწასული ან ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებისთვის ეს საუბარი ჩართეთ პალიატიური დახმარების გეგმაში. პალიატიური დახმარების მიზანია "შორსწასული დაავადების მქონე პაციენტების მდგომარეობის შემსუბუქება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, მისი ოჯახის წევრების მდგომარეობის შემსუბუქება სპეციალური ყოფნითა და ჩვენებით; ტკივილის და სხვა სიმპტომების მართვა; ფსიქოსოციალური, სულიერი და ქცევითი მხარდაჭერა; სამედიცინო და სოციალური მომსახურეობის კოორდინაცია."[34] პაციენტის და მისი ოჯახის სტრესის შემსუბუქებისთვის მნიშვნელოვანია, დახვეწოთ თქვენი საუბრის თობო ჩვევები: დაამყარეთ თვალების კარგი კონტაქტი, დაუსვით ზოგადი კითხვები; გამოეხმაურეთ მის შფოთვას, დეპრესიას ან ავადმყოფის აფექტის ცვლილებებს; გამოიჩინეთ თანაგრძნობა.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და მსჯელობა

ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და მსჯელობის მნიშვნელოვანი საკითხები

- ხოლის შეკამონმოთ
- მხედველობა და სმენა
- ფიზიკური ვარჯიში
- აცრები
- უსაფრთხოება ბინაში
- ტიბოს გამოკვლევა
- დეპრესია
- დემენცია
- ორასაკობრივი მკურნალობა

ვინაიდან ხანდაზმულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა იზრდება 80-მდე, ჩნდება ახალი შეფასების საშუალებები. ასაკოვანი პოპულაციების ჰეტეროგენულობის გამო, მნიშვნელოვნად დაგეხმარებათ იმ პრინციპების დადგენა, თუ ხომელ ჯგუფს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა და ხოლის უნდა შეწყდეს, უმეტესად იმის გამო, ხომ გამოკვლევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. ზოგადად, თითოეული ასაკოვანი ადამიანის გამოკვლევის ჩატარების გადაწყვეტილების მიღება ეფუძნება ჯონგრეტულ გარემოებებს, და არა მხოლოდ პრიორების ასაკს. უნდა განიხილოთ სამი ფაქტორი: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, დროის ინტერვალი გამოკვლევით მიღწეულ სარგებლობამდე და რას ანიჭებს პაციენტი უპირატესობას.[35] ამერიკის გერიატრიული საზოგადოების ექიმენდაციით, თუ სიცოცხლის ხანგრძლივობა მოკლეა, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს მკურნალობას, რაც გააუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას დარჩენილი ცხოვრების მანძილზე. განიხილეთ გამოკვლევის მომავალში გადატანა ბევრი სამედიცინო პრობლემის მქონე ხანდაზმულის, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შემცირების და დემენციის დროს. თუმცა, ტესტები, ხომლებიც გეხმარებათ პროგნოზის განსაზღვრაში და გეგმის შემუშავებაში, მაინც გამართლებულია, თუნდაც იმ პაციენტებში, ხომლებიც არ ექვემდებარებიან მკურნალობას.[36]

მხედველობის და *სმენის* ასაკობრივი ცვლილებების გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, რათა დაეხმაროთ პაციენტს, შეინარჩუნოს ოპტიმალური ფუნქციები და ჩართულია 10-წუთიან გერიატრიულ გამოკვლევაში (იხ. გვ. 858).[37] მხედველობა ობიექტურად თვალის ექიმებით შეამოწმეთ. ჰკითხეთ ავადმყოფის სმენის დაქვეითების შესახებ, რაც შეამოწმეთ ჩურჩულის ან, თუ ნარჩენებია, უფრო ზუსტი მეთოდებით (იხ. გვ.190).

უნდა ეგულისხმოთ *ფიზიკური ვარჯიში* ხუნთების ძაღის და აერობული მუშაობის მომატებისთვის, ფიზიოლოგიური ზღვრის გაძლიერებისთვის, აუმჯობესებს ენერგიის დონეს ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის მქონე პირთათვის და ანელებს უუნარობის განვითარებას. ხანგრძლივი ვარჯიში და Tai Chi განსაკუთრებით დაგეხმარებათ წონასწორობის გაუმჯობესებაში, გულ-სისხლძარღვთა და სახსრების დაავადებით გამოწვეულ ჰიპოდინამიასთან ბრძოლაში და ქრონიკული დაავადებების დროს მდგომარეობის გაუმჯობესების დარწმუნებაში. სავარჯიშო პროგრამა უნდა დაიწყოს ენერგიული სიარულით. სამკურნალო ფიზკულტურის სპეციალისტს შეუძლია მოგანოდოთ უფრო მისადაგებული ექიმენდაციები.

ასხები მოიცავს ეთიჯეიადად ჰნევმოკოკური ვაქცინის გაკეთებას და ყოველწლიურად გრიპის ვაქცინაციას 65 წელს გადაცილებულთათვის. ანავაქცინირებულ ხანდაზმულებს უნდა ჩაუტარდეთ ტეტანუსის სამი ასხა. იმ ხანდაზმულებს, რომელთაც ვაქცინაცია ჩატარებული აქვთ, ყოველ 10 წელიწადში ეთიხელ უნდა გაუკეთდეთ ტეტანუსის ეთიჯეადი იმუნიზაცია.

ხანდაზმული ავადმყოფი გამოკითხეთ *საყოფაცხოვრებო უსაფრთხოებაზე*. ცუდი განათება, შეუსაბამო სიმაღლის სკამები, სრიალა ან ანათანაპარი იატაკი და გარემო საფრთხეები უნდა გამოსწორდეს. დამცავი საშუალებების ხმარება აგვაცილებს ტრავმირებას.

შეჩვევითად გამოკვლევა *ავთვისებიან სიმსივნეზე* შეიძლება საკამათო იყოს, ადგან 70-80 წლის ასაკში მიღებული მონაცემები მცირეა. ამერიკის გერიატრიული საზოგადოების ექსპერტიზით მონოდებულია 75 წლამდე ქალებში მამოგრაფიის ჩატარება ყოველწლიურად ან ორ წელიწადში ერთხელ, შემდეგ ყოველ 2-3 წელიწადში ერთხელ, თუ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 4 წელზე მეტია. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-ში შემცირდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე, 65 წლის ზევით ქალთა სიკვდილობის მიზეზთა 40-50% ეს დაავადებაა. 65-70 წლამდე ქალებში Pap ნაცხი უნდა ჩატარდეს ყოველ 1-3 წელიწადში, თუ ანამნეზში საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ აღინიშნება. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგისთვის მონოდებულია ფლორონოსკოპიის ჩატარება 50 წლის ასაკიდან ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ. უმეტესობა ხანდაზმულ ვრცელს უჭირთ ამ გამოკვლევის ჩატარება და უარს ამბობენ, მიუხედავად დახმარებისა. მიმოხილეთ ფლორონოსკოპიის, ფარული სისხლდენაზე განავლის გამოკვლევის, ნინამდებარე ჯერჯერობით სპეციფიკური ანტიგენის და თითით ექსტერნული გასინჯვის ჩვენები 462-463-ე გვერდებზე. ფილტვის და საკვერცხის კიბოს გამოკვლევა არ არის ეფექტური. მაღალი რისკის პაციენტებში შეამოწმეთ ძანის და ვრცის ღრუს კიბოს არსებობა.[38]

ხანდაზმულ ვრცელს ხშირად უვითარდებათ *დეპრესია*, მაგრამ მისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა იშვიათად ხდება. დადებითი პასუხი კითხვაზე: "ხშირად ხართ ცუდ ხასიათზე ან დეპრესიაში?" ხასიათდება 80%-იანი მგრძნობელობით და სპეციფიკურობით და მოითხოვს შემდგომ გამოკვლევებს, შესაძლოა გერიატრიული დეპრესიის სკალების გამოყენებით. 65 წლის ასაკის ზევით დეპრესიის მქონე მამაკაცებს თვითმკვლელობის მაღალი რისკი აქვთ. მათ განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროებათ.

დემენცია, "ფსიქიკური ფუნქციის გლობალური დაქვეითება, რომელიც მოქმედებს ნორმალურ აქტივობაზე", აღნიშნება 65 წლის ასაკს გადაცილებულ ამერიკელთა 16%-ს.[39] ძირითადი ნიშნებია ხანმოკლე და ხანგრძლივი მეხსიერების და შეფასების დეფიციტი. აზროვნების პროცესი დაქვეითებულია; მეტყველება შეიძლება იყოს წყვეტილი და არადამაჯერებელი, ვინაიდან ვრცელს უჭირს სიტყვების მოძებნა. მდებარეობაში ორიენტაციის დაკარგვა საფრთხეს უქმნის ადამიანს ფეხით სიარულის ან მანქანის ტარების დროს. დემენცია ხშირად წარმოადგენს აღცვეიმერის დაავადების (50-85%) სიმპტომს ან მისი მიზეზი სისხლძარღვოვანი მეტიინფარქტებია (10-20%). აღცვეიმერის დაავადების არსებობა გამოკვლიეთ დადებითი ოჯახური ანამნეზის მქონე პაციენტებში, ვინაიდან მათთვის დაავადების განვითარების რისკი სამჯერ მაღალია მთელ პოპულაციასთან შედარებით.

დემენცია ხშირად ნელა და შეუმჩნევლად იწყება და ოჯახის და ექიმის ყურადღების მიღმა დარჩეს, განსაკუთრებით, ადრეულ სტადიაზე *ცნობიერების მსუბუქი დარღვევის დროს*. ყურადღება მიაქციეთ მეხსიერების პრობლემებს, შემდეგ მოგვიანებით ცნობიერების დარღვევას ან ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის დაქვეითებას. დაადგინეთ ოჯახის წევრების ჩვეულ ავადმყოფის ახალი და უჩვეულო ქცევების შესახებ. მინი-მენტალური სტატუსის გამოკვლევა დაგეხმარებათ, თუმცა განათლების დონე და ენობრივი თავისებურებები, როგორიცაა ენა, გავლენას ახდენს მასზე. თუ ცნობიერების დარღვევას აღმოაჩენთ, გამოიკვლიეთ ხელშემწყობი მიზეზები, როგორიცაა პრეპარატების მიღება, დეპრესია, მეტაბოლური დარღვევები ან სხვა თერაპიული და ფსიქიატრიული მდგომარეობები. დემენციის მქონე ავადმყოფის შემთხვევაში, ოჯახთან ერთად განიხილეთ ქცევის დარღვევის, უბედური

შემთხვევების, დავარდნის და მანქანის ტარების შეწყვეტის პერსპექტივა. იმსჯელეთ სიტუაციის ოფიციალურად მოგვარების შესახებ, როგორიცაა ნებით აღჭურვილი პირის უფლებები და სამომავლო დირექტივები, სანამ ავადმყოფს ჯერ კიდევ შეუძლია გადაწყვეტილების მიღება. მეხსიერების დაკარგვის და დეპრესიის შეფასების საშუალებები პრაქტიკოსი ექიმის

განათლების პროგრამა შეგიძლიათ მოძებნოთ საიტზე www.americangeriatrics.org/education/ppep_index.shtml.

ბოლოს, ჩაატარეთ ყველა ხანდაზმულის შეფასება არასრული მუშაობის თვალსაზრისით, რომელიც მოიცავს ნამლის ქარხ მოხმარებას, უგულებელყოფას, მოხმარებას და მიტოვებას. დეპრესია, დემენცია და ჯვების ნაკლებობა ნარმოადგენს დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორებს. ხანდაზმულთა არასრული მუშაობა აღინიშნება დაახლოებით 1-5%-ში; თუმცა, სტატისტიკა ემყარება ერთეულ ან თვით-მომართვის შემთხვევებს და ბევრი შემთხვევა დაუდგენელი რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ გამოიყენება ნამოდენიმე სკრინინგული საშუალება, არც ერთი მათგანი არ გამოდგება სწრაფი და ზუსტი შეფასებისა და ამ მნიშვნელოვანი პრობლემის დადგენისთვის.[40,41]

გამოკვლევის მეთოდები

ანამნეზის შეგროვების შემდეგ, ხანდაზმულთა შეფასება არ მიჰყვება ანამნეზისა და ობიექტური გამოკვლევის ტრადიციულ ფორმატს. ის მოიცავს გამოკითხვის მეთოდებს, ყურადღების გამახვილებას ყოველდღიურ აქტივობაზე, ხანდაზმულთა ჯანმთელობასთან დაკავშირებულ ძირითად საკითხებს და ობიექტური გამოკვლევის დროს ფუნქციურ შეფასებაზე ფოკუსირებას. ასაკოვან ადამიანთა ჯანმთელობის მნიშვნელობის და თქვენი შეფასების თანმიმდევრობის გამო, განკუთვნილი ინყება ფუნქციური მდგომარეობის შეფასებით: "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი". ეს განკუთვნილი მოიცავს, თუ როგორ უნდა განსაზღვროთ ნაკლევის ხისკი – ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საფრთხე. შემდეგ მოყვება ხანდაზმულებზე მორგებული ტრადიციული "თავიდან ფეხებამდე" გამოკვლევა.

ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება: "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი"

ხანდაზმულთა შეფასების დროს ექიმი განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს პაციენტის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. ყოველი ვიზიტი ნარმოადგენს ჯანმრთელობის ხელშენყობის ჩრევების გაზრდებას, მიმართულს ავადმყოფის დამოუკიდებლობისაკენ და ფუნქციონირების ოპტიმალური დონისკენ. მიუხედავად იმისა, რომ მოვლის სპეციფიკური მიზნები შეიძლება სხვადასხვა იყოს, პირველადი ამოცანაა პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობის დაცვა, "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი". ფუნქციური მდგომარეობა სპეციფიკურად ნიშნავს დავალებების შესრულების და სოციალური როლის განხორციელების შესაძლებლობას ყოველდღიური აქტივობების ჩათვლით სხვა მრავალთან კომბინაციაში.[42] როგორც ზოგადი დათვალიერების სექციაში, გვ. 861, ჩანს, ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება იწყება პაციენტის ოთახში შემოსვლისთანავე. ამ შეფასებაში დაგეხმარებათ ნამოდენიმე სარნმუნო და ხანმოკლე გამოკვლევის საშუალება.

ფუნქციის შესაძლებლობათა შეფასება. ფუნქციების დეფიციტი ამჟამად განიხილება სიკვდილობის და ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ავადმყოფის გამოსავლის მთავარ პრედიქტორად.[43] შესაძლებელია ნამოდენიმე სახის შეფასების გამოყენება. 858-ე გვერდზე მოცემული სკრინინგის საშუალებებს გააჩნიათ მაღალი თანხვედრა საზღვრებში და ადვილად გამოიყენება კაბინეტის პირობებში.

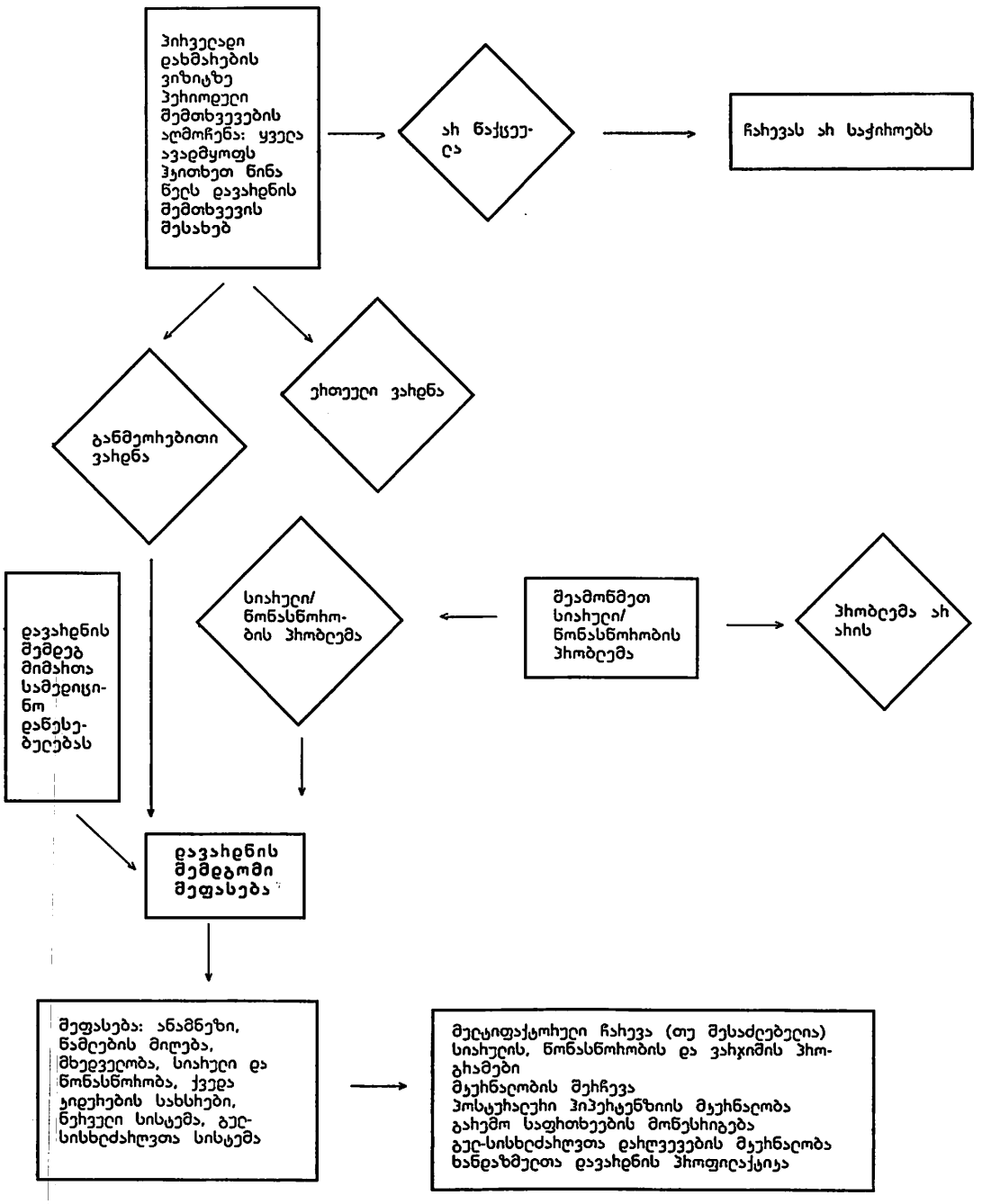
იგი ასევე ფარავს გეიატრიული შეფასების სამ მნიშვნელოვან სფეროს: ფიზიკურ, ცნობიერების და ფსიქოსოციალურ ფუნქციებს. ყურადღება მიაქციეთ, რომ ისინი ეხება მხედველობას, სმენას, მგრძნობელობის ძირითად საშუალებებს, მოიცავს შარდის შეუკავებლობის საკითხებს, და ისეთ ნაკლებად გახსნილ პრობლემებს, რომლებიც უპყოფითად მოქმედებენ სანდახმელოთა სოციალურ ურთიერთობებსა და თვითშეფასებაზე. ერთ-ერთი, რაც ეხმარება სტუდენტებს შარდის შეკავების შეფასებაში, არის DIAPERS: დელირიუმი (D – delirium), ინფექცია (I – infection), ატროფიული ურეთრიტი/ვაგინიტი (A – atrophic urethritis/vaginitis), ფარმაკოლოგიური (P – pharmaceuticals), შარდის ჭარბი გამოყოფა (E – excess urine output) (მაგ., გულის შეგუბებითი უკმარისობა, ჰიპოგლიკემია), ჰესტრიქციული მობილობა (R – restricted mobility), ნაწლავთა მოქმედების გაძნელება (S – stool impaction).[44]

10-წუთიანი გერიატრიული სკრინინგი

პრობლემა	სკრინინგის ხერხი	დადებითი სკრინინგი
მხედველობა	ჯ ნაწილი: ჰკითხეთ: "გიჭირთ მანქანის ტარება, ტელევიზორის ყურება, კითხვა, ან ყოველდღიური საქმიანობა მხედველობის გამო?" თუ პასუხი დადებითია, შემდეგ: თითოეული თვალი შეამოწმეთ სნელენის ჩარჩით, როდესაც პაციენტი ოპტიკურ ლინზებს ატარებს (თუ შესაძლებელია) როდესაც კითხვაზე პასუხი დადებითია და ვერ კითხულობს Snellen-ის (სნელენის) ჩარჩზე ჯ0/40-ზე მეტად	როდესაც კითხვაზე პასუხი დადებითია და ვერ კითხულობს Snellen-ის (სნელენის) ჩარჩზე ჯ0/40-ზე მეტად
სმენა	გამოიყენეთ აუდიოსკოპი 40 დბ, სმენა შეამოწმეთ 1,000 და ჯ,0000 ჰერცის გამოყენებით.	როდესაც არ ესმის ორივე ყურით 1,000 და ჯ,0000 ჰც-ის გამოყენებით ან რომელიმე სიხშირეზე – ერთ ყურში.
ფეხის მოძრაობა	სთხოვეთ პაციენტს და შემდეგ დრო დაინიშნეთ: "სკამიდან ნამოდექით. სწრაფად გაიარეთ 5 მეტრი, შემობრუნდით, უკან დაბრუნდით სკამისკენ და ისევ ზედ დაჯექით"	თუ ტესტს ვერ ასრულებს 15 წამის განმავლობაში.
შარდის შეუკავებლობა	ჯ ნაწილი: ჰკითხეთ: "უკანასკნელი ნლის განმავლობაში ხომ არ გაგპარვიათ შარდი და შეგიმჩნევიათ სისველე?" თუ პასუხი დადებითია, შემდეგ ჰკითხეთ: "ხომ არ გაგპარვიათ შარდი სულ ცოტა სხვადასხვა დროს?" ორივე კითხვაზე დადებითი პასუხი კვება/ ნორის ღება	ორივე კითხვაზე დადებითი პასუხი
კვება/ ნორის ღება	ჯ ნაწილი: ჰკითხეთ: "უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში თქვენი სურვილის გარეშე ხომ არ დაიკელით 5 კგ?" პაციენტი ანორექტიკია	დადებითი პასუხი ან თუ ნორა < 50 კგ-ზე.
მეხსიერება	სამი საკითხის გახსენება	არ შეუძლია გაიხსენოს სამივე საკითხი 1 წუთის შემდეგ
დეპრესია	ჰკითხეთ: "ხშირად ხართ მოწყენილი ან დეპრესიული?"	დადებითი პასუხი
ფიზიკური უუნარობა	ექვსი კითხვა: "შეგიძლიათ. . . "შეუძლია ენერგიული აქტივობები, როგორიცაა სწრაფი სიარული ან ველოსიპედის ტარება?" "შეუძლია სახლში მძიმე სამუშაოს შესრულება, როგორიცაა ფანჯრების, კედლების ან ყვავილების გარშენება?" "პროდუქტებისთვის ან ტანსაცმლისთვის მაღაზიაში სიარული?" "მთის მანძილზე სიარული?" "ბანაობს ცხუბლით, აბაზანაში თუ შხაპს იღებს?" "ჩაცმა, როგორიცაა ჰერანგის ჩაცმა, ღილების და ელვა შესაკრავის შეკვრა, ფეხსაცმელების ჩაცმა?"	რომელიმე კითხვაზე დადებითი პასუხი

დაცემის შემდგომი შეფასება. არსებობს უამრავი ფაქტი იმის შესახებ, რომ დავარდნა დაკავშირებულია ხანდაზმულთა ავადობასა და სიკვდილობასთან. ყოველწლიურად ვარდება ჯანმრთელი ხანდაზმულთა 35-40%. შემთხვევათა სიხშირე სამჯერ მაღალია მოხუცებულთა თავშესაფარსა და საავადმყოფოებში და დაზიანებებთან დაკავშირებულია დაახლოებით 25%-ში. დავარდნის შიშით გამოწვეული ჩნშენის დაკარგვა და პოსტურალური შფოთვის სინდრომი აუარესებს პაციენტის ფუნქციის მდგომარეობას გამოჯანმრთელების შემდეგ.[44,45]

ამერიკის გერიატრიული საზოგადოება ექიმებს უწევს დავარდნის რისკ-ფაქტორების შეფასებას ყოველი პირველადი დახმარების ვიზიტზე, უფრო ინტენსიურ შესწავლას მაღალი რისკის ჯგუფებში – პირველი ან ხშირი დავარდნისას, მოხუცებულთა თავშესაფარში მცხოვრებლებში, მიღებულია დავარდნით გამოწვეული დაზიანებისგან. დავარდნასთან დაკავშირებული შეფასება უნდა მოიცავდეს დეტალებს იმის შესახებ, თუ როგორ დავარდა, ნინ ან სამედიცინო პირობებმა უძღოდა, ფუნქციური მდგომარეობა, გარემოს რისკი – და დაკავშირებული იყოს პროფილაქტიკურ ჩარევასთან.[45] ცალკეული ფუნქციური პროფილაქტიკური ჩარევა მოიცავს სინათლის და ნონასწორობის დაცვის ვარჯიშებს, ჯუნთების გასაძლიერებელ ვარჯიშებს, საოჯახო საფრთხეების შემცირებას, ფსიქოტროპული ნამლების შენყვეტას და მიკავებულ-ტროული შეფასებას დამიზნებითი ჩარევისთვის. დამატებითი სტრატეგია მოიცავს პოსტურალური სისხლის ნნევის ცვალებადობის დადგენას, მწვავე ტონუსიენტული დაავადებებზე ყურადღების მიქცევას, ნამლების ოდენობის შემცირება ოთხზე ქვემოთ, სენსორული ნეიროპათიის და ჰიპოჰიდროზიის დაქვეითების დადგენა, სინკოპეს ეპიზოდების რისკობის დადგენას, პაციენტის და ოჯახის განათლებას, ოსტეოპოროზის მკურნალობას და ბრძოლის დამცველების შესაძლო ხმარებას.[46] ამერიკის გერიატრიული საზოგადოების სპეციფიკური ექიმენდაციები შეფასების და მულტიფაქტორული ჩარევის შესახებ, შეგიძლიათ ნახოთ დიაგრამაზე – ხანდაზმულთა დავარდნის პროფილაქტიკა, 860-ე გვერდზე.
872-ე გვერდზე მოცემულია Practicing Physician Education Project-ის ვებ-გვერდი, სადაც მიმოხილულია ნაშრომის და შრომის შეუკავებლობის დასადგენი მრიტივი საშუალებები ჟურნალისტებისთვის.



ხანდაზმულთა დავარდნის პრევენცია

III ხანდაზმულთა ობიექტური გამოკვლევა

ზოგადი დათვალიერება. გააღრმავეთ პაციენტის გამოკვლევები, რაც ვიზიტის დანყებიდან დაგინახოვდათ. როგორია ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და ცხოვრების უნარის ხარისხი? როგორი გუნებ-განწყობა აქვს? დააკვირდით მის სისუფთავეს და ჩაცმულობას. როგორ დადის ოთახში? უახლოდება გამოსაკვლევ მაგიდას? ხომ არ აღენიშნება პოზის ცვლილებები ან უნებლიე მოძრაობები?

დეპრესიის, Parkinson-ის (პარკინსონის) დაავადების ან Alzheimer-ის (ალცჰეიმერის) დაავადების დროს აღინიშნება აფექტის გასაოგვება.

კვების ნაკლებობა, შენელებული მოტორიკა, კუნთების მასის შემცირება ან სისუსტე გამოფიტვაზე მიუთითებს.

კიფოზი ან ახასნორი სიარული აკარესებს ნონასნორობას და დაცემის რისკს ზრდის.

სასიცოცხლო ნიშნები. გაუზომეთ სისხლის ნნევა მონოდებული მეთოდით, შეამონმეთ სისტოლური ნნევის მომატება (SBP) და პულსური ნნევის გადიდება (PP), რომელიც იზომება სისტოლური და დიასტოლური ნნევების სხვაობით. ასაკის მატებასთან ერთად, იზრდება სისტოლური ნნევა და პერიფერიული სისხლძარღვთა რეზისტენტობა, მაშინ როდესაც დიასტოლური ნნევა კვეთდება.

შეამონმეთ ორთოსტატური ჰიპოტენზია, რაც ნარმოადგენს სისტოლური ნნევის ვარდნას ≥ 20 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური ნნევის ვარდნას ≥10 მმ ვწყ სვ 3 წუთის განმავლობაში დგომის შემდეგ.[51,52] სისხლის ნნევა და გულისცემა შეამონმეთ ორ პოზიციაში: 10 წუთის განმავლობაში ხუთზე ნოლის შემდეგ, შემდეგ 3 წუთის განმავლობაში.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია (SBP ≥140) 50 ნლის ზევით სამჯერ ზრდის გულის იშემიური დაავადების რისკს მამაკაცებში. PP ≥60 ნარმოადგენს გულ-სისხლძარღვთა და თირკმლების დაავადებების და ინსულტის განვითარების რისკფაქტორს.[47-50]

ორთოსტატური ჰიპოტენზია ვლინდება ხანდაზმულთა 10-20%-ში და 30%-ზე მეტად მოხუცებულთა თავშესაფარში მყოფებში, განსაკუთრებით, დილას ადგომისას. იგი ვლინდება თავბრუსხვევით, სისუსტით, ნონასნორობის დაკარგვით, თვალებში ცრემლით და ავადმყოფთა 20-30%-ს უვითარდება სინკოპე.

მიზეზებია მედიკამენტები, ავტონომიური დარღვევები, დიაბეტი, ხანგრძლივი ნოლა, სისხლის დაკარგვა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.[47,53-55]

გაზომეთ გულისცემის სიხშირე, სუნთქვის სიხშირე და ტემპერატურა. მწვეთვალზე გულისცემის სიხშირე უკეთესად გაგარკვევთ არითმიის შესახებ ხანდახმულებში. დაბალი ტემპერატურის დროს თერმომეტრი სწორედ გამოიყენეთ.

სუნთქვის სიხშირე ≥25 წუთში მიუთითებს ქვემო სასუნთქი გზების ინფექციაზე.

ჰიპოთერმია უფრო ხშირია მოხუცებულებში.[11]

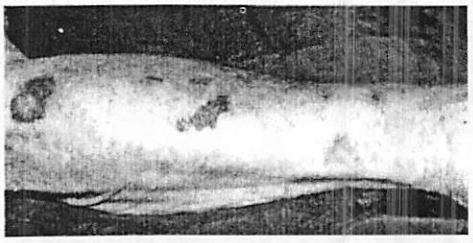
ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიმაღლე, წონა და სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლა. წონა ყოველ ვიზიტზე უნდა გაიზომოს.

დაბალი წონა ცუდი კვების ძირითადი ნიშანია.

კვების ნაკლებობა აღინიშნება დეპრესიის, ალკოჰოლიზმის, ცნობიერების დარღვევის, ავთვისებიანი დაავადებების, ორგანოების ქრონიკული უკმარისობის (გულის, თირკმლების), მედიკამენტების მიღების, სოციალური იზოლაციის და სიღარიბის დროს.

კანი. დაკვირდით ასაკთან დაკავშირებულ ცვლილებებს, როგორიცაა კანის გათხელება, ელასტიურობის და ტურგორის დაქვეითება, დანაოჭება. კანი შეიძლება იყოს მშრალი, აქერცვლადი, უხეში და ხშირია ქავილი (*ასტეატოზი*), ბადისებური ნაპრალები, რომლებიც წარმოქმნიან მცირე მრავალკუთხედების სურათებს, განსაკუთრებით ფეხებზე.

დაკვირდით ფერის ღია ვარდისფერ ცვლილებებს. დათვალიერეთ გამშრალი ზედაპირები მტევნების და წინამხრის თეთრი უპიგმენტო ღარების (*ფსევდო ნაწიბური*), კარგად შემოსაზღვრული მკვეთრი ნითელი მაკულების და papulების არსებობაზე, რაც შეიძლება გაქრეს რამოდენიმე კვირაში *(actinic purpura)*



დათვალიერეთ მზის სხივებით გამოწვეული ცვლილებები. კანის ზოგიერთი უბანი შეიძლება გამოიყურებოდეს როგორც დარტყმის შემდეგ, გასქელებული, მოყვითალო და ღრმად დანაოჭებული. შეიძლება იყოს *actinic lentigines*, ანუ "ღვიძლის ღარები" და *actinic keratosis*, ზედაპირული ბრტყელი პაპულები მშრალი ქერცლებით (გვ. 142)

დათვალიერეთ კანის კეთილთვისებიანი არაკობრივი დაზიანებები – *კამეროლები*, ან მავთვიანი ნარმონაქმნები ღილებზე და თვალის გარშემო; *ღილების მაგვარი ანგიომები* (გვ. 141), რომლებიც ადრეული მოხუცებულობისას ნარმოიქმნება, და *სებორეული კერატოზი* – ამოწეული მოყვითალო ფერის დაზიანებები სკიპინა და ხავერდოვანი ან ხორკლიანი ზედაპირით.

დაკვირდით მტკივნეულ ვენერიულის დაზიანებას დერმატომული განანილებით.

მოხუცებულ, ღრმად ჩავარდნილ პირებში, განსაკუთრებით გამოფიტვის ან ნევროლოგიური დარღვევების დროს, კანი დათვალიერეთ მთლიანად, დაზიანებების და წყლულების დასადგენად.

ეს ცვლილებები გარჩიეთ *ბაზალიომისგან*, დასაწყისში გამჭვირვალე კვანძებია, რომელიც ვრცელდება და ზედაპირის შედეგად ჩრჩება ჩაღრმავება, ხოლო კიდეები ამოწეულია და მკვრივი, ასევე *ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომისგან*, რომელიც არის მკვრივი მონითალო დაზიანება იმ ადგილებში, სადაც მზე ხვდება (გვ. 142). მუქი ფერის ასიმეტრიული არასწორი კიდეებით შეიძლება *მელანომა* იყოს.

Herpes zoster-ის (ჰერპეს ზოსტერის) გამწვავება ლატენტურად მიმდინარე ვარიცელა-ზოსტერის ვირუსული ინფექციის დროსაული ფესვის განგლიებზე. ჩივილი იწყება ასაკთან ერთად და უკიდეგანო იმუნიტეტის დაქვეითების შედეგად.[56]

ზედაპირი დაზიანება შეიძლება განვითარდეს არტერიოლებსა და კაპილარებში კანისკენ სისხლის მოძრაობის დახშობით ან ზედაპირის ნაკეცებზე მოძრაობის დროს, ან არასწორად ზედმეტი ან ნაკლები დროს. იხ. ცხრილი 5-11, ზედაპირი გამწვავებული ნყლულები.

თავი, თვალები, ყურები, ცისარტყელა, ხახა. თავის და კისრის მთლიანი და ყურადღებითი გამოკვლევა ისე ჩაატარეთ, როგორც მე-6 თავშია აღნერილი.

დათვალიერეთ ქუთუთოები, თვალის ძვლოვანი ორბიტები და თვალები. დაკვირდით *სენილური არკის* არსებობას, რომელიც ვითარდება ქუთუთოს ამნევი კუნთის სისუსტით, კანის მოდენებით და ზედა ქუთუთოს დამძიმებით. დათვალიერეთ ქვედა ქუთუთოები, *ექტროპიონის* ან *ენტროპიონის* არსებობა (გვ. 213). დაკვირდით სკლერის გაყვითლებას და *სენილური ჩრდილის (arcus senilis)* არსებობას, კეთილთვისებიანი თეთრი ჩრდილი გუგის გარშემო (გვ. 216).

შეამოწმეთ მხედველობის სიმახვილე სნელენის ჯიბის ან კედლის ტაბლით. დაადგინეთ არის თუ არა *პრესბიოპია*, ახლო მხედველობის უნარის დაქვეითება ბრტყელის ელასტიურობის ასაკობრივი დაქვეითების გამო.

ამეროპიელთა 40%-ზე მეტს ენდოფთალმიტის დარღვევები აღენიშნება.

გუგები უნდა ჰქონდეთ სინათლეზე და ახლო მხედველობაზე. გაიდეთ ზევით ხედვის შესაძლო შეზღუდვისა, თვალის ჯანის მოძრაობა ნორმალური უნდა იყოს.

ოფთალმოსკოპის გამოყენებით ყურადღებით გამოიკვლიეთ თვალის ფსკერი.

ასკთან ერთად მატულობს ჯატარაქტას, გლაუკომის და ყვითელი ხაიის დეგენერაციის სიხშირე.

ყურადღებით დათვალიერეთ ორივე ბროლის გამჭვირვალობა. მხოლოდ ბუნებრივ განათებას ნუ დაეყრდნობით, ვინაიდან ზედაპირულად ბროლი შეიძლება გამჭვირვალე ჩანდეს.

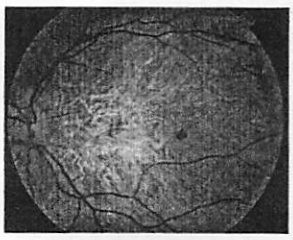
ჯატარაქტა მსოფლიოში სიბრმავის მთავარი მიზეზია. რისკ-ფაქტორებია თამბაქო, ულტრაიისფერი სხივების გავლენა, ალკოჰოლიზმი, დიაბეტი, მედიკამენტები (სტეროიდების ჩათვლით) და ტრავმა. იხ. ცხრილი 6-8, გვ. 216.

ხანდახმელებში თვალის ფსკერი ჯარგავს ჩვეულ ბრწყინვალებას და სინათლეზე ჰეფლექსს და არტერიები შევიწროვებულია, მკრთალი, გაქიმული და ნაკლებად ჯამკაშა. შეფასეთ ფიალა-დისკის შეფარდება, რაც, ჩვეულებრივ, 1:2.

ფიალა-დვრილის შეფარდების გაზრდა მიუთითებს ბღაგვლეთხიანი *გლაუკომის* არსებობაზე, რომლის მიზეზია მხედველობის ნერვის შეუქცევადი ნეიროპათია და იწვევს მხედველობის პერიფერიულ და ცენტრალურ დაქვეითებას და სიბრმავეს. მისი სიხშირე 3-4-ჯერ მეტია აფრიკელ ამერიკელებში, ვიდრე მთლიან პოპულაციაში.

დათვალიერეთ ფსკერზე ყოროიდული სხვლილები, რომლის მიზეზია პიგმენტაციის დარღვევა, მათ *დრუზენი* ეწოდება.

ყვითელი ხაიის დეგენერაცია იწვევს ცენტრალური მხედველობის დაქვეითებას და სიბრმავეს. მისი ტიპებია მშრალი ატროფიული (უფრო ხშირი, მაგრამ ნაკლებად მძიმე) და *სველი ექსუდაციური,* ანუ ნეოვასკულური. დრუზენი შეიძლება იყოს მკვრივი და მკვეთრად გამოხატული, ან ბინდი და შეურყმული დარღვევა პიგმენტაციასთან, როგორც ნაჩვენებია ქვემოთა და 188-ე გვერდზე.



ჩრდილის ტესტი (იხ. გვ. 190) ან ...საცობების არსებობა.

გონიოსკოპის საცობის ამოღება სწრაფად აუმჯობესებს სმენას.

შეამოწმეთ სუნი პირის ღრუში, ღრძილების ღრინოვანის მდგომარეობა, კარიესი, კბილების მოხეხვა, ნერწყვის ხარებნობა. ახლოდან დათვალიერეთ ღრინოვანი ზედაპირის დაზიანებები. სთხოვეთ, ამოიღოს პროთეზი და დათვალიერეთ ღრძილებზე პროთეზის დაზიანების ნიშნები.

სუდი სუნი შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს სუდი ბიგიენის ან პერიოდონტის, კარიესის გამო. *გინგივიტი* შეიძლება განვითარდეს პერიოდონტური დაავადებების დროს. კბილების ქვები და ღრმული ინვევს კარიესს. კბილების მოხეხვა აბსცესის და მოხსნასული კარიესის გამო საჭიროებს კბილის ამოღებას ანესთეზიის თავიდან აცილებისთვის. ნერწყვის გამოყოფის შემცირება ვითარდება მედიკამენტების, დასხივების, შეგრენის სინდრომის ან დეჰიდრატაციის დროს. ენის გვერდით კიდეებზე და პირის ძირზე შეიძლება განვითარდეს *პირის ღრუს სიმსივნე.*[59]

ფარისებური ჯირკვალი და ღიმფური კვანძები ჩვეულებრივ გასინჯეთ.

ბურ-მკერდი და ფილტვები. დაასრულეთ ჩვეულებრივი გამოკვლევა, ყურადღება მიაქციეთ ფილტვის ფუნქციების მცირე ცვლილებებსაც კი.

ნინა-უკანა დიამეტრის ზრდა, მოკუმული ტუჩებით სუნთქვა და ქოშინი საუბრის ან მცირე დატვირთვის დროს, მიუთითებს *ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებაზე.*

ბურ-სისხლძარღვთა სისტემა. მიღებული მონაცემების მიმოხილვა დაიწყეთ სისხლის ნნევით და გულისცემის სიხშირით.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია და დიდი პულსური ნნევა გულის დაავადებათა რისკ-ფაქტორებს ნარმოადგენს, საჭიროებს *მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის* გამოკვლევას.

ისევე, როგორც ახალგაზრდებში, გამოკვლევა დაიწყეთ საულე ვენის პულსაციის შესნავლით, პალპაციით გასინჯეთ კაროტიდული ტალღის ზევით გავრცელება, მოისმინეთ შეული საძიძე არტერიებზე.

დაკვირვებული, *ათეროსკლეროზული ბორცი* ზრდის ნნევას მარცხენა საულე ვენაში მარჯვენა ნინაგულში მათი დრენაჟის შემცირებით. ამან შეიძლება ასევე გამოიწვიოს საძიძე არტერიების დაკვირვება მარჯვენა კისრის ქვემო ნაწილში, განსაკუთრებით ჰიპერტენზიის [illegible]

შეაფასეთ საძგერი, შემდეგ მოისმინეთ S_1 და S_2, ასევე დამატებითი ტონები S_3 და S_4.

გახანგრძლივებული გულის საძგერი აღინიშნება მატყლენა ბასკულარის ჰიპერტროფიის დროს. დიფუზური საძგერი აღინიშნება გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს. (იხ. გვ.311).

ხანდახმულებში S_3 მიუთითებს მასკულენა ბასკულარის დილატაციაზე გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს ან ჯანგრენომიოპათიის დროს. S_4 ხშირად ახლავს ჰიპერტენზიას.

დაიწყეთ მარჯვნივ მეორე ნეკნთაშუა სივრცედან და მოისმინეთ ყველა მოსასმენ ნერტილში, არის თუ არა შუილები (გვ. 309). აღწერეთ თითოეული შუილის ნარმოშობის დრო, ფორმა, მაქსიმალური ინტენსიობის ლოკალიზაცია, ირადიაცია, ტონალობა და ხასიათი.

სისტოლური ჯერშენდო-დევერეშენდო შუილი მარჯვნივ მეორე ნეკნთაშუა სივრცეში მიუთითებს აორტის სტენოზზე ან აორტის სტენოზზე, ვიდრე-ბა დაახლოებით 30%-ში და 2%-ში შესაბამისად, ხანდახმულებში. ორივე ნარმოადგენს ჯერიოვასკულური ავადობით და სიკვდილობის რისკს.[60]

ღავიწზე სისტოლური შუილის მოსმენისას შეამოწმეთ პულსი მხრის და სხივის არტერიებზე.

მხრის და სხივის არტერიებზე ერთდროული პალპაციის დროს (მაგრამ არა ზეწოლის დროს) პულსის შენელება აორტის სტენოზზე მიუთითებს.[61]

მწვერვალზე ულერში ჰოლოსისტოლური შუილი მიტრალურ რეგურგიტაციაზე მიუთითებს, რომელიც ასევე ხშირია ხანდახმულებში.

სარძევე ჯირკვლები და ღრძილის ფოსოები. ყურადღებით გასინჯეთ სარძევე ჯირკვლები სიმაგრეების და სიმსივნეების დასადგენად. დაამატეთ ასევე სპენსის სინჯის პალპაცია, რომელიც ღრძილის ფოსოებში ვრცელდება. გასინჯეთ ღრძილის ფოსოებში ლიმფადენოპათია.

ხანდახმულ ქალში სარძევე ჯირკვლის სიმაგრეები და სიმსივნეები და იშვიათად მამაკაცებში, საჭიროებს შემდგომ გამოკვლევებს ავთვისებიანი პროცესის დასადგენად.

მუცელი. გააძღერეთ მუცლის გამოკვლევა. შეამოწმეთ აორტაზე, თირკმლის და ბარძაყის არტერიებზე შუილის არსებობა. დაათვალიერეთ მუცლის ზედა ნაწილი; პალპაციით გასინჯეთ შუა ხაზიდან მარცხნივ აორტის პულსაცია. შეეცადეთ განსაზღვროთ აორტის სიგანე უფრო ღრმა ზეწოლით ორივე ხელით აორტის გვერდებზე (იხ. გვ. 384-385).

შუილის არსებობა შეიძლება მიუთითებდეს სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზზე.

ქალის სასქესო ორგანოების და მენჯის გამოკვლევა.[62-64] პაციენტს აუხსენით გამოკვლევის საფეხურები და მიეცით დრო, რომ მოხერხებულად მოთავსდეს. სთხოვეთ ასისტენტს, დაეხმაროს ქალს, ავიდეს გამოსაკვლევ მაგიდაზე, შემდეგ ჯი მიიღოს ლითოტომიური მდებარეობა. თუ თავს ორნავ აუმაღლებთ, ქალი უფრო მოხერხებულად იწვება. თუ ქალს ართრიტის ან ხერხემლის დეფორმაციის გამო ფეხების მოხრა არ შეუძლია, ასისტენტს შეძლია ფეხები დაუჭიროს ან დაეხმაროს მარცხენა გვერდზე დანოლაში.

აორტის გაფართოება და მოპულსირე სიმსივნე აღინიშნება *მუცლის აორტის ანევრიზმის* დროს.

დაათვალიერეთ სამო ჰოსტმენოპაუზის ცვლილებებზე, ჩოგორიცაა ჯანის გათხელება, ბოქვენის თმიანობის დაკარგვა და სამოს შესავლის წელვადობის დაქვეითება. სამოს ნინა კედლის გამოზნექვა მახსადენის ქვეშ შეიძლება მიუთითებდეს უნეთხოცელეზე ან მახლსადენის დივერტიკულზე.

ენეთილთვისებიანი სიმსივნეები მოიცავს ენონდილომებს, ფიბრომას, ლეიომიომას და სებორეულ კისტებს. იხ. ცხრილი 12-2, ველვას, სამოს და მახლსადენის ამობურცულობები და მესიებები, გვ. 451.

დაკვირდით ველვას განლილებას.

ენითემა თანმხლები დაზიანებით ვითარდება კანდიდური ინფექციის შედეგად; ენითემა დანყლულებით ან ნეკროზული ცენტრით დაკავშირებულია კარცინომასთან. მულტიფოკალური სინითე თეთრი აქერცლით ვითარდება *პეჯეტის დაავადების* დროს.

დაათვალიერეთ მახლსადენის ღრინოვანი გარსის ჰილარული მახსადენის ხვრელში. დაკვირდით კლიტორის გადიდებას.

კლიტორის გადიდება შეიძლება ახდეს ანდროგენების მაპროდუცირებელ სიმსივნეს ან ადროგენების შემცველი მალამოების ხმარებას.

გადანიეთ ბაგეები, დაანექით ქვევით, ხათა მოდუნდეს ლვატორი კუნთები და ფრთხილად ჩადგით სარჯე, მას შემდეგ, ხაც თბილი წყლით დაასველებთ ან წყალში ხანად მალამოს ნაუსმევთ. თუ ნახავთ სამოს ძლიერ ატროფიას, შევინარჩუნებული შესავალს ან შესავლის სტრიქტურას ესტროგენების ნაკლებობის გამო, ზომა შეგიძლიათ სარჯით დადგინოთ.

დაათვალიერეთ სამოს კედლები, ჩომლების შეიძლება ატროფიული იყოს და ყელი. დაკვირდით ყელის ღრინოვანის გათხელებას ან გამონადენის არსებობას სამოდან ან ყელიდან.

ესტროგენებით სტიმულირებული ყელის ღრინოვანი ვითარდება ჰორმონებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის დროს და ვლინდება *ენდომეტრიული ჰიპერპლაზიით* და *ესტროგენ-მაპროდუცირებელი სიმსივნით.*

გამონადენი შეიძლება ახდეს ვაგინიტს ან ცერვიციტს. იხ. ცხრილი 12-6, სამოდან გამონადენი, გვ. 454.

ხის შპადელით ან ყელის ჯაგრისით აიღეთ Pap ნაცხი ყელის უჯრედების გამოსაკვლევად. თუ სამოს ატროფია მკრთალია გამოხატული, ნარჩენებია ბრმა გამოფხეკა.

იხ. ცხრილი 12-7, საშვილოსნოს მდებარეობა, გვ. 455 და ცხრილი 12-8, საშვილოსნოს დარღვევები, გვ. 456.

სარჯის ამოღების შემდეგ სთხოვეთ ავადმყოფს ქვევით ჩამოინიოს, ხათა დაადგინოთ საშვილოსნოს პროლაფსი, ცისტოცელე, უნეთროცელე ან დანამატის სიმსივნეები.

ჩაატარეთ ბიმანუალური გამოკვლევა. გასინჯეთ საშვილოსნოს ყელის მოძრაობა და საშვილოსნოში ან დანამატებზე ხომე სიმსივნის არსებობა.

ყელის მოძრაობის შეზღუდვა აღინიშნება ანთების, ავთვისებიანი პროცესის ან ოპერაციის შემდგომი შეხორცების დროს. საშვილოსნოს ფიბროზული ბოჭკოების გადიდება ან ლეიომიომა ვლინდება *ავთვისებიანი ლეიომიოსარკომის* დროს. საკვერცხეების პალპაცია შესაძლებელია საკვერცხის სიმსივნის დროს.

ჩაატარეთ ექსტენსიური გამოკვლევა. შეაფასეთ სამეიღოსნოს და დანამატების უსწორმასწორობა სწორი ნაწლავის წინა კედლიდან და სწორი ნაწლავის სიმსივნე. თუ ბიმანუალურად საშოს გამოკვლევისას ხელთათმანზე სისხლი ჩნდება, ხელთათმანი გამოცვალეთ, ხათა ზუსტად გამოიკვლიოთ განავლის სინჯი.

თუ სამეიღოსნო გადიდებულია, ფიქსირებული ან ასიმეტრიული კონტურებით, მიუთითებს მეზობლებზე ან შესაძლო ავთვისებიან სიმსივნეზე. ექსტენსიურად სიმსივნე ისინჯება კოლინჯის ტიბოს დროს.

მამაკაცის სასქესო ორგანოები და წინამდებარე ჯირკვალი. გასინჯეთ ასო, გადანიეთ ჩეჩა, თუ არის. გასინჯეთ სათესლე პარკი, სათესლე ჯირკვლები და სათესლე დანამატები.

შეიძლება ნახოთ სმეგმა, ასოს ტიბო და სათესლე პარკის ჰიდროცელე.

სწორი ნაწლავის გასინჯვისას განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ სწორ ნაწლავში არიმე სიმსივნის და წინამდებარე ჯირკვალში კვანძების ან სიმსივნის არსებობას. ყურადღება მიაქციეთ, რომ წინამდებარე ჯირკვის წინა და შუა ნილები ექსტენსიურად არ ისინჯება და წინამდებარე ჯირკვის გადიდების ან ავთვისებიანი სიმსივნის თითით გასინჯვა შეზღუდულია.

ექსტენსიური სისხლძარღვები. მუცელზე მოისმინეთ აორტის, თირკმლის და ბარძაყის არტერიებზე შუილები.

ექსტენსიურად სიმსივნე ისინჯება კოლინჯის ტიბოს დროს. ჰეპატომეგალია შეიძლება დაკავშირებული იყოს გადიდებასთან. ჰეპატომეგალის ტიბოს დროს ვლინდება კვანძები ან სიმსივნე.

ამ სისხლძარღვებზე შუილი ათეროსკლეროზის დროს აღინიშნება.

შეაფასეთ აორტის სიგანე ეპიგასტრიუმში და გასინჯეთ მოპირკეთე სიმსივნე.

მუცლის აორტის ანევრიზმა სავარაუდოა, თუ აორტის სიგანე ≥3 სმ-ზე ან ისინჯება მოპირკეთე სიმსივნე, განსაკუთრებით გულის იშემიური დაავადების მქონე მწეველ ხანდაზმულ მამაკაცებში.

ყურადღებით გასინჯეთ პულსი.

პულსის შემცირება ან გაქრობა შეიძლება აორტის ოკლუზიის ნიშანი იყოს. მოსაზრება დაადასტურეთ ნივთ-სხივის ინდექსით. დაიმახსოვრეთ, რომ ჰეპატეული სისხლძარღვთა დაავადების მქონე ავადმყოფთა 33%-მდე აღენიშნებათ ხანგამომწვევებითი კოქრობა.[65]

ძვალ-ხრტილოვანი სისტემა. გამოკვლევა დაიწყეთ 858-ე გვერდზე მოცემული სკრინინგით. თუ ნახავთ სახსრების დეფორმაციას, მოძრაობის შეზღუდვას ან ტკივილს მოძრაობის დროს, უფრო ყურადღებით გასინჯეთ. განიხილეთ თითოეული სახსრის გამოკვლევის მეთოდები მე-15 თავში, ძვალ-ხრტილოვანი სისტემა.

სახსრების დეგენერაცია აღინიშნება ოსტეოართრიტის დროს; სახსრების ანთება ვლინდება რევმატოიდული ან პოდაგრული ართრიტის დროს.

იხ. ცხრილები 15-1 და 15-10.

ნერვული სისტემა. როგორც ძვალ-ხრტილოვანი გამოკვლევის დროს, ნერვული სისტემის გამოკვლევაც დაიწყეთ 10-წუთიანი გერიატრიული სკრინინგით, რომელიც მოცემულია 858-ე გვერდზე.

თუ არიმე ცვლილებას ნახავთ, გააღრმავეთ გამოკვლევები. განსაკუთრებით გამოიკვლიეთ მეხსიერება და აფექტი.

ისწავლეთ დელირიუმის განსხვავება დემენციისა და დემენციისგან (იხ. ცხრილი 20-1). ყოველთვის საჭიროა გამომწვევი მიზეზების ყურადღებით გამოკვლევა.

ასევე განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ სიარულს და წონასწორობას; განსაკუთრებით დგომის დროს წონასწორობის დაცვას; 8-ნაბიჯის გავლის დროს; სიარულის მახასიათებლებს, როგორიცაა ნაბიჯის სიგანე, ტემპი და სიგრძე; ასევე ზუსტ მობრუნებას.

სიარულის და წონასწორობის დარღვევები, განსაკუთრებით ფეხების ფარული დგომით, ნაბიჯების შენელებით, დამძიმებით და მობრუნების გაძნელებით დავარდნის რისკთან არის დაკავშირებული.[66-68]

ყურადღება მიაქციეთ, რომ სტანდარტული ნევროლოგიური ტესტების ჩატარება არ ნიშნავს მოძრაობის შეზღუდვის ჰედიქტორს.[69] უფრო მეტიც, მიუხედავად იმისა, რომ ნევროლოგიური დარღვევები ხშირია ხანდაზმულ პოპულაციაში, მათი სიხშირე ამჟამად დაკავშირებულია გარეშე, მატულობს ასაკთან ერთად 30%-50%-ის საზღვრებში. ასაკით განპირობებული ცვლილებები მოიცავს არათანაბარი ზომის გუგებს, მყარების ქნევის შემცირებას და სპონტანურ მოძრაობებს, ფეხების ირგვლივობის ზრდას და სიარულის დარღვევას, ხორთომის და ხელის ტაცების ჰეფლექსების გაჩენა და ფეხის თითების ვიბრაციის შეგრძნების დაქვეითება.

ეს დარღვევები ვლინდება პარკინსონის დაავადების დროს, რაც აღინიშნება 65 წლის პირთა 1%-ში და 85 წლის და მეტი ასაკის პირთა 2%-ში.[71] ტრემორი დაბალი სიხშირისაა და მოსვენებისას ვლინდება, "ტაბლეტის გორვის" ხასიათისაა. აძლიერებს სტრესი და მცირდება ძილის ან მოძრაობის დროს. *ტრემორი ესენციურია*, თუ ოჯახურია და სიმეტრიული, აღინიშნება დადებითი ოჯახური ანამნეზი და მცირდება ალკოჰოლის მიღებით.

დააჯვირთ ტრემორს, ჰიგიენობას, ბრადიკინეზიას, მიკროგრაფიას, ფეხების ფრატუნით სიარულს, საწოლში გადაბრუნების, ჯონსერვის ქილის გაღების და სკამიდან წამოდგომის გაძნელებას.

პარკინსონის დაავადების დროს ასევე ხშირია გახანგრძლივებული ხრევა გრაბელაზე დაკავებისას და ქუსლებზე და ფეხის ნვრილებზე სიარულის გაძნელება.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

ყუსადღება მიაქცით, რომ თავდაპირველად დაბჭირებათ ნინადადებების გამოყენება მიღებული მონაცემების ჩასანერად, მოგვიანებით შეგიძლიათ ფრაზების გამოყენება. ქვემოთ მოყვანილია ჩანანერის სტანდარტული ფრაზები. როდესაც ნაიკითხავთ ჩანანერს, იპოვით ზოგიერთ ატიპიურ მონაცემს. ეცადეთ შეამოწმოთ საკუთარი თავი. ნახეთ შეგიძლიათ თუ არა ტექსტში მოყვანილი მონაცემების ინტერპრეტაცია ყველა იმის გათვალისწინებით, რაც ისწავლეთ ხანდაზმულთა გამოკვლევის დროს.

მარდის შეუკავებლობა საჭიროებს შემდგომ გამოკვლევას "DIAPER" შეფასებით (იხ. გვ. 858), პროსტატის გამოკვლევას, ნარჩენი შარდის გამოკვლევას, რომელიც ნორმალურად ≥ 50 მლ.

საჭიროებს შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას.

საჭიროებს ჯვების სკრინინგს, გვ. 853.

მოიფიქრეთ ძველის ვარჯიშების ჩვეული.

კლინიკური გამოკვლევის მონაცემების ჩანერა – ხანდაზმული პირები

ბ-ნი ჯ ხანდაზმული პირია, რომელიც ჯანმრთელად გამოიყურება, მაგრამ ძალიან გამხდარია, კუნთების ჯარი განვითარებით. იგი აქტიურია და კონტაქტური, კარგად იხსენებს ცხოვრების ანამნეზს. ახლავს ვაჟიშვილი.

სასიცოცხლო ნიშნები: სიმაღლე (ფეხსაცმლის გარეშე) 160 სმ, წონა (ჩაცმული) 65 კგ. სმი 28. არტერიული წნევა 145/88 მმ ვწყ სვ მარჯვენა მკლავზე, ზურგზე წოლისას. გულისცემის სიხშირე 98 და რეგულარული. სუნთქვის სიხშირე 18. ტემპერატურა (პირის ღრუში) 36,6°C.

10-წუთიანი გერიატრიული სკრინინგი (იხ. გვ. 858)

მხედველობა: პაციენტი აღნიშნავს კითხვის გაძნელებას. მხედველობის სიმახვილეა 20/60 სნელენის ცხრილით.

სმენა: არც ერთ ყურში არ ესმის ჩურჩული. არც ერთ ყურში არ ესმის 1,000 ან 2,000 Hz აუდიოსკოპით.

ფეხის მოძრაობა: შეუძლია სწრაფად გაიაროს 6 მეტრი, შემობრუნება, უკან სკამისკენ დაბრუნება და დაჯდომა 14 წამში.

შარდის შეუკავებლობა: 20 სხვადასხვა დღეს აღენიშნებოდა შარდის შეუკავებლობა და საცვლის დასველება.

ჯვები: ბოლო 6 თვის განმავლობაში თავისი სურვილის გარეშე დაკლო 7 კგ.

მეხსიერება: 1 წუთის შემდეგ შეუძლია სამი ფაქტის გახსენება

დეპრესია: ხშირად არ არის მოწყენილი და დეპრესიული.

ფიზიკური უძლურება: შეუძლია სწრაფი სიარული, მაგრამ ვერ ატარებს ველოსიპედს. შეუძლია სახლის გარშემო ზომიერი და არა მძიმე სამუშაოს შესრულება. შეუძლია მაღაზიაში სიარული პროდუქტებისა და ტანსაცმლისთვის. შეუძლია მოკ მანძილზე სიარული. შეუძლია ჩაცმა ღილების და ელვა შესაკრავის შეკვრით, ასევე ფეხსაცმლების შეკვრა.

ობიექტური გამოკვლევა

ჯანი: თბილი და ტენიანი. დოღის ჩხირისებური თითები და ფრჩხილების ციანოზი არ არის. თავის ქალაზე თმა გათხელებულია.

თავი, თვალები, ყურები, ყელი. თავის ქალას ჯანი დაზიანების გარეშე. თავის ქალა NC/AT. ჯონიუნქტივა ვარდისფერი, სკლერა მკრთალი. გუგები Ø მმ, ვინრთვდება 1 მმ-მდე, მრგვალი, ჩეგულარული, თანაბარია სინათლეზე რეაქცია და აკომოდაცია. თვალის მოძრაობები ნორმალური. დისკის საზღვრები მკვეთრი, სისხლჩაქცევების და ექსუდაციის გარეშე. არტერიების მცირე შევინრთვება. TMs სინათლის კარგი სხივით. ვებერი შუახაზზე. AC>BC. ცხვირის ღრუნოვანი ვარდისფერი. სინუსები უმტკივნეულო. პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდისფერი. ბიცების განლაგება ცული. აღინიშნება კარიესი. ენა შუაშია, ოდნავ მუქი ნითელი. ხახა ექსუდაციის გარეშე.

კისერი. ელასტიური. ცარქვა შუა ხაზზეა. ფარისებრი ჯირკვალი ოდნავ გადიდებული, კვანძები არ არის.

ძიმფური კვანძები. კისრის, იღლიის, ენტეროქელარული და საზარდულის ძიმფური კვანძები არ ისინჯება.

გულ-მკერდი და ფილტვები. გულ-მკერდი სიმეტრიული. შეინიშნება კიფოზი. ფილტვებში ნათელი ხმიანობა, ექსკურსია კარგი. სუნთქვა ვეზიკულარია. ორივე მხარეს დიაფრაგმა დანულია 4 სმ-ით.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. საკვლე ვენის პულსაცია 6 სმ მარცხენა წინაგულის ზევით. კარდიტული ტაღლა ცოცხალი, შუილი არ არის. საძგერი გადანაცვლებულია მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში, კტენალური ხაზიდან 9 სმ-ით ღატერალურად. II/VI ხარისხის ჰოლოსისტოლური შუილი მნვერვალზე, ირადიაციით იღლიის ფოსოში. S_3, S_4 და სხვა შუილები არ მოისმინება.

მუცელი. ნავისებური, ნანლავების ხმიანობა აქტიური. ხშირი, უმტკივნეულო. ჰეპატოსპლენომეგალია და სიმსივნეები არ აღინიშნება. ღვიძლის ზომა 7 სმ მარჯვენა ღარინშუა ხაზზე, კიდე გლუვია და ისინჯება RCM. CVAT არ არის.

მარე-სასქესო სისტემა. გარეთებული აქვს ციტკუმციზიო. ასოს დაზიანება არ აღინიშნება. სათესლეჯირკვლები ორივე მხარეს ჩამოსულია, გლუვია.

ნევროლოგიური. სწორი ნანლავის თაღში სიმსივნე არ ისინჯება. განავალი ყავისფერია, ფარული სისხლდენაზე რეაქცია უარყოფითია.

კიდურები. თბილი და შეშუპების გარეშე. ფეხები ელასტიური.

ჰერიფერიული სისხლძარღვები. პულსი 2+ და სიმეტრიული

ძვალ-კუნთოვანი. მუხლის სახსრების ზომიერი დეგენერაციული ცვლილებები, ოთხთავა კუნთის სისუსტე. ყველა სახსარში მოძრაობა თავისუფალია.

ნევროლოგიური. კარგი ორიენტაცია დროსა და ცრუში. მინი-მენტალური სტატუსი: 29 ქულა. თავის ქალას ნერვები II-XII ინტაქტური. მოტორული: დაქვეითებული ოთხთავა კუნთის ამობურცულობა. ტონუსი ინტაქტურია. ძალა ყველგან 4/5. RRMs , თითი-ცხვირი ინტაქტური. სიარული ფარული დარღვევით. მგრძნობელობა ინტაქტური ჩხვლეტაზე, მსუბუქ შეხებაზე, ვიბრაციაზე, ტემპერატურაზე. რეფლექსები 2+ და სიმეტრიული, ხელისგულების ქვემოთ დამვებით.

CITATIONS

1. Federal Agency Forum on Aging Related Statistics. Older Americans 2000: Key indications of well-being. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2000
2. Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing successful Science
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving pri-mary care for patients with chronic illness. JAMA 288(14): 1775-1779,2002.
4. Perls TT. Understanding the determinants of exceptional longevity.
5. Pens TT, Kunkel LM, Puca AA. The
6. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and morbidity. Ann Intern Med Suppl 139(S):455, 2003.
7. Tatlet GE. Physiology of aging. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed, pp. 27-36. New York: Springer, 2003.

8. Mulligan T, Saddiqi W. Changes in male sexuality. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 719-726. New York: Springer, 2003.
9. Kaiser FE. Sexual function and the older woman. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 727-736. New York: Springer, 2003.
10. DuBeau CE. Benign prostatic hyperplasia. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 755-768. New York: Springer, 2003.
11. Tangarorang GL, Kerins GJ, Besdine RW. Clinical approach to the older patient: an overview. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen Hi, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 149-162. New York: Springer, 2003.
12. Bayer AJ, Chadna JS, Farag RR, et al. Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. J Am Geriatr Soc 34:263-266, 1986.
13. Trivalle C, Doucet J, Chassagrie P, et al. Differences in the signs and symptoms of hyperthyroidism in older and younger patients. J Am Geriatr Soc 44:50-53, 1996.
14. Iloucet J, Trivalle C, Chassagrie P, et al. Does age play a role in clinical presentation of hypothyroidism? J Am Geriatr Soc 42:984-986, 1994.
15. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. Ann Intern Med 132(5): 337-344,2000.
16. Fried LP, Sotrer DJ, King DE, et al. Diagnosis of illness pre-sentation in the elderly. J Am Geriatr Soc 39:117-123, 1991. 17. 1)avis PB, Robins LN. History-taking in the elderly with and
without cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 37:249-255, 1989.
18. Ferraro KF, Su YP. Physician-evaluated and self-reported mor-bidity for predicting disability. Am J Public Health Jan; 90(1): 103-108,2000.
19. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Effects of age on va-lidity of self-reported height, weight and body mass index: find-ings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. J Am Diet Assoc 101(1):28-34, 2001.
20. Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. Validation of med-ical history taking as part of a population based survey in sub-jects aged 85 and over. BMJ 304:1091-1092, 1992.
21. Nunez GR. Culture, demographics, and critical care issues: an overview. Crit Care Clin 19:619-639, 2003.
22. Xakellis G, Brangman SA, Ladson H, et al. Curricular frame-work: core competencies in multicultural geriatric care. J Am Geriatr Soc 52:137-142, 2004.
23. Goldstein MZ, Griswold K. Practical geriatrics: cultural sensi-
tivity and aging. Psychiatric Serv 49:769-771, 1998.
24. Evans CA, Cunningham BA. Caring for the ethnic elder. Geriatr Nurs 17(3):105-109, 1996.
25 Fick 1)M, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 163:2716-2724, 2003.
26 Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics at Your Fin-gertips, 6th ed., pp. 9-12. Maiden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society, 2004.
27. Takahashi PY, Okhravi HR, Lim LS, et al. Preventive health care in the elderly population: a guide for practicing physicians. Mayo Clinic Proc 79:416-427, 2004.
28. Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, et al. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older per-sons. JAMA 272(13):1036-1042, 1994.
29. Ferrell BA. Acute and chronic pain. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 323-342. New York: Springer, 2003.
30. Jones TV, Lindsey BA, Yount P, et al. Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients? J Gen Intern Med 8(12):674-678, 1993.
31. Callahan CM, Tierney WM. Health services use and mortality among older primary care patients with alcoholism. J Am Geri-atr Soc 43(12):1378-1383, 1995.
32. Tulsky JA. Doctor-patient communication issues. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 287-298. New York: Springer, 2003.
33. Callahan D. The value of achieving a peaceful death. In Cassel CK, Leipzig KM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 351-360. New York: Springer, 2003.
34. Morrison RS, Meier DE. Palliative care. N Engl J Med 350: 2582-2590,2004.
35. Beck LH. Periodic health examination and screening tests in adults. Hosp Pract 15:121-126, 1999.
36. American Geriatrics Society Ethics Committee. American Geri-atric Society Position Paper: Health Screening Decisions

for Older Adults, 2001. Available at: americangeriatrics. org. Accessed October 1, 2004.
37. Bogardus ST, Yueh B, Shekelle PG. Screening and manage-ment of adult hearing loss in primary care: clinical applications JAMA 289(15):1986-1990, 2003.
38. Oddone EZ, Heflin MT, Feussner JR. Screening for cancer. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Med-icine, 4th ed., pp. 375-392. New York: Springer, 2003.
39. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia. In Guide to Clinical Preventive Services, pp. 531-54L Baltimore, Williams & Wilkins, *1996.*
40. Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, et al. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. J Am Geriatr Soc 52: 297-304,2004.
41. Fulmer T, Hernandez M. Elder mistreatment. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 1057-1066. New York: Springer, 2003.
42. Koretz B, Reuben DB. Instruments to assess functional status. Reuben DB. Comprehensive geriatric assessment and systems approaches to geriatric care. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 185-194; pp. 195-204. New York: Springer, 2003.
43. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in am-bulatory elderly: clinical confirmation of a screening instru-ment. Am J Med 100: 438-440, 1996.
44. Resnick NM. Urinary incontinence. In Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al (eds). Geriatric Medicine, 4th ed., pp. 931-956. New York: Springer, 2003.
45. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, Ameri-can Academy of Orthopedic Surgeons. Guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 49:664-672, 2001.

დელირიუმი და დემენცია

დელირიუმი და დემენცია ხშირი და ძალიან მნიშვნელოვანი დარღვევებია, რაც მოქმედებს ფსიქიკური მდგომარეობის მთავარ ასპექტზე. ორივეს მთავარი შესაძლო მიზეზი აქვს. ამ ორი მდგომარეობის ზოგიერთი კლინიკური ნიშანი და მათი ზეგავლენა ფსიქიკურ მდგომარეობაზე ქვემოთაა შედარებული. დელირიუმი შეიძლება თან ახლდეს დემენციას.

კლინიკური ნიშნები	დელირიუმი	დემენცია
დაწყება:	მწვავე შეუმჩნეველი	შეუმჩნეველი
მიმდინარეობა:	ცვალებადი, ნათელი პერიოდებით; უარესდება ღამით	ნელა პროგრესირებადი
ხანგრძლივობა:	საათებიდან კვირებამდე	თვეებიდან წლებამდე
ძილი/სიფხიზლის ციკლი	ყოველთვის დარღვეულია;	ძილი ნაკლებია
ზოგადი დაავადება ან ნამლით ინტოქსიკაცია:	აღინიშნება ერთ-ერთი ან ორივე	ხშირად არ აღინიშნება, განსაკუთრებით Alzheimer-ის (ალცჰეიმერის) დაავადების დროს
გონებრივი სტატუსი		
ცნობიერების დონე:	დარღვეული. პირობნება ნაკლებად ეკვევა გარემოში და უჭირს ყურადღების ფოკუსირება, შერჩევა ან გადატანა.	ჩვეულებრივ ნორმალურია დაავადების მიმდინარეობის გვიან სტადიამდე
ქცევა:	*ქცევა:* აქტივობა მკვეთრად დაქვეითებულია (სომნოლენცია) ან ზედმეტად მომატებული (აგზნება, ზედმეტი სიფხიზლე)	ნორმალური ან შენელებული; შეიძლება გახდეს შეუსაბამო
მეტყველება:	შეიძლება აღინიშნებოდეს ენის ბორძიკი, ნელი, სწრაფი ან გაუგებარი	უჭირს სიტყვების მოძებნა, აფაზია
ხასიათი;	ცვალებადი, ლაბილური, შიში ან გაღიზიანება, ნორმალური ან დეპრესიული	უემოციო, დეპრესიული
აზროვნება:	დეზორგანიზებული, შეიძლება იყოს არა თანმიმდევრული	შენელებული, მეტყველებით ინფორმაცია არ არის სრულყოფილი
აზროვნების შინაარსი:	ხშირია მანია, ბოდვები, უმეტესად გარდამავალი	შეიძლება გამოვლინდეს ბოდვები
აღქმა:	ილუზიები, ჰალუცინაციები, უფრო ხშირად მხედველობითი	შეიძლება გამოვლინდეს ჰალუცინაციები
მეფასება, მსჯელობა:	*დარღვეული,* ხშირად სხვადასხვა ხარისხით მზარდი დაქვეითება დაავადების მიმდინარეობისას	მზარდი დაქვეითება დაავადების მიმდინარეობისას
ორიენტაცია:	ჩვეულებრივ დეზორიენტაცია, განსაკუთრებით დროში. ნაცნობი ადგილი შეიძლება უცნობად აღიქვას.	ძირითადად კარგად არის შენარჩუნებული, მაგრამ დაავადების გვიან პერიოდში იძლევა
ყურადღება:	არამდგრადი, ადვილად ეფანტება, უჭირს ყურადღების კონცენტრაცია კონკრეტულ საკითხზე	ჩვეულებრივ არ ზიანდება დაავადების გვიან სტადიამდე
მეხსიერება:	დაქვეითებულია ნრწაფი მახსოვრობის უნარი და ხანმოკლე მეხსიერება	ხანმოკლე მეხსიერება და ახალი ინფორმაციის ათვისება დარღვეულია
მიზეზების მაგალითები	თეთრი ცხელება (ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შედეგად) უკმია ღვიძლის მწვავე უკმარისობა მწვავე ცერებრული ვასკულიტი ატროპინით მონამვლა	შექცევადი: B_{12} ვიტამინის დეფიციტი, ფარისებრი ჯირკვლის დარღვევები შეუქცევადი: Alzheimer-ის (ალცჰეიმერის) დაავადება, სისხლძარღვოვანი დემენცია (მრავლობითი ინფარქტები), თავის ტრავმით გამოწვეული დემენცია

NOTE: Page numbers followed by b indicate in-chapter boxed material; those followed by t indicate end-of-chapter tables.

A
ABCDE method, for melanoma screening, 125, 125b, 129
Abdomen, 359–411. *See also specific organs*
  anatomy and physiology of, 359–361
  ballottement of, 389
  in comprehensive physical examination, 13
  examination techniques for, 374b, 374–390
    for abdominal wall masses, 390
    for adolescents, 780, 780b
    for aorta, 386–387
    for appendicitis, 389–390
    for ascites, 387–389
    auscultation as, 376–377
    for bladder, 386
    for children, 763b, 763–765
    for cholecystitis, 390
    for infants, 723b, 723–724
    inspection as, 374–376
    for kidneys, 385–386
    for liver, 379–382
    in older adults, 865
    palpation as, 377–379, 380–382, 383–386
    percussion as, 377, 379–380, 382–383
    during pregnancy, 829–831
    for spleen, 382–384
    for ventral hernias, 390
  in health history, 362b, 362–370
    gastrointestinal tract and, 362–368
    urinary tract and, 368–370
  health promotion and counseling and, 370b, 370–373
  in older adults, 845
  during pregnancy, 818
  protuberant, 405t
  quadrants of, 360
  recording findings for, 391, 391b
Abdominal aorta
  anatomy and physiology of, 360
  aneurysms of, in older adults, 867
Abdominal fullness, 363
Abdominal masses
  distinguishing from abdominal wall masses, 390
  identifying in ascitic abdomen, 389
Abdominal pain, 364–365, 394t–395t
Abdominal reflexes, 601, 636
Abdominal wall
  localized bulges in, 404t
  masses of, assessment techniques for, 391
  tenderness of, 407t
Abducens nerve, 598, 599b
  of children, 772b
  examination of, 611, 612
  of infants, 732t
  paralysis of, 218t
Abduction, 502
  at hip, testing, 623
Abduction stress test, 536b
ABI (ankle-brachial index), 480
Abnormal findings, in clinical reasoning process, 67b–69b, 67–70
Abscesses
  headache due to, 171
  peritonsillar, in children, 760
Absence seizures, 652t
Abstract thinking, in mental status examination, 586–587
Acanthosis nigricans, 351
Accommodation, 158
Acetabulum, 523
Achalasia, 396t
Achilles tendinitis, 538
Achilles tendon, 539
  ruptured, 538
Acholic stools, 367
ACL (anterior cruciate ligament), 531
  examination techniques for, 536b
Acne, 127, 138t, 139t, 177
  adolescent, 801t
  neonatal, 800t
Acoustic blink reflex, in infants, 709
Acoustic nerve, 598, 599b
  of children, 772b
  examination of, 612, 615
  of infants, 732t
Acoustic neuroma, dizziness and vertigo due to, 210t
Acrocyanosis, 699
  in children, 808t
Acromegaly, facies in, 211t
Acromioclavicular arthritis, 551t
Acromioclavicular joint, 498, 501
  examination techniques for, 503b
Acromion process, 501
Actinic cheilitis, 230t
Actinic keratosis, 142t
Actinic lentigines, 144t, 862
Actinic purpura, 861
  in older adults, 842
Action tremors, 653t
Active listening, 36
Activities of daily living (ADLs), older adults and, 852, 852b
Acute necrotizing ulcerative gingivitis, 235t
Acute stress disorder, 592t
Adams' bend test, 784
Addison's disease, skin in, 146t
Adduction, 502
  at hip, testing, 623
Adduction stress test, 536b–537b
Adductor tubercle, 529
ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder), 774
Adhesive capsulitis, 551t
Adie's pupil, 182, 217t
Adipose tissue, 121
  of female breast, 338
ADLs (activities of daily living), older adults and, 852, 852b
Adnexa
  masses of, 457t
  palpation of, during pregnancy, 833
Adolescents (age 11–20), 774–789
  acne in, 801t
  assessment of, 774–776
  development of, 678–680
  examination techniques for, 776–789
    for abdomen, 780, 780b
    for breasts, 778, 779b
    for ears, 777
    for eyes, 777
    for female genitalia, 782–784, 783b
    general survey and, 776
    for head, 777
    for heart, 777b, 777–778
    for male genitalia, 780, 781b, 782
    for musculoskeletal system, 784–785, 786b–788b
    for neck, 777
    for nervous system, 789
    for throat, 777
  female, assessing sexual maturity of, 440, 778, 779b, 782, 783b
  hymen configuration in, 811t
  male, assessing sexual maturity of, 780, 781b
  preventive health care recommendations for, 797t
Adrenal tumors, in children, 765
Adult illnesses, in health history, 7
Advance directives, 854
Adventitious breath sounds, 259–260, 260b, 275t
Aerophagia, 363
Affect, in mental status examination, 574b, 579–580

Afferent fibers, 600
Afferent pupillary defect, 202
Afterload, 288
  increased, 326t
Age. *See also specific age groups*
  clustering clinical data by, 73
  conception, 823
  gestational, 688b, 688–689, 689b
    Ballard scoring system for, 688, 794t
  menstrual, 823
Aging. *See* Older adults
Agoraphobia, 592t
AIDS, skin in, 145t, 146t
Air, swallowing of, 363
Air conduction, 162
Airway, assessment of, in stuporous or comatose patients, 642
Alagille syndrome, 721
Alcoholic liver disease, risk factors for, 368
Alcohol use
  asking questions about, 50b, 50–51
  CAGE questionnaire for assessing, 50, 50b, 51, 371, 854
  fetal alcohol syndrome and, 705, 803t
  in health history, 7
  in older adults, 853–854
  teeth and, 176
Alice test, 729
Allen test, 488
Allergic rhinitis, 173
  in children, 756
  perennial, diagnostic facies in, 804t
Allergies
  in health history, 7
  rhinorrhea and, 174
Alopecia, 128
Alopecia areata, 149t
Alternative health care practices, 8
Alveolar mucosa, 165
Alveoli, 247
Alzheimer's disease, 577
Ambiguous genitalia, 726
Amblyopia, 751
Amenorrhea, 433
  during pregnancy, 821b
Anal canal, 459
Anal fissures, 470t
Analgesia, 631
Analgesic rebound headache, 206t
Anal lesions, constipation due to, 397t
Anal reflex, 641, 733
Anal skin tags, 769
Anatomic snuffbox, 510
Anemia
  apical impulse in, 311
  hemolytic, 367
  pallor from, 126
  of pregnancy, 828
Anesthesia, 631
Aneurysms, 526
  aortic, 376, 386–387
    dissecting, chest pain with, 268t–269t
Anger, in interview, 44
Angina pectoris, 248, 293
  chest pain with, 268t–269t
Angioedema, of lips, 230t
Angiomas
  cherry, 141t
    in older adults, 862
  spider, 141t
Angle of Louis, 242
Angular cheilitis, 230t
  in older adults, 843
Anhedonia, 577
Anisocoria, 217t
Anisometropia, 751
Ankle, 538–541
  bony structures and joints of, 538
  dorsiflexion at, testing, 624
  examination techniques for, 539–541
    inspection as, 539
    palpation as, 539–540
    range of motion and maneuvers as, 540–541
  muscle groups and additional structures of, 539
  plantar flexion at, testing, 624–625
Ankle-brachial index (ABI), 480
Ankle clonus, 639–640
  in infants, 733
Ankle reflex, 601, 637–638
Ankyloglossia, 710
Ankylosing spondylitis, 518, 522
Ankylosis, 494
Annulus fibrosis, 517
Anorectal fistulas, 470t
Anorexia, 362, 363
Anorexia nervosa, 116t
Anserine bursa, 532, 534
Anserine bursitis, 532
Anterior axillary line, 244
Anterior cruciate ligament (ACL), 531
  examination techniques for, 536b
Anterior drawer sign, 537b
Anterior horn cell lesions, 662t
Anterior naris, 162, 163
Anterior pillar, 167
Anterior triangle, of neck, 168
Anticipatory guidance, 684, 684b
Antihelix, 160
Anus, 459–470. *See also* Anal *entries;* Rectal *entries;* Rectum
  anatomy and physiology of, 459–460
  examination techniques for, 464–467
  in health history, 461, 461b
  health promotion and counseling and, 462b, 462–463
  inspection of, during pregnancy, 831
  recording findings for, 467–468, 468b
Anxiety, 583b
  blood pressure measurement and, 110
  body temperature and, 698
  chest pain due to, 249
  diffuse, 268t–269t
  with hyperventilation, dyspnea in, 270t–271t
Anxiety disorders, 592t
  generalized, 576, 592t
Aorta, 281
  abdominal
    anatomy and physiology of, 360
    aneurysms of, in older adults, 867
    atherosclerotic, tortuous, in older adults, 864
    coarctation of, 111, 716, 762
    examination techniques for, 386–387
    occlusive disease of, 111
Aortic aneurysms, 376, 386–387
  dissecting, chest pain with, 268t–269t
Aortic area, inspection and palpation of, 313
Aortic dissection, 293
Aortic insufficiency, 285, 306
Aortic regurgitation, 285, 315, 318, 319, 334t
Aortic sclerosis, 319
  in older adults, 844
Aortic stenosis, 285, 308, 311, 318, 319, 333t, 649t–650t
  in infants, 722b, 809t
  in older adults, 844
Aortic valve, 281
  auscultation of sounds from, 286, 314
Apgar score, 687b–688b, 687–688
Aphasia, 580, 580b, 591t
Aphonia, 591t
Aphthous stomatitis, 140t
Aphthous ulcers, 174, 194, 238t
Apical impulse, 280, 292, 309–311
Apnea, in infants, 711–712
Apocrine glands, 123
Appearance
  of client, in mental status examination, 579–580
  of clinician, 27–28
Appendicitis
  acute, 394t–395t, 408t, 765
  assessment techniques for, 389–390
Appendix testis, torsion of, in children, 765
Aqueous humor, 155
Arcus senilis, 862
Areola, 338, 339
  of male breast, 350
Argyll Robertson pupil, 182
Arms, peripheral vascular system of, examination techniques for, 481–482
Arousal phase of sexual response, 414
Arousal system, 597
Arrhythmias, 111, 649t–650t
  blood pressure measurement and, 110
  in infants, 697–698, 718
Arterial blood pressure, 289
Arterial insufficiency, 376, 495t
  chronic, 494t
    postural color changes of, 489–490
Arterial occlusion, 376
  acute, 492t–493t
  in older adults, 867
  sudden, 485
Arterial peripheral vascular disease, 478
Arterial pulses, 289, 481–482
Arteries. *See also specific arteries*
  anatomy and physiology of, 473–474
  aneurysmal, 482
Arteriosclerosis obliterans. *See* Atherosclerosis
Arteriovenous crossings, of retinal arteries, 221t
Arteriovenous fistulas, in brain, 704
Arthralgias, 488
Arthritis, 512

acromioclavicular, 551t
of elbow, 552t
gonococcal, 488, 489, 490
gouty
of feet, 556t
joint pain in, 548t–549t
in older adults, 867
psoriatic, 489, 511
rheumatoid, 488, 489, 493, 494, 510, 511
in hands, 553t
in older adults, 867
spine and, 520, 521
septic, acute, 488
signs of, 494
Articular capsule, of shoulder, examination techniques for, 505b
Articular cartilage, 485
Articular facets, 516
Articular joint pain, 489
Articular processes, 516
Articulation, 580
Ascites, 405t
assessment techniques for, 387–389
Aspiration, 363
Assessment, 65b, 65–85. *See also* Physical examination
clinical data and, 72–79
assessing quality of, 74, 74b
clustering into single versus multiple problems, 73
displaying, 74, 76–77, 79
integrating clinical reasoning and, 79–81
prevalence and predictive value of, 77b–78b
sifting through, 73–74
test selection and use and, 75b–76b
clinical reasoning and, 66–70
integrating clinical data and, 79–81
steps in, 67b–69b, 67–70
organizing patient record and, 81, 81b–83b, 83–85
generating problem list and, 83–84, 84b
writing progress notes and, 84–85, 85b
plan development and, 70, 71b–72b
Asteatosis, 861
Asterognosis, 632
Asterixis, 640
Asthma
childhood, 761
cough and hemoptysis in, 272t
dyspnea in, 270t–271t
nocturnal, 294
physical findings in, 277t
Ataxia, 627–628
cerebellar, 664t
sensory, 664t
Ataxic breathing, 120t
Atelectasis, physical findings in, 276t
Atherosclerosis, 478, 484, 492t–493t
bruits in, 867
Athetosis, 654t
Athlete's foot, 140t
Atonic seizures, 652t
Atrial fibrillation, 294, 325t
Atrial flutter, 325t
Atrial premature contractions, 325t
in infants, 719b
Atrial septal defect, 312
in infants, 722b, 810
Atrial sound (gallop), 330t
Atrioventricular block, 325t
Atrioventricular node, 287
Atrioventricular valve(s), 281
Atrioventricular valve regurgitation, in infants, 722b
Atrophic glossitis, 237t
Attachment, in newborns, 692b
Attention, in mental status examination, 574b, 585
Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), 774
Auditory acuity, 190
Auricle, 160
examination techniques for, 189
Auscultation
of abdomen, 376–377
of infants, 723
of breath sounds, in infants, 713–714
of chest
anterior, 265
posterior, 258–261
findings related to chest wall and, 286
of heart, 313–319
fetal, heart rate and, 830–831
heart murmurs and, 316–319, 318b
in infants, 718–722, 719b, 722b
during pregnancy, 829
Auscultatory gap, 107, 108
Autonomy, 58b
Avascular necrosis, 510
a wave, 292
Axillae, 350–351
in comprehensive physical examination, 12
examination techniques for, in older adults, 865
inspection of, 350–351
in older adults, 844
palpation of, 351
Axillary temperature, 112
Axiohumeral muscle group, 499
Axioscapular muscle group, 499
Axons, 596

B

Babinski response, 638–639, 733
Back, in comprehensive physical examination, 12
Backache, during pregnancy, 821b
Back pain, 487–488, 491, 546t
with radiation into leg, examination techniques for, 542
Bacterial pneumonia, cough and hemoptysis in, 272t
Bacterial vaginosis, 454t
Baker's cyst, 534
Balance, in older adults, 868
Balanitis, 417
Balanoposthitis, 417
Ball-and-socket joints, 486, 486b
Ballard scoring system, 688, 794t
Balloon sign, 535
Ballottement
abdominal, 389
of patella, 536
Barlow test, 727, 728
Barotrauma, otitic, 227t
Barrel chest, 273t
Bartholin's glands, 430, 441
infection of, 451t
during pregnancy, 832
Basal cell carcinoma, 862
of ear, 226t
of skin, 124, 142t
Basal ganglia, 596, 601b, 602, 603
Battered child syndrome, diagnostic facies in, 804t
Beau's lines, 151t
Beckwith-Wiedemann's syndrome, 711
Bedbound patients
examining, 100
pressure sores in, 128
Behçet's syndrome, 490
Belching, 363
Bell, auscultation using, 314
Beneficence, 58b
Benign positional vertigo, 210t
Benign prostatic hyperplasia, 471t
Biases, 55–56
Biceps muscle, 499, 506
Biceps reflex, 601, 634
Biceps tendon, 500
Bicipital groove, examination techniques for, 504b
Bicipital tendon, examination techniques for, 504b
Bigeminal pulse, 119t
Biliary colic, 394t–395t
Bimanual examination, of female genitalia, 445–446, 832–833
Biot's breathing, 120t
Bipolar disorders, 590t
Birthmarks, benign, pathologic neurocutaneous symptoms versus, 799t
Birth weight, 688b, 688–689, 689b
Bisferiens pulse, 119t
Black stools, 400t
Bladder
anatomy and physiology of, 361
examination techniques for, 386
infection of, 368, 386
Bleeding
subconjunctival, 215t
vaginal, in children, 767
Blocking, 582b
Blood
coughing up, 250, 272t
in urine, 369–370
vomiting, 362, 363
Blood pressure, 106–111. *See also* Hypertension; Hypotension
arterial, 289
in children, 747–749, 748b, 749b
diet and, 96
in infants, 697
measurement of, 302

Blood pressure (*continued*)
in anxious patients, 110
arrhythmias and, 110
in children, 747–748
cuff selection for, 106, 106b
Doppler method for, 697
in obese or thin patients, 110
in older adults, 860
technique for, 107b, 107–108
unequal in arms and legs, 111
weak/inaudible Korotkoff sounds and, 110
normal and abnormal, 109–110
in older adults, 841
Bloody stools, 400t
Blount's disease, 770
Body mass index (BMI), 90–92, 95
calculating, 90, 91b
in children, 747, 747b
interpreting and acting on, 90, 91b, 92, 92b
Body position, in motor assessment, 616
Body systems, clustering clinical data by, 73
Body temperature
in children, 749
of feet and legs, 485
in infants, 698
measurement of, 112–113
in older adults, 841
Body weight. *See* Weight
Bone(s). *See* Fractures; Musculoskeletal system; Spine; *specific bones*
Bone conduction, 162
Borborygmi, 376
Bouchard's nodes, 510, 511, 553t
Bounding pulse, 306
Boutonnière deformity, 553t
Bowel function, change in, 366
Bowel sounds, 376, 406t
with hernias versus hydroceles, 419
Bowlegs, 493, 532, 729
in children, 770, 813t
Brachial artery, 306–307, 473
Brachial pulse, 482
Brachioradialis muscle, 506
Brachioradialis reflex, 601, 635
Bradycardia, in infants, 698
Bradykinesia, 603
Bradypnea, 120t
Brain
anatomy and physiology of, 596–597
sensory pathways and, 604
tumors of, headache and, 208t–209t
Brainstem, 597
lesions of, 661t
Branchial cleft cysts, 705
Breast(s). *See also* Nipples
anatomy and physiology of, 337–339
cancer of, 342–344, 343b, 357t
in adolescents, 778
risk factors for, 342–344, 343b
screening for, 344
visible signs of, 356t
in comprehensive physical examination, 12–13
cysts of, 357t
examination techniques for, 345–350
for adolescents, 778, 779b
for infants, 722
inspection as, 345–346
for older adults, 865
palpation as, 348–350
during pregnancy, 829
in health history, 340b, 340–341
health promotion and counseling and, 341b, 341–344, 342b
lymphatics of, 339–340
male
adolescent, 778
anatomy and physiology of, 339
cancer of, 342
examination techniques for, 350
of older adults, 844
during pregnancy, 818
in review of systems, 9
tenderness and tingling of, during pregnancy, 821b
Breast self-examination (BSE), 344
instructions for, 352, 353b
Breathing, 247. *See also* Respiratory *entries*
assessment of, in stuporous or comatose patients, 643
depth of, 112
effort of, 112
in infants, 711–712
observation of, 252
sounds of, 253
work of, in infants, 712, 712b
Breath sounds, 246, 258–259, 259b, 264, 274t
adventitious, 259–260, 260b, 264, 275t
audible, in infants, 712, 712b
auscultation of, in infants, 713–714
lack of, in infants, 712
Breech presentation, 691, 831, 833
Brief psychotic disorder, 593t
Broca's aphasia, 591t
Bronchi, anatomy and physiology of, 246
Bronchial breath sounds, 258, 259b
Bronchiectasis, cough and hemoptysis in, 272t
Bronchiolitis
in children, 749
in infants, 712
Bronchitis, chronic. *See also* Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
cough and hemoptysis in, 272t
dyspnea in, 270t–271t
physical findings in, 276t
Bronchovesicular breath sounds, 258, 259b
Brudzinski's sign, 641
in children, 751
Bruits, 200, 306
abdominal, 376, 406t
carotid, 762, 762b, 763
in older adults, 844, 864, 867
Brushfield's spots, 707, 805t
BSE (breast self-examination), 344
instructions for, 352, 353b
Buccal mucosa, 167
Buerger's disease, 488, 492t–493t
Build, in general survey, 104
Bulbar conjunctiva, 154
Bulge sign, 534
Bulimia nervosa, 116t
Bullae, 138t, 144t
Bullous myringitis, 227t
Burrow, 138t
Bursae, 487
Bursitis, 488
trochanteric, 488

C

Café-au-lait spots, 132t, 136t, 145t, 799t
in newborns, 700
CAGE questionnaire, 50, 50b, 51, 371, 854
Calcaneofibular ligament, 539
Calcaneus, 538
Calculating ability, in mental status examination, 586
Calluses, 557t
Canal of Schlemm, 155
Cancer. *See also* Tumors; *specific types of cancer*
of breast, 342–344, 343b, 357t
in adolescents, 778
risk factors for, 342–344, 343b
screening for, 344
visible signs of, 356t
cervical, 443, 453t
Pap smear to detect, 430, 435–437, 827, 832, 856
in children, 750
colorectal, 397t, 398t–399t, 470t
health promotion and counseling and, 463
in older adults, 867
screening for, 372–373
esophageal, 396t
of lung, cough and hemoptysis in, 272t
of pancreas, 394t–395t
of penis, 422t
of prostate, 471t
health promotion and counseling and, 462–463
in older adults, 867
prostate specific antigen and, 462–463
screening for, of older adults, 856
of skin, 124b, 124–125
of stomach, 394t–395t
testicular, 418, 420
of tongue, 194–195
vulvar, 450t
Candidal diaper dermatitis, 800t
Candidal vaginitis, 454t
Candidiasis
oral, 711
in children, 806t
of tongue, 237t
palatal, 233t
of skin, 127
Canker sores, 174, 194, 238t
Capillary bed, 477
Caput succedaneum, 703
Carcinoma. *See also* Cancer
appearance of, 866
basal cell, 862
of ear, 226t
of skin, 124, 142t
of cervix, 453t

of floor of mouth, 238t
of lip, 231t
pancreatic, skin in, 146t
of penis, 422t
squamous cell, 862
of skin, 124, 142t
of vulva, 450t
Cardiac arrhythmias, 111, 649t–650t
blood pressure measurement and, 110
in infants, 697–698, 718
Cardiac circulation, 281
Cardiac conduction system, 287–288
Cardiac cycle, 282–284
Cardiac disease, in infants, noncardiac findings in, 716, 716b
Cardiac examination, 307–321
anatomic location of sounds in, 307
auscultation in, 313–319
heart murmurs and, 316–319, 318b
inspection and palpation in, 308–313
of aortic area, 313
of left ventricular area, 309–311
of pulmonic area, 313
of right ventricular area, 311–313
integrating, 319
percussion in, 313
recording findings of, 321, 321b
sequence of, 307b
special techniques in, 319–321
for identifying systolic murmurs, 319–320, 320b
for paradoxical pulse, 320–321
for pulsus alternans, 320
timing of impulses and sounds in, 308
Cardiac output, 288
Cardiac syncope, 608
Cardinal directions, 159
Cardiogenic shock, 306
Cardiomegaly, in infants, 716
Cardiomyopathy, 310
Cardiovascular system, 279–335. *See also* Cardiac *entries*; Heart
age-related changes in, 292–293
anatomy and physiology of, 279–293
in comprehensive physical examination, 13
disease of, prevention of, 296–298, 297b, 299b, 299–301, 300b
examination techniques for, 302–321
carotid pulse as, 305–307
for heart, 307b, 307–319
for identification of murmurs, 319–320, 320b
integrating, 319
jugular venous pressure as, 302–304, 303b
jugular venous pulsations as, 304–305
in older adults, 861–868
for paradoxical pulse, 320–321
for pulsus alternans, 320
in health history, 293b, 293–295
health promotion and counseling and, 295b, 295–301
in older adults, 843–844
during pregnancy, 818
recording findings for, 321
in review of systems, 10
Carotene, 122
Carotenemia, 127, 133t
Carotid arteries, 168
examination techniques for, 200
in older adults, 844
Carotid bruit, 762, 762b, 763
Carotid pulse, 305–307
jugular artery pulsations versus, 303b
Carpal bones, 508
Carpal tunnel, 509
Carpal tunnel syndrome, 510, 514, 554t
examination techniques for, 541–542
Cartilage, articular, 485
Cartilaginous joints, 485, 485b
Caruncles, urethral, 451t
in older adults, 866
Cataracts, 175, 188, 216t
in infants, 708
in older adults, 843, 863
Cat scratches, 140t
Cauda equina, 598
CBE (clinical breast examination), 344
Cellulitis, 479
acute, 492t–493t
periorbital, *Haemophilus influenzae*, 815t
Central cyanosis, 122, 126
Central nervous system. *See also* Brain; Spinal cord
anatomy and physiology of, 596–598
disorders of, 660t–661t
Cephalohematoma, 802t
Cephalohematomas, 703
Cerebellar ataxia, 628, 664t
Cerebellar disease, 626, 627
Cerebellar system, 601b, 602, 603
Cerebellum, 597
lesions of, 661t
Cerebral cortex, lesions of, 661t
Cerebral palsy, 654t, 731
Cervical cancer, 443, 453t
Pap smear to detect, 430, 435–437
in older adults, 856
during pregnancy, 827, 832
Cervical erosion, 819
Cervical eversion, 819
Cervical lymph nodes, 196
Cervical mucous, in older adults, 866
Cervical os, shapes of, 453t
Cervical sprain, 547t
Cervical systolic murmur/bruit, 293
Cervicitis, mucopurulent, 443, 453t
Cervix, uterine, 430, 460
cancer of, 443, 453t
Pap smear to detect, 430, 435–437, 827, 856
fetal DES exposure and, 453t
inspection of, 442–443
palpation of, 445
during pregnancy, 819, 832
variations in surface of, 452t
Chadwick's sign, 818, 819
Chalazion, 214t
Chancre, syphilitic, 140t, 231t
in females, 450t
in males, 422t
Chart, reviewing before interview, 26
Cheilitis
actinic, 230t
angular, 230t
in older adults, 843
Cherry angiomas, 141t
in older adults, 862
Chest. *See* Heart; Lung(s); Thorax
Chest pain, 248–249, 268t–269t
exertional, 293
Chest wall
anatomy of, 241
auscultatory findings related to, 286
Cheyne-Stokes breathing, 120t
Chickenpox, 140t, 144t
skin in, 147t
Chief complaints, 5b, 6
Child abuse
asking questions about, 52
diagnostic facies in, 804t
Child development, 672–680
during adolescence, 678–680
during childhood, 675–677
health promotion and counseling and, 681–684, 682b
during infancy, 674
key principles in, 672b, 672–673
during middle childhood, 677–678
Childhood illnesses, 7
Children (age 1–10), 738–774
assessment of, 738b–740b, 738–745
in early childhood, 739–742
in middle childhood, 742–745
development of, 675–678
diagnostic facies in, 803t–804t
examination techniques for, 745–774
for abdomen, 763b, 763–765
for ears, 753–756, 754b
for eyes, 751–752, 752b
for female genitalia, 766–769
general survey and, 745–747
for head, 750
for heart, 762b, 762–763
for male genitalia, 765
for mouth and pharynx, 757b, 757–760, 759b, 760b
for musculoskeletal system, 769–771
for neck, 750–751
for nervous system, 771–774
for nose and paranasal sinuses, 756–757
for rectal examination, 769
for skin, 750
for thorax and lungs, 760–761
for vital signs, 747–749
hymen configuration in, 811t
preventive health care recommendations for, 797t
Chills, 95
Chlamydial infection, genital, 443, 444
Chloasma, 828
Choanal atresia, 709
Cholecystitis
acute, 394t–395t, 408t
assessment techniques for, 390
chronic, 394t–395t

Cholestatic jaundice, 367
Cholesterol, lowering, 298–299, 299b
Chondrodermatitis helicis, 226t
Chondromalacia, 533
Chorea, 654t
Chorioretinitis
  healed, 225t
  in infants, 708
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), 264, 379. *See also* Bronchitis, chronic
  dyspnea in, 270t–271t
  in older adults, 864
  physical findings in, 277t
Chvostek's sign, 705
Ciliary body, 155
Circulation, assessment of, in stuporous or comatose patients, 643
Circumcision, 725
Circumduction, 663t
Circumstantiality, 582b
Cirrhosis
  alcoholic, 368
  of liver, 375
Clanging, 582b
Clarification, requesting from patient, 37–38
Clavicle, fractures of
  in infants, 727
  in newborns, 706
Clinical breast examination (CBE), 344
Clinical data, 72–79
  assessing quality of, 74, 74b
  clustering into single versus multiple problems, 73
  displaying, 74, 76–77, 79
  integrating clinical reasoning and, 79–81
  prevalence and predictive value of, 77b–78b
  sifting through, 73–74
  test selection and use and, 75b–76b
Clinical decision making, 68, 68b–69b
Clinical reasoning, 66–70
  integrating clinical data and, 79–81
  steps in, 67b–69b, 67–70
Clinical record, 81–85
  checklist for, 81, 81b–83b
  problem list for, 83b, 83–84
  progress notes for, 84–85, 85b
Clitoris, 429
  enlarged, 440
Clonus, of ankle, 639–640
Closing, of interview, 34–35
Clubbing, digital, 150t
Clubfoot, 729
Cluster headache, 206t
Coarctation of the aorta, 111, 713, 762
  in infants, 716
Cochlea, 161
Cochlear nerve, 160
Cognitive development
  during adolescence, 679, 680b
  during early childhood, 676
  during infancy, 674
  during middle childhood, 677–678, 678b
Cognitive functions, in mental status examination, 584–587
Cold sores, 230t
Colitis, ulcerative, 490
  skin in, 147t
Collaborative partnerships, cultural competence and, 56–57
Colles' fracture, 510
Colloid oncotic pressure, interstitial, 477
Colobomas, in infants, 707
Colon
  anatomy and physiology of, 360
  cancer of. *See* Colorectal cancer
Colonoscopy, in older adults, 856
Colorectal cancer, 397t, 398t–399t, 470t
  health promotion and counseling and, 463
  in older adults, 867
  screening for, 372–373
Colostrum, 818
Columnar epithelium, cervical, 430, 431, 452t
Coma
  patient assessment and, 641–646
  pupils in, 666t
  structural, 665t
  toxic-metabolic, 665t
Comedones, in older adults, 862
Comfort, of patient
  interviewing and, 30
  for physical examination, 102
Communicating veins, 475
Communication
  nonverbal, in interview, 38
  with older adults, tips for, 850b
  respectful, cultural competence and, 56
Comprehensive health history, 25
  adult, 5b, 6–11
  focused health history versus, 4–5
Comprehensive physical examination
  adult, 11–15
  focused (problem-oriented) examination versus, 99b, 99–100
Compulsions, 583b
Conception age, 823
Conduction system, cardiac, 287–288
Conductive hearing loss, 172, 190–191, 229t
Conductive phase, of pathway of hearing, 161
Condylar joints, 486, 486b
Condyloma acuminatum, in males, 422t
Condyloma latum, 450t, 461
Condylomata, 443
Cone of light, 161
Confabulation, 582b
Confidentiality, 58b
  adolescents and, 775
  interviewing and, 30
Congenital adrenal hyperplasia, 726
Congenital heart disease, 700
  pathologic findings of, 809t–810t
  prevention of, 296–298, 297b
Congenital rubella syndrome, 721, 815t
Congestive heart failure, 294, 310, 379
  in infants, 717, 720, 724
  right-sided, 304
Conjugate gaze, 751
Conjugate movements, 182
Conjunctiva, 154
  examination of
    in infants, 707
    techniques for, 180–181
  inflammation of, 180
Conjunctivitis, 215t
Consciousness
  level of, 574b
    assessment of, in stuporous or comatose patients, 643b, 642–644
    in general survey, 103
    in mental status examination, 574b, 579
  loss of, 608
Consensual reaction to light, 158
Consolidation, physical findings in, 276t
Constipation, 366, 397t
  during pregnancy, 821b
Constitutional delay, 746, 780
Constrictive pericarditis, 304
Constructional ability, in mental status examination, 587
Continuers, 38
Control, delusions of being controlled and, 583b
Convergence, 158, 184
Coordination, assessment of, 625–629
  in children, 772–773
COPD (chronic obstructive pulmonary disease), 264, 379. *See also* Bronchitis, chronic
  dyspnea in, 270t–271t
  in older adults, 864
  physical findings in, 277t
Coracoid process, 501
Corn(s), 557t
Cornea
  examination techniques for, 181
  infection of, 215t
  injury of, 215t
Corneal arcus, 216t
Corneal reflexes, assessment of, 612, 613–614
Corneal scar, 216t
Corpora cavernosa, 411
Corpus luteum, 819
Corpus spongiosum, 411–412
Corticobulbar tract, 601b, 602
Corticospinal tract, 601b, 602, 603
Costochondritis, 249
Costovertebral angle, 361
Cotton-wool patches, 225t
Cough, 249–250, 272t
  during pregnancy, 828
Cough syncope, 649t–650t
Counseling. *See* Health promotion and counseling
Cover-uncover test, 182, 218t
Coxsackie A infection, skin in, 147t
Crabs, pubic, 440
Crackles, 259, 260, 260b, 275t
Cranial nerves
  anatomy and physiology of, 598, 599b
  in comprehensive physical examination, 14
  I (olfactory), 598, 599b
    of children, 771b
    examination of, 611, 612
    in infants, 732b
  II (optic), 598, 599b

of children, 771b
examination of, 611, 612
in infants, 732b
III (oculomotor), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 611, 612
in infants, 732b
paralysis of, 182, 217t, 218t
IV (trochlear), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 611, 612
in infants, 732b
paralysis of, 218t
neuralgias of, headache and, 208t–209t
of newborns, 731, 732b
V (trigeminal), 495, 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 613–614
headache and, 208t–209t
of infants, 732t
VI (abducens), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 611, 612
of infants, 732t
paralysis of, 218t
VII (facial), 598, 599b
central lesions of, 658t
of children, 772b, 803t
examination of, 612, 614–615
of infants, 732t
palsy of, diagnostic facies and, 803t
peripheral lesions of, 657t
VIII (acoustic), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 615
of infants, 732t
IX (glossopharyngeal), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 615
of infants, 732t
X (vagus), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 615
of infants, 732t
XI (spinal accessory), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 615–616
of infants, 732t
XII (hypoglossal), 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 616
Craniosynostosis, 704, 802t
Craniotabes, 704
Crepitus, 494
Crescendo-decrescendo murmurs, 318
Crescendo murmurs, 318
CREST syndrome, skin in, 146t
Cricoid cartilage, 169
Crohn's disease
diarrhea due to, 398t–399t
skin in, 146t
Crossover test, 503
Cross straight leg-raising sign, 542
Crude touch, 604
Crusts, 139t, 145t
Crying
of infants, 711, 711b
in interview, 44
Cryptorchidism, 417, 424t, 725, 765, 813t
Cultural competence, in interviewing, 53–57, 54b, 55b
collaborative partnerships and, 56–57
respectful communication and, 56
self-awareness and, 55–56
Culture, aging and, 850–851
Cushing's disease, skin in, 146t
Cushing's syndrome, 375
facies in, 211t
Cutaneous cysts, 137t, 226t
Cutaneous hyperesthesia, 390
Cuticle, 122, 123
Cutis marmorata, 699
Cyanosis, 122, 126, 132t, 252
central, in infants, 715
in children, 808t
Cyanotic heart disease
congenital, 699
in infants, 698
Cyclothymic episodes, 590t
Cyst(s)
Baker's, 534
branchial cleft, 705
of breasts, 357t
cutaneous, 226t
epidermoid
scrotal, 423t
vulvar, 450t
epididymal, 425t
inclusion, epidermal, 137t
nabothian, 452t
ovarian, 457t
pilar, 177
pilonidal, 469t
popliteal, 534
preauricular, 705
of skin, 137t, 226t
thyroglossal duct, 706, 710
Cystoceles, 441, 451t
during pregnancy, 832
Cystourethrocele, 451t
Cytomegalovirus, retinal changes in, 708

D

Dacryocystitis, 214t
in infants, 708
Dandruff, 139t
Data, clinical. *See* Clinical data
DDST (Denver Developmental Screening Test), 79ti–796t, 694
Death and dying, interviewing and, 52–53
Decerebrate rigidity, 645, 667t
Decision-making, clinical, 68, 68b–69b
Decision-making capacity, interviewing and, 42–43
Decorticate rigidity, 645, 667t
Decrescendo murmurs, 318
Deep tendon reflexes, 600–601, 632–639
assessment of, 632–639
in children, 773–774
in newborns, 731
Deep veins, 474, 475
Deep vein thrombosis, 487, 492t–493t
Dehydration, 703
in newborns, 702
Delayed puberty, 780, 782
Delirium, 873t
of older adults, 847
Delivery, calculating expected date of, 823
Deltoid ligament, 539
Delusion(s), 583b
Delusional disorder, 593t
Dementia, 577, 580, 873t
screening for, in older adults, 856–857
Dental caries
in children, 758, 806t
in older adults, 864
Dentate line, 460
Denver Developmental Screening Test (DDST), 79ti–796t, 694
Deoxyhemoglobin, 122
Depersonalization, feelings of, 583b
Depression
constipation due to, 397t
major, 576–577, 590t
screening for, in older adults, 856
De Quervain's tenosynovitis, 510, 511, 512
Derailment, 582b
Dermatitis
atopic, 145t
in children, 801t
infected, 145t
diaper, 800t
seborrheic, 177, 180
Dermatofibroma, 137t
Dermatomes, 605–606
Dermatomyositis, skin in, 146t
Dermis, 121
Detrusor muscle, 361
Developmental milestones, testing for, 694
Developmental quotients, 737b
Deviation (of eyes), 182
Dextrocardia, 308–309
Diabetes, skin in, 146t
Diabetic retinopathy, 224t
Diagnoses, working, establishing, 69–70
Diagnostic hypotheses, generating and testing, 32–33, 68–69, 68b–69b
Diaper dermatitis, 800t
Diaphragm, 247
auscultation of, 314
Diaphragmatic excursion, determining, 257–258
Diarrhea, 366–367, 398t–399t
Diastasis recti, 404t, 723, 819
Diastole, 282, 283, 284
Diastolic blood pressure, 302
Diastolic murmurs, 316, 317, 334t
Diet, 8. *See also* Nutrition
healthy, 300–301
for hypertension, 118t
stroke prevention and, 610
teeth and, 176
Dietary intake
assessing, 92–93
guidelines for, 92–93
rapid screen for, 115t

Diethylstilbestrol, fetal exposure to, cervical effects of, 453t
Diffuse esophageal spasm, 396t
  chest pain with, 268t–269t
Digital clubbing, 150t
Digital rectal examination (DRE), for prostate cancer, 462, 463
Digit span, 585
Dimpling, of skin of breast, 356t
Diphtheria, 233t
DIP (distal interphalangeal) joints, 508, 511
Diplopia, 172, 607
Direct reaction to light, 158
Discharge
  from ear, 173
  from nipples, 341
  penile, 414, 417
  vaginal, 434, 454t
    in adolescents, 782
    in children, 767
Discriminative sensations, assessment of, 632–633
Disease(s), vaccine-preventable, 815t
Disease/illness distinction model, 33–34
Disruptive patients, interviewing, 44
Disseminated intravascular coagulation, skin in, 146t
Distal interphalangeal (DIP) joints, 508, 511
Distal weakness, 608
Distress, signs of, in general survey, 103–104
Diverticulitis, acute, 408t
Dizziness, 210t, 607
DNR (do-not-resuscitate) status, asking patients about, 53
Doll's eye reflex
  assessment of, in stuporous or comatose patients, 644
  in newborns, 707
Domestic violence
  asking questions about, 51b, 51–52
  national hotline for, 825b
  pregnancy and, 825
Do-not-resuscitate (DNR) status, asking patients about, 53
Doppler method, for blood pressure measurement, 697
Dorsalis pedis artery, 474
Dorsalis pedis pulse, 485
Dorsiflexion, at ankle, testing, 624
Dorsiflexors, 539
Double vision, 172
Down syndrome, 699, 705, 707, 710
  diagnostic facies in, 804t
Draping, 102
DRE (digital rectal examination), for prostate cancer, 462, 463
Dress
  in general survey, 104
  in mental status examination, 579
Drop-arm sign, 504
Drop attacks, 652t
Drug(s)
  affecting hearing, 173
  constipation due to, 397t
  dizziness and vertigo due to, 210t
  in health history, 7
  older adults and, 852–853
  urinary incontinence due to, 402t–403t
Drug eruption, 145t
Drug reactions, 489
Drug use/abuse. *See also* Alcohol use
  asking questions about, 50–51
  in health history, 7
Drusen, 188, 225t, 863
Dry atrophic macular degeneration, 188
Dry skin, 139t
Dullness, as percussion note, 256b, 257, 263
Duodenum, anatomy and physiology of, 360
Dupuytren's contracture, 493, 510, 513, 554t
Durable power of attorney for health care, 43, 53
Dysarthria, 580, 591t, 607, 616
Dyschromia, harlequin, 699
Dysdiadochokinesis, 626
Dysequilibrium, 210t
Dysesthesias, 608
Dyslipidemias, 610
  skin in, 146t
Dysmenorrhea, 433
Dysmetria, 626
Dyspareunia, 434
Dyspepsia, 394t–395t
Dysphagia, 365, 396t
Dysphonia, 591t
Dyspnea, 249, 270t–271t, 294
  nocturnal, paroxysmal, 294
  during pregnancy, 828
Dysthymic disorder, 590t
Dystonia, 654t
Dysuria, 368–369

E

Ear(s), 160–162
  abnormalities of, in children, 805t
  anatomy of, 160–161
  in comprehensive physical examination, 12
  equilibrium and, 162
  examination techniques for, 189–191
    for adolescents, 777
    for children, 753–756, 754b
    for infants, 708–709, 709b
    in older adults, 862–864
  in health history, 172–173
  lumps on or near, 226t
  pain in, 173
  pathways of hearing and, 161–162
  in review of systems, 9
Earache, 173
Ear canal, 160
  examination techniques for, 189–190
  in infants, 709
Eardrum, 160, 161
  abnormalities of, 227t–228
  examination techniques for, 189–190
  examining in children, 753–755, 754b
  normal appearance of, 227t
Early childhood, development during, 675–677
Early-systolic ejection sounds, 329t
Eating disorders, 116t
Ecchymosis, 141t
Eccrine glands, 123
ECG (electrocardiogram), 287–288
Echoing, in interview, 38
Echolalia, 582b
Ectocervix, 430
Ectropion, 180, 213t, 430
  in older adults, 862
Eczema
  atopic, 134t
  in children, 801t
Edema, 93, 294–295
  dependent, 294
  facial, during pregnancy, 828
  of feet and legs, 486–487
  in newborns, 700
  pitting, 486, 496t
  during pregnancy, 821b
    varicose, 833
  scrotal, 423t
  of skin of breast, 356t
Efferent fibers, 600
Effusions
  of knee, 534, 536
  pericardial, in infants, 718
  pleural, physical findings in, 277t
  in trauma, 494
Egophony, 261
Ejaculation, 414
  premature, 414
Elbows, 506–507
  bony structures and joints of, 506
  examination techniques for, 507
  extension at, testing, 619
  flexion at, testing, 619
  swollen, 552t
  tender, 552t
Elders. *See* Older adults
Electrocardiogram (ECG), 287–288
Electronic thermometers, 112
Emotional development
  during adolescence, 679, 680b
  during early childhood, 676
  during infancy, 674
  during middle childhood, 678, 678b
Empathic responses, 38–39
Empowering patients, 40–41, 41b
Endocarditis, infective, skin in, 146t
Endocrine system, in review of systems, 11
End-of-life decisions, asking patients about, 53
Endometrial hyperplasia, in older adults, 866
Entropion, 213t
  in older adults, 862
Environment
  adapting for older adults, 848–849
  for interview, 28
  for interviewing, 30
  for physical examination, 98–99
Epicondylitis, 552t
  lateral, 507
  medial, 507
Epidermis, 121
Epidermoid cysts
  scrotal, 423t
  vulvar, 450t

Epididymis, 411, 412, 418
cyst of, 425t
Epididymitis
acute, 425t
in children, 765
tuberculous, 425t
Epigastric hernia, 404t
Epiglottitis, acute, in children, 760
Episcleritis, 214t
Episiotomy scars, 831
Epistaxis, 174
Epitrochlear lymph nodes, 476, 482
in comprehensive physical examination, 12
Epstein's pearls, 710
Epulis, 235t
Equilibrium, 162
Erectile dysfunction, 414
Erosions, 140t, 145t
Erythema, 133t
Erythema infectiosum, 147t
Erythema multiforme, 144t
Erythema nodosum, 479, 492t–493t
Erythema toxicum, 800t
Esophageal cancer, 396t
Esophageal spasm, diffuse, 396t
chest pain with, 268t–269t
Esophageal strictures, 396t
Esophagitis, reflux, chest pain with, 268t–269t
Esotropia, 218t
in newborns, 707
Essential tremor, in older adults, 868
Estradiol, during pregnancy, 817
E-to-A change, 261
Eustachian tube, 160, 161
Excoriations, 140t, 145t
Exercise, 8, 96
counseling about, 301
musculoskeletal system and, 491
for older adults, 855–856
during pregnancy, 824–825
stroke prevention and, 610
Exophthalmos, 213t
examination techniques for, 200
Exostoses, 189
Exotropia, 218t
in newborns, 707
Experience of illness, encouraging patient to discuss, 25
Extension
at elbow, testing, 619
at hip, testing, 623
at knee, testing, 623
at wrist, testing, 620
External anal sphincter, 459
External ear, 160
External inguinal ring, 413
External os, 430, 431
External rotation, 502
Extinction, 632
Extrahepatic jaundice, 367
Extraocular movements
assessment of, 611, 612
in stuporous or comatose patients, 644
conjugate, 182
in infants, 707
Extraocular muscles, 159
examination techniques for, 182–184
Extremities, examination techniques for, during pregnancy, 833
Eye(s), 154–159. *See also* Ocular *entries*; Optic *entries*; Visual *entries*
abnormalities of, in children, 805t
anatomy of, 154–156
autonomic nerve supply to, 159
in comprehensive physical examination, 12
disorders of, headaches from, 206t
examination techniques for, 177b, 177–188
for adolescents, 777
for children, 751–752, 752b
for infants, 706–708, 708b
in older adults, 862–863, 862–864
extraocular muscles and, 159
in health history, 171–172
of older adults, 842–843
position and alignment of, 180
during pregnancy, 828
pupillary reactions and, 157–158
red, 215t
in review of systems, 9
visual fields and, 156–157
visual pathways and, 157
Eyebrows, examination techniques for, 180
Eyelid(s)
examination techniques for, 180
variations and abnormalities of, 213t
Eyelid patch birthmark, 799t
Eye movements. *See* Extraocular movements

F

Face
examination techniques for, 177
during pregnancy, 828
Facet joints, 518
Facial expression
in general survey, 105
in mental status examination, 579
Facial movements, assessment of, 612, 614–615
Facial nerve, 598, 599b
central lesions of, 658t
of children, 772b, 803t
examination of, 612, 614–615
of infants, 732t
palsy of, diagnostic facies and, 803t
peripheral lesions of, 657t
Facial paralysis, 657t–658t
Facial sensation, assessment of, 612, 613
Facial swelling, 211t
Facies, 211t
diagnostic, in infancy and childhood, 803t–804t
of newborn, 704, 705b
Failure to thrive, 695
Fainting, 608
common, 649t–650t
hysterical, 649t–650t
Fall(s), 491
by older adults, risk of, 859
Fallopian tube, 430
Familial megaloencephaly, 696
Familial short stature, 746
Families, of children
hidden agendas of, 744–745
as resources, 744
working with, 743–744
Family history, 5b, 8
first prenatal visit and, 822
Family planning, 437
Family violence
asking questions about, 51b, 51–52
national hotline for, 825b
pregnancy and, 825
Farsightedness, 171
Fasciculations, 616
Fatigue, 94
during pregnancy, 821b
Febrile convulsions, 652t
Feelings
of depersonalization, 583b
of patient
empathizing with, 39
identifying, 39
of unreality, 583b
Feet
abnormalities of, 556t
flat, 556t
of infants, 728, 729–730
inversion of, in children, 813t
Felon, 555t
Female genitalia, 429–457. *See also specific organs*
anatomy and physiology of, 429–431
examination of. *See also* Pelvic examination
in comprehensive physical examination, 15
examination techniques for, 438b, 438–448, 439b
for adolescents, 782–784, 783b
for children, 766–769
for external examination, 440–441
for hernias, 448
for infants, 725–726
for internal examination, 441–447
in older adults, 865–867
for urethritis, 448
in health history, 432b, 432–435
health promotion and counseling and, 435b, 435–438
of older adults, 845
during pregnancy, inspection of, 831
recording findings for, 448, 448b
Femoral artery, 474
Femoral canal, 413
Femoral condyle, lateral, 533
Femoral pulse, 483
Fetal alcohol syndrome, 705
facies in, 803t
Fetal heart rate (FHR), auscultation of, 830–831
Fetal heart rhythm, 831
Fetal movements, palpation for, 829
Fetus
breech presentation of, 691, 831, 833
modified Leopold's maneuvers and, 833–836
presentation of, 833

Fever, 95, 112
in infants, 698
Fever blisters, 230t
FHR (fetal heart rate), auscultation of, 830–831
Fibroadenomas, of breasts, 357t, 778
Fibroids, 456t
Fibromyalgia, 489
Fibromyalgia syndrome, joint pain in, 548t–549t
Fibrous connective tissue, of female breast, 338
Fibrous joints, 485, 485b
Fibula, 538
Fifth disease, skin in, 147t
Fine touch, 604
Finger(s)
abduction of, testing, 621
clubbing of, 150t
range of motion and maneuvers for, 513
Fingernails, 121, 122, 123
examination of, 128
findings in or near, 150t–151t
in health history, 123, 123b
in older adults, 842
Fissure(s)
of lungs, 245
of skin, 140t
Fissured tongue, 237t
Flaccidity, 659t
Flaccid paralysis, 645
Flail chest, traumatic, 273t
Flank pain, 370
Flat feet, 556t
in children, 813t
Flatness, as percussion note, 256b
Flatus, 363
Flexion
at elbow, testing, 619
at hip, testing, 622
at knee, testing, 624
Flexion deformity, 525
Flexor retinaculum, 509, 541
Flight of ideas, 582b
Fluency, 580
Fluid exchange, 477
Focused health history, 26
comprehensive health history versus, 4–5
Focused physical examination, comprehensive examination versus, 99b, 99–100
Focused questions, 36–37
Folliculitis, hot tub, 144t
Follow-up, planning for, 34–35
Fontanelles, 702
Food groups, 115t
Foot. *See* Feet
Forced expiratory time, 265
Fordyce spots (granules), 234t
Foreign bodies
in infants, 712
in nose, in children, 756
Foreskin, 412
of infants, 725
Forgetfulness, of older adults, 847
Fornix, 430
Fourth heart sound, in older adults, 844
Fovea, 156
Fractures
of clavicle
in infants, 727
in newborns, 706
Colles', 510
of hip, 525
of ribs, identification of, 265
scaphoid, 510
supracondylar, 507
FRAMES model, 371
Fremitus, 254, 262, 274t
in infants, 713
Friction rubs, 377
abdominal, 406t
Frontal bone, 153
Frontal sinuses, 193
Frozen shoulder, 551t
Fulminant hepatitis, 379
Functional incontinence, 369, 402t–403t
Functional status, of older adults, assessing, 857–858
Fundal height, measurement, during pregnancy, 830
Fundus, 156, 430
in diabetic retinopathy, 224t
in hypertensive retinopathy, 223t
light-colored spots in, 225t
normal, skin color and, 223t
red spots and streaks in, 222t
Funnel chest, 273t, 711
Furuncles, 192

G

Gag reflex, assessment of, 612, 615
Gait
abnormalities of, 663t–664t
assessment of, 627–628
in children, 772
in general survey, 105
observation of, 525
in older adults, 664t, 868
parkinsonian, 664t
Galactorrhea, 341
nonpuerperal, 352
Galant's reflex, 736b
Galeazzi test, 729
Gallbladder
anatomy and physiology of, 360
disease or surgery of, as risk factor for biliary obstruction, 368
Gallop, in infants, 720
Ganglion, 554t
Gangrene, 478
Garrulous patients, interviewing, 43–44
Gas, abdominal, 363, 405t
Gastrocnemius muscles, 538
Gastroenteritis, 723
Gastroesophageal reflux, cough and hemoptysis in, 272t
Gastrointestinal system. *See also specific organs*
in health history, 362–368
in review of systems, 10
Gaze
cardinal directions of, 159
dysconjugate, 218t
Gaze preference, 644
Gelling, 489
Generalized anxiety disorder, 576, 592t
Generalized seizures, 652t
General survey, 11–12, 103–105
of adolescents, 776
of children, 745–747
of infants, 695–698
of older adults, 860
recording findings of, 113, 113b
Genital herpes, in males, 422t
Genitalia. *See also* Female genitalia; Male genitalia; Pelvic examination; *specific organs*
ambiguous, 726
Genital system, in review of systems, 10
Genital warts, 461
female, 450t
Genu valgum, 532
Genu varum, 493, 532, 739
in children, 770, 813t
Geographic tongue, 237t
congenital, 759
Geriatrics. *See* Older adults
Geriatric syndromes, 850
German measles, skin in, 147t
Gestation. *See also* Fetal *entries*; Fetus; Pregnancy
calculating expected length of, 823
Gestational age, 688b, 688–689, 689b
Ballard scoring system for, 688, 794t
Giant cell arteritis, headache and, 208t–209t
Gilbert's syndrome, 367
Gingiva, 165
enlargement of, during pregnancy, 828
Gingival hyperplasia, 235t
Gingival margins, 165
Gingival sulcus, 165
Gingivitis, 174, 194, 864
marginal, 235t
ulcerative, acute necrotizing, 235t
Glandular cells, in Pap smear, 437
Glandular tissue, of female breast, 338
Glans, 411, 412, 417
Glaucoma, 175–176, 179, 215t, 863
narrow-angle, 181
in older adults, 843
open-angle, 172, 181, 186
optic nerve cupping in, 220t
Glenohumeral joint, 498
examination techniques for, 505b
Glossopharyngeal nerve, 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 615
of infants, 732t
Glove and stocking sensory loss, 630
Gluteus maximus muscles, 524
Gluteus medius muscles, 524
Gluteus minimus muscles, 524
Goiter, 175, 198
multinodular, 239t
Gold standard, 74
Gonococcal arthritis, 488, 489, 490
Gonococcal tenosynovitis, 510

Fever, 95, 112
in infants, 698
Fever blisters, 230t
FHR (fetal heart rate), auscultation of, 830–831
Fibroadenomas, of breasts, 357t, 778
Fibroids, 456t
Fibromyalgia, 489
Fibromyalgia syndrome, joint pain in, 548t–549t
Fibrous connective tissue, of female breast, 338
Fibrous joints, 485, 485b
Fibula, 538
Fifth disease, skin in, 147t
Fine touch, 604
Finger(s)
abduction of, testing, 621
clubbing of, 150t
range of motion and maneuvers for, 513
Fingernails, 121, 122, 123
examination of, 128
findings in or near, 150t–151t
in health history, 123, 123b
in older adults, 842
Fissure(s)
of lungs, 245
of skin, 140t
Fissured tongue, 237t
Flaccidity, 659t
Flaccid paralysis, 645
Flail chest, traumatic, 273t
Flank pain, 370
Flat feet, 556t
in children, 813t
Flatness, as percussion note, 256b
Flatus, 363
Flexion
at elbow, testing, 619
at hip, testing, 622
at knee, testing, 624
Flexion deformity, 525
Flexor retinaculum, 509, 541
Flight of ideas, 582b
Fluency, 580
Fluid exchange, 477
Focused health history, 26
comprehensive health history versus, 4–5
Focused physical examination, comprehensive examination versus, 99b, 99–100
Focused questions, 36–37
Folliculitis, hot tub, 144t
Follow-up, planning for, 34–35
Fontanelles, 702
Food groups, 115t
Foot. *See* Feet
Forced expiratory time, 265
Fordyce spots (granules), 234t
Foreign bodies
in infants, 712
in nose, in children, 756
Foreskin, 412
of infants, 725
Forgetfulness, of older adults, 847
Fornix, 430
Fourth heart sound, in older adults, 844
Fovea, 156
Fractures
of clavicle
in infants, 727
in newborns, 706
Colles', 510
of hip, 525
of ribs, identification of, 265
scaphoid, 510
supracondylar, 507
FRAMES model, 371
Fremitus, 254, 262, 274t
in infants, 713
Friction rubs, 377
abdominal, 406t
Frontal bone, 153
Frontal sinuses, 193
Frozen shoulder, 551t
Fulminant hepatitis, 379
Functional incontinence, 369, 402t–403t
Functional status, of older adults, assessing, 857–858
Fundal height, measurement, during pregnancy, 830
Fundus, 156, 430
in diabetic retinopathy, 224t
in hypertensive retinopathy, 223t
light-colored spots in, 225t
normal, skin color and, 223t
red spots and streaks in, 222t
Funnel chest, 273t, 711
Furuncles, 192

G

Gag reflex, assessment of, 612, 615
Gait
abnormalities of, 663t–664t
assessment of, 627–628
in children, 772
in general survey, 105
observation of, 525
in older adults, 664t, 868
parkinsonian, 664t
Galactorrhea, 341
nonpuerperal, 352
Galant's reflex, 736b
Galeazzi test, 729
Gallbladder
anatomy and physiology of, 360
disease or surgery of, as risk factor for biliary obstruction, 368
Gallop, in infants, 720
Ganglion, 554t
Gangrene, 478
Garrulous patients, interviewing, 43–44
Gas, abdominal, 363, 405t
Gastrocnemius muscles, 538
Gastroenteritis, 723
Gastroesophageal reflux, cough and hemoptysis in, 272t
Gastrointestinal system. *See also specific organs*
in health history, 362–368
in review of systems, 10
Gaze
cardinal directions of, 159
dysconjugate, 218t
Gaze preference, 644
Gelling, 489
Generalized anxiety disorder, 576, 592t
Generalized seizures, 652t
General survey, 11–12, 103–105
of adolescents, 776
of children, 745–747
of infants, 695–698
of older adults, 860
recording findings of, 113, 113b
Genital herpes, in males, 422t
Genitalia. *See also* Female genitalia; Male genitalia; Pelvic examination; *specific organs*
ambiguous, 726
Genital system, in review of systems, 10
Genital warts, 461
female, 450t
Genu valgum, 532
Genu varum, 493, 532, 739
in children, 770, 813t
Geographic tongue, 237t
congenital, 759
Geriatrics. *See* Older adults
Geriatric syndromes, 850
German measles, skin in, 147t
Gestation. *See also* Fetal *entries*; Fetus; Pregnancy
calculating expected length of, 823
Gestational age, 688b, 688–689, 689b
Ballard scoring system for, 688, 794t
Giant cell arteritis, headache and, 208t–209t
Gilbert's syndrome, 367
Gingiva, 165
enlargement of, during pregnancy, 828
Gingival hyperplasia, 235t
Gingival margins, 165
Gingival sulcus, 165
Gingivitis, 174, 194, 864
marginal, 235t
ulcerative, acute necrotizing, 235t
Glandular cells, in Pap smear, 437
Glandular tissue, of female breast, 338
Glans, 411, 412, 417
Glaucoma, 175–176, 179, 215t, 863
narrow-angle, 181
in older adults, 843
open-angle, 172, 181, 186
optic nerve cupping in, 220t
Glenohumeral joint, 498
examination techniques for, 505b
Glossopharyngeal nerve, 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 615
of infants, 732t
Glove and stocking sensory loss, 630
Gluteus maximus muscles, 524
Gluteus medius muscles, 524
Gluteus minimum muscles, 524
Goiter, 175, 198
multinodular, 239t
Gold standard, 74
Gonococcal arthritis, 488, 489, 490
Gonococcal tenosynovitis, 510

Heart. *See also* Cardiac *entries*; Cardiovascular system
chambers of, 281
examination techniques for
for adolescents, 777b, 777–778
for children, 762b, 762–763
for infants, 714–722
during pregnancy, 829
left atrium of, 280
left ventricle of, 280
as pump, 288
right atrium of, 280
right ventricle of, 279–280
surface projections of, 279–281
valves of, 281
Heartburn, 249, 362–363
during pregnancy, 821b
Heart failure
left sided
cough and hemoptysis in, 272t
dyspnea in, 270t–271t
physical findings in, 276t
left ventricular, 294
Heart murmurs, 285–286, 292
in adolescents, 777b, 777–778
attributes of, 316–319, 318b
in children, 762b, 762–763
diastolic, 316, 334t
in infants, 720–722, 722b, 809t–810t
in older adults, 844–845, 865
pansystolic (holosystolic), 331t
systolic, 316–317
Heart rate, 111, 288, 324t
fetal, auscultation of, 830–831
measurement of, 302
in older adults, 841
Heart rhythms, 111, 324t
abnormalities in. *See also* Arrhythmias
in children, 798t
in infants, 718
irregular, 325t
in older adults, 841
Heart sounds, 284, 314
auscultation of, 315, 316b
diastolic, in systole, 330t
extra, in systole, 329t
in infants, 718–720
in older adults, 844
splitting of, 284–285, 292, 328t
variations in, 327t–328t
Heart valves, 281. *See also specific valves*
auscultation of sounds from, 286, 314
disorders of, in infants, 722b
semilunar, 281
stenotic, 285, 330
Heberden's nodes, 510, 511, 553t
Hegar's sign, 818
Height
of children, 745–746
in general survey, 104
measurement of, 90
in older adults, 860
during pregnancy, 828
Heliotrope, 133t
Helix, 160
Hematemesis, 362, 363
Hematochezia, 461
Hematologic system, in review of systems, 11
Hematoma, subdural, 696
Hematuria, 369–370
Hemianopsia, 172
Hemiparesis, 618
spastic, 663t
Hemiplegia, 618, 645
in comatose patients, 667t
Hemochromatosis, skin in, 146t
Hemolytic anemia, 367
Hemolytic disease of the newborn, 701
Hemoptysis, 250, 272t
Hemorrhage, subconjunctival, 215t
Hemorrhagic telangiectasia, hereditary, 231t
Hemorrhoids, 366, 469t
during pregnancy, 831
Hepatitis, 379
fulminant, 379
infectious, prevention of, 371–372
risk factors for, 368
Hepatocellular jaundice, 367
Hepatomegaly, 411t
in adolescents, 780
in children, 764
in infants, 724
Hereditary hemorrhagic telangiectasia, 231t
Hering loss, 176
Hernias
epigastric, 404t
examination techniques for, 419–420
inspection as, 419
palpation as, 419–420
in females, 448
femoral, female, 448
incisional, 404t
inguinal, 526, 765
female, 448
in males, 419–420
in comprehensive physical examination, 14
course and presentation of, 426t
differentiation of, 427t
femoral, 427t
incarcerated, 420
inguinal, 427t
inspection of, 419
palpation of, 419–420
scrotal, evaluating, 419–420
strangulated, 420
scrotal, 423t
umbilical, 404t, 723
ventral, assessment techniques for, 390
Herniated intervertebral discs, 520
Herpes simplex infections
genital, 443
female, 450t
in males, 422t
of lips, 230t
of skin, 135t, 137t
Herpes zoster infections
in older adults, 862
of skin, 127, 147t
Hidden agendas, of parents, 744–745
Hidradenitis suppurativa, 351
Higher cognitive functions, in mental status examination, 574b, 586–587
Hinge joints, 486, 486b
Hip(s), 523–528
abduction at, testing, 623
adduction at, testing, 623
bony structures and joints of, 523–524
examination techniques for, 525–528
inspection as, 525–526
palpation as, 526
range of motion and maneuvers as, 527–528
extension at, testing, 623
flexion at, testing, 622
flexion deformity of, 527
fracture of, 525
of infants, 727–728
muscle groups of, 524
Hip dysplasia, 728
Hirschsprung's disease, 724
Hirsutism, 177
History. *See* Health history
HIV, 437
prevention of, 415–416
Hives, 137t
in children, 801t
Hoarseness, 174
Holosystolic murmurs, 317, 331t
Hoover sign, 713
Hopping, 628
Horizontal inguinal lymph nodes, 477
Horizontal nystagmus, 655t
Hormonal changes, during pregnancy, 817–818
Horner's syndrome, 182, 217t
Hot tub folliculitis, 144t
Housemaid's knee, 532, 534
Houston, valves of, 460
HPV (human papillomavirus), 461
cervical cancer and, 435–437
Human papillomavirus (HPV), 461
cervical cancer and, 435–437
Humeroulnar joint, 506
Humerus, greater tubercle of, 498
Huntington's disease, 654t
Hutchinson's teeth, 235t236t
Hydroceles, 418, 419, 423t
Hydrocephalus, 177, 696, 704, 802t
Hydronephrosis, 724
Hydrostatic pressure, 477
Hymen, 429, 767–768
configurations in prepubertal and adolescent females, 811t
imperforate, 442, 726
Hyoid bone, 169
Hypalgesia, 631
Hyperalgesia, 631
Hypercortisolism, relative, during pregnancy, 818
Hyperemesis, during pregnancy, 828
Hyperesthesia, 631
cutaneous, 390
Hyperkinetic ventricular impulse, 326t
Hyperopia, 171
Hyperpnea, 120t
Hyperpyrexia, 112

Hyperresonance, as percussion note, 256b, 257, 263
Hypertension
in adolescents, 776
blood pressure level and, 109, 109b
in children, 749, 798t
control of, 610
diet for, 118t
in infants, 697
lifestyle modifications to prevent or manage, 299b, 299–301
in office ("white coat"), 110
in older adults, 841
prevention of, 295–296, 296b
pulmonary, 312, 313
in infants, 719
systemic, 313
systolic, isolation, 109
with unequal blood pressure in arms and legs, 111
Hypertensive retinopathy, 223t
Hyperthyroidism, 175, 177, 183–184
apical impulse in, 311
diagnostic facies in, 804t
signs and symptoms of, 239t
skin in, 127, 146t
Hypertrophic cardiomyopathy, 333t, 649t–650t
Hypertrophic osteoarthropathy, 490
Hypertrophy, 617
Hyperventilation, 120t, 249
anxiety with, dyspnea in, 270t–271t
hypercapnia due to, 649t–650t
Hypervolemia, jugular venous pressure and, 303
Hypesthesia, 631
Hypoalbuminemia, 294
Hypocapnia, 649t–650t
Hypoglossal nerve, 598, 599b
of children, 772b
examination of, 612, 616
Hypoglycemia, 649t–650t
Hypomanic episodes, 590t
Hypospadias, 417, 422t, 725, 813t
Hypotension
blood pressure level and, 109b, 110
postural (orthostatic), 110, 649t–650t
in older adults, 841
Hypothalamus, 596
Hypothermia, 112
actinic, 841
Hypothyroidism, 175, 177
congenital, 699, 702, 710
facies in, 803t
signs and symptoms of, 239t
skin in, 127
Hypotonia, in newborns, 731
Hypotonic muscles, 618
Hypovolemia, jugular venous pressure and, 303
Hysterectomy, Pap smear following, 436
Hysterical fainting, 649t–650t

I

IADLs (instrumental activities of daily living), older adults and, 852, 852b
Ichthyosis, 139t
congenital, 700
Identifying data, 5b, 6
Ileus, paralytic, 376
Iliac arteries, anatomy and physiology of, 360
Iliac crest, 523
Iliac spine
anterior superior, 523
posterior superior, 523
Iliac tubercle, 523
Iliofemoral thrombosis, 487
Iliopectineal bursa, 524
Iliopsoas bursa, 524
Iliopsoas muscles, 524
Ilium, 523
Illusions, 584b
Immunizations, 8
for older adults, 856
Imperforate hymen, 442
Impetigo, 138t, 139t
Incisional hernia, 404t
Incoherence, 582b
Incus, 160
Indigestion, 362
Induration, penile, 417
Infant(s) (first year)
abdomen of, 723b, 723–724
assessment of, 685–694
of newborn, 686b, 686–692
sequence of, 685
testing for developmental milestones and, 694
breasts of, 722
cries of, 711, 711b
development of, 674–675
diagnostic facies in, 803t–804t
ears of, 708–709, 709b
eyes of, 706–708, 708b
female genitalia of, 725–726
heart murmurs in, 809t–810t
heart of, 714–722
auscultation of, 718–722, 719b, 722b
inspection of, 715b, 715–716, 716b
palpation of, 716–718
male genitalia of, 725
mouth and pharynx of, 710–711
musculoskeletal system of, 727–730
neck of, 705–706
newborn. *See* Newborns
nose and paranasal sinuses of, 709–710
postterm, 700
premature, 689, 699
preventive health care recommendations for, 797t
rashes in, 800t
rectal examination of, 726
reflexes in, 733, 734, 735b–736b
techniques of examination for, 695–737
for abdomen, 723b, 723–724
for breasts, 722
for ears, 708–709, 709b
for eyes, 706–708, 708b
for female genitalia, 725–726
general survey as, 695–698
for head, 702–705, 705b
for heart, 714–722
for male genitalia, 725
for mouth and pharynx, 710–711
for musculoskeletal system, 727–730
for neck, 705–706
for nervous system, 730–737, 732b, 735b–737b
for nose and paranasal sinuses, 709–710
for rectal examination, 726
for skin, 699–702
for thorax and lungs, 711–714, 712b, 714b
thorax and lungs of, 711–714, 712b, 714b
Infantile automatisms, 734
Infection(s). *See also specific infections*
of Bartholin's gland, 451t
of bladder, 368, 386
corneal, 215t
diarrhea due to, 398t–399t
from oral-penile transmission, 414
thenar space, 555t
of vas deferens, 418
Infectious diarrhea, 398t–399t
Inferior rectus muscle, right, 159
Inferior vena cava, 281
obstruction of, 375
Inflammation
meningeal, testing for, 641
signs of, 494
Inflammatory bowel disease
in children, 769
diarrhea due to, 398t–399t
Inflammatory diarrhea, 398t–399t
Information, in mental status examination, 586
Informed consent, 58–59
Infraclavicular lymph nodes, 340
Infranuclear ophthalmoplegia, 183
Infrapatellar bursitis, 532
Infraspinatus muscles, 499, 505
Ingrown toenails, 557t
Inguinal canal, 413
Inguinal hernias, 526, 765
female, 448
Inguinal ligament, 526
Inguinal lymph nodes
horizontal, 477
in males, 412
superficial, 477, 483
vertical, 477
Inguinal ring, external, 413
Innocent flow murmurs, 318
Insect bites, 137t, 138t
in children, 801t
Insight, 584
in mental status examination, 574b, 584
Inspection
of abdomen, of infants, 723
in abdominal examination, 374–376
of ankle and foot, 539
of axillae, 350–351
of breasts, 345–346
during pregnancy, 829
in cardiac examination, 308–313
of aortic area, 313
of left ventricular area, 309–311

Inspection, in cardiac examination (*continued*)
of pulmonic area, 313
of right ventricular area, 311–313
of cervix, during pregnancy, 832
of chest
anterior, 261
posterior, 253
of elbow, 507
of female genitalia, during pregnancy, 831
of hands, 509–510
of heart, in infants, 715b, 715–716, 716b
of hip, 525–526
of knee, 532
of male genitalia, 416–417
of infants, 725
of neck, 253
during pregnancy, 827
of shoulder, 501
of skin, in infants, 700–701
of spine, 518
of temporomandibular joint, 496
of thorax, during pregnancy, 828
of vaginal walls, of cervix, 832
of wrist, 509–510
Instrumental activities of daily living (IADLs), older adults and, 852, 852b
Insulin resistance, during pregnancy, 818
Intelligence level, interviewing and, 46–47
Intention tremors, 626, 653t
Intercarpal joints, 508
Interdental papillae, 165
Intermenstrual bleeding, 433
Intermittent claudication, 478, 483, 492t–493t
Internal anal sphincter, 459
Internal capsule, 597
Internal rotation, 502
Interossei muscles
dorsal, 509
palmar, 509
Interphalangeal joints
distal, 538
proximal, 538
Interpreters, for interviewing, 45, 45b
Interruptions, avoiding during interviewing, 31
Interstitial lung diseases, diffuse, dyspnea in, 270t–271t
Intervertebral discs, 516–517
herniated, 520
Intervertebral foramen, 516
Interviewing, 23–61. *See also* Health history
adapting for specific situations
across language barriers, 44–45, 45b
with angry or disruptive patient, 44
with confusing patient, 41–42
with crying patient, 44
with hearing impaired patient, 46
with patients with altered capacity, 42–43
with patients with low literacy, 45–46
with patient with limited intelligence, 46–47
with patient with personal problems, 47
with silent patient, 41
with talkative patient, 43–44
with visually impaired patient, 46
approach to, 26–28
chart review before, 26
closing and follow-up planning and, 34–35
cultural competence and, 53–57, 54b, 55b
collaborative partnerships and, 56–57
respectful communication and, 56
self-awareness and, 55–56
environment for, adjusting, 28
ethics and professionalism in, 57b–61b, 57–61
expanding and clarifying patient's story in, 31–32, 32b, 36–38, 37b
following patient's lead in, 31
generating and testing diagnostic hypotheses in, 32–33
goals for
identifying, 31
setting, 27
greeting patient and establishing rapport and, 29–30
inviting patient's story in, 30–31
language for, 32
listening and, 31
milestones for, 24b
negotiating plans and, 34
note taking during, 28
process of, 25
questions for, 30–32
self-evaluation of behavior and appearance for, 27–28
self-reflection for, 26
sensitive topics in, 47–53, 48b
alcohol and drugs as, 50b, 50–51
death and dying as, 52–53
family violence as, 51b, 51–52
mental health history as, 49–50
sexual history as, 48–49
sequence of, 28b, 28–35
sexuality and, 57
shared understanding of problem in, 33b, 33–34
therapeutic relationship and. *See* Therapeutic relationship
Intestinal obstruction, 366, 375, 377
in infants, 723
mechanical
acute, pain due to, 394t–395t
constipation due to, 397t
Intracranial pressure
elevated, 187
increased, fontanelles and, 702, 703
Intrahepatic jaundice, 367
Intrauterine growth restriction (IUGR), 833
Introitus, 429
small, 442b
Intussusception, 724
Involuntary movements, 609
in motor assessment, 616
Irises, examination of
in infants, 707
techniques for, 181
Iritis, acute, 215t
Irritability, of newborns, 730
Irritable bowel syndrome, 397t, 398t–399t
Ischemia, mesenteric, 394t–395t
Ischemic heart disease, 310
Ischial bursa, 524
Ischial tuberosity, 523, 524
Ischiogluteal bursa, 524, 526
Ischium, 523
Itching, 123, 367
with rhinorrhea, 173
vulvovaginal, 434
IUGR (intrauterine growth restriction), 833

J

Jaundice, 126, 133t, 367
in newborns, 701
Jaw movements, assessment of, 612, 613
Jealousy, delusions of, 583b
Joint(s), 483–557. *See also specific joints*
cartilaginous, 485, 485b
condylar, 486, 486b
fibrous, 485, 485b
hinge, 486, 486b
limited motion of, describing, 543
pain in and around, 548t–549t
spheroidal (ball-and-socket), 486, 486b
structure and function of, 484
synovial, 485, 485b
structure of, 486b, 486–490
Joint capsule, 485
Joint pain, 488–490
Judgment, 584
in mental status examination, 574b, 584
Jugular artery pulsations, carotid artery pulsations versus, 303b
Jugular veins
examination techniques for, 200
external, 168
internal, 168
Jugular venous hum, 293
Jugular venous pressure (JVP), 290–291
measurement of, 302–304, 303b
Jugular venous pulsations, 292, 304–305
JVP (jugular venous pressure), 290–291
measurement of, 302–304, 303b

K

Kaposi's sarcoma, 145t, 233t
Kawasaki disease, skin in, 146t
Keloids, 139t, 226t
Keratoses
actinic, 142t, 862
seborrheic, 142t
in older adults, 862
Kernig's sign, 641
in children, 751
Kidney(s)
anatomy and physiology of, 361
enlarged, 385
palpation of, 385–386
Kidney pain, 370
Klinefelter's syndrome, 424t
Knee(s), 529–538
bony structures of, 529–530
examination techniques for, 532–636
inspection as, 532
palpation as, 532–536
range of motion and maneuvers as, 536
extension at, testing, 623

flexion at, testing, 624
joints of, 530
muscle groups of, 531
Knee bends, 628
Knee reflex, 601, 636–637
Knock-knee(s), 493
Knock-knee pattern, 770
Koplik's spots, 234t
Korotkoff sounds, 107
weak/inaudible, 110
Kyphoscoliosis, thoracic, 273t
Kyphosis, thoracic, 519

L

Labial frenum, 165
Labial mucosa, 165
Labia majora, 429
Labia minora, 429
Labyrinthitis, acute, 210t
Lachman test, 537b
Lacrimal apparatus, examination techniques for, 180
Lacrimal gland, 155
Lacrimal puncta, 155
Lacrimal sac, 155
inflammation of, 214t
Lactose intolerance, 398t–399t
Lamina, 516
Landau reflex, 736b
Language
for interviewing, 32
in mental status examination, 574b, 580
Language barriers, interviewing and, 44–45, 45b
Language development
during early childhood, 676
during infancy, 674
during middle childhood, 677–678, 678b
Lanugo, 700
Laryngitis, cough and hemoptysis in, 272t
Laryngotracheobronchitis, 712
Lateral collateral ligament (LCL), 531, 534
examination techniques for, 536b
Lateral condyle, 530
Lateral epicondyle, 529
Lateral epicondylitis, 552t
Lateral lymph nodes, 340, 351
Lateral meniscus, 532, 534
Lateral nail folds, 122, 123
Latissimus muscles, 517
Lazy eye, 751
LCL (lateral collateral ligament), 531, 534
examination techniques for, 536b
LDL (low-density lipoproteins), lowering, 298–299, 299b
Leading questions, 37
Lead-pipe rigidity, 618
Lead poisoning, 194
Learning, new, ability for, in mental status examination, 586
Left atrium, 280
Left ventricle, 280
cardiac cycle and, 283–284
Left ventricular area, inspection and palpation of, 309–311
Left ventricular failure, 294
cough and hemoptysis in, 272t
dyspnea in, 270t–271t
Left ventricular hypertrophy (LVH), in older adults, 864
Left ventricular impulse, 326t
Leg(s)
of infants, 728–729
measuring length of, 543
peripheral vascular system of, examination techniques for, 482–487
Leg cramps, 479
Leg shortening, in children, 771
Leiomyosarcoma, malignant, in older adults, 866
Length, of infants, 695–696
Lens, examination techniques for, 181
Lentigines, actinic, 144t, 862
Leopold's maneuvers, modified, 833–836
Lethargy, 579
Leukemia, skin in, 146t
Leukokoria, 708
Leukonychia, 151t
Leukoplakia, 234t
hairy, 237t
Leukorrhea, 431
in adolescents, 782
during pregnancy, 821b, 832
Levator palpebrae, 154
Level of consciousness, 574b
assessment of, in stuporous or comatose patients, 643b, 642–644
in general survey, 103
in mental status examination, 574b, 579
Libido, 414
Lice, pubic, 440
Lichenification, 139t, 145t
Lid lag, 183–184
Lid retraction, 213t
Light, pupillary reactions to, 611, 612
Lighting
for physical examination, 98–99
for skin examination, 126
Light reaction, 158
Light touch, 613
Limbus, 154
Linea nigra, 819
Lingual frenulum, 166
Lip(s), 165
abnormalities of, 230t–231t
examination techniques for, 193
Lipomas
of abdominal wall, 404t
of breasts, 778
Listening, active, 36
Literacy level, interviewing and, 45–46
Liver
anatomy and physiology of, 360
disease of, skin in, 146t
dullness of, 379–380
enlargement of, 411t
in adolescents, 780
in children, 764
in infants, 724
estimated span of, in adolescents, 780, 780b
examination techniques for, 379–382
for children, 764
palpation as, 380–382
percussion as, 379–380
Liver spots, 862
Lobar obstruction, physical findings in, 276t
Lobes
of female breast, 338
of lungs, 245
Lobules
of female breast, 338
of lung, 160
Longitudinal arch, 538
Loss of consciousness, 608
Low back pain, 487–488, 491, 546t
with radiation into leg, examination techniques for, 542
Low-density lipoproteins (LDL), lowering, 298–299, 299b
Lower extremities, in comprehensive physical examination, 13–14
Lower motor neurons, 602
Lubricants, for pelvic or rectal examination, 447, 447b
Lumbosacral junction, 517
Lumbrical muscles, 509
Lumps, vulvar, 434
Lung(s). *See also* Pulmonary *entries*
abscess of, cough and hemoptysis in, 272t
anatomy and physiology of, 245
cancer of, cough and hemoptysis in, 272t
clinical assessment of, 265
in comprehensive physical examination, 12, 13
examination techniques for, 252–265
for children, 760–761
for infants, 711–714, 712b, 714b
in older adults, 864
during pregnancy, 828
in health history, 248b, 248–250
in older adults, 844
percussion notes and, 256b, 256–257
recording findings for, 266, 266b
Lung disease, obstructive, 294
LVH (left ventricular hypertrophy), in older adults, 864
Lyme disease, 489, 490
Lymphadenopathy, 483
in children, 750, 807t
in HIV infection, 197
Lymphangitis, acute, 492t–493t
Lymphatics
anatomy and physiology of, 476–477
of breast, 339–340
of male genitalia, 412
Lymphedema, 481, 496t
Lymph nodes. *See also specific nodes*
anatomy and physiology of, 476–477
axillary, 351
epitrochlear, 476, 482
in comprehensive physical examination, 12
of female genitalia, 431
of head and neck, 169–170
inguinal, 477

Lymph nodes (*continued*)
of neck
in children, 750
examination techniques for, 196–197
in neurological, 175
Lymphoma, skin in, 146t

M

Macrocephaly, 696, 704
Macroglossia, 711
Macula, 156, 175
Macular degeneration, 172, 175, 188
in older adults, 843
Macules, 144t
Major depression, 576–577
Major depressive episodes, 590t
Malabsorption syndromes, 398t–399t
Male genitalia, 411–427. *See also specific organs*
anatomy and physiology of, 411–413
examination of, in comprehensive physical examination, 14
examination techniques for, 416–420
for adolescents, 780, 781b, 782
for children, 765
for infants, 725
inspection as, 416–417, 419
in older adults, 867
palpation as, 417, 418, 419–420
in health history, 413–415
health promotion and counseling and, 415b, 415–416
of older adults, 845
recording findings for, 421, 421b
Malleolus
lateral, 538
medial, 538
Malleus, 160, 161, 190
Malnutrition, 94
Malocclusion, 759
Mammary duct ectasia, 349
Mammography, 342, 344
in older adults, 856
Mandible, 153
Mania, 580t
Manic episodes, 579, 590t
Manner, in mental status examination, 579–580
Marcus Gunn pupil, 202
Masseter muscles, 495, 496
palpation of, 613
Mass lesions. *See also* Cancer; Tumors; *specific mass lesions*
headache due to, 171
Mastectomy, examination following, 352
Mastoiditis, 755
Mastoid process, 153, 160, 161
Maxilla, 153
Maxillary sinuses, 193
MCL (medial collateral ligament), 531
examination techniques for, 536b
tears of, 533
McMurray test, 537b
MCP (metacarpophalangeal) joints, 508, 511
Measles, 815t
skin in, 147t
Medial collateral ligament (MCL), 531
examination techniques for, 536b
tears of, 533
Medial condyle, 530
Medial epicondyle, 529
Medial epicondylitis, 552t
Medial meniscus, 532, 534
Median nerve, 506, 509
Mediastinal crunch, 275t
Medical ethics, 57b–61b, 57–61
Medical history, first prenatal visit and, 822
Medications. *See* Drug(s)
Mees' lines, 151t
Megaloencephaly, familial, 696
Meibomian glands, 154
Melanin, 122
Melanomas, 123, 124–125, 125b, 129, 862
malignant, 143t
Melanosis, pustular, in newborns, 701
Melena, 400t, 461
Memory
in mental status examination, 574b
of older adults, 847
recent, in mental status examination, 585–586
remote, in mental status examination, 585
Menarche, 432, 778
Ménière's disease, 173, 210t
Meningeal inflammation, testing for, 641
Meningitis, 171
in children, 751
headache and, 206t–207t
Meningococcemia, skin in, 146t
Meningomyelocele, 727
Menopause, 432–433, 437–438, 845
Menorrhagia, 433
Menstrual age, 823
Menstruation, 432
Mental health history, obtaining, 49–50
Mental retardation, interviewing and, 46–47
Mental status
in comprehensive physical examination, 14
of newborns, 730
Mental status examination, 573–588
examination techniques for, 578b, 578–588
appearance and behavior and, 579–580
cognitive functions and, 584–587
mood and, 581
speech and language and, 580
thought and perceptions and, 581–584
in health history, 575b, 575–576
health promotion and counseling and, 576b, 576–577
terminology related to, 574b
Mesenteric ischemia, 394t–395t
Metabolic disorders, constipation due to, 397t
Metacarpophalangeal (MCP) joints, 508, 511
Metaplasia, cervical, 452t
Metatarsal(s), heads of, 538
Metatarsalgia, 540
Metatarsophalangeal joints, 538, 540, 541
Metatarsus adductus, 729
in children, 813t
Metrorrhagia, 433
Microaneurysms, retinal, 222t
Microcephaly, 696, 704
Micrognathia, 704
Microscopic hematuria, 369–370
Micturition syncope, 649t–650t
Midaxillary line, 244
Midclavicular line, 244
Middiastolic murmurs, 317
Middle childhood, development during, 677–678
Middle ear, 160, 161
Midline structures, 169
Midsternal line, 244
Midsystolic murmurs, 317, 332t–333t
Migraine headache, 171, 206t
Mild cognitive impairment, screening for, in older adults, 856–857
Milia, in newborns, 701
Milk line, 339
Mini-Mental State Examination (MMSE), 588, 588b
Miosis, 181
Mitral regurgitation, 311, 318, 321, 331t
in older adults, 845
Mitral stenosis, 294, 308, 314, 318, 330, 334t
cough and hemoptysis in, 272t
dyspnea in, 270t–271t
Mitral valves, 281
auscultation of sounds from, 286, 314
Mixed episodes, 590t
MMSE (Mini-Mental State Examination), 588, 588b
Moles, screening for melanoma, 125, 125b, 129
Molluscum contagiosum, 801t
Mongolian spots, 799t
Monoarticular pain, 488
Mons pubis, 429
Mood, in mental status examination, 574b, 581
Mood disorders, 590t
Moro reflex, 735b
Morton's neuroma, 556t
Mosquito bites, 137t
Motion. *See* Movements; Range of motion
Motor activity. *See also* Movements
in general survey, 105
Motor behavior, in mental status examination, 579
Motor development, fine and gross, 737b
Motor fibers, 600
Motor neurons
lower, 602
upper, 603
Motor pathways, 601b, 601–603
Motor system
assessment of, 616–629
body position and, 616
coordination and, 625–629
involuntary movements and, 616
muscle bulk and, 617–618
muscle strength and, 618–624, 619b
muscle tone and, 618
of older adults, 847
Motor tone, of newborns, 730–731
Mouth. *See also* Oral *entries*
abnormalities of, in children, 806t

anatomy and physiology of, 165–167
in comprehensive physical examination, 12
examination techniques for, 193–195
for children, 757b, 757–760, 759b, 760b
for infants, 710–711
health promotion and counseling and, 176
of older adults, 843
during pregnancy, 828
Movements. *See also* Extraocular movements; Range of motion; *specific joints*
facial, assessment of, 612, 614–615
fetal, palpation for, 829
involuntary, 609
in motor assessment, 616
of jaw, assessment of, 612, 613
in newborns, 691
point-to-point, assessing, 626–627
rapid alternating, assessing, 626
Mucoid sputum, 250
Mucosal rings/webs, 396t
Mucous patch of syphilis, 238t
Mucous plug, 819
Multinodular goiter, 239t
Multiple sclerosis, 386
Multisystem conditions, 73
Murphy's sign, 390
Muscles. *See also specific muscles*
atrophy of, assessing for, 617–618
axiohumeral, 499
axioscapular, 499
of elbow, 506
of hands, 509
of hip, 524
hypotonic, 618
of knee, 531
lesions of, 662t
scapulohumeral, 499
of shoulder, 499
of spine, 517, 517b
of temporomandibular joint, 495
of wrist, 509
Muscle strength
assessment of, in children, 772–773
in motor assessment, 618–624, 619b
Muscle tone, 601b
assessment of, in stuporous or comatose patients, 645–646
disorders of, 659t
in motor assessment, 618
Muscle weakness
in chest, 259b
in infants, 713
Muscular dystrophy, 773
Musculoskeletal system, 483–557. *See also specific structures*
anatomy and physiology of, 493–494
examination techniques for, 493b–494b, 493–494
for adolescents, 784–785, 786b–788b
for children, 769–771
for infants, 727–730
in older adults, 867
fractures and. *See* Fractures
health promotion and counseling and and, 490b, 490–492
joints and. *See* Joint(s); *specific joints*
in lower extremities, in comprehensive physical examination, 13, 14
muscles and. *See* Muscles; *specific muscles*
of older adults, 850
during pregnancy, 818
in review of systems, 10
Myalgias, 488
Mycoplasma pneumonia, cough and hemoptysis in, 272t
Mycosis fungoides, 135t
Mydriasis, 181
Myocardial contractility, 288
Myocardial dysfunction, in infants, 717, 718
Myocardial infarction, 649t–650t
chest pain with, 268t–269t
Myoclonus, 652t
Myomas, 446
uterine, 456t
Myopathy, 623
Myopia, 171, 178
Myringitis, bullous, 227t
Myxedema, facies in, 211t

N

Nabothian cysts, 452t
Naegele's rule, 823
Nail(s), 121, 122, 123
examination of, 128
findings in or near, 150t–151t
in health history, 123, 123b
in older adults, 842
Nail plate, 122
Narrow-angle glaucoma, 181
in older adults, 843
Nasal bone, 153
Nasal congestion, 173
Nasal flaring, in infants, 712, 712b
Nasal mucosa, examination techniques for, 192
Nasal obstruction, testing for, 192
Nasal septum, 162
examination techniques for, 193
Nasolacrimal duct, 155
obstruction of, 180
examination techniques for, 201
in infants, 708
Nausea, 362, 363
during pregnancy, 821b
NAVEL mnemonic, 526
Near reaction, 158
Near response, 612
Near sightedness, 171
Near syncope, 608
Neck
abnormalities of, in children, 807t
anatomy and physiology of, 168–170
in comprehensive physical examination, 12
examination techniques for, 196–200
for adolescents, 777
for children, 750–751
for infants, 705–706
during pregnancy, 828
in health history, 170b, 174–175
health promotion and counseling and, 175b, 175–176
inspection of, 253
movement of
assessment of, 612, 615–616, 641
in children, 750–751
of older adults, 843
in review of systems, 9
Neck pain, 488, 547t
Negative predictive value, 76b, 78b
Neglect, one-sided, 579
Neisseria gonorrhoeae cervicitis, 443
Neologisms, 582b
Neonates. *See* Newborns
Neovascularization, retinal, 222t
Nephrotic syndrome, facies in, 211t
Nervous system, 573–593, 595–667. *See also* Cranial nerves; Mental status examination; Motor system; Reflexes; Sensory system
anatomy and physiology of, 595–605
of central nervous system, 596–598
of motor pathways, 601b, 601–603
of peripheral nervous system, 598–600
of sensory pathways, 603–605
of spinal reflexes, 600–601
in comprehensive physical examination, 14
disorders of, constipation due to, 397t
examination techniques for, 610b, 610–646
for adolescents, 784–785, 786b–788b
for children, 771–774
for cranial nerves, 611–616
for deep tendon reflexes, 632–639
for infants, 730–737, 732b, 735b–737b
for motor system, 616–629
in older adults, 867–868
for sensory system, 629–633
in health history, 607–609, 697b
health promotion and counseling and, 609–610
in lower extremities, in comprehensive physical examination, 13, 14
of older adults, 846–848
recording findings for, 647, 647b
in review of systems, 11
Neurocutaneous symptoms, pathologic, benign birthmarks versus, 799t
Neurodermatitis, 139t
Neurofibromatoses, 145t, 519, 799t
in newborns, 700
skin in, 146t
Neurologic evaluation, of stuporous or comatose patients, 644–646
Neuromuscular junction, lesions of, 662t
Neurons, of brain, 596
Neuropathic ulcers, 495t, 557t
Nevi
benign, 143t
elevated, 137t
epidermal, 135t
simplex, 701
Newborns
ability for complex behavior, 692b
Apgar score in, 687b–688b, 687–688
assessment of, 686b, 686–692
immediate, at birth, 687–689
several hours after birth, 690–691

Newborns (*continued*)
breasts of, 722
ears of, 709
eyes of, 706–708, 708b
female genitalia of, 725–726
gestational age and birth weight of, 688b, 688–689, 689b
hair of, 700, 701
head of, 702–703
male genitalia of, 725
mouth and pharynx of, 710
musculoskeletal system of, 727–730
neck of, 706
nose and paranasal sinuses of, 709–710
rashes in, 800t
reflexes in, 733, 734, 735b–736b
skin of, 699–702
thorax and lungs of, 711
New learning ability, 586
Night sweats, 95
Nipples, 339
deviation of, 356t
discharge from, 341
assessment of, 352
of male breast, 350
Paget's disease of, 356t
palpation of, 350
retraction of, 346, 356t
supernumerary, 339
Nocturia, 401t
Nodal premature contractions, 325t
Nodular episcleritis, 181
Nodules, 137t, 144t, 145t
in breast, 349–350
Nonarticular pain, 489
Nongonococcal urethritis, 417
Nonmaleficence, 57b
Nonverbal communication, in interview, 38
Noonan's syndrome, 705
Nose. *See also* Nasal *entries*
anatomy and physiology of, 162–164
in comprehensive physical examination, 12
examination techniques for, 192–193
for children, 756–757
for infants, 709–710
in older adults, 862–864
in health history, 173–174
during pregnancy, 828
in review of systems, 9
Nosebleeds, during pregnancy, 828
Note taking, in interviewing, 28
Nuchal rigidity, in children, 751
Nuclear cataract, 216t
Nucleus pulposus, 485, 517
Number identification, 632
Numbness, 608
Nursemaid's elbow, in children, 769
Nursing-bottle caries, 758, 806t
Nutrition, 95–96. *See also* Diet; Dietary intake
blood pressure and, 96, 118t
food groups and, 115t
nutrient sources and, 117t
of older adults, 853
during pregnancy, 823–824
screening checklist for, 117t
Nystagmus, 183, 615, 655t–656t
in infants, 707

O

Obesity, 95, 405t
blood pressure measurement and, 110
body mass index and, 90, 91b, 92, 92b
Objective information, 5–6, 6b
Obligate nasal breathers, 709–710
Obsessions, 583b
Obsessive-compulsive disorder, 576, 579, 592t
Obstetrical history, first prenatal visit and, 822
Obstructive breathing, 120t
Obstructive lung disease, 259b
Obtunded patients, 579
Obturator sign, 390
Occipital bone, 153
Occipital lymph nodes, 196
Ocular fundi, assessment of, 611, 612
Ocular movement, assessment of, in stuporous or comatose patients, 644
Oculocephalic reflex
assessment of, in stuporous or comatose patients, 644
in newborns, 707
Oculomotor nerve, 598, 599b
of children, 772b
examination of, 611, 612
in infants, 732b
paralysis of, 182, 217t, 218t
Oculovestibular reflex, assessment of, in stuporous or comatose patients, 644–645
Odors
of breath
in children, 760, 760b
in older adults, 864
in general survey, 105
Odynophagia, 366
OLD CARTS mnemonic, 31
Older adults, 839–873
activities of daily living and, 852, 852b
advance directives and, 854
of anatomy and physiology of aging, vital signs and, 841
anatomy and physiology of aging and, 840–848
of anus and rectum, 845
of breasts and axillae, 845
of cardiovascular system, 844–845
of female genitalia, 845
of head and neck, 842–843
of male genitalia, 845
of musculoskeletal system, 846
of nervous system, 846–848
of peripheral vascular system, 846
of prostate, 846
of skin, hair, and nails, 841–842
of thorax and lungs, 843–844
communicating with, tips for, 850b
examination techniques for, 857–868
for abdomen, 865
for assessing functional status, 857–858
for breasts and axillae, 865
for cardiovascular system, 864–865
for female genitalia and pelvic examination, 865–867
for general survey, 860
for HEENT, 862–864
for male genitalia and prostate, 867
for musculoskeletal system, 867
for nervous system, 867–868
for peripheral vascular system, 867
screening measures and, 859b
for skin, 861–862
for thorax and lungs, 864
for vital signs, 860
health promotion and counseling for, 855b, 855–856
history taking with, 848b, 848–851
content and pace of visit for, 849
cultural dimensions of aging and, 851
eliciting symptoms and, 849–850, 850b
office environment and, 848–849
medications and, 852–853
nutrition of, 853
mistreatment of, screening for, 857
pain in, 853, 854b
palliative care and, 854
recording findings for, 869, 869b–870b
smoking and alcohol and, 853–854
Olecranon bursa, 506
Olecranon bursitis, 552t
Olfactory nerve, 598, 599b
of children, 771b
examination of, 611, 612
in infants, 732b
Oligomenorrhea, 433
Onycholysis, 150t
Open-angle glaucoma, 172, 181, 186, 863
Open-ended questions, 30–31
moving to focused questions from, 36–37
Opening snap, 330t
Ophthalmoscopic examination, 184–186, 185b, 186b–188b
of infants, 708
OPQRST mnemonic, 31
Optic atrophy, 220t
Optic blink reflex, 732t
in infants, 708
Optic disc, 156
abnormalities of, 220t
examination techniques for, 186, 186b–187b
normal variations of, 219t
Optic fundi, assessment of, 611, 612
Optic nerve, 598, 599b
of children, 771b
examination of, 611, 612
in infants, 732b
Optic neuritis, 179
Optic radiation, 157
Oral-facial dyskinesias, 653t
Oral hygiene, 176
Oral mucosa
examination techniques for, 193–194
findings in, 232t–234t
Oral temperature, 112
Oral tumors, in older adults, 864
Orbit, 153

Orchitis
acute, 424t
in children, 765
Orgasm, male, 414
Orientation, in mental status examination, 574b, 584–585
Orthopnea, 294
Orthostatic hypotension, 110, 649t–650t
in older adults, 841
Ortolani test, 727, 728
Osmotic diarrhea, 398t–399t
Ossicles, of ear, 160, 161
Osteoarthritis, 494, 510, 511, 534
in hands, 553t
of hip, 527
joint pain in, 548t–549t
of knee, 536
in older adults, 867
of spine, 522
Osteoarthropathy, hypertrophic, 490
Osteomyelitis, 488
Osteoporosis, 491–492, 518
Otitic barotrauma, 227t
Otitis externa, 173, 189, 190, 755
Otitis media, 173, 189, 805t
acute, 755
with effusion, 755
with purulent effusion, 227t
with serous effusion, 227t
Otoscopic examination, in children, 753–755, 754b
Ovaries, 430–431
cancer of, in older adults, 866
cysts and tumors of, 457t
palpation of, 446
Overflow incontinence, 369, 402t–403t
Overweight, 93
body mass index and, 90, 91b, 92, 92b
Oxyhemoglobin, 122

P

Paget's disease, 866
of bone, 177
of nipple, 356t
Pain. *See also specific site*
headache as, 171
neurologic causes of, 608
in older adults, 853, 853b
Pain sensation, 603
assessment of, 613, 631
Palate
findings in, 232t–234t
movements of, assessment of, 612, 615
Palliative care, 854–855
Palmar grasp reflex, 735b
Palpation
of abdomen, 377–379, 380–382, 383–386
in children, 763–765
of infants, 724
of adnexa, during pregnancy, 833
of ankle and foot, 539–540
of axillae, 351
of breasts, 348–350
during pregnancy, 829
in cardiac examination, 308–313
of aortic area, 313
of left ventricular area, 309–311
of pulmonic area, 313
of right ventricular area, 311–313
of cervix, 445
of chest
anterior, 261–262
in infants, 713
posterior, 253–255
of chest wall, in infants, 717
of elbow, 507
of hands, 510–511
of heart
in infants, 716–718
during pregnancy, 829
of hip, 526
of knee, 532–536
of male genitalia, 417, 418, 419–420
in children, 765
of masseter muscles, 613
of nipples, 350
of ovaries, 446
of pulses, 481–482, 483–485
rectovaginal, 447, 447b
of shoulder, 501
of skin, in infants, 702
of spine, 518–520
of temporal muscles, 613
of temporomandibular joint, 496
of uterus, 445
during pregnancy, 832–833
of wrist, 511
Palpebral conjunctiva, 154
upper, examination techniques for, 201
Palpebral fissure, 154
Palpitations, 294
Pancreas
anatomy and physiology of, 360
cancer of, 394t–395t
skin in, 146t
Pancreatitis
acute, 394t–395t, 408t
chronic, 394t–395t
skin in, 146t
Panic disorder, 592t
Pansystolic murmurs, 317
heart murmurs, 331t
Papilledema, 179, 220t
Pap smear, 430, 435–437
in older adults, 856
during pregnancy, 827, 832
Papules, 137t
Parachute reflex, 736b
Paradoxical pulses, 119t, 320–321
Paralanguage, 38
Paralysis, 607
flaccid, 645
Paralytic ileus, 376
Paranasal sinuses
anatomy and physiology of, 164
of children, 756–757
examination techniques for, 193
for infants, 709–710
in health history, 174
transillumination of, 202
Paranoia, 579
Paraphimosis, 416
Paraplegia, 618
Parasternal muscles, 247
Paratonia, 659t
Paraurethral glands, 429
Paravertebral spasm, 525
Paresis, 618
Paresthesias, 249, 608
Parietal bone, 153
Parietal pain, 364
Parietal pleura, 246
Parkinsonian gait, 664t
Parkinsonism, 579
Parkinson's disease
facies in, 211t
in older adults, 868
Paronychia, 150t
Parotic gland enlargement, facies in, 211t
Parotid duct, 153, 167
Parotid gland, 153
Paroxysmal atrial tachycardia, in infants, 718
Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), 294
Paroxysmal supraventricular tachycardia, in infants, 697, 718
Pars flaccida, 161, 190
Pars tensa, 161, 190
Partial seizures, 651t
Partner abuse, during pregnancy, 825
Partnering, with patient, 40
Past history, 5b, 7–8
Past pointing, 627
Patches, 136t, 145t
Patella, 530, 533
ballotting of, 536
Patellar tendon, 530
Patellofemoral compartment, 533
Patellofemoral grinding test, 533
Patellofemoral joint, 530
Patent ductus arteriosus, 308, 335t, 717, 722b, 810
Pathologic processes, 67–68
Pathologic S_3, 330
Pathophysiologic problems, 68
Patient positioning
for comprehensive physical examination, 12–15
for prenatal pelvic examination, 826–827
for vaginal examinations, 440
PCL (posterior cruciate ligament), 531
examination techniques for, 536b
Pectinate line, 460
Pectoral lymph nodes, 340, 351
Pectus carinatum, 273t, 711
Pectus excavatum, 273t, 711
Pediatric clients. *See also* Adolescents; Children (age 1–10); Infants (first year); Newborns
recording findings for, 789, 789b–792b
Pediculosis pubis, 440
Pelvic examination, of females, 438b, 438–448, 439b
equipment for, 439–440
external, 440–441

Pelvic examination, of females (*continued*)
for hernias, 448
for urethritis, 448
internal, 441–447
assessment of pelvic muscle strength in, 447
bimanual, 445–446
inspection of cervix and, 442–443
inspection of vagina and, 445
obtaining specimens for Pap smear, 444b, 444–445
during pregnancy, 832
rectovaginal, 447, 447b
speculum insertion for, 441–442, 442b
patient positioning for, 440
Pelvic inflammatory disease (PID), 445, 457t
Pelvic muscles
assessing strength of, 447
strength of, during pregnancy, 833
Penile discharge, 414, 417
Penis
cancer of, 422t
examination techniques for, 416–417
inspection as, 416–417
palpation as, 417
sexual maturity rating and, 781b
shaft of, 411
Peptic ulcers, 394t–395t
Perception(s)
in mental status examination, 574b, 583–584, 584b
in newborns, 692b
Percussion
of abdomen, 377, 379–380, 382–383
of infants, 724
in cardiac examination, 313
of chest
anterior, 263–264
posterior, 255–258
Percussion notes, 256b, 256–257
of lungs, 256b, 256–257
Perforated hollow viscus, 379
Perforating veins, 475
Pericardial effusion, in infants, 718
Pericardial friction rub, 335t
Pericarditis
chest pain with, 268t–269t
constrictive, 304
Perineum, 429
Periodic physical examination, 99–100
Peripheral cataract, 216t
Peripheral cyanosis, 122, 126
Peripheral nerves, anatomy and physiology of, 598, 600
Peripheral nervous system. *See also* Cranial nerves
anatomy and physiology of, 598–600
disorders of, 662t
Peripheral neuropathy
mononeuropathy and, 662t
polyneuropathy and, 662t
Peripheral pulses, in infants, 716
Peripheral vascular system, 473–496
anatomy and physiology of, 473–477
disease of
arterial, 478
skin in, 146t
venous, 479
examination techniques for, 481b, 481–491
for arms, 481–482
for evaluating competency of venous valves, 490–491
for hand, 488–489
for legs, 482–487
for mapping varicose veins, 490
in older adults, 867
postural color changes of chronic arterial insufficiency and, 489–490
in health history, 478–479
health promotion and counseling and, 479b, 479–480
in lower extremities, in comprehensive physical examination, 13, 14
of older adults, 850
recording findings for, 491, 491b
in review of systems, 10
Peritoneal inflammation, 377
tenderness of, 408t
Peritonitis, 376
in infants, 724
Peritonsillar abscesses, in children, 760
Persecution, delusions of, 583b
Perseveration, 582b
Person, orientation to, 585
Personal and social history, 5b, 8
Personal hygiene
in general survey, 104–105
in mental status examination, 579
Personal problems, of patients, 47
Perspectives, of patient versus clinician, 33b, 33–34
Pes planus, in children, 813t
Petechiae, 141t, 234t
Peutz-Jeghers syndrome, 231t
Peyronie's disease, 422t
Phalen's test, carpal tunnel syndrome and, 542
Pharyngitis, 175, 232t
streptococcal, 174
in children, 760, 807t
Pharynx. *See also* Throat
abnormalities of, in children, 807t
anatomy and physiology of, 167
in comprehensive physical examination, 12
examination techniques for, 195
for infants, 710–711
findings in, 232t–234t
movements of, assessment of, 615
Phimosis, 416
Phobias, 576, 583b
Physical abuse, clues to, 51b, 51–52
Physical development
during adolescence, 679, 680b
during early childhood, 675–676
during infancy, 674
during middle childhood, 677
Physical examination
approach to, 11
clinician position for, 101–102
comprehensive
adult, 11–15
focused (problem-oriented) examination versus, 99b, 99–100
environment for, 98–99
focused (problem-oriented), comprehensive examination versus, 99b, 99–100
general survey in, 103–105
patient approach for, 97–98
patient comfort and, 102
periodic, 99–100
preparing for, 97b, 97–102
recording findings of, 15, 15b–20b, 113, 113b
routine clinical check-up as, 99–100
sequence for, 100, 101b
vital signs in, 105–113. *See also* Blood pressure; Heart rate; Heart rhythms; Respiratory rate; Temperature
Physiologic nodularity, of breast, 339
Physiologic S_3, 330
PID (pelvic inflammatory disease), 445, 457t
Pierre Robin syndrome, 704
Pigeon chest, 273t
Pigmentation, of skin, in infants, 700
Pilar cysts, 177
Pilonidal cysts, 469t
Pinguecula, 214t
Pinna, 755
PIP (proximal interphalangeal) joints, 508
Pitting edema, 486
Pituitary gland, during pregnancy, 817
Pituitary tumors, in children, 765
Pityriasis rosea, 134t
Place, orientation to, 585
Placental hormones, during pregnancy, 818
Placing reflex, 736b
Plagiocephaly, 704
Plan, 66
case example of, 70, 71b–72b
development of, 70, 71b–72b
Plantar fasciitis, 539
Plantar flexion, 539
at ankle, testing, 624–625
Plantar grasp reflex, 735b
Plantar responses, 601, 638–639
Plantar warts, 557t, 801t
Plaques, of skin, 136t
Plateau murmurs, 318
Plegia, 618
Pleurae, anatomy and physiology of, 246
Pleural effusion, physical findings in, 277t
Pleural pain, 268t–269t
Pleural rub, 275t
Pleural space, 246
Pleurisy, acute, 407t
Plumb line, to assess for scoliosis, 785
PMI (point of maximal impulse), 280, 309–311, 326t
in infants, 717
in older adults, 865
PMR (polymyalgia rheumatica), 489
joint pain in, 548t–549t
PMS (premenstrual syndrome), 433
PND (paroxysmal nocturnal dyspnea), 294
Pneumatic otoscope, 755
Pneumonia
in children, 749, 761
cough in, 250, 272t

dyspnea in, 270t–271t
hemoptysis in, 272t
in infants, 712
Pneumonic consolidation, in infants, 713
Pneumothorax
physical findings in, 277t
spontaneous, dyspnea in, 270t–271t
Point localization, 632
Point of maximal impulse (PMI), 280, 309–311, 326t
in infants, 717
in older adults, 865
Point to point movements, assessing, 626–627
Polio, 815t
Polyarticular pain, 488
Polycystic ovary syndrome, 177
Polymenorrhea, 433
Polymyalgia rheumatica (PMR), 489
joint pain in, 548t–549t
Polyneuropathy, 623, 630
Polyps
nasal, 193
rectal, 470t
Polyuria, 401t
Popliteal artery, 474
Popliteal cysts, 534
Popliteal pulse, 484
Positioning, of patient
for comprehensive physical examination, 12–15
for prenatal pelvic examination, 826–827
for vaginal examinations, 440
Position sensation, 604
assessment of, 631–632
Positive predictive value, 76b, 78b
Positive support reflex, 735b
Postcoital bleeding, 433
Posterior auricular lymph nodes, 196
Posterior axillary line, 244
Posterior columns, 604
Posterior cruciate ligament (PCL), 531
examination techniques for, 536b
Posterior drawer sign, 537b
Posterior pillar, 167
Posterior triangle, of neck, 168
Postictal state, 608
Postmenopausal vaginal bleeding, 432, 433
Postnasal drip, cough and hemoptysis in, 272t
Posttraumatic headache, 208t–209t
Posttraumatic stress disorder, 576, 592t
Postural blood pressure, 110
Postural hypotension, 649t–650t
in older adults, 841
Postural tremors, 653t
Posture
abnormalities of, 663t–664t
assessment of, in stuporous or comatose patients, 644–645
in comatose patients, 667t
in general survey, 105
in mental status examination, 579
Pouch of Douglas, 431
Preauricular cysts, 705
Preauricular lymph nodes, 196
Preauricular sinuses, 705
Precocious puberty, 765, 766
Predictive value of tests, 75b–76b
prevalence and, 77, 77b–78b, 79
Pregnancy, 405t, 433, 817–837. *See also* Fetal *entries*; Fetus
anatomy and physiology of, 817–821
breast and pelvic changes and, 818–821
hormonal changes and, 817–818
common problems and, 821b
examination techniques for, 826–836
for abdomen, 829–831
for breasts, 829
concluding visit and, 836
equipment and, 827
for extremities, 833
for general inspection, 827
for genitalia, anus, and rectum, 831–833
for head and neck, 828
for heart, 829
modified Leopold's maneuvers, 833–836
positioning and, 826–827
for thorax and lungs, 828
for vital signs, height, and weight, 827–828
family planning and, 437
follow up visits for, 823
in health history, 822b, 822–823
health promotion and counseling and, 823b–825b, 823–825
initial prenatal visit for, 822–823
recording findings for, 837, 837b
skin in, 146t
symptoms of, 822
tubal, ruptured, 457t
Preload, 288
increased, 326t
Premature ejaculation, 414
Premature thelarche, 722
Prematurity, 689, 699
Premenstrual syndrome (PMS), 433
Prepatellar bursa, 532, 534
Prepatellar bursitis, 532, 534
Prepuce, 411, 412, 429
inspection of, 416
Preretinal hemorrhage, 222t
Presbycusis, in older adults, 843
Presbyopia, 171, 178, 862
in older adults, 843
Present illness, 5b, 6–7
Pressure gradients, in cardiac chambers, 282–283
Pressure overload, 288
Pressure sores/ulcers, 128, 148t
in older adults, 862
Presyncope, 210t, 608
Presystolic murmurs, 317
Preterm infants, 689
Prevalence, predictive value of tests and, 77, 77b–78b, 79
Primary prevention, 295
Primitive reflexes, 734
Primum non nocere, 57b
PR interval, 287
Problem list, 83b, 83–84
Problem oriented health history, 26
comprehensive health history versus, 4–5
Problem oriented physical examination, comprehensive examination versus, 99b, 99–100
Proctitis, 461
Professionalism, 57b–61b, 57–61
Progesterone, during pregnancy, 818
Progress notes, 85, 85b
Pronation, of foot, in children, 813t
Pronator drift, 628–629
Pronator teres muscle, 506
Proptosis, examination techniques for, 200
Prostate gland
abnormalities of, 471t
anatomy and physiology of, 460
cancer of, 471t
health promotion and counseling and, 462–463
in older adults, 867
prostate specific antigen and, 462–463
examination techniques for, 464–467
in health history, 461, 461b
health promotion and counseling and, 462b, 462–463
of older adults, 846
recording findings for, 467–468, 468b
Prostate specific antigen (PSA), prostate cancer and, 462–463
Prostatic hyperplasia, 386
benign, 471t
in older adults, 867
Prostatic pain, 369
Prostatitis, 471t
Proximal interphalangeal (PIP) joints, 508
Proximal nail folds, 122, 123
Proximal weakness, 608
PSA (prostate specific antigen), prostate cancer and, 462–463
Pseudohypertrophy, 617
Pseudoscars, 861
Pseudoseizures, 652t
Psoas bursa, 526
Psoas sign, 390
Psoriasis, 127, 134t, 136t, 139t, 151t, 177
pustular, 144t
Psoriatic arthritis, 489, 511
Psychiatric disorders, dizziness and vertigo associated with, 210t
Psychiatric status, in review of systems, 10
Psychopathologic problems, 68
Psychotic disorders, 593t
due to general medical condition, 593t
substance-induced, 593t
Pterygium, 216t
Pterygoid muscles, 495, 496
Ptosis, 213t, 612
congenital, 706
senile, 862
Puberty, 778
delayed, 440, 780, 782
precocious, 765, 766
Pubic hair, sexual maturity rating and
in boys, 780, 781b
in girls, 782, 783b
Pubic symphysis, 523
Pulmonary artery, 279, 280, 281

Pulmonary embolism, 649t–650t
dyspnea in, 270t–271t
Pulmonary flow murmur, 777, 778
Pulmonary hypertension, 312, 313
in infants, 719
Pulmonary stenosis, in infants, 722b, 809t
Pulmonic area, inspection and palpation of, 313
Pulmonic stenosis, 312, 333t
Pulmonic valve, 281
auscultation of sounds from, 286, 314
Pulse(s)
abnormalities of, 119t
arterial, 289
in children, 749, 749b
in infants, 697b, 697–698
normal, 119t
Pulse pressure
increased, 376
in older adults, 841
Pulsus alternans, 119t, 306, 320
Punctum, 155
Pupil(s)
abnormalities of, 217t
assessment of
examination techniques for, 181–182
in infants, 707
in stuporous or comatose patients, 644
in comatose patients, 666t
equal, with one blind eye, 217t
irregular, small, 217t
Pupillary reactions, 157–158
assessment of, 611, 612
Purpura, 141t
actinic, 861
in older adults, 841
thrombocytopenic, skin in, 147t
Purulent sputum, 250
Pustular melanosis, in newborns, 701
Pustules, 138t, 144t, 145t
P wave, 287
Pyelonephritis, 386
Pyogenic granuloma, 235t
Pyramidal tract, 601b, 602, 603
Pyrexia, 112

Q

QRS complex, 287
Quadrantic defects, 172
Quadriceps, weakness of, 532
Quadriceps femoris, 531
Quadriplegia, 618
Quadruple rhythm, 330t
Questions
continuers and, 38
eliciting graded responses, 37
focused, 36–37
leading, 37
offering multiple choice answers to, 37
open-ended, 30–31
moving to focused questions from, 36–37
requesting clarification, 37–38
series of, 37
Q wave, 287

R

Radial artery, 473
patency of, 489
Radial pulse, palpating, 481
Radicular pain, 542
in back, 546t
Radiocarpal joints, 508
Radiohumeral joint, 506
Radioulnar joint, 506
distal, 508
Rales, 259
Range of motion
of ankle and foot, 540–541
of elbow, 507
of fingers, 513
of hands, 513–514
of hip, 527–528
of knee, 536, 538
of shoulder, 502, 503b–505b, 505
of spine, 520–522
of temporomandibular joint, 496
of thumbs, 513–514
of wrist, 512
Rapid alternating movements, assessing, 626
Rapport, establishing, 29–30
with children, 743
Rashes, in newborns and infants, 800t
Raynaud's disease, 479, 481–482, 492t–493t
Raynaud's phenomenon, 479, 492t–493t
Reassurance, in interview, 39
Rebound tenderness, 379
referred, 390
Recent memory, in mental status examination, 585–586
Recording findings
of abdominal examination, 391
for anus, rectum, and prostate, 467–468, 468b
of breast examination, 354, 354b
of cardiovascular examination, 321, 321b
of comprehensive physical examination, 15, 15b–20b
for female genitalia, 448, 448b
of general survey, 113, 113b
of head examination, 203
of health history, 15, 15b–20b
for male genitalia, 421, 421b
of musculoskeletal findings, 544, 544b
of neck examination, 203
of neurologic examination, 646, 646b
for older adults, 869, 869b–870b
for pediatric clients, 789, 789b–792b
for peripheral vascular examination, 491, 491b
of prenatal visit, 837, 837b
of skin examination, 130, 130b
of thorax and lung examination, 265, 265b
tips for, 15b–16b
of vital signs, 113, 113b
Rectal examination
digital, for prostate cancer, 462, 463
in females, 467
in comprehensive physical examination, 15
in males, 464–467
in comprehensive physical examination, 14
Rectal shelf, 470t
Rectal temperature, 112, 113
in infants, 698
Rectoceles, 441, 451t
during pregnancy, 832
Rectouterine pouch, 431
Rectovaginal examination, 447, 447b
during pregnancy, 833
Rectum
anatomy and physiology of, 459–460
cancer of, 470t
examination techniques for, 464–467
for children, 769
for infants, 726
in health history, 461, 461b
health promotion and counseling and, 462b, 462–463
polyps of, 470t
prolapse of, 469t
recording findings for, 467–468, 468b
Redness, of skin over joints, 494
Red reflex, 185
Reference, delusions of, 583b
Referral, source of, 6
Referred pain
abdominal, 364–365
in back, 546t
Reflexes, 600
in comprehensive physical examination, 14
corneal, assessment of, 612, 613–614
deep tendon/spinal, 600–601, 632–639
assessment of, 632–639
in children, 773–774
in newborns, 731
gag, assessment of, 612, 615
hyperactive, 633
in infants, 733, 734, 735b–736b
oculocephalic, assessment of, in stuporous or comatose patients, 644
oculovestibular, assessment of, in stuporous or comatose patients, 644–645
in older adults, 848
primitive, 734, 735b–736b
scales for grading, 633b
Reflux esophagitis, chest pain with, 268t–269t
Refractive errors, 171, 186
Regurgitation, 363
Reinforcement, for reflex testing, 634
Reiter's syndrome, 489
skin in, 146t
Relationships, to persons and things, in mental status examination, 579
Reliability, of health history data, 5b, 6
Remote memory, in mental status examination, 586
Renal artery stenosis, 376
Renal disease, chronic, skin in, 146t
Reproductive system. *See* Female genitalia; Male genitalia; *specific organs*
Resonance, as percussion note, 256b
Respectful communication, cultural competence and, 56
Respiration(s)
assessment of, in stuporous or comatose patients, 644

in infants, 711–712
initial survey of, 252–253
Respiratory distress, during pregnancy, 828
Respiratory rate, 112
abnormalities in, 120t
in children, 749
in infants, 698
normal, 120t
in older adults, 841
Respiratory rhythm, 112
Respiratory system. *See also* Lung(s); Pulmonary *entries*; Thorax
in review of systems, 9
Resting tremors, 653t
Restless legs, 479, 609
Rest pain, 492t–493t
Retching, 363
Reticular activating system, 597
Retina, examination techniques for, 186, 187b–188b
Retinal arteries, 221t
central, occlusion of, 171
Retinal detachment, 171, 185
in infants, 708
Retinal hemorrhage, 222t
deep, 222t
Retinoblastoma, 185
in infants, 708
Retinopathy
diabetic, 224t
hypertensive, 223t
Retroflexion, of uterus, 446, 455t
Retrograde filling test, 490–491
Retroversion, of uterus, 446, 455t
Review of systems, 5b, 8–11
Rheumatic fever, 488, 494
acute, 490
Rheumatoid arthritis, 488, 489, 493, 494, 510, 511
in hands, 553t
joint pain in, 548t–549t
in older adults, 867
skin in, 147t
spine and, 520, 521
Rheumatoid nodules, 226t, 494, 552t
Rhinitis
allergic, 173
in children, 756
perennial, diagnostic facies in, 804t
vasomotor, 173
viral, 192
Rhinitis medicamentosa, 174
Rhinorrhea, 173
Rhonchi, 259, 260, 260b, 275t
Rib(s), fractured, identification of, 265
Rickets, 770
Right atrium, 280
Right ventricle, 279–280
hypertrophied, 305
Right ventricular area, inspection and palpation of, 311–313
Right ventricular impulse, 326t
Rigidity, 659t
Ringworm, 135t, 149t
Rocky Mountain spotted fever, skin in, 147t
Romberg sign, 628
Rooting reflex, 736b
Roseola, 815t
Roseola infantum, 147t
Rotary nystagmus, 656t
Rotator cuff, 499
examination techniques for, 504b
tears of, 550t
Rotator cuff tendinitis, 550t
Routine clinical check-up, 99–100
Rovsing's sign, 390
Rubella, 490, 815t
retinal changes in, 708
skin in, 147t
Rubeola, 815t
skin in, 147t
Rubor, 490
R wave, 287

S

Sacral promontory, 361
Sacroiliac joint, 523–524
Sacrospinalis muscle, 517
Safety measures, 8
for older adults, 856
Sagittal suture synostosis, 704
Saliva, 176
Salivary glands, 153
Salmon patch, 799t
Salpingitis, acute, 407t
Saphenous veins, 475, 487
Satiety, early, 363
Scabies, 138t
Scale(s), 139t
Scalene muscles, 247
Scalp, examination techniques for, 177
Scaphoid fractures, 510
Scapula, winging of, 640
Scapulohumeral muscle group, 499
Scapulothoracic articulation, 497
Scars, 139t
Schizoaffective disorder, 593t
Schizophrenia, 580, 593t
Schizophreniform disorder, 593t
Sciatic nerve, tenderness of, 518
Scissors gait, 663t
Sclerae, examination techniques for, 180–181
for infants, 707
Scleroderma, 127, 396t
skin in, 147t
Scoliometer, 784
Scoliosis, 501, 519, 543
assessing for, 784–785
in children, 770
Scotomas, 172
scintillating, with migraine, 171
Scratch test, for liver, 764
Screening, of older adults, 855, 856
Scrotal pain, 414
Scrotum, 411, 412
abnormalities of, 423t
in boys, 781b
examination techniques for, 417–418
inspection as, 417–418
palpation as, 418
swelling of, painful, 418
Sebaceous glands, 121, 122
Seborrhea, 800t
Seborrheic dermatitis, 177, 180
Seborrheic keratoses, 142t
in older adults, 862
Secondary prevention, 295
Secretory diarrhea, 398t–399t
Seizure(s), 608, 609
Seizure disorders, 651t–652t
Self-awareness, cultural competence and, 55–56
Self-evaluation, of clinical behavior and appearance, 27–28
Self-examination, of skin, 124–125, 128–129, 129b
Self-reflection, for interviewing, 26
Semantic delusions, 583b
Semen, ejaculation of, 414
Semilunar valves, 281
Semimembranous bursa, 532
Senile ptosis, 862
Seniors. *See* Older adults
Sensation
assessment of, in children, 773
loss of, 608
Sensitivity, of tests, 75b, 76b
Sensorineural hearing loss, 190–191, 229t
Sensorineural loss, 172
Sensorineural phase, of pathway of hearing, 161
Sensory ataxia, 664t
Sensory cortex, 604
Sensory fibers, 600
Sensory function, of newborns, 731
Sensory pathways, 603–605
Sensory system
assessment of, 629–633
discriminative sensations and, 632–633
light touch and, 631
pain sensation and, 631
patterns of testing for, 630
position sensation and, 631–632
temperature sensation and, 631
vibration sensation and, 631
in comprehensive physical examination, 14
Septal deviation, 192
Septic arthritis, acute, 488
Serial 7s, 585
Serum sickness, 489
Sexual abuse
in children, 767, 768, 768b
in girls, physical signs of, 812t
Sexual history, obtaining, 48–49
Sexuality, in clinician-patient relationship, 57
Sexually transmitted diseases (STDs), 434–435, 437, 780. *See also specific diseases*
in adolescents, 782
prevention of, 415–416
Sexual maturity rating (SMR)
for boys, 780, 781b
for girls, 778, 779b, 782, 783b
Sexual response, male, 414
Shingles, skin in, 147t
Shock, cardiogenic, 306
Shortness of breath, 294

Short process, of malleus, 161
Short stature, 746
Shoulder(s), 497–505
  bony structures of, 497–498
  examination techniques for, 501–505
    inspection as, 501
    palpation as, 501
    range of motion and maneuvers as, 502, 503b–505b, 505
  frozen, 551t
  joints of, 498
  movement of, assessment of, 612, 615–616
  muscle groups of, 499
  pain in, 550t–551t
  unequal heights of, 519
Shoulder girdle, 497
Sickle cell disease, skin in, 147t
SIDS (sudden infant death syndrome), 712
Sighing respiration, 120t
Silence, in interview, 41
Sinus(es)
  in comprehensive physical examination, 12
  paranasal. *See* Paranasal sinuses
  preauricular, 705
Sinus arrhythmias, 325t
  in infants, 719b
Sinusitis, 174
  acute, 193
  in children, 756
  headaches from, 206t
Sinus node, 287
Sinus tachycardia, 294
SITS muscles, 499
Situs inversus, 309, 377
Skene's glands, 429
  during pregnancy, 832
Skin
  anatomy and physiology of, 121–122
  cancer of, 124b, 124–125
  color of, 122, 126–127, 132t–133t
    in general survey, 104
  in comprehensive physical examination, 12
  cysts of, 137t, 226t
  dry, 139t
  examination techniques for, 126–127
    for children, 750
    for infants, 699–702
    in older adults, 861–862
  of head, examination techniques for, 177
  in health history, 123, 123b
  lesions of, 127–128
    anatomic location and distribution of, 134t–135t
    in children, 801t
    in context, 144t–145t
    depressed, 140t
    elevated, 136t–139t
    in general survey, 104
    patterns and shapes of, 135t
    purpuric, 141t
    vascular, 141t
  mobility of, 127
  moisture of, 127
  nevi of, 143t
  in older adults, 841
  pressure ulcers of, 128, 148t
  rashes on, in newborns and infants, 800t
  recording findings for, 130, 130b
  in review of systems, 9
  self examination of, 124–125, 128–129, 129b
  in systemic diseases, 146t–147t
  temperature of, 127
  texture of, 127
  total-body examination of, 124
  tumors of, 142t
  turgor of, 127
Skull
  examination techniques for, 177
  sutures of, 702
    premature closure of, 696
SLE (systemic lupus erythematosus), 489
  skin in, 147t
Smallpox, 138t
Smegma, 412
Smell sense, assessment of, 611, 612
Smoking, in older adults, 854
Smoking cessation, 250–251
  during pregnancy, 825
Smooth tongue, 237t
SMR (sexual maturity rating)
  for boys, 780, 781b
  for girls, 778, 779b, 782, 783b
Social development
  during adolescence, 679, 680b
  during early childhood, 676
  during infancy, 674
  during middle childhood, 678, 678b
Social history, 5b, 8
Social phobia, 576, 592t
Sodium intake, recommendations for, 96
Soft palate, 167
Soles, abnormalities of, 557t
Soleus muscle, 538
Somatic growth
  of adolescents, 776
  of children, 745–747, 747b
  of infants, 695–696
Sores. *See also* Skin, lesions of
  penile, 414
  vulvar, 434
Sore throat, 174
Sore tongue, 174
Source of history, 6
Source of referral, 6
Spasmodic torticollis, 654t
Spastic diplegias, in children, 771
Spastic hemiparesis, 663t
Spasticity, 618, 659t
Specificity, of tests, 75b, 76b
Specific phobia, 592t
Specula, for vaginal examinations, 439–440
  insertion of, 441–442, 442b
Speech
  assessment of, 612, 616
  in mental status examination, 580
Speech disorders, 591t
Spelling backward, 585
Spermatic cords, 411, 412, 418
  torsion of, 425t
Spermatocele, 425t
Spheroidal joints, 486, 486b
Sphygmomanometer, 106, 106b
Spider angiomas, 141t
Spider veins, 141t
Spina bifida, 519
Spina bifida occulta, 727
Spinal accessory nerve, 598, 599b
  of children, 772b
  examination of, 612, 615–616
  of infants, 732t
Spinal cord, 600
  anatomy and physiology of, 597–598
  cervical, compression of, 547t
  lesions of, 661t
Spinal nerves, 600
  lesions of, 662t
Spinal reflexes, 600–601, 632–639
  assessment of, 632–639
  in children, 773–774
  in newborns, 731
Spinal roots, lesions of, 662t
Spinal stenosis, 478
  lumbar, back pain from, 546t
Spine, 515–522. *See also* Vertebrae; Vertebral curves
  bony structures of, 516, 516b
  curves of, 515
  examination techniques for, 518–522
    inspection as, 518, 519b
    palpation as, 518–520
    range of motion and maneuvers as, 520–522
  of infants, 727
  joints of, 516–517
  muscle groups of, 517, 517b
Spinothalamic tract, 604
Spinous processes, 243, 516, 518
Spleen
  anatomy and physiology of, 360
  examination techniques for, 382–384
    for children, 764
    palpation as, 383–384
    percussion as, 382–383
  of infants, 724
Splenic percussion sign, 383
Splenius capitis muscle, 517
Splenius cervicis muscle, 517
Splenomegaly, 385
  in infants, 724
Spondylolisthesis, 518
Sports, preparticipation screening musculoskeletal examination for, 785, 786b–788b
Sprains, 488
Sputum, 250
Squamocolumnar junction, 430, 431, 452t
Squamous cell(s), in Pap smear, 437
Squamous cell carcinoma, 862
  of skin, 124, 142t
Squamous epithelium, cervical, 430, 452t
Squatting, systolic clicks and, 329t
Stance, 525
  assessing, 628–629
Stapes, 160

Startle reflex, 735b
State regulation, in newborns, 692b
Static tremors, 653t
STDs (sexually transmitted diseases), 434–435, 437, 780. *See also specific diseases*
  in adolescents, 782
  prevention of, 415–416
Steatorrhea, 366
Stenotic mitral valves, 330
Stenotic valves, 285
Stenson's duct, 167
Steppage gait, 663t
Stepping reflex, 736b
Stereognosis, 632
Sternal angle, 242, 291
Sternoclavicular joint, 498
Stiffness, 489
Still's murmur, 762, 762b
Stomach
  anatomy and physiology of, 360
  cancer of, 394t–395t
Stomatitis, herpetic, in children, 806t
Stools
  black, and bloody, 400t
  color of, 367
Storage diseases, in infants, 724
Strabismus, 805t
  in infants, 707
  ocular, 751
Stranger anxiety, 739
Strawberry tongue, 759
Strep throat (streptococcal pharyngitis), 174
  in children, 760, 807t
Stress disorder
  acute, 592t
  posttraumatic, 592t
Stress incontinence, 368, 369, 402t–403t
Stridor, 253, 275t
  in infants, 712
Stroke, 386
  prevention of, 296–298, 297b, 299b, 299–301, 300b, 609–610
Stroke volume, 288
Stuporous patients, assessment of, 642–646
Sturge-Weber syndrome, 701
Sty, 214t
Styloid process, 153
Subacromial bursa, 500
  examination techniques for, 503b
Subacromial bursitis, 503
Subarachnoid hemorrhage, 171, 607
  headache and, 208t–209t
  testing for, 641
Subconjunctival hemorrhage, 215t
Subcutaneous nodules, 494
Subcutaneous tissue, 121
Subdeltoid bursa, examination techniques for, 503b
Subdeltoid bursitis, 503
Subdural hematoma, 696
Subjective information, 5–6, 6b
Submandibular gland, 153
  ducts of, 166
Submandibular lymph nodes, 196
Submental lymph nodes, 196
Subscapular bursa, 500
Subscapularis muscle, 499, 505
Subscapular lymph nodes, 340, 351
Substance abuse. *See also* Alcohol use
  asking questions about, 50b–51
Substance induced psychotic disorder, 593t
Subtalar joint, 538, 540
Sudden cardiovascular death, during sports, 785
Sudden infant death syndrome (SIDS), 712
Suicide, 577
Summarizing, in interview, 40
Summation gallop, 330t
Superficial inguinal lymph nodes, 477, 483
Superficial veins, 475
Superior oblique muscle, left, 159
Superior vena cava, 281
  obstruction of, 304
Supernumerary nipples, 339
Supernumerary teeth, 710
Supinator muscle, 506
Supinator reflex, 601, 635
Supine hypotensive syndrome, 826
Supraclavicular lymph nodes, 196, 340
  in children, 750
Supracondylar fracture, 507
Suprapatellar pouch, 532
Suprapubic pain, 368
Supraspinatus muscle, 499, 504, 505
Supraventricular premature contractions, 325t
Supraventricular tachycardia, in children, 798t
Surrogate informants/decision makers, 43, 53
Suspensory ligament, 338
Sutures, of skull, 702
  premature closure of, 696
Swallowing, assessment of, 612, 615
Swan neck deformity, 553t
S wave, 287
Sweat glands, 121, 123
Sweating, with goiter, 175
Swelling. *See also* Edema
  musculoskeletal, 494
Swinging flashlight test, 202
Swing phase of gait cycle, 525
Sydenham's chorea, 654t
Symphysis pubis, 523
Symptoms
  eliciting from older adults, 849–850
  principal, seven key attributes of, 7, 31–32, 32b
Syncope, 608
  cough, 649t–650t
  micturition, 649t–650t
Synovial cavity, 485
Synovial fluid, 485
Synovial joints, 485, 485b
  structure of, 486b, 486–490
Synovial membrane, 485
  of shoulder, examination techniques for, 505b
Syphilis
  congenital, facies in, 803t
  mucous patch of, 238t
  secondary, female, 450t
  skin in, 147t
Syphilitic chancre, 140t, 231t
  female, 450t
  in males, 422t
System(s), review of, 5b, 8–11
Systematized delusions, 583b
Systemic lupus erythematosus (SLE), 489
  skin in, 147t
Systole, 282, 283
Systolic aortic murmur, in older adults, 844
Systolic blood pressure, 302
Systolic clicks, 329t
Systolic hypertension, in older adults, 841
Systolic murmurs, 316–317
  aids to identify, 319–320, 320b

T

Tachycardia, in infants, 718
Tachypnea, 120t, 698
Talipes calcaneovarus, 729
Talipes equinovarus, 729
Talkative patients, interviewing, 43–44
Talocalcaneal joint, 538, 540
Talofibular ligament
  anterior, 539
  posterior, 539
Talus, 538
Tandem walking, 627
Tangential lighting, 98–99
Tanner stages, 431, 778, 779b
Tardive dyskinesia, 653t
Tarsal joint, transverse, 541
Tarsal plates, 154
Tavistock Principles, 59–60, 60b
Teeth
  abnormalities of, in children, 806t
  abrasion of, with notching, 235t236t
  anatomy and physiology of, 166
  attrition of, 236t
  caries of
    in children, 758, 806t
    in older adults, 864
  of children, 758–759, 759b
    abnormalities of, 806t
    caries of, 758, 806t
    staining of, 806t
  erosion of, 235t236t
    in children, 806t
  examination techniques for, 194
  findings in, 235t–236t
  health promotion and counseling and, 176
  Hutchinson's, 235t236t
  staining of, 759
    in children, 806t
  supernumerary, 710
Telangiectasia, 144t
  hemorrhagic, hereditary, 231t
Temperature, body
  in children, 749
  of feet and legs, 485
  in infants, 698
  measurement of, 112–113
  in older adults, 841
Temperature intolerance, with goiter, 175
Temperature sensation, 603
  assessment of, 613, 631

Temporal arteritis, headache and, 208t–209t
Temporal artery, superficial, 153
Temporal bone, 153
  mastoid portion of, 153
Temporal muscles, 495s, 496
  palpation of, 613
Temporomandibular joint, 495–496
Tenderness
  abdominal, 407t–408t
  in chest, 253
  of kidneys, 386
  musculoskeletal, 494
  of nonpalpable liver, 382
  rebound, 379
  spine and, 518
Tendinitis, 488
  bicipital, 551t
  calcific, of shoulder, 550t
  rotator cuff, 550t
Tenesmus, 367
Tenosynovitis, 488, 511, 512
  acute, 555t
  de Quervain's, 510, 511, 512
  gonococcal, 510
Tension headache, 171, 206t
Teres minor muscle, 499, 505
Terminal hair, 122
Terry's nails, 150t
Test(s), selection and use of, 75b, -76b
Testes, 418
  abnormalities of, 424t
  in boys, 781b
  pain in, 765
  painless nodules in, 418
  small, 424t
  torsion of, in children, 765
  tumors of, 424t
  undescended, 725, 813t
Testicular cancer, 418, 420
Testicular self-examination, 416, 420, 420b
Tetanus, 815t
Tetralogy of Fallot, in infants, 809t
Thalamus, 596, 604
Thelarche, premature, 722
Thenar atrophy, 554t
Thenar space infection, 555t
Therapeutic relationship, 35b, 35–41
  active listening for, 36
  building, 35
  empathic responses and, 38–39
  empowering patient and, 40–41, 41b
  guided questioning and, 36–38, 37b
  nonverbal communication and, 38
  partnering and, 40
  reassurance and, 39
  sexuality and, 57
  transitions and, 40
  validation and, 39
Thin patients, blood pressure measurement in, 110
Third heart sound, in older adults, 844
Thoracic kyphosis, 519
Thoracoabdominal paradox, 713
Thoracohumeral muscle group, 505
Thorax. *See also* Chest *entries; specific organs*
  anatomic terms for locations on, 246
  anatomy and physiology of, 241–247
  anterior, examination of, 261–264
    auscultation in, 264
    inspection in, 261
    palpation in, 261–262
    percussion in, 263–264
  anterior, in comprehensive physical examination, 13
  anteroposterior diameter of, 253
  deformities of, 273t
  examination techniques for, 252–265
    for children, 760–761
    for infants, 711–714, 712b, 714b
    in older adults, 864
    during pregnancy, 828
  expansion of, testing, 254, 261
  in health history, 248b, 248–250
  initial survey of, 252–253
  locating findings on, 242–244
  in older adults, 843
  posterior, in comprehensive physical examination, 12
  posterior, examination of, 253–261
    auscultation in, 258–261
    inspection in, 253
    palpation in, 253–255
    percussion in, 255–258
  recording findings for, 266, 266b
  retraction of, in infants, 713
Thought content, in mental status examination, 574b
Thought processes
  content of, in mental status examination, 582–583, 583b
  in mental status examination, 574b, 581–582, 582b
Thrills, 306
  in infants, 717
Throat. *See also* Pharynx
  in comprehensive physical examination, 12
  examination techniques for
    for adolescents, 777
    in older adults, 862–864
  in review of systems, 9
  strep (streptococcal pharyngitis), 174
    in children, 760, 807t
Thromboangiitis obliterans, 488, 492t–493t
Thrombocytopenic purpura, skin in, 147t
Thrombophlebitis, superficial, 479, 487, 492t–493t
Thrombosis, iliofemoral, 487
Thrush, 711
  in children, 806t
  palatal, 233t
Thumbs
  abduction of, carpal tunnel syndrome and, 541
  opposition of, testing, 621
  range of motion and maneuvers for, 513–514
Thyroglossal duct cysts, 706, 710
Thyroid
  enlargement of, 239t
  signs and symptoms of dysfunction of, 239t
  single nodules of, 239t
Thyroid cartilage, 169
Thyroid gland, 169
  examination techniques for, 198–200
  during pregnancy, 817, 828
Thyroid isthmus, 199
TIAs (transient ischemic attacks), prevention of, 609–610
Tibia, 538
  torsion of, in infants, 729
Tibial artery, posterior, 474
Tibial plateau, lateral, 533
Tibial pulse, posterior, 485
Tibial torsion, in children, 770
Tibial tuberosity, 530
Tibia vara, 770
Tibiofemoral joints, 530
Tibiotalar joint, 538, 540
Tics, 654t
Time, orientation to, 585
Timing, clustering clinical data by, 73
Tinea capitis, 149t
  in children, 801t
Tinea corporis, 135t
  in children, 801t
Tinea faciale, 135t
Tinea versicolor, 132t, 134t
Tinel's sign, carpal tunnel syndrome and, 541
Tinnitus, 173
Titles, addressing patients using, 29
TMJ syndrome, 496
Tobacco use
  in health history, 7
  smoking cessation and, 250–251
  teeth and, 176
Toe(s), abnormalities of, 557t
Toenails, ingrown, 557t
Tongue, 166
  cancer of, 194–195
  of children, 759
  examination techniques for, 194
  findings in or under, 237t–238t
  sore, 174
  symmetry and position of, assessment of, 612, 616
Tongue tie, 710
Tonic-clonic seizures, 652t
Tonic neck reflex, asymmetric, 735b
Tonic pupil, 182, 217t
Tonsil(s)
  of children, 760
  normal, large, 232t
Tonsillar fossa, 167
Tonsillar lymph nodes, 196
Tonsillar nodes, pulsating, 196
Tonsillitis, exudative, 232t
Tophi, 226t
Tori mandibulares, 238t
Torticollis, 518, 520, 704
  congenital, 706
Torus palatinus, 194, 233t
Total-body skin examination, 124
Touch sensation, 603–604
Tourette's syndrome, 654t
Toxic liver damage, 368
Toxoplasmosis, congenital, retinal changes in, 708

Trachea
  anatomy and physiology of, 246
  examination techniques for, 198
Tracheal breath sounds, 259b
Tracheal rings, 169
Tracheitis, bacterial, in infants, 712
Tracheobronchitis
  chest pain with, 268t–269t
  cough and hemoptysis in, 272t
Tragus, 160
Transformation zone, 430, 431
Transient ischemic attacks (TIAs), prevention of, 609–610
Transitions, in interview, 40
Transposition of the great arteries, in infants, 810
Transverse lie, 833
Trapezius muscles, 517
Traube's space, 382
Treatment plans, negotiating, 34
Tremors, 653t–654t
  intention, 626
  in newborns, 691
  in older adults, 847, 868
Trendelenburg's sign, 770
Trendelenburg test, 490–491
Triceps muscle, 499, 506
Triceps reflex, 601, 635
Trichomonal vaginitis, 454t
Trichotillomania, 149t
Tricuspid regurgitation, 331t
Tricuspid stenosis, 304
Tricuspid valve, 281
  auscultation of sounds from, 286, 314
Trigeminal nerve, 495, 598, 599b
  of children, 772b
  examination of, 612, 613–614
  of infants, 732t
Trigeminal neuralgia, headache and, 208t–209t
Trigger finger, 513, 554t
Tripod position, 751
Trochanter, greater, 523, 524
Trochanteric bursa, 524, 526
Trochanteric bursitis, 488, 526
Trochlear groove, 530
Trochlear nerve, 598, 599b
  of children, 772b
  examination of, 611, 612
  in infants, 732b
  paralysis of, 218t
Truncus arteriosus, 717
Trunk, muscle strength of, testing, 622
Trunk incurvation reflex, 736b
Tubal pregnancy, ruptured, 457t
Tuberculosis, cough and hemoptysis in, 272t
Tuberous sclerosis, 799t
  skin in, 147t
Tug test, 189
Tumors. *See also* Cancer; *specific tumors*
  abdominal, 405t
  adrenal, in children, 765
  of brain, headache and, 208t–209t
  headache due to, 171
  oral, in older adults, 864
  pituitary, in children, 765
  of skin, 142t
  testicular, 424t
Tunica vaginalis, 411, 412
Turbinates, 163
Turgor, of skin, in newborns, 702
Turner's syndrome, 701
T wave, 287
Two point discrimination, 632
Tympanic membrane, 160, 161
  examination techniques for, 189–190
  temperature of, measuring, 113
Tympanosclerosis, 227t
Tympany, as percussion note, 256b

U

Ulcer(s)
  aphthous, 174, 194, 238t
  in arterial insufficiency, 495t
  nasal, 193
  neuropathic, 495t, 557t
  peptic, 394t–395t
  pressure, 128, 148t
    in older adults, 862
  of skin, 140t, 144t
  in venous insufficiency, 495t
  venous stasis, 479
Ulcerative colitis, 490
  diarrhea due to, 398t–399t
  skin in, 147t
Ulcerative gingivitis, acute necrotizing, 235t
Ulnar artery, 473
Ulnar nerve, 506
  compression of, 510
  disorders of, 554t
Ulnar pulse, 488
Umbilical artery, single, 723
Umbilical cord, 723
Umbilical granulomas, 723
Umbilical hernias, 404t, 723
Umbilicus amnioticus, 723
Umbilicus cutis, 723
Unreality, feelings of, 583b
Upper motor neurons, 603
Ureteral colic, 370
Urethral caruncles, 441, 451t
Urethral meatus, 411, 412, 429
Urethral mucosa, 441
  prolapse of, 451t
Urethral obstruction, 724
Urethral strictures, 386, 417
Urethritis
  gonococcal, 417
  nongonococcal, 417
Urge incontinence, 369, 402t–403t
Urinary frequency, 368–369, 401t
  during pregnancy, 821b
Urinary incontinence, 402t–403t
  functional, 369, 402t–403t
  overflow, 369, 402t–403t
  secondary to medications, 402t–403t
  stress, 368, 369, 402t–403t
  urge, 369, 402t–403t
Urinary system
  in health history, 368–370
  in review of systems, 10
Urinary urgency, 368–369
Urine, color of, 367
Urticaria, 137t, 145t
  in children, 801t
Uterus, 430. *See also* Cervix, uterine
  abnormalities of, 456t
  anatomy and physiology of, 361
  bicornuate, 832–833
  contractions of, during pregnancy, 830
  palpation of, 445
  positions of, 455t
  during pregnancy, 818–819
  prolapse of, 456t
  retroflexion of, 446, 455t
  retroversion of, 446, 455t
Uvula, 167
  of children, 760

V

Vaccines, diseases preventable by, 815t
Vagina, 430
  inspection of, 445
  during pregnancy, 818, 832
Vaginal bleeding
  in children, 767
  intermenstrual, 433
  postcoital, 433
  postmenopausal, 432, 433
Vaginal discharge, 434, 454t
  in adolescents, 782
  in children, 767
Vaginismus, 434
Vaginitis
  candidal, 454t
  trichomonal, 454t
Vaginosis, bacterial, 454t
Vagus nerve, 598, 599b
  of children, 772b
  examination of, 612, 615
  of infants, 732t
Valgus stress test, 536b
Validation, in interview, 39
Validity, of tests, 75b
Valsalva maneuver
  to identify systolic murmurs, 320
  inguinal hernias and, 765
Values, 55
Valves
  cardiac. *See* Heart valves
  venous, evaluating competency of, 490–491
Valves of Houston, 460
Varicella, 815t
  skin in, 147t
Varicocele, 425t
Varicose veins, 487
  mapping, 490
  during pregnancy, 833
  of tongue, 238t
Varus stress test, 536b–537b
Vascular lesions, of skin, 141t
Vascular markings, in newborns, 701
Vascular rings, in infants, 712
Vas deferens, 411, 412
  infection of, 418
Vasodepressor syncope, 608, 649t–650t

Vasomotor rhinitis, 173
Vasovagal syncope, 608
Veins. *See also specific veins*
  anatomy and physiology of, 474–475
  communicating (perforating), 475
  deep, 474
  spider, 141t
  superficial, 475
  varicose, 487
    mapping, 490
    during pregnancy, 833
    of tongue, 238t
Vellus hair, 122
Venae cavae, 281
Venereal warts, 461
  female, 450t
Venous hum, 335t, 762b, 763
  abdominal, 406t
Venous insufficiency
  chronic, 487, 492t–493t, 494t, 495t, 496t
  stasis ulcer of, 140t
Venous peripheral vascular disease, 479
Venous stasis ulcers, 479
Venous valves, evaluating competency of, 490–491
Ventricular gallop, 330
Ventricular impulses, variations and abnormalities of, 326t
Ventricular premature contractions, 325t
  in infants, 719, 719b
Ventricular septal defect, 308, 331t
  in infants, 722b, 810
Vernix caseosa, 700
Verruca plana, 801t
Verruca vulgaris, 801t
Vertebrae. *See also* Spine
  spinous processes of, 243, 516, 518
Vertebral arch, 516
Vertebral bodies, 516
Vertebral foramen, 516
Vertebral line, 244
Vertical inguinal lymph nodes, 477
Vertical nystagmus, 655t
Vertigo, 210t, 607
Vesicles, 137t, 144t, 145t
Vesicular breath sounds, 258, 259b
Vestibular function, assessment of, 615
Vestibular neuronitis, 210t
Vestibule, 162, 192, 429
Vibration sense, 604
  assessment of, 631
  in older adults, 848
Viral exanthems, 147t
Viral pneumonia, cough and hemoptysis in, 272t
Viral rhinitis, 192
Visceral pain, 364
Visceral pleura, 246
Visceral tenderness, 407t–408t
Visual acuity, 177–178
  assessment of, 611, 612
    in older adults, 855
  in children, 752, 752b
  of infants, 708
  of older adults, 843
Visual aura, with migraine, 171
Visual fields, 156–157
  assessment of, 611, 612
  in children, 752
  defects of, 212t
  testing, 178–179
Visual loss, 175–176
  interviewing and, 46
Visual pathways, 157
Vital signs, 12. *See also* Blood pressure; Heart rate; Heart rhythms; Respiratory rate; Temperature, body
  in adolescents, 776
  in children, 747–749
  examination techniques for, in older adults, 860
  in infants, 697–698
  in older adults, 841
  during pregnancy, 827
  recording, 113, 113b
Vitiligo, 132t
Vitreous body, 156
Vitreous detachment, 172
Vitreous floaters, 172, 188
Vitreous hemorrhage, 171
Vocabulary, in mental status examination, 586
Voice
  assessment of, 612, 616
  of children, 760, 760b
Voice sounds, transmitted, 260–261, 264, 274t
Volume overload, 288
Vomiting, 362, 363
  during pregnancy, 821b, 828
von Recklinghausen's syndrome, skin in, 146t
Vulva, 429
  carcinoma of, 450t
  lesions of, 450t
Vulvovaginal symptoms, 434

W

Warmth, musculoskeletal, 494
Warts, 801t
  genital, 461
    female, 450t
    in males, 422t
  plantar, 557t, 801t
Weakness, 95, 607–608
Weaver's bottom, 526
Weber test, 191
Weight
  assessing, 90–92
    body mass index for, 90, 91b, 92, 92b
  at birth, 688b, 688–689, 689b
  of children, 746
  counseling about, 301
  in general survey, 104
  of infants, 696
  measurement of, in older adults, 860
  optimal, 95–96
  during pregnancy, 828
  stroke prevention and, 610
Weight gain, 93
  during pregnancy, 823–824, 824b
Weight loss, 94
  during pregnancy, 821b
Wens, 177
Wernicke's aphasia, 591t
Wet exudative macular degeneration, 188
Wharton's ducts, 166
Wheals, 137t, 145t
Wheezes, 259, 260, 260b, 275t
Wheezing, 249, 253
  in infants, 712, 712b
Whispered pectoriloquy, 261
White lines, transverse, on nails, 151t
White matter, 596
White spots, on nails, 151t
Williams syndrome, 721
Working diagnoses, establishing, 69–70
Wrists, 508–514
  bony structures of, 508
  examination techniques for, 509–510
    inspection and, 509–510
    palpation as, 510
    range of motion and maneuvers as, 512
  extension at, testing, 620
  joints of, 508
  muscle groups of, 509
Wry neck, 706

X

Xanthelasma, 214t
x descent, 292
Xiphoid process, 361

Y

y descent, 292

Z

Zygomatic bone, 153