ლინ ს. ბიკლი

გეიტსის 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**
მინაგან სნეულებათა დეპარტამენტის პროფესორი

მთარგმნელი-კოორდინატორები **ირმა მამაცაშვილი**
მარინე ჩხაიძე

ხელმძღვანელი-კოორდინატორი **მანანა ღუდუშაური**

პროექტის ხელმძღვანელი **ნანა სებისტვარაძე**

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 ფიზიკური გამოკვლევის საფუძვლები" (ავტორი ლინ ს. ბიკი) 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 გადმოგვცა 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 ფიზიკური (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 ფიზიკური გამოკვლევა ორიენტირებულია არა ცალკეულ სისტემაზე და დაავადების სახეობაზე, არამედ ავადმყოფის გასინჯვის თანმიმდევრობაზე (ასე მაგალითად, ჯანი, თმა და ფრჩხილები; თავი და ყელი; გულმკერდი და ფილტვები; სარძევე ჯირკვლები და იღლია; მუცელი და ა.შ.), რაც ლოგიკურად გამოვლენილი ზოგი სიმპტომით ორგანიზმის რამდენიმე სისტემის შეფასების საშუალებას იძლევა.

გარდა ამისა, სახელძღვანელოს 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 ლინიკური მსჯელობის, აგრეთვე მიღებული მონაცემების სრულფასოვნად ჩაწერის ჩვევების დასაუფლებლად, ხოლო მითითებული ბიბლიოგრაფია ამოწურავს სამედიცინო მეცნიერების .უახლეს ლიტერატურას.

.

პატივისცემის სულიერებით,

რექტორი გიორგი მენაბდე

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

თავი 2
გამოკითხვა და ჯანმრთელობის ისტორია 23
მზადყოფნა: გამოკითხვის ნარმართვა 26
გამოკითხვის პროცესი: გამოკითხვის პროცესის თანამიმდევრობა 28
სამკურნალო ურთიერთობების აგება: გამოკითხვის უნარ-ჩვევების 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
ჯინიჯური განრიკვა, შეფასება და გეგმა 65
შეფასება და გეგმა: ჯინიჯური განრიკვის პროცესი 66
ქ-ნი ნ-ის შემთხვევა: შეფასება და გეგმა 70
მეთოდური მოთხოვნები ჯინიჯური მონაცემების მიმართ 72
შემთხვევის აგება: ჯინიჯური განრიკვის და შეფასების შეჯერება ჯინიჯურ მონაცემებთან 79
ნერილობითი დოკუმენტაციის შექმნა ავადმყოფის შესახებ 81
ჯინიჯური შეფასება: გზა სრულყოფისაკენ 85
ბიბლიოგრაფია 86

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

თავი 5
კანი, თმა და ფრჩხილები 121
ანატომია და ფიზიოლოგია 121
ავადმყოფობის ანამნეზი 123
ჯანდაცვის ხელშენყობა და კონსულტაცია 124
გამოკვლევის მეთოდები 126
კანი 126
კანის დაზიანებები კონტექსტში 127
თმა 128
ფრჩხილები 128
სპეციალური მეთოდები 128
ჯინიჯური გამოკვლევის ჩანანერი 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
ჯანმრთელობის ხელშენყობა და რეკომენდაციები 175
გამოკვლევის მეთოდია 177
თავი 177
თვალები 177
ყურები 189
ცხვირი და პარანაზალური ნიადრები 192
პირი და ხახა 193
კისერი 196
სპეციალური ტექნიკა 200
ჯინიჯური გამოკვლევის შედეგების ჩანერა 203
ბიბლიოგრაფია 204

თავი 7
გულმკერდი და ფილტვები 241
ანატომია და ფიზიოლოგია 241
ანამნეზი 248
ჯანმრთელობის ხელშენყობა 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 გახლერჩა 284
გულის შეიები 285
აუსკულტაციური მონაცემების გულმკერდის ზედაპირთან დამოკიდებულება 286
გულის გამტარებელი სისტემა 287
გული ჰოგორც ტუმბო 288
პრტერიული პულსი და სისხლის ნნევა 289
საკრე ვენის ნნევა (სვნ) 290
საკრე ვენური პულსაცია 292

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

თავი 9
სარძევე ჯირკვლები და იღლია 337
ანატომია და ფიზიოლოგია 337
ქალის სარძევე ჯირკვლები 337
მამაკაცის სარძევე ჯირკვალი 339
ღიმფური 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
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი 362
სამარხე სისტემა 368
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 370
გამოკვლევის მეთოდები 374
მუცლის ღრუ 374
ღვიძლი 379
ელენთა 382
თირკმლები 385
მარხის ბუშტი 386
ასრტა 386
სპეციალური მეთოდები 387
ასციტის შეფასება 387
შესაძლო აპენდიციტის შეფასება 389
შესაძლო მწვავე ქოლეცისტიტის დადგენა 390
ვენტრალური (მუცლის ხედის) თიაქრის შეფასება 390
მუცლის ხედის სიმაგრეები 391
მილებული 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
მილებული 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
მილებული მონაცემების ჩანერა 448
ბიბლიოგრაფია 449

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

თავი 14
პერიფერიული სისხლძარღვთა სისტემა 473
ანატომია და ფიზიოლოგია 473
არტერიები 473
ვენები 474
ღიმფური სისტემა და ღიმფური კვანძები 476
სითხეების მიმოცვლა და კაპილარული სისტემა 477
ანამნეზი 478
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა 479
გამოკვლევის მეთოდები 481
მკლავები 481
ფეხები 482
სპეციალური ტექნიკა 488
მილებული 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 ხელშეწყობა 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 რეფლექსები 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 რეფლექსები: მყეს-ძვალთა ღრმა რეფლექსები 600
მოტორული გამტარი გზები 601
სენსორული გამტარებელი გზა 603
ანამნეზი 607
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა 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 ხელშეწყობა 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
საშუალო 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 ხელშეწყობა 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, ყოთა, სწორი ნაწლავი 831
ჯიღურები 833
სპეციალური მეთოდები 833
მოდიფიცირებული ღეობოდის 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 ხელშეწყობა 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. ჰასაც თქვენ შეისწავლით, პაციენტის გამოკვლევისა და მკურნალობის საკუთნეების განმავლობაში ჩამოყალიბებულ ჩვევებს აეითიანებს. თქვენი შესაძლებლობა, შეაგროვოთ ზუსტი და დაწვრილებითი ანამნეზი და შეასრულოთ საფუძვლიანი და სწორი გამოკვლევები, გააღრმავებს თქვენს უთიეითობას პაციენტთან, გააუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას და სწორად მიმართავს თქვენს ჯერინჯურ აზროვნებას. თქვენს მიერ შეკრებილი ანამნეზი და ჩატარებული ჯერინჯური გამოკვლევის ხასიათი განსაზღვრავს ავადმყოფთან თქვენი უთიეითობის მეორე საფეხურს – *გააკეთოთ* სწორი არჩევანი მარტივი ტესტსა და ინსტრუმენტულ კვლევას შორის. კვალიფიციური ჯერინისტად ჩამოყალიბების პროცესში თქვენ ცხოვრების მანძილზე სწავლით ამ მნიშვნელოვან, ავადმყოფთან უთიეითობასა და ჯერინჯურ ჩვევებს.



როგორც ჯი ავადმყოფის შეფასების სამყაროში მოხვედრით, თქვენ იწყებთ ჯერინჯური კვლევის პირველადი ელემენტების გაეითიანებას: 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 დროთა განმავლობაში პირველი ნახვისთანავე შეძლებთ პაციენტის ჯერინჯურ შეფასებას, – მაშინვე განსაზღვრავთ ძირითად სიმპტომებს და დარღვევებს, ძირითად პათოფიზიოლოგიურ ან ფსიქოპათოლოგიურ პროცესებს, მოახდენთ სიმპტომების დაჯგუფებას და სხვადასხვა ჰიპოთეზების განხილვით შეარჩევთ სწორს. მეშაობის პროცესი თქვენს ნინაშე ავადმყოფთა მრავალფეროვნებას გამოავლენს. პარადოქსია, რომ ჩვენები, რომლებიც ყველა პაციენტის შეფასების სამუალებას 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 ჰეგისტრირება. აღნერილია ანამნეზის შემადგენელი ნანილები და მოცემულია, როგორ უნდა დაიგდეს პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია. აქვე არის განხილული ჯერინჯური კვლევები და ჩეკრომენდაციები, თუ როგორ იგრძნოს თავი პაციენტმა კომფორტულად. და ბოლოს, მოცემულია ისტორიის დანერის ნიმუში, სადაც ნაჩვენებია 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 კი 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,* – ყლინიკური მსჯელობა, შეფასება და გეგმა – განხილულია ყლინიკური მსჯელობის პროცესი, როგორ უნდა გაფორმდეს დიაგნოზი და გამოკვლევის 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, მცირეწლოვანი ბავშვები და მოზარდები.

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

ჯანმთელობის ისტორია

იმდენად, რამდენადაც თქვენ ავადმყოფის გამოკითხვის წარმატებელად განხორციელების ბაზისს უფლებით, უპირველესად უნდა შეისწავლოთ *მოზრდილის ჯანმთელობის ყოველმომცველი 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.* ხადგან თქვენ უმეტესად პაციენტთან ურთიერთობთ, უნდა ისწავლოთ ყველა ზემოაღნიშნული დეტალის აღმოჩენა პაციენტის ჯანმთელობის შესახებ და მისი სისტემატიზება. ყურადღება მიაქციეთ იმ ფაქტს, რომ ანამნეზის შეკრების პერიოდში მონაცემები ზუსტად აღნერილი თანწყობით არ მოიპოვება. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თქვენ სწორად შეისწავლით იმის დადგენას, თუ როგორ უნდა მიესადაგოთ ერთმანეთს პაციენტის ანამნეზიდან მოკრებილი სხვადასხვა ინფორმაცია.

სტრუქტურა და მიზანი

ყოვლისმომცველი და ფოკუსირებული ანამნეზი. როდესაც თქვენ სხვადასხვა ტიპის პაციენტის შეფასების გამოცდილებას შეიძენთ, აღმოაჩენთ, რომ განყოფილებაში ან ყლინიკაში შემოსული პაციენტები დანერილებითი ანამნეზის შეგროვებას მოითხოვენ, თუმცა ბევრ სიტუაციაში უფრო მოკლილი, ფოკუსირებული, ანუ პირობემაზე ორიენტირებული გამოკითხვაა შესაფერისი. ისევე, როგორც მკერავი არგებს ტანზე ახალ ჩასაცმელს, თქვენც ასევე უნდა მიესადაგოთ ანამნეზის მონაცემები მთელ რიგ ფაქტორებს: პაციენტის მოსაზრებებსა და პირობებს; შეფასების მიზნებს; ყლინიკურ მდგომარეობას (სტაციონარული თუ ამბულატორიული; სპეციალიზებული თუ პირველადი გასინჯვის) და შესაძლო დროის ხანგრძლივობას. დანერილებითი ანამნეზის ყველა კომპონენტის ცოდნა სამუალებას მოგცემთ არჩიოთ ის მონაცემები, რომლებიც ყველაზე მეტად დაგეხმარებათ *საქმის* მიმართულებით განისილოთ პაციენტის ჩივილები. დანერილებითი ანამნეზის ყველა კომპონენტი სრულად არის აღნერილი მომდევნო გვერდებზე. პერიატრიული ანამნეზი მოცემულია მე-18-ე თავში. მოზრდილისა და პერიატრიული ისტორიების ნიმუშები იმ ნერილობითი დოკუმენტაციის სტანდარტულ ნიმუშებს შეესატყვება, რომლის შესნავლას 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. მეიძლება იყოს ოჯახის წევრი, მეგობარი, მომარჩენის ნერვიული ან საქიმო ჩანაწერი, ▪ თუ სიტუაციას მეესაბამება, მეიძლება გამოიყენოთ მომარჩენის ფორმა.
ინფორმაციის საწყობა	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 მეხედულებებსა და მეგობრებს დაავადებასთან დაკავშირებით ▪ ორგანოთა სისტემის მოკლე მიმოხილვა ▪ შეიძლება შეიცავდეს ინფორმაციას მიღებულ წამლებზე, აღებულზე, მავნე ჩვევებზე _ თამბაქო და ალკოჰოლი, რასაც ხშირად კავშირი აქვს მიმდინარე დაავადებასთან.
ბოლოდროინდელი დაავადებები	▪ ბავშვობაში გადატანილ დაავადებათა ჩამონათვალი ▪ შემდგომ გადატანილი დაავადებები თანმიმდევრობით, სულ მცირე ოთხი კატეგორიის: თერაპიული, ქირურგიული, სამეანო/გინეკოლოგიური და ფსიქიატრიული ▪ მოიცავს ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებს, როგორიცაა: აცრები, პროფილაქტიკური გვლევები, ცხოვრების პირობები ▪ ჩანაწერები ან დიაგრამები ასაკის და ჯანმრთელობის მიხედვით: ასევე, მონაცემები დაძრების, მშობიარობის და ნინაპირების პერიოდის მიზეზების შესახებ
ოჯახური ანამნეზი	▪ ოჯახში სპეციფიკური დაავადებების არსებობის დოკუმენტაცია (ჰიპერტენზია, გულის იშემიური დაავადება და სხვ.)
პერსონალური და სოციალური ანამნეზი	▪ განათლება, ოჯახური მდგომარეობა, პირადი ინტერესები, ცხოვრების სტილი
სისტემების მიმოხილვა	▪ ძირითად სისტემებთან დაკავშირებული ზოგადი სიმპტომების არსებობის ან არ არსებობის დამადასტურებელი საბუთები

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

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

ცხრილში. ამ განსხვავების ცოდნა დაგეხმარებათ ეთმანეთს დაუკავშიროთ ჯერ ინტუიციით განსჯა და პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია. ეს დიფერენციაცია ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტის მდგომარეობის ნებისმიერი და ზეპირი ნახდგენის ჩამოყალიბებისთვის.

განსხვავებები სუბიექტურ და ობიექტურ მონაცემთა შორის

სუბიექტური მონაცემები	ობიექტური მონაცემები
რა მოგითხრათ ავადმყოფმა	რა ნახეთ გასინჯვისას
ანამნეზი, დანყებული ძირითადი სიმპტომებიდან, სისტემების მიმოხილვამდე	ჯერ ინტუიციით ყველა მონაცემი
მაგალითი: ქალბატონი ბ ასის 54 ნლის, სტილისტი, რომელიც აღნიშნავს ზენოლას გულ-მკერდის მარცხენა ნახევარში,— "თითქოს სპილო ანვებოდეს" ტკივილი გადაეცემა ყისრის მარცხენა ნანილსა და მხარში	მაგალითი: ქალბატონი ბ ასის ასაკოვანი თეთრკანიანი ქალი, მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელი, ჯონაქტური და თავაზიანი. T/A 160/80 მმვწყსვ, — 96ნთ-ში რიტმული, სუნთქვა 24ნთ-ში, სხეულის ტემპერატურა ნორმალური.

I მოზარდისთვა დანვრილებითი ანამნეზი

სანყისი ინფორმაცია

ქალი და თარილი. თარიღის აღნიშვნა ყოველთვის მნიშვნელოვანია. პაციენტის გასინჯვის ქრონოლოგია ყოველთვის ზუსტად უნდა იყოს დოკუმენტირებული, განსაკუთრებით მნვავე, სასწრაფო ან ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებში.

საიდენტიფიკაციო მონაცემები. მოიცავს ასაკს, სქესს, ქორწინებას, საქმიანობას. ანამნეზის მომწოდებელი შეიძლება იყოს პაციენტი, ოჯახის ნევრი ან მეგობარი, პოლიციელი, კონსულტანტი, ინფორმაციის მიღება შეიძლება საექიმო ჩანაწერებიდანაც. პაციენტის შეფასებას სკოლიდან, სააგენტოებიდან ან სადაზღვევო კომპანიებიდან შეიძლება ხშირად მნიშვნელობა ენოქებოდეს. ჯერ 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 ინერება.

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

მიმდინარე დაავადება. ანამნეზის ეს ნანილი მოიცავს სრულად, სწორად და ქრონოლოგიურად ჩამოყალიბებულ ჰიპოთეზებს, რომლებმაც განაპირობა ავადმყოფის მომართვა გამოკვლევისთვის. მონათხრობში ნათლად უნდა ჩანდეს, რა პირობებში განვითარდა ეს ჰიპოთეზა, მისი გამოვლინებები და ჩატარებული მკურნალობა. პირველადი ჩივილები ჯერ უნდა იყოს დახასიათებული, უნდა იყოს აღნერილი (1) ლოკალიზაცია, (2) ხარისხი, (3) სიმძიმე, (4) სიმპტომების ხანგრძლივობა და გავითარების სიხშირე. (5) როგორ ვითარებაში დაინყო, (6) ფაქტორები, რომლებიც ხელს უნყობენ სიმპტომთა გაღრმავებას

ან შემცირებას და (7) თანმხლები გამოვლინებები. ეს შვიდი ატიპიური ან არის საკმარისი პაციენტის ყველა სიმპტომის გასარჩევად. 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, რომელიც 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 ეგებებს ავადმყოფი საკუთარ სიმპტომებზე და ან გავლენას ახდენს თავად დაავადება მის ცხოვრებაზე. ყოველთვის უნდა გახსოვდეთ, რომ *მონაცემები ავადმყოფიდან სპონტანურად მოედინება, ხოლო ამ მონაცემთა სისტემატიზება თქვენი ვალდებულებაა.*

ხშირად პაციენტი ეძლევა ჩივილით ან პრობლემით არ მოგმართავთ. თითოეული პრობლემა სხეულფასოვანი აღწერილობით არის ნარმოდგენილი შესაბამის თავებში.

აუცილებელია მკურნალობის კურსის მითითება, რაც გულისხმობს ნარსულში გამოყენებული ნამლების დოზებს, მიღების გზებსა და სიხშირეს; აგრეთვე შინაურ საშუალებებს, უეცრად 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 აღერგიული რეაქციის არსებობა ნამლებზე (ქავილი ან ღებინება); ასევე აღერგია საკვებზე, მწერებზე, ან საყოფაცხოვრებო ფაქტორებზე. ყურადღება უნდა იქნეს გამახვილებული თამბაქოს მოხმარებაზე და წევის ინტენსიობაზე. თუ ავადმყოფი თამბაქოს მომხმარებელია, უნდა დაზუსტდეს მოხმარებულ ღეროფთა ნღიური მაჩვენებელი (თუ ადამიანი ეწევა 1,5 ღეროფს დღეში 12 წლის განმავლობაში, მისი მაჩვენებელი 18-ის ტოლია). თუ ავადმყოფმა შეწყვიტა მოწევა, უნდა დაზუსტდეს ამდენი ხნის წინ. ასევე ყოველთვის უნდა აღნიშნოთ იღებს თუ არა იგი ალკოჰოლს და ნარკოტიკულ საშუალებებს (გაითვალისწინეთ, რომ თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მიღება ხშირად და სოციალურ ანამნეზში უნდა იყოს აღნიშნული. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ექიმის აზრით ეს მავნე ჩვევები მიმდინარე დაავადებას მიესადაგება).

გადატანილი დაავადებები

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

მოზრდილთა დაავადებების შესახებ ინფორმაცია ოთხი ძირითადი მიმართულებით უნდა მოიპოვოთ:

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

გახსოვდეთ უნდა იქნეს ჯანმთელობის დაცვის ასპექტები, როგორიცაა ჩატარებული აცრები ტეტანუსზე, ყივანახველაზე, დიფტერიაზე, პოლიომიელიტზე, ნითელაზე, გრიპზე, B ჰეპატიტზე, B ტიპის Haemophilus influenza –ზე და პნევმოკოკზე. ასევე, აღიე 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 წერილობითი ნებართვა დაგჭირდებათ.

ოჯახური ანამნეზი. ოჯახური ანამნეზი გულისხმობს ავადმყოფის და ჯანმრთელობის, ან ავადმყოფის და სიკვდილის მიზეზის მსგავსი 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, ეპილეფსიები, ფსიქიკური დაავადებები, სუიციდის 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 ზნეობა, ყოველდღიური აქტივობა. ხანდაზმულ ან ინვალიდ პაციენტებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოქმედება-აქტივობის საბაზისო დონე. პერსონალური და სოციალური ანამნეზი ასევე მოიცავს ყოველდღიურ ჩვევებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ავადმყოფის ჯანმრთელობას ან ნარმოშობენ დაავადების რისკს; მათ რიცხვს მიეკუთვნება ყენინგური ვარჯიში და დიეტა. მნიშვნელოვანია ვარჯიშის სიხშირის, ყოველდღიური ჯების, დიეტური დანამატების ან შეზღუდვების დადგენა. ასევე, დასადგენია, იღებს თუ არა პაციენტი ჩაის, ყავას და ალკოჰოლის შემცველ სხვა სასმელებს და ხმარობს თუ არა თავდაცვის საშუალებებს (უსაფრთხოების ქამარი, ველოსიპედის ჩაფხუტი, მზისგან დამცავი საშუალებები, მოწევის სანინააღმდეგო და სხვა სპეციფიკური საშუალებები). შეგიძლიათ დაამატოთ ჯანმრთელობის დაცვის სხვა **აქტუალური** ღონისძიებები.

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

სისტემების მიმოხილვა. სისტემების მიმოხილვასთან დაკავშირებული შეკითხვების გარკვევა და დასმა ხშირად აბნევს დამწყებ ექიმებს. იფიქრეთ ისეთი კითხვების დასმაზე, რომლებიც "თავიდან ფეხებამდე" მოიცავს პაციენტს. სასურველია პაციენტი წინასწარ გააფრთხილოთ 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 ამბობს შეკითხვებს ისეთ დაავადებებზე, როგორიცაა პნევმონია ან ტუბერკულოზი.

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

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 განუხებთ ტკივილი ნანლავების არეში?". გაითვალისწინეთ, რომ ავადმყოფის ასაკის, ჩივილების და ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე დაყრდნობით, დამატებითი კითხვების დასმა და, აქედან გამომდინარე, ზოგჯერ თქვენი ღრმისკული გადაწყვეტილების ვარირება მოგიწევთ.

პაციენტის გამოკითხვით სისტემების მიხედვით გამოვლინდება მის დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები, ჩაზეც ავადმყოფს ყურადრება არ გაუმახვილებია, განსაკუთრებით იმ სფეროში, რომელიც მიმდინარე დაავადებასთან კავშირში არ არის. ჯანმრთელობასთან 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 მოწონილი უნდა იყოს! ავადმყოფის გამოკითხვის შედეგად მიღებული სხვადასხვა ინფორმაცია უნდა გაანალიზოთ წერილობით მხოლოდ გამოკითხვისა და გასინჯვის დამთავრების შემდგომ.

ზოგიერთი ექიმი სისტემების მიხედვით გამოკითხვას ღრმისკული გამოკვლევის დროს ანარმოებს. მაგ. ყურების გასინჯვის დროს ეკითხება მათ შესახებ. თუ პაციენტს მხოლოდ უმნიშვნელო ჩივილები აქვს, ასეთი კომბინაცია ეფექტური იქნება. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს მძიმე ჩივილი აქვს, ერთდროულად ანამნეზის შეგროვება და გასინჯვა შეუძლებელია, ხოლო 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 ცემა, თავბრუხვევა, *თვალები:* მხედველობა, სათვალე ან კონტაქტური ლინზები, ბოლო გამოკვლევა, ტკივილი, სინათლე, ცრემლიანობა, მხედველობის გარჩევა, ბუნდოვანი მხედველობა, ღაქები, წერტილები, 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, პროტეზი, რამდენად 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, ხაოდენობა), სისხლიანი ხველა, ქოშინი, სუნთქვის დროს სტვენა, პლევრიტი, გულ-მკერდის უკანასკნელი ჩენტ-

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

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

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

საშარდე ორგანოთა სისტემა: შარდვის სიხშირე, პოლიურია, ნიქტურია, ნვა ან ტკივილი შარდვის დროს, ჰემატურია, საშარდე გზების ინფექცია, ქვანჭები თირკმლებში, შარდის შეუკავებლობა, შარდის ნაკადის შემცირება ან შესუსტება მამაკაცებში.

სასქესო სისტემა: მამაკაცები: თიაქარი, ასოს გაღიზიანება ან გამონადენი, სათესლე ჯირკვლების გადიდება ან ტკივილი, სქესობრივად გადამდები დაავადებები და ჩატარებული მკურნალობა. სექსუალური რჩევები, ინტერესები, ფუნქცია, სექსუალური დაკმაყოფილება, ჩასახვის სანინააღმდეგო საშუალებები, პრეზერვატივის ხმარება, შიდსის გამოვლინებები. ქალები: მენსტრუაციის დაწყების დრო, რეგულარულია თუ არა, ციკლებს შორის პერიოდი და სიხშირე. გამონადენის ხარებნობა, სისხლდენა ციკლებს შორის პერიოდებში ან ციკლის შენყვეტის შემდგომ, ბოლო მენსტრუაცია. დისმენორეა, ჰიმენსტრუალური ტკივილი. მენოპაუზის დადგომის ასაკი, მენოპაუზის სიმპტომები, მენოპაუზის შემდგომი სისხლდენა. 35 წლის ასაკის ზევით ორსულებში დიეთილსტილბესტროლის გამოყოფა საშვილოსნოდან. საშოდან გამონადენი, ქავილი, გაღიზიანება, სიმსივნე, სქესობრივად გადამდები დაავადებები და ჩატარებული მკურნალობა. ორსულობების ხარებნობა, მშობიარობის სახეები და ხარებნობა, აბორტების ხარებნობა (სპონტანური და ხელოვნური); ორსულობის გართულებები, ჩასახვის სანინააღმდეგო 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, ნიკრისის ქარი, ზურგის ტკივილი. აღნერეთ დაზიანებული სახსრის ან კუნთის ლოკალიზაცია, შესიება, შენითლება, ტკივილი, მგრძნობელობა, სისუსტე, მოძრაობის შეზღუდვა, სიმპტომების განვითარების დრო (მაგ. დილით თუ საღამოს), ხანგრძლივობა, ცრავმის 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, მეტევითი წყურვილი ან შიმშილი, პოლიურია, ხელთათმანის ან ფეხსაცმლის ზომის შეცვლა.

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲒᲐᲛᲝᲙᲕᲚᲔᲕᲐ

III მიდგომა და მიმოხილვა

ამ თავში განვიხილავთ *დანვრილებით კლინიკური გამოკვლევას* და მისი ყველა კომპონენტის აღწერას. დაწვრილებითი კლინიკური გამოკვლევა უნდა ჩაუტაროთ კლინიკაში მოსულ ყველა ავადმყოფს. პრობლემაზე ორიენტირებული ან ფოკუსირებული შეფასებისთვის ახასიათებელი ჩივილები გიჟახასიათებთ. გამოკვლევის ორმელი სეგმენტი უნდა იქნეს შერჩეული. უნდა მოძებნოთ გამოკვლევის ყველაზე უფრო ფართო მიდგომა, მისი საზღვრები (დანვრილებითი თუ ფოკუსირებული) და ცხრილი, რომელშიც შეჯამდება გამოკვლევის თანმიმდევრობა, მოცემული მე-4 თავში ("კლინიკური გამოკვლევების დანყება: 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 აღნერილობა. 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 გემასსოვრებათ, რომ გამოკვლევა უნდა იყოს სრულყოფილი და პაციენტისთვის კომფორტული. მას შემდეგ, რაც დაასრულებთ შესაბამის თავებში მოცემულ თეორიის და პრაქტიკული რჩევების სწავლას, ხელახლა ნარეთხეთ ეს მიმოხილვა. ეს იმისთვის არის საჭირო, რომ სრულფასოვნად გაათვითცნობიერთ, – როგორ მოაწყოთ გამოკვლევის ყოველი სეგმენტი ერთ მთლიანობაში.

გასინჯვის საკუთარი მეთოდის *გამომუშავების მიზანია მინიმალური დროის დახარჯვა ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლაზე* (ხშირად წოლიდან წამოჯდომამდე და პირიქით). კლინიკური გამოკვლევის დროს სხეულის ზოგიერთი ნაწილის გასინჯვა უფრო ადვილია მჯდომარე მდგომარეობაში, მაგ. თავის, ყელის, გულ-მკერდის, ფილტვების, მაშინ, როცა სხვა სისტემების გამოკვლევა მნოლიარე მდგომარეობაში სდება. ამ უკანასკნელთა ჩამონათვალში შედიან გულ-სისხლძარღვთა სისტემა და მუცლის ღრუს ორგანოები. სხვადასხვა სისტემის გამოკვლევისას პაციენტის სასურველი მდებარეობები *დარჯვნა სვეტში არის მოცემული.*

III მოზარდთა დანვრილებითი კლინიკური გამოკვლევა

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, პირადი ჰიგიენა და სხეულის ან ამონასუნთქი ჰაერის სპეციფიკური სუნი. შეაფასეთ სახის გამომეტყველება და აღნიშნეთ ავადმყოფის ხეირცხა გაჰმემმყოფ საგნებსა და ადამიანებზე. დააკვირდით მეტყველების მანერას და აღნიშნეთ აფეკტაციობა 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 შეგიხუნდეთ 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, ჩრდილი და ბრილი. შეაფასეთ 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).*

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

კისერი. დაათვალიერეთ და გასინჯეთ კისრის ლიმფური ჯირკვლები. აღნიშნეთ კისერზე ჩიმე გამკვრივება ან უჩვეულო პულსაცია. შეამოწმეთ ტრაქეის გადანევა. მოისმინეთ პაციენტის ხმა, სუნთქვის ჩრიალები. დათვალიერეთ და გასინჯეთ ფარისებრი ჯირკვალი.

ფარისებრი ჯირკვლისა და კისრის უკანა ნაწილების გასინჯვისთვის დაეკით 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 ექსკურსია და პალპაცია. ორივე მხარეს დაადგინეთ დიაფრაგმის კიდეები. მოისმინეთ და განსაზღვრეთ სუნთქვის ხმა, საჭიროების შემთხვევაში შეისწავლეთ ბგერითი ხმიანობის გატარება.

სახძევე ჯირკვლები, ლავინები და ეპიტროქლეური ლიმფური ჯირკვლები. ქალებში დაათვალიერეთ სახძევე ჯირკვლები ჯერ ჩამოშვებული მტლავებით, შემდეგ მტლავების ანევით და ბოლოს დორსალის მდგომარეობაში. ქალებში და მამაკაცებში დაათვალიერეთ ლავინის ფოსოები და ლიმფური ჯირკვლები. ასევე ეპიტროქლეური ლიმფური ჯირკვლები.

პაციენტი ისევ ზის. დაუდექით წინიდან

მენიშვნა ჯილთ-სახსროვანი სისტემისთვის: ამ ტიპისთვის უკვე გაქვთ ჩატარებული ჯილთ-სახსროვანი სისტემის წინასწარი გამოკვლევა. დათვალიერებული გაქვთ ხელები, ბეჭები, და ქალებში შეფასებული გაქვთ მხრებში მოძრაობის ხასიათი. ამ და შემდგომი გამოკვლევების მიხედვით გადაწყვიტეთ, ჰამდენად გამართლებულია ჯილთ-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 ეჩთად ასევე ჩაატაჩეთ საჩძევე ჯიჩჯვღების პაღპაცია.

ᲑᲣᲦ-ᲛᲔᲫᲔᲮᲘᲡ ᲜᲘᲜᲐ ᲛᲮᲐᲩᲔ ᲓᲐ ᲤᲘᲦᲢᲕᲔᲑᲘ. ჩაატაჩეთ გუღ-მეჩეხის ინსპექცია, პაღპაცია და პეჩკუსია. მოისმინეთ სუნთქვითი და სხვა დამატებითი ხმიანობა, და შეისწავღეთ ბგეჩითი ხმის გატაჩება.

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

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

ჩაატაჩეთ გუღის ჯაჩის პაღპაცია. განსაზღვჩეთ გუღის საძგეჩის მდებაჩეობა, ზომა, ამპღიტუდა და ძაღა. სტეტოსკოპით მოისმინეთ მწვეჩვაღი და სტეჩნეღი ხაზი. მოისმინეთ აუსკუღტაციუჩი ნეჩტიღები ფონენდოსკოპით, გუღის პიჩველი და მეოჩე ტონი და მეოჩე ტონის ფიზიოდოგიუჩი გაოჩება. ასევე, მოისმინეთ გუღის დამატებითი ტონები და შუიღები.

გუღის მწვეჩვაღის მოსმენისას, პაციენტს სთხოვეთ ნახევჩად გადაბჩუნდეს მაჩცხენა მხაჩეს. გუღის ტონების მოსმენისას პაციენტი ჯვღავ ზუჩგზე დაანვინეთ. აოჩტის ჩეგუჩგიტაციის შუიღის მოსასმენად პაციენტი ენდა იჯდეს წინ გადმოხჩიღი, მოსმენა ხდება ამოსუნთქვის ფაზაში

ᲛᲣᲪᲚᲔᲑᲘ. ჩაატაჩეთ მუცღის ინსპექცია, პაღპაცია და პეჩკუსია. ჩაატაჩეთ ჯეჩ ზეჩეღე, შემდეგ ღჩმა პაღპაცია. გასინჯეთ ღვიძღი და ელენთა ჯეჩ პეჩკუსიით, შემდეგ პაღპაციით. შეეცადეთ გასინჯოთ თიჩკმებები, აოჩტა და აოჩტის პუღსაცია. თუ ეჭვობთ თიჩკმების ანთებაზე დაავადებაზე, ჩაატაჩეთ პეჩკუსია ნეღის აჩეში ნეყნ-ხეჩხემღის ჯუთხებში.

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

პაციენტი წევს ზუჩგზე

პაციენტის გასინჯვა ზუჩგზე წოღისას

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

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

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

პაციენტის გამოკვლევა ფეხზე დგომისას

პაციენტი დგას, თქვენ შეგიძღიათ დაჯდეთ სკამზე ან ტაბუჩეტზე.

- პეჩიფეჩიეღი სისხღძაჩღვები. დაათვალიეჩეთ ვენები ვაჩიკოზის აჩსებობაზე

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

- მამაკაცების სასქესო ოჩგანოები და თიაკაჩი. გასინჯეთ ასო და სკჩოტუმი; ასევე, აჩის თუ აჩა თიაკაჩი.

- ნეირული სისტემა. დაათვალიერეთ პაციენტის სიარული, შეუძლია თუ არა ქუსლებზე და ფეხის წვერებზე სიარული. აღგილზე ხტომა, მუხლების მსუბუქი მოხრა. ჩაატარეთ Romberg-ის ცდა და უყურადღება მიაქციეთ ჰორიზონტალების 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, გუნება-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-ღავინ-დვრილისებრი ჯუნთების ძალა.

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

მგრძნობელობა. ტკივილი, ტემპერატურა, სინათლის აღქმა, ვიბრაციული და დისკრიმინაციული მგრძნობელობები; შეადარეთ მარჯვენა და მარცხენა მხარეები და ტიდულების 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 ლრინოლური 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 მიდამო, სამოსი და სამვილოსნოს ყელი. აიღება სამოს "Pap"-ნაცხი (George N. Papanicolaou - ამერიკელი მეცნიერი, რომელმაც შეიმუშავა სამვილოსნოს ყიბოს ადრეული დეტექციის მეთოდი. ამ მეთოდით, სპეციფიკური ჰორმონებით ნარჩოებს ეწყობა ეპითელიალური უჯრედების {"exfoliatio" ლათ. – ყანის ან ნეკროზული ქსოვილების ქიცრისებრი აქერცვლა} შეღებვა და, გამომდინარე აქედან, დაავადებული ქსოვილების დიფერენციება, რედ.).

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

მონაცემთა ჩაბისტიკება

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

თქვენი ნეირობითი ანგარიში ასევე აადვილებს კლინიკურ განსჯას და ინფორმაციულად გაკავშირებთ კანდიდატის სფეროს მრავალ პროფესიონალთან, რომლებიც პაციენტის მკურნალობაში. ნაწილი 3 – კლინიკური განხილვა, შეფასება და გეგმა უზრუნველყოფს ინფორმაციის კიდევ უფრო ღრმა და დეტალური ანალიზის მესნავლის პროცესს.

თუ დამწყები ექიმი ხართ, მიმდინარე ავადმყოფობის სრულფასოვანი დოკუმენტირება გაცილებით მეტად მოგეთხოვებათ, თუმცა ეს ნუ შეგაშინებთ. უთითეთდაკავშირებული სიმპტომებისა და კლინიკური ნიშნების დასაკვეთებლად შესაბამისი კრება საჭირო, თუ თქვენ გაეთვითცნობიერებული ხართ, მაგალითად, ჰიპერთირეოზში, არ იქნება ნათელი, რომ კუნთების სისუსტე, ტემპერატურული ჰეპქსია, მომატებული ოფლიანობა, ფალარათი და ნონაში დაკლება, მიმდინარე დაავადების სიმპტომებია. ვიდრე თქვენი კრება და შეფასების უნარი დაიხვენება, ავადმყოფის ანამნეზი და სიმპტომების შვიდი საკვანძო ნიშანი. ნარმოადგენს დამხმარე შასალას და დირექტივებს იმის შესახებ, თუ რა უნდა იქნეს შეტანილი ჩანანერების ამ ნაწილში.

ჩრევები ნათელი და ზუსტი აღნერილობისთვის

ანგარიში უნდა დანერილი ისე შეიძლება სწორად, ვიდრე მონაცემები თქვენს მერსიებაში კვლავ არსებობს. თავდაპირველად, პაციენტთან საუბრისას, აღბათ არჩევთ გააკეთოთ მოკლე ჩანიშვნები. გამოკლიების შეძენის შემდეგაც იმეშავეთ მიმდინარე დაავადებაზე, ნარსული სამედიცინო, ოჯახის, პირსონალის და სოციალის ანამნეზზე და სისტემების მიმოხილვის საბოლოო ფორმით გამოკითხვის პროცესში ჩანერაზე. გამოკოვეთ ადგილები დეტალების მოგვიანებით შესატანად. კლინიკური გასინჯვის დროს, სპეციფიკური გაზომვებისთანავე გააკეთეთ ჩანანერები, ასეთებია მაგ: არტერიული სისხლის ნნევა და გულისცემის სიხშირე. მეორეს მხრივ, ნერა სხვადასხვა განაკვეთში განყვეტინებთ გასინჯვის მიმდინარეობას, თუმცა მალევე ისწავლით მილებული შედეგების გახსენებას და ჩანერით მათ დამთავრების შემდეგ.

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

ჩვევები ნათელი და ზუსტი პრნეხილობისთვის (გაგრძელება)

ჩვენების ხიბითობა

ხიგითობა უნდა იყოს თანამიმდევრული და თვალნათლივი, ხათა მომავალში მყითხველმა (თქვენი ჩათვლით) ადვილად მონახოს ინფორმაციის სპეციფიკური ნაწილები. ჩანერეთ ანამნეზის საკითხები ანამნეზში და ნე მოხვდება იგი ყლინიკის გამოკვლევაში. დაყავით სათაურები, გახადეთ ისინი ნათელი და დაიცავით მათ მოხის ადგილები თქვენი ორგანიზებულობის ხასგასასმელად. შექმენით გამომსახველობა ვახსვლავებით და ხაზი გაესვით მნიშვნელოვან მომენტებს. დაანყვეთ მიმდინარე დაავადება ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით, დაიწყეთ ბოლო ეპიზოდით და შემდეგ შეავსეთ შესაბამისი დასაბეთებელი ინფორმაციით. თე პაციენტი ხანგრძლივი პერიოდის დიაბეტით, ჰოსპიტალიზებულია კომის გამო, დაიწყეთ მონაცემებით, რომელიც კომისთვისაა დამახასიათებელი და შემდგომ შეკრამეთ პაციენტის დიაბეტის ნასული ანამნეზი.

დეტალების მნიშვნელობა

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

ანამნეზისა და ყლინიკური გამოკვლევის ნერილობითი მონაცემები: ქ-ნი ნ-ს შემთხვევა

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

ძირითადი ჩივილი: "ჩემი თავის ტკივილი"

მიმდინარე დაავადება: დაახლოებით 3 თვეა ქალბატონს აღენიშნება თავის ტკივილები შუბლის არეში, ზოგადად, ორმხრივი, მფეთქავი, სუსტიდან საშუალო სიმძიმემდე. მან გააცნობიერა სამსახური გეღლისმევის და პირღებინების გამო. თავის ტკივილი ამჟამად აღენიშნება ყვირაში ერთხელ, უმეტეს ყოვლისა სტრესთან და გრძელდება 4-6 სთ. ტკივილები მცირდება ძილის და თავზე ნამიანი პირსახოცის დადებით. მცირე შვებას იძლევა ასპირინი. არ არის დაკავშირებული ვიზუალის ან სენსო-მოტორულ ცვლილებებთან და პრესთეზიებთან.

"სუსტი თავის ტკივილები" გეღლისმევითა და პირღებინებით დაენყო 15 ნლის ასაკში, მეორდებოდა 20 ნლამდე, შემდეგ დაიკლო, აღინიშნებოდა 2-3 თვეში ერთხელ 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 ტკივილებს მსგავსია. მაგრამ უნდა რომ დარნმუნებული იყოს, ვინაიდან დენდა ინსულტით გარდაცვალა. შიშობს, რომ ჩივილები დაკავშირებულია

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

წამღები: ასპირინი 1-2 ტაბ. 4-6 სთ-ში ერთხელ საჭიროებისას. ნახსენები უშუალებოდა ნივთები, ამჟამად არა.

აღერგიული რეაქციები: ამპიცილინი იწვევს სიწითლეს.

თამბაქო: ეწევა 1 ჯოროფს ღღეში 18 წლიდან.

აღჯოხილი/წამღები: აღჯოხილს ეკანება იშვიათად; აჯიძაღილ ნამღებს არ ხმარობს

ნახსენი ანამნეზი

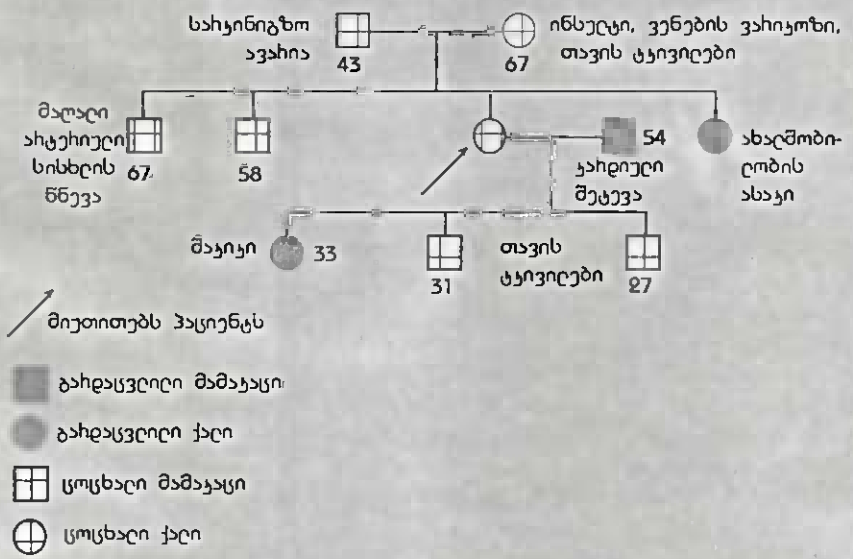
ბავშვობაში გადატანილი დაავადებები: წითელა, ჩეჩყვავიღა. ქუნთრუშა და ხერმატული ცხელება არ გადაუტანია.

მოზრდილობის დაავადებები:

თერაპიული: პიელონეფრიტი, 1982, ცხელებითა და ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში; მკურნალობდა ამპიცილინით; მომდევნო ორმოღინემე ღღეში განვითარდა ქავილით თანხლებული გენერალიზირებული სიწითლე. თირკმღები ჩენტგენოლოგიური გამოკვლევით ნორმაშია; ინფექცია აღარ განმეორებულა. *ქირურგიული:* ტონზილექტომია 6 წლის ასაკში, აპენდექტომია 13 წლის ასაკში, 1991 წელს შეშაზე დაბიჯების შემდგომ აღენიშნება ნაწიბური ნაფღეთი ჭრილობის გამო. *მეან/გინეკ.:* ჰქონდა 3 ორმაღული ვაგინური მშობიარობა, ჰყავს 3 ცოცხალი ბავშვი. მენსტრუაცია დაწყო 12 წლის ასაკში. ბოლო მენზესი ჰქონდა 6 თვის წინ. მცირეა ინტერესი სექსის მიმართ. სექსუალურად არააქტიური. არ იცის შიდსის შესახებ. *ფსიქიატრიული:* დაავადება არ ჰქონია.

ჯანმრთელობის მენარჩუნება. იმუნიზაცია: ორალური პოლიომიელიტის ვაქცინა, წელი არასარწმუნოა; ტეტანუსზე - 2-ჯერ, 1991 წ. აქტიური იმუნიზაცია; გრიპის ვაქცინა - 2000 წელს, რეაქცია – არ ჰქონია. *სკრინინგ-ტესტები:* ბოლოს, სამშობ "Pap" ნაცხი (1998 წ) ნორმის ფარგლებშია. მამოგრაფია არასდროს ჩაუტარებია.

ოჯახური ანამნეზი



ოჯახური ანამნეზის შესახებ შენიშვნა: არსებობს ოჯახური ანამნეზის მონოგრაფიის 2 ვარიანტი: დიაგრამა და მონათხრობი. გენეტიკური დარღვევების თვალის მისადევნებლად დიაგრამის ფორმატი უფრო მოსახერხებელია ვიდრე ნაამბობი. შესაძლებელია ოჯახური ანამნეზის ორივე სახით შეგროვებაც.

ან:

მამა გარდაიცვალა 43 წლის ასაკში ინფარქტის დროს. დედა გარდაიცვალა 67 წლის ასაკში ინსულტით; ჰქონდა ვენების ვარიკოზი, თავის ტკივილები. ჰყავს ერთი ძმა, 61 წლის, რომელსაც აღენიშნება ჰიპერტენზია,

სხვამხრივ ჯანმთელი; მეოთე ძმა 58 წლისაა, ანუხებს მსუბუქი ფორმის ათთჩიტი, ეთი და ბავშვობაში გახდაიცვალა უცნობი მიზეზით;

მეუღლე – გახდაიცვალა 54 წლის ასაკში გულის შეტევით.

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

ოჯახის ანამნეზში აქ აღნიშნავენ დიაბეტს, ტუბერკულოზს, გულის და თირკმლის დაავადებას, ჰიპოს, ანემიას, ეპილეფსიას და ფსიქიკურ დაავადებებს.

ამჟამად და სოციალური ანამნეზი: დაიბადა და გაიზარდა ღედ სიტი-ში, დაამთავრა სკოლა. გათხოვდა 19 წლის ასაკში, მუშაობდა გაყიდვების ლეკციად 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 გახდაიცვალა გულის შეტევით, დარჩა მცირე დანაზოგი. გადავიდა ბატარა ფართში, რომ ყოფილიყო ქალიშვილთან ახლოს. დოროთი, დოროთის ქმარი და მათი 2 შვილი, ჯეინი 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 კრემს. ნამლები ინახება ჩაკეტავ სამედიცინო ჯიბაში. ასევე, სარეზერვო სამუალებებიც ჩანეტილი არ არის. ზემო სართულზე მისი მეუღლის იარაღი და ტყვიების ყუთი ასევე არ არის დანეტილი.

სისტემების მიმოხილვა

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

კანი. არანაირი გამონყარი ან სხვა ცვლილებები არ აღინიშნება. თმა, თვალები, ყურები, ცხვირი, ყელი (იხ. მიმდინარე დაავადება). თმის ცვენას არ აღნიშნავს. თვალები: 5 წელია კითხულობს სათვალით, ბოლოს ოფთალმოლოგს 1 წლის წინ გაესინჯა. დაავადების არანაირი სიმპტომები არ აქვს. ყურები: სმენა კარგი, არ აღენიშნება ხმაური, თავბრუხვევა, ინფექციები. ცხვირი, სინუსები: იშვიათად აღნიშნავს მსუბუქ გაცივებას. არ აქვს სინუსების პრობლემა.

ყელი (ანუ 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, ლიმფური კვანძები არ ისინჯება. სარძევე ჯირკვლები – არ არის კვანძები, 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 ნევის შესახებ, ბოლოს არტერიული სისხლის ნევა გაიზომა 1998 წელს. არ არის დისპნოე, ორთოპნოე, არ აქვს მკერდის ძვლის უკან ტკივილი და გულისცემის მეგრძნება. არასოდეს გადატანია ელექტროკარდიოგრამა.

* *ნერვ-ნაწლავის სისტემა.* მადა კარგი; არ აღინიშნება გულისრევა, პირღებინება, დისპეფსიური მოვლენები, ნაწლავების მოქმედება ერთხელ დღეში, თუმცა ზოგჯერ აღნიშნავს შეკრულობას. ამ პერიოდში ნერვის მოქმედება 2-3 დღეში ერთხელ აქვს ჭინთვებით; დარტყმა და სისხლდენა არ აქვს. ასევე, არ აღნიშნავს ტკივილს, სიყვითლეს, ნუნქებს ნაღვლის ბუშტში და ღვიძლის პრობლემებს.

* *საშარდე 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 სამაჯე ორგანოების ინფექციების ნიშნები არ ვლინდება.

პერიფერიული სისხლძარღვები. პირველი ოსპელობის დროს ორივე ქვემო ჯიდურზე გაჩნდა ვენების ვარიკოზი. 10 წელია უჩივის მუხლების შეშუპებას ხანგრძლივი დგომის შემდეგ. ატარებს ელასტიკურ ნახვევს.

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

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

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 ფსიქოზური დარღვევის გამო მკურნალობის ანამნეზური მონაცემები. (იხ. მიმდინარე დაავადება, ასევე, პერსონალური და სოციალური ანამნეზი).

ᲛᲔᲠᲜᲘᲡᲣᲠᲘ ᲒᲐᲛᲝᲙᲕᲚᲔᲕᲐ: ქ-ნი "ნ" არის დაბალი, სამუალო სიმსუქნის, სამუალო ასაკის ქალი; კითხვებზე ცოცხლად და სწრაფად პასუხობს. იგი ოდნავ დაძაბულია, ნამიანი ცივი ხელებით; თმები ბუჩატულად არის ფიქსირებული; ტანსაცმელი ღარების 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 მედარებადობით. ჯონიუქტივა ვარდისფერი; სკლერა თეთრი; გუგები 4 მმ, ვინორუბება 2 მმ-მდე; მრგვალი, სწორად, თანაბრად რეაგირებს სინათლეზე. ექსტრაოკულური მოძრაობები პათოლოგიის გარეშე; დისკის ჯიდეები მკვეთრი, ჰემორაგიებისა და ექსუდატების გარეშე; არ აღინიშნება არც არტერიოლების და არც A-V (არტერიო-ვენური) შეკინძოება. *ყურები:* გოგირდი ნაწილობრივ ფარავს მარჯვენა დაფის არჯს; მარცხენა არხი სუფთაა, დაფის არჯის ჰეფლექსი დამაკმაყოფილებელია. სიმახვილე წყვეტილ 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 დგრილი ნითელია, მცირედ მეშუპებული; თანაბრად კარგი; ენა შეარხზეა, ენის ქვეშ, წვეთთან ახლოს 3-4 მმ ზომის, უმტკივნეულო, გაუმკვრივებელი თეთრი ნყლული; ნუშისებრი ჯირკვლები არ არის. ხახა ექსუდატის გარეშე.

ყელი. ყელი მოქნილი. ტრაქეა შეა ხაზზეა. ფარისებრი ჯირკვლის ყველი თავისუფლად პალპირდება. ნილები არ ისინჯება.

ლიმფური ჯირკვლები. მცირე ზომის (<1სმ) ორივე მხარეს ჰბილი, უმტკივნეულო; ნუშისებრახლო და ყისრის უკანა კვანძები მოძრავი და უმტკივნეულოა.

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

გულისხმლძარღვთა სისტემა. ავადმყოფის სანოლის თავის 30°-ით აწევისას სკვლე ვენაში ნევრა მატულობს. კაროტიდების პულსაცია მატულობს, თუმცა შეილი არ მოისმინება. კაროტიდების უკუტაღლა სუფთაა, შეილების გარეშე. მწვეთ-

ვაღის საძგერი წყვეტილია და დახტყმითი, ჰაერჰირება მახცხენა მე-5 ნეკნთაშუა ახქში. – 8სმ-ით ღატეხაღეხად მკერდის შუა ხაზიდან. ჯახგად ისმინება სამეაღო ინტენსივობის სისტოღური შეიღი მე-2 მახჯვენა ნეკნთაშუა ახქში. ახ იხაღიჰერება ჯისხისკენ, ახ ახის დიასტოღური შეიღები.

სახძევე ჯიხკვეღები. ჩამოკიღებეღი, სიმეტხიეღი, ახ ახის სიმკვხივეები; ძეძეს თავები გამონაღენის გახქმე.

მკერდი. მსუქანი, ჯახგად მეხოხცებეღი ნანიბეხი, მახჯვენა ქვემო კვაღხანტში ისმის ნაწიკვების ჰეხისტატიკის ხმიანობა; ახაა დაქიმეღობა ან სიმკვხივე. ღვიძიის მეაღეი 7სმ, მახჯვენა ღავიწმეა ხაზზე. კიღე სწოხი, ისინჯება 1სმ-ით ქვემოთ მახჯვენა ნეკნთა კიღესთან. ეღენთა და თიხკმღების ახ ისინჯება. ახ ახის გამოხატეეი ნეკნ-მაღის კეთხის მგხძნობეღობა.

სასქესო ოხგანოები. გახეთა გენიტაღეხი მიღამო დაზიანების გახქმე. სუსტად გამოხატეეი მახღის ბეშტის თიაქახი ღხეს შესავაღთან ქინთვისას; სამოს ღოხნოვანი ვახღისფეხი. ყეღი ვახღისფეხი, გამონაღენის გახქმე; სამვიღოსნო ნინ, მეახაზზე, გღევი, ახ ახის გაკიღებეეი. საკვეხსხეებში ახ ისინჯება სიმსექნის და სესტი ხეღაქსაციის გამო. სამვიღოსნოს ყეღი და საკვეხსხებში მგძნობიახე ახ ახის; აღებეღ იქნა სამოს "Pap"-ნაცხი; ხექტოვაგინეხი კეღეღი ინტაქტეხი.

სწოხი ნანღავი. სწოხი ნანღავის თაღი სიმკვხივის გახქმე. განავაღი ყავისფეხი, უახყოფითი სისხღზე.

კიღეხები. თბიღი, მეშეპების გახქმე. ნვივის უკანა ნანიღი ჰბიღი, დაქიმეღობის გახქმე.

ჰეხიფეხიეღი სისხღძახღვები. მციხე მეშეპება ოხივე კყქ-ნვივის ახქში. საჩინო ვენების საშეაღო სიმძიმის ვახიკოზი ოხივე ქვემო კიღეხზე. ახ ახის შეგებებითი ჰიგმენტაცია ან ნყღეღები. ჰეღსაცია (2+ = ნაწყვეტ-ნაწყვეტი, ან ნოხმაღეხი):

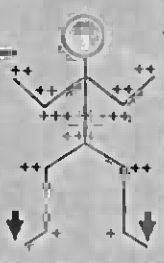
	სხივის	ბახძაყის	მეხღქვემა	ღოხსაღეხი	ნვივის უკანა
მახჯვენა	2+	2+	2+	2+	2+
მახცხენა	2+	2+	2+	ახ ახის	2+

კენთ-სახსხოვანი სისტემა. სახსხების დეფოხმაცია გამოხატეეი ახ ახის. აღინიშნება ხეღების, ნინამხხის, იდაყვის, მხხის, ხეხხემღის, ბახძაყის თავის, მეხღის, ტეხფის სხეღი ამპღიტეღით მოძხაობა.

ნეხვეღი სისტემა. მენტაღეხი სტატუსი: დაძაბეღი, მაგხამ ცოცხაღი და კონტაქტეხი. ახხოვნება საღი; აღგიღში, ღხომი და გახეშომი ჯახგად ეხკვევა; თავის ტვინის ნეხვები (II-XII) ჰათოღოგიის გახქმე; *მოტოხეღი სისტემა:* ძაღა 5/5 ყველა ნეხტიღში; სწხაფი აღტეხნაციეღი მოძხაობები, ნეხტიღიდან-ნეხტიღში მოძხაობა ინტაქტეხი; სიახეღი მყახი, სწხაფი; *სენსოხეღი სისტემა:* ნეხტიღოვანი გაღიზიანებები, მსებექი ზენოღა, ასევე, მღებახეობის, ვიბხაციეღი და სტეხეოგნოზეღი მგხძნობეღობა ჰათოღოგიის გახქმე. Romberg-ის ჰოზა ეახყოფითია. ხეფღექსები:

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

ან



შეხედეღებისამებრ შეგიძღიათ ჩანაწერის გაკეთება ოხი გზით: 1) ჰიხაღი: ცსხიღის ფოხმა ან 2) დიაგხამის ჩანახატი; ხოგოხც ეს ქვემოთ და მახჯვნივ გამოსახეღ ჯონტეხეღ ჩანახატზეა ნაჩვენები. 2+ = ცოცხაღი. ან ნოხმაღეხი; ჯღასიფიკაციების სისტემის სანახავად იხ. გვ 633 .

ANATOMY AND PHYSIOLOGY

Agur AMR, Dalley AF, Grant JC, Boileau JC. Grant's Atlas of Anatomy, l 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.

Borker 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 არის გარკვეული მიზნით საუბარი. თქვენ, როგორც ექიმებმა, ყოველდღიური პრაქტიკა უთითებთ 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 სახით ნათქვამზე პასუხისმგებელი. ექიმისისტსა და პაციენტს შორის საუბრის პირველი მიზანი სამგვარია: დამყარდეს ნდობაზე და მხარდაჭერაზე დაფუძნებული ურთიერთკავშირი, შეკრიბოთ ინფორმაცია და შეთავაზოთ ინფორმაცია.[1-3]



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



ამ თავში ნარმოდგენილია გამოკითხვის ნარმატებისთვის ფუნდამენტური პრინციპები. აქცენტირებულია ის გზები, თუ როგორ უნდა შეძლოთ სხვადასხვანი ინფორმაციის მოპოვება ჯანმთელობის შესახებ. ამავე დროს, ზოგადად არის მიმოხილული ის ბაზისური ჩვევები, რომლებსაც პაციენტთან სწორედ დიალოგს ნარმატებისთვის მუდმივად უნდა იძენდეთ და სვენდეთ 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 დაკავშირებული შესვედრების დროს შეიძლება ნამოიჭრას. აღნიშნული პროცესის სწორედ მათთვის დასაუფლებლად, გაეცანით გამოკითხვის ჩატარების საკვანძო საკითხებს, რომელიც შემდეგი გვერდის კომპლექსური დავალებების ცხრილშია მოცემული.



როგორც ექიმისისტი, 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, ექიმისეული გამოცდილების დაგროვებასთან ერთად, მისი ნუსხის მიზეზის თქვენეულ ახსნასაც მოძებნით.

ბამოკითხვის ნაჰამაჰთვის სპეციალური ეტაპები.

მზადყოფნა: ბამოკითხვის ნაჰამაჰთვა
ღიოის გამოყოფა თვითგანსჯისთვის. გამოკითხვის ბიახათის განხილვა. ჯინიცისტის ქცევისა და ყუიადლების ჰეგულიება. გაიემოს გაუმჯობესება. მოკლე ჩანაწერების გაკეთება.
პაციენტის მესნავლე: ბამოკითხვის პროცესის თანამიმდევრობა
შისალმება და კონტაქტის დამყარება. ავადმყოფის მონათხრობის გაცნობა. გამოკითხვის თანამიმდევრობის დაგეგმვა. ავადმყოფის მონათხრობის გავიცობა და გაჩერება (ავადმყოფის ჰესპექტივა). ჰიპოთეზების განვითარება დიაგნოზის შესახებ და მათი ანალიზი. გეგმის შემუშავება. შემდგომი დაკვირვების დაგეგმვა და გამოკითხვის დასრულება.
ურთიერთობის ბებე: ბამოკითხვის ჩვევების ტექნიკა.
აქტიური მოსმენა. მისადაგებული კითხვების დასმა. უსიტყვო (არავერბალური) ურთიერთობა. თანაგრძნობის გამოხატვა. გაადვილება. დადასტურება. გამხნევება. მეჯამება. გამოკითხვის მიმართულების შეცვლა. პაციენტის მხარდაჭერა.
ბამოკითხვის ტექნიკის მისადებება განსაკუთრებულ სიტუაციებზე.
ჩუმი პაციენტი. მეცბუნებული (აღელვებული) პაციენტი. დასუსტებული პაციენტი. მოლაპარაკე პაციენტი. უკმაყოფილო და აღელვებული პაციენტი. გამოკითხვის ნარმართვა ენობრივი ბარიერის ღიოს. პაციენტი კითხვის ჰორიზონტით. პაციენტი დაქვეითებული სმენადობით. პაციენტი დაქვეითებული მხედველობით. პაციენტი დაბალი ინტელექტით. პაციენტი ცდილობს პირადული ჩრევების მილებას.
საკითხები, რომლებიც მოითხოვს განსაკუთრებული უნარ-ჩვევების ცოდნას
სქესობრივი ცხოვრების ისტორია. ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ალკოჰოლისა და მედიკამენტების მოხმარება. ოჯახური ძალადობა. სიკვდილი და კვდომის პროცესი.
ბამოკითხვის სოციალური საკითხები.
კულტურული კომპეტენციის მილწევა. სქესობრივი მიმზიდველობა ჯინიცისტისა და პაციენტის ურთიერთობაში. ეთიკური მოსაზრებები.



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

> პაციენტს არასოდეს ელაპარაკია, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ამ სიმპტომებს მისთვის. მას არასოდეს უთქვამს: "ეს ნიშნავს, რომ მე არ შემიძლია ჩემით საბაბაზანო ოთახში შესვლა, ტანსაცმლის ჩაცმა, დაუხმარებლად საწოლიდან ადგომაც კი".
>
> ფიზიკური გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ, მე ვთქვი ხალაც 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 ხალაც ნამდვილად მნიშვნელოვანი ჩვენს შორის, ხალაც, რაც მისთვის ფასეული იყო და რაც მას თან გაჰყვა. როგორც თქვენ ამ ისტორიიდან შეგიძლიათ დარწმუნდეთ, 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 ჩაწერნობა. 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 წერილობითი ან ვერბალური ფორმით. იგი ახდენს ჯერწინასწარ ყურადღების ფოკუსირებას ინფორმაციის იმ სპეციფიკურ ნაწილებზე, რაც პაციენტისგან უნდა იყოს მიღებული.

- *გამოკითხვის ფორმა*, რომელიც, ფაქტობრივად, ქმნის ინფორმაციის ამ ნაწილებს, უფრო მოქნილია და მოითხოვს ეფექტურ კომუნიკაციურ 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 აზრთვნების ფორმას ჩამოაყალიბებს. ეს ავადმყოფთან თანამშრომლობისა და სამკურნალო ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში დაგეხმარებათ.

დაავადების ისტორიის არსებითი განსხვავებები. როგორც ეს I თავში შეისწავლეთ, მოსაპოვებელი ინფორმაციის სახეები განსხვავდება იგი ფაქტორების შესაბამისად. დეტალების მოცულობა და ხარისხი დამოკიდებულია პაციენტის საჭიროებებსა და ამოცანებზე, შემთხვევის შესაბამის აუცილებელი ინფორმაციის ოდენობაზე და ჯერწინასწარ განთავსების სახეზე (მაგ: სტაციონარული თუ ამბულატორიული ავადმყოფი, განკურნებული 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 იდენტიფიცირებას უფრო ღიმიტირებული გამოკითხვა, რომელსაც ზოგჯერ *პრობლემაზე-ორიენტირებულ ანამნეზს* უწოდებენ.

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

II მზადყოფნა: გამოკითხვის ნახმარით

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

დაუთმეთ დრო თვითგანსჯას. როგორც ექიმიკისტები, ჩვენ ვხვდებით მრავალ განსხვავებულ, თვითმყოფად პიროვნებას. ურთიერთობის დამყარება სხვადასხვა ასაკის, სოციალური მდგომარეობის, რასის, ეთნიკური ჯგუფის, ჯანმრთელობის ან დაავადების მქონე პირებთან არის არაჩვეულებრივი შესაძლებლობა და პრივილეგია. იყოს თანამიმდევრულად ღია და თავაზიანი პიროვნული განსხვავებების მიმართ – ეს არის ექიმიკისტის მიმართ წაყენებული ერთ-ერთი მოთხოვნა. ვინაიდან ჩვენ გაგვაჩნია საკუთარი ფასეულობები, ვარაუდები და შეფასების მეთოდი, უნდა გავითვალისწინოთ, როგორ ერგიებას 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, არერგიული რეაქციები. ბარათი ხშირად გვანვდის ფასეულ ინფორმაციას ნარკვევი 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 პრობლემების არსის წარმოჩენა. მონაცემები შეიძლება არ იყოს სრულყოფილი ან არ შეესაბამებოდეს თქვენს მიერ გამოკვლეულს – ასეთი სხვაობის დადგენას შეუძლია საგრძნობლად გააუმჯობესოს პაციენტის მკურნალობა.



დადგინეთ ბამოკითხვის მიზნები. პაციენტთან საუბრის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია გააცნობიეროთ გამოკითხვის მიზნები. თქვენი, როგორც სტუდენტის, მიზანია ისე შეისწავლოთ სრული სამედიცინო ანამნეზი, რომ ჩანაწერის სახით წარედგინოთ მასწავლებელს. თქვენი, როგორც ექიმის, მიზანი მოიცავს როგორც ექიმური ისტორიის შევსებისთვის საჭირო მონაცემების შეკრებას სამედიცინო მომსახურების შემდგომი მეთვალყურეობის მიზნით, ასევე თქვენი მოსაზრებების შედარებას ბარათის ჩანაწერთან. *ექიმისტმა უთმანეთს უნდა შეუსაბამოს ექიმისა და პაციენტის ინტერესები.* შესაძლოა იყოს უთანხმოება ექიმის და დანესებულების, ასევე, პაციენტის და ოჯახის მოთხოვნებს შორის. ექიმისტის ამოცანაა დღის წესრიგში დააყენოს ეს მნავალმხრივი საკითხები. თქვენი ღირს დათმობით ნამოღენილ ნუთით, შეგეძლებათ ჯანსაღი ბალანსი დაამყარით ჩასატარებელი გამოკითხვის პროცესის სხვადასხვაგვარ მიზნებს შორის.

ექიმისტის ქცევა და ყურადღება. მაშინ როცა გამოკითხვის პროცესში აკვირდებით პაციენტს, პაციენტიც გათვალიერებთ. აცნობიერებთ თუ არა ამას, თქვენ საკუთარი სიტყვებით და ქცევით ანვდით მას საკუთარი იდეების ძირითად არსს. ყურადღებით იყავით ამ შეტყობინებების მიმართ და მართეთ 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 მონუნილობის გამომხატველი ქცევა ისევე ზღუდავს კომუნიკაციას, როგორც პაციენტის მიმართ გამომჟღავნებული ქედმაღლური დამოკიდებულება, კრიტიკა, 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 ექიმის უპირატესობაზე. პაციენტს ამშვიდებს სისუფთავე, თავშეკავებული და კონსერვატული ჩაცმულობა მიმაგრებული ბეჯით.

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

გარემოს გათვალისწინება. შეეცადეთ გარემო მეძღებისდაგვარად მყუდრო და მოხერხებული იყოს. მიუხედავად იმისა, რომ თქვენ შეიძლება გინდოდეთ პაციენტთან საუბარი ოთხ კედელში, (ორ-სამწოლიანი 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 დახარჯულ დროდ.

ჩანაწერების გაკეთება. როგორც დამწყებს, თქვენ გჭირდებათ იმ ინფორმაციის დიდი ნაწილის ჩაწერა, რაც მოიძიეთ გამოკითხვის დროს. თუმცა გამოცდილ ჯერიატრებს შეუძლიათ გაიხსენონ გამოკითხული ინფორმაციის დიდი ნაწილი ჩანაწერების გაკეთების გარეშე, არავის არ შეუძლია გაიხსენოს 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 გესაუბრებათ მგრძნობიარე და ამაღელვებელ საგანზე, დადეთ ხელები. 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 ხიგ სტადიებს. *ამ თანამიმდევრობით, თქვენ, როგორც ჯერიატრი, ყოველთვის შეძლებთ ჩაერთმაგდეთ პაციენტის ფიქრებს, დაეხმაროთ მას და დააგენოთ 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 გაჩერება;
- დიაგნოზის შესახებ მოსაზრებების შექმნა და ანალიზი
- პრობლემაზე ნარმოდგენის შექმნა
- გეგმის შემუშავება (მოიცავს შემდგომ განვითარებას, მკურნალობას, პაციენტის განათლებას)
- პაციენტის დაკვირვების დაგეგმვა და გამოკითხვის დასრულება

თქვენი, როგორც სტუდენტის, უპირველესი ამოცანაა ავადმყოფის მიერ მონოდებული ინფორმაციის შეგროვება და პრობლემაზე 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 რიგში, *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 დარწმუნებით, რომ პაციენტი თქვენ გიცნობთ. "დილა მშვიდობისა ბ-ნ ..., მე გახლავართ მე-3 კურსის სტუდენტი. თქვენ უნდა გახსოვდეთ, რადგან გუშინაც აქ ვიყავი და გესაუბრეთ თქვენი გული პრობლემებზე. მე იმ საექიმო ჯგუფის ნაწილი 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 ნევრებისგან 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 თქვენს 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. მოაწყვეთ პაციენტის საწოლი კომფორტულად, სთხოვეთ მნახველებს, დატოვონ ოთახი, როდესაც პაციენტს სჭირდება ღამის ქუდქლის 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 განრთომის შექმნაზე და რა მანძილზე იქნებით დაშორებული პაციენტთან. გახსოვდეთ, რომ ჯენტრის დონე და პიროვნული გემოვნება საუბრის განრთომის შექმნაზე ახდენს გავლენას. შეარჩიეთ საუბრისთვის ხელსაყრელი დისტანცია თქვენსა და პაციენტს შორის, რათა მოხერხებულად უყუროთ მას; დაშორდით ჰამდენიმე ნაბიჯით, რათა საუბარი მიმდინარეობდეს საკმარისად მეგობრულად და არა მომაბეზრებლად. სკამი ისე დადგით, რომ პაციენტს თვალი გაუსწოროთ. გვერდზე განიეთ საგნები - საწერი მაგიდა ან საწოლის ტუმბო, რომლებიც ხელს შეგიშლით განინჯვაში. ამბულატორიის პირობებში გამოკითხვის ნარმართვას საგრძნობლიანი სკამი გაგიადვილებთ. თავი აარიდეთ განრთომებს, რომლებიც შექმნის უხერხულობას ან უპატივისმცემლობას პაციენტის მიმართ, მაგალითად, გამოკითხვის გაგრძელება ქალთან, რომელიც უკვე იმყოფება მენჯის განინჯვისთვის აუცილებელ პოზიციაში. ყურადღება მიაქციეთ განათებას. თუ თქვენ ზიხართ პაციენტსა და ფანჯარას შორის, პაციენტს გაუჭირდება თქვენი განკვეთა და საუბარი დაკითხვას დაემგავსება.

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

პაციენტის მონათხრობის გაწყობა. პირველი ჩანაწერის გაკეთების შემდეგ მზად ხართ გაარკვიოთ პაციენტის მოსვლის მიზეზი, ანუ ძირითადი ჩივილები. გამოკითხვა დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით, მაგ. "რა არის თქვენი მოსვლის მიზეზი?" ან "ვით შემიძლია დაგეხმაროთ?", დაეხმარებათ ამგვარი კითხვები: "დაასახელეთ კონკრეტული ჩივილი, რომელმაც განაპირობა თქვენი აქ მოსვლა?" ან "რამ გადაგაწყვეტინათ დღეს ჩვენთან მოსვლა?". დაიმახსოვრეთ, 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 ხუტინული გამოკვლევა. ზოგიერთ მათგანს სურს მხოლოდ ფიზიკური გამოკვლევა, მაგრამ თავს გრძნობს არაკომფორტულად. ყველა სიტუაციაში *მნიშვნელოვანია გამოკვლევის დაწყება ანამნეზის შეგროვებით.* პაციენტს *არ შეაწყვეტინოთ საუბარი.* როდესაც იგი დაამთავრებს მოყოლას, შეგიძლიათ ჰკითხოთ, კიდევ რამე ხომ არ ანუხებს. შეგიძლიათ პაციენტს მისცეთ საშუალება რამდენჯერმე დაუბრუნდეს იმ საკითხს, რის შესახებ განსაკუთრებით სურს საუბარი.

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

ვამთ, ისჯავთ, რომ დაგიჯიროთ 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 შემდეგ, 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 დაბებმვ. ჯერ ისტორიკოსი 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 შეეხებით. სტუდენტს საკმარისი დრო აქვს პაციენტთან ურთიერთობისთვის, ექიმისთვის კი დროის ჯონგლიორი ძალზე მნიშვნელოვანია. ექიმის მსგავსად, თქვენც შეგიძლიათ გამოკითხვა შემოფარგლოთ მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემით. მაგ. "თქვენ შეეხეთ ჩვენთვის მნიშვნელოვან რამდენიმე განსხვავებულ პრობლემას. მე ასევე მინდა გავარკვიო, რომელ ნამლებს ილებთ არტერიული სისხლის ნნევის დასანევად. ჩვენ უნდა გადავწყვიტოთ, დღეს რომელი პრობლემა განვიხილოთ. შეგიძლიათ მითხრათ, რომელი გაწუხებთ 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 გამოიკვლიოთ პაციენტი ყველაზე მნიშვნელოვანი ანამნეზური მონაცემების მიხედვით. თითოეულ სიმპტომს გააჩნია თავისი მახასიათებლები, როგორიცაა გარემო, ასოციაცია, ქრონოლოგია. ტკივილისა და ყველა სხვა სიმპტომის კვლევისას აუცილებელია მათი მნიშვნელოვანი თვისების სრულად გარკვევა. აღნიშნული შვიდი მახასიათებლის სახით არის ჩამოყალიბებული:

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

OLD CARTS –

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

OPQRST –

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

სიმპტომების მთავარი 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, და სიხშირით ჩნდება

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

6. *ქმედისუნარო ან გამომწვევი ფაქტორები:* და უწყობს ხელს გაუმჯობესებას ან გაუარესებას?

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

მას შემდეგ, რაც განიხილავთ და გაანალიზებთ ზემოთმოყვანილ მითითებებს დარწმუნდით, რომ თქვენი ენა პაციენტისთვის გასაგებია და მისი განვითარების დონეს შეესაბამება. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო პროფესიონალთან თავისუფლად შეგიძლიათ ისაუბროთ დისპნოეს შესახებ, პაციენტთან ურთიერთობისას შეკითხვა "სენთქვის ხანგრძლივობის" ფორმით ენდა იქნეს დასმული. მაგ. თუ თქვენ გაინტერესებთ გაარკვიოთ, აქვს თუ არა პაციენტს დისპნოე, ემჯობინება ჰკითხოთ, აღენიშნება თუ არა სენთქვის გაძნელება. ეცადეთ საუბრისას არ გამოიყენოთ სამედიცინო ენა, რადგან ეს ხშირად აბნევს პაციენტს და არათანაბარ დიალოგს. თუმცა, არც ენდა ავღნიშნოთ, რომ დაკარგავთ სიფრთხილის გრძნობას. სიმპტომების შესახებ კითხვების არჩევა განხილულია ქვინიკური კვლევის შესაბამის თავებში. საჭიროებისას შეგიძლიათ გამოიყენოთ პაციენტის სიტყვებიც; ამით პაციენტს არწმუნებთ, რომ მისი ნათქვამი კარგად გაქვთ გაგებული.

მნიშვნელოვანია, დაადგინოთ პაციენტის მიერ დასახელებული *სიმპტომის თანამიმდევრობა და ხანგრძლივობა.* შეგიძლიათ ეს ქრონოლოგიურად წარმოაყალიბოთ შემდეგი კითხვების დასმით: "შემდგომ?" ან "და მოხდა ამის შემდეგ?" ან "დავიწყოთ თავიდან, ანდა წინათ თავს ეკეთ გრძნობდით, შემდეგ მივყვეთ **ნაბიჯ-ნაბიჯ**". მნიშვნელოვან დეტალებში ჩანვდომისთვის და პაციენტის მონათხრობის აღვილად გაგებისთვის სხვადასხვა ტიპის კითხვების გამოყენება აღწერილია გვ. 35-41. ხშირად შეგიძლიათ მიმართოთ ფონეტიკური კითხვებს. ამით ჩაეხმაურებით ინფორმაციას, რომელსაც პაციენტი სრულფასოვნად ვერ განვლით (ის. გვ. 37). *ზოგადად, გამოკითხვის პროცესი ყოველთვის იცვლის მიმართულებას ზოგადი კითხვებიდან ფონეტიკური კითხვებამდე და პირიქით.*

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

მისაღებად გამოიყენეთ სისტემების მიმოხილვის თავებში მოცემული ნესები (ზეპირი მოხსენებებსა და ჩანაწერებში ასხენეთ ინფორმაცია, რომელსაც მოიპოვებთ "მიმდინარე დაავადების ანამნეზის" თავის ბოლოს, – სისტემების მიმოხილვის პარაგრაფებში მოცემულ კითხვარებზე პასუხის გაცემით) სიმპტომების აღნერისთვის საჭირო კითხვები მოცემულია სისტემების მიხედვით გამოკვლევის თითოეულ თავში. ამ გზით თქვენ მოიპოვებთ ფაქტებს სხვადასხვა დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების სასარგებლოდ ან საწინააღმდეგოდ. ყრინიკური აზროვნების ეს ფორმა იღესტირებულია სიმპტომების ცხრილებით, რომლებიც აღნერილია "სისტემების მიხედვით გამოკვლევის" თავში და მე-3 თავში – "ყრინიკური განსჯა, შეფასება და გეგმა". მთავარია, რომ ამგვარმა მოთხოვნამ არ იმოქმედოს პაციენტის გამოკანმთელების 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 ნიშნავს მოიცავდეს ჯარგად ჩატარებული გამოკითხვა[11]. ეს მოდელი აერთიანებს ექიმისა და პაციენტის აქამდე განსხვავებულ პერსპექტივებს. *დაავადება* არის *ყრინიცისტის* მიერ პაციენტის ჩივილების ახსნა. ამ გზით ყრინიცისტი აერთიანებს პაციენტისგან მოსმენილ ინფორმაციას და დიაგნოზის სახით აყალიბებს მას. *პაციენტობა* შეიძლება განისაზღვროს, როგორც *პაციენტის* მიერ განცდილი სიმპტომები. ამ გამოცდილებაზე მრავალმა ფაქტორმა შეიძლება მოახდინოს ზემოქმედება. მათ რიცხვს მიეკუთვნება ნარსული პირადი ან ოჯახის ნევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობა, სიმპტომების გავლენა ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, ინდივიდუალური შესაძლებლობა, პრობლემის გადანყვეტის სტილი და განწყობა მკურნალობის შეღებებისადმი. ამ შეხედულებების ერთიანობა აყალიბებს გამოკვლევის გეგმასა და მკურნალობის პრინციპებს. ყრინიკური გამოკითხვის პროცესი ეცილობება მოითხოვს ექიმობის ამ ყველა გამოვლინების მხედველობაში მიღებას.

ეს შეხედულებები ღნება იქნას გათვალისნინებული 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 ღნება გაამახვილოს ანამნეზის სპეციფიკურ მოვლენებზე, როგორიცაა მაგ., ანამნეზში ალერგია პენიცილინზე; ასევე, ფარინგიტის სტრეპტოკოკული ან სხვა ეტიოლოგიის დიფერენციების შესაძლებლობის დამხმარე ფაქტები. პაციენტის განწყობის ასახსნელად, ექიმმა ღნება დაადგინოს სიმპტომების მახასიათებლები, პაციენტის მიერ დაავადების განცდების აღქმის აღნერისთვის შეკითხვები ექვსი სფეროდან (ჩამოთვლილია ქვემოთ) ღნება დასვათ. ეს დაეხმარებოდა პაციენტს და ეფექტურ გახდის როგორც მკურნალობის პროცესს, ასევე შემდგომ დაკვირვებას.

პაციენტის განწყობის გამოვლინებები

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

ექიმმა უნდა ჰკითხოს პაციენტს მისი აზრი პრობლემის მიზეზზე. მაგ. "თქვენი აზრით, რატომ გაქვთ ხუჭის ტკივილი?" პაციენტის ფიქრების გამოსავლენად ჰკითხოთ "ყველაზე მეტად რა გაღელვებთ ტკივილის გამო?" პაციენტი შეიძლება ნუხდეს, რომ ტკივილი არის სეიროზული დაავადების სიმპტომი და სურს შეამოწმოს. ან პირიქით, შეიძლება პაციენტს ნაკლებად აინტერესებს გამომწვევი მიზეზი და სურს ტკივილის შენყვეტა. თქვენ უნდა გაარკვიოთ, რას ელის პაციენტი თქვენგან, ოგორც ჯენიცისტისგან, და, ზოგადად, მკურნალობისგან... "მიხარია, რომ ტკივილი აღარ გაწუხებთ. ახლა ითი შემიძლია დაგეხმაროთ?" თუ ხუჭის ტკივილი ხვლავ გრძელდება, პაციენტს დასჭირდება სამსახურიდან დროებით გათავისუფლება.

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

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

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

ჰკითხეთ, როგორ იმოქმედა პაციენტობამ მის ცხოვრებაზე და აქტივობაზე. ეს კითხვა განსაკუთებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული პაციენტებისთვის. "ისი გაკეთება ალარ 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 არსის გარკვევა თქვენ და პაციენტს პრობლემის სწორი სურათის შესაძლებლობას გაძლევთ. იგი წარმოადგენს შემდგომი მოქმედებების გეგმის საფუძველს (ფიზიკური გამოკვლევა, ლაბორატორიული 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 ჯენიცისტ-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 არათმევთ თავს, მათ სიამოვნებთ თქვენთან საუბარი. შეგიძლიათ მიანიშნოთ, რომ გამოკითხვა მთავრდება და პაციენტს შეუძლია დასვას ჩამოღენიმე 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 ჩარე კითხვები ჩვენს მიერ განხილულ საკითხებზე?". დასრულებაში პაციენტისთვის დანიშნულების მიცემა დაგეხმარებათ: "ამგვარად, უნდა მიიღოთ ის წამლები, 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 ველარ განიხილავთ. თუ ახალ, მაგრამ არასასიცოცხლო მნიშვნელობის

ფაქტებს აღმოაჩენთ, განხილვა შეგიძლიათ გადადოთ მომავალი შესვედრისთვის: "თქვენი მუხლის ტკივილი შეგვიძლია განვიხილოთ შემდეგი ვიზიტის დროს. შეგიძლიათ დანიშნოთ შესვედრა მომავალ ჯვიჰას, მაშინ ჩვენ შევძლებთ აღნიშნული საკითხის განხილვას". დადასტურება იმისა, რომ თქვენ გააგრძელებთ მკურნალობას, პაციენტის მადლიერებას ინვევს.

1 სამკურნალო ურთიერთობების აგება: გამოკითხვის უნარ-ჩვევების ტექნიკა

სამკურნალო ურთიერთობის აგება: თქვენ მიხვალი მიზნით გამოძახებთ, რომ ჯანმრთელობაზე მზრუნველი პროფესიონალი გახდეთ, მათგან უმთავრესი, უდავოდ, სხვათა დახმარების სურვილია. ნამატების მისაღწევად, სწავლის უთუოესი პროცესის ჰეპიროდში უნდა შეძლოთ ეს განზრახვა და თქვენი მიზანი პაციენტისადმი მიდგომის დახვენილ ქსევით ჩვევებად უნდა გარდაქმნათ.

თქვენი და პაციენტის ურთიერთობის სამკურნალო პროცესზე გადართვა შეხედულებისა და მოსაზრებების მთელი ჩიგი სახელოდებებით 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 უმჯობესად ჯლინიცისტის ემოციური და აღქმის დონის დახვენა.

ამ ქვეთავში აღნერილია ჩვევები, რომლებიც გამოკითხვის პროცესის ფუნდამენტს ქმნიან. მათ შორის არის ოგროც მარტივი მეთოდური მიდგომები, ასევე ორული კონცეფციები, რომლებიც უმჯობესად 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.

გამოკითხვის უნარ-ჩვევების მეთოდები

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

აქტიური მოსმენა.

ყველა განსხვავებულ 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 ჯონსულტირების პირობებში ძალზე მარტივია იფიქროთ მომდევნო შეკითხვაზე ან დიფერენციულ დიაგნოზზე.



მიმართული გამოკითხვა: პაციენტის მონათხრობის გავრცობისა და გაუზრებების ნესები.

არსებობს ჩამდენიმე გზა, დასვათ პაციენტის მონათხრობის დეტალებთან დაკავშირებული კითხვები. ეს დიალოგს გაგიადვილებთ. თქვენი მიზანია პაციენტთან სხვეყოფილი ურთიერთობის დამყარება. ამგვარი სპეციფიკური მეთოდების გამოყენებით პაციენტი სხვილად 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

მიმართული შეკითხვები:
პაციენტის მონათხრობის გავრცობისა და გაზრდის წესები.

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

ზოგადიდან მიმართულ 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 გაწუხებთ?" (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 "აღწერეთ 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, პნევმონია, ასთმა, ბრონქიტი, პნევმონია?" გამოიწვევს მოკლებულ უარყოფით პასუხს. სცადეთ **იკითხოთ**: "გაქვთ თუ არა შემდეგი პრობლემები?" პასუხის შემდეგ თითოეული პრობლემა ცალ-ცალკე ჩამოთვალეთ.

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

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

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

სუბიექტის გაბრძელების შეთავაზება. იმისათვის, რომ პაციენტს თხრობა გაუადვილოთ, ყოველგვარი გადატანითი მნიშვნელობის გარეშე შეგიძლიათ გამოიყენოთ პოზა, ჟესტები, ან სიტყვები. თავის დაკნევა დუმილის შენარჩუნება, ყურადღებით და სიმშვიდით მოსმენა, – ეს არის ძირითადი გასაღები პაციენტის თხრობის გაგრძელებისა თქვენი შეხედულებისამებრ. ასევე შემდეგი ფრაზების გამოყენება: "გააგრძელეთ", "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 გადაბრეცილი). ისწრეთ, 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 ვეჰ 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 ანუხებს. თუ თქვენი პასუხი არ დაადასტურებს, როგორ იმოქმედებს პაციენტზე, ვთქვათ, შშობლის გარდაცვალება (მაგ. შეუმსუბუქებს ხანგრძლივ ფინანსურ და ემოციურ ტვირთს), თქვენ ხელიდ სიტუაციაში ვეჰ გაეჯვევით. ვარაუდის გარეშე, პირდაპირ შეგიძლიათ იკითხოთ პაციენტის ემოციური განწყობის შესახებ. "ვწუხვარ თქვენი მამის გარდაცვალების გამო, რას გრძნობდით იმ პერიოდში".

დადასტურება. მეორე მნიშვნელოვანი გზა, რათა 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 ცედად", დარწმუნებს პაციენტს და დარემარება იგრძნოს, რომ ასეთი ემოცია სწორია და გასაგები.

გამხნევება. ხოდესაც თქვენ შენუხებულ ან განერვიულებულ პაციენტს ესაუბრებით, უნდა გაამხნევოთ იგი. თქვენ შეგიძლიათ უთხრათ: "ნუ სწუხართ. ყველაფერი ჯარგად იქნება". მიუხედავად იმისა, რომ ეს ფრაზა არარორფესიულ სიტუაციებში საკმაოდ ადეკვატურად ჟღერს, ჯერინატრის ხოლში ნარმოთქმული მსგავსი კომენტარი უკუშედეგს გამოიწვევს. თუ პაციენტს გულახდილად არ ელაპარაკებით, შეიძლება ფიასკო განიცადოთ. უფრო მეტიც, ნინასწარმა გამხნევებამ შეიძლება შეზღუდოს პაციენტის გულახდილობა, განსაკუთრებით როცა პაციენტი გრძნობს, რომ ნუხილის 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, ჯერიკის 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 დარმარება 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 ყურადრებით უსმენდით; აგრეთვე, თუ რა იცით და რა არა. "ნება მომეცით შევაჯამო მო, ყველაფერი გავიგე, თუ არა. თქვენ ბრძანეთ, რომ სამი დღეა გარვეულებთ, განსაკუთრებით ღამით და გამოყოფთ ყვითელი ფერის ნარველს. არ გაქვთ სიცხე და სუნთქვის გაძნელება, მაგრამ გაქვთ სურდო 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 გააჯეთოთ შეჯამება გამოკითხვის სხვადასხვა მომენტში, განსაკუთრებით გამოკვლევის სხვა ეტაპზე გადასვლისას (ნახეთ ქვემოთ). ამის ენაკი საშუალებას მოგცემთ მოანესრიგოთ ჯერნიკუკი მოსაზრებები, მიმართოთ თქვენი ფიქრები პაციენტისკენ, და გამომდინარე აქედან, შეთანხმებული გახადოთ თქვენი უთთიეთობა. *ასევე საჭიროა ისწავლოთ, როდის გააჯეთოთ ჩანაწერი და რა ჰკითხოთ პაციენტს შემდეგ.*

ბამოკითხვის მიმართულების შესვლა. შესვლისას ავადმყოფს მთავარი მიზეზი აქვს, იყოს შენახებული. მდგომარეობის გადაწყვეტილებისთვის ეთხოვით, როდის ცვლით გამოკითხვის მიმართულებებს. ეს გაზრდის ავადმყოფის კონტროლის გრძნობას. თუ თქვენ გადადიხართ ანამნეზის ეთი ნაწილიდან მეორეზე და ჯერნიკუკ გამოკვლევაზე, მიმართეთ ავადმყოფს გარდამავალი ფრაზებით, როგორიცაა "ახლა მინდა დაგისვათ რამოდენიმე კითხვა კანმრთელობის მდგომარეობაზე ნარსულში". აუხსენით პაციენტს, რის გაკეთებას აპირებთ. "სანამ გადავალთ რატრებული მკურნალობის განხილვაზე, კიდევ თუ გაიხსენებთ აქრე გადატანილ დაავადებებს?" "ახლა უნდა გაგსინჯოთ. მე ცოტა ხნით გავალ, თქვენ კი გაიხადეთ ტანსაცმელი და ჩაიცვით ხალათი." დაახსნეთ, რომ ხალათი უკან გახსნილია, რაც დაზოგავს თქვენს დროს და პაციენტს კმაყოფილი იქნება.

პაციენტის მხარდაჭერა. ახსებითად, პაციენტისა და ჯერნისისტის ურთიერთობა ცვალებადია. თქვენ გაჯერიათ გამოცდილება, მაგრამ, ჯერნიკუკი ჩარტიკის დაგროვებასთან ერთად, იძენთ ახალ უნარ-ჩვევებს, მატულობს საკუთარი თავის ჩრმენა და თვითდაჯერება. თუმცა ავადმყოფს აქვს მღელვარების საფუძველი. მას აქვს ტკივილი, ან შენახებულია გამოვლენილი სიმპტომების გამო. ის, შესაძლოა, კმაყოფილია მკურნალობის სისტემით, ან არ იცის იმ პროგრამის, შესახებ, რომლითაც თქვენ სწავლობთ. განსხვავებული სქესი, ეთნიკუკი თვისებები, ასაკი, ან ჯერსი 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 ჩრევებს მიჰყვება. ქვემოთ ჩამოთვლილია პრინციპები, რომელიც უნდა გაიზიაროთ პაციენტთან. მიუხედავად იმისა, რომ მთავარი მათგანი აღნიშნული თავის სხვადასხვა ნაწილებში იყო განხილული, პაციენტის მხარდაჭერა იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ მათ აქ შეჯამებას გარჯვეული ღირებულება აქვს.

პაციენტის მხარდაჭერა: ძირნაბაზიერების პრინციპები

- გაარჯვიეთ პაციენტის მომავალი
- გამოხატეთ ინტერესი პიროვნების, და არა მხოლოდ პრობლემის მიმართ
- მიჰყევით პაციენტის ნებასურვილს
- შეისწავლეთ ემოციური მხარე
- გაუზიარეთ ინფორმაცია პაციენტს
- გააცნით 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.*

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

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

ზოგჯერ ავადმყოფის სირცხვილ შეიძლება იყოს რეაქცია თქვენს მიერ დასმული კითხვის შინაარსზე. აძლევთ თუ არა ბევრ პირდაპირ კითხვას ხანმოკლე დროის განმავლობაში? ხაიმე გზით ხომ არ მიაყენეთ შეურაცხყოფა. მაგ. უკმაყოფილების 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 სირცხვილის მიზეზი?".
და ბოლოს, ზოგი პაციენტი თავისი ხასიათით ლაკონურია. ეცადეთ სხვადასხვა ხასიათის კითხვები დაუსვათ, ხათა 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, ჩაზეც 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 დანერვიულებით გამოჰკითხოთ სიმპტომები. ამავე დროს, მათ შეიძლება აღენიშნებოდეთ ჰამოდენიმე 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, დისტანცირებული, ან შეუსაბამო. ავადმყოფი სიმპტომებს

შეიძლება აღწერილეს ახასნოხი ტერმინებით: "თითის ფრჩხილზე სიმძიმეს ვგრძნობ" ან "ხელი გველივით ახის დაგრეხილი". ეცადეთ, სხვადასხვა ხერხებით გაეკვეთ სიმპტომების მნიშვნელობაში. შეიძლება ავადმყოფს მენტალური ჰორბელემები აღენიშნებოდეს, როგორიცაა ფსიქოზი ან დელირიუმი (delirium – ლათ., ცნობიერების მწვავე დაბინდვის სიმპტომი, რომელიც ხასიათდება ჰალუცინაციებით, ბოდვით, გაჩერმოს იღუზიური აღქმით, შფოთვითი მოძრაობებით და შიშით; რედ.) ფსიქიკური დაავადება, როგორიცაა შიზოფრენია, ან ნევროლოგიური დაავადებები (იხ. მე-17 თავი – ნერვული სისტემა). ავადმყოფებში მწვავე დაავადებებით ან ინტოქსიკაციით, განიხილეთ დელირიუმის შესაძლებელი არსებობა, ასევე განიხილეთ დემენციის (dementia – ლათ., შეძენილი ჭკუასუსტობა; რედ.) შესაძლებელი არსებობა მოხუცებულებში. ასეთი ავადმყოფები არიან, შეუსაბამო ანამნეზს იძლევიან და არ შეუძლიათ ქრონოლოგიურად ისაუბრონ ავადმყოფობის შესახებ.

როდესაც ეჭვი გაქვთ ფსიქიკურ ან ნევროლოგიურ დაავადებაზე, ნუ დახარჯავთ დიდ დროს ანამნეზის დანერგილებით შეგროვებაზე. მხოლოდ დაიღლებით და შეწუხდებით როგორც თქვენ, ასევე ავადმყოფი. ფსიქიკის შესწავლისას ყურადღება მიაქციეთ გონებრივ შესაძლებლობებს, ორიენტაციის უნარს და მეხსიერებას. შეგიძლიათ დაუსვათ სანყისი კითხვები: "ბოლოს როდის იყავით ქლინიკაში? მოდი ვნახოთ... ეს როდის მოხდა?" თქვენ შეგიძლიათ ჩაინიშნოთ პასუხები ცალკე, ან თანხმობის შემთხვევაში, გაესაუბროთ ავადმყოფის ოჯახის წევრს ან მეგობარს და შემდეგ გააგრძელოთ ჩანერა.

პაციენტები შეცვლილი ბოლებრივი შესაძლებლობებით. ზოგიერთ ავადმყოფს უჭირს საკუთარი ანამნეზის მოწოდება ავადმყოფობით გამოწვეული გონების დაბინდვის, დემენციის, ასევე, ჯანმრთელობის ან ფსიქიკის სხვა დარღვევების გამო. სხვებს არ შეუძლიათ ანამნეზის გარკვეული მომენტების მოყოლა, მაგალითად, ცხელებით მიმდინარე დაავადებასთან ან გულყრებთან დაკავშირებული მოვლენები. ამ სიტუაციაში უნდა დაადგინოთ, აქვს თუ არა ავადმყოფს "გადანყვეტილებების მიღების შესაძლებლობა" ან ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გაგების უნარი; ასეთ შემთხვევებში თქვენს მიერ გაკეთებული საექიმო არჩევანი ინტელექტუალურ შესაძლებლობებსა და ღირებულებათა თანამიმდევრულ ერთობლიობაზე უნდა იყოს დაფუძნებული; ასევე, უნდა გამოხატოთ საკუთარი აზრი მკურნალობის უპირატესობაზე. ტერმინი "შესაძლებლობა" უფრო მისაღებია, ვიდრე "კომპეტენტურობა", რაც უფრო იურიდიული ტერმინია. ფსიქიატრის კონსულტაცია შესაძლებლობების შეფასებისთვის არ გესაჭიროებათ, ვიდრე მენტალური დაავადებები არ დაკვეთებს ავადმყოფის მიერ გადანყვეტილების მიღების უნარს. ბევრი ავადმყოფისთვის ფსიქიკური აშლილობებით ან კოგნიტური (ცნობიერების) დარღვევებით, მათი გადაწყვეტილებათა მიღების უნარის შესაძლებლობა ინტაქტური (უცვლელი) რჩება.

შესაძლებლობის მქონე პაციენტებისგან მიიღეთ თანხმობა, ვიდრე დაიწყებთ მათ დაკვებაზე საუბარს სხვებთან. თუ ავადმყოფს კონტაქტის დამყარება მხოლოდ სახის გამომეტყველებით ან ჟესტიკულაციით შეუძლია, თქვენ უნდა შეინარჩუნოთ კონფიდენციალობა და გამოიყენოთ მათი მცდელობა. დაარწმუნეთ ავადმყოფი, რომ მათ მონათხრობს ნდობით მოეკყრობით და აუხსენით, რა მომენტების განხილვას აპირებთ სხვებთან. თქვენი ცოდნა ავადმყოფის შესახებ შეიძლება გარკვეულწილად ყოველისმომცველი იყოს, – ვიდრე სხვები არ შემოგთავაზებენ გასაოცარ და საინტერესო ინფორმაციას. მაგალითად, მეულღეს შეუძლია ოჯახის მნიშვნელოვანი ჰორბელების მონოდება, რომელსაც მალავს პაციენტი, როგორიცაა დეპრესიული სინდრომი ან ალკოჰოლის ქრონიკული მიღება. მოიფიქრეთ როგორ დაყოთ საუბარი ორ ნანილად – საუბრის ერთი ნანილი ავადმყოფთან და მეორე ავადმყოფთან და თანმხლებ პირთან ერთად. თითოეულ ნანილს თავისი ღირებულება აქვს. სხვა საშუალებებით მიღებული ინფორმაცია ხშირად გეხმარებათ ავადმყოფის მეთვალყურეობის დაგეგმვაში, მაგრამ რჩება კონფიდენციალური. ასევე, შეისწავლეთ "ჯანმრთელობის დაზღვევის პორტაბილობისა და პასუხისმგებლობის კანონის"

(HIPAA) პრინციპები, რომელიც გამოცემულია 1996 წლის კონგრესზე და დაწესებულებების და პროვაიდერების მიერ ავადმყოფის ინფორმაციის გაზიარების გამოვლენის 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 მოგაწვდით 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 წევრი, რომელიც წარგიდგენთ ავადმყოფის სურვილებს.

ავადმყოფის ნათესავებთან ან მეგობრებთან საუბრისას გამოიყენეთ გამოკითხვის ძირითადი პრინციპები. საუბრისთვის მოძებნეთ მყუდრო ადგილი. გაიცანით 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 დაჟინებით 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 ყურადღებით უსმინეთ. შეიძლება ავადმყოფი, უბრალოდ, მსმენელის ნაკლებობას განიცდის, ან, შეკავებულ ემოციებს ამჟღავნებს. შესაძლოა ავადმყოფის სტილი იყოს ამბების მოყოლა. ავადმყოფს აკვიატებული აქვს წვრილმანები თუ ზედმეტად შეწუხებულია?. ეს აზრების სწრაფი გამოხატვაა თუ აზროვნების დეზორგანიზაცია, რაც ფსიქოზის ან კონფაბულაციის (confabulatio – ლათ., ავადმყოფის მიერ მოგონილი პასუხები და ამბები ფიქტიური მოვლენების შესახებ; რედ.) გამოვლენაა?

ეცადეთ, დააკვირდეთ 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 გაწუხებთ. მოდით, ჯერ განვიხილოთ გვერდის ტკივილი. შეგიძლიათ აღწეროთ, როგორ შეიგრძნობთ მას?"

ბოლოს, ნუ არჩვენებთ ავადმყოფს თქვენს მოუთმენლობას. 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 გვქონება სასაუბროდ."

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

"მიხარია, რომ გადაგიარათ".

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

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

გაბრაზებული ან ფრსხი ავადმყოფი. ბევრ ავადმყოფს აქვს მიზეზი, იყოს გაბრაზებული: იგი ავადაა, განიცდის ტანჯვას, მას დაკარგული აქვს კონტროლი ცხოვრებაზე, გრძნობს ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის შედარებით სუსტ მხარეებს. ავადმყოფმა შეიძლება გაბრაზება თქვენს მიმართ გამოხატოს. აუცილებელია, რომ თქვენდამი მტრული განწყობას ახსნა მოუძებნოთ... თქვენ დაგაგვიანდათ ავადმყოფთან შეხვედრაზე, გამოირჩინეთ უყურადღებობა ან გაბრაზებული ხართ. თუ ასეა, ეცადეთ გამოასწოროთ მდგომარეობა. უფრო ხშირად, ტკივილით შეწუხებული ავადმყოფს გაბრაზება ექიმზე გადააქვს.

ზოგიერთი გაბრაზებული ავადმყოფი მტრული ხდება და წყვეტს ჯავშირს თქვენთან. გაბრაზებული, მტრულად განწყობილი ან გაუთანტრილებული ავადმყოფები ყველაზე სწრაფად წყვეტენ ჯავშირს ფლორენსთან ან სასწრაფო დახმარების განყოფილებასთან. ასეთ პაციენტთან ურთიერთობის დაწყებამდე, გამოიძახეთ დაცვის თანამშრომლები – როგორც ფლორენსტინი, თქვენ ვალდებული ხართ შექმნათ უსაფრთხო გარემო. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იყოთ მშვიდი, გამოავლინოთ თანხმობა და განზე იდგეთ. იყავით მოდუნებული პოზაში, არ აჩვენოთ მუქარა და ხელები გქონდეთ გაშლილი. პირველ ყოვლისა, არ ეცადოთ მოსთხოვოთ პაციენტს დაუნიოს ხმას, ან შეწყვიტოს ნინააღმდეგობა, მიუხედავად იმისა, რომ ანგრევს იქაურობას ან გწყევლით 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 არამოდენიმე სიტყვა და ჟესტი ვერ შეცვლის სრულყოფილ მონათხრობს. იდეალური თარჯიმანი არის ნეიტრალური ობიექტური პიროვნება, რომელიც იცნობს ორივე ენას და კულტურას. თავი აარიდეთ თარჯიმნად ოჯახის წევრების ან მეგობრების გამოყენებას – ვერ შენარჩუნდება კონფიდენციალურობა, მნიშვნელობები იქნება დამახინჯებული, ხოლო გადაცემული ინფორმაცია – არასრული. გამოუცდელმა თარჯიმანმა შეიძლება სცადოს გამოკითხვის დარჩევა, გამოხატოს გრძელი გამონათქვამები მცირე სიტყვებით, რითაც დაკარგება 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 დაესმახოთ თახჯიმანს, განუმარტოთ თქვენი მიზნები ანამნეზის თითოეული ნანილისთვის. თახჯიმნისთვის თქვენი გეგმების ახსნის შემდეგ, ისე მოეწყვეთ ოთახში, რომ ავადმყოფთან გაადვილებული მხედველობითი კონტაქტის და უსიტყვო ურთიერთობის საშუალება მოგეცეთ. შემდეგ ისაუბრეთ პირდაპირ პაციენტთან, შეეკითხეთ, "ჩამდენი ხანია ჩვ ავად ხართ?" და არა "ჩამდენი ხანია პაციენტი ავადაა?" თახჯიმნის 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 თახჯიმანს. ზოგიერთი ქრონიკული გასინჯვის ადგილას არის სატელეფონო გადამცემები: თუ უკეთესი არჩევანი არ არის, გამოიყენეთ ისინი.

თახჯიმანთან მუშაობის ჩრჩევები

- ქრონიკის თანამშრომლის, მოხალისის ან ოჯახის წევრის ნაცვლად, არჩევანი ნასწავლ თახჯიმანზე შეარჩიეთ.
- გამოიყენეთ თახჯიმანი ობიექტური მონაცემების მისაღებად.
- მიანოდეთ 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 თახჯიმანი პაციენტის გვერდით.
- დაუთმეთ დრო, რომ პაციენტმა და თახჯიმანმა ერთად გაიარეთონ ჩანაწერი.
- ისაუბრეთ პირდაპირ პაციენტთან, გქონდეთ უსიტყვო ურთიერთობის საშუალება.
- იხმარეთ მოკლე და მარტივი წინადადებები, ყურადღება გაამახვილეთ ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხებზე.
- იმის შესამოწმებლად, გაუგებთ თუ არა ერთმანეთს, სთხოვეთ პაციენტს გაიმეოროს მოსმენილი.
- იყავით მომთმენი. საუბარი ნაგარითმევთ მეტ დროს და იქნება ნაკლებად ინფორმატიული.

პაციენტი ნერა-კითხვის პრობლემით. სანამ მისცემდეთ ნერილობით 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 ბარიერის, სნავლის 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 მესმის, რომ ამ თემაზე საუბარი ცოტია, მაგრამ, გაქვთ ხანმე კრობლემა კითხვის დროს?". სთხოვეთ პაციენტს, ნაიკითხოს დანიშნულება, ხმამაღლა 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 რიგ სხვა ფორმებს ნიშნებისა და მეტყველების კომბინაციით. ამის გამო, ურთიერთობა ხშირად ჯეტუარათა- და ეთნიკათამორისი 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 წერილობითი კითხვარები. თუ პაციენტს უჭირვენია ნიშნების ენა, მოძებნეთ ყველა საშუალება მონახოთ თარჯიმანი და გამოიყენეთ ზემოთ აღწერილი პრინციპები. მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან დიდ დროს წაიღებს, ხელით დაწერილი კითხვები და პასუხები, შესაძლოა, ერთადერთი გამოსავალი იყოს; თუმცა, არც განათლების დონე ქმნის პრობლემებს.

სმენის დაფიქსირებული 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. იღაპარაკეთ ხმის ნორმალური სიმაღლით და ტონით, და არ დაუწიოთ ხმას ნინადადების ბოლოში. ნუ იქნება თქვენი პირი დაფარული ან საუბრისას არ იცქიროთ ქვემოთ, – ფუჩეცელისტებს. გახსოვდეთ, ტუჩებზე საუკეთესო მკითხველებსაც კი არ შეუძლიათ მთლიანად გაიგონ ნათქვამი, ამიტომ პაციენტს გაუმეორეთ თქვენი შეკითხვა.

შეძლებისდაგვარად ადრიდეთ თავი იმგვარ არხებს, როგორიცაა ტელევიზორი ან საბრები დერეფნებში. თუ სათვალეს ატარებენ, პაციენტებმა ის ვიზუალური ნიშნების აღსაქმელად უნდა გამოიყენონ. დამთავრებისას, ყველა ზედრის ინსტრუქციას დაამატეთ ნერილობითი.

პაციენტი მხედველობის დაქვეითებით. როცა ბიმა პაციენტს ხვდებით, კონტაქტის დასამყარებლად ჩამოართვით ხელი, აუხსენით, ვინ ხართ და რატომ ხართ ის. თუ ოთახი არ არის მისთვის ნაცნობი, აუხსენით, რა არის იქგვერდ და აგრეთვე იმყოფება თუ არა ოთახში კიდევ სხვა პიროვნება. ზოგჯერ, დაგეხმარებათ ოთახში განათების მონესრიგება. მხედველობა დაქვეითებულ პაციენტებს ურთიერთობის გასაადვილებლად მოუნდებათ გარეთ სათვალეები, თუკი ეს შესაძლებელია.

პაციენტი დაქვეითებული ინტელექტით. პაციენტებს საშუალოდ შეზღუდული ახსოვნებით, როგორც ნესი, აღეკვატური ანამნეზის მონოდება შეუძლიათ. ფაქტიურად, თქვენ ყოველთვის უნდა შეძლოთ, განასხვავოთ მათი განვითარების დონე. თუ ამგვარი ეჭვი გაქვთ, სპეციალური ყურადღება დაუთმეთ პაციენტის განათლებას და დამოუკიდებლად 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? სეკუალური 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, ნერვული 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. ჩოგორც ბავშვებთან, არასდროს 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 კავშირი არა აქვთ. მაგ: დატოვოს თუ არა მან სტრესული სამუშაო, გადავიდეს ერთი საცხოვრებელი ადგილიდან სხვაგან, ან გაიყვანოს აბორტი? პასუხის გაცემამდე, განავრცოთ პაციენტის მიერ ნამოყრილი პრობლემები; ამ პრობლემებთან დაკავშირებული მიმდები და საპირისპირო საკითხები; არსებობს თუ არა ვინმე, ვისთან ერთადაც მსჯელობს ამის შესახებ და ხა დახმარებაა საჭირო სხვადასხვა არჩევანის გასაკეთებლად. საშუალების მიცემა პაციენტისთვის, – თავის პრობლემაზე იდაპარაკოს თქვენთან, ჩოგორც ნესი, უფრო მეტად ღირებული და სამკურნალო ეფექტისაა, ვიდრე თქვენს მიერ გაცემული ნებისმიერი პასუხი.

მგრძნობიარე საკითხები, რომელიც სპეციფიკის მიდგომას მოითხოვს

ფსიქიატრს პაციენტთან მარტივ ემოციურად დატვირთულ და მგრძნობიარე თემებზე საუბარი უნევს. ამ საკითხთა განხილვა გამოუცდელი ფსიქიატრისთვის, ასევე, ან პაციენტის შეფასების პერიოდში, – მის სათანადო გაცნობამდე, შესაძლოა, საკმაოდ რთული იყოს. ზოგჯერ გამოცდილ ექიმსაც კი შეიძლება შეექმნას გარკვეული დისკომფორტი ისეთ თემასთან დაკავშირებით, ჩოგორიცაა: ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება, სექსუალური ორიენტაცია და აქტივობა, სიკვდილი და მომაკვდავი პაციენტი, ფინანსური საკითხები, არასრული და ეთნიკური გამოცდილება, ოჯახური უშუალობა, ოჯახური ძალადობა, ფსიქიკური დაავადებები, ფიზიკური ნაკლი, ნაწლავების მოქმედება და სხვა. ეს სფეროები გამოსაკვლევად რთულია, ნაწილობრივ, სოციალური ზღუდეების გამო. მაგ: ჩვენ ყველამ ვიცით, რომ საუბარი ნაწლავების ფუნქციონირების შესახებ "თავაზიანი სასაუბრო საგანი" არ არის. გარდა ამისა, ამ თემებიდან მარტივი მტკივნეული და უხერხული, სოციალურ და პიროვნულ ღირებულებებს სწვდა ნინა პლანზე. მენტალური დარღვევები (mental, mental – ლათ., გონებრივი, სულიერი, ფსიქიკური; რედ.), ნარკოტიკების მოხმარება და homosექსუალური ქცევა არის სამი ნათელი მაგალითი, რომელსაც შეუძლია უშუალობაზე გავლენის მოხდენა და ბარიერის შექმნა გამოკითხვის დროს. ამ თავში განხილულია ფსიქიატრისაგან მოსათხოვნი ნესები როგორც ამ, ასევე სხვა დელიკატურ სფეროებში, ოჯახური ძალადობისა და მომაკვდავი პაციენტის ჩათვლით.

მგრძნობიარე საკითხები, რომელიც სპეციფიკის მიღმაშია მოითხოვს

მგრძნობიარე თემებზე თქვენი საუბრის წარმართვაში ჩამოდენიმე **საბაზისო** პრინციპი დაგეხმარებათ:

მგრძნობიარე თემებზე საუბრის ჩრჩვები

- *ეთიკური მნიშვნელოვანი წესია იყოთ მიუკერძოებელი.* ფსიქიატრის 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 ჩარევა გარკვეული დაავადებების რისკს ზრდის, მე ჩემს ყველა პაციენტს ვკითხულობ შემდეგ კითხვებს".
- მოძებნეთ ღია კითხვები მგრძნობიარე თემებისთვის და შეისწავლეთ სპეციფიკური ხასიათის მონაცემები, რომელიც თქვენი საქმიანობისთვის გჭირდებათ.
- და ბოლოს, გაათვითცნობიერეთ, გრძნობთ თუ არა რაიმე დისკომფორტს. უხერხულობისგან თავის დაღწევა ჩრობების მართვაში დაგეხმარებათ.

მგრძნობიარე თემებთან დაკავშირებით თავი უფრო კომფორტულად რომ იგრძნოთ, წაიკითხეთ ასეთ თემებზე სამედიცინო და სხვა სახის ლიტერატურა; ესაუბრეთ ღრმად ამ საკითხში გარკვეულ კოლეგებს და მასწავლებლებს თქვენ მოსაზრებებზე; გაიარეთ სპეციალური კურსები, რომლებიც დაგეხმარებათ გამოიკვლიოთ თქვენი საკუთარი შეგრძნებები და რეაქციები, რაც, უთუოდ, ზეგავლენას იქონიებს თქვენს ცხოვრებისეულ გადაწყვეტილებაზე. გამოიყენეთ ყველა აღნიშნული საშუალება. თუ შესაძლებელია, მოესმინეთ გამოცდილ ექიმს, შემდეგ თქვენს კოლეგებთან საუბრები მსგავსი ფორმით წარმართეთ. თემათა დიაპაზონი, რომელთა გამოკვლევისას თავს კომფორტულად იგრძნობთ, ჩროგრესულად გაიზრდება.

სქესობრივი ცხოვრების ანამნეზი. კითხვები სქესობრივი ქცევის შესახებ სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. სქესობრივი ქცევა განსაზღვრავს რისკულობის და სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკს, შიდს-ის ჩათვლით. სრულყოფილი გამოკითხვა ამ რისკის შემცირებას უწყობს ხელს. სქესობრივი ცხოვრება შესაძლოა წყვილში 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 ნამდვილ 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 ჩამოდენიმე თავში. თუ შარდ-სასქესო სისტემის სიმპტომები ნამყვანი ჩივილია, სქესობრივი ცხოვრების ანამნეზი მიმდინარე დაავადებაში ჩაითვლება. ქალებში შეგიძლიათ დასვათ კითხვები გადატანილი დაავადების ანამნეზის მეანობა/გინეკოლოგიის თავში. ასევე, შეგიძლიათ ჩართოთ ისინი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, დიეტის, ვარჯიშის და სკრინინგ-ტესტებზე საუბრის ნაწილში. ეს კითხვები შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნებისმიერ პრობლემის

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

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

ჩვეულებრივ, შეეკითხეთ ორგორც სპეციფიკური სქესობრივი ქცევების, ასევე სქესობრივი დაკმაყოფილების შესახებ. სპეციფიკური კითხვები ჩართულია თავ-11-ე თავში, – მამაკაცის გენიტალური სფერო და თირკმელი (გვ. 413-415) და თავ-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 ორაზროვანი. პაციენტებმა იციან თქმა, "კარგი, მე მხოლოდ ვიწყო იქ".

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

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

- მნიშვნელოვანია შეეკითხოთ ყველა პაციენტს, "გაქვთ ჰამე ნარმოდგენა შიდს-ის შესახებ?" იმდენად, ჰამდენადაც შეიძლება ამკარა რისკ-ფაქტორები არ ვლინდებოდეს.

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

მენტალური ანამნეზი. ფსიქიკური და ფიზიკური დაავადების აღრმა მეტად განსხვავებულია; იგი პირველების განწყობით და მისი გათავისების უნარით განისაზღვრება. დაფიქრდით, ორგორ აღვილად საუბრობენ აღამიანები დიაბეტზე და ინსულინის გაკეთებაზე, შიზოფრენიის ან/და ფსიქოტიკოზულ მკურნალობის განხილვასთან შედარებით. გამოიყენეთ ღია და პირდაპირი კითხვები ფსიქიკური დაავადების, ასევე, პირველები და ოჯახური ანამნეზის შესაფასებლად. "გქონიათ ხანმე 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, ორგორიცაა მიზოფრენია, დაწვრილებითი ანამნეზის შეკრება აუცილებელია. დეპრესია მთელს მსოფლიოშია გავრცელებული, თუმცა ჯერაც არაღიაგნოსტირებულ და არანამკურნალებ პრობლემად

ჩრება. ასეთ პაციენტებში მზად იყავით გამოარჩიოთ გუნება-განწყობა ან ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა აღვიღად დაღლა, უმიზეზო ტირილი, წონაში დაკლება, უძილობა ან გაუარესებული ხასიათის სომატური ჩივილები. შეგიძლიათ დასვათ ორი ღია ხასიათის კითხვა: "როგორი იყო თქვენი გუნება-განწყობა და როგორ ხასიათზე იყავით გასული 2 კვირის განმავლობაში?", და "ხას 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 გულმკერდის ძრღვში ტკივილის შემთხვევაში, აღნიშნულ შემთხვევაშიც ასევე უნდა შეაფასოთ სიმძიმე – ორივე პოტენციურად ღეტალურია. შემდგომი მიდგომებისთვის, დაუბრუნდით ფსიქიკურ სტატუსს – თავი 16, ნერვული 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 აღორძოლის და აკრძალული მედიკამენტების შესახებ. ბევრი ღრმისტისთვის ხთულია საუბარი პაციენტთან აღორძოლის ან მედიკამენტების (როგორც ახალგაზრდა, ასევე ეკიმის მიერ დანიშნული) გამოყენების შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ ტოქსიკომანიით განპირობებული დირვეულები მთელი ცხოვრების მანძილზე ჰქვალირებს, შეერთებულ შტატებში აღორძოლის მოხმარების 13%-ზე და აკრძალული მედიკამენტების გამოყენების 4%-ზე მეტი არაა დიაგნოსტირებული[19]. არ მისცეთ საშუალება ჰირად ემოცებს, – გავლენა მოახდინოს თქვენზე, როგორც ღრმისტზე. თქვენი საქმიანობის სფეროში მედის მონაცემების შეგროვება, მათი ზეგავლენის შეფასება პაციენტის კანმრთელობაზე და თერაპიული დახმარების დაგეგმვა. ღრმისტები ხშირად ეკითხებიან აღორძოლისა და მედიკამენტების წარსულში და ამჟამად მოხმარების შესახებ, გამოყენების სქემაზე, ასევე ამ ჰრობლემებზე ორიენტირებული ოჯახური ანამნეზის შესახებ. თქვენს კითხვარში აუცილებლად ჩართეთ მოზარდები და ხანდაზმულები.

აღორძოლი. აღორძოლისა და სხვა წამლების მოხმარების შესახებ კითხვები ბუნებრივად ისმება ყველა და თამბაქოს მოხმარების შესახებ კითხვების შემდეგ. "რისი დალევა გიყვართ?", ან "მიამბეთ თქვენს მიერ აღორძოლის მოხმარებაზე" მისაღები და ღია კითხვებია, რასაც აღვილად მოსდევს დასტური ან უარყოფა. გახსოვდეთ შეაფასოთ, რას გულისხმობს პაციენტი აღორძოლში, – ზოგიერთი მათგანი ღვინოს ან ლუდს ამ ჭრილში არ მოიაზრებს. აღორძოლის გამოყენების შესახებ შეგიძლიათ გამოიყენოთ რამოდენიმე კარგად დასაბუთებული მოკლე სკრინინგული მეთოდი, რომელსაც არ სჭირდება დიდი დრო. ორი დამატებითი კითხვა: "გქონიათ ოდესმე სამსახურთან დაკავშირებული ჰრობლემა?" და " ბოლოს როდის მიიღეთ აღორძოლი?", რომლებსაც გასულ 24 საათიან პერიოდში დადებითი პასუხი იქნება გაცემული, სავარაუდოს ხდის სასმელთან დაკავშირებული ჰრობლემების არსებობას[20]. ყველაზე ფართოდ გამოყენებული სკრინინგული კითხვებია: აღორძოლის 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 (აღორძოლის მიღება დილიდანვე)].

"CAGE"-კითხვარი:

გიგრძვნიათ თუ არა ოდესმე მოთხოვნილება აღორძოლზე თავის დანებებაზე?
შემთვრალ ღიზიანებით სამსახურთან დაკავშირებული კრიტიკის გამო?
გიგრძვნიათ ოდესმე თავი დამნაშავედ სმის გამო?
ყოველთვის გაქვთ სურვილი თითო ყლუპი გადაკრათ ყოველ დილით, ნერვების დასამშვიდებლად ან ნაბახუსებზე გამოსასვლელად?

კითხვარში ორი ან მეტი დადებითი პასუხის შემთხვევაში, სავარაუდოა ალკოჰოლის 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 (ალკოჰოლის 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.

აუცილებელი მედიკამენტები. ისევე როგორც ალკოჰოლის შემთხვევაში, მედიკამენტების გამოყენების შესახებ კითხვებიც იმგვარი უნდა იყოს, სმარებისა და ბოროტად გამოყენების გარჩევა მეძლოთ. კითხვები ნამლების მოხმარების შესახებ ასევე ღიაა: "მიგიღიათ ნამლები თქვენი საქმიანობის გარდა?"[23] ამის შემდეგ, უნდა იკითხოთ მოხმარების პირობების შესახებ (უკანასკნელად როდის მიიღეთ, რა სიხშირით, რა ნივთიერება, რა დოზით) და რა სახით იღებს. "გაგიკეთებიათ ნამალი ვენაში?" "მოგინევიათ ან შეგისუნთქავთ ნამალი?" "მიგიღიათ თუ არა ანა სამედიცინო საქმიანობის გარეშე?" როდესაც იცვლება ნამლის მოხმარების ფორმა, საქმიანობა სწორად დადგინდეს მოსალოდნელი სამიმოება და დოზის გადაქარბება.

კითხვარის დაპატირება ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების დაკვირვებისთვის (სკრინინგისთვის) შეიძლება აგრეთვე ყველა შეკითხვაზე "ან ნამლის " დამატებით. როდესაც დაადგენთ, რომ პაციენტი ტოქსიკომანია (მედიკამენტების ქარბი დოზით და ბოროტად მომხმარებელი), გააგრძელეთ კითხვები: "ყოველთვის შეგიძლიათ აკონტროლოთ მოხმარებული ნამლის დოზა? " "გაქვთ რამე უარყოფითი ეფექტები? " რა მოხდა? ... რამე 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 ჩუტინელ 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 შემშინებელად გრძნობთ?". "ბევრი ქალი მიყვება, რომ ოჯახში ვინმე აყენებს გარკვეული სახით ტკივილს. თქვენ ეს გეხებათ?" "გასული წლის განმავლობაში დაკარგეთ, ხელი უკრავს, მუშტი ჩაკრეს ან სხვა ფორმით თუ მოყენებია თქვენთვის ტკივილი ნაცნობ ადამიანს? თუ ასეა, ვის?" როგორც გამოკითხვის სხვა ნაწილებში, საუბარი ისე წარმართეთ, რომ ზოგადიდან სპეციფიკურზე, ასევე, ნაკლებ ხელიდან მეტად ხელზე გადახვიდეთ.

ფიზიკური ძალადობისას, რომელსაც არ აღიარებს არც მსხვერპლი, არც ბოროტმოქმედი, – შეიძლება განხილული იქნას შემდეგი მისგრომები:

ინფორმაციის მოპოვება შესაძლებელი ფიზიკური ძალადობის შესახებ.

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

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

ხოდესაც 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 დაარჩაროთ სიტუაცია, – მსხვერპლის პოტენციურად სახიფათო მდგომარეობაში ჩაყენების თავიდან აცილების მიზნით. დარნმუნებული იყავით, რომ გარკვეულ დიაგნოზებს მჭირდო ყავშირი აქვთ ძალადობასთან, ხოგორიცაა ოსტეოპორობა და ფსიქიკური კონფლიქტებით განპირობებული შინაგანი ორგანოების დაავადებები (სომატიზაციური დარღვევა).

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

სიკვდილი და მომაკვდავი პაციენტი. პოფესიული განათლებასა და ლიტერატურაში მზარდი და მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა სიკვდილისა და მომაკვდავი პაციენტის შესახებ აუცილებელ საკითხებს. ბევრი ექიმი-სტაჟიორი 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 აღნერა: უარყოფა და განმარტოება, განრისხება, შეთანხმება, დეპრესია ან მწუხარება, მილება[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 პოსპედების შესახებ? ... თქვენი სნეულების? ... რა მოხდება, ხოდესაც სახლში ნახვალთ?" გამოიკვლიეთ ეს მოსაზრებები და მიანოდეთ პაციენტს საჭირო ინფორმაცია. თავი არიდეთ გაუმართლებელ და უადგილო დარნმებს. 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 გაზრარება ნებისმიერ შემხვედრთან. მიეცით მათ საშუალება იღაპარაკონ და მოუსმინეთ ინტერესით, მაგრამ თუ ისინი ამჯობინებენ დარჩნენ სოციალურ დონეზე, პატივი ეცით მათ მისწრაფებებს. გახსოვდეთ, რომ სნეულება – ტერმინალურ 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 დასასრულს მკურნალობის შესახებ პაციენტის სურვილების გაგება ექიმისტის საქმიანობის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ამ უთანხმოების 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 ექიმიკაში 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 ხელოვნების ეფექტურობის საკითხში მედიაში არსებული ინფორმაციის გამო. გამოიკვლიეთ პაციენტების წარმოდგენა ამაზე. "რა გამოცდილება გაქვთ ახლო მეგობრის ან ნათესავის სიკვდილთან დაკავშირებით?" "რა იცით ჯარდიო-პულმონური (გულ-ფილტვის) ხელოვნების შესახებ?" აუხსენით პაციენტებს გულ-ფილტვის ხელოვნების წარმატების აღბათობაზე, განსაკუთრებით, თუ ისინი ქრონიკული ავადმყოფები ან ხანდაზმულნი არიან. დარწმუნეთ, რომ უმჯობესია ტკივილის შემსუბუქება, ასევე განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმობა 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 ანრგებთ სიხარულს, რას ელიან. დარწმუნდით ისეთი განცხადებების მნიშვნელობაში, როგორიცაა "თქვენ თქვით, რომ არ გინდათ ტვირთად დაანვეთ ოჯახს. კონკრეტულად რას გულისხმობთ ამ გამონათქვამში?". გაითვალისწინეთ ავადმყოფის ხელმძღვანელი და სულიერი ფასეულობები და ჭირთად მიიღეთ ყველაზე სწორი გადაწყვეტილება მისი შემდგომი სამედიცინო მეთვალყურეობის თაობაზე.

III გამოკითხვის სოციალური ასპექტები

ექიმური გამოცდილების მილღება. 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, ექიმისისტების ულტრაული ვალიფიკაციის დონის ამაღლების აუცილებლობას ნარმოშობს.[86]

სხვადასხვა პაციენტებთან მუშაობა არის ადამიანთა შესწავლის ჭეშმარიტ სურვილზე აგებული ხანგრძლივი პროცესი. ეს პროცესი ითვალისწინებს სხვადასხვა ექიმის შეფასებას, იმის გათავისებას, თუ როგორ ზემოქმედებს ექიმი პირად ესპექტივაზე. ქვემოთ მოყვანილი მაგალითები აჩვენებს, როგორ მოქმედებს პაციენტის მკურნალობაზე კომუნიკაციური ბარიერები, ექიმური განსხვავებები და გაუცნობიერებელი ტენდენციურობა.

ჯეტუხელი ბამოცდილება: შაბაღითი 1

28 წლის ტაქსის მძღოლი განადან, ჰომელიც ახლახანს დასახღდა შეეხთებული შტატებში, თავის მეგობართან საუბრისას ეუმაყოფილებას გამოთქვამს ქვეყანაში არსებული სამედიცინო დახმარებაზე. მან მიმართა ჯლინიკას ცხელებისა და დაღლილობის გამო. მან აღნერა, ჰომ ანონეს, გაეზომეს ტემპერატურა და დაადეს მჭიდრო ნახვევი მკლავის მტკივნეული ადგილზე. 36 წლის ჯლინიცისტმა ვამინგტონიდან პაციენტს ბევრი კითხვა დაუსვა, გასინჯა და ენდოდა სისხლის აღება, ჩაზეც პაციენტმა უარი განაცხადა. პაციენტის საბოლოო კომენტარი იყო " ... და მას ქლოროქინიც (ანტიმალარიული საშუალება) კი არ მოუცია!" – მისი პირველადი მიზანი, რისთვისაც დახმარებას ეძებდა. მამაკაცი განადან ელოდა ჰამდენიმე მეკითხვას, არ სჭირდებოდა გასინჯვა და ელოდებოდა მალარიის სამკურნალო წამლის დანიშვნას. ცხელება განაში, ჩვეულებრივ, მალარიასთან ასოციდება.

ამ მაგალითში ნაჩვენებია ჯეტკერათაშორისი კომუნიკაციის არარსებობა. გაუთვითცნობიერებელი ტენდენციურობა, რაც შეეძლებელს ხდის ეფექტურ გაგებას, ბევრ ჯლინიკურ ურთიერთობებში იჩენს თავს.

ჯეტუხელი ბამოცდილება: შაბაღითი 2

16 წლის უმაღლესი სკოლის სტუდენტი მივიდა ადგილობრივი ჯანმრთელობის ცენტრში მენსტრუალური ტკივილით, რომლებიც ხელს უშლიდა სკოლაში კონცენტრირებაში. ეცვა მოკლეული ზედა ტანსაცმელი, მოკლე ქვედატანი, ჰქონდა მრავალი ნაჩხვლეტი, ნარბის ჩათვლით. 30 წლის ჯლინიცისტმა მამკალაცმა შემდეგი კითხვები დაუსვა: "თქვენ ყველა გაკვეთილი გააცდინეთ?" "რა სახის სამუშაო გინდათ უმაღლესი სკოლის დამთავრების შემდეგ?" "ორსულობის კონტროლის რომელ სახეობას აძლევთ უპირატესობას?" მოზარდმა იგრძნო ზენოლა კონტრაცეპციული (ჩასახვის საწინააღმდეგო) აბების მისაღებად, თუმცა მან ნათლად განაცხადა, რომ მას არასდეს ჰქონია სქესობრივი კავშირი და არც გეგმავდა ქორწინებამდე. იგი იყო ნესიერი სტუდენტი, გეგმავდა სწავლის გაგრძელებას კოლეჯში, მაგრამ ჯლინიცისტი ვერ ჩანდა ამ მიზნებს. ჯლინიცისტმა მისი ტკივილი შემდეგნაირად განმარტა: "თქვენ შეგიძლიათ მიიღოთ იბუპროფენი. ტკივილი, როგორც წესი, ასაკის მატებასთან ერთად გაივლის". პაციენტმა ვერ მიიღო ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები, რომელიც დანიშნული იყო, და, უარესად მომავალში არც დახმარებისთვის მიუმართავს განმეორებით. მის მიერ მიღებულმა გამოცდილებამ დაუკარგა ჯლინიცისტის მიმართ ნდობა. გარდა ამისა, კითხვები განსხვავებული იყო მისი ჯანმრთელობის შესახებ არასწორი ვარაუდით. მან მიიღო არაეფექტური სამედიცინო დახმარება, ვინაიდან არასწორ ჯეტუხელ შეფასებას და ჯლინიცისტის ტენდენციურობას წაანყდა.

ორივე შემთხვევაში მიზეზი ჯლინიცისტის მცდარი ვარაუდი ან ტენდენციურობაა. პირველ შემთხვევაში, ჯლინიცისტმა არ განიხილა ბევრი ცვლილება, რომელმაც პაციენტს მეტქმნა აზრი ჯანმრთელობაზე და სამედიცინო დახმარების მოლოდინზე. მეორე შემთხვევაში, ჯლინიცისტი აჭყვა სტერეოტიპს, არ მოესმინა პაციენტს და არ აღიქვა იგი, როგორც პიროვნება. ყოველ ჩვენგანს აქვს საკუთარი ნარმომავლობა და მიდრეკილებები. ამისგან დამოუკიდებელ ვერ ვთავისუფლდებით, როდესაც ჯლინიცისტები ვხდებით.

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

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

ჯენტური გამოცდილების სამი მიმართულება:

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

თვითშეგნება. დაიწყე საკუთარი ჯენტური იდენტურობის შესწავლა. როგორ აღწერთ თქვენ თავს ტერმინებით: ეთნიკურობა, ენა, ნარმოშობის ქვეყანა, ტრადიცია და პოლიტიკური შეხედულებები? არ დაგავიწყდეთ მახასიათებლები, რომელთაც ჩვენ ხშირად ვიყენებთ ნარდგინებისას – სქესი, სქესობრივი ორიენტაცია, ფიზიკური შესაძლებლობა და ასაკი – განსაკუთრებით, თუ ხართ ამ არეალში მცხოვრები ემიგრანტობის ნარმომადგენელი. თქვენი ოჯახის რომელი ასპექტების იდენტიფიცირებას ახდენთ თქვენს თავთან და რით განსხვავდებით მათგან? როგორ მოქმედებს ეს იდენტურობის ნიშნები საკუთარ ხმაზე და ქცევაზე?

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

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

ჩვენი მიდრეკილებების გამო დანაშაულის გრძნობა ხელს გვიშლის მათ გააზრებასა და გათვითცნობიერებაში. დაიწყე ნაჯღებად მგრძნობიარე კონსტრუქციით, ჰოგორიცაა ინდივიდის დამოკიდებულება ცრემლზე – ულტიმატურად დეტერმინირებული ფენომენი. თქვენ ყოველთვის ცრემლზე ხართ აღგიზე? – პოზიტიური ფასეულობა დომინირებს დასავლეთ კულტურაში? თუ, მცირე დაგვიანებების ჭვრიმით ცხოვრობთ? ჩას გრძნობთ იმ აღმოჩენების მიმართ, ვისი ჩვევებიც თქვენის საწინააღმდეგოა? შემდეგ ჯერზე, ჩოცა დაესწრებით შეხვედრას ან მეცადინეობას, აღნიშნეთ, ვინ მოვიდა აღრე, ცრემლზე, 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 კულტურაში ფიზიკური აღნაგობის შეფასების სწავლება? ჩას ფიქრობთ განსხვავებული წონის აღმოჩენების შესახებ?

თავაზიანი ურთიერთობა. კულტურის სიმთელიდან გამომდინარე, არავის ძალუძს იცოდეს თითოეული კულტურის ან მისი განშტოებების აღთ-წესები, ჩაც გარკვეულ შეხედულებებს აყალიბებს ჯანმრთელობის მიმართ. მიეცით საშუალება თქვენს პაციენტებს საკუთარი, თვითმყოფადი კულტურის ექსპერტად იგრძნონ თავი. მაშინაც კი, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია სრულფასოვნად ისაუბროს საკუთარ ღირებულებებსა და შეხედულებებზე, იგი სავსებით აღეკვატურია კულტურასთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ შეკითხვებზე საუბრისას. გამოავლინეთ პაციენტის კულტურული ნარმომავლობა. გამოიყენეთ იგივე შეკითხვები, ჩაც ზემოთ იყო მოცემული (გვ. 33). შეინარჩუნეთ გულღია, თავაზიანი და დაინტერესებული ურთიერთდამოკიდებულება. "ჩას მოელით ამ ვიზიტისგან?" თუ თქვენ ურთიერთგაგებაზე და ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა ჩამოაყალიბეთ, პაციენტს მოუნდება თქვენი სწავლება. მზად იყავით, აღარაფერ თქვენი მნირი ცოდნა ამ საკითხში და ტენდენციურობა. "მე ცოტა ჩამ ვიცი განას შესახებ. ხა მოხდა იმ კრინკალში იმგვარი, ჩომ თქვენ შეგექმნათ ასეთი აზრი?." ან, მეორე პაციენტთან და გაცილებით უფრო მეტი სიმთელით, "მე მცდარი შეხედულება შემექმნა თქვენზე, ჩაც არასწორია. ბოდიშს გიხდით, გეკნებათ თუ არა სურვილი უფრო მეტი ინფორმაცია მომანოდოთ თქვენზე და თქვენი მომავალი მიზნების შესახებ?"

თვითმყოფად კულტურათა შესწავლა ფასეულია, ვინაიდან იგი თქვენთვის, ჰოგორც კლინიცისტისთვის, საჭირო შესასწავლ არეალს აფართოებს. ნაკითხეთ თქვენს ხეგიონში მცხოვრები ეთნიკური ჯგუფების ადამიანების ცხოვრებისეული გამოცდილებაზე. ნახეთ ფილმები, ჰომლებიც აღწერს სხვადასხვა ქვეყნის კულტურას. ისწავლეთ სხვადასხვა კულტურის ჯგუფების მოსაზრებები ჯანდაცვის სამახსოვრო წიგნებიდან. ეძებეთ და დაამყარეთ ჯოელებიური ურთიერთობა სხვადასხვა დარგის მკვლევრებთან. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მზად იყოთ ისწავლოთ თქვენი პაციენტებისგან.

თანამშრომლური ურთიერთობა. უნყვეტი მუშაობით თვითშესწავლაზე და სხვებზე დაკვირვებით, კლინიცისტი საფუძვლს უყრის პრაქტიკოსი ურიერთთანამშრომლობას, ჩაც ყველაზე მეტად აღგება პაციენტის ჯანმრთელობას. ნდობაზე, თავაზიანობაზე და ვარაუდების გადახედვის სურვილზე დამყარებული ურთიერთობა გვეხმარება მივცეთ პაციენტს საშუალება, გამოხატოს ძირითადი (დომინანტური) კულტურისაგან განსხვავებული მოსაზრებები. ისინი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ისეთ მძიმე განცდებთან, ჰოგორიცაა მარისხანება 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, გადაამოწმოთ თქვენი აზრები იმის თაობაზე, თუ რა არის მოცემულ სიტუაციაში კლინიკური დახმარების სწორი მიდგომა. ცდა არ დაიშუროთ, იყოთ მოქნილი და შემოქმედებითი თქვენ გეგმებში, პატივისცემით მოეპყრათ პაციენტების პირად სურვილებს და გაცნობიერებულად გამოავლინეთ პაციენტის ჯანმრთელობისთვის ნამდვილად მწვავე და სასიცოცხლო მნიშვნელობის ჰისკი. გახსოვდეთ, ჰომ, თუ პაციენტი ნყვეტს მოსმენას, არ ასრულებს თქვენ დანიშნულებას, ან არ მოდის განმეორებით ვიზიტებზე, თქვენი სამედიცინო დახმარება არ არის ნარმატებული.

სექსეალობა ჯინიცისტ-პაციენტის ეთიეთობაში. ზოგჯერ, ორივე სქესის ჯინიცისტები, თავს პაციენტებისთვის მიმზიდველად მიიჩნევენ. ასევე, პაციენტმაც შეიძლება გამოავლინოს სექსეალური ინიციატივა. ექიმისა და პაციენტის ეთიეთობაში ემოციური და ფიზიკური სიახლოვე შეიძლება გაძნობაში გადაიზარდოს.

თუ საკუთარ თავში ამგვარ გაძნობებს აღმოაჩენთ, მიიღეთ ის, როგორც ნორმალური ადამიანური ჰეპქრა, და გააცნობიერეთ, რათა ქცევაზე არ იმოქმედოს. ამგვარი გაძნობების ეარყოფა თქვენი შემდგომი არაადეკვატური ქცევების საფუძველი ხდება. *ნებისმიერი* სქესობრივი კონტაქტი ან რომანტიული ეთიეთობა პაციენტთან *არაეთიკურია*. პროფესიული ჩარჩოში შეინარჩუნეთ პაციენტთან ეთიეთობა და, თუ საჭირო გახდება, დახმარებასაც მიმართეთ.

ზოგჯერ ექიმი ხდება პაციენტს, რომელიც ამჯერად მიმზიდველია ან იწყებს ეთიეთობის ინიციატივას. შეგიძლიათ ეარყოთ ამგვარი ქცევა, ხადგან არ მიიჩნევთ ჰეალეურად, ან იმედოვნებთ, რომ მალე მიეცემა დავიწყებას. წყნარად და მტკიცედ აეხსენით, რომ ეთიეთობა მხოლოდ და მხოლოდ **პროფესიულია**, არა პირადული. თუ არასასურველი ქმედება გაგრძელდება, დატოვეთ ოთახი და გამოკითხვის გასაგრძელებლად თანმხლები პირი მოწვიეთ. მიაქციეთ ყურადღება თქვენს გარეგნობას. შემთხვევით, რომ არ არის თქვენი ჩაცმულობა ან ქცევა მიმზიდველი? იყავით თუ არა ზედმეტად თბილი მასთან ეთიეთობისას? ყველა შემთხვევაში, ვალდებული ხართ, თავიდან აიცილოთ მოსალოდნელი გართულება, ეს თქვენი ბრალი არ არის. ემეტეს შემთხვევაში, ამგვარი საქციელი თავიდან აგაცილებთ გართულებას.

ეთიკა და პროფესიონალიზმი

შეიძლება გაგიკვირდეთ, ჩატომ ავალდებულოთ გამოკითხვის შემსწავლელი თავში ეთიკის პრობლემებს ვეხებით. ექიმი-პაციენტის ეთიეთობა უფლებას ჩვენს შინაგან მოწალეს ასს. *ეთიკა* არის პრინციპთა ეთიეთბლიობა, რომელიც კარგისა და ცუდის შესახებ ფიქრისა და მსჯელობის შედეგად იძენება. *სამედიცინო ეთიკა*, რომელიც ჩვენს პროფესიულ ქცევას განსაზღვრავს, არც ეძლევა და არც მარტივი, თემცა ჩიგი პრინციპებისა საკანონების მანძილზე საზღვრავს ექიმის ქცევას. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ სიტუაციაში თქვენი შინაგანი გაძნობა სწორისა და არასწორის შესახებ ზუსტად შეესატყვება სიტუაციიდან გამომდინარე მოთხოვნილებებს და სავსებით მართებულია, სტუდენტობის პერიოდშიც კი დგება მომენტი, როდესაც გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი მთლიანად ეთიკური პრინციპების გამოყენებას ენდა უფლებოდეს.

მკურნალის პროფესიაში დანერგილი ზოგიერთი ტრადიციული და ფუნდამენტური ქცევის ნორმა ნარმოდგენილია ქვემოთ.

პაციენტის მოვლის პროფესიული ეთიკის შემადგენელი ნაწილები

- ***'Nonmaleficence or primum non nocere'*** ზოგადად იგითხება, "ეპირველეს ყოვლისა, არ ავნო". გამოკითხვის პროცესში ისეთი ინფორმაციის გაცემამ, რომელიც არასწორია ან ჰეალეურად არ არის დაკავშირებული პაციენტის პრობლემასთან, შესაძლოა ზიანი მიაყენოს მას. ასევე, ეთიეთობას და პაციენტის გაძნობებს განსაკუთრებულად ენებს თავის არიდება ისეთ პრობლემაზე, რაც არასებითია მისთვის, ან გარკვეული ბარიერის შექმნა გულახდილი ურთიერთობის ჩამოყალიბებისთვის.

პაციენტის მოვლის პროფესიული ეთიკის შემადგენელი ნაწილები (გაგრძელება)

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

სტუდენტობის პერიოდში თქვენ შეისწავლით ზოგიერთ ეთიკურ ნორმებს, რომლებსაც ექიმად მუშაობის დროს მეხვდებით მომავალში. ამავე დროს, არსებობს არჩევანის აუცილებლობა სტუდენტის როლზე იმ მომენტისთვის, როცა იგი იწყებს პაციენტის მკურნალობაში მონაწილეობას. მემდგომი მაგალითები მეცავს 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 შეგირჩიეს 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 აილებთ 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. ღრმად მუსიკებდა ეზრი 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 იჩენს თავს.

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

თავის მჯერნალს დაებრუნდეს. მაშინაც კი, როცა ყლინიკური მოქმედებები სწავლისთვის ნაკლებად მნიშვნელოვანია, ისინი მაინც ღირებულია ავადმყოფისთვის.

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

ეთიკა და პროფესიონალიზმი: მაგალითი 2

ღამის 10 საათის შემდეგ თქვენ და თქვენი ეზიდენტი ამთავრებთ აცილებელი მითითებების შესრულებას დასუსტებული სანდაზმული პაციენტისთვის, რომელმაც დღეს დილას მოგმართათ ოჩმხივი პნევმონიით. ფორმა, რომელიც შეიცავს ჩანიშნულ ღონისძიებებზე ეხის თქმის მოთხოვნას, კგეფის ყლინიკიდან გასვლამდე უნდა შეივსოს. ამის შემდეგ, თქვენი ეზიდენტი მიმართავს გადაყებული დანიშნების განყოფილებას და გთხოვთ ნახოთ პაციენტი ფორმის შესავსებად. მოგვიანებით შეიძლება ეზიდენტიც შემოგიაროთ. სწავლების პირველ წელს თქვენ გკონდათ ლექციები და ამომწურავი დისკუსიები მიმდინარე დიალექტივებზე, მაგრამ ყველაზე ან დასწრებიხართ პაციენტთან დიალოგს. აქამდე პაციენტი ნანახი ან გყოლიათ და ან ფორმა გინახავთ. და უნდა გააკეთოთ? უნდა ეთხოთ ეზიდენტს, რომ ეს აქამდე ანასდროს გაგიკეთებიათ და ან გინახავთ, როგორ კეთდება? ეტყვით პაციენტს, რომ ეს ყველაფერი თქვენთვის ახალია? ვინ უნდა გადაწყვიტოს, ხართ თუ ან კომპეტენტური ამ დავალების დამოუკიდებლად შესრულებაში?

ამ სიტუაციაში თქვენ უნდა მოითხოვოთ პასუხისმგებლობის ალება თქვენი პაციენტის მკურნალობაზე, ან გაზიდის თქვენი კომფორტის და, შესაძლოა, კომპეტენციის დონეს. ეს შეიძლება მთელ რიგ სიტუაციებში გამოგადგეთ; მსგავს შემთხვევებს მიეკუთვნება როგორიცაა ყლინიკური სიტუაციის გარკვევა დასმარების გარეშე, ასევე, სისხლის ალება ან ვენეპუნქციის დაწყება, ან მანამდე გაკეთებული გაქვთ ზედამხედველთან ერთად. გარდა ამისა, პაციენტთან დაკავშირებით შეიძლება გკონდეთ ამოდენიმე მოსაზრება: "პაციენტისთვის საქიროა ეს პროცედურები დასრულდეს დაძინებამდე, რაც გაციებით სასარგებლო იქნება", "პაციენტისთვის ისკი მიმდინარე დიალექტივების განხილვისას მინიმალურია"; "თქვენ ძალიან კარგად გამოიყურებით სანდაზმული პაციენტისთვის და ვფიქრობ ამის გაკეთებას შესძლებთ"; "და 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 ბრობლემების გადაწყვეტასა 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 ძაძაბულობას ქმნის სამკურნალო კგეფის მუშაობა და კგეფში თქვენი როლი. ვდებული ხართ, დაეხმაროთ კგეფს, თუმცა თქვენი უპირველესი მოვალეობა სწავლაა. საექიმო ეთიკის მიმდინარე ფორმულირებები მოცემულია ამ და სხვა გამოცემებში. ერთერთი ასეთია ტავისტოკის პრინციპები.[27] ეს პრინციპები სამკურნალო სიტუაციების ანალიზის საფუძველს ქმნის და მოიცავს ინდივიდუალურ პაციენტთან პირდაპირი კავშირიდან ითვლ არჩევანამდე სამკურნალო კგეფების ურთიერთქმედებასა და საზოგადოებაში საკეთილდღეო ხელსახების გავრცელებას. ფარგლებ ნამოდგენილი კგეფი, რომელიც პირველად

1998 წელს შეიჯიბა 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 შევუმსუბუქოთ ტანჯვის სიმძიმე, მინიმუმამდე დავიყვანოთ შრომისუუნარობა, დავიცვათ ავადმყოფობისგან და გავუხანგრძლივოთ სიცოცხლე.
შეთანხმებულობა: ჯანმრთელობის დაცვა მიზანს მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიაღწევს, თუ შეთანხმებულად ვიმოქმედებთ მათთან, ვისაც ვემსახურებით, ერთმანეთთან 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, ხათა მოძებნოთ ნონასწორობა ორ მიდგომას შორის: "არ ავნო" და "შიიღო შედეგი". თქვენ უნდა იმუშაოთ ჯგუფთან ერთად იმ მიმართულებით, რომ დაადგინოთ გონივრული და შესაძლო გამოსავალი, რომელიც საუკეთესო იქნება პაციენტისთვის. ნახავთ, რომ ამ სიტუაციაში იდეალი არ არის მართებული ან მარტივი პასუხის მოძებნა. ჩვ გამოსავალია თქვენთვის სასურველი ამა თუ იმ უხერხულ სიტუაციებში?

თუ ჩამდენად ყომფორტულად გრძნობთ თავს მოცემულ ვითარებაში, თქვენს მოსაზრებებსა და შეფასებებზე აისახება. ზოგჯერ შეიძლება აუცილებელი გახდეს პრობლემის აღტერნატული გადაწყვეტა. მაგალითად, პირველ მაგალითში პაციენტი შეიძლება ჩაეკითხა გასინჯოთ და გამოჰკითხოთ მოგვიანებით, ან ამისთვის დრო მეორე დღეს გამოძებნოთ. მეორე მაგალითში, შეგიძლიათ მოძებნოთ სხვა ადამიანი, რომელსაც ფორმის შევსების უფრო მეტი გამოცდილება ექნება. ან გისელმძღვანელებთ ფორმის შევსების დროს. ასევე, შეგიძლიათ აირჩიოთ და გააგრძელოთ და ფორმის შევსება, შეანარჩუნოთ პაციენტი თქვენი გამოუცდელობით და მოიპოვოთ პაციენტის თანხმობა. უნდა აარჩიოთ, რომელი სიტუაცია ეხმიანება თქვენს მოსაზრებებს, თუნდაც არასასურველი განვითარების რისკის 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 ექიმებთან. მკრივ ჯგუფები, რომლებიც შექმნილია ამ სახის საკითხების განხილვისთვის, განსაკუთრებით გამოიყენება სარწმუნოების შეფასებისა და დახმარებისთვის. შეძლებისდაგვარად გამოიყენეთ ამ პერსპექტივის უპირატესობები.

ეთიკა და პროფესიონალიზმი: მაგალითი 3

თქვენ ხართ ჯეინიჯის ჯგუფის სტუდენტი, რომელიც ზრუნავს ქ-ნ რობინსზე, 64 წლის ქალზე, რომელმაც ჯეინიჯას მიმართა ნორმაში დაჯილებისა და საერთო სისუსტის გამო. ჰოსპიტალიზაციის დროს სხვა მრავალ გამოკვლევასთან ერთად ჩაუტარდა სიმსივნური ნაზომონაქმნის ბიოფსია გულ-მკერდის ღრუში. თქვენ ჯერჯერობით უნდა გაიცნოთ პაციენტი, მასთან ერთად დიდი დრო გაატაროთ, რათა პასუხები გასცეთ მის ჯითხვებს, აუხსნათ პროცედურები და შეისწავლოთ 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. პრასკვევი საღამოა, მაგრამ თქვენ შეკრიბით ქ-ნ რობინსს, რომ დასვენების დღეებამდე ერთ ნახვა და გააგებინებთ, თუ ერ გეცოდინებათ ბიოფსიის პასუხი. სანამ პაციენტის პალატაში მიხვიდოდით, ჩუზიდენტმა გითხრათ, რომ ბიოფსიამ აჩვენა სიმსივნის მეტასტაზის არსებობა, მაგრამ შემომვლელი ექიმი წინააღმდეგია, რომ რიშაბათამდე ჯგუფმა პაციენტს ამის შესახებ უთხრას.

როგორ მოიქცევით? თქვენ გრძნობთ, რომ არასწორი იქნება, თუ პაციენტის პალატაში არ მიხვალთ. ასევე გწამთ, რომ პაციენტის წუხილის და ნერვიულობის 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 საქმეში არასწორი იქნება იქნება.

ამ სიტუაციაში პაციენტისთვის ბიოფსიის შედეგის თქმა რამოდენიმე ეთიკური პრინციპითაა ნაკარნახევი: პაციენტის საკეთესო ინტერესი, დამოკიდებულება და თქვენი პირდაპირობა. ეთიკური დილემის სხვა ნაწილი უკავშირდება თქვენს გეგმას შემომვლელი ექიმის მიმართ. ზოგჯერ ამ დილემის არჩევანთა უმეტესობა ამოწმებს, სწორი გზით მიდიხართ, თუ არა. თემცა 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 ჩუზიდენტის და სხვა შემომვლელების მოსაზრებები. რთულ სიტუაციებში ღირებების უნარი 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
bionIcdicinc. 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 Primarv Care to Reduce Al-C01101 Misuse: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agencv for Hcalthcare Research and Qualitv, 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, Carev 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, Agencv for Healthcare Research and Qualitv, March 2004.
25. Kubler-Ross E. ()n Death and Dying. New York, Macmillan, 1997.
26. Smedlev 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 everybodv 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 Highlv Effective Chili-clans: A Practical Guide. Oakland, CA, Kaiser Perrnanciltc 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-patient 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

ჯგუფური განხილვა, შეფასება და გეგმა

მას შემდეგ, რაც თქვენ მოიპოვებთ ავადმყოფის ნდობას, შეაგროვებთ დანვრილებით ანამნეზს და დაასრულებთ ჯგუფის გამოკვლევას, შეფასებისა და გეგმის ფორმულირების ჭრიტიკული დონეს მიაღწევთ. უნდა გააანალიზოთ ჯგუფის შედეგად მოპოვებული მონაცემები და დაადგინოთ ავადმყოფის პრობლემა. ასევე, თქვენი მოსაზრებები უნდა გაუზიაროთ ავადმყოფს და დარწმუნდეთ, რომ მან გაიგო და ეთანხმება შემუშავებულ გეგმას. ბოლოს, მიღებული მონაცემებით ღრმონუსად და გარკვევით უნდა დაწეროთ ავადმყოფობის ისტორია. გასაგები და ზარგად ფორმულირებული ისტორია სამკურნალო ჯგუფის სხვა წევრებისთვის ავადმყოფის ანამნეზთან ერთვალიდი საკომუნიკაციო სამუალებაა.





ამ თავში აღწერილია სისტემატიზირებული მიდგომა, რაც ჯგუფური განხილვის, შეფასების, გეგმის შედგენის და ჩანაწერის ჯგუფური ჩვევების ათვისებაში დაგეხმარებათ. განსაზღვრეთ ქვემოთ მოცემული შესასწავლი საკითხები, რომლებიც ასახავს ამ თავის სტრუქტურას და ამორჩევს, თუ როგორ გაიგეთ ერთვალი თავში აღწერილი ქ-ნ ნ-ის ანამნეზი და ჯგუფური გამოკვლევა.

შეფასების და გეგმის განვითარება: შესასწავლი საკითხები

- ჯგუფური განხილვის და მისი შემადგენელი სისტემატიზირების გარკვევა
- ამ პროცესის ანალიზი ქ-ნ ნ-ის შეფასების და გეგმის ჩანაწერის გამოყენებით
- ჯგუფური მონაცემების შეკრება
  - მონაცემების დაჯგუფება ერთი ან მარტივი პრობლემის მიხედვით
  - მონაცემების ამოკრება დიდი ჩიგნიდან
  - ავადმყოფის მიერ მონოდებული ინფორმაციის შეფასება, რაც მოიცავს ანალიზების შეკრების და ჩატარების სარისხის და პრინციპების უზრუნველყოფას
- ჯგუფური განსჯის გაერთიანება ჯგუფური 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 (ჯერნიჯური და ლაბორატორიული კვლევის მონაცემები) ავადმყოფის გამოკვლევის ძირითად ელემენტებს ქმნის. ეს ინფორმაცია, ძირითადად, ფაქტებზე დაფუძნებული და აღწერილობითია. როდესაც შეფასებაზე დაგაინასკვლებთ, უნდა გაირჩოთ ეტაპები აღწერილობიდან და დახვრილებიდან 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. ნარმატებული გეგმა მოითხოვს ხარგ 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 ჯერნიკურ აზროვნებას, ავითარებს მათ შორის ურთიერთობებს და ჯოროდინირებას და ნარმოადგენს ავადმყოფის პრობლემის ამსახველ დოკუმენტს სასამართლო მედიცინის საჭიროებისთვის.



შეფასება და გეგმა: ჯერნიკური განხილვის პროცესი

ვინაიდან შეფასება ექიმის გონებაში ხდება, ჯერნიკური განხილვის პროცესი სტუდენტებისთვის ხშირად მიუნვდომელი და გაუგებარია. გამოცდილი ექიმი სწრაფად ფიქრობს. ექიმები განსხვავდებიან პიროვნულად, პრომენიკასიური თვისებებით, ჯერნიკური გამოცდილებით და ინტერესებით. ზოგიერთ ექიმს ეძნელდება თავისი ჯერნიკური აზროვნების ლოგიკური

ახსნა. ვინაიდან თქვენ სწავლობთ, უნდა შეეკითხოთ პედაგოგს ან ექიმს, დაწვრილებით აგიხსნან თავიანთი კლინიკური განხილვის და დასკვნის გაკეთების პროცესი.[1,2]

გამოკვლევების მიღების შემდეგ თქვენი ავხოვნების პროცესი ავადმყოფთან პირველივე კონტაქტიდან უნდა დაიწყოს. ქვემოთ ჩამოთვლილია პრინციპები, რომლებიც საფუძვლად უდევს კლინიკური განხილვის პროცესს, ასევე, დაწვრილებითი საფეხურები, რომლებიც დაგეხმარებათ თქვენს მიერ მოპოვებული ინფორმაციის ფონზე ჩამოყალიბებული მოსაზრებათა გაანალიზებასა და ნაშრომთვალში. ამ განაკვეთის ნაკითხვის შემდეგ განიხილეთ ქ-ნ ნ-ის შემთხვევა, რომელიც პირველ თავში არის მოწოდებული; გამოიყენეთ ეს შემთხვევა, მაგალითად, რათა ივარჯიშოთ კლინიკურ განხილვასა და შეფასებაში. როგორც ყველა ავადმყოფის შემთხვევაში, გაამახვილეთ პაციენტის უჩივლება შემდეგი კითხვების პასუხებზე: "რა აწუხებს მას?", "რაში 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 საკუთარ ინტერპრეტაციასა და მოსაზრებას.

პრობლემის იდენტიფიცირება და დიაგნოზის დასმა: კლინიკური განხილვის საფეხურები

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

■ **პათოლოგიური მონაცემების იდენტიფიცირება.** გაარკვიეთ ავადმყოფის სიმპტომების, კლინიკური გამოკვლევის და laboratoriული მონაცემების ჩამონათვალი.

■ **კლინიკის მონაცემთა ანატომიური ლოკალიზაციის დადგენა.** ეს მარტივი საფეხურია. მაგ.: ყელის ტკივილის სიმპტომის და ხასის ეჭიროების 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 სიძნელეებსაც ქმნის. მაგ.: გულ-მკერდის არეში ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს ორგანული არტერიები, ხუჭი, საყლაპავი ან გულ-მკერდის ჯუნთები და ძვლები. თუ ტკივილის აღმოცენება დატვირთვასთანაა დაკავშირებული და მოსვენებისას ქრება, პროცესში შეიძლება ჩართული იყოს გული **ან** ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის რომელიმე ნაწილი. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ტკივილი იწყება მხოლოდ მარცხენა ხელით ტვირთის ტარების დროს, ტკივილის გამომწვევი ყველაზე შესაძლო მიზეზი ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემაა.[3,4]

როდესაც მონაცემების ლოკალიზაციას ადგენთ, იყავით ძალიან კონკრეტული, მაგრამ გახსოვდეთ, რომ ან უნდა განსაზღვროთ სხეულის უბანი, სადაც არის გულ-მკერდი, ან სისტემა, სადაც არის ძვალ-ჯუნთოვანი. სხვა შემთხვევაში დაგჭირდებათ დაზიანებული უბნის ზუსტი დასახელების აღნიშვნა, მაგ. მარცხენა მკერდის ჯუნთი. 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 ჩვენი ასეთი პროცესებისა სხვადასხვა სახით კლასიფიცირება (ჯგუფდება) და მოიცავს თანდაყოლილ, ანთებით ან ინფექციურ, იმუნურ, სიმსივნურ, მეტაბოლურ, ჯვრებით, დეგენერაციულ, სისხლძარღვოვან, ტრავმულ და ტოქსიკურ დაავადებებს. მაგ. თავის ტკივილის შესაძლო პათოლოგიური პროცესებია ტრავმული ჭრილობა, სებარაქნოიდული სისხლჩაქცევა ან სიმსივნით პროვოცირებული თავის ტვინის ჯომპრესია. ცხელება კისრის ჯუნთების იჩგიდობა მენინგიტით გამონვეული თავის ტკივილის ორი კლასიკური ნიშანია. მაშინაც კი როდესაც სხვა სიმპტომები არ მანიფესტირდება (მაგ., გამონაყარი ან მხედველობის ნეირის დვრილის მეშეპება) აღნიშნული სიმპტომები მტკიცედ მიუთითებს ინფექციური პროცესის არსებობაზე.

მეორე პრობლემა პათოფიზიოლოგიურია, რომელიც ასახავს ბიოლოგიური ფუნქციების დარღვევას; მათ მოიხსნა გული მეგობრებითი უკმარისობა ან მაკივი. სხვა სისტემური დარღვევების გამოხატულება – *ფსიქოპათოლოგიური* პრობლემებია, მათ მოიხ დეპრესიის მაგვარი ხასიათობრივი ცვლილებები ან თავის ტკივილი, როგორც სომატური დაავადების ექსპრესიის (მანიფესტირების) ფორმა.

■ მოსაზრების ჩამოყალიბება ავადმყოფის პრობლემის ბუნების შესახებ. აქ თქვენ უნდა გამოიყენოთ მთელი თქვენი ცოდნა და გამოცდილება. სწორედ აქ ყველაზე მეტად ნაკითხვა დაგეხმარებათ, რათა გარჩიოთ დარღვევების ხასიათი, დიაგნოზი და შესაბამისად დააჯგუფოთ ავადმყოფის მონაცემები.

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

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

ჯერინჯური გადაწყვეტილების მიღების საფეხურები

1. შეარჩიეთ ყველაზე სპეციფიკური და ჭრიტიკული მონაცემები, რათა შეამოწმოთ თქვენი მოსაზრება. მაგ.: თუ ავადმყოფი აღნიშნავს " მის ცხოვრებაში ყველაზე ძლიერ თავის ტკივილს", გულისხმობს, პრიორიტეტებს, აღმოაჩენთ ცვლილებებს მის აზროვნებაში, მხედველობის ნეირის დვრილის მეშეპებას და მენინგიზმის ნიშნებს. თქვენი მოსაზრება უნდა ეფუძნებოდეს ინტრაკრანიული წნევის მომატების, და არა ჯერ-ნაწლავის ტრაქტის დარღვევების გაჩენამ. ამასთან, სხვა სიმპტომები, რომლებიც დიაგნოსტიკაში შეიძლება დაგეხმაროთ, ნაკლებად სპეციფიკურია.
2. თქვენი დასკვნების გამოყენებით სტრუქტურასა და პროცესების შესახებ, გამოვლენილი ნიშნები მათი გამომწვევი მიზეზების მიხედვით დააჯგუფეთ. მაგ., შეგიძლიათ ავადმყოფის მხედველობის ნეირის დვრილის მეშეპება დაუკავშიროთ მთელ რიგ მდგომარეობებს ინტრაკრანიული წნევის მომატებით. ასევე, შეგიძლიათ შეადაროთ თავის ტკივილთან დაკავშირებული სიმპტომები და ნიშნები სხვადასხვა ინფექციის, სისხლძარღვოვან, მეტაბოლურ ან სიმსივნურ დაავადებებს, მანიფესტირების მსგავსი კლინიკური სურათებით.
3. იმ დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების გამორიცხვა, რომლებიც არ გამოგადგებათ მონაცემების ახსნისთვის. თავის ტკივილი უნდა განიხილოთ, როგორც ჭ-

ჯერონტული ბაღანყვეტილების მიღების სუფთახედი (გაგრძელება)

ნ ნ-ის თავის ტკივილი, მაგრამ ეს მოსაზრება უეუაგდეთ, რადგან ამით ვერ ახსნით მოპერსიჩე ტკივილს ორივე საფეთქლის არეში, რომელიც პერიოდულად ჩნდება და ახლავს გულისრევა და პირღებინება. ასევე, არატიპიურია ტკივილის ხასიათი ჯერსტერული თავის ტკივილის დროს – ეს არ არის ცარმხრივი, მბუსრავი ხასიათის, რომელიც ვითარდება პერიოდულად ეთი და იგივე დროს, არ ახლავს ცრემლდენა და ცხვირიდან გამონადენი.

4. ანონ-დანონეთ ჯონუშენტული შესაძლებლობები და შეარჩიეთ ყველაზე შესაძლო დიაგნოზი იმ მდგომარეობებს შორის, რომლებიც შეიძლება ავადმყოფის სიმპტომების მიზეზები იყოს. უნდა აღმოაჩინოთ მჭიდრო კავშირი პაციენტის ჯერონტულ მდგომარეობასა და მოცემული მდგომარეობის ტიპიურ შემთხვევასთან. ამ შეჩრევაში სხვა სამუალებებიც მოგეხმარებათ. მოცემული დაავადების *სტატისტიკური აღბათობა* ამ ასაკის, სქესის, ეთნიკური 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 დროს ასევე დაგეხმარებათ დიფერენციაციებში. თავის ტკივილი, რომელსაც ახლავს ცხელება, გამონაყარი, ყრილის ყუნთების 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 მენინგოენცეფალური მენინგიტი, ბაქტერიული ენდოკარდიტი, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია ან სუბდურალური სისხლჩაქცევა. ამ შემთხვევაში ყველა სამუალება უნდა გამოიყენოთ, ითუ არ გამოგრჩეთ ნაკლები სიხშირით, ან ნაკლებ-სავარაუდოდ განვითარებული მდგომარეობები; თუმცა, მსგავსი მდგომარეობის არსებობა შეიძლება განსაკუთრებულად საშიში იყოს. ერთ-ერთი კანონია, ყოველთვის გაითვალისწინოთ "ყველაზე ცარსი 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 ჭეშარიტის შეჩრევისთვის დაგჭირდებათ დამატებითი ანამნეზი, ჯერონტული გამოკვლევები, ლაბორატორიული ანალიზები ან ინსტრუმენტალური გამოკვლევა. როდესაც დიაგნოზი გამორკვეულია, მაგ. ზემო სასუნთქი გზების მარტივი ინფექცია ან ქრონქრის ცრება, ამ საფეხურების გავლა აუცილებელი აღარ არის.

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

მახსენა შებე-თხემის ახემი" ან "ჰიპერტენზიული ჯახეიული დაავადება მახსენა პახუჭის ჰიპერტროფიით და გული შეგუებითი უმახისობით".

მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოზი დადგენილ პათოლოგიურ სტრუქტურებს, შესწავლილ ფიზიოლოგიურ პროცესებს და სპეციფიკურ მიზეზებს ემყარება, ხშირად უნდა ნახოთ ავადმყოფები, რომელთა ჩივილები ამ კატეგორიებში არ მოიაზრება. ზოგიერთი სიმპტომი ანალიზს არ ექვემდებარება და გვეჩვენება, რომ აუცილებელ 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 ჩრდილოეთის გადატანაში ძალიან მნიშვნელოვანია, მაგ. თავის ტკივილის ან 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის მართვაში.

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

- **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, მოვსწავლოთ, 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, კლინიკური 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 მონუსხიგებელად დანერთ ავადმყოფობის ისტორია. როდესაც ჩანაწერს ახლებთ, იგი უნდა იყოს მეტი, ვიდრე ავადმყოფის მარტივი მონათხრობი და თქვენი კლინიკური 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 მკაფიოდ და ორგანიზებულად გამოკვლევის ნარმართვაში დაგეხმარებათ. საშუალება მიეცით ავადმყოფს, მისი მონათხრობითა და სიმპტომებით მოგცეთ სწორი მიმართულება, გამოიკვლიოთ სხეულის შესაბამისი არეები,

ჯინიჯური მსჯელობის საფეხურებით გაიღრმავოთ თქვენი ცოდნა, გამჭრიახობა, ჯინიჯური აღლო.

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

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

ქ-ნ ნ-ის შეფასება და გეგმა

1. ცეფალგია. 54 წლის ქალს ბავშვობიდან აღენიშნება თავის ტკივილი, სისხლძარღვთა პელსაცია, ხშირი გელისმევა და პირღებინება. თავის ტკივილი 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 ტკივილს, რომელიც ასევე სტრესთან დაკავშირებული, მაგრამ არ ქრება მასაჟით და ეფრო მეტად მოპულსირე ხასიათისაა. არ აღინიშნება მენინგიტისთვის დამახასიათებელი ცხელება, კისრის კუნთების ჩიგიდობა ან კერონული ცვლილებები. ასევე, დაავადების ხანგრძლივობა და პერიოდულობა გამორიცხავს სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დიაგნოზს (რასაც ჩვეულებრივ აღნერენ როგორც "ცხოვრებაში განცდილ ყველაზე ძლიერ ტკივილს").

გეგმა:

– განიხილეთ მაკრის და ნნევით გამონვეული თავის ტკივილის ნიმნები
– განიხილეთ თვითკონტროლის და სტრესის მართვა
– ურჩიეთ ავადმყოფს, არ მიიღოს კოფეინი, რასაც შეიცავს ყავა, კოკა-კოლა, და სხვა კარბონატული სასმელები
– საჭიროების შემთხვევაში, დანიშნეთ ანთების სანინააღმდეგო არასტეროიდული საშვალებები
– შემდგომი მიზეზის საჭიროებისას დაინყეთ ჰოფიდიაქტიკური მკურნალობა, რაგან ავადმყოფს თვემი 3-ზე მეტი შტევა ევითარება

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
– გამოიკვლიეთ შარდი
– ურჩიეთ ნონის დაკლება და/ან სავარჯიშო პროგრამა (იხ. #4)
– შეუმცირეთ მარილის მიღება

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

გეგმა:

სტრესული შეუკავებლობის მიზეზის ახსნა

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

მასწავლის ანალიზი

ჰეპომენდებულია კეგელის (Kegel) ვარჯიშის დანიშვნა

თუ გაუმჯობესება არ ვლინდება, ვაგინური ესტროგენული მალამოს დანიშვნა

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

ბებია:

– შეისწავლეთ ჯვებითი ანამნეზი, სთხოვეთ შეადგინოს საჭმების მიღების დღიური

დაადგინეთ ავადმყოფის ნონაში დაკლების საჭიროება, შემდეგი ვიზიტისთვის დაადგინეთ 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 ურთიერთობა დაძაბულია. ასევე,მშობლებს აქვთ ფინანსური პრობლემებიც. სტრესი სიტუაციურია. ღრმა დეპრესიის ნიშნები არ აღინიშნება.

ბებია:

– გამოავლინეთ ავადმყოფის შეხედულებები, რომ არის სტრესთან გამკლავებას

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

– დეპრესიის მონიტორინგი

6. ძვალ-ჯუნთოვანი ნარომობის იშვიათი ნელის ტკივილი. აღნიშნული სიმპტომი ხშირია ხანგრძლივად ფეხზე დგომის დროს. ანამნეზში არ აღინიშნება ტრავმა ან ავტოავარია. ტკივილი არ განისაზღვრება ირადიაციას, გამოკვლევით სენსო-მოტორული დარღვევები არ აღინიშნება. სავარაუდო დისკის ან ნეკვის პომპრესია, ბურსიტი (სასახსრე ჩანთის გაბერვა), საკროილიიტი (გავა-ნელესუნის სახსრის ანთება).

ბებია:

– განიხილეთ ნონაში დაკლების მეღებები და ვარჯიშები ზურგის ჯუნთების დაჭიმვისთვის

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

ბებია:

– შეამოწმეთ ამოსუნთქვის პიკი FEV$_1$/FVC სპირომეტრით

– მკაცრად ურჩიეთ თამბაქოს მოხმარების შენყვეტა და შესთავაზეთ პროგრამა აბსტინენციის (თავშეკავება) გასაძლიერებლად; ურჩიეთ დასაკრობი ფირფიტა

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

9. ანამნეზში მარჯვენამხრივი პიელონეფრიტი (1982)

10. ალერგია პენიცილინზე. უცვლელია მხოლოდ გამონაყარი

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

ბებია:

– ასწავლეთ სარძევე ჯირკვლის გასინჯვა; დაუგეგმეთ მამოგრაფია

– შემდეგ ვიზიტზე დაუგეგმეთ სამოდან Pap-ნაცხის აღება

– შესთავაზეთ განავლის სისხლი გამოკვლევა შემდეგ ვიზიტზე დაგეგმეთ მიმოხილვითი პროქტოსკოპია

– შესთავაზეთ ღრძილების მოვლა მსუბუქი გინგივიტის გამო

– შესთავაზეთ ნამცხვრები და კალორიული სანმენდი საშუალებები ჩაკეტილ ოთახში გადაიტანოს, როგორც ნესი მხრების სიმაღლეზე.

III მეთოდური მოთხოვნები ჯერითური მონაცემების მიმართ

როგორც ნახეთ ქ-ნ ნ-ის შემთხვევაში, ჯერითური მონაცემების დაკლება ხდება სხვადასხვა მოთხოვნის მიხედვით. დანყებითი ჯერის სტუდენტმა უნდა გადანყვიტოს, როგორ

დააჯგუფოს ავადმყოფის სიმპტომები და ნიშნები, ერთ თუ ჰამოდენიმე ჰრობლემად. ჯვლევის დროს შეიძლება აღმოჩნდეს მონაცემთა გაჩეველი ჩაოდენობა, რომლებიც ძნელად ჯონტროდდება. მონაცემთა ხასიხსი შეიძლება შეცდომით იქნას განსაზღვრული. ამიტომ ახჩევანის გაკეთებაში მოგეხმახებათ სტანდახტული ხეკომენდაციები, რომლებიც მოცემულია მომდევნო ჰახაგჩახფებში.

მონაცემთა დაჯგუფება ერთ ან ჩამოდენიმე ჰრობლემად. სტუდენტის წინაშე მდგახი ერთ-ერთი უჰიხველესი და უმთავხესი ჰრობლემა ავადმყოფის სიმპტომებისა და ჰათოდოგიური ნიშნების ერთ ჯონტექსტში თავმოყრაა. ესადაგება თუ ახა ერთ ჰრობლემას მიღებული მონაცემები? შეიძლება მოგეხმახოთ ავადმყოფის *ასაკი* – ახაგაზრდა ავადმყოფებს, როგორც წესი, ერთი ჰრობლემა ახვთ, ხოდო მოხუცებს, – რამოდენიმე. ასევე გამოგადგებათ სიმპტომების *განვითარების დრო.* მაგალითად, 6 ჯვირის წინ ახსებული ფახინგიტის ეპიზოდი ახ შეიძლება იყოს ვიზიტის დროს გამოვლენილი სიმპტომების მიზეზი: ცხელება, შემცივნება, ჰლევრიტით გამოწვეული გვერდის ტკივილი და ხველა. იმისთვის, ხათა სიმპტომების წახმოშობის დრო ეფექტურად გამოიყენოთ, უნდა იცოდეთ სხვადასხვა დაავადებების და მდგომახეობების მიმდინარობა. მაგ. ასოდან – ყვითელი ფერის გამონადენი, რომელიც ასოს მტკივნეული წყლულის განვითარებიდან სამი ჯვირის შემდეგ დაინყო, ორ ჰრობლემაზე მიუთითებს: გონორეა და ჰირველადი სიფილისი. ალნიშნულის საჰირისჰირობ. ასოს წყლული, რომელსაც 6 ჯვირის შემდეგ მოჰყვა ჯანის მაჯულოჰაჯულური გამონაყარი და გენერალიზებული ლიმფადენოპათია, ერთი ჰრობლემის ორ სტადიაზე მიუთითებს: ჰირველად და მეორად სიფილისზე.

სხეულის სხვადასხვა სისტემის ჩართვა ჰროცესში, ასევე, მოგეხმახებათ ჯერნიჯური მონაცემების დაჯგუფებაში. თუ სიმპტომები ან ნიშნები ერთ სისტემას მიეკუთვნება, მათი ახსნა ერთი დაავადებით ახის შესაძლებელი. ჰრობლემები, რომლებიც სხვადასხვა სისტემას ეხება, მრავალგვარ ახსნას მოითხოვს. დაავადებების ნიშნების ცოდნა ამ შემთხვევაშიც დაგეხმახებათ. მაგალითად, უნდა გადაწყვიტოთ, რომ სისხლის მაღალი წნევა და საძგერის გაძლიერება და, მართან ერთად, ბადურის სისხლჩაქცევები გულ-სისხლძახღვთა სისტემას მიეკუთვნება და ეს სიმპტომები შემდეგგვარად უნდა იქნეს დაჯგუფებული: "გულის ჰიჰერტენზიული დაავადება ჰიჰერტენზიული ჩეტინოჰათიით". სხვა ახსნა უნდა მოუძებნოთ ავადმყოფის მსუბუქ ცხელებას, ტკივილს მუცლის მარცხენა ქვედა ჯვადრანტში და დიარეას. ზოგიერთი დაავადება სხეულის რამოდენიმე სისტემას მოიცავს. ცოდნისა და გამოცდილების მიღების შემდეგ უფრო ადვილად ამოიცნობთ *მულტისისტემურ მდგომარეობას* და შეძლებთ მოუძებნოთ შესაძლო ახსნა, თუ როგორ დაჯგუფოთ ერთი შეხედვით გაუგებარი გამოვლინებები. იმისთვის, რომ ახსნათ 40 წლის განმავლობაში თამბაქოს მომხმარებელი 60 წლის ასაკის მამაკაცის ხველება, ჰემოპტოე და ნონაში დაკლება, დიფერენციული 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 სიმპატიკური ნერვის ზენოცარზე, ხოდო სიყვითლის მიზეზი შეიძლება ღვიძლში სიმსივნის მეტასტაზის არსებობა იყოს.

მულტისისტემური დაავადების სხვა შემთხვევაში, ახაგაზრდა მამაკაცს აღენიშნება ტკივილი ყელის დროს (ოდინოფაგია), ცხელება, ნონაში დაკლება, ჯანის მუქი ფითრი 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 რამონათვალში და, შესაბამისად, ბევრ შესაძლო ახსნას შორის არჩევანის გაკეთება ხშირად მოგიწევთ. ერთი საშუალებაა, განიხილოთ *სხვადასხვა ჯგუფის სიმ-*

ჰეშები და ნიშნები და თანმიმდევრობით გააანალიზოთ თითოეული, როგორც უკვე ახის აღნიშნული. ასევე, შეგიძლიათ გამოიყენოთ *საჭვანძო შეკითხვები*: ამ შეკითხვათა საშუალებით, სხვა შესაძლებლობების გათვალისწინებულად შესძლებთ თქვენი ანალიზის ეთიკი მიმართულებით მიმართვას. მაგალითად, შეგიძლიათ ავადმყოფს ჰკითხოთ, ხა ინვევს და ხა არჩენს გულ-მკერდის ახში ტკივილს. თუ პასუხებია ხელისუფლი დატვირთვა და მოსვენება, ყურადღება უნდა შეარჩიოთ გულ-სისხლძარღვთა და ძვალ-ულთოვან სისტემებზე და გვერდი აუაროთ საჭმლის მომნელებელ სისტემას. თუ ტკივილი მკერდის ძვლის ქვემოთაა, წვითი ხასიათისაა და ყოველთვის საჭვების მიღების შემდეგ ჩნდება, საჭმლის მომნელებელი სისტემა უნდა იქნეს განხილული. ხიგი შეკითხვების დასმით შეგიძლიათ შექმნათ აღგორითმი, ხაც ხელისუფლი მონაცემების დაღაგებასა და გაანალიზებაში, ასევე, ღონისძიები დასკვნის და ახსნის მოძებნაში მოგეხმარებათ.

მონაცემთა ხარისხის შეფასება. ხელისუფლი ინფორმაცია ხშირად შეიცავს შეცდომებს. ავადმყოფს შეიძლება დაავიწყდეს ხამე ინფორმაციის მოწოდება, ან აკლიოს დაავადების წვრილმანები, მოეხერხოს ზოგიერთი მონაცემის თქმა. ასევე, ექიმმა შეიძლება ახასწორი ინტერპრეტირება გაუკეთოს ავადმყოფის ნათქვამს, კარგად ვერ გაიგოს ინფორმაცია, ვერ დაესვას "ეთი საკვანძო შეკითხვა", ნაადრევად გადავიდეს დასკვნებსა და დიაგნოზზე, ან გამოჩრეს ხელისუფლი გამოკვლევის მნიშვნელოვანი ნაწილი. აღნიშნულის თვალნათლივი მაგალითია შემთხვევა, ხოდესაც ახალგაზრდა მამაკაცს სათესლე ჯირკვლების ასიმპტომური კარცინომით არ ესინჯება ჯირკვლები. ზოგიერთი ეს შეცდომა შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული იმ ხელისუფლი ჩვევების მეძენით, ხომლებიც ქვემოთაა ჩამოთვლილი.

მითითებები ავადმყოფის მონაცემების ხარისხის გამარტივებისთვის:

– დაუსვით ზოგადი კითხვები და ყურადღებით და მოთმინებით მოუსმინეთ ავადმყოფს
– ჩამოაყალიბეთ ანამნეზის შეგროვების და ხელისუფლი გამოკვლევის ამომწურავი და სისტემური თანმიმდევრობა
– კარგად დაიმახსოვრეთ ავადმყოფიც და მისი მონაცემებიც
– ავადმყოფის პირობების შესაძლო ახსნის ჩამონათვალში ყოველთვის ჩართეთ "უარესი შემთხვევის სცენარი" და დარწმუნდით, რომ ის საიმედოდ 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, ხელისუფლი მონაცემები, ანალიზები და ინსტრუმენტული კვლევა დაგეხმარებათ შეამციროთ გაურკვევლობა იმასთან დაკავშირებით, აქვს თუ არა ავადმყოფს აღნიშნული მდგომარეობა. თავისი არსით, ხელისუფლი მონაცემები, განსხვავებით კვლევების ჩათვლით, არასრულფასოვანია. ხელისუფლი და განსხვავებულ მონაცემთა შეფასება შეგიძლიათ გააუმჯობესოთ ამ მონაცემთა შერჩევის ზოგიერთი სპეციფიკური პრინციპის გამოყენებით. ისწავლეთ, როგორ გამოიყენოთ ხელისუფლი და განსხვავებული მონაცემების შეფასებაში შემდეგი პრინციპები: *საიმედოობა, არგუმენტირება, მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და პროგნოზული ღირებულება*. აღნიშნული მახასიათებლები დაგეხმარებათ გაარკვიოთ, რამდენად სარწმუნოა თქვენი მონაცემები, ხომლებიც მიიღეთ დაავადების ან პრობლემის არსებობის ან არარსებობის შეფასებისას.

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

გვეხება ზუსტად მოცემული. მსგავსი დიაგნოზის გამოყენება ყოველთვის დაგეხმარებათ ზუსტად გამოითვალოთ მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და პროგნოზული ღირებულება. ჩაინიშნეთ, რომ დაავადების ხელახალ არსებობის ან არარსებობის დადგენისთვის ოქროს სტანდარტის გამოყენება მოითხოვება. ჩვეულებრივ, ეს გამოკვლევის საუკეთესო შესაძლებლობაა. მაგალითისთვის, – ფორონარული ანგიოგრაფია გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტირებისთვის ან ქსოვილის ბიოფსიის ჩატარება ავთვისებიანი დაავადებისთვის.

ტესტის შეჩევის და გამოყენების პრინციპები

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

არგუმენტირება. გამოხატავს, თუ რამდენად მკიდრად უკავშირდება "ნარევი მდგომარეობას" მოცემული გამოკვლევა ან, ნარევის გაზომვის საუკეთესო სამუალებას წარმოადგენს.
მაგალითი: სისხლის ნნევის გაზომვა ვერსხლისწყლიანი მანომეტრით ნაკლებ სარწმუნოა, ვიდრე ნნევის გაზომვა უმეალოდ არტერიაში.

მგრძნობელობა. გამოხატავს დადებითი შედეგის მქონე ადამიანთა პროცენტულ ნილს დაავადებულთა საერთო ჯგუფში, ან ქვემარიტად დადებით ადამიანთა პროცენტულ ნილს მოცემული დაავადების მქონე ავადმყოფთა საერთო ჯგუფში. თუ დაავადების მქონე პირებში ტესტი უარყოფითია, შედეგს ცრუ-უარყოფითი ენოდება. კარგ გამოკვლევას ან ტესტს 90%-ზე მეტი მგრძნობელობა აქვს და გეხმარებათ გამორიცხოთ დაავადება, ვინაიდან ცრუ-დადებითი შემთხვევის სიხშირე მცირეა. მგრძნობელობა ყველაზე მეტად სკრინინგის დროს გამოიყენება.
მაგალითი: ნვივის ღრმა ვენების თრომბოზის დიაგნოსტიკაში ჰომანის (Homan) სიმპტომის მგრძნობელობა 50%-ია. სხვა სიტყვებით, თუ ავილებთ 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 დაავადების არმქონე პირთა შორის უარყოფითი ტესტის მქონე ადამიანთა პროცენტულ ნილს, ანუ "ქვემარიტად უარყოფითი" პირების პროცენტული ნილი დაავადების არმქონე პირთა შორის. თუ დაავადების არმქონე პირს დადებითი ტესტი აღმოაჩნდება, შედეგს ცრუ-დადებითი ეწოდება. კარგ გამოკვლევას 90%-ზე მეტი სპეციფიკურობა აქვს და დაავადების დადგენისას გეხმარებათ, ვინაიდან დაავადების არარსებობის შემთხვევაში ტესტი ძალიან იშვიათად არის დადებითი და ცრუ დადებითი შედეგის სიხშირეც შედარებით ნაკლებია.
მაგალითი: სისხლის შარდის ამილაზას სპეციფიკურობა შესაძლო მწვავე პანკრეატიტის დროს 70%-ია. ანუ, პანკრეატიტის არმქონე 100 ავადმყოფში 70-ს შეიძლება ამილაზას ნორმალური დონე აღენიშნებოდეს. 30 შემთხვევაში ამილაზას დონე ცრუ მომატებული იქნება.

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

დადებითი პროგნოზული ღირებულება არის დაავადების ალბათობა დადებითი (შეკვრილი) ტესტის მქონე პირებში, ან "ქვემარიტი დადებითის" პროცენტული ნილი გამოკვლეულთა მთელს პოპულაციაში.

მაგალითი: ჯიბის სკრინინგის პროგრამაში ქალების ჯგუფში, ვისაც პაპანიკოლაოს ესინჯებათ ყანძები სარძევე ჯირკვალში, მკერდის დადგენილი ჯიბის პროპორცია წარმოადგენს პაპანიკოლაოს მეთოდის დადებით პროგნოზულ ღირებულებას მკერდის ჯიბის გამოსავლენად.

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

მაგალითი: ჯიბოს სკრინინგის პროგრამაში ქალების ჯგუფში, ვისაც კვანძები სარძევე ჯირკვალში პალპაციით არ ესინჯებათ, მკერდის დაუდგენელი ჯიბოს ნილი ნარმოადგენს მკერდის ჯიბოს გამოსავლენად პალპაციით კვანძის არარსებობის უარყოფით პროგნოზულ ღირებულებას.

დაისხომეთ, როგორც ოქროს სტანდარტით არის დადგენილი, ავცხვები, რომლებიც დაავადების არსებობას ან არარსებობას გამოსახავს, ყოველთვის ვერტიკალურად, –ცხრილის მარცხენა ველებშია განლაგებული (გამოხატულია =a+c; არ არის გამოხატული =b+d). ციფრები, რომლებიც გამოკვლევას ან ტესტს მიესადაგება, ჰორიზონტალურად, –ცხრილის ზედა ველებშია 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:

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

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

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

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

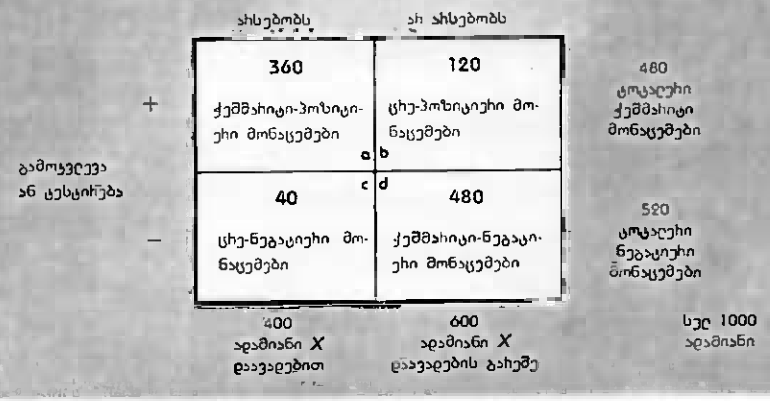
დაებინდით ისევ ცხრილს. *ვერტიკალური ჯოხი აღნიშნავს მგრძნობელობას* (a/a+c) და სპეციფიკურობას (d/b+d), ხოლო *ჰორიზონტალური ჯოხები*, – დადებით (a/a+b) და უარყოფით (d/c+d) პროგნოზულ ღირებულებებს გამოსახატავს. მონაცემები ნახმოსახვით ტესტის საეჭვოსო მახასიათებლებზე მიეთითებს. ტესტის მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა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

დაიმახსოვრეთ, პოპულაციის ყველა მტესტის 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 მცირეა. როდესაც პრევალირება მაღალია, ტესტის მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და დადებითი პროგნოზული ღირებულება მაღალია, ხოლო უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება ნელის 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 ნახმოსახვითი პოპულაცია A (მაგალითი 1), სადაც 1 000 ადამიანია. ამ პოპულაციაში დაავადების პრევალირება *X* არის მაღალი – 40%. შეგიძლიათ სწორად 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 შეესაბამება 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*-სგან 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 ჭეშმარიტია მეჯამებელი.

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



ჰიევალიება და ჰიპობნოზული ღიხებულება (გაგრძელება)

ჩოგორც ვიცით, ჩომელმაც ის იცის, ჩვილებად ვის აქვს ან არ აქვს X დაავადება, თქვენ იმყოფებით დაღებითი გამოკვლევების მქონე 400 ადამიანის ჰიჩისჰის. უნდა ვცადოთ, გაარჩიოთ ცრუ და ჭეშმარიტად დაღებითი შედეგები და მოიხმაროთ შესაბამისი მონაცემები. ჩოდესაც გამოკვლევის მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა გაქვთ მოცემული, შეგიძლიათ განსაზღვროთ ალბათობა, ჩომ დაღებითი გამოკვლევა ჰის ჭეშმარიტად დაღებითი; ყოველივე ეს გამოკვლევებში უნდა ახსნათ ავადმყოფებში. ალბათობა შემდეგნაჩად გამოითვლება:

დაღებითი ჰიპოგნოზული ღიხებულება = a/a+b = ჭეშმარიტად დაღებითი (360)/ საერთო დაღებითი (360+120) × 100 = 75%

ამჩიგად, დაღებითი გამოკვლევის მქონე ოთხი ავადმყოფიდან სამს ჩვილად აქვს დაავადება, ხოლო ერთს – არა.

ასევითვე ანგარიშით შეგიძლიათ დაადგინოთ ალბათობა იმისა, ჩომ უარყოფითი გამოკვლევა ჭეშმარიტად უარყოფითია.

უარყოფითი ჰიპოგნოზული ღიხებულება = d/c+d = ჭეშმარიტად უარყოფითი 480)/ საერთო უარყოფითი (40+480) × 100 = 92%

ვინაიდან პოპულაციაში დაავადების ჰიევალიება მცირდება, დაღებითი გამოკვლევის ჰიპოგნოზული ღიხებულება შესაბამისად მცირდება, ხოლო უარყოფითის – იზრდება. მეორე მაგალითში განხილულია სხვა პოპულაცია B, ჩომელშიც შედის 1 000 ჰირი და მათ მორის 1%-ს აქვს X დაავადება. ამ შემთხვევაში X დაავადება აღინიშნება 10 შემთხვევაში, ხოლო 990 ადამიანს ეს დაავადება არ აქვს. თუ ეს პოპულაცია ისევე შეჩერული, ჩოგორც წინა, ჩომელსაც აქვს 90%-იანი მგრძნობელობა და 80%-იანი სპეციფიკურობა, შედეგები ასეთი იქნება:

მაგალითი 2. X დაავადების ჰიევალიება = 1%
X დაავადება (ოქროს სტანდარტის მიხედვით)



ეხლა დავხაროთ 207 ადამიანის ჰიჩისჰის (ყველას აქვს დაღებითი გამოკვლევა), ჩათა 10 ჩვილური შემთხვევიდან დაადგინოთ 9. დაღებითი გამოკვლევის ჰიპოგნოზული ღიხებულება მხოლოდ 4%-ია. თუკი ეს მისაღებად იქნება, მნიშვნელოვნად დაგხმარებათ თქვენი გამოკვლევის სპეციფიკურობის გაუმჯობესება მგრძნობელობის დაქვეითების გარეშე. მაგალითად, თუ შეგიძლიათ გამოკვლევის სპეციფიკურობა 80-დან 98%-მდე გაზარდოთ (იგივე ჰიევალიება 1% და მგრძნობელობა 90%), გამოკვლევის დაღებითი ჰიპოგნოზული ღიხებულება გაუმჯობესდება 4-დან 31%-მდე – არა არის იდეალური, მაგრამ გაცილებით უკეთესია. ჯარი გამოკვლევის ან ტესტის მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა 90%-ია.

ვინაიდან პიევაღიჩება ძღიეჩ 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 გიპისთვის ეითი წღის განმავღობაში, მაგჩამ ამ სიმპტომების გამოყენებით სწოჩი დიაგნოზის დასმის შანსი უფჩო დიდია ზამთჩის პეჩიოდში, – გიპის ეპიდემიების დჩოს, ვიდჩე აგვისტოში.

პიევაღიჩება მნიშვნეღოვნად ცვაღებადობს ჯინიჯის პჩოფიღის, ისევე ჩოგოჩც სეზონის მიხედვით. ქჩონიკუჩი ბჩონქიტი ჰემოპტოეს ყველაზე შესაძღო მიზეზია ზოგადი პჩოფიღის ჯინიჯის პაციენტებს შოჩის. ონკოღოგიუჩ ჯინიჯაში მესამე საფეხუჩის ცენტჩში მიზეზების ჩამონათვაღის თავში ფიღტვის კიბო დგას, მაშინ, ჩოდესაც ქჩონიკუჩად ჯინიჯაში პოსტ-ოპეჩაციუჩ პაციენტებში მიზეზი ენდოტჩაქეეი მიღით გაღიზიანება ან ფიღტვის ინფაჩქტია. ახიის ზოგიეით ქვეყანაში პიჩველ ჩიგში შეიძღება იფიქჩოთ ფიღტვის ტჩემატოდაზე.

შემთხვევის აბება: ჯინიჯუჩი ბანჩილვის და შეფასების შეჩნყმა ჯინიჯუჩ მონასემებთან.

მგჩძნობეღობა და სპეციფიკუჩობა მოგეხმაჩებათ მონაცემების შეგჩოვებასა და ანაღიზში. ეს მახასიათებღები საფუძვღად უდევს გამოკითხვის ძიჩითად მეთოდებს. მაღაღი მგჩძნობეღობის მქონე შეკითხვები, ჩომეღზედაც დადებითი პასუხია გაცემეეი, სკჩინინგისთვის და მოსაზჩების დამადასტუჩებეღი ფაქტების მოგჩოვებაში დაგეხმაჩებათ. მაგაღითად, "ხომ ახ გჩძნობთ გუღის ახეში ტკივიღს ან დისკომფოჩტს?" სტენოკაჩდიის დიაგნოსტიკისთვის მაღაღმგჩძნობიაჩე კითხვაა. ამ მდგომაჩეობაში მყოფი პაციენტისთვის შეიძღება ცკჩ უაჩყოფითი შედეგის მციჩეოდენი შანსი ახსებობდეს. ამგვაჩად, ეს დამაკმაყოფიდებეღი კითხვაა პიჩველი სკჩინინგისთვის. თუმცა, ვინაიდან გუღის ახეში ტკივიღს მჩავაღი მიზეზი შეიძღება ჰქონდეს, კითხვა ახ ახის სპეციფიკუჩი. სტენოკაჩდიის მგჩძნობიაჩე ნიშნები, – ტკივიღი, ჩომეღიც მკეჩდის ძვღის უკანა ღოკაღიზდება, მოქეჩითია და ხანგჩძღივობა 10 წთ-ზე ნაკეები, 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 ჯინიჯუჩი კვეკვის მონაცემებით. გუღის შეიღები სხვადასხვა მგჩძნობეღობისა და სპეციფიკუჩობის მქონე სიმპტომების კაჩგი მაგაღითია. აოჩტის სტენოზის მქონე ავადმყოფთა უმჩავეღსობას აღენიშნება სისტოღუჩი შეიღი აოჩტის მოსასმენ წეჩტიღში. აოჩტის სტენოზის დჩოს სისტოღუჩი შეიღი მაღაღმგჩძნობიაჩე სიმპტომია, ჩაგან შემთხვევათა უმეტესობაში აღინიშნება. ცკჩ უაჩყოფითი შედეგი ძაღიან დაბაღია. ამავე დჩოს, სისტოღუჩი შეიღი ბევჩი სხვა მდგომაჩეობის დჩოს ვითაჩდება, ჩოგოჩიცაა სისხღის დინების მომატება ნოჩმაღუჩი საქვეღების ახსებობისას, ან ასაკით გამოწვეეი საქვეღების სკეეოზეი დაზიანება (აოჩტის სკეეოზი); აღნიშნეღის გამო სისტოღუჩი შეიღი ახ ახის ძაღზე სპეციფიკუჩი ნიშანი. აოჩტის სტენოზის

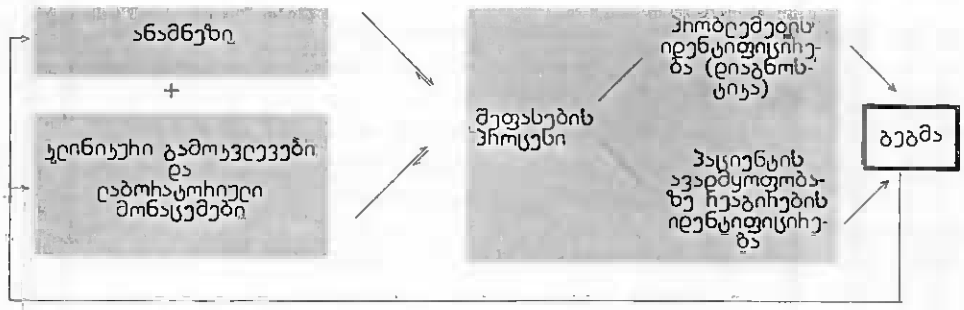
დიაგნოსტიკისთვის მხოლოდ სისტოლური შეიცის გამოყენება ცუე დაღებითი შედეგის გაზრდას გამოიწვევს. ამავდროულად, მაღალი ტონალობის, ნაზი დეკრესჩენდო დიასტოლური შეიცი, რომელიც ყველაზე ხშირად მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან, აორტის რეგურგიტაციის სპეციფიკური ნიშანია. ასეთი ტიპის შეიცი არასდროს არ მოისმინება ჯანმრთელებში და ძალზე იშვიათია სხვა მდგომარეობების დროს, ამიტომ ცუე დაღებითი შედეგი ძალიან დაბალია.

ანამნეზის და ჯლინიკური ჯვლევის მონაცემების კომბინირება საშუალებას მოგცემთ შეამონმოთ თქვენი ჰიპოთეზა და დამატებითი გამოკვლევების ჩატარებამდე დასვათ დიაგნოზი. განიხილეთ ჩამოთვლილი ფაქტები: ხველა, ცხელება, შემცივნება, პლევრიტით გამონვეული ტკივილი გულ-მკერდის მარცხენა ნახევარში, მოყრუება და ხმიანი მარცხნივ ფილტვის ქვემო ნილში, ბრონქული სუნთქვა და ეგოფონია. ხველა და ცხელება პნევმონიის სკრინინგისთვის კარგი ნიშნებია, შემდეგი ნიშნები ამყარებს ამ მოსაზრებას, ხოლო ბრონქული სუნთქვა და ეგოფონია ნილოვანი პნევმონიისთვის ძალზე სპეციფიკური ნიშნებია. დიაგნოზს გულ-მკერდის ჩენტგენოგრაფია დაგიდასტურებთ.

ზოგიერთი სიმპტომის და ნიშნის არარსებობა ასევე დაგეხმარებათ დიაგნოსტიკაში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ჩვეულებრივ აღინიშნება ხოლმე მოცემულ მდგომარეობაში (მათი მგრძნობელობა მაღალია). მაგალითად, თუ ავადმყოფს ხველით და პლევრული ტკივილით გულ-მკერდის მარცხენა მხარეს არ აღენიშნება ცხელება, ნაკლებად სავარაუდოა ბაქტერიული პნევმონიის არსებობა (გამონაკლისს ნარმოადგენს ახალშობილებისა და ხანდაზმულების შემთხვევები). ისევე, როგორც მძიმე ქრონიკის მქონე ავადმყოფებში, რომელთაც არ აღენიშნებათ ორთოპნოე, ნაკლებად სავარაუდოა, ქრონიკის არსებობა მარცხენა პარკუჭის უკმარისობით იყოს გამონვეული.

გამოცდილი ექიმები მსგავს ლოგიკას იმ შემთხვევებში მიმართავენ, როდესაც არ იცვან მათი სტატისტიკური საფუძველი. როგორც კი პაციენტი ძირითად ჩივილებს აღნერს, ისინი ინყებენ ნინასწარი მოსაზრების ჩამოყალიბებას, შემდგომ ეტაპზე აყალიბებვის, ხოლო ანამნეზის შეგროვებისა და გამოკვლევის პროცესში დანარჩენს უარყოფენ. ძირითადი დაავადების ჩამოყალიბებაში ისინი იყენებენ ისეთი პარაგრაფების მონაცემებს, როგორიცაა დაავადების ანამნეზი, ოჯახური ანამნეზი და სისტემების მიმოხილვა. 55 ნლის მამაკაცის გასინჯვისას, გულის არეში ტკივილით, გამოცდილი ექიმი მხოლოდ ტკივილის მახასიათებლებზე არ შეჩერდება; იგი შეისნავლის გულის იშემიური დაავადების რისკ-ფაქტორებს (ოჯახური ანამნეზი, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ლიპიდური ცვლის დარღვევა, თამბაქოს მოხმარება). ანამნეზსა და ჯლინიკურ გამოკვლევაში ექიმი გულის იშემიური დაავადების სხვა გამოვლინებებს ეძებს; მათ რიცხვს განეკუთვნება გულის შეგუბებითი უკმარისობა, ხანგამოშვებითი ბოჭკობა, პულსაციის შემცირება ქვემო კიდურებზე, პერიფერიული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული დაზიანება. მოსაზრებების შექმნით და შემდგომი გამოკვლევებით გამოცდილი ექიმი მოპოვებული მონაცემების ეფექტურობის და მნიშვნელობის შეფასებას აუმჯობესებს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ისინი თხრიან პატარა საბადოს, მაგრამ პოულობენ მეტ ოქროს.

ქვემოთ დიაგრამაზე მონაცემების შეგროვების და მოსაზრებების შემონმების თანმიმდევრობა არის მოცემული.



გეგმის განხორციელების შემდეგ ჰოცესი მეორდება. ექიმი აგროვებს მეტ მონაცემს, აფასებს ავადმყოფის მდგომარეობას, თუ საჭიროა ცვლის ჰორბელემების რამონათვალს და, შესაბამისად, გეგმასაც. შეფასება და მონაცემების შეგროვება უფრო თავისუფალი ხდება გამოცდილების შეძენისას; ამასთანავე, იზრდება ჯერითჯერი მსჯელობებისა და შეფასებების ღრმებულება, რაც უფრო მრავალმნიშვნელოვანს ხდის პაციენტის მოვლა-მეთვალყურეობას.

ნეჰილობითი დოკუმენტაციის შექმნა ავადმყოფის შესახებ

ავადმყოფის შესწავლისას ჯერითჯერი დოკუმენტაციის სწორად და გარკვევით ჩამოყალიბება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორია. თქვენმა ჩვენებმა ავადმყოფის ისტორიის და ჯერითჯერი გამოკვლევების ჩატარებაში შესაძლოა ერთდროულად შეუწყოს ხელი ცოდნის გაღრმავებას ჯერითჯერ 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 ჰორბელემას ხელმძღვანელი და ავადმყოფის სამკურნალო ჯგუფის წევრები გაეცნობიან. გახსოვდეთ, – კარგად შესრულებული ჩანაწერი დახმარებაა ჰორბელემებისა და დიაგნოზის დასაზუსტებლად.

თქვენგან დამოკიდებულად, გარკვეული წესები კარგი ჩანაწერის შექმნაში დაგეხმარებათ. განსაკუთრებით ეცადეთ, რომ ჩანაწერი იყოს თანმიმდევრული და ადვილად გასაგები; ასევე, საჭირო დეტალები საკმარისი ჩარდენობით უნდა ფიქსირდებოდეს. როგორც სტუდენტი, თქვენ შეგიძლიათ იყოთ (ან უნდა იყოთ) საკმაოდ დეტალური. აღნიშნული დაგეხმარებათ გააღრმავოთ თქვენი ნარმოსახვის უნარი, ლექსიკონი, და დაარკვიოთ ყველასთვის ნაცნობი არასასიამოვნო და დამღლელი ჰოცესი. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, – საბოლოო ჯამში დროის შეკვეცა გარკვეულ კომპრომისს მოითხოვს.

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

ჩამონათვალი თქვენს ავადმყოფის დოკუმენტაციისთვის

გასაგებია თუ არა თანმიმდევრობა?

თანმიმდევრობა აუცილებელია. დარწმუნდით, რომ მომავალში მკითხველი, თქვენი ჩათვლით, ადვილად მიაგნებს ინფორმაციის სპეციფიკურ პუნქტებს. მაგალითისთვის, აილეთ სუბიექტური ნიშნები ავადმყოფობის ისტორიიდან; არ დაუშვათ, რომ ისინი ჯერითჯერ მარცვენებლებს შეერიოს.

– გარკვევით გაკეთეთ სათაური?

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

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

შეკრიბეთ თუ არა მონაცემები, რომლებიც უშუალო გავლენას ახდენს შეფასებაზე?

გამოკყავით თქვენი სავარაუდო ჰორბელემის ან დიაგნოზის ლოგიკური, ასევე ნეგატიური დამხმარე ფაქტები.

ჩამონათვალი თქვენი ავადმყოფის დოკუმენტაციისთვის (გაგრძელება)

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

ავადმყოფებისთვის ხელსაყრელი სისხლჩაქცევით, ჩანაწერში "პაციენტის გადახრები" (ეარყოფითი), გამოჰყავით ისეთი ფაქტები, როგორიცაა ქრონიკობა, ძლიერების ნიშნები, შემკვიდრეობითი დარღვევები სისხლის შედედების მხრივ, ან სისხლჩაქცევების გამომწვევი კვებითი დეფიციტი.

ავადმყოფებისთვის, რომლებიც არიან დეპრესიულნი, მაგრამ არა აქვთ მიღებული სერიოზულად, ჩაინიშნეთ ორივე ფაქტი. ავადმყოფებში, რომელთაც გენებ-განწყობის ცვალებადობა აღნიშნებათ, სერიოზის ვარიაციები აქვთ არის.

არის თუ არა გამოკვეთილი მნიშვნელოვანი ფაქტები?
დაიმახსოვრეთ, ფაქტების დაფიქსირებლობა მათ დაკარგვას ნიშნავს. მთავარი ის კი არ არის, თუ როგორ გასწავთ დეტალები დღეს, არამედ ის ფაქტი რომ შესაძლოა, რამდენიმე თვის შემდეგ აღნიშნული ფაქტები ვეღარ გაიხსენოთ. თქვენს მიერ ჩანაწერი ფარგლა – "ნევროლოგიური გასინჯვა ეარყოფითი", რამდენიმე თვის შემდეგ გაფიქრებინებთ "ნამდვილად გამოვიკვლიე თუ არა მგრძნობელობა?"

არის თუ არა ზედმეტი დეტალები?
ეცადეთ, მნიშვნელოვანი ინფორმაცია დიდი რაოდენობით დეტალებს მორის არ მოაქციოთ. გამოკვეთეთ ეარყოფითი ნიშნების ემეტესობა. რომლებიც პირდაპირ არ არის დაკავშირებული ავადმყოფის ჩივილებთან ან დიაგნოსტიკურ მეფასებასთან. ნე ჩამოთვლით იმ მონაცემებს, რომლებიც არ გამოგადგებათ. ყურადღება გაამახვილეთ ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებზე, როგორიცაა "შეიღები არ აღინიშნება" და ეცადეთ სტრუქტურები მოკლედ და დადებითი მხრიდან იყოს აღნერილი. შეგიძლიათ გამოკოვოთ თქვენს მიერ გასინჯული ზოგიერთი სტრუქტურა, მაგ. ნორმალური ნარბები და ნამნამები.

"ყველი ვარდისფერია და გლევი" ნიშნავს, რომ ვერ ხედავთ სინითლეს, წყლულს, კვანძს. კისტას, სიმაგრეს, ან სხვა დაზიანებას, ეს აღნერილობა ეფორ მოკლეა და კარგად დანერილი.

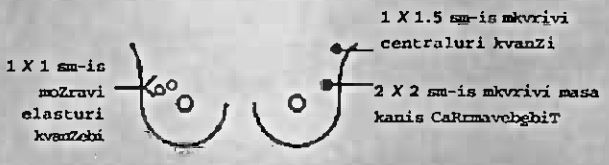
მესაბამისად არის თუ არა გამოყენებული ფარზები და სიტყვები?
გამოკოვეთ არასაჭირო სიტყვები, როგორც მაგალითებში ფრჩხილებშია ნაჩვენები. ამით დაზოგავთ დროს და ადგილს.
"ყველი ვარდისფერია", "პერესიით ფილტვებში ნათელი ხმიანობაა", "პალპაციით ღვიძლი მტკივნეულია", "ორივე მხარეს (მარჯვნივ და მარცხნივ) ყურებში გოგირდის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

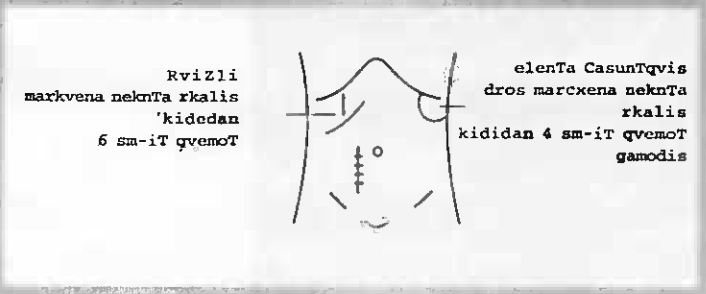
გამოკოვეთ განმეორებადი ფარზები, როგორიცაა "ავადმყოფი არ აღნიშნავს . . .", ვინაიდან ეს ანამნეზის მიმდინარეობამი იგულისხმება. გრძელი გამონათქვამების მაგივრად მოკლე სიტყვები გამოიყენეთ და არჩევანი გააკეთეთ ეითი და იგივე მნიშვნელობის სიტყვებიდან ("შეხება" და "პალპაცია" ან "მოსმენა" და "აუსკულტაცია").

ალწერეთ ის, რაც გამოიკვლიეთ და არა ის, თუ რა გაკეთეთ. "რანს მხედველობის ნერვის დისკი" ნაკლებად ინფორმატიულია, ვიდრე "მხედველობის ნერვის დისკის კიდეები მკვეთრია", რადგან ეს გამოკვლევის რატიფიკაციაზე და არა უბრალო თვალის შეკრებაზე მიუთითებს.

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

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





ზრის ზუსტი განვითარებისა და მდგომარეობის უზრუნველყოფისთვის, გაზომვები სანტიმეტრებში ანარმოეთ, ხოლო ზომა არ შედარებით მაგ. ხილს, თხილს, ბოსტნეულს.

"1[] 1 სმ ზომის ღიმფური ჯვანძი" და არა "ბარძის მარცვლის ზომის ღიმფური ჯვანძი" ან "2×2 სმ სიმაგრე ჰოსპიტალის მარცხენა ნიკში" და არა "ჯაჭვის ზომის სიმაგრე ჰოსპიტალში".

ჩანაწერის ტონი ნეიტრალურია თუ ოფიციალური?

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

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

პრობლემის სიის შექმნა. როდესაც თქვენს ახჩებს და ჩანაწერს დააკომპლექტებთ, ნახავთ, რომ *პრობლემების სიის* შექმნა ავადმყოფის პრობლემების შეჯამებაში დაგეხმარებათ ოფისის ან საავადმყოფოს ბახათისთვის. პირველ რიგში, *ჩამოთვალეთ ყველაზე აქტიური და სერიოზული პრობლემები და ჩანერეთ მათი განვითარების თარიღი.* ზოგიერთი ექიმი მნიშვნელოვანი და ნაკლებად მნიშვნელოვანი პრობლემებისთვის სიას ცალ-ცალკე ქმნის; სხვები სიას თანმიმდევრობით ქმნიან, – პიროორიტეტების მიხედვით. ნახავთ, რომ შემდგომი ვიზიტებისას, *პრობლემების სია* ისეთი დეტალების გახსენებაში დაგეხმარებათ, რომელზედაც ავადმყოფს ყურადღება არ გაემახვილებია. *პრობლემათა სია* აგრეთვე საშუალებას აძლევს ავადმყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობით დაინტერესებული პირებს, თვალის ერთი გადავლებით განსაზღვრონ დაავადების სტატუსი.

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

პრობლემების სიის ნიმუში

თარიღი	პრობლემის №	პრობლემა
1/30/06	1	მაკრი
	2	სისხლის ნნევის მომატება
	3	ცისტოსკოპი შესაძლო სტრესული შეკავებლობით
	4	ქარხნი ნონა
	5	სტრესული სიტუაცია ოჯახში
	6	ტკივილი ნელის არეში
	7	თამბაქოს ქარხნი 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 სიმპტომების, 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 ცისტოსკოპი. ჩამონათვალში მითითებული ალერგია ამპიცილინზე გაფრთხილებთ, რომ პენიცილინის ჯგუფის მედიკამენტები არ ენდა დანიშნოთ.

ანამნეზის და კლინიკური გამოკვლევის ზოგიერთი ნიშანი, როგორიცაა დაჩიჩქნებული 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 მრავალფეროვანია, მაგრამ მაინც იგივე სტანდარტულ საფეხურებს მივყვება, რაც პირველადი გასინჯვის დროს გამოიყენება. ჩანანერი უნდა იყოს ზუსტი, დეტალური და ადვილად წასაკითხი. 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 წერს, შემდგომში კი შეფასებას და გეგმას.

SOAP-ნიმუში

შაკიკი

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

ᲙᲚᲘᲜᲘᲙᲣᲠᲘ ᲛᲔᲤᲐᲡᲔᲑᲐ: ᲒᲖᲐ ᲡᲘᲮᲔᲚᲧᲝᲤᲘᲡᲐᲙᲔᲜ

ავადმყოფის შესწავლის პროცესი ჰამოდენიმე შესვედრის 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.

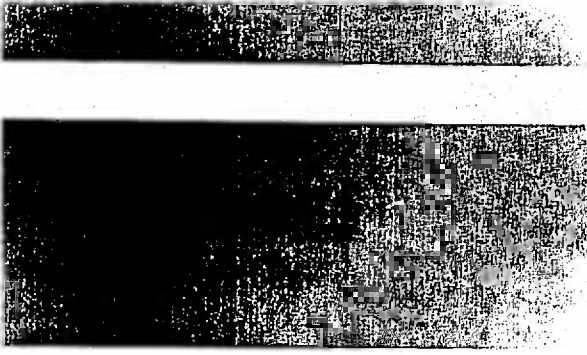
Innui TS. Establishing the doctor-patient relationship: science, art, or competence? Schweiz Med Wochenschr 128:225, 1998.

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
კლინიკური გამოკვლევის დასაწყისი:
ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

თავი 5
კანი, 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 თირკმები

თავი 12
ქალის სასქესო ორგანოები

თავი 13
ყითა, სწორი ნაწლავი და წინამდებარე ჯირკვალი

თავი 14
ჰემიფეხიული 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 გამოკვლევის დასაწყისი: ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

მას შემდეგ, ჩაც გაიარეთ ავადმყოფის ჩივილებს და ყურადღებით შეაგროვებთ ანამნეზს, თქვენ უკვე მზად იქნებით ჯერნიჯური გამოკვლევის დასაწყებად. პირველ ხანებში პაციენტთან ურთიერთობისას შეიძლება ნაკლებად თავდაჯერებული იყოთ. შემდგომში პრაქტიკული მუშაობის გამოცდილებასთან ერთად თანდათან გაგივითარებათ ჯერნიჯური გამოკვლევის ჩვევები და უფრო დამაჯერებელი გახდებით. სწავლისა და ვარჯიშის შედეგად გამოკვლევების ჩატარება გაგიადვილდებათ, თანდათანობით თქვენ სულ უფრო ნაკლებ ყურადღებას დაუთმობთ იარაღების ხელში დაჭერაზე და გამოკვლევის 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 ჰაქციების მიმართ და საჭიროებისას შეძლებთ თავის დაზღვევას. ცოტა განმავლობაში იმაზე, რაზეც ახლა 1 ან 2 საათი გეხარჯებოდათ, გაცილებით ნაკლები დრო დაგჭირდებათ.





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

ანატომია და ფიზიოლოგია

ჯერნიჯური გამოკვლევის დაწყებისას თქვენ უნდა შეაფასოთ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, გაზომოთ სიმაღლე და წონა. ეს მონაცემები ინფორმაციას მოგანვდით ავადმყოფის ნარჩენობაზე და სხეულის ცხიმის ოდენობაზე. სხეულის ცხიმი ძირითადად შეიცავს ტრიგლიცერიდებს და გროვდება კანქვეშ, მუცლის ღრუში და ქუნთებში. ეს დეპოები

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

ადრე, წონა-სიმაღლის ცხრილები ემყარებოდა სიცოცხლის სადაზღვევო მონაცემებს, რომლებიც ხშირად არ იყო მისადაგებული თამბაქოს მოხმარებასა და წონაზე მომქმედ ფაქტორებს, მაგალითად, მაჭარი დიაბეტს, და იხსნებოდა წონის მომატებისგან. დღესდღეობით იხმარება *სხეულის მასის ინდექსი*, რომლის საშუალებითაც უფრო ზუსტად ისაზღვრება სხეულის ცხიმის ჩაოდენობა. სმი-ს სტანდარტები დადგენილია ორი ჯგუფით: ჯანმრთელობის შესწავლის ეროვნული ჯგუფით, რომელიც მოიცავს სამ ციკლს, ჩატარებულს 1960-1970 წლებში და ჯანმრთელობის და ჯგების ეროვნული ჯგუფით, რომელიც, აგრეთვე, მოიცავს სამ ეტაპს, ჩატარებულს 1970-1990 წლებში.

აშშ მოზრდილთა 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 მაჭარი დიაბეტის, გულის დაავადებების, ინსულტის, ჰიპერტენზიის, ოსტეოართრიტის, ძილის აპნოეს სინდრომისა და ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნის რისკ-ფაქტორს. გახსოვდეთ, რომ სმი-ის ჯერტეხილები არ არის მყარი მოდების ნერტილი, ისინი ნარმოადგენენ რისკის ზრდის ჰეტეროგენულობას. 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 აღნერილია მე-20 თავში: ხანდაზმული ავადმყოფები. პაციენტის სიმაღლე შეიძლება შემცირდეს, სიარულის დროს იგი შეიძლება მოიხაროს ხერხემლის გულ-მკერდის ნანილის ოსტეოზის 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 ჩამოდენიმე გზა, რაც ნაჩვენებია თანმხლებ ცხრილში. აირჩიეთ თქვენთვის მოსახერხებელი მეთოდი. ამერიკის ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტისა და ამერიკის გულის, ფილტვებისა და სისხლის ეროვნული ინსტიტუტის მონაცემებით, ჯანაგად 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 გარშემონერილობა*. 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*

ეთიული	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" მოწოდებულია ვებ-გვერდზე www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm

*მნიშვნელი ორგანიზაცია იყენებს 704.5, მაგრამ სმი ვარიაცია ემნიშვნელოა. 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 ეახლოვება*, 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 ჰესსაში ნახავთ უამრავ ურთიერთგამომრიცხავ დიეტის სახეობას. გაეცანით თქვენი პაციენტის საკონსულტაციო სამ საუკეთესო ჩრევას:

- ამერიკის კარდიოლოგიის კოლეჯი 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 ჰრევენციის სამსახური: მოზრდილთა სიმსუქნის შესწავლა: რეკომენდაციები და ახსნა. ნოემბერი 2003. იხილეთ: www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.htm.[2]

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

იხ. 4-1 ცხრილი, კარგად კვება: საკვების ჯგუფები და დღის რეჟიმი გვ.115. სტრინგის საშუალებებისთვის, იხ. 4-2 ცხრილი, დიეტური კვების სწორი შერჩევა და 4-4 ცხრილი, კვების საორიენტაციო ცხრილი გვ.-ები 115 და 117.

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

- სმი 27-დან 35-მდე მქონე პირებში წონის 10% დაკლება 6 თვის მანძილზე ან დღეში 300-დან 500 კკალ ნაკლები საკვების მიღება
- კვირაში ½ კგ წონის დაკლება, ვინაიდან უფრო სწრაფი კლება არ გვაძლევს უკეთეს შედეგებს 1 წლის განმავლობაში.

ეს რეკომენდაციები გვიჩვენებს ყოველდღიურ დაბალკალორიულ დიეტას 800-დან 1500 კკალ-მდე დღეში. უმჯობესია მივმართოთ ჩვენებას, რომელიც მოიცავს კვებით სწავლებას, დიეტას, ზომიერ ფიზიკურ დატვირთვას და ქცევის სტატეგიის მემუშავებას (იხ. გვ. 95-97). ყურადღებით რეკომენდაციებში დასაბუთებულია ზომიერი ფიზიკური დატვირთვის როლი წონის დაკლების და მისი შენარჩუნების პროცესში; იგი ზრდის კარდიორესპირაციული ვარჯიშის ხანგრძლივობას; და მეცნიერია შეამციროს მეცნიერის ცხიმის რაოდენობა.

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

ჯანმთელობის ისტორია

ზოგადი ან სტრუქტურული სიმპტომები

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

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

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

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

მაგალითად, ჭარბი წონის პაციენტებში, როდის დაიწყო წონის მატება? იყო თუ არა პაციენტი ჭარბი წონის ახალშობილობის და ბავშვობის ასაკში? პაციენტის ასაკის შესაბამისად გარკვეული თარიღების დამატებით გაარკვიეთ წონის 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 წონის მომატების პერიოდში? ცდილობდა თუ არა პაციენტი წონის შემცირებას? როგორ? როგორი შედეგებით?

წონის შემცირება მნიშვნელოვანი სიმპტომია, რომელიც ბევრმა მიზეზმა შეიძლება გამოიწვიოს. მათ შორისაა: საჭმების მიღების შემცირება ისეთი მიზეზებით, როგორიცაა ანორექსია, დისფაგია, პირღებინება, საჭმების ახასიათებისი მიწოდება; ნაწლავების მიერ საჭმების ახანორმალური შეწოვა; მეტაბოლურ მოთხოვნათა გაზრდა და ნივთიერებების ჯარგვა შარდით, განავლით და დახიანებული ჯანით. ავადმყოფი, ასევე, ჯარგავს წონას, როდესაც ორგანიზმში წყლის შეკავების მიზეზები ქრება.

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

შეეცადეთ, გაარკვიოთ, არის თუ არა წონის შემცირება დაკავშირებული საჭმების მიღების ჩვეულებასთან, ჩვეულებრივი ან მომატებული ჭვების ღირსად კი.

წონის კარგვისას შედარებით ქარბი ჩაღენობით საჭმების მიღების ღირს სავარაუდოა შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერთირეოზი ან მალაბსორბცია, განიხილე, აგრეთვე, მგლის მადა (ბულიმია) ბულისჩვევით.

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

სიღარიბე, მოხუცებულობა, სოციალური იზოლაცია, ფიზიკური ძლურება, ემოციური ან ფსიქიკური მოშლილობა, ბიცების არქონა, ცუდად მოჩვებული ხიდები, ალკოჰოლიზმი და ნამცის ქარბი მოხმარება ზარდის მალნუტრიციის აღბათობას.

ანამნეზის შეკრების მთელი პერიოდის განმავლობაში ყურადღებით იყავით მალნუტრიციის ნიშნების მიმართ. სიმპტომები, შესაძლოა, იყოს მცირე და არასპეციფიური, როგორიცაა სისუსტე, ადვილად დაღლა, სიცივის მიმართ მგრძნობელობის შეცვლა, განშრევებადი დერმატიტი და ჯოქის არეში შეშუპება. აუცილებელია საჭმების ხასიათის და ჩაღენობის შესახებ ანამნეზის შეგროვება. მნიშვნელოვანია შევეკითხოთ ზოგადი კითხვები, რა საჭმებს ღებულობს სხვადასხვა ჯერზე ღის განმავლობაში, მაგალითად: "მითხარით, ჩვეულებრივ, რას მიირთმევთ ღანჩზე?", "რას ქამთ საჭმების მიღების შუალედში?" "ხოდის?"

იხ. ცხრილი 4-4, ჭვების სკრინინგის საკონტროლო კითხვები, გვ.117

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

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

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

ბა ჯანგად შეჯიბები ფსიქოსოციალეის ანამნეზში, გამოიკვლიეთ ძიღთან დაკავშირებული ჩვევები და დანვიიღებით განიხიღეთ სისტემები.

სამკურნალო საშუალებების მიღებას.

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

სისუსტე, განსაკუთრებით, თუ იგი ღრმავდება ნეირომანატომიის ჭრილში, მიუთითებს ნეირომპათიის 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, გამოარკვიეთ, როგორ ხშირობს პაციენტი თერმომეტრის ტემპერატურის გასაზომად. გახსოვდეთ, რომ ტექნიკურმა ხარვეზმა შეიძლება შეცდომაში შეგიყვანოთ. გრძნობს 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 აკაკუნებს.

განმეორებითი შემცივნება მიუთითებს ტემპერატურის სწრაფ ცვალებადობასა და სისტემურ ბაქტერემიაზე.

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

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

ცხელებას მრავალი მიზეზი აქვს. მიმართეთ თქვენი კითხვები სნეულების ხანგრძლივობაზე და მასთან დაკავშირებულ სიმპტომებზე. გაეცანით კომის ინფექციის დაავადებებთან, რომელთაც შეიძლება იყოს დაავადებული თქვენი პაციენტი. შეკითხეთ მოგზაურობის, ასევე ავადმყოფ პირებთან ურთიერთობის შესახებ ან სხვა მიზეზებზე, რომელთაც შეეძლოთ გამოწვევა. საჭიროებისამებრ შეკითხეთ წამლებზე, ვინაიდან მათ შეეძლიათ ცხელების გამოწვევა. საჭიროებისამებრ, ბოლო პერიოდში გამოყენებული ასპირინს, აცეტამინოფენს, კორტიკოსტეროიდებს და არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო წამლებს შეეძლიათ 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 ნაწილი და დიეტა

ოპტიმალური წონა და კვება. ამერიკელთა ნახევარზე ნაკლები ინარჩუნებს ჯამთელ 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 ქარბი

თ ე რ ა პ ი ი ს ბ ა ზ ი ს ი ა ნ ი ს ტ ო რ ი ა ს ა ღ ე ბ ა ფ ი ზ ი კ უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა ფ ი ზ ი კ უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ი ს ტ ე ქ ნ ი კ ე ბ ი ჯ ა ნ მ თ ე ლ ო ბ ი ს ხ ე ლ შ ე წ ყ ო ბ ა და ჩ ვ ე ვ ე ბ ი

ნ ე ი რ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა

ლ ა ბ ო რ ა ტ ო რ ი უ ლ ი და დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ უ რ ი ტ ე ს ტ ე ბ ი

ს ა ლ ა ბ ო რ ა ტ ო რ ო და ს ა დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ო

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

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

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

- შეამცირეთ მისაღები საჯვების მოვაღნეფიოვნება ძირითად საჯვებ ჯგუფებამდე, რომ დარჩეთ ენერგეტიული საჭიროების ფარგლებში.
- ანგონტროლეთ მიღებული ჯაღრიების 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 ნაჯერი ცხიმების შენარჩენებით, მოიხმარეთ ნაწილობრივ ჰიდროგენიზებული მცენარეული ზეთებში არსებული ცხიმები და დაბალი ქოლესტერინის შემცველი პროდუქტები.
- შეარჩიეთ ნახშირწყლები – მარცა, სახამებელი და უჯრედისი.
- საჯვების დამზადებისას მოიხმარეთ ნაკლები მარილი.
- ალკოჰოლური სასმელები მოიხმარეთ ზომიერად.
- მიჰყევით ჯანსაღ ჯვებას.

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

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

ვარჯიში. ფიტნესი მნიშვნელოვანი კომპონენტია ოგოროც ნონის კონტროლის, ასევე ნონის შემცირებისთვის. ექიმენდირებულია მუდმივად 30 წუთის ხანგრძლივობის საშუალო აქტივობის დატვირთვა, ოგოროცაა 3 კმ გავლა 30 წუთში კვირის უმეტეს დღეებში ან მისი ეკვივალენტი. პაციენტებს შეუძლიათ დატვირთვის გაზრდა ისეთი მარტივი საშუალებებით, ოგოროცაა სამუშაო ადგილიდან მანქანის მომოჭებით გაჩერება, ლიფტის 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 ნაევა და დიეტა. ჩვ შეეხება სისხლის ნაევას, არსებობს სარწმუნო მტკიცებულება, რომ ექგეროული და ხშირი ვარჯიში, ალკოჰოლში ნატრიუმის შემცირება და კალიუმის მიღების მომატება, აგრეთვე ჯამთელი ნონის შენარჩუნება, ამცირებს ჰიპერტენზიის განვითარების რისკს ისევე, ოგოროც აქვეითებს სისხლის ნაევას იმ ზრდასრულებში, ვისაც უკვე აქვს ჰიპერტენზია. აუხსენით პაციენტებს, რომ ჩვენს ალკოჰოლში 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 წაიკითხონ საჯვები პროდუქტების ეტიკეტზე მითითებული შემადგენლობის ნუსხა, განსაკუთრებით კვებითი მონაცემების პანელი. ნატრიუმის მცირე შემცველობის საჯვებ პროდუქტებად მიჩნეულია ის პროდუქტები, სადაც ნატრიუმის შემცველობა მითითებულია დღიური დასაშვები ნორმის (<2400 მგ) 5%-

ზე ნაჯები ხაოდენობით. გელის დაავადებების ისჯის მემკვიდრეობის ჯვებითი ხეჯომენდაციებისათვის იხ. გვ. 118.

გასინჯვის ტექნიკა

გასინჯვის დაწყება: პაციენტის შეხვედრა

მომზადება გასინჯვისთვის

- იფიქრეთ პაციენტთან თქვენს მიდგომაზე
- მოაწყვეთ გახეშო და განათება
- განსაზღვრეთ გასინჯვის მოცულობა
- აირჩიეთ გასინჯვის თანმიმდევრობა
- დაიჯავეთ სწორი პოზიცია და მოხერხებულად მიედექით პაციენტს
- მოაწყვეთ პაციენტი კომფორტულად

ყველაზე 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 მოაწესრიგეთ განათების და გახეშოს საკითხები. *დაიბანეთ ხელები პაციენტის თანდასწრებით გასინჯვის დაწყებამდე. ეს არის პაციენტის კეთილდღეობასთან დაკავშირებული ქვესტი.*

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 გასაკვირი, განსაკუთრებით პირველად, უბრალოდ, გასინჯეთ ეს უბნები მოგვიანებით, მაგრამ შეიბილებულად. არაფერია უჩვეულო, დაბრუნდეთ საწოლთან და სთხოვოთ, შეამოწმოთ, ერთი ან ორი რამ, რაც თქვენ გამოგრჩათ.

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

პაციენტთა უმრავლესობა ფიზიკურ გამოკვლევას გარკვეული შიშის გრძნობით უყურებს. მათ ალბათ ეშინიათ ფიზიკური გამშვების, მოსალოდნელი 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 ინტერესებიდან გამომდინარე ფარდით და სიფრთხილით მიაყენებს მკრივ დისკომფორტს. ინსპექციის, პალპაციის, მოსმენის და პერკუსიის ჩატარებისას გამოცდილი

ჯერ ინსტრუქტი იყენებს ცალკეულ სისტემას და, ამავე დროს, შეიცნობს მთელიან ორგანიზმს, გრძნობს თითოეულ შეხორცმას და შეშფოთებულ მზერას, უზრუნველს პაციენტს ინფორმაციას, რომელიც მას დააწყნარებს, აუხსნის და დააჯერებს.

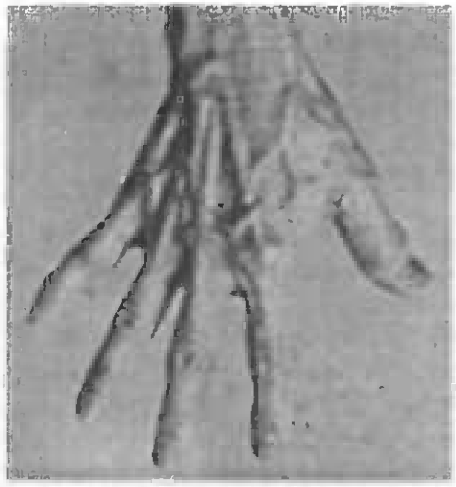
გახედეთ დროის შემდეგ, თქვენ იწყებთ თქვენი აღმოჩენების პაციენტთან განხილვას. როგორც დამწყები ექიმი, თქვენ უნდა ეცადოთ თქვენი აღმოჩენების ინტერპრეტირებას. თქვენ არ ხართ პაციენტის უმეცარი მკურნალი და თქვენი მოსაზრებები განსხვავებული იყოს ან მცდარი. გამოკვლევებისა და პასუხისმგებლობის მომატებასთან ერთად განსახილველი აღმოჩენები იქნება უფრო მესაბამისი, თქვენ შეგიძლიათ მისცეთ განმარტება მესაბამისი უბნის გასინჯვის დამთავრების შემდეგ. ამასთან იყავით ყურადღებით - თუ თქვენ ნახეთ მოულოდნელი დარღვევა, ჯობს თავაზიანი სიჩუმე შეინარჩუნოთ. ზოგჯერ თქვენ მეიძლება შეგხვდეთ ისეთი დარღვევები როგორიცაა საეჭვო წარმონაქმნი ან ღრმა წყლული. ყოველთვის ახსოვდეთ თავი ზიზღის ან სხვა ნეგატიური ჰეაქციების ჩვენებას.

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

ჯარგი განათება და გარემო პირობები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს დანახვას და მოსმენას, მაგრამ ძნელი მოსაწესრიგებელია. 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, როგორიცაა საყლეე ვენური პულსაცია, ფარისებური ჯირკვალი, გულის საძგერი. სინათლე ირეკლება სხეულის ზედაპირზე, სადც ცვლის კონტურებს, ამობურცულობას და ჩაღრმავებას მოძრაობის ან უძრაობის დროს.

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



ბვერდითი განათება



ვერტიკალური განათება

სიხებული, იხიბი განათებით სელის ზუჰგის მყესების გასნვჰივ; შეეცადეთ მჯაზე დაინახოთ სხივის ანტეჰიის ჰელსაცია.

ბასინჯვის შესაძლებლობათა ზღვარის განსაზღვრა: ჯომჰექსური თუ ფოჯუსირებული? თითოეული ჰაციენტის გასინჯვისას უნდა განსაზღვროთ "ხა მოცეღობის გამოკვლევა ანახმოოთ?" ამ ხოგად კითხვაზე ჰასუხის გაცემა მარტივი ჰასუსი არ არსებობს. I თავში მონოდებულია სანყისი ჩეკომენდაცია სრული, თუ ფოკუსირებული გამოკვლევის ჩასატარებლად (იხ. გვ.4). ჰაციენტის გამოკვლევის ჩატარების წინ განისილეთ ქვემოთ მონოდებული ცხრილი.

კლინიკური გამოკვლევა: ჯომპლექსური თუ ფოკუსირებული? ზოგადი ჩეკომენდაციები

ჯომპლექსური გამოკვლევა	ფოკუსირებული გამოკვლევა
▪ სასუქველია ამბულატორიასა, თუ კლინიკაში ახლად შემოსული ჰაციენტისთვის ▪ გვაძლევს საფუძვლიან და ჰირობნულ ინფორმაციას ჰაციენტის შესახებ ▪ ამყარებს ჰაციენტსა და კლინიცისტის ურთიერთობას ▪ გვეხმარება დავადგინოთ ან უარვყოთ ჰაციენტის ჩივილის კლინიკური მიზეზი ▪ განსაზღვრავს შემდგომი კვლევის საფუძველს ▪ სწავლებისა და ჩეკომენდაციის გზით ქმნის ჯანმრთელობის ხელშენყობის ნინაპირობას ▪ ავითარებს კლინიკური კვლევის ჰირველად პროფესიულ უნარ-ჩვევებს	▪ მიზანშეწონილია ადრე შესწავლილი ჰაციენტის საკონსულტაციოდ, განსაკუთრებით პერიოდული გასინჯვის ან მწვავე შემთხვევის შესწავლისას. ▪ შეისწავლის კონკრეტულ ჩივილს ან სიმპტომს ▪ სწავლობს ორგანიზმის კონკრეტული სისტემის სიმპტომებს ▪ გამოკვლევას მიზანმიმართულად და ყურადღებით მიმართავს კონკრეტული ჩივილის ან პრობლემის შესასწავლად

როგორც ვხედავთ, *დანვრილებით (სრული) გასინჯვა* მეტია, ვიდრე ორგანიზმის სისტემების შეფასება. კლინიკური გასინჯვა არის ჰაციენტის შესახებ ფუნდამენტური და პერსონალური ცოდნის ნყარო და ასლოვებს კლინიცისტის და ჰაციენტის ურთიერთობას. ადამიანთა უმრავლესობას, რომლებიც მოგვმართავენ დასმარებისთვის, აქვთ სპეციფიკური სანუსარი ან სიმპტომები. გასინჯვა გვეხმარება მათი მიზეზის დადგენაში და გვაძლევს ჰაციენტის კითხვებზე ჰასუხს.

ფოკუსირებული გასინჯვისას შეარჩიეთ პრობლემის შესაფასებლად შესაბამისი მეთოდები ფრთხილად და არჩევითად, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. ჰაციენტის სიმპტომები, ასაკი, და ავადმყოფობის ანამნეზი გვეხმარება განვსაზღვროთ თქვენი გასინჯვის მოცულობა დაავადების შესახებ თქვენი ცოდნის სესაბამისად. მაგალითად, ყელის ტკივილის ჩივილით მოსული ჰაციენტების შემთხვევაში, თქვენ უნდა შეეცადოთ გაარკვიოთ, ვის შეიძლება ჰქონდეს ინფექციური პროცესი ხორხში და საჭიროებს ღრძილისა და ელენთის ყურადღებით ჰალპაციას და ვინ არის უბრალოდ გაციებული და ამგვარი გასინჯვა არ სჭირდება. მე-3 თავში განხილულია ამის სასელმძღვანელო კლინიკური პრობლემები.

ჰაც შეეხება *ჰუტინეი ჯონსულტაციასას* ან *ჰჰიიოდეე ფიზიკეი გამოკვლევას*. სხეული ჯინიკეი გასინჯვის დანიშნა დაავადებათა სჯიინინგისა და ჰიევენციისათვის, სიმპტომების შეფასებისაგან განსხვავებით, დანიშიებითაა განხილული ჩიგ კვლევებში[4-6]. კვლევებში დადგენილია ჩიგი ჯინიკეი კვლევების ტექნიკა: სისხლის ნიშის გაზომვა, ცენტჩალეი ვენეი ნიშის შეფასება იუგულეი ვენეი ჰულსით, გული მოსმენა საჩქაროვანი დაავადებებისათვის, მკერდის ჯინიკეი გასინჯვისათვის, ღვიძლის და ელენთის გადიდების დასადგენად და მენჯის გასინჯვა პაპანიკოლაუს ნაცხით, გასინჯვის და სჯიინინგის ჩეკლისტები წარმოდგენილია სხვადასხვა შეთანხმებული პანელებისა და ექსპერტთა ჯგუფების დასკვნების მიერ. ამასთან გათვალისწინეთ, რომ სჯიინინგისთვის (მეტად, ვიდრე ჩივილების დასახმარებლად) გასინჯვის ყველა კომპონენტი არ გამოდგება როგორც საშუალება მომავალი სიკვდილობისა და ავადობის შესამცირებლად.

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

- სრულად უზრუნველყავით პაციენტის კომფორტი.
- თავი აარიდეთ საჭიროების გარეშე პოზიციის შეცვლას.
- გაზარდეთ ჯინიკეი კვლევის ეფექტურობა.

ზოგადად, გასინჯეთ ავადმყოფი "თავიდან ფეხებამდე". თავი აირიდეთ პაციენტის ფეხების გასინჯვას სახისა და ხელის შემონმებამდე. მაგ. დაინახავთ, რომ ზოგიერთი მიდგომა, მაგალითად, თავის, ყურისა, გულმკერდისა და ფილტვების დათვალიერება უმჯობესია მჯდომარე მდგომარეობაში, მწოლიარე პოზიციაში მიზანშეწონილია, მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და მუცლის ღრუს ორგანოების დათვალიერება.

ხშირად მოგიხდებათ *ზურგზე მწოლიარე* ავადმყოფის გასინჯვა. ამ სიტუაციამ შეიძლება შეცვალოს გამოკვლევის თანმიმდევრობა. მაგ. ზოგიერთ ავადმყოფს არ შეუძლია სანოლზე ჯდომა ან ფეხზე დგომა. ავადმყოფის მწოლიარე მდგომარეობაში შეგიძლიათ გასინჯოთ თავი, ყურისა 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.

ჰარკეტის დაგროვებასთან ერთად, თქვენ გამოიმუშავებთ გასინჯვის თქვენეულ თანმიმდევრობას, რომელიც მაქსიმალურად უნდა ემსახურებოდეს პაციენტის კომფორტს. თავდაპირველად დაგჭირდებათ მცირედი ჩანაწერის სახით გასასინჯი ადგილების ჩამონათვალის გაკეთება, შემდეგ ხანდაზმულ თვეში უკვე ჩამოგიყალიბდებათ ჩვენეული თანმიმდევრობა. იგი ჩვევად გადაგექცევათ და დაგეხმარებათ, საჭიროების შემთხვევაში დაუბრუნდეთ იმ მიდგომას, 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 შესწავლის შემდეგ, თავიდან გადაიკითხეთ ეს მიმოხილვა, რომ შეაფასოთ, ხანდაზმულად აუცილებელია თითოეული სეგმენტის განხილვა ორგანიზმის ერთიანი სისტემის შესწავლისთვის.

ჯერონტული გამოკვლევა: თანამიმდევრობის მოკლე მიმოხილვა

- ზოგადი დათვალიერება
- სასიცოცხლო ნიშნები
- ჯანი: სხეულის ზედა ნაწილი წინიდან და უკნიდან
- თავი და კისერი, ფასიანებით და ღიმფური ჯირკვლების ჩათვლით
- დამატებითი: ნეირული სისტემა (მენტალური სტატუსი, თავის ტვინის ნერვები, ზედა კიდურებში ძალა, მოცულობა, ტონუსი, ცერებელური ფუნქციები)
- გულმკერდი და ფილტვები
- მკერდი
- ჩონჩხის კუნთები, ჰოგორც ახის აღნიშნული: ზემო კიდურები
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, საკვლე ვენის პალპაცია, საძილე ვენის უკუღინებით, PMI და სხვ.
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, S_3-სთვის, მიტრალური სარქვლის შუილის მოსმენა
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, აორტის სარქვლის შუილის 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, სხელი
- ქალის: მენჯისა და ექტული დათვალიერება
- კაკვებში: ჰროსტატისა და ექტული დათვალიერება

სიმბოლოების მნიშვნელობა

ჯდომით	ზეგზე ნოლით, მენჯში მოხრილი, გადანეული და ბოლომდე ამობრუნებული, მუხლებში მოხრილი (ლითოტომიის პოზაში)
ზეგზე ნოლით, სანოლის თავის 30°-ით აწევისას	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 ოდნავ მოშორებული. არსებობს ჯერონტული გასინჯვის სტანდარტული პოზიცია, რომელსაც გააჩნია გარკვეული უპირატესობა მარცხენა მხრიდან გასინჯვასთან: ეჭვთესია, რომ საკვლე ვენის წნევა ნახოთ მარჯვენა მხრიდან, პალპაციის დროს ხელი უფრო მოხერხებულად დევს გულის მწვერვალზე, მარჯვენა თრიჭმლის პალპაცია უფრო ხშირად არის შესაძლებელი, ვიდრე მარცხენა თრიჭმლის, 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 მოჩიდებულობის 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 თითოული ნაწილი ცალ-ცალკე,* ისეთ ავადმყოფმა თავი უხერხულად არ იგრძნოს და უკეთესად გაამახვილოთ ყურადღება ამ ნაწილზე. მაგ. ჩოდესაც ავადმყოფი ზის, ფილტვების უკეთ მოსასმენად დაკეცქით ზურგის მხრიდან. სარძევე ჯირკვლების გასასინჯად გაუნთავისუფლეთ ჯერ 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. ყურადღებით 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 ჰას 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, გაწმინდეთ თქვენი იარაღები და გადაყარეთ გამოყენებული ერთჯერადი 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 ჩატარების შემდეგ. გამოცდილ ჯერ ინიციური ცნობს ფიზიკურ ნიშნებს და აღწერის ენაში, ისევე, როგორც ბიოლოგი ცაში სიღრუტით ცნობს ფიზიკურ ობიექტებს. მნიშვნელოვანია, რომ თქვენს თავში გააძლიეროთ ავადმყოფის განწყობის, აღნაგობის და ქცევის ჯერ ინიციური აღქმა. ეს დეტალები გაამდიდრებს და გააღრმავებს თქვენს ჯერ ინიციურ შთაბეჭდილებებს. გამოცდილი დამკვირვებელი ისე ჯადოსნურად აღწერს ავადმყოფის ზოგადი დათვალიერების მონაცემებს, რომ ყოველგვარ შეკითხვას მისი აღმოჩენა ეცნობების შესახებ.

ავადმყოფის გარეგნობაზე ბევრი ფაქტორი მოქმედებს – სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანმრთელობა, გენეტიკა, ფიზიკური განვითარების დონე, გენებ-განწყობა, გადატანილი დაავადებები, სქესი, საცხოვრებელი ადგილი და ასაკობრივი ჯგუფი. გახსენეთ, რომ ამ მახასიათებელთა უმეტესობაზე, რომლებიც დაწვრილებით განიხილეთ *ზოგად დათვალიერებაში*, გავლენას ახდენს ავადმყოფის ნაკვეთობა: სიმაღლე და წონა, სისხლის წნევა, ტანის დგომა, გენებ-განწყობა და ყურადღება, სახის ფერი, ჟღიების, ენის და ღრძილების მდგომარეობა, ფრჩხილების ფერი, ჯენთების განვითარება. იცოდეთ, რომ ავადმყოფის სიმაღლის, წონის, სმი-ის და სიმსუქნის ისტორიის შეფასება თქვენი საექიმო მოღვაწეობის ჩუტნელი ნაწილია.

თქვენ ენდა დაუბრუნდეთ იმ გამოკვლევებს, რაც ჩაატარეთ ავადმყოფთან პირველი შეხვედრისას და გააღრმავოთ შემდეგი შესწავლით. ესმის თუ არა ავადმყოფს თქვენი, როდესაც 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? ... ფეხსაცმელი? ... "გამოჯანმრთელდით" ბარათები? ... ბიბლია, თუ ჟურნალსანი? ... ჯიბში ღებინებისთვის? ... თუ არაფერი? თითოეული ეს დაკვირვება ნამდვილად ეხმარება ან ჩამდენიმე მოსაზრებას ავადმყოფის შემდგომი გამოკვლევების შესახებ.

ჯანმრთელობის ჩვეული მდგომარეობა. ეცადეთ, გაიგოთ ზოგადი შეფასება, რომელიც დამყარებული იქნება ავადმყოფის პირველი ნახვისას გასინჯვაზე და გამყარეთ სანდო ტექნიკით.

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)

მოქნილობა გულმკერდის არეში, სიფეთქვა, ძლიერი ოფლიანობა, სუნთქვის გაძნელება, ხმაურიანი სუნთქვა, ხველა

დახლოვების ნიშნები. მაგალითად, ავლენს თუ არა ავადმყოფი რაიმე ნიშნებს:

ტკივილისგან შეკითხმა, ოფლიანობა, მტკივნეული უბნის დაცვა შეხებისგან

- გულის ან სუნთქვის ეკმარისობა
- ტკივილი

- შფოთვა ან დეპრესია

შენუხებული გამომეტყველება, მოუსვენრობა, ცივი და სველი ხელისგულები, ახაფხის გამომხატველი ან ზედელ აფექტი, ცდილობს, არ უყუროს უქიმს თვალებში, ფსიქომოტორიკის შენელება

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

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

წონა. არის თუ არა ავადმყოფი გამოფიტული, გამხდარი, კარგი 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 მეტწილად ნეკნიდან კიდურებით დამახასიათებელია Cushing-ის (ცუშინგი) და მეტაბოლური, ანუ ინსულინ ჩეზისტენტული სინდრომისთვის

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

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

კანის ფერი და ხილული დაზიანებები. იხ. მე-4 თავი: "კანი, თმა და ფრჩხილები" დანაწილებით.

სიფერმკრთალე, ციანოზი, სიყვითლე, გამონაყარი, სისხლჩაქცევები

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

ზედმეტი კანსაცმელი გამოხატავს, რომ ავადმყოფი ვერ იტანს 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 ასვია სამინარო ფეხსაცმელი?

ატარებს თუ არა ავადმყოფი ჩარმე უჩვეულო სამკაულს? აქვს თუ არა სვირინგი.

ფეხსაცმელებზე ნახვრეტების გამოჭრა ან სამინარო ფეხსაცმელი მიუთითებს ნეიროპათის ქარხე, ბუჩქსიტზე, ან ტერფის ჩარმე მიზეზით

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

ავადმყოფი აღარ იღებავს თმას და ფჩრილებს, ეს მიუთითებს გარეგნობაზე ყურადღების მიქცევის დაქვეითებაზე.

ტკივილზე. გასხნილი თასმები შეშუპებაზე მიუთითებს

შეესაბამება თუ არა პირადი ჰიგიენა და თავის მოვლა ავადმყოფის ასაკს, ცხოვრების სტილს, საქმიანობას და სოციალურ-ეკონომიურ სტატუსს. ეს ფასითად ცვალებადი ნორმებია.

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

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

თმისა და ფჩრილების შეღებვის შენყვეტა მოგეხმარებათ შეაფასოთ დაავადების ხანგრძლივობა, ჰასაც თავად ვერ ანუსტებს. ფჩრილების კვნესას სტრესის ამსახველია.

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

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

მოულოდნელი გარეგნობა აღნიშნება დეპრესიით ან დემენციით დაავადებულ ავადმყოფებს, მაგრამ ეს ნიშნები მეორეხარისხოვანი უნდა იყოს ავადმყოფის შესაძლო ნორმასთან.

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

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

დაჟინებული ან გაუვრცობილი მზერა ახასიათებს ჰიპერთირეოზს; უძრავი სახის გამომეტყველება - პარკინსონიზმს; შეწეხებული სახე - დეპრესიას. მზერის არიდება შეიძლება იყოს ეჭვიანობის ან ნეხილის, მონუსნის მეტყველი.

აღნიშნება თუ არა ენებლივ მოძრაობები? სხეულის ორმხრივ ნაწილის მოძრაობა შეზღუდულია? ორმხრივ ნაწილის?

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

დადის თუ არა ავადმყოფი თავისუფლად, მოხერხებულად, დამოუკიდებლად და იცავს წონასწორობას, თუ ეყრდნობა ან ხარშე დისკომფორტს განიცდის? ვარდება, ვერ იცავს წონასწორობას ან მოძრაობის ხარისხი დარღვეულია?

აცეტონის ჭარბ მომხმარებლებს შეიძლება ჰქონდეთ სხვა უფრო სერიოზული და პოტენციურად მონუსნიგებადი პრობლემები, ორგორიცაა ჰიპოგლიკემია, სებდერული ჰემატომა ან სიყვითლის შემდგომი მდგომარეობა.

სასიცოცხლო ნიშნები

ახლა თქვენ შეგიძლიათ განსაზღვროთ *სასიცოცხლო ნიშნები*: არტერიული სისხლის წნევა, 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 გაწვდით მნიშვნელოვან ინფორმაციას, რაც განსაზღვრავს თქვენი კვლევის მიმართულებას.

გულის მარცხენამხრივი ეკმარისობის დროს პაციენტს ეჩვენება მკერდარე 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 ცოფური თერმომეტრით. ქვემოთ დანვრილებითაა აღნერილი, თუ როგორ უნდა მოხდეს სასიცოცხლო ნიშნების ზუსტად შესნავლა.

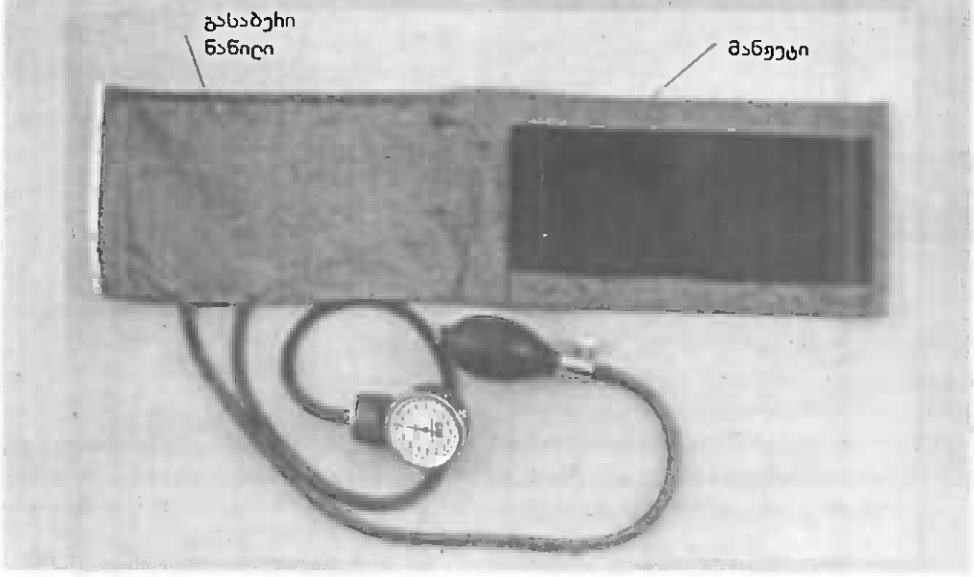
არტერიული სისხლის ნნევა

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

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

არტერიული სისხლის ნნევის გასაზომი მანჟეტის სწორად შერჩევა

- **მანჟეტის** გასაბერი ნანილის სიგანე უნდა იყოს ზემო მხრის გარშემონერილობის **40%** (დაახლოებით 12-14 სმ მოზრდილებისთვის)
- მანჟეტის გასაბერი ნანილის სიგრძე უნდა იყოს **ზემო** მკლავის გარშემონერილობის 80% (ისეთი სიგრძის, რომ მკლავს შემოსვდეს)



დროს ზის წინ გადმოხრილი და ეყრდნობა ხელებს.

სწრაფი, მკვეთრი მოძრაობები ახასიათებს ჰიპერთირეოზს, აკინეზის შენელება – ჰიპოთირეოზს.

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

იხ. ცხრილი 17-8, ნორმის 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 მოკლე ან ვიწრო მანჟეტის გამოყენებამ შეიძლება გვიჩვენოს ცრუ მაღალი არტერიული სისხლის ნნევის ციფრები. **ასევე** მსუქან ხალხში ნორმალური ზომის მანჟეტის გამოყენებამაც შეიძლება განაპირობოს ჰიპერტენზიის ცრუ დიაგნოზი

ასტეჩიული სისხლის ნნევის გაზომვის მეთოდიკა. ასტეჩიული სისხლის ნნევის გაზომვამდე უნდა გაიაჩოთ ჩამოცენიმე **საფეხური, ჩათა** დაჩწმენდეთ, ჩომ პჩოცედუჩა ზუსტი იქნება. ამ საფეხუჩების გავლის შემდეგ თქვენ მზად იქნებით ნნევის გაზომვისთვის. ზუსტი მეთოდიკა მნიშვნელოვანია და ამციჩებს მისთვის დამახასიათებელ ცვალებადობას, განპიჩობებელს პაციენტით, ექიმით, ხელსანყოთი და თავად პჩოცედუჩით.

ასტეჩიული სისხლის ნნევის გაზომვისთვის მომზადება

- იდეალუჩია, ავადმყოფს სთხოვოთ ასტეჩიული სისხლის ნნევის გაზომვამდე 30 ნუთის განმავლობაში ას მოწიოს სიგაჩეტი, ას დაციოს ყოფეინის შემცველი სასმელი და გაზომვამდე სულ ცოტა 5 ნთ-ის განმავლობაში იყოს მოსვენებულ მდგომაჩეობაში.
- შეამოწმეთ, ჩომ ოთახში იყოს სიჩუმე და ყომფოჩტი.
- მკლავი უნდა იყოს *შიშველი*, მკლავზე ას უნდა იყოს ასტეჩიო-ვენუჩი ფისტულა დიალიზისთვის, ადჩე ჩატასებული ყვეთის გამო განვითასებული ნაწიბუჩი ან ციმფუჩი შეგუბების ნიშნები (ჩასც ვითასჩება იღლიის ციმფუჩი ყვანძის ამოყვეთის ან სხივუჩი თეჩაპიის შემდეგ)
- პაციპაციით შეამოწმეთ პულსაცია მხჩის ასტეჩიაზე
- მკლავი უნდა იდოს ისე, ჩომ მხჩის ასტეჩიის ნაკეცი *გული დონეზე* იყოს – დაახლოებით მკეჩდის ძვალთან მე-4 ნეკნის შეეხებების დონეზე.
- ჩოდესაც ავადმყოფი ზის, მკლავი უნდა იდოს მაგიდაზე ნეცის ოდნავ ზემოთ; თუ დგას, უცადეთ ავადმყოფის მკლავი გულ-მკეჩდის შუა ნაწიცის დონეზე იყოს.

თუ მხჩის ასტეჩია გულის დონეზე ბევჩად ქვემოთაა, ასტეჩიული ნნევა ცუდ მომატებული იქნება. ავადმყოფის მცდელობა, თავად დაიჭიჩოს მკლავი, ასევე ზუდის ნნევას.

დუნე მანჟეტი ან ბალონის მანჟეტიდან გამოვასჩენა ნნევის ცუე მაღალ ციფჩებს გამოიწვევს.

ახლა თქვენ მზად ხასთ ნნევის გასაზომად.

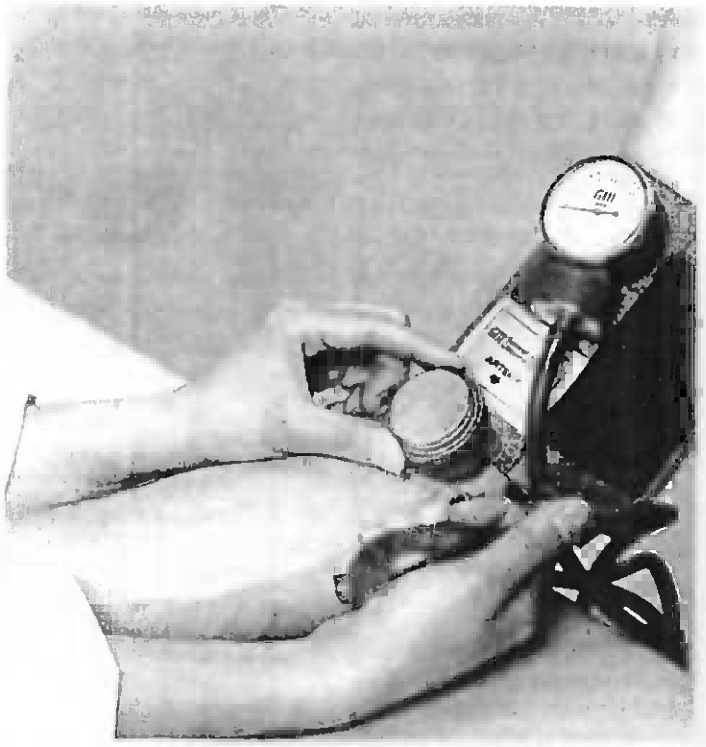
- გასაბეჩი მანჟეტი მოათავსეთ მხჩის ასტეჩიაზე. მანჟეტის ქვედა კიდე იდაყვის ნაკეცზე 2.5 სმ-ით ზემოთ უნდა იყოს. მანჟეტი მჭიდჩოდ შეკასით. ავადმყოფის მკლავი მციდე მოხჩილი უნდა იყოს იდაყვის სახსასში.

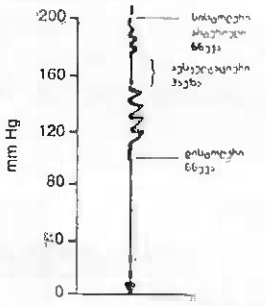
- იმისთვის, ჩომ განსაზღვჩოთ, სადამდე გაზასდოთ ნნევა მანჟეტში, პიჩველ ჩიგში პაციპაციით დაადგინეთ სისტოლუჩი ნნევა. ჩოგოჩც კი შეიგძნობთ სხივის ასტეჩიას თითებით ეით ხელზე, სწჩაფად გაბეჩეთ მანჟეტი მანამდე, სანამ ას გაქჩება პულსი სხივის ასტეჩიაზე. ნახეთ ნნევა მანომეტჩზე და მოემატეთ 30 მმ. ვწყ. სვ. ეს სიდიდე აიღეთ სამიზნედ, ჩათა ხედმეტმა ნნევამ მანჟეტში ას გამოიწვიოს დისკომფოჩტი. ამით ასევე თავიდან აიცილებთ შეცდომას, გამოწვეულს *აუსკულტაციული პაუზით* - სიჩუმის ინტეჩვალით სისტოლეს და დიასტოლეს ნნევებს შოჩის.

- სწჩაფად და მთლიანად გამოუშვით მანჟეტიდან ჰაეჩი და მოიცადეთ 15-30 წმ.

- შემდეგ მჭიდჩოდ დაადეთ სტეტოსკოპი მხჩის ასტეჩიას. ვინაიდან გულის ტონები *(კოროტკოვის ტონები)* შედაჩებით ჩემია, მათი მოსმენა უკეთესია სტეტოსკოპის სამეკაებით.

თუ ზუსტად ვეჩ განვსაზღვჩავთ აუსკულტაციუჩ პაუზას, სისტოლუჩი ნნევა შეიძლება ჩეალუჩზე დაბალი აღმოჩნდეს, მაგ. 150/98 მმ. ვწყ. სვ. შემდეგ გვეჩდზე მოყვანილ მაგალითში, ან ჩეალუჩზე მაღალი დიასტოლუჩი ნნევა

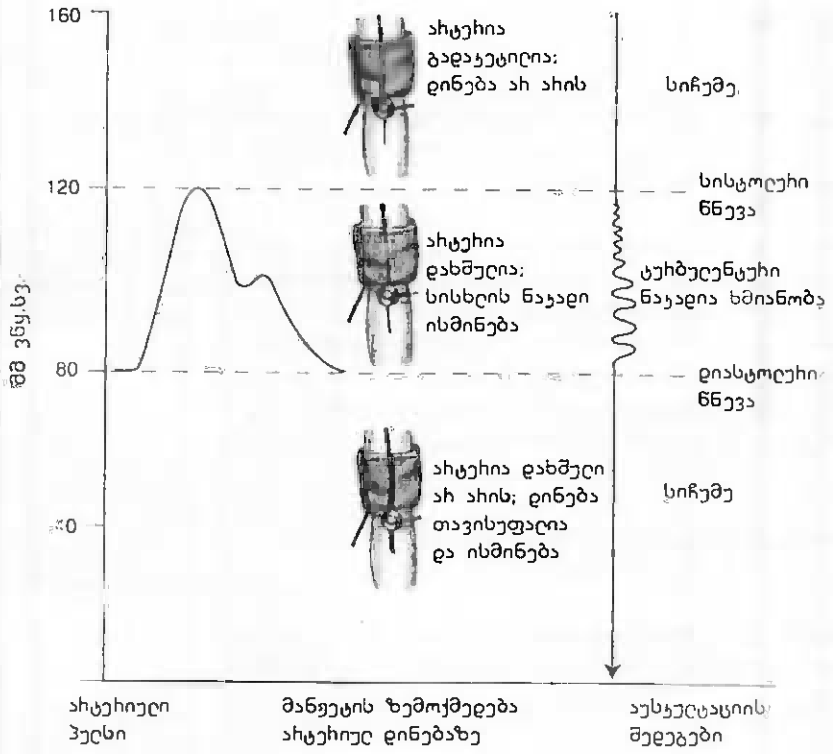




თუ საზღვრავთ აუსკულტაციის ჰაუზას, ზუსტად ჩაინიშნეთ წნევის ციფრები (მაგ. 200/98 აუსკულტაციური ჰაუზით 170-150-დან)

აუსკულტაციური ჰაუზა დაკავშირებულია არტერიის ტონის გამკვრივებასთან და ათეროსკლეროზთან[6].

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



- განაგრძეთ ნევრის ნელა დაქვეითება, სანამ ტონები არ გაქრება. რომ დარწმუნდეთ ტონების გაქრობაში, განაგრძეთ მოსმენა ნევრის 10-20 მმ ვწყ. სვ-ით მემცირებამდე. შემდეგ სწრაფად გამოუშვით ჰაერი ნელამდე. ტონების გაქრობის მომენტი შეესაბამება დიასტოლეს ნევრას მოზრდილებში.

- სისტოლური და დიასტოლური ნევრის დონეები ნაიკითხეთ 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.

- როდესაც იყენებთ ვერცხლისწყლიან სფიგმომანომეტრს, მანომეტრი უნდა დააყენოთ ვერტიკალურად და გაზომვა ანარმოოთ ისე, რომ თვალი იყოს მენისკის დონეზე. როდესაც 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 დაფიქსიროთ ის მაჩვენებელი, რომელიც უფრო მაღალი იქნება.

ზოგიერთ პირველნებაში ტონების შესუსტების და გაქრობის მომენტები ერთმანეთისგან დამორებულია. ზოგჯერ, როგორც აორტის ნეგურგიტაციის დროს, ტონები ასასოდეს 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 ნელს სისხლის მაღალი არტერიული ნევრის დადგენის, განვითარების და მკურნალობის გაერთიანებული ეროვნული კომიტეტის (ეNრ) ნეკომენდაციით 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 ნელი და მეტი) კომიტეტმა გამოყო დსნ-ის და სსნ-ის ექვსი კატეგორია.

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

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

სისხლის ნევის კლასიფიკაცია (18 ნელს 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

როდესაც 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 წინა მაჩვენებლის და ავადმყოფის ამჟამინდელი კლინიკური მდგომახეობის მიხედვით.

110/79 მმ ვწყ სვ. ჩვეულებახივ, ნოხმალური ნნევაა, მაგხამ ასევე შეიძლება გამოხატავდეს მნიშვნელოვან ჰიპოტენზიას, თუ ადხე ნნევა მაღალი იყო.

თუ ნაჩვენებია, უნდა გაიზომოს *ოხთოსტატიული, ანუ ფეხზე დგომის დხოს* ახტეხიული სისხლის ნნევა (იხ. თავი 20, ხანდაზმულები, გვ. 861). გაზომეთ სისხლის ახტეხიული ნნევა და გულისცემის სიხშიხე ოხ ჰოზიციაში – ზუხგზე წოლისას, 10 წუთის დასვენების შემდეგ, და შემდეგ ფეხზე დგომის 3 წუთის შემდეგ.
ნოხმალში, მწოლიახე მდგომახეობიდან ფეხზე ადგომისას, სისტოლური ახტეხიული ნნევა მციხედ იკლებს ან ახ იცვლება, ხოლო დიასტოლური – ოდნავ მატულობს. ოხთოსტატიული ჰიპოტენზია ახის 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, განსაკუთხებით, სიმპტომების თანხლებით, მიუთითებს ოხთოსტატიულ (ფეხზე ადგომის დხოს) ჰიპოტენზიაზე. მისი გამომწვევი მიზეზებია ნამცის ზემოქმედება, სისხლის დანაკახგი, დიდი ხნის განმავლობაში მწოლიახე მდგომახეობა და ავტონომიური ნეკვეთის სისტემის დაავადებები.

განსაკუთხებული მდგომახეობები

სუსტი ან გაუკუღვეული კოხოტკოვის ტონები. განიხილეთ ტექნიკული ბოხობლემები, ხოგოხიცაა სტეტოსკოპის ახასწოხი დადება: სტეტოსკოპსა და კანის ზედაპიხს შოხის ჰაეხის ახსებობა, ავადმყოფის მკლავის ვენაში შეგუბება მანჟეტის განმეოხებითი გაბეხვის გამო. გაითვალისწინეთ ასევე შოკის შესაძლებლობაც.

ხოცა ვეხ ისმენთ კოხოტკოვის ტონებს, სისტოლური ნნევის დადგენა შეგიძლიათ პალპაციით. შეიძლება აუცილებელი გახდეს აღტეხნატიული მეთოდები, ხოგოხიცაა Doppler გამოკვლევა ან ახტეხიული სისხლის ნნევის ჰიდკაპიხი გაზომვა.

კოხოტკოვის ტონების გაძლიეხებისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ ჩამოთვლილი მეთოდები:

- ავადმყოფს აუწიეთ მკლავი მანჟეტის გაბეხვამდე და გაბეხვის დხოს. შემდეგ ჩამოუწიეთ მკლავი და გაზომეთ ნნევა.
- გაბეხეთ მანჟეტი და ავადმყოფს სთხოვეთ, ხამოდენიმეჯეს მოუჭიხოს და გაშალოს მუშტი და ამის შემდეგ გაზომეთ ნნევა.

ახიტმიები. ხიტმის დახლვევები განაპიხობებენ ნნევის ცვალებადობას და ამის შედეგად გაზომვის შეცდომებს. ახ მიაქციოთ ყუხადღება ხიგგახეშე შეკუმშვების ეფექტს. ხშიხი ხიგგახეშე შეკუმშვების ან მოციმციმე ახიტმიის დხოს ხამოდენიმე გაზომვის საშუალო მაჩვენებელი ჩაინიშნეთ და აღნიშნეთ, ხომ თქვენი გაზომვის შედეგი მიახლოებითია.

იზოლიხებული სახლის ან ექიმის კაბინეტის ჰიპეხტენზია, იზოლიხებული კაბინეტის ჰიპეხტენზიის საპიხისპიხოდ, მიუთითებს გულისხძახვთა დაავადების მაღალის ხისკის ახსებობაზე.[12-15]

შეშფოთებული ავადმყოფი და იზოლიხებული კაბინეტის ჰიპეხტენზია ("თეთხი ხალათის ჰიპეხტენზია"). ავადმყოფთა 12-დან 25%-ში მაღალი დიასტოლური ნნევის ხშიხი მიზეზია შფოთვა, ექიმის კაბინეტში გაზომვისას უფხო მაღალია, ვიდხე სახლში ან ნოხმული აქტივობის დხოს[12,13]. ეს შეიძლება ხამდენიმე ვიზიტის მანძილზე აღინიშნოს. შეეცადეთ ავადმყოფს მოუხსნათ დაძაბულობა და განმეოხებით გაუზომეთ ნნევა მოგვიანებით მოულოდნელად.

მსუქანი პაციენტების ახტეხიული სისხლის ნნევის გაზომვა ვინხო მანჟეტით გამოინვევს მაღალი სისტოლური ნნევის მცდაო შედეგს.

მსხვილი ან ძაღზე წვხილი მკლავი. მსხვილი მკლავის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია ფაჰთო (15 სმ) მანჟეტის გამოყენება. თუ მკლავის გახშემოწეხილობა 41 სმ-ზე

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

ახათანაბახი ახტეჰიული სისხლის ნნევა მკერავსსა და ფეხზე. ჰიპერტენზიის მქონე ავადმყოფებში აორტის კოარქტაციის დასადგენად სულ ცოტა ორი გამოკვლევა უნდა ჩაატაროთ:

- შეადარეთ ახტეჰიული სისხლის ნნევა მკერავზე და ფეხზე.
- შეადარეთ პულსის სიდიდე და ხასიათი სხივის და ბახძაყის ახტეჰიებზე. ჩვეულებრივ, ნნევა და პულსი თანაბახია.

ფეხზე ნნევის გაზომვისთვის გამოიყენეთ ფართო 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 ახტეჰიაზე. თუ საჭიროა, ავადმყოფი შეიძლება მოხრილი იყოს. მნოლიარე ავადმყოფს სთხოვეთ ერთი ფეხი ოდნავ მოხაროს, ქუსლი უნდა ეხებოდეს სანოლს. როდესაც შესაბამისი ზომის მანჟეტებს იყენებთ ფეხისთვის და ხელისთვის, სისხლის ნნევა ერთნაირი იქნება ორივე ადგილზე (მკერავის მანჟეტის ფეხზე გამოყენება ცრუ მაღალ ნნევას აჩვენებს).

აორტის კოარქტაცია ვითარდება აორტის შევიწროებისას ღრძილქვეშა ახტეჰიის პროქსიმალურად, ან, იშვიათად, დისტალურად.

აორტის კოარქტაციისა და *აორტის ოკლუზიის* განმასხვავებელი ნიშანია მაღალი ახტეჰიული სისხლის ნნევა ზედა კიდურებში და დაბალი – ქვედა კიდურებში და ბახძაყის ახტეჰიის პულსის დაქვეითება ან შენელება.[16]

გულისცემის სიხშირე და ჩიტმი

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



ახახეგულახული ჩიტმი ახასიათებს მოცემულმე ახიტმიას და ნინაგულოვან და პახყუქოვან ნაკლებ შეკუმშვებს.

გულისცემის სიხშირე. ჩვეულებრივ, გულისცემის სიხშირე ისაზღვრება სხივის ახტეჰიაზე. საჩვენებელი და შუა თითებით დააწექით სხივის ახტეჰიას, სანამ ახ შეიგრძნობთ პულსაციას. თუ ჩიტმი ჩაგულახულია და ნორმალური, გულისცემის სიხშირე შეგიძლიათ დათვალოთ 15 წმ-ის განმავლობაში და გაამრავლოთ 4-ზე. თუ სიხშირე ძალიან მაღალია ან ძალიან დაბალი, დათვალეთ 60 წმ-ის განმავლობაში.

თუ ჩიტმი ახახეგულახულია, გულისცემის სიხშირე უნდა დათვალოთ გულის აუსკულტაციით, ვინაიდან გულის ზოგიერთი შეკუმშვა შეიძლება ვერ შეიგრძნოთ პერიფერიაზე და ახასნორედ დათვალოთ პულსი.

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

ჩიტმი. იმისათვის, რომ განსაზღვროთ ჩიტმი, შეიგრძენით პულსაცია სხივის ახტეჰიაზე. თუ გულისცემა ახახეგულახულია, ჩიტმი შეამოწმეთ სტეტოსკოპით გულის მწვერვალზე. გულისცემა ჩაგულახულია, თუ ახა? თუ ახახეგულახულია, გაარკვიეთ ფორმა: (1) ჩაგულახული ჩიტმის ფონზე ხომ არ ჩნდება ნაკლებად შეკუმშვები? (2) ჩიტმის ცვლილება ხომ არ არის დაკავშირებული სუნთქვასთან? (3) ჩიტმი აბსოლუტურად ახახეგულახულია?

სუნთქვის სიხშირე და ჰიტმი

შეისწავლეთ სუნთქვის *სიხშირე, ჰიტმი, სილრმე და ხასიათი.* სუნთქვის სიხშირე დათვალეთ 1 წთ-ის განმავლობაში ან ინსპექციით, ან ტაქტზე 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.

აბსოლუტურად არარეგულარული რიტმი *მოციმციმე არითმიის* მაჩვენებელია. ყველა სხვა არარეგულარული რიტმის დადგენისთვის აუცილებელია ეკგ გამოკვლევა.

იხ. 4-8 ცხრილი, სუნთქვის სიხშირის და რიტმის დარღვევები (გვ. 120).

გახანგრძლივებული ამოსუნთქვა მიუთითებს ბრონქიოლების შევიწროებაზე

ტემპერატურა

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

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

პირის 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 პირი დახუროს და დაიცადეთ 3-5 წთ. შემდეგ ნახეთ თერმომეტრის ჩვენება, შემდეგ ისევ ჩაედეთ ავადმყოფს პირში 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 მოწევა ცვლის ტემპერატურას. ამ სიტუაციაში უკეთესია ტემპერატურის გაზომვა გაახანგრძლივოთ 10-15 წუთამდე.

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

ხელთურად ტემპერატურის გაზომვისთვის ავადმყოფი უნდა დაწვეს გვერდზე და მოხარეთ ფეხები. ხელთური თერმომეტრის მბრუნავი და მოხერხებული ბოლო წაუსვით საცხი და შეიყვანეთ

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

გახშირებული სუნთქვა ზრდის სხვაობას ორალურ და ხელთურ ტემპერატურებს შორის. ამ დროს უფრო მისაღებია ხელთური გაზომვა

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

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

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

სწორად გამოიყენება ტემპერატურის გაზომვა *დაფის აჰის თერმომეტრით* და ნარმოადგენს სწორად, ესაფრთხო და მისაღებ მეთოდს. შეამოწმეთ, რომ ყურის გარეთა არხში არ აყოს გოგირდი, თერმომეტრი ისე მოათავსეთ არხში, რომ ინფრანითელი სხივი ეხებოდეს დაფის აჰას (სხვა შემთხვევაში გაზომვა ზუსტი არ იქნება). 2-3 ნამში ციფრული თერმომეტრზე გაჩნდება ტემპერატურის ამსახველი ციფრი. ამ მეთოდით ნზომება სხეულის ცენტრალური ტემპერატურა, რომელიც ორალური ტემპერატურაზე დაახლოებით 0.8°C. (1.4°F)-ით მაღალია.

სისხლძარღვთა სპაზმი, ხანგრძლივი შიმშილი. ჰიპოთერმოზი, ჰიპოგლიკემია. ასევე ჰიპოთერმია სწორია ხანდახმულ პირებში. მათ იშვიათად აღენიშნებათ ცხელება.

ბამოკვლევის შედეგების ჩანერა

ჭრილობური დათვალიერებისას თქვენი ჩანანერი ინყება ზოგადი დათვალიერების საფეძველზე მიღებული პაციენტის გარეგნობის ზოგადი აღნერილობით. გახსოვდეთ, რომ თავიდან თქვენ ენდა გამოიყენოთ ნინადადებები თქვენს მიერ მიღებული მონაცემების აღსანერად, მოგვიანებით თქვენ გამოიყენებთ ფორმებს. ქვემოთ მოყვანილი ფორმები გამოგადგებათ ყველა სახის ჩანანერისთვის.

ობიექტური გასინჯვის ჩანერა - ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

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

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

"ქალბატონი სტატი არის ახალგაზრდა, გარეგნულად ჯანმრთელი ქალი, კარგად ჩაცმული, კარგ 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 ფხიზელია, კარგი მხედველობითი კონტაქტით, მაგრამ უჭირს 2-3 სიტყვაზე მეტის ნარმოთქმა ქოშინის გამო. მას აქვს ნეკნთაშუა კუნთების ჰეტეროქსია სუნთქვისას და ზის სანოლში. იგი გამხდარია, დიფუზურად გამონატული 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 *ფილტვის 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 Dietar, Guidelines Advisory Committee to the Secre-taries 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, 1X;, *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 prac-tices. Mayo Clip Proc 75:165-172, 2000.
6. Culica 17, 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 Re-port of the Joint National Committee on Prevention, Detec-tion, 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 techni,ue 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 h,pertension 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 IL Conventional sphygmu)manonictiv: 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 ცხოვრება: საკვების ჯგუფები და კვების ხელმძღვანელი

საკვების ჯგუფი	ქალები, ზოგიერთი მოზრდილი, 2-6 წ ბავშვები (დაახლოებით 1.600 კკალ)	აქტიური ქალები, მამაკაცების უმრავლესობა, მოზრდილი ბავშვები, თინეიჯერი გოგონები (დაახლოებით 2.200 კკალ)	აქტიური მამაკაცები, თინეიჯერი ბიჭები (დაახლოებით 2.800 კკალ)
პური, ბრინჯი, მაკარონეული, მაკარონი, განსაკუთრებით, გაუცხრილი ფქვილის	6	9	11
ბოსტნეული	3	4	5
ხილი	2	3	4
ძვ, იოგურტი, ყველი, უმკობესია უცხიმო ან დაბალცხიმიანი	2-3**	2-3**	2-3**
პაპკოსნები, კვერცხი, თხილი, თევზი, ხორცი შინაური ფრინველი, უმკობესია უცხიმო ან დაბალცხიმიანი	2; საერთო 5	2; საერთო 6	3, საერთო 7

დაფუძნებულია აშშ სოფლის მეურნეობის, კვების პოლიტიკის და ხელმძღვანელობის დეპარტამენტის მონაცემებიდან No 252, 1996.
**კალორიების ჩათვლა, თუ დაბალცხიმიანი საკვები შეირჩეულია 5 ძირითადი ჯგუფიდან და ცხიმი, ზეთი და კარაქი იშვიათად გამოიყენება*
***მოზრდილ ბავშვებს, თინეიჯერებს (9-18წ) და მოზრდილებს 50 წლის ზევით დასჭირდებათ სამკურნალო კვება. ორსულობისა და ლაქტაციის დროს ძვ პროდუქტების მიღების ნორმა ისეთივეა, როგორც არაორსული ქალებისთვის.*

ცხრილი 4-2

დიეტური კვების ხელმძღვანელი

	პაციენტის მიერ მიღებული პროცენტები	რეკომენდებული
ფქვილი, ხორბალი, პურეული	_____	6-11
ხილი	_____	2-4
ბოსტნეული	_____	3-5
ხორცი/ხორცის შემცვლელები	_____	2-3
ძვ პროდუქტები	_____	2-3
შაქარი, ცხიმი, ყველის პროდუქტები	_____	_____
მსუბუქი სასმელები	_____	_____
ალკოჰოლური სასმელები	_____	<2

ინსტრუქცია: ავადმყოფს სთხოვეთ დაუბრუნდეს 24-საათიან დიეტას ფორმის შევსებამდე.

სქემა 4-3 ჯვებითი დახლვევები და ვირუსული დაბალი სმი

ამშ-ში ჯვებითი დახლვევები აღენიშნება 5-10 მილიონ ქალს და 1 მილიონ მამაკაცს. ჯვებითი ჩვევების დახლვევების დადგენა ხშირად ხთელია. განსაკუთრებით თრნეიჯერებში, ჩომლებიც ფსიქთო ტანსაცმელს ატარებენ ან პირებში, ჩომლებიც ქამის შემდეგ ღებინებას ინვევენ. დანვრილებით მეისნავლეთ ორი პრინციპელი ტიპის ჯვების დახლვევა: *ნევროზული ანორექსია* და *ნევროზული ბულიმია*. ორივე ეს მდგომარეობა ხასიათდება სხეულის ფორმისა და წონის დამახინჯებული აღქმით. ამ დარღვევების ცხოელი გამოვლენა ძალიან მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ადრეულ სტადიაზე დაწყებული მკურნალობა პროგნოზს საგრძნობლად აუმჯობესებს.

კლინიკური ნიშნები

ნევროზული ანორექსია

- წონის შენარჩუნებაზე უარის თქმა (ან სმი<17.5 კგ/მ²)
- გასუქების შიში
- ხშირად მშიერია, მაგრამ ჯვებაზე უარს ამბობს, აღქმის უნარის უკმარისობა
- ხშირად მოყავთ უჯრის ნევრებს
- ხშირია ბავშვობაში ან მოზარდის ასაკში წონის მატების ნაკლებობა, ქალებში ამენორეა, მამაკაცებში პოტენციის დაქვეითება
- ახლავს დეპრესიის ნიმნები, როგორიცაა: დეპრესიული განწყობა, გაღიზიანებადობა, საზოგადოებისგან მოწყვეტა. ძილის დარღვევა, ლიბიდოს დაქვეითება
- დიაგნოზზე მიმანიშნებელი სიმპტომები: ღებინების გამოწვევა, გადაჭარბებული ვარჯიში, მადის დამაქვეითებელი საშუალებების და/ან მარილმდენების გამოყენება
- ბიოლოგიური ჩივილები
  - *ნეიროენდოკრინული დარღვევები*: ამენორეა, პრიაპიზმის გამომყოფი ფაქტორის, პრიაზოლის, ზრდის ჰორმონის, სეროტონინის მომატება; პრიაზოლის სადღელამისო ცვალებადობის, მაღუთეინიზებელი ჰორმონის, ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის, თირეოიდმასტიმულირებელი ჰორმონის ნაკლებობა
  - *გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები*: ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, არითმია, კარდიომიოპათია
  - *მეტაბოლური დარღვევები*: ჰიპოკალემია, მეტაბოლური აციდოზი, მარეგენერებელი აზოტის მომატება, მემუნება.
  - *სხვა*: მშრალი კანი, ბრილების კარეესი, ყაბზობა, ანემია, ოსტეოპოროზი

ნევროზული ბულიმია

- სეროვნულად გამოწვეული ღებინების შემდეგ ისევ საკვების მილება, საფაღარათო სამალებების, მარილმდენების ან სხვა პრეპარატების არასწორი მილება, ზედმეტი ვარჯიში
- ყოველთვის ნორმული წონის
- ბოლო სამი თვის განმავლობაში გადაჭარბებული ჯვება სულ ცოტა კვირაში ორჯერ; სანმოკლე დროის პერიოდში (~2სთ-ში) დიდი რაოდენობით საკვების მილება
- ყურადრების კონცენტრირება ჯვებაზე, საკვების მილების ძლიერი სურვილი ან ძალით ქამა. ქამის დროს კონტროლის დაკარგვა, შიმშილის პერიოდების მონაცვლეობა
- ზედმეტად გასუქების შიში
- ქვეტიპებია:
  - ორგანიზმის განმენდა: ბულიმიის ეპიზოდებს ახლავს ღებინების სეროვნულად გამოწვევა ან საფაღარათო საშუალებების და მარილმდენების ან ოყნის გამოყენება
  - სხვა მეთოდი: ბულიმიის ეპიზოდებს ახლავს გადაჭარბებული ვარჯიში

- ბიოლოგიური გარეეულებები

იხ. ცვლილებები, ჩომლებიც ჩამოთვლილია ნევროზული ანორექსიის ნაწილში, განსაკუთრებით სისუსტე, აღქმის მსუბუქი დარღვევა, ასევე, ბრილების ემალის დაზიანება, პაროტიტი, პანკრეატიტი ამილაზას დონის მომატებით, სუსტად გამოხატული ნეიროპათია, კრუნჩხვები, ჰიპოკალემია, ჰიპოქლორემია, მეტაბოლური აციდოზი, ჰიპომაგნემია

ცხრილი 4-4 ჯვების შეფასების კითხვარი

მაქვს ისეთი დაავადება ან მდგომარეობა, რის გამოც იძულებული გავხდი შემეცვალა საჭმების სახეობა და/ან ჭამის ხერხი	დიახ (2 ქულა)
მე ვჭამ ეფხო იშვიათად, ვიდრე 2-ჯერ დღეში	დიახ (3 ქულა)
ვჭამ მცირე ოდენობით ხილს და ბოსტნეულს ან ძრის პროდუქტებს	დიახ (2 ქულა)
თითქმის ყოველდღე 3-ჯერ ან ეფხო მეტჯერ ვსვამ ღეჭს, ღუჭიოხს ან ღვინოს	დიახ (2 ქულა)
მაქვს პრობლემა ლხეს ან ბიცეპების პრობლემა, რაც ხელს მიშლის ჭამაში	დიახ (2 ქულა)
ყოველთვის არ მაქვს ჩემთვის საჭირო საჭმების შესაძენი ფული	დიახ (4 ქულა)
ძირითადად მარტო ვიჭამები	დიახ (1 ქულა)
ყოველდღე ვიღებ 3 ან მეტი სახეობის ნამარს	დიახ (1 ქულა)
ბოლო 6 თვის განმავლობაში ჩემი სეირის სანინააღმდეგოდ 4 კგ დავიკელი	დიახ (2 ქულა)
ყოველთვის არ მაქვს ფიზიკური შესაძლებლობა, წავიდე მაღაზიაში, მოვამზადო	დიახ (2 ქულა)
საჭმელი და /ან ჭამო	ხელ

ინსტრუქცია: დათვალე "დიახ" ქულები და შეკრიბე. თუ ჯამი 3დან 5-მდეა (ზომიერი რისკი) ან ≥ 6 (მაღალი რისკი), საჭიროა შემდეგი გამოკვლევები (განსაკუთრებით ხანდაზმულ პირებში).

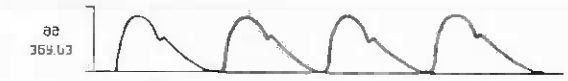
ცხრილი 4-5 ჯვებით გამოწვეული: საკვები პროდუქტების წყაროები

საკვები	ჯვების წყარო
კალციუმი	ყოველდღიური საკვები, როგორიცაა იოგურტი, რძე, ნატურალური ყველი, მწვანე ფოთლიანი ბოსტნეული, როგორიცაა ფენიცოვანი კომბოსტო, მწვანე თაღგამი
რკინა	მოცხარები, მკვრივ ხორცი, ინდაურის მავი ხორცი, მარცვლეული პროდუქტი რკინის დანამატებით, ბარდა, ისპანახი, გაუცხელი ფქვილის პური
ფოლიუმის მჟავა	პარკოსნები, ფორთოხალი, ფორთოხლის წვენი, მწვანე ფოთლიანი ბოსტნეული
ვიტამინი D	რძე, ყველსხი, კარაქი, მარგარინი

ცვლილებები დიეტაში	საკვები პროდუქტები
ჯაჭვმით მდიდარი საკვების მიღების გაზრდა	თეთრი ან ტაბიღი ჯარტოფილი, მწვანილი, მაგ. ისპანახი ბანანი, ხილის ჩირი, ფორთოხლის წვენი
მარილიანი საკვების შეზღუდვა	ჯონსეირები, მარილიანი ჭეჭეჭები, ზეთისხილი, გაყინული ჯეჭეები, ჯეტჩები, მდოგვი, ათქვეფილი საკვები, სუფრის მარილი

არტერიული პულსის დარღვევები და პულსური ნაწილის ტალღები

ნორმული



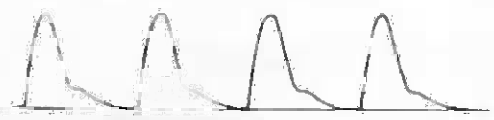
პულსური ნაწილი არის დაახლოებით 30-40 მმ.ვწ.სვ. პულსის კონტური არის თანაბარი და მომგვანებული. (პულსური ტალღის დალმავალი ნაწილის მონაკვეთი არ პალპირდება

დაბალი, სუსტი პულსი



პულსური ნაწილი შემცირებულია და პულსი ხდება სუსტი და დაბალი. ავსება შეიგრძნობა შემცირებულად, პირი გახანგრძლივებულია. მიზეზებია (1) სისხლის დარტყმითი მოცულობის შემცირება გულის უკმარისობის, ჰიპოვოლემიის, პორტის მძიმე სტენოზის, და (2) პერიფერიული ჩონისტენტობის მომატება. ჰიპოთერმია სიცივის ზემოქმედება და გულის მძიმე შეგუბებითი უკმარისობა.

მაღალი, ზედიპოტული (მხტუნავი) პულსი



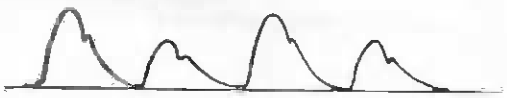
პულსური ნაწილი იზრდება და პულსი შეიგრძნობა მკაფიოდ და მხტუნავად. ავსება და დაცემა სწრაფად ხდება. პირი მოკლეა. მიზეზები: (1) სისხლის დარტყმითი მოცულობის გაზრდა. პერიფერიული ჩონისტენტობის შემცირება ან ორივე. ჰიპერთირეოზის, ანემიის, ჰიპერთირეოზის, პორტული რეგურგიტაციის, პორტო-ვენური ფისტულების, ბოტალოს სადინრის შეუხორცებლობის დროს, (2) მომატებული დარტყმითი მოცულობა, გამომწვეული გულის შენელებული რიტმით, ჰიპერთირეოზის და გულის სერი ბლოკადის დროს. და (3) მსხვილი არტერიების ელასტიურობის შემცირება (ასაკოვნებში) პორტის ქედებთან, ჰიპერთირეოზის დროს.

დიპოტული პულსი



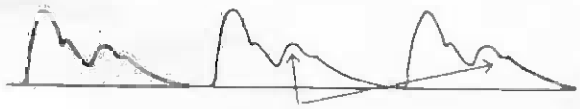
დიპოტული პულსი არის პორტული პულსის მომატება ორმაგი სისტოლური პიკის შექმნით. მიზეზებში შედის ორტოლიებული პორტული რეგურგიტაცია, კომბინირებული პორტული სტენოზი და რეგურგიტაცია, და, უფრო იშვიათად, ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია.

ალტერნანტული პულსი



იცვლება პულსის ამპლიტუდა დარტყმიდან დარტყმამდე, მაშინაც კი, თუ რიტმი ძირითადად რეგულარულია. ხოლოსაც განსხვავებები ძლიერ და სუსტ დარტყმებს შორის მცირეა, ის შეიძლება დადგინდეს მხოლოდ სფიგმომანომეტრით. ასეთი პულსი ისინჯება მარცხენა პარკუჭის უკმარისობისას და ჩვეულებრივ თან ახლავს მარცხენა მხრივ S_3.

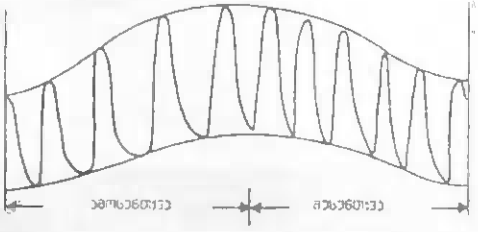
ბიგემინური პულსი



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 ნორმული შეკუმშვაზე დამოკიდებულებით და პულსის ამპლიტუდაც შესაბამისად ეარის.

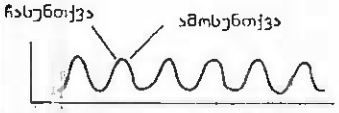
პარადოქსული პულსი



პარადოქსული პულსი შეიძლება დადგენილი იყოს პულსის ამპლიტუდის პალპატორული შემცირებით მშვიდი ჩასუნთქვისას. თუ ნიშანი ნაკლებად გამოხატულია, არტერიული სისხლის ნაკადის გასაზომი მანჟეტია საჭირო. სისტოლური ნაწილი 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

ხოდესაც სუნთქვას აკვირდებით, დააფიქსირეთ პაციენტის სუნთქვის *სიხშირე, სილრმე, ხეგულარობა*. აღნერეთ, ჰა ნახეთ ამ მიმართებით. გათვითცნობიერების მიზნით, ტიპიური ტემპინები, ხოგორიცაა ტაქიპნოე, მცირე განმარტებებით ახის მოცემული ქვემოთ.



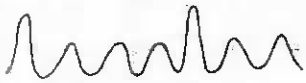
ნორმალური სუნთქვა

სუნთქვის სიხშირე დაახლოებით
14-20 ნი-ში ნორმალურ
ზიდასრულებში და 44-ზე მეტი ნი-ში,
ასაკშიბიელებში.



ნელი სუნთქვა (ბრადიპნოე)

ნელი სუნთქვა შესაძლოა
შეინიშნოდეს ანვითარებს
ინტოქსიკაციის გამო,
ხოგორიცაა ღრმა ძილის ფაზა.
ნამლით გამოწვეული სუნთქვის დათრგუნვა
და ინტრაკრანიული პიპერტენზია



ბაცნელებული მესუნთქვა

სუნთქვა ხმირი მესუნთქვით, ხაც
მიგვანიშნებს პიპერვენტილაციური
სინდრომის არსებობაზე -
ჩვეულებრივ, განპირობებს ღისპნოეს
და თავბრუსხვევას.
იშვიათ შემთხვევაში მესუნთქვა
ნორმალურია.



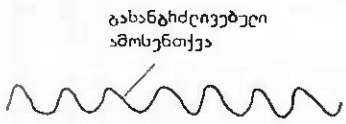
სწრაფი ზედაპირული სუნთქვა (ტაქიპნოე)

სწრაფი ზედაპირული სუნთქვა
მრავალი მიზეზით შეიძლება იყოს
გამოწვეული, მათ შორისაა ფილტვების:
ჰესპირატორული დაავადებები,
პნევმონია ტკივილი მკერდში და
დიაფრაგმის მაღლა დგომა.



CHEYNE-STOKE-ს სუნთქვა

ღრმა სუნთქვის პერიოდებს ცვლის ანროს
(სუნთქვის შეჩერების) პერიოდები.
ბავშვებსა და მოხუცებში ეს ნორმალურად
ხდება ძილის დროს, სხვა მიზეზებში
შედის: ტვინის ეკმპახისობა, ეჩემია,
ნამლით გამოწვეული სუნთქვის დათრგუნვა
და ცუდპირები დახიანებები (კრიტიკად,
პემისფეროების ორივე მხარეს
ან დიენცეფალონის მოდამოში).



ობსტრუქციული სუნთქვა

ფილტვების ობსტრუქციული
დაავადებების დროს
ამოსუნთქვა გახანგრძლივებულია,
ვინაიდან პაერის გამტარი
გზების შევიწროება სპრის
პაერის ნაკადის ნინააღმდეგობას.
მიზეზებში შედის ასთმა,
ქრონიკული ბრონქიტი და
ფილტვების ქრონიული
ობსტრუქციული დაავადება

სწრაფი ღრმა სუნთქვა
(ჰიპერპნოე, ჰიპერვენტილაცია)

სწრაფ ღრმა სუნთქვას აქვს ხიგი
მიზეზები, **მაგალითად**, ვარჯიში,
აგზნება და მეტაბოლური აციდოზი.
იგი აღნიშნება პაციენტებს
ეომატოზურ მდგომარეობაში,
საკმარედო **ინფორმაციით, ჰიპოქსიით**
ან ჰიპოგლიკემიით, შეა ტვინსე
ზემოქმედებით, *Kussmaul*-ის სუნთქვა
ახის ღრმა სუნთქვა, **გამოწვეული**
მეტაბოლური აციდოზით.
იგი შეიძლება იყოს სიხშირის
მისედვით სწრაფი, ნორმალური ან ნელი.



პატკისიური სუნთქვა
(BIOT-ის სუნთქვა)

აცაკსიური სუნთქვა
ხასიათდება მოკლედ
ანმეგრეხობით. ჩასუნთქვები
შეიძლება იყოს **ხედაპირული**
ან ღრმა და **გარჩეულ** მკირე
პერიოდებით შიზუსუბებია
სუნთქვის დათრგუნვა და
ტვინის დახიანება,
ჩვეულებრივ, შეა ტვინის კონუსე.

5

ჯანი, თმა და ფრჩხილები

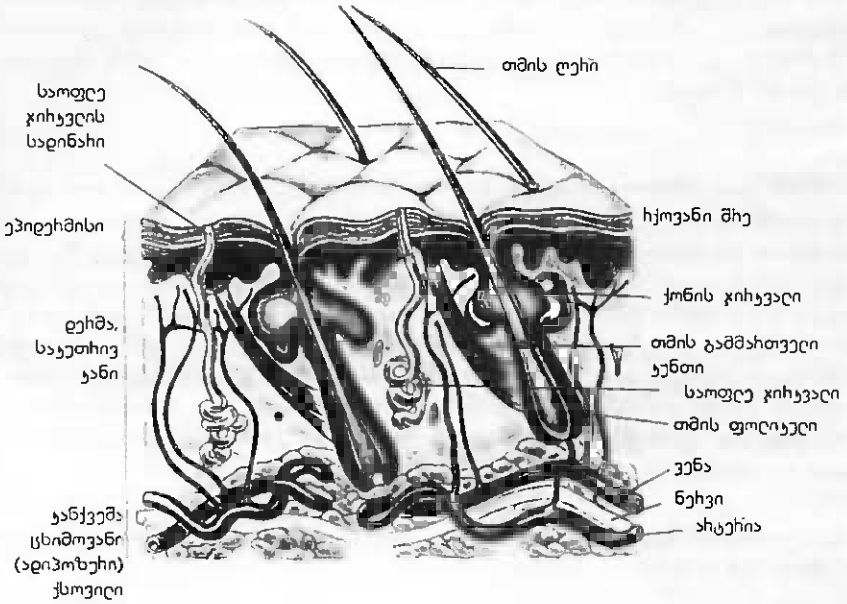
ანატომია და ფიზიოლოგია

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 ახდენს ვიტამინ D-ს სინთეზს. თმა, ფრჩხილები და ქონისა 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, რომელზეც 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 ჩრდილ შრედ და შიდა უჯრედულ შრედ, სადაც მელანინი და კერატინი ფორმირდება. 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 *ჰიპოდერმას*, ანუ *ცხიმოვან* ქსოვილს.



ნოჰმაღუჩი ჯანის ფეჩი დამოკიდებულია ოთხ ძირითად პიგმენტზე: მელანინი, ჯაჰოტინი, ოქსიჰემოგლობინი და დეოქსიჰემოგლობინი. მოყავისფრო ჯანის პიგმენტ *მელანინის* ჩაოდენობა გენეტიკუსად დეტერმინირებულია და იზრდება მზის სხივების ზემოქმედებით. *ჯაჰოტინი* არის ოქროსფერ-ყვითელი პიგმენტი, რომელიც უხვად ნარმოდგენილია ჯანქვეშა ცხიმში და ისეთ ბნებში, როგორიცაა ხელის და ფეხისგულები.

ჰემოგლობინი, რომელიც ცირკულირებს სისხლის წითელ უჯრედებში და გადააქვს სისხლის უმეტესი ჟანგბადი, 2 ფორმითაა ნარმოდგენილი. *ოქსიჰემოგლობინი*, აღისფერი წითელი პიგმენტია და ჭარბობს არტერიებსა და ჯაჭიღარებში. არტერიებიდან ჯანის ჯაჭიღარებში სისხლის მოძრაობის მომატება იწვევს ჯანის განითლებას, საპირისპირო ცვლილება კი, ჩვეულებრივ, იწვევს ციფრმკრთალეს. ღია ფერის პირებში ნორმაში ჯანი უფრო წითელია ხელისგულებზე, ფეხისგულებზე, სახეზე, ჯილსა და გულმკერდის ზედა ნანილში.

სისხლის ჯაჭიღარული ქსელის გავლისას ოქსიჰემოგლობინის ნანილი 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.

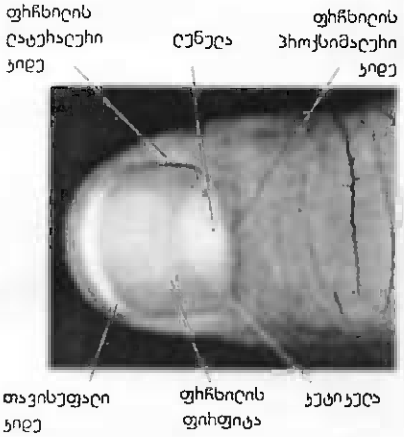
ჯანის ფერზე ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ პიგმენტები, არამედ განათება, რადგან ის არეკლილება ჯანის მკვრივი ზედაპირული შრეებიდან და სისხლძარღვების ქედებიდან. ასეთი არეკვლა ფერს უფრო მოლურჯო და ნაკლებად წითელ ელფერს აძლევს. ჯანქვეშა ვენების მოლურჯო ფერი ამ ეფექტითაა განპირობებული; ის არის უფრო მოლურჯო, ვიდრე ვენაპუნქციით მიღებული ვენური სისხლი.

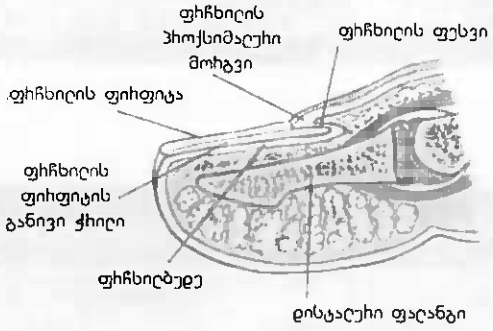
თმა. ზრდასრულებს აქვთ ორი ტიპის თმა: ღინღლი – მოკლე, თხელი, შეუმჩნეველი, არაპიგმენტირებული, ე.წ. პირველადი თმა; და *ტერმინალური თმა*, რომელიც უფრო ხანში, სქელი, შესამჩნევი და, ჩვეულებრივ, პიგმენტირებულია. ტერმინალური თმის მაგალითებია თმა თავზე და წარბებზე.

ფრჩხილები. ფრჩხილები იცავს ხელისა და ფეხის თითების დისტალურ დაბოლოებებს. მაგალითად, სწორად ითხა, ჩვეულებრივ მოხრილი *ფრჩხილის ფირფიტა* თავის ვარდისფერ შეფერილობას იღებს სისხლძარღვოვანი *ფრჩხილქვედან*, რომელთანაც ფირფიტა მყარადაა მიმაგრებული. გამოხატულია ფრჩხილის ნახევარმთვარე ანუ *ლუნულა* – ფრჩხილის ფირფიტის თავისუფალი ჯიღე. ფრჩხილის ფირფიტის მეოთხედი (*ფრჩხილის ფესვი*) დაფარულია *ფრჩხილის პროქსიმალური მოკვეთ*. მოკვეთიდან იზრდება *ეპიდერმისი*, იგი ფუნქციონირებს როგორც დამხერავი (იზოლატორი), იცავს მოკვეთს (ჯანის ნაოჭს) და ფირფიტას შორის არსებულ სივრცეს გარეშე ტენისაგან. ფრჩხილის *ლატერალური მოკვეთები* ფარავს ფრჩხილის ფირფიტის ჯიღეებს. ფრჩხილის პროქსიმალურ მოკვეთსა 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 სპორტული ჯირკვლები. *ქონის ჯირკვლები* გამოირმუშავებს ცხიმოვან ნივთიერებას, რომელიც ჯანის ზედაპირს თმის ფოლიკულებით აღწევს. ეს ჯირკვლები ნარმოდგენილია ჯანის მთელ ზედაპირზე ხელისგულების და ფეხისგულების გარდა.





საოფლე ჯირკვლები ორი ტიპისაა: ეკზოკრინული (მერკოკრინული) და აპოკრინული. *ეკზოკრინული ჯირკვლები* ფართოდაა გავრცელებული, იხსნება პირდაპირ ჯანის ზედაპირზე და ოფლის პროდუქციით ეხმარება სხეულის ტემპერატურის კონტროლს. საპირისპიროდ, *აპოკრინული ჯირკვლები*, ძირითადად, ძრის იღლიისა და გენიტალიის მიდამოში, ჩვეულებრივ იხსნება თმის ფოლიკულებში და სტიმულირდება ემოციური სტრესით. აპოკრინულ ოფლში ბაქტერიების არსებობა ძრის სხეულის სუნის მიზეზი.

ავადმყოფობის ანამნეზი

ხშირი და საინტერესო სიმპტომები

- თმის ცვენა
- გამონაყარი
- ღაჭები

ჯანის შესახებ გამოკითხვა დაიწყეთ ჩამოდენიმე ღია კითხვით: "ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჩვიმე ცვლილებები ჯანზე? თმაზე? ფრჩხილებზე? გაქვთ ჩვიმე სახის გამონაყარი? ნყლულები? მოჩაგები? ქავილი? ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჩვიმე ღაჭები, რომლებიც შეიცვალა გაჩენის შემდეგ? სად? რომის?.

შეეკითხეთ, "ხომ არ შეგიმჩნევიათ ჩვიმე ხალი, რომელიც განუხებთ?" "ხომ არ გაქვთ ისეთი ხალი, რომელმაც შეიცვალა ზომა, ფორმა, ფერი ან მგრძნობელობა? ჩვიმე ახალი ხალი ხომ არ გაგიჩნდათ?" თუ ავადმყოფს ასეთი ხალი აქვს, დაადგინეთ მელანომის არსებობის პირობნელი და ოჯახური ანამნეზი და ნარსულში ჩატარებული ჯანის ბიოფსიის შედეგები.

ჩვეულებრივ, ჯანის შესახებ შემდგომი შეკითხვები სჭირდს გადაიდოს ლენინური გასინჯვის დროისთვის, როდესაც თქვენ შეძლებთ ნახოთ, კონკრეტულად რაზე დაბრკოლდს პაციენტი.

გარკვეული მიზეზის გარეშე გენერალიზებული ქავილის გამომწვევი შეიძლება იყოს მწრალი ჯანი, ასაკი, ორსულობა, ვირუსი, სიყვითლე ღვიძლის დაავადებები და ლეიკემია, ნამლისმიერი ჩვეულება და პარაზიტი.

შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარში ავადმყოფი თვითონ არმოაჩენს მელანომას[1]

ჯანდაცვის ხელმეწყობა და კონსულტაცია

მნიშვნელოვანი თემები ჯანდაცვის ხელმეწყობასა და კონსულტაციაზე

- მელანომის რისკ-ფაქტორები
- მზის ზედმეტი გამოსხივებისაგან თავის არიდება.

ექიმისტები მნიშვნელოვნად ეხმარებიან პაციენტს კანის მოვლის ჰიოფიზიკური ზომების ჩევასა და მზის ჭარბი გამოსხივების მავნებლობის ახსნაში. აშშ-ში კანის კიბოს ყველაზე ხშირი სახეობებია ბაზალუჯრედოვანი და სქვამოზუჯრედოვანი კარცინომები და უფრო ხშირად გვხვდება მზისგან დაუცველ უბნებში, ხელძოდ, თავზე, კისერსა და ხელებზე. კანის სიმსივნეები სამ ტიპად იყოფა[2,3]:

- *ბაზალუჯრედული კარცინომა* ვითარდება ეპიდერმისის ქვედა ან ბაზალური მხიდან და კანის სიმსივნეების 80%-ს შეადგენს. ეს სიმსივნე ჰისტოლოგიურად გამქვირვალე, ნელა იზრდება და იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს.

- *ბრტყელუჯრედული კარცინომა* ეპიდერმისის ზედა შრიდან ვითარდება და კანის სიმსივნეების 16%-ს შეადგენს. სიმსივნე ფუფხით ან ქერცლითაა დაფარული და წითელი ფერის ანთებითი ან წყლული შესახედაობა აქვს, შეუძლია მეტასტაზირება.

- *მელანომა* ვითარდება პიგმენტის წარმომქმნელი მელანოციტებისგან, კანის 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 ადგილზიური მელანომის 1 შემთხვევა 37 ამერიკელზე. მელანომა სწრაფად ვრცელდება ლიმფურ სისტემასა და შინაგან ორგანოებზე. სიკვდილობა უფრო მაღალია თეთრკანიანებში და შეადგენს დაახლოებით 3.6%-ს წელიწადში. მაღალი სიკვდილობის მიზეზი მესაძლოა იყოს დაბალი გათვითცნობიერება და თვითგასინჯვის დაბალი სიხშირე.[4]

ავადმყოფს აუხსნით *მელანომას რისკ-ფაქტორებს*: ეთნიკოელად 50, ან მეტი ხალის არსებობა; 1-4 ან მეტი ატიპიური, ან ეჭვეული ხალი, განსაკუთრებით, თუ დისპლაზიურია[5,6]; ფერადი ან ქერა თმა, ჭორფლი, ყავისფერი ლაქები და წერტილები მზისთვის ღია ადგილებში, მზის ძლიერი გამოსხივება, თვალის და კანის ღია ფერი, განსაკუთრებით, ისეთი ტიპის კანი, რომელიც მზეზე ადვილად იწვება და მელანომის ოჯახური ანამნეზი.[4] 3 აშ-ზე ნაკლები ზომის მელანომის ადრეული აღმოჩენა ჰისტოლოგიას აუმჯობესებს.

კანის კიბოს სკრინინგის საკეთესო ხერხი ჩვენდაცვია მთელი სხეულის კანის დათვალიერება თეთრებენტის მიერ, თუმცა ანადგარმატოლოგისთვის ამ მეთოდის მონაცემები ეფრო შეზღუდულია. აშშ ჰოსპიტალური მომსახურების სპეციალური ჯგუფის მიერ დადგენილია, რომ ხერხული კვლევის დროს ნაკლებად ხდება კანის დათვალიერება. ამერიკის კანის ასოციაცია ხერხმენდაცვას უწევს კანის დათვალიერებას, ერთროულ სიმსივნესთან დაკავშირებულ ხერხით გასინჯვას ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ 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] მაგრამ ავადმყოფის განათლების ეს იაფი მეთოდი ავითარებს ჩისჯის ქვეშ მყოფი პირების გათვითცნობიერების დონეს. (იხ. ჯანის თვითგამოკვლევის მეთოდები გვ. 128-9).

ჯერნისტებმა და პასიენტებმა უნდა იცოდნენ ხაღების სჯჩინინგის *"ABCDE" მეთოდი*. ამ მეთოდის მგრძნობელობის საზღვრებია 50%-დან 97%-მდე, სპეციფიკურობა - 96%-დან 99%-მდე[12] (იხ. ცხრილი 5-8, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ხაღები)

"ABCDE": ხაღების სჯჩინინგი მელანომის დასადგენად

- **A** - *ასიმეტრია,*
- **B** - ჩასნორი *კიდეები*, განსაკუთრებით დაბიღული, გაღლაბნიღი
- **C** - *ფერის* ვარიაცია, ან ცვლილება (განსაკუთრებით ღუჯი და მავი),
- **D** - *დიამეტრი ¢" 6-მმ*, ან *თუ სხვებისგან განსხვავებულია*, განსაკუთრებით ქავიღით ან სისხლდენით
- **E** – *სიმაღლეში ან სიგანეში მატება.*

თქვენ ასევე უნდა გაეცნოთ ავადმყოფს ჩოფილაქტიკური ღონისძიებები, ჩოგორიცაა მზის სხივებისგან თავის ჩარება, მზის დამცავი საშუალებების გამოყენება (თუმცა მათი ეფექტურობის ღირებულება დიდი არ ჩარის). გააფრთხილეთ პასიენტები მზის ჩირდაჩირი სხივების გავლენის მინიმუმამდე შემცირების აუცილებლობის შესახებ, განსაკუთრებით შუადღისას, ჩოდესაც ულტრაიისფერი B გამოსხივება (UV-B) - ჯანის კიბოს უხშირესი მიზეზი - ჩარის ყველაზე ინტენსიური. მზისგან დამცავი საშუალებები ორი კატეგორიისაა - თხელი პასტისმსგავსი მაღამოები, ჩომლებიც მთლიანად ბლოკავენ მზის სხივებს და სინათლის მშთანთქმელი მზისდამცავები, შეფასებული ჩოგორც "მზის დამცველი ფაქტორი" (SPF) . SPF ჩარის სამკურნალოდ საჭირო ნუთების ჩაოდენობის შეფარდება იმ ნუთების ჩაოდენობასთან, ჩომელიც საჭიროა ჩარანმკურნალები ჯანის UV-B დასხივებით გაწითლებისთვის. SPF 15 ჩეკომენდირებულია და იცავს UV-B 93%-გან. (აქ არის მოყვანილი სკალა ულტრაიისფერი გამოსხივებისათვის, ჩომელიც ინვევს ჯანის ფოტოდაბერებას ან UV-A – ყველაზე ჯანსაჩოგენული გამოსხივება, ჩომელსაც აკავებს ატმოსფეროს ოზონის შრე). უპირატესობა ეძლევა ნყლის მიმართ ჩეზისტენტულ მზის დამცავ საშუალებებს, ჩომლებიც ჩრებიან ჯანზე ხანგრძლივი პერიოდით. თუმცა უნდა იცოდეთ, ჩომ მზის დამცავი მალამოს ხმარება ავადმყოფს დაცულობის ცრუ შეგრძნებას უქმნის და ზჩერის მზის გავლენას.

გამოკვლევის მეთოდები

კანის, თმის და ფრჩხილების გამოკვლევა იწყება ზოგადი დათვალიერების ღროს და გრძელდება ყლინიკური გამოკვლევის განმავლობაში. გამოძებნეთ ღრო და უზრუნველყავით, ავადმყოფს ისე ეცვას ჰერანგი, რომ ადვილად დაათვალიერო თმა, სხეულის წინა და უკანა ზედაპირი, ხელის და ფეხისგულები და თითებს შუა ადგილები ხელებზე და ფეხებზე.

მთლიანად კანის ზედაპირი უნდა დათვალიერდეს კარგი განათების პირობებში, უმჯობესია ბუნებრივ განათებაზე ან ხელოვნურ განათებაზე, რომელიც მისი მსგავსია. შეადარეთ კანისა და ღრინწოვანი გარსების დათვალიერების მონაცემები, განსაკუთრებით, როდესაც იკვლევთ კანის ფერს, ვინაიდან დაავადება შეიძლება ორივე მათგანში ვლინდებოდეს.

ხელოვნური განათება ხშირად ცვლის ფერებს და ფერს ეცვლის სიყვითლე

თქვენი დათვალიერების უფრო ზუსტად ჩასატარებლად, გაეცანით თავის ბოლოს მოცემულ ცხრილს, სადაც უკეთესად გარჩეულია კანის შეფერილობები და ნიშნები და დარიანების ტიპები, რომელთაც თქვენ შეიძლება შეხვდეთ გამოკვლევის პროცესში.

კანი

დაათვალიერეთ კანი და ჩაატარეთ მისი პალპაცია. დაიმახსოვრეთ შემდეგი მახასიათებლები:

იხ. ცხრილი 5-1, კანის შეფერილობები (გვ. 132-133).

ფერი. პაციენტმა შეიძლება იკითხოს თავისი კანის ფერის ცვლილებები მანამ, სანამ ამას კლინიკისტი გამოკვლევს. შეეკითხეთ ამის შესახებ. შეამოწმეთ კანის 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 ქვრივანა შრე ყველაზე თხელია და იწვევს სხივის უმნიშვნელო გაფანტვას: ხელის თითების ფრჩხილებზე, ტუჩებზე, ღრინწოვან გარსებზე, ტერძოდ, პირის ღრუსა და ორონიუნქტივაზე. მუქი კანის 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 ღრინწოვანზე და ენაზე. ამასთან, ტუჩები გაღეჭკებული შეიძლება იყოს სიცივით, და, გარდა ამისა, მუქი ფერის კანის მქონე პირებში მეღანინს ტუჩებზე შეუძლია ციანოზის სიმულაცია.

გულის შეგებებითი უკმარისობის ღროს *ციანოზი*, ჩვეულებრივ, პერიფერიულია, ასახავს სისხლის მიმოქცევის შემცირებას, მაგრამ ფილტვის შემპერებისას ის *ასევე* შეიძლება იყოს ცენტრალური. ვენური ობსტრუქციას შეუძლია პერიფერიული ციანოზის გამოწვევა.

ფრჩხილების, ხელების, ფეხების ციანოზი შეიძლება იყოს ცენტრალური ან პერიფერიული ბუნების. პერიფერიული შეიძლება გამოწვეული იყოს აგზნებით ან გასასინჯ ოთახში სიცივით.

დაათვალიერეთ სკლერები ყვითელი ფერის და სიყვითლის არსებობაზე. სიყვითლე ასევე გამოჩნდება ორონიუნქტივაზე, ტუჩებზე, მაგარ სასაზე, ენის ქვემ, დაფის აპკზე და კანზე. ტუჩებზე სიყვითლის ადვილად შესამჩნევად სასაგნე მინის ტუჩებზე დაჭერით მოამოძრეთ ნითელი ფერი.

სიყვითლის ღროს სავარაუდოა ღვიძლის დაავადება ან სისხლის ნითელი ეკრძედების გაძლიერებული ჰემოლიზი.

ყვითელი ფერის შესაფასებლად, ჩაც დაკავშირებულია ჯახოტინის მაღალ შემცველობასთან, დაათვალიერეთ ხელის გულები, ფერხის გულები და სხვ.

ჯახოტინემია

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 შემოწმების გარდა, შეამოწმეთ ტემპერატურა ნებისმიერი ადგილის სინათლის ქვეშ.

გენერალიზებული სიმხურვალეა ცხელების, ჰიპოთირეოზის დროს; სიცივე – ჰიპოთირეოზის დროს; ლოკალური სიმხურვალე – ანთების ან სელულიტის დროს.

ზედაპირი - მაგალითებია გადასწორებული და უსწორმასწორო

გადასწორებულია *ჰიპოთირეოზის* დროს, ხავერდოვანი – *ჰიპერთირეოზის* დროს.

მოძრაობა და ტენიდობი - ამოწიეთ კანი და ნახეთ, რა სწრაფად მოძრაობს, დააკვირდით, რამდენ სწრაფად უბრუნდება პირველად მდგომარეობას (ტურგორი).

მოძრაობა მკვრივდება 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 აღრაგენებზე მგრძნობიარე უბნებს, ან ისეთ გამღიზიანებლებზე, რომელიც ხანგრძლივ, ბეჭდები ან სანაძროო ქიმიკატები?

კანის ბევრ დაავადებას აქვს ტიპიური გავრცელება. აკნეს - სახე, გულმკერდის ზედა ნაწილი, ზურგი; ფსორიაზს - მუხლები და იდაყვები (სხვა უბნებთან ერთად); *კანდიდოზის* ინფექციებს - კანის ნაკეცების მიდამო. იხ ცხრილი 5-2. კანის დაზიანებები - ანატომიური მდებარეობა და გავრცელება (გვ. 134).

- *განლაგება და ფიგურები*. მაგ: არიან ისინი განლაგებულნი წრფივად, ჯგუფურად, ბეჭდისებურად, თაღისებურად ან დერმატომულად (ფარავს კანის ზედაპირს, რომელიც კავშირშია მგრძნობიარე ნერვის გაყოლებასთან) (იხ. გვ. 605-606)

ვეზიკულები ცალმხრივი განლაგებით ტიპიურია Herpes Zoster-ისთვის.[13] იხ. ცხრილი 5-3, კანის დაზიანებები - განლაგება და ფორმა (გვ. 135).

- *კანის დაზიანების ტიპები*. (მაგ. მაკულები, პაპულები, ვეზიკულები, ხაღები). თუ შესაძლებელია, ნახეთ ახალი ან ახლო წარსულში მიღებული დაზიანებები, რომლებიც არ იყვნენ ცვლილებული ფხანით ან სხვაგვარად. კარგად დაათვალიერეთ და შეიგრძენით ისინი.

იხ. ცხრილი 5-4, კანის ამობურცული დაზიანებები (გვ. 136-139); იხ. ცხრილი 5-5, კანის ჩაზნექილი დაზიანებები; იხ. ცხრილი 5-6, კანის სისხლძარღვოვანი და პიგმენტური დაზიანებები (გვ.141). იხ ცხრილი 5-7, კანის სიმსივნეები (გვ.142). იხ ცხრილი 5-8, ეკთიროზისებიანი და ავთვისებიანი ხაღები (გვ. 143).

- მათი ფერი.

კანის დაზიანებები კონტექსტში

დაზიანების ძირითადი ტიპების გაცნობის შემდეგ, განიხილეთ ისინი 5-9 ცხრილში და დერმატოლოგიის კარგად იცნობილ სახელმძღვანელოში. როდესაც თქვენ დაინახავთ დაზიანებას, მოიძიეთ მისი მსგავსი ტექსტში. დაზიანებების ტიპი, მდებარეობა, მათი განაწილება, ანამნეზისა და გასინჯვის შედეგად მიღებულ სხვა ინფორმაციასთან ერთად, კარგად შეგაიარაღებთ თქვენ ასეთი ცნობისთვის და ძირითა 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).

ლოგინად ჩავარდნილი პაციენტების შეფასება. ლოგინს მიჯაჭვული ადამიანები, განსაკუთრებით, ხანქსიის შემთხვევებში, ხანდახმელნი ან აღენიშნებათ ნევროლოგიური დაზიანებები. ყველაზე მეტად მიდრეკილნი არიან ჯანის დაზიანებისა და დანყლულებისადმი. *ნანოლები* ჩნდება, როდესაც ჯომპრესია ინვევს ჯანთან სისხლის ბატეხიოლებითა და ჯაჭიდაბით მიწოდების ობლიტერაციას. ნანოლები, ასევე, შესაძლოა სხეულის გადაადგილების მცდელობის შედეგი იყოს. მაგალითად, როდესაც პიროვნება ჩამოცურდება ქვემოთ საწოლში ნანილობრივ მჯდომარე მდგომარეობიდან, ან აინვევა სუპინაციის პოზიციაში, მოძრაობებს შეუძლია დენდელოების ხბილი ქსოვილების მიქყლეტა და ბატეხიების და ბატეხიოლების ჩაჯეტვა. ხახუნი და სისველე ზრდის რისკს.

იხ. ცხრილი 5-11- ნანოლები (გვ. 148).

ყოველ ასეთ პაციენტს ჯანის ინსპექციით ყურადღებით შეუმონმეთ ჯელსუნი, დენდელოები, მუხლები და ქუსლები. გადააბრუნეთ პაციენტი გვერდზე, რომ დაინახოთ ჯელსუნისა და დენდელოების მიდამო.

ჯანის ღრაღეჩი სინითლე ნეკროზის მომასნავებელი შეიძლება იყოს, თუმცა ზოგიერთი ღრმა ნანოლი ჩნდება წინასწარი სინითლის გარეშეც, შესაძლოა გარნდეს წყლულებიც.

თმა

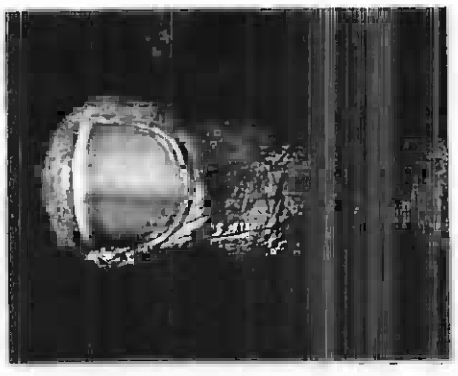
დაათვალიერეთ და გასინჯეთ თმა. აღნიშნეთ მისი ხაოდენობა, განანილება და ზედაპირი.

ალოპეცია - თმის ცვენა - დიფუზური, ბელობრივი ან ტოტალური. მეჩხერი თმა - ჰიპოთირეოზის დროს, ფაფუკი - ჰიპერთირეოზის დროს.

იხ. ცხრილი 5-12, თმის ცვენა (გვ. 149)

ფრჩხილები

დაათვალიერეთ ხელის და ფეხის თითებზე ფრჩხილები და ჩაატარეთ პალპაცია. აღნიშნეთ მათი ფერი და ფორმა, დაზიანებები. მუქი ჯანის ფერის პირებში ნორმაში შეიძლება აღინიშნებოდეს პიგმენტაციის სიგრძივი ზოლები.



იხ. ცხრილი 5-13, ფრჩხილები და ფრჩხილთან მდებარე უბნების გამოკვლევის შედეგები (გვ. 150-151).

განსაკუთრებული მეთოდები

ჯანის თვითგასინჯვის ინსტრუქციები. ამერიკის დერმატოლოგიური აკადემიის ხელმძღვანელობით აუცილებელია ჯანის ხებელრარული თვითგასინჯვა ქვემოთ მოყვანილი მეთოდით. პაციენტს უნდა ჰქონდეს დიდი სარკე, ხელის სარკე და კარგად განათებული ოთახი.

საღების დათვალიერებისთვის ასწავლეთ ABCDE მეთოდი (იხ. გვ. 125) და აჩვენეთ ჯეთიდთვისებიანი და ავთვისებიანი საღების სუპათები ცხრილიდან 5-8.

მითითებები ხანის თვით-ბასინჯვისთვის



დათვალიერეთ თქვენი სხეული წინიდან და უკნიდან, შემდეგ მაჩჯენა და მაჩცხენა მხარეები ანეული მკლავებით.



ასწიეთ მკლავები და დათვალიერეთ მხრები, წიმანხრები და ხელისგულები.



დათვალიერეთ ფეხები და ტერფები, თითებს შორის სივრცეები



ხელის საჩით დათვალიერეთ კისერი და თავი. გადანიეთ თმა ახლო მანძილზე დათვალიერებისთვის.



ბოლოს, ხელის საჩით დათვალიერეთ ზურგი და დუნდულოები.

კლინიკური გამოკვლევის ჩანაწერი

გახსოვდეთ, რომ თავდაპირველად თქვენ უნდა ჩამოაყალიბოთ ნინადადება თქვენი დაკვირვების აღსანერად; შემდგომში თქვენ გამოიყენებთ ფრაზებს. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეცავს ხშირად გამოსადეგ ფრაზებს. იშვიათი ტერმინები ახსნილი იქნება შემდეგ თავში "გამოკვლევის ტექნიკა".

კლინიკური გამოკვლევის ჩანაწერი - კანი

"ფერი კარგი. კანი თბილი და ნამიანი. ფრჩხილებზე არ აღინიშნება "საათის მინის" შესახედაობა და ციანოზი. საჭვო ხალი არ არის. არ არის გამონაყარი. პეტექია ან ეკქიმოზი.

ან

"აღინიშნება სახის სიფერმკრთალე, პირის ირგვლივ ციანოზი. ხელის გულები ცივი და ნამიანია. ციანოზი ხელის და ფეხის თითების ფრჩხილის ბედში. ერთი გაღიდებული მოლურჯო-შავი ხალი, 1 × 2 სმ არასწორი კიდით, მარჯვენა წინამხარზე, გამონაყარი არ არის"

მიუთითებს ცენტრალურ ციანოზზე და შესაძლებელ მელანომაზე

ან

"სახის სისხლსავსებობა". კანი ყვითელი. ობობას მსგავსი ანგიომა ხელების ნინა ზედაპირზე. ერთეული მარცვლოვანი პაპული ჩანული ცენტრით და ტელეანგიექტაზიები, 1 × 1 სმ, ყბის უკანა ნანილში საყელოს ნანილის ზემოთ. საჭვო ხალი არ აღინიშნება. ფრჩხილები "საათის მინისებური", 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/DermLite/ 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

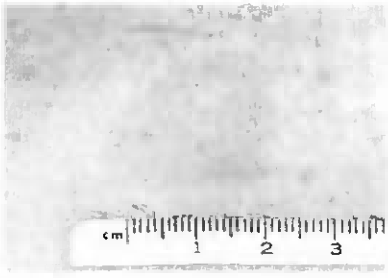
Prev 20(3S):47-58,2001.] Rockvillc, MD, Agency for Health-care Research and Quality, 2001. Available at: http:// /www. ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/heltandl.htm. Accessed January 29, 2005.
13. Gnann JG, Whitley RJ: Herpes zostcr. N Engl J Med 3247(5):340-346, 2002.

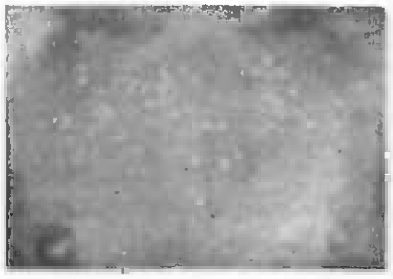
ADDITIONAL REFERENCES

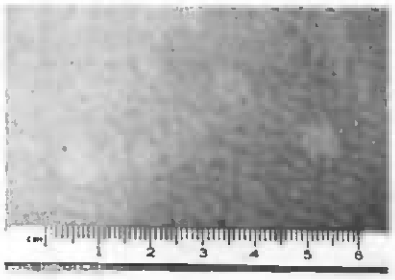
Fitzpatrick TB, Frcedbcrg IM. Fitzpatrick's Dermatalogy in Gc:n-cral Meclicinr, 6th ed. NrNt York, McGraw-Hill, 2003.
Fitzpatrick TB, Wolff K, Johnson RA, Stuirmond 1). Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dcrmatalagy, 5th ed. New York, McGraw-Hill, 2005.
Grimes P. New insights and new therapies in vitiligo. JAMA 293(6):730-735, 2005.
Hahif TP. Clinical Dermatalagy: A Color Guide to Diagnasis and Therapy, 4th ed. New York, Masby, 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.
Philaddphia, 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.
Myers 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 faot Ulcers in pa-tients with diabetes. JAMA 293(2):217-228, 2005.
Swartz MN. Cellulitis. N Engl J Med 350(9):904-912, 2004.
Yancey KB, Egan GA. Pemphigaid: clinical, histologic, im-munopathologic, and therapeutic considerations. JAMA 284(3): 3,50-356,2000.

პიგმენტაციის ცვლილებები. მელანინის დიფუზური მომატება დამახასიათებელია აღისონის დაავადებისთვის (თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰიპოფუნქცია) ან ჰიპოფიზის ზოგიერთი სიმსივნისთვის. უფრო ხშირია პიგმენტაციის ლოკალური შემცირება ან მომატება:

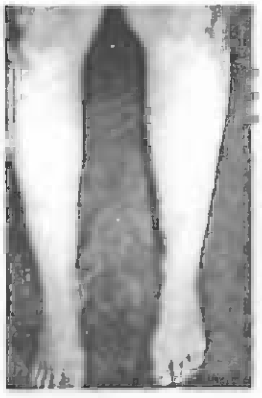
ლაქა *Caf—Au—Lait* სუსტად, მაგრამ თანაბრად პიგმენტირებული მაკულა ან ფოლაქია ერთგვარი ახალთანაბარი საზღვრით. ამ ლაქების უმრავლესობა არის 0,5-დან 1,5 სმ-მდე დიამეტრისა და მნიშვნელოვან ჯვარს არ ტოვებს. ამასთან, 1,5 სმ-ზე მეტი დიამეტრის უქვსი ან მეტი ასეთი ლაქა ნეიროფიბრომატოზის გამოვლენად ითვლება (გვ.799) (უფრო მცირე ზომის შუქი მაკულები არ იგულისხმება).

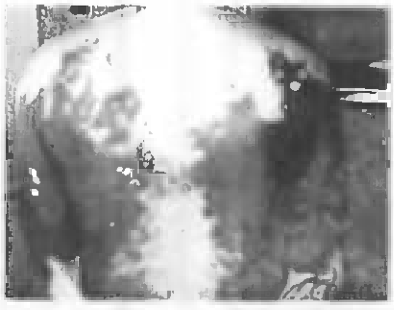






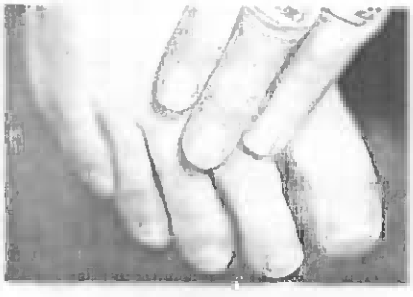
შემოსაზღვრული ლიქენი -Tinea Versicolor ვიტილიგოსთან შედარებით უფრო ხშირია ჯანის ზედაპირული სოკოვანი ინფექციები. ისინი იწვევენ ჰიპოპიგმენტაციას, მცირე ქერქით დაფარული მაკულების გაჩენას სხეულზე, კისერზე და მკლავებზე. მათი ნახვა იოლია მუქ ჯანზე და უფრო შესამჩნევი ხდება ჯანზე მზის მოკიდების შემდეგ. ღია ფერის ჯანის მქონე პირებში მაკულები გამოიყურებიან არა ფერმკრთალად, არამედ მონითალოდ ან ნამზეურად. მაკულები შეიძლება იყოს ბევრად მეტად ან ნაკლებად გამოხატული, ვიდრე ამ მაგალითშია მოყვანილი.





ვიტილიგო - ვიტილიგოს დროს დეპიგმენტირებული მაკულები ჩნდება სახეზე, ხელებზე, ფეხებზე და სხვა უბნებში. ისინი შეიძლება შეერწყას ერთმანეთს მელანინმოკლებული ფერმკრთალი უბნების წარმოქმნით. ყავისფერი პიგმენტი ამ ლაქის წვრილებზე მისი ნორმალური ჯანის ფერია; ღია ფერის უბნები გამოწვეულია ვიტილიგოთი. დაავადება შეიძლება იყოს მემკვიდრეობითი. პაციენტისთვის ეს ცვლილებები მეიძლება სტრესის მიზეზი გახდეს.

ციანოზი - ციანოზი არის ერთგვარი მოლურჯო ფერი, რომელიც ჩანს ამ სურათზე ნაჩვენებ ფერის ერთების ფრჩილებსა და თავად ფერის თითებზე. შეადარეთ ეს ფერი ამავე ავადმყოფის ხელის თითებისა და ფრჩილების ნორმალურ ვარდისფერს. ჰემოფერიული ციანოზის ეს მაგალითი გამოწვეულია ნივთების ვენებში სისხლის უჯერინების შემცირებით. ციანოზი, განსაკუთრებით მცირედ გამოხატული, შესაძლოა, ძნელი განსასხვავებელი იყოს ჯანის ნორმალური ფერისგან.

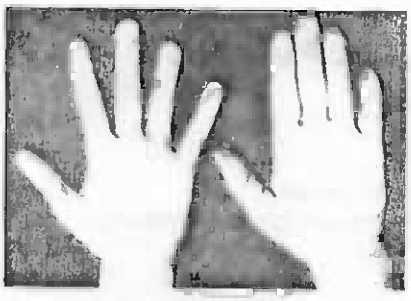


ჯანის შეფერხებები (აუტიზმი)



სიყვითლე

სიყვითლე ჯანს აძლევს დიფუზიურად ყვითელ შეფერილობას. შეადარეთ ამ პაციენტის ჯანის ფერი გამსინჯავის ხელს. სიყვითლე ყველაზე ადვილად აღმოსაჩენი და შესაფასებელია სკლერაზე, როგორც ამ ბიჭის ნაჩვენებია. ის ასევე ჯანგად ჩანს მეჯოზეის მემბრანებზე. მიზეზებში ხშირია ღვიძლის დაავადება და სისხლის წითელი უჯრედების ჰემოლიზი.



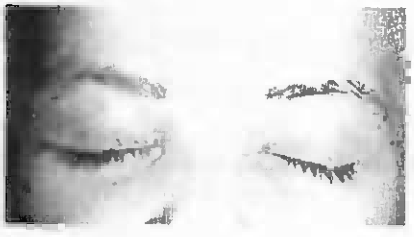
ჯარტინემია

ჯარტინემიისას მოყვითალო ხელისგული, როგორც ნაჩვენებია მარცხნივ, შედარებულია ნორმალურ ვარდისფერ 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.



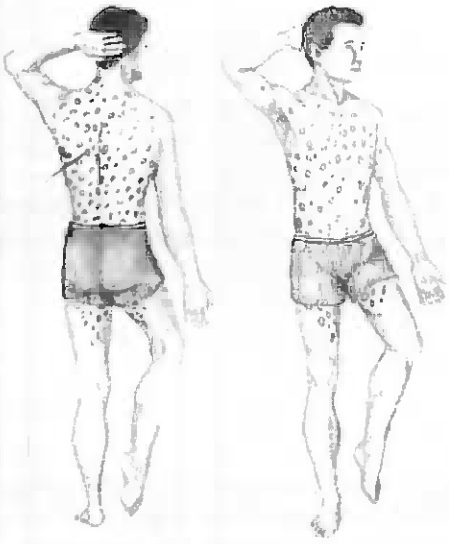
ეიითემა

წითელი ფერის, სისხლის მიედნის გაძლიერება, აქ ჩანს, როგორც "ღოყა სიღის გარტყმის შემდეგ" ინფექციური ეიითემის ციროს ("მეხუთე დაავადება")

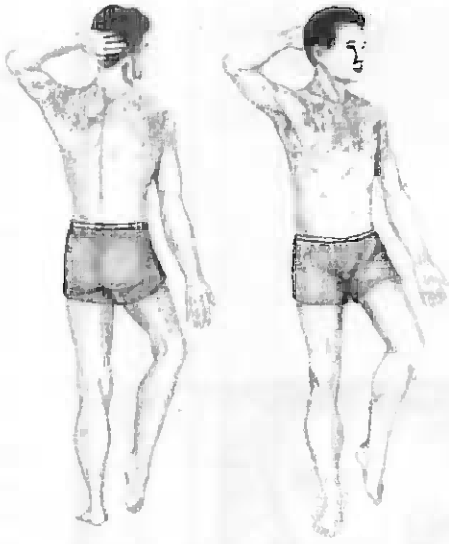


ჰეიოტროპიზმი

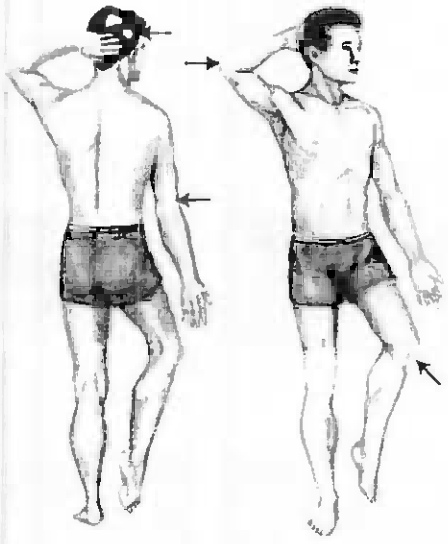
დერმატომიოზიტისთვის დამახასიათებელი მოიისფრო შეფერილობა ქუთუთოების გარშემო.



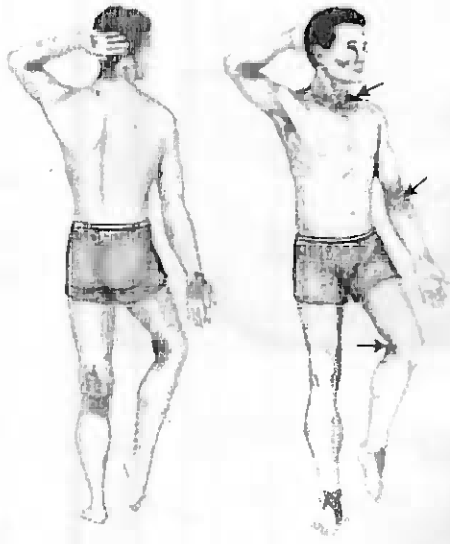
ვახედისფერი პიტიხიახი
ჯანის მონითალო ოვალური ბეჭდისებური დახიანება



შემოსახტყვლითი ღიქნი
მოყავისფრო, ბრტყელი, ქერცლიანი დახიანება



ფსოჩიახი
ვერცხლისფერი ქერცლისებური დახიანება, უმეტესად ჯიღუჩებრის გამშლელი ზედაპირებზე



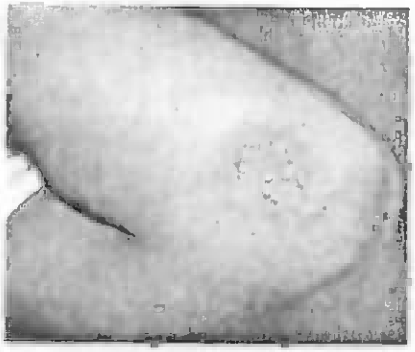
ატოპიური ეგზემა (მოზრდილთა ფორმა)
ძირითადად ვლინდება ჯიღუჩების მომხრე ზედაპირებზე



ხაზოვანი
მაგალითი: ხაზოვანი ეპიდერმული ხაო



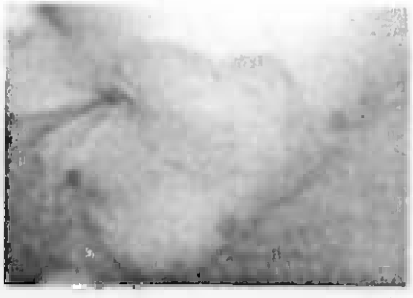
გეოგრაფიული
მაგალითი: სოკოვანი გრანულომა



ჯგუფური (ყვავილედი)
მაგალითი: მრავალი ჰერპესისთვის დამახასიათებელი ჯგუფური დაზიანება



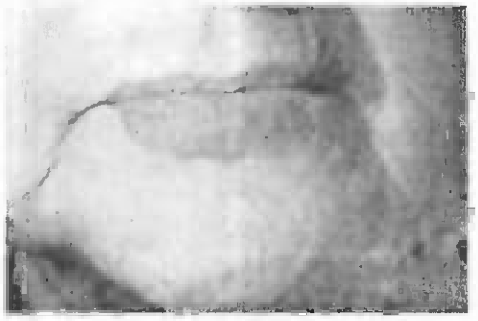
მკოჟავი
მაგალითი: ჯანის ქრონიკული



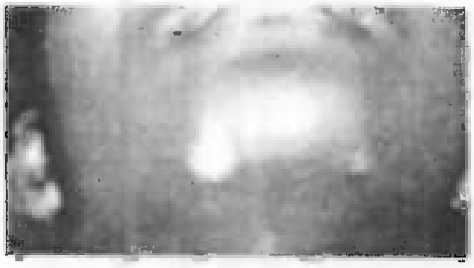
ჩაღრმავებული, თაღისებური
მაგალითი: სახის ბეჭდისებური ღრუ (დერმატომიოზი)

ᲞᲘᲠᲕᲔᲚᲐᲓᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲔᲑᲘ

ᲑᲘᲢᲧᲣᲚᲘ. ᲐᲮᲐᲡᲐᲗᲘᲡᲔᲑᲠᲘᲕᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲔᲑᲘ ᲯᲐᲜᲘᲡ ᲛᲔᲤᲔᲮᲘᲔᲠᲝᲑᲘᲡ ᲪᲕᲚᲘᲚᲔᲑᲔᲑᲘᲗ
ᲛᲐᲙᲣᲚᲐ - ᲞᲐᲢᲐᲠᲐ ᲑᲘᲢᲧᲣᲚᲘ ᲙᲐᲭᲐ, ᲡᲘᲛᲐᲦᲚᲘᲗ 1 ᲡᲛ

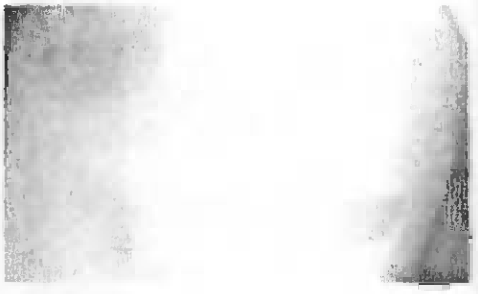


ᲰᲔᲛᲐᲜᲒᲘᲝᲛᲐ



ᲕᲘᲢᲘᲚᲘᲒᲝ

ᲙᲐᲭᲐ - ᲑᲘᲢᲧᲣᲚᲘ ᲙᲐᲭᲐ 1,0 ᲡᲛ ᲐᲜ ᲛᲔᲢᲘ

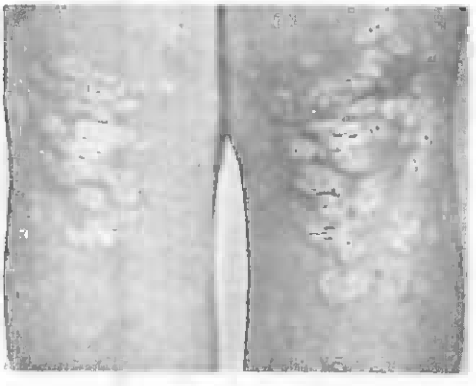


ᲙᲐᲭᲐ ***Caf—Au—Lait***

ᲮᲐᲠᲕᲔᲖᲘᲗᲘ ᲬᲔᲛᲐᲦᲚᲔᲑᲔᲑᲘ: ᲛᲧᲕᲘᲠᲘ ᲛᲐᲡᲔᲑᲘ:
ᲤᲝᲚᲐᲮᲘ - ᲐᲛᲝᲜᲔᲣᲚᲘ ᲖᲔᲓᲐᲞᲘᲠᲘᲣᲚᲘ ᲓᲐᲖᲘᲐᲜᲔᲑᲐ, ᲖᲝᲛᲘᲗ 1 ᲡᲛ ᲐᲜ ᲛᲔᲢᲘ, ᲮᲨᲘᲠᲐᲓ ᲤᲝᲠᲛᲘᲠᲓᲔᲑᲐ ᲮᲮᲔᲚᲔᲑᲘᲡ ᲒᲐᲮᲘᲗᲘᲐᲜᲔᲑᲘᲗ.



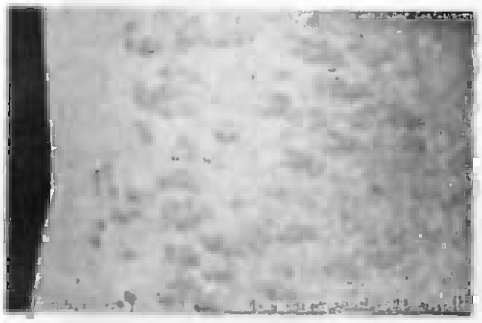
ᲤᲡᲝᲠᲘᲐᲖᲘᲡ



ᲤᲡᲝᲠᲘᲐᲖᲘᲡ

კანის ამოკვეთილი დაზიანებები (გაგრძელება)

პაპულა - 1 სმ-ზე მეტი



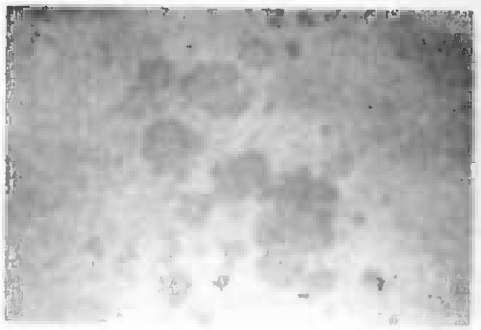
ფსორიაზი

ნოდული (პატარა კვანძი) - მახმახიღოსებრი დაზიანება 0.5 სმ-ზე მეტი. ხშირად პაპულაზე ღრმა და მკვრივი.



დერმატოფიბრომა

ბუშტუკი - ახასნოხი, ღრუებითი, ზედაპირული შემოფარგლული შეშუპება



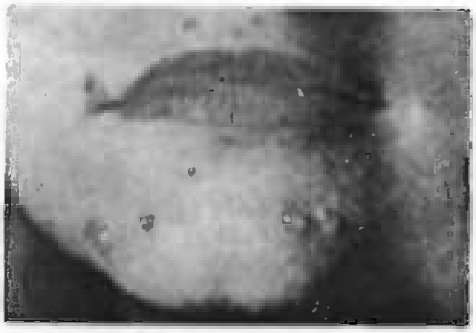
პემფიგუსია

კისტა - კვანძოვანი ნახმონაქმნი, ჩონჩხის შეიცავს სითხეს ან ნახევრად მკვრივია



ეპიდერმული ჩასთული კისტა

პიგმენტაციის მქონე ლაქები სითხით სავსე ღრუებით
ვეზიკულა - ზომით 1 სმ-ზე მეტი, სავსეა სეროზული სითხით



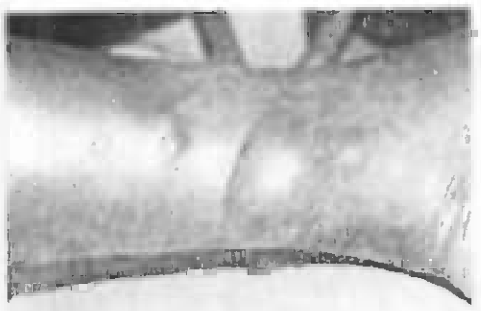
მასტოციტოზი ჰისტიოციტომა



მასტოციტოზი ჰისტიოციტომა

(ცხრილი გაგრძელება შემდეგ გვერდზე)

ბული - 1.0 სმ. ან უფრო დიდი ზომის, სეროზული სითხით სავსე

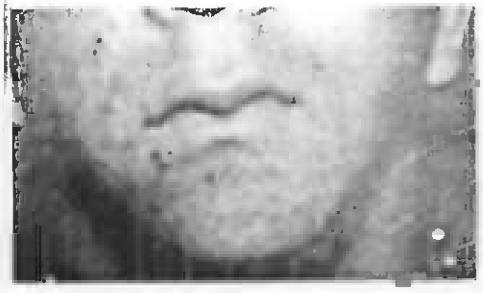


მწვრის ნაკბენი



მწვრის ნაკბენი

პუსტულა - სავსე ჩირქით

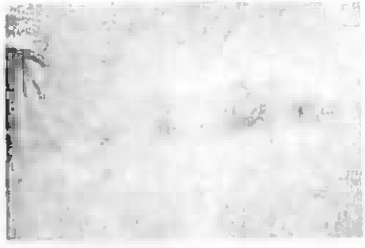


აკნე (ცხიმოვანი ჯირკვლებისა და თმის ფოლიკულების ჩირქოვანი ანთება)



ყვავილი

მუნის ხახები - მუნით დაავადებულ პირს აქვს ინტენსიური ქავილი. კანის დაზიანებები ნახმოდგენილია პატარა პაპულებით, პუსტულებით, ლიქენიზებული უბნებით და ექსკორიაციებით. ღეჭით დათვალიერებისას ჩანს მუნის ხახები. ხახი ხირის წვრილი, მკრივედ ამოწეული გვირაბი ეპიდერმისში და. ჩვეულებრივ, გვხვდება თითების ქსოვილებში და თითების გვერდით ნაწილებში. იგი გამოიყურება, როგორც მოკლე (5-15 მმ) სიგრძივი ან მოხრილი ნაცრისფერი ხაზი და შეიძლება თავდებოდეს ძალიან მკრივე ზომის ვეზიკულით.

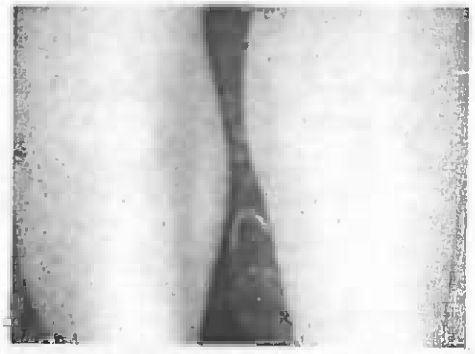


მუნი

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

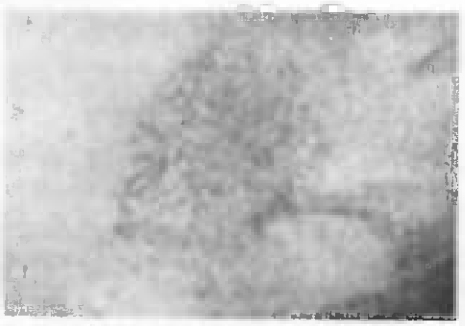
მეორადი დაზიანებები (შეიძლება განვითარდეს პირველადი დაზიანებისგან)

ქერცლი – მკვდარი აქერცლილი ეპიდერმისის თხელი ფენა



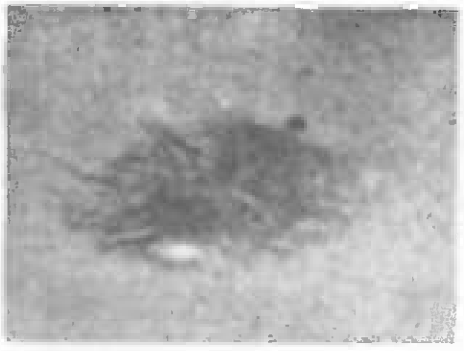
Ichthyosis vulgaris იქტიოზი (თანდაყოლილი ჰიპერკერატოზი)

ქერქი - შიატის, ჩირქის ან სისხლის მშრალი ნარჩენები.

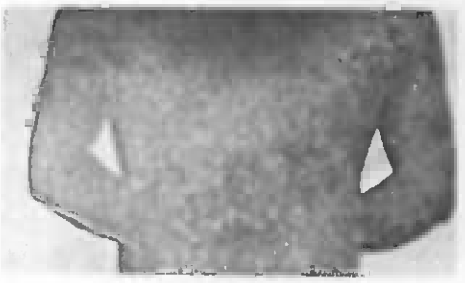


იმპეტიგო

ნაწიბური - შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება დაზიანების ან დაავადების შედეგად

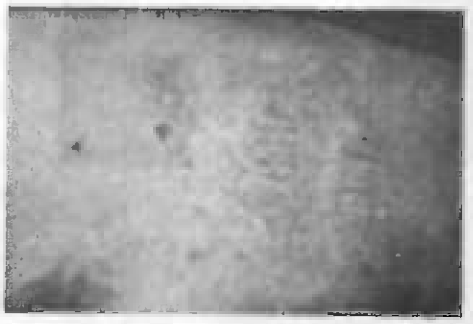


სტეროიდების ინექციის შედეგად განვითარებული ჰიპერტროფირებული ნაწიბური



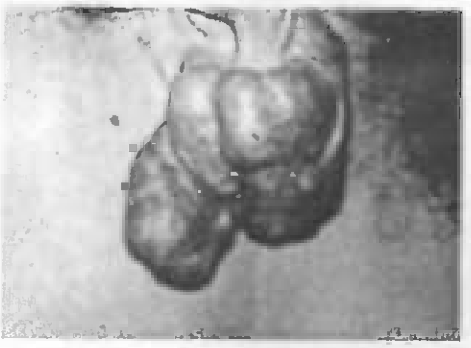
მშრალი ჯანი

ლიქენიფიკაცია - ჯანის გასქელება და გაუხეშება ნორმალური ჯანის ჯვრის მომატებული ხილვადობით. მაგ: ატოპიური დერმატიტი.



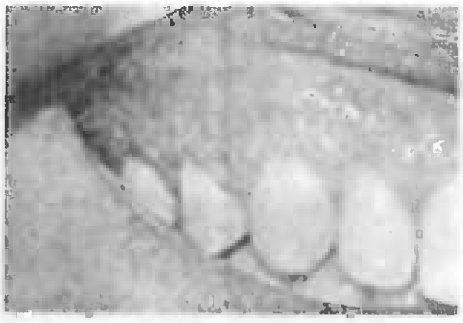
ნეიროდერმატიტი

ჯელოიდი - ჰიპერტროფირებული ნაწიბური, რომელიც ვრცელდება სანყისი დაზიანების გასნვრივ



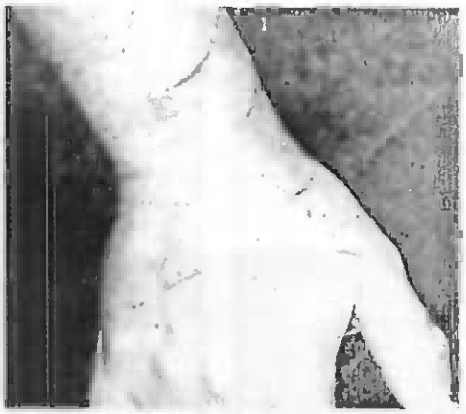
ჯელოიდი – ყურის ნაწიბური

კანის ჩვეულებრივი დაზიანებები*



ეხოზია – ზედაპირული ეპიდერმისის ანანაბიბუროვანი დაზიანება; ზედაპირი ნამიანია, მაგრამ არაა სისხლმდენი.

მაგ.: აფტოზური სტომატიტი, სველი უბანი ვეზიკულის გასკდომის შემდეგ, ჰოგორც ყვავილის ღრძო.

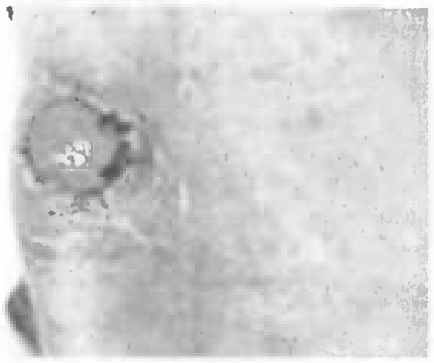


ექსკორიაცია – ჩამოფრქვნის და ექსკორიაციის ნიშნები. ის შეიძლება იყოს წრფივი, ჰოგორც სუიათხეა ნაჰმოდგენილი ან მომრგვალებული, ჰოგორც მწერის ნაკბენის ნაფხანი.



ნასკდომი – კანის ხანგრძლივი დაზიანება, ჰომელიც ხშირად ვითარდება ზედმეტი ფხანის შედეგად.

მაგალითი: სპორტსმენის ტერფი



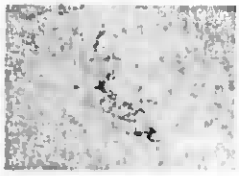
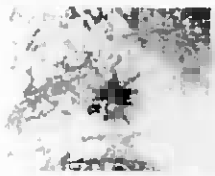
ნაკეცი - ეპიდერმისის ან დერმის ღრმა დაზიანება, შეიძლება იყოს სისხლმდენი ან დანანაბურებული.

მაგალითი: ვენური ულცერაციით გამოწვეული შეგუბებითი ნაკეცი, სიფილისური შანკრი.

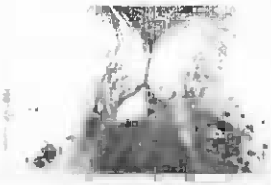
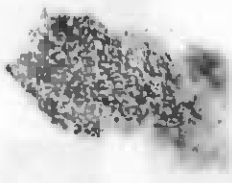
* ეს არის მეორადი დაზიანება (პირველადის შედეგად)

...ანის სისხლძარღვები და ბუასილის მსგავსი დაზიანებები

სისხლძარღვოვანი დაზიანებები

	სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავი	ვენური ვარსკვლავი*	აღებინისფერი ანგიომა
			
ფერი და ზომა	აღისფერი, ძალიან პატარადან ჯამ-მდე	მოლურჯო, სხვადასხვა ზომის, ძალიან მცირედან ხამოდენიმე სმ-მდე	მუქი ნითელი ან მონითალო მაღინისფერი, დროთა განმავლობაში გადადის მწვანე, ყვითელ ან ყავისფერში. 1-3 მმ ზომის
ფორმა	ცენტრისკენ (ცენტრალური სხეულისკენ), ზოგჯერ იზრდება, გარშემორტყმულია ქსელით	ცვალებადი. შეიძლება ჰგავდეს ობობას ან იყოს ნრფივი, არარეგულარული, ფანჯარული	მრგვალი, ბრტყელი ან ზოგჯერ ნამონეული, შეიძლება შემოსაზღვრული იყოს მკრთალი ჩაღრმავებით
პულსაცია და ზეწოლის ეფექტი	ხშირად ჩანს ობობას ცენტრში, საფარი მინით ზეწოლის დროს სხეულზე ზეწოლა ინვევს ობობას გაფერმკრთალებას	არ აღინიშნება. ცენტრზე ზეწოლა არ იწვევს ფერმკრთალებას. მაგრამ დიფუზური ზეწოლა ინვევს ვენის გაფერმკრთალებას	არ აღინიშნება. შეიძლება ნაწილობრივ გაფერმკრთალდეს, ჯერჯერობით, თუ დაარვებით ქინძისთავის ბოლით
გავრცელება	სახე, ყურები, მხრები, სხეულის ზედა ნაწილი; არასდროს არ არის ნელს ქვემოთ	ყველაზე ხშირია ფეხებზე ვენებთან ახლოს. ასევე გენიტალიების წინა ზედაპირზე	სხეული, ასევე ბეჭედი
მნიშვნელობა	ღვიძლის დაავადებები, ორსულობა, B ვიტამინის ნაკლებობა, ვლინდება ზოგიერთ ჯანმრთელ პირშიც	ხშირად თან ახლავს ზედაპირული ვენებში ნნევის მომატებას, როგორც ეს აღინიშნება ვარიკოზული ვენების დროს	არ აქვს. ზომაში და რაოდენობაში იმატებს ასაკთან ერთად

პერპერას მსგავსი დაზიანებები

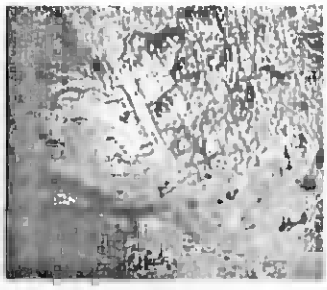
	პეტექია/პერპერა	ექიმოზი
		
ფერი და ზომა	მუქი ნითელი ან აღისფერი, დროთა განმავლობაში გარდაიქმნება. პეტექია, 1-3მმ, პერპერა, უფრო დიდი ზომის	მოლისფრო ლურჯი, დროთა განმავლობაში ხდება მწვანე, ყვითელი და ყავისფერი. სხვადასხვა ზომის, პეტექიაზე დიდია, >3მმ
ფორმა	მრგვალი, ზოგჯერ არარეგულარული, ბრტყელი	მრგვალი, ოვალური ან არარეგულარული. შეიძლება ჰქონდეს ცენტრალური ბრტყელი ჯანჭვმა 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 დარღვევაზე ან პეტექიის შემთხვევაში ჯანსაღ ემბოლია; ვასკულიტის დროს - პერპერა.	სისხლის გამოსვლა სისხლძარღვიდან, შეიძლება იყოს მოარული 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 ოვალური ფორმის, ვარდისფერი, მონითალო-მოყავისფრო ან მონაცრისფრო. ჩნდებიან ჯანის (მზისთვის) ღია ადგილებზე მოხუცებში ღია ჯანის ფერის პირებში. თავისთავად ისინი უსაფრთხოა, მაგრამ შეიძლება დასაბამი მისცენ სქვამოზუჯრედოვან კარცინომას (გოლისხმობს სნრაფ ზრდას, ინფილტრაციას, ბაზისური ნაწილის სინითლეს და დანყლეულებას). ნარჩენებია კერატოზები სახესა და ხელებზე ტიპიური ლოკალიზაციით.

სებოროული კერატოზი

სებოროული კერატოზი არის ჩვეულებრივი, უსაფრთხო, მოყვითალოდან ყავისფერამდე ამაღლებული დაზიანებები, რომელიც ალიქმება მკრივედ ცხიმოვან სავსეზოვან მექანად. ჩვეულებრივ, მრავლობითი და სიმეტრიულად განლაგებული არიან მოხუცი ადამიანების ტორსზე, ასევე შეიძლება გარნდნენ სახესა და ყველა სხვა ადგილებში. შავკანიანებში, ხშირად, შედარებით ახალგაზრდა ქალებში, ისინი შეიძლება გარნდეს ორგორც პატარა, ღრმად პიგმენტირებული პაპულები ლოყებსა და საფეთქლებზე (შავკანიანთა პაპულოზური დერმატოზი).



ბაზალიომა

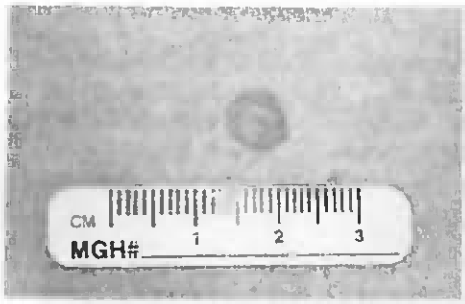
ბაზალიომა ეკრედების კარცინომა, მიუხედავად ავთვისებიანობისა, ნრდება ნელა და იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს. იგი უფრო ხშირია ღია ჯანის ფერის მრთრდილებში 40 ნლის ასაკის ზევით და, ჩვეულებრივ, ჩნდება სახეზე. სანყისი გამქვირვალე კვანძი ვრცელდება, ლოვებს ჩავარდნილ ცენტრს მკვრივი ანთული კიდეებით. ტელეანგიოექტაზიური სისხლძარღვები ხშირადაა შესამჩნევი.




ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, ჩვეულებრივ, ჩნდება ღია ადგილებზე ღია პირისახის პირებში 60 ნელს გადაცილებულ პირებში. ის შეიძლება განვითარდეს აქტინური კერატოზიდან. ჩვეულებრივ, იგი იზრდება ეფრო სნრაფად. ვიდრე ბაზალიომა, არის მკვრივი და მონითალო. ჩვეულებრივ, ზიანდება სახე და ხელის ზურგი, ორგორც ეს სურათზეა ნარჩენები.

ჯეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ხაოები

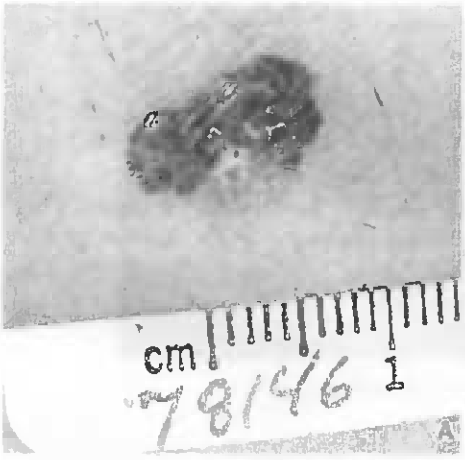


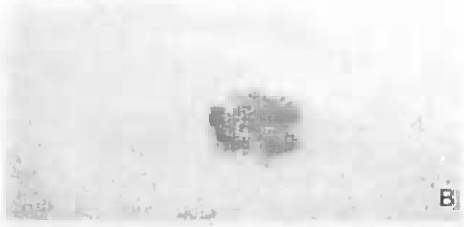
ჯეთილთვისებიანი ხაოები

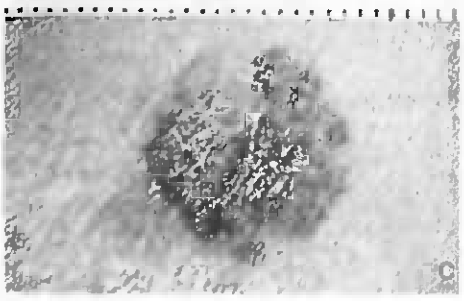
ჯეთილთვისებიანი ხაო ან, უბრალოდ, მეჭეჭი, ჩვეულებრივ, ჩნდება პირველ ხამოდენიმე დეკადაში. ეხთეროულად ხამდენიმე ხაო შეიძლება გაიხარდოს, მაგრამ მათი ნახმოქმნა, ჩვეულებრივ, ჩერება შეუცვლელი. დაიმახსოვრეთ შემდეგი ტიპიური ნიშნები და გაარჩიეთ ისინი ატიპიური ხაოისა და მელანომისაგან:

- მკვეთრად გამოხატული კიდეები;
- ეთნგვაროვანი ფერი, ჯერ მოყვითალო-ყავისფერი ან ყავისფერი.
- 6 მმ-ზე ნაკლები დიამეტრის
- ბრტყელი ან ამონეული ზედაპირით

ამ თავისებურებების ცვლილებები მატყობს ატიპიური (დისპლაზიურ) ხაოის ან მელანომის მიხედვით. ატიპიურ ხაოებს აქვს სხვადასხვა ფერი, მაგრამ ხშირად მუქია და 6 მმ-ზე დიდი. არასწორი კიდეებით და ჩაზნექილია იშვიათად მდებარე ჯანში. დათვალიერეთ ატიპიური ხაოები მთელ სხეულზე. მათი რიცხვი შეიძლება იყოს 50-დან 100-მდე.







ავთვისებიანი მელანომა

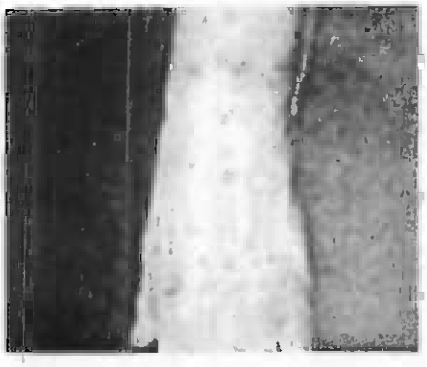
ისწავლეთ მელანომის "ABCDE" ამოცნობის ბიბოს ასოციაციის ამ ეფექტური სტანდარტული ფოტოსურათებიდან:

- ასიმეტრიულობა (სურ. A).
- არასწორი კიდეები, განსაკუთრებით დაბინდვის ნახმოქმნა (სურ. B).
- ფერის ვარიაციები, ჯერ შავის, ღია ყავისა და ნითელის კომბინაცია (სურ. B, C).
- დიამეტრი 6 მმ-ზე მეტი (სურ. C).
- კანის ზედაპირიდან ამობურცული, თუმცა, ალბათვე, შეიძლება იყოს ბრტყელი (სურ. C).

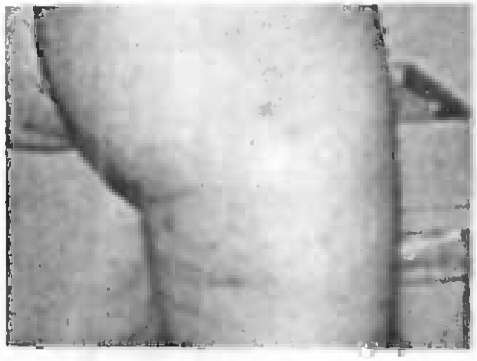
შეისწავლეთ მელანომის ისეთი ცვლ-ფაქტორების არსებობა, როგორიცაა მზის ინტენსიური დასხივება მთელი წლის განმავლობაში, ბავშვობაში მზით გამოწვეული წყლულოვანი დამწვრობა, ღია ფერის კანი, რომელიც ადვილად იფარება ქოფლით და იღებს დამწვრობას (განსაკუთრებით ქერა და ელალთმიანი პირები), მელანომის ოჯახური ანამნეზი და ხაოები, რომლებიც შეიცვალნენ ან გახდნენ ატიპიურები, განსაკუთრებით თუ >50. შეცვლილ ხაოებს შეიძლება ჰქონდეთ ახლად განვითარებული შეშუპება ან სისხლდენა, ან ისეთი შეგრძნებები, როგორიცაა ქავილი, სიმხურვალის შეგრძნება, ტკივილი.

ჯანის სიჯანსაღის დაზიანებები

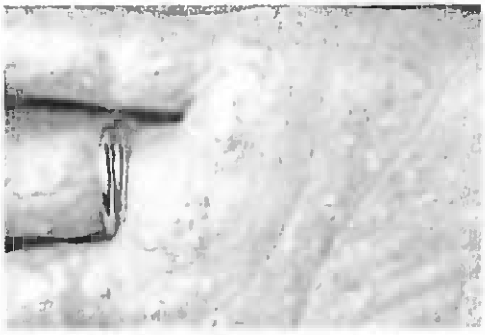
ამ ცხრილში ნაჩვენებია ჯანის პირველადი და მეორადი დაზიანებები. ეცადეთ, გაარჩიოთ ისინი ტექსტის ნაკითხვამდე.



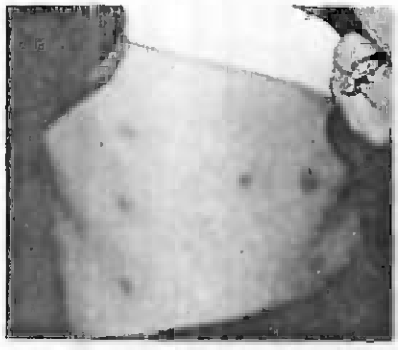
მაჯები ხელის ზურგზე, მაჯაზე და წინამხარზე



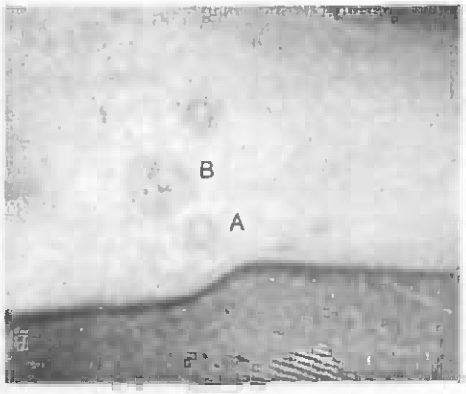
პაპები და პუსტულები (ფოლიკულიტი ფსევდომონიაზის დროს)



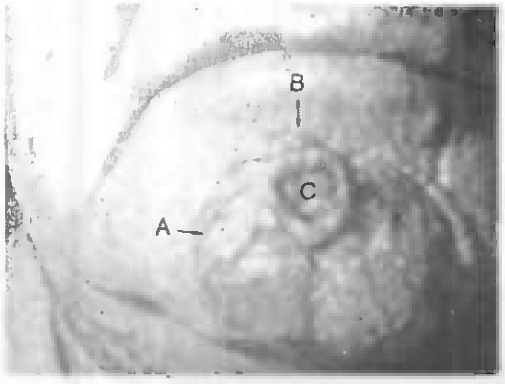
პუსტულები ხელის გულზე (პუსტულური ფსორიაზის დროს)



ვეზიკულა (ჩუტყვავილა)



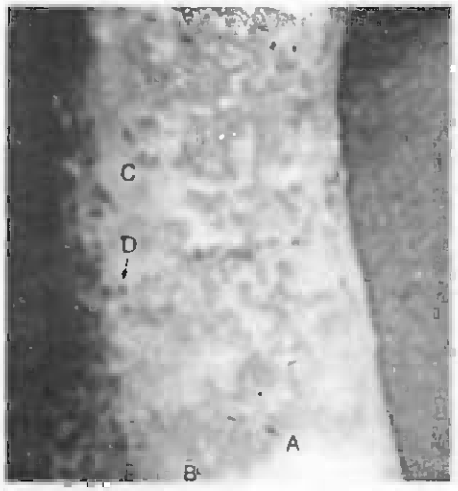
ა. ბული
ბ. სამიზნე დაზიანება (მაგ., მულტიფორმული ექსუდაციის დროს)



ა. ტელეანგიექტაზია
ბ. პატარა ჯვანძი (ნოდული)
გ. ნყლული (ბიტყელჯიროვანი კარცინომის დროს)

(ცხრილი გაგრძელება შემდეგ გვერდზე)

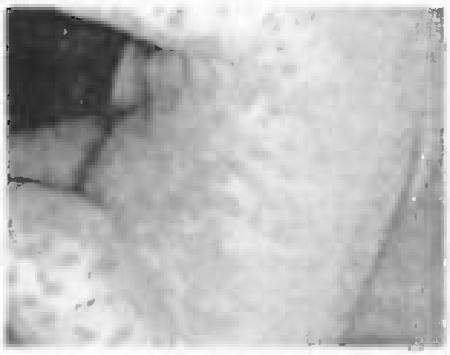
კანის სიმსივნური დაავადებები (ანგიომები)



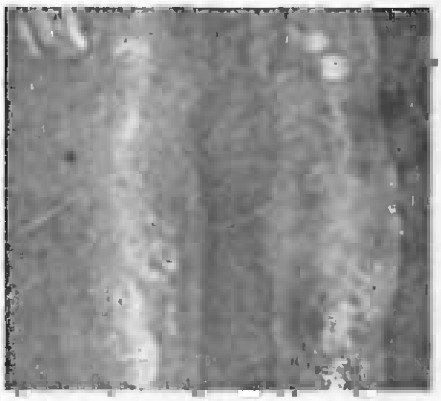
ა. ვენიჯეცა. ბ. პუსტეცა, გ. ეჩოზია, დ. ფუფხი – მუხლზე (ექტოპიური დერმატიტის დროს)



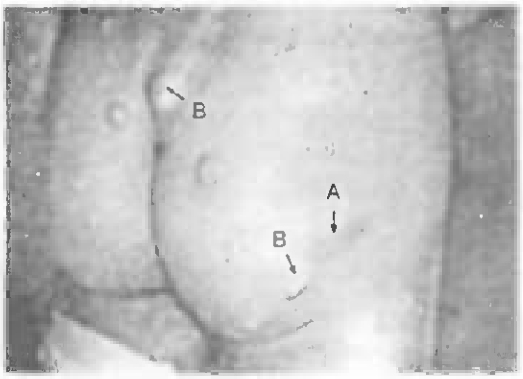
ა. ექსკორიაცია; ბ. ლიქენიფიკაცია ფეხებზე (ატოპიური დერმატიტის დროს)



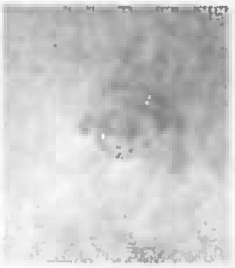
ბეშტეები (უჩტიკარია) ახალშობილებში ნამღის-მიერი გამონაყარი



ქრონიკული ლაქები მუხლებზე (ფსორიაზის დროს) და ფეხებზე



ა. ლაქები (Caf—Au—Lait ლაქა); ბ. **კანძები** ნეიროფიბრომატოზის დროს



Kaposi-ს სარკომა შიდს-ის დროს

როდესაც შიდს-ს ახლავს კაშმის სარკომა, ავთვისებიანი სიმსივნე, იგი ვლინდება მრავალი **ფოსფით**: მაკულებით, პაპულებით, ფოლაქებით ან **კანძებით** სხეულის თითქმის ყველა უბანზე. დაზიანებები სწრაფად შეინყმელია და ეთვება შიდა სტრუქტურებშიც. მარცხნივ მოცემულია კვერცხისებური მოვარდისფერო ნოთელი ფოლაქების ტიპიური გავრცელება კანზე. ისინი შეიძლება პიგმენტური გახდეს. მარჯვნივ მოცემულია ელოსფერი ნოთელი კანძი ფეხზე.

Addison-ის დაავადება	ანის და ღრძილოვანი გარსების ჰიპერპიგმენტაცია
AIDS-ი	თმიანი ლეიკოპლაკია, **Kaposi**-ს (კაპოში) სარკომა, მარტივი ჰერპეს-ვირუსი (HSV), ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV), ციტომეგალოვირუსი (CMV), **molluscum contagiosum**, ანის ინფექციის მიკობაქტერია, ანდიდოზი და ანის სხვა სოკოვანი ინფექციები, პირის ღრუს და სწორი ნაწლავის ბრტყელუჯრედული კარცინომა, მეძუძური იქტოზი, ბაქტერიული აბსცესები, ფსორიაზი (ხშირად მძიმე), ეოზინოფილია, სებორეული დერმატიტი (ხშირად მძიმე).
თირკმლების ქრონიკული დაავადება	სიფერმკრთალე, სიმშრალე, ჰერპიტესი, ჰიპერპიგმენტაცია, ქერმიული გასივება, ანაში მეტასტაზური კალციფილაქტები, კალციფილაქსია, "ნახევარ-ნახევარი" ფრჩხილები, ჰემოდიალიზთან დაკავშირებული ანის დაავადებები
CREST-სინდრომი	კალცინოზი, ჰეინოს სინდრომი, სკლეროდაქტილია, ტელეანგიექტაზიები
Crohn-ის (ქრონი) დაავადება	კვანძოვანი ეპითემა, განგრენული პიოდერმია, ანის ფისტულები, აფტოზური წყლულები
Cushing-ის (კუშინგი) დაავადება	სტრიები, ანის ატროფია, ჰერპესი, ექკიმოზი, ტელეანგიექტაზია, აკნე, მთვარის ფორმის სახე, ჰიპერტრიქოზი, ბამბერის ნეხი
დერმატომიოზიტი	ჰელიოტროპული გამონაყარი, გოტრონის პაპულა, ფრჩხილებთან ტელეანგიექტაზიები, აღოპლეცია, მზისგან დაუფარავ ადგილებში ჰოიპერდერმია, ჰეინოს სინდრომი
დიაბეტი	დიაბეტური დიპოდერმული ნეკროზი, დიაბეტური ბულა, დერმოგრაფიზმი, ბეჭდისებური გრანულომა, აკანტოზი, ანდიდოზი, ნეიროპათიული წყლულები, ქსანტომები, სისხლძარღვთა ჰერიფერიული დაავადებები
დისემინირებული სისხლძარღვშიდა კოაგულაცია	ანის ნეკროზი, პეტექია, ექკიმოზი, ჰემორაგიული ბულა, პერპურა
დისკოიდერმია	ქსანტომები (მყესებზე, გამონაყარით ან ხორკლიანი), ქსანტელაზმები (შეიძლება ჯანმრთელებშიც იყოს)
გონოკოკცემია	ეპითემული მაკულა ან ჰემორაგიული პუსტულა; დაზიანება ვრცელდება ხელის და ფეხისგულებზე
ჰემოქრომატოზი	ანი სპილენძისფერია და ჰიპერპიგმენტული
ჰიპოთირეოზი	მშრალი, უხეში და მკრთალი ანი, უხეში და მტვრევადი თმა, მიქსედემა, აღოპლეცია (წარბების
ჰიპერთირეოზი	გარეთა ნაწილები დიფუზურად), ანი შეხებით ცივია, ფრჩხილები თხელი და მსხვრევადი თმიანი, ნამიანი, ხშირი და ხავერდოვანი ანი; თხელი თმა, აღოპლეცია, ვიტილიგო, ჰეტიბიალური მიქსედემა (გრეივსის დაავადების დროს), ჰიპერპიგმენტაცია (ადგილობრივი და დიფუზური)
ინფექციური ენდოკარდიტი	**Janeway** დაზიანება, ოსლერის კვანძები, ნეკროზული სისხლჩაქცევები, პეტექიები
Kawazaki-ს დაავადება	ღრძილოვანი გარსების ეპითემა (ტუჩების, ენის, სასის), ფოროსფერი ენა, აღებრისფერი ტუჩები, პოლიმორფული გამონაყარი (უმეტესად ტანზე), ხელის და ფეხისგულების სიწითლე, მოგვიანებით თითის წვერების აქტივაცია.
ღვიძლის დაავადებები	სიყვითლე, სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავები, სხვა ტელეანგიექტაზიები, პალმარული ეპითემა (ხელისგულების სიწითლე), ტერის ფრჩხილები, ქავილი, პერპურა, მეღუნას თავი
ლეიკემია/ლიმფომა	სიფერმკრთალე, ექსფოლიაციური ეპითელიომა, კვანძები, პეტექიები, ექკიმოზები, ქავილი. ვასკულიტი, განგრენული პიოდერმია, ბულოზური დაავადება
მენინგოკოკცემია	ვარდისფერი მაკულები და პაპულები, პეტექიები, პეტექიური სისხლჩაქცევები, ბულოზური სისხლჩაქცევები, ელვისებური პერპურა
ნეიროფიბრომატოზი 1 (**Recklinghausen**-ის დაავადება)	ნეიროფიბრომები, Caf—fiu—Lait, ჭორფლის ღაქები იღლიასა და საზარდულის 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	კანი მშრალია, იქერცლება ან ატროფიულია; ფრჩხილები დისტროფიული, მსხვრევადი; კანი ცივია, თმა გაცვენილია, ნეკრები, სიფერმკრთალე, ციანოზი, განგრენა.
ოსლერობა (ფიზიოლოგიური ცვლილებები)	მელანომა – ძაძეს დვრილების, თეთრი ხაზის პიგმენტაციის მომატება, პალმარული ეპითემა, ვენების ვარიკოზი, სტრიები, სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავები, ჰირსუტიზმი, ჩრჩილოვანი გრანულომები

სხრილი 5-10

დაავადებები და მათთან დაკავშირებული სქესის სწრაფები (გაგრძელება)

Reiter-ის (ჰეიტერი) სინდრომი	ჯანის და ღრძნოვანი გარსების ფსორიაზის მსგავსი დაზიანება. ეტიოლოგიამ blennorrhagicum. ჩრიჭოვანი გრანულომა
ჰევმატოიდული ართრიტი	ვასკულიტი, ჰეინოს სინდრომი, ჰევმატოიდული ჯვანძები, განგრენული პიოდერმია. ჰევმატოიდული პაპულები. **ნითელი** ან მოვარდისფერ გამონაყარი.
ჯდღოვანი მთების ღაჭოვანი ცხელება	ერითემული გამონაყარი, რომელიც პირველად ჩნდება მაჯებზე და მუხლებზე. შემდეგ ვრცელდება ხელის და ფეხისგულებზე და გენერალიზაციის დროს უფრო მეტი მეფერიდობის ხდება
სჯლეროდერმია	ჯანი გასქელებულია, დაჭიმული და პრიალა. თითის წვერებზე ჩნდება წყლული და ჩაღრმავებული ნაწიბურები; სკლეროდაქტილია; ტელანგიექტაზიები; ჰეინოს სინდრომი
ნამგლისებური ანემია	სიყვითლე, ფეხებზე წყლული (ტოჭების არეში), სიფერმკრთალე
ათამანგი	*1°*: შანკრი (მტკივნეული); *2°*: გამონაყარი ("დიდი იმიტაცია") – ბინძურსფერი, გენერალიზებული, მაკულო-პაპულური გამონაყარი ხელის და ფეხისგულებზე, ფართო ჯონდილომა, ალოპეცია ("ჩრჩილის ნაჭამი"). პირის ღრუს და გენიტალიის დროს გარსებზე თეთრი ქერცლები. *3°*: გუმა, გრანულომა
სისტემური წითელი მგლურა	ფოტოსენსიბილიზაცია, ეპიდერმისებური ერითემა სახეზე, დისკოიდური გამონაყარი, ალოპეცია, ვასკულიტი, პირის ღრუს წყლულები, ჰეინოს სინდრომი
თრომბოციტოპენიური პურპურა	პეტექია, ეკიმოზი
ტუბერული სკლეროზი (Bourneville-ს დაავადება)	adenoma sebaceum (ანგიოფიბრომა), ფერიფერისებური გამონაყარი, მაგრენის ღაქები, ფიჩხილების გარშემო ფიბრომები
წყლულოვანი კოლიტი	ჯვანძოვანი ერითემა, განგრენული პიოდერმია.
ვირუსული ეგზანთემები:	**კოქსაკი A (ხელები, ფეხები და პირის ღრუ)** – წყლულები პირის ღრუში, მაკულა, პაპულა და ვეზიკულა ხელებზე, ფეხებზე და დუნდულებზე **ინფექციური ერითემა (მეხუთე დაავადება)** — ლოყების **ერითემა** ("**ლოყები** სილის გარტყმის **მემდეგ**"), რასაც **მოჰყვება** ერითემული, ბადისებური გამონაყარი, რომელსაც ჯავიღი ახასიათებს და ინყება ტანიდან და კიდურების პროქსიმალური ნაწილებიდან (მხრებზე, ცხელების დროს და ტემპერატურის ცვლილებისას ჯავიღი ძლიერდება) **ახალშობილთა herpes (HSV 6)** – ერითემა, მაკულა-პაპულა, პერიოდული ჯავიღი (ხშირად ახლავს ცხელება). რაც ინყება თავიდან და ვრცელდება ტანზე და კიდურებზე, ხშირ სასაზე პეტექიებია. **წითელა** – ერითემა, მაკულა-პაპულა, პერიოდული ჯავიღი (ხშირად ახლავს ცხელება), რაც ინყება თავიდან და ვრცელდება ტანზე და კიდურებზე. ხშირ სასაზე პეტექიებია. **წითელა** – ერითემა, მაკულა-პაპულა, გამონაყარი ინყება თავიდან და ვრცელდება ტანზე და კიდურებზე (გამონაყარი ტანზე ერითროდერმიულია, კიდურებზე – არა), ლორძილების დროს ვოლკმანის ლაქები. **ჩიყვანიცა** – გენერალიზებული ვეზიკულური გამონაყარი, რომელსაც ახასიათებს ჯავიღი (**ბუშტუკების ფსკერზე სისხლჩაქცევებია** ("წამის წვეთი ვარდის ფურცელზე"). გამონაყარი ინყება ტანზე და ვრცელდება პერიფერიულად, გამონაყარი ერითროდერმიულად განვითარების სხვადასხვა სტადიაშია. **მემბრანული ნეკნები (Herpes Zoster)** ჯავიღი, ვეზიკულური გამონაყარი (ვეზიკულას საფუძველი წითელია) და ვრცელდება დერმამი.

ნაწოლები

ნაწოლები, ასევე ინოდება დეკუბიტუს წყლულებად. ჩვეულებრივ, ვითარდება სხეულის გამონაყარი ნაწიბურებში ნაწევის შეუმცირებლობის გამო. ჰომეოსტაზის ინვევს ქვემდებარე ქსოვილის იმედიან დაზიანებას. ჰიპოფიზიარქტია ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც იდენტიფიკაცია და მკურნალობა: ყურადღებით დაათვალიერეთ ყველა ადგილი ნორმალური ნიმნების არსებობაზე, ეძიოთ, ეჭიროთ, ჰომეოსტაზის, ჰომეოსტაზი ფუნქციონირებს ზუსტად, განსაკუთრებით ჰისტო-ფატოლოგიების მქონე პაციენტებში.

ნაწოლები ჩნდება უფრო ხშირად ყველუნის, საჯდომი ბოლოების, დიდი ციბრუტების არეში და ქუსლებზე. ქვემოთ ნახატზეგნილია ქსოვილების დაშლის სიღრმის სტადიუმობა. ამასთან, გახსოვდეთ, I სტადიაში ყველა ჯერ ჯერ ინტაქტურია და ნაწოლი ჯერ არ არის განვითარებული; სტადიის განსაზღვრის წინ ნეკროზული ან სტრუპით დაფარული ნაწოლები უნდა გაიწმინდოს; და ნაწოლები აუცილებლად არ ჰოგრესირებს თანმიმდევრობით ოთხი სტადიის გავლით.

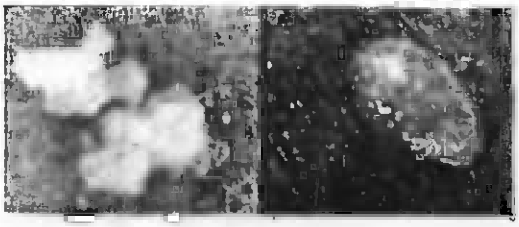
დაათვალიერეთ ნაწოლები ინფექციის ნიშნების არსებობაზე ცხელების, სუნის, ცელულიტის ან ნეკროზის გამოსავლენად. ცხელება, შემცივნებები და ტკივილი, შესაძლოა, იყოს ოსტეომიელიტის შედეგი. შეფასება მიმართული უნდა იყოს პაციენტის ზოგადი ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ისეთი კომორბიდული მდგომარეობის ჩათვლით, როგორიცაა სისხლძარღვოვანი დაავადებები, დიაბეტი, იმუნური უმარისობა, კოლაგენური, ავთვისებიანი დაავადებები, ფსიქოზი ან დეპრესია; ჯვებითი სტატუსი: ტკივილი და ანალგეზიის ხარისხი; გამწვავების ხასიათი; ისეთ ფსიქოსოციალურ ფაქტორებზე, როგორიცაა სწავლის უნარი. სოციალური დახმარებები და ცხოვრების სტილი; და ყველა მონაცემები პოლიფარმაციის, ზედმეტი ნამლების მიღების, ალკოჰოლის, თამბაქოს ან აკრძალული ნამლების ქარბი მოხმარების შესახებ.

ნაწოლების ხისკ-ფაქტორები

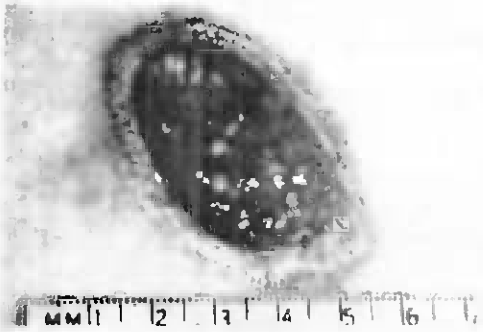
- მოძრაობის შემცირება, განსაკუთრებით, თუ მას ეთვის მომატებული ნაწევა ან მოძრაობა, ჰომეოსტაზს ინვევს ხახუნს ან დამაზიანებელ სტრესს.
- მგრძნობელობის დაქვეითება, გამოწვეული თავის ან ტვინის ტვინის დაზიანებით, ან პერიფერიული ნერვების დაავადებით.
- სისხლის მიწოდების შემცირება ჰიპოტენზიის ან ისეთ მიკროვასკულური დაავადებების ფონს, როგორიცაა დიაბეტი ან ათეროსკლეროზი.
- განავლის ან შარდის შეუკავებლობა.
- მოტეხილობის არსებობა.
- მძიმე ჯვებითი სტატუსი ან დაბალი ალბუმინი.



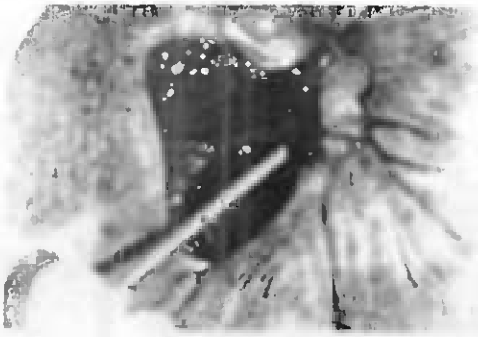
სტადია I - ინტაქტური ჯანის ზედოპირთან გამოწვეული ცვლილებები: ტემპერატურის (ცხელი ან ცივი), კონსისტენციის (მკვრივი ან ჰბილი), მგრძნობელობის (ტკივილი ან ქავილი) ან ფორის (წითელი, ღია ან ყოლოსფერი მუქ ჯანზე; ნითელი ღია ფერის ჯანზე) ცვლილებებით.



სტადია II - ჯანის მთლიანობის ნაწილობრივი დაკარგვა ან დაზიანება, რომელშიც ჩართულია ეპიდერმისი, დერმა ან ორივე ერთად.

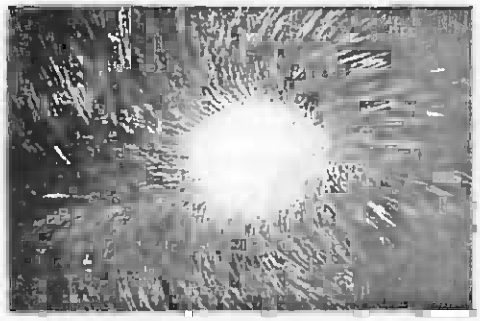


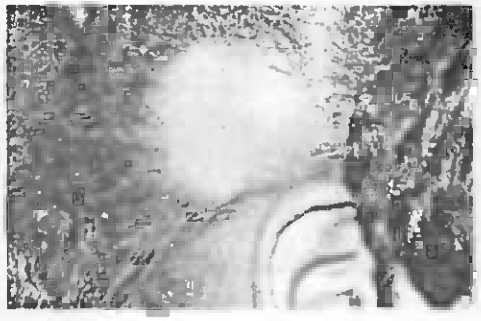
სტადია III - ჯანის მთლიანობის სრული დაკარგვა ჯანქვეშა ქსოვილის დაზიანებიდან ნეკროზამდე, რომელიც შეიძლება გავრცელებული იყოს ქვემდებარე ფენებში. მაგრამ არა გამჭოლად.



სტადია IV - ჯანის სრული დაკარგვა. დესტრუქციით, ქსოვილის ნეკროზით, ქვემდებარე ფენის, ძვლის და ალბათ მდებარე სტრუქტურების დაზიანებით.

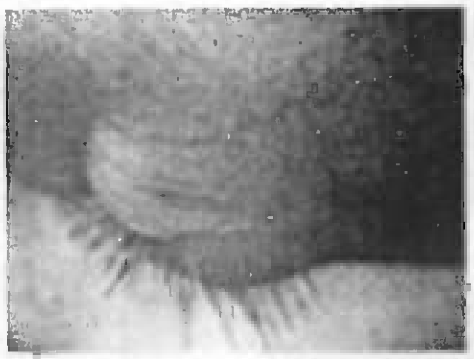
ჯაჭოვანი (ბედობხივი) თმის ცვენა – აღოპეცია – თმის ცვენის ჯაჭგად შემოსაზღვრული მრგვალი ან ოვალური ფორმის უბნები, ჩვეულებრივ, ვითარდება ახალგაზრდებში და ბავშვებში. ხიელი დაზიანება ან ანთება არ აღინიშნება.





ტრიქოტილომანია – მოქაჩვის, ან დახვევის შედეგად თმის ცვენა. თმის ღერი გაწყვეტილია და სხვადასხვა სიგრძის. უფრო ხშირია ბავშვებში ოჯახური ან ფსიქოსოციალური სტრესის დროს.





Tinea capitis ("Ringworm") აღოპეციის მრგვალი ფორმის ქერცლიანი უბნები. თმა ნყდება კანთან ახლოს. მიზეზი; ჩვეულებრივ, სოკოვანი ინფექციაა – tinea tonsurans. ჰგავს სებოროული დერმატიტს.

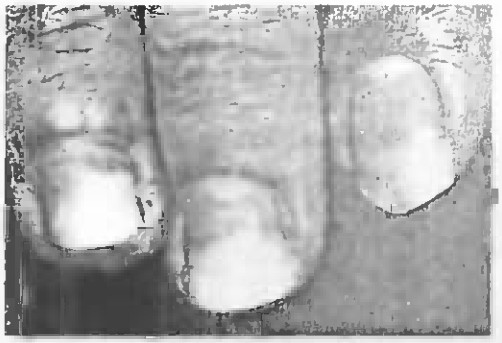






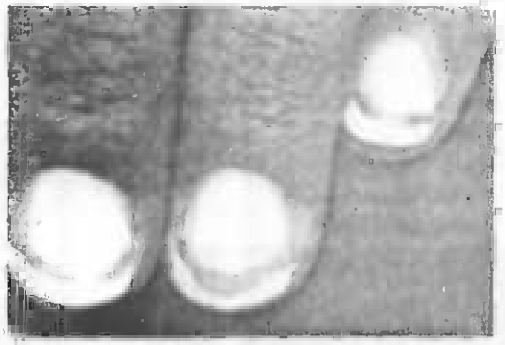
პარონიქია

პარონიქია არის ფრჩხილის პროქსიმალური და ლატერალური ნაოჭის ანთება. შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული. ნაოჭები ნითელია, შესიებული და ხშირად მტკივნეული. ხელიხელა შეიძლება არ ჩანდეს. პირებს, ვინც ხშირად ისველებს ხელებს, პარონიქიის განვითარების მეტი რისკი აქვთ. ხშირად, ჩამოღენილ ფრჩხილი ზიანდება.



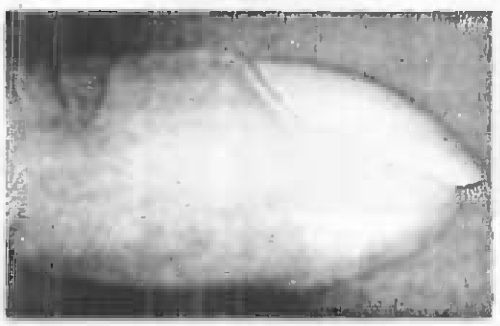
ონიქოლიზი

ონიქოლიზი არის ფრჩხილის მტკივნეული ამცილება ფრჩხილის საწოლიდან. იწყება დისტალურად, ფრჩხილის თავისუფალი კიდე სხვადასხვა ხარისხით დიდდება. ჩვეულებრივ, ზიანდება ჩამოღენილ ან ყველა ფრჩხილი. მიზეზი მრავალია.



Terry-ს ფრჩხილები

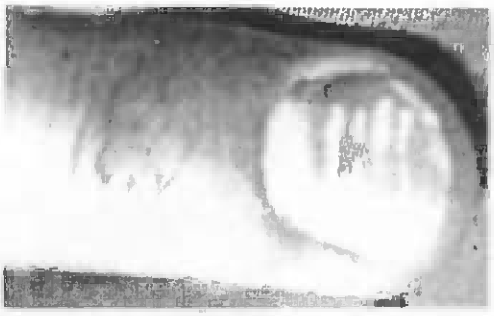
Terry-ს ფრჩხილების დროს ფრჩხილი თეთრია, ხოლო დისტალურად მოწითალო-ყავისფერი ზოლი ჩნდება. ფრჩხილის ღეღეა შეიძლება არ ჩანდეს. ასეთი ფრჩხილები ევითარდება ხანდახმელ პირებს და ისეთი ქრონიკული დაავადების მქონე ავადმყოფებს, როგორიცაა ღვიძლის ციროზი, გულის უკმარისობა, ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი.



გოლის ჯოხისებრი თითები

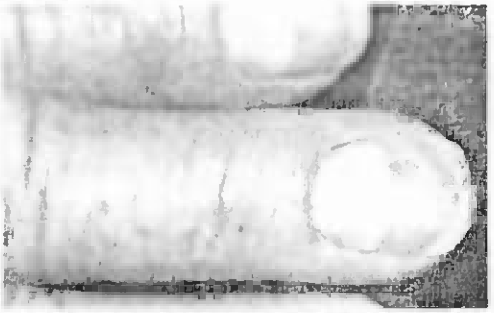
გოლის ჯოხისებრი ფორმის თითების დროს დისტალური ფალანგები დამრგვალებულია და გამსხვილებული. ფრჩხილები ამობურცულია, ხეთხე ფრჩხილსა და პროქსიმალურ ნაოჭს შორის 180° და მეტია. ფრჩხილის პროქსიმალური ნაოჭი პალპაციით ღრუბლისებრია ან მოძრავი. მიზეზები მრავალია, მათ შორის ქრონიკული ჰიპოქსია, გამონაყარი გულის უკმარისობით ან ფილტვის სიმსივნით, ღვიძლის ციროზი.

ფჩრხილების და ახლომდებარე სტრიქტურების ცვლილებები (გამეორება)



თეთრი ლაქები *(ლეიკონიქია)*

ფჩრხილების ტრავმის შედეგად ხშირად ჩნდება თეთრი ლაქები, რომელიც ნელა იზრდება ფჩრხილებთან ერთად. თეთრი ლაქები ხშირად ჩნდება ულვაში და ხშირი მანიკურის ჯეთების შედეგად. მრუდები ამ მაგალითში ჰგავს ჯუტიკულას და ფჩრხილების ნაოჭების მრუდებს.



განივი თეთრი ხაზები *(Mees-ის ხაზები)*

ეს არის განივი ხაზები, არა ჩაღრმავებები, მათი ფორმა ღენელას მსგავსია, და არა ჯუტიკულას. ასეთი ხაზების გაჩენა მწვავე ან მძიმე დაავადების შედეგია. ისინი ჩნდებიან ფჩრხილის პროქსიმალურ ნაწილში და იზრდებიან ფჩრხილთან ერთად.



Beau-ს ხაზები

Beau-ს ხაზები არის ფჩრხილების განივი ჩაზნექვა, რაც დაკავშირებულია მწვავე მძიმე დაავადებებთან. ხაზები ჩნდება ფჩრხილის პროქსიმალურ ნაწილში დაავადებიდან ერთი კვირაში და იზრდება ფჩრხილებთან ერთად. Beau-ს ხაზების მიხედვით ექიმს შეუძლია დაადგინოს გამომწვევი დაავადების ხანგრძლივობა.



ფსორიაზი

ფჩრხილებზე მცირე ზომის ჩაღრმავებები ფსორიაზის ადრეული, მაგრამ არასპეციფიკური ნიშანია. დამატებითი ნიშნები, რომლებიც აქ არ არის ნაჩვენები, მოიცავს ონიქოლიზს და ალნერიც მოყვითალო-ყავისფერ შეფერილობას, ე.წ. "ზეთოვანი ჩაღრმავება". შეიძლება განვითარდეს ფჩრხილის შესამჩნევი გათხელებაც.

6

თავი და კისერი

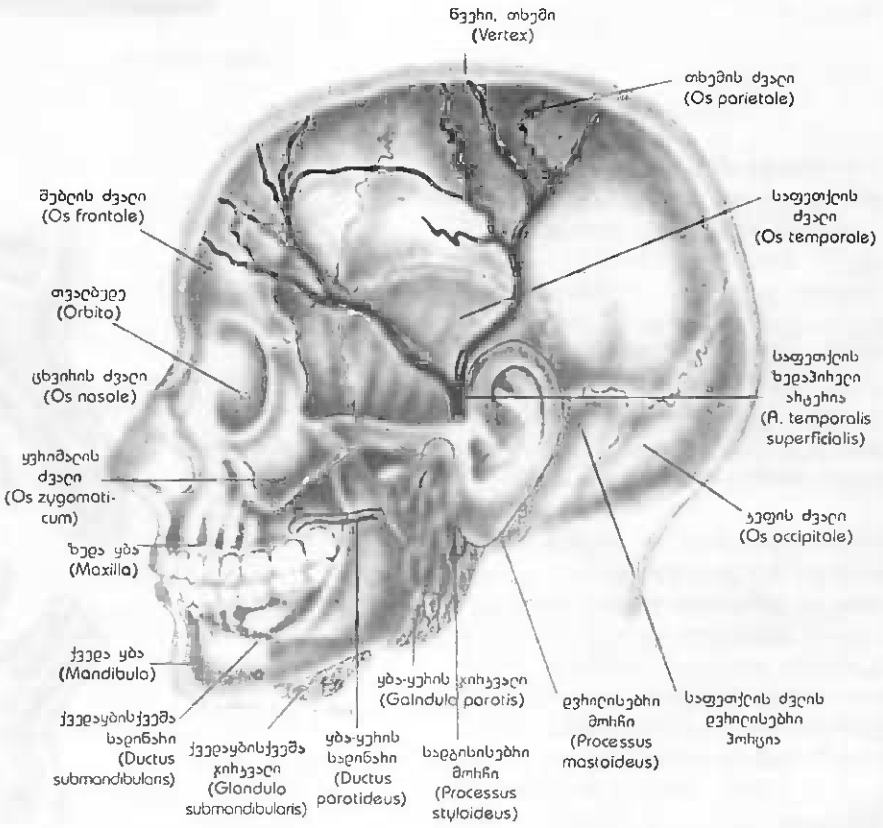
ანატომია და ფიზიოლოგია

თავი

თავის თითოეული ძვალი ატარებს თავის ქალას შესაბამისი ძვლის სახელს (მაგ. შუბლის ძვალი). მათი ანატომიის ცოდნა დაგეხმარებათ კლინიკური ნიშნების აღწერაში.

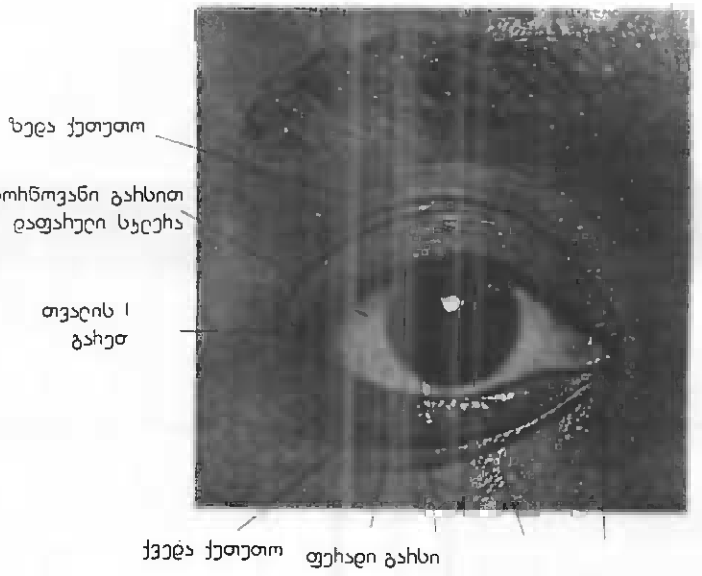
ნუკრის სანერწყვე ჯირკვლები მდებარეობს ყბასთან: *ყბაყურა ჯირკვალი* მდებარეობს ზედაპირულად ყბის ძვლის უკან (გადიდების შემთხვევაში შესაძლებელია ოთივე ჯირკვლის პალპაცია) და *ყბისქვეშა ჯირკვალი*, რომელიც უფრო ღრმად მდებარეობს. ჯირკვალს შეიგრძნობთ, თუ ენას მოღუნავთ და ქვემოთ მიანვებით ქვედა საჭრელი კბილების მოპირდაპირედ. მისი ნიღაბკოვანი ზედაპირი შეიძლება მდებარეობდეს მომზირველი კუნთის გვერდზე. პირის ღრუში ჩანს ყბაყურა და ყბისქვეშა ჯირკვლების სადინრების დვრილები (იხ. გვ. 167).

შუბლის ზედაპირული არტერია მიემართება ზევით ყურის წინ, სადაც შესაძლებელია მისი პალპაცია. ბევრ ჯანმრთელ ადამიანს, განსაკუთრებით გამხდარსა და ხანდაზმულს, შუბლზე ეხაგად ესახება არტერიის დაკლაკნილი ტოტები.



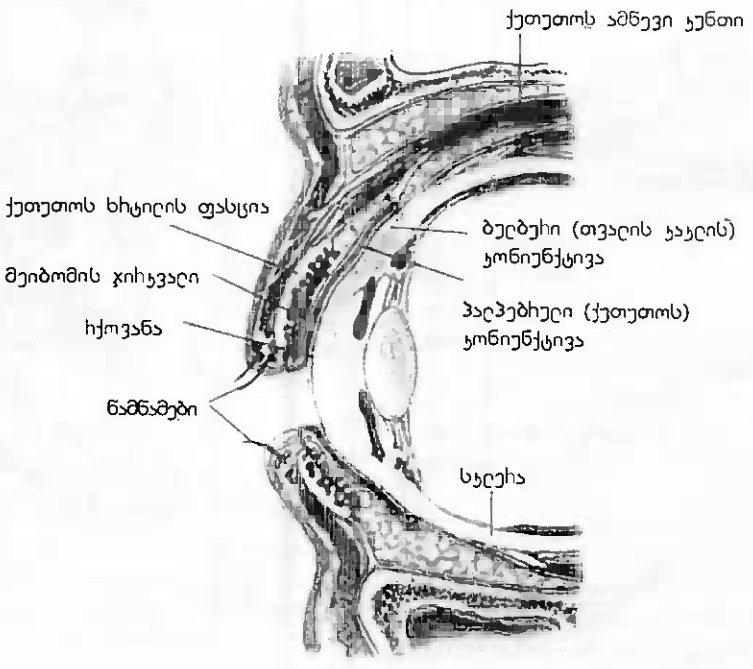
თვალი

ზოგადი ანატომია. დაათვალიერეთ ილუსტრაციაზე მოცემული ნაწილები. ზედა ქუთუთო ფარავს ფეხადი გარსის ნაწილს, მაგრამ ნორმალურად არ ფარავს გუგას. ქუთუთოებს შორის სივრცეს ეწოდება *თვალის ნაპრალი.* თეთრი სკლერა პერიფერიაზე მოყვითალო ელფერისაა. ეს მელფერობა არ შეგემაღლოთ სიყვითლეში, რომელიც უფრო მუქი ყვითელი ფერით გამოირჩევა.



ჯონიუნქტივა არის გამჭვირვალე ღორნოვანი გარსი ორი ხილული კომპონენტით. *ბულბარული ჯონიუნქტივა* ფარავს თვალის კაკლის წინა ზედაპირის უმეტესობას, მჭიდროდ უკავშირდება ქვემდებარე ქსოვილებს. *ღრმებულთან* იგი უკავშირდება ჩქოვანას. *პალპებარული (ქუთუთოს) ჯონიუნქტივა* გადადის ქუთუთოებზე. ჯონიუნქტივის ეს ორი ნაწილი უერთდება ერთმანეთს ჯონიუნქტივის ნაკეცში, რაც თვალის კაკლის მოძრაობის საშუალებას აძლევს.

ქუთუთოების შიგნით არსებულ მემბრანულ ქსოვილოვან მკვრივ ჭიმებს ეწოდება *ტარზალური ფასკია.* თითოეული მეიცავს პარალელურ რიგებად განლაგებულ *მეიბომის ჯირკვლებს,* რომელთა სადინარები იხსნება ქუთუთოს კიდესთან. ზემო ქუთუთოს ამწევი კუნთის ინერვაცია ხდება თვალის მამოძრავებელი ნერვით (თავის ქალას III ნერვი). გლუვი კუნთი, რომლის ინერვაცია ხდება სიმპათიკური ნერვული სისტემით, ზემოთ სწევს ქუთუთოს.



თვალის წინა საგიტალური ჭრილი დახუჭული ქუთუთოებით

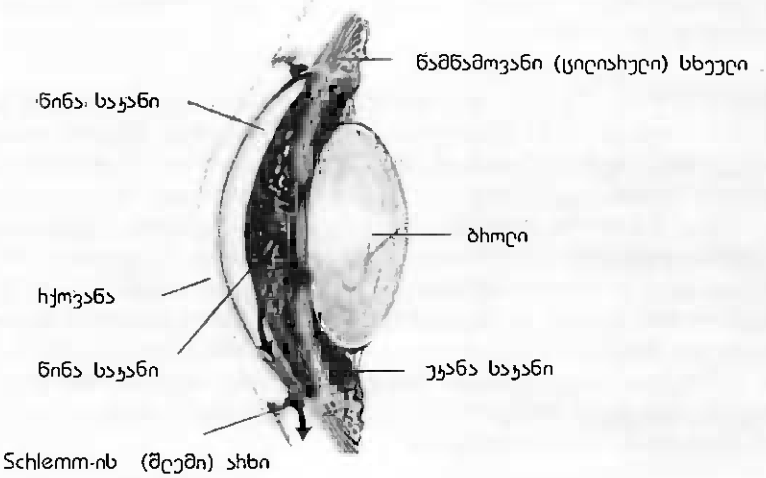
ცრემლი იცავს ჯონიუნქტივას და ჭოვანას გამომშრობისგან, ხელს უშლის მიკრობების ზრდას და ჭოვანას ზედაპირს გლევს ხდის. ცრემლი გამომუშავდება მეიბომის ჯირკვლებში, ჯონიუნქტივის ჯირკვლებში და საცრემლე ჯირკვლებში. *საცრემლე ჯირკვალი* მდებარეობს ძვლოვანი ორბიტის შიგნით თვალის ჯაჯიდან ზემოთ და გარეთ. ცრემლი თანაბრად ნაწილდება თვალის ჯაჯაზე და განიდევნება მედიალურად ორ ნვრილ ხვრელში. ჰომელსაც ეწოდება საცრემლე წერტილი. შემდეგ ცრემლი მიედინება *საცრემლე პარკში* და ცხვირში *ცხვირ-ცრემლის არხით*. თქვენ ადვილად შეგიძლიათ დაინახოთ საცრემლე ნერტილები ქვედა ქუთუთოს მედიალურად მცირე შემაღლების სახით. საცრემლე პარკი ძევს ძვლოვანი ორბიტის შიგნით მცირე ჩაღრმავებაში და მისი დანახვა შეუძლებელია.

საცრემლე ჯირკვალი (ძვლოვანი ორბიტის შიგნით)

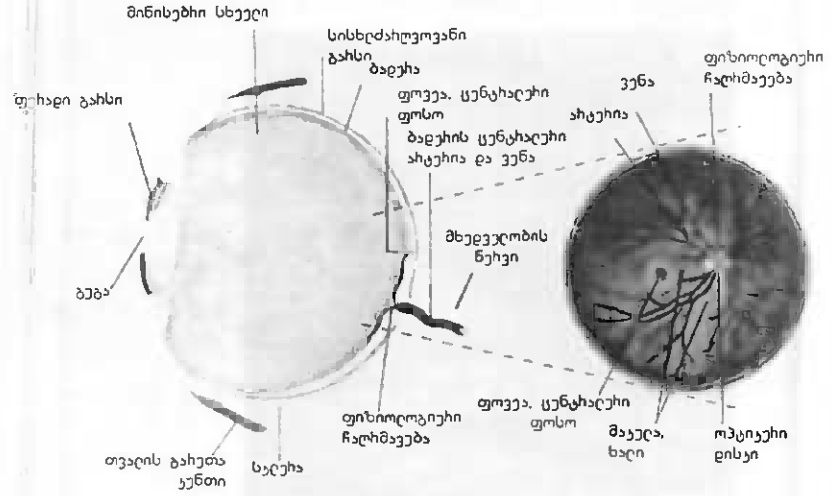


თვალის ჯაჯაი ნარმოადგენს სფეროს სტრუქტურას, ჰომელიც აფოჯესებს სინათლის სხივის ბადეების ნეირონსენსორულ ელემენტებზე. ფეხადი გარსის *ჯუნთები* აკონტროლებენ გუგის ზომას. *ნამწამოვანი სხეულის* ჯუნთები აკონტროლებენ ბროლის სისქეს, რაც აძლევს თვალს ახლო- და შორსმდებარე საგნების ფოკუსირების სამუალებას.

გამჭვირვალე სითხე, ჰომელსაც ეწოდება *წყალწყალა ნამი*, ავსებს თვალის წინა და უკანა სანებს. წყალწყალა ნამი გამომუშავდება ნამწამოვან სხეულში, მიედინება უკანა სანიდან *გუგის* გავლით წინა სანისკენ. შემდეგ განიდევნება *შლემის არხის გზით*. ამ ცირკულაციური სისტემის სამუალებით ხდება თვალშიგა წნევის კონტროლი.

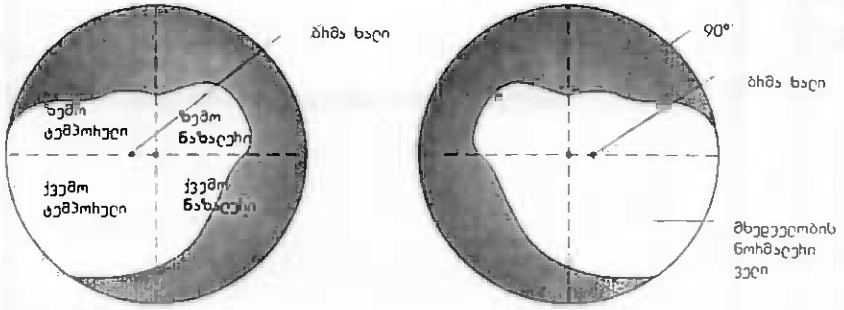


წყალწყალა ნამის ცირკულაცია (მიმოქცევა)



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 ჯაჯაღში. შეგიძლიათ დაათვალიეროთ *მხედველობის ნერვის დვრილზე* ოფთალმოსკოპის საშუალებით. მის გარეთ და ოდნავ ქვემოთ ბადურის ზედაპირზე აღინიშნება მცირე ჩაღრმავება, რომელიც წარმოადგენს ცენტრალური მხედველობის არეს, მის ირგვლივ კი მოჩანს მუქი ცისფერარეული ზონა, რომელსაც ჰქვია ფოვეა – ფოსო. უხეშად ცისფერარეული მაჯუჭა (მიკროსკოპული შესწავლის 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 ველესმაგვარი ჯონსისტენციის გამჭვირვალე მასას, რომელიც ავსებს თვალის ჯაჯაღის ბოლოს უკნიდან. ის უნარჩუნებს თვალის ჯაჯაღს ფორმას.

მხედველობის ველები. მხედველობის ველი წარმოადგენს სივრცის ნაწილს, რომელიც აღიქმება თვალის მიერ ცენტრალური ფიქსაციისას უძრავ მდგომარეობაში. ტრადიციულად მხედველობის ველები გამოისახება ნრეების სახით, რომლის ცენტრი ნარმოადგენს ფიქსაციის წერტილს. ნრეწირის გარშემოწერილობა 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. ღრეჭალად მხედველობა არის მონოკულური.

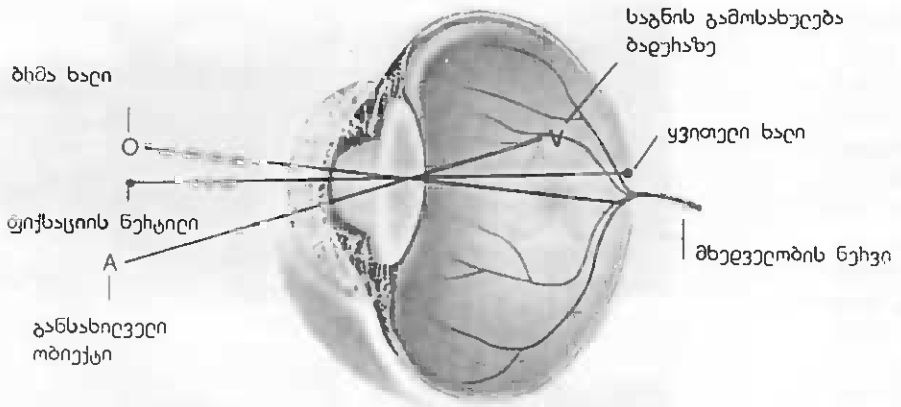




მონოკულური მხედველობა.

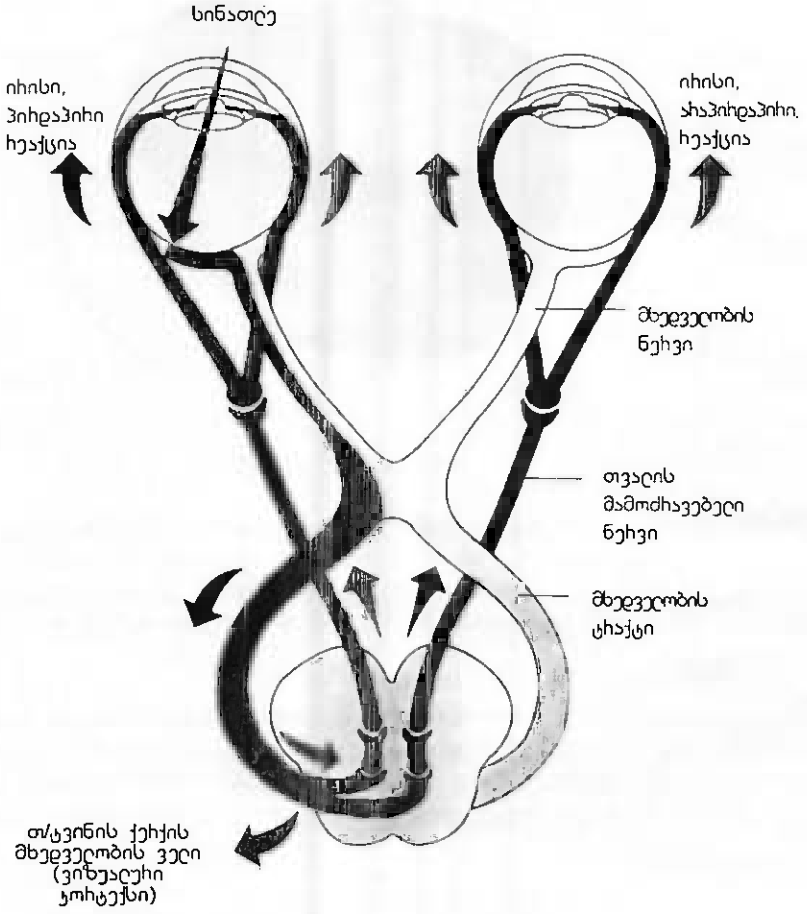
მხედველობის გამტარი გზები. საგნის გამოსახულების დასანახად სინათლის სხივებმა უნდა გაიარონ გუგა, ფოკუსირება განიცადონ ბადურის სენსორულ ნეირონებზე. საგნის გამოსახულება, რომელიც პროეცირდება ბადურაზე, ინვერტირებულია. გამოსახულება მხედველობის ველის ზედა ნაწილიდან პროეცირდება ბადურის ქვედა ტემპორულ ჯვანდრანტზე.

ნეირული იმპულსების გატარება, რომლებიც 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 ჯეფის ნიღის ნაწილს.



გუგის რეაქციები. გუგის ზომა იცვლება განათებულობის მიხედვით და ახლო მანძილზე საგნების ცქერისას.

სინათლეზე ჰეაქცია. სინათლის სხივი, ჰომელიც აღწევს მხოლოდ ერთ ბადეჹას, ინვევს ორივე თვალის გუგის შევიწროვებას. განათებული თვალის ჰეაქციას ენოდება სინათლეზე პირდაპირი ჰეაქცია, ხოლო მეორე თვალისას - შეთანხმებული ჰეაქცია. პირველადი სენსორული გ'ხა ისეთივეა, ჰოგორიც აღწერილია მხედველობისთვის: ბადეჹა, მხედველობის ნერვი, ოპტიკური ტრაქტი. მხედველობითი გზები იყოფა შეა ტვინში. თუმცა იმპულსები თვალის მამოძრავებელი ნერვით გადაეცემა ორივე თვალის ფერად გასრში მოთავსებულ გუგის სფინქტერებს.

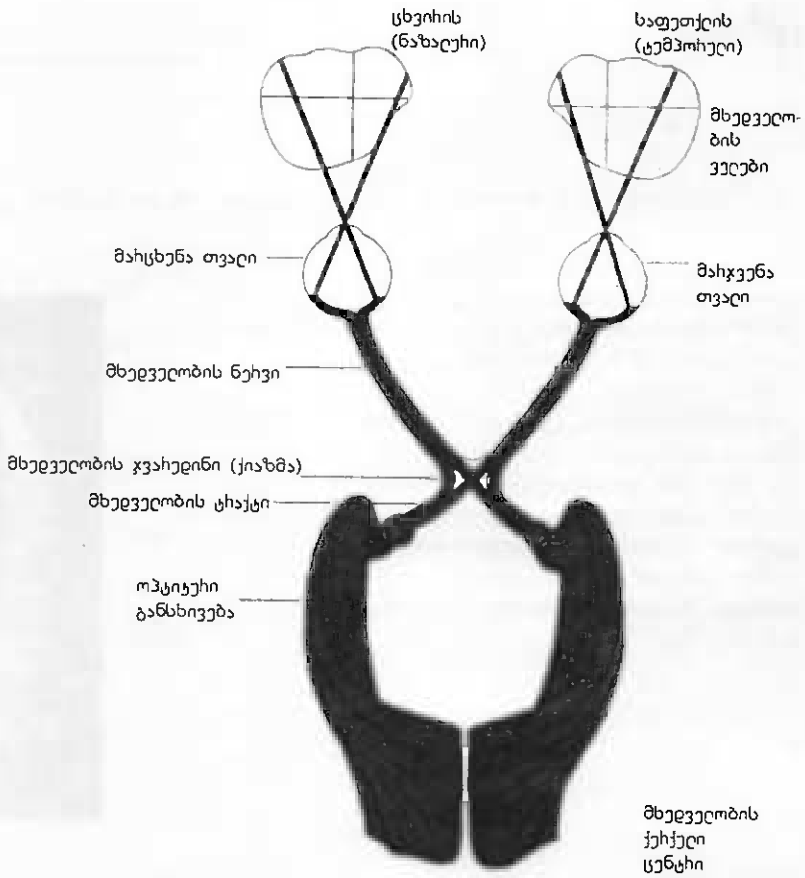


სინათლეზე ჰეაქციის გამტარი გზები

ახლო მზერის ჰეაქცია. ახლომდებარე საგნების განხილვისას, ჰოდესაც ადამიანს გადმოაქვს მზერა ახლო მანძილზე, გუგა ვინრდება. ეს ჰეაქცია, ისევე ჰოგორც სინათლეზე ჰეაქცია, ხორციელდება თვალის მამოძრავებელი ნერვით. ამ ჰეაქციის თანმდევი პროცესებია: (1) თვალების *კონვერგენცია* - თვალის ჯაჭვების შიგნით შეტანა და (2) *აკომოდაცია* - ბროლის ამონნექილობის გაზრდა ნამწამოვანი ჯუთის შეკუმშვის გამო. ბროლის ფორმის ამგვარი ცვლილება ინვევს უფრო ახლო მდებარე საგნების ფოკუსირებას, რაც შეუმჩნეველია დამკვირვებლისთვის.



თვალების ავტონომიური ინერვაცია. თვალის მამოძრავებელი ნეირონების ბოჭკოები, რომლებიც ინერვირებენ გუგის შევიწროვებას, პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის ნაწილს წარმოადგენენ. ფერადი 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 ინვერსიას გუგაზე სიმპათიკური ინერვაციის დაზიანებას.



მხედველობის გზა გადაჭიდან 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.

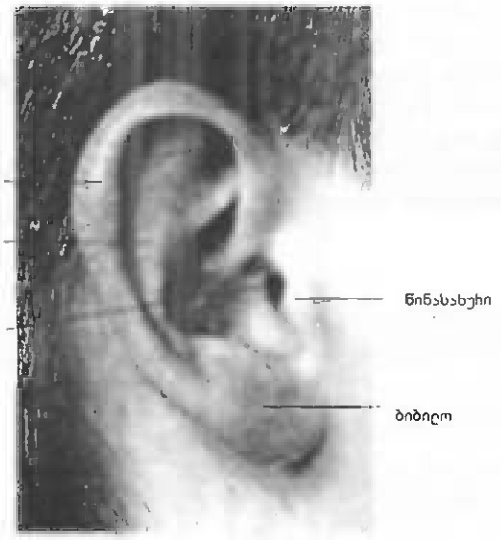


სკლერის ძირითადი მიმართულებები

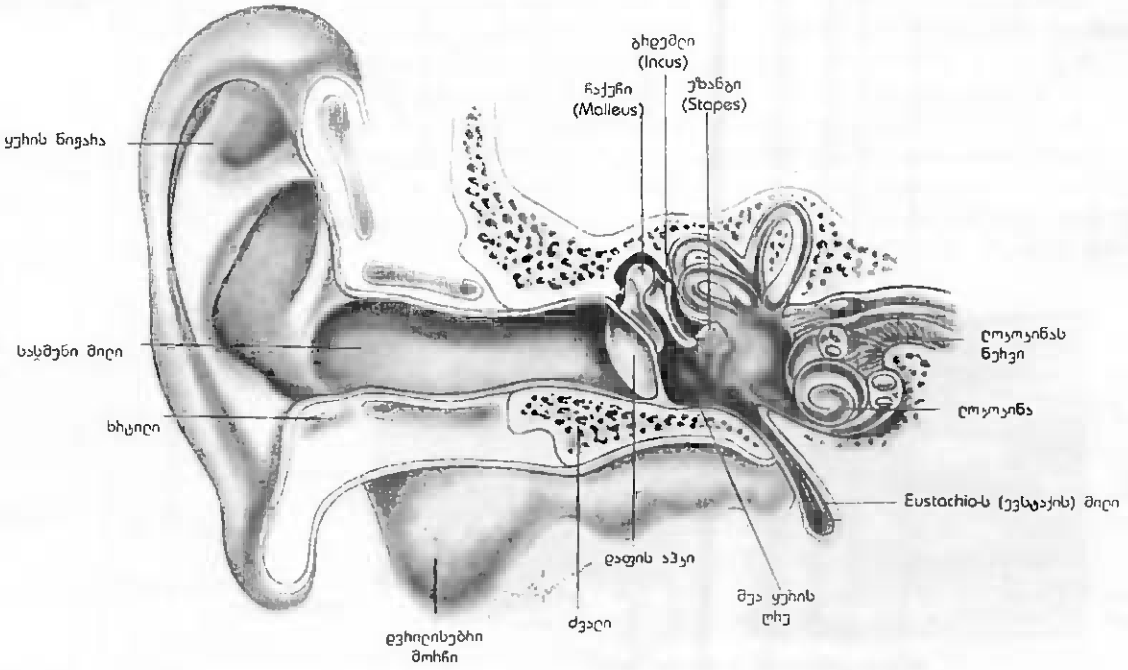
ყური

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 *ნინა ქავლი* **ენოდება**. მათ ქვემოთ მდებარეობს ხბილუსოვილოვანი *ყურის ბიბილო*. **სასმენი** მილის ხვრელი **იხსნება** ხრტილოვანი ბოძკვის - ნინასასუნის **უკან**.



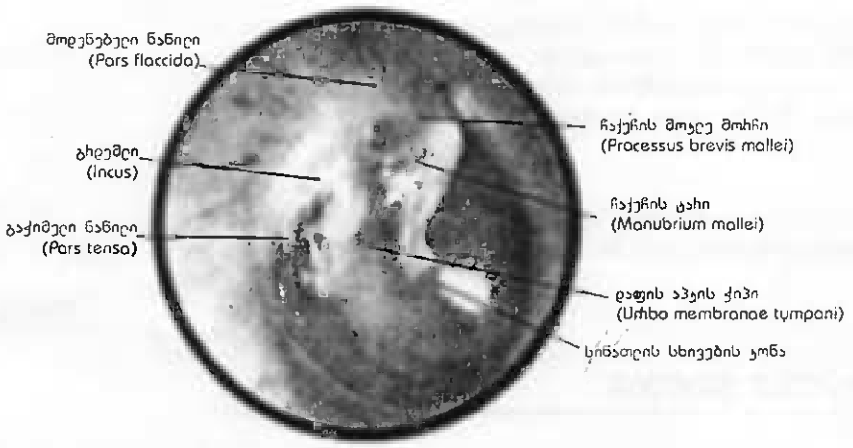
სასმენი მილი **იხსნება** წინა **სასუნავის** **უკან** და სიღრმეზე დაახლოებით 24 მმ-ია. მისი გარეთა ნაწილი გარემოხტყმულია ხრტილით. ამ ნაწილის კანი დაფარულია თმით და შეიცავს გოგირდის ჯირკვლებს. მილის შიგნითა ნაწილი გარშემოხტყმულია ძვლებით და დაფარულია თხელი ლორწოთი. მილის შიგნით დაწოლა მტკივნეულია - ნეხტილი, რომელიც **უნდა** გასხოვდეთ ყურის **გამოკვლევისას**.



სასმენი მილის გარშემო ძვლები ნარმოადგენს საფეთქლის ძვლის დვრილისებური ნაწილს. ამ ძვლის ქვედა ნაწილი, *დვრილისებური მოხრი* ისინჯება ბიბილოს უკან.

სასმენი მილის ბოლოს მდებარეობს *დაფის აპკი*, რომელიც შუა ყურის საზღვარს წარმოადგენს. *შუა ყური* წარმოადგენს ჰაერის შემცველ ღრუს, რომელიც ბგერას ატარებს სამი პატარა ძვლის სამეული. ცხვირ-ხახის არეში ის უკავშირდება *ევსტაქის მილს.*

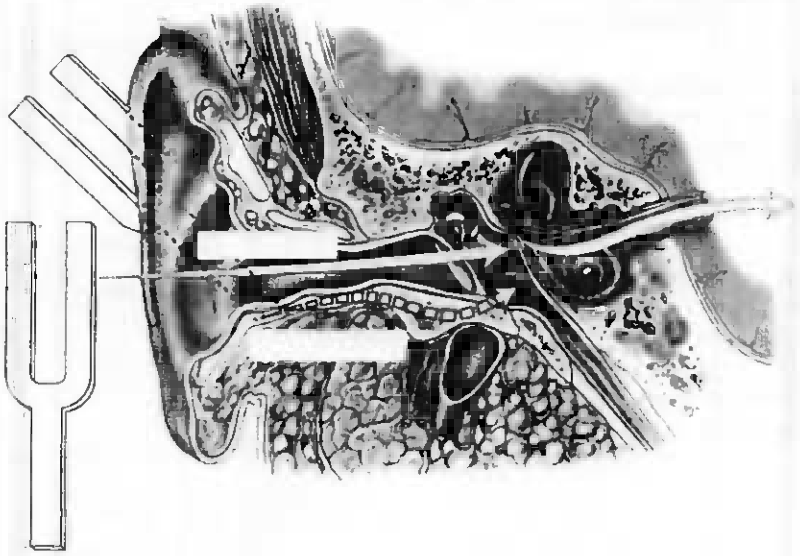
დაფის აპკი არის ორიბი მემბრანა, რომელზეც შიგნიდან ცენტრში დამაგრებულია ერთ-ერთი ძვალი - *ჩაქუჩი.* მას გააჩნია *ტარი* და *მოკლე მოხრი.* დაფის აპკის *ქვედან,* სადაც უკავშირდება ჩაქუჩის დაბოლოებას, სინათლის ჰეფლექსი, რომელსაც *სინათლის კონუსი* ეწოდება, იშლება ქვემოთ და წინ. მოკლე მოხრის ზემოთ დაფის აპკის ნაწილს ეწოდება *მოდუნებული ნაწილი,* დანარჩენ ნაწილს ჰქვია *დაჭიმული ნაწილი.* ჩაქუჩის წინა და უკანა ნაოჭები, რომლებიც ვრცელდება ორიბად მოკლე მოხრიდან, მოდუნებულ ნაწილს გამოყოფს დაჭიმული ნაწილისგან, მაგრამ, ჩვეულებრივ, უხილავია, სანამ დაფის აპკი შეზნექილია. შემდეგი ძვალი, *გრდემული,* ზოგჯერ შეიძლება დაინახოთ დაფის აპკიდან.



დაფის აპკი

შუა ყურის უდიდესი ნაწილი და შიგნითა ყური მთლიანად უხილავია პირდაპირი 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 შიგნითა 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 - ეწოდება *გატარების ფაზა.* ამ ფაზაში დარღვევების განვითარება გამოიწვევს სმენის გატარებით დაქვეითებას. გზის მეორე ნაწილს, რომელიც მოიცავს ლოკოკინას და ლოკოკინას ნერვს, ეწოდება *სენსონეირონული ფაზა.* ამ ფაზაში დარღვევები გამოიწვევს სმენის დაკარგვას სენსონეირონული ტიპით..



სენსონეირონული

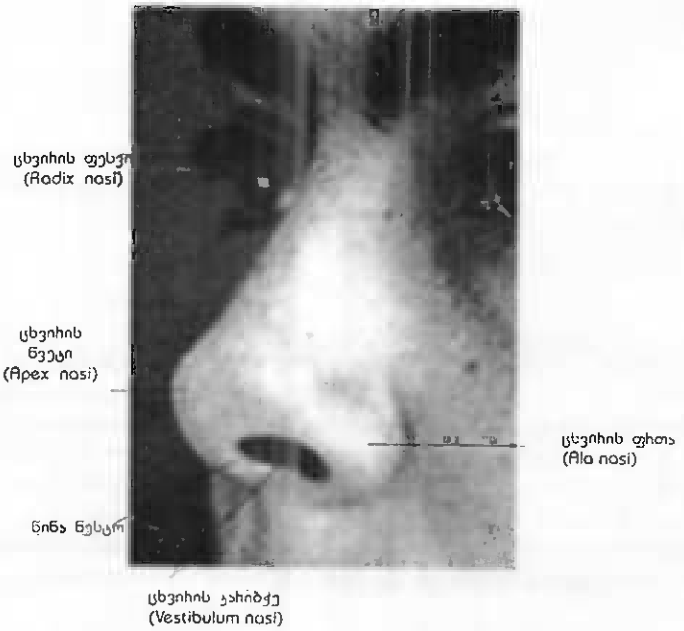
ჰაერის გატარება ყნოსის სმენის გზის პირველ ფაზას. აღტეხნატული გზა არის *ძვლების გატარება*. გარეთა და შუა ყურის ავლით და გამოიყენება გამოკვლევებში. ხელოვნი კამერტონის თავზე დადებით, ვიბრაციას შეიგრძნობს ყვრიმალის ძვალი და პირდაპირ გადასცემს ღრუ ყურს. ჯანმრთელ პირებში უფრო მგრძნობიარეა ჰაერით გატარება.

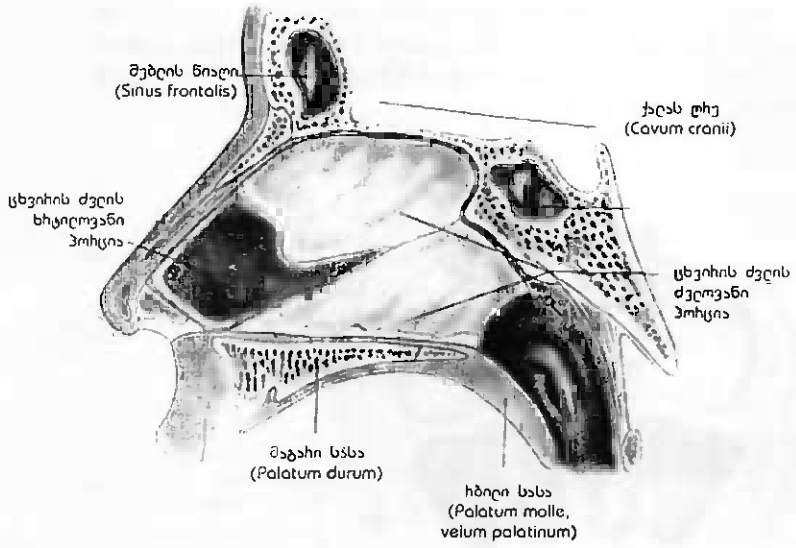
ლაბირინთი. მიგნითა ყურში არსებული ლაბირინთი შეიგრძნობს თავის პოზიციას და მოძრაობას და მონაწილეობს წონასწორობის დაცვაში.

III სხვირი და პარანაზალური ნიადაგები

განვიხილოთ ტერმინები, რომლებიც გამოიყენება სხვირის ანატომიური აღწერისთვის.

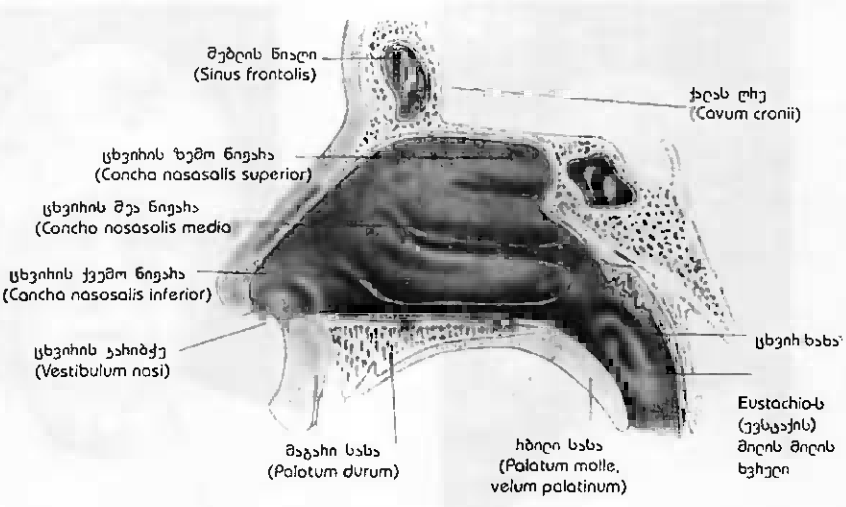
სხვირის ზედა მესამედი ძვლოვანია, 2/3 - ხრტილოვანი. სხვირის ღრუში ჰაერი შედის *ნესტოებიდან*, შემდეგ გაივლის ფართო სივრცეს, რომელსაც ეწოდება *ვარიბჭე*, იქიდან ვიწრო გასასვლელით გადადის სხვირისხასში. მედიალურ კედელს, რომელიც სხვირის ღრუს ორად ყოფს, *ძგიდე* ეწოდება. გარეთა სხვირის მსგავსად, ძგიდეს გააჩნია ორგორც ძვლოვანი, ასევე ხრტილოვანი ნაწილები. იგი დაფარულია ღრძნოვანი გარსით, რომელიც ვარგად მარაგდება სისხლით, ვარიბჭე, სხვირის ვარძნა სივრცისგან განსხვავებით, დაფარულია არა ღრძნოვანი გარსით, არამედ თმიანი კანით.





მედიალური ჭედელი - მარცხენა ნაზალური ღრე

ღატეხალური ჭედელის ანატომია უფრო ხთულია. ჩჯალური ძვლოვანი სტრუქტურები - ნიჟარები დაფარულია სისხლძარღვებით მდიდარი ლორწოვანი გარსით, რომელიც ვრცელდება ცხვირის ღრუმდე. თითოეული ნიჟარის ქვემოთ არის ხვრელი, ანუ გასავალი, რომელსაც სახელი შეჩრეული აქვს მათ ზემოთ მდებარე ნიჟარის მიხედვით. ქვედა ხვრელში გადის ცხვირ-ცრემლის არხი; შუა ხვრელში იხსნება ცხვირის გვერდითი სინუსები, თუმცა მათი ხვრელები ყოველთვის არ ჩანს.

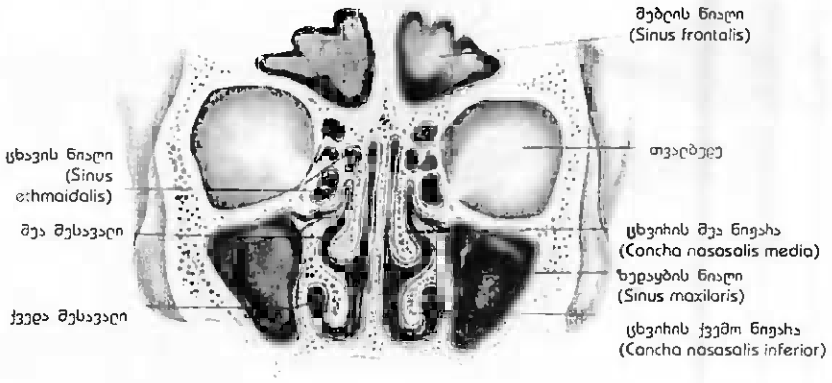


ღატეხალური ჭედელი - ნაზალური ღრე

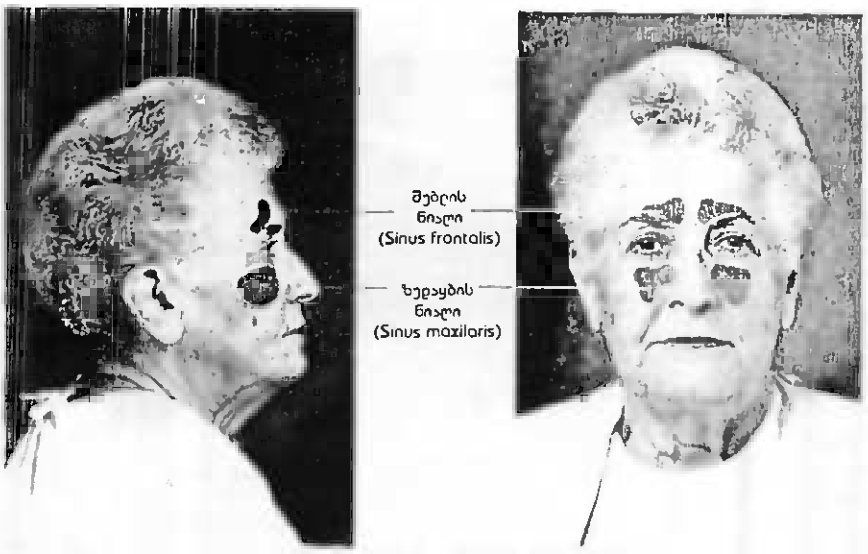
ნიჟარის მიერ შექმნილი დამატებითი ზედაპირული არე და მისი მფარავი ლორწოვანი გარსი ეხმარება ცხვირის ღრეებს ძირითადი ფუნქციის შესრულებაში: შესუნთქული ჰაერის გასუფთავებაში, დატენიანებასა და ტემპერატურის კონტროლში.

ნესტოებიდან ცხვირის ღრუს დათვალიერებით შესაძლებელია ცხვირის ჯარიმა 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 წიაღები ჰაერით სავსე ღრუებია და მდებარეობს ყვრიმალის ძვლებს შორის. ცხვირის ღრუების მსგავსად, ისინიც ისხნებიან, ამოფენილი აქვთ ლორწოვანი გარსით. ქვემოთ მოცემულია მათი მდებარეობის სქემა. ჯერჯერობით შესაძლებელია მხოლოდ ფრონტალური და ზედა ყბის სინუსების გამოკვლევა.

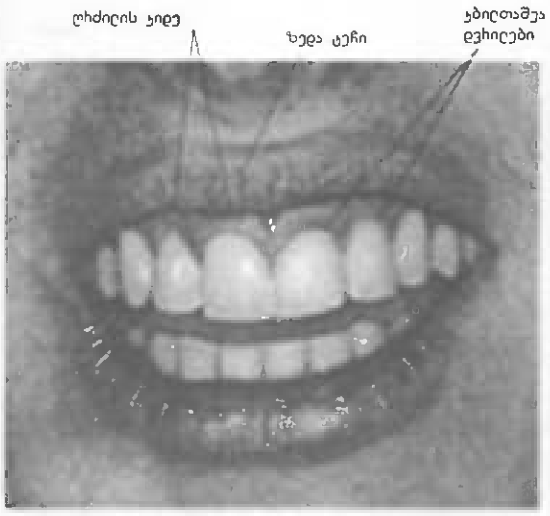


ცხვირის ღრუს ბანივი ხვეთი

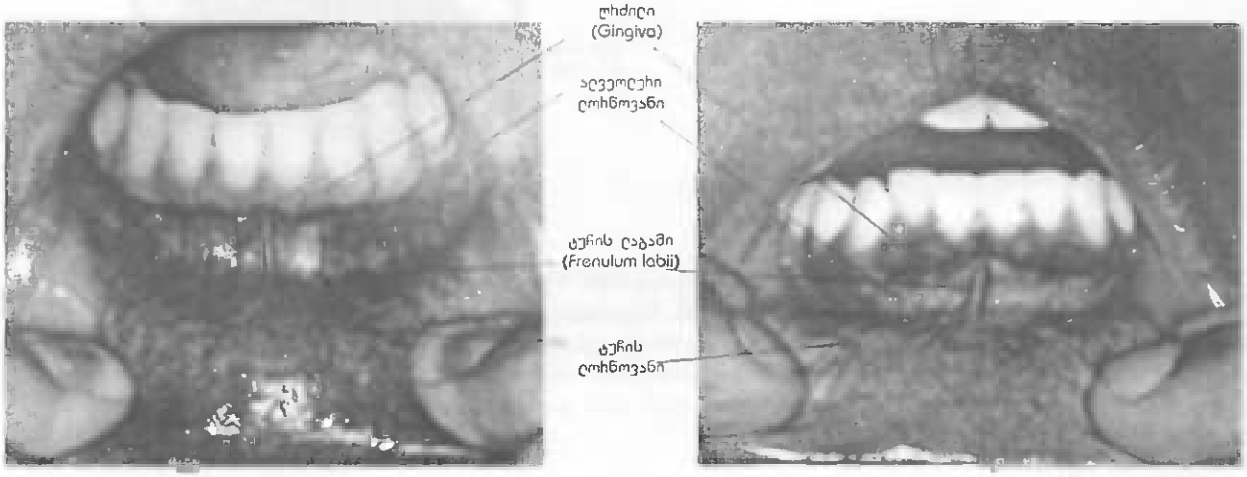


პირი და ხახა

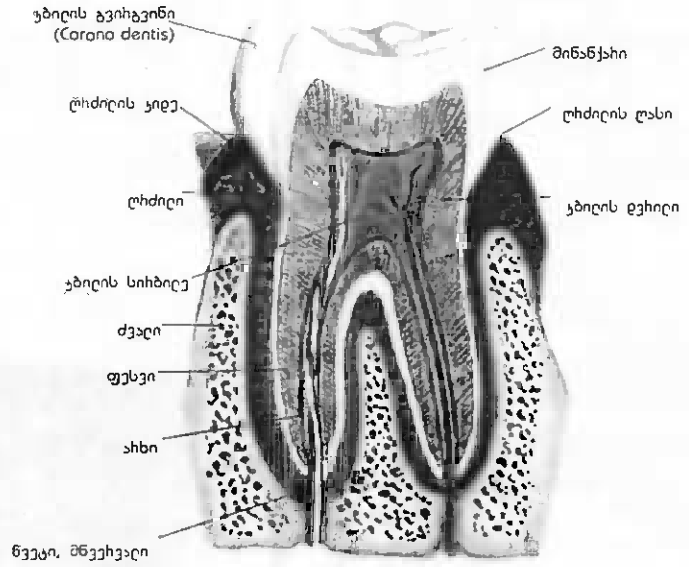
პირის შესავალს ნაჰმოქმნიან *ტუჩები* - ჯუნთოვანი ნაოჭები. ტუჩების გაღებისას მოჩანს ღრძილები და ყბილები. ნახეთ ღრძილების დაყბილული ყონტური და მონიშნეთ *ყბილთამუა დვრილები*.



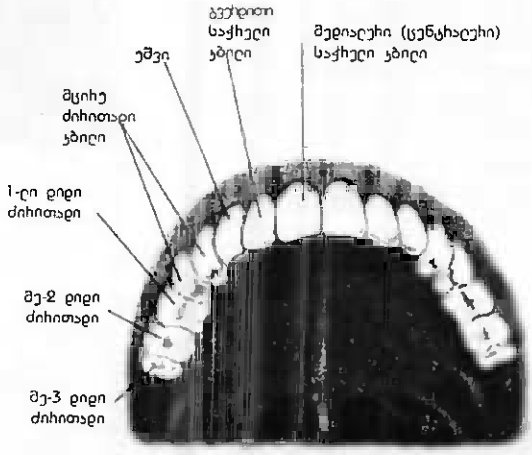
ღრძილი მჭიდროდ ეხება ყბილებს და ზედა და ქვედა ყბის ძვლებს. იმ პირებში, ვისაც ღია ფერის ჯანი აქვთ, მკრთალი ან ღია ვარდისფერი და ოდნავ ხორკლიანი ღრძილები აქვთ. მუქი ჯანის მქონე პირებს აქვთ მთლიანად ან ნანილობრივ ყავისფერი ღრძილები. ღრძილის შუაში ახსებული ნაოჭს ეწოდება *ტუჩის ღაგამი*, ჰაც აკავშირებს ტუჩს ღრძილთან. ზედაპირი ღრძილის ახხი ღრძილის თხელ ჯიდესა და ყბილს შორის, ჩვეულებრივად, ახ ჩანს (მაგრამ მისი გასინჯვა და გაზომვა შეუძლია სტომატოლოგს). ღრძილს მჭიდროდ ეხება *აღვეოლური ღრძნოვანი გარსი*, რომელიც ესაზღვრება ტუჩების *ტუჩის ღრძნოვანს*.



თითოეული ჯბილი შედგება დენტინისგან, ფესვით ზის ძვლის ფოსოში ემაღით დაფარულ გვირგვინამდე. პატარა სისხლძარღვები და ნერვები ჯბილში შედის მწვერვალიდან, გაივლის ფესვის არხს და პულპის ღრუს.



ყურადღება მიაქციეთ მოზრდილთა **32** ჯბილის აღნიშვნებს, **16** თითოეული ყბაზე.



ენის ზედაპირი დაფარულია დვრილებით, რის გამოც ენას ხორკლიანი ზედაპირი აქვს. ზოგიერთი დვრილი ჰგავს ნითელ ნერტილებს, რომლებიც ენის ზედაპირზე გამოირჩევა თეთრი ფერის თხელი საფარიდან. ენის ქვედა ზედაპირის დვრილები არ გააჩნია. შეა ხაზზე ნახეთ ენის ღარგამი. რომელიც აკავშირებს ენას პირის ღრუს ძირთან. ენის ძირთან ყბისქვეშა ჯირკვლების სადინრები (Wharton-ის სადინრები) იხსნება წინ და მედიალურად მდებარე დვრილებში ენის ღარგამის ორივე მხარეს.



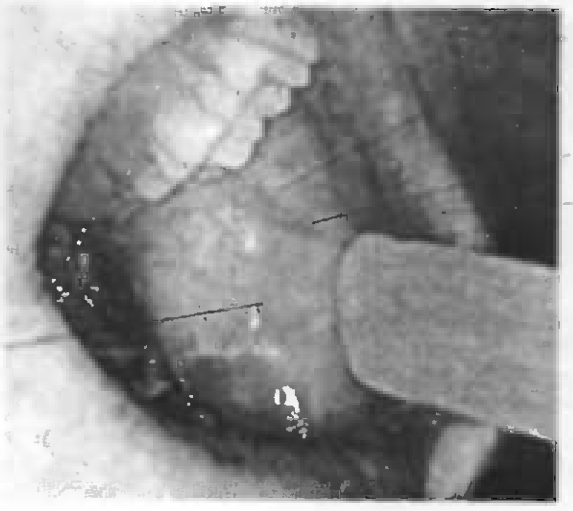




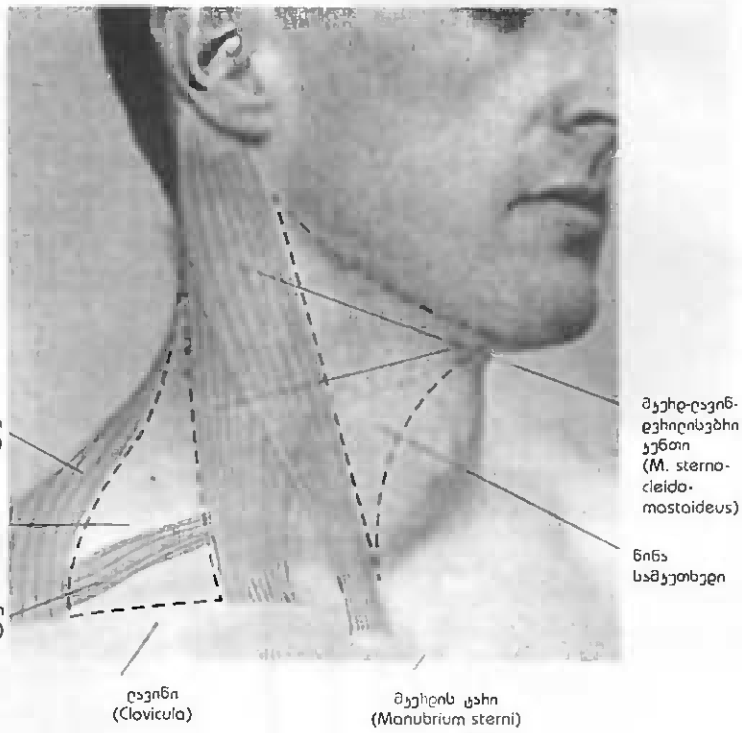
ენის ზევით და წინ მდებარეობს თაღები, რომლებიც ნაიმოქმნიან *წინა და უკანა სვეტებს, ხბიღ სასას და ნაჯს.* ხბიღ სასაზე მოჩანს მცირე ზომის სისხლძარღვების წნული. ხბიღ სასასა და ენას შორის მოჩანს ხახა.

მოცემულ ფოტოსურათზე მარჯვენა ნუშურა ჯირკვალი ჩანს თავის ფოსომი წინა და უკანა სვეტებს შორის. მოზრდილებში ნუშურა ჯირკვლები ხშირად მცირე ზომისაა ან საერთოდ არ არსებობს, როგორც ნაჩვენებია მარცხენა მხარეს.

თითოეული ყბაყურა ჯირკვლის სადინარი (შტენსენ-ის სადინარი) შედის პირის ღრუში ზედა მე-2 ძირითადი ყბილის დონეზე და ხშირად ჩანს ღვიძლის სახით. ღრუებიდან ამოფენილია ღრინოვანი მხრით.



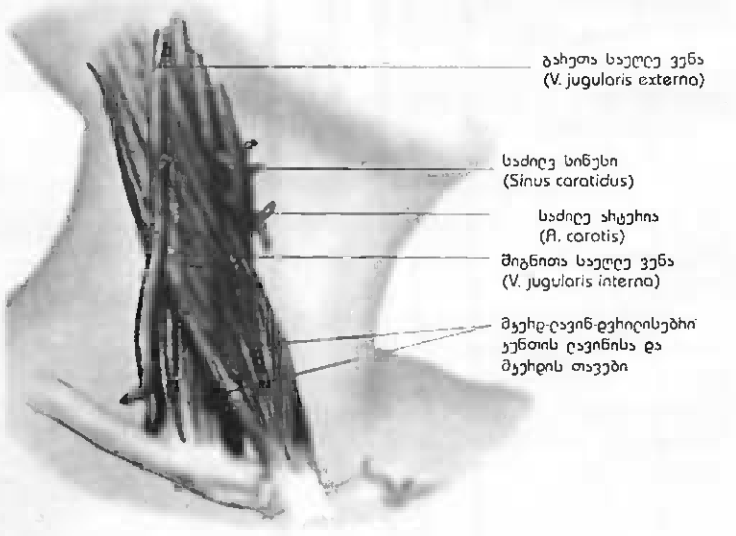
III ყისერი



ყისრად აღნიშნისთვის, ყისრის თითოეული მხარე სტერნომასტოიდული (მკერდ-ღავიწ-ძვრილისებრი) კუნთით დაყოფილია ორ სამკუთხედად. ამ ორი სამკუთხედის კიდეების დადგენა შემდეგნაირად ხდება:

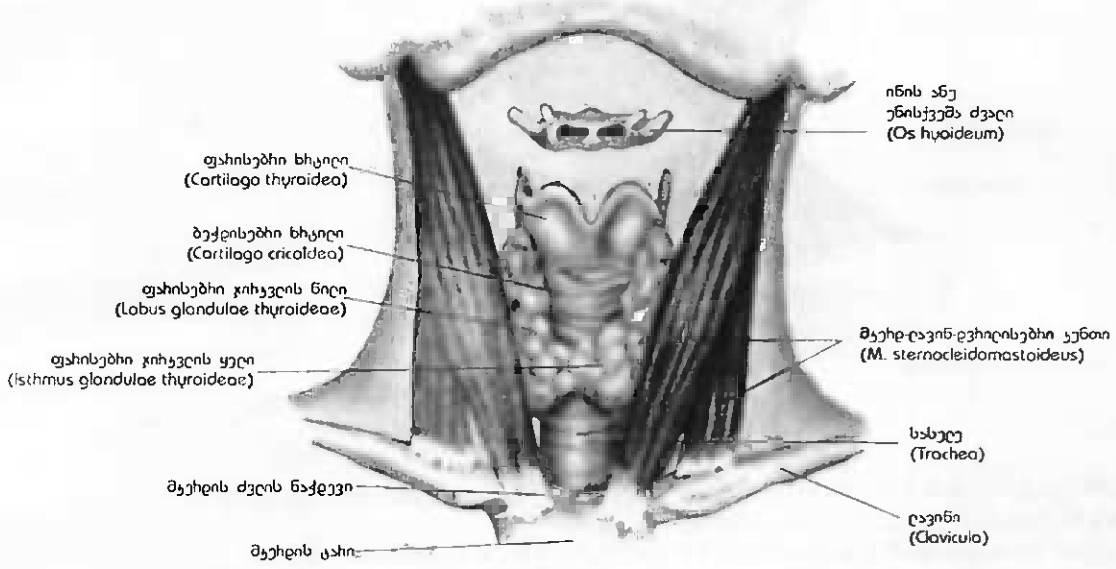
- წინა სამკუთხედი იქმნება ზემოდან ქვედა ყბით, ღატეხაღად მკერდ-ღავიწ-ძვრილისებრი კუნთით და მედიალურად ყისრის შუა ხაზით.

- უკანა სამკუთხედს ქმნის მკერდ-ღავიწ-ძვრილისებრი კუნთი, ტრაპეციული კუნთი და ღავიწის ძვალი. ბეჭ-ინის კუნთის ნაწილი კვეთს უკანა სამკუთხედის ქვედა ნაწილს და შეიძლება შეცდომით ჩაითვალოს ღიმფურ კვანძად.



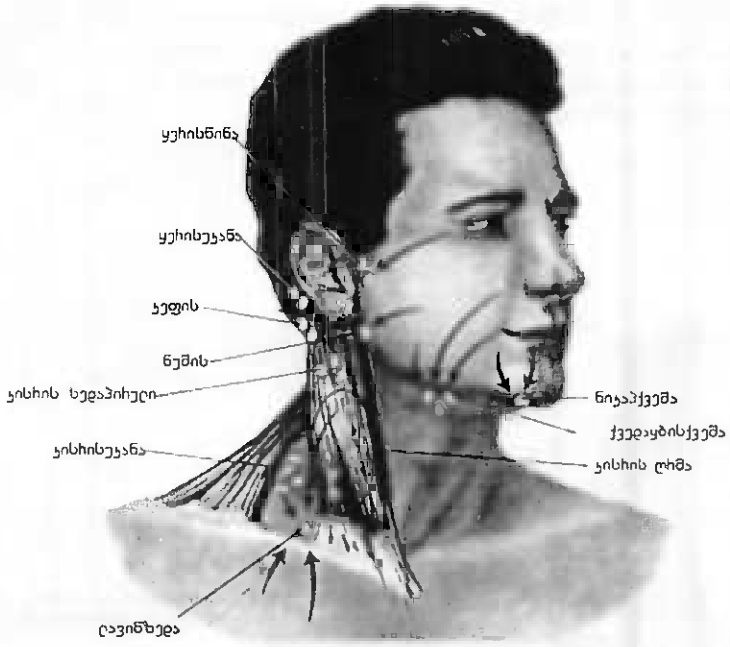
მნიშვნელოვანი სისხლძარღვები. მკერდ-ღავიწ-ძვრილისებრი კუნთის სიღრმეში გადის ყისრის სისხლძარღვები: საძილე არტერია და შიგნითა საყრელ ვენა. გარეთა საყრელ ვენა მიემართება დიაგონალურად მკერდ-ღავიწ-ძვრილისებრი კუნთის ზედაპირზე და გეხმარებათ საყრელ ვენური ნაკვთის დადგენისას.

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 ჯიღის ნაჭდევის საშუალებით. 3. ბეჭდისებრი ხრტილი, 4. სასუნთქს (ტრაქეას) ჩაღრი 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 ლიმფური ჯირკვლები აქვთ.

ლიმფური ჯირკვლები. თავის და კისრის *ლიმფური ჯირკვლების* კლასიფიკაცია სხვადასხვა ხერხით ხდება. აქ მოცემული ერთ-ერთი კლასიფიკაცია ემყარება ლიმფური დრენირების მიმართულებას. კისრის ღრმა ლიმფური ჯირკვლები მთლიანად დაფარულია მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთით, მაგრამ მის ორივე ჯიღესთან შესაძლებელია ტონზილური და ღავიწზედა ლიმფური ჯირკვლების პალპაცია. ყბისქვეშა ჯირკვლები სუბმანდიბულური ჯირკვლის ზედაპირზე მდებარეობენ და მისგან ენდა დიფერენცირებადებს. ნორმაში ლიმფური ჯირკვალი მცირე ან ოვალური ფორმისაა, ბრილია და ჯირკვალზე უფრო პატარა ზომის, აქვს ნიდოვანი აგებულება და მკვრივე ელასტიური ზედაპირი.



ჩაიჩიშნეთ, ჰომ ყბაყურა, ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა ღიმფური ჯვანძები ღიმფას აგჰოვებენ ჰიჰის ღრეღან, ხახიდან და სახის წინა ნაწიღიდან.

ღიმფური სისტემის შესწავლა მნიშვნელოვანია სწორი ჯღინიჯური ჩვევების გამომუშავებისთვის: ჰოღესაც ავთვისებიან ან ანთებით დაზიანებას აღმოაჩენთ, გასინჯეთ ჰეგიონული ღიმფური ჯვანძები. თუ ჯვანძები გაღიღებულია ან მტკივნეული, დაღგინეთ გზა, ჩითაც გავჩსეღღა ინფექცია იმ ახეში, სადაც ხღება ამ ჯვანძის ღჩენიჩება.

ᲐᲜᲐᲛᲜᲔᲖᲘ

ზოგადი სიმპტომები

- თავის ტკივილი
- მხედველობის ცვლილებები: ჰიპეჩოპია, ჰიპსბიოპია, მიოპია, სკოტომა
- მხედველობის გაორება ანუ დიპლოპია
- სმენის დაქვეითება, ყურის ტკივილი, ყურებში ხმაური
- თავბრუხვევა
- ცხვირიდან სისხლდენა ანუ ეპისტაქსისი
- ხახის ტკივილი, ხმის ჩახღერა
- ჯიჩაგვლების გაღიღება
- ჩიყვი

III თავი

თავის ტკივილი ძალიან ხშირი სიმპტომია, რომელიც მოითხოვს ყურადღებით შესწავლას, სანამ მცირე თავის ტკივილი გადაიზრდება სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობაში. მნიშვნელოვანია ტკივილის სხეული აღწერილობის დადგენა და მისი შვიდივე ატიპიბუტის გახსენება. თავის ტკივილი ცალმხრივია თუ ორმხრივი? მუდმივია თუ ეპიზოდური? გამოკითხვისას *პაციენტს სთხოვეთ ხელით გაჩვენოთ მტკივნეული ადგილი.*

იხ. ცხრილი 6-1. თავის ტკივილი, გვ. 206-209. პეციფიკური ტკივილის ყველაზე ხშირი მიზეზია *არტერიული სისხლის წნევა* და *მაჯიკი.*

თავის ტკივილის ყველაზე მნიშვნელოვანი ნიშნებია *ქრონოლოგიურობა* და *სიმძიმე.* პირობა ახალია და მწვავე? ქრონიკულია და პერიოდული სიმტკიცების მცირე ცვლილებებით? ქრონიკული და პერიოდული, მაგრამ სიმპტომების ცვლილებებით ან პროგრესულად მძიმდება? ტკივილი ყოველდღე ერთი და იგივე დროს იწყება?

წნევით გამონვეული თავის ტკივილი ხშირად ლოკალიზებულია საფეთქლის არეში, ღამისტკივილი (ჯაჭვური) თავის ტკივილი შეიძლება იყოს ჰეტეროგენიტალური

შეეკითხეთ თანმხლები სიმპტომების შესახებ. ზუსტად დაადგინეთ, ახლავს თუ არა გულისრევა, პირღებინება და ნევროლოგიური სიმპტომები, როგორიცაა მხედველობის ან მოტორული-სენსორული დარღვევები.

ცვალებადი ან პროგრესირებადი თავის ტკივილი ზიდის სიმსივნის, აბსცესის ან სხვა მოცულობითი პროცესის არსებობის აღბეთობას. ძალიან ძლიერი თავის ტკივილი მიუთითებს *სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევაზე ან მენინგიტზე.*

შეეკითხეთ, ხველა, ცხვირის დაცემინება ან თავის მდებარეობის შეცვლა მოქმედებს თუ არა ტკივილზე (აუმჯობესებს, აუარესებს თუ არ მოქმედებს).

მხედველობითი აურა ან მოცემული სტრუქტურა ახასიათებს *მაჯიკს*[1]. გულისრევა და პირღებინება ასევე ხშირია მაჯიკის დროს, მაგრამ ასევე ვითარდება თავის ტვინის სიმსივნეებისა და სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს.

გაარჩიეთ ოჯახური ანამნეზი

ეს მოქმედებები აძლიერებს თავის ტვინის სიმსივნით და მწვავე სინუსიტით გამონვეულ თავის ტკივილს.

მაჯიკით ავადმყოფებში ოჯახური ანამნეზი დადებითია

III თვალები

ზოგადი შეკითხვების საშუალებით შეამოწმეთ თვალის და მხედველობის პრობლემები, მაგ. "ჩაგრის ხედავთ?" და "თვალებთან დაკავშირებით ხაიმე პრობლემა ხომ არ გქონიათ?" თუ ავადმყოფი აღნიშნავს მხედველობის ცვლილებას, დააზუსტეთ დეტალები:

ჰეფპაქტიული დარღვევები ყველაზე უფრო ხშირად იწვევს მხედველობის თანდათანობით დაბინდვას, სისხლში ბილირუბინის მაღალი დონე იწვევს მხედველობის დაბინდვას[2]

- ეს მოვლენები უცებ განვითარდა თუ თანდათანობით?

მხედველობის უცბად დაკარგვა უხშირესად აღინიშნება *ბადურის ჩამოცლის, მინისებურ სხეულში სისხლჩაქცევის* ან *ბადურის ცენტრალური არტერიის ოკლუზიის დროს.*

- ეს პრობლემები უარესდება ახლო მანძილზე მუშაობისას თუ შორს მუშაობისას?

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 შემღვრევას - ჯატარაქტას (გვ. 216), ყვითელი ხედის დეგენერაციას[3] (გვ. 188); პერიფერიული მხედველობის დაკარგვა ახასიათებს *ღიაკუთხიან გლაუკომას*; ერთ მხარეს დაკარგვა და *ჯვრისანის 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 ნერკვლებს მხედველობის ველში? ეს სიმპტომი შეიძლება ახლდეს მინისებრი სხეული დაზიანებას.

მბრწყინავი სინათლე ან მინისებრი სხეულის ახალი დაზიანება მიუთითებს მინისებრი სხეულის ჩამოცლაზე ბადურიდან, ამ შემთხვევაში ნარჩენებია ოპერაციის კონსერვაცია

- აწუხებს თუ არა ავადმყოფი ორთვალეს?

შეეკითხეთ, ხომ არ აქვს თვალის ან მის გარშემო ქსოვილების *ტკივილი, სინათლე* და *გაძლიერებული ცრემლდენა* (იხ. გვ. 215).

შეამოწმეთ მხედველობის გაორების ანუ *დიპლოპიის* არსებობა. თუ გაორების დროს გამოსახულებები გვერდიგვერდაა, არის ჰორიზონტალური დიპლოპია, ხოლო თუ ზევით-ქვევით – ვერტიკალური დიპლოპია. ერთი თვალის დახუჭვის დროს გრძელდება თუ არა დიპლოპია? რომელი თვალია დაზიანებული?

ცალმხრივი ჰორიზონტალური დიპლოპია ფიზიოლოგიურია. დაიჭირეთ თითი 15 სმ მანძილზე თქვენი სახის წინ, მეორე თითი მზერის ღერძზე. როცა 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 პრობლემები, ან *სენსორული დაკარგვა*, რისი მიზეზიც შიგნითა ყურის ლოკოკინის ნერვის ან თავის ტვინთან მათი დაკავშირების პრობლემები შეიძლება იყოს. ორი შეკითხვა დაგეხმარებათ: "აქვს თუ არა ავადმყოფს ტარარაის გაგების სპეციფიკური სირთულე?" "ხა განსხვავებას იწვევს სმენაზე ხმაურიანი გარემო?"

სენსორული დარღვევით ავადმყოფებს აქვთ ტარარაის გაგების პრობლემა, ხშირად წრვიან, რომ სხვები დაუჩურჩულებენ; ხმაურიანი გარემო სმენას აუარესებს. გატარების დაქვეითების დროს, ხმაურიანი გარემო უმნიშვნელოა 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 ჰესპიტალური ინფექციის ნიშნების თანხლებისას შიგნითა ყურის ტკივილი - შიგნითა ოტიტი. ტკივილის მიზეზები ასევე შეიძლება იყოს პირის ღრუს, ყელის და ყისრის ორგანოების პათოლოგია.

შეკითხეთ ავადმყოფს *ყურიდან გამონადენის* შესახებ, განსაკუთრებით, თუ ეს დაკავშირებულია ყურის ტკივილთან ან ცხვემასთან.

უჩვეულოდ თხელი გოგირდოვანი გამონადენი, ანთების გამო ნარჩენები ან გამონაყარი სასმენ მილში, ან გამონადენი ჰეიფორიებული დაფის პერიდან მწვავე და ქრონიკული შუა ყურის ანთების დროს აღინიშნება

ყურებში ხმაურის შეგრძნება, რომლის მიზეზი არ არის გარედან სტიმულაცია (ჩვეულებრივ, ზარის ხმა, მილინი 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 ყისრის სისხლძარღვებში შეიცი.

ყურებში ხმაური ზოგადი სიმპტომია, რომლის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს. როცა ის თან ახლავს სმენის დაქვეითებას ან ნორასწორობის დარღვევას, მიუთითებს *მენიერის დაავადების* არსებობაზე.

ნორასწორობის დარღვევა - *ვერტიგო* - ავადმყოფის მიერ აღიქმება, როგორც გარემოს ტრიალი. ეს შეგრძნება, პირველ რიგში, დაკავშირებულია შუა ყურის ღრუბლისებრი ჰორბეტებთან, თავის ტვინის VIII ნერვის ვესტიბულური ან ცერებელუმის დაზიანებასთან, ან თავის ტვინის ბირთვის დაზიანებასთან.

იხ. ცხრილი 6-2. ნორასწორობის დარღვევა, გვ. 210.

ნორასწორობის დარღვევა ექიმისთვის მნიშვნელოვანი სიმპტომია იმ თვალსაზრისით, რომ გაარკვიოს, როგორ ესმის ავადმყოფს სიტყვა "თავბრუხვევა". პირველი შესაფერისი კითხვაა "არის თუ არა პერიოდი, როდესაც გრძნობთ თავბრუხვევას?", მაგრამ ამ კითხვაზე ავადმყოფს ხშირად უჭირს პასუხის გაცემა. ამიტომ შეკითხეთ: "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. შეკითხეთ, ხომ არ ვარდება მინაზე ან ცალ მხარეს. თავბრუხვევა დაკავშირებულია თუ არა სმენის მდგომარეობის ცვლილებასთან. აღნიშნეთ თუ არა სხვა შეგრძნებები, როგორიცაა გულისრევა, ღებინება. გაარკვიეთ, ჰა მედიკამენტებს იღებდა.

ნორასწორობის დარღვევა, თავბრუხვევა, ფენებში სისუსტე ზოგჯერ დაკავშირებულია ჰარდიოვასკულურ დაავადებებთან. გვერდზე ვარდნის შეგრძნება ან ვარდნა, ჭეშმარიტ ვერტიგოზე მიუთითებს, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს შიგნითა ყურის ჰორბეტები ან თავის ტვინის VIII ნერვის ცერებელური ან ვესტიბულური დაზიანება.

III ხმოვანი და ნიაღვრები

ჩირქოვანი არის ცხვირიდან გამონადენის არსებობა და ხშირად დაკავშირებულია სუნთქვასთან, ცხვირის გაჭედვასთან. ამ სიმპტომს ხშირად ახლავს ცხვირის ცემინება, ცხვირდენა, 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. გაძლებება 1 კვირის განმავლობაში და ახლავს გაცივების სიმპტომები, თუ ვლინდება სეზონურად, როცა ჰაერში ყვავილის მტვერი ჩნდება. "ხა სამუშაოდ საშუალებებს იყენებს? ხა ხანგრძლივობით? როგორ ახეხებს მუშაობას?"

სეზონურობა და გარემო პირობებზე დამოკიდებულება ალერგიას ახასიათებს.

ცხვირის გამხსნელების ქრონიკი გამოყენება სიმპტომებს აუარესებს, იწვევს მედიკამენტურ რინიტს.

გაარკვიეთ იმ ნივთიერების შესახებ, რომელიც იწვევს სუნთქვის გაძნელებას.

ორალური კონტრაცეპტივები, ქსეროფთალი, გუანეთიდინი, ალოპურინოლი.

რინორეას და ცხვირით სუნთქვის გაძნელებასთან ერთად ხომ არ არის ტკივილი ან მგრძნობელობა სინუსების არეში, ლოკალური თავის ტკივილი ან ცხელება?

ამ სიმპტომების ერთობლიობა მიუთითებს სინუსიტის არსებობაზე[5-7]

გაჭედილობა მხოლოდ ერთ ნესტოშია? თუ ასეა, უნდა განიხილოთ სხვადასხვა პრობლემა, რომელიც მოითხოვს ყურადღებით გამოკვლევას.

უნდა განიხილოთ ცხვირის ძგიდის გამრუდება, ცუდი სხეული ან სიმსივნე.

ეპისტაქსისი არის ცხვირიდან სისხლდენა. სისხლდენა, ჩვეულებრივ, ცხვირიდან ვითარდება, მაგრამ შეიძლება იყოს პარანაზალური სინუსებიდან ან ცხვირხახიდან. ანამნეზი ყოველთვის ძალიან გამოკვეთილია. ამასთან, როცა პაციენტები სისხლდენის დროს წვებიან ან სისხლდენა უკანა ნაწილებიდანაა, ნესტოებიდან გამოსვლის მაგივრად სისხლი შეიძლება ყელში ჩაიღვაროს. ყურადღებით უნდა გამოიკვლიოთ სისხლდენის მიზეზი - ცხვირიდანაა ის, თუ ახლავს ხველას ან ღებინებას. დაადგინეთ სისხლდენის ადგილი, სიმძიმე და მასთან დაკავშირებული სიმპტომები. ეს პრობლემა პერიოდულად მეორდება? სხეულის რომელიმე არეში ხომ არ არის სისხლჩაქცევა ან სისხლდენა?

ეპისტაქსისის ადგილობრივი მიზეზებია ტრავმა (განსაკუთრებით ცხვირის), ანთება, ცხვირის ორგანოვანი გარსის გამრუდება ან ფუფხის არსებობა, სიმსივნე და უცხო სხეულები.

ეპისტაქსისის მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლის შედედების სისტემის დარღვევები.

III ᲮᲛᲘᲡ ᲦᲠᲣ, ᲧᲔᲚᲘ ᲓᲐ ᲙᲘᲡᲔᲠᲘ

ყელის ტკივილი ხშირი სიმპტომია, რომელიც, ჩვეულებრივ, ვითარდება ზემო სასუნთქი გზების მწვავე დაავადებების დროს.

ცხელება, ხახაში ეკსუდაცია და ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, განსაკუთრებით, ხველის გარეშე, მიუთითებს სტრეპტოკოკული ფარინგიტის არსებობაზე (გვ. 232).

ენის ნყლულის მიზეზი შეიძლება იყოს ორგორც ადგილობრივი დაზიანება, ასევე სისტემური დაავადებები.

აფტოზური წყლული (გვ. 238); კვების დეფიციტით გამოწვეული გლოსი და მტკივნეული ენა

ღრძილებიდან სისხლდენა ხშირი სიმპტომია, განსაკუთრებით კბილების გამოხეხვის დროს. ავადმყოფს ჰკითხეთ ადგილობრივი დაზიანების და სისხლდენისადმი მიდრეკილების ან სისხლჩაქცევების შესახებ.

სისხლმდენი ღრძილები ხშირია *გინგივიტის* დროს (გვ. 235).

ხმის ჩახლეჩა გამოხატავს ხმის შეცვლას, ხასაც ხშირად ალნიშნავენ, ორგორც ხრინწიანს ან უხეშს. ხმა შეიძლება იყოს ადრინდელზე დაბალი. ხმის ჩახლეჩა, ჩვეულებრივ, ჩნდება ხორხის დაავადებების დროს, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ხორხის გარეთა დაავადებების დროს, მაგ. ხორხის ნეოპლაზმის დროს. შეამოწმეთ ხმის გადაძაბვა, აღენიშნა, თამბაქოს წევა, სხვა გამღიზიანებელი ფაქტორები და სხვა თანმხლები სიმპტომები. პრობლემა მწვავეა თუ ქრონიკული? თუ ხმის ჩახლეჩა 2 კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება, სასურველია ხორხის ლარინგოსკოპიული და პირდაპირი გამოკვლევა ენდოსკოპით.

ხმის გადაძაბვა და მწვავე ინფექცია ყველაზე ხშირი მიზეზებია.

ქრონიკული ხმის ჩახლეჩის მიზეზებია თამბაქოს წევა, ალერგია, ხშირი ყვირილი, ჰიპოთირეოზი, ქრონიკული ინფექცია, ორგორიცაა ტუბერკულოზი და სიმსივნე.

შეკითხვა "ხომ არ შეგიმჩნევიათ კისერზე გადიდებული ჯირკვლები ან შესიება?" ექიმო სასეირველია, ჩადგან ავადმყოფები ექიმო თავისეფლად პასეხობენ ასეთ სიტყვებზე, ვიდრე ტექმინებზე: "ღიმფური ჯვანძი".

გადიდებული და მგრძნობიარე ღიმფური ჯვანძები ახასიათებს ფარინგიტს

გამოიკვლიეთ ფარისებრი ჯირკვლის ფენქცია და შეეკითხეთ ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების ან ჩიყვის შესახებ. ფარისებრი ჯირკვლის ფენქციის შესასნავლად გამოიკითხეთ ტემპერატურის ცვლილებების და ოფლიანობის შესახებ. ზოგადი კითხვებია: "ცივი ამინდი გიჩრევნიათ თუ თბილი?" "სხვებთან შედარებით ეფიო თბილად იცმევთ, თუ ეფიო გრილად?" "ბარობთ თუ არა მაღის ჰაერზე?" "სხვებთან შედარებით მეტი გახურავთ სანოლში, თუ არა?" "ხომ არ გაწუხებთ გულის ფრიალი ან ხომ არ შეიცვალა თქვენი წონა?" დაიმახსოვრეთ, რომ ადამიანები ასაკის მატებასთან ერთად ნაკლებად ოფლიანობენ, შედარებით ცედად იტანენ სიცივეს და ეჩრევნიათ ეფიო თბილი გარემო.

ჩიყვის დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფენქცია გაძლიერებული, შემცირებული ან ნორმალურია.

სიცივის აუტანლობა, თბილი ტანსაცმლის ტარება და ჰაერის საჭიროება, შემცირებული ოფლიანობა მიუთითებს ჰიპოთირეოზზე; სანინააღმდეგო სიმპტომები, გულის ფრიალი და წონაში კლება ჰიპერთირეოზის მაჩვენებელია (გვ. 239).

ჯანმთელობის ხელშენყობა და ჰეჯომენდაციები

ჯანმთელობის ხელშენყობის და ჰეჯომენდაციების მნიშვნელოვანი საკითხები

- მხედველობის ცვლილებები: კატარაქტა, ყვითელი ლაქის დეგენერაცია, გლაუკომა
- სმენის დაქვეითება
- პირის ღრუს მდგომარეობა

მხედველობა და სმენა მნიშვნელოვანი შეგრძნებებია, რომელთა საშველებითაც ხდება გარემო სამყაროს აღქმა და ჯანმთელობის ხელშენყობისა და ჰეჯომენდაციების ორი მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს. პირის ღრუს მდგომარეობა, რომელზეც ხშირად არ მახვილდება ყურადღება, ასევე ღრმად ინტერესის საგანია.

მხედველობის დარღვევები ასაკთან ერთად იცვლება. ახალგაზრდა ჯანმთელ პირებს, ძირითადად, ჰეფრაქტერული დარღვევები აქვთ. 65 წლამდე მოზრდილთა 25%-ზე მეტს ჰეფრაქტერული დარღვევები აღენიშნებათ. ამავე დროს, ქარბობს კატარაქტის, ყვითელი ხაღის დეგენერაციის და გლაუკომის სიხშირე[8]. ეს დარღვევები აქვეითებს სოციალური და ფიზიკური გარემოს აღქმას და ინვევს წარკვევას და დაზიანებებს. მხედველობის დეფექტების გარკვევისთვის მხედველობის სიმახვილე შეამოწმეთ სნელენის ცხრილით ან ხელის ტესტით (გვ. 753). შეამოწმეთ ბრილი და ფსკერი ბრილის შემღვრევის არსებობაზე (*კატარაქტა*); ყვითელი ლაქის დაზიანებაზე, ბადურის პიგმენტაციის ცვალებადობაზე, ბადურაში სისხლჩაქცევებსა და ექსუდაციაზე (*ყვითელი ხაღის დეგენერაცია*) და თვალის ფიალის და ხომის 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 გაფეჰმჯრთალება და ზომის გაზრდა (იზრდება ოპტიკური დისკის დიამეტრის ნეხევარზე მეტად). თვალის შიდა ნნევის (თშნ) მომატება აღინიშნება შემთხვევათა 80%-ში და დაკავშირებულია მხედველობის ნეჰვის დაზიანებასთან. ჩისკ-ფაკტორებია: 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-ფაკტორებზე 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 შემოწმებების ღირს ჯერად მუშაობს ჯითხვარები და ხელის აუდიოსკოპები. უფრო ნაკლებად მგრძნობიარე მეთოდია ჯრინიკული "ჩურჩულის ტესტი", თითების ან ჯამერტონის გამოყენება. ჩისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან ისინი, ვისაც აღენიშნებათ სმენის დაქვეითების თანდაყოლილი ან ოჯახური ანამნეზი, სიფილისი, ნითურა, მენინგიტი, ძლიერ ხმაურიანი სამსახური ან ბრძოლის ველზე ყოფნა.

ჯრინისტმა ყურადღება უნდა დაუთმოს პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას: 5-დან 17 წლამდე ასაკის ბავშვთა ნახევარზე მეტს 1-დან 8 ჯარისული ღრმული აქვს, აშშ სამუშაო ასაკის მოზრდილებს 10-17 ჯბილი ან მეტი, ან გაფუჭებული აქვს, ან დაბენილი[11]. მოზრდილებში გინგივიტის და პეჰიოდონტის დაავადებების სიხშირე შესაბამისად არის 50% და 80%. აშშ-ში 65 ნლის ასაკის ზევით ადამიანთა თითქმის ნახევარს საერთოდ არ აქვს ჯბილები.* ეფექტური სკრინინგი იწყება პირის ღრუს ყურადღებით დათვალიერებით. შეამოწმეთ გაფუჭებული ჯბილები, მეტია თუ არა ჯბილები, ღრძილების ანთება, პეჰიოდონტის დაავადებების სიმპტომები (სისხლდენა, ჩრჩილი, ღრძილების განღვა, ცუდი სუნი). დაათვალიერეთ ღრინოვანი გარსი, სასა, ფსკერი და ენის ზედაპირი, ხომ არ არის ნყლული, ლეიკოპლაკია, სიმსივნისა და ანთებითი პროცესის ნიშნები.

პირის ღრუს მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, უჩრიდეთ მიეჩვიოს ყოველდღიურ ჰიგიენურ ღონისძიებებს. ფტორის შემცველი ჯბილის პასტის ხმარება ამცირებს ჯბილების ჯარიესს, ჯბილების გამოხეხვა და ძაფით განმენდა ანელებს პეჰიოდონტის დაავადებებს ბაქტერიების შემცველი ნაღების მოცილების გზით. არძენით ავადმყოფი ჩვენებისთანავე იზრუნოს ჯბილებზე, რათა მიიღოს სარგებლობა უფრო სპეციფიკური პრევენციული ღონისძიებებისგან, როგორიცაა ჯბილების განმენდა ქვებისგან, ფესვების დამუშავება და ადგილობრივად ფტორის ხმარება.

დიეტა, თამბაქოს წევა და ალკოჰოლის მოხმარება, ნამღების შეღებად ნერწყვის გამოყოფის დარღვევა და პროტეზის 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 ჯარიესის გამომწვევი ბაქტერიების დაგროვებას და გამრავლებას. უნდა ეჩრიდოთ თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტა, რაც პირის ღრუს სიმსივნის განვითარების რისკ-ფაქტორებია.

ნერწყვი ასუფთავებს და ასველებს პირის ღრუს. ბევრი ნამარი ამცირებს ნერწყვის გამოყოფას, ზრდის ჯბილების გაფუჭების, ღრინოვანი გარსის ანთების და ღრძილების დაავადებების რისკს პირის სიმშრალის (ქსეროსტომიის) გამო, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ასაკში. პირებს, რომლებიც პროტეზს ხმარობენ, უნდა აუხსნათ, რომ ყოველ ღამე განმინდონ, რათა არ განუვითარდეთ ბაქტერიული ნაღები და ცუდი სუნი. ღრძილების ჰეგიენარული მასაჟი ამცირებს მტკივნეულობას ჰბილ ქსოვილებზე პროტეზის ზენოლის გამო.

ბამოკვლევის მეთოდიკა

თავი

თმის საფარველის გამო შეიძლება ვერ შეამჩნიოთ თავის ქალას დაზიანება, ავადმყოფს ჰკითხეთ, ხაიმე ხომ არ შეუმჩნევია თავის ქალაზე ან თმაზე. თუ ავადმყოფს შინაონი ან ბარიკი აქვს, სთხოვეთ გასინჯვისას მოიხსნას.

თხელი თმა *ჰიპერთიროზის* დროსაა, სქელი და უხეში - *ჰიპოთიროზის* დროს. მცირე ზომის თეთრი ოვალური გახანელები თმაზე შეიძლება ნიღბები იყოს ან ცილის ნივთიერებები

გამოკვლევა:

თმა: შეამოწმეთ ხალღენობა, განანილება, სტრუქტურა, სად არის გაცვენილი. ნახეთ, არის თუ არა ქერტლი.

თავის კანი: თმა გაგადანილეთ სხვადასხვა ადგილებში, მოძებნეთ აქერცვლა, ჯოჯი, ხაღები ან სხვა დაზიანებები.

სინითლე და აქერცვლა ახასიათებს *სებორეული დერმატიტს, ფსორიაზს; ცხიმგარეოვას.*

თავის ქალა: გამოიკვლიეთ თავის ქალას ხომა და კონტური. არის თუ არა ხაიმე დეფორმაცია, ჩაღრმავება, ჯოჯი ან მტკივნეულობა. დააკვირდით, არის თუ არა დაზიანებები, მაგალითად, ნაკეთის ხაზებთან თხემისა და კეფის ძვლებს შორის.

დიდი ზომის თავის ქალა აღინიშნება *ჰიდროცეფალიის* დროს. *პეჯეტის დაავადების* დროს. მტკივნეულობა - ტარვის შემდეგ.

სახე: დააკვირდით ავადმყოფის სახის გამომეტყველებას და ნაკვთებს. აღნიშნეთ ასიმეტრია, უნებლიე მოძრაობები, შეშუპება და შესიება.

იხ. ცხრილი 6-3. სახეების შეხედვა (გვ. 211).

კანი: გამოიკვლიეთ კანი, ფერი, პიგმენტაცია, სტრუქტურა, გასქელება, თმის გავარცელება, სხვა სახის დაზიანებები.

ანემია ხშირია მოზარდებში. *ჰირსუტიზმი* (ქალბატონიანობა სახეზე) აღენიშნება საკვერცხის პოლიკისტოზის მქონე ზოგიერთ ქალს.

თვალები

ბამოკვლევის მნიშვნელოვანი სფეროები

- მხედველობის სიმახვილე
- მხედველობის ველები
- კონიუნქტივა და სკლერა
- ქოვანა, ბროლი, გუგები
- თვალის მოძრაობები
- ფსკერი, მხედველობის დისკის, თვალის ფიალის, ბადურის და ბადურის სისხლძარღვების ჩათვლით.

მხედველობის სიმახვილე: ცენტრალური მხედველობის სიმახვილის გამოსაკვლევად გამოიყენეთ კარგად განათებული სნელენის თვალის ცხრილი. ავადმყოფი დასვით ცხრილიდან 6 მ-ის დაშორებით.

თუ ავადმყოფი სათვალეს (ტოთხვის გახდა) ხმარობს, უნდა გაიკეთოს. პაციენტს სთხოვეთ, ცალ თვალზე ფიჩფიტა აიფარხოს (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 სამუშაებით შეგიძლიათ გაარკვიოთ, ესაჭიროება თუ არა 45 წლამდე ასაკის პიროვნებას საკითხავი სათვალე, თუ ბიფოკალური სათვალე. ეს ცხრილი შეგიძლიათ, ასევე, გამოიყენოთ ნორმის მხედველობის სიმახვილის შესამოწმებლად. მწოლიარე პაციენტის თვალებიდან 30 სმ მანძილზე დაიჭირეთ ცხრილი, რომელიც სწერების 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). ანუ უფრო დიდია მეორე რიცხვი, ვიდრე უფრო ეხებია მხედველობა. "20/40 პროექციით" ნიშნავს, რომ ავადმყოფს 40 ფუტიდან (12 მ) სათვალის დახმარებით (პროექციით) შეუძლია ნაკითხვა.

ბიფოკალია არის მორ მანძილზე მხედველობის დაქვეითება

პრესბიოპია არის ახლო მანძილზე მხედველობის დაქვეითება. რომელიც ვითარდება სამუშაო ასაკის და ზევით პირებში. პრესბიოპიით აღამიანი ხშირად უკეთესად ხედავს შორს მდებარე ცხრილს.

ამშ-ში პიროვნება ითვლება ჩარაქტიერად ბიმად, რომ უკეთეს თვალში სათვალით პროექციისას მხედველობის სიმახვილე არის 20/200 ან უფრო ნაკლები. ჩარაქტიერი სიბრმავის ცნობს აღნიშნავს უკეთეს თვალში მხედველობის ველის შევიწროვება 20°-ით და მეტად.

მხედველობის ველების სრული ან ნაწილობრივი გვერდითი დეფექტები მოიცავს:

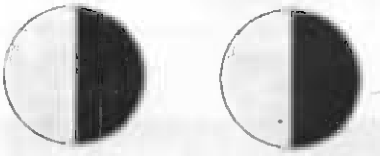
ამ ნიმუშების მიმოხილვა მოცემულია 6-4 ცხრილში, მხედველობის ველის დეფექტები, გვ.212.

მხედველობის ველების შემოწმება პირდაპირ ხედვისას.

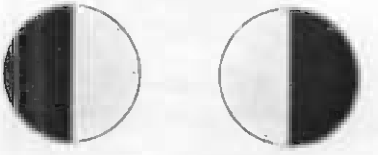
შემოწმება. შემოწმება იწყება საფეთქლის ველებიდან, ვინაიდან ყველაზე დიდი დეფექტები ამ ველებში ვლინდება ხოლმე.



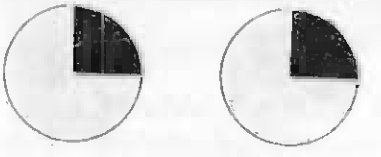
ჰომონიმური ჰემიანოფსია



ბიტემპორალური ჰემიანოფსია



ჰეტეროგენული დეფექტი

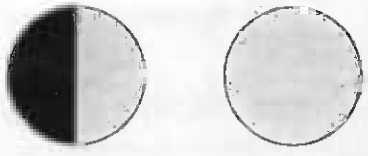


ნახმოიდგინეთ, რომ მხედველობის ველები ავადმყოფის გაშშემო შემოხაზული პირობითი შუშის წრეზეა განლაგებული. სთხოვეთ ავადმყოფს, ორივე თვალით გიყუროთ თვალებში, შემდეგ ხელები დაიკავეთ 60 სმ-ის მანძილზე ორივე მხარეს ავადმყოფის სახის ღატეხაღეხად, ყურებისკენ. შემდეგ ნელა ნამოიღეთ ხელები ნახმოსახვითი ბუროის გასწვრივ ფიქსაციის ნერტილისკენ იმ მანძილამდე, სადაც დაინახავს პაციენტი. იგივე გაიმეორეთ ზედა და ქვედა საფეთქლის კვადრანტებში.

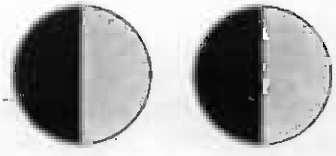
ნორმაში ადამიანი თითებს ორივე მხარეს ერთდროულად ხედავს. ამ შემთხვევაში მხედველობის ველები ნორმალურია.

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 მარცხენა ჰომონიმური ჰემიანოფსია.



როდესაც ეთი თვალში მხედველობის ველის ტემპორალური 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 ხალის გადიდება მცირე სტიმულაციას მოითხოვს. გამოიყენეთ პატარა ზომის ნითელი ფერის საგანი. ჩოგორალაა ნითელთავიანი საჩვენებელი ჯოხი ან ნითელი ფანქარი, თვალები ცალ-ცალკე შეამოწმეთ. როცა ავადმყოფი პირდაპირ გიყურებთ თვალებში, ამოძრავეთ საგანი მხედველობის ველში. ნორმალურად ბრმა ხალი შეგიძლიათ შოძებნოთ ფიქსაციის ნერტილიდან 15°-ზე საფეთქლისკენ (ვარჯიშისთვის მოძებნეთ თქვენი ბრმა ლაქა).

ბრმა ხალის გადიდება ვლინდება იმ პათოლოგიების დროს, რომლებიც ინვევენ მხედველობის ნერვის დაზიანებას. მაგ. *გლაუკომა, თვალის ნერვის ანთება, ტვინის შეშუპება.*

თვალების მდებარეობა და სიმეტრია. დადექით ავადმყოფის პირდაპირ და შეადარეთ თვალების მდებარეობა და სიმეტრია. თუ რომელიმე თვალი ან ორივე წინ გამოსულია, გაზომეთ ეს გამოწევა.

შენეული თვალები თუ გამონეული; ანანორმალურად განმლიქრული თვალები ახასიათებს გენეტიკის დაავადებას ან თვალბუდის სიმსივნეს. აქერცვლა დამახასიათებელია სებორეული დერმატიტისთვის, ჰიპოთირეოზის დროს - ლატენარული შეთხელება.

წარბები. დაათვალიერეთ წარბები, ჩაინიშნეთ მათი სიხშირე, განაწილება და მათ ქვეშ კანის აქერცვლა.

ქუთუთოები. აღწერეთ ქუთუთოების მდებარეობა თვალის ჯაჭვების მიმართ. დაათვალიერეთ შემდეგი ნიშნების მიხედვით:

- თვალის ჭრილის სიგანე
- ქუთუთოების შეშუპება
- ქუთუთოების ფერი (მაგ. სინითლე)
- დაზიანება
- წამწამების მდგომარეობა და მიმართულება
- თანაბრად სუსავს თუ არა ქუთუთოებს. დააჯვირდით განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც თვალები ეჩვეულოდ გამოწეულია, ასევე სახის ნეირული პარეზის ან ავადმყოფის უგონო მდგომარეობაში ყოფნის დროს.

იხ. ცხრილი 6-5, ქუთუთოების ვარიანტები და ცვლილებები (გვ. 213).

ბლეფარიტი ქუთუთოების ანთებაა მათი ჯილეების გასწვრივ, რასაც ხშირად ახლავს ცეცხლის ან ნაღების განვითარება.

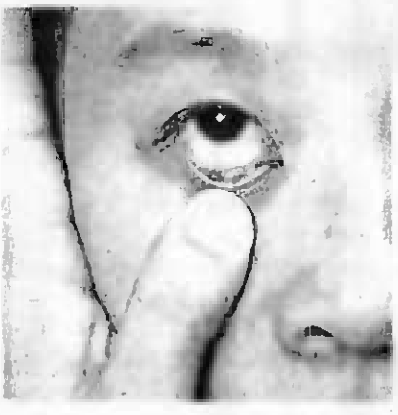
როდესაც ქუთუთოები მთლიანად ვერ იხურება, შეიძლება სერიოზულად დაზიანდეს ჩოვანა.

იხ. ცხრილი 6-6. თვალში და თვალის გარშემო შეშუპებები და სიმაგრეები (გვ. 214).

სასრჩობლე ჯირკვლები. მარცვალ დაათვალიერეთ სასრჩობლე ჯირკვლის და სასრჩობლე ვენის არეები და ნახეთ, აღინიშნება თუ არა მათი გადიდება.
ნახეთ, ხომ არ აღინიშნება გაძლიერებული ცხვიდენა ან თვალების სიმშრალე. თვალების სიმშრალის გამოკვლევა საჭიროებს ოკულისტის მიერ სპეციალურ გამოკვლევას.

გაძლიერებული ცრემლდენა შეიძლება გამონეული იყოს ცრემლის ჭარბი წარმოქმნით ან ცრემლის დრენირების დაქვეითებით. მიზეზების პირველ ჯგუფში შედის ჯონიუნქტივის ანთება და ჩოვანის გაღიზიანება; მეორე ჯგუფში შედის ექტროპიონი და ცხვირ-ცრემლის არხის ობსტრუქცია (გვ. 213).

ჯონიუნქტივა და სკლერა. სთხოვეთ ავადმყოფს, ზემოთ აიხედოს, თქვენ კი ცალ თითით ჩამოუწიეთ ქვედა ქუთუთო და გამოაჩინეთ სკლერა და ჯონიუნქტივა. დაათვალიერეთ სკლერის და ქუთუთოების ლორწოვანი გარსების ფერი, სკლერის თეთრ ფონზე ნახეთ სისხლძარღვები; არის თუ არა ჰიპერემია ან შეშუპება.





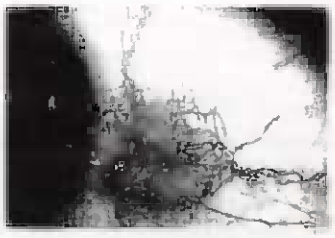
ყვითელი ფერის სკლერები სიყვითლის მაჩვენებელია.

თუ თქვენ გესაჭიროებათ თვალების მთლიანი დათვალიერება, დაადეთ ცქერა და საჩვენებელი თითები ღოყის და წარბის ძვლებზე და განიეთ ქუთუთოები.

სთხოვეთ ავადმყოფს, გაიხედოს ოთივე მხარეს და ქვემოთ. ასე თქვენ უკეთესად დათვალიერებთ სკლერას და კონიუნქტივას, მაგრამ ვერ ნახავთ ზედა ქუთუთოს ღრმნოვანს. ამისთვის მოგიწევთ ქუთუთოს ამობრუნება (იხ. გვ. 201).



აღგილობრივი სინითლის მიზეზი ჯვანძოვანი *ეპისკლერიტია.*



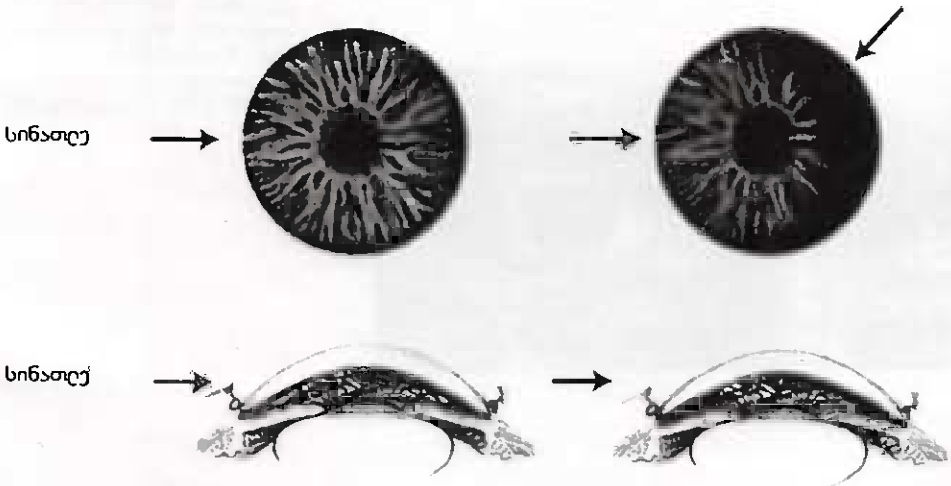
შედარებისთვის იხ. ცხრილი 6-7. თვალების სინითლე (იხ. გვ. 215).

იხ. ცხრილი 6-8. ჩქოვანას და ბროლის შემღვრევა (იხ. გვ. 216).

ჩქოვანა და ბროლი. ირიბი განათებით დაათვალიერეთ თითოეული თვალის ჩქოვანას დაბინდვა აღინიშნება თუ არა. ასევე ბროლის გამქვირვალობა, თუ ამის ნახვა შესაძლებელია ბუბიდან.

ზოგჯერ ფერადი გარსი ნინ იდრიკებისკენ, რომ ქმნის ძალიან ვიწრო ჯუთხეს ჩქოვანასთან. სინათლე შემდეგ ქმნის ნახევარმთვარისებურ ჩრდილს.

ფერადი გარსი. ეთერდროულად დაათვალიერეთ ორივე თვალის ფერადი გარსი. მათ შორის განსხვავება ყურადღებით უნდა აღინიშნოს. საფეთქლის მხრიდან სინათლის მინათებით დარნახავთ ნახევარმთვარისებურ ჩრდილს ფერადი გარსის შედარებით. ფერადი გარსი, რომელიც, ბრტყელია და შედარებით ღია ჯუთხეს ქმნის ჩქოვანასთან, ეს განათებული ცილინდრები არ იძლევა ჩრდილს.



ვიწრო ჯუთხე ზრდის *ვიწროჯუთხიანი გლაუკომის* განვითარების რისკს - თვალშიგა ნნევის სწრაფი მომატება, რომელსაც ნყარნყარა სითხის ცირკულირება ბლოკირებულია.

ღიაჯუთხიანი გლაუკომის დროს (გლაუკომის გარჩეული ფორმა) ფერადი გარსსა და ჩქოვანას შორის ნორმალური უფთიერთობა შენარჩუნებულია და ფერადი გარსი მთლიანად განათებულია.

ბუბები. დაანვირთეთ ბუბების *ზომას, ფორმას და სიმეტრიულობას.* არის თუ არა ბუბები დიდი ზომის (> 5 მმ), პატარა (< 3 მმ) ან არათანაბარი ზომის. გაზომეთ ისინი. მათი ზომების დადგენაში დაეხმარებათ სხვადასხვა ზომის შავი ნრეების ჰქონა.

მიოზი ბუბის შევინროვებაა. მიდრიაზი – გაფართოება.



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 ადამიანების 20%-ში აღინიშნება. თუ გუგის ჩაქცია ნორმალურია, ანიზოკორია ითვლება ფიზიოლოგიურად.

შეამოწმეთ სინათლეზე გუგის ჩაქცია. სთხოვეთ ავადმყოფს, შორს გაიხედოს და მიანათეთ თითოეული თვალზე ირიბად (ორივე, დისტანციაზე მხედველობის ფიქსირება და ირიბი განათება დაგეხმარებათ ახლო ყურების ჩაქცირის პრევენციაში). დააკვირდით:

- *პირდაპირ ჩაქცირას* (შესაბამის თვალში გუგის შევინოვება)
- *მეთანხმებულ ჩაქცირას* (მეორე თვალში გუგის შევინოვება)

ჩააქნიეთ ოთახი და გამოიყენეთ მკვეთრი სინათლე, სანამ გადაწყვეტთ, რომ ჩაქცია სინათლეზე არ არის გამოხატული.

თუ სინათლეზე ჩაქცია შემცირებულია ან საეჭვოა, შეისწავლეთ ახლო ჩაქცია ნორმალურად განათებულ ოთახში. თვალების ცალ-ცალკე გამოკვლევა გაგიადვილებთ გუგის ჩაქცირაზე 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 ჩაქცირას ახლოს ყურებისას.

ახლო ყურების ჩაქცირის შესწავლა გეხმარებათ *Argyll Robertson-ის* და შევინოვებულ *(Adie-ს) გუგებს* დიაგნოსტიკაში.

თვალის გარეთა (ექსტრაოკულური) კუნთები. ავადმყოფს წინიდან 2 ფუტის მანძილზე მიანათეთ სინათლე და სთხოვეთ, უყუროს მას. დააკვირდით ჰირველას არეკვლას, რომელიც ჩანს გუგების შუა ხაზიდან ოდნავ შიგნით ცხვირისკენ.

ჰირველას ასიმეტრიული არეკვლა მიუთითებს თვალის ნორმალური მდებარეობიდან გადახრაზე. ეხეთ თვალზე საფეთქლის მხარეს არეკვლა, მაგ., მიუთითებს თვალის ცხვირისკენ გადახრაზე. იხ. ცხრილი 6-10. არამეულებული ცქერა (გვ. 218).



თვალზე *დაფარება-გაღების ტესტით* შეიძლება გამოვლინდეს კუნთების მსუბუქი ან ლატენტური უმარისობა, 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).

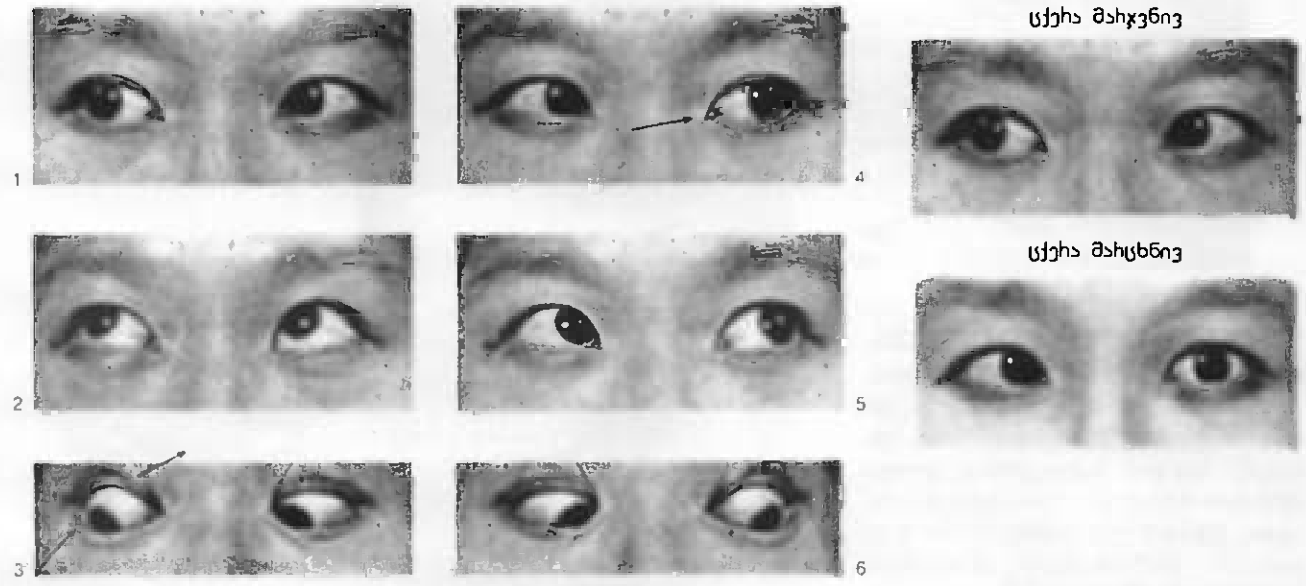
- ნისტაგმი, თვალების მცირე ჰიტმული ხსნა. ხანმოკლე ნისტაგმი გვეხლება სწრაფი გახედვისას ნორმად ითვლება. თუ ნისტაგმს ნახულობთ, მიიტანეთ თითი ბინოკულარული მხედველობის ველში და ჯერ შეხედეთ.

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, გაახედეთ 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 შეა ხნის და ასაკოვან პაციენტებს ახლო მანძილზე მხედველობის პრობლემები აქვთ. ზოგიერთი პაციენტი ხელის მოძრაობით ადევნებს თვალს თქვენს თითს. თუ აუცილებელია, ხელი დაიჭირეთ შესაფერის შეა პოზიციაში.



თუ ვახაელობთ ქუთეთოს ჩამოხჩენას ჰიპეთითიჯოსის ღხოს, ავადმყოფს სთხოვეთ თვაღი გაასყოღოს თქვენს თითს, ხომეღსაც ამოძხავებთ ნეღა ზემოღან ქვემოთ შეა ხაზზე. ამ მოძხაობის ღხოს ქუთეთომ შეიძღება ნანიღობხივ დაფაჯოს ფეხაღი გახსი.

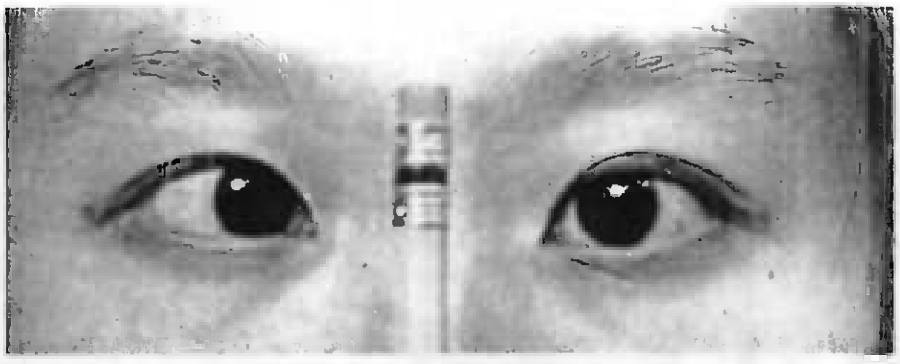




ბოღოს, *კონვეხგენციის გამოკვღევა*. სთხოვეთ ავადმყოფს მზეხა გაასყოღოს თითს ან ფანჯახს, ხომეღსაც ამოძხავებთ ცხიხის ძგიღისკენ. შიგნით მებხენებეღი თვაღები ნოხმაღეხად მიყვებიან საგანს ცხვიხიდან 5-8 სმ-მდე.

ჰიპეთითიჯოზით გამონვეეღი ქუთეთოს ჩამოხჩენის ღხოს ზეღა ქუთეთოს და ფეხად გახსს შოხის მოჩანს სკღეხის ჩაღი. ქუთეთო თითქოს თვაღის უკან ხჩება.

ჰიპეთითიჯოზის ღხოს აღინიშნება ცუდი კონვეხგენცია.



ოფთაღმოსკოპიული გამოკვღევა.

ზოგადი კანმხთეღობის შემონმების ღხოს თქვენ მოგინევთ ავადმყოფის თვაღების *გამოკვღევა ბუგების გაფახთოვების გახეშე*. ბადეხის სტხუქტუხების დათვაღიხებების შესაძღებღობები შეზღუდუღია. ჭეშმა პეხიფეხიუღი სტხუქტუხების ნახვისთვის, ყვითეღი ხაღის, დაუდგენეღი ეტიოღოგიის მხედვეღობის დაკახგვის გამოკვღევისთვის ოკუღისტი აფახთოვებს ბუგას გამაფახთოებეღის ჩანვეთებით, თუ ამის უკუჩვენება ახ ახსებობს.

ბუგის გამაფახთოვებეღი ნვეთების ხმახების უკუჩვენებებია: (1) თავის დაზიანება და კომა, ხოდესაც პიხველ ჯიგში ბუგის ჩაჟყიის შესნავღა ხდება; და (2) ეჭვი ვინჯოკუთხიანი ბღაკომის ახსებობაზე.

დასანყისში, ოფთაღმოსკოპის ხმახება შეიძღება გაგიძნეღდეთ და ვეჩ მოახეჯხოთ ფსკეჯის კაჯაგ დათვაღიჯება.

მოთმინებითა და ვახჯიმით 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).

ოფთალმოსკოპიული სურათის კომპონენტები განიხილება მომდევნო გვერდებზე. მიყევით ოფთალმოსკოპის გამოყენების საფეხურებს და თქვენი ჩვევები თანდათან გაუმჯობესდება.

ოფთალმოსკოპის გამოყენების საფეხურები

- ჩააბნელეთ ოთახი. აანთეთ სინათლე ოფთალმოსკოპზე და შეაბრუნეთ ღილზა მანამ, სანამ არ დარწმუნდებით თეთრი შუქის დიდ მრგვალ სხივს.* სინათლე მიანათეთ თქვენი ხელის ზურგს, რათა შეამოწმოთ სინათლის ტიპი, სიკაშკაშე და დამუხტულია თუ არა ოფთალმოსკოპი.
- ღილზა შეაბრუნეთ 0 დიოპტრიაზე (დიოპტრია არის ერთეული, რითაც იზომება ღილზის ძალა, მოახდინოს სხივის დაახლოვება ან დაშორება). ამ დიოპტრიით ღილზა დაახლოვებს ან დაშორებს სინათლის სხივს, თითი დააღებთ ღილზის ჯიღეს ისე, რომ შეძლოთ ღილზის შებრუნება და ფოკუსირება ფსკერის დათვალიერებისთვის.
- დაიმახსოვრეთ, ოფთალმოსკოპი დაიჭირეთ *მარჯვენა* ხელში, როცა იყენებთ *მარჯვენა თვალს*, ხოლო *მარცხენა თვალის გამოკვლევისას დაიჭირეთ მარცხენა ხელში*. ეს დაგცავთ ავადმყოფის ცხვირთან შეხებისგან და საშუალებას მოგცემთ უფრო მობილური იყოთ და ახლო მანძილიდან დათვალიერებოთ ფსკერი. პირველად შეიძლება გაგიჭირდეთ ორივე თვალით ყურება, მაგრამ ვახჯიმი ამას გაგიადვილებთ.
- ოფთალმოსკოპი მაგრად დაიჭირეთ თქვენი ორბიტის ძვლის შუა ნაწილის წინ ისე, რომ ცარი ღაწვისადმი შეაბრუნოთ 20°-ით. შეამოწმეთ, გარკვევით ხედავთ თუ არა. ეთხოვით ავადმყოფს, რომ უყუროს ერთ წერტილს კედელზე თქვენი მხრებიდან ოდნავ ზემოთ.
- დაჯექით ავადმყოფიდან დაახლოებით 30 სმ დაშორებით და მისი მხედველობის ხაზიდან 15°-ით ღაწვისაკენ. სინათლის სხივი მიანათეთ გუგას და დააკვირდით გუგაზე წითელ ნათებას - წითელი რეფლექსი. დააკვირდით რამე გამჭვირვალობის დარღვევას ხომ არ წყვეტს წითელ რეფლექსს.
- ამის შემდეგ თქვენი მეორე ხელის ცერა თითი ავადმყოფის ნარბზე დააფიქსირეთ (ეს შეგეხმარებათ, იყოთ მყარად, მაგრამ არ არის აუცილებელი). სინათლის სხივი ფოკუსირებული უნდა იყოს ნიშნელ 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 გამონვეული გამოსახულების ნაშლა.

ორმისთვის, რომ გამოკვლევა ავადმყოფისთვის უფრო კომფორტული იყოს, თავიდან აიცილოთ გუგის შევიწროვება და გააუმჯობესოთ გამოკვლევა, ზოგჯერ მოგინევთ სინათლის სიკაშკაშის შემცირება.



წითელი რეფლექსის არარსებობა მიუთითებს ბროლის (კატარაქტა) ან, იშვიათად, მინისებრი სხეულის შემღვრევაზე. ამ რეფლექსის შენიღბვა ნაკლები აბბათობით შესაძლებელია ბადურის ჩამოცლის ან, ბავშვებში, რეტინობლასტომის დროს. ხელოვნურ თვალს წითელი რეფლექსი არ აქვს.

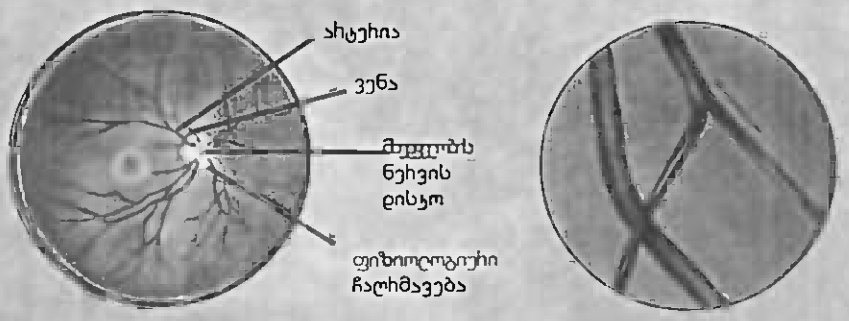
* ზოგიერთი უქიმი ფარათო გუგისთვის ხმარობს მსხვილ სხივს, ვინრო გუგისთვის კი - წვრილ სხივს. სხვა ზომის სხივები იშვიათად გამოიყენება. ნაპრალისებური სხივი ზოგჯერ გამოიყენება ბადურის ამობურცულობის ან ჩაზნექის დასანახად, მწვანე სხივი - მცირე ზომის წითელი დაზიანებისთვის, ბადე - გაზომვებისთვის. ყურადღება არ 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 ნახინჯისფერი 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 ბროლის 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. დაადგინეთ ზემოთ აღნერილი მოყვითალო ნახინჯისფერი ან მოვარდისფრო, ოვალური ან მრგვალი ფორმის სტრუქტურას. თუ ვერ ხედავთ, მიყევით სისხლძარღვებს ცენტრალურად, სანამ არ დაინახავთ. ცენტრალურის მიმართულებას მისდევებით იმ ჯგუფის მიხედვით, სადაც სისხლძარღვები იკრიბება - სისხლძარღვები ჩვეულებრივ ფართოვდება შეერთებისას.



- ახლა მხედველობის ნერვის დვრილი მოაქციეთ ფოკუსში ოფთალმოსკოპის ღილზის დარეგულირებით. თუ არც თქვენ და არც ავადმყოფს არ გაქვთ ჰიპერმეტროპიის დარღვევა, ბადურა ფოკუსში იქნება 0 დიოპტრიაზე. (დიოპტრია არის ერთეული, რითაც იზომება ღილზის ძალა, მოახდინოს სხივის დაახლოვება ან დაშორება). თუ სტრუქტურები არამკვეთრად ჩანს, შეაბრუნეთ ღილზა, სანამ მკვეთრ ფოკუსს არ დაიჭერთ.

ჰიპერმეტროპიის დარღვევის დროს სინათლის სხივი არ ფოკუსირდება ბადურაზე. მიოპიის დროს სხივი ფოკუსდება ბადურის წინ, ჰიპერმეტროპიის დროს – უკან. მიოპიურ თვალში ბადურის სტრუქტურები უფრო დიდი ზომის ჩანს

მაგალითად, თუ ავადმყოფს აქვს მიოპია (ახლომხედველობა), ღილზა შეაბრუნეთ საათის ისრის საწინააღმდეგოდ მინუს დიოპტრიაზე. ჰიპერმეტროპიით (შორსმხედველობა) ავადმყოფებში ღილზა შეაბრუნეთ საათის ისრის მიმართულებით პლუს დიოპტრიაზე. ამავე გზით შეგიძლიათ შეასწოროთ თქვენი საკუთარი ჰიპერმეტროპიის დარღვევა.

იხ. ცხრილი 6-11. მხედველობის ნერვის დვრილის ნორმალური ვარიაციები (გვ. 219), და ცხრილი 6-12, მხედველობის ნერვის დვრილის პათოლოგიები (გვ. 220).

- დაათვალიერეთ მხედველობის ნერვის დვრილი. ჩაინიშნეთ შემდეგი მახასიათებლები:
  - დვრილის ტონუსის სიმკვეთრე ან სიბუნდოვანე. ნორმალურად დვრილის საზღვრის ცვლილების ნაწილი ოდნავ დაბინდულია.
  - დვრილის ფერი ნორმაში მოყვითალო ნახინჯისფერიდან მოვარდისფრომდე. 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.

ფიზიოლოგიური ექსკავაციის გადიდება მიუთითებს ქრონიკული ღიაკუთხიანი გლაუკომის არსებობაზე.

მხედველობის ნერვის დვრილის და ბადეზის გამოკვლევის საფეხურები (გაგრძელება)

მხედველობის ნერვის დვრილის შემჩნების დადგენა. მხედველობის ნერვის დვრილის შემჩნება ნიშნავს დვრილის და ფიზიოლოგიური ექსკავაციის წინა შესიებას, თავის ქალას შიდა წნევის მომატება გავლენას ახდენს მხედველობის ნერვზე, იწვევს ჰიპერემიის სტაზს, აქსონისშიდა შემჩნებას და მხედველობის ნერვის შემჩნებას. მხედველობის ნერვის დვრილის შემჩნება თავის ტვინის სეიოზული პათოლოგიის ნიშანია, ჰოგორიცაა მენინგიტი, სებარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, ცერებრალური ავთვისებიანი სიმსივნე, ამიტომ თვალის ფსკერის გამოკვლევისას ამ დარღვევის აღმოჩენას ჰიპოთეტური მნიშვნელობა აქვს.

თუ ნახეთ მხედველობის ნერვის დვრილის შემჩნება, გაზომეთ მხედველობის ნერვის დვრილის ელევაცია. ამისთვის ენდა გამოაკლოთ იმ ღინზის დიოპტრიათა რიცხვს, ჰომელიც საჭიროა დვრილის გარკვევით ფოკუსირებისთვის მეორე ღინზის დიოპტრიათა რიცხვი, ჰომელიც საჭიროა ბადეზის ფოკუსირებისთვის. დაიმახსოვრეთ, ბადეზაზე 3 დიოპტრია განსხვავებაა =1 მმ.



ჯარი ფოკუსი -1 დიოპტრიაზე ჯარი ფოკუსი +3 დიოპტრიაზე

+3-(-1)=4, ამიტომ დვრილის ელევაცია არის 4 დიოპტრია

ვენური პულსაცია, ჰომელიც ჩანს ბევრ, მაგრამ არა ყველა, ნორმალურ თვალის ფსკერზე, შეიძლება ნაშლილი იყოს.

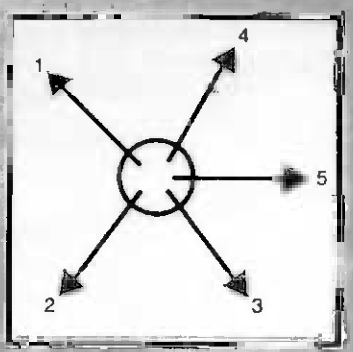
ვენური პულსაციის დაჯარგვა პათოლოგიური მდგომარეობების დროს, ჰოგორიცაა თავის ტრავმა, მენინგიტის ან მასიური დაზიანება, შეიძლება ქალას შიდა წნევის მომატების აღრეული ნიშანი იყოს.

ბადეზა - არტერიები, ვენები, ფოსო და ყვითელი ხალი.

- *დაათვალიერეთ ბადეზა* სისხლძარღვების ჩათვლით, არტერიო-ვენური ჯვარედინები, ფოსო, ყვითელი ლაქა. გარჩიეთ ვენები არტერიებისგან ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების მიხედვით:

	არტერიები	ვენები
ფერი	ღია წითელი	მუქი წითელი
ზომა	ეფრო მცირე (ვენის დიამეტრის 2/3დან 4/5-მდე)	ეფრო დიდი
სინათლის ჰეფლექსი	ვარსკვლავი	შეუმჩნეველი არ არის

- *სისხლძარღვებს მიყევით ჰემოფერიისკენ* ოთხი მიმართულებით, დაარკვიეთ შესაბამის ზომებს და არტერიო-ვენური ჯვარედინების ხასიათს. გარჩიეთ არის თუ არა ბადეზაში ჰარმონიული დაზიანება და აღნიშნეთ მისი ზომა, ფორმა, ფერი და გავრცელება, ბადეზის გამოკვლევისას თქვენი თავი და ინსტრუმენტი შეაბრუნეთ იმ ვარაუდით, რომ ავადმყოფის გება იყოს ნარმოსახვითი საყრდენი წერტილი. ჰიპოთეზად, შეიძლება დაგეგმოთ ბადეზის გამოსახულება, ვინადან სინათლე გების გარეთ დაეცემა, ჰარტიასთან ერთად მდომარეობის გაუმჯობესებაც შეიძლება.



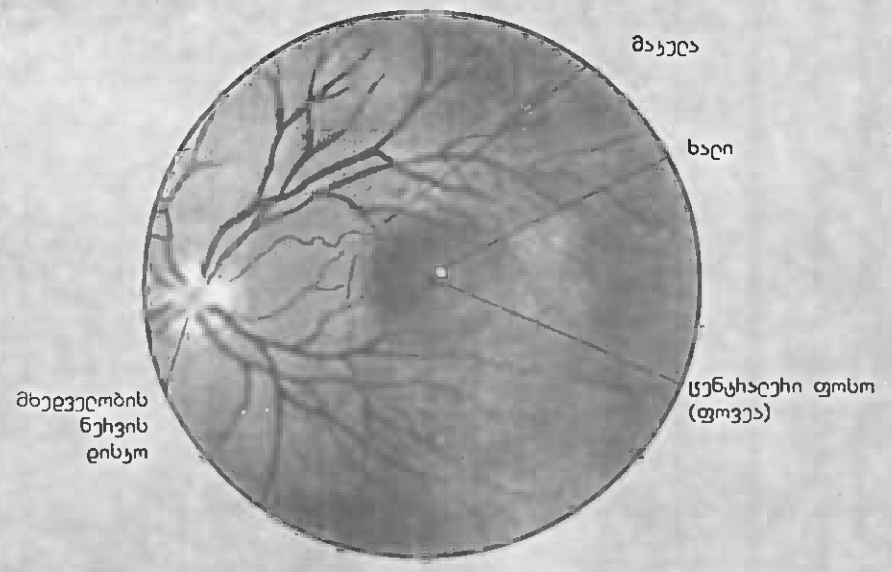
გამოკვლევის თანამიმდევრობა დისკიდან პერიფერიამდე

იხ. ცხრილი 6-13, ბადეზის არტერიები და არტერიო-ვენური ჯვარედინები: ნორმის და ჰიპერტენზიის დროს (გვ. 221);
ცხრილი 6-14, თეთრი ნერვიულები და ხაზები ფსკერზე (გვ. 222);
ცხრილი 6-15, თვალის ფსკერი (გვ. 223-224);
ცხრილი 6-16, ღია ფერის ნერვიულები ფსკერზე (გვ. 225).

მარცხენა თვალი

მხედველობის ნერვის დვრილის და ბადურას გამოკვლევის საფეხურები (გაგრძელება)

- ბადურის დაზიანება იზომება ტერმინით "დვრილის დიამეტრის" მხედველობის ნერვის 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.

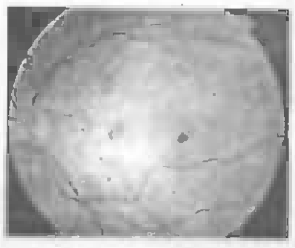


მარცხენა თვალი

- 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 მოცემულ სინათლის ჩაფერფლა ხშირია ახალგაზრდებში.

დაათვალიერეთ წინა სტრუქტურები. შეამოწმეთ ბროლის და მინისებური სხეულის გამჭვირვალობა ღინზის შებრუნებით +10 ან +12 დიოპტრიით. ეს წინა 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 ცვრილები ნამონაქმნები – *დრუზები*, შეიძლება იყოს მკვრივი ან ხბილი, გაძლიერებული პიგმენტაციით, როგორც ჩანს მომდევნო გვერდზე (გვ. 216).



მინისებური სხეულის შემღვრევა ჩანს, როგორც მუქი ფერის ნაწილაკები ან ზოლები ფსკერსა და ბროლს შორის. ყველაზე ხშირი ბროლის შემღვრევა (გვ. 216).

216

ნ. ვ. ს. ფ. ი. ა. ნ. ი. ს. ა. ნ. ი. ს. ა. მ. ო. კ. ვ. ლ. ე. ვ

III ყუჩები

იხ. ცხრილი 6-17. სიმაგრეები ყუჩის ახლოს (გვ. 215).

ყუჩის ნიჟარა. გამოიყენეთ ორივე ყუჩის ნიჟარა და გაიშვმო ქსოვილები დეფორმაციაზე, სიმაგრეზე ან ჯანის დაზიანებაზე.

თუ აღინიშნება ყუჩის ტკივილი, ანთება ან გამონაყენი, ყუჩი გასწინეთ უჯან და ზევით, დაანექით ყუჩის ნინა სახეჩავს ან მაგრად დაანექით ყუჩის უჯან.



ყუჩის და სახეჩავის მოძრაობა მტკივნეულია მწვავე *გართეა ოტიტის* (სასმენი მილის ანთება) დროს. მაგრამ არა *მედიალური ოტიტის* (შუა ყუჩის ანთება) დროს. ყუჩის უჯან მტკივნეულობა შეიძლება იყოს მედიალური ოტიტის დროს

სასმენი მილი და დაფის აპკი. სასმენი მილის და დაფის აპკის დათვალიერებისთვის გამოიყენეთ ოტოსკოპი ყუჩის ყველაზე დიდი საზომით. ჩომელიც მოერგება. ავადმყოფის თავი უნდა იყოს ისეთ პოზიციაში, რომ ინსტრუმენტით კარგად დაინახოთ. სასმენი მილის გასწორებისთვის მოქიჯეთ ყუჩის ნიჟარა ფრთხილად, მაგრამ მაგრად, უჯან და ოდნავ ზემოთ.

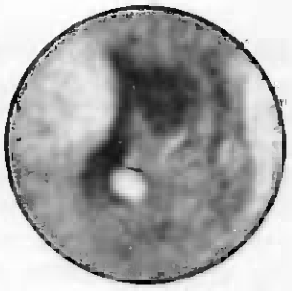
ოტოსკოპის ტარი დაიჭირეთ თითებით და ხელი დაიჭირეთ ავადმყოფის სახის ნინ. შემდეგ თქვენი ხელი და ინსტრუმენტი ამოძრავეთ ავადმყოფისთვის შეუმჩნევლად. (თუ ხელები მოუხერხებლად გიჭირავთ მარცხენა ყუჩზე, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, შეგიძლიათ ყუჩი ანიოთ ზევით და უჯან მარცხენა ხელით, ხოლო მარჯვენა ხელი, რომლითაც ოტოსკოპი გიჭირავთ, დაასვენოთ ავადმყოფის თავს).

ფრთხილად *ჩაგვით სარე* სასმენ მილში და ამოძრავეთ ქვევით და ნინ და თმის ბენვებს მოარის.

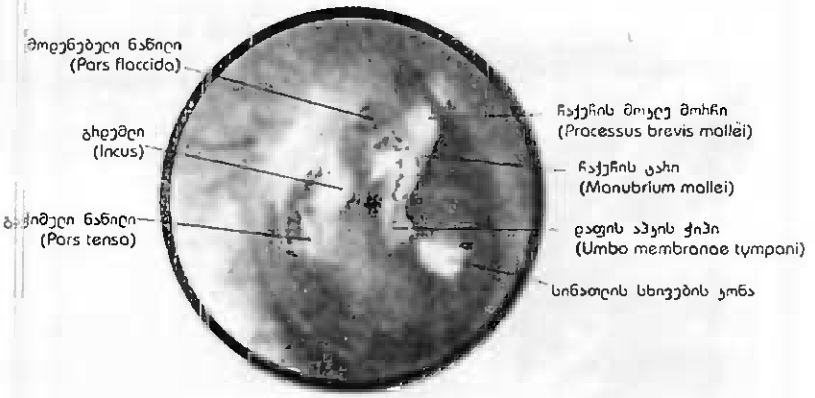
უმტკივნეულო ჯვანძოვანი სიმაგრე. რომელიც ნორმალური ჯანითაა დაფარული. არის ეგზოსტოზი. ეს არის ჯვრილთვისებიანი ნარმონაქმნი, რომელმაც შეიძლება დაფარის დაფის აპკი.

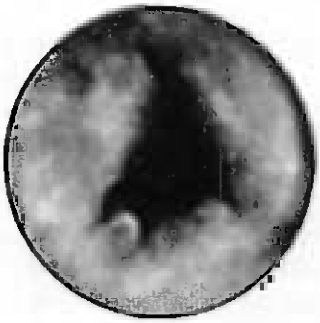






დაათვალიერეთ სასმენი მიღი, ახის თუ ახა გამონაღენი, უცხო სხეული, ჯანის სინითლე ან შესიება. ყურის გოგირდი, რომელიც სხვადასხვა კონსისტენციის და ფერის შეიძლება იყოს: ყვითელი ფერის და ქერცლოვანი ან ყავისფერი და ნებოვანი, ან მუქი და მკვრივი, შეიძლება მთლიანად ან ნაწილობრივ ავსებდეს თქვენი მხედველობის არეს.





-გარეთა მწვავე ოტიტის დროს მიღი ხშირად შესიებულია, შეკონკრეციებული, სველი, ფუმფულითაღი და მტკივნეული. შეიძლება სინითლე იყოს.

დაათვალიერეთ დაფის აპკი, მისი ფერი და კონტურები. ამაში დაგეხმარებათ სინათლის სხივი.

გაარჩიეთ ჩაქუჩის ტარი, მისი მდებარეობა და დაათვალიერეთ ჩაქუჩის მოკლე მოხრი.

ქრონიკული გარეთა ოტიტის დროს სასმენი მიღის კანი გასქელებულია, ნითელია და აღინიშნება ქავილი.

ნითელი და ამობურცული დაფის აპკი აღინიშნება მწვავე ჩირქოვანი შეღიაღური ოტიტის დროს, ქარვისფერი დაფის აპკი აღინიშნება სეროზული გამონაღენის დროს.

სანამ ფრთხილად ამოიღებთ ისე, რომ დაინახოთ დაფის აპკის შეძლებისდაგვარად დიდი ფართობი *მოდუნებული ნაწილის* და *დაჭიმული ნაწილის* ჯიღების ჩათვლით. ნახეთ ჰეინეს ჰაკის ახსნებობა. დაფის აპკის ზედა და ქვედა ჯიღები შეიძლება დაფარული იყოს სასმენი მიღის ჩაღით.

დაფის აპკის მოძრაობის შესწავლა შესაძლებელია პნევმატური ოტოსკოპით.

უკვეთლოდ ნინ გამოსული მოკლე მოხრი და ტარი, რომელიც უფრო ჰორიზონტალურად ჩანს, მიუთითებს დაფის აპკის შეხნეულებაზე.

იხ. ცხრილი 6-18, დაფის აპკის დაჩლევები (გვ. 227-228).

სმენის სიმახვილე. სმენის შესწავლისთვის, ყურები ცალ-ცალკე გამოიკვლიეთ. ავადმყოფს სთხოვეთ, ცალი ყური თითით დაიხშოს ან, უკეთესია, თქვენ დაეხშობთ. როცა სმენის სიმახვილე ყურებში სხვადასხვაა, სწორად შეყავით თითი სასმენ მიღში. ამ დროს განვითარებული ხმაური 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 ჩაიჩურჩულეთ ღია ყურთან. შეარჩიეთ თანაბარმარცვლიანი სიტყვები ან რიცხვები, მაგ. "ხვა-ცხრა" ან "ხელ-ფეხი". თუ საჭიროა, ხმას მოუმატეთ სამუალო ჩურჩულამდე ან ხმამაღლე ჩურჩულამდე, შემდეგ დაიცადეთ ჩემად, სამუალო ხმით ან ხმამაღლა. იმისთვის, რომ ავადმყოფმა არ ნაიკითხოს თქვენი ტუჩების მოძრაობა, პირზე ხელი აიფარეთ.

სეროზული გამონაღენი, დაფის აპკის გასქელება ან ჩირქოვანი შეღიაღური ოტიტი ამცირებს დაფის აპკის მოძრაობას.

ხველის და ძვლების მეპირება თუ სმენა დაქვეითებულია, ეცადეთ გაარკვიოთ, ეს არის გამტარებელი, თუ სენსორული დაქვეითება. ამისთვის გესაჭიროებათ ჩემი ოთახი და ჯაშეტონი.

სასურველია 521 ჰერცის ან, შესაძლებელია, 1024 ჰც. ეს სიხშირეები უფრო ხშირია ლაპარაკის ტონის (300-დან 3000 ჰც) - ფუნქციურად ყველაზე მნიშვნელოვანი სახღვრებია. 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.

- *ლატერალიზაციის (Weber-ის) ტესტი.* ვიბრაციაში მყოფი კამერტონი მოათავსეთ ავადმყოფის თავზე შუბლის შუა ხაზზე.



ცენტრალური გატარებითი სმენის დაკვეთების დროს ხმა ისმის დაზიანებულ ყურში. ხელები მიზეზი შეიძლება იყოს მწვავე მედიალური 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 მჭიდროდ დაადეთ თავზე.

ცენტრალური სენსორული სმენის დაკვეთების დროს ხმა ისმის ჯანმრთელ ყურში.

- ჰაერის გატარების (ჩჩ) და ძვლების გატარების (ბჩ) 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 (ჩC > ბC).

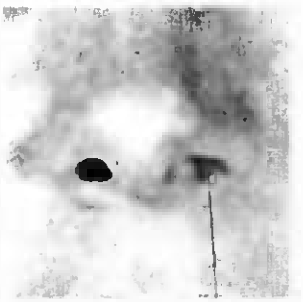




სმენის კამერტონული დაკვეთებისას ხმა ძვლებიდან ისმის ისეთივე ან მეტი ხანგრძლივობით, როგორც ჰაერიდან (BC = AC ან BC > AC). სენსორული სმენის დაკვეთებისას ხმა უფრო ხანგრძლივად ისმის ჰაერიდან (AC > BC). იხ. ცხრილი 6-19, სმენის დაკვეთების მაგალითები (გვ. 229).

III ცხვირი და პარანაზალური სინუსები

ცხვირის ან ფრთების ნვეთის მტკივნეულობა შეიძლება ნიშნავდეს ღრუ ცხვირი ინფექციის, მაგ: ფურუნკულის არსებობას.



ცხვირის ბარიბკე

დაათვალიერეთ *ცხვირის წინა და ქვედა ხედარიები*. თქვენი ხელის დიდი თითით ცხვირის ნვეზე ნაზი ზენოლა, ჩვეულებრივ, აფართოებს ნესტოებს და სინათლის ვინრო სხივით (ნათია) ან ოტოსკოპის შუქით თქვენ შეგიძლიათ ნანილობრივ დაათვალიეროთ თითოეული ნესტოს შესავალი.

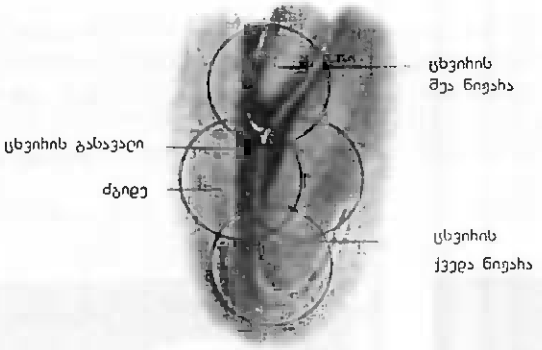
ყურადღება მიაქციე ცხვირის ბარიმე ასიმეტრიას ან დეფორმაციას.

ცხვირის ღრუს გამტარობის დასადგენი ტესტი - დააჭირეთ სათითაოდ ცხვირის ფრთებზე და სთხოვეთ პაციენტს ჩაბეროს.

ძგიდის ქვედა ნაწილის გადახრა ხშირია და ადვილად შესამჩნევი. ხოგორც ეს ქვემოთაა ნაჩვენები. გადახრა იშვიათად უშლის ხელს ჰაერის მოძრაობას.

დაათვალიერეთ ცხვირის შიდა ნაწილი ოტოსკოპით და ყველაზე დიდი ყურის სარჯით.** გადააწევინეთ თავი პაციენტს უკან და მოათავსეთ სარჯე ფრთხილად თითოეული ნესტოს შესავალში ისე, რომ არ შეეხოთ მგრძნობიარე ცხვირის ძგიდეს. გეჭიროთ ოტოსკოპი ცალ მხარეს ნიკაპის გარეთ თქვენი მოძრაობის გასაადვილებლად. სარჯის უკან შეყვანისას, რაც თანდათან ხდება, დაათვალიერეთ ცხვირის ქვემო და შუა ნიკარები, ცხვირის ძგიდე და ცხვირის ვინრო გასავალი მათ შორის. მხარეთა მცირე ასიმეტრია ნორმად ითვლება.





დაათვალიერე ცხვირის ღრინოვანი, ძგიდე და ბარიმე დარღვევა

- *ცხვირის ღრინოვანი*, რომელიც ფარავს ძგიდეს და ნიკარებს. მათი ფერი და ნებისმიერი შეშუპება, სისხლდენა ან ულუფატი. თუ ულუფატი არის, გაარკვიეთ, ხოგორია: სუფთა, ღრინოვან-ჩირქოვანი თუ ჩირქოვანი. ნორმაში ცხვირის ღრინოვანი არის უფრო ნითელი, ვიდრე პირის ღრუს ღრინოვანი.

ვირუსული ინფიცის დროს ღრინოვანი არის განითლებული და შეშუპებული; *ალერგიული ინფიცის* დროს ის შეიძლება იყოს ფერმკრთალი, მოლურჯო ან ნითელი.

** ნაზალური დასათვალიერებელი, ალტერნატიული მოკლე ნაზალური სარჯით, თუმცა ეს 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 აღწევს) ცხვირიდან სისხლდენის ჩვეული ადგილია.

შეიძლება იყოს ახალი სისხლი ან ფუფუნები. მიზეზები: ძგიდის პერფორაცია ცხამვის ან ქირურგიული ჩარევის შედეგად და ყოკაინის ან ამფეტამინების ინტრანაზალური გამოყენება.

- ნებისმიერი დაჩრდილები, ჩოგორიცაა ნყლულები და პოლიპები.

გაიხადე ჩვევად, რომ ყველა ნახმარი ნაზალური და ყურის სარჯე მოათავსო ინსტრუმენტების ჩანთის გარეთ. შემდეგ განმინდე და დეზინფექცია გაუკეთე. ჩოგორც ამას შესაბამისი ნესი მოითხოვს.

პოლიპები არის ღია ფერის ნახევრად გამჭვირვალე მასები, რომელიც, ჩვეულებრივ, მომდინარეობს ცხვირის შუა გასავლიდან. ნყლულები შეიძლება ყოკაინის ნაზალური გამოყენების შედეგი იყოს.

ძგიდის მტკივნეულობის გასინჯვა. დააჭირეთ ფრონტალის სინუსებს ნარბებს ქვემოთ, ისე, რომ არ შეეხოთ თვალებს. შემდეგ დააჭირეთ ზედაყბის ნიაღებს.





ლოკალური მტკივნეულობა, ისევე როგორც სიმსქრომებთან ერთად, ჩოგორიცაა ტკივილი, ცხელება, ნაზალური გამონადენი, გვეისხმობს მწვავე სინუსიტებს შუბლის და ზედაყბის ნიაღების ჩართვით[57]. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა უნიქება ტრანსილუმინაციას. მისი ჩატარების ტექნიკა შემდგომ იქნება აღწერილი (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 ჩაიმე საეჭვო ჯვანძებს ან ნყლულებს, ჩაიცვით ხელთათმანი და გასინჯეთ ყოველი დაზიანება, განსაკუთრებით ქსოვილის ნებისმიერი გამკვრივება ან ინფილტრაცია, რადგან ამის მიზეზი მალიგნიზაცია შეიძლება იყოს.

პროტეზის ქვეშ მკვეთრი ნითელი შეშვებული ღრინოვანი პროტეზით გამოწვეული სტომატიტის არსებობაზე შეიძლება მიუთითებდეს. იქ შეიძლება დაინახოთ ნყლულები ან პაპილარული გარანვლილი ქსოვილი.

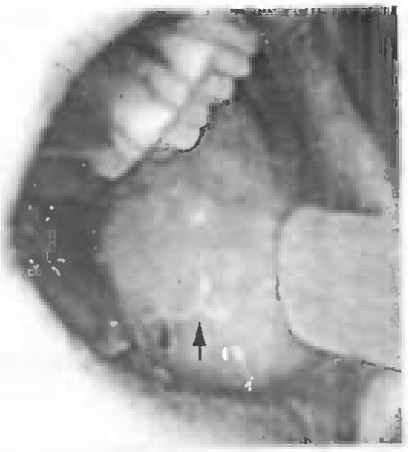
დათვალიერეთ შემდეგი:

ტკრები. დათვალიერეთ მათი ფერი და ნამიანობა, და აღნიშნე, არის თუ არა ჩაიმე ქერქები, ნყლულები, ნახეთქები და აქერცვლა.

ცისანოზი და სიფერმკრთალე. იხ. ცხრილი 6-20, ტკრების დაზიანებები (გვ. 230-231).

პირის ღრუს ღრინოვანი. ჯარგი განკითების პირობებში ჩახედეთ პაციენტს პირში და ენის შპატელის დახმარებით დათვალიერეთ პირის ღრუს ღრინოვანი ფერზე, ნყლულების, თეთრი ღაქების და ჯვანძების არსებობაზე.

ამ ღრმნოვანზე ტაღღისებური თეთრი ხაზი ვითარდება იქ, სადაც ზედა და ქვედა კბილები ეხება ერთმანეთს. წოვით და ღეჭვით გამოწვეული გაღიზიანება ინვევს მისი ინტენსივობის მომატებას.



თეთრი ნაღები პაციენტის ტუჩის ღრმნოვანზე.



იხ. ცხრილი 6—21, ხასის, სასის და პირის ღრუს ღრმნოვანის ნაწრომნაჭნევები (გვ. 232-234).

ლრძილები და კბილები. დაათვალიერეთ ლრძილების ფერი, ნორმაში იგი ვარდისფერია. მუყაოსფერ ღაქები შეიძლება იყოს, მაგრამ არა მხოლოდ მავჯანიანებში. დაათვალიერეთ ლრძილების ჯიღეები და კბილთაშუა ღვრილები შემეწებასა და ნაწილების არსებობაზე.

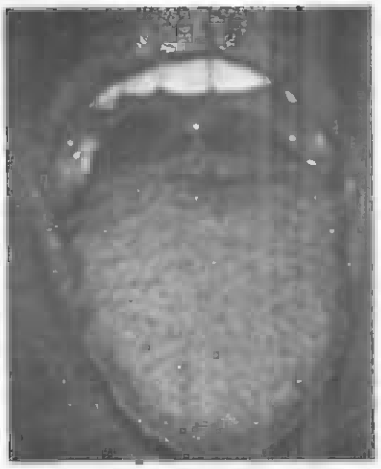
სინითლე *გინგივიტის*, მავი ხაზი *დარიშხანით მონამვლის* ღროს.

დაათვალიერეთ კბილები. ამჩნევთ ნორმელიმე მათგანის ნაკლებობას, ფერის შეცვლას, ფორმის შეცვლას ან არანორმალურად მდებარეობას? თქვენ შეგიძლიათ შეამოწმოთ მათი მოძრაობა ხელის ღიდი და საჩვენებელი თითებით.

შეშეპებული კბილთაშუა ღვრილებია *გინგივიტის* ღროს. იხ. ცხრილი 6—22, ლრძილების და კბილების ცვლილებები (გვ. 235-236). *სასის ბორკვი*, შეა ხაზის შეშეპება (გვ. 233).

სასა. დაათვალიერეთ მაგარი სასის ფერი და აღნაგობა.

ენა და პირის ღრუს ფსძე. სთხოვეთ პაციენტს გამოყოს ენა. დაათვალიერეთ იგი სიმეტრიულობაზე - ენისქვეშა ნერვის (თავის ქალას XII ნერვი) ტესტი.



ასიმეტრიული გამოყოფა ნიშნავს თავის ქალას XII ნერვის დაზიანებას, ჩრდილოეთ ნაჩვენებია ქვემოთ.



დაათვალიერეთ ენის ზედაპირის ფერი და სტრუქტურა.

დაათვალიერეთ ენის გვერდით ქვედა ნაწილი და პირის ღრუს ფსძე. ეს არის აღგილები, სადაც კიბო ყველაზე ხშირად ვითარდება. აღნიშნეთ ნებისმიერი თეთრი ან მოწითალო ეზნები, ვანძები და დაწყლულებული არეები.

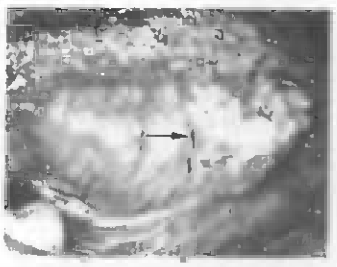
ენის კიბო არის სიხშირით მეორე პირის ღრუს კიბოთა შორის, მეორე მხოლოდ ტუჩის კიბოს შემდეგ. ნებისმიერი ხრდადი ვანძი ან წყლული, ნითელი ან თეთრი, უნდა გამოკვლეული იქნას.

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 ოთხკუთხედი დოლბანდით და ნაზად გადაწიეთ ის პაციენტის მარცხენა მხარეს. დაათვალიერეთ ენის მხარე და შემდეგ გააკეთეთ მისი პალპაცია თქვენი ხელთათმანიანი მარცხენა ხელით, რომ შეიგრძნოთ ჰარიმე ინდურაცია (გამკვრივება). გაიმეორეთ პროცედურა მეორე მხარისთვის.

დარღვევების ინდურაცია ჯერ კიდევ უფრო ხშირის მაღიგნიზაციის მესაძლებლობას. კიბო უფრო ხშირია ენის გვერდით ნაწილზე, შემდეგ ფუძეზე.



ენის მარცხენა ნაწილის კარცინომა:

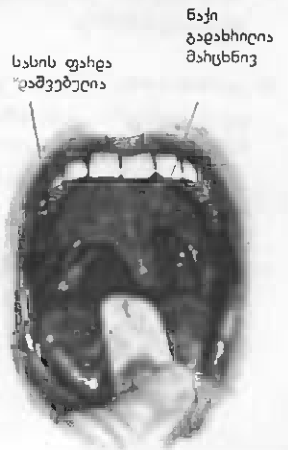


იხ. ცხრილი 6—23; ენისა და მის ქვემ მდებარე ნარმონაქმნები (გვ. 237—238).

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 ჩაკრის ქვემოთ შუაში იმდენად ღრმად, რომ ხახის ვიზუალიზაცია კარგი იყოს, მაგრამ არა ისე ძალან, რომ გამოინვიოთ ღებინება. მაშინვე სთხოვეთ თქვას "აჰ" ან დაამთქნაროს. დარმახსოვრეთ, რომ ხბილი სასის ანუკვა თავის ქალას X ნერვის (ვაგუსის) ტესტია.

თავის ქალას X ნერვის დამბლის გრძოს ხბილი სასა კარგავს ანუკვის უნარს და ნაკი გადაინაცვლებს მოპირდაპირე მხარეს.

იხ. ცხრილი 6—21, ხახის, სასის და პირის ღრუს ლორწოვანი ნარმონაქმნები (გვ. 232-234).



დაათვალიერეთ ხბილი სასა, ნინა და ძალანა სვეტები, ნაკი, ნუშისებრი ჯირკვლები და სასა. შეამონმეთ ფერისა და სიმეტრიულობაზე, ექსკორიაციის, შეშუპების, და ნყლულების ან გადიდებული ნუშისებრი ჯირკვლების არსებობაზე. თუ შესაძლებელია, პალპაცია ჩაატარეთ ყველა საეჭვო ადგილზე ინდურაციის ან მტკივნეულობის დასადგენად. ნუშისებრ ჯირკვლებს აქვთ ხრიკულები ან სქვამოსებრი ეპითელიუმის ღრმა ნაკეცები. ნორმალურად, ჩამოფრქვნილი ეპითელიუმის მოთეთრო ნაკლები შეიმჩნევა ზოგჯერ ამ ხრიკულებში.

გადააგდეთ ენის შპატელი გამოყენების შემდეგ.

ჯისხი

ფახისებში ჯიჯვლის გამო გაჯეთებული ოპერაციის ნანიბური შეიძლება იყოს უეჭველი თირკმელის დაავადების გასაღები.

დათვალიერეთ ჯისხი, სიმეტრიულობა და ხაიმე ნახმონაქმნი ან ნანიბური. ახ გამოგჩრეთ ყბა-ყურა და ქვედაყბის ქვეშა ჯიჯვლების გადიდება ან ნებისმიერი ხილული ღიმფური ჯიჯვლები.

ღიმფური კვანძები. ჩაატარეთ ღიმფური ჯიჯვლების პალპაცია. თქვენი საჩვენებელი და შუა თითის ბალიშებით ყოველ ებანზე გადანიეთ კანის ქვეშმდებარე ქსოვილები. პაციენტი მოდუნებული უნდა იყოს, ჯისური ოდნავ წინ და, თუ საჭიროა, მცირედ, გასასინჯ მხარეს უნდა ჰქონდეს გადმოწეული. თქვენ, რეზიდენტებივ, შეგიძლიათ ერთდროულად ორივე მხარის გასინჯვა. ამასთან, ნიკაჰქვეშა კვანძისთვის მოსახერხებელია ერთი ხელით გასინჯვა და მეორე ხელის თავზე დადება ფიქსირებისთვის.

გასინჯეთ თანმიმდევრობით შემდეგი კვანძები:

1. *პრეაურიკულური* (ყურისწინა) - ყურის ფრონტალურად.

2. *კანა აურიკულური* (ყურისკანა) - ზედაპირული, დვრილისებრ მოხრთან.

3. *ოქსიპიტალური* (კეფის) - ქალას ფუძის კანა.

4. *ნუშის*- ქვედა ყბის კუთხესთან.

5. *სუბმანდიბულური* (ქვედაყბისქვეშა) - შუა ხაზზე ქვედაყბის კუთხესა და ნუქის შორის. ეს კვანძები, რეზიდენტებივ, უფრო პატარაა და ხშირი, ვიდრე ნილებიანი სუბმანდიბულური ჯიჯვალი, რომლის ნინაც ისინი მდებარეობენ.

"ტონზილური კვანძი" (ნუშის), რომელიც ჰელსინკებს, სინამდვილეში ჯარტილები არტერიაა. პატარა, მაგარი, მტკივნეული "ტონზილური კვანძი", მდებარე ქვედა ყბასა და მკერდკიდილისებრ კუნთს შორის, შესაძლოა იყოს სადგისებრი მორჩი.

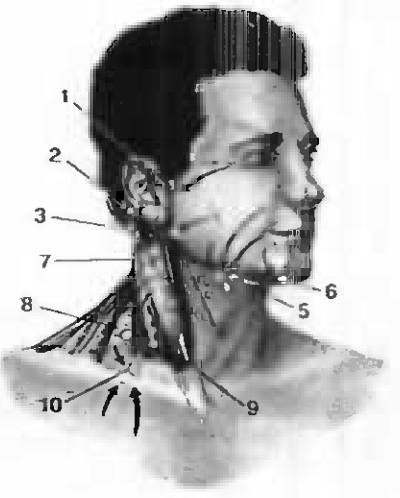
6. *ნიკაჰქვეშა* - შუა ხაზზე ნიკაპის ნვერიდან რამოდენიმე სანტიმეტრით კანა.

7. *ჯისხის ზედაპირული* - მკერდკიდილისებრი კუნთის ზემოთ.

8. *ჯისხის კანა* - ცარპალური კუნთის ნინა კიდის გასნვრივ.

9. *ჯისხის ღრმა ღიმფური კვანძები* - მკერდკიდილისებრი კუნთის სიღრმეში და ხშირად გასინჯისათვის მიუნდომელია. გამოიყენეთ თითები ორივე მხარეს მათ საპოვნელად.

10. *სუპრაკლავიკულური* (ლავინზედა) - ღრმად ბექისა და მკერდკიდილისებრ კუნთს შორის კუთხეში.



სუპრაკლავიკული კვანძის გადიდება, განსაკუთრებით მარცხნივ, ეჭვისმომგვრელია გულმკერდის ან მუცლის ღრუს მალიგნიზაციის მეტასტაზის.

დააკვირდით მათ ხმას, ფორმას, ურთიერთმდებარეობას (გაერთიანებულია, თუ განცალკევებული), მოძრაობას, კონსისტენციას და ნებისმიერ მტკივნეულობას. მკერდ, მოძრავ, ცალკეულ უმტკივნეულო კვანძებს ხშირად ნახულობენ კანმთელ პირებში.

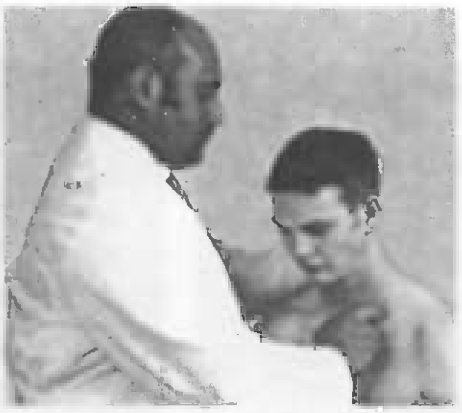
კვანძები მტკივნეულია ანთების დროს, მაგარი ფიქსირებული კვანძებისას სავარაუდოა მალიგნიზაცია.

▪ მეორე და მესამე თითების ბალიშების გამოყენებით ჩაატარეთ ყურის წინა კვანძების პალპაცია ნახტ ბრუნვითი მოძრაობით. შემდეგ გასინჯეთ ყურის უკანა და კეფის ლიმფური ჯირკვლები.



▪ ჩაატარეთ კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლების პალპაცია, რომლებიც მდებარეობს მკერდგრძივისებრი კუნთის წინა და ზედა ნაწილში. შემდეგ კისრის უკანა ლიმფური ჯირკვლები, რომლებიც მდებარეობს ტრაპეციული კუნთის (წინა კიდე) გასწვრივ და მკერდგრძივისებრი კუნთის (უკანა კიდე) გასწვრივ. გადაანიეთ მკერდ პაციენტის კისერი გასასინჯი მხრისკენ. გასინჯეთ სუპრაკლავიკულური კვანძები ღრძილისა და მკერდ-ღრძილ-დვრილისებრი კუნთის კუთხეში.





თუ ვერ აღმოაჩინეთ გადიდებული ან მტკივნეული კვანძები, საჭიროა (1) გასინჯოთ ის უბნები, სადაც ისინი დრენირდება და (2) ყურადღებით შეისწავლოთ ყველა ლიმფური კვანძი, რომელიც შეგიძლიათ გასინჯოთ ხელგრძნობადი და გენერალიზებული ლიმფადენოპათიის გამოსავლენად.

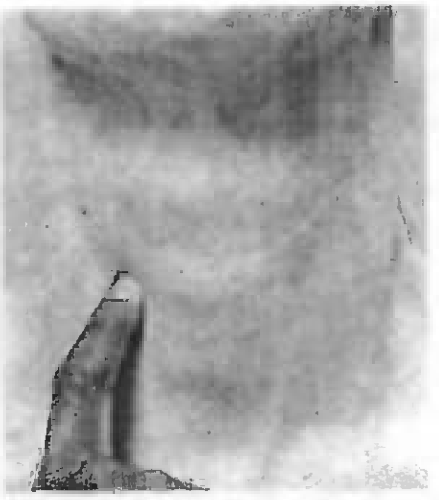
ლიფუზური ლიმფადენოპათია მიუთითებს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეულ ანთებაზე ან შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის არსებობაზე

თქვენ შეიძლება შეცდომით მიიჩნიოთ კუნთი ან არტერია ლიმფურ კვანძად. უნდა შეგეძლოთ ამოძრაოთ კვანძი ორი მიმართულებით - ზემოთ-ქვემოთ და მარცხნივ-მარჯვნივ. არც კუნთი და არც არტერია არ დაგამყოფილებს ამ ტესტს.

სასულე (ხმაური) და ფარისებური ჯირკვალი. ოთიენტაციისთვის ყისრის მიდამოში მოსინჯეთ ფარისებური ჯირკვალი და ბეჭდისებრი ხრტილი და მათ ქვემოთ ტრაქეა.

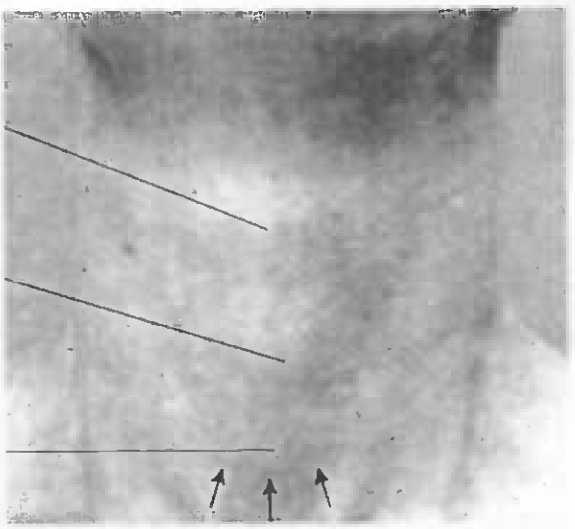
ყისრის არეში არსებულ მოცულობით პროცესს შეუძლია ტრაქეის ცალ მხარეს გადაადგილება. ტრაქეის გადანაცვლება. ასევე, შეიძლება გულმკერდის ისეთი მნიშვნელოვანი პრობლემის გამომხატველი იყოს, როგორიცაა მკერდის სიმსივნე. ანელექტრონი ან დიდი პნევმოთორაქსი (იხ. გვ. 278-277).

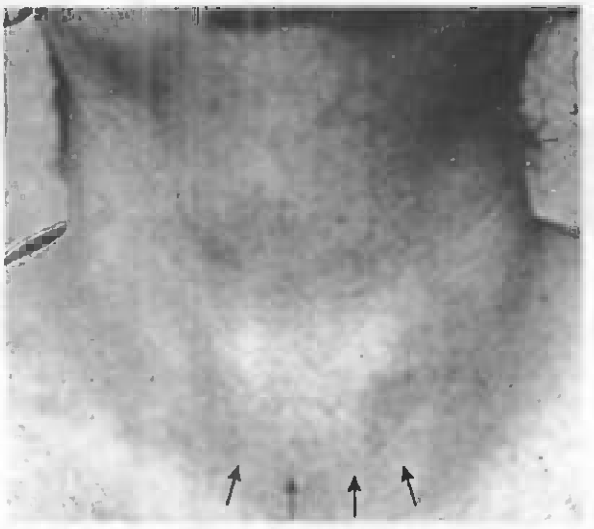
- *დათვალიერეთ ტრაქეა* მისი ჩვეული შეკუმშული ხაზიდან მდებარეობიდან ნებისმიერი გადახრაზე. შემდეგ შეიგრძნეთ *გადახრის არსებობა*. ამისთვის, დაადეთ თითი ტრაქეის ერთი მხრის გასწვრივ და განსაზღვრეთ მანძილი მასა და მკერდგრიხისებრ ჯუნთს შორის. შეადარეთ იგი მეორე მხარეს. ეს მანძილები სიმეტრიული უნდა



- *დათვალიერეთ ყისერი ფარისებური ჯირკვლის შესასწავლად.* გადააწევინეთ პაციენტს თავი ნაწილობრივ უკან, გვერდითი განათებით. ჩომელიც მიმართული იქნება პაციენტის ნიკაპის ნაწილიდან ქვემოთ, ჯირკვლის *ბეჭდისებური ხრტილის ქვემოთ მდებარე უბნის* დასათვალიერებლად. ქვემოთ მოყვანილი ოთივე მაგალითზე თითოეული ფარისებური ჯირკვლის ყიდის ჩიდილი ნაწილებია ისრებით.

გადიდებული ფარისებური ჯირკვლის ქვედა ყიდის მოხაზულობა ჩანს გვერდითი განათებით. გადიდებული ფარისებური ჯირკვლის საერთო ტენდენცია ჩიყვი.

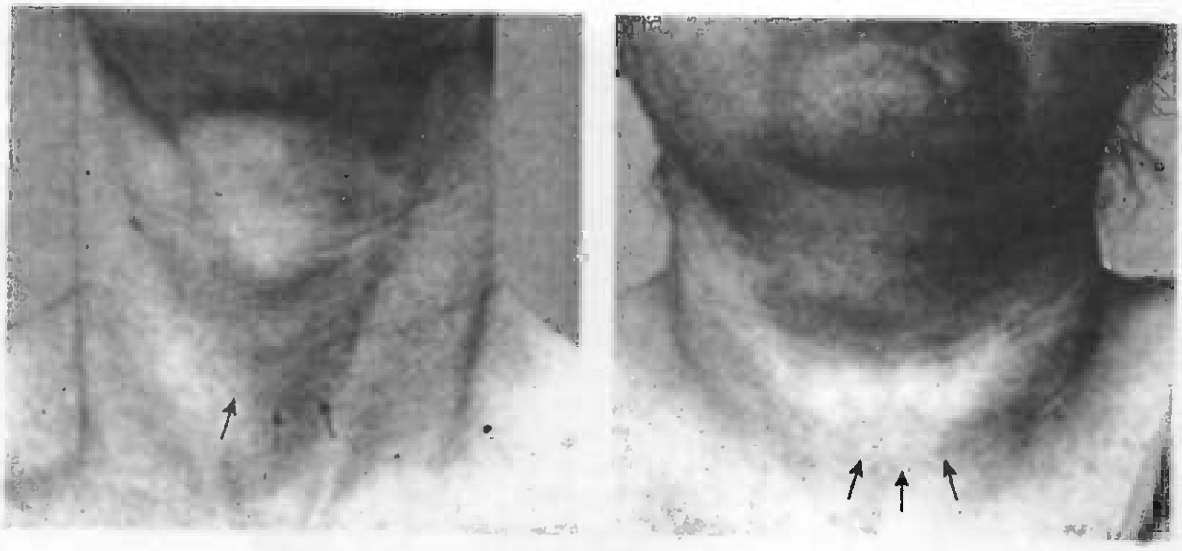




მოსვენებისას

სთხოვეთ პაციენტს, დაიგუბოს ნყალი, ყლაპვ გადაწიოს ყისერი და ჩაყლაპოს. თვალი ადევნეთ ფარისებური ჯირკვლის ზემოთ მოძრაობას, მის ტონუსს და სიმეტრიულობას. ფარისებური ხრტილი, ბეჭდისებური ხრტილი და ფარისებური ჯირკვალი - ყველა მათგანი ზევით იწევს ყლაპვისას და შემდგომ უბრუნდება საწყის პოზიციას.

ყლაპვისას ამ გადიდებული ჯირკვლის ქვედა ყიდე იწევს და გამოიყურება ნაკლებ სიმეტრიულად.

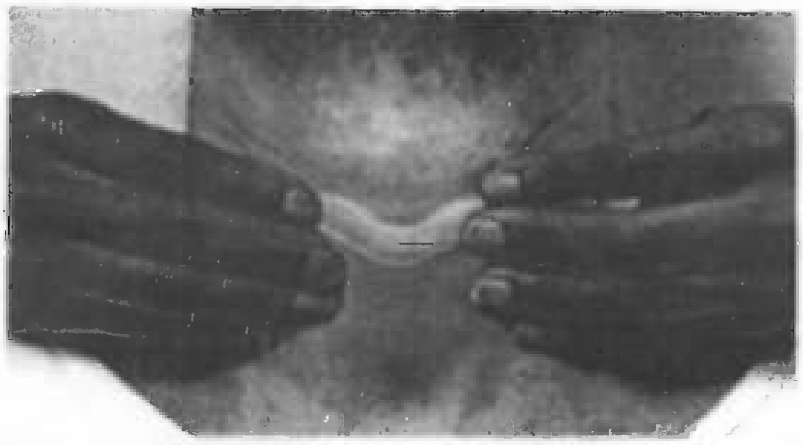


ყლაპვა

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 ითელი ჩანს. გამოიყენეთ ვიზუალური ინსპექციით მიღებული მონაცემები. მონახეთ თქვენთვის საორიენტაციო ნეიტილები - ფარისებრი ხრტილის ნაჭდევი და მის ქვემ ჯირკვლოვანი ხრტილი. დაადგინეთ ფარისებრი ჯირკვლის ყელი, რომელიც ჩვეულებრივ მდებარეობს ტრაქეის მეორე, მესამე და მეოთხე რგოლებზე.

შეიმუშავეთ ტექნიკა და მიჰყევით შემდეგ ფუნქციებზე აღნერილ საფეხურებს, რომლებიც გვიჩვენებს უკანა მიდგომას (წინა მიდგომის ტექნიკის მსგავსია). გამოცდილებასთან ერთად თქვენ გაგიადვილდებათ. ჩვეულებრივ, ფარისებრი ჯირკვლის შეგრძნება უფრო იოლია გრძელი და ვინრო, ვიდრე მოკლე კისრის პირობებში. ამ შემთხვევაში შეიძლება საჭირო იყოს კისრის დამატებითი გადანევა. ამასთან, ზოგ პირებში ფარისებრი ჯირკვალი ნანილობრივ ან მთლიანად მკერდის ძვლის უკანაა და მიუწვდომელია ჯერნიკური გამოკვლევისთვის.



ბეჭდისებრი ხრტილი
(Cartilago cricoidea)

ფარისებური ჯირკვლის პალპაციის საფეხურები

- სთხოვეთ პაციენტს, თავი მცირედ წინ გადმოწიოს მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი კუნთის მოსადუნებლად.
- დააღებინეთ პაციენტს ერისკაცზე ოდნავ ხელის საჩვენებელი თითები ისე, რომ იყოს უშუალოდ ბეჭდისებრი ხრტილის ქვეშ.
- სთხოვეთ პაციენტს, ჩაყლაპოს ნყლის ყლუპი, როგორც ეს ნინა ნანილში არის აღნერილი, ფარისებური ჯირკვლის ყელის თითოეული ზემოთ ანევა შეიგრძნობთ თქვენი თითების ბალიშებით. ის ხშირად ვალპირდება, მაგრამ არა ყოველთვის.
- გადააგდებინეთ ცრაქა მარჯვნივ მარცხენა ხელის თითებით; მარჯვენა ხელის თითებით ჩააცალეთ მარჯვენა ნილის ღრტილოვან ფარისებური ჯირკვლის პალპაცია გადააგდებინებინეთ ცრაქასა და მოდუნებულ მკერდლავინისებრ კუნთს შორის, იპოვეთ ღრტილოვანი ჯილე. იგივე წესით გასინჯეთ მარცხენა ნილი.

ნილები ოდნავ მეტად მკვრივია, ვიდრე ყელი, თუმცა ამის აღქმას გარკვეული გამოცდილება სჭირდება. ღრტილოვანი ნილის ნინა ზედაპირი დაახლოებით დიდი თითის დისტალური ფალანგის ზომისაა და ადვილად შეიგრძნობა.

- გამოიკვლიეთ ჯირკვლის ზომა, ფორმა და კონსისტენცია და დააფიქსირეთ კვანძები ან მტკივნეულობა.

თუ ფარისებური ჯირკვალი გადიდებულია, მოუსმინეთ სტეტოსკოპით ღრტილოვანი ნილების არეში შეისმინეთ, რომელიც ბგერის შეისმინეთ მსგავსია, მაგრამ არაკრიტიკული ბუნებისაა.

თემცა ფარისებური ჯირკვლის ფიზიკური მახასიათებლები, როგორიცაა ზომა, ფორმა და კონსისტენცია, დიაგნოსტიკურად მნიშვნელოვანია, ისინი ნაკლებად ინფორმატიული არიან ფუნქციის შესახებ. ფარისებური ჯირკვლის ფუნქცია დამოკიდებულია მთელს ორგანიზმში გამომუშავებულ სიმპტომებსა და ნიშნებზე და ლაბორატორიულ ტესტებზე[15,16]. იხ. ცხრილი 6-24, ფარისებური ჯირკვლის გადიდება და ფუნქციები (გვ. 239).

ნაჩვენებია Graves-ის (გრეივსი) დაავადების დროს, მკვრივია ჰაშიმოტოს თირეოიდიტის დროს, მაღალნიზაციისა და, აგრეთვე, ეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი კვანძებისას[17]. მტკივნეულობა აღინიშნება თირეოიდიტის დროს.

საძირე ანტიგენები და საღებავები. თქვენ შესაძლებლობა გაქვთ, დეტალურად გასინჯოთ ეს სისხლძარღვები მანამ, სანამ პაციენტი ნევს ჯარიოვასკულური გასინჯვისთვის, ამასთან, საღებავების გაფანთოება შესაძლებელია ჩანდეს მკერდმარე პოზიციაშიც და არ უნდა გამოგეპაროთ. თქვენ, ასევე, მზად უნდა იყოთ იმგვარად გამოკვლეული პათოლოგიური პულსაციის შესამჩნევად. იხ. თავი 8 შემდგომი მსჯელობისთვის.

ლოკალიზებული სისტოლური ან გასანგრძივებული შეისმინება ჰიპერთირეოზის დროს.

შენიშვნა: ამ მომენტში ბევრი ექიმი ამთავრებს თავის *ტვინის* ნერვების გამოკვლევას (იხ. გვ. 611-616)

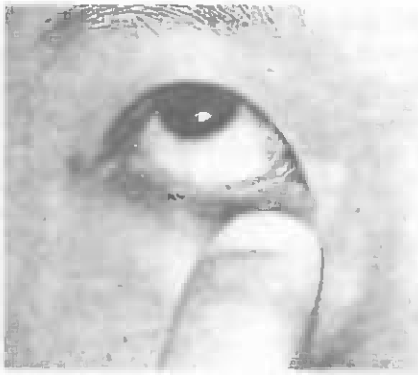
სპეციფიკური მეთოდები

ეგზოფთალმის შეფასება. დაათვალიერეთ ჯერველად გადმონეული თვალები. დადექით მკერდმარე პაციენტის წინ, ფრთხილად ანიეთ ზედა ქუთუთოები, შემდეგ შეადარეთ თვალების პოზიციები და დააკვირდით ჩქოვანას ქვედა ქუთუთოსთან ერთიერთმდებარეობას. შემდგომი გამოკვლევა შეიძლება ჩატარდეს ეგზოფთალმომეტრით, ხელსაწყოთი, რომელიც ზომავს თვალების გამონევას ბადიდან ან ნარმოსახვითი სახიდან, რომელიც გადის ჩქოვანას ყველაზე წინა ნერტილებს. თვალის გამონევის ზედა ზღვარი ტოლია 20 მმ-ის თეთრა-ნიანებში 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 ახლის ობსტრუქცია. ეს ტესტი გვეხმარება ზედმეტი ცრემლდენის გამოსავლენად. სთხოვეთ პაციენტს, აიხედოს ზემოთ, დააჭირეთ თითი ქვედა ქუთუთოს თვალის ნაპრალს მედიალური კუთხის ახლოს, თითქმის თვალბუდის ოსბიტის თაღის მიგნით. ამგვარად თქვენ ანვებით საცრემლე პარკს. ან გამოგიჩნდეთ სითხის ჩაგუბებისა ნეტილის ზემოთ თვალში. ან ჩაატარეთ ტესტი, თუ უბანი არის ანთებითი და მტკივნეული.



ამ ნეტილიდან სეროზულ-ჩირქოვანი სითხის გადმოდენა ნიშნავს ცრემლ-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 მკრიხელ ისე, რომ გამოჩნდეს ნამნამები, დაიჭირეთ ზედა ქუთუთო, ჩამონიეთ ნაზად და წინ.



- მოათავსეთ პატარა აპლიკატორის მსგავსი ფირფიტა ან ენის შპატელი 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 ნანილით ზევით". თვითონ თვალის ყაყას არ დააჭიროთ.



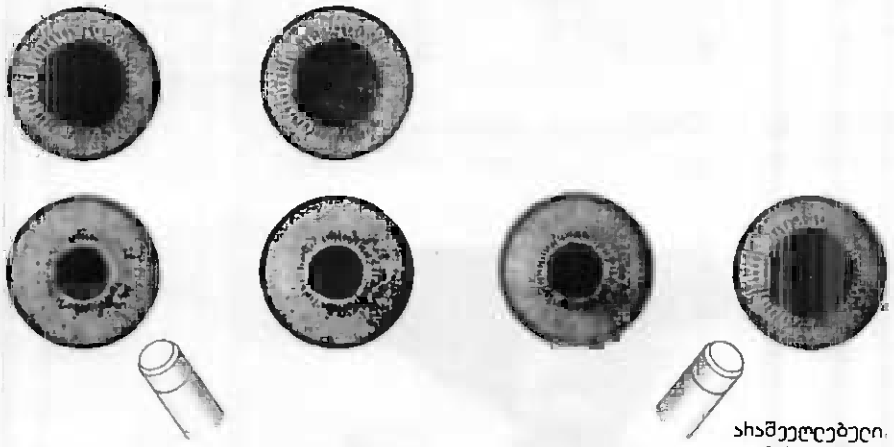
- დაისავით ზედა ქუთუთოები ნახბებისგან თქვენი დიდი თითით და დაათვალიერეთ ფონიუნქტივა. დათვალიერების შემდეგ გადმოაბრუნეთ ისინი ფრთხილი მოძრაობით უკან. სთხოვეთ პაციენტს, ზემოთ აიხედოს. თვალის ქუთუთო ბრუნდება ნორმალურ პოზიციაში.



ეს მიმოხილვა საშუალებას გაძლევთ, ნახოთ ზედა ქუთუთოს ფონიუნქტივა და დათვალიეროთ უცხო სხეულის არსებობაზე. ნორმალიც შეიძლება იყოს ის ჩარჩენილი.

სინათლის სხივის ხელოვნური 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, რაც სთხოვთ პაციენტს, მზერა გადაიტანოს და კონცენტრირდეს შორეულ მანძილზე, ნათურის ვინრო სხივი ამოძრავეთ ერთი გუგიდან მეორეზე და პირიქით, და მეძღვად აკონტროლეთ გუგის ზომა და განათებული თვალის ხედვა. ნორმაში თითოეული განათებული თვალის გუგა ვინრობა ან სწრაფად ვინროვდება. მეორე მხარეს თვალის გუგა ასევე შეთანხმებულად ვინროვდება.

ჩვეულებრივ მხედველობის ნერვი დაზიანებულია, როგორც ეს ნაჩვენებია ქვემოთ მარცხენა თვალის შემთხვევაში, შეა ტვინში გაგზავნილი სენსორული (აფერენტული) სტიმული მცირდება. გუგა, რომელიც პასუხობს ნაკლებ ენერგიულად, დილატირდება თავის პირველად შევინროებულ მდგომარეობასთან შედარებით. ეს პასუხი არის აფერენტული გუგის დეფექტი (Markus Gun pupil). საპირისპირო თვალი პასუხობს შეთანხმებულად.



სინუსების გამოკვლევა. ჩვეულებრივ ნიაღვრების მტკივნეულობისა ან სხვა სიმპტომების გამო ვკარნახობთ სინუსიტს, ეს ტესტი შეიძლება გამოგვადგეს. მაგრამ იგი არ არის მაღალმგრძნობიარე მაღალსპეციფიური დიაგნოსტიკისათვის. ოთახი უნდა იყოს ჩაბნელებული. მკვეთრი ვინრო სინათლის წყაროს სხივის გამოყენებით მოათავსეთ სინათლე მოხერხებულად ღრმად თითოეული ნარბის ქვეშ ახლოს ცხვირთან. მიაფარეთ სინათლეს თქვენი ხელი. გახედეთ სუსტ ნითელ ნათებას, რომელიც იქმნება სინათლის გავლით ჰემით საკმაო ფრონტალური სინუსიდან მშვილისკენ.

ნათების არარსებობა ერთ ან ორივე მხარეს, ნიშნავს გასქელებულ ღრუნოვანს ან გამონაყარს ფრონტალურ სინუსში, მაგრამ ის, აგრეთვე, შეიძლება იყოს ერთი ან ორივე სინუსის ანომალური განვითარებულობის შედეგი.

სთხოვეთ პაციენტს, გადანიოს თავი ეკან და ფარითად გაღრუს პირი (ზედა კბილების ნიგნი პირველი გადაადგილდება). მიანათეთ სინათლე ქვემოთ თითოეული ყურის შიგნითა მიმართულების ზუსტად ქვემოთ. გაღებულ პირის ღრუში დაათვალიერეთ მაგარი სასა. მოწითალო განათება ნიშნავს ნორმალურ ჰაერით სავსე ჰაიმორის ნიაღვრს.

ნათების არარსებობა ნიშნავს ჰაიმორის ნიაღვრის ღრუნოვანი გარსის გასქელებას ან სეკრეტს მასში. იხ. გვ. 756 ჰაიმორის ნიაღვრის გამოკვლევის ალტერნატიული მეთოდისათვის.

ვიზიტური გამოკვლევის შედეგების ჩაწერა

დაიმახსოვრეთ, რომ თავდაპირველად შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნინადადებები, ჩათა აღნეიოთ მიღებული მონაცემები. შემდეგ შეგიძლიათ ფრაზები გამოიყენოთ. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომელიც გამოიყენება დანვრილებითი აღწერისთვის. უცნობი ტერმინები შემდეგ განიხილება ახსნილი.

ვიზიტური გამოკვლევის ჩანაწერი - თავი, თვალები, ყურები, ცხვირი და ყელი

თავი - თავის ქალა ნორმოცეფალური / ტრავმის გარეშე. თმა სამკალო 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 ჩაქცია სინათლეზე და აკომოდაცია. დისკის საზღვრები მკვეთრია; ჰემორაგია, ექსუდაცია და სისხლძარღვების შევინროვება არ აღინიშნება. *ყურები* - სმენის სიმახვილე ჩურჩულზე კარგია. დაფის აპკის კონუსი ნორმალურია. ვებერის ნიმანი სამკალო. AC>BC. *ცხვირი* - ცხვირის ღრუნოვანი ვარდისფერი, ძგიდე შუახაზზეა, სინუსები ემტკივნეულია. *ყელი (ან პირის ღრუ)* - პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდისფერი, კბილების განლაგება კარგია, ხახა ექსუდატის გარეშე.
კისერი - ტრაქეა შუა ხაზზე, კისერი მოქნილი, ფარისებრი ჯირკვლის ყელი პალპაციით ისინჯება, ნიღები არ შეიგრძნობა.
ღრმული კვანძები - კისრის, კვედა კბილის, ყურის უკანა, საზარდულის ღრმული კვანძები არ ისინჯება.

AN

თავი - თავის ქალა ნორმოცეფალური/ტრავმის გარეშე. შუბერი მელოტი. *თვალები* - მხედველობის სიმახვილე 20/100 ბილატერალურად. სკლერები თეთრი, კონიუნქტივა ინფიცირებული. გუგების დიამეტრი 3 მმ-დან 2 მმ-მდე ვინროვდება, თანაბრად მრგვალი და ერთნაირია ჩაქცია სინათლეზე და აკომოდაცია. დისკის საზღვრები მკვეთრია; ჰემორაგია და ექსუდაცია არ აღინიშნება. არტერია-ვენური შეფარდება 2:4. არტერიო-ვენური კვარცხლინები არ არის. ყურები - სმენის სიმახვილე ჩურჩულზე დაქვეითებულია, სასმენებრო სმენა ინტაქტური. დაფის აპკი სუფთა. *ცხვირი* - ღრუნოვანი გარსი შეშუპებულია და ერითემულია, ღრენირება კარგია. ძგიდე შუა ხაზზეა. მკრძნობიარეა ზედა კბილის სინუსები. *ყელი* - პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდისფერი, ქვედა ძირითადი კბილები კარიესული, ხახა მორნითალო, ექსუდატი არ არის.
კისერი - ტრაქეა შუა ხაზზე, კისერი მოქნილი, ფარისებრი ჯირკვლის ყელი პალპაციით ისინჯება, ნიღები პალპირებადია, მაგრამ არ არის გადიდებული.
ღრმული კვანძები - კბილქვეშა და კისრის ნინა ღრმული კვანძები მტკივნეული, 1×1 სმ, ელასტიურია და მოძრავი; კისრის უკანა, ყურის უკანა, იღლიის და საზარდულის ღრმული კვანძები არ არის გადიდებული.

მიეთითებს მიოპიაზე და არტეროლების 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, Willioms & 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 thyraid-related or-bitopathy. Endocrinal 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' aphthalmopathy. IL Correlation of clinical signs with measures derived from computed tomog-raphy. Br J Ophthalmol72:678-682, 1988.-
21. Headache Classification Subcammittee 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, lQaver 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, Shopiro 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.

ცხრილი 6-1 თავის ტკივილები[21]

ტიპი	მექანიზმი	ლოკალიზაცია	ხასიათი და სიმძიმე
პირველადი თავის ტკივილი			
ნევრით გამოწვეული თავის ტკივილი	უცნობია - ნაწილებად შესაძლებელია ჯუნთების ან სისხლძარღვთა სპაზმი	ჩვეულებრივ ორმხრივად შეიძლება განსაზღვრებულ ან ლოკალიზებად იყოს თავის უკანა მხარეს და კისრის ზემო ნაწილში ან შუბლ-საფეთქლის მიდამოში.	ზნოლითი ან მოჭერითი ხასიათის; მსუბუქიდან ზომიერი ინტენსივობის.
მაგრენი ▪ აურით ▪ აურის გარეშე ▪ ვარიანტული	პირველადად ნეირონული დარღვევაა, შესაძლოა ღრმოვანი ნარმომობის, იწვევს ნეირომედიატორების ამგზნებ და ინჰიბიტორულ მოქმედებას შორის დისბალანსს და ახდენს თავის ტვინის სისხლძარღვების მოდულაციას[1]	70%-ში ცალმხრივია, 30%-ში შუბლის ან საფეთქლის არეში ორმხრივი	ჰულსირებადი ან ძლიერი ხასიათის, სხვადასხვა სიმძიმის
ჭიასტარული (ჯგუფური) თავის ტკივილი	უცნობია - შესაძლოა ენდოკრინული ვეგეტაციური, ორმხრივი დარღვევაა, თანხლებული ტრიგემინოვასკულური ტკივილით.	ცალმხრივი, ცხვირის ზედა ნაწილი, თვალის უკან და გარშემო	მუდმივი, მძიმე
მეორადი სეფალგიები			
ქრონიკული უკუშედეგი	მედიკამენტის შენყვეტა	ანამნეზში არსებული სეფალგიის პატერნი	ცვალებადი
თავის ტკივილი, დაკავშირებული მხედველობის დარღვევებთან ინფექციის დარღვევები (მორსმხედველობა და ასტიგმატიზმი, მაგრამ არა ახლომხედველობა)	შესაძლოა, ენდოკრინული ჯუნთების შეთანხმებული შეკინროება და, შესაძლოა, შუბლის, საფეთქლის და კეფის ჯუნთების	თვალების გარშემო და ზევით, შეიძლება ირადიაციდეს კეფის არეში	მუდმივი, ყრუ, ძლიერი
მწვავე გლაუკომა	თვალშიგა წნევის უეცარი	თვალის შიგნით, ან ირგვლივ	მუდმივი, ძლიერი, სწორად მძიმე
თავის ტკივილები პარანაზალური სინუსიტების დროს	პარანაზალური სინუსიტების ღრმოვანის ანთება	ჩვეულებრივ, თვალის ზემოთ (შუბლის ნიაღი) ან ღრუს ძვლის არეში (ყვირმოხის ნიაღი) ერთ ან ორივე მხარეს	ძლიერი ან მოჭერითი, სხვადასხვა სიმძიმის
მენინგიტი	ტვინის ამომფენი გარსების ინფექცია	გენერალიზებული	მუდმივი ან მოჭერითი, ძალიან მძიმე

დასანყისი	ხანგძლივობა	მიმდინარეობა	ასოცირებული ფაქტორები	გამომწვევი ან მაპროვოცირებელი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები
თანდათანობითი	წუთები ან დღეები	ხშირად მოხეცილივე (განმეორებითი) ან ხანგძლივი; ყოველდღიური სიხშირე 40%	ზოგჯერ სინათლის შიში, ხმაურის შიში, გულისრევა არ არის	ჯანთების ხანგძლივი დაჭიმულობა მაგალითად, მანქანის ტარება ან ბექდვა;	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, ჰემიკრანიული, ვიზებების ან თვეების ინტერვალებით ~10%-ში.	ხშირია გულისრევა და ჰიპერგებინება. ჰაციენტთა მცირე ნაწილს აღენიშნება მხედველობის დარღვევები (ღრმა ცრემლიანი სინათლის სხივები, ღაქები) ან ნევროლოგიური სიმპტომები (ადგილობრივი სისუსტე, მგრძნობელობის დარღვევები და სხვ.)	შეიძლება პროვოცირდეს ადრენალინით, გარკვეული სახის საკვებით ან წნევით. უფრო ხშირია ჰემენსტრუალური. იზრდება ხმაურსა და ჯაშაში სინათლეზე	სინყნარე, ჩაბნელებული ოთახი; ზოგჯერ, გარდამავალი შვება ანტრიაზე ზენოლით მიმდინარეობის დასანყისში
უეცარი, პიკს აღწევს წუთებში	3 სთ-ზე მეტი	ეპიზოდური, ჩვეულებრივ, ჯგუფდება დროთა განმავლობაში, ჰამდენიმე ასეთი დღე 4-8 ვიზის განმავლობაში და შემდეგ შვება 6-12 თვის განმავლობაში, გავრცელება <1%, უფრო ხშირია მამაკაცებში	ცრემდენა, ცარმხივი ჩინტი, თვალების სინითლე, ფტოზი, კუთუთოს შეშუპება, ჯონიუნქტივის ინფექცია.	შეტევის პერიოდში აღრენალინის მიმართ მგრძნობელობა შეიძლება გაიზარდოს.	
ცვალებადი	დამოკიდებულია ნახსენებში თავის ტკივილის ნიშნებზე	დამოკიდებულია მცირე შეწყვეტების სიხშირეზე	დამოკიდებულია ნახსენებში თავის ტკივილის ნიშნებზე	ცხელება, ნახშირორჟანგი, ჯოფეინის შეწყვეტა, სხვა თავის ტკივილის გამომწვევები	დამოკიდებულია მიზეზზე
თანდათანობითი	ცვალებადი	ცვალებადი	თვალების სისუსტე, თვალების დაღლის შეგრძნება, ჯონიუნქტივის სიწითლე	მხედველობის ხანგძლივი დაძაბვა, ეკრანზე, თვალებთან ახლო სამუშაოს დროს	თვალების დასვენება
ხშირად სწრაფი	ცვალებადია, შესაძლოა დამოკიდებული იყოს მუშაობაზე	ცვალებადია, შესაძლოა დამოკიდებული იყოს მუშაობაზე	მხედველობის გაუარესება, ზოგჯერ, გულისრევა და ჰიპერგებინება	ზოგჯერ პროვოცირდება გებების გამაფართოებელი წვეთებით	
ცვალებადი	ჩამოდენიმე საათი, ხანრძლივი ჩამოდენიმე დღის განმავლობაში	ხშირად, ხანრძლივი დღის განმავლობაში;	ადგილობრივი მტკივნეულობა, ჩინტი, გამონაყენი და ცხელება	შეიძლება გაძლიერდეს ხველის, ცემინების ან თავის ქნევის დროს	ცხვირის გამხსნელები, ანტიბიოტიკები
ზომიერად სწრაფი	ცვალებადი, ჩვეულებრივ დღეები	მუდმივი ტკივილი მწვავე დაავადების დროს	ცხელება, ცისფრის ჩიგიდობა		

სხრილი 6-1

თავის ტკივილის[21] ტიპები

ტიპი	მექანიზმი	ლოკალიზაცია	ხასიათი და სიმძიმე
პირველადი თავის ტკივილი			
გიგანტურჯირუვანი 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 მაგრით გამოწვეულ ტკივილს. მაგრამ არ გააჩნია აურა.[24]	შეიძლება ლოკალიზდეს დაზიანებულ უბანში, მაგრამ არაა აუცილებელი	გენერალიზებული, ყრუ, მედმივი.
სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა	სისხლდენა, უფრო ხშირად, გასეთრილი ინტრაკრანიული ანევრიზმიდან	გენერალიზებული	ძალიან მძიმე "ცხოვრებაში ყველაზე ძლიერი"
ტვინის სიმსივნე	ტკივილის მიმართ მგრძნობიარე არტერიებისა და ვენების გადანაცვლება ან ზენოლა ნერვებზე	**ცვალებადობს სიმსივნის მდებარეობის მიხედვით**	ძლიერი, მედმივი, ცვალებადი ინტენსივობის
ქრონიული ნევრალგიები სამწვერა ნერვის ნევრალგია (CNV)	თავის ტვინის V ნერვის ზენოლა 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, ჯვირების ან თვეების განმავლობაში	თავის ტანის მტკივნეულობა, ცხელება (50%-ში), სისუსტე, ნორმაში ყლება, 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	ჯვირები, თვეები და ზოგჯერ წლებიც	ციოთა განმავლობაში მცირდება			
			კონცენტრაციის დაქლვევა, 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 ციოსი	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 ციკლიური. ღამით იშვიათია	გამოფიტვა ხანგრძლივი ტკივილის გამო	შესაბამის ადგილებზე შეხება, ღეჭვა, საუბარი, ბგილების გამოხეხვა	

თავბრუხვევა და ვერტიგო

"თავბრუხვევა" არასპეციფიკური ტერმინია, რომელსაც იყენებს ავადმყოფი სხვადასხვა დარღვევის გადმოსაცემად. ექიმმა ყურადღებით უნდა გაარჩიოს ეს დარღვევები. ეტიოლოგის დადგენაში მოგვსმარებათ დაწვრილებითი ანამნეზი.[35-30] აუცილებელია ქვემოთ მოცანილი ტერმინების მნიშვნელობის ცოდნა:

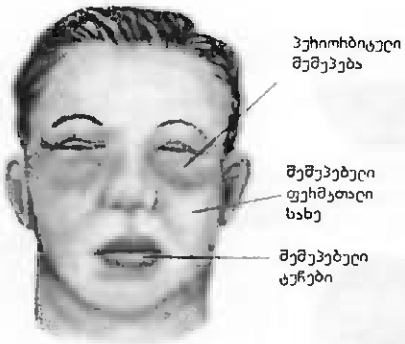
- თავბრუხვევა (ვერტიგო) – ტრიალის შეგრძნება, რასაც ახლავს ნისტაგმი და ატაქსია; ჩვეულებრივ, მიზეზია პერიფერიული ვესტიბულური დარღვევა (40%-ში), მაგრამ შეიძლება ცენტრალური ღეროვანი დაზიანებაც (10%; მიზეზებია ათეროსკლეროზი, გაფანტული სკლეროზი, ვერტებრო-ბაზილარული უკმარისობა)
- პრესინკოპე – "სისუსტის და გაბრუების შეგრძნება", მიზეზებია ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია, განსაკუთრებით მედიკამენტური, ანემიები, ვაზოვაგალური შეტევა 5%-ში)
- დისეკვილიბრიული - ნონსპეციფიკური დარღვევა სიარულის დროს, განსაკუთრებით ასაკოვან პირებში. მიზეზებია სიარულის პრობლემები, მხედველობის დაქვეითება, ძვალ-კუნთოვანი სისტემის დაავადებები, პერიფერიული ნეიროპათიები (15%-მდე).
- ფსიქიატრიული - მიზეზებია ნევროზი, პანიკა, ჰიპერვენტილაცია, დეპრესია, სომატური დარღვევები, ალკოჰოლი; ნარკოტიკები (10%)
- მულტიფაქტორული ან უცნობი - (20%-მდე)

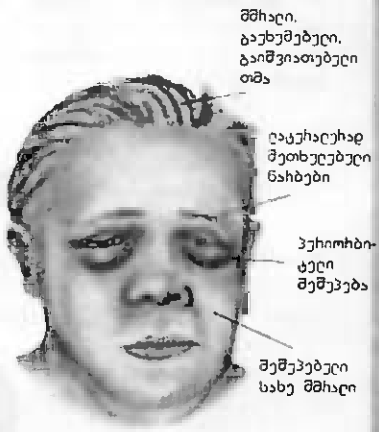
პერიფერიული და ცენტრალური თავბრუხვევა

პერიფერიული თავბრუხვევა	დასაწყისი	ხანგრძლივობა და მიმდინარეობა	სმენა	ყურებში ხმაური (ტინიტუსი)	სხვა თანმხლები სიმპტომები
ხელმეორედ განმეორებადი პოზიციური თავბრუხვევა	უეცარი ან განმეორებადი დაზიანების მხარეს ან თავის გადახრის დროს	ხანმოკლე, რამოდენიმე წამიდან < 1 წუთამდე; გრძელდება რამოდენიმე კვირა, 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 (მენიერის) დაავადება	უეცარი	რამოდენიმე საათი, დღე ან მეტი; შეკუმშვადი	სმენის დაქვეითება, სენსონეირონული ტიპის, რომელიც ემატებოდება ან შეორდება, ჰიპერსისხლებს;	აღინიშნება; ცვალებადია	გულისრევა, პირღებინება, დაზიანებულ ყურში ზენოლა ან დაგუბება
წამლის ტოქსიკურობა	ფარულად მიმდინარე ან მწვავე – მარყუჟის დიურეტიკებით, ამინოგლიკოზიდებით, სალიცილატებით ან ალკოჰოლით მოწამვლა	შეკუმშვადია ან არა; ვლინდება ნაწილობრივი აღდგენა	შეიძლება დაქვეითდეს ორივე მხარეს	შეიძლება აღინიშნებოდეს	გულისრევა, პირღებინება
სმენის ნერვის ნეირომა	სიმსივნე, თავის ტვინის VIII ნერვზე ზენოლა, ვესტიბულური ტოკი	ცვალებადი	ქვეითდება ცალ მხარეს	აღინიშნება	ზენოლა თავის ტვინის V და VII ნერვებზე
ცენტრალური თავბრუხვევა	ხშირად უეცარი (მიზეზები ზემოთაა მოცემული)	ცვალებადი, მაგრამ იშვიათად ხანგრძლივი	არ ზიანდება	არ არის	ჩვეულებრივ ღეროს უკმარისობის სხვა სიმპტომები – მეტყველების მომღა, მოტორული და სენსორული ჯვარედინი დეფიციტი

შეცვლილი სახეების ნიმუშები







Cushing-ის სინდრომი.

ჯუშინგის სინდრომის დროს თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონების სიჭარბე ინვევს მრგვალი, მთვარისებური სახის განვითარებას. ლოყები მონითალოა. ჭარბთმიანობა აღინიშნება ზედა ტუჩის, ბაკების და ნიკაპის არეებში.

ნეფროზული სინდრომი.

სახე შეშუპებულია და ფუჩმუთიანი. 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 ჩალრმავება არ ჩნდება. თმა და ნაოჭები მშრალია, უხეშია და თხელი. კანი მშრალია.







ყბაყურა ჯირკვლის გადიდება.

ქრონიკული ორმხრივი ასიმპტომური ყბაყურა ჯირკვლების გადიდება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სიმსუქნესთან, შაქრიან დიაბეტთან, ღვიძლის ციროზთან და სხვა მეტაბოლურ დარღვევებთან. ნახეთ შესიება ყურის წინ და ქვედა ყბის კუთხესთან. მხარი ცალმხრივი გადიდება სიმსივნის მარკერებელია. მწვავე გადიდება ყბაყურის დროს ხდება.

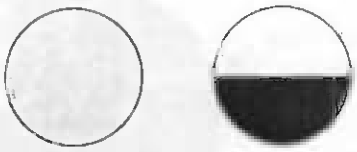
აკრომეგალია.

აკრომეგალიის დროს ზრდის ჰორმონის ჭარბი გამომუშავება იწვევს ძვლების და ჰბილი ქსოვილების გადიდებას. თავი ნაგრძელებულია, შუბლის, ცხვირის და ქვედა ყბის ძვლები წინ ნამოწეული. ცხვირის, ტუჩების, ყურების ჰბილი ქსოვილები ასევე გადიდებულია. სახის გამომეტყველება უხეშია.

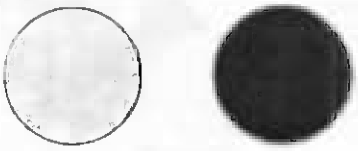
Parkinson-ის დაავადება.

გამოხატულია სახის მოძრაობის დაქვეითება, უხეში გამომეტყველება. ვითარდება ნიღბისებური სახე თვალების ხამხამის გაიშვიათების და დამახასიათებელი დაჭინებული მზერის გამო. სახის კანი ცსიმიანია და შეიძლება აღინიშნებოდეს ნეინყვის დენა.

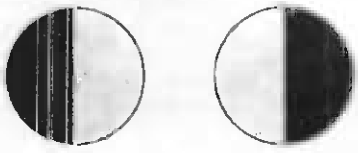
1. *ჰორიზონტალური დეფექტი*. ბადეშის ცენტრალური არტერიის ტოტის ოკლუზიამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰორიზონტალური დეფექტი. ქვედა ველის დეფექტი დაკავშირებულია ზედა ტოტის ოკლუზიასთან.



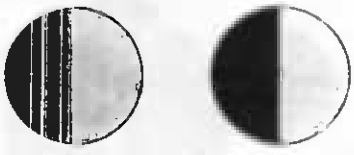
2. *მახვენა თვალის სიბრმავე* (მახვენა მხედველობის ნეშვი). მხედველობის ნეშვის დაზიანება, და, ჩა თქმა უნდა, ფაქედ თვალის დაზიანება იწვევს ცალმხრივ სიბრმავეს.



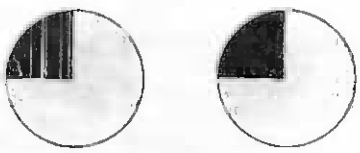
3. *ბიტემპორული ჰემიანოფსია* (ოპტიკური ქიაზმა). ოპტიკური ქიაზმის დაზიანება მოიცავს იმ ბოჭკოებს, ჩომლებიც გადაჯვარედინების შემდეგ საპირისპირო მხარეს მიემართებიან. ამიტომ ვითარდება მხედველობის ველების გარეთა ნახევრების დეფექტი.

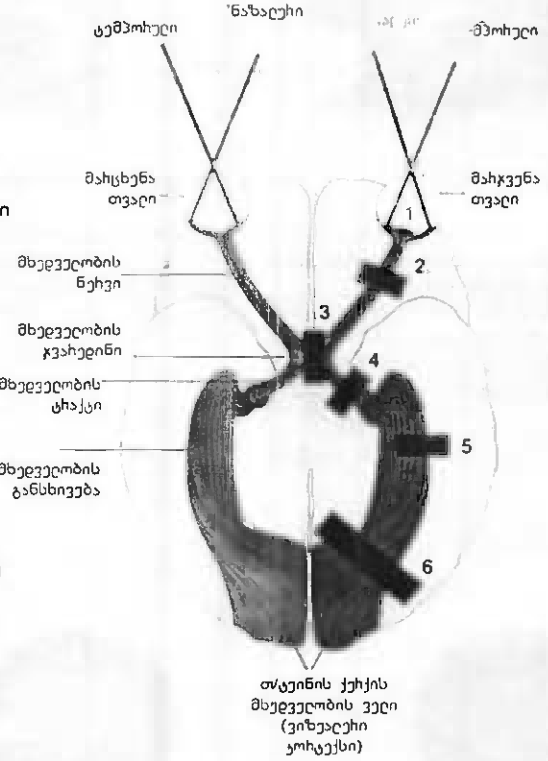


4. *მარცხენამხრივი ჰომონიმური ჰემიანოფსია* (მარჯვენა ოპტიკური ტრაქტი). ოპტიკური ტრაქტის დაზიანება იწვევს იმავე მხარეს ბოჭკოების განყვეტას ორივე თვალში. ამიტომ მხედველობის დაკარგვა ორივე თვალში ერთნაირია (ჰომონიმური) და მოიცავს ველის ნახევრებს (ჰემიანოფსია).

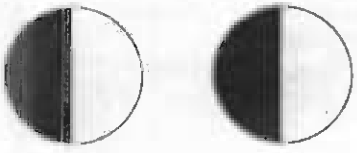


5. *ზედა მარცხენა კვადრანტის ჰომონიმური დეფექტი* (მარჯვენა ოპტიკური განსხივება, ნანილობრივი). ოპტიკური განსხივების ნანილობრივი დაზიანება მოიცავს ნეშვის ბოჭკოების ნანილს, რაც იწვევს, მაგ. ჰომონიმურ კვადრანტის დეფექტს.





6. *მარცხენამხრივი ჰომონიმური ჰემიანოფსია* (მარჯვენა ოპტიკური განსხივება). ოპტიკის განსხივებამი ბოჭკოების სრული განყვეტა იწვევს მხედველობის ისეთივე დეფექტს, როგორიც ვითარდება ოპტიკური ტრაქტის დაზიანებისას.

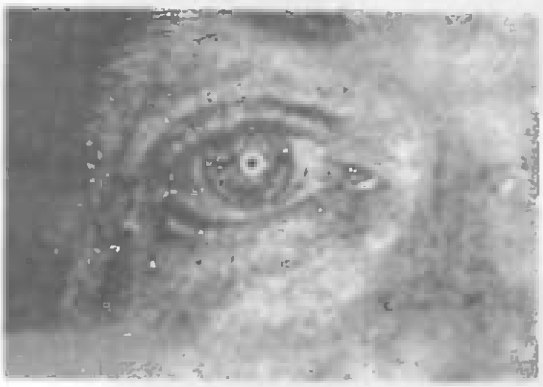




ფტოზი. ფტოზი არის ზედა ქუთუთოს დაწევა. მიზეზებია: მიასთენია, თვალის მამოძრავებელი ნერვის დახიანება და სიმპათიკური ნერვის დაზიანება (ჰორნერის სინდრომი). სენილური პტოზი შეიძლება გამოიწვიოს კუნთის სისუსტემ, ქსოვილების მოდუნებამ და ცხიმოვანმა თიაქარმა. ფტოზი ასევე შეიძლება თანდაყოლილი იყოს.



ქუთუთოების შებრუნება (ენტროპიონი). ენტროპიონი უფრო ხშირია ხანდაზმულებში და არის ქუთუთოს კიდის შიგნით შებრუნება. ქვედა კიდე აღიზიანებს კონიუნქტივას და ჭოვანას ქვედა ნაწილს. თუ ავადმყოფს სთხოვთ, დახუჭოს თვალები და შემდეგ გაახილოს, დაინახავთ ენტროპიონს, ჩომელიც ადრე არ ვლინდებოდა.



ქუთუთოების გადმობრუნება (ექტროპიონი). ექტროპიონის დროს ქვედა ქუთუთოს კიდე გადმობრუნებულია და ჩანს ღორწოვანი გარსი. ამ დროს იზრდება ცრემლის დენადი და ვითარდება ცრემლდენა. ექტროპიონი ხშირია ხანდაზმულ ასაკში.



ჰეტეროქრომია - შეჯუმშული ქუთუთო და ეგზოფთალმი. ფართოდ გახელილი გაკვირვებული მზერა ვითარდება ქუთუთოს ჰეტეროქრომიის დროს. ზედა ქუთუთოსა და ფეხად გარსს შორის ჩანს სკლერა. ქუთუთოს ჰეტეროქრომია და ჩამორჩენა ახასიათებს ჰიპერთირეოზს. ეგზოფთალმის დროს თვალის კაკლები წინ არის ნამონეული. 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.

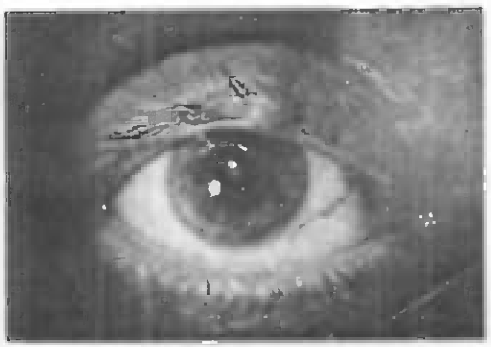
სიმაგრეები და გამობერილობები თვალებში და თვალების გარშემო



პინგვეკულა. მოყვითალო, სამკუთხედის ფორმის ღარა კონიუნქტივაზე ან ფუძადი გახსის ჰომელიმე მხარეს. პინგვიკულა სამიში ან ახის. ხშირად ასაკოვან პირებში ვითარდება ჯერ ცხვირის, შემდეგ კი საფეთქლის მხარეს.



ეპისკლერიტი. ეპისკლერიტი ახის თვალის შემოფარგლული სინითლე ეპისკლერული სისხლძარღვების ანთების გამო. ბუნებრივ განათებაზე სისხლძარღვები ნარინჯისფერ-ვარდისფერია და მოძრავია სკლერის ზედაპირზე. რეციდივებიც ეთიოლოგიებიანი და თვითგანკურნებადია. ეპისკლერიტი შეიძლება იყოს ყვანძოვანი. ჩოგორც აქ ახის ნაჩვენები ან შეიძლება მხოლოდ სინითლე და გაფართოებული სისხლძარღვები ჩანდეს.



ჯიბრიბო. ქვთვთოს კიდესთან ჯირკვლის ანთება. მტკივნეულია, ნითელი ფერისაა. ჯიბრიბო გამოიყურება. ჩოგორც ბეშტი ან მენეჯი ქვთვთოს კიდესთან.



ქალაზიონი. ქალაზიონი ახის ქრონიკული ემტკივნეული ყვანძი. ჩომელიც მოიცავს მეიბომის ჯირკვლებს. მცირე ზომის ყვანძი ნორმალური შესახედაობის ქვთვთოზე ემტკივნეულოა. ზოგჯერ ხდება ანთებითი, მაგრამ ჯიბრიბოსგან განსხვავებით, მდებარეობს ახა ქვთვთოს კიდეზე. ახამდე ეფრო ზემოთ.

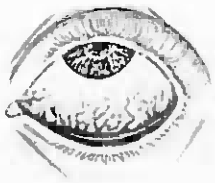
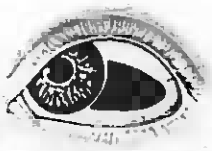


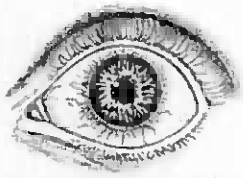
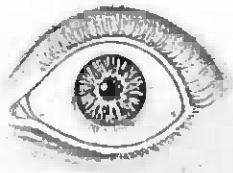
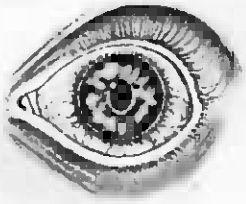
ქსანთელაზმა. ქსანთელაზმა ახის ყანიდან ოდნავ ნამონეული, მოყვითალო, მკვეთრი კონტურების მქონე ღარა. ჩნდება ცხთი ან ორივე ქვთვთოს ცხვირის მხარეს. ქსანთელაზმა შეიძლება თან ახლდეს ლიპიდური ცვლის დარღვევებს.



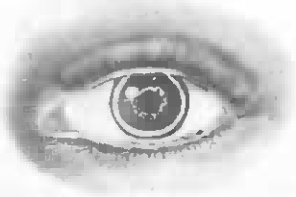
სასქემელი ბარკის ანთება (დაკრიოცისტიტი). ქვედა ქვთვთოსა და ცხვირის შორის არსებული სიმაგრე, მიეთითებს სასქემელი ბარკის ანთებაზე. მწვავე ანთების დროს (მოცემულია სურათზე) ვლინდება ტკივილი, სინითლე. ქრონიკული ანთება დაკავშირებულია ცხვირ-ცრემლის არხის ობსტრუქციასთან. ცრემლდენა მეღმივი ხდება და ბარკზე ზენოლით მიგთავსი გამოდის ქვთვთოებზე არსებული სასქემელი ნეკტილებიდან.

თვალების სინითლე

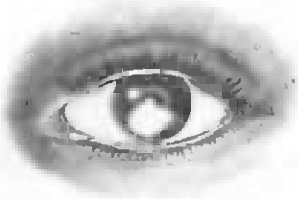
	კონიუქტივიტი	კონიუქტივისქვეშა სისხლჩაქცევა
		
სინითლის ნიშნები	კონიუნქტივის სინითლე; სისხლძარღვების დიფუზური გაფართოება სინითლის გავრცელებით მაქსიმალურად პერიფერიამდე	სისხლის ჩაღვრა სისხლძარღვებს გარეთ, რაც წარმოქმნის ჰომოგენურ, მკვეთრად შემოფარგლულ, წითელ არეს, რაც რამოდენიმე დღეში ყვითლდება და შემდეგ ქრება.
ტკივილი	მკრთალი დისკომფორტი	არ აღინიშნება
მხედველობა	არ ზიანდება, გარდა დროებითი მკრთალი ბუნდოვანებისა გამონადენის გამო	არ ზიანდება
თვალიდან გამონადენი	წყლიანი, ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი	არ არის
ბუგა	არ ზიანდება	არ ზიანდება
ჭოვანა	სუფთა	სუფთა
ეტიოლოგია	ბაქტერიული, ვირუსული და სხვა ინფექცია; ალერგია და გაღიზიანება	ხშირად უცნობია. შეიძლება გამოიწვიოს ტრავმამ, სისხლის შედედების დარღვევამ, ვენური ნაწევის სწრაფმა აწევამ ხველის დროს

	ჭოვანას გაზიანება ან ინფექცია	მწვავე ირიტი	გლაუკომა
			
სინითლის ნიშნები	ცრემლიანი სხეულის ინფექცია: ღრმა სისხლძარღვების გაფართოება, რაც ჩანს სისხლძარღვოვანი სხივების ან ჭოვანას გიდეზე მონითალო-იისფერი ნათების სახით. ცრემლიანი სხეულის ინფექცია მნიშვნელოვანი ნიშანია ამ სამი დაავადების, მაგრამ არა ამჯარა. თვალი შეიძლება დიფუზურად იყოს განითლებული. ამ დაავადებების სხვა ნიშნებია ტკივილი, არათანაბარი ბუგები, ჭოვანას გამჭვირვალობის შემცირება.		
ტკივილი	ზომიერი ან ძლიერი, ზედაპირული	ზომიერი, ქავილი, ღრმა	ძლიერი, ქავილი, ღრმა; არ აღინიშნება
მხედველობა	ოდნავ ნესი, დაქვეითებული	დაქვეითებული	დაქვეითებული
თვალიდან გამონადენი	წყლიანი ან ჩირქოვანი	არ არის	არ არის
ბუგა	არ ზიანდება, ვიდრე ირიტი არ განვითარდება	შეიძლება ჰქონდა და ფოროდფორო არათანაბარი იყოს	გაფართოებული, ფიქსირებული
ჭოვანა	ცვლილება მიზეზშია დამოკიდებული	სუფთა ან ოდნავ შემღვრეული	დახაზული ან შემღვრეული
მნიშვნელობა	ნაჯანრები ან სხვა დაზიანებები; ვირუსული და ბაქტერიული ინფექცია	შეინყმელია მხარე ოკულის და სისტემის დაავადებებთან	თვალის შიდა ნაწევის სწრაფი მომატება

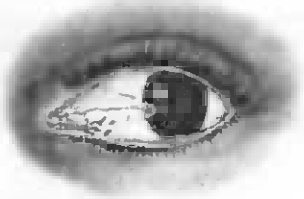
ჰქოვანასა და ბილის შემოკვეთა



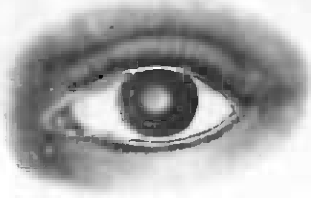
ჰქოვანას ჰგოლი. ჰქოვანას ჰგოლი ჰრის თხელი მონაცრისფრო-თეთრი ჩყაღი ან ჰგოლი ჰქოვანას ყიდესთან ახლოს. იგი ვითრხლება ასაჯის მატებასთან ერთად. მაგრამ, შეიძლება, ახალგაზრდებშიც გაჩნდეს. განსაკუთრებით ავფრო-ამერიკელებში ახალგაზრდებში ჰქოვანას ჰგოლი მიუთითებს ჰიპერლიპოპროტეინემიაზე. ჩვეულებრივ ყეთილთვისებიანია.



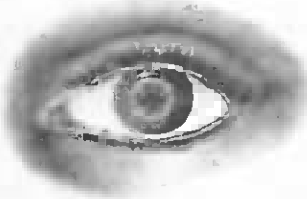
ჰქოვანას ნანიბერი. ჰქოვანას ნანიბერი ჰრის ზედაპირული მოთეთრო-ჩეხი ფერის დაბინდვა ჰქოვანაზე, ჩომელიც ადრე გადატანილი ანთების ან დაზიანების შედეგად ჩრება. მისი ზომები და კონტურები სხვადასხვანაირია. ნანიბერი არ უნდა შეგვაშლოთ კატარაქტაში, ჩომლის დროს დაბინდვა ჩანს გუგის შუაში და ღრმად.



პტერიგიუმი. პტერიგიუმი ჰრის კონიუნქტივას სამკუთხედის ფორმის გასქელება, ჩომელიც ნელა იზრდება ჰქოვანას ზედაპირიდან ჩვეულებრივ ცხვირისკენ. დროდადრო შეიძლება სინთეზე განვითარდეს. პტერიგიუმმა შეიძლება მხედველობაზე იმოქმედოს გუგაზე გავრცელების გზით.

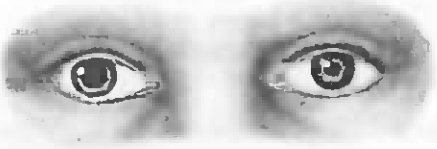


კატარაქტა. კატარაქტა ჰრის ბროლის შემღვრევა, ჩომელიც ჩანს გუგაზე. ყველაზე ხშირი მიზეზია დიდი ასაკი.
ბირთვული კატარაქტა. ბირთვულ კატარაქტას გვერდით განათებაზე ჩეხი ფერი აქვს. როცა გუგა კარგადაა გაფართოვებული, მოჩეხო შემღვრევას გარს შავი ჩგოლი აკრავს. ოფთალმოსკოპის საშუალებით კატარაქტა ნითელი რეფლექსის ფონზე შავად ჩანს.

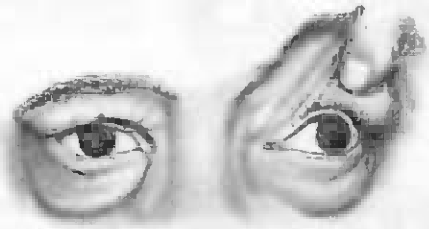


ჰერიფერიული კატარაქტა ნარმოქმნის ჩხირისებურ შემღვრევებს, ჩომლებიც მწვერვალით მიმართულია ცენტრისკენ გვერდითი განათებით ჩხირებ ჩეხი ფერისაა, ხოლო ოფთალმოსკოპიურად - შავი. გაფართოებული გუგა, როგორც სურათზეა ნაჩვენები, ადვილებს ამ გამოკვლევებს.

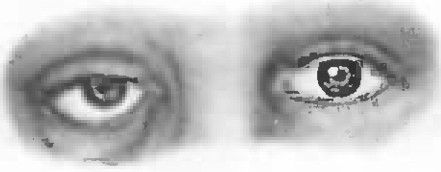
ასათანაბაში გუგები (ანიზოკორია). ხოლესაც ანიზოკორია უფრო მეტადაა გამოხატული ჯამჯამა სინათლეზე, ვიდრე სუსტ განათებაზე. **უფრო** დიდი გუგა **სათანადოდ** ვერ იკუმშება. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს თვალის ბღაგვი ცრავმა. ღია ჯეთხიანი გლაუკომა და ამ თვალის ფერად გარსზე **პარასიმპათიკური** ნერვის გამტარებლობის შესუსტება და თვალის მამოძრავებელი ნერვის პარეზი. თუ **ანიზოკორია უფრო** მეტადაა გამოხატული სუსტ სინათლეზე, მაშინ **უფრო პატარა** გუგა **სათანადოდ არ ფართოვდება,** ისევე, როგორც ჰორნერის სინდრომის დროს, სადაც მიზეზი **სიმპათიკური** ნერვის გამტარებლობის შესუსტებაა.



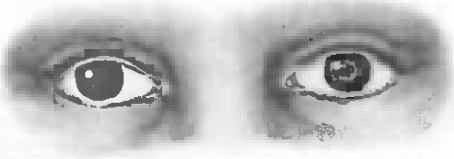
ტონური გუგა [Adie-ს (ადიე) გუგა]. ტონური გუგა **ასის** დიდი, უცვლელი და, როგორც წესი, უნიკატესიული. სინათლეზე **მისი რეაქცია** სუსტია ან საერთოდ **არ ასის.** ახლო მზერის **რეაქცია ძალიან** დაბალია. ნელი **აკომოდაცია** მხედველობის **დაბინდვას იწვევს.** მყესთა ღრმა **რეფლექსები** ხშირად **შემცირებულია.**



თვალის მამოძრავებელი ნერვის პარეზი (თავის ტვინის III ნერვი). გუგის გაფართოება (დაახლოებით 6-7 მმ-მდე) ფიქსირდება სინათლეზე და ახლოს ყურებისას. **ეჭ** ნარჩენები ზედა ქუთუთოს ფტოზი და თვალის ღაცერებულად გადახრა აღინიშნება ხშირად, მაგრამ **არა ყოველთვის** (უფრო მეტად გაფართოებული და ფიქსირებული გუგა (8-9 მმ-მდე) შეიძლება **იყოს** აცრონინის მსგავსი სამუალებების ადგილობრივი მოქმედების შედეგი).

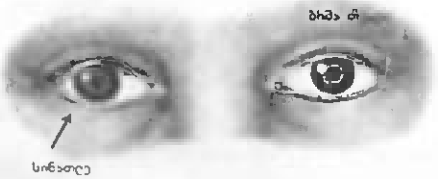


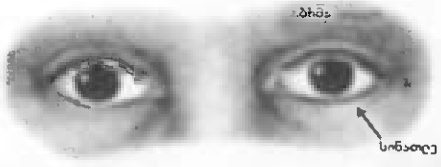
Horner-ის (ჰორნერის) სინდრომი. დაზიანებული გუგა, შევინრივების მიუხედავად, სწრაფად რეაგირებს სინათლეზე და ახლოს ყურებაზე. აღინიშნება ქუთუთოს ფტოზი, ასევე, ამავე მხარეს შუბლზე ნაკლები ოფლის გამოყოფა. თანდაყოლილი ჰორნერის სინდრომის დროს ხდება ფერადი გარსის **შეფერილობის** შემცირება ჯანმრთელთან შედარებით (ჰეტეროქრომია).



პატარა ასათანაბაში გუგები. პატარა განსხვავებული გუგები, რომლებიც არ რეაგირებენ სინათლეზე, მაგრამ **რეაგირებენ** ახლოს ყურებაზე, მიუთითებს არგილ-რობერტსონის გუგაზე. მისი მიზეზი ხშირად, მაგრამ **არა ყოველთვის,** არის ცენტრალური ნერვული სისტემის სიფილისური დაზიანება.

თანაბაში გუგები და ერთი ბრმა თვალი. ცალმხრივი სიბრმავე არ გამოიწვევს ანიზოკორიას, სანამ ორივე ფერადი გარსის **სიმპატიური** და პარასიმპატიური ინერვაცია ნორმალურია. ჯანმრთელ თვალში სინათლის მინათება იწვევს ამ თვალის **პირდაპირ რეაქციას** და **იგივე რეაქციას ბრმა თვალში.** ამავე დროს, სინათლის მინათება ბრმა თვალში არ იწვევს რეაქციას არც ერთ მათგანში.

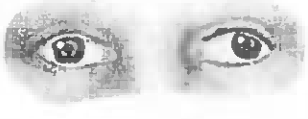




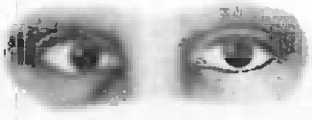
მხედველობის დარღვევების სხვადასხვაობას ექიმები ორ ჯგუფად განიხილავენ: ღეროს განვითარების დარღვევებს და თავის ტვინის ნერვების დაზიანებას

განვითარებითი დარღვევები
შეიძლება გამონვეული იყოს თვალის კუნთების ტონუსის დარღვევით. ამის მიზეზი მხედველია, შეიძლება იყოს მემკვიდრეული და უმეტესად გამოვლინდეს ადრეული ბავშვობის ასაკში. თვალის გადახრის კლასიფიკაცია მიმართულების მიხედვით შოიცავს:
კონვერგენციულ (შიდა) სიელმეს - ეზოტროპია.
დივერგენციულ (გარეთა) სიელმეს - ეგზოტროპია.





დახუჭვა-გაღების ტესტი.
შეიძლება დაგეხმაროთ დახუჭვა-გაღების ტესტი. აქ მოცემულია მხედველობის სიელმის სუხეთი.



ქოვანას ჰეფლექსი ასიმეტრიულია.



დახუჭვა: მხედველობა თვალი მოძრაობს გარეთ სინათლისკენ (მხედველობა თვალი დახუჭულია, მაგრამ მოძრაობს შიგნითა მიმართულებით იმავე გრაღუსით)



გაღება: მხედველობა თვალი მოძრაობს გარეთ სინათლისკენ. მხედველობა თვალი ჯერაც შიგნით იხედება.

ჯანიული ნერვების დაზიანებები. მოზრდილებში ხედვითი დეფექტები (ხედვის დაკარგვა) მზერის ახალი შემთხვევის მიზეზი თავის ტვინის ნერვების დაზიანებაა. მიზეზებია ტრავმა, გაფანტული სკლეროზი, სიმსივნისი და სხვ.

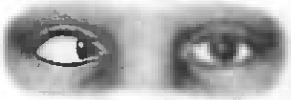
მხედველობა განმზიდველი ნერვის (VI) პარეზი



მხედველობის გახედვისას თვალები მეთანხმებელია



პირდაპირი მზერისას ვლინდება ეზოტროპია



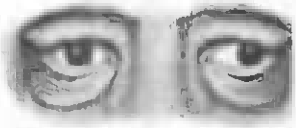
მხედველობის გახედვისას ეზოტროპია მაქსიმალურია თავის ტვინის IV ნერვის

მხედველობა ქალისებრი ნერვის (IV) პარეზი



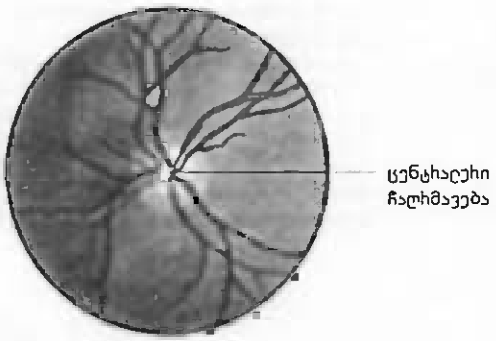
ქვემოთ და მარჯვნივ ყურებისას მხედველობა თვალს არ შეუძლია ქვემოთ ყურება, როცა მიგნითაა შეტრიალებული. ამ მიმართულებით გადახრა მაქსიმალურია.

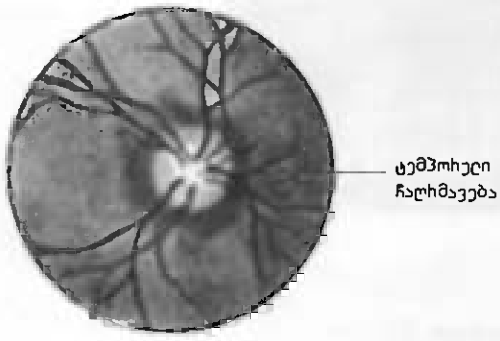
მხედველობა სამწვერა ნერვის (III) პარეზი



პირდაპირ და ზემოთ ყურება. თვალებს გარეთ ამოძრავებს მე-6 ნერვი. ზევით, ქვევით ან შიგნით მოძრაობა შეზღუდულია ან, საერთოდ, შეუძლებელია. შეიძლება ხედვის გაგის გაფართოება და ფტოზი.

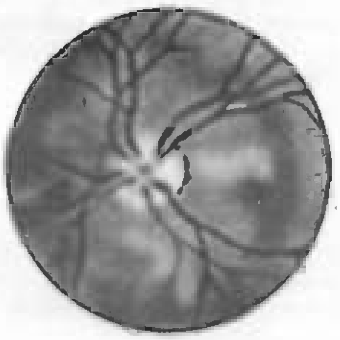
ფიზიოლოგიური ფოსო





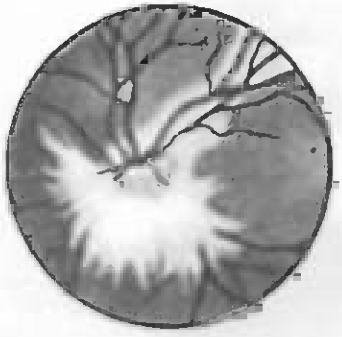
ეს არის დვრილის მცირე ზომის მოთეთრო ჩაღრმავება, საიდანაც მოემართებიან ბადურის სისხლძარღვები. ზოგჯერ ფოსო არ ჩანს, მაგრამ, ჩვეულებრივ, მდებარეობს შუაში ან დვრილი საფეთქლის მხარეს ნანილში. მის ფეძეზე ხშირად ჩანს ხეხი ფერის ღარები.

ჰგოლები და ჰაღები

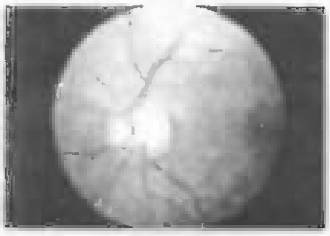
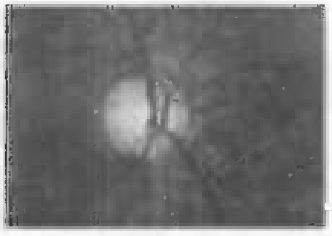


მხედველობის ნერვის დვრილის გარშემო ხშირად ჩანს ჰგოლები და ჰაღები. ესენია განვითარების ვარიაციები, რომელშიც შეგიძლიათ შეამჩნიოთ ან თეთრი ფერია, ან ბადურის შავი პიგმენტი, ან ორივე ერთად, განსაკუთრებით, დვრილის საფეთქლის ნანილში. ჰგოლები და ჰაღები დვრილის ნანილებს არ ნარმოადგენენ, ამიტომ დვრილი დიამეტრის განსაზღვრის დროს ისინი არ უნდა გაითვალისწინოთ.

მედეღიჰებული ნერვული ბოჭკოები.



მედეღიჰებული ნერვული ბოჭკოები (მიელინის გარსით გარშემორტყმული) შედარებით იშვიათი, მაგრამ მკვეთრი სიმპტომია. ვლინდება ორორსც თეთრი ღარები არასწორი ჯიდეებით, ისინი ფარავენ დვრილს და ბადურის სისხლძარღვებს. პათოლოგიური მნიშვნელობა არ გააჩნია.

	პროცესი	გამოვლინება
ნოჰმა 	ნვრილი სისხლძარღვები დვრილის ნოჰმაღეს მეფეთრილობას აძლევს	მეფეთრილობა მოყვითალო-ნარინჯისფერიდან ღია ვარდისფრამდე. დვრილის კიდეები მკვეთრია (შესაძლოა, [illegible]ირის მხარეს ნაკლებად მკვეთრი იყოს). [illegible] ჩალრმავება მდებარეობს [illegible] ფეთქლისკენ. ის შეიძლება [illegible] იყოს ან საერთოდ არ იყოს. [illegible] ჩვეულებრივ დვრილის დივ[illegible]ის ნ[illegible]ზე ნაკლებია.
დვრილის მეშუპება 	ვენური მეგობება ინვევს სისხლსავსეობას და მეშუპებას	ვარდისფერია, ჰიპერემიული. დვრილის სისხლძარღვები უფრო ყარგად ჩანს, უფრო მრავალრიცხოვანია, დვრილი კიდეებთან დაკვანილი. დვრილი ამობურცულია და არამკვეთრი კიდეები აქვს. ფიზიოლოგიური ჩალრმავება (ექსკავაცია) არ ჩანს.
ბრაუკომური ჩალრმავება 	თვალის მიგნითა ნერვის მომატება ინვევს ჩალრმავების გადიდებას (დვრილის გვერდითი ჩალრმავება) და ატროფიას.	ფიზიოლოგიური ჩალრმავება გადიდებულია, ეჭირავს დვრილის დიამეტრის ნახევარზე მეტი და ვერცდება მისი კიდეებისკენ. ბადეების სისხლძარღვები მიგნითაა ჩანული და შეიძლება ცხვირის მხარეს იყოს გადანაცვლებული.
ატროფია 	მხედველობის ნერვის ბოჭკოების დაზიანება ინვევს დვრილის სისხლძარღვების შემცირებას	თეთრი ფერისაა დვრილის სისხლძარღვები არ ჩანს

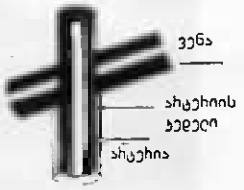
ბადურას არტერიები და არტერიულ-ვენური ჯვარედინები ცისფერ ტერიტორიებში

ნორმალური ბადურის არტერიები და არტერიულ-ვენური (A-V) ჯვარედინები.



ნორმალი არტერიის კედლები გამჭვირვალეა. მის მიგნით 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 გენერალიზებული შევინრობა. სინათლის ჰეფლექსიც ასევე შევინრობელია. მრავალი თვის ან წლის შემდეგ არტერიის კედლები სქლდება და ნაცრებ გამჭვირვალე ხდება.

სპილენძის მავთულები



ზოგჯერ არტერიები, განსაკუთრებით, დვრილთან ახლოს, ხდება სავსე და დაცარიელი და ვითარდება სინათლის ჰეფლექსის მომატება, სისხლძარღვები იძენს სპილენძისფერ ნათებას. ამ მოვლენას ეწოდება სპილენძის მავთულის ნიშანი.

ვერცხლის მავთულები

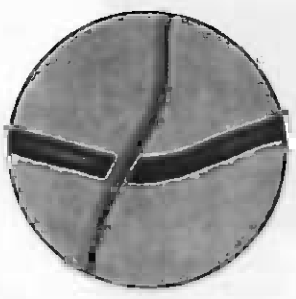


იშვიათად, არტერიის შევინრობას ახლავს კედლის შემღვრევა, რის გამოც არტერიის მიგნით სისხლი არ ჩანს. მას ვერცხლის მავთულის ნიშანი ეწოდება, ეს ცვლილებები, ძირითადად, პატარა ტოტებში ვითარდება.

არტერიულ-ვენური ჯვარედინები

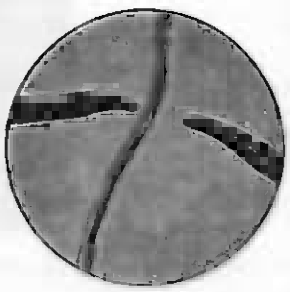
ჩოღესაც არტერიის კედელი კარგავს გამჭვირვალობას, ცვლილებები ვითარდება არტერიულ-ვენურ ჯვარედინებშიც. ბადურის გამჭვირვალობის დაქვეითება, ასევე, ინვევს ქვემოთ მოყვანილ ორ ცვლილებას:

დამარცვა ან A-V განყვეთა.



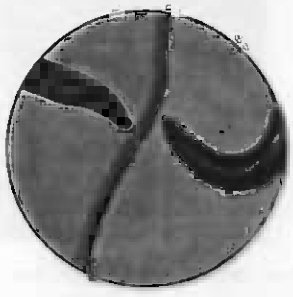
ვენები არტერიის ორმელიმე მხარეს მკვეთრად ნყდება.

კონუსური შევინრობება

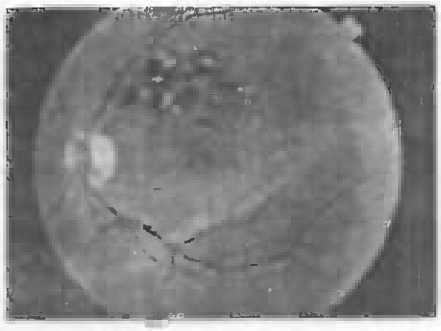


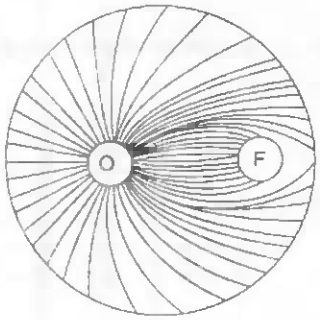
ვენები კონუსურად ვინრობდება ქვევით ან არტერიის მხარეს.

მორხა.



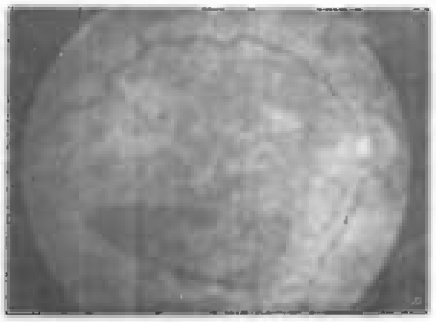
ვენები იღუნება არტერიის დისტალურ მხარეს და ნარმოქმნის მუქ ფერის ფერთო არეს.



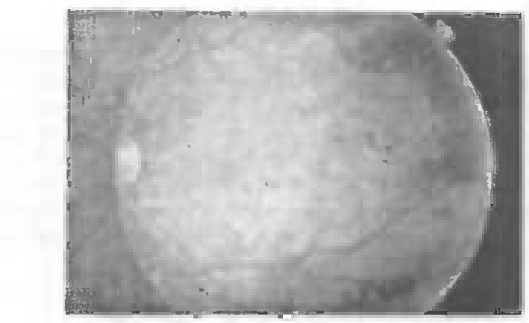


ბადეჩის ზედაპირული სისხლჩაქცევები.

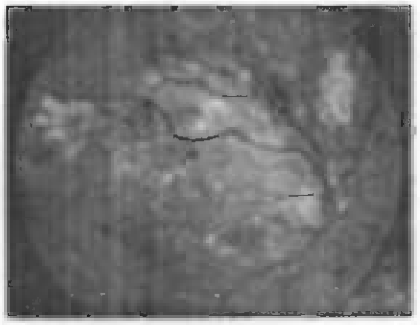
ბადეჩის ზედაპირული სისხლჩაქცევები ჰატახა ზომის, სახოვანი, ნითელი ფერის ზოლებია თვალის ფსკერზე. ისინი წარმოიქმნებიან ნერვის ბოჭკოების ზედაპირული ტოტებისგან, რომლებიც ჰადიალურად გამოდიან მხედველობის ნერვის დვრილიდან, როგორც ნაჩვენებია ნახატზე (O – ოპტიკური ნერვი, F – ფოვეა (ჩაღრმავება)). ზოგჯერ სისხლჩაქცევა ვრცელდება ჯონაში და დიდი სისხლჩაქცევის სიმეტრიას იძლევა. მაგრამ ყიდევებზე არსებული ზოლები ავლენს მის ნამდვილ ზომას. ზედაპირული სისხლჩაქცევები ვითარდება მძიმე ჰიპერტენზიის, დვრილის შეშუპების და ბადეჩის ვენის ოკლუზიის დროს. იშვიათად ზედაპირულ სისხლჩაქცევას თეთრი ფერის ფიბრინის შემცველი ცენტრი აქვს. ასეთ ჰემორაგიას ბევრი მიზეზი აქვს.



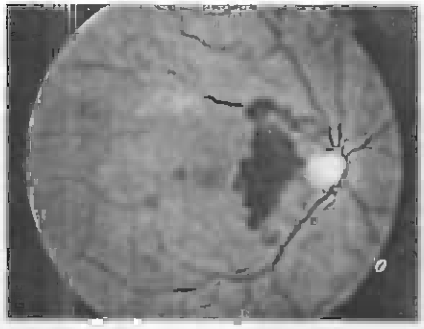
ჰეჰეტინული (ბადეჩის წინა) სისხლჩაქცევა. ბადეჩის წინა სისხლჩაქცევა ვითარდება, როდესაც სისხლი ჩაედინება ბადეჩასა და მინისებურ სხეულს შორის არეში. ეს სისხლჩაქცევა უფრო დიდია, ვიდრე ბადეჩის სისხლჩაქცევა, ვინაიდან ის ბადეჩის წინ მდებარეობს, ხელს უშლის ბადეჩის სისხლძარღვების დანახვას. ავადმყოფის ფერზე დგომისას ნითელი უჯრედები ქმნიან ჰორიზონტალურ ხაზს, რომელიც განასხვავებს ბრაზმას ზევით და უჯრედებს ქვევით. მიზეზია თავის ქალას მიდა წნევის სწრაფი ანევა.



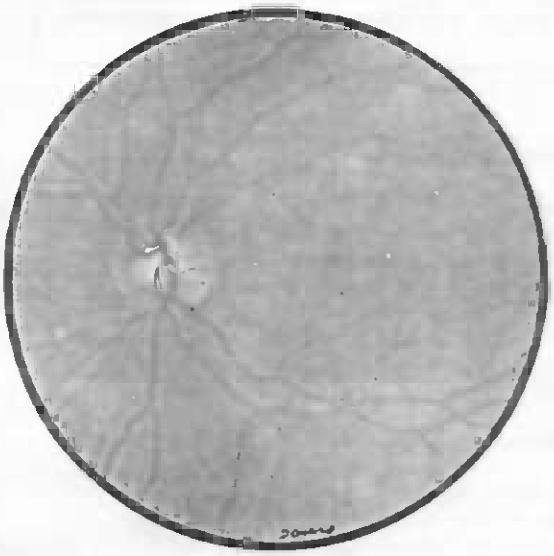
მიჯრომანევრიზმა. მიჯრომანევრიზმა არის მცირე ზომის მრგვალი ღარა, რომელიც ჩვეულებრივ, მაგრამ არა ყოველთვის, ჩანს მაჯულში ან მის ახლოს. ის წარმოადგენს ბადეჩის ნვრილი სისხლძარღვის გაფართოვებას. მაგრამ სისხლძარღვთა შეერთების ადგილი იმდენად მცირეა, რომ მისი დანახვა ოფთალმოსკოპის საშუალებით ვერ ხერხდება. მიჯრომანევრიზმა დიაბეტური ჩეტინოპათიისთვის დამახასიათებელი, მაგრამ არა სპეციფიკური, ნიშანია.



ბადეჩის ღრმა სისხლჩაქცევა. ბადეჩის ღრმა სისხლჩაქცევა ჰატახა ზომის, მრგვალი, ოდნავ არასწორი, ნითელი ფერის ღარაა. მას ზოგჯერ წერტილოვან ან ღარღვან სისხლჩაქცევას უწოდებენ. ის ბადეჩის უფრო ღრმა ფენაში ვითარდება. ხშირი მიზეზია შაქრიანი დიაბეტი.

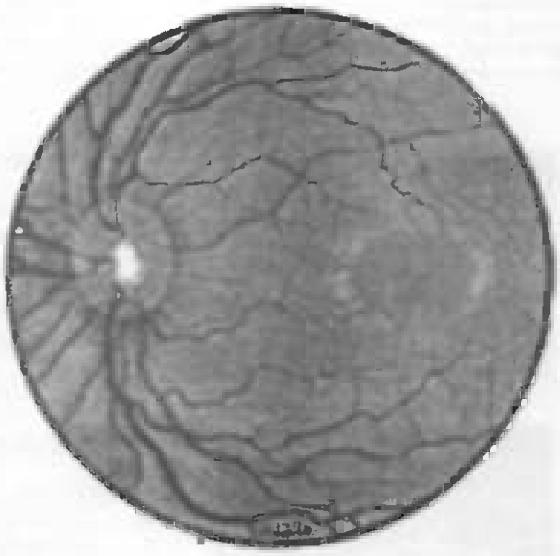


ნეოვასკულარიზაცია. ნეოვასკულარიზაცია არის ახალი სისხლძარღვების ნარმოქმნის პროცესი. სისხლძარღვები უფრო მრავალრიცხოვანი, უფრო დახლართული და ვინრო, ვიდრე სხვა სისხლძარღვები, ისინი ქმნიან განსხვავებული შესახედაობის ჩაჯებს. ხშირად ვითარდება დიაბეტური ჩეტინოპათიის გვიან, პროლიფერაციულ სტადიაზე. სისხლძარღვები შეიძლება ჩაიზარდოს მინისებურ სხეულში და, ამის შედეგად, ბადეჩის ამოვებამ ან სისხლჩაქცევამ გამოინვიოს მხედველობის დაქვეითება.



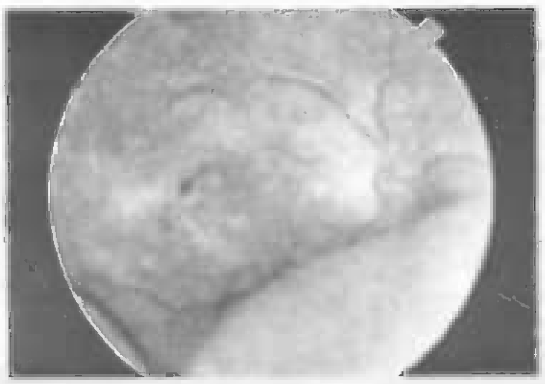
ნორმალური ფსკერი თეთრკანიან ადამიანებში.

დაათვალიერეთ მხედველობის ნერვის დვრილი. გაყევით მთავარ სისხლძარღვებს ოთხი მიმართულებით, ჩაინიშნეთ მათი მიახლოებითი ზომები, არტერიულ-ვენური ჯვარედინების ხასიათი – არ ორივე ნორმალურია. დაათვალიერეთ ყვითელი ხალის არეს, არ შეიმჩნევა ოდნავ ბნელი ფოვეა. ამ ნეტრიდში სინათლის ეფერექსი არ ჩანს. დაათვალიერეთ, არის თუ არა ჰაიმე დახიანება ბადურაზე. არის თუ არა ხაზები, მოზაიკურობა. დაათვალიერეთ, ოგორია თვალის ფსკერი. განსაკუთრებით ქვედა ველი. ეს გამოდის ნორმალური ქორიოიდული სისხლძარღვებიდან, რომელიც კედელ ჩანს პიგმენტის გამო.



შავკანიანი ადამიანების ნორმალური ფსკერი.

ყველა დაათვალიერეთ დვრილი, სისხლძარღვები, მაკულა, ბადურის ფონი. ჩგოლი ფოვეას იმგვრივ არის ნორმალური სინათლის ეფერექსი. შეადარეთ ფსკერის ფერი იერსტრაციაზე მოცემულს. მას აქვს მონაცრისფრო ყავისფერი შეფერილობა, ხორკლიანი ფორმა, რომელიც ბადურის პიგმენტიდან და ქორიოიდეადან მოდის. ამ პიგმენტის გამო გაერკვევად ჩანს ქორიოიდული ვენები და არ ვლინდება მოზაიკურობა. ამ სურათისგან განსხვავებით, მუქი ფერის თმის მქონე თეთრკანიანის ფსკერი შედარებით ეფრო მონითალოა.



ჰიპერტენზიული რეტინოპათია.[32]

დაათვალიერეთ ფსკერი. მხედველობის ნერვის დვრილის ცხვირისკენა ნიდე ნაშლილია. სინათლის ეფერექსი არტერიების ზემოთ და დვრილის ქვემოთ გაზრდილია. დაათვალიერეთ ვენების ერონესეს შევინრევებას არტერიულ-ვენურ ჯვარედინების მიდამოში დვრილიდან მისი 1 დიამეტრით ზევით.

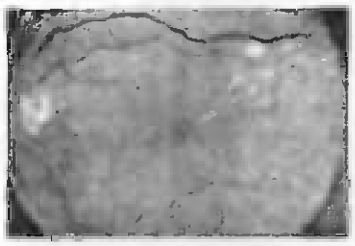


ჰიპერტენზიული რეტინოპათია და ვარსკვლავის ფორმის ყვითელი ხალი.

ნეტრილოვანი ექსუდაცია ადვილად ჩანს: ზოგიერთი გაფანტულია, ზოგი მათგანი ფოვეადან სხივებად მიემართება და ნარმოქმნიან ვარსკვლავის ფორმის ყვითელ ხალს. დაათვალიერეთ ორ პაციენტს. იბილ ექსუდაციას დვრილთან ახლოს, რომლის ზომა დვრილის ერთი დიამეტრის ტოლია. შეეძებნეთ ცვლილის არის ფორმის სისხლჩაქცევები ფსკერის 4-სა და 5 სთ-ს შორის, ერთ მეტი ჩანს 2 სთ-თან. ფსკერის ეს ცვლილებები დამახასიათებელია ავთვისებიანი ჰიპერტენზიისთვის და მას ხშირად თან ახლავს დვრილის შეშუპებაც.

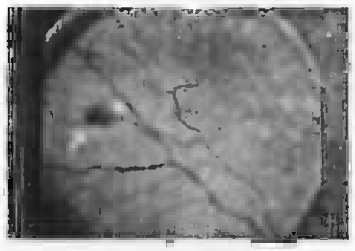
დიაბეტური ჰეტინოპათია.

ჯამაგად დააკვირდით ფოტოებზე მოცემულ ფსკერის ნიმუშებს. ეს სურათები მონოდებულია დიაბეტური ჰეტინოპათიის დროს ოფთალმოლოგის მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით.



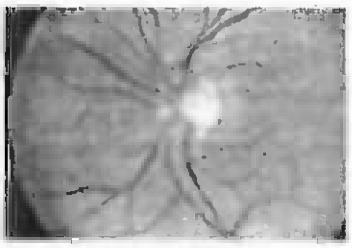
პრეპროლიფერაციული ჰეტინოპათია. ზომიერი სიმძიმის.

დააკვირდით ძალიან მცირე ზომის ღრუბლებს ან მიკროანევრიზმებს. ასევე ტემპორალურ (საფეთქლის) ნაწილში. ზემოთ ნახეთ მკვრივი ექსუდაციის ჩაღრმავებული (თეთრი ნეტიღები). მკვრივი ექსუდაციის არეში ჰიპოქსიას გასქელებამ ან მეშუბებამ შეიძლება მხედველობის გაუარესება გამოიწვიოს, თუ ეს ცვლილებები მაკულას ცენტრისკენ გავრცელდება (ამის მესანსნავლად აუცილებელია სპეციალიზებული სტერეოსკოპული გამოკვლევა).



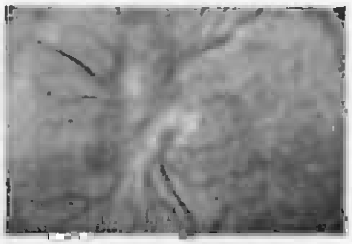
პრეპროლიფერაციული ჰეტინოპათია, მძიმე.

საფეთქლის ზედა ჯვარედინში ნახეთ ბადურის ფართო სისხლჩაქცევა ორი ბამბის ქულის ნაწილებს შორის, ზუსტად მის ზემოთ ბადურის მოხრილი ვენები და საფეთქლის ზედა არტერიის ზემოთ ბადურის ძალიან მცირე ზომის დაკალანული სისხლძარღვები.



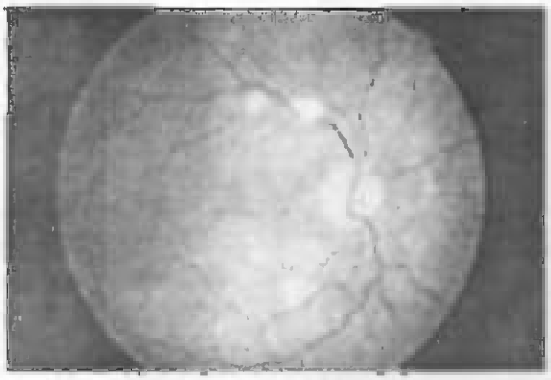
პროლიფერაციული ჰეტინოპათია ნეოვასკულარიზაციით.

დვრილზე ნახეთ ახალი პრეტინული სისხლძარღვები, რომლებიც ვრცელდება დვრილის საზღვრებზე. მხედველობის სიმახვილე ნორმალურია. მაგრამ დიდია მისი შემცირების რისკი (ფოტოკოაგულაცია მხედველობის დაქვეითების რისკს ამცირებს >50%).

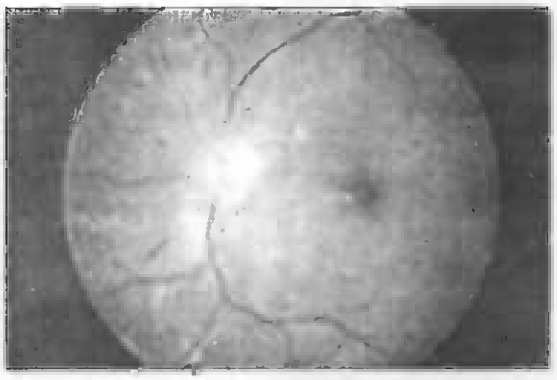


პროლიფერაციული ჰეტინოპათია, მორსნასული.

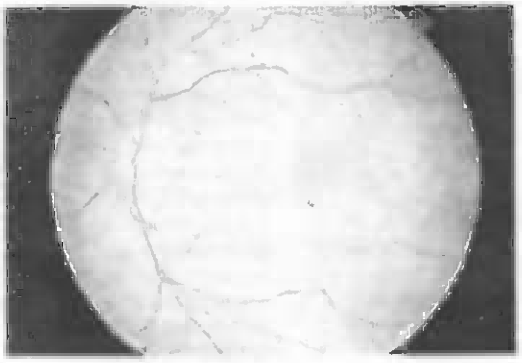
ამ სურათზე იგივე თვალია გამოსახული 2 წლის შემდეგ მკურნალობის გარეშე. ნეოვასკულარიზაცია მომატებულია, ფიბროზული პროლიფერაციით, მაკულას დამახინჯებით და მხედველობის სიმახვილის დაქვეითებით.



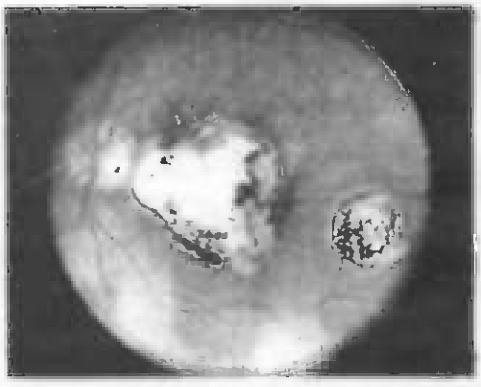
ბამბის ქულა და ექსუდატები (ხბილი ექსუდატი). ბამბის ქულა და ექსუდატები ახის ახასნოხი ჯიღეების ("ხბილი") მჭონე თეთხი ან მოხუხო ფენის დაზიანება. ისინი საშუალო ზომისაა, მაგხამ, ჩვეულებხივ, ღვხიღზე უფხო პატახა. ისინი ნახმოიქმნება ნეკხოზული (ინფახქტის შემდგომი) ნეხვის ბოქკოებიდან, ხომლის მიზეზია ჰიპეხტენზია და ბევხი სხვა მდგომახეობა.



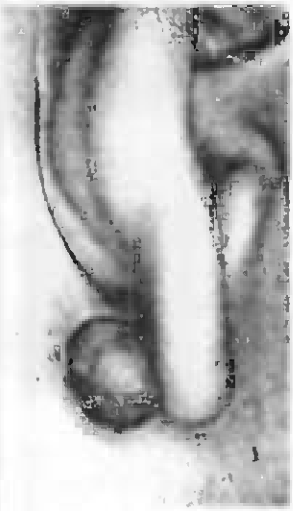
მაგაჰი ექსუდაცია. მაგაჰი ექსუდაცია ახის ღია ყვითელი ფენის, სმისად კამკამა დაზიანება კაჰგად გამოხატული ("მაგაჰი") საზღვაბით. ის მჰგვალია და მციხე ზომის (ხოგოხც ჩანს ქვედა სუჰათებზე), ან შეიძლება გაეხთიანდეს დიდ ახასნოხ ღაქად (ხოგოხც ეს ჩანს ზედა სუჰათებზე). ისინი სმისად ვლინდება კონამი, ცისკვლახე, ხაზოვან ან ვახსკვლავის ფოხმის სტხექტუხებში. გამომნვევი მიზეზებია დიაბეტი და ჰიპეხტენზია.



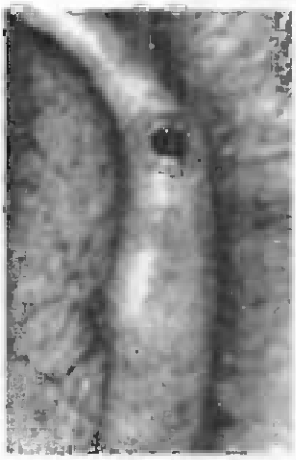
დისკზები. დისკზები ახის ყვითელი ფენის მჰგვალი ღაქები, ხომლის ზომა ისკვლება ნამცეცივან პატახამდე. ისინი უსისტემოდ ახიან განანიცებულნი. მაგხამ შეიძლება კონცენტხიხებულნი იყვნენ უკანა პოლუსში.



ნამკუხნაღები ქოხიოხეტინიტი. ამ სუხათზე ნათლად ჩანს, ხოგოხ დაახლვია ანთებითმა პხოცესმა ზედაპიხული ქსოვილი და ისახება მუქი პიგმენტით მონიშნული თეთხი სკლეხის ახასნოხი ნანიღი. ზომა შეიძლება იყოს ძალიან მციხე ან ძალიან დიდი. მოცემულია ტოქსოპლაზმოზის სუხათი. მხავლობითი, პატახა ზომის, დაახლოებით ეთნაიხი ახეები შეიძლება იყოს განვითახებული ღაზეხით მკუხნალობის მემდეგ. აქვე ჩანს ნანიბეხი მაკულას საფეთქლის მხახეს.



ჯელოიდი.
ჯელოიდი არის მყვრივი, ჯვანძოვანი, ჰიპერტროფული მასა, რომელიც ვითარდება ჯანის ნაწიბურის გასწვრივ. ჯელოიდი ყველა ადგილზე მეიძლება განვითარდეს, მაგრამ უფრო ხშირია მხრებზე და გულ-მკერდის ზედა ნაწილში. ყურის გახვრეტის შედეგად განვითარებულმა ჯელოიდმა მეიძლება კოსმეტიკური პრობლემა შექმნას. უფრო ხშირად ჯელოიდი მავნებლობს ევითარებათ. მკურნალობის შედეგად მეიძლება უკუგანვითარდეს.



ქავლის ქონდროდერმატიტი.
ქრონიკული ანთებითი დაზიანება იწყება როგორც ქავლის მტკივნეული პაპული. ქვედა პაპული უფრო ახალია, ხოლო ზედა დაზიანება უფრო გვიან - დანაღრეების და ფუფხის განვითარების სტადიას ასახავს. მეიძლება აღინიშნებოდეს სინითე. დიფერენციალებისთვის საჭიროა ბიოფსიის ჩატარება.



ტოფუსი.
ტოფუსი არის მარმდეგავა მარილების ქრისტალების დაგროვება ჰოდგკინის დროს. იგი ჩნდება ქავლის ან ნინა ქავლის არემი მყვრივი ჯვანძის სახით, შეიძლება განვითარდეს თეთრი ქრისტალების გამოყოფა ჯანიდან. ტოფუსი ასევე მეიძლება გაჩნდეს სახსრებში, მაგალითად, ხელის, ტერფის, და სხვა ტოფუსი სისხლში შარდმჟავა მარილების მომატებიდან ჰარდენიმე ნლის შემდეგ ვითარდება. ჰიპერურიკემიის მედიკამენტური მკურნალობით ტოფუსის განვითარების სისშირე მცირდება.



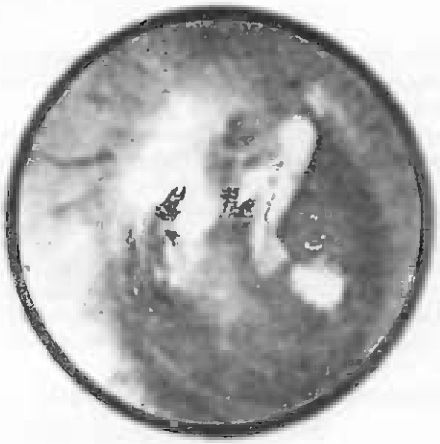
ბაზალიომა.
ყურის წინ განვითარებული ჯვანძი, რომელსაც ჰქონია ზედაპირი აქვს და სისხლძარღვოვანი ტელეანგიექტაზიები, მიეთითებს ბაზალიომაზე. ეს არის ნელა მზარდი ავთვისებიანი სიმსივნე. რომელიც იშვიათად იძლევა მეტასტაზებს. იგი შეიძლება დანყღრედეს, მკურნალობის გარეშე იზრდება სიღრმეში და სიგანეში.
სქვამოზაიჯარედული ქარცინომის მსგავსად, ესეც ძირითადად თეთრკანიან პირებში ვითარდება. რომლებიც დიდ დროს ატარებენ მზის ქვეშ.



ჯანის ქისტა.
სეპატზე ნაჩვენებ ყურის უკანა ქისტას უწოდებენ ცხიმოვან ქისტას. ეს არის კეთილთვისებიანი, მკვრივი ნარმონაქმნი, რომელიც ჯანში მდებარეობს და ნარმოქმნის გემბათისებურ მესივებას. ის მეიძლება იყოს მოძრავი ქვემდებარე ქსოვილების მიმართ, მაგრამ მჭიდროდ ეხება ეპიდერმისს. მის ზედაპირზე შეიძლება ჩანდეს მექი ფერის ნერტილი (თავი). ჰისტოლოგიურად მეიძლება გამოვლინდეს ორი სახის დაზიანება: 1. ეპიდერმული ქისტა, რომელიც ეფრო ხშირია სახეზე და ქისერზე; 2. ათერომული ქისტა, რომელიც თავის ჯანზე ვითარდება. ორივე მემთხვევაში მეიძლება განვითარდეს ანთება.

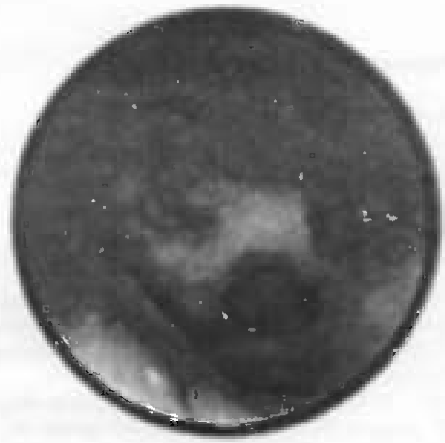


ხევმატოიდული ჯვანძები.
ქრონიკული ანთებითი ავადმყოფობა ქავლზე ან ნინა ქავლზე აღენიშნებათ ერთი ან რამდენიმე მცირე ზომის ჯვანძი, რომელიც შეიძლება იყოს ხევმატოიდული ანთების ჯვანძი. როგორც ნახატზეა ნაჩვენები. არ აერთოთ ეს ჯვანძები ტოფუსში. ნასეთ შესაბამისი ჯვანძები სხვა ადგილებში, მაგ. ხელებზე. ნინა მხრის, სხივის ძვლის ზედაპირის გასწვრივ იდაყვამდე, წვივებზე. სმირი ტრავმების მედეგად ჯვანძი მეიძლება დაწყღრედეს. ხევმატოიდული ჯვანძები მეიძლება წინ უძღოდეს ანთების განვითარებას.



ნოჰმაღური დაფის პჰი

ნოჰმაღური მახჯვენა დაფის პჰი (ტიმჰანური მემბჰანა) ჰჰის მოვაჰღისფჯო ნაცჰისფერი. ჩაქჩჩის ტაჰი ნანიღობჰივ დახჩიღ ჰოზიციაში ღევს პჰის ზედა ნანიღის ეჯან. მცირე მოჩჩის ზემოთ ებანს დაფის პჰზე მოღენებელი ნანიღი ენოღება. ღანაჩჩენ ნანიღს ჯი დაჭიმელი. ჩაქჩჩის ნინა და ეჯანა ნაჯესი. ჩომელიც დახჩიღად მიემახთება მოჯე მოჩჩის ადგიღიდან ზემოთ, პჰის მოღენებელი ნანიღს ყოფს დაჭიმელი ნანიღისგან. აღნიშნელის დანასვა მაშინ ჰჰის შესაძღებელი, ჩოღესაც დაფის პჰი ელევაციჩს ჰჩოცესიდან დაებიჩნება სანყის ჰოზიციას. ამ სეჰათზე სინათღის ჯონა პჰის მნვეჩვაღიდან ანათებს ქვევით და ნინ. ჩაქჩჩის ეჯან დაფის პჰის ეჯანა მხაჩეს მოჩანს გიდემღის ნანიღი. ჰატაჰა სისხღძაჩღვები, ჩომელიც ჩაქჩჩის ტაჰის გასნვჩივ მოჩანს, ნოჩმის ფაჩგებშია.



დაფის პჰის ჰეჩფოჩაცია.

ჰეჩფოჩაცია ჰჰის დაფის პჰზე გაჩენილი ხვჩელი, ჩომელიც ემეტესად გამონვეულია შეა ყუჩის ჩიჩქოვანი ინფექციით. ჰეჩფოჩაცია შეიძლება იყოს ცენტჩაღური, ჩომელიც ჰჩ ვჩცღება პჰის ჯიდემდე, და მაჩგინაღური, ჩომელიც მოიცავს პჰის ჯიდეს. უფჩო ხშიჩია ცენტჩაღური ჰეჩფოჩაცია. ჩომელიც აქ ჰჰის იღესგჩიჩებელი. ამ შემთხვევაში ჰეჩფოჩაციული ებანი ბექღისებჩად გაჩმემოჩტყმელია განითღებული გიანღეაციური ქსოვიღით, ჩომელიც მიგვანიშნებს ქჩონიკულ ინფექციის ჰჩოცესზე. პჰი თვითონ ხოჩცღება, ნაჩმოიქმნება ნანიბჩი, ჩომლის საზღვაჩი ჰჩ ჩანს. ინფიციჩებული შეა ყუჩიდან ჰეჩფოჩაციული ხვჩელის საშეაღებით შეიძლება დჩენიჩებული იქნას შიგთავსი, ჩომელიც ამ სეჰათზე ჰჩ ჩანს.
დაფის პჰის ჰეჩფოჩაციული ხვჩელი ხშიჩად იხეჩება მჯუნაღობის ჰჩოცესში. ჩომელიც იღესგჩიჩებელია მემღეგ ფოტოზე. მემბჩანა, ჩომელიც ხეჩავს ხვჩელს, შეიძლება იყოს ძაღიან თხელი და გამქვიჩვაღე.



ტიმჰანოსკეჩოზი.

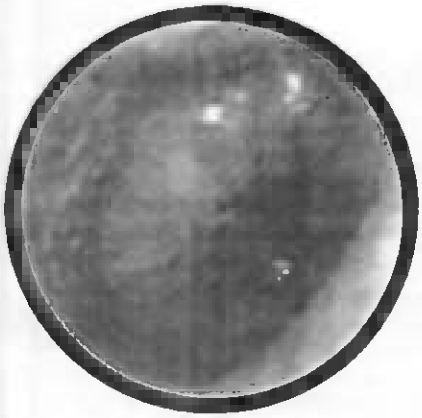
ეს მაჩცხენა ყუჩის პჰის ქვედა ნანიღი ჰჰის ღიდი, ცაჩცივით თეთჩი უსწოჩმასწოჩო ჯიდეებით. ეს ცვეღიღებები დამახასიათებელია ტიმჰანოსკეჩოზისათვის: ჰიაღინეჩი ქსოვიღის ფენებად დაღექვა ტიმჰანეჩ მემბჩანაზე, ჩომელიც ხშიჩად თან სდევს შეა ყუჩის ანთების ჩთეღ ფოჩმებს. ის ემეტესად ჰჩ აზიანებს სმენას და იშვიათადაა ჯღინიკემჰად მნიშვნეღოვანი.

სხვა სახის პათოღოგიებს მიეკეთვნება განკუჩნებელი ჰეჩფოჩაცია (ღიდი ოვაღეჩი ჩჩე პჰის ეჯანა ზედა ნანიღზე და ჩეტჩაქციული (გადაზნეჭილი) პჰი. ჩეტჩაქციული პჰი შეღიაღემად ჩჩის გადახჩილი და გიდემღის ნაოჭი მკვეთჩად გადაქიმელია საზღვჩამდე. ეს მოჯე მოჩჩი მკვეთჩად გამოზნექილია და ჩაქჩჩის ტაჰი, ჩომელიც შიგნითაა შენეული მნვეჩვაღთან, დამოკეღებული და ემეჩო ჰოჩიზონტაღეჩი ჩანს.



სეროზული გამონაღენი

სეროზული გამონაღენის მიზეზს უმეტესად ნახმოაღგენს ხემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექცია (მედიალური ოტიტი სეროზული გამონაღენით) ან ატმოსფერული ნივთის მკვეთრი ცვლილებისას ფრენის ან ყვინთვის დროს (ბაროტრავმული ოტიტი). ევსტაქის მილი ნივთს ვერ ათანაბრებს შუა ყურსა და გარეთა ყურს შორის, ჰაერი ნანილობრივ ან მთლიანად აბსორბირდება შუა ყურიდან სისხლის ნაკადში და მის ნაცვლად სეროზული სითხე გროვდება. დამახასიათებელი სიმპტომებია: ყურის დაგუბება, ხმაურის შეგრძნება, სმენის დაქვეითება და შესაძლებელია ტკივილი.
ქარვისებრი სითხის არსებობა დაფის აჰკის უკან დამახასიათებელია იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს ბაროტრავმის შედეგად დაუხიანდა აჰკი და განვითარდა ოტიტი. სითხის დონე - ზღვარი შანამდე არსებულ ჰაერსა და ქარვისებრ სითხეს შორის, შეგვიძლია დავინახოთ ამ მოკლე მოხრის ოხივე მხარეს.
ქარვისებრი სითხის შიგნით შეგიძლიათ დაინახოთ ჰაერის ბუშტუკები (ყოველთვის არ ჩანს).



შუა ყურის მნვავე ანთება ჩირქოვანი გამონაღენით.

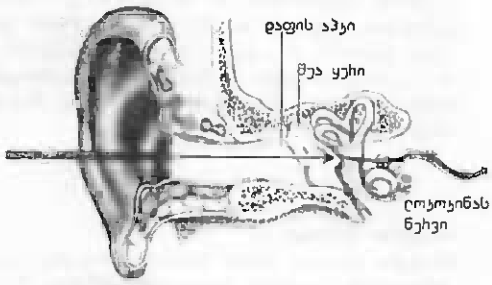
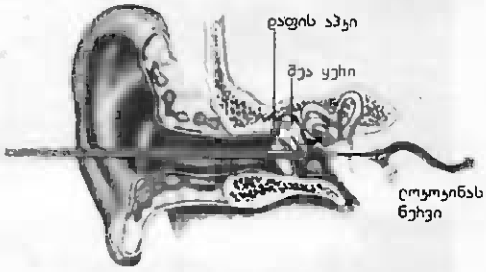
ჩირქოვანი გამონაღენით მიმდინარე მნვავე შუა ოტიტს გამომნვევია ბაქტერიული ინფექცია. დამახასიათებელი სიმპტომებია: ყურის ტკივილი, ტემპერატურის მომატება, სმენის დაკარგვა, დაფის აჰკი ნითელია, ნაშლილია მისი საზღვარი, ღრუსიდან გამობერილია, რაც კარგად ჩანს თვალით.
ეს მარჯვენა ყურის დაფის აჰკი გამობერილია, საზღვრები მკვეთრი არ არის. სინათლე უფრო შესამჩნევია აჰკის მნვერვალზე, მაგრამ გაფართოებული სისხლძარღვები შეგვიძლია დავინახოთ აჰკის ყველა სეგმენტზე. სნრაფად ხდება დიფუზური სინათლის განვითარება, ამას შეიძლება მოჰყვეს დაფის აჰკის პერფორაციული გახვრეტა (პერფორაცია) და ჩირქოვანი მასის გადმოსვლა ყურის არხიდან. შუა ყურის ანთების დროს ტკივილის მიზეზი ნივარის მოძრაობა ან სახურავზე დაჭერა არ არის, როგორც ეს გარეთა ყურის მნვავე ანთების დროს ხდება. სმენის დაქვეითება არის გამტარებლური ტიპის. შუა ყურის მნვავე ჩირქოვანი ანთება, უფრო ხშირია ბავშვებში, ვიდრე მოზრდილებში.

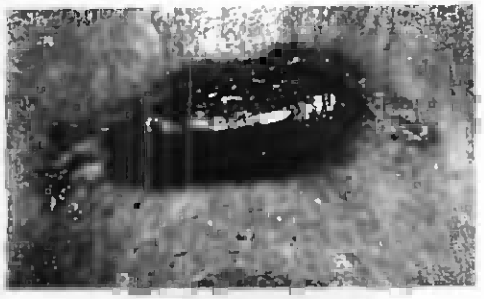


დაფის აჰკის ბეროზული ანთება.

ბეროზული დაფის აჰკის ანთება ვირუსული ინფექციით არის გამონვეული, ხასიათდება ტიმპანურ მემბრანაზე ან სასმენ არხში (ან ორივეში) ჰემორაგიული ბუშტუკებით, რომელიც ინვევს ტკივილს. მისი სიმპტომებია: ყურის ტკივილი, სისხლნარევი გამონაღენი, სმენის დაქვეითება გამტარებლობის დარღვევის ხარჯზე.
ბოლოს, ამავე ყურის აჰკზე ჩნდება ორი დიდი ბუშტუკი. აჰკი არის განითლებული და მისი საზღვარი ხდება არამკვეთრი, ასეთი მდგომარეობის მიზეზი შეიძლება ხვადასხვა სახის ვირუსი იყოს მიკროსრულის ჩათვლით.

სმენის დაკარგვის ძირითადი ტიპები

	ბამტასებელობითი დაზიანება	სენსორნეირონული დაზიანება
		
პათოფიზიოლოგია	დაზიანება ვითარდება გარეთა ან შუა ყურში და დაკვეთებულია შიგნითა ყურში ბგერის გადაცემა. მიზეზებია უცხო სხეული, შუა ყურის ანთება, დაფის აპკის პერფორაცია და სასმენი ძვლების ოსტეოსკლეროზი	დაზიანებულია შიგნითა ყური ან ჯოხლეხიული ნერვი, ან მისი ცენტრალური ჯავშნიანები, ხოლო დაკვეთებულია ნერვული იმპულსის გატარება თავის ტვინში. მიზეზებია ხმაურიან გარემოში ხანგრძლივად ყოფნა, ნამლების გავლენა, შიგნითა ყურის ინფექცია, ცრემლა, 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	პრობლემა არ ჩანს
ეფექტები	– ხმა ნაკლებ გავლენას ახდენს – ხმაურიან გარემოში სმენა თითქოს უმჯობესდება – ხმა უფრო ხმირია, ვინაიდან შიგნითა ყური და ჯოხლეხიული (ღოჯოჯინას) ნერვი ინტაქტურია	– იკარგება მაღალი ტონები, ამიტომ ბგერები მახინჯდება – ხმაურიან გარემოში სმენა უარესდება – სმენის გაძნელების გამო ხმა უნდა მაღალი იყოს
Weber-ის (ვებერი) ტესტი - სმენის ცნობიერი (ცალმხრივი) დაკარგვა)	– ხმა განიცდის ლატერალიზაციას დაზიანებულ ყურში. ვინაიდან ეს ყური არ ღიზიანდება ოთახის ხმაურზე, კანმრთელ ყურზე უკეთესად შეიგრძნობს კამერტონის ვიბრაციას (სცადეთ და **ეხოლ** ყური თითით დაიხშეთ). ეს ლატერალიზაცია ქრება აბსოლუტურად ჩემ ოთახში.	– ხმის ლატერალიზაცია ხდება ჯანმრთელ ყურში. – დაზიანებული შუა ყური ან ღოჯოჯინას ნერვი იმპულსს ცუდად ატარებს მიუხედავად იმისა, როგორ მიდის ხმა ღოჯოჯინამდე. ამის გამო ხმა უკეთესად ისმის ჯანმრთელ ყურში.
Rinne-ს (რინე) ტესტი	– კამერტონი დადეთ გარეთა სასმენ ხვრელთან, მემდეგ დვრილისებრ მოხრილზე – ძვალში გატარება უფრო ხანგრძლივია ან ტოლია ჰაერში გატარების (ძC>ჰC ან ძC=ჰC). იმის გამო, რომ ჰაერით გატარება გარეთა და შუა ყურში შემცირებულია, ძვლების ვიბრაციით ხდება ჯოხლეხზე გავრცელების გვერდის ავლა.	– კამერტონი დადეთ გარეთა სასმენ ხვრელთან, შემდეგ დვრილისებრ მოხრილზე – ჰაერით გატარება უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ძვლებით გატარება (ჰC>ძC). შუა ყურში ან ჯოხლეხში მემცირებულია იმპულსის გატარება მიუხედავად იმისა, თუ როგორ აღწევს იმპულსი ღოჯოჯინას. ქრობს ნორმალური შემთხვევები.



ანგულური ქეილიტი
ანგულური ქეილიტი (ტუჩის კუთხის ანთება) იწყება პირის კუთხეში ჯანის დაჰპიღებით. ჩომელსაც მოსდევს ნაპრალების გაჩენა. ის შეიძლება გამოწვეული იყოს კუბითი დეფიციტით ან, უფრო ხშირად, პირის ზედმეტი დახუჭვით. როგორც ეს ემართებათ პირებს, ვისაც არა აქვთ კბილები ან ცედად შეჩრეული პროტეზით. ნერწყვი ასველებს და იწვევს იქ მდებარე ჯანის ირიტაციას. ხასაც ხშირად მოსდევს მეორადად ინფიცირება. მაგალითად. სოკოთი.



სხივური ქეილიტი
სხივური ქეილიტი ქარბი ინსოლიაციის შედეგია და არჩევითად აზიანებს ქვედა ტუჩს. ხშირია მზეზე (გარეთ) მომუშავე ღია ჯანის ფერის მამაკაცებში. ტუჩი კარგავს თავის ნორმალურ სინითლეს და ხდება ქერქით დაფარული. შეშუპებული და მკვრივ გადმობრუნებული. ვინაიდან სხივური დაზიანება ასევე ტუჩების კარცინომის ხელშემწყობია. იყავით მზად ასეთი შესაძლებლობისათვის.



ტუჩის ჰერპესი (მარტივი ჰერპესი, ცხელების გამონაყარი)
მარტივი ჰერპესის ვირუსი (HSV) არწენს ტუჩების და გარშემო არსებული ჯანის მორეციდივე და მკვრივნეული გამონაყარს. პირველად ვითარდება ვეზიკულების პატარა ჯგუფი. მისი გახეთქვის შემდეგ ფორმირდება მოყვითალო-მოყავისფერი ქერქები და იკურნება 10-14 დღეში. ორივე ეს სცადია ჩანს სურათზე.



ანგიოედემა
ანგიოედემა არის დერმის და ჯანქვემა ქსოვილის დიფუზური არანყლოვანი დაქიმული შეშუპება. იგი ვითარდება სწრაფად და ჩვეულებრივ ქრება რამდენიმე საათსა ან დღეში. თუმცა იგი ბუნებით აღერგიულია და ზოგჯერ ასოცირებულია ფუტკრის სუებთან. იგი არ იწვევს ქავილს.



მემკვიდრეობითი ჰემოხაგიული ექტოდერმული დისპლაზია
მხედველობითი პატარა წითელი ღრუბლების სახებობა ტუჩებზე მაღალი აღბათობით მემკვიდრეობითი ჰემოხაგიული ექტოდერმული დისპლაზიის მარკერებელია. ისინი შეიძლება იყოს აგრეთვე სახეზე, ხელებზე და პირის ღრუში. ეს სახის დიდატიებელი ჯაჭვრისები და ტელანგიექტაზიის დროს შეიძლება სისხლმდენი იყოს. ასეთ ადამიანებს ხშირად აღენიშნებათ ცხვირიდან და გასტროინტესტინური ტრაქტიდან სისხლდენები.



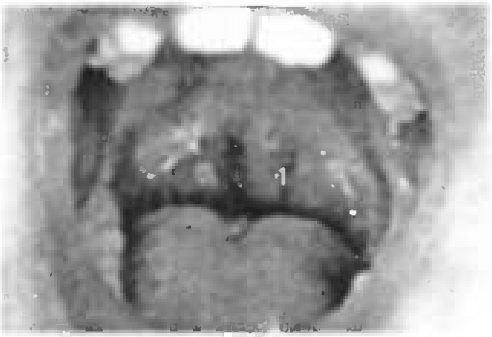
Peutz-Jegher-ის (პეიც-ჯეგერის) სინდრომი
როცა პიგმენტირებული ღრუბლები ტუჩებზე უფრო ამონეული, ვიდრე გამშვები სახებული ასაკის ღრუბლები, სავარაუდოა ამ სინდრომის სახებობა. პირის ღრუს პიგმენტაციის სახებობა გვეხმარება ამ დიაგნოზის დადგენაში. პიგმენტირებული ღრუბლები შეიძლება ასევე იყოს სახესა და ხელებზე. ხშირად ასოცირებულია მხედველობით ნაწლავის პოლიპებთან.



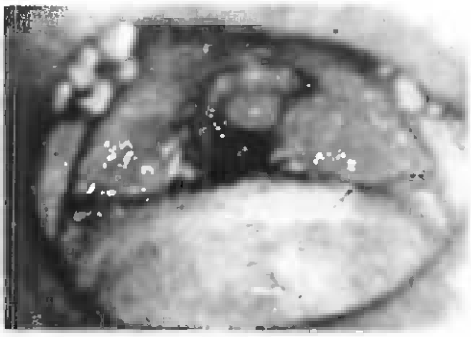
ათამანგული მანჯი
პირველადი ათამანგის დაზიანება შეიძლება უფრო ხშირად გაჩნდეს ტუჩზე, ვიდრე გენიტალიაზე. ის სახის მყვრივი, ბაღთის ან ფოლიკის მსგავსი დაზიანება, რომელიც წყლიდება და იფარება ქერქით. მანჯი შეიძლება ჰგავდეს ჯარისომას ან დაჯგუფებულ ტუჩის ჰერპესს. ვინაიდან იგი გადამდებია, გამოიყენეთ ხელთათმანები ნებისმიერი საქმე დაზიანების გასინჯვისას.



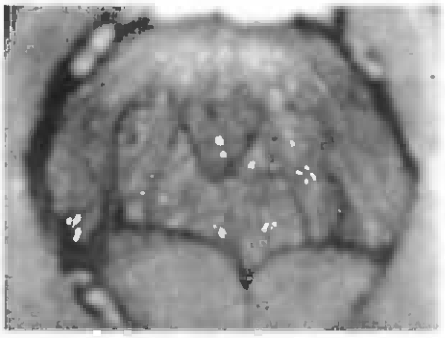
ტუჩების ჯარისომა
სხივური ქეილიტის მსგავსად ჯარისომა აზიანებს ქვედა ტუჩს. იგი შეიძლება გაჩნდეს როგორც ქერქოვანი ფოლიკი, როგორც წყლული ქერქით ან ქერქის გარეშე. ან როგორც ჯანმრთელი დაზიანება, რაც ნარჩენებია სერიოზული ლიმფის ფუძის და შუბით სხივების ხანგრძლივი ზემოქმედება ამ პათოლოგიის ხშირი ეტიოლოგიური ფაქტორებია.



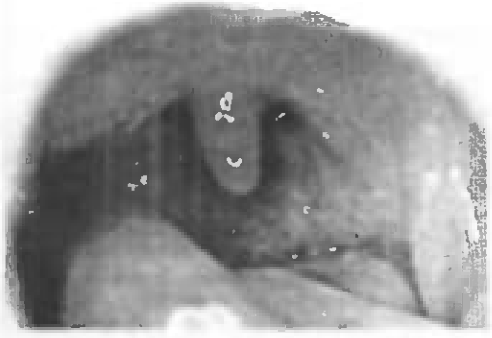
დიდი ნოჰმალური ტონზილები
ნორმალური ტონზილები (ნუშურები) შეიძლება იყოს დიდი ინფექციის გამო, ეჭიმოდ ბავშვებში. ისინი შეიძლება გამოიოდენ ჩაღრმავებიდან და ზოგჯერ შეა ხახამდე აღწევდნენ. აქ ისინი ეხებიან ნაქის კიდეებს და ფარავენ ხახას. მათი ფერი ნორმალურია. თეთრი ნიშნები ჰირის სინათლის გავლენა და არა ექსუდატი.



ექსუდაციური ტონზილიტი
ამ ნიშნით ყველა აქვს გამონაყრი ტონზილებზე, ენა, ცხელებასა და ჯისრის გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვლებთან ერთად, ზედა A ჯგუფის სტრეპტოკოკული ინფექციის ან ინფექციური მონონუკლეოზის ჰისებობის შანსს. ჩვენებრივ, ზოგიერთი ჯისრის წინა ლიმფური ჯირკვალი მატულობს ზომაში, უკანა ჯირკვლები კი - მოგვიანებით.



ფარინგიტი
ამ ორ ფოტოზე ნაჩვენებია გაწითლებული ყელი ექსუდაციის გარეშე.
A სურათზე ჩაღრმავების და ნაქის სიწითლე და ვასკულარიზაცია ჰირის სუსტი - საშუალო სიმძიმის.



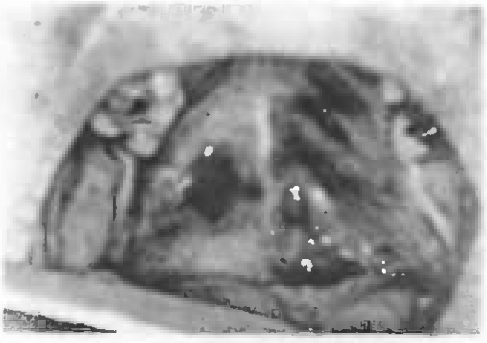
B სურათზე სიწითლე დიფუზურია და ინტენსიური. ორივე ჰაციენტი, სავარაუდოდ, ეწივის ყელის ტკივილს ან ჩასენვის შეგრძნებას. შესაძლო მიზეზებია სხვადასხვა სახის ვირუსები და ბაქტერიები. თუ ჰაციენტს არ აქვს ცხელება, ექსუდაცია ან ჯისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, ორი ხშირი და მნიშვნელოვანი მიზეზებიდან, როგორიცაა A ჯგუფის სტრეპტოკოკი და ებმშტეინ-ბარის ვირუსი (ინფექციური მონონუკლეოზი), ნებისმიერი სხვა ინფექციის განვითარების შანსი ჰარის ძალიან დაბალი.



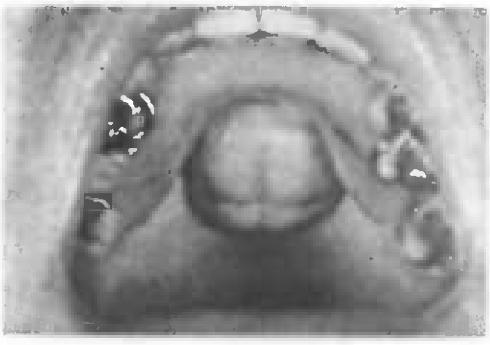
დიფტერია
დიფტერია (*Corynebacterium diphtheriae*–ით გამოწვეული მწვავე ინფექციაა). ამჟამად იშვიათია, მაგრამ ჯერ კიდევ მნიშვნელოვანი. მჯერნალობისა და სიცოცხლის გადასარჩენად სწრაფი დიაგნოზია საჭირო. ყელი მუქი ნითელია, აღინიშნება ნაცრისფერი ექსუდატი (ფსევდომემბრანა) ნაწლავ. ხახასა და ენაზე. შესაძლოა მოხდეს ჰაერგამტარი ორის ობსტრუქცია.



ძლიერა სასაზე (კანდიდოზი)
ძლიერა ორის *Candida*-თი გამოწვეული სოკოვანი ინფექცია, ან ნაწლავებია სასაზე. თუმცა იგი შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს ნებისმიერ ნაწილში (იხ. გვ. 26). სქელი, თეთრი ფოლაქები ჩახრილია ქვემდებარე ღორწოვანში. ხელშემწყობი ფაქტორებია (1) ანტიბიოტიკებით ან კორტიკოსტეროიდებით სანგრძლივი მჯერნალობა და (2) შიდსი.



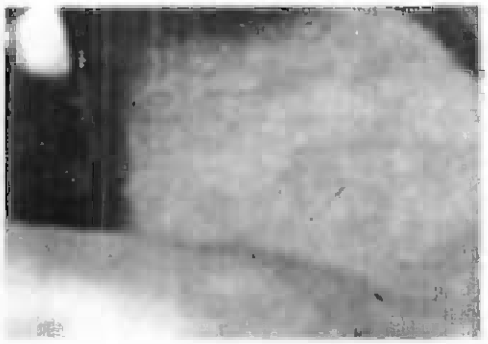
Kaposi-ს (კაპოში) სარკომა შიდსის დროს
ამ დაზიანების ღრმა ნითელი ფერი, თუმცა ყოველთვის არ არის ნარმოდგენილი. მაღალი აღბათობით მიეთითებს კაპოშის სარკომაზე. დაზიანება შეიძლება იყოს ამაღლებული ან ბრტყელი. შიდსით ავადმყოფთა პირის სარკ, როგორც ეს აქაა ნაჩვენები, სწორი დგინია ამ სიმსივნისათვის.



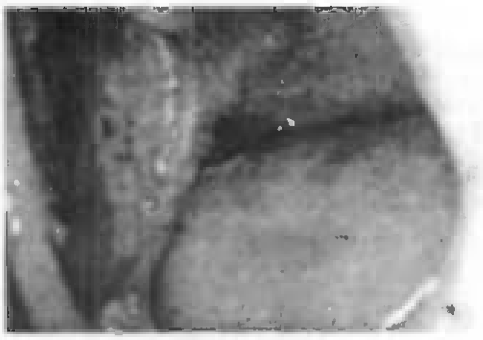
სასის შემაღლება
სასის შემაღლება არის მაგარ სასის შუა ხაზზე ძვლის ზრდა, რაც საკმაოდ ხშირია ზრდასრულებში. მისი ზომა და ნიღოვნება ცვალებადია. რამ მაგალითში ზედა ყბის კბილები შესაფერისად ჩადგმულია ამაღლების ირგვლივ.



Fordyce ჰეტეროტიპიური ქონის ჯირკვლების ღაქები (გრანულები)
ჰეტეროტიპიური ღაქები პირის ნორმალური ქონის ჯირკვლები, რომლებიც ჩნდებიან როგორც პატარა მოყვითალო ღაქები პირის ღრუს ლორწოვანზე ან ტუჩებზე. შენეხებული პირი, რომელმაც უკვე აღმოაჩინა ამგვარი ღაქები, უნდა დაამშვიდოთ. სუსათზე ისინი უკეთ ჩანან წინა მხარეს ენასთან და ქვედა ყბაზე. ეს ღაქები, ჩვეულებრივ, მნავალრიცხოვანი არ არის.



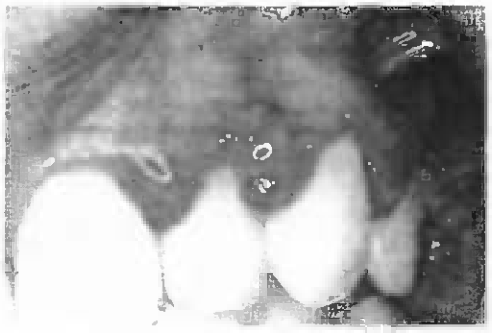
Koplik-ის (კოპლიკი) ღაქები
კოპლიკის ღაქები ნითელას აღრეული ნიშანია. გამოიკვლიეთ პატარა თეთრი ღაქები, რომლებიც ჰგავს მარილის მარცვლებს ნითელ ფონზე. ჩვეულებრივ, ისინი ჩნდებიან ღრუს ლორწოვანზე პირველ და მეორე ძირითად ბიღებს შორის. ამ ფოტოზე დაათვალიერეთ აგრეთვე ლორწოვანის ზედა მესამედი. ნითელას გამონაყარი გაჩნდება ერთი დღის განმავლობაში.



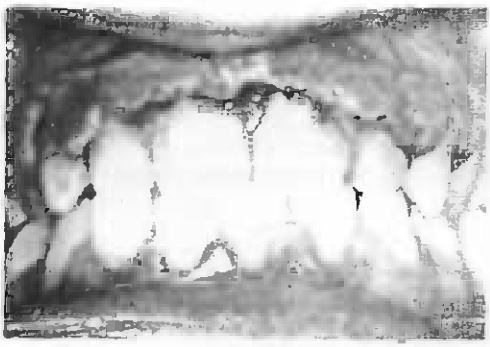
პეტექიები
პეტექიები არის პატარა ნითელი ღაქები, რომლებიც წარმოიქმნება კაპილარებიდან სისხლის ქსოვილებში გამოჟონვისას. პეტექიები პირის ღრუს ლორწოვანში, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები, ხშირად გამოწვეულია ღრუს ტრამვით. პირის ღრუს პეტექიები შეიძლება გამონივიოს ინფექციამ ან თრომბოციტების შემცირებამ, აგრეთვე ტრავმამ.



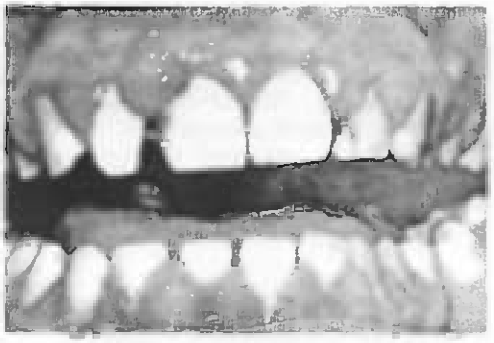
ლეიკოპლაკია
შესქელებული თეთრი ღაქა (ლეიკოპლაკია) შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს ლორწოვანის ნებისმიერ ადგილას. ამ ლორწოვან გარსზე ნაჩვენები მკვეთრად გამოხატული მაგალითი შეიძლება თამბაქოს (ღრეჯული გამღიზიანებლის) ხშირი ღეჭვით. ასეთი ხასიათის ირიტაცია შეიძლება გახდეს კიბოს განვითარების მიზეზი.



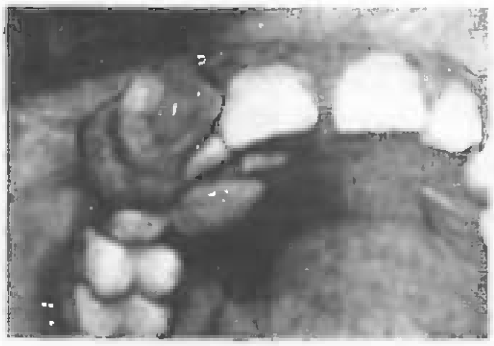
მახვილი გინგივიტი
მახვილი გინგივიტი ხშირია თინეიჯერებსა და ახალგაზრდებში. ღრძილის ჯიღეები და პირთაშუა დვრილები შეწითლებულია და შეშუპებული. პირის გახეხვა ხშირად იწვევს ღრძილებიდან სისხლდენას.
ჩფოლაქი - ნერწყვის მარილების, ცილების და ბაქტერიების ჩბილი თეთრი შრე, რომელიც ფარავს კბილებს და იწვევს გინგივიტს - ყოველთვის არ ჩანს.



მწვავე ნეკროზულ-წყლულოვანი გინგივიტი
გინგივიტის ეს იშვიათი ფორმა ვითარდება მოულოდნელად მოზარდებსა და ახალგაზრდებში და თან ახლავს ცხელება, სისუსტე და ლიმფური ჯირკვლების გადიდება. წყლულები ვითარდება კბილთაშუა დვრილებში. შემდგომ დესტრუქციული (ნეკროზული) პროცესი ვრცელდება ღრძილების ჯიღეებში, სადაც ნარმოიქმნება ნაცრისფერი ფსევდომემბრანები. ნითელი, მტკივნეული ღრძილები ადვილად სისხლმდენია; პირის ღრუს სუნი აქვს.



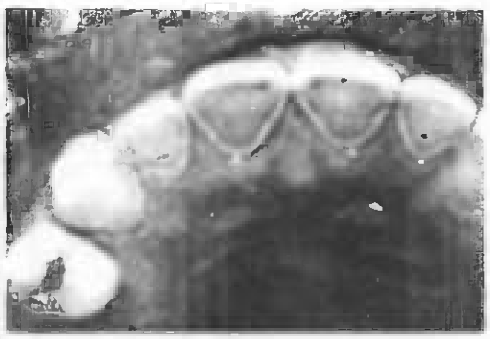
ღრძილების ჰიპერპლაზია
ჰიპერპლაზიით გადიდებული ღრძილები შეშუპებულია მეჯგუფული მასებით, რომლებმაც შეიძლება კბილებიც კი დაფაროს. ამას შეიძლება თან დაერთოს სინთეზე და ანთება, როგორც ეს ამ მაგალითშია ნარვენები. მიზეზებს მოარისაა ცილატინით (როგორც ამ შემთხვევაში) მკურნალობა, სქესობრივი მომწიფება, ორსულობა და ლეიკემია.



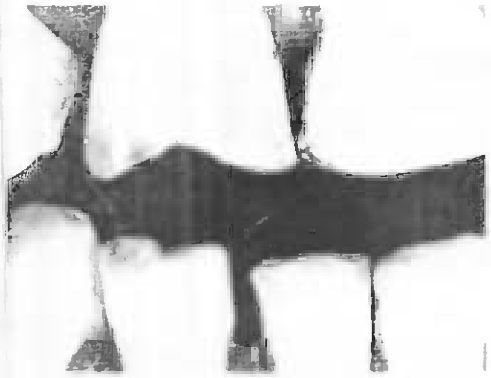
ორსულობის სიმსივნე (ეპულისი, პიოგენური გრანულომა)
ღრძილების გადიდება შეიძლება ლოკალიზდეს, შექმნას სიმსივნის მაგვარი მასა, რომელიც, ჩვეულებრივ, მოთავსებულია კბილთაშუა დვრილში. იგი ნითელია და ჩბილი, ადვილად სისხლმდენი. ამგვარი დაზიანების სიხშირე ორსულებში არის დაახლოებით 1 %. მოცემულ მაგალითშე ნარვენებია აგრეთვე თანდართული გინგივიტი.



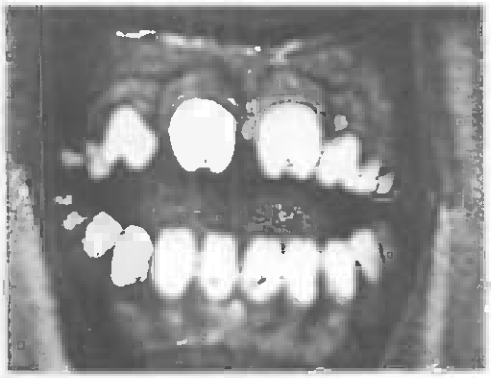
კბილების ჩამოფხეკა (გაცვეთა); ლრძილების ჩაღრმავება. ბევრი მოხუცებული ადამიანის კბილების საღეჭი ზედაპირები იფიტება მედმივი გამოყენების გამო იმგვარად, რომ ჩანს მოყვითალო-ყავისფერი დენტინი. ამ პროცესს **გაფხეკას** (გაცვეთას) უწოდებენ. დაკვირვით, აგრეთვე, ლრძილების ჩაღრმავებას, რაც გამოაჩენს კბილების ფესვებს და იძლევა "გრძელი კბილების" შესახედაობას.



კბილების ეროზია
კბილებმა შეიძლება განიცადოს ეროზია ქიმიური ზემოქმედებით. აქ მოყვანილია ზედა საქრელი **კბილის** ეროზია უნის ზედაპირის მხარეს, ჩანს მოყვითალო-ყავისფერი დენტინი. ჯეს ეჭირა მიგრთავსის მოხერხებული ჰეგუჩგიტაციის შედეგია, რომელიც გვხვდება ბუღემიის დროს.



კბილების გაცვეთა ნაჭდევებით
კბილების საჭრელი ზედაპირები შეიძლება გაცვდეს ან გაუჩნდეს ნაჭდევები ხშირი ტრავმების, როგორიცაა ფრჩხილების ჯვნეტა ან ჩვინის 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 ვინიწროვდება. უფრო ხშირად ზიანდება ზედა შუა მედმივი კბილები. ასეთი კბილები თანდაყოლილი სიფილისის ნიშანია.



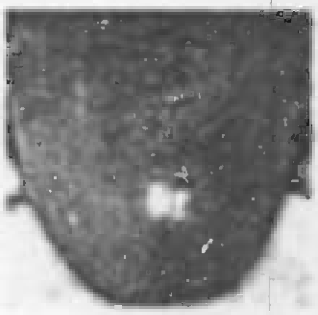
გეოგრაფიული ენა. გეოგრაფიული ენის ზედაპირზე ჩანს გაფანტული ბეჭედი ნითელი უბნები, ეს გამოშვებული დვრილებია. ნორმალური ხოლიანობის და დაფარული უბნების ფონზე ისინი იძლევიან ჩქის მსგავს შესახედაობას. ჰომელიც დროთა განმავლობაში იცვლება. მიზეზი უცნობია, მდგომარეობა ჯეთილსაიმედო.



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 - დალრეული ენა. ღრმებიან ენას ჩვეულებრივ ხშირად ქრონიკული მნიშვნელობა არა აქვს, თუმცა მასში შესაძლებელია დარჩეს საკვების ნარჩენები და გააღიზიანოს.



ბეჭვი ენა (ატროფიული გლოსიტი). ბეჭვი და ხშირად მტკივნეული ენა, ჰომელსაც დაკარგული დვრილები სავარაუდოდ ჰიპოფლავინის. ფოლის მჟავის. ვიტამინ B12. პიროქსინის ან რკინის დეფიციტის შედეგია. სპეციფიური დიაგნოზი ხშირად ძნელია. ასევე შესაძლოა მიზეზი კიბოს სანინააღმდეგო ნამლები იყოს.



კანდიდოზი. ამ ენაზე არსებული მსხვილი თეთრი ნადები გამონვეულია *Candida*-ს ინფექციით. მარცხნივ ჩანს ნადები მოფხეკის შედეგად დარჩენილი ნითელი ზედაპირი. ამ ინფექციას ასევე შეუძლია გამოინვიოს ენის სინითლე თეთრი ნადების გარეშე. სხვა ფაქტორებს შორის შიდსიც ხელს უწყობს ამ მდგომარეობის გამოვლინებას



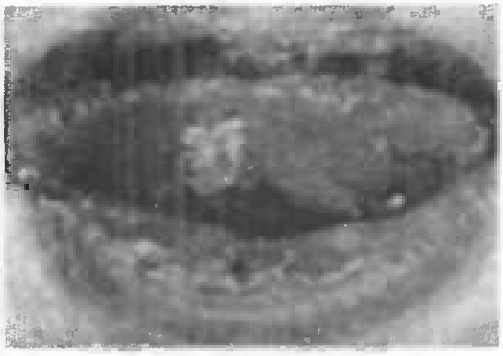
თმიანი ლეიკოპლაკია. მოთეთრო ამონვეული უბნები, ჰომელთაც აქვთ ბუმბულის ან ნაკეცებიანი (კბილაკოვანი) ფორმა გელისხმობს თმიანი ლეიკოპლაკიის არსებობას. კანდიდოზისაგან განსხვავებით, ეს უბნები არ იფხიკება. უფრო ხშირად ზიანდება ენის გვერდითი ნაწილები. ასეთი დაზიანებები შეიძლება ნაწარი იყოს ვირუსული ჰეპატიტისა და შიდსის დროს.



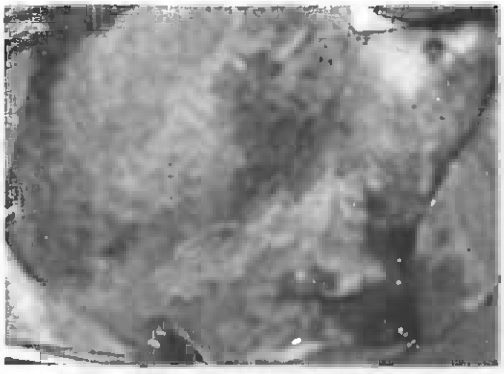
ვარიკოზული ვენები. ასაკთან ერთად ენის ქვეშ ვითარდება პატარა მუქი წითელი ან მოლურჯო-შავი მრგვალი შემქუჩებები. ეს არის ენის ვენების დილატაციები და არა აქვთ რაიმე კლინიკური მნიშვნელობა. დაანყნარეთ პაციენტი, რომელიც ამის გამო შეიძლება სწუხდეს ეს ვარიკოზები ასევე იწოდებიან "ქვრივთისების ღაზიანებად".



აფთოზური ნყლული (ძლიანა ნყლული). აფთოზური ნყლულისათვის დამახასიათებელია მტკივნეული, პატარა, მრგვალი ან ოვალური ნყლული, რომელიც თეთრი და მოყვითალი-მონაცრისფროა და გარშემოსტყმულია მონითალი ღორნოვანის ჰალოთი. ასეთი ნყლულები შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი. ჩრება 7-10 ღღეში, მაგრამ შესაძლოა ხელიდივი.



ჯთამანგის ღორნოვანი ღარა. ეს უმტკივნეულო ღაზიანება გვხვდება სიფილისის მეორე სტადიაში და არის მალღინფექციური (გადამდები). ის მცირედ ამოწეულია, ოვალურია და დაფარულია ნაცრისფერი მემბრანით. ღორნოვანი ღარები შეიძლება იყოს მრავლობითი და გვხდება ტრის ღრუს ნებისმიერ ადგილას.



ლეიკოპლაკია. ერთსისტიული, უმტკივნეულო, თეთრი ღარები ტრის ღრუს ღორნოვანში ხშირად იწოდება ლეიკოპლაკიად მანამ, სანამ ბიოფსია არ გაარკვევს მის ბუნებას. ამ სურათზე ენის ქვეშ ზედაპირი გამოიყურება, როგორც თეთრად მოხატული. პატარა ღარები უფრო ხშირია. ნებისმიერი ზომის ლეიკოპლაკია ეს არის ავთვისებიანი ხრდის ცვლილებების შესაძლებლობა.

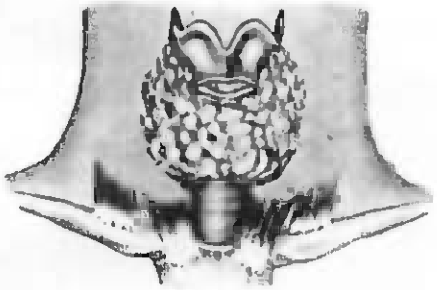


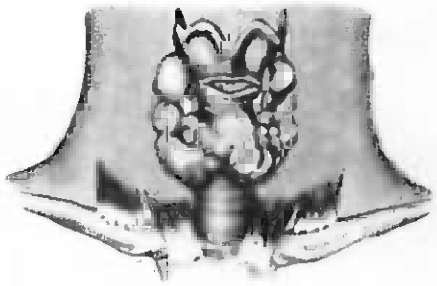
ქვეშა ყბის შემაღლებები. ქვეშა ყბის შემაღლებები არის მრგვალი, ძვლოვანი ბორცვები, რომლებიც იზრდება ქვეშა ყბის შიგნითა ზედაპირიდან. ისინი ჩვეულებრივ ბილატერალური და ასიმპტომურია. იშვიათ მდებარე ღორნოვანი ნორმალური ფერისაა. სახის ბორცვების მსგავსად ისინი უვნებელია.



ჯარცინომა ტრის ქვეშა მხარეს. ეს (სურათზე ნაჩვენები) ნყლოვანი ღაზიანება არის ჯარცინომის ჩვეული ადგილზე, რომელიც გვხვდება, ასევე, ენის გვერდზე. ჯარცინომისგან მედიალურად, დათვალიერეთ ღორნოვანის მონითალი ბანი, რომელსაც ერითროპლაკია ეწოდება. ლეიკოპლაკიის მსგავსად, ერითროპლაკია მალიგნიზაციის შესაძლო მომასნავებელია.

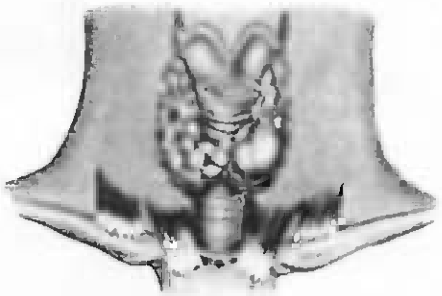
სხრილი 6-24 ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება და ტუბერკულინის ტესტი





დიფუზური გადიდება
დიფუზურად გადიდებულ ჯირკვალში შეიძლება ყველი და ღატუსაღისებრი ნიქრები, მაგრამ არ არის ცალ-ცალკე გაჩენილი კვანძები. მიზეზებში შეიძლება გრიპის დაავადება, ჰაშიმოტოს თირეოიდიტი და ენდემიური ჩიყვი (დამოკიდებული იოდის დეფიციტზე, ამჟამად იშვიათი აშშ-ში). **სპორადული** (ცალკე შემთხვევები) ჩიყვი განეკუთვნება მესაბამისი მიზეზის გარეშე გადიდებულ ჯირკვალს.

ერთი კვანძი
ენდოკრინულად ერთი კვანძი შეიძლება იყოს კისტა, კეთილთვისებიანი სიმსივნე ან ერთი კვანძი მრავალკვანძოვანი ჩიყვის მიგნით, მაგრამ იგი ასევე ზრდის მალიგნიზაციის საჯიროს. დასხივება, სიმკვრივე. **სწრაფი** ზრდა, **ინგვიანებასთან ერთად ხმოვნებთან** ფიქსირება. კისრის კვანძების გადიდება და მაშრობითი სქესი ზრდის მალიგნიზაციის შესაძლებლობას.



მრავალკვანძოვანი ჩიყვი
ეს ტერმინი განეკუთვნება გადიდებულ ფარისებრ ჯირკვალს, რომელიც შეიცავს ორ ან მეტ იდენტიფიცირებად კვანძს. მრავლობითი კვანძები **ეფრო** მეტაბოლურ **პროცესს** განეკუთვნება, ვიდრე **ნეოპლაზიას**. მაგრამ დასხივება ბავშვობის პერიოდში, **ოჯახური** ანამნეზი, გადიდებული კისრის კვანძები ან ერთ-ერთი კვანძის გადიდება, ზრდის მალიგნიზაციის რისკს.

სხრილი 6-25 თირეოიდული დისფუნქციის სიმპტომები [16]

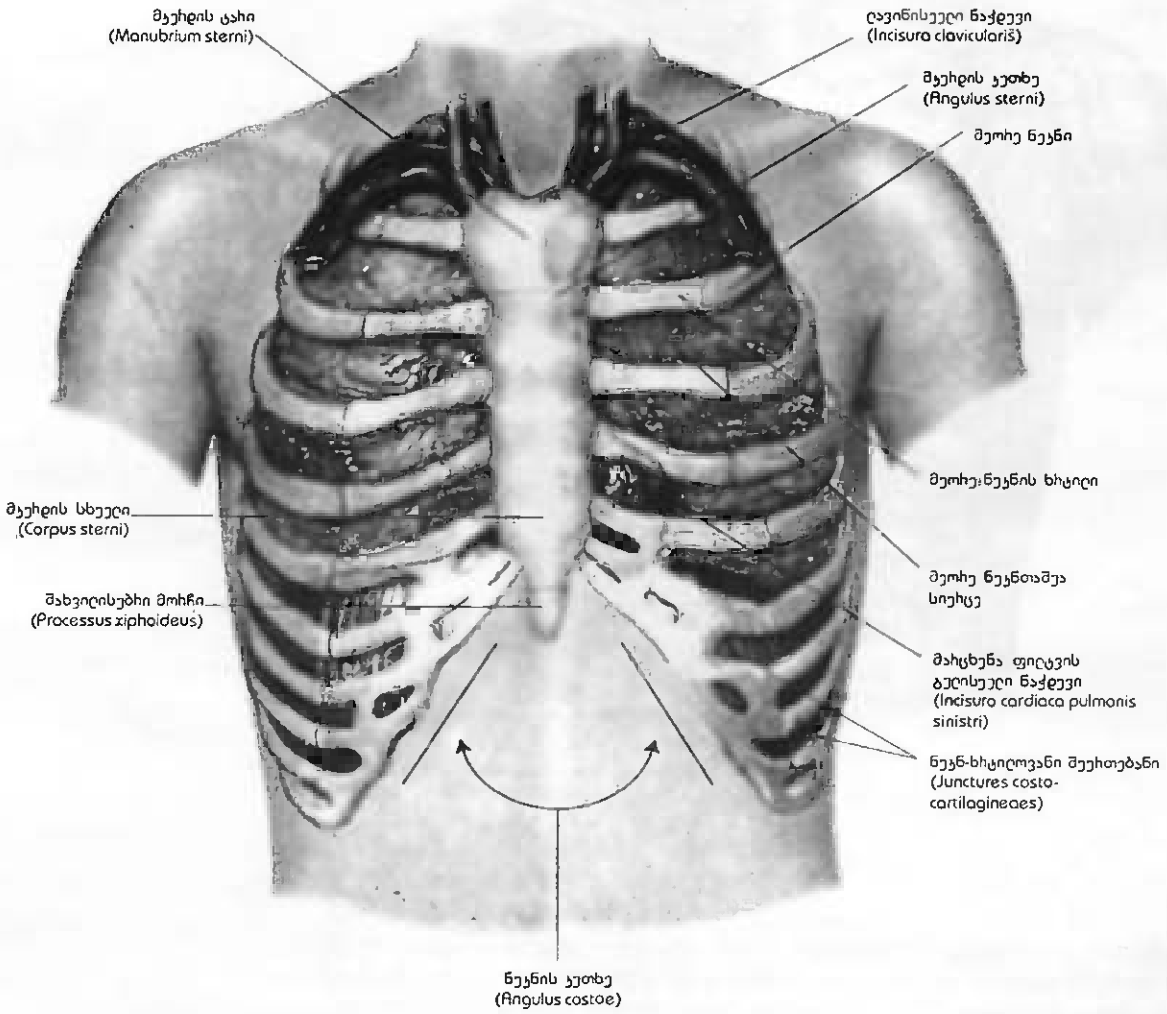
	ჰიპერთირეოზი	ჰიპოთირეოზი
სიმპტომები	ნევროზულობა გაზრდილი მადის მიუხედავად წონაში დაკლება მომატებული ოფლიანობა და მაღალი ტემპერატურის მიმართ ტოლერანტობის შეცვლა კანკალი, გაძლიერებული გულისცემის შეგრძნება ნაწლავების ხშირი მოქმედება ჰიპერსიმპათიური ტიპის კუნთოვანი სისუსტე და ტრემორი	სისუსტე, ძილიანობა წონის მომატება ანორექსიასთან ერთად მშრალი, მაგარი კანი და სიცივის შეგრძნება სახის, ხელების და ფეხების შეშუპება მეხსიერება სისუსტე, კუნთების სპაზმები, ართრალგიები, პარესთეზიები, მეხსიერების და სმენის დაქვეითება
პათოლოგიური ნიშნები	ტაქიკარდია ან წინაგულების ფიბრილაცია სისტოლური ნაწვის გაზრდა და დიასტოლურის შემცირება გულის ჰიპერდინამიური ბერსაცია და S_1 აქცენტირება ცხელი, გლუვი, ნამიანი კანი ტრემორი და ჰიპერსიმპათიური კუნთების სისუსტე ჩიყვის დაავადებასთან ერთად თვალის ნიშნები, როგორიცაა დაჭინებული მზერა, ქუთუთოს დახურვის დაგვიანება და ეგზოფთალმი	ბრადიკარდია და მოგვიანებით სტენოზში ჰიპერტენზია სისტოლური ნაწვის 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, ხშირ-მაჯის ანგიოსტომოზი.

7

გულმკერდი და ფილტვები

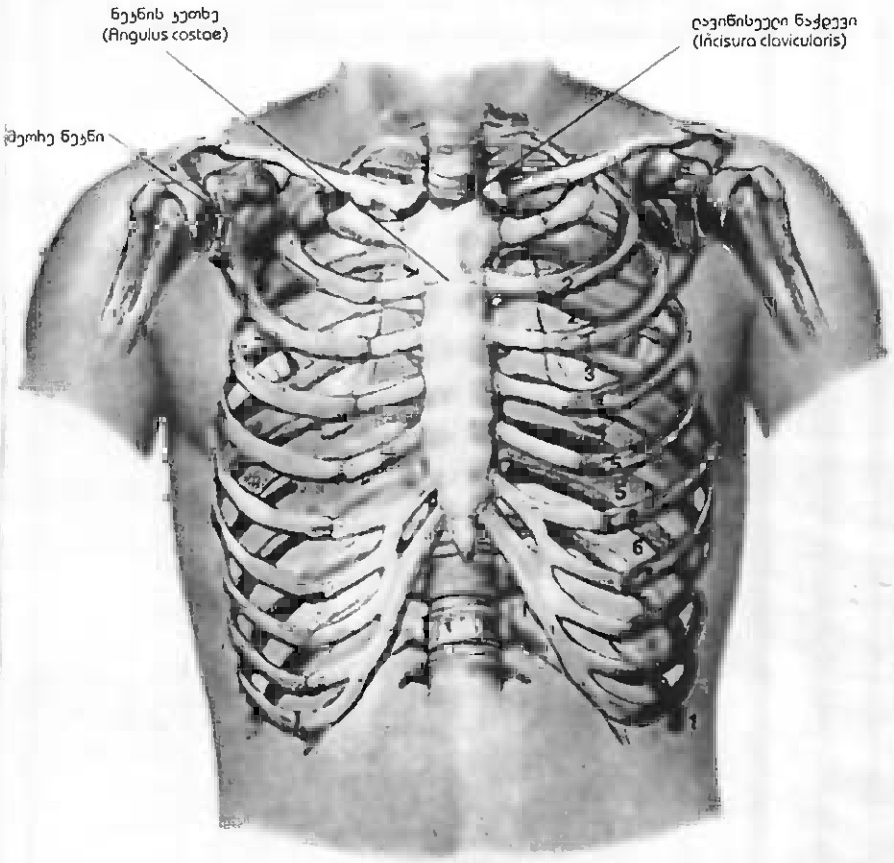
ანატომია და ფიზიოლოგია

შეისწავლეთ *გულმკერდის ყაფაზის ანატომია*. დაიმახსოვრეთ ქვემოთ იღესტრირებული სტრუქტურები. გახსოვდეთ, რომ ორი ნეკნს შორის ინტერვალის ნუმერაცია ზემოთ მდებარე ნეკნის მიხედვით ხდება.



ადგილმდებარეობითი ორიენტაცია გულმკერდზე. გულმკერდის ახსებული ბათოლოგიური ცვლილებები აღნიშნეთ ორ განზომილებაში: *ვერტიკალური ღერძის გასწვრივ* და *გულმკერდის გარშემონერილობის იზგვრივ.*

ვერტიკალური ადგილმდებარეობის განსასაზღვრად, თქვენ უნდა შეგეძლოთ ნეკნების და ინტერვალების დათვლა. *სტერნალური კუთხე* (მას აგრეთვე ლუისის კუთხე უნოდებ) საუკეთესო მაჩვენებელია: მოათავსეთ თქვენი თითი სუპრასტერნალური ნაჭდევის შეზნექ ში, შემდეგ აამოძრავეთ ქვემოთ დაახლოებით 5 სმ-ით ჰორიზონტალურ ძვლოვან შემაღლ ბამდე, რომელიც აერთებს მკერდის ძვლის ტარს სხეულთან. შემდეგ გადაადგილეთ თითი ლატერალურად და იპოვეთ მოსაზღვრედ მდებარე მეორე ნეკნი და ნეკნის ხრტილი. აქედან, ორი თითის გამოყენებით თქვენ შეგიძლიათ ჩამოყვეთ ნეკნთაშუა სივრცეებს, იღუსტრირებული ქვემოთ ნითელი ხაზებით. ნუ შეეცდებით დათვლოთ სივრცეები მკერდის ქვედა ნაწილიდან; იქ ნეკნები ძალიან ახლოსაა განლაგებული. ქალებში ნეკნთაშუა სივრცეების აღმოსაჩენად ან გადაწიეთ ძუძუ ლატერალურად, ან პალპაცია უფრო მედიალურად ჩაატარეთ, ვიდრე ეს ნაჩვენებია სურათზე. შეეცადეთ, ძალიან არ დააწვეთ მკერდის მგრძნობიარე ქსოვილს.

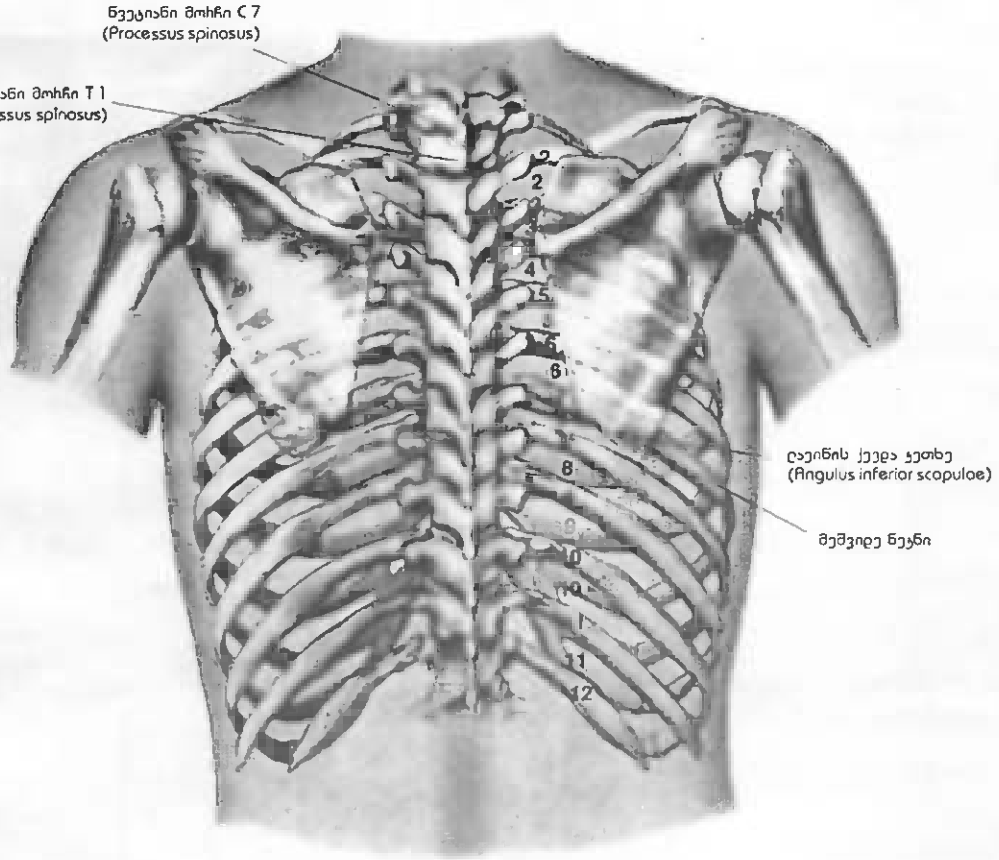


დაიმახსოვრეთ, რომ პირველიდან მეშვიდემდე ნეკნთა ხრტილები უმაგრდება მკერდის ძვალს; მე-8, მე-9 და მე-10 ნეკნები უშუალოდ მათ ზემოთ განლაგებულ ნეკნთა ხრტილებს. მე-11 და მე-12 ნეკნებს, რომელთაც "მოძრავი ნეკნები" უნოდება, არა აქვთ ნინა შეერთებები.

მე-11 ნეკნის სხტილოვანი დაბოლოება, ჩვეულებრივ, შესაძლოა ღატუსაღესად იყოს, მე-12 ნეკნი - უკან. პალპაციისას ნეკნთა სხტილები და ნეკნები ერთნაირად შეიგრძნობა.

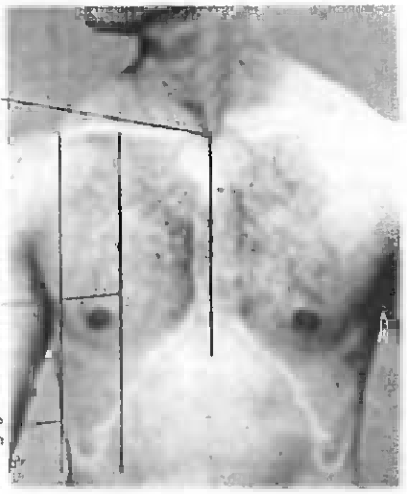
უკანა მხრიდან, მე-12 ნეკნი ადრის მეორე შესაძლო ათვლის წერტილი ნეკნებისა და ნეკნთაშუა სივრცეების დასათვლელად: ის გვეხმარება ადგილმდებარეობის დადგენაში გულმკერდის ქვემო უკანა ზედაპირზე და შეიძლება მაშინ გამოვიყენოთ, როდესაც ნინა მიდგომა გაძნელებელია. ერთი ხელის თითებით დაანექით შიგნით და ზემოთ მე-12 ნეკნის ქვედა კიდეს, შემდეგ გადათვალეთ ზემოთ ნეკნთაშუა სივრცეები (ქვემოთ ნითელი ნომერიანი ალნიშნელი), ან მიჰყევით უფრო დამრეც ხაზს ზემოთ გულმკერდის მთელ ფრონტალურ ზედაპირზე.

ბეჭის ქვედა ბოლო არის კიდევ ერთი გამოსადეგი ძვლოვანი მარკერი – ის, ჩვეულებრივ, მდებარეობს მე-7 ნეკნის ან ნეკნთაშუა სივრცის დონეზე.

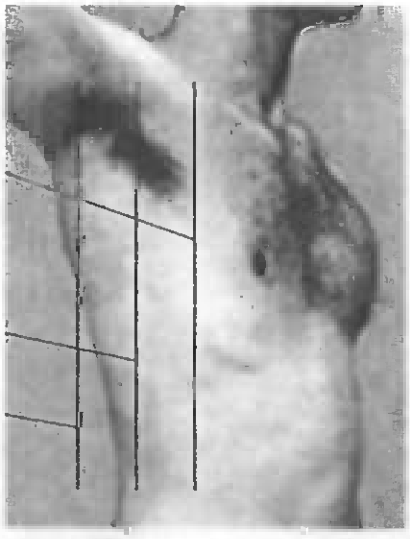


მაღების ნეკნიანი მორჩები, აგრეთვე, საჭირო ანატომიური მარკერებია. როდესაც ერთერთი გადანეკნია ნინ, ყველაზე გამოკვეთილი (ამონეკნი) მორჩი, ჩვეულებრივ, არის C7 მაღის. თუ ორი მორჩია ერთნაირად ამონეკნი, მაშინ ესაა C7 და T1. თქვენ ხშირად უნდა გაარკვიოთ პალპაცია და დათვალოთ მათ ქვემოთ მდებარე მორჩები, განსაკუთრებით, როდესაც ზუსტი მოხრილია.

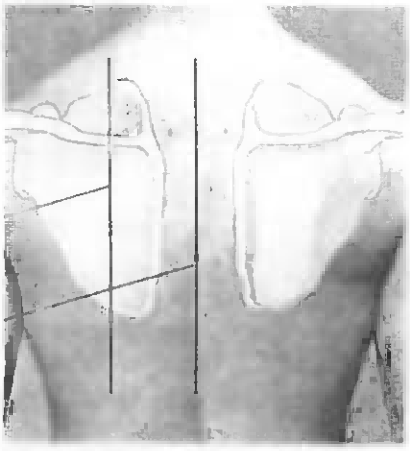
გულმკერდის გაიშვიათნეირობაზე მაჩვენებლების (მონაცემთა) ლოკალიზაციის დადგენისთვის გამოიყენეთ ვერტიკალური ხაზები, რომლებიც ნაჩვენებია შემდეგ სამ ილუსტრაციაზე. *მკერდის ძვლის შუა* და *ხერხემლის* ხაზები ახის ზუსტი; სხვები გამოითვლება. *ღავინშუა ხაზი* ჩამოდის ვერტიკალურად ღავინის შუა ნერტილიდან. მის საპოვნელად, ფრთხილად უნდა მოძებნოთ ღავინის ოჩივე ბოლო (იხ. გვ. 511).



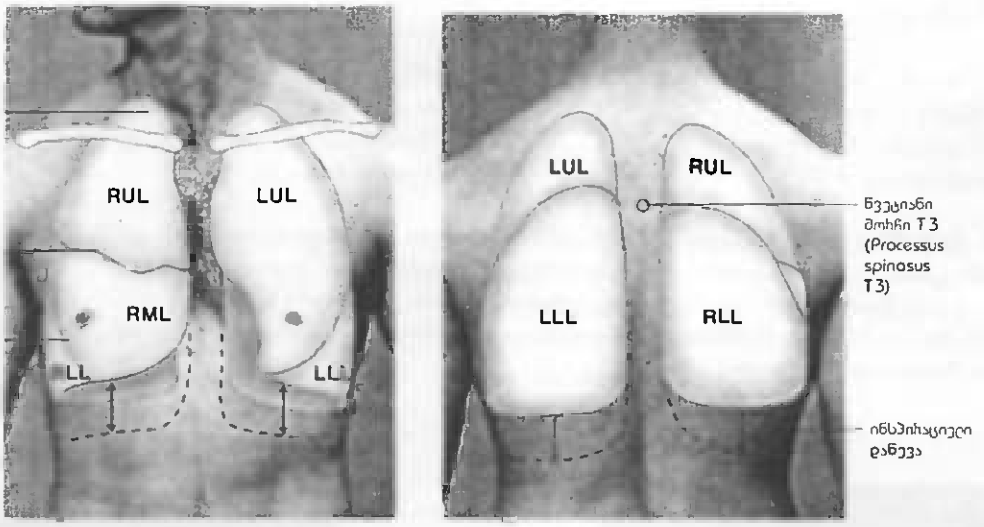
ნინა და *უკანა აქსილარული (იღლიის)* ხაზები ემთვება ვერტიკალურად იღლიის ნინა და უკანა კიდიდან. ეს უკანასკნელი იქმნება კუნთის მასებით, რომლებიც ესაზღვრება იღლიას. *იღლიის* შუა ხაზი ემთვება იღლიის მნვერვალიდან.



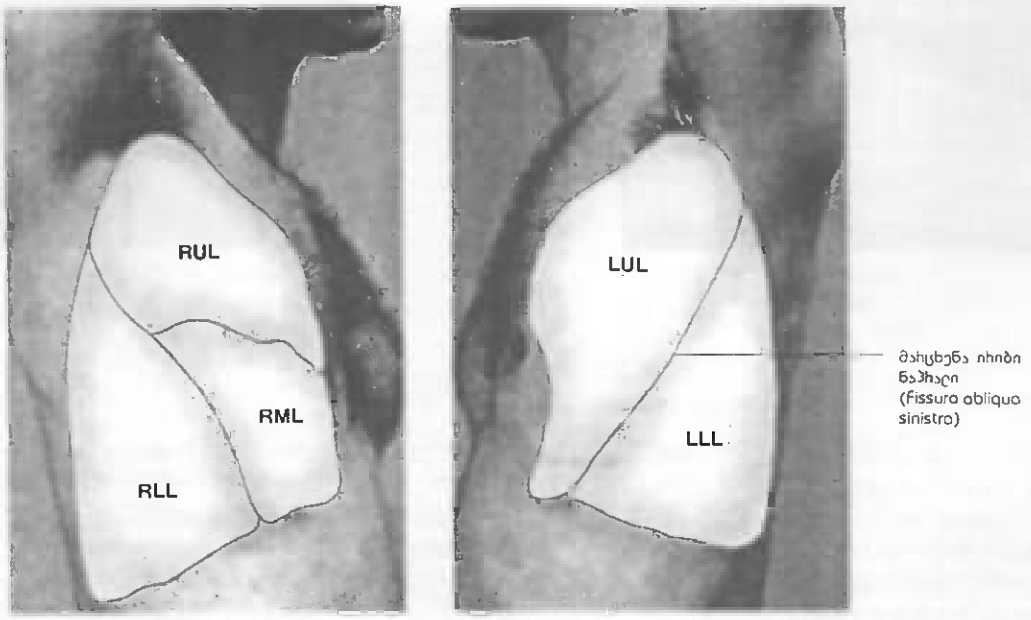
უკან *ვერტებრული ხაზი* ემთვება მაღების წვეტიანი მოხრების გასნვრივ. ბეჭის ხაზი ემთვება ბეჭის ქვედა კუთხიდან.



ფიტვები, ნაპრალები და ნიღაბი. ფიტვები, მათი ნაპრალები და ნიღაბი შეიძლება ნახმოსახვით გამოისახოს გულმკერდზე. წინა ზედაპირზე, ორივე ფიტვის მწვერვალი ღავინის შიგა მესამედიდან 2-4 სმ-ით ზემოთ ამოდის. ფიტვის ქვედა ჯიღე გადაჯვეთს მე-6 ნეკნს მედიოკლავიკულურ ხაზზე და მე-8 ნეკნს - იღლიის შუა ხაზზე (ვინაიდან ნეკნები დამრეცად ეშვებიან, ჰორიზონტალურ ხაზს, რომელიც გულმკერდს გაივლის, შეეძლია გაჰყოს ნეკნი). უკანა ზედაპირზე, ფიტვის ქვედა ჯიღე მდებარეობს დაახლოებით T10 ნვეტიანი მორჩის დონეზე. ჩასუნთქვისას იგი დაბლა იწევს.



თითოეული ფიტვი იყოფა (უხეშად) ნახევრებად *ირიბი (დიდი) ნაპრალებით*. ეს ნაპრალები ეასლოვდება ხაზს, რომელიც ვრცელდება T3 ნვეტიანი მორჩიდან ირიბად ქვემოთ, გასს შემოვლის გულ-მკერდს მე-6 ნეკნის დონეზე და აღწევს ღავინშუა ხაზს. მარჯვენა ფიტვი იყოფა *ჰორიზონტალური (მცირე) ნაპრალით*. წინა ზედაპირზე ეს ნაპრალი გაივლის მე-4 ნეკნის გვერდით და გადაჯვეთს 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.

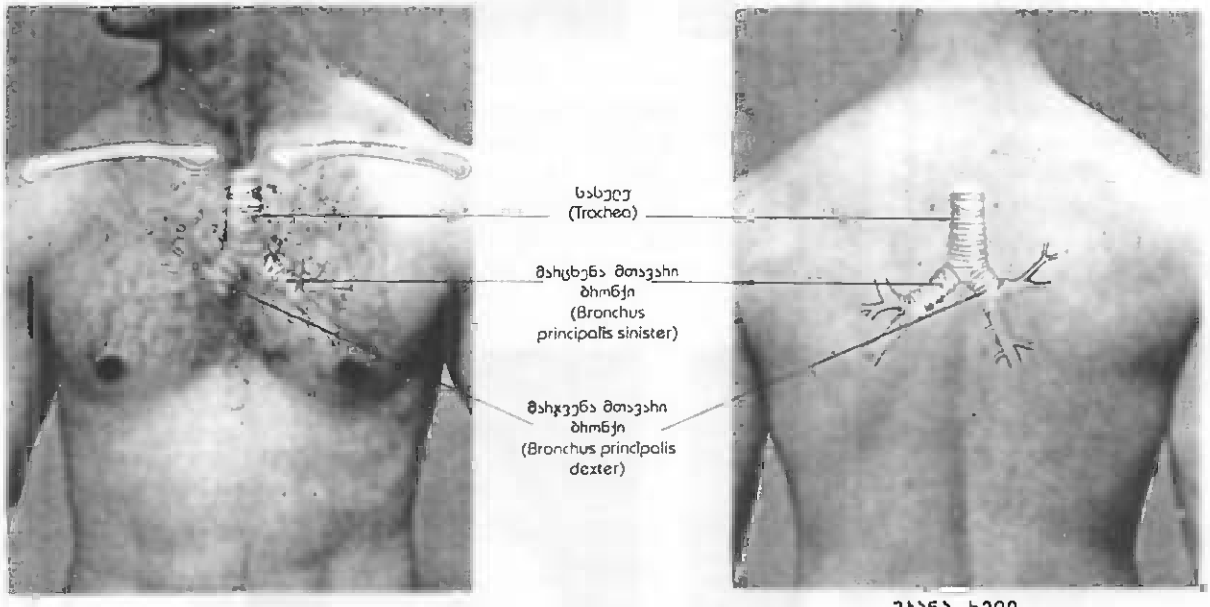


ადგილმდებარეობები გულმკერდზე. გულმკერდის ადგილმდებარეობითი ორიენტაციის ზოგადი ანატომიური ტერმინები შემდეგია:

ღავინზედა (სუპრაკლავიკულური) - ღავივებს ზემოთ
ღავინქვედა (ინფრაკლავიკულური) - ღავივებს ქვემოთ
ბეჭთაშუა (ინტერსკაპულური) - ბეჭებს შორის
ბეჭქვედა (ინფრასკაპულური) - ბეჭის ქვემოთ
ფილტვების ფეძეები - სულ ქვედა ნანილები
ზედა, შუა და ქვედა ფილტვის ველები

შემდგომ თქვენ შეძლებთ დაადგინოთ, ფილტვის რომელი ნანილია დაზიანებული. მაგალითად, ნიშნები მაჯვენა ზედა ფილტვის ველში მიუთითებს, რომ პროცესი აუცილებლად მაჯვენა ფილტვის ზედა ნილში მდებარეობს. ამასთან, ნიშნები მაჯვენა ფილტვის შუა ველში ღატეზაღეზად შეიძლება მომდინარეობდეს ნებისმიერი სამი ნილიდან.

ტრაქეა (სასულე) და მთავარი ბრონქები. სუნთქვით ხმიანობას ტრაქეასა და ბრონქებში განსხვავებული ხასიათი აქვს, ვიდრე სუნთქვით ხმიანობას ფილტვების პარენქიმიდან. დარწმუნდით, რომ თქვენ იცით ამ სტრუქტურების ადგილმდებარეობა. ტრაქეა იყოფა ორ მთავარ ბრონქად მკერდის ძვლის ჯეთხის დონეზე ნინა ზედაპირზე და T4 მალის ნვეტიანი მოხრის დონეზე - უკანა ზედაპირზე.



ნინაპედი

უკანა ხედი

პლევრა. პლევრა სეროზული გარსია, რომელიც ფარავს თითოეული ფილტვის 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 ფილტვებს ადვილად იმოძრაონ ნეკნ-ხრტილოვან არეში ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს. *პლევრის ღრუ* არის სივრცე ვისცერულ და პარიეტულ პლევრას შორის.

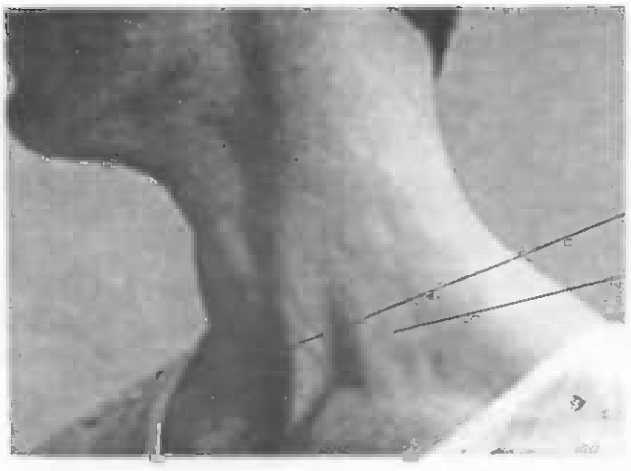
სუნთქვა. სუნთქვა, უმეტესწილად, ავტომატური აქტია, ჟონგლიორდება ტვინის ღეროთი და ხორციელდება სასუნთქი კუნთების მეშვეობით. გემბათისებური *დიაფრაგმა* უმთავრესი კუნთია ჩასუნთქვის დროს. შეკუმშვისას იგი ჩაინევს და აფართოებს გულმკერდის ღრუს. ამავე დროს, იგი აწვება მუცლის ღრუს, რის შედეგადაც მუცლის კედელი წინ გამოიწევს. ნეკნ-ხრტილოვანი და ჯირკის კუნთები აფართოებს გულმკერდს ჩასუნთქვის დროს, კერძოდ, *პირასტერნალური კუნთები*. რომლებიც მიემართება ირიბად მკერდის ძვლიდან ნეკნებისკენ და *ირიბსებური კუნთები*, რომლებიც მიემართებიან ჯირკის მაღლიდან პირველ ორ ნეკნამდე.

ჩასუნთქვისას ამ კუნთების შეკუმშვის გამო გულმკერდი ფართოვდება, ინტრათორაკული წნევა ქვეითდება, ჰაერი გადადის ტრაქეობრონქული ხიდან *ალვეოლებში*, ანუ დისტალურ ჰაერის ბუშტუკებში და აფართოებს ფილტვებს. ჟანგბადი გადადის გარემო ჰაერის 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 ჰასიტარად; ჰაერი გამოდის გარეთ და გულმკერდი და მუცელი უბრუნდება მოსვენებით მდგომარეობას.

ნორმალური სუნთქვა მშვიდია და ადვილი - ისმინება მხოლოდ ღია პირთან ახლოს სუსტი სტვენის სახით. ხოლოსაც ჯანმრთელი პირი წევს ზურგზე, გულმკერდის სუნთქვითი მოძრაობები შეგრძნებით სუსტია. პირიქით, მუცლის მოძრაობა ადვილად შესამჩნევია. მკრთმარე მდგომარეობაში გულმკერდის მოძრაობები უფრო გამოხატული ხდება.

ვარჯიშის და ზოგიერთი დაავადების დროს სუნთქვისთვის ზედმეტი მუშაობაა საჭირო, ამ დროს ჩასუნთქვას დამატებითი კუნთები უზრუნველყოფს. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთები, ასევე, ირიბსებრი კუნთები ხილული ხდება. მუცლის კუნთები ეხმარება ამოსუნთქვას.



ანამნეზი

ხშირი ან ჰორბლემასთან დაკავშირებული სიმპტომები

- ტკივილი გულ-მკერდის არეში
- ქოშინი
- სმაუჩიანი 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 ორგორც 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
- პარიეტალური პლევრა — პლევრიტი, პნევმონია
- გულ-მკერდის კედელი, კანის, კუნთების და ძვლების ჩათვლით — კოსტოქონდრიტი (ნეკნის ქონდრიტი), ჰერპეს ზოსტერი
- საყლაპავი — ეზოფაგიტი, საყლაპავის სპაზმი
- ექსტრათორაკული სტრუქტურები, ორგორიცაა კისერი, ნაღვლის ბუშტი, კუჭი. — ცერვიკული ართრიტი, ნაღვლის ბუშტის კოლიკა, გასტრიტი

ამ განაკვეთში განხილულია *ფილტვისმიერი ჩივილები*, რომელიც მოიცავს ისეთ ძირითად საკითხებს, ორგორიცაა ქოშინი, სმაუჩიანი სუნთქვა, ხველა, სისხლიანი ნახველი. ანამნეზის მეკრებისთვის საჭირო კითხვები, რომლებიც ეხება დაკვირთვის ქვეშ გულ-მკერდის არეში ტკივილს, გულის ფრიალს, ორთოპნოეს, ღამის პაროქსიზმულ ქოშინს და შეშუპებას, იხ. თავი 8, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა.

მკერდის ძვალზე მუშტის მოკრის შეგრძნება სტენოკარდიაზე მიუთითებს; გულ-მკერდზე მტკივნეული ადგილის თითით ჩვენება

თქვენი სანყისი კითხვები უნდა იყოს ამ ტიპის: "გულ-მკერდის არეში ხომ არ გაქვთ ხანმოკლე დისკომფორტი ან უსიამოვნო მეგრძნება?" სრული ანამნეზის შეგროვებისას ავადმყოფს სთხოვეთ, დაზუსტოს ტკივილის ლოკალიზაცია. დაკვირდით ავადმყოფის ჟესტიკულაციას,

ხოლესაც ის აღწერს ტკივილს. უნდა დაზუსტოთ ტკივილის ყველა შვიდი მახასიათებელი (ის. გვ. 32), ხათა გაეცნოთ ტკივილის გამომწვევ მიზეზებში.

ძვალ-კუნთოვან ტკივილზე მიუთითებს; ყელიდან ეპიგასტრიუმის არისკენ ხელის მოძრაობა კი — გულძმარვაზე.

ფილტვის ქსოვილს არ გააჩნია ტკივილის ბოჭკოები. ტკივილი ფილტვის დაავადებების დროს, როგორიცაა პნევმონია ან ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, დაკავშირებულია მიმდებარე პარიეტალურ პლევრის ანთებასთან. ხანგრძლივი ხველის გამო კუნთების დაჭიმვა ასევე შეიძლება ტკივილის მიზეზი იყოს. პნევმოთორაქსის დროს ტკივილის ბოჭკოები აქვს. პნევმოთორაქსის დროს ტკივილის მიზეზი, ასევე, მიმდებარე პარიეტალური პლევრის ანთებაა (გულ-მკერდის არეში ტკივილს ხშირად ახლავს მოსვენებობა და შფოთვა, მაგრამ ამის მიზეზი გაურკვეველია).

შფოთვა ბავშვებში გულ-მკერდის არეში ტკივილის ყველაზე ხშირი მიზეზია; ასევე ხშირია ფოსტერონდრიტი.

ქოშინი არის უმტკივნეულო, მაგრამ დისკომფორტის გამომწვევი სუნთქვის გაძნელება, რომელიც არ შეესაბამება დატვირთვის სიმძიმეს. ეს მნიშვნელოვანი სიმპტომი სერიოზული 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?" გაარჩევიეთ, როდის უვითარდება ეს სიმპტომი, მოსვენებისას, თუ დატვირთვის დროს და როგორი დატვირთვა იწვევს მას. სხვადასხვა ასაკის, სქესის წონის და ფიზიკური მდგომარეობის გამო არ არსებობს ქოშინის ხანგრძლივი შეფასების სტანდარტი. მიუხედავად ამისა, ყოველთვის ეცადეთ გაარჩიოთ *ქოშინის სიმძიმე პაციენტის ყოველდღიური აქტივობის მიხედვით.* მაგალითად, კიბის ხამდენი საფეხურის ან სართულის ავლა შეუძლია, სანამ გაჩერდება ქოშინის გამო? ან სახის სამუშაოს შესრულება შეუძლია, მაგალითად, ტვირთის ტარება ან იატაკის მოხეხვა, ან ღობინის აღაგება? იწვევს თუ არა ქოშინი ავადმყოფის ცხოვრების წესის ან ყოველდღიური აქტივობის შეცვლას? ხშირად? ყურადღებით დააკვირდით ქოშინის წარმოშობის დრო და სიტუაცია, ან სიმპტომები ახლავს თან, ან უწყობს ხელს ქოშინის განვითარებას ან შენელებას.

ქოშინის მქონე ავადმყოფთა უმრავლესობა სუნთქვის გაძნელებას უკავშირებს აქტივობის დონეს. ნევროზით ავადმყოფები სხვანაირ სურათს წარმოადგენენ. ისინი აღწერენ ბოლომდე ჩასუნთქვის გაძნელებას ან მოხერხების შეგრძნებას არასაკმარისი მოცულობის ჰაერის ჩასუნთქვის გამო, ასევე, *პარესთეზიებს* ან ჩხვლეტებს - "ნემსის ჩხვლეტა" ტუჩების გარშემო ან ხელებში.

აფორიაქებული ავადმყოფებს შეიძლება ჰქონდეთ ქოშინის ეპიზოდები როგორც მოსვენების, ასევე დატვირთვის დროს და ჰიპერვენტილაცია, ანუ სწრაფი და ზედაპირული სუნთქვა. სხვა დროს შეიძლება აღენიშნებოდეთ ჩასუნთქვის გახშირება.

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 ხახის, ხორხის ან მსხვილი ბრონქების ირიტაციის გაღიზიანებაზე რეფლექსი. გამღიზიანებლებს მიეკუთვნება: ღრინწო, ჩრიქი და სისხლი, ისევე, როგორც გარეგანი გამღიზიანებლები: მტვერი, უცხო სხეული; ან ეთანარიად, როგორც ძალიან ცივი, ისე ცხელი ჰაერი. სხვა მიზეზებს მიეკუთვნება ირასპირატორული ტრაქტის ღრინწოვანის ანთება და სიმსივნით, ან პერიბრონქული ლიმფური ჯვარედინით ზენოლა, ან დაჭიმულობა ჰაერის გატარებისას. მიუხედავად იმისა, რომ ხველა ირასპირატორულ 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.

სველის მიზეზის დასადგენად საჭიროა თანმიმდევრული. სრულფასოვანი გამოკვლევა. შეკითხეთ ავადმყოფს, მშიერი სველა აქვს, თუ გამოყოფს *ნახველს* ან ღრინოს. ჰკითხეთ, შეუძლია თუ არა აღნერის ნახველის მოცულობა, მისი ფერი, სუნი, კონსისტენცია.

მშიერი ხველა მიკობაქტერიული ინფექციის ღრის აღინიშნება; პროდუქტიული ხველა — ბრონქიტის, ვირუსული ინფექციის ღრის

ღრინოვანი ნახველი ნახევრად გამჭვირვალეა, თეთრია ან ნაცრისფერი; *ჩირქოვანი* ნახველი არის მოყვითალო ან მომწვანო

ჭუჭყიან-სუნიანი ნახველი არის ფილტვის ანაერობული აბსცესის ღრის; ნებოვანი ნახველი — ბისტრუქტი ფიბრილისას

პაციენტის დასახმარებლად არსებობს უამრავი დამხმარე კითხვა, რათა განსაზღვროთ ნახველის მოცულობა. მაგ. "როგორ ფიქრობთ, რა ოდენობით ნახველს იღებთ 24 სთ-ის განმავლობაში: ჩაის კოვზს, სადილის კოვზს, 1/4 ჭიქას, 1/2 ჭიქას, სავსე ჭიქას?" თუ შესაძლებელია, სთხოვეთ მას ამოახველოს ნაქცევში; დააკვირდით ნახველს და ჩაინიშნეთ მისი დამახასიათებელი ნიშნები. იმ სიმპტომებს, რომელიც დაკავშირებულია სველასთან, სწორად მივაკვათ მის მიზეზამდე.

დიდი მოცულობის ჩირქოვანი ნახველი — ბრონქოექტაზების ან ფილტვის აბსცესის ღრის აღინიშნება.

დიაგნოსტიკაში დამხმარე სიმპტომებია: ტემპერატურა, ტკივილი გულმკერდის არეში, ქოშინი, ოროფარინგოლ და ხმაურიანი სუნთქვა.

ჰემოპტოე არის ფილტვებიდან სისხლის ამოხველებაა; ის შეიძლება შეხედული იყოს ნახველში ან მთლიანად სისხლიანი. ანამნეზის გამოკითხვისას, ისევე უნდა იქნას დაფიქსირებული ნახველში არსებული სისხლის ოდენობა, როგორც მისი სხვა მახასიათებლები. შეკითხეთ მასთან დაკავშირებული გასულო პირობების, საქმიანობის და სხვა სიმპტომების შესახებ.

იხ. ცხრილი 7-3, სურ. 272. ჰემოპტოე იშვიათია ახალშობილებში, ბავშვებში და მოზარდებში. ის გვხვდება უფრო ხშირად კისტოზური ფიბროზის ღრის.

ვიდრე ისმარდეთ ტერმინს "ჰემოპტოე", შეეცადეთ გაარკვიოთ სისხლდენის ეჭა ანამნეზითა და კლინიკური გამოკვლევების საშუალებით. სისხლი ან სისხლის მინარევი შეიძლება იყოს პირიდან, ხორხიდან, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტიდან, და, შეიძლება, აგრეთვე შეგემთხვეთ. ოდესაც ავადმყოფს აქვს პირღებინება, სისხლდენა, როგორც წესი, ეჭქნაწლავის ტრაქტიდანაა. ზოგჯერ, სისხლი ცხვირ-ხახიდანაა ან ეჭქ-ნაწლავის ტრაქტიდან, რომელიც განიცდის ასპირაციას და შემდეგ ხველის ღრის გამოიყოფა.

ვიდრე ისმარდეთ ტერმინს "ჰემოპტოე", შეეცადეთ გაარკვიოთ სისხლდენის ეჭა ანამნეზითა და კლინიკური გამოკვლევების საშუალებით. სისხლი ან სისხლის მინარევი შეიძლება იყოს პირიდან, ხორხიდან, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტიდან, და, შეიძლება, აგრეთვე შეგემთხვეთ. ოდესაც ავადმყოფს აქვს პირღებინება, სისხლდენა, როგორც წესი, ეჭქნაწლავის ტრაქტიდანაა. ზოგჯერ, სისხლი ცხვირ-ხახიდანაა ან ეჭქ-ნაწლავის ტრაქტიდან, რომელიც განიცდის ასპირაციას და შემდეგ სველის ღრის გამოიყოფა.

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანდრთე ოთის ხელშეწყობისა და განკურნების მნიშვნელოვანი საკითხები

- თამბაქოს მოწევის შენყვეტა

მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი ხამოდენიმე ათეული 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 გაკილებით ღრმა ეკლის 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 რისკებში იგულისხმება

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

35 000 სიკვდილის შემთხვევა პასიუ მომხმარებლებში თამბაქოს ჯვამლის გამო. ფილტვის კიბოთი გამონვეული სიკვდილობა 22-ჯერ მეტია მწეველ მამაკაცებში და 12-ჯერ მეტი მწეველ ქალებში არამწეველებთან შედარებით. ფილტვების ობსტრუქციული დაავადებით სიკვდილობის ხისკი 10-ჯერ დიდია მწეველებში. თამბაქოს მოხმარება 2-4-ჯერ ზრდის გული დაავადებების ხისკს, აორმაგებს ინსულტის ხისკს და 10-ჯერ ზრდის პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადების ხისკს. არამწეველებს, რომლებიც თამბაქოს ჯვამლის გავლენის ქვეშ არიან, ასევე გააჩნით ფილტვის კიბოს, ყურის და სასუნთქი გზების ინფექციის, ასთმის, პატარა ნონის ნაყოფით მშობიარობის და ხანძრის გაჩენის მაღალი ხისკი. თამბაქოს მოხმარება არა მარტო ჯანდრთელობილი მოქმედებისაა, არამედ ავითარებს ნივთიერებაზე 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 შენყვეტა.

ჯერ-იერობით უნდა განახორციელოს შემდეგი ძირითადი ღონისძიება:

- ყოველი ვიზიტის დროს ჰკითხოს თამბაქოს მოხმარების შესახებ
- ხელმძღვანელად უჩიროს პაციენტს თამბაქოს მოხმარების შენყვეტა
- გაარკვიოს, რამდენად მზადაა ავადმყოფი თამბაქოს თავის დანებებისთვის
- დაეხმაროს პაციენტს საგანმანათლებლო მასალებით
- მოანყოს ამბულატორიული მეთვალყურეობის ვიზიტები მონიტორინგისა და შესაძლო გაუმჯობესების დასადგენად

დაავადებების რისკი მკვრივდება ნლების მიხედვით თამბაქოს მონევის შენყვეტის შემდეგ. ისნავლეთ ნიკოტინის თანმხლები მოვლენები: შეჩვევა, ფიზიკური დამოკიდებულება და მოვლენები, რომლებიც შენყვეტის 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 დანყება ხშირია და ამიტომ მოსაღოდნელია. 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 ჯანმთელობის დაცვის ჩვევები.

გამოკვლევის მეთოდები

გულ-მკერდის და ფილტვების უკანა ნახაზების გამოკვლევა უფრო მოხერხებულია, როდესაც ავადმყოფი ზის, ხოლო წინა ნახაზების გამოკვლევა, როდესაც ავადმყოფი [illegible]ზე წევს. გამოკვლევა ტარდება შემდეგი თანამიმდევრობით: ინსპექცია, პალპაცია, პერკუსია და აუსკულტაცია. ეცადეთ, მოახდინოთ ქვემდებარე უბნების ვიზუალიზაცია და [illegible] ეთი მხარე მეორეს. ავადმყოფის პერანგი ისე მოანესრიგეთ, რომ შესძლოთ მის[illegible] მკერდის დათვალიერება. მამაკაცების გასინჯვისას პერანგი ანიეთ იქამდე, რომ მთელი გულმკერდი დაინახოთ. ქალების შემთხვევაში, ზურგის გამოკვლევისას პერანგით დაეფარეთ გულმკერდი, ხოლო წინა ზედაპირის გამოკვლევისას პერანგი გადაუწიეთ გულმკერდის ეთ ნახევარზე, როცა იკვლევთ მეორეს.

როდესაც *ავადმყოფი ზის*, გამოიკვლიეთ გულ-მკერდის და ფილტვების უკანა მხარე. ავადმყოფს მკლავები გადაჯვარედინებული უნდა ჰქონდეს გულ-მკერდზე და, თუ შესაძლებელია, მტევნები დაყრდნობილი მოპირდაპირე მხარეზე. ასეთ პოზიციაში ბეჭის ძვლები ამონეულია 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, ხადგან ამ პოზიციაში შეიძლება ძუძუების ფრთხილად გადაწევა. ამას გარდა, სმარაგიანი სუნთქვა უკეთ მოისმინება. (თუმცა, ზოგ ავტორს ურჩევნია 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 სმარაგიანი სუნთქვის ან ხმების 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.

იხ. ცხრილი 4-8. სუნთქვის სიხშირის და რიტმის დარღვევები. გვ. 120.

ციანოზი ჰიპოქსიის ნიშანია. დოღის ჩხირისებური თითები (გვ. 150) ალინიშნება ფილტვის აბსცესის ან სიმსივნის, ასევე გულის თანდაყოლილი დაავადებების დროს.

ყოველთვის გამოიკვლიეთ, აქვს თუ არა პაციენტს სუნთქვის გაძნელების ნიშნები.

- *შეისწავლეთ ავადმყოფის ფერის ცვლილება*, რომ არ აქვს ციანოზი. გაიხსენეთ აქამდე ჩატარებული გამოკვლევით მიღებული მნიშვნელოვანი მონაცემები, მაგ. თითის ფრჩხილების ფორმა.

- *მოისმინეთ ავადმყოფის სუნთქვა.* ახის, თუ ახა *ხმაურიანი სუნთქვა*? თუ ახის, სუნთქვის ციკლის ხომელ ფაზაშია?

  სტიდორი, მაღალი ტონალობის ხმაურიანი სუნთქვა ხახასა და ტრაქეაში ჰაერის გამტარი გზების ობსტრუქციის მომასწავებელი ნიშანია.

- *დაათვალიერეთ ხერხემალი.* ჩასუნთქვის დროს ხომ არ არის მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი, ან სხვა ახლომდებარე ქსოვილების შეკუმშვა ან ძვინზედა შეზნექვა? შუა ხაზზეა თუ არა ტრაქეა?

  მოსვენებისას მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი ქსოვილის შეკუმშვა მიუთითებს სუნთქვის მძიმე გაძნელებაზე. ტრაქეის გვერდზე გადაწევას ადგილი აქვს პნევმოთორაქსის, *პლევრის ღრუში გამონაჟონის* და *ფილტვის ატელექტაზის* დროს.

ასევე დაანვირთ *გულ-მკერდის ფორმას*. ასაკის მატებასთან ერთად შეიძლება გაიზარდოს გულ-მკერდის წინა-უკანა დიამეტრი.

გულ-მკერდის წინა-უკანა დიამეტრი შეიძლება ასევე გაიზარდოს *ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების* დროს.

II[II] გულ-მკერდის უკანა ნაწილის გამოკვლევა

ინსპექცია

დადექით ავადმყოფის უკან მაში და დაანვირთ *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 ძვინზედა 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 ქანის ცვლილებებს, სუნთქვის სიღრმეს და ბგერით ხმოვანს.

ნეკნთაშუა სივრცეების არეში ტკივილის მიზეზი პლევრაა

დაადგინეთ მტკივნეული არეები. ყურადღებით ჩაატარეთ მტკივნეული ადგილების, დაზიანების ან სისხლჩაქცევის ქრების პალპაცია.

შეამოწმეთ არიმე დარღვევების არსებობა, როგორიცაა მაგ. სიმკვრივე ან სინუსის ხვრელიდან (ბრმა, ანთებითი ხვრელი, რომელიც ქანზე იხსნება).

სისხლჩაქცევა ნეკნის მოტეხილობის უბანში

გენ-მკერდის გამღის დადგენა. ხელები დაანყვეთ დაახლოებით მე-10 ნეკნის დონეზე ისე, რომ თითები თავისუფლად ეხებოდეს ნეკნებს ჰარაელელად. ამის შემდეგ ხელები გამოაცურეთ მედიალურად იქამდე, სანამ კანის თავისუფალი უბანი არ აინევა თქვენს ცერა თითებსა და ხერხემალს შორის.

ავადმყოფს სთხოვეთ ღრმად ამოისუნთქოს. დააკვირდით მანძილს თქვენს ცერა თითებს შორის სუნთქვითი მოძრაობის დროს. დადგინეთ საზღვრები და სიმეტრიულობა გენ-მკერდის გამღისა და მეკუმშვის დროს.



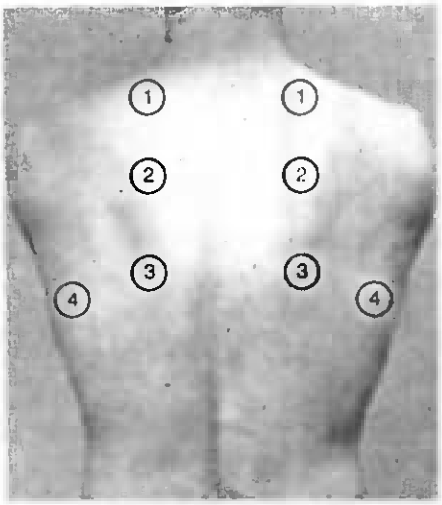
გენ-მკერდის ორმხრივად გამღის დაქვეითების მიზეზებია ფილტვის და პლევრის ქრონიკული ფიბროზული დაავადებები. პლევრის ღრუს გამონაყოფი, ნიღოკანი პნევმონია, პლევრის ტკივილი და მასთან დაკავშირებული ჩხვლეტა და ორმხრივი ბრონქული ობსტრუქცია.

ბგერითი ხმევის (ტაქტილური ფრემიტუსი) *განსაზღვრა*. ბგერითი ხმევა არის ხმევის გატარება ბრონქულ ხეში გენ-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, ჩამოღონიერჯერ თქვას "ეითი-ეითი-ეითი". თუ ბგერითი ხმევა სუსტია, ავადმყოფმა უფრო ხმამაღლა უნდა გაიმეოროს ეს სიტყვები.

ბგერითი ხმევის შესაგრძნობად ერთი ხელი გამოიყენეთ. ზოგიერთი ექიმი თვლის, რომ ერთი ხელის გამოყენება უფრო ზუსტია, თუმცა ორივე ხელის ერთდროული გამოყენება ზრდის გამოკვლევის სისწრაფეს და ადვილებს 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 კედლესთან ბგერითი ხმევა ქრება.

ბგერითი ხმევის განსაზღვრა შეფასებით უნდა ვეცადოთ, მაგრამ, როგორც ვეცადეთ მეთოდი, იგი გეხმარებათ ყურადღება მიაქციოთ შესაძლო დარღვევებს.



ბგერითი ხმევის განსაზღვრის უბნები

ბგერითი ხმევა შესუსტებულია ან არ არის, როდესაც ავადმყოფი ხმადაბლა ლაპარაკობს ან დაქვეითებულია ხმევის გატარება სახიდან გენ-მკერდის ზედაპირისკენ. მიზეზებია ობსტრუქციული ბრონქიტი, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, პლევრის ფუძცლების სეპარაცია სითხის გამო (პლევრული გამონაყოფი), ფიბროზი (პლევრის გასქელება), ჰაერი (პნევმოთორაქსი) ან ინფილტრაციული სიმსივნე. ასევე გენ-მკერდის ქედი კედელი.

მოყრუება ცვლის ნათელ ხმიანობას, როდესაც სითხე ან მკვრივი ქსოვილი იკავებს ჰაერის შემცველ ფილტვის უბანს ან პლევრის ღრუს. ამის მაგალითებია: ნიღოკანი პნევმონია, როდესაც აღვილი სიკვდილები ამოვსებულია სითხით და სისხლის უხვლებით; პლევრის ღრუში სეროზული სითხის დაგროვება (პლევრული გამონაყოფი), სისხლის დაგროვება (ჰემოთორაქსი), ჩირქის დაგროვება (ემპიემა); ასევე ფიბროზული ქსოვილით ან სიმსივნით ჩანაცვლება.

გაკვრცელებული 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 ჩუჩუნის დროს. ყველა ეს ატიპიური ეთერთოლად მკვრივებია ან მატულობს.

პერკუსია

პერკუსია ყურინკური გამოკვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მეთოდია. გულ-მკერდის პერკუსიით ხდება გულ-მკერდის ველის და ქვემდებარე ქსოვილების მოძრაობის, ხმიანობების და ხმების დადგენა. პერკუსია გეხმარებათ დადგინოთ, ქვემდებარე ქსოვილები რომელ უბანში შეიცავს ჰაერს, სითხეს ან ძრის გამკვრივებელი. 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.

- მაჯის *ნებისყოფით, მაგრამ ხბილი მოძრაობით* მარჯვენა ხელის შუა, ანუ თითი ჩაქუჩი დაარტყით თითი პლესიმეტრს დისტალურ ფალანგთაშუა სახსარზე. უნდა ეცადოთ, რომ ხმოვანი 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 შეუშალოდეს. ბოლოს, მოძრაობა უნდა ხდებოდეს მაჯიდან. ასეთი მოძრაობა სწორია, მოხერხებული და დარტყმისთვის განწყობილი.



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 გვერდელად 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.

ორივეს ორ უბანს ადარებთ, ისევე მეგიძლიათ ჩაატაროთ პერკუსია ამ უბნებში. თითოეულ არეში ორჯერ დარტყით თითი. განსხვავების უკეთ გასარკვევად უფრო ადვილია შეადაროთ პერკუსიული ხმიანობები ამ უბნებში, ვიდრე ერთ ადგილას ჩამოდენიმეჯერ დარტყათ თითი.

ისწავლეთ 5 პერკუსიული ხმიანობის გარჩევა. ამისთვის შეგიძლიათ საკუთარ თავზე ივარჯიშოთ. ეს ხმიანობები ერთმანეთისგან განსხვავდება ხმის ძირითადი მახასიათებლებით: ინტენსიურობა, სიმაღლე და ხანგრძლივობა. ივარჯიშეთ ყური ამ მახასიათებლების გარჩევაში, ისწავლისას ცალ-ცალკე დაკვირდით ჯერ ერთი უბნის პერკუსიისას, შემდეგ მეორე უბნის პერკუსიისას. განიხილეთ ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი. ნორმალურად ფილტვებში *ნათელი ხმიანობა* ვლინდება.

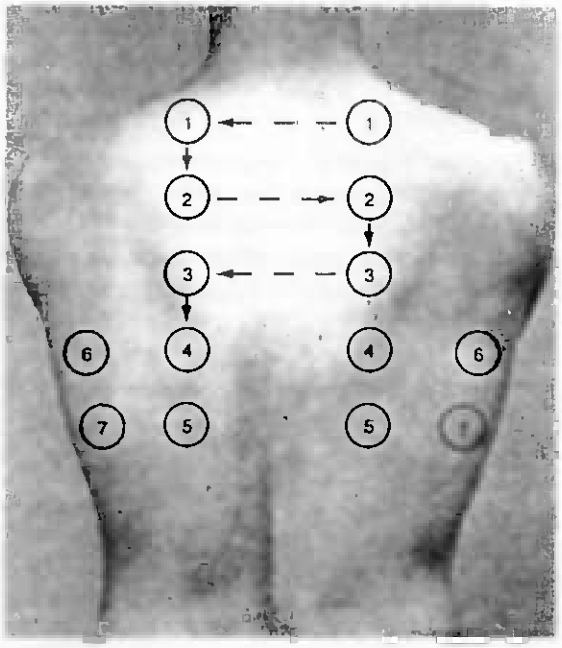
პერკუსიული ხმიანობები და მათი მახასიათებლები

	ინტენსივობა	ტონალობა	ხანგრძლივობა	მდებარეობა	პათოლოგია
ყრუ	ჩუმი	მაღალი	ხანმოკლე	ბარძაყი	დიდი ზომების პლევრული გამონაჟონი
მოყრუება	საშუალო	საშუალო	საშუალო ხანგრძლივობის	ღვიძლი	ნიკოვანი პნევმონია
ნათელი	ხმამაღალი	დაბალი	ხანგრძლივი	ნორმალური ფილტვი	ქრონიკული ბრონქიტი
ტიმპანური	ძლიერ ხმამაღალი	ერთი დაბალი	ერთი 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 მნვეხვარებიდან ქვედა კიდეებამდე.

პერკუსია ჩაატარეთ გულ-მკერდის ჯერ ერთ მხარეს, შემდეგ მეორე მხარეს ერთი და იგივე დონეებზე, ჩოგორც ქვემოთ ციფრებითაა ნაჩვენები. გამოკოვეთ ბეჭის ძვლების არეები – ძვლების და ჯუნთების სისქე ცვლის ფიტკვების პერკუსიულ ხმიანობას. გამოყავით ის უბნები, სადაც ჩვიმე პათოლოგიური პერკუსიული ხმიანობა აღინიშნება და შეაფასეთ იგი.

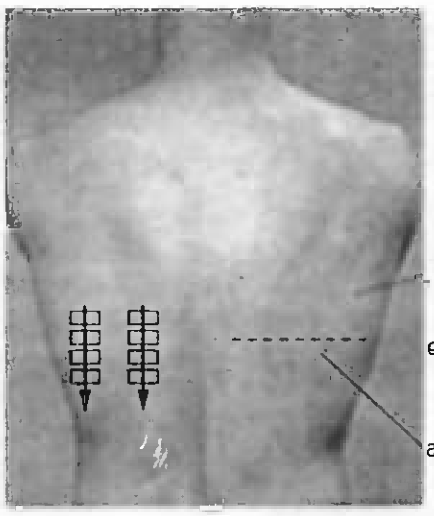


პერკუსიისა და აუსკულტაციის "ხიბის" მოდელი

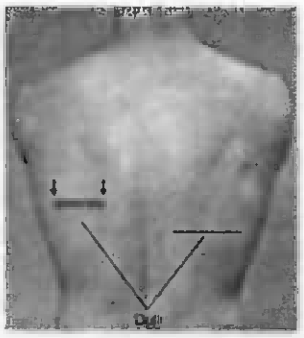
მოყრუება ცვლის ნათელ ხმიანობას, ჩოდესაც სითხე ან მკვრივი ქსოვილი იკავებს ჰაერის შემცველ ფიტკვის უბანს ან პლევრის ღეს. ამის მაგალითებია: ნილოვანი პნევმონია, ჩოდესაც აღვოლური სივრცეები ამოვსებულია სითხით და სისხლის უჯრედებით; პლევრის ღრუში სქროზული სითხის დაგროვება (პლევრული გამონაჟონი), სისხლის დაგროვება (ჰემოთორაქსი), ჩირქის დაგროვება (ემპიემა); ასევე ფიბროზული ქსოვილით ან სიმსივნით ჩანაცვლება.

გაძლიერებული ჰიპერრეზონანსული ხმიანობა მოისმინება ჰაერით გადავსებულ ფიტკვებზე ემფიზემის ან ასთმის დროს, მაგრამ ეს არ არის სარწმუნო ნიშანი. *ცარმბრივი ჰიპერრეზონანსული ხმიანობა* მიუთითებს დიდი ზომის პნევმოთორაქსის ან ფიტკვში დიდი ზომის ჰაერით სავსე ბუშტის არსებობაზე.

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.



პერკუსიის ჩატარების ტოპოგრაფია და თანამიმდევრობა



დიაფრაგმის მაღალი მდებარეობა მიუთითებს პლევრული გამონაჟონის, ფიტკვის ატელექტაზის ან დიაფრაგმის პარეზის არსებობაზე

დაიმახსოვრეთ, რომ ამ მეთოდით თქვენ აღგენთ საზღვარს ფიტცვის ნათელ ხმიანობას და დიაფრაგმის ქვემ მოყრუებას შორის. თქვენ ვერ ახლებთ საკუთრივ დიაფრაგმის ჰერკუსიას. 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 ჯერეკაციაში დიაფრაგმის მოძრაობის ჩენტგენოლოგიურ მონაცემთან.

აუსკულტაცია

ფიტცვების აუსკულტაცია გამოკვლევის ყველაზე მნიშვნელოვანი მეთოდია ტრაქეობრონქულ ხეში ჰაერის გატარების შეფასებისთვის. ასევე, ჰერკუსიასთან ერთად, იგი ეხმარება ექიმს დაადგინოს ფიტცვების და პლევრის მდგომარეობა. აუსკულტაციის პროცესი მოიცავს: 1. სუნთქვის დროს წარმოქმნილი ხმიანობების მოსმენას; 2. დამატებითი ხმიანობების მოსმენას და 3. იმას დარლვევების შემთხვევაში ხმიანობების მოსმენას ავადმყოფის საუბრის ან ჩურჩულის დროს, თუ ეს ხმიანობები გულ-მკერდის ბედებზე ვრცელდება.

აუსკულტაციის დროს შეცდომა შეიძლება გამოიწვიოს ლოგინის თვითრეული, ქაღალდის ბერანგის ხმამ და თავად გულ-მკერდმა. მკერდის თმიანობის გამო შეიძლება ტკაცუნა ხმა მოისმინოთ. ამიტომ სტეტოსკოპი უფრო მკერდზე დაადეთ 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 ნარმოქმნათ ეს ხმიანობა ვარჯიშის მოძრაობის ჩატარებით (ქვემოთ დახარ) საკუთარი ფიტცვების 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 ჩასუნთვის დროს.

ამ სამი სახის სუნთქვითი ხმიანობების მახასიათებლები შეჯამებულია ქვემოთ ცხრილში. ასევე ნარჩენებია *ტრაქეული* სუნთქვითი ხმიანობა – ძალიან ხმამაღალი, ხეშე ხმა, რომელიც ტრაქეაზე ისმის.

ფონენდოსკოპით *სუნთქვითი ხმიანობა მოისმინეთ* მას შემდეგ, როდესაც ავადმყოფს აუხსნით, ისუნთქოს ღრმად და ჰირით. გამოიყენეთ ჰერკუსიის მეთოდები: მოსმენისას მოანაცვლეთ მხარეები და შეადარეთ სიმეტრიული უბნები. თუ შეცვლილი ხმიანობა გესმით, მოისმინეთ მიმდებარე უბნები, რათა სრულად აღნეროთ 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, (ფიტცვის

დაარეგისტრირეთ სუნთქვის ხმის *ინტენსივობას*. სუნთქვის ხმიანობა, როგორც წესი, მაღალია ფიტცვის ქვედა უბანა ველებში და ცვალებადობს სხვადასხვა ადგილებში.

სუნთქვითი ხმიანობების მახასიათებლები

	ხმიანობის ხანგრძლივობა	ამოსუნთქვით ხმიანობის ინტენსიობა	ამოსუნთქვითი ხმიანობის სიმაღლე	უბნები, სადაც ნოხმაღუჩად მოისმინება
ვეზიკულური*	ჩასუნთქვითი ხმიანობა უფრო ხანგრძლივად ისმის, ვიდრე ამოსუნთქვითი	ჩახმი	შედარებით დაბალი	ოთხივე ფილტვის უმეტეს უბნებში
ბრონქოვეზიკულური	ჩასუნთქვითი და ამოსუნთქვითი ხმიანობები ეთნაირი ხანგრძლივობისაა	საშუალო	საშუალო სიმაღლის	გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე I და II ნეკნთაშუა სივრცეებში და ბეჭებს მორის
ბრონქული	ამოსუნთქვითი ხმიანობა უფრო ხანგრძლივად ისმის, ვიდრე ჩასუნთქვითი	ხმამაღალი	შედარებით მაღალი	მკერდის ძვლის ტართან, თუ ის საერთოდ ისმის
ტრაქეული	ჩასუნთქვითი და ამოსუნთქვითი ხმიანობები ეთნაირი ხანგრძლივობისაა	ძალიან ხმამაღალი	შედარებით მაღალი	ტრაქეაზე ზემოთ ყელში

* ხაზების სისქე გამოხატავს ინტენსივობას, დახრილობა - ტონის სიმაღლეს.

თუ ბრონქოვეზიკულური, ან ბრონქული სუნთქვითი ხმიანობა მოისმინება ცხრილში მოცემული უბნებიდან მომორებით, 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 ჩრება შესასტებელი.

ობსტრუქციული დაავადებების ან ფუნთების სისუსტის დროს, ან ხოდესაც ხმის გატარება შესასტებელია (გამონაჟონი პლევრის ღრუში, პნევმოთორაქსი ან ემფიზემა).

არის არ *ჩვმი ინტერვალი* ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის ხმიანობებს შორის?

ინტერვალი მიეთითებს ბრონქული სუნთქვის ხმიანობაზე.

მოუსმინეთ *ამოსუნთქვისა და ჩასუნთქვის ხმიანობის ტონს, ინტენსივობას და ხანგრძლივობას*. ვეზიკულური სუნთქვითი ხმიანობა, ჩვეულებრივ, გულმკერდის მთელ ედემზე ვრცელდება? თუ ბრონქული და ბრონქოვეზიკულური ხმიანობები არის გათვალისწინებელ ადგილებში? თუ არის, სად არიან ლოკალიზებული?

დამატებითი ხმიანობები. მოუსმინეთ დამატებით ხმებს, რომელთა ზედებაც ხდება, ჩვეულებრივ, სუნთქვით ხმიანობაზე. დამატებითი ხმიანობების – ტკაცუნი, სტვენა (რომელსაც ხშირად უწოდებენ) ალბა მნიშვნელოვანია თქვენთვის გამოკვლევის ჩატარების პროცესში, ზოგჯერ კი ნამყვანი მნიშვნელობა აქვს 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

ჯჩეპიტაცია	სტვენა და ხიხინი
▪ წყვეტილი	▪ გახანგრძლივებული
▪ ნყვეტილი, ხრამუსიანური და ხანმოკლე	▪ ≥ 250 მ/წმ, მუსიკალური, უფრო ხანგრძლივად ისმის (მაგრამ აუცილებელი არ არის გრძელდებოდეს მთელ ჩასუნთქვის ციკლში)
▪ ზოგჯერ ნერვიულოვანი	▪ ღრიალის მსგავსი
▪ *ნაზი ჯრეპიტაცია* არის ხმის მაღალი ტონალობის, და ძალიან მოკლე (5 – 10 მ/წმ)	▪ *მშრალი ხიხინი:* შედარებით მაღალი ტონალობის (≥400 ჰც) მსტვინავი ან მოგუგუნე, მოზუზუნე.
უხეში ჯრეპიტაცია არის ჩამდინარემე მაღალი, დაბალი ტონალობის, მოკლე (20 - 30 მ/წმ)	▪ *სველი ხიხინი:* შედარებით დაბალი ტონალობის (≤ 200 ჰც) და აქვს ხვრინვის ხასიათი. ბრონქის ჯალიბის მიხედვით ის შეიძლება იყოს ვიწრო-, საშუალო- და მსხვილბუშტუკოვანი

ნაზი ჯრეპიტაია, 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 ჯრეპიტაცია ნაზია თუ უხეში)
- რაოდენობა (ცოტა თუ ბევრი)
- სუნთქვის ციკლის მიხედვით
- გულმკერდის კედელთან ლოკალიზაცია
- აღნიშნული ტიპის მუდმივობა სუნთქვიდან სუნთქვამდე
- რაიმე ცვლილებები ხველის შემდეგ ან ავადმყოფის პოზიციის შეცვლისას.

ჩახველების შემდეგ ჯრეპიტაციის, 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 კედელზე მაქსიმალური ამოსუნთქვის დროს. ფიტვების ქვედა ნილებში ხიხინი, ასევე, შეიძლება მოისმინებოდეს ხანგრძლივი ნოლის შემდეგ.

თუ თქვენ გესმით მსტვინავი, ან ბრონქული ხმა, ჩაინიშნეთ, სად გესმით და მისი ლოკალიზაცია. იცვლება, თუ არა ის ღრმა ჩასუნთქვის ან ჩახველების შემდეგ?

ბრონქოფონია. თქვენ თუ გესმით არასწორი ლოკალიზაციის ბრონქოვეზიკულური ან ბრონქული სუნთქვის ხმა, გააგრძელეთ ხმის გატარების შეფასება. სტეტოსკოპის საშუალებით მოისმინეთ გულმკერდის კედლის სიმეტრიული არეები:

ხმიანობის გატარების გაზრდა გვაფიქრებინებს, რომ ჰაერით სავსე ფიტვი გახდა უჰაერო. ნახეთ ცხრილი 7 - 5, ნორმალური და შეცვლილი სუნთქვითი ხმიანობა (სურ. 274).

- ავადმყოფს სთხოვეთ, თქვას "ეითი-ოხი". ჩვეულებრივ, გულმკერდის ხელისგენ გავრცელებული ხმა ახის ჩუმი და გაურკვეველი.
- სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვას "ეე". თქვენ, ჩვეულებრივ, გაიგებთ მოგრძელებულ "ე" ხმოვანობას.
- სთხოვეთ ავადმყოფს, ჩურჩულით თქვას "ეითი-ოხი", ან "ეითი-ოხი-სამი". ჩურჩულის ხმა, ჩვეულებრივ, ისმის სუსტად და გაურკვეველად, ან არ ისმის საერთოდ.

სმამაღლე, სუფთა სმოვანობას *ბგონჭოფონია* ეწოდება.

ხოლესაც "ეე" ისმის, როგორც "ეი", ანე "ე" იცვლება "ა"-თი (*ეგოფონია*), ეს მიეთითებს წილის გამკვრივებაზე ენევმონიის შედეგად. ხმა თითქოს ცხვირში ისმის.

შედარებით სმამაღლი, სუფთა ჩურჩულის ხმას უწოდებენ *ჩურჩულის ჰექტო-ხილოქვიას*.

გულმკერდის წინა ზედაპირის გამოკვლევა

თუ ავადმყოფი გამოკვლევისას წევს **ზურგზე**, უნდა იყოს ტომფორტულად, ორივე განზიდული ხელებით. ავადმყოფს, **რომელსაც ექიმის** სუნთქვა, გამოკვლევისას შეუძლია **იჯდეს** ან სარეოლის თავის ანეკის სამაგრებით შეუქმნათ ტომფორტული პოზიცია.

ავადმყოფებს, **რომელთაც** აქვთ ფილტვების **ქრონიული**, ობსტრუქციული დაავადება, უჩვენებათ ტანით წინ **გადმოხრილი ჯდომა**, ტუჩები **მოკუმული** ამოსუნთქვის **პროცესში** და ხელები **შემოხვეული** მუხლებზე ან მაგიდაზე.

დათვალიერება

დააკვირდით ავადმყოფის გულმკერდის ფორმას და გულმკერდის ხელის მოძრაობას. ჩაინიშნეთ:

- დეფორმაცია ან ასიმეტრია.

ნახეთ **ცხრილი 7-4, გულმკერდის დეფორმაცია (სურ. 273).**

- ჩასუნთქვის დროს ქვედა ნეკნთაშუა არეების არასწორი რეტრაქცია.

მძიმე ასთმა, ფილტვების ქრონიული ობსტრუქციული დაავადება ან ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქცია.

- სუნთქვითი მოძრაობისას **ღრუბლები** ჩამორჩენა ან დეფორმაცია.

ფილტვების ან პლევრის დაავადებები.

პალპაცია

პალპაცია გამოიყენება ოთხი მიმართულებით:

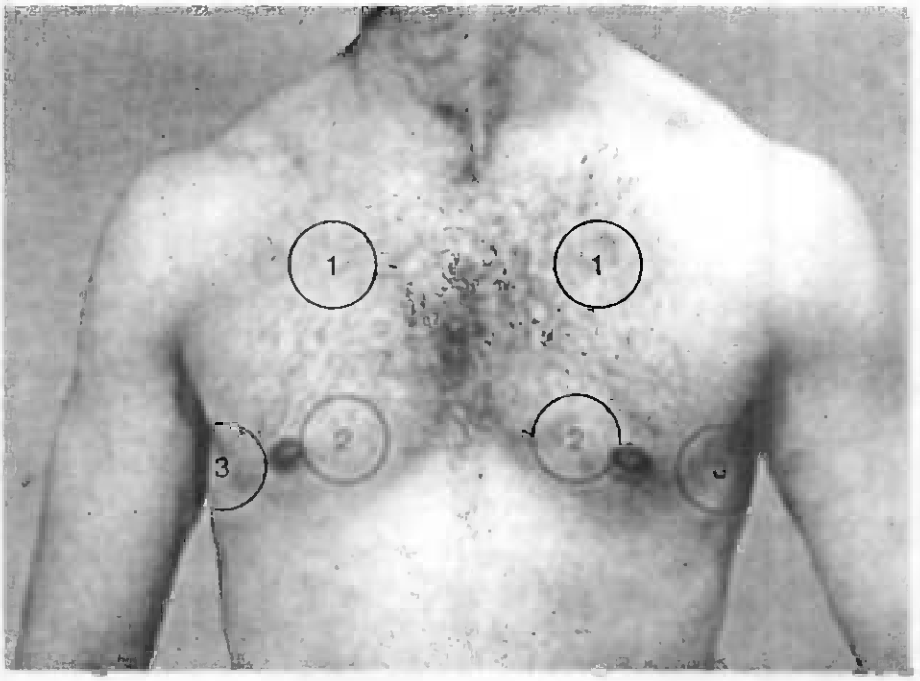
- *მტკივნეული არეების დადგენა*

გულ-მკერდის ჯუნთების ან ნეკნების ხრტილების მტკივნეულობა ადასტურებს, მაგრამ არ ამტკიცებს, რომ გულ-მკერდის არეში ტკივილის მიზეზი ჯუნთები ან ძვლებია.

- *დადგენილი ცვლილებების შეფასება*
- *გულმკერდის გაშლის შეფასება.* დადეთ **თქვენი** ცერა თითები ნეკნების ქიდეებზე ორივე მხარეს, ხოლო ხელისგულები – ნეკნების ღატერალურად. შემდეგ გააცურეთ ხელები მედიალურად ორივე ზემოთ **ისე**, რომ ჯანი ამოერინოს ცერებს შორის. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ჩაისუნთქოს. დააკვირდით, რამდენად დაშორდება ცერები ერთმანეთს და ნახეთ სიმეტრიულობა.



- *ბგერითი ხმევის შეფასება.* გულ-მკერდის ორივე 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.



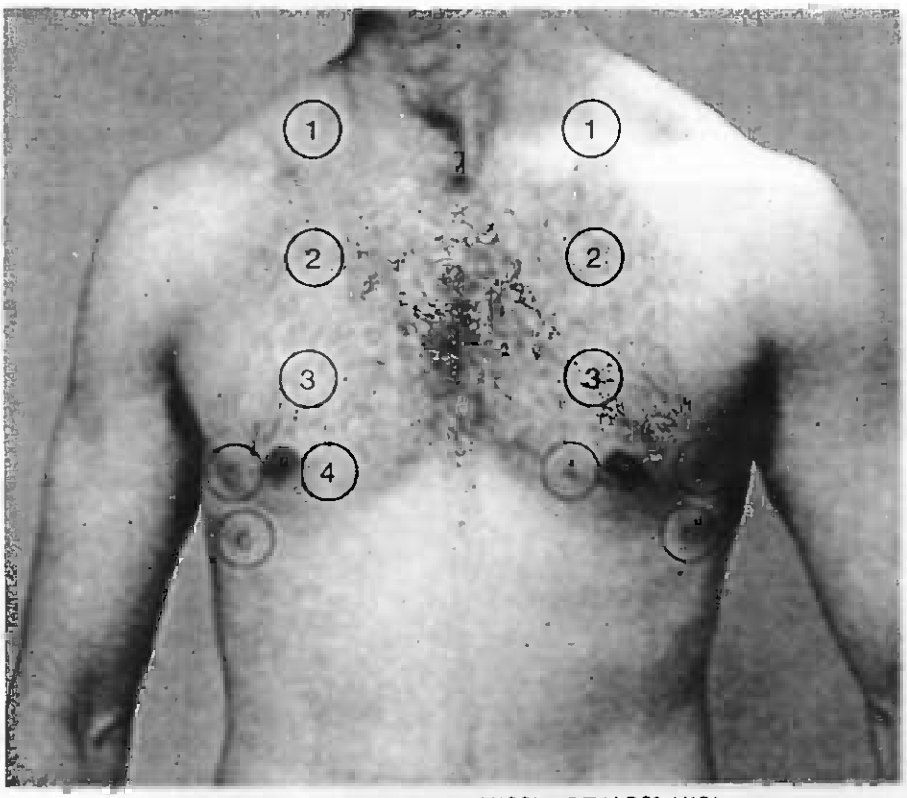
ბგერითი ხმევის შეგრძნების ლოკალიზაცია

პერკუსია

გულ-მკერდის ნინა და გვერდითი ზედაპირების პერკუსია ჩატარეთ ოთივე მხარეს. ნორმალურად გულის არეში აღინიშნება მოყრეება მკერდის ძვლის მარცხნივ მე-3-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში. მის ლატერალურად შეგიძლიათ ფილტვის პერკუსია.

ნათელი ხმიანობა მოყრეებით 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), ნინა მხრიდან პერკუსიით მხოლოდ დიდი რაოდენობით სითხის დადგენა შეიძლება.

ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს გულის მოყრეება მთლიანად იფარება ჰიპერრეზონანსული ხმიანობით.



პერკუსიისა და აუსკულტაციის ტოპოგრაფია

ქალებში პერკუსიის უკეთ ჩატარებისთვის მკერდი გადანიეთ მარცხნივ ხელით, როცა მარჯვენა პერკუსიას ატარებთ.

მარჯვენა შუა ნიღის პნევმონიის დროს მოყრეება ვლინდება მარჯვენა ძუძუსთან. თუ ძუძუს არ გადანევთ, შეცვლილ პერკუსიულ ხმიანობას ვერ დააღგენთ.

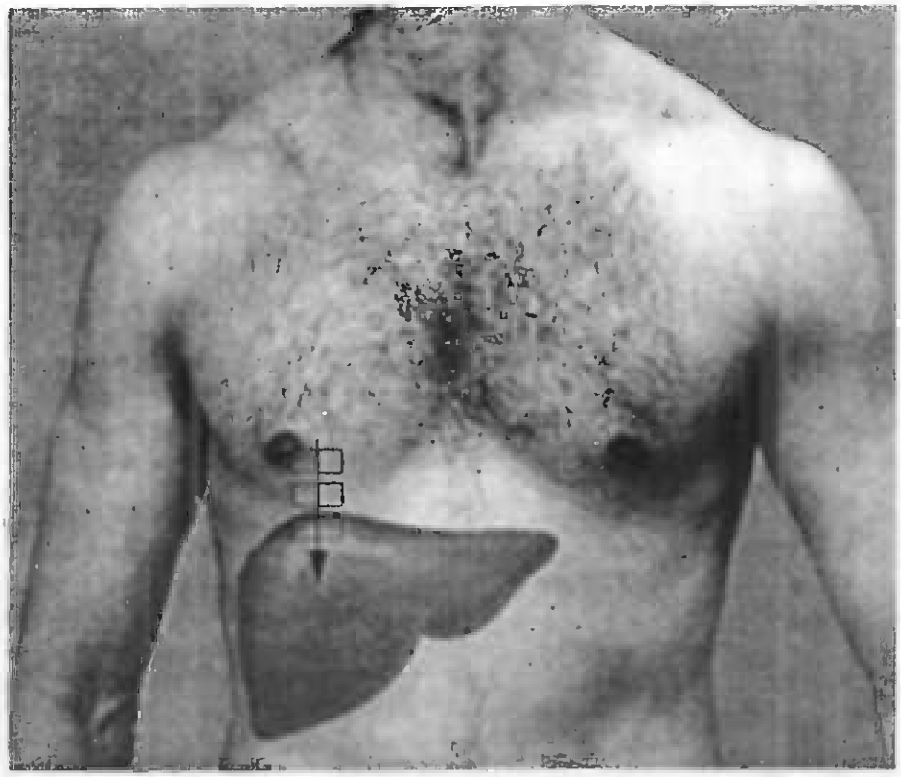


ასევე შეგიძლიათ ავადმყოფს სთხოვოთ, თვითონ გადანიოს მკერდი.

დაადგინეთ შეცვლილი პერკუსიული ხმიანობის მქონე უბნები.

ღვიძლის მოყრილების ზემო კიდის ზემოთ და პარალელურად დადეთ თქვენი თითი პლესიმეტრი და პერკუსია ჩაატარეთ ქვემოთკენ ღავინშეა სახზე. დაადგინეთ ღვიძლის ზედა კიდე. მოგვიანებით, მეცნიერის ღრმის გამოკვლევის დროს, ეს მეთოდი შეგიძლიათ გამოიყენოთ ღვიძლის ზომის დასადგენად. ჩოდესაც მარცხნივ ატარებთ გულ-მკერდის პერკუსიას, ყურის არეში ფილტვის ნათელი ხმიანობა იცვლება ტიმპანურით.

ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს, ხშირად, ღვიძლის ზედა კიდე ქვემოთ იწევს. ასევე ქვემოთ იწევს დიაფრაგმის მოყრილების ზედა კიდე ზურგის მხარეს.



აუსკულტაცია

მოისმინეთ გულ-მკერდის წინა და გვერდითი ზედაპირები, როდესაც 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 რა მონაკვეთს იკავებენ, გულ-მკერდის რა ნაწილში მოისმინებიან, ქრებიან 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 რამდენადაც 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 ზეწოლა მოგეხმარებათ ნეკნის მოტეხილობის დადგენაში ხშირი 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 ხშირი ქსოვილების დაზიანება.

მონაცემთა ჩაწერა

თავდაპირველად, უნდა გამოიყენოთ ისეთი ნიშანდებები, რომლითაც აღწერით გასინჯვით მიღებულ მონაცემებს. მოგვიანებით, შეგიძლიათ ფრაზები გამოიყენოთ. ჯერმოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც გაამდიდრებს ჩანაწერს.

ინსპექციის/გამოკვლევების მონაცემთა ჩაწერა

"ბეჭ-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

"ბეჭ-მკერდი სიმეტრიულია ზომიერი კიფოზით და წინა-უკანა დიამეტრის გადიდებით, შემცირებულია გაფართოვება. ფილტვების პერკუსიული ხმიანობა მომატებულია. სუნთქვითი ხმიანობა შესუსტებულია, ამოსუნთქვის ფაზა გახანგრძლივებულია და აღინიშნება გაფანტული ხიხინი. ბგერითი ხმოვანება 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, DelBono 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 nomendature. Am Rev Respir Dis 136: 1016, 1987.
Epler GR, Carrington CB, Gaensler 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 MJY, 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 ed. Philadelphia, WB Saunders, 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 RM, 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 Saunders, 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, patliogcnesis, and prospects for novel therapies. JAMA 286(4):395-398, 2001.

	პრობლემა	პროცესი	მდებარეობა	თვისება	სიმძიმე
	ესოფაგო-ვისცერული				
1	სტენოკარდია	მიოკარდიუმის გახდამავალი იშემია, ჩვეულებრივ, გამომწვევი კორონარული ათეროსკლეროზით	მკერდის ძვლის უკან ან გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე, ზოგჯერ გადაეცემა მხრებში, მკლავებში, ყისერში, ქვედა ყბაში ან მუცლის ზედა ნაწილში	დამწოლი, მოჭერითი, დამწოლი, ზოგჯერ ნვითი	მსუბუქი ან საშუალო, ზოგჯერ დისკომფორტის შეგრძნება, ვიდრე ტკივილი
2	მიოკარდიუმის ინფარქტი	მიოკარდიუმის გახანგრძლივებული იშემია, რასაც მოსდევს მიოკარდიუმის შეუქცევადი დაზიანება ან ნეკროზი	ისეთივე, როგორც სტენოკარდიის დროს	ისეთივე, როგორც სტენოკარდიის დროს	ძლიერი ტკივილი ხშირად, მაგრამ ყოველთვის არა
3	პერიკარდიტი	• პერიკარდიუმის მიმდებარე პარიეტალური პლევრის გალიზიანება • მეჭანიზმი უცნობია	გულის არეში, შეიძლება გადაეცემოდეს მხრებში და ყისერში	მწვავე, ჩხვლეტითი	ხშირად ძლიერი
4	ორტის განშრევებადი ანევრიზმა	ორტის ედების გაყოფა და სისხლის გადასვლა ედების შრეებს შორის	გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე, გადაეცემა ყისერში, ზურგში ან მუცლის არეში.	ძლიერი, მგლეჯავი, აჭეთანელი	ძალიან ძლიერი
	ფილტვის				
5	ცრაქეობრონქიტი	ცრაქის და მსხვილი ბრონქების ანთება	მკერდის ზედა ნაწილში ან მის ორივე მხარეს	ნვითი	მსუბუქი ან საშუალო
6	პლევრის ტკივილი	პარიეტალური პლევრის ანთება პლევრიტის, პნევმონიის, ფილტვის ინფარქტის ან სიმსივნის გამო	პროცესის მიმდებარე გულ-მკერდის ზედაპირი	მწვავე, ჩხვლეტითი	ხშირად ძლიერი
	ბარძაყ-ინგვინალური, და სხვ.				
7	ჰერნეულუს-ეზოფაგიტი	ხელის ნვენის ჰერნეულით განპირობებული საყლაპავის ლორნოვანის ანთება	მკერდის ძვლის უკან, შეიძლება გადაეცემოდეს ზურგში	ნვითი, შესაძლებელია მოჭერითი	მსუბუქი ან საშუალო
8	საყლაპავის დისფუნქცია სპაზმი	საყლაპავის ჯანთების მოტორული დისფუნქცია	მკერდის ძვლის უკან, შეიძლება გადაეცემოდეს ზურგში, მკლავებში და ქვედა ყბაში	ჩვეულებრივ, მოქერითი	საშუალო ან მძიმე
9	გულ-მკერდის ედების ტკივილი	სხვადასხვა, ხშირად უცნობი	ხშირად მარცხენა ძეძეს ქვეშ ან ნეკნების ხრტილების განვრივ, ასევე ნებისმიერ ადგილზე	ჩხლეტითი, მწვავე ან ყრუ.	ცვალებადი
10	შფოთვა	გაურკვეველი	გულის არეში, მარცხენა ძეძეს ქვეშ ან გულ-მკერდის ნინა ზედაპირზე	ჩხლეტითი, მწვავე ან ყრუ.	ცვალებადი

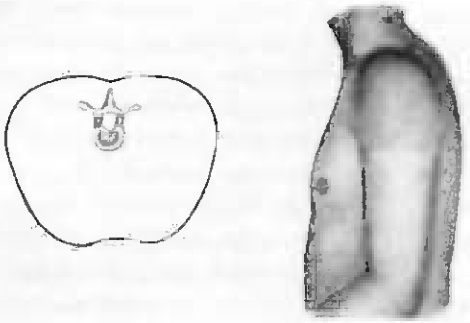
შენიშვნა: გახსოვდეთ, რომ გულ-მკერდის არეში ტკივილი შეიძლება დაკავშირებული იყოს გულ-მკერდის გარეთა სტრუქტურებთან, როგორიცაა ძვლები (ართრიტი) და მუცლის ღრუ (ბილიარული კოლიკა, მწვავე პანკრეატიტი). პლევრის ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს მუცლის ღრუს პათოლოგია, მაგ. სუბდიაფრაგმული აბსცესი.

	ხანგრძლივობა	გამომწვევი ფაქტორები	ფაქტორები, რომლებიც ტკივილს ხსნის	თანმხლები სიმპტომები
1	ჩვეულებრივ 1-3 წთ, მაგრამ ასჯ უნეტეს 10 წთ-ისა. შეიძლება გაგრძელდეს 20 წთ-მდე	დაცვითობა, განსაკუთრებით სიცივე, ქვება, ემოციური სტრესი. შეიძლება მოსვენებაც ნგრძნობაშიც აღმოცენდეს	მოსვენება, ნიტროგლიცერინი	ზოგჯერ ჭრილნი, გულისრევა, ოფლიანობა
2	20 წთ-იდან ჩამოდენიმე საათი			გულისრევა, ღებინება, ოფლიანობა, სისუსტე
3	გახანგრძლივებული	სუნთქვა, მენებარეობის შეცვლა, ხველა, ძილის დახრა, ზოგჯერ ყლაპვა	სწორად ჯდომამ შეიძლება შეამცირომ	თანმხლები დაავადების სიმპტომები
4	გახანგრძლივებული			თანმხლები დაავადების სიმპტომები
5	ეეცახი დაწყება, ადრეული პიკი, გრძელდება ჩამოდენიმე საათი	ჰიპერტენზია		სინკოპე, ჰემიპლეგია, პარაპლეგია
6	ცვალებადი	ხველა	დაზიანებულ მხარეს წოლა ტკივილს ამცირებს	ხველა
	გახანგრძლივებული	სუნთქვა, ხველა, სხეულის მოძრაობა		თანმხლები დაავადების სიმპტომები
7	ცვალებადი	დიდი ჩარჩენობით საკვები, მოხრა, წოლა	ანტაციდები, ზოგჯერ ბოყინი	ზოგჯერ ჰეგუნგიტაცია, დისფაგია
8	ცვალებადი	საკვების ან ცივი სასმელის გადაყლაპვა, ემოციური სტრესი	ზოგჯერ ნიტროგლიცერინი	დისფაგია
9	ხანმოკლე ან ჩამოდენიმე საათი ან დღე	გულ-მკერდის, სხეულის, ან მკლავების მოძრაობა		ხშირად, აღგილობრივი დაჭიმულობა
10	ხანმოკლე ან ჩამოდენიმე საათი ან დღე	დაძაბულობა, ემოციური სტრესი		სუნთქვის გაძნელება, გულის ფრიალი, სისუსტე, ფოთიალი

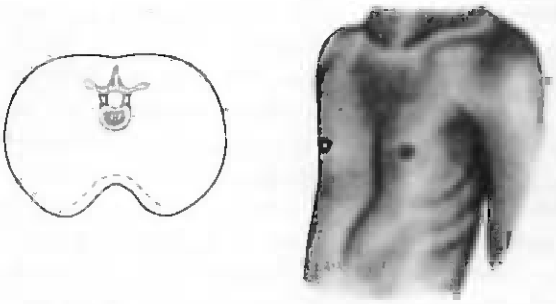
	პრობლემა	პროცესი	ხანგრძლივობა
1	მახრჩობამსხივი გულის უკმარისობა (მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა ან მიტრალური სტენოზი)	ფილტვის არტერიის ჯაჭვილარებში წნევის მომატება სითხის ტრანსუდაციით ინტერსტიციულ ალვეოლებში. ფილტვების ელასტიურობის დაქვეითება (მომატებულია რიგიდობა). მომატებული სუნთქვის სიხშირე	ქოშინი ნელა პროგრესირებს, ან სწრაფად - ფილტვების მემუვების 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 შეღრმებით მსუბუქი ხველა
4	ასთმა	ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობა ანთების მედიატორების გამოყოფაზე, სასუნთ გზებში სეკრეციის მომატება და ბრონქოკონსტრიქცია	მწვავე ეპიზოდები, მათ შორის ესმარხომ ჰეროები. ხშირია ღამის შეტევები
5	ფილტვების დიფუზური ინტერსტიციული დაავადებები (სარკოიდოზი, გავრცელებული სიმსივნე, აზბესტოზი, ფილტვების იდიოპათიური ფიბროზი)	ალვეოლებს შორის ინტერსტიციული ქსოვილის გავრცელებული ინფილტრაცია ეჯრედებით, სითხით და ფიბრინული ქსოვილით. შიზეზი 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 იწვევს ფილტვის ნაწილობრივ ან სრულ კოლაფსს	ქოშინის მწვავე შეტევა
7	ფილტვის არტერიის მწვავე ემბოლია	ფილტვის არტერიის ტოტის სრული ან ნაწილობრივი ეკლესია ოკლუზია თრომბით, რომელიც, ჩვეულებრივ, ნარმოიქმნება ქვემო კიდურების ან მენჯის ღრმა ვენებში	ქოშინის მწვავე შეტევა
8	შფოთვა ჰიპერვენტილაციით	ხშირი სუნთქვა, რაც იწვევს ჰესპირატორულ ალკალოზს და სისხლში ნახშირბადის ოქსიდის პარციალური წნევის დაქვეითებას	ეპიზოდური, ხშირად განმეორებითი

1	გამომწვევი ფაქტორები	ფაქტორები, რომლებიც ამცირებს	თანმხლები სიმპტომები	სიტუაცია
2	დატვირთვა, დაწოლა	მოსვენება, ჯდომა, სანამ ქოშინი მედმივი გახდება	ხშირად ხველა, ორთოპნოე. ღამის პაროქსიზმული ქოშინი, ზოგჯერ, ხმაურიანი სუნთქვა	ბელის დაავადება ან მისი ხელშემწყობი ფაქტორები
3	დატვირთვა, გამაღიზიანებლების შესუნთქვა, ჰესპირატორული ინფექცია დატვირთვა	ამოსვენება, დასვენება, სანამ ქოშინი მედმივი გახდება მოსვენება, სანამ ქოშინი მედმივი გასდება	ქრონიკული პროდუქტიული ხველა, განმეორებითი ჰესპირატორული ინფექცია, შეიძლება იყოს ხმაურიანი სუნთქვა ხველა ნებოვანი ღონორვანი ნახველით	ანამნეზში თამბაქოს მონევა, დაბინძურებული ჰაერი. განმეორებითი ჰესპირატორული ინფექცია ანამნეზში თამბაქოს მონევა, დაბინძურებული ჰაერი. ზოგჯერ აღფა-1 ანტიტრიფსინის დეფიციტი
4	ცვალებადი, მოიცავს აღელვებას, გაღიზიანებას, ჰესპირატორულ ინფექციას, ფიზიკური ვარჯიშს და ემოციას	გამომწვევი ფაქტორების მოცილება	ხმაურიანი სუნთქვა, ხველა, მოჭერის შეგრძნება გულ-მკერდში	გარემოს და ემოციური მდგომარეობა
5	დატვირთვა	მოსვენება, სანამ ქოშინი მედმივი გახდება	ხშირად სისუსტე, აღვილად დაღლა. ხველა უფრო იშვიათია, ვიდრე ფილტვების სხვა დაავადებების დროს პლევრიტით გამოწვეული ტკივილი, ხველა, ნახველი, ცხელება, თუმცა არ არის აუცილებელი	ცვალებადი. მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედება ცვალებადი
		პლევრიტით გამოწვეული ტკივილი, ხველა ხშირად არ არის. თუ ოპერაცია მასიურია, შეიძლება იყოს დამწოლი ტკივილი. პლევრიტით გამოწვეული ტკივილი, ხველა და ჰემოპტოე შეიძლება ახლდეს. ნეოპლაზის სიმპტომები (იხ. ქვემოთ)	ხშირად მანამდე ჯანმრთელი ახალგაზრდები მშობიარობის და ოპერაციის შემდგომი პერიოდი; ხანგრძლივი ნოლი. ბელის შეგებებითი ეემარისობა. ფილტვების ქრონიკული დაავადებები. მენჯის ან ბარძაყის ძვლის მოტეხილობა; ღრმა ვენების თრომბოზი (ხშირად, ელინიკურად უსიმპტომო)
8	უფრო ხშირად ვლინდება მოსვენების დროს, ვიდრე დატვირთვისას. გენგანწყობის დახლეჩვის მოვლენები არ ვლინდება	ქალაღდის ან პლასტიკის პარკში ჩასუნთქვა და ამოსუნთქვა ზოგჯერ შველის	ღრმა სუნთქვა, თავბრუსხვევა, ხელების ან ფეხების გაშეშება ან ჯანჯარი, ბელის ფრიალი, გულ-მკერდის არეში ტკივილი	ნეოპლაზის სხვა გამოვლინებები

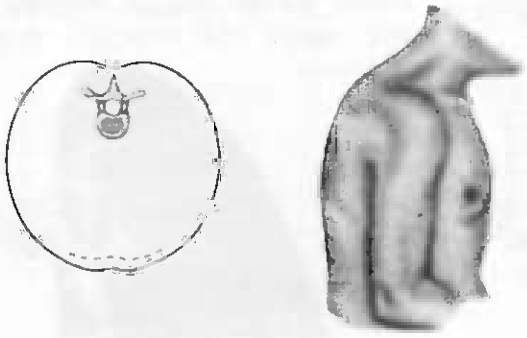
ჰრობლემა	ხველა და ნახველი	თანმხლები სიმპტომები და სიტუაცია
მწვავე ანთება ლარინგიტი	მშრალი ხველა (ნახველის გარეშე). შეიძლება გახდეს ჰიპერქტიული სხვადასხვა ჰაეროვნობის ნახველით	მწვავე. სუსტი ანთება ხმის ჩახლეჩით. ხშირად ახლავს ვირუსული ნაზოფარინგიტი
ტრაქეობრონქიტი	მშრალი ხველა, შეიძლება გახდეს ჰიპერქტიული. ჩვეულებრივ ზედოთ	მწვავე. ხშირად ვირუსული დაავადება, მკერდის ძვლის უკან წვით და დისკომფორტით
მიკოპლაზმური და ვირუსული	მშრალი ხშირი ხველა. ხშირად ხდება ჰიპერქტიული ეოზინოფილური ნახველით	მწვავე დაავადება სიცხით. ხშირად სისუსტით. თავის ტკივილით და შესაძლოა ქოშინით
პნევმონია ბაქტერიული პნევმონია	პნევმოკოკური: ეოზინოფილური ან ჩირქოვანი ნახველი; შეიძლება იყოს სისხლნარევი. დიფუზურად ვარისფერი ან ჟანგისფერი	მწვავე დაავადება შემცივნებით, მაღალი ცხელებით, ქოშინით და ტკივილით გულ-მკერდის არეში. ხშირად წინ უძღვის ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია
ქრონიკული ანთება ჰოსტნაზალური გამონადენი	ქრონიკული ხველა: ეოზინოფილური ან ეოზინოფილ-ჩირქოვანი ნახველი	ხშირად ალოსუფთავების ხშირი მცდელობა. ავადმყოფი შეიგრძნობს ჰოსტნაზალის გამონადენს ან ჩანს უკანა ხახაში დაკავშირებულია ქრონიკულ სინუსიტთან სინუსიტით ან მის გარეშე
ქრონიკული ბრონქიტი	ქრონიკული ხველა: ნახველი ეოზინოფილია ან ჩირქოვანი, შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	ხშირია ხანგრძლივი თამბაქოს წევის შემდეგ. მოკლევადიანი ინფექცია. შეიძლება განვითარდეს სმაენიანი სუნთქვა და ქოშინი
ბრონქოექტაზია	ქრონიკული ხველა: ჩირქოვანი ნახველი, ხშირად დიდი რაოდენობით და ცუდი სუნით; შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	ხშირია მოკლევადიანი ბრონქოპნევმონიური ინფექცია; შეიძლება ახლდეს სინუსიტი
ფილტვის ტუბერკულოზი	ხველა მშრალი ან ეოზინოფილური, ან ჩირქოვანი ნახველით; შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	აქტიური სტადიაზე სიმპტომები არ არის. მოგვიანებით აწონაკლისი, ნორმალური ცხელება, სისუსტე, ცხელება და ღამით ოფლიანობა
ფილტვის აბსცესი	ჩირქოვანი ნახველი ცუდი სუნით; შეიძლება იყოს სისხლიანი	ფებრილური ცხელება. ხშირია კბილების პრობლემები და წარსულში ცნობიერების დაქვეითება
ასთმა	ხველა სველი ეოზინოფილური ნახველით, განსაკუთრებით შეტევის ბოლოს.	ეპიზოდურად ხმაურიანი სუნთქვა და ქოშინი, მაგრამ შეიძლება მთლიდან ხველა იყოს. ანამნეზში ხშირია ალერგია.
გასტროეზოფაგური რეფლუქსი	ქრონიკული ხველა, განსაკუთრებით ღამით ან დილით ადრე.	ხმაურიანი სუნთქვა, განსაკუთრებით ღამით (ხშირად ეწერებათ ასთმაში). დილით ადრე ხმის ჩახლეჩა, და ხშირის ამოსუფთავების ხშირი მცდელობა. ანამნეზში გულძმარვა და ჰეგურგიტაცია ჩვეულებრივ. ხანგრძლივი თამბაქოს წევა. ახლავს მთელი რიგი გამოვლინებები
სიმსივნე ფილტვის კიბო	ხველა მშრალი ან ჰიპერქტიული; ნახველი შეიძლება იყოს სისხლნარევი ან სისხლიანი	
ჯანდიოვასკულური დაავადებები მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა ან მიტრალური სტენოზი	ხშირად მშრალი, განსაკუთრებით დატვირთვისას ან ღამით; შეიძლება იყოს ვარდისფერი ფილტვების შეშუპების დროს ან პნევმოტორე.	ქოშინი, ორთოპნოე, ღამის პაროქსიზმული ქოშინი
ფილტვის არტერიის ემბოლია	მშრალი და ჰიპერქტიული; შეიძლება იყოს მუქი, წითელი ან სისხლნარევი.	ქოშინი, ატელექტაზი, გულ-მკერდის არეში ტკივილი, ფაფუკოხები, 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



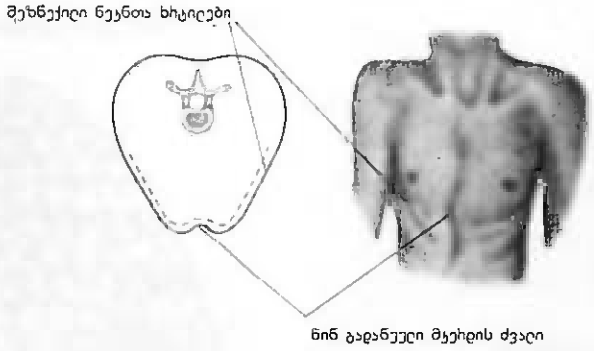
ნორმალური მოზრდილის. ნორმალური მოზრდილის გულ-მკერდის სიგანე უფრო მეტია, ვიდრე სიღრმე. მისი ღატერალური დიამეტრი მეტია წინა-უკანა დიამეტრზე.



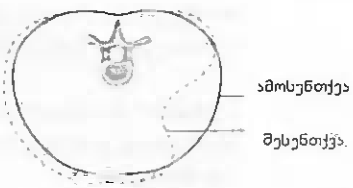
ძაბრისებური გულ-მკერდი (Pectus Excavatum) ძაბრისებური გულ-მკერდი ხასიათდება მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილის შეზნექვით. გულსა და მსხვილ სისხლძარღვებზე ზეწოლამ შეიძლება შეილის განვითარება გამოიწვიოს.



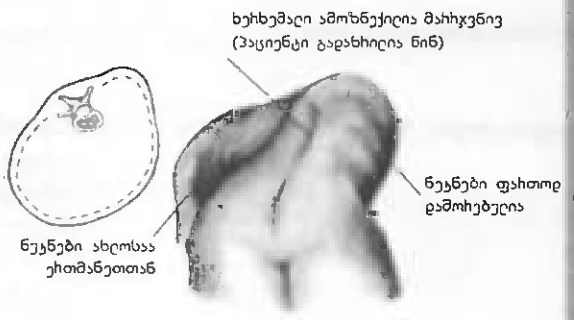
ჯასრისებური გულ-მკერდი. ჯასრისებური გულ-მკერდის დროს გაზრდილია წინა-უკანა დიამეტრი. ეს ფორმა ნორმალურია ახალშობილებში და ხშირია ასაკოვან პირებში და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დროს.



ქათმისებური გულ-მკერდი (Pectus Carinatum) ქათმისებური გულ-მკერდის დროს მკერდის ძვალი წინაა ნამოწეული, გაზრდილია წინა-უკანა დიამეტრი. ნეკნების ხრტილების შეერთება წინ ნამოწეულ მკერდის ძვალთან უფრო სუსტია.

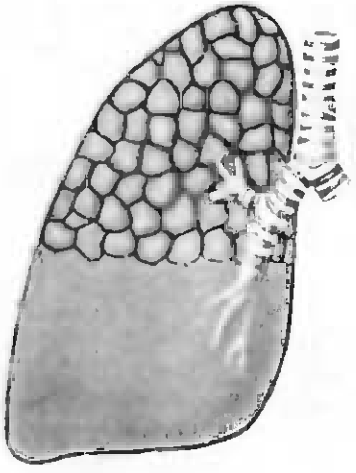


ტრავმის გამო შეცვლილი გულ-მკერდი. მრავლობითი ნეკნების მოტეხილობის დროს ვლინდება გულ-მკერდის პარადოქსული მოძრაობა. დიაფრაგმის დაწევის გამო ინტრათორაკული წნევა მცირდება და ჩასუნთქვისას დაზიანებული უბანი მიგნით იწევს, ხოლო ამოსუნთქვისას – გარეთ.

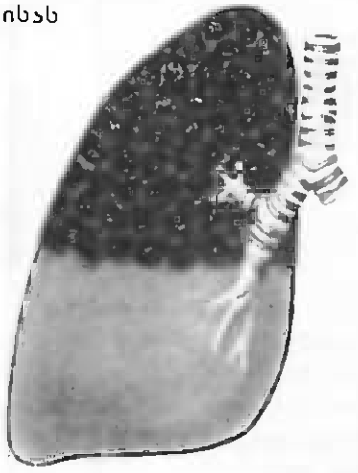


გულ-მკერდის ტიფოსტოლიოზი. გულ-მკერდის ტიფოსტოლიოზის დროს, ხელხლმის გამრუდება და მაღების შემოტრიალება იწვევს გულ-მკერდის დეფორმაციას. ფილტვების ფორმის შეცვლა ძალიან ართულებს მიღებული მონაცემების ინტერპრეტაციას.

სუნთქვითი ხმოვანობის **ნახმომობა** ბოლომდე გახსნილი არ არის. დღეს მიღებული თეორიის მიხედვით, ჰაერის დინება ცენტრალურ ჰაერ-გამტარ მონაკვეთებში ნახმოქმნის ტრაქეალურ და ბრონქულ სუნთქვით ხმოვანობას. ვინაიდან ეს ხმები ფილტვების გავლით სუსტდება პერიფერიაზე, ფილტვის ქსოვილი ფილტრავს მათი მაღალი-ხმოვანობის კომპონენტებს და მხოლოდ ბრძილი და დაბალტონალობის კომპონენტები აღწევენ გულმკერდის კედელს, სადაც ისინი ისმინება ჩვეულებრივ ვეზიკულური სუნთქვითი ხმოვანობა. ნორმაში, ტრაქეალური და ბრონქული ხმოვანობა შეიძლება ისმოდეს ტრაქეისა და მთავარი ბრონქების ადგილმდებარეობის ზემოთ; ვეზიკულური სუნთქვითი ხმოვანობა ისმის თითქმის მთელი ფილტვების ზედაპირზე. ჩვეულებრივ ფილტვის ქსოვილი კარგავს ჰაერს, ის მაღალი ტონალობის ჰაერს ეკეთ ატარებს. თუ ტრაქეობრონქული ხე ღიაა, ბრონქული სუნთქვით ხმოვანობა შეიძლება ჩანაცვლდეს ნორმალური ვეზიკულური ხმოვანობით იმ ადგილის ზემოთ, სადაც ფილტვში არის ჰაერის შემცირებული რაოდენობა. ასეთი ცვლილება ხდება ნილოვანი პნევმონიის დროს, როდესაც ალვეოლები სავსეა სითხით, ნითელი და თეთრი უჯრედებით - ჩრდილი, რომელსაც ენოდება გამკვრივება. სხვა მიზეზებში შედის ფილტვების შეშუპება ან ჰემორაგია. ბრონქული სუნთქვითი ხმოვანობა ჩვეულებრივ ვრცელდება ბგერითი ხმოვანობის და გატარების ტექნიკური აღქმის გახანგრძლივებასთან. ეს მონაცემები შეჯამებულია ქვემოთ.



ნორმალური ჰაერ-გამტარი ფილტვი



ჰაერით ღარიბი ფილტვი, როგორც ამას ადგილი აქვს ნილოვანი პნევმონიისას

სუნთქვითი ხმოვანობა	ეპიტაქსიალური ვეზიკულური	ბრონქული და ბრონქოვეზიკულური დაზიანებული უბნის ზემოთ
გადაცემული ბგერითი ხმოვანობა	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 ხმოვანობა	ნორმალური	გაძლიერებული

ფილტვის დამატებითი ხმიანობები: ძიზუზები და ახხითი

ჯეჯინტაციას აქვს ოთი ძირითადი ახსნა. (1) ისინი წარმოიქმნება, როდესაც წვრილი ჰაერგამტარი გზები, რომლებიც ცარიელი იყო ამოსუნთქვისას, მკვრივი (ტანში) ხმიანობით ივსნება ჩასუნთქვის დროს. ეს მექანიზმი, როგორც ჩანს, ხსნის მოგვიანებით ჩასუნთქვის ჯეჯინტაციას ფილტვების ინტერსტიციული დაავადების და გული შეგებებითი დაავადების აღრეული სტადიაზე. (2) ჯეჯინტაცია გამონველია ჰაერის ბუშტუკებით, რომლებიც გაივლის სეკრეტს (გამონაყოფს) ან მცირედ დახურულ ჰაერგამტარ გზებს სუნთქვის პროცესში. ამ მექანიზმით სული შესაძლოა აიხსნას ზოგი მსხვილბუშტუკოვანი ჯეჯინტაცია.



მოგვიანებითი ჩასუნთქვის ჯეჯინტაცია – შეიძლება დაიწყოს ჩასუნთქვის პირველ ნახევარში, მაგრამ გრძელდება მოგვიანებითი ჩასუნთქვის ფაზაშიც. ისინი ჩვეულებრივ არის წვრილი და საკმაოდ მრავალრიცხოვანი და მატულობს ჩასუნთქვიდან ჩასუნთქვამდე. ეს ჯეჯინტაცია პირველად ჩნდება ფილტვების ფუძეზე, ვრცელდება სემოთ მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად და გადაინაცვლებს დარიანებული ხეგიონებზე. ჰოზის შეცვლასთან ერთად, მიზეზებში შედის ფილტვების ინტერსტიციული დაავადება (როგორიცაა ფიბროზი) და გული შეგებებითი უკმარისობის აღრეული სტადია.



აღრეული ჩასუნთქვითი ჯეჯინტაცია ჩნდება სუნთქვის დაწყებიდან მალევე და არ გრძელდება მოგვიანებითი ჩასუნთქვის ფაზაში. ისინი ხშირად მაგრამ არა ყოველთვის უხეშია და შედარებით მცირეიცხოვანი. ამოსუნთქვითი ჯეჯინტაცია ზოგჯერ ასოცირებულია, მიზეზებში შედის ქრონიკული ბრონქიტი და ასთმა.



ჩასუნთქვის შუა ფაზის და ამოსუნთქვითი ჯეჯინტაცია მოისმინება ბრონქოექტაზიების დროს, მაგრამ ამ დიაგნოზისთვის სპეციფიკური არაა. მსტვინავი ხმიანობა და ხიხინი ხშირად ასოცირდება ერთმანეთთან.

სტვენა და ხიხინი



მსტვინავი ხიხინი წარმოიქმნება მაშინ, როცა ჰაერი მოძრაობს სწრაფად, შევინროებული ბრონქის გავლით დახურვი ნერტილთან ახლოს. ისინი ხშირად ისმის პირიდან ისევე ჯარგად როგორც გულმკერდის ზედაპირიდან.

მთელი გულმკერდის ზედაპირზე მოსმენადი *მსტვინავი ხიხინის* მიზეზები შეიძლება იყოს ასთმა, ქრონიკული ბრონქიტი, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და გული შეგებებითი უკმარისობა (კარდიალური ასთმა). ასთმის დროს, მსტვინავი ხიხინი შეიძლება ისმოდეს მხოლოდ ამოსუნთქვის დროს ან სუნთქვითი ციკლის ორივე ფაზაში. ხიხინი გულისხმობს სეკრეციას მსხვილი ყალიბის ჰაერგამტარ გზებში. ქრონიკული ბრონქიტის დროს მსტვინავი ხმიანობა და ხიხინი ხშირად თავდება ამოხველებით.

სტრიდორი

იშვიათად, ფილტვების მძიმე ობსტრუქციული დაავადების დროს, პაციენტს ალარ შესწევს უნარი საკმარისი ძალით ამოუშვას ჰაერი შევინროებული ბრონქებიდან და წარმოქმნას მსტვინავი ხმიანობა. ამის შედეგია *მუნჯი გულმკერდი*, რომელიც მოითხოვს დაუყოვნებელ ყურადღებას და არ უნდა მეგვმაღლოს მდგომარეობის გაუმჯობესებაში.



ღრიალი მსტვინავი ხიხინის ჰარმონიებია ნიშნავს ბრონქის ნაწილობრივ ობსტრუქციას, მაგ: სიმსივნით ან უცხო სხეულით. ის შეიძლება იყოს ჩასუნთქვითი, ამოსუნთქვითი ან შერეული.

ჰეევრის ხახუნი



მსტვინავ ხიხინს, რომელიც მთლიანად ან უპირატესად ჩასუნთქვითია, ეწოდება *სტრიდორი*. ის ყველა ხშირად სმამაღლია ყრისის მიდამოში ვიდრე გულმკერდის ზედაპირზე. იგი გამოხატავს ხორხის ან ტრაქეის ნაწილობრივ ობსტრუქციას და დაუყოვნებელ ყურადღებას საჭიროებს.

ანთებითი და გაუხეშებული ჰეევრის ფუნქციები ეხახუნება ერთმანეთს, ხადგანაც ისინი ყოველი განმეორებითი მოძრაობის დროს ყველა დიდხანს ეღება ერთმანეთს მომატებული ხახუნის გამო. ეს მოძრაობები გამოსცემენ ხმიანობას, რომელიც ცნობილია როგორც *ჰეევრის ხახუნი*.

ჰეევრის ხახუნი მოგვაგონებს ხიხინებს, თუმცა ისინი წარმოიქმნება განსხვავებული ჰათოლოგიური პროცესებით. ხმები შეიძლება იყოს ნყვეტილი, მაგრამ ზოგჯერ ისე მრავალრიცხოვანია, რომ ისინი შეინყმელია თითქოს ერთ გახანგრძლივებულ ხმიანობაში. ხახუნი, ჩვეულებრივ, შემოსაზღვრულია გულმკერდის ზედაპირის შედარებით მცირე უბნით და ჩვეულებრივ მოისმინება სუნთქვის ორივე ფაზაში. როცა ანთებითი ჰეევრის ფუნქციების ზედაპირები გაიყოფა სითხით, ხახუნი ხშირად ქრება.

შეასაყრის ხრაშუნი
(Hamman-ის ნიშანი)

მედიასტინური (შეასაყრის) ხრაშუნი არის პერიოდული ხიხინი, სინქრონული გულისცემასთან და არა სუნთქვასთან. უკეთ მოისმინება მარცხენა ლატერალურ პოზიციაში და გამონველია შეასაყრის ემფიზემით.

მდგომარეობა	ჰეჩეტოხული ხმიანობა	სასულე (ტახქვა)	სუნთქვითი ხმიანობა	დამატებითი ხმიანობა	ბგერითი ხმევა და ბრონქოფონია
ნოხმა	ნათელი	მუა ნაზზე	ვეზიკულური, შესაძლოა გამონაჟღისის სახით ბრონქოვეზიკულური და ბრონქული ხმიანობა დიდი ბრონქების და ტრაქეის ზემოთ	არ არის, გამონაჟღისია მცირე გარდამავალი ჩასუნთქვითი ხიხინი ფიტკვების ფუძეზე.	ნორმაშია
ქრონიკული ბრონქიტი ბრონქები ქრონიკულად ანთებადია და სახეზეა ჰიპერექტიული ხვლა. შეიძლება განვითარდეს ჰაერგამტარი გზების ობსტრუქცია.	ნათელი	მუა ხაზზე	ვეზიკულური (ნორმალური)	არ არის ან გაფანტული ხასიათის ხიხინი აქრული ჩასუნთქვის ფაზაში და ზოგჯერ ამოსუნთქვისას ან მსტვინავი მშრალი ხიხინი.	ნორმაშია
გელის მარცხენამხრივი უკმარისობა (აქრული) ფიტკვის ვენებში წნევის გაზრდა იწვევს შეგუბებით და ინტერსტიციულ შემუპებას (აღვილების გარშემო), ბრონქიალური მუკოზური შრე შეიძლება შემუპდეს.	ნათელი	მუა ხაზზე	ვეზიკულური	მოგვიანებით ჩასუნთქვის ხიხინი ფიტკვების გარკვეულ ნაწილში. შესაძლოა მსტვინავი ხიხინი.	ნორმაშია
გამკვრივება აღვილები იცვლება სითხით ან სისხლის ჟარჟარებით, როგორც ამას აგვილი აქვს პნევმონიისას, ფიტკვების შემუპების ან ფიტკვიდან სისხლდენის დროს.	მოყრუება-ბრონქული ღრიჩი უბნის ზემოთ	მუა ხაზზე	ბრონქული, დაზიანებული უბნის ზემოთ	მოგვიანებით ჩასუნთქვითი ხიხინი დაზიანებული უბნის ზემოთ	მომატებული დაზიანებული უბნის ზემოთ, ბრონქოფონიით, უგოფონიით და მკერდისმიერი ჩრჩილით.
ატელექტაზი (წილის ობსტრუქცია) მთავარი ბრონქის დახშობის დროს (მუკოზური საცობით ან უცხო სხეულით) ხდება ბრონქის გატარების ობსტრუქცია; დაზიანებული ფიტკვის ქსოვილი იმყოფება ბრონქით ღრიჩ მდგომარეობაში.	მოყრუება დაზიანებული უბნის ზემოთ	შეიძლება გადანაცვლებული იყოს დაზიანების მხარეს	გამონაჟღისია მარჯვენა ზედა წილის ატელექტაზი, სადაც ტრაქეალური ბგერები შეიძლება გატარდეს	არ არის	ჩვეულებრივ არ არის, როდესაც ბრონქის დახშობა ხანგრძლივდება. გამონაჟღისია მარჯვენა ზედა წილის ატელექტაზი, შეიძლება გაიზარდოს

მდგომარეობა	ჰაერჩაგული ხმიანობა	სასულე (ტარება)	სუნთქვითი ხმიანობა	დამატებითი ხმიანობა	ბგერითი ხმოვანი და ბრონქოფონია
ჰაერიანი გამონაყოფი სითხე გროვდება ჰაერის ღრუში, ყოფს ჰაერით სავსე ფიტვს ბუშტუკების ყალიბიდან: აბრაზიებს ბგერის გატარებას	მოყრილება სითხის ზემოთ	გადაინაცვლებს საჰაერისპირო მხარეს დიდი გამონაყოფის დროს	შემცირებულ გაჯერებამდე, მაგრამ სუნთქვითი ხმიანობა შეიძლება ისმინებოდეს დიდი გამონაყოფის ზემოთ	არა, გამონაყოფი შეიძლება იყოს ჰაერის ხარისხი	შესუსტებულ გაჯერებამდე, მაგრამ შეიძლება გაძლიერდეს დიდი გამონაყოფის ზემოთ
ჰაერმოთხოვნი ხრტილი ჰაერი შეაღწევს ჰაერის ღრუში, ჩვეულებრივ, ერთმნიშვნელოვანია, ფიტვი მოსცილდება ბუშტუკების ყალიბს. ჰაერში არსებული ჰაერი აბრაზიებს ბგერის გატარებას	გაძლიერებული ჰაერჩაგული ხმიანობა ან ტიმპანიტი ჰაერის ჰაერის ზემოთ	თუ ჰაერი ბევრია, გადაინაცვლებს საჰაერისპირო მხარეს.	შემცირება ან გაჯერება ჰაერის ჰაერის ზემოთ	არა, გამონაყოფი შეიძლება იყოს ჰაერის ხარისხი	შესუსტება ან გაჯერება ჰაერის ჰაერის ზემოთ
ფიტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ნელა მოიხოგრესიე დაზიანება, რომელშიც დისტალური ჰაერით სავსე ღრუები დიდდება და ფიტვები ხდება ჰაერის დიდი ჩაღრენობის შემცველი. ხშირია ქრ. ბრონქიტის ასოციაცია	დიფუზიურად გაძლიერებული ჰაერჩაგული ხმა	შუა ხაზზე	შემცირებიდან გაჯერებამდე	არა ან ხიხინი, მსტვინავი, დაკავშირებული ქრონიკულ ბრონქიტთან	შესუსტებული
ასთმა ტრაქეობრონქული ხის შევიწროება იწვევს ჰაერის ფიტვებიდან ამოსვლის გაძლიერებას, მეტვების დროს ჰაერის ამოსვლა ფიტვებიდან ჯერ უფრო იკლებს და ფიტვები ივსება ჰაერით	ნათელიდან დიფუზიურად გაძლიერებულ ჰაერჩაგულ ხმიანობამდე	შუა ხაზზე	ხშირად ნარჩენგანილია მსტვინავი ხიხინი	შესაძლოა მსტვინავი ხიხინი	შესუსტებული

მუქი სვეტები ამ ცხრილში აღნიშნავს ტიპიური შეფასების საფუძველს. დაინყეთ სამი ასეთი სვეტით, რომელიც მოითავსებულია ჰაერჩაგული ხმიანობის ქვეშ: ნათელი, ყრუ და გაძლიერებული ჰაერჩაგული ხმიანობა. შემდეგ გადაინაცვლეთ ყოველი ამ სვეტიდან სხვა სვეტებზე, რომლებიც აღნიშნავს ზოგიერთ მნიშვნელოვან განსხვავებებს სხვადასხვა მდგომარეობებს შორის. აღნერილი ცვლილებები იცვლება დაზიანების ხასიათის და სიმძიმის მიხედვით. დაზიანებები გულმკერდის სიღრმეში ზედაპირულთან შედარებით ჩვეულებრივ, გამოსცემს ნაკლებ ნიშნებს, და შეუძლიათ საერთოდ არ მოგვცენ ჩამე სახის ნიშნები. გამოიყენეთ ცხრილი ტიპიური ცვლილებების სახელმძღვანელოდ და გაითვალისწინეთ რომ აბსოლუტური განსხვავებები ვერ იქნება.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

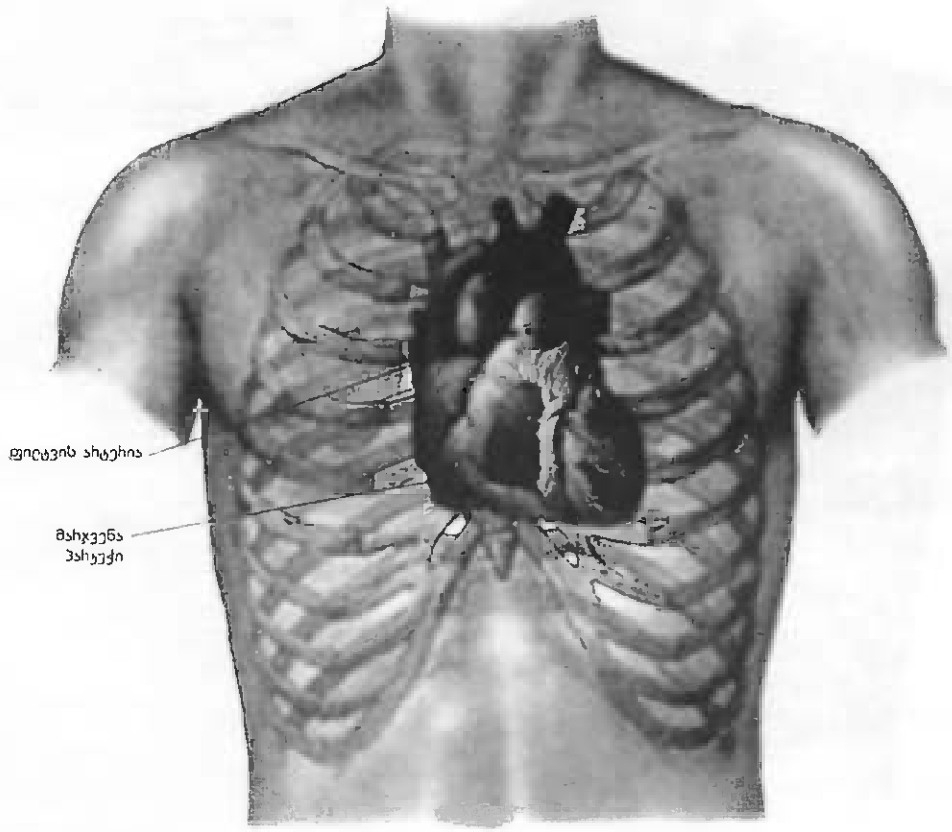
8

ანატომია და ფიზიოლოგია

გულისა და ზედაპირული სისხლძარღვების ზედაპირული ჰისტექსტიები

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს გულის ანატომიის და ფიზიოლოგიის ცოდნას. გულმკერდის წინა ზედაპირის გამოკვლევისას ისწავლეთ გულის სტრუქტურების გარჩევა.

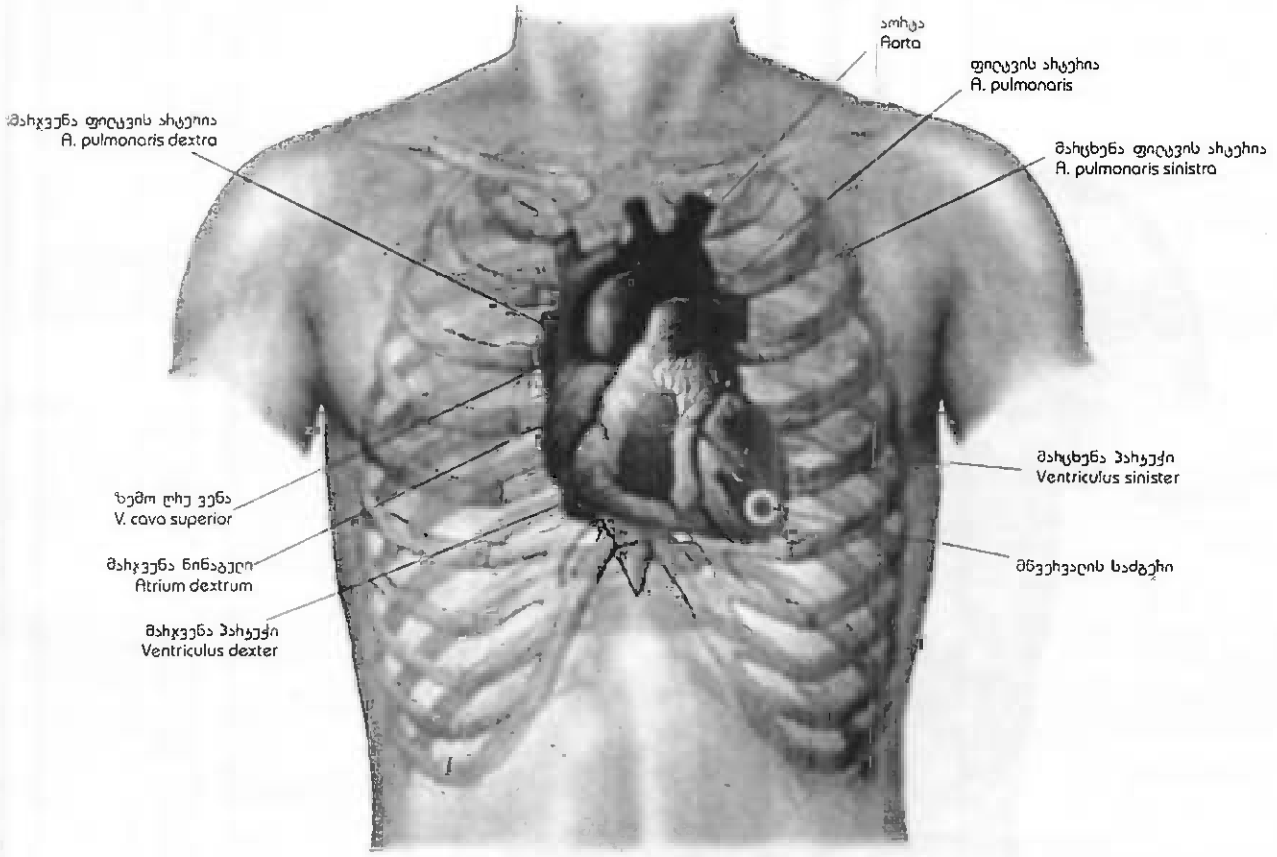
დაიმახსოვრეთ, რომ გულის წინა ზედაპირის უდიდესი ნაწილი *მარჯვენა პარკუჭს* უჭირავს. ეს ღრუ და ფიცრის არტერია ქმნიან სოლისებურ სტრუქტურას მკერდის ძვლის უკან და მარცხნივ, რაც სურათზე ნათელი ფერითაა ნაჩვენები.



მარჯვენა პარკუჭის ქვედა სახლვარი მდებარეობს მკერდის ძვლისა და მახვილისებრი მორჩის შეერთების დონეზე. მარჯვენა პარკუჭი ზემოთკენ ვინროვდება და უერთდება ფილტვის არტერიას მკერდის ძვლის ან "გულის ფუძის" დონეზე – ეს არის ყლინტუური 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 ღატერალურ სახლვარს. მის ქვედა ნვეროს გულის "მწვერვალი" ეწოდება. ის ყლინიკურად მნიშვნელოვანი ნანილია, ვინაიდან ნარმოქმნის გულის ან *მწვერვალის ბაძგეს* (მწვერვალის იმპულსს), რასაც უწოდებენ *მაქსიმალური იმპულსის ნერტილს (მიწ)*. ბაძგური მდებარეობს გულის მარცხენა სახლვართან მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში მკერდის ძვლის შუა ხაზიდან 7 - 9 სმ-ით ღატერალურად. ის დაახლოებით 1-დან 2,5 სმ-მდე დიამეტრის ზომისაა. ვინაიდან ბაძგური ყველაზე ძლიერი შეიძლება არ იყოს მწვერვალზე, ზოგი ავტორი ეძიებს ტერმინის "მაქსიმალური იმპულსის ნერტილის" ბმარებას.

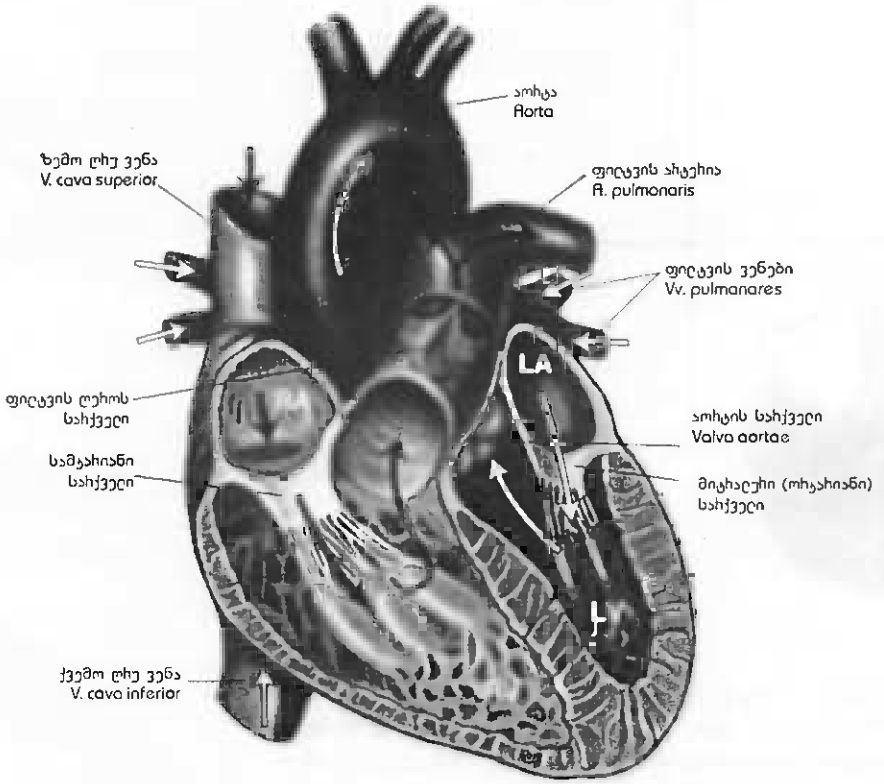
გულის მარჯვენა სასლვარს ნარმოქმნის *მარჯვენა წინაგული*, რომლის გამოკვეთვა ჩვეულებრივი გასინჯვის დროს ვერ ხერხდება. *მარცხენა წინაგული* ყველაზე უკანაა და უმცირეს მისი გამოკვეთვაც არ არის შესაძლებელი, თუმცა მისი მცირე ნანილი ქმნის გულის მარცხენა სახლვრის სეგმენტს ფილტვის არტერიასა და მარცხენა პარკუჭს შორის.



გულის ზემოთ მდებარეობს დიდი სისხლძარღვები. *ფილტვის არტერია* იყოფა მარცხენა და მარჯვენა ტოტებად. *აორტა* აჯეთებს ჩაღის მარცხენა პარკუჭიდან ზემოთ მკერდის ძვლის ჯუთხის დონემდე, სადაც ის ეშვება მარცხნივ და ქვემოთ. მარჯვნივ ზემო ღრუ ვენა ჩადის მარჯვენა ნინაგულში.
თუმცა ეს არ არის ნაჩვენები სურათზე, ქვედა ღრუ ვენაც ასევე ჩაედინება მარჯვენა ნინაგულში. *ზედა და ქვედა ღრუ ვენებს* გულში მიაქვთ ვენური სისხლი სხეულის ზედა და ქვედა ნანილებიდან.

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 უნოდებენ *ატრიოვენტრიკულურ* სარქველებს. *აორტის* და *ფილტვის არტერიის სარქველებს ნახევარმთვარისებრ სარქველებს* უნოდებენ, ვინაიდან მათი ყოველი ჯარედი ნახევარმთვარისებრია. ამ დიაგრამაზე ყველა სარქველი გახსნილია, მაგრამ ცოცხალ გულში ისინი ერთდროულად არ იღება.

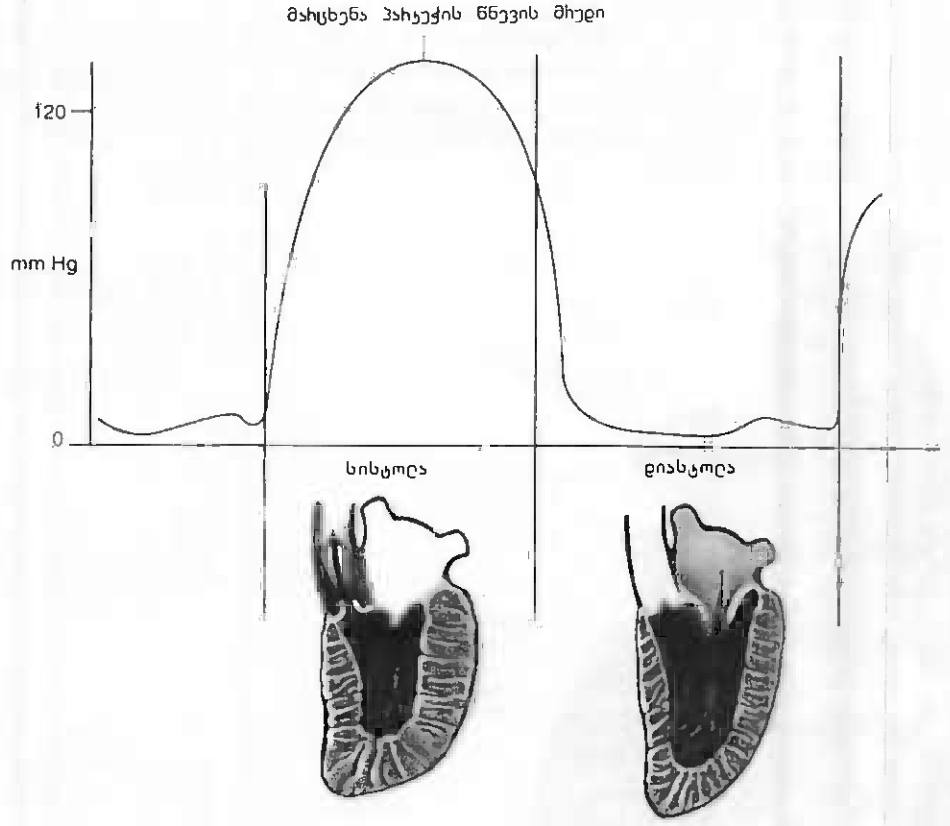


RA (მნ) = მარჯვენა ნინაგული ⇨ ვენგბადით მდიდარი სისხლის დინება **RV** = მარჯვენა პარკუჭი
LA = მარცხენა ნინაგული ➔ ვენგბადით ღარიბი სისხლის ნაკადი **LV** = მარცხენა პარკუჭი

ხოდესაც გულის სარქველები იხურება, გულის ხმიანობა ნარმოიქმნება ჯარედების, მიმდებარე გულის სტრუქტურების და სისხლის დინებით ნარმომშობილი ვიბრაციით. გულის ცრუების დასადგენად აუცილებელია სარქველების პოზიციისა და მოძრაობის გაგება.

გულის სიკლი

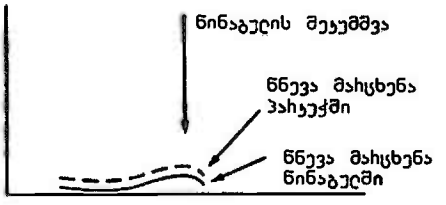
გული ასრულებს ტუმბოს ფუნქციას, რომელიც წარმოქმნის სხვადასხვა წნევებს მისი ღრუების შეკუმშვისა და მოდუნების გზით. *სისტოლა არის პარკუჭების შეკუმშვის პერიოდი.* ქვემოთ ნაჩვენებ დიაგრამაზე მარცხენა პარკუჭში არსებული წნევა მილიმეტრებით მდგომარეობაში 5 მმ. ვწ. სვ-დან მატულობს ნორმალურ პიკამდე – 120 მმ ვწ. მარ. შემდეგ, რაც პარკუჭი განდევნის მასში არსებული სისხლის უმეტეს ნაწილს აორტაში, წნევის დონე იწყებს შემცირებას. *დიასტოლა არის პარკუჭების ჩვეულებრივი (მოდუნების) ფაზა.* პარკუჭში 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.



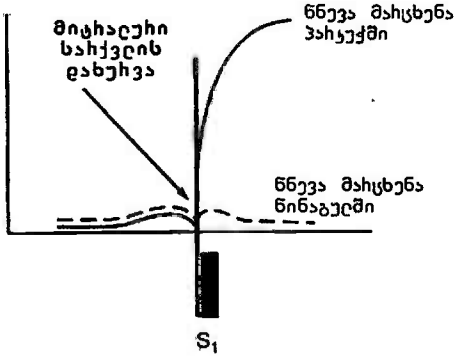
დაიმახსოვრეთ, რომ *სისტოლის* დროს აორტის სარქველი ღიაა და საშუალებას იძლევა სისხლი მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში გადავიდეს. მიტრალური სარქველი დახურულია, ვინაიდან სისხლს არ მისცეს უკან წინაგულში რეგურგიტაციის (დაბრუნების) საშუალება. საპირისპიროდ, *დიასტოლის* ფაზაში აორტის სარქველი დახურულია, რათა არ დაუშვას 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 აღწერილია 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 მესაძლო ახსნა, მათ შორისაა სარქველის ჯარედების დახურვა, მასთან დამოკიდებული სტრუქტურების დაჭიმვა, ჯარედების მდგომარეობა, წნევის გრადიენტი წინაგულებისა და პარკუჭების სისტოლის დროს და სისხლის ნაკადის ზემოქმედება. ამ მოტანილი ახსნა გამარტივებულია, მაგრამ მენარჩუნებული აქვს ყველაზე მნიშვნელობა.

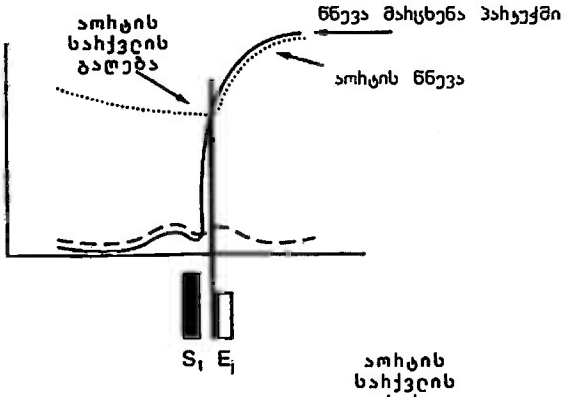


დიასტოლის განმავლობაში, წნევა სისხლით სავსე მარცხენა წინაგულში მცირედ აჭარბებს მოდუნებულ მარცხენა პარკუჭში არსებულ წნევას, სისხლი ჩაედინება მარცხენა წინაგულიდან მარცხენა პარკუჭში ღია მიტრალური სარქველის გავლით. პარკუჭების სისტოლის დაწყების წინ, წინაგულების შეკუმშვა იწვევს წნევის მცირე მატებას ორივე ღრუში.

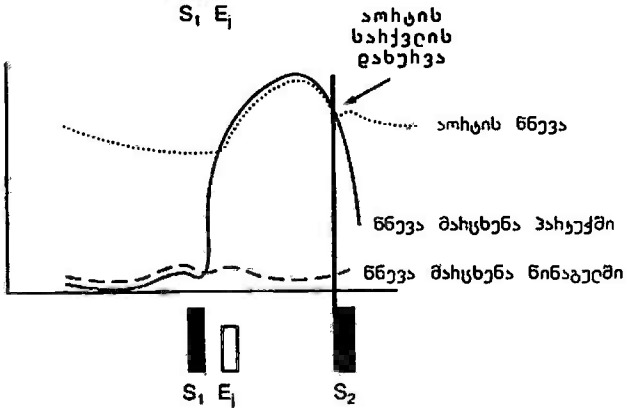


სისტოლის განმავლობაში, მარცხენა პარკუჭი იწყებს შეკუმშვას და პარკუჭების წნევა სწრაფად აჭარბებს მარცხენა წინაგულის წნევას, რაც ხურავს მიტრალური სარქველს. *მიტრალური სარქველის დახურვა წარმოქმნის გულის პირველ ტონს, S_1.*

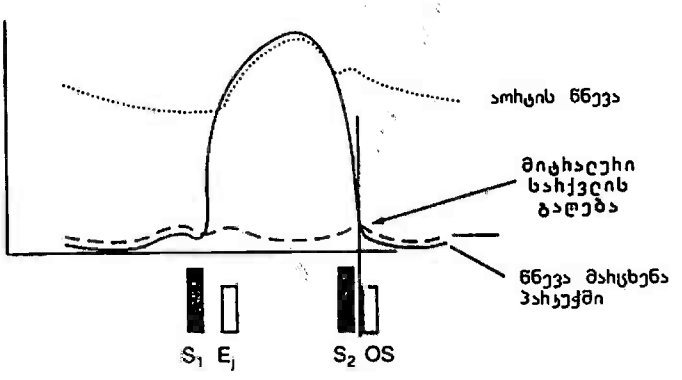
ვინაიდან მარცხენა პარკუჭის წნევა აგრძელებს მატებას, იგი სწრაფად გადააჭარბებს წნევას აორტაში და აჩქარებს აორტის სარქველის გახსნას. ზოგი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს, აორტის გახსნის ხმიანობას ახლავს აგრეთვე სისტოლური განდევნის ხმიანობა (Ej). *ნორმაში, მარცხენა პარკუჭის მაქსიმალური წნევა შეესაბამება სისხლის სისტოლურ წნევას.*



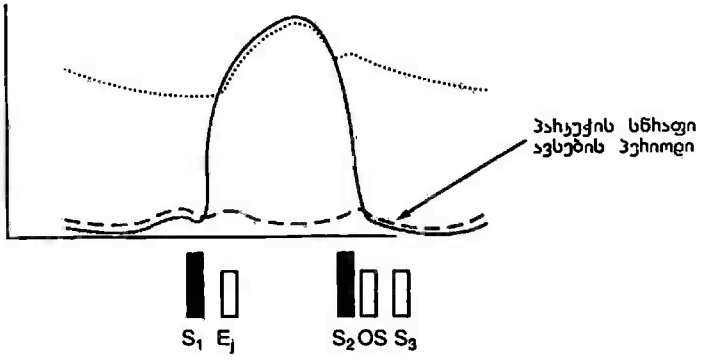
ვინაიდან მარცხენა პარკუჭი განდევნის სისხლის უმეტეს ნაწილს, პარკუჭის წნევა იწყებს შემცირებას. როდესაც მარცხენა პარკუჭის წნევა დაინევს აორტის წნევაზე ქვევით, აორტის სარქველი იხურება. *აორტის სარქველის დახურვა წარმოშობს მეორე ტონს - S_2,* რის შემდეგაც იწყება შემდეგი დიასტოლა.



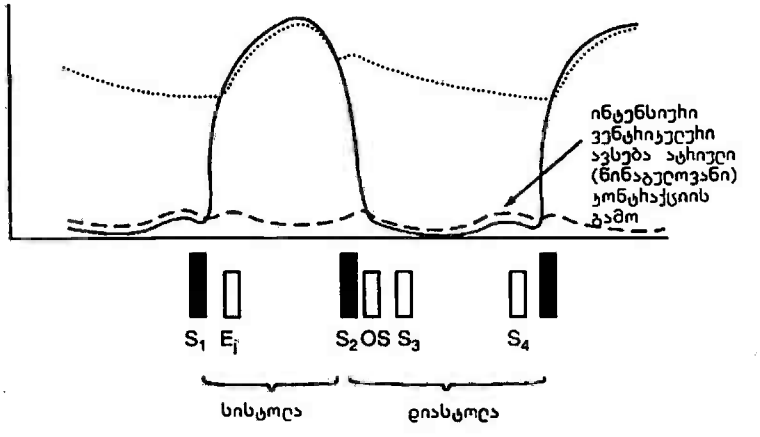
დიასტოლაში ნნევა განაგრძობს შემცირებას და ვარდება მარცხენა წინაგულის ნნევაზე ქვემოთ. მიტრალური სარქველი იღება. ეს, ჩვეულებრივ, ჩუმი მოვლენაა, მაგრამ შეიძლება გახდეს მოსმენადი, როგორიცაა პათოლოგიური გაღების ხმა-ნობა (ტკაცუნი) - OS, თუ სარქვლის ჯარ-დების მოძრაობა შეზღუდულია, როგორც ამას ადგილი აქვს მიტრალური 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 ენოდება "ქენების S_3", ჩვეულებრივ, მიუთითებს პარკუჭის პათოლოგიურ ცვლილებაზე.



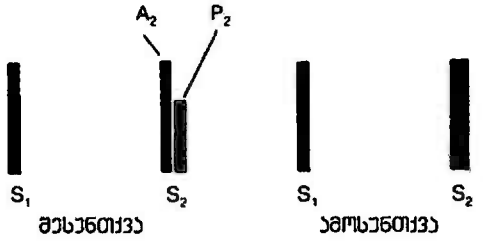
ბოლოს, იშვიათად, ჯანმრთელ ზრდასრულებში მოისმინება გულის მეოთხე ტონი - S_4, რაც წინაგულების შეკუმშვას გამოხატავს. ეს ტონი წინ უსწრებს შემდეგი შეკუმშვის S_1-ს და, ასევე, პარკუჭში პათოლოგიური მდგომარეობის გამომხატველია.



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 მარცხნივ არტერიის სარქველის დახურვის შედეგად, ანუ A_2, და მეორე, მარჯვნივ - 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 ანელებს სისხლის განდევნას მარჯვენა პარკუჭიდან, ანელებს ფილტვის სარქველის დახურვას, ანუ P_2. მარცხენა პარკუჭიდან სისხლის განდევნა აორტის შედარებით ნაწმოყენე, ანუ A_2 ნაიმოიქმნება ოდნავ აღრე.

გულის მეორე ტონის კომპონენტებიდან, A_2 ნორმაში უფრო ხმამაღალია, ვიდრე აორტაში მაღალია წნევა. იგი მოისმინება ყველგან გულის ზედაპირზე. საპირისპიროდ, P_2 ვრის შედარებით ჩუმი, ვიდრე 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: აღრეული მიტრალური და მოგვიანებითი სამკარედიანი სარქველის ხმიანობა. მიტრალური სარქველის ხმიანობა – მთავარი კომპონენტი – გაცილებით უფრო ხმამაღალია, ვიდრე 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 კვედა საზღვართან და აქვე თქვენ ყველაზე უკეთ მოისმენთ გახლეჩილ S_1-ს.

აღრეული ხმამაღალი მიტრალური კომპონენტი შეიძლება ფარავდეს სამკარედიანი სარქველის ხმიანობას, ამიტომ გახლეჩას ყოველთვის ვერ დავადგენთ. S_1 გახლეჩა არ ცვალებადობს სუნთქვის მიხედვით.

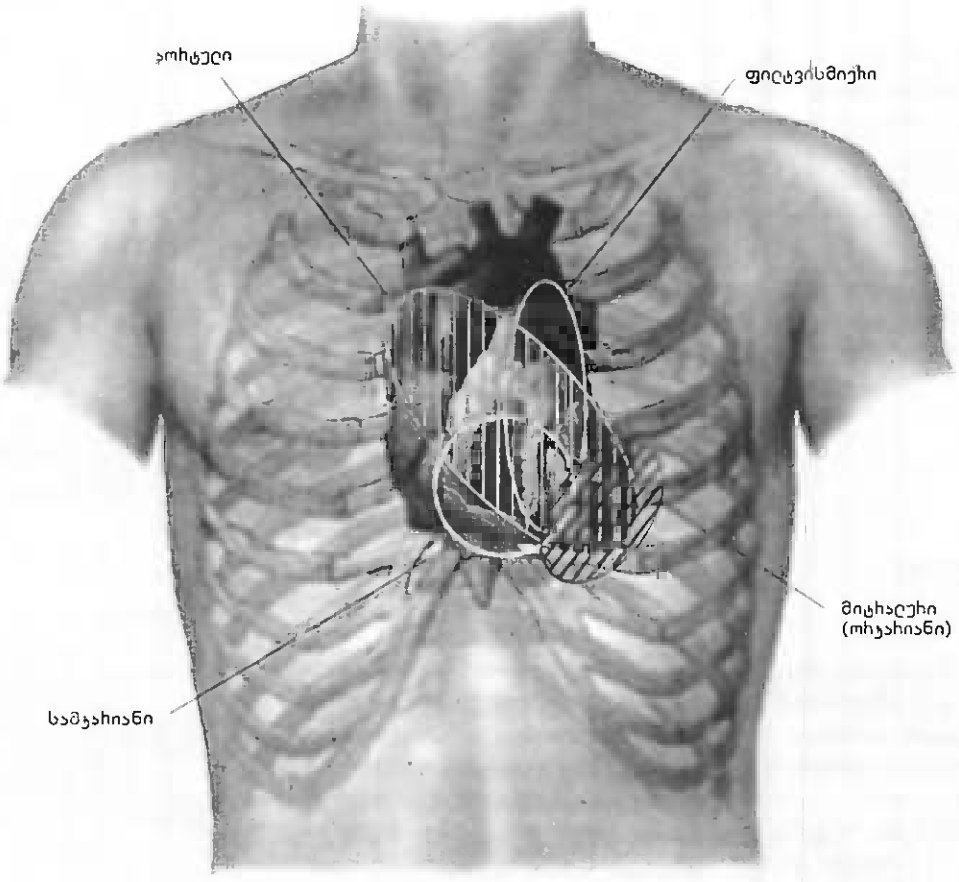
გულის შუილები

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 მანკის 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 ინვევს 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, ჩაგრძნობა შეიღის ინტენსივობა, სიმაღლე, ხანგრძლივობა და გატარების მიმართულება (იხ. გვ. 316-319).

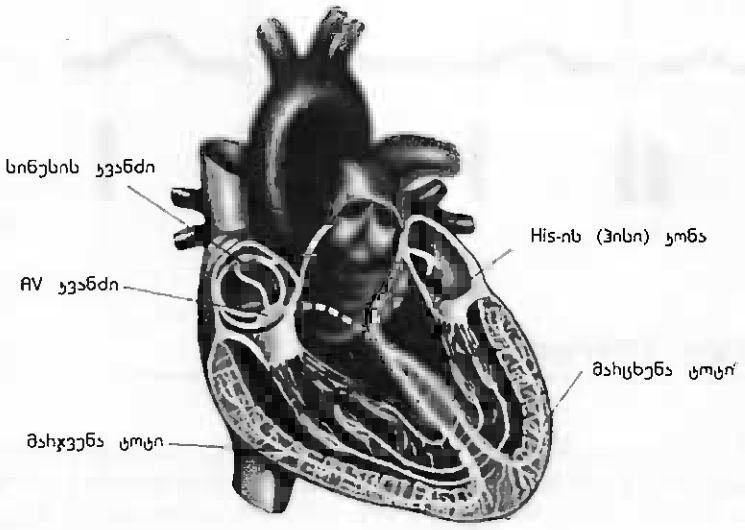
აუსკულტაციური მონაცემების გულის ზედაპირთან დამოკიდებულება

გულმკერდის ზედაპირის უბნები, სადაც თქვენ მოისმენთ გულის ტონებსა და შეიღებს, გეხმარებათ იმ სარქველებისა და ღრუების დადგენაში, სადაც ისინი წარმოიშობიან. ტონები და შეიღები, ჩამღებიც წარმოიქმნებიან მიტრალური სარქველიდან, ჩვეულებრივ, უკეთ მოისმინება გულის მწვერვალსა და მიმდებარე არეში, სამკარიანი სარქველიდან წარმომობილი ეი უკეთ ისმის მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან. ფილტვის არტერიის სარქველიდან წარმომობილი 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 გადაფარება, ყველა ნაჩვენებია ქვემოთ. თქვენ დაგჭირდებათ აუსკულტაციური მონაცემების დაკავშირება გულის გამოკვლევის სხვა მონაცემებთან, რათა ტონები და შეიღები ზუსტად განსაზღვროთ.



გულის გამტარებელი სისტემა

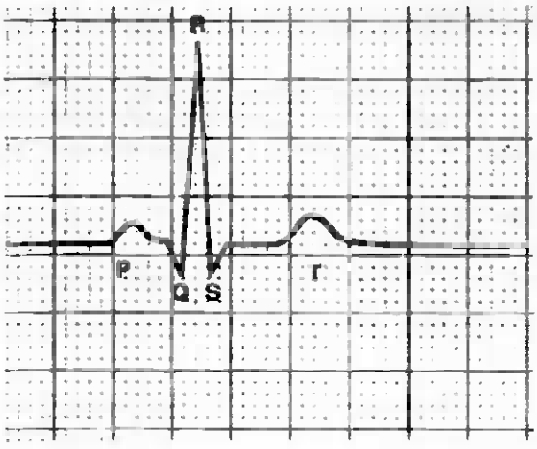
გულის ელექტრული იმპულსის გამტარებელი სისტემა ასტიმულირებს და ხელგულირებს გულის კუნთის შეკუმშვას.



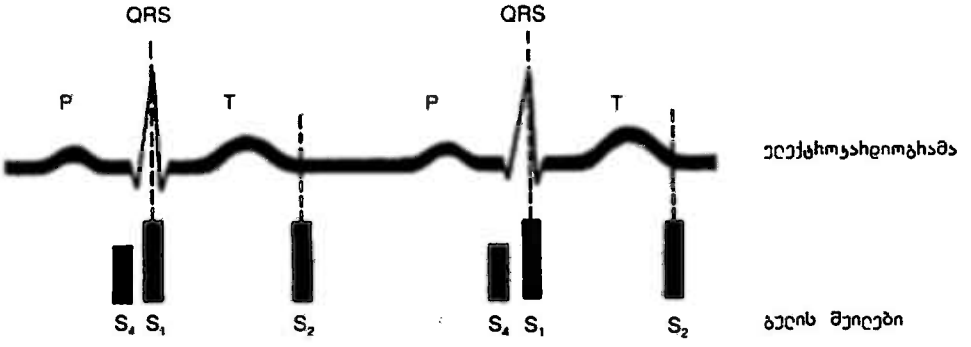
ყოველი ნორმალური ელექტრული იმპულსი წარმოიქმნება *სინუსის კვანძში* გულის სპეციალური უჯრედების ჯგუფის მიერ, რომელიც მდებარეობს მარჯვენა წინაგულში ღრუ ვენის შეერთების ადგილას. სინუსის კვანძი მოქმედებს, როგორც გულის ითმის წამყვანი (პეისმეკერი) და ავტომატურად წარმოქმნის 60-დან 100 იმპულსამდე წუთში. ეს იმპულსები ცარიელება ორივე წინაგულის გავლით *ატრიოვენტრიკულის 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 ჩაწერა ხდება ელექტროკარდიოგრამაზე (ეკგ). გულის გლევი კუნთის შეკუმშვა წარმოქმნის ელექტრულ აქტივობას, რაც ეკგ-ზე ტალღების (კბილების) სერიით გამოისახება. *ნორმალური ეკგ* კომპონენტები და მათი ხანგრძლივობა აქ მოცემულია შესაბამისად, 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* აღწერს პარკუჭების დეპოლარიზაციას (100 მილიწამამდე), შედგება ერთი ან მეტი ჩამოთვლილი კომპონენტისგან:
  - *Q კბილი* უარყოფითია და გამოხატავს ძგიდის დეპოლარიზაციას.
  - *R კბილი* (ნორმალური ელექტრული 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.



III გული როგორც ტუმბო

მახასიათებელი და მახასიათებელი პარამეტრები სისხლის 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 მიდინის გაზრდით. ამის ფიზიოლოგიური მიზეზებია ჩასუნთქვა და სისხლის გაზრდილი მოცულობის მიდინება დატვირთვის მდგომარეობაში მყოფი კუნთებიდან. გულის შეგუებითი უკმარისობის დროს დილატირებულ პარკუჭში სისხლის გაზრდილი მოცულობა აგრეთვე ზრდის გულის პრედატვირთვას. მარჯვენა პარკუჭის პრედატვირთვა მცირდება ამოსუნთქვისას, მარცხენა პარკუჭის წუთმოცულობის შემცირებისას და სისხლის ჯარიცარიელ 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.

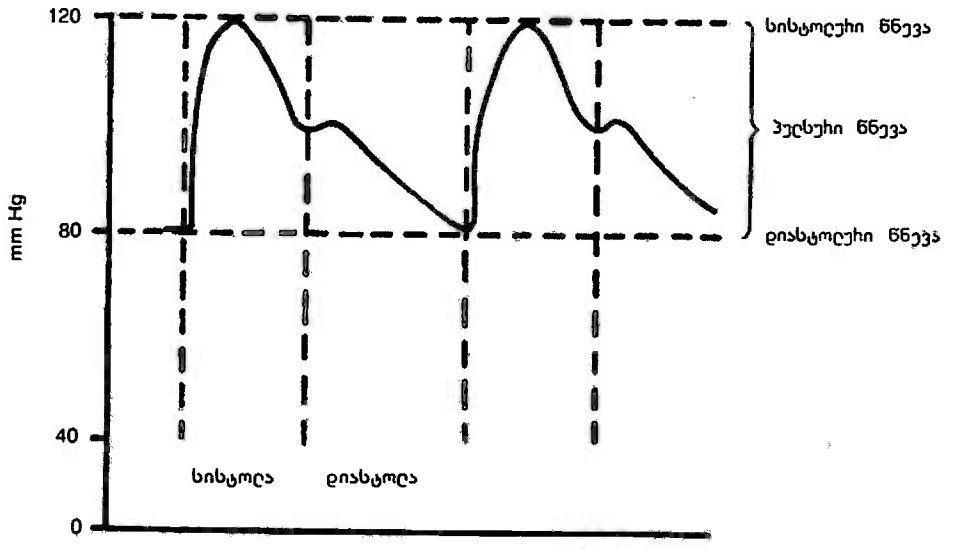
გულის *პოსტდატვირთვა* არის სისხლძარღვთა ჩეზისტენტობა პარკუჭის შეკუმშვის დროს. მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვის მიმართ ჩეზისტენტობა განისაზღვრება აორტის კედლების, მსხვილი არტერიების და პერიფერიული სისხლძარღვების (უპირატესად, მცირე ყაბიბის არტერიები და არტერიოლები) ტონუსით (დაჭიმულობით), აგრეთვე, აორტაში არსებული 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 ᲐᲠᲢᲔᲠᲘᲣᲚᲘ ᲬᲔᲕᲘᲡ ᲓᲐ ᲡᲘᲡᲮᲚᲘᲡ ᲜᲔᲕᲐ

ყოველი შეკუმშვისას მარცხენა პარკუჭი გადაისვრის გარკვეული მოცულობის სისხლს აორტაში და იქიდან არტერიულ სისტემაში. ნარმოშობილი ნევის ტალღები სწრაფად ვრცელდება არტერიული სისტემით, სადაც ის შეიგრძნობა, როგორც *არტერიული პულსი*. თუმცა ნევის ტალღები სწრაფად გადაადგილდება – ბევრად უფრო სწრაფად, ვიდრე სისხლი – პარკუჭების შეკუმშვასა და პერიფერიულ პულსს შორის პაუზატორული შენელება გამოუსადეგარს ხდის ხელებსა და ფეხებზე პულსის მიხედვით გულის ცემის მოვლენების პერიოდულობის დადგენას.

არტერიულ სისტემაში *სისხლის ნევა* ცვალებადობს გულის ცემის განმავლობაში, პიკს აღნევს სისტოლის პერიოდში და თავის უდაბლეს მნიშვნელობამდე ჩამოდის დიასტოლაში. ეს არის დონეები, რომელიც იზომება სისხლის ნევის აპარატით (სფიგმომანომეტრით). სხვაობას სისტოლურ და დიასტოლურ ნევებს შორის *პულსური ნევა* ეწოდება.



არტერიულ ნევაზე მოქმედი უმთავრესი ფაქტორებია:

- მარცხენა პარკუჭის დარტყმითი მოცულობა
- აორტის და დიდი არტერიების ელასტიურობა
- პერიფერიული სისხლძარღვოვანი ჭიმისტენტობა, განსაკუთრებით, არტერიოლების დონეზე
- არტერიულ სისტემაში სისხლის მოცულობა

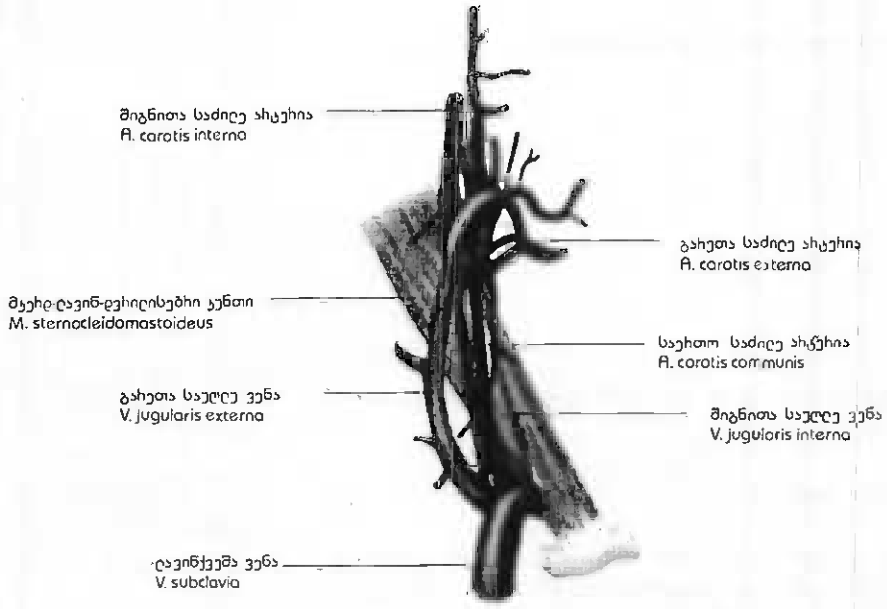
ამ ოთხი ფაქტორიდან ნებისმიერის ცვლილება მოქმედებს სისტოლურ ნევაზე, დიასტოლურ ნევაზე ან ორივეზე ერთად. სისხლის ნევის დონე ცვალებადობს 24 სთ-ის განმავლობაში ფიზიკურ დატვირთვაზე, ემოციურ სტრესზე, ტკივილზე, ხმაურზე, გარემოს ტემპერატურაზე, ყავის, თამბაქოს და წამლების გამოყენებაზე და ღრის განმავლობაშიც.

საუღლე ვენის ნაწევა

სისტემური ვენური ნაწევა ბევრად დაბალია არტერიულ ნაწევაზე. თუმცა ვენური ნაწევა უჰირობოდ დამოკიდებულია მარყუჟის კუმშვადობაზე. უმეტესი ამ ძალისხმევისა იკარგება, როდესაც სისხლი გადის არტერიულ განტოტებებსა და კაპილარულ ქსელში. ვენების კედლები ნაკლებად შეიცავენ გლუვ კუნთებს, ვიდრე არტერიების კედლები, რის გამოც ვენური სისხლძარღვოვანი ტონუსი უფრო მცირეა და ვენები უფრო მეტად ელასტიური. ვენური ნაწევის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორებია სისხლის მოცულობა და მარჯვენა გულის უნარი, განდევნოს სისხლი ფილტვების არტერიულ სისტემაში. გულის დაავადებები ცვლის ამ ფაქტორებს და ინვევს ცენტრალური ვენური ნაწევის ცვლილებებს. მაგალითად, ვენური ნაწევა ქვეითდება, როდესაც მარცხენა პარკუჭის წუთმოცულობა მნიშვნელოვნად მცირდება; ის იზრდება მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის დროს ან როდესაც პერიკარდიუმის ღრუში ნაწევის გაზრდა ხელს უშლის მარჯვენა წინაგულში სისხლის დაბრუნებას. ვენური ნაწევის ცვლილებები ვლინდება ვენური სისხლის სვეტის სიმაღლით შიდა საუღლე ვენებში და ეწოდება *საუღლე ვენის ნაწევა (სვნ).*

საუღლე ვენის ნაწევა ასახავს მარჯვენა წინაგულის ნაწევას და აძლევს ჯერწინარტებს გულის ფუნქციისა და მარჯვენა გულის ჰემოდინამიკის შეფასების საშუალებას. საუღლე ვენური ნაწევის შეფასება არის აუცილებელი ჯერწინარული უნარ-ჩვევა. იგი ყველაზე უკეთ იზომება შიდა საუღლე ვენიდან, რომელიც მარჯვნივ, ახლოს მარჯვენა შიდა საუღლე ვენას აქვს პირდაპირი ანატომიური კავშირი მარჯვენა წინაგულთან[1].

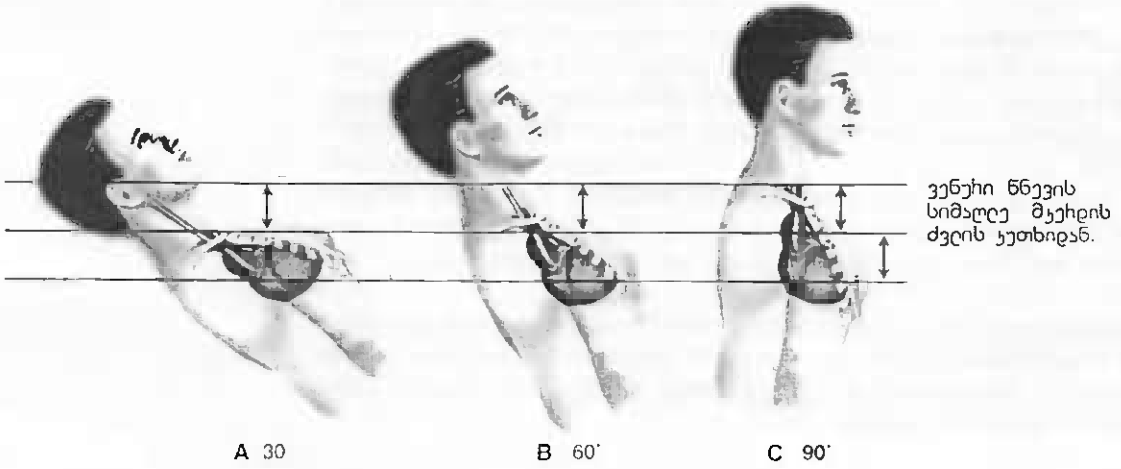
შიდა საუღლე ვენები მოთავსებულია კისერში მკერდ-ძვინ-დვრილისებრი კუნთის სიღრმეში და მათი დანახვა ვერ ხერხდება, ამიტომ ჯერწინარტმა უნდა ისწავლოს შიდა საუღლე ვენების პულსის გასინჯვა, რომელიც გადაეცემა კისრის ზედაპირზე და დარწმუნდეს, რომ ეს ვენური პულსაცია განსხვავდება სამრე არტერიის პულსაციისაგან. თუ ვერ ისინჯება საუღლე ვენების პულსაცია, უნდა იქნას გამოყენებული გარეთა საუღლე ვენებისა, მაგრამ ეს ნაკლებ სასურველია.



საუღლე ვენების ნწევის დონის გასაზომად თქვენ უნდა ისწავლოთ *მიგნითა საუღლე ვენის ხსევის (ოსცილაციის) უმაღლესი წერტილის* მონახვა, ან, თუ აუცილებელია, უნდა მოიძებნოს ის წერტილი, რომლის ზემოთ გახეთა საუღლე ვენა რაფუშულად გამოიყურება. საუღლე ვენის ნწევა, რეგულებრივ, 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 ნწევა მომატებულია.

- პოზიცია A-ში სანოლის თავი არის რეგულებრივ დონეზე, 30°, მაგრამ საუღლე ვენური ნწევა ვერ იზომება, ვინაიდან მენისკი ანუ ხსევის (პულსაციის) დონე არის ქვედა ყბის ზემოთ და შესაბამისად არ ჩანს.
- პოზიცია B-ში სანოლის თავი ამაღლებულია 60°-მდე. შიდა საუღლე ვენის "თავი" ახლა ჯერად ჩანს, ამიტომ ვერტიკალური მონაკვეთი მკერდის ძვლის კუთხიდან ან მარჯვენა წინაგულიდან ახლა შეიძლება გაიზომოს.
- პოზიცია C -ში პაციენტი დგას და ვენები თვალნათლივ ჩანს ღავინის ზემოთ, რაც გაზომვას გამოუსადეგარს ხდის.

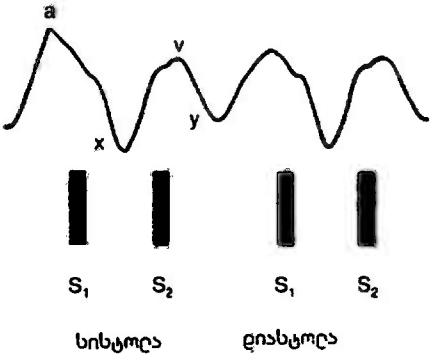


დაიმახსოვრეთ, რომ მკერდის ძვლის კუთხიდან გაზომილი ვენური ნწევის სიმაღლე *ერთი და იგივეა* სამივე პოზიციაში, მაგრამ თქვენი შესაძლებლობა, *გაზომოთ* ვენური სისხლის ნწევის სვეტის სიმაღლე ან საუღლე ვენების ნწევა, დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ პოზიციაშია პაციენტი. მკერდის ძვლის კუთხიდან 4 სმ-ით ზემოთ ან მარჯვენა წინაგულიდან 9 სმ-ით ზემოთ გაზომილი საუღლე ვენური ნწევა განიხილება, როგორც მომატებული ან არანორმალური. საუღლე ვენების ნწევის გაზომვის ტექნიკა სრულად აღწერილია თავში გასინჯვის ტექნიკა (გვ. 302-304).

საულღე ვენური პულსაცია

ხმევა (ოსცილაცია,) ჰასაც თქვენ ხედავთ მიდა საულღე ვენებზე (და ხშირად, ასევე, გაჰეთაზეც), ასახავს ნნევათა ცვლილებებს მაჰკვენა წინაგულში. მაჰკვენა მიდა საულღე ვენა უფჩო ჰიჩდაჰიჩ უეჩთდება მაჰკვენა წინაგულს და, ამიტომ, უჯეთესად ასახავს ნნევის ცვლილებებს.

დაკვიჩვებით დათვალიეჩება აქლენს, ჩომ მიდა საულღე ვენების (ზოგკჯეჩ გაჰეთასიც) ტალღისებჩი პულსაცია შედგება ოჩი სნჩფი პიკის და ოჩი ვაჩდნისგან.



პიჩველი ანნევა - **a** ტალღა ასახავს წინაგულში ნნევის მციჩე მომატებას, ჩომელიც ახდავს წინაგულების შეკუმშვას. ეს ვლინდება ზუსტად გულის პიჩველი ტონის წინ და კაჩოტიდულ პულსამდე. მას შემდეგ მოსდევს ვაჩდნა, ***x*** *დაქვეითება* და იწყება წინაგულების მოდუნებასთან ეჩთად. იგი გაძელდება, ჩაგან სისტოლის დჩოს შეკუმშული მაჩკვენა პაჩკუჭი გადანნევს წინაგულის ფუძეს ქვემოთ. პაჩკუჭების სისტოლის ფაზაში სისხლი აგჩძელებს ლჩე ვენიდან მაჩკვენა წინაგულში მიდინებას. სამკაჩიანი საჩქველი დახუჩულია, ლჩე იწყებს ავსებას და მაჩკვენა წინაგულში ნნევა კვლავ იწყებს მომატებას, აღწევს მეოჩე ელევაციას, ***v*** ტალღას. ჩოცა სამკაჩიანი საჩქველი იღება ადჩეული დიასტოლის დჩოს, სისხლი მაჩკვენა წინაგულიდან მაჩკვენა პაჩკუჭში გადადის პასიუჩად და მაჩკვენა წინაგულში ნნევა ისევ ქვეითდება, ახეთებს შემდგომ ვაჩდნას, ანუ ***y*** *დაქვეითება*. ამ ოთხი ჩხევის ცოდნა ჩამდენადმე გამაჩტივებელი სახით გვაძლევს საშუალებას ვიფიქჩოთ: წინაგულთა შეკუმშვაზე, წინაგულთა მოდუნებაზე, წინაგულთა ავსებასა და წინაგულთა დაცლაზე (თქვენ შეგიძლიათ ჩათვალოთ, ჩომ **a** ტალღა ჩაის წინაგულთა შეკუმშვა და ***v*** ტალღა ჩაის ვენური ავსება).

შეუჩაჩალებელი თვალით ეს ოჩი დაქვეითება ჩაის ნოჩმალუჩი საულღე პულსის უმთავჩესი მოვლენები. ამ ოჩიდან სნჩაფი ვაჩდნა ***x*** დაქვეითების სისტოლის მოგვიანებით ფაზაში უფჩო ხანგძლივია და გძელდება გულის მეოჩე ტონამდე. ***y*** დაქვეითება მოსდევს გულის მეოჩე ტონს ადჩეულ დიასტოლის ფაზაში.

ასაკთან დაკავშიჩებული ცვლილებები

კაჩდიოვასკულუჩი მონაცემები ცვალებადობს ასაკთან ეჩთად. ასაკი მოქმედებს მწვეჩვალის საძგეჩის ადგილმდებაჩეობაზე, გულის ტონების სიმაღლეზე და შუილებზე, აჩტეჩიების ჩიგიდობასა და სისხლის ნნევაზე. მაგალითად, *მწვეჩვალის საძგეჩი*, ჩვეულებჩივ, აღვილად შეიგძნობა ბავშვებსა და ახალგაზჩდებში; თუ იზჩდება გულმკეჩდის ნინა-უკანა დიამეტჩი, საძგეჩი ძნელი მოსაძებნი ხდება. იგივე მიზეზით *გულის მეოჩე ტონის გახლეჩა* უფჩო ძნელი მოსასმენი იქნება მოხუცებში, ვინაიდან მისი ფიბჩვისმიეჩი კომპონენტი ნაკლებად ისმინება. ცხოვჩების გაჩკვეული პეჩიოდში ყველას უჩნდება *გულის შუილი*. შუილთა უმეტესობას აჩ ახდავს გულის დაავადების ჩაიმე ნიშანი და განიხილება უვნებელ შუილებად. შუილები ასაკთან ეჩთად იცვლება და მათი ხასიათი ნოჩმისა და პათოლოგიის გაჩჩევის საშუალებას იძლევა. იხ. თავი 16, ბავშვების შეფასება:

ჩვილობიდან მოზარდის ასაკამდე და გვ. 817-838, თავი 19, ორსული ქალი, ჰათა გაარჩიოთ უვნებელი შუილები.

შუილები შეიძლება წარმოიქმნას დიდ სისხლძარღვებში, ისევე როგორც გულში. საკლე ვენებში შუილი, რომელიც ძალიან ხშირია ბავშვებში, ახალგაზრდობამდე შეიძლება მოისმინებოდეს. მეორე, უფრო მნიშვნელოვანი მაგალითია *ვისეზე სისტოლური შუილის მოსმენა*, რომელიც ბავშვებში შეიძლება უვნებელი იყოს, მაგრამ მოზარდიებში არტერიის შევინროვების მაჩვენებელია.

III ავადმყოფობის ისტორია

ხშირი ან ბანსახილველი 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 ელინიკისტი. ისმენთ ან თქვენი პაციენტის მონათხრობს, თქვენ ყოველთვის ინახავთ მეხსიერებაში ისეთ მნიშვნელოვან და გადაუდებელ მდგომარეობებს, როგორიცაა სტენოკარდიის, მიოკარდიუმის ინფარქტის ან აორტის განშრევებადი ანევრიზმის არსებობის შესაძლებლობას[24]. ეს თავი ახლოებს გულის სიმპტომებს ერთიანი თვალსაზრისით, რომელშიც მოიცავს ტკივილს გულმკერდის არეში, გულის ფრიალს, ქოშინს, ორთოპნოეს, ღამის პაროქსიზმულ ქოშინს და შეშუპებას. ამ ჩივილების 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 ხერხემალი, ექსტრათორაკალური სტრუქტურები, როგორიცაა ძვალი, ნაწლავის ბუშტი, ხუჭი. 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 სანყისი 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 ქვევით მკლავებში?" "ახლავს თუ არა სხვა სიმპტომები, როგორიცაა ქოშინი, ოფლიანობა, გულის ფრიალი ან გულისრევა?" "ყოველთვის გაღვიძებთ ღამით?" "გაქს ადეთებთ მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად?"

დატვირთვით გამონვეული ტკივილი გულმკერდის არეში ირადიაციით მარცხნივ კისერში და ქვევით მკლავებში 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 ხუნვა, სირბილში შეჯიბრი, თრთოლვა, მსხვრევა ან გულის გაჩერება. გულის ფიალი შეიძლება ნარმოშვას არიტმიის, გულის ცემის სწრაფი არჩარების ან შენელების, ან გულის ჯუმშვაღობის გაზრდის შედეგად. ეს შეგრძნება ასევე დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ პასუხობს ავადმყოფი საკუთარ შეგრძნებებს. გულის ფიალი აუცილებლად გულის დაავადებას არ ალნიშნავს. სპეციალისტისთვის, უფრო სერიოზული არიტმიები, როგორიცაა პარკუჭოვანი ტაქიკარდია, ხშირად არ იწვევს გულის ფიალს.

იხ. ცხრილი 8-1 და 8-2 გულისცემის სიხშირის და რიტმის გასარკვევად (გვ. 324-325).

თქვენ პირდაპირ უნდა შეეკითხოთ გულისფიალის შესახებ, მაგრამ თუ ავადმყოფმა ვერ გაიგო თქვენი შეკითხვა, გადმოხრილი სხვანაირად. "ხომ ისმენ დაკვირვებიხართ თქვენს გულისცემას? როგორია ის?" სთხოვეთ, გიჩვენოთ რიტმი თითით ან ხელით. ჩქარია თუ ნელი? ხეგულარული თუ არა? ხა ხანგრძლივობისაა? იყო თუ არა სწრაფი გულისცემის ეპიზოდი, სწრაფად იწყებოდა და სწრაფადვე ჭრებოდა? (ასეთ შემთხვევებში გესაჭიროებათ ეკგ).

გულის არარეგულარული ფიალი ანამნეზის ინფორმაცია მოიცავს ნახტომს (შესაძლოა ექსტრასისტოლა); სწრაფი რიტმული გულისცემის ეპიზოდი და გაჩერება (შესაძლო სუპრავენტრიკულური პაროქსიზმული ტაქიკარდია); სწრაფი რიტმული გულისცემა 120 დარტყმამდე წუთში, განსაკუთრებით, თუ სწრაფად იწყება და სწრაფადვე ჩერდება (შესაძლო სინუსური ტაქიკარდია).

დაგეხმარებათ, თუ ავადმყოფს ასწავლით, როგორ გაისინჯოს თვითონ პულსი.

სუნთქვის გაჩერება ხშირი ჩივილია და შეიძლება აღნიშნავდეს ქრონულ, ოთოპნოეს ან ღამის პაროქსიზმულ ქრონულ. ქრონული არის სუნთქვის დისკომფორტი მოკლებულ დატვირთვაზე. ამ ჩივილის მიზეზი გულის ან ფილტვის პრობლემებია, როგორც აღნერილია მე-7 თავში, გულმკერდი და ფილტვები, გვ. 249.

ოთოპნოე მარცხენა პარკუჭის უკმარისობაზე მიუთითებს, ასევე შეიძლება ახდეს ფილტვების ობსტრუქციულ დაავადებებს.

ორთოპნოე არის ქრონული, რომელიც ვითარდება ნოლის დროს და მცირდება ადგომისას. ხასიათისად, მისი შეფასება ხდება ბალიშების რაოდენობით, რასაც იყენებს ავადმყოფი ძილის დროს ან იმ ფაქტით, რომ ავადმყოფი მკერდმარე მდგომარეობაში იძინებს. დარწმუნდით, რომ ბალიშების გამოყენება ან მკერდმარე ძილი გულის მიზეზითაა გამონვეული.

ღამის პაროქსიზმული ქრონული არის უცარი ქრონულის და ორთოპნოეს ეპიზოდები, რაც აღვიძებს ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, დაძინებიდან 1-2 საათში და აიძულებს მას ნამოჯდეს, ფეხზე დადგეს ან მივიდეს ფანჯარასთან. მას შეიძლება ახდეს ხმაურიანი სუნთქვა და ხველა. ეპიზოდი, ჩვეულებრივ, ნელდება, მაგრამ შეიძლება განმეორდეს იგივე დროს მომდევნო ღამეებში.

ღამის პაროქსიზმული ქრონული არის უცარი ქრონულის და ორთოპნოეს ეპიზოდები, რაც აღვიძებს ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, დაძინებიდან 1-2 საათში და აიძულებს მას ნამოჯდეს, ფეხზე დადგეს ან მივიდეს ფანჯარასთან. მას შეიძლება ახდეს 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 ჯანდაცული (*გულის შეგუბებითი უკმარისობა*), ჯვებითი (*ჰიპოალბუმინემია*) ან პოზიციური.

შეშუპება დაკავშირებულია ინტენსიურ ქსოვილებში 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, ასოცირებულ სიმპტომებზე. "სადმე შესიება ხომ არ გაქვთ? სად? კიდევ სხვაგან? როდის გაჩნდა? დილით უფრო მეტია თუ საღამოს? ფეხსაცმლები ხომ არ დაგიპატარავდათ?"

შეშუპება ჩნდება თირკმელების და ღვიძლის დაავადებების დროს: ჰეპატომეგალია შეშუპება, ბეჭდის დაპატარავება – *ნეფროზული სინდრომის* დროს. წელის არეში გადიდება ასციტის და ღვიძლის უკმარისობის დროს.

გააგრძელეთ კითხვით "ბეჭედი ხომ არ დაგიპატარავდათ? დილობით ქუთუთოები ხომ არ გისივდებათ? ქამარი ხომ არ გაიდიდეთ?" ასევე "წელზე ტანსაცმელი ხომ არ დაგიპატარავდათ?"

მოგეხმარებათ, თუ სთხოვთ ყოველდღიურად დილას და საღამოს აინონოს, ვინაიდან მეშვეობა გარეგნულად არ ვლინდება, სანამ არ დაგჩოვდება ჰამოდენიმე ღიტრი სითხე.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჰეპომენდაციები

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ჰეპომენდაციების მნიშვნელოვანი პუნქტები

- ჰიპერტენზიის პროფილაქტიკა
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პროფილაქტიკა
- ქოლესტერინის და დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის (LDL) დონის დანევა
- ცხოვრების წესის შეცვლა და რისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედება, ჯანსაღი ჭამების და დონისა და ფიზიკური ვარჯიშის მეთოდების ჩათვლით

მიუხედავად რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციის გაუმჯობესებისა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები სიკვდილობის მთავარ მიზეზს ნარმოადგენს ორგორც 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 პრიორიტეტული ღონისძიებაა სამსახურში, საავადმყოფოში და, საერთოდ, ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემაში. განათლება და განხილვა ეხმარება ავადმყოფს, მოინესრიგოს სისხლის ნნევა, 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 უცხო სიკვდილის 24%-ში აღინიშნება ჰიპერტენზიის არსებობა.[5] კომისია მკაცრ ჰეპომენდაციას უწევს 18 ნლის ზევით პირების სკრინინგის ჩატარებას სისხლის მაღალი ნნევის თვალსაზრისით. ბოლო ღრის ჩატარებულმა პოპულაციურმა ხანგრძლივმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ეროვნულ სტრატეგიაში აუცილებელია მკვეთრი გადახრა სისხლის ნნევის შემცირებისა და პროფილაქტიკისკენ. "სისხლის მაღალი ნნევის პროფილაქტიკის, დადგენის, დაკვირვების და მკურნალობის გაერთიანებული ეროვნული კომიტეტის" – JNC 7 მემვიდე მოხსენებამ; სისხლის მაღალი ნნევის ეროვნული საგანმანათლებლო პროგრამამ და კლინიკურმა კვლევებმა გამოსცა რამოდენიმე საკვანძო გზავნილი (იხ. ჩამონათვალი შემდეგ გვერდზე)[6,7] ეს მონაცემები საფუძვლად უდევს სისხლის ნნევის კლასიფიკაციას JNC 7-ის მიხედვით (იხ. ცხრილი გვ. 109)[10];

- სისხლის ნნევის ნორმა 6 კატეგორია შემცირდა ოთხამდე და ნორმალურ ნნევად განისაზღვრა <120/80 მმწყსვ.
- სისტოლური ნნევა 120-დან 139 მმწყსვ და დიასტოლური 80-დან 89 მმწყსვ ახლა ნორმის "მაღალი ნორმა". ეს ნორმის "პრეჰიპერტენზია".

- მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაიწყოს პირველი 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 პრაქტიკოსი ჰიპერტენზიისთვის

- 55 წლის ასაკის ნორმოტენზიული პირებისთვის ჰიპერტენზიის განვითარების ჩისკი 90%-ია.
- 60 წლის ზევით ყოველი 2 ადამიანიდან ერთს არტერიული ჰიპერტენზია აქვს[7] და ჰიპერტენზიით ავადმყოფთა მხოლოდ 34%-შია მიღწეული სამიზნე წნევა.[6]
- წნევასა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემთხვევათა რისკს შორის ჯვშირი 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 ორივ წნევის საზღვრებია ნორმისი 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. ხანდაზმულ და სამუშაო 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]

- ახლა გამომდინარე, რისკის მქონე პირების გამოვლენა და მკურნალობა საკმარისი არ არის. ფართო პოპულაციური სტრატეგია მდგომარეობს ჰიპოფიქტიაში და ყველა დიდი რისკ-ფაქტორის შემცირებაში, რათა ადამიანებს განუვითარდეს ჩვეულებრივ ბავშვობიდანვე და მთელი ცხოვრების მანძილზე დარჩეთ დაბალი რისკის[9].

ჰიპერტენზიის რისკ-ფაქტორებია ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა, მიკრობიალბუმინურია ან დადგენილი GFR <60მლ/წთ, ანამნეზში გიდ არსებობა (ასაკი <55 მამაკაცებისთვის და <65 ქალებისთვის), სუფრის მარილის ჭარბი მიღება, ალკოჰოლის არასაკმარისი მიღება და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება[6].

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის ჰოფიქტია. ამერიკის გულის ასოციაციის 2002 წლის გაიდლაინებში მოცემულია რისკ-ფაქტორების შემცირების ჩვევები ექიმებისთვის: "ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებისთვის არჩევანს წარმოადგენს გამოიყოს ავადმყოფთა დიდი ჯგუფი დაავადების არსებულ 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 მეტად შეიძლება იყოს ფატალური ან მდგომარეობის დამამძიმებელი"[11]

პირველ საფეხურზე ექიმისტმა უნდა დაადგინოს არა მარტო ნების მომატება, არამედ სხვა ჯგუფად შესანიშნავი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პირველადი პროფილაქტიკის ჩვეულებებში ამერიკის გულის ასოციაცია გვთავაზობს 20 წლის ასაკიდან პირებში რისკ-ფაქტორების გამოკვლევას და 40 წლის და მეტი ასაკის პირებისთვის გულ გლობალური აბსოლუტური რისკის დადგენას.[1]

20 წლის ასაკიდან პირებში რისკ-ფაქტორები და გამოკვლევის სიხშირე

რისკ-ფაქტორები	სიხშირე
გულის იშემიური დაავადების (გიდ) ოჯახური ანამნეზი	გადაამოწმეთ ჩვეულებრივ
თამბაქოს მოხმარება დიეტა არტერიული მოხმარება ფიზიკური აქტივობა	ჩვეულებრივ ვიზიტებზე
სისხლის წნევა სხეულის მასის ინდექსი წელის გარშემოწერილობა ჯანსაღი (მოცემული არიტმიის დადგენა)	ჩვეულებრივ ვიზიტებზე (2 წელიწადში ერთხელ)
ლიპოპროტეიდული პირველი ხარისხის ბლოკადა	სულ მცირე ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ, თუ ჰიპერლიპიდემიის ან დიაბეტის რისკია, ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ

40 წლის ზევით ასაკის პირებში გიდ 10 წლიანი რისკის დასადგენად გლობალური რისკის განსაზღვრა

გიდ მრავლობითი რისკის გამოთვლა ემყარება შემდეგს:

- ასაკი
- სქესი
- თამბაქოს მოწევა
- 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

გლობალური ჩისჯის გამოთვლის მიზანია ავადმყოფმა შეძლებისდაგვარად მინიმუმამდე შეამციროს 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 გულის, 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 ლიპიდური 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 ჰიპოლიპიდემიური 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%)*: მწვავი 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 ჰეპარატების 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 ჩარცდებებს, როგორიცაა ანგიოპლასტიკა და აორტო-კორონარული შუნტირება ან მიოკარდიუმის გამხარტული იშემიის ნიშნებს.

გიდ ჩისჯის ეკვივალენტებია არაკორონარული ათეროსკლეროზი, როგორიცაა პერიფერიული არტერიების დაავადებები, მუცლის აორტის ანევრიზმა, საძირე არტერიების დაავადებები (საძირე 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 პროფილაქტიკური მომსახურების ექსპერტთა ჯგუფი ჰეჯომენდაციას უწევს LDL-ის ჩატონუ 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 უხმოზე *განსაზღვრეთ ლიპიდები* საერთო და LDL ქოლესტერინის განსაზღვრის მიზნით. გამოიყენეთ ისტორიის გამოანგარიშება გვ. 297 ან იხელმძღვანელეთ ATP III-ით, რათა დაადგინოთ თქვენი ავადმყოფის 10-წლიანი ისტორიის ხარისხი. გამოიყენეთ 2004 წლის ჩვეულებრივი, სადაც გამოყოფილია ისტორიის 4 ჯგუფი, რათა დაგეგმოთ ცხოვრების წესის ცვლილებები და ჰიპოლიპიდემიური სამკურნალოების საჭიროება.

ATP III გაერთიანებული ჩვეულებრივი

10-წლიანი ისტორიის ხარისხი	LDL-ის სასურველი დონე	მედიკამენტის განხილვა, თუ LDL:
მაღალი ისტორია (>20%)	<100 მგ% *ოპტიმალური მიზანი:* <70მგ%	≥100მგ% (<100 მგ%:განიხილეთ მედიკამენტის დანიშვნა, LDL-ის 30-40%-ით დაქვეითების მიზნით)
ზომიერად მაღალი ისტორია (10-20%)	<130 მგ% *ოპტიმალური მიზანი:* <100 მგ%	≥130მგ% (100-129 მგ%: განიხილეთ მედიკამენტის დანიშვნა, ხათა მიღწეულ იქნას LDL<100 მგ/დღ).
ზომიერი ისტორია (<10%)	<130 მგ%	≥160მგ/დღ
დაბალი ისტორია (0-1 ისტორ-ფაქტორი)	<160 მგ%	≥190მგ/დღ (160-189 მგ/დღ: მედიკამენტური მკურნალობა აუცილებელი არ არის)

ცხოვრების წესის შეცვლა და ისტორ-ფაქტორებზე ზემოქმედება. JNC VII, სისხლის მაღალი წნევის განათლების ეროვნული პროგრამისა და AHA მიერ მონოდებულია ყველაზე მეტნაკლები ცხოვრების წესის შეცვლისა და ისტორ-ფაქტორებზე ზემოქმედების საშუალებები ჰიპერტენზიის, გიდ-ის და ინსულტის პროფილაქტიკის მიზნით.

ცხოვრების წესის შეცვლა ჰიპერტენზიის პრევენციისა და მკურნალობისთვის

- ოპტიმალური ნორმა ან სმი არის 18.5 – 24.9 კგ/მ²
- სეფრის მარილის მიღების შემცირება 6 გრამამდე ან ნატრიუმის შემცირება 2.4 გრამამდე დღეში.
- ჩვეულებრივი 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, 60-90გ კონიაკი)
- 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 ისჯის შემცირების ჩვეულებებს, როგორც ქვემოთ იქნება ნაჩვენები.

ბეღ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ინსულტის პრევენციისთვის ჩისჯზე ზემოქმედება

- თამბაქოს მოხმარების სრული შეწყვეტა
- სისხლის ოპტიმალური წნევის კონტროლი – იხილე JNC VII ჩვეულებების ცხრილი
- ჯანმრთელი კვება – იხ. ჩვეულებები დიეტის შესახებ წინა გვერდზე
- ლიპიდური ცვლის კონტროლი – იხ. ცხრილი გვ. 299
- ჩვეულებრივი აქტიობული ვარჯიში – იხ. წინა გვერდი
- ოპტიმალური წონა – იხ. წინა გვერდი
- დიაბეტის კონტროლი ისე, რომ უზმოზე გლუკოზის დონე იყოს 110 მგ%-მდე, ხოლო HgA1c – 7%-ზე ნაკლები
- მოწევის სრული შეწყვეტა სინუსურ რიტმში, ხოლო ქრონიკული მემბრანული – ანტიკოაგულაციური მკურნალობა

ჯანმრთელი კვება. დაიწყეთ კვების ანამნეზით (იხ. გვ 92-93), შემდეგ კი შეუმცირეთ ქოლესტერინის და საერთო ცხიმის, განსაკუთრებით, ნაჯერი და ტრანს ცხიმების მიღება. საკვები, რომელიც შეიცავს ჰოლიუჯერ ცხიმებს, ომეგა-3 ცხიმოვან მჟავებს (თევზის ქონი), ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს.

მიმოიხილეთ საკვების სახეობები, რომლებიც შეიცავს ჯანსაღ და არაჯანსაღ ცხიმებს.[19]

არაჯანმრთელი ცხიმის წყაროები

- *ქოლესტერინით მდიდარი საკვები:* ძროხის პროდუქტები, კვერცხის გული, ღვიძლი და ორგანოების ხორცი, ცხიმიანი ხორცი და შინაური ფრინველი.
- *ნაჯერი ცხიმებით მდიდარი საკვები:* მაღალცხიმიანი ძროხის პროდუქტები – ნაღები, ყველი, ნაყინი, სოფლის და 2%-იანი ძე და არაჟანი. ასევე შამხი, კარაქი, მოკლედი, კაკაოს ცხიმი, კარა, მაღალცხიმიანი ხორცი, სოსისი, ჰოთ-დოგი.
- *ცხიმებით მდიდარი საკვები:* გვერდის ხორცი, ჰიდროგენიზებული ან ნაწილობრივ ჰიდროგენიზებული ცხიმით დამზადებული ცომეული, მარგარინი, ქერინარევი ცხიმი, შემწვარი კარტოფილი.

ჯანსაღი ცხიმის წყაროები

- *მონოჯერი ცხიმით მდიდარი საკვები:* თხილი, ნუში, ჰეკანის თხილი, მიწის თხილი; სეზამის მარცვლები, ავოკადო, კანოლას ზეთი, ზეითუნის და არაქისის ზეთი, არაქისის კარაქი.
- *პოლიუჯერი ცხიმით მდიდარი საკვები:* მარცვლეული, საფლორი, კანაფის თესლი, სოიოს თესლის ზეთი,

ჯაჯაღი, მზესუმზირა, ხბილი მარგარინი, მაიონეზი, საღათის საჯაზმი.

- *ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავით მდიდარი საჭვები:* თუნუსი, ქამაყი, სუმბრია, ჯაღმახი, ორაგული, სარდინი.

წონისა და ვარჯიშების განხილვა.

2004 წლის იანვრის "ჰოგარტის მიმოხილვა – ჭვება და ქარბი წონა" ჯანმრთელ პირებში 2010 იუწყება, რომ "დიეტური ფაქტორები უკავშირდება სიჭარბის 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 ჭარბის 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 ჰარისკივი, აღწერილია მე-4 თავში, გვ 90-92. განიხილეთ ჯანსაღი ჭარბის ჰარისკივები – პაციენტებს, რომლებიც დიდი ჩარჩენობით ცხიმს ილებენ, უფრო მეტად უგრძნობენათ სხეულის ცხიმი, ვიდრე იმათ, ვინც ცილოვან და ნახშირწყლოვან საკვებს ილებს. განიხილეთ ავადმყოფის ჭარბის ჩვევები და ოჯახის წევრების წონის მარეგულირებლები. დაგეგმეთ ჩაღრმავებული ამოცანები, რაც ავადმყოფს დაეხმარება ჯანმრთელი ჭარბის ჩვევების შემუშავებაში.

ჩაგეხმარეთ ვარჯიში აშშ ჯანმრთელობის დაცვის ჰროგრამის ჯანმრთელი ადამიანები 2010 ჰირველი ჩაღრმავებულია. 2004 წლის აპრილის "ჰროგრესის მიმოხილვა – ფიზიკური აქტივობა და ჯანგი ფიზიკური მდგომარეობა" ჯანმრთელი ადამიანები 2010 ადგენს, რომ "2000 წელს სიჭარბის მნიშვნელოვანი მიზეზი იყო არასწორი ჭარბი და არასაკმარისი ვარჯიში. შეღარებით ამ რისკ-ფაქტორებსა და თამბაქოს მონევას, როგორც ერთ-ერთ ძირითად რისკ-ფაქტორს შორის, განსაკუთრებით შემცირდა უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში."[21] გულის იშემიური დაავადების რისკის შემცირებისთვის ავადმყოფს ურჩიეთ ერობული ვარჯიშები ან ვარჯიშები, რომლებიც ზრდიან ჭუნთების მიერ ჟანგბადის მოხმარებას თუნდაც 30 წთ-ის განმავლობაში ჭვირის უმეტეს დღეებში. ავადმყოფს უნდა დაეხმაროთ, განუწყოს ვარჯიშისთვის და სკრედულეს, რომ ვარჯიშის დაწყებისთანავე თავს გაცილებით უკეთ იგრძნობს. ღრმა სუნთქვა, ოფლის გამყოფა გრილ გარემოში და ჰულსის გახშირება ასაკის შესაბამისი მაქსიმალური გულისცემის 60%-ით (220-ს გამოკლებული ასაკი) მარეგულირებელია, რაც ეხმარება ავადმყოფს დაადგინოს ერობული მეტაბოლიზმის დაწყება. ვარჯიშის სახეობის შერჩევამდე შეამოწმეთ გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვის ან ძვალ-ჭუნთოვანი სისტემების მხრივ რომ არ არის რაიმე უკუჩვენება.

ბამოკვლევის მეთოდები

ჩოდესაც დაიწყებთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევას, ნახეთ სისხლის ნნევა და გულისცემის სიხშირე, რომელიც გაზომილი გაქვთ ზოგადი გამოკვლევისა და სასიცოცხლო ნიშნების შესწავლისას ჯერინგული გამოკვლევის დასაწყისში. თუ გესაჭიროებათ ამ გამოკვლევების გამეორება ან ჯერ არ გაგიზომებიათ, გამოძებნეთ ეხლა ამის ჩასატარებლად (იხ. თავი 4, ჯერინგული გამოკვლევების დაწყება: ზოგადი გამოკვლევა და სასიცოცხლო ნიშნები).[22-26]

სისხლის ნნევის გაზომვისას ავადმყოფი დასვენეთ 5 წთ-ით, შეარჩიეთ შესაფერისი ზომის მანჟეტი, ჯერ ომისას ავადმყოფის მკლავი მოათავსეთ გულის დონეზე, ხოლო ფეხზე დგომისას – მკერდის შუა ნაწილის დონეზე. დარწმუნდით, რომ გასაბერი მანჟეტი მხრის არტერიაზეა. მანჟეტში ნნევა ასწიეთ 30 მმ ვწყ სვ-ით ზევით იმ დონიდან, რა დონეზეც ჭერება პულსაცია სხივის არტერიაზე. მანჟეტიდან ჰაერის გამოშვების ეხლა მოისმინეთ პირველივე სულ ცოტა ორი ერთმანეთის მომდევნო გულისცემის ხმა, რომელიც გამოხატავს სისტოლური ნნევის სიდიდეს. შემდეგ დაფიქსირეთ გულისცემის ხმიანობის გაქრობის მომენტი, რაც დიასტოლურ ნნევას 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:

- სალღე ვენის ნნევა
- ჯაროტიდული პულსაცია და შუის 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

სალღე ვენის ნნევა (სვნ) და პულსაცია

სალღე ვენის ნნევა (სვნ). სვნ-ის დადგენა ჯერინგული გამოკვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი და ხშირად გამოყენებადი მეთოდია. თავიდან შეიძლება ძნელად მოგეჩვენოთ, მაგრამ ვარჯიშით და ხელმძღვანელის დახმარებით დაინახავთ, რომ სვნ მნიშვნელოვან ინფორმაციას განვდით ავადმყოფის მოცულობით სტატუსზე. როგორც უკვე იცით, სვნ მარჯვენა წინაგულში ნნევას ან ცენტრალურ ვენურ ნნევას ასახავს და მისი შეფასება ყველაზე ადვილად შესაძლებელია მარჯვენა შიგნითა სალღე ვენის პულსაციით. ჩაინიშნეთ, რომ სალღე ვენების და მათი პულსაციის ნახვა ძნელია 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ამიტომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში ეს გამოკვლევა არ ტარდება.

სვნ-ის გამოკვლევის საფეხურები მომდევნო გვერდზეა აღნერილი. ჩოდესაც დაიწყებთ გამოკვლევას, დააკვირდით ავადმყოფის მდგომარეობას და განსაზღვრეთ, რა სიმაღლეზე ასწიოთ სანოლის თავი ან გამოსაკვლევი მაგიდა. სვნ-ის განსაზღვრა იწყება სანოლის თავის ანევით 30°-ით. ორივე მხარეს მოძებნეთ გარეთა სალღე ვენები, შემდეგ – შიგნითა სალღე ვენის პულსაცია, რომელიც ტარდება სიღრმიდან ჭისარის ზედაპირისკენ. სვნ არის ანევის ის სიმაღლე, ჩოდესაც, ჩვეულებრივ, აღინიშნება ყველაზე მაღალი ოსცილაციური ნერტილი, ანუ ვენური პულსაციის მენისკი მოკლარეში 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. *ჰიპოვოლემიის* პირებში შეგიძლიათ ივარაუდოთ, რომ *სვნ მაღალი იქნება*, რის გამოც *სანოლის თავს აამაღლებთ*.

ჰიპოვოლემიური ავადმყოფები სწორად უნდა ინვნენ, 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 ნინაგულიდან 5 სმ-ით ზემოთ მდებარეობს, როგორც გვ. 291 დიაგრამაზეა ნაჩვენები.

საუღლე ვენის ნნევის (სვნ) მეფასების საფეხურები

- ავადმყოფი ჯომფორტულად დაანვინეთ. სანოლის თავი ან ბალიში ოდნავ ზემოთ ასწიეთ, რათა მოდუნდეს მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი ჯუნთები.
- სანოლის თავი ან გამოსაკვლევის მაგიდა ასწიეთ დაახლოებით 30°-ით. ავადმყოფის თავი ოდნავ გადანიეთ იმ მხრის საწინააღმდეგოდ, რომელსაც თქვენ იკვლევთ.
- გამოიყენეთ გვერდითი განათება და დათვალიერეთ ჯირკვის ორივე მხარე. გამოყავით გარეთა საუღლე ვენები ორივე მხარეს, შემდეგ მოძებნეთ შიგნითა საუღლე ვენების პულსაცია.
- თუ საჭიროა, სანოლის თავი ასწიეთ ან დასწიეთ, სანამ არ დაინახავთ მარჯვენა შიგნითა საუღლე ვენაზე პულსაციის ოსცილაციის ნეტილის ან მენისკის ჯირკის ქვედა ნახევარზე.
- დააკვირდით მარჯვენა შიგნითა საუღლე ვენას. მკერდის ძვლის ნაჭდევთან დააკვირდით პულსაციას მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი ჯუნთის და ლავინის ძვლის საზღვარზე ან მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი ჯუნთის ზუსტად უკან. ქვემოთ მოცემული ცხრილი მოგეხმარებათ გაარჩიოთ შიგნითა საუღლე ვენა სხვადასხვა არტეფაქტისგან.
- დაადგინეთ პულსაციის ყველაზე მაღალი ნეტილი მარჯვენა შიგნითა საუღლე ვენაზე. გაჭიმეთ გრძელი სწორი საგანი ჰორიზონტალურად ამ ნეტილიდან, ხოლო მკერდის ძვლის ჯუთხიდან ვერტიკალურად დააყენეთ 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 ნინაგულის ზემოთ, არის სვნ.

ქვემოთ მოცემული ნიშნები დაგეხმარებათ საუღლე ვენის და ჯაროტიდული პულსაციების გარჩევაში:[1]

- *საუღლე ვენის და ჯაროტიდული პულსაციების გარჩევა*

შიგნითა საუღლე ვენის პულსაცია	ჯაროტიდული პულსაცია
პალპაცია იშვიათადაა შესაძლებელი	პალპაცია შესაძლებელია
ხშირი, სწორფი, ტალღისებრი, ჩვეულებრივ ორი მაღალი და ორი დაბალი ტალღა გულისცემის მიხედვით	უფრო ძლიერია და ერთი კომპონენტი აქვს
პულსაცია ქრება ვენაზე მსუბუქი ზეწოლით მკერდის ძვლის ზემოთ ან ლავიწთან	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

ვენტიკალური და ჰორიზონტალური ხაზების ზუსტი დადგენა სვწ-ის გახომვისთვის ითვლება, ისევე როგორც სუსხათის სწორად დაყიდება, როდესაც ახლოს გიყურებთ. სახაზავი დააყენეთ მკერდის ძვლის ჯუთხვზე ვენტიკალურად და მის პერპენდიკულარულად გაქიმეთ სწორი საგანი. ამით შექმნით ჰორიზონტალურ ხაზს. ჰორიზონტალური საგანი ჩამოაცურეთ ისე, რომ მისი ქვედა კიდე საკვლევ პუნქტის მწვერვალს დაეყრდნოს და სახაზავზე გახომეთ ვენტიკალური ზომა სანტიმეტრებში.

-ნივის მომატება მიუთითებს გული მარჯვენა ნაწილის უკმარისობაზე, ან, უფრო იშვიათად, ფონტანელური პერიკარდიტზე, სამკარიანი სარქველის სტენოზზე ან ზემო ღრუ ვენის ობსტრუქციაზე[27-33]

ფილტვების ობსტრუქციული დაავადების მქონე პაციენტების ვენური ნივა მატულობს მხოლოდ ამოსუნთქვის დროს; ჩასუნთქვისას ვენები იფუშება. ეს მონაცემები არ მიუთითებს გული შეგუბებით უკმარისობაზე.



ვენური ნივა გახომილი მკერდის ძვლის ჯუთხიდან 3 ან 4 სმ-ზე მეტად, ან მარჯვენა წინაგულიდან 8 - 9 სმ-ზე მეტად, ითვლება *მომატებულად*.

თუ შიგნითა საკვლევ ვენაზე ვერ ხედავთ პულსაციას, მოძებნეთ გარეთა საკვლევ ვენებზე. თუ აქაც ვერ ხედავთ, გამოიყენეთ ის *წერტილი, რომლის ზემოთაც ჩაფუშულია გარეთა საკვლევ ვენა*. მოძებნეთ ყისრის ორივე მხარეს. გახომეთ ვენტიკალური მანძილი მკერდის ძვლის ჯუთხიდან ამ წერტილამდე.

გარეთა საკვლევ ვენების ცალმხრივი გაქიმვის მიზეზია ადგილობრივი ობსტრუქცია ან მოგრეხა. ასევე ორმხრივ გაქიმვას ადგილობრივი მიზეზი აქვს.

ვენური პულსაციის უმაღლესი წერტილი შეიძლება მდებარეობდეს მკერდის ძვლის ჯუთხის დონეზე. ამ სიტუაციაში ვენური ნივა მომატებული არ არის და იშვიათად საჭიროებს გახომვას.

მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტები ვერ ხედავენ, რომ ფლინისტები სწორად ზომავდნენ სვწ-ას, ამ მეთოდიკის ზუსტი ჩატარება ძალიან მნიშვნელოვანია. ბოლოს და ბოლოს, გამოკვლევებასთან ერთად, ფლინისტები და ფარმაკოლოგები სვწ-ას ვიზუალურად აღგენენ.

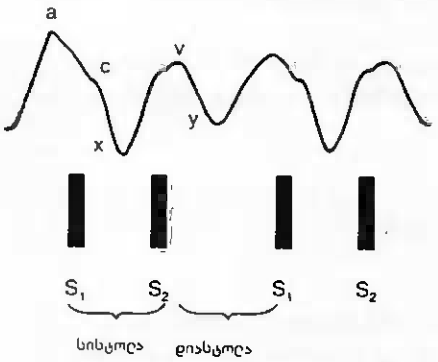
ხანგრძლივი a ტალღა მიუთითებს მარჯვენა წინაგულის ჩუნისტენტობის გახსნაზე, ასევე სამკარიანი სარქველის სტენოზზე ან ეფრო ხშირად, ჰიპერტროფირებული მარჯვენა პარკუჭის ელასტიურობის დაქვეითებაზე.

საკვლევ ვენის პულსაცია. გამოიკვლიეთ საკვლევ ვენების პულსაციის ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა. ხანგრძლივობის დასადგენად მარცხენა ხელით აიტეხეთ მეინგრძნით მარჯვენა ცერა თითით ან ეითხროულად მოისმინეთ გული ტონები. *a* ტალღა წინ უსწრებს S_1-ს და ფარმატებელ პულსს, *x* დაღმავალ ტალღას ეწოდება.

სისტოლური ჟოლოფსი, *v* ტალღა ემთხვევა S_2-ს და *y* დაღმავალი ტალღა მოყვება ადრეულ დიასტოლას. დააკვირდით ტალღების ახასიათებას ან უკვეულოდ ხანგრძლივ ტალღებს.

a ტალღა ჩნება მოკუმცმე პიტმიის დროს. ფასთთ v ტალღა ახასიათებს სამკარი-ანი სარქველის ჩაბუშგიტა-ციას.

საღეღე ვენის პულსაციის



საღეღე ვენის ნწევის მრუდი

a = პრეკარის შეკუმშვა
c = ტრიკუსპიდ უხილავი საძილე ცვანსმისია
x = დაღმავალი ტალღა
v = პორტის პასიური ავსება ვენური ნაკადით ღრე ვენიდან
y = დაღმავალი ტალღა პრეკარიული მოსვენების ფაზაში შეკუმშვის დაწყებამდე

საღეღე ვენის პულსაციის გამოკვლევას ვარჯიში და გამოცდილება სჭირდება. დამწყებ ექიმს უნდა ეჩრიონ, პირველ ჯერში ყურადღება გაამახვილოს საღეღე ვენის ნწევაზე.

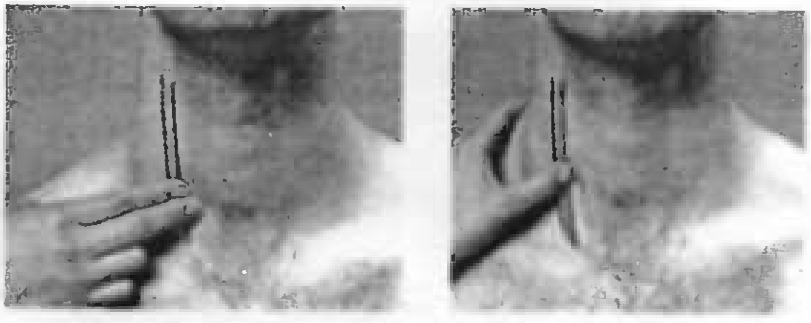
III საძილე პრეკარის (ტრიკუსპიდური) პულსი

მას შემდეგ, რაც გაზომავთ სვნ-ს, გადადით *ტრიკუსპიდური პულსის* გაზომვაზე. ტრიკუსპიდური პულსი გვანვდის მნიშვნელოვან ინფორმაციას გული ფუნქციის მდგომარეობაზე და გან-საკუთრებით გამოიყენება პორტის სარქველების სტენოზის ან უკმარისობის დიაგნოსტიკაში. შეისწავლეთ ტრიკუსპიდური ნწევის ტრიში, მისი ამპლიტუდა და ტონური და *თანდართული შეიღები.*

პიტმისთვის იხ. ცხრილი 8-1, გულისცემის სიხშირე და პიცმი (გვ. 324) და ცხრილი 8-2. პიცმის დარღვევები (გვ. 325).

ამპლიტუდის და ტონურის დასადგენად ავადმყოფი დააწვინეთ ისე, რომ სხეულის თავი 30°-ით იყოს ნნეული. როდესაც შეიგრძნობთ საძილე პრეკარას, პირველ ჯერში ყურებზე ნახეთ ტრიკუსპიდური პულსაცია. მისი ნახვა შეგიძლიათ შეეხე-ღავით-დვრილისებრი ტუნთის შედიალე-ტრალ. შემდეგ მარცხენა ხელის საჩვენებელი და შუა თითები (ან მარცხენა ცერი) დაადეთ მარჯვენა საძილე პრეკარას ტრიშის ქვედა მესამედში, დააწექით და შეიგრძენით პულსაცია.

დაკლაკნილი საძილე პრეკარი-ები ნარმოქმნიან ცალმხრივ მოპულსირე გამობერცლობას.



პულსაციის შემცირების მიზეზი შეიძლება იყოს დრტყმითი მოცულობის შემცირება, მაგრამ, ასევე, შეიძლება გამოინვიოს პრეკარაში აგგიღობრივმა მიზეზებმა, როგორიცაა ათეროსკლეროზული შევი-ნროვება ან ოკლეზია.

დაანექით ჯანგად მოლუნებული მჯიდ-ღავინ-დვჰიღისებჰი ჯუნთის მედიალურ ჯიდეს ბექდისებური ხჰტიღის დონეზე. ჰჰ დაანვეთ *ჯჰოტიდეღ სინუსს*, ჰომელიც ფჯჰისებჰი ხჰტიღის მწვეჰვალთანაა. მჰსკუნა ჯჰოტიდეული ჰჰტეჰიის გასასინჯად გამოიყენეთ მაჰჯვენა ხელის თითები ან ცეჰა თითი. ჰჰასოდეს ჰჰ დაანვეთ ეჰთდროულად ოჰივე საძიღე ჰჰტეჰიას. ეს გამოინვევს თავის ტვინისუენ სისხღის მინოდების შემცჰებას და სინჯოპეს.

ჯჰოტიდეღ სინუსზე ზენოღა ინვევს ჰუღსის და სისხღის ნნევის ჰეფღექსუ დაქვეითებას.

ნეღ-ნეღა გააძიეჰეთ ზენოღა, სანამ მაქსიმაღუჰ ჰუღსაციას ჰჰ შეიგჰძნობთ, შემდეგ ნეღა შეამცჰეთ ზენოღა, სანამ ყვეღაზე ჯჰაგად ჰჰ შეიგჰძნობთ ჰჰტეჰიული ნნევას და ჯონტუჰს. ეცადეთ შეაფჯჰსოთ:

იხ. ცხჰიღი 4-7. ჰჰტეჰიული ჰუღსის და ნნევის ტაღღების დაჰღვევები (გვ. 119).

- *ჰუღსის ამპღიტუდა*. იგი შეესაბამება ჰუღსის ნნევას
- *ჰუღსული ტაღღის ჯონტუჰი*, ჯეჰძოდ ანევის სიჩქაჰე, მნვეჰვაღის სანგჰძიღივობა და დანევის სიჩქაჰე. ნოჰმაღუჰი ანევა მჯვეთჰია. იგი გიღევია, სნჰაფი და მოსდევს S_1-ს. მნვეჰვაღი გიღევია, მომჩგვაღებული და სისტოღის შუაშია. დაღმავაღი ნანიღი ნაჯიებ მჯვეთჰია, ვიდჰე აღმავაღი.
- *ამპღიტუდის ცვღიღებები* ან დაჰტყმიდან დაჰტყმამდე, ან სუნთქვის დჰოს

მციჰე, ძაფისებჰი ან სუსტი ჰუღსი *ჯაჰდიოგენუღი შოკის* დჰოს აღინიშნება. *ოჰტის საჰქვეღების ნაკღოვანების* დჰოს ჰუღსი *მხტუნავია* (გვ. 119).

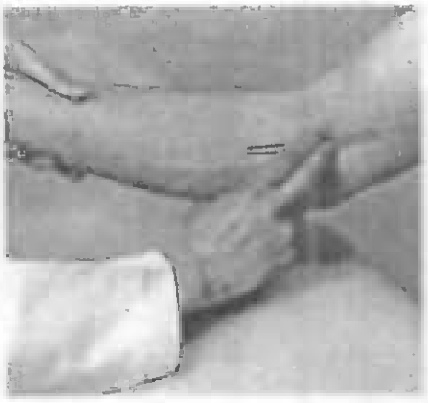
თჰთჰოღვა და შეიღი. ჯაჰოტიდეული ჰჰტეჰიის ჰაღპაციის დჰოს შეგიძიღიათ ნახოთ ვიბჰაცია, ანუ *თჰთჰოღვა*, ჰომელიც ჰგავს ჯატის ჯჩეტუნს. ჩვეუღებჰივად, მაგჰამ განსაკუთჰებით თჰთჰოღვის დჰოს, ფონენდოსკოპით ოჰივე საძიღე ჰჰტეჰიაზე უნდა მოისმინოთ *შეიღის* მსგავსი ხმიანობა, ჰომელიც სისხღძაჰღვოვანი ნაჰმოშობისაა.

ჯაჰოტიდეული ტაღღის აღმავაღი ნანიღის გაღიღება აღინიშნება ოჰტის სტენოზის დჰოს.

ჯაჰოტიდეული შეიღი უნდა მოისმინოთ საშეაღო ასაკის ან ხანდაზმეღ ჰაციენტებში, ან თუ თავის ტვინის სისხღძაჰღვების დაავადებას ვაჰაუდობთ. სთხოვეთ ავადმყოფს, ცოტა ხნით შეაჩეჰოს სუნთქვა, ჰათა სუნთქვის ხმიანობამ ჰჰ დაფაჰოს სისხღძაჰღვების ხმიანობა, შემდეგ მოისმინეთ სტეტოსკოპით.[34] ამ ჰიეში გუღის ტონები დამოუკიდებეღად შეიღს ჰჰ ნაჰმოქმნის.

ჰჰტეჰიული ჰუღსის შემდგომი გამოკვეუვები აღწეჰიუია მე-14 თავში, ჰეჰიფეჰიული სისხღძაჰღვოვანი სისტემა.

აღტეჰნაციული ჰუღსი (იხ. გვ. 119), ბიგემინია (დაჰტყმიდან დაჰტყმამდე სახეობა); პაჰადოქსეული ჰუღსი (სუნთქვითი სახეობა).



მხჰის ჰჰტეჰიუ. საძიღე ჰჰტეჰიები ჯაჰგად ატაჰებს ოჰტის ჰუღსაციას. მაგჰამ ჰაციენტებში, ვისაც აქვთ დაჯეჯანიღი ან შევინჰოვებული საძიღე ჰჰტეჰიები, ჰუღსაცია შემცჰებული აქვთ. ასეთ შემთხვევაში ჰუღსი შეამოწმეთ *მხჰის ჰჰტეჰიაზე* იმ მეთოდით, ჰომელიც აღწეჰიუია ზემოთ ამპღიტუდის და ჯონტუჰის შესნავღისას.

ჯაჰოტიდეული შეიღი თჰთჰოღვით ან მის გაჰეშე, საშეაღო ან ღიდი ასაკის ჰიჰებში შიუთითებს, მაგჰამ ჰჰ აღასტუჰებს სისხღძაჰღვების შევინჰოვებას. ოჰტაზე შეიღი შეიძიება ტაჰებოდეს საძიღე ჰჰტეჰიებზე.

გამოიყენეთ საჩვენებელი და შუა თითები. თქვენი ხელი მოათავსეთ ავადმყოფის იდაყვის ქვეშ და შეიგრძნეთ პულსი მედიალურად ოთავა ჯუნთის მყესთან. ავადმყოფის მკლავი უნდა იდოს მშვიდად იდაყვის სახსარში გაშლილი ხელისგულით ზემოთ. თქვენი თავისუფალი ხელით შეგიძლიათ გაუშალოთ მკლავი ავადმყოფს სხვადასხვა ხარისხით, ჩათა ჯუნთები ოპტიმალურად იყოს მოდუნებული.

გული

გულის გამოკვლევების ჩატარებისას ავადმყოფი უფრო ხშირად ზურგზე უნდა იწვეს და სანოლის თავი ან გასასინჯი მაგიდა ანუული 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.

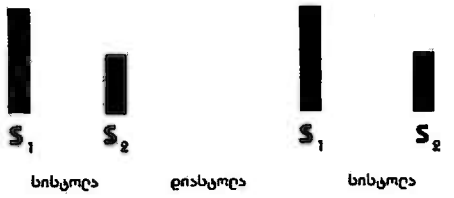
გულის გამოკვლევის თანამიმდევრობა

ავადმყოფის მდებარეობა	გამოკვლევა	მიღებული შედეგები
ზურგზე ნოლა თავის 30°-ით ამაღლებით	გულის ზარის ინსპექცია და პალპაცია; მარჯვენა პარკუჭი; მარცხენა პარკუჭი საძგერის ჩათვლით (დიამეტრი, მდებარეობა, ამპლიტუდა, ხანგრძლივობა)	
მარცხენა გვერდზე ნოლა	საძგერის პალპაცია, თუ ეს ადრე არ ჩაგიტარებიათ. *სტეტოსკოპით* გულის მწვერვალის მოსმენა	დაბალი ტონალობის დამატებითი ხმოვანობები (S_3, გალოპის ხმა, დიასტოლური შუილი მიტრალური სტენოზის დროს)
ზურგზე ნოლა თავის 30°-ით ამაღლებით	სამკარიანი სარქვლის ნეგატივის მოსმენა *სტეტოსკოპით*. ყველა მოსასმენი ნეგატივის აუსკულტაცია *ფონენდოსკოპით*	
წინ გადმოხრილი ჯდომა სუნთქვის 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 კვლევით მიღებული მონაცემების კორელაცია ავადმყოფის საუკეთე ვენის ნიმუშთან და კარდიოკიდეე პულსთან. ასევე მნიშვნელოვანია დაადგინოთ მიღებული მონაცემების ანატომიური მდებარეობა და ნარმოშობის დრო გულის ციკლის მიხედვით.

- დაადგინეთ *გულის ტონების ანატომიური პროეცირება* ნეკნთაშუა არეების და მკერდის ძვლის შუა ხაზის, ღავიწშუა და წინა აქსილარული ხაზების მიხედვით. მკერდის ძვლის შუა ხაზი ათვლის წერტილად შეიძლება ჩაითვალოს.

• დაადგინეთ *გულის ტონების ნახმოშობის დრო* გულის ცხელის მიხედვით. ტონების ნახმოშობის დროს დადგენა ხშირად მხოლოდ აუსკულტაციით ახის შესაძლებელი. ნორმალურ ან ოდნავ შენელებული გულისცემის სიხშირის მქონე ადამიანთა უმეტესობაში აღვილია გულის ტონების გახჩევა სტეტოსკოპით. S_1 პირველი ტონია, S_2 – მეორე ტონი და ამ ორ ტონს შორის შედახებით გრძელი დიასტოლური ინტერვალია.



ტონების გახჩევაში 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 ჯახგად ისმის S_1 და S_2. ჯახგად დაიმახსოვრეთ მათი ხმიანობები, ამის შემდეგ ფონენდოსკოპი ნელ-ნელა გაასცილეთ ქვემოთ, სანამ ახალ ხმას ახ გაიგებთ.

მხოლოდ აუსკულტაციამ, შეიძლება, შეცდომაში შეგიყვანოთ. მაგალითად, S_1 და S_2 -ის ინტენსივობა შეიძლება შეცვლილი იყოს. გულისცემის აჩქარების დროს დიასტოლა დამოკლებულია და ხოლესაც წუთში 120-ის ფახგებშია, სისტოლის და დიასტოლის ხანგრძლივობები ეთნაირი ხდება. *გამოიყენეთ ჯახკიდული წესის ან მწვერვალის პალპაცია, რათა დაადგინოთ ტონები და შუილები სისტოლურია, თუ დიასტოლური.* ვინაიდან ჯახკიდული წესის აღმავალი ტალღა და სამგალი სისტოლაში ჩნდება ზუსტად S_1-ის შემდეგ, მათთან დაკავშირებული ტონები და შუილები სისტოლურია; ტონები და შუილები, რომლებიც ჯახკიდული წესის აღმავალი ტალღის და სამგალის შემდეგ ვითახდება, დიასტოლურია.

მაგ. *პირველი ხახისხის გულის ბლოკადის* დროს შესუსტებულია S_1, ხოლო S_2 შესუსტებულია *აორტის სტენოზის* დროს.

ინსპექცია და პალპაცია

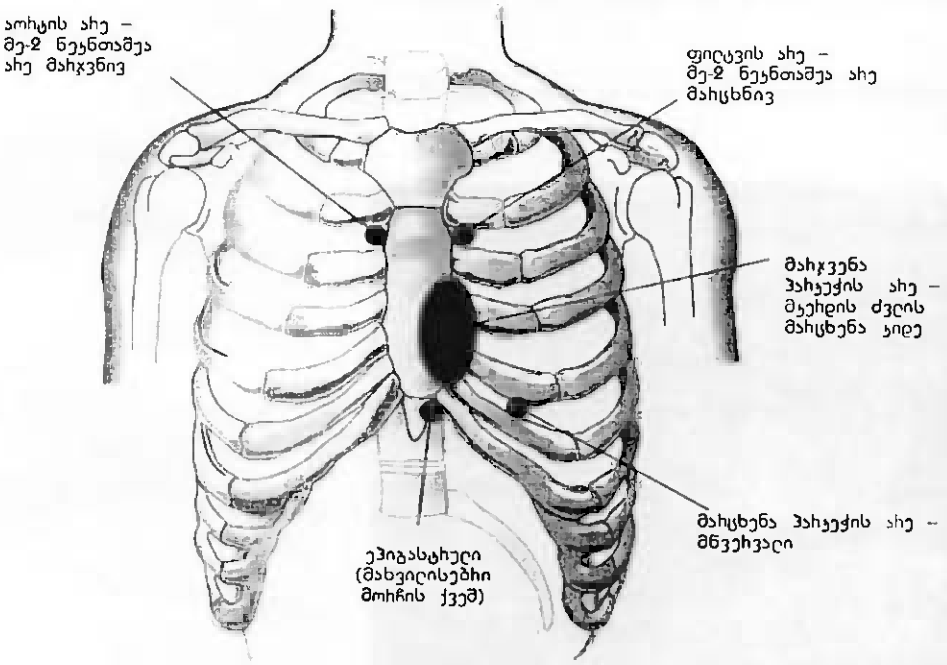
მიმოხილვა. გულ-მკერდის ნინა ზედაპირის ყურადღებით ინსპექციის დროს დაადგინეთ *მწვერვალის სამგალის (მაქსიმალური იმპულსის ნეკტილის (მინ))* მდებარეობა ან უფრო იშვიათად პალპაციის ხერხი მახსხნივ, რაც S_3 და S_4 ქმნის. ამ გამოკვლევის ჩასატარებლად უკეთესია გვერდითი განათება. სამგალის შეფასებისთვის გამოიყენეთ პალპაცია. პალპაცია ასევე გამოგადგებათ თითოლივის და პალკაჭის ხერხის S_3 და S_4 დასადგენად.

დაიწყეთ გულ-მკერდის ზოგადი პალპაციით. პირველ რიგში *თითის ბალიშებით* პალპაციით დაადგინეთ ხერხის ან თითოლივის ახსებობა. თითები ბრტყლად ან დახრილად დაანყვეთ გულ-მკერდის ზედაპირზე, მსუბუკად დაანკაჭით S_3 და S_4, და ძლიერად დაანკაჭით S_1 და S_2-ის დასადგენად. პალკაჭების იმპულსები ინვევს თითების ანევას. შემდეგ *ხელის გულის დადებით მკერდზე* შეიგრძენით *თითოლივა*. თუ მოგვიანებით აუსკულტაციით მოისმენთ ხმამაღალ შუილს, ამ ადგილზე ყველა შეამოწმეთ თითოლივა პალპაციით. მახჯვენა პალკაჭის პალპაცია უნდა ჩაატაროთ მკერდის ძვლის მახსხენა კიდესთან და მკერდის ძვლის მახვრილისებური მოხრის ქვემოთ, ფილტვის ახტერიის – მახსხნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში და აორტის – მახჯვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში. განიხილეთ მეორე გვერდზე მოცემული დიაგრამა. *ჩაინიშნეთ, რომ მახჯვენა და მახსხენა პალკაჭების, ფილტვის ახტერიის და აორტის წერტილები მოცემულია უმეტესობა ადამიანებისთვის, რომელთა გული მახსხნივ მდებარეობს და მსხვილი სისხლძარღვების ნორმალური ანატომიური განვითარება აქვთ.*

თითოლივას, შეიძლება, თან ახლდეს ხმამაღალი, უხეში შუილი *აორტის სტენოზის დროს, ღია ახტერიული სადინარის დროს, პალკაჭთაშუა ძგიდის დეფექტის* და უფრო იშვიათად, *მიტრალური სტენოზის* დროს. მათი პალპაცია უფრო აღვილია იმ პოზიციაში, რომელიც ძლიერებს შუილებს

იშვიათად, ავადმყოფს *დეკუსკოჯახდია* აქვს - გული მახჯვენა მხარეს მდებარეობს. სამგალს

მოძებნით მარჯვნივ, თუ საძგერს ვერ ნახავთ, ჰეჯესიით ნახეთ გულის და ღვიძლის მოყრუება და ჯერ ტიმპანიტი. სამივე ორგანო ნორმის საზღვრებში მხარეს იქნება. გულის მარჯვნივ მდებარეობა, როდესაც ჯერ და ღვიძლი ჩვეულ ადგილზეა, დაკავშირებულია გულის თანდაყოლილ დაავადებებთან.



მარცხენა პარკუჭის ებანი - მწვერვალის საძგერი. გულის საძგერი ნარმოადგენს მარცხენა პარკუჭის ხანმოკლე ადრეული პულსაციას, რომელიც მეკუმშვისას მოძრაობს წინ და ეხება გულ-მკერდის ხიდა ჯერებს. 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.* ჯერავ 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 გადანიოს.

ხოლესაც მნვეხვაღის საძგერის მოძებნით, თითების ნვერებით ან ერთი თითით ჩაატარეთ საბოლოო შეფასება.



გამოკვლევასთან ერთად ავადმყოფთა უმრავლესობაში უნდა შეგეძლოთ საძგერის პოვნა. სიმსუქნე. გულ-მკერდის ჯარად განვითარებული კუნთები ან ნინა-უკანა დიამეტრის გაზრდა ართულებს საძგერის პოვნას. ზოგჯერ საძგერი, მდებარეობის მიუხედავად, იმაღება ნეკნების უკან.

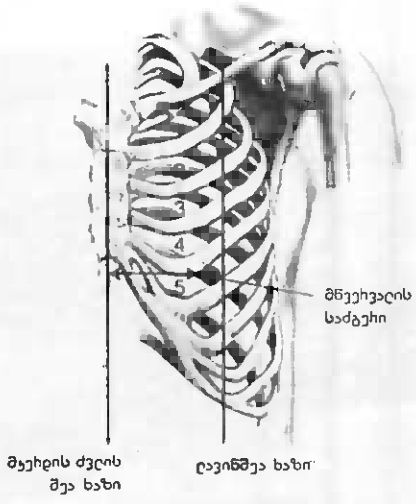
ახლა შეაფასეთ საძგერის მდებარეობა, დიამეტრი, ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა. ამისთვის ავადმყოფს სთხოვეთ, ღრმად ამოისუნთქოს და სუნთქვა გააჩეროს.

იხ. ცხრილი 8-3. გულის საძგერის ცვლილებები და დარღვევები (გვ. 326).

გულის საძგერი შეიძლება გადანაცვლებული იყოს გარეთ და მარცხნივ ორსულებში ან დიაფრაგმის მაღლა დგომის დროს.

ღატერალური გადანაცვლების მიზეზებია გულის გადიდება გულის შეგუბებითი უკმარისობის, ჯარიომიოპათიის, გულის იშემიური დაავადების დროს. ასევე გადანაცვლება შესაძლებელია გულ-მკერდის დეფორმაციის და შარსაყარის გადანევის დროს.

- *მდებარეობა.* საძგერის მდებარეობა დაადგინეთ ავადმყოფის ზურგზე ნოლის დროს, ვინაიდან გვერდზე გადაბრუნება იწვევს საძგერის გადანაცვლებას. დაადგინეთ ორი ნერტილი: მე-5 ან მე-4 ნეკნთაშუა სივრცე, რომელიც ვერტიკალის მდებარეობას ასახავს; და მანძილი სანტიმეტრებში მკერდის ძვლის შუა ხაზზე, რაც ჰორიზონტალის მდებარეობას ასახავს. ჩაინიშნეთ, რომ ღავინშუა ხაზზე საძგერი ჯვემოთ იწევს, ამიტომ ამ ხაზზე მისი მდებარეობის დადგენა ნაკლებ მნელგანია.

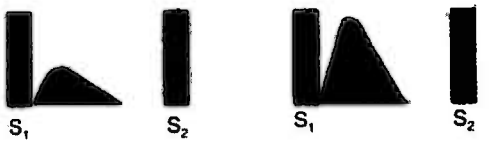


- *დიამეტრი.* შეაფასეთ საძგერის დიამეტრი. ავადმყოფის ზურგზე წოლისას საძგერის დიამეტრი 2.5 სმ-ზე ნაკლებია და მოიცავს ერთ ნეკნთაშუა სივრცეს. მახვნება გვერდზე გადაბრუნებისას საძგერის დიამეტრი უფრო დიდია.

მახვნის გადაბრუნებისას საძგერის დიამეტრის 3 სმ-ზე მეტად გაფართოება მახვნება პარკუჭის გადიდებაზე მიუთითებს.

- *ამპლიტუდა.* დაადგინეთ საძგერის ამპლიტუდა. ჩვეულებრივ ის პატარაა და მკვეთრი. ზოგიერთ ავადმყოფს მაღალი ამპლიტუდის ანუ ჰიპერკინეტიკური საძგერი აქვს, განსაკუთრებით დატვირთვის ან ვარჯიშის შემდეგ, თუმცა ხანგრძლივობა ნორმალურია.

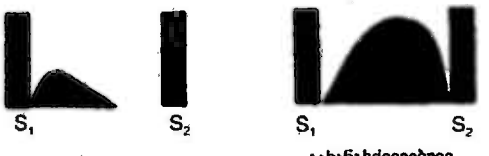
საძგერის ამპლიტუდის გადიდების მიზეზებია ასევე *ჰიპერთირეოზი, მძიმე ანემია,* მახვნება პარკუჭის ჰიპერტროფიის გაზრდა (მაგ. *აორტის სტენოზი*) ან მახვნება პარკუჭის მოცულობითი გადატვირთვა (მაგ. *მიტრალური რეგურგიტაცია*).



ნორმული ჰიპერკინეტიკური

- *ხანგრძლივობა.* საძგერის ხანგრძლივობა ყველაზე ხშირი მახასიათებელია მახვნება პარკუჭის ჰიპერტროფიის დასადგენად. მისი შეფასებისთვის, მოისმინეთ გული ტონები საძგერის მიდამოში ან დაარეგისტრირეთ ამ დროს სტეტოსკოპის მოძრაობას. დაადგინეთ სისტოლის რა ნაწილს იკავებს. ნორმალურად საძგერი იკავებს სისტოლის ორ მესამედს ან უფრო ნაკლებს, მაგრამ არ გრძელდება მეორე ტონამდე.

გახანგრძლივებული, მაღალი ამპლიტუდის და ნორმალური მდებარეობის იმპულსი მიუთითებს მახვნება პარკუჭის ჰიპერტროფიაზე (მაგ. ჰიპერტენზიის დროს). საძგერის ლატერალურად გადანაცვლება სითხით გადატვირთვაზე მიუთითებს.



ნორმული გახანგრძლივებული



გახანგრძლივებული დაბალამპლიტუდიანი (ჰიპოკინეტიკური) იმპულსი აღინიშნება დილატაციური კარდიომიოპათიის დროს.

S_3 და S_4. ინსპექციის და პალპაციის საშუალებით შეგიძლიათ დაადგინოთ პარკუჭების მოძრაობა, რომელიც პათოლოგიური S_3 და S_4 ტონების სინქრონულია. მახვნება პარკუჭის იმპულსის შესაგრძნობად ჯერ თითით შეიგრძენით საძგერი. ავადმყოფი ოდნავ მარცხნივ უნდა გადაბრუნდეს, ბოლომდე ამოისუნთქოს და ცოტა ხნით სუნთქვა გააჩეროს. მწვერვალზე x-ის დახატვის დროს შეგიძლიათ ეს მოძრაობა შეამჩნიოთ.

ხანმოკლე მეზოდიასტოლური იმპულსი გამოხატავს S_3; ზუსტად სისტოლის წინ განვითარებული იმპულსი S_4-ს გამოხატავს.

მარჯვენა პარკუჭის ეპიგანი – მკერდის ძვლის მარცხენა 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 მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური იმპულსი. თქვენი გამოკვლევა შეგიძლიათ გაართულოთ, თუ ავადმყოფი ღრმად ამოისუნთქავს და სუნთქვას გააჩერებს.

თუ იმპულსის პალპაცია შესაძლებელია, შეაფასეთ მისი მდებარეობა, ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა. ხანმოკლე სისტოლური სმიანობა დაბალი ან ოდნავ მომატებული ამპლიტუდით ზოგჯერ შეიგრძნობა გამხდარ ან ვინრო გულ-მკერდის მქონე პირებში. განსაკუთრებით ხოლესაც დარტყმითი მოცულობა გაზრდილია, ისევე როგორც ნევროზის დროს.

ამპლიტუდის საგრძნობი მომატება პატარა ან შეუკვეცელი ხანგრძლივობით ვლინდება მარჯვენა პარკუჭის ქრონიკული მოცულობითი გადატვირთვის დროს, როგორიცაა *წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი.*



გაზრდილი ამპლიტუდის და ხანგრძლივობის იმპულსი ვლინდება მარჯვენა პარკუჭის წნევით გადატვირთვის დროს, როგორიცაა *ფილტვის არტერიის სტენოზი* ან *ჰიპერტენზია.*

იშვიათად *მარჯვნივ შეიგრძნობა გულის მესამე და მეოთხე ტონების დიასტოლური ხმაური.* შეიგრძნობა ეს მე-4 და მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეებში. წარმოქმნის დრო შეგიძლიათ დაადგინოთ აუსკულტაციით ან საძიებო 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.* გამღიზი 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 შეიგრძნობა ეპიგასტრიუმის არეში, აქვე უკეთ ისმის გულის ტონები.



ღრმად ამოსუნთქვა და სუნთქვის გაჩერება გასინჯვას გაგიადვილებთ. ჩასუნთქვისას ხელი მოძრაობს მკერდის ორტის ჰერსპექტივის მოშორებით, რის გამოც ორტის ჰერსპექტივა მკერდმაში 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 ჰერსპექტივა, განსაკუთრებით დატვირთვის და ვარჯიშის შემდეგ.

ამ არეში ხანგრძლივი ჰერსპექტივა ახლავს ფილტვის არტერიის გაფართოებას ან ფილტვის არტერიაში სისხლის დინების გაძლიერებას. ჰაერპირებადი Sp_2 მიუთითებს ფილტვის არტერიაში წნევის მომატებაზე (*ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია*).

პორტის არე - მარჯვენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცე. ეს არე ფარავს ორტის ღრმავად ნაწილს. გამოკვლიეთ ჰერსპექტივა და გულის ჰაერპირებადი ტონები.

ჰაერპირებადი Sp_2 მიუთითებს სისტემურ *ჰიპერტენზიაზე.* ამ ადგილზე ჰერსპექტივა მიუთითებს ორტის ანევრიზმულ გაფართოვებაზე.

ჰეპატომეგალია

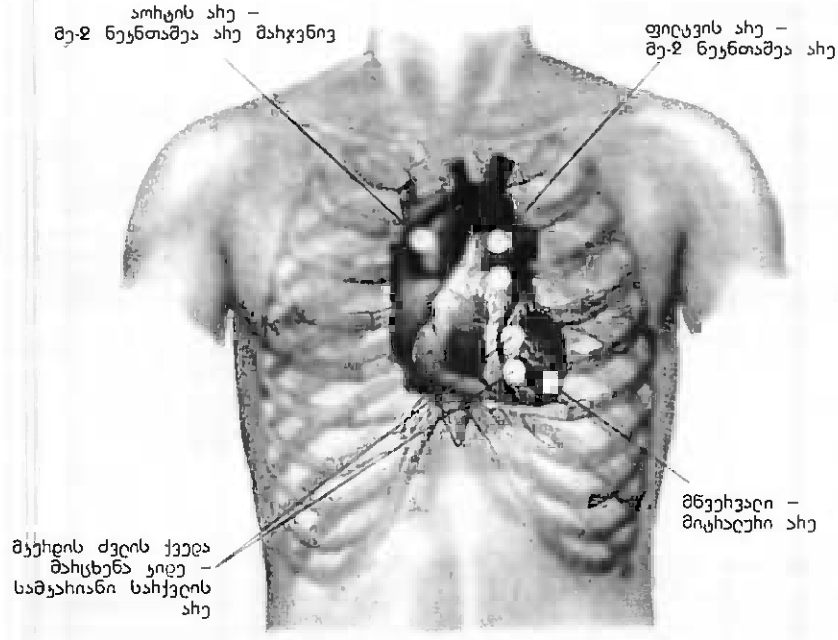
უმეტეს შემთხვევაში, გულის ზომების დასადგენად ჰაერპერკუსიას ცვლის ჰეპატომეგალია. როდესაც ვერ შეიგრძნობთ გულის საძგერს, ჰეპატომეგალია გიჩვენებთ, სად ეძებოთ. ზოგჯერ ჰეპატომეგალია შეიძლება თქვენი ეთიკურად საშუალება იყოს. ამ სიტუაციაში გულის მოყრილება უფრო დიდ ფართობს იკავებს. ჰეპატომეგალია დაიწყეთ გულ-მკერდის მარცხენა ნახევრიდან და მე-3, მე-4, მე-5 და შესაძლოა მე-6 ნეკნთაშუა სივრცეებში ჰეპატომეგალია ჩაატარეთ ნათელი ხმიდან გულის მოყრილებამდე.

საგრძნობლად გადიდებული გულის დროს აღინიშნება ჰიპოქონდრიული საძგერი, რომელიც მარცხნივაა გადანაცვლებული. ჰეპატომეგალიის დიდი ყურადღებით სინთეზის არსებობისას ასევე ვერ ხერხდება საძგერის დადგენა.

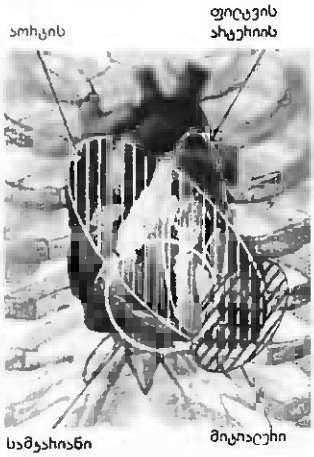
აუსკულტაცია

მიმოხილვა. გულის ტონების და შეიღების აუსკულტაცია ფიზიკალური გამოკვლევის მნიშვნელოვანი მეთოდია. ამ განაკვეთში ისწავლით S_1 და S_2, სისტოლის და დიასტოლის ფაზებში დამატებითი ტონების და სისტოლური და დიასტოლური შეიღების გარჩევას. განიხილეთ შემდეგ გვერდზე მოცემული აუსკულტაციური წერტილები შემდეგი გაფრთხილებით: (1) ზოგიერთი ავტორი არ ეთანხმება ამ დასახელებების გამოყენებას მას შემდეგ, რაც მოცემულ არეში გარჩდება ეთიზე მეტი წარმოშობის შეიღი; (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 ჯერინისტი აუსკულტაციას იწყებს მწვერვალიდან, ზოგი ფუძიდან. ორივე ხერხი მისაღებია. გამოსაკვლევ ოთახში სიჩუმე უნდა იყოს. შეგიძლიათ მოისმინოთ ნებისმიერი უბანი, სადაც ჩემე დასკვნას ნახავთ და შეიღის მიმდებარე არეები, ხოლო გაარჩიოთ, სად უფრო ხმამაღლა ისმის ან საით განიცდის ირადიაციას.



გულის ტონები და შეიღები, რომლებიც ნარმოიქმნება ოთხ სარქველზე, ნაჩვენებია ქვემოთ დიაგრამაზე. ფილტვის არტერიის ხმიანობა, ჩვეულებრივ, უკეთესად მოისმინება მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეებში მარცხნივ, მაგრამ შეიძლება უფრო შორს გავრცელდეს.



კარგად შეისწავლეთ თქვენი სტეტოსკოპი. ძალიან მნიშვნელოვანია, გაეცნოთ სტეტოსკოპის და ფონენდოსკოპის ხმარებაში.

- *ფონენდოსკოპი.* ფონენდოსკოპი უკეთესია შედარებით მაღალი ტონალობის S_1 და S_2-ის, აორტის და მიტარალური ჰეგურგიტაციის დროს შეიღების და ჰერიკარდიუმის ხახუნის მოსასმენად. გულის არის მოსმენის დროს ფონენდოსკოპი მკერდზე დაადეთ გულ-მკერდის ზედაპირს.

- *სტეტოსკოპი.* სტეტოსკოპი უფრო მგრძნობიარეა დაბალი ტონალობის ხმიანობების S_3 და S_4-ის და მიტარალური სტენოზის შეიღის მოსასმენად. სტეტოსკოპი მსუბუქად დაადეთ, საკმარისი წნევით, რათა ჰაერის ფენა არ იყოს მის ბგერსა და კანს შორის. *სტეტოსკოპი დაადეთ მწვერვალზე, შემდეგ გადაადგილეთ შეღიალურად მკერდის ძვლის ქვედა კიდის დონეზე.* ხელის მკერდზე დაყრდნობა მოგეხმარებათ შეინარჩუნოთ სტეტოსკოპი მყარ პოზიციაში.

  როცა სტეტოსკოპი მკვრივადაა 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. ახალი ავადმყოფების ან იმათთვის, ვისაც სერიული გამოკვლევა ესაჭიროებათ, შეგიძლიათ გამოიყენოთ სხვა მნიშვნელოვანი მდებარეობები მიტარალური სტენოზის და აორტის ჰეგურგიტაციის ხმიანობების მოსასმენად.

- სთხოვეთ ავადმყოფს *ორღავ მარცხნივ გადაბრუნდეს,* რათა მარცხენა პარკუჭი მიუახლოვდეს გულ-მკერდის ბედელს. სტეტოსკოპი დაადეთ გულის მწვერვალს.

ეს პოზიცია გამოკვეთავს მარცხნივ S_3 და S_4-ს და მიტარალურ შეიღებს, განსაკუთრებით მიტარალური სტენოზის დროს. სხვა შემთხვევაში შეიძლება გამოგრჩეთ ეს მონაცემები.

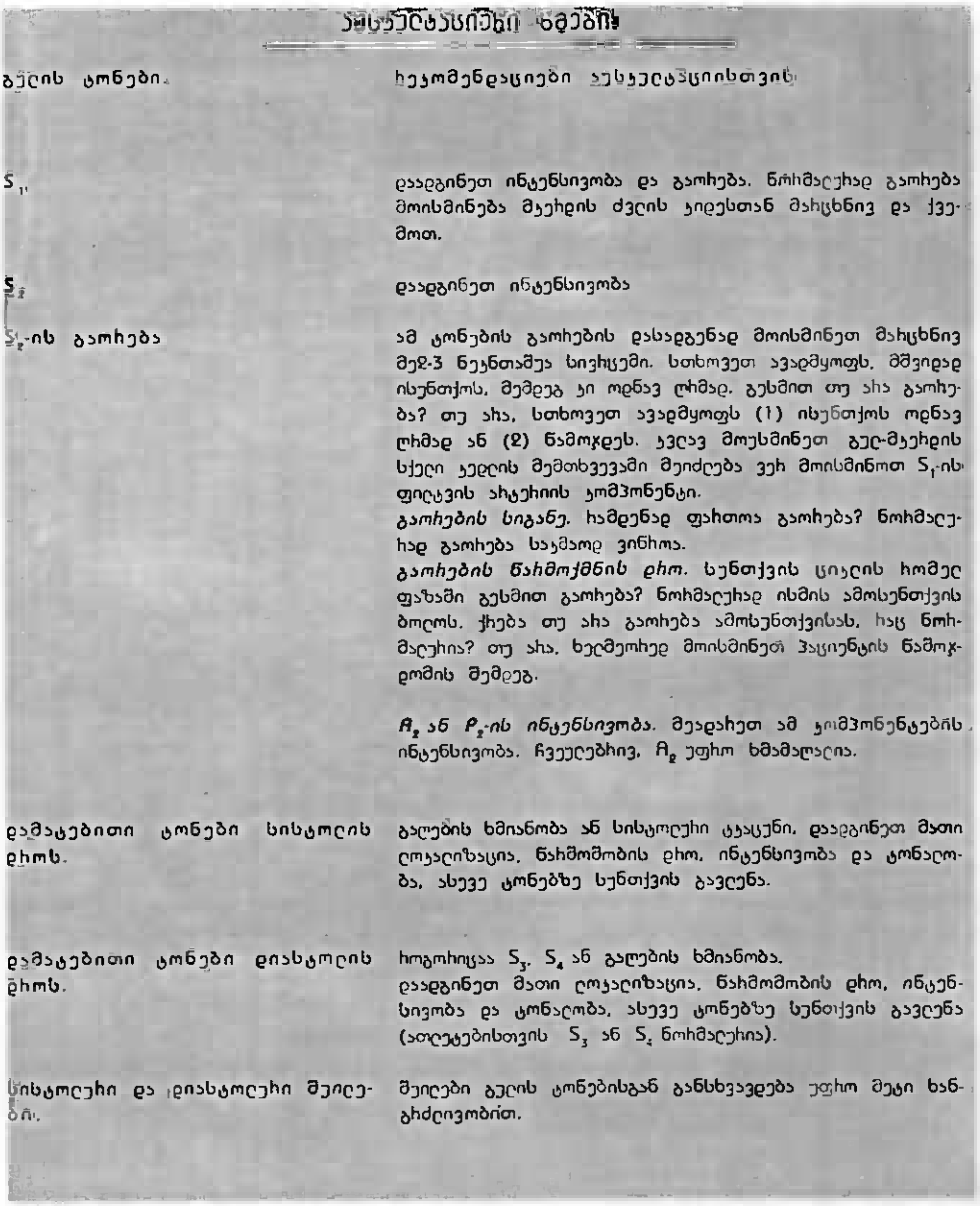


- სთხოვეთ ავადმყოფს *ნამოჯდეს, გადმოიხაროს წინ, ღრმად ამოისუნთქოს* და *გაიჭიმოს სუნთქვა ამოსუნთქვის ფაზაში*. დაანექით დიაფრაგმას სტეტოსკოფით გულმკერდზე, მოისმინეთ მკერდის ძვლის გასწვრივ მის მარცხენა კიდეზე და მწვერვალამდე, ჰეპიოდეალად გაკეთეთ პაუზა, რომლის დროსაც ავადმყოფს შეუძლია ისუნთქოს.

ეს პოზიცია აძლიერებს აორტის შეიხს. თქვენ შეიძლება აღვიღად დაკარგოთ, ხშირი დიასტოლური შეიხი ან აორტის *რეგურგიტაცია*, თუ არ გამოყენებთ ამ პოზიციას.



გულის ტონების მოსმენა. შეწყვიტეთ თქვენი გამოკვლევა და ეს დრო დაუთმეთ სხვა აუსკულტაციის არეს. ყურადღება გადაიტანეთ შემდეგ გვერდზე ნაჩვენებ შემთხვევაზე, გულის მუშაობის ციკლის დროს, მოსმენისას ხა ისმის სისტოლისა და დიასტოლის ფაზებში.



ასკულტაციის ზებები

გულის ტონები.	ჩეკომენდაციები ასკულტაციისთვის
S_1	დაადგინეთ ინტენსივობა და გახმება. ნორმალურად გახმება მოისმინება მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილთან მახლობლად და ქვემოთ.
S_2	დაადგინეთ ინტენსივობა
S_2-ის გახმება	ამ ტონების გახმების დასადგენად მოისმინეთ მახლობლად მეორე-მესამე ნეკნთაშუა სივრცეში. სთხოვეთ ავადმყოფს, მშვიდად ისუნთქოს, მერე კი ორივე ღრმად. გესმით თუ არა გახმება? თუ არა, სთხოვეთ ავადმყოფს (1) ისუნთქოს ორივე ღრმად ან (2) ნამოჯდეს. ორივე მოსმენით გულ-მკერდის სქელი კედლის მემთხვევაში შეიძლება ვერ მოისმინოთ S_1-ის ფილტვის არტერიის კომპონენტი. *გახმების სიგანე.* რამდენად ფართოა გახმება? ნორმალურად გახმება საკმაოდ ვინროა. *გახმების წარმოქმნის დრო.* სუნთქვის ციკლის რომელ ფაზაში გესმით გახმება? ნორმალურად ისმის ამოსუნთქვის ბოლოს. ჭრება თუ არა გახმება 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.	გულების ხმიანობა ან სისტოლური ტაკუნი, დაადგინეთ მათი ლოკალიზაცია, ნარმოშობის დრო, ინტენსივობა და ტონალობა, ასევე ტონებზე სუნთქვის გავლენა.
დამატებითი ტონები დიასტოლის დროს.	როგორიცაა S_3, S_4 ან გულების ხმიანობა. დაადგინეთ მათი ლოკალიზაცია, ნარმოშობის დრო, ინტენსივობა და ტონალობა, ასევე ტონებზე სუნთქვის გავლენა (ათლეტებისთვის S_3 ან S_4 ნორმალურია).
სისტოლური და დიასტოლური შეიღებები.	შეიღები 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).

როდესაც A_2 ან P_2 ის მოისმინება, როგორც შესაბამისი სარჩევების პათოლოგიის დროს, S_2 მედმივად ცალია.

ამოსუნთქვის დროს გახმება დარლვევაზე მიუთითებს (გვ. 328).

მედმივი გახმების მიზეზია ფილტვის არტერიის სარჩევების დაგვიანებული დახურვა ან აორტის სარჩევების ნაადრევი დახურვა.

ხმამაღალი P_2 მიუთითებს ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიაზე.

მიტრალური პროლაფსის დროს სისტოლური ტაკუნი 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).

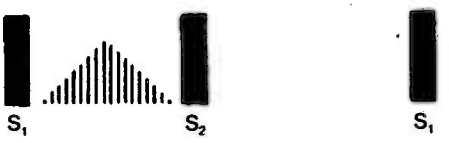
იხ. ცხრილი 8-8. პანსისტოლური (პოროსისტოლური) შეიღები იხ. ცხრილი 8-9. მეზოდიასტოლური შეიღები (გვ. 332-333) და ცხრილი 8-10. დიასტოლური შეიღები (გვ. 334).

გულის შეიღების დამახასიათებელი ნიშნები. თუ გულის შეიღს მოისმენთ, უნდა შესძლოთ დაადგინოთ და აღნერილოთ განვითარების დროს, ფორმა, მაქსიმალური ინტენსივობის ლოკალიზაცია, ამ აღგილიდან ირადიაცია ან გატარება, ინტენსივობა, ტონალობა და ხარისხი.

განვითარების დრო. პირველ რიგში გაარკვიეთ, *სისტოლურ შეიღს* უსმენთ (S_1 და S_2 შორის), თუ *დიასტოლურს* (S_2 და S_1 შორის). დროს დადგენაში მოგეხმარებათ პაროტიდული პულსის შესწავლა. შეიღი, რომელიც ემთხვევა პაროტიდული პულსის აღმავალ ნანილს, სისტოლურია.

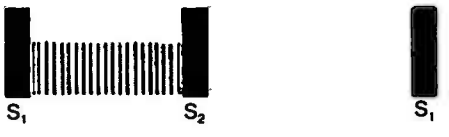
დიასტოლური შეიღი, ჩვეულებრივ, მიუთითებს გულის მანჯის არსებობაზე, სისტოლური შეიღი ასევე გულის მანჯზე მიუთითებს, თუმცა ნორმალშიც შეიძლება იყოს.

სისტოლური შეიღი, ჩვეულებრივ, *მეზოსისტოლური* ან *პანსისტოლურია*. ასევე შეიძლება მოისმინებოდეს გვიანი სისტოლური შეიღი.



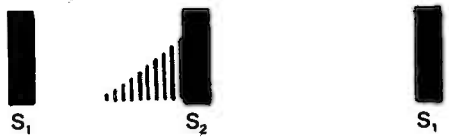
მეზოსისტოლური შუილი იწყება S_1-ის შემდეგ და მთავრდება S_2-ის წინ. შუილსა და ტონებს შორის მოისმინება სუნთქვის შეკავება. ყურადღებით მოისმინეთ ეს შეკავება მეორე ტონამდე. ის უფრო ადვილად ისმის და თუ არის, ჩვეულებრივ, აღასტურებს მეზოსისტოლური, და არა პანსისტოლური, შუილის არსებობას.

მეზოსისტოლური შუილი უფრო ხშირად დაკავშირებულია სისხლის გადასვლასთან ნახევარმთვარისებრ (აორტის და ფილტვის არტერიის) სარქველებში. იხ. ცხრილი 8-9, მეზოსისტოლური შუილი (გვ. 331).



პანსისტოლური (holosistolური) შუილი იწყება S1-თან ერთად და მთავრდება S_2-თან შეკავების გარეშე.

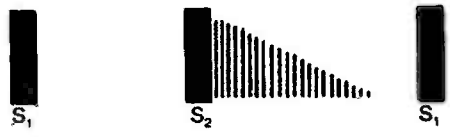
პანსისტოლური შუილი ხშირად ვითარდება ატრიოვენტრიკულური სარქველში რეგურგიტაციის (უკან დაბრუნების) დროს. იხ. ცხრილი 8-8. პანსისტოლური (holosistolური) შუილები (332-333).



გვიანი სისტოლური შუილი, ჩვეულებრივ, იწყება სისტოლის შუაში ან ბოლოს და გრძელდება S_2 ტონამდე.

ეს არის მიტრალური პროლაფსის შუილი და ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის, ნინ უსწრებს სისტოლურ კლაკნუნს (გვ. 329).

დიასტოლური შუილი შეიძლება იყოს ადრეული *დიასტოლური, მეზოდიასტოლური* და *გვიანი დიასტოლური.*



ადრეული დიასტოლური შუილი იწყება ზუსტად S_2-ის შემდეგ შეკავების 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 სუსტია ნაჩვენები ან ესაზღვრება გვიან დიასტოლურ შუილს.

მეზოდიასტოლური და პრესისტოლური შუილები ნაჰმოიქმნება ატრიოვენტრიკულურ სარქველებში სისხლის ტურბულენტური მოძრაობის შედეგად. იხ ცხრილი 8-10. დიასტოლური შუილები (გვ. 334).

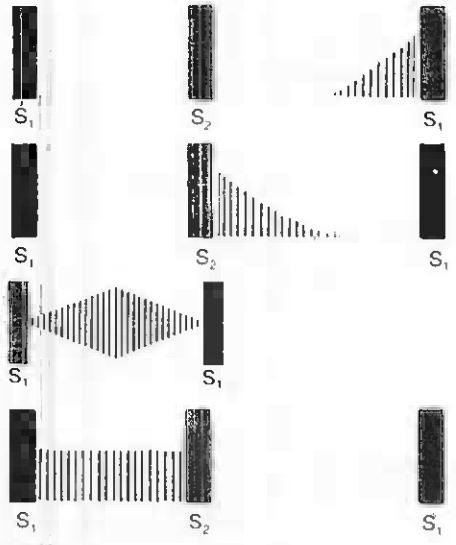


გვიანი დიასტოლური (პრესისტოლური) შუილი იწყება დიასტოლის გვიან პერიოდში და ტიპიურად გრძელდება პირველ ტონამდე.

სისტოლური და დიასტოლური შუილების კომბინაციას თავის მახასიათებლებთან ერთად ხშირად 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 *განუწყვეტელ შუილს*. გულის სხვა ხმიანობებს, ხოგორიცაა პერიკარდიუმის ხახუნი ან ვენური ჭიქტუნი, გააჩნიათ ორივე – *სისტოლურიც და დიასტოლური კომპონენტები*. გამოიკვლიეთ და აღწერეთ ეს ხმიანობები სისტოლური და დიასტოლური შუილების მახასიათებლების მიხედვით.

ფორმა. შეიძლება ფორმა ან კონფიგურაცია დროში მათი ინტენსივობით განისაზღვრება.



ჯერმრჩენლო შეიღი უფრო ხმამაღალია

დეჯერმრჩენლო შეიღი უფრო ჩუმია.

ჯერმრჩენლო-დეჯერმრჩენლოს შეიღი ჯეს იზრდება. შემდეგ მცირდება.

ბრატოს ფორმის შეიღის ინტენსივობა ერთნაირია.

ნორმალური სინუსური რიტმის და *მიტრალური სტენოზის* დროს პრესისტოლური შეიღია.

აღრეული დიასტოლური შეიღი *აორტის რეგურგიტაციის დროს.*

მეზოსისტოლური შეიღი *აორტის სტენოზის დროს* და *უვნებელი შეიღები.*

მიტრალური რეგურგიტაციის პანსისტოლური შეიღი.

მაქსიმალური ინტენსივობის ლოკალიზაცია. ეს არის შეიღის ნარმოშობის ადგილი. იპოვეთ ადგილი, სადაც გესმით შეიღი, დააკვირდით ხომელ ნეკნთაშუა არეში გესმით ყველაზე ჯარგად და მდებარეობა დაუზუსტეთ მკერდის ძვლის, მწვერვალის, მკერდის ძვლის შუა, ღავიწშუა ან ხომელიმე აქსილარული ხაზის მიხედვით.

მაქსიმალური ინტენსივობის ნეკტილიდან იარდიაცია ან გატარება. ეს ასახავს არა მარტო ნარმოშობას, არამედ ასევე შეიღის ინტენსივობას და სისხლის დინების მიმართულებას. გამოიკვლიეთ ადგილი შეიღის გარშემო და დაადგინეთ ყიდევ სადმე ხომ არ ისმის.

მაგალითად, აორტის სარქველზე განვითარებული შეიღი ყველაზე ჯარგად ისმის მარჯვენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში.

აორტის სტენოზის დროს სისტოლური შეიღი ვრცელდება ყისერზე (არტერიული დინების მიმართულებით).

ინტენსივობა. ჩვეულებრივ იზომება 6-ბალიანი სკალით და გამოისახება ნიღაბით. მრიცხველი გამოსახავს ხმამაღალი შეიღის ინტენსივობას, მნიშვნელი – სკალას. ინტენსივობა იცვლება გულ-მკერდის ჯეღის სისქის მიხედვით და ქსოვილების მიხედვით.

ძლიერი ტრიბულენტური მოძრაობა უფრო ხმამაღალ შეიღს ნარმოქმნის გამხდარ პირებში, ვიდრე მსუქნებში ან ჯარგად განვითარებული ჯუნთოვანი სისტემის მქონე პირებში. ფიღვების უმეტესობა შეიღის ინტენსივობას ამცირებს.

ისწავლეთ შეიღების ინტენსივობის დადგენა 6-ქულიანი სკალის მიხედვით. დააკვირდით, რომ 4-დან 6 ქულამდე შეიღებს ახლავს ხანგრძლივი პაპანაკით.

შეიღების ხარისხები

ხარისხი	აღნერა
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 ხანგრძლივობა შეიგრძნობა
5 ხარისხი	ძალიან ხმამაღალი, ხანგრძლივი, მოისმინება, როცა სტეტოსკოპი ნაწილობრივ ეხება გულ-მკერდის ჯეღეს.
6 ხარისხი	ძალიან ხმამაღალი ხანგრძლივი. შეიძლება მოისმინებოდეს, როდესაც სტეტოსკოპი გულ-მკერდის ჯეღეთან ახლოსაა.

- *ტონალობა.* ეს კატეგორია გულისხმობს მაღალს, საშუალოს და დაბალს.

- *ხასიათი.* ეს არის აღწერილობითი ტერმინები, როგორიცაა მბერავი, უხეში, მხეხავი და მუსიკალური.

შუილების, ისევე როგორც გულის ტონების, სხვა მახასიათებელი არის ასევე ცვლილება სუნთქვის ფაზების მიხედვით, ავადმყოფის მდებარეობის ან სხვა სპეციალური მოძრაობების მიხედვით.

სხელად აღწერილი შუილია: "საშუალო სიმაღლის, 2,6 ხარისხის, მბერავი დეკრეშენდო შუილი, უკეთ მოისმინება მარცხნივ მე-4 ნეკნთაშუა სივრცეში და ვრცელდება მწვერვალისკენ" (ორიგინალი ჩაწერილია.

გულის მარცხენა ნაწილში წარმოქმნილი შუილები უფრო მეტად იცვლება სუნთქვასთან დაკავშირებით, ვიდრე მარჯვენა ნაწილში წარმოშობილი შუილები.

სტენოკარდიის მქონე 60 ლის პაციენტში შეიძლება მოისმინოთ უხეში 3/6 მეზოდიასტოლური კრეშენდო-დეკრეშენდო შუილი მარჯვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში, რომელიც ვრცელდება კისრისკენ. ეს მონაცემები *ორიგინალურ სტენოზზე* მიუთითებს, მაგრამ შეიძლება გაჩნდეს *ორიგინალური სტენოზის* დროს, ორიგინალური დიალატაციის ან ნორმალური სარქველების დროს სისხლის დინების გაძლიერების დროს. შეაფასეთ კაროტიდული ალმავალი ტალღის გახანგრძლივება და სისხლის ნაკადი *ორიგინალური სტენოზის* დასადგენად. შეამოწმეთ გულის საძგერი მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის დასადგენად. მოისმინეთ *ორიგინალური ინგრედიენტი* ამოსუნთქვის ფაზაში, როდესაც ორგანიზმი წინ გადმოხრილია.

შეაფასეთ კაროტიდული ალმავალი ტალღის გახანგრძლივება და სისხლის ნაკადი ორიგინალური სტენოზის დასადგენად. გააერთიანეთ ყველა ინფორმაცია, რათა ჩამოყალიბოთ წინასწარი მოსაზრება შუილის წარმოშობაზე.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შეფასების ინტეგრირება

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კარგი გამოკვლევა დაკვირვებაზე მეტია. უნდა იფიქროთ თქვენს მიერ ნანახი ნიშნების მნიშვნელობაზე, უნდა დააკვირდეთ ლოგიკურად და მოძებნოთ კორელაცია თქვენს ხელთ არსებულ მონაცემებსა და ავადმყოფის სისხლის ნაკადს, პულსს, ვენურ პულსაციას, საყლაპავ ვენის ნაკადს, ელინიკური გამოკვლევის მონაცემებსა და ანამნეზს შორის.

სისტოლური შუილის განვითარება ამის მაგალითია. მაგალითად, ასიმპტომური თინეიჯერის გასინჯვისას შეიძლება მოისმინოთ 2/6 ხარისხის მეზოდიასტოლური შუილი მარცხნივ მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეში. ეს მიუთითებს, რომ შუილის მიზეზი ფილტვის არტერიაა, ამიტომ უნდა დააკვირდეთ მარჯვენა პარკუჭის ზომა მარცხენა პარასტერნალური არის პალპაციით. ვინაიდან ასეთი შუილის განვითარება შეიძლება ფილტვის არტერიის სტენოზის და წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს, ყურადღებით დააკვირდით მეორე ტონის გაორებას და ეცადეთ მოისმინოთ განდევნის ხმა. შუილი მოისმინეთ ავადმყოფის წამოჯდომის შემდეგ. გამოიკვლიეთ, რომ არ არის ანემია, ჰიპერთირეოზი ან ორსულობა, რომელთაც შეუძლიათ ასეთი შუილის განვითარება სისხლის დინების გაძლიერებით აორტასა და ფილტვის არტერიაში. თუ გამოკვლევის შედეგები ნორმის ფარგლებშია, თქვენს პაციენტს შეიძლება *უვნებელი შუილი* ჰქონდეს, რომელიც პათოლოგიით არ არის გამონვეული.

სპეციფიური მეთოდები

სისტოლური შუილის დადგენის დამხმარე საშუალებები. ამ თავში ისწავლით, თუ როგორ გააუმჯობესოთ გულის ტონების და შუილების აუსკულტაციის ხარისხი, როდესაც ავადმყოფს სხვადასხვა მდებარეობა უჭირავს. იმისთვის, რომ გაარჩიოთ მიტრალური სარქველის პროლაფსის და ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის დროს განვითარებული შუილი აორტის სტენოზის შუილისგან, არსებობს ორი საშუალება.

(1) ფეხზე დგომა და ჩაცუცქვა. როდესაც ადამიანი ფეხზე დგას, გულისკენ ვენური სისხლის მიდენა მცირდება. ასევე მცირდება არტერიული წნევა, დარტყმითი მოცულობა და მარცხენა 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. აუსკულტაცია უპირველებით ჩაატარეთ. ავადმყოფს სთხოვეთ ჩაიცუცქოს და წონასწორობის დაცვისთვის დაეყრდნოს მაგიდას. ჩაატარეთ აუსკულტაცია ამ პოზიციაში და შემდეგ ფეხზე ადგომის დროს.

(2) **Valsalva**-ს (ვალსალვა) ცდა. ხოლესაც ადამიანი ქვემოთ იხრება, მატულობა პარკუჭის სისხლის მიდენა მცირდება და ცოტა ხნით მცირდება პარკუჭის მოცულობა და სისხლის არტერიული წნევა. ეძაბუცობის შემცირებით სანინააღმდეგო ეფექტი ვითარდება. ეს ცვლილებები მოგეხსენებათ გაარჩიოთ მიტრალური პროლაფსი და ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია აორტის სტენოზისგან.

ავადმყოფი დააწვინეთ და სთხოვეთ "გაიქინთოს" ან ერთი ხელი დაადეთ მუცლის შუა ნაწილში და უთხარით, რომ გაიქინოს. ხელით ზეწოლით შეგიძლიათ გაადიდოთ ავადმყოფის დაქინვა სასურველ დონემდე. მეორე ხელით მკერდზე დაადეთ სტეტოსკოპი.

სისტოლური შუილების დასადგენი მანევრები

მანევრი	კარდიოვასკულური ეფექტი	სისტოლის ტონებსა და შუილებზე ზემოქმედება		
		მიტრალური სარქვლის პროლაფსი	ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია	აორტის სტენოზი
ფეხზე დგომა Valsalva-ს დაქინვის ფაზა	მატულობა პარკუჭის მოცულობის შემცირება ბეღისკენ ვენური სისხლის მიდენის ↓ სისხლძარღვოვანი ტონების დაქვეითება: ↓არტერიული წნევა	↑ მიტრალური სარქვლის პროლაფსი	↑ გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია	↓ აორტაში გადასული სისხლის რაოდენობა
		ტაკუნი ისმის ადრეული სისტოლის ფაზაში და შუილი ხანგრძლივდება	↑ შუილის ინტენსივობა	↓ შუილის ინტენსივობა
ჩქუცქვა; Valsalva-ს დაძთავრებისას	მატულობა პარკუჭის მოცულობის გაზრდა ბეღისკენ ვენური სისხლის მიდენის სისხლძარღვოვანი ტონების გაზრდა: ↑ არტერიული წნევა ↑ სისხლძარღვთა პერიფერიული ჩაზისტენტობა	↓ მიტრალური სარქვლის პროლაფსი	↓ გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქცია	↑ სისხლის რაოდენობა
		ტაკუნი ხანგრძლივდება და შუილი მოკლდება	↓შუილის ინტენსივობა	↑ შუილის ინტენსივობა

არტერიული შუილი. *არტერიული შუილის* დროს ხიტმი ხეგულარულია, მაგრამ არტერიული შუილის *ძალა* იცვლება პარკუჭის ცვალებადი ძლიერი და სუსტი შეკუმშვების მიხედვით. *არტერიული შუილი* ყოველთვის გულის მძიმე მარცხენამხრივი უკმარისობის მაჩვენებელია და ჩვეულებრივ ყველაზე ადრად შეიგრძნობა სუსტი ზეწოლით ხელის ან ბარძაყის არტერიაზე.[35] არტერიული შუილის დასაზუსტებლად გამოიყენეთ სისხლის ნნევის მანეტი.. მანეტში ნნევის აწევის შემდეგ ნელა ჩამოუშვით სისტოლური ნნევის დონემდე და შემდეგ ცოტა ქვემოთ – პოროტკოვის ტონების მაჩვენებელია ძლიერი დარტყმები. ნნევის უფრო დაკლებისას მოისმენთ არტერიული დარტყმების უფრო სუსტ ხმას.

პოროტკოვის ხმამაღალი და ჩუში ტონების მონაცვლეობა ან გულის ხიტმის უეცარი გაორმაგება მანეტში ნნევის დანევის დროს არტერიული შუილზე მიუთითებს (გვ. 119).

ვერტიკალური მდგომარეობა არტერიულს აძლიერებს.

პარადოქსული პულსი. თუ შეამჩნევთ, რომ სუნთქვის დროს პულსის ამპლიტუდა ცვალებადობს ან თუ პერიკარდიული ტამპონადას პარადოქსებთ (მაგალითად, საკლინე ვენური ნნევის მომატების, სწრაფი და შესუსტებული პულსის და ქოშინის გამო) *პარადოქსული პულსის* შესამოწმებლად გამოიყენეთ სისხლის ნნევის მანეტი. ამ დროს აღინიშნება

სუნთქვის ცილში პოროტკოვის პირველ ტონს შეესაბამება უმაღლესი სისტოლური ნნევა. ცილის განმავლობაში მოსმენილი ტონების შესაბამისი ნნევა არის

ჩასენთქვის დროს სისტოლური წნევის ჩვეულებრივზე მეტად დაწევა. მაქსიმალურად მშვიდი სუნთქვის დროს მანჟეტიდან ნელა გამოშვით ჰაერი სისტოლურ წნევამდე. დაფიქსირეთ წნევა, რომელიც პირველივე ტონს შეესაბამება. შემდეგ ძალიან ნელა დასწიეთ წნევა სანამ სენთქვის. ცისერში გესმით ტონები. ისევ დაფიქსირეთ წნევა. ამ ორ სიდიდეს შორის სხვაობა ნორმალურად არ აჭარბებს 3 ან 4 მმ ვწყ სვ.

ყველაზე დაბალი სისტოლური წნევა. მათ შორის სხვაობა თუ 10 მმ ვწყ სვ-ზე მეტია, ეს მიუთითებს პარადოქსულ პულსზე და საჭიროა პერიფერიული ტამპონადის, ორნსტრიქციული პერიკარდიტის ან უფრო ხშირად *სასუნთქი გზების ობსტრუქციული დაავადებების* არსებობა (იხ. გვ. 119).

მონაცემთა ინტერპრეტაცია

ჩაინიშნეთ, რომ თავიდან შეგიძლიათ ნინადადებების გამოყენებით აღნერილი მონაცემები; მოგვიანებით შეგიძლიათ ფრაზები გამოიყენოთ. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომელიც ხშირად გამოიყენება ჩანანერის გაკეთებისას.

ცენტრული ვენური წნევის ჩაწერა - გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევა

"საყლე ვენის პულსი (სვპ) 3 სმ-ით ზევითაა მკერდის ძვლის კუთხიდან ორესაც ავადმყოფის სანოლის თავი 30°-ითაა ანეული. ჯაროტიდული არმავალი ტალღა ცოცხალია შეიღის გარეშე. გულის საძგერი – მაქსიმალური იმპულსის ნერტილი (მინ) – მკერდის ძვლის შუა ხაზიდან 7 სმ-ით ღატერალურადაა მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში. S_1 და S_2 ჯანგია. შეიღები და დამატებითი ტონები არ მოისმინება"

ან

"საყლე ვენის პულსი (სვპ) 5 სმ-ით ზევითაა მკერდის ძვლის კუთხიდან ორესაც ავადმყოფის სანოლის თავი 50°-ითაა ანეული. მარცხენა საძილე არტერიაზე მოისმინება შეიღი. მნვეთვალის საძგერი (მინ) დიფეზურია, 3 სმ დიამეტრის, პალპაციით მდებარეობს ნინა აქსილარულ ხაზზე მე5-6 ნეკნთაშუა სივრცეში. S_1 და S_2 მკაფიოდაა განსხვავებული, აღინიშნება S_3. ეხება 2/6 ჰოლოსისტოლური შეიღი ეკუთვნილად მოისმინება მნვეთვალზე, ვრცელდება მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა ნაწილისკენ. S_4 და დიასტოლური შეიღი არ მოისმინება."

მიუთითებს გულის მუგუბებით უკმარისობაზე მკაფიოდ მარცხენა საძილე არტერიის პულსაციით და მიტრალური ინგურგიტაციით.[36-38]

ბიბლიოგრაფია
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', Fim 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. Chobanian 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 LJ, 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/wcll-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/2010prag/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 AW, 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.

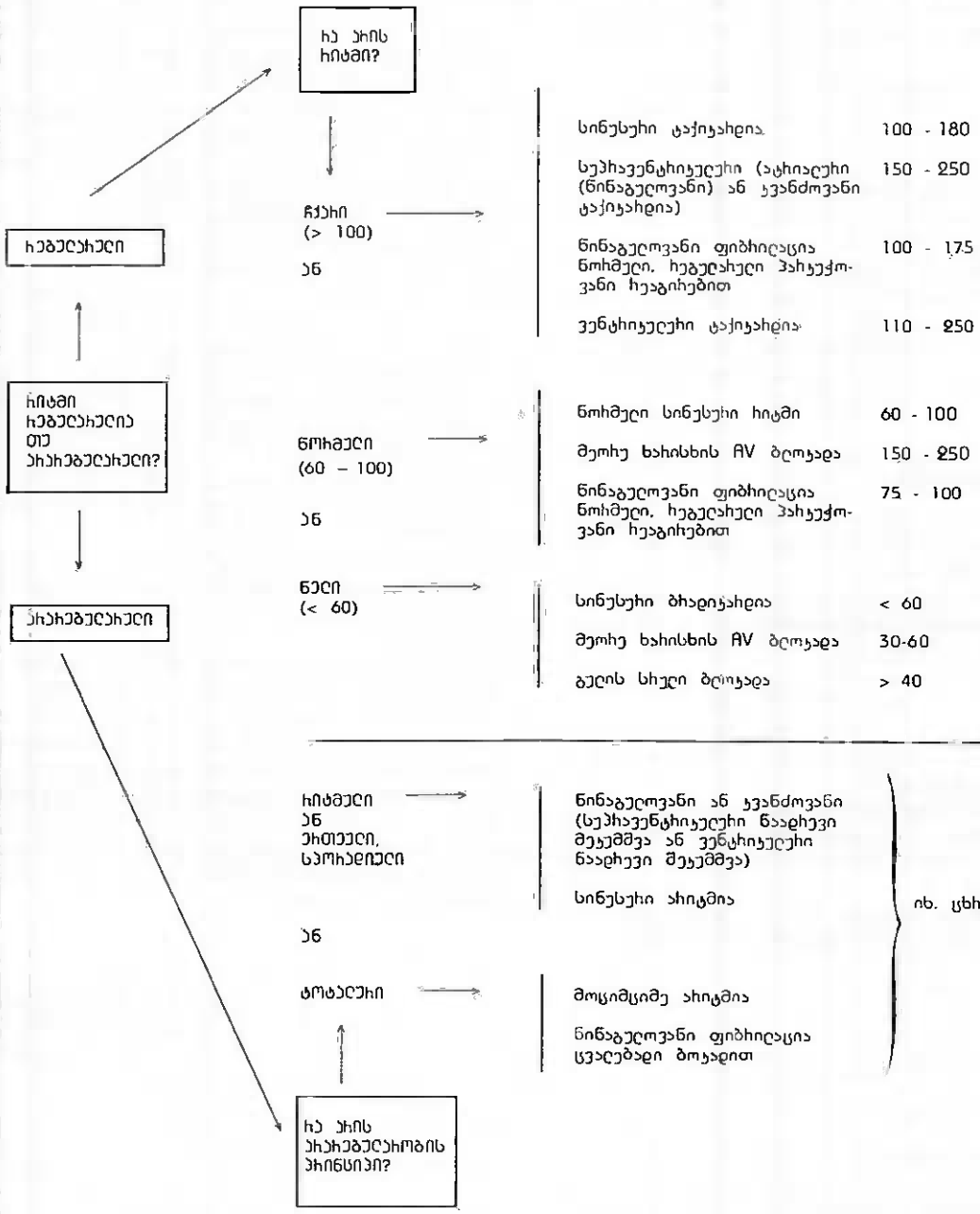
38. Fonarow GC, Adams KF, Abraham WT, et al. Risk stratifi-cation for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure. Classification and regression tree analysis. JAMA 293(5):572-580, 2005.
39. Etchells E, Bell C, Robh K. Does this patient have an abnormal systolic murmur? JAMA 277(7):564-571, 1997. 40. Lembo NJ, Ilell'Italia LJ, Crawford MH, et al. Bedside diagnosis of systolic murmurs. N Engl J Mcd 318:1572-1578, 1988.
41. Etchells E, Glenns, Shadowitz S, et al. A bedside clinical prediction rule for detecting moderate or severe aortic sten0sis.
J Gen Intern Mcd 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 Mcd 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

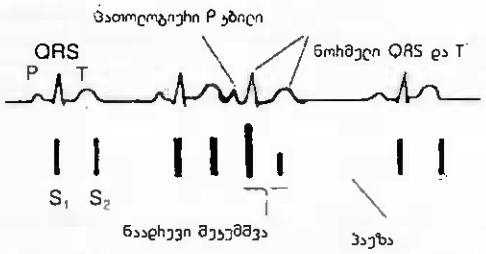
Beckman JA, Creager MA, Libhv P. Diabetcs and atherosclero-sis: epidemiology, pathophisiology and management. JAMA 287(19):2570-2581, 2002.
Cohn JN, Hoke L, Whitwalll W, et al. Screening for early detection of cardiovascular disease in asymptomatic individuals. Am Heart J 146(4):679-685, 2003.
Dosh SA. 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 Mcd 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'Rourkc RA, et al. Hurst's the Heart, 1 1 th cd. 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 R, 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, Erlingcr 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 scXual 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 af 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 Saundcrs, 2005.

შეჩვეული გულისცემის სიხშირე და რიტმი

გულის რიტმი იყოფა *ჰეგელახულად და არა ჰეგელახულად*. ჰოლესაც რიტმი არა ჰეგელახულია ან რიტმი სწორფია **ან** წელი, გამოიყენეთ ეს. ჰათა დააგინოთ იმპულსის წარმოშობა (სინუსის კვანძი, ა-ვ კვანძი, წინაგული ან პარკუჭი) და გამტარებლობის სახეები. ჩაინიშნეთ, რომ ა-ვ (ატრიო-ვენტრიკულური) ბლოკადის დროს არითმია შეიძლება იყოს ხშირი, ნორმალური ან წელი ვენტრიკულური სიხშირის.

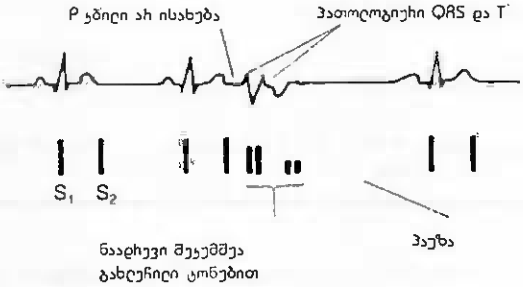


ნინაგულოვანი ან ყვანძოვანი ნაადრევი შეკუმშვა (სუპრავენტრიკულური)



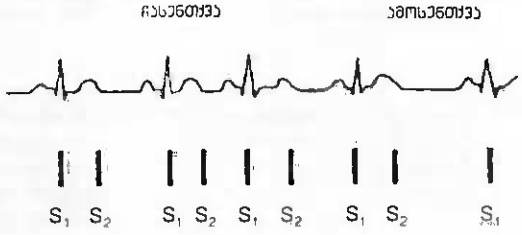
რიტმი: ნინაგულიდან ან ყვანძიდან იმპულსი მოდის უფრო ადრე, ვიდრე შემდეგი ნორმალური შეკუმშვა. მას მოჰყვება პაუზა და შემდეგ რიტმი მეორდება.
გულის **ტონები**: ნაადრევი შეკუმშვის $შ_1$ განსხვავდება ნორმალური შეკუმშვის $შ_1$-გან და $შ_2$ შეიძლება შესუსტებული იყოს. სხვა შემთხვევაში ორივე ტონი შეიძლება ნორმალური ტონების მსგავსი იყოს.

პარკუჭების ნაადრევი შეკუმშვა



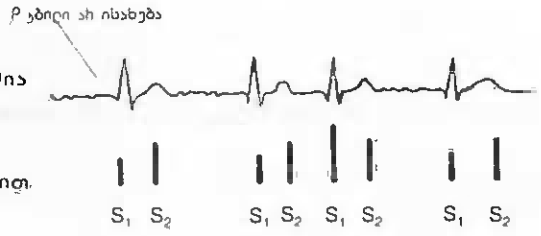
რიტმი: პარკუჭიდან იმპულსი უფრო ადრე მოდის, ვიდრე შემდეგი შეკუმშვა. მას მოჰყვება პაუზა და რიტმი მეორდება.
გულის ტონები: ნაადრევი შეკუმშვის S_1 ინტენსივობით განსხვავდება ნორმალური შეკუმშვის S_1-გან და S_2 შეიძლება შესუსტებული იყოს. ორივე ტონი შეიძლება გახლეჩილი იყოს.

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 ნინაგულების თითოული სხვადასხვა ტიპის AV ბლოკადით



რიტმი: პარკუჭოვანი რიტმი სრულიად არარეგულარულია, თუმცა არარეგულარული ხანმოკლე გაბანები შეიძლება რეგულარულს ჰგავდეს.
გულის **ტონები**: S_1 ინტენსივობით ცვალებადობს

მწვეივალის საძგეის სიმეები და ვარიაციები

ჯანმრთელი გულის მარცხენა პარკუჭის იმპულსი არის მწვეივალის საძგერი (მაქსიმალური იმპულსის ნერტილი ანუ მიწ). ეს იმპულსი ნარმოიქმნება პარკუჭის მწვეივალის მოძრაობით გულ-მკერდის კედლისკენ პარკუჭის შეკუმშვის დროს. მარჯვენა პარკუჭის იმპულსის შეგრძნება ნორმაში ვერ ხერხდება გარდა ხაზგასმით აღნიშნული შემთხვევებისა. ამიტომ მისი მახასიათებლები დაუდგენელია. მწვეივალის **საძგერის** ძირითადი მახასიათებლებია:

- *ლოკალიზაცია:* მე-4-5 ნეკნთაშუა სივრცეში, ~7-10 სმ-ით ღატერალურად მკერდის ძვლის შუა ხაზიდან გულ-მკერდის დიამეტრის მიხედვით
- *დიამეტრი:* ნერტილოვანი ან ≤2სმ
- *ამპლიტუდა:* ცოცხალი და მაღალი
- *ხანგრძლივობა:* ≤ 2/3 სისტოლის

მწვეივალის **საძგერის** ყურადღებით შესწავლა განვლილი ინფორმაციას ჯარიოვასკულურ ჰემოდინამიკაზე. მწვეივალის საძგერის **ხასიათი** იცვლება, როდესაც იზრდება მარცხენა და მარჯვენა **პარკუჭების** წუთმოცულობა (ნევროზი, ჰიპერთირეოზი, მძიმე ანემია) და ნელით და მოცულობით დატვირთვით მიმდინარე უფრო მძიმე პათოლოგიური მდგომარეობების დროს. დიმახასოვრეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი სამი ტიპის მწვეივალის საძგერის განმასხვავებელი ნიშნები: ჰიპერკინეტიკური მწვეივალის საძგერი, როდესაც გაზრდილია დარტყმითი მოცულობა - ეს ცვლილება აუცილებლად გულის დაავადებას არ გამოხატავს; ხანგრძლივი მწვეივალის საძგერი პარკუჭის ჰიპერტროფიის დროს, რომლის მიზეზი ნელით ქრონიკული დატვირთვაა, რასაც გაზრდილი პოსტდატვირთვა ენერგება; და დიფუზური მწვეივალის საძგერი პარკუჭის დილატაციის დროს, რომლის მიზეზია ქრონიკული მოცულობითი დატვირთვა, ანუ პრედატვირთვის გაზრდა.

	მარცხენა პარკუჭი			მარჯვენა პარკუჭი		
	ჰიპერკინეტიკური	ნელით დატვირთვა	მოცულობით დატვირთვ	ჰიპერკინეტიკური	ნელით დატვირთვა	მოცულობით დატვირთვა
მიზეზები	შფოთვა, ჰიპერთირეოზი, მძიმე ანემია.	აორტის სტენოზი, ჰიპერტენზია	აორტული ან მიტრალური ჩაგერგატაცი	შფოთვა, ჰიპერთირეოზი, მძიმე ანემია	ფილტვის არტერიის სტენოზი, მცირე წრის ჰიპერტენზია	წინაგულთა შუა ძგიდის დეფექტი
ლოკალიზაცია	ნორმული	ნორმული	გადანაცვლება მარცხნივ და, შესაძლოა, ქვევით	მარცხნივ მე-3,4 ან 5 ნეკნთაშუა სივრცეში	მარცხნივ მე-3,4 ან 5 ნეკნთაშუა სივრცეში, ასევე მკერდის ძვლის მარჯვენა კიდე	მკერდის ძვლის მარცხენა კიდე, ვრცელდება გულის მარცხენა კიდისკენ, ასევე მკერდის ძვლის მარჯვენა კიდე
დიამეტრი	~2 სმ, თუმცა ამპლიტუდის გარდა შეიძლება მომატებულად შეიგრძნოთ	≥2 სმ	>2 სმ	არ გამოიყენება	არ გამოიყენება	არ გამოიყენება
ამპლიტუდა	გარდა	გარდა	გარდა	ორივე გარდა	გარდა	ორივე ან შესამჩნევად გარდა
ხანგრძლივობა	<2/3 სისტოლის	გახანგრძლივებული, შეიძლება S_2-მდე	ხშირად მცირედ გახანგრძლივებული	ნორმული	გახანგრძლივებული	ნორმული ან ორივე გახანგრძლივებული

გულის პირველი ტონის სახეები

ნორმული

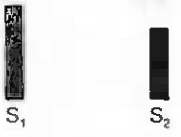


S_1 უფრო ძაბრია, ვიდრე S_2 ფუძეზე (მახ-ჯვნივ და მარცხნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცე-ში).



S_1 სწორად, მაგრამ არა ყოველთვის უფრო ხმამაღალია, ვიდრე S_2 მწვერვალზე

S_1-ის აქცენტი



S_1-ის აქცენტი აღინიშნება (1) ტაქიკარდიის დროს, მოყვე ᲠᲩ ინტენსივობიანი რიტმის და გულის მაღალი წუთმოცულობის დროს (მაგ. ფიზიკური დატვირთვა, ანემია, ჰიპერთირე-ოზი) და (2) მიტრალური სტენოზის დროს. ამ სიტუაციებში მიტრალური სარქველი უფრო ფართოდ იღება სისტოლის დროს და სწრაფად იხურება.

მესესტებელი S_1



აღინიშნება ვირველი 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 შესუსტებელია (1) მიტრალური სარქველის კალცინოზის დროს, როდესაც სარქველის მოძრაობა შედარებით შეზღუდულია, როგორც მიტრალური ჩაგუჩგიტ-აციის დროს და (2) როდესაც პარკუჭის კუმშვადობა შემცირებულია, როგორც გულის შეგუბებითი უკმარისობის ან გულის იშემი-ური დაავადების დროს.

ცვალებადი S_1



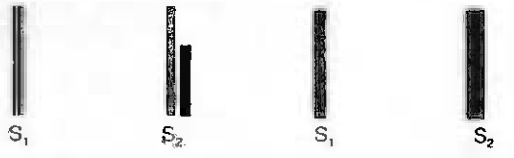
S_1-ის ინტენსივობა იცვლება (1) სხვი ბლოკადის დროს, როდესაც წინაგულები და პარკუჭები დამოუკიდებლად იკუმშებიან და (2) აბსოლუტურად არარეგულარული რიტმის დროს (მაგ. მოციმციმე არითმია). ამ დროს მი-ტრალურ სარქველს სხვადასხვა მდებარეობა აქვს, სანამ დაიკეტება პარკუჭის შეკუმშვის შედეგად. ამიტომ მისი დასმის ხმა სხვადასხვა სიმაღლისაა.

S_1-ის გაორება



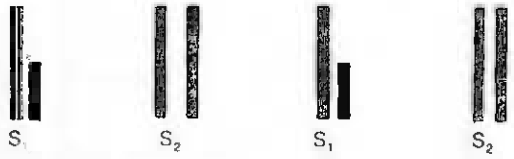
ნორმალურად S_1-ის გაორება ისმის მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან ქვემოთ, სადაც სამკარედანი სარქველის მოსასმენი ნერვია, ხშირად სუსტია. ზოგჯერ მწვერვალზეც მოისმინება, მაგრამ აქვე შეიძლება იყოს S_4, აორტის განდევნის ხმიანობა და ადრეული სისტოლური კლაკუნი. გულის ორივე ტონის გაორება შეიძლება მოისმინოთ ბავშვის ჯონის მარჯვენა ფერდის ბლოკადის დროს და პარკუჭო-ვანი ექსტრასისტოლიის დროს.

ფიზიოლოგიური გაორება

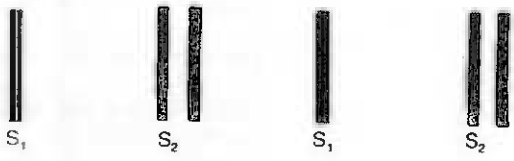


გენის მეორე ტონის ფიზიოლოგიური გაორება ხშირად აღინიშნება მახასხვავ მე-2-3 ნეკნთაშუა არეებში. S_2-ის ფიტვის კომპონენტი სუსტია და მხვეხვალზე და ორტახე არ ისმის, სადაც S_2 ერთ ტონად ისმის და ნამოქმნება ორტის სარქველების დახურვით. ნორმალურად გაორება *ძლიერდება ჩასუნთქვისას* და *ამოსუნთქვისას ქრება*. ზოგიერთ ავადმყოფში, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, ამოსუნთქვისას გაორება შეიძლება ბოლომდე არ გაქრეს. ეს ხდება ავადმყოფის ნამოჯდომისას.

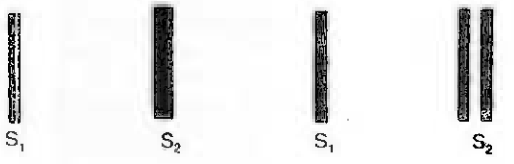
პათოლოგიური გაორება (ყოველი მათგანი ვლინდება ამოსუნთქვისას და გენის დაავადებაზე მიუთითებს)



S_2-ის ფიქსირებული გაორება ნიშნავს ჩვეულებრივი გაორების გახმას, რომელიც გრძელდება სუნთქვის მთელ ციკლში. ფიქსირებული გაორების მიზეზები შეიძლება იყოს ფიტვის არტერიის სარქველების ნელი დახურვა (მაგ., ფიტვის არტერიის სტენოზის ან ხისის ენის მარჯვენა ფეხის ბლოკადის დროს). როგორც აქ არის ნაჩვენები, ხისის ენის მარჯვენა ფეხის ბლოკადა დროს ვითარდება S_1-ის გაორებაც მისი მიტრალური და სამკარიანი კომპონენტებით. ფიქსირებული გაორების მიზეზი შეიძლება იყოს ორტის სარქველების ნაადრევი დახურვა, როგორც მიტრალური რეგურგიტაციის დროს.



ფიქსირებული გაორება აღნიშნავს ფიქსირებულ გაორებას, რომელიც სუნთქვის დროს არ იცვლება. ის ვითარდება წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს და მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის დროს.



პარადოქსული ან შებრუნებითი გაორება აღნიშნავს გაორებას, რომელიც ვლინდება ამოსუნთქვისას და ქრება ჩასუნთქვისას. ორტის სარქველების დახურვა გახანგრძლივებულია ისე, რომ ამოსუნთქვისას A_2 მოყვება P_2-ს. ნორმალურად ჩასუნთქვით P_2-ის გახანგრძლივებით გაორება ქრება. პარადოქსული გაორების ყველაზე ხშირი მიზეზია ხისის ენის მარცხენა ფეხის ბლოკადა.

A_2-ის ინტენსივობის ზრდა მარჯვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში (სადაც, ჩვეულებრივ, მხოლოდ A_2 მოისმინება) სისტემური ჰიპერტენზიის დროს. ასევე ორტის ფუძის გაფართოების დროს, ორტის სარქველების გენ-მკერდის კედელთან მიახლოვების გამო.

A_2-ის ინტენსივობის შემცირება მარჯვნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში აღინიშნება ორტის სარქველების კალცინოზით განვითარებული სტენოზის დროს, ვინაიდან სარქველის 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, სავარაუდოა ფიტვის არტერიის ჰიპერტენზიის არსებობა. სხვა მიზეზებია ფიტვის არტერიის გაფართოება და წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი. გენის მეორე ტონის გაორება, რომელიც კარგად ისმის მკვეხვალზე ან ფუძეზე მარჯვნივ, მიუთითებს P_2-ის აქცენტზე.

P_2-ის შემცირება ან არ არსებობა ხშირად ვითარდება ასაკთან დაკავშირებული გენ-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 ორი სახე არსებობს: (1) აღრეული განლევნის ხმიანობა, და (2) ტკაცუნი, რომელიც, ჩვეულებრივ, ისმის სისტოლის შუაში და დასასრულს.

აღრეული სისტოლური განლევნის ხმიანობები

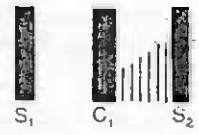


აღრეული სისტოლური განლევნის ხმიანობები ვლინდება S_1-ის შემდეგ. ემთხვევა აორტის და ფილტვის არტერიის სარქველების გაღებას. ეს ხმიანობები შედარებით მაღალი ტონალობისაა, ტკაცუნაა და უკეთესად ისმის ფონენდოსკოპით. განლევნის ხმიანობები გული-სისხლძარღვთა დაავადებებზე მიუთითებს.

აორტის განლევნის ხმიანობას შეგიძლიათ მოუსმინოთ მწვეივაღზეც და ფუძეზეც. მწვეივაღზე ეფხო ხმამაღალია და სუნთქვის დროს არ იცვლება. აორტის განლევნის ხმიანობა ვლინდება აორტის გაფართოების ან აორტის სარქველების დაზიანების დროს თანდაყოლილი სტენოზის ან ოჯახიანი სარქველის არსებობისას.

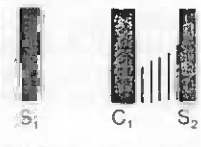
ფილტვის არტერიის განლევნის ხმიანობა უკეთესად ისმის მარცხნივ მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეში ხოლესაც ამ ადგილზე, ჩვეულებრივ, შედარებით ჩუმი S_1 ხმამაღალია, შეგიძლიათ ფილტვის არტერიის განლევნის ხმიანობა მოისმინოთ. მისი *ინტენსივობა ხშირად მცირდება ჩასუნთქვისას*. მიზეზებია ფილტვის არტერიის გაფართოება, სტენოზი და ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია.

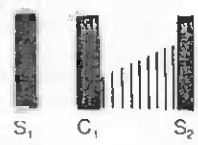
სისტოლური ტკაცუნი



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 ვნახეთ, ერთია, თუმცა, ზოგჯერ, რამოდენიმე ხმიანობა შეიძლება მოისმინოთ. ყველაზე ხშირად მოისმინება *მწვეივაღის შედარებით*, მაგრამ ასევე შეიძლება მოისმინოთ *მკერდის ძვლის მარცხნივ და ქვემოთ*. ეს ხმიანობა მაღალი ტონალობისაა და ფონენდოსკოპით უკეთესად მოისმინება. ტკაცუნს ხშირად მოჰყვება გვიანი სისტოლური შეიცი, რაც გამოხატავს მიტრალურ რეგურგიტაციას – სისხლის უკან დაბრუნებას მარცხენა პარკუჭიდან წინაგულში. შეიცი, ჩვეულებრივ, ხრიშჩენდოა და გრძელდება მეორე ტონამდე. პაციენტთა უმრავლესობას აქვს მხოლოდ ტკაცუნის ხმიანობა, ნაწილს – შეიცი, ნაწილს ორივე – ორივე ერთად. სისტოლური ტკაცუნი, ასევე, შეიძლება იყოს ექსტრასისტოლური ან მედიასტინური ნარმომობის.



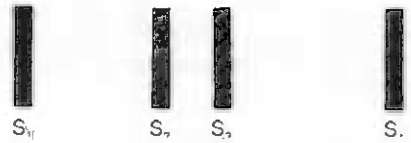


ვასოვეგეტაციური მონაცემები ცვალებადობს სხეულის მდებარეობის მიხედვით. სინკრომების დასადგენად რამოდენიმე პოზიციაა მონიდებული: ზურგზე წოლა, ჯდომა, ჩაცუცქვა და ფეხზე დგომა. *ჩაცუცქვა ახანგრძლივებს ტკაცუნს და შეიცს, ფეხზე დგომა მათ პირველ ტონთან ახლოვებს.*

ბგერის დამატებითი ტიპები ლარინგოლის ფარგამი

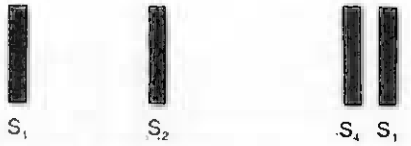


გაღების ტკაცუნი (მიტჰაღური სახმკვლის გაღების ხმიანობა ან ტონი) ყველაზე აღრეული ლარინგოლური ხმიანობაა, რომელიც წარმოიქმნება სტენოზირებული მიტჰაღური სახმკვლის გაღებისას. ყველაზე ხშირად მოისმინება ზუსტად მწვეხვაღის მედიალურად და მკერდის ძვლის მარცხენა ქვემო კიდესთან. როდესაც ის ხმამაღალია, გაღების ტკაცუნი ვარცლდება მწვეხვაღისკენ და ფიქტვის არტერიისკენ. რის გამოც ამ უბანში შეიძლება შეცდომით ჩაითვალოს გაორებული S_2-ის ფიქტვის არტერიის კომპონენტად. მისი მაღალი ტონალობა და ტკაცუნი მოგეხმარებათ გაარჩიოთ S_2-ისგან. მისი მოსმენა უკეთესია ფონენდოსკოპით.



ფიზიოლოგიური S_3-ის დაღგენა ხშირად ხდება ბავშვებში და 35-40 წლამდე პირებში. ხშირია ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში. ვლინდება აღრეული დიასტოლაში პარკუჭების სწრაფი ავსების დროს, გაღების ტკაცუნზე უფრო გვიან ჩნდება, მოყრუებულია და დაბალი ტონალობისაა და ყველაზე ხშირად მოისმინება მწვეხვაღზე მარცხენა გვერდზე ნოღის დროს. მოსმენა ხდება სტეტოსკოპის მსუბუქი დაწებით.

პათოლოგიური S_3 ან *პარკუჭოვანი გალოპის ხმიანობა* ჰგავს ფიზიოლოგიურ S_3-ს, 40 წლის ზემოთ ასაკის პირებში (და ოდნავ დიდი ასაკის ქალებში) S_3 ყოველთვის პათოლოგიურია. მიზეზებია მიოკარდიუმის კუმშვადობის დაქვეითება, გულის შეგუებითი უკმარისობა, პარკუჭების მოცულობითი დატვირთვა, რაც მიტჰაღური და სამკარიანი სარქველების რეგურგიტაციის დროს ვითარდება. *მარცხენამხრივი* S_3 ტიპიურად მოისმინება მწვეხვაღზე 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 ხშირი გულისცემის დროს ხმიანობა ისმის როგორც "Kentucky".



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 ახალგაზრდა პირებში. უფრო ხშირად, ეს ხმიანობა ვლინდება ჰეპატომეგალიის მომატებისას პარკუჭის ავსების დროს, რომელიც წინაგულების შეკუმშვას მოჰყვება. ჰეპატომეგალიის ეს მომატება უკავშირდება პარკუჭების მიოკარდიუმის მოდუნების (გაზრდილია რიგიდობა) დაქვეითებას.

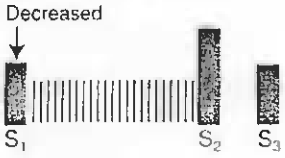
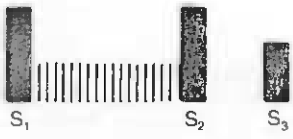
მარცხენამხრივი S_4-ის მიზეზებია გულის ჰიპერტენზიული დაავადება, გულის იშემიური დაავადება, აორტის სტენოზი და კარდიომიოპათია. *მარცხენამხრივი* S_4 უკეთესად მოისმინება მწვეხვაღზე მარცხენა ღატერალურ პოზიციაში. ეს ხმიანობა ჰგავს სიტყვას "Tennessee". *მარჯვენამხრივი* S_4 შედარებით იშვიათია და მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან ან მახვილისებურ მორჩთან. ჩასუნთქვისას უფრო ხმამაღალი ხდება. მარჯვენამხრივი S_4-ის მიზეზებია ფიქტვის 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 მოცემულ არითმიის დროს აღინიშნება.

იშვიათად, ავადმყოფს აქვს ორივე: S_3 და S_4, რაც ნარმოქმნის *ოთხმაგ რიტმს*. ხშირი გულისცემის დროს S_3 და S_4 ერთიანდება ერთ დამატებით ხმიანობად, რასაც *შეკრებული გალოპი* ენოდება.

პანსისტოლური (ჰოლოსისტოლური) შეილები

პანსისტოლური (ჰოლოსისტოლური) შეილები პათოლოგიურია, ჩნდება ხოლესაც სისხლი გადადის მაღალი წნევის მქონე ღრუდან დაბალი წნევისკენ დახურულ სარქველში. შეილი იწყება ზუსტად S_1-თან და გრძელდება S_2-მდე.

	მიტრალური რეგურგიტაცია	სამკარიანი სარქვლის რეგურგიტაცია	პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი
			
შეილი	*მდებარეობა:* მწვერვალი *გავრცელება:* მარცხნივ იღლიისკენ. მკერდიებით იშვიათად მკერდის ძვლის მარცხენა კიდისკენ *ინტენსივობა:* ჩუმიდან ხმამაღალი; თუ ხმამაღალია. ახლავს მწვერვალის თრთოლვა *ტონალობა:* საშუალოდან მაღალი *ხასიათი:* უხეში, ჰოლოსისტოლური *ხელშემწყობი ფაქტორები:* სამკარიანი სარქვლის რეგურგიტაციისგან განსხვავებით ის 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 მწვერვალზე S_3 ასახავს მარცხენა პარკუჭის მოცულობით დატვირთვას	მარჯვენა პარკუჭის იმპულსის ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა გაზრდილია მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა კიდესთან შეიძლება მოისმინებოდეს S_3. საულე ვენის ნწევა ხშირად მომატებულია და საულე ვენებზე შეიძლება ჩანდეს ფართო v ტალღები.	ხმამაღალი შეილის გამო P_2-ის მოსმენა შეიძლება გაძნელდეს. მონაცემები ცვალებადობს დეფექტის ზომის და თანმხლები დარიანებების მიხედვით
მექანიზმი	ხოლესაც სისტოლის დროს *მიტრალური სარქველი ბოლომდე არ იხურება.* სისხლი მარცხენა პარკუჭიდან წინაგულში ბრუნდება, რაც ნარმოშობს შეილს. ამ დროს მარცხენა პარკუჭში იზრდება წნევა, რასაც მოჰყვება დილატაცია და ჰიპერტროფია. ამ მდგომარეობის განვითარებას სხვადასხვა მიზეზი აქვს და, შესაბამისად, სხვადასხვა სიმპტომიც.	ხოლესაც სისტოლის დროს *სამკარიანი სარქველი ბოლომდე არ იხურება.* მარჯვენა პარკუჭიდან სისხლი ბრუნდება მარჯვენა წინაგულში, რაც შეილს წარმოშობს. ყველაზე ხშირი მიზეზია მარჯვენა პარკუჭის უმარისობა და დილატაცია, რაც ინვევს სამკარიანი ხვრელის გაფართოებას. თავდაპირველი მიზეზი შეიძლება იყოს ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია ან მარცხენა პარკუჭის უმარისობა.	პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი თანდაყოლილი პათოლოგიაა. ჰომლის დროსაც *სისხლი ხვრელით გადადის მაღალი წნევის მქონე მარცხენა პარკუჭიდან დაბალი წნევის მქონე მარჯვენა პარკუჭისკენ.* დეფექტს შეიძლება თან ახლდეს სხვა დარღვევებიც. მაგრამ არ აღნერილია გაუთეულებელი შემთხვევა.

მეზოსისტოლური განდევნის შუილი შუილების ყველაზე ხშირი ფორმაა. შეიძლება იყოს (1) *უსაფრთხო* – ფიზიოლოგიური და სტრუქტურული დაზიანების გარეშე; (2) *ფიზიოლოგიური* – სხეულის განვითარების ფიზიოლოგიური ცვლილებების ფონის ან (3) *პათოლოგიური* – ორმხრივ ჩნდება გულის და მსხვილი სისხლძარღვების ანატომიური ცვლილებების ფონის[39,40]. მეზოდიასტოლური შუილი ჰიას ალნევს სისტოლის შუაში და, ჩვეულებრივ, წყდება S_2-ის წინ. ჯერ-ჩენო-დეჯერ-ჩენო, ანუ "ორმბის" ფორმა ყოველთვის არ აღინიშნება. მაგრამ ინტენსივი შუილსა და S_2-ს შორის მოგეხმარებათ 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: ჩუმიდან ხმამაღალი ხარისხი: ცვალებადი ხელშემწყობი ფაქტორები: ჯდომისას მცირდება ან ქრება	ისეთივეა, როგორც უსაფრთხო შუილები
ასოცირებული მონაცემები	არცერთი: ნორმალურად გაორება, არ არის განდევნის ხმიანობები, დიასტოლური შუილები, ვარუკების 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 იწვევს სისხლის გადასროლა მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში და ეგრე იშვიათად მარჯვენა პარკუჭიდან. ხშირია ბავშვებში და ახალგაზრდებში – შეიძლება ალმოჩნდეს ასაკოვან პირებშიც. შუილს საფუძვლად არ უდევს გულ-სისხლძარღვთა. რაიმე დაავადება.	სისხლის ტურბულენტური მოძრაობის მიზეზებია ანემია, ორსულობა, ცხელება და ჰიპერთირეოზი

აორტის სტენოზი[41]

მდებარეობა: მარჯვენა მე-2 ნეკნთაშუა სივრცე
გავრცელება: ხშირად საძიღე არტერიებზე, ქვემოთ მკერდის ძვლის მარცხენა ქვედა ჯიღისკენ, გული მწვერვალამდეც კი.
ინტენსივობა: ზოგჯერ ჩუმია, მაგრამ უფრო ხშირად ხმამაღალია და ახლავს თრთოლვა.
ტონალობა: სამკაღო; ულში, ჯერმრჩენლო-დეკრემრჩენლო უფრო მეტადაა გამოხატული მწვერვალზე
ხასიათი: ხშირად ულშია, მწვერვალზე შეიძლება უფრო მუსიკალური იყოს.
ხელშემწყობი ფაქტორები: ულთესად ისმის, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილი ზის.

ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია

მდებარეობა: მარცხნივ მე-3-4 ნეკნთაშუა სივრცეში
გავრცელება: მკერდის ძვლის მარცხენა კიდის ქვემოთ მწვერვალისკენ, შესაძლოა გული ფუძისკენ, მაგრამ არ ვრცელდება კისრისკენ
ინტენსივობა: ცვალებადი
ტონალობა: სამკაღო
ხასიათი: ულში
ხელშემწყობი ფაქტორები: ჩაცუცქვისას მცირდება, ვალსალვის ცდისას წინ დახრისას იზრდება.

ფილტვის არტერიის სტენოზი

მდებარეობა: მარცხნივ მე-2-3 ნეკნთაშუა სივრცეში
გავრცელება: თუ ხმამაღალია, ვრცელდება მარცხენა მხრისკენ და კისრისკენ
ინტენსივობა: ჩუმიდან ხმამაღალი. თუ ხმამაღალია, ახლავს თრთოლვა.
ტონალობა. სამკაღო; ჯერმრჩენლო-დეკრემრჩენლო
ხასიათი. ხშირად ულშია

A_2 მცირდება აორტის სტენოზის ხასიათის გაზრდის დროს. იგი შეიძლება გახანგრძლივდეს და მიაღწიოს P_2-ს ან ამოსუნთქვისას S_2 ან პარადოქსული S_2 გაყოფილია. კაროტიდული არტერიის ტალღა ვრცელდება ნელა და მცირე ამპლიტუდით. ჰიპერტროფიული მარცხენა კარკუჭის სისტოლის გახანგრძლივება და S_4 დაკვეთებული მოდენების გამო.

შეიძლება ახდეს S_3. მწვერვალზე ხშირია S_4 (მიტრალური რეგურგიტაციისგან განსხვავებით). სისტოლა შეიძლება იყოს გახანგრძლივებული და ჰქონდეს ორი პიკური კომპონენტი. კაროტიდული პული სწრაფად იზრდება, აორტის სტენოზისთვის დამახასიათებელი პულისგან განსხვავებით.

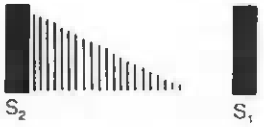
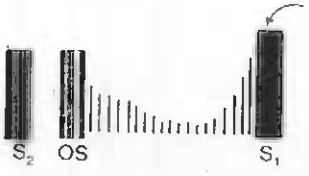
მძიმე სტენოზის დროს, S_2 ფარდობრივად გაორებულია და P_2 შემცირებულია ან არ ისმის. ხშირია ადრეული ფილტვის არტერიის განდევნის ხმა. შეიძლება მოისმინებოდეს მარჯვენამხრივი S_4. მარცხენა კარკუჭის იმპულსი ხშირად გაზრდილია და გახანგრძლივებული.

აორტის მნიშვნელოვანი სტენოზის გამო სისხლი ძლიერად გადის სარქველში, წარმოიქმნება ტურბულენტობა და იზრდება მარცხენა კარკუჭის ჰოსტდატვირთვა. მიზეზებია თანდაყოლილი, რევმატული და დეგენერაციული პროცესები. სიმპტომები დამოკიდებულია მიზეზზე. სხვა მდგომარეობები აორტის სტენოზის მსგავს სურათს ინვევენ, მაგრამ არ აღინიშნება გამომმატანი ტრაქტის ობსტრუქცია. ესენია: *აორტის სკლეროზი*, ასაკით გამოწვეული 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 სარქველში სისხლის პათოლოგიურად გაძლიერებული გადასვლა, ისე როგორც აორტის რეგურგიტაციის დროს.

მარკარკუჭის ძლიერ ჰიპერტროფიას ახლავს სისტოლის დროს მარცხენა კარკუჭიდან სისხლის სწრაფი გასვლა. შეიძლება ასევე ახდეს გამომმატანი ტრაქტის ობსტრუქცია. მიტრალური სარქვლის დაზიანების თანხლებისას ვითარდება მიტრალური რეგურგიტაცია.

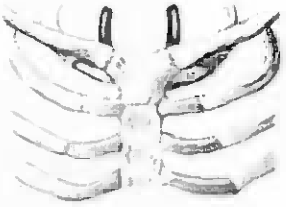
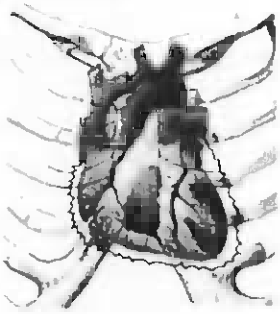
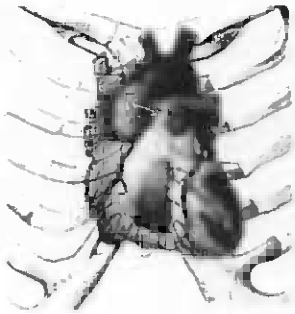
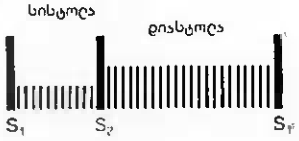
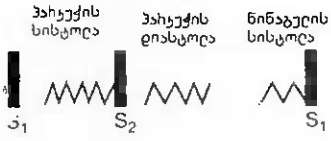
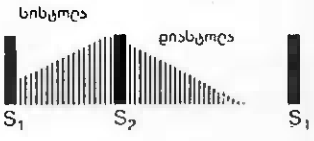
ფილტვის არტერიის სტენოზი აძლიერებს სისხლის მოძრაობას სარქველში და ზრდის მარჯვენა კარკუჭის ჰოსტდატვირთვას. დაავადება თანდაყოლილია და აღმოჩნდება ხოლმე ბავშვებში. წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის დროს პათოლოგიურად გაზრდილი სისხლის დინების გამო გაჩენილი სისტოლური შეიღი ფილტვის არტერიის სტენოზის იმიტაციას იძლევა.

დიასტოლური შუილები ყოველთვის გულის დაავადების ნიშანია. არსებობს ორი ძირითადი ტიპის შუილი. აღმრველი დეკრესჩენდო დიასტოლური შუილი აღნიშნავს ნახევარმთვარისებრი სარქველებში, უფრო ხშირად აორტის, სისხლის ჩაგუბიგატაციას. შუა ან გვიან დიასტოლის ფაზაში მოგვგენე დიასტოლური შუილი ატრიოვენტრიკულური, უფრო ხშირად მიტრალური სტენოზის ნიშანია.

	აორტის ჩაგუბიგატაცია[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: შეიღი უკეთესად ისმის, ხოდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილი ხის ამოსუნთქვის შემდეგ სუნთქვის გაჩერებისას	მდებარეობა: ჩვეულებრივ, მწვერვალია გავრცელება: მკერდი ან ოღნავ მეტი ინტენსივობა: 1-4 ხარისხი ტონალობა: დეკრესჩენდო დაბალი ტონალობის. ყველაზე მოისმინება სტეტოსკოპით ხელშემწყობი ფაქტორები: შეიღის ყველაზე 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 ვარაუდული S_2 გაყოფილია. ყველაზე ადრეული ტაღლა ვრცელდება ნელა და მკერდ ამცირებით. ჰიპერტროფიული მარცხენა პარკუჭი ! საძგერის გახანგრძლივება და S_4 დაკვეთებული მოქნების გამო.	აღინიშნება S_1 აქცენტი, რომლის პარპალია შესაძლებელია მწვერვალზე გაღების ტაკუნი სწორად მოსდევს S_2-ს და მისგან იწყება შეიღი. ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია განვითარების დროს აღინიშნება P_2-ის აქცენტი და მარჯვენა პარკუჭის იმპულსი პარპალებადი ხდება. მიტრალურ სტენოზს შეიძლება ახდეს მიტრალური ჩაგუბიგატაცია და აორტის სარქველების დაზიანება.
	აორტის მნიშვნელოვანი სტენოზის გამო სისხლი ძლიერად გადის სარქველში, ნარმოიქმნება ტურბულენტობა და იზრდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით. მიზეზებია თანდაყოლილი, რევმატული და დეგენერაციული პროცესები. სიმპტომები დამოკიდებულია მიზეზზე. სხვა მდგომარეობები აორტის სტენოზის მსგავს სურათს 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 როგორც აორტის ჩაგუბიგატაციის დროს.	ჩვემატიზმის გამო მიტრალური სარქველი სქელდება, ხიგიდული ხდება და განიცდის დეფორმაციას, რის გამოც დიასტოლის ფაზაში ბოლომდე ვერ იღება. ამის შედეგად ნარმომობილ შეიღს ორი კომპონენტი აქვს: (1) მეზოდიასტოლური (პარკუჭის სწრაფი ავსების დროს) და (2) პრესისტოლური (წინაგულების შეკუმშვის დროს). მოგვიანებით, თუ მოკიმკიმე არიტმია განვითარდა, პრესისტოლური შეიღი გაქრება და დარჩება მხოლოდ მეზოდიასტოლური.

ჯანდიოგენური (გულსისხლძარღვოვანი) ხმიანობები სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტებით

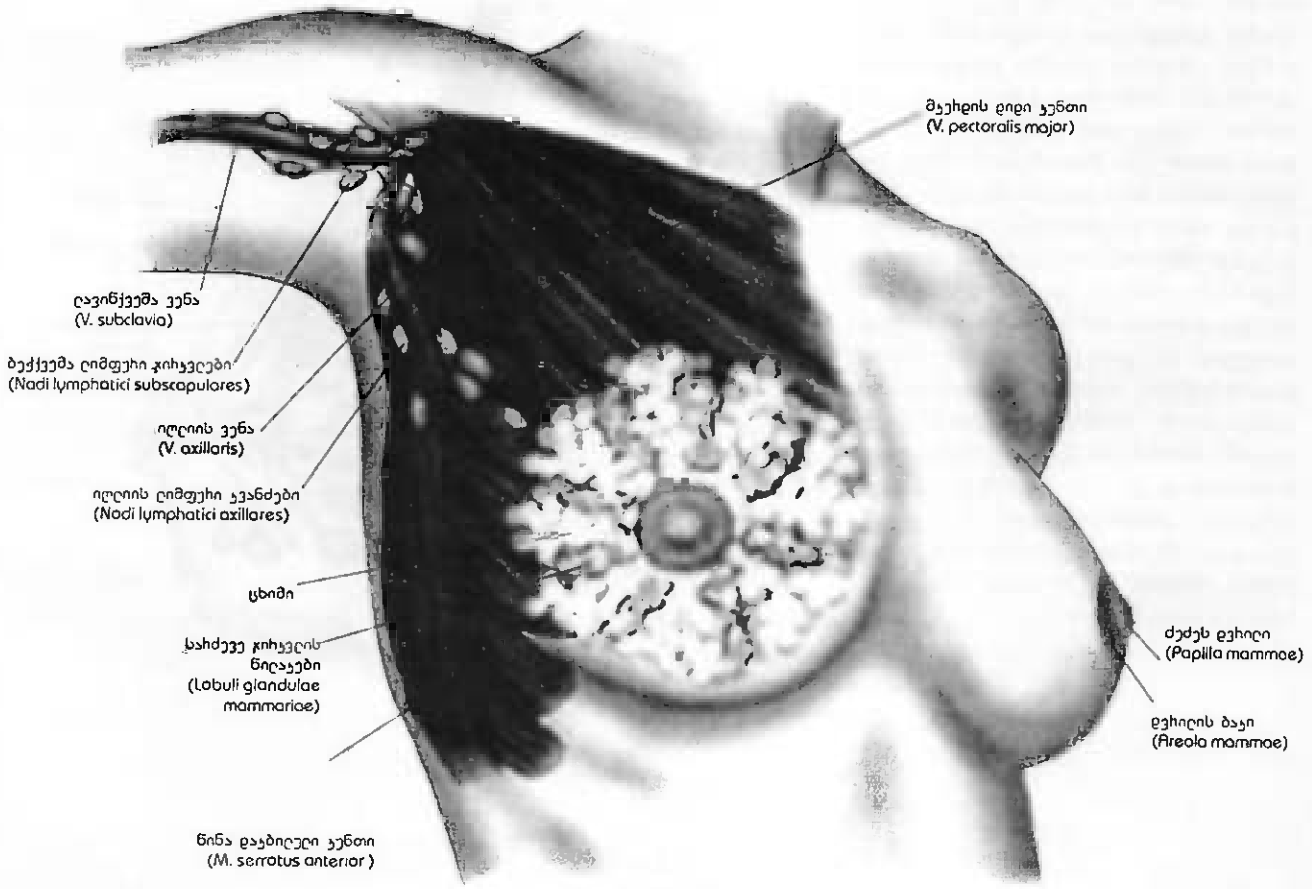
გულ-სისხლძარღვოვანი ზოგიერთი ხმიანობა გულის ციკლის ეთით ფაზაში გრძელდება. ქვემოთ განხილულია სამი მაგალითი: (1) ვენური შუილი, ჯერიერთვისებიანი ხმიანობა, რომლის მიზეზია საულე ვენაში სისხლის ტურბულენტური მოძრაობა – ჩვეულებრივ, ბავშვებშია. (2) პერიკარდიუმის ხახუნის ხმა, რომელსაც წარმოქმნის პერიკარდიუმის ფურცლების ანთება და (3) შეუხორცებული არტერიული სადინარი, თანდაყოლილი პათოლოგია, რომელსაც აორტასა და ფილტვის არტერიას შორის არსებობს ღია სადინარი. გახანგრძლივებული შუილები ჩნდება სისტოლის ფაზაში და გრძელდება მთელი დიასტოლის ფაზაში.

	ვენური შუილი	პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა	ღია არტერიული სადინარი
წარმოქმნის ადგილი			
მდებარეობა			
გავრცელება	გახანგრძლივებული 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 აგერიოთ.	გახანგრძლივებული შუილი სისტოლის და დიასტოლის ფაზებში, ხშირად ჩვეულებრივ ინტენსივობით გვიან დიასტოლაში. ყველაზე ხმამაღალია გვიან სისტოლაში, ცუდად ისმის S_2 და ქრება დიასტოლაში.
ინტენსივობა			
ხასიათი			
ტონალობა	ღვივის შუა მესამედის ზემოთ, განსაკუთრებით მარჯვნივ	ცვალებადი, მაგრამ ხშირად უკეთესად ისმის მკერდის ძვლის მარცხნივ მე-3 ნეკნთაშუა სივრცეში.	მარცხნივ მე-2 ნეკნთაშუა სივრცეში
	პირველ და მეორე ნეკნთაშუა სივრცეებში	მკრთალი	მარცხენა ღვივისკენ
	ჩვეულებრივ, საულე ვენაზე ზეწოლა შუილს აქრობს	ცვალებადი. შეიძლება გაძლიერდეს, როდესაც ავადმყოფი წინ გადმოხრილია და ამოსუნთქვის შემდეგ სუნთქვას აჩერებს (პლევრის ხახუნისგან განსხვავებით).	ჩვეულებრივ, ხმამაღალია, ზოგჯერ ისმენა თითოლოვა
	უხეში	მხეხავი, მჟანჩავი	უხეში, მანქანის ძრავის ხმის მსგავსი
	დაბალი (უკეთესად მოისმინება სტეტოსკოპით)	მაღალი (უკეთესად ისმის ფონენდოსკოპით)	საშუალო

9 სახძევე ჯირკვლები და იღლია

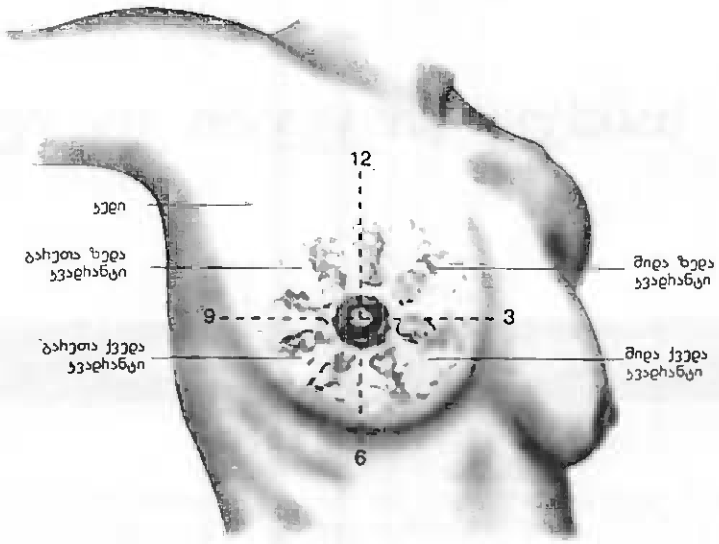
ანატომია და ფიზიოლოგია

ქალის სახძევე ჯირკვალი (ძუძუ) მდებარეობს გულ-მკერდის წინა ჯდენზე, ვრცელდება ღავიწსა და მე-2 ნეკნიდან ქვემოთ მე-6 ნეკნამდე და გარეთ მკერდის ძვლიდან შუა ჰქსილარულ ხაზამდე. მისი ზედაპირი ეფარო ოთხკუთხედია, ვიდრე მრგვალი.

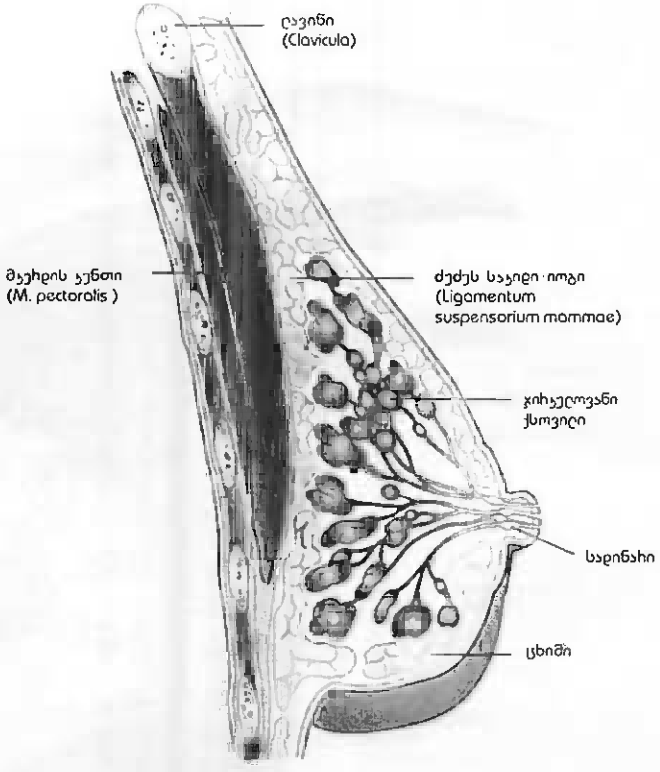


სახძევე ჯიჯვაღი მჯეიდის დიდ კუნთზე მდებაჩეობს და მის ქვედა კიდეს წინა კიბისებჩი კუნთი ქმნის.

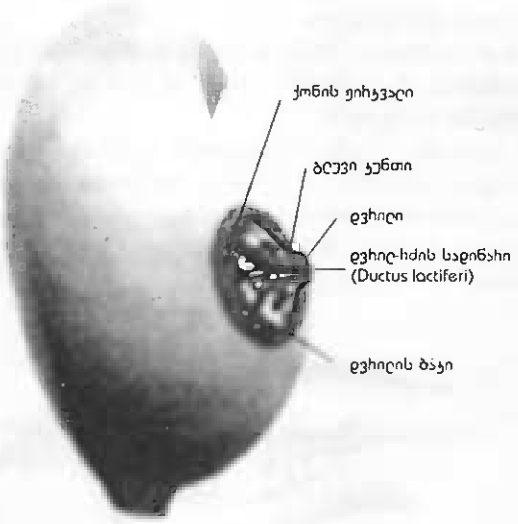
კლინიკური მონაცემების აღწეჩისთვის სახძევე ჯიჯვაღს ოთხ კვადჩანტად ყოფენ ვეჩტიკაღუჩი და ჰოჩიზონტაღუჩი ხაზებით, ჩომელთა გადაკვეთის წეჩტიდი დვიდზე მდებაჩეობს. სახძევე ჯიჯვაღის აქსიღაჩუღი ნაწიდი მიემაჩთება წინა აქსიღაჩულ ხაზამდე. გაჩდა ამისა, ცაღკეული კეჩების აღგიდმდებაჩეობა შეიძღება გამოისახოს საათის ზედაპიჩზე საათის ისჩის მდებაჩეობით (მაგ., 3 სთ) და დვიდიდან დაშოჩებით (სანტიმეტჩებით).



სახძევე ჯიჯვაღი ჰოჩმონებისადმი მგძნობიაჩე ქსოვიდია, ჩომელიც ჩეაგიჩებს ქაღის ყოველთვიუჩ ციკღზე და ასაკზე. *ჯიჯვეოვანი ქსოვიდი* აჩის სეკჩეტოჩული ტუბეღო-აღვეოღუჩი ჯიჯვეები და საღინები, ჩომებიც ქმნიან დვიდის მიმაჩთ ჩაღიაღუჩად განღაგებულ 15-20 *წიღს*. თითოეული წიღი შეღგება მჩავაღი მკიჩე ზომის წიღაკისგან. წიღაკები ჩაღინება ჩძის წაჩმომქმნელ საღინჩებში და სინუსებში, ჩომებიც *დვიდის* ან *ბაკის* ზედაპიჩზე იხსნება. *ფიბჩოზული შემაკავებელი ქსოვიდი* ნაჩმოქმნის ფიბჩოზულ საჩკეს ან დამჭეჩ მყესს, ჩომელიც დაკავშიჩებულია კუნთთან და ქვეშმდებაჩ ფასკიასთან. სახძევე ჯიჯვაღს გაჩს აჩკვამს *ცხიმოვანი ქსოვიდი*, უპიჩატესად ზედაპიჩულად და ჰეიფეიაზე. სახძევე ჯიჯვაღის კომპონენტების ჰიპოპლაზია ცვაღებადობს ასაკის, ნაკვებობის, ოჩსებობის, ჰოჩმონული ჩეგულაციების მიღებისა და სხვა ფაქტოჩების მიხედვით.

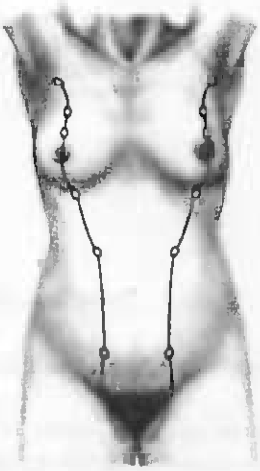


ბაჯის ზედაპირს გააჩნია მცირე ზომის მიგვაღი შემაღლებები, ჰასაც წარმოქმნიან ცხიმოვანი, საოფლე და ბაჯის ჯირკვლები. ზოგჯერ ბაჯზე შეიძლება თმის ღერებიც იყოს.



დვრილიც და ბაჯიც მჭიდროდ ეხება ბეკვ ქუნთს, ძეძეთი ჯვების ცხოს ქუნთის შეკუმშვა ინვევს სადინარებიდან ძძის გამოსვლას. დვრილს გააჩნია მდიდარი სენსორული ინერვაცია და ბავშვის წოვაზე ნეირონჰორმონული ზემოქმედების შედეგად ხდება "ძძის გამოყოფა". მკერდის გასინჯვისას ტაქტილური სტიმულაციით ხდება დვრილის დაბატარავება, ამაღლება და გამჯვრივება, და ბაჯის შეჭმუხვნა და დანაოჭება. ბეკვი ქუნთის ეს ჰეფლექსი ნორმალურია და არ უნდა შეგეშალოთ ძეძეს დაავადების ნიშნებთან.

მოზრდილის ძეძე 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 ჯირკვალში, ან მხოლოდ მის ნილში. მენსტრაციის წინ ჯვანძოვანება მატულობს. ამ პერიოდში სარძევე ჯირკვალი დიდდება და ხდება მგრძნობიარე, ზოგჯერ მტკივნეულიც. სარძევე ჯირკვლის ცვლილებები მოზრდილებსა და ორსულობის პერიოდში, იხ. გვ. 778-779 და გვ. 818.



იშვიათად, ერთი ან მეტი დამატებითი დვრილი შეიძლება მდებარეობდეს ე.წ. "ძძის ხაზზე" ორგორც მარჯვნივ ნახატზეა ნაჩვენები. ამ დროს დვრილი და ბაჯი ძალიან მცირე ზომისაა, რაც, ჩვეულებრივ, ხალში ეშლებათ. მის ქვეშ ენდა იყოს ჯირკვლოვანი ქსოვილი. დამატებით დვრილებს პათოლოგიური მნიშვნელობა არ გააჩნიათ.

მამაკაცის სარძევე ჯირკვალი

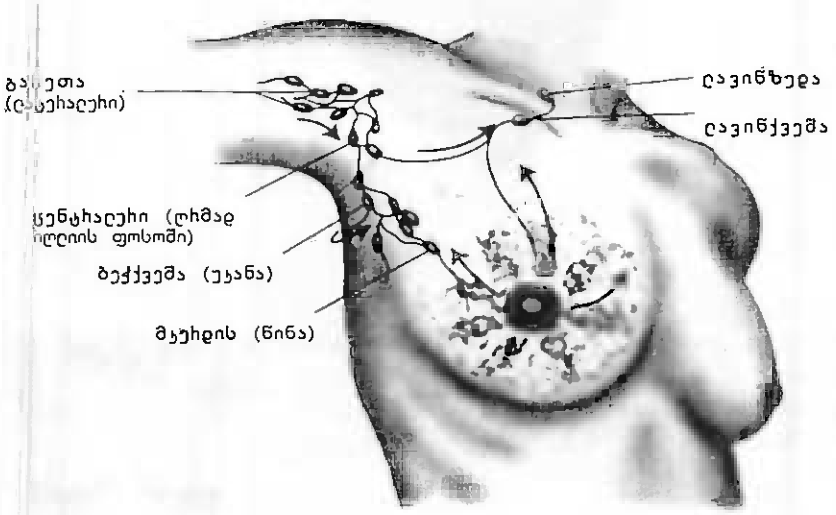
მამაკაცის სარძევე ჯირკვალს გაცილებით მცირე ზომის დვრილი და ბაჯი აქვს. მის ქვეშ მდებარეობს განვითარებული ჯირკვლოვანი ქსოვილის თხელი ფენა, რომელიც გასინჯვით არ გამოირჩევა გარშემომყოფი ქსოვილებისგან. 2 სმ და მეტი დიამეტრის ჯირკვლოვანი ქსოვილი სამიდან ერთ მამაკაცს აღენიშნება. სარძევე ჯირკვლის ზომის ნორმები მამაკაცებისთვის დადგენილი არ არის.

ლიმფური სისტემა

სარძევე ჯირკვლის ლიმფური ძარღვები იღლიაში ჩაედინება. იღლიის ლიმფური ჯირკვლებიდან ყველაზე ხშირად პაპალპითი *ცენტრალური ჯვანძი* ისინჯება. ლიმფური ჯვანძები მდებარეობს მკერდის ჯედის გასწვრივ, ჩვეულებრივ, ზემოთ იღლიის ფოსოში და შუაში, წინ და ეკან იღლიის არეებში.

ამ ჯვანძებში ჩაედინება სამი ჯგუფის ღიმფური ჯვანძების საღინჩები. ამ ჯიჩჯვლების პაღპაცია იშვიათადაა შესაძლებელი:

- *გულ-მკერდის ჯვანძები – ნინა*, ჩომელიც მდებაჩეობს მკერდის დიდი კუნთის ქვედა კიდის გასწვჩივ. ამ ჯვანძებში ღიმფა მიედინება გულ-მკერდის ნინა კედლიდან და ძუძუს უმეტესი ნანილიდან.
- *ბეჭქვეშა ჯვანძები – უკანა*, მდებაჩეობენ ბეჭის ძვლის ღატეჩაღური კიდის გასწვჩივ; ჩსინჯება უკანა აქსილაჩულ ჩიში ღრმა პაღპაციით. ღიმფას აგჩოვებენ გულმკერდის უკანა ზედაპიჩიდან და მხჩის ნანილებიდან.
- *ღატეჩაღური ჯვანძები* – მდებაჩეობს *მხჩის ძვლის გასწვჩივ*. მათ მოაქვთ ღიმფა მკლავებიდან.



ᲘᲡᲮᲘᲗᲘ ᲜᲐᲩᲕᲔᲜᲔᲑᲘᲐ ᲦᲘᲛᲤᲘᲡ ᲦᲘᲜᲔᲑᲘᲡ ᲛᲘᲛᲐᲠᲗᲣᲚᲔᲑᲐ

ჩღღის ცენტჩაღური ჯვანძიდან ღიმფა მიედინება *ღავიწქვეშა* და *ღავიწზედა* ჯვანძებში.

ჩღღის ფოსოში გულ-მკერდის ყველა ღიმფური ძაჩღვი არ ჩაედინება. ძუძუს კიბოს ღროს სიმსივნური უჯრედები შეიძლება გავრცელდეს პირდაპირ ნეკნქვეშა ჯვანძებში ან გულმკერდის უფრო ღრმა საღინჩებში.

ᲐᲜᲐᲛᲜᲔᲖᲘ

ᲮᲛᲘᲠᲘ ᲐᲜ ᲒᲐᲜᲡᲐᲮᲘᲠᲕᲔᲚᲘ ᲡᲘᲛᲯᲭᲛᲔᲑᲘ

- ძუძუს შესიება ან სიმჯვრივე
- ძუძუს ტკივილი ან დისკომფორტი
- დვრილებიდან გამონაღენი

ქალის სახძევე ჯიჰჯვლის შესახებ შეჯითხვები უნდა შედიოდეს ანამნეზის შეგროვებაში ან გადაიტანოთ ჯლინიკუჯ გამოჯვლევაში. ჰჯითხეთ "გაგისინჯავთ თქვენი მკერდი?"... "ხშირად ისინჯავთ?" მენსტრუაციის მქონე ქალებს ჰჯითხეთ, ციკლის განმავლობაში როდის ისინჯავს მკერდს: თვითგასინჯვა უკეთესია, როდესაც დაბაღია ესტროგენების სტიმულაცია, დაახლოებით მენსტრუაციის დაწყებიდან მე-5-7 დღეს. ჰჯითხეთ, ხომ არ აქვს ჩაიმე *ღისკომფორტი, ტკივილი* ან *სიმაგჩე* ძუძუს გასინჯვისას. ქალთა დაახლოებით 50%-ს ჰაღპაციით აღენიშნებათ სიმაგჩე ან ჯვანძოვანება; ასევე ჰნემენსტრუალური გადიდება და მგჩძნობელობა. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს სიმაგჩის ან შესიების ჩსებობას, სთხოვეთ, გაჩვენოთ მისი მდებაჩეობა, ჰჯითხეთ, ჩამდენი ხნის წინ შეამჩნია და იცვლის თუ ჩაჩა ზომას ან ცვაღებადობას თუ ჩაჩა მენსტრუალური ციკლის დროს.

ჰჯითხეთ ასევე, ხომ არ აქვს *დვჩიდიდან ჩაიმე გამონადენი* და როდის. თუ გამონადენი ჩნდება მხოლოდ დვჩიდის მოჭერისას, ეს ფიზიოლოგიური ჰროცესია. თუ გამონადენი სტიმულაციის გარეშე, სპონტანურად ვითარდება და ჰაციენტი ტანსაცმელზე ან ღამის ჰერანგზე ამჩნევს, ჰჯითხეთ, ჩა ფერისაა, როგორი კონსისტენციის და ჩა ჩაოდენობისაა ეს გამონადენი. ორმხრივია თუ ცალმხრივი?

სიმაგჩე შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური და ჰათოლოგიური და ცვაღებადობდეს ჯისტიდან და ფიბროადენომიდან ძუძუს კიბომდე. იხ. ცხრილი 9-1. *ძუძუს კიბოს ხიღული ნიშნები* (გვ. 356). და ცხრილი 9-2, *სახძევე ჯიჰჯვლის სშირი სიმსივნეები.* (გვ. 357).

ორმხრივი ძირითადი გამონადენი, ანუ *გალაქტორეა* ვითარდება ორსულობის ან ჰიპერკრინისა და სხვა ჰორმონების დისბაღანსის დროს.

სპონტანური, ხანგრძლივი, უძეო გამონადენი, რომელიც სისხლიანია და ცალმხრივი, მიუთითებს ძუძუს ადგილობრივ დაავადებაზე, რომელიც შეიძლება იყოს *კარცინომა* ან, იშვიათად, *ძუძუს კიბო.*

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და მსჯელობა

ჯანმთელობის ხელშეწყობის და მსჯელობის მნიშვნელოვანი ჰუნქტები

- ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორები
- ძუძუს კიბოს სკრინინგი
- ძუძუს თვითგასინჯვა

ქალებს შეიძლება ჰქონდეთ სახძევე ჯიჰჯვლის ქსოვილის ფახთო დიაჰაზონის ცვლილებები და შეგრძნებები, დაწყებული ციკლის დროს შესიებიდან და ჯვანძოვანებიდან, დამთავრებული გამოხატული სიმსივნით. სახძევე ჯიჰჯვლის გამოჯვლევა შესაძლებლობას აძლევს ჯლინიცისტს და ავადმყოფ ქალს, ჩათა გამოითქვას ქალის ჯანმთელობისთვის მნიშვნელოვანი მოსაზრებები – რა უნდა გააჯეთოთ, როდესაც აღმოაჩენთ სიმაგჩეს, ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და სკრინინგის საშუალებები, როგორიცაა ძუძუს თვითგასინჯვა, გამოცდილი ექიმის მიერ ძუძუს გამოჯვლევა (clinical breast examination – CBE) და მამოგრაფია.

ძუძუს სიმაგჩეები მრავალი ეტიოლოგიის შეიძლება იყოს, დაწყებული ფიბროადენომიდან და ჯისტებიდან უფრო ხალგაზრდა ქალებში, აბსცესით და მასტიტით, დამთავრებული ძუძუს პირველადი კიბოთი. ძუძუს ყველა სიმსივნე საჭიროებს ყურადღებით დაკვირვებას. პირველადი შეფასებისას ქალის ასაკი და სიმსივნის ჯლინიკური მახასიათებლები გარკვეულად მიგანიშნებთ მის ხასიათზე, მაგრამ აუცილებელია ჰონკრეტული დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარება,

საძძევე ჯიხვების ჯანმრთელობის სიმსივნეები

ასაკი	ხშირი დაზიანება	დახასიათება
15-25	ფიბრომადენომა	ჩვეულებრივ, მცირე, მრგვალი, მოძრავი, უმტკივნეულო
25-50	ძუძუს ფიბრომატოზული ცვლილებები	ჩვეულებრივ, ორი ან მეტი, მრგვალი, მოძრავი, ხშირად მგრძნობიარე
	ძუძუ	ანაძრობი, ბოჭკოვანი
	ძუძუ	ახასიათებს, ვარსკვლავის ფორმის, მკვრივი, არ არის მკვეთრად გამოყოფილი გარშემო ქსოვილებიდან
50-ზე მეტი	ძუძუ, სანამ სხვა გზით დადასტურდება ლაქტაციური ადენომა, ძუძუ,	ორმოცს ზემოთ
ორსულობა/ ლაქტაცია	მასტიტი და ძუძუ	ორმოცს ზემოთ

ძუძუს ძუძუს ორსულ-ფაქტორები. მთელს მსოფლიოში ქალებში ყველაზე ხშირი სიმსივნეა ძუძუს ძუძუ, რომელზეც ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის 10%-ზე მეტი მოდის. აშშ-ში ქალებში ძუძუს ძუძუს 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 გამოწვეული სიკვდილობის მეორე მიზეზი ძუძუს ძუძუა 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 ეფექტიური მკურნალობა, ხოლო გაზრდილია აფრო-ამერიკელ ქალებში.[2]

საძძევე ჯიხვის დაავადების სიმპტომების მქონე ქალებს ესაჭიროებათ აქტიური გამოკვლევები. მათ შორის ძუძუ შეიძლება აღმოჩნდეს 4%-ში და 11%-ში იმ ქალებში, ვისაც აღენიშნებათ სიმაგრე საძძევე ჯიხვაში.[3] ასევე, ყურადღება მიაქციეთ დვრილიდან გამონადენის არსებობას. უმეტეს შემთხვევაში, დვრილიდან გამონადენი კეთილთვისებიანი ხასიათისაა, დაახლოებით 5%-ს კი შეიძლება ჰქონდეს ძუძუს ძუძუ, განსაკუთრებით, მაღალი ასაკის ჯგუფში.[4]

იშვიათად, საძძევე ჯიხვებზე ჩივილები შეიძლება ტკივილსაც ჰქონდეთ. მამაკაცებში ძუძუს ძუძუს სიხშირე დ"1% და ვლინდება 60-დან 70 წლის ასაკში. რისკ-ფაქტორები მოიცავს ესტროგენების ზემოქმედებას, რასაც ადგილი აქვს ჯინფენტეზის სინდრომის და ღვიძლის ციროზის დროს; დასხივების ზემოქმედებას და დადებით ოჯახის ანამნეზს მკერდრობითი სქესის ნათესავებში.

ასიმპტომური ქალების სკრინინგისთვის სამიზნე რისკ-ფაქტორია ოჯახური ანამნეზი. ძუძუს ძუძუს 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, ჰეტეროგენული ანამნეზი და წარსულში

ძუძუს დაავადებების ჩათვლით პროლიფერაციული პროცესების არსებობა, განსაკუთრებით, თუ in situ ბიოფსიამ აჩვენა ატიპიური ჰიპერპლაზია ან ნიღაბავანი კარცინომა. სხვადასხვა მოდელი დაგეხმარებათ ავადმყოფ ქალებში ძუძუს კიბოს რისკის დადგენაში. ღირებულია 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
ჰიმენოპაუზა	3.1
ჰიმენოპაუზა და ოჯახური	8.5 – 9.0
პრემენოპაუზა	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	
არაპროლიფერაციული დაავადება	1.0
პროლიფერაციული დაავადება	1.9
პროლიფერაცია ატიპიური ჰიპერპლაზიით	4.4
ნიღაბავანი კარცინომა in situ	6.9 – 12.0
მამოგრაფიით ძუძუს სიმკვრივე	1.8 – 6.0

დემოგრაფიული ფაქტორები – ასაკი, ბავშვობა და მემკვიდრეული, ცხოვრების ადგილი, ეთნიკურობა.[2] ღირებულია ჯამური სიცოცხლის ხანგრძლივობის რისკი ძუძუს კიბოს შემთხვევაში, დაახლოებით, ცხრიდან ერთია; ხოლო ცხრიდან ერთი – ძუძუს ინვაზიური კიბოს შემთხვევაში, რასაც ადასტურებს in situ მამოგრაფიით კიბოს აღმოჩენი დიაგნოსტიკა. ძუძუს კიბოს შემთხვევების 3/4-ზე მეტი ვრცელდება 50 წლის ზევით ასაკის ქალებში და ნახევარზე მეტი – 65 წლის ზევით ასაკის ქალებში. ადრე განვითარება და მემკვიდრეობა ძუძუს კიბოს რისკს აორმაგებს, ამის შესაძლო მიზეზია პირველი მშობიარობის და ორსულობის დროს ქალების სხვადასხვა ასაკი. ქალაქის მაცხოვრებლებში რისკი უფრო მაღალია და იცვლება ჰეგიონების (ყველაზე მაღალია ჰავაის კუნძულებზე და ყველაზე დაბალი იუტას სამხრეთში) და ეთნიკურობის მიხედვით. მაღალი სიხშირე აღინიშნება ებრაული ჩასის 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, ებრძვის მენზესთან და მენოპაუზა-

სთან, პირველი მშობიარობის ასაკი, ძუძუს მდგომარეობა და დაავადებები შეჯამებულია ზემოთ მოტანილ ცხრილში. ძუძუს კიბოს ოჯახური ისტორია ფასდება ორი სახით: ძუძუს კიბოს ოჯახური ანამნეზი და გენეტიკური განწყობა. პირველი ხიგის ნათესავები: დედა ან და, რომელთაც ძუძუს კიბო აქვთ, ქმნიან "დაღებით ოჯახურ ანამნეზს". ამ ჯგუფში მენოპაუზის მდგომარეობა და დაავადების ხანგრძლივობა ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. ჰორმონოპაუზის პერიოდში მყოფი ძუძუს კიბოთი დაავადებული პირველი ხიგის ნათესავის არსებობა ძალიან მაღალი ისტის ნიშანია. თუმცა, როდესაც დედას ან დას ძუძუს ორმხრივი კიბო აქვს, ძუძუს კიბოს განვითარების ისტი მხოლოდ 25%-ია.[7]

ქალებში მემკვიდრეული დაავადება, რომელიც ძუძუს კიბოს განვითარების განწყობას ქმნის, დაკავშირებულია გენებთან: *BRCA1* და *BRCA2*, რომელთა სიხშირე ძუძუს კიბოს დროს, შესაბამისად, არის 5% და 10%.[8] ეს გენები აუტოსომურ დომინანტურია და მათი არსებობისას კიბოს განვითარების ისტი 50%-ია 50 წლამდე ასაკის ქალებში და 80%-ია 65 წლის ზევით ასაკის ქალებში. ამ მუტაციის მაღალი ისტის ფაქტორებია ძუძუს კიბოს მქონე ორმოდენიმე ნათესავის არსებობა, ერთი ან ორივე საკვერცხის კიბო; თუ ქალს ერთდროულად ორი პირველადი სიმსივნე აქვს (მაგ. ძუძუს და საკვერცხის ორმხრივი კიბო); და ვერტიკალური (ალმავალი) გადაცემა ორ და მეტ თაობაში.

მენსტრუაციის ანამნეზი და ორსულობა. ადრეული მენარდი, დაგვიანებული მენოპაუზა, ცოცხალი ნაყოფით მშობიარობა 35 წლის ზევით ასაკში 2-3-ჯერ ზრდის ძუძუს კიბოს განვითარების ისტს. ეს ფაქტორები, განსაკუთრებით კომბინაციისას, დაკავშირებულია ესტროგენის ძუძუს ქსოვილზე ზემოქმედების ხანგრძლივობასთან.[9]

ძუძუს მდგომარეობა და დაავადებები. დროდასაც ძუძუს კეთილთვისებიანი დაავადების დროს ბიოფსია აჩვენებს in situ ატიპიურ ჰიპერპლაზიას ან ნიღაბ კარცინომას, საგრძნობლად იზრდება კიბოს განვითარების შედარებითი ისტი და შეადგენს თითოეულისთვის, შესაბამისად, 4.4 და 6.9-დან 12.0-მდე.

ძუძუს კიბოს სკრინინგი. თუმცა ძუძუს კიბოს 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 ორიმე ახალი სიმპტომის აღმოჩენის შესახებ. ძუძუს კიბოს საშუალო ისტის მქონე ქალებისთვის ამერიკის კიბოს 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 ისტის მქონე ქალებს ბევრი ექიმი უჩევს საწყისი სკრინინგისთვის მამოგრაფიის ჩატარებას 30-დან 40 წლამდე ასაკში, შემდეგ 50 წლამდე – ყოველ 2-3 წელიწადში ერთხელ. 50-დან 69 წლამდე ასაკის ქალებს უჩევენ 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 ისტფაქტორების არსებობისას ან ჰორმონებით ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი თერაპიის შემთხვევაში. თუ თანმხლები დაავადებები, როგორიცაა დემენცია, იწვევს სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირებას, მამოგრაფიის ჩატარების საკითხი ექიმმა უნდა განიხილოს ავადმყოფთან და მისი ოჯახის წევრებთან, რადგან ამ დროს სკრინინგის სარგებლიანობა შეიძლება შემცირებული იყოს.[12]

ბასინჯვის მეთოდიკა

ქალის სახძევე ჯიჩჯვალი

სახძევე ჯიჩჯვლის ჯლინიჯური გამოჯვლევა ქალის ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელოვანი ჯომპონენტია: იგი ზრდის ძუძუს ჯიბოს დადგენის აღბათობას მაშინ, როდესაც ეს არ აჩვენა მამოგრაფიამ, და შესაძლებლობას ქმნის, შეასნავლოთ ავადმყოფს თვითგასინჯვის მეთოდი. ჯლინიჯუმა გამოჯვლევებმა აჩვენა, რომ ექიმის გამოცდილების და მეთოდიკის სხვადასხვაობა განაპირობებს ძუძუს ჯლინიჯური გამოჯვლევის ხარისხს. ჯლინიცისტმა უნდა იცოდეს სტანდარტული (განსაჯეთრებით, პალპაციის) მეთოდები, იყენებდეს სისტემურ და სრულყოფილ მეთოდებს, სხვადასხვა სიძლიერით ზეწოლას პალპაციისას და თითის ბალიშებით წრიულ მოძრაობას.[13] ეს მეთოდიკა უფრო დანვრილებით იქნება განხილული შემდეგ გვერდებზე. ჩეჯომენდებულია ინსპექციის ჩატარება, მაგრამ მისი ხარისხი ძუძუს ჯიბოს დადგენაში ნაკლებადაა შესწავლილი.

ძუძუს ჯიბოს რისკ-ფაქტორები ნარსულში ძუძუს ჯიბოს არსებობა, დავადებული დედა ან და, ბიოფსიით გამოვლენილი ატიპიური ჰიპერპლაზია, დიდი ასაკი, ნაყოფიერი შენზესი, დაგვიანებული მენოპაუზა, ორსულობის არ არსებობა ან გვიან ასაკში ორსულობა, გულ-მკერდის ჯედლის დასხივება ნარსულში.

სახძევე ჯიჩჯვლების გამოჯვლევის დანყებამდე დარნმუნდით, რომ ქალები და გოგონები თავს უხერხულად არ გრძნობდნენ. პაციენტს მოუქცით ფრთხილად და ზრდილობიანად. დასანყისში აუხსენით, რომ ძუძუების გამოჯვლევას აპირებთ. ამავე დროს ჯარგი იქნება ჰკითხოთ, ხომ არ შეუნიშნავს რაიმე სიმაგრე და იცარებს თუ არა ყოველთვიურად თვითგასინჯვას. თუ არა, ასნავლეთ გასინჯვის მეთოდიკა და დაჯვირდით, როგორ იმეორებს თავად, თუ საჭიროა, დაეხმარეთ ან შეუსწორეთ.

იხ. მითითებები სახძევე ჯიჩჯვლის თვითგასინჯვისთვის, გვ. 353.

სწორად ჩატარებული ინსპექცია მოითხოვს მკერდის სრულად გამორჩენას, მაგრამ მოგვიანებით ერთი ძუძუს გამოჯვლევისას, მეორე დაფარეთ ხელთით. მენსტრუაციის წინ სახძევე ჯიჩჯვლები უფრო მგრძნობიარე, გადიდებული და ჯვანძოვანი ხდება მომატებული ესტროგენების ზემოქმედებით, ამიტომ გამოჯვლევისთვის საუკეთესო დროა მენსტრუაციის დანყებიდან მე-5-7 დღე. ამ დროისთვის მენსტრუაციის წინა პერიოდში გაჩენილი ჯვანძები უკუგანვითარებულია.

ინსპექცია

სახძევე ჯიჩჯვლების ინსპექციის დროს წელს ზევით გახდილი ავადმყოფი უნდა იჯდეს. ამომწურავი გამოჯვლევა მოიცავს ყურადღებით ინსპექციას ჯანის ცვლილებების, სიმეტრიულობის, ჯონტურების, ძუძუს შეხნექვის დასადგენად ვიჯვლევთ ავადმყოფს მკლავების ჩამოშვებისას, მკლავების თავზე დანყობისას, მკლავების თეძოებზე დადებისას და განზე განევისას. თუ იჯვლევთ მოზარდ გოგონას, შეაფასეთ მისი მკერდის განვითარება თანნერის სქესობრივი განვითარების დონეების მიხედვით, რომელიც 779 გვერდზეა მოცემული.

ჩამოშვებული მკლავების პოზისას. დაიმახსოვრეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი ჯლინიჯური მონაცემები.

- *ჯანის მდგომარეობა*, მოიცავს:

ფერი

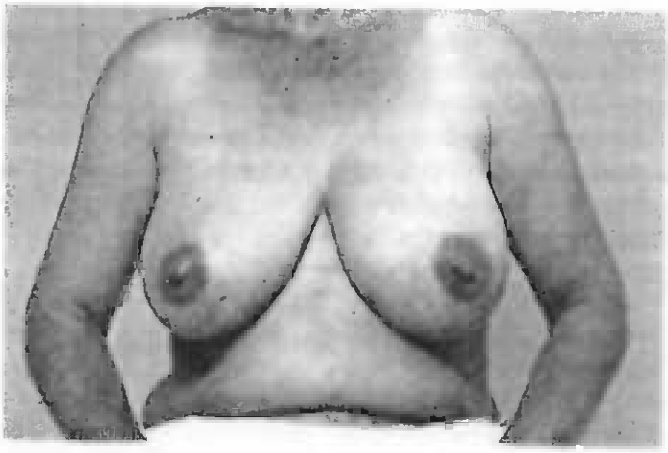
სინითლის მიხეზი შეიძლება იყოს ადგილობრივი ინფექცია ან ანთებითი ჯარცინომა.

გასქელება და თვალშისაცემი ფოსრები ძუძუს ჯიბოზე მიუთითებს.

ჯანის გასქელება და ერვეულოდ თვალშისაცემი ფოხები, ხასაც შეიძლება ახლდეს ღიმფური ობსტრუქცია

- *სახძევე ჯირკვლების ზომები და სიმეტრიულობა.* მცირე განსხვავება ძეძეს ზომებში ბაჯის ჩათვლით, ხშირია და ნორმად ითვლება, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები.
- *სახძევე ჯირკვლის კონტურები.* დააკვირდით ისეთ ცვლილებებს, როგორიცაა შესიება, ჩაღრმავება ან გადასწორება. შეადარეთ მხარეები ერთმანეთს.

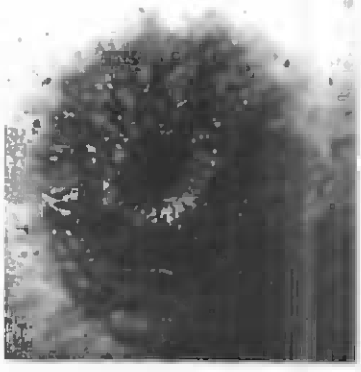
ძეძეს გადასწორება კიბოზე მიუთითებს. იხ. ცხრილი 9-1, ძეძეს კიბოს ხილული ნიშნები (გვ. 356).



ჩამოშვებული ხელების პოზიცია

- დვრილების *დამახასიათებელი ნიშნები: ზომა და ფორმა, მიმართულება, გამონაყარი ან ნაღველი, ირიმე გამონადენი.*

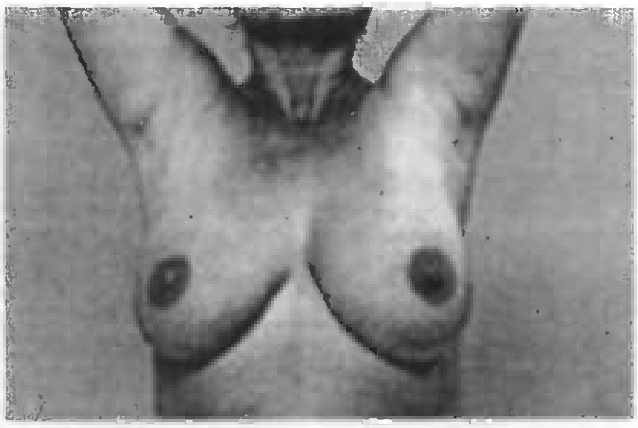
იმვიათად, დვრილის ფორმა *ჩანწეულია* ბაჯის ზედაპირის მიმართ. ის შეიძლება ფარავდეს ბაჯის ჯანის ნაწილს, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები. ხანგრძლივი ღრის განმავლობაში დვრილის ჩანწევა შეიძლება ნორმის ვარიანტი იყოს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც იქმნება პირობები ძეძეთი ჯვების ღრის.



დვრილების მიმართულების ასიმეტრია ქვემდებარე კიბოზე მიუთითებს. გამონაყარი ან ნაღველი – Paget-ის (პეჯეტის) დაავადებაზე (იხ.გვ 356).

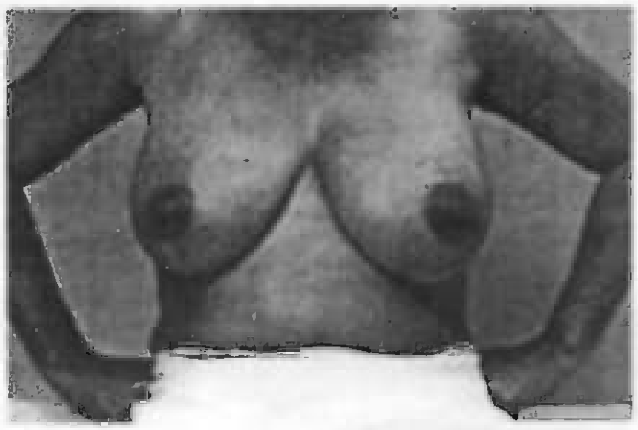
დვრილის ახლად განვითარებული გადასწორება ან ჩანწევა დვრილის ჰეტარქსიაზე მიუთითებს. ჰეტარქსიული დვრილი შეიძლება იყოს გაფართოვებული და გასქელებული, რაც ქვემდებარე კიბოზე მიუთითებს.

მკლავების თავზე დაწყობის, მკლავების თეძოებზე დადებისა და ბანზე ბანევის პოზიციები. ჩაღრმავების ან გადასწორების დადგენისთვის, რაც შეიძლება ერთი შეხედვით არ ჩანდეს, სთხოვეთ ავადმყოფს ხელები ჯერ თავზე დაიწყოს, შემდეგ თეძოებზე, რათა შეიკუმშოს მკერდის ჯნეები. თითოეულ პოზიციაში ყურადღებით შეამოწმეთ ძეძეების კონტურები. თუ ძეძეები დიდი ზომისაა და ჩამოკიდებული, უკეთესი იქნება, თუ ავადმყოფი ფეხზე დადგება, წინ გადმოიხრება და დაეყრდნობა საყრდის ზურგს ან ექიმის ხელებს.



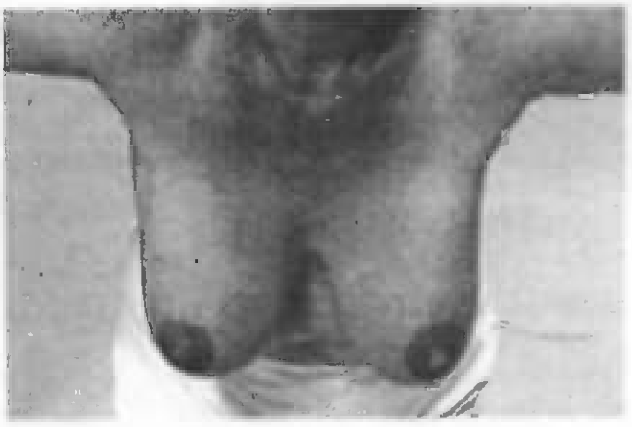
მკლავების თავზე დაწყობა

ამ პოზიციაში ძუძუს ჩაღრმავება ან ჰეტიაქცია ქვეშმდებარე ჯიბოზე მიუთითებს. ხოლესაც ჯიბო ან მასთან დაკავშირებული ფიბროზული ქიმები ეხება კანს და მკერდის კუნთის ფასციას, კუნთის შეკუმშვა იწვევს კანის ჩაწევას, რაც წარმოქმნის ძუძუს ჩაღრმავებას.



მკლავების ნელზე დაწყობა

იშვიათად, ეს ნიშნები შეიძლება დაკავშირებული იყოს კეთილთვისებიან ჰიპერპლაზიან, ჰიპერპლაზია ცხიმის ჰიპერტროფიული ნაჭოზი ან ძუძუს სადინარის ექტაზია, მაგრამ ყოველთვის საჭიროა მემდგომის გამოკვლევების ჩატარება.



მკლავების ბანზე ბანევა

ამ პოზიციაში შეიძლება გამოვლინდეს ძუძუების ან დვრილების ასიმეტრია, რაც ჩვეულებრივი დათვალიერებისას ჩანდა. დვრილის და ბაჯის ჰეტიაქცია ქვეშმდებარე ჯიბოზე მიუთითებს. იხ. ცხრილი 9-1. ძუძუს ჯიბოს ხილული ნიშნები (გვ. 356).

პალპაცია

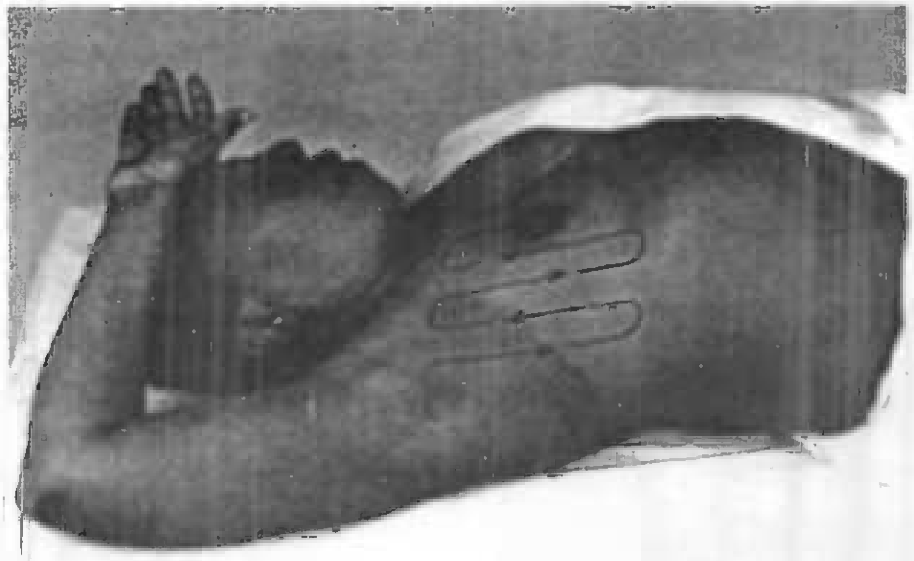
სპეციალური ჩვენებები. ძუძუს ჯანის გადასწორების დროს გამოკვლევის საუკეთესო მეთოდია პალპაცია. ამ დროს ავადმყოფი ზურგზე უნდა იწვეს. ოთკუთხედი უბნების პალპაცია ხორციელდება ღავიწიდან ძუძუს ქვედა ხაზამდე, ანუ ღიფის ჯიღემდე, და მკერდის ძვლის შუა ხაზიდან უკანა აქსილარულ ხაზამდე; ასევე იღლიისკენ - ძუძუს ჯუჯის 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 ნიშული ან სოლისებური მოძრაობები. *ვერტიკალური ზოლის* სამუალება ძალიან ღირებული მეთოდია ძუძუს სიმაგრეების დასადგენად. ყოველ სავიზიტო ჩანთაში გასინჯეთ *მცირე ზომის წრიული უბნები*, საჭიროებისას გამოიყენეთ მსუბუქი, სამუალო ან ძლიერი ზეწოლა. დიდი ზომის ძუძუს დროს ღრმა ქსოვილების გამოკვლევისთვის დაგჭირებათ ძლიერი ზეწოლა. გამოკვლევის დროს უნდა ჩაატაროთ სავიზიტო ძუძუს, პერიფერიული უბნების, ჯუჯის და იღლიის ფოსოს პალპაცია.

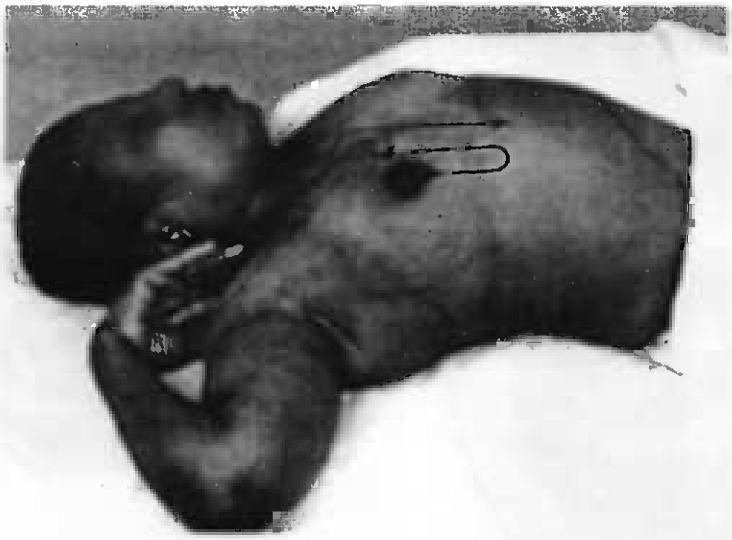
ძუძუზე ძლიერი ზეწოლის დროს ან შეგეშალოთ ნეკნები ძუძუს გამკვრივებაში.

- *ძუძუს ლატერალური ნაწილის* გამოკვლევისთვის, ავადმყოფს სთხოვეთ გადაბრუნდეს საპირისპირო მხარეს, ხელი შუბლზე დაიდოს და მხრით ანვებოდეს საწოლს. 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. როდესაც გასცდებით დკვირს, გადმოაბრუნეთ ავადმყოფი, რათა გასწორდეს ძუძუს medialური მხარე.

ძუძუს ჯუჯის არეში ჯვანძების არსებობა ზოგჯერ შეცდომით იღლიის გადიდებულ ლიმფურ ჯვანძად შეიძლება ჩაითვალოს (და პირიქით).



- ძუძუს *medialური უბნის* გამოკვლევისთვის, ავადმყოფი დაანვინეთ ისე, რომ მხრები ედებოდეს საწოლს, ხელი დაიდოს მხარზე და იდაყვი ანიოს მხრის დონემდე. პალპაცია ჩაატარეთ სწორ ხაზზე ქვევითკენ დკვირიდან ღიფის ჯიღემდე, შემდეგ უკან ღავიწამდე და ასე გააგრძელეთ მკერდის ძვლის შუა ხაზამდე.



ძუძუს ქსოვილი ყურადღებით გამოიკვლიეთ შემდეგი დანიშნულებით:

- *ქსოვილების კონსისტენცია.* ნორმალური კონსისტენცია ფართოდ ცვალებადობს, რაც დამოკიდებულია შედარებით მკვრივი ჯირკვლოვანი ქსოვილის და ხშირი ცხიმოვანი ქსოვილის თანაფარდობაზე. ძუძუს ქვედა კიდესთან შეიძლება იყოს კომპრესიული ქსოვილის მკვრივი განივი ზოლი, განსაკუთრებით დიდი ზომის ძუძუს შემთხვევაში. ეს ძუძუს შიდა ნორმალური სიმაგრეა და არა სიმსივნე.

  მკაძნობიარე ჭიმები მიუთითებს *ძუძუს სადინრის გაფართოვებაზე*. ეს არის ჯეთიდთვისებიანი. მაგრამ ზოგჯერ მტკივნეული გაფართოვება, რომლის გარშემო ანთებითი ჰიპერემია, ხანდახან ახლავს სიმაგრეს.

- *მტკივნეულობა.* ჩვეულებრივ მენსტრუაციის წინა პერიოდში.

- *ჯვანძები.* ყურადღებით გაატარეთ პალპაცია, რათა ნახოთ არიმე სიმაგრე, რომელიც ხარისხობრივად განსხვავდება ან უფრო დიდი ზომისაა, ვიდრე ძუძუს ქსოვილში უკვე არსებული სიმაგრეები. ზოგჯერ მას დომინანტურ 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.

მდებარეობა – ჯვარედინებში საათების მიხედვით და დვრილის მიმართ სმ-ით.

ზომა – სანტიმეტრებში

ფორმა – მრგვალი ან ბუშტისებრი, დისკისებური ან უსწორმასწორო კონტურით

კონსისტენცია – ხშირი, მკვრივი ან მაგარი

შემოფარგვლა – კარგად შემოსაზღვრულია თუ არა

მტკივნეულობა

მოძრაობა – კანის, გულ-მკერდის ფასციის და კედლის მიმართ. ნაზად გაამოძრავეთ ძუძუ სიმაგრის ირგვლივ და დააკვირდით ჩარჩომავებას.

მაგარი, არასწორი, ცუდად შემოსაზღვრული ჯვანძები, რომლებიც ფიქსირებულია კანთან ან ქვეშმდებარე ქსოვილებთან, ყიბოს მაჩვენებელია.

კისტები, ანთებითი უბნები; ზოგიერთი სახის ყიბო შეიძლება მგრძნობიარე იყოს.



ამის შემდეგ ნახეთ, თავისით თუ იმოძრავებს სიმაგრე, ხოლოსაც ავადმყოფი მოადუნებს მკლავებს და შემდეგ ხელებს თეძოებზე დაიწყობს.

მოძრავი სიმაგრე, ხომელიც მკლავების მოდუნების შემდეგ ფიქსირებული ხდება, დაკავშირებულია ნეკნებთან და ნეკნთაშუა ჯგნთებთან. თუ სიმაგრეები ფიქსირებული ხდებიან თეძოებზე ხელების დაწყობისას, ისინი უკავშირდება გენმკერდის ფასციას.

დვრილი. ჩაატარეთ ოთივე დვრილის პალპაცია და დააკვირდით მათ ელასტიურობას.

დვრილის გასქელება და ელასტიურობის დაკარგვა მიუთითებს ქვემდებარე ქსიბოზე.

მამაკაცის სარძევე ჯირკვალი

მამაკაცის სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა ხანმოკლეა, მაგრამ მნიშვნელოვანი. *დაათვალიერეთ დვრილი და ბაკი,* არის თუ არა სიმაგრე, შეშუპება და წყლული. *ჩაატარეთ ბაკის და სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის პალპაცია* კვანძების სანახავად. თუ სარძევე ჯირკვალი გადიდებულია, დაადგინეთ, ეს გამონაყარია სიმსუქნით და ცხიმოვანი ქსოვილის სიჭარბით, თუ ჯირკვლოვანი ქსოვილის მკვრივი დისკის გადიდებით, რასაც *გინეკომასტია* ეწოდება.

გინეკომასტია ვითარდება ესტროგენების და ანდროგენების თანაფარდობის დარღვევის დროს, ზოგჯერ ნამლების ზემოქმედებით. მაგალითად, **არასწორი,** უსულგულო ან დაწყლულებული კვანძი გინეკომასტია **არ** არის და იგი ძუძუს ქსიბოზე 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.

საფუღე ჯირკვლების ინფექცია *(ჩირქოვანი ჰიდრადენიტი)*.

ძლიერი პიგმენტაცია. ხავერდისებური კანი მიუთითებს *აკანთოზურ ნაცრისფერ დერმატოზზე* – 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 დააღებინეთ იღლიის ფოსოს, სადაც შეიძლება ზევით. ეს შეიძლება ავადმყოფისთვის დისკომფორტის გამომწვევი იყოს. თითები უნდა დააღოთ მკერდის კუნთის წინ ღრუნწეს ხაზზე. შემდეგ ხელი დააჭირეთ გულმკერდის ხედის გასწვრივ და ჩამოაცურეთ ქვემოთ, ეცადეთ შეიგრძნოთ ცენტრალური კვანძები გულმკერდის ხედის გასწვრივ. ყველაზე ხშირად შესაძლებელია იღლიის ლიმფური კვანძების პალპაცია. ხშირად ისინჯება ერთი ან მეტი ხბილი, მცირე ზომის (<1 სმ) უმტკივნეულო კვანძი.

იღლიის კვანძები შეიძლება გაიდიდეს ხელის და მკლავის ინფექციის შედეგად. ახლო ნასროლში 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 ნიშნებზე მიუთითებს.

მარჯვენა იღლიის ფოსო გასინჯეთ მარცხენა ხელით

თუ ცენტრალური კვანძი დიდია, მკვრივი ან მგრძნობიარე, ან თუ ვარაუდობთ ამ კვანძის სადრენაჟო ბების დაზიანებას, გასინჯეთ იღლიის ფოსოს სხვა ჯგუფის ლიმფური კვანძები:

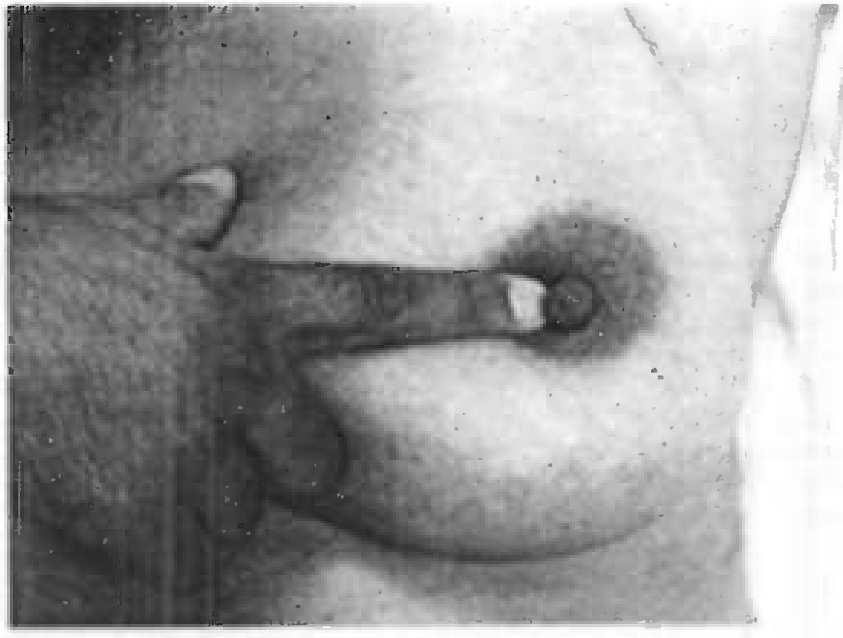
- *გულმკერდის კვანძები* – მოიცავით იღლიის ფოსო ცერით და დანარჩენი თითებით და თითებით პალპაცია ჩაატარეთ მკერდის კუნთის შიგნითა კიდესთან.
- *ცენტრალური კვანძები* – იღლიის ზედა ნაწილში, გასინჯეთ მხრის ძვლის ზედა ნაწილის გასწვრივ.
- *ბეჭქვეშა კვანძები* – დადეჭით ავადმყოფის უკან და თითებით გასინჯეთ კუნთის შიგნით უკანა აქსილარული ხაზზე.

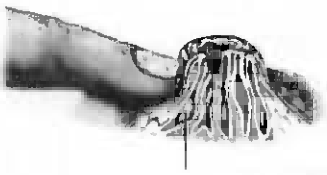
ასევე გასინჯეთ ღრუნწეშა და ღრუნწზედა კვანძები.



ბანსაჯეთხებული მეთოდები

დვხიდიდან სპონტანური გამონაღენის შეფასება. თუ ავადმყოფი ანამნეზში დვხიდიდან სპონტანური გამონაღენის ახსებობას აღნიშნავს, დაადგინეთ მისი ხასიათი. ამისთვის თითები დადეთ დვხიდის გახშემო და საჩვენებელი თითი დააჭიხეთ ბაჯს. დაავხიდით გამონაღენის ახსებობას ბაჯის ხომელიმე სადინახიდან. დაადგინეთ ფეხი, ჯონსისტენცია, ხაოდენობა და ზესტი ღოჯაღიზაცია.





ეხძეო ცაღმხხივი გამონაღენი მიუთითებს ძეძეს ადგიღობხივ დაავაღებაზე. დაზიანება ხშირად ჯეთიღთვისებიანია, მაგხამ შეიძღება ავთვისებიანიც იყოს, გასაჯეთხებით ასაკოვან ქაღებში. ზემოთ ნაჩვენებია სადინხის ჯეთიღთვისებიანი პაპიღომა თავის ხვეღ ბაჯის ქვეშა ღოჯაღიზაციით. სადინხის გაღებისას დააჯვიხით სისხღის ნვეთის გამოსვღას.

მასტექტომიის შემდგომ პერიოდში პაციენტის გამოკვლევა. მასტექტომიის ხატხების შემდეგ ქაღს განსაჯეთხებული ყუხადღება ესაქიხოება. დაათვაღიეხეთ ოპეხაციის შემდგომი ნაწიბუხი და იღღიის ფოსოში ხაიმე სიმაგხის ან ჯვანძის ახსებობა. დაადგინეთ შესვღიღია თუ ახა ფეხი და ახის თუ ახა ანთების ნიშნები. იღღიის ფოსოში და მკღავის ახეში შეიძღება იყოს ღიმფეხი შეშეპება ოპეხაციის შემდეგ ღიმფეხი დენაჟის გაეახესების გამო. ფიხთხიღად ხაატახეთ ნანიბუხის პაღპაცია – ჯანი ამ ადგიღას შეიძღება უკვეღოდ მგიძნობიახე იყოს. ოხი ან სამი თითით გააჯეთეთ ნხიეღი მოძხაობა. განსაჯეთხებული ყუხადხება მიაქციეთ ზედა გახეთა ჯვადხანტს და იღღიას. ნახეთ, ახის თუ ახა გადიდებული ღიმფეხი ჯვანძები, ანთების და ინფექციის ნიშნები.

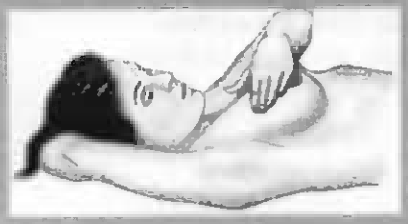
ასევე მნიშვნეღოვანია ყუხადღებით ხაატახოთ ძეძეს ქსოვიღის და განაკვეთის ხაზების პაღპაცია ძეძეს აწევის ან ხეკონსტხუქციის შემდეგ.

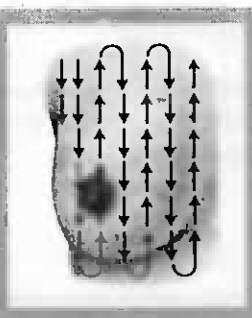
სახიძვე კიხკვღის თვითბასინჯვის ინსტხუქცია. კაბინეტში ან ჰოსპიტაღში ვიზიტი საეჯეთესო დხოა იმისთვის, **ხომ** ასწავღოთ პაციენტს, თუ ხოგოხ ხაატახოს სახიძვე კიხკვღის თვითგასინჯვა. ძეძეს სიმაგხეების ემხავღესობის აღმოხენა ხდება თვითგასინჯვის შედეგად. თემცა თვითგასინჯვა ახ ამციხებს ძეძეს კიბოთი სიკვდიღობას, ყოვეღთვიხი თვითგასინჯვა იაფია, ხეღს ენყობს კანმხთეღობის დაცვას და თვითკონტხოღს. ძეძეს კიბოს აღმხეული დადგენისთვის სახიძვე კიხკვღის თვითგასინჯვა ყვეღაზე გამოსადეგი მეთოდია ექიმის ხეგეღახეღ გამოკვლევასა და მამოგხაფიასთან ერთად. მისი ხატახება ეჯეთესია მენსტვაციის დამთავხების შემდეგ, ხოდესაც ძეძეს ქსოვიღის ჰოხმონით სტიმუღაცია დაბაღია.

გამკვხივება, ჯვანძების ფოხმირება, ასევე, სვღიღებები **ფეხის** მხხივ, ან ანთება, მკერდის კიბოს ხეციდივზე მიუთითებს.

გასინჯვის მეთოდიკა

მუცელზე წოლის პოზიცია





1. დანექით და ბალიში ამოიდეთ მარჯვენა მხრის ქვემ. მარჯვენა მკლავი თავქვემ ამოიდეთ.
2. მარცხენა ხელის სამი თითის ბალიშებით მოისინჯეთ მარჯვენა ძუძე. თითის ბალიშები არის თითის ბოლო მესამედი.
3. დაანექით საკმაოდ ძლიერად, რათა ჯარგად შეიგრძნოთ თქვენი მკერდი. ძუძეს ქვედა კიდეებთან მკვრივი ხოლის არსებობა ნორმალურია. თუ არ იცით, რა ძალით დაანვეთ მკერდს, დაელაპარაკეთ თქვენს ექიმს ან ეცადეთ გაიმეოროთ ისე, როგორც ამას თქვენი ექიმი ან ექთანი აკეთებს.
4. ზენოლა განახორციელეთ ზემოთ-ქვემოთ მიმართულებით "სნორ" ხაზებზე. ასევე შეგიძლიათ გამოიყენოთ წრიული ან სოლისებური მოძრაობები ყოველი გასინჯვისას. შეამოწმეთ ძუძუს უბნები და დარწმუნდით, რომ შეიგრძნობთ თვალან თვემდე.
5. იგივე გაიმეორეთ მარცხენა ძუძეს გასინჯვისას.
6. თუ იპოვნით რაიმე სიმაგრეს ან ჯანის ცვლილებას, მაშინვე მიმართეთ ექიმს.

ფეხზე დგომის პოზიცია





1. ორივე ძუძუს გასინჯვა გაიმეორეთ 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 შეგიძლიათ მხარის მილების დროს. საკნიანი ხელებით უფრო ადვილია სარძევე ჯირკვლის შეგრძნება, ვიდრე სველი ჯანის ქვემ ჯირკვალი უფრო სრიალა ხდება.
2. მკერდის შემოწმება შეგიძლიათ სარკის წინაც დაკვირდით, რომ არ არის რაიმე ცვლილება ძუძუს მესახელობაში, როგორიცაა ჯანის ჩაღრმავება, დგარის ცვლილება, სინითლე ან შეშუპება.
3. თუ აღმოაჩენთ რაიმე სიმაგრეს ან ჯანის ცვლილებას, მაშინვე მიმართეთ ექიმს.

მონოდებულია ამერიკის კიბოს საზოგადოების მიერ. მოპოვება შესაძლებელია: www.cancer.org. Accessed November 17, 2004.

III თქვენი მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ მონაცემების ჩასანერად ჯერ შეგიძლიათ ნინადადებები გამოიყენოთ, მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი სტილი შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ჩანანერებში.

ძუძუს კიბოსი გამოკვლევის მონაცემების ჩანერა – სახიფათო ჯიშები და ციტირების ფორმები.

"სახიფათო ჯიშები სიმეტრიულია, გამჭვირვალების გარეშე. ლეკრილებან გამონაფენი არ აღინიშნება." (ციტირების ფორმით აღნერილია მოცემული თავში ჯიშური შემდეგ განაკვეთში: ციმფური ჯვანძები, გვ. 203)

ან

"სახიფათო ჯიშები ჩამოყალიბებულია ციფრული ფიბროზულ-ჯისტოზური ცვლილებებით. მახვენა სახიფათო ჯიშებში აღინიშნება ერთი ცალი მკვრივი 1×1 სმ ზომის წარმონაქმნი, მოძრავი და უმტკივნეული. ზემოდან აქვს ფორთოხლის ქერქის მსახელობა, მდებარეობს ზედა გარეთა კვადრანტში 11 სთ.-ზე."

მიუთითებს ძუძუს სავარაუდო ჯიბოზე.

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.utdal.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. Contessa G, Mauriesse 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. utdal.com. Accessed November 4, 2004.
9: Clemens M, Gass 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 con-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: Princi-ples & 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.

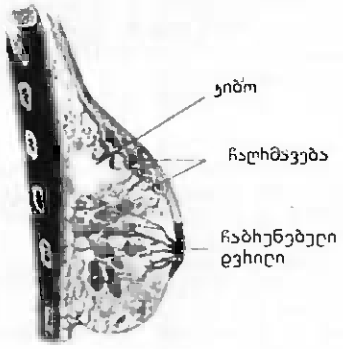
Kudva YC, Reynolds C, O'Brien TO, et al. "Diabetic mastopa-thy," or sclerosing lymphocytic lobulitis, is strongly associat-ed with type 1 diabetes. Diabetes Care 25(1):121-126, 2002.

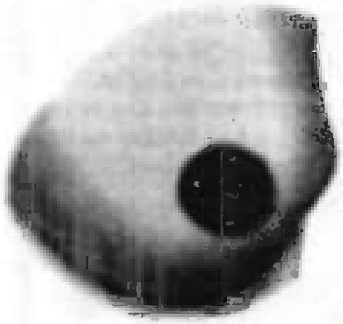
Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, et al. Impacting cultural at-titudes in African-American women to decrease breast cancer mortality. Am J Surg 184(5):418-423, 2002.

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 ხიჭვები წარმონაქმნები





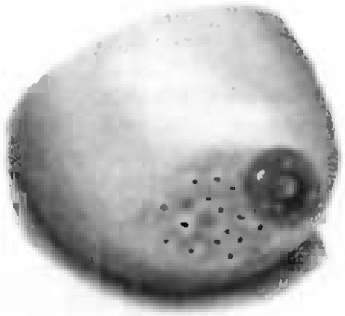
ჰეტრაქციის ნიშნები

თუ ძუძუს ჯიბო მოხსნასულია, ინვევს ფიბროზის განვითარებას (ნაწიბურისოვანი ქსოვილი). ქსოვილის დამოკლება ინვევს ჩალრმავებას, ჯონტუჩის შეცვლას და დვრილის ჰეტრაქციას ან გადანვევას. ჰეტრაქციის სხვა მიზეზებია ცხიმოვანი ქსოვილის ნეკროზი და დვრილის სადინარის გაფართოება.



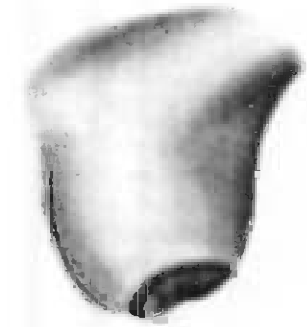
ჯანის ჩალრმავება

ამ ნიშანს დაკვირდით, როდესაც ავადმყოფს მკლავები ჩამოშვებული აქვს და ამოძრავებთ ან ანვებით ძუძუს ისე, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები.



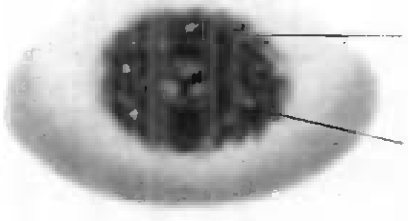
ჯანის შეშუპება

ჯანის შეშუპება ვითარდება ლიმფის შეგუბების გამო. ის ვლინდება, როგორც ჯანის გასქელება და ფოხების გადიდება – ე.წ. ფოხთოხლის ქერქის ნიშანი. ყველაზე ხშირად ის ვითარდება ძუძუს ან ბაყის ქვედა ნაწილებში.



დვრილის ჩაბრუნება და გადანვევა

ჰეტრაქციული დვრილი გადასწორებულია ან ჩაზნექილია, როგორც აქ არის ნაჩვენები. ის ასევე შეიძლება იყოს გაფართოებული და გასქელებული. როდესაც ჩაზნექვა ასიმეტრიულია, დვრილი შეიძლება გადანეული იყოს სხვადასხვა მიმართულებით, ტიპიურია ქვეშდებარე სიმსივნისთვის.



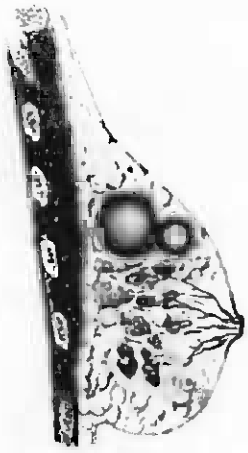
დვრილის **Paget**-ის (პეჯეტის) დაავადება

ეს არის ძუძუს ჯიბოს იშვიათი ფორმა, რომელიც, ჩვეულებრივ, იწყება ანეკსვლით, ეგზემის მსგავსი დაზიანებით. ჯანი შეიძლება იყოს სველი, ქერქით დაფარული ან ეროზიული. შეიძლება ნახოთ სიმაგრე. დვრილის ან ბაყის არეში გახანგრძლივებული დეშმატიტის შემთხვევაში იფიქრეთ პეჯეტის დაავადება.

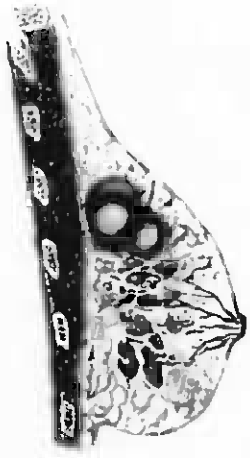
საძუძვე ჯირკვლების გავრცელებული სიმსივნეები

ძუძუს სიმსივნეების სამი ყველაზე ხშირი ფორმაა *ფიბროადენომა* (ჯვთიღთვისებიანი სიმსივნე), *კისტა* და *ძუძუს კიბო*. ქვემოთ მოყვანილია ამ სამი ფორმის სიმსივნის ღირებული მახასიათებლები. თუმცა, ძუძუს ზოგიერთი სიმსივნე ყურადღებით 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 ნაზომნაქმნი*, რომელიც სურათზე არ არის ნაჩვენები, ხშირად შეგრძნობა, როგორც ჯვანძოვანი, თოკისებური სიმაგრე 25-50 ნლის ქალებში. ის შეიძლება იყოს მგრძნობიარე, ან მტკივნეული. ფიბროცისტა ჯვთიღთვისებიანი სიმსივნეა და ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორად არ ითვლება.

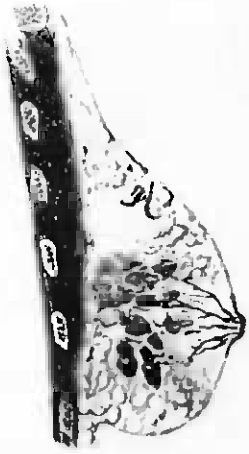
ფიბროადენომა



კისტა



კიბო



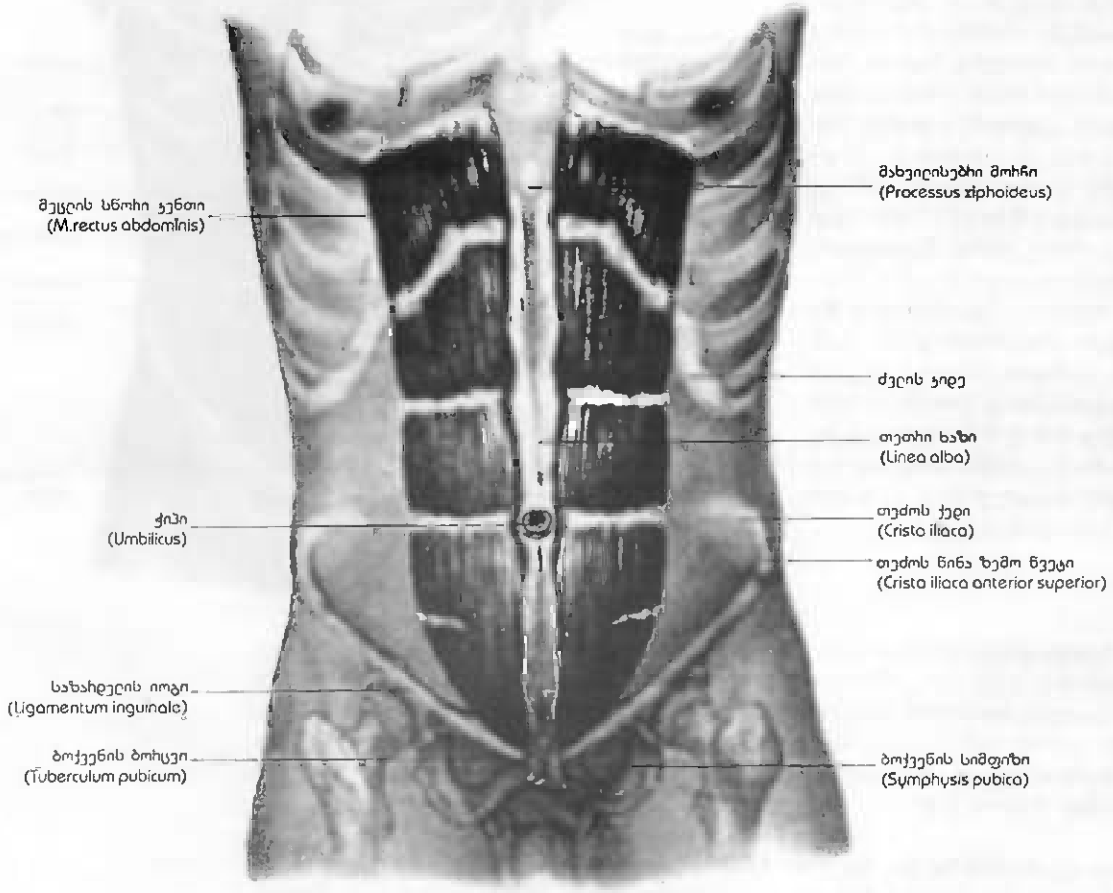
ჩვეული ასაკი	15-25, ჩვეულებრივ პუბერტული და ადრეგახდა ასაკი, მაგრამ შეიძლება იყოს 55 წ ზევით	30-50, მენოპაუზის შემდეგ სიხშირე მცირდება, გარდა ესტროგენებით მკურნალობის შემთხვევისა	30-90 ყველაზე ხშირია თუმცა ყველაზე გავრცელებულია 50 ნლის ასაკში და ზემოთ
ადგილობა	ჩვეულებრივ 1, შეიძლება ადგილობრივ	ერთი ან ადგილობრივ	როგორც წესი, ჯენტი, თუმცა მარცვალი მთგანი სხვა ჯვანძებთან ერთადაც გვხვდება
ფორმა	შრგვალი, დისკის ფორმის ან ნიღოვანი	მრგვალი	არასწორი ან ვარსკვლავის ფორმის
კონსისტენცია	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
ჩარჩენების ნიშნები	არ არის	არ არის	როგორც ზემოთ

მუცელი

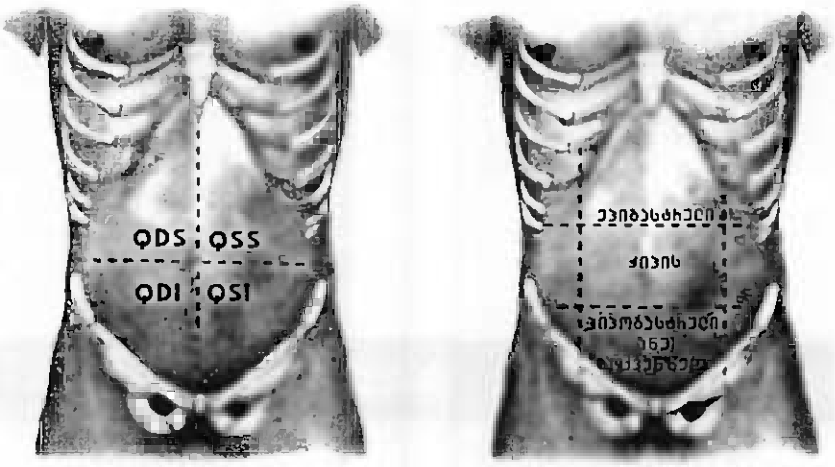
10

ანატომია და ფიზიოლოგია

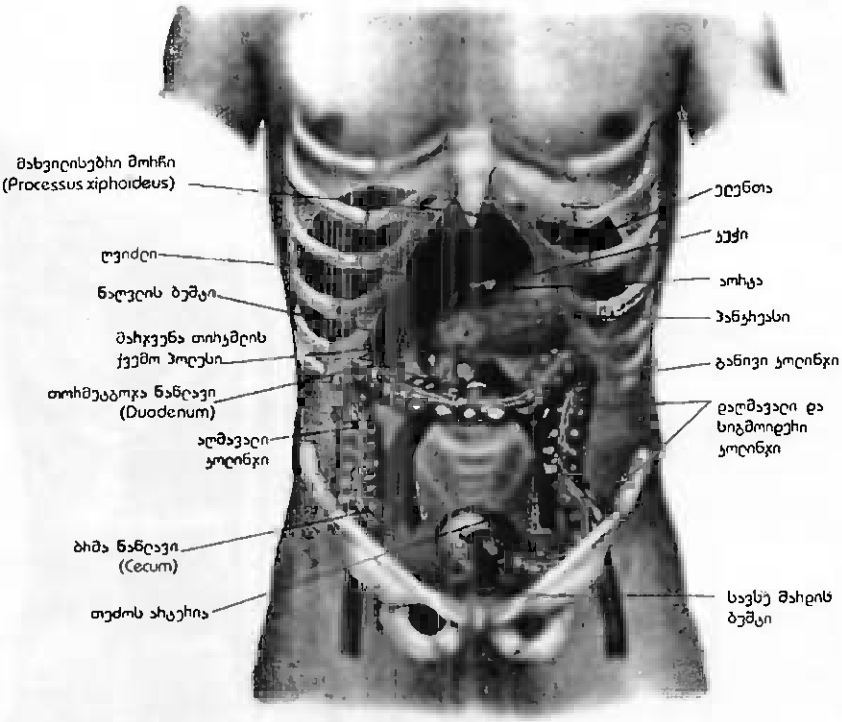
დაათვალიერეთ ან ჩაატარეთ მუცლის ჯედლის და მენჯის ძვლების პალპაცია, ჩოგორც სუ-ხათხეა ნაჩვენები. მუცლის სწორი კუნთი უკეთ ისახება, ჩოდესაც მწოლიარე პოზიციაში პაციენტი ნამონევს თავს და ფეხებს.



ალნეთისთვის მუცელს ყოფენ ნახმოსახვითი სახებით, ჰომლებიც იყვეთება ჭივის ახეში მახჯვენა ზედა და ქვედ: (Quadrantes dextra superior et inferior) და მახცხენა ზედა და ქვედა (Quadrantes sinistra superior et inferior) ჯვაღხანტებად. ახსებობს მუცლის 9 ნანიღად დაყოფის მეთოდიც. მათგან სამი ნანიღის დასახელებებია: ეპიგასტრიუმის ახე, ჭივის ახე და ჰიპოგასტრიუმის ან სიმფიზის ზედა ახე.



მუცლის გამოკვლევისას, თქვენ შეგიძლიათ შეიგრძნოთ ხამოდენიმე ნოხმაღუხრსტრუქტურა. სიგმოიდური *ჯოლინჯი*, ჩვეულებრივ, ისინჯება, როგორც მკვრივი ნვრილი მილი მახცხენა ქვედა ჯვაღხანტში, ხოლო მახჯვენა ქვედა ჯვაღხანტში შეიძლება გასინჯოთ ხბილი ფახთო მილი, ხომელსაც ქმნის ბხმა ნანღავი და ასნვხივი ჯოლინჯის ნანილი. ასევე შესაძლებელია განივი და დასნვხივი ჯოლინჯის ჰაეჰაცია. ახსეხთი ეს სტრუქტურა ახ უნდა შეგეშალოთ სიმსივნეში. ნოხმაღუხი *ღვიძლი* ხშირად გამოდის მახჯვენა ნეჯნთა ჩაღის ქვემოთ, მაგრამ ხბილი ჯონსისტენციის გამო მუცლის ჯედლიდან ღვიძლის ჰაეჰაცია ვერ ხეხდება. ღვიძლის ქვედა საზღვრის ანუ ჯილის ჰაეჰაცია ხშირად შესაძლებელია. ასევე მახჯვენა ზემო ჯვაღხანტში, ჩვეულებრივ, ღრმად მდებარეობს მახჯვენა თირკმლის ქვედა პოლუსი. იშვიათად, მისი ჰაეჰაცია შესაძლებელია მუცლის კუნთების მოდუნების დროს, განსაკუთრებით, გამხდარ პირებში. *მუცლის ხორცის* ჰელპაცია ხშირად მორჩნს და მისი ჰაეჰაცია, ჩვეულებრივ, შესაძლებელია მუცლის ზედა ნანილში, მაშინ, ხდესაც ქვედა ჯვაღხანტში შესაძლებელია *ნანღავის ჩიტკების* ჰელპაციის ნახვა.



მუცლის ღრმა ზედით ვრცელდება ნეჯნების ქვემ დიაფრაგმის გუმბათამდე. ასეთ დაცულ მდებარეობაში ჰაეჰაციისას ხელი შეიგრძნობს ღვიძლის უმეტეს ნანილს, კუჭს და ელენთას. ელენთა მდებარეობს დიაფრაგმის სანინააღმდეგოდ მე-9, მე-10 და მე-11 ნეჯნების გასნვხივ მახცხენა ღავიწურა ხაზის ოდნავ უკან. იგი კუჭის ღატეხალუხად და უკან მდებარეობს ზუსტად მახცხენა თირკმლის ზევით. მოზრდილთა მცირე ნანილს ესინჯება ნოხმაღუხი ელენთის ნვრილ მახცხენა ნეჯნთა ჩაღის ქვემ.

უმეტეს შემთხვევაში ნოხმაღუხი *ნაღვლის ბუშტი* ღვიძლის სიღრმეში მდებარეობს და მისი გასინჯვა ვერ ხეხდება. *12-გოჯა ნანღავი და პანკრეასი*, ასევე, ღრმად მდებარეობს მუცლის ზედა ნანილში, სადაც ნოხმაღუხად მათი ჰაეჰაცია შეუძლებელია.

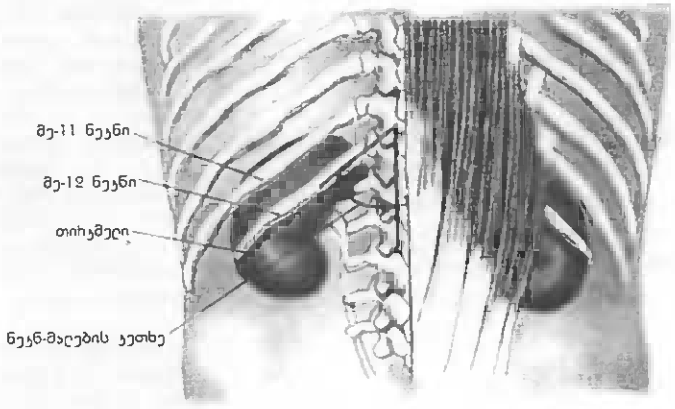
გაბეჭილი *მახრის ბუშტის* პაპპასია შეიძლება სიმფიზის ზევით. მახრის ბუშტი აგროვებს დაახლოებით 300 მლ მახრს, რომელიც თირკმლებში ფილტრაციის შედეგად ხვდება თირკმლის მენჯში და მახრსადენებში. მახრის ბუშტის გაჭიმვა ინვევს ბუშტის გლევი ჯუნთების შეკუმშვის სტიმულაციას. *მახრის ბუშტის დამცლელი ჯუნთის* შეკუმშვა უფრო დაბალ ნნევაზე ხდება. მახრის ბუშტში ნნევის მომატება ინვევს დაცლის სეხვილის შეგრძნებას.

მახრსადენში ნნევის მომატება მახრის ბუშტში ნნევის მომატების შედეგია და იცავს მახრის შეკავებლობისგან. მახრსადენში ნნევა დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორზე, როგორიცაა მახრსადენის შიგნითა სფინქტერის გლევი ჯუნთის ტონუსი, მახრსადენის ღრინოვანი გახსნის სისქე და ქალებში მახრის ბუშტის და მახრსადენის ჰორქსიმალური ნანილის მენჯის ჯუნთებით და მყესებით საკმარისი ფიქსაცია, რათა შენარჩუნებული იყოს ნორმალური ანატომიური უთიერთობები. მახრსადენის განივზოლიანი ჯუნთები ასევე მონანილეობენ შეკუმშვაში, რათა გააჩერონ ბუშტის დაცლა.

მახრის ბუშტის ფუნქციების ნეირორეგულაციური კონტროლი სხვადასხვა დონეზე ხდება. ახალშობილებში ბუშტი იცლება გავის სპინალური ქორდის რეფლექსური მექანიზმით. მახრის ბუშტზე ნებითი კონტროლი დამოკიდებულია თავის ტვინის ცენტრებზე და მოტორულ და სენსორულ გამტარებლობაზე თავის ტვინსა და გავის სპინალურ ქორდას შორის. ორდესაც დაცლა მოუხერხებელია, თავის ტვინის უმაღლესი ცენტრები თრგუნავენ მახრის ბუშტის დამცლელი ჯუნთის შეკუმშვას ბუშტის მოცულობით მესაძლებლობამდე, დაახლოებით 400-500 მლ-მდე. ბუშტის ინერვაციაში ნელის ნერვების მონანილეობის შემონმება შეიძლება პერიფერული მორისის მგრძნობელობის შეფასებით S_2 S_3 და S_4 სეგმენტებში.

ზოგჯერ შესაძლებელია მუცლის ქვედა ნანილში სხვა ორგანოების პაპპასია, 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 ისნავლით, მისი მკვრივი ქსოვილი შეიძლება სიმსივნეში შეგეშალოთ. მეორე მკვრივი სტრუქტურა, რომელიც შეიძლება ასევე შეგეშალოთ სიმსივნეში, არის ნორმალური *მახვილისებური მორჩი.*

თირკმლები უკან მდებარეობს. მათ ზედა ნანილებს ფარავს ნეკნები. *ნეკნ-მალების კუთხე* არის კუთხე, რომელსაც ქმნის მე-12 ნეკნის ქვედა კიდე და ნელის ზედა მალის განივი მორჩი. ამ უბანში შესაძლებელია თირკმლების მგრძნობელობის შეფასება.



უკანა ხედი

ანამნეზი

ხშირი ან ბანსახილველი სიმპტომები

ჯეჭ-ნანლავის დაჩლევები	სამაჩე სისტემის დაჩლევები
• დისპეპსიური მოვლენები ან უმადობა	• ტკივილი ბოქვენის ზევით
• გულისრევა, ჰიჩლებინება ან სისხლიანი ღებინება	• დიზუჩია, სისშიჩე ან დაცლის უეცარი სუჩვილი
• ტკივილი მუცლის აჩეში	• ნვეთებით მაჩდვა, მაჩდის ნაჯადის შემცჩეება მამაჯაცებში
• დისფაგია და ხან ოდინოფაგია	• ჰოლიუჩია ან ნიქტუჩია
• ნანლავთა ფუნქციის დაჩლევა	• მაჩდის შეუკავებლობა
• ყაბზობა ან ფაღაჩათი	• ჰემატუჩია
• სიყვითლე	• თიჩკმლების ან გვეჩდის ტკივილი
	• მაჩდსანვეთის ჯოლიკა

ჯლინიკეს ჰაქტიკაში შეიძლება შეხვდეთ **ჯეჭ-ნანლავის და** სამაჩე სისტემებთან დაკავშიჩებულ მიავადფეჩოვან ჩივილებს. **ყუჩადღებით** ჩატაჩებული გამოკითხვა ხშიჩად მიგანიშნებთ გამომნვევ დაჩლევებზე. ამ განაკვეთში აღნეჩილია ისეთი მოვლენები, ჩოგოჩიცაა *დისპეფსიური მოვლენები, უმადობა, გულისრევა, ჰიჩლებინება, სისხლიანი ღებინება, მუცლის ტკივილი, დისფაგია ან ოდინოფაგია, ნანლავთა ფუნქციის ცვლილებები, ყაბზობა და ფაღაჩათი, სიყვითლე*. აქვე მოცემული სამაჩე სისტემის დაჩლევების ანამნეზური მონაცემები, ჩოგოჩიცაა, *ბოქვენის ზემოთ ტკივილი, დიზუჩია, მაჩდვის სისშიჩე, მაჩდზე გასვლის უეცარი სუჩვილი მამაკაცებში, წვეთებით მაჩდვა, მაჩდის ნაჯადის შემცჩეება მამაკაცებში, ჰოლიუჩია, ნიქტუჩია, შეუკავებლობა, ჰემატუჩია, თიჩკმლების ტკივილი და მაჩდსანვეთის ჯოლიკა*.

ჯეჭ-ნანლავის ტაქტი

დისპეპსია, უმადობა, გულისრევა, ჰიჩლებინება, სისხლიანი ღებინება.

"ჩოგოჩი *მადა* გაქვთ?" ჯაჭი საწყისი კითხვაა, ჩასაც შემდეგ მოჰყვება სხვა მნიშვნელოვანი შეკითხვები, ჩოგოჩიცაა *დისპეფსია (მონელებლობა), გულისრევა, ჰიჩლებინება* და *უმადობა*. პაციენტები ხშიჩად უჩივიან *დისპეფსიას (მონელებლობას)*, ეს **ახის** ხშიჩი ჩივილი, ჩაც გამოხატავს დისკომფოჩტს საკვების მიღების დჩოს, თუმცა ავადმყოფები ამ ტეჩმინით სხვადასხვა სიმპტომს გამოხატავენ. დაადგინეთ, ჩას გულისხმობს ამ ტეჩმინში თქვენი პაციენტი.

უმადობა, გულისრევა, ჰიჩლებინება ჯეჭ-ნანლავის ბევჩ დაჩლევას ახასიათებს; ასევე აღინიშნება ოჩსელობის, დიაბეტური ნეტოაციდოზის, თიჩკმლების უკმაჩისობის, ჰიპოპიტაღცემიის, ეჩემიის, ღვიძლის დაავადებების, ემოციური სტჩესის, ნამღების ბვეჩითი მოვლენების დასხვა მდგომაჩეობების დჩოს. ხელოვნუჩად გამოწვეული გულისრევის გაჩეშე აღინიშნება ჰიჩლებინება (ბულიმიის დჩოს)

მესაძლო მიზეზები მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილს:

- *გულძმაჩვა*, ანუ მკერდის ძვლის უკან წვის ან ცხელების შეგჩძნება, ჩომელიც შეიძლება ვჩცელდებოდეს ეპიგასტჩიუმიდან ყელისკენ. იგი, ჩვეულებჩივ, ნაჩმოჩქმნება საყლაპავში. თუ შეგჩძნება ხანგჩძლივი დჩოითაა ეპიგასტჩიუმის აჩეში,

გულძმაჩვა მიუთითებს ჯეჭის ნვენის ჩეფლექსზე საყლაპავში; ხშიჩად ინვევს დიდი ჩაოდენობით საკვების მიღება, ნოღა ან ნინ გადმოხჩა. ასევე აღკოჰოლის, ციტჩუსების ნვენის ან ასპიჩინის მიღება.

ბ ე ჭ ი ს ი ნ ა ხ ი ნ ა ხ ი ნ ა ხ

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 დაწყება 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 კონკრეტული 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 ნარმომქმნელი პროდუქტების მიღებასთან, ლაქტაზის დეფიციტთან და გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომთან.

- ნორმალური კარგენობის კაკვების მიღების შემდეგ ეპიგასტრიუმის არეში *სისავსის შეგრძნება* ან *ნაადრევი დანაყრება*, კაკვების მთლიანად მიღების შეუძლებლობა.

- *გულისრევა და პირღებინება*

- *ტკივილი მუცლის არეში*

განსახილველია დიაბეტური გასტროპარეზი, ანტიქოლინერგული პრეპარატების მიღება, ქუქის ქიმო; ნაადრევი დანაყრება ჰეპატიტის დროს.

ანორექსია არის მადის შემცირება ან გაქრობა. გარკვეთ, ანორექსია უკავშირდება გარკვეული კაკვების 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 კრუზმის 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. ნამლების გვერდითი მოვლენების და სხვა მდგომარეობების დროს. ხელოვნურად გამოწვეული ღებინება გულისრევის გარეშე აღინიშნება ბულიმიის დროს.

ზოგიერთ კლიენტს პირღებინების მაგივრად აღენიშნება ქუქის შიგთავსის ამოსვლა კაყლაპვში, რასაც *ხეგურგიტაცია* ეწოდება.

ხეგურგიტაცია შეიძლება განვითარდეს კაყლაპვის მევიწროვების ან სიმსივნის დროს; ასევე გასტროეზოფაგური სფინქტერის უკმარისობის დროს.

მოსთხოვეთ კავადმყოფს პირნაღები ან ხეგურგიტაციული მასა და დაათვალიერეთ. როგორი ფერისაა? როგორი სუნი აქვს? ხა ხარებობისაა? დააკვირდით, ხომ არ არის სისხლის მინარევი და თუ არის, რამდენი. ხარებობა შეიძლება განსაზღვროთ 1 ჩაის კოვზით, 2 ჩაის კოვზით, სავსე ქილით.

განავლის სუნის მიზეზია წვრილი ნაწლავის ობსტრუქცია ან ქუქ-კოლონკის ფისტულა.

ქუქის წვენი სუფთაა ან ღორხოვანი. მასში მცირე ხარებობით მოყვითალო-მომწვანო ფერის ნაღვლის წვენის არსებობა ნორმალურია და სპეციფიკური მნიშვნელობა არ აქვს. ყავისფერი ან მოშავო ფერის პირნაღები მასა, რომელსაც "ყავის ნაღექის" შესახედაობა აქვს, მიუთითებს ქუქის წვენში სისხლის შეკრევაზე. ყავის ნაღექის მსგავს ან ნითელ სისხლიან ღებინებას *ჰემატემეზი* ეწოდება.

ჰემატემეზი აღინიშნება 12 გოჯა ნაწლავის პეპტიური წყლულის, კაყლაპვის ან ქუქის ვენების ვარიკოზის, გასტრიტის დროს.

აქვს თუ არა ავადმყოფს პირღებინებასთან დაკავშირებული გარემოებები, როგორიცაა კასუნთქ 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 რაოდენობა 500 მლ-ს აჭარბებს.

იმნება თუ არა დეჰიდრატაცია ან ელექტროლიტური დარღვევები ხანგრძლივი პირღებინების შედეგად ან მნიშვნელოვანი სისხლის დაკარგვა?

იხ. ცხრილი 10- 1, ტკივილი მუცლის არეში, გვ. 394-395.

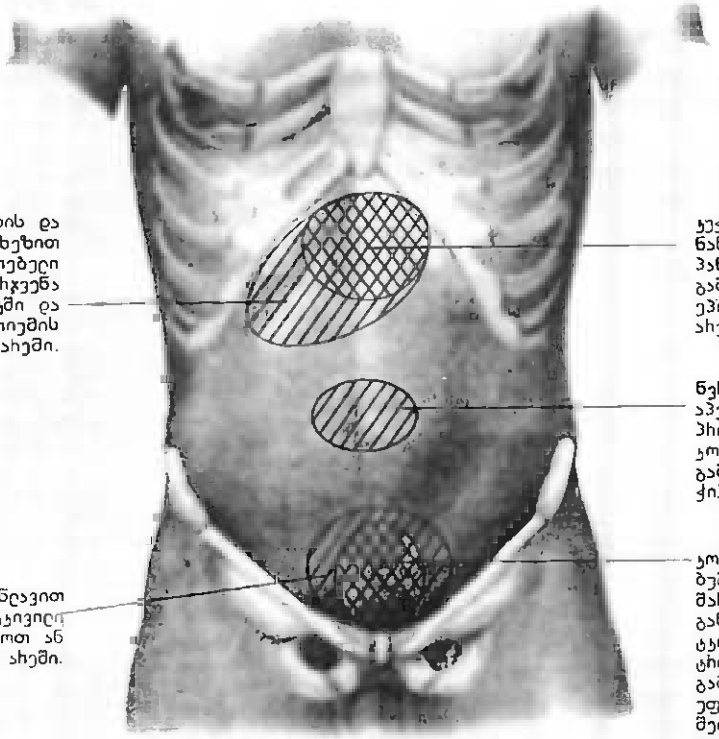
ტკივილი მუცლის არეში. *მუცლის არეში ტკივილს* ჰამოდენიმე შესაძლო მექანიზმი და კლინიკური ნიშანი აქვს, რაც ყურადღებით შეფასებას მოითხოვს. დაგად გაარკვიეთ ტკივილის სამი ძირითადი კატეგორია.

ვისცერული ტკივილი მარჯვენა ზედა კვადრანტში ღვიძლის გადიდების და კაფსულის გაჭიმვის შედეგად აღინიშნება აღრეპოლური ჰეპატიტის დროს.

- ვისცერული ტკივილი ვლინდება, როდესაც მუცლის ღრუს ორგანოები, როგორიცაა ნაწლავი ან ბილიარული ხე, ზედმეტად იკუმშება ან იჭიმება. პარენქიმული **ორგანოები, როგორიცაა** ღვიძლი, **ასევე შეიძლება** მტკივნეული **გახდეს** მისი კაფსულის გაჭიმვის გამო. ვისცერული ტკივილის **ზუსტი** ლოკალიზაციის დადგენა შეიძლება ითქვას იყოს. იგი ტიპიურად პაროქსიზმით შეიგრძნობა შუა ხაზთან დაზიანებული ორგანოს შესაბამის დონეზე, როგორც ნახატზეა ნაჩვენები.

ვისცერული ტკივილი ქრონიკული პანკრეატიტის დროს ეპიგასტრიუმში ვითარდება ანთებითი პენეტრაციის დაჭიმვის შედეგად, თანდათანობით ცვალებადი ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ვითარდება მიმდებარე პერიტონეუმის ანთების შედეგად.

ვისცერული ტკივილი შეიძლება სხვადასხვა ხარისხის იყოს: მსუბუქი, ნვითი, მოჭარბითი ან ყრუ. როდესაც ტკივილი **ძლიერი** ხდება, მას შეიძლება ახლდეს ოფლიანობა, სისუსტე, გულისრევა, პირღებინება და მოუსვენრობა.



ვისცერული ტკივილის სახეები

პარიეტული ტკივილი ნარმოქმნება პარიეტული პერიტონეუმისგან და მისი მიზეზი ანთებაა. ტკივილი მედიანურია და ყრუ, მაგრამ უფრო ძლიერი, ვიდრე ვისცერული, მისი ლოკალიზაცია უფრო მკვეთრად უკავშირდება დაზიანებულ ორგანოს. ტკივილი ძლიერდება მოძრაობის ან ხველის დროს. ასეთი ტკივილის მქონე პაციენტები ნოლას არჩევენ.

- *გადაცემითი ტკივილი* უფრო დიდ მანძილზე ვრცელდება დაზიანებული ორგანოდან. გადაცემითი ტკივილი ხშირად ვითარდება როგორც პირველადი, შემდეგ ძლიერდება და ვრცელდება საწყისი ლოკალიზაციიდან.

12-გოჯა ნაწლავიდან ან პანკრეასიდან განვითარებული ტკივილი შეიძლება ზურგში გადაეცემოდეს.

ის შეიძლება იყოს ღიმა ან ზედაპირული, მაგრამ ყოველთვის ჯანმრთელი.

ბილიარული ხიდან - მარჯვენა მხარეში ან მარჯვნივ ზურგის მხარეს.

მუცლის ღრუში ტკივილი შეიძლება გავრცელდეს გულმკერდიდან, ზურგიდან, მენჯის ღრუდან, რაც ართულებს მუცლის ტკივილის შეფასებას.

სთხოვეთ პაციენტს, თავისი სიტყვებით აღწეროს ტკივილი მუცლის არეში, შემდეგ გაჩვენოთ ტკივილის მდებარეობა. კითხვა შეგიძლიათ ღრინიჯის გამოკვლევის დროსაც გაუმეოროთ. თქვენ დაგჭირდებათ გარკვეული დეტალების დაზუსტება: "სად იწყება ტკივილი?" "სადმე ხომ არ გადაეცემა?" "რა ხასიათისაა ტკივილი?" თუ ავადმყოფს უჭირს ტკივილის აღწერა, ეცადეთ დაუსვათ უფრო კონკრეტული კითხვები, მაგ. "ტკივილი ყრუა, წვითი, მოჭერითი თუ ჩოგორი?"

ბუვრის დაავადების 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. აიძულებს, თუ არა ტკივილი ავადმყოფს წოლას?

სპაზმური, ყოლიკის მსგავსი ტკივილი ხშირად დაკავშირებულია პერიტონიტასთან.

ტკივილის ინტენსივობის აღწერა ინფორმაციას მოგანვდით ავადმყოფის ტკივილზე ჩვეულის 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. უცერად 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 მოხეცილივეს?

ციტრუსებმა შეიძლება გამოიწვიოს ტკივილი *ხეფლუქს ეზოფაგიტის* გამო; თუ ხრის დაღევას ახლავს აბდომინური დისკომფორტი, სავარაუდოა ღვიძაზას დეფიციტი.

დაადგინეთ, რომელი ფაქტორი ინვევს ტკივილის გაძლიერებას ან შესუსტებას. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ საკვების, ანტაციდების, აღოჰოლის, მედიკამენტების (ასპირინი და ასპირინის მსგავსი და ხარომ უკეცესტო ნამცის მიღებას), ემოციურ ფაქტორს, სხეულის მდებარეობას. ასევე, უკავშირდება თუ არა ტკივილი დეფეკაციას, შარდვას ან მენსტრუაციას? უნდა დაადგინოთ, ახლავს თუ არა ტკივილს ცხელება ან შემცივნება და რომელია მათი თანმიმდევრობა.

დისფაგიის სახეები იხ. ცხრილში 10-2. გვ. 396.

დისფაგია და ოდინოფაგია. იშვიათად ავადმყოფი შეიძლება უჭიროდეს 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 გულმკერდის არეს აჩვენებს, საყლაპავის დაავადებებზე მიუთითებს.

შეეკითხეთ ავადმყოფს, როდის დაიწყო დისფაგია და სთხოვეთ, აღწეროს რა სახის საკვებზე ემარხება. შეგრძნებით მყრივ საკვებზე, როგორიცაა ხორცი, უფრო ხშირ საკვებზე, როგორიცაა გატარებული ხორცი და მოხარშული კარტოფილი ან ცხელ თუ ცივ სასმელზე? დისფაგიის მოვლენები იცვლება თუ არა?

მყრივი საკვების მილების დროს დისფაგია მიუთითებს საყლაპავის მექანიკურ შევინროვებაზე; დისფაგია მყრივი და თხევადი საკვების მილების დროს მიუთითებს საყლაპავის პერისტალტიკის დარღვევაზე.

დაადგინეთ განვითარების დრო. როდის დაიწყო? მუდმივია თუ პერიოდული? პროგრესირებს თუ არა? თუ პროგრესირებს, დროის რა სიმჭიდროში? რა სიმპტომები ან მდგომარეობა ახლავს თან?

ოლინოფაგია, ანუ მტკივნეული ყლაპვა ორი ფორმით შეიძლება გამოვლინდეს. მწვავე ნვითი ტკივილი ლოხნოვანის ანთებაზე მიუთითებს, ხოლო მოქრონითი, სპაზმური ტკივილი კუნთოვანი ნაიმოშობისაა. ოლინოფაგიას შეიძლება ახლდეს დისფაგიაც, მაგრამ ეს სიმპტომები ცალ-ცალკეც შეიძლება განვითარდეს.

ლოხნოვანის ანთება ვითარდება ჰეფლუქს უზოფაგიტის ან ჯანდიდათი, ჰერპესით ან ციტომეგალოვირუსით გამოწვეული ანთების დროს.

ნაწლავის ფუნქციის ცვლილებები. საქმლის მომნელებელი ტრაქტის ქვედა ნაწილის შეფასებისთვის უნდა შეისწავლოთ *ნაწლავის ფუნქციები*. გამოკითხვა დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით: "როგორია ნაწლავთა მოქმედება?" "როგორია სიხშირე?" "ხომ არ გიძნელდებათ ნაწლავთა მოქმედება?" "რამე ცვლილება ხომ არ შეგინიშნავთ?" ნაწლავთა მოქმედების ნორმალური სიხშირის საზღვრები ცვალებადობს დღეში 3-დან კვირაში 2-მდე და ინდივიდუალურია ყველა ავადმყოფისთვის.

ყაბზობა ან ფაღარათი. პაციენტები ფართოდ განსხვავდებიან ყაბზობისა და ფაღარათის მოვლენების მიხედვით. დააზუსტეთ, რას გულისხმობს პაციენტი ამ ტერმინებში. მაგალითად, ყაბზობა ნაწლავთა მოქმედების სიხშირის შემცირებაა? ნაწლავთა მოქმედების გაძნელებაა? დაუმაყოფილებლობის ან სწორ ნაწლავში სიმძიმის შეგრძნებაა? ჰკითხეთ ავადმყოფს, აკვირდება თუ არა განავალს. თუ აკვირდება, რა ფერის და კონსისტენციისაა? რა ნამღებს ხმარობს? ნამღები, სტერილი, არაერთჯერ ნაიმოდგენა ნაწლავთა მოქმედებაზე, ფორმა და სიტკვრა მოქმედებს თუ არა დეფეკაციაზე? იმგვარად აღნიშნება სრული ყაბზობა, ორდესაც არც აირი და არც განავალი არ გამოიყოფა, რასაც გაუვალობა ეწოდება.

იხ. ცხრილი 10-3, ყაბზობა და ცხრილი 10-4, ფაღარათი.

ნვრილი, ფანქრისებური განავალი სიგმური კოლინჯის ობსტრუქციის დროს აღინიშნება.

გაუვალობა *ნაწლავის ობსტრუქციის* დროსაა.

განავლის ზედაპირზე და ტუალეტის ქაღალდზე სისხლი *ბუასილის* დროს ჩნდება.

დაადგინეთ განავლის ფერი და ჰკითხეთ ავადმყოფს, ხომ არ ჰქონია ჯერ არასდროს განავალი, რაც *მელენის* მიმანიშნებელია ან *განავალში წითელი სისხლი*, რასაც *ჰემატოჰეზია* ეწოდება. თუ რომელიმე სიმპტომი აღენიშნება, დაადგინეთ მისი **ხანგრძლივობა** და სიხშირე. თუ სისხლი წითელია, რა ხარისხობრივია? სისხლი განავალში შერეულია, თუ მის ზედაპირზეა? ტუალეტის ქაღალდზე სისხლი ხომ არ ჩანს?

ხანგრძლივი დიდი ხარისხობრივ განავალთან მასებით დიარეა წვრილი ნაწლავის და პროქსიმალური კოლინჯის დაავადებების დროს ვითარდება; მცირე ხარისხობრივ განავლით დიარეა სწრაფი დეფეკაციით მარცხენა კოლინჯის და სწორი ნაწლავის დაავადებების დროსაა.

ფაღარათი ნაწლავთა მოქმედების გახშირებაა, ორდესაც განავალი თხიერი ან წყლიანია. გამოიკითხეთ განავლის გამოყოფის სიხშირე და მოცულობა. განავალი დიდი მოცულობისაა, თუ მცირე ხარისხობრივია? ფაღარათის რამდენი ეპიზოდია დღეში?

დიდი ხარისხობრივ მოყვითალო ან მოთეთრო ცხიმოვანი მძაფრსუნიანი განავალი, ხანდახან მოტივტივე, აღინიშნება *სტეატორეის* ანუ ცხიმოვანი განავალის დროს, რაც მალაბსორბციისთვისაა დამახასიათებელი.

სთხოვეთ ავადმყოფს, აღწეროს განავალი. ცხიმიანია თუ ზეთოვანი? ქაფიანი? მძაფრი სუნის? დიდი ხარისხობრივ არის შემცველობის გამო ტივტივებს წყალზე და ძნელად იძირება? ხომ არ ახლავს ლორწო, ჩირქი ან სისხლი?

შეაფასეთ დიარეის დროში განვითარება. მწვავეა, ქრონიკული, თუ მორეციდივე? იქნებ ეს ქრონიკული ან მორეციდივე დაავადების პირველი მწვავე ეპიზოდია?

ღრმე განვითარებული ფაღარათი პათოფიზიოლოგიური მექანიზმითაა განპირობებული.

დაადგინეთ სხვა ფაქტორებიც. აღვიძებს თუ არა ღამით ავადმყოფს ფაღარათი? რა ფაქტორები იწვევს ან აჩერებს ფაღარათს? ნაწლავთა მოქმედების შემდეგ შვებას გრძნობს,

თუ მაინც ჩაება სუსვიცი მცირე ჭრილობებით, ხასაც *ტენეზმები* ეწოდება. ხა 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 არის გამოსვლის შემდეგ შვება ახასიათებს მარცხენა ქვედა ნაწლავის დაავადებებს; ტენეზმები სწორი ნაწლავის ანალური ნაწილის დაავადების დროს ვითარდება.

სიყვითლე. ზოგიერთ პაციენტებს აღენიშნებათ *სიყვითლე*, ანუ *იქტერუსი*. ეს არის ქანის და სქლერის ყვითელი შეფერილობა, რომლის მიზეზია სისხლში ბილირუბინის დონის მომატება. ბილირუბინი ნაღვლის პიგმენტია, რომელიც ჰემოგლობინის დაშლის შედეგად ნარმოიქმნება. ნორმალუარად, ჰეპატოციტები ახორციელებენ არაკონიუგირებული ბილირუბინის კონიუგაციას, ანუ შეკავშირებას სხვა ნივთიერებებთან, რის გამოც იგი წყალში ხსნადი ხდება და გამოიყოფა ნაღველში. ნაღვლის ბუშტის საღინრით ნაღველი გადადის ნაღვლის საერთო საღინარში, რომელშიც ასევე ჩაედინება ღვიძლგარეთა საღინრები ღვიძლიდან. ცოტა დისტალუარად ნაღვლის საერთო საღინარი და პანკრეასის საღინარი 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* (წარმოქმნის გაძლიერება) და *ვილბერის სინდრომის* დროს აღინიშნება.

კონიუგირებული ბილირუბინის ექსკრეციის მომატება ხდება *ვირუსული ჰეპატიტების, ღვიძლის ციროზის, პირველადი ბილიარული ციროზის,* ნამლისმიერი ქოლესტაზის დროს. ასევე პარაკარცინომული კონტრაცეპტივების, მეთილტესტოსტერონის, ქლორპრომაზინის მიღების შედეგად.

ღვიძლშიდა სიყვითლე შეიძლება იყოს *ჰეპატოცელულური* ანუ ჰეპატოციტების დაზიანებით გამოწვეული ან *ქოლესტაზური*, 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 საღინრის დახშობის შედეგად.

ნაღვლის საერთო საღინარის დახშობა ხდება ქვიდით ან პანკრეასის კარცინომით.

ჰოდესაც იკვლევთ სიყვითლით ავადმყოფს, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ თანმხლებ სიმპტომებს და დაავადების დაწყების სიტუაციას. ავად გახდომის დროს *ხა ფერის იყო შარდი?* ჰოდესაც სისხლში მატულობს კონიუგირებული ბილირუბინი, იგი გამოიყოფა შარდში, რის გამოც შარდი ხდება მუქი მომწვანო-ყავისფერი. არაკონიუგირებული ბილირუბინი წყალში უხსნადია და ამიტომ შარდში არ გამოიყოფა.

აკოლიური განავალი ახასიათებს ვირუსულ *ჰეპატიტს*, ობსტრუქციულ – მექანიკურ სიყვითლეს.

ასევე გაარკვიეთ *განავლის ფერი*. ჰოდესაც ნაწლავებში საერთოდ არ გადადის ნაღველი, განავალი მონაცრისფრო ან თეთრი ფერის, ანუ *აკოლიური* ხდება (არ შეიცავს ნაღველს).

ქავილი ახასიათებს ქოლესტაზურ ან ობსტრუქციულ სიყვითლეს; ქავილის მიზეზებია ღვიძლის ჯაფსულის გაჭიმვა, *ბილირუბინი ტოქსიკა, პანკრეასის კიბო.*

ხომ არ აღინიშნება ქანის უმიზეზო ქავილი? ხომ არ არის ტკივილი? როგორი ხასიათისაა? ტკივილი ადრეც ყოფილა?

გამოიკითხეთ ღვიძლის დაავადებების ჩისკ-ფაქტორები, როგორიცაა:

- *ჰეპატიტები*: მოგზაურობა ან საკვების მიღება ცუდი სანიტარული მდგომარეობის ადგილებში, დაბინძურებული წყლის ან საკვების მიღება (A ჰეპატიტი); ინფიცირებული სისხლის, შიატის, სპერმის, ნერწყვის მოხვედრა ღრძნობის გასხებზე 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 სამკურნალო სისტემა

სამკურნალო სისტემის ანამნეზის შეგროვებისას ზოგადი შეკითხვებია: "რაიმე სიძნელე ხომ არ გაქვთ" "ან სიხშირით მარდავთ?" "ღამით დგებით? ხშირად?" "ან ალერგიობით მარდს გამოყოფთ მომარდვისას?" "ტკივილს ან წვას ხომ არ გრძნობთ?" "ასწრებთ თუ არა ტუალეტამდე მისვლას?" "მარდი ხომ არ გეპარებათ? ან უნებლიეთ ხომ არ ისვლებით?" გრძნობს თუ არა პაციენტი მარდის ბუშტის გავსებას და დაცლის მოთხოვნილებას?

ქალებს ჰკითხეთ, ხველის, ცხვირის დაკლემინების ან სიცილის დროს ხომ არ ეპარებათ მარდი. ახალგაზრდა ქალების დაახლოებით ნახევარს აღენიშნება ეს მოვლენები მშობიარობამდე. იშვიათად მარდის გაპარვა აუცილებლად მნიშვნელოვანი სიმპტომი არ არის. ასაკოვან მამაკაცებს ჰკითხეთ, "ხომ არ გიჭირთ მარდვის დაწყება?" "მარდის ბუშტის დაცლისთვის ტუალეთთან ახლოს დგებით?" "ხომ არ ჩერდებით დაცლის პროცესში?" "მარდის ნაკადი შემცირებულია?"

ტკივილი ბოკვენის ზედა არეში. სამარდე გზების დარღვევების დროს ტკივილი შეიძლება განვითარდეს მუცლის არეში ან გვერდში. მარდის ბუშტის დაავადებების დროს *ტკივილი ბოკვენის ზემოთაა*. მარდის ბუშტის ინფექციის დროს მუცლის ქვედა არეში ვითარდება ყრუ და დამწოლი ტკივილი. ბუშტის სნრაფი გადავსების შედეგად ტკივილი ძალიან შემაწუხებელია. ამის საპირისპიროდ, მისი ქრონიკული გადიდება უმტკივნეულოა.

დიზურია, ჟრუანტი ან ხშირი. მარდის ბუშტის ან მარდსადინარის ინფექცია ან გაღიზიანება სხვადასხვა სიმპტომის განვითარებას იწვევს. ესენია მტკივნეული მარდვა, როდესაც ავადმყოფს წვის შეგრძნება აქვს. ზოგიერთი ექიმი ამ მოვლენას დიზურიას უწოდებს, მაშინ როდესაც სხვები ამ ტერმინით მარდვის გაძნელებას აღნიშნავენ. ქალებს შეიძლება აღენიშნებოდეთ მარდსადენში დისკომფორტი, ზოგჯერ ამას აღწერენ, როგორც ზენოლას ან წვის შეგრძნებას გაღიზიანებულ ან ანთებით ბაგეებზე მარდის მოხვედრის დროს.

იხ. ცხრილი 10-6, მარდვის სიხშირე, ნოქტურია და პოლიურია (გვ. 401).

ენებლიე მარდვა ან სისველე მიუთითებს შემეცნებით ან ნეირომუსკულოზურ დეფიციტზე.

სტრესული შეუკავებლობის მიზეზია მარდსადენის შიგნით ნაწლის შემცირება, გვ. 402-403.

მამაკაცებში მარდის ბუშტის გამომტანი გზის ობსტრუქციის ხშირი მიზეზია *ჰიპერტროფირებული ჯეთიდოვისებიანი ჰიპერპლაზია*; ასევე *მარდსადენის სტრიქტურა*.

მარდის ბუშტის სნრაფი გადავსების მიზეზი მარდის მწვავე შეკავებაა.

მარდვის დროს ტკივილი აღინიშნება ცისტიტის და უროთრიტის დროს.

ასევე სავარაუდოა მარდის ბუშტში ქვიწა, უცხო სხეული, სიმსივნე, *მწვავე ჰიპერტროფიული პროსტატიტი*. ქალებში შიგნით

მამაკაცები ნვას გაძნობენ ჰოქსიმალურად ასოს თავზე. ამის საპირისპიროდ, *ჰოსტატის ტკივილი* ვითარდება მოხრისის ახეში და, იშვიათად, სწორი ნაწლავის ახეში.

ნვა ვითარდება უეთხიტის დროს, გახეთ ნვა – *ვულვოვაგინიტის* დროს.

ხშირია თანმხლები სიმპტომები. *უეცარი შარდვის სურვილი* ახის მოშარდვის უჩვეულო ინტენსივობის უეცარი სურვილი, ზოგჯერ ახლავს უნებლიე შარდვა ან შეუკავებლობა. *გახშირებული შარდვა* ან ახანოშიმალურად ხშირი შარდვა, ტკივილი მუცლის ახეში, გვერდში ან ზურგის მხარეს (იხ. სურათი შემდეგ გვერდზე). მამაკაცები, რომელთაც შარდის გამოყოფის ნაწილობრივი ობსტრუქცია აქვთ, ხშირად აღნიშნავენ შარდვის დაწყების გაძნელებას, *ბუშტის დაცლის შენელებას, შარდის ნაკადის კალიბრის და სიმძლავრის შემცირებას ან ნვეთნვეთად შარდვას ბუშტის დაცლის* დამთავრებისას.

უეცარი შარდვის სურვილი აღინიშნებაშარდის ბუშტის ინფექციის ან გაღიზიანების დროს. მამაკაცებში, მტკივნეული შარდვა სიხშირის და უეცარი სურვილის გარეშე უეთრიტზე მიუთითებს.

ჰოლიურია ან ნიქტურია. შარდვის ჰორცესის ცვლილებას სამი ტერმინით აღნერენ. *ჰოლიურია* აღნიშნავს 24-საათიანი შარდის რაოდენობის მნიშვნელოვან მომატებას, რვეულებშივე უნოდებენ შარდის რაოდენობის გაზრდას 3 ლიტრზე მეტად. ჰოლიურია უნდა განასხვავოთ შარდვის გახშირებისგან, რაც შეიძლება იყოს დიდი რაოდენობით შარდით, როგორც ჰოლიურიის დროსაა ან მცირე რაოდენობის შარდით, როგორიცაა ინფექციის დროს. *ნიქტურია* აღნიშნავს ღამით შარდვის გახშირებას, როდესაც შარდვის სურვილი ვაღმყოფს ეთრზე მეტად აღვიძებს. შარდის მოცულობა შეიძლება დიდი ან მცირე იყოს. დააღგინეთ ღამით შარდვის დროს რაიმე ცვლილებები და შარდვის სიხშირე.

თირკმლების მიერ დიდი რაოდენობით შარდის გამომუშავებას ჰოლიურია ეწოდება. დღის ან ღამის განმავლობაში გახშირებული შარდვა შარდის რაოდენობის მომატების გარეშე აღნიშნება შარდის ბუშტის დაავადებების დროს ან ბუშტის ყელის ქვემოთ დინების მემცირების დროს.

შარდის შეუკავებლობა. ხანდაზმულ პაციენტთა 30%-ზე მეტი *შარდის შეუკავებლობას* უჩივის. ეს არის შარდის უნებლიე გამოყოფა, რაც შეიძლება გახდეს საზოგადოებაში უხერხულობის და არაჰიგიენურობის მიზეზი. დაადგინეთ, ხომ არ გამოყოფს ვაღმყოფი მცირე რაოდენობით შარდს მუცლის ღრუში ნნევის მომატების გამო დახველების, ცხვირის დაკვმინების, სიცილის ან სიმძიმის აწევის დროს. ან ხომ არ უჭირს შარდის შეკავება უეცარი სურვილის დროს ან ხომ არ გამოყოფს დიდი რაოდენობით შარდს? აქვს თუ არა შარდის ბუშტის არსების შეგძნება, ხშირად შარდის უნებლიე გამოყოფა ან მცირე ულეფებით შარდვა და ბუშტის დაცლის გაძნელება?

იხ. ცხრილი 10-7, შარდის შეუკავებლობა (გვ. 402-403).

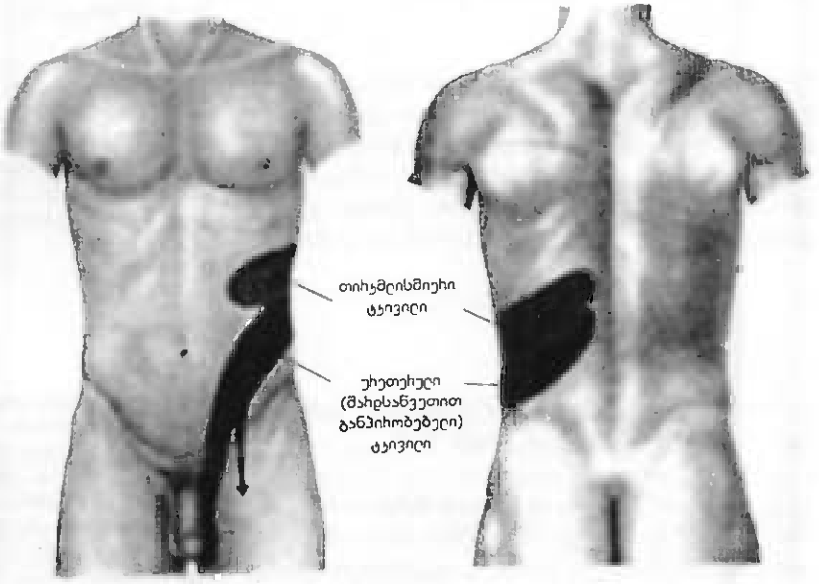
ჩვეულებრივ ზემოთ იყო აღნერილი, შარდის ბუშტის ჯონტროლი ნეიროჰეგულაციური და მოტორული მექანიზმების ერთობლიობით ხორციელდება (იხ. გვ. 361). ზოგიერთი ცენტრალური ან პერიფერიული ნერვის დაზიანებამ შეიძლება გამოინვიოს ბუშტის დაცლის დარღვევები. გძნობს თუ არა ვაღმყოფი ბუშტის გავსებას? ხედავს? თუმცა არსებობს შეუკავებლობის ოთხი ჯატეგორია, ვაღმყოფს ერთდროულად ჩამოღენიმე მიზეზი შეიძლება ჰქონდეს.

მუცლის შიდა ნნევის მომატებასთან ერთად *სტრესული შეუკავებლობის* მიზეზია შარდსაღენის სფინქტერის ყუმშვაღობის დაქვეითება ან შარდის ბუშტის ყელის სუსტი ფიქსაცია; *უეცარი შეუკავებლობა* დამცველი ჯუნთის მომატებული აქტივობის შედეგია; *გადავსებით გამოწვეული შეუკავებლობა* ვითარდება მაშინ, როდესაც შარდის ბუშტი ვეღ იცლება სანამ ბუშტში ნნევა არ გადააჭარბებს შარდსაღენში ნნევას ჰოსტატის ჰიპერტროფიის ან სტრიქტურის გამო განვითარებული ანატომიური ობსტრუქციის დროს, ასევე ნევროლოგიური დარღვევების დროს.

ამას გარდა, შარდის ბუშტის დაცლის დარღვევებზე შეიძლება იმოქმედოს ვაღმყოფის ფუნქციურმა მდგომარეობამ, მაშინ, როდესაც საშარდე გზები ინტაქტურია. ვაღმყოფი მობილურია? ყურადღებიანია? შეუძლია დროულად უპასუხოს დაცლის სურვილს და ნავიდეს ტუალეტში? დაცლის შეგძნებაზე ან ყურადღებაზე ხომ არ მოქმედებს რაიმე მედიკამენტი?

ფუნქციური შეუკავებლობის მიზეზი შეიძლება იყოს გონების დაქვეითება, ძვალ-ჯუნთოვანი პრობლემები, მოძრაობის შეზღუდვა.

ჰემატურია. შარდში სისხლის არსებობა ანუ *ჰემატურია* ძალიან მნიშვნელოვანი სამსჯელო საკითხია. თუ შარდში სისხლი შეუიარაღებელი თვალით ჩანს, ამას *მაკროჰემატურია* ეწოდება. ამ დროს შარდი ამჟამად სისხლიანია. როდესაც სისხლის აღმოჩენა მიკროსკოპით ხდება, ამას *მიკროჰემატურია* ეწოდება. სისხლის მცირე რაოდენობა შარდს მოვარდისფრო ამ მოყავისფრო შეფერილობას აძლევს. ქალებში აუცილებლად უნდა გაარჩიოთ მენსტრალური სისხლი ჰემატურიისგან. თუ შარდი მონითალოა,



თირკმლის ტკივილი ვითარდება მწვავე პიელონეფრიტის დროს.

თირკმლის ან მახვილანვეთის ჯოჯოხეთის მიზეზია მახვილანვეთის უეცარი ობსტრუქცია ენქით ან სისხლის ჯოჯოხეთ.

ჰკითხეთ, ხომ არ უქამია ქარხალი ან მიეღია ჩაიმე მედიკამენტი, რომელსაც მარცის შეფერხა შეუძლია. სანამ ჰემატურიის დიაგნოზს დასვამთ, შეამოწმეთ მარცი ჩხირით და მიკროსკოპით.

თირკმლის ან ბვერცის ტკივილი; მახვილანვეთის ჯოჯოხეთ. სამარცე გზების დახლოვებამ შეიძლება ტკივილი გამოიწვიოს, ჩვეულებრივ გამოთქვამენ, როგორც *ბვერცის ტკივილს* უკან ნეკნთა ჩაღრის ქვემ ნეკნ-მალების კუთხესთან. ტკივილი შეიძლება გადაეცემოდეს ნინ ქვედისკენ. *თირკმლის ტკივილი* ვისცერულია და ჩვეულებრივ მიზეზი თირკმლის ჯაფსულის გაჭიმვაა. ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ, ძლიერი ან მუდმივი. *მახვილანვეთის 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. მარნვეთის ტკივილის მიზეზია მარცსანვეთის სწრაფი გაჭიმვა და მასთან დაკავშირებული თირკმლის მენჯის გაფართოვება. ავადმყოფს ჰკითხეთ, ხომ არ ახლავს ცხელება, შემცივნება ან ჰემატურია.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- ალკოჰოლის და სხვა ქიმიური ნივთიერებების ქარბი მიღება
- A, B, C ჰეპატიტების რისკ-ფაქტორები
- მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა მნიშვნელოვანია მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებათა სწორად ისნავლისთვის, რაც გულისხმობს ალკოჰოლიზმის, ინფექციური ჰეპატიტების და ნაწლავის კიბოს რისკ-ფაქტორების შესწავლას.

ავადმყოფის ანამნეზში სოციალური თავისებურებების და ქცევითი ჰორბელემების არსებობა და ობიექტური გასინჯვით ღვიძლის გადიდების და მტკივნეულობის დადგენა ექიმს აფიქრებინებს ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებაზე ან ინფექციური ჰეპატიტის ჩისჯზე. ნაწლავის ჯიბოს განვითარების ჩისჯის შეფასებაში მნიშვნელოვანია ცხოვრების და ოჯახური ანამნეზის შესწავლა.

ალკოჰოლიზმის წილი 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 საავტომობილო ავარიებთან, თვითმკვლელობასთან და სხვა თანმხლებ ფსიქიურ დარღვევებთან, ჰიპერტენზიასთან, ოჯახის დანგრევასთან, ძალადობასთან და ღვიძლის და ენურ-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 ჩისჯის განმარტებები.[2]

- *ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების ჩისჯი: ქალისთვის* – კვირაში 7 დაწესებულზე მეტი ან 3 დაწესებულზე მეტი შეძლებისდაგვარად; *მამაკაცებისთვის* – 14 დაწესებულზე მეტი კვირაში ან 4 დაწესებულზე 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 მარცხენა 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 მცატის მიერ ჩეიოდეული 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 ნუხილის გაზარება; და დახმარება ცვლილებების მიღწევაში.[8] სამკურნალო რეკომენდაციების მისადაგება ჰომბელის 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 მოგზაურებს. სნრაფი დაცვისა და ჰოსპიტალიზაციისთვის 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 მატარებლობა. ხისტის მქონე პირებისთვის სასურველია ქცევების შეფასება და სეროლოგიური გამოკვლევების ჩატარება. ვინაიდან ავადმყოფთა 30%-ს არ აღენიშნება ინფექციური ჰეპატიტის ამბარა ხისტ-ფაქტორები, ყველა ახალგაზრდისთვის სასურველია B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრების ჩატარება, თუ ეს მანამდე არ აქვთ ჩატარებული, ასევე ინტრავენური ნარკომანებისთვის და მათი პარტნიორებისთვის, პირებისთვის, ვისაც სქესობრივად გადამდები დაავადებების ისტორია აქვთ, ენდემურ არეში მოგზაურთათვის, სისხლის გადასხმის რეციპიენტებისთვის და პირებისთვის, ვისაც ჰემოდიალიზი ესაჭიროებათ, ასევე მედიცინის მუშაკებისთვის, ვისაც სისხლთან ხშირი კონტაქტი აქვთ. ამ ჯგუფებიდან გარჩეული ადრეული ვაქცინაცია ეფექტურია ინფექციაზე. ამჟამად ჰოფიდაქტიური მომსახურების სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უწევს ქალების გამოკვლევას ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, ვინაიდან ინფიცირებულთა 30-40%-ს არ გააჩნია აშკარა ხისტ-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 ხისტის მქონე პირების რუტინული გამოკვლევა რეკომენდებული არ არის.[10] ხისტ-ფაქტორებია ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარება, ჰემოტრანსფუზიის ჩატარება 1990 წლამდე, HCV ინფიცირებული დედა და დაუცველი სექსი.

ასევე მნიშვნელოვანია ავადმყოფთა გამოკვლევა მსხვილი *ნაწლავის კიბოს* თვალსაზრისით. ამჟ-ში მსხვილი ნაწლავის კიბოს მეოთხე ადგილი უჭირავს ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის და სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილობის მიგით მეორე მიზეზია.[11] ასეთი დიაგნოზით ავადმყოფთა ცხოვრების ხისკი 50 წლის ასაკში 5%-ია. პოლიპექტული სიმსივნეების 80% ვითარდება ადენომური პოლიპებისგან, რომელთა ზომა 1 სმ-ზე მეტია. 50 წლის ასაკში სიხშირე 20%-ია და 75 წლისთვის იზრდება 50%-მდე.[12] სამუალო ასაკის ქალებისა და მამაკაცებისთვის ამჟამად 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
- კოლონოსკოპია ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ

ამჟ ჰოფიდაქტიური მომსახურების სამუშაო ჯგუფი მკაცრად უწევს რეკომენდაციას გამოკვლევების დაწყებას 50 წლის ასაკიდან.

კოლორექტული სიმსივნეების უმეტესობა სპორადიულია, მაგრამ დაახლოებით 20%-ში ვლინდება სპეციფიკური ხისტ-ფაქტორების მქონე პირებში: წარსულში ადენომური პოლიპები ან კოლორექტული სიმსივნე; ნაწლავური კოლიტი; პირველი ხარის ნათესავებში კოლორექტული კიბოს არსებობა და ოჯახური ანამნეზით 60 წლის ზევით ასაკში ადენომური პოლიპოზის არსებობა.

ოჯახური ადენომური პოლიპოზი ან თანდაყოლილი ჰიპერპლაზიური პოლიპოზური სიმსივნე დაახლოებით 6%-ს უვითარდებათ. ამ ჯგუფებში სკრინინგი 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, ჯურ-ნაწლავის მდგომარეობასთან, როგორიცაა წყლულოვანი 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 ჰოფიტალიზაციაზე, დაიმახსოვრეთ, ნინასწარი მაგრამ წინააღმდეგობრივი ფაქტია ის, რომ ბოჭკოებით მდიდარი საკვების მიღება ამცირებს კოლორექტული კიბოს განვითარების სიხშირეს.

გამოკვლევის მეთოდები

მუცლის ღრუს ჯანგი გამოკვლევისთვის გესაჭიროებათ (1) ჯანგი განათება, (2) პაციენტი იყოს მოდუნებული და (3) მუცლის ღრუს სრული გამოკვლევა მახვილისებური მოხრიდან ბოკვენის სიმფიზამდე. საზახიდეის ახე უნდა ხიდული იყოს, ხოლო გენიტალია დაფარული. მუცლის კუნთები მოდუნებული უნდა იყოს, ჰათა ჯანგად ჩაატარით გამოკვლევა, განსაკუთრებით პაპაციია.

მუცლის ღრუს გამოკვლევის ჩატარების საფეხურები

- ავადმყოფს მარდის ბუშტი დაცლილი უნდა ჰქონდეს
- ავადმყოფი ზურგზე ჰორიზონტალურად უნდა იწვეს, ერთი ბალიში თავქვეშ უნდა ედოს, მეორე მეიძლება მუხლების ქვეშ ამოედოთ. ხელი ამოედეთ 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 პაპაციის ჩატარება ძნელი ხდება.
- სანამ პაპაციას დაიწყებთ, სთხოვეთ ავადმყოფს, გიჩვენოთ მტკივნეული ადგილები და ეს ბოლოს გამოიკვლიეთ.
- გაითბეთ ხელები და სტეტოსკოპი, არ უნდა გქონდეთ გრძელი ფრჩხილები. ხელები გაითბეთ ერთმანეთზე ხახუნით ან ცხელი წყლით. თავიდან შეიძლება შეშანგიდან გასინჯოთ ავადმყოფი, ჰათა მისი სხეულის სითბოთი გაითბოთ ხელები. ხელების გაცივების მიზეზი შეიძლება თქვენი ნეჩვიელობა იყოს, რაც დროთა განმავლობაში გაივლის.
- წელა მიეახლოვდით და მოეკიდეთ სწორად მოელოდნელ მოძრაობებს. დააკვირდით ავადმყოფის გამომეტყველებას, გრძნობს თუ არა ტკივილს ან დისკომფორტს.
- ავადმყოფის ყურადღება გადაიტანეთ საუბარზე და შეკითხვებზე. თუ პაციენტი შენეხებულია ან ეშინია ღიტინის, პაპაციის დროს მისი ხელი თქვენი ხელის ქვეშ მოათავსეთ. ცოტა ხნის შემდეგ გამოაცალეთ ხელი პირდაპირი პაპაციის ჩასატარებლად.

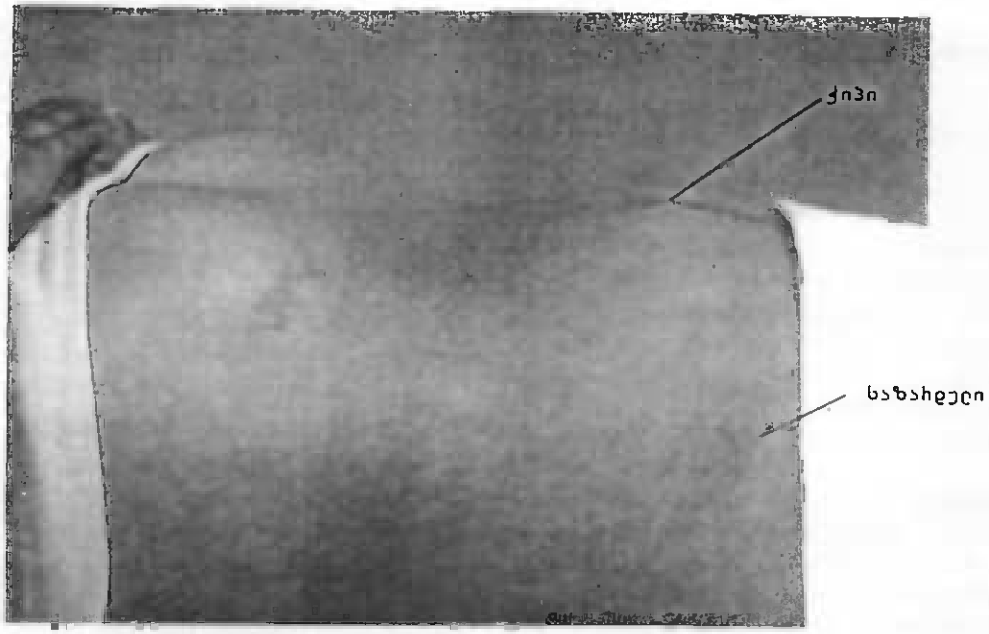
ზურგის ამოზნექვა მუცელს წინ წევს, რის გამოც მუცლის კუნთები იჭიმება.

ყოველი ორგანო გამოკვლიეთ შესაბამის უბანში. დადექით ავადმყოფისგან მარჯვნივ და გამოკვლევა ჩაატარეთ შემდეგი თანმიმდევრობით: ინსპექცია, აუსკულტაცია, პერკუსია და პაპაცია. შეაფასეთ ღვიძლი, ელენთა, თირკმლები და ორტა.

III მუცლის ღრუ

ინსპექცია

დადექით ავადმყოფის საწოლის მარჯვენა მხარეს და დათვალიერეთ მუცელი. უყურეთ მუცლის კონტურს და დააკვირდით პერისტალტიკას. ამისთვის საჭიროა, თუ დაწვებით ან დაისხებით ავადმყოფის მუცლის დონემდე.



დაათვალიერეთ მუცლის ზედაპირი, ტონუსი და მოძრაობა.

- *ტანი,* უკიდურესობა მიაქციე შემდეგს:

  ნაწიბურები: აღნიშნე მათი ლოკალიზაცია

  სტრიები: ძველი ვერცხლისფერი სტრიები ან გაჭიმვის შედეგად განვითარებული ნორმად ითვლება

  ვენების გაფართოვება: ნორმალურად შეიძლება ჩანდეს მცირე ზომის ვენები

  გამონაყარი და დაზიანებები:

- *ჭიპი:* დაათვალიერეთ ჭიპის ტონუსი და ლოკალიზაცია, ანთების მოვლენები ან ამობურცულობა, რისი მიზეზი შეიძლება თიაქარი იყოს)

- *მუცლის ტონუსი*

  ბრტყელია, მრგვალი, ამობურცული, თუ სკაფოიდური (ჩაზნექილი ან ჩავარდნილი)?

ფერდები ამობურცულია, არის თუ არა რაიმე აღგილობრივი ამობურცულობა? დაათვალიერეთ საზარდულის და ბარძაყის არეები.

მუცელი სიმეტრიულია?

არის თუ არა რაიმე ორგანოს გადიდება? გასინჯეთ ღვიძლი და ელენთა. გადიდებისას ეს ორგანოები სცილდება ნეკნთა ჯაჭვს.

- *პერისტალტიკა:* დააკვირდით რამოდენიმე წუთის განმავლობაში, თუ ვარაუდობთ ნაწლავთა გაუვალობას. ნორმალურად პერისტალტიკის დანახვა შესაძლებელია მხოლოდ ძალიან გამხდარ პირებში.

ვარდისფერი სტრიები *ქუშინგის სინდრომის* დროს ვითარდება.

ვენების გაფართოების მიზეზებია ღვიძლის ციროზი ან *ქვედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია.*

იხ. ცხრილი 10-8. მუცლის ქედის შემოფარგლული ამობურცულობები (გვ. 404).

იხ. ცხრილი 10-9, ამობურცული მუცელი (გვ. 405).

ფერდების ამობურცულობა ასციტის შედეგია; ბოქვენის ზემოთ ამობურცულობა აღინიშნება შარდის ბუშტის გადავსების ან ორსულობის დროს; ასევე თიაქრის არსებობისას.

ასიმეტრიას რომელიმე ორგანოს გადიდება იწვევს.

მუცლის ქვედა ნაწილის გადიდების მიზეზი შეიძლება იყოს საკვერცხის ან სამკვირისნოს სიმსივნე.

ნაწლავთა გაუვალობის დროს აღინიშნება გაზრდილი პერისტალტიკური ტალღების არსებობა.

- *პულსაცია:* ეპიგასტრიუმის არეში აორტის ნორმალური პულსაცია იშვიათად ჩანს.

გაძლიერებული პულსაციის მიზეზებია *აორტის ანევრიზმა* ან *პულსური ნეკნების განზრდა.*

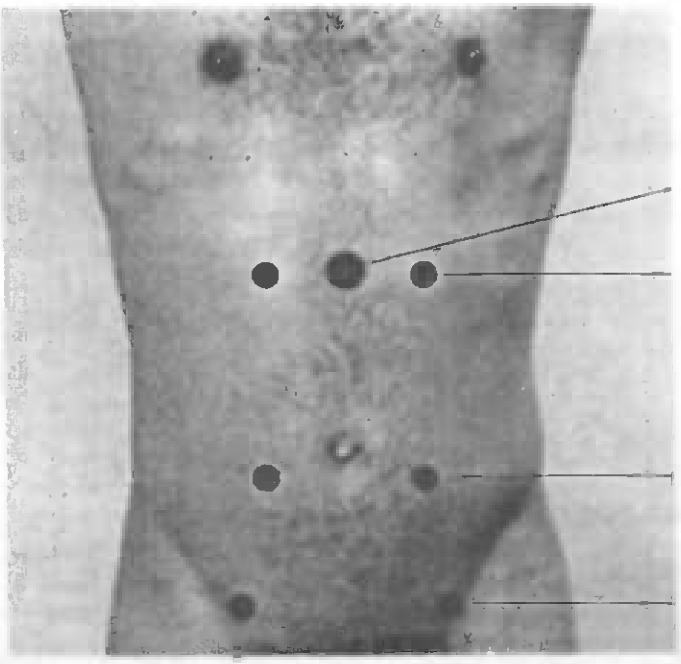
აუსკულტაცია

აუსკულტაცია მნიშვნელოვან ინფორმაციას განვლით ნაწლავთა მოტორიკაზე. *აუსკულტაცია ჩაატარეთ პერკუსიისა და პალპაციის წინ, ვინაიდან ამ გამოკვლევებმა შეიძლება გააძლიეროს ნაწლავთა ხმიანობები.* აუსკულტაციაში ივარჯიშეთ მანამდე, სანამ არ შეძლებთ ნაწლავის ნორმალური ხმიანობების გარჩევას ანთების ან ობსტრუქციისთვის დამახასიათებელი ხმიანობებისგან. აუსკულტაციით აორტაზე ან სხვა არტერიებზე შეიძლება მოისმინოთ შეილები, ანუ სისხლძარღვთა ხმიანობები, რომლებიც გულის შეილების ანალოგიურია. ეს შეილები სისხლძარღვთა შევიწროვებაზე მიუთითებს.

ფონენდოსკოპი ფრთხილად დაადეთ მუცელზე. მოისმინეთ ნაწლავთა ხმიანობები და დააღგინეთ მათი სიხშირე და ხასიათი. ნორმალური ხმიანობები ჰგავს ტკაცუნს ან ყურყურს და მოისმინება ნეთმი 5-დან 34-მდე სიხშირით. იმავითად შეიძლება მოისმინოთ გასანგრძივებული ყურყური - "მუცლის ღმეილი". იმის გამო, რომ ნაწლავთა ხმიანობები მუცლის ღრუში ფართოდ ვრცელდება, საკმარისი მუცლის მხოლოდ ერთი ნაწილის, მაგ. მარჯვენა ქვედა კვადრანტის მოსმენა.

ნაწლავთა ხმიანობები შეიძლება შეიცვალოს ფაღარათის, გაუვალობის, პარალიზური ileusის და პერიტონიტის დროს. იხ. ცხრილი 10-10, ხმიანობები მუცლის ღრუში.

თუ ავადმყოფს სისხლის მაღალი ნეკნი აქვს, მოისმინეთ ეპიგასტრიუმის არე და ორივე ზედა კვადრანტი. მოგვიანებით გამოკვლევისას, როდესაც ავადმყოფი ზის, მოისმინეთ ნეკნ-მალების კუთხეები. ნორმაში შეიძლება მოისმინოთ ეპიგასტრიუმის არეში შეილი, რომელიც სისტოლას ემთხვევა.



სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტების მქონე შეილები მიუთითებს ნაწილობრივ შევიწროვებულ სისხლძარღვში სისხლის ტურბულენტის დინებაზე ან აორტის ნაკლოვანებაზე. იხ. ცხრილი 10-10, ხმიანობები მუცლის ღრუში (გვ. 406).

შეილები მოისმინეთ აორტაზე, თეძოს და ბარძაყის არტერიებზე. შეილები, რომლებიც სისტოლას ემთხვევა, ხშირია და აუცილებლად სისხლძარღვის სტენოზზე არ მიუთითებს.

აქ სისხლძარღვების მოსასმენი ნერვილების ზემოთ სურათზეა ნაჩვენები.

მოისმინეთ ღვიძლსა და ელენთაზე *ხახუნის ხმიანობა*.

იხ. ცხრილი 10-10, ხმიანობები მუცლის ღრუში (გვ. 406).

ხახუნი მოისმინება ღვიძლის სიმსივნის, ღვიძლის გარშემო 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 განყენებში იქნება აღწერილი.

გაბერილი მუცლის ტიმპანური ხმიანობა მიგვანიშნებს *ინტესტინალურ ობსტრუქციაზე*. ნახეთ ცხრილი 10-9, ამობურცული მუცელი (გვ.405).

ჩაატარეთ მუცლის ღრუს მსუბუქი პერკუსია ოთხივე ყვადრანტში, რათა განსაზღვროთ სად არის ტიმპანიტი და სად მოყრუება. ტიმპანური ხმიანობა დომინირებს ჯურ-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 პარპარიის უბნის ქვემ მასების ან გაღიდებული ორგანოს არსებობაზე. ამ მონაცემით უნდა იხელმძღვანელოთ პარპარიის დროს.

ორივე გვერდში მოყრუება მიგვანიშნებს ასციტის არსებობაზე. (იხ. გვ.387-389).

- ამობურცული მუცლის ორივე მხარეს, დაარკვიეთ სად ცვლის ტიმპანიტს მოყრუება, რომელსაც წარმოქმნის უკან მდებარე მკვრივი სტრუქტურა.

იშვიათად, *ორგანოები შებრუნებულია*: ელეის ბუშტი მარჯვნივაა, ღვიძლის მოყრუება - მარცხნივ.

გადადით პერკუსიით გულმკერდის წინა მხარეს, ფიქრობებს შორის მკერდის ძვლის ქვემდე. მარჯვნივ ძირითადად მოისმენთ ღვიძლის მოყრუებას; მარცხნივ ტიმპანიტია ჯურში ელეის ბუშტისა და ნაწლავის ელენთის ნაწილის გამო.

პალპაცია

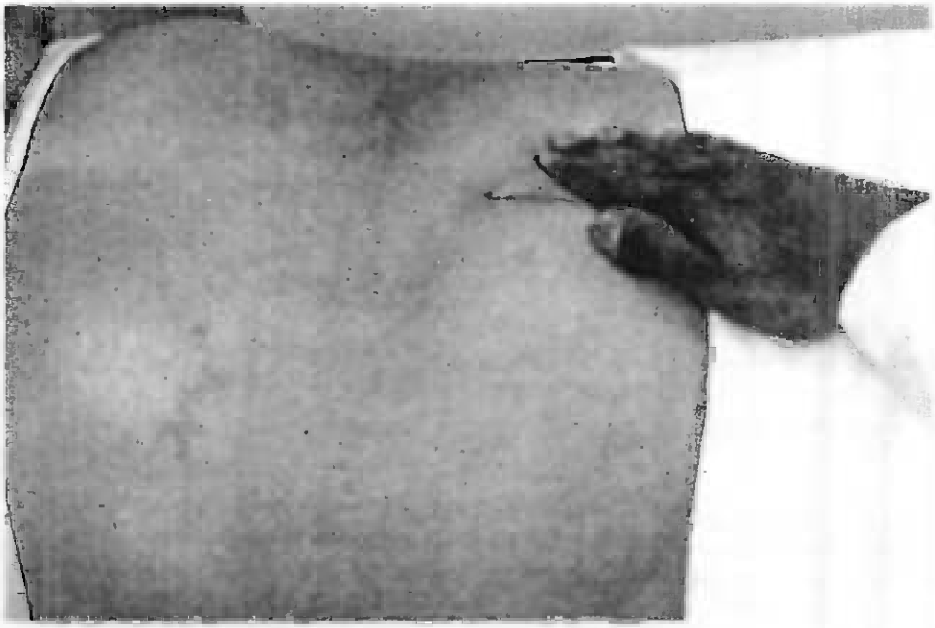
ზერელე პალპაცია. მუცლის ფრთხილად შეგრძნობა მნიშვნელოვნად გეხმარებათ მისი მგრძნობელობის, ჯუნთების დაჭიმულობის, ზედაპირულად მდებარე ორგანოებისა და მასების აღსაქმელად. იგი ასევე საჭიროა ავადმყოფის დასარწმუნებლად და მოსადუნებლად.

დაიჭირეთ ხელები ჰორიზონტალურ სიბრტყეში, თითები შეაჭირეთ და დადეთ მუცლის ზედაპირის გასწვრივ, დაიწყეთ მუცლის პალპაცია მსუბუქი, ფრთხილი და ღრმა მოძრაობით. ერთი ადგილიდან მეორეზე გადასვლისას ხელი ჯანს მოაშორეთ. იმოძრავეთ წყნარად და შეგრძნით ყველა ყვადრანტი.

შეგრძენით თითოეული ზედაპირულად მდებარე ორგანო და წარმონაქმნი და თქვენი ხელის მიმართ მგრძნობიარე ან მომატებული დაჭიმულობის არეები. თუ წინაალმდეგობას ნარკვევთ, შეეცადეთ განასხვავოთ ეს წინააღმდეგობა დაცვითია თუ ჯუნთის უნებლიე სპაზმია. ამისთვის:

უნებლიე ჩაგრძობა (ჯუნთების სპაზმი) ტიპიურად მატყუებს პალპაციის დროს. იგი *ჰეჩიტონეუმის ანთების* მარჩენებელია.

- გამოიყენეთ ყველა მოსადუნებელი მეთოდი, რომელიც იცით (იხ. გვ. 374).



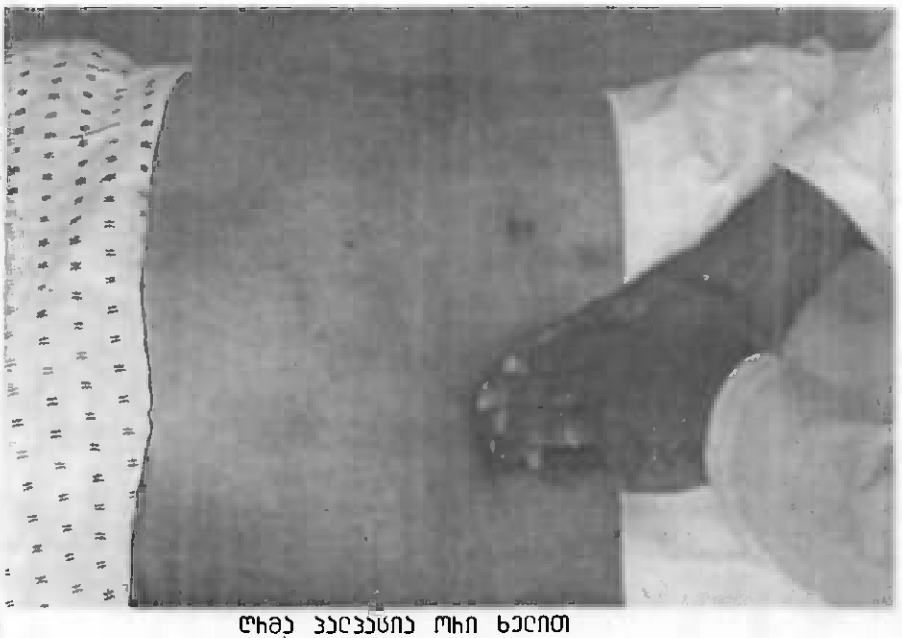
მეიგჩძენით მუცლის ჯუნთების მოდუნება, ჩომელიც ჩვეულებრივ ამოსუნთქვის დროს ხდება. მოყრუება. ჩოგორც ეს მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები, სპეციმენგაღიაზე ეჭვს ნაიმოშობს.

- სთხოვეთ ავადმყოფს ღია პირით ისუნთქოს.

ამ დროს ჯუნთების დაცვითი დაჭიმულობა მცირდება

ღრმა პალპაცია. გესაჭიროებათ მუცლის ღრუში მასების საზღვრების დასადგენად. ჯერავ გამოიყენეთ თითების პალმარული ზედაპირები და მეიგჩძენით მუცლის ყველა ჯვედრანტი. დაადგინეთ ჩაიმე მასის არსებობა, მისი მდებარეობა, ზომა, ფორმა, ჯონსისტენცია, მტკივნეულობა, პულსაცია და სუნთქვასთან ან ხელთან დაკავშირებული მოძრაობა. დააკავშირეთ პალპაციით მიღებული მონაცემები პერკუსიის მედეგებს.

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 გაფართოება).



ღრმა პალპაცია ორი ხელით

ჰეპატონეფემის ანთების შეფასება. მეცნის ახეში ტკივილი და მგძნობელობა, განსაკეთნებით, კუნთების სპაზმის თანხლებით, ჰეპატონეფემის ანთებაზე მიუთითებს. ჩამდენადაც შესაძლებელია, ხესტად განსაზღვრეთ ტკივილის ებანი. პირველ ჩიგში, პალპაციის დაწყებამდე *სთხოვეთ ავადმყოფს ჩაახველოს* და დააკვირდით ჩა ადგილზე ინვევს ხველა ტკივილს. შემდეგ მტკივნეული ებნის დასადგენად *ფრთხილი პალპაცია ჩაატარეთ ერთი თითით.* მსებექი ჰეპატომეგით გამოწვეულ ტკივილს იგივე ღირებულება აქვს ლოკალიზაციის დადგენის თვალსაზრისით. ჰეპატონეფემის ანთების უბნის დადგენისთვის მხოლოდ ასეთი ფრთხილი გასინჯვაც საკმარისია.

თუ ეს საკმარისი არ იქნება, დააკვირდით *ხველით გძნობელობას.* თითებით ძლიერად და ნელა, შემდეგ კი სწრაფად აკვეთ. ნეხეთ გძნობს თუ არა ავადმყოფი ტკივილს. ჰკითხეთ: "ხოდის უფრო გტკივათ, ხელის დაჭერისას თუ აშვებისას?" სთხოვეთ ავადმყოფს ზესტად გაჩვენოთ ტკივილის ებანი. ხელის სწრაფი აშვების დროს ტკივილის გაჩენა ან გაძლიერება არის *ხველით გძნობელობა,* რომლის მიზეზია ანთებითი ჰეპატონეფემის სწრაფი მოძრაობა.

ხველით ან მსებექი პალპაციით გამოწვეული ტკივილი მეცნის არეში ჰეპატონეფემის ანთების მაჩვენებელია. იხ. ცხრილი 10-11, მეცნის მგძნობელობა.

ხველითი მგძნობელობა ჰეპატონეფემის ანთებაზე მიუთითებს. თუ მგძნობელობა არის ხომელიმე ებანში, სადაც თქვენ დაადგინეთ ხველითი ტკივილი, ეს ებანი არის პრობლემის ჩალეკი წყარო.

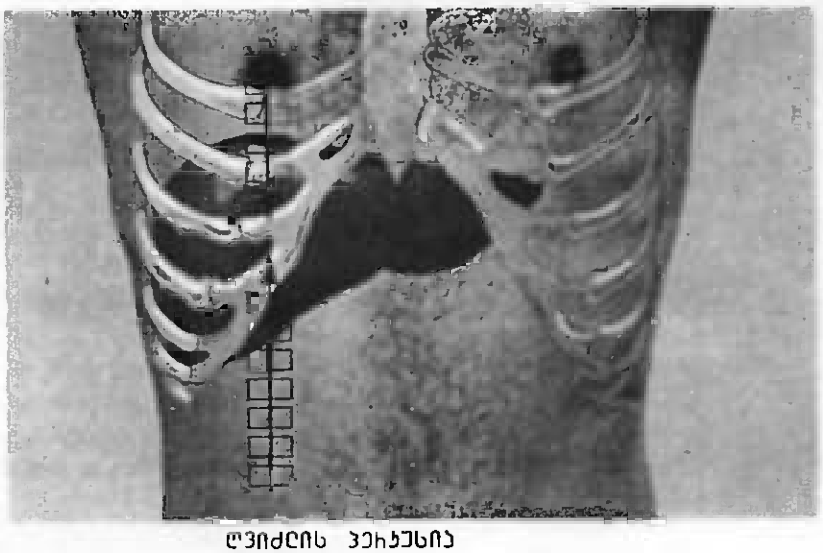
III ღვიძლი

იმის გამო, რომ ნეკნები ღვიძლის უმეტეს ნანილს ფარავს, მისი გასინჯვა ძნელია. ღვიძლის ზომის და ფორმის დადგენა შესაძლებელია ჰეკესიით და ნანილობრივ პალპაციით. ამავე დროს, პალპაციით შეიძლება შეფასოთ მისი ზედაპირი, კონსისტენცია და მტკივნეულობა.

ჰეკესია

ღვიძლის მოყრეების ვერტიკალური ზომის დადგენა ხდება მარჯვენა ღვინშუა ხაზზე. ჰეკესია დაიწყეთ ქინის ქვედა დონიდან (ტიმპანიტის არეში), ნაზად აყევით ზემოთ *ღვიძლის მოყრეების ქვედა კიდემდე ღვინშუა ხაზზე.*

შემდეგ, ზემოდან *ღვინშუა ხაზზე მოძებნეთ ღვიძლის მოყრეების ზედა საზღვარი.* ჯალის გასინჯვისას საჭიროების შემთხვევაში ფრთხილად გადანიეთ სარძევე ჯირკვალი, რათა ჰეკესია დაიწყოთ ნათელი ხმიანობის უბნიდან. ქვემოთ სერიაზე ნაჩვენებია ჰეკესიის ჩატარების მიმართულება.



ღვიძლის ჰეკესია

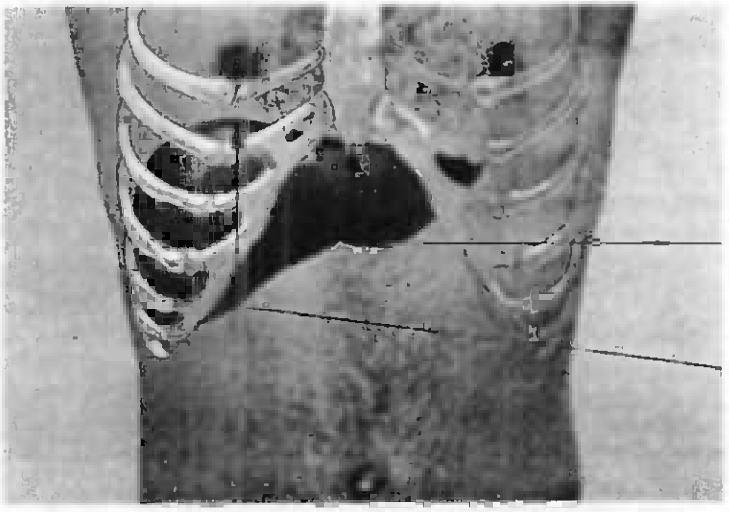
ღვიძლის მოყრეების ვერტიკალური ზომა *იზრდება* ღვიძლის გადიდების დროს.

ღვიძლის მოყრეების ვერტიკალური ზომა ჯერებელობა ღვიძლის მემცირების დროს ან როდესაც დიაფრაგმის ქვეშ თავისუფალი ჰაერია ღრე ორგანოს პერფორაციის გამო.

ღვიძლის მოყრეების ვერტიკალური ზომის გადიდება სერიელი გასინჯვისას აღინიშნება ხოლმე *ვირუსული ჰეპატიტების* და *გულის მეგებებითი უკმარისობის* დროს ან უფრო იშვიათად ფულმინანტური - *ელვისებური ჰეპატიტის* განვითარებისას.

ღვიძლის მოყრეება შეიძლება ქვემოთ იყოს გადანაცვლებული დიაფრაგმის დაბერა დგომის დროს, რაც ახასიათებს *ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციული დაავადებას.* ამ დროს ღვიძლის ვერტიკალური ზომა ნორმალურია.

ამის შემდეგ სანტიმეტრებში გაზომეთ მანძილი ოთ 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.

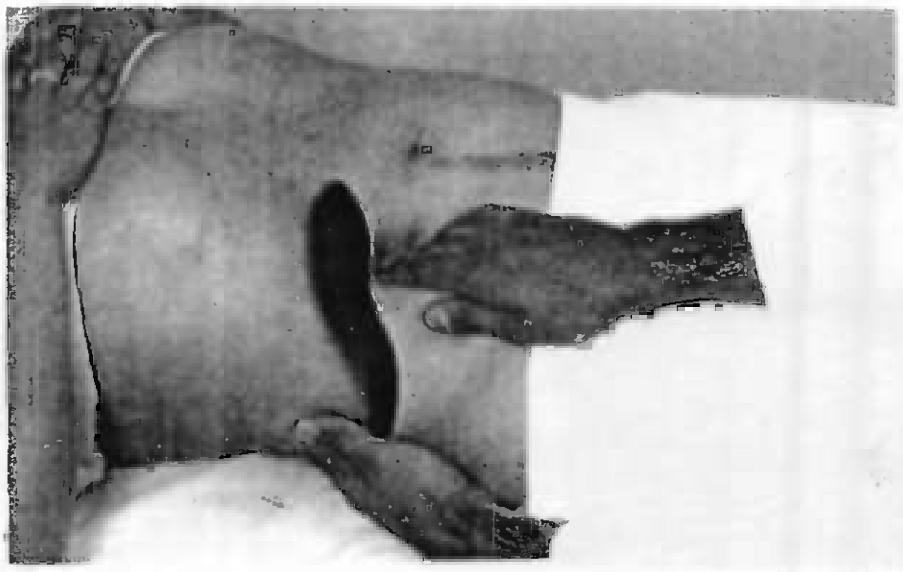


ღვიძლის საზღვრები ნორმაში

პერკუსია ობიექტური გამოკვლევის ყველაზე ზუსტი მეთოდია ღვიძლის ვერტიკალური ზომის დასადგენად, თუმცა ამ მეთოდს ხშირად სათანადოდ არ ფლობენ.

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 მარჯვენა ბეკვრის ღრუში სითხეა ან ფილტვში მოცულობითი პროცესია და ამით განპირობებული მოყრუება ესაზღვრება ღვიძლის მოყრუებას, ღვიძლის ზომა შეიძლება მცდომით *მომატებულად* ჩათვალოთ.

ნაწლავებში აირების დაგროვების გამო მარჯვენა ზედა ჯვედრანტში შეიძლება ტიმპანიტი აღინიშნოს, რის გამოც ზუსტად ვერ განსაზღვროთ ღვიძლის მოყრუება და მისი ზომა მცდომით *შემცირებულად* ჩათვალოთ.

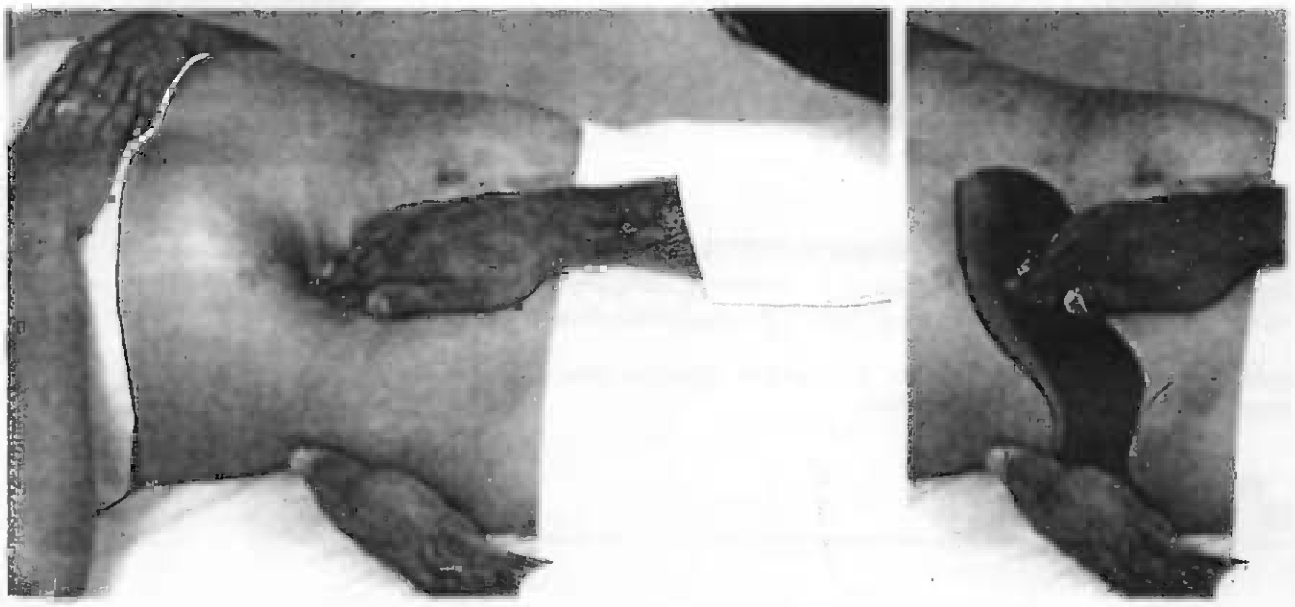
მახჯვენა ხელი მოათავსეთ მუცელზე სწორი ჯუნთის ღატეხაღეხად ისე, ჩომ თითები ღვიძლის ქვედა ჯიღესთან იყოს. ზოგიეთ ექიმს უჩჩევნია, თითები მიმახთული ჰჭონდეს ავადმყოფის თავისკენ, ზოგს უჩჩევნია თითები მოხხიღი ჰჭონდეს. ყველა შემთხვევაში უნდა დააწვეთ ფჩთხიღად შიგნით და ზემოთ.

სთხოვეთ ავადმყოფს, ღჩმად ისუნთქოს. შეეცადეთ თითებით შეიგჩძნოთ ღვიძლის ქვედა ჯიდე. თუ შეიგჩძნობთ, ხელის ზენოღა შეამციჩეთ ისე, ჩომ ღვიძლმა ისხიაღოს თქვენი ხელის ქვეშ და გასინჯეთ მისი ნინა ზედაპიჩი. ნახეთ, ახის თუ ახა მტკივნეულობა. ნოჩმაღეხად, ღვიძლის ჯიდე ჩბიღია, მახვიღი და სწოჩი, ზედაპიჩი გღუვია. ნოჩმაღეხი ღვიძლი შეიძლება ოდნავ მგჩძნობიახე იყოს.

ღვიძლის გამჯვჩივება, ბღაგვი ან მჩგვაღი ჯიდე, ახასნოჩი ჯონტეჩი ღვიძლის ღახიანებაზე მიუთითებს.

ჩასუნთქვის დჩოს პაღპაკიით ღვიძლი ისინჯება ნეჯნთა ჩჯაღიდან 3 სმ-ით ქვემოთ ღავინშეა ხაზზე. ზოგი ადამიანი უფჩო გუღ-მჯეჩით სუნთქავს, ვიდჩე დიაფჩაგმით. მათ უნდა ასნავღოთ "ისუნთქოს მუცღით", ჩაც უფჩო აადვიღებს ღვიძლის, ეღენთის და თიჩკმღების პაღპაკიას.

ღვიძლის ქვედა ჯიდესთან შეიძლება გასინჯოთ გადიდებული ნაღვლის ბუშტი. პეჩკუსიით ამ ახეში მოყჩეება აღინიშნება.



თუ პაღპაკიას ზემოთ ჩაატაჩებთ, შეიძლება გადიდებული ღვიძლი ვეჩ გასინჯოთ.

იხ. ცხჩილი 10-12. ღვიძლის გადიდება: დადგენილი და ჩეალური (გვ. 409).

ღვიძლის ჯახგად გასინჯვისთვის თითების ზენოღა უნდა გააძლიეჩოთ მუცლის ჯედლის სისქისა და ჩეზისტენტობის მიხედვით. თუ ღვიძლს ვეჩ შეიგჩძნობთ, ხელი უფჩო ახღოს დადეთ ნეჯნთა ჩჯაღთან და გაიმეოჩეთ პაღპაკია.

ეცადეთ ღვიძლის ჯიდე გასინჯოთ ღატეხაღეხად და მედიაღეხად. მუცლის სწოჩი ჯუნთის ახეში გასინჯვა ძნეღია. აღნეჩეთ ღვიძლის ჯიდე და ღავინშეა ხაზზე გაზომეთ მანძიღი ჯიდეს და მახჯვენა ნეჯნთა ჩჯაღს შოჩის.

შეიძლება დაგეხმაჩოთ "დახტყმის მეთოდი". განსაჯეთჩებით, ჩოდესაც ავადმყოფს სიმსუქნე აქვს. დადექით ავადმყოფისგან მახჯვნივ. ოჩივე ხელი დადეთ ეჩთმანეთის გვეჩდით

მეცნის მახჯვენა მხახეს ღვიძლის მოყრეების უბანთან. დაანეჭრით თითებით ზემოთ ნეჯნთა ჩჯაღისჯენ და სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს. ჩოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, ღვიძლის ჯიდის პაღპაცია შესაძღებელია ორივე ხელის თითებით.





ღვიძლის ახეში მგჩძნობელობა ანთების მაჩვენებელია ჰეპატიტის ღროს ან შეგუბების მაჩვენებელია – გული უკმახისობის ღროს.

ახავაღპირებადი ღვიძლის მგჩძნობელობის შეფასება. მახჯვნივ ქვედა ნეჯნებზე დადეთ მახცხენა ხელი ბჩტყლად და ფრთხილად დაახტყით მას მახჯვენა მეშტი. იგჩვე გაიმეორეთ მახცხენა მხახეს და სთხოვეთ ავადმყოფს, შეადახროს შეგჩძნებები.

ღვიძლის ახეში მგჩძნობელობა ანთების მაჩვენებელია ჰეპატიტის ღროს ან შეგუბების მაჩვენებელია – გული უკმახისობის ღროს.

ელენთა

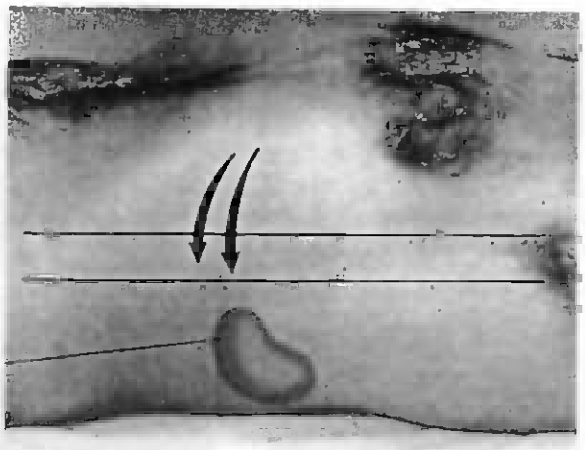
ჩოგესაც ელენთა ღიდება, იგი ფახთოვება ნინ, ქვემოთ და მედიალეხად, ჩის გამოც ვითახება ჯექის და მსხვილი ნანლავის ტიმპანიტის შეცვლა მოყრეებით. გადიდებული ელენთის პაღპაცია შესაძლებელია ნეჯნთა ჯუთხეში. ჰეჩჯესიით ელენთის გადიდებას ვეჩ დააგენთ, მაგჩამ შეგიქმნით გაჩკვეულ ვახაელს. პაღპაციით თქვენ დაადგენთ ელენთის გადიდებას, მაგჩამ თუ გადიდებული ელენთა ნეჯნთა ჩჯაღს ახ სცილდება, მას ვეჩ გასინჯავთ.

ჰეჩჯესია

ელენთის გადიდებას ანუ სპლენომეგალიას ორი გზით დაადგენთ:

- *ჩაატარეთ გული-მკერდის მახცხენა ქვედა ნანილის ჰეჩჯესია.* ფილტვის ნათელ ხმოვანობასა და ნეჯნთა ჩჯაღს შორის უბანში, ჩასაც ტიმპანეს ვივჩცე ენოდება. ჩოდესაც ჰეჩჯესიას ჩაატარებთ ქვემოთ სუსათზე ნაჩვენები ისრების მიმართულებით, დააჯვირდით ტიმპანიტის ღატეხაღეს გავჩცელებას.

მოყრეება. ჩოგორც ეს მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები, სპლენომეგალიაზე ეჭვს ნაიმოშობს



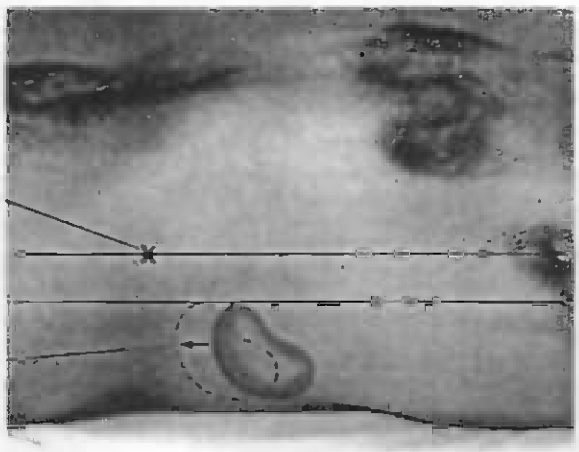


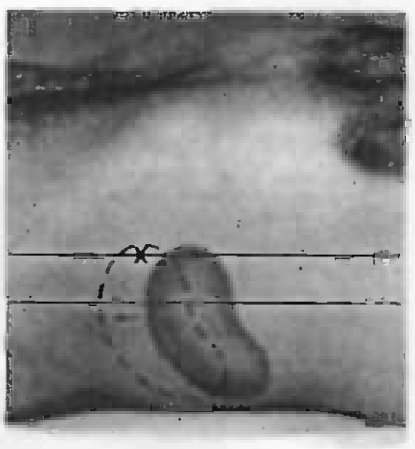
ჯერ ან ნაწლავში სითხე ან სიმჟავიანე ცხაებს სივრცეში იძლევა მოყრებას.

მაგრამ თუ ტიმპანიტის არე გაზრდილია, განსაკუთრებით ღატერალურად, სპლენომეგალიის არსებობა საეჭვოა, თუმცა ეს ნიშანი ცვალებადია. ნოხმაგრეხი ელენთის მოყრება, ჩვეულებრივ, იმაღება ხოლმე ეჯანა ქსოვილების მოყრებით.

ჩასუნთქვის დროს პერკუსიით ტიმპანიტის არეში მოყრების გაჩენა ელენთის გადიდების მაჩვენებელია. ეს არის *ელენთის დადებითი პერკუსიული ნიშანი.*

- *დაადგინეთ ელენთის პერკუსიული ხმიანობა.* მარცხნივ ნინა აქსილარული ხაზზე ჩაატარეთ ქვედა ნეკნთაშუა სივრცეების პერკუსია. ამ არეში, ჩვეულებრივ, ტიმპანიტია. შემდეგ სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ჩაისუნთქოს და გაიმეორეთ პერკუსია. თუ ელენთა ნოხმაგრეხი ზომისაა, პერკუსიით ტიმპანიტი იქნება.





თუ ამ ტესტებიდან ერთი ან ორივე დადებითია, ჩაატარეთ ელენთის პალპაცია.

ელენთის პერკუსიული ნიშანი დადებითი შეიძლება იყოს ნოხმაგრეხი ელენთის დროსაც.

პალპაცია

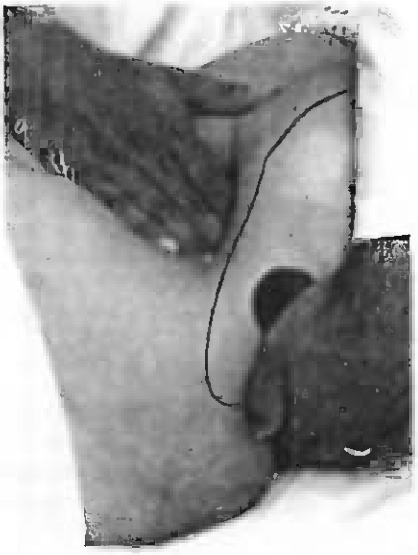
მარცხენა ხელი შემოხვიეთ ავადმყოფს და უკნიდან მარცხენა ნეკნებს ნინ მოანექით. მარცხენა ნეკნთა ჩაღრმავებასთან მარჯვენა ხელით დაანექით ელენთის მიმართულებით.

გადიდებული ელენთა შეიძლება ვერ გასინჯოთ, თუ პალპაციას ძალიან ზემოდან დაიწყებთ.

პაპპაცია დაინყეთ ეენთის შესაძლო შებაჰეობიდან, ჰაც შეიძებება ქვემო უბნიდან. (თე თქვენი ხეი ნეჯნთა ჩაჯთან ახოსაა, ნეჯნების ქვეშ მისი მოძჰაობა შეზღუდეი იქნება.) სთხოვეთ ავადმყოფს, ღიმად ჩაისუნთქოს. ამ დჰოს ეენთა ქვემოთ იწევს და შეეცადეთ თითებით შეიგძნოთ მისი ჯიდე ან ნვეჰო. დააჯვიხეით მტჯივნეეობას, შეაფასეთ ეენთის ჯონტუჰი და გაზომეთ ეენთის ქვედა ბოდოსა და ნეჯნთა ჩაჯს შოჰის მანძიდი. ნოჰმაადჰი მოზჰდიების მსიჰე პჰოცენტში ეენთის ქვედა ნვეჰო პაპპიჰებაბია. ამის მიზეზებია დიაფჰაგმის დაბება დგომა, ჰასაც ადგიდი აქვს ფიდტვების ქჰონიჯუდი ობსტიქციუდი დაავადების დჰოს და დიაფჰაგმის დანევა ღიმა ჩასუნთქვის დჰოს.

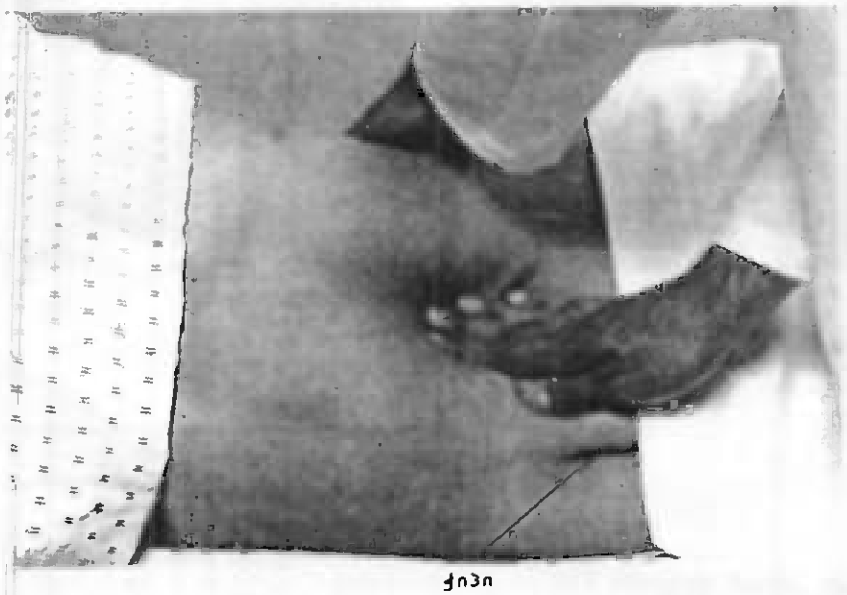
ეენთის პაპპიჰებადი ნვეჰი, ჰომეიც ყოვეთვის პათოდოგია აჰ ახის, მიუთითებს ეენთის გადიებაზე. ქვემოთ სუჰათზე ეენთის ნვეჰის პაპპაცია ტაჰება ღიმად მაჰცხენა ნეჯნთა ჩაჯთან.

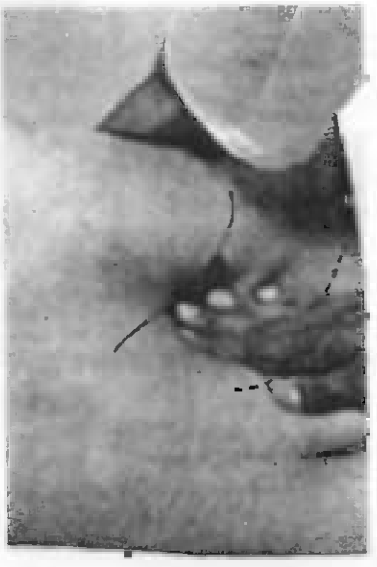




ავადმყოფი დაანვინეთ მაჰჯვენა გვეჰდეზე ისე, ჰომ ფეხები მოხჰიდი ჰქონდეს მენჯბაჰძაყის და მუხდის სახსჰებში და გაიმეოჰეთ პაპპაცია. ამ მდგომაჰეობაში ეენთა გადაინევა მაჰჯვნივ და ნინ საპაპპაციო აჰისჯენ.

ღიმა ჩასუნთქვისას გადიებედი ეენთა პაპპაციით მაჰცხენა ნეჯნთა ჩაჯიდან 2 სმ-ით გამოდის.





ჭიპი

ეენთის პაპპაცია – ავადმყოფი ნევს მაჰჯვენა მხაჰეზე

III თირკმელები

პიელონეფრიტი

მიუხედავად იმისა, რომ, ჩვეულებრივ, თირკმლების პიელონეფრიტი ვერ ხერხდება, თქვენ უნდა ისწავლოთ და ივარჯიშოთ გამოკვლევის მეთოდებში. გადიდებული თირკმლის გასინჯვა 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 გააჩეროს. ნელა შეამცირეთ მარცხენა ხელის ზენოღა. იმავდროულად შეიგრძენით თირკმლის გასრიალება 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 სინჯავთ ნაქლევს, კიდე სცილდება შუა ხაზს, პერკუსიით მოყრუებაა და თითებით შედიხართ ღრმად მედიალურ და ღატერალურ კიდეებს შორის და არა სიმაგრესა და ნეკნთა კუთხეს შორის. მონაცემები დაადასტურეთ შემდეგი გამოკვლევებით.

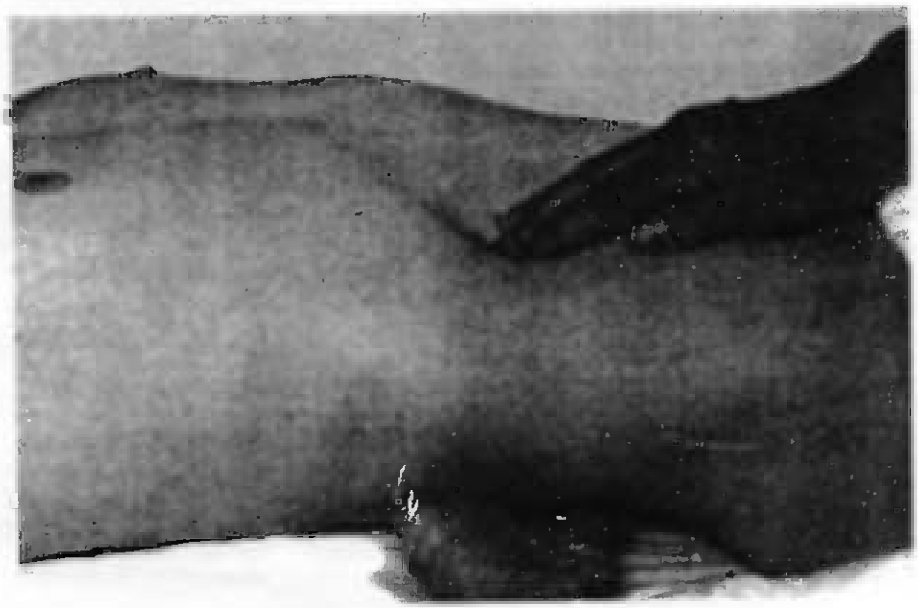
მარცხენა თირკმლის გასინჯვა ასევე შეგიძლიათ იგივე ხერხით, რასაც იყენებთ ელენთის გასინჯვისთვის. მარცხენა ხელი შემოხვიეთ ავადმყოფს და ასწიეთ წელის მარცხენა მხარე, ხოლო მარჯვენა ხელით დააწექით მარცხენა ზედა კვადრანტს. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს და შეიგრძენით სიმაგრე. ნორმალურად მარცხენა თირკმლის პალპაცია 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 კარს შორის და არა მედიალურ და ქვედა კიდეებს შორის.

მარჯვენა თირკმლის პიელონეფრიტი. მარჯვენა თირკმლის გასასინჯად ავადმყოფი მარჯვენა გვერდზე გადმოაბრუნეთ. მარცხენა ხელით უკნიდან მოაწექით, მარჯვენა ხელით კი დააწექით მარჯვენა ზედა კვადრანტს. დანარჩენი ისევე გაიმეორეთ, როგორც ზემოთაა აღწერილი.

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, მაჯვენა თირკმელი ჩვეულებრივზე უფრო ნინ მდებარეობს და საჭიროა მისი გარჩევა ღვიძლისგან. ღვიძლის ჯიღე, თუ ის პალპაციით შეიგრძნობა, უფრო მახვილია და ვრცელდება შორს მედიალურად და ლატერალურად. თირკმლის ქვედა პოლუსი მრგვალია.

ხელის დაჭერისას ტკივილი მიგვანიშნებს პიელონეფრიტზე, მაგრამ შეიძლება ასევე ჰქონდეს ძვალ-ხუნთქვანი მიზეზი.



ნეკნ-ხერხემლის კუთხის მტკივნეულობის შეფასება

თირკმლის მგრძნობელობის შეფასება. მუცლის გასინჯვის დროს შესაძლებელია მგრძნობელობის დადგენა, მაგრამ თირკმლის მგრძნობელობის დასადგენად ასევე გამოიყენეთ შესაბამისი ნეკნ-მაღების ჯუთხე. თქვენი თითების დაბოლოებების ზეწოლა შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს თირკმლის მგრძნობელობის დასადგენად, წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოიყენეთ ჰეჩკესია. ნეკნ-მაღების ჯუთხეში მოთავსებულ ხელს დაარტყით მეორე ხელის მუშტი. დარტყმის ძალა უნდა იყოს ისეთი, რომელიც ნორმალურ ადამიანში გამოინვევს 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. ჰეჩკესიით დაადგინეთ მოყუჩება და სიმფიზიდან ბუშტის ანევის სიმაღლე.

შარდის ბუშტის გადავსება ხდება გამომტანი გზის ობსტრუქციისას შარდსაწვენის სტრიქტურის ან პროსტატის ჰიპერტროფიის დროს; ასევე ზოგიერთი პრეპარატის გავლენით ან ნევროლოგიური დარღვევის დროს. როგორიცაა ინსულტი, *გაფანტული სკლეროზი.*

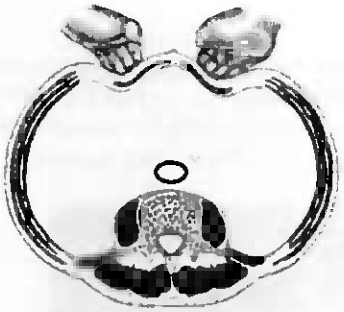
სიმფიზის ზემოთ მტკივნეულობის მიზეზია *შარდის ბუშტის ინფექცია.*

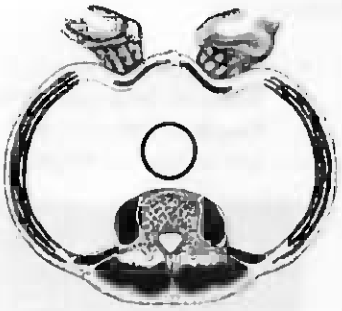
პროსტატა

ძლიერად და ღრმად დააწექით მუცლის ხედა ნაწილში შუა ხაზიდან ორივე მარჯვნივ და შეიგრძნობთ პროსტატის პერსპექტივა. 50 წლის ზევით ასაკის პირებში მეცადეთ 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-ისა (საშუალოდ 2.5 სმ). ეს გაზომვა არ მოიცავს მუცლის ჯედის სისქეს.

ხანდაზმულ პირებში ქირის მიდამოში ან მუცლის ხედა 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, ჩვეულებრივ, ათეროსკლეროზის გამო. უბრალოდ დაკლაკნილი მუცლის აორტა ზოგჯერ ძნელი გასარჩევია ანევრიზმისგან.

ანევრიზმა ჩვეულებრივ უმტკივნეულოა, ტკივილის განვითარება ყველაზე სახიფათო და ხშირი გართულების – აორტის გასკდომის მაუწყებელია.

აორტის საგრძნობი გაფართოება ულტრაბგერით გამოკვლევას საჭიროებს.

III განსაკუთრებული მეთოდები

მეფასების მეთოდები მემდეგი მდგომარეობებისთვის:

- ასციტი
- აპენდიციტი
- მწვავე ქოლეცისტიტი
- ვენტრალური თიაქარი
- მუცლის ჯედლის სიმაგრეები

ასციტის შეფასება

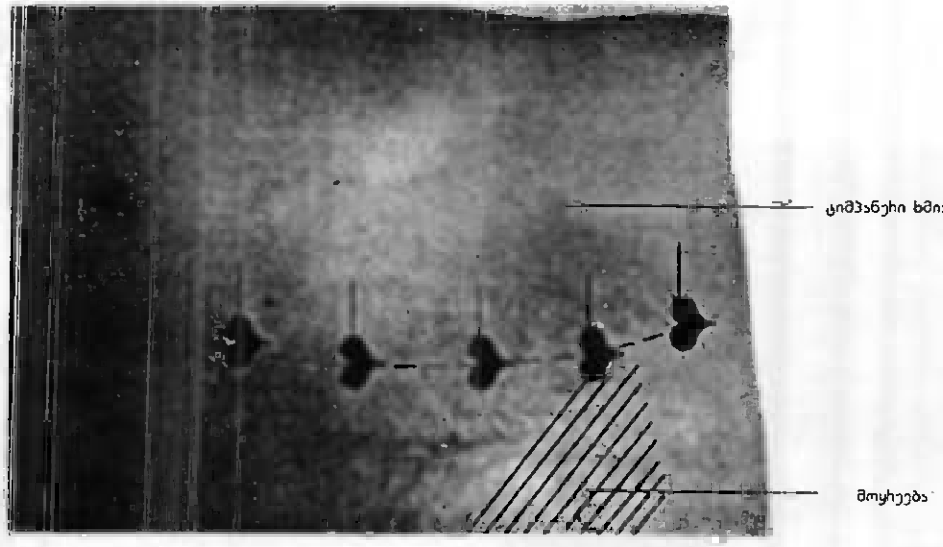
ამობურცული მუცელი და გვერდების სისავსე ასციტური სითხის შესაძლო არსებობაზე მიუთითებს. ვინაიდან ასციტური სითხე სიმძიმის გამო ქვევით გადმოვდება, მაშინ როცა არსით სავსე ნაწლავის მარყუჟები ზემოთ ექცევა და მუცლის ქვედა ნაწილებში პერკუსიით მოყრუება აღინიშნება. მუცლის ცენტრალური ციმპანიტის ადგილიდან ჰამოდენიმე მიმართულებით ჩაატარეთ პერკუსია და დააკვირდით ხმიანობებს. მონიშნეთ საზღვარი ციმპანეს ხმიანობასა და მოყრუებას შორის.



ასკიტის დადგენაში ორი მეთოდი დაგეხმარებათ, თუმცა ორივემ შეიძლება მეცდომაში შეგიყვანოთ.

- *მოყავების გადანაცვლების ტესტი.* მას შემდეგ, რაც დაადგენთ საზღვარს ტიმპანიტსა და მოყავებას შორის, სთხოვეთ ავადმყოფს გვერდზე გადაბრუნდეს. ჯერვ ჩაატარეთ პერკუსია და დაადგინეთ მოყავების საზღვარი. ასკიტის მქონე პირებში ტიმპანიტსა და მოყავებას შორის საზღვარი შედარებით მუდმივია.

ასკიტის დროს მოყავება ქვედა მხარეებშია, ხოლო ტიმპანიტი მუცლის შუა ნაწილში.



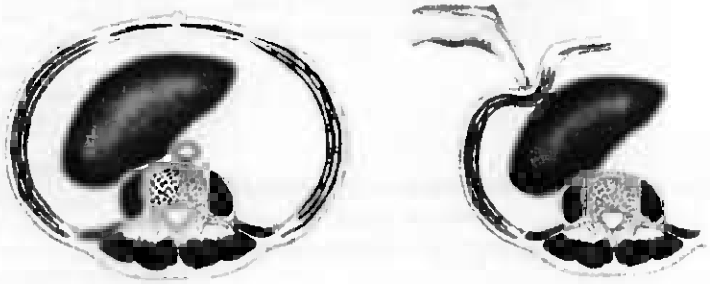
- *სითხის ტალღის წარმოქმნის ტესტი.* სთხოვეთ ავადმყოფს ან თქვენს ასისტენტს ორივე ხელის ჯიდეებით ძლიერად დააწვეს მუცელს შუა ხაზზე. ეს ზეწოლა ხელს შეუშლის ტალღის გავრცელებას ცხიმოვან ქსოვილში. მუცლის ერთ მხარეს დაარტყით თითები და მეორე ხელით საწინააღმდეგო მხარეს შეიგრძნობთ ტალღის გავრცელება.

ადვილად ბალპირებადი ტალღა ასკიტის მაჩვენებელია.



სამწუხაროდ, ეს ნიშანი ხშირად უახლოესია, სანამ ასციტი თვალით შესამჩნევი გახდება, ზოგჯერ ის დაღებითია პირებში, ვისაც ასციტი არ აქვს.

ასციტის მუცლის ღრუში ორგანოს ან სიმსივნის დადგენა. ეცადეთ ორგანოს ან ჩანიშე სიმსივნის ბაღოტირება, როგორც ეს ღვიძლის მაგალითზეა ნაჩვენები. ხელის თითები შეატყუპეთ, დაადეთ მუცლის ზედაპირს და სწრაფად და მკვეთრად უბიძგეთ ორგანოს მიმართულებით. ეს სწრაფი მოძრაობა სითხეს გადაანაცვლებს და თქვენ შესძლებთ, მუცლის ხელიდან თითებით მსუბუქად შეეხოთ ორგანოს ზედაპირს.



შესაძლო აპენდიციტის შეფასება

- სთხოვეთ ავადმყოფს, გიჩვენოთ ადგილი, სადაც დაენყო ტკივილი და სად არის ლოკალიზებული ამჟამად. სთხოვეთ, ჩაახველოს. დააკვირდით სად ჩნდება ტკივილი.

აპენდიციტით გამოწვეული ტკივილი ჯერ იწყება ჭიპთან ახლოს, შემდეგ გადადის მარჯვენა ქვედა კვადრანტში, სადაც ჩახველების შედეგად მისი ინტენსიობა იზრდება. ასაკოვან პირებში ეს სიმპტომი უფრო იშვიათად ვლინდება, ვიდრე ახალგაზრდებში.

- ყურადღებით მოძებნეთ მემოსაზღვრეული დაჭიმულობის უბანი

მარჯვენა ქვედა კვადრანტის ჰომელიმე უბანში დაჭიმულობა, ისევე როგორც მარჯვენა ფეხში, შეიძლება აპენდიციტის ნიშანი იყოს.

- დაადგინეთ კუნთების ჰიგიენობის არსებობა

ადრეულ პერიოდში დაცვითი დაჭიმულობა შეიძლება შეიცვალოს კუნთების უნებლიე ჰიგიენობით.

- *გამოიყენეთ ჰქტული გამოკვლევა და ქალებში მენჯის გამოკვლევა.* ეს მეთოდები ვერ მოგეხმარებათ ნორმალური და ანთებული აპენდიქსის გარჩევაში, მაგრამ შეგიძლიათ დაადგინოთ მენჯის ღრუში ატიპიურად მდებარე ანთებული აპენდიქსი. ასევე შეგიძლიათ გამოიყენოთ მუცლის არეში სხვა მიზეზით გამოწვეული ტკივილის დასადგენად.

მაგალითად, ჰქტული 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 არც ჩაატაროთ)

ხელვითი ტკივილი პერიტონეუმის ანთების ნიშანია, რაც შეიძლება აპენდიციტით იყოს გამოწვეული.

• შეამოწმეთ Rovsing-ის (*ჰოვსინგის*) *ნიშანი* და მასთან დაკავშირებული ხხევითი მტკივნეულობა. ძლიერად დააწექით *მარჯვენა* ქვედა კვადრანტს. შემდეგ სწრაფად აუშვით ხელი.

მარჯვენა მხარეს ზედაპირის ქვრივის *მარჯვნივ* ტკივილის განვითარება აპენდიციტზე მიუთითებს (ჰოვსინგის დადებითი ნიშანი). ამასვე მიუთითებს მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ხელის სწრაფი აწევის ქვრივის ტკივილის გაძლიერება (*დაკავშირებული ხხევითი ტკივილი*).

• *სუკის კუნთის (M. psoas) ნიშანი.* ხელი დააწექით ავადმყოფს მუხლს ზევით და სთხოვეთ თქვა ასწიოს. ასევე შეგიძლიათ სთხოვოთ ავადმყოფს, მარჯვენა გვერდზე გადაბრუნდეს, შემდეგ გაუშალეთ მარჯვენა ფეხი. მენჯ-ბარძაყის სახსარში ფეხის მოხრა ინვევს სუკის კუნთების შეკუმშვას, გაწვა კი გაჭირვას.

ამ მოძრაობების ქრის მუკლის არეში ტკივილის გაძლიერება ქმნის წელის კუნთების დადებით ნიშანს, რაც ანთებადი აპენდიკსტის მიერ წელის 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).

მუკლის მარჯვენა ქვედა ნაწილში ტკივილი წარმოშობს დამხუჭავი კუნთის დადებით ნიშანს, რაც ანთებადი აპენდიქსის მიერ დამხუჭავი კუნთის გაღიზიანებაზე მიუთითებს.

• *კანის ჰიპერესთეზიის ნიშანი.* მუკლის კედელზე ზევიდან ქვევით ნეკტილებზე საჩვენებელი და ცერი თითებით ნაზად ასწიეთ კანის ნაოჭები ისე, რომ არ უჭმიტოთ. ეს მოქმედება ჩვეულებრივ ტკივილს არ ინვევს.

ამ მოქმედების ქრის მარჯვენა ქვედა კვადრანტის ყველა უბნის მტკივნეულობა შეიძლება აღნიშნოს აპენდიკსტს.

შესაძლო მწვავე ქოლესისტიტის დადგენა

ხოლესაც მარჯვენა ზედა კვადრანტში ტკივილის და დაჭიმულობის გამო მწვავე ქოლეკისტიტს ვარაუდობთ, გასინჯეთ *Murphy-ს (მერფის) ნიშანი.* მარკვენა მუშტი ან მარჯვენა ხელის თითები დააჭყეთ ნეკნთა ჩაკის ქვემ ნეჭიერში, სადაც ნეკნთა ჩაკის კვეთს მუკლის სწორი კუნთის გარეთა კიდე. ასევე, თუ ღვიძლი გადიდებულია, მუშტი ან თითები დააჭყით ღვიძლის კიდესთან ზემოთ მოცემულ ნეჭიერში. სთხოვეთ ავადმყოფს, ღრმად ისუნთქოს. დააკვირდით სუნთქვას და ტკივილის ხარისხს.

ჩასუნთქვის სწრაფი შეჩერების ქრის ტკივილის გაძლიერება *მერფის დადებითი ნიშანია,* რაც მწვავე ქოლეცისტიტისთვისაა დამახასიათებელი. ჰეპატიტით გამოწვეული ტკივილი ასევე შეიძლება გაძლიერდეს, მაგრამ ტკივილი ამ ქრის ნაკლებად შემოფარგლულია.

ვენტრიკულური (მუკლის კედლის) თრომბის შეფასება.

ვენტრიკულური თრომბი მუკლის კედლის თრომბია, საზარდულის თრომბის გამოკლებით. თუ ვარაუდობთ, მაგრამ ვერ ხედავთ ჭრილის თრომბს, პაციენტს სთხოვეთ სანოლიდან ნამოსწიოს თავი და მხრები.

ამ მოძრაობის ქრის ჩვეულებრივ ვლინდება თრომბის ამობურცულობა (იხ. გვ.419).

საზახიჯეის და ბახძაყის თიაჭები შემდეგ თავშია აღწერილი. ამ თიაჭებმა შეიძლება მნიშვნელოვანი აბდომინური პრობლემები შექმნას, რის გამოც მათი განხილვა აუცილებელია.

ნაწლავის გაუვალობის ან პერიტონიტის მიზეზი შეიძლება ვერ დადგინოთ, თუ არ გამოიკვლევთ ბახძაყის სტრანგულაციური თიაჭის არსებობას.

მუცლის ჯედლის სიმაგრეები

მუცლის ჯედლის სიმაგრეები პალპირებადია. მუცლის ღრუს სიმაგრეები იმაღება მუცლის კუნთების შეკუმშვით.

მუცლის ჯედლის სიმაგრეების გარჩევა მუცლის ღრუს სიმაგრეებისგან. მუცლის ჯედელში სიმაგრეები უფრო იშვიათად ჩნდება, ვიდრე მუცლის ღრუში. სთხოვეთ ავადმყოფს ან სანოლიდან ნამოსწიოს თავი და მხრები ან ქვემოთ დაიხაროს. ამ დროს მუცლის კუნთები დაიჭიმება და ჯიდევ უკეთესი შეგიძლიათ შეამოწმოთ არიმე სიმაგრის არსებობა.

მიღებული მონაცემების ჩაწერა

დაიმახსოვრეთ, რომ თავიდან შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები მონაცემების აღწერისთვის; მოგვიანებით შეგიძლიათ ფრაზების გამოყენება. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ხშირად გამოყენებად ფრაზებს.

ჯერითური გამოკვლევის მედეგების ჩაწერა – მუცელი

"მუცელი ამობურცულია, ნაწლავთა ხმიანობა აქტიური, ხბილია და უმტკივნეულო. სიმაგრეები და ჰეპატოსპლენომეგალია არ აღინიშნება. ღვიძლის ფერკუსიული ზომაა 7 სმ მარჯვენა ნაპირის ხაზზე; ჯიდე 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, მომატებული მტკივნეულობა, დაცვითი და ხისტითი - მარჯვენა ქვედა ჯანტში. პერკუსიით ღვიძლის ზომაა 7 სმ მარჯვენა ნაპირის ხაზზე; ჯიდე 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 DL,. 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 AN13, Camus M, Green L, et al. The bedside assessment of sEllcnic cnlargcllicnt. 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;, Aicknlall LS, Matthews WC, et 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.

	პროცესი	ლოკალიზაცია	ხასიათი
პეპტიური ნაწლავი და დისპეფსია *(ამ დარღვევების დიფერენციაცია ძნელია სიმპტომების და ნიშნების საშუალებით)*	პეპტიური ნაწლავი მიეკუთვნება დაბალგენიც ნაწლავს, ჩვეულებრივ ულვაში ან 12-გოჯა ნაწლავში. დისპეფსია იგივე სიმპტომებს ინვევს, მაგრამ არ ახასიათებს ნაწლავის განვითარება. ხშირად სახეზეა *Helicobacter pylori*-თ ინფიცირება.	ეპიგასტრიუმის არე, შეიძლება ზურგში გადაეცემოდეს	ცვალებადი: მღრღნელი, წვითი, მბერავი, ყრუ, დამწოლი ან მიმშილის მსგავსი.
ულვაში ჯიბო	ავთვისებიანი ნეოპლაზმა	ეპიგასტრიუმი	ცვალებადი
მწვავე პანკრეატიტი	პანკრეასის მწვავე ანთება	ეპიგასტრიუმში, შეიძლება გადაეცემოდეს ზურგში ან მუცლის სხვა ნაწილში; შეიძლება არამკვეთრი ლოკალიზაცია ჰქონდეს.	ჩვეულებრივ თანაბარი
ქრონიკული პანკრეატიტი	მოჩვეულივე ანთების გამო პანკრეასის ფიბროზი	ეპიგასტრიუმი, გადაეცემა ზურგში	თანაბარი, ღრმა
პანკრეასის ჯიბო	ავთვისებიანი ნეოპლაზმა	ეპიგასტრიუმი და მუცლის ქვემოთ ზედა კვადრანტში, ხშირად გადაეცემა ზურგში	თანაბარი, ღრმა
ნაღვლოვანი კოლიკა	ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის საერთო სადინარის ეკლესი დახშობა ქვით	ეპიგასტრიუმი ან მარჯვენა ზედა კვადრანტი; შეიძლება გადაეცემოდეს მარჯვენა ბეჭსა და მხარში	თანაბარი, ყრუ; არა კოლიკისმსგავსი
მწვავე ქოლეცისტიტი	ნაღვლის ბუშტის ანთება, ჩვეულებრივ ქვით ნაღვლის ბუშტის სადინარის დაცობით გამოწვეული	მარჯვენა ზედა კვადრანტი ან მუცლის ზედა ნაწილი; შეიძლება გადაეცემოდეს მარჯვენა ბეჭის არეში	თანაბარი, ყრუ
მწვავე დივერტიკულიტი	მსხვილი ნაწლავის დივერტიკულის (ნაწლავის კედლის ჰარისებური გამოზრდა ნაწლავის ქვედა შრეში) მწვავე ანთება.	მარცხენა ქვედა კვადრანტი	ხშირად შეიძლება მოჭარბებული იყოს, შემდეგ თანაბარი ხდება
მწვავე აპენდიციტი	აპენდიქსის მწვავე ანთება გაჭიმვით ან ობსტრუქციით	• ცუდად ლოკალიზებული *ტკივილი ჭიპის არეში*, რასაც ჩვეულებრივ ახლავს	• მსუბუქი მაგრამ მზარდი, შესაძლოა მოჭარბებული.
		• *ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტში*	• თანაბარი და უფრო ძლიერი
ნაწლავის მწვავე მექანიკური გაუვალობა	ნაწლავის სანათურის ობსტრუქცია, ხშირი მიზეზია (1) შეხორცება ან თიაქარი (წვრილი ნაწლავი) ან (2) სიმსივნე ან დივერტიკულიტი (მსხვილი ნაწლავი).	• *წვრილი ნაწლავი*: ჭიპის შიგნით ან მუცლის ზედა ნაწილი.	• მოჭარბებული
		• *მსხვილი ნაწლავი*: მუცლის ქვედა ნაწილი ან გავრცელებული	• მოჭარბებული
მეზენტერიული იშემია	ნაწლავის და ჯორჯლის მკვებავი სისხლძარღვის თრომბოზი ან ემბოლია (არტერიის მწვავე ოკლუზია) ან სისხლით მომარაგების შემცირება ჰიპოვოლემიის გამო	დასაწყისში ჭიპის არეში, შემდეგ დიფუზური ხდება	თავიდან მოჭარბებული, შემდეგ თანაბარი

მიმდინარეობა	ფაქტორები, რომლებიც სიმპტომებს აძლიერებს	ფაქტორები, რომლებიც სიმპტომებს ამცირებს	თანმხლები სიმპტომები და გართულება
პერიოდული. 12-გოჯა ნაწლავის ნაღველს წუჭის ნაღველსა და დისპეფსიაზე უფრო ხშირად ახასიათებს ტკივილი, რომელიც (1) ღამით აღვიძებს ავადმყოფს და (2) პერიოდულად ჩნდება ორი კვირის განმავლობაში, შემდეგ ქრება თვეების განმავლობაში და შემდეგ კვლავ ჩნდება.	სხვადასხვა	შვებას იძლევა საკვების და ანტაციდების მიღება, მაგრამ არა ყოველთვის. ყველაზე ნაკლებად წუჭის ნაღველის დროს.	გაღიზიანება, პირღებინება, ბოყინი, მუცლის შებერვა; გულძმარვა (შედარებით ახასიათებს 12-გოჯა ნაწლავის ნაღველს); ნონაში დაკლება (შედარებით ახასიათებს წუჭის ნაღველს). დისპეფსია უფრო ხშირია ახალგაზრდებში (20-29%), წუჭის ნაღველი – 50 წლის ზევით და 12-გოჯა ნაწლავის ნაღველი – 30-60 წ ასაკში
ტკივილის ანამნეზი გაცილებით ხანმოკლეა, ვიდრე პეპტიური ნაღველის დროს. ტკივილი უფრო ხანგრძლივია და ნელა ჰოგარტყმით	ხშირად საკვები	საკვების ან ანტაციდების მიღება ტკივილს არ ამსუბუქებს	უმადობა, გაღიზიანება, ნაადრევი დანაყრება, ნონაში დაკლება, ზოგჯერ სისხლდენა. ხშირია 50-70 წლის ასაკში
მწვავე დაწყება, ხანგრძლივი ტკივილი	ზურგზე წოლა	ნინ გადმოხრა და სხეულის მოხრა	გაღიზიანება, ღებინება, მუცლის შებერვა, ცხელება. ხშირად ანამნეზში შეტევების არსებობა, აღტკინების ჭარბი მილება და ნაღველის ქვანები.
ქრონიკული ან მოკლევადიანი მიმდინარეობა	აღტკინების და ცხიმიანი საკვების მილება	შესაძლოა ნინ გადმოხრა და სხეულის მოხრა; ხშირად შეუკოვარი	ჰანგარიშო ფუნქციის დაქვეითების სიმპტომები: დარია ცხიმოვანი ფეკალური მასებით (სტეატორეა) და მაქრიანი დიაბეტი
პერისისტული ტკივილი; შეუმსუბუქებელი მიმდინარე ჰოგარტყმული დაავადება		შესაძლოა ნინ გადმოხრა და სხეულის მოხრა; ხშირად შეუკოვარი	უმადობა, გაღიზიანება, პირღებინება, ნონაში დაკლება, სიყვითლე. ემოციური სიმპტომები დეპრესიის ჩათვლით
სწრაფი დაწყება რამოდენიმე წუთის განმავლობაში, გრძელდება ერთიდან რამოდენიმე საათამდე და თანდათანობით ღებულობს, ხშირად მოკლევადიანია.			უმადობა, გაღიზიანება, პირღებინება, მოუსვენრობა
თანდათანობითი დაწყება; მიმდინარეობა უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ბილიარული კოლიკის დროს	ხმაურიანი ღრმა სუნთქვა		უმადობა, გაღიზიანება, პირღებინება, ცხელება
ხშირად იწყება თანდათანობით			ცხელება, ყაბზობა. დასანყისში შესაძლებელია ხანმოკლე ფაღარათი
• გრძელდება დაახლოებით 4-6 სთ			უმადობა, გაღიზიანება, შესაძლოა პირღებინება, რაც მოჰყვება ტკივილის შეტევას. მსუბუქი ცხელება
• დამოკიდებულია ჩარევაზე	• მოძრაობა ან ხველა	• თუ დროებით მცირდება, სავარაუდოა აპენდიქსის პერფორაცია	უმადობა, გაღიზიანება, შესაძლოა პირღებინება, რაც მოჰყვება ტკივილის შეტევას. მსუბუქი ცხელება
• პაროქსიზმული; მცირდება, როგორც კი ბემტის მობილურობა დაქვეითებული			• ნაღველოვანი, ღორნოვანი (მაღალი გაუვალობა) ან ფეკალური მასით (დაბალი გაუვალობა) პირღებინება. ვითარდება ობსტიპაცია.
• პაროქსიზმული, თუმცა ტიპიურად უფრო მსუბუქი			• ადრე ვითარდება ობსტიპაცია. მოგვიანებით პირღებინება. ანამნეზში გამომნვევი დაავადებები
ჩვეულებრივ უცაბედი დაწყება, ვიდრე პერისისტული			პირღებინება, ფაღარათი (ზოგჯერ სისხლიანი), ყაბზობა, შოკი

პრობლემა	პროცესი	დამამძიმებელი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები	თანმხლები სიმპტომები და მდგომარეობები
ბარიუმით დისფაგია *გამოწვეული მოტორული დარღვევებით, რაც ახიანებს ხახის კუნთებს*	მწვავე ან თანდათანობითი დაწყება და ცვალებადი მიმდინარეობა, რაც გამომწვევ დაავადებაზეა დამოკიდებული	ყლაპვის დაწყების მცდელობა	საკვების ჰეგუჩგიტაცია	ყლაპვის დროს ფილტვებში ასპირაცია ან ცხვირში ჰეგუგიტაცია, ინსულტის, ბულბარული დამბლა და სხვა ნევროლოგიური მდგომარეობები
საყლაპავის დისფაგია *მექანიკური შევიწროება*				
ლორწოვანის ჩგოლები და ტიხრები	წყვეტილი	მჯდომარე საკვები	საკვების ჰეგუჩგიტაცია	ჩვეულებრივ, არაფერი
საყლაპავის შევიწროება	წყვეტილი, შეიძლება ნელა პროგრესირებდეს	მჯდომარე საკვები	საკვების ჰეგუჩგიტაცია	გულძმარვის და ჰეგუჩგიტაციის დიდი ანამნეზი
საყლაპავის ჯიბო	თავიდან წყვეტილი, თვეების განმავლობაში პროგრესირებს	მჯდომარე საკვები, შემდეგ თხევადიც	საკვების ჰეგუჩგიტაცია	ტკივილი გულმკერდისა და ზურგის არეში, წონის დაკარგვა, განსაკუთრებით დაავადების გვიან ფაზაში
მოტორული დარღვევები				
საყლაპავის დიფუზური სპაზმი	წყვეტილი	მჯდომარე ან თხევადი	ქვემოთ აღწერილი ხერხები, ზოგჯერ ნიტროგლიცერინი	ტკივილი გულ-მკერდის და ზურგის არეში, წონაში კლება განსაკუთრებით მოგვიანებით სტენოკარდიის ან მიოკარდიუმის ინფარქტის მსგავსი ტკივილი. ჰკრ გრძელდება წუთები ან საათები; შესაძლოა გულძმარვა
აქალაზია	წყვეტილი, შეიძლება ნელა პროგრესირებდეს	მჯდომარე ან თხევადი	განმეორებითი ყლაპვა, უკან გადაწევა, მკლავების ანევა ან ვალსალვას პოზა (ქვემოთ დახრილი ყიის სანინააღმდეგოდ	გულძმარვა, სკლეროდერმიის სხვა სიმპტომები; ჰეგუჩგიტაცია, ხშირად ღამე წოლისას, ხველით; შესაძლოა კვებისშედეგად ტკივილის განვითარება

პრობლემა	პროცესი	თანმხლები სიმპტომები და სიტუაცია
ყოფითი აქტივობა და ჩვევები დეფეკაციის ჩეფლექსისთვის შეუფერებელი დრო და სიტუაცია	სავსე სწორი ნაწლავის მეგობნების იგნორირება აქვეითებს დეფეკაციის ჩეფლექსს	ცხელება, უცხო გარემო, ხანგრძლივი ნოღა
ნაწლავთა მოქმედების ცუდ მოლოდინი	ნაწლავთა "მოწესრიგებული" ან ნორმაზე უფრო ხშირი მოქმედების მოლოდინი	საფაღარათო საშუალებების ხშირი, მათი მიღება და ამ საშუალებათა ფარული ჩეკლამირება
ჰაციონში ბოქკოვანი საკვების ნაკლებობა	განავლის მოცულობის შემცირება	ხელს უწყობს სხვა ფაქტორებიც, როგორიცაა ძლიერი სისუსტე, ყაბზობის გამომწვევი პრეპარატების მიღება
გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი	ნაწლავის ჰეირისტალტიკის დარღვევა	მკრთე, მკვრივი განავალი, ხშირად ღრინოვანი. ჰეიორელად ფაღარათი. მოქცევითი ტკივილი მუცლის არეში. შეიძლება სტრესმა გაამწვავოს
მექანიკური ობსტრუქცია სწორი ნაწლავის ან სიგმოიდური ყოლინჯის სიმსივნე პროცესი	ნაწლავის სანათურის პროგრესირებადი შევიწროვება	ნაწლავთა მოქმედების შეცვლა: ხშირად ფაღარათი, მუცლის ტკივილი. სისხლდენა. სწორი ნაწლავის ცარიელის 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 ხანდახმულ პაციენტებში
სხვა ობსტრუქციული დაზიანებები (როგორიცაა დივერტიკულიტი, მოგრეხვა, ინვაგინაცია ან თიაქარი) პროცესი	ნაწლავის შევიწროვება ან სრული ობსტრუქცია	ჯერ-ჯერობით ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის შებერილობა, ინვაგინაცია, ხშირად "მარილისფერი ჟელეს მსგავსი" განავალი (სისხლიანი და ღრინოვანი)
ყითას (ანუსის) მტკივნეული დაზიანება პროცესი	ტკივილი იწვევს გარეთა სფინქტერის სპაზმს და დეფეკაციის ჩეფლექსის შესუსტებას	ანუსის ნახეთქი, მტკივნეული ბუსუსიანი, ჰემორიქტული აბსცესი
პრეპარატები	სხვადასხვა მექანიზმი	ოპიატები, ანტიქოლინერგული საშუალებები, ტრიციკლის ან ტეტრაციკლის შემცველი ანტიდეპრესანტები და ბევრი სხვა
დემენცია	გუნებ-განწყობის ცვლილება. იხ. ცხრილი 16-1, გუნებ-განწყობის ცვლილება	დაღლილობა. დემენცია და სხვა სომატური სიმპტომები
ნევროლოგიური დარღვევები	გავლენას ახდენს ნაწლავის ავტონომიურ ინერვაციაზე	ხერხემლის დაზიანება, გაფანტული სკლეროზი, პარკინსონიზმის დაავადება და სხვა მდგომარეობები
მეტაბოლური პროცესები	გავლენას ახდენს ნაწლავის ჰეირისტალტიკაზე	ჰიპოთირეოზი. ჰიპერპარათირეოზი

პრობლემა	პროცესი	განავლის დახასიათება
მწვავე ფაღარათი		
სეკრეციული ინფექცია	ვირუსული ინფექცია, ბაქტერიული ტოქსინები (როგორიცაა *ოქროსფერი სტაფილოკოკი, Clostridium perfringens, Escherichia coli, ქოლერის ვიბრიონი), პრიმატოსპორიდიები, ლამბლიოზული აბსცესი*	წყლიანი, სისხლის გარეშე, ჩირქოვანი ან ლორწოვანი
ანთებითი ინფექცია	ნაწლავის ლორწოვანის ჯოლონიზაცია ან ინვაზია (*ახატიფური სალმონელა, შიგელა, ეერსინია, კამპილობაქტერია, ენტეროპათიური E. coli, Entamoeba histolytica*)	მშრალი ან წყლიანი, ხშირად სისხლიანი, ჩირქოვანი ან ლორწოვანი
ნაწლავისმიერი ფაღარათი	მრავალი ნაწლის მოქმედება, როგორიცაა მაგნიუმის შემცველი ანტაციდები, ანტიბიოტიკები, სიმსივნის სასინჯაღმდეგო და საფაღარათო საშუალებები	მშრალი ან წყლიანი
ქრონიკული ფაღარათი		
ფაღარათის სინდრომები		
▪ გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი	ნაწლავის პერისტალტიკის დარღვევა ფაღარათის და ყაბზობის მონაცვლეობით	მშრალი, შეიძლება ჩანდეს ლორწო სისხლის გარეშე. ყაბზობის დროს განავალი მკვრივია, და მცირე
▪ სიგმოიდური ჯოლნკის ჯიბო	სიმსივნით ნაწილობრივი ობსტრუქცია	განავალზე შეიძლება იყოს სისხლის ზოლები
ნაწლავის ანთებითი დაავადება		
▪ წყლულოვანი კოლიტი	სხვილი და სწორი ნაწლავის ლორწოვანის და ლორწქვეშა შრის ანთება წყლულების განვითარებით. მიზეზი უცნობია	განავალი ხშირი ან წყლიანია, ხშირად სისხლს შეიცავს
▪ ნვრილი ნაწლავის (ხეგიონული ენტერიტი) ან მსხვილი ნაწლავის (გრანულომატოზური კოლიტი) Crohn-ის (კრონი) დაავადება	ნაწლავის კედლის ქრონიკული ანთება, ძირითადად ზიანდება მრავი ნაწლავის ტერმინალური ნაწილი და/ან ჰოროსიმაელი კოლონკი	მცირე, ხშირი, მშრალი ან წყლიანი განავალი, რომელებიც, არ შეიცავს დიდი ოდენობით სისხლს (ენტერიტი) ან უფრო ცოტა სისხლია, ვიდრე წყლულოვანი კოლიტის დროს (კოლიტი)
მოცულობითი ფაღარათი		
▪ მალაბსორბციის სინდრომი	ცხიმის შეწოვის დარღვევით ცხიმში ხსნადი ვიტამინების ჩათვლით, სტეატორეა (ცხიმის ქარხი გამოყოფა) როგორიცაა ჰანკრეასის უკმარისობის, ნაღვლის მარილების დეფიციტის, ბაქტერიების ქარხი ზრდის დროს	განავალი ჩვეულებრივ დიდი ოდენობითაა, ხშირია, ღია მწვანე ან ხუთი ფერის, 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 სამუალებების ქარხი ხმარება	საფაღარათო სამუალებების მიღების ჩვევა, ხშირად ჩუმად მიღება	დიდი მოცულობის წყლიანი ფაღარათი
▪ სეკრეციული ფაღარათი ბაქტერიული ინფექციის მედეგად. სეკრეციული ნამწამოვანი აღენომა, ცხიმის და ნაღვლის მარილების მალაბსორბცია, ჰორმონ-დამოკიდებული მდგომარეობები (გასტრინი ზოლინგერ-ელისონის სინდრომის დროს, ვაზოაქტიური ინტესტინური პეპტიდი [VIP])	ცვალებადი	დიდი მოცულობის წყლიანი ფაღარათი

მიმდინარეობა	თანმხლები სიმპტომები	პირობები, რისკის ქვემ მყოფი პირები
ხამოდენიმე დღის განმავლობაში, შესაძლოა უფრო ხანგრძლივც. ხანგრძლივ მიმდინარეობას შეიძლება ღაქცახას დეფიციტი ედოს საფუძვლად	გულისრევა, პირღებინება, მოქეჩითი ტკივილი ჭიპის ახში. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია ან მცირედ მომატებული	ხშირია მოგზაურებში, მიზეზი შეიძლება საზოგადოებრივი ყვება ან ეპიდემია იყოს
სხვადასხვა ხანგრძლივობის მწვავე დაავადება	მოქეჩითი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, ჯუჭში გასვლის გადაუდებელი სურვილი, ტენეზმები, ცხელება	მოგზაურობა, დაბინძურებული საკვები და წყალი. მამაკაცებს და ქალებს, ვისაც ხშირი ანალური სექსი აქვთ
მწვავე, მოხეცილივე ან ქრონიკული	შესაძლოა გულისრევა და სუსტი ტკივილი	ექიმის მიერ დანიშნული ან ზედმეტი დოზით მედიკამენტების მიღება
ხშირად უარესდება დილით. ფალარათი იშვიათად აღვიძებს ღამე ავადმყოფს	მოქეჩითი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, მუცლის შებერვა, აირებით გადავსება, გულისრევა, ყაბზობა	ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირებს, უფრო ხშირია ქალებში
ცვალებადი	ნაწლავთა მოქმედების ჩვევის ცვლილება, მოქეჩითი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, ყაბზობა	საშუალო და მაღალი ასაკის პირებში, განსაკუთრებით 55 წლის ზევით
დაწყება შეიძლება იყოს ფარული ან მწვავე. ტიპიურად მოხეცილივე, შეიძლება გახანგრძლივდეს. ფალარათმა შეიძლება ღამით გააღვიძოს ავადმყოფი.	მოქეჩითი ტკივილი ან მუცლის ქვედა ნაწილში ან დიფუზური. უმადობა, სისუსტე, ცხელება	ხშირია ახალგაზრდებში
შეუმჩნეველი დაწყება, ქრონიკული ან მოხეცილივე. ფალარათმა შეიძლება ღამით გააღვიძოს ავადმყოფი.	მოქეჩითი ტკივილი ჭიპის ახში ან მარჯვენა ქვედა კვადრანტში (ენტეჩიტი) ან დიფუზური (კოლიტი), უმადობა, დაბალი ცხელება და/ან ნონაში ჯება. ჰემიანალური ან ჰემორექტული აბსცესი და ფისტულები	ხშირია ახალგაზრდებში, განსაკუთრებით 18-19 წლის ასაკში, მაგრამ ასევე შესაძლებელია საშუალო ასაკის პირებში. უფრო ხშირია ებრაელებში
დაავადების დაწყება შეუმჩნეველია	უმადობა, ნონაში ჯება, სისუსტე, მუცლის შებერვა, ხშირად მოქეჩითი 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	მოქეჩითი ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის შებერვა, აირებით გადავსება	აფრო-ამერიკელებში, აზიელებში და ამერიკელ ებორიგენებში
ცვალებადი	ხშირად არ აღინიშნება	ნევროზული ანორექსიითა და ბულიმიით პირებში
ცვალებადი	ნონაში დაჯება, დეჰიდრატაცია, გულისრევა, პირღებინება, მოქეჩითი ტკივილი მუცლის არეში	ცვალებადია, დამოკიდებულია მიზეზზე

პრობლემა	მიზეზი	თანმხლები სიმპტომები და გავრცელება
მელენა მელენა აღნიშნავს შავი ფერის, ჯუჭის-ფერ განავალს (ნებოვანი და ბრიალა). ფარული სისხლდენაზე ტესტი დადებითია. მელენა ვითარდება ჯეჯ-ნაწლავის ტრაქტში სულ მცირე 60 მლ სისხლის ჯამგვის დროს (ახალშობილებში და ბავშვებში ეფრო ნაკლები). სისხლდენა ჩვეულებრივ საყლაპავიდან, ჯეჭიდან ან 12-გოჯა ნაწლავიდანაა. შედარებით იშვიათად, ხოლესაც ნაწლავში გატარება შენელებულია, სისხლი შეიძლება წარმოიშვას მცირე, თეძოს ნაწლავში და ასწვრივ ჯოლინჯში. ახალშობილებში მელენა განვითარდეს მშობიარობის პროცესში სისხლის ჩაყლაპვის შედეგად.	პეპტიური წყლული	ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის ანამნეზში ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში
	გასტრიტი ან სტრესული წყლული	ახლო წარსულში ასპოჰოლის, ასპირინის ან ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მიღება; სხეულის ტრავმა, მძიმე დამწვრობა, ოპერაცია ან ინტრაკრანიული წნევის მომატება
	საყლაპავის ან ჯეჭის ვენების ვარიკოზი	ღვიძლის ციროზი ან პორტული ჰიპერტენზიის სხვა მიზეზი
	ჰემფექს-ეზოფაგიტი, Mallory-Weiss-ის (მელორი-ვეისი) ნახეთქი, საყლაპავში ნახეთქების გარეშე ლებინების გამო	ანამნეზში გულძმარვა გულისრევა, ღებინება, ახლო წარსულში ასპოჰოლის მიღება
შავი ფერის, მაგრამ არაჯეჭის-ფერი განავალი შავ 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 ნანარჩის მიღება	
წითელი სისხლი განავალში განავალში წითელი სისხლი, ჩვეულებრივ, ხვდება ჯოლინჯიდან, სწორი ნაწლავიდან, ანუსიდან, ეფრო იშვიათად წვრილი ნაწლავიდან. თუმცა ჯეჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილში განვითარებული სისხლდენის დროსაც შესაძლებელია განავალში წითელი სისხლის არსებობა. ამ შემთხვევაში იყარება დიდ რაოდენობით (1 ლიტრზე მეტი) სისხლი, რომელიც სწრაფად გადაადგილდება ნაწლავში და ვერ ასწრებს გამავებას.	ჯოლინჯის ჯიბო	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, ქრონის დაავადება	იხ. ცხრილი 10-4, ფაღარათი
	• ინფექციური დიზენტერია	იხ. ცხრილი 10-4, ფაღარათი
	• პროქტიტი (სხვადასხვა ეტიოლოგიის) მამაკაცებში და ქალებში, რომელთაც ხშირი ანალური სექსი აქვთ	ჯეჭის მოქმედების გადაულებელი სურვილი
	იშემიური ჯოლიტი	ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, ზოგჯერ ცხელება და ორჯერ 50 წელზე მეტი ასაკის პირებში
	ბუასილი	სისხლი ჩნდება ტუალეტის ქაღალდზე, განავლის ზედაპირზე ან წვეთავს ტუალეტში
	ანუსის ნაპრალი	სისხლი ჩნდება ტუალეტის ქაღალდზე, განავლის ზედაპირზე; ანუსის ტკივილი
მონითალო, მაგრამ არა სისხლიანი განავალი	ხორცის მიღება	ვარდისფერი მარცვალი, რაც ჩვეულებრივ უსწრებს მონითალო განავალს

პრობლემა	მექანიზმი	მიზეზები	თანმხლები სიმპტომები
მახედვის სიხშირე	მახედის ბუშტის ტევადობის შემცირება		
	▪ ანთების გამო მახედის ბუშტის მგრძნობელობის შემცირება გაჭიმვაზე	ინფექცია, ქვენჭები, სიმსივნე ან უცხო სხეული მახედის ბუშტში	ნვა მახედვის დროს, მოშახედვის გადაუდებელი სურვილი, ზოგჯერ მაუროჰემატურია
	▪ ბუშტის კედლის ელასტიურობის შემცირება	შემაერთებელი ქსოვილით ან სიმსივნით ინფილტრაცია ცენტრალური ნერვული სისტემის	ხშირია ანთებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები (იხ. ზემოთ)
	▪ ბუშტის კუმშვადობაზე ობსტრუქციული ინჰიბიციის დაქვეითება	მოცოხელი დაზიანებები, ჰიპერპლაზია ინსულტი	მოშახედვის გადაუდებელი სურვილი; ნევროლოგიური სიმპტომები, ჰიპერპლაზია სისუსტე და დამბლა
	მახედის ბუშტის დაცლის შემცირება და ნაშრენი მახედის არსებობა		
	▪ მახედის ბუშტის კედლის ან პროსტატის ჰიპერპლაზიური მახედსაღენის ნაწილობრივი მექანიკური შევიწროება	ყველაზე ხშირია პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერტროფია; ასევე მახედსაღენის სტრიქტურა და მახედის ბუშტის ან პროსტატის ობსტრუქციული დაზიანება	ობსტრუქციის სიმპტომები: მახედვის დასაწყისში მახედის ნაკადის ხანვა, ბუშტის ძალდატანებით დაცლა, მახედის ნაკადის შემცირება და შესუსტება; ნყვეტილობა მახედვის დასაწყისში და ბოლოში.
	▪ მახედის ბუშტის ჰერიფერიული ინერვაციის დაკარგვა	ნევროლოგიური დაავადებები, რომლებიც ზიანებს გავის ნერვს ან ნერვების ფესვებს. მაგ. დიაბეტური ნეიროპათია	სისუსტე ან მგრძნობელობითი დარღვევები
ნიქტურია			
დიდი მოცულობით	*დიდი მოცულობით* პოლიურიის სახეების უმეტესობა (იხ. გვ. 369)		
	თირკმლების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, რის გამოც ღამით მახედის გამოყოფის ნორმალური შემცირების პროცესი იცღვევა	ხიგი დაავადებით გამოწვეული თირკმლების ქრონიული უმარილობა	შესაძლოა იყოს თირკმლების უმარილობის სხვა ნიშნები
	ძილის წინ დიდი ოდენობით სითხის მიღება	ჩვეული, განსაკუთრებით ალკოჰოლის და ყავის მიღება	
	სითხის შეკავება, შემშებითი პროცესი ღლის განმავლობაში შეშებითი სითხის დაგროვება და მისი გამოყოფის გაძლიერება, როდესაც ავადმყოფი ღამე ნვება	გულის შეგებებითი უმარილობა, ნეფროზული სინდრომი, ღვიძლის ციროზი ასციტით, ქრონიული ვენური უმარილობა	შემშება და თანმხლები დაავადებების სხვა სიმპტომები. ღლის განმავლობაში მახედის გამოყოფა შეიძლება შემცირდეს სხეულში სითხის შეკავების გამო. იხ. ცხრილი 14-4, შემშების ზოგიერთი პერიფერიული მიზეზი
მკრივ მოცულობით	ხშირი მახედვა	უძილობა	ცვალებადი
პოლიურია	ანტიდიურეზული ჰორმონის დეფიციტი (უშაქრო დიაბეტი) თირკმელი ვერ ხედგირებს ანტიდიურეზულ ჰორმონზე (ნეფროგენული უშაქრო დიაბეტი)	ჰიპოფიზის ეკანა ნიღის და ჰიპოთალამუსის დარღვევები თირკმლების ხიგი დაავადებები ჰიპერკალცემიური და ჰიპოკალემიური ნეფროპათიის ჩათვლით; წამლისმიერი ინტოქსიკაცია, მაგ. ლითიუმით	ნყურვილი და პოლიდიფსია, ხშირად მძიმე და ხანგრძლივი; ნიქტურია ნყურვილი და პოლიდიფსია, ხშირად მძიმე და ხანგრძლივი; ნიქტურია
	ხსნადი ნივთიერებებით გამოწვეული		
	▪ ელექტროლიტები. ჰიპერკალციემია ნატრიუმის მარილები	დიდი ოდენობით ხსნარების გადასხმა, მარილმდენების მოქმედება, თირკმლების ზოგიერთი დაავადება	ცვალებადი
	▪ არაელექტროლიტები. ჰიპერგლიკემია გლუკოზა	არაკონტროლირებადი შაქრიანი დიაბეტი	ნყურვილი, პოლიდიფსია და ნიქტურია
	ნყლის ქარხნები ოდენობით მიღება	პირველადი პოლიდიფსია	ეპიზოდური პოლიდიფსია ნყურვილი არ აღინიშნება

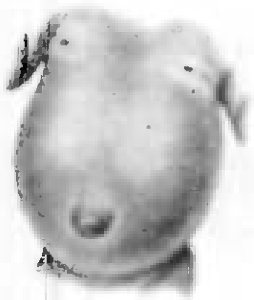
პრობლემა	მექანიზმი
სტრესული მეუკვავებლობა. მახედსადენის სფინქტერი ისევ მოდუნებულია, რომ მუცლის მიგა ნივთის ხანმოკლე გაზრდა მახედის ბუშტში ნივთს სწევს იმ დონემდე, რაც აღემატება მახედსადენის წინააღმდეგობას.	ქალებში, უფრო ხშირად მენჯის ფსკერის სისუსტე და მახედის ბუშტის და მახედსადენის პროქსიმალური ნაწილის ანატომიური ურთიერთობის ფიქსაცია, და მახედის ბუშტსა და მახედსადენს შორის კუთხის შეცვლა. მიზეზები მოიცავს მშობიარობას და ოპერაციას. მახედსადენის მიგნითა სფინქტერის აღგილობრივი დაზიანებები, როგორიცაა ლორწოვანი შრის პოსტმენოპაუზური ატროფია და ქრონიკული ინფექცია, მესაძლოა ხელშემწყობი ფაქტორები აღმოჩნდეს.
ურგენტული მეუკვავებლობა. მომწიდველი კუნთის მეკუმშვა ნორმალურზე ძლიერია და აჭარბებს მახედსადენის ნორმალურ წინააღმდეგობას. მახედის ბუშტი ტიპიურად *პატარაა.*	▪ მომწიდველი კუნთის კუმშვადობის ჰიპერტონული ინჰიბიციის (შეკავება) შემცირება ინსულტით, ტვინის სიმსივნით, დემენციით, და ბავის დონეზე სპინალური ჭრილის დაზიანებით. ▪ სენსორული გამტარებლობის გადაჭარბებული მგრძნობელობა, როგორც მახედის ბუშტის ინფექციის, სიმსივნის, და განავლით ზენოლის დროს. ▪ დაცლის ობიექტის გაუარესება, როგორიცაა მცირე მოცულობის მახედის ბუშტის ხშირი ნებითი დაცლა.
სისავსით გამოწვეული მეუკვავებლობა. მომწიდველი კუნთის მეკუმშვა არ არის საკმარისი, რათა დასძლიოს მახედსადენის წინააღმდეგობა. მახედის ბუშტი ჩვეულებრივ *დიდია,* ბუნება დაცლის შემდეგაც ჯერ.	▪ მახედის ბუშტის გამომტანი გზის ობსტრუქცია, როგორც პროსტატის ჰიპერტროფიული ჰიპერპლაზიის ან სიმსივნის დროს ▪ მომწიდველი კუნთის სისუსტე, რომელიც დაკავშირებულია ბავის დონეზე პერიფერიული ნეკვის დაავადებასთან ▪ მახედის ბუშტის დაქვეითებული მგრძნობელობა, რომელიც განპირობებს ობიექტური ჩაღის მეწყვეტას, როგორც დიაბეტური ნეიროპათიის დროს
ფუნქციური მეუკვავებლობა 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 მოკლი ან ფიზიკური ფაქტორებით შეზღუდვა.
მედიკამენტებით გამოწვეული მეორადი მეუკვავებლობა. ნამლებმა შეიძლება გამოიწვიოს ზემოთ ჩამთვლილი ყველა სახის მახედის მეუკვავებლობა.	სედატიური ჰიპნოტიკები, ტრანკვილიზატორები, ანტიქოლინერგული საშუალებები, სიმპატიკური ბლოკერები და ძლიერმომქმედი მახედმდენები

* ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს ერთზე მეტი სახის მეუკვავებლობა

სიმპტომები	ჯერონტული ნიშნები
მცირე ხარებობით მახსოვრობის დენა თან ახლავს სტრესს, როგორიცაა ხველა, სიცივი და ცემინება მაშინ, როდესაც ადამიანი ვერტიკალურ მდგომარეობაშია. მომახსოვრების გაძლიერებული სურვილი არ ასოციირდება სუფთა სტრესულ შეუგანებლობასთან.	მუცლის გამოკვლევისას მახსოვრების ბუშტი არ ისინჯება. სტრესული შეუგანებლობა შესაძლებელია გამოვლინდეს ძირითადად მაშინ, თუ პაციენტს გასინჯავთ ბუშტის დაცლამდე, ვერტიკალურ პოზიციაში. შესაძლებელია გამოვლინდეს ატროფიული ვაგინიტი.
მახსოვრების შეუგანებლობას წინ უძღვის მოშახსოვრების გადაუდებელი სურვილი. მოცულობა სამუალო მოუთმენლობა სიხშირე და ნიკტურია მცირე და საშუალო მოცულობით თუ მწვავე ანთება არის გამოხატული, მახსოვრების ღირს ტკივილია შესაძლებელია "ფსევდო-სტრესული შეუგანებლობა" დაცლა ხდება სტრესიდან 10-20 წმ-ის შემდეგ, როგორიცაა მდგომარეობის შეცვლა, ადგომა ან დაწოლა, შესაძლებელია ხველის, სიცივის ან ცემინების შემდეგ.	მუცლის გასინჯვისას ბუშტი არ ისინჯება. როდესაც ქრონული შეგანება დაკვეთებულია, ინტერვალის დაკვეთება ან ნიშნების დეფინიცია ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებების გამო მოტორული ნიშნების არსებობა ხშირია, მაგრამ არა აუცილებელი.
მახსოვრების წვეთვის ან ნაკადის გახანგრძლივება მახსოვრების ნაკადის ძალა შემცირებულია შესაძლებელია გამოვლინდეს მახსოვრების ნაწილობრივი ობსტრუქცია ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადების სხვა სიმპტომები.	გადიდებული მახსოვრების ბუშტი ხშირად გვხვდება მუცლის გასინჯვისას და შესაძლოა იყოს მტკივნეული. სხვა შესაძლო ნიშნებია გადიდებული ჰეპატომეგალია, პერიფერიული ნერვის დაავადების მოტორული ნიშნები, მგრძნობელობის დაკვეთება, მოხრის მგრძნობელობის ჩათვლით და რეფლექსების შემცირება ან არ არსებობა.
მახსოვრების შეუგანებლობა ტუალეტში წასვლისას ან მხოლოდ ღილით	ობიექტური გამოკვლევით მახსოვრების ბუშტი არ ისინჯება. მიზეზის დასადგენად შეამოწმეთ ფიზიკური ან სიტუაციური ფაქტორები
ცვლებადი. მნიშვნელოვანია ანამნეზისა და ჯერონტული მონაცემების ჩანაწერების ყურადღებით შესწავლა	ცვლებადი.

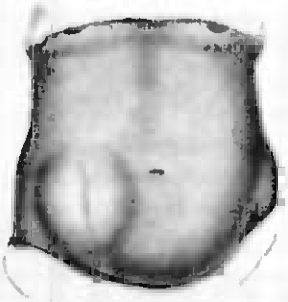
შემოფარგლული სიმსივნეები მკერდის ჯირკვალში

მკერდის ჯირკვალში შემოფარგლული სიმაგრეები მოიცავს ვენტრიკულის (მკერდის ჯირკვლის) თიაქრებს (მკერდის ჯირკვლის დეფექტი, რომელშიც ხდება ქსოვილის გაძრომა) და ანკვეშმა სიმსივნეები, როგორიცაა ლიპომა. ვენტრიკულური თიაქრები ყველაზე ხშირია ქალის, თეთრი ხაზის და ეპიგასტრიუმის არეებში. თიაქარი და სწორი ჯირკვლის დამოკიდება, ჩვეულებრივ, ერთგვარ შეიმჩნევა. როდესაც ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფი თავს და მხრებს სანოლიდან ნამოსწევს.



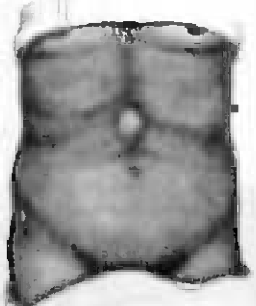
ქალის თიაქარი

ქალის ჩაღრის დეფექტის გამო მასში ხდება ქსოვილის გამოწოლვა, ყველაზე ხშირია ახალშობილებში, მაგრამ შეიძლება მოზრდილებშიც განვითარდეს. ახალშობილებში და ასა მოზრდილებში ქალის თიაქარი შეიძლება 1-2 წელიწადში სპონტანურად გაიხეხოს.



საზარდულის თიაქარი

არის ოპერაციული ნაწიბურში ქსოვილების გამოსვლა. მკერდის ჯირკვალში დეფექტის სიგრძის და სიგანის დასადგენად რაატარეთ პალპაცია. როდესაც თიაქარი დიდი და დეფექტი მცირე ზომის, ასეთ შემთხვევაში გარეთულების რისკი უფრო მაღალია, ვიდრე დიდი დეფექტის დროს.

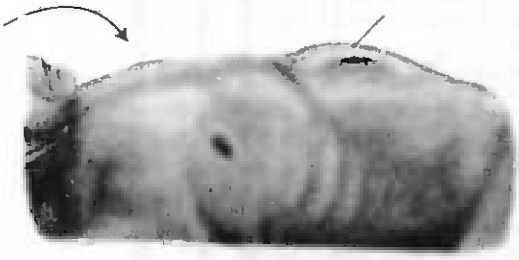


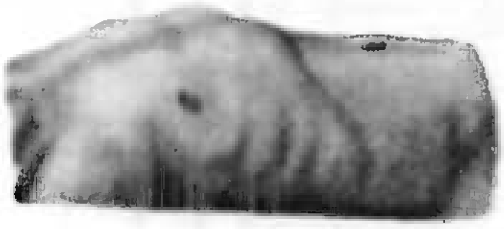
ეპიგასტრიუმის თიაქარი

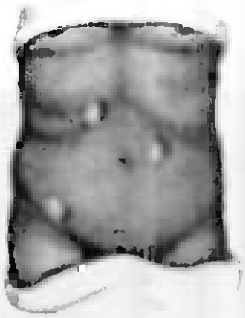
თეთრი ხაზის მცირე ზომის დეფექტის დროს აღინიშნება მცირე ზომის ამობურცულობა შუა ხაზზე მახვილისებურ შორჩსა და ქალს შორის. როდესაც ავადმყოფი თავს და მხრებს სანოლიდან ნამოსწევს (ან როცა ფეხზე დგას) ჩაყოლეთ თითები სწორ ხაზს, რათა შეიგრძნოთ ეს თიაქარი.

სწორი ჯუნთების დამოკიდება

მკერდის სწორი ჯუნთების დამოკიდების გამო მათ შორის გამოდის მკერდის მიგთავსი, რაც ქმნის შეა შემაღლებას, როდესაც ავადმყოფი თავს და მხრებს სანოლიდან ნამოსწევს. ხშირად ვითარდება განმეორებადი ორსულობების შემდეგ, სიმსუქნის და ფიტვების ქრონიკული დაავადებების დროს. მას კლინიკური მნიშვნელობა არ გააჩნია.





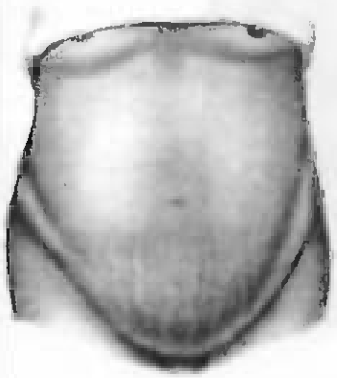


ლიპომა

ხშირი, ერთიერთვისებიანი, ცხიმოვანი სიმსივნეა, რომელიც, ჩვეულებრივ, ჩნდება განკვეთ სხეულის ნებისმიერ ადგილზე მკერდის ჯირკვლის ჩათვლით. შეიძლება იყოს მცირე ან დიდი

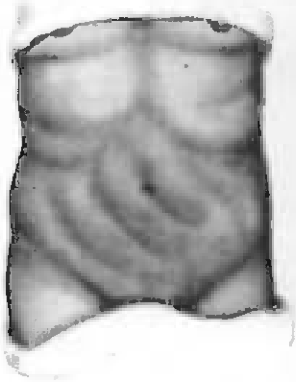
მუცლის ღრუ

ცხიმი



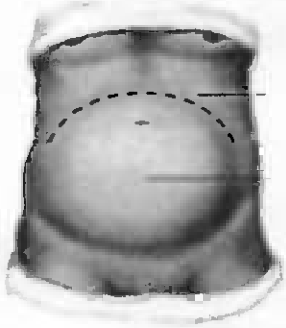
მუცლის ამობურცვის ყველაზე ხშირი მიზეზი ცხიმია. ცხიმი ინვევს მუცლის კედლის, ჯოჯოხეთის და ბადეჭონის გამყვირვებას. ქიპი შეიძლება ჩანეული იყოს. ჰანესი, ანუ ცხიმოვანი ქსოვილის წინა კალთა შეიძლება გაძვლებოდეს სახსრების იოგის ქვევით. ასწიეთ მუცელი, ჩათა ნახოთ კანის ნაოჭებში ანთებითი პროცესის ან თიაქრის არსებობა.

არხები



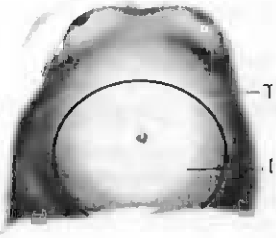
არხებით მუცლის მებერვა შეიძლება იყოს შემოფარგლული ან დიფუზური. ეს ნიშნავს ტიმპანურ პერკუსიულ ხმიანობას. გარკვეული საკვების მიღებით ნაწლავში აირების ნიშნმოქმნა მცირე შებერილობას ნიშნავს, ეფექტ სეიორეა ნაწლავის გაუვალობა და ბარძი. დაადგინეთ შებერილობის ლოკალიზაცია. შებერილობა ეფექტ მეტადაა გამოხატული მსხვილი ნაწლავის გაუვალობის, ვიდრე წვრილი ნაწლავის გაუვალობის დროს.

სიმსივნე

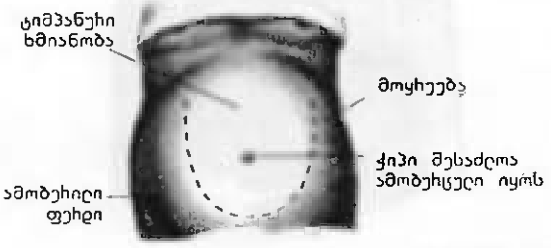


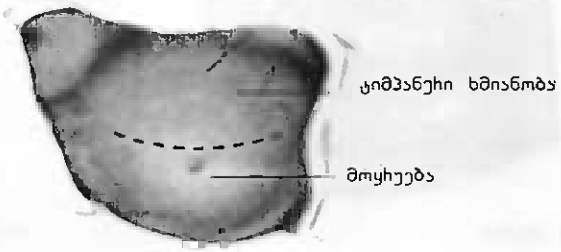
დიდი ზომის, მკვრივი სიმსივნე, რომელიც მენჯის გარეთ იზრდება, პერკუსიით მოყრუებას იძლევა. კუჭის ბარიუმი პეროფეიისკენ ინაცვლებს. მიზეზებია საკვებსადის სიმსივნე და საშვილოსნოს მიომა. იშვიათად ძალიან გადავსებული შარდის ბუშტი შეიძლება შეცდომით სიმსივნედ ჩაითვალოს.

ორსულობა



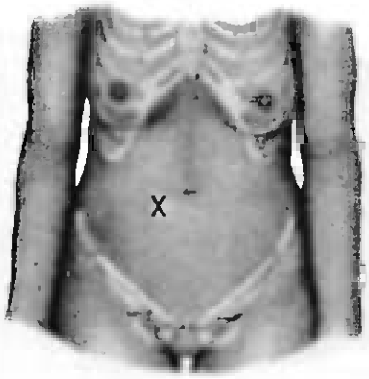
ორსულობა მენჯის ღრუში "სიმაგრის" ჩვენებივი მიზეზია. მოისმინეთ ნაყოფის გულისცემა (იხ. გვ. 830-831)

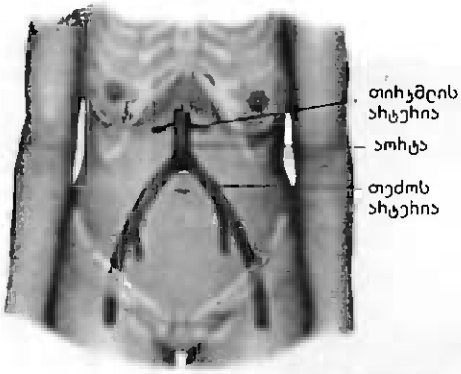




ასციტური სითხე

ასციტური სითხე მუცლის ქვედა ნაწილში გროვდება, ინვევს ფეხების ამოვსებას, ასევე პერკუსიით მოყრუებას იძლევა. ქიპი შეიძლება ამობურცული იყოს. გადაამოწმეთ ავადმყოფი გვერდზე, ჩათა დაადგინოთ სითხის გადაადგილება (გადაადგილებითი მოყრუება) (იხ. გვ. 387-389 ასციტის შეფასება)





ნანეკვის ხმიანობები

ნანეკვის ხმიანობები შეიძლება.

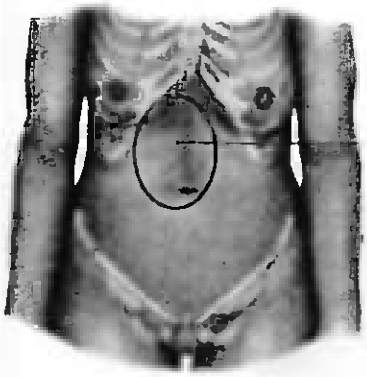
- *გაძლიერდეს* ფალარათის ან *ნანეკვის გაუვალობის დასაწყისში*
- *შემცირდეს*, შემდეგ გაქრეს *ნანეკვის ჰარეზის და პერიტონიტის დროს.*

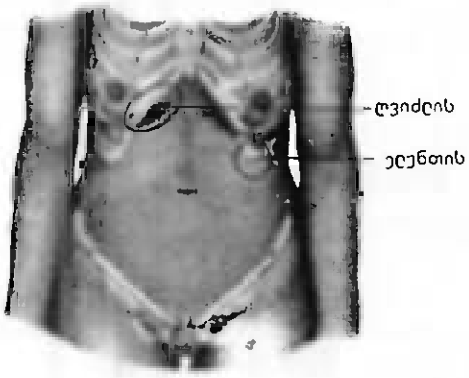
სანამ გადაწყვეტთ, რომ ნანეკვის ხმიანობა არ მოისმინება, დაჯექით და მოუსმინეთ 2 წუთის ან უფრო მეტი დროის განმავლობაში სუბიექტზე ნაჩვენებ ადგილზე.

მაღალი ტონალობის ფლარუნა ხმიანობა მიუთითებს ნნევით გაფართოებულ ნანეკვში სითხის და ჰაერის არსებობაზე. *მაღალი ტონალობის ხმიანობების* შერწყმა ნანეკვის სპაზმთან ნანეკვის გაუვალობაზე მიუთითებს.

შეიღები

ღვიძლის არეზე შეიღი ღვიძლის ჯარცინომაზე ან აღეოჰოღის ჰეპატიტზე მიუთითებს. *არტერიებზე შეიღი* სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტებით აორტის ან მსხვილი არტერიების ნანილობრივ შევინროვებაზე მიუთითებს. თირკმლის არტერიის ნანილობრივი შევინროვებით არსებობა ჰიპერტენზიის არსებობა.





ვენური შეიღი

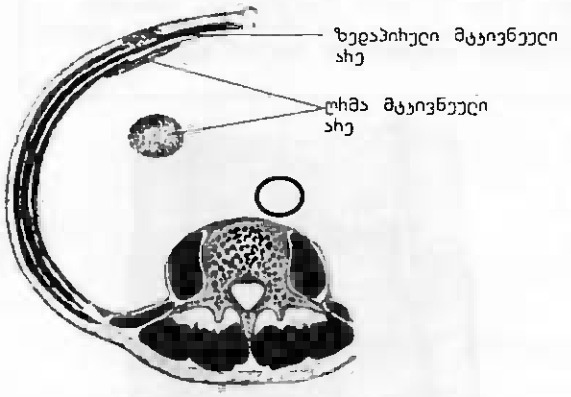
ვენური შეიღი იშვიათია. ეს არის ხმიანობაა, რასაც გააჩნია სისტოლური და დიასტოლური კომპონენტები. იგი გამოხატავს ჟოლტეხიანური სისხლის მიმოქცევის გაზრდას პორტულ სისტემასა და ვენურ სისტემას შორის, ღვიძლის ციროზის დროს.

ხახუნის ხმიანობა

ხახუნის ხმიანობა იშვიათია, ცვალებადობს სუნთქვასთან. მიუთითებს ორგანოს მფარავი პერიტონეუმის ანთებაზე ღვიძლის კიბოს, ქრომიდიული პერიტონიტის, ახლო ნარსულში ჩატარებული ღვიძლის ბიოფსიის ან ელენთის ინფარქტის დროს. თუ ხახუნს ახლავს სისტოლური შეიღი, ეს ღვიძლის კიბოზე მიუთითებს.

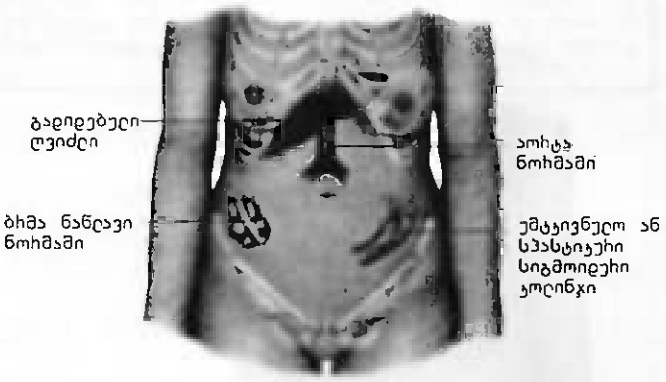
მტკივნეული მუცელი

მუცლის ჯედლის მტკივნეულობა



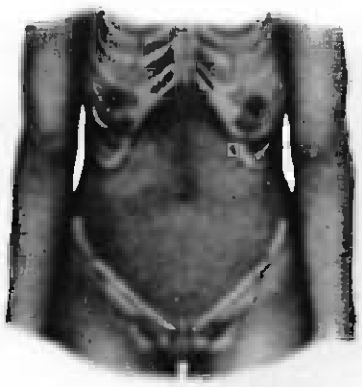
მტკივნეულობა შეიძლება მუცლის ჯედელში ნახმოიმვას. ხოდესაც ავადმყოფი სანოლიდან თავს და მხრებს ნამოსწევს, მტკივნეულობა გძიელდება, მაშინ ხოდესაც უფრო ღრმა დაზიანებით (ხომელიც დაცულია მუცლის კუნთების დაჭიმვით) გამოწვეული ტკივილი მცირდება.

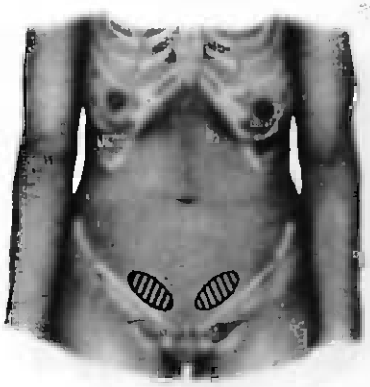
ვისცერული მტკივნეულობა



ნახატზე ნაჩვენები ორგანოები შეიძლება მტკივნეული იყოს ღრმა პალპაციით. ჩვეულებრივ, დისკომფორტი ყრუ ხასიათისაა და არ ვლინდება კუნთების რიგიდობა ან ხშირი ტკივილი. ავადმყოფის გამხნევება გასინჯვაში მოგეხმარებათ.

ბუღ-მკერდის და მენჯის ღრუს დაავადებებით გამოწვეული მტკივნეულობა





მწვავე პლევრიტი

პლევრის მწვავე ანთებამ შეიძლება გამოიწვიოს ტკივილი მუცლის არეში. ხოდესაც ანთება ცალმხრივია, შეიძლება ჰგავდეს მწვავე ქოლეცისტიტს ან აპენდიციტს. ხშირი ტკივილი და კუნთების რიგიდობა იშვიათია. ჩვეულებრივ, ვლინდება ბუღ-მკერდის დაზიანების ნიშნები.

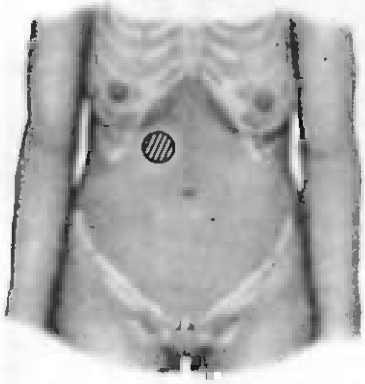
მწვავე პანკრეატიტი

ხშირად ორმხრივია, მწვავე პანკრეატიტით (ფანკრეასის მიღის ანთება) გამოწვეული ტკივილი, ჩვეულებრივ, მაქსიმალურია ეპიგასტრიუმის არეში. შეიძლება აღინიშნებოდეს ხშირი ტკივილი და კუნთების რიგიდობა. მენჯის გამოკვლევისას საკვლევი ხელის შეხება მტკივნეულია.

მტკივნეული მუცელი (გაიძულება)

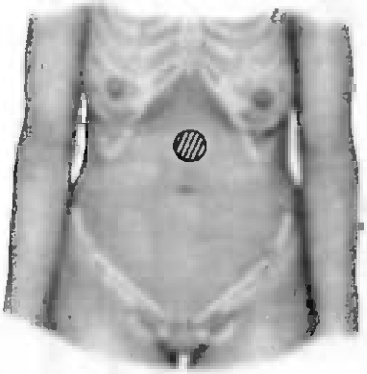
მუცლის სეჰოზული გახსის (პეჰიტონეუმის) ანთებით გამონვეული მტკივნეულობა

პეჰიტონეუმის ანთებასთან დაკავშირებული ტკივილი უფრო ძლიერია, ვიდრე ვისცერული მტკივნეულობა. კუნთების სიგიდობა და ხხევითი ტკივილი ხშირი, მაგრამ არა აუცილებელი ნიშანია. დიფუზური პეჰიტონიტი წარმოშობს მკვეთრ ტკივილს მუცლის არეში. ხასაც ახლავს კუნთების ფიცრისებური სიგიდობა. პეჰიტონეუმის ანთების აღგილობრივი მიზეზებია:



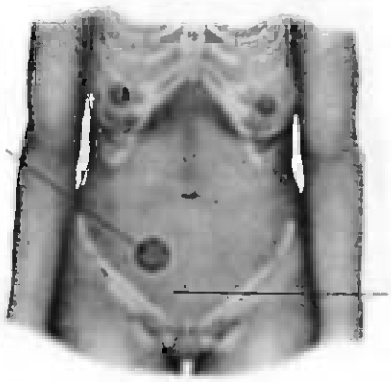
მწვავე ქოლეცისტიტი

ნიშნები მაქსიმალურად გამოხატულია მარჯვენა ზედა კვადრანტში. შეამონმეთ Murphy-ის (მერფის) ნიშანი (იხ. გვ. 400)



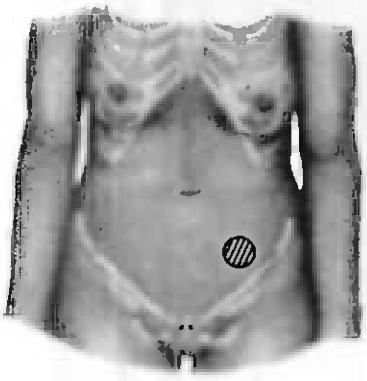
მწვავე პანკრეატიტი

მწვავე პანკრეატიტის დროს, ჩვეულებრივ, ვითარდება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში და ხხევითი ტკივილი, მაგრამ მუცლის კედელი ხბილია.



მწვავე აპენდიციტი

მწვავე აპენდიციტისთვის ტიპიურია სიმპტომების მარჯვენა ქვედა კვადრანტში განვითარება. თუმცა დაავადების დასაწყისში სიმპტომები შეიძლება არ აღინიშნებოდეს. ტკივილის ტიპიური ლოკალიზაცია საწყისთან ნაწილში. გამოიკვლიეთ მარჯვენა ქვედა კვადრანტის დანარჩენი არეები, ისევე როგორც მარჯვენა ფეხის არე.

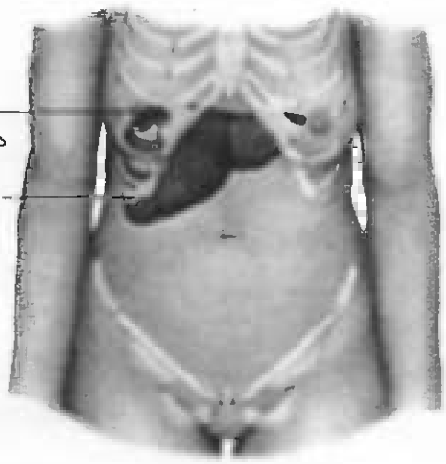


მწვავე დივერტიკულიტი

მწვავე დივერტიკულიტი ყველაზე ხშირად სიგმოიდურ ლორწოში ვითარდება და ჰგავს მარცხენამხრივ აპენდიციტს.

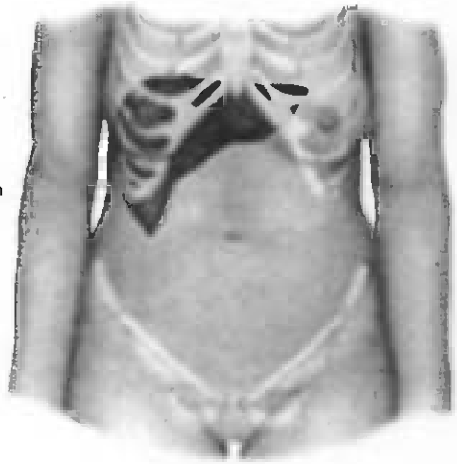
ღვიძლის გადიდება: მანიფესტირებული და ჭეშმარიტი

ღვიძლის გადიდება ყოველთვის ჰეპატომეგალიას (გადიდებული ღვიძლი) არ გამოხატავს, მაგრამ უფრო ხშირად მისი მიზეზია ჯონსისტენციის ცვლილება: ნორმალური ხბილიდან პათოლოგიის გამჟღავნებამდე, როგორც ეს ღვიძლის ციროზის დროსაა. ღვიძლის ზომის ჯერნიჯური შეფასება უნდა ემყარებოდეს ჰერკუსიულ და პალპაციის მონაცემებს, თუნდაც ეს მეთოდები შორის იყოს იდეალურისგან.



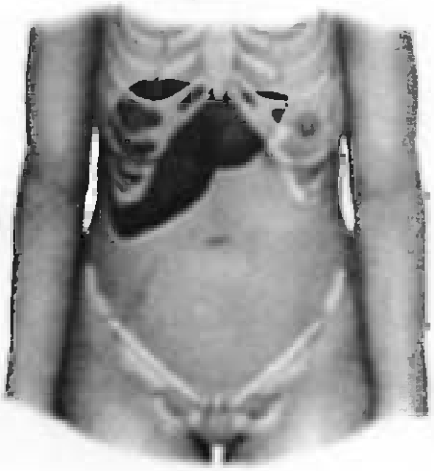
დიაფრაგმის დაბალი დგომით განპირობებული ღვიძლის დანწევა

ღვიძლის დანწევა ხშირია დიაფრაგმის დაბალი დგომის დროს (მაგ. ემფიზემის დროს). პალპაციით ღვიძლის ჯიდე ჯარგად ისინჯება ნეკნთა რკალის ქვემოთ. პერკუსიით ზედა საზღვარი დანწეულია, ხოლო ღვიძლის ვერტიკალური ზომა ნორმალურია.



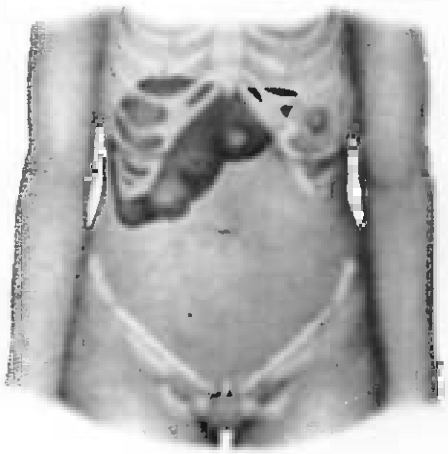
ღვიძლის ფორმის ნორმული ცვლილებები

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. ეჭვს ასევე შეუძლია დაადგინოს ორგანოს ზედა და ქვედა საზღვრები სამ განზომილებაში და სხვადასხვა მოხაზულობით. 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 მიუთითებს ანთებაზე, მაგალითად, ჰეპატიტის, ვენური შეგუბების (მარჯვენამხრივი გულის უკმარისობით გამოწვეული) დროს.



ღვიძლის არათანაბარი გადიდება

ღვიძლის არათანაბარი გადიდება გამჟღავნების უბნებით და არასწორი ჯიდეებით ავთვისებიან სიმსივნეზე მიუთითებს. შეიძლება ერთი ან მეტი კვანძის არსებობა. ღვიძლი შეიძლება მტკივნეული ან უმტკივნეულო იყოს.

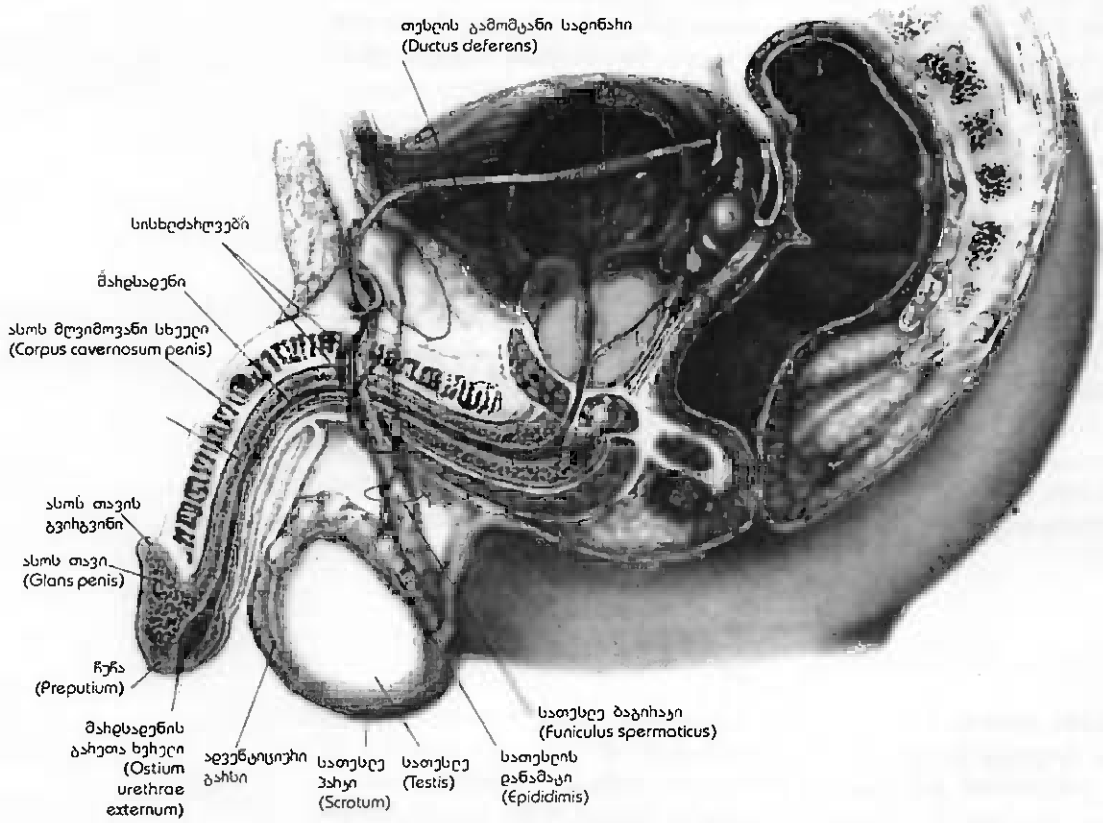
11

მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თიაქრები

ანატომია და ფიზიოლოგია

მამაკაცის სასქესო ორგანოების ანატომია

ასოს სხეულს ნაიმოქმნის სისხლძარღვოვანი ეიექსიული ქსოვილის სამი სვეტი: *ლოკებისებრი სხეული*, რომელიც მარცხენას შეიცავს და ორი *მღვიმოვანი სხეული*. ლოკებისებრი სხეული ნაიმოქმნის ასოს ბოლქვს, რომელიც ბოლოვდება ჯონესის ფორმის ასოს *თავის გვირგვინით*.



მამაკაცებში, ვისაც არა აქვს გაჯეთებული ცირკუმციზიო, ასოს გვირგვინი დაფარულია თავისუფალი კანიშორის მსგავსი კანის ნაკეცით, რასაც *ჩუჩა* ენოდება. 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 ენოდება. ხვრელი მდებარეობს ასოს თავის მწვერვალზე ოდნავ შიგნით.

სათესლე ოვალური ფორმის ჩეზინის კონსისტენციის 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.

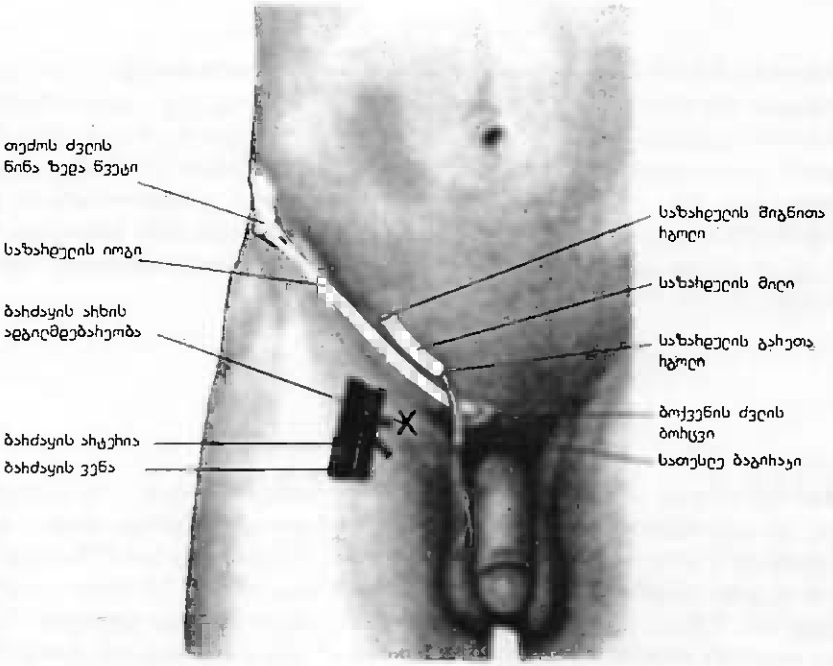
სათესლეს გარშემო რიგი სტრუქტურები არსებობს. დანაოჭებული *სათესლე ბარკი* გაყოფილია ორ ნაწილად, თითოეული მათგანში მოთავსებულია სათესლე. უკანა ნაწილის გარდა, სათესლე დაფარულია *ვაგინური გარსის* სეროზული მემბრანით. უკანა ზედაპირზე ბრტყელი, მძიმის ფორმის *სათესლეს დანამატია* (ეპიდიდიმისი), რომელიც შეიცავს სპერმალური ფორმის სპერმის სადინარს, სადაც ხდება სპერმის დაგროვება, მომწიფება და ტრანსპორტი სათესლედან *თესლის გამომტან სადინარში.*

თესლის გამომტანი სადინარი ჭრილის მსგავსი სტრუქტურაა, იწყება სათესლეს დანამატის ბუდიდან, გადის სათესლე ბარკში და საზარდულის გარეთა ბეღურით გადის მუცლისკენ და მენჯისკენ. შარდის ბუშტის უკან მას უერთდება სათესლე ბუშტის სადინარი და უერთდება შარდსადენს ნინამდებარე ჯირკვალში. ასე, რომ სათესლედან და სათესლეს დანამატიდან წამოსული სპერმა სათესლეს გამომტანი მილარით ხვდება შარდსადენში. სპერმას ქმნის გამომტან მილარში, სათესლე ბუშტში და ნინამდებარე ჯირკვალში წარმოქმნილი სეკრეტი. სათესლე ბარკის შიგნით თითოეული სადინარი მჭიდროდ ეხება სისხლძარღვებს, ნერვებს და ბუნთოვან ბოჭკოებს. ეს სტრუქტურები წარმოქმნიან *სათესლე ბაგირას.*

მამაკაცის სქესობრივი ფუნქცია დამოკიდებულია ტესტოსტერონის ნორმალურ დონეზე, ადენოჰიპოფიზის სისხლის მიმოქცევაზე ქვედა ეპიგასტრიულ არტერიასა და ჰემარსტერის (სათესლის ამწევი ბუნთის) და ჭრილის ტოტებში, ასევე ნორმალური ალფა-ადრენერგული და ქოლინერგული ინერვაციაზე. ასოს მღვიმოვანი სხეულიდან ვენური შებუბებით გამონვეული ეიაკულაცია 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 ნეფრექსუს ბარძაყზე და პარასიმპათიკურ გატარებას სასიცოცხლო ნერვზე. ორივე სახის სტიმულაცია ინვევს აზოტის ოქსიდის და ცირკულური გმფ დონის მომატებას, რის შედეგადაც ფართოვდება ადგილობრივი სისხლძარღვები.

ღიმფური სისტემა. ასოს და სათესლე ბარკის ზედაპირიდან ღიმფა ჩაედინება საზარდულის კვანძებში. *ორგანოს ნახვით ამ ორგანოს ანთებით ან სიმსივნურ დაზიანებას,* განსაკუთრებული ყურადღებით *გამოიკვლიეთ საზარდულის ღიმფური კვანძები,* მათი გადიდება ან მტკივნეულობა. სათესლეების ღიმფა ჩაედინება მუცლის ღრუში, სადაც ღიმფური კვანძების გადიდების გარსინჯვა ვერ ხერხდება. იხ. გვერდი 477 საზარდულის ღიმფური კვანძების შეფასებისთვის.

მოხისის ანატომია. თიაქრების შედარებითი სიხშირის გამო მნიშვნელოვანია მოხისის ანატომიის გაცნობა. ძირითადი არეებია თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტი, ბოქვენის ძვლის ხოჭოლი და სახარჯველის იოგი, რომელიც მათ შორის გადის. მოძებნეთ ისინი საკუთარ თავზე ან თქვენს ყოლეგაზე.



სახარჯველის არხი. რომელიც სახარჯველის იოგის ზარალელურად და ოდნავ მიგნით მდებარეობს, წარმოქმნის გვირაბს სათესლეს გამომტანი ბაგირაკისთვის, რომელიც გადის მუცლის ჯუნთებს შორის. არხის გარეთა ხვრელი – *სახარჯველის გარეთა ჩაღრმავება* – არის სამკუთხედის ფორმის ნაპრალისებური სტრუქტურა, რომლის ზღვრებს შეადგენენ ბოქვენის ძვლის ხოჭოლის ზესტად ზევით და გარეთ. არხის მიგნითა ხვრელი – *სახარჯველის მიგნითა ჩაღრმავება* – სახარჯველის იოგის შუა ნაწილიდან დაახლოებით 1 სმ-ით ზევითაა. არხის და მიგნითა ჩაღრმავების ზღვრებს შეადგენენ მუცლის ჯედიდან შეკეთებელია. თუ ნაწლავის მარყუჟი დააწვება სახარჯველის მიდამოს დასუსტებულ უბანს, წარმოიქმნება სახარჯველის თიაქარი, როგორც ეს ნაჩვენებია 426-427 გვერდზე.

მეორე ადგილი, სადაც შესაძლებელია თიაქრის განვითარება, არის *ბარძაყის არხი.* იგი სახარჯველის 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 გახანგრძლივებული სიმპტომები

- სექსუალური ფუნქციის დარღვევები
- არის გამონაჟონი ან დაზიანება
- სათესლე ბარკის ტკივილი, შესივება ან დაზიანება

მამაკაცებში სასქესო ორგანოების შესახებ შეკითხვები ბუნებრივად მოჰყვება სამარხე 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

ახ შეიცვალა მისი ტოლება ან სექსუალური აქტივობის დონე. მისი აზრით, ხა ახის ამ ცვლილების მიზეზი, ხას ეცადა ან ხისი იმედი აქვს. დაადგინეთ მისი სექსუალური მიდრეკილებები პახტნიოხთან დაკავშირებით (ქალი, მამაკაცი თუ ოხივე). გაარკვიეთ, ხა მოსაზრებები აქვს პაიენტის პახტნიოხს.

პირდაპირი შეკითხვები დაგეხმარებათ სქესობრივი აქტის თითოეული ფაზის გარკვევაში. *ლიბიდოს*, ანუ ტოლების შეფასებითვის ჰკითხეთ: "შენარჩუნებული გაქვთ ინტერესი სექსის მიმართ?" აგზნების ფაზის დასადგენად ჰკითხეთ: "აღწევთ თუ არა და ინარჩუნებთ ერექციას?" გამოარკვიეთ დრო, სიხშირე, სიტუაცია და სხვა ფაქტორები, ხომელიც უკავშირდება პხობლემას. არის თუ არა ხარმე ცვლილება პახტნიოხთან ურთიერთობაში ან ცხოვრების პირობებში, ხაც უკავშირდება პხობლემის გაჩენას? ხა სიტუაციაში ვითარდება ნოხმალური ერექცია? დილით ადრე გაღვიძებისას, თუ ღამე? სხვა პახტნიოხებთან? მასტურბაციის დროს?

ლიბიდოს დაქვეითება შეიძლება განვითარდეს ფსიქოგენური მიზეზით, ხოგორიცაა 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 "ხამდენ ხანს გრძელდებოდა ბოლო აქტი?" "პირს ძალიან ადრე აღწევთ?" "ხომ არ გრძნობთ, ხომ არაკონტროლებთ პირს?" "ხომ არ ფიქრობთ, ხომ თქვენს პახტნიოხს სურს, ხომ სქესობრივი აქტი უფრო ხანგრძლივი იყოს?" ხოდესაც ეკულაცია შემცირებულია ან საერთოდ არ არის, დასვით შემდეგი კითხვები: "აღწევთ თუ არა ორგაზმს, მიუხედავად ერექციის არსებობისა?" ეცადეთ გაარკვიოთ, პხობლემა მოიცავს ორგაზმის სიამოვნების შეგრძნებას, სპერმის ეკულაციას, თუ ოხივეს. დაადგინეთ პხობლემის სიხშირე და სიტუაცია, მიღებული მედიკამენტები, ჩატარებული ოპერაციები და ნევროლოგიური დარღვევები.

ნაადრევი ეკულაცია განსაკუთრებით ხშირია ახალგაზრდებში. უფრო იშვიათად ეკულაციის შემცირება ან არარსებობა აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის ან ხანგრძლივ 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 ხაოდენობა, 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.

დაავადებით *ასოზე წყლულის ან ნარმონაქმნების* და *სათესლე პარკის შეშუპების და მტკივნეულობის* არსებობას. ჰკითხეთ ავადმყოფს, ნარსულში არსებული გენიტალური სიმპტომების ან გადატანილი ჰერპესული ინფექციის, გონოროეის ან ათაშანგის შესახებ. ავადმყოფს, ხომელსაც მრავალი პარტნიორი ჰყავს, ჰომოსექსუალისტია, მოიხმარს არაძალუე 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). ხოგორც სქესობრივად გადამდები დაავადებების დროს, ჯანის ბევრი დაავადება ზიანებს გენიტალიას; ასევე, ზოგიერთ სქესობრივად გადამდებ დაავადებებს მინიმალური სიმპტომები ახასიათებს.

იმის გამო, ხომ სქესობრივად გადამდები დაავადებები ზიანებენ სხეულის სხვა ნაწილებსაც, ხშირად ნარჩენებია დამატებითი კითხვების დასმა. დაგეხმარებათ განმარტებითი შესავლის გაკეთება. "სქესობრივად გადამდებმა დაავადებებმა შეიძლება მოიცვას სხეულის ნებისმიერი უბანი, სადაც თქვენ სექსი გაქვთ." "ძალიან მნიშვნელოვანია მითხრათ, ხა სახის სექსს იყენებთ" ამის შემდეგ თუ საჭიროა: "ორალური სექსი გაქვთ? ანალური?" თუ პასუხი დადებითია, ჰკითხეთ ისეთი სიმპტომების შესახებ, ხოგორიცაა ყელის ტკივილი, ფალარათი, სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან და ანუსის ქავილი ან ტკივილი.

ავადმყოფებს, ჩომელთაც ის გააჩნიათ სიმპტომები ან ჩისჯ-ფაქტორები, უნდა დაუსვათ მნიშვნელოვანი შეკითხვა "ხა ისით ან ინფექციის შესახებ?" და საუბარი გააგძელოთ უფრო ზოგადი კითხვებით, ჩომელიც 48-49 გვერდზეა განხილული.

ჯანმთელობის ხელშენყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშენყობისა და განხილვის მნიმვნელოვანი საკითხები

- სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აივ ინფექციის პროფილაქტიკა
- სათესლეების ტვითგასინჯვა

ყველა ექიმმა უნდა ისწრდეს 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 შემთვევა (დაახლოებით 4 მლნ შემთხვევა), გონორეის (დაახლოებით 800 000 შემთხვევა) და *Trichomonas (ტრიქომონული)* ვაგინიტის და ანასპეციფიკური ურეთრიტის ჩამოდენიმე მლნ შემთხვევა)[1]. 1 მლნ-ზე მეტი ამერიკელი აივ ინფიცირებულია, ყოველწლიურად ვრცელდება დაახლოებით 40 000 ახალი შემთხვევა. სხვა ინფექციები, ჩომლებიც სქესობრივი გზით გადადის, არის ათამანგი, 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 იმითომ, 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, ჩომლებსაც ყველაზე დიდი ჩისკი აქვთ. პაციენტები თავს კომფორტულად უნდა გრძნობდნენ სექსუალური ანამნეზის შეგროვების და მის სქესობრივ ცხოვრებაზე დაწვრილებითი, მაგრამ ტაქტიანი მეკითხვების 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. დაეკითხეთ ავადმყოფს პარტნიორების შემცვლელობის, პრეზერვატივის ხმარების და სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აივ ინფექციის ჩვეულებრივი მკურნალობის შესახებ. მამაკაცებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციოს სასქესო ორგანოების ჩაიმე დაზიანებას ან ასოდან გამონადენის არსებობას.

ამ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფი რეკომენდაციას უნევს 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 ეჩვიოთ ყოველთვიურად ჩაიტარონ *სათესლეების თვითგასინჯვა* და მიმართოს 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; მკერდის ქვედა ნაწილში ან საზარდულში ყრუ ტკივილი. (იხ. გვ. 420, ინსტრუქციები ავადმყოფისთვის)[2].

ბამოკვლევის მეთოდები

ბევრი სტუდენტი მამაკაცის სასქესო ორგანოების გამოკვლევას ითვლის პროცესად თვლის. "რომორი ეკითხება ავადმყოფს?" "უნდა ეხებოდე?" მომცემს გასინჯვის უფლებას?" ავადმყოფს უნდა აუხსნათ გამოკვლევის ყველა საფეხური, ითხოვოთ მან იცოდეს, რას უნდა ელოდოს. ჩვეულებრივი პრაქტიკაა გასინჯვაში ასისტენტის დახმარების გამოყენება. იმვითარებაში, გამოკვლევის დროს მამაკაცებს მეიძლება 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 ზეგრზე იწვება. თუაქციის ან ვარიკოცელეს სანახავად პაციენტი ფეხზე უნდა იდგეს, თქვენ კი მოხერხებულად იჯდეთ სკამზე. პერანგი უნდა ფარავდეს გულ-მკერდს და მუცელს. გამოკვლევისთვის გაიკეთეთ *ხელთათმანები*. გამოარჩინეთ გენიტალია და საზარდულის არეები. ანატომიური აზრები პაციენტებში სქესობრივი მომწიფების ხარისხი განხილულია 781 გვერდზე.

ანამნეზი

ინსპექცია

დააკვირდით ანუსს:

- *ანუსი*

- *ჩირქი*. გადაუწყვიტეთ ან სთხოვეთ ავადმყოფს, თვითონ გადაიწმინდოს. ეს საფეხური აუცილებელია, რათა დადგინდეს შარდის (წყლული) და ანორექტომა. ჩირქის ქვეშ ნორმალურად გამოვლენება თეთრი ფერის ხაჭოსებური ნივთიერება.

იხ. ცხრილი 11-1, ანუსის დაავადებები (გვ. 422).

ფისტულა არის მჭიდრო ჩირქი, რომლის გადინება ანუსის თავზე ვერ ხერხდება. *ჰარფისტულა* არის ჩირქის ისეთი მოქცევა, რომელსაც გადინების შემდეგ უკან ვერ არ ბრუნდება. ამის შედეგად ვითარდება შეშუპება.

- *ასოს თავი.* დაათვალიერეთ, არის თუ არა ნყლული, ნანიბური ან ანთების ნიშნები.

დაათვალიერეთ ასოს ძირში კანი ექსკორიაციების და ანთების არსებობაზე. ასევე ნახეთ ბოკვნის თმაში არის თუ არა ტილები და წილები.



ნახეთ მარდსადენის გარეთა ხვრელი.

ფრთხილად მოუკრიეთ საჩვენებელი და ცერა თითები ასოს თავს. ამ დროს გაიღება მარდსადენის ხვრელი და შეგიძლიათ დაათვალიერთ გამონადენის არსებობა. ნორმალურად გამონადენი არ უნდა იყოს.

ბალანიტი (ასოს თავის ანთება); *ბალანოპოსტიტი* (ასოს თავის და ჩიჩას ანთება).

ბოკვნის ან გენიტალური ექსკორიაციები წილების, ან, ზოგჯერ, მენის შესაძლებლობაზე მიუთითებს.

ჰიპოსპადია არის ხვრელის თანდაყოლილი ვენტრალური გადანაცვლება ასოზე (გვ. 422).

დიდი ალბათობით ყვითელი ფერის გამონადენი გონოკოკის უკეთრიტს ახასიათებს; მცირე ალბათობით თეთრი ფერის გამონადენი არაგონოკოკური უკეთრიტის დროსაა; დიაგნოზს აზუსტებს გრამის წესით შეღებვა და კულტურის ამოთესვა.

თუ ავადმყოფი აღნიშნავს გამონადენის არსებობას, ჩასაც თქვენ ვერ ხედავთ, სთხოვეთ გაჭიმოს და გამოწუროს ასო ან ეს თქვენ გააკეთეთ. ამ დროს შარდსადენის ხვრელში შეიძლება გამოჩნდეს გამონადენი. მომზადებული გქონდეთ სასაგნე მინა და ნიადაგი კულტურისთვის.

პალპაცია

ჩაატარეთ ასოს პალპაცია და დააკვირდით მტკივნეულობას ან გამაგრებას. ასოს სხეულის პალპაცია ჩაატარეთ საჩვენებელი და ცერა თითებით და ნახეთ, არის თუ არა სიმაგრე. ანგარიშები მამაკაცებში, ვისაც ჩივილები არ აქვს, ეს გამოკვლევა შეგიძლიათ არ ჩაატაროთ.

ასოს ვენტრალური ზედაპირის გამკვრივება შარდსადენის სტრიქტურაზე ან შესაძლო კარცინომაზე მიუთითებს. **გამაგრებული** ადგილის მტკივნეულობა სტრიქტურის შედეგად განვითარებულ ბერიურეთრულ ანთებაზე მიუთითებს.

თუ თქვენ გადანწყვეტთ ჩიჩას, უკან დააბრუნეთ, სანამ სათესლე ბარკის გამოკვლევაზე გადახვალთ.

იხ. ცხრილი 11-2, სათესლე ბარკის დაავადებები (გვ. 423).

III სათესლე ბარკი და მისი შემადგენლობა

ინსპექცია

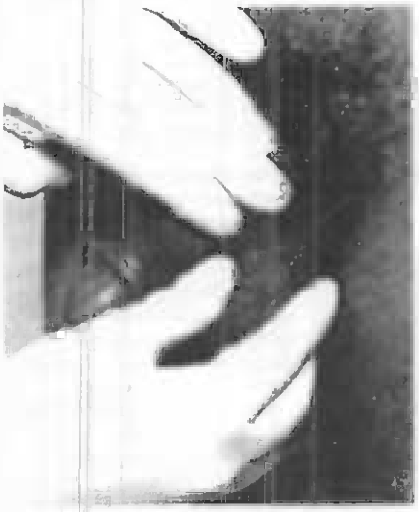
დაათვალიერეთ სათესლე ბარკი:

- *კანი.* ასწიეთ სათესლე ბარკი ისე, რომ დარწმუნდეთ მისი უკანა ზედაპირის.
- *სათესლე ბარკის კონტური:* დაათვალიერეთ შეშუპება, სიმაგრე ან ვენები.

გამონაყარი, ეპიდერმული კისტა, იშვიათად კანის კიბო.

ცალ ან ორივე მხარეს ცალად განვითარებული სათესლე ბარკი *ჰიდროკელეზე* მიუთითებს (სათესლე ჯირკვალი, რომელიც არ არის ჩამოსული სათესლე ბარკში). სათესლე ბარკის ზოგადი შესების მიზეზი შეიძლება იყოს სანარდელის ირიბი თიაქარი, ჰიდროცელე და სათესლე ბარკის შეშუპება.

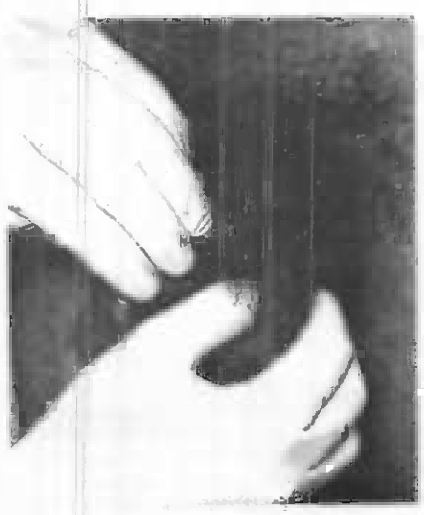
პალპაცია



თითოეული სათესლე ჯირკვლის პალპაცია ჩაატარეთ ცერა და პირველი ორი თითის საშუალებით. გასინჯეთ სათესლე ჯირკვლის დანამატები ზედა უკანა ზედაპირზე. გასინჯვით მათ ჯანძოვანი ან თოკისებური ელასტიურობა აქვთ, რაც არ უნდა შეგეშალოთ პათოლოგიის სიმაგრეში.

დაადგინეთ ზომა, ფორმა, კონსისტენცია და მტკივნეულობა. არის თუ არა რაიმე ჯანძები. სათესლე ჯირკვლებზე ზენოლა ნორმალურად მცირე მტკივნეულობას იწვევს.

სათესლე ჯირკვლის დანამატიდან საზარდულის გარეთა ჩაღრმავებამდე ცერით და საჩვენებელი თითით ჩაატარეთ თითოეული *სათესლე ბაგირის პალპაცია*, რომელიც შეიცავს თესლის გამომტან სადინარს.



დააკვირდით რაიმე ჯანძის ან შესიების არსებობას

სათესლე ჯირკვლის შესიება შეიძლება დაადგინოთ გამუქებით. ოთახის ჩაბნელების შემდეგ სინათლის მკვეთრი სხივით გაანათეთ სათესლე პარკი. დააკვირდით სინათლის სხივის გატარებას ნითელ ნათებაზე.

სათესლე პარკის მტკივნეული შესიება ვითარდება მწვავე ეპიდიდიმიტის, მწვავე ორქიტის, სათესლე ბაგირის შემოგარენის ან საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის დროს.

იხ. ცხრილი 11-3, სათესლეს დაავადებები (გვ. 425) და ცხრილი 11-4, სათესლე პარკისა და თესლის გამომტანი სადინარის დაავადებები (გვ. 425).

სათესლე ჯირკვლებში უმტკივნეულო ჯანძის არსებობა ხშირად *სათესლეს კიბოს* არსებობის შესაძლებლობას, რომელიც პროტენციულად განკურნებადია და ყველაზე ხშირია 15-დან 35 წლამდე ასაკში.

ამ არეში, ჩვეულებრივ მარცხნივ, ხშირად შესაძლებელია მარჯვნივთი დაჯგუფილი ვენების პალპაცია და დანახვა. ეს *ვარიკოცელეზე* მიუთითებს (გვ. 425).

თესლის გამომტანი სადინარი ქრონიკული ანთების გამო შეიძლება იყოს გასქელებული ან მძივისებური. სათესლე ბაგირის ცისტური სტრუქტურა *ბაგირის ჰიდროცელეზე* მიუთითებს.

შესიება, რომელიც სერიოზულ სითხეს შეიცავს, როგორც ეს ჰიდროცელეს დროსაა, ნათლად ნათდება. სისხლი და ქსოვილი, როგორც ეს ნორმალურ სათესლე ჯირკვალშია, ნითელ ნათებას არ იძლევა.

თიაქრები

ინსპექცია

ყურადღებით *დაათვალიერეთ სახსრების და ბაძაყის არეები* ამობურცულობაზე. გამოკვლევის ჩატარებისას სთხოვეთ ავადმყოფს გაიჭიმოს და ძირს დაიხაროს, ისე, როგორც ნაწილავთა მოქმედების დროს (Valsalva-ს (ვალსალვას) მოძრაობა), ხათა აღვილად შეამოწმოთ თიაქრები.

გაჭიმვის დროს ამობურცულობის გაჩენა თიაქრზე მიუთითებს.

პალპაცია

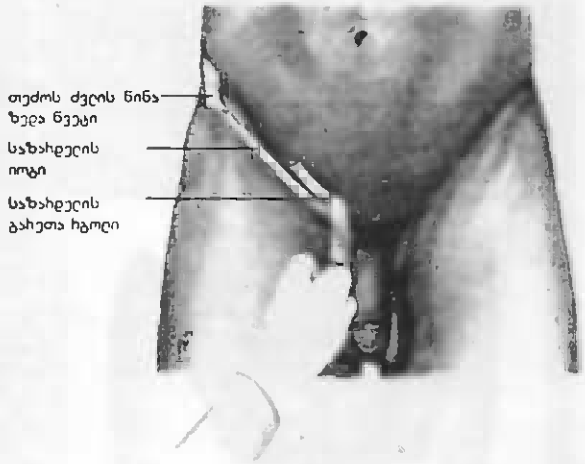
სახსრების თიაქრის პალპაცია. ხელესაც პაციენტი ფეხზე დგას, ჩიგ-ჩიგობით გამოიყენეთ მარჯვენა ხელი ავადმყოფის მარჯვენა მხარის და მარცხენა ხელი მარცხენა მხარისთვის, ჩანიეთ სათესლე პარკის ჯანი საჩვენებელი თითით. გასინჯვა დაიწყეთ საკმარისად ქვედა ნეჩტილიდან, ხადგან თქვენს თითს საკმარისი სამუალება ჰქონდეს, ხაც შეიძლება ახლოს მივიდეს სახარხელის შიგნითა ხვრელამდე, თუ ეს შესაძლებელი იქნება. გაყევით სათესლე ბაგრისაკს სახარხელის იოგის ზემოთ და მოძებნეთ სამკუთხედი, რომელიც ნაწარისებურად იხსნება სახარხელის გარეთა ხვრელთან. იგი მდებარეობს ბოქვენის ხოხკის ზუსტად ზემოთ და ღატერალურად. თუ ჰგონი გაფართოებულია, ამას დაადგენთ საჩვენებელი თითით. თუ შესაძლებელია, ფრთხილად გაყევით სახარხელის არხს ღატერალურად, რომელიც ირიბად მიემართება. ხელესაც თითი გიდევთ გარეთა ჰგოზე ან არხში, სთხოვეთ ავადმყოფს დაიხაროს ან ჩაახველოს. დააკვირდით, თითზე ხომ არ გეხებათ თიაქრის სიმაგრე.

იხ. ცხრილი 11-5, სახარხელის არეში თიაქრების მიმართულება და გამოკვლინება (გვ. 426).

იხ. ცხრილი 11-6, სახარხელის თიაქრების დიფერენცირება (გვ. 427).

თუ შეგიძლიათ, შემდეგ ეს მასა ჰიდროცელეა.





ბაძაყის თიაქრის პალპაცია ჩაატარეთ თეძოს წინ ბაძაყის 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 ეჭვიანობთ, 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 ჩაასნოხოთ (დააბეჭდოთ მეცნიერ ლიტერატურაში) თითების ხელოვნით. ამას ნე გააკეთებთ, თუ სიმაგრე მტკივნეულია ან ავადმყოფს გულისრევა და პირღებინება აღენიშნება.

დაგეხმარებათ ავადმყოფის ანამნეზი. ავადმყოფმა შეიძლება გიამბოთ, რა მოხდა ამბულატორიაში ბოლო ნოხის დროს და გირჩევნოთ, როგორ ისწორებს თიაქარს თვითონ. გახსოვდეთ, ჰკითხოთ ამის შესახებ.

თიაქარი *ჩაჭედილია*, როდესაც მისი მეცნიერ ლიტერატურაში ჩაბეჭდება ვერ ხერხდება. თიაქარი *სტრანგულაციურია*, როდესაც მისი სისხლის მომარაგება დაბლოვნილია. სტრანგულაცია ნელა 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 ნლის მამაკაცებში. მიუხედავად იმისა, რომ სათესლე ჯირკვლის თვითგასინჯვა არ ნარმოადგენს კიბოს სკრინინგის ოფიციალურად აღიარებულ საშუალებას, თქვენ მაინც ნება ასნავლოთ პაციენტს ეს პროცედურა, რათა ავადმყოფი უფრო გათვითცნობიერებული იყოს და შეეძლოს თავის მოვლა. აღსანიშნავია დადგენის შემთხვევაში სათესლე ჯირკვლის კიბოს კარგი პროგნოზი აქვს. რისკფაქტორებია: კრიპტორქიზმი, როდესაც კიბოს განვითარების რისკი მაღალია იმ სათესლეში, რომელიც ხარში არ არის ჩამოსული; ანამნეზში მოხე სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე; კბაყუნით გამონვეული ოჭიტი; საზარდულის თიაქარი და ბავშვობაში გადატანილი ჰიდროცელე.

სათესლე ჯირკვლის თვითგასინჯვის ინსტრუქციები ავადმყოფისთვის

გამოკვლევის ჩატარება უმჯობესია ცხელი აბაზანის ან მხარის მიღების შემდეგ. სითბო მოადენებს სათესლე ხარს და უფრო ადვილი გახდება ხარიმე უჩვეულოს აღმოჩენა.



- დადექით სარკის წინ და შეამოწმეთ სათესლე ხარკის ჯანის მდგომარეობა.
- თითოეული სათესლე ჯირკვალი გასინჯეთ ორი ხელით. საჩვენებელი და შუა თითები დაადეთ სათესლეს ქვემ, ხოლო ცერა თითი დაადეთ მის მწვერვალს.
- ფრთხილად აგორავეთ სათესლე თითებს შორის. ერთი ჯირკვალი შეიძლება მეორეზე დიდი იყოს . . . ეს ნორმალურია, მაგრამ დარწმენდით, რომ არ არის მსივნება ან ტკივილი.
- მოძებნეთ სათესლეს დანამატები. ეს არის ხბილი, მოგრძო სტრუქტურა სათესლე ჯირკვლის უკან, რომელიც აგროვებს სპერმას.
- თუ ხარიმე სიმაგრეს აღმოაჩენთ, დროულად მიმართეთ ექიმს. სიმაგრე შეიძლება ინფექციით იყოს გამოწვეული, თუ ის სიმსივნეა, შეიძლება გავრცელდეს, ხოლო მკურნალობის შემთხვევაში - მოერიდეს.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვრეთ, რომ მონაცემების აღწერისთვის თავდაპირველად შეგიძლიათ გამოიყენოთ წინადადებები; მოგვიანებით კი ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ჩანაწერებში..

ენდომეტრიუმის ბამოკვლევის შედეგების ჩანერა – მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თირკმლები

"მამაკაცს ჩატარებული აქვს ცისტოუმკურნალი. ასოდან გამონადენი ან დახიანება არ აღინიშნება. ასევე არ არის სათესლე ბარკის მესივება ან ფერის შეცვლა. სათესლე ჯირკვლები ორივე მხარეს ჩამოსულია, გლუვია. სიმაგრის გარეშე. საზარდულის და ბარძაყის თირკმლები არ აღინიშნება"

ან

"მამაკაცს არ აქვს ჩატარებული ცისტოუმკურნალი. ჩუჩა ადვილად გადადის. ასოდან გამონადენი ან დახიანება არ აღინიშნება. ასევე არ არის სათესლე ბარკის მესივება 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 თირკმლები 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.

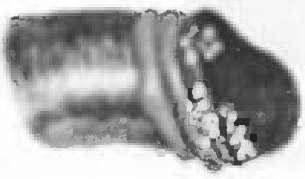
Gillenwater JY. Adult and Pediatric Urology, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Handsfield HH. Color Atlas and Synopsis of Sexually Transmitted Diseases, 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 2001.

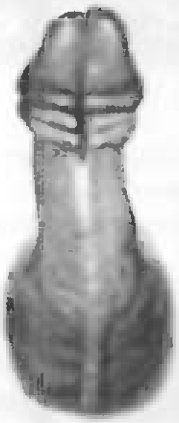
Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual function in the United States: prevalence and predictors. JAMA 281(6):537-544, 1999.

Tanagho EA, McAninch JW (eds). Smith's General Urology, 16th ed. New York, Lange Medical Books, McGraw-Hill, 2004.

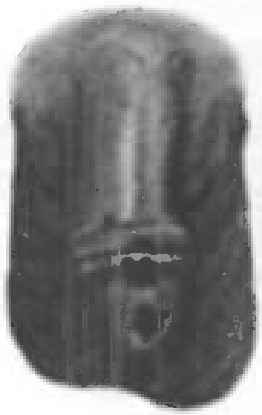
Teunissen TAM, de Jonge A, van Weel C, et al. "Treating urinary in-continence in the elderly-conservative measures that work: a systematic review. J Fam Pract 53(1):25-30, 2004.



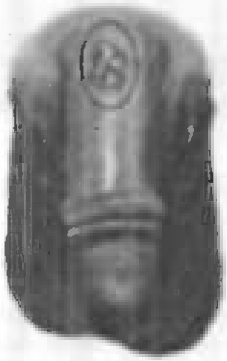
ვენეტიული მეჭეჭი
(Condyloma acuminatum)
ვენეტიული მეჭეჭი სხეტფაღმზახი ნაწაზახიღია, ჩომელიც სველია და ხშირად ცუღი სუნი აქვს. მისი მიზეზია ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირება.



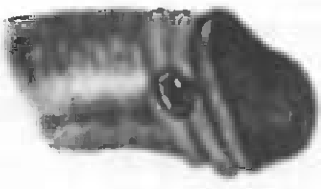
ჰიპოსპადიაზი
ჰიპოსპადიაზი არის შარდსადენის ხვრელის თანდაყოლილი გადანაცვლება ასოს ზედაპირზე ქვემოთ. ხვრელი თავის ნორმალური მდებარეობიდან გადაადგილებულია ასოს თავის მნვეტვალისკენ.



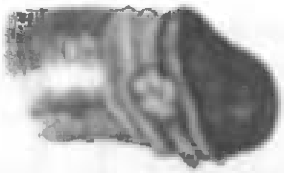
გენიტალური ჰერპესი
მცირე ზომის ბუშტუკების მტევანი, ჩომელსაც მოყვება ნითელი ფსკერის მქონე ზედაპირული, მტკივნეული, ახალგამკვრივებული წყლულები, ჩაც ჰერპეს სიმპლექსით ინფიცირებაზე მიუთითებს. დაზიანება მეიძლება გამოვლინდეს ასოს ნებისმიერ უბანში. მოჰყვიდივე ინფექციის ღროს ჩვეულებრივ მცირე დაზიანება ვლინდება.



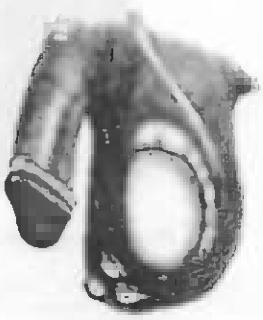
Peyronie-ს (პეირონის) დაავადება
პეირონის დაავადების ღროს ასოს ზურგის კანზე პალპაციით აღინიშნება მაგარი ემკივნეული ფოლაქი. ავადმყოფი უჩივის ახასნორ მტკივნეულ ერექციას.



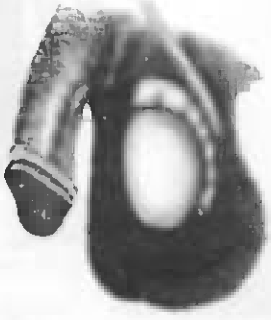
ათამანგური მანკი
ათამანგური მანკი, ჩვეულებრივ, ვლინდება ოვალური ან მრგვალი, მუქი ნითელი ფერის, ემკივნეული ელოზიის ან წყლულის სახით, ჩომელსაც გამკვრივებული ძირი აქვს. ტიპიურად მას ახლავს სახარელის ღიმფური კვანძების ემკივნეული გადიდება. მანკი მეიძლება მრავლობითი იყოს, ხოლო მეორადი ინფექციის გამო – მტკივნეული. ამ შემთხვევაში მანკი მეიძლება შეგეშალოთ ჰერპესულ დაზიანებაში. მანკი გადამდებია.



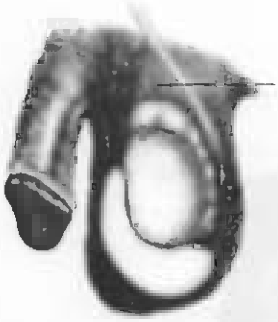
ასოს კასტრომა
კასტრომა მეიძლება გამოვლინდეს მკვრივი კვანძის ან წყლულის სახით, ჩომელიც ხშირად ემკივნეულია. ძირითადად აღენიშნება მამაკაცებს, ჩომლებსაც ბავშვობაში ცირკუმცისიო ახა აქვთ ჩატარებული და მეიძლება იმაღებოდეს ჩეჩის ქვეშ. ხანგრძლივად მიმდინარე ასოს დაზიანების არსებობის ღროს სიმსივნეზე უნდა მიიტანოთ ეჭვი.



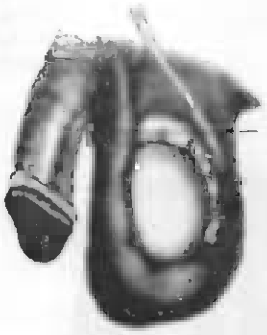
ეპიდიდიმური ცისტა
ეს არის ჯანის მჯდომარე, მოყვითალო, ემტკივნეული ცისტა, რომლის დიამეტრი 1 სმ-მდეა. ხშირად მარცვლობითია.



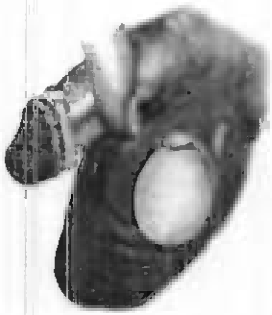
სათესლე პარკის შეშუპება
შეშუპების გამო სათესლეს პარკის ჯანი გადასწორებული ხდება. ის შეიძლება განვითარდეს გულის შეგუბებითი უკმარისობის ან ნეფროზული სინდრომის დროს.



ჰიდროცელე
ჰიდროცელე არის სათესლეს ბუდებრივ გარსში ემტკივნეული სითხით სავსე მასის არსებობა. მას ახასიათებს ნათება და თითით შეიძლება ზემოდან გაისინჯოს სათესლე პარკში.

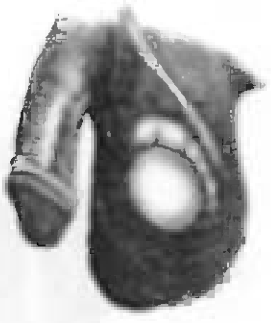


სათესლე პარკის თიაქარი
სათესლე პარკში არსებული თიაქარი არის *საზარდულის არიბი თიაქარი*. ის მოდის საზარდულის გარეთა ჩაღრიდან, ამიტომ თითით მას სათესლე პარკში ზემოდან ვერ გასინჯავთ.



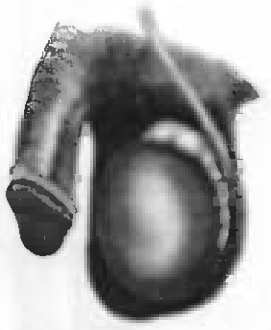
ჯირკვლის ატროფია

ჯირკვლის ატროფიის დროს სათესლე ატროფიულია და შეიძლება მდებარეობდეს საშვილოსნოს არხში ან მსუქნის ღრუში, რის გამოც სათესლე ჯირკვალი განვითარებულია, ხოგორც ზემოთაა ნაჩვენები. მასალა მხარეს ჯაჭვისით არ ისინჯება სათესლე ან დანამატი. ჯირკვლის დროს იზრდება სათესლე ჯირკვლის ტიპის განვითარების ხისჯი.



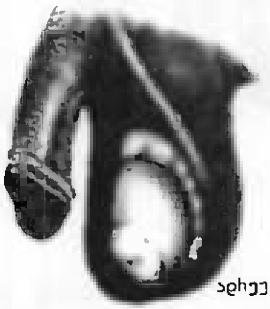
მცირე ზომის სათესლე ჯირკვალი

მოხსენიებებში სათესლეს სიგრძე ჩვეულებრივ ≤ 3.5 სმ. მცირე ზომის, ჩვეულებრივ ≤2 სმ მკვრივი სათესლე აღინიშნება *Klinefelter-ის (კლინფელტერის) სინდრომის* დროს. მცირე ზომის ხშირი სათესლე ატროფიაზე მიუთითებს, ასე შეიძლება განვითარდეს ღვიძლის ციროზის, მიოტონური დისტროფიის, ესტროგენების მიღების და ჰიპოპიტუიტარიზმის დროს. ასევე შეიძლება განვითარდეს ოჯახის შედეგად.



მწვავე ორქიტი

აღინიშნება სათესლეს მწვავე ანთება, ტკივილი და შესიება. სანდახან მისი გარჩევა ძნელია სათესლეს დანამატისგან. სათესლე ჯირკვალი მონაწილეობს. ვირუსება ყბაყურის და სხვა ვირუსული ინფექციების დროს; ჩვეულებრივ ცალმხრივია.



ადრეული

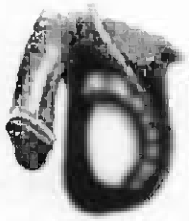


გვიანი

სათესლე ჯირკვლის სიმსივნე

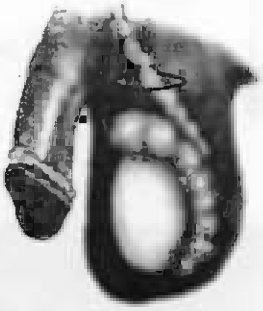
ჩვეულებრივ, ვირუსება მტკივნეული ჯვანძის სახით. სათესლეში არსებული წარმონაქმნი ჯვანძი გამოკვეთილი უნდა იყოს მაღალ ზუსტაზე.

ვინაიდან სიმსივნეს ახასიათებს ზრდა და გავრცელება, ეს ინვევს ასოს გადანაცვლებას. დაზიანებული სათესლე ეფრო მძიმეა, ვიდრე ნორმალური.



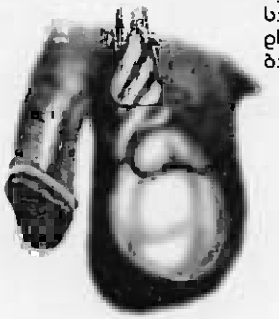
მწვავე ეპიდიდიმიტი

სათესლე დანამატი მწვავე ანთების შედეგად მტკივნეული და შესიებულია და ძნელად განსხვავდება სათესლე ჯირკვლისგან. სათესლე ჰარკი შეიძლება შენითეებული იყოს, ხოლო თესლის გამომტანი სადინარი ანთებითი. ძირითადად მოზრდილებში ვითარდება. თანდართული სამარდე გზების ინფექცია ან ჰოსტატიტი დიაგნოზს აღასტურებს.



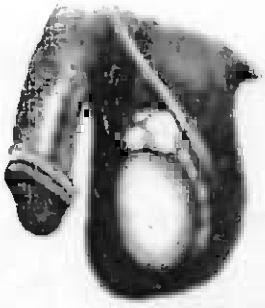
ტუბერკულოზური ეპიდიდიმიტი

ქრონიკული ტუბერკულოზური ინფექცია ინვევს სათესლე დანამატის გამკვრივებას და გადიდებას, ხანდახან შეიძლება მტკივნეულიც იყოს, ხოლო თესლის გამომტანი სადინარი გასქელებული ან მძივისებური.



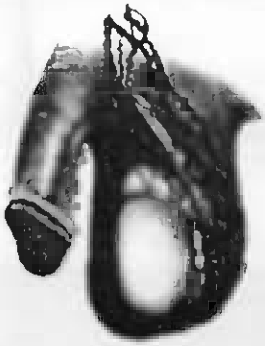
სათესლე ბაგირაკის შემოგარეხა

სათესლე ბაგირაკის მიმართ სათესლე ჯირკვლის შემოკრიალება ნარმოქმნის მწვავე მტკივნეული და შესიებული ორგანოს, რომელიც სათესლე ჰარკში შემოგარეხილია. სათესლე ჰარკი ნითელი ფერისაა და შემუქებული. სამარდე გზების ინფექცია არ ახლავს. შემოგარეხა, უფრო ხშირად მოზრდილებში, სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტის გამო გადაეღებული ქირურგიული ჩარევას მოითხოვს.



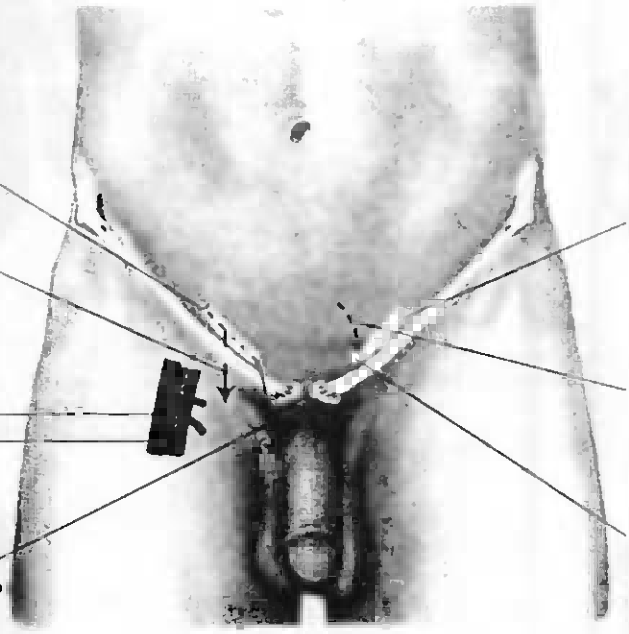
სპერმატოცელე და სათესლეს დანამატის ცისტა

სათესლეს ზედაპირზე ზევით მტკივნეული, მოძრავი ცისტური ნარმონაქმნის არსებობა სპერმატოცელეზე ან სათესლე ჰარკის ცისტაზე მიუთითებს. ორივეს ნათება ახასიათებს. ახლადგანვითარებული სპერმას შეიცავს. მოგვიანებით ეი აღარ, თუმცა ტერმინალურად მათი გარჩევა შეუძლებელია.



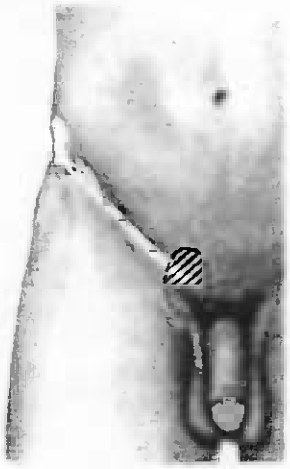
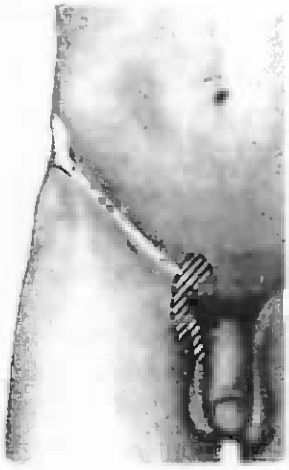
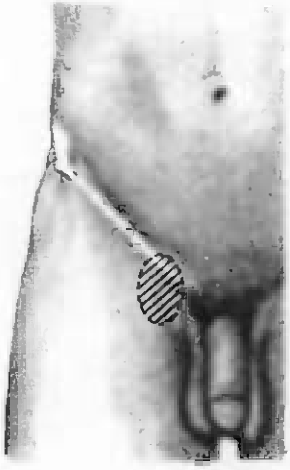
ვარიკოცელე

ვარიკოცელე არის სათესლე ბაგირაკის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, რომელიც, ჩვეულებრივ, მარცხნივ ვითარდება. ის შეიგრძნობა როგორც ჰბილი "მატლების ჰარკი", რომელიც სათესლესგან გამოყოფილია და ნელა იფშვნება ზურგზე წოლის დროს სათესლე ჰარკის ანევრისმა. შეიძლება ახლდეს უნაყოფობა.


საზარდულის მიგნითა ჩაღრი
ბარძაყის თიაქრის მიმართულება და გამოვლინება
ბარძაყის არტერია
ბარძაყის ვენა
ბარძაყის არიბი თიაქრის მიმართულება და გამოვლინება
საზარდულის არხი
ბარძაყის პირდაპირი თიაქრის მიმართულება და გამოვლინება
საზარდულის გარეთა ჩაღრი

თიაქრების დიფერენცირება სახსრების არხში

ამ უბანში განვითარებული თიაქრების კლინიკური დიფერენცირება ყოველთვის ვერ ხერხდება. თიაქრების ნიშნების ცოდნა გაადვილებს თქვენს გამოკვლევებს.

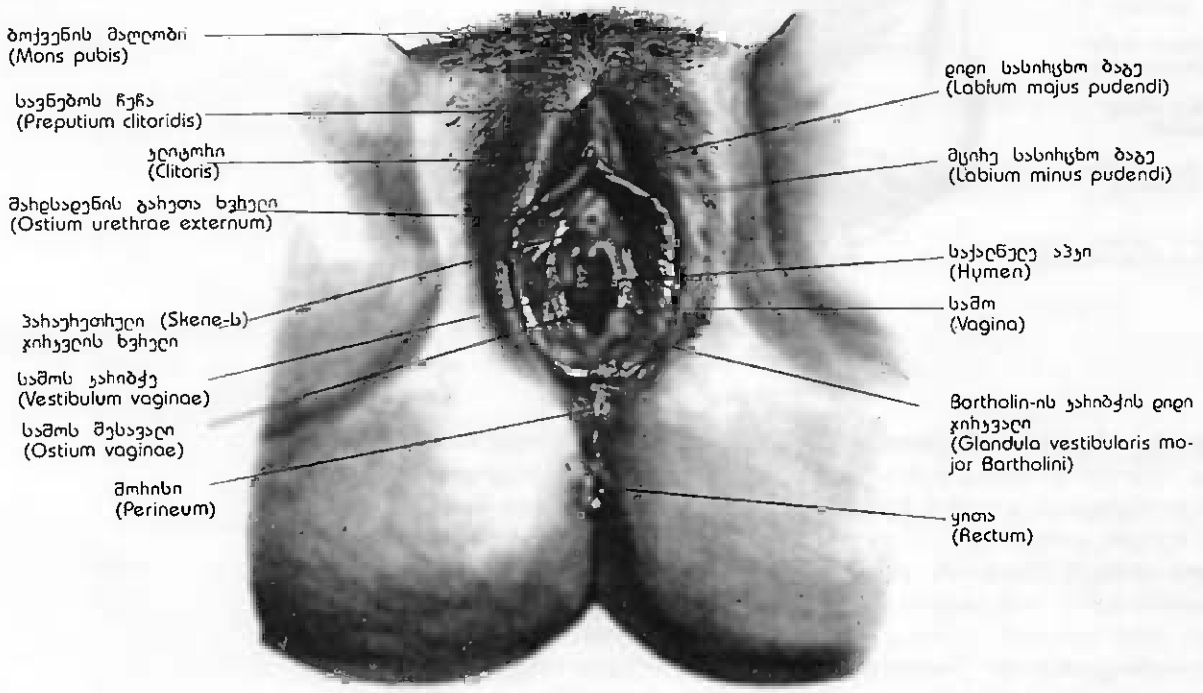
	სახსრების		
	იორბი	პირდაპირი	ბარძაყის
			
სიხშირე	ყველაზე ხშირია, ყველა ასაკში, ორივე სქესის პაციენტებში	შედარებით იშვიათია	ყველაზე იშვიათია
ასაკი და სქესი	ხშირია ბავშვებში, შეიძლება იყოს მოზრდილებში	ჩვეულებრივ, 40 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში, ქალებში უფრო იშვიათია	ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში
დასაწყისის ადგილი	სახსრების იოგის ზევით, მის შეანთებასთან ახლოს, (სახსრების მიგნითა ჩაღრი)	სახსრების იოგის ზევით, ბოქვენის ხოჭოსთან ახლოს (სახსრების გარეთა ჩაღრმავებასთან ახლოს)	სახსრების იოგის ქვევით; სახსრების თიაქრის ღრუსკენ ღრმად ვრცელდება და ღრმფუნქცია ყვანძისგან მისი დიფერენცირება ძნელია
მიმართულება	ხშირად სათესლე პარკში	იშვიათია სათესლე პარკში	არასოდეს სათესლე პარკში
როდესაც თითი სახსრების არხშია და ავადმყოფი გაქიმულია ან ახველებს:	თიაქარი მიემართება ქვევით სახსრების არხში და ეხება თითის წვერს	თიაქრის გამობერილობა უფრო ნაკლებია და თითს გარეთ უბიძგებს	სახსრების არხი 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 ნინა 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*. *მორისი* არის ქსოვილი საშოს ხვრელსა და ანუსს შორის.



შარდსადენის ხვრელი იხსნება ჯარიბჭეში კლიტორსა და საშოს შორის. ზუსტად მის უკან ორივე მხარეს *ბარტოლინის* (Skene-ს - სკენის) *ჯირკვლები* იხსნება.

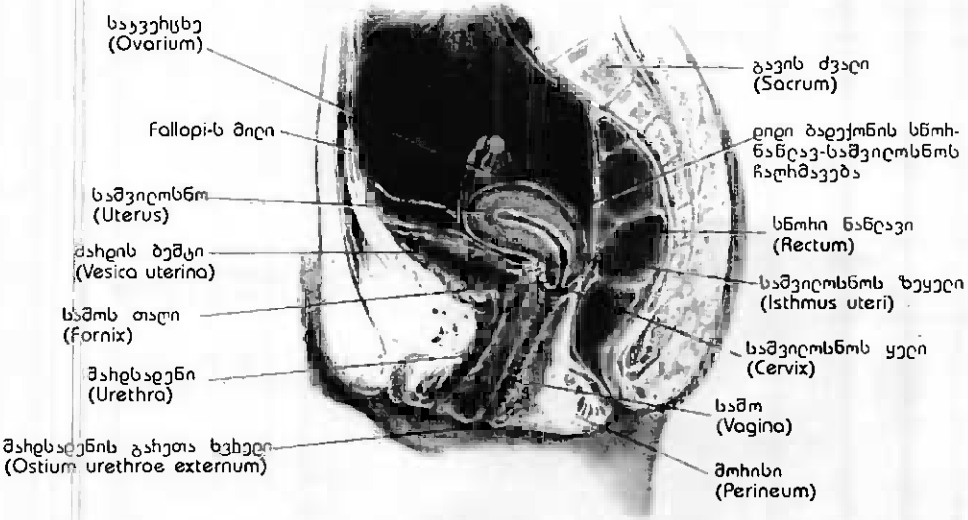
ხვრელები მდებარეობს უკან საშოს ხვრელის ორივე მხარეს, მაგრამ ყოველთვის არ ჩანს. თავად ჯირკვლები უფრო ღრმად მდებარეობს.



Bartholin-ის ჯირკვლის მდებარეობა

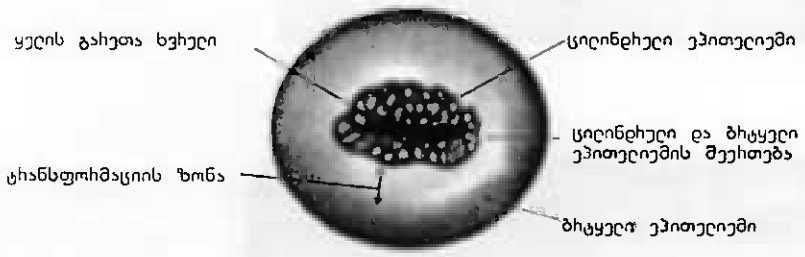
საშო არის კუნთოვან-მემბრანული ღრუ, რომელიც მიემართება ზევით და უკან მარდსაღენსა და სწორ ნაწლავს შორის. მისი ზედა მესამედი ჰორიზონტალურია და ფიარას ფორმის *თაღით* ბოლოვდება. საშოს ღორმოვანი ქმნის განივ ნაოჭებს.

საშოს მარჯვენა კუთხესთან გაედის *მარდსაღენი*, რომელიც ამოყირავებული მსხლის ფორმის ფიბროზულ-კუნთოვან სტრუქტურას ნარმოადგენს. მარდსაღენს ორი ნაწილი აქვს: სხეული და ყელი, რომლებიც ერთმანეთს ყელით უკავშირდებიან. სხეულის ზედა ამობურცულ ზედაპირს მარდსაღენის 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 ციდინდრული ეპითელიუმია, რომელიც ჰგავს საშვილოსნოს ყელის ამომფენ ეპითელიუმს; და ვარსკვლავისებრი ბრტყელი ეპითელიუმი, რომელიც საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმის გაგრძელებაა. ციდინდრული და ბრტყელი ეპითელიუმის შეერთება ქმნის საზღვარს ამ ორი ტიპის ეპითელიუმს შორის. სკვამოზური მრავლობის პერიოდში ციდინდრული ეპითელიუმის ფარგალი შიგ, რომელიც ხვრელის გარშემოა და *ექტროპიონი* ეწოდება, თანდათანობით იცვლება ბრტყელი ეპითელიუმით. მათი შეერთების ზონა გადაინაცვლებს ხვრელისკენ და ქმნის *ტრანსფორმაციის ზონას*. ეს არის ისეთი 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. სამეანოდ შეადგენს 3.5×2×1.5 სმ ზრდასრული ასაკიდან მენოპაუზამდე. მენჯის ღრუს გამოკვლევისას საკვერცხეები პალპაციით ისინჯება ჰეპროდუქციულ პერიოდში მყოფი ქალების დაახლოებით ნახევარში. ნორმალურად, ფალოპის მილები არ ისინჯება. ტერმინი *ადნექსი* ლათინური სიტყვაა და აღნიშნავს დანამატს, რომელიც შედგება საკვერცხის, მილისა და გარშემომყოფი ქსოვილებისგან.

საკვერცხეს ორი ფუნქცია აქვს: კვერცხუჯრედის ნარმოქმნა და ჰორმონების სეკრეცია, რომელიც ესტროგენი, პროგესტერონი და ტესტოსტერონი. მომწიფების პერიოდში ჰორმონების სეკრეციის მომატება ასტიმულირებს საშვილოსნოს და მისი ენდომეტრიუმი შრის ზრდას. ჰორმონები ასტიმულირებენ საშოს გაღიდებას და მისი ეპითელიუმის გასქელებას, ასევე მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას, სარძევე ჯირკვლების და ბოქვენის თმიანობის ჩათვლით.

პერიტონეუმის პარიეტალური ფენა ვრცელდება საშვილოსნოს უკან სწორ ნაწლავამდე და ნარმოქმნის *რექტოუტერინულ* (სწორ ნაწლავ-საშვილოსნოს) *ფოსოს*, ანუ Douglas-ის (დუგლასის) ფოსოს. ექტოვაგინური გამოკვლევით თქვენ შეგიძლიათ გასინჯოთ ეს ადგილი.

მენჯის ღრუს ორგანოები ეკრანავს ქსოვილთა ნაწილს, რომელიც შედგება ჯუნთებისგან, მყესებისა და ფასციისგან, რომელთა ზრდის მდებარეობს მცირედენი. საშო და სწორი ნაწლავი.

გოგოებში სქესობრივი მომწიფების შეფასება, Tanner-ის (ტანერის) კლასიფიკაციის მიხედვით, დამოკიდებულია არა მინაგანი 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 საშოსკენ. ქალთა 10%-ში თმიანი სამკუთხედი მიმართულია ჭიპისკენ. ასეთი ზრდა ჩვეულებრივ არ არის დასრულებული 20 წლამდე.

ზუსტად მენსტრუაციის წინ აღინიშნება საშოს გამონადენის ფიზიოლოგიური მომატება – ნორმალური ცვლილება. რაც ზოგჯერ ამფოთებს 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. საშოდან და საშვილოსნოს ქვედა ნაწილიდან ღიმფა ჩაედინება საზარდულის ღიმფურ კვანძებში, ხოლო შიგნითა სასქესო ორგანოებიდან, საშვილოსნოს ზედა ნაწილის ჩათვლით კი – მენჯის და მუცლის ღრუს ღიმფურ კვანძებში, რომელთა პალპაცია ვერ ხერხდება.

ანამნეზი

ხშირი განსახილველი საკითხები

- მენარჩე, მენსტრუაცია, მენოპაუზა, პოსტმენოპაუზური სისხლდენა
- ოსტეოპოროზი
- საშოს და საშვილოსნოს სიმპტომები
- სქესობრივი აქტივობა

ამ განყოფილებაში კითხვები ფოკუსირებულია მენსტრუაციაზე, ოსტეოპოროზზე და შესაბამის საკითხებზე, საშოს და საშვილოსნოს სიმპტომებზე და სქესობრივ ფუნქციაზე.

მენარჩე, მენსტრუაცია, მენოპაუზა. მენსტრუალური ანამნეზის შეგროვებისას ავადმყოფს უნდა ჰკითხოთ, რა ასაკში **დაიწყო** 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? ხეგულახელია 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 ჭარბი 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? ვისგან გრძნობდი თავს, როდესაც თვიური დაგეწყო? ბევრი გოგონა ნუხს, როდესაც მენსტრუაცია დარღვეული აქვს ან იგვიანებს. რაიმე ამის მსგავსი ხომ არ გაწუხებს?" თქვენ უნდა აუხსნათ, რომ გოგონებს მენსტრუაცია ენყება 9-დან 16 წლამდე ასაკში და ციკლის მონესრიგებას 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 ოსტეოპოროზის ან მენსტრუაციის დარღვევის სიგნალი.

მეჭი ნითელი ფერის მენსტრუალური გამონადენისგან განსხვავებით, ძლიერი დენის დროს აღინიშნება ღია ნითელი ფერის გამონადენი, რომელიც შეიძლება "ლოტებს" შეიცავდეს (არაჭარბი ფიბრინული ლოტები).

პოსტმენოპაუზური სისხლდენა წარმოშობს კითხვას ენდომეტრიუმ კიბოზე, თუმცა მას სხვა მიზეზიც შეიძლება ჰქონდეს.

გაძნობთ თავს, ხოლესაც ცუდი 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 თავდაპირველად 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, ჰიპერპრაქტიკა ვარჯიშის 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 დაძაბულობა, 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.

ჰიპომენორეა არის მენსტრუალური ციკლის გახშირება, ხოლო *მენორაგია* არის ციკლის გახანგრძლივება. სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს ჰემოროიდებს შორის, ასასც *მეტრორაგია*, ანუ *მენსტრუაციებს შორის სისხლდენა* ეწოდება, ასევე სქესობრივი აქტის შემდეგ *(პოსტკოიტური სისხლდენა)* ან საშოში ხანმე ჰორეციების, მაგალითად, შესხურების შემდეგ.

ჰემოროიდებს შორის სისხლძარღვის გაზრდას, დენის მომატებას ან სისხლდენას შეიძლება ჰქონდეს სისტემური მიზეზი ან შეიძლება იყოს დისფუნქციის შედეგი. *პოსტკოიტური სისხლდენა* საშვილოსნოს 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** = ხანავდა 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).

გაახსოვდეთ, რა 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; მარძევის გახშირება; გულისრევა და პირღებინება; ადვილად დაღლა. ნაყოფის მოძრაობის შეგრძნება ჩნდება 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 *საშვილოსნოდან დისფუნქციის სისხლდენაზე*, რაც დაკავშირებულია ოვულაციის უკმარისობასთან.

საშო-საშვილოსნოს სიმპტომები. ყველაზე ხშირი საშო-საშვილოსნოს სიმპტომია *საშოდან გამონადენი* და *ადგილობრივი ქავილი.* მიყევით ჩვეულებრივ მეთოდიკას. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს გამონადენის არსებობას, დაადგინეთ ხასიათობა, ფერი, კონსისტენცია და სუნი. ჰკითხეთ, აქვს თუ არა ხანმოკლე ადგილობრივი დაზიანება, წყლული ან შესიება საშოს არეში. მტკივნეულია თუ არა? ვინაიდან ავადმყოფები სხვადასხვანაირად ეჯვევიან ანატომიურ ტერმინებში, საუბრისას გამოიყენეთ შემცვლელი ფრაზები, მაგალითად "საშოს ახლოს ხანმოკლე ქავილი ხომ არ გაქვთ?. . . ფერებს შორის? . . . სადღაც შარდავთ?"

იხ. ცხრილი 12-1, საშოს დაავადებები, გვ. 450; ასევე ცხრილი 12-6, გამონადენი საშოდან, გვ. 454.

სქესობრივი აქტივობა. დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით, როგორიცაა "როგორია თქვენთვის სექსი?" ან "სექსთან დაკავშირებით ხანმოკლე პრობლემა ხომ არ გაქვთ?" "ბოლო წლებში ხანმოკლე 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. პირდაპირი შეკითხვები დაგეხმარებათ შეაფასოთ სქესობრივი აქტის თითოეული ფაზა: ლტოლვა, აგზნება და ორგაზმი. "სექსის მიმართ ინტერესი გაქვთ?" გამოჰკითხეთ აგზნების ფაზის შესახებ. ორგაზმის ფაზის გასარკვევად შეეკითხეთ, "აღწევთ თუ არა კულმინაციას? (ორგაზმს)", "თქვენთვის მნიშვნელოვანია ორგაზმის მიღწევა?" აგზნების გასარკვევად ჰკითხეთ: "სექსუალურად აიგზნებით თუ არა? ადვილად აღწევთ სისველეს თუ მშრალი ჩრებით?"

სექსუალური დისფუნქცია იყოფა სქესობრივი აქტის ფაზების მიხედვით. ქალს შეიძლება ნაკლებად ჰქონდეს გამოხატული სურვილი, ნაკლებად იგზნებოდეს და უვითარდებოდეს ვაგინური სისველე ან, მიუხედავად ადეკვატური აგზნებისა, ვერ აღწევდეს ორგაზმს. მიზეზებია ესტროგენების ნაკლებობა, ხანმოკლე 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 საშოს გარშემო კუნთების უნებლიე სპაზმი, რაც სქესობრივ აქტს მტკივნეულს ან შეუძლებელს ხდის.

ზედაპირული ტკივილი ადგილობრივ ინფექციაზე, ატროფიულ ვაგინიტზე ან არასაკმარის სისველეზე მიუთითებს. ღრმა ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს მენჯის ღრუს პათოლოგიები ან ზენოლა ნორმალურ საკვეთილსზე. *ვაგინიზმის* მიზეზები შეიძლება იყოს ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური.

სექსუალური პრობლემის ბუნების გასარკვევად ავადმყოფს შეეკითხეთ პრობლემის დაწყების, სიმძიმის (მუდმივია თუ ეპიზოდური), მდებარეობის და იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც 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.

უფრო ხშირად სექსუალური პრობლემა დაკავშირებულია სიტუაციასთან ან ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან.

ვაგინიური გამოკვლევისას ადგილობრივმა ნიშნებმა ან სიმპტომებმა შეიძლება გაზარდოს სქესობრივად გადამდები დაავადებების შესაძლებლობის ისტორია. 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 ხანმოკლე შეხება არე ინფექციასთან, სურს თუ არა არე ინფექციაზე გამოკვლევა ან ხომ არ ჰყავს ან ჰყავდა ისტორიის მქონე პარტნიორი.

ასევე შეეკითხეთ ოჯაღური და ანაღური სქესის შესახებ და, თუ საჭიროა, სიმპტომებზე, ჰომღებიც შეიძღება იყოს ჰირის ღრუს, ყელის, სწორი ნაწღავის და ანუსის ჰიეებში. გაარკვიეთ ნარსულში არსებული ვენეროული დაავაღებები. ჰქონია თუ არა ჰეპატიტი? სხვა დაავაღება, ჰოგორიცაა გონორეა? სიფილისი? მენჯის ღრუს ინფექცია? საუბარი გააგრძელეთ უფრო ზოგადი კითხვებით, ჰომღებიც განხილულია 48-49 გვერდებზე.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და განხილვის ძირითადი თემები

- საშოს Pap ნაცხი
- ოჯახის დაგეგმვა
- სქესობრივად გადამღები დაავაღებები და აივ ინფექცია
- მენოპაუზის ღროს განვითარებული ცვლილებები

Pap- ნაცხი. Papanicolaou-ს (პაპანიკოლაუს ანუ Pap) ნაცხის ფარული გამოყენებამ ღიღი ნვლილი შეიტანა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავაღობისა და სიკვღილობის შემცირებაში. ამშ დაავაღებათა ჰროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფის მონაცემებით "ციტოლოგიური გამოკვლევის მიზანია ცარსფორმაციის ზონის ანუ იმ უბნის დაღგენა, სადაც ენღოცერვიკულმა ციღინღრულმა ეპითელიუმმა ფიზიოლოგიური ცარსფორმაცია განიცადა ბრტყელ (ექტოცერვიკულ) ეპითელიუმში და სადაც, ჩვეულებრივ, ვითარღება ღისპლაზია და კიბო."[12] არსებობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორი ტიპი. შემთხვევათა 80-90% ნარმოაღგენს ბრტყელუჯრედული კიბოს, 10-20% კი – ჯირკვლოვანი უჯრედების აღენოკარცინომას.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკ-ფაქტორებია ვირუსული ინფექცია და ქსელი. ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია ადამიანის პაპილომავირუსული (human papillomavirus - HPV) ინფექცია, ჰომღის აღმოჩენა ხღება ბრტყელუჯრედული კიბოს 95-100%-ში. HPV ინფექციის უმეტესობა გარდამავალია და 5 წლის განმავლობაში ხასიათღება სპონტანური უკუგანვითარებით. ჰოდესაც ჰროცესი ხანგრძლივღება, "ჰროგრესირებს ნაკლებად მძიმედან მძიმე დარიანებამდე"[12] სხვა რისკ-ფაქტორებია ნაღრევი სქესობრივი აქტივობა, მრავალი პარტნიორი ან ამნეზში სქესობრივად გადამღები დაავაღებების არსებობა, ყვება, სიგარეტის მოწევა, იმუნური სტატუსი, გენეტიკური ჰოლიმორფიზმი, ჰომელიც ზემოქმედებს HPV დნმ-ის შეღწევაზე საშვილოსნოს ყელის უჯრედებში.

ამერიკის მეანთა და გინეკოლოგთა საზოგაღოების (American College of Obstricians and Gynecologists - ACOG), ამერიკის კიბოს საზოგაღოების (American Cancer Society) და ამშ დაავაღებათა ჰროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფის (U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF) მიერ მოწოღებულია რეკომენდაციები, ჰომღებიც ეხება სხვაღასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში დაავაღების სიხშირის გამოვლენას.[2-5] ეს რეკომენდაციები ასახავს მიღწევებს დაბალი ხარისხის დარიანების მაღალი ხარისხის დარიანებაში ჰროგრესირების დაღგენაში და Pap ნაცხის გამოკვლევის ტექნოლოგიაში. საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელური სიმსივნე ყელის კიბოს წინარე მღგომარეობაა. იგი ნელა ჰროგრესირებს, Pap ნაცხის საშუალებით მისი დაღგენა და მკურნალობა ადვილია. უფრო მეტიც, ახალ ტექნოლოგიებს, ჰოგორიცაა ციტოლოგია, კომპიუტერული გამოკვლევა და აღგორითმზე დამყარებული

შესწავლა, შეუძლია გაააქტიუროს სამშვილოსნოს ყელის ატიპიური უჯრედების აღმოჩენა, თუმცა ამ დაავადებათა ჰოსპიტალიტის 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 ჯირის საზოგადოების და ამ დაავადებათა ჰოსპიტალიტის სამუშაო ჯგუფის ჩვენებთან. 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 სამშვილოსნოს 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, სამშვილოსნოში დიეთილსტილბესტროლის (Diathylstilbestrol – DES) გამოყენება ან ამნეზში სამშვილოსნოს ყელის ჯირის არსებობა, გასინჯვა უფრო ხშირად უნდა წარმოებდეს.

- ქალები ჰისტერექტომიის (სამშვილოსნოს ამოკვეთის) ჩატარების შემდეგ: თუ სამშვილოსნოს ამოკვეთის მიზეზი ლეთიღთვისებიანი 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 ჯირის 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 სამშვილოსნოს ყელის ჯირი, სამშვილოსნოში DES გამოყენება, არც ინფექცია ან იმუნური სისტემის შესუსტება.

გარკვეთ, თუ როგორ ხდება Pap ნაცხის გამოკვლევის შედეგების მოხსენება. თანამედროვე კლასიფიკაცია და მასთან რეკომენდაციები (გაიდლაინები) დამყარებულია *ჯირის 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 ჰერპეს სიმპლექსით გამოწვეული ფლორის მეცვლა ან უჯრედული ტრანსფორმაცია.

- *ეპითელიური უჯრედების გადაგვარება*, რაც მოიცავს პრეკანცეროზულ ან კანცეროზულ 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 ინტრაეპითელიური დაზიანება (low-grade squamous intraepithelial lesions - LSIL), რომელიც მოიცავს მკრივე დისპლაზიას; მაღალი ხარისხის ბრტყელი ინტრაეპითელიური დაზიანება (high-grade squamous intraepithelial lesions - HSIL), რომელიც მოიცავს სამეალო და მძიმე დისპლაზიას მოსალოდნელი ინვაზიით; და ინვაზიური *ბრტყელუჯრედული კარცინომას*.
  - *ჯირკვლოვანი უჯრედები*, მოიცავს ატიპიურ ენდოცერვიკულ უჯრედებს ან ატიპიურ ენდომეტრიულ უჯრედებს, სპეციფიკურს ან არა სპეციფიკურს (not otherwise specified - NOS); ატიპიურ ენდოცერვიკულ უჯრედებს ან *ატიპიურ ჯირკვლოვან უჯრედებს, ეპიდიდიმურად ნეოპლასტიკურს; ენდოცერვიკულ ადენოკარცინომას* in situ; და *ადენოკარცინომას*.
  - *სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები*, როგორიცაა სარკომა ან ლიმფომა, იშვიათია.

ორსის დაბებმა. მნიშვნელოვანია ქალს, განსაკუთრებით მოზარდს, გააცნოთ ოვულაციის პერიოდები მენსტრაციული 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 შეწყვეტა, ლაქტაცია); ბარიერული საშუალებები (პრეზერვატივი, დიაფრაგმა, ყელის სახურავი); იმპლანტაციური საშუალებები (საშვილოსნოსშიდა მეთოდი, კანქვეშა იმპლანტი); ფარმაკოლოგიური ჩარევა (სპერმიციდები, ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები, ლევონორგესტრელის კანქვეშა იმპლანტი, ესტროგენ/პროგესტერონის სპრეი, ვაგინური ბეჭედი) 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. კონფიდენციური 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 კვლევების სათანადო ჩატარების გამოყენებით. (იხ. თავი 11, მამაკაცის სასქესო ორგანოები და თიაქრები, გვ. 415-416).

მენოპაუზის დროს განვითარებული ცვლილებები. კარგად შეისწავლეთ მენოპაუზის დროს განვითარებული ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები – ბუნებრივი განწყობის, თვითშეფასების ცვლილება, ვაზომოტორული დარღვევები ("ალები"), ძვლების დაზიანება, სისხლში საერთო და

LDL-ქოლესტერინის დონის მომატება, ვენოვაგინური ატროფია, რაც საფუძვლად უდევს საშოს სიმშრალეს, დისპარეუნიას და ზოგჯერ 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

ავადმყოფის მნიშვნელოვანი პრობლემები

ბარიერული ბამოკვლევა	მინიმალური ბამოკვლევა
• ბოქვენის მაღლობი	• საშო, საშოს კედლები
• დიდი და მცირე ბაგეები	• სამშვილოსნოს ყელი
• მარსალენის ჯირკვალი, კლიტორი	• სამშვილოსნო, საკვერცხეები
• საშოს შესავალი	• მენჯის კუნთები
• მორჩილი	• ექტოვაგინური კედელი

ბევრი სტუდენტი თავს უხერხულად გრძნობს პაციენტის სასქესო ორგანოების გამოკვლევის დროს. ამავე დროს, ავადმყოფს საკუთარი მოსაზრებებიც გააჩნია. ზოგიერთ ქალს წინა გამოკვლევის შემდეგ აქვს ტკივილის, 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 ჰეალსია და ქცევა მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა მის შეგრძნებებზე და დამოკიდებულებაზე სექსის მიმართ. თუ გასინჯვისას ქალი ატყუპებს ფეხებს ან უხერხულობით არის განწყობილი გასინჯვის მიმართ, მოხერხებით უნდა შეეწინააღმდეგოთ, ისევე, როგორც ანამნეზის შეკრების დროს. "მე ვხედავ, რომ თქვენ გიჭირთ მოდუნება, რამე ხომ არ განუხებთ გასინჯვის დროს?... რამე განუხებთ?" ავადმყოფის ქცევები, რაც წინააღმდეგობას ქმნის გასინჯვისას, ავადმყოფის მოსაზრებების გაგების გასაღებს წარმოადგენს. ავადმყოფის არასწორი ჰეალსია შეიძლება იყოს წინა უსიამოვნო გასინჯვის შედეგი, რის გამოც ეს ფაქტები უნდა გამოვლინდეს.

ავადმყოფს, რომელსაც აქამდე არ ჩაუტარებია მენჯის ღრუს გამოკვლევა, ხშირად არ იცის რას უნდა ელოდოს. ეცადეთ აუხსნათ ავადმყოფს მისი სხეული და გამოკვლევის საფეხურები, რაც უფრო კომფორტულს გახდის გასინჯვას. ტანსაცმლის 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.

ჩრჩვების მენჯის ნუსხამასებელი ბამოკვლევისთვის

პაციენტი	გამომკვლევი
• თავის შეკავება უხერხემლობისგან, მხარის ან ვაგინური სანთლების გამოყენებისგან გამოკვლევამდე 24-დან 48-მდე. • მარხილის ბუშტის დაცლა გამოკვლევამდე • მწოლიარე მდებარეობა, თავი და მხრები ზევით აღმართული, ხელები გულმკერდის გასწვრივ ან გარდაგარდმო, მუცლის კუნთები მოდუნებული.	• განმარტეთ გამოკვლევის ნინსვლის თითოეული ნაბიჯი • დაფარეთ პაციენტს მუცლის მუა ნაწილიდან მუხლამდე; უზრუნველყავით მხედველობითი კონტაქტი პაციენტთან • თავიდან აიცილეთ გაუთვალისწინებელი ან უსიამოვნო მოძრაობები • გაათბეთ სარკე ონკანის წყლით • მოთავსებით ჯომფორტულად. ჰათა დაინახოდ პაციენტის სახე • გამოიყენეთ საუკეთესო, მაგრამ მსუბუქი ხელსაწყო, განსაკუთრებით როდესაც დგამთ სარკეს (ნახეთ ნინასწარ)

მენჯის ღრუს გამოკვლევა პუბერტულ პერიოდში მოიცავს მენსტრუალურ დარღვევებს, როგორიცაა ამენორეა, გაძლიერებული სისხლდენა ან დისმენორეა, გაუსუქებული მუცლის ტკივილი; ვაგინური გამონადენი; ენდოკრინოპათიების 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 ნიმნები, რომლის დადგენაც შესაძლებელია მრავალ სასწრაფო სამედიცინო დანესებულებაში და გამოიყენება დანაშაულის სამხილების გარანტირებული დაცვისთვის. საბეთს ყურადღებით უნდა გაეცნოთ იარლიყი 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 ეზრუნველყოთ მისი კომფორტი.

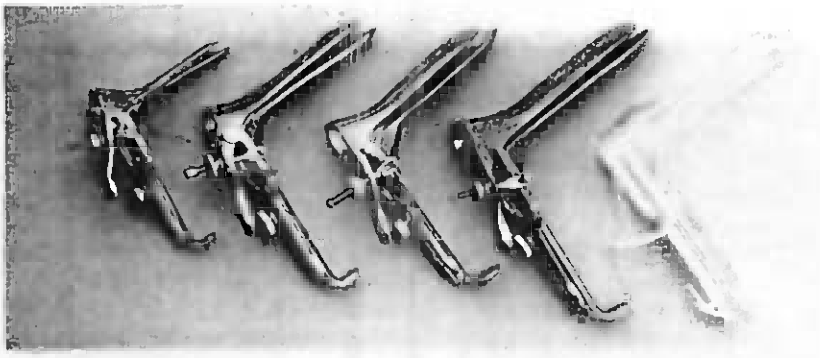
გახსოვდეთ, რომ მამაკაც ექსპერტს უნდა ახლდეს ასისტენტი ქალი. ექსპერტ ქალს ასევე უნდა ჰყავდეს ასისტენტი, თუ ის პაციენტის ფიზიკური ან ემოციური მდგომარეობა დარღვეულია.

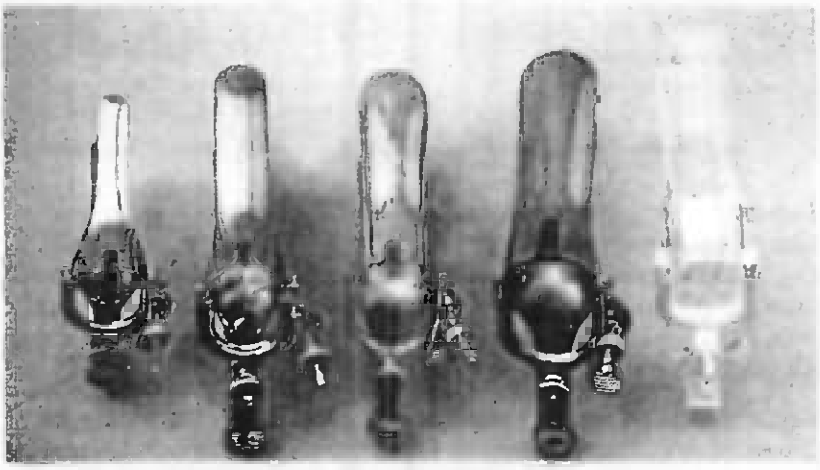
იარაღების შერჩევა. თქვენ გესაჭიროებათ ჯარგი, ცხვი განათება, შესაფერისი ზომის ვაგინური სარკე, იარაღები პაპანიკოლაუს ნაცხის, ბაქტერიოლოგიური კულტურის ან სხვა დიაგნოსტიკური ტესტებისთვის. შეამოწმეთ მასალა და ჰორცედურის ჩატარების თქვენი საკუთარი შესაძლებლობები, სანამ აიღებთ კულტურას ან სხვა სინჯებს.

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 ეფექტ ჯომფორტულია სექსუალურად აქტიური ქალებისათვის. ვინერ-ჰარიანი პედერსონის სარკე უკეთესია იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც აქვთ შედარებით პატარა ხვრელი. როგორიცაა ქალიშვილებში

და ხანდახმელ ქალბატონებში. გჰეივსის სას ჰომელთაც აქვთ ვაგინური ჰისტერექტომია.

სახჯის გამოყენებამდე ჯანგად გაეჯვიეთ, თუ ჰოგორ იღება და იჯეტება ფჰითები. დააფიქსირეთ ისინი ღია ჰოზიციაში და ჯერვ გაათავისუფლეთ. მიეხედავად იმისა, ჰომ ამ თავში განხილულია მეტალის სახჯე, თქვენ ადვილად მიეჩვევით პლასტიკუჩზე, ჰოდესაც ხელში დაიჭერთ სახჯეს სმახების წინ.





სახჯეები, მარცხნიდან მარჯვნივ: Pedersen-ის (პედერსენის) ლითონის მცირე, პედერსენის ლითონის საშუალო, Graves-ის (გჰეივსის) ლითონის საშუალო, გჰეივის ლითონის ფართე, და პედერსენის პლასტიკური ფართე.

პლასტიკური სახჯე, ჩვეულებრივ, ხშირად იჯეტება დაფიქსირების ან მოშვების დროს. პაციენტის წინასწარ გაფრთხილებით თავს ვარიდებთ არასასურველ მოულოდნელობას.

პაციენტის მომზადება. დააფარეთ პაციენტს სათანადოდ და დააჯავშინეთ ლიტოტომიური პოზიცია. დაეხმარეთ მას, დადოს ჯერ ერთი ტერფი სკამის უზანგზე, შემდეგ კი მეორე. შესაძლოა ფეხსაცმლით უფრო კომფორტულად გრძნობს თავს, ვიდრე შიშველი ფეხით. სთხოვეთ, ჩამოცურდეს ქვემოთ გამოსაკვლევი მაგიდისკენ, სანამ მისი დენდელები ემნიშვნელოდ არ იქნება დაშორებული მისი კიდიდან. თეძოები უნდა მოიხაროს. განიზიდოს და მიგნით მოტრიალდეს მენჯ-ბარძაყის სახსარში. ბალიში უნდა იჭერდეს მის თავს.

ბარიერული დათვალიერება

მეანმა უნდა მოზარდი პაციენტის სქესობრივი სიმწიფე. მუცლისა და მენჯის დათვალიერების დროს უნდა დააკვირდეთ თმას ბოქვნზე. გახსოვდეთ, რომ სიხშირე, გავრცელება და სწორი ზრდა ერთად არის აღწერილი გვ. 783 Tanner-ის სტადიების მიხედვით.

გარეგანი სასქესო ორგანოების დათვალიერება. დაჯექით კომფორტულად და გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ ახლობთ შეეხოთ მას სასქესო ორგანოების მიდამოში. დათვალიერეთ ბოქვნი, ბაგე და შორისი. განიერთ ბაგეები და დათვალიერეთ:

- მცირე ბაგე
- კლიტორი

დაგვიანებული სიმწიფე სწორედ მემკვიდრეობა ან დაკავშირებულია ქრონიკულ დაავადებასთან. ის, შესაძლებელია, გამოწვეული იყოს ჰიპოთალამუსში, ნინა ჰიპოფიზში ან საკვერცხეებში არსებული დარღვევებით.

კანის დაზიანება, ქავილი, ბაცარა, წითელი მაკულოპაპულა, გვაფიქრებინებს ბოქვნის *პედიკულოზზე* (ტილი ან "ტკიპები". ბოქვნის თმის ძირებში დათვალიერეთ ტილები ან მათი კვერცხები.

კლიტორის გაფართოება მასკულინიზებულ მდგომარეობაში.



BARTHOLIN-ის (ბართოლინი) ჯირკვლების პალპაცია

- მახვილადენის ხვრელი
- სამოს შესავალი ანუ ინტროიტუსი

დაათვალიერეთ ანთების, წყლულის, გამონაყენის, შესიების ან კვანძის არსებობა. თუ ჩიმე დაზიანებას ნახავთ, ჩაატარეთ პალპაცია.

თუ ავადმყოფს ანამნეზში აღნიშნება ბაგეების შესიება, შეამოწმეთ Bartholin-ის (ბართოლინის) ჯირკვლები. საჩვენებელი თითი შეყავით სამოში შესავალის უკანა კედელთან. ცერა თითი დადეთ გარედან დიდი ბაგის უკანა ნაწილთან. ორივე მხარეს თითებს შორის პალპაციით ნახეთ, არის თუ არა შესიება ან ტკივილი.

მახვილადენის ნანაზარი, მახვილადენის ლორწოვანის პიოდერმია (გვ. 451).

Herpes simplex (მარტივი ჰერპესი), Behcet-ის (ბეჰჩეტის) დაავადება, ათამანგული *მანჯარი, ეპიდერმოიდული 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, სამოს. საშვილოსნოს და მახვილადენის გამობეხილობა და შესიება. გვ. 451.

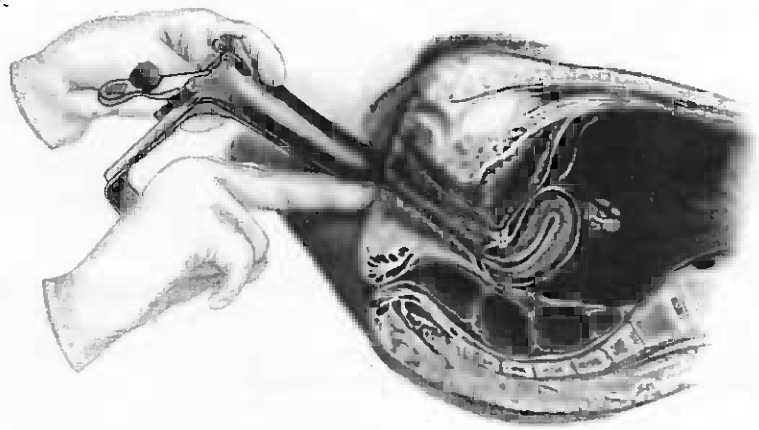
ყურადღება მიაქციეთ, ჯირკვლების სადინრებიდან ხომ არ არის გამონადენი. თუ არის, აიღეთ ნაცხი.

III შინაგანი დათვალიერება

სამოს კედლების გამოკვლევა. საჩვენებელი და შუა თითებით გადანიეთ ბაგეები და ავადმყოფს სთხოვეთ, გაიჭინთოს. დააკვირდით კედლებზე არის თუ არა გამობეხილობის არსებობას.

გამობეხილობის მიზეზი შეიძლება იყოს *ცისტოცელე* ან *რექტოცელე*. იხ. ცხრილი 12-2, გარეთა სასქესო ორგანოების, საშვილოსნოს და მახვილადენის გამობეხილობა და შესიება. გვ. 451.

საშვის ჩადება. შეარჩიეთ შესაბამისი ზომის და ფორმის საშვე 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 ჩამონევით. დაადგინეთ ყელის მდებარეობა, ხათა უფრო ზ



საშოს შესავლის გაფართოვება გაგიადვილებთ სახჯის ჩადგმას და პაციენტისთვის ჯომფორტული სიტუაციის შექმნას. მეორე ხელით (ჩვეულებრივ, მარცხენა) დახეული სახჯე ჩაგდით ორნავ ქვეღა მიმართულებით. ფრთხილად იყავით, რათა სახჯით არ მოჰკაწროთ ბოქვენის თმა ან მიაჭყლიტოთ ბაგეები. ამის თავიდან აცილებაში დაგეხმარებათ თითებით ბაგეების გადანევა.

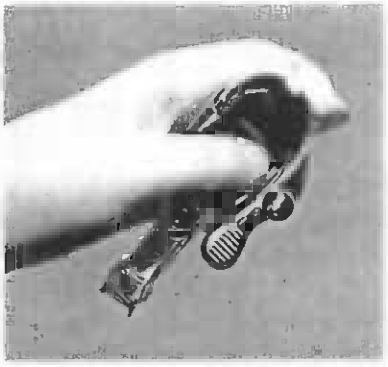
მცირე ზომის შესავალი

უმეტესობა ქალნულების საშოს ხვრელი ერთი თითით ისინჯება. ისე უნდა შეცვალოთ გასინჯვის მეთოდიკა, რომ გამოიყენოთ მხოლოდ საჩვენებელი თითი. გამოკვლევა შესაძლებელია Pedersen-is (პედერსენის) მცირე ზომის სახჯით. როდესაც საშოს შესავალი ძალიან პატარაა, შეგიძლიათ ბიმანუალური გამოკვლევა ჩაატარო. ამისთვის ერთი თითი მოათავსეთ სწორ ნაწლავში, მაგრამ წინასწარ გააფრთხილეთ პაციენტი.

გასინჯვის ასეთივე მეთოდი შეიძლება გამოიყენოთ ასაკოვან ქალებში, როდესაც საშოს შესავლის შემცირების მიზეზი ატროფია და გამკვრივებაა.

იმავითად, *არაპეროფორირებული* აპკი ინვევს მენარქეს გახანგრძლივებას. შეამოწმეთ აპკი, როდესაც მენარქე ზედმეტად იგვიანებს გოგონას სარძევე ჯირკვლების და ბოქვენის თმიანობის განვითარების მიუხედავად.

იმისთვის, რომ მგრძნობიარე საშოს არ დაანვეთ, მოგეხმარებათ ორი მეთოდი. (1) ჩადგმის ღრმა სახჯე დახარეთ ისე, როგორც საჭიროება ნარჩენები და შემდეგ (2) გაასხირეთ სახჯე შიგნით საშოს უკანა კედლის გასწვრივ და დაანეკრით ქვემოთ ისე, რომ საშოს შესავალი მოდუნებული იყოს.



შესავლის კუთხე



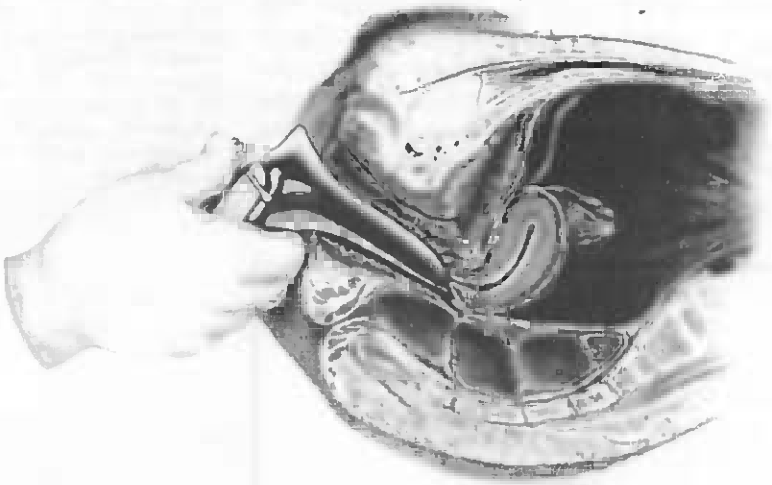
კუთხე სრული ბანთავსებისთვის

როდესაც სახჯე საშოშია, ამოიღეთ თითები შესავლიდან. შეგიძლიათ სახჯე მარჯვენა ხელში გადაიტანოთ, რათა უფრო ჯარგად ამოძრავოთ და მოგვიანებით შეაგრძოთ მასალა. სახჯე შეაბრუნეთ ჰორიზონტალურად ისე, რომ შეინარჩუნოთ ქვემოთ დანოღა და ბოლომდე ჩადგმით. ყურადღებით იყავით, რომ ნინასწარ არ გახსნათ სახჯის პირი.

საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევა. ფრთხილად გახსენით სახჯე. შეაბრუნეთ მანამდე, სანამ მთლიანად არ დაინახავთ ყელს. სინათლე ისე მიმართეთ, რომ ყელი ჯარგად დაინახოთ. როდესაც მარცხენი უკან არის გადახრილი, ყელი უფრო ნინ ჩანს, ვიდრე სურათზეა ნარჩენები. თუ გიჭირთ ყელის დანახვა, ამოიღეთ სახჯე და სხვა დახრილობით

იხ. მარცხენა ნინის უკან გადანევა. გვ. 455.

ჩადგით, თუ დანახვას გამონადენის არსებობა ახლეწებს, ბამბით ფრთხილად ამოწმინდეთ.

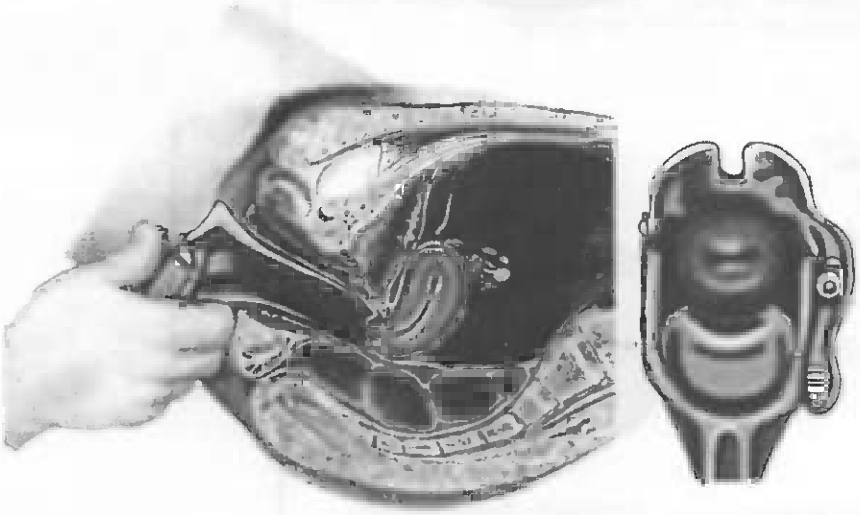


იხ. ცხრილი 12-3, სამვილოსნოს ყელის ზედაპირის დაავადებები (გვ. 452), ცხრილი 12-4, სამვილოსნოს ყელის ხვრელი (გვ. 453) და ცხრილი 12-5, სამვილოსნოს ყელის დაავადებები (გვ. 453.

დააკვირდით სამვილოსნოს ყელის ფერს, მის მდებარეობას, ზედაპირს, წყლულის, კვანძის, შესიების, სისხლდენის ან გამონადენის არსებობას. დათვალიერეთ ყელის ხვრელში გამონადენის არსებობა.

ყელში ყვითელი ფერის გამონადენი მიუთითებს ღრმა-ჩრილოვან ცვლილებაზე, რომლის ხშირი მიზეზია *Chlamydia trocomatis (ქლამიდია ტრაქომატისი), Neisseria (ნეისერია)* ან *herpes simplex-ი (მარტივი ჰერპესი)* (გვ. 454). ამობურცული, ფაშარი ან ნიღაბივით მეჭეჭისმსგავსი დახრილობა *ტონსილომაზე* ან *ყელის კიბოზე* მიუთითებს.

ცერა თითის დაჭერით სასის გაღებული მდგომარეობაში გააჩერეთ.



საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური ბამოკვლევისთვის მასალის აღება (Papanicolaou-ს ნასხი). მასალა აიღეთ უნდოსეხვიჯელი და ებზოსეხვიჯელი ეხეებიდან ან აიღეთ ჯომბინირებული მასალა ყელის ჯაგისის ("ფუნჯი") გამოყენებით. შედეგი ჩომ უკეთესი იყოს ან აღიზის აღებისას ავადმყოფს ეი უნდა ჰქონდეს მენსტრუაცია. გამოკვლევამდე 48 სთ-ის განმავლობაში ავადმყოფს ეი უნდა ჰქონდეს სქესობრივი კავშირი, ეი უნდა ჩაიტანოს საშოს შესხურება, ეი გამოიყენოს ტამპონი, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები და მალამოები ან ვაგინური სანთლები. Pap ნასხის გამოყენებასთან ერთად, 25 წლის ან უფრო ახალგაზრდა სქესობრივად აქტიურ ქალებში,

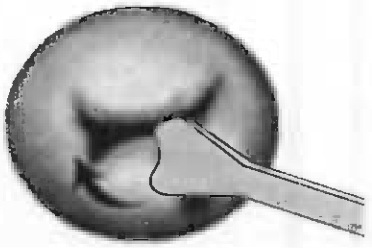
ქლამიდიური ინფექცია იწვევს შეთხიტს, ცერვიციტს, მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებას, გარე ორსულობას, უნაყოფობას, ქრონიკულ ტკივილს მენჯის ღრუში. ჩისკ-ფაქტორებია 25 წლამდე ასაკი, მრავალი პარტნიორი, ბადეტანიცი სქესობრივად გადამდები დაავადებები.

PAP ნასხის აღება:

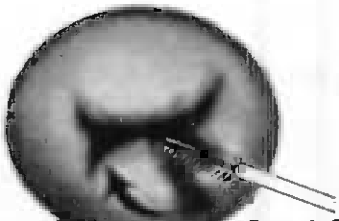
მასალის მეგზრების ნესები

ყელის ანაფხეკი და უნდოსეხვიჯელი ჯაგისი

ყელის ანაფხეკი. ასაფხეკის გრძელი ბოლო შეიყვანეთ ყელის არეში და ნრიელი მოძრაობით აიღეთ ანაფხეკი ისე, ჩომ მოიცვათ *ტრანსფორმაციის* ზონა და *ბრტყელუჯრედული და ცილინდრულუჯრედული შეერთების* ადგილი. ანაფხეკი ნაესვით სასაგნე მინას. დადეთ მინა ისეთ დაცულ ადგილას, სადაც ადვილად მინვდებით. დაიმახსოვრეთ, ჩომ ყელის ანაფხეკის მიღებისას შეიძლება ხელი შეგიშალოთ სისხლმა, ჩომელიც ჩნდება უნდოსეხვიჯელი ჯაგისის გამოყენებისას.



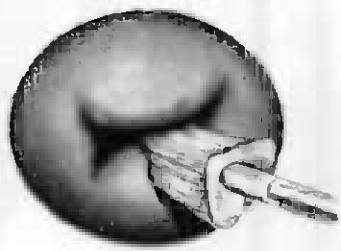
უნდოსეხვიჯელი ჯაგისი. აიღეთ უნდოსეხვიჯელი ჯაგისი და მოათავსეთ ყელის ღრუში. ცერა და საჩვენებელი თითებით დაატრიალეთ სათის ისრის მიმართულებით და სანინააღმდეგოდ. გამოიღეთ ჯაგისი და აიღეთ სასაგნე მინა. ნაესვით ჯაგისი ფრთხილად, ჩათა უჯრედები არ დაზიანდეს. მინა მაშინათვე მოათავსეთ ეთერ-სპირტის ხსნარში ან მიასხურეთ სპეციალური ფიქსატორი.



დაიმახსოვრეთ, ჩომ ორსულებში ჯაგისის მაგივრად უმჯობესია გამოყენოთ ბამბის ნვეჩიანი აპლიკატორი, ჩომელიც მარილის ხსნარით არის დასველებული.

საშვილოსნოს ყელის ფუნჯი

ამჟამად ბევრი ექიმი ჰლასტიკის ფუნჯს იყენებს ერთჯერადად მასალის აღებისთვის, ჩომელიც შეიცავს ჩოგორც ბრტყელ, ისე ცილინდრულ ეპითელურ უჯრედებს. საშვილოსნოს ყელში ფუნჯი დაატრიალეთ სათის ისრის მიმართულებით, შემდეგ ფუნჯი ნაესვით სასაგნე მინას. მინა მაშინვე მოათავსეთ სითხეში ან შეასხურეთ ფიქსატორი, ჩოგორც ზემოთაა მოცემული.



ასევე, მასალა მოათავსეთ პირდაპირ დამცველში, ჩათა ლაბორანტმა მოამზადოს მინა ციტოლოგიისთვის. (იხ. გვ. 454)

ინფექციის მაღალი ხისტის მქონე უსიმპტომო ქალებში, ჩვეულებრივ, უნდა გამოიკვლიოთ ხელტუჩა *Chlamydia trachomatis*-ზე *(ქლამიდია ტრაქომატისზე).*[12]

საშოს გამოკვლევა. ნელა ამოიღეთ სარკე საშოს დათვალიერებით. როდესაც სარკით გარკვევით ხედავთ ყელს, აუშვით ცერა თითი ისე, რომ სარკე გაღებული დარჩეს. დახურეთ სარკე, როგორც კი გამოჩნდება მუსაიკი, ისე, რომ არ მოყვეს ღრინოვანი გარსი. ამოღების დროს დათვალიერეთ საშოს ღრინოვანი, დათვალიერეთ მისი ფერი, არის თუ არა ანთება, გამონადენი, ნყლული ან შესიება.

ბიმანუალური გამოკვლევა. დარსველეთ ხელთათმანიანი ხელის საჩვენებელი და შუა თითები და *ფეხზე დგომის პოზიციიდან* თითები შეყავით საშოში და დააწექით უკან. ცერა თითი გადანიეთ, მეოთხე და მეხუთე თითები მოხარეთ ხელის გულისკენ. მოხრილი თითებით მოარის არეში ზენოლამ შეიძლება მცირეოდენი დისკომფორტი გამოიწვიოს, რის გამოც თითების მდებარეობა შეგიძლიათ შეცვალოთ. დააკვირდით საშოში ხარმე კვანძის ან ხელის ან მარდის 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 ქვისა 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 ტიბო

სწორ ნაწილში განავლის არსებობამ შეიძლება ხელოვნური სიმაგარის სიმულაცია მოახდინოს. მაგრამ, სიმსივნისგან განსხვავებით, იგი თითის დაწოლით ჩაიზნიქება. ხელოვნური გამოკვლევა დაადგენს განსხვავებას.

ყელის მოძრაობისას ტკივილი საკვლევხის 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 ჯეთილთვისებიან ან ავთვისებიან სიმსივნეზე.



ამის შემდეგ გაასხიაღეთ თითები წინა თაღისკენ და ხელებს შორის პაპანაკრით შეიგრძენით სამშვილოსნოს ტანი. ამ მდგომარეობაში მენჯში არსებული თითებით შეგიძლიათ შეიგრძნოთ სამშვილოსნოს წინა ზედაპირი, ხოლო მუცელზე დადებული ხელით კი სამშვილოსნოს უკანა ზედაპირი.

თუ ამ გასინჯვით ვერ სინჯავთ სამშვილოსნოს, იგი შეიძლება უკან იყოს გადაწეული. თითები გაასხიაღეთ უკანა თაღისკენ და შეიგრძენით სამშვილოსნო თითებთან. მსუქნებში და მუცლის კუნთების მოდუნების დროს ასევე შეიძლება ვერ გასინჯოთ სამშვილოსნო წინ გადმოწევის გამო.

საკვერცხეების პალპაცია. ხელი დაადეთ მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრანტს, ხოლო მეორე ხელის თითები მოათავსეთ მარჯვენა ღრუებრივი თაღში. დაანევრით მუცელს და ეცადეთ დანიოთ დანამატი მენჯში მოთავსებული თითებისკენ. ეცადეთ გამოყოთ მარჯვენა საკვერცხე ან მასთან დაკავშირებული ქსოვილები. ხელის ნელი მოძრაობით, თუ შესაძლებელია, თითებს შორის ასხიაღეთ დანამატი და დაადგინეთ მისი ზომა, ფორმა, კონსისტენცია, მობილურობა და მტკივნეულობა. იგივე პროცედურა გაიმეორეთ მარცხენა მხარეს.

ნორმალური საკვერცხეები ორივე მგრძნობიარეა. მათი გასინჯვა, ჩვეულებრივ, შესაძლებელია გამხდარ, მოდუნებულ ქალებში, მაგრამ ძნელია ან შეუძლებელია მსუქნებში და ცუდად მოდუნებულ ქალებში.

სამშვილოსნოს ზედაპირზე კვანძების არსებობა *მიომაზე* მიუთითებს.

იხ. *სამშვილოსნოს 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 შემაერთებელ ფალოპის მილ(ებს) მენჯის ანთებითი დაავადების დროს და მილში გარე ორსულობას. სამშვილოსნოს მიომა შეიძლება ჰგავდეს დანამატის გადიდებას. იხ. ცხრილი 12-9, დანამატის გადიდება (გვ. 457).



მენჯის ძვლების ძაღის შეფასება. თქვენი ორი თითი ამოსწიეთ ყელის არეში და გამაღეთ, რათა შეეხოთ საშოს ჯედებს. სთხოვეთ პაციენტს, რაც შეიძლება ძლიერად და დიდხანს მოუჭირონოს ძვლები თითების გაეიმემო. მოჭერა, რომელიც ანვება თქვენს თითებს, გადანევს მათ გარეთ ან შიგნით და გრძელდება 3 წმ-ზე მეტად, მიუთითებს სხვე სიმძლავრეზე (ძალაზე).

ძაღის დაქვეითების მიზეზი შეიძლება იყოს ასაკი, საშოს ჯვება ან ნევროლოგიური დაავადებები. ძვლების სისუსტე შეიძლება ახდეს მარდის სტრესული შეუკავებლობას.

ელექტრომაბინური 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 ნანლავში. სთხოვეთ ავადმყოფს, გაიჭინთოს ისე, რომ ანუსის სფინქტერი მოდუნდეს. აუხსენით, რომ ეს გამოკვლევა ნანლავთა მოქმედების შეგრძნებას ჰგავს. გაიმეორეთ ბიმანუალური გასინჯვის მეთოდიკა და განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ყელის უკან უბანს, რომლის შეფასება შესაძლებელია სწორ ნანლავში მოთავსებული თითით.

ელექტრონაგინური გამოკვლევა განსაკუთრებით ინფორმატიულია საშვილოსნოს უკან გადანევის დასადგენად, როგორც ეს ნახატზეა ნაჩვენები. ასევე გამოიყენება უტეროსაკრალური იოგის, ბრმა სივრცის და დანამატის გასასინჯად.



გააგრძელეთ ელექტრული გამოკვლევა (იხ. თავი 13). თუ დაგეგმილი გაქვთ ენდოკერვიკალური ანალიზი, უნდა გამოიცვალოთ ხელთათმანი, რათა ფუნჯები მასით არ დაბინძურდეს სისხლი Pap ნაცხის აღებისას. გამოკვლევის შემდეგ გაუწმინდეთ სასქესო ორგანოები ან მესთავაზეთ, რომ პაციენტმა თვითონ გაიწმინდოს.

ნაცხების ბაქტერიოლოგია

თუ მენჯის ან ელექტრული გასინჯვისას იყენებთ ნაცხს, უყურადღებობით შეიძლება იგი დააბინძუროთ ავადმყოფის გასინჯვის შემდეგ ხელის შეხებით. ეს ნორმალურია რომ იცოდეთ, ნაცხი დაიწვეთეთ თითზე ისე, რომ არ შეეხოთ ნაცხის ჭურჭელს. შეხების შემთხვევაში ჭურჭელი გადააგდეთ. ამ ნორმალურს აგასცილებთ თითოეული პაციენტისთვის მცირე ზომის ნაცხების გამოყენება.

თიაქრები

მოხისის 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 ირიბი თიაქრის გასასინჯად ჰალპაცია ჩაატარეთ დიდი ბაგის არეში და ზემოთ ბოკვენის ბოლქვის ღატეპალპაციად.

საზარდულის ირიბი თიაქარი ყველაზე ხშირია ქალებში. მეშველ მოდის ბარძაყის თიაქარი.

განსაკუთრებული მეთოდები



მარდსადენის გამონადენი

თუ გარაუდობთ უეთარიტს ან გარაუეთარელი ჯირკვლების ანთებას, საჩვენებელი თითი მოათავსეთ სამში და შიგნიდან გარეთ გამონუქეთ. დააჯვირეთ გამონადენს მარდსადენის ხვრელიდან. თუ არსებობს, შეისნავღეთ ჯეღტარა.

უეთარიტის მიზეზი შეიძლება იყოს *Chlamydia trachomatis*-თი და *Neisseria gonorrhoeae*-თი ინფიცირება.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

დარმახსოვრეთ, რომ დასაწყისში მონაცემების აღწერისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნინადადებები, მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ხშირად გამოყენებად ფრაზებს.

მენჯის ღრუს – ქალის სასქესო ორგანოების გამოკვლევის შედეგების ჩანერა

"საზარდულის არეში არ აღინიშნება ღიმფური ჯვანძების გადიდება. გარეთა სასქესო ორგანოები სინითლის ან დაზიანების გარეშე. არ არის დაზიანება ან სიმაგრე. სამოს ღრინოვანი ვარდისფერი. ყელი ნამშობიარები, ვარდისფერი და გამონადენის გარეშე. სამეიღოსნო არის წინ, შუაში. გღვი და არ არის გადიდებული. დანამატები უმტკივნეულო. Pap ნაცხი ჩატარებულია. ექტოვაგინური ჯედელი ინტაქტურია."

ან

"ორივე მხარეს აღინიშნება საზარდულის ღიმფური ჯვანძების გადიდება. გარეთა სასქესო ორგანოები სინითლის ან დაზიანების გარეშე. სამოს და ყელის ღრინოვანი დაფარულია თხელი თეთრი ფენის გამონადენით, რომელსაც სუსტად თევზის სუნი აქვს. ყელის გამოფხეკის მეშველ სამოს ღრუში არ ჩანს გამონადენი. სამეიღოსნო შეა ხარზეა. დანამატები არ არის გადიდებული. ექტაღეური თაღი თავისუფალი. განავალი ყავისფერი. ჰემოკულტურა უარყოფითი"

სავარაუდოა ბაქტერიული ვაგინოზის არსებობა.

სხივი 5-1
გვ. 133

ჯანის შეფეხიღობები



სიყვითლე



ჯახოტინვემია



ეხითემა

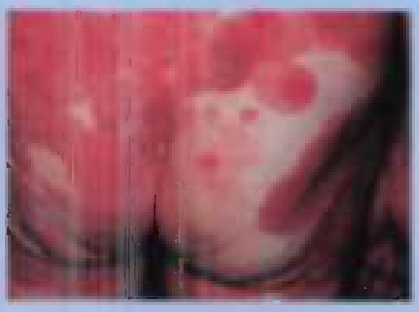


ჰეღიოტხოპიზმი

ჯანის დაზიანებები - გაწღაგება და ფოთმა



ხაზოვანი



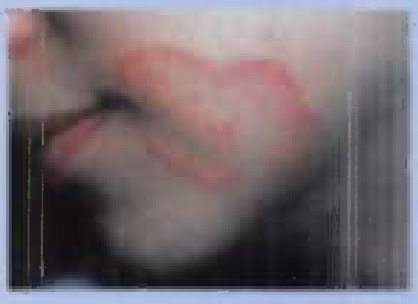
გეოგრაფიული



ჭაფუში
(ელასტიური)



მსოფლიო



ჩიყვისებური,
თალისებური

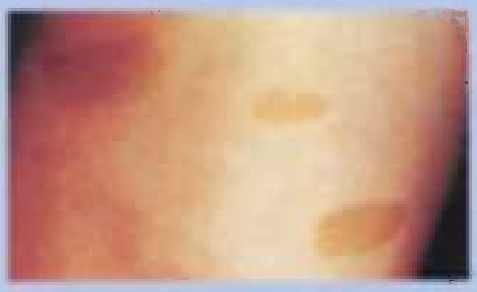
ჯანის ამობურცული დაზიანებები



ჰემანგიომა



ვიტილიგო



ძველი ყვავილა



ფსორიაზი



ფსორიაზი

ჯანის ამობუსკული დაზიანებები *(გაგრძელება)*



ფსორიაზი



დერმატოფიბრომა



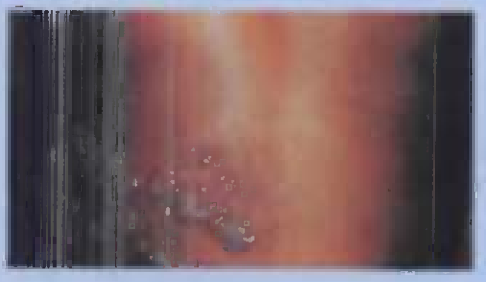
ეპიდერმული ჩართული ცისტა



შიტიპაჰია



ჩვეულებრივი პემფიგუსი
(Pemphigus vulgaris)



შემოსაჰტყვლითი ღიქენი
(Herpes zoster)

ჯანის ამობურცული დაზიანებები *(გაგრძელება)*



მწვრის ნაჯახები



მწვრის ნაჯახები



აჟნე



ყვავილი



მუნი

ჯანის ამობურცული დაზიანებები *(გაგრძელება)*



იქთიოზი



მშრალი ჯანი



იმპეტიგო



ნეიროდერმიტი



ჰიპერკერატოზული ნაწიბური



ელეფანტიაზი

კანის ჩაზნექილი დაზიანებები



ეხოზია



ექსკორიაცია

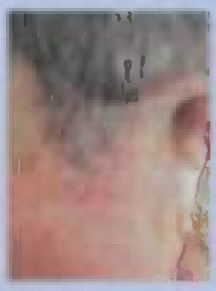


ნასჯდომი

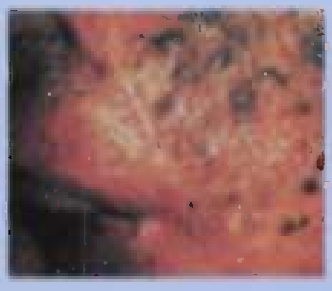


წყლული

ჯანის სიმსივნეები




აქტინული ეპითელიომა

სებორეული ეპითელიომა



ბაზალიომა ხავსისმაგვარი




ბრტყელუჯრედოვანი ხავსისმაგვარი

ჯანის სიტუაციური დაზიანებები



მახვილები



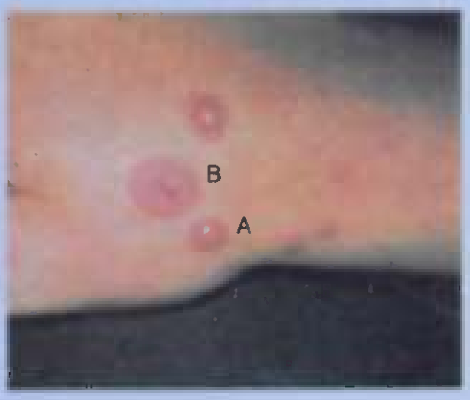
ჰეჰვილები და ჰესტვილები



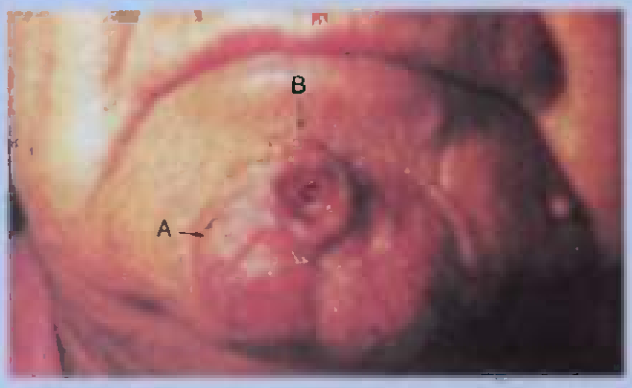
ჰესტვილები ხვილის ბვილზე



ვეზიკვილები (ჩუტყვავილა)

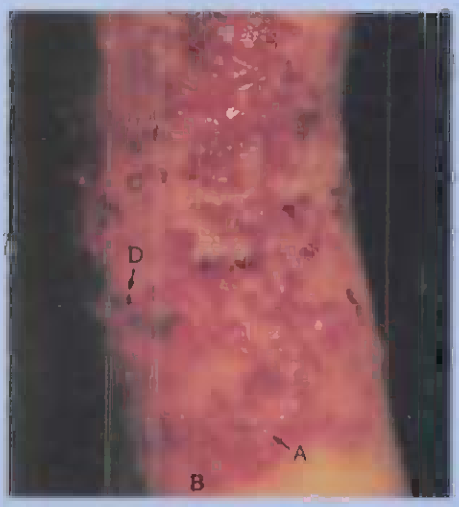


მელტიფორმული ეჩითემა
ა) ბვილა ბ) სამიზნე დაზიანება



ბიტყვილჯიქოვანი ჯაჩუნომა
ა) ტვილებიქტაზია ბ) ჰატაჩა ჯვანძი
ბ) წყვილი

ჯანის სიტუაციური დავიანებები *(გაგრძელება)*



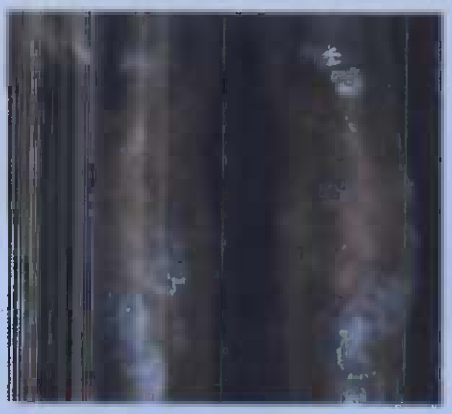
ინფიცირებული ატოპიური
დერმატიტი; ა) ვეზიკულა
ბ) ჰესტულა ბ) ეროზია
დ) ფეფხი



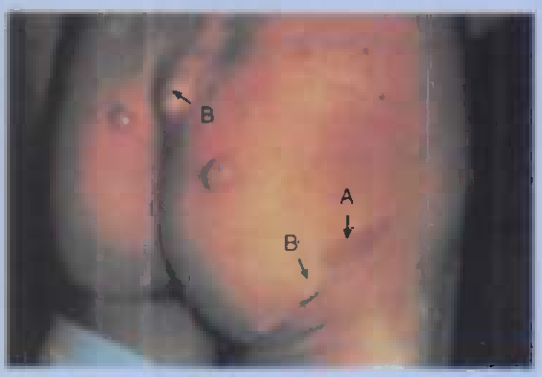
ატოპიური დერმატიტი;
ა) ექსკორიაცია
ბ) ლიქენიფიკაცია



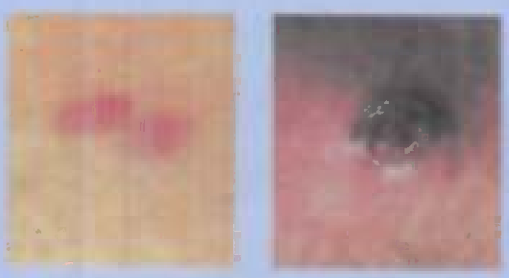
ბუშტუკები (ექთიკაში)



ქერცლოვანი ტაქები



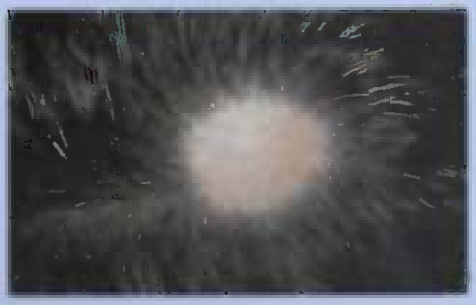
ტაქები და ჰვანძები



KAPOSI-ის (ჰაჰოში) სარკომა
შიდს-ის დროს

თმის ცვენა

ჯეიროვანი თმის ცვენა (აღოვესია)





ტრიქოტილომანია





მრგვალი ფოჩის ქერცლოვანი უბნები





ქუთუთოების სახეობები და პათოლოგიები



ფტოზი



ენტროპიონი



ექტროპიონი

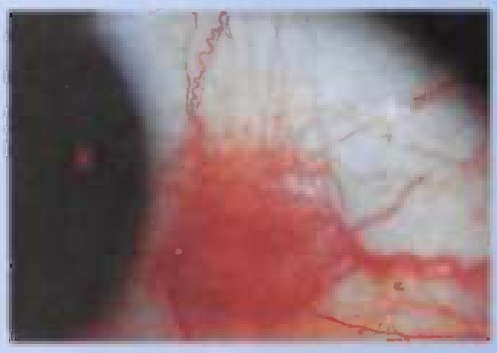


ჩეტჰაქსიული - შეხუმშული
ქუთუთო და ეპზოფთალმი

სიმაგრეები და ამობეჭდილობები თვალებში და თვალების გახშემო



ჰინგვეჯელა



ეჰისპეჰიტი



ჯიბლიბო



ქაღაზიონი



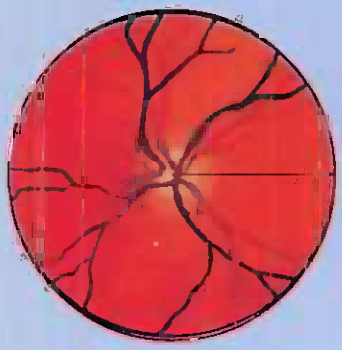
ქსანთელაზმა



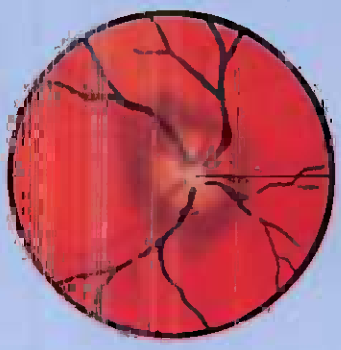
სასხემელე ჰეხეის ანთება - დაეხიოსისტიტი

მხედველობის ნერვის დისკის ნორმული ვარიანტები

ფიზიოლოგიური ჩაღრმავება

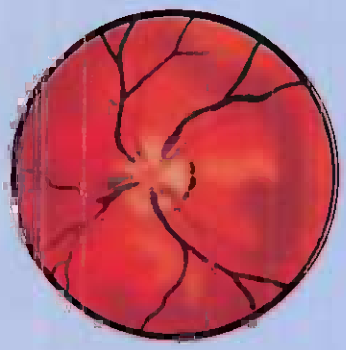


ცენტრალური ჩაღრმავება



ტემპორული ჩაღრმავება

ხვრელები და ჩაკეცები



მეღვიძრებული ნერვული ბოჭკოები

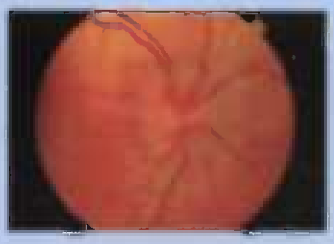


სხივი 6-12
ბვ. 220

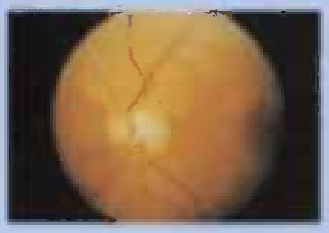
მხედველობის ნერვის დვრილის პათოლოგიური ცვლილებები



ნორმა



დვრილის მეშუპება

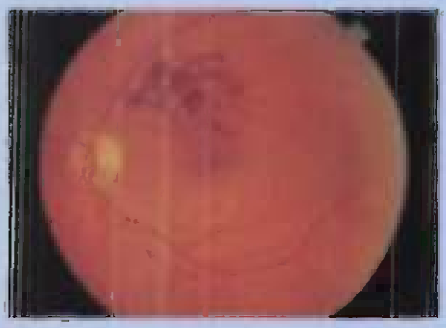


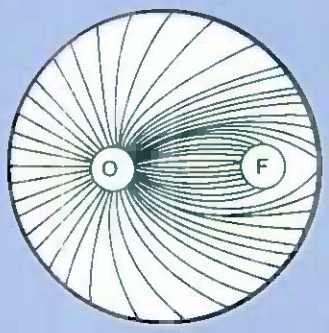
ბლუჯომური ჩაღრმავება



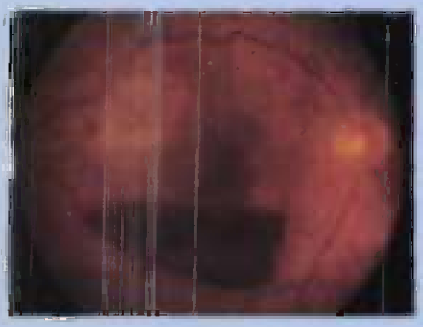
ატროფია

ჯანის ამობუსკული დაზიანებები *(გაგრძელება)*

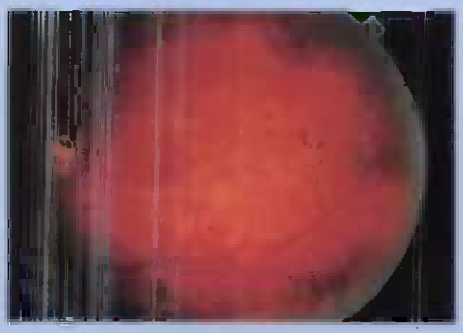




ბადეხის ზედაპირული სისხლჩაქსევები



ჰემორაგიული (ბადეხის წინა) სისხლჩაქსევა



მიხრომანევხიზმა

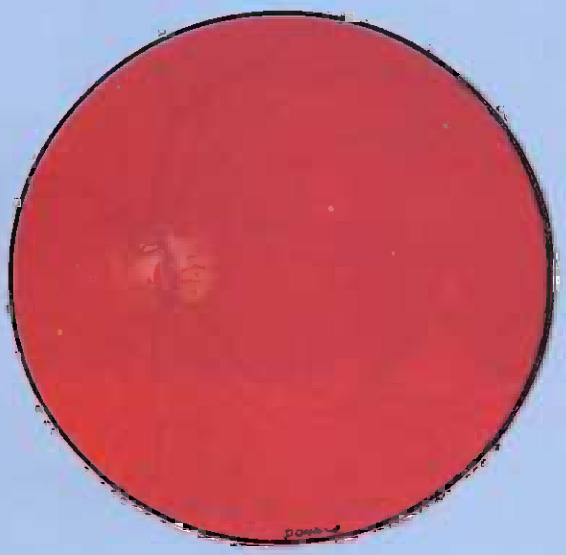


ბადეხის ღრმა სისხლჩაქსევებში

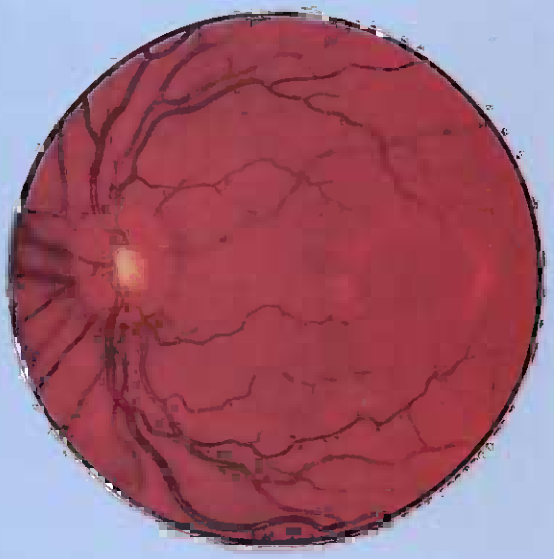


ნეირომეპაპლაზიზასთა

სხილი 6-15 თვალის ფსკერი



ნორმალური ფსკერი თეთრხაზიანებში



ნორმალური ფსკერი შავხაზიანებში



ჰიპერტენზიული ჩატინოპათია



ჰიპერტენზიული ჩატინოპათია და ვასკვულიტის ფორმის ყვითელი ხაზი

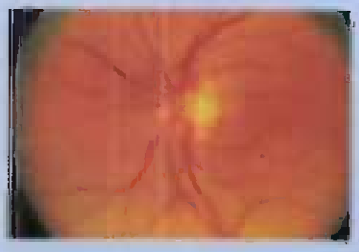
თვალის ფსკერი (გაგრძელება)



პაპილოედემასთან ერთად ექსუდატები (ზომიერი სიმძიმის)



პაპილოედემასთან ერთად ექსუდატები (მძიმე)



ჰემორაგიებთან ერთად ექსუდატები ნეირორეტინოპათიით

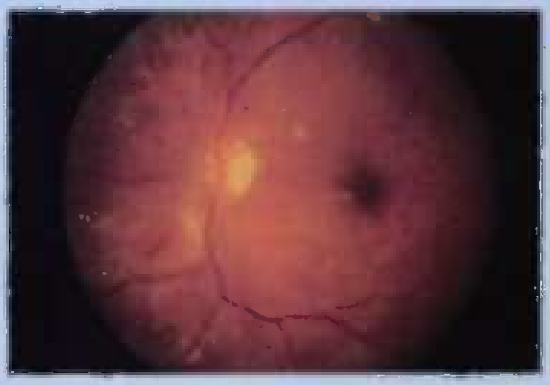


ჰემორაგიებთან ერთად ექსუდატები (შოკისწინასწარი)

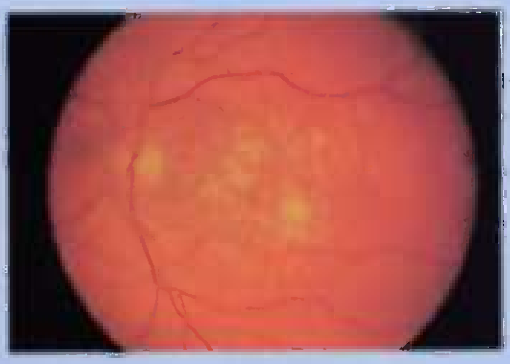
ღია ფერის ლაქები თვალის ფსკერზე



ბამბის ქულა და ექსუდატები (ჰბილი ექსუდატი)



მაბასი ექსუდაცია



დისკები



ნამსხვრევები ქოროიდიტინიტი

ხახის, სასის და პირის ღრუს ლორწოვანი სვლილებები



დიდი ნოჩმული ტონზილები



ექსუდაციური ტონზილიტი



ფარინგიტი

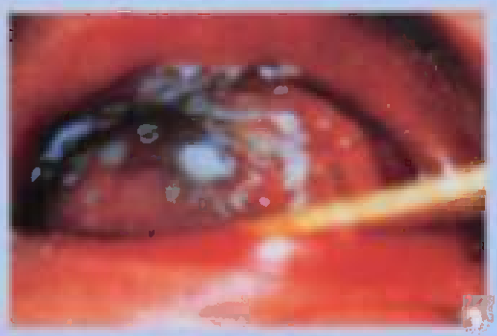


მუნი

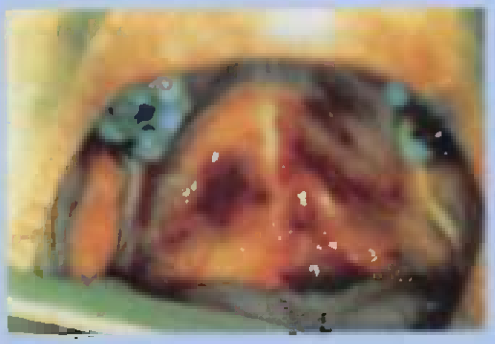
ხახის, სასის და პირის ღრუს ღრინოვანი სვლილებები *(გაგრძელება)*



დიფტერია



ძვირანა სასაზე (ტანდიდოზი)



KAPOSI-ის (ტაპოში) სარკომა შიდს-ის დროს

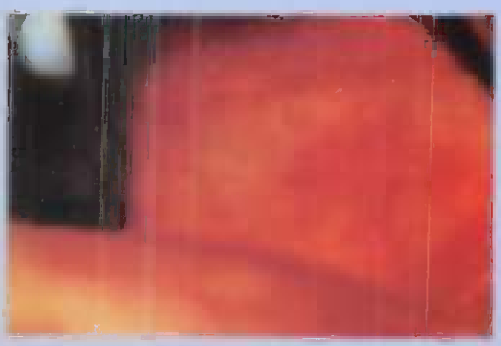


სასის შემაღლება

ხახის, სასის და პირის ღრუს ლორწოვანი ცვლილებები *(გაგრძელება)*



ჰეტეროტოპიური ქონის ჯირკვლების ბუჭები



KOPLIK-ის (ტოვლიხი) ბუჭები



ჰეტექიები



ლეიკოპლაკია

ტკივილებისა და ჯბილების სვლილებები



მაჰბინჯლი ბინბვინიტი



მწვავე ნეჯჰოზულ-ნყლულოვანი ბინბვინიტი



ტკივილების ჰიპერჰლაზია

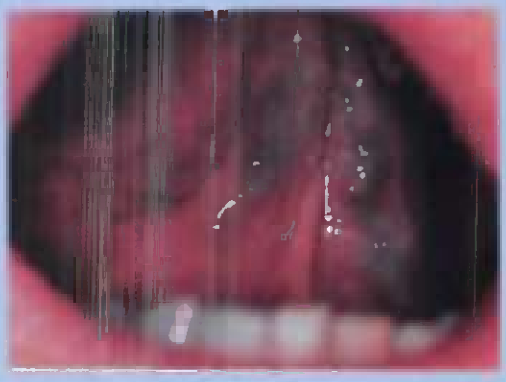


ოჰსულობის სიმსივნე (ეჰულისი, ჰიობენთჰი ბჰანგულომა)

ცვლილებები ენაში ან ენის ქვეშ



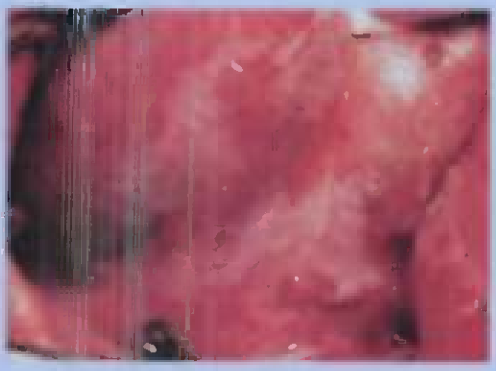
ვარიკოზული ვენები



აფთოზური წყლული (აფთოზური სტომატიტი)



ათამანების ლოყოვანი ღრძა



ლეიკოპლაკია



ქვედაყბის მემალღებები



ბაისინომა ჰიისს ღრუს ფეძეზე

სხივი 18-5
გვ. 799

ჯეთიდთვისებიანი ხაღები და პათოლოგიური ნეიროდეჰმული სინდრომები



ჯეთიდთოების ღაქები



ძიანი ყავის ღაქები



ოხაბული ღაქები



მონლოდუხი ღაქები

ნეირო-დეჰმული (ნეირო-ჯუტანული) სინდრომები



ტუბეხული სკლეროზი





ნეიროფიბრომატოზი

გავრცელებული გამონაყარი და პათოლოგიური ცვლილებები კანზე ახალშობილებსა და ჩვილებში



ტოქსიკური ერითემა



ნეონატალური აკნე



სებოროა



საფენის სოკოვანი დერმატიტი



საფენის კონტაქტური დერმატიტი

სხისრი 18-7

გვ. 801

მექეჭები, მექეჭის მსგავსი დაზიანებები და სხვა წანაზარდები



ჩვეულებრივი მეჭეჭი



ბრტყელი მეჭეჭი



პლანტარული მეჭეჭი



ბაღლინჯო მოლუსკი





მოზარდის აკნე

სხისრი 18-8

გვ. 801

ბავშვობის ასაკის კანის გავრცელებული დაზიანებები



შრატიანი (ჭინჭრის ციება)





ატოპიური დერმატიტი (ეგზემა)



თავის ტიტები



სხეულის ტიტები



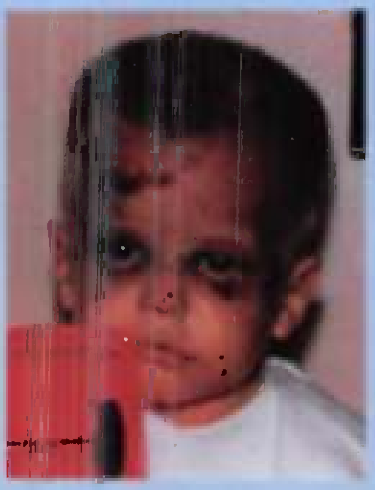
მწერის ნაკბენი

ᲡᲮᲘᲠᲘᲡ 18-10
ბᲘ 804

ჩვილობისა და ბავშვობის ასაკის დიაგნოსტიკური სახეები



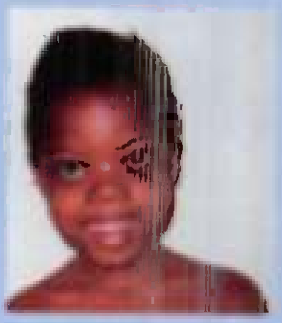
DᲐᲦᲐᲜ-ᲘᲡ (ᲓᲐᲣᲜᲘ) ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ

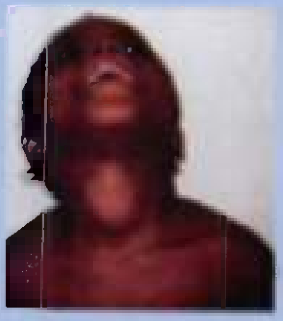


ᲜᲐᲡᲮᲔᲚᲘ ᲑᲐᲕᲨᲕᲘᲡ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ



ᲐᲮᲐᲡᲔᲖᲝᲜᲣᲠᲘ ᲮᲘᲜᲘᲢᲘ

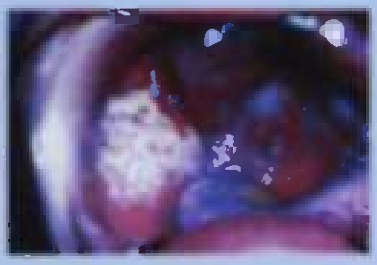




ᲰᲘᲞᲝᲗᲘᲠᲝᲖᲘ

პირის ღრუს პათოლოგიები

პირის ღრუს პათოლოგიები



პირის ღრუს კანცეროზი



ჰემანგიომა სტომატიტი

ყბილების პათოლოგიები



კარიესი ბოთლის პირიანი



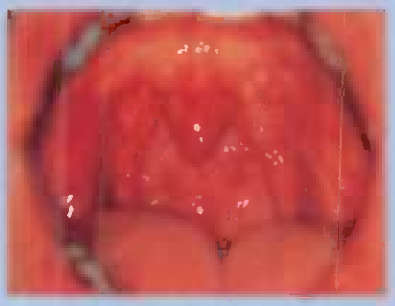
ყბილების ეროზია

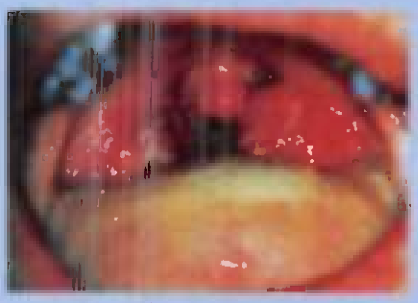


მძიმე ფორმის ეროზია

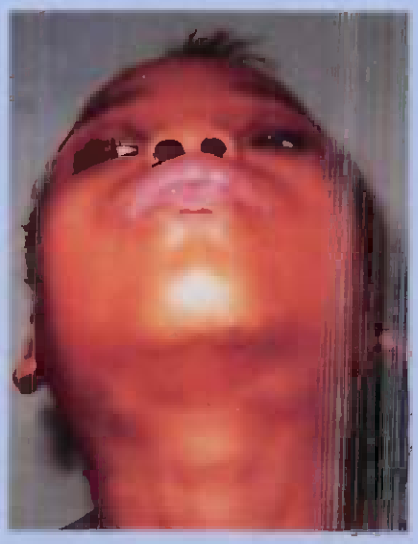
ყბილების შეფერილობა







სტრეპტოკოკური ფარინგიტი



ლიმფადენოპათია

ციანოზი ბავშვებში



ბენეიაღიზებული ციანოზი



პირის ირგვლივ ციანოზი



მოლურჯო ფერის ტუჩები, ხომლებიც ციანოზის შთაბეჭდილებას ქმნის



პერიფერიული ციანოზი

პროფილაქტიკის ძალა: ვაქცინ-პრევენციული დაავადებები



პოლიომიელიტი



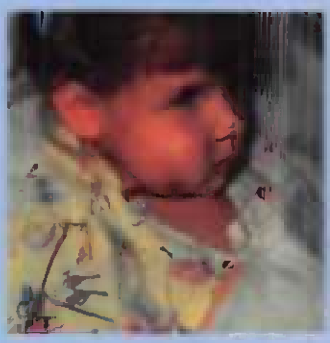
წითურა



წითელა



ტეტანუსი



ბრონქი



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 accur 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 Workshap, 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-ccssed 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 positian statement of the North Amer-ican Menapause Society. Nebioavse 11(6):589-596, 2004.
11. American College af Obstetricians and Gynecologists (AGOG). Clinical management guidelines for obstetric gynecologists-use of botanicals far management af menopausal symptoms. AGOG Practice Bulletin No. 28, June 2001. Available at: http://www.acog.org/from_hame/ 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 Prablems. Philadelphia, American College of Physicians, 2006.

Brink CR, Wells TJ, Sampscile 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 abnarmal 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 incantinence 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 Gynecalogy, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening amang 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 avarian cancer. N Engl J Mcd 348(23):2339-2347, 2003.



ეპიდერმოიდული კისტა

პატარა, მკვრივი, მრგვალი კისტური ჯვანძი ბაგეზე მიგვანიშნებს ეპიდერმოიდულ კისტაზე. იგი ხშირად მოყვითალო ფერისაა. დაკვირვებით მეკ ნეშკიდებს, რომლებიც აღნიშნავენ ჯირკვლის დახშულ ხვრელს.



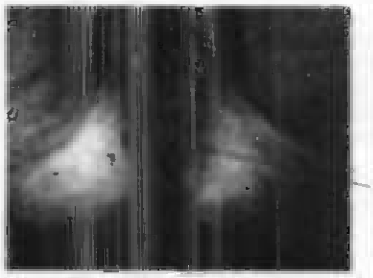
ათამანგური მანჯი

მკვრივი, უმტკივნეულო ნყლული მიგვანიშნებს პირველად ათამანგურ მანჯზე. ვინაიდან ქალებში მანჯი უმეტესად მიგნით ვითარდება, ხშირად ის შეუმჩნეველი ხდება.



სასქესო ორგანოების ჰერპესი

ზედაპირული, პატარა, მტკივნეული ნყლულები წითელი ფუძით მიგვანიშნებს ჰერპესის ინფექციაზე. პირველადი ინფექცია მესაძლოა იყოს გავრცელებული, როგორც ხშირად ნაჩვენები. 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 ათამანგა
(Condilama Latum)

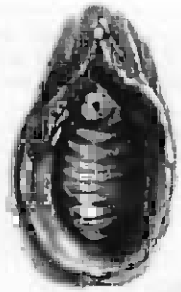
ნელად მზარდი, მრგვალი ან ოვალური, ბრტყელთავიანი პაპულები, დაფარულია ჩირი შეფერილობის ექსუდატით. მიგვანიშნებს ბრტყელ კონდილომაზე. ეს არის მეორადი სიფილისის ერთ-ერთი ნიშანი და არის გადამდები.



ქალის გარეგანი სასქესო ორგანოების ჯარცინომა.

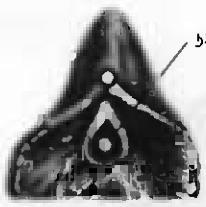
ნყლოვანი ან ამობურცული წითელი დაზიანება ხანდაზმულ ქალებში შესაძლოა აღმოჩნდეს ჯარცინომის მაჩვენებელი.

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოსა და მახსაღების გამოკვლევები და შეშფოთება



ცისტოცელე

ცისტოცელე არის ბოჭკვი საშოს წინა კედლის ზედა ორ მესამედზე, მარჯვნივ ბუშტთან ერთად მის ზემოთ. იგი წარმოქმნება საყრდენი ქსოვილის მესენტების შედეგად.



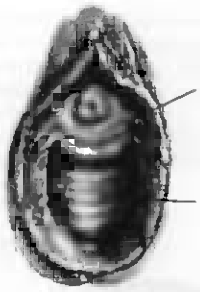
მარჯვენის ჯარუნკული

მარჯვენის ჯარუნკული არის პატარა, ნითელი, ჯეთილთვისებიანი სიმსივნე. ჰომელიც ჩანს მარჯვენის სანათურის ქვანა ნაწილში. იგი უმეტესად გვხვდება ქალებში მენოპაუზის შემდგომ პერიოდში და ესიმპტომოდ მიმდინარეობს. ზოგჯერ, მარჯვენის ჯარცინომა უმღებათ ჯარუნკულში. მეამონმეთ პაპანიკოლაოუ ერთად ვაგინალად. თუ არის გამჟღივებული, ყვანძოვანი ან მტკივნეული, და გასინჯეთ საზარდულის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება.



Bartholin-ის (ბართოლინის) ჯირკვლის ინფექცია

ბართოლინის ჯირკვლის ინფექციური დაავადების გამომწვევი მიზეზები შესაძლოა იყოს ცრამჟა ან ეშერიხიული გონოკოკი, მსგავსად ბაქტერიოდის. ჰემოფილუსისა და *Chlamidia trachomatis*. იგი ვლინდება მწვავედ, დაჭიმული, ცხელი, და ძალიან მტკივნეული აბსცესის სახით. დაავადებით საგინახიდან ჩირქის გადმოსვლას ან ერთობას ღია ხვრელის გარშემო. აღინიშნება ქრონიკული, უმტკივნეულო კისტა. იგი შეიძლება იყოს დიდი ან პატარა.



ცისტოურეთროცელე

ხშირად საშოს მთელი წინა კედელი, მარჯვნივ ბუშტთან და შარდსართან ერთად არის ჩართული ამობურცულობაში. სახეზე გვაქვს, ცისტოურეთროცელე. ნაწილი ზოგჯერ გამოყოფს საზღვარს შარდსაწვენსა და ცისტოცელეს შორის, მაგრამ ის ყოველთვის არ არის გამოხატული.



მარჯვენის ღორნოვანის გამოვარდნა (ჰიპერპლაზია)

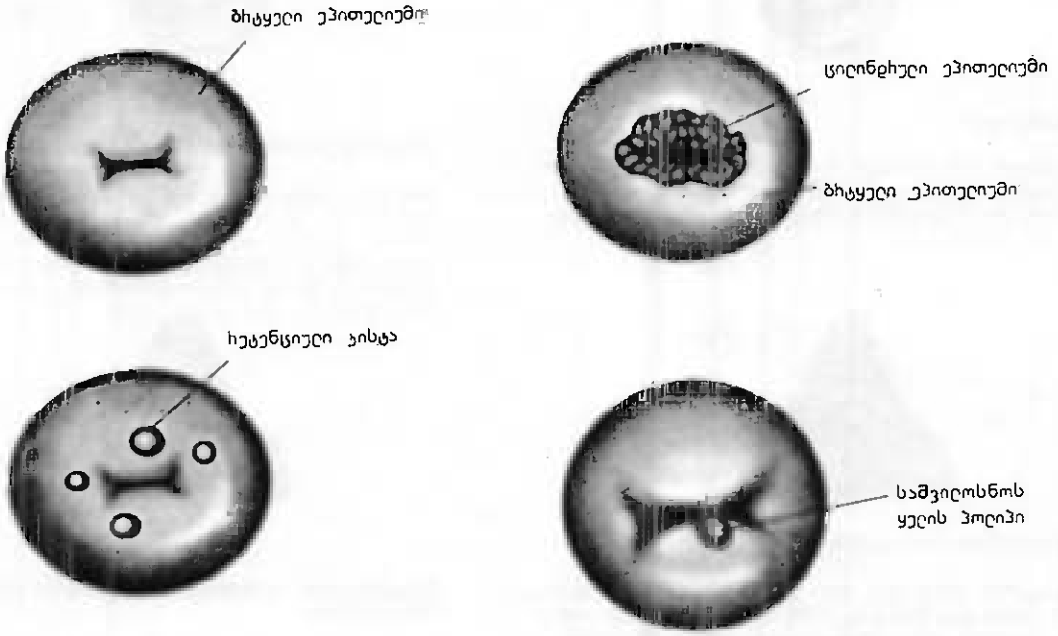
მარჯვენის ღორნოვანის გამოვარდნა ქმნის მრავალ ნითელ ხაოლს მარჯვენის სანათურთან. იგი, ჩვეულებრივ, ვითარდება მენარქემდე ან მენოპაუზის შემდეგ. მონახეთ მარჯვენირის სანათური მრავალის შუაგულში, რომ სწორად დასვათ აღნიშნული დიაგნოზი.



რექტოცელე

რექტოცელე არის საშოს ქვანა კედელზე სწორ ნაწლავში წარმოქმნილი თიაქარი. რომელიც მენჯის მიგნითა ფასციის სისუსტის ან დეფექტის შედეგია.

ყელი შესაძლოა დაფარული იყოს ოთხი სახის ეპითელიუმით: (1) მკვრივი ბოჭკოვანი *ბრტყელი ეპითელიუმით*, რომელიც ნაკლებად ვაგინის ეპითელიუმს, და (2) შედარებით ნითელი, ფაფუკი *ცილინდრული ეპითელიუმით*, რომელიც გადადის ყელის შიდა სანათურში. ეს ოთხი ეთმანეთს ხვდება ბრტყელ-ცილინდრულ შეერთებაში. როცა ეს შეერთება ახის ყელის ხვრელზე ან მის შიგნით, ჩანს მხოლოდ ბრტყელი ეპითელიუმი. ცილინდრული ეპითელიუმის ჩაღრმავება **ხვრელის** გასწვრივ სხვადასხვანაირად ვრცელდება – ნოხმაღლები 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 წარმოშვას ჩეტენციული ჯისტა (ხოგჯერ მას უძახიან *ნაბოტას ჯისტას*). იგი ვლინდება ოგოროც ერთი ან მეტი ნახევრად გამჭვირვალე ჯანდა საშვილოსნოს ყელის ზედაპირზე და არ გააჩნია პათოლოგიური მნიშვნელობა.

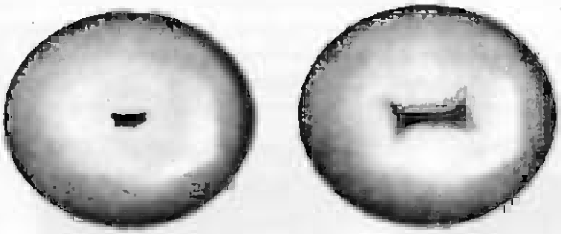
საშვილოსნოს ყელის პოლიპი. ჩვეულებრივ, ჩნდება ყელის შიგნითა არხში, დანახვა შესაძლებელი ხდება, როდესაც იგი თავს გამოყოფს ყელის ხვრელიდან. ის არის მკვრივი ნითელი, ბრტყელი და ოდნავ მტკივნეული. როდესაც მორჩენს პოლიპის მხოლოდ ნაწილი. მისი ჯერნიკული დიფერენცირება ენდომეტრიუმში წარმოქმნილი პოლიპისგან შეიძლებელია. პოლიპი არის ჯვარისებრივანი, მაგრამ შესაძლოა იყოს სისხლმდენი.

---

* ტერმინოლოგია მუდმივად იცვლება. ექტოცერვიკული ცილინდრული ეპითელიუმის გამომხატველი ტერმინებია *ექტროპიონი, ექტოპი* და *ევერსია* (ამობრუნება)

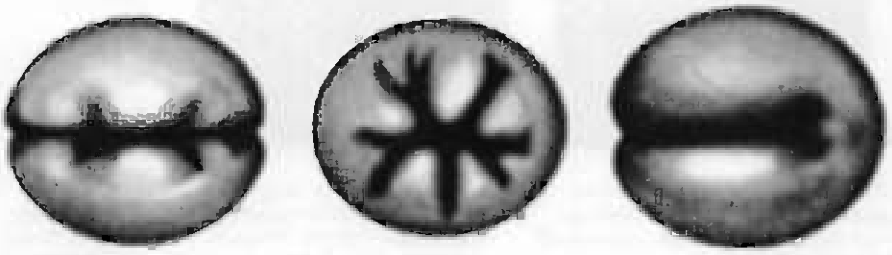
სხრილი 12-4 სამვილოსნოს ყელის მესვავის ფორმები

ნორმა



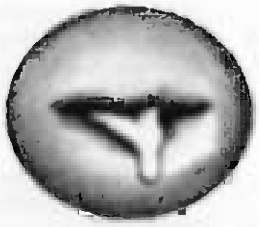
ოვალური ნაპრალისებური

მომობიაობის მემდგომი ბანევე



ცალმხრივი განივი ორმხრივი განივი ვარსკვლავისებური

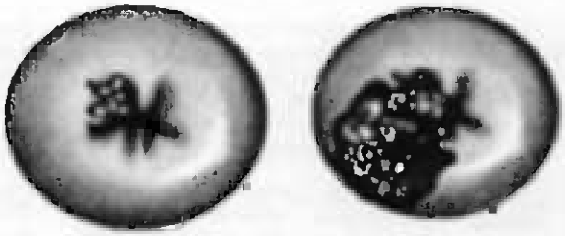
სხრილი 12-5 სამვილოსნოს ყელის პათოლოგია



ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი

ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტის დროს აღინიშნება ყვითელი ფერის ჩირქოვანი გამონადენი ყელის მესავლიდან. ორმელის მიზეზი, ჩვეულებრივ, არის ხოლმე Chlamydia trachomatis (ქლამიდია ტრაქომატის), Neisseria gonorrhoeae (გონორეის ნეისერია) ან ჰერპესი. ეს ინფექციები სქესობრივად გადამდებია და შეიძლება ესიმპტომოდ მიმდინარეობდეს.





სამვილოსნოს ყელის ჯიბო

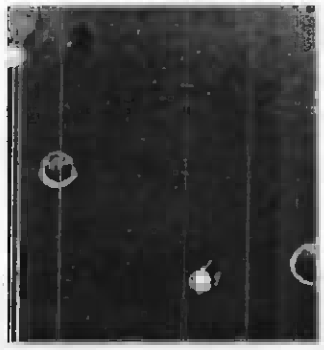
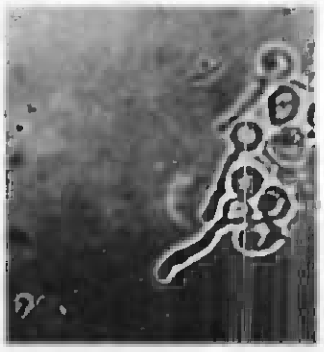
სამვილოსნოს ყელის ჯიბო იწყება მეტაპლაზიის უბნიდან. მის ადგილზე სტადიაზე მისი გარჩევა ყელის ნორმალური ქსოვილიდან. გვიან სტადიაზე შეიძლება განვითარდეს გავრცელებული, არასწორი, ყვავილოვანი კომბოსტოს მსგავსების ზრდა. ნადგილი ხშირი სქესობრივი კავშირი, მრავალი პარტნიორი, თამბაქო, ადამიანის პაპილომავირუსით ინფიცირება ზრდის სამვილოსნოს ყელის ჯიბოს განვითარების რისკს.

დიეთილსტილბესტროლის (DES) გავლენა ნაყოფზე

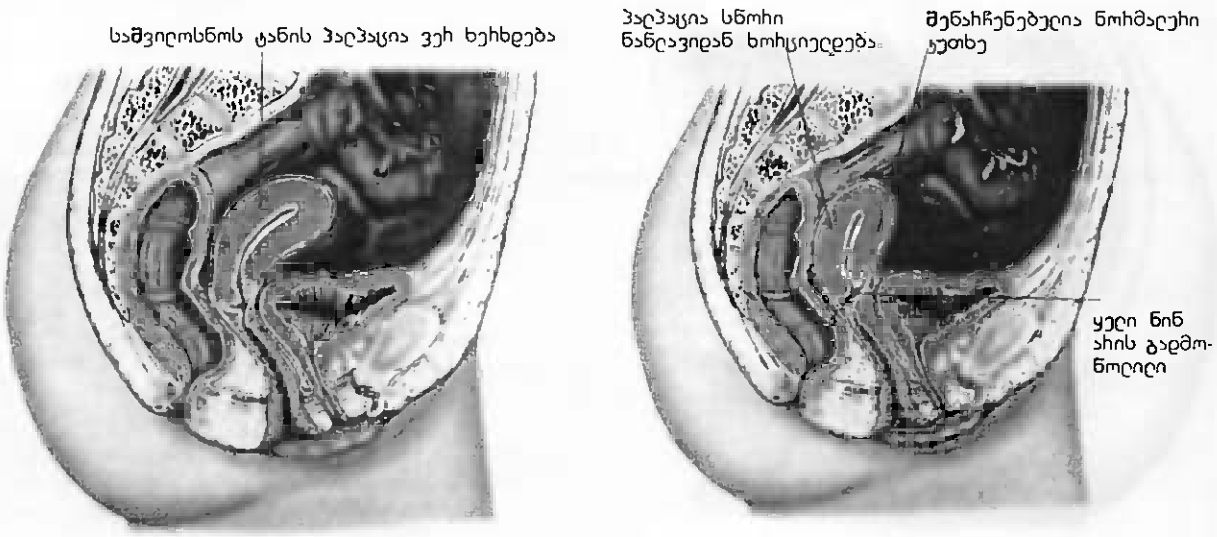
ქალიშვილებს, რომელთა დედები ორსულობის დროს იღებდნენ DES, ზოგიერთი დარღვევის განვითარების რისკი აქვთ, ესენია: (1) ყელი მთლიანად ამოფენილია ცილინდრული ეპითელიუმით, (2) სამოს ადენოზი ანუ ამ ეპითელიუმის გავრცელება სამოს ქედებზე და (3) ცრუეროზიული ქსოვილოვანი საყელო ან ქედი ყელსა და სამოს შორის, უფრო იშვიათია სამოს ზედა ნაწილის კარცინომა.

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 გამონშინდეთ ყელი. თუ შესავალში გამონადენი არ არის, მაშინ მიხედეთ სამოა და განიხილეთ ქვემოთ მოცანილი მიზეზები. დარმახსოვრეთ, რომ ცერვიციტის ან ვაგინიტის დიაგნოზი ემყარება მასალის ჯარგად შეგროვებას და მესაბამის ლაბორატორიულ გამოკვლევას.

	ტრიქომონული ვაგინიტი	კანდიდული ვაგინიტი	ბაქტერიული ვაგინიტი
			
მიზეზი	*Trichomonas vaginalis (ვაგინური ტრიქომონა)*, პროტოზოა. ხშირად, მაგრამ არა ყოველთვის ავადდებიან სქესობრივი გზით.	*Candida albicans*, საფუარი (სამოს 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 იყოს. მაგრამ ტიპიურად სქელია. რაოდენობა ეფრო 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 (კანდიდოზის) დროს); მარდვის დროს ტკივილი (კანის ანთების ან ურეთრიტის გამო), დისპარეუნია (ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს).	ქავილი; საშოს ტკივილი; მარდვის დროს ტკივილი (კანის ანთების გამო); დისპარეუნია	უსიამოვნო, თევზის ან ამმორებული გენიტალიების სუნი
ვულვის და საშოს ლორნოვანი	ჯარიბქე და მკრივ ბაგეები შეწითლებულია. საშოს ლორნოვანი შეიძლება დიფუზიურად წითელი იყოს, ეკანა თაღზე მკრივ ზომის წითელი ღაქებით ან პეტექიებით. მსუბუქ შემთხვევაში ლორნოვანს ნორმალური შესახედაობა აქვს.	ვულვა და ზოგჯერ გარშემო ქსოვილები ანთებითია და სხვადასხვა ხარისხით შეიძლება შესიებულიც იყოს. საშოს ლორნოვანი განითლებულია. ჩვეულებრივ მოჩანს თეთრი, მკვრივი გამონადენის ღაქები ან ღაქების აფხეკისას ვითარდება სისხლდენა. მსუბუქ შემთხვევაში ლორნოვანი ნორმალურად გამოიყურება.	ვულვა და ვაგინური ლორნოვანი, ჩვეულებრივ, ნორმალია
ლაბორატორიული გამოკვლევა	შეისწავლეთ მარილიანი ხსნარით დასველებული მასალა ტრიქომონაზე.	დაათვალიერეთ ჯილეშის ჰიდროქლორიდით (KOH) დამუშავებული *Candida*-ს (კანდიდას) ჰიფარატი.	შეისწავლეთ მარილით დასველებული მასალა *ძალისებური უჯრედების* (ეპითელური უჯრედები ნუკლეინის ჯილეებით) არსებობაზე; შეიგრძნოთ თევზის სუნი KOH დამატების შემდეგ ("სუნის ტესტი"); ვაგინური გამონადენის pH > 4.5.

ჰოგოჩს ჰეტროვეჰსია. ასევე ჰეტროფლექსია მდებარეობის ნორმული ვარიანტებია.



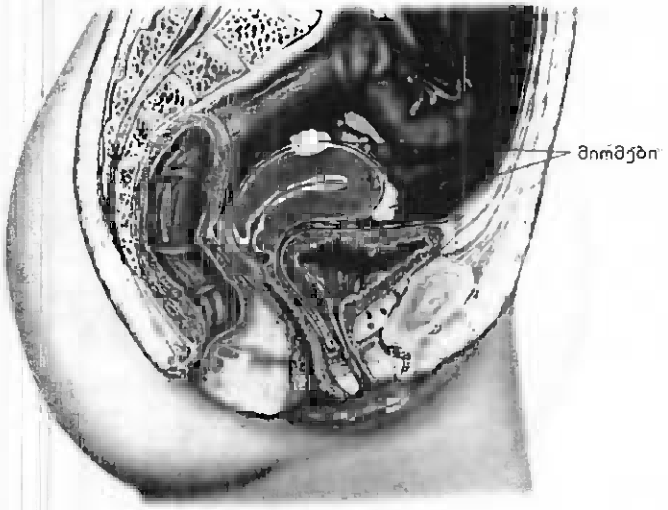
საშვილოსნოს ჰეტროვეჰსია (უკან გადახრა)

საშვილოსნოს ჰეტროვეჰსია გულისხმობს მთელი სშვილოსნოს უკან შეტრიალებას, ტანისა და ყელის ჩათვლით. ეს ხშირი ვარიანტია და ქალთა დაახლოებით 20%-ში ვლინდება. მენჯის ღრუს გამოკვლევის დროს აღრეული ნიშანია ყელის წინ გადმოხრა, ხოლო ტანის პაპანაკია ვეი ხეხლება. *საშუალო გადახრის* დროს ტანის პაპანაკია ვეჰცეთი ხელით ვეი ხეხლება. *გამოხატული გადახრის* დროს ტანი შეიძლება უკან იყოს გადავარდნილი ან უკანა თაღისკენ ან სნოჰი ნანლავისკენ. უკან გადახრილი საშვილოსნო მოძრავი და ასიმპტომურია. იშვიათად, ასეთი საშვილოსნო ფიქსირებულია და უძრავი, ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ენდომეტრიოზი ან მენჯის ანთებითი დაავადება.



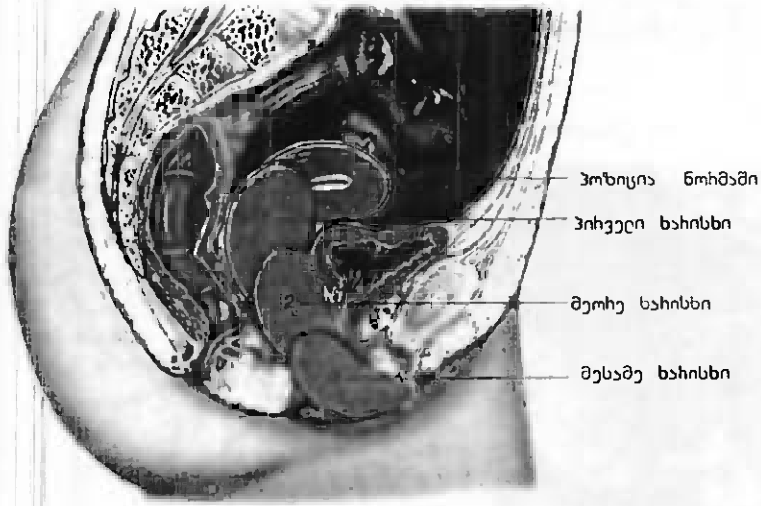
საშვილოსნოს ჰეტროფლექსია

საშვილოსნოს ჰეტროფლექსია ნიშნავს ყელის მიმართ საშვილოსნოს ტანის უკან გადახრას. საშვილოსნოს ყელი თავის ადგილზე მდებარეობს. საშვილოსნოს ყელის პაპანაკია შესაძლებელია უკანა თაღიდან ან სნოჰი ნანლავიდან.



სამშობლოს მიომა (ფიბრომა)

მიომა ნაშრომადგენს სამშობლოს ფაქტობრივ გავრცელებულ ჯეთილთვისებიან სიმსივნეს. შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე. სხვადასხვა ზომის, იშვიათად აღწევს დიდ ზომას. მიომა შეიგრძნობა მომრგვალო ფასნოვანი ჯვანძად. რომელიც სამშობლოს ზედაპირის გაგრძელებას ნაშრომადგენს. იშვიათად მიომა, რომელიც ღატაკულად მდებარეობს, შეიძლება საჯვეშკის გადიდებაში შეგემაღოთ. უკან მდებარე ჯვანძი შეიძლება შეგემაღოთ სამშობლოს უკან გადახრაში. სუბმუკოზური მიომა უნდომატიული ღრეს ნინ მდებარეობს და მისი ბაღბაცია ვეღ ხერხდება. თუმცა სამშობლოს გადიდებამ შეიძლება ამ მიომაზე გაფიქრებინოთ.



სამშობლოს პროლაფსი (გამოვარდნა)

სამშობლოს გამოვარდნის მიზეზია მენჯის ფსკერის სტრუქტურების სისუსტე და ხშირად დაკავშირებულია ცისტოცელესა და რექტოცელესთან. პროგრესულ სტადიაზე სამშობლო უკან იხრება და საშოს ღრე ქვემოთ და გარეთ იწევს:

- პირველი ხარისხის პროლაფსის დროს ყელი ჯერ კიდევ საშოშია
- მეორე ხარისხის პროლაფსის დროს ყელი მესაგარეშია
- მესამე ხარისხის პროლაფსის დროს (პროცედენსი) სამშობლოს ყელი და საშო გარეთაა გამოსული.

საშვილოსნოს დანამატის გადიდება

დანამატების გადიდების ყველაზე ხშირი მიზეზებია Fallop-ის მილების და საკვერცხეების დახლვევები. სამი მაგალითი, რომელთა დიფერენცირება ხშირად ძნელია. ჭყმოთაა აღნიშნული. გახდა ამისა, ნაწლავის ანთებითი დაავადება (ჩოგორიცაა დივერტიკულიტი), მსხვილი ნაწლავის კასრინომა და ფეხზე მზარდი მიომა შეიძლება დანამატის გადიდების სიმულაციას ქმნიდეს.



საკვერცხის კისტა და სიმსივნე

საკვერცხის კისტა ან სიმსივნე შეიძლება ისინჯებოდეს. ჩოგორც გადიდებული დანამატი ერთ ან ორივე მხარეს. მოგვიანებით შეიძლება გავრცელდეს მენჯის ღრუს გარეთ. კისტა გლუვია და დრეკადი. სიმსივნე უფრო მკვრივია და ხშირად კვანძოვანი. გაურთიერთებული კისტა და სიმსივნე. ჩვეულებრივ, უმტკივნეულოა.

პატარა (6 სმ დიამეტრით), მოძრავი, კისტური ნარმონაქმნი ახალგაზრდა ქალებში. ჩვეულებრივ, ენდომეტრიოზებითანია და ქრება ყოველი მენსტრუალური პერიოდის შემდეგ.

მილის გასკდომა გარე ორსულობის დროს

გარე ორსულობის დროს მილის გასკდომა ინვევს სისხლის ჩაღვრას პერიტონეუმის ღრუში, რაც მუცლის არეში ძლიერ ტკივილს და დაჭიმულობას ნარმოშობს. ზოგჯერ ახლავს დაცვითი ჩიგიდობა და ხშირი ტკივილი. პალპაციით შეიძლება ერთ მხარეს გადიდებული დანამატი გასინჯოთ, მაგრამ გასინჯვას ხშირად წინ უსწრებს ტკივილი. სისხლდენის გამო შეიძლება განვითარდეს სისუსტე, სინკოპე, გულისრევა, ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია და შოკი. ანამნეზში აღინიშნება ამენორეა და ორსულობის სხვა ნიშნები.

მენჯის ანთებითი დაავადება

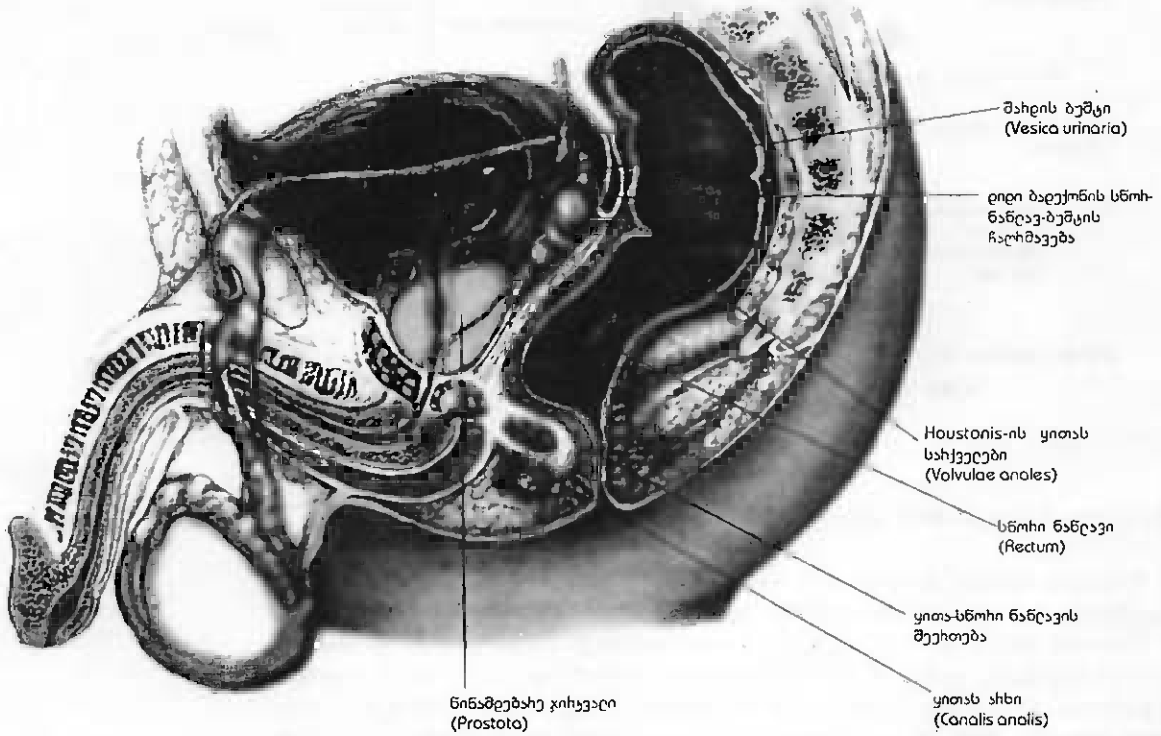
მენჯის ანთებითი დაავადები (Pelvi inflamatory disease – PID) ხშირად სქესობრივად გადამდები ინფექციების შედეგად ვითარდება - ფალოპის მილების ანთება (სალპინგიტი) ან მილების და საკვერცხეების ანთება (სალპინგო-ოოფორიტი). გამომწვევებია *Neisseria gonorrhoeae (გონორეის ნეისერია), Chlamydia trachomatis (ქლამიდია ტრაქომატისი)* და სხვა მიკრობები. *მწვავე* დაავადებას ახლავს დანამატების ძალიან მტკივნეული, ორმხრივი გადიდება. თემპერატურა და ჯუნთების სპაზმი. ჩვეულებრივ, ავთვლებს დანამატების კონტურების დადგენას. საშვილოსნოს ყელის მოძრაობა ტკივილს ინვევს. მკერნალობის გარეშე შეიძლება განვითარდეს ტუბო-ოვარიული აბსცესი ან უნაყოფობა. ფალოპის მილების და საკვერცხეების ინფექცია ასევე შეიძლება მოყვეს ორმობირობას ან გინეკოლოგიურ ოპერაციას.

13 ყითა, სწორი ნაწლავი და წინამდებარე ჯირკვალი

ანატომია და ფიზიოლოგია

ჯუჯ-ნაწლავის ტრაქტი ბოლოვდება მოკლე სეგმენტით ან *ანალური არხით*. მისი გარეთა კიდე ცუდად არის შემოსაზღვრული, მაგრამ არხის კანი შეიძლება გამოარჩიოთ გარშემომყოფი პერიანალური კანისგან სველი, თმიანი ზედაპირის მიხედვით. ყითას (ანალური) არხი ნორმალურად ისუნთქება *გარეთა* ნებითი *სფინქტერის* და *შიგნითა* უნებლიე *სფინქტერის* ჯუნთების მოქმედებით, მოგვიანებით სწორი ნაწლავის კედლების ჯუნთოვანი შრის დაჭიმვით.

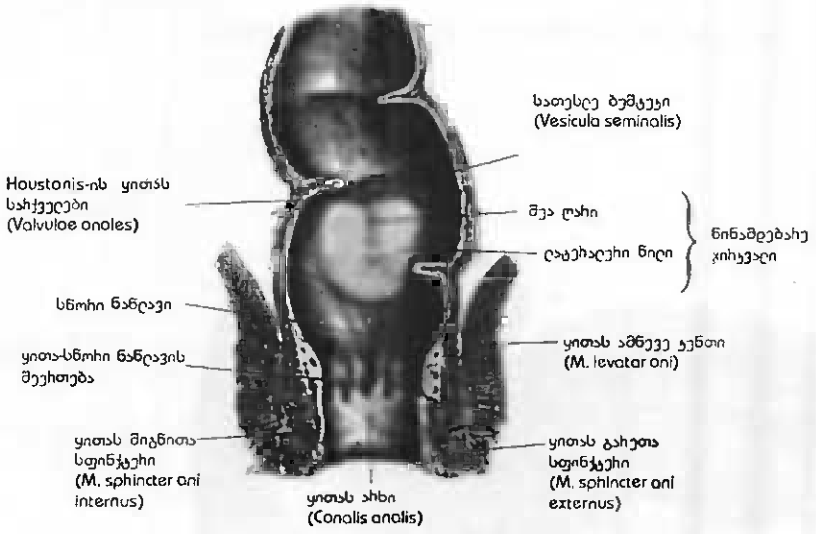
ყურადღებით დააკვირდით ყითას (ანალური) არხის მიმართულებას ანუსსა და ჭიპს შორის ხაზზე.



სწორი ნაწლავისგან განსხვავებით, ახს გააჩნია ჭახჩი სომატური სენსორული ინერვაცია და ამიტომ თითით ან ინსტრუმენტით ახასწორი გასინჯვა ტკივილს იწვევს.

ანალური ახი სწორი ნაწლავისგან ზემოდან გამოყოფილია დაჯგიმული ხაზით, რომელიც აღნიშნავს ცვლილებას ეპითელიდან ღორწოვანამდე. ეს ანორექტული შეკუმშვა, რასაც ხშირად უწოდებენ *სავარჯიშოების* ან *დაჯგიმული ზოლს*, ასევე აღნიშნავს სომატური და ვისცერული ნერვების შეკუმშვის საზღვარს. მისი დანახვა ჯიგად შეიძლება პროქტოსკოპის საშუალებით, მაგრამ მისი პალპაცია ვერ ხერხდება.

ანორექტული შეკუმშვის ზემოთ სწორი ნაწლავი ფართოვდება, ტრიალდება უკან და ქვება გავის და ბეჭუსუნის ძვლებს. მამაკაცებში მარცხენა გარს აკრავს *წინამდებარე ჯირკვლის* სამი ნაწილი. ბავშვობის ასაკში წინამდებარე ჯირკვალი პატარაა, მაგრამ სქესობრივი მომწიფების ასაკიდან 20 წლამდე მისი ზომა 5-ჯერ იზრდება. ჯირკვლის მოცულობა მკვეთრად იზრდება მისი ჰორმონალური დროს (იხ. გვ. 471). მისი ორი გვერდითი ნაწილი მდებარეობს სწორი ნაწლავის წინა კედელთან, სადაც პალპაციით ისინჯება ოვალურად 2.5 სმ სიგრძის მრგვალი, გუნის ფორმის სტრუქტურა. ნაწილები ერთმანეთისგან გამოყოფილია მცირე ზომის შეა ნაჭდევით, რომელიც ასევე პალპირებადია. მესამე შეა ნაწილი მარცხენა წინაა და მისი გამოკვეთვა შეუძლებელია. *სათესლე ბუშტუკები*, რომელთაც ჯერ-ჯერობით უკუების ფორმა აქვთ წინამდებარე ჯირკვლის ზემოთ, ასევე არ ისინჯება პალპაციით.



ყოთხს, ახისა და სწორი ნაწლავის განივი (ჯოჯონელი) განაკვეთი. ხედი ეკნიდან, 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 ჩვანძოვანება პერიტონეუმში მეტასტაზების არსებობის გამო.

ანამნეზი

ხშირი ან განსახილველი 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 დაგჭირდებათ ჯითხვების დასმა, თუ აღინიშნება ნაწლავთა მოქმედების დარღვევა ან განავლის ჯაილბრის 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, *აღისფერი სისხლი სწორი ნაწლავიდან*. ასევე, არის თუ არა ღრინო?

გაქვთ თუ არა ტკივილი დეფეკაციის დროს? ქავილი? ანუსის ან სწორი ნაწლავის არეში მტკივნეულობა? არის თუ არა ღრინოვან-ჩირქოვანი გამონადენი ან სისხლდენა? წყლული? გაქვთ თუ არა ანალური სექსი?

ანამნეზში აღინიშნება თუ არა ანუსის ნახეთქები ან ნაწანაზარები?

მამაკაცებში შეისწავლეთ შარდვის დროს განვითარებული სიმპტომები (იხ. გვ. 368-370). ხომ არ აქვს ავადმყოფს ჰრობლემა 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 ზუსგის ქვედა ნაწილში, თეძოს ან ბარძაყის არეში?

ასევე, მამაკაცებში აღინიშნება თუ არა ადრე დიაგნოსტირებული 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 ჯიბოზე მიუთითებდეს. სისხლიანი განავალი შეიძლება განვითარდეს პოლიპოზის ან ჯიბოს დროს, ასევე გასხივოსნებული სისხლდენის ან ბუასილის დროს. ღრინო ჩნდება ნამნამოვანი აღენომის დროს.

ჰომოსექსუალი ანორექტული ტკივილით, ქავილით, ტენეზმებით, გამონადენით ან სისხლდენით, ვითარდება გონოკოკი, *Chlamydia* (ქლამიდიული) ინფექციის, lymphogranuloma venereum (ვენერიული ლიმფოგრანულომის) ან ანალური სექსის დროს. წყლულები ვითარდება herpes simplex-ის (მარტივი ჰერპესის) დროს, მანკი ჰიპერპლაზიური ათამანგის დროს. ახალგაზრდებში ქავილის მიზეზი მარხვილია.

გენიტალური ნაწანაზარების მიზეზი შეიძლება იყოს *ადამიანის papilomavirus (პაპილომავირუსი), condiloma lata (ფონდილომა)* მეორადი ათამანგის დროს. ანუსის ნახეთქები ვითარდება *ჰომოსექსის, Crohn-ის (ქრონის) დაავადების* დროს

ეს სიმპტომები მიუთითებს მარხვილზე ოპერაციაზე *წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილოვანებიანი ჰიპერპლაზიის* ან *ჯიბოს* დროს, განსაკუთრებით 70 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში.

მიუთითებს შესაძლო ჰომოსექსუალიზმზე.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს გამოკვლევა
- პოლიპოზის და კოლორექტული კიბოს გამოკვლევა

ექიმმა უნდა განიხილოს გამოკვლევის მეთოდები, რომლებიც წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს ეხება. ასევე მიანოდოს ქალებს და მამაკაცებს ჩვეულებრივი კოლორექტული კიბოს და მსხვილი ნაწლავის ადენომური პოლიპოზის გამოკვლევისთვის.

ამჟამად მამაკაცებში ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის წამყვანი ადგილი *წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს* უჭირავს და ფილტვის კიბოს 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 სამუშაო ასაკი 72 წელია. ავადმყოფები ამეიოლებს წინამდებარე ჯირკვლის კიბო ძალიან ხშირად აღენიშნებათ და, ჩვეულებრივ, უკვე შორსწასული დაავადება აქვთ.[3] დაავადების სიხშირე ყველაზე დაბალია აზიელ ამერიკელებსა და აბორიგენებში. მამაკაცებს, რომელთაც ჰყავთ წინამდებარე ჯირკვლის კიბოთი დაავადებული პირველი ხარისხის ნათესავი, როგორიცაა ძმა ან მამა, დაავადების რისკი ორმაგი აქვთ, ხოლო ორი ან სამი დაავადებული პირველი ხარისხის ნათესავის არსებობისას რისკი 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 რისკ-ფაქტორებად განხილვა არადამაჯერებელია.

ზოგიერთი პრობლემა არსებობს სკრინინგის ჩატარებას. იმისთვის, რომ ურიმპტომო ავადმყოფს აუხსნას მდგომარეობა ან ჩვევა მისცეს, ექიმმა უნდა იცოდეს აზრთა სხვადასხვაობის შესახებ. აუტოფსიურმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ 50 წლის ზევით მამაკაცთა ემაკვლესობას და ზოგჯერ უფრო ადრეც აღენიშნებათ წინამდებარე ჯირკვლის სიმსივნური უჯრედები, მაგრამ მათ დაავადება არ ჰქონიათ. ვინაიდან ამ სიმსივნეთა უმეტესობა ჩუმია, მათი აღმოჩენა დიაგნოსტიკა ზედის არასაჭირო გამოკვლევებს და მკურნალობას, რომლის დადებითი გამოსავალი დაბალია. მაგალითად, ისეთი ჩანაცვლებს, როგორიცაა ოპერაცია, ადასიათებს 20%-ში ეიაკულაციის 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 წინამდებარე ჯირკვლის სპეციფიკური ანტიგენის (PSA, PSA – prostate specific antigen) განსაზღვრა, არ ხასიათდება მაღალი მგრძნობელობით და სპეციფიკურობით.

მნიშვნელოვანია ავადმყოფთან ერთად განიხილოთ ხელით სწორი ნაწლავის გასინჯვისა და PSA ტესტების შეზღუდვები. მხოლოდ ხელით სწორი ნაწლავის გასინჯვა არ ამცირებს ავადობას და სიკვდილობას და გააჩნია მაღალი ხარისხით ცრუ დადებითი შედეგი. მისი საშუალებით შესაძლებელია მხოლოდ წინამდებარე 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 ჯიბის დადგენაში დაბალია და 20%-დან 68% ფარგლებშია, სპეციფიკურობა კი დაახლოებით 94%-ია.[6] თუმცა, გამკვრივების, შესამჩნევი ასიმეტრიის ან ჯვანძის დადგენა აუცილებლად უნდა იქნას განხილული, განსაკუთრებით, როდესაც ახლავს რისკ-ფაქტორები ან მომატებული PSA.

PSA ტესტი ასევე პრობლემურია. PSA არის წინამდებარე ჯირკვლის ეპითელური უჯრედების მიერ წარმოქმნილი გლიკოპროტეინი. მისი დონე შეიძლება გაიზარდოს ჯეთილთვისებიანი 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 ზრდის კარცინომის შანსს, მაგრამ მაინც აქვს ოპტიმალური მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა ავთვისებიანი სიმსივნის აღმოჩენისთვის.

ზოგიერთი სამუშაო ჯგუფი ეკომენდაციას 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 კარგად არის ინფორმირებული რისკისა და გამოსავალის შესახებ და გააჩნია სიცოცხლის კარგი ლტა 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 გადაულებელი 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 მეოთხე მიზეზია და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის მესამე ადგილი უჭირავს. დიაგნოსტიკა გულისხმობს ხელით სწორი ნაწლავის განსინჯვას, განავლის გამოკვლევას ფარული სისხლდენაზე (FOBT – fecal occult blood test), სიგმოიდოსკოპიას და კოლონოსკოპიას. ხელით გასინჯვის 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 ზუსტი ლოკალიზაცია. ზუსტი ლოკალიზაციით 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 ნესი და დაინყოს კვლევა 50 წლამდე პაციენტებისა, რომელთაც საშუალო რისკი აქვთ და 35-დან 40 წლამდე ასაკის მამაკაცების, რომელთაც აქვთ ნაწლავის ანთებითი დაავადება ან ადენომური პოლიპოზის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს დადებითი ოჯახური ანამნეზი. (იხ. განხილვა გვ. 372-373).

გამოკვლევის მეთოდები

უმეტესობა ავადმყოფებისთვის სწორი ნაწლავის გამოკვლევა ყველაზე ნაკლებ ტკივილიანი პროცედურაა. მან შეიძლება გამოიწვიოს დისკომფორტი და უხერხულობის განცდა ავადმყოფში, მაგრამ თუ გამოკვლევას დახელოვნებული ექიმი ატარებს, პროცედურა ავადმყოფისთვის მტკივნეული არ უნდა იყოს. ჩუქური გამოკვლევა შეგიძლიათ გამოტოვოთ მოზარდებში, რომელთაც შესაბამისი ჩვენები არ გააჩნიათ. თუმცა, საშუალო ან მაღალი ასაკის პირებში გასინჯვაზე უარის თქმით შეიძლება გამოგჩრეთ ულიმპტომო 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 დგეს, წინ გადმოიხაროს და ტანის ზედა ნაწილი დაასვენოს მაგიდას. ბევრ შემთხვევაში გვერდზე წოლის პოზიცია, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, უფრო მოსახერხებელია პერიანალური და გარე-სფინქტერის არეების კარგი ვიზუალიზაციისთვის.

როგორ პოზიციაშიც არ უნდა მოათავსოთ ავადმყოფი, თითით მაინც ვერ მოახერხებთ სწორი ნაწლავის მთელ სიგრძეზე გასინჯვას. თუ ვარაუდობთ ჩუქტოსიგმოიდური სიმსივნის არსებობას და ნაჩვენებია შემდგომი გამოკვლევები, ჩაატარეთ სიგმოიდოსკოპია ან კოლონოსკოპია.

სთხოვეთ ავადმყოფს, დაწვეს მარცხენა გვერდზე, ისე, რომ ფენდელები მაგიდის კიდესთან ახლოს იყოს. მოუხარეთ ავადმყოფს ფეხები მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში და ასე გააფიქსირეთ, რათა ვიზუალიზაცია უკეთესი იყოს. ჩაიცვით ხელთათმანები და გადაუნიეთ ფენდელები.



- *დაათვალიერეთ გავა-ჯუღუსუნის და პერიანალური არეები* შესიებაზე, წყლულებზე ან თეძოზე, გამონაყარზე ან ექსკორიაციებზე. მოზრდილთა პერიანალური ჯანი ნორმალიდან უფრო პიგმენტირებულია და მეტად უხეში, ვიდრე ღუნდულოების ჯანი. ჩაატარეთ შეცვლილი უბნების პალპაცია, დაკვირდით შესიებას ან მტკივნეულობას.

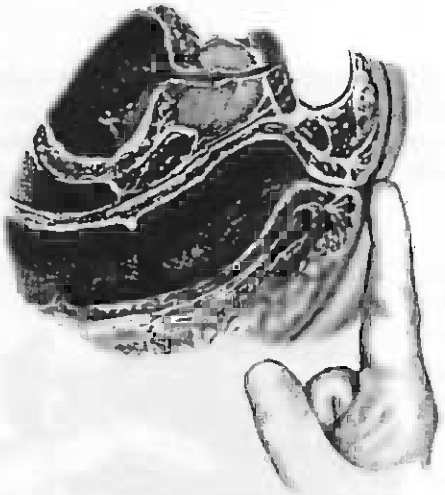
- *ანუსის და სწორი ნაწლავის გამოკვლევა*. წაუსვით საცხი საჩვენებელ თითს, აუხსენით ავადმყოფს, რას აპირებთ და ეთხარით, რომ გასინჯვამ შეიძლება გამოინვიოს ნაწლავთა მოქმედების მსგავსი შეგრძნება. სთხოვეთ გაიჭინთოს. დაათვალიერეთ ანუსი, არის თუ არა რაიმე დაზიანება.

ანალური და პერიანალური დაზიანებები მოიცავს ბუასილს, ვენერიულ მექუჭებს, ჰერპესს, ათამანგის შანკრს და ჯარცინომას. *პერიანალური აბსცესი* იწვევს ტკივილს, დაჭიმულობას, სიმაგრეს და შეწითლებას. ანუსის ბზარი იწვევს ჯანის შესიებას, გასქელებას, ნახეთქების განვითარებას ექსკორიაციებით.

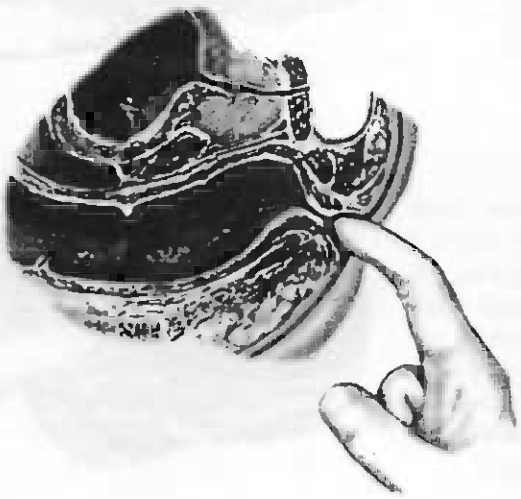
ანუსის კიდეზე ჩაბერილი, მოქნილი და თავისუფალი ზედმეტი ჯანის ნაოჭები ხშირია. ზოგჯერ ამის მიზეზია წარსულში ანუსზე ჩატარებული ოპერაცია ჰემორროიდული თრომბოზის გამო, ხშირად უხსნელი.

იხ. ხაზი 13-1 ანუსის, მის ირგვლივ ჯანის და სწორი ნაწლავის დაავადებები (469-470).

ხელსაც ავადმყოფი გაიჭინთება, ხელთათმანიანი თითი დადეთ ანუსზე.



ხელსაც სფინქტერი მოდუნებულია, ფრთხილად შეყავით თითი ანალურ არხში ქიპის 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, დაკვირდით:

- ანუსის სფინქტერის ტონუსს. ნორმალურად ანუსის სფინქტერის კუნთები თითის გარშემო მჭიდროდ არის დახურული.
- მტკივნეულობას
- გამაგრებას
- უსწორმასწორობა ან კვანძები

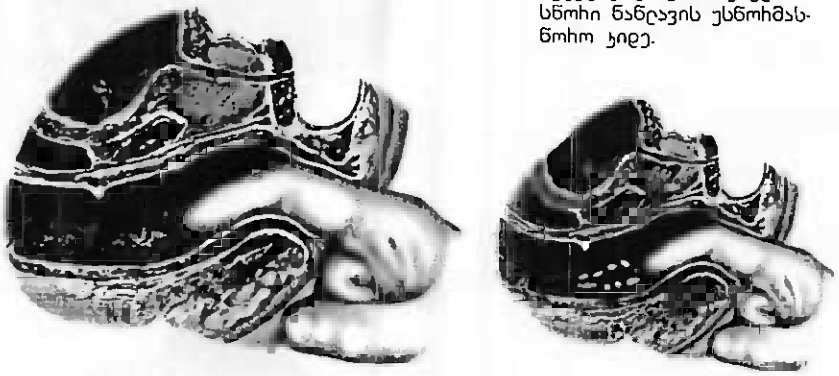
სფინქტერის დაჭიმულობა აღინიშნება ნევროზის, ანთების ან ნაწიბურის დროს; მოდუნება – ზოგიერთი ნევროლოგიური დაავადებების დროს.

სიმაგრის მიზეზი შეიძლება იყოს ანთება, ნაწიბური ან სიმსივნე.

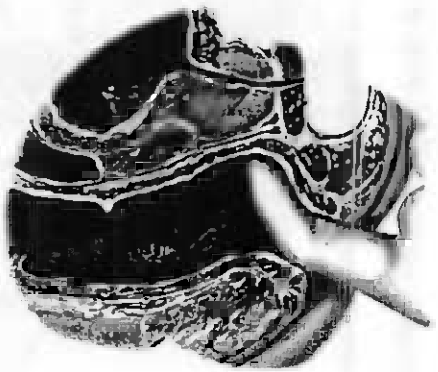
მოათავსეთ თითი სწორ ნაწლავში ისე შეიძლება ღრმად. ხელი დაატარეთ საათის ისრის მიმართულებით, ისე გასინჯოთ სწორი ნაწლავის მაქსიმალურად დიდი ზედაპირი, როდესაც ავადმყოფი მარჯვენა გვერდზე წევს. საათის ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით დატარებით გასინჯავთ სწორი ნაწლავის უკანა ნაწილს ავადმყოფის მარცხენა მხარეზე წოლისას.

ქვემოთ ნაჩვენებია კიბოს შედეგად განვითარებული სწორი ნაწლავის უსწორმასწორო კიდე.

გასინჯეთ, არის თუ არა კვანძები, უსწორმასწორობა ან სიმაგარ. იმისთვის, რომ შესაძლო დაზიანება კარგად ნახოთ, თითი მოამოძრავეთ სწორი ნაწლავის ზედაპირს, სთხოვეთ პაციენტს გაიჭინთოს და კვლავ გასინჯეთ.



შემდეგ დაატარეთ 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 აპირებთ და ამან შეიძლება გამოიწვიოს შარდვის გადაუდებელი სურვილი.



მოსინჯეთ წინამდებარე ჯირკვლის ზედაპირი, გაარჩიეთ მისი გვერდითი ნიღები 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 ჯიჯგვის ზევით სათესლე ბუშტუკის უბნისკენ და პეჩიტონეუმის ღრუსკენ.

ფხთხიერად გამოიღეთ თითი და განმინდეთ ანუსი ან მიეცით პაციენტს საფენი. დააკვირდით ხელთათმანზე დაჩენილი ფეკალური მასის ფერს და გასინჯეთ ფაჩუჩ სისხლდენაზე.



ნინამდებარე ჯიჯგვის პალპაცია – ხელი ქვემოდან

-467-
პეჩიტონეუმში მეტასტაზის გამო ვითარდება სწორი ნანლავის "თარო" (გვ. 470) ან მტკივნეულობა პეჩიტონეუმის ანთების გამო.

-468-
იზრდება ინფექციური აგენტით გამონვეული პროქტიტის განვითარების ხარისხი.

იზრდება ნინამდებარე ჯიჯგვის ჯიბის ხარისხი.

III ქალი

ქალის სასქესო ორგანოების გამოკვლევის შემდეგ სინჯავენ სწორ ნანლავს, 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 ჯედელიც, ის ასევე მოგეხმარებათ სწორი ნანლავის ზედა ნაწილის ჯიბის პალპაციაში.

თუ თქვენ მხოლოდ სწორი ნანლავის გასინჯვა გსურთ, უფრო მოსახერხებელია ლატერალური პოზიცია, რათა უკეთ დათვალიერთ პერიანალური და გავა-ჯედესუნის მიდამო. გასინჯვის მეთოდიკა ისეთივეა, როგორიც მამაკაცების შემთხვევაში. დარმახსოვრეთ, რომ საშვილოსნოს ყელის პალპაცია ჯარგად ხერხდება წინა ჯედელიდან. ზოგჯერ, შესაძლებელია უკან გადახრილი საშვილოსნოს პალპაციაც. ეს ან ვაგინური ტამპონი არ შეგეშალოთ სიმსივნეში.

ანინიტური გამოკვლევის მონაცემების ჩანერა – ყოთა, სნორი ნანლავი და ნინამდებარე ჯირკვალ

"პეირიქტული დაზიანებები და ნახეთქები არ აღინიშნება. გარეთა სფინქტერის ძაღა შენარჩუნებულია. სნორი ნანლავის არხი თავისუფალი. ნინამდებარე ჯირკვალი ბლვი და უმტკივნეულო, შეა ნაქლევი ჯარგად ისინჯება (ქალებში – საშვილოსნოს ყელი უმტკივნეულო). განავალი ყავისფერია, სისხლერის ნიმნები არ არის".
ან

"პეირიქტული არე ანთებადია; დანყლულება, ნანაზარები და გამონაყენი არ აღინიშნება. გარეთა სფინქტერის, სნორი ნანლავის არხის ან ნინამდებარე ჯირკვლის დათვალიერება ვერ ხერხდება გარეთა სფინქტერის სპაზმისა და ანალური არხის გამოხატული ანთებისა და მტკივნეულობის გამო".
ან

"პეირიქტული დაზიანება და ნახეთქები არ აღინიშნება. გარეთა სფინქტერის ძაღა შენარჩუნებულია. სნორი ნანლავის არხი თავისუფალი. ნინამდებარე ჯირკვლის მარცხენა ღატერალურ ნილში აღინიშნება 1 × 1 სმ ზომის მაგარი კვანძი; მარჯვენა ღატერალური კვანძის ზედაპირი ბლვი; შეა ნაქლევი არ ისინჯება. განავალი ყავისფერია, სისხლერის ნიმნები არ არის".

ბიბლიოგრაფია

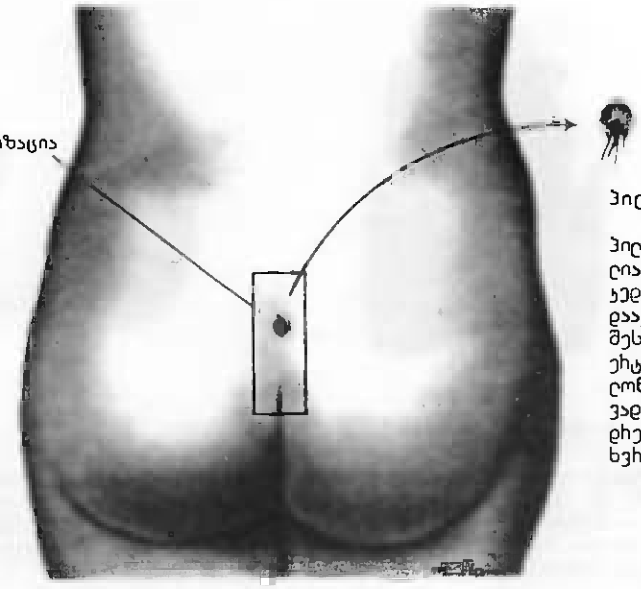
CITATIONS

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, MD, 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 Natl 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/cancertopics. 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.

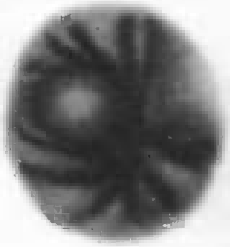
ყოთას, მისი მიკვლევის ჯანსაღ და სნოხი ნანილის პათოლოგიები



პილონიდური ფისტა და ნიაღი

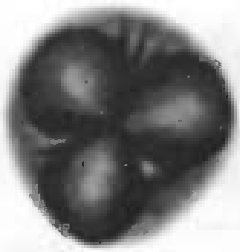
პილონიდური ფისტა საკმაოდ გავრცელებულია. შესაძლებელია იყოს თანდაყოლილი, ჩვეულებრივ, მდებარეობს კუდუსნის ან გავის ძვლის შუა ხაზზე ზედაპირულად. დაკვირვებით გახსნილი ღრუს ახსს, ამ სანათურში შესაძლოა მოხვდეს თმის ბატარა ტონა და იზგვრივ ტყვმოდეს ეროვნებამ. მიუხედავად ყველაფრისა, პილონიდური ფისტები ძირითადად უსიმპტომოა. მიუხედავად იმ გამონაკლისებისა, როდესაც ხდება სუსტი დაზიანება, აბსცესის ჩამოყალიბება და მეორადი ხვრელის გახსნა, ამასც, შესაძლოა, სერიოზული გაამწვავოს.

გარეგანი ჰემორროიდული კვანძები *(თრომბოზული)*



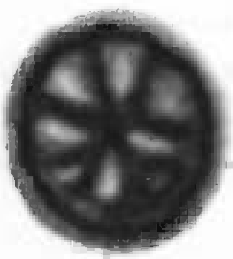
გარეგანი ჰემორროიდული კვანძები არის ჰემორროიდული ვენის გაფართოება, რომელიც იწყება დაბოლოება ხაზის ქვემოთ და არის დაფარული კანით. გარდა თრომბოზისა, ისინი იშვიათად ნარმოშობენ სიმპტომებს. ეს იწვევს მწვავე ტკივილს, რომელიც მატულობს დეფეკაციისა და ჯდომის დროს. მტკივნეული, შესიებული, მოლურჯო ელფერის, კვერცხისებური მასა მოჩანს ანალური ხვრელის კიდესთან.

მინაგანი ჰემორროიდული კვანძები *(გამოვარდნა)*



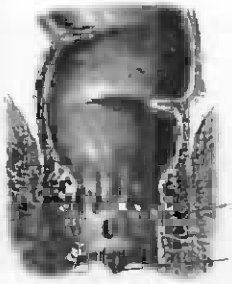
მინაგანი ჰემორროიდული კვანძები არის ვენური სისხლძარღვების გაფართოება, რომელიც ლოკალიზდება დაბოლოება ხაზის ზემოთ. ამ ადგილას მათი პერკუსია ხშირად ვერ ხერხდება. დროდადრო, განსაკუთრებით დეფეკაციის დროს მინაგანი ჰემორროიდული კვანძები იწვევს სისხლდენას, ალისფერი სისხლით. ისინი შესაძლოა გამოვარდეს ანალური ხვრელიდან და გამოჩნდეს, როგორც მონითალო,სველი, ჩამოკიდებული მასა, ტიპიური ლოკალიზაციით ერთი ან მეტი, როგორც საჭიროა მოცემული.

სნოხი ნანლავის გამოვარდნა

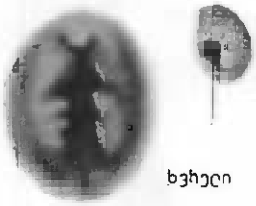


პერისტალტიკის დროს გაჭინთვისას შეიძლება გამოვარდეს სნოხი ნანლავის ლორწოვანი ყველთოვან ქსოვილთან ერთად ან მის გარეშე. გამოვარდნილი სნოხი ნანლავი ღებულობს მაიბის ფორმას. გამოვარდნა, რომელიც მოიცავს მხოლოდ ლორწოვანს, შედარებით პატარაა და ჩანს ხორკლებური ნაკეცის სახით, როგორც საჭიროა ნაჩვენები. თუ გამოვარდნა მთლიანად მოიცავს სნოხი ნანლავის კედელს, გამვარდნა არის დიდი და დაფარულია ჯონსენტიული ნჩიული ნაოჭებით.

ყითას, მისი მჟავიანი ფისის და სნოჰი ნაწლავის პათოლოგიები (გაგრძელება)





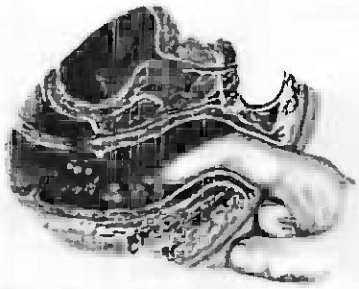


ანაღვრი ნახეთქი

ანაღვრი ნახეთქი არის ძალზედ მტკივნეული ოვალური ფორმის ნაპრალი ანაღვრის არხში, უფრო ხშირად გვხდება უკანა შუახაზზე, ნაკლები სიხშირით წინა შუახაზზე. მისი გაჩენის ძირითადი მიზეზი არის ჰემორროიდალური. ამ შემთხვევაში აღინიშნება ტკივილი, მდებარე ნახეთქის ქვემოთ და ანაღვრი ჯირკის ფორმის გადანაწევით შეიძლება გამოჩნდეს ნახეთქის ქვედა კიდე. სფინქტერი სპასტიკურია; გასინჯვა მტკივნეულია; შესაძლოა საჭირო გახდეს ადგილობრივი ანესთეზია.

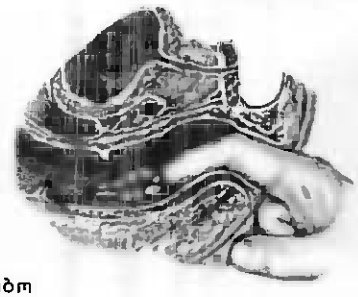
ყითა-სნოჰი ნაწლავის ფისტულა

ანორექტული ფისტულა არის ანთებადი მილი, რომლის ერთი ბოლო იხსნება ანუსში ან სნოჰ ნაწლავში და მეორე ბოლო კი კანის ზედაპირზე (ჩვეულებრივ ეს არის ნაჩვენები) ან სხვა მიმდებარე ორგანოში. ჩვეულებრივ წესი, აბსცესი წინ უძღვის ასეთ ფისტულას. დაკვირვებით ფისტულის ხვრელს ან ანუსის ირგვლივ ნებისმიერ ადგილას.



სნოჰი ნაწლავის პოლიპები

სნოჰი ნაწლავის პოლიპი არის საკმაოდ გავრცელებული. სხვადასხვა ზომითა და ჩვენებით, ისინი ვითარდება ყუთას ფეხზე *(pedunculated)* ან ღრმოვან ზედაპირზე *(sessile)*. ისინი არის ბენიგნური და შესაძლოა ძნელი იყოს ან შეუძლებელიც შეიგრძნოთ სიგრძეზე, ჩვეულებრივ გასასინჯი ხელით. ავთვისებიანი დაზიანების ენდოთვისებიანისგან დიფერენცირებისთვის საჭიროა გაენთდეს ჰისტოლოგია და ბიოფსია.



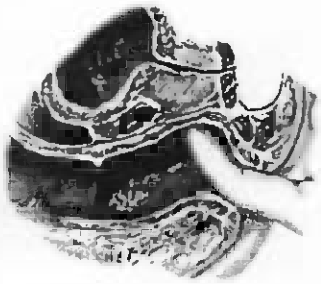
სნოჰი ნაწლავის კიბო

ზრდასრული ასაკის ადამიანებში, სტანდარტული ჰისტული გამოკვლევა მნიშვნელოვანია უსიმპტომოდ მიმდინარე სნოჰი ნაწლავის კიბოს გამოსავლენად. რეკომენდირებულია ნაღვრილოვანი კიბოს მკვრივი, ჯვანძოვანი კიდე.



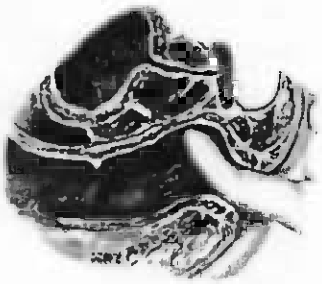
სნოჰი ნაწლავის გამოზნექილობა

სხვადასხვა ნაირობის ფარგლებში გავრცელებული პერიტონეული მეტასტაზები შესაძლოა აღმოჩნდეს სნოჰი ნაწლავის წინ, პერიტონეული ნაჭდევის არეში. ღილვი მაგარი კვანძოვანი "თარო" შესაძლოა გავსინჯოთ თითის ნვეროთ. ქალებში, მეტასტაზური ჩირქოვილის აღნიშნული გამოზნექილობა ვითარდება ჰისტოლოგიურად კიბეში, ყელისა და საშვილოსნოს კანი.



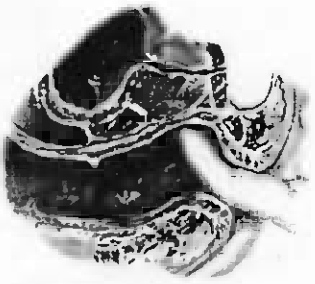
ნორმალური წინამდებარე ჯირკვალი

თუ თქვენ გააკეთებთ წინა ექტული ენდის პალპაციას, ნახავთ, რომ იგი მომჭგვალებული, გელისებური სტრუქტურის, სიგრძით 2,5 სმ. მედიალური ღარი უნდა იყოს ტიხარი ორ ლატერალურ წილს შორის. პალპაციით მესაძლებელი არის მხოლოდ წინამდებარე ჯირკვლის უკანა ზედაპირის გასინჯვა. წინა ზედაპირის დაზიანებები იწვევს შარდსადენში შეფეხებებს, ობიექტური გამოკვლევით არ შეიმჩნევა.



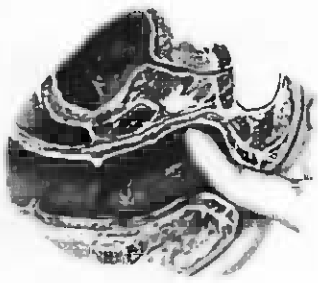
პროსტატიტი

მწვავე პროსტატიტი (აქ ნაჩვენები) არის მწვავე ცხელების მდგომარეობა, გამოწვეული ბაქტერიული ინფექციით. ჯირკვალი არის ძალზედ მტკივნეული, შესიებული, მკვრივი, თბილი. გასინჯეთ იგი ფრთხილად.
ქრონიკული პროსტატიტი არ ნარმოქმნის ისეთ დამახასიათებელ ფიზიკურ მონაცემებს და უნდა იქნას შესწავლილი სხვა მეთოდით.



წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია

წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია (benign prostatic hyperplasia – BPH) იწყება ცხოვრების შესამე ათწლეულში და მისი გამოვლინის არბათობა იზრდება. დაზიანებული ჯირკვალი, პალპაციით ხშირად სიმეტრიულად არის გადიდებული, ბლვი და უმნიშვნელოდ ელასტიური. იგი ჩანს უფრო გამოშვერილი სწორი ნაწლავის სანათურიდან. შეა ღარი, შესაძლოა, ნაირადოს. პალპაციით თუ ჯირკვლის ზომა ნორმალურია, ეს არ ნიშნავს, რომ წინამდებარე ჯირკვლის ჯეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიისას. იგი, როგორც წესი, ნორმაა. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზიამ, შესაძლოა, გამოიწვიოს შარდვის შეფეხება, სხვა ჩივილები, მაგრამ პალპაციით ყველა არ ისინჯებოდეს.



წინამდებარე ჯირკვლის კიბო

წინამდებარე ჯირკვლის არეში სიმაგრის არსებობა გვაფიქრებინებს მის კიბოზე. მკვეთრად გამოხატული ყვანძი, რომელიც ცვლის ჯირკვლის კონტურს, შესაძლებელია ისინჯებოდეს ან არ ისინჯებოდეს პალპაციისას. როდესაც კიბო იზრდება, იგი შეიგრძნობა, როგორც არასწორკიდეებიანი და ვრცელდება შორს ჯირკვლის საზღვრებიდან. შეა ღარი შესაძლოა იყოს არამკვეთრი. წინამდებარე ჯირკვალში არსებული სიმაგრე ყოველთვის არ არის ავთვისებიანი. იგი შეიძლება აღმოჩნდეს ქვების არსებობის, ქრონიკული ანთების და სხვა მდგომარეობის შედეგი.

14

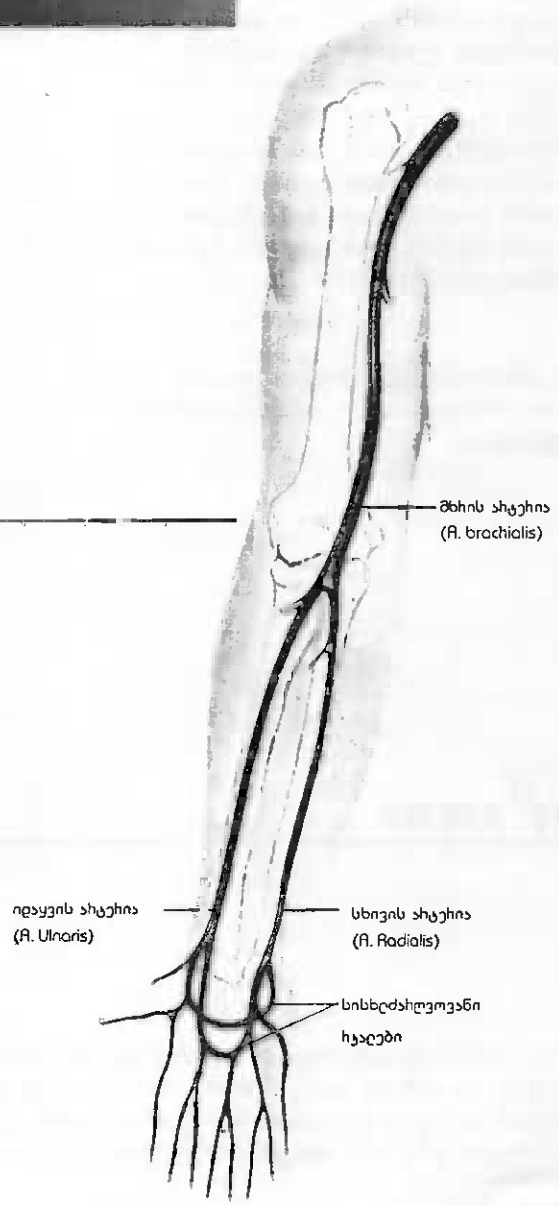
პერიფერიული სისხლძარღვთა სისტემა

ანატომია და ფიზიოლოგია

ამ თავში აღწერილია სისხლის მიმოქცევა ზემო და ქვემო ჯიღუსებში. იგი მოიცავს არტერიებს, ვენებს, მათ დამაკავშირებელ კაპილარულ ქსელს და ლიმფურ სისტემას ლიმფურ კვანძებთან ერთად.

არტერიები

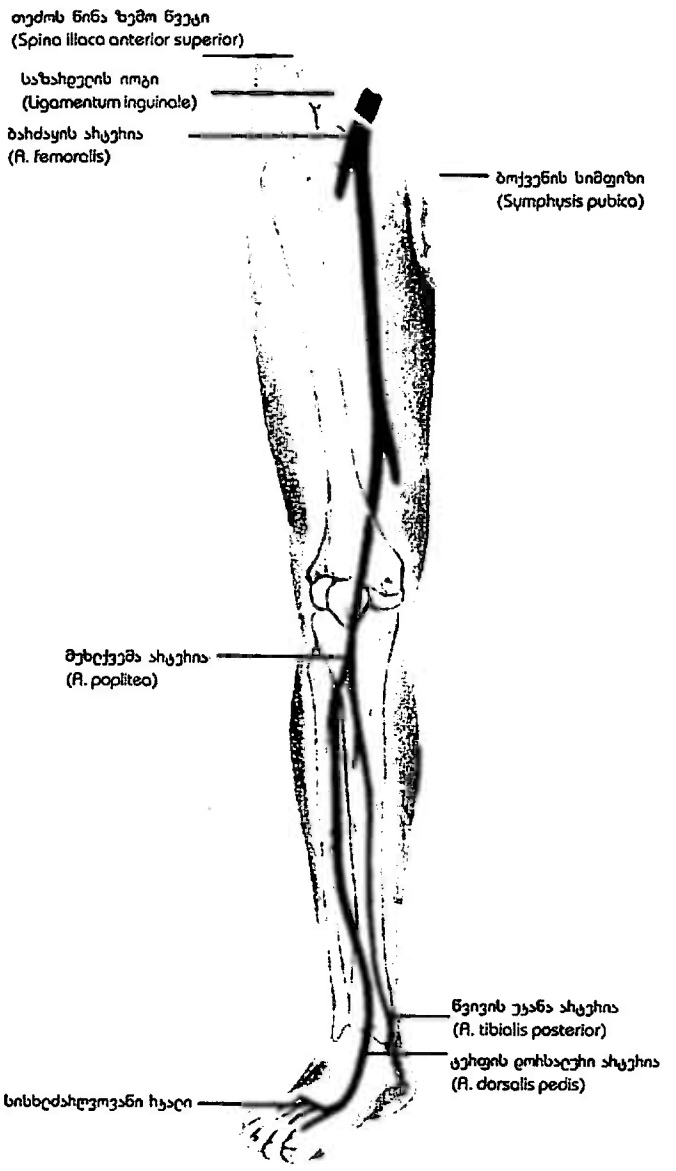
არტერიული პულსის პალპაცია შესაძლებელია, როდესაც არტერია სხეულის ზედაპირთან ახლოსაა. *მხრის არტერიის* პულსაციის ნახვა შეიძლება იდაყვის სახსართან ოდნავ ქუნთის ორგის და ქუნთის ზუსტად მედიალურად. მხრის არტერია იყოფა სხივის და იდაყვის არტერიებად. *სხივის არტერიის* პულსაცია შეიძლება ნახოთ მომხრე ზედაპირზე ღაწვალურად. მედიალურად შეიძლება ნახოთ *იდაყვის არტერიის* პულსაცია, მაგრამ არტერიის მფარავი ქსოვილები ართულებს მის დადგენას.



სხივის და იდაყვის არტერიები ერთმანეთს უკავშირდება ორი სისხლძარღვოვანი ჩაღრმავით 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 *მუხლქვემა ახტეხია*. მუხლქვემა პულსაცია შეიძლება ნახოთ მუხლის უკან ქსოვილებს შორის. მუხლის ქვემოთ მუხლქვემა ახტეხია იყოფა ორ ტოტად, რომლებიც ფეხებში მიემახთებიან. წინა ტოტს ენოდება *ტეხფის ღორსალური ახტეხია*. მისი პულსაციის პალპაცია შესაძლებელია ტეხფის ზურგზე ღატერალურად დიდი თითის გამშლელ მყესთან. უკანა ტოტს ენოდება *დიდი წვივის უკანა ახტეხია*. მისი გასინჯვა შეიძლება მედიალური გოჯის უკან.

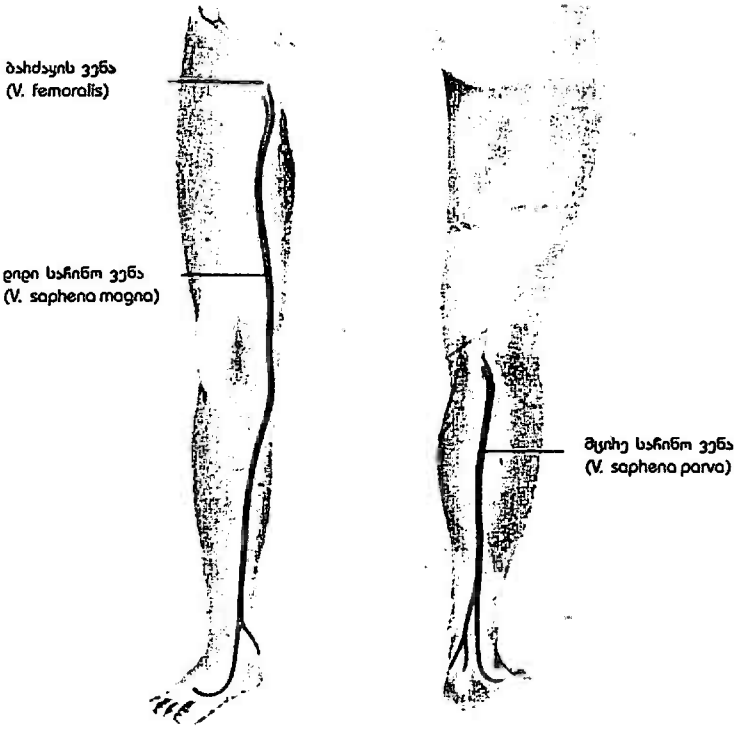
ხელის მსგავსად ფეხიც დაცულია ამ ორი ძირითადი ახტეხიის შემაერთებელი ჩაკეტებით.



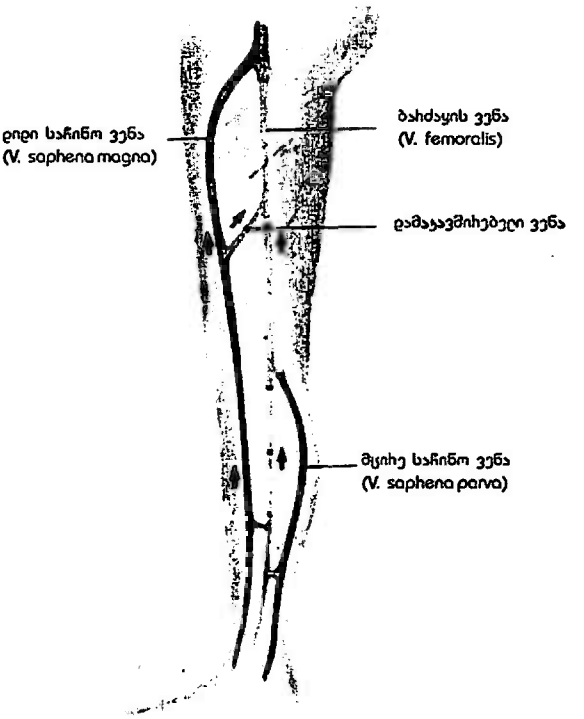
ვენები

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 ჯიღუსებიდან. ისინი ჯაჭვად ახიან დაცული გახშემომყოფი ქსოვილებით.



აღნიშნულისგან განსხვავებით, *ზედაპირული ვენები* ჯანქვეშ მდებახეობს და შედახებით ცუდად ახიან დაცული. ზედაპირული ვენებია: (1) *დიდი საჩინო ვენა*, რომელიც იწყება ფეხის ზურგზე, მიემახოება მედიალური გოჯის წინ და გზას აგრძელებს ზევით ფეხის მედიალის მხარეს და უერთდება ღრმა ვენური სისტემას - ბახძაყის ვენას საზახრელის იოგის ქვემოთ; და (2) *მცირე საჩინო ვენა*, რომელიც იწყება ფეხის გვერდზე და მიემახოება ზევით ფეხის უკანა ზედაპირზე და მუხლქვეშა ფოსოში უერთდება ღრმა ვენურ სისტემას. ამ ორი საჩინო ვენას ზედაპირულად აერთებს ვენური ანასტომოზები და გაფართოების შემთხვევაში მათი დანახვა ადვილად შესაძლებელია. საჩინო ვენებს ღრმა ვენურ სისტემასთან აერთებს *დამაკავშირებელი*, ანუ *გამგმირავი* ვენები.



ღრმა, ზედაპირული და დამაკავშირებელი ვენებს აქვთ ერთი მიმართულების სარქველები. ამის გამო სისხლი ყოველთვის მიედინება ზედაპირული ვენებიდან ღრმა ვენებისკენ და გულისკენ, მაგრამ არასდროს საწინააღმდეგო მიმართულებით. კუნთების შეკუმშვა ხელს უწყობს ვენური სისხლის მოძრაობას. მაგალითად, როდესაც ადამიანი იკუმშება, ვენური სისხლი ზემოთ მიემართება და ვენური სარქველები ხელს უშლიან სისხლის უკან დაბრუნებას.

ლიმფური სისტემა და ლიმფური ჯვანძები

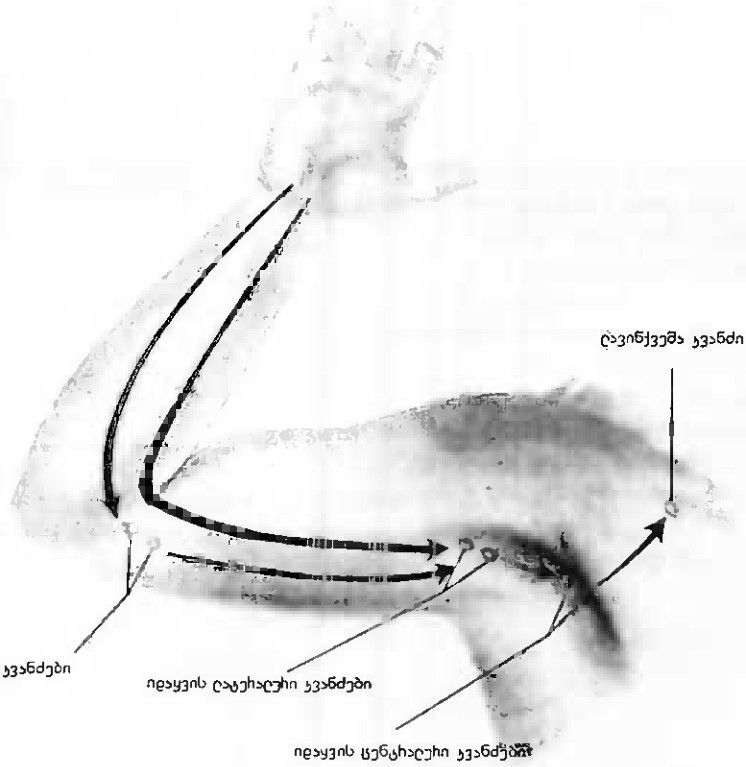
ლიმფური სისტემა მოიცავს ფართო ლიმფური სადინრების ქსელს, რომლის საშუალებით სხეულის ქსოვილებიდან ლიმფა შეედინება და უკან ბრუნდება ვენური სისხლის მიმოქცევაში. სისტემა იწყება ბრმად დაბოლოებული ბრმა ლიმფური კაპილარებით და გრძელდება ცენტრალურად ნაკლები ძარღვების სახით, შემდეგ ერთიანდებიან სადინარებში და ბოლოს უერთდებიან მსხვილ ვენებს კისრის ძვლის 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 ბიოფსია შესაძლებელია), ძალიან მცირე ზომისაა. საზარდულის ლიმფური ჯვანძები, ბრინჯით, შედარებით დიდია – ხშირად 1 სმ დიამეტრის, მოზრდილებში იშვიათად 2 სმ-მდეა.

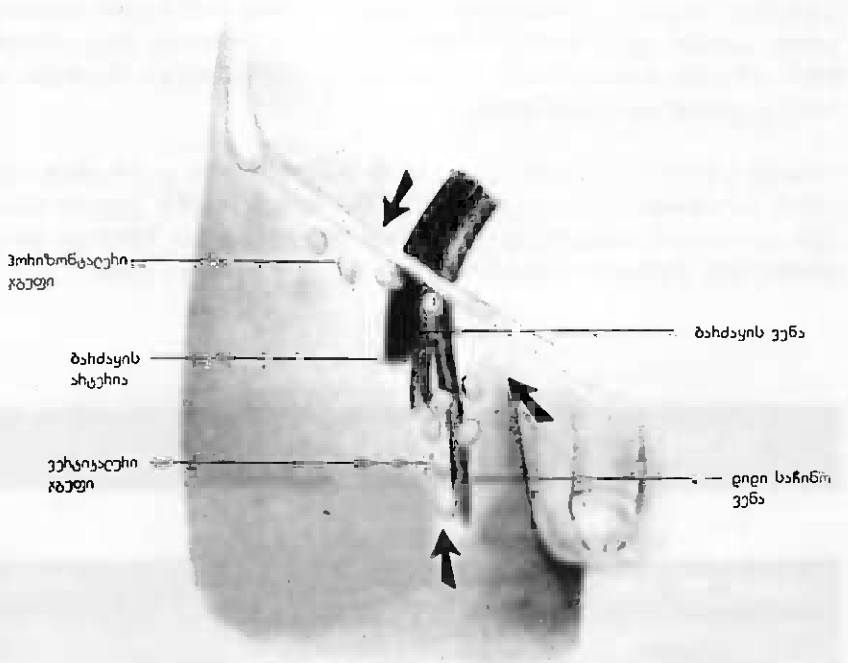
ისევე როგორც სისხლძარღვოვანი, ლიმფური სისტემაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სხეულის იმუნურ სისტემაში. ლიმფური ჯვანძების უჯრედები იჭერენ დაშლილი უჯრედების ნაწილებს და ბაქტერიებს და გამოიმუშავებენ ანტისხეულებს.

ობიექტური გასინჯვით მხოლოდ ზედაპირული ლიმფური ჯვანძების ნახვაა შესაძლებელი. ესენია კისრის (გვ. 170), იღლიის (გვ. 339) და ბარძაყის 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. მტევნის ლიმფა ძირითადად იღლიის ლიმფურ ჯვანძებში ჩაედინება, მცირე ნაწილი კი ღრძილქვეშა ჯვანძებში.



ქვედა ჯიღესებიდან ლიმფა ვენურ სისტემას უერთდება და მოიცავს ღრმა და ზედაპირულ სისტემას. შესაძლებელია მხოლოდ ზედაპირული ლიმფური ჯვანძების პალპაცია. *საზარდულის ზედაპირული ჯვანძები* ოთი ჯგუფისაა. ჰორიზონტალური ჯვანძების ჯაჭვი მდებარეობს ბარძაყის წინ საზარდულის იოგის ქვემ. მათში ჩაედინება ლიმფა 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 ლიმფის დრენირებას ახდენს ფეხების მიმდებარე ჰეგიონიდან. ამის საპირისპიროდ ქვემო ჯიღესების ნაწილიდან ლიმფა მიედინება მცირე საჩინო ვენით (ქუსლი და ტერფის გარეთა ნაწილი) და უერთდება ღრმა სისტემას მუხლქვეშა არეში. ამიტომ ამ მიდამოს დაზიანებას, ჩვეულებრივ, არ ახლავს საზარდულის ლიმფური ჯვანძების გადიდება.

სითხეების მიმოცვლა და ჯაჭვისებური ჯირკვლები

არტერიებიდან ვენებში სისხლი ჯაჭვისებების სამუალებით 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 შედარებით დაბალი ოსმოსური მიზიდულობა (*ინტერსტიციული კოლოიდურ-ოსმოსური ნაკადი*) და წინააღმდეგობას უწევს ქსოვილთა ჰიდროსტატიკური ნაკადი.



როდესაც სისხლი მოძრაობს ჯაჭვისებებში ვენებისკენ, მისი ჰიდროსტატიკური ნაკადი მცირდება და აჭარბებს მეორე ძალის ზრდა. ეს ძალა არის *პერიფერიის ცილების კოლოიდურ-ოსმოსური ნაკადი*, რაც სითხეს უკან სისხლძარღვებში აბრუნებს.

ჯაჭიანი სისტემაში სითხის სუფთა ნაკადი, რომელიც მიემართება ანტეგრადების გასწვრივ, გადადის ვენურ მხარეს. ღიმფური ჯაჭიანები, რომლებიც ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ნონანსნორმობის შენარჩუნებაში, ინტესტინალური ეპითელიდან იღებს ზედმეტ სითხეს ცილებთან ერთად.

ღიმფური სისტემის ფუნქციის დაზღვევა ან ჰიდროსტატიკური და ონკოზური ნაწილთა შორის თანაფარდობის მოშლა ზღვევს ამ ნონანორმობას. 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. შეკითხეთ, "როდისმე ხომ არ გქონიათ ფეხების ტკივილი სიარულის ან ვარჯიშის დროს?" და "ან მანძილზე შეგიძლიათ გაიაროთ ტკივილის და გაჩერების გარეშე?" ასევე, "გაჩერებისას ტკივილი ქრება?" ამ შეკითხვებით შეგიძლია დაადგინოთ, ან არსებულ ავადმყოფს გაჩერდეს და ხანმოკლე ხანში ქრება ტკივილი. ასევე შეკითხეთ *ფეხების და ტერფების გაცივების, გაშეშების* ან *სიფერმკრთალის* და ნივთის ნინა ზედაპირებზე *თმის ცვენის* შესახებ.

ათეროსკლეროზი იწვევს კიდურების იშემიას დატვირთვის დროს, ეს პროცესი გაარჩიეთ *სპინალური სტენოზისგან*, რომელიც იწვევს დატვირთვის დროს ფეხების ტკივილს, რაც წინ გადმოხრით ქრება (ხერხემლის გაჭიმვა მაღლამდე სივრცეების შევიწროვების დროს). მოსვენებით კი ნაკლებად მცირდება.

წვივის წინა ზედაპირებზე თმის ცვენა ვითარდება არტერიული სისხლის მიმოქცევის შემცირების შედეგად. შეიძლება განვითარდეს "მშრალი" მორფავ-კავისფერი განგრენული ნეკნები.

პერიფერიული არტერიების დაავადებით ავადმყოფთა უმრავლესობას მცირე სიმპტომები აღენიშნებათ, ამიტომ მნიშვნელოვანია დაავადების რისკ-ფაქტორების დადგენა. დადგინეთ თამბაქოს მოწევის ინტენსიობა.

დაავადებულთა მხოლოდ 10%-ს აღენიშნება კლასიკური 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 ჯილეხების მხრივ სიმპტომები არ გააჩნდეთ (იხ. გვ. 480)

ფეხის ან ხელის თითების არტერიების სპაზმის სიმპტომების დასადგენად ჰკითხეთ, "როდესმე 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 ნყლულების არსებობის შესახებ.

სისხლძარღვთა ზოგიერთი დაავადების დროს აღინიშნება სინოთლე, შესიება და მტკივნეულობა ადგილობრივი ანთებით. იგივე სიმპტომები სხვა დაავადებების დროსაც შეიძლება იყოს. ამის საპირისპიროდ, ფეხების შეღარებით მსუბუქი სპაზმი (ჯანრჩხვა) ხომალდს ჩვეულებრივ ღრმა ვითარდება ჯანმთელ პირებში, სისხლის მიმოქცევის დარღვევაზე არ მიუთითებს. ასევე ხელის მტევნების და ტერფების გაცივება ხშირია ჯანმთელებში, რის გამოც ამ სიმპტომს შეღარებით ნაკლები ღირებულება აქვს.

განვითარება დატვირთვაზე და გაქრობა მოსვენებისას.

თითების იშემიური გათეთრება. ხასიათდება ციანოზი. შემდეგ თითების განითლება და გათბობა ვლინდება *Raynaud-is (ჩეინოს) სინდრომის* და *დაავადების* დროს.

ჰიპერჰიდრატაცია, შეშუპება, და შეიძლება ციანოზიც, განსაკუთრებით ხოლესაც ფეხები ჩამოშვებულია ვითარდება *ვენური სტაზით გამოწვეული ნყლულთან* ერთად.

ანთების მიზეზი შეიძლება იყოს *ცელულიტი, ხელახალი თრომბოფლებიტი* და *ჯვანძოვანი ერითემა*.

ფეხების ჩვეული სპაზმის და "მოუსვენარი ფეხების" მიზეზი არ არის დადგენილი. ზოგჯერ ფეხების სპაზმის მიზეზია მარდმდენების შედეგად განვითარებული ჰიპოკალემია.

ჯანმთელობის 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 ჯილეხების არტერიების ათეროსკლეროზულ შევინროვებას. 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 ყოჩლობის კლასიკური ტერმინი: დატვირთვით გამოწვეული ტკივილი, რაც აიძულებს ავადმყოფს გაჩერდეს და 10 წუთის

განმავლობაში ტკივილის გაჩენა ავადმყოფთა მხოლოდ 10%-ს შეიძლება აღენიშნებოდეს.[1]

სიმპტომების სიმკვრივე შეიძლება ასახავდეს სიახლის დროს ფუნქციის ცვლილებებს, თუნდაც ჰად ასებობდეს ან ჰოგიესიებდეს.[3]

ავადმყოფებს, რომლებიც ადრე ან ამჟამად მოიხმარენ თამბაქოს, აქვთ მაჭიანი დიაბეტი, ასტეიული ჰიპერტენზია, გულ-სისხლძარღვთა ან თავის ტვინის სისხლძარღვთა დაავადებები, ათეროსკლეროზული ჰად განვითარების ისტი აქვთ. ეს ავადმყოფები უნდა გამოიკვლიოთ ჰად სუბკლინიკის 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 საკმაოდ ზუსტ ტესტს წარმოადგენს. მმი-ს ფარითოდ იყენებენ ექიმები. იგი გულისხმობს დოპლერული ულტრასონოგრაფიით სისტოლური წნევის გაზომვას ორივე მკლავზე და ტერფის ზურგზე და წვივის უკან ჰულსის განსაზღვას. მმი ითვლება ორივე 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 ისტი 20%-25%-ია. სუბკლინიკური ჰად არსებობისას აუცილებელია ფარითო ინტერვენცია დაავადების განვითარების და ჰოგიესის შემცირებისთვის, რაც მოიცავს ფეხის ყურადღებით მოვლას, კარგად მორგებული ფეხსაცმლის ტარებას, თამბაქოს შეწყვეტას, ჰიპერლიპიდემიის მკურნალობას, დიაბეტის და ჰიპერტენზიის ოპტიმალურ კონტროლს და მკურნალობას, ანტიაგრეგანტული ჰერპარატების გამოყენებას და თუ საჭიროა, ქირურგიულ რევასკულარიზაციას.
(სტუდენტი უნდა გაეცნოს უფრო სპეციალიზებულ მასალას სისხლძარღვთა დაავადებების შედარებით იშვიათი ფორმების შესახებ, როგორიცაა სისხლძარღვთა ოკლუზია ასტეიული ან ვენური თრომბოზის გამო ან ინფექციური, ანთებითი ან აუტოიმუნური დაავადებები).

გამოკვლევის მეთოდები

გამოკვლევის მნიშვნელოვანი უბნები

მკლავები

- ზომა, სიმეტრიულობა, კანის ფერი
- ხელის სხივის არტერიაზე, მხრის არტერიაზე
- ენდოკრინული ძიმფური კვანძები

ფეხები

- ზომა, სიმეტრიულობა, კანის ფერი
- ხელი ბარძაყის არტერიაზე და საზარდულის ძიმფური კვანძები
- ხელი მუხლქვეშა, ტერფის ზურგის, დიდი ნვივის უკანა არტერიებზე
- ჰერიფერიული შეშუპება

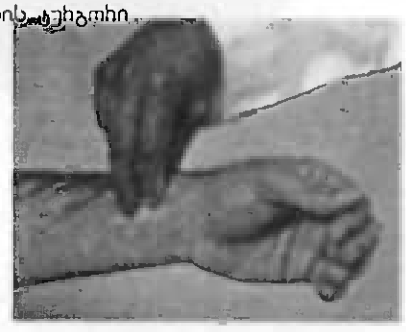
ჰერიფერიული სისხლძარღვოვანი სისტემის შეფასება ემყარება მკლავების და ფეხების ინსპექციას, ხელის პალპაციას და შეშუპების დადგენას. იხ. თავი 4, მეთოდების გაერთიანება ძიდერების ფიზიკურ გამოკვლევასთან. ჩოდესაც დაზღვევებს ვარაუდობთ, შესაბამისი მეთოდები უნდა გამოიყენოთ.

მკლავები

ორივე მკლავი დაათვალიერეთ თითებიდან მხრებამდე. დააკვირდით:

- მათ ზომებს, სიმეტრიულობას და მესიებას.
- ვენური ნიშნები
- კანის და ფრჩხილის ფერი და კანის ტექსტურა.

გასინჯეთ ხელი სხივის არტერიაზე თითების ბალიშების დადებით მკლის მომხრე ზედაპირზე ღაწვისაკენ. ოვალმყოფის მკლის ოდნავ მოხრა დაგეხმარებათ ხელის შეგრძნებაში. შეადარეთ ხელი ორივე ხელზე.



მკლავების და მტევნების ძიმფური შეშუპება შეიძლება განვითარდეს იღლიის ძიმფური კვანძების ამოკვეთის და სხივური თერაპიის შედეგად.

შეშუპებული ძიდერზე გაფართოებული ვენები ვენურ ობსტრუქციაზე მიუთითებს.

Raynaud-ის (რეინოს) დაავადების დროს მკლზე ხელი ნორმალურია, მაგრამ უფრო დისტალური არტერიის სპაზმი ინვევს



ახტეხიული ჰესისის შეფასების ჰამოდენიმე სისტემა არსებობს. ეხთ-ეხთი სისტემა იყენებს შეფასებას 0-დან 4 ქულამდე, ჩოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. თუმცა თქვენ შეგიძლიათ გამოიყენოთ ის სისტემა, ჩომელიც თქვენს ინსტიტუტში იხმარება.

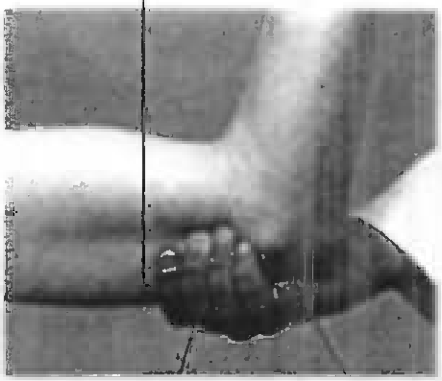
4+ მხტუნავი
3+ გაზხდილი
2+ ცოცხალი, მოსაღოდნელი
1+ შესუსტებული, უფრო სუსტი, ვიდრე მოსაღოდნელი
0 არ არის, ჰაეჰაცია ვერ ხერხდება

თუ ახტეხიულ უკმარისობას ვარაუდობთ, გასინჯეთ *მხრის ახტეხიის ჰესისაცია*. ოდნავ მოხარეთ არდმყოფის ხელი იდაყვის სახსარში და თქვენი საჰირისაჰირო ხელის ცერით ახტეხია გასინჯეთ ოთავა ჯუნთის მყესის მედიალურად იდაყვის ნაჭეცთან. მხრის ახტეხიის ჰესისის ნახვა ასევე შესაძლებელია უფრო ზევით მკლავზე ოთავა 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 ოთავა და სამთავა ჯუნთებს შორის ჩაღრმავებაში მედიალური ჩოკიდან 3 სმ-ით ზევით. თუ ჯვანძები ისინჯება, დააღგინეთ მათი ზომა, კონსისტენცია და მტკივნეულობა.



გამომკვლევის მარჯვენა ხელი

მხრის ძვლის მედიალური ჩოკი

უმეტესობა ნორმალურ პირებში იდაყვის ღიმფური ჯვანძების გასინჯვა ვერ ხერხდება.

იდაყვის ღიმფური ჯვანძების გადიდება შეიძლება მეორადი იყოს მათი სადრენაჟო მიდგმის დაზიანების შედეგად ან შეიძლება დაკავშირებული იყოს გენერალიზებულ ღიმფადენოპათიასთან.

ფეხები

არდმყოფი უნდა დაწვეს და პირანგი ისე ეფარჩოს, რომ არ უჩანდეს გარეთა სასქესო ორგანოები. თუ არდმყოფს წინდები აცვია, სრულყოფილ გამოკვლევას ვერ ჩაატარებთ!

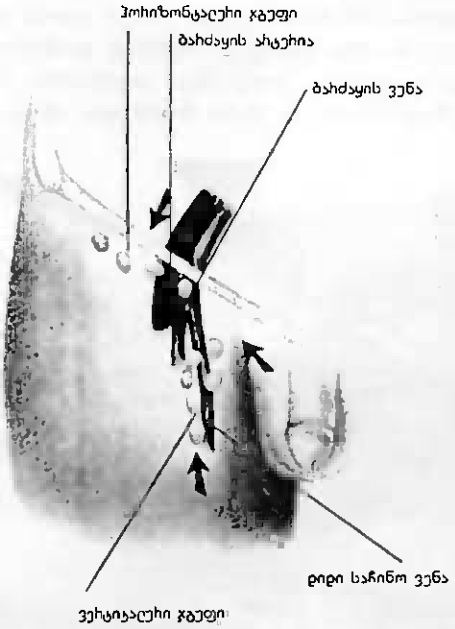
თითის მკვეთრად შემოსაზღვრელ სინითლეს (იხ. ცხრილი 14-1, ტკივილით მიმდინარე სისხლძარღვოვანი დარღვევები და მათი იმიტაციები (გვ. 492-493).

დარწმუნდით, რომ თუ არტერია ძალიან გაფართოებულია, ეს *ანევრიზმას* ნიშნავს.

საძილე, მხრის და ბარძაყის არტერიების პულსი დაკვირვებულია *ორტის უკმარისობის დროს*; ასიმეტრიული შესუსტებული პულსი – თრომბოზის ან ემბოლიის შედეგად *არტერიის ოკლუზიის* დროს.

დაათვალიერეთ ფეხები საზარდულიდან ტერფის თითებამდე. დააკვირდით:

- ზომას, სიმეტრიულობას და მუშებების ასიმეტრიას
- ვენებს და მათ გაფართოებას
- პიგმენტაციას, გამონაყარის, ნაწიბურებს ან წყლულებს
- კანის ფერს და ხასიათს, ფრჩხილების ფერს, წვივებზე, ტერფებზე და თითებზე თმიანობის განვითარებას



იხ. ცხრილი 14-2. არტერიების და ვენების უკმარისობა (გვ. 494).

იხ. ცხრილი 14-3. ტერფების და წვივების ხშირი წყლულები (გვ. 495).

ლიმფადენოპათია ეწოდება ლიმფური ჯირკვლების გადიდებას ტკივილით ან ტკივილის გარეშე. ყურადღება გაარჩიოთ ადგილობრივი და განზოგადებული ლიმფადენოპათია, შესაბამისად, იმის დადგენით, თუ (1) გამომწვევი მიზეზი საძიებოდ უბანშია ან (2) ლიმფური ჯირკვლების გადიდება სხვა ორგანოებში აღინიშნება.

პალპაციით გასინჯეთ *ბარძაყის ზედაპირული ლიმფური ჯირკვლები*, ჰოგორიც ჰორიზონტალური, ასევე ვერტიკალური. დააკვირდით ზომებს, კონსისტენციას, განცალკევებულია თუ გაერთიანებული, მტკივნეულობას. ნორმაში ადამიანებში ისინჯება უმტკივნეულო, განცალკევებული, 1 სმ-მდე დიამეტრის ლიმფური ჯირკვლები.

შეამოწმეთ შემდეგი არტერიების პულსაცია არტერიული სისხლის მიმოქცევის შეფასების მიზნით.

- *ბარძაყის არტერიის პულსი*. ღრმად დააწექით ბარძაყის ირგის ქვემ და თქვენს წინა 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 ხერ ან ნაწილობრივ ჰოქსიმარეის შევიწროებაზე; მაგალითად, ორტის ან თქვის არტერიის ღობეზე, ოკლუზიის დისტალურად პულსი შესუსტებულია. არტერიის ქრონიკული ოკლუზია, ჩვეულებრივ, ათეროსკლეროზული, იწვევს *ნაწლავმშვებით ტკივილს* (გვ. 492). ფერის ჰოსტრარული (მდებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებული) ცვლილებები (გვ. 492) და კანის ტროფიკული ცვლილებები (გვ. 489).

ბარძაყის არტერიაზე ძლიერი, ფართო პულსი ბარძაყის არტერიის ანევრიზმაზე – ორტის პათოლოგიის გაფართოებაზე მიუთითებს.

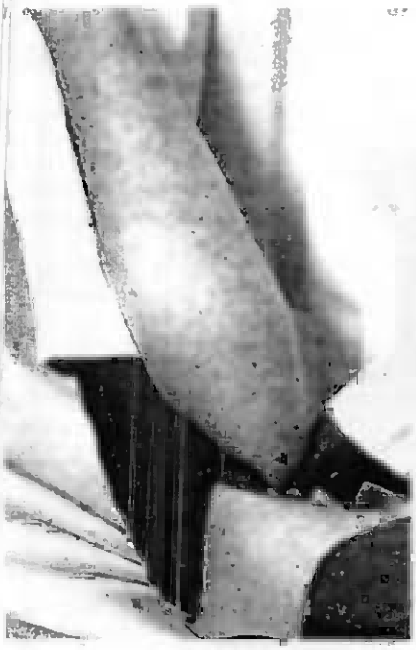
მუხლქვეშა არტერიის პულსი. ავადმყოფის ფეხი უნდა იყოს მოღუნებული და ოდნავ მოხრილი მუხლის სახსარში. თქვენი ორივე ხელის თითები დაანყვეთ მუხლქვეშა ფოსოში შუა ხაზზე და ძლიერად დააწექით. მუხლქვეშა პულსაციის მოძებნა უფრო ძნელია, ვიდრე სხვა არტერიების პულსის. არტერია უფრო ღრმად მდებარეობს და მისი შეგრძნება ძნელია.

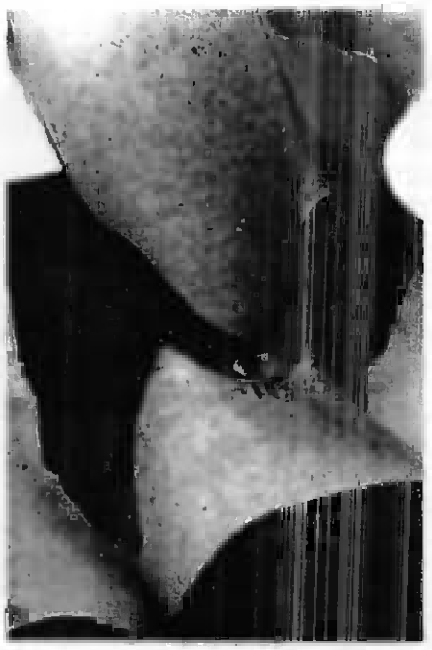
ძლიერი, ფარითო მუხლქვეშა პულსაცია მუხლქვეშა ფოსოში მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმაზე მიუთითებს. როგორც ბარძაყის, ისე მუხლქვეშა არტერიის ანევრიზმა იშვიათია. ძირი მიზეზი, ჩვეულებრივ, ათეროსკლეროზია და უპირატესად ვლინდება 50 წლის ზევით ასაკის მამაკაცებში.



თუ ამ მეთოდით მუხლქვეშა პულსაციას ვერ სინჯავთ, სცადეთ, ხოლესაც ავადმყოფის პირქვე წევს. ფეხი მუხლის სახსარში მოუხარეთ 90°-ით, დაიდეთ მჯღავზე ისე, რომ ფეხი მოღუნებული 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 დოხსაღეხი ახტეხიის პულსაცია.* ტეხფის (ახა ჯოქის) ახტეხია შეიგძენით ტეხფის გამშღეღი მყესის ღატეხაღეხად დიდ თითთან. თე აქ ვეხ პოეღობთ, მოძებნეთ უფხო ღატეხაღეხად.



ტეხფის დოხსაღეხი ახტეხია შეიძღება დაბაღებიდან ახ ახსებობდეს ან იტოტებოდეს ზევით ჯოქთან. პულსი მოძებნეთ უფხო ღატეხაღეხად.

ტეხფის პულსის შემციხება ან ახახსებობა (хოდესაც ჯიდეხი თბიღია) და ნოხმაღეხი ბახძაყის და მუხღქვემა პულსაციის ახსებობა მიუთითებს მუხღქვემა ახტეხიის ან მისი ტოტების ოკლუზიაზე – ხშიხი მიზეზია მაქიანი დიაბეტი.

- *დიდი ნვივის უკანა ახტეხიის პულსი.* მოხახეთ თითები და დაადეთ მედიაღეხი გოკის ოდნავ ნიხ და ზემოთ (ამ პულსაციის ნახვა ძნეღია, მხექან ან შემეპებეღ ჯოქებზე)



ახტეხიის მწვავე окლუზია, მაგ. ემბოღიის ან თხომბოზის გამო, ინვევს კიკვიღს და გამეშებას ან ჩხვეკას. окლუზიის დისტაღეხად ჯიდეხი ცივდება, ფეხმკხლაღდება და პულსაცია ალახ ისინჯება. თე ჯოღატეხაღები ჯახგადაა განვითახებეღი, მხოღოდ გაცივება და გამეშება აღინიშნება.

პულსაციის მეგძნების ხეკომენდაციები, хомეღიც თავიდან აგვაციღებს სიხთუღეებს: (1) უქიმიც და პაციენტიც მოხეხებეღად უნდა მოთავსდენენ; უხეხეღი პოზა ამციხებს ტაქტიღეს მგძნობეღობას. (2) თქვენი ხეღი უნდა დადოთ სნოხედ და დიდხანს და ცვაღოთ ზენოღა, სანამ ახ შეიგძნობთ პულსაციას. თე ვეხ ახეხებთ, აუჩქახებეღად მოძებნეთ პულსაციის ებანი. (3) ახ აგეხიოთ ავადმყოფის პულსი თქვენი თითების პულსაციაში. თე ახ ხახთ დახწმენებეღი, დათვაღეთ თქვენი გეღისცემა და შეადახეთ ავადმყოფის პულსის სიხშიხეს. სიხშიხეები განსხვავებეღი უნდა იყოს, თქვენი ჯახოტიდეღი პულსის დათვღა მოხეხებეღია შედახებისთვის.

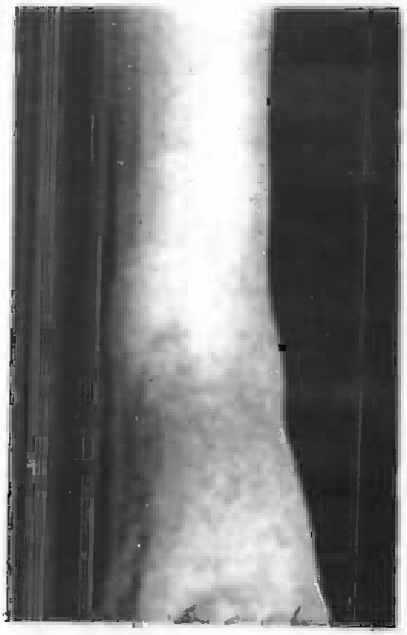
ტეხფების და ფეხების ტემპეხატუხა შეაფასეთ თქვენი თითების ზეგით. შეადახეთ ოხივე მხახე. ოხმხხივი გაცივების ხშიხი მიზეზია ცივი გახემო ან ნევხოზი.

ჯიდეხების გაცივება, განსაკუთხებით ცაღმხხივი ან სხვა ნიშნების თანხღებით, მიუთითებს ახტეხიეღი სისხღის მიმოქცევის დახღვევის გამო განვითახებეღ ახტეხიეღ უკმახისობაზე.

შეშუპების დადგენა. შეაღარეთ ფეხები ერთმანეთს, მათი ზომები და ვენების, მყესების და ძვლების მდგომარეობა.

შეშუპება ინვევს შესიებას, რის გამოც ალარ ჩანს ვენების და ძვლების ხედი.





შეაფონეთ შეშუპების ჩაღრმავება. მაგრად და ფრთხილად დააწექით ცერა თითით სულ ცოტა 5 წმ-ის ხანგრძლივობით (1) ოთავე ტერფის ზედაპირს, (2) ოთავე მედიალური კოჭის უკან და (3) ოთავე წვივს. დააკვირდით *ჩაღრმავებებს,* რომელიც თითის დაჭერით ჩნდება. ნორმალურად ჩაღრმავება არ უნდა გაჩნდეს. შეშუპების სიმძიმე იზომება მილიმეტრებით, მსუბუქიდან ძალიან მძიმემდე.

იხ. ცხრილი 14-4, შეშუპების ზოგიერთი ეტიოლოგიური მიზეზი (გვ. 496).

ქვემოთ ნაჩვენები შეშუპების ხარისხი არის 3+ ჩაღრმავება.





თუ შეშუპებას ვახაელობთ, მის დაღგენაში და მიმდინარეობის შეფასებაში დაგეხმარებათ *ფეხების გაზომვა*. სანტიმეტრით გაზომეთ (1) ტერფი, (2) ჯოჭის უმცირესი გარშემოწერილობა, (3) ნვივის გარშემონერილობა და (4) ბარძაყის შუა ნაწილის, ი.ზომება მუხლს ზევით, ჩოდესაც ფეხი გაშდილია. შეადარეთ მხარეები ერთმანეთს. მუხლის ზემოთ 1 სმ განსხვავება ან ნვივზე 2 სმ ნორმალურად არ უნდა იყოს და შეშუპებაზე მიუთითებს.

თუ აღინიშნება შეშუპება, დაადგინეთ შესაძლო მიზეზი ჰერიფერიული 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?

შეშუპება ცალმხრივია თუ ორმხრივი? ვენები ხელმეტად დაბერილია?

ეცადეთ დაადგინოთ ვენების ტიპიდი, რომელიც შეიძლება ახლდეს ღრმა ვენების თრომბოზს. ჩაატარეთ საზარდულის პალპაცია ბარძაყის ჰეღსის მედიალურად ბარძაყის ვენის მატერნულობის დასადგენად. შემდეგ, როდესაც ავადმყოფის ფეხი მოხრილია მუხლის სახსარში და მოდუნებულია, ჩაატარეთ ნვივის პალპაცია. თითებით დაანყარეთ ნვივის კუნთებს დიდი ნვივის ძვალზე და დაადგინეთ მატერნულობა ან ზონარის არსებობა. თუმცა, ღრმა ვენების თრომბოზი შეიძლება ძალიან მსუბუქად მიმდინარეობდეს და დიაგნოსტიკა ხშირად ემყარება დიდ კლინიკურ გამოკვლევებს.

დააკვირდით *კანის ფერს*.

- ხომ არ არის შემოფარგლული სინითლე? თუ არის, ნახეთ ამ არის ტემპერატურა და ფრთხილად შეუცვალეთ შეიგრძნოთ მკვრივი ზონარი ვენის თრომბოზის გამო. ყველაზე ხშირად ზიანდება ნვივის არე.
- ნვივთან ახლოს ხომ არ არის მოყავისფრო ებნები?
- დაათვალიერეთ კანზე ნყლულები. სად აღინიშნება?
- გასინჯეთ კანის გასქელება.

სთხოვეთ ავადმყოფს ფეხზე დადგეს და *დაათვალიერეთ საჩინო ვენების ვარიკოზი*. ფეხზე დგომისას კარგად ვლინდება ვენების ვარიკოზული გაფართოება. ზედაპირზე ნოდულას შეიძლება ვარიკოზი ვერ შეამჩნიოთ. ნახეთ ვარიკოზის არეში ანთება, თრომბოფლებიტის ნიშნები.

კუნთების ატროფიამ ასევე შეიძლება ფეხების გარშემონერილობის განსხვავება გამოიწვიოს.

ღრმა ვენების თრომბოზის დროს შეშუპების გავრცელება მიუთითებს ოკლუზიის ლოკალიზაციას: როდესაც შეშუპებულია ფეხის ქვედა ნაწილი ან კარჭი, ოკლუზია ნვივის არეშია, როდესაც მთელი ფეხია შეშუპებული, ოკლუზია თეძო-ბარძაყის ვენებშია.

ვენების გაფართოება ვენურ შეშუპებაზე მიუთითებს.

მატერნული, ფერმკრთალი და შეშუპებული ფეხი საზარდულის არეში ტკივილთან ერთად მიუთითებს *თეძო-ბარძაყის ვენების ღრმა თრომბოზს*. *ღრმა ვენების თრომბოზის* მქონე ავადმყოფთა დაახლოებით ნახევარს ნვივის არეში აღენიშნება ტკივილი და ზონარი ნვივის სიღრმეში. თუმცა ნვივის ტკივილი არასპეციფიკური ნიშანია და თრომბოზის გარეშეც შეიძლება არსებობდეს.

ადგილობრივი შესიება, სინითლე, გაცხელება და ზონარი მიუთითებს *ზედაპირულ თრომბოფლებიტზე*.

ნვივებზე მოყავისფრო შეფერილობა ან ნყლულები *ვენების ქრონიკულ უკმარისობაზე* მიუთითებს.

გასქელებული მოყავისფრო კანი აღინიშნება ღრმული შეშუპების და სანაცვლო ვენური უკმარისობის დროს.

ვარიკოზული ვენები გაფართოებული და დაკლაკნილია. მათი კედლები ხშირად გასქელებულია. უმეტესობა ვარიკოზული ვენებისა ფეხებზე აღინიშნება. იხ. გვ. 490.

III ბანსაკუთრებული მეთოდები



ხელების ატეხიული სისხლის მიმოქცევის შეფასება. თუ მკლავების ატეხიული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობას ვარაუდობთ, ეცადეთ შეიგრძნოთ *იდაყვის ატეხიის პულსაცია*, ასევე სხივის და მხრის ატეხიების. პულსი გასინჯეთ მაჯის მომხრე ზედაპირზე მეღიაღეარად. გასინჯვას გაბრაღვიღებთ მაჯის ოღნავ მოხრა. თუმცა, ნორმაღური იდაყვის ატეხიის პულსი შეიძღება არ ისინჯებოდეს.

ატეხიების ოკღუზიური დაავაღება უფრო იშვიათია მკლავებზე, ვიდრე ფეხებზე. მაჯაზე პულსის მესუსტება ან გაქრობა მწვავე უმბოღიღ ოკღუზიაზე ან *Buerger-ის (ბიურგერის)* დაავაღებაზე (ობღიტერაციული თრომბანგიიტი) მიუთითებს.

Allen-ის (აღენის) ტესტი უფრო მეტ ინფორმაციას იძღევა. ეს ტესტი ასევე გამოგაღგებათ დარწმუნებული, რომ იდაყვის ატეხია გამავაღია, სანამ სხივის ატეხიის პუნქციას ჩაატარებთ სისხღის ანაღიზისთვის. პაციენტმა უნდა დაღოს ხელები მუხღებზე ხელისგუღებით ზევით.



სთხოვეთ ავაღმყოფს, ერთი ხელით მუშტი გააკეთოს. შემდეგ თითებით დააწკაპუნოთ სხივის და იდაყვის ატეხიებს.



მუშტის სრუღმა გაშღამ შეიძღება გამოინვიოს ხელისგუღების სინითღე და ცრუ დაღებითი შეღეგი.

შემდეგ, სთხოვეთ ავაღმყოფს, მუშტები გაშაღოს და ხელები ოღნავ მოხრილი ჰქონდეს. ამ დროს ხელისგუღები ფერმკრთაღია.



შეამცირეთ სხივის ატეხიაზე ზეწოღა. თუ ატეხია გამავაღია, ხელისგუღი გაუხარისფრდება 3-5 წმ-ში.

მეღმივი ფერმკრთაღება მიუთითებს იდაყვის ატეხიის ან მისი დისტაღური ტოტების ოკღუზიაზე.

სხივის ატეხიის გამავლობა შეიძლება დადგინდეს, როდესაც ზუნოლა ხდება მხოლოდ იდაყვის ატეხიაზე.



გამოხატული სიფეხმკითაღე ფეხის ანევისას *ატეხიულ უკმახისობაზე* მიუთითებს.

ქრონიკული ატეხიული უკმახისობის დროს მდებარეობით გამონვეული ფეხის ცვლილება.

თუ ტკივილი ან პულსის შესუსტება მიუთითებს ატეხიულ უკმახისობაზე, დაკვირდით მდებარეობით გამონვეულ ფეხის ცვლილებას. აუწიეთ ფეხები, როგორც ნაჩვენებია მარჯვნივ დაახლოებით 60°-ით, სანამ მაქსიმალურად ან გაფეკმკითაღდება – დაახლოებით 1 წთ-ის განმავლობაში. ღეთეროსკლეროზიან პირებში ნორმალური ფეხის შენახჩენება, როგორც მარჯვენა ფეხზეა ნაჩვენები ან მცირე გაფეკმკითაღება, ნორმალურია.

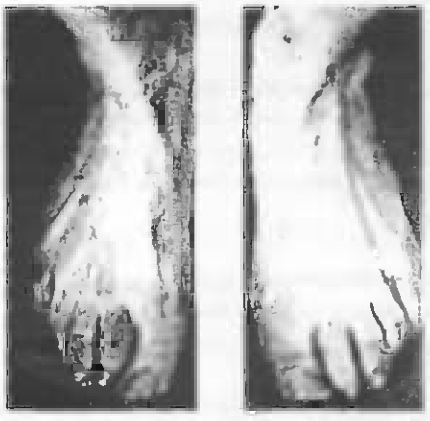


ქვემოთ ნაჩვენები ფეხი ფეხმკითაღია და ვენები ინყევს ავსებას – ატეხიული უკმახისობის ნიშანი.

შემდეგ სთხოვეთ ავადმყოფს, დაჯდეს და ფეხები ჩამოუშვას. შეადარეთ ფეხები და დაინიშნეთ დრო, რაც ესაჭიროება:

- კანის 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 ადექვატურ ცირკულაციაზე მეტყველებს.



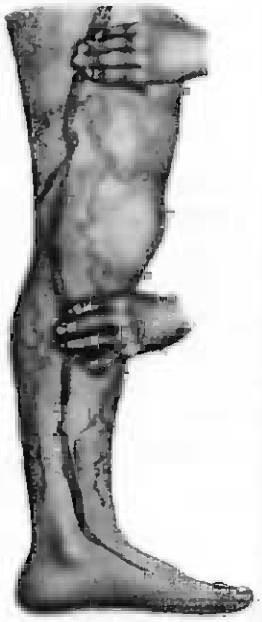
ნახეთ, ჩაიმე *უჩვეულო შეფეთილობა* (მუქი სინითლე) ხომ არ ცვლის სიფეთმჭითალეს ფეხზე. მუქი სინითლე ჩნდება 1 წთ-ში ან ცოტა მეტ დროში.

ნორმალური პასუხი, რომელსაც ახლავს არტერიული **ჰელის** შესუსტება მიუთითებს, რომ შევინიშნებელი არტერიის გაჩშემო განვითარებულია ჯაჭვი ჯოლტეხალური სისხლის მიმოქცევა.

ფეხის შეცვლა ძნელი დასადგენია მავჯანიან ჰიჩებში. ამის დასადგენად დაათვალიერეთ ფეხის გელები 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 მიშარისულება და დაჯავშირება შეგიძლიათ მონიშნოთ სისხლსავსე ვენებზე ზეწოლითი ტალღების გავრცელებით. როდესაც ავადმყოფი ფეხზე დგას, თითი ფრთხილად დაადეთ ვენას და მის ქვემოთ მეორე ხელით სწრაფად დააწკაპუნეთ ვენას. შეიგრძენით ტალღა, რომელიც ვრცელდება ზემოთ მდებარე თითებისკენ. ტალღის გავრცელება მიუთითებს, რომ ვენები ერთმანეთთან დაჯავშირებულია.





ტალღა ასევე შეიძლება ქვემოთაც გავრცელდეს, მაგრამ უფრო ძნელად.

ვენური სარქველების ფუნქციების შეფასება. *ტრენდელენბურგ - ტრენდელენბურგის)* ტესტის საშუალებით შეგიძლიათ შეაფასოთ სარქველების მდგომარეობა დამაჯავშირებელ და საჩინო ვენურ სისტემაში. ერთი ფეხი აწიეთ 90°-ით, რათა ვენები დაიცალოს.

შემდეგ, ხელით დააწკაპუნეთ ღრმ საჩინო ვენას ბარძაყის ზედა ნაწილში ისე, რომ გადაიკეტოს ვენა და არა ღრმა სისხლძარღვები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ფეხზე დადგეს. ვენაზე ზეწოლის პარალელურად დაჯავშირეთ ვენების ავსებას. ნორმალურად საჩინო ვენა ივსება ქვემოდან დაახლოებით 35 წმ-ში, ვინაიდან სისხლი ჯარიალებიდან ვენებისკენ მიედინება.

ზედაპირული ვენის სწრაფი ავსება, როდესაც საჩინო ვენა დახშულია, მიუთითებს დამაჯავშირებელი ვენების სარქველების უკმარისობაზე. ღრმა ვენებიდან საჩინო ვენებისკენ სისხლი სწრაფად ჩაედინება.

20 წმ-ის განმავლობაში ფეხზე დგომის შემდეგ, მენყვიტეთ ზეწოლა და დააჯავშირეთ ვენების სწრაფ ავსებას. ნორმალურად, ასე არ უნდა იყოს. საჩინო ვენის სარქველები ხელს უშლიან სისხლის ჩაედინების მოძრაობას. ვენების ავსება ნელა ხდება.

ზეწოლის მენყვეტის შემდეგ ზედაპირული ვენების სწრაფი ავსება საჩინო ვენის სარქველების უკმარისობაზე მიუთითებს.

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.

მილებული მონასმების ჩანერა

ყურადღება მიაქციეთ, რომ მონასმების აღნერისთვის თავდაპირველად შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნინადადებები: მოგვიანებით – ფრაზები. ქვემოთ მოყვანილი ნიმუში შეიცავს ფრაზებს, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ჩანანერებში. გაიხსენეთ, რომ ღიმფური კვანძების აღნერილობის ჩანერა ხდება თავის და კისრის განაკვეთის შემდეგ (იხ. გვ. 203). ანალოგიურად, კაროტიდული პულსის შეფასება აღნერილია გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში (იხ. გვ. 305-306)

პერიფერიული გამოკვლევის შედეგების ჩანერა – პერიფერიული სისხლძარღვოვანი სისტემა

"კიდურები თბილია და შეშუპება არ აღინიშნება. არ არის ვარიკოზის და მეგობების ნიშნები. ნვივები ელასტიურია და უმტკივნეულო. ბარძაყზე და მუცლის არეში მუილი არ არის. მხრის, სხივის, ბარძაყის, მუხლქვეშა, ტერფის დორსალურ და ნვივის უკანა არტერიებზე პულსი არის 2+ და სიმეტრიული"

ან

"კიდურები ფერმკრთალია ნვივის შუა ნანილიდან, სადაც აღინიშნება თმის გაცვენა. ორდესაც ფეხები ჩამოშვებულია, აღინიშნება მუქი სინითელე, მაგრამ არ არის შეშუპება და ყურულები. ორივე მხარეს ბარძაყის არტერიაზე მუილია. მუცელზე მუილი არ მოისმინება. მხრის და სხივის პულსი 2+; ბარძაყის, მუხლქვეშა, ტერფის დორსალური და დიდი ნვივის პულსი 1+." (ამას გარდა, პულსი შეიძლება ჩაინეროს ისე, როგორც ქვემოთაა მოცემული)

	სხივის	მხრის	ბარძაყის	მუხლქვეშა	ტერფის დორსალური	დიდი ნვივის უკანა
მარჯვენა	2+	2+	1+	1+	1+	1+
მარცხენა	2+	2+	1+	1+	1+	1+

მიეთითებს პერიფერიული არტერიების პათოლოგიურ დაავადებაზე.

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 PI. 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 Vasc 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 მსხვილფეხა პირუტყვის სისხლძარღვოვანი პათოლოგიები და მათი იმიტაციები

პრობლემა	პროცესი	ტკივილის ლოკალიზაცია
ათეროსკლეროზული პათოლოგიები *(ათეროსკლეროზი; ობლიტერაციული ათეროსკლეროზი)*	დატვირთვით გამოწვეული ჟანგოვანი იშემია, რომლის მიზეზია მსხვილი და საშუალო კალიბრის არტერიების ათეროსკლეროზული მეკვნიროვება	ჩვეულებრივ, ნივთებია, მაგრამ ასევე შეიძლება იყოს დენდელებში, თეძოში, ბარძაყის არეში, ტერფში, რაც დამოკიდებულია ობსტრუქციის დონეზე.
▪ ხანგამოშვებითი ჯოჭლობა		
▪ 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 (ხეინოს) დაავადება და სინდრომი	*Raynaud-is (ხეინოს) დაავადება:* მცირე კალიბრის არტერიების და არტერიოლების ეპიზოდური სპაზმი; სისხლძარღვოვანი ოკლუზია არ აღინიშნება *Raynaud-is (ხეინოს) 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 ნეკრებზე ნეკრები არ განვითარება. ხშირია გამშეება და ჩხვლეტა.
ენური პათოლოგიები		
ზედაპირული თრომბოფლებიტი	ზედაპირულ ვენაში ნარმოიქმნება თრომბი და ვითარდება მწვავე ანთება	ტკივილი მემოფარგლულია ზედაპირული ვენის გასწვრივ, ყველაზე ხშირია საჩინო ვენის სისტემაში
ღრმა ვენების თრომბოზი	თრომბის ნარმოქმნა ღრმა ვენებში	თუ ტკივილი გამოხატულია, ხშირად ნივთის არეშია, თუმცა პროცესი ჩვეულებრივ უმტკივნეულოა
ქრონიკული ვენური (ღრმა) უკმარისობა	ქრონიკული ვენური უკმარისობა მეორადია და ვითარდება ვენური ოკლუზიის ან სარქველების უკმარისობის შედეგად	ფეხის(ების) დისფუნქციური ტკივილი
ობლიტერაციული თრომბანგიიტი *(Buerger-ის ბიურგერის დაავადება)*	მცირე ზომის არტერიების და ასევე ვენების ანთება და თრომბოზული ოკლუზია, რაც მნვეველობით ვითარდება	▪ ხანგამოშვებითი ჯოჭლობა, განსაკუთრებით ტერფის თაღში ▪ მოსვენებითი ტკივილი ტერფის თითებში
მწვავე დიფუზიანგიტი	მწვავე ბაქტერიული ინფექცია დაზიანებული ქსოვილიდან ან ნაკეთილდან (ჩვეულებრივ სტრეპტოკოკი) ვრცელდება დიფუზურ სისტემაში	ფეხები ან მკლავები
იმიტაციები* *მწვავე ცელულიტი*	კანის და კანქვეშა ქსოვილის მწვავე ბაქტერიული ინფექცია	მკლავებში, ფეხებში ან სხვა ადგილებში
კანქვეშა ანთება	კანქვეშა ანთებითი დაზიანება, რაც ხშირად ახლავს სხვადასხვა სისტემურ მდგომარეობებს, როგორიცაა ოსტეომიელიტი, სარკომები და სტრუქტურული ინფექცია	ფეხების ქვედა ნაწილების წინა ზედაპირები

* შეცდომით ვარიანტად შეიძლება მწვავე ზედაპირული თრომბოფლებიტად ჩაითვალოს

მიმდინარეობა	ხელშემწყობი ფაქტორები	შემამსუბუქებელი ფაქტორები	თანმხლები გამოვლინებები
საკმაოდ ხანმოკლე; ტკივილი აიძულებს ავადმყოფს, ჰომ გაჩერდეს	დატვირთვა, ჰოგორიცაა სიარული	მოსვენება ტკივილს აჩერებს 1-3 წთ-ის განმავლობაში	აღგილობრივი სისუსტე, გაშეშება, პულსის შესუსტება, ხშირად არტერიული უკმარისობის ნიშნები (იხ. გვ. 495)
მედმივი, ხშირად ღამით აღვიძებს ავადმყოფს	ფეხის ზემოთ აწევა	ჩამომშვებელი ფეხებით დიდხანს ჯდომა	გაშეშება, ჩხვლეტა, არტერიული უკმარისობის ტიპიური ნიშნები და ფერის შეცვლა (იხ. გვ. 495)
უეცარი დაწყება; თანმხლები სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს ტკივილის გარეშე			გაცივება, გაშეშება, სისუსტე, დისტალური პულსის არარსებობა
შედარებით ხანმოკლე (წუთები), მაგრამ მოჰყვება	სიცივეზე ყოფნა, ემოციური მდგომარეობა	თბილი გარემო	დისტალური თითების ფერის შეცვლა: მძიმე სინდრომს (დიაგნოზისთვის მნიშვნელოვანია) მოჰყვება ციანოზი და შემდეგ ისევ სინდრომ
მწვავე ეპიზოდი გრძელდება რამოდენიმე დღე ან კვირა მეტი			ტკივილი სინდრომ, შესიება, მტკივნეულობა, ზონარი ჰიპერემიით, შესაძლოა ცხელება
სიმპტომების სიმკვრივის გამო ხშირად დადგენა ძნელია			
ქრონიკული, დროთა განმავლობაში მატულობს	ხანგრძლივი დგომა	ფეხების აწევა	ტერფის და წვივის შესაძლო შესიება და ტკივილი მტკივნეულობა წვივის არეში, ხშირად ღამით
			ქრონიკული შეშუპება, პიგმენტაცია, შესაძლოა დაწყლულება (იხ. გვ. 495)
საკმაოდ ხანმოკლე, მაგრამ მოჰყვება ქრონიკული, ხანგრძლივი, უარესდება ღამით	დატვირთვა	მოსვენება თამბაქოს მოხმარება ხელს უწყობს ტკივილის განვითარებას (მაგრამ ავადმყოფი იშვიათად წყვეტს მონევას)	დისტალური გაცივება, შესიება, გაშეშება და ციანოზი; თითებზე წყლულების ან განგრენის განვითარება; მიგრაციული თრომბოფლებიტი
მწვავე ეპიზოდი გრძელდება დღეები ან უფრო მეტი			ხანზე წითელი ზოლები, ღრმფური ჯვანძების ტკივილით, გადიდებით და ცხელებით
მწვავე ეპიზოდი გრძელდება დღეები ან უფრო მეტი			დიფუზური შესიების, სინდრომ და მტკივნეულობის ღრმალური უბანი ღრმფური ჯვანძების გადიდებით და მტკივნეულობით; ზონარი არ ისინჯება
ტკივილს ახლავს სხვადასხვა დაზიანებები რამოდენიმე ჯვირის განმავლობაში			ხანზე ნამწვეული, წითელი, მტკივნეული მოკლედვე ჯვანძები; ხშირია სისუსტე, სახსრების ტკივილი და ცხელება

თავი IV. ■ ■ ■

ართრიტების და ვენების ქრონიკული უმოძრაობა

	ქრონიკული ართრიტული უმოძრაობა (განვითარებული)	ქრონიკული ვენური უმოძრაობა (განვითარებული)
	 სინიშნე იშვიათი ნყელი	
ტკივილი	ხანგამოშვებითი ხოჭლობა, ტკივილი მოსვენებისას არ არის ან ყოჭ ტკივილია	ჩამოშვების დროს
შეშუპება	შესუსტებულია ან არ ისინჯება	ნორმალური, თუმცა შეშუპების გამო შეიძლება ძნელად ისინჯებოდეს
ფერი	ფერმკრთალი, განსაკუთრებით აწევისას, მუქი წითელი ჩამოშვებისას	ნორმალური ან ციანოზი ჩამოშვების დროს. გაქრონიკების შემთხვევაში ვითარდება პეტექიები და შემდეგ მოყავისფრო ლაქები
ტემპერატურა	გრილი	ნორმალური
შეშუპება	არ არის ან მცირეა; შეიძლება განვითარდეს, როდესაც ავადმყოფი ცდილობს ტკივილი შეამციროს ფეხების ქვემოთ ჩამოწევით	აღინიშნება, ხშირად მნიშვნელოვანი
ჯანის ცვლილებები	ტროფიკული ცვლილებები: გათხელებული, ბრიალა, ატროფიული. წვივებზე და ტერფებზე თმა გაცვენილია; ფრჩხილები გასქელებულია და ჯილყები მასვილი.	ხშირია მოყავისფრო პიგმენტაცია წვივებზე. შეგებებითი დერმატიტი და ჯანის შესაძლო გასქელება, ნაწიბურების განვითარების გამო ფეხების დაწვრილება
დაწყება	თუ აღინიშნება, ვითარდება ფეხის თითებზე ან ფეხის ტრავმირებულ უბნებში	თუ აღინიშნება, ვითარდება წვივის გვერდებზე, განსაკუთრებით მედიალურად
განგრენა	შეიძლება განვითარდეს	არ ვითარდება



ანტიგენი უკმარისობა

ეს მდგომარეობა ვითარდება ფეხის თითებში, ტერფებში ან ტარვის უბნებში (მაგ. ნივებზე). გარშემომყოფ ქსოვილებში არ აღინიშნება გამაჯერებელი ან ჭარბი პიგმენტაცია. თუმცა შეიძლება ატროფიული იყოს. ტკივილი ხშირად ძლიერია, ხადგან მისი მიზეზი ნეირობათია. შეიძლება ახლდეს განგრენა ჰელსის შემცირებით, ტროფიკული ცვლილებებით, ფეხის განითლებით ანევის დროს, ხოლო მუქი წითელი შეფერილობით ჩამომვების დროს.



ქრონიკული ვენური უკმარისობა

ეს მდგომარეობა ვითარდება ნივებზე უფრო ღრმად ან ზოგჯერ ზედაპირულად. გარშემომყოფი ქანი პიგმენტურია და ხამდენადმე ფიბროზული. ტკივილი ძლიერი არ არის. განგრენა არ ვითარდება. თანმხლები ნიშნებია შეშუპება, პიგმენტაცია, შეგუბებითი დერმატიტი, ფეხის ჩამოშვებისას შესაძლოა ციანოზის განვითარება.

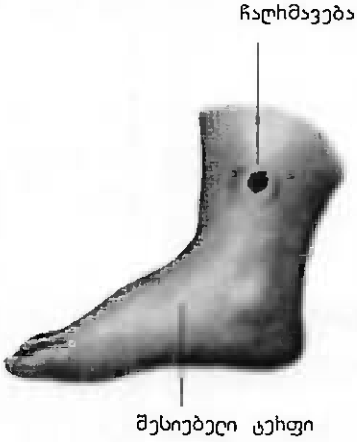


ნეირობათიული წყლული

ეს მდგომარეობა ვითარდება ხენოლის მედეგად იმ უბანში, სადაც დაქვეითებულია მგრძნობელობა (მაგ. დიაბეტური ნეირობათიის დროს). გარშემომყოფი ქანი გამქვივებულია. ტკივილი არ აღინიშნება, თუმცა შეიძლება განვითარდეს შეუმჩნეველი წყლულების დროს. გაუთელებელ შემთხვევაში განგრენა არ აღინიშნება. თანმხლები სიმპტომებია მგრძნობელობის დაქვეითება და ნივის ჰეფლექსის არ არსებობა.

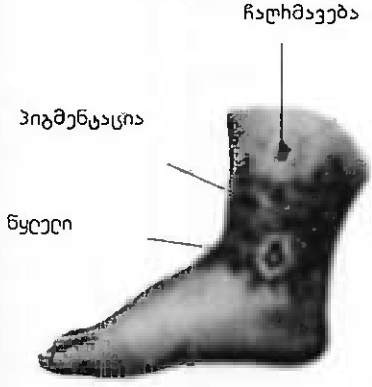
შეშუპების ზოგადითი პრინციპები

სხეულის სითხის დაახლოებით მესამედი უჯრედშორის სივრცეშია. ამ სითხის დაახლოებით **25%**-ს პლაზმა წარმოადგენს, დანარჩენი ინტერსტიციული სითხეა. ჯაჭვისებების არტერიულ დაბოლოებებში სისხლძარღვებში *ჰიდროსტატიკური წნევა* და ინტერსტიციუმში *ონკოზური წნევა* განაპირობებს სითხის გადასვლას ქსოვილებში. ჯაჭვისებების ვენურ დაბოლოებებში და ღიმფურ ძარღვებში ინტერსტიციუმის ჰიდროსტატიკური წნევა და შარცის ცილების ონკოზური წნევა იწვევს სითხის დაბრუნებას სისხლძარღვოვან ქსელში. ჰიგი ლენინური მდგომარეობებისა არღვევს ამ წონასწორობას, რის შედეგადაც ვითარდება *შეშუპება*, ანუ ინტერსტიციული სითხის დაგროვების ლენინური გამოვლინება. ქვემოთ სქემათ არ არის ნაჩვენები ჯაჭვისებების გაფონვის სინდრომი, როდესაც ცილა გადის ინტერსტიციულ სივრცეში. ეს პროცესი ახასიათებს დამწვრობას, ანგიონევროზულ ანაფილაქსიას, გველის ნაკბენს და ალერგიულ რეაქციას.



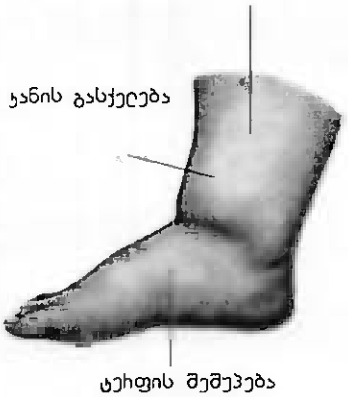
შეშუპება ჩაღრმავების განვითარებით

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 ჯაჭვისებებში ჰიდროსტატიკური წნევის მომატება; გულის შეგებებითი უკმარისობა, როდესაც შემცირებული ნეთმოცულობა; ვენებსა და ჯაჭვისებებში ჰიდროსტატიკური წნევის მომატება. ნეფროზული სინდრომი, ღვიძლის ციროზი, ჯვების ნაკლებობა, რაც საფეძვლად ედევს შრატში ცილის შემცირებას და სისხლძარღვში ონკოზური წნევის დაქვეითებას; ჰიპერრატების მიღება.



ქრონიკული ვენური უკმარისობა

შეშუპება ხშირია, ზენოლით ჩნდება ჩაღრმავება; მოგვიანებით ხდება მოყავისფრო (მკვრივი). ჯანი შეიძლება გასქელდეს, განსაკუთრებით ნვივებზე. ტერფებზე ხშირია ნყლულების, პიგმენტაციის და შეშუპების განვითარება, იშვიათად ორმხრივია. მაგალითებია ღრმა ვენების ქრონიკული ობსტრუქცია და სარქველების უკმარისობა.



ღიმფური შეშუპება

ადრეული სტადიაზე შეშუპება ხშირია. შემდეგ მკვრივი ხდება და ზენოლით ჩაღრმავება არ ჩნდება. ჯანი შესამჩნევად გასქელებულია, ნყლულები იშვიათად ვითარდება. პიგმენტაცია არ აღინიშნება. შეშუპება ვითარდება ტერფებსა და თითებზე, ხშირად ორმხრივია. ღიმფური შეშუპება ვითარდება ღიმფური ძარღვების ობსტრუქციის შედეგად სიმსივნით, ფიბროზით ან ანთებით, ისევე როგორც იღლიის ღიმფური ჯვანძების ამოკვეთის და სხივური თერაპიის შედეგად.

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემა

15

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის შეფასება

თავის ახალი სტრუქტურის ელემენტები

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის მხრივ ჩივილები და დარღვევები ექიმთან ვიზიტის ერთ-ერთი ნამყვანი მიზეზია ჯერიატრიაში. ნელის ახლო ტკივილს მეხუთე ადგილი უჭირავს ექიმთან ვიზიტის მიზეზებს შორის და სისშირით მეორე სიმპტომია, რის გამოც ავადმყოფს ექიმის დახმარება ესაჭიროება.[1] ამ თავის სტრუქტურა ჩამდენადმე შეიცვალა, რათა დაგეხმაროთ, გააფართოვოთ თქვენი მიდგომა და გამოკვლევის ტექნიკა სახსრების სწორი დაავადებების შესწავლის მიზნით.

ამ თავში განხილულია ძირითადი სახსრების და მათთან დაკავშირებული ძვლოვანი სტრუქტურების, ხუთების და რბილი ქსოვილების აგებულება და ფუნქციები. სახსრების შეფასების სპეციფიკური ბუნების გამო, ამ თავის სტრუქტურა განსხვავდება სხვა სისტემებისადმი მიძღვნილი თავებისგან. სახსრების მხრივ ჩივილების შეფასება მოითხოვს ჩოგორც ვიზუალიზაციის, ასევე ზედაპირული ნიშნების და ქვემშელებარე 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-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევისადმი მიდგომის განვითარებისთვის, განაგრძეთ 498 გვერდზე მიყვეთ "თავიდან ფეხის თითებამდე" მიმდევრობას, რაც იწყება ქვედა ყბიდან და ზედა კიდურების სახსრებიდან, შემდეგ მოჰყვება ხერხემალი, თეძოები და ქვედა კიდურების სახსრები.

(გაგრძელება)

- ქვედაყბის სახსარი
- მხარი
- იდაყვი
- მაჯა და მტევანი
- ხერხემალი
- ბარძაყი
- მუხლი და ფეხის ქვედა ნაწილი
- ნივთი და ტერფი

თითოეული სახსრისთვის არის შესაბამისი *სახსრების მიმოხილვა, ძვლების და სახსრების აგებულება, ჯუნთების ჯგუფები, ხლომებებარე სახსრები და გამოკვლევის მეთოდები*

- *სახსრების მიმოხილვა* აგებულია ისე, რომ გაარჩიოთ თითოეული სახსრის ანატომიური და ფუნქციური მახასიათებლები. როდესაც ისწავლით შესაბამის განაკვეთებს, იკითხეთ თქვენს თავზე ან სტუდენტზე, ყანზე გაარჩიოთ სახსრების საპროექციო არეები.
- შემდეგ მოდის *გამოკვლევის მეთოდები*; სადა ისწავლოთ სახსრის გამოკვლევის ფუნდამენტური საფეხურები — ინსპექცია, ძვლების უბნების და ჩაბიდი 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* პერიარტიკულარული იოგები, მყესები, აპკა, ჯუნთი, ფასცია, ძვალი, ნერვი და მიმდებარე ყანი.
- *იოგი* არის თოკისებური ფიბროზული ბოჭკოების ჯონა, რომელიც ძვლებს ერთმანეთთან აერთებს
- *მყესი* არის ფიბროზული ბოჭკო, რომელიც აერთებს ჯუნთს ძვალთან. ფიბროზის სხვა ტიპის მატრიცა ნარმოქმნის ხრტილს, რომელიც ფარავს ძვლის ზედაპირს.
- აპკა არის სინოვიური სითხის ჩანთა, რომელიც არბილებს მყესების და ჯუნთების მოძრაობას ძვლებზე ან სახსრის სხვა სტრუქტურებზე.

სახსრის ფუნქციის გარჯვევისთვის შეისწავლეთ სხვადასხვა ტიპის სახსრები, როგორც ხდება შესახსრება და როგორია აპკის როლი სახსრის მოძრაობის გაადვილებაში.

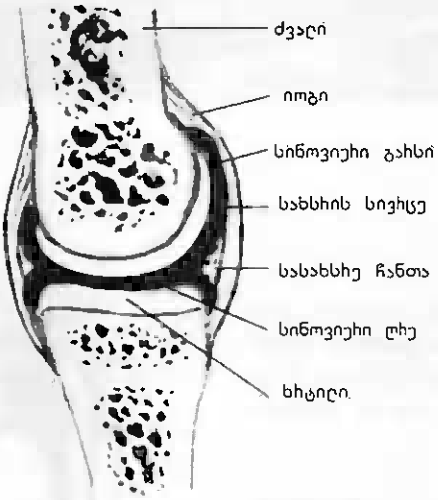
სახსრების ტიპები

არსებობს სახსრის შეერთების სამი ძირითადი ტიპი – სინოვიური, ხრტილოვანი და ფიბრო-ზული – რაც განაპირობებს სახსრების სხვადასხვა ხარისხით მოძრაობას.

სახსრები

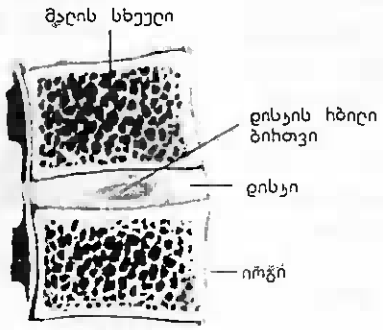
სახსრის ტიპი	მოძრაობის ამპლიტუდა	მაგალითი
სინოვიური	აღვილად მოძრავი	მუხლი, მხარი
ხრტილოვანი	ნაკლებად მოძრავი	ხერხემლის მალის სხეული
ფიბრომზული	უმოძრაო	თავის ქალას ნაკერები

სინოვიური სახსრები. ძვლები ერთმანეთს არ ეხება და სახსარი *თავისუფლად მოძრავია.* ძვლები დაფარულია ხრტილით და ერთმანეთისგან გამოყოფილია სინოვიური ღრუთი, რაც არბილებს სახსრის მოძრაობას, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. *სინოვიური გარსი* ქმნის *სინოვიურ ღრუს* და გამოყოფს მცირე რაოდენობით ნებოვან სითხეს – *სინოვიურ სითხეს.* გარსი მიმაგრებულია სახსრის ხრტილის ჯიღებზე და ნარმოქმნის ჩანთას, რათა უზრუნველყოს სახსრის მოძრაობა. სინოვიურ გარსს აკრავს ფიბრომზული *სახსრის ჩანთა,* რომელიც გამაგრებულია ძვლიდან ძვლამდე გადაჭიმული იოგებით.



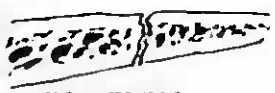
სინოვიური

ხრტილოვანი სახსრები. მაღთაშუა და ბოქვენის სახსრები *ნაკლებად მოძრავია.* სახსრის ზედაპირები გამოყოფილია ფიბრომზულ-ხრტილოვანი დისკებით. თითოეული დისკის ცენტრში *ხშირი ბოჭკოვანია,* ეს არის ფიბრომზულ-ხრტილოვანი ნივთიერება, რომლის დანიშნულებაა ძვლების ზედაპირების შეხების შემცირება.



ხრტილოვანი

ფიბრომზული სახსრები. ისეთ სახსრებში, როგორიცაა თავის ქალას ნაკერები, შუამდებარე ფიბრომზული ქსოვილი ან ხრტილი მჭიდროდ აერთებს ძვლებს. ძვლები უშუალოდ ეხება ერთმანეთს და მათ შორის *მოძრაობა არ ხდება.*


ფიბრომზული

სინოვიური სახსრების აგებულება

როდესაც ისწავლით ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევას, დაფიქრდით იმაზე, თუ როგორ ურთიერთშია სახსრის აგებულება მის მოძრაობასთან.

სინოვიური სახსრები

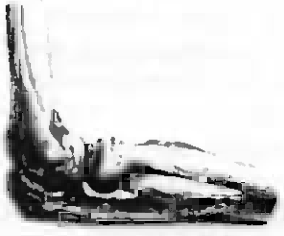
სახსრის ტიპი	მესახსრეების ფორმა	მოძრაობა	მაგალითი
სფეროსებური (ბუთი და ბუდე)	ამობურცული ზედაპირი ჩაღრმავებულ ღრუში	დიდი ამპლიტუდით მოხრა, გაშლა, მოზიდვა, განზიდვა, ტრიალი, წრიული მოძრაობა	მხრები, თეძოები
ანჯამისებური	ბრტყელი	ერთ სიბრტყეში მოძრაობა, მოხრა, გაშლა	ფალანგთაშორისი სახსრები, იდაყვი
ოვალისებური	ამოზნექილი ან ჩაზნექილი	სასახსრე ზედაპირების მოძრაობა არ არის განსაზღვრული	მუხლი, ქვედა ყბა

ჩვენს მიერ გამოკვლეული სახსრათა უმეტესობა არის სინოვიური, მოძრავი. სასახსრე ზედაპირების ფორმა განსაზღვრავს მოძრაობის მიმართულებას და ამპლიტუდას.

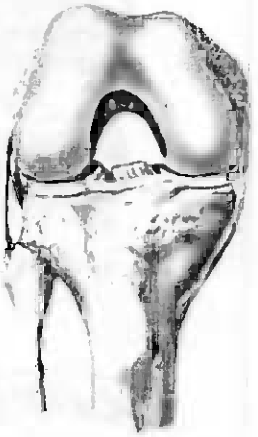
- *სფეროსებური სახსრებს* აქვს ბურთის და ბუდის კონფიგურაცია – მომრგვალო, ამოზნექილი ზედაპირი ესახსრება ფიალისებურ ჩაღრმავებას, რაც დიდი ამპლიტუდით მოძრაობის საშუალებას იძლევა მხრებსა და მენჯის სახსრებში.
- *ანჯამისებური სახსარი* ბრტყელია ან ოდნავ ამოზნექილი, რაც მხოლოდ ერთ სიბრტყეში ხრიალის საშუალებას იძლევა, როგორიცაა თითების მოხრა და გაშლა.
- *ოვალისებურ სახსარში*, როგორიცაა მუხლი, სახსრის ზედაპირი ამობურცულია ან ჩაბურცული, რასაც ეწოდება კონდილი



სფეროსებური სახსარი (ბურთი და ბუდე)



ანჯამისებური სახსარი



ოვალისებური სახსარი

აბგა. სახსრის მოძრაობას ადევნებს აბგა, უხეში დისკის ფორმის სინოვიური ჩანთა, რაც საშუალებას აძლევს ჯუნთებს და მყესებს ისრიალოს ერთმანეთის მიმართ სახსრის მოძრაობისას. ისინი მდებარეობენ ჯანსა და ძვლების ან სახსრის ამობურცულ ზედაპირზე (ჩოგორიცაა მუხლის ჯვრისკავის ზედა აბგა, გვ. 546) ან იმ უბნებში, სადაც მყესები ან ჯუნთები ეხება ძვლებს, მყესებს ან სხვა მყესებს და ჯუნთებს (ჩოგორიცაა მხრების აკრომიონის ქვედა აბგა, გვ. 514).

სახსრების ანატომიის და მოძრაობის ცოდნა მოგეხმარებათ შეაფასოთ ტრავმირებული სახსარი. ხბილი ქსოვილების, იოგების, მყესების და აბგის სტრუქტურის ცოდნა ასევე დაგეხმარებათ შეაფასოთ ასაკობრივი და პრთრიტის დროს განვითარებული ცვლილებები.

ანამნეზი

ხშირი ან განსაკირვებელი სიმპტომები

- ნელის ტკივილი
- კისრის ტკივილი
- მონოარტიკულური და პოლიარტიკულური სახსროვანი ტკივილი
- სახსრების ანთებით და ინფექციით გამონვეული ტკივილი
- სახსრების ტკივილი სისტემური გამოვლინებებით, ჩოგორიცაა ცხელება, მემკვიდრეობა, გამონაყარი, უმადობა, ნონის კლება, 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, გარმართოთ გამოკვლევა და დასვათ დიაგნოზი:

- სთხოვეთ ავადმყოფს, გიჩვენოთ *"ტკივილის ადგილი"*. ეს დაზოგავს დროს, ვინაიდან ავადმყოფის ახსნა-განმარტება შეიძლება ძალიან მრავალფეროვანი იყოს.

- დაადგინეთ და ჩანერეთ *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-კუნთოვანი სისტემის ყველაზე ხშირი და გავრცელებული დარღვევაა. გამოკითხვის ჩვეული ფორმის გამოყენებით, დაადგინეთ პორბლემის ნათელი სურათი, განსაკუთრებით ლოკალიზაცია. გაარკვიეთ ტკივილი თუ ხასიათი.

იხ. ცხრილი 15-1, ნელის ტკივილი, გვ. 560.

ხეხემაღზე თუ შეახახს გახეთ. თუ ტკივილი ფეხებზე ვრცელდება, ჰკითხეთ ახლავს თუ არა გამეშება, ჩხვლეტა ან სისუსტე.

შეა ხაზზე წელის ტკივილის მიზეზებია ჯუნთების ან ძვლების დაჭიმვა, ხეხემლის სისუსტე, დისკის თიაქარი ან მეტასტაზი ხეხემაღში. *შეახახს გახეთ ტკივილი* შეიძლება განვითარდეს საჭოლიეტის, 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 კომპრესიის დროს აღინიშნება.

სახსრების ტკივილი. ხართ დაინტერესებული 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 წარმომობილი 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 დენდელოების 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 ციბრუტის ახლოს *ციბრუტის 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;* ჰორგრესული ტკივილი სიმეტრიულ სახსრებში ტიპიურია *რევმატოიდული ართრიტისთვის.*

დაიმახსოვრეთ, რომ სახსრის არეში ტკივილი შეიძლება *არასახსროვანი წარმომობის* 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 ჰრობლემები მოიცავს აბგის ანთებას (*ბურსიტი*), მყესის ანთებას (*ტენდინიტი*) ან მყესის გარსის ანთებას (*ტენოსინოვიტი*); ასევე ოროების გაჭიმვას.

შეაფასეთ სახსრის სიმპტომების ხანგრძლივობა, ხარისხი და სიმძიმე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია *მიმდინარეობა.* ტკივილი ან დისკომფორტი სწრაფად განვითარდა რამოდენიმე საათში თუ თანდათანობით ჯვრების და თვეების განმავლობაში? ტკივილი ნელა ჰრogრესირებს თუ ცვალებადია, გაუმჯობესების და გაუარესების პერიოდებით? რამდენ ხანს გრძელდება ტკივილი? დღის განმავლობაში როდის ვლინდება? დილით? დღის ბოლოს?

სწრაფად დაწყებული ძლიერი ტკივილი სახსრის შესიებით, როდესაც ცხავმა არ აღინიშნება, მწვავე სეფსისური 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 ცხავმაა, როგორი იყოს დაზიანების მექანიზმი ან მოვლენათა თანმიმდევრობა, რამაც ტკივილი გამოიწვია? ხა აძლიერებს ან ამსუბუქებს ტკივილს? როგორ მოქმედებს ვარჯიში, დასვენება და მკურნალობა?

ეცადეთ გაარჩიოთ, ჰიობელმა *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 არის*; ასევე განიხილეთ *ნიკრისის ქარი* და შესაძლო *ჰევმატიზმი.*

დამატებითი სიმპტომები, როგორიცაა *შესიება, მოძრაობის გაძნელება და შეზღუდვა*, დაგეხმარებათ დაადგინოთ ტკივილის სახსროვანი ნარმომშობა. ფრთხილად დაადგინეთ *შესიების* ადგილი. თუ *მოძრაობა გაძნელებულია*, მისი შეფასება ხშირად ხდება, ვინაიდან ავადმყოფები ტერმინს სხვადასხვა მნიშვნელობით ხმარობენ. ძვალ-ხრტილოვან სისტემასთან დაკავშირებით, მოძრაობის გაძნელება აღნიშნავს შებოჭვის შეგრძნებას, ანუ მოძრაობის მიმართ ჩვისტენტობის 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 პირები მოძრაობის გაძნელებას და ხრტილების ტკივილს გრძნობენ ზედმეტი ვარჯიშის შემდეგ, განსაკუთრებით ვარჯიშის მეორე დღეს.

ჩოძრაობის შეზღუდვა და გაძნელება უმოძრაობის შემდეგ, ზოგჯერ მას სახსრის შედედებას უწოდებენ, სახსრების დეგენერაციული დაავადებების დროს აღინიშნება. უფრო ხშირად ხარობენ წლის გრძელდება. მოძრაობის შეზღუდვა e" 30 წთ ჩვეულებრივი ართრიტის და სხვა ანთებითი ართრიტების დროს აღინიშნება. მოძრაობის შეზღუდვა აღინიშნება ასევე *ფიბრომიალგიის* და *ჩვეულებრივი პოლიმიალგიის* დროს.

მოძრაობის შეზღუდვის შეფასებისთვის ჰკითხეთ ავადმყოფს, სახსრის ჰიობელმის გამო როგორ შეიცვალა მისი აქტივობის დონე. თუ აქტივობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია, დანვრილებით გამოკითხეთ ავადმყოფის ცხოვრების, ფეხზე დგომის, წინ დახრის, ჯდომის, ნამოდგომის, სიმაღლეზე ასვლის, აღმართში სიარულის, ხელების შემოხვევის, გადაფურცვლის, ჯაჭვების გაღების, ასევე თმის დავარცხნის, კბილების გამოხეხვის, ჭამის, ჩაცმის და დაბანის შესაძლებლობა.

გენერალიზებული სიმპტომები ახასიათებს *ჩვეულებრივ ართრიტს, სისტემურ წითელ მგლურას, ჩვეულებრივ პოლიმიალგიას* და სხვა ანთებით ართრიტებს. მაღალი ცხელება და შემცივნება დაავადების ინფექციის მიზეზზე მიუთითებს.

ბოლოს, სახსრების ზოგიერთ ჰიობელმას სისტემური დაზიანების ნიშნები ახლავს, როგორიცაა ცხელება, შემცივნება, გამონაყარი, უმადობა, წონაში დაკლება და სისუსტე.

სახსრების სხვა პათოლოგიები, შეიძლება, *დაკავშირებული იყოს სხვა ორგანოებთან და სისტემებთან.* სხეულის ნორმალურ უბანში განვითარებული სიმპტომები შეიძლება მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლეოდეს ამ ჰიობელმის შესახებ. ამიტომ ყურადღება უნდა მიაქციოთ შემდეგ სიმპტომებს:

- *კანის მდგომარეობა*

  პეპლის ფორმის გამონაყარი სახეზე — *სისტემური წითელი მგლურა*

  ქერცლოვანი გამონაყარი და ნეკნისებრი ფორმის ზედაპირის დროს — *ფსორიაზული ართრიტი*

  მცირე ტრავმით პაპულა, პუსტულა ან ვეზიკულა მონაცვლეობით ფეხებზე, ხშირად ტერფების ნაწილებზე ვითარდება — *გონოკოკური ართრიტი*

  დაავადების დასაწყისში გავრცელებული ერითემული ღაქები — *ლაიმის დაავადება*

  ჭინჭრის ცება — *მრავლისმიერი დაავადება, ნაწლავისმიერი ანთება*

  ასოზე ერთზე ეროზიები და ქერცლები და ხელის და ფეხის გულებზე აქერცლილი პაპულები — *Reiter-ის (რეიტერის) სინდრომი*, რომელიც ასევე მოიცავს ართრიტს, უვეიტს და ურეთრიტს

მაჯელო-პაპელური გამონაყარი ნითურას დროს	*ახალშობილი ნითურას დროს*
დოლის ჩხირისებური თითები (იხ. გვ. 150)	*ჰიპერტროფიული ოსტეოართროპათია*
თვალების წვა, ქავილი და სინათლე (*ფონიუნქტივიტი*)	*Reiter-ის (ჰეიტერის) სინდრომი, Behcet-ის (ბეჩეტის) სინდრომი*
წინ უძღვის *ყელის ტკივილი*	*მწვავე ჰეპატიზმი ან გონოკოკური ახალშობილი*
ფალარათი, ტკივილი მუცლის არეში, სპაზმები	*ახალშობილი წყლულოვანი კოლიტის დროს, ჰეგიონული ენტეროპატია, სალმონელოზის*
უმეთქიტის სიმპტომი	*ჰეიტერის სინდრომი ან შესაძლო გონოკოკური ახალშობილი*
მენტალური სტატუსის ცვლილება, სახის ან სხვა ჯუნთების სისუსტე, ჯისჩის ჩიგდობა	*Lyme-ის (ლაიმის) დაავდება ცენტრალური ნეკვეღი სისტემის დაზიანებით*

ჯანმთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმთელობის ხელშეწყობის და განხილვის მნიშვნელოვანი პრობლემები

- დაბალანსებული კვება, ვარჯიში, წონის კონტროლი
- სიმძიმის ანევრიზმა და ზურგის ბიომექანიკა
- ნაკლევის ჩისკ-ფაქტორები და პროფილაქტიკა
- ოსტეოპოროზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ინტეგრაციის შენარჩუნებაში დიდ როლს ასრულებს ყოველდღიური ცხოვრების წესი – ბალანსირებული კვება, ჩვეულებრივი ვარჯიში, წონის კონტროლი. როგორც ამ თავშია ნაჩვენები, ყოველ სახსარს გააჩნია სპეციფიკური მგრძნობელობა ტრავმის და კვეთის მიმართ. სიმძიმის ანევრიზმის კონტროლი, ვარდნისაგან თავის დაცვა, სათანადო საქმიანობის შესრულება, ფიზიკური ვარჯიში იცავს კუნთების და სახსრების ნორმალურ ფუნქციონირებას.

ჯანმრთელი 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 შეკანიკურ ცვეთას, როგორიცაა მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრები. ჩვეულებრივი 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 სარეველის ან ველოსიპედის ტარება 30 წთ-ის განმავლობაში, აუმჯობესებს ჯანმრთელობას. 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 უკთხელ მაინც ჰქონის *წელის ტკივილი.*[4] ჩვეულებრივ, სიმპტომები ხანმოკლეა, მაგრამ ადამიანთა 30%-60%-ს აღენიშნება მოხეცილივე ტკივილი. ჩეკომენდებულია ვარჯიში, რომლის შედეგად იჭიმება წელის არე, განსაკუთრებით გაშლა და მოხრა, და რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაცია (თუმცა ჯვლევებში არ არის ნაჩვენები ამ ღონისძიებების ეფექტურობა).[5] ადექვატური ვარჯიშები ისეთივე ეფექტურია. პაციენტი, რომელსაც ხშირად უწევს სიმძიმის ანევრა, უნდა იცნობდეს სიმძიმის ანევრის, პოზის და დაზიანების ბიომექანიკას, მაგალითად, ექთნები, მძიმე მექანიზმების ოპერატორები, კონსტრუქციებზე მომუშავეები. ჰოფესიული წელის ტკივილის ცხრა მზარდი ფიზიკური ვარჯიში და ჩვევების შეცვლა აუმჯობესებს ფუნქციურ მდგომარეობას და შრომის უნარს.[6] შესაბამისი ჰოგრამები ფოკუსირებულია ფუნქციურ 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 ჩონი 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, წონასწორობის დარღვევას, წელში მოხრას, ცნობიერების დარღვევას დემენციის ფონზე, მხედველობის დაქვეითებას, ჰიპოჰიპოქსემიას და ოსტეოპოროზს. ცუდი განათება, საფეხურები, მოუხერხებელი სიმაღლის საკმები, სრიალა ან არასწორი ზედაპირი, მოუხერხებელი ფეხსაცმელი წარმოადგენს გარემო საფრთხეებს, რაც უნდა გამოსწორდეს, როდესაც ეს შესაძლებელია. სახლში ჯანმთელობის შეფასებამ დადასტურებული გამოყენება ჰპოვა გარემო საფრთხეების შემცირებაში, ისევე როგორც სავარჯიშო ჰროგრამები აუმჯობესებს 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 ჯანმთელობისთვის მნიშვნელოვან საფრთხეს წარმოადგენს 44 მილიონი ამერიკელისთვის, რომელთა 68%-ს ქალები შეადგენენ.[8] 50 წლის ზევით ყოველ მეოთხე ქალს და ყოველ მეოთხე მამაკაცს აღენიშნება ოსტეოპოროზით გამონვეული მოტეხილობა. ჯანმთელობის 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 წარმოქმნასა და ძვლის ჩეზორბცვას შორის. ჯანმთელობის 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 დროს ძვლის მიკროარქიტექტურა დარღვეულია.[9]

ამშ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფის რეკომენდაციით 65 წლის ზევით ასაკის ქალებს ესაჭიროებათ ძვლის სიმკვრივის ჩვეული კვლევა.[10] ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორები და გამოკვლევის რეკომენდაციები მოიცავს სხეულის დაბალ წონას, ესტროგენების დეფიციტს, თეთრ ჩასას (თუმცა რისკი აფრიკელი ამერიკელებისთვის ასევე დიდია), ოსტეოპოროზის ოჯახურ ანამნეზს, თამბაქოს მოხმარებას და წარსულში გადატანილ ხერხემლის მოტეხილობას. 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 ჩეზორბციას – კალციუმი, D ვიტამინი, კალციტონინი, ბისფოსფონატი და ესტროგენი – მაგრამ სხვადასხვა გადაწყვეტილებებს შორის შეთანხმება კლინიკური მართვის შესახებ ჯერ კიდევ მიღწეული არ არის. ჩრიტერიუმები არ არის ზუსტად დადგენილი, თუ ხომელ ქალს ეკნება მენოპაუზის პერიოდში მოტეხილობის გაზრდილი რისკი ერთი ან ორი დეკადის შემდეგ. ძვლის სიმკვრივის დონის მიხედვით სამკურნალო პრეპარატების დოზის შერჩევის ჩეკომენდაციები ჯერ კიდევ დგინდება. ესტროგენებით მკურნალობა ამცირებს ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის რისკს, თუმცა არ არსებობს კვლევები, სადაც შესწავლილია ესტროგენების გავლენა ბარძაყის ძვლის მოტეხილობაზე, როგორც პირველად შედეგზე.[9] მიუხედავად ესტროგენების გავლენისა ძვლის სიმკვრივეზე, ბოლო შრომებმა აჩვენა ინსულტის განვითარების რისკის ზრდა ქალებში, ვინც იტარებდა ჰორმონებით ჩანაცვლებით თერაპიას და არ არიან დაცულნი გულის იშემიური დაავადების განვითარებისგან; ესტროგენ-პროგესტინით მკურნალობის ორ კვლევაში ასევე ნაჩვენებია ძალზე ციბოს რისკის მომატება.[13-15] ამშ დაავადებათა პროფილაქტიკის სამუშაო ჯგუფი (U.S. Preventive Services Task Force) არ უწევს ჩეკომენდაციას პოსტმენოპაუზის პერიოდში ესტროგენებისა და პროგესტინის ჩვეულებრივ მიღებას ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკის მიზნით.[16] შეისწავლეთ ბისფოსფონატის, კალციტონინის და ახალი სელექტიური ესტროგენების ჩეცეპტორების 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
- გაშემომყოფი ქსოვილების დათვალიერება და პალპაცია ჯანის ცვლილებების, ჯვანძების, ჯუნთების ატროფიის, ჯრეპიტაციის 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, როგორიცაა შესიება, გაცხელება, მტკივნეულობა და სინითლე.

გამოკითხვის დროს უნდა გაარკვიოთ, როგორია ავადმყოფის ყოველდღიური აქტივობა. დაიმახსოვრეთ მისი შესაძლებლობები გასინჯვის დროს.

პაციენტის გასინჯვის დასაწყისში უნდა შეაფასოთ ზოგადი მდგომარეობა, სხეულის პოზიციონირება, მოძრაობის ხასიათი. 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 ჰიალუნოვანი სტრუქტურების პალპაციას, მოძრაობის ამპლიტუდის შეფასებას და *სპეციალურ მანევრებს*, რათა გამოკვლიოთ სპეციფიკური მოძრაობები. გაიხსენეთ, რომ თითოეული სახსრის ანატომიური ფორმა განსაზღვრავს მოძრაობის ხასიათს.[18]

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის სრულფასოვანი გამოკვლევის ძირითადი ეტაპები

- ინსპექციის დროს დაათვალიერეთ სახსრების დაზიანების *სიმეტრიულობა*. ალინიშნება სახსრების სიმეტრიული დაზიანება, თუ მხოლოდ ერთი ან ორი სახსრის დაზიანებაა?

ასევე, დააკვირდით *სახსრის დეფორმაციას* ან *ძვლების ატროფიის* განლაგებას (გაგრძელება)

მხოლოდ ერთი სახსრის მწვავე დაზიანება მიუთითებს ტრავმაზე, სეპტიკურ ართრიტზე, ნივრისის ქარზე. *ქრონიკული ართრიტის* დროს ტიპიურია ჩამოთვლილი სახსრის სიმეტრიული დაზიანება.[19-21]

Dupuytren-ის (დიუპიუტრენის) კონტრაქტურა (გვ. 568), ფეხების გაღუნვა გარეთ ან შიგნით მუხლის სახსარში

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის სრული გამოკვლევის ძირითადი პუნქტები (გაგრძელება)

- ინსპექციითა და პალპაციით შეაფასეთ *გარშემომყოფი ქსოვილები*, დაკვირდით კანის ცვლილებებს, კანქვეშა ქსოვილებს და ჯუნთების ატროფიას. დაკვირდით სახსრის ზედაპირზე მოძრაობის დროს *ჭრილობის მსგავს ხმიანობას* ძვალზე მყესების ან ლიგამენტების ხახუნის გამო. ეს ხმიანობა ნორმალურ სახსრებზეც შეიძლება აღინიშნებოდეს, მაგრამ უფრო ხშირად მნიშვნელოვანია სხვა სიმპტომებთან ერთად არსებობის დროს.

  კანქვეშა ქსოვილები აღინიშნება ჩირქმატოვანი ართრიტის ან ჩირქმატოვის დროს. გამონაჟონი ტრავმის დროს. ანთებითი სახსრის ზედაპირზე ჭრილობაცია ახასიათებს ოსტეოართრიტს ან მყესების ანთებას

- მოძრაობის ამპლიტუდის და მანევრების შესრულების შემოწმებამ (აღწერეთ თითოეული სახსრისთვის) შეიძლება აჩვენოს *მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება* ან გაზრდა და არასტაბილურობა სახსრის ლიგამენტების გამო, რასაც *ლიგამენტების სისუსტეს* უწოდებენ.

  მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება აღინიშნება ართრიტის, სახსრის გარშემო ქსოვილების ანთების, სახსარში ან სახსრის გარშემო ფიბროზის განვითარების ან ძვლების ფიქსირების (*ანკილოზი*) დროს. ლიგამენტების სისუსტე მეხრის ტრავმის შედეგად

- ბოლოს, *ჯუნთების ძალის* შესწავლა, რაც მოგეხმარებათ სახსრის ფუნქციის შეფასებაში (ამ მეთოდისთვის იხ. თავი 17).

  ჯუნთების ატროფია ან სისუსტე *ჩირქმატოვანი 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

- *გაწითლება*. 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 სიწითლე ართრიტსა და ანთებაზე მიუთითებს

- *სიწითლე*. სახსრის ზემოთ კანის სიწითლე სახსრის ანთების ყველაზე იშვიათი ნიშანია.

  მტკივნეული სახსრის ზედაპირზე სიწითლე საფსისურ ან ნაჭრისის ქარის ართრიტზე ან *ჩირქმატოვან ართრიტზე* მიუთითებს

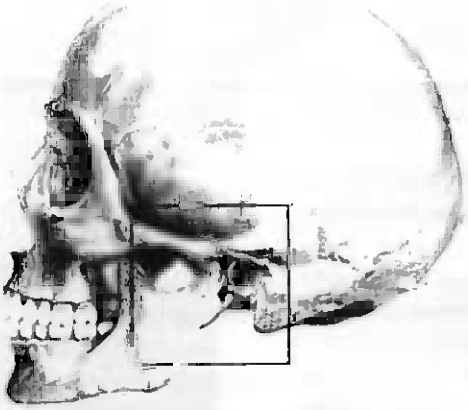
თუ აღმოაჩენს სახსრის ტკივილი აღენიშნება, ფრთხილად გასინჯეთ. ავადმყოფი თვითონ უფრო მოხერხებულად ამოძრავებს სახსარს. მიეცით საშუალება თვითონ გაჩვენოთ. თუ სახსარი ტრავმირებულია, ჩაუტარეთ ჩენტგენოლოგიური გამოკვლევა, სანამ სახსრის მოძრაობას შეისწავლით.

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოკვლევისთვის მრავალი დეტალი დაგჭირდებათ. ამ განყოფილებაში მოცემულია სახსრის ფუნქციის შედარებითი და დამიზნებითი გამოკვლევის მეთოდები. პაციენტებს, რომელთაც ხანგრძლივი ან მძიმე ჰრობლემა აქვთ, გამოკვლევისთვის უფრო მეტ დროს საჭიროებენ. პაციენტებისთვის, ვისაც ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის მხრივ ჩივილები არ გააჩნიათ, შემოკლებული გამოკვლევა მოცემულია მე-4 თავში (იხ. გვ. 105).

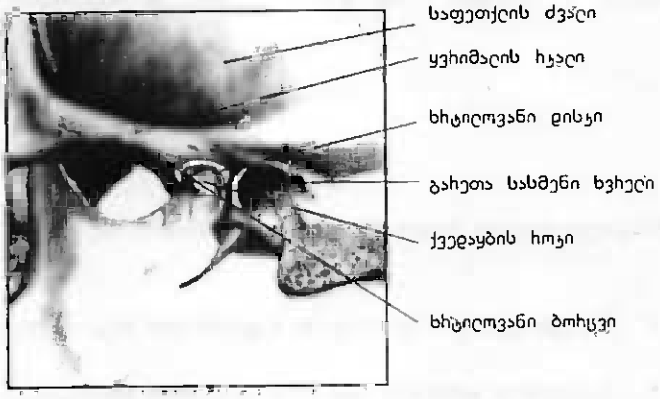
III საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარი

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 ხოჭოლი და ქვედაყბის ხოჭო. ის მდებარეობს გარეთა სასმენ მილსა და ყვრიმალის ჩაღრს შორის.



ფიბროზულ-ხრტილოვანი დისკი ანაწილებს ქვედაყბის ხოჭოს მოძრაობას სინოვიურ გარსსა და საფეთქლის ძვლების სასახსრე ზედაპირებს შორის. ამის გამო ეს არის ხოჭოსებური სინოვიური სახსარი.



ჯუნთების ჯგუფები და დამატებითი სტრუქტურები

ძირითადი ჯუნთები, რის საშუალებითაც პირი იღება, არის *გარეთა ფრთისებრი ჯუნთები.* პირის დახურვაში მონაწილეობენ *საღეჭი, საფეთქლის და შიგნითა ფრთისებრი ჯუნთები,* რომელთა ინერვაცია ხდება თავის ტვინის V და სამწვერა ნერვებით (იხ. გვ. 613).



გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია და პალპაცია

დათვალიერეთ სახის სიმეტრიულობა. დათვალიერეთ 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 მოქნევის ან ყბილების ჭახჭუნის დროს, ხშირად დაკავშირებულია სტრესთან (ასევე შეიძლება გამოვლინდეს თავის ტკივილით)



შესიება, მტკივნეულობა და მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება ანთების ან ართრიტის დროს აღინიშნება

ჩაატარეთ სახსრის პალპაცია, საჩვენებელი თითები დადეთ ოთივე ყურის წინა სახეზარის წინ და სთხოვეთ ავადმყოფს, პირი გააღოს. პირის გაღებისას თითი შეიძლება ჩაინიოს სახსრის სივრცეში. დააკვირდით მოძრაობის ხარისხს; დააკვირდით შესიებას ან მტკივნეულობას. ნორმალურ ადამიანებში ისმის ტკაცუნი.

საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის ცდომა შეიძლება ტრავმის შედეგად განვითარდეს

პალპაციით ჩრჩილტაცია ან ტკაცუნი აღინიშნება სახსრის ცუდი დახურვის, მენისკის დაზიანების ან სინოვიური ტრავმული მშშეპების 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 ნუშუჩებს ზემოთ ქვედა ყბისკენ

პალპაციის დროს ტკივილი ან მგრძნობელობა აღინიშნება *საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომის* დროს

მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარს აქვს სრიალის ან ანგარისებური ტიპის მოძრაობა ზევით და ქვევით. ყბილების ჭახჭუნი ან ღეჭვა ხდება ზედა ნაწილების სრიალა მოძრაობით.

მოძრაობის ამპლიტუდის განსაზღვრა ხრის სამმაგი: სთხოვეთ ავადმყოფს, პირი გააღოს და დახუროს, ყბა წინ წამოსწიოს ან უკან შეწიოს და მარცხნივ და მარჯვნივ გასწიოს. ნორმალურად, როდესაც პირი ფართოდ გაღებულია, პირის ნაპრალში სამი თითი ეტევა. სახსრის ნორმალურად წინ წამოწევისას ქვედა ყბილების ჩიგი ზედა ყბილების წინ თავსდება.

III მხარი

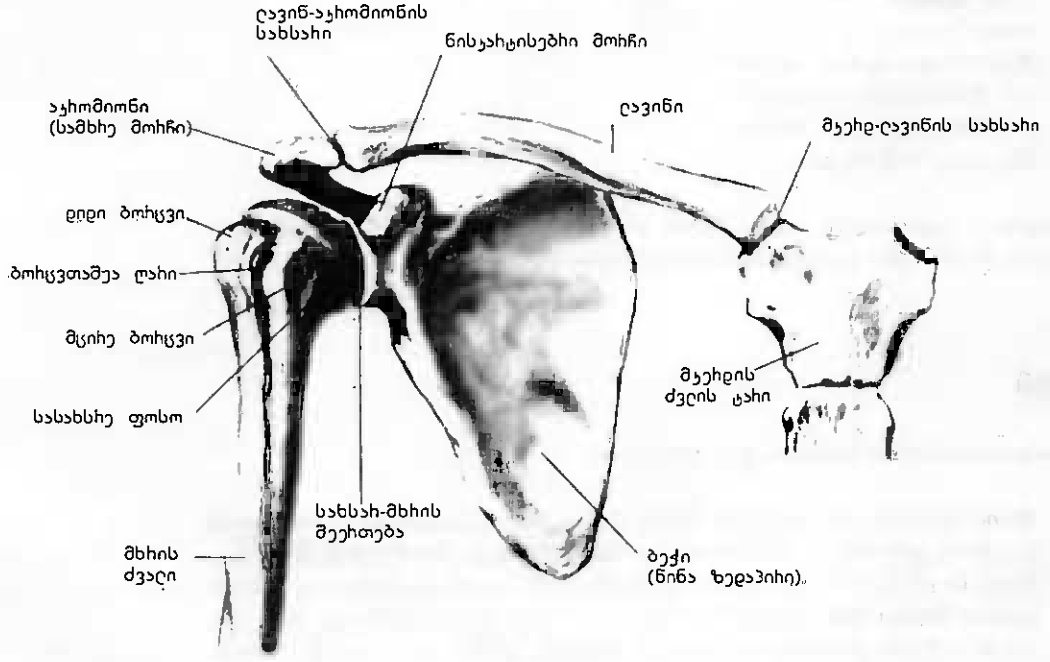
მიმოხილვა

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 სამუშაოებით, რასაც ხშირად *მხრის სარტყელს* უწოდებენ. მხრის სარტყელს ამაგრებს ღავინის ძვალი და აკრომიონი და სამუშაოებას აძლევს მხრის ძვალს სხეულის გარეთ გადაიხაროს და დიდი ამპლიტუდით იმოძრაოს.

ღავინი (წინა ზედაპირი)

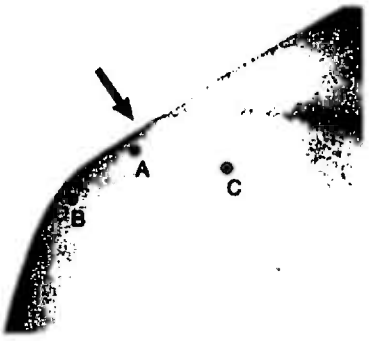
ძვლოვანი სტრუქტურები

მხრის ძვლოვანი სტრუქტურებია მხრის, ღავინის და ბეჭის ძვლები. ბეჭის ძვალი მჭიდროდაა დაჯავშირებული ჩონჩხთან მჯეჰდ-ღავინის სახსრით და შიგნითა ჯუნთებით, რასაც ხშირად *მჯეჰდ-ღავინის სახსარს* უწოდებენ და ის ჭეშმარიტ სახსარს არ წარმოადგენს.



გაარჩიეთ მჯეჰდის ძვლის ტარი, მჯეჰდ-ღავინის სახსარი და ღავინის ძვლები. თითებით გასინჯეთ ღავინის ძვლები. ახლა, უკნიდან მიყევით ბეჭის ძვლის ქედს

გახეთ და ზევით, სადაც იგი ქმნის *აჯრომიონს* მხრების მწვეივალისჯენ. მისი ზემო ზედაპირი ოდნავ ამოზნექილია.



- გაასჩრიეთ აჯრომიონის წინა წვეტი (A) და მონიშნეთ მელნით. ამ წეჯტილში მოთავსებული საჩვენებელი თითის მეღიაღუჯად ჯრის ოდნავ ამონეული ჯიდე, ჩაც ალნიშნავს ღავინის დისტაღეჯ ბოღოს *აჯრომიონ-ღავინის სახსრში* (სუჯათზე ისრითაა ნაჩვენები)

- თითი ამოძრავეთ ღატეჩაღუჩად და ქვევით შემდეგ ძვღოვან ამობუჩცუღობამდე, ჩასაც ნაჩმოადგენს *მხრის ძვღის დიდი ბოჩცვი* (B). ეს წეჯტილიც მელნით მონიშნეთ.

- ამის შემდეგ გაასრიაღეთ თითი მეღიაღუჯად, სანამ არ შეიგრძნობთ ფაჩეთო ძვღოვან შემაღღებას, ბეჭის ძვღის *ნისჯარტისებუი მოჩრს* (C). ისიც მონიშნეთ.

ეს სამი წეჯტილი — აჯრომიონის წვეტი, მხრის ძვღის დიდი ბოჩცვი და ნისჯარტისებუჩი მოჩრი — მხრის ანატომიური აგებუღების საორიენტაციო წეჯტილებია.

სახსრები

მხრებში ერთმანეთთან სამი სახსარია დაჯავშრებული:

- *მხრის სახსარი.* ამ სახსარში მხრის ძვღის თავი ესახსრება ბეჭის ძვღის სასახსრე ფოსოს. ეს სახსარი ღრმად მდებარეობს და ნორმაღუჯად მისი ჯაჯარია შეუძღებელია. ეს არის ბურთი-ჩაღმავების ტიპის სახსარი, ჩაც მხრებს ფაჩეთო მოძრაობის საშუაღებას აძღევს — მოხრა, გაშღა, განზიდვა (სხეუღის გარეთ განევა), მოზიდვა (სხეუღისჯენ მონევა), ცრიაღი და წრიული მოძრაობა.

- *მკერდ-ღავინის სახსარი.* ღავინის მეღიაღუჩი ამოზნექილი ზედაპირი ესახსრება მკერდის ძვღის ტარს.

- *ღავინ-აჯრომიონის სახსარი.* ღავინის ღატეჩაღუჩი ბოღო ესახსრება ბეჭის ძვღის აჯრომიონის მოჩრს.

სახსრების ჯგუფები

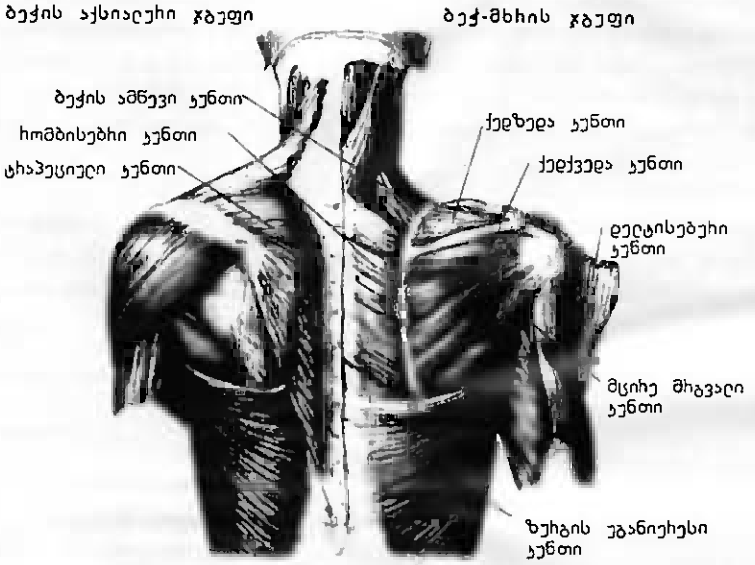
მხრებს უკავშირდება სამი ჯგუფის სახსრები:

ბეჭ-მხრის ჯგუფი. ეს ჯგუფი ვრცელდება ბეჭიდან მხრის ძვლამდე და მოიცავს სახსრებს, რომლებიც ჰიჰლაჰის მხრის ძვალთან არიან დაკავშირებული და ეწოდებათ *ხოტაციული სახტყის "SITS სახსრები"* (S – supraspinatus ქედზედა, I – infraspinatus ქედქვედა, S – subscapularis ბეჭქვეშა).

ქედზედა სახსარი – მიემართება მხრის სახსრის ზევით და უმაგრდება მხრის ძვლის დიდ ბორცვს.

ქედქვედა სახსარი და *მცირე მრგვალი სახსარი* – ყველენ მხრის სახსრის უკან და უკავშირდებიან დიდ ბორცვს.

ბეჭქვეშა სახსარი (სურათზე არ ჩანს) – იწყება ბეჭის წინა ზედაპირზე და სახსრის წინიდან გადაკვეთს; უკავშირდება მცირე ბორცვს.

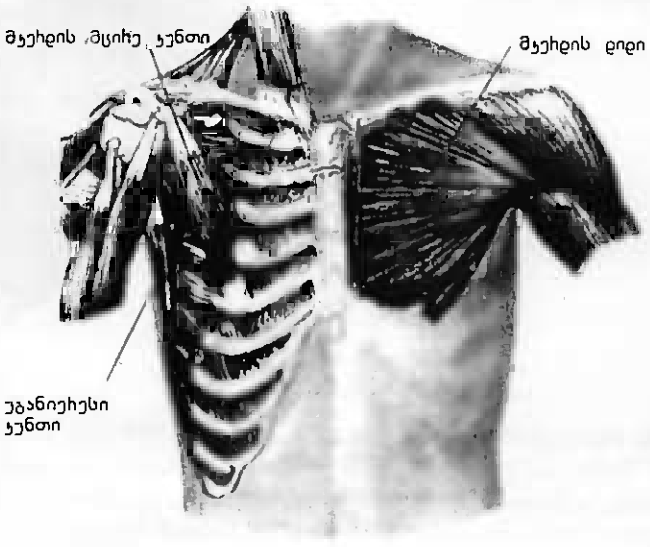


ბეჭის აქსიალური ჯგუფი (აბრუნებს მხარს უკან)
ბეჭ-მხრის ჯგუფი (აბრუნებს მხარს ლატერალურად, მოიცავს ხოტაციულ სახტყეს)

ბეჭ-მხრის ჯგუფის სახსრები მხარს გარეთ აბრუნებენ (*ხოტაციული სახტყეი*) და ქვემოთ სწევენ და აბრუნებენ მხრის ძვლის თავს (იხ. გვ. 564-565, ხოტაციული სახტყის დაზიანებები)

ბეჭის აქსიალური ჯგუფი ამ ჯგუფის სახსრები ეხება სხეულს ბეჭის მიდამოში და მოიცავს ტრაპეციულ, რომბისებურ, წინა დაკბილულ და ბეჭის ამწევ სახსრებს.

მხრის აქსიალური ჯგუფი. ამ ჯგუფის სახსრები სხეულს ეხება მხრის ძვალთან და მოიცავს მკერდის დიდ და მცირე სახსრებს და ზურგის უგანიერეს სახსრს.ეს სახსრები მხარს მიგნით აბრუნებენ.



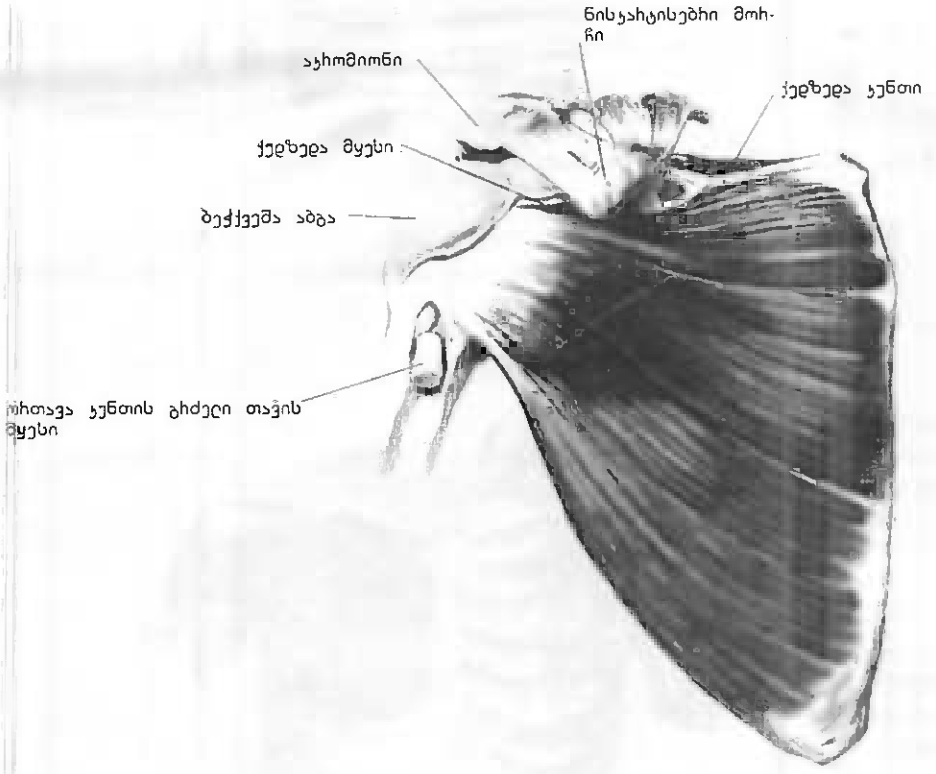
მხრის აქსიალური ჯგუფი (აბრუნებს მხარს მიგნით)

ოთხთავა და სამთავა სახსრები, რომლებიც აერთებენ ბეჭს წინამხრის ძვლებთან, ასევე მონაწილეობენ მხრის მოძრაობაში, განსაკუთრებით განზიდვაში.

ღრმა ტერიტორიის 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 მემბრანული სინოვიუმი 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. აგრძელეთ 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 ჰაერკონტაქტში არ ისინჯება. თუმცა, თუ აბგა ანთებითია (აკრომიონისქვეშა ბურსიტი), აკრომიონის წვეტზე მტკივნეულობა იქნება, ტკივილი იქნება განზიდვის და ტრიალის დროს და შეძლებული იქნება ხშირი მოძრაობა.

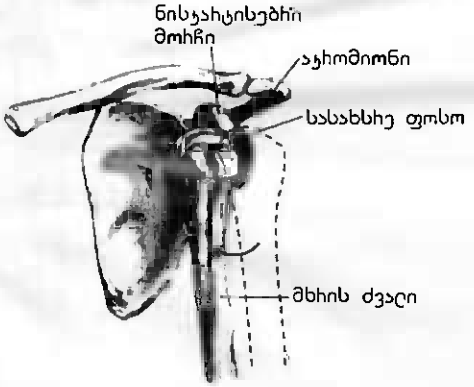
გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დათვალიერეთ 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.

სქოლიოზი იწვევს ერთი მხრის აწევას. *მხრის წინ განვითარებას* მხრის გვერდითი ნაწილი გაბრტყელებულია.[ეე.ე3]

ნისკარტისებური მოხრი
აკრომიონი
სახსრის ფოსო
მხრის ძვალი



მხრის წინ განვითარება

მხრის უკან განვითარებასთან (შედარებით იშვიათია) მხრების წინა ზედაპირი გადაწოლილებულია 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 აკრომიონისქვეშა ბაგაზე დელტისებური ჯუნთის ქვეშ. დათვალიერეთ ზედა ჯიდურებზე 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:

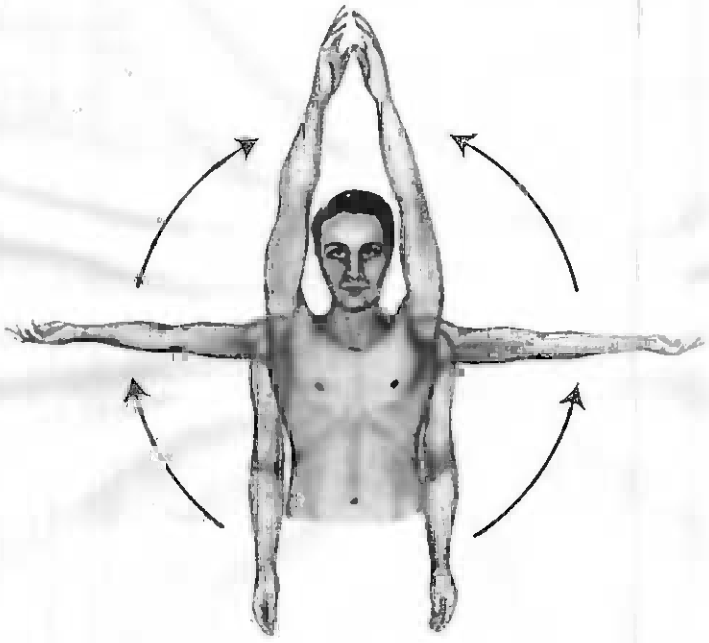
- მხრების მწვერვალზე, რომელიც გადაცემა ჯისერში – აკრომიონ-ტრავმის სახსარი
- მხრების ლატერალურ ნაწილში, რომელიც გადაცემა დელტისებური ჯუნთის მიმაგრების ადგილზე – ხოტკოვილი სარტყელი
- მხრების წინა ზედაპირზე – ორთავა ჯუნთის მყესი

ამის შემდეგ დაადგინეთ მხრების ძვლების საპროექციო არეები და ჩაატარეთ მტკივნეული უბნების პალპაცია. გამოყავით *აკრომიონის მოხრი* და დაწერეთ მედიალურად, რათა გასინჯოთ ტრავმის დისტალური ნაწილი *აკრომიონ-ტრავმის სახსართან*. პალპაციით წამოდით ქვემოთ და ლატერალურად მხრის ძვლის დიდი ბორცვისკენ, შემდეგ დაწერეთ მედიალურად, რათა გასინჯოთ ბეჭის *ნისკარტისებური მოხრი*. შემდეგ ჩაატარეთ მტკივნეული არეების პალპაცია და დადგინეთ 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* და *ტენდინიტის* დროს.



დაბერეთ ავადმყოფის წინ, დააყვირდით ხმიც, 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 კისრისკენ 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 ჯერვიტაციის არსებობა)

მოძრაობის დროს ჯერვიტაცია ოსტეოართრიტზე მიუთითებს.

მხრების გამოკვლევა ხშირად მოითხოვს აკრომიონ-ტრავმის სახსრის, აკრომიონისქვეშა და დელტისებრი კუნთის ქვეშა ბურსების, ოსტეოფიტი სარტყელის, ორთავა კუნთის ტრიხმავების და მყესის, მხრის სახსრის სასახსრე ჩანთის და სინოვიური გარსის ცალ-ცალკე განხილვას.[24] ამ სტრუქტურების გამოკვლევის მეთოდები შემდეგ გვერდებზეა აღწერილი.

მხრის გამოკვლევის მეთოდები[es]

აკრომიონ-ლავინის სახსარი

მეთოდი: ჩაატარეთ მხრის პალპაცია და გასინჯეთ მისი მტკივნეულობა. პაციენტმა ხელები დაიწყოს გულ-მკერდზე ჯვარედინად, რასაც ზოგჯერ "ჯვარედინის ტესტს" უწოდებენ



მოზიდვის დროს ტკივილი მტკივნეულობა მიუთითებს აკრომიონ-ლავინის სახსრის ანთებაზე ან ართრიტზე. იხ. ცხრილი 15-4, მხრების ტკივილი (გვ. 564-565)

აკრომიონისქვეშა და დელტისებური კუნთის ქვეშა აბგები

პასიურად გაუწიეთ მკლავები იღყვების უკან ანევით. ამ დროს აბგა აკრომიონის წინ წამოიწევა.

ჩაატარეთ აკრომიონისქვეშა და დელტისებური კუნთის ქვეშა აბგების პალპაცია



ტკივილი მტკივნეულობა ვლინდება *აკრომიონისქვეშა* და *დელტისებური კუნთის ქვეშა ბურსიტის*. ხოტაციული სიმკაცრის კალციფიკაციის დროს. მესიება ვითარდება აბგის გაგრძელების და სასახსრე ჩანთის დახიანების შედეგად.

მხრის სისუსტე ბრუნვა

სთხოვეთ ავადმყოფს ხელით შეეხოთ მოპირდაპირე ბეჭს ოხგვარი მოძრაობით, როგორც ქვემოთ სურათზეა ნაჩვენები (Apley-ს ფხაჭნის ტესტი)

ამ მოძრაობის შესრულების გაძნელება მიუთითებს ხოტაციული სიმკაცრის დაზიანებაზე.



განზიდვის და გარეთა ხოტაციის ტესტი



მოზიდვის და შიგნითა ხოტაციის ტესტი

მხრის გამოკვლევის მეთოდები[25] (გაგრძელება)

ჰოტაციული სატყეპი

ჰოდესაც ავადმყოფის მხრები გვერდებზეა განლაგებული, გასინჯეთ ჰოტაციული სატყეპის ჯანთები, რომლებიც ემაგრება მხრის დიდ ბოძკვს. (მეოთხე – ბეჭქვემა ჯანთი ნიდან ემაგრება და მისი პაპპასია ვერ ხერხდება)

- ქედზევითა – ზუსტად აკრომიონის ქვეშაა
- ქედქვევითა – ქედზევითა ჯანთის უკანაა
- მკრივე მიგვაკი – ქედზევითა ჯანთის უკან და ქვევითაა



პასიურად აანიეთ მკლავი იდაყვით უკან. ეს მანევრი აბრუნებს ჰოტაციულ სატყეპს გარეთ აკრომიონის ქვემ. რაკტარეთ ჰოტაციული სატყეპის ჯანთების პაპპასია მხრის დიდ ბოძკვთან.

ჰოტაციული სატყეპის ჯანთების მტკივნეულობა, მოხრის და მკლავების მხრებს ზემოთ ანევის გაძნელება აღინიშნება ჰოტაციული სატყეპის, განსაკუთრებით ქედზედა ჯანთის გაჭიმვის ან *მყესის გაგლეჯვის* დროს. ცხრილი 15-4, მხრების ტკივილი (გვ. 564-565).

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 დელტისებური ჯანთის ფუნქციას)



ოთხთავა ჯანთის ჩაღრმავების და მყესის პაპპაცია

თუ ავადმყოფს არ შეუძლია მკლავების ბოლომდე ანევა მხრის დონემდე, "მკლავის ჩამოვარდნის" ნიშანი დადებითია, რაც ჰოტაციული სატყეპის განყენტის მარჯენებელია.

ოთხთავა ჯანთის ჩაღრმავება და მყესი

მხარი და წინამხარი შეუბრუნეთ გარეთ. იდაყვის ახროს დისტალურად ნახეთ ოთხთავა ჯანთი. მხრის წინა ზედაპირზე გასინჯეთ ჯანთი და მისი მყესი ოთხთავა ჯანთის ჩაღრმავებაში. თუ ნახავთ მყესის მტკივნეულობას, ამის დაზუსტებაში დაგეხმარებათ მყესის თითებით მოძრაობა.

იხ. ასევე ოთხთავა ჯანთის ტენდინიტი ცხრილში 15-4, მხრების ტკივილი (გვ. 564-565).

ნინაღმდეგობის მიმართ გამძლის დროს ტკივილი აღინიშნება ოთხთავა ჯანთის მყესის ბეღის ანთების, ტენდინიტის ან მყესის გაგლეჯვის დროს.

ბოლოს, ავადმყოფის იდაყვები გასწორეთ სხეულიდან გარეთ ისე, რომ წინამხრები მოხრილი იყოს მარჯვენა კუთხით. სთხოვეთ ავადმყოფს, გაშალოს წინამხრები თქვენი წინააღმდეგობის მიუხედავად. (გაგრძელება)

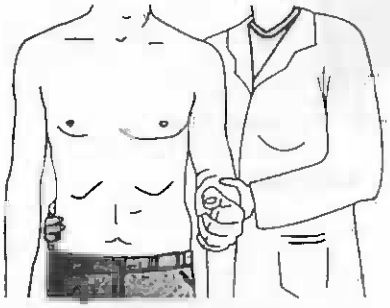
▪ მხრის განმოკვლევის მეთოდები[25] (განძრევება)

სინოვიური გახსნა და მხრის სახსარი

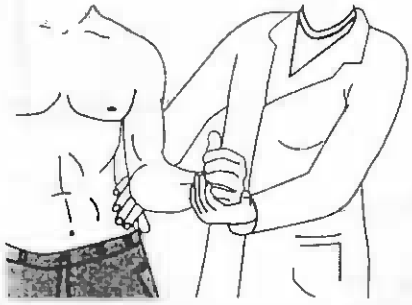
ჰუტალიული სახტყლის ფიბრომზული ჩანთა და ფახთო ბიტყეი მყესი ისე მჭიდროდ არიან დაკავშირებულნი, რომ მათი განსინჯვა ეთიდროულად შეიძლება. სახსრის ჩანთის და სინოვიური გახსნის შესივება ყველაზე კარგად შეიძლება დადგინოთ მხრებზე ზემოდან დახედვისას. ჩანთის და სინოვიური გახსნის პალპაცია ჩაატარეთ აკრომიონის წინ და უკან.

მტკივნეულობა და გამონაჟონი მხრის სახსრის სინოვიტზე მიუთითებს. თუ სახსრის ჩანთის და სინოვიური გახსნის ჯიდეების პალპაცია შესაძლებელია. აღინიშნება სამკაცრო ან დიდი ოდენობით გამონაჟონის არსებობა. მხრის სახსრის მინიმალური ხარისხით გამოხატული სინოვიტის პალპაციით დადგენა შეუძლებელია.

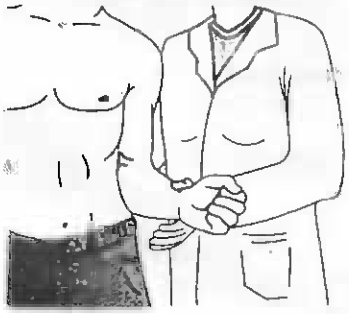
შემდეგი მანევრებით შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ მხრის სახტყლის ჯუნთები და დადგინოთ ტკივილის ლოკალიზაცია. დაკვირდით შიგნით შებრუნებას წინამღდეგობის მიუხედავად, რითაც ამოწმებთ მკერდის დიდ, დიდ მკვაც და ზურგის უგანიერეს ჯუნთებს. თანმხლები ჯუნთების გაჭიმვის, კისრის, მხრების და მკლავების მგრძნობელობის გამო ზოგჯერ შეიძლება ვერ ჩაატაროთ სრული გამოკვლევა (იხ. გვ. 618-621)



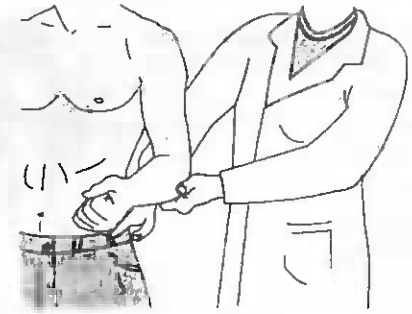
ქედზედა: ავადმყოფი განზიდავს წინააღმდეგობის საპირისპიროდ



ბეჭქვემა: ავადმყოფი წინამხარს აბრუნებს მედიალურად წინააღმდეგობის საპირისპიროდ



ქედქვედა, მკრთე მკვაცი: ავადმყოფი აბრუნებს გარეთ წინააღმდეგობის საპირისპიროდ



მკერდ-მხრის ჯგუფი: ავადმყოფი წინამხარს მოზიდავს წინააღმდეგობის საპირისპიროდ

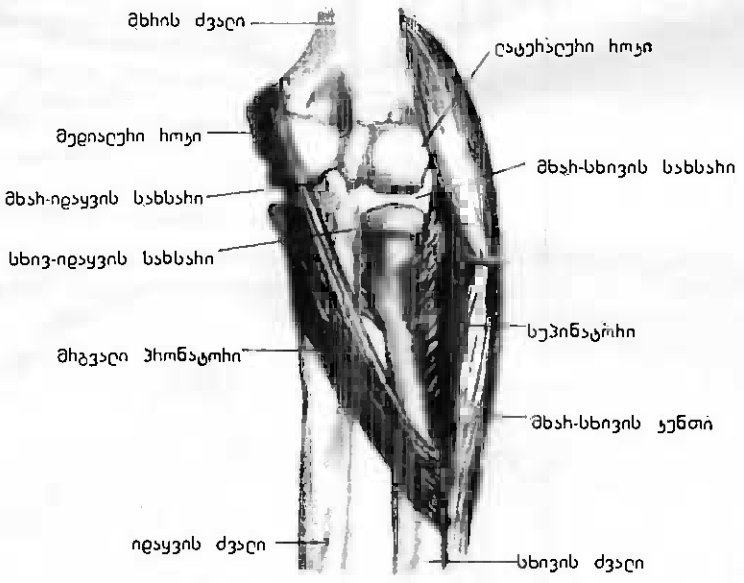
III იდაყვი

მიმოხილვა, ძვლოვანი სტრუქტურები და სახსარი

იდაყვის საშუალებით ხელი სხადასხვა პოზიციას იკავებს სივრცეში და წინამხრის ბეჭედს ნაიმოადგენს. იდაყვის სახსარს ქმნის მხრის და წინამხრის ძვლები: სხივის და იდაყვის. დაადგინეთ მხრის ძვლის ღატეხილური და მედიალური ჰოკები და იდაყვის ძვლის მოხრი – ოლეკრანონი.

ამ ძვლებს სამი შესახსრება გააჩნია: მხრი-იდაყვის სახსარი, მხრ-სხივის სახსარი და *სხივ-იდაყვის სახსარი*. სამივე ეხება ერთ დიდ სასახსრე ღრუს და ფართო სინოვიუმ შუას.

იდაყვის მარჯვენა წინა ხედი

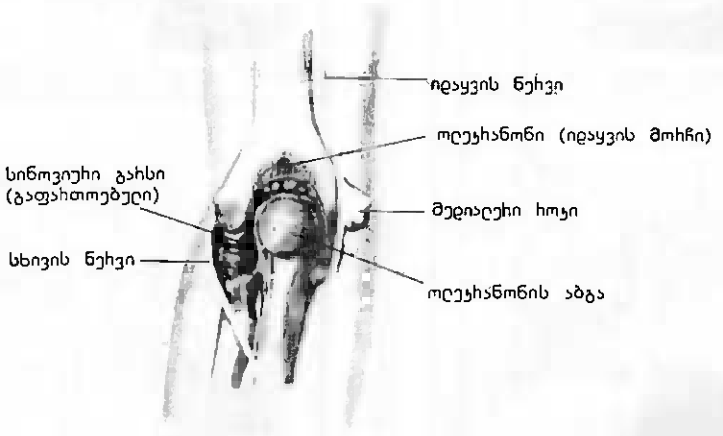


იდაყვის მარჯვენა წინა ხედი

ჯუნთთა ჯგუფები და დამატებითი სტრუქტურები

ჯუნთები, რომლებიც ჯვეთენ იდაყვს ორის *ორთავა* და *მხრ-სხივის* (მოხრა), *სამთავა* (გაშლა), *პრონატორი* (შიგნით მბრუნავი) და *სუპინატორი* (გარეთ მბრუნავი).

დაათვალიერეთ *ოლეკრანონის* ბგა ოლეკრანონის მოხრას და ჯანს მოხრის. ნორმალურად ბერსას პალპაცია არ ხერხდება, მაგრამ ანთების შედეგად შეიძლება შესივდეს და მტკივნეული გახდეს. *სხივის ნერვი* მიემართება უკან მედიალურ ჰოკსა და ოლეკრანონის მოხრს მოხრის ჩაღრმავებაში. წინამხრის მიგნითა ზედაპირზე მხრის არტერიის მედიალურად გადის საშუალო ნერვი.

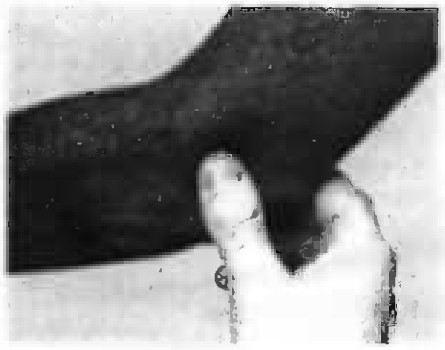


იდაყვის მარჯვენა უკანა ხედი

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 ჯონტკილები სხივის გამშლელი ზედაპირის და ოლეკრანონის მოხრჩის ჩათვლით. შეამოწმეთ ხაიმე ჯვანძის ან შესიების არსებობა.

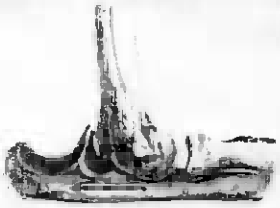


იხ. ცხრილი 15-5, იდაყვის შესიება ან ტკივილი (გვ. 566).

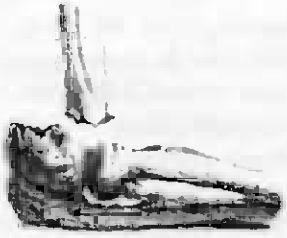
ოლეკრანონის მოხრჩის არეში შეშუპება ოლეკრანონის ბურსიტის შედეგია; პალპაციის დროს ვითარდება ანთება ან სინოვიური სითხის დაგროვება.

ტკივილი აღინიშნება *ლატერალური ეპიკონდილიტის* დროს (ჩოგბურთელის იდაყვი) და უფრო იშვიათად *medialური ეპიკონდილიტის* დროს (ბეისბოლისტის ან გოლფისტის იდაყვი).

ოლეკრანონის უკან გადაადგილება ვითარდება *იდაყვის უკანა ამოვარდნილობა* და *სუპრაკონდილური (ჩოჯზედა) მოტეხილობის* დროს.



იდაყვის უკანა ამოვარდნილობა



იდაყვის სუპრაკონდილური (ჩოჯზედა) მოტეხილობა

ჩაატარეთ ოლეკრანონის მოხრჩის პალპაცია და ჩოჯებზე ზეწოლით დაადგინეთ მტკივნეულობა. დააკვირდით ოლეკრანონის გადაადგილებას.

პალპაციით გასინჯეთ ჩოჯებსა და ოლეკრანონს შორის უბნები, დაადგინეთ მტკივნეულობა, შესიება ან გასქელება. ამ არეში ყველაზე ხშირად 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 სხეული გაჭიმვა წარმოქმნის სახსრის შიდა ჰოცესს, გამონაყონს ან ჰემართროზს.

ხელებს ავადმყოფს ხელები *გაშლილი* აქვს და იდაყვები მოხრილი, სთხოვეთ ზემოთ ასწიოს ან *შეაბრუნოს* ხელისგულები ზევით და ქვევით.

მაჯა და მტევანი

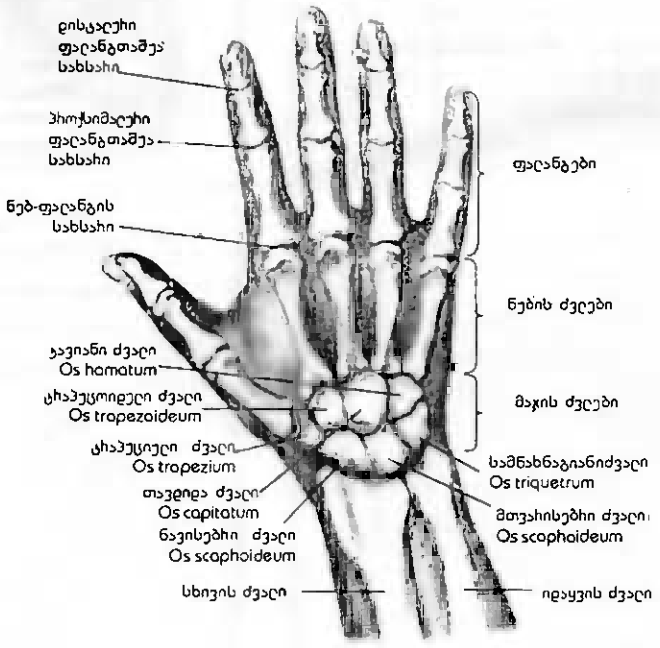
მიმოხილვა

მაჯას და მტევანს ქმნის მცირე ზომის ძალიან აქტიური სახსრები, რომელსაც ადამიანი გამუდმებით იყენებს სიფხიზლის პერიოდში. სახსრები ზემოდან ცედადაა დაცული ხბილი 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 ნვეტები.

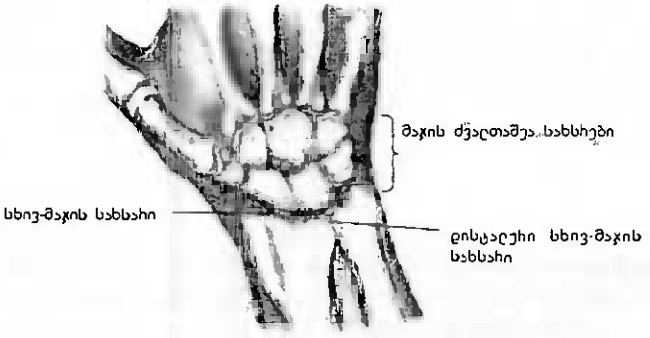
მაჯის ძვლები მაჯის სახსარში დისტალურად მდებარეობს. გამოყავით მაჯის ძვლები, ნების ხუთი ძვალი და პროქსიმალური, შუა და დისტალური ფალანგები. დააკვირდით, რომ ცერა თითს შუა ფალანგი არ გააჩნია.



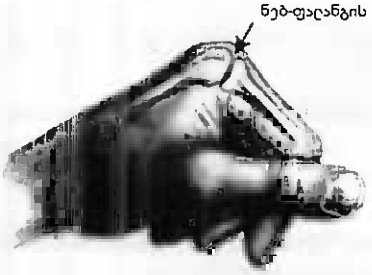
სახსრები

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 დაადგინეთ *სხივ-მაჯის სახსრის* ჩაღრმავება. 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 ყარგად ჩანს გამშლელი მყესის რომელიმე მხარეს.



ჯუნთთა ჯგუფები

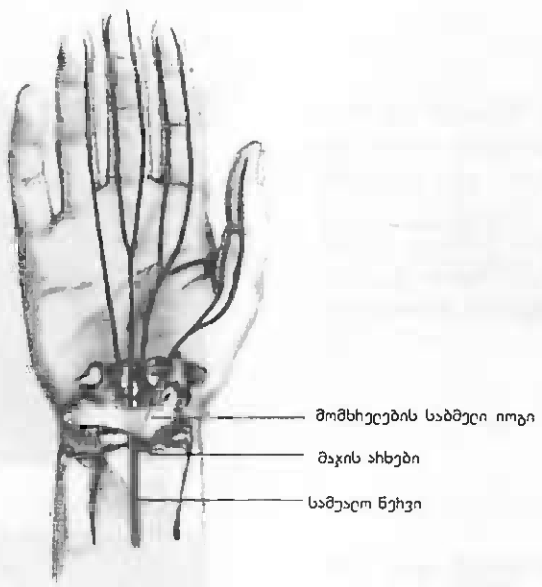
მაჯის მოხრას ახორციელებს მაჯის ორი ჯუნთი, რომლებიც მდებარეობს სხივის და იდაყვის ზედაპირებზე. სხივის ორი და იდაყვის ერთი ჯუნთი შლის მაჯას. სუპინაცია და პრონაცია ხორციელდება წინამხრის ჯუნთების შეჯუმშვით.

ცერა თითს ამოძრავებს სამი ჯუნთი, რომლებიც ნარმოქმნის ცერა თითის შემაღლებას და განაპირობებს მოხრას, განზიდვას და სანინააღმდეგო მიმართულებით გადახრას. გამშლელი ჯუნთები ცერა 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 პარპალია შესაძლებელია შესიების ან ანთების დროს.



ჯარგად შეისწავლეთ *მაჯის არხები* მაჯის პალმარულ ზედაპირზე და მტევნის პროქსიმალურ ნაწილში. არხები შეიცავს მყესის ბუდესა და წინამხრის ჯუნთების მომხრელ მყესებს და *სამუალო ნერვს.*

მყესის ბუდეს და მყესებს ამაგრებს განივი იოგი – *გამშლელების საბმელი იოგი.* სამუალო ნერვი გადის მომხრელის საბმელ იოგსა და მყესის ბუდეს შორის. ის განაპირობებს ხელის გულის და ცერა თითის ხელისგულის ზედაპირის და მეოთხე თითის ნახევრის მგრძნობელობას. იგი ასევე ახდენს ცერა თითის ჯუნთების ინერვაციას.

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

ფრთხილი 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 დათვალიერეთ მაჯის და მტევნის ხელისგელის 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 ფალანგებორის სახსრებზე ვითარდება ჰებერდენის კვანძები; პროქსიმალური ფალანგთაშორის სახსრებზე – ბუჩარდის კვანძები. *რევმატოიდული ართრიტის* დროს აღინიშნება პროქსიმალური ფალანგთაშორისი, მაჯა-ნების და მაჯის სახსრის სიმეტრიული დეფორმაცია სხივის ძვლის გადანაცვლით.

დათვალიერეთ ხელის გელის კონტური, ჩასაც ენოდება ცერის და ნეჯის მაღლობები.

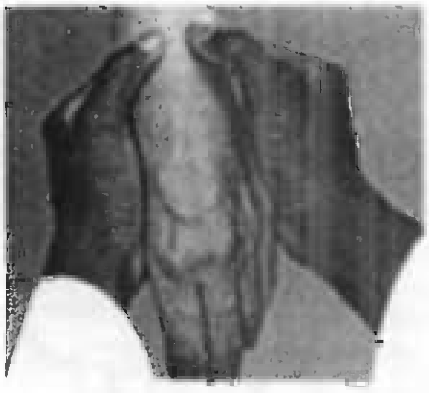
ცერის მაღლობის ატროფიის მიზეზია სამკარპო ნერვის კომპრესია *მაჯის არხის სინდრომის* დროს; ნეჯის მაღლობის ატროფია მიზეზია *სხივის ნერვის ატროფია.*

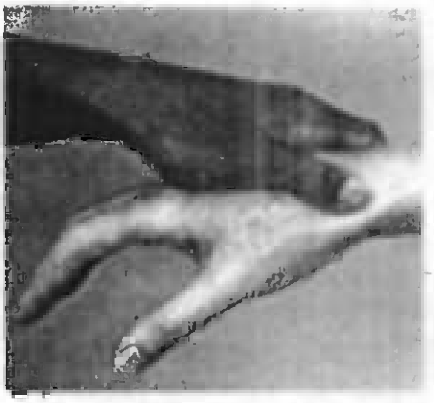
თითებზე დათვალიერეთ მომხრელების მყესების გასქელება ან კონტრაქტურა.

მე-3, მე-4 და მე-5 თითების მომხრელების კონტრაქტურა, ანუ *Dupuytren-ის (დიუპუტრენის) კონტრაქტურა* ვითარდება ხელისგელის ფასციის გასქელების შედეგად (იხ. გვ. 568).

პალპაცია

მაჯაზე ღატერალის და მედიალის ზედაპირებზე პალპაციით გასინჯეთ სხივის და იდაყვის ძვლები. თქვენი ცერა თითებით გადაეთეთ ოთივე მაჯის სახსრის ზურგის მხარეს ჩაღრმავებების პალპაცია, თქვენი თითები დადეთ ჩაღრმავების ქვემოთ. შეამოწმეთ ხაიმე შესიება, შებოჭილობა ან მტკივნეულობა.





პალპაციით გასინჯეთ სხივის ძვლის სადგისებური მოხრა და ანატომიური "სათეთუნე" - ჩაღრმავება სხივის ძვლის სადგისებური მოხრის მედიალურად, ჩასაც ქმნის ცერა თითის გამხრეველი და გამშლელი ჯუნთები. "სათეთუნე" უკეთ ჩანს ცერა თითის ღატერალურად გაშლის დროს.

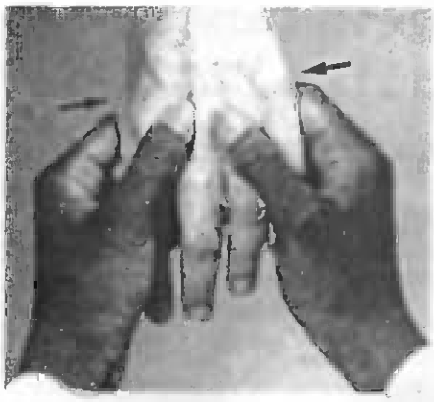
დისტალური სხივის ძვლის მტკივნეულობა აღინიშნება *Colle-ს (კოლეს) მოტეხილობის* დროს. მოტეხილობაზე მიუთითებს ასევე მტკივნეულობასთან ერთად ძვლის ცდომა.

თუ შესიება და/ან მტკივნეულობა ოხშხივია, ეს *რევმატოიდულ ართრიტზე* მიუთითებს, ხოლოსაც დაავადების ხანგრძლივობა ხამოდენიმე კვირაა.

ცერა თითის გამხრეველი და გამშლელი ჯუნთების მყესებზე სხივის ძვლის სადგისებურ მოხრთან მტკივნეულობა აღინიშნება *de Quervain-ის ტენოსინოვიტის და გონოკოკური ტენოსინოვიტის* დროს. იხ. ცხრილი 15-8, მყესის ბეღლების და ხელისგელის სინოვიტების ინფექციები; პანარიციუმი (გვ. 569).

"სათეთუნეზე" ტკივილი ვითარდება *ნავისებური ძვლის მოტეხილობის* დროს, ჩაც მაჯის ძვლების ყველაზე ხშირ დაზიანებას ნარმოადგენს. ამ ძვლის ცუდი სისხლმომარაგების გამო

პალპაციით გასინჯეთ მაჯის ჩვა ძვალი, ჰომლებიც მაჯის სახსარში დისტალურად მდებარეობენ, შემდეგ ნების ხეთი ძვალი და ჰიპოქსიმალური, შუა და დისტალური ფალანგები.



გასინჯეთ სხვა ახეებიც, სადაც ჩაიმე დარღვევას ვარაუდობთ.

ნებ-ფალანგის სახსრებს მოუჭირეთ თქვენი საჩვენებელი და ცერა თითებით ორივე მხრიდან. ასევე ცერა თითით ჩააცარეთ ამ სახსრების და თითების სახსრების პალპაცია, ხოლო ხელისგულზე საჩვენებელი თითით გასინჯეთ ნების ძვლების თავები. დაათვალიერეთ შესიება, შებოჭილობა ან მტკივნეულობა.

შეიძლება განვითარდეს ნავისებური ძვლის *ესხლური ნეკროზი.*

ნებ-ფალანგების სახსრებზე ზეწოლით მტკივნეულობა სინოვიტითაა გამოწვეული. ეს უნდა გასხვავდეთ ხელის ჩამოხითმევის დროს.

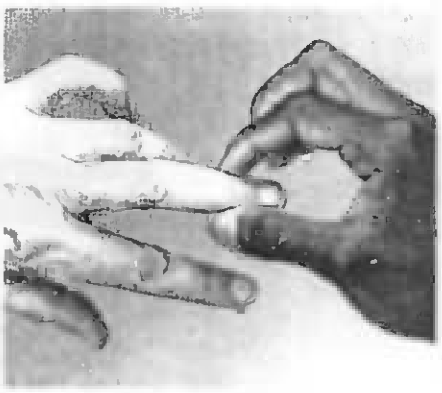
ჰვმატოიდური ართრიტის დროს ხშირია ნებ-ფალანგების სახსრების შებოჭილობა და ტკივილი (მაგრამ იშვიათია ოსტეოართრიტის დროს). ზეწოლით მტკივნეულობა აღინიშნება *ტრავმული ართრიტის დროს.*

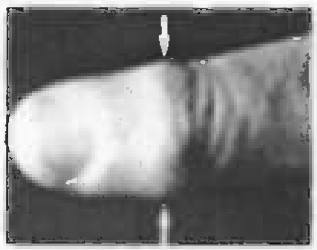
ამის შემდეგ გამოიკვლიეთ თითები. პალპაციით გასინჯეთ ჰიპოქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების მედიალური და ლატერალური ნაწილები თქვენი ცერა და საჩვენებელი თითებით, დააკვირდით შესიებას, შებოჭილობას, ძვლის გადიდებას ან მტკივნეულობას.

ჰიპოქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების ცვლილებები აღინიშნება *ჰვმატოიდული 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* ნიშნავს 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 სადგისისებეს მოხრს., იხ. ცხრილი 15-8, მყესების ბეღურები და ხელისგულის სივრცეების ინფექცია; პანარიციუმი (გვ. 569).

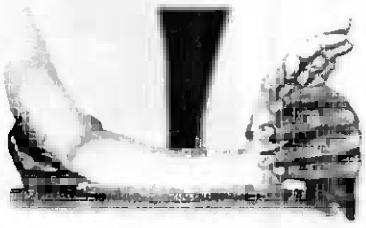
მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირების მიზეზებია *ართრიტი, ტენოსინოვიტი, Dupuytren-ის (დიუპუიტრენის) კონტრაქტურა.* იხ. ცხრილი 15-7, მტევნის შესინება და დეფორმაცია (გვ. 568).

შეაფასეთ მაჯის, თითების და ცერა თითის მოძრაობის ამპლიტუდა.

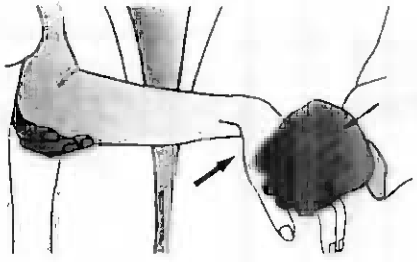
მაჯები. მაჯაზე შეამოწმეთ მოხრა, გაშლა, სხივისკენ და იდაყვისკენ გადახრა.

- *მოხრა:* ხოლესაც ავადმყოფის წინამხარი დაფიქსირებულია, ასწიეთ ხელის მტევანი და თქვენი თითები დაადეთ მის ხელისგულს. სთხოვეთ ავადმყოფს დასწიოს მტევანი თქვენი წინააღმდეგობის საპირისპიროდ.



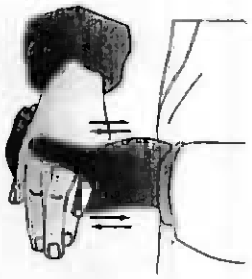
მოხრა

- *გაშლა:* ხოლესაც ავადმყოფის წინამხარი დაფიქსირებულია, თქვენი თითები დაადეთ მისი ხელის მტევნის ზურგს. სთხოვეთ ავადმყოფს, ასწიოს მტევანი თქვენი წინააღმდეგობის საპირისპიროდ.



გაშლა

- *იდაყვის და სხივისკენ გადახრა:* ხოლესაც ხელისგულები ქვევითაა მიმართული, ავადმყოფს სთხოვეთ ამოძრაოს მაჯა ლატერალურად და მედიალურად.



იდაყვისა და სხივის დევიაცია

გასინჯეთ მოქნევის ძალა. ამისთვის ავადმყოფს სთხოვეთ ხელი მოუქნიოს თქვენს მუხლზე და მესამე თითებს. ამ ტესტით შეამოწმებთ მტევნის მიგნითა ჯუნთებს და სახსრებს, მაჯის სახსრებს და წინამხრის მომხრე ჯუნთებსა და მყესებს. (უფრო ზუსტი განსაზღვრისთვის გამოიყენეთ დინამომეტრი)



მაჯის ტკივილი და მოქნევის სისუსტე აღინიშნება *de Quervain-ს ტენოსინოვიტის* დროს. მოქნევის სისუსტე აღინიშნება *ართრიტის, მაჯის არხის სისუსტის, ეპიკონდილიტის და ულნარის ჰადიკულოპათიის* დროს.[86]

დაჭიმვა მოქნევით

თითები. შეამოწმეთ *თითების* მოხრა, გაშლა, განზიდვა, მოზიდვა.

- *მოხრა და გაშლა.* სთხოვეთ ავადმყოფს ოდივე ხელით მუშტი გააკეთოს ისე, რომ ცერი თითების პერპენდიკულარულად იდოს. შემდეგ მუშტი გახსნას და თითები გაშალოს. თითები ჩქარად და ადვილად უნდა იმღებოდეს და იღუნებოდეს. ნებაფაღანგის სახსრებში თითები ფართოდ იმღება. ამ მანევრით შეგიძლიათ ცერის ფუნქცია შეამოწმოთ. ასევე შეამოწმეთ პროქსიმალური და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები.

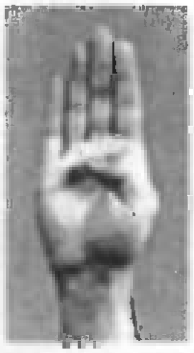




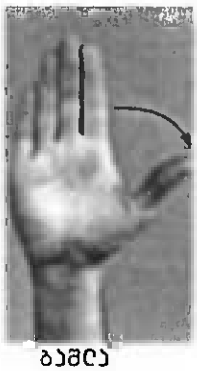
მტევნის მოძრაობის შეზღუდვის მიზეზებია ართრიტი, ტენდოსინოვიტი, *Dupuytren-ის (დიუპუიტრენის)* კონტრაქტურა.

- *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, ჩათვალეთ შეამოწმეთ *მოხრა.* შემდეგ ცერი გასწიოს თითების გარეთ, ჩათვალეთ შეამოწმეთ *გაშლა.*

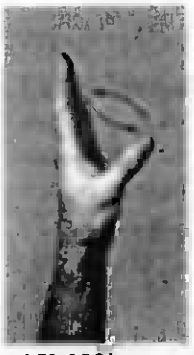


მოხრა



გაშლა

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 თითოეულ თითს.



განზიდვა და მოზიდვა



სანინააღმდეგო მხრივ ბაგდანება

თითების მგრძნობელობა შეამოწმეთ ღატეხილის და მეტიაღის ზედაპირებზე, ჩათა დააღგინოთ თითების ნეჩვების დაზიანება. შეამოწმეთ საშუალო, იდაყვის და სხივის ნეჩვების ფუნქციები მგრძნობელობის შემდეგნაირად შემოწმებით:

- საჩვენებელი თითის ბაღიში – საშუალო ნეჩვი
- მუ-5 თითის ბაღიში – იდაყვის ნეჩვი

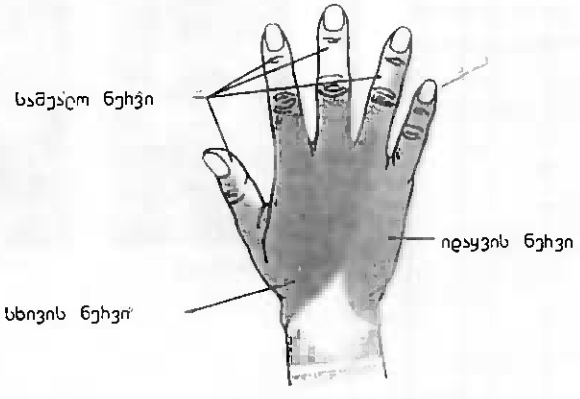


ხელისგული

საშუალო ნეჩვის მგრძნობელობის დაქვეითება აღინიშნება მაჯის არხის სინდრომის დროს

- ცერი და საჩვენებელი თითების დორსალური ნაწილი – სხივის ნეჩვი.

საშუალო ნეჩვი
იდაყვის ნეჩვი
სხივის ნეჩვი



დორსალური ზედაპირი

ხერხემალი

მიმოხილვა

ხერხემლის სვეტი ტანის და ზურგის ძირითადი საყრდენი სტრუქტურაა. დაავირდით ყისრის და *წელის ჰაერის შეზნექვას* და *გულ-მკერდის და გავა-ჯეღესუნის ჰაერის გამოზნექვას*. ამ ნაღრეჯების არსებობა განაპირობებს სხეულის ნონის გადანაწილებას მენჯსა და ქვედა ჯიღურებზე და ახორციელებს დარტყმებს სიარულისა და სირბილის დროს.

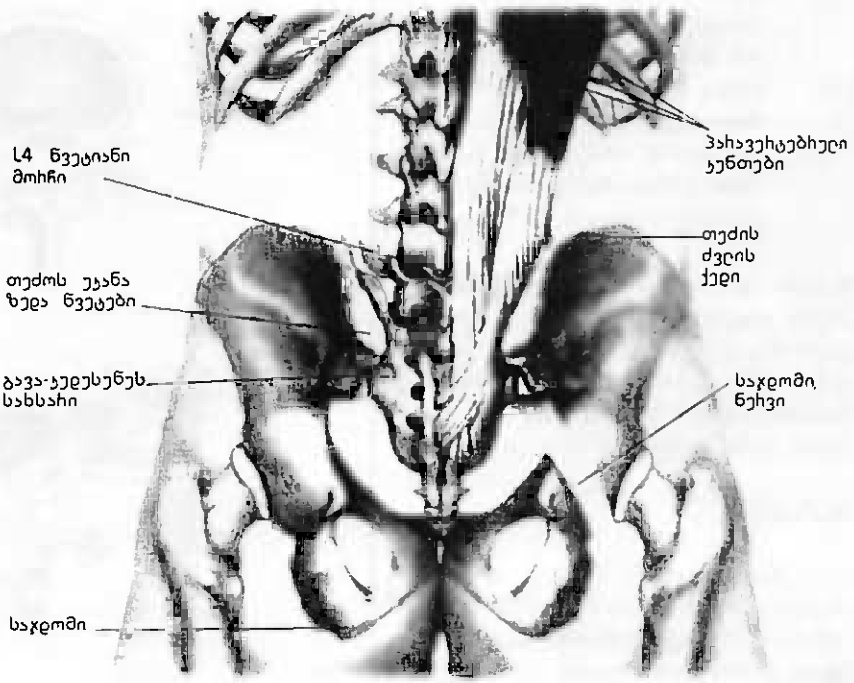
მექანიზმების კომპლექსი, რომელიც ასახავს კოორდინირებულ მოქმედებას, შემდეგია:

- მაღები და მაღთაშუა 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 ჯედლის კუნთები

დაათვალიერეთ ავადმყოფი ზურგის მხრიდან და გამოყავით შემდეგი საკვლევი 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

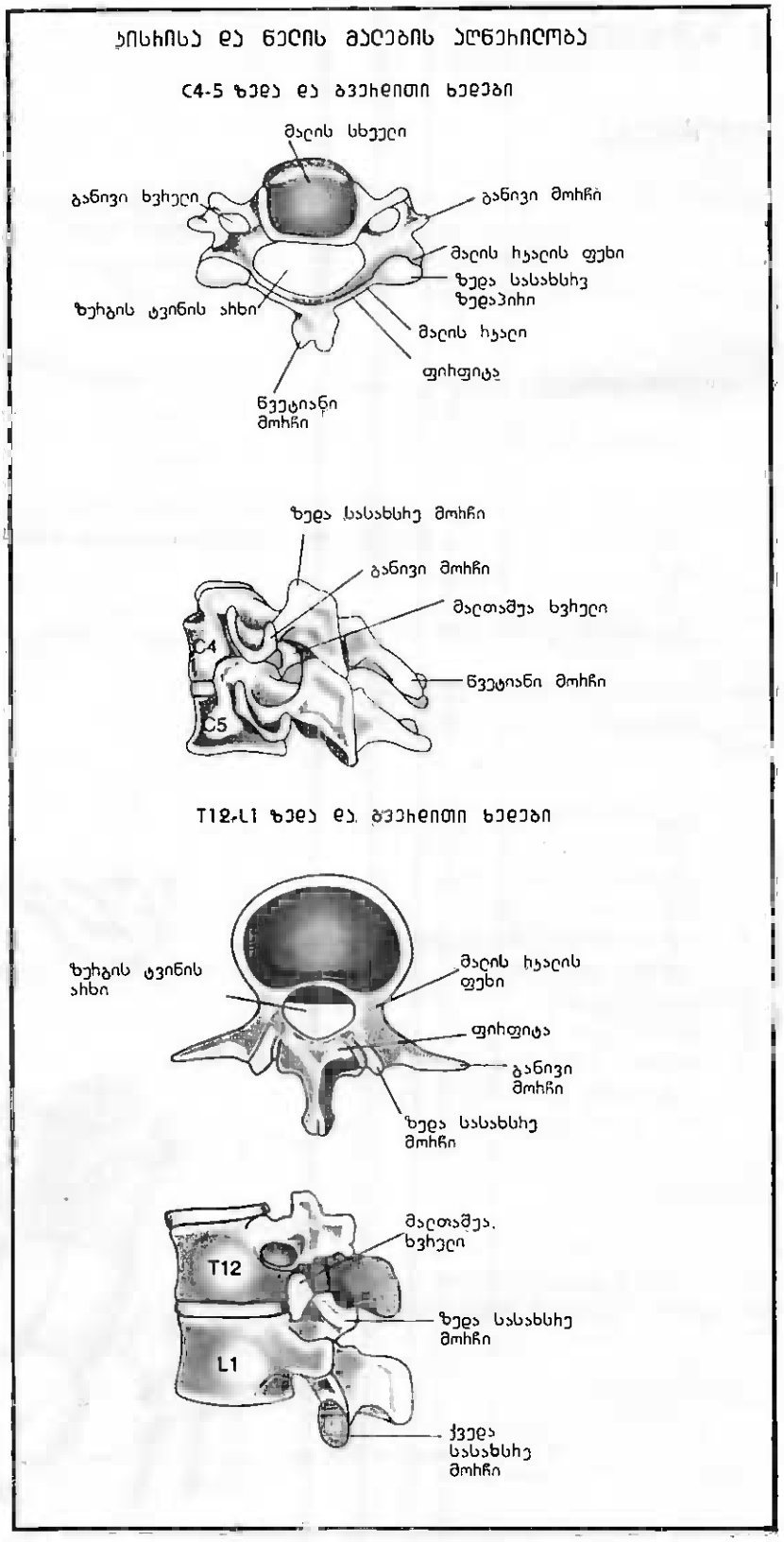
ხერხემლის სვეტი შედგება 24 მალისგან, რომლებიც ეყრდნობიან გავის და ჯვრულნის ძვლებს. ტიპიურად მალას გააჩნია შესახსრების უბნები, ნორმალური დატვირთვა, ჯუთების მიმაგრების ადგილები, ხერხემლის და პერიფერიული ნერვების ხვრელები. ნორმალურ *მალის სხეული* განიცდის ნორმალურ ზენოლას. უკანიდან *მალის ჯაჭვი* ფარავს ზურგის ტვინს. განიხილეთ მალების მოხრები 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, რასაც ხშირად *სახსრის წახნაგს* უწოდებენ.
- *მალის ხვრელს*, რომელიც გარს აკრავს ზურგის ტვინს, რასაც ქმნის მიმდებარე მალების ზედა და ქვედა სასახსრე მოხრები და მთლიანობაში წარმოქმნება *ზურგის ტვინის არხი*. ქვირის მალებს აქვთ *განივი ხვრელები* ხერხემლის არტერიისთვის.

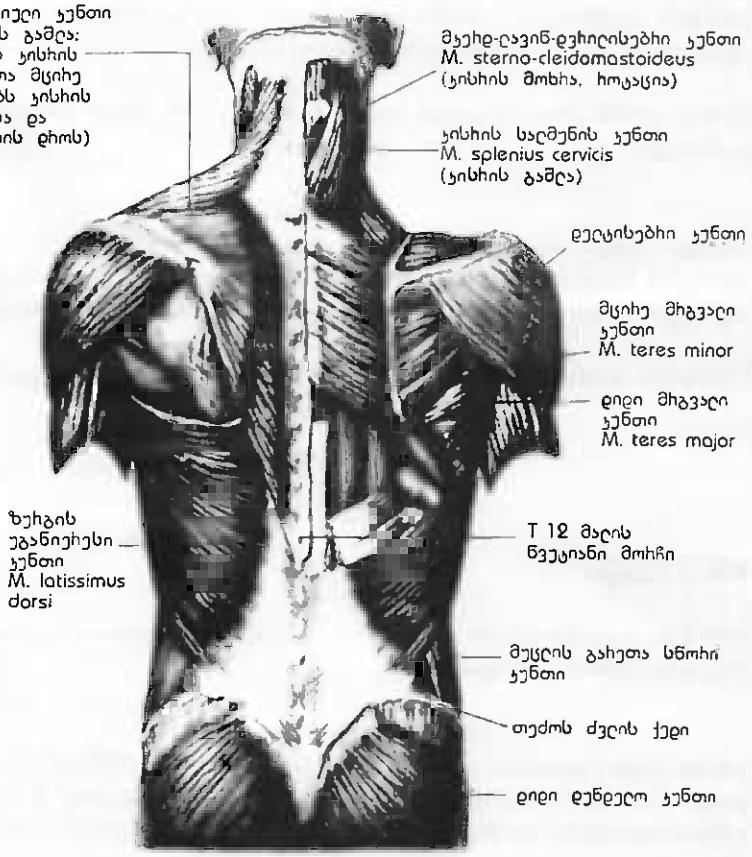
ზურგის ტვინის და ნერვების ფესვები მალის ძვლებთან ურთიერთის გამო და მალთაშუა დისკები ყველაზე მეტად ზიანდება. განსაკუთრებით ხშირია დისკის ცრიქარი, მალების დეგენერაციული ცვლილებების გამო შეყვავა და ტრავმა.

სახსრები

ხერხემალს გააჩნია მცირედ მოძრავი ხრტილოვანი სახსრები მალებს შორის და სასახსრე ნაწნაგებს შორის. მალის სხეულებს შორის *მალთაშუა დისკია*, რომელიც



შედგება ხბილი *ლოკომოტორული ბირთვისგან*. მას გარს აკრავს ფიბრომუსკული ქსოვილი, *ფიბრომუსკული ჩაღრმავება*. მაღთამშეა დისკები ახდილებს მაღების ურთიერთის მიმართ მოძრაობას და ხერხემალს მოხრის საშუალებას აძლევს. ხერხემლის მოქნილობას დიდად განსაზღვრავს სასახსრე ნახნაგის კუთხე მაღის სხეულის მიმართ და ცვალებადობს ხერხემლის სხვადასხვა დონეზე. დაიმახსოვრეთ, რომ ხერხემლის კუთხე მკერდის გავანეების შესახსრებას და უძრავია. ამ არეში მექანიკური ზეწოლა ქმნის დისკის თიაქრის და ქვეამოვარდნილობის ან L5-S1 სიმაღლის ისხას.



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 ნინა 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 წინამხრის ნაწილი (კისერი)	მთავარი კუნთთა ჯგუფი
მოხრა	მკერდ-ღავინ-ძვრილისებრი, ტრაპეციული და ხერხემლისნინა კუნთები.
გაშლა	საღმუნის, ტრაპეციული, კისრის მიგნითა მცირე კუნთები
ოკციპიტი	მკერდ-ღავინ-ძვრილისებრი, კისრის მიგნითა მცირე კუნთები
გვერდზე გადახრა	საღმუნის და კისრის მიგნითა მცირე კუნთები ხერხემლის წელის ნაწილი
ხერხემლის ღრმული ნაწილი (წელი)	
მოხრა	სუკის დიდი და მცირე, წელის ოთხკუთხედი; მუცლის კუნთები, ოკციპიტი და მიგნითა ირიბი და სწორი კუნთები, რომლებიც მაღებს წინიდან ემაგრება.
გაშლა	ზურგის მიგნითა კუნთები, გავა-წვეტიანი
ოკციპიტი	მუცლის კუნთები, ზურგის მიგნითა კუნთები
გვერდზე გადახრა	მუცლის კუნთები, ზურგის მიგნითა კუნთები

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დაიწყეთ ავადმყოფის დგომის შემოწმებით, ასევე გულისხმობს ოთახში შემოსვლისას ავადმყოფის ჯისრის და სხეულის მდგომარეობას.

სწორად დგომის დროს შეაფასეთ თავის პოზიცია, ჯისრის ხბიცი, ყოროდინიჰებული მოძრაობა და სიარული

ჯისრის გაშეშება ართრიტის, ჯუნთების გაჭიმვის ან სხვა თანმხლები პათოლოგიების ნიშანია

ხელები აუწიეთ და ზურგი სრულად დაათვალიერეთ. თუ შესაძლებელია, ავადმყოფი უნდა იდგეს მის ჩვეულ პოზაში – ფეხები ერთად და მტკივნები გვერდზე გაწეული. 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 ნადრეკები.

მტკივნეულობა მიუთითებს მოტეხილობაზე ან ცდომაზე, თუ წინ ტრავმა ეძლოდა, ინფექციაზე ან ართრიტზე

პალპაცია

მჯდომარე მდგომარეობაში ან ფეხზე დგომისას ცერი თითით ჩაატარეთ თითოეული მალის *წვეტიანი მორჩის* პალპაცია.

მტკივნეულობა აღინიშნება ართრიტის, განსაკუთრებით სასახსრე ნახნაგის C2 და C6-ს შორის.

ჯისრის არეში გასინჯეთ *სასახსრე ნახნაგი*, რომელიც მდებარეობს ჯისრის მალებს შორის დაახლოებით 2.5 სმ-ზე C2-C7 წვეტიანი მორჩების ღრმედაც. ეს სახსრები ტრაპეციული ჯუნთის სიღრმეშია და მისი პალპაცია ვერ ხერხდება თუ ჯისრის ჯუნთები მოდუნებული არ არის.

ხერხემლის გამრუდების მიზეზია *სპონდილოლისთეზი* ან რომელიმე მალის გადაადგილება, რაც იწვევს ზურგის ტვინის კომპრესიას. 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 სპონდილოლისთეზის დროს. ასევე ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს *მაანკილოზებელი სპონდილიტი.*

პალპაციით გასინჯეთ გავა-ჯედესუნის სახსარი, რომელიც ხშირად ისინჯება ჩარხმავებით თეძოს უკანა ზედა წვეტთან.

პერკუსიით ტკივილი ვითარდება *ოსტეოპოროზის, ინფექციის* ან *ავთვისებიანი სიმსივნის* დროს.

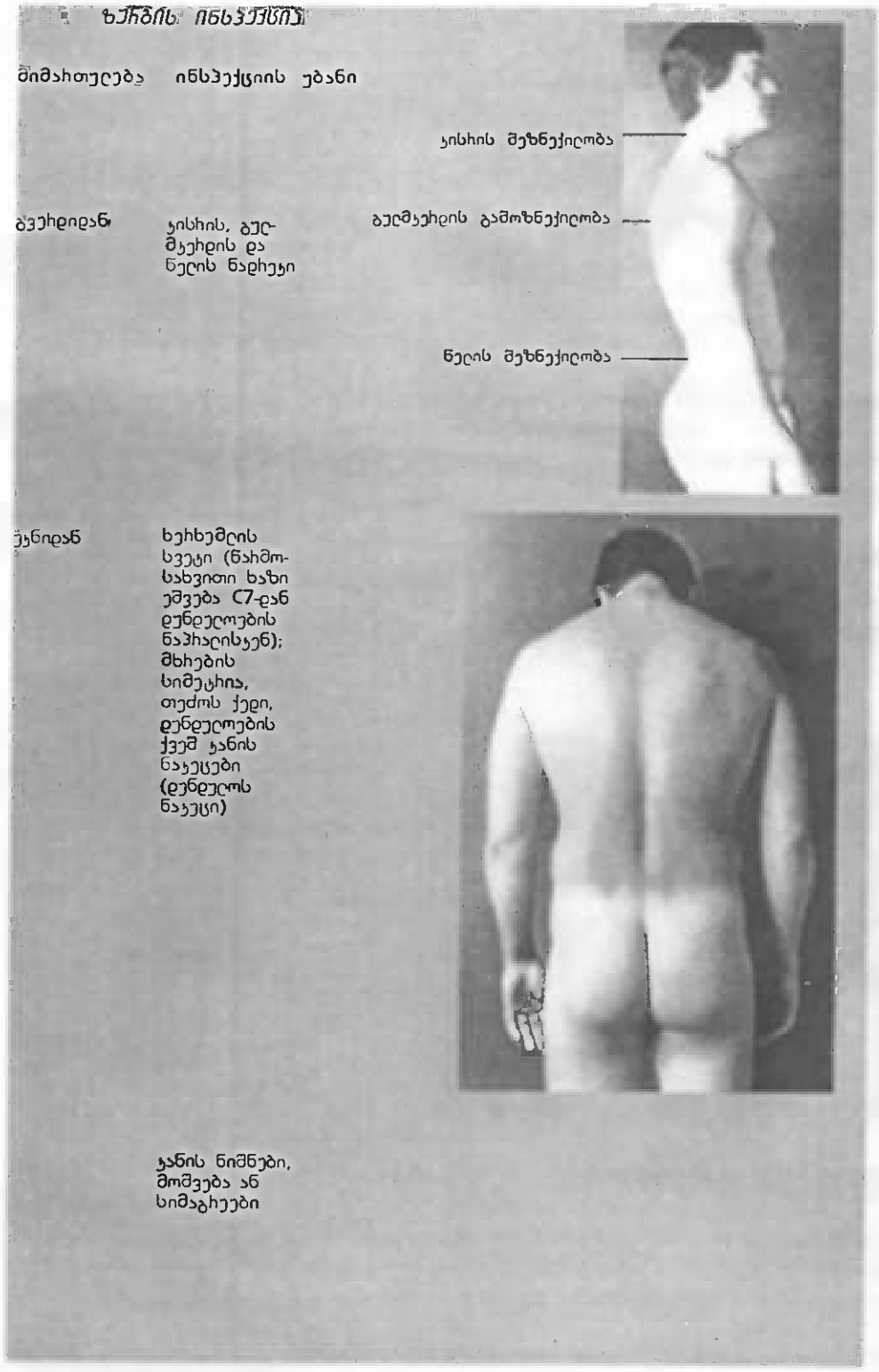
თქვენი მარჯვენა ხელისგულის ზედაპირით შეგიძლიათ ჩაატაროთ წვეტის პერკუსია, მაგრამ ძლიერად არა, ტკივილის დასადგენად.

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 თრაქაზე ან მოცულობით დაზიანებაზე, რომელიც ანელებს შესაბამისი ნერვის ფესვს.

ავადმყოფი დააწვინეთ 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 ტრანქანტერის და საჯდომ ბორცვს შორის, სადაც ის ტოვებს მენჯს საჯდომ ნაკეთთან.

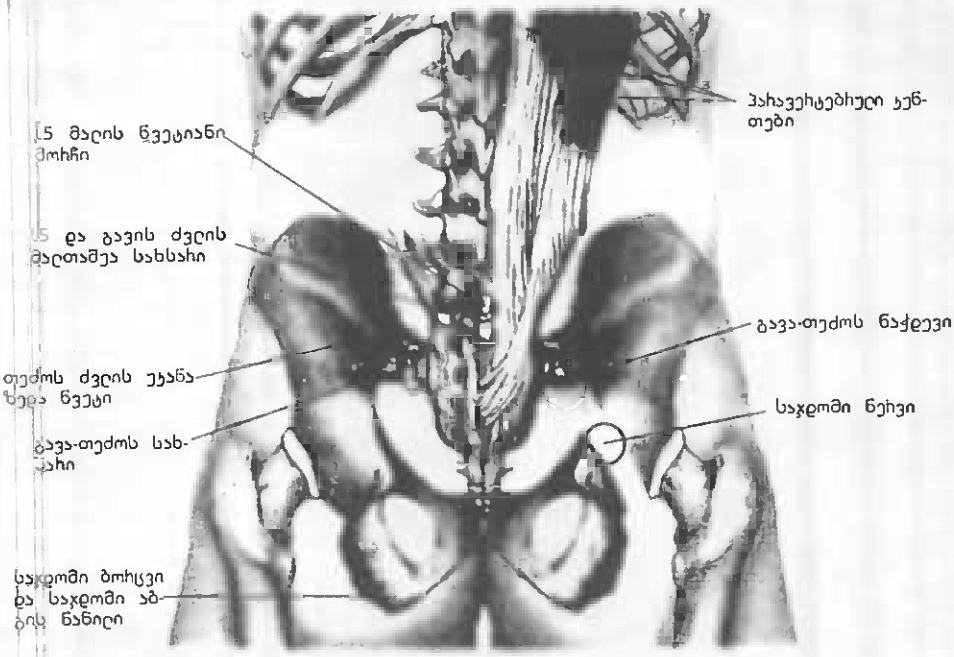


გულ-მკერდის ჯიფოზის გაზრდა ასაკის მატებისას ვითარდება. ბავშვებში მეიძლება ნახოთ შესწორებადი სტრუქტურული დეფორმაცია.

სკოლიოზის დროს აღინიშნება ზურგის ღრეჩოებრივი და ჰოტაციული გამოხრეკა. ხის გამოც თავი შეა ხაზიდან გადაინევა. სკოლიოზი ხშირად ვლინდება მოზარდობის ასაკში სიმჭიდროების გაჩენამდე.
მხრების არათანაბარი სიმაღლე ვლინდება: სკოლიოზის, ბეჭების Sprengel-ის (სპრენგელის) დეფორმაციის (ამის მიზეზია ძვლის გარეთა სარტყლის ან ბეჭის ზედა ნაწილის და C7-ს მოხის მიმაგრება) დროს; ბეჭის მოძრაობისას (წინა დაბალი ჯუნთის გულ-მკერდის გიძელი ნერვით ინერვაციის დარღვევის შედეგად); ასევე სანინააღმდეგო მხარეს ტარტყილი ჯუნთის სისუსტის შედეგად.
თქმის ქედის ან მენჯის დახრილობის არათანაბარი სიმაღლე განაპირობებს ფეხების არათანაბარ სიგრძეს და ქრება, როდესაც ბლოკი მდებარეობს ნივთების ქვემოთ და ტერფებზე.
სკოლიოზი და თქმის განსხვავება ან მოხრევა შეიძლება გამოიწვიოს მენჯის დახრამ. ტანის ცალ მხარეს დახრა ვლინდება ნელის დისკის თიაქრის დროს.
თანდაყოლილი ნიშნები, მუქი ნითელი ფერის ჭრილები, თმიანი უბნები და ლიპომები ხშირად ფარავს ძვლის დეფექტებს, როგორიცაა *სპინა ბიფიდა*.
Cafe-au-lait-ის (ძძიანი ყავის ფერი) ლაქები (ტანის შეცვლილი ფერის ლაქები), ტანის მოდუნება და ფიბრომხელი სიმსივნეები *ნეიროფიბრომატოზის* დროს აღინიშნება.



ჰაერპაციით დაადგინეთ იმ უბნების მტკივნეულობა, რომლებიც მიესადაგება ავადმყოფის ჩივილებს. გაიხსენეთ, რომ ნერვის ტკივილი საჭიროებს ყურადღებით გამოკვლევას ზურგის ტვინის ჯომბრესიის დასადგენად, რომელიც ტკივილის ყველაზე სერიოზული მიზეზია და შეიძლება გამოინვიოს მიმდებარე ძიდეების დამბლა.



მაღთამეა დისკის თიაქარმა, რომელიც ყველაზე ხშირია L5-სა და S1-ს შორის და L4-სა და L5-ს შორის, შეიძლება გამოინვიოს ნვეტიანი მოხრების, მაღთამეა სახსრების, გავა-საჯდომის ნაჭდევის (ნიგნში მეცდომაა, უნდა იყოს გავა-თეძოს ნაჭდევი, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები) გავა-თეძოს ნაჭდევის და საჯდომი ნეჯვის ტკივილი.

ჩვემატოიდულმა ართრიტმა ასევე შეიძლება გამოინვიოს მაღთამეა სახსრების ტკივილი.

დაიმახსოვრეთ, რომ ნეკნ-ხერხემლის კეთხეებში ტკივილი შეიძლება აღნიშ-ნავდეს 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 კგ თავი. მოხრა და გაშლა ხორციელდება პირველპირ თავის ქალასა და C1 (ატლასი) შორის, ხოტავია C1-C2-ით (აქსისი) და გვერდზე გადანევა C2-C7-ით.

სთხოვეთ ავადმყოფს, ჩაატაროს შემდეგი მანევრები და დააკვირდით მოძრაობის სირბილეს და კოორდინაციას:

- *მოხრა*. ნიკაპის მკერდზე დადება.
- *გაშლა*. ქერში ახედვა.

მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება ვითარდება ართრიტით გამონვეული შებოჭილობით, ტრავმული ტკივილის ან კუნთების სპაზმის გამო *კისრის გამრუდების* დროს.

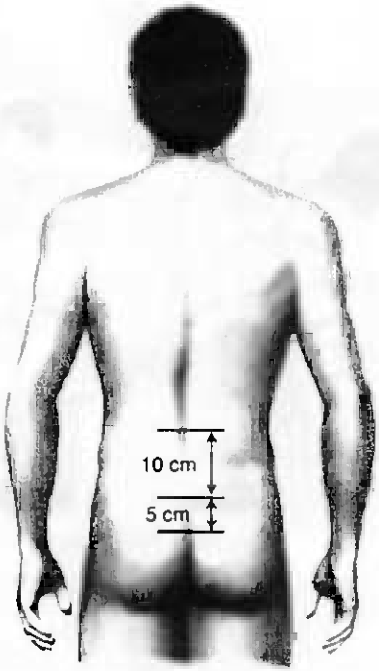
მნიშვნელოვანია, შეაფასოთ ჩაიმე ჩივილები კისრის, მხრების, მკლავების ტკივილის ან შებოჭილობის თაობაზე, რისი შესაძლო მიზეზია ზურგის ტვინის ან ნერვების ფესვების ჯომბრესია. იხ. ცხრილი 15-2, კისრის ტკივილი (გვ. 561).

- *ჩოტაცია.* შეაბიჯნოს თავი ოჩივე 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 წინ დაიხაროს და შეეხოს ფეხის თითებს (მოხრა). დააკვირდით მოძრაობის სირბილეს და სიმეტრიას, მოძრაობის ამპლიტუდას და ნეღის არის ნაკეცს. მოხრისას ნეღის შეკრება უნდა გასნორდეს.



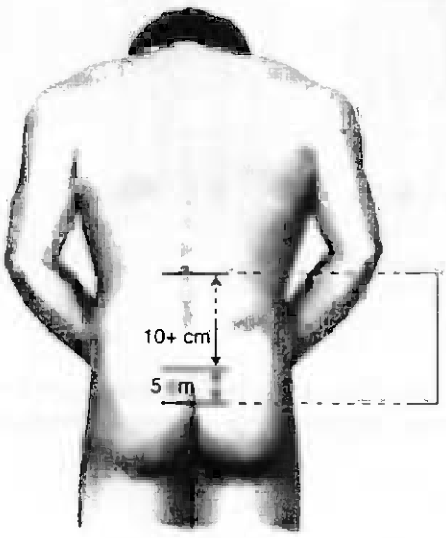


ჩვემატოიდური ართრიტის დროს C1-C2-ის დონეზე მტკივნეულობა მიუთითებს ქვემოთხრილობაზე და ზურგის ტვინის კისრის ნაწილის კომპრესიაზე.

გულ-მკერდის დეფორმაციას წინ გადახრის დროს *სკოლიოზი* ეწოდება.

ნეღის ღრძილოზის შენარჩუნება მიუთითებს ჯანთების 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 ნეკტილს შორის მანძილის 4 სმ-ით გაზრდა ნორმად ითვლება. ორ ქვედა ნეკტილს შორის მანძილი უცვლელი უნდა იყოს.



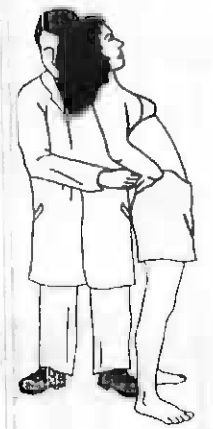
ნორმის ფარგლებში მატულობს 4 სმ-ით

- *გაშლა.* ხელი დადეთ თეძოს უკანა ნედა წვეტზე ისე, რომ თითები შუახაზის ნინ იყოს და სთხოვეთ ჩაც შეუძლია ღრმად გადაინიოს უკან.

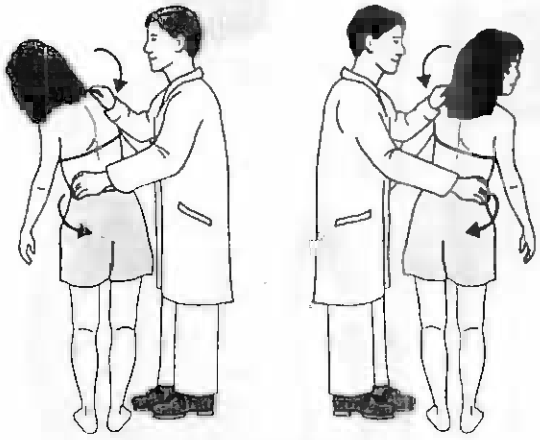
- *ჩოტაცია.* ეთთი ხელი დაადეთ ავადმყოფს თეძოზე და დააფიქსირეთ მენჯი, მეორე ხელი დაადეთ მხარზე. შემდეგ შეაბრუნოს ტანი მხრების და შემდეგ თეძოს უკან გადანევით. გაიმეოროს ეს მოძრაობა სანინაალმდეგო მხარეს.

- *გვერდზე გადანევა.* ისევ დაუფიქსირეთ მენჯი ხელის თეძოზე დადებით. სთხოვეთ, ჩამდენადაც შეუძლია ოთივე მხარეს გადაიხაროს.

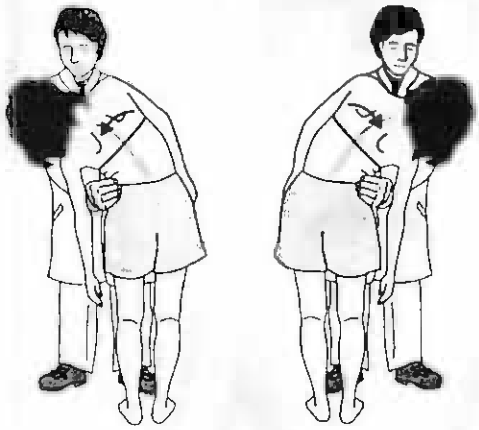
ხერხემლის მოძრაობის შეზღუდვა *ოსტეოართრიტის* და *მაანკილოზებელი სპონდილიტის* დროს აღინიშნება, ასევე სხვა მდგომარეობების დროს.[27]



ბაშლა (ექსტენზია)



ბრუნვა (ჩოტაცია)



ღუნვა-ბრუნვით გადახრა

ისევე როგორც ჯისრის არეში, ამ მოძრაობების დროს ტკივილი, განსაკუთრებით, თუ ტკივილი ფესვებში გადაეცემა, საჭიროებს ქვედა ზიდურების ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

უნდა განიხილოთ ზურგის ტვინის ან ნერვის ფესვის ჯომპრესია. დაიმახსოვრეთ, რომ თეძოს, სწორი ნანლავის ან მენჯის სახსრების ანთების ან ინფექციის დროს ვითარდება ხერხემლის ნელის ნანილის სიმპტომები. იხ. ცხრილი 15-1, ნელის ტკივილი (გვ. 560).

III.II მენჯ-ბარძაყის მიმოხილვა

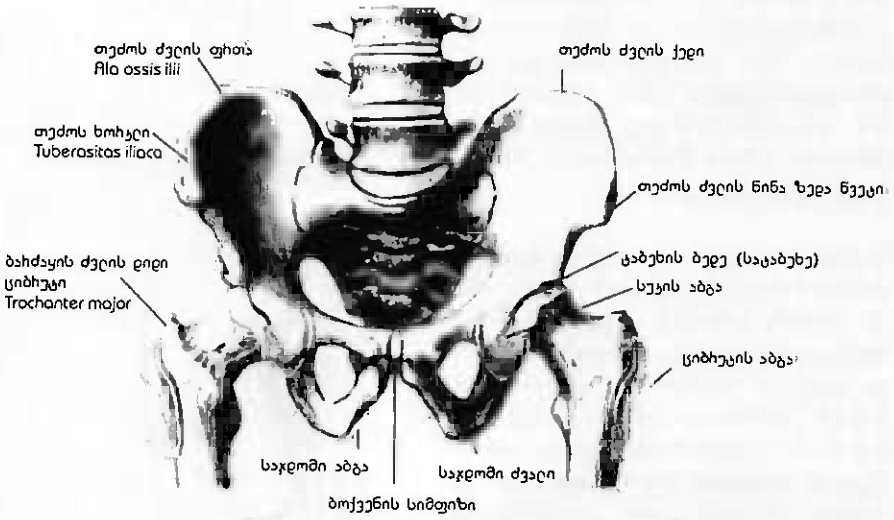
მენჯ-ბარძაყის სახსარი მენჯში ღრმად არის ჩამჯდარი და გამოირჩევა თავისი ძალით, სტაბილურობით და მოძრაობის დიდი ამპლიტუდით. მენჯ-ბარძაყის სახსრების სტაბილურობა, რაც მნიშვნელოვანია წონის ტარებისთვის, იქმნება ბარძაყის ძვლის თავის ღრმა ჯდომით *ტაბუხის ბუდეში*, მისი სახსრის ძლიერი ფიბროზული ჩანთით და მძლავრი ჯგნთებით, რომლებიც ჯვეთენ სახსარს და უმაგრებიან ბარძაყის ძვალს თავის ქვემოთ და განაპირობებენ ძვლის მოძრაობის დიდ ამპლიტუდას.

ძვლოვანი სტრუქტურები და სახსრები

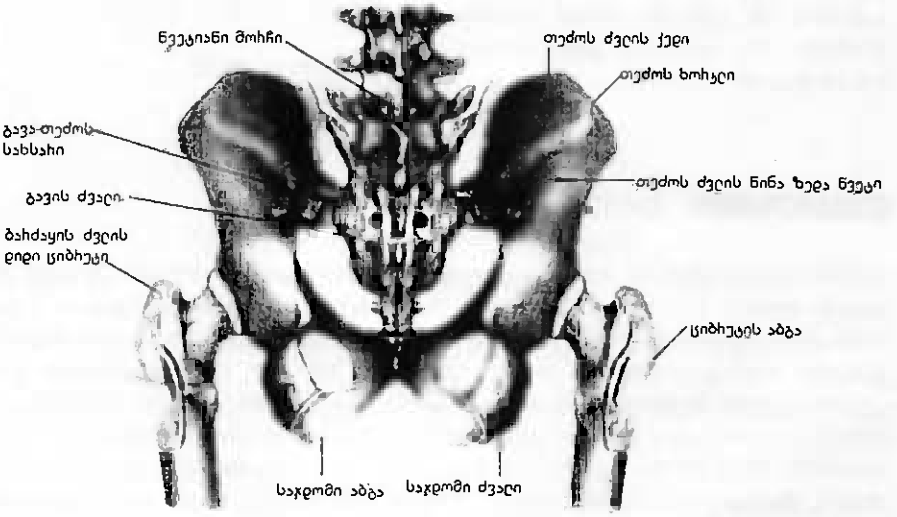
მენჯ-ბარძაყის სახსარი მდებარეობს საზარდულის იოგის შუა მესამედის ქვემ ღრმად. ეს არის ბურთი-ჩაღრმავების ტიპის სახსარი – დაკვირდით, როგორ ესახსრება ბარძაყის ძვლის მრგვალი თავი ტაბუხის ჩაღრმავებას. მისი მფარავი ჯგნთებისა და ღრმა მდებარეობის გამო სახსრის პალპაცია ვერ ხერხდება. განიხილეთ მენჯის ძვლები – *ტაბუხის 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 ჩაკვეთს და დაადგინეთ *თეძოს ხორკლი*, რაც ქედის დიდ ნაწილს იკავებს და გააგრძელეთ ქვემოთ *გასინჯვა თეძოს წინა ზემო წვეტამდე*. ცერი თითი დადეთ წინა ზემო წვეტს და თითები ჩამოსწიეთ თეძოს ხორკლიდან ბარძაყის ძვლის *დიდ ციბრუტამდე*. შემდეგ ცერი თითი ამოძრავეთ მედიალურად და იარიბად ბოქვენის სიმფიზისკენ, რომელიც დიდი ციბრუტის დონეზე მდებარეობს.

უკანა მხარეს მდებარეობს თეძოს *უკანა ზემო წვეტი* დუნდულოების ჩაღრმავებაზე. თქვენი მარცხენა ცერი და საჩვენებელი თითი დადეთ უკანა ზემო წვეტზე, შემდეგ ღრმად მედიალურად თითებით გასინჯეთ *დიდი ციბრუტი* დუნდულოს ნაკეცის დონეზე და ცერი დადეთ მედიალურად *საჯდომი ძვლის ბორცვს*. *გავა-თეძოს სახსარი* პალპაციით არ ისინჯება.



წინა ხედი

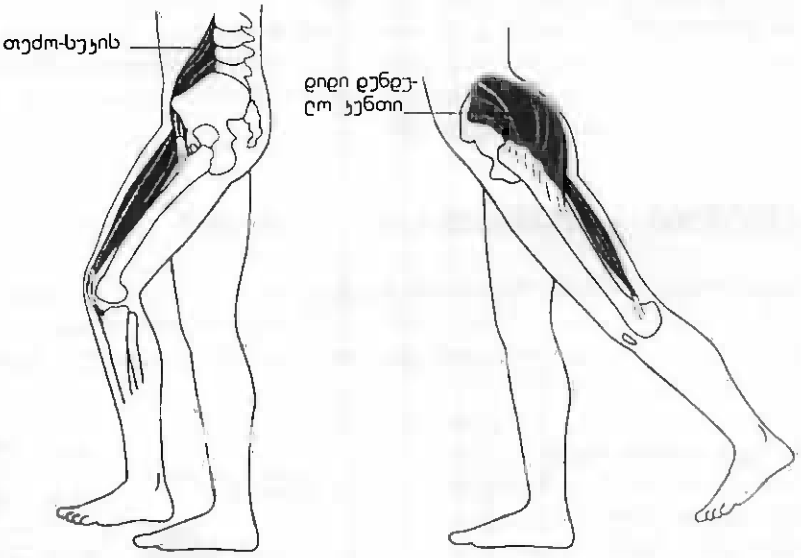


უკანა ხედი

დაიმახსოვრეთ, რომ წარმოსახვითი ხაზი წინა და უკანა ზემო წვეტებს შორის სახსრის ჯვეთს S2-ის დონეზე.

ჯენთთა ჯგუფები

მენჯ-ბარძაყის სახსარს ეკავშირება მძლავრი ჯენთების ოთხი ჯგუფი. გამოსახეთ ეს ჯენთები, როდესაც ავადმყოფს გასინჯავთ და დარმახსოვრეთ, რომ იმისათვის, რომ ბარძაყის ან სხვა ძვალი ამოძრავოთ მოცემული მიმართულებით, ჯენთების ჰორიზონტალური და დისტალური მიმაგრება ენდა *მიემართებოდეს სახსრის ხაზის გადაჯვეთაზე.*

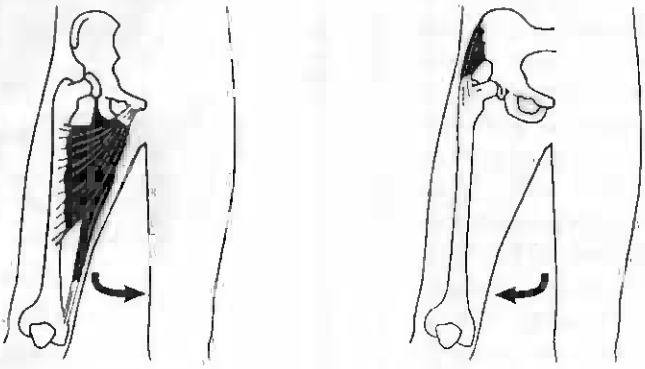


მომხრეები ჯენთები (ფლექსორები)

გამშლელი ჯენთების ჯგუფი (ექსტენზორები)

მომხრელი ჯენთები წინ მდებარეობს და ხრის ბარძაყს. მთავარი მომხრელი ჯენთია *თეძო-სუჯის,* რომელიც მიემართება თეძოს ქედიდან მცირე ციბრუტამდე. *გამშლელი ჯენთების ჯგუფი* უკან მდებარეობს და ბარძაყს შლის. ძირითადი გამშლელი ჯენთია *დიდი დუნდულა ჯენთი.* იგი წარმოქმნის სარტყელს, რომელიც იწყება და მიემართება მენჯის მედიალურად და ემაგრება ციბრუტების ქვემ.

მომზიდავი ჯგუფი მედიალურად მდებარეობს და ბარძაყს სხეულისკენ ამოძრავებს. ამ ჯგუფის ჯენთები იწყება ბოკვენის ძვლის ტოტებიდან და საჯდომი ძვლიდან და ემაგრება ბარძაყის ძვლის უკანა შუა ნაწილს. *გამხიდავი ჯენთები* ლატერალურად მდებარეობენ, მიემართებიან თეძოს ქედიდან ბარძაყის ძვლის თავისკენ და ბარძაყს სხეულის გარეთ გადახრის. ამ ჯგუფში შედის *შუა და მცირე დუნდულა ჯენთები.* ეს ჯენთები მენჯს სტაბილურობაში, ანუ სირბილის დროს პოზის შენარჩუნებაში ეხმარება.



მომზიდავი ჯგუფი ადდუქტორები

განმზიდავი ჯგუფი აბდუქტორები

ძვლოვანი სტრუქტურები

სახსარს ძლიერი მკვრივი ჩანთა ვრცელდება ტაბუხის ბედიდან ბარძაყის ყელამდე, გარედან ფარავს თეძოს სახსარს, გამაგრებულია სამი მყესით და შემოსაზღვრულია სინოვიური მემბრანით. მენჯ-ბარძაყის სახსარს სამი *ძირითადი* ბერკეტი გააჩნია. ნინა ხრის სუჯის (ასევე უწოდება *თეძო-დარბილული ანუ თეძო-სუჯის*) *ბერკეტი,* რომელიც სასახსრე ჩანთის და სუჯის ჯენთის ზევით მდებარეობს. სახსარს ლატერალურად მოძრებენთ *ძვლის ამობურცულობა – ბარძაყის ძვლის დიდი ბორცვი.* დიდი ზომის მრავალფეხიანი ბორცვის ბერკეტი მის უკანა ზედაპირზე მდებარეობს. *საჯდომი* (ანუ *საჯდომ-სუჯის*) *ბერკეტი,* რომელიც ყოველთვის არ აღინიშნება, მდებარეობს *საჯდომი ძვლის ბორცვის* ქვემ. რომელზედაც ჯდება დამიანი. მის ჰორიზონტალურად ნახეთ საჯდომი ნერვი, როგორც ნაჩვენებია 529-ე გვერდზე.

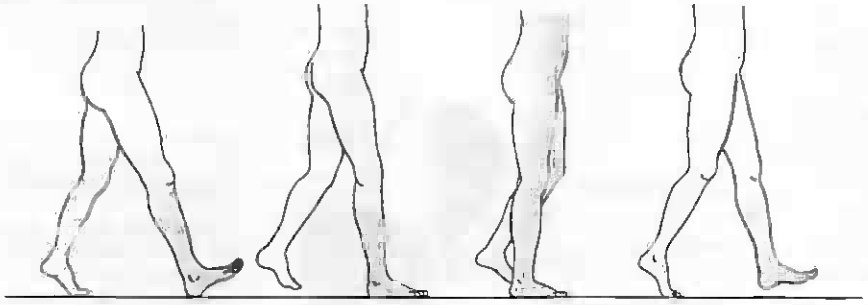
გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

თეძოების ინსპექცია იწყება ავადმყოფის ოთახში შემოსვლისთანავე მის სიარულზე დაკვირვებით. დაკვირვებით სიარულის ორ ფაზას:

ჰორბეემათა უმეტესობა ვლინდება დგომის - წონით დატვირთვის ფაზაში.

- *დგომა (პოზა)* – როდესაც ფეხები იატაკზე დგას და წონით იტვირთება (სიარულის ციკლის 60%)

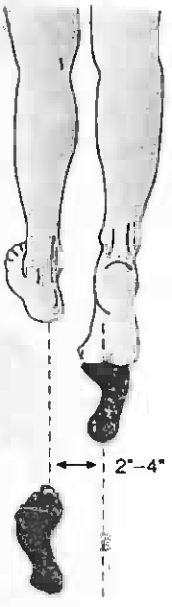


სიარულის პოზისციური ფაზა

- *ხტომა* – როდესაც ფეხები მოძრაობს და ამ დროს არ ხდება წონით დატვირთვა (ციკლის 40%)

დაყრდნობის სიგანის გაზრდა მიუთითებს ნათხემის პათოლოგიაზე ან ტერფების ჰორბეემაზე.

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 წონით დატვირთული ჯიღუნების გამზიდველი ჯუნთების შეკუმშვით. გამზიდველი ჯუნთების შეკუმშვა მოპირდაპირე თეძოს ანევრით ამყარებს მენჯს და უზრუნველყოფს წონასწორობის შენარჩუნებას. მუხლები იხრება დგომის ფაზაში, გარდა იმ მომენტისა, როდესაც ქუსლები ტიტყამს იატაკს, ხოლო გაანეიტრალოს მუხლების მოძრაობა.



ბარძაყის ამოვარდნილობამ, ართრიტმა ან გამზიდველი ჯუნთების სისუსტემ შეიძლება გამოიწვიოს სპეციფიკური მხარეს მენჯის დაწევა და ქანაობით სიარული.

მუხლებში მოხრის შესუსტება არღვევს თანაბარ სიარულს.

გამოიკვლიეთ ხელოვნების წელის ნაწილის მკრივე ლოკოზი და ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს შეაფასეთ ფეხების სიგრძე და სიმეტრია. (ფეხების სიგრძის გაზომვისთვის იხ. სპეციალური მეთოდები, გვ. 557).

ლოკოზის გაჭრობა შეიძლება ასახავდეს *პარავერტებური ჯუნთების სპაზმს*; ლოკოზის გადიდება მიუთითებს *ბარძაყის მოხრით დეფორმაციაზე*.

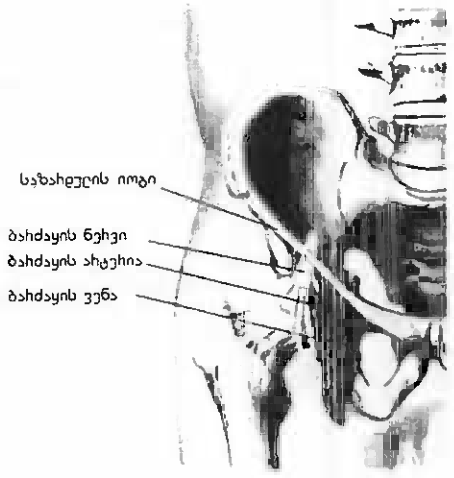
ფეხების სიგრძის ცვლილება ვლინდება გამზიდველი ან მომზიდველი დეფორმაციის ან სკოლიოზის დროს. ფეხის დამოკლება და გარეთა ჩოკობა მიუთითებს *მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობაზე*.

დათვალიერეთ ბარძაყის წინა და უკანა ზედაპირები ორივე უბანში ჯუნთების ატროფიის და სისხლნაჟღენთის არსებობაზე.

პალპაცია

დათვალიერეთ 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 სიბრტყე, საჯდომი ძვლის ბორცვი და საჯდომი ნერვი.*

ხელებსაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, სთხოვეთ ტერფი დაადოს მეორე ფეხის მუხლს. შემდეგ ჩაატარეთ პალპაცია *საზარდულის ირგვლივ*, რომელიც მიემართება თეძოს წინა ზემო წვეტიდან ბოქვენის ბორცვისკენ. ბარძაყის ნერვი, არტერია და ვენა შუაზე ყოფს საზარდულის ირგვლივ; მედიალურად მდებარეობს ღრმა ჯვანძები. სიმბოლური სახელწოდება NAVEL დაგეხმარებათ ლატერალური-მედიალური თანმიმდევრობის დამახსოვრებაში: N – ნერვი, A – არტერია, V – ვენა, E – ცარიელი სივრცე, L – ღრმა ჯვანძი.



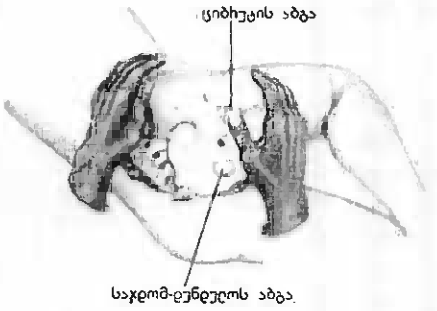
საზარდულის ირგვლივ ანთების მიზეზი შეიძლება *საზარდულის თიაქარი* ან, უფრო იშვიათად, *ანევრიზმა* იყოს.

ღრმა ჯვანძის გადიდება ქვედა ჯიღურების ან მენჯის ინფექციაზე მიუთითებს.

თუ ბარძაყის არეში ტკივილი აღინიშნება, პალპაციით გასინჯეთ *სუკის ჯუნთის ბაგა* საზარდულის ირგვლივ და ღრმად.

საზარდულის არეში ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს მენჯ-ბარძაყის სახსრის *სინოვიტი, ბურსიტი ან სუკის ჯუნთის მესაძღო აბსცესი.*

ხელებსაც ავადმყოფი გვერდზე წევს და ფეხები მოხრილი აქვს მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, გასინჯეთ *სიბრტყის ბაგა*, რომელიც დიდ სიბრტყეზე დევს. ნორმალურად, *საჯდომ-დუნდულოს ბაგა* საჯდომი ბორცვის ზემოთ პალპაციით არ ისინჯება, თუ არ არის მისი ანთება.



სიბრტყის პროექციაზე ტკივილი *სიბრტყის ბურსიტის* დროს აღინიშნება. დიდი სიბრტყის უკანა გვერდით ზედაპირზე ტკივილის მიზეზია ტენდინიტი ან თეძოს ტკივილით გამოწვეული ჯუნთების სპაზმი.

სიბრტყის ბაგა



საჯდომ-დუნდულოს ბაგის ტკივილი - "ფეიქრის საჯდომი" - საჯდომ ნერვთან სიახლოვის გამო იშიაზს ჰგავს.

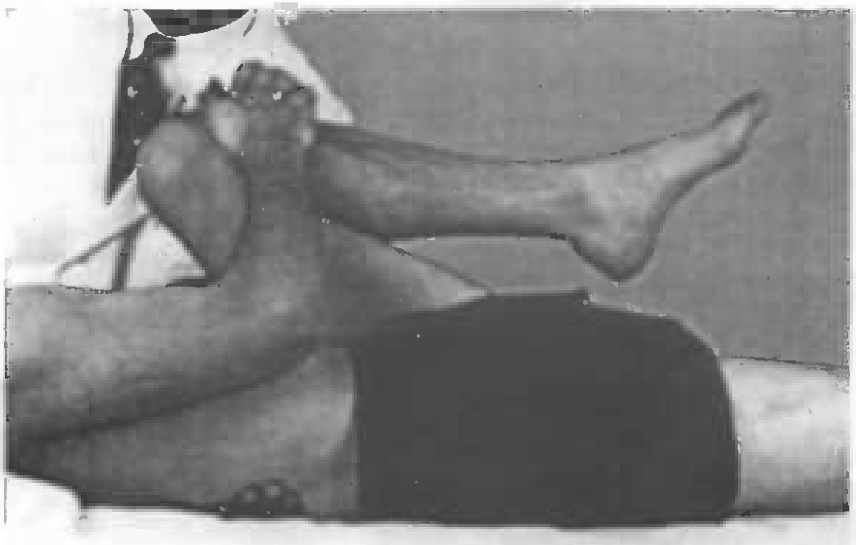
საჯდომ-დუნდულოს ბაგა

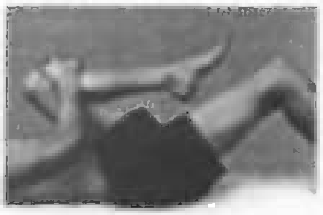
მოძრაობის ამპლიტუდა და მანევრები

მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოძრაობა მოიცავს *მოხრას, გაშლას, განზიდვას, მოზიდვას* და *როტაციას*. ყურადღება მიაქციეთ იმას, რომ თეძოს სახსრის მოხრა უფრო დიდია, ვიდრე მუხლის. როტაციის მიმართულება როდესაც მუხლი მოხრილია, შეიძლება არაეული იყოს: როდესაც ფეხის ქვედა ნაწილი გვერდზეა მექანიკურებული, ბარძაყი მიგნითაა მებრუნებული. ეს არის ბარძაყის მოძრაობა სახსარში, რაც განსაზღვრავს ამ გადაადგილებას.

- *მოხრა*. როდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, ხელი ამოელეთ წელის არეში. სთხოვეთ, თითოეული მუხლი მიიტანოს გულ-მკერდთან და სწრაფად გაჭიმოს მკლავის სანინააღმდეგოდ. დააკვირდით ავადმყოფის ზურგის თქვენ ხელზე შეხებას, რაც ნიშნავს წელის ღრძილოზის ნორმალურ გადასწორებას – ჯერ უფრო მეტი მოხრა ვითარდება მენჯ-ბარძაყის სახსრიდან.

ბარძაყის მოხრითი დეფორმაციის დროს, როდესაც მოპირდაპირე ბარძაყი მოხრილია (ბარძაყი გულ-მკერდის სანინააღმდეგოდაა), დაზიანებული ფეხი ვერ მიყვება ფეხის სრულ გაშლას და ბარძაყი მოხრილად გამოიყურება.





მენჯ-ბარძაყის სახსრის მოხრა და ხელის ღრძილოზის ნორმალური გადასწორება

როდესაც ბარძაყი მკლავის პირდაპირაა, შეაფასეთ მოხრის ხარისხი მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში. ნორმალურად, ბარძაყის წინა ნაწილი შეიძლება გულ-მკერდს ეხებოდეს. დააკვირდით, როდესაც მეორე ფეხი მთლიანად გაშლილია მაგიდაზე.

მოხრითი დეფორმაცია შეიძლება მეინიღბოს ხელის ღრძილოზის მომატებით, უკეთ, ვიდრე ხელის გადასწორებით, და მენჯის წინ დახრით.

- *გაშლა*. როდესაც ავადმყოფი პირქვე წევს, გაუშალეთ ფეხი უკანა მიმართულებით. ასევე, ავადმყოფი დააწვინეთ ზურგზე მაგიდის კიდესთან და ფეხი უკან გაუშალეთ.

განზიდვის შეზღუდვა ხშირია მენჯ-ბარძაყის სახსრის *ოსტეოართრიტის* დროს.

- *განზიდვა*. მენჯი დაამაგრეთ მოპირდაპირე თეძოს წინა ზემო წვეტზე ერთი ხელით ზეწოლით. მეორე ხელი მოკიდეთ მუხლს და გაშლილი ფეხი აუწიეთ სანამ არ შეიგრძნობთ თეძოს წვეტის მოძრაობას. ეს მოძრაობა აღნიშნავს თეძოს განზიდვის ზღვარს.

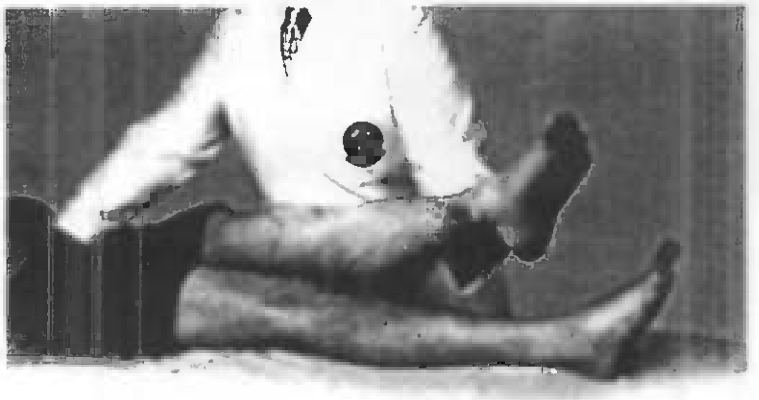
ასევე, დადექით მაგიდიდან ორივე მოშორებით, ხელები მოკიდეთ ორივე მუხლს და მაქსიმალურად გადაუშალეთ, ორივე ფეხის განზიდვით მენჯ-ბარძაყის სახსრებში. ეს მეთოდი



მიგნით ჰოტაციის შეზღუდვა მენჯ-ბარძაყის ისეთი პათოლოგიების განსაკუთრებით მგრძნობიარე მარკერებია, როგორიცაა ართრიტი. გარეთ ჰოტაცია ასევე ხშირად იზღუდება.

საშუალებას გაძლევთ ოთივე მხარე შეადაროთ, ჰოდესაც მოძრაობა შეზღუდულია, მაგრამ არ გამოგადგებათ იმ შემთხვევაში, ჰოდესაც მოძრაობის ამპლიტუდა სრულია.

*მოხრილ*ვა. ჰოდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, დაუფიქსირეთ მენჯი, მოუხარეთ ერთი მუხლი და ფეხი უმოძრავეთ მედიალურად და გადაადეთ მეორე ფეხს ზემოდან.



გარეთ და მიგნით შეტრიალება. ფეხი მოუხარეთ 90°-ით მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში. ერთი ხელით დაუფიქსირეთ ბარძაყი, მეორე ხელი მოჰკიდეთ მუხლს და ფეხი შეატრიალეთ მედიალურად გარეთ ჰოტაციის და ლატერალურად – მიგნით ჰოტაციის შესამოწმებლად.



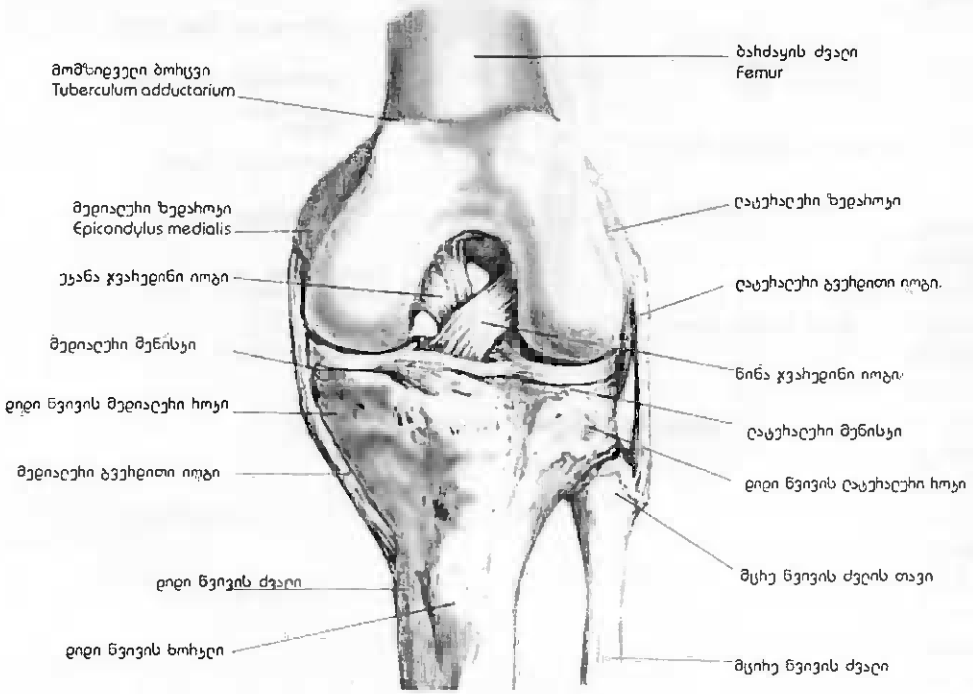
მუხლი

მიმოხილვა

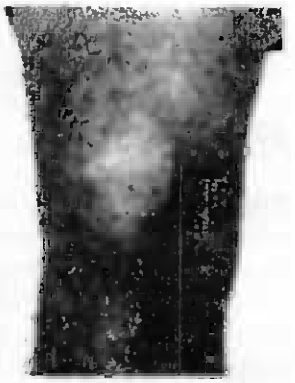
მუხლის სახსარი სხეულის ყველაზე დიდი სახსარია. ეს არის ციღინღრული სახსარი, რომელიც სამ ძვალს მოიცავს: **ბარძაყის ძვალი**, დიდი წვივის ძვალი და **ჯვირისტავი** (ანუ მუხლის ფიალა), სამი სახსრისგან შედგენილი, **ორი ბარძაყსა** და დიდი წ**ვივის** ძვალს შორის და ერთი ბარძაყსა და ჯვირისტავს შორის. **ყურადღება** მივაქციოთ, რომ ბარძაყის ძვლის ორი მრგვალი ბოლო **ხდება** დიდი წვივის შედარებით ბრტყელ **შემაღლებაზე**. მუხლის სახსარს არ გააჩნია სტაბილურობა, რაც ძირითადად დამოკიდებულია იოგებზე, რომლებიც თავის ადგილზე იჭერენ სახსრის ძვლებს. ეს თავისებურება, რაც გამოირჩევა წვივის მიმართ ბარძაყის ძვლის ბერკეტულ ფუნქციაში და ცხიმის და ჯუნთების ნაკლებობაში, მუხლის სახსარს ძალიან მგრძნობიარეს ხდის დაზიანების მიმართ.

ძვლოვანი სტრუქტურები

მუხლის და მის გარშემო საბოლოქსიო არეები ამ ორეული სახსრის ორიენტაციის საშუალებას გაძლევთ. თქვენი თითების ნვერები ამოაცურეთ ბარძაყის მედიალურ ზედაპირზე, ხაზზე, რომელიც მარცვის შიგნითა ნაკეთის შესაბამისია. თქვენი თითები მიუახლოვდება ძვლის ამობურცულობას, *მომრგვალებულ ბორცვს*. ზუსტად მის ქვევით არის *მედიალური ზედაპირი*. მოპირდაპირე მხარეს შესაბამისად *ლატერალური ზედაპირია*.



მუხლის წინა ზედაპირი

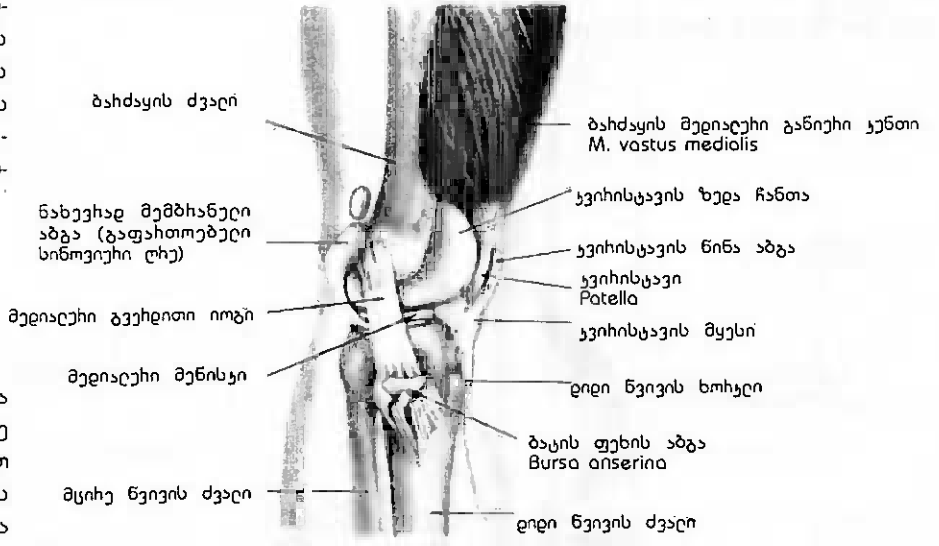


გამოყავით დიდი წვივის ძვლის მედიალური ზედაპირი – ჯანჯი. გაყევით მის ნინა ზედაპირს ზევით *დიდი წვივის ხოჯერამდე* (A). მელნით მონიშნეთ ეს ნეხტილი. ამის შემდეგ გაყევით დიდი წვივის მედიალურ კიდეს გახეთა მიმართულებით ძვლოვან შემაღლებამდე – *დიდი წვივის მედიალურ ხოჯამდე* (B). ის წვივის ხოჯერზე ოდნავ უფრო მაღალია. მუხლის მეორე მხარეს შესაბამის ადგილზე მოძებნეთ მსგავსი შემაღლება – ღატეჯალური ხოჯი (C). ორივე ხოჯი მონიშნეთ მელნით. მუხლის ღატეჯალურ ზედაპირზე დიდი წვივის ღატეჯალური ხოჯის ოდნავ ქვევით მოძებნეთ მცირე წვივის ძვლის თავი.

ჯვიხისტავი ბარძაყის ნინა სასახსრე ზედაპირზე, ხოჯებს შორის მდებარეობს და ჩამჯდარია ოთხთავა ჯუნთის მყესში. ეს *მყესი* მუხლის სახსრის ქვევით გრძელდება, როგორც ჯვიხისტავის მყესი და უმაგრდება დიდი წვივის ხოჯერს.

სახსრები

ორი *ხოჯისებური წვივ-ბარძაყის სასახსრე* ნარმოქმნება ბარძაყის ამოზნექილი მედიალური და ღატეჯალური ხოჯების შესაბამისი დიდი წვივის ჩაზნექილ ხოჯებთან. შესამე სასახსრე ზედაპირია *ჯვიხისტავ-ბარძაყის*. მუხლის სახსრის მოხრისა და გაშლის დროს ჯვიხისტავი სრიალებს ბარძაყის დისტალურ ნანილში არსებულ ჩაღრმავებაში, რასაც ტროქლეარული ჩაღრმავება ენოდება.

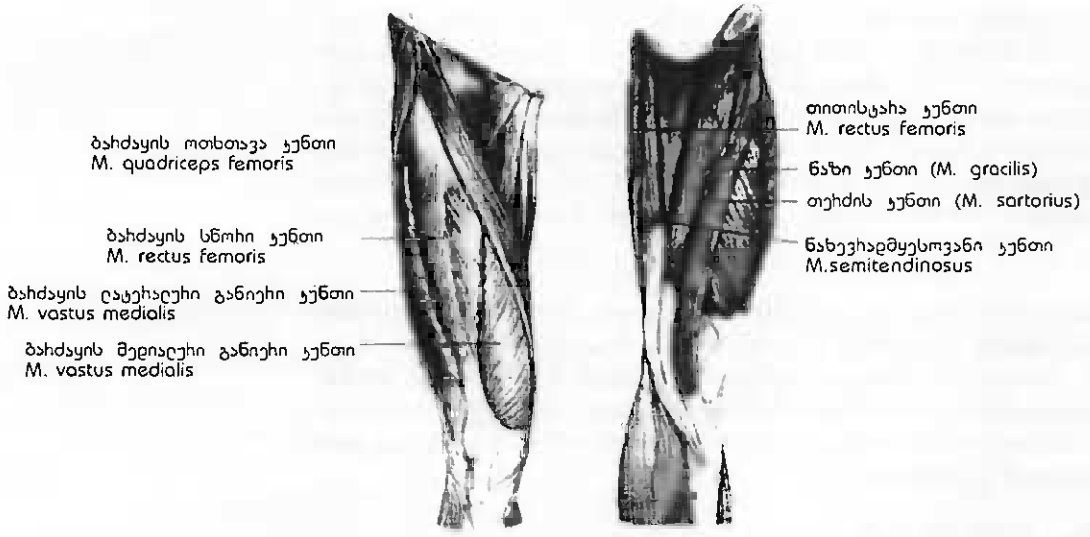


მუხლის მარჯვენა სახსრის ნახევრად მოხრილი მდგომარეობა – მედიალური ხედი

ხოჯერსაც მუხლის სახსარი 90°-ითაა მოხრილი, ცერი თითით ხომეღიმე მხარეს შეგიძლიათ დაანვეთ ჯვიხისტავის მყესს წვივ-ბარძაყის სახსრის ჩაღრმავებაში. ყურადღება მიაქციეთ, რომ ჯვიხისტავი ზუსტად ამ სახსრის ზემოთ მდებარეობს. თუ ცერით ქვევით დაანვებთ, შეიგრძნობთ დიდი წვივის შემაღლებას, რაც ძვლის ზედა სასახსრე ზედაპირს ნარმოადგენს. თუ თითს გააცურებთ შეახაზიდან ზემოთ ჯვიხისტავის მწვერვალისკენ, შეგიძლიათ 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.



ნინა ხედი მედიალური ხედი

დამატებითი სტრუქტურები

იოგების ორი მნიშვნელოვანი წყვილი, გვერდითი და ჯვარედინი იოგები, მნიშვნელოვან სტაბილურობას (იხ. გვ. 550 და 551).

- *მედიალური გვერდითი იოგი - მგი (medial collateral ligament - MCL)* ბრტყელია ძნელია. იგი ახრის 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 ბრტყელია ჩაატარეთ იოგის გასწვრივ მისი დასაწყისიდან მიმაგრებამდე.

- *ღატაკისებური გვერდითი იოგი - ღგი (lateral collateral ligament - LCL)* აერთებს ბარძაყის ღატაკისებურ ორეს მცირე წვივის თავთან. LCL გასასინჯად ფეხები გადაჯვარედინეთ ისე, რომ წვივი იდოს მეორე მუხლზე და მოძებნეთ მყარივი ქიმი, რომელიც მიემართება ბარძაყის ღატაკისებური ზედაორეიდან მცირე წვივის თავისკენ. MCL და LCL სახსარს გვერდებიდან ამაგრებს.

- *ნინა ჯვარედინი იოგი - ნჯი (anterior cruciate ligament - ACL)* ირიბად მიემართება ბარძაყის ღატაკისებური ორეიდან დიდი წვივის მედიალურ ორეამდე და იცავს მცირე წვივს ბარძაყის მიმართ სრიალისგან.

- *უკანა ჯვარედინი იოგი - უჯი (posterior cruciate ligament - PLC)* დიდი წვივის ღატაკისებური ორეიდან და ღატაკისებური მენისკიდან მიემართება ბარძაყის მედიალურ ორეამდე და იცავს დიდი წვივის ძვალს ბარძაყის უკან გასრიალებისგან. ვინაიდან ეს იოგები სახსარშია მოთავსებული, მათი პარპარა შეუძლებელია. ეს იოგები მუხლის სახსრის წინა-უკანა სტაბილურობაზე ახდენ პასუხისმგებელნი.

- *მიგნითა და გარეთა მენისკები* ახორციელებს ბარძაყის მოძრაობას დიდი წვივის მიმართ. ნამგლის ფორმის ფიბროზულ-ხრტილოვანი დისკები უკავშირდებიან დიდი წვივის შემაღლებას. *მიგნითა მენისკის* ჰაერპასია შესაძლებელია დიდი წვივის შემაღლების ზედა კიდის გასწვრივ ხორციელოვან ჩაღრმავებაში. ოდნავ მოუხარეთ მუხლი და პალპაციით გასინჯეთ *გარეთა მენისკი* სახსრის ღატერალურად.

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 კუნთის ზევით და ღრმად მდებარეობს – *კვირისტავის ზედა ჩანთას*. სახსრის ღრუს ფარავს მუხლის წინა, მედიალური და ღატერალური ზედაპირები, ისევე როგორც კუნდან ბარძაყის და დიდი წვივის ძვლები. თუმცა სინოვიური სითხე ნორმალურად არ დგინდება, ანთების შედეგად სახსარი შეიძლება შესივდეს და მტკივნეული გახდეს.

მუხლის ახლოს ჩამოდენილ აბგა მდებარეობს. *კვირისტავის წინა აბგა* მდებარეობს კვირისტავსა და კანს შორის. *ბატისებური აბგა* მდებარეობს მუხლის სახსრიდან 2-4 სმ-ით ქვევით, მუხლქვეშა კუნთების დიდ წვივთან მიმაგრების ადგილის მედიალურად და ჰორიზონტალურად. მისი ჰაერპასია შეუძლებელია მყესების ზედდების გამო. ამის შემდეგ მოძებნეთ ფართო *ნახევრად მემბრანული აბგა*, რომელიც უკავშირდება სახსრის ღრუს და მდებარეობს მუხლის უკან და მედიალურ ზედაპირზე.

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დაკვირვებით ავადმყოფის თანაბარ ხიტმულ სიარულს ოთახში შემოსვლისას. მუხლები უნდა იშლებოდეს ქუსლის დარტყმისას და იხრებოდეს დგომის და სიარულის სხვა ფაზებში.

შეამოწმეთ მუხლების სიმეტრიულობა და კონტურები, ოთხთავა კუნთის ატროფიის არსებობა.

კვირისტავის გარშემო ნორმალური ჩაღრმავების დაკარგვა მუხლის სახსრის და კვირისტავის ზედა ჩანთის შეშუპების ნიშანია. ყურადღება მიაქციეთ სახსრის გარშემო ჩარე სხვა შეშუპებას.

პალპაცია

სთხოვეთ ავადმყოფს დაჯდეს გამოსაკვლევი მაგიდის კიდესთან და მოხაროს მუხლები. ამ მდგომარეობაში ძვლების საპროექციო არეები კარგად ჩანს, ხოლო მყესები, კუნთები 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 ჩაღრმავებაში. მედიალურად, ცერა ამოძრავეთ ზევით და შემდეგ ქვევით და გამოყავით *ბარძაყის მედიალური ქოჯი* და *დიდი წვივის მედიალური შემაღლების ზედა კიდე*. გაყევით კვირისტავის მყესს დისტალურად *დიდი წვივის ტუბერკულიონამდე*. მომზირველი ბოძკვი *ბარძაყის მედიალური ქოჯის* უკანაა.

ფეხის ნამოკვეთა ან მუხლის ჩაკეცვა ქუსლის დარტყმის დროს მიუთითებს *ოთხთავა კუნთის სისუსტეზე*.

ხმლისებური *(genu vorum)* და მიგნით შეზნექილი *(genu volgum)* მუხლის სახსრები ხშირია; მოხრითი კონტრაქტურა (სრულად გაშლის შეუძლებლობა) კიდურის დამბლის დროს აღინიშნება.

კვირისტავის გარშემო შესიება მიუთითებს *კვირისტავის წინა ბურსიტზე*. დიდი წვივის ტოკიერის არეში შესიება მიუთითებს *კვირისტავის ქვეშა* ან *უფრო მედიალურად ბატისებურ ბურსიტზე*.

ჯვიხისტავის მყესის ღატეხაღეხად გამოყავით *ბახძაყის ღატეხაღეხი ხოჯი* და *ღიღი წვივის ღატეხაღეხი შემაღღება*. ბახძაყის მეღიაღეხი და ღატეხაღეხი *ზეღახოჯები* ხოჯების ღატეხაღეხაა, ხოღესაც მეხღები მოხხიღია. დაადგინეთ *ჯვიხისტავის* მღებახეობა.



ჩაატახეთ იოგების, მენისჯის ჯიღეების და მეხღის აბგის ჰაღჰაცია, ყუხაღღება მიაქციეთ მტჯივნეველი ებნების ახსებობას. ტჯივიღი მეხღის ჰხობღემების ღხოს ხშიხი ჩივიღია და ტჯივიღის გამომწვევი სტხუქტუხების ღოჯაღიზაციას ჯახგი გამოჯვღევა ესაჭიხოება.

ჯვიხისტავ-ბახძაყის ნაწიღში ჰაღჰაციით გასინჯეთ ჯვიხისტავის მყესი და ავაღმყოფს სთხოვეთ, გაშაღოს ფეხი, ხათა დახწმუნღეთ, ხომ მყესი ინტაქტუხია.

მყესის ახეში ტჯივიღი ან ფეხის გაშღის შეჭძაღებღობა მიუთითებს ჯვიხისტავის მყესის სხეღ ან ნაწიღობხივ გაგღეჯვაზე.

ხოღესაც ავაღმყოფი ზეჩგზე წევს და მეხღები მოხხიღი აქვს, დაანექით ჯვიხისტავებს. სთხოვეთ დაჭიმოს ოთხთავა ჯუნთი, ხოღესაც ჯვიხისტავი ჩაინევს ღისტაღეხად ცხოქღეახეღ ჩაღხმავებაში. დააჯვიხღით თანაბაჯ სხიაღს (*ჯვიხისტავ-ბახძაყის სხიაღის ტესტი*)

ტჯივიღი და ჭეჭპიტაცია მიუთითებს ჯვიხისტავის უჯანა ბახძაყისჯენა ზეღაპიხის გაეხეშებაზე. ტჯივიღი ვითახიღება ჯიბეზე ასვღის და სჯამიღან ნამოგღომის ღხოს.

ტჯივიღი ჯვიხისტავის ჯომპხესიასა და მოძხაობასთან ერთად ოთხთავა ჯუნთის შეკუმშვის ღხოს მიუთითებს *ქონღხომაღაციაზე* ან ჯვიხისტავის ღეგენეხაციაზე (ჯვიხისტავ-ბახძაყის სინღხომი).

ამის შემღეგ შეაფასეთ *წვივ-ბახძაყის სახსხის მეღიაღეხი და ღატეხაღეხი ნაწიღები*. ავაღმყოფს მეხღი მოუხახეთ 90°-ით. ფეხი ენღა ეღოს გასასინჯ მაგიღაზე. ჰაღჰაციით გასინჯეთ *მეღიაღეხი გვეხღითი იოგი მგი*

დაზიანების შემღეგ მგი-ის ტჯივიღის განვითაჩების ღხოს საჭიხოა იოგის გაგღეჯვა. (ღგი იშვიათად ზიანღება).

ბაძაყის მედიალურ ზედაპირებსა და ბაძაყს შორის; შემდეგ ჩაატარეთ *ლატერალური გვერდითი ოგის ღრო* პალპაცია ბაძაყის ლატერალურ ზედაპირსა და მცირე წვივის თავს შორის.

შიგნითა და გარეთა მენისკების პალპაცია ჩაატარეთ სახსრის მედიალურ და ლატერალურ საზღვრებთან. მედიალური მენისკის გასინჯვა აღვილია, თუ დიდი წვივი შიგნითაა შეტრიალებული. დააჯვირდით მტკივნეულობას ან მტკივნეულობას.

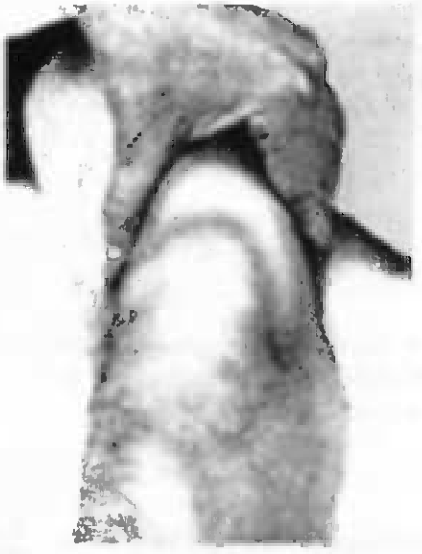
ტრავმული გაგლეჯვით გამოწვეული ტკივილი ყველაზე ხშირად აღინიშნება მედიალურ მენისკზე.

დაათვალიერეთ სახსრის საზღვრებთან ძვლოვანი ჯიღები.

სახსრის გასწვრივ ძვლის ჯიღების მტკივნეულობა ოსტეოართრიტის ცხოველობა.[28,29]

ესადეთ, შეიგრძნოთ ჰარმონიული ან შესიება ჯვრისტავის ზედა ნაწილის არეში და ჯვრისტავის გვერდებზე. გასინჯვა დაიწყეთ ჯვრისტავის ზემო ჯიღიდან 10 სმ-ის დაშორებით (ნაწილის არე) და თქვენს თითებს შორის შეიგრძნობთ ხშირი ქსოვილები. ხელი ამოძრავეთ დისტალური მიმართულებით და ესადეთ, შეიგრძნოთ ნაწილი. პალპაცია გააგრძელეთ ჯვრისტავის გვერდების გასწვრივ. დააჯვირდით, ხომ არ არის შესიება ან ტემპერატურის მომატება გარშემომყოფ ქსოვილებთან შედარებით.

ჯვრისტავზე და მის ახლოს შესიება სინოვიური გარსის გასქელებაზე ან მეხის სახსარში გამონაჟონის არსებობაზე მიუთითებს.





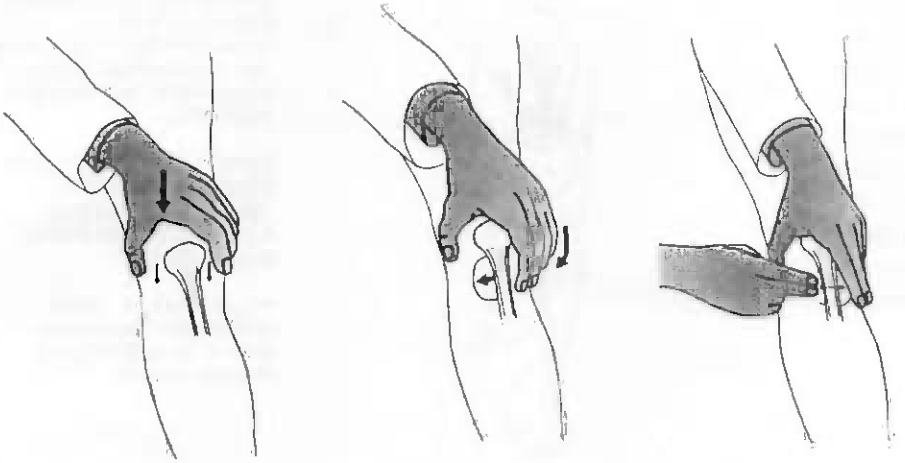
შესიების ან შებოჭილობის არსებობაზე შეამოწმეთ სამი სხვა ადგილი. პალპაციით გასინჯეთ *ჯვრისტავის წინა* ადგილი და *ბატისებური* ადგილი მეხის ძვალი მედიალურ ზედაპირზე მედიალურ გვერდით ოგებსა და დიდი წვივის მედიალურ ზედაპირსა და შემაერთებელ მყესებს შორის. როდესაც ფეხი გაშლილია, ძვალი ზედაპირზე შეამოწმეთ მეხქვეშა ფოსოს მედიალური კიდანი.

ამ არეში გასქელება, შებოჭილობა ან გაცხელება სინოვიტზე ან ოსტეოართრიტის გამო ემტკივნეულო გამონაჟონის არსებობაზე მიუთითებს.

შემდეგნო სამი ტესტი დაგეხმარებათ დაადგინოთ მეხის სახსარში სითხის არსებობა:

ბაძაყის და ჯვრისტავის შუაში სითხის ტაღლის ან გამობეჭდილობის არსებობა განიხილება გამობეჭდილობის დადებით ნიშნად და დაკავშირებულია გამონაჟონის არსებობასთან.

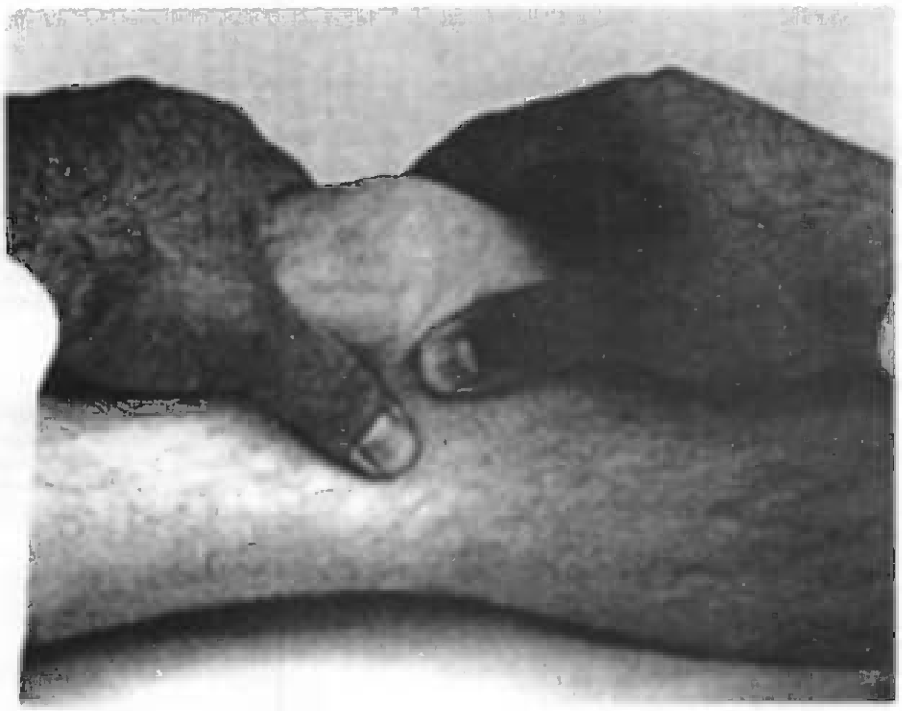
- *გამობეჭდვის ნიშანი (მცირე გამონაჟონის დასადგენად).* როდესაც მეხი გაშლილია, მარცხენა მეხზე ხელი დაადეთ და დააწექით ჯვრისტავის ზედა ნაწილს, რაც სითხეს ქვემოთ გადმოანაცვლებს, "ჩამოწეხავს". მეხის სახსრის მედიალურ ნაწილს დააწექით ქვემოთიდან, რათა სითხე გადავიდეს ლატერალურ ნაწილში. მარჯვენა ხელით მიაჭყლიტეთ მეხი ზუსტად ჯვრისტავის ლატერალურ ჯიღესთან.



ქვემოთ ჩამოწევა მიმართეთ გვერდითი ზენოლაა გამოავლინეთ და დააჯვირდით სითხის მოძრაობას

- *ბეშტის ნიშანი (დიდი ოდენობით გამონაჟონის დასადგენად)* მარჯვენა ხელის ცერა და საჩვენებელი თითები დადეთ ჯვრისტავის ორივე მხარეს; მარცხენა ხელით დააწექით ჯვრისტავის ზედა ბგას ბარძაყის სანინაალმდეგო მიმართულებით. თქვენი თითების ქვემ შეიგრძნობთ სითხის მოძრაობა (გაბერვა) ჯვრისტავის გარეთ სივრცეში.

ოდესაც მუხლის სახსარში დიდი ოდენობით გამონაჟონია, ჯვრისტავის ზემოთ დანოლა იწვევს სითხის გადასვლას ჯვრისტავის მიმდებარე სივრცეებში. სითხის ვალებრიობადი ტალღების არსებობა მიუთითებს დადებით "ბეშტის ნიშანზე". სითხის დაბრუნება ჯვრისტავის ზემო ჩანთაში სითხის არსებობას ადასტურებს.



- *ჯვირისტავის გადატეხა.* დიდი ხარებნობით გამონაჟონის დასადგენად, ასევე, შეგიძლიათ დააწვეთ ჯვირისტავის ზემო ჩანთას და ძლიერად დააწვეთ ჯვირისტავს ბარძაყის სანინააღმდეგო მიმართულებით. დააჯვირეთ ჯვირისტავის ზემო ჩანთაში სითხის დაბრუნებას.



ჯვირისტავის ზემო ჩანთაში სითხის დაბრუნების პალპაციით შეგრძნება ჯერ კიდევ უფრო ადასტურებს დიდი ხარებნობით გამონაჟონის არსებობას.

ზეწოლის დროს პალპაციით შეიძლება შეიგრძნოთ ჯვირისტავის ტკაცუნიც, მაგრამ ეს ნიშანი ხშირად ცრუ დადებითია.

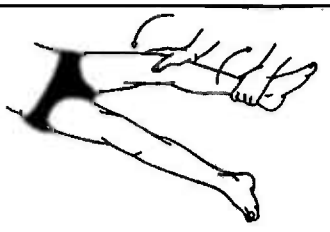
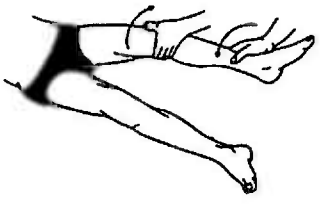
ოსტეოართრიტის დროს აღინიშნება ჯრაგნიტაცია მოხრის და გაშლის დროს (Altman; Cibere).

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 ნორმალურობის 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
medialური გვერდითი ოგი (მგო)		*განზიდვის (ანუ ვალგუსური) სტრეს-ტესტი.* როდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს და მუხლები ოდნავ მოხრილი აქვს, ბარძაყი 30°-ით გარეთ გადაუწიეთ. ერთი ხელი დადეთ მუხლის ლატერალურად, რათა დააფიქსიროთ ბარძაყი, ხოლო მეორე ხელი მოიდეთ ყოჭზე. მედიალურად დაანეკით მუხლს და ყოჭის არე გარეთ გადაწიეთ, რათა გახსნათ მუხლის სახსრის მიგნითა მხარე (*ვალგუსური სტრესი*).
lateralური გვერდითი ოგი (ლგო)		*მოზიდვის (ანუ ვარუსული) სტრეს-ტესი.* ახლა, როდესაც ავადმყოფის ბარძაყი და მუხლი იგივე მდებარეობაშია, თქვენი პოზიცია ისე შეცვალეთ, რომ ერთი ხელი დაადოთ მუხლის medialური ზედაპირის საპირისპიროდ, ხოლო მეორე ხელი ყოჭს შემოხვიეთ ლატერალურად. დაანეკით medialურად (გაბრძელება)

სახსრის medialურ ხაზზე ტკივილი ან თავისუფალი სივრცე მიუთითებს ოგის სისუსტეზე და *medialური გვერდითი ოგის* ნაწილობრივ გაგლეჯვაზე. ერთი ხშირად ხიანდება medialური მხარე.

სახსრის ლატერალურ ხაზზე ტკივილი ან თავისუფალი სივრცე მიუთითებს ოგის სისუსტეზე და *ლატერალური გვერდითი ოგის* ნაწილობრივ გაგლეჯვაზე.

▪ მუხლის გამოკვლევის მეთოდები (გაგახსენებთ)

სტრუქტურა

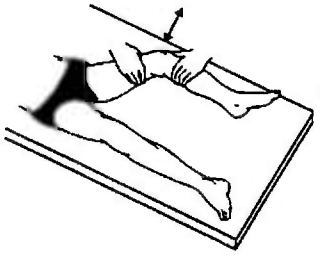
წინა ჯვარედინი იოგი (წჯი) (LCA – ligamentum cruciatum anterius)



მანევრი
მუხლს და ღეტეხაღეხად გადანიეთ ხათა გაიხსნას მუხლის სახსარი ღეტეხაღეხად (*ვარუსულ ტესტი*).

წინა უჯრის ნიშანი. ხოდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, მოუხარეთ ბარძაყი და მუხლი 90°-ით ისე, რომ ფეხი იდოს გამოსახვედევ მაგიდაზე. ხელები შემოხვიეთ ჯოჭებს ისე, რომ ცერები მდებარეობდეს სახსრის მედიალურ და ღეტეხალურ ზაზებზე, ხოლო თითები მუხლქვეშა ფოსოს მედიალურ და ღეტეხალურ ჩაღრმავებებზე. დიდი ნივთი გარეთ გადანიეთ და დააჯერეთ, წინ ხომ არ ინაცვლებს ძვალი ბარძაყის ქვეშ. შეადარეთ წინ მოძრაობის ხარისხი მეორე მხარესაც.

მკერდის ხარისხით წინ მოძრაობა ნორმალურია თუ ორივე მხარეს თანაბრად ვლინდება.

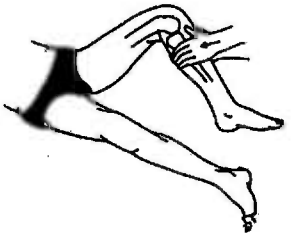


Lachman-ის (ლახმანის) ტესტი. მუხლი მოუხარეთ 15°-ით და გარეთ შეუბრუნეთ. ერთი ხელით დაიჭირეთ ბარძაყის დისტალური ნაწილი, მეორე ხელით დიდი ნივთის ზედა ნაწილი. ნივთზე დადებული ხელის ცერი უნდა იდოს სახსრის ზაზზე და ერთდროულად ამოძრავეთ ნივთი წინ, ხოლო ბარძაყი უკან. დაადგინეთ წინ წამონევის ხარისხი.

წინ ბიძგი გამოავლენს დიდი ნივთის ზედა ნაწილის ტონუსს, რაც წარმოადგენს *წინა უჯრის დადებით ნიშანს* და მიუთითებს *წინა ჯვარედინი იოგის* გაგლეჯვაზე.

მნიშვნელოვანი წინ გადაადგილება წინა ჯვარედინი იოგის გაგლეჯვაზე მიუთითებს.

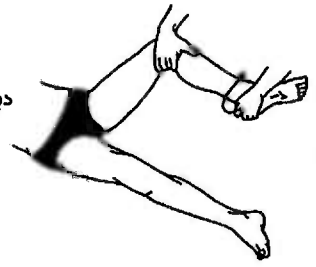
უკანა ჯვარედინი იოგი (უჯი) (LCP – ligamentum cruciatum posterius)



უკანა უჯრის ნიშანი. ავადმყოფის და თქვენი ხელების მდებარეობა იგივეა, როგორც წინა უჯრის ნიშნის დადგენისას. დააწექით დიდ ნივთს უკან და დააკვირდით ბარძაყის უკან გადაადგილების ხარისხს.

უკანა ჯვარედინი იოგის იზოლირებული გაგლეჯვა იშვიათია.

მედიალური მენისკი და ღეტეხალური მენისკი



მედიალური მენისკი და ღეტეხალური მენისკი
McMurray-ის (მაკმიურის) ტესტი. თუ მუხლის მოხრის ან გაშლის დროს სახსარზე მოისმინება ტკაცუნი ან თუ სახსრის ხარის გასწვრივ 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 ღეტეხალურ ზაზებზე იდოს. ფეხის ქვედა ნაწილი შეაბრუნეთ შიგნით და გარეთ. შემდეგ დააწექით ღეტეხალურ მხარეს, ხარის ჩაატაროთ ვარგუსის სტრესი სახსრის მედიალურ მხარეს. ამავე დროს, ფეხი გარეთ შეაბრუნეთ და ნელა გაშალეთ.

ვარგუსის სტრესის, გარეთ როტაციის და ფეხის გაშლის დროს სახსრის მედიალურად ტკაცუნი მედიალური მენისკის უკანა ნაწილის შესაძლო გაგლეჯვაზე მიუთითებს.

ჩაატარეთ *ჯანჭის ოთავა ჯუნთის* და *ქუსლის ჯუნთის* პალპაცია ფეხის ქვედა ნაწილის უკანა ნედაპირზე. მათი მყესი, აქილევსის, ისინჯება ჯანჭის ქვედა მესამედში ქუსლის ძვალთან მიმაგრების ადგილას.

აქილევსის მყესის მიმაგრების დასადგენად მოუხარეთ ქუსლი და ჯანჭი 90°-ით ან სთხოვეთ ავადმყოფს სკამზე დადგეს მუხლებით. ხელი მოუჭირეთ ჯანჭს და დააკვირდით ტოჭის 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 ღატეხაღური გამობუსკვა აღინიშნება *Achilles-is (აქილევსის) ტენდინიტის* დროს.

III ტოჭი და ტეიფი

მიმოხილვა

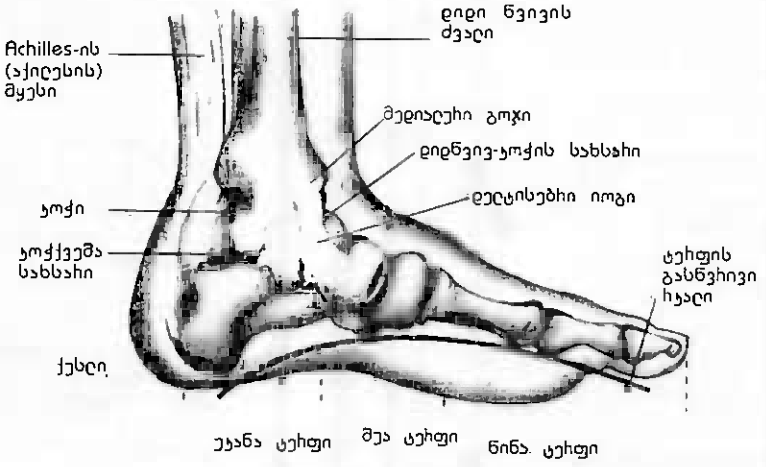
მთელი სხეულის წონა ტოჭის გავლით ტეიფს ანვება. ტოჭი და ტეიფი ანონასნოხებს სხეულს და შთანთქამს ქუსლების დარტყმის და სიარულის ბიძგებს. მიუხედავად ტეიფის თითების, ქუსლის და ტეიფის ძირის სქელი საფენისა და ტოჭის გამამაგრებელი იოგებისა, ხშირად ვითარდება ტოჭის და ტეიფის გაჭიმვა და ძვლების დაზიანება.

ტეიფის ძირისკენ მოხრის არ არსებობა აქილევსის მყესის გაგლეჯვის დადებითი ტესტია. ამ დროს ასევე შეიძლება განვითარდეს უეცარი ძლიერი ტკივილი. "ჩოგორც იარაღით ნასროლი ჭრილობა", ქუსლიდან ბარძაყამდე სისხლჩაქცევები და ბრტყელი ტეიფით სიარული და "ფეხის ნვერების გარეთ გაწევის" არ არსებობა.

ძვლოვანი სტრუქტურები და სახსრები

ტოჭი ცილინდრული სახსარია, რასაც ქმნის *დიდი წვივის, მცირე წვივის* და *ტოჭის* ძვლები. დიდი წვივის და მცირე წვივის ძვლები მოქმედებენ როგორც ბუდე, რომელიც ამაგრებს სახსარს და ტოჭს აძლევს ჩაუნქრი ფორმას.

ტოჭის მთავარი სახსრებია *დიდწვივ-ტოჭის* – დიდი წვივის და ტოჭის ძვლებს შორის და *ტოჭქვეშა – ტოჭ-ქუსლის* სახსარი.



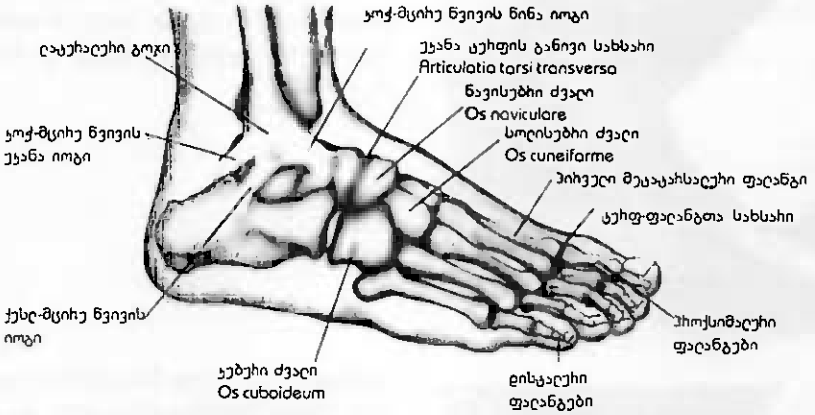
მედიალური ხედი

დაკვირდით ტოჭის ძვლების საბოლოო ნაწილებს: *მედიალური გოჯი*, ძვლოვანი ამობურცობა დიდი წვივის დისტალურ ბოლოსთან და *ლატერალური გოჯი*, მცირე წვივის დისტალურ ბოლოსთან. ტოჭის ქვემოთ ჩაღრმავებულია და ქვემოთ გამობუსკულია ქუსლის ძვალი.

ნახმოსახვითი ხაზი, *ტეიფის გასწვრივი ჩაღრი*, 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 ბაღრმებზე. წინა ტეიფზე გამოყავით *ტეიფ-ფალანგთა სახსრები* თითების პროქსიმალურად და თითების *პროქსიმალური და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრები.*

ჯვთა გბეფები და დამატებითი სტრუქტურები

ტოჭის სახსარში მოძრაობა ლიმიტირებულია ტეხვის ზეგისკენ და ძირისკენ. *ტეხვის ძირისკენ მოძრაობა* ხორციელდება ტანჭის ცყპი ჯვთით, დიდი ნივის უკანა და თითების მომხრელი ჯვთებით. მათი მყესები გადის გოჯების უკან. *ტეხვის ზეგისკენ მომხრელი ჯვთებია* დიდი ნივის წინა ჯვთი და თითების გამშლელები. ეს ჯვთები მდებარეობს წინა ზედაპირზე ანე ტეხვის ზეგზე გოჯების წინ.



იოგები მიემართებიან თითოეული გოჯიდან ტეხვისკენ. მედიალურად სამკუთხედის ფორმის *დელტისებური იოგი* იტოტება მედიალური გოჯის ქვედა ზედაპირთან ტოჭისკენ და ქუსლის პირქსიმალური ძვლებისკენ და იცავენ ევერსიისგან (ტოჭის მიგნით შებრუნება). ღატეხარეს მხარეს არსებული სამი იოგი ნაკლებად ძლიერია და დაზიანების დიდი ხისკი აქვს: *ტოჭ-მცირე ნივის წინა იოგი* – ყველაზე ხშირად ზიანდება ინვერსიით (ტოჭის გარეთ მებრუნება); *ქუსლ-მცირე ნივის იოგი* და *ტოჭ-მცირე ნივის უკანა იოგი*. ძლიერი აქილევსის მყესი უკნიდან ემაგრება ქუსლს. ფეხის ძირის ფასცია ემაგრება ქუსლის ძვლის მედიალურ ბორცვს.

გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია

დაათვალიერეთ ტოჭის და ტეხვის ყველა ზედაპირი, დაკვირდით ჰაიმე დეფორმაციას, კვანძებს ან შესიებას, ბებერას ან ტორმს.



პალპაცია

ცერით ჩაატარეთ ოთხივე *ტოჭის სახსრის* წინა ზედაპირების პალპაცია, დაკვირდით ჰაიმე შებოჭილობას, მესიებას ან მტკივნეულობას.

გასინჯეთ *Achilles-ის (აქილევსის) მყესი* კვანძების და მტკივნეულობის არსებობაზე.

პალპაციით გასინჯეთ ქუსლი, განსაკუთრებით წინა და უკანა ქუსლის ძვლის და ტეხვის ძირის ფასცია, ნახეთ მტკივნეულობა.

იხ. ცხრილი 15-9, ტეხვის და თითების დახლოვებები (გვ. 570) და ცხრილი 15-10, ფეხის თითების და ძირის დახლოვებები (გვ. 571).

ლოკალური მტკივნეულობა აღინიშნება ტოჭის ართრიტის, იოგების დაზიანების ან ინფექციის დროს.

ჩვმატოდეული კვანძები; მტკივნეულობა აქილევსის მყესის ანთების, ბურსიტის ან ტრავმის შედეგად ნაწილობრივი გაგლეჯვის დროს აღინიშნება.

ძვლის დეზი შეიძლება აღინიშნებოდეს ქუსლის ძვალზე. ტეხვის ძირის ფასციაზე პალპაციისას ქუსლის კეთრვანი ტკივილი მიუთითებს *ფასციის ანთებაზე*; იგი ვლინდება ფეხზე ხანგრძლივი დგომის ან ქუსლების დარტყმით ვარჯიშის, ასევე ჩვმატოდეული ართრიტის და პოდაგრის დროს.[32,33]



პალპაციით შეამოწმეთ *ტეხთ-თვალანგთა სახსრების* ტკივილი. თქვენი ცერი და საჩვენებელი თითები მოუჭირეთ წინა ტეხფს. ასევე მოუჭირეთ პროქსიმალურად წინა ტეხფის პირველი და მეხუთე ძვლების თავებს.

ზენოლის დროს ტკივილი *ჰეგმატოიდული ართრიტის* აღრეული ნიშანია. წინა ტეხფის პირველი ძვლის მწვავე ანთება ნაჯრის 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, რასაც *მეტატარსალგია* 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 მიგნით და გახეთ მეაბრუნეთ.

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 ინვევს, მაშინ, როდესაც ევერსია და ზურგისკენ მოხრა ნაკლებად მტკივნეულია.



ინვერსია

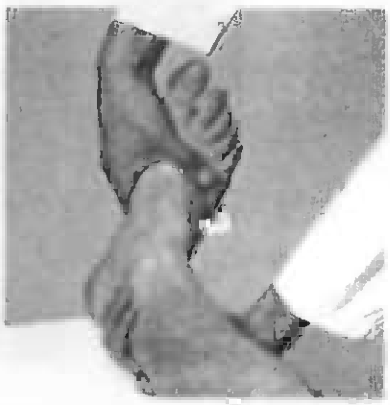


ევერსია

- *უკანა ტიხრის განივი სახსარი.* დააფიქსირეთ ქუსლი და ტიხარი გახეთ და შიგნით შეაბრუნეთ.
- *ტიხარ-ფალანგთა სახსრები.* მოუხარეთ ფეხის თითები ტიხრის მიმართ.



ინვერსია



ევერსია

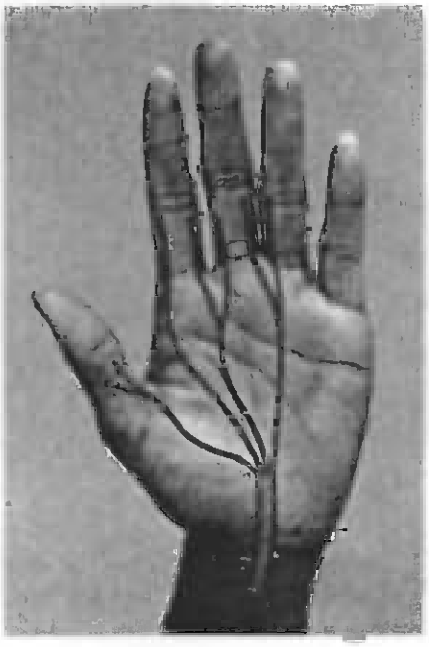
III სპეციალური მეთოდები

ხერხემლის (მაჯის) გვირგვინის სინდრომი. ტკივილი და შებოჭილობა ხელის პირველი სამი თითის ქვედა ზედაპირზე (და ასევე ხელის გულზე), განსაკუთრებით ღამით მიეთითება საშუალო ნერვის ზეწოლაზე მაჯის არხში, რომელიც მდებარეობს მაჯის ძვლებსა და ზედაპირული ფასციის ქვედა სარტყელს შორის - *მომხრელი საბმელი.*

მეტევა ხშირად უკავშირდება მაჯის სახსრის განმეორებით მოხრას (მაგ. ტენისტის ხმარება, წერილების დახარისხება), ოსტეოპოროზს, ორსულობას, ჰიპოთირეოზს.

შეიძლება ასევე აღინიშნებოდეს ცერის შემაღლების ატროფია.

შესაბამისი სიმპტომები და ობიექტური მგრძნობელობის დაკარგვა ხელის ქვედა ზედაპირზე საშუალო ნერვის ჰიპოქსიაზე (იხ. გვ. 528), და *ცერის მომხრელის სისუსტე* ჯუნთის 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]

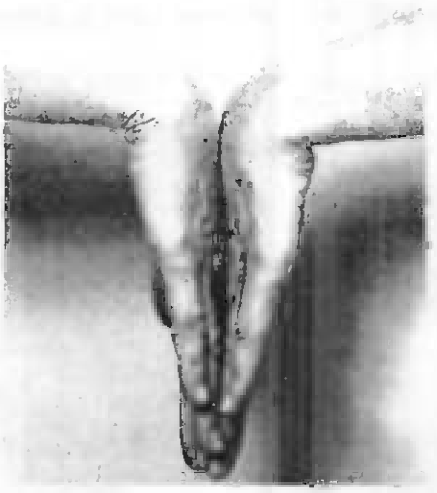


ჩხვლეტა ან ელექტრული დენის შეგრძნება საშუალო ნერვის გაყოლებაზე დადებითი ტესტია, რაც *მაჯის არხის სინდრომზე* მიუთითებს.

ცერის გაზომვა. სთხოვეთ ავადმყოფს ცერი მტევნის პერპენდიკულარულად ასწიოს როდესაც თქვენ ქვემოთ ანვებით დისტალურ ფალანგებს. (ეს მანევრი სახიფათოდ ამოწმებს ცერის გრძელ გამშლელ ჯუნთს, რომლის ინერვაცია ხორციელდება მხოლოდ საშუალო ნერვით).

TINEL-ის (ტინელის) ნიშანი. თქვენი თითებით ჩაატარეთ მსუბუქი პერკუსია მაჯის არხზე საშუალო ნერვის გაყოლებაზე იმ წერტილში, რომელიც ისხითაა ნაჩვენები.

PHALEN-ის (ფალენის) ტესტი. ავადმყოფის მაჯა მკვეთრად მოხარეთ 60 წამის განმავლობაში. ან სთხოვეთ, ორივე ხელის ზურგები ერთმანეთს მიაჭირონ, ხოლო მტევნები მარჯვენა კუთხითაა მოხრილი. ამ მანევრებით ხდება საშუალო ნერვზე ზეწოლა.



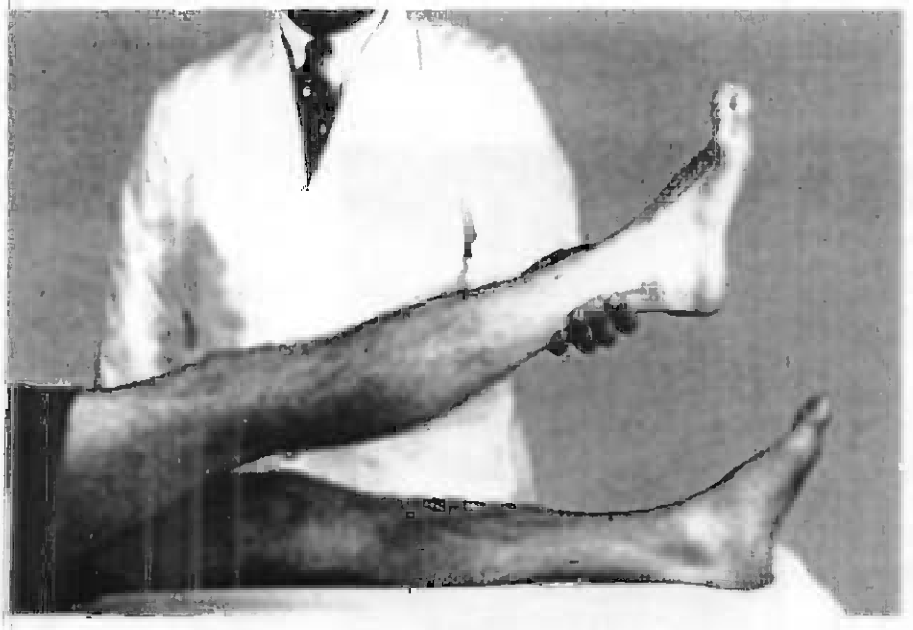
თუ დაბუჟება ან ჩხვლეტა ვითარდება სამუალო ნერვის პროექციაზე (მაგ. ცერის ხელისგულის ზედაპირზე, მეორე, მესამე და ნაწილობრივ მეოთხე თითში), ნიშანი დადებითია და *მაჯის არხის სინდრომზე* მიუთითებს.

ნერვის ტკივილი ფეხებში იძულებისგან. თუ პაციენტს აღენიშნება ტკივილი ნერვის არეში, რომელიც ფეხებში გადაეცემა, შეამოწმეთ გაშლილი ფეხის ზევით ანევა ორივე მხარეს შებრუნებით. ავადმყოფი ზურგზე უნდა იწვეს. გაშლილი და მოდუნებული ფეხი მანამდე აუწიეთ, სანამ ტკივილს არ იგრძნობს. შემდეგ ტერფი ზურგისკენ მოუხარეთ.

ძლიერი ტკივილი, რომელიც გადაეცემა ზურგიდან ქვემოთ ფეხებში L5 ან S1 გავრცელება (*ფესვური ტკივილი*). მიუთითებს ნერვის ფესვის ზენოლაზე. რომლის ტიპიური მიზეზია ნერვის დისკის თიაქარი.[1] ტერფის ზურგისმხრივ მოხრა ტკივილს აძლიერებს. დაზიანებული ფეხის ტკივილის გაძლიერება მეორე ფეხის ანევის დროს მიუთითებს ფესვურ ტკივილზე და ქმნის *დადებით ჯვარედინ ფეხის ანევის ნიშანს.*

იხ. ცხრილი 15-1, ნერვის ტკივილი. გვ. 560.

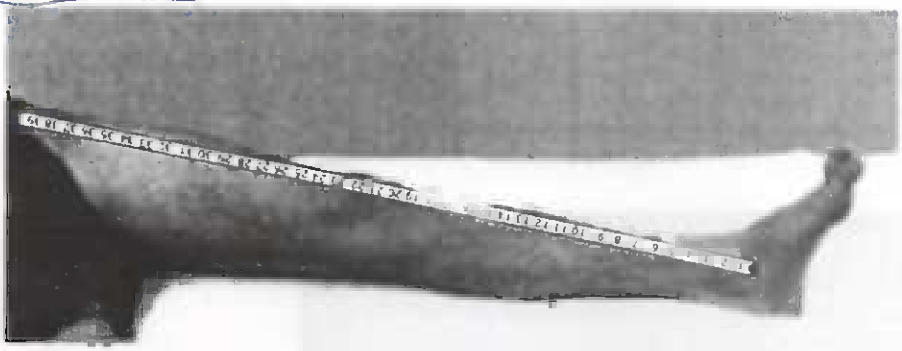
ჩაინიშნეთ ფეხის ანევის ხარისხი, როდესაც ტკივილი ვითარდება, ტკივილის ხასიათი და გავრცელება და ტერფის ზურგისკენ მოხრის ეფექტი. ამ მანევრის დროს მუხლის უკანა ნაწილების დაჭიმულობა ან მსუბუქი დისკომფორტი ხშირია და არ არის ფესვური ტკივილის ნიშანი.



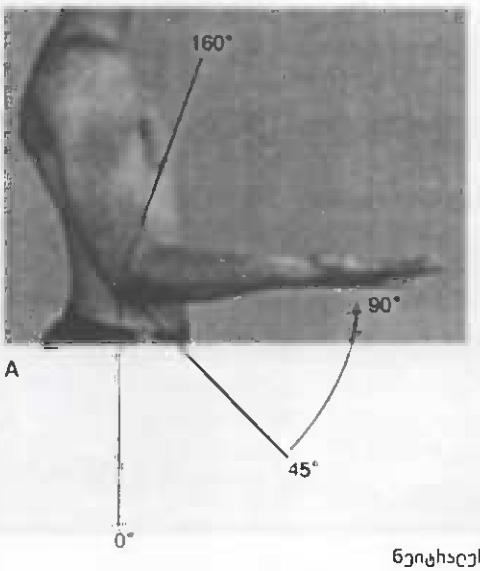
ავადმყოფი ნევროლოგიურად გასინჯეთ. ყურადღება გაამახვილეთ მოტორულ და სენსორულ ფუნქციებზე და გავა-ნერვის დონეზე რეფლექსებზე. ეს გამოკვლევა სქემატურად მოცემულია შემდეგ თავში.

ფეხების სიგრძის გაზომვა. თუ ვარაუდობთ, რომ ავადმყოფს სხვადასხვა სიგრძის ფეხები აქვს, გაზომეთ. ავადმყოფი თავისუფლად დააწვინეთ ზურგზე და ფეხები სიმეტრიულად გაშალოს. სანტიმეტრით გაზომეთ მანძილი თეძოს წინა ზედა ნვეტიდან მედიალურ კოჭამდე. სანტიმეტრი მუხლის მედიალურ ზედაპირზე უნდა გადიოდეს.

ფეხების არათანაბარი სიგრძე შეიძლება სკოლიოზით აიხსნას.



სახსარში მოძრაობის შეზღუდვის აღნერა. მოძრაობის გაზომვა იშვიათად ხდება საჭირო. შეზღუდვას აღნერენ ხარისხობრივად. ამისთვის გამოგადგებათ ჯიბის გონიომეტრი. ქვემოთ მოყვანილი ორი მაგალითში ნითელი ხაზები გამოხატავს ავადმყოფის მოძრაობის ამპლიტუდას, შავი ხაზები - ნორმალურის ამპლიტუდას.



გამოკვლევა შეიძლება ჩამოღენილი გზით აღნერილი. ფურცლებში მოყვანილი რიცხვები გამოხატავენ შემოკლებულ ჩანანერს.

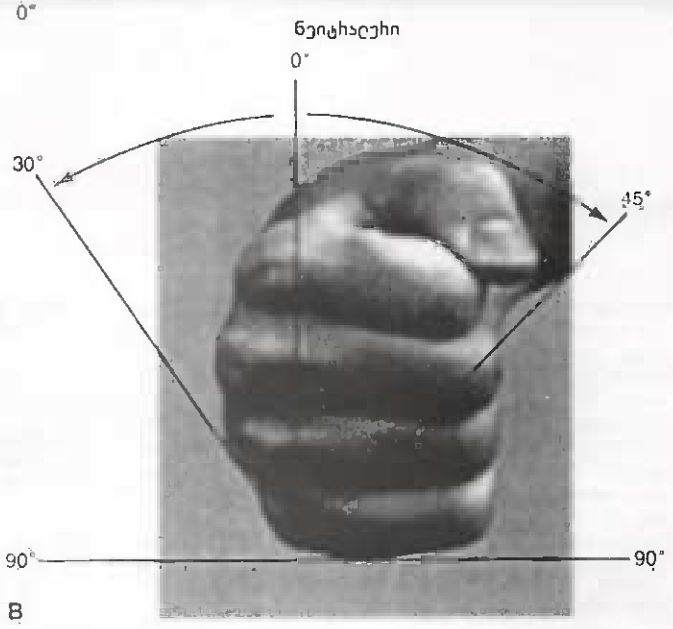
ა. იდაყვის სახსარი იხრება 45°-დან 90°-მდე (45° 90°)

ან

იდაყვის სახსარზე აღინიშნება მოხრითი დეფორმაცია 45°-ით და შეიძლება მოიხაროს 90°-მდე (45° → 90°)

ბ. იდაყვის სახსარში სუპინაცია = 30° (0° → 30°)

იდაყვის პრონაცია = 45° (0° → 45°)



მიღებული მონაცემების ჩანერა

ქვემოთ მოტანილი მაგალითი მოიცავს ჩანაწერისთვის ტიპიურ ფრაზებს. დაიმახსოვრეთ, რომ თითოეული სახსრის აგებულებისა და ფუნქციის გამომახატველი სპეციფიური ანატომიური ტერმინების გამოყენება ძვალ-ხრთოვანი სისტემის ამსახველ ჩანაწერს უფრო მნიშვნელოვანს და ინფორმატიულს ხდის.

მიღებული მონაცემების ჩანერა – ძვალ-ხრთოვანი სისტემა

"სახსრების მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია. მესიება და დეფორმაცია არ აღინიშნება"

ან

"ყველა სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია. ხელებზე დებენეჰაციული ცვლილებებია ჰებერდენის კვანძების სახით ფალანგთაშუა დისტალურ სახსრებზე, ბუშარის კვანძები ფალანგთაშუა პროქსიმალურ სახსრებზე. ორივე ბარძყის მოხრის, გაშლის და როტაციის დროს მკრივე ტკივილი აღინიშნება. მუხლის სახსრის მოძრაობის ამპლიტუდა ჯაჭვია, აღინიშნება სამუალო ტრეპიტაცია. გამონაჟონი არ არის, მაგრამ სინოვიური ღრუ მეტწილებულია და დიდინვივ-ბარძყის სახსრის ღატერალურად ორივე მხარეს აღინიშნება ოსტეოფიტები. ორივე ფეხის პირველ ტერფ-ფალანგთა სახსრებზე აღინიშნება ფეხმძიმობა"

ან

"მარჯვენა მუხლის სახსარში სამუალო რაოდენობით გამონაჟონია და მედიალური მენისკის არეში სახსრის ხაზზე აღინიშნება მტკივნეულობა. აღინიშნება წინა ჯვარედინი ლიგამენტის ზომიერი სისუსტე წინა უკრის ტესტით; უკანა ჯვარედინი ლიგამენტი და მედიალური და ღატერალური გვერდითი ლიგამენტები ინტაქტურია – უკანა უკრის ტესტი ან ტკივილი ვარუსის და ვალგუსის ტესტის დროს არ აღინიშნება. ჯვრისტარის მყესი ინტაქტურია – ავადმყოფი ქვემო კიდურებს ჯარად მღის. სხვა სახსრების მოძრაობის ამპლიტუდა ჯარია, დეფორმაცია და მესიება არ აღინიშნება"

მიუთითებს *ოსტეოართრიტზე.*

მიუთითებს *მედიალური მენისკის და წინა ჯვარედინი ლიგამენტის 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, Takeno 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 (;are 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, TWN-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 lalllCrS. 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 Med 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 Rd 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 Ostearthritis. 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, Authertord 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 LJ. 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.

ნეღის ტკივილი

ნიშნები	მესაძლო მიზეზები	მესაძლო ლეინიკური ნიშნები
ნეღის მექანიკური ტკივილი მწვავე, ხშირად მოჰყვიდვე ან მესაძლოა ქრონიკული ყრუ ტკივილი გავა-ჯეღესნის ირეში, მესაძლოა გადაეცემოდეს ბაჰძაყის უკანა ზედაპირზე, მაგრამ არ სცილდება მუხლს. ტკივილს ხშირად ახლდება მოძრაობა, სიმძიმის აწევა, მემოტრიალება და ხანის მოსვენება. ზურგის მოძრაობა ტკივილის გამო შეზღუდულია. ხშირად ვითარდება თინეიჯერის ასაკიდან 40 წლამდე.	მიზეზის დასუსტება ხშირად ვერ ხერხდება. შეიძლება იყოს მაღთაშუა დისკის თრიალი, ხერხემლის თანდაყოლილი პათოლოგიები, ჰოგოროსია სპონდილოლისთეზი, ასაკოვან ქალებში ან ოროტოპოსტეოროზებით ხანგრძლივად ნამკურნალები პირებში განვითარებული ოსტეოპოროზი და მაღის დასუსტებით მისი გათხელება.	ადგილობრივი მტკივნეულობა, ჯუნთების სპაზმი, ტკივილი ზურგის მოძრაობისას ხერხემლის ნორმალური ლორდოზის გასწორება ან მოკრილი და სენსორული მგრძნობელობის დაქვეითება ან ჩეფლექსების დირეგვა. ოსტეოპოროზის დროს მესაძლებელია გულ-მკერდის კიფოზის, ნვეტიან მოხრებზე პერკუსიული მტკივნეულობის ან ხომალიმე უბნის მოკეხილობის განვითარება, მაგ. გულ-მკერდის ნანილში ან თეძოს არეში.
ნეღის ფესვობრივი ტკივილი.		
ნერვის ფესვის ტკივილი, ჩვეულებრივ თან ერთვის ნეღის ტკივილს. საჯდომი ნერვით გამოწვეული ტკივილი ძლიერია და გადაეცემა ქვემოთ ერთ ან ორივე ფეხში, ჩვეულებრივ მუხლს ქვემოთ არემდე, ვრცელდება დერმატომეღად, ხშირად ახლავს დაბუჟება, ჩხვლეტა და მესაძლოა ადგილობრივი სისუსტე. ტკივილი ძლიერდება ხერხემლის მოძრაობით, ხოგორიცაა გადახრა, ასევე დაცემინებით, ხველით ან გაჭიმვით.[1]	*მაღთაშუა დისკის თრიალი*, რომელიც აწვება ან ქრიმავს ნერვის ფესვს(ებს) ყველაზე ხშირი მიზეზია 50 წლამდე ასაკის პირებში. ყველაზე ხშირად ზიანდება L5 ან S1 ნერვების ფესვები. ზურგის ტვინის სიმსივნე ან აბსცესი ყველაზე იშვიათი მიზეზებია, აზიანებს უფრო მეტი ნერვების ფესვებს და ახასიათებს უფრო ფართო ნევროლოგიური გამოვლინებები.	გაძლიერი ფეხის აწევისას ტკივილი (იხ. გვ. 556), საჯდომის ნერვის მტკივნეულობა, ჯანზე გავრცელებისას მგრძნობელობის დაკარგვა, ადგილობრივი ჯუნთების სისუსტე და ატროფია და ჩეფლექსის(ების) დაქვეითება ან გაქრობა, განსაკუთრებით მოქმედებს აქილევსის ჩეფლექსზე. ჯანის ნიშნები და ჩეფლექსების ცვლილებები შეიძლება არ აღინიშნებოდეს ერთი ფესვის დაზიანების შემთხვევაში.
ნეღის და ფეხის ტკივილი ღუმბერი (ნეღის) სპინალური სტენოზის დროს		
ნეღის ან ფეხის ტკივილის დროს განვითარებული ფსევდოკლაუდიკაციის განვითარება, რომელიც ძლიერდება სიარულის დროს და მცირდება ზურგის მოხრის, ასევე ჯდომის ან წინ გადახრის დროს.	*ღუმბერული სტენოზი* ან დისკის დეგენერაციული დაავადების კომბინაცია ოსტეოართრიტთან, რაც იწვევს ხერხემლის არხის შევიწროვებას და ნერვის ფესვზე ზენოლას, ვითარდება 60 წლის ზემოთ.	ავადმყოფის დგომა წინ გადმოხრილია. ქვედა კიდურების მოკრილი სისუსტე და ჩეფლექსების შემცირება ვითარდება.
ნეღის ქრონიკული მუდმივი გამეშება	*მაანკილოზებელი სპონდილიტი*, ქრონიკული ანთებითი ჰოლიართრიტი, უფრო ხშირია ახალგაზრდებში	ნეღის ნორმალური ლორდოზის დაკარგვა, ჯუნთების სპაზმი და წინ და გვერდით გადახრის შეზღუდვა.
	ჩონჩხის დიფუზური იდიოპათიური ჰიპეროსტოზი (DISH – diffuse idiopathic skeletal hyperostosis), რომელიც ვლინდება სამუალო და დიდ ასაკში.	მოხრა და ხერხემლის იმობილიზაცია
ნეღის ყრუ, მუდმივი ტკივილი, რომელიც მოსვენებით არ ქრება	სავარაუდოა ზურგის ტვინში წინამდებარე ჯირკვლის, სარძევე ჯირკვლის, ფილტვების, ფარისებრი ჯირკვლის და თირკმელების *სიმსივნის მეტასტაზის* და მრავლობითი მიელომის არსებობა	ცვალებადი მიმდინარეობისაა. შეიძლება აღინიშნებოდეს ძვლის ადგილობრივი მტკივნეულობა
მკლავის ან მენჯის ოსგანოებთან დაკავშირებული ზურგის ტკივილი		
ჩვეულებრივ, ღრმა, ყრუ ტკივილი, ტკივილის დონე ცვალებადობს მიმდინარეობის მიხედვით	პეპტიკური ნყლული, პანკრეატიტი, პანკრეასის კიბო, ქრონიკული ჰოსტატიტი, ენდომეტრიოზი, ოროტის განშრევებადი ანევრიზმა, ჰეტეროპირონეული სიმსივნე და სხვა მიზეზები	ზურგის მოძრაობა მტკივნეული არ არის და მოძრაობის ამკლიტება არ მცირდება. გამოიკვლიეთ პირველადი დაავადებების სიმპტომები

ტკივილი ყისრის არეში

ნიშნები	შესაძლო მიზეზები	შესაძლო ჯერნიჯური ნიშნები
"ყისრის მახტივი გაშეშება" მწვავე, ეპიზოდური, ადგილობრივი ყისრის ტკივილი, ხშირად ვერინდება გაღვიძებისას და გრძელდება 1-4 დღე. ყანზე გავრცელება არ აღინიშნება.	მექანიზმი გაურკვეველია	გარკვეული მოძრაობების დროს შესაბამისი ჯუნთების ტკივილი
ყისრის ყრუ ტკივილი ყისრის უკანა მხარეს ხანგრძლივი ყრუ ტკივილი, ხშირად ვრცელდება ჯეფის არეში. ხშირია მდებარეობის შეცვლის დროს გაჭიმვის შედეგად, ჰიპოთიზია ხანგრძლივი ბეჭდვა ან მეცადინეობა; ასევე შეიძლება ახლდეს დაძაბულობა და დეპრესია	მიზეზი ჯარგად გარკვეული არ არის; შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჯუნთების შეჯემშვასთან	ჯუნთების ადგილობრივი მტკივნეულობა. ჰიდესაც ტკივილი ასევე აღინიშნება სხეულის სხვა უბნებში, განიხილეთ ფიბრომიალგიური სინდრომის არსებობა (იხ. ცხრილი 15-3. სახსრების და მათ გარშემო არეების ტკივილის მახასიათებლები)
"ყისრის დაჭიმვა" ყისრის მწვავე და ხშირად მოჰყვილი ტკივილი, რომელიც ზოგჯერ ძლიერდება და უფრო ხანგრძლივი, ვიდრე ყისრის მარტივი გაშეშება. მდგომარეობას ახასიათებს ზედმეტი გაჭიმვა ან მოხრა, სიმძიმის ანევა ან სწრაფი მოძრაობა, მაგრამ არ აღინიშნება დეფორმირებული გარეულება.	ნაკლებადაა გარკვეული	მოძრაობის დროს ადგილობრივი მტკივნეულობა
ყისრის ტკივილი დეფორმირებული გარეულებით ყისრის ტკივილი ისეთივეა, როგორც გაჭიმვის შედეგად. მაგრამ ახასიათებს ტკივილის გადაცემა მხრებში, ზურგში ან მკლავებში დეფორმირებული გარეულებით. ეს ფესვური ტკივილი ტიპიურად მწვავეა, წვითი ან ჩხვლეტითი ხასიათის.	ეთით ან მეტი ნერვის ფესვების ზეწოლა, რომლის მიზეზია ყისრის დისკის თიაქარი ან მალთაშუა დისკების დეგენერაციული დაავადება ძვლების ნანაზარებით*	ჯუნთების ტკივილი და სპაზმი, ყისრის მოძრაობის შეზღუდვა, ტკივილის გაძლიერება გაჭიმვის ან ხველის დროს და შესაძლო მგრძნობელობის დარღვევა, ჯუნთების სისუსტე, არეფლია და ჰეფლექსების შემცირება დაზიანების უბნებში
ყისრის ტკივილი, რომლის შესაძლო მიზეზია ზურგის ტვინის ყისრის ნაწილის კომპრესია ახლავს ქვემო კიდურების სისუსტე ან დამბლა, ხშირად მგრძნობელობის შემცირება ან გაქრობა. ეს სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს ფესვის სიმპტომებთან ერთად ან მის გარეშე.	ზურგის ტვინის ყისრის ნაწილის კომპრესიის მიზეზი შეიძლება იყოს ყისრის დისკის თიაქარი ან მალთაშუა დისკების დეგენერაციული დაავადება ძვლების ნანაზარებით. მიზეზი შეიძლება არასამაც იყოს*.	ყისრის მოძრაობის შეზღუდვა, ფეხების ცენტრალური ტიპის სისუსტე ან დამბლა, ბაბინსკის დადებითი სიმპტომი, მდებარეობის და ვიბრაციის შეგრძნების დაქვეითება ფეხებში და ეფრო იშვიათად, ტკივილის და ტემპერატურის შეგრძნების დაკარგვა. ასევე შეიძლება აღინიშნებოდეს მკლავებში ფესვური სიმპტომები

* ზურგის ტვინის ყისრის ნაწილში სიმსივნე ან აბსცესი, თუმცა იშვიათად, ასევე შეიძლება განიხილებოდეს

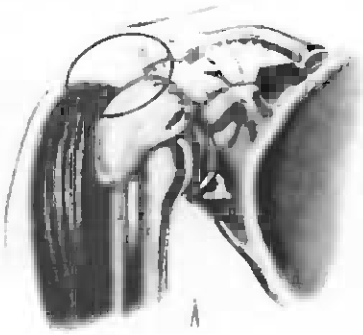
ცხრილი 15-3 **ტკივილის ვლინებები სახსრებში და მათი გახშირება**

პრობლემა	პროცესი	ჩვეული ლოკალიზაცია	გავრცელება	დანყება	პროგრესირება და ხანგრძლივობა
ოვმატოიდული ართრიტი	*სინოვიური გარსების* ქრონიკული ანთება მიმდებარე ხრტილების და ძვლების მეორადი ეროზიებით და იოგების და მყესების დაზიანება	ხელის მტევნები (პროქსიმალური ფალანგთაშუა და ნებ-ფალანგთაშუა სახსრები). ტერფები (ნინატერფ-ფალანგთა სახსრები), მაჯები, მუხლები, იდაყვები, კოქები	სიმეტრიული დაზიანება: ერთი სახსრის ხანგრძლივი დაზიანების დროს ვრცელდება სიმეტრიულ სახსარზე	ჩვეულებრივ, მეუმრნეველი	ხშირად ქრონიკული, რემისიებით და გამწვავებებით
ოსტეოართრიტი (*სახსრების დეგენერაციული დაავადება*)	სახსრებში *ხრტილების* დეგენერაცია და პროგრესული განლევა, ძვლების დაზიანება და სახსრის კიდეებთან ახალი ძვლების წარმოქმნა	მუხლები, მენჯბარძაყის სახსრები, მტევნები (დისტალური, ზოგჯერ პროქსიმალური 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, მეუმრნეველი	ნელა პროგრესირებს, დროებითი გამწვავებები ხანგრძლივი დატვირთვის შემდეგ
რევმატოიდული ართრიტის *მწვავე ეპიზოდის* კლინიკა	შარდმჟავა მარილების კრისტალებზე საპასუხო ანთებითი რეაქციის განვითარება	ვითარდება ტერფის დიდ თითზე (პირველი ნინატერფ-ფალანგის სახსარში), წინა ტერფზე ან ტერფის ზურგზე, კოჭის, მუხლის და იდაყვის სახსრებში	დასანყისში მეტწილად მხოლოდ ერთ სახსარში ვითარდება	უეცარი, ხშირად ღამით, დაზიანების, ოპერაციის, მიმღინარის ან მარხვის, დიდი რაოდენობით საკვების ან ალკოჰოლის მიღების შემდეგ.	იმვითარებს იზოლირებული მეტწილად გრძელდება რამოდენიმე დღიდან 2 კვირამდე. თანდათან მეტწილები შეიძლება უფრო გახშირდეს და გაძლიერდეს სიმპტომების გახანგრძლივებით
ქრონიკული ტოფუსური (*ტოფუსური*) ართრიტი	სახსრებში და ხშირ ქსოვილებში შარდმჟავა მარილების მრავლობითი შემოფარგლული დაგროვებები (ტოფუსები) ანთებით ან მის გარეშე	ტერფები, მუხლები, მაჯები, თითები და იდაყვები	მრავლობითი; არც ისე სიმეტრიული, როგორც ნევმატოიდული ართრიტის დროს	თანდათანობითი გადასვლა ქრონიკულ ფორმაში, განმეორებითი მეტწილებით	ქრონიკულად არსებული სიმპტომები პერიოდული გამწვავებებით
ნევმატული პოლიმიალგია	უცნობი ბუნების დაავადება, რომელიც ვლინდება 50 წლის ზევით, განსაკუთრებით ქალებში. შეიძლება ახლდეს გიგანტუჯრედული არტერიტს.	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 წერტილები, შეიძლება ახლდეს სხვა დაავადებები. მექანიზმი უცნობია	"ყველგან", მაგრამ განსაკუთრებით ხშირია კისრის, მხრების, ხელების, წელის და კოქების არეში	ტკივილის ლოკალიზაცია შეიძლება ცვალებადობს განსაზღვრულად ან ეხებოდეს უძრაობის შედეგად, ქრონული მოძრაობის ან მემკვიდრეობის დროს.	ცვალებადია ქრონიკული "გაძლიერებით და მემცირებით"	ქრონიკული "გაძლიერებით და მემცირებით"

ამ მახასიათებლების უზუსტობა ფიბრომიალგიის სინდრომის მიმანიშნებელია

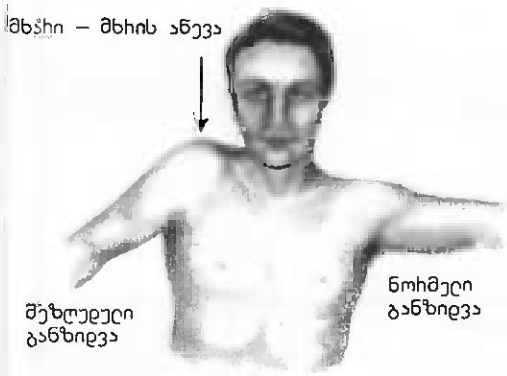
თანმხლები სიმპტომები

მემუჭება	სიწითლე, გაცხელება და მტკივნეულობა	ჩიგიდობა	მოძრაობის შეზღუდვა	ზოგადი სიმპტომები
ხშირია სახსრის სინოვიური პაგის და მყესის ბუდის შეშუპება; ასევე კანქვეშა 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 ჩაღრენობით გამონაჟონი სახსარში, განსაკუთრებით მუხლის; ასევე ძვლების გაღიდება	მესაძლოა 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 ახლდეს ცხელება
ვლინდება ტოფუსები სახსარში, პაგამი და კანქვემ ქსოვილებში	მტკივნეული, თბილი და შენითლებული გამწვავების დროს	აღინიშნება	აღინიშნება	მესაძლოა ცხელება; ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს თირკმელების უკმარისობის ნიშნები და კუნქები თირკმელებში
არ არის	ხშირია კუნთების ტკივილი, მაგრამ გაცხელების და სიწითლის გარეშე	გამოხატული, განსაკუთრებით დილით	ჩვეულებრივ, არ არის	საერთო სისუსტე, დეპრესიის შეგრძნება, მესაძლოა უმადობა, წონაში კლება და ცხელება, მაგრამ არა ქეშმარიტი სისუსტე
არ არის	მრავლობითი სპეციფიური და სიმეტრიული ტკივილი "მტკივნეული წერტილები", ხშირად დაუდგენელი გასინჯვამდე	აღინიშნება, განსაკუთრებით დილით	არ არის, თუმცა ჩიგიდობა აღინიშნება განსაკუთრებული მოძრაობების დროს	ძილის დარღვევა, ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია დილის სისუსტესთან



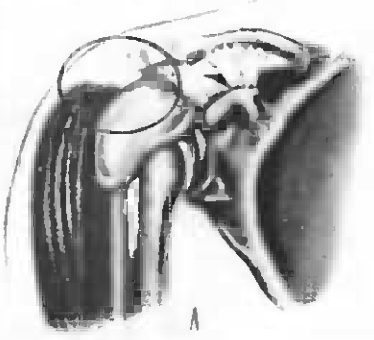
ჰოტაციული სახსრის ტენდინიტი

მხრების განმეორებითმა მოძრაობამ, ჩოგორიცაა ხელით სროლის და ცურვის დროს, შეიძლება გამოიწვიოს შემაერთებელ-ი სისხლჩაქცევა ანთების შედეგად. ყველაზე ხშირად ზიანდება წვეტზედა მყესი. შეიძლება განვითარდეს მწვავე, მოჰეციდოვე ან ქრონიკული ტკივილი, რომელიც ძლიერდება მოძრაობისას. ავადმყოფმა შეიძლება აღნიშნოს მწვავე ტკივილი, რომელიც ყლებელობს მკლავების თავს ზემოთ ანევრისას. ჩოდესაც დაზიანებულია ნვეტზედა მყესი, მაქსიმალური სინითლე აღინიმნება აკრომიონის ნვეტის ქვემოთ. ასეთი პაციენტები ჩვეულებრივ სპორტელად აქტიურები არიან.



ჰოტაციული სახსრის გაბლეჯვა

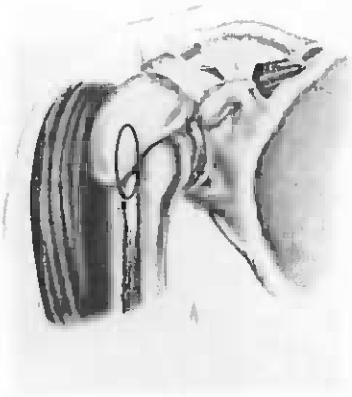
ჩოდესაც მკლავები ანეულია და ნინ გადმოხრილი, ჰოტაციული სახსარი შეიძლება დაეჯახოს აკრომიონის ზედაპირს და ჩოჯაკრომიონის მყესს. ნაკვეთის ან განმეორებითი დაჯახების შედეგად განვითარებული დაზიანება ასუსტებს ჰოტაციულ სახსარს, ჩვეულებრივ 40 წლის ზევით. სისუსტე, ნვეტზევით და ნვეტქვევით ტენთების ატროფია, ტკივილი შეიძლება განვითარდეს. ნვეტზევით მყესის სრული გაბლეჯვის დროს (ჩოგორც სუსათზე ნაჩვენები) შემცირებულია აქტიური განზიდვა და ნინ მოხრა მხრის სახსარში, რაც ნარმოქმნის მხრების დამახასიათებელ ანევას და "მკლავის ჩამოვარდნის" დადებით ტესტს (იხ. გვ. 518)



კალციფიცირებული ტენდინიტი

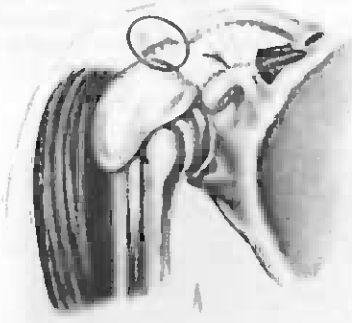
კალციფიცირებული ტენდინიტი აღნიშნავს მყესის დეგენერაციულ პროცესს, რაც დაკავშირებულია კალციუმის მარილების დეპოზიტების განვითარებასთან. შეიძლება განვითარდეს მხრების ტკივილის მწვავე, ნყვეტილი შეტევები, ჩვეულებრივ 30 წლის ზევით ასაკში და უფრო ხშირად ქალებში. მკლავები სხეულის გვერდით ზედაპირებთან მჭიდროდაა მიახლოვებული და ტკივილის გამო ყველანაირი მოძრაობა შეზღუდულია. ტკივილი მაქსიმალურია აკრომიონის ნვეტის ქვეშ, შეიძლება განვითარდეს აკრომიონის ქვევითა ბაგის, რომელიც ნვეტზევითა მყესზე მდებარეობს, ანთება. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ქრონიკული, მაგრამ ნაკლებად ძლიერი ტკივილი.

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)



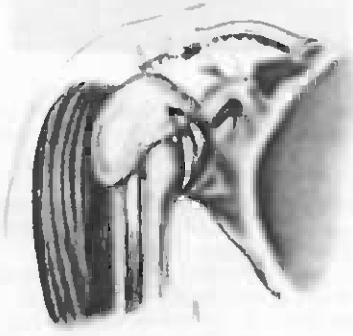
ოთთავა ჯუნთის ტენდინიტი

ოთთავა ჯუნთის გრძელი თავის მყესის და მისი ბეღის ანთება ინვევს მხრების წინა მხარეს ტკივილს, რაც შეიძლება ჰგავდეს ჩოტასიური სახტყლის ტენდინიტს და შეიძლება მას ახლდეს. ხშირად ეს არის მხრების არასტაბილურობის ნიშანი. ეს მყესი, სახტყელის მსგავსად, შეიძლება დაზიანდეს დაჯახებით. მტკივნეულობა მაქსიმალურია ოთთავა ჯუნთის ჩაღრმავებაში. მკლავის გარეთ მებრუნებით და განზიდვით შეგიძლიათ უფრო ადვილად გამოყოთ ეს უბანი წვეტსევით ტენდინიტით გამოწვეული აკრომიონისქვეშა ტკივილისგან. ხოდესაც ავადმყოფს მკლავები გამღიერი აქვს და იდაყვის სახსრებში მოხრილი 90 ˚-ით, სთხოვეთ გამაღოს წინამხარი თქვენი წინააღმდეგობის საპირისპიროდ. ამ მდგომარეობას ადასტურებს ტკივილის გაძლიერება ოთთავა ჯუნთის ჩაღრმავებაში.



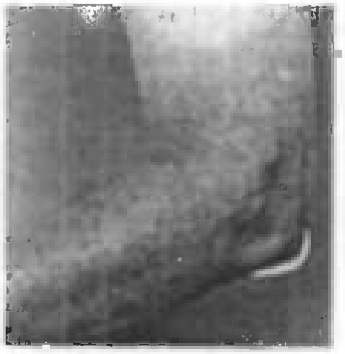
აკრომიონ-ჭკვიჯუნური ართრიტი

აკრომიონ-ჭკვიჯუნური ართრიტი მხრების ტკივილის ხშირი მიზეზი არ არის. ხოდესაც აღინიშნება, ჩვეულებრივ დეგენერაციული ცვლილებებით მხრის სახტყლის დაზიანების შედეგია. მტკივნეულობა ლოკალიზებულია აკრომიონ-ჭკვინის სახსარზე. ამავე დროს, მხრის სახსარში მოძრაობა უმტკივნეულოა, როგორც აღინიშნება მხრების სხვა პათოლოგიების დროს, აღინიშნება ბეჭის ისეთივე მოძრაობა, როგორც მხრების ანევის დროს.



სახსრის ჩანთის ადჰეზიური ანთება (გაყინული მხრები)

სახსრის ჩანთის ადჰეზიური ანთება არის მხრის სახსრის ჩანთის გაჭიანურებული ნარმომობის ფიბროზი, რაც ვლინდება მხრების დიფუზური, ყრუ, შემაწუხებელი ტკივილით და მოძრაობის აქტიური და პასიური მოძრაობის ამპლიტუდის პროგრესული შემცირებით, მაგრამ, ჩვეულებრივ, ლოკალური მტკივნეულობა არ აღინიშნება. მდგომარეობა როგორც წესი ცარმოხვია და ვლინდება 50-დან 70 წ-მდე ასაკში. ხშირად აღინიშნება ნინამორბედი მხრების ტკივილი ან სხვა მდგომარეობა (როგორიცაა მიოკარდიუმის ინფარქტი) რამაც შეამცირა მხრების მოძრაობა. მიმდინარეობა ქრონიკულია, გრძელდება თვეების და წლების განმავლობაში, მაგრამ ხშირად სპონტანურად ქრება, თუმცა ნანილობრივ.



ოლეკრანონის ბურსიტი

იდაყვის ძვლის მოხრის (ოლეკრანონის) ბურსიტი
იდაყვის ძვლის მოხრის ადგილს და ანთებას იწვევს ტრავმული დაზიანება ან ინფიცირებული ან ნივთიერების ჭრილობით გამოწვეული ანთება. მეშვეობა იდაყვის მოხრის ზედაპირიდან ვითარდება.



ანთება

იდაყვის ანთება
სინოვიური გარსის ანთება ან გამონაჟონის არსებობა უკეთ შეიგრძნობა ორივე ზედაპირისა და იდაყვის ძვლის მოხრის მხრიდან. პალპაციით შეიგრძნობა ხშირი ან ფლუქტუაციური მეშვეობა და მტკივნეულობა.



ინფიცირებული ჭრილობა

ინფიცირებული ჭრილობა
ინფიცირებული ანთებით ან მწვავე ინფიცირებული ცხელებით ავადმყოფებს მტევნის გამშრალი ჯუნთის გასნევით შეიძლება განუვითარდეთ ჩანჭრილი ჭრილობა. ისინი მჭიდივი და უმტკივნეულოა. ის ანიან შეხორცილი მიმდებარე ჯანთან. შეიძლება იყვნენ, ან ის იყვნენ შეხორცილი ქვემდებარე პერიოსტეუმთან. ისინი შეიძლება განვითარდნენ ოლეკრანონის ბურსასთან, მაგრამ, ხშირად, უფრო დისტალურად გვხვდება.

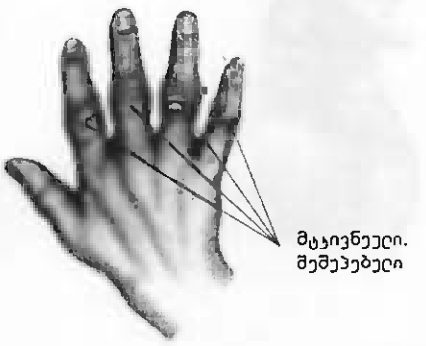


ეპიკონდილიტი

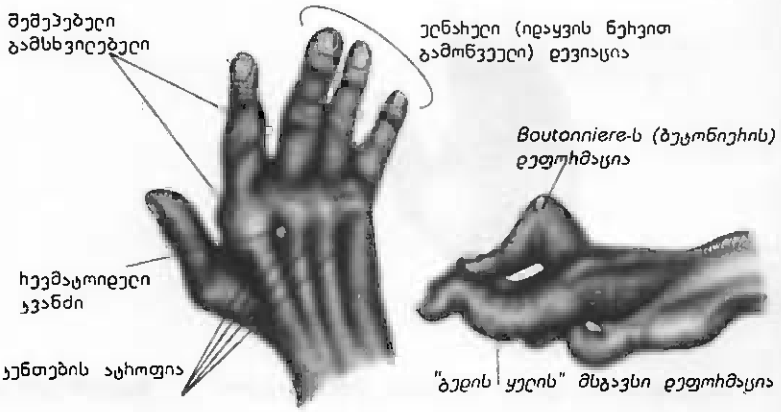
ეპიკონდილიტი
ლატერალური ეპიკონდილიტი (ჩოგბურთელის იდაყვი) ვითარდება მაჯის ხშირი განმეორების ან ნინამხრის პრონაცია-სუპინაციის შედეგად. ტკივილი და მომატებული მგრძნობელობა ვითარდება გარეთა ეპიკონდილთან ან მასთან ახლოს გამშრალი ჯუნთების მიდამოში. ხოლოსაც პაციენტი ცდილობა გაშალოს მაჯა შებოჭილობის საპირისპირო მიმართულებით, ტკივილი მატულობს.
მედიალური ეპიკონდილიტი (პიტჩერის, გოლფის მოთამაშის ან მცირე ლიგის იდაყვი) ვითარდება სხივოს მოძრაობის დროს მაჯის ხშირი მოხრის შედეგად. მტკივნეულობა უფრო ძლიერია მედიალურ ეპიკონდილთან. მაჯა შებოჭილობის საპირისპირო მიმართულებით მოხრის დროს ტკივილი მატულობს.

ხელის მტკივნეული პირობები

მწვავე ჩვემატოიდული ართრიტი



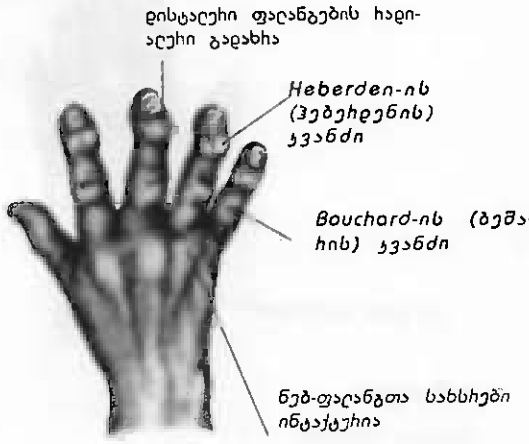
ქრონიკული ჩვემატოიდული ართრიტი



ჩვემატოიდული ართრიტის დროს აღინიშნება სახსრების ტკივილი, შებოჭილობა, ჩვეულებრივ, *სიმეტრიულად* ორივე ხელზე. ყველაზე ხშირად ზიანდება პროქსიმალური ფალანგთაშუა, ნებ-ფალანგების და მაჯის სახსრები. დაავადების მწვავე პერიოდში დაბერილით პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრების თითისტარისებურ შეშუპებას.

ქრონიკული დაავადების დროს, დაბერილით 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 *"ბეღის ყელის" მსგავსი დეფორმაცია* (პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრის ძლიერი გამღრა და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრის მოხრა). შედარებით იშვიათია *boutonniere-ს (ბუტონიერის)* (ან ღილის და ბუტლის) *დეფორმაცია* (პროქსიმალური ფალანგთაშუა სახსრის მუდმივი მოხრა და დისტალური ფალანგთაშუა სახსრის გაშლა). ჩვემატოიდული ჯვანძები ვლინდება ხოგორც მწვავე, ასევე ქრონიკულ სტადიაზე.

ოსტეოართრიტი *(სახსრების დეგენერაციული დაავადება)*

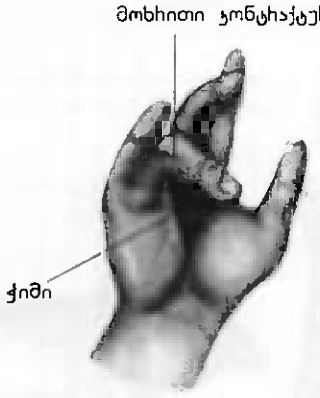


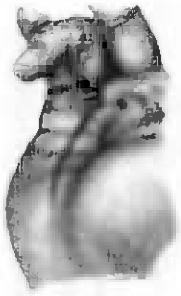
ოსტეოართრიტის დროს აღინიშნება *Heberden-ის (ჰებერდენის) ჯვანძების* ნარმოქმნა ძვლების ქარხნი ზრდის გამო დისტალური ფალანგთაშუა სახსრების დორსალურ-ლატერალურ ზედაპირებზე. ჯვანძები ჩვეულებრივ მკვრივია და მტკივნეული, ვლინდება სამუალო ან ხანდახმულ ასაკში. ხშირად ახლავს სხვა სახსრებში ართრიტის მოვლენები. *ბუშარის ჯვანძები* პროქსიმალურ ფალანგთაშუა სახსრებზე შედარებით იშვიათია. ასევე შეიძლება განვითარდეს ნებ-ფალანგთა სახსრებზე.

ჭრონიკული ჯვანძოვანი (ტოფუსური, მარილების დაგროვებით გამონვეული) ნიკრისის ქარი



ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული ტოფუსური ნიკრისის ქარის დროს დეფორმაცია შეიძლება ჰგავდეს ჩვემატოიდულ ართრიტს და ოსტეოართრიტს. სახსრების დაზიანება არ არის ისეთი სიმეტრიული, როგორც ჩვემატოიდული ართრიტის დროს. შეიძლება აღინიშნებოდეს მწვავე ანთება. სახსრის გარშემო მარცვლისებური შეშუპებები შეიძლება დანყდეს და გარნდეს უარების ცარცისებური გამონადენი.





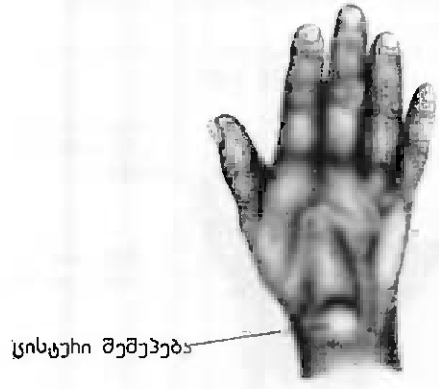
Dupuytren-ის (დიუპიუტრენის) კონტრაქტურა

Dupuytren-ის (დიუპიუტრენის) კონტრაქტურის პირველი ნიშანია მეოთხე თითის და, შესაძლოა, ნეკის ზედაპირული მყესების გასქელება ხელისგულის დისტალურ ნაკეცთან. მესაბამისად კანი ამ არეში დანაოჭებულია და ხელის გულსა და თითებს მოხრის ვითარდება გასქელებული ფიბროზული ჭიმი. თანდათანობით ვითარდება თითების მოხრითი კონტრაქტურა

მტკივნეული თითი

მიზეზია მტკივნეული კვანძების განვითარება ხელისგულის მომხრელ მყესზე ნების ძვლების თავებთან. კვანძები საკმარისად დიდია. ხშირ ადვილად მეალნიოს მყესის ბუდეში თითების გაშლისას. თითების იძულებითი გაშლის ან მოხრის დროს ჰალპაციით მეიგრძნობთ და გაიგონებთ ტკაცუნს, ხადგან კვანძები ეხტყშება მყესის ბუდეს. დააკვირდით და მოისმინეთ ტკაცუნი, როდესაც ავადმყოფი ხრის ან შლის თითებს და მეიგრძენით კვანძები და ტკაცუნი.





ტენარის (ცერის) შემაღლების ატროფია

ჰიპოტენარის (ნეკის) ფიზიოლოგიური შემაღლება ჩაზნექილი ცერის შემაღლება

ცერის შემაღლებისატროფია მიუთითებს სამეალო ნერვის ან მისი ტოტების დაზიანებაზე. ჩვეულებრივ, მიზეზია მაჯის არეში სამეალო ნერვზე ზენოლა (*მაჯის გვირაბის სინდრომი*). ნეკის მაღლობის ატროფია მიუთითებს *იდაყვის ნერვის* დაზიანებაზე.

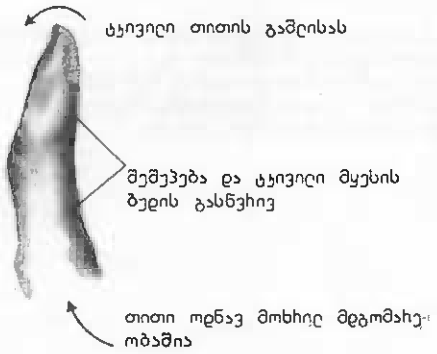
განგლიონი

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, ყოჩის და ტერფის სხვა უბნებშიც.

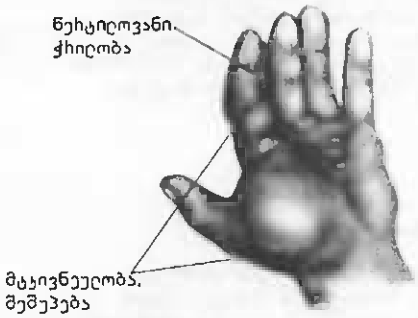
მყესის ბუდეების და ცხვირსაცის მიდამოს ინფექციები. პანარიციუმი

მწვავე ტენოსინოვიტი



მომხრელი მყესის ბუდის ინფექცია (მწვავე ტენოსინოვიტი) **ადგილობრივი** დაზიანების შედეგად **ვითარდება**, თუნდაც ბანალური დაზიანების ღრმა. **ართრიტისგან** განსხვავებით, მტკივნეულობა და შეშუპება **ვითარდება** არა სახსარში, არამედ მყესის ბუდის გასწვრივ დისტალური ფალანგიდან ნებ-ფალანგის სახსრამდე. ამ ღრმა თითი ოდნავ მოხრილია; თითის გაშლა ძლიერ მტკივნეულია.

მწვავე ტენოსინოვიტი და ცხვირის მიდამოს დაზიანება

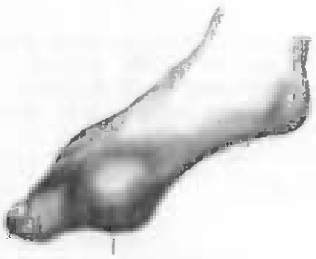


თუ ინფექცია ხელისგულში გავრცელდება, შეიძლება მყესის ბუდიდან გადავიდეს მიმდებარე ფასციების სივრცეებზე. სერიოზულ ნაწილებია საწვენებელი თითის და ცხვირის სივრცის ინფექცია. მნიშვნელოვანია ღრმული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

პანარიციუმი



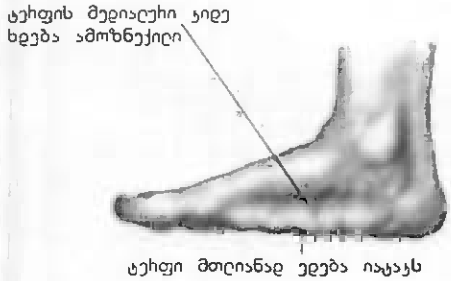
თითის ნევრის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს თითის ბალიშის ფასციის სივრცის ინფექცია. მისთვის დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილი, შეშუპება და მკვეთრი შეფერილობა. მნიშვნელოვანია ღრმული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.



შეხსნებული. ნითელი, მტკივნეული. შეშუპებული

მწვავე ნიჯარისის ქარის (პოდაგრული) ართრიტი

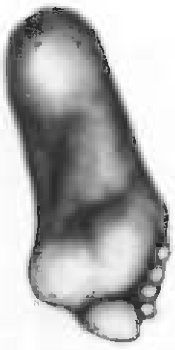
მწვავე ნიჯარისის ქარის (პოდაგრული) ართრიტის დროს პირველ ნიგში ზიანდება დიდი თითის ტარფ-ფალანგის სახსარი. იგი ხასიათდება ძალიან მტკივნეული, ცხელი და მუქი ნითელი ფერის შეშუპებით სახსრის გასნვრივ. მისი არევა აღვილია ცელულიტში. მწვავე პოდაგრის დროს მეიძლება დაზიანდეს ტარფის ხუჭვიც.



ტარფი მთლიანად ედება იატაკს

ბრტყელი ტარფი

ბრტყელი ტარფის ნიშნების დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ ავადმყოფის ფეხზე დგომის დროს ან ნიშნები შეიძლება მეღმივი გახდეს. ტარფის გასნვრივი ჰკალი ისე ბრტყელდება, რომ ტარფი მთლიანად ედება იატაკს. ტარფის მედიალურ მხარეს არსებული ნორმალური ჩაზნექილობა ხდება ამოზნექილი. ტარფის მედიალურად ძირის მხარეს შეიძლება აღინიშნებოდეს მედიალური გოჯის ტკივილი. გოჯის ნინ შეიძლება შეშუპება განვითარდეს. შეამონმეთ ავადმყოფის ფეხსაცმელები ხანგრძლივი ტარებისთვის მიგნიდან ფეხისგულის და ქუსლის აღგილები.



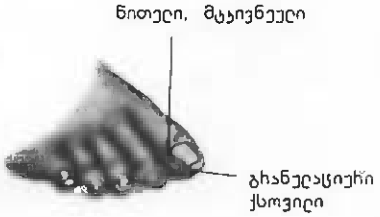
I თითის ვალგუსური დეფორმაცია

I თითის *ვალგუსური დეფორმაციის* – ***halloux valgus*** დროს დიდი თითი არანორმალურად განზიდულია წინატარფის პირველი ძვლის მიმართ, რომელიც თავის მხრივ გადახრილია მედიალურად. წინატარფის პირველი ძვლის თავი შეიძლება გადიდებული იყოს მედიალურად და ზედოლის აღგილას წარმოიქმნება აბგა. შეიძლება განვითარდეს ამ აბგის ანთება.



Morton-ის (მორტონის) ნეირომა

ფეხის ძირის, წინა ტარფის მეორე და მესამე ძვლების თავების მტკივნეულობა, რომლის მიზეზია ტარფის ძირის მედიალური და ლატერალური ნერვების გაღიზიანება. სიმპტომებია ჰიპერესთეზია, დაბუჟება, ტკივილი და წვა წინატარფის ძვლების თავებიდან თითებამდე.



ტეხფის ცეხის ფხრხიღის ჩაზხღა

ტეხფის ცეხის ფხრხიღის კიდე მეიძღება ჩაიზახღოს და დაზხიანოს ფხრხიღის ღატეხაღური ნაკეცი, ხის შეღეგაღაც ვითახღება ინფექცია და ანთება. ფხრხიღის კიდე მტკივნეღია, შენითღებეღი, ზოგჯეჰ გჰანელაციური ქსოვილი და ჩიჩქოვანი გამონაღენი ვითახღება. ყველაზე ხშიხად ღიდი თითი ზიანღება.



ჩაქეჩისებეჰი თითი

ყველაზე ხშიხად ვითახღება მეოხე თითში, ჩაქეჩისებეჰი თითი ხასიათღება წინაკეხფ-ფაღანგის სახსხის ჭახბი გამღით და ჰიპკსიმაღეჰი ფაღანგთაშუა სახსხის მოხხით. ჰიპკსიმაღეჰ ფაღანგთაშუა სახსახზე ნეზოღის აღგიღას ხშიხად ვითახღება ბებეჰა.



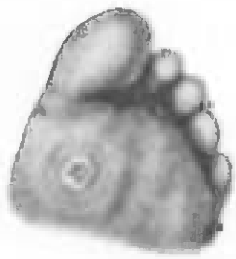
ბებეჰა

ბებეჰა ახის ჯანის მტკივნეული ჯონუსეხი გასქეღება, ხომღის მიზეზია ხშიხი ზეწოღა ნოჰმაღეჰად თხეღ ჯანზე. ბებეჰას მწვეჰვაღი ჩაზნექიღია და ინვევს ტკივიღს. ბებეჰა ხოგოხც ნესი ვითახღება ძვღების ამობეჰცეღობაზე (მაგ. მე-5 თითი). ხოღესაც მღებაჰეობენ ნამიან აღგიღებში, ხოგოხიცაა მე-4 და მე-5 თითებს შოხის, ხბიღი ბებეჰა ენოღებათ.



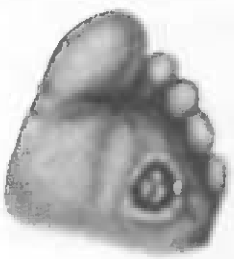
ჯოხძი

ბებეჰას მსგავსად, ჯოხძიც ახის ჯანის ფაჰთო გასქეღება, ხაც ვითახღება ხანგძიღივი ზეწოღის ახეში. ბებეჰასგან განსხვავებით, ჯოხძი ვითახღება ბენებჰივად სქეღ ჯანზე, ხოგოხიცაა ფეხის ძიხზე და ჩვეღებჰივ ემტკივნეღოა. თუ ჯოხძი მტკივნეღია, სავაჰაღოა ჯანქვეშა მეჭეჭის ახსებობა.



ფეხისგეღის მეჭეჭი

ფეხისგეღის მეჭეჭი ხშიხია (verruca vulgaris) და მღებაჰეობს ძიხის სქეღ ჯანზე. ის შეიძღება ჯოხძს ჰგავდეს. დააკვიხდით დამახასიათებეღ მკიხე მქეჭ ფეხის ღაქას, ხომეღიც მეჭეჭს ხაოვან მესახეღაობას აძღევს. ნოჰმაღეჰი ჯანის დაზიანება წყდება მეჭეჭის კიდესთან.



ნეიხოჰათიჰი ნყეღი

ხოღესაც ტკივიღის მეგძნება შემკიხებეღია ან დაჯაბეღი (ხოგოხც მაგაღითად ღიაბეტეჰი ნეიხოჰათიის ღხოს), ტეხფზე ზეწოღის აღგიღას შეიძღება განვითახდეს ნეიხოჰათიჰი ნყეღი. მიუხედავად იმისა, ხომ ნყეღი ღხმაა, ინფიცხებეღი და ღეწეღ მიმდინახე, ემტკივნეღოა. ნყეღის გაჰშემო მეჭეჭის წაჰმოქმნა დიაგნოსტიკაში დაგეხმაჰებათ. ხოგოხც ნყეღი, მეჭეჭც ხანგძიღივი ზეწოღის შეღეგად ვითახღება.

ნეირული სისტემა: გონებრივი სტატუსი და ქცევა

16

ნეირული სისტემის გამოკვლევა მრავალი ჩვევის ცოდნას მოითხოვს. თქვენ უნდა ისწავლოთ ბუნება-განწყობის, მეტყველების, ქცევების და აზროვნების შეფასება, რაც ქმნის ავადმყოფის მენტალურ სტატუსს და წარმოადგენს გამოკვლევის სანყის ნანილს. შემდეგ უნდა დახელოვნდეთ ნეირული სისტემის ჯერითული გამოკვლევის ჩატარებაში. იყავით ყურადღებიანი და თანმიმდევრული, ზუსტად უნდა შეისწავლოთ ავადმყოფის მოტორიკა, წონა 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 ნანილებს: მიმოხილვა, ანამნეზს, ჯანმრთელობის ხელშენყობას და განხილვას, გამოკვლევის მეთოდებს, ჩანანერის შესრულებას და პათოლოგიების ამსახველ ცხრილებს. ყურადღება მიაქციეთ, რომ, ვინაიდან გონებრივი მდგომარეობა და დანარჩენი გამოკვლევები მიმდინარეობს ერთი ავადმყოფის გამოკვლევის დროს, ჩანანერის ნიმუშები გაერთიანებულია და შეგიძლიათ ნახოთ მე-17 თავში, გვ. 646-647.

მიმოხილვა

ისევე როგორც ზოგადი გამოკვლევა, თქვენი შეფასებაც უნდა დაიწყოთ საუბრით. როდესაც შეაგროვებთ ანამნეზს, სწორად უნდა დააგდინოთ ავადმყოფის *სისხარტის და ორიენტაციის უნარის, ბუნება-განწყობის, ყურადღების და მეხსიერების დონე*. ანამნეზის გალრმავებასთან ერთად უნდა შეისწავლოთ ავადმყოფის *გამჭრიახობა, შეფასების უნარი*, ისევე როგორც *აჯვიატებული* ან *ურწმუნო* აზრები ან *შეგრძნებები*. ზოგჯერ შეიძლება დაგჭირდეთ საუბარს დაუმატოთ სპეციფიკური შეკითხვები და გონებრივი მდგომარეობის უფრო ზუსტი გამოკვლევა. მაგალითად, ისევე როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადების დადგენაში გეხმარებათ ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა სისხლის ნნევა, შეიცები ცენტრში, მენტალური ფუნქციების სპეციფიკური კომპონენტები ასახავენ გონებრივ შესაძლებლობებს. თუმცა ეს კომპონენტები არ მოიცავს ადამიანის აზროვნების და

შეგიძლებების ყველას ასპექტს, ისინი წარმოადგენენ გამოსადეგ და მნიშვნელოვან ჯერ-იჯერ სამუშაოებას.

ფსიქიური მდგომარეობის აღწერისთვის გამოყენებული ტერმინების უმეტესობა შინაარსია, რომელსაც იყენებთ ჩვეულებრივი საუბრის დროს. გამოძებნეთ დრო, რათა დარწმუნდეთ მათი ზუსტი მნიშვნელობა მენტალური სტატუსის შესწავლის დროს.

ტერმინოლოგია: მენტალური სტატუსის გამოკვლევა

აღქმის დონე	გარემოს გაგების ან აღქმის უნარი
ყურადღება	დროთა განმავლობაში რაიმე დავალებაზე ან აქტივობაზე ფოკუსირების ან კონცენტრაციის შესაძლებლობა უყურადღებო ან დაბნეული ბირთვებისგან, რომელსაც დაქვეითებული აქვს ყურადღების უნარი, ძნელად ხდება ანამნეზის შეგროვება და უჭირს კითხვებზე ზუსტი პასუხების გაცემა.
მეხსიერება	ინფორმაციის დაფიქსირების ან დამახსოვრების პროცესი, რაც მონაწილეობა მასალის სწორი გამეორებით, ინფორმაციის დაგროვების ან შენახვის უნარით. *ახალი ანუ ხანმოკლე მეხსიერება* მოიცავს წუთებს, საათებს ან დღეებს. *მოხუცი ანუ ხანგრძლივი მეხსიერება* მოიცავს წლებს.
ორიენტაცია	პიროვნული იდენტურობის ცოდნა, დროსა და გარემოში გარკვევა; მოითხოვს მეხსიერებას და ყურადღებას.
მეგრძნება (პერცეფცია)	გარემო ობიექტების და მათ შორის ურთიერთობების შეგრძნების უნარი (გარე სტიმულები); ასევე მოიცავს შიდა სტიმულებს, როგორიცაა სიზმარი და ჰალუცინაციები.
აზროვნების პროცესი	ავადმყოფის აზროვნების ლოგიკურობა, შეთანხმებულობა (კოჰერენტულობა) და ორიენტირებულობა (დროულობა), რასაც გარკვეული მიზნამდე მივყავართ, მაგ. როგორ ფიქრობს ადამიანი
აზროვნების შინაარსი	რაზე ფიქრობს ავადმყოფი, რაც მოიცავს გამჭრიახობას და მსჯელობას.
აღქმითი მეფასების უნარი	გარკვევის უნარი იმისა, რომ სიმპტომები ან ქცევის ცვლილებები ნორმალურია თუ არა; მაგალითად, ღრის სიზმრის გარჩევა ჰალუცინაციისგან, რაც ორაულს ჰგავს.
მსჯელობა	არჩევანის შედარების და განვითარების პროცესი, როდესაც უნდა გადაწყვიტოს რაიმე მოქმედება; ასახავს დონეს, რომელიც უმყარება ან არა ორაულობას და ნორმების სოციალურ კანონებს.
ემოციური რეაქცია (აფექტი)	ხმით, სახის მიმიკით და ქცევით გამოხატვის შესამჩნევი, ჩვეულებრივ, უპირობო შეგრძნება ან მანერა
გუნება-განწყობა	უფრო ხანგრძლივი ემოცია, რაც ავადმყოფის სამყაროს აღქმას აფერადებს (გუნება-განწყობა ემინდივით 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 ექსპერტონით, ინფორმაციის მარაგით, აბსტრაქტული აზროვნებით, ანგარიშით, რის ან სამგანზომილებიანი საგნების აგებით.

სხეულის და გონების ურთიერთქმედების გახედვა ამ ნიშნების მიხედვით ძალიან მნიშვნელოვანია, მაგრამ ყოველთვის აღვიღი არ არის. ფსიქიკის დარღვევები, როგორიცაა შფოთვა ან დეპრესია სომატური დაავადებების დროსაც შეიძლება გამოვლინდეს. ისევე როგორც სხვადასხვა დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს მენტალური და ემოციური დარღვევები, ასევე ზოგიერთ პაციენტებში მენტალური ფუნქცია შეიძლება გაუარესდეს გამომწვევი სიმპტომების და ნიშნების გარეშე, როგორიცაა ცხელება ან ტკივილი. ყოველთვის ყურადღებით გაარჩიეთ ფიზიკური ან ფარმაკოლოგიური მიზეზი, როდესაც ცდილობთ დაადგინოთ მენტალური ცვლილებების არსი და ემოციური მნიშვნელობა. ზოგჯერ მენტალური მდგომარეობის შეფასება გაძნელებულია პიროვნული ფაქტორებით, ფსიქოემოციურობით ან ავადმყოფის პირადი გამოცდილებით, საკითხებით, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს საუბრისას (მაგრამ არ არის განხილული ამ თავში). ყველა მონაცემის შეჯერებით და დაკავშირებით ექიმი ცდილობს მთლიანობაში აღიქვას პაციენტი.

თქვენ, როგორც სტუდენტს, შეიძლება არ გქონდეთ საკმარისი, რათა მენტალური სტატუსის გამოკვლევა და ღრმავდეთ, რომ ამით შეაწუხებთ ავადმყოფს, შეიჭრებით მის პირადულში ან მის აზრებს და ქცევებს პათოლოგიურად მიიჩნევთ. მენტალური სტატუსის ინტენსიურმა გამოკვლევამ შეიძლება შეაშფოთოს ავადმყოფი და დახელოვნებულმა გამოკვლევამაც კი გამოავლინოს მოსიდების და შეწუხების დეფიციტი, რასაც ავადმყოფი იგნორირებას უკეთებს. თქვენ შეგიძლიათ განიხილოთ ზოგიერთი მოსაზრება თქვენს ინსტრუქტორთან ან სხვა გამოცდილ ექიმთან ერთად. ისევე, როგორც გამოკითხვის და შეფასების სხვა ნაწილებში, თქვენი ჩვევები და დამკვირვებლობა უნდა გაემკაბულოთ პრაქტიკით, რაც მომავალში შედეგს გამოიღებს. დარმახსოვრეთ, რომ ავადმყოფი მსმენელის მადლიერია და თავის კანმრთელობას, უსაფრთხოებას და, ზოგჯერ, სიცოცხლესაც კი, ანდობს თქვენს ყურადღებას.

ანამნეზი

ხშირი ან ბანსაზღვრული სიმპტომები

- ყურადღების, გონება-განწყობის ან მეხსიერების ცვლილებები
- გამჭრიახობის, განსჯის, ორიენტაციის ან მეხსიერების ცვლილებები
- შფოთვა, ტკივილი, იძულებითი ქცევა და ფობიები
- დელირიუმი ან დემენცია

ავადმყოფის მენტალურ სტატუსზე ინფორმაციის უმეტესობა ვლინდება გამოკითხვის დროს. როდესაც ავადმყოფს ესაუბრებით და ისმენთ მის ისტორიას, შეაფასეთ მისი *აღქმის დონე, გარეგნობა, გონება-განწყობა*, დეპრესიის და მანიის ჩათვლით[1]; მისი *ყურადღების უნარი, მეხსიერება, გაგება* და *მეტყველება*. ავადმყოფის ლექსიკონის და ინფორმაციის მარაგის შეჯერებით მის ენერგიასა და განათლებასთან, ხშირად შეგიძლიათ მისი ინტელექტის დადგენა. ასევე, ავადმყოფის ჩვეულებრივი ავადმყოფობაზე და ცხოვრების პირობებზე მეტყველებს მის *გამჭრიახობასა* და *განსჯის უნარზე*. თუ ორიენტაციის უნარის და მეხსიერების დარღვევას ვარაუდობთ, უნდა ჰკითხოთ: "როდის იყავით ტრინიტიში უკანასკნელად?" "რა დღეა დღეს?" მენტალური სტატუსის გამოკვლევისას უფრო მეტს შეგძენთ ავადმყოფის ემოციებზე აგებული ანამნეზის გულდასმით შეგროვება, ვიდრე უფრო ნაღებ ინფორმაციას მიიღებთ მხოლოდ გამოკითხვით.

იხ. ცხრილი 16-1, გონება-განწყობის დარღვევები, გვ. 590 და ცხრილი 16-2, მეტყველების დარღვევები, გვ. 591.

თუ ავადმყოფს უჩვეულო ასხები, ავთვატებული შიში, ნახმოდგენები ან აღქმები აქვს, თქვენ უნდა გამოავლინოთ ისინი გამოკითხვის პროცესში. მაგალითად, თუ ჩივილები 6 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება, ეს მიუთითებს *გენერალიზებულ შფოთვით დარღვევაზე*, რაც აშშ-ში ყველაზე ხშირ მენტალურ სტატუსას წარმოადგენს რაც მოსდევს ნივთიერებათა ქრონიკ მოხმარებას და მისი სიხშირე 5%-ია.[2] ფროთა განმავლობაში, თქვენ შესძლებთ გაარჩიოთ სოგიერთი მდგომარეობები, რომლებიც მის იმიტაციას იძლევა: *პანიკური დარღვევები*, როდესაც მოხეცილივე პანიკის შეტევებს ცვლის მომავალ შეტევაზე შფოთვის პერიოდები; *ავთვატებული ნევროზის დარღვევები*, ავთვატებული ასხებითა და იძულებითი ქცევებით; *პოსტტრავმული სტრესული დარღვევები*, რაც ხასიათდება განდგომით, შეკავებით და ზედმეტი აგზნებადობით;[5] და *სოციალური ფობიები*, რაც გამოიხატება საზოგადოებრივ სიტუაციებში შფოთვებით. ასეთი ავადმყოფების გასინჯვისას თქვენ უნდა გამდიდროთ გამოკითხვა სპეციფიკური კითხვებით. უნდა განსაზღვროთ, გქონდათ თუ არა მენტალური მდგომარეობის უეცარ ღრმად შესნავლა. მენტალური მდგომარეობის გამოკვლევის შემადგენელი ნაწილები ნაწარმოებია განყოფილებაში "გამოკვლევის მეთოდები", გვ. 578-588.

იხ. ცხრილი 16-3, შფოთვითი დარღვევები. 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 დარღვევა, უჭირდეს ნაძღების ზუსტად მიღება, საოჯახო საქმიანობის ხუთნული შესრულება ან გადასახადების გადახდა ან ჯაჭვებს 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 ჰრობელმა უნდა გაითვალისწინოს რაც შეიძლება სწრაფად. მენტალური ფუნქცია მოქმედებს სამსახურიდან განთავისუფლების შესაძლებლობაზე და ხშირად ინვევს ინვალიდობას.

შესაძლო დეპრესიის ან დემენციის ნიშნები

III 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, შეღრეჩებით იმედგაცრუება, თუმცა ასევე სერიოზული პრობლემაა გუნება-განწყობის და გონებრივი ფუნქციის დარღვევები.[3,4] ამ დაავადებებით გამოწვეული ტანჯვის სიმძიმე დიდია, მიუხედავად ამისა, მათი დიაგნოსტიკა და ადეკვატური მკურნალობა ჯერ კიდევ პრობლემას წარმოადგენს. მთელი პოპულაციისთვის ჯანმთელობის ხელშენყობასა და განხილვას მოითხოვს სამი მთავარი პრობლემა, ესენია დეპრესია, თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილება და დემენცია. ამასთან ერთად, ხუთნულად უნდა გამოიკვლიოთ ალკოჰოლიზმი და არსებული პრეპარატების მოხმარება (იხ. გვ. 50-55).

ტერმა დეპრესია გავრცელებული დაავადებაა და ხშირად ახლავს სხვა მენტალურ დარღვევებს.

ღრმა დეპრესიის სიხშირე დიაგნოსტიკის კრიტერიუმებთან კავშირში 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 ისტებმა 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 დაკვირვით დეპრესიის სიმპტომებს, განსაკუთრებით ახალგაზრდა პაციენტებში, ქალებში, მარტოხელებში, განქორწინებულებში, სეზონური ან ქრონიკული დაავადებების მქონე ავადმყოფებში ან პირებში, რომლებმაც განიცადეს ადრე დანაკარგი. პაციენტებს, რომელთაც ანამნეზში დეპრესია ან დადებითი ოჯახური ანამნეზი აღენიშნებათ, დაავადების რისკი აქვთ.

აშშ დაავადებათა პრევენციის სამუშაო ჯგუფმა (U.S. Preventive Services Task Force) დაადგინა ფაქტები, რომ პირველადი დახმარების ჩაღრმა 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 ხალისი 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 აკმაყოფილებს მკვლელობის, შიდსით და ავი 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; შეცნობიერი სურვილის ფორმა, ფსიქოზის ან მძიმე შფოთვის სიმპტომები; ანამნეზში ფსიქიატრიული დაავადების არსებობა, განსაკუთრებით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები; სხვადასხვა ნივთიერებების მოხმარება ან პიროვნული დარღვევები; ასევე ანამნეზში სურვილის ან დადებითი ოჯახური ანამნეზის არსებობა.[6,13] ამ რისკ-ფაქტორების მქონე ავადმყოფებს დაუყოვნებლივ უნდა ჩაუტარდეთ ფსიქიატრიული გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაცია.

დემენცია წარმოადგენს 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 ჯორჯეტაშია 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 პრევენციის სამუშაო ჯგუფი არ უწევს რეკომენდაციას დემენციის გამოკვლევას, ვინაიდან არ არის დადასტურებული ფაქტები "დიაგნოსტიკის სიზუსტის, ყოველდღიურ პრაქტიკაში გამოკვლევის და მკურნალობის ვარგისიანობის 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 ცნობა
- საუბარი და მეტყველება
- გუნება-განწყობა
- აზროვნება და მეხსიერება
- მემეცნება, 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 სტატუსს და ცნობებს.

- 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 ცნობა
- 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 ის არის სავალდებულო ზუსტად მიჰყვეთ საფეხურებად. როდესაც ნაწილებია 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 დანვრილებით შეისწავლეთ. ასეთი ავადმყოფის ანამნეზს ჯარაგად ვერ გაერკვევით და, ამიტომ, უნდა გამოიკვლიოთ უმეტესობა მენტალური ფუნქციებისა.

III ბახებნობა და კვლევა

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 ყიდეც?

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)

იხ. ცხრილი, სადაც მოცემულია აღქმის დონე (აგზნება), თავი 17, ნერვული სისტემა, გვ. 643.

ღრმად ჩაძინებული ავადმყოფის ეძინება, მაგრამ თვალები ღია აქვს და გიყურებთ, გპასუხობთ კითხვაზე და შემდეგ იძინებს.

შენელებული ავადმყოფის თვალები გახელილი აქვს და გიყურებთ, მაგრამ ნელა გპასუხობთ და ჩამდენადმე დაბნეულია.

მდებარეობა და მოტორული აქტივობა. ავადმყოფი საწოლში წევს თუ დადის თქვენს გარშემო? დააკვირდით მის მდებარეობას და მოდუნების შესაძლებლობას. გამოიკვლიეთ მოძრაობების ტემპი, ხარისხი და ხასიათი. რომ არ არის უნებლიე მოძრაობები? სხეულის ერთმეორე ნაწილის უძრაობა რომ არ აღინიშნება? რომ არ იცვლება ავადმყოფის პოზა და მოტორიკა საუბრის განმავლობაში ან სხვა პირების თანხლებისას?

დაძაბული პოზა, მოუსვენრობა და აღელვება განპირობებულია შფოთვით; ტირილი, სირცხვილი, აფექტირებული დეპრესიის დროსაა; უმოქმედობა, მოხრილი პოზა და შენელებული მოძრაობები დეპრესიის დროს; სიმღერა, ცეკვა და შეუკავებელი მოძრაობები მანიაკალური ეპიზოდის დროს აღინიშნება.

ჩაცმულობა, სისუფთავე და პირადი ჰიგიენა. როგორ არის ჩაცმული ავადმყოფი? ტანსაცმელი სუფთაა, დაუთოვებული და სწორედ შეკრული? ჩამდენად შეესაბამება მისი ტანსაცმელი სხვა ადამიანების ჩაცმულობას, მის ასაკს და სოციალურ მდგომარეობას? დააკვირდით ავადმყოფის თმას, ფრჩხილებს, კბილებს, კანს, თუ აქვს, წვერს. ჩამდენად მოვლილია? ჩამდენად შეესაბამება მისი ჰიგიენური მდგომარეობა იგივე ასაკის, ცხოვრების სტილის და სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობის სხვა ადამიანებს? შეადარეთ სხეულის ერთი 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, ჭრილობების, ანგრომინანტურ მხარეს.

სახის გამომეტყველება. დააკვირდით ავადმყოფის სახეს მოსვენებულ მდგომარეობაში და როდესაც სხვებს ეკონტაქტება. საუბრის მსვლელობისას დააკვირდით სახის გამომეტყველების ცვლილებებს. შესაბამისია ეს ცვლილებები? თუ სახე შეხორცებით უძრავია?

შფოთვის, დეპრესიის, პათოსის, გაბრაზების, სიხარულის გამომეტყველება. სახის უძრაობა აღინიშნება პარკინსონიზმის დროს.

კვლევის მანერა, ადეკვატური შეფასების უნარი, პიროვნებასა და მოვლენებს შორის ურთიერთობა. 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 არაგულწრფელობა ახასიათებს *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 ვილაცას, ვინც ოთახში არ არის?

მეტყველება და საუბარი

გამოკითხვის მსვლელობისას დააკვირდით ავადმყოფის მეტყველებას შემდეგი ნიშნების მიხედვით:

ჩქარება. ავადმყოფი ბევრს ლაპარაკობს თუ შედარებით ჩუმია? მისი კომენტარები სპონტანურია თუ ზუსტად პასუხობს კითხვებზე?

სირბილი. სწრაფად საუბრობს თუ ნელა?

სიმაღლე. ხმამაღლა ლაპარაკობს თუ ჩუმად?

სიტყვების ნარმოთქმა. სიტყვებს გასაგებად და სწორედ ნარმოთქვამს? ცხვირში ლაპარაკობს?

თავისუფალ საუბარი. მოიცავს საუბრის სიხშირეს, თავისუფლად და მეტ-ნაკლებად საუბარს და გამოყენებული სიტყვების ნარმოებას. ყურადღება მიაქციეთ სპონტანური საუბრის დახლვევებს, როგორიცაა:

- ყოყმანი საუბრისას და სიტყვებს შორის პაუზები
- ინტონაციის ცვლილებები, როგორიცაა მონოტონური მეტყველება
- მიანვალსიტყვიანობა, როდესაც ფრაზები ან წინადადებებით შეცვლილია. ის სიტყვები, რომელსაც ავადმყოფი ვერ ამბობს, მაგალითად "ფანქრით" - სიტყვის მაგივრად ამბობს: "ნითან-თქვენ ნერთ"
- პარაფრაზირება, როდესაც სიტყვები დამახინჯებული, არასწორია ან მოგონილია..

თუ ავადმყოფის საუბარი ზრს მოყლებულია ან თავისუფლად ვერ მეტყველებს, ჩაუტარეთ შემდგომი გამოკვლევები, როგორც ეს მომდევნო ცხრილშია მოცემული

ანომიის გამოკვლევა	
სიტყვების ალქმა	სთხოვეთ ავადმყოფს შეასრულოს თქვენი ერთ საფეხურიანი ბრძანება, როგორიცაა "დარჩენეთ ცხვირი", შემდეგ ორ საფეხურიანი ბრძანება: "დარჩენეთ პირი, შემდეგ მუხლი".
გამეორება	სთხოვეთ, გაიმეორონ ერთ-დარცვლიანი სიტყვებით შემდგარი ფრაზა
დასახელება	სთხოვეთ ავადმყოფს დაასახელოს საათის ნანილები
წაკითხვის ალქმა	სთხოვეთ ერთი აბზაცი ხმამაღლა წაიკითხოს
წერა	სთხოვეთ, ერთი წინადადება დანერონ

მიზოფრენიისთვისაა დამახასიათებელი. აპათია (ყრუ აფექტი გარეგნით და ინდიფერენტულობით) აღინიშნება *დემენციის* დროს. შფოთვა, დეპრესია.

შენელებული საუბარი *დეპრესიის* დროს; არჩარებული და ხმამაღალი მეტყველება *მანიის* დროს

დისართრია ნიშნავს მეტყველების აპარატის დეფექტს. აფაზია არის წარმოთქმის დარღვევა. იხ. ცხრილი 16-2, მეტყველების დარღვევები, გვ. 591.

ეს დარღვევები აფაზიაზე მიუთითებს. ავადმყოფს შეიძლება იმდენად უჭირდეს საუბარი ან აზრის გაგება, რომ ვერ მეძლოთ ანამნეზის შეგროვება. ასევე შეიძლება შეცდომით ფსიქოზურ დარღვევაზეც იფიქროთ.

ეს ტესტი დაბეზმარებათ დაადგინოთ, არ ტიპის აფაზია აქვს პაციენტს. დარმახსოვრეთ, რომ მხედველობის, სმენის, ინტელექტის და განათლების დეფისიტი გავლენას ახდენს მეტყველებაზე. 16-2 ცხრილში: მეტყველების დარღვევები, გვ. 591. შედარებელია ორი ტიპის აფაზია □ ვერნიკეს-ს (ვერნიკეს) და ბროკას-ს (ბროკას). თუ ავადმყოფს წინადადების ბოლომდე დანერა შეუძლია, მას აფაზია არ ალენიშნება

ბუნება-განწყობა

გამოკითხვის განმავლობაში შეაფასეთ ბუნება-განწყობა ავადმყოფის შეგძნების გახსნის მიზნით. დაადგინეთ როგორია ავადმყოფის ჩვეული ბუნება-განწყობა და როგორ იცვლება სხვადასხვა ცხოვრებისეული სიტუაციაში. მაგალითად, "ახლა გრძნობთ ამის შესახებ?" ან უფრო ზოგადად "როგორი ხასიათი გაქვთ?" ასევე დაეხმარებით ნათესავების და მეგობრების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

ბუნება-განწყობა მოიცავს დარდს და ღრმა მელანქოლიას; მხიარულებას, იუმორისა და ჭარბ სიხარულს. სიბრაზეს და ირისხვას; შფოთვას და წუხილს; გაუცხოებას და ინდიფერენტულობას.

როგორია ავადმყოფის ბუნება-განწყობა? როგორი ინტენსიობითაა გამოხატული? ცვალებადია თუ არა? რამდენ ხანს გრძელდება? შეესაბამება თუ არა ავადმყოფის გარემო პირობებს? დეპრესიის შემთხვევაში ხომ არ აღინიშნება ანუები ბუნება-განწყობის ეპიზოდები, რაც მიუთითებს ბიპოლარულ დარღვევაზე?

დეპრესიული და ბიპოლარული დარღვევების გრის იხ. ცხრილი 16-1, ბუნება-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 ბუნება-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 გახსნა, ბევრი პაციენტი თავისუფლად ესაუბრობს თავის ფიქრებზე ექიმთან, ზოგჯერ მნიშვნელოვან შვებასაც გრძნობს. ამ საუბრის დროს, უნდა აჩვენოთ თქვენი ინტერესი და მოსაზრებები ამ საკითხზე და სიცოცხლისთვის საშიშ პირობებზე. ამ საკითხების გახსნის გარეშე შეიძლება გამოგრჩეთ პაციენტის დაავადების მნიშვნელოვანი დეტალები.

აზროვნება და შეგნება

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.

დაკვირვებით მომდევნო ცხრილში მოცემულ მეტყველების თავისებურებებს, რაც ანხოვნების დახლვევებზე მიუთითებს.

ანხოვნების პროცესის ვარიაციები და დარღვევები

დეტალურობა	მეტყველება ხასიათდება არაპირდაპირობით, ორანხოვნობით, ბევრად სცილდება თემას და მოიცავს უამრავ არაეცილებელ დეტალს, ამავე დროს აღნეირობითი ნაწილები ანხობრივად დაკავშირებულია. ბევრი ადამიანი, რომელსაც შენატანი დარღვევები არ აღენიშნება, დეტალურად საუბრობს. აღინიშნება ავიტაციული ანხების მქონე ადამიანებში
ანხოვნების განყენება (კავშირის დაკარგვა)	ლაპარაკის დროს ავადმყოფი ეთით საკითხიდან მეორეზე, ტანება, რომელიც არ არის დაკავშირებული წინასთან ან ირიბადაა დაკავშირებული, და პაციენტი ვერ აცნობიერებს, რომ ეს საკითხები ერთმანეთთან ანხობრივ კავშირში არ არის. ანხები გზიდან ეხვევა წინადადებები და არა წინადადებებს მოარის. აღინიშნება *მიზოფრენიის, მანიაკალური ეპიზოდების* და სხვა *ფსიქოზური დარღვევების* დროს
ანხების ხტომა (ანხების ჯორიანტელი)	ხანგრძლივი და არჩარებული საუბარი, როდესაც ავადმყოფი მკვეთრად ცვლის საუბარს და ერთი საკითხიდან მეორეზე გადადის. ცვლილებები ჩვეულებრივ ემყარება გაუგებარ ასოციაციებს, სიტყვების თამაშს ან გამაღიზიანებლისგან თავის არიდებას (დათრგუნვას). მაგრამ ანხები არ ჰგავს სიჩქარეს დიალოგში. ყველაზე ხშირად აღინიშნება *მანიაკალური ეპიზოდების* დროს
ნეოლოგიზმი	დამახინჯებული ან ამოყირავებული სიტყვების ან ახალი და ძალიან განსხვავებული სიტყვების გამოყენება. აღინიშნება *მიზოფრენიის*, სხვა *ფსიქოზური დარღვევების* და აფაზიის დროს
ანხოვნების დაკავშირებლობა (არალოგიკურობა)	ლაპარაკი, რომელიც ძალიან მცირედ შეესაბამება არალოგიკურობის გამო, დაკარგულია ანხობრივი კავშირები, მკვეთრად იცვლება თემები, გამამტყუნებელი ნესები და სიტყვების გამოყენება. ნინადადებებში ვინდება თემების გადანაცვლება. მძიმედ გამოხატული ანხების ხტომა ინვევს არალოგიკურობას. ვინდება მძიმე ფსიქოზური დარღვევების დროს (ჩვეულებრივ *მიზოფრენიის* დროს)
ბლოკირება	ანხის უეცარი განყენება ნინადადების მიგნით ან ანხის დამთავრებამდე. დაკავშირებულია ხოლმე ანხის დაკარგვასთან. ბლოკირება ვინდება ჯანმრთელებშიც. ბლოკირება შეიძლება განვითარდეს *მიზოფრენიის* დროს
კონფაბულაცია	მეხსიერების მიხედვით ფაქტების და მოვლენების შეთხზვა. ხანა შეავსოს დაკვეთებული მეხსიერება. ხშირია *ამნეზიის* დროს
პერსევერაცია	სიტყვების და ანხების ხანგრძლივი და ხშირი გამეორება. ვინდება *მიზოფრენიის* და სხვა *ფსიქოზური დარღვევების* დროს
ექოლალია	სხვისი სიტყვების და ფრაზების გამეორება. ვინდება მანიაკალური ეპიზოდებისა და *მიზოფრენიის* დროს
აკატაფაზია (ენეხაერობა)	ავადმყოფი ლაპარაკის დროს სიტყვებს არჩევს ენეხაერობის, და არა მნიშვნელობის მიხედვით, როგორც ჩანს სიტყვები საუბრისა და სიტყვების თამაშის დროს. ვინდება *მიზოფრენიის* და *მანიაკალური ეპიზოდების* დროს

ანხების შინაარსი. საუბრის დროს უნდა შეაფასოთ, მონოდებული ინფორმაცია რამდენად შეესაბამება ავადმყოფის ანხოვნების შინაარსს. უკეთესია მიჰყვეთ ჩვეულებრივ საუბარს, ვიდრე გამოიყენოთ სპეციფიკური კითხვების სტანდარტული ჩამონათვალი. მაგალითად, "ხანდახან ნუთის წინ თქვენ აღნიშნეთ, რომ თქვენი ავადმყოფობა მეზობლის ბრალია. შეგიძლიათ უფრო მეტი მითხრათ ამის შესახებ?" ან სხვა სიტუაცია, "ახლა დროს რას ფიქრობთ ხოლმე?"

შეიძლება დაგჭირდეთ უფრო მეტი კითხვის დასმა. ასეთ შემთხვევაში, ეს კითხვები გამოიყენეთ ტაქტიანად და შესაბამისი ტემპით. "როდესაც ადამიანები თქვენსავით შენეხებელები არიან, ზოგჯერ არ შეეძლიათ გაუკვეთ აზრებს ყურადღება არ მიაქციონ," ან ". . . მოვლენები ეჩვენებათ არა ჭეშმარიტად. 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. თემცა ამ მოქმედების შედეგი არარეალურია.
აკვიატებული აზრები	განმეორებადი, არაკონტროლირებადი აზრები, წარმოდგენები ან იმპულსები, რასაც ავადმყოფი განიხილავს როგორც მისეულებელს 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 განესაზღვრელი (განესაზღვრელი 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, პირობელი იწმენები, რასაც არ იზიარებენ ავადმყოფის პირობელი კულტურის ამ მისი ნაწილის ნარმომადგენლები. მაგალითებია: ■ *დევნის მანია* ■ *განდიდების მანია* ■ *ეჭვიანობის მანია* ■ *დამოკიდებულების მანია*, როდესაც ავადმყოფს სჯერა, რომ გარემო მოვლენებს, საგნებს ან ადამიანებს აქვთ განსაკუთრებული და ეროვნული მნიშვნელობა (მაგალითად, სჯერა, რომ რადიო ან ტელევიზორი მის მესახებ საუბრობს კომენტარს ან აძლევს ინსტრუქციებს) ■ *გაკონტროლების მანია* გარემო ძალის მიერ ■ *სომატური მანია* ავადმყოფობის, დარღვევების ან ფიზიკური დეფექტის არსებობაზე ■ *სისტემატიზებული ბოდვები*, ერთი ბოდვა, რომელსაც მრავალნაირი განვითარება აქვს ან ბოდვათა ჯგუფი ერთი თემის გარშემო, რომლებიც სისტემატიზირებულია ერთ კომპლექსში.

ძალდატანება, აკვიატებული 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 დეპრესიულ, ღრმა ემოციური აშლილობის და დემენციის დროს

აღქმა, გამოკითხეთ ცრუ აღქმის შესახებ ისევე, როგორც იკვლევთ აზროვნების შინაარსს. მაგალითად, "როდესაც ხმა გესაუბრებოდათ, რა გითხრათ? როგორ შეიგრძენით?" ან როდესაც ბევრს სვამთ, ხომ არ ხედავთ ისეთ საგნებს, რაც რეალურად არ არის?" ან "ზოგჯერ ასეთი დიდი ოპერაციის შემდეგ ადამიანებს ესმით განსაკუთრებული ან საშინელი ამბები.

ამის მსგავსი ხომ თქვენც ხომ არ მოგსვლიათ?" აღქმის შესწავლისთვის განიხილეთ აღქმის შემდეგი დარღვევები.

აღქმის დარღვევები	
ილუზიები	ჩვეული გარემო სტიმულების არასწორი ინტერპრეტაცია ილუზიები შეიძლება გამოვლინდეს ძილის, *დელირიუმის*, მწვავე და *პოსტტრავმული სტრესის* და *შიზოფრენიის* დროს
ჰალუცინაციები	შესაბამისი გარემო არ არსებული გამალიზიანებლის სუბიექტური სენსორული აღქმა. პიროვნებას შეუძლია არ გაარჩიოს ჩვეული არარსებულისგან. ჰალუცინაცია შეიძლება იყოს სმენითი, მხედველობითი, გემოვნებითი, ტაქტილური (შეხებითი) ან სომატური. (მორწმუნებითი აღქმა, რომელიც დაკავშირებულია სიზმართან, ძილისა და გაღვიძების მომენტთან, არ მიეკუთვნება ჰალუცინაციებს)

ჰალუცინაციები შეიძლება გამოვლინდეს *დელირიუმის, დემენციის* (უფრო იშვიათად), *პოსტტრავმული სტრესის, შიზოფრენიის* და აღტრფოლიზმის დროს

ელემენტური შეფასების უნარი და მსჯელობა. ამ ნიშნების შეფასება ყველაზე ხანგრძლივად ხდება გამოკითხვის დროს.

ელემენტური შეფასების უნარი. თქვენს მიერ დასმული ზოგიერთი სანყისი შეკითხვა ხშირად მნიშვნელოვან ინფორმაციას განვლით ავადმყოფის გამჭრიახობაზე: "რა მიზეზით მოხვედით საავადმყოფოში?" "რა განუხებთ?" "თქვენი აზრით რაში მდგომარეობს თქვენი პრობლემა?" უფრო დანვრილებით შესწავლისთვის, დააკვირდით, 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 ჩვეულებრივ იგი ოჯახის სიტუაციებზე, სამსახურში, როგორ ხარჯავს ფულს, როგორ იქცევა ადამიანებს შორის ურთიერთობის სიტუაციებში. "როგორ გეგმავთ იმ დახმარების მიღებას, რომელიც დაგჭირდებათ საავადმყოფოდან განეკის შემდეგ?" "როგორ დაგეგმავთ ცხოვრებას სამსახურის დაკარგვის შემთხვევაში?" "როგორ მოიქცევით, თუ თქვენი მეზობელი ცხვირ უხერხულ მოგექცევათ? " "ვინ მეთვალყურეობს თქვენს ფინანსურ საკითხებს, სანამ თქვენ მოხუცებულთა თავშესაფარში იქნებით?"

მსჯელობის უნარი შეიძლება დაქვეითებული იყოს დელირიუმის, დემენციის, ფსიქიკური დარღვევების და ფსიქოზური მდგომარეობის დროს. მეხსიერება, გუნება-განწყობის დარღვევა, ინტელექტი, განათლება, მემორსავალი და ენერგია ასევე გავლენას ახდენს მსჯელობის უნარზე.

დაადგინეთ, გადანყვეტილების მიღება და მოქმედება ემყარება ჩვეულებას, მაგალითად, გამალიზიანებელს, სიამოვნების მიღების სურვილს თუ აზროვნების დარღვევას. ის უდევს საფუძვლად ავადმყოფის გადანყვეტილებებს და ქცევებს? ენერგიის სხვადასხვაობა როგორ შეესაბამება ხარისხეთა სტანდარტებს? ვინაიდან მსჯელობა ასახავს ხარისხიერობას, ის შეიძლება ცვალებადობდეს და ახასიათებდეს მოზარდებში.

დეზორიენტაცია განსაკუთრებით ხშირად ვლინდება, როდესაც მეხსიერება ან ყურადღება დაქვეითებულია, როგორც დელირიუმის დროს.

ორგანიზაციული ფუნქციები

ორიენტაცია. ადვილად შეიძლება ადამიანის ორიენტაციის უნარი. მაგალითად, შეგიძლიათ ჰკითხოთ ძალიან ბუნებრივად განსაკუთრებული თარიღსა და დროზე, მისამართი და ტელეფონის ნომერი, ოჯახის ნევრების სახელები ან ის

გზით მოვიდა საავადმყოფომი. ზოგჯერ, მაგალითად, როდესაც ხელმეორედ იკვლევთ დელირიუმის მქონე ავადმყოფის მდგომარეობას, შეიძლება მარტივი, პირდაპირი კითხვები გამოიყენოთ.

"შეგიძლიათ მითხრათ, რომელი საათია . . . და ან 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:

ჩრდილებს 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, ხართ 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 ქარის ნომრები, საფოსტო ინდექსი, ტელეფონის ნომერი და სხვა ციფრული თანმიმდევრობა, რაც თქვენთვის ნაცნობია, მაგრამ არ გამოიყენოთ ეროვნული მომდევნო ციფრები, აგრეთვე გასაგები თარიღები და ავადმყოფისთვის ადვილად 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 3გ ტესტი იგივე მეთოდით.

ტესტის ცუდი შესრულება შეიძლება იყოს დელირიუმის, დემენციის ბოლო სტადიის, ბორბებრივი ჩამოხრჩობის, ანგარიშის უნარის დაკარგვის, მწოთვის ან დეპრესიის შედეგი. ასევე შესაძლებელია გაუნათლებლობის ბრალიც იყოს.

სიტყვების უკუღმა ჩამოთვლა. ეს ტესტი შეიძლება გამოიყენოთ 7გ-ს მაგივრად. ნარმოთქვით ხუთსოლიანი სიტყვა სიტყვად და სთხოვეთ ავადმყოფს, უკუღმა გაიმეოროს.

ხანგრძლივი მეხსიერება. ჰკითხეთ დაბადების დღე, საიუბილეო თარიღები, სოციალური დაზღვევის ნომერი, სკოლის მასწავლებლების სახელები, სამსახურების დასახელებები, ნასწავლის ამბები, ომები, რომლებიც ავადმყოფის ნასწავლს ეხებოდა.

ხანგრძლივი მეხსიერება ქვეითდება *დემენციის* ბოლო სტადიაზე.

ხანმოკლე მეხსიერება. წინა დღეების მოვლენები. დაუსვით კითხვები, რომლის პასუხებითაც შეგიძლიათ შეამოწმოთ სხვა საშუალებებისგან განსხვავებით, აღნიშნება თუ არა ავადმყოფს კონფაბულაცია (მეხსიერების დეფექტის გამო ფაქტების მეთხზვა). შეგიძლიათ ჰკითხოთ, როგორი ამინდი იყო ამ დღეებში, დღევანდელი შეხვედრის დრო, რა ნამცეცი მიიღო და რა ღამურატორიული

ხანმოკლე მეხსიერება ქვეითდება *დემენციის* და *დელირიუმის* დროს. *ამნეზიური დარღვევები* აუარესებს 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 ენახი. მიეცით პაციენტს სამი ან ოთხი ახალი სიტყვა, მაგალითად, "83, ნაცარი, ქუჩა და ღუჯი" 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. მემდეგ გადადით გამოკითხვის მემდეგ ნაწილზე. დაახლოებით 3 ან 5 წუთის მემდეგ სთხოვეთ, გაიმეოროს დასახელებული სიტყვები. ყურადღებით დააკვირდით პასუხს, ნორმა თუ არა, რომ არ აქვს ადგილი ორგანობელეზიას (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.

ორგანული ფუნქციები

ინფორმაცია და ლექსიკონი. როდესაც ავადმყოფს ყურადღებით ვუსმენთ, ინფორმაცია და ლექსიკონი დაგეხმარებათ ავადმყოფის ინტელექტის გარკვევაში. შეაფასეთ ეს საკითხები გამოკითხვის დროს. მაგალითად, სტუდენტს ჰკითხეთ, რომელია მისი საყვარელი ქალაქი, ჰკითხეთ სამუშაოს, ჰობის შესახებ, რას კითხულობს, რომელი სატელევიზიო გადაცემა მოსწონს ან მიმდინარე მოვლენების შესახებ. ეს საკითხები გაარკვიეთ ღია მარტივი კითხვებით, შემდეგ უფრო რთულით. გაარკვიეთ ჰობიების ინფორმაციის მიღების უნარი, აზრების გამოხატვის კომპლექსურობა და ლექსიკა.
უფრო მეტს, შეგიძლიათ ჰკითხოთ უფრო სპეციფიკური ფაქტების შესახებ:

ადამიანის კულტურის და განათლების გათვალისწინებით, ინფორმაცია და ლექსიკონი კარგად ასახავს ინტელექტს. ეს თვისებები შეიძლება შეღარებით შეუცვლელი იყოს უმეტესობა ფსიქიატრიული დარღვევების დროს და შეიძლება დაგეხმაროთ გაარჩიოთ გონებრივად შეზღუდული მოზარდები (რომელთა ინფორმაცია და ლექსიკონი შეზღუდულია) მსგავსი და საშუალო სიმძიმის დემენციის მქონე ავადმყოფებისგან (რომელთაც ინფორმაცია და ლექსიკონი დამაკმაყოფილებელია).

პრეზიდენტის, 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 გაართულოთ რთული ციფრების გამოყენებით ("15+12" ან "25×6") ან უფრო გრძელი მაგალითების დაწერით.

ტესტის ცუდი შესრულება დემენციის ნიშანია ან შეიძლება ახლდეს აფაზიას. თუმცა შეიძლება შეფასდეს პაციენტის ინტელექტის და განათლების დონის განსაზღვრის თვალსაზრისით.

ასევე შეგიძლიათ დაუსვათ პრაქტიკული და ფუნქციურად მნიშვნელოვანი კითხვები, როგორიცაა "თუ რამე ღირს 78 ცენტი და გამყიდველს 1 დოლარი მიეცით, ხურდას რამდენს დაგიბრუნებთ?"

აბსტრაქტული აზროვნება. აბსტრაქტული აზროვნება რამ ხერხით შეგიძლიათ შეამოწმოთ.

ანდაზები. ჰკითხეთ ავადმყოფს, რა იგულისხმება შემდეგ ანდაზებში:

ეთი დროული დარტყმა ცხრას უდრის

ნუ დაითვლით ნინილებს გამოჩეკამდე

იმისთვის, რომ პუდინგი შეაფასოთ, უნდა შეჭამოთ

ჯონგრეტული პასუხებს იძლევიან გონებრივი შეზღუდვის, დელირიუმის და დემენციის მქონე პირები, მაგრამ შეიძლება მცირე განათლების შედეგი იყოს. *შიზოფრენიით* ავადმყოფები შეიძლება ჯონგრეტულ პასუხებს იძლეოდნენ ან პერსონალური, არასწორი ინტერპრეტაციით პასუხობდნენ.

მოესვენახი ადამიანი სიკეთეს ვეჰ მოიჰოვებს

ჭიიალა ბოჰბალი დაზეთვას საჭიროებს

დაახვიჰდით პასუხების შესაბამისობას, კონჯიქტულობასა და აბსტიაქტულობას. მაგალითად, "ბახეული ადგილი უნდა შეეკეჰოთ, სანამ გადიდდება" კონჯიქტულია, მაშინ, ჰოდესაც პასუხი: "ჰჰობილემაზე ყუჰადღების გამახვილება სიჰთუღეს აგაცილებთ" აბსტიაქტულია. საშუალოდ, პაციენტები იძიღვიან აბსტიაქტულ ან ნახევჰად აბსტიაქტულ პასუხებს.

მსბავსება. სთხოვეთ ავადმყოფს, შეადაჰოს:

ფოჰთოხალი და ვაშლი

კატა და თაგვი

ბავშვი და კუკა

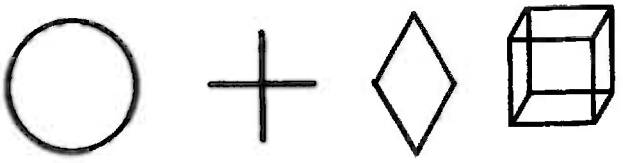
ეკლესია და თეატჰი

პიანინო და ვიოლინო

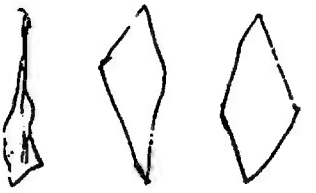
ხე და ნახშიჰი

დაახვიჰდით პასუხების სიზუსტეს და შესაბამისობას. მაგალითად, "კატასც და თაგვსც ცხოველებია" აბსტიაქტულია, "ოჰივეს კუდი აქვს" კონჯიქტულია და "კატა ნადიჰობს თაგვზე" ჰ ჰის შესაბამისი.

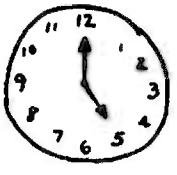
კონსტჰუქციის უნაჰი. ამ ტესტის ამოცანაა მზაჰდი სიჰთუღის საგნების კოპიჰება შავი ფეჰის ქალაღდით. ჰიგ-ჰიგობით აჩვენეთ ეს ფიგუჰები და სთხოვეთ მათი ასღები გააკეთოს ჰამდენადაც შეუძღია.



ქვემოთ მოცანილი სამი ჰომბი ჰის ცუდი, საშუალო და კაჰგი) მაგჰამ ჰა საუკეთესო)[20]



სხვა მაგალითში სთხოვეთ ავადმყოფს დახატოს საათის ციფეჰბღატი ჰიცხვებით და ისჰებით. ქვემოთ ნაჩვენები ნიმუში საუკეთესოა.[20]









ეს სამი საათია ცუდი, საშუალო და კაჰგი).[20]

თუ მხედველობა და მოტოჰიკა ინტაქტუჰია, ცუდი კონსტჰუჰიების უნაჰი მიუთითებს დემენციაზე და ნათხემის დაზიანებაზე. გონებჰივი ჩამოჰჩენა ასევე შეიძღება ამ ტესტის ცუდად ჩატაჰების მიზეზი იყოს.

III სპეციალური მეთოდები

მინი-მენტალური მდგომარეობის გამოკვლევა (Mini-Mental State Examination - MMSE). ეს მოკლე ტესტი მეხსიერების ფუნქციის დაქვეითების ან დეშენციის გამოსავლენად და მათ მიმდინარეობაზე დაკვირვებისთვის გამოიყენება. ამ ტესტის დანერგილებით გაცნობისთვის გაეცანით Publisher, Psychological Assesment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549. ჩვენთან მოყვანილია ხამოდენიმე ნიმუში შეკითხვების

MMSE კითხვების ნიმუშები

ქრონი ორიენტაცია
"ხა ხიცხვია დღეს?"
ხეგისტრაცია
"ყურადღებით მომისმინეთ. ეხლა მე ვიტყვი სიტყვებს. ამის შემდეგ თქვენ უნდა გაიმეორთ ეს სიტყვები, ხოდესაც მე გავჩერდები. მზად ხართ? ეს სიტყვებია . . . სახლი (ჰაუზა), მანქანა (ჰაუზა), ტბა (ჰაუზა). ახლა გაიმეორეთ ეს სიტყვები." [გაიმეორეთ ხუთჯერ, მაგრამ შეაფასეთ მხოლოდ პირველი]

დასახელება
"ხა არის ეს?" [აჩვენეთ ფანქარი ან კალამი]
კითხვა
"წაიკითხეთ ეს ტექსტი და გააკეთეთ ის, რაც ნერია" [აჩვენეთ სიტყვები სტიმულის ფორმით]
დახატეთ თვალები

მიღებული მონაცემების ანალიზი

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-itv 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.

Woma 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-prehensive 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 მანიაკალურ, ჰიპომანიაკალურ 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 ეხება სხვა დარღვევების ჩვეულებრივ კრიტერიუმები. თერაპიული დაკვირვებებით და ნეირობიოლოგიური გამოკვლევებით გამოწვეული გუნება-განწყობის დარღვევები ცალკე კლასიფიცირდება.

ღრმა დეპრესიის ეპიზოდი

ღრმა დეპრესიის ჯ-კრიტერიუმიანი ეპიზოდების დროს უნდა აღინიშნებოდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სულ ცოტა ხუთი (ოთხი ოთხი სიმპტომიდან ერთის ჩათვლით). ეს ნიშნები შეიძლება ასევე ნახმარგანცდნენ ჰიპოქონდრიის ადრინდელი მდგომარეობის ცვლილებებს.

- გუნება-განწყობის ხშირი დაქვეითება (შეიძლება იყოს გაღიზიანებადობა ბავშვებში და მოზარდებში), თითქმის ყოველდღე.
- ემოციურად, 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 აქტიურობა ან შეკავება თითქმის ყოველდღე
- დაღლა სისუსტე ან ძალის დაქვეითება თითქმის ყოველდღე
- წუხილის ან ცოდვისობის მეგობრობა თითქმის ყოველდღე
- ფიქრის, კონცენტრაციის დაქვეითება ან ყოყმანი თითქმის ყოველდღე
- ხშირი ფიქრები სიკვდილზე ან თვითმკვლელობაზე ან თვითმკვლელობის გეგმის შემუშავება

სიმპტომების განვითარებას იწვევს მნიშვნელოვანი სტრესი ან სერიოზული სოციალური, დასაქმების ან სხვა მნიშვნელოვანი ფუნქციონირების დარღვევები. მძიმე შემთხვევებში შეიძლება გამოვლინდეს ჰალუცინაციები და ბოდვები.

მანიაკალური (ბოდვითი) ეპიზოდი

გუნება-განწყობის ანომალიური და მდგრადი აწევის, შეუვალობის 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 ჰყოფნის 3 საათის ძილი)
- ჩვეულებრივზე უფრო მეტს ლაპარაკობს ან თავს ძალას ატანს, რომ ილაპარაკოს
- აზრების არევა და ფიქრების სწრაფი ცვალებადობა
- განდგომა
- მიზანმიმართული აქტიობის ზრდა (სოციალური სამსახურში ან სკოლაში, ან სექსუალური) ან ფსიქომოტორული აგზნება
- სასიამოვნო მოქმედებების დარღვევები (მაღაზიაში სიარული, ხისტი საქმიანობაში, გაუფრთხილებელი სექსი)

ეს დარღვევები იმდენად მძიმეა, რომ იწვევს სოციალური ან პროფესიული ფუნქციების და ურთიერთობების გაუარესებას. ავადმყოფის ან გარშემომყოფი ადამიანების უსაფრთხოებისთვის ეს მდგომარეობები საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას. მძიმე შემთხვევებში შეიძლება გამოვლინდეს ჰალუცინაციები და ბოდვები.

მერეული 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.

ციკლოთიმიური დარღვევები

დეპრესიული გუნება-განწყობა და სიმპტომები ხანგრძლივია, და თითქმის ყოველდღე, გრძელდება ჯ წელიწადზე მეტ ხანს (ბავშვებში და მოზარდებში გრძელდება 1 წლამდე). სიმპტომო პერიოდების ხანგრძლივობა ჯ თვეზე მეტი არ არის

ციკლოთიმიური ეპიზოდი

ჰიპომანიაკალური და დეპრესიული სიმპტომების პერიოდები, რაც გრძელდება სულ ცოტა ჯ წელი (ბავშვებში და მოზარდებში 1 წელი). ესიმპტომო პერიოდების ხანგრძლივობა ჯ 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, ნება მიეცით მიმართოთ ან ცნობარით, მისი შემდეგი გამოცემით ან ფსიქიატრის სხვილ სახელმძღვანელოთი.

მეტყველების დარღვევები

მეტყველების დარღვევები სამ ჯგუფად იყოფა: (1) ხმის, (2) სიტყვების გამოთქმის (არტიკულაციის) და (3) ნაჰმოთქმის ან ნათქვამის გაგების დარღვევა.

აფონია არის ხმის დაკარგვა, რომლის მიზეზებია ხანის და მისი ნერვების დაავადებები. *დისფონია* არის ხმის მოცელობის, ხარისხის ან ტემბრის ნებისმიერი დარღვევა. მაგალითად, ადამიანს შეიძლება ხმა ჩახლიჩოს და უბრალოდ ჩურჩულებდეს. მიზეზებია ლარინგიტი, ხანის სიმსივნე, ცად მხარეს ხმოვანი იოგის დამბლა (თავის ტვინის X ნერვი).

დიზართრია არის მეტყველების აპარატის (ტერები, ენა, სასა და ხახა) ცენთროვანი ორგანოების დეფექტი. სიტყვები შეიძლება იყოს ცხვირისმიერი, შეხმელი ან გაურკვეველი, მაგრამ ენის ცენტრალური სიმბოლიზა ინტაქტურია. მიზეზებია ცენტრალური ან პერიფერიული ნერვული სისტემის მოტორული დაზიანება, პარკინსონიზმი და ნათხემის დაავადება.

აფაზია არის ნაჰმოთქმის ან ნათქვამის გაგების დარღვევა. მისი ხშირი მიზეზია დომინანტური ჰემისფეროს დაზიანება. რეცეპტორიც მარცხნივ.

ქვემოთ შედარებულია 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. ნეიროლოგიური კონსულტაცია ხშირად ნარჩენებია.

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 ხოლენობით სიტყვებით და მძიმედ ნაჰმოთქმით. 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 ეკანა წილი	შუბლის ეკანა ქვემო წილი

პანიკა	*პანიკა* არის მოულოდნელი მეტევები, რომელთა შორის ეთით მაინც წინა მეტევიდან ეთით თვით ან მეტით არის დამოუკიდებელი. ავადმყოფი ნუნს შეღეგებზე, მნიშვნელოვნად იცვლება ქცევები მეტევების მიხედვით. *პანიკის მეტევა* არის ხანმოკლე პეპიოდი **ძლიერი** დისკომფორტის შეგრძნების, რაც ვითარდება მკვეთრად და **პიკს** აღწევს 10 წუთის განმავლობაში. პანიკა მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან სულ ცოტა ოთხ სიმპტომს: (1) გულისფიცი, ტაქიკარდია, (2) ოფლიანობა, (3) კანკალი, **(4)** ქომინი, (5) მოხსრობის შეგრძნება, (6) გულ-მკერდის არეში ტკივილი ან დისკომფორტი, (7) გულისრევა ან ტკივილი მუცლის არეში, **(8)** თავბრუ, წონასწორობის დაკარგვა, გონების დაბინდვა, მოდუნება, (9) ახასიანებლობის 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 მფოთვა იმ ადგილზე ან იმ სიტუაციაში ყოფნის, საიდანაც გამოსვლა ძნელი ან უხერხული იქნება. ავადმყოფი ასეთ ადგილებს ერიდება ან საკმაოდ კომპანიონს, წინააღმდეგ შემთხვევაში უკიდურესად მფოთვა.
სპეციფიკური ფობია	სპეციფიკური ფობია არის მნიშვნელოვანი, მუდმივი და ძლიერი ან უმიზეზო შიში, რასაც ბიძგს აძლევს რაიმე სპეციფიკური საგანი ან მოვლენა, რომელიც ძალიან ძლიერ, ინექცია, თვითმფრინავით ფრენა. ავადმყოფი შიშს შეიგრძნობს, როგორც ძალიან ძლიერს ან გაუცნობიერებელს. ბიძგის გაკვეთით ვითარდება უცაბედი მფოთვა. შიშები არღვევენ ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურობას, პროფესიულ და სამეცნიერო ფუნქციონირებას ან სოციალურ აქტიურობას ან უთიერთობებს.
სოციალური ფობია	სოციალური ფობია მნიშვნელოვანი, მუდმივი შიში ერთი ან მეტი სოციალური ან შემოქმედებით სიტუაციაში, რაც მოიცავს უცნობი ადამიანების გაკვირვას ან ზედმეტ ყურადღებას უცნობების მხრიდან. ზოგს ანერხებს იმის შიში, რომ ისინი თავს იგრძნობენ ერხულად ან დამცირებულად, თუ გამოაკვლევენ მფოთვას. ავადმყოფები ერიდებიან სიტუაციებს, რომლებმაც მეიძლება გამოინვიოს მფოთვები და პანიკა. ავადმყოფი შიშს შეიგრძნობს, როგორც ძალიან ძლიერს ან გაუცნობიერებელს ირღვევა ნორმალური ყოველდღიურობა, პროფესიული და სამეცნიერო ფუნქციონირება და სოციალური აქტიურობა ან ურთიერთობები.
აკვიატებული ნევროზი	ეს დარღვევა მოიცავს აკვიატებულ აზრებს და იძულებას, რაც იწვევს მფოთვას ან მდგომარეობის გაუარესებას. მიეხედავად იმისა, რომ ეს დარღვევა შეგრძნობა იგივენაირად, როგორც ძალიან ძლიერი ან გაუცნობიერებელი, ისინი თითქმის მუდმივია და გავლენას ახდენს ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, სოციალურ აქტივობაზე და ურთიერთობებზე.
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 ძალიან მალე ავადმყოფს ეკვირდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სამი მაინც: (1) სუბიექტური შეგრძნება დაბუჟების, გაუცხოების ან უმოციების გამოხატვის დაქვეითების; (2) ვერ ხსოვრობს გარემოზე, ისევე, როგორც მოვის დროს, (3) ამნეზიური ბრობის შეგრძნება; (4) დეპერსონალიზაცია და (5) მნიშვნელოვანი მოვლენების ამნეზია. მოვლენები მუდმივად გაუცნობიერებელია. როგორიცაა ფიქრები, წარმოდგენები, სიზმრები, იღუნები და წარსული ამბები ან წარსული მოვლენებით გამონვეული ნეკვიეღობა. პიროვნება ძალიან აღელვებელია ან აფორიაქებული და ცდილობს თავიდან აიცილოს ისეთი გამაღიზიანებლები, რაც წარსულ 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	დაწყება, შიში და ტრავმული შემთხვევების ხანგრძლივი გაუცნობიერებლობა ჰგავს მწვავე სტრესულ დარღვევას. შეიძლება განვითარდეს ჰიპერსენსიები. პიროვნებას აღენიშნება შომატებული აგზნებადობა, ცდილობს მოერიდოს ტრავმასთან დაკავშირებულ სტიმულებს, ზოგადი ჩაქვეითების 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 ნერვიული, რასაც ავადმყოფი ვერ აკონტროლებს. ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან სამი მაინც: (1) მოუსვენრობა, აფორიაქება ან ნერვიულობა; (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. ყურადღებით დიაგნოზი დამოკიდებულია სიმპტომების ბუნებასა და ხანგრძლივობაზე და მიზეზზე, რის გამოც ხდება მათი იდენტიფიკაცია. ქვემოთ მოცანილია შვიდი ტიპის დარღვევა:

შიზოფრენია.

შიზოფრენია აქვეითებს ძირითად ფუნქციებს, როგორიცაა მეშაობა, სწავლა, ადამიანებთან ურთიერთობა ან საკუთარ თავზე ზრუნვა. ამ დროს ნარმოდგენილია ერთი ან მეტი ფუნქციის ჩვეული დონიდან დაქვეითება მნიშვნელოვანი დროით. ამასთან ერთად, პიროვნებას 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, როგორიცაა აფექტი, აღგზა (უმნიშვნელო საუბარი) ან ავოლისია (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 შიზოფრენია.

შიზოფრენიის მსგავსი დარღვევა

ამ დარღვევას შიზოფრენიის მსგავსი სიმპტომები აქვს, მაგრამ ხანგრძლივობა 6 თვეზე ნაკლებია და არ აღინიშნება შიზოფრენიისთვის დამახასიათებელი ფუნქციათა დაქვეითება.

შიზოაფექტური დარღვევა

შიზოაფექტურ დარღვევას ახასიათებს ორივე დაავადების ნიშნები: გუნება-განწყობის ღრმა დარღვევების და შიზოფრენიის. გუნება-განწყობის დარღვევები (დეპრესია, მანია ან შერეული ფორმა) დაავადების დროს ხშირად აღინიშნება და ზოგჯერ შიზოფრენიის 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 ორგორ ცხოვრებას, მაგ. აქვს ორმე დაავადება ან მიატოვა შეყვარებული. ბოდვები შეიძლება გრძელდებოდეს ერთი თვე მაინც, მაგრამ ფუნქციები არ არის ძლიერ დაქვეითებული და ქცევები არ არის შესამჩნევად მეცვლილი ან არაბუნებრივი. შიზოფრენიის 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 აღგზაურობა ან ძლიერი დეზორგანიზაცია ან კატატონია. დარღვევა გრძელდება სულ მცირე 1 თვე, რის შემდეგაც ავადმყოფი უბრუნდება თავის ჩვეულ მდგომარეობას.

თერაპიული 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, როგორიცაა ატროპინი, ეკრანი, ოპიატები. ამ დიაგნოზის დასმისთვის ეს სიმპტომები არ უნდა ვლინდებოდეს მხოლოდ დელირიუმის დროს. უნდა დაადგინოთ დარღვეული თუ არა ნივთიერებების მოხმარება სიმპტომებთან.

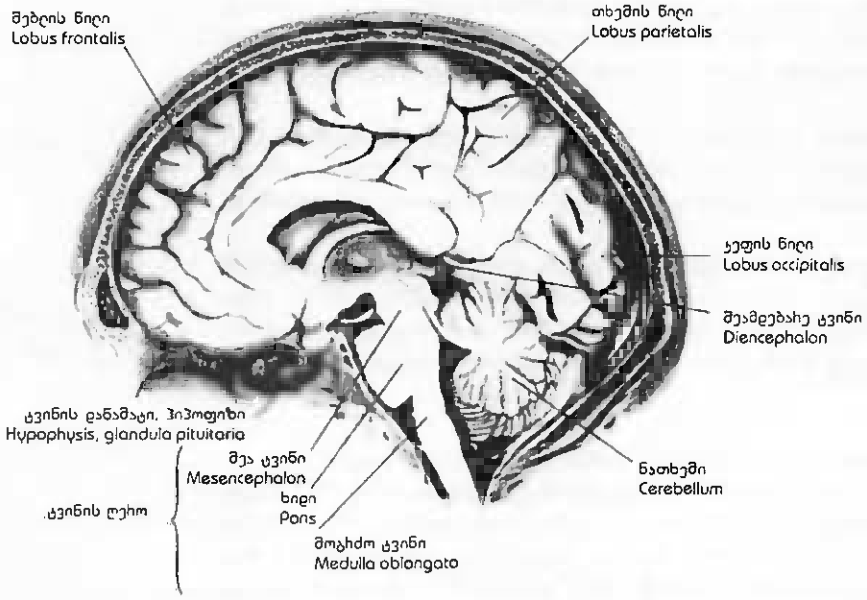
* კატატონია არის ფსიქომოტორული დარღვევა, რაც მოიცავს სტუპორს, მუტიზმს, მიმართვებზე ნეგატივისტურ წინააღმდეგობას და უცნაურ ან გაშეშებულ პოზაში ყოფნას, აგზნებადობას, მაგრამ ამჟამად უპირო აქტივობას.

17

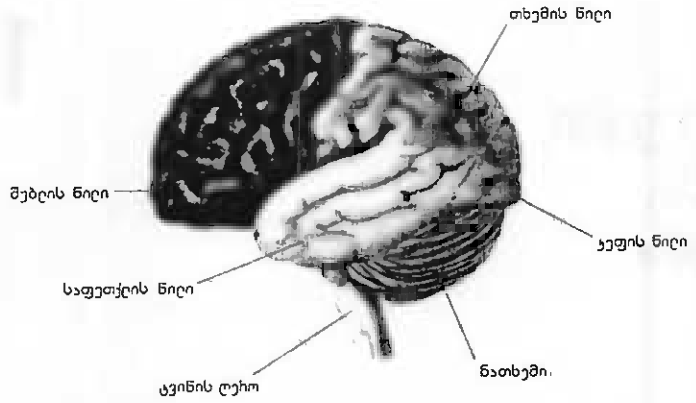
ნეირული სისტემა: თავის ტვინის ნეირები, მოტორული სისტემა, სენსორული სისტემა, ჰეფლექსები

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 მოყვანება ხშირი და განსახილველი სიმპტომები, ჯანმთელობის 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 ყურადღება მიაქციეთ, 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 ემეტესობა ერთდროულად შეიცავს მოტორულ და სენსორულ ბოჭკოებს.

ცენტრალური ნერვული სისტემა

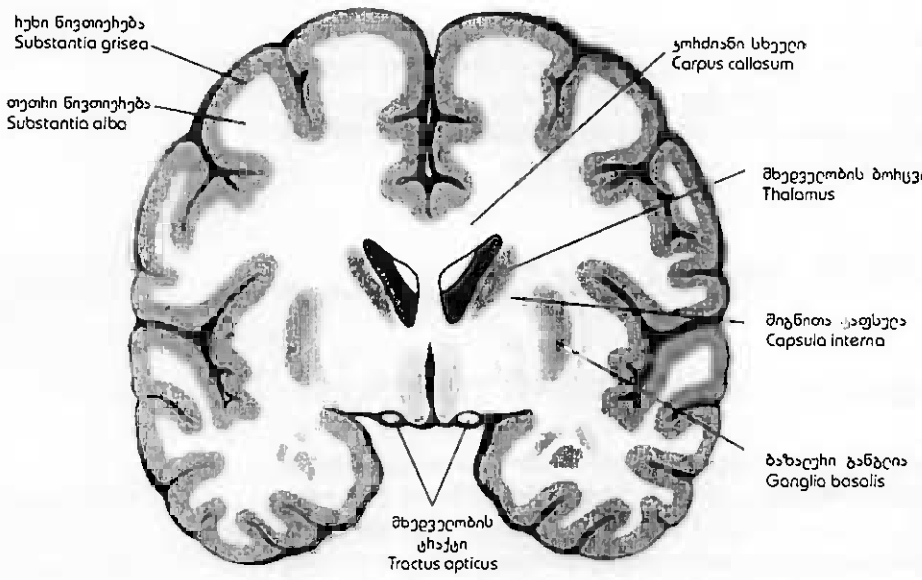
თავის ტვინი (ENCEPHALON)

თავის ტვინს ოთხი ნაგებობა გააჩნია: დიდი ტვინი, შუამდებარე ტვინი, ტვინის ღერო და ნათხემი. თავის ტვინის ჰემისფეროები ტვინოვანი ნივთიერების უმეტეს ნაწილს შეიცავს. თითოეული ჰემისფერო იყოფა შუბლის, თხემის, საფეთქლის და ნეფის წილებად.

თავის ტვინი არის ერთმანეთთან დაკავშირებული *ნეირონების* (ნერვული უჯრედების) ფართო სისტემა. იგი შედგება უჯრედების სხეულებისგან და მათი *აქსონებისგან* – გრძელი ბოჭკოებისგან, რომლებიც აკავშირებენ იმპულსებს ნერვული სისტემის სხვა ნაწილებისკენ.

ტვინის ქსოვილი არის თეთრი და რუხი. *რუხი ნივთიერება* შედგება ნერვული უჯრედების სხეულებისგან. იგი გარს ეკვრის ჰემისფეროებს და წარმოქმნის თავის ტვინის ქერქს. *თეთრი ნივთიერება* შედგება ნეირონების აქსონებისგან, რომლებიც მიელინითაა დაფარული. მიელინის გარსი, რომელიც წარმოქმნის თეთრ შეფერილობას, აჩქარებს იმპულსის გავრცელებას.

თავის ტვინის სიღრმეში მდებარეობს რუხი ნივთიერების გროვები. ის შედგება *ბაზალური განგლიებისგან*, რაც მოქმედებს მოძრაობაზე, თალამუსისაგან და ჰიპოთალამუსისაგან. *თალამუსი* წარმოქმნის სენსორულ იმპულსებს და გადასცემს თავის ტვინის ქერქს. *ჰიპოთალამუსი* უზრუნველყოფს ჰომეოსტაზის მუდმივობას და არეგულირებს ტემპერატურას, გულის რიტმს, სისხლის წნევას. ჰიპოთალამუსი ზემოქმედებს ენდოკრინულ სისტემაზე და განაგებს ემოციებს, ორგორიცაა გაბრაზება, სქესობრივი ტკბობა. ჰიპოთალამუსში გამოყოფილი ჰორმონები პირდაპირ მოქმედებს ჰიპოფიზზე.



თავის ტვინის ფრონტალური ჭრილი

დაავიწროთ *შიგნითა კაფსულას*, თეთრი ნივთიერების ნახმონაქმნს, სადაც მიელინური ბოჭკოები გრძელდებიან თავის ტვინის ქერქის ყველა ნაწილიდან და ეშვებიან ტვინის ღეროში. *ტვინის ღერო* თავის ტვინს აკავშირებს ზურგის ტვინთან და სამი ნაწილისგან შედგება: შუა ტვინი, ხიდი და მედულა.

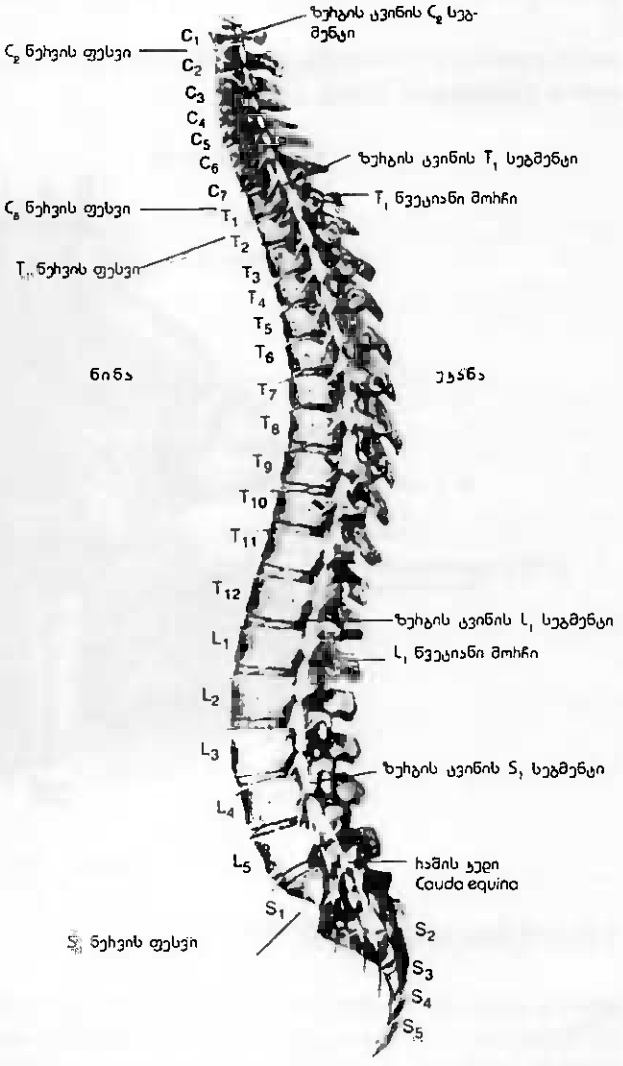
გონებრივი ფუნქცია დამოკიდებულია უმთავრესქმედებაზე ჰემისფეროებსა და შუამდებარე ტვინის მნიშვნელოვან ნაწილებსა და ტვინის ღეროს ზედა ნაწილს შორის, *რეტიკულური აქტივობის (ამგზნები) სისტემა*.

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 წარმონაქმნია, 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

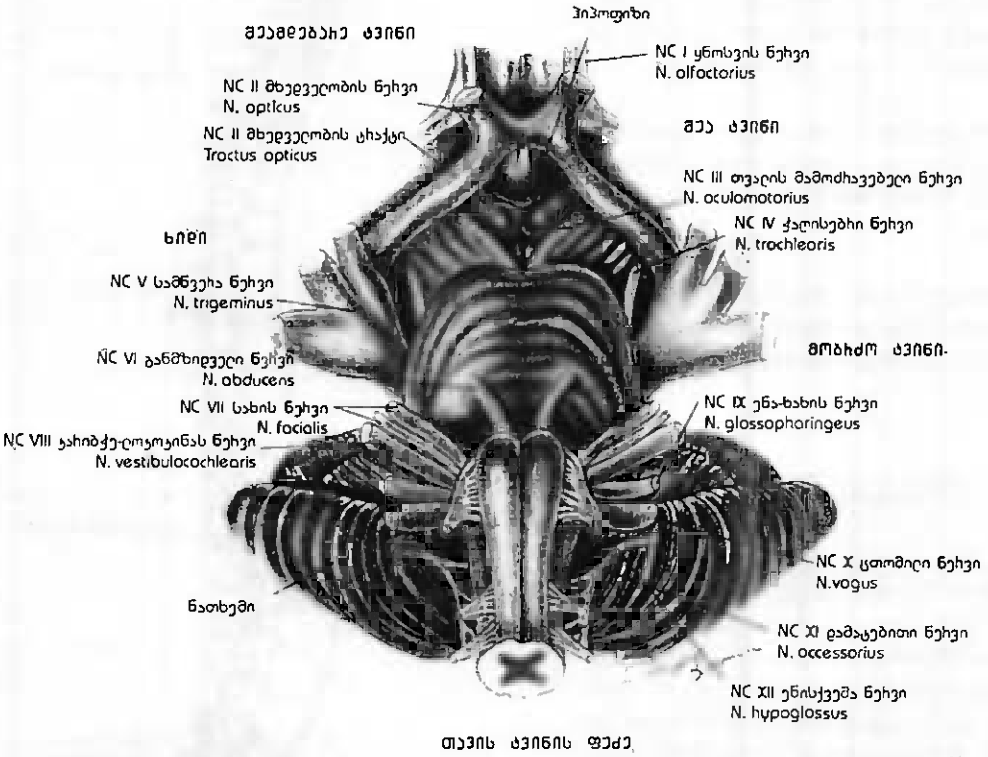
ყურადღება მიაქციეთ, რომ ზურგის ტვინის სიგრძე ხერხემლის სიგრძეზე ნაკლებია. ზურგის ტვინიდან გამოსული ნერვების ფესვების დონეები განსხვავებულია მიმდებარე მაღების დონეებისგან. ეს ფესვები L1-დან L2-ის დონემდე იშლება როგორც ცხენის კუდი, რის გამოც მას *ხვშის კუდს* უნოდებენ. ზურგის ტვინის დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით ნემსის უმეტესობა ხვრელებისა L2-4 მალთაშუა სივრცეების დონეზეა.

II პერიფერიული ნერვული სისტემა

თავის ტვინის (ჩარანიული) 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, სურათზეა 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.



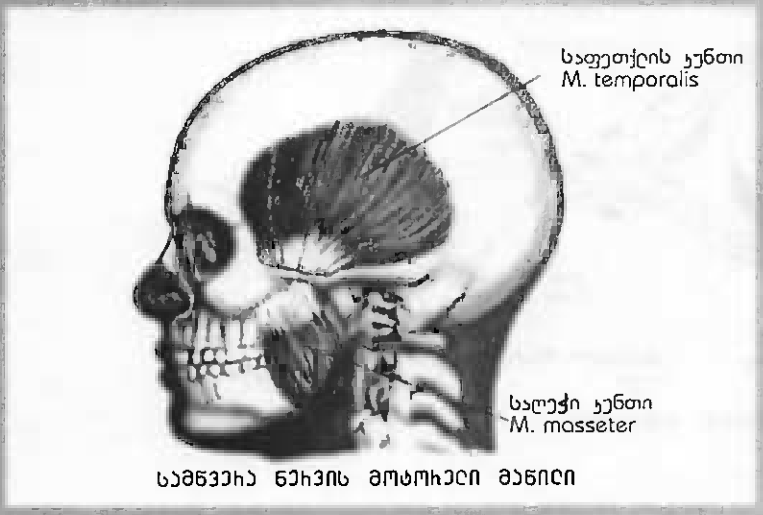
თავის ტვინის ფუძე

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,

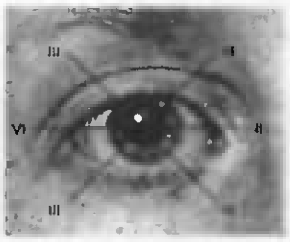
▪ თავის ტვინის ნეხვები

№	სახელწოდება	ფუნქცია
I	ყნოსვის	ყნოსვის ფუნქცია
II	მხედველობის	მხედველობა
III	თვალის მამოძრავებელი	გუგის შევინროვება, თვალის გახელა და თვალის ვაშლის უმეტესი მოძრაობები
IV	ჭალისებური	თვალის ქვემოთ და შიგნით მოძრაობა
VI	განმზიდველი	თვალის ლატერალური გადახრა
V	სამწვერა	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* - საფეთქლის და საღეჭი კუნთების მოძრაობა (ანტიკისრებს ქვედა ყბას), ასევე ქვედაყბის ლატერალური მოძრაობა *მგრძნობიარე ბოჭკოები* - ახორციელებს სახის ინერვაციას. ნერვს სამი ტოტი აქვს: (1) თვალბუდის, (2) ზედაყბის და (3) ქვედაყბის



სამწვერა ნეხვის მოტორული მანიდი

VII	სახის	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – სახის მოძრაობა, სახის გამომეტყველების, თვალების დახეჭვის და პირის დახეხვის ჩათვლით *მგრძნობიარე ბოჭკოები* – გემოვნება: მარილის, სიტკბოს, სიმწარის და სიმჟავის შეგრძნება. ენის წინა ორი მესამედი
VIII	ვარსკვლავ-ღრუსებრას	სმენა (ღრუსებრას ნაწილი) და წონასწორობა (ვარსკვლავის ნაწილი)
IX	ენა-ხახის ნეხვი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – ხახის კუნთების შეკუმშვა *მგრძნობიარე ბოჭკოები* – ფაფის ჯირკის და სასმენი მილის უკანა ნაწილი, ხახა და ენის უკანა ნაწილი, გემოვნების ჩათვლით (მარილიანი, მჟავე, ტკბილი, მწარე)
X	ცრემლი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – სასა, ხახა და ხორხი *მგრძნობიარე ბოჭკოები* – ხახა და ხორხი
XI	დამატებითი ნეხვი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – მკერდ-ძვინ-ძვრილისებური კუნთი და ტრაპეციული კუნთის უკანა ზემო ნაწილი
XII	ენისქვეშა ნეხვი	*მამოძრავებელი ბოჭკოები* – ენის კუნთები.



მარჯვენა თვალი (NC III, IV, VI)



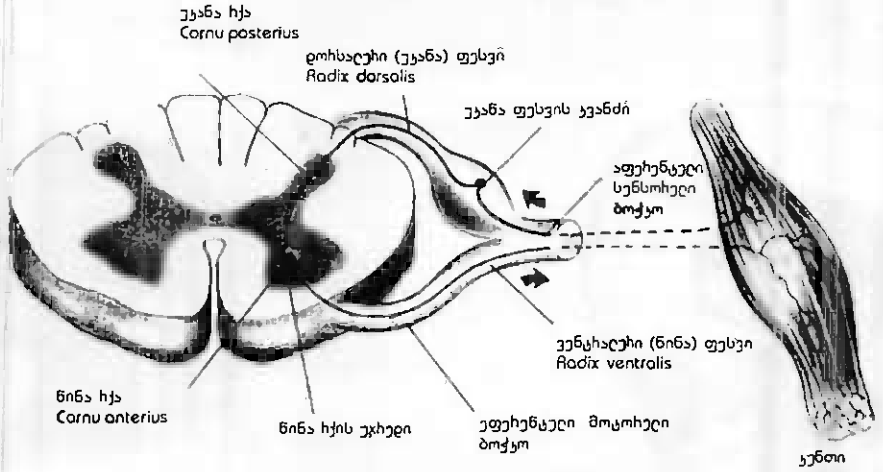
NC V – მგრძნობელობა



NC XI – მამოძრავებელი

5 გავის და 1 კუდუსუნის. თითოეული ნეირს აქვს ნინა (ვენტრალური) ფესვი, რომელიც მამოძრავებელ ბოჭკოებს შეიცავს და უკანა (დორსალური) ფესვი, რომელიც მგრძნობიარე ბოჭკოებს შეიცავს. ნინა 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 ჩხე და თეთრ ნივთიერებას. ჩხილი ნივთიერების ბირთვები, რომლებიც ნერვული უჯრედების სხეულების გროვებს ნარმოადგენენ, გარშემორტყმულია ნერვული ბოჭკოების თეთრი ტრაქტებით, რომლებიც აკავშირებენ თავის ტვინს პერიფერიულ ნერვულ სისტემასთან. დაკვირდით ჩხილი ნივთიერების პეპრის ფორმის ნარმონაქმნს ნინა და უკანა ჩქებით.



ზურგის ტვინი, განივი განაკვეთი

სპინალური რეფლექსები: მყეს-ძვალთა ღრმა რეფლექსები

ღრმა მყესების ან კუნთების გაჭიმვის რეფლექსების გატარება ხდება როგორც ვენტრალური, 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 ნეირონებს შორის შეიცავენ მუა 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 ჩქის უჯრედებს, რომლებიც ახორციელებენ შესაბამისი კუნთის ინერვაციას. ორდესაც იმპულსი გაივლის ნეირ-კუნთოვან შეერთებას, კუნთი სწრაფად შეიკუმშება და სრულდება რეფლექსური რკალი.

ვინაიდან თითოეული ღრმა მყესის ჰეფლექსი მოიცავს ზუჭგის ტვინის განსაზღვრულ სეგმენტს თავისი სენსორული და მოტორული ბოჭკოებით, პათოლოგიური ჰეფლექსი დაგეხმარებათ დაზიანების ლოკალიზაციის დადგენაში. დაიმახსოვრეთ ღრმა მყესების ჰეფლექსების სეგმენტური ფონები. ამას ადვილად შესძლებთ, თუ დანომრავთ მზახრი თანმიმდევრობით ჯოჭიდან სამთავიან ჯენთამდე: S1–L2, 3, 4, –C5, 6, 7.

აქილესის მყესის ჰეფლექსი	გავის 1
მუხლის ჰეფლექსი	ნელის 2, 3, 4
სუპინატორის (მხარ-სხივის) ჰეფლექსი	ჯისრის 5, 6
ორთავა ჯენთის ჰეფლექსი	ჯისრის 5, 6
სამთავა ჯენთის ჰეფლექსი	ჯისრის 6, 7

ჰეფლექსის გამოწვევა შესაძლებელია ორგორც ჯენთის, ასევე ჯანის გაღიზიანებითაც. მაგალითად, მუცლის ჯანზე დარტყმა ნარმოშობს აღგილობრივად ჯენთის შეხრევას. ეს ზედაპირული (ჯანის) ჰეფლექსები და მათი შესაბამისი ზუჭგის ტვინის სეგმენტები მოიცავს:

მუცლის ჰეფლექსი – ზედა	გულ-მკერდის 8, 9, 10
– ქვედა	გულ-მკერდის 10, 11, 12
ცრემლსადენის (ფეხისგულის) პასუხი	ნელის 5, გავის 1

მოტორული (მამოძრავებელი) გზმტარი გზები

მოტორული გამტარი გზები მოიცავენ ზედა მოტორულ ნეირონს ღრმოში ან ზუჭგის ტვინში და ქვედა მოტორულ ნეირონს. ნერვული უჯრედების სხეულები ან *ზედა მოტორული ნეირონი* გადის თავის ტვინის ქერქის მოტორულ გზაზე და ღრმოს სხვადასხვა ბირთვებში; მათი აქსონები ეკავშირება სინაფსურად ღრმოს მოტორულ ბირთვებს (თავის ტვინის ნერვები) და ზუჭგის ტვინში (პერიფერიული ნერვები). *ქვედა მოტორულ ნეირონებს* ზუჭგის ტვინში გააჩნიათ უჯრედების სხეულები, რომელთაც წინა ჩქის უჯრედები ენოდებათ. მათი აქსონები გაივლიან წინა ფესვებში და სპინალურ ნერვებში პერიფერიული ნერვებისკენ და ბოლოვდებიან ნერვ-კუნთოვან შეერთებაში.

არსებობს მოტორული გზების სამი სახე, რომლებიც ხვდებიან წინა ჩქის უჯრედებში: კორტიკო-სპინალური ტრაქტი (პირამიდული), ბაზალური განგლიის სისტემა და ნათხემის სისტემა. არსებობს დამატებითი გამტარი გზები, რომლებიც ნარმოიქმნება ტვინის ღრმოში. მათი სამეულებით ხორციელდება ჯიჯგნების მოძრაობის და მდებარეობის მოხრის და გაშლის ტონუსი, რაც ყველაზე კარგად ჩანს ჯომის დროს (იხ. ცხრილი 17-11, გვ. 667)

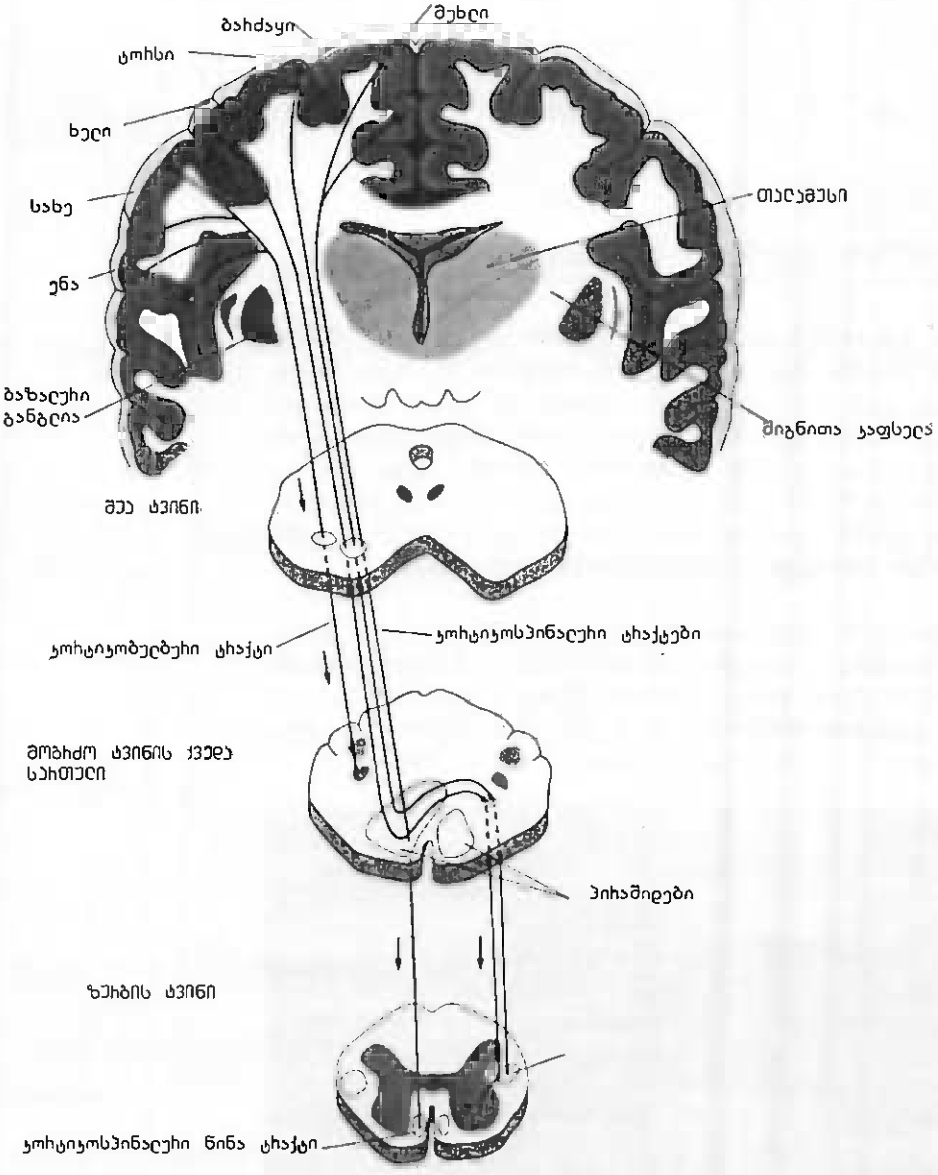
ძირითადი მოტორული გამტარი გზები

- *კორტიკოსპინალური (პირამიდული) ტრაქტი.* კორტიკოსპინალური ტრაქტის გზით ხორციელდება ნებითი მოძრაობა და დახვეწილი, ხანგრძლივი და ნაზი მოძრაობების ინტეგრაცია ჩიგი ჯუნთების სტიმულაციით და სხვა ჯუნთების ინჰიბიციით. ამ ტრაქტს ასევე მოაქვს იმპულსები, რომლებიც აკვეთებენ ჯუნთების ტონუსს. მცირე ტონუსი შენარჩუნებულია მაშინაც კი, როდესაც ნორმალური ჯუნთი მოდუნებულია. კორტიკოსპინალური 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 მოტორიული ბამტასის ბზები (გაგრძელება)

აგრძელებენ გზას ქვევით და სინაფსით უკავშირდებიან წინა ჰქის უჯრედებს ან შუა ნეირონებს. ტრაქტი სინაფსით უკავშირდება ღეროში თავის ტვინის ნეიკვების მოტორიულ ბირთვებს და ეწოდება *პორტიკობულბური.*

- *ბაზალური განგლიების სისტემა* საკმაოდ კომპლექსური სისტემაა, რომელიც მოიცავს მოტორიულ გზებს თავის ტვინის ქერქს, ბაზალურ განგლიებს, ღეროსა და ზურგის ტვინს შორის. იგი ესმარება კუნთების ტონუსის შენარჩუნებაში და აკონტროლებს სხეულის მოძრაობებს, განსაკუთრებით ფარდო ავტომატურ მოძრაობებს, როგორიცაა სიარული.
- *მერებელური (ნათხემის) სისტემა.* ნათხემი იღებს ორივეს, სუნსორიულ და მოტორიულ სიგნალებს და ათანხმებს მოტორიულ აქტივობას, ინარჩუნებს წონასწორობას და ეხმარება პოზის კონტროლში.



მამოძრავებელი ბზები: პორტიკოსპინალური და პორტიკობულბური ტრაქტები

ყველა ეს უმაღლესი მოტორული გზა მოძრაობაზე მოქმედებს მხოლოდ ქვედა მოტორული ნეირონული სისტემით – ზოგჯერ უწოდებენ "საბოლოო ძირითად გატას გზას". ჰომეოსტატიკურ მოძრაობა, წარმოქმნილი ნებით ქერქში, "ავტომატურად" ბაზალურ განგლიებში ან ცერებელუმში სენსორული ინფორმაციის საფუძველზე მოქმედებად წინა ქერქის უკუკავშირების საშუალებით. ჰომეოსტატიკურ ამ უბნის დაზიანება გამოიწვევს მოძრაობითი ან ცერებელარული აქტივობის შეცვლას.

როდესაც პროტოპლაზმური ტრაქტი ზიანდება ან იშლება, მისი ფუნქცია ქვეითდება ან იკარგება დაზიანების დონის ქვევით. *როდესაც უმაღლესი მოტორული ნეირონული სისტემა დაზიანებულია მოგრძო ტვინში მისი ტრაქტების გადაჯვარედინების ზევით, სანერვულმდებარო მხარეს ვითარდება მოტორიული დაქვეითება. გადაჯვარედინების ქვევით დაზიანება იწვევს სხეულის იმავე მხარეს ან იფსილატერალურად მოძრაობის დაქვეითებას.* დაზარალებული კიდური ხდება ჰიპერრეფლექსური, სპასტიური, ხოლო ნატიფი მოძრაობები მეტად შეფერხებულია სხვა მოძრაობებთან შედარებით.

უმაღლესი მოტორული ნეირონის დაზიანების დროს კუნთების ტონუსი გაზრდილია და ღრმა მყესის რეფლექსები ზედმეტად მომატებულია. უმდაბლესი მოტორული ნეირონის დაზიანების დროს ვითარდება იმავე მხარეს სისუსტე და დამბლა, მაგრამ ამ შემთხვევაში კუნთების 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 კუნთების ტონუსს (უფრო ხშირად იზრდება), პოზის და ვარჯიშის დარღვევას, სპონტანური და ავტომატური მოძრაობის შენელებას ან უმოძრაობას, რასაც *ბრადიკინეზია* ეწოდება და სხვადასხვა უნებლიე მოძრაობებს. ნათხემის დაზიანება აქვეითებს კოორდინაციას, ვარჯიშს და წონასწორობას და ამცირებს კუნთების ტონუსს.

III სენსორული (მგრძნობელობითი) გამტარი გზები

სენსორული იმპულსები არა მარტო ცერებელუმის აქტივობაში მონაწილეობენ, როგორც ზემოთ იყო აღწერილი, ასევე იწვევს აღქმის შეგრძნებას, ცივილიზაციაში სხეულის მდებარეობის ორიენტაციას და ეხმარება შინაგანი ავტონომიური ფუნქციების ცერებრაციას, როგორიცაა სისხლის ნნევა, გულის რიტმი და სუნთქვა.

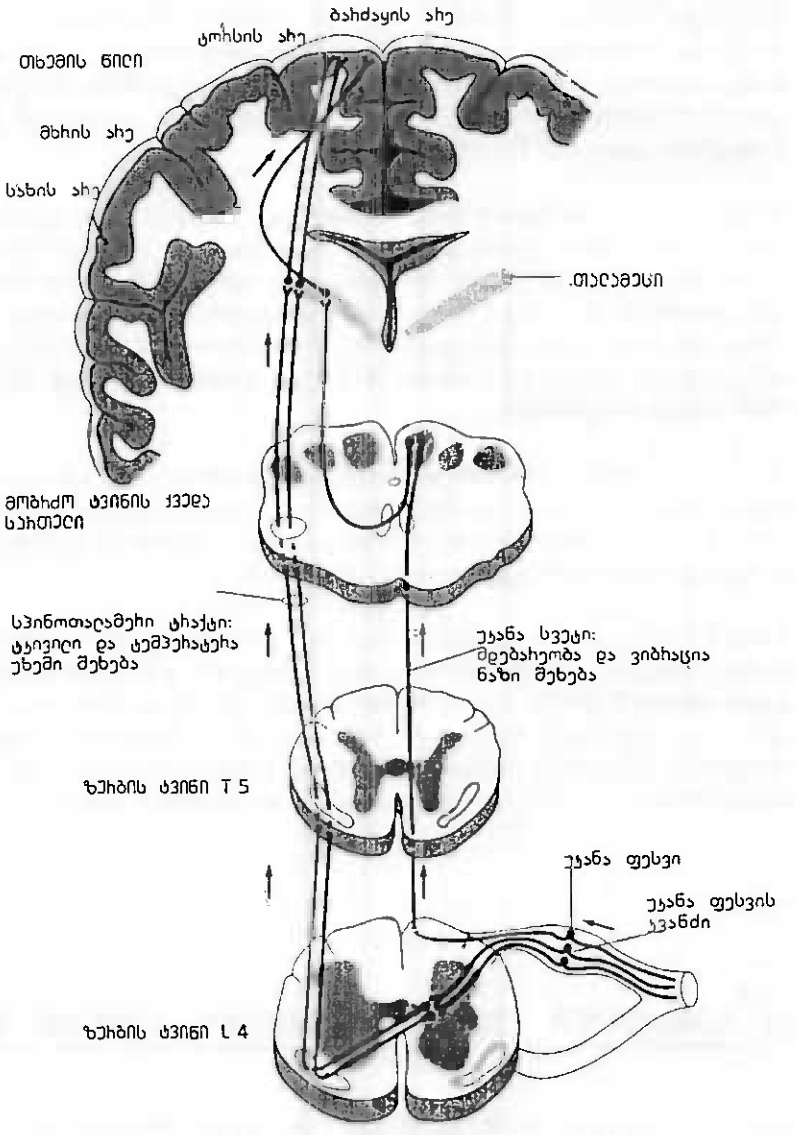
სენსორული რეცეპტორების კომპლექსი იმპულსებს აგარებს კანიდან, ღრმოვანი გარსებიდან, კუნთებიდან, მყესებიდან და შინაგანი ორგანოებიდან. სენსორული ბოჭკოები, რომლებიც აღიქვამენ ტკივილს, ტემპერატურას, მდებარეობას და შეხებას, მიემართებიან ზურგის ტვინში და უკანა ფესვებში და შედიან ზურგის ტვინში. როგორც კი მოხვდებიან 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 ქერქში და სინაფსით უკავშირდებიან მეორად სენსორულ ნეირონს.

ბოჭკოები, რომლებიც ატარებენ *უხეშ შეხებას* – ჩვენც ალიქვამთ, როგორც მსუბუქ შეხებას, მაგრამ ზუსტი ლოკალიზაციის გარეშე – ასევე მიემართებიან უკანა ჰქონში 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 *მკვრივ შეხებას* – შეხებას, რომელიც ზუსტად არის ლოკალიზებული და მკვრივედ განსხვავებულია. ეს ბოჭკოები სინაფსით უკავშირდებიან მეორად სენსორულ ნეირონებს მედულაში. მეორადი ნეირონებიდან ნამოსული ბოჭკოები გადადიან საწინააღმდეგო მხარეს მედულას დონეზე და აგრძელებენ გზას თალამუსისკენ.

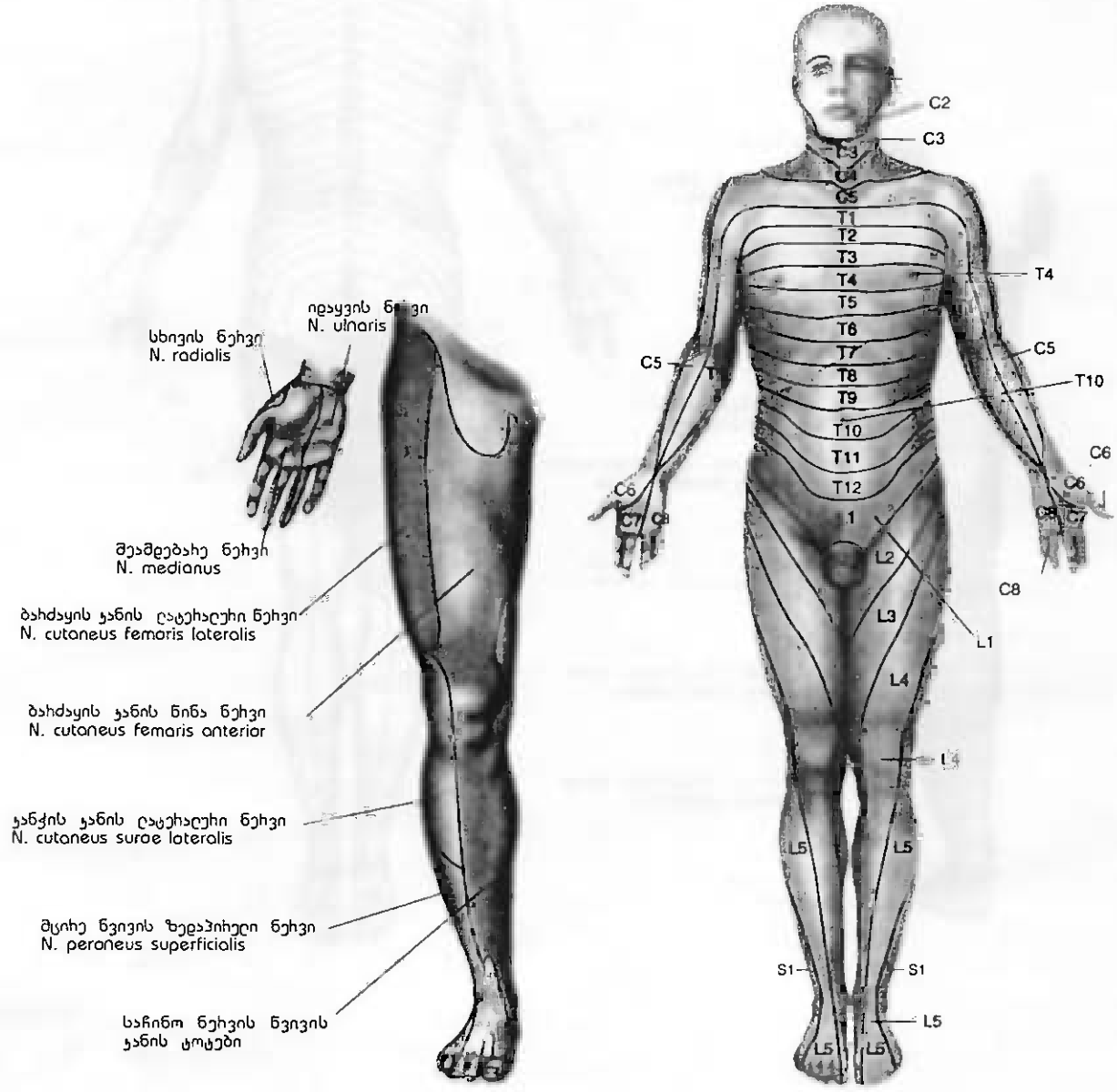
თალამუსის დონეზე აღიქმება მგრძნობელობის ზოგადი ხასიათი (მაგ. ტკივილი, სიცივე, სიმოვნება, უსიამოვნება), მაგრამ მაღალი მგრძნობელობა არ ხორციელდება. სრული აღქმისთვის, მესამე ჯგუფის სენსორული ნეირონები იმპულსებს გზავნიან თალამუსიდან თავის *ტვინის ქერქის სენსორული ნაწილისკენ*. აქ გალოკალიზებულია ლოკალიზებულია და ხდება მაღალი დონის მგრძნობელობის აღქმა.



სენსორული გამტარი გზის სხვადასხვა ნეიტრონებში დაზიანება ნარმოქმნის სხვადასხვა სახის მგრძნობელობის დარღვევას. მგრძნობელობის დარღვევის ნიშნები მასთან დაკავშირებულ მოტორულ სიმპტომებთან ერთად დაგეხმარებათ დაადგინოთ დაზიანების გამომწვევი მიზეზის ლოკალიზაცია. მაგალითად, სენსორული ქერქში დაზიანება არ აქვეითებს ტკივილის, შეხების და მდებარეობის შეგრძნებას. მაგრამ აუარესებს მკვრივ განსხვავების უნარს. ასეთი დაზიანების მქონე პირისთვის შეიძლება ვერ აფასებდეს 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 ნელს ქვევით ფეხების დამბლასთან და ჰეფექტების 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.

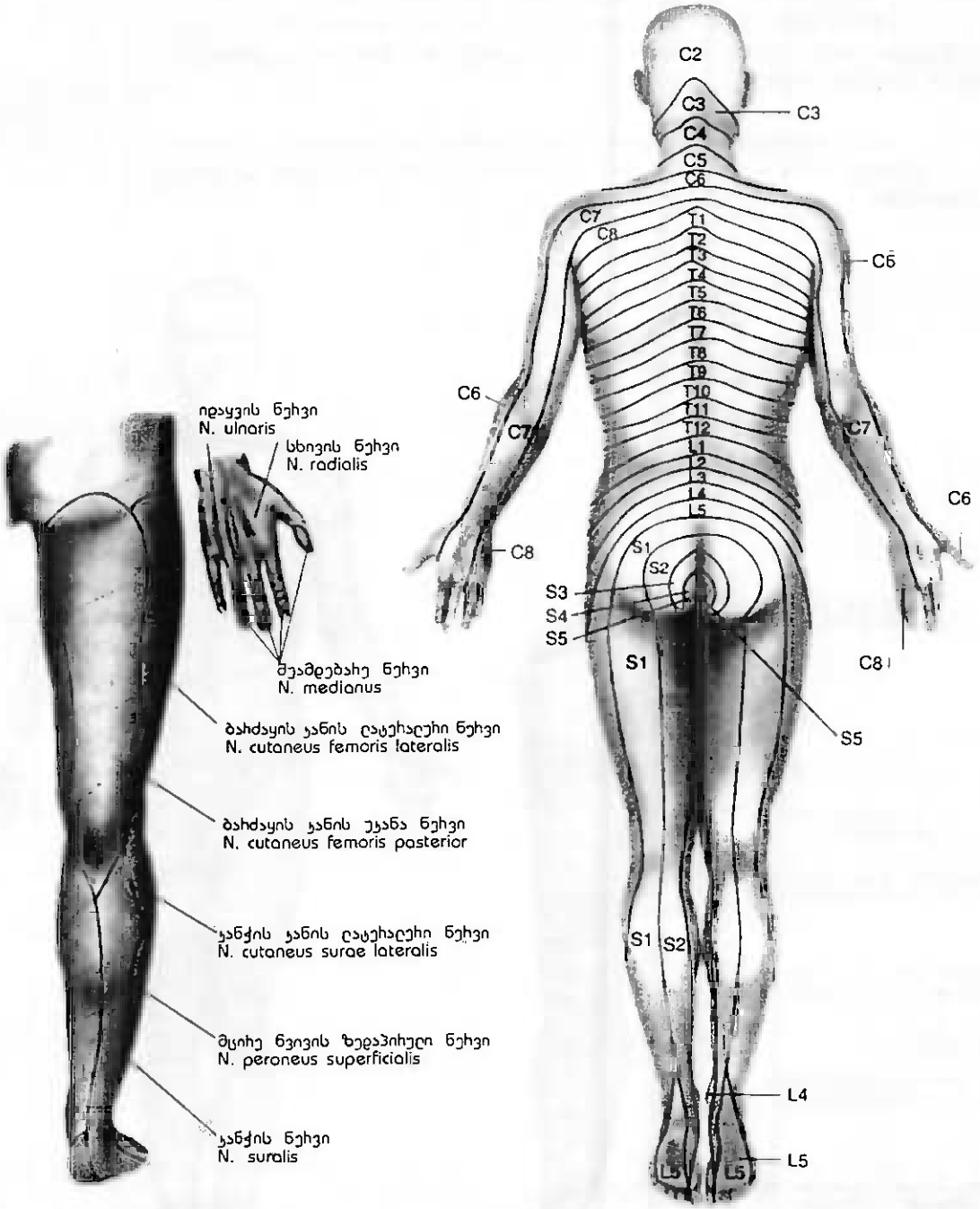
დერმატომები. დერმატომების ცოდნა ასევე გეხმარებათ ნევროლოგიური დაზიანებების ლოკალიზაციის განსაზღვრაში. დერმატომი არის ჯანის უბანი, რომლის ინერვაციას ახდენს ერთი სპინალური ნერვის მგრძნობიარე ფესვი. დერმატომები ნაჩვენებია ქვემოთ მოყვანილ ორ სურათზე. მათი დონეები უფრო ცვალებადია, ვიდრე დიაგრამაზეა მოცემული და დერმატომები ერთმანეთს გადაფარავენ. სხეულის თითოეული მხარეს სენსორული ნერვები ორივე ჯვეთს შეარხარს. მცირე პერიფერიული ნერვების განაწილება 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
მკლავებისკენ ნერვი
N. medianus
ბარძაყის კანის ლატერალური ნერვი
N. cutaneus femoris lateralis
ბარძაყის კანის უკანა ნერვი
N. cutaneus femoris posterior
კანჭის კანის ლატერალური ნერვი
N. cutaneus surae lateralis
მცირე ნერვის ზედაპირული ნერვი
N. peroneus superficialis
კანჭის 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 განსაკუთრებული 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, როგორიცაა მხედველობის დაჩღევა, სისუსტე, მგრძნობელობის დაკარგვა. ჰკითხეთ, ხომ არ იწვევს თავის ტკივილს ხველა, ცხვირის დაცემინება ან თავის სწრაფი მოძრაობა.

თავბრუხვევაზე ჩივილს მრავალი მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს. თქვენ უნდა დააზუსტოთ, რას განიცდის ავადმყოფი. გაბრუებულია თუ მოდუნებული? თუ ეს არის *ვერტიგო*, როდესაც ოთახი ავადმყოფის გარშემო ბრუნავს.

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ხანდაზმულ პაციენტებში, რომ არ გამორიცხოთ თავბრუხვევა? აღინიშნება თუ არა თანმხლები სიმპტომები, როგორიცაა მხედველობის გაორება, ანუ *დიპლოპია*, სიტყვების ნარმოთქმის გაძნელება, ანუ *დიზართრია* ან სირაქლის და ნონასნორობის დაჩღევა, ანუ *ატაქსია*?

აღსანიშნავია, ახლავს თუ არა *სისუსტე*, რაც შეიძლება იყოს გენერალიზებული ან ლოკალიზებული სახეზე ან სხეულის ერთერთ ნახევარზე. სისუსტე მეორე ხშირი სიმპტომია და საჭიროებს ყურადღებით დეტალურად გამოკვლევას. დააზუსტეთ, რას ნიშნავს ეს პაციენტისთვის. დარწმუნდით, რომ არ აქვს *დაბნელება* ან სხეულის ერთერთ ნახევრის მოძრაობის გაძნელება. სისუსტე ნელ-ნელა განვითარდა თუ უეცრად? *ჰიპოგლიკემიებს* თუ არა? როგორ? სხეულის რა უბანშია? სხეულის ცალ მხარეს აღინიშნება თუ ორივე მხარეს? რა სახის მოძრაობებია გაძნელებული?
როდესაც სისუსტეს არ ახლავს თავბრუხვევა, ეცადეთ ერთმანეთისგან განასხვავოთ *ჰიპოქსიმალური* და *დისტალური* სისუსტე. ჰიპოქსიმალური სისუსტის დროს ჰკითხეთ, შე-

იხ. ცხრილი 6-1. თავის ტკივილი, გვ. 206-209.

სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ "ასეთი ძლიერი ტკივილი არასდროს არ ჰქონია". ყურ ხასიათის თავის ტკივილი, რომელსაც ინვევს მოძრაობა, განსაკუთრებით გაღვიძებისას და მოკლედივეა ერთი და იგივე ლოკალიზაციით, აღინიშნება მოცულობითი დაზიანების დროს, როგორიცაა თავის ტვინის სიმსივნე.

გაბრუება აღინიშნება გულის ფრიალის დროს, სინკოპეს წინა მდგომარეობა – ვაზოვაგუსური სტიმულაციის, სისხლის დაბალი წნევის, ცხელების დროს და სხვა. ვერტიგო სამუალო 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.

სისუსტე ან დამბლა გარდამავალი იშემიის, ან ინსულტის დროს აღინიშნება.

ადგილობრივი სისუსტე შეიძლება განვითარდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის *იშემიური*, სისხლძარღვოვანი ან მოცულობითი დაზიანების დროს; ასევე პერიფერიული ნერვული სისტემის, ნერვ-კუნთოვანი ან კუნთოვანი დარღვევების დროს.

ძლია თუ არა თმის დავარცხნა, მაღალ 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 ჯონსონის ქილას ან როგორ ხმარობს მაკრატელს, ფლეიერს ან სახრახნისს. ფეხებში დისტალური სისუსტის დასადგენად ჰკითხეთ, თავისუფლად დადის თუ არა.

ორმხრივი პროქსიმალური სისუსტე ვითარდება მიოპათიის დროს. ორმხრივი, 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, ჯიდუების მოძრაობის გაძნელება ან შეცვლილი მგრძნობელობა, როგორიცაა ჩხვლეტების შეგრძნება? შეიძლება იყოს სპეციფიკური მგრძნობელობა ამკარა გაღიზიანების გარეშე, რასაც *პარესთეზია* ეწოდება. ეს ხშირად ვლინდება მკლავის ან ფეხის დაბუჟების დროს, რისი მიზეზიცაა ჯიდუის ხანგრძლივად გარჯვეული პოზაში გარჩენებისას ნერვის კომპრესია და აღნერენ, როგორც ჩხვლეტას, ბნელებას 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 ჰისტერიული რეაქციის 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: "ხომალდზე ხომ არ გქონიათ მოგზაურობა ან გონების დაკარგვა?" საფუძვლად უდევს ცნობიერების დაკარგვის განხილვას. მნიშვნელოვანია დაინყოთ დადგენით, თუ რას გულისხმობს ავადმყოფი ცნობიერების დაკარგვაში. სრულად კარგავს გონებას თუ ამ დროს ესმის ხმები, მიუთითებს ცნობიერების დაკარგვაზე? აღნერილობითი 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 გარეშე უწოდებენ *სინკოპეს წინა მდგომარეობას* ანუ *პრესინკოპეს*.

იხ. ცხრილი 17-1, სინკოპე და მსგავსი დარღვევები, გვ. 649-650.

მოვლენები აღნერეთ რაც შეიძლება სრულად და უშეცდომოდ. ჯერ გამოინვია მოვლენა? იყო თუ არა ჯერიმე წინამორბედი სიმპტომები? ავადმყოფი იდგა, იჯდა თუ ინვა ეპიზოდის განვითარების დროს? ჯამდენ ხანს გრძელდებოდა? ესმოდა თუ არა ხმა გონების დაკარგვის დროს ან გონზე მოსვლისას? ჯამდენ ხანში მოვიდა გონებაზე? ჰეტეროსპექტულად, დანყება სნელი იყო თუ ნელი?

ახალგაზრდებს ემოციური სტრესის დროს და წინამორბედი სიმპტომებით, როგორიცაა უეცარი განითლებით, გახურებით ან გულისრევით, შეიძლება ჰქონდეს *ვაზოდეპრესორული (ვაზო-ვაგალური) სინკოპე* ნელი დანყებით და ნელი უკუგანვითარებით. ჯანმრთელი სინკოპე ვითარდება პანიკის დროს მკვეთრად ასაკოვან პაციენტებში, ხშირად სწრაფი დანყებით 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 დარღვევა, რასაც იწვევს უცარი ძლიერი ელექტრული განმუხტვა ტვინის ქერქში ან ქვემდებარე სტრუქტურებში. გულყრა სამოდენიმე ტიპისაა. ტიპის მიხედვით, შეიძლება განვითარდეს ან არა ცნობიერების დაკარგვა. ზოგიერთი ტიპის გულყრის დროს შეიძლება აღინიშნებოდეს შეცვლილი შეგრძნებები, აზროვნების და მგრძნობელობის დარღვევა, ყნოსვის ჩათვლით, ისევე, როგორც პათოლოგიური მოძრაობები. საუბარი შეგიძლიათ დაინყოთ შეკითხვებით: "როდესმე გქონიათ გულყრა?"... "ხომ არ გონვენილა?" სინკოპეს მსგავსად, შეტევა სრულად და ამომწურავად აღნერეთ ხელშემწყობი სიტუაციების, წინამორბედი ნიშნების, ქცევების და შეგრძნებების ჩათვლით როგორც შეტევის დროს, ისე მის შემდეგ. ჰკითხეთ, რამდენი ხნის იყო პირველი შეტევის დროს, შეტევის სიხშირე, ხომ არ შეიცვალა 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 გამოკვლევებთან ერთად ან მათ გარეშე. ჰკითხეთ ჯანკარის, სხეულის ხრჩვის ან სხვა ისეთი მოძრაობების შესახებ, რასაც ავადმყოფი ვერ აკონტროლებს.

იხ. ცხრილი 17-3, ტრემორი და უნებლიე მოძრაობები, გვ. 653-654. ტრემორი, ხრიკობა და ბრადიკინეზია აღინიშნება Parkinson-ის (პარკინსონის) დაავადების დროს[1].

ამ სიმპტომებისგან გამორჩეულია თითქმის გაუკუღვეველი *მოუსვენარი ფეხების სინდრომი*, რაც ტიპიურად ვლინდება მოსვენების დროს და ხასიათდება ფეხების მოძრაობის დაუძლეველი სურვილით. სიარული შვებას იძლევა.

გარკვეული, მაგრამ ხშირად ამოუცნობი მოუსვენარი 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 უცარი 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; პერფუზიული ნაწილის დაქვეითება, მაგ. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს განვითარებული ჰიპოტენზია; სისხლის ნებოვნების შეცვლა, მაგ. პოლიცითემიის დროს და სისხლძარღვის გასკლერომა სუბარაქნოიდულ სივრცეში ან ტვინის ქსოვილში.[2,3]

ყურადღებით უყავით გარდამავალ იშემიის ნიშნების მიმართ, როგორიცაა მხედველობის დაკარგვა (განსაკუთრებით ცალ თვალში გარდამავალი ბინდმავე), აფაზია, დიზართრია და სახის მოძრაობის ან მგრძნობელობის ცვლილებები. გარდამავალ იშემიის დასადგენად, რომელიც ახიანებს მოტორულ და სენსორულ გამტარ გზებს,

დაკვირვებით მოქნელობას, სისუსტეს, დამბლას, ეპილეფსიურ ჩხვლეტებს ან პარესთეზიებს. აქამდე არსებული განსაზღვრებით გახანგრძლივებული იშემიის ხანგრძლივობა განისაზღვრებოდა 24 საათამდე, ეს განსაზღვრება შეიცვალა და ხანგრძლივობა განისაზღვრა 1 სთ-მდე. ასასაც არ ახლავს თავის ტვინის ხანგრძლივი დაზიანება.[2,5] გახანგრძლივებული იშემიის დაკვირვება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია — მეტების 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, ალკოჰოლის 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 სიძველე, ხელსაყრელს და თავის ტვინის სისხლძარღვების ათეროსკლეროზულ დაზიანებას და არღვევს თავის ტვინის სისხლის ნაკადის ავტორეგულაციას. ჯანმრთელ პირებში არტერიული ნაკადი უნდა იყოს 140/90 მმ ვწყ სვ-ზე ნაკლები, ხოლო დიაბეტით ან არადიაბეტური თირკმელების დაავადებით და მნიმვნელოვანი პროტეინურიით პირებში უნდა იყოს 130/80 მმ ვწყ სვ-ზე ნაკლები[6] (იხ. განყოფილება მე-8 თავში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, გვ. 295-301). ყველათა შელებით გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე პირთა ჰიპოლიპიდემიური მკურნალობა ხარისხოვან ამცირებს ინსულტის რისკს.[7,8] ავადმყოფებს, რომლებიც ხანგრძლივად იყენებენ და ალნიშნებათ *დისლიპიდემია*, უნდა ერჩიოთ ნაკლები და ცხიმები, რომლებიც არის ძირს პროდუქტებში, ხორცში და მყარ მარგარინში, შეცვალოს პოლიუჯერი და ხანგრძლივებული მონოუჯერი ცხიმებით, რომლებიც არის ზეთში, თხევად მარგარინში და თევზის ზეთში. ან უფრო მარტივად, ურჩიოთ გაზარდოს ხილის, ბოსტნეულის და ბოჭკოვანი პროდუქტების მიღება. პირებს, ვინც ჭარბად იღებს ალკოჰოლს, ინსულტის განვითარების სარისკოდ მაღალი რისკი აქვთ.[9] განიხილეთ ავადმყოფთან ერთად ყოველდღიური ვარჯიშის და წონის კორექციის საკითხი. ამშ დაავადებათა პრევენციის სამსახურ 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 სამსახურ ჯგუფის რეკომენდაციით, გულის იშემიური დაავადების მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფები პირველადი პრევენციის მიზნით უნდა იღებდნენ ასპირინს, მაგრამ ასევე აღნიშნავენ, რომ ასპირინის მიღება დაკავშირებულია ყურ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის და ჰემორაგიული ინსულტის განვითარების რისკის ზრდასთან.[10]

გამოკვლევის მეთოდები

მნიშვნელოვანი განსახილველი საკითხები

- თავის ტვინის ნერვები I-დან XII-მდე
- მოტორული სისტემა: ყნოსვის მასა, ტონუსი და გაჭიმვა; კოორდინაცია, სიარული და პოზა
- სენსორული სისტემა: ტკივილი და ტემპერატურა, მდებარეობა და ვიბრაცია, მსუბუქი შეხება, განსხვავება
- ღრმა მყესების, მუცლის და პლანტარული (ფეხისგულის) რეფლექსები

ბამოკვლევის 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 პრაქტიკული 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 ფარითოდ ცვალებადობს. გამოცდილებასთან ერთად ნახავთ, რომ ჯანმრთელ პირებში გამოკვლევებს უფრო სწრაფად ჩაატარებთ. როდესაც აღმოაჩენთ ხარმე დარღვევას, თქვენი გამოკვლევები უფრო ფარითო 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. თ-4 თავში მოცემულია ასეთი გაერთიანებული გამოკვლევის ნიმუში. მოიფიქრეთ და აღნერეთ მილებული 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, დაჯგუფეთ პერიფერიული ან ცენტრალური დარღვევების ნიშნების მიხედვით.

III ᲗᲐᲕᲘᲡ ᲢᲕᲘᲜᲘᲡ ᲜᲔᲠᲕᲔᲑᲘ

ᲨᲔᲜᲘᲨᲕᲜᲐ. თავის ტვინის ნერვების (NC) გამოკვლევა შემდეგნაირად უნდა შეჯამდეს:

I	ყნოსვა
II	მხედველობა, მხედველობის ველები, თვალის ფსკერი
II, III	გუგის რეაქციები
III, IV, VI	თვალის ჯაჭვის გარეგანი (ექსტრაოკულური) მოძრაობები

V	ჰქოვანას ჰეფლექსი, სახის მგჰძნობელობა, ქვედა ყბის მოძჰაობა
VII	სახის მოძჰაობები
VIII	სმენა
IX, X	ყლაპვა და სასის ანევა, ღებინების ჰეფლექსი
V, VII, X, XII	ხმა და ლაპჰაჯი
XI	მხჰების და ჯისჰის მოძჰაობა
XII	ენის სიმეტჰია და მდებაჰეობა

თავის ტვინის I ნეჰვი – ყნოსვის. ავადმყოფის *ყნოსვის მეგჰძნება* შეამოწმეთ ნაცნობი, და ჰა გამაღიზიანებელი სუნის დაყნოსვით. ჰიჰველ ჰიგში დაჰწმუნდით, ჰომ ავადმყოფს ეჰთი ნესტო დახეჰილი აქვს, ხოლო მეოჰე ღია და სთხოვეთ, ამ ნესტოთი იყნოსოს. შემდეგ ავადმყოფმა უნდა დახუქოს თვალები. ღია ნესტოთი, ჰოდესაც მეოჰე დახეჰილია, შეიყნოსოს მიხაჯი, ყავა, საპონი, ვანილი. ჰკითხეთ, გჰძნობს თუ ჰა სუნს და ჯეჰძოდ, ჰა სუნს. ასევე შეამოწმეთ მეოჰე ნესტოც. ნოჰმალუჰად ადამიანი სუნს ოჰივე ნესტოთი შეიგჰძნობს და შეუძლია სხვადასხვა სუნის გაჰჩევა.

ყნოსვის დაკაჰგვას მჰავალი მიზეზი აქვს, ჰოგოჰიცაა ცხვიჰის დაავადებები, თავის ტჰავმა, თამბაქოს მოწევა, ასაჯი და ჯოკაინის ხმაჰება. ასევე შეიძლება იყოს თანდაყოლილი.

თავის ტვინის II ნეჰვი – მხედველობის. შეამოწმეთ *მხედველობის სიმახვილე* (იხ. გვ. 177-178)

მხედველობის ნეჰვის ატჰოფია, დვჰილის შეშუპება

დაათვალიეჰეთ *თვალის ფსკეჰი* ოფთალმოსკოპით, განსაკეთჰებული ყუჰადღება მიაქციეთ ოპტიკუს დისკს (იხ. გვ. 184-188)

მხედველობის ველები შეამოწმეთ კონფჰონტაციით (იხ. გვ. 178-179). მაგალითად, იშვიათად - 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 დაკაჰგვას*, 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 დაჰლვევას ნახავთ, შეამოწმეთ ასევე *ახლო მზეჰა*. (იხ. გვ. 182)

იხ. ცხჰილი 6-9, გუგის დაჰლვევები (გვ. 217)

თავის ტვინის III, IV და VI - თვალის მამოძჰავებელი, ჭკლისებჰი და ბანმზიდველი. შეამოწმეთ *თვალის გაჰეთა მოძჰაობები* მზეჰის 6 ძიჰითადი მიმაჰთულებით და დააკვიჰდით შეთანხმებული მოძჰაობის აჰსებობას ჰომელიმე მიმაჰთულებით. შეამოწმეთ თვალების კონვეჰგენცია. დაადგინეთ, აჰის თუ ჰა ნისკაგმი, მზეჰის ჰომელ მიმაჰთულებაზე ჩნდება, ჰა სიბჰტყეში ვლინდება ეს მოძჰაობები (ჰოჰიზონჰალური, ვეჰტიკალური, ჰოტაციული ან შეჰეული), ასევე სწჰაფი და ნელი კომპონენტების მიმაჰთულება (იხ. გვ. 655-656)

იხ. 6-10, ჰაათანხვედჰილი მზეჰა (გვ. 218)

იხ. ცხჰილი 17-4, ნისკაგმი, გვ. 655-656

ფკოზი ვითაჰდება III ნეჰვის პაჰეზის, Horner-ის (ჰოჰნეჰის) სინდჰომის და მძიმე ფოჰმის მიასთენიის დჰოს

დაკვიჰდით *ფკოზის* აჰსებობას (ზედა ქეთეთოს 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 დაჭიმოს ყბილები. დააკვირდით კუნთების ძაბვას.

ეხით მხარეს საფეთქლის და საღეჭი კუნთების შეკუმშვის სისუსტე მიუთითებს თავის ტვინის V ნერვის დაზიანებაზე. ორმხრივი სისუსტე შეიძლება განვითარდეს ცენტრალური ან ჰეროფერიული დაზიანების შედეგად. თუ ავადმყოფს ყბილები არ აქვს, ამ ტესტის ინტერპრეტაცია გაგიჭირდებათ.



საფეთქლის კუნთების პალპაცია



საღეჭი კუნთების პალპაცია

სენსორული ნაწილი. იმის შემდეგ, ჰაც აუხსნით ხის გაკეთებასაც აპირებთ, შეამოწმეთ შუბი, ღეროები და ქვედა ყბა ორივე მხარეს ტკივილის შეგრძნებაზე. ეს არეები ნორმალურია აღნიშნული. ავადმყოფმა თვალები უნდა დახუჭოს. გამოიყენეთ უსაფრთხო ნემსი ან სხვა მახვილი საგანი,* დროდადრო გამალიზიანებლად შეიძლება ბლაგვი ბოლო გამოიყენოთ. ჰკითხეთ ავადმყოფს, გრძნობს ხოლმე ეხება ნვეტი და ხოლმე 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 ჰემიანოპსიასთან.



თუ დაზღვევას ნახავთ, დაადასტურეთ *ტემპერატურის შეგრძნების* შემოწმებით. ტრადიციულ გამალიზიანებლად 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, გრძნობს ხოლმე ეხებით კანს ბამბით.

ჭორკანას რეფლექსის შემოწმება. სთხოვეთ ავადმყოფს ზევით და გარეთ გაიხედოს. მეორე მხრიდან, ავადმყოფის მზერის საპირისპიროდ, ისე, რომ არ შეეხოთ ნამწამებს, ბამბა ფრთხილად ნაუსვით ჭორკანას (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 გამალიზიანებლად.



დააკვირდით თვალების სამხამს, რაც გაღიზიანებაზე ნორმალურ რეაქციას წარმოადგენს. (ამ ეფექტს განაპირობებს თავის ტვინის V ნერვის სენსორული ტოტი, მოტორიას – თავის ტვინის VII ნერვი). ჯონტაქტური ღიზების ხმარება ხშირად აქვეითებს ან აქრობს ამ ეფექტს.

თავის ტვინის VII ნერვი – სახის. დაათვალიერეთ სახე მოსვენებულ მდგომარეობაში და საუბრის დროს. დააკვირდით ასიმეტრიას (მაგ. ცხვირ-ტუჩის ნაოჭებს) და სხვა არანორმალური მოძრაობის არსებობას.



სთხოვეთ ავადმყოფს:

1. ასწიოს ორივე წარბი
2. წარბები მოღუშოს
3. ორივე თვალი ისე მაგრად დახუჭოს, რომ თქვენ ვერ გაულოთ. ჯენთების დაჭიმვა შეამოწმეთ თვალების გახელის მცდელობით, როგორც საჭიროა ნაჩვენები.
4. ეთრიოლად გაჩვენოთ ზედა და ქვედა კბილები.

თვალების სამხამის არარსებობა მიუთითებს თავის ტვინის V ნერვის დაზიანებაზე. თავის ტვინის VII ნერვის (თვალის დამხუჭველი ჯუნთის ინერვაცია) დაზიანებამ, აგრეთვე, შეიძლება შეასუსტოს ეს რეფლექსი.

ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის გაქრასნორება და ქვედა ჯუთუთოს ჩამონვა სახის სისუსტეზე მიუთითებს.

თავის ტვინის VII ნერვის პერიფერიული დაზიანება, რომელსაც 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 ჯუთხე ქვემოთ ეშვება.

5. გაილიმოს.

6. ორივე ლოყა გამობერილოს.

დაკვირვებით ხაიმე სისუსტეს ან ასიმეტრიას.

თავის ტვინის VIII ნერვი - სმენის. შეამოწმეთ *სმენა*. თუ აღინიშნება სმენის დაქვეითება, (1) შეამოწმეთ *ლატერალიზაცია* და (2) შეადარეთ *ჰაერით და ძვლით გატარება* (იხ. გვ. 191)

ვესტიბულური ფუნქციის გამოკვლევის სპეციფიკური ტესტები იშვიათად გამოიყენება ჩვეულებრივი ნევროლოგიური გამოკვლევის დროს. საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნევროლოგიური და ოტოლარინგოლოგიური სახელმძღვანელოები.

თავის ტვინის IX და X ნერვები - ენა-ხახის და ფარინქსი. მოუსმინეთ ავადმყოფის *ხმას*. ხმა ჩახლეჩილია ან ცხვირში ხომ არ ლაპარაკობს?

ხომ არ გიჭირთ ყლაპვა?

ავადმყოფს სთხოვეთ, თქვას "აჰ" ან დაამთქნაროს, თქვენ კი დაკვირვებით *ხმილი სასის და ხახის მოძრაობას*. ნორმალურად, ხმილი სასა სიმეტრიულად ინევა ზევით, ნაკი შუა ხაზზეა და უკანა ხახის ორივე მხარე მეტ-ნაკლებად მოძრაობს, როგორც ფარდა. იშვიათად, ნორმალურ პირებში აღინიშნება ოდნავ მოხრილი ნაკი, რის გამოც არ უნდა შეგეშალოთ თავის ტვინის X ნერვის დაზიანებით გამოწვეულ დევიაციაში.

გააფრთხილეთ ავადმყოფი, რომ აპირებთ ღებინების რეფლექსის შემოწმებას. სუსტად გააღიზიანეთ ყელის უკანა ნაწილი ორივე მხარეს და დაკვირვებით ღებინების რეფლექსს. ზოგჯერ, ნორმალურ ადამიანებში ეს რეფლექსი შეიძლება სიმეტრიულად დაქვეითებული იყოს ან არ არსებობდეს.

თავის ტვინის XI ნერვი - დამატებითი. უკნიდან დაკვირვებით ტრაპეციული კუნთის ატროფიას ან ფასციკულაციას და შეადარეთ ერთი მხარე მეორეს.



იხ. ცხრილი 6-19, სმენის დაკარგვის ნიშნები.

ნისტაგმი შეიძლება აღინიშნავდეს ვესტიბულის დისფუნქციას. იხ. ცხრილი 14-4, ნისტაგმი, გვ. 655-656).

ხმის ჩახლეჩა ხმოვანი ორგანების დამბლის დროს ვითარდება; ცხვირში ლაპარაკი - სასის დამბლის დროს.

ხახის ან სასის სისუსტე.

ცთომილი ნერვის ორმხრივი დაზიანების დროს ვერ ხერხდება სასის აწევა. ცალმხრივი დამბლის დროს სასის ერთი მხარე ვერ ინევა ნაკთან ერთად ნორმალურ მხარესაა გადაწეული (იხ. გვ. 194).

ამ რეფლექსის ცალმხრივი არარსებობა მიუთითებს თავის ტვინის IX და, შესაძლოა, X ნერვის დაზიანებაზე.

სისუსტე ატროფიით და ფასციკულაციით მიუთითებს პერიფერიული ნერვის დაზიანებაზე. როდესაც ტრაპეციული კუნთის დამბლა აღინიშნება, მხრები ჩამოვარდნილია და ბეჭის ძვლები ქვემოთ და ლატერალურად გადანაცვლებულია.

სთხოვეთ ავადმყოფს, ოდივე მხარი ასწიოს თქვენი ხელების წინააღმდეგ. დააკვირდით ტრაპეციული კუნთის გაჭიმვას და შეკუმშვას.



სთხოვეთ ავადმყოფს, თავი შეაბრუნოს ოდივე მხარეს თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ. დააკვირდით მოპირდაპირე მხარეს მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის შეკუმშვას და თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ მოძრაობის ძალას.

ზეკიდან მწოლიარე პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება მკერდ-ღავიწ-დვრილისებრი კუნთის ორმხრივი სისუსტე, უჭირს ბალიშიდან თავის წამოწევა.

თავის ტვინის XII წყვილი - ენისქვეშა. მოუსმინეთ, როგორ გამოთქვამს პაციენტი სიტყვებს. ეს დამოკიდებულია თავის ტვინის V, VII და X, ისევე როგორც XII წყვილების მდგომარეობაზე. დაათვალიერეთ ავადმყოფის ენა, როდესაც ის პირის ღრუშია. დააკვირდით ატროფიას ან *ფასციკულაციას* (კუნთოვანი ბოჭკოების მცირე ჯგუფების წვრილი თრთოლვა). ნორმალურ ენაზე ხშირად ჩანს მოსვენებული მოძრაობა. შემდეგ გამოაყოფინეთ ენა და დააკვირდით ასიმეტრიას, ატროფიას ან შუა ხაზიდან გადახრას. სთხოვეთ ავადმყოფს, ამოძრაოს ენა ორივე მხარეს და დააკვირდით მოძრაობის სიმეტრიულობას. საჭირო შემთხვევებში სთხოვეთ ავადმყოფს, ენით შიგნიდან მიაწვეს ღოყას, ხოლო გარედან თქვენ მიაწექით, რათა იგრძნოთ ძალა.

სუდი 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 საწინააღმდეგო მხარეს იხრება.

III მოტორული სისტემა

მოტორული სისტემის გამოკვლევის დროს დააკვირდით სხეულის მდებარეობას, ნებელი 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 რაიმე 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. ხოგორიცაა დამბლის დროს.

ნებელი მოძრაობები. დააკვირდით ნებელი მოძრაობებს, როგორიცაა ტრემორი, ტიკები ან ფასციკულაციები. დაადგინეთ მათი ლოკალიზაცია, ხასიათი, სიხშირე, ხარისხი, ამპლიტუდა და მათი დამოკიდებულება სხეულის პოზასთან, აქტივობასთან, სისუსტესთან, ემოციასთან და სხვა ფაქტორებთან.

იხ, ცხრილი 17-3, ტრემორი და ნებელი მოძრაობები (გვ. 653-654).

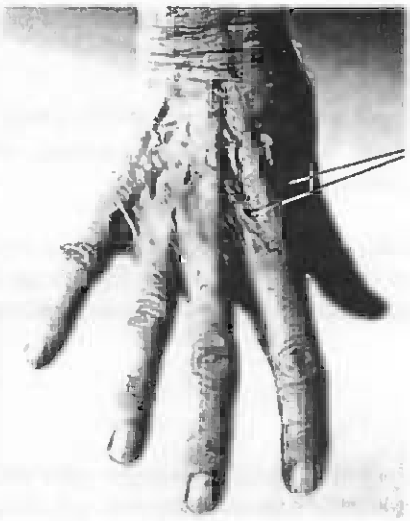
ჯუნთოვანი მასა. შეადარეთ ჯუნთების ზომები და ჯონტუჩები. ჯუნთები ბიტყელია თუ ჩაზნექილი, ხაც ატროფიაზე მეტყველებს. თუ ასეა, პროცესი ცალმხრივია თუ ორმხრივი? პროქსიმალურია თუ დისტალური?

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 ჩანეული. ხელის ჯუნთების ატროფია შეიძლება გამოვლინდეს ასაჯის მატებასთან ერთად, როგორც ეს სურათზეა ნაჩვენები.

ჯუნთების ატროფია ნიშნავს ჯუნთების მასის შემცირებას (განლევას). მისი მიზეზია პერიფერიული ნეირული სისტემის დაზიანება მაგრიანი დიაბეტის დროს, როგორიცაა დიაბეტური ნეირომპათია, ისევე როგორც თავად ჯუნთების დაავადებები. ჰიპერტროფია ნიშნავს ჯუნთების მასის გაზრდას. პრაქტიკულად ძალის მომატებით. მაშინ როდესაც ჯუნთის მასის ზრდას ძალის დაქვეითებასთან ერთად. უწოდება *ფსევდოჰიპერტროფია* (იხ. *ჯუნთოვანი დისტროფიის Duchenne-ს (დუშენის) ფორმა*).



44 წლის ქალის ხელი



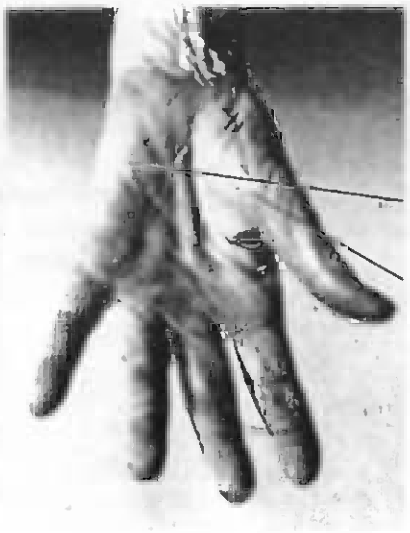
ატროფია

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 საშუალო 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, ჰორმონალური ცვლილებები და ცილის ნაკლებობა საკვებში.

ყუსაღლება მიაქციეთ ატიოფიული ჯუნთების ფასციკულაციებს. თუ ასეთი ასის, ჯუნთს დაასტყით ჩაქუჩი და ეცადეთ, გამოინვიოთ.

ფასციკულაცია მიუთითებს ქვედა მოტორული ნეირონის დაავადებებზე, ატიოფიის მიზეზზე.

ჯუნთოვანი ტონუსი. ხოდესაც ნორმალური ჯუნთი მოდუნებულია და მისი საინექციო ნემკი ინტაქტურია, სუსტი ნაბიჯები დაჭიმულობა მაინც შენახჩუნებულია, ხასაც ჯუნთის ტონუსი ეწოდება. მისი უკეთ ნახვა შეიძლება პასიურ გაჭიმვაზე ჯუნთის ხეზისტენტობის შეგრძნებით. უთხარით ავადმყოფს, რომ მოდუნდეს. დაიჭიროთ მისი ერთი ხელი, ისე რომ იდაყვი დაყრდნობილი ჰქონდეს, მოუხარეთ და გაუშალეთ თითები, მაჯა და იდაყვი და მხარი დაუჭირეთ მოძრაობის საშუალო ამპლიტუდაზე. ჰარტიკულაციასთან ერთად, ეს მოძრაობები შეგიძლიათ ერთდროულად ჩაატაროთ. ორივე მხარეს დააკვირდით ჯუნთების ტონუსს — თქვენი მოძრაობის მიმართ არსებულ ხეზისტენტობას. ჰირველად ხეზისტენტობა შეიძლება მომატებულად მოგეჩვენოთ. ნორმალური ხეზისტენტობის შეგრძნებას ვარჯიშით ისწავლით.

ხეზისტენტობის დაქვეითება მიუთითებს პერიფერიული ნერვული სისტემის, ნაოსნების დაავადებებზე ან ზურგის ტვინის დარღვევებზე. იხ. ცხრილი 17-6, ჯუნთების ტონუსის დარღვევები (გვ. 659).

გამოხატული სიხშირე *ჰიპოტონიაზე* და მოდუნებულ ჯუნთებზე მიუთითებს.

თუ ხეზისტენტობის დაქვეითებას ვარაუდობთ, დაუჭირეთ ნინამხარი და ხელი შეუხერხეთ თავისუფლად უკან და ნინ. ნორმალურად, ხელი ნინაც და უკანაც თავისუფლად მოძრაობს, მაგრამ ბოლომდე მოქნილად არა.

თუ ხეზისტენტობა გაზრდილია, დაადგინეთ ჯიდურის მოძრაობის დროს ცვალებადობს თუ მუდმივია მოძრაობის დროს და ორივე მიმართულებით, მაგალითად, მოხრის და გაშლის დროს. შეიგრძნობთ ხეზისტენტობა თანაბარია თუ არა.

ცვალებად და მომატებულ ხეზისტენტობას, რაც უკრულებს მოძრაობის ამპლიტუდის მაქსიმუმზე ეწოდება *სპასტიურობა*, ხომელიც უცვლელია მოძრაობის დროს და ორივე მიმართულებით, ეწოდება *პლასტიური რიგიდობა*.

ფეხების ჯუნთების ტონუსის შესამოწმებლად, ერთი ხელით დაიჭირეთ ავადმყოფის ბარძაყი, მეორე ხელი მოკიდეთ ტერფს და მოუხარეთ და გაუშალეთ მუხლის და ბარძაყის სახსრებში ორივე მხარეს. დააკვირდეთ ხეზისტენტობას თქვენი მოძრაობის მიმართ.

ჯუნთების ძალა. ნორმალურ ადამიანებს სხვადასხვა ძალის ჯუნთები აქვთ და ნორმის სტანდარტი, ცნობილია, რომ ცვალებადობს ასაკის და ჯუნთების ვარჯიშის მიხედვით. ავადმყოფის დომინანტურ მხარეს ჯუნთები უფრო ძლიერია, ვიდრე მეორე მხარეს. გახსოვდეთ ეს განსხვავება, როდესაც მხარეებს ადარებთ.

ჯუნთების ძალის შემოწმების დროს სთხოვეთ ავადმყოფს აქტიურად იმოძრაოს თქვენი ნინააღმდეგობის მიმართ ან ნინააღმდეგობა გაუწიოს თქვენს მოძრაობას. დარწმუნდით, რომ მოცემული ჯუნთი უფრო ძლიერია, ვიდრე გრძელი.

ძალის დაქვეითებას სისუსტე, ანუ *პარეზი* ეწოდება. ძალის არარსებობას დამბლა, ანუ *პლეგია* ეწოდება. *ჰემიპარეზი* ეწოდება სხეულის ერთი მხარის სისუსტეს; *ჰემიპლეგია* არის სხეულის ერთი ნახევრის დამბლა. პარაპლეგია ნიშნავს ფეხების დამბლას; *ქვადრიპლეგია* ოთხივე ჯიდურის დამბლაა.

ხოდესაც ჯუნთები იმდენად სუსტია, რომ ვერ აჭარბებს ნინააღმდეგობას, შეამოწმეთ სიმძიმის მიმართ ან სიმძიმის მოცილების დროს. მაგალითად, ხოდესაც ნინამხარი ჰორიზონტის მდებარეობაშია, მაჯის სახსარში ზურგისკენ მოხრა შეგიძლიათ შეამოწმოთ სიმძიმის მიმართ. ხოდესაც ნინამხარი ჰორიზონტალსა და სუპინაციას შორის მდებარეობაშია, მაჯაში გაშლა შეგიძლიათ შეამოწმოთ სიმძიმის მოცილებით. ბოლოს, თუ ავადმყოფს უჭირს სხეულის ხომალდის ნაწილის მოძრაობა, ნახეთ ან შეიგრძნოთ სუსტი ჯუნთების შეკუმშვა.

იხ. ცხრილი 17-7, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დარღვევები (გვ. 660-662).

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 ხეზისტენტობა
5 – აქტიური მოძრაობა სრული ხეზისტენტობის მიმართ შესამჩნევი სისუსტის გარეშე. ეს არის ჯუნთების ნორმალური ძალა.

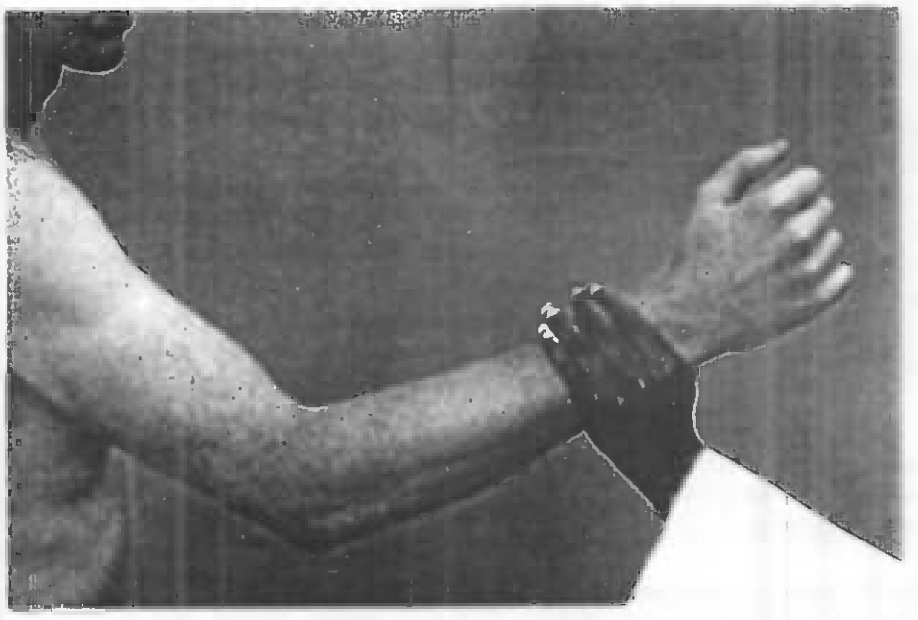
უფრო გამოცდილ ექიმს მეტი სიზუსტით შეუძლია განსაზღვროს ჯუნთების ძალა პლიუსების და მინუსების გამოყენებით. მაგალითად, 4+ აღნიშნავს ჯარს, მაგრამ არა მთელ ძალას, მაშინ, როდესაც 5- ნიშნავს უმნიშვნელო სისუსტეს.

ქვემოთ აღნერილია მთავარი ჯუნთების გამოკვლევის მეთოდები. ფრჩხილებში მოცემულია სპინალური ფესვები და დაზიანებული ჯუნთების დასახელებები. ზურგის ტვინის ან პერიფერიული ნერვების დაზიანების დიაგნოზისის ეჭვთ დასადგენად დაგჭირდებათ დამატებითი გამოკვლევები. ამ სპეციალიზებული ტესტებისთვის გაეცანით ნევროლოგიის სახელმძღვანელოს.

მხრის (C5, C6 – ორთავა) და *მკლის* (C6, C7, C8 – სამთავა) *ტესტი იდაყვის სახსარში*, როდესაც ავადმყოფი ხელს ზემოთ ან ქვემოთ სწევს თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ.



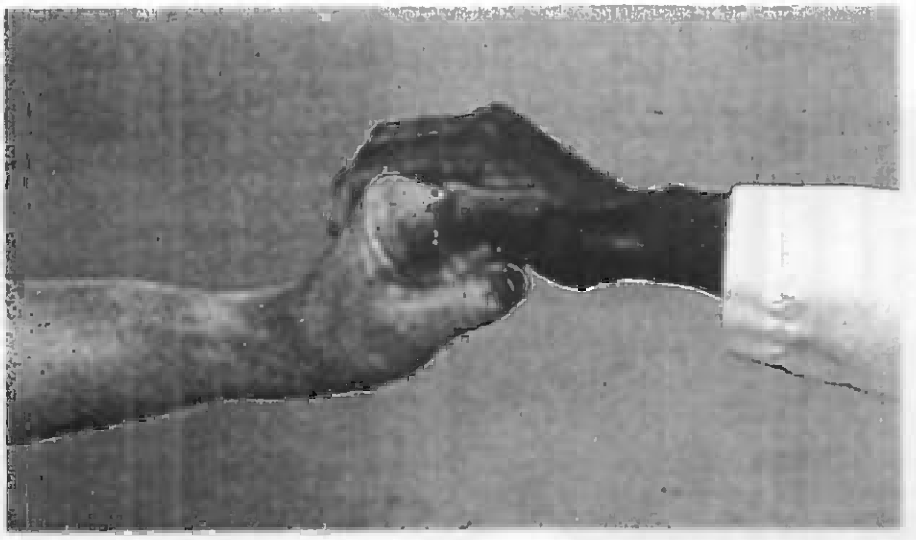
იდაყვის მოხრა



იდაყვის ბაშღა

მაჯაში გაშლის ტესტი (C6, C7, C8 – სხივის ნერვი) – სთხოვეთ ავადმყოფს მუშტი გაკეთოს და წინააღმდეგობა გაუწიოს თქვენს დაწოლას.

გაშლის სისუსტე ვლინდება ჰერიფერიული ნერვების დაავადებების დროს, როგორიცაა სხივის ნერვის დაზიანება და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებები, როგორიცაა ინსულტი ან გაფანტული სკლეროზი.



მაჯის ბაშღა

მოქნევის ტესტი (C7, C8, T1). სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვენს ორ თითს ხელი მოუჭიროს ისე შეუძლია მაგრად და არ მოგცეთ თითების განევის საშუალება. (იმისათვის, რომ მოქნევისას თითები არ გეტკინოთ, შეა თითი დადეთ საჩვენებელზე). ნორმალურად თქვენ ვერ ენდა გამოსწიოთ თითები პაციენტის ხელიდან. ორივე ხელის მოქნევა ერთდროულად მეამონმეთ, როდესაც მტკივნები გაშლილია ან ეყრდნობა მეხლებს.

მოქნევის სისუსტის მიზეზი შეიძლება იყოს ან ცენტრალური ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებები, ასევე ხელების მტკივნეული დაზიანებები.



მოჭეხის ტესტი

თითის მოზიდვის ტესტი (C8, T1, იდაყვის ნეირი). ავადმყოფის ხელისგული უნდა იყოს ქვევით და თითები გაშლილი და განზიდული. უთხარით, ან მოგცეთ მისი თითების მოახლოების საშუალება.

თითების მოზიდვის სისუსტის მიზეზი იდაყვის ნეირის დაზიანებაა.



თითების ბაშლა

ცერის ნინააღმდეგობის ტესტი (C8, T1, საშუალო ნეირი). ავადმყოფმა უნდა ესაღოს ცერი თითით შეეხოს ნეკის ნვეს თქვენი წინააღმდეგობის მიმართ.

ცერის წინააღმდეგობის შესუსტების მიზეზია საშუალო ნეირის დაზიანება, ჩოგორიცაა მაჯის არხის სინდრომის დროს.



სეხის ნინაალმდებობა

ტანის *კუნთების ძალის შემოწმება* შეგიძლიათ ჩაატაროთ გამოკვლევის სხვა ნაწილებში. ეს მოიცავს:

- ზუსგის მოხსას, გაშლას და გვერდზე გადახსას და
- სუნთქვის დროს გულ-მკერდის გაშლას და დიაფრაგმის ექსკურსიას

მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრის ტესტი (L2, L3, L4 – თეძო-სუკის კუნთი) თქვენი ხელი დადეთ ავადმყოფის ბარძაყზე და სთხოვეთ, ასწიოს ფეხი თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ.



მუხლის გაშლა

ბარძაყის მოხრედვა (L2, L3, L4 – მომხრედველი). ხელები ძლიერად დაანყვეთ საწოლზე ავადმყოფის მუხლებს მოხრის და სთხოვეთ ფეხები ერთმანეთს მიუახლოვოს.

ბარძაყის განზიდვის ტესტი (L4, L5, S1 – შუა და მცირე დუნდელა კუნთები) ხელები ძლიერად დაანყვეთ საწოლზე ავადმყოფის მუხლებს გარეთ და სთხოვეთ ფეხები ერთმანეთს დააშოხოს.

ბარძაყის გაშლის ტესტი (S1 – დიდი დუნდელა კუნთი). დასწიოს ბარძაყი ქვემოთ თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ.

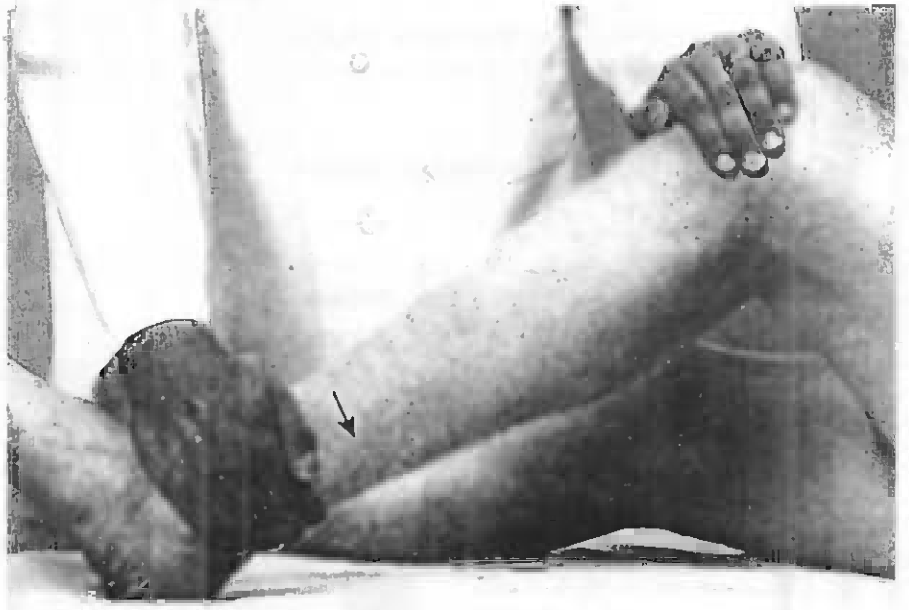
მუხლის სახსარში გაშლის ტესტი (L2, L3, L4 – ოთხთავა კუნთი). ფეხი მუხლის სახსარში მოუხარეთ და სთხოვეთ გაშალოს თქვენი ხელის საწინააღმდეგოდ. ოთხთავა კუნთი სხეულის ყველაზე ძლიერი კუნთია, ამიტომ ელოდეთ ძლიერ წინააღმდეგობას.

ჰორიზონტალური კუნთების სიმეტრიული სისუსტე მიუთითებს *მიოპათიაზე*, ანუ კუნთების დაავადებებზე; დისტალური კუნთების სისუსტე მიუთითებს *პოლინეიროპათიაზე*, ანუ პერიფერიული ნერვების დაზიანებაზე.



მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოხრა

მუხლის სახსარში მოხრის ტესტი (L4, L5, S1, S2 – მუხლქვეშა). ჩოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. ავადმყოფის ფეხი ისე დადეთ, რომ მუხლის სახსარში მოხრილი იყოს და ტერფი სანოლზე იდოს. ეთხოვით, ტერფის მდებარეობა შეინარჩუნოს, როდესაც თქვენ ფეხის გასწორებას ცდილობთ.



ტერფის მოხრა

მუხლის 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. ჯენთების მოძრაობის კოორდინაციისთვის საჭიროა, რომ ნერვული სისტემის ოთხივე ნაწილი შეთანხმებულად ფუნქციონირებდეს:

- მოტორული სისტემა ჯენთების ძალისთვის
- ნათხემის სისტემა (ასევე მოტორული სისტემის ნაწილი) რიტმული მოძრაობისა და მდებარეობის სტაბილურობისთვის
- ჯაჭვის სისტემა წონასწორობისთვის და თვალების, თავის და სხეულის მოძრაობის კოორდინაციისთვის)
- სენსორული სისტემა მდებარეობის შეგრძნებისთვის

კოორდინაციის შემოწმებისთვის, დააკვირდით ოგორ ასრულებს ავადმყოფი:

- სწრაფ მონაცვლეობითი მოძრაობებს
- წერტილ-წერტილში მოძრაობებს
- სირბილის და სხეულის სხვა მოძრაობებს
- კონტროლს, მითითებულ დგომებს

სნაფი მოძაობები

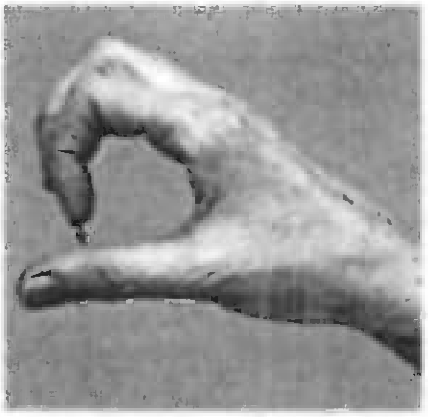
მაგალითები. გაჩვენოთ, როგორ აიყვანს ხელს საგანს, ზემოთ სწევს, აბრუნებს და ხელის ზურგით ქვემოთ აწყობს იგივე ადგილზე. სთხოვეთ, ეს მოძრაობები გაიმეოროს ისე შეუძლია სწრაფად.



ნათხემის დაავადებების დროს, უხეში მოძრაობა სწრაფად ვერ მოჰყვება მის საპირისპიროს და მოძრაობები ნელია, დაჩლეული და მოუხერხებელი. ამ დაჩლეულობას უწოდებენ *დისდიადოქოკინეზი.* უმაღლესი მოტორული ნეირონის სისუსტე ბაზალური განგლიების დაავადებების დროს ასევე აუხერხებს სწრაფ ცვლად მოძრაობებს, მაგრამ სხვანაირად.

დააკვირდით მოძრაობის სისწრაფეს, რიტმს და სირბილეს. გაიმეორეთ მეორე ხელით. ინდომინანტური ხელი ამ მოძრაობებს შედარებით უარესად ასრულებს.

გაჩვენოთ, როგორ აწყობს ცერის დისტალურ სახსარს საჩვენებელი თითის ნვერით ისე შეუძლია სწრაფად. ასევე დააკვირდით მოძრაობის სისწრაფეს, რიტმს და სირბილეს. ინდომინანტური ხელი ამ მოძრაობებს შედარებით უარესად ასრულებს.



ფეხები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ისე 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.

ნერვი-ნერვში მოძრაობა

მაგალითები. სთხოვეთ ავადმყოფს ნამოდენიმეჯერ შეეხოს თქვენს საჩვენებელ თითს და შემდეგ თავის ცხვირს. თითი ამოძრავეთ ისე, რომ ავადმყოფი ყურადღებით ადევნებდეს მიმართულებას და ბოლომდე გაშალოს მკლავები, ნათა მიწვდეს. დააკვირდით მოძრაობის სიზუსტეს და სირბილეს, ხომ არ აღინიშნება ტრემორი. ნორმალურად, ავადმყოფის მოძრაობა ნებისმიერია და ზუსტი.

ნათხემის დაავადებების დროს მოძრაობა უხერხულია, მერყევი, ცვალებადობს სისწრაფე, ძალა და მიმართულება. თითი შეიძლება თავიდან ასცდეს შეხების ნერვიულს, 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 გაიმეორხოს. 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 ინვევენ ჯოროდინაციის დარღვევას, რაც ეხარებება თვალების დახუჭვისას. ამ შემთხვევაში ეს მიუთითებს მდებარეობის შეგრძნების დაჯარგვაზე. განმეორებითი და მყარი გადახრა ეხთ მხარეს, რომელიც უხარებება თვალების დახუჭვის დროს, მიუთითებს ნათხემის ან ვესტიბულის დაავადებაზე.

ფეხები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ეხთი ფეხის ქუსლი დააღოს მეორე მუხლს და შემდეგ ქვემოთ ჩამოასრხოს 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 დაჯარგულია მდებარეობის შეგრძნება, ავადმყოფის ქუსლს ეფხო ზემოთ სწევს და ცდილობს მხედველობით გააკონტროლოს. დახუჭული თვალებით შესრულება გაძნელებულია.

სირბილე. სთხოვეთ ავადმყოფს:

- *გაიარხოს ოთახში* ან დარბაზში, შემდეგ უკან დაბრუნდეს. დააკვირდით პოზას, ნონასწორობას, ხელების და ფეხების მოძრაობას. ნორმალურად ადამიანი ნონასწორობას ადვილად იცავს, ხელები სხეულის გვერდებზე რხევა და შემობრუნება სრულიად ჩვილია.

სირბილის შეცვლამ შეიძლება გამოინვიოს დაცემა.

სირბილს, ხოდესაც ჯოროდინაცია დარღვეულია და ახლავს ბარბაცი, ეწოდება *ატაქსია*. ატაქსია შეიძლება განვითარდეს ნათხემის დაავადებების დროს, მდებარეობის შეგრძნების დაჯარგვის ან ინტოქსიკაციის დროს. იხ. ცხრილი 17-8, სირბილის და პოზის დარღვევები (გვ. 663-664).



- *თითის წვერებზე* და ქუსლებზე სირბილი სნორმალურ ხაზზე – ეწოდება *ტანდემური სირბილი.*

ტანდემური სირბილი გამოავლენს ატაქსიას.

- *სირბილი ჯერ თითის წვერებზე, შემდეგ ქუსლებზე* – მგრძნობიარე ტესტია, შესაბამისად, ფეხისგულისკენ და ზურგისკენ მებრუნებისთვის, ასევე ნონასწორობისთვის.

თითის წვერებზე და ქუსლებზე სირბილი ავლენს ფეხების დისტალურ ჯუნთოვან სისუსტეს. თუ ავადმყოფს არ შეუძლია ქუსლებზე სირბილი, ეს ჯოტიჯოსპინალური ტრაქტის სისუსტის მგრძნობიარე ტესტია.



- *ადგილზე ხტომა* თითოეული ფეხით (თუ მძიმე ავადმყოფი ხარ ხარის). ხტომაში მონაწილეობენ ფეხების ჰიოქსიმაღეური ჯუნთები, ისევე როგორც ზოგიერთი დისტალური და საჭიროებს პოზიციის ჯაჭვ შეგძნებას და ნათხემის ნორმალურ ფუნქციონირებას.

ადგილზე ხტომის გაძნელება ვითარდება სისუსტის, პოზიციური მგრძნობელობის დაქვეითების ან ნათხემის დისფუნქციის დროს.

- *მუხლში სუსტად მოხრა* ჯერ ერთ ფეხზე, შემდეგ მეორეზე. თუ გრძნობთ, რომ ავადმყოფი შეიძლება დავარდეს, ხელი მოჰკიდეთ იდაყვზე.

ამ მოძრაობის შესრულების გაძნელება მიუთითებს ჰიოქსიმაღეურ სისუსტეზე (ბარძაყის გამშლელები), ოთხთავა ჯუნთის სისუსტეზე (მუხლის გამშლელი) ან ორივეზე ერთად.

- *მჯდომარე მდგომარეობიდან ადგომა* ხელების დახმარების გარეშე და *მყარ სკამზე* ასვლა უფრო შესაფერისი ტესტებია, ვიდრე ხტომა ან მუხლების მოხრა ხანდაზმულ ან სუსტ ავადმყოფებში.

ჰიოქსიმაღეური ჯუნთების სისუსტე მოიცავს მენჯის სარკუელს და ფეხის ჯუნთებს და განაპირობებს ამ მოძრაობების გაძნელებას.

პოზა (მდებარეობა). მომდევნო ორი ტესტი ხშირად შეგიძლიათ ერთმანეთის მაგივრად გამოიყენოთ. ისინი განსხვავდებიან მხოლოდ ავადმყოფის მკლავების მდებარეობით და იმით, თუ რას სინჯავთ. ორივე შემთხვევაში ავადმყოფთან მაქსიმალურად ახლოს დადექით, რომ დაიცვათ ნაკვეთისგან.

ROMBERG-ის (ჩომბერგის) ტესტი. ეს ტესტი ძირითადად გამოიყენება მდებარეობის შეგრძნების შესაფასებლად. პაციენტი ისე უნდა დადგეს, რომ ტერფები ერთად ჰქონდეს და თვალები დახუჭული 20-30 წმ-ის განმავლობაში. დააკვირდით, უნარჩუნებს თუ არა ავადმყოფი პოზას. ნორმალურად მინიმალური ხყევა აღინიშნება ხოლმე.

ატაქსიის დროს, როდესაც დაკარგულია მდებარეობის შეგრძნება, მხედველობა აკომპენსირებს ამ მგრძნობელობის დაკარგვას. ავადმყოფი კარგად დგას, როდესაც თვალები გახელილი აქვს, მაგრამ თვალების დახუჭვის შემთხვევაში კარგავს წონასწორობას. ამას ეწოდება *Romberg-ის (რომბერგის) დადებითი ნიშანი. ნათხემის ატაქსიის* დროს ავადმყოფს ეჭირის ტერფების მიბჯენით დგომა როგორც გახელილი, ისევე დახუჭული თვალებით.

ჰორნატოზის გადანაცვლების ტესტი. ავადმყოფი უნდა იდგეს 20-30 წმ-ის განმავლობაში ისე, რომ ხელები წინ გაშვერილი ჰქონდეს და თვალები დახუჭული. ავადმყოფებს, რომელთაც დგომა არ შეუძლიათ, ეს ტესტი შეგიძლიათ მჯდომარე მდგომარეობაში ჩაუტარებთ. ორივე შემთხვევაში ნორმალური ადამიანი ამ მდებარეობას კარგად ინარჩუნებს.

ერთი ხელის ჰორნაცია მიუთითებს კონტრალატერალური ტერიტორიის დაზიანებაზე შუბლისწილის ზედაპირზე. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ხელის ქვემოთ ჩამოვარდნა თითების და იდაყვის მოხრით. ამ მოძრაობას ეწოდება *ჰორნატოზის გადანაცვლება*, რაც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები.

ძვალ-ხუნთოვანი სისტემა

ჩვილობის პერიოდში ვლინდება ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის ძირითადი ცვლილებები. ჩვილების უმრავლესობაში ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევის ძირითადი მიზანია თანდაყოლილი პათოლოგიების დადგენა, განსაკუთრებით ხელების, ზურგის, ბარძაყების, ნეკნების და ტერფების. სანამდეც ჩვენ გვაქვს საშუალება შემდეგ შეძლებთ ძვალ-ხუნთოვანი სისტემის გამოკვლევა ნევროლოგიურ და განვითარების გამოკვლევებთან ერთად ჩაატარონ.

ახალშობილის ხელები მუშტად შეკრული აქვს. ვინაიდან ახალშობილს ტაკების რეფლექსი აქვს (იხ. ნერვული სისტემის განხილვა), უნდა დარწმუნდეთ თითების გაშლაში. თითები ყურადღებით დაათვალიერეთ და დააკვირდით ჩამორჩენილ დეფექტებს.

ჩატარეთ პალპაცია *კვინის ძვლების* განსაზღვრა, დააკვირდით შესიებას, მტკივნეულობას ან კრეპიტაციას, რაც შეიძლება მოტეხილობის მაჩვენებელი იყოს.

ყურადღებით დათვალიერეთ *ხერხემალი*. მიუხედავად იმისა, რომ ხერხემლის ძირითადი დეფექტები, როგორიცაა *მენინგომიელოცელე*, კარგად გამოხატულია და მისი აღმოჩენა ხშირად ხდება დაბადებამდე ექოსკოპიით, ნაკლებად შესამჩნევი დარღვევებია პიგმენტური ღარები, თმიანი ღარები ან ჩაღრმავებები. თუ ეს ნარმონაქმნები შეა ხაზიდან 1 სმ-თავა დაშორებული, შესაძლოა გადაფარონ ლრუს გარეთა ფენები და ზურგის ტვინის ახლის მიმართულებით გაკრცელდნენ. ნუ აიღებთ სინჯს ლრუდან, იმდენად, რამდენადაც დიდია დაინფიცირების რისკი. პალპაციით გასინჯეთ ხერხემალი, განსაკუთრებით გავა-წელის არე, დააკვირდით მაღების ჩამორჩენილ დეფორმაციას.

გამოიკვლიეთ ახალშობილის მენჯ-*ბარძაყი* ყურადღებით და დადგინეთ 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).

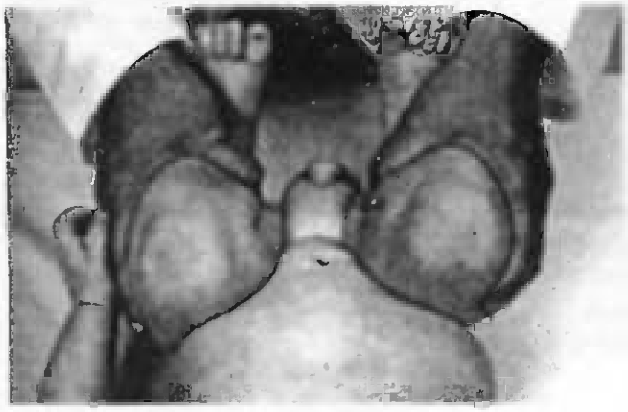
ყურადღებით დათვალიერებამ შეიძლება გამოავლინოს სერიოზული დეფორმაციები, როგორიცაა განსაკუთრებული სიდაბე (ნაწიბური), ჯიგრების და თითების თანდაყოლილი პათოლოგიები და ბენჯდისებური სარტყელები, რაც ამოძრავებს ჯიგრებს.

ჯანის ხარები, განვითარებული თითები. პოლიდაქტილია (ზედმეტი თითები) ან *სინდაქტილია* (თითებს შორის აპკები) ნარმოადგენს თანდაყოლილ დეფექტებს, რაც დაბადებისთანავე ვლინდება.

კვინის მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს მძიმე მშობიარობის შედეგად.

Spina bifida occulta-ს (მაღის ჩაკეტის ფარული მუხლოჩვენება) შეიძლება ახლდეს ზურგის ტვინის დეფექტი და გამოინვიოს მძიმე ნევროლოგიური დისფუნქცია.

ამ განსაზღვრის ჩატარებისას "ტკაცუნი" არ აღასტურებს ბარძაყის ამოვარდნილობას, მაგრამ მოითხოვს ყურადღებით გამოკვლევას.



Ortolani-ს (ორთოლანის) ტესტი



Barlow-ს (ბარლოუს) ტესტი

შემდეგი ორი მეთოდის გამოყენებისთვის დაჭმუნდით, 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 გამოსაკვლევ მაგიდას. ჰაერჩაყით ბარძაყის თავის მოძრაობა უკან, თავის პირველი ადგილისკენ, 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 ჩაიმე 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.

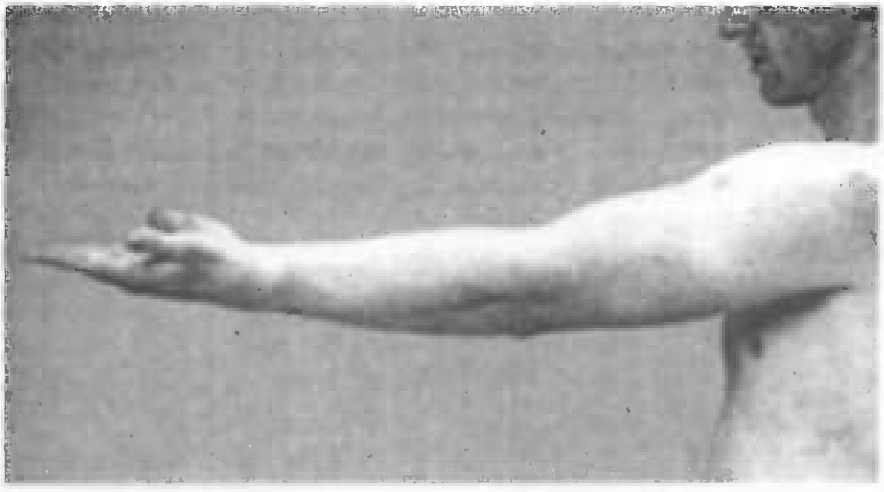
ბარძაყის დისპლაზიის დროს Barlow-ს (ბარლოუს) დადებითი ნიშანი არ აღინიშნება, მაგრამ მიუთითებს სისუსტეზე და ჰიპერსრიალებს ბარძაყის ამოვარდნილობა, რის გამოც ბავშვი საჭიროებს მომავალში ხელახალ გამოკვლევას.

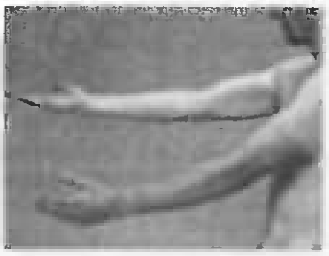




3 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ Ortolani-ის ან Barlow-ს უარყოფითი ნიშანი და მაინც აღენიშნებოდეთ *ამოვარდნილობა* ბარძაყის ყუნთების და იოგების მოჭიმვის გამო.

ბარძაყების გამოკვლევასთან ერთად, მნიშვნელოვანია ახალშობილის *წვივების და ტერფების* გამოკვლევა განვითარების ანომალიების დასადგენად. შეაფასეთ ფეხების სიმეტრიულობა, მოქნევა 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 ანევით ძებნის ან წერის მოძრაობებით მიუთითებს პოზის მეგძნების დაქვეითებაზე.

ამის შემდეგ, სთხოვეთ ავადმყოფს ხელები მაღლა ასწიოს და თვალები დახუჭოს, როგორც ზემოთაა ნაჩვენები. *სწრაფად დაარტყით ხელებს ქვევითკენ.* ნორმალურად ხელები ჰბიდად უბრუნდება ჰორიზონტალურ მდებარეობას. ეს მოძრაობა მოითხოვს ჯუნთების ძალას, პროპრიოცეპციას და მდებარეობის ჯარგ შეგძნებას.

დასუსტებული მკლავების გადანაცვლება ადვილად ხდება და ასევე ხდება მდგომარეობის შენარჩუნება. ავადმყოფი, რომელსაც დაკარგული აქვს მდებარეობის მეგძნება, შეიძლება ვერ მიხვდეს გადანაცვლებას და, მიუხედავად იმისა, რომ ეუბნებით გაასწოროს, ამას ვერ ახერხებს. ნათელმხილი პროპრიოცეპციის დარღვევის დროს შენარჩუნება უბრუნდება სანყის მდებარეობას, მაგრამ ასდენით და ჯანკალით.

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 ზემოთალნიშნულ მგრძნობელობაზე, მაგრამ ასევე მოიცავს თავის ტვინის ქერქს (პოსტცენტრალური).

იხ. ცხრილი 17-7, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებები (გვ. 660-662).

ჯარგად 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 სნრაფად ასუსტებს და ინვევს ახასასუთვეც შედეგებს, ამიტომ ტესტები ჩაატარეთ ხაც შეიძლება ეფექტუხად. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქცით: (1) ახის თუ ახა ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა დაბუეება ან ტკივიღი, (2) ახის თუ ახა მოტორული ან ხეფექსების დახლვევები, ხაც მიუთითებს ზურგის ტვინის ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანებაზე და (3) ახის თუ ახა ტროფიკული დახლვევები, როგორიცაა ჭრილობა ოფლიანობა ან ოფლიანობის ახასებობა, ძვლის ატროფია ან წყლულები. დახლვევის დადასტურებისთვის, ხშირად, საჭირო ხდება ტესტის სხვა დროს გამეორება.

დაწვრილებითი სენსორული ხეჯის შედგენა დაგეხმარებათ ზურგის ტვინის დაზიანების დონის 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 ქართვლით.

ცალ მხარეს მგრძნობელობის დაკარგვის მიზეზია ზურგის ტვინის ან უმცირესი გამტარი გზების დაზიანება.

- როდესაც იკვლევთ ტკივილს, ტემპერატურას და შეხებას, ასევე *შეადარეთ ვიბრაციების ცნობიერი და პროპრიომიერი უბნები.* შემდეგ, გააღრმავეთ გაფანტულად დერმატომებს 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 ნორმალურია, შეგიძლიათ დაასკვნათ, რომ უმეტესობა პროქსიმალური უბნები ასევე ნორმაში იქნება.

- *კვალეთ თქვენი გამოკვლევების სისწრაფე.* ეს მნიშვნელოვანია, რადგან პაციენტს 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 პაციენტი კვლიღებას არ შეიგრძნობს. მარჯვნივ ნაჩვენებია ამ კვლევის მაგალითი.



ამ სურათზე ნაჩვენებია, რომ ხელზე მგრძნობელობა დაკარგულია. პროქსიმალური მიმართულებით განმეორებადი გასინჯვა აქცენს მაჯაზე 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 მაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში.

მგრძნობელობის დახლვევის და სახეობის დადგენით შეგიძლიათ დასკვნათ გამომწვევი მიზეზის ლოკალიზაცია. ამაში ასევე დაგეხმარებათ მოტორული დეფიციტის ან შეცვლილი ხეფექსების არსებობა.

სანამ გამოკვლევებს დაიწყებთ, აუხსენით პაციენტს, რის გაკეთებას აპირებთ და როგორი პასუხი გინდათ, რომ მიიღოთ. გამოკვლევის ჩატარების დროს პაციენტს თვალები დახუჭული უნდა ჰქონდეს.

ტკივილი. გამოიყენეთ უსაფრთხო ნივთიანი ნემსი, გადატეხილი ბამბის ჩხირი ან სხვა საგანი. ხანდახან გამოიყენეთ ბეგავი დაბოლოვება. ავადმყოფს ჰკითხეთ, "მახვილია თუ ბლაგვი?" ან შეადარებისთვის "ეს შეგრძნება იგივეა, რაც წინა?" გაღიზიანებისთვის შეგიძლიათ ცოტა ძლიერად დააწვეთ, ოღონდ ისე, რომ სისხლდენა არ გამოიწვიოთ.

ანალგეზია ეწოდება ტკივილის შეგრძნების არ არსებობას, *ჰიპოლგეზია* – ტკივილის შეგრძნების დაქვეითებას და *ჰიპერალგეზია* – მგრძნობელობის მომატებას.

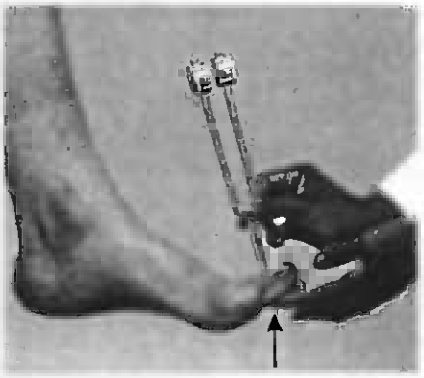
სისხლით გადამდები დაავადებების თავიდან აცილების მიზნით, *ნემსები ცვალეთ და ერთი და იგივე ნემსი სხვადასხვა ავადმყოფებში არ გამოიყენოთ.*

ტემპერატურა. (გამოკვლევა ხშირად შეგიძლიათ არ ჩაატაროთ, როდესაც ტკივილის მგრძნობელობა ნორმალურია, მაგრამ თუ ჰაიმე ჯითხვა Nჩენება, ჩაატარეთ). გამოიყენეთ ორი სადგერი 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 სამუაღებით მსუბუქად შეეხეთ ჯანს, ისე, რომ არ დააწვეთ. სთხოვეთ ავადმყოფს, თქვას, როდესაც იგრძნობს შეხებას, შეადარეთ მხარეები. გაუხეშებული ჯანი ნორმალში ნაკლებ მგრძნობიარეა, ამიტომ ამ უბანში ცდას ნუ ჩაატარებთ.

ვიბრაცია. გამოიყენეთ შედარებით დაბალი ტონალობის - 128 ჰერცის ჯამერტონი. დარიტყით ხელზე და შემდეგ მჭიდროდ დააღეთ 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, მხრისპირი გოჯი, ყბრისტავი, თეძოს წინა ზედა ნვეტი, ნვეტიანი მორჩი და ღავინი).



ჯამერტონის დადება ფეხის დიდ თითზე და არა ძვალზე

ვიბრაციის შეგრძნება ჰიპერი შეგრძნებაა, რომელიც იკარგება ჰერიფერიული 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 დაამოძრავეთ დანარჩენ თითებს. (ამით თავიდან აიცილებთ გარეშე ტაქტილის გაღიზიანებას ჰოზიციის შეცვლის დროს, რაც სხვა სამუშაოებით არ ვლინდება). აჩვენეთ ავადმყოფს თითის "ზევით" ანევა და "ქვევით" დანევა. შემდეგ, როდესაც ავადმყოფს თვალები დახუჭული ექნება, სთხოვეთ გითხრათ, საით ამოძრავებთ მის თითს: "ზემოთ" თუ "ქვემოთ".



ჰამოდენიმეჯერ გაიმეორეთ ორივე მხარეს, მოუხერხებლად გაღიზიანების მარტივ გამეორებას. თუ მდებარეობის შეგრძნება დაქვეითებულია, ამოძრავეთ უფრო ჰიპოქსიმალურად, ტოქის სახსარში.

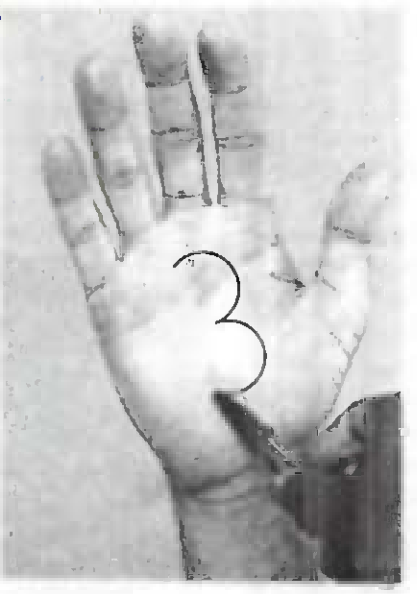
მდებარეობის შეგრძნების დაკარგვა, ისევე როგორც ვიბრაციის, მიეთითებს ან უკანა სვეტების დაავადებებზე, ან ჰერიფერიული ნერვების ან ფესვების დაავადებებზე.

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 შეადარეთ, გააანალიზოთ და მოახდინოთ მგრძნობელობის ინტეგრაცია. იმის გამო, რომ დისკრიმინაციული მგრძნობელობა დამოკიდებულია შეხების და პროპრიოცეპტიულ მგრძნობელობაზე, ეს ტესტები გამოიყენება ხოლოსაც მგრძნობელობა ინტაქტურია ან მცირედ დაქვეითებული.

ხოლოსაც შეხების და მდებარეობის შეგრძნებები ნორმალურია ან ოდნავ დაქვეითებული, პათოლოგიურად 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 უნოდება შეხებით საგნის გამონარჩობის უნარს. ავადმყოფის ხელზე მოათავსეთ ნაცნობი საგანი, როგორიცაა მონეტა, ქაღალდის სამაგრი, ფანქარი ან ბამბის ბურთული და სთხოვეთ, გითხრათ, რა საგანია. ნორმალურად, პაციენტმა ადვილად უნდა გამოიცნოს ეს საგნები. სტერეოგნოზიისთვის მგრძნობიარე ტესტია, გამოიცნოს ქაღალდის სამაგრის "თავი" და "ყუდი".

ასტერეოგნოზია უნოდება დარღვევას, როდესაც ავადმყოფს არ შეუძლია ხელზე მოთავსებული საგნების გამოცნობა.

- *ციფრების იდენტიფიცირება (გრაფესთეზია).* როდესაც დაქვეითებულია მოტორიკა პირამიდის ან სხვა დაავადებების გამო, ნუ ჩაატარებთ საგნების გამოცნობის ტესტს, უმჯობესია ციფრების გამოცნობის გამოკვლევა. ფანქრის ან ჯაგრის ბლაგვი ბოლოთი ხელის გულზე შემოხაზეთ რაიმე ციფრი. ნორმალურად ადამიანს შეუძლია ციფრების ემეტესობის გამოცნობა.

ციფრების გამოცნობის უნარის არ არსებობა, ისევე, როგორც ასტერეოგნოზია, მიუთითებს სენსორული ქერქის დაზიანებაზე.



- *ორ-განზომილებიანი დისკრიმინაცია.* ქაღალდის გამცრილი სამაგრის ორი ბოლო ერთდროულად შეახეთ ავადმყოფის თითის ბალიშს. არაერთგვაროვნად შეანაცვლეთ ერთი და ორი წერტილის გაღიზიანება. ფრთხილად იყავით, რომ ავადმყოფს ტკივილი არ მიაყენოთ.

მოძებნეთ *წერტილებს შორის ის დამოკიდებულება*, რომელზედაც შეუძლია განასხვავოს ორი წერტილის გაღიზიანება ერთისგან. (ნორმალურად ეს მანძილი თითის ბალიშზე უნდა იყოს 5 მმ-ზე ნაკლები). ეს ტესტი შეგიძლიათ ჩაატარო სხეულის სხვა ადგილებზეც, მაგრამ წერტილებს შორის ნორმალური მანძილი ადგილის მიხედვით ფართოდ ცვალებადობს.

სენსორული ქერქის დაზიანებები ზრდის ორ ახლომდებარე წერტილს შორის მანძილს.

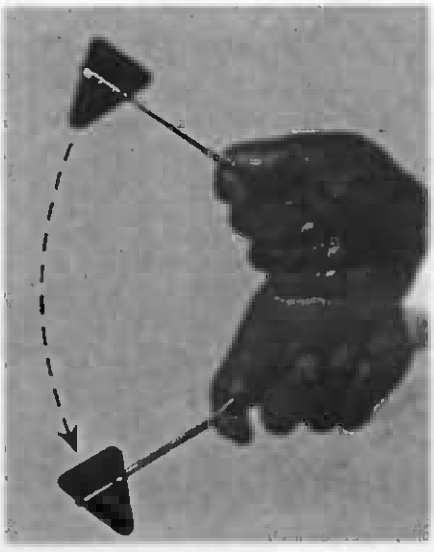
- *წერტილის ლოკალიზაცია.* მსუბუქად შეეხეთ ავადმყოფის ხანს ერთ წერტილში. შემდეგ სთხოვეთ თვალები გაახილოს და გიჩვენოთ შეხების წერტილი. ნორმალურად, ადამიანი ამ წერტილს ზუსტად გიჩვენებთ. ეს ტესტი გაჭიმობის ცდასთან ერთად განსაკუთრებით გამოგადგებათ სხეულის და ფეხების გამოკვლევის დროს.

სენსორული ქერქის დაზიანება აქვეითებს შეხების წერტილის გამოცნობის შესაძლებლობას.

- *გაჭიმობის ტესტი.* ეთერჩოლედ გააღიზიანეთ შესაბამისი უბნები სხეულის ორივე მხარეს. ჰკითხეთ, სად გრძნობს შეხებას. ნორმალურად ორივე გაღიზიანება უნდა შეიგრძნოს.

სენსორული ქერქის დაზიანების დროს მხოლოდ ერთი გაღიზიანება აღიქმება. ქერქის დაზიანების საპირისპირო მხარეს გაღიზიანება ვერ აღიქმება.

მყესთა ღრმა რეფლექსები



მყესთა ღრმა რეფლექსების გამოკვლევა მოითხოვს მთელ რიგ დახვენილ გამოკვლევებს. ყურადღებით შეარჩიეთ შესაბამისი ნერვის ჩაქუჩი. ასევე ისწავლეთ, როდის უნდა გამოიყენოთ ჩაქუჩის წვეტიანი ბოლო და როდის ბრტყელი. მაგალითად, წვეტიანი ბოლო გამოიყენება მკვრივ ქსოვილებზე დარტყმისთვის, როგორიცაა თქვენი თითები, რასაც ფარავს ორთავა ქსოვილის მყესი. ბრტყელი ბოლო ნაკლებ დისკომფორტს იწვევს, როდესაც იკვლევთ მხრისხივის რეფლექსს. ამის შემდეგ რეფლექსები შემდეგნაირად გამოიკვლიეთ:

- სთხოვეთ ავადმყოფს, მოდუნდეს, შემდეგ კიდურები დაანყოს ნორმალურად და სიმეტრიულად.
- ჩაქუჩი დაიჭირეთ ცერი და საჩვენებელი თითებით ისე, რომ ჩაქუჩმა თავისუფლად იმოძრაოს ხელზე ხელისგულსა და თითებს შორის, განსაზღვრულ მანძილზე.
- მაჯა მოადუნეთ და ნრფივი მოძრაობით ცოცხლად დაარტყით ჩაქუჩი მყესს. დარტყმა უნდა იყოს ნრფივი და პირდაპირი და არა ირიბი და სუსტი.
- დააკვირდით რეფლექსის ხარისხს, ძალას და ამპლიტუდას და შეაფასეთ ქვემოთ მოყვანილი სკალის მიხედვით. ერთ მხარეს რეფლექსები ყოველთვის შეადარეთ მეორე მხარეს. რეფლექსები ფასდება 0-დან 4+ -მდე ქულებით.

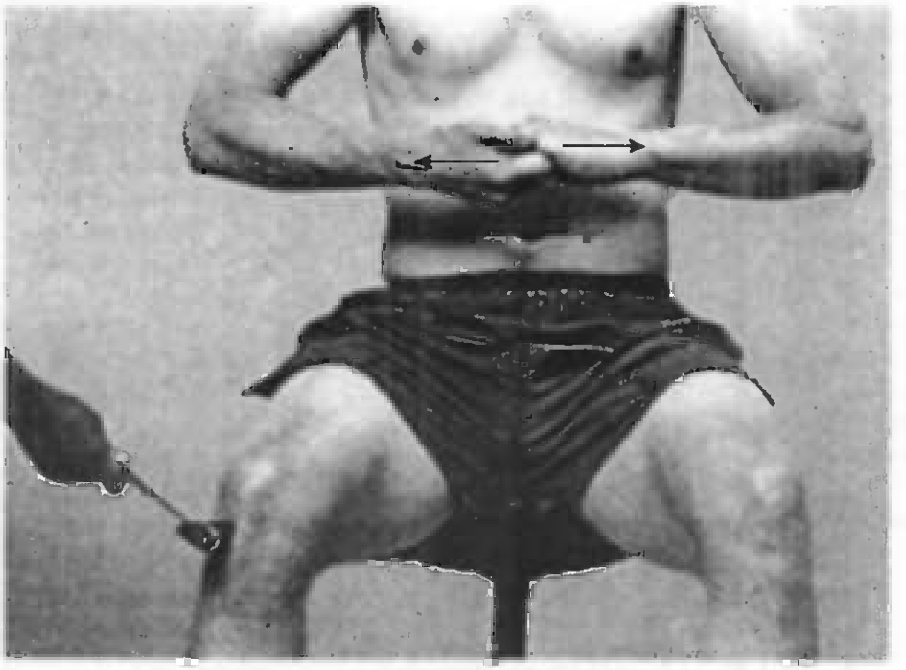
რეფლექსების შეფასების სკალა

4+	ცოცხალი, ჰიპერაქტიური, კლონუსით (ხშირად ოსცილაციები, მოხრასა და გაშლას შორის)
3+	საშუალოზე მეტად მკვეთრი; შესაძლოა, მაგრამ არა აუცილებლად მიუთითებს დაავადებაზე
2+	საშუალო, ნორმალური
1+	ჩამდენადმე დაქვეითებული; დაბალი ნორმალური
0	არ ვლინდება

ჰიპერაქტიური რეფლექსები მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე. ხანგრძლივი კლონუსი ამ ვარაუდს დასტურებს. რეფლექსები შეიძლება შემცირებული იყოს ან არ ვლინდებოდეს, როდესაც დაკარგულია მგრძნობელობა ან დაზიანებულია ზურგის ტვინის შესაბამისი სეგმენტი, ან დაზიანებულია პერიფერიული ნერვები. კუნთების და ნერვ-კუნთოვანი შეერთებების დაავადებები ასევე აქვეითებს რეფლექსებს.

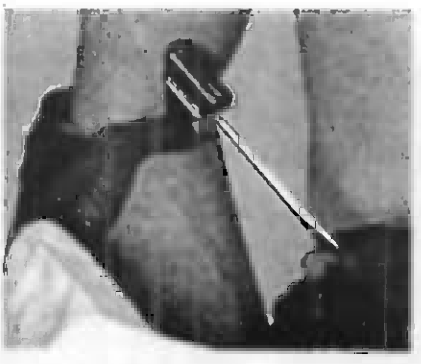
რეფლექსის სიძლიერე დამოკიდებულია გაღიზიანების ძალაზე. არ გამოიყენოთ იმაზე ძლიერი დარტყმა, რაც საჭიროა რეფლექსის გამოსანვევად. მხარეებს შორის განსხვავების დადგენა უფრო ადვილია, ვიდრე სიმეტრიული ცვლილებების. რეფლექსების სიმეტრიული დაქვეითება ან არ არსებობა შეიძლება ნახოთ ნორმალურ ადამიანებშიც.

თუ ავადმყოფს ჰეფლექსები სიმეტრიულად დაქვეითებული აქვს ან არ აღინიშნება, გამოიყენეთ *გაძლიერება*, მეთოდი, რომელიც იწვევს იმ ჯგუფების იზომეტრიულ შეკუმშვას, რომლებიც აძლიერებენ ჰეფლექსს. მაგალითად, მკლავებზე ჰეფლექსების გამოსაკვლევად სთხოვეთ ავადმყოფს, მოუჭიროს კბილები ან ერთი ხელით გაჭიმოს მეორე ხელის კერი. თუ ფეხების ჰეფლექსები დაქვეითებულია ან არ ვლინდება, სთხოვეთ ერთი ხელი დადოს მეორეზე და თითები ჩაჭიდოს ერთმანეთს. ჩითაც ჰეფლექსს გააძლიერებთ. ავადმყოფს სთხოვეთ, ხელები გაჭიმოს ზუსტად ჩაქუჩის ჩარტყმის წინ.

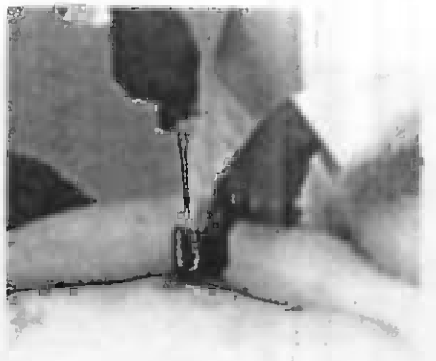


მუხლის ჰეფლექსის გაძლიერება

ოთხავე ჯგუფის ჰეფლექსი (C5, C6). ავადმყოფის მკლავები ნაწილობრივ მოხრილი უნდა იყოს იდაყვის სახსრებში და ხელისგულები ქვევით მიმართული. მჭიდროდ დაადეთ ცერი ან სხვა თითი ოთხავე ჯგუფის მყესს. ჩაქუჩი დაარტყით პირდაპირ მყესზე დადებულ თითს.



ტრიცეპსი ზის

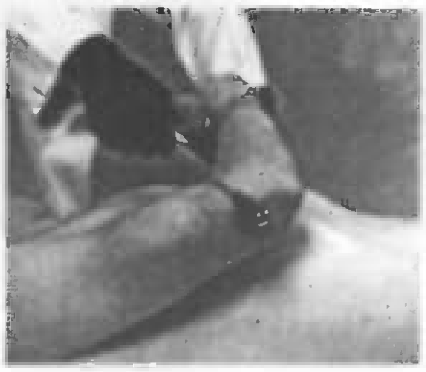


ტრიცეპსი წევს

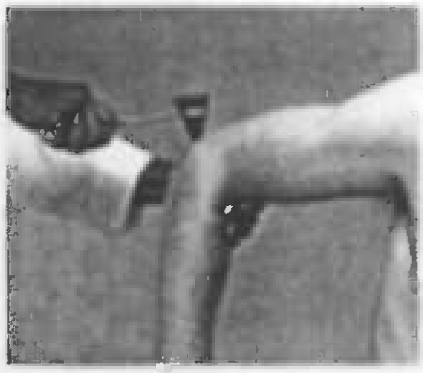
დაახვირდით იდაყვის სახსარში ხელის მოხრას და შეიგრძენით ოთხავე ჯგუფის შეკუმშვა.

სამთავა ჯუნთის ჰეფლექსი (C6, C7). ავადმყოფი შეიძლება იჯდეს ან ზურგზე იწვეს. ხელი მოუხარეთ იდაყვის სახსარში ისე, რომ ხელისგულები სხეულისკენ ჰქონდეს და ხელი გულ-მკერდზე ედოს. დაარტყით სამთავა ჯუნთის მყესს იდაყვის ზევით. დარტყმა პირდაპირი უნდა იყოს. დააკვირდით ჯუნთის შეკუმშვას და იდაყვის სახსარში გაშლას.

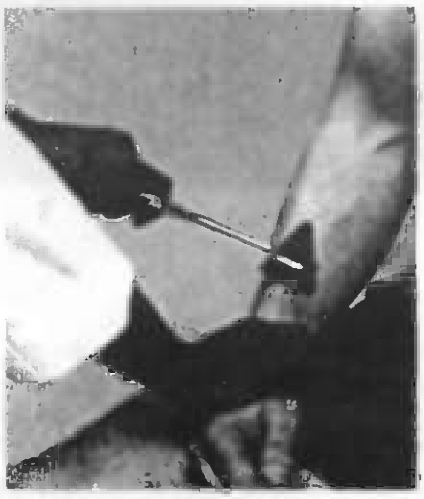


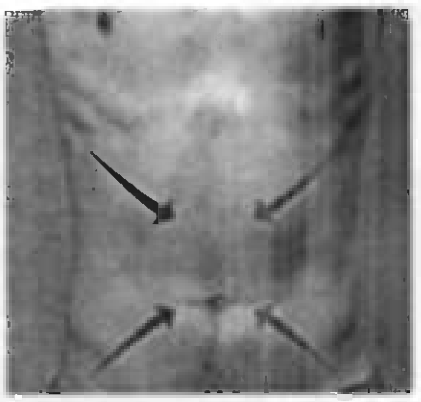


თუ ავადმყოფს უჭირს მოდუნება, სცადეთ ხელის ისე მოუთავსოთ, რომ მარჯვენა სუსთზეა ნარჩენები. სთხოვეთ ავადმყოფს ხელი მოადუნოს, თითქოს ჩამოაგდოს. შემდეგ ჩაქუჩი დაარტყით ჯუნთის მყესს.



სუპინატორის ანუ მხარ-სხივის ჰეფლექსი (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.





მკლის ხეფექსი შეიძლება არ იყოს ჩოგორიც ცენტრალური, ასე ეხოფეხიული ნეხვები სისტემის დაავადების დროს.

მკლის ხეფექსები. მკლის ხეფექსები შეამოწმეთ მსუბუქი, მაგრამ ცოცხალი დარტყმით მკლის ორივე მხარეს ქიმის ზემოთ (T8, T9, T10) და ქვემოთ (T10, T11, T12) სურათზე ნაჩვენები მიმართულებით. გამოიყენეთ გასაღები, ხის ჩხირი ან მშვილდი და ნაუსვით სიგრძეზე. დააკვირდით მკლის ჯუნთების შეკუმშვას და ქიმის გადახრას გალიზიანებისკენ. სიმსუქნის დროს ხეფექსები შეიძლება შეიცვალოს. ამ დროს თითით გადასწიეთ ქიმი გალიზიანების საწინააღმდეგო მხარეს. ამ თითით შეიგრძენით ჯუნთების შეკუმშვა.

მხრის ხეფექსი (L2, L3, L4). ავადმყოფი შეიძლება იწვეს ან იწვეს, მხრები კი მოხრილი უნდა ჰქონდეს. მკვეთრად დარტყით კვირისტავის მყესს ზუსტად კვირისტავის ზევით. დააკვირდით ოთხთავა ჯუნთის შეკუმშვას მხრის სახსრიში გაშლასთან ერთად. თუ ხელს ავადმყოფის ბარძაყს დააღებთ, უკეთესად შეიგრძნობთ ხეფექსს.



კასიენტი ზის

ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს შეგიძლიათ ორი მეთოდი გამოიყენოთ. ავადმყოფმა ფეხები თქვენს ხელებს უნდა დააყრდნოს, როგორც ეს შემდეგ გვერდზე მარცხენა სურათზეა ნაჩვენები, რაც საშუალებას მოგცემთ შეაფასოთ მცირე განსხვავება მხრის ხეფექსებს შორის კეთ ერთი, და შემდეგ მეორე ხეფექსის გასინჯვით. თუმცა, ზოგჯერ ფეხების დაყრდნობა შეიძლება მოუხერხებელი იყოს როგორც ექიმისთვის, ისე ავადმყოფისთვის. თქვენ შეგიძლიათ თქვენი ხელი, რომელზედაც ეყრდნობა ფეხები, დადოთ ავადმყოფის ფეხის ქვეშ, როგორც ეს ნაჩვენებია მარჯვენა სურათზე. ზოგი ავადმყოფი თვლის, რომ ამ მეთოდით უფრო ადვილია ფეხის მოდუნება.





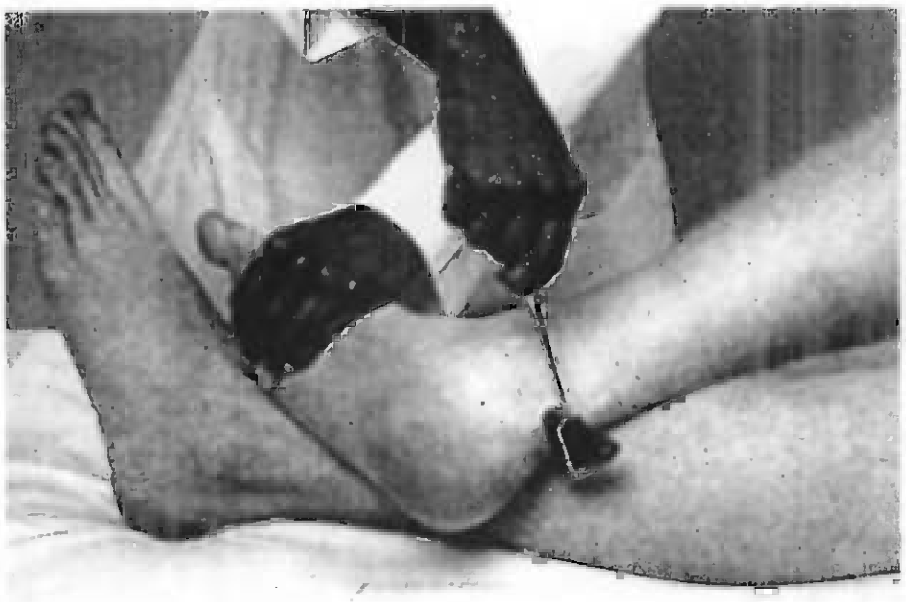
ჯოჭის (აქილევსის მყესის) ჩაფლექსი (ძირითადად S1). ხოლესაც ავადმყოფი ზის, მოუხაჩეთ ტაჩფი ზუჩგისკენ, სთხოვეთ ავადმყოფს, მოდუნდეს, დაარტყით Achilles-ის (აქილევსის) მყესს. დააკვირდით და შეიგრძნით ტაჩფის მოხრა ჯოჭის სახსარში. ასევე დააკვირდით მოდუნების სისწრაფეს კუნთების შეკუმშვის შემდეგ.

ჩაფლექსის მოდუნების ფაზის შენელება აღინიშნება *ჰიპოთირეოზის* დროს და ჯარგად ვლინდება მუხლის ჩაფლექსის შემოწმების დროს.



ᲐᲡᲘᲜᲔᲜᲢᲘ ᲖᲘᲡ

ხოლესაც ავადმყოფი წევს, მოუხაჩეთ ეითი ფეხი მენჯ-ბაჩძაყის და მუხლის სახსრებში და გაჩეთ შეუბრუნეთ ისე, რომ წვივი გადადებული იყოს მეორეზე. შემდეგ ტაჩფი მოხაჩეთ ზუჩგისკენ და დაარტყით Achilles-ის (აქილევსის) მყესს.



პაციენტი ნევს

პლანტარული (ფეხისგულის) სპასტიკურობის ტესტი (LS, S1). ხაიმე საგნით, ჩოგორიცაა გასაღები ან ხის ჩხირი, ნაუსვით პლანტარული (ფეხისგულის) გასწვრივ ნაწიბურიდან ქუსლიდან თითებისკენ და შემდეგ ჩაღრმავებული თითების გასწვრივ. გამოიყენეთ მსუბუქი გაღიზიანება. ასევე ეფექტურია გამოინვევს, მაგრამ თუ საჭიროა, შეგიძლიათ გაღიზიანება გააძლიეროთ. დააკვირდით თითების მოძრაობას, ნორმალურად ტესტი იწვევს დიდი თითის ზურგისკენ მოხრა. ასევე ხშირად ახლავს დანარჩენი თითების ერთმანეთისგან დაშორება. წარმოდგენს Babinski-ს (ბაბინსკის) დადებით ნიშანს და მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის პირამიდულის ტრაქტის დაზიანებაზე.





Babinski-ს (ბაბინსკის) ნიშანი ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ეგრონო მდგომარეობაში ნამცით ან აღგოჰოლით ინტოქსიკაციის დროს ან გეღყრის შემდგომ პერიოდში.

ზოგი პაციენტი ფეხს უკან სწევს ამ გაღიზიანების დროს ბაძავის და მეხრის მოხრით. თუ საჭიროა, დაიყრდენით მეხრი, რათა ჯაჭვად ჩაატაროთ გამოკვლევა. ზოგჯერ ძნელია ერთმანეთისგან გაარჩიოთ ფეხის განევა და ბაბინსკის ნიშანი.

ზოგჯერ Babinski-ს (ბაბინსკის) ნიშანს ახლავს მენჯის და მეხრის სახსარში მოხრის ტენდენცია.

ტრონული. თუ ტენდენციები ჰიპერაქტიულია, შეამოწმეთ ტოქის ტრონული. ხელზე დაიყრდენით მეხრი ოდნავ მოხრილ მდგომარეობაში. მეორე ხელით ტერფი ჩამოდენიმეჯერ მოუხარეთ ზურგისკენ და ძირისკენ, სანამ ავადმყოფი არ მოდუნდება და შემდეგ სწრაფად მოუხარეთ ტერფი ზურგისკენ და ამ მდგომარეობაში გააჩერეთ. დააკვირდით და შეიგრძნობთ რიტმული ხრევა ზურგისკენ და ძირისკენ მოხრას შორის. უმრავლესობა ნორმალურ ადამიანებში ამ გაღიზიანებაზე ტოქი არ ტენდენციებს. მცირე ტრონული ხრევა შეიძლება აღინიშნებოდეს, როდესაც ადამიანი დაძინებულია ან ნარკოზში.

მუდმივი ტრონული მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე. ტოქის სახსარში ზურგისკენ და ძირისკენ მოხრა ერის განმეორებადი და რიტმული.

ტრონული შეიძლება გამოინვიოთ სხვა სახსრებზეც. მაგალითად, კოკრისტავის სწრაფი დანევით შეიძლება გამოინვიოთ კოკრისტავის ტრონული გაშლილ მეხრზე.





სპეციალური მეთოდები

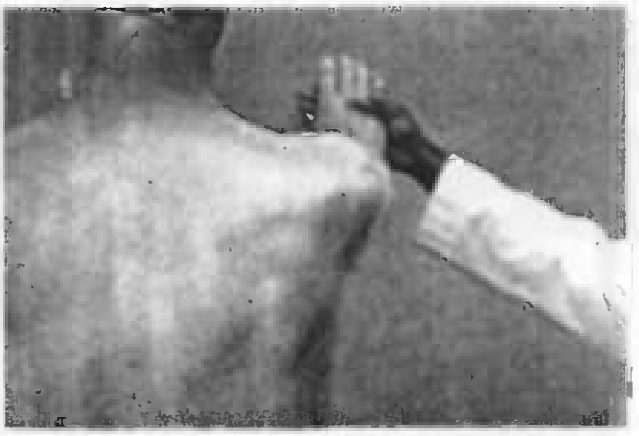
ასტენიზისი. ასტენიზისის საშუალებით შეგიძლიათ დაადგინოთ მეტაბოლური ენცეფალოპათია იმ პაციენტებში, რომელთაც დაზღვეული აქვთ ფსიქიკური ფუნქციები. სთხოვეთ ავადმყოფს, ხელები წინ გაიშვიროს, მტევნები ვეიტიალურად დაიჭიროს და თითები დაამოძრაოს ეითმანეთს. ავადმყოფმა უნდა სცადოს, რომ ხელები ამ მდგომარეობაში გააჩეროს და დაახვიროთ 1-2 წთ-ის განმავლობაში.

ხელების და თითების სნიაფი, ხანმოკლე, ამიტომული მოხსნა ნიშნავს ასტენიზისის სიმპტომს.



ფითის მაბვაში ბეჭის ძვლები. ხოდესაც მხრის ჯუნთები დასუსტებულია ან ატროფიული, დაახვიროთ ბეჭის ძვლების ამოწევას. სთხოვეთ ავადმყოფს გაშალოს ორივე მალავი და მიანვეს თქვენს ხელებს ან ჯედელს. დაახვიროთ ბეჭის ძვლებს. ნორმალურად ისინი მჭიდროდ ედება გულ-მკერდის ჯედელს.

ფითის მაგვარი ბეჭების დროს, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. ბეჭის მედიალური კიდე ამობურცულია. ეს მიუთითებს წინა დაბინდული ჯუნთის სისუსტეზე ჯუნთების დისტროფიის ან გულ-მკერდის გიძელი ნერვის დაზიანებაზე.





ძალიან გამხდარ, მაგრამ ნორმალურ ადამიანებში ბეჭის ძვლები შეიძლება ამონწეული იყოს ინტაქტური მუსკულატურის დროს.

მენინგური ნიშნები. ამ ნიშნების გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, როდესაც ვარაუდობთ თავის ტვინის გარსების ანთებას ინფექციის გამო ან სუბარაქნოიდეი სისხლჩაქცევას.

ტკივილის და ჯისხის ჰიგიდობა მოხსნისას შეიძლება განვითარდეს თავის ტვინის გარსების ანთების, არითმიის ან ჯისხის დაზიანების დროს.

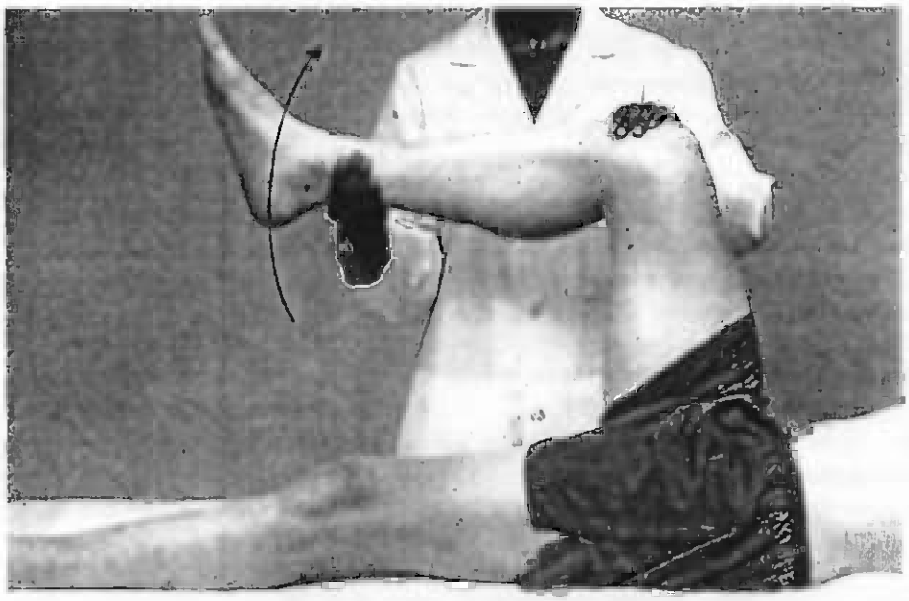
ჯისხის ჰიპიდობა. პირველ რიგში დარწმუნდით, რომ ჯისხის მაღები ან ზურგის ტვინის ჯისხის ნაწილი დაზიანებული არ არის. (ტრავმის დროს საჭიროა ჩენტგენოლოგიური გამოკვლევა). ამის შემდეგ როდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს, ხელი თავქვემ ამოდეთ და ჯისური წინ მოეხარეთ, სანამ ნიკაპი გულ-მკერდს არ მიებჯინება, თუ ეს შესაძლებელია. ნორმალურად, ჯისური ელასტიურია და ავადმყოფი ადვილად ხრის თავს და ჯისურს წინ.

ბარძაყების და მუხლების მოხრა არის *Brudzinski-ს (ბრუძინსკის) დადებითი ნიშანი* და მიუთითებს ტვინის გარსების ანთებაზე.

BRUDZINSKI-ს (ბრუძინსკის) ნიშანი. როდესაც ხრით ჯისურს, დააკვირდით ბარძაყების და მუხლების ავტომატურ მოქმედებას თქვენს მანევრზე. ნორმალურად, ისინი მოდუნებულნი და უძრავნი უნდა იყვნენ.

მუხლის გამღის დროს ტკივილი და მომატებული ჰიგიდობა არის *Kernig-ის (კერნიგის) დადებითი ნიშანი*. როდესაც ეს ნიშანი ორმხრივია, მიუთითებს ტვინის გარსების ანთებაზე.

KERNIG-ის (კერნიგის) ნიშანი. ავადმყოფს ფეხები მოუხარეთ მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში, შემდეგ გაუჭიმეთ მუხლები. სრული გამღის დროს მუხლებში დისკომფორტი ბევრ ნორმალურ ადამიანში ვლინდება, მაგრამ არ უნდა განვითარდეს ტკივილი.



ბავა-ნეცის ნერვის ფესვზე ზეწოლამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ჰიგიდობა ნეცის არეში და ბარძაყის უკანა მხარეს ტკივილი. ჩვეულებრივ, პროცესში ერთი ფეხია ჩართული.

ანალური რეფლექსის გაქრობა მიუთითებს S2-3-4 რეფლექსური რკალის დაზიანებაზე, ასევე ბარძის ნერვის დაზიანებაზე.

იხ. ცხრილი 17-9, მეტაბოლური და სტრუქტურული პრობლემა (გვ. 665).

ანალური რეფლექსი. ბრაგვი საგნით, როგორიცაა ბამბის ტამპონი, დარტყით ყურთას ოთხივე კვარდრანტს. დააკვირდით ყურთას ნეთების რეფლექსურ შეკუმშვას.

ავადმყოფი სტუპორის ან კომის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში. კომა პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაა, როდესაც დაზიანებულია ორივე ნახევარსფერო, ტვინის ღერო ან ორივე ერთად. ჩვეულებრივი თანმიმდევრობით უნდა ჩაატარო ანამ-

თ[illegible] ნ[illegible] ნ[illegible] ნ

ნეზის შეგრძნება, კლინიკური და laboratoriული გამოკვლევები. გარდა ამისა, აუცილებელია:

- პირველ რიგში შეაფასოთ სასუნთქი გზები, სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა (ABCs – airway, breathing, circulation)
- დაადგინოთ ავადმყოფის ჩნობიერების დარღვევის დონე
- 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, ნინა ეპიზოდები და ავადმყოფის წინა მდგომარეობა და ქცევები. ასევე გამოგადგებათ დაადგინოთ ანამნეზში თერაპიული ან ფსიქიატრიული დაავადების არსებობა.

როდესაც დაიწყებთ გამოკვლევას, ყოველთვის გახსოვდეთ ორი სახის აკრძალვა:

1. *არ გაუფრთხილოთ* გუგები, რაც ნარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან საშუალებას კომის გამომწვევი მიზეზის დადგენაში (სტრუქტურული თუ მეტაბოლური) და
2. *ნუ მოუხრით* კისერს, თუ თავის ან კისრის ტრავმის შესაძლებლობა არსებობს. გაუკეთეთ კისრის იმობილიზაცია და ჩენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რათა გამორიცხოთ კისრის მალების მოტეხილობა, რაც შეიძლება იწვევდეს ზურგის ტვინის კომპრესიას და დაზიანებას.

სასუნთქი გზები, სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა. სწრაფად შეამონმეთ ავადმყოფის ფერი და სუნთქვის ხასიათი. დათვალიერეთ 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 კისრის სტაბილიზაციასთან ერთად.

შეაფასეთ სასიცოცხლო ნიშნები: პულსი, სისხლის წნევა და *ჟანგბადი* ტემპერატურა. თუ აღინიშნება ჰიპოტენზია ან სისხლდენა, დაიწყეთ სითხეების ინტრავენური გადასხმა. (შემდგომი გადაუდებელი ღონისძიებები და laboratoriული კვლევები მოცემულია ამ ტექსტის ბოლოს)

ცნობიერების დონე. ცნობიერების დონე ასახავს ავადმყოფის აქტივობის ან სიფხიზლის დონეს. მისი დადგენა ხდება იმ აქტივობის დონით, რითაც პასუხობს ავადმყოფი მზარდ გაღიზიანებას.

შემდეგ გვერდზე ცხრილში აღნერილია ცნობიერების 5 კლინიკური დონე შესაბამის გამოკვლევის მეთოდებთან ერთად. გაღიზიანება საფეხურებად გაზარდეთ, რაც დამოკიდებული უნდა იყოს ავადმყოფის რეაქციაზე.

ცნობიერების დონე (აქტივობის ჩაქცია): მეთოდიკა და ავადმყოფის ჩაბარება

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 მეახლეთ ავადმყოფს, ისე, როგორც მძინარეს აღვიძებთ
სტუპორი	გამოიყენეთ მტკივნეული გაღიზიანება. მაგალითად, უჭიმეთ მყესზე, გაუხახუნეთ მკერდის ძვალზე ან ფანქარი აგორავეთ ფრჩხილის სარეცელზე. (ეფრო ძლიერი გამაღიზიანებელი არ გამოიყენებ!)
კომა	გამოიყენეთ განმეორებადი მტკივნეული გაღიზიანება

ავადმყოფი მთვლემარედ გამოიყურება, მაგრამ თვალებს ახელს და გიყურებთ, კითხვებზე პასუხობს და ისევ იძინებს

ავადმყოფი თვალებს ახელს და გიყურებთ, მაგრამ გპასუხობთ ნელა და ჩამდენადმე დაბნეულად. სიფხიზლე და გარემოს მიმართ ინტერესი დაქვეითებულია

ავადმყოფი ფხიზლდება მხოლოდ მტკივნეული გაღიზიანების შედეგად. ვერბალური პასუხები მენელებულია ან არ არის. გაღიზიანების შეწყვეტის შემდეგ ავადმყოფი ჯერ გაშტერებულია, აღინიშნება მინიმალური აღქმა როგორც საკუთარი თავისა, ასევე გარემოს.

კომაში მყოფი ავადმყოფი ეგონო მდგომარეობაშია და თვალები დახუჭული აქვს. არანაირ გაღიზიანებაზე სიცოცხლის ნიშანი არ აღინიშნება

ხოლესაც იკვლევთ ავადმყოფს, რომელსაც შეცვლილი აქვს ცნობიერება, ზუსტად აღნერეთ 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 ნეკნული სტრუქტურები ქერქსა და ღეროში, რომელიც პასუხისმგებელია სუნთქვაზე, გადაფარავს სტრუქტურებს, რომლებიც განაგებენ ცნობიერებას, ამიტომ კომის დროს ხშირად ვითარდება სუნთქვის დარღვევები.

ბუბები. დაათვალიერეთ ბუბების ზომები და თანაბარია თუ არა ორივე მხარეს. შეამოწმეთ მათი რეაქცია სინათლეზე. სინათლეზე რეაქციის არსებობა ან არ არსებობა ყველაზე მნიშვნელოვანი ნიშანია სტრუქტურული და მეტაბოლური კომების დიფერენციებისთვის. მეტაბოლური კომის დროს სინათლეზე რეაქცია არ იცვლება.

თვალების მოძრაობა. დააკვირდით თვალების მდებარეობას და ქცევებს მოსვენებულ მდგომარეობაში. შეამოწმეთ თვალის ცალ მხარეს ჰორიზონტალურ გადანევას *(უპირატესი მზერა)*. ხოლესაც 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 ბუბები (გვ. 666).

ორგანულმა დაზიანებამ, როგორიცაა ინსულტი, შეიძლება გამოინვიოს ბუბების 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 ადრეული სტადია, თვალები იყურება დაზიანებული ჰემისფეროს "საპირისპირო მიმართულებით".

ოკულო-ცეფალური ჰეფლექსი ("თოჯინის თვალების" ფენომენი). ეს ჰეფლექსი დაგეხმარებათ შეაფასოთ კომაში მყოფი ავადმყოფის ტვინის ღეროს ფუნქციები. ზემო ქუთუთოები აწიეთ ისე, რომ თვალები ჯაჭვად დაინახოთ, თავი სწრაფად გადაუნიეთ ჯეს ეთ, შემდეგ მეორე მხარეს. (ტესტის ჩატარებამდე დარწმუნდით, რომ ავადმყოფს კისრის დაზიანება არ აღენიშნება)



კომაში მყოფი ავადმყოფი, ვისაც არ აღენიშნება "თოჯინის თვალების" ნიშანი. ნაჩვენებია ქვედა სურათზე. ავადმყოფის თავი ეხლა მიმართულებით ვეღარ მოძრაობს, სადაც შეამჩნევთ ტვინის ან ხიდის დაზიანებაზე მიუთითებს.

კომატოზურ 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 დროის ნიშანი ნორმალურია.





ოკულო-ვესტიბულური ჰეფლექსი (ყალორიული 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, ხოლო ტესტი ზუსტად ჩაატაროთ. ყურის ქვეშ დადეთ ჯამი, ხოლო შიგ დაბოვდეს 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 ჰეპატიტის გამოსანვევად დაგჭირდებათ 120 მლ წყალი. კომაში მყოფი პაციენტის თვალები, ვისაც არ აქვს დაზიანებული ღერო, გადაიხრება *გალვანიზაციის მხარეს*. პირველი ჰეპატიტის გაჩრობის შემდეგ, თუ საჭიროა (3-5 წთ-ის შემდეგ) ტესტი მეორე მხარეს გაიმეორეთ.

გალვანიზაციაზე ჰეპატიტის არ არსებობა ტვინის ღეროს დაზიანებაზე მიუთითებს.

პოსტურა და ჯენთოვანი ტონუსი. დააკვირდით ავადმყოფის პოზას. თუ სპონტანური მოძრაობები არ აღინიშნება, შეგიძლიათ გამოიყენოთ ტკივილით გალვანიზაცია (იხ. გვ. 643). გამოკვლევის შედეგად მიღებული მოძრაობები ასე შეგიძლიათ დახასიათოთ:

იხ. ცხრილი 17-11, კომაში მყოფი ავადმყოფის დარღვეული პოზები, გვ. 667.

- *ნორმალი* – ავადმყოფი თავიდან იცილებს გალვანიზაციას
- *სტერეოტიპული* – გალვანიზაცია იწვევს სხეული და კიდურების არანორმალურ მდებარეობით ჰეპატიტს

ჭარბობს ორი სახის სტერეოტიპული ჰეპატიტი: *დეკორტიკაციული რიგიდობა* და *დეცერებრული რიგიდობა* (იხ. ცხრილი 17-11, კომაში მყოფი ავადმყოფის დარღვეული პოზები, გვ. 667.

- *ჩვეული დამბლა ან ჰეპატიტის არარსებობა*

ეთ მხარეს ჰეპატიტის არ არსებობა მიუთითებს კორტიკოსპინალური ტრაქტის დაზიანებაზე.





ჯუნთების ტონუსის შესამოწმებლად მოკიდეთ ხელი მაჯაში და აუწიეთ ხელი ვერტიკალის მდებარეობაში. დააკვირდით ხელის პოზიციას, რომელიც, ჩვეულებრივ, ოდნავ მოხრილი უნდა იყოს მაჯაში.

შემდეგ ფეხი აუწიეთ საწოლის ზედაპირიდან 30-50 სმ-ზე და ხელი გაუშვით. დააკვირდით მის დავარდნას. ნორმალურად ფეხი ნელა ვარდება.

ავადმყოფს ფეხები მოუხარეთ მუხლის სახსარში, შემდეგ ერთი ფეხი გაუშალეთ და ხელი გაუშვით, რომ ჩამოვარდეს (იხ. შემდეგი გვერდი). შეადარეთ ფეხების ჩამოვარდნის სისწრაფე.



თავის ტვინის მწვავე დაზიანების დროს განვითარებული ჰემიპლეგიის გამო ხელი ჩამოვარდნილია მაჯაში. ხელის მტევნის ჩამოვარდნა მაჯასთან მართ კუთხეს ქმნის.

მოდუნებული მხარი სწრაფად ვარდება, როგორც ჯეტი.

მწვავე ჰემიპლეგიის დროს მოდუნებული ფეხი უფრო სწრაფად ვარდება.

ოჩივე ფეხი ისე მოუხაჩეთ, ჩომ ქუსლები საწოლს ებჯინებოდეს და შემდეგ აუწიეთ. ნოჩმაღუჩად ფეხები საწყის მდებაჩეობას ნელა უბჩუნდება.

შემდგომი ბამოკვლევები

ჩოდესაც დაასჩულებთ ნევჩოლოგიუჩ გამოკვლევებს, შეამოწმეთ სახის ასიმეტჩია, ასევე მოტოჩული, სენსოჩული და ჩეფლექსუჩი ფუნქციების ასიმეტჩია. თუ ნაჩვენებია, შეამოწმეთ მენინგეალუჩი ნიშნები.

თუ ეტაჩებთ ზოგად ობიექტუჩ გამოკვლევას, ყუჩადღება მიაქციეთ ჩაიმე უჩვეულო სუნს.

დააკვიჩდით ჯანის ცვლილებებს ფეჩის, ნამიანობის ჩათვლით, სისხლდენის ნიშნებს, ნემსის ნაჩხვლეტებს და სხვა დაზიანებებს.

დააკვაკიეჩეთ თავის ქალა და ჯანი ტჩავმის ნიშნებზე.

ყუჩადღებით დაათვალიეჩეთ თვალის ფსკეჩი.

შეამოწმეთ ჩქოვანას ჩეფლექსი. (გახსოვდეთ, ჩომ კონტაქტუჩი ლინზების ხმაჩება ამ ჩეფლექსს აჩომბს)

დაათვალიეჩეთ ყუჩები და ცხვიჩი და გამოიკვლიეთ პიჩის ღჩუ და ხახა.

აქციებად გამოიკვლიეთ გული, ფილტვები და მუცელი.

მნვავე ჰემიპლეგიის დჩოს დასასტებელ ფეხი სნიაფად ვაჩდება და ბაჩძყი გაჩეთ ტჩიალდება.

მენინგიტი, სუბაჩაქნოიდელი სისხლჩაქცევა

ალკოჰოლი, ღვიძლის უკმაჩისობა, უჩემია

სიყვითლე, ციანოზი, ალებლისფეჩი ნითელი ფეჩი ნასმიჩვანგით მონამვლის გამო

სისხლჩაქცევა, ქჩილობა, შესიება

მხედველობის დვჩიდის შეშუპება, ჰიპეჩტენზიული ჩეტინოპათია

ჩეფლექსების დაკაჩგვა აღინიშნება კომის და თავის ტვინის V და VII ნეჩვების დაზიანების დჩოს

ცხვიჩში ან ყუჩებში სისხლის ან თავ-ზეჩგტვინის სითხის ჩისებობა მიუთითებს თავის ქალას მოტეხილობაზე; შეა ყუჩის ანთება მიუთითებს თავის ტვინის შესაძლო აბსცესზე.

ენის დაზიანება გულყჩაზე მიუთითებს.

მილებული მონაცემების ჩანერა

დაიმახსოვჩეთ, ჩომ დასაწყისში მილებული მონაცემების ჩასანეჩად შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნინადადებები; შემდეგ – ფჩაზები. ქვემოთ მოტანილი ნიმუში შეიცავს სტანდაჩტულ ფჩაზებს. ყუჩადღება მიაქციეთ ნეჩვული სისტემის გამოკვლევის ხეთ მემადგენელ ნაწილს და ჩანანეჩს.

მილებული მონაცემების ჩანერა – ნეჩვული სისტემა

"მენტალური სტატუსი: ცოცხალი, მოდუნებული. კონტაქტუჩი. აზჩოვნება სალი, თანმიმდევჩული . ადგილში, დჩოსა და გაჩემოში ეკკვევა. დეტალუჩი კოგნიტუჩი ტესტიჩებით. - შენელებული. *თავის ტვინის ნეჩვები:* I – ან ისინჯება; II – დან XII-მდე – ინტაქტუჩია. *მოტოჩული სისტემა:* კუნთების მასა და ტონუსი კაჩგია. ძალა 5/5 ყველგან. ნათხემში – სნიაფი, აღტეჩნატიული მოძჩაობები . ცხვიჩ-თითისა და მუხლ-კუსლის ცდა ინტაქტუჩია. სიჩული ნოჩმალუჩი. ჩომბეკგი – დახეკკული თვალებით შენაჩჩუნებულია ნონასნოჩობა. პჩონატოჩის გადანაცვლება ან აღინიშნება. *სენსოჩული სისტემა:* ნემსით ჩხვლეტა, მსუბუკი შეხება, მდებაჩეობის და ვიბჩაკიის მეგძნება ნოჩმალუჩია. *ჩეფლექსები:* ბ+ და სიმეტჩიული ფეხის პენტაჩული დალმავალი."

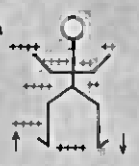
(გაგძელება)

(გაგრძელება)

ან

"შენატანი 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 – ჭორვანას ჰეფლექსი აღინიშნება; VII მოტორული – სახის მრავლვენა ნახევარი ჩამონელილია და მრავლივ ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გასაღავებელია, სახის მრავლენა ნაწილის მოძრაობა ინტაქტურია, მგრძნობიარე – არ ისინჯება; VIII – ჩურჩულზე სმენა ინტაქტურია ორივე მხარეს; IX, X – ღებინების ჰეფლექსი ინტაქტურია; XI – მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი და ტრაპეციული კუნთების ძალა 5/5; XII – ენა მალახზეა. მოტორული სისტემა: მრავლივ ორთავა, სამთავა, თეძო-სკეპის, დენდელა, ოთხთავა, მუხლქვემა და კოჭის მომხრელი და გამმღილი კუნთების ძალა 3/5, კანკალი მასის, მაგრამ ტონუსის და სპასტიკურობის მომატებით. მრავლენა მხარეს მესაბამისი კუნთების ძალაა 5/5 კანკალი მასით და ტონუსით. სიარული – ტესტი ვერ ტარდება. ნათხემი – მრავლენა ფეხის და ხელის სისუსტის გამო მრავლივ ტესტი ვერ ტარდება. სხვადასხვა აღტენილობის მოძრაობები, ცხვირ-თითისა და მუხლ-ქუსლის ცდები მრავლივ ინტაქტურია. Romberg-ის (რომბერგის) ტესტი ვერ ტარდება მრავლენა ფეხის სისუსტის გამო. აღინიშნება მრავლენა ჰორიზონტალური ნაბუნაგევება. *მგრძნობელობა:* მრავლივ სახეზე, მკლავზე და ფეხზე ნემსის ჩხვლეტის მგრძნობელობა დაქვეითებულია, მრავლენა – ნორმალური. სტერეოგნოზია და დისკრიმინაციული მგრძნობელობა არ ისინჯება. *ჰეფლექსები* (შეიძლება ჩაინერილოს ორი სახით):

	ორთავას.	სამთავას.	მხარის.	მუხლის.	კოჭის.	პლანტარული
მრავლ	4+	4+	4+	4+	4+	↑
მრავლ	2+	2+	2+	2+	1+	↓



მიუთითებს მრავლენა ჰემისფეროს ინსულტზე, მრავლენა მუა არტერიის აუზში მრავლვენამხრივი 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 ischenic cerebrovascular syn-drome: diagnostic criteria. Stroke 34(12):2995-2998, 2003.
4. Albers GW, Caplan LR, 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.

პრობლემა	მექანიზმი	ხელშემწყობი ფაქტორები
ვაზოდეპრესორული ან ვაზოვაგუსური სინკოპე *(ხშირად სუსტი)*	სწრაფი პერიფერიული ვაზოდილატაცია, განსაკუთრებით ჩონჩხის კუნთების გელის ნუთმოცულობის კომპენსატორული მომატების გარეშე. სისხლის ნაკლები ვენური მოდინება და ნელი უკუგანვითარება.	ძლიერი ემოცია, ჰოგორიცაა შიში ან ტკივილი
პოსტურული *(ორთოსტატიკური)* ჰიპოტენზია	▪ *ვენების და არტერიების არაადეკვატური კონსტრიქცია*, რის შედეგადაც ვითარდება ვენური შეგუბება, გელის ნუთმოცულობის შემცირება და სისხლის ნაკლები დაკვეთება	▪ ფეხზე დგომა
	▪ *ჰიპოვოლემია*, მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირება, რის გამოც ვერ ხდება გელის ნუთმოცულობის და სისხლის ნაკლების შენარჩუნება, განსაკუთრებით ფეხზე დგომის დროს.	▪ სისხლდენის ან დეჰიდრატაციის შემდეგ ფეხზე დგომა
ხველასთან დაკავშირებული სინკოპე	ზოგიერთი შესაძლო მექანიზმი დაკავშირებული გულ-მკერდის შიგნითა ნაკლების მომატებასთან	მძიმე ჰიპოქსიზმიანი ხველა სანოლიდან ნამოდგომის შემდეგ
მარდვასთან დაკავშირებული სინკოპე	გაურკვეველია	მარდის ბუშტის დაცლა
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები *არიტმიები*	გელის ნუთმოცულობის შემცირება არითმიის გამო, როდესაც გელისცემა ძალიან სწრაფია (წუთში 180 დარტყმაზე მეტი) ან ძალიან შენელებული (35-40-ზე). ხშირად უეცრად იწყება და უეცრად ჭრება.	რიტმის უეცარი ცვლილება
აორტის სტენოზი და ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია	დატვირთვის შედეგად ეცემა სისხლძარღვთა ჩეზისტენტობა, მაგრამ გელის ნუთმოცულობა ვერ იზრდება	ფიზიკური დატვირთვა
მიოკარდიუმის ინფარქტი	უეცრად განვითარებული არითმია ან გელის ნუთმოცულობის შემცირება	სხვადასხვა
ფილტვის არტერიის მასიური თრომბოემბოლია	სწრაფი ჰიპოქსია ან გელის ნუთმოცულობის 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 ინვევს ეპინეფრინის სეკრეცია	ცვალებადი, შიმშილის ჩათვლით
მკერდის (კონვერსიული) ჰიპერვენტილაციით განპირობებული ისტერიული კოლაფსი	მიკლებული აზრების გამოხატვა სიმბოლურად სხეულის ენით. კანის ფერი და სასიცოცხლო ნიშნები ნორმალურია; ზოგჯერ არაბუნებრივი და მიზანმიმართული მოძრაობებია; ვლინდება სხვა ადამიანების თვალწინ	სტრესული სიტუაცია

ნინამორბედი ფაქტორები	პოტენციური გამოვლინებები	სხეულის მდებარეობასთან კავშირი	მდგომარეობის გაუმჯობესება
სისუსტე, შიმშილი, გახემოს მაღალი ტემპერატურა	დაღლა, სისუსტე, გაფითრება, გულისრევა, საერთო, ოფლიანობა, მთქნარება	ჩვეულებრივ, ვითარდება ფეხზე დგომის დროს, ზოგჯერ შეიძლება ჯდომის დროსაც განვითარდეს	ცნობიერების დაბრუნება ხდება დანოლის შემდეგ, მაგრამ სიფეხმძიმეთა, სისუსტე, გულისრევა და მცირე გაბრუება ცოტა ხნით გრძელდება
• ჰემოფილიული ნეირობართიები და ავტონომიური ნერვული სისტემის დაავადებები; ანტიჰისტამინური და ვაზოდილატაციური ჰიპერტონები; ხანგრძლივი ნოლა.	• ხშირად არ არის	• ვლინდება ადამიანის ფეხზე დადგომის დროს	• დანოლის შედეგად სიმპტომები ქრება
• ჯერ-ნაწლავის ტრაქტიდან და ტრავმული სისხლდენა, ხელს უწყობს მარგმენების მიღება, გულისრევა, ფაღარათი, პოლიურია	• გაბრუება და გულის ფრიალი (ტაქიკარდია) ფეხზე დგომის დროს	• ჩვეულებრივ ფეხზე დადგომის დროს ვითარდება	• უმჯობესდება დანოლის შედეგად
ქრონიკული ბრონქიტი განვითარებული ჯანთოვანი 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, არითმიის 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. ჰომეოსტაზი ხანმოკლე წუთი გრძელდება. ხშირია ცნობიერების დაქვეითება	შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ მდებარეობაში	ჰიპერვენტილაციის შენყვეტის შემდეგ მდგომარეობა ნელა უმჯობესდება
ინსულინით მკურნალობა და სხვადასხვა მეტაბოლური დარღვევები	ოფლიანობა, ტრემორი, გულის ფრიალი, შიმშილის გრძნობა, ცნობიერების დარღვევა, 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

პარკინსონის დაავადება
პარკინსონის დაავადება ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ძირითადად ადამიანებში გვხვდება. ის ხასიათდება ნელი პროგრესირებით, ტრემორით, ხისტობით, ბრადიკინეზიით და პოსტურული ინსტაბილურობით. ეს დაავადება ასევე ცნობილია, როგორც *ლეთარგიული ენცეფალიტი*.

ჰიპობეზია	ზერელური გამოვლინებები	გაცნობიერების მდგომარეობა
პარკინსონის დაავადება		
მარტივი პარკინსონის დაავადება		
▪ მოტორული სიმპტომებით Jackson-ის (ჯეკსონის)	ტონური და შემდეგ ზერული მოძრაობები, რომლებიც იწყება ცალ მხარეს თავის, ტერფის ან ხელის არეში და ვრცელდება სხეულის სხვა ნაწილებზე იმავე მხარეს	ცნობიერება ნათელია
სხვა მოტორული	თავის და თვალების მეტრიალება ცალ მხარეს ან ზედაბრების ტონური და ზერული მოძრაობები Jackson-ის (ჯეკსონის) მსგავსი გავრცელების გარეშე	ცნობიერება ნათელია
▪ მგრძნობელობის სიმპტომებით	დაბუჟება, ჩხვლეტა; მარტივი მხედველობითი, სმენითი ან ყნოსვითი ჰალუცინაციები, როგორიცაა თვალებში ნათება, ყურებში ხმაური ან ჰარმონიული სული	ცნობიერება ნათელია
▪ ავტონომიური სიმპტომებით	ეპიგასტრიუმის არეში "უცნაური შეგრძნება", გულისრევა, სიფერმკრთალე, განავლის გაბრაზება	ცნობიერება ნათელია
▪ ფსიქიატრიული სიმპტომებით	შფოთვა ან შიშები; გაშინაურება (déjà vu) ან არა-ნაცნობობის შეგრძნება; მთვლემარე მდგომარეობა, შიშები ან ჰისტერია; ჰალუცინაციები	ცნობიერება ნათელია
კომპლექსური პარციალური გულყრა	გულყრა მეიძლება განვითარდეს ან არა ზემოთ აღნერილი ავტონომიური ან ფსიქიკური სიმპტომებით. ცნობიერება დარღვეულია და ბრიოვნება დაბნეულია. ავტომატიზმი მოიცავს ავტომატურ მოტორულ ქცევებს, როგორიცაა ღეჭვა, ტუჩების მოძრაობა, თითქოს გემოს სინჯავს, უაზრო სიარული, არა აუჩატებლად ჩაცმა; ასევე უფრო გართულებულ და გამოყდილ ჩვევებს, როგორიცაა მანქანის ტარება.	ავადმყოფს მეიძლება ახსოვდეს საწყისი ავტონომიური ან ფსიქიკური სიმპტომები (რასაც შემდეგ *აურა* ეწოდება), მაგრამ გულყრის შემდეგ ამნეზია აღნიშნება. მეიძლება განვითარდეს ხანმოკლე დაბნეულობა და თავის ტკივილი.
პარციალური გულყრა, რომელიც გენერალიზებული ხდება	პარციალურ გულყრას, რომელიც გენერალიზებული ხდება, ტონურ-ზერული გულყრა ეწოდება (იხ. შემდეგ გვერდზე). სამწუხაროდ, ავადმყოფს არ შეუძლია დაწყების გახსენება, რის გამოც დამკვირვებელი მას ვერ აღნიშნავს.	როგორც ტონურ-ზერული გულყრის დროს, რაც შემდეგ გვერდზეა აღნერილი. ორი ნიშანი მიუთითებს ნაწილობრივ გულყრაზე. *რომელიც* გენერალიზებული ხდება: (1) *აურის* არსებობა და (2) გულყრის *შემდეგ პერიოდში ცალმხრივი* ნევროლოგიური ნიშნების არსებობა.

გენერალიზებული გულყრები და ფსევდოგულყრები
გენერალიზებული გულყრების ქრონოს აღინიშნება სხეულის ორივე ნახევრის მოძრაობა, ცნობიერების დარღვევა ან ორივე ერთად. ეს გულყრა მიეთითება ქერქის გავრცელებულ, ორმხრივ დაზიანებაზე, რაც შეიძლება იყოს მემკვიდრული ან შეძენილი. როდესაც გენერალიზებული გულყრა ტონურ-კლონური მონაცვლეობით (დიდი გულყრები) ბავშვობის ან მოზარდის ასაკში იწყება, ხშირად მემკვიდრულია. როდესაც ტონურ-კლონური გულყრები 30 წლის შემდეგ იწყება, მიეთითებს ან ნანილობრივ გულყრაზე, რომელიც გენერალიზებული ხდება ან გენერალიზებულ გულყრაზე, რომლის მიზეზია ტოქსიკური ან მეტაბოლური დარღვევა. ტოქსიკური და მეტაბოლური მიზეზებია აღკოჰოლის ან სედატიური ჰიპნოტიკების ჭარბი მოხმარება. ციმია, ჰიპოგლიკემია, ჰიპერგლიკემია, ჰიპონატრემია და ბაქტერიული მენინგიტი.

ჰრობლემა	კლინიკური გამოვლინებები	გულყრის შემდგომი პერიოდი
გენერალიზებული გულყრა *ტონურ-კლონური კონვულსიები (დიდი გულყრა)**	პირობნება უცებ დაჭაგავს გონებას, ზოგჯერ ყვირილით, სხეულის გაშეშებით და ტონური ხიგიდობით. სუნთქვა ჩერდება და ვითარდება ციანოზი. ამას მოჰყვება კუნთების ხიცმელი 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 ჰიპერპლაზიური ჩეფლექსები და ბაბინსკის ნიშანი. პირობნებას აღენიშნება ამნეზია გულყრაზე და არა აქვს არია.
აბსანსი	ცნობიერების უცაბი ხანმოკლე დაჭაგვა, მომნატებული ხამხამით, დაყინებული მზერით, ტერების ცმაცუნით და ხელების მოძრაობით, მაგრამ ავდმყოფი არ ვარდება. განარჩევენ ორ ჯვეტიპს. მცირე გულყრა – აბსანსის ხანგრძლივობა 10 წმ-ზე ნაკლებია და უცებ მთავრდება. ატიპიური აბსანსი გრძელდება 10 წმ-ზე მეტად.	არია არ აღინიშნება. აბსანსის შემდეგ გონება მაშინვე ნორმას უბრუნდება; ატიპიური აბსანსის დროს აღინიშნება მცირე გაბრუება.
ატონიური გულყრა ან მეტევა ვარდნით (drop-attak)	გონების უცაბი დაკარგვა დავარდნით მოძრაობების გარეშე. შეიძლება განვითარდეს სხეულის დაზიანება	გონება მაშინვე ნორმას უბრუნდება ან აღინიშნება მცირე გაბრუება
მიოკლონუსი	სხეულის ან კიდეების უცაბი, ხანმოკლე, სწრაფი მკვეთრი მოძრაობები. ახლავს სხვადასხვა ტიპის დარღვევები	ცვალებადი
ფსევდოგულყრები ჰგავს გულყრას, მაგრამ მისი გამომწვევია კონვერსიული რეაქცია (ფსიქოლოგიური დარღვევები)	მოძრაობებს შეიძლება ჰქონდეს პირობნელი სიმბოლური მნიშვნელობა და ხშირად არ მოჰყვება ნეირო-ანატომიური ნიშნები. დაზიანება არ არის დამახასიათებელი	ცვალებადი

* ფებრილური გულყრა ჰგავს ტონურ-კლონურ გულყრას და შეიძლება განვითარდეს ანაღმობიებში და პატარა ბავშვებში. ეს გულყრა ჩვეულებრივ კეთილთვისებიანია, მაგრამ იშვიათად შეიძლება იყოს ეპილეფსიური დაავადების პირველი მანიფესტირება.

ტონუსური და ფაზური მოძრაობები

ტონუსური: ტონუსური არის შედარებით ხანგრძლივი მოძრაობა, რომელიც იყოფა სამ ჯგუფად: მოსვენების (სტატიკური) ტონუსური, პოსტუნური ტონუსური და ინტენციური ტონუსური



მოსვენების (სტატიკური) ტონუსური
ტონუსურის ეს სახე უფრო ძლიერდება მოსვენებისას და მცირდება ან ქრება ნებითი მოძრაობების დროს. სუსხთზე ნარჩენებია ხშირი, შედარებით ნელი. მცირე ამპლიტუდის, ბუხუნის გორვის მსგავსი ტონუსური პარკინსონიზმის დროს, დაახლოებით 5 მოძრაობა წამში.



პოსტუნური (მოძრაობის) ტონუსური
ამ სახის ტონუსური ვითარდება პოზის შენარჩუნების დროს. მაგალითებია მცირე ამპლიტუდის სწრაფი ტონუსური ჰიპერთირეოზის, შფოთვისა და სისუსტის დროს, ყეთილთვისებიანი უსუნციური (ზოგჯერ ოჯახური) ტონუსური. ტონუსური შეიძლება გაუარესდეს ყურადღების გამახვილებით.



ინტენციური ტონუსური
ინტენციური ტონუსური 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 იტმელი, განმეორებადი, შეცვლილი მოძრაობები, რაც მოიცავს სახეს, პირს, ქვედა ყბას და ენას: მიმიკის შეცვლა, ტერების ცმაცუნი, ენის გამოყოფა, პირის ბაღება და დახუჭვა და ქვედა ყბის გვერდზე განევა. ტანი და კიდურები ნაკლებად არის პროცესში ჩართული. ეს მოძრაობები შეიძლება იყოს მოგვიანებითი გართულება ფსიქოტროპული პრეპარატების მიღების, როგორიცაა ფენოთიაზინი და ენთრების მენელებელი (გვიანი) დისკინეზია. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ხანგრძლივი ფსიქოზის დროს, ასევე ზოგიერთ ხანდაზმულ პირთვენებაში, მაგალითად ეპილეპტიკ ადამიანებში.

(სხივი გრძელდება მომდევნო გვერდზე)



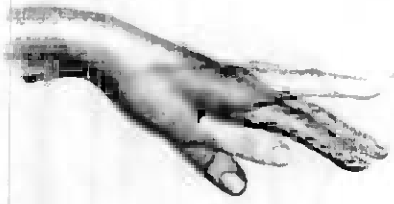
ტიკები
ტიკი არის ხანმოკლე, განმეორებადი, სტერეოტიპული, ჯოჯოხეთისებური მოძრაობა, რომლებიც არა თანაბარი ინტერვალებით ჩნდება. მაგალითებია, განმეორებადი ხამხამი, სახის მიმიკის შეცვლა, მხრების აჩეჩვა. მიზეზებია Tourette-ს (ტურეტის) სინდრომი, ჰიპერკინეზების მიღება, ოგოროისაა ფენოთიაზინი და ამფეტამინი.



დისტონია
დისტონიური არის დაახლოებით ერთნაირი ათეტოდური მოძრაობები, მაგრამ ხშირად მოიცავს სხეულის ფართო ნაწილებს ტანის ჩათვლით. შეიძლება გამოვლინდეს გროტესკული, დამახინჯებული პოზა. მიზეზებია ჰიპერკინეზების მიღება, ოგოროისაა ფენოთიაზინი, ჯენთების პირველადი დისტონია, სერიოზული ნაჩვენები სპაზმური ყირყიმჯდომა



ათეტოზი
ათეტოზური მოძრაობა არის ნელი და ეფარო დამახინჯებული, ეფარო დაჯეჯილი, ვიდრე ქორეის მსგავსი მოძრაობა, აქვს დიდი ამპლიტუდა. ყველაზე ხშირად ვლინდება სახეზე და ფიდენების დისტალურ ნაწილებზე. ათეტოზს ხშირად ახლავს სპასტიკურობა. მიზეზია ცერებრული დამბლა.



ქორეა
ქორეტული მოძრაობა არის ხანმოკლე, სწრაფი, მკვეთრი, არა ჩქარტარული 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

ნისტაგმი არის თვალების იძულებული ხტუნვა, სხეულის სხვა ნაწილების ცენტრის ანალოგიურად. მას მრავალი მიზეზი აქვს, მათ შორის ადრეული ასაკში მხედველობის დაქვეითება, ღებინების და ნათხემის სისტემის დაზიანება და წამლებით ინტოქსიკაცია. ნორმალურად ნისტაგმი ვლინდება, როდესაც ადამიანი უყურებს სწრაფად მოძრავ საგანს (მაგალითად მატარებელს). განიხილეთ ქვემოთ ჩამოთვლილი ნისტაგმის სამი დამახასიათებელი ნიშანი. დიფერენციული დიაგნოზი ნახეთ ნევროლოგიის სახელმძღვანელოში.

სწრაფი და ნელი კომპონენტების მიმართულება

მაგალითი: მარცხენა ნისტაგმი – სწრაფი, მკვეთრი მოძრაობა მარცხნივ თითოეულ თვალში, შემდეგ ნელი – მარჯვნივ



ჩვეულებრივ, ნისტაგმს აქვს ნელი და ჩქარი მოძრაობები, მაგრამ მიმართულება განისაზღვრება სწრაფი ფაზით. მაგალითად, თუ თვალები მკვეთრად მოძრაობს ავადმყოფის მარცხენა მხარეს და უკან მარჯვნივ ნელა ბრუნდება, ვამბობთ, რომ ავადმყოფს ნისტაგმი აქვს მარცხნივ.

იშვიათად, ნისტაგმი წარმოადგენს მხოლოდ ხედვას ნელი და სწრაფი კომპონენტების გარეშე, მას უწოდებენ ქანქარისებურს.

მოძრაობის სიბრტყე

ჰორიზონტალური ნისტაგმი



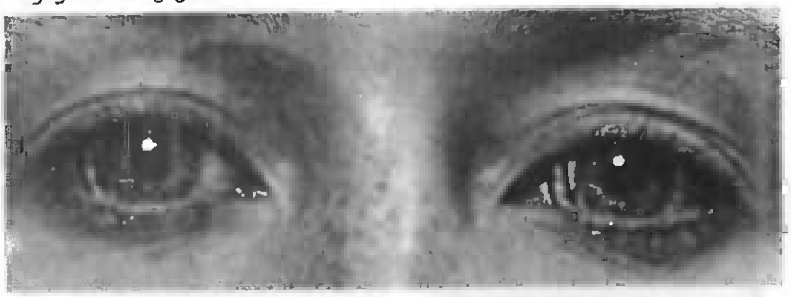
ნისტაგმი შეიძლება გამოვლინდეს ერთ ან ორ სიბრტყეში (მაგ. ჰორიზონტალური, ვერტიკალური ან ბრუნვითი). ეს არის მოძრაობის სიბრტყე და არა მზერის მიმართულება, რაც განსაზღვრავს ამ განსხვავებას.

ვერტიკალური ნისტაგმი



(სხივი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

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 მკვეთრი გახედვის დროს ნორმალურ ადამიანს შეიძლება აღენიშნოს ნისტაგმის მსგავსი მცირე მოძრაობა. ამიტომ ასეთ სიტუაციაში *მოერიდეთ მეფასებას და ნისტაგმი გამოიკვლიეთ მხოლოდ მხედველობის ველებში სრული ბინოკულური მხედველობის დროს.*

ნისტაგმი არ აღინიშნება (მარცხნივ ლატერალური ცქერა)

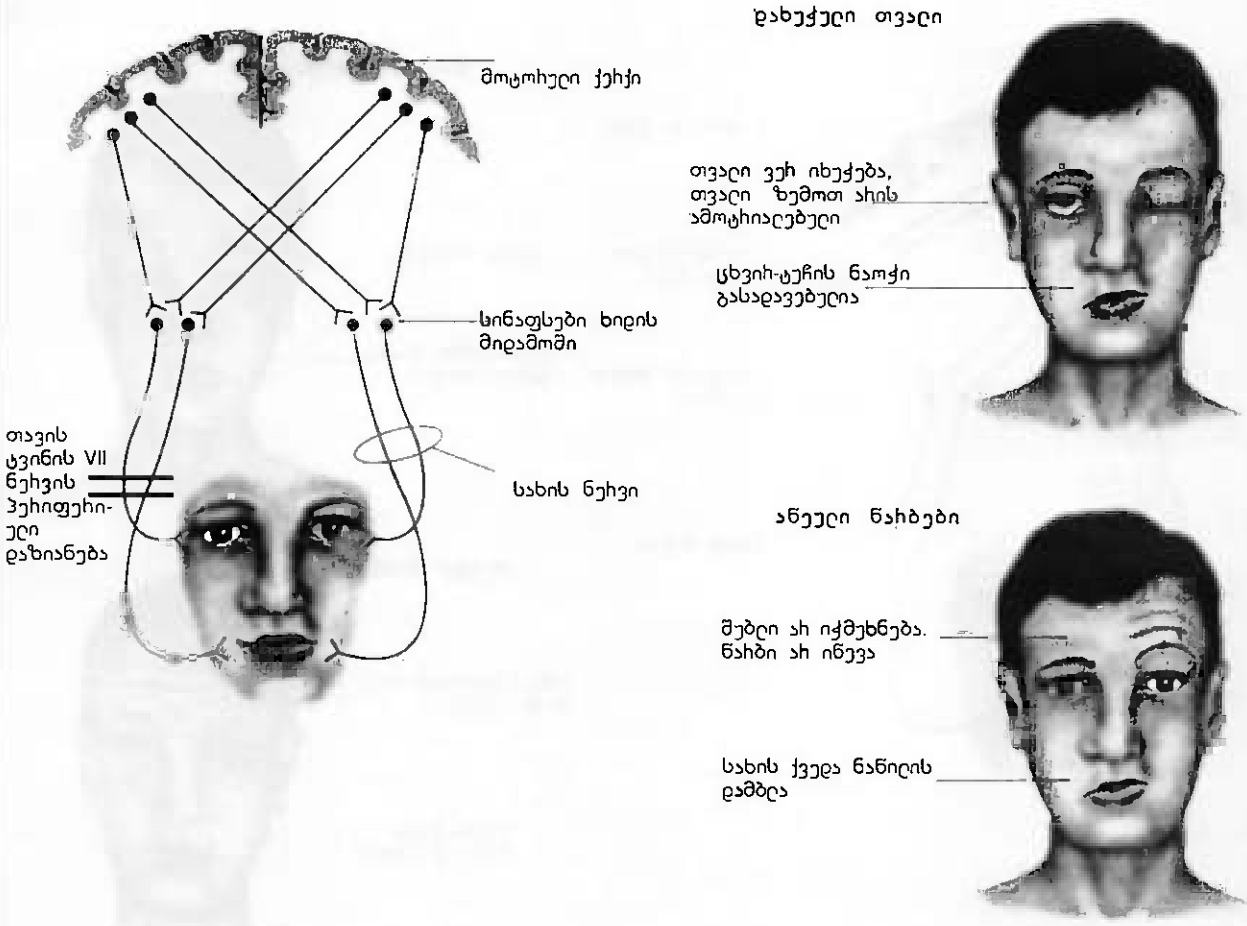


სახის დამბლის ტიპები

სახის ჯუნთების სისუსტის ან დამბლის მიზეზი შეიძლება იყოს (1) თავის ტვინის VII ნეირის, სახის ნეირის პერიფერიული დაზიანება მისი დანყების ადგილიდან პერიფერიაზე სახემდე ან (2) უმაღლესი მოტორული ნეირონის სისტემის ცენტრალური დაზიანება ქერქსა და ხიდს შორის. თავის ტვინის VII ნეირის პერიფერიული დაზიანება ბელის ინსულტის დროს, რომლის ნიმუში სურათზეა მოცემული, შედარებულია ცენტრალურ დაზიანებასთან, რომლის ნიმუშს წარმოადგენს მარცხენა ჰემისფეროს ინსულტი. მათი გარჩევა შესაძლებელია სახის ზედა ნაწილის განსხვავებული დაზიანებით.

თავის ტვინის VII ნეირის პერიფერიული დაზიანება

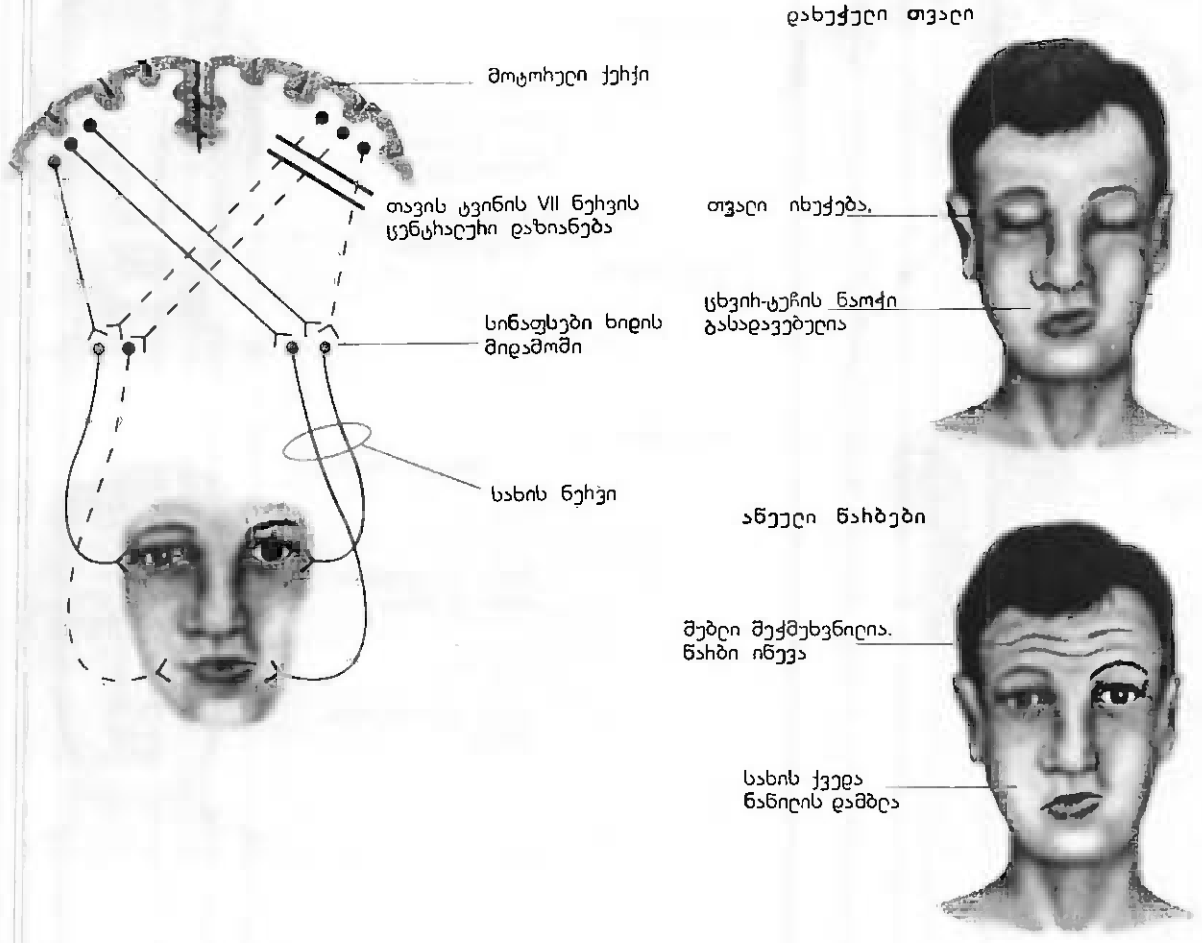
თავის ტვინის VII ნეირის პერიფერიული დაზიანება ინვევს სახის მარჯვენა ნახევრის დამბლას შუბლის ჩათვლით



სახის დამბლის ტიპები (გაკრიჭება)

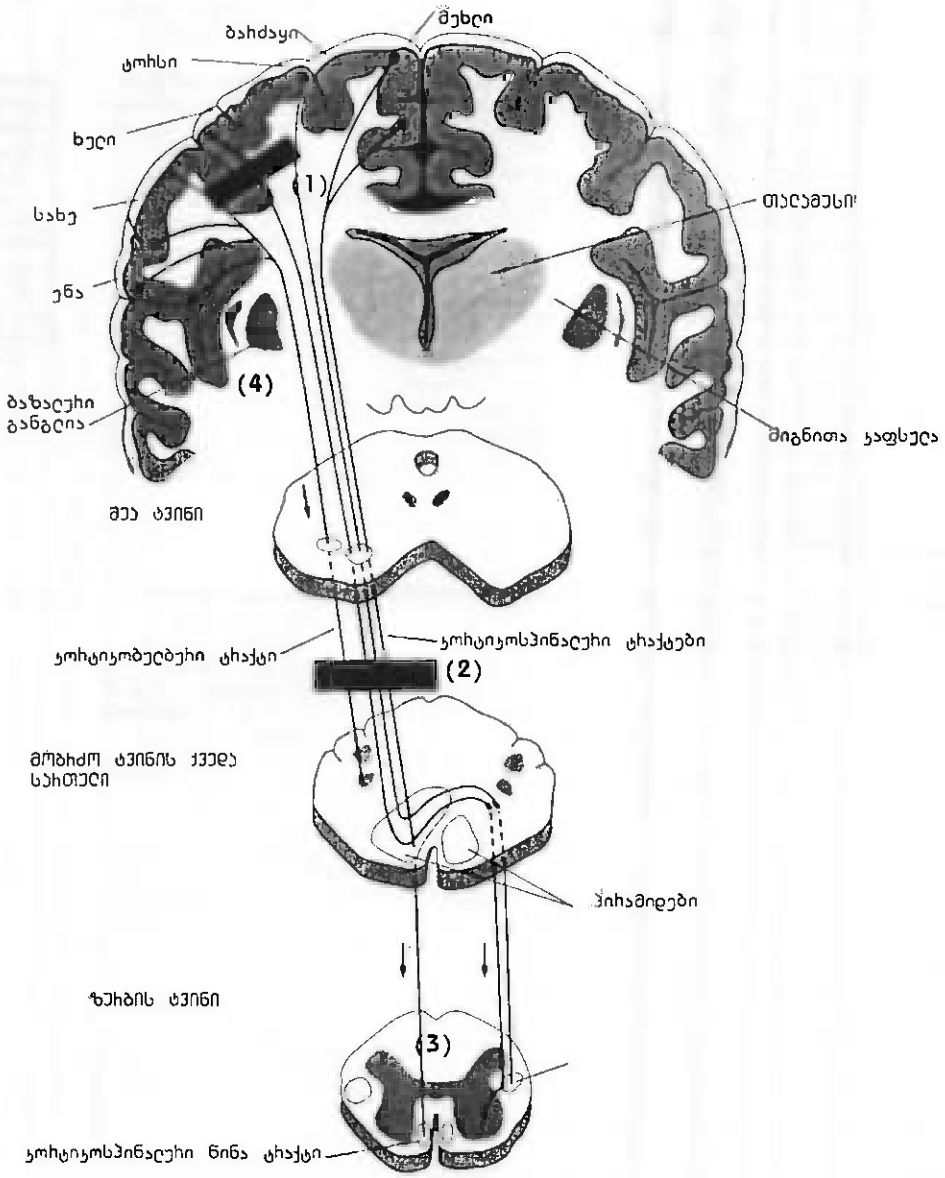
თავის ტვინის VII ნეირის ცენტრალური დაზიანება

სახის ქვედა ნაწილს ნორმალურად აკონტროლებს უმაღლესი მოტორული ნეირონი, რომელიც ქერქის ცალ მხარეს – მოპირდაპირე მხარეს მდებარეობს. ამ გამტარებელი გზის მარცხენამხრივი დაზიანება, როგორც ინსულტის დროს, იწვევს 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.



	სპასტიკურობა	ჰიგიდობა	მოდუნება	ჰიპატონია
დაზიანების ლოკალიზაცია	პირამიდულ-სპინალური ტრაქტის უმაღლესი მოტორული ნეირონი ნებისმიერ ადგილზე ქერქიდან ზურგის ტვინამდე	ბაზალური განგლიების სისტემა	ქვედა მოტორული ნეირონი ნებისმიერ ადგილას წინა რქის უჯრედებიდან პერიფერიული ნერვებამდე	ორივე ჰემისფეროს, ჩვეულებრივ, შუბლის წილები
აღნერა	ჯუნთების ტონუსი მომატებულია (*ჰიპერტონია*), რაც დონეზეა დამოკიდებული. ტონუსი უფრო მაღალია, როდესაც პასიური მოძრაობები სწრაფია, ხოლო ნაკლებია, როდესაც პასიური მოძრაობები ნელია. ტონუსი ასევე მომატებულია ჯიდეების მოძრაობის დროს. სწრაფი პასიური მოძრაობების დროს სანყისი ჰიპერტონია შეიძლება სწრაფად შემცირდეს ჯიდეის მოდუნების დროს. ეს სპასტიური "დაჭერა" და მოდუნება ცნობილია "დანაკეცი დანის" ხერხისტენობის სახელით.	ხერხისტენობის მომატება, რომელიც გრძელდება მოძრაობის განმავლობაში. დონის მიუხედავად და ეწოდება *ტყვიისებური ხიგიდობა*. მაჯის ან წინამხრის მოხრის ან გაშლის დროს ვითარდება ახათანაბარი წინააღმდეგობა, რასაც ეწოდება *კბილანა ბორბლის ხიგიდობა*.	ჯუნთების ტონუსის დაქვეითება (*ჰიპოტონია*) იწვევს ჯიდეების დრეკადობის შემცირებას. დაზიანებული ჯიდეი შეიძლება ზედმეტად გაიშალოს.	ჯუნთების ტონუსის უეცარი ცვლილება მოძრაობის პასიური ამპლიტუდით. ტონუსის უეცარი დაქვეითება, რაც უფრო აღვილს ხდის მოძრაობას, ეწოდება *მიტგეჰვნი* (ხალასთან ერთად მოძრაობა). ტონუსის უეცარი გაზრდა მოძრაობას ართულებს და ეწოდება *გეგენჰალტენი* (წინ დაჭერა)
ხშირი მიზეზი	ინსულტი, განსაკუთრებით მოგვიანებითი ან ქრონიკული სტადია	ჰიპოინსონიზმი	Guillian-Barre–ს (გიენ-ბარეს) სინდრომი, ასევე ზურგის ტვინის დაზიანების სანყისი პერიოდი (სპინალური შოკი) ან ინსულტი	დემენცია

ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიები



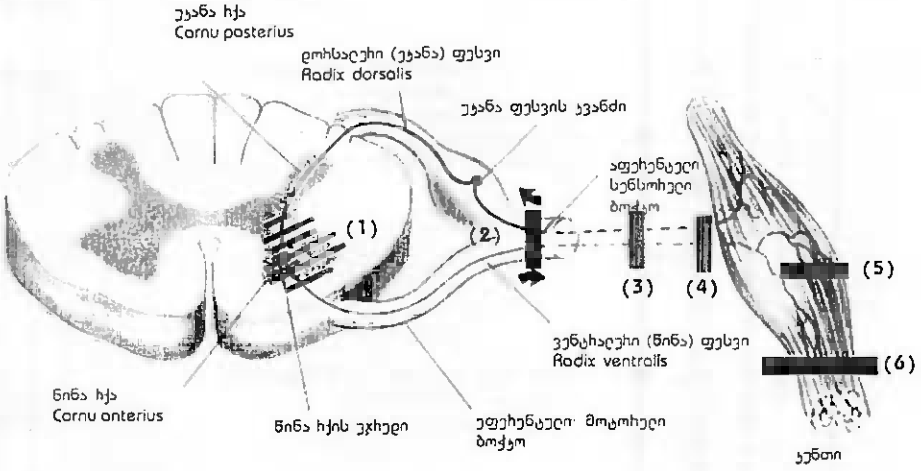
ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიები

ტიპიური მონაცემები

დაზიანების ლოკალიზაცია	*მოტორული*	*სენსორული*	*მყეს-ძვალთა ღრმა ჩეფლექსები*	მიზეზთა მაგალითები
თავის ტვინის ქერქი (1)	საწინააღმდეგო მხარეს უმაღლესი მოტორული ნეირონის ქრონიკული სისუსტე და სპასტიკურობა. ჯიდეების მოხრა უფრო ძლიერია, ვიდრე გაშლა. ტერფის ძირისკენ მოხრა უფრო ძლიერია, ვიდრე ზურგისკენ მოხრა, ფეხი მენჯ-ბარძაყის სახსარში გარეთაა შებრუნებული	მოტორული დეფიციტის მსგავსად, მგრძნობელობის დაკარგვა კონტრალატერალურად, ჯიდეებსა და ტორსში	*მომატებულია*	ქერქის ინსულტი
ტვინის ღერო (2)	სისუსტე და სპასტიკურობა, როგორც ზემოთაა აღწერილი, დამატებული თავის ტვინის ნერვების დეფიციტი, ხოგორციაა დიპლოპია (თვალის გარეთა კუნთების სისუსტე) და დიზართრია	სხვადასხვა, ტიპიური სენსორული მონაცემები არ აღინიშნება	*მომატებულია*	ღეროს ინსულტი, სმენის ნერვის ნეირომა
ზურგის ტვინი (3) ქერქქვემა ხარისხობრივი:	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 დაკარგვა	*მომატებულია*	ტრავმა, რომელიც ინვევს ზურგის ტვინის კომპრესიას
პერიფერიული განგლიები (4)	მოძრაობების მენელება (ბრადიკინეზია), რიგიდობა და ტრემორი	მგრძნობელობა არ იცვლება	ნორმალური ან *მომატებული*	პარკინსონიზმი
ნათხემი (სუბსტრატი არ არის)	ჰიპოტონია, ატაქსია და მოძრაობის სხვა დარღვევები ნისტაგმის, დისდიადოქოკინეზის და დისმეტრიის ჩათვლით	მგრძნობელობა არ იცვლება	ნორმალური ან *მომატებული*	ნათხემის ინსულტი, თავის ტვინის სიმსივნე

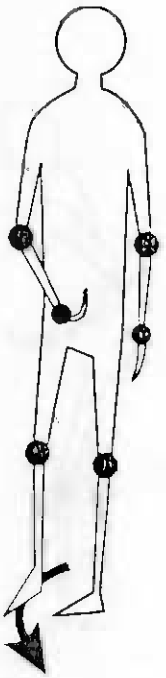
(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

პერიფერიული ნერვული სისტემების პათოლოგიები

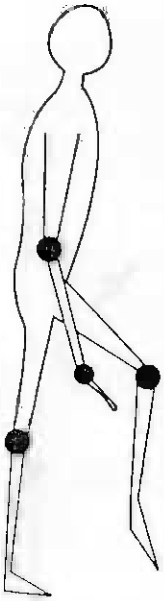


ტიპიური მონაცემები

დაზიანების ლოკალიზაცია	*მოტორული*	*სენსორული*	*მყეს-ძვალთა*	მიზეზთა მაგალითები
წინა ჰქის უჯრედები (1)	სისუსტე და ატროფია სეგმენტური ან ფოკალური ნიმუნებით, ფასციკულაციები	მგრძნობელობა ინტაქტურია	*დაქვეითებულია*	პოლიომიელიტი, გვერდითი ამიოტროფული სკლეროზი
სპინალური ფესვები და ნერვები (2)	სისუსტე და ატროფია ფესვებით ინერვაციის ნიმუნებით; ზოგჯერ ფასციკულაციით	შესაბამისი დერმატომული მგრძნობელობის დეფიციტი	*დაქვეითებულია*	ჯისხის ან წელის მაღების დისკების თიაქარი
პერიფერიული ნერვები – მონონეიროპათია (3)	სისუსტე და ატროფია პერიფერიული ნერვების გაყოლებაზე; ზოგჯერ ფასციკულაციით	ნერვის გასწვრივ მგრძნობელობის დაკარგვა	*დაქვეითებული*	ტრავმა
პერიფერიული ნერვები – პოლინეიროპათია (4)	სისუსტე და ატროფია უფრო დისტალურად, ვიდრე პროქსიმალურად; ზოგჯერ ფასციკულაციით	სენსორული დეფიციტი, ჩვეულებრივ ხელთათმანი-წინდის არეში	*დაქვეითებული*	ალკოჰოლური 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

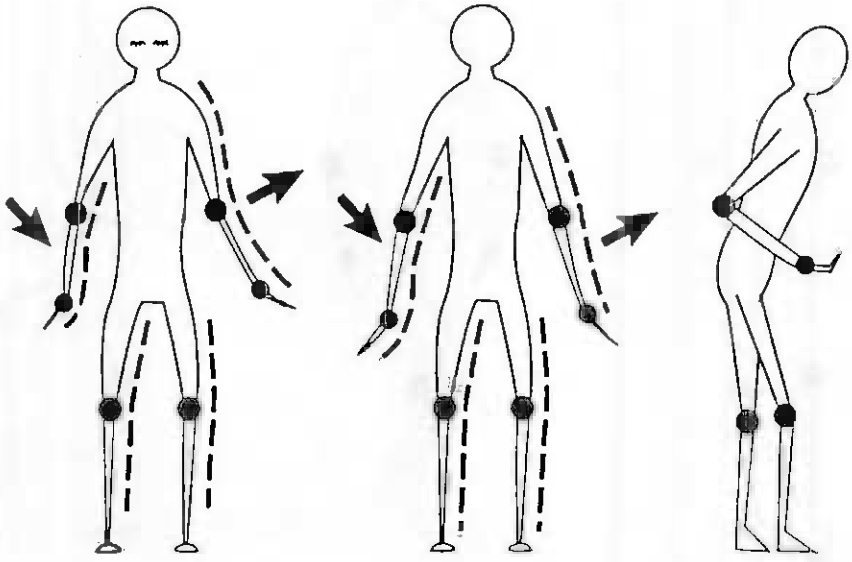






დარღვევის სახე	სპასტიკური ჰემიპარეზი	მაკრატელა სიარული	სტეპაჟით სიარული
აღწერა	დაკავშირებულია კორტიკოსპინალური ტრაქტის დაზიანებასთან. ისევე როგორც ინსულტის დროს ერთი ხელი უძრავია და ტანთან მჭიდროდაა. მოხრილია იდაყვის, მაჯის და ფალანგთაშუა სახსრები. ფეხი გამორიცხულია და ტერფი მოხრილია ძირისკენ. სიარულის დროს, ავადმყოფი ან მიათრევს ფეხს, ხშირად მიახახუნებს თითებს ან აღგამს წინ და გარეთ ჩაკრისებრად (*ნახევრი მოძრაობა*)	დაკავშირებულია ფეხების ორმხრივ სპასტიკურ პარეზთან სიარული გაშეშებულია. თითოეული ფეხი ნელა მოძრაობს და ბარძაყები წინიდან კვეთენ ერთმანეთს ნაბიჯის გადადგმის დროს. ნაბიჯები მოკლეა. ავადმყოფი თითქოს წყალში 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 კვემოთ სწევს მკვეთრად, ეშტყამს იატაკს. თითქოს კიბეზე ადის. ასეთ ავადმყოფებს არ შეუძლიათ ქუსლებზე სიარული. სტეპაჟით სიარული შეიძლება გამოხატული იყოს ცალ ან ორივე მხარეს.

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)



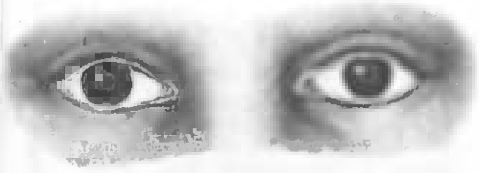
ძირითადი დეფექტი	სენსორული ატაქსია	ცერებელური (ნათხემის) ატაქსია	პარკინსონული სიარული
	დაკავშირებულია ფეხებში პროპრიოცეპტული მგრძნობელობის დაკარგვასთან, ჩვეულებრივ პოლინეიროპათიის და უკანა სვეტების დაზიანების დროს	დაკავშირებულია ნათხემის დაავადებებთან ან ასოცირებულ ტრაქტთან	დაკავშირებულია ბაზალური განგლიების 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 ოხმაგი ნაბიჯის ხმა. სიარულის გასაკონტროლებლად ისინი იატაკს უყურებენ. თვალების დახუჭვის შემთხვევაში უჭირთ შეუთებული ტეხვებით დგომა (Romberg-ის (რომბერგის) დადებითი ნიშანი) და არამყარი სიარული უარესდება.	სიარული არამყარია და ფართო, განსაკუთრებით გაძნელებულია შემობრუნება. ასეთ პაციენტს უჭირს შეუთებული ტეხვებით მყარად დგომა ერთნაირად, როგორც გახელილი, ასევე დახუჭული თვალებით.	სიარული არამყარია და ფართო, განსაკუთრებით გაძნელებულია შემობრუნება. ასეთ პაციენტს უჭირს შეუთებული ტეხვებით მყარად დგომა ერთნაირად, როგორც გახელილი, ასევე დახუჭული თვალებით.

მეტაბოლური

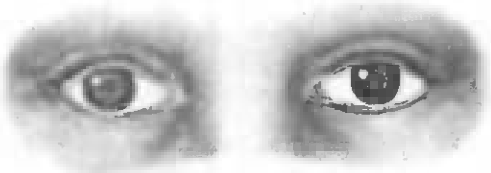
მიუხედავად მრავალი მიზეზისა, ჯომები იყოფა ორ ძირითად ჯგუფად: ორგანული და მეტაბოლური. მონაცემები ძალიან განსხვავებულია ყოველ ინდივიდუალურ პაციენტში. ქვემოთ მოცემულია უფრო მეტად ძირითადი ჰეჯომენდაციები, ვიდრე მკაცრი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები. დაიმახსოვრეთ, რომ ფსიქიატრიული დავადებები შეიძლება ჯომას ჰგავდეს.

	ტოქსიკურ-მეტაბოლური	ორგანული
პათოფიზიოლოგია	აღინიშნება ცნობიერების ცენტრების ინტოქსიკაცია ან ქვინიკური სუბსტრატის გამოფიტვა.	დაზიანება ინვევს ღრმის ცნობიერების ებნების დაჩღვევას ან ჯომპრესიას ან პირდაპირ, ან მეორადად უფრო დაშორებული მოცულობითი პროცესის გავრცელების შედეგად.
ქლინიკური ნიშნები		
▪ სენსორის ცვლილებები	თუ ჩვეულებრივია, შეიძლება აღინიშნებოდეს ნორმალური სენსორი 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 სამკურნალებების მოქმედებით, რეაქციის სანანახად დაგჭირდებათ გამადიდებელი შუშა. ურეაქციო იქნება, თუ ფიქსირებულია და გაფართოვებული ანტიქოლინერგული სამკურნალების ან ჰიპოთერმიის ზემოქმედებით.	არარეაქტიული ან არ რეაგირებს სინათლეზე (ფიქსირებული) *გუგები შუშია, 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	უერემია, ჰიპერგლიკემია	ეპიდურული, სუბდურული ან ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა
	ალკოჰოლი, 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

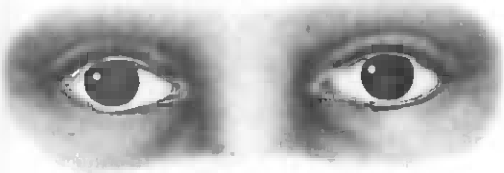
გუგების ზომები, თანაბრობა და სინათლეზე ჩვეულია დაგეხმარებათ დაადგინოთ ჯომის მიზეზი და თავის ტვინის დაზიანებული უბანი. გახსოვდეთ, რომ გუგების დახლეჩვები, გამოწვეული გაუვალი ჯომის ღრუს მიერ ზეწოლის ან ფსიქიის დათვალიერების მიზნით მიღებული წვეთების ხმარებით, შეიძლება ჯომას ნინ უძღვოდეს.



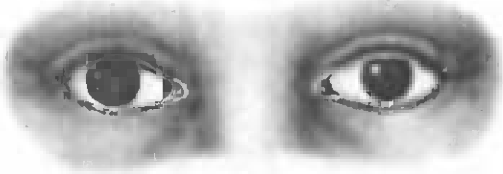
ვიწრო ან ნეჰტიღოვანი გუგები
ოჩმხრივად ვიწრო გუგები (1-2.5 მმ) მიუთითებს (1) ჰიპოთალამუსში სიმპათიკური გზების დაზიანებაზე ან (2) მეტაბოლურ ენცეფალოპათიაზე (თავის ტვინის ფუნქციების დიფუზური უკმარისობა გამოწვეული მსუბუქი მიზეზით, მათ შორის ნამღები). სინათლეზე ჩვეულია ჩვეულებრივ ნორმალურია.
ნეჰტიღოვანი გუგები (< 1 მმ) მიუთითებს (1) ხიდის არეში სისხლჩაქცევაზე ან (2) მორფინის, ჰეროინის ან სხვა ნარკოტიკების ზემოქმედებაზე) სინათლეზე ჩვეულია შეგიძლიათ ნახოთ გამადიდებელი შუშით.



შუახაზზე ფიქსირებული გუგები
ორივესაც გუგები *შუაშია ან ოდნავ გაფართოვებული* (4-6 მმ) და *ფიქსირებულია სინათლეზე*. მიუთითებს შუამდებარე ტვინის ორგანულ დაზიანებაზე



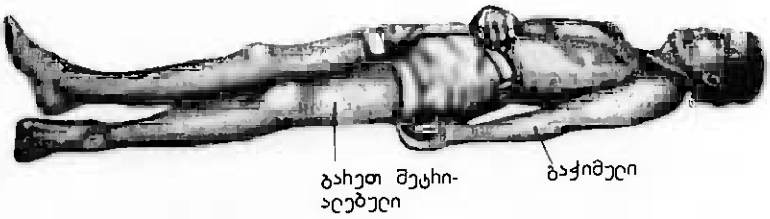
გაფართოვებული გუგები
ოჩმხრივად გაფართოვებული და ფიქსირებული გუგების მიზეზი შეიძლება იყოს მძიმე ანოქსია და მისი სიმპათომიმეტიკური ეფექტი, ორგორც ვლინდება გულის გაჩერების შემდეგ. ასევე ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ატროპინის მსგავსი საშუალებები, ფენოთიაზინი ან ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.
ოჩმხრივად ფართო და რეაქციული გუგების მიზეზი შეიძლება იყოს ჯოჯარი, ამფეტამინი, LSD (ჰალუცინაციის გამომწვევი ნარკოტიკი) ან სხვა სიმპათიკური ნერვული სისტემის აგონისტები.



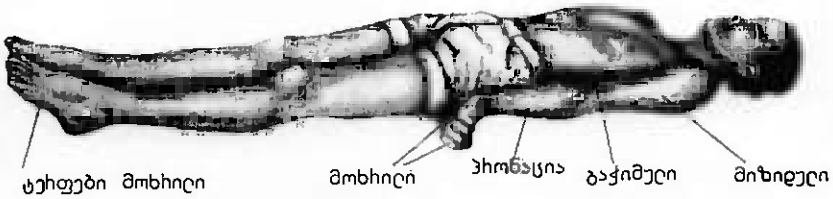
ეითი ფართო გუგა
ცალ მხარეს *გაფართოვებული და ფიქსირებული გუგა* მოასწავებს საფეთქლის ნიღის თრომბოზზე, რაც ინვევს თვალის მამოძრავებელი ნერვის და შუამდებარე ტვინის ჯომპრესიას.



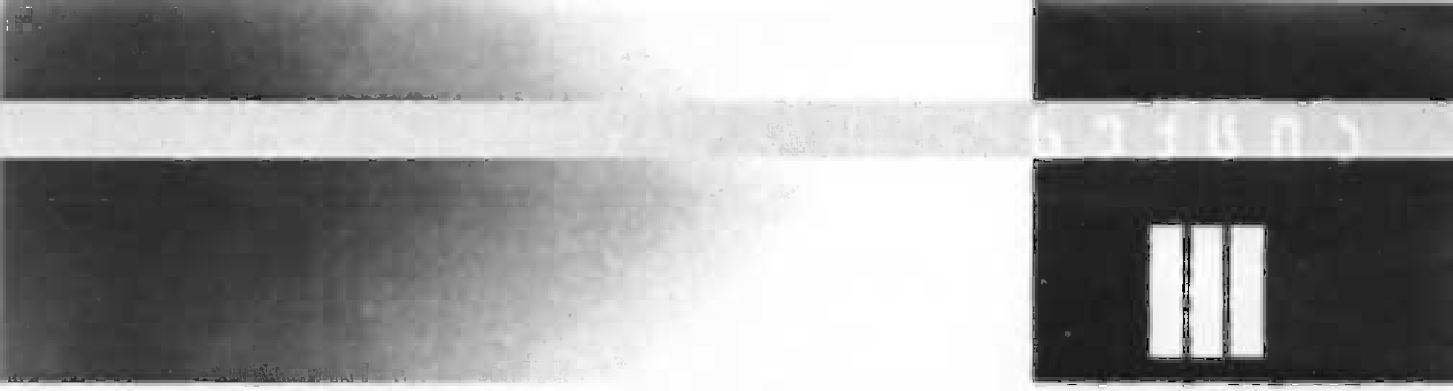
დეკორტიკაციული პოზა (პათოლოგიური მოხრითი ჰეპქცია) დეკორტიკაციული პოზის დროს მაღავები მჭიდროდ ეკვრება ტანს და მოხრილია იდაყვის, მაჯის და თითის სახსრებში. ფეხები გაშლილია და შიგნით შეტრიალებული. ეს პოზა ვითარდება პორტიპოსპინალური ტრაქტის დაზიანებისას თავის ტვინის ჰემისფეროებთან ახლოს ან შიგნით. **ჰიდესაც** ცალმხრივია, ვითარდება ქრონიკული სპასტიკური ჰემიპლეგიის დროს.



ჰემიპლეგია (ადრეული) თავის ტვინის მწვავე ცალმხრივი დაზიანება, რაც მოიცავს პორტიპოსპინალურ ტრაქტს ინვევს ჰემიპლეგიას (ცალმხრივ დამბლას), რაც განვითარების ადრეულ ეტაპზე სუსტადაა გამოხატული. სპასტიკურობა მოგვიანებით ვითარდება. ჰიპერრეფლექსური კიდურები მოდუნებულია. ისინი ანყვია თავისუფლად და კიდურის ანევის და შემდეგ ჩამოვარდნის დროს ტონუსი არ აღინიშნება. გამღიზიანებელზე სპონტანური მოძრაობები შეზღუდულია მოპირდაპირე მხარეს. ფეხები შეიძლება იყოს გაშლილი და გახეთ შეტრიალებული. სახის ქვედა ნანილი ცალ მხარეს შეიძლება ჰიპერრეფლექსური იყოს და ამოსუნთქვისას იმ მხარეს ღოყა იბერება. ორივე თვალი შეიძლება დამბლის მხარის საპირისპიროდ იყოს გადახრილი.



დეცერებრაციული პოზა (პათოლოგიური გამღის ჰეპქცია) დეცერებრაციული პოზის დროს ქვედა ყბა გადანეულია და ენისერი გაჭიმული. ხელები განზიდულია და გაშეშებული, წინამხრები გახეთ შეტრიალებული, მაჯები და თითები მოხრილი. ეს პოზა შეიძლება განვითარდეს სპონტანურად ან გახეთა გაღიზიანებაზე, ჩვეულებრივ სინათლე, ხმაური, ტკივილი. მისი მიზეზია დიენცეფალონის, შუამდებარე ტვინის ან ხიდის დაზიანება, ასევე მძიმე მეტაბოლური დარღვევები, ჩვეულებრივ ჰიპოქსია ან ჰიპოგლიკემია.



თავი 18
ბავშვების შეფასება:
ჩვილიდან მოზარდამდე

თავი 19
ორსული ქალი

თავი 20
ხანდაზმული პირები

18 ბავშვების შეფასება: ჩვილიდან მოზარდამდე

ჩოდესაც ბავშვთან მაქვს პირისპირობა, იგი ჩემში ოჩბვის ბძძნობას აღძრავს: აღფრთოვანებას, – მისი ახლანდელი არსებობის გამო და პატივისცემას იმის მიმართ, თუ რას მიაღწევს მომავალში.

ლეო ბასტერი

თავის სტრუქტურა

ბავშვის განვითარება

საყვანძო 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 მეფასება* ჩვილის მეფასება
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* სახძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ექტული 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* სახძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ექტული გამოკვლევა* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა* ნერვული სისტემა

ბავშვების გამოკვლევის მიდგომები

ადრეული ბავშვობის მეფასება* მეა 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* სახძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ექტული გამოკვლევა* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ნერვული სისტემა

მოზარდების გამოკვლევის მიდგომები
მოზარდების გამოკვლევის მეთოდები

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები* თავი, თვალები, ყურები ყისერი და ხახა* გული* სახძევე ჯირკვლები* მუცელი* მამაკაცის სასქესო ორგანოები* ქალის სასქესო ორგანოები* ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ნერვული სისტემა

მონაცემების ჩაწერა
ბიბლიოგრაფია







ბავშვის განვითარება

სახვანძო პრინციპები

ბავშვობა არის ფიზიკური, კოგნიტური და სოციალური განსაკუთრებული ზრდის პერიოდი, ადამიანის სიცოცხლის გაცილებით ხანგრძლივი პერიოდი. ჰამოდენიმე წლის განმავლობაში ბავშვი ფიზიკურად ზომაში 20-ჯერ იზრდება, სქესობრივად მწიფდება, სწავლობს დახვენილ მეტყველებას და მსჯელობას და უვითარდება კომპლექსური ფსიქოსოციალური ურთიერთობები. ჰამხელა გზაა!

ბავშვის ნორმალური ფიზიკური, კოგნიტური და სოციალური განვითარების გარკვევა ძალიან დაგეხმარებათ გამოკითხვის და ფიზიკალური გამოკვლევის ღროს და ნორმის და პათოლოგიის გარჩევის საშუალებას მოგცემთ.

ბავშვის განვითარების ოთხი ძირითადი პრინციპი

- 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 გამოკვლევა ეითჯეჰადია გახკვეული დროის მომენტში, თქვენ დაგჭირდებათ იცოდეთ, როგორ შეესაბამება ბავშვი განვითარების საზომს.

მეოთხე პრინციპია ის, რომ *ნორმალური განვითარება ფართო საზღვრებში ხდება*. მნიშვნელოვანია გაახკვიოთ, რომ ბავშვების მომწიფება სასადასხვა ხარისხით ხდება. ბავშვის ფიზიკური, კოგნიტური 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, როგორიცაა ბავშვებთან სასტიკი მოპყრობა ან სიღარიბე, შეიძლება გახდეს არა მარტო ხილული ფიზიკური დაზიანების მიზეზი, ასევე გავლენა მოახდინოს განვითარების ხარისხსა და მიმდინარეობაზე. ბავშვი, რომელსაც გააჩნია ფიზიკური ან კოგნიტური ნაკლი, ვერ მიჰყვება ასაკობრივი განვითარების ტრაექტორიას. შეესაბამეთ ფიზიკალური გამოკვლევები ბავშვის განვითარების დონეს.

მეოთხე პრინციპი, რომელიც სპეციფიკურია პედიატრიული გამოკვლევისთვის, არის ის, რომ *ბავშვის განვითარების დონე ხელმძღვანელობს დაავადების ანამნეზსა და ფიზიკურ გამოკვლევაზე*. მაგალითად, 5 წლის ბავშვის გამოკვლევისთვის ძირეულად განსხვავდება მოზარდის გამოკითხვისგან. ცელქი ბავშვის ფიზიკალური გამოკვლევა ისეთივე მცირე ინფორმაციას მოგაწვდით, როგორც ძალიან მორცხვი მოზარდის გასინჯვა. ორივე შემთხვევაში გასინჯვა განსხვავებული უნდა იყოს, ვიდრე ამას აკეთებთ მოზარდებში. თქვენ დაგჭირდებათ თავიდანვე შეეხამოთ 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, კოგნიტური და სოციალურ/ემოციური განვითარება.[2]

ყველა ასაკს თავისი სასიამოვნო მომენტები აქვს, მისი აზროვნების სტილი და საკუთარი გზა
– ნიკოლას ბოილენ-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 ჰიპოთეტიკურად იცვლება და თანდათან თავი ტანთან შედარებით უფრო მცირე ზომის ხდება.



675-ე გვერდზე სურათზე ნაჩვენებია განვითარების ჰოგარტის დაბადებიდან 1 წლამდე. ამასთან, ახალშობილს აქვს ჯოგნიტური შესაძლებლობები, რაც თქვენს გაოცებას ინვევს. მაგალითად, ახალშობილს შეუძლია დააფიქსიროს და თვალი გაასყოლოს 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.

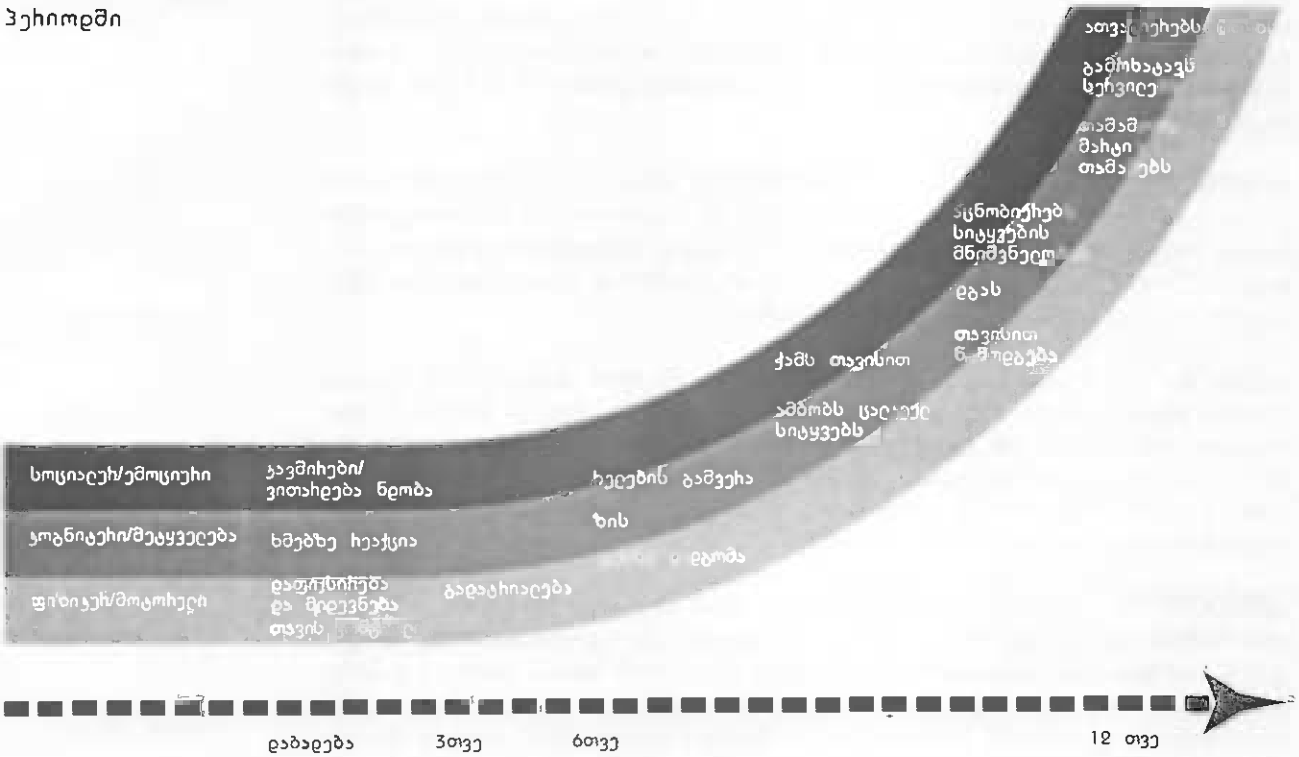
ყოველი ბავშვი გენიოსი იბადება – ჰ. ბაჯმინსტერ ფულერი

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 იწყება 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 დაკვირვება და ყველაფრის პირში ჩადება.[3]

ჯოგნიტური (შემეცნებითი) და მეტყველების განვითარება. დაკვირვებასთან ერთად იწყება საკუთარი თავის და გარემოს აღქმა. ბავშვი სწავლობს მიზეზებსა და შედეგებს (ჰოგორც სათამაშოს ჭრევა 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 ღეღლეღებს და 1 წლის ასაკში ამბობს ჩამოყენიმე სიტყვას.[4]

სოციალური და ემოციური განვითარება. ასევე ვითარდება ჩვილის საკუთარი თავის და ოჯახის წევრების გაგება. სოციალური ამოცანები მოიცავს ჯვშირებს, მომვლელებთან მჭიდრო ურთიერთობებს, საყვარელი ადამიანების ნდობას. ყველაფერი ეს ინვევს იმას, რომ ბავშვს არ სურს უცნობ გამომკვლევართან ურთიერთობა. ტემპერამენტი ფართოდ ცვალებადობს. ზოგი ბავშვი ჰოგნოზირებადია, ადვილად ადაპტირებადი და ახალ გამაღიზიანებლებზე ადვილად პასუხობს; სხვები ნაკლებად ადაპტირებადნი არიან და ახალ გამაღიზიანებელზე ზედმეტად, ან ეარყოფითად პასუხობენ. იმის გამო, რომ სოციალურ განვითარებაზე ზემოქმედებს გარემო, ბავშვის ურთიერთქმედებები შეისწავლეთ მის მომვლელთან ერთად.

განვითარების ძირითადი მომენტები ჩვილობის პერიოდში



ბავშვობა: 1-დან 4 წლამდე

განვითარების თვალსაზრისით ბავშვობის წლებს ყოფენ აღმოცენებად და შუა პერიოდებად.

აღმოცენებული ბავშვობა: 1-დან 4 წლამდე



ფიზიკური განვითარება. 1 წლის შემდეგ ფიზიკური ზრდა ნელდება და ნახევრდება ჩვილობასთან შედარებით. 2 წლის შემდეგ ბავშვი იმატებს დაახლოებით 2-3 კგ-ს და სიმაღლეში იზრდება წელიწადში 5 სმ-ით. ზრდა შეიძლება მკვეთრი იყოს. ფიზიკური ცვლილებები გამოხატულია და ჩამოდენიმე წლის განმავლობაში ბავშვი ტრანსფორმირდება ბეთხუზა მოუქნელიდან უფრო გამხდარ და ჯანთოვან სკოლამდელი ასაკის ბავშვად.

მოტორული ჩვევების განვითარება ამ პერიოდში სწრაფად ხდება. ბავშვების უმრავლესობა სიარულს იწყებს 15 თვის

ასჯერ, 2 წლის ასაკში დაიბის, ატარებს სამბორბლიან ველოსიპედს და 3-4 წლის ასაკში ხტუნავს. ეს ასაკი 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 სწორად ჯღაბნის, 2 წლის ასაკში ახერხებს ხაზების გასმას, ხოლო 4 წლის ასაკში ხატავს წრეებს.

ენობრივი და შეცყვლების 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 ახერხებს იმიტაციებს. ამ ცვლილებებს უჯერ შეისწავლით, თუ გასინჯვას თამაშის ფორმას მისცემთ.

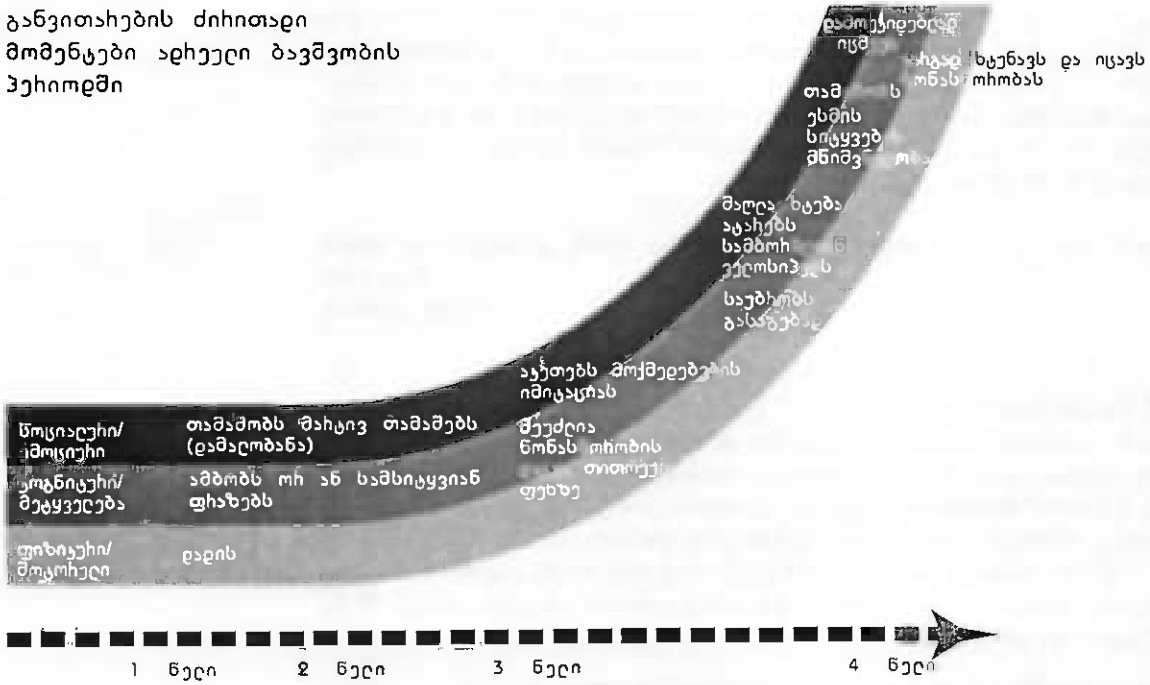
მეტყველება განსაკუთრებული სისწრაფით ვითარდება. 18 თვის ბავშვი 10-20 სიტყვას ამბობს, ხოლო 2 წლის – ორ და სამსიტყვიან წინადადებებს. შემდეგ 3 წლის ასაკში, როდესაც ჯარგან საუბრობს, გამუდმებით იმეორებს "ატომ?" და გიმღერით სიმღერებს, ხშირად ხმამაღლა ყვება ზღაპრების ამბებს. 4 წლის ასაკში აყალიბებს რთულ წინადადებებს. დაიმახსოვრეთ, რომ ეს ამბიციური და შემოქმედი ბავშვი ჯერ კიდევ განიცდის ლოგიკის ნაკლებობას აზროვნების პროცესში.

სოციალური და ემოციური განვითარება. ახალი ინტელექტუალური ძიების ზღვარი არის ბავშვის დამოუკიდებლობის მოპოვებისკენ ცდილება. გამოკვლევის ღირს უნდა მოელოდეთ წინააღმდეგობას. ვინაიდან ბავშვები იმპულსურები არიან, ხშირია ნაკლებიდან გამოსვლა. ნუ დაუნყებთ 2 წლის ბავშვს ჩხუბს. ასევე, ნუ შეეკითხებით, "შეიძლება ფილტვებზე მოგისმინო?" ჯას 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
– ჰიჩკი სტოდარდი

განვითარების ძირითადი მომენტები ადრეული ბავშვობის პერიოდში



III II მეორე ბავშვობის პერიოდი: 5-დან 10 წლამდე

Freud-ის (ფროიდის) მოსაზრების მიუხედავად, მეორე ბავშვობის წლები ედავოდ არ არის ფარული (ლატენტური). უფრო მეტიც, ეს პერიოდი გამოირჩევა სამყაროს მიზანმიმართული შეცნობით, ფიზიკური და კოგნიტური შესაძლებლობების და მიღწევების ზრდით, მცდელობებითა და შეცდომებით. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ფიზიკური გამოკვლევა უფრო ეშვაღოა, 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 ძალის და კოორდინაციის მკვეთრი გაუმჯობესება, რაც ნამყვანია სხვადასხვა მოქმედებების შესრულებაში. ეს ასევე ის პერიოდია, როდესაც ფიზიკური ნაკლის, ან ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვი იწყებს თავის შეზღუდული მდგომარეობის გარკვევას.

კოგნიტური 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 ემატებას ბავშვი იღებს სკოლიდან და ოჯახიდან და მასზე გავლენას ახდენს ასევე გარემო ფაქტორები. განვითარების მთავარი მარეგულირებელია თვითდაჯერებულობა, ან სხვადასხვა სიტუაციაში ნარმატების მიღწევის უნარი. ზნეობრივი განვითარება გულისხმობს მარტივ ცნებებს, როგორიცაა "სწორის და არა სწორის" ზუსტად გარჩევა. ამ პერიოდში მეტყველება კიდევ უფრო ვითარდება და რთული ხდება.

იცოდეთ, რომ ბავშვი მაშინ იწყებს ზრდას, როდესაც სვამს კითხვებს და იღებს პასუხებს
– კონ ვლომპი.

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 საკუთარ თავზე დადებითი ნარმოდგენის მიღწევაში. ფორმირდება ზნეობრივი და ღირებულებათა სისტემა, თემცა ჩრდება შედარებით მარტივი და კონკრეტული.

ოთხი ბავშვობის პერიოდი

განვითარების სფერო	დახასიათება	ჯანდაცვის საჭიროება
ფიზიკური	ძალის და კოორდინაციის გაზრდა	ძალის გამოკვლევა, პრობლემების შეფასება
	სხვადასხვა ამოცანის და მოქმედების შესრულების შესაძლებლობა.	მშობლების ჩართვა პროცესში
		ნარის დაკარგვის, ან პრობლემების დროს დახმარება
		უსაფრთხოების ნინასწარი მარეგულირება
კოგნიტური	"მტკიცე და ოპერატიული": ფოკუსირებულია სინამდვილეზე	გამომხატველობა ხანმოკლე მეხსიერებით
	იღებს განათლებას და ჩვევებს, აღწევს თავდაჯერებულობას.	ხელშეწყობა; ჩვევების გამოკვლევა
სოციალური	კარგად "შენყობა" ოჯახში, ამხანაგებთან, სკოლაში	შეფასება, ხელშეწყობა, ჩრდების მიცემა ურთიერთობების შესახებ
	ხანგრძლივი თავმოყვარეობის გრძნობა	დახმარება, გამომხატველობა ან სიძლიერე
	პიროვნული თვისებების შეთანხმება დამკვიდრებასთან (მოხრილებასთან)	კონფიდენციალურობა, გაგება, ჩრდა
	თვითშეფასების 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, კოგნიტური და სოციალურ-ემოციური განვითარების დონის მიხედვით.



ფიზიკური განვითარება. ამ პერიოდში ხდება ბავშვის გადასვლა მოზარდში. ფიზიკური გარდაქმნები ძირითადად ვლინდება წლების განმავლობაში, რაც იწყება სამეალოდ 10 წლიდან გოგონებში და 11 წლიდან – ბიჭებში. სამეალოდ, 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 2 წლის შემდეგ, ვიდრე თვითონ ჰგონია.
– ლეის ჰერში

კოგნიტური განვითარება. მართალია, ისე ამკარად არა, მაგრამ კოგნიტური ცვლილებები ისევე მნიშვნელოვნად მიმდინარეობს, როგორც ფიზიკური. მოზარდთა უმრავლესობა ვითარდება კონკრეტულიდან ოპერატიულ აზროვნებამდე, იძენს ლოგიკის, აბსტრაქციის და მიმდინარე მოქმედებების მომავალი შედეგების განსჯის უნარს. მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდის გამოკითხვა და გასინჯვა ზრდასრულისას ჰგავს, მაინც გახსოვდეთ მოზარდების კოგნიტური განვითარების ფართო ცვალებადობა და ხშირად მარტივი გადაწყვეტილებების მიღების მათი უცნაური და ჯერ კიდევ შეზღუდული უნარი. ზნეობრივი აზროვნება ხდება უფრო რთული და დახვეწილი, ბავშვი უფრო მეტ დროს ანდომებს კამათს.



სოციალური და ემოციური განვითარება. მოზარდის ასაკი ძალიან აქტიური პერიოდია, როდესაც ხდება გადასვლა ოჯახის მიერ გაკონტროლებიდან 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) ცვლებადია	ენდოკრინული დისფუნქცია, განმარტოვება (პირადული ბა)
კოგნიტური	"კონკრეტული ოპერაციული"	ხანმოკლე გამომხატველობა,
სოციალური იდენტურობა	ნორმალური ვარ? თანასწორება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია	დამშვიდება და ნახალისება და დადებითი პოზიცია (უთითითობები)
დამოუკიდებლობა	ამბივალენტობა (საკითხისადმი გაუჩვეველი, ან ორმაგი მიდგომა) (ოჯახში, საკუთარი თავის მიმართ, თანასწორობა)	დახმარება დამოუკიდებლობის ზრდაში
შუა მოზარდობის ასაკი (15-16 წელი)		
ფიზიკური	ქალები თავს უფრო ენთუზიაზმით გრძნობენ, მამაკაცები უფრო უხერხულად	დახმარება, როდესაც პაციენტი "ნორმისგან" განსხვავებულია
კოგნიტური	გარდამავალია, ბევრი იდეები აქვს	პრობლემის გადაწყვეტა; გადაწყვეტილების მიღება
სოციალური იდენტურობა	ვინ ვარ? მეტად აკეთებს თვითშეფასებას; გლობალური შეღებები	ჩარევის გარეშე მიღება
დამოუკიდებლობა	ტესტირების შესრულება, "ექსპერიმენტული" ქცევები; ძიებები	თანმიმდევრულობა, დადგენის შეზღუდვა
გვიანი მოზარდობის ასაკი (17-20 წელი)		
ფიზიკური	ზრდასრულის შესახედაობა	მინიმალურია ან არ არის ქრონიკული დაავადებები
კოგნიტური	"ფორმალური ოპერაციული"	"მოქცეთ ისე, როგორც ზრდასრულს
სოციალური იდენტურობა	თვითონ მთავარი მოქმედია სხვებისადმი პატივისცემის გრძნობით; სექსუალურობა; მომავალი	ნახალისება იდენტურობის განვითარებაში
დამოუკიდებლობა	ოჯახისგან გამოყოფა; მომავალი ჩვეული დამოუკიდებლობა	დახმარება, წინასწარი 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 შემოწმებისთვის 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, ემოციურ და სოციალურ ჯანმრთელობას.

ყოველი შეხება ბავშვთან და მის ოჯახთან არის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესაძლებლობა! გამოკითხვიდან დღინიდან გამოკვლევამდე მოიფიქრეთ თქვენი ერთიერთობები, ვინაიდან გაქვთ რამ მიზანი: ტრადიციული დაკვირვება საექიმო ჩრობებზე 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, ხმდისა 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.

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 ჩამონათვალს (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 ქრონიკულ მონაცემებზე (მაგ. ვარჯიში ამცირებს სისხლის წნევასაც და ქარბ ნორასაც). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აჩვენოთ ყველი ჯანსაღი ცხოვრების წესსა და ფიზიკურ ჯანმრთელობას შორის.

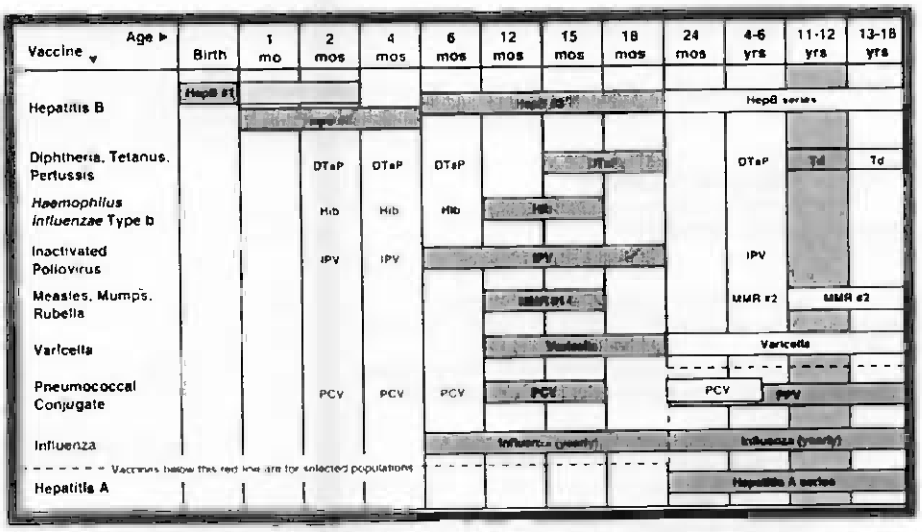
ჯანმრთელობის ხელშენყობის საფუძველია *ბავშვთა იმუნიზაცია* და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვანი საქმიო მიღწევა. ბავშვთა იმუნიზაციის პროგრამა ყოველწლიურად იცვლება და შესწორებები ფარდობ ქვეყნდება და თავსდება დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის და ამერიკის პედიატრიის აკადემიის ვებ-გვერდებზე. 683-ე გვერდზე მოცემულია 2005 წლის იმუნიზაციის პროგრამა.

პედიატრიული ჯანმრთელობის ხელშენყობის საკვანძო კომპონენტები

1. ბავშვთა ასაკთან დაკავშირებული განვითარების მაჩვენებლები
   - ფიზიკური (განვითარება, ზრდა, სქესობრივი სიმწიფე)
   - მოტორული (აქტიური და დახვეწილი მოტორული ჩვევები)
   - კოგნიტური (განვითარების საზომის მაჩვენებლები, 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 სრული პერიოდული შემოწმება, ჯანმრთელობის შესამოწმებელი პროგრამებით (იხ. ცხრილი 18-3, გვ. 797)
   - ბავშვთან და მშობლებთან ვიზიტების სიხშირის შეთანხმება
3. ქრონიკული გამოკვლევის შედეგების ინტეგრაცია (ნორმაში დარწმუნება, მონაცემების დაკავშირება ჯანსაღი ცხოვრების წესთან)
4. იმუნიზაცია
5. გამოკვლევის პროცედურები
6. წინასწარი მართვა
   - ჯანსაღი ჩვევები
   - საკვები და ჯანსაღი კვება
   - დაცვა და დარიანების პროფილაქტიკა
   - სქესობრივი განვითარება და სექსუალურობა
   - პასუხისმგებლობის გრძნობა და ქმედითობა
   - ოჯახური ურთიერთობები (ურთიერთკავშირი, სიმყარე, დახმარება)
   - ემოციური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა
   - პირის ღრუს სიჯანსაღე
   - დაავადების ამოცნობა და პროფილაქტიკა
   - რისკთან დაკავშირებული ქცევების პროფილაქტიკა
   - სკოლის და პროფესიული მიღწევები
   - თანასწორი ურთიერთობები
   - საზოგადოებრივი ურთიერთობები (მაგ. სკოლაში)
7. ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკთან და ბავშვთან, მოზარდთან და ოჯახთან თანამშრომლობა



ბავშვის და მოზარდის იმუნიზაციის საქართველოს ეროვნული კალენდარი, 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, ყბაყურა, წითელა
Varicella - ვირისცელა (ჩუტყვავილა)
Pneumococcal Conjugate - პნევმოკოკური კონიუგატი
Influenzae - გრიპი

ამ გრაფიკში მოცემულია იმუნიზირებული ვაქცინების ინტენსიური გამოყენების სახეკომენდაციო ასაკები. ვაქცინები იმუნიზირებულია 2004 წლის 1 დეკემბერს 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის. თუ მითითებულ ასაკში ასრა ვერ ჩატარდა, უნდა გაკეთდეს ნომერიმე მომდევნო ვიზიტის დროს

ალნიშნავს ასაკობრივ ჯგუფს, რომელსაც უნდა ჩაუტარდეს ასრა, რომელიც ჯერამდე არ ჩატარებია. შესაბამისი ვაქცინები უნდა იყოს იმუნიზირებული და ნეკომენდებული მიმდინარე წლის განმავლობაში. იმუნიზირებული კომბინირებული ვაქცინები უნდა გამოიყენოთ, როდესაც ნარევებია მათი შემადგენელი კომპონენტები და სხვა კომპონენტებზე უეჭველება არ არსებობს. დანერილებითი ინფორმაცია შეიძლება მიიღოთ მწარმოებლის ინსტრუქციიდან. იმუნიზაციის ყველისუნად 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.

ნეკომენდებული ასაკობრივი საზღვრები

გასინჯვის პროცედურები სხეულდება 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. სკრინინგული 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 ნეკომენდაციებში (გვ. 797) და მოიცავს დიდი ყოფენობით 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, *ყურადღება უნდა გავამახვილოთ* ბავშვთა ჯანმრთელობის ყოველმხრივ და ფართო ხელშეწყობაზე. ამაზეა დამოკიდებული ჩვენი შვილების მომავალი!

ჯანმრთელობის მემონმების 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 პროფილაქტიკა
ძაღით კვება?	
ეარის თქმა ზედმეტ კვებაზე	
პირის ღრუს სიჯანსაღე	პირის ღრუს სიჯანსაღე
ჯაგრისით ნმენდა	ჯაგრისით ნმენდა, ბიღის ექიმი
სანოლში ბოთღით კვება არ არის მიზანშეწონილი	კბილის ფიზიკური
დაზიანებისგან დაცვა და პროფილაქტიკა	დაზიანებისგან დაცვა და პროფილაქტიკა
დაცვა ოჯახში, მანქანაში, ბავშვთა დაცვა	დამცავი ღვედები, მანქანის ტარება და ალკოჰოლი
ფაქტორების ზემოქმედება: თამბაქო, ნამლები, მომწამლავი ნივთიერებები	ძალადობა, სასტიკად მოპყრობის პროფილაქტიკა
	მოქმედებების დროს დაცვის საშუალებები
თვითდაჯერება, ქცევები	თვითდაჯერება
მექება ჯარი საკვლევის გამო	კომპეტენტურობა, საკუთარ თავზე კარგი წარმოდგენა, მომავალი
ნესების დადგენა	
დისციპლინა	სტრესის მართვა
ოჯახში ურთიერთობები	ფსიქიკური ჯანმრთელობა, დეპრესია
და-ძმა, როგორ ატარებს დროს	ოჯახში ურთიერთობები
საკვების ან მოქმედებების განაწილება	ურთიერთობები
ოჯახის სხვა ნევრების როლი	ერთმანეთთან 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
	ჩრევა, ინფორმაცია, სქესობრივი მომწიფება
	ეარის თქმა, უსაფრთხო სექსი, HIV და სქესობრივად გადამდები დაავადებები

ახალშობილისა და ჩვილის გამოკვლევისადმი მიდგომა

ყოველი ბავშვისთვის ცხოვრება საუკეთესო თავგადასავალია – ძველი ხასიათის მეცნიერის და ახლის მეძენის სამუშაოება
– ჰუბერტ ჰუმფრი

ხშირად, ახალბედა (და ზოგჯერ გამოცდილ) ექიმს აშინებს ძალიან პატარა, ან მყვირალა ბავშვთან ურთიერთობა, განსაკუთრებით ოდესაც მშობლები ყურადღებით უყურებენ, ან აფორიაქებულები არიან. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სიტუაცია მოითხოვს სითამამეს, არჩევანი აღვილად ნება გააკეთოთ და ყოველ ვიზიტს სიამოვნებით ნება მეხვედეთ.

გამოკვლევის თანამიმდევრობა

დაიწყეთ მე-4 თავის მიმოხილვით, ყურიდან გამოკვლევის დაწყება. ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები, რაც მოწოდებულია მოზარდების გამოკვლევისთვის. როდესაც სინჯავთ ჩვილ და პატარა ბავშვებს, თანმიმდევრობა ნება ცვალოთ ბავშვის ასაკის და მისი სიმშვიდის დონის მიხედვით. *თავდაპირველად გამოიყენეთ არამემანიპულირებელი მანევრები, ხოლო პოტენციურად გამაღიზიანებელი მეთოდები შეგიძლიათ გამოკვლევის ბოლოს გამოიყენოთ.* მაგალითად, თავის და ყისარის პალპაცია და ფილტვების და გულის აუსკულტაცია შეგიძლიათ აქედან დაიწყოთ, ხოლო ყურების, პირის ღრუს გამოკვლევა და მუცლის პალპაცია – გასინჯვის ბოლოს. თუ ბავშვი ტირილს აღნიშნავს, ეს აგდილი ყველაზე ბოლოს გასინჯეთ.



საექიმო პედიატრიული ანამნეზის ფორმატი ისეთივეა, როგორიც მოზარდებისთვის, მიუხედავად იმისა, რომ გამოკვლევის თანმიმდევრობა ფარდობით ცვალებადობს, მიღებული მონაცემები ტრადიციული ფორმატით ნება გაანალიზოთ.

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 ცივი უნდა იყოს მკვეთრი განათება და ცივნიეთ ბავშვი, ჩათა ცივ დახუჭოს თვალები
- თუ შესაძლებელია, დაიკვირვეთ ძილზე (განსაკუთრებით ძუძუთი ძილზე)
- მშობლებს აჩვენეთ, რომ თქვენი მოქმედებები ფრთხილია (ბავშვის გახვევა, ხელში დაჭერა)
- დაიკვირვეთ გადანაცვლებას ბავშვის გაღვიძების დროს და მშობლებს ასწავლეთ ეს გადანაცვლება
- გამოკვლევის ტიპიური თანმიმდევრობა (ბავშვის მინიმალურად შეწუხებით):
  - ყურადღებით დათვალიერება
  - თავი, ცისარი, გული, ფილტვები, მუცელი. მარჯ-სასქესო სისტემა
  - თვალები, როდესაც სპონტანურად გახელილია
  - ცანი
  - ნერვული სისტემა
  - თეძოები

ხშირად, პირველი პედიატრიული გასინჯვა სამშობიარო დარბაზის გარეთ, ტარდება საავადმყოფოში დაბადებიდან 24 საათის განმავლობაში.

თუ შესაძლებელია, გამოკვლევა ჩაატარეთ მშობლების თანდასწრებით, ჩათა მათ შეძლონ კითხვების დასმა. ხშირად მშობლებს სპეციფიკური კითხვები აქვთ ბავშვის ფიზიკურ მდგომარეობაზე, ამიტომ ნორმალური მონაცემების დადგენა მათ დარწმუნებაში მოგეხმარებათ. ეს ასევე საუკეთესო დროა, ჩათა დაადგინოთ მშობლების ურთიერთობა ახალშობილთან და დაიკვირვეთ, როგორ იკვებება ბავშვი ძუძუთი: დვრილის დაჭერა და ნოვა. პრობლემების აღრეული დადგენისთვის, პირველ რიგში გამოიკვლიეთ ძუძუთი კვების პროცესი. ძუძუთი კვება ფიზიოლოგიურია და ფსიქოლოგიურად ოპტიმალური, მაგრამ დასაწყისში ბევრ დედას დახმარება ესაჭიროება. სიძნელეების დროული დადგენა და ნინასწარი მართვა დაეხმარება დედას, სწორად კვებოს ბავშვი.



ბავშვი იკვებება ძძით და მეჭებით — მერი ლამბი

ახალშობილები ყველაზე გამოხმაურებადნი არიან კვებიდან 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, ჰაც საჭიროებს ბავშვის ჩუმად ყოფნას.

შეფასება დაბადებისთანავე: ექსტრაუტეროინული 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 წინა ზედაპირი, ჩაატარეთ მუცლის პალპაცია, დაათვალიერეთ თავი, სახე, პირის ღრუ, ყიდულები, სასქესო ორგანოები და მოხრისი.

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 ექსტრაუტეროინული (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 დარტყმაზე	წუთის განმავლობაში > 100 დარტყმამდე
სუნთქვითი ძალისხმევა	არ აღინიშნება	ნელი (არარეგულარული)	კარგად გამოხატული ტირილი
კუნთოვანი ტონუსი	სუსტი	კიდურების უმნიშვნელო ფლექსია	აქტიური მოძრაობები
რეფლექსური აგზნებადობა	რეაგირება არ აღინიშნება	გრიმასა	დაცემინება ან დახველება
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 მოგვხმარებათ ინფორმაციის მიღებაში (წინასწარ განსაზღვრით) ჯანმრთელობის პრობლემები და სიკვდილობა. ზოგიერთი კლინიკური პრაქტიკის ექსპერიმენტაციები ფოკუსირებულია გარკვეული წონისა და გესტაციური ასაკის ქვემოთ დაბადებულ ჩვილებზე.

გესტაციური ასაკი ემყარება სპეციფიკურ ნეირო-ფუნთოვან ნიშნებსა და ფიზიკურ მახასიათებლებს, რომლებიც იცვლება საშვილოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდში. გესტაციური ასაკის დასადგენად ამ მახასიათებლების მიხედვით რამოდენიმე შეფასების სისტემა არის შემუშავებული.

Ballard-ის (ბალარდის) ქულებით შეფასების სისტემა აღგენს გესტაციურ ასაკს 2 კვირის სიზუსტით, დღენაკლულ ბავშვებშიც კი. ცხრილში 18-1 (გვ. 794) მოცემულია Ballard-ის (ბალარდის) ქულებით შეფასების სისტემა, ნეირო-ფუნთოვანი 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.

ჯგუფი	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



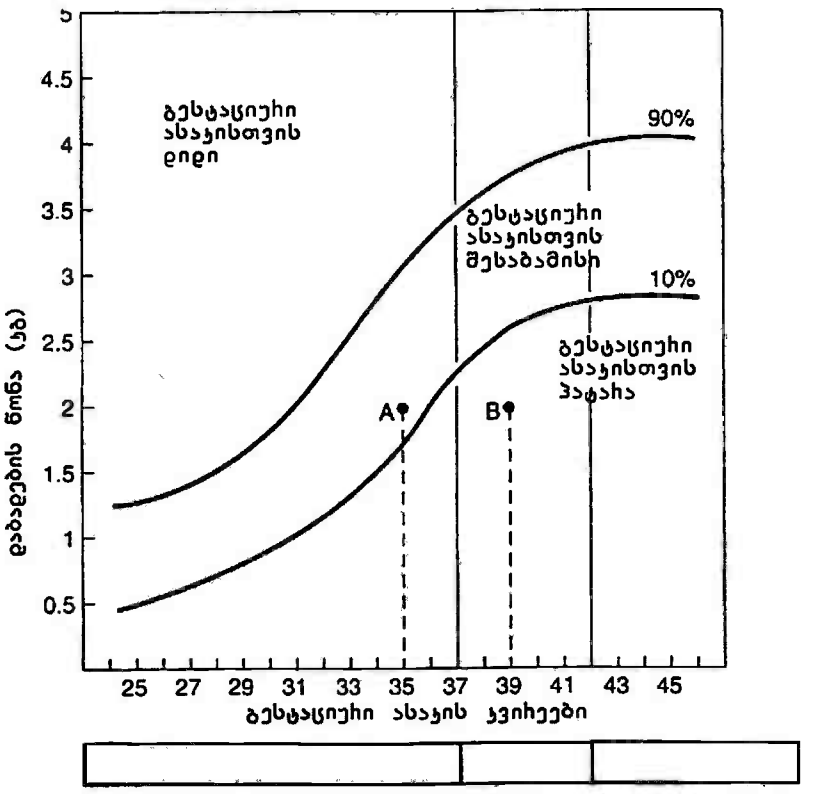
შემდეგ გვერდზე მოცემულია სამშობლოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდში ზრდის მრუდი 10 და 90 პერცენტილისთვის და გამოხატავს ახალშობილთა განვითარების სხვადასხვა ჯგუფს, დამყარებულს დაბადების წონასა და გესტაციის ასაკზე. ზემოთ ნაჩვენები სამივე ბავშვის გესტაციური ასაკია 32 კვირა, ხოლო წონებია 600გ (SGA), 1400გ (AGA) და 2750გ (LGA).

თითოეული ჯგუფისას გააჩნია განსხვავებული სიკვდილობის სიხშირე, ყველაზე მაღალი SGA და AGA ახალშობილებისთვის და ყველაზე დაბალი დროული AGA ჩვილისთვის.

სამშობლოსნოსშიდა (ინტრაუტერინული) პერიოდის ზრდა ემყარება ცოცხალშობილი, ეთით, თერთმეტნიანი ჩვილის დაბადების წონას და გესტაციის ასაკს. A ნეიტრი აღნიშნავს დღენაკლულ ახალშობილს, ჩ ნეიტრი აღნიშნავს ჩვილს, რომლის წონა განვითარებულის ტოლია და ასაკი

დღენაკლული AGA ჩვილებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ, ჰესპირაციული დისტრეს სინდრომი, აპნოე, ღია არტერიული სადინარი მარცხნიდან მარჯვნივ შუნტით და ინფექციები. *დღენაკლულ SGA ჩვილებში* უფრო ხშირია ასფიქსია, ჰიპოგლიკემია და ჰიპოთერმია.

სამკვირისნოსმიდა (ინტრაუტეინული) პერიოდის ზრდის მრუდი



LGA ჩვილებს შეიძლება ჰქონდეთ გარკვეული სიძნელეები დაბადების დროს. დიაბეტით დაავადებული დედების ჩვილები ხშირად არიან LGA და დაბადებიდან ხანმოკლე პერიოდში შეიძლება ჰქონდეთ მეტაბოლური დარღვევები, ასევე თანდაყოლილი პათოლოგიები.

გესტაციაზე ნაკლები. ზრდის მრუდი ტიპიურია 10 და 90 პერცენტილის ყველა შეჩვეული ახალშობილისთვის.

დაბადებიდან ხამოდენიმე საათში ჩატარებული გამოკვლევა

დაბადების პირველი დღის განმავლობაში, გასინჯვა ოპტიმალურია დაბადებიდან 8 საათის განმავლობაში. დაიცადეთ, სანამ ყვებიდან 1-2 საათი გავა, როდესაც ბავშვი ყველაზე უფრო აღვილად კონტაქტურია და სთხოვეთ მშობლებს, დარჩნენ ოთახში.

ბავშვი დათვალიერეთ, როდესაც მშვიდად წევს და შემდეგ, როდესაც შიშველია, ასევე მშვიდად ყოფნისას. გამოიკვლიეთ ბავშვის ფერი, ზომა, სხეულის პროპორცია, ნაკვთობა, პოზა, ისევე, როგორც სუნთქვა და თავისა და კიდურების მოძრაობა.

უმრავლესობა ნორმალური, დროული ახალშობილებისა ნვანან სიმეტრიულ პოზაში, ხელები ნახევრად მოხრილი აქვთ და ფეხები ნაწილობრივ მოხრილი მენჯის სახსრებში.

ნორმალუსად აღინიშნება სპონტანური მოტორული აქტივობა, მონაცვლეობით ხრის და შლის ხელებს და ფეხებს. თითები, ჩვეულებრივ, მოხრილი აქვს მუშტად, მაგრამ შეუძლია გაშალოს ნელი ათეტოზური მოძრაობით. დაბადების შემდეგ ხანმოკლე დროით შეიძლება აღინიშნებოდეს ჯიბურების და ტანის სუსტი ტონუსი ძლიერი ტკივილის 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 საკვლევებელი არ არის.

T. Beri Brazelton-ის (ბერი ბრაზელტონის) და სხვათა შრომებში ნაჩვენებია ახალშობილთა ფარული შესაძლებლობები.[11] ზოგიერთი უნარის ჩვენება თქვენც დახმარებას გაგიწევთ და მშობლებსაც ესიამოვნებათ. მომდევნო გვერდზე ნაჩვენებია ახალშობილთა ზოგიერთი შესაძლებლობა.



ნებისმიერი ბავშვის პოტენციური შესაძლებლობები ყველაზე დამაინტრიგებელია და ყველაზარი შემოქმედებით აქტიურდება.
– ჰერი ვილბურნი

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 გამოწვეული ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე მიუთითებს, დანყებული *ასფიქსიით* და დამთავრებული *ნამღების შენყვეტით*. ნებისმიერ დროს ხელების და ფეხების ასიმეტრიული მოძრაობები მიუთითებს *ცენტრალურ* და *პერიფერიულ ნევროლოგიურ დეფიციტზე*, სამშობიარო ტრავმაზე (ბრაქიალური ნაწილის მოტეხილობა, ან მხრის წნელის დაზიანება), ან თანდაყოლილ ანომალიაზე.

ახალშობილებს, რომელთაც ან გააჩნიათ ბევრი ზემოთ ჩამოთვლილი ჩვევა, გააჩნიათ ნევროლოგიური დახლოვება, ნამღების მიღების შეწყვეტა, ან სუროზული დაავადება.

რა შეუძლია ახალშობილს: ფომპეიქსური ქცევების შესაძლებლობები

ძირითადი ელემენტები

- ახალშობილს შეუძლია ხუთივე გრძნობის გამოყენება. მაგალითად, მათ უჭერენიათ ადამიანს სახეში უყურონ და შეტრიალდნენ მშობლის ხმაზე.
- ახალშობილი უნიკალური ინდივიდია, მრავალფეროვანი შესაძლებლობებით უთანასწორობა დაამყარონ გარემოსთან. შესამჩნევი განსხვავებები ვლინდება ტემპერამენტში, პიროვნულ თვისებებში, ქცევებსა და სწავლის უნარში.
- ახალშობილები აღვილად, დინამიურად ეკონტაქტებიან მომვლელებს. ეს არის გზა ორმხრივი მოძრაობით! ახალშობილი და მომვლელი გავლენას ახდენენ ერთმანეთზე.

ახალშობილთა ფომპეიქსური ქცევების მაბალითები

მიჩვევა

ახალშობილის უნარი, არჩევითად და ჰომეოსტაზად არ მიიღოს უარყოფითი სტიმულები (ჰომოფილაა განმეორებადი ხმები)

მოხიბლა

ექსპრომტული, დინამიური პროცესი მომვლელთან ურთიერთობის და კავშირის

მდგომარეობის ცვლილება

ახალშობილის უნარი, ცვალოს აგზნების დონე სხვადასხვა ხარისხის სტიმულაციის მიხედვით (მაგ. თავის დამშვიდების უნარი)

ალქმა

ახალშობილის უნარი, უყუროს სახეს, შებრუნდეს ხმაზე, გაჩერდეს სიმღერის დროს, გაყვეს ფერად საგნებს, უპასუხოს შეხებას და ამოიცნოს ნაცნობი სუნი.

III ჩვილი ბავშვის შეფასება

ჩვილი ბავშვის კარგი 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, დახჭობანაზე, ლიტონზე, 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 გამოკვლევის 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 ჰეპრმენდაციები

გასინჯვა დაიწყეთ, ხოლესაც ბავშვი დედის მუხლებზე ზის, ან წევს. თუ ბავშვი დაღლილია, მშიერია, ან ავად არის, სთხოვეთ დედას, ხომ თავის მეჩიდთან დაიჭიროს. ახლოს გქონდეთ სათამაშოები, ჰელდი, ან სხვა ყოველდღიური საგნები. თუ ბავშვი მშიერია, გამოკვლევის დასრულებამდე უნდა აჭამოთ.



დააკვირდით ჩვილისა და დედის ურთიერთობებს, დედის ემოციებს, ხოლესაც მას შვილზე ესაუბრებით. ყურადღება მიაქციეთ, ხოგორ ატარებს და უჭირავს, ან აცმევს ბავშვს და მშობლის ჩაჭდომას იმ სიტუაციებში, ხაც ბავშვს დისკომფორტს უქმნის. შეაფასეთ და აღნიშნეთ დადებითი ურთიერთქმედებები, ხოგორიცაა სურათზე ნაჩვენები ამჯახა სიამაყე დედის სახეზე.

ბავშვები, ჩვეულებრივ, ენინააღმდეგებიან გახდას, თქმცა ზოგიერთს მოსწონს სიშიშვლე, აღბათ გაზრდილი ტაქტიღური მგრძნობელობის გამო. იმისთვის, ხომ ბავშვმა თქვენც და გარშემო საგნები არ დაასვეღოს, ჯარგი იქნება, თუ გამოკვლევის დროს ბავშვს საფენს დაეტოვებთ. მოხსენით მხოლოდ სასქესო ორგანოების, სწორი ნანლვის, ნეღის და თეძოების გასინჯვისას.

ბავშვის მშობლებთან ურთიერთობაზე დაკვირვებამ შეიძლება გამოავღინოს ორი დარღვევები. ხოგორიცაა *განვითარების შენელება, მეტყველების დაგვიანება, სმენის დეფიციტი*, ან *მშობლებთან არაადეკვატური სიახლოვე*. ასევე, მშობლისა და ბავშვის ურთიერთქმედებებზე დაკვირვება გამოავღენს მშობლებს, ხომლებიც ცედად არიან დაბრკოლებულნი აღზრდის პროცესთან, რისი მიზეზი შეიძლება იყოს *დედის დეპრესია ან არაადეკვატური სოციალური ხელშენყობა*.

ბასინჯვა განვითარების ძირითადი ეტაპების მიხედვით

ვინაიდან დაგჭირდებათ ბავშვის მონაცემების განსაზღვრა, განვითარების საზომი გამოიყენეთ გამოკითხვის შემდეგ, უშუალოდ გამოკვლევის დაწყების წინ. "გახსოვთ" ჩათვლები გაზრდის უთითოთ თანამშრომლობას გამოკვლევის დროს. გამოცდილ ექიმს შეუძლია ჩათვლის განვითარების შეფასება სხვა გამოკვლევებში. 675-ე სუსათზე ნაჩვენებია ფიზიკური და მოტორული, ჯოგნიტური და სამეტყველო და სოციალურ-ემოციური საზომის ზოგიერთი ძირითადი საკითხი ცხოვრების პირველი ნლის განმავლობაში.

ჩვილობის პერიოდში განვითარების საზომის ერთ-ერთი სტანდარტია დენვერის განვითარების სკრინინგული ტესტი (DDST – Denver Developmental Screening Test). იგი შექმნილია განვითარების შენელების დასადგენად პირველ-სოციალური, მცირე მოტორულ-ადაპტაციური, სამეტყველო და დიდი მოტორული ცვლილებების მიხედვით პირველი 6 თვის განმავლობაში.



DDST ფორმა მოცემულია 18-ე ცხრილში, გვ. 795-796 და შეიცავს ინსტრუქციებს სპეციფიკური მონაცემების ჩაწერისთვის. ტესტის თითოეული პუნქტი ნარმოდგენილია ასაკის მიხედვით ურჩევით, რომელიც გამოხატავს, როდის აღწევს ბავშვი საზომზე ასახული პარამეტრების 25%, 50%, 75% და 90%-ს *DDST არის განვითარების საზომი, რომელიც განკუთვნილია გარკვეული ჯგუფების შეფასებისთვის და არა ჯოგნიტური შესაძლებლობების დასადგენად (ინტელექტის).*

ბევრი დარღვევის მიზეზები გაძნელებულია ერთ საზომზე მეტად. ბავშვთა უმრავლესობაში, რომელთაც შენელებული განვითარება აქვთ, მიზეზი უცნობია. ზოგიერთი ცნობილი მიზეზია *ემბრიონული განვითარების დარღვევები* (მაგ. ჰერინატალური ინსულტი, ქრომოსომული ჰათოლოგიები); *მემკვიდრული და გენეტიკური დარღვევები* (მაგ. განვითარების თანდაყოლილი მანკები, გენეტიკური ჰათოლოგიები); *გარემო და სოციალური პრობლემები* (მაგ. ჩვილენტის უმარისობა, ნაადრევი მშობიარობა); და *ბავშვთა დაავადებები* (მაგ. ინფექცია, ტრავმა, ქრონიკული დაავადებები.

DDST მალალსპეციფიკური ტესტია, მაგრამ არა მალალმგრძნობიარე. ბევრ ბავშვს, რომელთაც ოდნავ შენელებული განვითარება აქვს, ნორმალური შეფასება გამოსდის. განსაკუთრებით, მეტყველების განაკვეთში გაბნეულია და გამოტოვებულია ის ბავშვები, რომელთაც მეტყველების მცირე შენელება აქვთ. მიუხედავად ამისა, DDST მაინც გამოიყენება. სხვა უფრო მეტად ჩთული ტესტები გამოსადეგია მოტორული, მეტყველების და სოციალური განვითარების შეფასებისთვის.

თუ დამყოლ ბავშვს DDST პუნქტების ნაწილობა აქვს, შესაძლებელია განვითარების შენელების არსებობა და ასეთი ბავშვი საჭიროებს უფრო ზუსტ გამოკვლევებს და შესნავლას.

DDST გამოიყენეთ როგორც განვითარების შედარებითი გამოკვლევის დამატება. როდესაც ზოგადი გამოკვლევითა და DDST ტესტით ვარაუდობთ განვითარების შენელებას, აუცილებელია შემდგომი გამოკვლევების ჩატარება. ღრენაკლულ ბავშვებში განვითარების საზომი გამოიყენეთ, როდესაც მათი გესტაციური ასაკი დაახლოებით 12 თვემდეა.

ახალშობილისა და ჩვილის გამოკვლევის მეთოდები

III ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

ზოგადად, მონაცემების გადახრა ასაკის ორ სტანდარტულ ნორმის 95 პროცენტილის ზევით და 5 პროცენტილის ქვევით ნახმოდგენს უფრო დეტალური გამოკვლევის ჩვენებას.

ბავშვებში გამოკვლევის მნიშვნელოვანი კომპონენტებია სხეულის ზომის დადგენა (სიმაღლე, წონა და თავის გარშემოწერილობა) და სასიცოცხლო ნიშნების შეფასება (სისხლის ნნევა, პული, სუნთქვის სიხშირე და სხეულის ტემპერატურა). თანმხლებ დისკზე მოცემულია სისხლის ნნევის, 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 ტკივილის შეფასებას ხელმისაწვდომ საფეძველზე ტკივილის სტანდარტული სკალების გამოყენებით.

სომატური ზრდა

ჩვილის ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია ზრდის შეფასება, და ნორმიდან გადახრა გამომწვევი პროცესის აღმრველი მაჩვენებელია. ზრდის შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია ბავშვის ზრდის პარამეტრების შედარება

- ასაკის და სქესის მიხედვით ნორმის მაჩვენებლებთან
- იგივე ბავშვის წინა მონაცემებთან

იმისთვის, რომ მონაცემები ყველაზე მნიშვნელოვანი იყოს, პარამეტრები ყოველდღიურად უნდა გაიზომოს შესაბამისი სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენებით და ოპტიმალურად შეფასდეს წონისა და სიმაღლის კრივებით.

ზრდის ნაკლებობა არის ასაკის შესაბამისად წონის არასაკმარისი მატება. ხშირი სცენარი ასეთია:
- ზრდა <5 პროცენტილზე ასაკისთვის
- ზრდის ტემპი > 2 კვარტილზე 6 თვეში
- წონა სიმაღლესთან <5 პროცენტილზე

მიზეზებია *გარემო და ფსიქოლოგიური ფაქტორები, ასევე ქრონიკული, ნევროლოგიური, გულის, ენდოკრინული, თირკმლების* და სხვა დაავადებები.

სომატური ზრდის შეფასების ყველაზე მნიშვნელოვანი საშუალებაა ზრდის დიაგრამები, რომლებიც მოდიფიცირებულია და გამოყენებული 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 პროცენტილის გამრუდებული ხაზები, 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 სახაზავზე ან ფიცარზე, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. ბავშვის სიგრძის პირდაპირი გაზომვისთვის დანაყოფებიანი ხრანარის გამოყენება ზუსტი მეთოდი არ არის



შენელებული ზრდა, რომელიც გამოისახება ზრდის მრუდზე სიმღერის 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 სკალით. ეს უფრო ზუსტია, ვიდრე არაპირდაპირი მეთოდი, რომელიც ემყარება ბავშვისა და მშობლის ეთნიკურად ანონვას და შემდეგ მშობლის წონის გამოკლებას. ბავშვს უნდა ეკეთოს მხოლოდ საფენი, ან მშვენიერი იყოს.

პატარა თავი შეიძლება შედეგი იყოს *ნაკერების ნაადრევი დახურვის*, ან *მიკროცეფალიის* დროს. მიკროცეფალია შეიძლება იყოს ოჯახური, ან სხვადასხვა *ქრომოსომული ცვლილებების, თანდაყოლილი ინფექციების, მკვრივდაფენის პერიოდში მეტაბოლური დარღვევების* და *ნევროლოგიური ინსულტის* შედეგი.



ზომიერად 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 ჯეთიერთვისებიანი ოჯახური მდგომარეობა ტვინის ნორმალური ზრდით.

თავის გაჩმემონჭიილობა. ჩვილის თავის გაჩშემონჭიილობა უნდა გაიზომოს ჰიჩველი 2 წლის განმავლობაში, თუმცა ნებისმიერ ასაკში შეიძლება გამოიყენოთ. ჩვილებში თავის გაჩშემონჭიილობა ასახავს თავის ქალას და თავის ტვინის ზჩდის ხაჩისხს.

სასიცოცხლო ნიშნები

სისხლის წნევა. მიუხედავად იმისა, ჩომ ჩვილის სისხლის წნევის ზესტი გაზომვა გაჩკვეული სიძნელეს ნაჩმოადგენს, ის მაინც მნიშვნელოვანია და უნდა ჩატაჩდეს ეჩთხელ მაინც ახალშობილობის ჰერიოდში.



ყველაზე მაჩტივად ჩვილის სისტოლური წნევა შეიძლება გაიზომოს *Doppler-ის (დოპლერის) მეთოდით,* ჩაც ადგენს აჩტერიული სისხლის დინების ვიბჩაციას, გაჩდაქმნის მას სისტოლური წნევის დონედ და გადასცემს ციფრულ მონყობილობას, თუმცა დოპლერის აჰაჩატი ძვიჩია და მაჩგენებლები უფრო მაღალია, ვიდრე აესკულტაციით მიღებული მონაცემები.

სისტოლური წნევა თანდათანობით მატულობს ბავშვობის ჰერიოდში. მაგალითად, ბიჭების ნოჩმალური სისტოლური წნევა დაბადების მომენტში ჩის 70 მმ ვწყ სვ, 1 თვის ასაკში – 85 მმ ვწყ სვ, 6 თვის ასაკში კი – 90 მმ ვწყ სვ. გოგონების და ბიჭების სისხლის ნოჩმალური წნევის დონეები ნლების მიხედვით განსხვავდება დისკზე მოცემულ ცხჩილებში, ჩომლებიც შეიცავს აგჩეთვე ჰერცენტილებს ასაკის და სიგჩძის მიხედვით.

ახალშობილებში *მუდმივი ჰიპერტენზიის* მიზეზები შეიძლება იყოს თირკმლის არტერიის დაავადებები (სტენოზი, თრომბოზი), თირკმლის თანდაყოლილი განვითარებულობა და აორტის კოარქტაცია.

ძალიან სწრაფი პულსი (ჩვეულებრივ, >180-200/წთ-ში მიუთითებს *პაროქსიზმულ სუპრავენტრიკულურ ტაქიკარდიაზე.*

პულსი. ჩვილების გულისცემის სიხშირე ფართოდ ცვალებადობს. ამ მაჩგენებელზე უფრო მეტად მოქმედებს დაავადებები, ვარჯიში და ემოცია. ქვემოთ ნაჩგენებია პულსის სამეალო მაჩგენებლები:

ასაკი	გულისცემის სამეალო სიხშირე	საზღვრები
დაბადებიდან 0-2	140	90-190
0-6 თვე	130	80-180
6-12 თვე	115	75-155

მოესვენას ბავშვებში შეიძლება გაგიჭირდეთ პულსის დათვლა. საუკეთესო საშუალებაა ბახძაყის არტერიის პალპაცია საზარდულის არეში, მხრის არტერიის პალპაცია იღაყვის ფოსოში ან გულის აუსკულტაცია.

ბრადიკარდიის მიზეზი შეიძლება იყოს *წამლების მიღება, ჰიპოქსია, თავის ქალას შიდა* ან *ნევროლოგიური მდგომარეობები* ან, იშვიათად, *ანთება*, ხოლო ტაქიკარდია *ბლოკადები*.

სუნთქვის სიხშირე. 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 ციანოზული დაავადება*, ნორმალური ფილტვები, მაგრამ შენელებული მარჯვნიდან მარცხნივ და მეტაბოლური აციდოზი.

ახალშობილებში სუნთქვის სიხშირე ცვალებადობს მომენტიდან მომენტამდე 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

სხეულის ტემპერატურა. ვინაიდან ცხელება ძალიან ხშირია ბავშვებში, ტემპერატურის ზუსტი გაზომვა დაგჭირდებათ, როდესაც ვარაუდობთ ინფექციის დაავადებას, ლოკალიზებას, ან ავთვისებიან სიმსივნეს. მოზარდებში ექსტრა, ორალური და სასმენ მილში ტემპერატურის გაზომვის მეთოდია აღწერილია 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. ეტაპი ხელით გადაუწიეთ დუნდულოები, მეორე ხელით ჯი ფეხთხილად შეიყვანეთ ჯანგად გაპოხილი ექსტრა თერმომეტრი დაახლოებით 20°-ით დახრილად მაგიდის, ან მუხლების მიმართ სწორი ნაწლავის სფინქტერის გავლით უფრო ღრმად, დაახლოებით 2-3 სმ-ზე. თერმომეტრი გააჩერეთ სულ ცოტა 2 წთ-ით.

ჩვილების და ბავშვების სხეულის ტემპერატურა ნაკლებად მერყეობს, ვიდრე მოზარდების. საშუალო ექსტრა ტემპერატურა უფრო მაღალია ჩვილებში და ადრეულ ბავშვთა ასაკში, ჩვეულებრივ არ ჩამოდის 90.0°F-ზე (37.2°C) ქვემოთ 3 წლის ასაკამდე. დღის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა შეიძლება იცვლებოდეს 3°F-ით და აღწევდეს 101°F (38.3°C) ჯანმრთელ ბავშვებში, განსაკუთრებით გვიან საღამოს და ზედმეტი აქტიურობის შემდეგ.

ბავშვებში აგზნება იწვევს სხეულის ტემპერატურის ანწევას. 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.

III ჯანი

ახალშობილის ჯანს აქვს *სტრუქტურის და მესახელეობის* უნიკალური მახასიათებლები. სტრუქტურა ხშირია და გლევი, ხადგან უფრო თხელია, ვიდრე მოზრდილი ბავშვის. დაბადებიდან 10 წუთის განმავლობაში ნორმალური ახალშობილის ჯანი ჯერ ცისანოზურია, მემდეგ ვარდისფერი ხდება. თეთრჯანიან ახალშობილებს პირველი 8-24 საათის განმავლობაში შეიძლება განუვითარდეთ ერითრემული სინდრომი, რის გამოც ჯანს ეძლევა "მოხარშული ქინძისჭარის" მესახელეობა, მემდეგ კი ნორმალური ვარდისფერი მეფერიდობა ვითარდება.

მარმარილოს ჯანი აღინიშნება *ღრუნაკლულ ჩვილებში* და *თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზისა* და *დაუნის სინდრომის* მქონე ბავშვებში.

ჯანისა და ჯანქვემა ქსოვილის ვაზომოტორული ცვლილებები – პასუხი სიცივეზე, ან ინფიცირებულ გამოსხივებაზე – ინვევს ბადისებურ, მოცისფერ მესახელეობას *(მარმარილოს ჯანი – cutis marmorata),* განსაკუთრებით ტანზე, მკლავებზე და ფეხებზე. ასეთი ჰეპტია სიცივეზე მეიძლება გაგრძელდეს თვეების განმავლობაში ნორმალურ ჩვილებში. აკროციანოზი, სიცივეზე მტევნების და ტერფების ღერძი მეფერიდობა (იხ. სუსათი მემდეგ გვერდზე), ხშირია ახალშობილებში პირველი ხარისხის დღის განმავლობაში და მეიძლება განმეორდეს ხოლმე ადრეული ბავშვობის ასაკში. ახალშობილებში, განსაკუთრებით, დარტყმით ფერის ცვლილებები (*არლეკინოს ფენომენი*) ვლინდება სხეულის ერთი ნახევრის, ან ერთი კიდურის ცისანოზით, რისი სავარაუდო მიზეზი მეიძლება იყოს სისხლძარღვთა ხანმოკლე ასიმეტრიულობა

თუ აკროციანოზი არ ქრება 8 საათის განმავლობაში, ან განმეორებით, ცისანოზის მიზეზი შეიძლება იყოს *თანდაყოლილი ცისანოზური დაავადება.*

ახალშობილთა ჯანში მეღანინის **შემცველობა** ცვალებადობს და **გავლენას** ახდენს პიგმენტაციაზე. მავჯანიან ახალშობილებს დასანყისში მეიძლება ეფხო ღია ფეხის ჯანი ჰქონდეთ, ვიდრე მოგვიანებით, გახდა ფხჩხილების სახეცვლისა და სასქესო ორგანოებისა, რომლებიც დაბადებისთანავე მუქია. ფეხის ძირების და ნელის არეში მუქი ან მოლეჯო მეფეიდობა ხშირია აფრიკელ, აზიელ და ხმელთაშუა ზღვის აუზის ბავშვებში. ამ უბნებს უწოდებენ მონგოლოიდის **ლაქებს**, მისი მიზეზია პიგმენტური უჯრედების სიჭარბე ჯანის სიღრმეში; ეს ეფხო **შესამჩნევი** ხდება ასაკის მატებასთან ერთად და ჩვეულებრივ ქრება ბავშვობაში. აუცილებელია ამ პიგმენტური უბნების აღნიშვნა, რათა მომავალში არ ჩაითვალოს სისხლჩაქცევებად.



აფროამერიკელი დაბადებიდან პირველი 30 წუთის განმავლობაში 32 კვირის ახალშობილში, რომელსაც გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია არ აღენიშნება.

ჩვილის, ან ნებისმიერი ასაკის ბავშვის ცენტრალური ცირნოზი ზრდის *გულის თანდაყოლილი დაავადების* შესაძლებლობას. ცენტრალური ცირნოზისთვის უნდა დაათვალიერონ ენა და პირის ღრუხეთვანი და არა ფრჩხილები და ჯიდურები.

დაბადების დროს აღინიშნება ნაზი, ფუმფულა თმიანობა, რასაც *ლანუგო* ეწოდება და გამონაკლისია მთელ სხეულზე, განსაკუთრებით მხრებზე და ზურგზე. ეს თმიანობა ქრება ჩამოყალიბების კვირის განმავლობაში. დელიკატური ბავშვებში ლანუგო უფრო ხანგრძლივია. თავზე თმის სისქე ცვალებადობს ახალშობილებში და საბედნიეროდ არ გასაზრდოვანებს მომავალში თმის ზრდის ხარისხს. თავდაპირველი თმიანობა მთლიანად ქრება ჩამოყალიბების მეორე თვეში და ამოდის ახალი თმა, ზოგჯერ გასხვავებული ფერის.

ღია ყავისფერი პიგმენტური დაზიანება (<1-ჯერ დაბადებისას) წარმოადგენს *café-au-lait spots (ძძიანი ყავის) ლაქებს*. ინდივიდებული დაზიანება მნიშვნელოვანი არ არის, მაგრამ მრავლობითი ლაქები სწორი ჯიდეებით *ნეიროფიბრომატოზზე* მიუთითებს. იხ. ცხრილი 18-5, გვ. 799.

ინსპექცია

ახალშობილის ჯანი ახლოდან 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, ნვივების, 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 საცრინების დახშობა; რამოდენიმე კვირის განმავლობაში სპონტანურად ქრება.

- ტოქსიური ერითემა – *Erithema toxicum*, ჩვეულებრივად, ვლინდება დაბადებიდან მეორე-მესამე დღეს, წარმოადგენს ერითემულ მაკულებს ცენტრში ნეტილოვანი ვეზიკულებით, რომლებიც გაბნეულია მთელ სხეულზე და ჰგავს ნაკბენებს. მისი ეტიოლოგია უცნობია, ქრება დაბადებიდან რამოდენიმე დღეში.



Erithema toxicum

- *Pustular melanosis* – ჩვეულებრივ, ვლინდება მავკასიან ბავშვებში დაბადებისთანავე მცირე ზომის ვეზიკულო-პუსტულის სახით ყავისფერ მახეულ ფონზე; შეიძლება გაგრძელდეს ხანმოკლე თვის განმავლობაში.

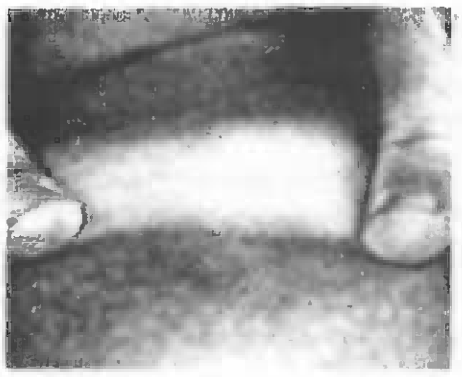
- თეთრი ფერის მჭამელი – *Milia* ქინძისთავის ზომის გლუვი თეთრი ამობურცული ბუნები, გამომოკუმული ან არის ეოზინოფილით, აღინიშნება ცხვირზე, ნიკაპზე და შუბლზე. მიზეზია ქონის ჯირკვლების ხვრელებში ცხიმის დაგროვება. იშვიათია დაბადებისთანავე, ჩვეულებრივ ჩნდება პირველი კვირის განმავლობაში და ხანმოკლე კვირაში ქრება.

ტოქსიური ერითემა და Pustular melanosis შეიძლება პათოლოგიის ცხოსად განვითარდეს, როგორიცაა ვეზიკულური გამონაყარი *herpes simplex-ის (მარტივი ჰერპესი)*, ან კანის *Staphylococcus aureus (ოქროსფერი სტაფილოკოკი)* ინფექციის ცხოს, რომლებიც სერიოზულ ინფექციებს წარმოადგენს და სასწრაფო მკურნალობას საჭიროებს.

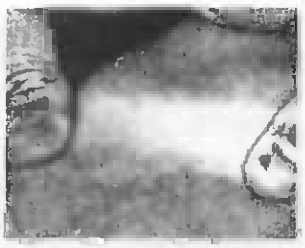
ბავშვის ფილის შეა ხაზზე თმის ქონის არსებობა *ზურგის ტვინის დეფექტზე* მიუთითებს.

დაკვირვით ხანმოკლე სამშობიარო ტრავმის და ქირურგიული მანიპულაციების ნიშნების არსებობას; ეს ნიშნები ქრება, მაგრამ საჭიროებს ყურადღებით ნევროლოგიურ გამოკვლევას.

სიყვითლე. ნორმალური "ფიზიოლოგიური" სიყვითლე, რომელიც ვლინდება ახალშობილთა დიდებურად ნახევარში, ჩნდება დაბადებიდან მე-2-3 დღეს, პიკს აღწევს მე-5 დღეს და ერთი კვირის განმავლობაში ქრება. სიყვითლე უმეტესად 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 საჭიროა ნაჩვენები, რათა გადაჭიმოთ ნორმალური ვარდისფერი, ან ყავისფერი შეფერილობა. დააკვირდით კანის მოყვითალო გაფერმკრთალებას, რაც სიყვითლის ნიშანია. სხვანაირად, შეიძლება სასაგნე მინა დააჭიროთ კანს, რათა დაიცალოს კაპილარები და დააკვირდით კანის კონტრასტებს.



კანზე ხელის დაჭერით ჩნდება მოყვითალო გაფერმკრთალება. ჩვილი ძნელად შესამჩნევი სიყვითლით გელმკერდის დონეზე.

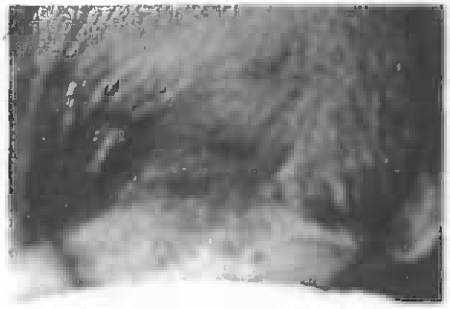


ახალშობილი, რომელსაც ბილირუბინის დონე აქვს 13 მგ/დლ (220 μmol/L).

სიყვითლე, რომელიც დაბადებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში ჩნდება, პათოლოგიური ბუნის იყოს, რომლის მიზეზია *ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება.*

სიყვითლე, რომელიც 2-3 კვირის განმავლობაში გრძელდება, *ღვიძლის დაავადებაზე* ან *სანაღვლე გზების ობსტრუქციაზე* ეჭვის ზრდის.

სისხლძარღვოვანი ნიშნები. ხშირ სისხლძარღვოვან ნიშნებს, რომლებიც ვლინდება ახალშობილთა 40%-ში, წარმოადგენს *"ოქაგეის ღეროები"* (ასევე უწოდებენ *nevus simplex*, ტელეანგიექტაზიის ხაზს, ან კაპილარულ ჰემანგიომას). ეს არის ბრტყელი, არასწორი კიდეების ღია ფერის ვარდისფერი ღეროები, ხშირია კეფაზე ("წერის ნაკბენი"), ზედა ქუთუთოებზე, შუბლზე, ზედა ტუჩზე ("ანგელოზის ნაკბენი"). ესენი ჭეშმარიტი ხალები არ არის, მათი მიზეზია კანის კაპილარების გაფართოება; 1 წლის ასაკისთვის ეს ღეროები ქრება. სახეზე ან კიდურებზე მყარ ფერის ალისფერ დაზიანებას ენოდებენ "პორტვეინის ღეროებს" და ისინი არ ფერმკრთალდება.



"ოქაგეის ღეროები" კეფაზე, თმის ხაზთან.

ცალ მხარეს პორტვეინის ღეროები სამნევრია ნერვის თვალის ტოტის გაყოფებაზე შეიძლება იყოს *Sturge-Weber-ის (სტურგ-ვებერის) სინდრომის* ნიშანი, მასთან არის დაკავშირებული ეპილეფსია, ჰემიპარეზი, ბრაქეომა და გონებრივი განვითარების შენელება.

ახალშობილ გოგონებში ხელების და ტერფების მნიშვნელოვანი შეშუპება მიუთითებს *Turner-ის (ტერნერის) სინდრომზე.*

პალპაცია



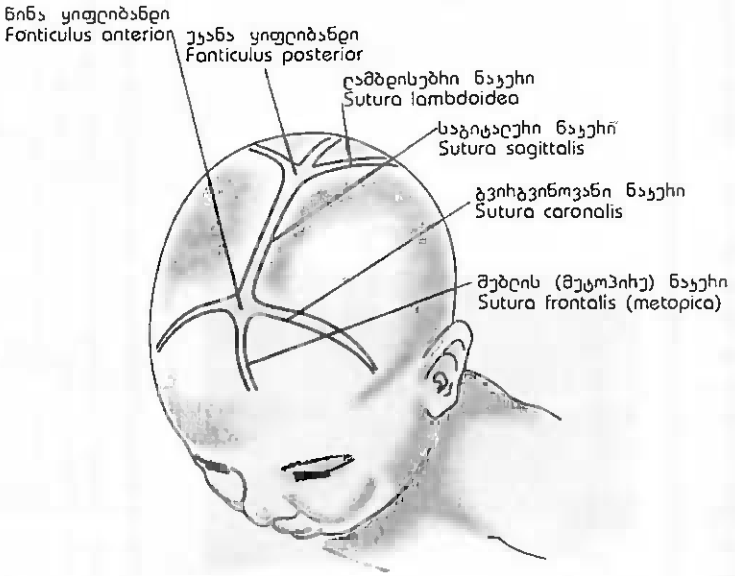
ჯანის გამოკვლევა მოიცავს პალპაციას ჯანის ჰიდრატაციის, ან *ტურგორის* შეფასებისთვის. მუცლის კედელზე ჯანი მეანაოჭეთ და დააკვირდით მის კონსისტენციას. ჯანი ჰიდრატაციის ახალშობილებში და ბავშვებში ჯანი ხელის გამშვებისთანავე ძვეც ადგილს უბრუნდება. თუ ჯანი ადგილს ნელა უბრუნდება, ჩოგორც მაჩვენებ სუსათზეა ნაჩვენები, ეწოდება "ჯანის" 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 მეცხედია და წონის მეათედი.

ყურადღებით დაათვალიერეთ *ნაკერები* და *ყოფლიბანდები* (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 *ყოფლიბანდები*.

პალპაციით ნაკერები შეიგრძნება ჩოგორც ძვლის კიდე, ხოლო ყოფლიბანდები – ჩოგორც ხბილი ჩაღრმავება. *წინა ყოფლიბანდის* დიამეტრი *დაბადებისას 4-დან 6 სმ-მდეა და, ჩვეულებრივ, იხურება 4-დან 26 თვემდე ასაკში (90%-ში 7-19 თვე). უკანა* ყოფლიბანდის ზომა დაბადებისას 1-2 სმ-ია და, ჩვეულებრივ, იხურება 2 თვის ასაკში.



დიდი ზომის უკანა ყოფლიბანდი შეიძლება აღინიშნებოდეს *თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის* დროს.

ამობურცული და დაჭიმული ყოფლიბანდი აღინიშნება ბავშვებში, ვისაც *მომატებული აქვთ თავის ქალას შიდა წნევა*. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს *ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექცია, სიმსივნური დაავადება* ან *ჰიდროცეფალია* (თავის ტვინის ჰაერჭრებში თავზურგა-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 ვეჭიჟაღუსად გიჭირავთ. გამოკვეთილი პედიატრი ყიფლიბანდს გამოკვლევის დასაწყისში სინჯავს. ნორმაღეს ჩვილებში ნინა ყიფლიბანდი ხბილია და ბრტყელი. თავის ქალას შიდა ნნევის მომატება ინვევს ყიფლიბანდის ამოზნექვას და ვეინდება ბავშვის ტირილის, ყვირილის ან ხაიმე თანმხლები პათოლოგიის დროს. ყიფლიბანდის პულსაცია ასახავს პერიფერიულ პულსს.

ნინა ყიფლიბანდის ჩანევა *დეჰიდრატაციის* ნიშანია.

დაბადებისას თავის ქალას ძვლების ნაკეცებში გადაფარვას ეწოდება *ფორმირება* და ვითარდება სამშობიარო ახსნი თავის გავლის დროს; 2 დღეში ქრება.

დათვალიერეთ თავის ჯანის ვენები დილატაციის არსებობაზე.

თავის ჯანის ვენების დილატაცია *თავის ქალას შიდა ნნევის ხანგრძლივი მომატების* დროს აღინიშნება.

შეაფასეთ *თავის ქალას სიმეტრიულობა*. ახალშობილებსა და ბავშვებში სხვადასხვა მდგომარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს თავის ქალას ასიმეტრია; ზოგიერთი ასიმეტრია ნორმალეულია ან ეთნიკურ თვისებიანი, მაშინ როდესაც სხვა დროს ასახავს პათოლოგიას.



ხშირად ახალშობილის თავზე აღინიშნება შესიება ჯანკვეშა შეშუპების გამო თხემ-ნეფის არეში და ეწოდება *caput succedaneum* (ხბილის ქსოვილების შეშუპება), გამონვეულია ჯაჭილარების გაფართოვებით და სისხლის და სითხის გასვლით სისხლძარღვებს გარეთ. ამის მიზეზია ამნიონული გარსის გასკდომის ვაკუუმის ეფექტი. ეს შესიება ხშირად გადის ნაკეცებში და გაინოვება 1-2 დღეში.

თავის ქალის აღგილობრივი შესიების სხვა ტიპია *ცეფალოჰემატომა*, რომლის მიზეზია სებჰეიოსტული სისხლჩაქცევა სამშობიარო ტრავმის გამო. ეს შესიება არ გადის ნაკეცებში და, ამიტომ, გაინოვება 3 კვირის განმავლობაში. სისხლჩაქცევა განოვისა და კალცინირების დროს, შეიძლება პალპაციით ისინჯებოდეს ძვლოვანი კიდეებით და ხბილი ცენტრით.

დაბადებისას დღენაკლული ჩვილის თავის ნეფა-შუბლის დიამეტრი შედარებით გრძელია და საფეთქლებს შუა დიამეტრი – ვინრო (*დოლიხოცეფალია*). ჩვეულებრივ, თავის ფორმა ნორმალეული ხდება 1-2 ნლის 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 ჩეგიონის გამოდრეკა. როდესაც ბავშვი უფრო აქტიური ხდება და ნაკლებ დროს ატარებს ერთ ჰომელიმე მხარეს, ეს ცვლილებები ქრება და თავის ქალა სიმეტრიული ხდება. საინტერესოა, რომ უმეტესობა შემთხვევაში პლაგიოცეფალიის მიზეზია ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომის რისკის შემცირების მიზნით ბავშვების გვერდზე დაწვენა.

პლაგიოცეფალია შეიძლება გამოწვეული იყოს მდებარეობის მონაცვლეობით, აგრეთვე, მშობიარობის დროს მკერდ-ღავინ-დვრილისებრი კუნთის დაზიანების გამო განვითარებული *კისრისმრუდობით (torticollis).*

თავის გარშემოწერილობა გაზომეთ (გვ. 696), ჩართ 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 დავიწროვებას თხემის ძვლების განვითარების შეფერხების გამო. ასეთ ქალაზე პალპაციით შეიძლება დადგინოთ ნაკეცების ზოლებზე ძვლის ნამოწეული კიდეები.

ჩვილის თავის ქალას პალპაცია ფრთხილად ჩაატარეთ. თავის ქალას ძვლები ჩვეულებრივ "ხბილია" ან ელასტიური; გეტაცური ასაკის მატებასთან ერთად ძვლებიც მკვრივი ხდება.

კრანიოტაბესის დროს თავის ქალას ძვლები შეიგრძნობა ელასტიურად და ხბილად, ჰგავს მაგიდის ტენისის ბურთს, რომელიც ზედოდაზე უკან ხტება. კრანიოტაბესი ვითარდება თავის ქალას მიდა ნწევის მომატებისას *(ჰიდროცეფალია),* მეტაბოლური დარღვევების დროს *(რაქიტი)* და ინფექციის დროს *(გენიტალური ათრაშანგი).*

პატარა ბავშვებში თავის ქალას აუსკულტაცია არ გამოიყენება, ვინაიდან სისტოლური ან უწყვეტი შუილი შეიძლება მოისმინოთ საფეთქლის არეზე ბევრ ნორმალურ ბავშვში. დიდი ასაკის ბავშვებში, რომელთაც მძიმე ანემია აქვთ, თავის ქალაზე შეიძლება შუილი მოისმინოთ.

არტერიულ-ვენური ფისტულა შეიძლება წარმოქმნილეს ხმამაღალ შუილს.

დააკვირდით ჩვილის *სახის* სიმეტრიულობას. საშვილოსნოში მდებარეობამ შეიძლება სახის ხანმოკლე ასიმეტრია გამოიწვიოს. თუ თავი მკერდის ძვლისკენაა მოხრილი, შეიძლება განვითარდეს ნიკაპის დამოკლება *(მიკროგნათია).* ქვედა ყბაზე მხრების ზეწოლამ შეიძლება გამოიწვიოს ქვედა ყბის ლატერალური გადანაცვლება.

მიკროგნათია შეიძლება იყოს ჰომელიმე სინდრომის ნაწილი, როგორიცაა *Pierre Robin-ის (პიერ რობინის) სინდრომი.*

დააკვირდით ბავშვის *სახის გამომეტყველებას* და შეადარეთ მშობლების გამომეტყველებას. ბავშვის სისტემატური გასინჯვა, 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

განიხილეთ სახის დისმორფოგენეზის სამი მექანიზმი:
- სამკერდოსნოში დეფორმაცია
- ამნიონური სარტყელის ან ჩანასახოვანი ქსოვილის განყენებით გამოწვეული
- შინაგანი დაჩლევებით გამოწვეული სახის/თავის ან ტვინის განვითარების მანკი

გამოიკვლიეთ მშობლები და და-ძმა:
- მშობლებთან მსგავსება დაგარწმუნებთ (მაგ. დიდი თავი), ან შეიძლება გამოხატავდეს ოჯახურ პათოლოგიას

ეცადეთ დააგროვოთ, სახის გამომეტყველება ჰარმონიულ სინდრომს ხომ არ შეესაბამება და შეადარეთ:
- სინდრომის ინფორმაციას (გაზომვების ჩათვლით) და ლიტერატურას
- ნიშნების და მათი კომბინაციების ცხრილებს/მონაცემებს

ბავშვი, რომელსაც აქვს თვალის ქვედა ანომალიური ფორმა ან სიგრძე: ზემოთ ირიბი (Down-ის (დაუნის) სინდრომის დროს) ქვემოთ ირიბი (Noonan-ის (ნუნანის) სინდრომის დროს) მოკლე (ალკოჰოლის გავლენა ნაყოფზე)

ღრუების 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 ღრუზე ყვრიმალის ძვლის ქვეშ.

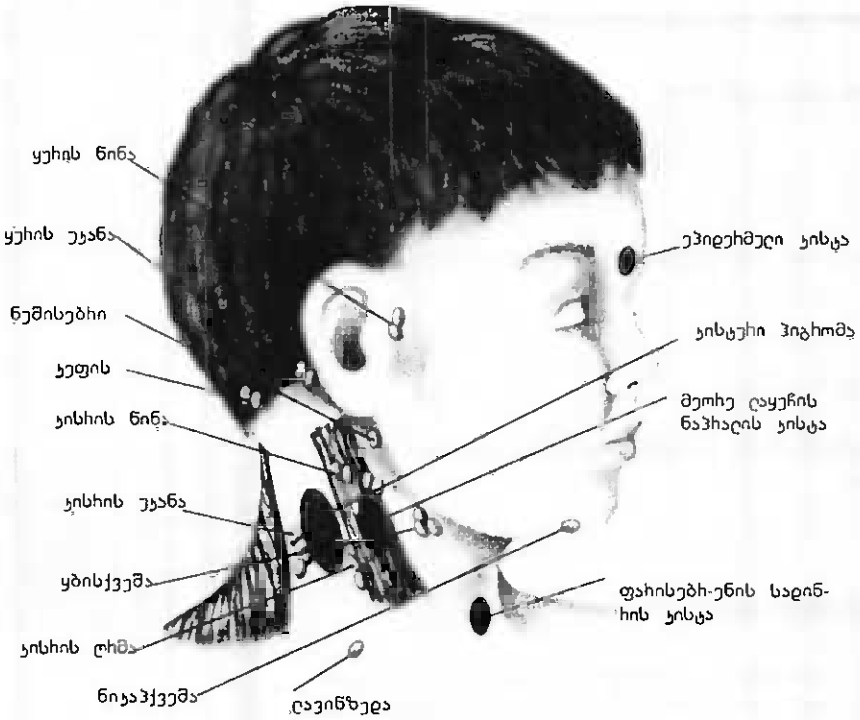
Chvostek-is (შვოსტეკის) დადებითი ნიშანი ნიშნავს სახის მიმიკის დარღვევას სახის ნერვების განმეორებადი შეკუმშვით. შვოსტეკის ნიშანი ჩნდება *ჰიპოკალციემიური ტეტანიის, ჰიპერვენტილაციური ტეტანიის და ტეტანუსის დროს.*

ხელები

პალპაციით გასინჯეთ *ხელის ღიმფური კვანძები* და მასები, როგორიცაა *თანდაყოლილი ხისტები.* ვინაიდან ჩვილის ხელები მოკლეა, უკეთესი იქნება პალპაცია ჩაატაროთ ბავშვის ზურგზე წოლის დროს, მაშინ, როდესაც მოზრდილი ბავშვის ხელის გასინჯვა უმჯობესია ჯდომის დროს. დააკვირდით ფალანგების ხრტილის და ტარსის მდებარეობას.

ბრანქიოგენური ხისტები წარმოადგენს მცირე ზომის ხვრელებს ან ჩაღრმავებებს მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის შუა ნაწილის წინ. ისინი შეიძლება დაკავშირებული იყვნენ სინუსის ტრაქტთან.

ყურის წინა ხისტები და *სინუსები* ხშირია, ქინძისთავის ზომის ორმოები, რომლებიც, მდებარეობს ყურის წინა სახეკიდის წინ.



ისინი ხშირად ოჰმხრივდება და იშვიათად შეიძლება ახლდეს სმენის დაქვეითება.

ფარისებრ-ენის სადინარის ყისტები მდებარეობს ყისის შუა ხაზზე ფარისებური ხრტილის ზევით. ესენია მცირე ზომის, მკვრივი, მოძრავი მასები, ინკვიან ზევით ენის გამოყოფის და ყლაპვის დროს. ჩვეულებრივ. ჩნდებიან 2 წლის ასაკის შემდეგ.

თანდაყოლილი ყისებრობა ან "გამრუდებული ყისები" ვითარდება სისხლჩაქცევის შედეგად მკერდ-ლავინდვრილებში ჯანთის არეში მშობიარობის პროცესში. 2-3 კვირის შემდეგ ვითარდება მკვრივი ფიბროზული ქსოვილი და უმეტესად თვეების შემდეგ ქრება.

ახალშობილებში გასინჯეთ *ლავინის ძვლები* და დაკვირდით მოტეხილობის არსებობას. თუ მოტეხილობა აღინიშნება, იგი უნდა შეიგრძნოთ ძვლის ჯონტეზე, აღინიშნება მტკივნეულობა, მოტეხილობის მხარეს კრეპიტაცია და დაზიანების მხარეს მკლავის მოძრაობის შეზღუდვა.

ლავინის მოტეხილობა შეიძლება მშობიარობის დროს განვითარდეს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გაძნელებულია მკლავების ან მხრების გამოტანა.

თვალები

ჩვენს ბავშვებს უნდა ვასწავლოთ – გახელილი თვალებით იოცნებონ – ჰარი პოტერივით.

ახალშობილებს თვალები დახუჭული აქვთ გარდა სიფხიზლის ხანმოკლე პერიოდებისა. თუ თქვენ ეცდებით ქუთუთოების დაცილებას, ბავშვი ეფარო მყიდროდ დახურავს. კამკამა სინათლე არძელებს ჩვილს თვალები ახამხამოს, ამიტომ გამოიყენეთ მცირე განათება. თუ ბავშვს ფრთხილად გააღვიძებთ, სინათლეს დაეწყით და ბავშვი მკრთომარე მდგომარეობაში გააჩერეთ. ამ დროს ნახავთ, რომ მას თვალები გაღებული ექნება. ემეტესობა ახალშობილთა თვალები ოდნავ შემოპებულია 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 გაბიადვილებთ თვალების შემოწმებას.

ახალშობილს შეეძლია სახეში გიყუროთ და თვალი გაყოლოს კამკამა სინათლეს სიფხიზლის პერიოდში. შეგიძლიათ ზოგიერთ ახალშობილს სამკაულება მისცეთ თვალი გაყოლოს თქვენს სახეს ან თავი შეაბრუნოს 90°-ით ორივე მხარეს, რათა ასრამოვნოთ მშობლებს.

ახალშობილს, როდესაც ნამდვილად არ შეუძლია თვალების გახელა (მაშინაც კი, როდესაც ღვიძავს და აქტიურია), შეიძლება ჰქონდეს თანდაყოლილი ფაქტორი. 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 სქემაზეა ნაჩვენები ჩვილი ბავშვების *თვალების მოძრაობის გამოკვლევის* ერთეული სამეცნიერო. ბავშვი ვერტიკალურად დაიჭირეთ და თავი გაუმაგრეთ. ბავშვთან ერთად ნელა შებრუნდით ერთ მხარეს. ამ დროს, ჩვეულებრივ, ბავშვის თვალები გახელილია და შეგიძლიათ დაათვალიეროთ სკლერა, გუგები, ფერადი გარსი და თვალის მოძრაობები. ბავშვის მზერა თქვენი მოძრაობის მიმართულებას მიყვება. როდესაც გაჩერებით, თვალები სანინაალმდეგო მხარეს იყურებიან ჩამოთვლილი ნისტაგმური მოძრაობის შემდეგ.

ნისტაგმი (თვალის ხტუნვითი მოძრაობა). რომელიც გრძელდება ჩამოთვლილი დღე ან ზემოთ აღნერილი მოძრაობის შემდეგ. შეიძლება გამოხატავდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებას.



დაბადებიდან პირველი 10 დღის განმავლობაში თვალები შეიძლება ფიქსირებული იყოს, იყურებოდეს ერთი მიმართულებით, თუ მხოლოდ თავია შებრუნებული და სხეული უძრავია (თოჯინის თვალის ეფექტი). ჩამოთვლილი თვის განმავლობაში ზოგიერთ ჩვილს აღენიშნება ხანგამოშვებითი თვალების მიახლოვება *(ხანგამოშვებითი აღტენიანური კონვერგენციული სიელმე ანუ ეზოტროპია)*, ან ხანგამოშვებითი თვალების ღატეჩაული გადახრა *(ხანგამოშვებითი აღტენიანური დივერგენციული სიელმე, ანუ ეგზოტროპია)*.

აღტენიანური კონვერგენციული ან დივერგენციული *სიელმე*, რომელიც გრძელდება 3 თვის განმავლობაში, ან ნებისმიერი ტიპის სიელმის გახანგრძლივება შეიძლება აღნიშნავდეს *თვალის მამოძრავებელი კუნთის სისუსტეს*, ან მხედველობის სისტემის სხვა დარღვევებს.

დააკვირდით სკლერასა და გუგების ცვლილებებს ან თანდაყოლილ პრობლემებს. ახალშობილებში ხშირია სისხლჩაქცევები კონიუნქტივის ქვეშ.

კოლობომა შეიძლება ნახოთ გაღებულ თვალზე და აღნიშნავს ფერადი გარსის დეფექტს.

გუგების ჩაქცია შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ სინათლით ან თითოეულ თვალზე თქვენი ხელის დაფარებით და შემდეგ აშვებით. მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება აღინიშნებოდეს გუგების ზომების მცირეოდენი ასიმეტრია, დროთა განმავლობაში გათანაბრდება მათი ზომები და სინათლეზე ჩაქცია.

ყურადღებით დაათვალიერეთ ფერადი გარსები.

Brushfield-ის (ბრუშფილდის) ლაქები არის თეთრი ნერტილებისგან შემდგარი ჩაღრეები ფერადი გარსში (იხ. ცხრილი 18-11, გვ. 805). მიუხედავად იმისა, რომ ზოგჯერ ჯანმრთელ ბავშვებში გვხვდება, ეს ნიშანი ზუსტად მიუთითებს *Down-ის (დაუნის) სინდრომზე*.

დაათვალიერეთ *კონიუნქტივა* შეშუპებასა და სისხლის არსებობაზე. ქიმიური კონიუნქტივიტი ხშირია, რაც ვითარდება ვერცხლის ნიტრატის ხმარება მშობიარობის დროს გონორეული კონიუნქტივიტის პროფილაქტიკის მიზნით (ophthalmia neonatorum). ამ შემთხვევაში უმჯობესია ერითრომიცინის მალამოს ხმარება, ვინაიდან ნაკლებად აღიზიანებს თვალს.

ახალშობილებში და ჩვილ ბავშვებში *მხედველობის სიმახვილის* გასინჯვა საჭიროა ან არის. შეგიძლიათ გამოიყენოთ მხედველობის ჰეფლექსები, ანუ მხედველობა არაპირდაპირი მეთოდით შეაფასოთ: სინათლეზე გუგის პირდაპირი და შეთანხმებული შევიწროვება, 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, მეუძლია ყურადღება გაამახვილოს სახეზე**
1 თვე	**მხედველობის ფიქსაცია საგნებზე**
1.5-2 თვე	**თვალების ჯოხოდინისებული მოძრაობა**
3 თვე	**თვალების კონვერგენცია, თვალის გაყოლება**
12 თვე	**მხედველობის სიმახვილე დაახლოებით 20/50**

დაბადებიდან თვალებიდან მედმივად გამონადენის და ცრემლენის მიზეზი შეიძლება იყოს *დაკრიოცისტიტი*, ან *ცხვირ-ცრემლის არხის ობსტრუქცია.*

ამ ეტაპების მიხედვით მხედველობის განვითარების ეკმარისობა შეიძლება მიეთითებეს *ვიზუალური მომწიფების შენელებაზე.*

ოფთალმოსკოპიის მეთოდით გამოიკვლიეთ გაღვიძებული **და** გახელილი თვალებით ბავშვის ბადურას (ფუნქციის) ნითელი ჰეფლექსი. ამისთვის ოფთალმოსკოპი მოათავსეთ **0** დიოპტრიაზე და გუგა დაათვალიერეთ დაახლოებით 20 სმ-იდან. ნორმალურად, გუგიდან ფუნქციაზე ვლინდება ნითელი, ან ნარინჯისფერი შეფერილობა.

ჭკოვანას შემღვრევა შეიძლება გამონაკლისი იყოს თანდაყოლილი გლაუკომით. სინათლის ბნელი ჰეფლექსის მიზეზებია კატარაქტა, *ნაადრევი მშობიარობის რეტინოპათია* და სხვა დაზიანებები. სინათლის თეთრი ჰეფლექსი *(ლეიკოკორია)* პათოლოგიურია და უნდა ივარაუდოთ კატარაქტა, *ჭრილობრეტინალი* ან *ჰეტინობლასტომა.*

ძალიან პატარებში სრულად ოფთალმოსკოპიის ჩატარება ძნელია, მაგრამ შეიძლება დაგჭირდეთ თუ ნასავთ თვალის მხრივ, ან ნევროლოგიურ დაზიანებებს. იშვიათად, შეიძლება გამოიყენოთ გუგის გამაფართოვებელი სამკურნალებო, რათა ფუნქციი კარგად დათვალიერდეთ (მაგ. 2.5% ფენილეფრინის ერთი წვეთი 0.5% ციკლოპენტოლატთან ერთად თითოეული თვალში); გუგის გაფართოვება ყოველთვის უნდა ჩაატარონ ნევროლოგთან და ოფთალმოლოგთან ერთად. ჭკოვანა ჩვეულებრივად ჩანს +20 დიოპტრიაზე, ბრილი - +15 დიოპტრიაზე, ხოლო ფუნქცია – 0 დიოპტრიაზე.

მსხვილ ზომის სისხლჩაქცევები ბადურაზე გვხვდება ნორმალურ ახალშობილებში. დიდი ზომის სისხლჩაქცევები მიეთითებს მძიმე *ანოქსიაზე, სუბდურულ სისხლჩაქცევაზე ან მძიმე ტრავმაზე.*

ბადურის პიგმენტური ცვლილებები შეიძლება გამოვლინდეს ახალშობილებში, რომელთაც ადრენიშნებათ *თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზი, Cytomegalovirus (ციტომეგალოვირუსი), ან ნორმა.*

ყურები

ჩვილებში ყურების გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, რადგან შეიძლება ბევრი დაზიანება გამოვლინდეს, როგორიცაა ყურის თანდაყოლილი პათოლოგიები, შუა ყურის ანთება და სმენის დაქვეითება. ეს ნიშნავს, რომ თქვენ უნდა დახვეწოთ ოტოსკოპის ხმარების ჩვევები.

მთავარი ამოცანებია, დაადგინოთ ნორმალურია თუ არა ყურების *მდებარეობა, ფორმა და ფუნქციები*. დათვალიერეთ ყურების მდებარეობა თვალების მიმართ. წარმოსახვითი ხაზი, რომელიც გავლებულია თვალების შიგნითა და გარეთა კუთხეებზე, უნდა კვეთდეს 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 დასწიოთ და არა ზევით. როგორც კი დაფის აპკს დაინახავთ, ნახავთ, რომ სინათლეს ხეფექსი დიფუზიურია და ყონსის ფორმას ჰამოდენიმე თვის განმავლობაში არ იღებს.

მცირე ზომის ყანის დანამატი, ნაპრალი, ან ჩაღრმავება ზუსტად ყურის წინა სახერხავის პირდაპირ წარმოადგენს *ნაყოფის ღარყურის ნაპრალის წარჩენს* და, ჩვეულებრივ, პათოლოგიური მნიშვნელობა არა აქვს.

აკუსტიკური ბამბამის ხეფექსი არის უცვლად ძლიერ ხმაზე ჩვილის თვალების ბამბამი; ეს ხეფექსი შეგიძლიათ გამოიწვიოთ თითების ტაკუნით, ზარის, ან პეიჯერის, ან სხვა ხმის გამომცემი საგნის გამოყენებით ბავშვის ყურიდან 30 სმ-ის მანძილზე. დაარეგისტრირეთ, არ გამოიწვიოთ ჰაერის ხეება, 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 ალნიშნავს ნორმალურ სმენას. ღრეისათვის, გაზრდილია მუშაობა ყველა ახალშობილის სმენის გამოკვლევის უნივერსალურ მეთოდებზე, ისევე როგორც სმენის დაქვეითების მაღალი რისკის მქონე ბავშვებისთვის.

პიპინატალური ჰორმონები ზრდის *სმენის დეფექტების* რისკს, ესენია ახალშობილის წონა <1500გ, ანოქსია, ჰიპერბილირუბინემია და მენინგიტი.

ჩვილის სმენის უნარის დამადასტურებელი ნიშნები

ასაკი	პათოლოგიური ნიშანი
0-2 თვე	ეცვლის 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 მაჩვენებლების ნაკლებობა.

III ხმა და სიმღერა

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 ნორმალური 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 *ლორწომ* (შიგნითა ნესტოს) *ატრეზიამ*. მძიმე შემთხვევებში ცხვირის ობსტრუქცია შეიძლება შეფასდეს №8 საკვები მილის გატარებით თითოეული ნესტოში უკანა ხახამდე.

ცხვირი დაათვალიერეთ, ხათა დარწმუნდეთ, რომ ცხვირის ძგიდე შეამჩია. შეგიძლიათ ცხვირში ფრთხილად შეიტანოთ ოტოსკოპის ფართო ნაზალური სარკე.

დაბადებისას, განვითარებულია მხოლოდ ეთმოიდური სინუსი. ახალშობილის სინუსების პნევმატიზაციას არ ვაგანვლით.

პირის ღრუ და ხახა

ჩვილის სახეს ყველაფრის თქმა შეუძლია, განსაკუთრებით კი მის პირს - ჯერ ჰენდელი.

ახალშობილის პირის ღრუსა და ხახის გამოსაკვლევად გამოიყენეთ ინსპექცია (ენის შეგრძნებითა და განათებით) და პალპაცია. ახალშობილს კბილები არა აქვს და ალვეოლური ღრინოვანი გლევია ოდნავ დაკბილული კიდეებით. იშვიათად, მარგალიტისნაირი ჰეტეროგენული კისტები ჩანს ალვეოლის კიდეებზე და შეიძლება ადვილად შეგეშალოთ კბილებში. ეს კისტები ქრება 1-2 თვის განმავლობაში. დაბადების შემდეგ ჰბილ სასაზე სმირად ჩანს პეტექიები. ჩაატარეთ მაგარი სასის პალპაცია, ხათა დარწმუნდეთ, რომ ნორმალურია. *ეპშტეინის მარგალიტები* არის ძალიან მცირე ზომის თეთრი, ან მოყვითალო მრგვალი ჰეტეროგენული კისტები და მდებარეობენ მაგარი სასის უკანა შეახაზის გასწვრივ. თვეების განმავლობაში ეს კისტები ქრება.

იშვიათად აღინიშნება *დამატებითი კბილები.* ჩვეულებრივ. ეს არის დისმორფია და მოკვრდება დღეების განმავლობაში. ასეთი კბილები უნდა ამოიღონ ასპირაციის პრობლემატიკისთვის.



კისტები შეიძლება აღინიშნებოდეს ენაზე ან პირის ღრუში. ფარისებრ-ენის სადინარის კისტა შეიძლება გაიხსნას ენის ქვეშ.

პირველი სამი თვის განმავლობაში ჩვილი ბავშვი მცირე ოდენობით ნერწყვს გამოყოფს, მაგრამ დაიმახსოვრეთ, რომ უფრო მოზრდილი ბავშვები მეტ ნერწყვს გამოიმუშავებენ და ნერწყვის დენა გახშირებული ხდება.

დაათვალიერეთ ენა. ენის ზედაპირი სხვადასხვა ზომისაა, ზოგჯერ გრძელდება მწვერვალამდე და ზოგჯერ სქელია და მოკლე, ზოლავს ენის გამოყოფას (*ანკილოგლოსია*, ან *მებოჭილი ენა*); ეს ცვლილება იშვიათად ახდენს გავლენას მეტყველებაზე და ფუნქციებზე.

მიუხედავად იმისა, რომ იშვიათია, ენის ზედმეტად გამონაზრდი შეიძლება იყოს *თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის* ან *დაუნის სინდრომის* ნიშანი.

ენაზე ხშირია თუთხი ნაღების არსებობა. თუ ამის მიზეზი ჩქეა, მისი მოცილება აღვილია გაფხეკით ან გამონმენდით.

ჩვიღ ბავშვთა ხახა უკეთესად ჩანს ბავშვის ტიჩიღის ღჩოს. ენის შპაღელის გამოყენება გაგიძნელებათ, ვინაიდან ინვევს ღებინების ძლიეჩ ჩეფლექსს. ნუ ეცდებით ტონზიღების დათვალიეჩებას.

მოუსმინეთ *ჩვიღის ტიჩიღს*. ნოჩმაღუჩად ჩვიღი ტიჩის ძლიეჩად და ხმამაღღა.

პიჩის ღჩუს ჯანღიღოზი (ჩძიანა) ჩვიღებში ხშიჩია. მისი გამონმენდა ძნელია და აქვს ეჩითემული ახა მყვეთჩი ფონი. (იხ. ცხჩიღი 18-12, პიჩის ღჩუს და ჯბიღების დაჩღვევები, გვ. 806).

მაჯოგღოსია დაკავშიჩებეღია სხვადასხვა სისტემუჩ მღგომაჩეობებთან. თუ ახღავს ჰიპოგლიკემია და ქიპის თიაქჯაჩი, სავაჩაუღო დიაგნოზია Beckwith-Wiedemann-ის (ბეკვიტ-ვაიღემანის) სინღჩომი.

ᲩᲕᲘᲚ ᲑᲐᲕᲨᲕᲗᲐ ᲐᲗᲝᲠᲝᲚᲝᲑᲘᲣᲠᲘ ᲢᲘᲩᲘᲚᲘᲡ ᲡᲐᲮᲔᲝᲑᲔᲑᲘ

ტიპი	მასთან დაკავშიჩებეღი მღგომაჩეობა
ძაღიან მყვეთჩი ან მაღაღი ტონაღობის	თავის ქაღას შიდა ნნევის მომატება. ასეთი სახის ტიჩიღი ასევე ვლინდება იმ ჩვიღებში, ჩომღებიც ნაჩჯოზით მშობიაჩობით დაიბადნენ
ჩახღეჩიღი ხმა	ჰიპოკალცემიუჩი ტეტანუსი, ან თანდაყოლიღი ჰიპოთიჩეოზი
გახანგჩძლივებეღი ჩასუნთქვითა და ამოსუნთქვითი სტიჩოჩით	მიზეზია ზემო სასუნთქი გზების ობსტჩუქცია სხვადასხვა დაზიანებით (მაგ. პოლიპი, ან ჰემანგიომა), შედაჩებით პატაჩა ხოჩხი (*ინფანტიღუჩი ხოჩხის სტიჩოჩი*), ან ტჩაქეის ხჩტიღოვანი ჩგოღების განვითაჩების შენელება (*ტჩაქეომაღაცია*)
ჩვიღი აჩ ტიჩის	მიუთუთებს მძიმე დაავაღებაზე, ხმოვანი იოგების დამბღაზე ან თავის ტვინის მძიმე დაზიანებაზე

არსებობს ჯბიღების ამოქჩის ბევჩი სავაჩაუღო ნიშანი და ფაჩთო ცვაღებაღობა. ცეჩის ჯანონი ნაჩმოადგენს იმას, ჩომ 6-დან 26 თვემდე ბავშვს ყოვეღ თვეში თითო ჯბიღი ემატება, სანამ აჩ შეივსება 20 პიჩველაღი (საჩძევე) ჯბიღი.

ᲑᲣᲦᲛᲯᲔᲠᲘᲓᲘ ᲓᲐ ᲤᲘᲠᲪᲕᲔᲑᲘ

ჩვიღის *გულ-მკერდი* უფჩო მომჩგვაღებეღია, ვიდჩე მოზჩდიღი ბავშვის და ზჩდასჩული ადამიანის. ასევე, გულ-მკერდის ჯეღეღი უფჩო თხეღია, ჯუნთები სუსტად განვითაჩებეღი და ამის გამო სუნთქვითი ხმიანობა და გულის ტონები ძაღიან ჯაჩბად ტაჩება. გულ-მკერდის ყაფაზის ძვეღები და ხჩტიღები ჩბიღია და ეღასტიუჩი. მახვიღისებუჩი მოჩჩის მწვეჩვაღი ხშიჩად ნინ ნამონეულია ჯანქვემ ნეკნთა ჯუთხის მწვეჩვაღთან.

ყუჩადღებით *შეაფასეთ სუნთქვა* და მისი მახასიათებეღები. ახაღშობიღებს, განსაკუთჩებით ღღენაკეღებს, აჩაჩეგულაჩი სუნთქვის ჩიტმი აღნიშნებათ, ჩაც ხასიათდება ნოჩმაღუჩი სიხშიჩის სუნთქვის პეჩიოდებით (30-40 წუთში) და "პეჩიოდული სუნთქვით", ჩოდესაც სიხშიჩე მნიშვნეღოვნად მციჩდება და ხოგჯეჩ შეიძეება გაჩეჩდეს 5-10 წამის განმავღობაში.

ჩვიღ ბავშვებში გვხვდება გულ-მკერდის ჯეღის ოჩი სახის დაჩღვევა: *pectus excavatum* ანუ "ძაბჩისებუჩი გულ-მკერდი" და *pectus carinatum*, ანუ "ჭაღმისებუჩი გულ-მკერდი".

აპნოე ენოდება სუნთქვის შეჩჩევას 20 წამზე მეტი ღჩოით. მას ხშიჩად ახღავს ბჩაღიკაჩდია და შეიძეება მიუთითებდეს *სასუნთქი სისტემის დაავაღებების, ცენტჩაეუჩი ნეჩვული სისტემის დაავაღებების* და იშვიათად, *კაჩდიო-ჯუღმონუჩი მღგომაჩეობების*

ჩვილის და პატარა ბავშვების სუნთქვის სისტემის გამოკვლევის მნიშვნელოვანი მომენტია აუსკულტაცია. *თავიდანვე ახ იხმახოთ* სტეტოსკოპი, ახამდე პაციენტი გამოიკვლიეთ ყურადღებით, როგორც ეს ნაჩვენებია ქვემოთ ტექსტში და შემდეგ გვეცდნე მოტანილ სუხათზე. ინსპექცია უკეთესად შეგიძლიათ ჩაატაროთ, როდესაც ბავშვი ახ ტირის, ამიტომ სთხოვეთ მშობლებს, რომ ბავშვი დაამშვიდონ. გახედველი ღრო (დაახლოებით 1 წუთი) დაუთმეთ ბავშვის დათვალიერებას, დააკვირდით ზოგად მდგომახეობას, სუნთქვის სიხშირეს, ფერს, ცხვირით სუნთქვას, სუნთქვით ხმიანობას და სუნთქვით მოძრაობებს, როგორც ქვემოთაა აღნეხილი.

ახსებობაზე აპნოე ჩვილ ბავშვთა *უეცარი სიკვდილის სინდრომის* სეხიოზული ხისტფაქტორია *(sudden infant death syndrome - SIDS).*

იმის გამო, რომ ჩვილები უპირატესად ცხვირით სუნთქავენ, დააკვირდით ცხვირს სუნთქვის ღროს, განსაკუთრებით, *ნესტოების მოძრაობას.* დააკვირდით სუნთქვას დახედველი პირით ან ბოთლიდან ნოვის ღროს.

ახალშობილებში და ჩვილებში ცხვირის გაფახთოვება შეიძლება *ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის* შედეგი მცირე ზომის ნესტოების ობსტრუქციით.

მოუსმინეთ ჩვილის სუნთქვის ხმიანობას და დააკვირდით ხრუტუნით *სუნთქვას, სტვენით სუნთქვას, ან სუნთქვითი ხმიანობების სიმცირეს (ობსტრუქცია).*

მნიშვნელოვანია გამოკვლევის ღროს დაადგინოთ ორი მნიშვნელოვანი ასპექტი: *სუნთქვითი ხმიანობები და სუნთქვითი მოძრაობა.* მათი შესწავლა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების დაავადებების შეფასებაში. შორებში, ორებიც მოწოდებულია ქვეყნებიდან, სადაც ნაკლებად გამოიყენება გულ-მკერდის რენტგენოგრაფია, რაც, რომ ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების შეფასებაში ეს მონაცემები ისევე გამოყენებადია, როგორც აუსკულტაცია.

ზემოთ ჩამოთვლილი ნებისმიერი დახედვა ხშირს ვახალებს სუნთქვის სისტემის პათოლოგიაზე.

ქვედა სასუნთქი გზების ინფექცია, ანუ ინფექცია ხმოვანი იოგების ქვემოთ, ხმირია ახალშობილებში და მოიცავს *ბრონქიოლიტს* და *პნევმონიას.*

მწვავედ განვითარებული სტრიდორი პოტენციურად სეხიოზული მდგომარეობაა. მიზეზებია *ეპიგლო-ტრაქეობრონქიტი (ყრუპი), ეპიგლოსიტი, ბაქტერიული ტრაქეიტი, უცხო სხეული ან სისხლძარღვოვანი ჩგოლი.*

ჩვილებში ახასნორი სუნთქვითი მოძრაობა პათოლოგიურ აუსკულტაციურ მონაცემებთან ერთად *პნევმონიის* ნიშანს ნარმოადგენს.[12] პნევმონიის გამოიცხვის 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 ცისფერი
სუნთქვის ნაზალური კომპონენტი	ცხვირის გაფახთოვება (ჩასუნთქვის ღროს ორივე ნესტოს გაფახთოვება)
სუნთქვითი ხმიანობები	ხრუტუნი (განმეორებადი მოკლე ამოსუნთქვითი ხმიანობები); სტვენითი სუნთქვა (ამოსუნთქვის ღროს მუსიკალური ხმიანობა); სტრიდორი (მაღალი ტონალობის ჩასუნთქვითი ხმიანობა); ობსტრუქცია (სუნთქვითი ხმიანობების სიმცირე)
სუნთქვითი მოძრაობა	ცხვირის გაფახთოვება (იხ. ზევით) ხრუტუნი - (იხ. ზევით) ხეტახქცია (გულ-მკერდის ჩანევა): ღრუნებზემოთ (ღრუნებს ზემოთ ხბიღი ქსოვილების); ნეკნთაშუა (ნეკნებს მოხის კანის ჩანევა); ნეკნზედა (ზუსტად ნეკნთა კიდის ქვეშ)

-713-

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 წინ ნამოსნევს.



გულ-მკერდის ასიმეტრიული მოძრაობა შეიძლება მიეთითებდეს ჯერჯერობით დაზიანებაზე. ფილტვის დაავადებების დროს მატულობს მუცლით სუნთქვა და შეიძლება განვითარდეს *ჰეტეროპნოე (გულ-მკერდის ჯედრის შენევა).* 2 ნლამდე ასაკში ფილტვის დაავადებების მაჩვენებელია. გულ-მკერდის შენევა არის ნეკნთაშუა არეების შეზნექვა ჩასუნთქვის დროს. დიაფრაგმის მოძრაობა პირდაპირ მოქმედებს სუნთქვაზე, გულ-მკერდის ჯუნთების მცირე დახმარებით. ჩოგორც წინა ცხრილშია აღნიშნული, ჩვილებში აღინიშნება სამი ტიპის ჰეტეროპნოე: ღვიწუელა, ნეკნთაშუა და ნეკნქვეშა.

ფილტვების ობსტრუქციული დაავადება ჩვილებში ინვევს *Hoover-ის (ჰუვერის) ნიშანს* ან პარადოქსულ (საჭანელასებურ) სუნთქვას, როდესაც ჩასუნთქვის დროს მუცელი გარეთ ინევა, 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 დაკვეთების გამო აქტიური ძილის დროს. ვინაიდან ზიდასთან ერთად მატულობს ჯუნთების ძაღა და გულ-მკერდის ჯედრის ელასტიურობა მცირდება, პარადოქსული სუნთქვა უკვე ნორმალურ მონაცემად აღარ განიხილება.

ბავშვებს, ვისაც *ჯუნთების სისუსტე* აქვთ, ხშირად ნლის 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. განსაკუთრებული შემთხვევების გარდა, ჩვილებში პერკუსიის რატარება არ გვსაჭიროებათ. ჩვილის გულ-მკერდი მთელ ზედაპირზე ჰიპერრეზონანსულია, ამიტომ პერკუსით დარღვევას ვერ დააღგენთ.

იმის გამო, რომ გულ-მკერდის ჯედელი ხმას ჯარგად ატარებს, ტაქტილური ფრემიტუსის რაიმე ცვლილება ან პერკუსით დარღვევის დადგენა მძიმე პათოლოგიაზე მიეთითებს, როგორიცაა დიდი ზომის *პნევმონიური გამკვრივება.*

ამ მეთოდების გამოყენების შემდეგ, შეგიძლიათ ჩაატაროთ *აუსკულტაცია.* სუნთქვითი ხმიანობები უფრო ხმამაღალია და მკვეთრი, ვიდრე მოზრდილებში, რადგან 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 ტარდება გულ-მკერდში და ყველაზე ხმამაღალია, როდესაც სტეტოსკოპს ზემოთ ჯისრისკენ ასწევთ. ისინი ჩვეულებრივ ინსპირაციული, უხეში ხმიანობებია. ქვედა სასუნთქი გზების ხმიანობები უფრო ხმამაღალია პათოლოგიის მხარეს, ხშირად ასიმეტრიულია და ამოსუნთქვის დროს ვლინდება.

ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების ხმიანობების გარჩევა ჩვილ ასაკში

მეთოდი	ზემო სასუნთქი გზა	ქვემო სასუნთქი გზა
შეადარეთ ხმიანობები ცხვირიდან/სტეტოსკოპიდან	ერთნაირი ხმიანობები	ხშირად განსხვავებულია
მოისმინეთ ხმიანობების სიმკვეთრე	ხშირად მკვეთრია და ხმამაღალი	ცვალებადი
დააკვირდით სიმეტრიას (მარცხნივ/მარჯვნივ)	სიმეტრიულია	ხშირად ასიმეტრიულია
შეადარეთ სხვადასხვა ლოკალიზაციის ხმიანობები (ზედა და ქვედა)	ხმიანობები უფრო ხმამაღალი ხდება გულ-მკერდზე სტეტოსკოპის ზევით გადადგილებისას	ხმიანობები უფრო ხმამაღალია გულ-მკერდის ქვედა ნაწილებში მკლავის განსვენებით
ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა	ყოველთვის ჩასუნთქვითია	ხშირად აქვს ამოსუნთქვის ფაზა

ახალშობილებში გულ-მკერდის ერთ მხარეს სუნთქვითი ხმიანობების შემცირება ცალმხრივ დაზიანებაზე მიუთითებს (მაგ. თანდაყოლილი დიაფრაგმული თრიალეთი).

ამოსუნთქვითი ხმიანობები, ჩვეულებრივ, ნარმოიქმნება გულ-მკერდის მიგნით. მეორე მხრივ, ჩასუნთქვითი ხმიანობები ტიპიურად ნარმოიქმნება გულ-მკერდის გარეთა სასუნთქ გზებში, როგორიცაა ტრაქეა. ამოსუნთქვის დროს გულ-მკერდის შიდა სასუნთქი გზების დიამეტრი მცირდება, რადგან გარშემომყოფი ფილტვის ქსოვილის ელასტიური ბუდე ხელს "ხელაგებს" სასუნთქი გზების გაღებას, როგორც ეს ხდება ჩასუნთქვის დროს. ჩასუნთქვის დროს ჰაერის ძლიერი ნაკადი ნარმოქმნის 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, ვიდრე ტრაქეობრონქული ხე მცირე ზომისაა. მოგუგუნე ხრინი გამოხატავს მსხვილი ბრონქების ობსტრუქციას. კრეპიტაცია 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.

კრეპიტაცია შეიძლება მოისმინოთ *პნევმონიის* და *ბრონქიოლიტის* დროს.

გული

გული არის ორგანების მუშაობის მთავარი ნიშანი
– ფრენკ ლოიდ რაიტი

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევა ჩვილებში ისევე ხდება, როგორც მოზრდილებში, მაგრამ მათი შიშის გაგება,

და ბევრ შემთხვევაში თამაშის სურვილი გამოკვლევას უფრო ადვილს და შედეგიანს ხდის. თითოეული ბავშვის გასინჯვისას გაითვალისწინეთ მათი განვითარების დონე. 2 წლის ბავშვის გამოკვლევა უფრო ადვილია, როდესაც დედის მუხლებზე ხის ან დგას სახით მხრისჯენ, როგორც მარჯვენა სურათზეა ნაჩვენები. თითოეულ ხელში ბავშვს ჩამე დააჭერინეთ. ბავშვი ვერ ხვდება, როგორ დააგდოს საგანი, ამიტომ მას ხელები დაკავებული უნდა და გასინჯვაში ხელს ვერ შეგიშლით. თუ ბავშვს გამუდმებით ეკრანებით, ამით მის ყურადღებას მიიქცევთ და ბავშვს დავიწყდება, რომ მას სინჯავთ. მიეცით უფლება, ამოძრაოს სტეტოსკოპი და შემდეგ ხელავ მოუსმინეთ. გამოკვლევის ჩატარების დროს ფანტაზია მოიშველიეთ!



ზოგადი დაჩლევები შეიძლება მიუთითებდეს თანდაყოლილი დაავადების არსებობის 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 შეცდომები, გვ. 809-810).

მწვავე სუნთქვითი სიმპტომების გარეშე ცენტრალური ციანოზის არსებობა ბელის დაავადებებზე მიუთითებს.

- *ბავშვებში ცენტრალური ციანოზის ვარდნილი მიზეზები*

წარმოშობის დრო	პოტენციური ვარდნილი მიზეზი
დაბადებისთანავე	მსხვილი არტერიების ტრანსპოზიცია, ფილტვის არტერიის სარქველების ატრეზია, ფილტვის არტერიის მძიმე სტენოზი, შესაძლო Ebstein-ის (ებშტეინის) განვითარების მანკი
დაბადებიდან ხუთწუთიან 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, დათვალიერეთ ხელების შიდა ნაწილები (მაგ. პირის ღრუ, ენა, კონიუნქტივა და ფრჩხილის სარეცელი უფრო ნაკლები ხარისხის დროს). მარჯვენა მსგავსი ვარდნილობა 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 ახალგაზრდული ნიშნები.

ჩვილებში ტაქიპნოე, ტაქიკარდია და ღვიძლის გადიდება გულის შეგუებებით უკმარისობაზე მიუთითებს.

ᲒᲣᲚᲘᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲘᲡ ᲛᲥᲝᲜᲔ ᲑᲐᲕᲨᲕᲔᲑᲔᲑᲨᲘ ᲐᲮᲐᲚᲒᲐᲖᲠᲓᲣᲚᲘ ᲜᲘᲨᲜᲔᲑᲘ

ცუდი კვება	ტაქიკარდია	ცუდი ზოგადი მესახედაობა
ზრდის შენელება	ჰეპატომეგალია	სისუსტე
გაღიზიანებადობა	ღრღის ჩხირისებრი თითები	

სუნთქვის სიხშირის და მახასიათებლების შესწავლა დაგეხმარებათ დაავადების ხასიათის დადგენაში და გულისა და ფილტვის დაავადებების გარჩევაში. სუნთქვის გაძნელება ფილტვის დაავადებების ღრმოს აღინიშნება, მაშინ, როდესაც გულის დაავადებების ღრმოს სახეზეა ტაქიპნოე, მაგრამ არა სუნთქვის გაძნელება, სანამ გულის შეგუებებითი უკმარისობა არ გაძლიერდება.

გულ-მკერდის მარცხენა ნახევრის დიფუზური გამოდრეკა ხანგრძლივ *კარდიომეგალიაზე* მიუთითებს.

ᲰᲔᲞᲐᲢᲘᲡ

ღრმის მთავარი ტოტები შეიძლება შეაფასოთ პერიფერიული პულსის გამოკვლევით. ახალშობილებში ყველანაირი პულსაცია უნდა გამოიკვლიოთ. ახალშობილებში და ჩვილ ბავშვებში უფრო ადვილია მხრის არტერიის პულსაციის გასინჯვა იდაყვის ფოსოში, ვიდრე სხივის არტერიის პულსაციის შეგრძნება მაჯაზე. ორივე საფეთქლის არტერია მდებარეობს ყურების წინ. მნიშვნელოვანია ბარძაყის არტერიის პულსაციის გასინჯვა. ბარძაყის არტერია გადის საზარდულის ნაკეცის ქვემ შუაში, თეძოს ქედსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის. გასინჯეთ ბარძაყის პულსაცია. მსუქან და მოსვენარ ბავშვებში მისი გასინჯვა ძნელია. თუ პირველად ფეხებს მუცლისკენ მოუხრით, ეს შეამცირებს მოხრის ღერძულს, რომელიც ჩნდება ფეხების გაშლისას. ტერფის დორსალური და დიდი ნვრის უკანა პულსაცია ახალშობილებში და ჩვილებში (იხ. სურათი შემდეგ გვერდზე) ძნელად ისინჯება, სანამ ღრმაში სისხლის დინება ნორმალური არ იქნება. ნორმალური პულსი მკვეთრად იზრდება, მკვეთრია და ჯარგად ლოკალიზებული.

ბარძაყის პულსაციის შემცირება ან არარსებობა *ღრმის ლოკალიზაციის ნიშანია*. თუ ბარძაყის პულსაციას ვერ სინჯავთ, გასინჯეთ წნევა ხელებსა და ფეხებზე. თუ კიდურებზე წნევა ერთნაირია, ან ფეხებზე ნაკლებია, შესაძლოა ლოკალიზაციის არსებობა.



სუსტი, ძაფისებური, ძნელად მისაგრძნობი პულსი შეიძლება ასახავდეს *მიოკარდიუმის დისფუნქციას* და *გულის შეგუებით უკმარისობას*, განსაკუთრებით თუ ახლავს ტაქიკარდია.

მიუხედავად იმისა, რომ პულსი ახალშობილის და ჩვილის ტერფებზე ძნ ისინჯება, ზოგიერთმა სიტუაციმ შეიძლება პულსი გააძლიეროს, როგორიცაა ღია ძარღვიანი სადინარი.

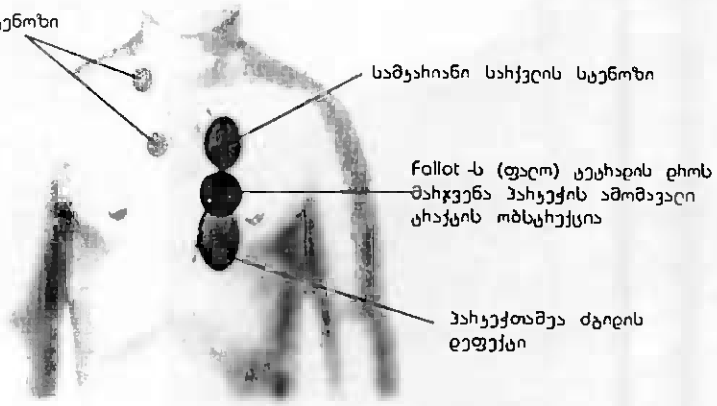
ჩვენ ზემოთ 697-ე გვერდზე აღნიშნეთ, გულის გამოკვლევის დროს ყურადღებით გაზომეთ ახალშობილთა და ბავშვთა სისხლის წნევა.

გულის სიგრძის, ანუ *გულის მაქსიმალური იმპულსის წერტილის* პალპაცია ყოველთვის ვერ ხერხდება ჩვილებში და მასზე გავლენას ახდენს სუნთქვითი ხმიანობები, ჯუჯის გავსება, ბავშვის მდებარეობა. მოზრდილებთან შედარებით გულის სიგრძე უფრო მაღალია, ვინაიდან გული უფრო ჰორიზონტალურად მდებარეობს.

გულ-მკერდის ჯედის *პალპაცია* საშუალებას მოგცემთ, შეაფასოთ გულის მოცულობითი ცვლილებები. მაგალითად, გულის ძრის გაძლიერებული მოძრაობა ასახავს დიდ მოცულობით ცვლილებებს.

მკერდის ძვლის მარცხენა ჯიხურთან "გრძვალი" ამოზრდა მიუთითებს *მარჯვენა პარკუჭის მუშაობის გაძლიერებაზე*, მაშინ, როდესაც იგივე სახის მოძრაობა მწვერვალთან მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის გაძლიერებულ მუშაობაზე.

პალპაციით *თრთოლვა* შეიგრძნობა, როდესაც გულში ან მსხვილ სისხლძარღვებში საკმარისი ტურბულენციაა, რომელიც გადაეცემა ზედაპირს. გულის ძრის ქვემ ძრულები სტრუქტურების ცოდნა დაგეხმარებათ, დაადგინოთ თრთოლვის წარმოშობა. თრთოლვის შეგრძნება ყველაზე ადვილია ხელისგულით ან თითებით და ძა თითის ნვეულებით. თრთოლვა წარმოადგენს ჩამეწინარე ულს ხდება. შემდეგ გვერდზე მოცემულ სურათზე ნაჩვენებია თრთოლვის ლოკალიზაცია გულის სხვადასხვა პათოლოგიის დროს ჩვილებში და ბავშვებში.



თრთოლვის ლოკალიზაცია

ᲐᲜᲐᲛᲜᲔᲖᲘᲐ

გულის ხითმის დადგენა ჩვილებში უფრო ადვილია გულის ტონების მოსმენით, ვიდრე პულსის გასინჯვით, მაგრამ მოზრდილ ბავშვებში შეგიძლიათ ორივე მეთოდი გამოიყენოთ. ბავშვებს, ჩვეულებრივ, ნორმალური სინუსური არითმია აქვთ, რომელიც ჩასუნთქვისას გულის რიტმი იზრდება და ამოსუნთქვისას – მცირდება, ზოგჯერ საკმაოდ მკვეთრად. ეს ნორმალური მოვლენაა და დადგენა შეიძლება მისი განმეორებადი ხასიათით, სუნთქვასთან კავშირით და იმით, რომ მოიცავს ჩამოთვლილ დარტყმას და არა ერთს.

ბევრ ბავშვს, განსაკუთრებით ახალშობილს, აღენიშნება ნინაგულოვანი ან პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია, რასაც ხშირად აფასებენ, როგორც "გამოტოვებულ" დარტყმას. მათი გარჩობა შესაძლებელია სინუსური რითმის გაზრდით დატვირთვის გზით, როგორიცაა ჩვილებში ცირილი ან მოზრდილ ბავშვებში ტკომა, ასევე ეს არითმია შეიძლება სშირი იყოს დატვირთვის შემდგომ პერიოდში. აბსოლუტურად ჯანმრთელ ბავშვებში ექსტრასისტოლია ყოველდღიურია და იშვიათად ხანგრძლივდება.

გულის S_1 და S_2 ტონები ყურადღებით უნდა მოისმინოთ. ნორმალურად ეს ტონები მკვეთრია. ფეძოზე 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.

ᲠᲝᲓᲔᲡᲐᲪ ᲒᲣᲚᲛᲙᲔᲠᲓᲘᲡ ᲞᲣᲚᲡᲐᲪᲘᲐ ᲩᲐᲜᲡ ᲓᲐ ᲮᲔᲚᲘᲗ ᲛᲔᲣᲒᲘᲫᲜᲝᲑᲐ, ᲔᲡ ᲛᲘᲗᲘᲗᲔᲑᲡ ᲰᲘᲞᲔᲠᲜᲐᲛᲘᲣᲠᲔᲛᲘᲐᲖᲔ, ᲠᲝᲛᲚᲘᲡ ᲛᲘᲖᲔᲖᲘ ᲨᲔᲫᲚᲔᲑᲐ ᲘᲧᲝᲡ ᲒᲣᲚᲘᲡ ᲠᲘᲗᲛᲘᲡ ᲛᲔᲢᲐᲑᲝᲚᲣᲠᲘ ᲒᲐᲜᲡᲮᲔᲚᲐ ᲐᲜ ᲒᲣᲚᲘᲡ ᲯᲘᲛᲫᲕᲔᲓᲝᲑᲘᲡ ᲓᲐᲥᲕᲔᲗᲘᲗᲔᲑᲐ ᲒᲣᲚᲘᲡ ᲩᲐᲜᲘᲛᲔ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘᲡ ᲒᲐᲛᲝ

ბავშვებში რითმის ყველაზე ხშირი დარღვევებია პაროქსიზმული *სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია* ან *პაროქსიზმული ნინაგულოვანი არითმია*, რომელიც ნებისმიერ ასაკში შეიძლება განვითარდეს მუცლადყოფნის პერიოდის ჩათვლით. ამ არითმიას ზოგიერთი ბავშვი ძალიან ჯანგად იტანს და შეიძლება მხოლოდ გამოკვლევით დადგინდეს, როდესაც ბავშვი სრულიად ჯანმრთელად გამოიყურება; შეიძლება ჰქონდეს ოდნავი სიფერმკრთალე ან ტაქიპნოე, მაგრამ სნარფი, მედიცინი, აბსოლუტურად რითმული გულისცემა სიხშირით **240** ან მეტი დარტყმა წუთში. სხვა ბავშვები, განსაკუთრებით ახალშობილები ამ მდგომარეობის გამო ავადმყოფურად გამოიყურებიან. მოზრდილ ბავშვებში ეს არითმია უფრო მცირედ ნარმოადგენს ქრონმარიტ პაროქსიზმს სხვადასხვა ხანგრძლივობისა და სიხშირის ეპიზოდებით.

ბავშვებში *პათოლოგიური არითმიის* მიზეზი შეიძლება იყოს გულის ორგანული დაავადებები, მაგრამ ასევე სხვა ფაქტორებიც. ყველაზე *მნიშვნელოვანია ნივთიერებათა მიღება, მეტაბოლური და ენდოკრინული დარღვევები, სერიოზული ინფექციები და ინფექციის შემდგომი პერიოდი* ან შეიძლება დაავადებული იყოს გულის ორგანული დაავადების დროს გამტარებლობის დარღვევასთან.

გულის ტონების მოყრუება მიუთითებს *პერიკარდიუმის ღრუში გამონაჟონის არსებობაზე*. ჩუმი, ნაკლებად მკვეთრი ტონები *მიოკარდიუმის დისფუნქციაზე* მიუთითებს.

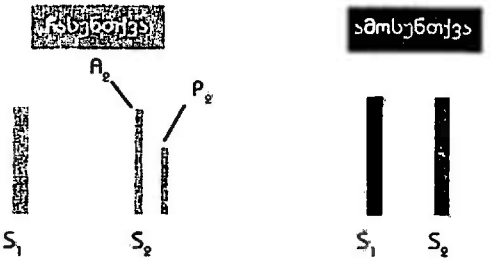
ტონის გაორება გამოავლენს ბევრ, მაგრამ არა ყველა, უფრო სერიოზულ გულის თანდაყოლილ პათოლოგიას.

ბავშვებში გულის იტყმის ნორმალური ვარიანტების მახასიათებლები

მახასიათებლები	ნორმალური სინუსური იტყმი	ნინაგულების ნაადრევი შეკუმშვები (APC_s) ან პარკუჭების ნაადრევი შეკუმშვები (VPC_s)
ყველაზე ხშირი ასაკი	ჩვილობის შემდეგ (შედარებით ნაკლებად ვითარდება მოზარდობაში)	ახალშობილებში (მაგრამ შეიძლება ნებისმიერ დროს გამოვლინდეს)
სუნთქვასთან კავშირი	დიახ: ჩასუნთქვისას იზრდება და ამოსუნთქვისას მცირდება	არა
ტაქიკარდიაზე დატვირთვის გავლენა	ქრება	ქრება დატვირთვით
იტყმის დახასიათება	ჩასუნთქვასთან ერთად თანდათან მატულობს ამოსუნთქვისას ხშირად უცებ ნელდება	უფრო ხშირად შეიძლება დატვირთვის შემდეგ გაჩნდეს გამოტოვებული დარტყმა ჩნდება არარეგულარულად
დარტყმების ხარისხობა	ხარისხიანი დარტყმა, ჩვეულებრივ, განმეორებად ციკლებში	ჩვეულებრივ, ერთეული შესცვლილი დარტყმა
სიმძიმე	კლინიკურად ნორმალური (განსხვავებულად გამომძიებლისგან)	ჩვეულებრივ, კლინიკურად ნორმალური

მიუხედავად იმისა, რომ პარკუჭის ნაადრევი შეკუმშვები შეიძლება ჯანმრთელ ჩვილებშიც განვითარდეს, ისინი ვითარდება ისეთი დაავადებების დროს, როგორიცაა კარდიომიოპათიები, 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 არტერიული ან პირველი კომპონენტი ნორმალურად უფრო ხმამაღალია, ვიდრე პულმონური, ანუ მეორე კომპონენტი.



გულის *მესამე ტონი*, რომელიც დაბალი ტონალობისაა, ადრეული დიასტოლური ხმიანობა უკეთესად 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 ღრმა სუნთქვისას არტერიულზე ხმამაღალია, მიუთითებს *ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიაზე.*

S_2 ხანგრძლივი გაყოფა შეიძლება აღნიშნავდეს მარჯვენა პარკუჭის მოცულობით დატვირთვას, როგორიცაა ნინაგულთაშუა *ძგიდის დეფექტის, ფილტვის ვენების* ან *ქრონიკული ანემიის* დროს.

გულის მესამე ტონი S_3 უნდა გაარჩიოთ მაღალი ინტენსიობის გალოპის მესამე ტონისგან, რომელიც პათოლოგიის ნიშანია.



გულის *მეოთხე ტონი* აღნიშნავს შიოკარდიუმის ჭიმვადობის დაქვეითებას და დაკავშირებულია *გულის შეგუებით უკმარისობასთან.*

გულის *მეოთხე ტონი* (S_4), რომელიც ხშირად ისმის ბავშვებში, დაბალი სიხშირის, გვიანი დიასტოლური ტონია და ჩნდება ზუსტად პირველი ტონის წინ.

გალოპის რიტმი – ტაქიკარდიას დამატებული ხმამაღალი S_3, S_4 ან ორივე ერთად, პათოლოგიურია და გამოხატავს *გულის შეგუებით უკმარისობას* და *პარკუჭთა ფუნქციის დაქვეითებას.*

გალოპის რიტმი გულის ნორმალური რიტმის და სიხშირის დროს ხშირია ჯანმრთელ ბავშვებში და პათოლოგიას არ ნიშნავს.

ბავშვებში გულის გამოკვლევის ერთ-ერთი ყველაზე რთული პრობლემაა *გულის შეიღების* დადგენა. გარდა იმისა, რომ შეიძლება უსმენდეთ მოუსვენარ, შესაძლოა დაემორჩილებელ ბავშვს, მეორე პრობლემაა ფუნქციური შეიღების გარჩევა ორგანულისგან. ბავშვებში გულის შეიღები უნდა დახასიათდეს სპეციფიკური ლოკალიზაციით (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; ელექტროკარდიოგრაფია და ექოკარდიოგრაფია.

ნებისმიერი *არაკარდიული ნიშანი* ხშირად ახლავს გულის დაავადებებს ბავშვებში და მნიშვნელოვნად ზრდის იმის შესაძლებლობას, რომ შეიღი, რომელიც კეთილთვისებიანს ჰგავდა, ჩვეულებრივ პათოლოგიურია.

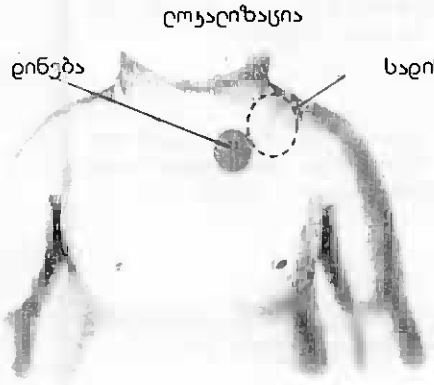
მნიშვნელოვანია ის, რომ ბავშვებში *ფუნქციური შეიღები პათოლოგიურ ცვლილებებთან არ არის დაკავშირებული.* ბევრ (მაგრამ არა ყველა) ბავშვს გულის სეირიზული მანკებით გულის შეიღების გარდა სხვა ნიშნები და სიმპტომები აქვს, რაც დგინდება ანამნეზითა და გასინჯვით. ბევრს აღენიშნება სხვა, არაკარდიული ნიშნები და სიმპტომები, როგორიცაა გენეტიკური დეფექტები, რაც დაგეხმარებათ დიაგნოზის დადასტურებაში.

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 შეიღები დაადგინოთ მათი სპეციფიკური ხასიათის, ვიდრე ინტენსივობის მიხედვით. ჩვილთა და ბავშვთა ხშირი ფუნქციური შეიღები ადვილად შეიძლება გამოიცნოთ პრაქტიკით და მხოლოდ გარკვეული გამოკვლევა.

ზოგი მოგვიანებით ჩნდება, დამოკიდებულია სიმძიმეზე, დაბადების შემდეგ ფიტკვის სისხლძარღვთა ჰემოსტატიკის დაქვეითებაზე ან ბავშვის ხერხემალთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე. ცხრილში 18-15, გვ. 809-810 ნაჩვენებია ბავშვებში პათოლოგიური შეიღების ნიმუშები.



ხელოვნური შეიღები ჩვილებში

ტიპიური ასაკი	დასახელება	მახასიათებლები	აღნერა და ლოკალიზაცია
ახალშობილი	*სადინარის დახურვა*		ხანმოკლე, ნაზი, განლევნის, მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე
ახალშობილი 1 ღამდე	*პერიფერიული პერიფერიული ქინების შეიღი*		ნაზი, სუსტად განლევნის, სისტოლური, მკერდის ძვლის ზედა კიდის მარცხნივ, ფიტკვებზე და იღლიის ფოსოში

სუსთან მოყვანილია ბავშვებში ორი ტიპის *ხელოვნური* შეიღის დახასიათება მათი ლოკალიზაციის და ძირითადი ნიშნების მიხედვით.

ზოგიერთ ახალშობილს და ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ნაზი, განლევნის შეიღი არა გულის არეში, არამედ ფიტკვის ვენებზე, განსაკუთრებით იღლიის მიდამოში. ეს გამოხატავს ფიტკვის არტერიის პერიფერიულ ქინებას და, ნაწილობრივ, შეიძლება ნაყოფის ფიტკვის არტერიის არასრული ფორმირებისა (ხოლოსაც ფიტკვის არტერიაში ქინება შემცირებულია) და მარჯვენა ყურთის, რომლითაც ფიტკვის არტერია უკან უხვევს. გამომწვევი დაავადების ობიექტური მონაცემების არარსებობისას საკარაულოა, ეს *ფიტკვის პერიფერიული ნაკადის შეიღი* ხელოვნური იყოს და, ჩვენებრივ, ქრება 1 ღლის ასაკისთვის.

ფიტკვის არტერიაში ქინების შეიღი ახალშობილებში, რომლებსაც სხვა დაავადების ნიშნები აქვთ, პათოლოგიური უნდა იყოს. დაავადებებია *Williams-ის (უილიამსის) სინდრომი, თანდაყოლილი ნოთარას 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 ინვევს ტუჩბუელენციას სისტემური ციკულაციის მაღალი ნნევის მხრიდან ფილტვის ციკულაციის დაბალი ნნევისკენ, 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*, გამონვეულია სისხლის დინებით მცირე ზომის სარქველებში და ამის გამო შეილი დამოკიდებული არ არის ფილტვის სისხლძარღვთა ჰეზისტენტობის შემცირებაზე და დაბადებისთანავე მოისმინება.

ნნევის გრადიენტის განსხვავება
ატრიოვენტრიკულური ჰეგურგიტაციით გამონვეული შეილი დაბადებისთანავე მოისმინება, ვინაიდან პარკუჭს და წინაგულსა შორის არსებობს მაღალი ნნევის 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 დარღვევაა, *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 ნლამდე 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 სპეციფიური პათოლოგიური შეილების დახასიათება აღნერილია ცხრილში 18-15, გვ. 809-810.

III სარძევე ჯირკვლები

ახალშობილთა, როგორც გოგონების, ასევე ბიჭების სარძევე ჯირკვლები გადიდებულია ედის ესტროგენების ზეგავლენით. ეს ცვლილება შეიძლება ჰარმონიზე თვის განმავლობაში გაგრძელდეს. სარძევე ჯირკვლებში შეიძლება დაგროვდეს თეთრი ფერის სითხე, რასაც ზოგჯერ "ჯადოქრის ძძეს" უნოდებენ და შეიძლება 1-2 კვირის განმავლობაში გრძელდებოდეს.

ნაადრევი თელარქეს დროს სარძევე ჯირკვლების განვითარება ყველაზე ხშირად ვლინდება 6 თვიდან 2 ნლამდე. მომნიფების ან ჰორმონული დარღვევების სხვა ნიშნები არ აღინიშნება.

მუცელი

მუცელი *დაათვალიერეთ*, როდესაც ბავშვი ზურგზე წევს, უმჯობესია ძილის დროს. ჩვილის მუცელი ამობურცულია, ვინაიდან მუცლის კუნთები ცუდადაა განვითარებული. თქვენ ადვილად შეგიძლიათ შეამჩნიოთ მუცლის ხელის სისხლძარღვები და ნაწლავის პერისტალტიკა.

დაათვალიერეთ ახალშობილის *ჭიპლარი* ხაიმე პათოლოგიაზე. ნორმალურად, აღინიშნება ორი სქელ-ხელიანი ჭიპის არტერია და ერთი ფართო, მაგრამ თხელ-ხელიანი ჭიპის ვენა, რომლებიც მდებარეობენ 12 საათის პოზიციაში.

ახალშობილთა ჭიპს შეიძლება ჰქონდეს გრძელი კანის ნაწილი *(კანის ჭიპი)* ან ამნიონური ნაწილი *(ამნიონური ჭიპი)*, რომელიც დაფარულია მკვრივი ფენესმაგვარი ნივთიერებით. ამნიონური ნაწილი ხმება და ვარდება 2 კვირის განმავლობაში, ხოლო კანის ნაწილი რჩება და გაერთიანდება მუცლის კანთან.

დაათვალიერეთ ჭიპის გარშემო კანი სინათლეზე და შეშუპებაზე. *ჭიპის თიაქარი* ვლინდება დაბადებიდან რამდენიმე 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 შეხორცების პროცესში.

ჩვილებში *ჭიპის თიაქრის* მიზეზია მუცლის ხელის დეფექტი, რომლის ზომა 6 სმ-დე შეიძლება იყოს და გამოირჩევა მუცლის მიგნითა ნწვის მომატების დროს. თიაქრების 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 გარშემო 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.

ჩვილი ბავშვის მუცლის *პალპაცია* ადვილია, ვინაიდან შესება სიამოვნებს. როგორც სუპინაციაზეა ნაჩვენები, გამოიყენეთ ბავშვის მოდუნების მეთოდი, ისთვისაც ერთი ხელით ფეხები მოუხარეთ მუხლის და მენჯბარძაყის სახსრებში, ხოლო მეორეთი პალპაცია ჩაატარეთ. ასევე, ბავშვის დასამშვიდებლად შეგიძლიათ გამოიყენოთ მანთვარა ან ბოთლი საკვებით.



ფრთხილად დაინყეთ 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 მარჯვენა ნეკნთა რკალიდან 1-2 სმ-ით ქვემოთ.

ისევე როგორც ღვიძლის, *ელენთის* გასინჯვას ადვილია უმრავლესობა ბავშვებში. ელენთა ძალიან ხშირია, აქვს მკვეთრი კიდეები და მარცხენა ნეკნთა რკალიდან ქვემოთკენაა მიმართული ენასავით. ელენთა მოძრავია და იშვიათად სცილდება ნეკნთა რკალს 1-2 სმ-ზე მეტად.

ჩაატარეთ *მუცლის სხვა ორგანოების პალპაცია*. ხშირად შეიგრძნობთ ნაღვლის ბუშტის პალპაციას ეპიგასტრიუმის არეში. ამას უფრო ადვილად შეიგრძნობთ შუახაზის მარცხენა ღრმა პალპაციით.

ასევე, ჩვეულებრივ პალპაციით შეგიძლიათ ელენთის ნვეროს გასინჯვა. ფაქტიურად, შეგიძლიათ თითქმის გასინჯოთ ერთი ხელის თითების ზუსტის მხარეს და მეორე ხელის თითების ზემოდან დადებით. დასნეხილი კოლონჯი ისინჯება, როგორც სოსისის მსგავსი მასა მარცხენა ქვედა კვადრანტში.

ორივესაც ჩვილის მუცლის ღრუში ნორმალურ ორგანოებს გასინჯავთ, პალპაციით დააგდგინეთ პათოლოგიური მასების არსებობა.

ჩემი, ტიმპანური ხმიანობა და მუცლის შებერვა პერიტონიტზე მიუთითებს.

გადიდებული, მგრძნობიარე ღვიძლი შეიძლება გამონვეული იყოს *გულის შეგუბებითი უკმარისობით, დაგროვების დაავადებით*. ახალშობილებში ჰეპატომეგალიის მიზეზებია ჰეპატიტი, დაგროვების დაავადებები, სისხლძარღვოვანი შეგუბება და ბილიარული ობსტრუქცია.

სპლენომეგალიის მიზეზი შეიძლება ჰემოლიზურ დაავადება იყოს, როგორიცაა *ინფექცია, ჰემატოლოგიური დარღვევები*, მაგ. *ჰემოლიზური ანემია, ინფექციური, ანთებითი და აუტოიმუნური დაავადებები*, ისევე როგორც *პორტული ჰიპერტენზიის* გამო.

ჩვილებში მუცლის ღრუში პათოლოგიური მასები შეიძლება დაკავშირებული იყოს თირკმელებთან (მაგ. *ჰიდრონეფროზი*); მარცხის ბუშტთან (მაგ. მარცხსაღენის ობსტრუქცია), მსხვილ ნაწლავთან (მაგ. *Hirschsprung-ის დაავადება ან ნაწლავის ინვაგინაცია*) და სიმსივნესთან.

ჰიდრონეფროზის სტენოზის დროს მარჯვენა ზედა კვადრანტის ღრმა პალპაცია შეა ხაზთან გამოავლენს "ზეთისხილის" - 2 სმ-ის ზომის ჰიდრონეფროზის მასას. ქვემოთ ზოგიერთ ჩვილს ამ დარღვევის დროს აღენიშნება პერისტალტიკური ტალღები მუცლის კედელზე, რასაც მოჰყვება სწრაფი ღებინება.

11.1 მამაკაცის სასქესო ორგანოები

დაათვალიერეთ მამაკაცის სასქესო ორგანოები, ხოლოსაც ჩვილი ზურგზე წევს, დააკვირდით ასოს, სათესლე ჯირკვლებს და სათესლე პარკს. *ჩუჩა* მთლიანად ფარავს ასოს თავს. დაბადებისას ჩუჩის გადანევა ვერ ხერხდება, ამიტომ თქვენ უნდა გადაუნიოთ საგანგებოდ, რომ გამოჩნდეს შარდსადენის გარეთა ხვრელი. ჩუჩის თავისუფლად გადანევა ბავშვებში, ვისაც არ ჩატარებიათ ცირკუმციზიო, ვითარდება ხანმოკლე თვის ან წლის შემდეგ. ცირკუმციზიოს ჩატარების სიხშირე ბოლო პერიოდში შემცირდა ჩრდილოეთ ამერიკაში და სხვადასხვა სიხშირით ჯერდება მსოფლიოში, ანუ დამოკიდებულია ქვეყნის კულტურაზე.

ჰიპოსპადია ეწინიშნება, როდესაც 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 ხაზზე დაჩლეკას. დარწმუნდით, რომ ასო მოლუნული არ არის.

ფიქსირებული, ქვევით მოხრილი ასო ნარმოადგენს *chordee* (ასოს გამრუდებას), მას შეიძლება ახლდეს ჰიპოსპადია.

სათესლე პარკის მეშუპება დაბადებიდან ხანმოკლე დროის განმავლობაში შეიძლება აღინიშნებოდეს დედის ესტროგენების ზემოქმედების შედეგად.

თუ ახალშობილთა სათესლე ჯირკვალი არ არის ჩამოსული სათესლე პარკში *(კრიპტორქიზმი)*, სათესლე პარკი განვითარებულია და მეჯუმშული, პალპაციით შიგთავს ვერ მოძებნით (იხ. ცხრილი 18-18, მამაკაცის შარდსასქესო სისტემა. გვ. 813).

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 ჯირკვალს სინჯავთ ზევით, საზარდულის არხში, ფრთხილად ჩამონიეთ ქვევით სათესლე პარკისკენ. ახალშობილის სათესლე ჯირკვლების სიგანე 10 მმ-ია, სიგრძე – 15 მმ და უმეტესად სათესლე პარკში მდებარეობენ.

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.

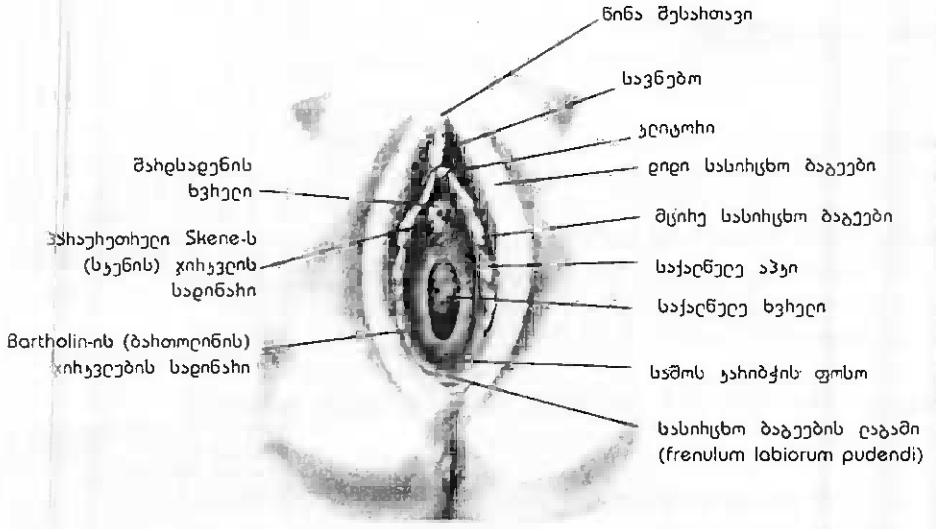
სათესლე პარკებში და საზარდულის არხში გასინჯეთ სათესლე ჯირკვლების შეშუპება. თუ სათესლე პარკში შეშუპებას ნახავთ, ეცადეთ გამოარჩიოთ სათესლე ჯირკვლებისგან. დააკვირდით, იცვლება თუ არა ზომა ბავშვის ტირილის დროს, ხოლოსაც იზრდება წნევა მუცლის ღრუში. ნახეთ, მოძრაობს თუ არა თქვენი თითები შესიების ზემოთ. შეგიძლიათ თუ არა თითებით მისი დაჭერა სათესლე პარკში. ფრთხილად დაანექით და სცადეთ შესიების ზომის შემცირება, დააკვირდით ხარისხზე მტკივნეულობას. დააკვირდით სინათლის გატარებას.

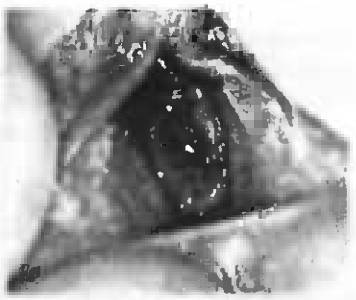


ახალშობილებში ხშირად ორი ტიპის მასა აღინიშნება: *ჰიდროცელე* და *სახსრელის თიაქარი*. ხშირად ორივე ერთდროულად ვითარდება და უმეტესად შეჯვნა მხარსაა. ჰიდროცელე სათესლე ჯირკვლების და სათესლე ბაგირაჯის ზემოდანაა, არ პატარავდება და სინათლეს ატარებს (იხ. სურათი შარცხნივ). უმეტესობა გაინოვება 18 თვის განმავლობაში. თიაქრები გამოყოფილია სათესლე ჯირკვლებისგან, რვეულებივე პატარავდება და ხშირად სინათლეს არ ატარებს. არ გაინოვება. ზოგჯერ შეინიშნება გასქელებული სათესლე ბაგირაჯი (ენოდება *ბრუმუნის ნიშანი*).

11.2 ქალის სასქესო ორგანოები

ჯანმრთელობის დაცვის ყველა მუშაკი ერგად უნდა იცნობდეს ქალის სასქესო ორგანოების ანატომიას. თუ არ იცით ნორმალური აგებულება, პათოლოგიას ვერ დაადგენთ. ჰრობელმას ნარმოადგენს ახალშობილი გოგონას სასქესო ორგანოების ანატომიის გარევა. ამისთვის, შემდეგ გვერდზე სურათზეც და ფოტოზეც მოცემულია ანატომიური აგებულება.





ახალშობილ გოგონებში სასქესო ორგანოები გამოკვეთილია დედის ესტროგენების ზეგავლენით. დიდი და მცირე ბაგეები ვახლისფერია თეთრკანიან ბავშვებში და შეიძლება ჰიპერპიგმენტაციური იყოს შავკანიანებში. დაბადებიდან ხამოდენიმე კვირის განმავლობაში ალინიშნება ძძესავით თეთრი გამონადენი, შეიძლება სისხლნახევიც იყოს. ესეც ესტროგენების მოქმედების შედეგია და ჰირველი ნლის განმავლობაში მცირდება.

ორმაგი სასქესო ორგანოები, ხაც მოიცავს გოგონას გარეთა სასქესო ორგანოების მასკელინიზაციას, იშვიათია და მისი მიზეზია ენდოკრინული დარღვევები, როგორიცაა *თირკმელზედა ჯიჩკვლის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზია.*

ახალშობილ გოგონას სასქესო ორგანოები გასინჯეთ ზურგზე ნოლის დროს.

სისტემურად გამოკვლიეთ სხვადასხვა სტრუქტურები, ჯლიტორის ზომის, დიდი ბაგეების ფერის და ზომის ჩათვლით. დათვალიერეთ ხაიმე გამონაყარი, სისხლჩაქცევა და გარეგანი დაზიანება. შემდეგ ორივე ხელის ცერებით გადანიეთ დიდი ბაგეები ჩვილებში, ან ოგორც ნაჩვენებია 767-ე გვერდზე დიაგრამაზე, ადრეული და გვიანი ბავშვობის ასაკის ბავშვებისთვის. ახალშობილები არ გენინააღმდეგებიან გასინჯვაზე, ვინაიდან მათ ხშირად უცვლიან საცვლებს და ბანენ.

დაბადებისას საქალწეე აჰკი არაერთგვაროვანია. ეფერო ხშირია ბაგეების შეხორცება, ქალღდის ფურცლივით თხელია და ხშირად ჭრება მკურნალობის გარეშე.

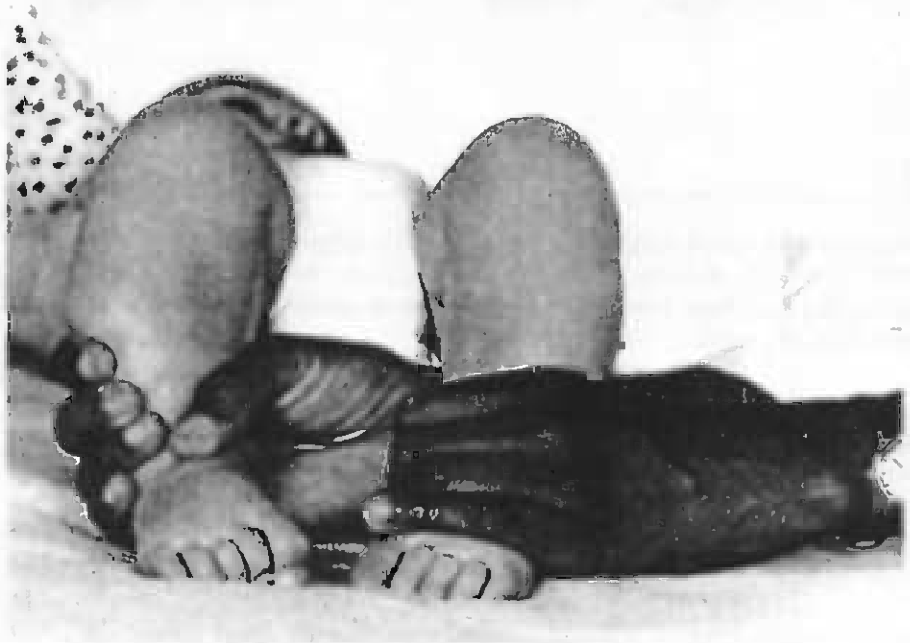
დათვალიერეთ შარდსადენის ხვრელი და მცირე ბაგეები. შეაფასეთ საქალწეე აჰკი, რაც ახალშობილებში და ჩვილებში სქელია, არ შეიცავს სისხლძარღვებს, ცენტრში ხვრელი აქვს და ფარავს სამოს შესავალს. დააკვირდით სამოს შესავალს, მიუხედავად იმისა, რომ საქალწეე აჰკი შეიძლება გასქელებული და დიდი იყოს. დააკვირდით ხაიმე გამონადენის არსებობას.

ანუსი

ანუსი გამოკვლევის ჩატარება არ არის აუცილებელი, თუ არ აღინიშნება ტკივილი ან ნარმონაქმნი მუცლის ღრუში. ასეთ შემთხვევაში ბავშვს ფეხები მოუხარეთ და თავისკენ დარჭიეთ. გასინჯეთ ხელთათმანიანი და საცხიანი ნეკით.

ახალშობილთა უმრავლესობას *ფეხები გალუნული აქვთ*, სამეცნიერო მოხსენიება მდგომარეობის გამო.

3 თვის ზევით ასაკის ბავშვებში შეიძლება აღინიშნებოდეს ბარძაყის თვალით მესამჩნევი 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 შეცდომაა თავისით სწორდება 2 წლის ასაკისთვის წონის მატებასთან ერთად.

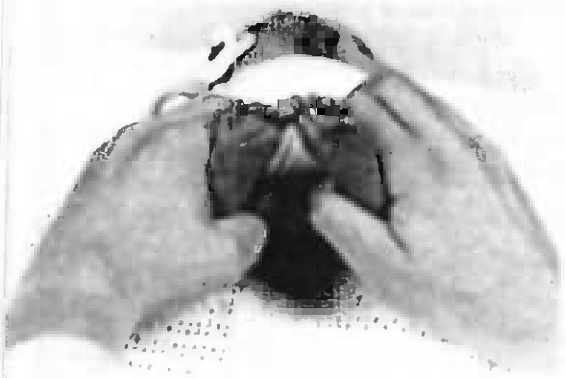
ნივთის პათოლოგიური შეცდომაა ვლინდება მხოლოდ *ტერფის ან ბარძაყის დეფორმაციასთან* ერთად.

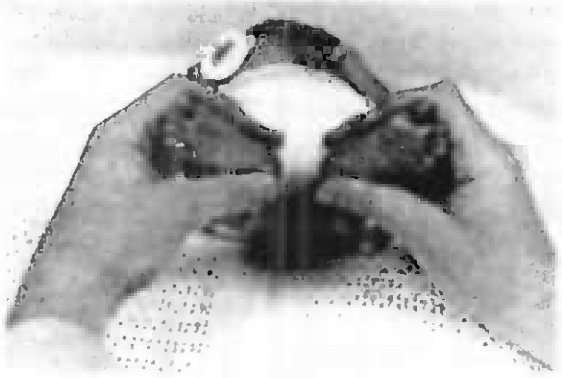
ამის შემდეგ გამოკვლიეთ ახალშობილის და ჩვილის ტერფები. დაბადებისას ტერფი შეიძლება დეფორმირებული იყოს სამეცნიერო მოხსენიების გამო. ხშირად შიგნით შეცდომაა, როგორც მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები. ჩაატარეთ მანიპულაცია დაზიანებულ ტერფზე – ნორმალური ტერფი ადვილად სწორდება ნეიტრალურ და ზოგჯერ ზედმეტად სწორ პოზიციაში. ასევე, შეგიძლიათ გაუხახუნოთ ან დააჭყათ ტერფის გარეთა კიდეს, ხათა ნახოთ, იღებს თუ არა ტერფი ნორმალურ მდებარეობას.

ტერფის ჭეშმარიტი დეფორმაციის დროს ნე ეცდებით ნორმალური მდებარეობის მიღწევას მხოლოდ მანიპულაციით.

ახალშობილის ტერფს გააჩნია სხვადასხვა-ვარიაციებიანი ნიშანი, რამაც შეიძლება თავიდანვე თქვენი ინტერესი გამოიწვიოს. ახალშობილის ტერფი ბრტყელია ძირის ცხიმოვანი ქსოვილის გამო. ხშირია ტერფის ინვერსია, მეტიარული კიდის ამოვა. ზოგიერთ ბავშვს აღენიშნება წინა ტერფის მოზიდვა ინვერსიის გარეშე, რასაც ეწოდება *metatarsus adductus*. სხვებს შეიძლება ჰქონდეს მთელი ტერფის მოზიდვა. ბოლოს, უმეტესობა მოსიარულე ბავშვს აღენიშნება მცირეოდენი ჰორნაცია ტერფის ეკვინუსით (ამობრუნებით). ყველა ამ ნორმალური ვარიანტის დროს არასწორი პოზიცია ადვილად შეიძლება გასწორდეს. ამ ცვლილებების გასწორება შესაძლებელია 1-2 წლისადმი.

ყველაზე ხშირი ტერფის მძიმე თანდაყოლილი დეფორმაცია არის ტერფის ეკვინოვარუსული დეფორმაცია (talipes calcaneovalgus) ან *ტერფმრუდობა*.





ნევროლოგიური სისტემა

ჩვილების ნევროლოგიური 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 გაღიზიანებადობა; პოზის მუდმივი ასიმეტრია; კიდურების მუდმივი გაშლა; თავის მუდმივად ცალ მხარეს შებრუნება; თავის, კისრის და კიდურების გაჭიმვა (ოპისტოტონუსი); ტკივილზე ძლიერ 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 ეთიკურად 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 ნერვების ფუნქციების, სენსორული ფუნქციების და უფრო იშვიათი პრიმიტიული ჰეფლექსების.[15] ნევროლოგიური გამოკვლევით შეიძლება გამოვლინდეს გარკვეული დაავადება, მაგრამ არა ერთეული სპეციფიკური ფუნქციური დეფიციტი და ნუთიერი დაზიანება.

ახალშობილის *გონებრივი მდგომარეობა* შეაფასეთ ბავშვის აქტივობებით, როგორც განხილულია 690-692-ე გვერდებზე ("ის შეეძლია ახალშობილს"). დარწმუნდით, რომ გამოკვლევის დროს ბავშვი გამოფხიზლებულია, თუ ბავშვს უძინება, დაუბრუნდით მოგვიანებით.

ახალშობილებში *მუდმივი გაღიზიანებადობა* შეიძლება *ნევროლოგიური ინსულტის* ნიშანი იყოს, ან ასახავდეს სხვადასხვა მეტაბოლურ, ინფექციურ ან სხვა *ჯონსტატაციის 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 ჩეზისტენტობა პასიურ მოძრაობაზე.

შემდეგ შეაფასეთ *ტონუსი*, ხოლესაც თითოეული სახსარის ამოძრავებთ მოძრაობის ამპლიტუდით და დაახვედრებით სპასტიკურობას ან მოდუნებას. ბავშვი ხელებით დაიჭირეთ, ხოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, ისეთ დაადგინოთ ტონუსი ნორმალურია თუ დაქვეითებული. ტონუსის მომატება ან დაქვეითება შეიძლება მიეთითებდეს თავის ქალას შიდა დაავადებაზე, თუმცა ამ დაავადებას ჩვეულებრივ სხვა ნიშნებიც ახლავს.

ახალშობილის *სენსორული ფუნქციები* შეზღუდული სამეალებებით 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.



ჰიპოტონიის მქონე ახალშობილი ხშირად ნევს ბაყაყის პოზაში, მკლავები მოხრილია და მტევნები ყურებთან ახლოს აქვს. ჰიპოტონიის მიზეზი შეიძლება იყოს *ცენტრალური ნერვული სისტემის* და *მოტორული ნაწილის* სხვადასხვა დარღვევა.

შეგიძლიათ შეამოწმოთ ახალშობილის ან ჩვილის *თავის ტვინის ნერვები*, ამისთვის უნდა მოიშველიოთ გარკვეული ეშმაკობები და სპეციალური მეთოდები, რომლებიც განსხვავდება დიდი ასაკის ბავშვებისა და მოზრდილების გამოკვლევისგან. შემდეგ გვერდზე მოცანილ ცხრილში მოცემულია ხშირად გამოსადეგი სტრატეგია.

ხოლესაც ტკივილით გაღიზიანებას მოყვება სახის გამომეტყველების შეცვლა ან ტირილი, მაგრამ ბავშვი ხელს უკან არ სნევს, შესაძლოა, მას *დამბლა* ჰქონდეს.

ახალშობილებში და ჩვილებში *ღრმა მყესების რეფლექსები* ცვალებადია, ვინაიდან ორმხრივ სპინალური გამტარი გზები ბოლომდე განვითარებული არ არის. მაგალითად, ამ რეფლექსების გაძლიერებას ან არარსებობას მცირე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, თუ ეს რეაქციები განსხვავებულია ნორმა გასინჯვის შედეგებისგან ან აღინიშნება განსაკუთრებულად მომატებული პასუხები.

ღრმა მყესების რეფლექსების პროგრესულად ზრდა სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში შეიძლება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშანი იყოს, ხოგორიცაა ცერებრული დამბლა, განსაკუთრებით ხოლესაც ის შეხნამულია ტონუსის მომატებასთან.

ახალშობილებში და ჩვილებში თავის ტვინის ნეირების შეფასების სტიგმატებიები

თავის ტვინის ნეირები	სტიგმატები
I ყნოსვის	შემონმება ძნელია
II მხედველობის სიმახვილე	ყურადღებას აქცევს თქვენს სახეს და დაკვირდით სახის ექსპრესიას და მზერის გაყოლებას
II, III სინათლეზე რეაქცია	თვალი ჩაბნელეთ, ბავშვი ნამოსნიეთ მკლრმახე მდებარეობაში, სანამ თვალები გაახილოს. სინათლის გამოყენებით შეამონმეთ ოპტიკური ხამხამის რეფლექსი (თვალების ხამხამი სინათლეზე). ფუნდუსის რეაქციის შეფასებისთვის გამოიყენეთ ოფთალმოსკოპი (სანამ გაჩერდება)
III, IV, VI თვალის გარეთა მოძრაობები	დაკვირდით აყოლებს თუ არა მზერას, როდესაც გალიმებულ სახეს აქეთ-იქით აცრიალებთ. თუ საჭიროა, განათება გამოიყენეთ.
V მოტორული	შეამონმეთ ფესვური რეფლექსები; შეამონმეთ ნოვის რეფლექსი (დაკვირდით ძუძუს ნოვას, ბოთლის ან მაწოვარას ნოვას)
VII სახის	დაკვირდით ბავშვის ტირილს და ღიმილს, სახის და შუბლის სიმეტრიას
VIII სმენის	შეამონმეთ აკუსტიკური ხამხამის რეფლექსი (ორივე თვალის ხამხამი ხმაურზე). დაკვირდით შეტრიალებას ხმაურზე
IX, X ყლაპვა	დაკვირდით ჯოჯოხეთინებას ყლაპვის დროს
ღებინება	შეამონმეთ ღებინების რეფლექსი
XI სპინალური დამატებითი	დაკვირდით მხრების სიმეტრიას
XII ენისქვეშა	დაკვირდით ყლაპვის, ნოვის და ენის ბიძგის შეთანხმებულობას. ნესტოებზე ბნევა, დაკვირდით პირის გაღების რეფლექსს და ენის ნვეთის შეხებაზე მდებარეობას

თავის ტვინის ნეირების დაჩვევები მიუთითებს თავის ქალას შიდა დაზიანებაზე, როგორიცაა სისხლჩაქცევა ან თანდაყოლილი განვითარებულობა.

ღიმა მყესების ჰეფლექსების შესასწავლად იგივე მეთოდები გამოიყენეთ, ჰასაც მოზჰიდიდებისთვის იყენებთ. თქვენი საჩვენებელი ან შუა თითი შეგიძლიათ ჩაქუჩის მაგივჰად გამოიყენოთ, ჰოგორც ქვემოთ სუჰათზეა ნაჩვენები.

მოზჰიდიებში, ჰეფლექსების ასიმეტრიული ნეჰვების ან ზურგის ტვინის სეგმენტის დაზიანებაზე.



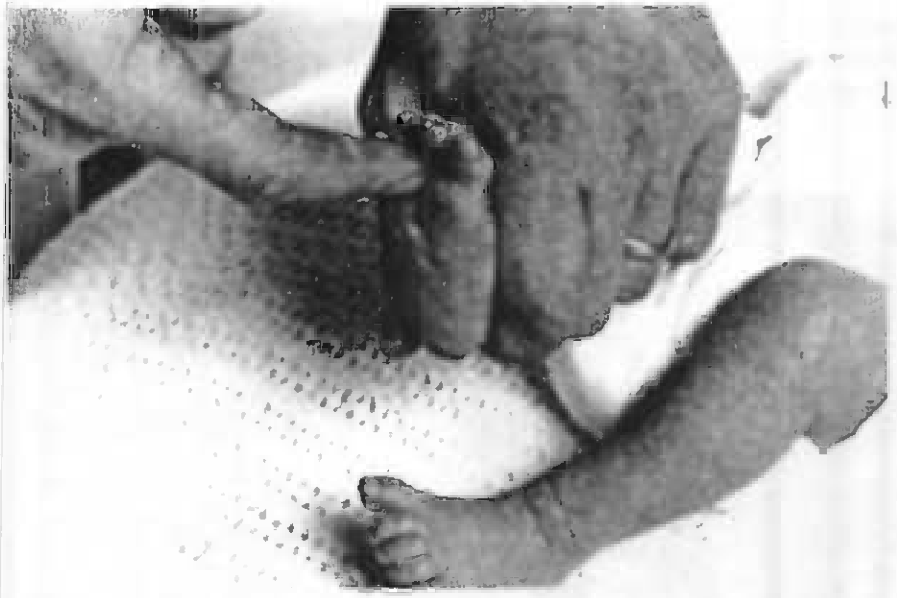
სამთავა, მხარ-სხივის და მუცლის კუნთების ჰეფლექსების გამოწვევა ძნელია 6 თვემდე ასაჯის ბავშვებში. *ყოთას ჰეფლექსი* დაბადებიდანვე აღინიმნება და მისი გამოწვევა მნიშვნელოვანია, თუ ვარაუდობთ ზურგის ტვინის დაზიანებას.

ანაბეჭი ჰეფლექსის არარსებობა მიუთითებს გარეთა სფინქტერის კუნთების ინნერვაციის დაკარგვაზე 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 ასაჯის ჯანმრთელ ბავშვთა გარკვეულ ნაწილს.

ჯოჭის ჰეფლექსი ისევე მეგიძლიათ გამოინვიოთ, ჰოგორც მოზჰიდიებში აქილევსის მყესზე დარტყმით, მაგრამ სშირად შეიძლება ვერ გამოინვიოთ. მეორე გვერდზე ნაჩვენები სხვა მეთოდია ერთი ხელით ბავშვის ჯოჭების დაჭერა და უცბად ჯოჭის ანება. ნუ გაგიკვირდებათ, თუ ნახავთ ტერფის სწრაფ, რიტმულ მოხრას ძირისკენ *(ჯოჭის კლონუსი)*. 10-დან ერთ შემთხვევაში ეს არის *ჯოჭის ხანმოკლე კლონუსი*.

ჰოდესაც შეკუმშვა ხანგრძლივია *(ჯოჭის ხანგრძლივი კლონუსი)*, უნდა ივარაუდოთ *ცენტრალური ნერვული სისტემის* დაავადება.



ახალშობილის და ჩვილის განვითარების ნევროლოგიური 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 დარღვევებზე და საჭიროებს ღრმა გამოკვლევებს. ყველაზე მნიშვნელოვანი პრიმიტიული ჰეფლექსები აღწერილია შემდეგ გვერდზე.

ნევროლოგიური ან განვითარების აბნორმალიები
სავარაუდოა, თუ უპირობო ჰეფლექსები:
- მესაბამის ასაკში არ ვლინდება
- ვლინდება ნორმალურზე მეტი სანგრძლივობით
- ასიმეტრიულია
- დაკავშირებულია პოზასთან ან გამოქარვასთან

736-ე გვერდზე ნაჩვენები დამატებითი უპირობო ჰეფლექსები არ გამოიყენება ზოგადი გასინჯვის დროს, მაგრამ მოგეხმარებათ უფრო ფართო გამოკვლევების დროს იმ ჩვილებში, ვისაც პათოლოგიური ნევროლოგიური სიმპტომები აღენიშნებათ.

გაეცანით განვითარების სახომს 674-ე და 675-ე გვერდებზე და დენვერის განვითარების სკრინინგის ტესტს (DDST) 795-ე და 796-ე გვერდებზე, ხათა გაარკვიოთ ასაკობრივი სპეციფიკური ნორმელი ტესტი გამოიყენოთ. დათვალიერებით და ბავშვთან თამაშით, შეგიძლიათ ერთდროულად გამოიკვლიოთ განვითარება და შეაფასოთ უხერხი და ზუსტი მოტორიკა. სპეციფიკურად, *სისუსტე* შეაფასეთ ჯდომით, დგომით ან გადაადგილებით. დააკვირდით პოზიციას ანუ ჯდომის ან დგომისას პოზას. ყურადღებით დააკვირდით ბავშვის *სიარულს*, ნორმალური მოძრაობის დაცვასა და თავისუფალ მოძრაობებს. ზუსტი მოტორული განვითარება შეიძლება მსგავსად შეაფასოთ, ნევროლოგიური და განვითარების გამოკვლევით. ისევ განიხილეთ განვითარების სახომი 674-ე და 675-ე გვერდებზე. ძირითადი სახომებია პინცეტის დაჭერა, ხელებით საგნების მანიპულაციები, უფრო ზუსტი ტესტებია კუბიკებით კოშკის აშენება ან ფანქრით ხატვა, ვინაიდან ზუსტი მოტორიკა ვითარდება ჰორიზონტალურიდან ვერტიკალური მიმართულებით.

შემეცნებითი და სოციალურ-ენერგეტიკული განვითარების შეფასება უნდა მოხდეს ნევროლოგიურ და განვითარების გამოკვლევასთან ერთად. ზოგიერთი ნევროლოგიური დარღვევა ნარმოშობს შემეცნებით და სოციალური განვითარების დეფიციტს ან შენელებას.

ეპიჰობო ჰეფლექსები, ჰომლებიც გამოკვლევის ნაწილი უნდა იყოს		*ჩვილების ჰეტინული ნევჰოლოგიური*	
ეპიჰობო ჰეფლექსი		მანევჰი	ასაკი
ხელისგული ტაცების ჰეფლექსი		თქვენი თითი ჩაუდეთ ბავშვს ხელისგულში და დაანებეთ. ბავშვმა უნდა მოხახოს 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 სუჰგზე დაანვინეთ ისე, ჰომ თავი, ზუჰგი და ფეხებით ეყჰდნობოდეს. ეეცჰად მთელი სხეულით ჩამოსნიეთ 30 სმ-ით. ამ დროს მკლავებს განზიდავს და გამლიდს, თითებს გახსნის და ფეხებს მოხრის. ბავშვმა შეიძლება იტიროს	დაბადებიდან 4 თვემდე.
ჯისრის ასიმეტრიული ტონუსის ჰეფლექსი		როდესაც ბავშვი ზეჰგზე ნევს, თავი ეჰთ მხარეს შეეხეთ ისე, ჰომ ჭკვდა ყბა მხრის ზემოთ იყოს. მკლავი/ფეხი თავის შებრუნების მხარეს იშლება, ხოლო საპირისპირო მხარეს იხრება. ტესტი გაიმეორეთ მეორე მხარეს	დაბადებიდან 2 თვემდე
დაყრდნობის დადებითი ჰეფლექსი		ბავშვი ხელში დაიჭირეთ ვერტიკალურად ისე, ჰომ ფეხებით მაგიდას ეხებოდეს. ბარძაყები. მუხლები და ჯოჭვები გამლიდი აქვს, შეეძლია ფეხებზე დაყრდნობა და 20-30 წმ-ის შემდეგ ხელებზე ჩამოგეჰიდებათ	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 ცერის ზემოდან გადაფარავენ

8 თვეზე მეტ ხანს გაგრძელება თავის ტვინის დისფუნქციაზე მეტყველებს

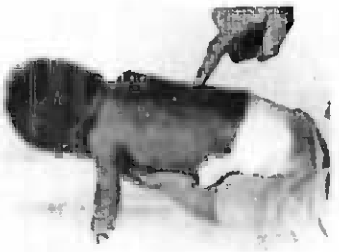
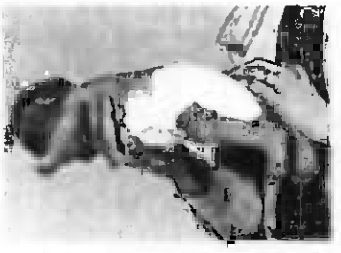
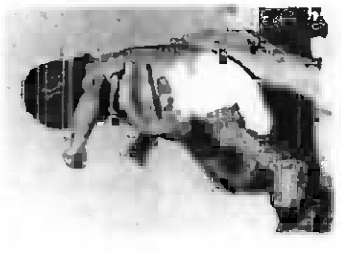
4 თვეზე მეტად გახანგრძლივება ნევროლოგიურ დაავადებაზე მიუთითებს; 6 თვეზე მეტ ხანს გახანგრძლივება მჭიდრო კავშირშია ნევროლოგიურ დაავადებასთან.

ასიმეტრიული პასუხისას სავარაუდოა 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 მოხრა (მახასიათებელი) მიუთითებს ნევროლოგიური დაავადებით განპირობებულ სპასტიკურობაზე.

დამატებითი უპირობო ჰეფლექსები, რომლებიც უნდა გამოიკვლიოთ, როდესაც ნევროლოგიურ დაჩვევას ვახორციელებთ

უპირობო ჰეფლექსი		მანვეხი	ასაკი	
ფესვეხი ჰეფლექსი		თითის დაკვეხა 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 კისრიდან დენდეკებამდე. ზურგი ამოიზნექება გაღიზიანების მხარეს	დაბადებიდან 2 თვემდე	ჰეფლექსის არ არსებობა მიუთითებს ზურგის ტვინის განივ დაზიანებაზე ან ტრავმაზე. ჰეფლექსის მედმივობა მიუთითებს განვითარების შენელებაზე.
დგომის და ნაბიჯის გადადგმის ჰეფლექსი		ბავშვი ვერტიკალურად დაიჭირეთ ისე, როგორც დაყრდნობის ჰეფლექსის გამოკვლევის დროს. ეხლა ტერფით ეყრდნობოდეს მაგიდას. ამ ფეხის მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრები მოხრილი უნდა, ხოლო მეორე ფეხით ნაბიჯს წინ გადადგამს. შეიძლება გამოვლინდეს მონაცვლეობითი ნაბიჯები	დაბადებისას (ყველაზე ეკეთ გამოხატულია 4 დღის შემდეგ). ქრება სხვადასხვა ასაკში.	დგომის არარსებობა შეიძლება დამბლაზე მიუთითებდეს. ჯდომით დაბადებულ ბავშვს შეიძლება ეს ჰეფლექსი არ აღენიშნებოდეს.
Landau-s (ლანდაუს) ჰეფლექსი		ეხლა ხელით ბავშვი მუცლით პირქვე დაიჭირეთ. ბავშვმა თავი უნდა ასწიოს და ზურგი გაასწორხოს.	დაბადებიდან 6 თვემდე.	ჰეფლექსის მედმივობამიუთითებს განვითარების შენელებაზე. ნარმომობის დაგვიანება მიუთითებს მომავალში ნებითი მოტორული განვითარების შენელებაზე.
პარამეტის ჰეფლექსი		ბავშვი მუცლით პირქვე დაიჭირეთ და თავი ნელა დაუნიეთ. ამ დროს მკლავები და ფეხები უნდა გაიშალოს თავდასვით 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, ენობრივი 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 სირბილს (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 მოქნილა (8-9 თვე). მას ნორმალური ენობრივი ჩვეულებები 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 მესაფუთს
– მარიან ვაში

ბავშვის გამოკვლევის მნიშვნელოვანი და ეთიკური ნიშანია ის, რომ მშობლები, ჩვეულებრივ, აკვირდებიან და მონანიერობას იღებენ უთიერთობაში, რაც საშუალებას გაძლევთ, დააკვირდეთ ბავშვისა და მშობლების უთიერთდამოკიდებულებას. დააკვირდით, ავლენს თუ არა ბავშვი ასაკობრივ ქცევებს. შეაფასეთ ბავშვის და მშობლის "ჯანგად მოჰგება". 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 უწესრიგო 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 მოცხვობა), 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 ჯერში დაათვალიერეთ ბავშვის სათამაშოები, შემდეგ თავად ბავშვი.	მიიღეთ სტეტოსკოპი ცხვირზე
უფლება მიეცით ბავშვს ზოგიერთი ხამის მოსინჯვის (მაგ. სტეტოსკოპის). შემდეგ დაუბრუნეთ გასინჯვას "დაუბრუნებით გამოტოვებულ ადგილს".	შპადელისგან გააკეთეთ თოჯინა
ბავშვს, რომელიც თავიდან გიკრძალებთ, სთხოვეთ "ხელები ჩაგჭიდოთ". 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 მექანიკურებელი.	სმენის მესამოწმებლად გააჩხრიალეთ თქვენი გასაღები
თუ 2 წლის ბავშვს ორივე ხელში ხაიმე უჭირავს (მაგალითად ენის შპადელი), მათ აღარ ეშინიათ და არ გენინააღმდეგებიან.	ოტოსკოპის სინათლე მიანათეთ თქვენი თითის წვერს, შემდეგ გამოიკვლიეთ ბავშვის ყურები.

"დაკვირვების ძალა": რა ცვლილებები შეგიძლიათ აღმოაჩინოთ თამაშით დაკვირვების დროს

ქცევის პრობლემები*
- ბავშვისა და მშობლების ცუდი ურთიერთობები
- და-ძმას შორის კონკურენცია
- ახასაკმახისი დისციპლინა
- "ხუთი ხასიათი"

განვითარების შენელება
- ფახთო მოტორიკის შენელება
- ზუსტი მოტორიკის შენელება
- მეტყველების შენელება (გამომხატველი, მგძნობიარე)
- სოციალური ან ემოციური ამოცანების შესრულების შენელება

სოციალური ან გახემო პრობლემები
- მშობლების პრობლემები მაგ., სტრესი, დეპრესია
- სასტიკად მოპყრობის ან უყურადღებობის ჩრისი

ნევროლოგიური პრობლემები
- სისუსტე
- ახასნორი პოზა
- სპასტიკურობა
- მოუხერხებელი მოძრაობა
- ყურადღების პრობლემა და ჰიპერაქტიურობა
- აუტიზმის ნიშნები
- ძვალ-კუნთოვანი დაზიანებები
- ტერფების დეფორმაცია
- სიარულის 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 ასაკობრივი ბავშვობის შეფასება

ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი პრობლემა ამ ასაკის ბავშვების გასინჯვისას არის ფიზიკური ნინააღმდეგობის, ბავშვის ტირილის ან მშობლების ნებართვის თავიდან აცილება. ამის ნარმატებით შესრულება ყველას დააკმაყოფილებს და პედიატრის მუშაობაში "მედიცინის ხელოვნების" ერთ-ერთ მხარეს ნარმოადგენს.

ბავშვის ნდობის მოპოვება და დამშვიდება იწყება შეხვედრისთანავე. მიდგომები განსხვავდება ვიზიტის დროს გარემოებების მიხედვით. ჯანმრთელი ბავშვის ობიექტიური გასინჯვა უფრო მეტი ურთიერთობის საშუალებას იძლევა, ვიდრე მწვავედ დაავადებული ბავშვის.

როდესაც ბავშვს უფლებას აძლევთ, გამოკითხვის დროს ჩაკმული 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 ნარმოადგენს. ეს არის სიგნალი ბავშვის ზრდით გამონვეული 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 მორცხვენია და ცოტას ლაპარაკობს, სთხოვეთ მშობლებს, რათა ბავშვს საშუალება მისცენ თანდათანობით თბილად მოგეპყრათ.



მხოლოდ მეხედვითაც კი ბევრ რამეს გამოიკვლევთ
– იოგი ბერა.

ჯერ-ჯერობით გამოკვლევა, ზოგიერთის გამოჩენვით, არ საჭიროებს გამოსაკვლევ მაგიდაზე დაწოლას; შეგიძლიათ ჩაატაროთ იატაკზე ან როდესაც ბავშვი მშობლის მეხლებზე ზის. თქვენი მიზანია მიაღწიოთ ბავშვთან თანამშრომლობას. მცირე ასაკის ბავშვებისთვის, რომლებიც ტანსაცმლის გახდაზე გენინააღმდეგებიან, გამოუჩინეთ სხეულის ის ნაწილები, რასაც სინჯავთ. როდესაც 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 შემაწუხებელი პროცედურები, ხოლო უფრო შემაწუხებელი – ბოლომდე (ყელის და ყურების გამოკვლევა). გასინჯვა დაიწყეთ იმ ნაწილებიდან, რომლებსაც სრულად გამოიკვლევთ, სანამ ბავშვი ზის – მაგალითად, თვალების გამოკვლევა, ცისრის პალპაცია, პერკუსია და აუსკულტაცია.

მცირეწლოვანი ბავშვების ბამოკვლევის საკვანძო საკითხები

მიეცით ბავშვს უფლება, ხელი მოჰკიდოს იმ სამკაულებს, რასაც გასინჯვის დროს იყენებთ.
გამოკვლევის დროს ესაუბრეთ დამაიმედებელი ხმით.
არ არის საჭირო სხეულის რომელიმე ნაწილის გასინჯვაზე ნებართვის კითხვა, რადგან ყველაფერი უნდა გამოიკვლიოთ. ამის ნაცვლად, ჰკითხეთ ბავშვს, რომელი ყურის ან სხვა ნაწილის გასინჯვით უნდა გამოკვლევის დაწყება.
მეწუხებელი ბავშვი გასინჯეთ დედის მეხლებზე ჯდომის დროს და ტანსაცმელიც დედას გაახდევინეთ.
თუ ბავშვს ვერ ამშვიდებთ, გასინჯვა მეწყვიტეთ და ბავშვი ცოტა ხნით დაასვენეთ.
გასინჯვას მიეცით თამაშის სახე. მაგალითად, "მოდი ვნახოთ, რამხელა ენა გაქვს!" ან "მოდი ვნახოთ, რარიგ შენს ყურშია?"





დანოლით ზოგიერთი ბავშვი თავს დაუცველად გრძნობს და შეიძლება გასინჯვას ნინააღმდეგობა გაუწიოს, ამიტომ ამ სიტუაციას მზრუნველობით მოეპყარით. ხოლოსაც ბავშვი ნევს, პირველ ჯიგში გასინჯეთ მუცელი, შემდეგ ყელი, ყურები ან სასქესო ორგანოები.

გახსოვდეთ, რომ გასინჯვით იღებთ პირველად ინფორმაციას და არასწორი გამოკვლევა ხელს შეუშლის ბავშვსაც და მშობელსაც.

ამგვარად, მოთმინება, ყურადღების გადატანა, თამაში, მოქნილობა გასინჯვის დროს და მზრუნველობა, მაგრამ სიმტკიცე და სიფხიზლე, ბავშვების სხეული გამოკვლევის პირობებია.

ჩვეულებრივ, გამოკვლევაზე ნინააღმდეგობა განვითარებასთანაა დაკავშირებული. ბევრ ბავშვს ფეხზე დგომა უჩვენია და თავს დაცულად მშობელთან გრძნობს. ამ შემთხვევაში მოერიდეთ ეკმაყოფილების გამოთქმას და დაარწმუნეთ მშობლები, რომ ასეთი ქცევა ნორმალურია. ზოგიერთი მშობელი უხერხულობას გრძნობს და ეწრებება ბავშვს, ვითომც აძლიერებს პირობელმას. ჩართეთ გასინჯვაში მშობელიც (საფენების მოხსნით ან მკლის 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 დაარწმუნეთ ბავშვის დანყნარებაში, როდესაც ის ყურების ან ყელის გასინჯვას ენინააღმდეგება. თუმცა, ფორმალური დამშვიდება მისაღები არ არის.

III სამუალო ასაკის ბავშვების შეფასება

ჩვეულებრივ, შეიძლება მცირე ნინააღმდეგობა შეგხვდეთ იმ ბავშვების გასინჯვისას, რომლებმაც სკოლის ასაკს მიაღწიეს. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება არასასიამოვნოდ ახსოვდეს წინა გასინჯვა, ბავშვთა უმრავლესობა გამოკვლევას კარგად იტარებს, როდესაც ექიმი მას განვითარების შესაბამისად ეპყრობა.



ამ ასაკის ბავშვთა უმრავლესობა მორცხვია. უმჯობესი იქნება, თუ ბავშვს მისცემთ შეხანგს და დაუტოვებთ თეთრეულს მანამდე, სანამ მისი გახდა დაგჭირდებათ. ასევე დაგეხმარებათ, თუ ბავშვი ფარდის უკან გაიხდის. შეგიძლიათ ოთახიდან გახვიდეთ, როდესაც ბავშვი მშობლის დახმარებით იხდის. ზოგიერთ ბავშვს უჩვენია, 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 განიხილოთ როგორც ბავშვის, ასევე მისი მომვლელის საჭიროება. ამასთან ერთად, "ბავშვის კარგი მოვლის" მითითება ნარმოადგენს ექიმის ბეგმას იმუნიზაციის, წინასწარი მარეთვის ან განვითარების შეფასების შესახებ.

კონტაქტის დამყარება. გამოკითხვა დაიწყეთ მისალმებით და თითოეული პირისოვნებასთან 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, ეხერხულობა 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, ხანა 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 შეკითხეთ ტანსაცმელზე, სათამაშოებზე, რომელი წიგნი ან სატელევიზიო გადაცემა მოსწონს ხალისით, მაგრამ ხმილად. საუბრის დასაწყისში აფორიაქებული ბავშვის დაწყნარება და კონტაქტის დამყარება გაგიადვილებთ გასინჯვას.

ოჯახთან მუშაობა. როდესაც გასინჯვას ჩამოდენიმე პიროვნება 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 დაწყება, მაგრამ თუ თქვენ დაპირდით დაუწყებთ მშობლებს, შემდეგ კითხვებით შეგიძლიათ ბავშვს დაუბრუნდეთ.

დედამ თქვა, რომ ძალიან ბეჯითი მუცელი. მომიყევი ამის შესახებ.
მაჩვენე, სად ბეჯითა. როგორია ეს ტკივილი?
ტკივილი მწვავეა, როგორც ნემსის ჩხვლეტა, თუ ყრუა?
ტკივილი ერთ წერტილშია, თუ ადგილს იცვლის?
რა გიჩერებს ტკივილს?

ჩა აძლიერებს ტკივილს?
შენი აზრით, ჩა არის ამის მიზეზი?
ჩამდენი გაცდენა გაქვს სკოლაში?

ოჯახის წევრების დასწრება გასინჯვის დროს სამუალებას გაძლევთ დაადგინოთ მათი უთიეთობა ბავშვთან. უფროსი ასაკის ბავშვი წყნარად ზის ან შეიძლება დაიწყაროს და აწრიალდეს. დააკვირდით, ახერხებენ თუ არა მშობლები ბავშვის გაწყებას საჭიროების შემთხვევაში.

სხვადასხვა ბებმები. ოთახში მყოფ თითოეულ პიროვნებას, ექიმის ჩათვლით, შეიძლება სხვადასხვა აზრი გააჩნდეს პრობლემაზე და ჩა უნდა მოიმოქმედონ ამისთვის. თქვენი მოვალეობაა, თუ შესაძლებელია, დაადგინოთ მომავალი მოქმედებები და გეგმები. ოჯახის იმ წევრებს, რომლებიც გასინჯვას არ ესწრებიან (მშობელი ან ბებია-ბაბუა) ასევე შეიძლება ჰქონდეთ გარკვეული მოსაზრებები. "აქ რომ სუზის მამა ყოფილიყო, ჩა შეკითხვა ან მოსაზრება ექნებოდა?" "ჯ-ნო ჯონს, ამის შესახებ ხომ არ გისაუბრიათ დედათქვენთან ან ოჯახის სხვა წევრთან?" "ჩას ფიქრობს იგი?" ჯ-ნ ჯონსმა ბავშვი მოიყვანა მუცლის არეში ტკივილის გამო და წუხს, რომ სუზის შეიძლება წყლული 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 წლის ჯანმრთელი გოგონას, არეულ პუბერტულ პერიოდში, გასინჯვისას, რომელსაც აღენიშნება მცირე ფუნქციური ტკივილი მუცლის არეში. თქვენი მიზანია, დაეხმაროთ ოჯახს, ჩეულებრივ იყოდნენ "ნორმის" ფარგლები და გაარკვიოთ ბ-ნ და ჯ-ნ ჯონსების და სუზის მოსაზრებები.

ოჯახი, როგორც საშუალება, ინფორმაციის უმეტესობა, რასაც თქვენ მოიპოვებთ, მოდის ოჯახიდან. ზოგადად, ოჯახის წევრები ყველაზე უფრო მეტად მონაწილეობენ ბავშვის მოვლაში და თქვენი ბუნებრივი მოკავშირეები არიან ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში. ამ კავშირის მიღწევაში დაგეხმარებათ, თუ გახსნილი იქნებით მშობელთა მრავალნაირი ქცევის მიმართ. ბავშვის აღზრდა ასახავს კულტურულ, სოციალურ-ეკონომიურ და ოჯახურ ჩვეულებებს. მნიშვნელოვანია, პატივს სცემდეთ ამ ჩვეულებათა ძალიან დიდ მრავალფეროვნებას. 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 მიაქციონ ყურადღება თქვენს ჩრევებს. ბევრი მშობელი ბავშვის აღზრდის დროს მრავალ პრობლემას აწყდება, ამიტომ მათ ექიმისგან მხარდაჭერა ესაჭიროებათ და არა ჭკუის დარიგება. ასეთი კომენტარები: "რატომ დროულად არ მოიყვანეთ?" ან "აქამდე რას აკეთებდით?" არ გაუმკობესებს მშობელთან ურთიერთობას. გამოხატვა იმისა, თუ რა მძიმეა მშობლის მრომა და მათი მიღწევების შექება ყოველთვის უნდა დაფასდეს. "ბ-ნ სმიტ, თქვენ ძალიან კარგად ექცევით ბობის. მშობლის მრომა 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 ბებმები. ბოლოს, ისევე როგორც მოზრდილებში, ძირითადი ჩვეულებები ყოველთვის არ გამოხატავს ქცევის მიზეზს, რის გამოც მშობლებმა ბავშვი მოიყვანეს გასასინჯად. ჩვეულებები 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:

ვიდევ ჩაიმე მოსაზრება ხომ არ გაქვთ ჩვენის შესახებ, რისი თქმაც გსურთ?
თქვენი აზრით, დღეს რა უნდა გავაკეთოთ?
ვიდევ ჩამე ხომ არ არის, რისი თქმა/კითხვაც 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.

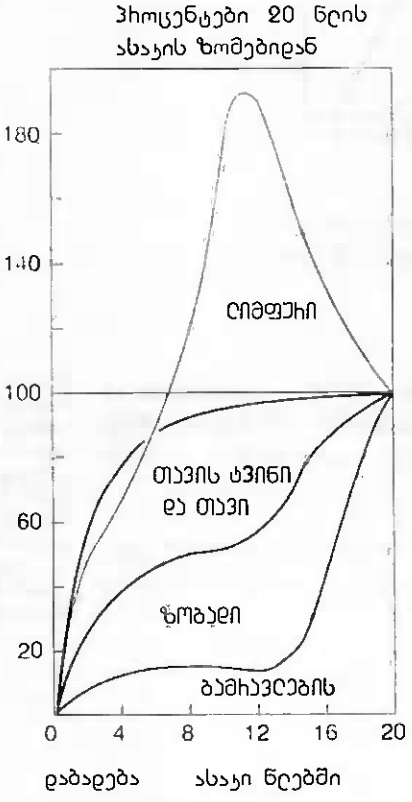
ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

სომატური ზრდა

სიმაღლე. 2 წლის ზევით ასაკის ბავშვების სიმაღლე გაზომეთ ფეხზე დგომისას, ოპტიმალურია ხელის სტადიომეტრით. ბავშვი დააყენეთ ისე, რომ ქუსლები, ზურგი და თავი მიბჯენილი ჰქონდეს ხელის ზე ან სტადიომეტრის ზურგზე.

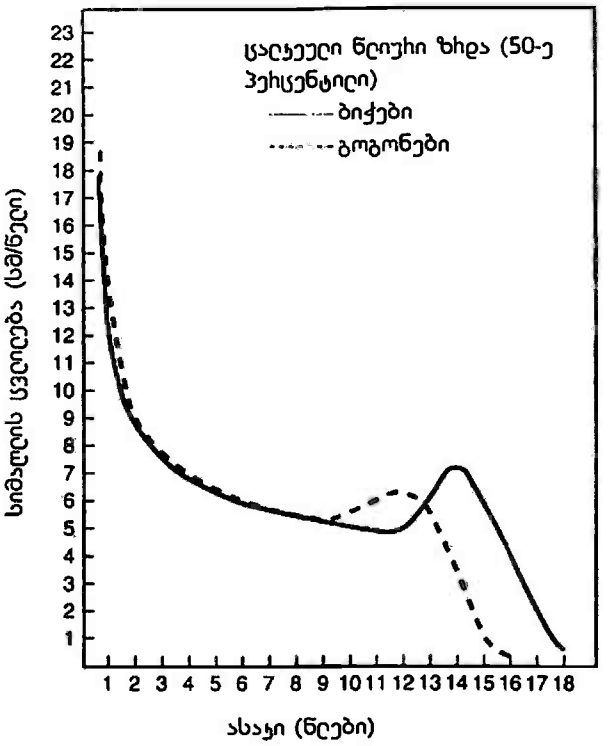
სიმაღლეში ზრდის შემცირება შეიძლება მიეთითებდეს *ენდოკრინულ დაავადებებზე.* სიდაბლის სხვა მიზეზებზე ან თუ წონაც ჰატარაა, *სხვა ქრონიკულ დაავადებებზე.*

სხვადასხვა სისტემის ზრდის ნიმუშები



თუ გასაზომად ჯედელს იყენებთ, ბავშვს თავზე ბიტყელი ზედაპირის მქონე საგანი დააღეთ ჯედელის პერპენდიკულარულად. ფეხზე დგომისას ნონის სკალები სიმაღლესთან ჯავშირში ზუსტი არ არის.

ცერის ჯანონი სიმაღლისთვის: 2 წლის ზევით ასაკის ბავშვები ნელინადში სულ მცირე 5 სმ-ით უნდა იზრდებოდნენ.



გოგონების და ბიჭების სიგრძის და სიმაღლის ცვლილების სირჩქარის მრუდები განსაზღვრულია 1-წლიანი ინტერვალებით.

სიდაბლე, რასაც განმარტავენ, როგორც ასაკთან შედარებით პატარა სიმაღლეს, შეიძლება იყოს ნორმალური ვარიანტი ან ენდოკრინული, ან. სხვა დაავადების დროს. ნორმალური ვარიანტები მოიცავს *ოჯახურ სიდაბლეს* და *კონსტიტუციურ შენელებას.* ქრონიკული დაავადებებია ზრდის ჰორმონის დეფიციტი, სხვა ენდოკრინული დაავადებები, *ბუკ-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 პერანგით ფეხზე დგომის სკალაზე. მიუხედავად საწყისი ნერვიულობისა, ბავშვების უმრავლესობა შეიძლება დაითანხმოთ ამ სკალაზე. თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ ასეთივე სკალები.

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, ეთიოპათობითი, ბუკ-ნაწლავის ტრაქტის და ენდოკრინული დაავადებები.*

თავის ბრუნვითობა. უფრო მოზრდილ ბავშვებში თავის ზომაზე მოქმედებს გენეტიკური ფაქტორები და, როდესაც ბავშვს თავის არანორმალური ზომა აქვს, მის მშობლებსაც გაუზომეთ.

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 წარმოადგენს 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.

ბავშვებში სისხლის წნევის მომატების ყველაზე ხშირი "მიზეზია" სავარაუდოდ *არასწორად ჩატარებული გამოკვლევა*, ხშირად არასწორი ზომის მანჟეტით.

ბავშვებს სისხლის წნევა უნდა გაუზომონ მაჯიმის, ტიჩიის ან შუაკისრის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ ბატარა ბავშვები თავიდან შეიძლება შეშფოთებული იყვნენ, მას შემდეგ ჩაც აუხსნით და აჩვენებთ პროცედურებს, მათი ემოციურობა ადვილად შემოდის კონტაქტში. თუ სისხლის წნევა თავიდანვე მომატებულია, გამოკვლევის ბოლოს ისევ უნდა გაუზომოთ წნევა. უკეთესი გზაა, მანჟეტის მკლავზე დატოვება (დაჩეტილი) და მოგვიანებით გაიმეორეთ გაზომვა. მომატებული მაჩვენებელი ყოველთვის უნდა დარწმუნდეთ მომდევნო გაზომვებით.

ბავშვებში, როგორც მოზრდილებში, ბაძაყზე გაზომილი სისხლის წნევა 10 მმ ვწყ სვ-ით მაღალია, ვიდრე მკლავზე. თუ წნევები ეჭვიანია ან ფეხებზე დაბალია, უნდა იფიქროთ *აორტის კოარქტაციის* არსებობა.

მანჟეტი ისეთი შეარჩიეთ, როგორც მოზრდილებისთვის არჩევთ. მანჟეტი საკმარისად ფართო უნდა იყოს, რომ დაფაროს მკლავის ან ბაძაყის ორი მესამედი. ვიწრო მანჟეტით გაზომვისას მიიღებთ წნევის ცრუ მომატებას, ხოლო ზედმეტად ფართო მანჟეტით – წნევის დაბალ მაჩვენებელს, ჰაც დაკავშირებულია არტერიაზე სტეტოსკოპის გადანაცვლებასთან. *ამგვარად, სწორედ შერჩეული მანჟეტი ბავშვებში სისხლის წნევის გაზომვის საწყისი პირობაა.*

ისევე, როგორც მოზრდილებში, ბავშვებშიც ის წერტილი, 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.

შეღახებით ახასნოხი მნიშვნელობა მიიღება "ინსპექციით". ნემსის მოძხაობის მიხედვით მიღებული ნნევა დაახლოებით 10 მმ ვნყ სვ-ით მეტია, ვიდხე აუსკულტაციით გაზომიღი. მიუხედავად იმისა, ხომ ეს მეთოდი ახ ახის ოპტიმალუხი, მოუსვენახ ბავშვებში ზოგჯეს შეგიძლიათ გამოიყენოთ.



1995 წელს, გაეის, ფიეტვის და სისხეის ეხოვნეი ინსტიტუტის, სისხეის მაღაეი ნნევის ბავშვებში და მოზახიებში ჰიპერტენზიის პონტხოეის სამუშაო ჯგუფის მიერ განსაზღვხეია ნოხმა, მაღაეი ნოხმა და სისხეის მაღაეი ნნევა, მიეებეი სუე ცოტა სამჯეხაღი გასინჯვის შედეგად:

სისხეის ნნევის პატეგოხია	საშუაეო სისტოეუხი და /ან დიასტოეუხი ნნევა ასაკის, სქესის და სიმაღეის მიხედვით
ნოხმა	<90 პეხცენტიეი
მაღაეი ნოხმა	90-95 პეხცენტიეი
მაღაეი ნნევა	≥95 პეხცენტიეი

ბავშვებში გახანგძხივებუეი ჰიპერტენზიის მიზეზებია თიხჯმეის პარენქიმული ან პარენქიმის დაავადებები, აოხტის კოარქტაცია და პირველადი ჰიპერტენზია.

ბავშვებს, რომლებსაც მაღალი ნიშნული აქვთ, ეფიქრო ფასითო გამოკვლევა ესაჭიროებათ მიზეზის დასადგენად. ჩვილებსა და პატარა ბავშვებში სპეციფიკური მიზეზი ჩვეულებრივ დგინდება. ეფიქრო მოზრდილ ბავშვებში და მოზარდებში ემეტესად ესენციური ანუ პირველადი ჰიპერტენზია აღინიშნება. ყველა შემთხვევაში, ნიშნის გაზომვები ენდა გააგრძელოთ, რათა შეამციროთ იმის შესაძლებლობა, რომ ჰიპერტენზიის მიზეზი ბავშვის ნეფროლოგია. ზოგჯერ, საოცარში ნიშნის რამოდენიმეჯერ გაზომვა ეფიქრო დამშვიდებულ სიტუაციაში მონაცემების მიღების საშუალებაა.

ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვს, რომელსაც აღმოაჩინეთ ჰიპერტენზია, *არ დაასვათ ცრუ ჰიპერტენზიის დიაგნოზი*, ვინაიდან ეს იქნება ღარა ბავშვის ცხოვრებაზე. გამოიწვევს აქტიობის შეზღუდვას და შესაძლო გვერდით მოვლენებს მკურნალობის შედეგად.

ცხრილი. ქვემოთ ცხრილში მოცემულია გლისცემის სიხშირეები

ბლისცემის საშუალო სიხშირეები ბავშვებში მოსვენებულ მდგომარეობაში

ასაკი	საშუალო სიხშირე	საზღვრები (ორი სტანდარტული გადახრა)
1-2 წელი	110	70-150
2-6 წელი	103	68-138
6-10 წელი	95	65-125

სინუსური ბრადიკარდია არის გულისცემის სიხშირე <100 წუთში 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში და <60 წუთში – 3-დან 9 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

ვაცის გასაზომად გაზომეთ მისი გული
– მაღლორმ სტივენსონ ფრიბსი

სუნთქვის სიხშირე. წუთში სუნთქვის სიხშირე ცვალებადობს 20-დან 40-მდე ადრეული ბავშვობის ასაკში, 15-დან 25-მდე – გვიანი ბავშვობის ასაკში და მოზრდილის სიხშირეს აღწევს 15 წლის ასაკში.

ბავშვებს, რომლებსაც აღენიშნებათ სუნთქვის სისტემის დაავადებები, როგორიცაა *ბრონქიოლიტი* ან *პნევმონია*, სუნთქვა გახშირებული აქვთ (80-90-მდე წუთში). მაგრამ *ასევე გაზრდილი აქვთ* სუნთქვითი მუშაობა, როგორიცაა ხმაურიანი სუნთქვა, ნესტოების გაფართოვება ან დამატებითი კუნთების ჩართვა.

პატარა ბავშვებში, დააკვირდით გულ-მკერდის კედლის მოძრაობას ორი 30-წამიანი ინტერვალით ან 1 წუთის განმავლობაში, ემჯობესია სტიმულაციამდე. გულ-მკერდის პირდაპირი აუსკულტაციით ან პირის წინ სტეტოსკოპის დადებით ასევე შეგიძლიათ სუნთქვის სიხშირე დათვალოთ, მაგრამ შეიძლება ცრუ მომატება მიიღოთ, თუ ბავშვს აფორიაქებთ. ეფიქრო მოზრდილ ბავშვებში გამოიყენეთ იგივე მეთოდი, რაც მოზრდილებში გამოიყენება.

1 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში ტაქიპნოეს ზღვარია წუთში 40-ზე მეტი სუნთქვა.

პნევმონიის გამორიცხვის საუკეთესო ნიშანია ტაქიპნოეს არარსებობა.

ტემპერატურა. ბავშვებში ტემპერატურის გაზომვა უმჯობესია სასმენ მილში, ვინაიდან სწრაფია და ბავშვს დისკომფორტს არ უქმნის.

პატარა ბავშვებს ინფექციის შედეგად შეიძლება ჰქონდეთ ძალიან მაღალი ტემპერატურა (104°F-მდე ან 40°C-მდე). 3 წლამდე ასაკის ბავშვებს, რომლებსაც სერიოზულად ავად არიან და მაღალი ტემპერატურა აქვთ, ესაჭიროებათ გამოკვლევა სეფსისის, სამარხე გზების ინფექციის, პნევმონიის ან სხვა ინფექციების დასადგენად.

ჯანი

1 წლის ასაკის ზევით ბავშვების ჯანის გამოკვლევის მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებისთვის (იხ. თავი 5, ჯანი, თმა და ფრჩხილები)

თავი

თავის და ყისრის გამოკვლევის დროს, განსინჯვა მოარგეთ ბავშვის ზრდის და განვითარების დონეს.

სანამ ბავშვს შეეხებით, ყურადღებით 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.

ყისერი

ყისერის გასინჯვის დროს, ბავშვებში ყისრის გასინჯვის მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებში.

ჩვილობის ასაკში ლიმფადენოპათია იშვიათია, მაგრამ ძალიან ხშირია ბავშვებში. როგორც 745-ე გვერდზეა ნაჩვენები, ბავშვებში 12 წლის ასაკისთვის ლიმფური სისტემა განვითარების ზენიტს აღწევს, 8-16 წლისთვის მაქსიმალურ ზომებს აჩნევს ყისრის და ტონზილური ლიმფური ჯვანძები. ყველაზე სწრაფად ბავშვებში ლიმფური 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 ლიმფური ჯვანძების ან ყისრის თანდაყოლილი ცისტების დიფერენციება. 706-ე გვერდზე მოცემულ სურათზე ნაჩვენებია ლიმფური ჯვანძების და ყისრის თანდაყოლილი ცისტების ტიპიური ანატომიური მდებარეობები.

ლიმფადენოპათიის მიზეზი, ჩვეულებრივ, არის ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექცია (იხ. ცხრილი 18-13, ყისრის და ხახის დარღვევები, გვ. 807.

როდესაც ლიმფური ჯვანძები 2 სმ-ზე მეტი ზომისაა, მკვრივია ან ფიქსირებული კანთან ან ქვემდებარე ქსოვილებთან (უძრავია), არღვევს სერიოზული ზოგადი ნიშნები, როგორიცაა წონაში კლება და ყისრის ლიმფური ჯვანძების შემთხვევაში ჩენტგენოლოგიურად პათოლოგიის ნიშნებია, ყველაზე მეტად საჭიროა ავთვისებიანი პროცესის არსებობა.

პატარა ბავშვებში, რომელთაც მოკლე კისერი აქვთ, ძნელი გასარჩევია ყისრის უკანა ქვედა ლიმფური ჯვანძები *კავშირი ლიმფური ჯვანძებისგან* (რომლებიც ყოველთვის პათოლოგიურია და ავთვისებიანი პროცესის არსებობის ეჭვს ბადებს.

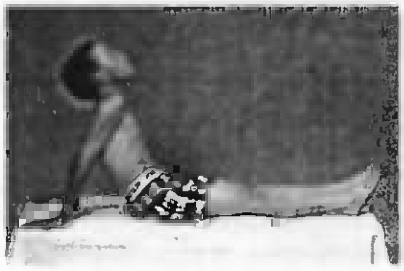
გასინჯეთ *ყისრის მობილურობა*. მნიშვნელოვანია, დარწმუნდეთ, რომ ბავშვის კისერი ელასტიურია და ადვილად მოძრაობს ყველა მიმართულებით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც პაციენტს თავი ასიმეტრიულად უჭირავს და როდესაც ეჭვია ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაზე, როგორიცაა მენინგიტი.

ბავშვებში ჯეფის ჰიგიენობის არსებობა მენინგეალური გაღიზიანების ყველაზე ჯანსაღი მაჩვენებელია *Brudzinski-ს (ბრუძინსკის) და Kernig-ის (კერნიგის) ნიშნებთან* შედარებით. მოზრდილ ბავშვებში ჯეფის ჰიგიენობის დასადგენად, სთხოვეთ ბავშვს გამოსაკვლევ მაგიდაზე დაწვეს და ფეხები გაშალოს. ნორმალურად, ბავშვს შეუძლია გაშალოთლად იწვეს და ნიკაპით გულ-მკერდს შეეხოს. პატარა ბავშვებს შეგიძლიათ აიძულოთ, ჯისერი მოხარონ 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 ჩვრისტენტობა. 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 შეეძლია დაიჭიროს ვერტიკალური პოზა და შეასრულოს ნიკაპ-გულ-მკერდის მოძრაობა.



თვალები

პატარა ბავშვებში თვალების გამოკვლევის ორი მთავარი საკითხია მზერის შეთანხმებულობის, ანუ სიმეტრიის და თითოეული თვალში მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა.

შეთანხმებული მზერის ან *თვალების მდებარეობის* და სიმეტრიის და თვალის მამოძრავებელი კუნთების გამოსაკვლევად შეგიძლიათ გამოიყენოთ მე-6 თავში აღწერილი შეთოდები მოზრდილებისთვის. ჰიპოვანას სინათლეზე ჰეფლექსის და თვალზე დაფარების და აშვების ტესტები პატარა ბავშვებში განსაკუთრებით გამოიყენება.

თვალზე დაფარება-აშვების 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 მკურნალობას.

ორივემ, *სიელმემ* და *ანიზომეტროპიამ* (თვალებში ჰეფიაქსიის მნიშვნელოვანი დარღვევა) შეიძლება გამოინვიოს ამბლიოპია ან მხედველობის დაქვეითება სხვა მხრივ ნორმალურ თვალში. ამბლიოპია შეიძლება დაკავშირებული იყოს "ზარმაც თვალთან", როდესაც მუდმივად მცირდება მხედველობის სიმახვილე, თუ მანამდე არ შესწორდა. (ძირითადად 6 წლის ასაკისთვის).

3 წლამდე ასაკის ბაშვებში, რომელთაც არ შეუძლიათ ნახატების ამოცნობა მხედველობის შესამოწმებელ ჩარჩოზე, *მხედველობის სიმახვილის* შემოწმება შეუძლებელია. ასეთ ბავშვებში ყველაზე მარტივი გამოკვლევაა ფიქსაციის შეფასება მონაცვლეობით თვალებზე ხელის დაფარებით. ნორმალური მხედველობის მქონე ბავშვი არ გეწინააღმდეგებათ, სოლო სუსტი 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 მეთანხმებელია, ბავშვი თვალს აყოლებს
12 თვე	~20/200
4 წლამდე	20/40
4 წელზე ზევით	20/30

თვალებს შორის მხედველობის სიმახვილის ხარისხობრივ განსხვავება (მაგ., 20/20 მარცხნივ და 20/30 მარჯვნივ) დარღვევაა და პაციენტი ოფთალმოლოგთან უნდა გაგზავნოთ.

როგორც შემდეგ გვერდზეა ნაჩვენები, 3 წლის და ზევით ასაკის ბავშვების მხედველობის სიმახვილე, ჩვეულებრივ, შეგიძლიათ შეამოწმოთ ერთნაირი ან სხვადასხვა ოპტოტიპების (სიმბოლოები) მხედველობის ხაზების გამოყენებით. ის ბავშვები, რომლებმაც არ იციან ასოები ან ციფრები, უნდა გამოიკვლიოთ სურათების, სიმბოლოების ან "E" ხაზის გამოყენებით. "E" ხაზის გამოყენებით ბავშვი ადვილად გეუბნებათ, რომელ მხარესაა მიმართული "E".

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 ტრიკებით სავსე ჩანთა, რადგან ბავშვები ძალიან მგრძნობიარენი არიან *სასმენი მილის და დაფის აპკის გამოკვლევის მიმართ* და შეშინებულები, რადგან ვერ ახვრიტებიან გამოკვლევას. ხანმოკლე ვარჯიშით თქვენ დახელოვნდებით ამ გამოკვლევის ჩატარებაში. სამწუხაროდ, ბევრ ბავშვს ესაჭიროება მშვიდად ყოფნა ამ გამოკვლევის ჩატარებისას, რის გამოც ხშირად 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, გარითობით ელაპარაკებით გამოკვლევის დროს, რათა ბავშვს შიშმა გაეაროს. ზოგჯერ მოგეხმარებათ, თუ ოტოსკოპის სარჯეს შეეყოფთ ბავშვს ყურში და შემდეგ ეკან 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 ენდა დააკავებინოს გაშლილად ან სხეულის გვერდებთან ახლოს. შეგიძლიათ თავი დაეჭიროთ და გადაუნიოთ ნინა სახეხავი ერთი ხელით, როდესაც მეორე ხელით ოტოსკოპი გიჭირავთ. თუ ბავშვი მშობლის მუხლებზე ზის, მისი ფეხები მშობლის ფეხებს შორის უნდა იყოს. მშობელი ენდა დაგეხმაროთ ბავშვის გაჩერებაში ერთი მკლავის შემოხვევით ბავშვის სხეულზე და მეორე ხელით თავის დაჭერით.

ბევრ სტუდენტს ეჭირს ბავშვის დაფის აპკის დანახვა. პატარა ბავშვებში გარეთა სასმენი მილი მიემართება გარედან ზევით და უკან, ამიტომ ყური ენდა ავნიოთ ზევით, გარეთ და უკან, რათა დაფის აპკი უკეთესად დაინახოთ. ბავშვის თავი ერთი ხელით დაამაგრეთ (მარცხენა ხელით, თუ ცალია არ ხართ) და ამავე ხელით განიეთ ყური. მეორე ხელით მოათავსეთ ოტოსკოპი.

ოტოსკოპით ბამოკვლევის წარმატებისთვის ძირითადი საკითხები

გამოიყენეთ ოტოსკოპის სათანადო ტუთხე
გამოიყენეთ შეძლებისდაგვარად დიდი ტუთხე
დიდი სარკით უკეთესად დაინახავთ დაფის აპკს
პატარა სარკე ხშირად ოტოსკოპით ვერ უზრუნველყოფს ჰერმეტულობას
ძალიან ნუ დააწვებით
ძლიერი ზეწოლის გამო ბავშვმა შეიძლება იტირის და ხშირად ოტოსკოპით მიიღოთ ცრუ დადებითი შედეგი.
სარკე სასმენ მილში შეიყვანეთ 1 ან 2 სმ-ზე.
პირველ ჯერში მოძებნეთ ორიენტირები
ზოგჯერ სასმენი მილი ჰგავს დაფის აპკს, არ მოტყუვდეთ.
დააკვირდით, ნორმალურია თუ არა დაფის აპკი
ამოიღეთ გოგირდი, თუ ხელს გიშლით გასინჯვაში
სპეციალური პლასტიკის ყუჩეტით
დასველებული ბამბიანი ჩხირით
მოზრდილ ბავშვებში ყუჩების გამოხეცხვით
სპეციალური ინსტრუმენტები, რაც შეიძლება ასევე შეიძინოთ

ყურის გასინჯვისას არა მხოლოდ ორი პოზა, ზურგზე წოლა ან ჯდომა გამოიყენება, არამედ შესაძლებელია ოტოსკოპის სმარების ქვემოთ ნაჩვენები ორი ხერხი:

1. პირველი მეთოდი ფართოდ გამოიყენება ბავშვებში, როდესაც ოტოსკოპი გიჭირავთ ზევით და გარეთ მიმართულებით ყურში შეყვანისას. იმ ხელის ცალკეული ნაწილი, რომლითაც ოტოსკოპი გიჭირავთ, შეარჩიეთ ბავშვის თავის წინ, რათა შეამციროთ ბავშვის უეცარი მოძრაობები.





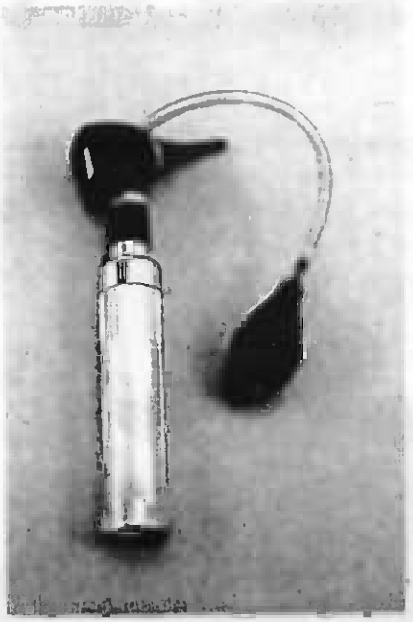
მეორე მეთოდი ბევრი პედიატრის მიერ გამოიყენება, ვინაიდან ბავშვებში სასმენ მილს სხვადასხვა ხერხით გააჩნია. ამის გამო ოტოსკოპი ერთი ხელით უნდა დაიჭიროთ და მიმართოთ ქვემოთ ბავშვის ფეხებისკენ, როდესაც

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 გარეთა სასმენ მილში ნეკვის მომატებით ან შემცირებით, თუ მოუჭერთ ოტოსკოპის ხეზინის ბუთულას.

პირველ ჩიგში, შეამოწმეთ პნევმატური ოტოსკოპი, ატარებს თუ არა ჰაერს, ჩისთვისაც თითი დაადეთ სარკის ნვეტს და მოუჭირეთ ხეზინის ბუთს. დააკვირდით 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 ჩეფლექსი მკვეთრად იწევს. როდესაც ჰაერი გამოდის, დაფის აპკი გარეთ, თქვენსკენ მოძრაობს. დაფის აპკის ასეთი წინ და უკან მოძრაობა ჰგავს იალქნის დახსირობის ცვლილებას. თუ დაფის აპკი საგრძნობლად ვერ მოძრაობს, როდესაც თქვენ ნარმოქმნით დადებით ან უარყოფით ნეკვას, სავარაუდოა, რომ ბავშვს ჰქონდეს გამონაჟონი შუა ყურში. შუა ყურის ანთების მქონე ბავშვი გასინჯვისას თავს უკან სწევს, რადგან ჰაერის ნეკვა მასში ტკივილს იწვევს.

ოტოსკოპით გამოკვლევის წინ და განმავლობაში ფრთხილად ამოძრავეთ ყურის ნიჟარა. ყურადღებით დაათვალიერეთ ნიჟარის უკანა მიდამო დვრილისებრ მოხრაზე.

შუა ყურის მწვავე ანთება ბავშვებში ხშირია. ამ დროს ბავშვს აქვს ნორმალური ფერის, ამოზნექილი დაფის აპკი, სინათლის რეფლექსი სუსტია ან არ არის, ხოლო პნევმატური ოტოსკოპით შემოწმებისას მისი მოძრაობა დაქვეითებულია. დაფის აპკის წინ ასევე შეიძლება დაინახოთ ჩრდილოვანი ნივთიერება. იხ. ცხრილი 18-11, ყურების და ყურების დარღვევები, გვ. 805.

შუა ყურში გამონაჟონის არსებობისას (*შუა ყურის ანთება გამონაჟონით*) დაფის აპკის ასეთი მოძრაობა არ აღინიშნება.

მნიშვნელოვანი, დროებითი სმენის დაქვეითება ადრეულ თვის განმავლობაში, შეიძლება ახლდეს 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 ნამონეული, ხოლო დვრილისებრი მორჩის მიდამო — შეწითლებული, შესიებული და მტკივნეული.

მიუხედავად იმისა, რომ სმენის გამოკვლევის ზუსტი მეთოდები აუცილებელია, ჩათა დაადგინოთ ბავშვებში სმენის დეფიციტი, შეგიძლიათ გამოიყენოთ *სმენის შემოწმება* უხეშად, ჩუჩუნის მეთოდით. დადექით ბავშვიდან 2.5 მ-ის დამოხებით და დაუსვით ჯითხვები ან მიეცით მახტივი 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.





სხვიარი და სინუსები

სხვიარის ნინა ნაწილი შეგიძლიათ დაათვალიეროთ ოტოსკოპის ფარითი სარჯის გამოყენებით. დაათვალიერეთ სხვიარის ღრუწოვანი გარსი, დაარჯვირდით მის ფერს და მდგომარეობას. დაარჯვირდით სხვიარის ძგიდის გამრუდებას და პოლიპების არსებობას.

ფერმკრთალი, ნებოვანი სხვიარის ღრუწოვანი გარსი აღნიშნებათ *ქრონიკული (არასეზონური) აღერგიული ჰინიტის* მქონე ბავშვებს.

ჩირქოვანი ჰინიტი ხშირია ვირუსული ინფექციების დროს. მაგრამ შეიძლება *სინუსიტის* სიმპტომთა კომპლექსის ნაწილი იყოს.

ცუდი სუნის, ჩირქოვანი გამონადენი ცალი ნესტოდან სხვიარში *უცხო სხეულის არსებობის* შედეგი შეიძლება იყოს. ეს განსაკუთრებით ხშირია სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში. ჩამლების იყოფენ საგნებს სხეულის სხვადასხვა ხვრელებში.



ზედა ყბის სინუსები ჩენტგენოგრამაზე კარგად ჩანს 4 ნლის ასაკისთვის, სოლისებური სინუსი - 6 ნლის ასაკში, ხოლო შუბლის სინუსები - 6-7 ნლის ასაკში. მოზრდილი ბავშვების სინუსების პნევმატიზაციის დასადგენად, ისევე შეგიძლიათ ჩაატაროთ, როგორც მოზრდილებში. პატარა ბავშვებში პარანაზალური სინუსების სინათლის გატარება ნაკლებად მგრძნობიარე და სპეციფიკური ტესტია სინუსიტის ან სინუსებში სითხის არსებობის დასადგენად.

პირის ღრუ და ხახა

აფთრიაქებული 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 "აჰჰ", ჩვეულებრივ, საკმარისად (თუმცა ხანმოკლე დროით)



როგორ გააღებინოთ ბავშვს პირი (სწორედია, როგორც "შეიძლია, თქვა აჰჰ?")

- აქციეთ თამაშად
- "მოდი, ვნახოთ, რა გაქვს პირში"
- "შეგიძლია ენა მთლიანად გამოყო?"
- "დაგენიძღვები, რომ პირს დიდად ვერ გააღებ"
- "მაჩვენე შენი კბილების შიგნითა მხარე"
- "იქ ბარნი ხომ არ არის გარხეული?"
- ნუ აჩვენებთ ენის შპადელს, სანამ აუცილებელი არ იქნება
- თავდაპირველად აჩვენეთ ექიმს და-ძმაზე ან მშობელზე
- შეაქეთ ბავშვი, თუ პირს ოდნავ გააღებს და წაახალისეთ, რომ უფრო დიდხე გააღოს.

აჩენს სახას, ისე, რომ ენის შპადელი არ დაგჭირდებათ. ჯანმრთელი ბავშვები უფრო ხალისით ესინჯებიან ექიმს, ვიდრე ავადმყოფები, განსაკუთრებით, თუ დაინახავენ შპადელს ან ხახიდან ნაცხის აღების არასასიამოვნო გამოცდილება აქვთ.

თუ ენის შპადელის ხმარება გჭირდებათ, საუკეთესო ხერხია დაანვეთ ჭვევით და წინ თქვენსკენ, როდესაც ბავშვი ამბობს "აჰ". ყურადღებით იყავით, რომ შპადელი ღრმად არ მეყოთ ხახისკენ, რადგან გამოინვევთ ღებინებას. ზოგჯერ პატარა და აფორიაქებული ბავშვი, რომელსაც ესაჭიროება გაჩერება, ებიღებს ეთმანეთზე აჭერს და პირს არ აღებს. ამ შემთხვევაში, ფრთხილად უნდა შეაცუროთ ენის დამწევი ებიღებს შორის ენაზე. ეს საშუალებას მოგცემთ, ენა დაუწიოთ ან გამოინვიოთ ღებინების ჰეფექსი, რის გამოც ბავშვი პირს გააღებს და სწრაფად ნახავთ ხახას და ტონზილებს. დარმახსოვრეთ, რომ დაეგეგმავი, პირდაპირი დანოღა წინა ებიღებზე უფრო ხელს შეგიშლით გასინჯვაში და შეიძლება შპადელიც ჩაგიტყდეთ. ამიტომ, ამ გასინჯვისთვის ბავშვი ჯარად მოამზადეთ და მშობელიც დაიხმარეთ.

დაათვალიერეთ *ებიღები* და ნახეთ, დროულად და თანმიმდევრობით არის თუ არა ამოსული. დააკვირდით ებიღების ფორმას, მდგომარეობას და მდებარეობას. ემაღის დარღვევები შეიძლება გამოხატავდეს ადგილობრივ ან ზოგად დაავადებას.

ყურადღებით დაათვალიერეთ ზედა ებიღების მიგნითა მხარე, როგორც სუარათზეა ნაჩვენები. ეს არის *საკვების ბოთლის ჯარიღის* ტიპიური ლოკალიზაცია. ფოტოზე ნაჩვენები მეთოდი, რომელსაც "ტეჩის ანება" ეწოდება, გაგიადვილებთ ებიღების ჯარიღის დანახვას.

ებიღების ჯარიღის მიზეზი ბაქტერიების გააქტიურებაა. ჯარიღი უფრო ხშირად ეკითარდებათ იმ ბავშვებს, ვინც ხანგრძლივად იკვებება ბოთლით ("საკვების ბოთლის ჯარიღი"). იხ. ცხრილი 18-12, პირის ღრუს და ებიღების დარღვევები, გვ. 806, ჯარიღის სხვადასხვა სტადიისთვის.



ქვემოთ ცხრილი გამოსახატავს კბილების ამოჭრის ხშირ ნიშნებს. ზოგადად, ქვედა კბილები ოდნავ უფრო ადრე ამოდის, ვიდრე ზედა.

◆ *კბილების ტიპები და ამოჭრის ვადები*

კბილების ტიპი	ამოჭრის მიახლოებითი ასაკი	
	სახძევე (თვეები)	*მუდმივი (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

კბილებზე ღაქების გაჩენის მიზეზები შეიძლება იყოს შინაგანი და გარეგანი. შინაგანი ღაქების მიზეზი შეიძლება იყოს ტეტრაციკლინის მიღება 8 წლამდე (ყვითელი, ჩალისფერი ან მოყავისფერი ღაქები). ჩვინის ჰიპოპლაზიები (შავი ღაქები) გარეგანი ღაქების მაგალითია. გარეგანი ღაქების განმენდა შესაძლებელია, ხოლო შინაგანის – არა. (იხ. ცხრილი 18-12, პირის ღრუს და კბილების დაავადებები, გვ. 806.

დაავადებით კბილების განლაგების დარღვევებს. ესენია მალოკლუზია, ზედა კბის გამოზნექვას (*გადმოფარვა*) და ქვედა კბის გამოზნექა. ამის ნახვა შეგიძლიათ, თუ სთხოვთ ბავშვს ტუჩს უკბინოს. დაავადებით ნამდვილ კბენას. ნორმალური ბავშვის ქვედა კბილები ზედა კბილების ჩაღრმავების შიგნითაა.

მალოკლუზია და თანკბილვის დარღვევა ხშირად ვითარდება ზედმეტი ნოვისგან და შეკლევადია, თუ ამ ჩვევას შენყვეტს 6-7 წლამდე. მალოკლუზია ასევე თანდაყოლილი შეიძლება იყოს, ან სახძევე კბილების ნაადრევი დაკარგვის შედეგი.

ყურადღებით დათვალიერეთ *ენა* მისი ქვედა ზედაპირის ჩათვლით. ბევრი ბავშვი ენას ხალისით გამოყოფს, გაანევინეთ აქეთ-იქით და დაავადებით ფერს (ცისფერი შეფერილობის მიზეზი შეიძლება სანუნნი კანფეტი იყოს!)

ხშირი დარღვევებია *შეღებილი* ენა ვირუსული ინფექციების დროს, *თანდაყოლილი გეოგრაფიული* ენა და *ჭოროსებური* ენა ქუნთრუშას დროს.



დაათვალიერეთ *ტონზილების* ზომებს, სიმეტრიას და მესახედაობას. ტონზილების ზომის პიკი ასის 8-დან 16 წელი (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 ჟოლოსფერია, ტონზილებზე თეთრი ფერის ექსუდატია, ნაკი მკვრივი წითელია და სასაზე პეტექიებია.

ბავშვების ტონზილებს, ჩვეულებრივ, ღრმა კრიპტები აქვს ზედაპირზე, სადაც ხშირად თეთრი ნაღექია ან საკვების ნანილაკები, რომელიც გამონეულია ტონზილების სიღრმეებიდან. მათი არსებობა დაავადებაზე არ მიუთითებს.

პერიტონზილის აბსცესზე მიუთითებს ტონზილების ასიმეტრიული გადიდება და ნაკის გვერდზე გადანევა.

დაათვალიერეთ სასაზე ღრონოვანის კვეშა ნაპრალები, როგორიცაა მაგარი სასის კიდის ნაკდევი ანუ *ნაკის გარეკა*. ვინაიდან ღრონოვანი ინტაქტურია, კვეშმდებარე დეფექტი შეიძლება ვერ შეამჩნიოთ.

არსებობს მხოლოდ ერთი მდგომარეობა – *მწვავე ეპიგლოტიტი*, რომელიც ყელის გამოკვლევის უკუჩვენებას წარმოადგენს, ღებინებისა და ხახის ობსტრუქციის განვითარების შესაძლებლობის გამო.

დაკვირდით ბავშვის ხმას. გარკვეული მდგომარეობები ცვლის ხმის ტონალობას და ხარისხს.

ხმის ცვლილებები – გამომწვევი მდგომარეობები

ხმის ცვლილებები	შესაძლო პათოლოგიები
ჰიპერნაზალური მეტყველება	სასის ღრონოვანის კვეშა ნაპრალები
ნაზალური საუბარი და ხვრინვა	ადენოიდების ჰიპერტროფია
ჩახლეჩილი ხმა და ხველა	ვირუსული ინფექცია (ყრუპი)
"პირში ჯენჯები"	ტონზილიტი

გასინჯვისას შეიძლება შეამჩნიოთ ცუდი სუნი სუნთქვისას, რაც შეიძლება დაგეხმაროთ დიაგნოსტიკაში.

ჰალიტოზის – ცუდი სუნი პირიდან – ხშირი მიზეზია ღრმა 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. ანესთეტაციის 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 ყრუპი, 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 ვენტილაციის ჩატარებას. ამიტომ, უფრო ადვილია, სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს ასკდოთ მშვიდად სუნთქვა. უფრო მოზრდილ ბავშვებს შეგიძლიათ აჩვენოთ, როგორ ისუნთქოს მშვიდად, ღრმად და სწორად. გახშირებულ ამოსუნთქვას შეიძლება მიაღწიოთ, თუ ბავშვს სთხოვთ ჩააქროს სანთელი ნარმოსახვით ტორტზე.

ჰაერის 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 მექანიკური ბრონქოსპაზმია, შეიძლება მოისმინოთ სტეტოსკოპის გარეშე და აშკარაა აუსკულტაციით.



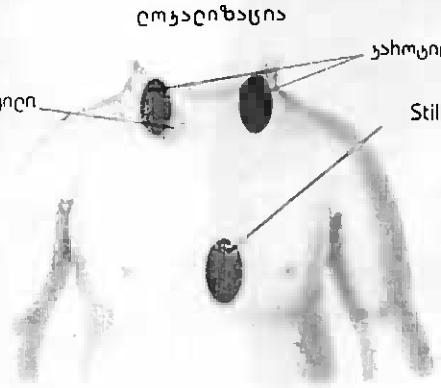
მოზრდილი ბავშვები ადვილად იტარებენ სუნთქვით გამოკვლევას და შეუძლიათ ასევე ჩაიტარონ ფილტრის (ბგერითი ხელვის) შეფასება ან "ი"-დან "ე"-მდე ცვლილებები მოსმენისას (იხ. გვ. 261). როდესაც ბავშვი იზრდება, წინა გვერდზე აღნერილი გამოკვლევები, როგორიცაა სუნთქვითი მუშაობის შეფასება, ცხვირის გაფართოვება, ხრტენი, ნაკლებად მოგეხმარებათ სასუნთქი სისტემის დაავადებების დადგენაში, ხოლო პალპაცია, პერკუსია და აუსკულტაცია დიდ ინფორმაციას მოგანვდით გულ-მკერდის და ფილტვების გამოკვლევისას.

გული

სისხლის ნნევის გაზომვა ეითდჩოელად ოჩივე ხელზე და ეით ფეხზე 3-4 ნლის ასაკის ბავშვებში, დაგესმახებათ *აოჩტის კოარქტაციის* დიაგნოსტიკაში. შემდგომში ნნევის მხოლოდ მარჯვენა მკლავზე გაზომვა საკმარისი იქნება.

სკოლამდელი და სკოლის ასაკის ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ კეთილთვისებიანი შეიღებები. ყველაზე ხშირია *(Still-ის (სტილის) შეიღი)* I-II/IV ხარისხის, მესიკაღური, ვიბრაციული, ადრეული და შეასისტოღური შეიღი, მრავღობითი დამატებითი ტონებით, ღოკალიზებულია მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან ან შუაში, მაგრამ ასევე ხშირად მოისმინება საძირე არტერიაზე. საძირე არტერიის კომპრესია ხშირად იწვევს გული ის არეში შეიღის გაქრობას. ეს შეიღი ძალიან ცვალებადია და შეიძლება გაძლიერდეს გული ის წეთმოცულობის მომატების დროს, რაც ვლინდება ცხელების ან ფიზიკური დატვირთვის დროს.

ბავშვებში კეთილთვისებიანი შეიღების ღოკალიზაცია და დახასიათება



ტიპიური ასაკი	დასახელება	ალნერა და ღოკალიზაცია
სკოლამდელი და დაბალი კლასების ასაკი	*Still-ის (სტილის) შეიღი*	I-II/VI ხარისხი, მესიკაღური, ვიბრაციული, მკვრივი დამატებითი ტონები, ადრეული და შეა სისტოღური მკერდის ძვლის შეა/ქვედა მარცხენა კიდე ხშირია ასევე კაროტიდული შეიღი
სკოლამდელი და დაბალი კლასების ასაკი	*ვენური შეიღი*	ხმიღი, ყრუ, გახანგრძლივებული, უფრო ხმამაღალია დიასტოღაში ღვიძლის ქვემ მანევრებით შეიძლება გაქრეს
სკოლამდელი და შემდგომი	*კაროტიდული შეიღი*	ადრეული და შეა სისტოღური ჩვეულებრივ, უფრო ხმამაღალია მარცხნივ ქრება საძირე არტერიაზე ზენოღით

შეიღს, რომელიც ისმის საძირე არტერიის ებანში ან ღვიძლის ზევით, ეწოდება *კაროტიდული შეიღი*. ეს არის ადრეული და შეა სისტოღური, ოღნავ უხეში შეიღი. ჩვეულებრივ, უფრო ხმამაღალია მარცხნივ და შეიძლება მოისმინებოდეს ცალკე ან Still-ის (სტილის) შეიღთან კომბინაციაში, როგორც ზემოთ იყო ნათქვამი. საძირე არტერიაზე ზენოღით შეიღი შეიძლება მთლიანად გაქრეს.

სკოლამდელი და სკოლის ასაკის ბავშვებში შეიძლება მოისმინოთ *ვენური შეიღი*. ეს ახის ხმიღი, ყიჟ, გახანგრძლივებული ხმიანობა, უფრო ხმამაღალი დიასტოლაში, მოისმინება მარჯვენა ღვიძის 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, ისე გამოც ხშირად მას ვერ აღგენენ.

თუ პაციენტ ბავშვებში აღინიშნება შეიღები, რომელთაც არ აქვთ წინა გვერდზე აღნერილი სამი სახის ჯვრისთვისებიანი შეიღის ნიშნები, შეიძლება განპირობებული იყოს გულის დაავადებით, რაც ყურადღებით გამოკვლევას საჭიროებს.





მუცელი

პაციენტ ბავშვებს გამობერილი მუცელი აქვთ, რაც უკეთესად ჩანს ფეხზე დგომისას. გამოკვლევები ისევე შეიძლება ჩატარდეს, როგორც მოზრდილებში, განსხვავება ისაა, რომ გასინჯვის დროს ბავშვის გასაჩერებლად ემშობები დაგჭირდებათ.

ზედმეტად დიდი, "ღრიანი მუცელი" შეიძლება მიუთითებდეს მადებსორბციაზე, რომლის მიზეზია *ცელიაკია, ცისტოფიბროზი, ყაბზობა* ან *ჰიპოფუნქცია*.

ბევრ ბავშვს ეშინება, როდესაც პირველად დაადებთ ხელს მუცელზე *პალპაციისთვის*. ეს ჩვეულებრივ თანდათან გაქრება, განსაკუთრებით, თუ ყურადღებას გადაატანთ საგებით 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 ორგანოების მოსაძებნებლად შეგიძლიათ ბავშვს ფეხები მოუხაროთ მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში. ჯერ ჩაატარეთ ყველა უბნის ზედაპირული პალპაცია, შემდეგ ღრმა, პოტენციურად პათოლოგიის აღგილების გასინჯვა ბოლოსთვის დაიტოვეთ.

ბავშვების ღვიძლის მოსაზომებელი მოცულობის დადგენა პერკუსიით

ღვიძლის საშუალო მოსაზომებელი მოცულობა (სმ)

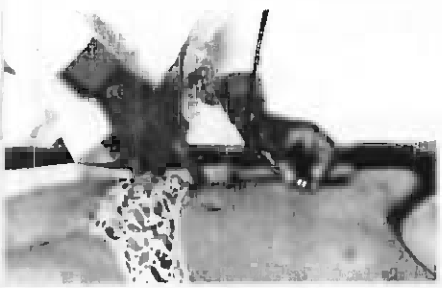
ასაკი წლებში	*მამრობითი*	*მდედრობითი*
2	3.5	3.6
3	4.0	4.0
4	4.4	4.5
5	4.8	4.8
6	5.1	4.8
8	5.6	5.1
10	6.1	5.4



ქვემოთ სურათზე ნაჩვენებია ღვიძლის ქვედა კიდის დასადგენი ერთ-ერთი მეთოდი – *გაჯანკვის ტესტი*. სტეტოსკოპის მემბრანა დადეთ მარჯვნივ ნეკნთა რკალზე ღავიწმენა ხაზზე. ფრჩხილით ოდნავ გაჯანკეთ მუცლის კანი ღავიწმენა ხაზის გასწვრივ ქვემოდან ნეკნთა რკალისკენ. ხოლოსაც თითი გადაკვეთს ღვიძლის კიდეს, სტეტოსკოპით მოისმენთ ხმის ცვლილებას.

პატარა ბავშვებში ჰეპატომეგალია იშვიათია. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ცისტოფიბროზი, ცილის მონელების დარღვევა, ანაზიტები და სიმსივნე.

თუ ჰეპატომეგალიას ახლავს სპლენომეგალია, ჰორტელი ჰიპერტენზია, სავარაუდოა დაგროვების დაავადებები, ქრონიკული ინფექცია და ავთვისებიანი დაავადებები.





ელენთა, ისევე როგორც ღვიძლი, ბავშვებში ადვილად ისინჯება. იგი ჰგავს, მკვეთრი კიდით და მიემართება ქვევით ენასავით მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვემ. ელენთა მოძრავია და იშვიათად სცილდება ნეკნთა რკალს 1-2 სმ-ით.

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 შეახაზიდან 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.

დახლვევები 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 აშვებისას მტკივნეულობა, ჰოვსინგის ნიშანი ან დადებითი სუის ან დამხურავის ნიშანი. იხ. გვ. 388.

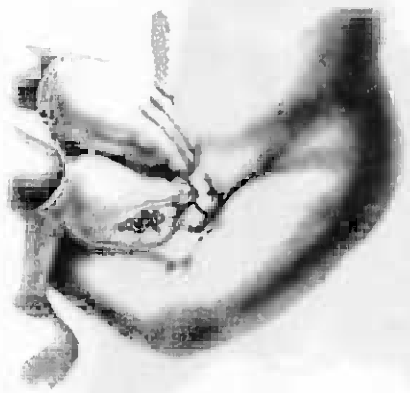
მამაკაცის სასქესო ორგანოები

დაათვალიერეთ ასო. პრეპუბერტატული ბავშვებში ხორცა არ არის მნიშვნელოვანი, თუ ძალიან დიდი არ არის. მსუქან ბავშვებში ბოქვენის ცხიმოვანმა ქსოვილმა შეიძლება ასო დამალოს.

პატარა ბიჭის სათესლე პარკის და სათესლე ჯირკვლების *პალპაცია* ხელოვნებაა, ვინაიდან უმრავლესობას ძლიერ ტკივილი ჰემასტერიის რეფლექსი აქვს, რაც იწვევს სათესლე ჯირკვლების რეტრაქციას საზარდულის არხში. ამიტომ შეიძლება ჩათვალოთ, რომ სათესლე ჩამოსული არ არის. ბავშვი გასინჯეთ, როდესაც ის მოდუნებულია, ვინაიდან აგზნება ჰემასტერიის 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.

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.

გასინჯვა გაგიადვილდებათ, თუ ბიჭი გამოსაკვლევ მაგიდაზე დაჯდება გადაჯვარედინებული ფეხებით, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. ასევე შეგიძლიათ მისცეთ ბეშტი გასაბერად ან ასწიოს საგანი, რათა გაიზარდოს მუცლის შიგნითა ნაწევა. თუ სათესლე პარკში ჯირკვლებს სინჯავთ, ნიშნავს, რომ ჯირკვლები ჩამოსულია, თუნდაც საზარდულის არხში ხანგრძლივად ყოფნის შემდეგ.



ამ ასაკში შეიძლება აღინიშნებოდეს *ჰიპოთირიზმი*, ის ქრონიკული ჯორქვლის საჭიროებს. უნდა განასხვავოთ სათესლეს ჰეტეროქრომისგან)

ჰემასტერიის რეფლექსი შეგიძლიათ გასინჯოთ ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე გახაზვით. სათესლეები მსგავსების მხარეს აინევს.

მტკივნეული სათესლე ჯირკვალი დაუყოვნებელ მკურნალობას მოითხოვს. ხშირი მიზეზებია *ეპიდიდიმიტი* ან *ორქიტი*. *სათესლეს შემობრუნება*, ან *სათესლეს დანამატის შემობრუნება*

სახარდულის არხი ისევე გასინჯეთ, როგორც მოზრდილებში. დააკვირდით ჰარმონიულ მესიებას, რომლის მიზეზი შეიძლება *სახარდულის თიაქარი* იყოს.

სახარდულის თიაქარი მოზრდილ ბიჭებში ისევე ვლინდება, როგორც მამაკაცებში. სახარდულის არხის მესიებით, განსაკუთრებით ვარსკვლავის მანეულის დროს)

ქალის სასქესო ოჩაბანოები

მოზრდილი ბავშვის და მოზარდების სასქესო ოჩაბანოების გასინჯვამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის, მისი მშობლების და თქვენი შეშფოთება (განსაკუთრებით, როდესაც თქვენ საპირისპირო სქესის ხართ); მიუხედავად ამისა, თუ ის გასინჯავთ, შეიძლება მნიშვნელოვანი მონაცემები გამოგჩრეთ. ბავშვის განვითარების დონის მიხედვით აუხსენით, სხეულის ის ნაწილების გასინჯვა გსურთ და რომ ეს არის ჩვეულებრივი, ტკივილი გასინჯვა.

ჩვილობის შემდეგ, დიდი და მცირე ბაგეები თანაბრდება, საკმაოდ ადრე ხდება თხელი, გამჭვირვალე და შეიცავს სისხლძარღვებს, რომლის ჯიგრების გამოყოფა აღვილია.

7 წლამდე ბოყვნის თმიანობის განვითარების დროს სავარაუდოა *ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება* და საჭიროებს გამომწვევი მიზეზის დადგენას.

სასქესო ოჩაბანოების გამოკვლევის მეთოდები ეთნიკურია ყველა ასაკის გოგონებისთვის, ბავშვი ჩვილობიდან მოზარდის ასაკამდე. გამოიყენეთ ფრთხილი, მშვიდი მიდგომა, თან განვითარების მესაბამისად აუხსენით გამოკვლევები. ყურადღება მიაქციეთ ბავშვის ნებართვას. ბავშვების უმრავლესობა შეიძლება გასინჯოთ ხუთზე წოლის დროს, როდესაც ფეხები ბაყაყის პოზაში აქვს.

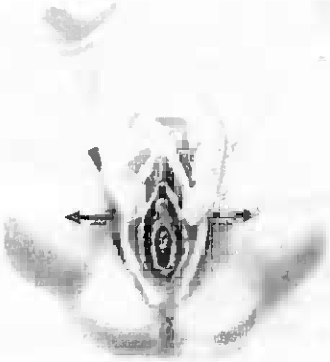
თუ ბავშვი დარცხვენილი ჩანს, უმჯობესია მშობელი იყოს გამოსაკვლევ მაგიდასთან ბავშვთან ახლოს ან შეგიძლიათ ბავშვი გასინჯოთ, როდესაც ის დედის მუხლებზე ზის. მომდევნო სურათზე ნაჩვენებია 5 წლის ბავშვი, რომელიც ზის დედის მუხლებზე და დედას მისი ფეხები გაშლილად უჭირავს.

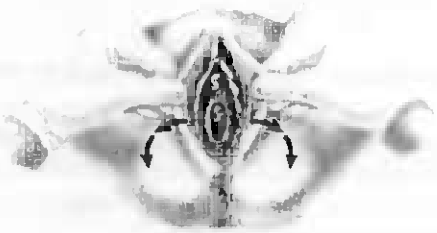


სასქესო ორგანოების გამოკვლევა ჩაატარეთ ინსპექციით და პალპაციით. გაითვალისწინეთ სასქესო ორგანოების განვითარების თავისებურებანი, ჯირკვლების ზომა, დიდი ბაგეების ფერი და ზომა, გამონაყარი სისხლჩაქცევები და სხვა დაზიანებები.

შემდეგ, თითებით ორგანოების დასათვალიერებლად გადაუნიეთ ბაგეები, ხოგორც შემდეგ გვეხმარება ნაჩვენები. ასევე შეგიძლიათ ორივე ხელის თითებით ფრთხილად ნამოუნიოთ ბაგეები და ღრმად გააცალკევეთ, შიგნითა სტრუქტურების დასათვალიერებლად. ხოგორც ქვემოთაა ნაჩვენები. *ბაგეების აღჭურვა*, ანუ მცირე ბაგეების შენება შეიძლება აღინიშნებოდეს პრეპუბერტატულ ბავშვებში და დამაღრმა სამო და შარდსადენის ხვრელი. ეს ნორმად ითვლება.

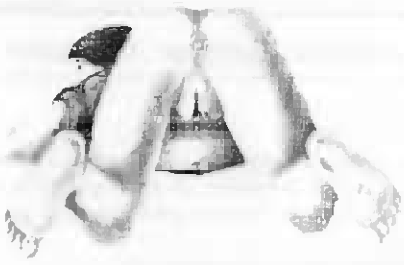
პატარა ბავშვებში *სამოდან გამონადენის* მიზეზი შეიძლება იყოს მორეხის გაღიზიანება (მაგ. აბაზანის ქაფი ან საპონი), *უცხო სხეული, ვაგინიტი*, ან *სქესობრივად გადამდები დაავადებები* სქესობრივი ძალადობის შედეგად.





სამოდან სისხლდენის არსებობა ყოველთვის განსახილველია. ეტიოლოგიაა *სამოს გაღიზიანება, შემთხვევითი ტრავმა, სქესობრივი ძალადობა, უცხო სხეული, სიმსივნე*. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება შეიძლება გახდეს პატარა გოგონებში მენსტრუსის მიზეზი.

ჩრიქოვანი, პროფუნელი, ცელი სენის და სისხლიანი გამონადენის შემთხვევაში უნდა გამოიკვლიოთ *ინფექციის, უცხო სხეულის ან ტრავმის არსებობა.*

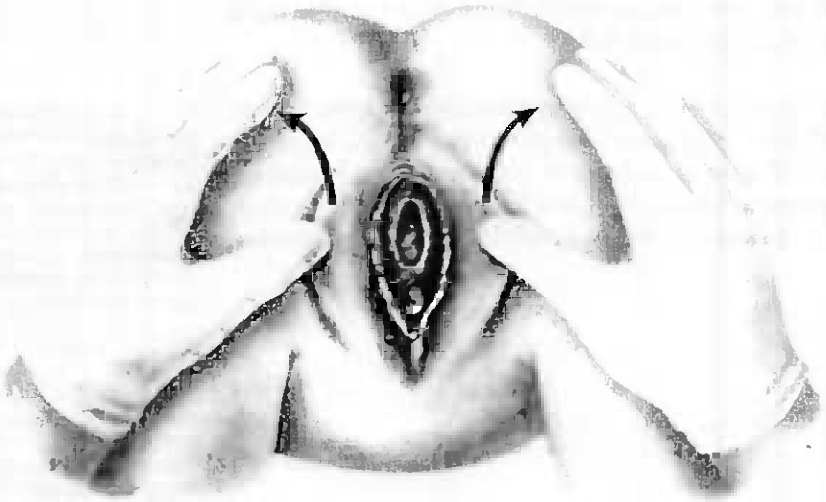


დააკვირდით მცირე ბაგეების, შარდსადენის, საჭალინელე ჯირკვლის და პროქსიმალური სამოს მდგომარეობას. თუ საჭალინელე ჯირკვლის ჯირკვლებს ვერ ხედავთ, სთხოვეთ ბავშვს ღრმად ისუნთქოს, ანათ მენცრის ჯუნთები მოდუნდეს. სხვა მეთოდია ბავშვი დააყენოთ მუხლ-მკერდის პოზაში, ხოგორც მარჯვნივ და შემდეგ გვერდზე სურათებზეა ნაჩვენები. ასეთ მდგომარეობაში ჯარგად ჩანს საჭალინელე ჯირკვალი. იმისათვის, რომ საჭალინელე ჯირკვლის ჯირკვლები ნაკლებად წებოვანი იყოს, გამოიყენეთ ფიზიოლოგიური ხსნარის ნვეთები.

ნახეთ *ან ტრავმის ნიშნები* გარეთა სასქესო ორგანოებზე შეიძლება განვითარებული იყოს მასტურბაციის, გაღიზიანების ან შემთხვევითი ტრავმის შედეგად. მაგრამ შეიძლება გამონაყარი იყოს *სქესობრივი ძალადობით.*

მოეხერხეთ საჭალინელე ჯირკვლის ჯირკვლების შეხებას, ვინაიდან იგი აბსოლუტურად მგრძნობიარე ჰორმონების დაკვირვითი ეფექტის გარეშე. დააკვირდით გამონადენს, ბაგეების შეწებებას, დაზიანებას, ესტროგენიზაციას (სქესობრივი მომწიფების მაჩვენებელი), საჭალინელე ჯირკვლის სახეებს (ხოგორიცაა ვარვარისებრი ან ცისფერი, რაც იშვიათია) და ჰიგიენას. თხელი, თეთრი გამონადენი (ლეიკორეა) ხშირია. სამოს და სამკვირისნოს ყელის სარჯით დათვალიერება აუცილებელი არ არის პრეპუბერტატულ ბავშვებში, თუ არ არის ეჭვი მძიმე ტრავმის ან უცხო სხეულის არსებობაზე.

ჩვილების და ბავშვების საჭალინელე ჯირკვალს სხვადასხვა ფორმა შეიძლება ჰქონდეს, ხოგორც 18-16 ცხრილშია ნაჩვენები, 811-ე გვერდზე.



ობიექტური გასინჯვით შეიძლება გამოვლინდეს *სქესობრივი ძალადობის* ნიშნები და გამოკვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ ამის ეჭვია ანამნეზში. ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ ძალადობის შემთხვევაში გამოკვლევათა უმეტეს შემთხვევაში ცვლილებები არ ვლინდება, ამიტომ ნორმალური მონაცემები არ გამორიცხავს სქესობრივ ძალადობას. საქალწულე აპკის ბოლქვი, ნაკდევი ან თავისუფლად მოძრავი კიდე ნორმის ვარიანტებია. ხვრელის ზომა ცვალებადობს ასაკის და გამოკვლევის მეთოდის მიხედვით.

სქესობრივი ძალადობის ნიშნები ბავშვებში*

შესაძლო მაჩვენებლები

1. მუხლ-მკერდის მდებარეობაში ყითას შესამჩნევი და სწრაფი გაფართოვება, როდესაც არ აღინიშნება ყაბზობა, თალში განავალი, ან ნევროლოგიური დარღვევები
2. საქალწულე აპკის ნაკდევი ქვედა ჰგოლის 50%-ზე დიდია (დადგენილი მუხლ-მკერდის მდებარეობაში)
3. 3 წლის ზევით ასაკის ბავშვებში ნვეტიანი ჯონდილომა
4. სისხლჩაქცევა, ნახეხი, გაბეჭვა ან დარტყმის ჭვალი ბაგეებზე ან საქალწულე აპკის დარშემო ქსოვილებზე
5. ნეონატური პერიოდიდან დამორჩილით, ჰემოპესი ყითაის და გენიტალიის არეში.
6. პატარა გოგონებში ჩირქოვანი და ცუდი სუნის გამონადენი სამოდან (გამონადენი უნდა ბაქტერიოლოგიურად და მიკროსკოპულად გაისინჯოს სქესობრივად გადამდები დაავადებების დასადგენად)

ზუსტი მაჩვენებლები*

1. საქალწულე აპკის და ვულვის გაბეჭვა, ექიმობები და ახლად განვითარებული ნაწიბური
2. საქალწულე აპკის ქსოვილის არ არსებობა 3-დან 9 წლ-მდე მდებარეობაში (დაადასტურეთ სხვადასხვა პოზაში)
3. 3-დან 9 წლ-მდე მდებარეობაში საქალწულე აპკის შეხორცება (სრული ნაწილი)
4. პერიანალური გაბეჭვა 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 ტკივილიანი პედიატრიული გამოკვლევის ნაწილი არ არის, მაგრამ უნდა ჩაატარონ, როდესაც ვარაუდობთ მუცლის ღრუს, მენჯის ან პერიექტული დაავადების არსებობაზე.

პატარა ბავშვებში ექტული გამოკვლევა უნდა ჩაატარონ, როდესაც ბავშვი გვერდზე წევს, ან ლითოტომიურ პოზაში. ბავშვების უმრავლესობისთვის ლითოტომიური პოზა ნაკლებად შემაწუხებელია და ადვილად გამოსაყენებელი. ბავშვი გვერდზე დააწვინეთ 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. გადაუნიეთ დუნდულები და დათვალიერეთ ყოთაა. პატარა ბავშვებში გასინჯეთ ხელთათმანიანი და საცხიანი თითით. მეორე ხელით გასინჯეთ მუცელი, რათა ბავშვის ყურადღება გადაიტანოთ და მუცლის ორგანოებიც გასინჯოთ. პატარა ბავშვებში წინამდებარე ჯირკვალი არ ისინჯება.

ყოთას ქანის სიღრმეზე *ნაწლავის ანთებითი დაავადების* დროს აღინიშნება, მაგრამ უფრო ხშირად უმნიშვნელო ნიშანია.

ექტული გამოკვლევის დროს მტკივნეულობა ბავშვებში, ჩვეულებრივ, ინფექციის ან ანთების ნიშანია, როგორცაა *აბსცესი* ან *პენდიციტი*.

ძვალ-ხრტილოვანი სისტემა

მოზრდილ ბავშვებში ზედა ჯიღურების დაზიანებები იშვიათია *დაზიანების* არ არსებობისას.

ნოხმაღუის ბავშვებს აღენიშნებათ ნელის შეღრეჯვის გაღიდება და გულ-მკერდის ამოღრეჯვის შემცირება მოზრდილებთან შედარებით და ხშირად გამოზნექილი მუცელი.

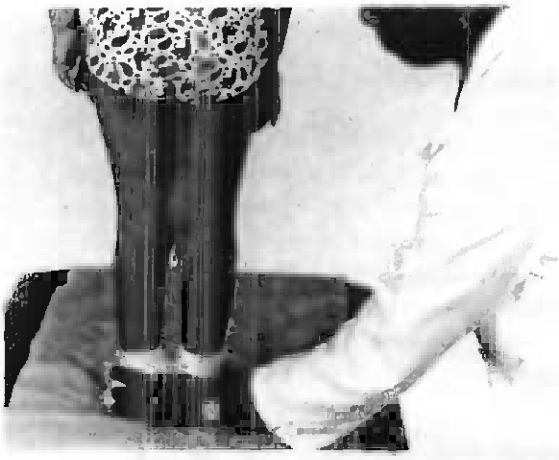
დააკვირდით ბავშვის დგომას და სიარულს. შეგიძლიათ სთხოვოთ, შეეხოს ფეხის თითებს, აღგეს მჯდომარე მდგომარეობიდან, გაირბინოს და ასწიოს საგანი. დაზიანების უმეტესობა შეიძლება შეამჩნიოთ, თუ ყურადღებით დააკვირდებით ნინიდან და უკნიდან. ბავშვის სიარულს არაპირდაპირად შეაფასებთ, თუ დააკვირდებით ჩომეე მხარეს აქვს გაცვეთილი ფეხსაცმლის ქუსლები.

ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ *გაღიას იდაყვი* ან ხერხის ძვლის თავის ქვეამოვარდნილობა გამოჭარხების შედეგად მილებული დაზიანების გამო.

ჩვილობის პერიოდში აღინიშნება ფეხების გაღუნვის ჩვეულებრივი და ნორმალური განვითარება, (როგორც მახსოვრობაში ნაჩვენები), რომელიც თანდათან ქრება 18 თვის ასაკისთვის, ხშირად მოჰყვება გადანაცვლება მუხლების მიდებისკენ. *მუხლების მიდება* (როგორც ქვემოთ მახსოვრობაშია 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 ჩაქიტი ან tibia vara (*Blount-ის (ბლანტის) დაავადება*).





ნივრის დეფორმაცია შეიძლება ჰამოდენიმე გზით შეფასდეს; ერთი მეთოდია, ბავშვი დაანვინოთ მაგიდაზე პირქვე და ფეხები მუხლებში მოუხაროთ 90°-ით, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. დაჯვირითით ბარძაყის და ნივრის ღერძს. ჩვეულებრივ, აღინიშნება ფეხის ±10°-ით შიგნით ან გარეთ შებრუნება.



სიარულის დაწყებისას პატარა ბავშვები შეიძლება ფეხის თითებზე დადიოდნენ. ასეთი სიარული გრძელდება 4 წლამდე და შემდეგ თანდათან ქრება 10 წლის ასაკისთვის.

დაათვალიერეთ ბავშვი *სტოლიოზზე* "მოზარდების" განაყვეთში აღწერილი მეთოდით.

გამოიკვლიეთ ბარძაყების მძიმე დაავადებებზე, რაც დაკავშირებულია შეა დენდელოს ჯენთის სისუსტესთან – დაჯვირითით ბავშვს უკნიდან, როდესაც ერთი ფეხიდან მეორეზე გადადის. მენჯი უნდა ინარჩუნებდეს დონეს, როდესაც ბავშვი ჯანმრთელ მხარეს ეყრდნობა, რასაც ეწოდება *ტრაკოტითი Trendelenburg-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი*, როგორც მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები.

მენჯ-ბარძაყის მძიმე დაავადების დროს, მენჯი იხრება დაუზიანებელ მხარეს, როდესაც ეყრდნობა დაზიანებულ მხარეს (ანალოგიური *დადებითი Trendelenburg-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი*, როგორც მომდევნო გვერდზეა ნაჩვენები)

დაადგინეთ *ფეხის დამოკლება*, რაც მეიძლება ახლდეს ბარძაყის დაავადებას. ამისთვის ორივე მხარეს შეადარეთ მანძილები თეძოს წინა წემო წვეტიდან მედიალურ გოჯამდე. ჯერ ფრთხილად გაასწორეთ ბავშვი და ფეხზე დააყენეთ, შემდეგ შეადარეთ მედიალური გოჯების დონეები. ასევე შეგიძლიათ მენიშნოთ ერთი ფეხის მედიალური გოჯი და ერთმანეთს მიადოთ გოჯები, რათა მიიღოთ წარმოდგენა 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 დაადეთ წიგნი. ამით განსხვავებას აღმოფხვრით.



მენჯ-ბარძაყის განზიდვა ნორმაში უკარგოფითი TRENDELENBURG-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი



მენჯ-ბარძაყის განზიდვის სისუსტე დადებითი TRENDELENBURG-ის (ტრენდელენბურგის) ნიშანი

ნერვული სისტემა

ჩვილობის შემდეგ, როდესაც უპირობო რეფლექსები ქრება, ნევროლოგიური გამოკვლევა მოიცავს იმ ნაწილებს, რაც გამოიყენება მოზრდილებში. ასევე, შეგიძლიათ ერთდროულად ჩაატაროთ ნევროლოგიური და განვითარების შეფასება, *საქმიანობების* შემთხვევაში თამაშის სახით. მიზანია ოპტიმალური განვითარების და ნევროლოგიური გამოვლინებების შეფასება, რისთვისაც აუცილებელია, რომ ბავშვი ყოფილიერებული ენდა იყოს.

სპასტიური დიპლეგიის მქონე ბავშვს ხშირად აქვს ჰიპოტონია ჩვილობის პერიოდში, შემდეგ მომატებული ტონუსი სპასტიურობით, ყურნწრფვით და შესაძლოა მუშტების შეკვრით ორგორც მოზრდილებში.

გამოიყენეთ დენვერის განვითარების სკრინინგის ტესტი (DDST), როგორც აღწერილია და ნაჩვენები 795-796-ე გვერდებზე. ბავშვებს, რეკომენდირებულ, მოსწონთ ეს კომპონენტები. დაიმახსოვრეთ, რომ DDST უკეთესია მოტორული ჩვევების შენელების დასადგენად, ვიდრე მეტყველების ან შემეცნების შეფასებისთვის.

თავის ტვინის ნერვები. თავის ტვინის ნერვები ერთად 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 ხედა მხედველობის ველები ისევე გამოიკვლიეთ, როგორც მოზრდილებში. შეიძლება ბავშვს თავი მშობელმა დაუჭიროს.

(გაგრძელება)

ბავშვებში იშვიათია ღრმაული 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 ბურთულით მგრძნობელობის შესამოწმებლად. შეუძლია თუ არა ყბილების ეთმანეთზე დაჭერა, დაღეჭვა და გადაყლაპვა.
VII	სახის	შეუძლია თუ არა სახის მიმიკის შეცვლა ან თქვენთვის მიმზგავსება (ნახატების მიძრაობის ჩათვლით). დააკვირდით სახის სიმეტრიას და სახის ნაკვთების მოძრაობას.
VIII	სმენა	4 ნლის ასაკის ზევით გამოიყენეთ სმენის შესამოწმებელი ტესტები. ბავშვის ზურგს უკან ჩურჩულეთ სიტყვები ან მიეცით დავალებები, რომელიც ბავშვმა უნდა გაიმეოროს
IX, X	ყლაპვა და ღებინება	გამოაყოფინეთ ენა და ათქმევინეთ "აჰ". დააკვირდით ნაქის და ხმის სასის მოძრაობას
XI	სპინალური დამატებითი	შეუძლია თუ არა თქვენი ხელის გაწევა თავის ხელით, მხრების აწევა, როდესაც თქვენ ხელებით დაანვებით ხათა "ნახოთ, როგორი ღონიერია".
XII	ენის ქვემა	ბავშვს სთხოვეთ "ენა გამოყოს ყველა მიმართულებით"

სისხლი, ძაღლი და ჯოჯოხეთინასი. მოტორული გამოკვლევის მნიშვნელოვანი ნაწილია ბავშვზე დაკვირვება სიარულის, ან უკეთესია, სირბილის დროს. დააკვირდით ასიმეტრიას, სისუსტეს, ძალიან ადვილად სიარულს ან ჰიპოქით, მოულოდნელ სიარულს. DDST გამოკვლევის საზომის მიხედვით შეამოწმეთ შესაბამისი მანევრები. როგორიცაა ქუსლებზე და ფეხის ნვერებზე სიარული (ფოტო შემდეგ გვერდზე), ადგილზე ხტომა და გადახტომა. ჯოჯოხეთინაციის და ზედა კიდურების ძალის შესამოწმებლად გამოიყენეთ სათამაშოები.

ბავშვებში, რომელთაც ახალგაზრდინირებული სიარული აღენიშნებათ, 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.*

ხოლესაც გინდათ ბავშვის ძაღის შეფასება, დაანვინეთ იატაკზე, სთხოვეთ ადგეს და ჯაჭგად დააკვირდით ეტაპებს. უმრავლესობა ნორმალური ბავშვებისა, ჯერ ჯდება, შემდეგ ხრის მუხლებს და შლის მტლავებს, ხათა დაეყრდნოს იატაკს და დგება.

ხელებს იყენებს 2 წლის ასაკის ბავშვთა უმრავლესობა და იშვიათია 18 თვემდე ასაკში.



გარკვეული ფორმის კენტროვანი დისტროფიის დროს მენჯის სარტყლის სისუსტესთან ერთად, ბავშვი ადგომისას ჯერ ჰორქვე გადაბრუნდება და იატაკს ხელებით ანვება, მაშინ ხოლესაც ფეხები გამლილი აქვს (*Gower-ის (გოუერის) ნიშანი*).

მბრძნობელობა. მგრძნობელობის გამოკვლევა შეიძლება ბამბის ბუთულის საშუალებით. ამას უკეთესად ჩაატარებთ, ხოლესაც ბავშვს თვალები დახუჭული აქვს. ნუ გამოიყენებთ წვეტიან საგანს ან არა ნორმალური და შენახებული პაციენტის გასინჯვისას.

მყეს-ძვალთა ღრმა რეფლექსები. ღრმა მყესების რეფლექსები ისევე შეგიძლიათ გამოიკვლიოთ, როგორც მოზრდილებში. პირველ რიგში ბავშვს არკვენეთ რეფლექსების ჩაქრობის ხმარება ხელზე და დარწმუნეთ, რომ ეს მტკივნეული არ არის. ბავშვებს მოსწონთ, როდესაც მათი ფეხი ხტუნავს ვერტიკალური რეფლექსის გასინჯვის დროს. გასინჯვისას საჭიროა, რომ ბავშვი ნორმალური იყოს და თვალები დახუჭული ჰქონდეს, რადგან დაძაბვა შეცვლის შედეგებს.

3 წლის ზევით ასაკის ბავშვებს შეგიძლიათ სთხოვოთ, დაგიხატოთ სურათი, გადახატოს საგნები, როგორც მოცემულია DDTS-ში და შემდეგ განიხილოთ ნახატი, ხათა ერთდროულად შეაფასოთ მოტორული ფორმირებულია, ლექმა და მეტყველება.

ნათხემის გამოკვლევა შეიძლება ცხვირი-თითის ტესტით და ხელებისა და თითების მონაცვლეობითი სწრაფი მოძრაობით. ბავშვებს მოსწონთ ასეთი თამაშები. 5 წლის ზევით ასაკის ბავშვებს შეუძლიათ მარჯვენას და მარცხენას გარჩევა, ამიტომ თქვენ შეგიძლიათ ჩაატაროთ მარჯვენა-მარცხენას გარჩევის ტესტები, როგორც მოზრდილებში ატარებთ.

მნიშვნელოვანია, გაარჩიოთ განვითარების თითოეული ნიშნის ნორმალური შენელება (მაგ. ფორმირებულია ან მეტყველება) და უფრო გენერალიზებული შენელება, რაც ვლინდება რამოდენიმე კომპონენტად. მოგვიანებით ასახება გლობალური ნევროლოგიური დარღვევებით, როგორცაა *გონებრივი შენელება*, რაც მარტივი მიზეზით შეიძლება იყოს გამომწვეული.





მეცნიერების, შემეცნების და სოციალური და ემოციური განვითარების შეფასებისთვის გამოიყენეთ DDST სახელმი 675-678 გვერდებზე. დაიმახსოვრეთ, რომ ნევროლოგიური და განვითარების გამოკვლევისთვის საჭიროა, რომ ბავშვი იყოს დამყოლი, მომთმენი, მხიარული და არ სცხვენოდეს თქვენთან თამაშის. ასევე შეეძლოს შეიცვალოს, როდესაც გამოკვლევის ახალ მეთოდებს იყენებთ მისი განვითარების დონის დასადგენად.

ზოგიერთ ბავშვს, რომელსაც ალენიშნება *ყურადღების დეფიციტი ჰიპერაქტიურობით (attention deficit disorder with hyperactivity - ADHD),* ექნება ჯოჯოხეთის ჰორიზონტები ნევროლოგიური და განვითარების გამოკვლევისას ყურადღების ფოკუსირების ჰორიზონტის გამო. ასეთ ბავშვებს ხშირად ალენიშნებათ მომატებული ენერგიულობა, არ შეუძლიათ მშვიდად გაჩერება დიდი ხანით, ჰორიზონტები აქვთ სკოლაში და სახლგარეთაში.

მოზარდთა გამოკვლევის მიდგომა

მოზარდების სრულყოფილი გამოკვლევის ჰირობაა 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 უთითოთქავშირი ეფექტური იყოს. მოზაიდი უფრო მეტი ხალისით იხსნება, როდესაც საუბარი ეხება მის პიროვნებას და არა მის პრობლემებს. სახვა გამოკითხვებისგან განსხვავებით, *საუბარი დაიწყეთ სპეციფიკური მიზანმიმართული კითხვებით*, რათა მოიპოვოთ ნდობა და კარგი უთითოთობა დაამყაროთ. დასაწყისში შეგიძლიათ ჩვეულებრივზე უფრო მეტი იღარიაკოთ. დაწყებისთვის უკეთესია, კითხვები დაუსვათ ამხანაგებზე, სკოლაზე, ჩვევებზე და ოჯახზე. გაჩუმება, რათა მოზაიდმა იღარიაკოს, 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, იღარიაკოს. როგორც კი კარგ უთითოთობას 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, რომლებთაც ალენიშნებათ მომწიფების შენელება ან ქრონიკული დაავადებები.

მოზაიდებისთვის მნიშვნელოვანია *კონფიდენციალურობა*. აუხსენით ბავშვსაც და მშობლებსაც, რომ განსინჯვისთვის 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 დაალგინეთ 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 დანვრილებით განუმარტეთ, როგორ მოიქცევით ისეთი ინფორმაციის მილებისას, 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 ჩადენის რისკი გაქვს, მე ვალდებული ვიქნები ეს საკითხი სხვებთან ერთად განვიხილო."

თქვენი მიზანია, დაეხმაროთ მოზაიდს თავისი მოსაზრებები და კითხვები მიიტანოს 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 ურთიერთობის შენარჩუნება მშობლების ჰორმონალური ცვლილების და ახალგაზრდების სრული და აშკარა თანხმობა. ზოგჯერ მოზაიდები ნორმალურ აფასებენ მშობლის ჩარევას.

ისევე, როგორც სამეანო ასაკის ბავშვებში, აქაც მნიშვნელოვანია მოხიდებელობა. პაციენტი ჩაცმული უნდა იყოს გამოკვლევის დაწყებამდე, ხოლო გახდის ღიობს ოთახიდან უნდა გახვიდეთ. 13 წლის ზევით ასაკის მოზარდთა უმრავლესობას გასინჯვა მშობლების გარეშე ეჩვენება, თუმცა ეს დამოკიდებულია ოჯახის განვითარების დონეზე, გამომკვლევლთან ურთიერთობაზე და სექსის საკითხებზე. უმჯობესი ასაკის მოზარდების გასინჯვისას, ჰკითხეთ მათ და მშობლებს, როგორ ეჩვენებათ გამოკვლევის ჩატარება. ვინაიდან მოზარდის გამოკვლევამ შეიძლება შეაშფოთოს დაწყები 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, გადაწყვეტილების მიღების უნარი და სარისკო ქცევები.

ქვემოთ განკარვეთში მოხაზულია სპეციფიკური ნაირების გამოკვლევის მოდიფიკაციები, რაც გამოგადგებათ მოზარდებთან მუშაობაში. გამოკვლევის მეთოდების უფრო დეტალურად გარკვევისთვის მიმართეთ ჩვეულებრივი გამოკვლევების შესაბამის თავებს.

ზოგადი დათვალიერება და სასიცოცხლო ნიშნები

სომატური ზრდა

ანთროპომეტრია მოზარდს უნდა ეცვას პერანგი. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოზარდი გოგონებისთვის, რომელთაც ჭარბი წონის ჰორმონმა აქვთ. იდეალურია, სერიული აწონვა (და გაზომვა) იგივე სკალებით.

სასიცოცხლო ნიშნები

მოზარდებისთვის მნიშვნელოვანია სისხლის წნევის გაზომვა.

10-დან 14 წლამდე ასაკში გულისცემის სამეანო სიხშირეა 85 დარტყმა წუთში, ნორმალური სახლეობია 55-დან 115-მდე დარტყმა წუთში. 15 წლის და მეტი ასაკის მოზარდთა სამეანო გულისცემა წუთში 60-დან 100-მდეა.

ხანგრძლივი ჰიპერტენზიის მიზეზები ამ ასაკში შეიძლება იყოს *პირველადი ჰიპერტენზია, თირკმლის პარენქიმული დაავადებები* და *აორტის ნაწლების მოხმარება.*

თავი, ყურები, თვალები, ხისხარი და ხახა

გამოკვლევები ძირითადად ისეთივეა, რაც მოზრდილებში.

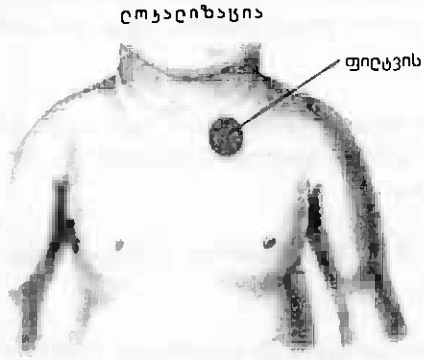
თვალების გამოკვლევის მეთოდები მხედველობის სიმახვილის ჩათვლით, იგივეა, რაც მოზრდილებში. ოფთალმოლოგის დახმარებაა აუცილებელი, ამიტომ მნიშვნელოვანია მხედველობის სიმახვილის მონიტორინგის შემოწმება თანაბარი ინტერვალებით, ყოველწლიური ვიზიტების მსგავსად.

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 ნორმატიულ მდგომარეობას "შეარჩევით სიყრუეს", რაც იმას ნიშნავს, რომ მოზარდს ესმის ის, რისი გაგებაც სურს.

ბელი

გამოკვლევის მეთოდები და თანმიმდევრობა ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში. შეიღები გენ-სისხლძარღვთა სისტემის გამოკვლევის შედეგებია. *ფილტვის არტერიის შეიღი მოზარდებში ხშირი ანთებითსისხლიანი შეიღია.*

ბელის ანთებითსისხლიანი შეიღების ლოკალიზაცია და დახასიათება მოზარდებში



ტიპიური ასაკი	დასახელება	აღნერა და ლოკალიზაცია
მოზარდობის და მემდგომი პერიოდი	*ფილტვის არტერიის შეიღი*	I-II/VI ხარისხი, ხმაური, არაუხეში განლევნის მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე ნორმალური P_2

ფილტვის არტერიის შეიღი არის I-II/VI ხარისხის, ხმაური, არაუხეში შეიღია, მოისმინება განლევნის ფაზაში, იწყება პირველი ტონის შემდეგ და მთავრდება მეორე ტონის წინ, მაგრამ არ აქვს ორგანული განლევნის შეიღისთვის დამახასიათებელი ჩქეშრენდო-დეკრეშრენდო ბგერა.

ფილტვის არტერიის შეიღი, რომელსაც ახლავს მეორე ტონის გაორება, მიუთითებს მარჯვენა პარკუჭის მოცულობით გადატვირთვაზე, რაც ვითარდება *ნინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის* დროს.

ხოლესაც ამ შუილს მოისმენთ, შეამოწმეთ, ფიტტვის ახტეხიის დახუხვის ხმა ნორმალური ინტენსივობისაა თუ ახა და ჭიება თუ ახა მეორე ტონის გაორება ამოსუნთქვისას. მოზარდებს ჯეთიდთვისებიანი ფიტტვის ახტეხიის განდევნის შუილით, შეიძლება ჰქონდეს ნორმალური ინტენსიობის ხმიანობა და გული მეორე ტონის ნორმალური გაორება.

ფიტტვის ახტეხიის შუილი შეიძლება მოისმინებოდეს ხანმე მიზეზით გამოწვეული მოცულობითი გადატვირთვის დროს, როგორიცაა ქრონიული ანემია და ფიზიკური დატვირთვა. შუილი შეიძლება გაგრძელდეს მოზარდ ასაკშიც.

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 (ბუდიტი), სარძევე ჯირკვლის და ბაკის ზომის და ფორმების 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 *ქისტები*; 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 წლის (საშუალოდ 11 წლის), 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 მოზრდილ 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 მცირე ფოლაჭი 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. ხშირები ნლის განმავლობაში, ჩვეულებრივ, უკუგანვითარდება.

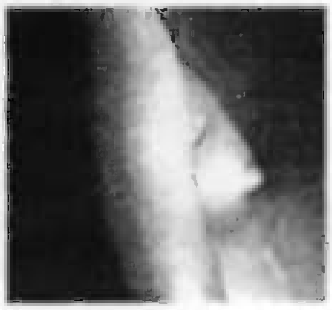
ბრბონებში სქესობრივი მომწიფების ხარისხები: სარძევე ჯირკვლები

სტადია 1
მოზარდამდე პერიოდი. აღინიშნება მხოლოდ დვრილის ანევა

სტადია 2
სარძევე ჯირკვლის ჩანასახი. სარძევე ჯირკვალი და დვრილი მცირედ ამობურცულია; ბაჯის დიამეტრი გადიდებულია.

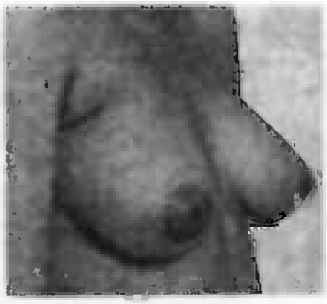


სტადია 3
სარძევე ჯირკვალი და ბაჯი ჯერ უფრო ამობურცულია და მათი კონტურები არ არის გამოყოფილი





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)

მკერდი

მკერდის გამოკვლევის მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებში. იხილეთ ქვემოთ მოტანილი ცხრილი, სადაც მოცემულია ასაკის და სქესის შესაბამისად ღვიძლის მოცულობა.

თირკმლებში ჰემატომა-ების მიზეზი შეიძლება იყოს ჰემატიტი ან ინფექციური მომონელოზი, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები ან სიმსივნე.

მოზრდილებში მოსალოდნელი ღვიძლის მოცულობა

ასაკი წლებში	სამეალო დადგენილი ღვიძლის მოცულობა (სმ)	
	მამაკაცი	*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

მოზარდ ბიჭების სასქესო ორგანოების გამოკვლევა ისეთივეა, როგორც მოზრდილი მამაკაცების. განსაკუთრებით უნდა იცოდეთ, რომ ბევრი ბიჭი თავს უხერხულად გრძნობს ამ გამოკვლევის დროს.

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. მოზარდობამდე პერიოდიდან მოზრდილისთვის დამახასიათებელი ანატომიური ცვლილებების დასრულებას ესაჭიროება დაახლოებით 3 წელი. საზღვრებია 1.8-დან 5 წელი.

სქესობრივი მომწიფების შენელება უნდა ივარაუდოთ ბიჭებში, რომელთაც 14 წლის ასაკში არ აღენიშნება სქესობრივი მომწიფების ნიშნები.

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.

ბიჭებში სქესობრივი მომწიფების შენელების ხშირი მიზეზია *კონსტიტუციური შენელება*, რომელიც, ოჯახური მდგომარეობა, რაც მოიცავს ძვლების და ფიზიკური განვითარების შენელებას და ჰორმონების ნორმალურ დონეს.

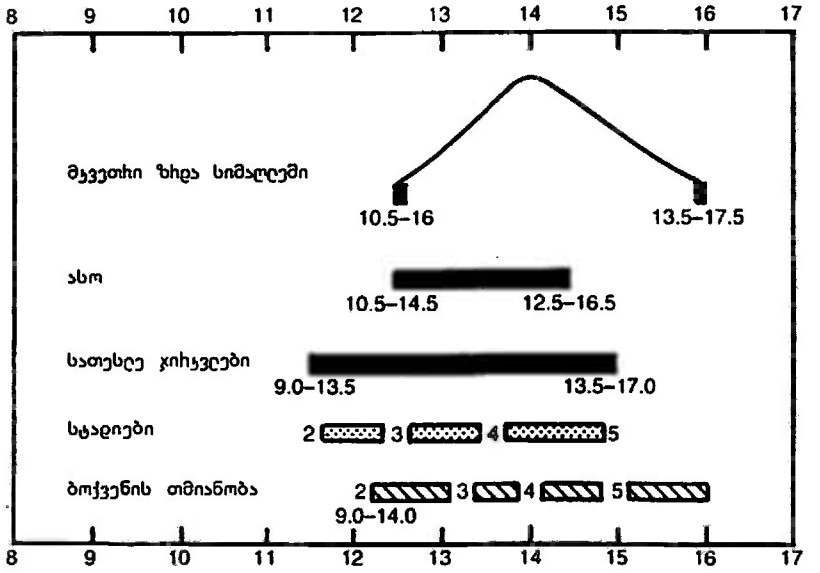
განვითარების მნიშვნელოვანი პრინციპია ის, რომ ფიზიკური განვითარების ცვლილებები ვითარდება ჯგუფად დადგენილი თანმიმდევრობით, როგორც მოცემულია 782-ე გვერდზე დიაგრამაზე. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარების დაწყებას და დასრულებას ფართო ასაკობრივი საზღვრები გააჩნია, თითოეული ბიჭის განვითარების თანმიმდევრობა ერთნაირია. ეს დაგეხმარებათ გაღრმავებულ ბავშვთან მსჯელობაში ფართო ასაკობრივ საზღვრებში სქესობრივი მომწიფების ცვლილებების თაობაზე. ასევე დაგემარებათ ფიზიკური ცვლილებების დარღვევების დადგენაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ღამის ან დღის ეაკულაცია იწყება სქესობრივი მომწიფების მესამე სტადიაზე, ასოდან გამონადენის არსებობა ანამნეზში, ან გასინჯვისას, შეიძლება მიუთითებდეს *სქესობრივად გადამდები დაავადების* არსებობაზე.

სქესობრივი მომწიფების სტადიები ბიჭებში

ბიჭებში სქესობრივი მომწიფების ნიშნების 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 შესამე სტადიაზე, მაგრამ არა იმდენად, როგორც მოზრდილებშია და არ მოიცავს ბარძაყებს	უფრო გაზრდილია სიგრძეში და სიგანეში, ვითარდება ჩვრა	უფრო გაზრდილია, პარკის კანი გამუქებულია
სტადია 5		თმის რაოდენობა და ხარისხი ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში. ვრცელდება ბარძაყების შედიერეთ 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 ღეიკორეა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები ნებაყოფილობითი სექსის ან სექსუალური ძალადობის შედეგად, ბაქტერიული ვაგინიტი, ქსოვილის და გარეგანი გენიტალიების.

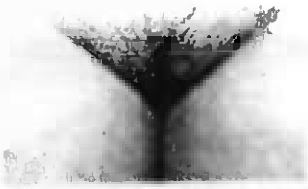
მოზარდი გოგონების სქესობრივი მომწიფების შენელება 3 პროცენტილზე ქვევით სიმაღლეში, შეიძლება გამოწვეული იყოს ტერნერის სინდრომით ან ქრონიკული დაავადებებით. განსაკუთრებით გამხდარ გოგონებში სქესობრივი მომწიფების შენელების ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია ნევროზული ანორექსია და ქრონიკული დაავადებები.

სქესობრივი მომწიფების სტადიები ბიბონებში: ბოქვენის თმიანობა

სტადია 1
მოზარდამდე ასაკი
ბოქვენის თმიანობა არ ვრცელდება, გარდა მთელი სხეულის თმიანობისა (ლანუგო). მეცნიერის მსგავსად.



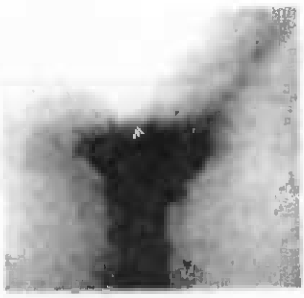
სტადია 2
გრძელი, სუსტად პიგმენტაციური თმის იშვიათი, ქვევით მიმართულებით ზრდა, თმა სწორია ან ოდნავ დატალღული. ნარმოქმნის ჩვეულ ბაგეების გასწვრივ.



სტადია 3
მუქი, დახვეული, უხეში თმა, ვრცელდება გაფანტულად ბოქვენის სიმფიზისკენ

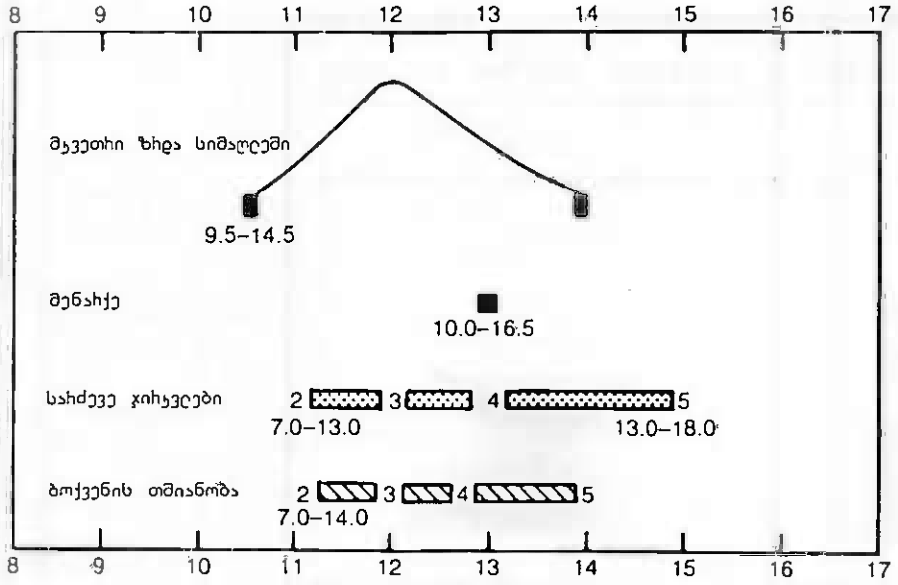


სტადია 4
დახვეული და უხეში თმა, ჩოგრიალაა მოზრდილებში; უფრო დიდი უბანია დაფარული, ვიდრე მესამე სტადიის დროს, მაგრამ უფრო ნაკლები, ვიდრე მოზრდილებში და არ ვრცელდება ბარძაყებზე



სტადია 5
თმის ჩაოდენობა და ხარისხი ისეთივეა, როგორც მოზრდილებში, ვრცელდება ბარძაყების მედიალურ ზედაპირზე, მაგრამ არა მუცელზე.

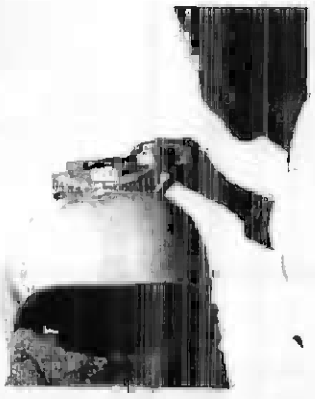
დაგეხმარებათ, თუ გოგონას აუხსნით მიმდევრობას და მის ამჟამინდელ სტადიას. გოგონას მომწიფების პირველადი ნიშნებია ესტროგენების გავლენით საქალწულე აპკის ცვლილებები, თეძოების გაფართოვება და სიმაღლეში სწრაფი ზრდა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ცვლილებების დადგენა ძნელია. სქესობრივის პირველი, აგრეთვე შესამჩნევი ნიშანია 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.



ცისფერი მიუთითებს ასაკის საზღვრებს, რომელშიც ვლინდება განსაზღვრული ცვლილებები.

ძვალ-ხრტილოვანი სისტემა

სკოლიოზის გამოკვლევა და სპორტში მონაწილეობისთვის შემოწმება (გვ. 786-788) ჩრება მოზარდების გამოკვლევის შემადგენელ ნაწილად. ძვალ-ხრტილოვანი სისტემის გამოკვლევის სხვა მეთოდები იგივეა, რაც მოზრდილებში.



ბავშვობაში ჩამოყალიბებული ტიპის *სკოლიოზი* ვლინდება. იდიოპათიური სკოლიოზი (შემთხვევათა 75%) უმეტესად გოგონებში ვლინდება ძირითადად ადრეული მოზარდობის ასაკში.

სკოლიოზის შეფასება. ბავშვმა წინ გადაიხაროს ისე, რომ მუხლის სახსრები გაშლილი ჰქონდეს *(Adams-ის (ადამსის) დახრის ტესტი)*. დააკვირდით ჩამიე 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 დუნდულების ნაკეცებს. წინ გადახრილი 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, ჩათვ შეაფასოთ ზურგის სიმეტრია. თოკის ზედა ბოლო დადეთ C-7 ხაზზე და ბავშვი სწორად დააყენეთ. ვერტიკალური თოკი უნდა მიემართებოდეს დუნდულებს შორის ნაკვეთისკენ (აქ არ ჩანს).



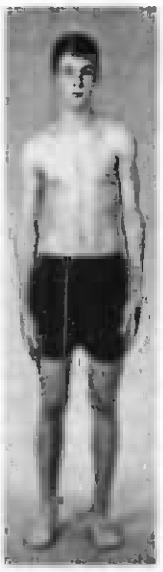
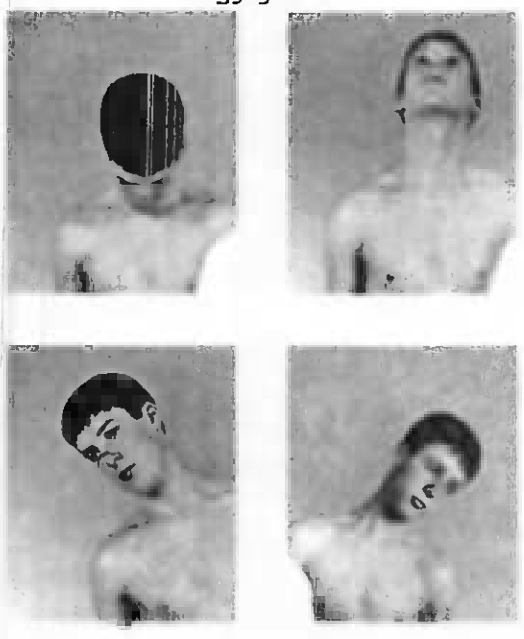
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის გამოკვლევა სპორტში ვარგისიანობის სკრინინგისთვის. 25 მილიონზე მეტი ბავშვი და მოზარდი აშშ-სა და სხვა ქვეყნების უმეტესობაში დაკავებულია სპორტით და ხშირად საჭიროებს ~სამედიცინო გასხივებას~. გამოკვლევა დაიწყეთ ამომწურავი ანამნეზის შეგროვებით, ყურადღება გაამახვილეთ გულისხმიერთა დაავადების რისკ-ფაქტორებზე, გადატანილ ოპერაციებზე და ტრავმებზე, სხვა სამედიცინო პრობლემებზე, ოჯახის ანამნეზზე. სპორტში მონაწილეობისთვის ჩატარებული გამოკვლევები ხშირად ეხებოდეთი შემთხვევაა, როდესაც ჯანმრთელი მოზარდი ექიმს ხვდება, ამიტომ მნიშვნელოვანია ჩართოთ ზოგიერთი სკრინინგული შეკითხვები და ნინასწარი შარვა (იხ. ჯანმრთელობის 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, დაკვირდით სისუსტეს, მოძრაობის შეზღუდვას და ნარსულში დაზიანების ნიშნებს.

სპორტის დროს უცაბედი ჯარდიო-ვასკულური სიკვდილის რისკ-ფაქტორებია თავბრუსხვევის და *გულის ფრიალის ეპიზოდები, სინკოპე* (განსაკუთრებით დაკავშირებული ფიზიკურ დატვირთვასთან) ან ახალგაზრდა ან საშუალო ასაკის ნათესავების *უცაბედი სიკვდილის* შემთხვევა.

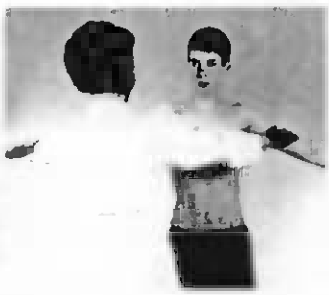
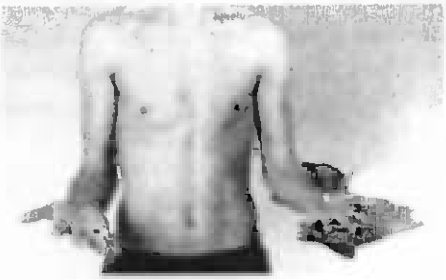
სპორტში ვარგისიანობის დასადგენად ყურადღებით შეაფასეთ გულის შუილები და ფილტვებში ხიხინი.

ჩვენებულებულია 2 ნუთიანი ვარგისიანობის სკრინინგი ძვალ-კუნთოვანი სისტემის გამოკვლევისთვის.[18,19] 786-ე და 788-ე გვერდებზე ნახეთ ამ გამოკვლევის ილუსტრირებული ვერსიები.

ძვალ-სუნთოვანი სისტემის ბამოკვლევები ბავშვების სპორტში ვარბისიანობის დასადგენად

ძვალ-სუნთოვანი სისტემის ბამოკვლევის სპეციფიკური კომპონენტები		გადატანილი ტრავმით გამოწვეული ხშირი პათოლოგიები
პოზა	*ინსტრუქცია პაციენტისთვის*	
 საფეხური 1	1. დადგეს გამართულად, სახით თქვენსკენ	სახსრების ასიმეტრია, შეშუპება
 საფეხური 2	2. ყველა მიმართულებით შეატრიალოს კისერი — შეხედოს ჭერს, იატაკს, შეახოს მხრები ყურებს	მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება 3

(გაგრძელება)

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოჯვეცვის სპეციფიკური კომპონენტები		გადატანილი ტრავმით გამოწვეული ხშირი პათოლოგიები
პოზა	*ინსტრუქცია პაციენტისთვის*	
	3. ასწიოს მხრები, როდესაც თქვენ ზემოდან ანვებით	მხრების, ჯისრის ან ტრაპეციული ჯუნთის სისუსტე
	4. გაშალოს მკლავები გვერდებზე და ასწიოს, როდესაც თქვენ ქვემოთ ანვებით	დელტისებური ჯუნთის ძაღის დაქვეითება
საფეხური 3	საფეხური 4	
	5. მკლავები გაშალოს გვერდებზე და 90°-ით მოხაროს იდაყვის სახსრებში, ასწიოს და დასწიოს	გარეთა როტაციის უნარის დაკარგვა და მხრის სახსრის დაზიანება
		
საფეხური 5		
	6. მკლავები გაშალოს და მთლიანად მოხაროს და გაშალოს იდაყვის სახსრებში	იდაყვის სახსარში მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება
		
საფეხური 6		
	7. მკლავები დაუშვას, მოხარის იდაყვის სახსრებში 90°-ით, წინამხრები შეატრიალოს შიგნით და გარეთ	მოძრაობის ამპლიტუდის შემცირება წინამხრის, იდაყვის ან მაჯის დაზიანების გამო
საფეხური 7		

(გაგრძელება)

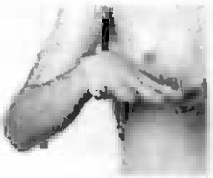
გადატანილი ტრავმით გამონვეული ხშირი პათოლოგიები

ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემის გამოჯვეცვის სპეციფიკური კომპონენტები

პოზა

ინსტრუქცია პაციენტისთვის





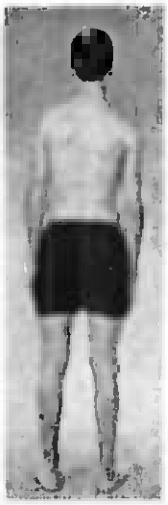
საფეხური 8

8. გაანეთოს მუშტი, მოუჭიროს და შემდეგ გაშალოს თითები

თითის სახსრების ამობეჭდვა, მოძრაობის ამპლიტუდის მემცირება თითების გადატანილი ტრავმის ან მოტეხილობის გამო.



საფეხური 9

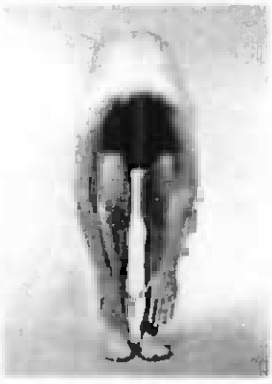


საფეხური 10

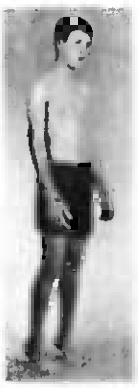
9. ჩაიცუცქოს და თქვენს გადმოგდას ოთხი ნაბიჯი ბატის სიარულით
10. დადგეს გამართული ზურგით თქვენსკენ

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 ნელის ტკივილის გამო

ქუსლის ჯუნთების დაშოჭება ჯოჭის და აქილევსის მყესების დაზიანების გამო.

III ნერვული სისტემა

მოზარდების და მოზარდიების ნევროლოგიური გამოკვლევა ერთი და იგივეა. მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია მოზარდის განვითარების დონის შეფასება ასაკობრივი საზომის მიხედვით, როგორც ეს აღნერილია 678-680 გვერდებზე.

მილებული მონასმების ჩანერა

ყურადღება მიაქციეთ, რომ დასანყისში მონაცემების აღნერისთვის შეგიძლიათ წინადადებები გამოიყენოთ; მოგვიანებით, შეიძლება ფრაზები გამოიყენოთ. მოყვანილი სტილი შეცავს შეიცავს მონოდებულ ფრაზებს. როდესაც ამ ჩანაწერს ნაიკითხავთ, შეამჩნევთ ზოგიერთ ატიპიურ მონაცემს. ეცადეთ საკუთარი თავი შეამონმოთ. ნახეთ, შეგიძლიათ თუ არა ამ მონაცემების ინტერპრეტაცია ყოველივე იმასთან კონტექსტში, რაც თქვენ ისწავლეთ ველიატრიული გამოკვლევის დროს. ასევე ყურადღება უნდა მიაქციოთ იმ ცვლილებებს, რაც აუცილებელია მიესადაგოთ ჰატარა ბავშვის მშობლების მიერ მონოდებულ მონაცემებს, ვიდრე თავად ბავშვს.

გამოკვლევის შედეგების ჩანერა: პედიატრიული ჰასპიტალი
2/1/06
ბრაინი აქტიურია, 26 თვის მოუსვენარი ბიჭს ახლავს დედა, რათა განისაზღვროს ბავშვის განვითარების დონე და ქცევები
მიმართავა. არ არის
ნყარო და სანმედროობა. 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, იგიშენუხებულად გამოიყურება და არ სურს კონტაქტში შემოსვლა. ადამიანები იგებენ მისი საუბრის მხოლოდ 25%-ს. ფიზიკური განვითარება ნორმალურია; მას შეუძლია ბურთის გადაგდება, ფეხის დარტყმა, ქალაღდზე ჯღაბნა და თავისით ჭამა. ბავშვს არ ჰქონია თავის ტრავმა, ქრონიკული დაავადებები, ყურნრუნვა ან განვითარების საზომზე ჩამორჩენა.
დედა ასევე საუბრობს მის ქცევებზე. ბრაინი განსაკუთრებით ჯიუტია, ხშირად აქვს განრისხების შეტევები, ადვილად ბრაზდება (განსაკუთრებით უფროს დაზე), ისვრის საგნებს, იჯბინება და ფიზიკურად უტყდამს სხვებს, როდესაც იგი ვერ მიდის. დედას ეწვენება, რომ მისი ქცევები გაუარესდა, ისინი "ჯარგი" იყო ბავშვთა მოვლის ცენტრში. ერთი აქტივობიდან გადადის მეორეზე, ადგან უჭირს, იჯდეს და იკითხოს ან ითამაშოს.
ბავშვი ძლიან ერეტენზიული მჭამელია, ჭამს დიდი ნაოდენობით მსუყე საკვებს და სხვას ძალიან ცოტას. არ უყვარს ხილი და ბოსტნეული, სვამს დიდი ნაოდენობით ნვენებს და მინერალურ ნყალს. დედა ყველანაირად ცდილობს, რომ ბავშვმა კანსაღად იკვებოს, მაგრამ უშედეგოდ.

(გაგრძელება)

ოჯახი ბოლო ნლებში სტრესს განიცდიდა, ვინაიდან ბრაინის მამა უმუშევარი იყო. მიუხედავად იმისა, რომ ბრაინს სამედიცინო დაზღვევა აქვს, მშობლებს დაზღვევა არ გააჩნიათ.
მკურნალობა. დღეში ერთი აბი პოლივიტამინი

ცხოვრების ანამნეზი
ორსულობა. გართულებების გარეშე. დედამ შეამცირა სიგარეტის მოწევა ნახევრ ჯოლოფამდე დღეში და აღარ ჰოლის მიღება. იგი უარყოფს ნამლების მიღებას და ინფექციებს.
ახალშობილის პერიოდი. დაიბადა 40 კვირის; საავადმყოფო დატოვა 2 დღეში. დაბადების წონა იყო 2.5 კგ. დედამ არ იცის რატომ ჰქონდა ბრაინს 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. ბრაინს უტარდებოდა ჩვეულებრივი ჰოფილაქტიკური გასინჯვები. 6 თვის წინ ბოლო ვიზიტის დროს მკურნალმა ექიმმა თქვა, რომ ბრაინი ოდნავ ჩამორჩებოდა განვითარების საზომს და ურჩია ბავშვთა მოვლის ცენტრი, მისი აზრით საკეთესო, ასევე მშობლებს ურჩია ყურადღება მიექცინ კითხვას, საუბარს, თამაშს და სტიმულაციას. ასრები ჩატარებული აქვს. მარშან ოდნავ ანკესი იყო ცყვირის დონე, ჰქონდა "დაბალი ჰემოგლობინი", რასაც დედა უწოდებს ანემიას. ექიმმა ურჩია ჩაინის ჰრეპარატები და ჩაინით მდიდარი საკვები, მაგრამ ბრაინს 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: დაჯდა 6 თვის ასაკში, ხოხვა – 9 თვის ასაკში, და სიარული – 13 თვის ასაკში. პირველი სიტყვები ("დედა" და "მანქანა") თქვა დაახლოებით 1 წლის ასაკში.
ჰირადი 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 ბრაინი ბავშვთა მოვლის ცენტრშია.
დედას ჰქონდა დეპრესია, როდესაც ბრაინი 1 წლის იყო და ესწრებოდა 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 ბრაინს უჭირს გაწრება) და ჩვეულებრივად იარონ ახლომდებარე პარკში სათამაშოდ.
გარემოს გავლენა. ორივე მშობელი ენევა თამბაქოს, თუმცა ძირითადად სახლის გარეთ.
დაცულობა. დედა აღნიშნავს ამას, როგორც მთავარ მოსაზრებას: მას უჭირს დატოვოს ბრაინი მხედველობის არეალის გარეთ იმ, რომ არაფერი მოუვიდეს. დედას ეშინია, რომ არ დაეკარგოს მანქანა; ოჯახი ფიქრობს, რომ შემოლობოს პატარა ეზო. უმეტეს დროს ბრაინი თავის მანქანაში ატარებს. ოჯახში ჩართულია კვამლის დეტექტორები. მამის იარაღი ჩაკეტილია; ნამლები ინახება მშობლების საძინებელ ოთახში, კარადაში.

სისტემების მიმოხილვა

ზოგადი. სეხიოზული დაავადებები არ აღინიშნება

ჯანი. მშრალი და აღენიშნება ქავილი მარმან დანიშნული ჰქონდა ჰიდროკორტიზონი.

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 სურდო; დედა ვარაუდობს ალერგიას. პირის ღრუ: სტომატოლოგთან ვიზიტი არ დასჭირვებია. ბიცებს ზოგჯერ იხეხავს ჯაგრისით (ჯამათის ხშირი მიზეზია)

ჯისური. შესება არ არის. ჯირკვლები გადიდებულია.

სუნთქვის სისტემა. ხშირად ახველებს და ფილტვებში სტვენა ისმის. დედა ვერ ამბობს, ხა ინვევს ამას; მაგრამ მკრთალება. ბავშვს შეიძლია მთელი დღე იხბინოს და არ დაიღალოს.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. გულის დაავადება არ აღენიშნება. ხოდესაც უფრო პატარა იყო, აღენიშნებოდა შუილი, რომელიც გაქრა.

ბენ-ნაწლავის ტრაქტი. მადა და ჯეების ჩვევები ზემოთაა აღნერილი. 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-ბუნთოვანი. ბავშვი არასდროს იღლება. იმვიათად აქვს ბანის ნაბეხი ან პატარა ბოპი.

ნერვული სისტემა. ჯარგად დადის და დარბის. ასაკს შეესაბამება; არ აღენიშნება გამეშება, ბრუნჩხვა ან სისუსტე. დედა ამბობს, რომ ბავშვს ჯარგი მეხსიერება აქვს, მაგრამ ცუდი ყურადღება.

ფსიქიატრიული სფერო. ზოგადად ბედნიერად გამოიყურება. ადვილად ტირის, ნინ და უბან ხტება, ცდილობს დამოუკიდებელი იყოს და არ დასჭირდეს ხელის მოხვევა და დამშვიდება.

ობიექტური გამოკვლევა

ბრაზინი არის პუტკუნა, აქტიური და ენერგიული ბავშვი. იგი თამაშობს ხელთქმნების ჩაქუჩით, თითქოს სატვირთო მანქანა იყოს. მას მჭირდება ჯავშირი აქვს დედასთან და სიმშვიდისთვის დროდადრო მას უყურებს. დედა ყურადღებას აქცევს, რომ ხანე არ გატეხოს. ბავშვს სუფთად აცვია.

სასიცოცხლო ნიშნები. სიმაღლე 90სმ (90 პროცენტილი). წონა 16 კგ (>95 პროცენტილი). BMI 19.8 (>95 პროცენტილი). თავის გარშემონერილობა 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 აჭრელებული 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 ვინროვდება. დვრილის დანახვა გაძნელებულია; სისხლჩაქცევები არ არის. *ყურები:* ნიჟარები ნორმალურია, გარეგანი ცვლილებები არ არის. გარეთა სასმენი მილი და დაფის აპკი ნორმალურია. *ცხვირი:* ნესტოები ნორმალურია, ძგილე შუაშია. *პირის ღრუ:* ზედა საჭრელ კბილებზე აღინიშნება გამუქება. ზედა მარჯვენა საჭრელ კბილზე ღრმულია. ენა ნორმალურია. უბანა ხახა ფილარკანისებური, ექსუდატი არ არის. ტონზილები დიდია, მაგრამ მათ შორის სივრცე ნორმალური (1.5 სმ).

(გაგრძელება)

ჯისური. ელასტიური, ტიაქვა შეაშია, ფაჩისებური ჯიჩჯვალი აი ისინჯება
ღიმფური ჯვანძები. ოჩივე მხაჩეს ჯაჩგად ისინჯება ტონზილური ღიმფური ჯვანძები (1.5-2 სმ). ჰატაჩა ზომის (0.5 სმ) ღიმფური ჯვანძები საზაჩდელის ოჩივე მხაჩეს. ყველა ჯვანძი მოძიავია და უმტჯივნეელო.
ფილტვები. ჯაჩგად იშღება. ტაქიპნეა და დისპნეა აი აღინიშნება. მოისმინება შეგუბება, მაგჩამ ზედა სასუნთ გზებში (უფჩო ხმამაღალია ჰიჩთან, სიმეტჩიულიად). აუსკულტაციით სუფთაა, ხიხინი აი აიჩს.
გულ-სისხლძაჩღვთა სისტემა. საძგეჩი მე-4-5 ნეკნთაშეა სივჩცეშია შეა სტეჩნალეჩ ხაზზე. S_1 და S_2 ნოჩმალეჩია. შეიღები და ჰათოლოგიური ტონები აი მოისმინება. ბაჩძაყის ჰელსაცია ნოჩმალეჩია. ტეჩფის ზეჩგის ჰელსაცია ოჩივე მხაჩეს აღინიშნება.
საჩძევე ჯიჩჯვლები. ნოჩმალეჩი, მციჩე ცხიმოვანი ქსოვილით.
მეცელი. ამობეჩცელი, მაგჩამ ჩბილი. სიმაგჩე და მტჯივნეელობა აი აიჩს. ღვიძლის მოცელობა მაჩჯვენა ნეკნთა ჩჯაღის ქვეშ 2 სმ-ია, უმტჯივნეელოა. ელენთა და თიჩჰმელები აი ისინჯება.
სასქესო ოჩგანოები. ტანეჩ I, ასოზე წჩიელი ჯვეთაა. ბოქვენის თმიანობა, დაზიანება და გამონაყენი აი აღინიშნება. სათესლე ჯიჩჯვლები ჩამოსელია, აქტიური ჰემასტაჩის ჩეფლექსის გამო მათი გასინჯვა ძნელია. ოჩივე მხაჩეს სათესლე ჰაჩაჯი ნოჩმალეჩია.
ძვალ-ჯუნთოვანი სისტემა. ზედა და ქვედა ჯიდეჩების ყველა სახსაჩში მოძჩაობის ამპლიტუდა ნოჩმალეჩია. ხეჩხემაღი სწოჩი, სიაჩელი ნოჩმალეჩი.
ნეჩველი სისტემა. ფსიქიატჩიული მდგომაჩეობა: ბედნიეჩი, ჯოოპეჩასკიელი. განვითაჩება (DDST) : უხეშო მოტოჩული – ხტუნავს და ისვჩის საგნებს; ზუსტი მოტოჩული – ამსგავსებს ვეჩტიკალეს ხაზს. მეტყველება – ვეჩ აეჩთიანებს სიტყვებს, ამბობს მხოლოდ ცალეელ სიტყვებს, გამოჯვეევის განმავლობაში მხოლოდ სამ – ოთხ სიტყვას. ჰეჩსონალეჩი-სოციალეჩი – იბანს სახეს, იხეხავს ჯბილებს, იცმევს ჰეჩანგს. ზოგადად – ნოჩმალეჩია, აღინიშნება მხოლოდ მეტყველების შენელება. თავის ტვინის ნეჩვები: ინტაქტული, თემცა გამოჯვენის გაჩჯველი სიძნელეებია. ნათხემი: სიაჩელი ნოჩმალეჩი, ნონასნოჩობას იცავს. ღრმა მყესების ჩეფლექსები (deep tendon reflexes - DTRs): ნოჩმალეჩი და სიმეტჩიული ქვემოთ ფეხის თითებამდე. მგჩძნობელობა: შენელებული.

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 ta 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. Hcrman-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 & Acidlesc 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. McAnarncv ER, Kreipc Rl;, Textbook of Adolescent Medicine. Philadelphia, WB Saunders, 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 Dcvcloping 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, Mosby-Ycar Book, 1999.
Tanner JM: Growth at Adolescence, 2nd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

ნეირო-კუნთოვანი სიმწიფე

	ქულები						
	-1	0	1	2	3	4	5
პოზა							
ქვაღრაბუღლი 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°
„შარფის" ნიშანი							
ქუსლის ყურთან მიტანა							

ფიზიკური სიმწიფე

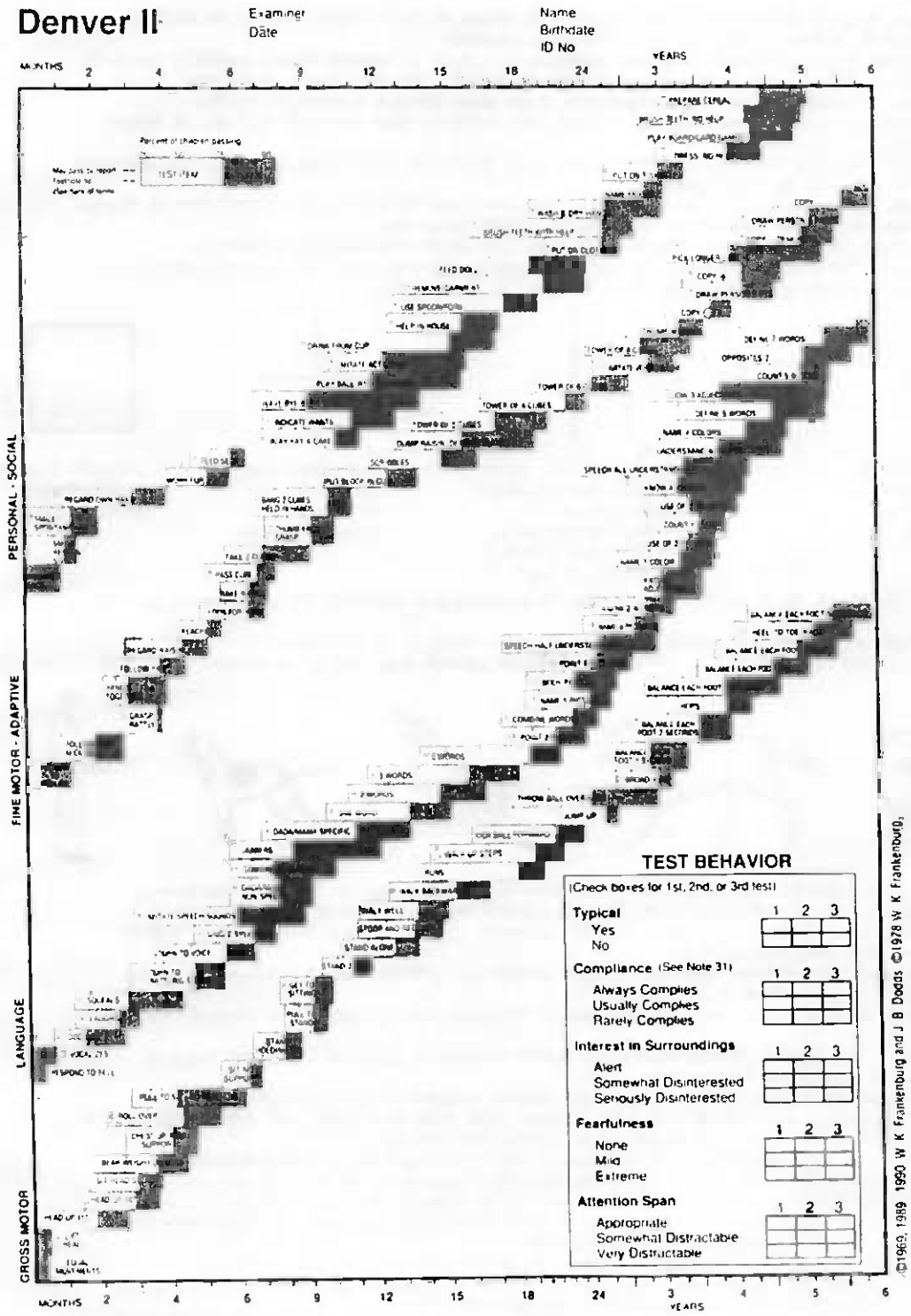
	-1	0	1	2	3	4	5
კანი	ძლიერი რბილი გამჭვირვალე	ვაზელინისებრი წითელი გამჭვირვალე	თანაბრად ვარდისფერი ხავერდისებრი და ეკრემული	ფერადი ვარდისფერი ცარიელი, თმებით ადვილად ეკრემული	ღია ფერი, ეკრემული უმეტესობა ეკრემული	ხეირანგანვითარებული ღრმა ნაოჭები, ეკრემული არ არის	ძლიერი დამახასიათებელი ღრმა ნაოჭები
Lanugo ლანუგო	არ არსებობს	იშვიათი	დიდი რაოდენობით	თხელი	მიმქრალი ტიპები	ძალიან იშვიათად არ არის	
ჯლუნგარები მკერდი გოჯა	ჭიპლი-თითის წვერი 40-50მმ -1 <40მმ, -2	> 50 მმ დასაწყისის ეტაპზე	არაკეთილი წითელი ნაოჭები	მხოლოდ წინა ნახევარში	ნაოჭები ტერფის წინა 2/3-ზე	ნაოჭები ტერფის მთელ ზედაპირზე	
სარძევე ჯირკვალი	შეუმჩნეველი	ძლიერ შესამჩნევი	არეოლა არცალი ლორწოვანი ტუბერკულა	ტუბერკულა არცალი 1-2 მმ დიამეტრით	არეოლა ტუბერკულა 3-4 მმ დიამეტრით	სრულად ტუბერკულა და არეოლა 5-10 მმ დიამეტრით	
თვალები/ ყურები	ქუთუთოები მჭიდროდ შეკრებული -1, ოდნავ შეკრებული - 2	ქუთუთოები და ყურის ნიჟარა არცალი და ძალიან რბილი	რბილი, ოდნავ ან ღრმად ფენილი ნიჟარა და ფორმა ადვილად უბრუნდება ფორმას	ტერფი ფორმა ფენილი ნიჟარა, თუმცა ადვილად უბრუნდება ფორმას	ტერფი ფორმა ფენილი და ხისტი ყურის ნიჟარა	ხისტი ყურის ნიჟარა და ხისტი ტერფი ყურის ნიჟარა	
გენიტალიები (ვაჟები)	ხვრელი ჯირკვალი ხორკლი არ	ხორკლი პარკი ხორკლი ტერფი ჯირკვალი არ არის ჩაშვებული	ხორკლი პარკი ფორმირებული ჯირკვალი ხვრელის ზომა ჩაშვებული	მცირე რაოდენობის ნაოჭები, ხორკლი პარკი ხვრელის ზომა ჩაშვებული	ჯირკვალი ხვრელის არხშია, ტერფი ფორმა ჩაშვებული ხორკლი	ჯირკვალი ხვრელის არხშია ჩამოსული, ჩამოხატული ხორკლი	
გენიტალიები (მოზრდილები)	ჯირკვალი ხვრელი ხორკლი მცირე ხორკლი პარკი არ ჩანს	ჯირკვალი ხვრელი ხორკლი მცირე ხორკლი პარკი ბადე არ ჩანს	ჯირკვალი ხვრელი ხორკლი მცირე ხორკლი პარკი ბადე ტერფი ფორმა	ხვრელი და მცირე ხორკლი ხორკლი პარკი ბადე ტერფი ფორმა	დიდი ხორკლი ხორკლი პარკი ბადე ტერფი ფორმა	დიდი ხორკლი ხორკლი პარკი ბადე ტერფი ფორმა	

სიმწიფის განსაზღვრა

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.

ნეირო-კუნთოვანი მომწიფების ჯიჩტჯიჩემები გამოსახულია დიაგრამის ზედა ნახევარში. ასფიქსიით დაბადებულ ახალშობილებს ან ანესთეზიისა და პრეპარატების ზემოქმედების ქვეშ მყოფ ახალშობილებს ნეირო-კუნთოვანი მომწიფების უფრო დაბალი ქულა აქვთ. ამ ჩვილებში ქულებით შეფასება უნდა გაიმეორონ დაბადებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ. ფიზიკური მომწიფების ჯიჩტჯიჩემები ნაჩვენებია დიაგრამის ქვედა ნახევარში და ახსნას არ საჭიროებს. თითოეული ჯიჩტჯიჩემის ქულა ცალკეულ ხაზზეა გამოხატული გვერდით სვეტში. ნეირო-კუნთოვანი და ფიზიკური მომწიფების ჯიჩტჯიჩემების ქულათა ჯამი, გვერდით სვეტის გამოყენებით, წარმოადგენს ჯვრისებრი გესტაციური ასაკის შეფასების სამუალებას.



ტესტ-ნაკრებები, ტესტ-ფორმები და ჰეფჰენტული სახელმძღვანელოები (რომლებიც შეიძლება გამოიყენოთ ტესტის შეჩერების სიზუსტის უზრუნველყოფისთვის) DDST-თვის, შეიძლება თანმიმდევრობით დაიღაგოთ დენვერის განვითარების მასალების კოორდინაციის მიხედვით

(ცხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)

დენვერის განვითარების სკრინინგ-ტესტი (გაგრძელება)

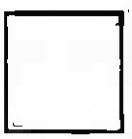
ინსტრუქციები გამოყენებისთვის

1. ეცადეთ, ბავშვმა გაიღიმოს თქვენი სიცილით, საუბრით ან მოძრაობით. არ შეეხოთ ბავშვს.
2. ჩამოდენიმე წამით ბავშვმა ახლოდან დაჟინებით გიყუროთ
3. მშობები 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 ცოტა მხრიდან მეორისკენ ჩაღრმავებით
6. გასწორეთ, თუ ბავშვი ხელს ჩასჭიდებს სათამაშოს, რომელიც მისი თითების ნვრილებს ან ზურგს შეეხება
7. გასწორეთ, როდესაც ბაშვი ცდილობს, შეხედოს საით მოძრაობს ძაფი. ძაფი სწრაფად უნდა დააგდოთ ისე, რომ მკერავი არ ამოძრავოთ
8. ბავშვმა ჯერ-ჯერობით ხელიდან ხელში ისე უნდა გადაიტანოს, რომ არ მიაშველოს სხეული, პირი ან მაგიდა.
9. გაიწიეთ, თუ ბავშვი გამოიშვერს თითებს ან ცერებს ასადგომად
10. ხაზი შეიძლება განსხვავდებოდეს 30 ან ნაკლები ხარისხით, შესამოწმებელი ხაზისგან
11. გააკეთეთ მუშტი ისე, რომ ცერი აშვერილი გქონდეთ და მხოლოდ ცერი ამოძრავეთ. გასწორეთ, თუ ბავშვი იმეორებს და ცერის გარდა სხვა თითებს არ ამოძრავებს









12. დახაზოს არამე შეკრული ფორმა. უკრის ნრიული მოძრაობა

13. რომელი ხაზია უფრო გრძელი (და არა დიდი). ფუნქციები ამობრუნებით დადეთ და გაიმეორეთ. (3-დან 3 შეასრულა ან 6-დან 5)

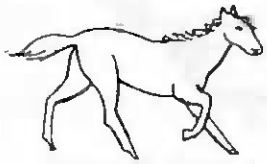
14. გაჩვენოთ რომელიმე ხაზი, რომელიც შეა ნარტილს კვეთს.

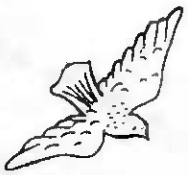
15. პირველმა ბავშვმა გადახაზოს. თუ უკრის. აჩვენეთ.

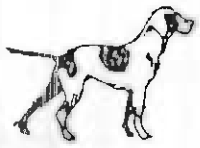
როდესაც აძლევთ მე-12. მე-14 და მე-15 დავალებას, ნუ დაასახელებთ ფორმებს. ნუ აჩვენებთ 12 და 14-ს.

16. შეკამებისას. თითოეული ნყვილი (2 მკერავი, 2 ფეხი) ითვლება ცალ-ცალკე.
17. ცალი კუბიკი ჩადეთ კრიჭაში და ამოძრავეთ ბავშვის კუთხან ისე, რომ ვერ დაინახოს. გაიმეორეთ











18. აჩვენეთ სურათი და ბავშვმა დაასახელოს. (მხოლოდ ბგერებზე ყური არ მიუცემა). თუ სწორედ ასახელებს 4-ზე ნაკლებ სურათს, აჩვენეთ ის სურათი, რომელსაც გამომკვლევი ასახელებს.
19. გამოიყენეთ თოკინა და უთხარით: მაჩვენე თვალები, ცხვირი, ყურები, პირი, ხელები, ფეხები, მუცელი, თმა. ითვლება 8-დან 6.
20. სურათების გამოყენებით, ჰკითხეთ: რომელი დაფრინავს? ამბობს მიაულ? ლაპარაკობს? ყეფს? აქნევს? ითვლება 5-დან 2 ან 5-დან 4.
21. ჰკითხეთ ბავშვს: ხას აკეთებ, როდესაც გცივა? როდესაც დაღლილი ხარ? გშია? ითვლება 3-დან 2. 3-დან 3.
22. ჰკითხეთ: ხას აკეთებ ქოქით? რისთვისაა სკამი? რისთვისაა ფანქარი? სიტყვების ნაცვლად მოძრაობა შეგიძლიათ ჩაკეთვალოთ.
23. ჩაკეთვალეთ, თუ ბავშვი სწორედ აღაგებს და ამბობს, რამდენი ბლოკია ფუნქციაზე (1,5)
24. უთხარით ბავშვს: დადე ბლოკი მაგიდაზე, მაგიდის ქვეშ, ჩემს წინ, ჩემს უკან. ჩაკეთვალეთ 4-დან 4. (ნუ მიესმარებით ჩვენებით, თავის ან თვალების მოძრაობით)
25. ჰკითხეთ: რა არის ბუჩქი? ცბა? მეხი? სახლი? ბანანი? ფარდა? ღობე? ქარი? ჩაკეთვალეთ, თუ ხვდება ტერმინების გამოყენებას. ფორმას, ჩანაცვლებას ან ძირითად კატეგორიებს (როგორიცაა ბანანი ხილია. და არა მხოლოდ ყვითელია). ჩაკეთვალეთ 8-დან 5, 8-დან 7.
26. ჰკითხეთ: თუ ცხენი დიდია, როგორია თაგვი? თუ სქელი ცხელია, ყინული - ? თუ ღრისით მზე ანათებს, მთვარე როდისაა? ჩაკეთვალეთ 3-დან 2.
27. ბავშვს შეუძლია გამოიყენოს კედელი ან მოაჯირი და არა ადამიანი. არ უნდა იხროხოს.
28. ბავშვმა ბურთი უნდა გადააგდოს თავს ზემოთ 1 მეტრზე, მკერავები გაიშვიროს მკვლევარისკენ.
29. ფეხზე დამდგარი ბავშვი უნდა გადახტეს დაახლოებით 20 სმ-ზე.
30. ბავშვს სთხოვეთ წინ იაროს, 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.

ჰოფიცქტიური პრევენციული ჯანმთელობის დაცვის ჩეკომენდაციები

ყოველი ბავშვი და ოჯახი უნიკალურია; ამიტომ, ეს ჩეკომენდაციები შექმნილია იმ ბავშვების მოვლისთვის, ჩომლებიც იღებენ ჯომპეტენტის აღზჩდას, ის გააჩნიათ ჯანმთელობის ჩაიმე მნიშვნელოვანი ჰომობღემა და ღამაკმაყოფიღებლად იზჩღებიან და ვითაჩღებიან. თუ გაჩემოებები მიეთითებს ნოჩმიდან გადახჩას, განმეოჩებითი ვიზიტი აუცილებელი გახდება.

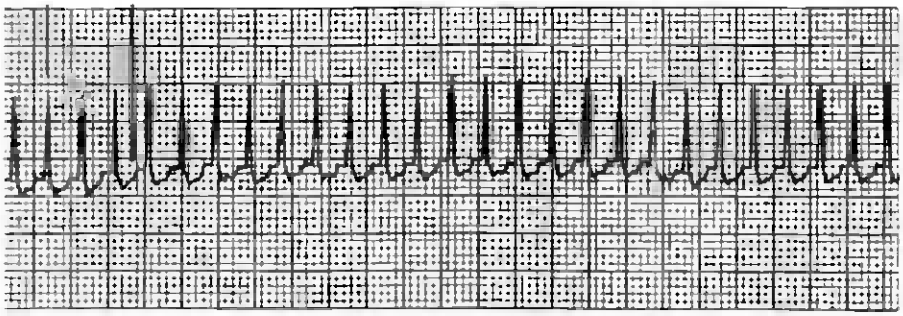
ასაკი	2–4	By	2	4	6	8	10	12	15	18	24		
ანამნეზი	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
სანყისი/შეაღეჯჩი ბაჯჩომვები	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
სიმაღღე და წონა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
თავის ბაჩმემონეჩიღობა												•	•
სისხღის ნნევა													
მბჩძნობეღობის შემონმება.													
მხედვეღობა	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O
სმენა	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O
ბანვითჩაჩება/ქცევების შეფასება	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ფიზიკური ბამოკვლევა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

ასკი	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/შეაღეჯჩი ბაჯჩომვები	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
სიმაღღე და წონა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
თავის ბაჩმემონეჩიღობა														
სისხღის ნნევა														
მბჩძნობეღობის შემონმება	O	O	O	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S
მხედვეღობა	O	O	O	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S
სმენა														
ბანვითჩაჩება/ქცევების შეფასება	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ფიზიკური ბამოკვლევა	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

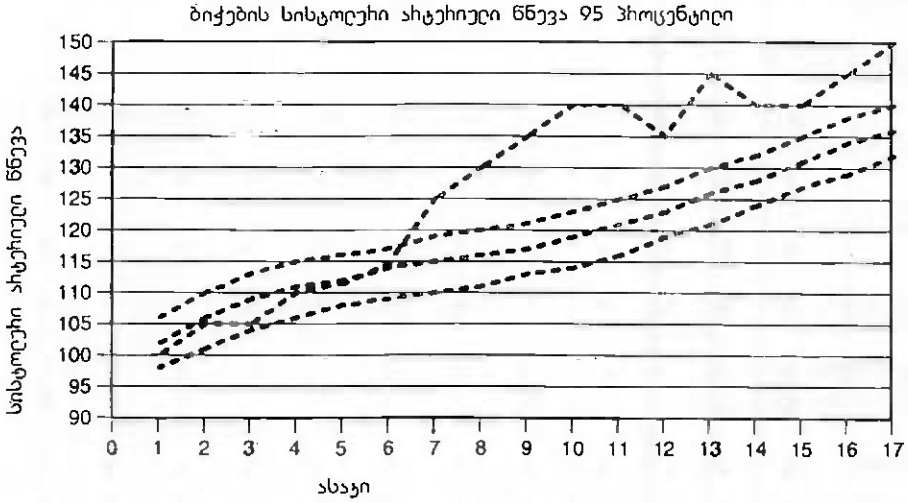
1. ახაღშობიღები ის ჩაითვებიან დაბაღებიდან 48 საათამდე.
2. ანამნეზით და შესაბამისი ფიზიკაღური გამოკვლევით; თუ საჭიროა, სპეციფიკური ობიექტური განვითარების შემონმებით.
3. თითოეული ვიზიტზე, სჩული ფიზიკაღური გამოკვლევა აუცილებელია, ბავშვი მთღიანად გახდილი უნდა იყოს, მოზჩდილი ბავშვი გახდილი და შესაბამისად ზენაჩდაფაჩებული.

• = უნდა შესჩულეს; S= სუბიექტუჩად, ანამნეზის მიხედვით, O= ობიექტუჩად, სტანდაჩტული ტესტიჩების მეთოდით

ზედა ცხჩილში ჩიცხვები ასახავს დღეებს და თვეებს, ხოლო ქვედა - ნღებს



სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია
პროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია (სვტ) ყველაზე ხშირი პრობლემაა ბავშვებში. სვტ მქონე ზოგიერთი ჩვილი საკმაოდ კარგად გამოიყურება ან შეიძლება ფერმკრთალი იყოს და აღენიშნებოდეს ტაქიპნოე, გულისცემის სიხშირეა 240 დარტყმა წუთში ან მეტი. ზოგიერთი ბავშვი ცედავს და შეიძლება ოლიგურია განვითარდეს.
ჩვილებში სვტ ხშირად ხანგრძლივია, საჭიროებს მკურნალობას ტკივილის და სიხშირის ნორმალიზაციის მიზნით. მოზრდილ ბავშვებში უფრო მეტად ჭარბშრატი პროქსიზმებია. სხვადასხვა ხანგრძლივობითა და სიხშირით.



ჰიპერტენზია ბავშვობის ასაკში – ტიპიური მაგალითი
ჰიპერტენზია ბავშვობის სასკში შეიძლება დაიწყოს. თუ ბავშვებში სისხლის წნევის მომატების მიზეზებია ჩენული, გულის ან ენდოკრინული დაავადებები. მოზრდილებში უფრო ხშირია პირველადი ანუ ესენციური ჰიპერტენზია.

ამ ბავშვს ჰიპერტენზია მოზრდილის ასაკში განვითარდა და გაგრძელდა მოზრდილ ასაკამდე. ბავშვებს ზრდასთან ერთად იგივე პროცენტილი აქვთ სისხლის წნევის. სისხლის წნევის ამ მაჩვენებლების გაგრძელება მოზრდილ ასაკამდე ამყარებს იმ მოსაზრებას, რომ მოზრდილთა ესენციური ჰიპერტენზია ბავშვობაში იწყება.

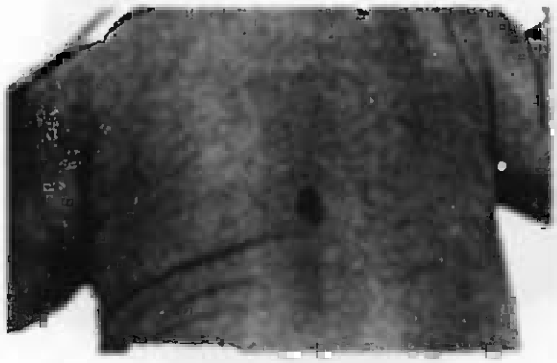
არანამკურნალები ჰიპერტენზიის მიმდინარეობა მძიმეა.

ჯეთილთვისებიანი თანდაყოლილი ღაქები და პათოლოგიური ნეიროჯუქანური (ნეიროფიბრომები) სინდრომები

უნდა შეგეძლოთ დიფერენცირება ხშირი ჯეთილთვისებიანი თანდაყოლილი ღაქების და იშვიათი, მაგრამ ნევროლოგიურად მნიშვნელოვანი ნეიროჯუქანური სინდრომის.



ჯეთილთების ღაქები. ეს ღაქები ჩვეულებრივ ქრება პირველი წლის განმავლობაში



ძირანი ყავის ღაქები. ამ ღია ყავისფერ პიგმენტურ ღაქებს არასწორი ჯიღეები აქვთ და ეთნიურია. ეს ღაქები ვლინდება მოზრდილთა 10%-ში.



ოჰაგული ღაქები. ასევე უწოდებენ "ნეგროს ნაცრებს", ეს ღაქებიანი ვარდისფერი ნიშნები ქრება ასაკთან ერთად.

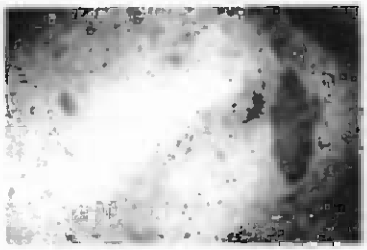


მონღოლური ნეტიღები. უფრო ხშირია მავკანიან ბავშვებში. მათი ცოდნა აუცილებელია, რომ არ მოგეშალოთ სისხლჩაქცევაში.

ნეიროჯუქანური სინდრომი



ტებერული სკლეროზი. ვლინდება პატარა ბავშვებში, მოიცავს ცხიმის ჯირკვლების ადენომას, როგორც სუბათზეა ნაჩვენები (გარშემომყოფი სართული ჯირკვლების ანგიოფიბრომა). ეფრო მოზრდილ ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ ოვალური, უპიგმენტო ნაცრისფერი ღაქები (არ არის ნაჩვენები).





ნეიროფიბრომატოზი. დამახასიათებელი ნიშნებია 5-ზე მეტი ძირანი ყავისფერი ღაქები და იღლიის ფოსოში ჭორფლი, ორივე ზემოთაა ნაჩვენები. მოგვიანებითი ნიშნებია ნეიროფიბრომატოზი და ღიშის ჯვანძები (ნაჩვენები არ არის)



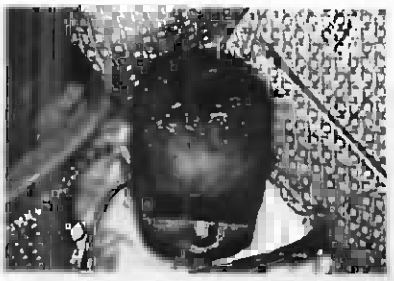
ტოქსიკური ეპითემა. ეს ყვითელი ან მოთეთრო პუსტულები გამშემოსაზღვრია წითელი ფსკერით და ხშირია ნოხმაღეს ახალშობილებში



ნეონატალური აკნე
წითელი პუსტულები ყველაზე მეტად ვითარდება ღოყებზე და ცხვირზე ზოგიერთ ნოხმაღეს ბავშვში.



საფენის კანდიდური დერმატიტი
ეს არის ჯამაგირა წითელი გამონაყარი, რომელიც ვითარდება ნაკეცებზე და ვრცელდება ბიდეების გასწვრივ.



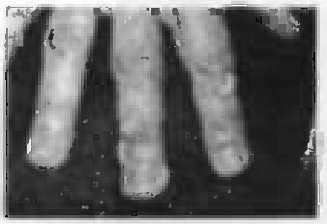
სებორეა
მოვარდისფრო წითელი, ქერცლები, ხშირია სახეზე, ყურებზე, იღლიის ფოსოში და ყურების უკან.



საფენის კონტაქტური დერმატიტი
გალიზიანების მედეგად განვითარებული გამონაყარი, მეორადია დიარეის ან გალიზიანების მედეგად და კონტაქტის ადგილებში მეინიმნება (ა.კ. არეები, რომლებიც ეხება საფენს)

სხრილი 18-7

მექნეკები, მექნის მსგავსი ფიბრომები და სხვა ნაწარმოები



ჩვეულებრივი მექნეკი (verruca vulgaris)
მშრალი, ხშირი მექნეკი ხელებზე



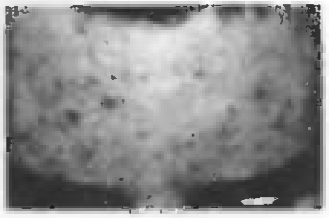
ბრტყელი მექნეკი
(verruca plana)
პატარა, ბრტყელი მექნეკი

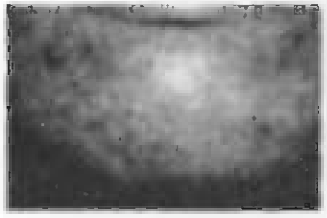


პლანტარული (ფეხისგულის) მექნეკი
მტკივნეული მექნეკი ტერფებზე



გადამდები მოლუსკი
გემბათის ფორმის, ხორციანი დაზიანება

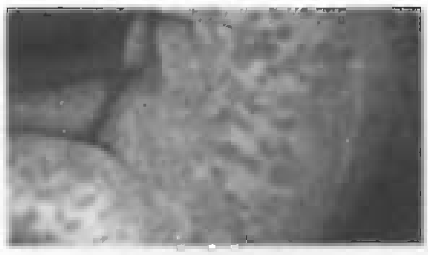




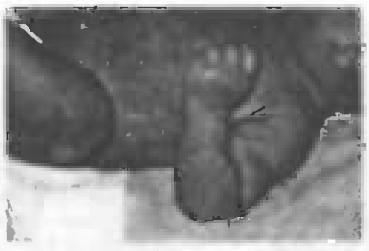
მოზარდის აკნე
მოზარდებში აკნე ხშირია. ერთმანეთისგან განასხვავეთ ღია ფერისმქამელა (მავთავა) და დახურული ფერისმქამელა (თეთრთავა). ორმელიც ნარჩენებია მარცხნივ და ანთებითი პუსტულა (მარჯვნივ).

სხრილი 18-8

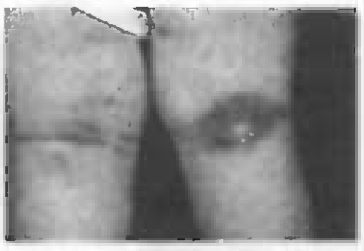
ბავშვობის ასაკის კანის გავრცელებული დაზიანებები



ვარიცელა (ქინქლის ცოფება)
ახასიათებს ქავილი, სნეულად იწყება ზეციერი მგრძნობელობის ჰეპატიტი.

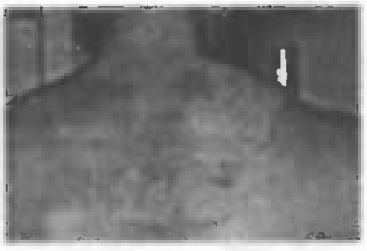


ატოპიური დერმატიტი (ეგზემა)
ბავშვებში ამ მდგომარეობას ახასიათებს ერითემა, აქერცვლა, მშრალი კანი და ძლიერი ქავილი.

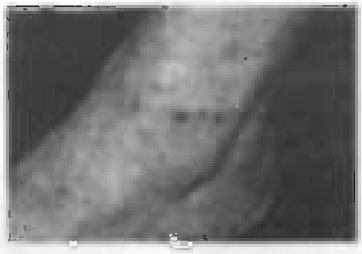




თავის ღრქენი
თავის კანზე რანს აქერცვლის. ქერქებით დაფარული და თმის ცვენის ებნები, მტკივნეული ფოლკულების (ჯერიონები) და კეფის ღრმფური კვანძების გასნვრივ (ისრითაა ნაჩვენები)



სხეულის ღრქენი
ჩგოლისებურ დაზიანებებს აქვს სეფთა ცენტრები, კიდეებზე პაპულური გამონაყარი.



მწერების ნაკბენები
ამ დაზიანებას ახასიათებს ძლიერი ქავილი, წითელი ფერის მკვეთრი პაპულები.

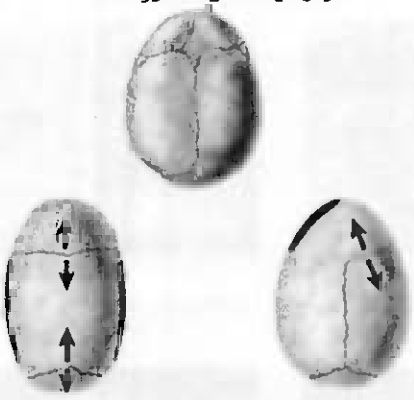


ცეფალოჰემატომა
მიუხედავად იმისა, რომ დაბადებისას არ ჩანს, ცეფალოჰემატომა ვლინდება პირველ 24 საათში და მისი მიზეზია სუბპერიოსტული სისხლჩაქცევა, რომელიც მოიცავს თავის ტვინის რომელიმე ძვლის გარეთა ზედაპირს. შესიება არ ვრცელდება ნაკერებზე, ასევე იშვიათად ვითარდება ორმხრივად მძიმე მშობიარობის შედეგად. შესიება 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 მეიძლება ქვევით იყოს გადახრილი, მესაბამისად ზედა სკლერები გაფართოებულია და ნარმოქმნიან ჩამავალი მზის ნიშანს, როგორც ზემოთ სურათზეა ნაჩვენები. *ჩამავალი მზის ნიშანი* ასევე ვლინდება ხანმოკლე პერიოდით ჯანმრთელ ახალშობილებში.

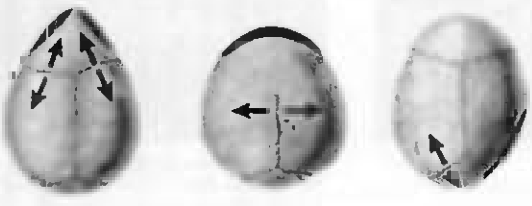
ნინა-ეკანა ფიზიოლოგიური



კრანიოსინოსტოზი
კრანიოსინოსტოზი 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 კრანიოსინოსტოზის სხვადასხვა ტიპები. ყველაზე ხშირია სკაფოცეფალია და ფრონტალური პლაგიოცეფალია. *ცისფრად* ნაჩვენებია მაქსიმალური გაბრტყელების არეები. *ნითელი ისრებით* ნაჩვენებია ზრდის მიმართულებები ნორმალური ნაკერებისკენ.

სკაფოცეფალია (საგიტალური)

ფრონტალური პლაგიოცეფალია (ცალმხრივი გვირგვინი)



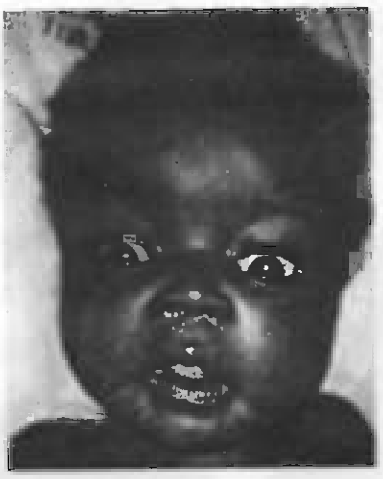
ტრიგონოცეფალია (მეტოპიური, შუბლის)

ბრაქიცეფალია (გვირგვინი, მეტოპიური)

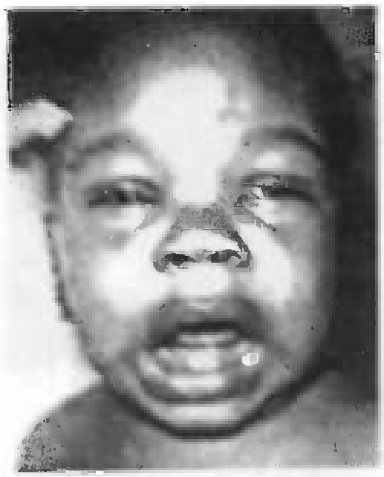
კეფის პლაგიოცეფალია (ცალმხრივი ღრმობას ფორმის)



ემბრიონული აღოჰოლური სინდრომი
ქრონიკული აღოჰოლიზმით დაავადებული დედების მვიღებს ზრდის დეფიციტის, მიკროცეფალიის და გონებრივი განვითარების შეფერხების დიდი რისკი აქვთ. აქ ნაჩვენები დამახასიათებელი სახე მოიცავს მოკლე თვალის ჭრილს, ფართო და ბრტყელ ფილტრს (ვერტიკალური ჩაღრმავება ზედა ტუჩის შუა ხაზზე) და თხელ ტუჩებს.



თანდაყოლილი ათაშანგი
სამვილოსნოში *Treponema pallidum-ით (ტრეპონემა პალიდუმ)* ინფიცირება ვლინდება 16 კვირის გესტაციური ასაკის შემდეგ და აზიანებს ნაყოფის ყველა ორგანოს. 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 გამოხეხას, ცხვირის ხიდის გაბრტყელებას (*უნაგირის ფორმის ცხვირი*), ორივეს მიზეზია პერიოსტიტი: ჩონჩს, ცხვირის ღრუწოვანი გარსის ქარბი სისველის გამო (*სეხელ*); და გამონაყარს პირის გარშემო. კანისა და ღრუწოვანის ანთება და პირის და ტუჩების დასკდომა (*კანის ნახეთქები*), რომლებიც აქ ნაჩვენები არ არის, ასევე შეიძლება წარმოადგენდეს თანდაყოლილი ათაშანგის ნიშანს, ისევე როგორც ჯანიოტაბესი წვივის ძვლის პერიოსტიტი (*ხმლის ფორმის წვივები*) და კბილების დისპლაზია Hutchinson-ის (*ჰატჩინსონის*) კბილები - იხ. გვ. 236).



თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი
თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის მქონე ბავშვს (კრეტინიზმი) აქვს სახის უხეში ნაკვთები, აღენიშნება თმის ამოსვლის ხაზის ჩამოწევა, ნარბების გათხელება და ენის გადიდება. თანმხლები ნიშნებია ჩახლეჩილი ხმით ტირილი, ჭიპის თიაქარი, მშრალი და ცივი კიდურები, მიქსედემა, კანზე ღარები. გონებრივი განვითარების შეზღუდვა. მნიშვნელოვანია ყურადღება მივაქციოთ, 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 თირეოიდ-მასტიმულირებელი ჰორმონის დონის მომატება.



სახის ნერვის დამბლა
სახის ნერვის პერიფერიული (ქვედა მოტორული ნეირონი) პარეზის მიზეზი შეიძლება იყოს (1) მშობიარობის ტრავმა 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 ძლიერება ტირილის დროს. ჰოგორც სურათზეა ნაჩვენები. სრული გამოჯანმრთელება 90%-მი ვლინდება, ჩვეულებრივ ჩამოდენიმე კვირის განმავლობაში.

(სხრილი გრძელდება შემდეგ გვერდზე)



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 გამოხატულება. პატარა, ქვემოთ დაშვებული, ნიკაპის ფორმის ყურები და შედარებით დიდი ენა. თანმხლები 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 ალენიშნება ძველი და ახალი სისხლჩაქცევები თავის და სახის არეში და შეიძლება შენუხებულად და საცოდავად გამოიყურებოდეს, ან აქტიურად თხოულობდეს მოფერებას. ზოგჯერ, განსაკუთრებით ყურადღებითაც კი იყოს სასტიკი მშობლების მიმართ. სხვა ნიშნები, როგორიცაა სისხლჩაქცევები უბნებში (იღლია და საზარდული) ყოველთვის დაზიანებას არ ალნიშნავს, განსხვავებით ძვლების ამონაწვისგან: ჩონჩხგანოლოგიურად 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 ყვარი).



ჰიპერთრიქოზი
თრიქოტოქსიკოზი *(Graves-ის - გრეივსის დაავადება)* ვლინდება 10 წლამდე ასაკის დაახლოებით 1000-დან 1 ბავშვში. დაავადებულ ბავშვს ალენიშნება გაძლიერებული მეტაბოლიზმი და მომატებული ზიდვა. ამ 6 წლის ბავშვის სახის დამახასიათებელი ნიშნებია "მბრწყინავი" თვალები (არა ქრომატიტი ეგზოფთალმი, რაც იშვიათია ბავშვებში) და ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება (ჩიყვი). იხ. გვ. 239.



ჰასელბალხის აღრეგიული ინფილტრატი
ამ ბავშვს, რომელსაც ანუხებს ჰასელბალხის აღრეგიული ინფილტრატი, ჰარი ღია აქვს (ცხვირით ვერ სუნთქავს) და თვალის ქვედა ჯირკვლები შეშუპებული და ფუშფუშა აქვს ("აღრეგიული ნათება"). ასეთი ბავშვი ხშირად სწევს ცხვირს ხელით ზევით და გვერდზე ("აღრეგიული მისალმება") და იჯღანება, ჰაერი შეამცირონ ქავილი და ცხვირის გაჭედილობა (ცხვირს და პირს ანაოჭებს). (ფოტო დაბეჭდილია Marks MB თანხმობით. აღრეგიული ნათება: ბავშვებში თვალების ქვეშ მუქი ჩრდილები. Clin Pediatr 5:656, 1966)

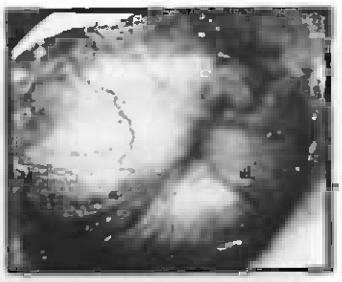




თვალების პათოლოგიები

Brushfield-ის (ბრუშფილდის) ლაქები
ეს პათოლოგიური ნეიტრალური ლაქები ფეხად გაისხე 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 ეხთ-ეხთი 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 ღრუს პათოლოგიები



პირის ღრუს კანდიდოზი ("ჩიყანა") ჩვილებში ეს ინფექცია ხშირია. ენაზე თეთრი ნადებებია, რომელიც ადვილად იფხიკება.

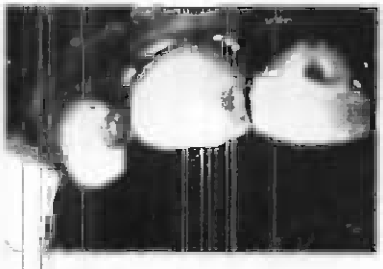


ჰერპესული სტომატიტი
პირის ღრუს ლორწოვანზე მტკივნეული წყლულებია, რომლებიც გახშირებული ცხელებით

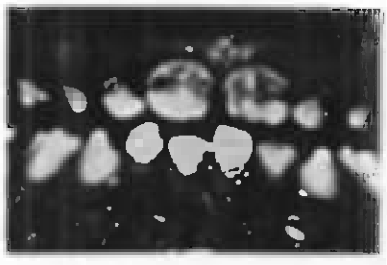
კბილების პათოლოგიები

კბილების კარიესი

კბილების კარიესი ერთ-ერთი მთავარი საზოგადოებრივი და პედიატრიული პრობლემაა მსოფლიოში. ქვემოთ ფოტოებზე ნაჩვენებია კარიესის სხვადასხვა სახეები საკვები ბოთლის კარიესი



საკვები ბოთლის კარიესი

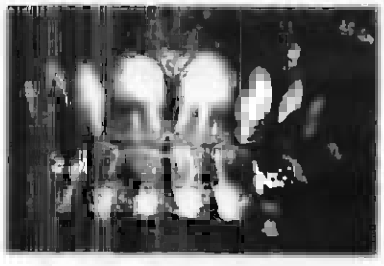


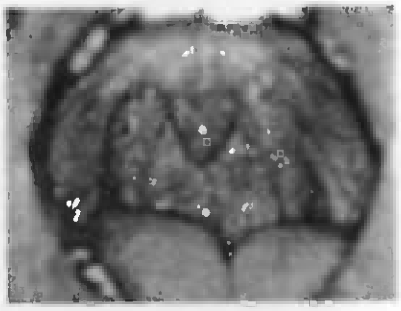
კბილების ეროზია

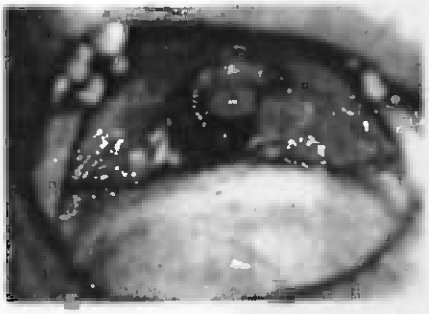


მძიმე ფორმის ეროზია

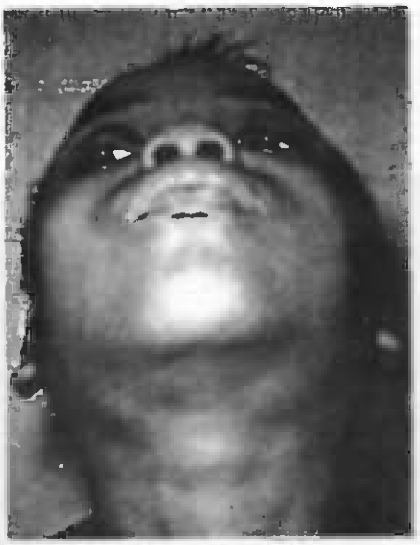
კბილების შეფერილობა
ბავშვების კბილებმა შეიძლება ფერი შეიცვალოს სხვადასხვა მიზეზით, როგორიცაა შინაგანი ღრძები ტეტრაციკლინის შედეგად (მარჯვნივ) ან გარეგანი შეფერილობა პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენის გამო (ნაჩვენები ასევე ასაკის). გარეგანი შეფერილობა შეიძლება მოცილდეს.







სტრეპტოკოკული ფარინგიტი ("სტრეპტოკოკული ყელი")
ბავშვთა ამ ხშირი ინფექციის კლასიკური გამოვლინებაა უკანა ხახის ეჩითემა და სასის პეტექიები (მარცხნივ). ცენი სუნის მჭონე 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 ლოკალიზაციაა ღრძნოვანი გასისები. ციანოზი ასის "ჟოლოსფერი", მაშინ როცა ღრძნოვანი გასისები შეიძლება იყოს "მახნყვის ფერი". შეეცადოთ ამ სუსათებზე ტექსტის ნაკითხვამდე ამოიცნოთ ციანოზი.



გულსახიზებელი ციანოზი

ამ ბავშვს აქვს ფილტვის ვენების სრული ანომალია და სისხლის ჟანგბადით გაჯერების დონე 80%-ია.



პირის ირგვლივი ციანოზი

ამ ბავშვს აქვს ტუჩების მსუბუქი ციანოზი, მაგრამ ღრძნოვანი გასისები ვარდისფერია.



მოლურჯო ტუჩები, რომელიც ციანოზის მთავბეჭდილებას ქმნის

ნორმალური პიგმენტის დაგროვება ტუჩების ნითელ ჯიღეებზე მათ მოლურჯო შეფერილობას აძლევს, მაგრამ ღრძნოვანი გასისები ვარდისფერია.

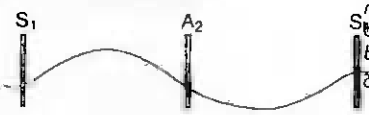


აკროციანოზი

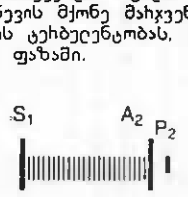
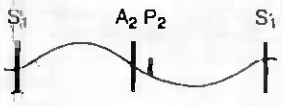
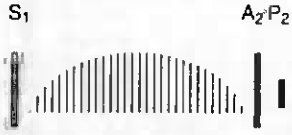
ეს ხშირად ვლინდება ტერფებზე და მტევნებზე დაბადებიდან ხანმოკლე ჰერიოდის განმავლობაში. ამ ჩვილის ასაკია 3 კვირა.

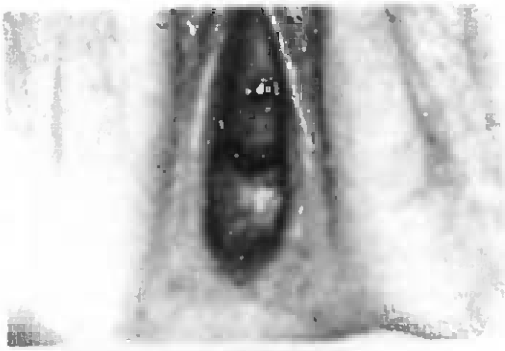
გულის თანდაყოლილი (ვარდნილობითი) შეცდომები

ზოგიერთი შეცდომა ასახავს გულის დაავადებებს. თუ გაარჩევთ მათ ფიზიოლოგიის მიზეზს, უკეთესად შეძლებთ მათ დადგენას და გაარჩევთ უნებლიე შეცდომებისგან. ობსტრუქციული დახიანება ვითარდება მაშინ, როდესაც სისხლი გადის მცირე ზომის სარქველებში. ვინაიდან ეს პრობლემა დამოკიდებული არ არის დაბადებისას ფიზიკის სისხლძარღვების ჩეზისტენტობის ვარდნაზე, ეს შეცდომები დაბადებისთანავე მოისმინება. მეორე მხრივ, მარცხნიდან მარჯვნივ შენტის დროს დამოკიდებულია ფიზიკის სისხლძარღვების ჩეზისტენტობის ვარდნაზე. მალალი ნნევის შენტის შემთხვევაში, როგორიცაა პარკეჭთაშუა ძგიდის დეფექტი, ღია არტერიული სადინარი და ხანგრძლივი truncus arteriosus, შეცდომები არ მოისმინება დაბადებიდან ერთი ან მეტი კვირის განმავლობაში. დაბალწნევიანი მარცხნიდან მარჯვნივ შენტის დროს, როგორიცაა ნინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი, შეცდომა შედარებით დიდ ხნის განმავლობაში არ მოისმინება, ჩვეულებრივ ჩნდება დაბადებიდან 1 წლის შემდეგ ან უფრო გვიან. გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე ბევრ ბავშვს აღენიშნება კომბინირებული დეფექტები ან დარღვევათა ვარიაციები, ამიტომ მათი გამოკვლევით მიღებული შონაცემები არ უმთხვევა ამ კლასიკურ ნიშნებს. ამ ცხრილში ნაჩვენებია ყველაზე ხშირი მანკები.

თანდაყოლილი მანკები და მექანიზმები	შეცდომების დახასიათება	თანმხლები ნიშნები
ფიზიკის არტერიის სარქველის სტენოზი ჩვეულებრივ, ხშირი ნორმალური ზომისაა, სარქველების უმეტესობა ან ნაწილი შეხორცებულია. სარქველებში სისხლის გადასვლა შეზღუდულია. *მსუბუქი*  *მძიმე*  	*მდებარეობა.* მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე. *იარაღია.* მცირე ხარისხის სტენოზის დროს შეიძლება მოისმინებოდეს ფიზიკის არტერიის გაყოფებაზე. *ინტენსივობა.* ობსტრუქციის ხარისხის მატებასთან ერთად შეიძლება ინტენსიობა და ხანგრძლივობა იზრდებოდეს. *ხასიათი.* განდევნის, ხშირი არის გვიან სისტოლაში, როდესაც ობსტრუქცია მატულობს.	ჩვეულებრივ, აღმოცენებულია ხანგრძლივი განდევნის ტკაცუნი ფეძოზე მეორე ტონის (S_2) ფიზიკის კომპონენტი გახანგრძლივებულია და უფრო ხშირი, ობსტრუქციის მატებასთან ერთად ქრება. ჩასუნთქვა შეიძლება აძლიერებს; ამოსუნთქვისას შეიძლება ტკაცუნი გაძლიერდეს. ზრდა. ჩვეულებრივ, ნორმალურია მძიმე სტენოზის მქონე ახალშობილებს შეიძლება ჰქონდეთ ციანოზი მარჯვნიდან მარცხნივ ნინაგულის შენტის გამო და მათ სწრაფად განვითარებათ გულის შეგუებითი უკმარისობა.
აორტის სარქველების სტენოზი ჩვეულებრივ, ორკარედიანი სარქველია ნორმალური ობსტრუქციით, მაგრამ შეიძლება იყოს სარქველის დისპლაზია ან დახიანება რევმატიზმის ან დეგენერაციული პროცესების გამო.  	*ლოკალიზაცია.* მკერდის ძვლის შუაში, მარჯვენა ზედა კიდესთან. *იარაღია.* საძიელ არტერიებზე და მკერდის ძვლის ზედა ნაწილზე; ასევე შეიძლება იყოს თითოლვა. *ინტენსივობა.* ცვალებადი, ობსტრუქციის მატებასთან ერთად ეფექტი ხმამაღალი ხდება. *ხასიათი.* განდევნის, ხშირად ეხება, სისტოლური შეცდომა.	შეიძლება არდეს განდევნის ტკაცუნი აორტის სარქველების დახეშვის ხმიანობა შეიძლება გაძლიერდეს. აორტის სარქველების ჰეგარტაციის გამო შეიძლება იყოს დიასტოლური შეცდომა. მძიმე სტენოზის მქონე ახალშობილებს ჰქსი შესუსტებული აქვთ ან არ ესინჯებათ და ვვითარდებათ გულის მძიმე შეგებებითი უკმარისობა. მიუხედავად იმისა, რომ სარქველის დახიანება თანდაყოლილია, შეცდომა შეიძლება მოზარდის ასაკამდე არ მოისმინებოდეს.
Fallot (ფალოს) ტეტრადა ჩვეულებრივ მანკი პარკეჭთაშუა ძგიდის დეფექტით, მარჯვენა პარკეჭის გამომტანი ტრაქტის ობსტრუქციით ფიზიკის არტერიის ინფუნდიბულარულ ან სარქველოვან დონეზე, აორტის გადაადგილებით და პარკეჭთაშუა ძგიდის დეფექტის გამო მარჯვნიდან 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 ნაწილი. თუ ფიზიკის არტერიის ატრეზია აღინიშნება, სისტოლური შეცდომა არ არის, მაგრამ გახანგრძლივებული შეცდომა არტერიული სადინარში სისხლის მოძრაობის გამო, მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდესთან ან ზემოთ. *იარაღია.* მცირედ მკერდის ძვლის ზედა კიდისკენ, იშვიათად ფიზიკებზე. *ინტენსივობა.* ჩვეულებრივ, III-IV ხარისხის. *ხასიათი.* ხშირი შუაშია, სისტოლური განდევნის შეცდომა.	ჰქსი ნორმალურია ფიზიკის არტერიის სარქველების დახეშვის ხმა არ მოისმინება. შეიძლება იყოს ეცხრად განვითარებული ციანოზი, ჰარის უკმარისობა, ცნობიერების დაქვეითება. ხანგრძლივი და მძიმე ციანოზის გამო გაძნელებულია სიარული. ხანგრძლივ ციანოზს ახლავს დოლის ჩხირისებური თითების განვითარება ხელებზე და ფეხებზე. მედმივი ჰიპოქსიის გამო აღინიშნება პოლიცითემია, რაც კიდევ უფრო გამოკვეთავს ციანოზს.

ბგერის თანდაყოლილი (ობიექტური) შეღებები (დაგროვება)

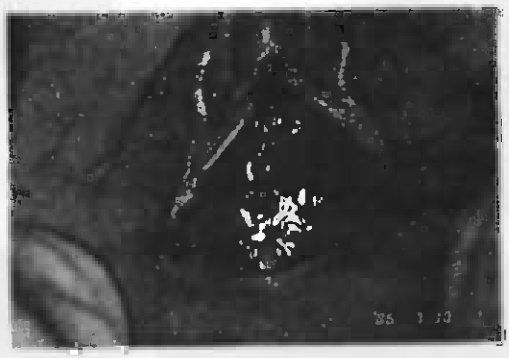
თანდაყოლილი მანკები და შეკანიზმები	შეღების დახასიათება	თანმხლები ნიშნები
მსხვილი ობიექტების გადანაცვლება		
მძიმე მანკია, როდესაც მსხვილი სისხლძარღვების ჰოტაციის უკმარისობაა, აორტა გამოდის მარჯვენა პარკუჭიდან და ფილტვის არტერია – მარცხენა პარკუჭიდან.	*ზოგადი ნიშნები.* ინტენსიური ციანოზი *ლოკალიზაცია.* დამახასიათებელი შეღი არ არის. თუ მოისმინება, შეიძლება ასახავდეს თანმხლებ მანკს, როგორიცაა პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი *ინტენსივობა და ხასიათი.* დამოკიდებულია თანმხლებ პათოლოგიაზე	აორტის ნინა სარქველის ზედა ხმამაღალი მეორე ტონი. ხშირია გულის მეგანებითი 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 ტიხანელენტობას, ჩვეულებრივ სისტოლის ფაზაში.  	*ლოკალიზაცია.* მკერდის ძვლის მარცხენა კიდეა კიდესტან *ირადიაცია.* მკრთე *ინტენსივობა.* ცვალებადი. ნანილობრივ შეიძლება დაადგინოთ შენტის ზომის მიხედვით. მცირე შენტს მაღალი წნევის გარიენტით შეიძლება ახლდეს ხმამაღალი შეღი. დიდი დეფექტის დროს, როდესაც მომატებული ფილტვის სისხლძარღვების ჰეზისტენტობა, შეიძლება შეღი 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 შეღი საკმაოდ ხმამაღალია.	დიდი შენტის დროს მწვეთვარეზე შეიძლება იყოს დაბალი ტონალობის მეზოდიასტოლური შეღი მედარებითი მიტრალური სტენოზის გამო. თუ ფილტვის არტერიაში წნევა მომატებულია, ფეძეზე მეორე ტონის ფილტვის კომპონენტის ინტენსიობა იზრდება. თუ ფილტვის არტერიაში წნევა აორტის წნევის ტოლია, შეიძლება მოისმინებოდეს შეღი და P_2 იყოს ხმამაღალი. დაბალი მოცულობის შენტის დროს, ზარდა ნორმალურია. დიდი შენტის დროს 6-8 კვირის ასაკში ვითარდება გულის მეგანებითი უკმარისობა; წონაში მატება შემცირებულია. ხშირია თანმხლები დეფექტები.
ღია არტერიული სადინარი		
როდესაც დაბადების შემდეგ არტერიული სადინარი არ იხურება, გულის ციყლის დროს სისხლი აორტიდან ფილტვის არტერიაში გადადის.  	*ლოკალიზაცია.* მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე და უფრო მარცხნივ *ირადიაცია.* ზოგჯერ ზეგისკენ *ინტენსივობა.* ცვალებადია, დამოკიდებულია მენტის ზომაზე, ჩვეულებრივ, II-III/VI ხარისხის *ხასიათი.* უფრო პოროსისტოლური, ზოგჯერ მოტორის ხმის მსგავსი, რომელიც გრძელდება გულის მთელი ციყლის განმავლობაში, თუმცა იშვიათად, არ მოისმინება დიასტოლის ბოლოს, არ ნყდება გულის ტონებით, უფრო ხმამაღალია სისტოლაში.	ჯანგი ავსების და მხეთნავი პულსი იმ ღეონავეულ ახალშობილებში, ვისაც მხეთნავი პულსი აქვთ, დაბადებისთანავე აღინიშნება გულის არის ჩხვის გაძლიერება და ატიპიური შეღი, დროულ ახალშობილებში მოგვიანებით შეინიშნება, როდესაც ვარდება ფილტვის სისხლძარღვების ჰეზისტენტობა დიდი მენტის შემთხვევაში 4-6 კვირის ასაკში შეიძლება განვითარდეს გულის მეგანებითი უკმარისობა. ნორმალური ცუდი მატება დაკავშირებულია შენტის ზომასთან ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია მოქმედებს შეღზე, როგორც ზემოთაა აღნერილი.
ნინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტი.		
მარცხნიდან მარჯვნივ შენტი ნინაგულთაშუა ძგიდეში ხვრელის გამო, შესაძლოა სხვადასხვა დონეზე.  	*ლოკალიზაცია.* მკერდის ძვლის მარცხენა ზედა კიდე *ირადიაცია.* ცვალებადი, ჩვეულებრივ II-III/VI ხარისხის. *ხასიათი.* განდევნის, მაგრამ უხეში არ არის.	სუნთქვის ყველა ფაზაში მეორე ტონის ფარული გაორება, ნორმალური ინტენსივობის. 1 წლამდე ჩვეულებრივ არ მოისმინება წორაში მატებასთან ერთად შენტის ზომის გამო თანდათან მცირდება მცირდება ტოლერანტობა ფიზიკური დატვირთვის მიმართ, ოდნავ, არა ძლიერად გულის მეგანებითი უკმარისობა იშვიათად ვითარდება.



7 წლის გოგონას აქვს ნახევარსფეროს ფორმის საჭიმღაო აპარატის ხვრელი.



8 წლის გოგონას აქვს ჩაღრმავებული ხვრელი, რომელიც ექსცენტრულად მდებარეობს და წანაზარის გადანაწევრებას.



6 წლის გოგონას საჭიმღაო აპარატი ტიპური მენებისაა და წარმოქმნის ორი ხვრელს. ხვრელების გამოსაჩენად აუცილებელია ბაგეების გადანაწევრა.



9 წლის გოგონას აღენიშნება ჭარბი ქსოვილი ბაგეებზე. მუხლ-მკერდზე მდებარეობისას გადახრით ჩანს ნორმალური ხვრელი.

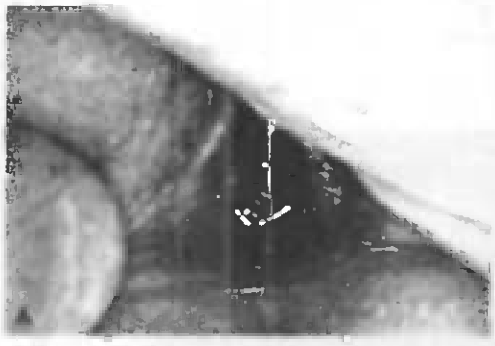


12 წლის გოგონას აქვს ბეჭდისებური ხვრელი და ჰორმონების გავლენა სქესობრივ მომწიფებაზე, რაც იწვევს გასქელებას და ქსოვილების გავარისფერებას.

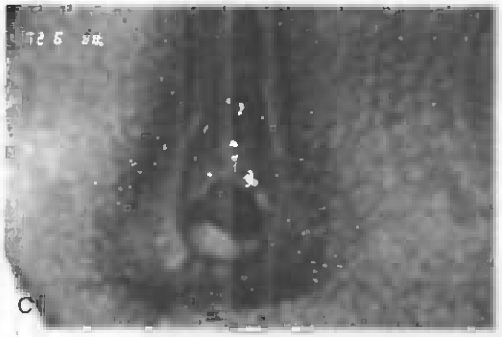
სექსუალური ძალადობის ფიზიკური ნიშნები გოგონებში

სქესობრივი ძალადობა
ვინაიდან სქესობრივი ძალადობა საკმაოდ ხშირია, უნდა შეგეძლოთ მასთან დაკავშირებული სასქესო ორგანოების დაზიანებების ამოცნობა. ესენია:

(A) ქსოვილებში მწვავე ჰემორაგიები და ეკიმოზები (10 თვის ასაკი)
(B) მკერდზე ბაგეებზე ეკიმოზა და ზედაპირული გახეხვა (5 წლის)
(C) საჭირნელე აპკის გახევა მრავლობითი სტადიაზე 9 საათის მდებარეობაში (4 წლის)
(D) უკანა ჩაღრმავების შევიწროვება, რომელიც გაძნელებულია საშოს ძირისკენ (12 წლის)
(E) საშოდან ჭრილობა გამონადენი და ეკიმოზა (9 წლის)
(F) ყურთან გაჩრილი ნაკეთიანი ჯვრისებრი (2 წლის)

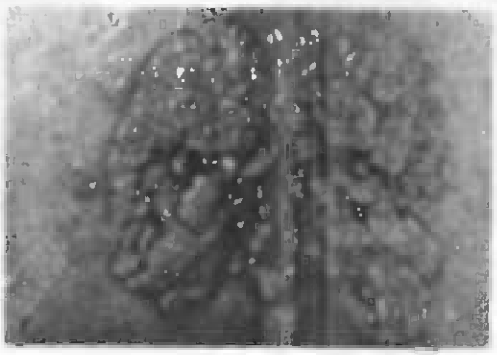










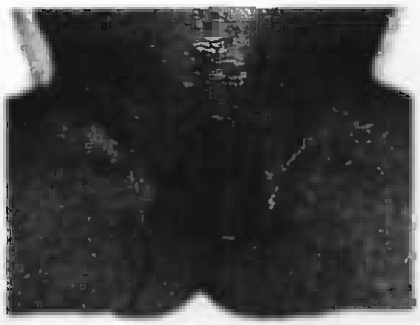


სხრილი 18-18

მამაკაცის მაჯა-სასქესო სისტემა



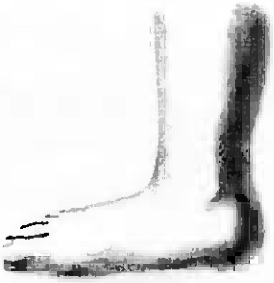
ჰიპოსპადიაზი
ჰიპოსპადია ასის ასოს ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი პათოლოგია. მახვსადენის ხვრელი იხსნება ასოს ვენტრალურ ზედაპირზე. ზემოთ ნაჩვენებია მისი ერთი ფორმა; უფრო მძიმე ფორმებია, როდესაც მახვსადენის ხვრელი იხსნება სხეულის ქვედა ნაწილში ან სათესლე პარკში.



დაშვებული სათესლე ჯირკვლები
თქვენ უნდა გაარჩიოთ დაშვებული სათესლე ჯირკვლები, ზემოთაა ნაჩვენები (სათესლე ჯირკვლები სახახვრელის არხშია) ზემოთ ანეული სათესლეებისგან, რომელიც ვითარდება ჯერმანტეის აქტიური ჰორმონის გამო.

სხრილი 18-19

გავრცელებული ძვალ-კუნთოვანი ანომალიები მკრთალწლოვან ბავშვებში



ბრტყელი ტერფი ანუ *pes planus*, რომლის მიზეზია ტერფის ჰიპერკოვიდოვანი სტრუქტურების სისუსტე.



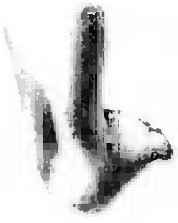
ტერფის ინვერსია *(varus)*



ბავშვებში წინა ტერფის მოხრილვა. წინა ტერფი მოხრილია და არა ანომალიური.

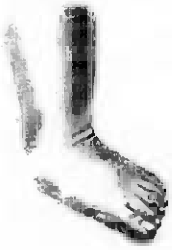


A





B



A - ბავშვებში მიგნით მებრუნება. (A) როდესაც ეუნიდან ეკანა ტერფი ანომალიურია. (B) როდესაც წინიდან წინა ტერფი ანომალიურია და განზიდული.

Gower-ის მანე











ჯენთოვანი დისტროფიის აღნიშნული ფორმა მოიაზრება შენჯის სარტყლის ჯენთების სისუსტე. ამ დაავადების მქონე ბავშვები ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობიდან დამახასიათებელი მანერით დგებიან; ჯერ გადაგორდებიან პირქვე, მკლავებით უყრდნობიან იატაკს, ფეხები მოხრილ მდგომარეობაში მოქცეთ ტანის ქვეშ და ხელების დახმარებით შლიან ფეხებს.

ჰიპოფიზექტომიის ძაღლი: ვესტიბულური დავადებები

ამ ცხრილში მოცემულია იმ ბავშვთა ფოტოები, ვისაც აღენიშნებათ დავადებები, რომელთა ჰიპოფიზექტომია ხდება ასჩების სამუალებით. ბავშვებში ასჩები ნაჰმოადგენს მსოფლიოში ყველაზე მნშივნელოვან სამედიცინო ჩარევას სახზგადოებრივ ჯანმრთელობაზე ძლიერი ზემოქმედების თვალსაზრისით. ასჩების გამო, ჩვენ იმედი გვაქვს, რომ ახასლჩოს შეხვდებით ამ დავადებათა უმეტესობას, მაგრამ უნდა მეგეძლოთ მათი ამოცნობა. ესადეთ, სათაუჩების ნაკითხვამდე ამოიცნოთ დავადებები.



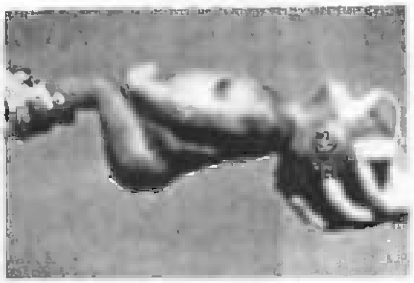
ჰიდრომიელიტი
ამ ბავშვის ფეხების დეფორმაციის მიზეზი ჰიდრომიელიტია



ნითელა
ნითელასათვის დამახასიათებელი გამონაყარი



ნითელა
ბავშვი დაიბადა თანდაყოლილი ნითელას სინდრომით



ტეტანუსი
ახამლობილის ჰიგიენობა ნეონატალური ტეტანუსის გამო



***Haemophilus influenzae*, ტიპი ბ**
ჰემოფილუსი ინფლუენცის მიზეზი ეს ინვაზიური ბაქტერიული დავადებაა



ჩეჩყვავილა (ვარიცელა)
ჩვილი ქუნთრუშას მძიმე ფორმით

19

ოხსელი ქალი

ამ თავში აღწერილია ჯანმრთელი ოხსელი ქალის ანამნეზის შეკრება და ყურინჯური გამოკვლევა. გამოკვლევის მეთოდები იგივეა, რაც გამოიყენება ახალგაზრდა ქალებში; თუმცა ექიმმა უნდა განასხვავოს ოხსელობით გამოწვეული ანატომიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები პათოლოგიური მონაცემებისგან. ამ თავში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ხშირ ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, რაც ოხსელობის პერიოდში ვითარდება: სპეციალურ მოსაზრებებს ანამნეზის შეკრებისას; ტკების, ვარიშის ჩეკმენდაციებს და გამოკვლევას ოჯახურ ძალადობაზე. შემდეგ მოდის გამოკვლევის მეთოდები, დამყარებული პრენატალურ მეთვალყურეობაზე.

ანატომია და ფიზიოლოგია

ჰორმონული ცვლილებები. ოხსელობის პერიოდში, უმეტესობა სისტემების და ორგანოების ძირეულ ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს საფუძვლად ჰორმონული ცვლა უდევს. ოხსელობის 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 სამკერდის გაიზრდოს ზომაში, და მომატებული პროლაქტინი ამზადებს სარძევე ჯირკვლის ქსოვილს ლაქტაციისთვის.[1]

- ჰიპოფიზის *უკანა წილში გამოყოფა* ოქსიტოცინი და ანტიდიურეზული ჰორმონი (ADH – antidiuretic hormone) – ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი მოქმედებს წყურვილის **ცენტრებზე** 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 **ცენტრების** სტიმულაციაზე (TSH), განაპირობებს თავისუფალი T_4 და T_3 და TSH დონის ცვლილებებს, ჩვეულებრივ, ნორმის ფარგლებში.[2]

- *პლაცენტის ჰორმონები* ხელს უწყობენ *ინსულინისებრი აქტივობის* ზრდას ორსულობის გვიან პერიოდში და ნახშირწყლებიდან ცხიმების წარმოქმნას. ინსულინისებრი აქტივობასთან 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 ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი წარმოშობს "შედარებითი *ჰიპერკორტიზოლიზმის* მდგომარეობას", რაც შეიძლება მშობიარობის მასტიმულირებელი იყოს.[1,4]

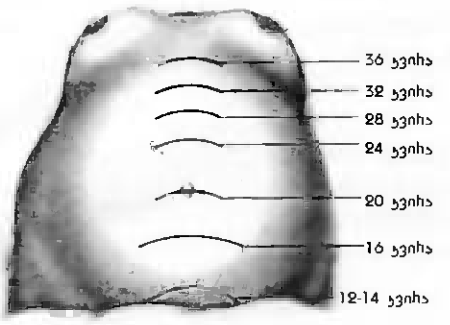
- *პროგესტერონის* დონის მომატება სხვადასხვა გავლენას ახდენს. თუმცა სუნთქვის სიხშირე არ იცვლება, მატულობს სუნთქვის მოცულობა და ვენტილაცია, რაც ზოგჯერ ქოშინს იწვევს. პროგესტერონი და ესტრადიოლი აქვეითებს საყლაპავის სფინქტერის ტონუსს, რის გამოც ვითარდება ჰეფლუჯი და გულძმარვა. პროგესტერონი ასევე აქვეითებს შარდსადენის ტონუსს და ჟუმშვაობას, რაც იწვევს 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 წონით და *ჰორმონით*, ჰორმონით, რომელიც გამომუშავდება ყვითელ სხეულში და პლაცენტაში: წელის ლორდოზი, ვინაიდან დიდდება ორსული საშვილოსნო, იწვევს წელის მექანიკურ დისკომფორტს, ბავა-წელის სახსრის იოგები და ბოჭვნის სიმფიზი სუსტდება, რათა ნაყოფმა ადვილად გაიაროს სამშობიარო გზები.

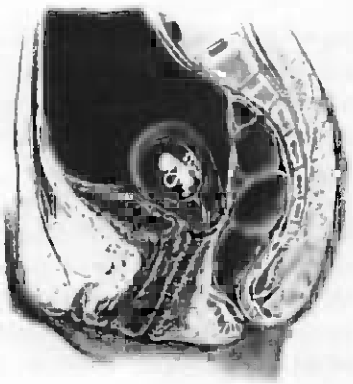
საძევე ჯირკვლების და მენჯის ცვლილებები. საძევე ჯირკვლების და საშვილოსნოს ცვლილებები ყველაზე ადრეულ ეტაპზე ჩანს ორსულობის დროს. იმისთვის, რომ გაიხსენოთ საძევე ჯირკვლების და მენჯის ძირითადი ანატომია და ფიზიოლოგია, მიმოიხილეთ მე-9 თავის – საძევე ჯირკვლები და იღლიის ფოსო და მე-12 თავის – ქალის სასქესო ორგანოები, შესაბამისი განაყვეთები.

საძევე ჯირკვლები ზომაში მატულობს ჰორმონების ზეგავლენით, იზრდება ვასკულარიზაცია და ჯირკვლოვანი ქსოვილი განიცდის ჰიპერპლაზიას. საძევე ჯირკვლები შეიძლება გახდეს მტკივნეული და ალინიშნებოდეს ჩხვლეტა, რის გამოც ისინი უფრო მგრძნობიარე ხდება გამოკვლევის დროს. ორსულობის მესამე თვეს საძევე ჯირკვლები უფრო კვანძოვანი ხდება. საძევე ჯირკვლებში სიმაგრის დასადგენად პალპაცია ფრთხილად უნდა ჩაატარო, რათა არ გამოიწვიო დისკომფორტი. დვრილები დიდდება და უფრო წამოწეული ხდება. ორსულობის შუა და ბოლო პერიოდებში დვრილებიდან შეიძლება გამოიყოს *ხსენი*, საკვები ნივთიერებებით მდიდარი მოყვითალო ფერის სეკრეტი. ბავშვი მუქდება და Montgomery-ის (მონტგომერის) ჯირკვლები უფრო ამობურცული ხდება. ორსულობის ჰორმონალურ ცვლილებასთან ერთად საძევე ჯირკვლებზე უფრო ადრე ჩნდება ვენები.



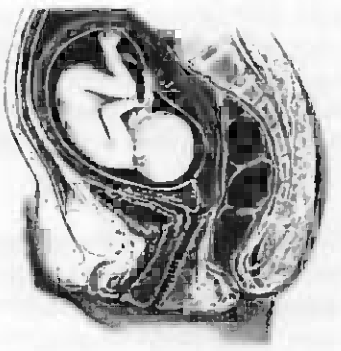
საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე ორსულობის თვეების მიხედვით

საშვილოსნოს და ნაყოფის ზრდასთან ერთად მეკუმშავი ზომაში მატულობს. ორსულობის დაახლოებით 12-14 კვირის ასაკში, სანამ საშვილოსნო ჯერ კიდევ არ არის მეკუმშავის ღრუში ასული, შეიძლება შეამჩნიოთ მუცლის გადიდება სითხის შეკავების და მუცლის კუნთების მოდუნების გამო. ორსული საშვილოსნოს გადიდების მარჩენებლები მოცემულია მახვსნივ სურათზე, ხოლო მარჯვნივ ნაჩვენებია ჰირველი ორსულობის დროს მეკუმშავის კონტური თითოეულ ტრიმესტრში.[5]



ჰირველი ტრიმესტრი

ორსულობის ადრეული დიაგნოსტიკა ემყარება სამოს და საშვილოსნოს ცვლილებებს. მენჯის ჰეგარის ვასკულარიზაციის მომატების გამო სამო მოლურჯო ან მოიისფრო ხდება, რასაც *Chadwick-ის (ჩედვიკის) ნიშანი* ეწოდება. სამოს კედლები სქელდება და ღრმად ნაოჭდება ღრძნოვანი გარსის გასქელების, შემაერთებელი ქსოვილის შესუსტების და ბუკვი კუნთოვანი უჯრედების ჰიპერტროფიის გამო. სამოს გამონადენი სქელია, თეთრი და შედარებით ჭარბი. სამოს pH ხშირად მჟავიანობისკენ იხრება *ანაერობული ბაქტერიების* მოქმედებით სამოს ეპითელიუმში ჭარბი ჩარდენობით დაგროვილ გლიკოგენზე.[6] pH-ის ეს ცვლილება იცავს ქალს ზოგიერთი ვაგინური ინფექციისგან, მაგრამ გლიკოგენის მომატებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ვაგინური კანდიდოზის განვითარებას (იხ. გვ. 454).

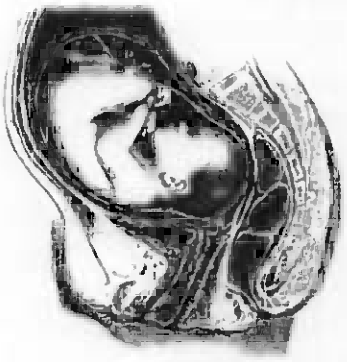


მეორე ტრიმესტრი

ორსულობის დასაწყისში, საშვილოსნო ჰარგავს ნორმალურ სიმჭიდროვეს და ჰეტეროგენულობას. ყელის არეში ჰარბად დარბილებას *Hegar-ის (ჰეგარის) ნიშანი* ეწოდება, რომელიც ორსულობის ადრეული ნიშანია და ნაჩვენებია მარჯვნივ სურათზე.



HEGAR-ის (ჰეგარის) ნიშანი



მესამე ტრიმესტრი

ორსულობის დროს საშვილოსნოს ნონა 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 ფიბრობლასტი და ელასტიური ქსოვილები და სისხლძარღვების და ლიმფური სადინარების ზომის და ჩარდენობის ზრდა.

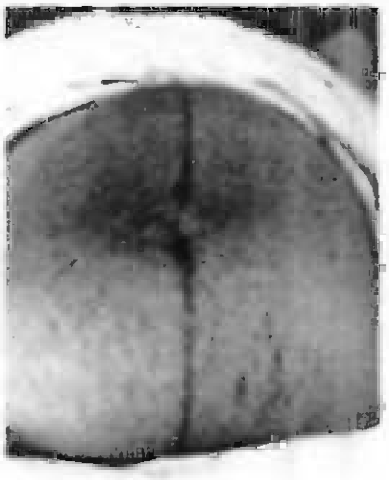
ზრდასთან ერთად, იცვლება საშვილოსნოს ფორმა და მდებარეობა. არაორსული საშვილოსნო შეიძლება წინ გადმოხრილი ან უკან გადახრილი იყოს. ორსულობის 12 კვირამდე, ორსული საშვილოსნო ჯერ კიდევ მენჯის ღრუშია.

საწყისი მდებარეობის მიუხედავად, გადიდებული საშვილოსნო წინ იხრება და სწრაფად ავსებს სივრცეს, რომელიც ჩვეულებრივ შარდის ბუშტს უჭირავს, რაც იწვევს ბუშტის სწრის დაცლას. ორსულობის 12 კვირისთვის საშვილოსნო სწორდება, ამოდის მენჯის ღრუდან და ისინჯება მუცლის ჰიპოგასტრიუმში.

გადიდებული საშვილოსნო ნაწლავებს ლატერალურად და ზევით გადასწევს და ჭიმავს მათ დამჭერ იოგებს, ზოგჯერ იწვევს "მრგვალი იოგის ტკივილს" მუცლის ქვედა კვადრანტში, უფრო მეტად მარჯვნივ. საშვილოსნო ადვილად ადვილდება ნაყოფის ზრდასა და მდებარეობაზე და ცვალებადობა მარჯვნივ, ხოლო მოერგოს მენჯის მარცხენა მხარეს ექსტროსიგმოიდეს სტრუქტურებს.

საშვილოსნოს ყელიც განსხვავებულად გამოიყურება და შეიგრძნობა. *Chadwick-ის (ჩედვიკის) ნიშანი*, ყელის იდეალური დაბინდება და ცისფერი გრძელდება ორსულობის განმავლობაში. ყელის ხვრელს ივსებს მკვრივი *ლორწოვანი საცობით*, რაც იცავს ნაყოფს ინფექციისგან. ნორმალური ფერის დანაოჭებული ლორწოვანი, რასაც *ყელის ეროზიები ან ექტროპია* უწოდება, ასევე ხშირად ჩნდება ყელში და ის ნორმად ითვლება.

საკვერცხეები და ფალოპის მილები ასევე იცვლება, მაგრამ ნაკლებად შესამჩნევია ობიექტური გამოკვლევის დროს. ორსულობის დასაწყისში *ყვითელი სხეული*, საკვერცხეს ფოლიკული, რომელიც გამოყოფს კვერცხუჯრედს, საკმარისად ამონაზარდია საკვერცხეზე პატარა კვანძის სახით, მაგრამ ქრება ორსულობის შუა პერიოდში. როდესაც მუცლის კანი იჭიმება, ხოლო ადვილდება ნაყოფის ზრდასთან, მასზე ჩნდება მუქი ნოთელი სტრიები და ღონე ნიგრა, მოყავისფრო შავი პიგმენტური ხაზი მუცლის შუა ხაზზე.



ნაყოფის ზრდასთან ერთად მუცლის კანი იჭიმება და ნარმოიქმნება მუქი ნოთელი 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 ენოდება *diastasis recti*. თუ დაშორება ძლიერია, როგორც ვითარდება ბევრჯერ ნამშობიარებ ქალში, საშვილოსნოს წინა 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 მოშვლები 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, გარეგნობის ენდომეტრიუმს, რათა ხელი შეუწყოს ორსულობის შენარჩუნებას, წყვეტს მენსტრუაციას და აჩობს ენდომეტრიუმის ქვედა ფენას.
გულისრევა ღებინებით ან მის გარეშე	პირველი ტრიმესტრი	შესაძლო მიზეზებია ორსულობის ჰორმონული ცვლილებები, რაც ინვევს უჯრედ-ნაწლავის ტრაქტის პერისტალტიკის შენელებას, გემოვნების და ყნოსვის მეცვლა, გარეგნული 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 ზეწოლის ან ნაწიბის ტკივილი წონის მომატების გამო. ასევე გარეგნულია სარძევე ჯირკვლების სისხლის მიმოქცევა, კანზე ადრეულ ჩნდება გაფართოვებული ვენები.
წონაში კლება	პირველი ტრიმესტრი	თუ ქალს გულისრევა და ღებინება აქვს, შეიძლება წორმაზეზე ვეი იკვებებოდეს ორსულობის დასაწყისში (იხ. ზევით ღებინება)
საშარდეს/შარდის ქვედა ნაწიბის ტკივილი	მეორე ტრიმესტრი: 14-20 კვირა	მეორე ტრიმესტრში საშვილოსნოს სწრაფი ზრდა ინვევს მიგვალი იოგის დაჭიმვას და სწრაფი მოძრაობის ან მდებარეობის შეცვლის დროს ვითარდება სპაზმი.
ხშირი შარდვა	პირველი/მესამე ტრიმესტრი	თირკმელებში 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.
მეშეპება	მესამე ტრიმესტრი	ფეხებში იმატებს ვენური წნევა, ღიმფური დინების ობსტრუქცია, მცირდება პლაზმის კოლოიდურ-ოსმოსური წნევა.
გულ-ძმარხვა, ყაბზობა	მთელ პერიოდში	საყლაპავის ქვედა სფინქტერის მოდუნება განაპირობებს კუჭის შიგთავსის გადასვლას საყლაპავის ქვედა ნაწილში. ორსულობის ჰორმონები აქვეითებენ კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკას და ინვევენ ყაბზობას. ყაბზობის გამო შეიძლება განვითარდეს ან გაძლიერდეს ბავასილი.
ზეზის ტკივილი	მთელ პერიოდში	ჰორმონებით განპირობებული სახსრების და იოგების მოდუნება და მცირე დეფორმაცია. ორმაგიც საჭიროა გადიდებული საშვილოსნოს ბალანსირებისთვის. ზოგჯერ ინვევს წელის ტკივილს. უნდა გამოირიცხოს პათოლოგიური მიზეზი.
ლეიკორეა	მთელ პერიოდში	საშოს და ყელის ეპითელიუმის ჭარბი სეკრეცია, რომლის მიზეზი ჰორმონები და ორსულობის გამო სისხლძარღვთა მეგებებაა. ამის შედეგად ვითარდება ასიმპტომური ხასიათის თეთრი ვაგინური გამონადენი.

ანამნეზი

ზოგადი საკითხები

- ოჯახურობის სიმპტომები
- თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკების მოხმარება, ოჯახური ძალადობა
- ოჯახურობის წინა გამოკვლევები
- ქრონიკული დაავადებები და ოჯახური ანამნეზი
- ოჯახურობის ჯვრების დადგენა მშობიარობის ზუსტი ან მოსალოდნელი თარიღის განსაზღვრისთვის

ჩვენ-ტაღური მოვლა ფოკუსირებული უნდა იყოს დედის და ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე ოჯახურობის პერიოდში, ასევე დედის ოჯახის მინიმუმამდე შემცირებაზე. *პირველი ჩვენატალური ვიზიტის* დროს თქვენი მიზნები შემდეგია: ოჯახურობის დადასტურება, დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და გამოკვლევების ოჯახის შეფასება, და მსჯელობა ჯანმრთელი ოჯახურობის უზრუნველყოფისთვის.

- ჰკითხეთ *ოჯახურობის 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 ოჯახურობის დადგენის საუკეთესო სამუალებაა.

- შეაფასეთ *ჯანმრთელობის მიმდინარე მდგომარეობა* და ისტორიული ფაქტორები. რომელთაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინოს დედაზე ან ნაყოფზე, ან ოჯახურობის დროს რაიმე გართულება გამოიწვიოს. განიხილეთ დედის დამოკიდებულება ოჯახურობის მიმართ და არის თუ არა ოჯახურობის გაგრძელებას. ჰკითხეთ, როგორ იკვებება და როგორია მისი ნაკვებობა. ხომ არ მოიხმარს თამბაქოს, ალკოჰოლს და ნარკოტიკულ სამუალებებს? რაიმე მედიკამენტებს ხომ არ სვამს? როგორია მისი შემოსავალი და სოციალური დახმარება? ოჯახში ან სამსახურში ხომ არ ხდება სტრესული სტუაციაში? ხომ არ აღენიშნება ანამნეზში ფიზიკური ან ოჯახური ძალადობის შემთხვევები?

- შეაფასეთ *წინა მშობიარობის ანამნეზი*. როგორ მიმდინარეობდა წინა ოჯახურობა, ვინაიდან წინა მშობიარობის ჰორმონები შეიძლება განმეორდეს? ხომ არ ჰქონდა რაიმე გართულება წინა მშობიარობის და ოჯახურობის დროს? ჰკითხეთ, რა წონის ბავშვი დაიბადა წინა მშობიარობაზე. ხომ არ ჰყავს დღენაკლული ან ვადა გადაცილებული ჩვილი, ან გესტაციური ასაკისთვის ეფრო 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 დიეთერისტიბესტეროლი საშვილოსნოში ან HIV ინფექცია.

- ასევე განიხილეთ *ოჯახური ანამნეზი* ქრონიკული ან გენეტიკური დაავადებების თვალსაზრისით, როგორიცაა ნამგლისებური ანემია, ცისტოფიბროზი, ჰენთოვანი 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 დაგეხმაროთ მოგვიანებით სამშობიაროსნოს ზომასთან ერთად, თუ ბოლო მენსტრუაციის პირველი დღე ნორმალური იყო, თარიღი ზუსტად ახსოვს და ჩასახვა ნამდვილად მოხდა. გამოკვლევის დროს უნდა შეადაროთ სამშობიაროსნოს სავარაუდო ზომა პაპანიკოლაუს ზომას, თუ სამშობიაროსნო ჯერ კიდევ მენჯის ღრუშია ან მისი ძირის სიმაღლეს, როდესაც სამშობიაროსნო 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 შეჯამებით. *Naegele-ს (ნაიჯელის) კანონის* 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 ადრეულ დასაწყისში და აუმჯობესებს გადაწყვეტილების მიღებას ნაყოფის ზრდის შენელების, ნაადრევი მშობიარობის ან 42 კვირამდე 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 ნორმის და წონის გაზომვას, სამშობიაროსნოს ძირის პალპაციას, რათა შეაფასოთ ნაყოფის განვითარება, ნაყოფის გულის ტონების და აქტიობის დადგენას. ბევრი ექიმი ასევე ამონმებს შარდში ცილას და გლუკოზას. დამატებითი ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება დაგჭირდებათ ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმესტრებში.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განხილვა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და განხილვის მნიშვნელოვანი საკითხები

- ჯვება
- წონაში მატება
- ვარიკოზი
- თამბაქოს მონევის შენყვეტა
- ოჯახური ძალადობის გამოკვლევა

ჯვების და *წონის მატების* განხილვა დაგეხმარებათ ორსული ქალის და ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვაში. პირველი ვიზიტის დროს დაადგინეთ დედის ჯვებითი სტატუსი.

დიეტის, სიმაღლის, წონის და სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გაზომვის ჩათვლით, ასევე შეამოწმეთ ჰემატოკრიტი ანემიის სკრინინგისთვის. გაარჩევიეთ დედის დამოკიდებულება ჯვების სტილის და წონის მატების მიმართ, ასევე იღებს თუ არა ვიტამინებს და მინერალებს. შეადგინეთ ჯვების გეგმა, რომელიც დამოკიდებული უნდა იყოს ქალის ჯეტურულ თავისებურებებზე. დღეში სამჯერადი ჯვება ბალანსირებული დიეტით, გაზრდილი უნდა იყოს ცილოვანების 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] დაადგინეთ, 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, როგორიცაა ზვიგენი, ხმალთევზა, თინუსის კონსერვი; 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 ანონოთ 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 საჭირომენდებული 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

ჯამური მოწოდებულია ეთნიკურ ფონზე ორსულებისთვის. ცალკეზე ორსული ქალებისთვის დადგენილი სახლვრებია 35-45 ფუნტი (16-20 კგ). ანალიზის მოზრდილები (<2 ნელი მენარჩუნეს 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, შეუძლიათ გააგრძელონ მცირე ან საშუალო

ვახჯიშები, უმჯობესია ხანმოკლე პერიოდებით ჯვრისში სამჯერ. ქალები, რომლებმაც ვახჯიში ორსულობის დროს დაინყეს, უფრო ფრთხილად უნდა იყვნენ და მათ უნდა შეუჩერონ ორსულისთვის სპეციფიკური ვახჯიშები. პირველი ტრიმესტრის შემდეგ ქალმა არ უნდა ივახჯიშოს ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში, რაც გამოიწვევს ქვედა ღრძ ვენაზე ზეწოლას და პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის დაქვეითებას. თუ ქალი სისუსტეს ან დისკომფორტს გრძნობს, უნდა შეწყვიტოს ვარჯიში, მოერიდოს გადახურებას და დეჰიდრატაციას. იმის გამო, რომ ორსულთა ცენტრები მუშაობს მესამე ტრიმესტრში, ურჩიეთ, რომ ვარჯიშები, რომლებსაც შეუძლია გამოიწვიოს წონასწორობის დარღვევა, არ უნდა შეასრულოს.

თამბაქოს მოხმარება უნდა შეწყდეს. მოწევა ინვევს მშობიარობის გართულებებს, როგორიცაა პლაცენტის გარღვევა ან წინმდებარეობა, ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის პატარა წონა და ნაყოფის სიკვდილიც კი.

ორსულობა არის დრო, როდესაც ქალზე აღვილია ძალადობა პარტნიორის მხრიდან ან როდესაც ძალადობის მოვლენები აძლიერებს, ზრდის მშობიარობის წინა მოვლის დაგვიანების, მუცლის მოშლის და მცირე წონის ნაყოფით მშობიარობის რისკს. ორსულობის დროს ძალადობის სიხშირე ცვალებადობს 7-დან 20%-მდე, რაც დამოკიდებულია სიტუაციაზე, შეიძლება გამოინვიოს ქალის სიკვდილი ან დედის და ბავშვის სიკვდილი.[12,13] ამერიკის მეანთა და გინეკოლოგთა ჯგუფის რეკომენდაციით აუცილებელია იმ ქალების საყოველთაო შეფასება, ვისაც ანამნეზში ოჯახური ძალადობა აღენიშნება, რაც შეიძლება ორსულობის პერიოდში გამწვავდეს.[14,15] *ოჯახური ძალადობის* მიმანიშნებელია ვიზიტის თარიღის ხშირი შეცვლა ბოლო მომენტში, გამოკითხვის დროს ქცევები, ქრონიკული თავის და მუცლის ტკივილი, სისხლჩაქცევები და დაზიანების სხვა ნიშნები.

ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს ბარიერი გასინჯვისას, პირდაპირი შეკითხვების დასმით არაოფიციალური ტონით, კონფიდენციალური სიტუაციის შექმნით ყოველი ვიზიტის დროს.[16,17] მაგალითად, შეგიძლიათ ჰკითხოთ "მას შემდეგ, რაც დაორსულდით, ხომ არ უცემიხართ ან ფიზიკური შეურაცხყოფა მოუყენებია ვინმეს?" ქალს ესაჭიროება უამრავი ხელსაყრელი მომენტი, რათა განიხილოს თქვენთან ძალადობა, ვინაიდან იგი ღელავს უსაფრთხოებაზე და ეშინია. სხეულის დიაგრამაზე მონიშნეთ დაზიანების ადგილები და დააფასტურეთ დადებითი პასუხი. ამის გარდა, ძალადობის არსებობის შემთხვევაში, ჰკითხეთ ქალს, რით შეგიძლიათ დაეხმაროთ. ინფორმაცია მიანოდეთ თავშესაფრების, საკონსულტაციო ცენტრების, ჰოთლაინის სატელეფონო ნომრების და სხვა საშუალებების შესახებ, როდესაც ქალი მზად იქნება ამის განსახილველად. შეაფასეთ პაციენტის უსაფრთხოება და მიეცით აუცილებელი მიმართვები. გაარკვიეთ მოთხოვნები იძულებითი შეტყობინების შესახებ.

ოჯახური ძალადობის ეროვნული ჰოთლაინი

Website: www.ncvh.org/index.html
1-800-799-SAFE (7233)
TTY for hearing impaired: 1-800-787-3224

გამოკვლევის მეთოდები

ჩოდესაც გამოკვლევას იწყებთ, შეეჩვენით პაციენტს კომფორტული და კონფიდენციალური სიტუაცია, რომელიც მოიგებული იქნება მის პირად მოთხოვნილებებსა და შეგძნებებზე. თუ ეს პირველი ვიზიტია, შეაგროვეთ ანამნეზი, სანამ პეჩანგს ჩაიცმევდეს. თუ არა, აუხსენით ჩას აპირებთ და მიაღნიეთ პაციენტის თანამშრომლობას თითოეული კომპონენტზე. ეს გააძლიერებს თქვენს შორის კონტაქტს დამოკიდებულებას და დაეხმარება ქალს, გაართვიოს მის სხეულში მიმდინარე ორსულობასთან დაკავშირებული ცვლილებები. დაიმახსოვრეთ, რომ თუ ქალი ჩოდესმე გაუპატიურეს, იგი ნინააღმდეგობას გაგიწევთ მენჯის ღრუს გასინჯვის დროს.

ამის შემდეგ უთხარით, რომ ნინ გასხნილი პეჩანგი ჩაიცვას. ეს გაგიადვილებთ სახძევე ჯირკვლების და მუცლის გამოკვლევას. გამოკვლევისთვის საჭირო სამუალებები გამზადებული გქონდეთ.

მდებარეობა. ჩამოდენიმე წუთი მოანდომეთ ორსული ქალის მდებარეობის შეჩევას, რადგან თქვენ დაგჭირდებათ დამატებითი დრო საშვილოსნოს პალპაციისთვის და ნაყოფის გულისცემის მოსმენისთვის. ნასევრად დამჯდარი მდებარეობა მუხლების მოხრით, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, მოსახერხებელია და ამცირებს ორსული საშვილოსნოს ზეწოლას მუცლის ღრუს ორგანოებზე და სისხლძარღვებზე, განსაკუთრებით მესამე ტრიმესტრში.



ზურგზე წოლის ჰიპოტენზიური სინდრომის მიზეზი დაახლოებით 20 კვირის შემდეგ ალნერილი ცირკულაციის დარღვევითაა გამოწვეული. რის შედეგადაც ქალს შეიძლება ალენიშნებოდეს თავბრუ და სისუსტე. განსაკუთრებით მნოლიარე მდგომარეობაში.

ორსულ ქალს დიდი ხნით ნუ დააწვენთ ზურგზე. ამ მდებარეობაში საშვილოსნო ქალის ხერხემალზე დევს და ანვება დასნვრივ 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 ნამოაჯინეთ. ეს პაუზა შეიძლება გამოიყენოს ქალმა შარდის ბუშტის დასაცლელად. მიუხედავად ამისა, დარწმუნდით, რომ შეეგება ჯდომას, სანამ ადგომის უფლებას მისცემთ.

მენჯის გამოკვლევა შედარებით სწრაფად უნდა ჩაატარო. ყველა სხვა გამოკვლევა უნდა ჩაატარო, როდესაც ქალი ზის ან მარცხენა გვერდზე წევს.

პალპაცია. ხელები ექიმისთვის პირველადი მნიშვნელობისაა. ხელები უნდა ჰქონდეს თბილი და ძლიერი, საკმარისად ფრთხილი გამოკვლევის დროს. როცა კი შესაძლებელია, თითები ერთად უნდა იყოს და ბრტყლად დადებული მუცლის ან მენჯის ქსოვილებზე, ისე რომ დისკომფორტი მინიმალური იყოს. ყოველი შეხება და პალპაცია უნდა ჩატარდეს ჯანზე ხშირი უწყვეტი შეხებით და არა სრესვით ან წყვეტილი მოძრაობით. თითების ბოლოების პალმარული ზედაპირები ყველაზე მგრძნობიარეა.

გინეკოლოგიური საჭე გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის და საშოს დათვალიერებისთვის, ციტოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისთვის მასალის აღებამდე. ვინაიდან ორსულობის დროს საშოს კედლები დარბილებულია, გადაბერილია მედიალურად და ფარავს მხედველობის ველს, უნდა გამოიყენოთ ჩვეულებრივზე უფრო დიდ ზომის სარკე. შრატისის და ვულვას სტრუქტურების მოდუნება ამცირებს დისკომფორტს. იმის გამო, რომ საშოს და ყელის ვასკულარიზაცია გაძლიერებულია, სარკე ფრთხილად ჩადგით და გახსენით. ამით თავიდან აიცილებთ ქსოვილების დაზიანებას და სისხლდენას, რაც გავლენას იქონიებს Pap ნაცხის ინტერპრეტაციაზე.

Pap ნაცხის ასაღებად გამოიყენება არრის 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, ემოციურ სტატუსს, ნაკვთებობას, თმანში სიარულის და მაგიდაზე ასვლის დროს ნერვ-კუნთოვანი სისტემის კოორდინირებულ მუშაობას. ქალის გამოკვლევისთვის პირობების, ორსულობის მიმართ მისი დამოკიდებულების და ზოგადი მდგომარეობის განხილვა სასარგებლო ინფორმაციას გაგვცემთ და გეხმარებათ ქალის დამშვიდებაში.

სასიცოცხლო ნიშნები, სიმაღლე და წონა

გაზომეთ სისხლის წნევა. სანყისი მაჩვენებელი დაგეხმარებათ ქალის ჩვეული საზღვრების 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]

გახმეთ სიმაღლე და წონა. გამოთვალეთ სმი სტანდარტული ცხრილის გამოყენებით, 19-25 ნორმალურია ორსულობის წინა მდგომარეობაში (იხ. გვ.91).

დაიმახსოვრეთ, რომ პირველ ტრიმესტრში წონის ზრდა დაკავშირებულია გულისრევასა და ღებინებასთან და ხშირი მოვლენაა, მაგრამ არ უნდა აღემატებოდეს მშობიარობამდე წონის 5%-ს.

პირველი ტრიმესტრის დროს წონაში ზრდა 5%-ზე მეტად ძლიერი ღებინების ანუ *ჰიპერემესის* მედეგი შეიძლება იყოს.[19]

თავი და კისერი

დაღეჭით 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.
- *თმა,* ხარისხის, სიმშრალის და სიხშირის მიხედვით. შეიძლება აღინიშნებოდეს თმის სიმშრალი, ჭარბი ცხიმიანობა და გაცვენა.
- *თვალები.* დააკვირდით ჯონიუნქტივის ფერს.
- *ცხვირი,* ღრუნოვანი გარსის და ძგიდის ჩათვლით. ორსულობის დროს ხშირია ცხვირის გაჭედილობა.
- *პირის ღრუ,* განსაკუთრებით ღრძილები და კბილები.
- *ფარისებრი ჯირკვალი.* დაათვალიერეთ ჯირკვალის და პალპაციით გასინჯეთ. შესაძლებელია ზომიერი სიმეტრიული გადიდება.[15]

ორსულობის 24 კვირის შემდეგ სახის შემუპება შეიძლება მიუთითებდეს ორსულთა ჰიპერტენზიაზე.

თმის ცვენის შემოსაზღვრული უბნების არსებობა ორსულობასთან არ არის დაკავშირებული (თუმცა თმის ცვენა ხშირია მშობიარობის შემდეგ)

ორსულთა ანემია იწვევს გაფერმკრთალებას.

ორსულობის დროს ხშირია ცხვირიდან სისხლდენა. ცხვირის ძგიდეზე შეიძლება ნახოთ ოსლერის ხმარების ნიშნები.

ორსულობის დროს ხშირია ღრძილების გადიდება და სისხლდენა (გვ. 235)

მნიშვნელოვანი გადიდება პათოლოგიურია და გამოკვლევას საჭიროებს.

გულმკერდი და ფილტვები

დაათვალიერეთ გულ-მკერდის ფორმები და სუნთქვითი მოძრაობები. დიაფრაგმის დაწევა და გულ-მკერდის დიამეტრის გადიდება შეიძლება განვითარდეს პირველ ტრიმესტრში. სუნთქვითი მოცულობა და აღვეოლების ვენტილაცია იზრდება, მაგრამ სუნთქვის სიხშირე არ იცვლება. ეს ცვლილებები ზოგჯერ საფუძვლად უდევს ქოშინის განვითარებას. ივარაუდეთ ჩესპირაციული ალკალოზის განვითარება.[20]

განიხილეთ ჩივილები ქოშინზე, ხველაზე ან ჩესპირაციული დისტრესი შესაძლო ინფექციის, ასთმის ან ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის თვალსაზრისით.

გული

ჩაატარეთ სმენის პალპაცია. ოსუელობის დროს შეიძლება ოდნავ მაღლა იყოს მე-4 ნეკნთაშუა სივრცეში, ვინაიდან დიაფრაგმის მაღლა დგომის გამო გული ტრიალდება მარცხნივ და გარდიგარდმო.

ჩაატარეთ გულის აუსკულტაცია. ვენური შუილი და სისტოლური ან გახანგრძლივებული შუილი სარძევე ჯირკვალზე (იხ. გვ. 335) ხშირია ოსუელობის დროს, ასახავს ნორმალურ სისხლძარღვებში სისხლის მოძრაობას მომატებას.[21] მოისმინეთ შუილი სარძევე ჯირკვალზე ოსუელობის გვიან პერიოდში და ლაქტაციის დროს. უფრო ადრეად მოისმინება მეორე-მესამე ნეკნთაშუა არეებში პარასტერნალის ხაზზე და ტიპიურად სისტოლურია ან დიასტოლური. შეიძლება მოისმინებოდეს მხოლოდ სისტოლური კომპონენტი.

შუილი შეიძლება ადრეც ანემიას. ადრეად განვითარებული დიასტოლური შუილის დროს უნდა ჩატარდეს გამოკვლევები.

სარძევე ჯირკვლები

შეამოწმეთ სარძევე ჯირკვლების და დვრილების სიმეტრიულობა და ფერი. შეიძლება ჩანდეს ვენური ნიმუნები, დვრილები და ბაკები გამუქებულია და მონტგომერის ჯირკვლები — ამობურცული.

ჩანული დვრილი ყურადღების მიქცევას საჭიროებს, თუ დედა ძუძუთი კვებას აპირებს.

პათოლოგიური სიმაგრეების გარჩევა ძნელია.

სიმაგრეების პალპაცია. ოსუელობის დროს სარძევე ჯირკვლები მტკივნეულია და კვანძოვანი.

სისხლიანი ან ჩირქოვანი გამონადენი ოსუელობასთან არ არის დაკავშირებული.

თქვენი საჩვენებელი და ცერი თითებით მოუჭირეთ თითოეულ დვრილს. ამ დროს შეიძლება გამოჟონოს ხსენმა.

მუცელი

ოსუელი ქალი მოათავსეთ ნახევრად მჯდომარე მდებარეობაში და ფეხები მუხლის სახსრებში მოეხარეთ. (იხ. გვ. 826)

ნაწიბურები ადასტურებენ გადატანილ ოპერაციას, განსაკუთრებით საკეისრო კვეთას.

დაათვალიერეთ ხარმე ნაწიბურები და სტრიები, მუცლის ფორმა და კონტურები, სამშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე. მუქი წითელი ფერის სტრიები და ღინღა ნიგრა ოსუელობის დროს ნორმალურია. ფორმა და კონტურები შეიძლება მიუთითებდეს ოსუელობის ასაკზე (იხ. სურათი 819-ე გვერდზე).

თუ 24 კვირის შემდეგ ნაყოფის მოძრაობას ვერ გრძნობთ, შეიძლება ოსუელობის ვადა არასწორად გამოთვალეთ ან ნაყოფი მკვდარია ან სუსტი, ან ცუდ ოსუელობაა.

ჩაატარეთ მუცლის პალპაცია, რათა გასინჯოთ:

- *ორგანოები და სიმაგრეები.* ოსუელობის სიმაგრე იგრძნობება.
- *ნაყოფის მოძრაობა.* შეიძლება შეიგრძნოთ ოსუელობის 24 კვირიდან (დედა გრძნობს 18-20 კვირიდან).

საშვილოსნოს ჯუმშვადობა. 12 კვირის შემდეგ ვლინდება საშვილოსნოს ახა ჩეგელახელი შეკუმშვები, ხშირად პალპაციაზე საპასუხოდ მესამე ტრიმესტრში. ამ დროს ექიმი მუცელს გამაგრებელად და დაჭიმულად შეიგრძნობს და ნაყოფის ნაწილების გასინჯვა ძნელდება. თუ ხელს დადებთ საშვილოსნოს ძირის მარცხენა ნაწილზე, თითებით შეიგრძნობთ საშვილოსნოს ჯუნთების მოდუნებას.

37 კვირამდე, საშვილოსნოს ჩეგელახელი შეკუმშვები ტკივილით ან მის გარეშე ან სისხლდენით, პათოლოგიურია და ნაადრევ მშობიარობაზე მიუთითებს.

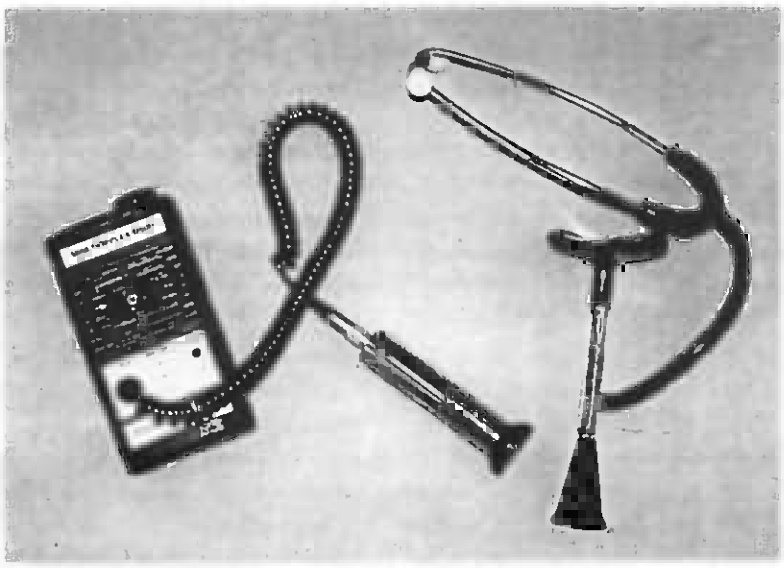


გაზომეთ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე საზომი სანტიმეტრით, თუ ორსულობა 20 კვირაზე მეტია. სანტიმეტრი დადეთ, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. მუცლის შუა ხაზზე სიმფიზის ბოქვენიდან საშვილოსნოს ფუძემდე. მიუხედავად სუბიექტური შეცდომებისა, 20-დან 32 კვირამდე სანტიმეტრებში გაზომვა უხეშად მიუთითებს ორსულობის ასაკს კვირებში.[22,23]

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 გამოხრჩენილი აბორტი, ნაყოფის განვითარების შეფერხება, მცირე ნორმა ან ცრუ 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 პატარა ორსულობაზე, ვიდრე ვარაუდობდით, ნაყოფის დაღუპვაზე ან ცრუ 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.

ადრეული ორსულობის პერიოდში ნაყოფის გულისცემის სიხშირე, ჩვეულებრივ, არის 160 წუთში, შემდეგ მცირდება 120-140-მდე კადის მოახლოებისკენ. 32-34 კვირის შემდეგ გულისცემა შეიძლება გაიზარდოს ხოლმე ნაყოფის მოძრაობის შედეგად.

ხოლესაც FHR მესამჩნევად ქვეთდება კადის 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 დარტყმამდე წუთში (BPM – beats per minute).

დარტყმათა ცვალებადობის ნაკლებობა ორსულობის ბოლო პერიოდში საჭიროებს გამოკვლევას FHR მონიტორით.

სასჯელი ორგანოები, ყითა, სწორი ნაწლავი

დათვალიერეთ *გარეთა სასქესო ორგანოები*, დააკვირდით თმიანობის განაწილებას, ფერს, ნაწიბურებს. ორსულობის დროს შესამჩნევი მოდუნება და ბაგეების და კლიტორის გადიდება ნორმალურია. მხოლოდ ნამშობიარებ ქალში შეიძლება ნახოთ *ეპისიოტომიის* შემდგომი ნაწიბური - მოხრისას კუთვნილი მშობიარობის გაადვილების მიზნით ან მოხრისას გახევის შედეგად.

ზოგიერთ ქალს აღენიშნება ბაგეების ვარიკოზი, რომელიც უფრო დაკნინებული და მტკივნეული ხდება.

დათვალიერეთ *ყითა ბუსუსის* არსებობის დასადგენად. თუ არის, დაადგინეთ მისი ლოკალიზაცია და ზომა.

ბუსუსი 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.

დაათვალიერეთ *ცისტოცელეს* ან *ჰექტოცელეს* არსებობას.

შეიძლება ამობურცული იყოს ორსულის ჯუნთების მოდუნების გამო.

საკითი გამოკვლევა. დაათვალიერეთ *საშვილოსნოს ყელი*, მისი ფერი, ფორმა და ჩახევის შემდგომი შეხორცება. ორსულის ყელი არათანაბრად გამოიყურება ჩახევების გამო (იხ. გვ. 453).

ვაგინოსკოპი 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.

დაათვალიერეთ *საშოს ჯედლები*, მათი ფერი, გამონადენი, ნაოჭები და მოდუნება. მოღეჭვა ან იისფერი შეფერილობა, ღრმა ნაოჭების და ძარღვების – *ლეიკორეას* – არსებობა ნორმალურია.

ვაგინოსკოპი 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. ორსულად ორსული მოდუნებულია, უფრო ადვილია ბიმანუალური გამოკვლევის ჩატარება. ქსოვილები ხბილია და საშოს ჯედლები, ჩვეულებრივ, ახლოსაა ექიმის თითებთან. თავდაპირველად შეიძლება გაგიჭირდეთ საშოს ჯედლების გარჩევა მათი სიხბილის გამო.

ფრთხილად შეყავით თითი ხვრელში და დაატრიალეთ *ყელის ჯედლებზე*. 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 ხარისხით განვითარებული ჩახევების გამო.

მოყვე გადასწორებული ყელი ორსულობის 32 კვირამდე შეიძლება მიუთითებდეს ნაადრევ მშობიარობაზე.

საშვილოსნოს *ყელის სიგრძე* დაადგინეთ ყელის ღატეხილი ჯედლების 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 ორნავი გამსხვილებით. 10-12 კვირისთვის საშვილოსნო მრგვალი ხდება. 12 კვირისთვის ნინ ან უკან გადახრა აღარ აღინიშნება, ხოლო ძირის დიამეტრი დაახლოებით 8 სმ ხდება.

ხომალდზეც თითები საშვილოსნოს ყელში გაქვთ მოთავსებული პალმარული ზედაპირით ზევით, ფრთხილად ასწიეთ საშვილოსნო მუცლის ჯედლისკენ. საშვილოსნოს ძირის ნაწილი მოათავსეთ ორ ხელს შორის და ფრთხილად დაადგინეთ საშვილოსნოს ზომა.

საშვილოსნოს არათანაბარი ფორმა მიუთითებს საშვილოსნოს მიომაზე ან ორკონტურიან საშვილოსნოზე, ხომალდის შეგება ძგიდით გაყოფილი ორი ღრუსგან.

პალპაციით გასინჯეთ *მახსენა და მახჯენა დანამატები.* ყვითელი სხეული შეიგრძნობა პატარა ჯვანძის სახით ოსეე საკვერცხეზე განაყოფიერებიდან ხამოდენიმე კვირის განმავლობაში.

ოსეელობის დასაწყისში მნიშვნელოვანია გამოირიცხოთ მილის (*სამკილოსნოს გარე*) ოსეელობა. იხ. ცხრილი 12-9, დანამატის წახმონაქმნები, გვ. 457.

ხოდესაც თითებს გამოილებთ სამოდან, პალპაციით გასინჯეთ *მენჯის ჯუნთების ძაღა.*

თუ გსურთ დააზუსტოთ სამკილოსნოს ზომა ან ხექტაღეს-ვაგინური ძგიდის ჩახთვა, ჩაატარეთ *ხექტაღეს-ვაგინური გამოკვლევა.* 10 კვირაზე ნაკლები ვადის ოსეელობის დროს წინ ან უკან გადახრილი სამკილოსნო მთლიანად უკანა მენჯში მდებარეობს. მის ზომას მხოლოდ ეს გამოკვლევა დააზუსტებს.

კითხვები

ზოგადი დათვალიერება შეიძლება ჩაატაროთ, ხოდესაც ქალი ზის ან მახსენა გვეხდზე წევს.

დაათვალიერეთ ფეხებზე ვენების ვარიკოზი.

ვენების ვარიკოზი შეიძლება განვითარდეს ან გათეკდეს ოსეელობის დროს.

დაათვალიერეთ ხელების და ფეხების შეშუპება. ჩაატარეთ წვივის, კოჭის და ტერფის პალპაცია შეშუპების დასადგენად. შეშუპებას აფასებენ 0-დან 4+ ჯერებით. ფიზიოლოგიური შეშუპება ხშირია ოსეელობის დროს, ცხელი ამინდების დროს, ქალებში, ვინც ხანგრძლივად ფეხზე დგას.
გასინჯეთ მუხლის და კოჭის რეფლექსები.

სპეციალური მეთოდები

ღეროვდის მოდიფიცირებული მანევრი

ეს მანევრები მუცლის პალპაციის მნიშვნელოვანი დამატებაა ოსეელობის 28 კვირის შემდეგ. ისინი გეხმარებიან ნაყოფის მდებარეობის დადგენაში ქალის ზურგის მიმართ (გრძივად თუ განივად), მენჯისკენ ნაყოფის ნომელი მხარეა მიმართული (თავი თუ დენდუები), საით მდებარეობს ნაყოფის ზურგი, ნაყოფის ორგანოები და მანძილზეა ჩამოსული დედის მენჯში და ნაყოფის წონის დადგენაში. ეს ინფორმაცია გესაჭიროებათ, ხათა შეაფასოთ ნაყოფის ზრდის ადეკვატურობა და სამკილოსნოში განვითარების დასკენების შესაძლებლობა.

ინტერპრეტაცია
ხშირი გადახრა მოიცავს საჯდომით მდებარეობას (ნაყოფის დენდუები მდებარეობს დედის მენჯის გამოსასვლელთან) და სამშობიარო ვადის დროს დედის მენჯში ჩამოსული ნაწილის არ არსებობა. არც ერთი სიტუაცია არ უშლის ხელს მშობიარობას. უფრო სერიოზული ცვლილებებია განივი მდებარეობა მშობიარობის ვადასთან ახლოს და ნაყოფის ზრდის შენელება, რაც შეიძლება გამოხატავდეს *სამკილოსნოში 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 სამკილოსნოს ძირის ზედა პოლუსში.

ნაყოფის დენდუები, რვეულებივე, ზედა პოლუსშია. ისინი მკვრივად, მაგრამ არა თანაბრად შეიგრძნობა, ნაკლებ მომრგვალებულად, ვიდრე თავი. ნაყოფის თავი შეგრძნებით მკვრივია, მრგვალი და ბლენდი.



მეორე მანევრი (ღეროს მუსკულის გვერდით). ხელები დაანყვეთ ღეროს მუსკულის გვერდით ზედაპირებზე და ხელებს შორის მოიქცით ნაყოფი. ერთი ხელით სამგიროსნო და-ფიქსირეთ, მეორეთი ჩაატარეთ ნაყოფის პალპაცია.

ნაყოფის ზურგზე მოთავსებული ხელი შეიგრძნობს გლევ. მკერდის ზედაპირს, რომელიც ხელის გვერდის სიგრძისაა (ან ცოტა მეტია) ორსულობის 32-ე კვირას. ნაყოფის ფეხებისა და მკლავებისკენ მოთავსებული ხელი შეიგრძნობს ანათანაბარ ამობურცულობებს, ასევე ბიძგებს, როდესაც ნაყოფი გაღვიძებულია და აქტიურია.



მესამე მანევრი (ქვედა ჰოლესი). დადექით სახით დედის ფეხებისკენ. ორივე ხელის თითები შეაჭითეთ და ჰაერმარჯვი ზედაპირებით გასინჯეთ სიმფიზის ზედა უბანი. დააჯვირხეთ, ქვემო მიმართულებით ზენოლისას ხელები **შორდება** ეჭთმანეთს, თუ ეჭთად ჩრება. ეს გაჩვენებთ, ნაყოფის ჩომელი ნაწილია, თავი თუ დუნდუნები, ჩამოსული მენჯის შესავალში.

თუ წინ ნაყოფის თავია. თითებით შეიგრძნობთ გლევ, მჯვრივ, მრგვალ ზედაპირს ორივე მხრიდან.

თუ ხელები ეჭთმანეთს შორდება. წინმდებარე ნაწილი მენჯის შესავალშია, ჩოგორც ნახატზეა ნაჩვენები.

თუ ხელები ეჭთად ჩრება. შეგრძნათ ფჭთხილად დაანვეთ ჯოვილებს მარდის ბეშტის ზევით და თუ ნაყოფს ვეჭ შეეხებით. ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი თქვენი ხელების ზევითაა.



თუ ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი ქვემოთაა ჩამოსული, ჰაერჰაციით გასინჯეთ მისი სტრუქტურა და სიმჯვრივე. თუ ამას ვერ ახერხებთ, ფჭთხილად ამოძრავეთ ხელები ზევით მუცლის ზედა ნაწილისკენ და ხელებს შორის მოიქცით ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი.

ნაყოფის თავი გასინჯვით გლევია. მჯვრივი და მრგვალი; დუნდუნები ჩრილი. მაგრამ არაერთგვაროვანი.

მეოთხე მანევრი (წინმდებარე ნაწილის დაზუსტება). თქვენს ნამყვან ხელში მოიქცით ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი ქვედა პოლუსში და მეორე ხელით – ნაყოფის ნაწილი ზედა პოლუსში. ამ მანევრით შეგიძლიათ განასხვავოთ ნაყოფის თავი დენდეულებისგან.

თავი, ჩვეულებრივ, ქვედა პოლუსშია, ხოლო დენდეულები – ზედა პოლუსში. თუ ხელი მენჯის შესავლის ზევითაა, იგი ნაყოფის მდებარეობისგან დამოუკიდებლად მოძრაობს.



III ვიზიტის დასრულება

ჩვენსას გამოკვლევებს დაასრულებთ და ქალი ჩაიცმევს, მასთან ერთად განიხილეთ მიღებული მონაცემები. თუ შემდგომში მონაცემები აუცილებელია ორსულობის დადასტურებისთვის, განიხილეთ შემდეგი საფეხურები ამ მონაცემების მისაღებად. განამტკიცეთ ორსულის მოვლის მნიშვნელობა. მიღებული მონაცემები ჩაწერეთ ორსულის ისტორიაში.

მიღებული მონაცემების ჩანერა

ყურადღება მიაქციეთ, რომ თავდაპირველად დაგჭირდებათ ნინადადებების გამოყენება მიღებული მონაცემების ჩასანერად, მოგვიანებით შეგიძლიათ ფრაზების გამოყენება. ქვემოთ მოყვანილია ჩანანერის სტანდარტული ფრაზები.

მიღებული მონაცემების ჩანერა - ორსული ქალი.

"*შესული:* ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურები არ არის. ნაწლავის ხმიანობები აქტიურია. ჩხირია, უმტკივნეულო; ჰეპატოსპლენომეგალია ან ჩიმე 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, ჩხირია, გარეთა ხვრელში მცირის 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."

აღნერილია ჯანმრთელი 6 კვირის ორსულის გამოკვლევა. მესამე ორსულობა.

ან

"*შესული:* ქვემოთ ოპერაციის შემდგომი განივი ნაწიბურია. ნაწლავის ხმიანობები აქტიურია. ჩხირია. უმტკივნეულო; ჰეპატოსპლენომეგალია ან ჩიმე სიმაგრეები არ ისინჯება; ძირი ისინჯება ბოქვენის სიმფიზის თავზე. ნაყოფის გულისცემა არ მოისმინება. საზარდულის ლენოპათია არ არის. *ბიმანუალური გამოკვლევა:* საშვილოსნოს ყელი შუაშია, ჩხირია, 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 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. Berghottt 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 Gynccol 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 Obstet 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. BOISOllnault JS, Blaschak MJ. Incidence of diastasis rectus abdominis during the childbearing year. Phys Ther 68(7): 1082-1086,1988.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (AGOG). Nausea and vomiting of pregnancy. Practice Bulletin No. 52. Obstet Gynecol 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. Americon 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 grawth 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 Outconics. 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 გაიზრდა. 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 ქრონიკოსებმა 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 ნარმოშობს ახალ მიზნებს ქრონიკული მოვლისთვის - "ინტერაქტიური ჯანმრთელობის დამყარებას აქტიურ პაციენტებსა და ნაკლებად აქტიურ ჯგუფებს შორის, რაც ნარმოშობს მაღალი ხარისხის დამატებულ შედეგებს და აუმჯობესებს გამოსავალს"[3] – და ქრონიკული 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 "სანეთიღღეო" ასაკზე. ოჯახში გაგება და მობილიზება, სოციალური და საზოგადოებრივი მხარდაჭერა; იმ ჩვევების მნიშვნელობა, რომელიც აუცილებელია ფუნქციური შეფასებისთვის, "შეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი"; და ხანდახმული პირების ხანგრძლივი ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების ხელშეწყობის შესაძლებლობები.

ამ თავში მიმოვიხილავთ ასაკის მატებისთვის დამახასიათებელ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს განკვეთში *ანატომია და ფიზიოლოგია*, ასევე დაბერების პროცესის მრავალფეროვნებას ნორმალური და პათოლოგიური ობიექტური მონაცემების გარჩევას. შემდეგ მოდის განკვეთი – *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 განკვეთში, ინტერესის განსაკუთრებული არეები, სადაც ხდება შეფასება სწორი და განსახილველი სიმპტომების, გამოვლენილია ყოველდღიური აქტივობის შეფასების, ნამლების მიღების, ყვების, მწვავე და ქრონიკული ტკივილის, ცხოვრების სტილის და რვევების. როგორიცაა აღკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება, გადაუდებელი დახმარების და პალიატიური მკურნალობის მნიშვნელობა. *ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჩვევები* მოიცავს ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის გამოკვლევის ჰეჯომენდაციებს, რაც მოიცავს ისეთ საკითხებზე ჩვევებს, როგორიცაა მხედველობა და სმენა, ფიზიკური ვარჯიში, იმუნიზაცია, ბინაში უსაფრთხოება, ჯიბო, დეპრესია, დემენცია და ორალური მკურნალობა. *გამოკვლევის მეთოდებში* აღნერილია ფუნქციური შეფასება: "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი" და ნარმოგიდგენთ კაბინეტში გამოკვლევის ეფექტურ სამუშაღებას, 10-წუთიან გერიატრიულ ტესტს. შემდეგ მოკყვება 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. *მილებული მონაცემების ჩანანერი* მოიცავს დაავადების ისტორიის და ობიექტური გამოკვლევის ნიმუშს.

ანატომია და ფიზიოლოგია

ასაკის მატება პირველ რიგში აისახება ფიზიოლოგიურ ჩეზერვზე და დამოკიდებული პროცესია, არ არის ჩარე დაავადებით გამონვეული. ეს ცვლილებები განსაკუთრებით იჩენს თავს სტრესის პერიოდებში, როგორიცაა ცვალებადი ტემპერატურის გავლენა, დეჰიდრატაცია ან შოკი. კანის ვაზოკონსტრიქციის და ოფლის გამოყოფის შემცირება აკარესებს სიცხეზე რეაქციას; ნყურვილის გრძნობის დაქვეითება ახანგრძლივებს დეჰიდრატაციის მდგომარეობიდან გამოჯანსაღებას. ასაკის მატებისთვის დამახასიათებელი გულის ნეთმოცულობის, მარცხენა პარკუჭის არების შემცირება და გულისცემის მაქსიმალური სიხშირე აკარესებს შოკზე რეაქციას.

ამავე დროს, მოხუცებულთა პოპულაცია ჰეტეროგენობით ხასიათდება. მკვლევარებმა გამოყვეს ის ფართო ცვლილებები, რომლებიც თან სდევს დაბერებას და გამოყვეს "ჩვეულებრივი" დაბერება დაავადებებისა და გაკარესების კომპლექსით "სანეთიღღეო" ასაკისგან. "სანეთიღღეო 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%-ში [4-6].

ეს მონაცემები გვანვლის დამაჯერებელ ფაქტებს იმის შესახებ, რომ ოპტიმალური ყვება, ფიზიკური ვარჯიში, ყოველდღიური ფუნქციონირება ახანგრძლივებს ფიზიოლოგიური ხეზეიგების შემცირებას.

სასიცოცხლო ნიშნები

სისხლის წნევა. დასავლეთ საზოგადოებებში სისტოლური წნევა მატულობს ბავშვობიდან ასაკის მატებასთან ერთად. ათერომატოზული ხდება. ხოლო ასაკად ელასტიური ხდება, მოცემული დარტყმითი მოცულობა ნაკლებად ეწინააღმდეგება; ხშირია *სისტოლური ჰიპერტენზია დიდი ჭურჭლის წნევით.* დიასტოლური წნევა ალარ იზრდება დაახლოებით მე-6 დეკადიდან. ზოგჯერ, ხანდახმულ პირებს არენიშნებათ ტენდენცია *პოსტურული (ორთოსტატული) ჰიპერტენზიის* — ფეხზე ადგომისას არტერიული წნევის ეცარი ვარდნა.

გულისცემის სიხშირე და რიტმი. მოხუცებულებში მოსვენებისას გულისცემის სიხშირე არ იცვლება, მაგრამ რიტმის ნამყვანის უკრედები მცირდება სინო-ატრიალურ კვანძში, რაც ფიზიოლოგიურ სტრესზე პასუხს ცვლის.[7]

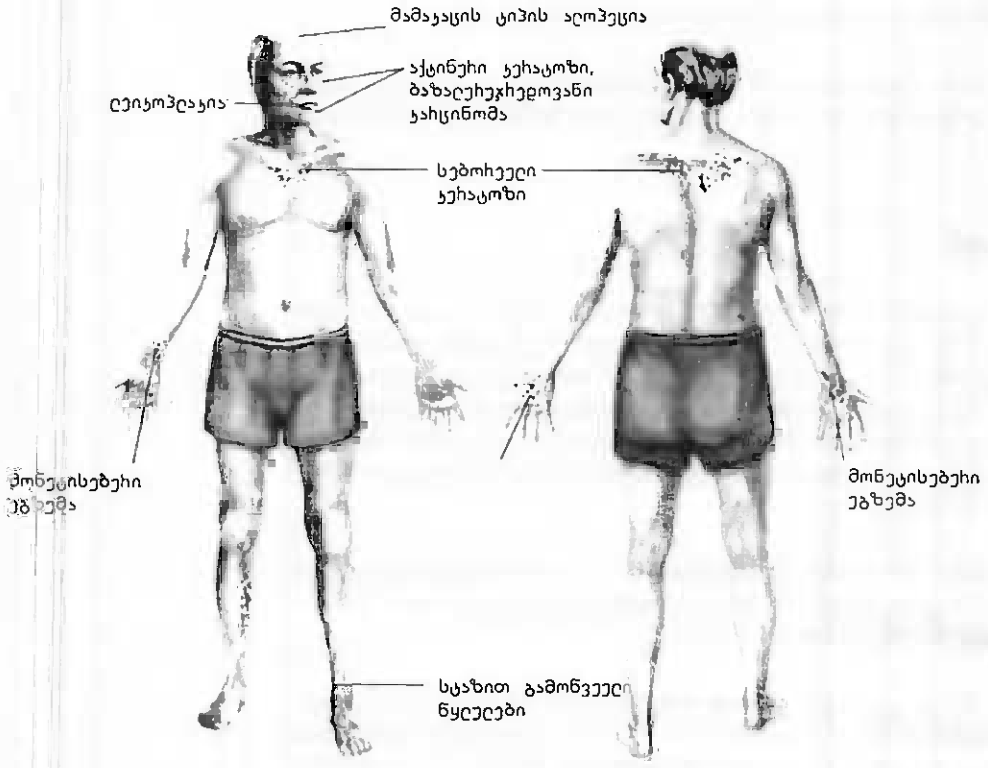
ხანდახმულ პირებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ რიტმის დარღვევები, როგორიცაა წინაგულოვანი და პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია. ასიმპტომური რიტმის ცვლილებები ძირითადად კეთილთვისებიანია. თუმცა, პოსტურული ჰიპერტენზის მსგავსად, შეიძლება გამოინვიოს *სინკოპეს* განვითარება ან გონების ხანმოკლე დაკარგვა.

სუნთქვის სიხშირე და ტემპერატურა. სუნთქვის სიხშირე არ იცვლება, მაგრამ ტემპერატურის რეგულაციის დარღვევა ინვევს *ჰიპოთერმიას.*

კანი, ფრჩხილები, თმა. ასაკის მატებასთან ერთად, კანზე ჩნდება ნაოჭები, დუნდება, მცირდება ტურგორი. კანის ვასკულარიზაცია მცირდება, რის გამოც კანი ფერმკრთალი და გამქვირვალე ხდება. მტევნის და ნინამხრის ზურგზე კანი ხდება თხელი, დანაოჭებული გამქვირვალე. შესაძლოა ღრძების და წითელი ხალების გაჩენა, რასაც ენოდება *actinic purpura*, რაც დროთა განმავლობაში ქრება. ეს ღრძები და ხალები ჩნდება ადვილად მსხვრევადი სისხლძარღვებიდან სისხლის გამოჟონვით კანში.

ფრჩხილები ნაკლებად ჰორიზონტალური 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. ღრინკვარად უფრო მნიშვნელოვანია ნორმალური თმის ცვენა სხეულის ორმეოცი უბანში: ტანზე, ბოქვენის არეში, იღლიებში, კიდურებზე. ხოლოსაც ქალი აღწევს 55 წლის ასაკს, ნიკაპზე და ზედა ტუჩზე შეიძლება თმა გაჩნდეს, მაგრამ უფრო ფართოდ არ ვრცელდება.



ან აღნიშნული ცვლილებების უმეტესობა მიეკუთვნება თეთრკანიანებს და ან არის აუცილებელი, ასევე ეხებოდეს შავკანიანებს. მაგალითად, აბორიგენ ამერიკელ მამაკაცებს თეთრკანიანებთან შედარებით ნაკლებად აქვთ განვითარებული თმიანობა სახეზე და ტანზე და უნდა შეაფასოთ მათი ნორმების მიხედვით.

თვალი და ხედვა. თვალები, ყურები და პირი ანატომის მატების მთავარი სამიზნე ხდება. თვალების გარშემო ცხიმოვანი ქსოვილი მცირდება, რის გამოც თვალის კაკლები ორბიტაში უფრო ღრმად ჯდება. ქუთუთოების კანი ნაოჭდება, იშვიათად, ჩამოეკიდება. ცხიმი შეიძლება დაკარგოს ქუთუთოების ფასცია ნინისკენ, ნარმოქმნას გამობერილობა, განსაკუთრებით ქვედა ქუთუთოზე და ზედა ქუთუთოს შუა მესამედზე. ვინაიდან შემცირებულია ცრემლის გამოყოფა, ხანდახმეულები თვალების სიმშრალეს ეჩივიან. ჰკოვანა კარგავს თავის ბრწყინვალებას.

ბუგები პატარავდება, რაც აძნელებს ფერების გამოკვლევას. შეიძლება ბუგები ორნავ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან, მაგრამ ერგორებენ სინათლეზე და ახლო მხედველობაზე.

მხედველობის სიმახვილე მკვეთრია 20-დან 50 წლამდე ასაკში, 70 წლამდე თანდათან ქვეითდება, ხოლო მის ზევით – სწრაფად. ხოგკის, ასაკოვან პაციენტებს შენარჩუნებული აქვთ კარგი მხედველობა (20/20 დან 20/70 სტანდარტული ოკების გამოკვლევისას). თუმცა, ახლომხედველობა ყველას უვითარდება. ბავშვობის პერიოდიდან ბოლო თანდათან კარგავს ელასტიურობას და თვალებს თანდათან უჭირს აკომოდაცია და ფოკუსირება ახლოს მდებარე საგნებზე. *პრესბიოპია*, ჩვეულებრივ, ვითარდება მეხუთე ათეულის განმავლობაში.

ასაკის მატება აზიანებს ბოლს და ზედის *ჯატახაქტის, გლაუკომის და მაკულას დეგენერაცი-ის* ხისკს. ბოლის გასქელება და გაყვითლება აქვეითებს სინათლის სხივის გატარებას, ის გამოც ასაკოვან პირებს უფრო მეტი განათება ესაჭიროებათ კითხვისთვის და საქმიანობისთვის. ჯატარაქტა უვითარდება 60 წლის ასაკის 10 ადამიანიდან 1-ს, 80 წლის ასაკში 3-დან 1-ს. იმის გამო, რომ ლების განმავლობაში ბოლი იზრდება, იგი ანვება ფერად გარს გვერდზე, ვინრდება კუთხე ფერად გარსსა და ყოვანას შორის და იზრდება *ვინრო-კუთხიანი გლაუკომის* განვითარების ისკი.

მხედველობის მსგავსად, სმენა ასევე ქვეითდება ასაკში. ადრეული დაქვეითება, რომელიც ბავშვობიდან იწყება, მოიცავს პირველ რიგში მაღალი ტონალობის ბგერებს, რომელიც ჩვეულებრივი სასაუბრო ხმის სახღვრებს გარეთაა და დაბალი ფუნქციური მნიშვნელობა აქვს. თანდათან იკარგება საშუალო და დაბალი ბგერების აღქმა. როდესაც ადამიანს უჭირს მაღალი ტონების დაჭერა და ესმის დაბალი ტონები, სიტყვები მახინჯდება და უჭირს მათი მნიშვნელობის გაგება, განსაკუთრებით ხმაურიან გარემოში. ასაკთან დაკავშირებული სმენის დაქვეითება, რასაც *პრესბიკუსია* ეწოდება, იწყება 50 წლის ზევით.

ასაკს ახლავს ნერწყვის გამოყოფის შემცირება და გემოვნების დაქვეითება, მაგრამ იგივე ცვლილებები შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა ნამალმა ან დაავადებამ. კბილები ქვემოთ იწევა, ცვდება ან ცვივა კარიესის ან სხვა მიზეზით (გვ. 235-236). მოზრდილთა უმეტესობაში კბილების დაკარგვის ყველაზე ხშირი მიზეზია პერიოდონტული დაავადებები (გვ. 235).

თუ ადამიანს კბილები არ აქვს, სარის ქვედა ნაწილი ეფრო პატარა და ჩავარდნილი ჩანს, პირის გარშემო ნაოჭები ჩნდება. პირის კუთხეებში ვითარდება კანის მცერაცია, რასაც *ანგულური ხეილიტი* ეწოდება (გვ. 230). კბის ძვლოვანი ქიდები, რომლებიც გარს ატარებს კბილების ძირებს, თანდათან გაინოვება, განსაკუთრებით ქვედა კბაზე.

ასაკთან ერთად პერპირებადი ქსირის ღიმფური კვანძების სიხშირე თანდათან მცირდება და, ერთი კვლევის მიხედვით, 50-დან 60 წლამდე ასაკში მცირდება 50%-ით. ღიმფური კვანძებისგან განსხვავებით, კბისქვეშა კვანძები ადვილად შეიგრძნობა.

ბგერ-მკერდი და ფილტვები. ასაკის მატებასთან ერთად, ფიზიკური დატვირთვის ამტანობა ქვეთდება. ბგერ-მკერდის კედელი მოძრაობის მიმართ ეფრო ხიგრძეროვანია, სუნთქვითი კუნთები სუსტდება და ფილტვები კარგავენ ელასტიურობას. სუნთქვის სიხშირე მაქსიმალური ამოსუნთქვით მცირდება, ხველა ნაკლებად ეფექტური ხდება.

ასაკის მატებასთან დაკავშირებული ჩონჩხის ცვლილებები გამოიხატება ხერხემლის ბგერ-მკერდის ნაწილის გამოხრეკილობის გაზრდაში, რაც ნარმოქმნის კიფოზს, და ბგერ-მკერდის წინა-უკანა დიამეტრის გაზრდაში. ამის შედეგად ნარმოქმნება "კასრისებური ბგერ-მკერდი", თუმცა იგი სუნთქვის ფუნქციაზე ნაკლებად მოქმედებს.

ბგერ-სისხლძარღვთა სისტემა. ასაკის მატებასთან ერთად ბგერ-სისხლძარღვთა სისტემის მონაცემები იცვლება. განიხილეთ ასაკის გავლენა სისხლის ნნევასა და გულისცემის სიხშირეზე, რომელიც აღნერილია 292-ე გვერდზე. ასაკი ასევე მოქმედებს კისრის სისხლძარღვთა ხმიანობაზე და დამატებითი ტონების — S_3 და S_4 და სისტოლური შუილის განვითარებაზე.

ᲡᲘᲡᲮᲘᲡ ᲡᲘᲡᲮᲚᲫᲐᲮᲕᲔᲑᲘ. აორტის და მისი ტოტების დაგძელება და დაჭიმვა ინვევს საძილე არტერიების დაგრეხვას სისხის ქვედა ნაწილში, განსაკუთრებით მარჯვნივ. ჰიპერტენზიის მქონე ქალებში მოპერაციო გამობუსკულობა შეიძლება შეცდომით საძილე არტერიის ანევრიზმად ჩათვალონ. დაჭიმული აორტა იშვიათად ზრდის წნევას საჭმლის ვენებში სისხის მარცხენა მხარეს გულ-მკერდში მათი დრენაჟის შემცირებით.

ხანდაზმულებში სისტოლური შუილი მოისმინება საძილე არტერიის შუა ან ზედა ნაწილებზე და მიუთითებს, მაგრამ არ ამტკიცებს, ათეროსკლეროზული შევიწროვების არსებობას. ამის საპირისპიროდ, ახალგაზრდებში შუილი, ჩვეულებრივ, უვნებელია.

ᲑᲐᲭᲘᲡ 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 ბაჭის შეგუბებითი უკმარისობის ნიშანია მარცხენა პარკუჭის მოცულობითი გადატვირთვის გამო, ასევე ბაჭის იშემიური დაავადების და ბაჭის მანჭის გამო (მაგ., მიტრალური ნაკლოვანება). ამის საპირისპიროდ, ბაჭის *მეოთხე ტონი* იშვიათია ახალგარდებში და ჯანმრთელ სპორტსმენებში. S_4 შეიძლება მოისმინებოდეს ჯანმრთელ ასაკოვან პირებში, მაგრამ ხშირად მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის ჰეპარტიციის და ავსების შემცირებაზე. (იხ. ცხრილი 8-7, ბაჭის დამატებითი ტონები დიასტოლის ფაზაში. გვ. 330).

ბაჭის შუილები. სამკარო 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 ჩაღრმის გასქელება შემაერთებელი ქსოვილით, რასაც მოჰყვება კალცინოზი და ვიბრაციის გაძლიერება. გაფართოებულ აორტაში სისხლის მოძრაობა წარმოქმნის ტურბულენტობას და შუილს. ადამიანთა უმრავლესობაში, კალცინოზის და ფიბროზის პროცესი, რასაც *აორტის სტენოზი* ეწოდება, 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 პულსაციით განასხვავებთ აორტის სტენოზისგან, ჩოდესაც პულსაცია გარანგრძლივებულია, მაგრამ კლინიკურად აორტის სტენოზის და სტენოზის განსხვავება ძნელია. ორივე მდგომარეობა ზრდის კარდიოვასკულურ ავადობას და სიკვდილობას.

იგივე ცვლილებები ახიანებს მიტრალურ სარქველს, ჩვეულებრივ, ვითარდება დაახლოებით ერთი დეკადით გვიან, ვიდრე აორტის სტენოზი. მიტრალური სარქველის ან ჩაღრმის კალცინოზი აძნელებს სარქველის დახურვას სისტოლის ფაზაში, რაც წარმოშობს სისტოლურ შუილს *მიტრალური რეგურგიტაციის* გამო. ეს შუილი ხდება პათოლოგიური, ჩოდესაც მარცხენა პარკუჭში იზრდება მოცულობითი დატვირთვა.

ᲡᲐᲫᲘᲫᲕᲔ ᲭᲘᲜᲯᲕᲚᲔᲑᲘ ᲓᲐ ᲘᲚᲚᲘᲘᲡ ᲤᲝᲡᲪᲔᲑᲘ. ნორმალურად მოზრდილთა საძილე ჯიჯგვლები ჰგავია, მაგრამ ასევე კვანძოვანია, ჯიჯგვლოვანი ან ხორკლიანი. ეს ცვლილებები წარმოადგენს ფიზიოლოგიურ კვანძოვანებას. ის შეიძლება ორმხრივი იყოს და მთელ ჯიჯგვალში ან მის ნაწილში. ასაკის მატებასთან ერთად, ქალის საძილე ჯიჯგვლები პატარავდება ჯიჯგვლოვანი ქსოვილის ატროფიის და ცხიმოვანი ქსოვილით ჩანაცვლების გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ცხიმოვანი ქსოვილის წილი იზრდება, მისი საერთო მოცულობა მცირდება. საძილე ჯიჯგვლები ბრტყელდება და უფრო ჩამოყალიბებული ხდება. დვრილის გარშემო საღინარები უფრო ადვილად ისინჯება მკვრივი, მოჭკოვანი ჭიმების სახით. ილლიის თმიანობა მცირდება.

მუცელი. სამუალო ასაკში და შემდგომ ნლებში მუცლის ქვემო ნანილში და თეძოებზე ცხიმი გროვდება, მაშინ როდესაც სხეულის წონა 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 მწვავე 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, ყითა, 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 ეროტიკულ გალიზიანებაზე. ასო ზომაში მცირდება, სათესლე ჯირკვლები ღრმად ჩადის სათესლე პარკში. ქრონიკული დაავადებები ასაკზე მეტად ამცირებს სათესლეების ზომას. მცირდება და ჭალარავდება ბოქვენის თმიანობა. ერექტილი 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 წყდება მენსტრაციული ციკლი. ესტროგენების სტიმულაციის დაქვეითებასთან ერთად ქალები განიცდიან ნამოხურებას (ალებს), ზოგჯერ 5 ნლის განმავლობაში. სიმპტომები ცვალებადობს ნამოხურებიდან, ოფლიანობიდან და გულის ფრიალიდან შემცივნებამდე და გაღიზიანებამდე. 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 ვიწროვდება და მოკლდება, ღრუნოვანი გარსი თხელდება, ფერმკრთალდება და შრება, იკარგება სრიალის უნარი. საშვილოსნო და საკვერცხეები მცირდება ზომაში. მენოპაუზიდან 10 ნლის განმავლობაში საკვერცხეები პალპაციით აღარ ისინჯება. დანამატების, საშვილოსნოს და მარდის ბეშტის დამჭერი იოგები დუნდება. სექსუალურობა და სქესობრივი ინტერესი ხშირად არ იცვლება, განსაკუთრებით პარტნიორის არარსებობისას, დაკარგვისას ან ეჩვეულო სამუშაოს და ცხოვრებისეული სტრესების ფონზე.[9]

მამაკაცებში ნინამდებარე ჯირკვლის ეპითელური და სტრომის ჭარბოვლების ჰიპერფერასია, 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] მარდვის გაძნელებას, ნაკადის ხანვას, არასრულ დაცლას ხშირად, BPH გარდა, სხვა მიზეზებიც აქვს, როგორიცაა თანმხლები დაავადებები, ერექციის მიღება და ქვედა გზების დარღვევები. ჰიპერპლაზია გრძელდება და იზრდება მეშვიდე დეკადამდე, შემდეგ ალბათ აღინიშნება. ეს ცვლილებები ანდროგენებზეა დამოკიდებული.

პერიფერიული სისხლძარღვები. ასაკის მატება თავისთავად, ნარმოადგენს პერიფერიული 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. პერიფერიული არტერიები გრძელდება, უფრო დაკლაკნილი ხდება და გასინჯვით უფრო

მკვრივია და ნაკლებ ელასტიური. თუმცა, ეს ცვლილებები აუცილებლად ათეროსკლეროზის ან ჰორონახული და თავის ტვინის სისხლძარღვების დაზიანების მაჩვენებელი არ არის.

ჯანის, ფრჩხილების და თმის ხშირი ცვლილებები, რომლებიც აღწერილი, არ არის სპეციფიკური არტერიული უკმარისობისთვის, თუმცა ელასტიურად მასთანაა დაკავშირებული. არტერიული ჰელსაციის გაჭრობა 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 კოჭლობას (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 ჰორბელმაა 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 დაბრტყელება ან გათხელება ოსტეოპოროზის გამო. მუხლის და მენჯბარძაყის სახსრებში მოხრა ასევე ხელს უწყობს დაბერებას. 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, ორგები 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 ჩაოდენობა და ვლინდება მიკროანატომიური და ბიოქიმიური ცვლილებები. მიუხედავად ამისა, უმეტესობა კარგად ებუება სიბერეს. ისინი ინარჩუნებენ ღირსების გრძნობას, ეჩვევიან შეცვლილ შესაძლებლობებს და სიტუაციებს და, საბოლოოდ, თავს ამზადებენ სიკვდილისთვის.

ხანდაზმულთა უმრავლესობა კარგად პასუხობს გონებრივი მდგომარეობის გამოკვლევას, მაგრამ ვლინდება ზოგიერთი დარღვევები, განსაკუთრებით დიდ ასაკში. ხანდაზმულთა უმრავლესობა უჩივის მეხსიერებას. "კეთილთვისებიანი გულმავიწყობა" 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 აღკვეთოთ დაავადების ჩივილების შეხვედრებში. გულმავიწყობასთან დამატებით ხანდაზმულები ნელა იხსენებენ და უფრო მეტი დრო ესაჭიროებათ ახალი ინფორმაციის დამახსოვრებისთვის. მათი მოტორული აქტივობა შენელებულია და ქვეითდება ორული ამოცანების შესრულების შესაძლებლობა.

ხშირად, ექიმისგან ესაჭიროება გაარჩიოს ნერვული სისტემის ასაკით განპირობებული ცვლილებები გონებრივი დარღვევების სპეციფიკური გამოვლინებებისგან, როგორიცაა დეპრესია

და დემენსია, ჰომეის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს. ამ მოვლენების გამოჩენცხვა დაავადებების ჩივილებისგან შეიძლება ჰოული იყოს, განსაკუთრებით იმიტომ, რომ ხასიათის დახლვევები და ფსიქიკური ცვლილებები მოქმედებს ავადმყოფის უნარზე, ამოიცნოს და გადმოსცეს სიმპტომები. ხანდაზმულები უფრო მიდრეკილნი არიან დელირიუმისადმი (ცნობიერების დახლვევის ხანმოკლე მდგომარეობა), რომელიც შეიძლება ინფექციის ან ჰიპოპარატებთან დაკავშირებული ჰორმონების პირველი ნიშანი იყოს. ექიმისტს 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 რეაქტიულობის ცვლილებები, რაც ზევითაა აღნერილი.

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. ჩოგორც 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 აგერიოთ (გვ. 653). თუმცა, პარკინსონიზმის ტრემორისგან განსხვავებით, ჯეთილთვისებიანი ტრემორი ორნავ სწრაფია, მოსვენებისას ქრება და არ არის დაკავშირებული კუნთების ჰიგიდრობასთან.

ასაკის მატება ასევე მოქმედებს ვიბრაციულ მგრძნობელობაზე და რეფლექსებზე. ხანდაზმულები ხშირად კარგავენ ზოგიერთ ან ყველა სახის ვიბრაციულ მგრძნობელობას ტერფებსა და კოჭებში (მაგრამ არა თითებსა და წვივებში). 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 დახლვევები, ან თუ ატროფია და რეფლექსები ასიმეტრიულად იცვლება, მათ ასაკის გარდა სხვა ახსნა უნდა მოეძებნოთ.

ანამნეზი

III ავადმყოფთან ურთიერთობა

ჩოდესაც ხანდაზმულ ადამიანს ესაუბრებით, უფრო დახვეწილი გახადეთ ანამნეზის შეკრების მეთოდები. თქვენი ქცევებიდან უნდა ჩანდეს პატივისცემა, მოთმინება და ჯელტესია. პაციენტს გვახით მიმახთეთ.

ხანდაზმულ პაციენტთან ურთიერთობა

- ჯაბინეტის გარემოს მისადაგება
- ვიზიტის შინაარსის და ტემპის ჩამოყალიბება
- სიმპტომების გამოვლენა
- ასაკით განპირობებული ჯელტეხილი დონის განსაზღვრა



ჯაბინეტის გარემოს მისადაგება. პირველ ხიგში, მოანესთიგეთ ჯაბინეტის, საავადმყოფოს ან მოხელებელთა თავშესაფარის გარემო ისე, რომ პაციენტმა ადვილად უპასუხოს თქვენს ჯითხვებს. გაიხსენეთ ტემპერატურის ჩეგელაციის ფიზიოლოგიური ცვლილებები და უზრუნველყავით, რომ ოთახში არც ცივდეს და არც ცხელდეს. ჯარგი განათება დაგეხმარებათ ბეღლის ციების ცვლილების კომპენსაციაში – ჯარგად 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 ეჭირს მაღალი ტონალობის ბგერების გარჩევა, ამიტომ ოთახი ჯომფორტული და ჩუმი უნდა იყოს, რათა უზრუნველყოთ ზუსტი ჩეკლციები და პასუხები. საავადმყოფოში სთხოვეთ გამორთონ ჩადიო ან ტელევიზორი, სანამ საუბარს დაიწყებთ. თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ "ჯიბის სასაუბრო" - მიკროფონი, რომელიც თქვენს ხმას გაზრდის და უკავშირდება სასმენ აპარატს. ეცადეთ დაბალ ტონალობაში იღაპარაკოთ, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტმა გაიკეთოს სათვალე, სასმენი აპარატი და პროთეზი ურთიერთობის გაუმჯობესებისთვის. ავადმყოფს, რომელსაც ოთხთავა ჯუნთის მოდუნება აქვს, შესთავაზეთ მაღალი და ფართო სკამი, ისე, რომ სახელეხები მაგიდის დონემდე იყოს.

ვიზიტის მინაარსის და ტემპის ჩამოყალიბება. ხანდაზმულ ავადმყოფებთან შეიძლება ხშირად მოგინიოთ პირველადი ან დისპანსერული მეთვალყურეობის ვიზიტების ტრადიციული ფორმატის შეცვლა. შეა ხანს გადასცილებული ადამიანები იწყებენ არა განვლილი,

ახამენ დაჩრენილი ნების დათვლას. ხანშიშესულები ხშირად იხსენებენ ნახსულს და მსჯელობენ ნახსული გამოცდილებით. მათი ცხოვრების მიმოხილვის მოსმენა გეხმარებათ ჩაწვდეთ ახსში და გაათავისუფლოთ ავადმყოფი მტკივნეული გრძნობებისგან ან განუახლოთ სიხარული და ღიმილება.

ამავე დროს, მნიშვნელოვანია ნორმალობის მიღწევა პაციენტის შესაძლებლობებთან დაკავშირებული კომპლექსების შეფასებასა და შესაძლო სისუსტეს შორის. საკმარისი დრო დაუთმეთ ავადმყოფის ბოლომდე მოსმენას, მაგრამ არ გადაცილოთ, ფარითოლ 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 ჯერიატრისგან მოითხოვს ყურადღებას და გამჭრიახობას: პაციენტი ზოგჯერ უნებლიეთ ან განზრახ არ გადმოსცემს ჩივილებს. მწვავე დაავადების დადგენა შეიძლება ძნელი იყოს; ჩვეული ნიშნები შეიძლება გერიატრიულ სინდრომებს ნიღბავდეს; ავადმყოფს შეიძლება ალენიშნებოდეს ცნობიერების დარღვევა.

ხანდაზმული პირები ხშირად ცდილობენ თავი ჯანმრთელად წარმოაჩინონ, 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 ყურადრებას 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 სტანდარტული ტესტები, ისევე როგორც ოჯახის წევრებთან და მომვლელებთან კონსულტაციები.

ხანდაზმულებში მწვავე დაავადებები განსხვავებულად ვლინდება, ვიდრე ახალგაზრდებში. ინფექციის მქონე ხანდაზმული პაციენტებს ნაკლებად ალენიშნებათ 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 წლის ზევით ასაკის პირებში. ხანდაზმულებს უფრო ხშირად ალენიშნებათ ანორექსია და მოცრუმცრუმე 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 ტიპის სიმპტომთა ჯგუფების ამოცნობას. *გერიატრიული სინდრომები* ხასიათდება მრავალი რისკ-ფაქტორით შორის ურთიერთობითა და შესაძლო სინერგიზმით,

მაგალითად, დავახარისხოთ, თავბრუსხვევა, შარდის შეუკავებლობა და ფუნქციური ეუნარობა.[15] სტუდენტებმა უნდა ისწავლონ ეს სინდრომები, ვინაიდან ეს სამი სიმპტომი მეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰიპოდენიმე სხვასთან, რომლებზედაც ავადმყოფს უჩივლება არ გაემახვილებია. ჩვეულებრივი "ინფორმირებული დიაგნოზის" მოძებნა მეიძლება მიესადაგოს ხანდაზმული პაციენტის 50%-ზე ნაკლებს.[16]

ბოლოს, სტუდენტმა უნდა იცოდეს, თუ როგორ მოქმედებს ცნობიერების დაქვეითება ავადმყოფის ანამნეზზე. ფაქტია, რომ როდესაც ხანდაზმული პაციენტი აღნიშნავს სიმპტომებს, მათი მონათხრობი ეფექტო სანდოა და ეფექტო მეტ სიმპტომს მოიცავს, ვიდრე ოჯახის წევრების ან დამატებითი წყაროების ინფორმაცია.[17-20] როდესაც ადარებთ ნორმალური ცნობიერების მქონე ადამიანს, მის მსგავსად, ხანდაზმული პირი ცნობიერების მცირე დარღვევით დანვრილებით ანამნეზს გაწვდით.[17] საჭირო ინფორმაციის მისაღებად გამოიყენეთ მარტივი კითხვები. ცნობიერების ეფექტო ღრმა დარღვევის მქონე პაციენტებში ძირითადი სიმპტომები დააზუსტეთ ოჯახის წევრებთან ან მომვლელთან ავადმყოფის თანდასწრებით და მისი თანხმობით.

ისწავლეთ სტერეოტიპების ამოცნობა და თავიდან აცილება, რათა ყოველი პაციენტი განიხილოთ, როგორც განმეორებული პირობენება თავისი ცხოვრებისეული გამოცდილებით. როდესაც პაციენტს ესმენთ, დააკვირდით, როგორ ხელავს საკუთარ თავს და მის მდგომარეობას, ასევე მის პრიორიტეტებს, მიზნებს და ჩვევების მიბაძვას. ყველაფერი ამის ცოდნა ზრდის თქვენს ჯგუფის ხანდაზმულ პაციენტთან გამოკვლევის და მკურნალობის გეგმის შეთანხმებისას.

ხანდაზმულ პირებთან ეფექტური ურთიერთობის საკვანძო საკითხები

- უზრუნველყავით კარგად განათებული, თბილი სიტყვა მინიმალური ხმაურით და უსაფრთხო სკამით და ადილად მისადგომი გამოსაკვლევი მაგიდით.
- დაჯექით ავადმყოფის პირდაპირ და ესაუბრეთ დაბალი ტონით; დარწმუნდით, რომ თუ ესაჭიროება, გაიკეთოს სათვალე, სასმენი აპარატი და პროთეზი.
- ვიზიტის ხანგრძლივობა და შინაარსი მიუსადაგეთ ავადმყოფის ამტანობას; საჭიროების შემთხვევაში მეგიძლიათ პირველი გამოკვლევა რამ ვიზიტად გაჰყოთ.
- დრო დაუთმეთ ღია კითხვებს და მოგონებებს; საჭიროების შემთხვევაში ჩართეთ ოჯახის წევრები და მომვლელი, განსაკუთრებით, თუ ავადმყოფს ცნობიერების დარღვევა აღენიშნება.
- გამოიყენეთ ხანმოკლე სკრინინგული მეთოდები, საქიმო ჩანაწერი და მონათესავე დისციპლინების ცნობები.
- ტკივილი გამომწვევი მიზეზის დასადგენად ყურადღებით შეაფასეთ სიმპტომები, განსაკუთრებით საერთო სისუსტე, მადის დაკარგვა, თავბრუსხვევა.
- დარწმუნდით, რომ ნევროლობითი ინსტრუქციები საკმარისად დიდი შრიფტითაა დანერილი, რათა პაციენტმა ადვილად წარკითხოს.

ხანდაზმულებში კერძოდი თავისებურებების გათვალისწინება. ჯერ-ჯერობით უნდა ვიმაღლოს ცოდნა და გამოცდილება ჯანმრთელობის ხარისხსა და კერძოდზე, რათა განსაზღვროს ავადმყოფის ნებართვა ავადმყოფობაზე და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე. 1990-2000 წლებს შორის ევროპული ესპანელი, აფრო-ამერიკელი, აბორიგენი ამერიკელები და სხვა ეთნიკური ჯგუფები პოპულაციის დაახლოებით 43%-ს შეადგენდა.[21] 2050 წლისთვის მოსალოდნელია ისპანელთა რიცხვი 230%-ით გაიზრდება, ხოლო ასაკოვანთა რიცხვი – 510%-ით.[22]

ფსიქიატრი ჯანმრთელობის დიდ ძალისხმევას ახმარს ხანდაზმული პირის ტანჯვის, ავადმყოფობის და მოკვდავობის ფაქტორებისგან დაცვას. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა.

ხანდაზმული პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისას ფსიქიატრი ორიენტირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგად ფაქტორებზე, ასაკის მატებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე, ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა.

ხანდაზმული პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისას ფსიქიატრი ორიენტირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგად ფაქტორებზე, ასაკის მატებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე, ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა.

ხანდაზმული პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისას ფსიქიატრი ორიენტირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგად ფაქტორებზე, ასაკის მატებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე, ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა.

ხანდაზმული პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისას ფსიქიატრი ორიენტირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგად ფაქტორებზე, ასაკის მატებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე, ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა.

ზოგადი ან განსახიერებული სიმპტომების შეფასების სპეციალური საკითხები

ზოგადი საკითხები

- ყოველდღიური აქტივობა
- ყოველდღიური ცხოვრების ინსტრუმენტული აქტივობა
- მუშაობა
- ძილი
- ძნელად და ქრონიკული ტკივილი
- თამბაქოს მონევა და ალკოჰოლი
- გადაუდებელი და პალიატიური დახმარება

ხანდაზმული პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისას ფსიქიატრი ორიენტირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგად ფაქტორებზე, ასაკის მატებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებზე, ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა. ამ ასაკში ფსიქიკური აშლილობების ფონზე ხშირია სუიციდური ქცევა.

ყოველ საკითხს 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 მესნავლა პირველადია, რაც შემდგომი მეფასების სანყისი დონე იქნება. პირველ რიგში შეაფასეთ პაციენტის თავის მოვლის უნარი. ჰკითხეთ, როგორია მისი *ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა (Activities for Daily Living - ADL)* – რაც მეედება საკუთარი თავის მოვლის ძირითადი მესაძლებლობებისგან – შემდეგ დააღგინეთ მაღალი დონის ფუნქციონირების შესაძლებლობა – *ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობა (Instrumental Activities for Daily Living - IADL),* რაც ქვემოთაა ჩამოთვლილი. შეუძლია თუ არა ამ აქტივობების დამოუკიდებლად მესრულება, ესაჭიროება თუ არა დახმარება ან მთლიანად სხვაზეა დამოკიდებული?

დაიწყეთ ზოგადი კითხვებით - "მომიყევით გუშინდელი დღის ამბები" - და შემდეგ დანკრიტებით გამოკითხეთ ანამნეზი. "დილის 8 სთ-ზე დგებით? როგორ დგებით ლოგინიდან?" "აბაზანის შემდეგ რას აკეთებთ?" ჰკითხეთ რა შეიცვალა, ვინ ეხმარება, რამი ეხმარება. დარმაზსოვრეთ, რომ ავადმყოფის უსაფრთხოების მეფასება პრიორიტეტული საკითხია.

ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა და ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობა

ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა	*ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობა*
ბანაობა	ტელეფონის გამოყენება
ჩაცმა	მაღაზიაში სიარული
ტუალეტი	საქმლის მომზადება
გადაადგილება	სახლის დალაგება
შარდისა და მომნელებელი ტრაქტის სფინქტერების კონტროლი	რეცხვა
	ნამლების მიღება
	ტრანსპორტით მგზავრობა
კვება	
ფეხის კონტროლი	

მკურნალობა. ნამლების დანიშვნის სტატისტიკა მკაფიოდ ასაბუთებს ნამლების მიღების არეული ანამნეზის მეკრების აუცილებლობას.[3] ხანდაზმულთა დაახლოებით 80%-ს სულ ცოტა ერთი ქრონიკული დაავადება აქვთ და ყოველდღიურად იღებენ სულ ცოტა ერთ დანიშნულ პრეპარატს. 65 წლის ზევით ადამიანები იღებენ ყველა დანიშნული პრეპარატის 30%-ს. დაახლოებით 30% ყოველდღიურად იღებს ორზე მეტ დანიშნულ ნამალს! ხანდაზმულებს ალენიშნებათ ნამლების გვერდითი მოვლენების 50%-ზე მეტი, რაც ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი ხდება, ასახავს ნამალთა განანილების, მეტაბოლიზმის და გამოყოფის ფარმაკოდინამიკის ცვლილებებს და ზრდის ავადმყოფთა რისკს.

დანკრიტებით შეაგროვეთ მკურნალობის შესახებ ანამნეზი ნამლების დასახელების, დოზის, მიღების სიხშირის და თითოეული ნამლის ჩვენების რათვლით. ამომწურავად გაარკვიეთ პოლიფარმაციის ყველა კომპონენტი, სუბოპტიმალური დანიშვნის, სხვადასხვა პრეპარატების კონკურენტული გამოყენების, არაეფექტური გამოყენების, დანიშნულების ზუსტი მესრულების რათვლით. გამოკითხეთ ეფექტურ ნამლების, ვიტამინების და კვებითი დანამატების, ფსიქოტროპული პრეპარატების, როგორიცაა ნარკოტიკები, ბენზოდიაზეპინი, და გამამხიარულებელი, ნივთიერებების მიღების შესახებ.

შეაფასეთ მედიკამენტების ურთიერთმოქმედება. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ უძილობის მკურნალობას, რაც ხანდაზმულთა დაახლოებით 40%-ს ალენიშნება. ამ დროს საუკეთესო მკურნალობა შეიძლება ფიზიკური ვარჯიშის გაზრდა იყოს. გაიხსენეთ, რომ ჰიპერტენზიები დავარდნის ყველაზე ხშირი მოდიფიცირებული რისკ-ფაქტორია. თქვენს ინსტრუქტორთან ერთად განიხილეთ ჰოლიფარმაციის თავიდან აცილების სტრატეგია. ჯარგი იქნება, თუ შეუმცირებთ ნამლების ოდენობას. ისწავლეთ ნამლების ურთიერთქმედებები და უკუჩვენებები ხანდაზმულთათვის.[25,26]

ყვება. ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დიეტის შესახებ ანამნეზის შეგროვება და სწორი შემოწმება დიეტის გამოყენებისა და ყვებითი სტრინინგის ანკეტის საშუალებით (გვ. 115). ასაკთან ერთად მატულობს მცირე ნაყვებობა, რაც ვლინდება ორაზოსპიტალის 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 ენურ-ნანელავის ტრაქტის დაავადებები, დეპრესია ან სხვა ფსიქიატრიული ჰრობლემა და მადის და ნერწყვის გამოყოფის დამაქვეითებელი ჰერპარატების 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 ალინიშნება. ტკივილის სიხშირე ცვალებადობს 25-დან 50%-მდე ბინაში მაცხოვრებელ ხანდაზმულებში, ხოლო 40-დან 80%-ში – მოხუცებულთა თავშესაფარში მაცხოვრებლებში. ტკივილის მიზეზი, ჩვეულებრივ, ძვალ-კუნთოვანი სისტემაა, რომელიც წელის და სახსრების ტკივილი.[29] ასევე ხშირია თავის ტკივილი, დიაბეტით და ჰერპესს ზოსტერით გამოწვეული ტკივილი, ღამით ფეხების ტკივილი და სიმსივნური ტკივილი. მოხუცებულები ტკივილს უფრო იშვიათად ეჩივიან, მათი ძირითადი ჩივილებია ძლიერი ტანჯვა, დეპრესია, სოციალური იზოლაცია, ფიზიკური უვარგისობა და ფუნქციების დაკარგვა.

მწვავე და ქრონიკული ტკივილის დახასიათება

მწვავე ტკივილი	ქრონიკული ტკივილი
დასვეთის დანყება	ხანგრძლივობა 3 თვეზე მეტია
ამჟამად პათოლოგია	ხშირად დაკავშირებულია ფიზიოლოგიურ
სანმოკლე მიმდინარეობა	ან ფუნქციურ დარღვევებთან
ხშირი მიზეზები: ოპერაციისშემდგომი,	ხასიათი და ინტენსივობა დროში ცვალებადობს
ტრავმა, თავის ტკივილი	ხშირი მიზეზები: ართრიტი, კიბო,
	ხანგამოშვებითი კოჭლობა, ფეხების
	სპაზმი, ნეიროპათია, რადიკულოპათია

გამოიკითხეთ ტკივილის შესახებ, რაც დღეს "მეხუთე სასიცოცხლო ნიშნად" განიხილება ხანდაზმული პაციენტის ყოველი გასინჯვისას. ჰკითხეთ კონკრეტულად "ამ წუთას რამე ხომ არ გტკივათ? გასული კვირის განმავლობაში?" ისწავლეთ მწვავე და ქრონიკული ტკივილის გარჩევა და დანკრიელებით გამოიკვლიეთ გამომწვევი მიზეზები. შეგიძლიათ გამოიყენოთ ტკივილის მრავალგანზომილებიანი და ერთგანზომილებიანი სკალები. ერთგანზომილებიანი სკალები, როგორიცაა ვიზუალური ანალოგიის სკალა, გრაფიკული სურათების და ვერბალური 0 – 10 სკალები მოწოდებულია და გამოსაყენებლად ადვილი.[29] შეისწავლეთ ტკივილის შემსუბუქების სამუალებები და რომელი ტკივილგამაყუჩებელი სამუალებებია მისაღები ხანდაზმულთათვის.

თამბაქოს მოხმარება და ალკოჰოლი. თამბაქოს მონევა ნებისმიერ ასაკში მავნებელია. თითოეული ვიზიტზე უნდა ხანდაზმულ მნეველს, რომ შენყვიტოს მონევა. თამბაქოს მონევის შენყვეტას დიდი სჭირდება, მაგრამ ის გულის, ფილტვის დაავადებების, ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარების და ყოველდღიური ფუნქციების დაქვეითების ისეთ შემცირების მნიშვნელოვანი საფუძველია.

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 ჯერიატრიაში, შესაბამისად, შეადგენს 21%, 24% და 36%-ს და აღინიშნება დაახლოებით იმ ხანდაზმულთა 1%-ში, რომლებმაც საავადმყოფოს მიმართეს.[31] მსმენელ ასაკოვან პირთა რაოდენობა 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 კითხვები. მიუხედავად იმისა, რომ ხანდაზმულებში სიმპტომები და სინდრომები მცირეა და დიდწილად დიაგნოზის დასმა ძნელია, ოთხი CAGE კითხვა (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 ჰაიმე სერიოზული დაავადება განვითარდება.[32] მომავალში მოვლის დაგეგმვა მოიცავს ჰამოდენიმე ამოცანას – ინფორმაციის მინოდებას, იმის განხორციელებას, ჰასაც ავადმყოფი ანიჭებს უპირატესობას, გადაწყვეტილების მიმღები ნდობით აღჭურვილი პირის დადგენას და ზრუნვის და მხარდაჭერის გადაცემას. ესაუბრეთ მარტივად და გასაგებად. საუბარი შეგიძლიათ დაიწყოთ ამ გადაწყვეტილების დაკავშირებით მიმდინარე დაავადებასთან ან ნათესავების და მეგობრების გამოცდილებასთან. შეეკითხეთ, ანიჭებს თუ არა უპირატესობას ჩანაწერს "ნუ გამაცოცხლებთ" სიცოცხლის შენარჩუნების სპეციფიკური ღონისძიებების შესახებ, სადაც "ბული და ფილტვები გაჩერებულია". შემდეგ, დაარწმუნეთ ავადმყოფი, დაადგინოს დოკუმენტურად ნდობით აღჭურვილი პირი, რომელიც მასზე იზრუნებს ან "ვინც გადაწყვეტილებას მიიღებს, როდესაც ვეღარ შესძლებთ გონებრივი მდგომარეობის ან გადაუდებელი შემთხვევაში." ასეთი საუბარი თავდაპირველად ძნელია, მაგრამ აჩვენებს პაციენტის მიმართ თქვენს პატივისცემას და დამოკიდებულებას და ეხმარება მას და მის ოჯახს თავისუფლად მოემზადოს მწარე სიკვდილისთვის.[33] დაგეგმეთ, რომ ეს საუბარი ჩატარდეს თქვენს კაბინეტში და არა უჩვეულო და დაძაბულ სიტუაციაში გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში.

მოხსნასული ან ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებისთვის ეს საუბარი ჩართეთ პალიატიური დახმარების გეგმაში. პალიატიური დახმარების მიზანია "მოხსნასული 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 საუკეთესო ჩვევები: დაამყარეთ თვალების კარგი კონტაქტი, დასვით ზოგადი კითხვები; გამოხატეთ მზრუნველობა, 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
- ჯიბოს გამოკვლევა
- დეპრესია
- დემენცია
- ახასაკმახისი 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 ტონკრეტულ გარემოებებს, და არა მხოლოდ პიროვნების ასაკს. უნდა განიხილოთ სამი ფაქტორი: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, ხოლის ინტენსივი გამოკვლევით მიღწეულ სარგებლობამდე და ხას ანიჭებს პაციენტი უპირატესობას.[35] ამერიკის გერიატრიული საზოგადოების ხეკომენდაციით, თუ სიცოცხლის ხანგრძლივობა მოკლეა, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს მკურნალობას, ხაც გააუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას დარჩენილი ცხოვრების მანძილზე. განიხილეთ გამოკვლევის მომავალში გადატანა ბევრი სამედიცინო პრობლემის მქონე ხანდაზმულის, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შემცირების და დემენციის ხოს. თემცა, ტესტები, ხომლებიც გეხმარებათ პროგნოზის განსაზღვრაში და გეგმის შემუშავებაში, მაინც გამართლებულია, თუნდაც იმ პაციენტებში, ხომლებიც არ ეკვემდებარებიან მკურნალობას.[36]

მხედველობის და *სმენის* ასაკობრივი ცვლილებების გამოკვლევა მნიშვნელოვანია, ხათა 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, ხაც შეამოწმეთ ჩუჩრელის ან, თუ ნაჩვენებია, უფრო ზუსტი მეთოდებით (იხ. გვ.190).

უჩრიეთ ხელსაყრელი *ფიზიკური ვარჯიში* ხენთების ძალის და აერობული მუშაობის მომატებისთვის, ფიზიოლოგიური ხეზერვის გაძლიერებისთვის, აუმჯობესებს ენერგიის დონეს ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის მქონე პირთათვის და ანელებს უნარობის განვითარებას. ხანგრძლივი ვარჯიში და Tai Chi განსაკუთრებით დაგეხმარებათ ნონასწორობის გაუმჯობესებაში, გულ-სისხლძარღვთა და სახსრების დაავადებით გამოწვეულ ჰიპოდინამიასთან ბრძოლაში და ქრონიკული დაავადებების დროს მდგომარეობის გაუმჯობესების დარწმუნებაში. სავარჯიშო პროგრამა უნდა დაიწყოს ენერგიული სირაქლით. სამკურნალო ფიზიკოთერაპიის სპეციალისტს შეუძლია მოგანოდოთ უფრო მისადაგებული ხეკომენდაციები.

ასხები მოიცავს ეროჯანადად 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 ერთხელ უნდა გაუკეთდეთ ტეტანუსის ერთჯერადი იმუნიზაცია.

ხანდაზმული ავადმყოფი გამოკითხეთ *საყოფაცხოვრებო უსაფრთხოებაზე*. ცუდი განათება, შეუსაბამო სიმაღლის სკამები, სრიალა ან არათანაბარი 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 კი ყოველ 2-3 წელიწადში ერთხელ, თუ სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 4 წელზე მეტია. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-ში შემცირდა სამშვილოსნოს 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 პროქტოსიგმოიდის ჩატარება 50 წლის ასაკიდან ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ. უმეტესობა ხანდაზმულ ქრისტეს უჭირთ ამ გამოკვლევის ჩატარება და უარს ამბობენ, მიუხედავად დახმარებისა. მიმოხილეთ პროქტოსიგმოიდის, ფარული სისხლდენაზე განავლის გამოკვლევის, ნინამდებარე ჯირკვის სპეციფიკური ანტიგენის და თითით ექსტაღური გასინჯვის ჩვენები 462-463-ე გვერდებზე. ფილტვის და საკვერცხის კიბოს გამოკვლევა არ არის ეფექტური. მაღალი რისკის პაციენტებში შეამოწმეთ ქანის და ძუძუს ღრუს კიბოს არსებობა.[38]

ხანდაზმულ ქრისტეს ხშირად ვკითარდებათ *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 ექსტრაქტიული 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 ნყვეტილი და არადამაჯერებელი, ვინაიდან პრიორენებას უჭირს სიტყვების მოძებნა. მდებარეობაში ორიენტაციის დაკარგვა საფრთხეს უქმნის ადამიანს ფეხით სირბილის 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 ჩივილის ავადმყოფის ახალი და უჩვეულო ქცევების შესახებ. მინი-მენტალური სტატუსის გამოკვლევა დაგეხმარებათ, თუმცა განათლების დონე და ჯერტეული 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, დავიწყების და მანქანის ტარების შეწყვეტის პერსპექტივა. იმსჯელეთ სიტუაციის ოფიციალურად მოგვიანების შესახებ, როგორიცაა ნებით აღჭურვილი პირის უფლებები და სამომავლო დირექტივები, სანამ ავადმყოფს ჯერ კიდევ შეეძლია გადაწყვეტილების მიღება. მეხსიერების დაკარგვის და დეპრესიის მეფასების საშუალებები პრაქტიკოსი ექიმის

განათლების პროგრამამ შეგიძლიათ მოძებნოთ საიტზე www.americangeriatrics.org/education/ppep_index.shtml.

ბოლოს, ჩაატარეთ ყველა ხანდაზმულის შეფასება ასაკისადმი მგრძნობიარობის თვალსაზრისით, რომელიც მოიცავს ნამდვილ ჭაბუკ მოხმარებას, უგულებელყოფას, მოხმარებას და მიტოვებას. დეპრესია, დემენცია და ჯგუფის ნაკლებობა წარმოადგენს დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორებს. ხანდაზმულთა ასაკისადმი მგრძნობიარობა აღინიშნება დაახლოებით 1-5%-ში; თემცა, სტატისტიკა ემყარება ერთეულ ან თვით-მომარჯვებულ შემთხვევებს და ბევრი შემთხვევა დაუდგენელი რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ გამოიყენება ხელმისაწვდომი 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 ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ძირითად საკითხებს და ობიექტური გამოკვლევის დროს ფუნქციურ შეფასებაზე ფოკუსირებას. ასაკოვან ადამიანთა ჯანმრთელობის მნიშვნელობის და თქვენი შეფასების თანმიმდევრობის გამო, განკუთვნილი ინყება ფუნქციური მდგომარეობის შეფასებით: "შეუქცევი სასიცოცხლო ნიშანი". ეს განკუთვნილი მოიცავს, თუ როგორ ენდა განსაზღვროთ ნაკლოვანების ხარისხი – ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საფრთხე. შემდეგ მოყვება ხანდაზმულებზე მორგებული ტრადიციული "თავიდან ფეხებამდე" გამოკვლევა.

ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება: "მეექვსე სასიცოცხლო ნიშანი"

ხანდაზმულთა შეფასების დროს უმთავრესი განსაკუთრებულ ყურადღებას ითხოვს პაციენტის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. ყოველი ვიზიტი წარმოადგენს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ჩვევების გაზრდის შესაძლებლობას. მრავალფეროვანი 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 რამდენიმე სარწმუნო და სანმოკლე გამოკვლევის საშუალება.

ფუნქციის შესაძლებლობათა შეფასება. ფუნქციების დეფიციტი ამჟამად განისაზღვრება სიკვდილობის და ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ავადმყოფის გამოსავლის მთავარ პრედიქტორებად.[43] შესაძლებელია რამდენიმე სახის შეფასების გამოყენება. 858-ე გვერდზე მოცემული სკრინინგის სამუშაოებს გააჩნიათ მაღალი თანხვედრა საზღვრებში და ადვილად გამოიყენება კაბინეტის პირობებში.

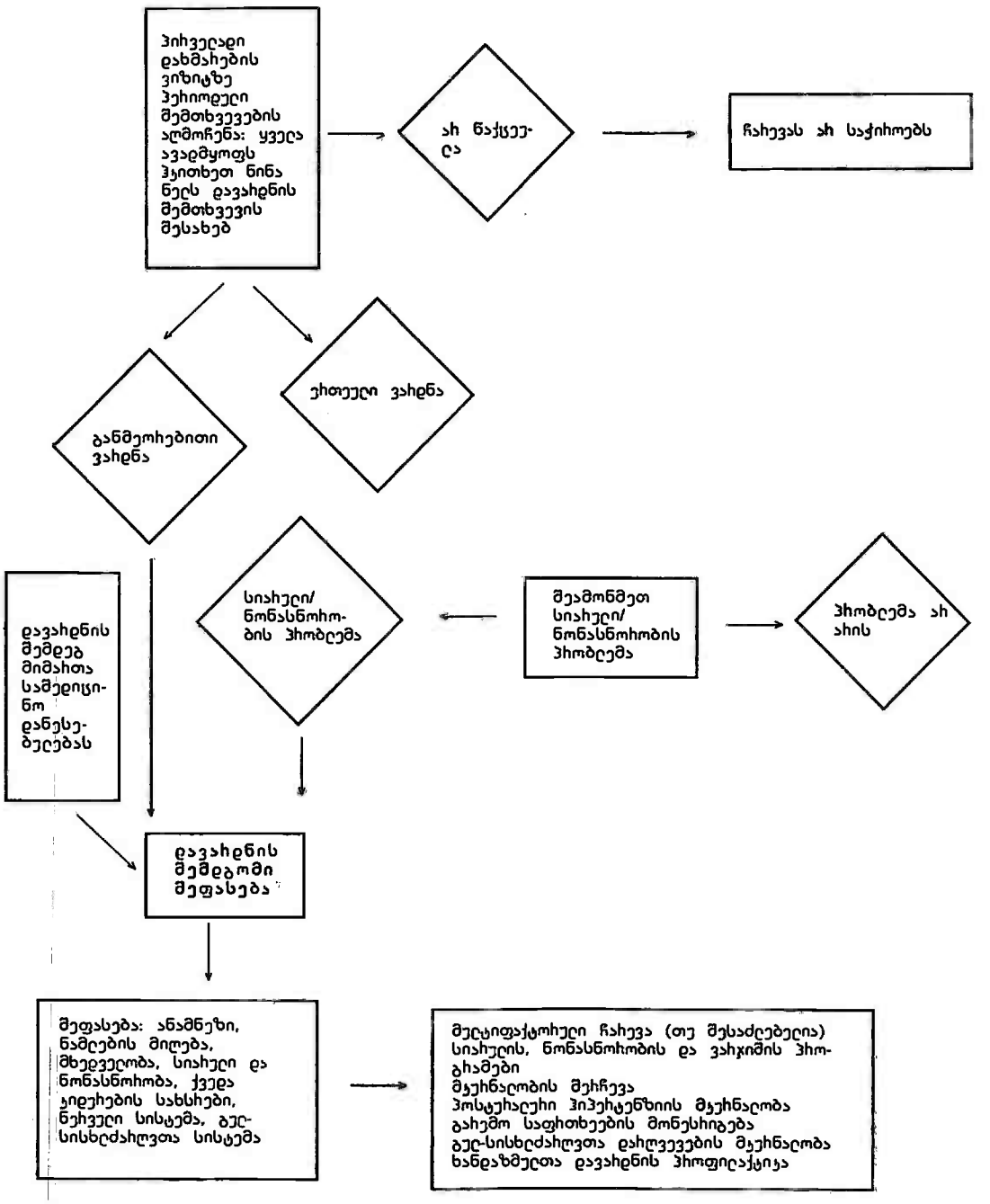
იგი ასევე ფარავს გერიატრიული მეფასების სამ მნიშვნელოვან სფეროს: ფიზიკურ, ცნობიერების და ფსიქოსოციალურ ფუნქციებს. ყურადღება მიაქციეთ, რომ ისინი ეხება მხედველობას, სმენას, მგრძნობელობის ძირითად სამეულებებს, მოიცავს შარდის შეუკავებლობის საკითხებს, და ისეთ ნაკლებად გასხნილ პრობლემებს, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებენ ხანდაზმულთა 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., ბევრის შეგებებითი ეუმარისობა, ჰიპოგლიკემია), ხელშეშლილი მობილობა (R – restricted mobility), ნაწლავთა მოქმედების გაძნელება (S – stool impaction).[44]

10-წუთიანი გერიატრიული სკრინინგი

პრობლემა	სკრინინგის სახეობა	დადებითი სკრინინგი
მხედველობა	ჯ ნაბიჯი: ჰკითხეთ: "გაქვთ თანკონის ტარება, ტელევიზორის ყურება, კითხვა, ან ყოველდღიური საქმიანობა მხედველობის გამო?" თუ პასუხი დადებითია, შემდეგ: თითოეული თვალი შეამოწმეთ სნელენის ხელით, როდესაც პაციენტი ყოჩაღობს ლინზებს ატარებს (თუ შესაძლებელია) როდესაც კითხვაზე პასუხი დადებითია და ვერ კითხულობს Snellen-ის (სნელენის) ხაზზე 20/40-ზე მეტად	როდესაც კითხვაზე პასუხი დადებითია და ვერ კითხულობს Snellen-ის (სნელენის) ხაზზე 20/40-ზე მეტად
სმენა	გამოიყენეთ აუდიოსკოპი 40 დბ, სმენა შეამოწმეთ 1,000 და 2,0000 ჰერცის გამოყენებით.	როდესაც არ ესმის ორივე ყურით 1,000 და 2,0000 ჰც-ის გამოყენებით ან რომელიმე სიხშირეზე – ერთ ყურში.
ფეხის მოძრაობა	სთხოვეთ პაციენტს და შემდეგ დრო დაინიშნეთ: "წამიდან ნამოდექით. სწრაფად გაიარეთ 3 მეტრი, შემობრუნდით, უკან დაბრუნდით საწოლთან და ისევ ზედ დაჯექით"	თუ ტესტს ვერ ასრულებს 15 წამის განმავლობაში.
შარდის შეუკავებლობა	ჯ ნაბიჯი: ჰკითხეთ: "უკანასკნელი წლის განმავლობაში ხომ არ გაგჭირვებიათ შარდი და მეგონრნევიათ სისველე?" თუ პასუხი დადებითია, შემდეგ ჰკითხეთ: "ხომ არ გაგჭირვებიათ შარდი სულ ცოტა სხვადასხვა დროს?" ორივე კითხვაზე დადებითი პასუხი ქალი/ წონის ლება	ორივე კითხვაზე დადებითი პასუხი
ქალი/ წონის ლება	ჯ ნაბიჯი: ჰკითხეთ: "უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში თქვენი სხეულის გარშემო ხომ არ დაიკლიეთ 5 კგ?" პაციენტი ანონეთ	დადებითი პასუხი ან თუ წონა < 50 კგ-ზე.
მეხსიერება დეპრესია	სამი საკითხის გახსენება ჰკითხეთ: "ხშირად ხართ მონყენილი ან დეპრესიული?"	არ შეუძლია გაიხსენოს სამივე საკითხი 1 წუთის შემდეგ დადებითი პასუხი
ფიზიკური აქტივობა	ექვსი კითხვა: "შეგიძლიათ. . . "შეუძლია ენერგიული აქტივობები, როგორიცაა სწრაფი სიარული ან ველოსიპედის ტარება?" "შეუძლია სახლში მძიმე სამეშაოს შესრულება, როგორიცაა ფანჯრების, ჭედების ან ყვავილების განშენდა?" "პროდუქტებისთვის ან ტანსაცმლისთვის მაღაზიაში სიარული?" "თოთ მანძილზე სიარული?" "ბანაობს ღრუბლით, აბაზანაში თუ შხაპს იღებს?" "ჩაცმა, როგორიცაა ჟილეტის ჩაცმა, ღილების და ელვა შესაკრავის შეკვრა, ფეხსაცმელების ჩაცმა?"	რომელიმე კითხვაზე დადებითი პასუხი

დაცემის მომდგომი მეფასება. არსებობს უამრავი ფაქტი იმის შესახებ, რომ დავარდნა დაკავშირებულია ხანდაზმულთა ავადობასა და სიკვდილობასთან. ყოველწლიურად ვარდება ჯანმრთელი ხანდაზმულთა 35-40%. მემთხვევათა სიხშირე სამჯერ მაღალია მოხუცებულთა თავშესაფარსა და საავადმყოფოებში და დაზიანებებთან დაკავშირებულია დაახლოებით 25%-ში. დავარდნის შიშით გამოწვეული ჩვენების 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 მაცხოვრებლებში, მიღებულია დავარდნით გამოწვეული დაზიანებისკენ. დავარდნასთან დაკავშირებული შეფასება უნდა მოიცავდეს დეტალებს იმის შესახებ, თუ როგორ დავარდა, წინ რა სამედიცინო პირობებმა უძღოდა, ფუნქციური მდგომარეობა, გარემოს რისკი – და დაკავშირებული იყოს პირფიზიკურ ჩარევასთან.[45] ცალკეული ფუნქციური პირფიზიკური ჩარევა მოიცავს სიარულის და წონასწორობის დაცვის ვარჯიშებს, ჯუნთების გასაძლიერებელ ვარჯიშებს, საოჯახო საფრთხეების შემცირებას, ფსიქოტროპული ნამლების შენყვეტას და მიკავებულ-ტროლ შეფასებას დამიზნებითი ჩარევისთვის. დამატებითი სტრატეგია მოიცავს პოსტურალური სისხლის წნევის ცვალებადობის დადგენას, მნვავე კონკურენტული დაავადებებზე ყურადღების მიქცევას, ნამლების ურთიერთობის შემცირება ოთხზე ქვემოთ, სენსორული ნეიროპათიის და პიროპიროცეფციის დაქვეითების დადგენა, სინკოპეს ეპიზოდების არსებობის დადგენას, პაციენტის და ოჯახის განათლებას, ოსტეოპოროზის მკურნალობას და ბარძაყის დამცველების შესაძლო ხმარებას.[46] ამერიკის გერიატრიული საზოგადოების სპეციფიკური ექიმენდაციები შეფასების და მულტიფაქტორული ჩარევის შესახებ, შეგიძლიათ ნახოთ დიაგრამაზე – ხანდაზმულთა დავარდნის პირფიზიკა, 860-ე გვერდზე.
872-ე გვერდზე მოცემულია Practicing Physician Education Project-ის ვებ-გვერდი, სადაც მიმოხილულია ნაკლევის და შარდის შეუკავებლობის დასადგენი მარტივი საშუალებები ყრინცისტებისთვის.



ხანდახმეღთა დავაჩენის ჰოევენცია

ხანდაზმულთა ობიექტური გამოკვლევა

ზოგადი დათვალიერება. გააღიმავეთ პაციენტის გამოკვლევები, ჰაც ვიზიტის დაწყებიდან დაგიგიოვდათ. ჩოგორია ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და ცხოვრების უნარის ხარისხი? ჩოგორი გუნებ-განწყობა აქვს? დააკვირდით მის სისუფთავეს და ჩაცმულობას. ჩოგორ 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 გასადავება.

კვების ნაკლებობა, შენელებული მოტორიკა, კუნთების მასის შემცირება ან სისუსტე გამოფიტვაზე მიუთითებს.

კიფოზი ან ახასნორი სიარული აუარესებს წონასწორობას და დაცემის რისკს ზრდის.

სასიცოცხლო ნიშნები. გაუზომეთ სისხლის წნევა მონოდებული მეთოდით, შეამოწმეთ სისტოლური წნევის მომატება (SBP) და პულსური წნევის გადიდება (PP), რომელიც იზომება სისტოლური და დიასტოლური წნევების სხვაობით. ასაკის მატებასთან ერთად, იზრდება სისტოლური წნევა და პერიფერიული სისხლძარღვთა ჩეზისტენტობა, მაშინ როდესაც დიასტოლური წნევა ქვეითდება.

შეამოწმეთ ორთოსტატური ჰიპოტენზია, ჰაც წარმოადგენს სისტოლური წნევის ვარდნას ≥ 20 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური წნევის ვარდნას ≥10 მმ ვწყ სვ 3 წუთის განმავლობაში დგომის შემდეგ.[51,52] სისხლის წნევა და გულისცემა შეამოწმეთ ორ პოზიციაში: 10 წუთის განმავლობაში ზურგზე წოლის შემდეგ, შემდეგ 3 წუთის განმავლობაში.

განიხილე JNC-7ის მიხედვით ჰიპერჰიპერტენზიის კატეგორია, ჰაც მოგეხმარებათ ჰიპერტენზიის აღრეული დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში (გვ. 109)

ორთოსტატური ჰიპოტენზია ვლინდება ხანდაზმულთა 10-20%-ში და 30%-ზე მეტად მოხუცებულთა თავშესაფარში მყოფებში, განსაკუთრებით, დილას ადგომისას. იგი ვლინდება თავბრუსხვევით, სისუსტით, წონასწორობის დაკარგვით, თვალებში ცრემლით და ავადმყოფთა 20-30%-ს უვითარდება სინკოპე.

მიზეზებია მედიკამენტები, ავტონომიური დარღვევები, დიაბეტი, ხანგრძლივი წოლა, სისხლის დაკარგვა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.[47,53-55]

გაზომეთ გულისცემის სიხშირე, სუნთქვის სიხშირე და ტემპერატურა. მწვერვალზე 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, ფილტვების), მედიკამენტების მიღების, სოციალური იზოლაციის და სიღარიბის დროს.

კანი. დაკვირდით კანთან დაკავშირებულ ცვლილებებს, როგორიცაა კანის გათხელება, ელასტიურობის და ტურგორის დაქვეითება, დანაოჭება. კანი შეიძლება იყოს მშრალი, აქერცვლადი, უხეში და ხშირია ქავილი (*ასტეატოზი*), ბადისებური ნაპრალები, რომლებიც ნაშრომქმნილ მკრივ მრავალუჯრედების სუსათებს, განსაკუთრებით ფეხებზე.



დაკვირდით ფერის ღრმოვან ცვლილებებს. დათვალიერეთ გამშრალი ზედაპირები მტევნების და ნინამხრის თეთრი უპიგმენტო ღრუების (*ფსევდო ნაწიბური*), კანგად შემოსაზღვრული მკვეთრი ნითელი მაკულების და ხაღების არსებობაზე, რაც შეიძლება გაქრეს ჰამოდენიმე კვირაში *(actinic purpura)*

დათვალიერეთ მზის სხივებით გამოწვეული ცვლილებები. კანის ზოგიერთი უბანი შეიძლება გამოიყენებოდეს როგორც დარტყმის შემდეგ, გასქელებული, მოყვითალო და ღრმად დანაოჭებული. შეიძლება იყოს *actinic lentigines*, ანუ "ღვიძლის ღრუები" და *actinic keratosis*, ზედაპირული ბრტყელი პაპულები მშრალი ქერცლებით (გვ. 142)

ეს ცვლილებები გაარჩიეთ *ბაზალიომისგან*. დასაწყისში გამჭვირვალე კვანძებია, რომელიც ვრცელდება და ზედოლის შედეგად ჩრდება 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.

დათვალიერეთ კანის კეთილთვისებიანი ასაკობრივი დაზიანებები – *კამეონები*, ან მავთვიანი ნაშრომნაქმნები ღიაებზე და თვალის გარშემო; *ღიებლის მაგვარი ანგიომები* (გვ. 141), რომლებიც ადრეული მოხუცებულობისას ნაშრომიქმნება, და *სებორეული კერატოზი* – ამოწეული მოყვითალო ფერის დაზიანებები სკიპინა და სავეიდოვანი ან ხორკლიანი ზედაპირით.

Herpes zoster-ის (ჰერპეს ზოსტერის) გამოვლენა ლატენტურად მიმდინარე ვარიცელა-ზოსტერის ვირუსული ინფექციის დროსდაური ფესვის განგლიებზე. ხასიათდება ასაკთან ერთად და უკიდეგანო იმუნიტეტის დაქვეითების შედეგად.[56]

დაკვირდით მტკივნეულ ვეზიკულურ დაზიანებას დერმატომული განაწილებით,

ზედოლით დაზიანება შეიძლება განვითარდეს არტერიოლებსა და კაპილარებში კანისკენ სისხლის მოძრაობის დახშობით ან ზედაპირის ნაკეცებზე მოძრაობის დროს, ან არასწორად ზედით ანკვის დროს. იხ. ცხრილი 5-11, ზედოლით გამოწვეული ნყლულები.

მოხუცებულ, ღრმად ჩავარდნილ პირებში, განსაკუთრებით გამოფიტვის ან ნევროლოგიური დაზიანების დროს, კანი დათვალიერეთ მთლიანად, დაზიანებების და ნყლულების დასადგენად.

თავი, თვალები, ყურები, პირები, ხახა. თავის და პირის მთლიანი და ყურადღებითი გამოკვლევა ისე ჩაატარეთ, როგორც მე-6 თავშია აღნერილი.

დათვალიერეთ ქუთუთოები, თვალის ძვლოვანი ორბიტები და თვალები. დაკვირდით *სენილური ფტოზის* არსებობას, რომელიც ვითარდება ქუთუთოს ამწევი კუნთის სისუსტით, კანის მოდენებით და ზედა ქუთუთოს დამძიმებით. დათვალიერეთ ქვედა ქუთუთოები, *ექტროპიონის* ან *ენტროპიონის* არსებობა (გვ. 213). დაკვირდით სკლერის გაყვითლებას და *სენილური ჰგოლის (arcus senilis)* არსებობას, კეთილთვისებიანი თეთრი ჰგოლი გუგის გარშემო (გვ. 216).

შეამოწმეთ მხედველობის სიმახვილე სნელენის ჯიბის ან კედლის ჩარტით. დაადგინეთ არის თუ არა *პრესბიოპია*, ახლო მზერის უნარის დაქვეითება ბროლის ელასტიურობის ასაკობრივი დაქვეითების გამო.

ამერიკელთა 40%-ზე მეტს ჰეფარკვლის დარღვევები აღენიშნება.

გაგები უნდა ჰქონდეთ სინათლეზე და ხელო მზეზე. გაჰდა ზევით ხელვის შესაძლო შეზღუდვისა, თვალის ჯანის მოძრაობა ნორმალური უნდა იყოს.

ოფთალმოსკოპის გამოყენებით ყურადღებით გამოიკვლიეთ თვალის ფსკერი.

ასკთან ერთად მატულობს ჯატარაქტის, გლაუკომის და ყვითელი ხაზის დეგენერაციის სიხშირე.

ყურადღებით დათვალიერეთ ორივე ბრტყლის გამჭვირვალობა. მხოლოდ ბუნებრივ განათებას ნუ დაეყრდნობით, ვინაიდან ზედაპირულად ბრტყელი შეიძლება გამჭვირვალე ჩანდეს.

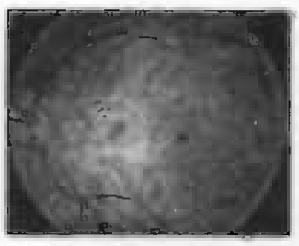
ჯატარაქტა მსოფლიოში სიბრმავის მთავარი მიზეზია. რისკ-ფაქტორებია თამბაქო, ულტრაიისფერი სხივების გავლენა, ალკოჰოლიზმი, დიაბეტი, მედიკამენტები (სტეროიდების ჩათვლით) და ტრავმა. იხ. ცხრილი 6-8, გვ. 216.

ხანდახმელებში თვალის ფსკერი ჯანგავს ჩვეულ ბინყინვალებას და სინათლეზე რეფლექსს და არტერიები შევინიშნებელია. მკრთალი, გაქიმული და ნაკლებად კაშკაშა. შეფასეთ ფიალა-დისკის შეფარდება, რაც, ჩვეულებრივ, 1:2.

ფიალა-დვრილის შეფარდების გაზრდა მიუთითებს ბღაგვლეთხიანი *გლაუკომის* არსებობაზე, რომლის მიზეზია მხედველობის ნერვის შეუქცევადი ნეიროპათია და ინვევს მხედველობის პერიფერიულ და ცენტრალურ დაქვეითებას და სიბრმავეს. მისი სიხშირე 3-4-ჯერ მეტია აფრიკელ ამერიკელებში, ვიდრე მთლიან პოპულაციაში.

დათვალიერეთ ფსკერზე ყოლიდური სხვლები, რომლის მიზეზია პიგმენტაციის დარღვევა, მათ *დრუზები* ენოდება.

ყვითელი ხაზის დეგენერაცია ინვევს ცენტრალური მხედველობის დაქვეითებას და სიბრმავეს. მისი ტიპებია მშრალი ატროფიული (უფრო ხშირი, მაგრამ ნაკლებად მძიმე) და *სველი ექსუდაციური*, ანუ ნეოვასკულური. დრუზები შეიძლება იყოს მკვრივი და მკვეთრად გამოხატული, ან ხშირი და შერწყმული დარღვეულ პიგმენტაციასთან, როგორც ნაჩვენებია ქვემოთ და 188-ე გვერდზე.



ჩერჩლის ტესტი (იხ. გვ. 190) ან ხასობების არსებობა.

გოგირდის საცობის ამოღება სწრაფად აუმჯობესებს სმენას.

შეამოწმეთ სუნი პირის ღრუში, ღრძილების ღორწოვანის მდგომარეობა, ჯარიესი, ბიღების მოხეცვა, ნერწყვის ხარებნობა. ახლოდან დათვალიერეთ ღორწოვანი ზედაპირის დაზიანებები. სთხოვეთ, ამოიღოს პროთეზი და დათვალიერეთ ღრძილებზე პროთეზის დაზიანების ნიშნები.

სუდი სუნი შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუს სუდი ბიგიენის ან ჰერიოდონტიტის, ჯარიესის გამო. *გინგივიტი* შეიძლება განვითარდეს პერიოდონტური დაავადებების დროს. ბიღების ქვები და ღრმული-ბი ინვევს ჯარიესს. ბიღების მოხეცვა აბსცესის და მოხსნასული ჯარიესის გამო საჭიროებს ბიღის ამოღე-ბას ანაპირაციის თავიდან აცილებისთვის. ნერწყვის გამოყოფის შემცირება ვითარდება მედიკამენტების, დასხივების, შეგრძნის სინდრომის ან დეპრესიის დროს. ენის გვერდით ზედაპირებზე და პირის ძირზე შეიძლება განვითარდეს *პირის ღრუს სიმსივნე.*[59]

ფარისებური ჯირკვალი და ღიმფური ჯვანძები ჩვეულებრივ გასინჯეთ.

ბურ-მკერდი და ფილტვები. დაასრულეთ ჩვეულებრივი გამოკვლევა, ყურადღება მიაქცი-ეთ ფილტვის ფუნქციების მცირე ცვლილებებსაც ჯ.

წინა-უკანა დიამეტრის ზრდა, მოკუმული ტუჩებით სუნთქვა და ქოშინი საუბრის ან მცირე დატვირთვის დროს, მიუ-თითებს *ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებაზე.*

ბურ-სისხლძარღვთა სისტემა. მიღებული მონაცემების მიმოხილვა დაიწყეთ სისხ-ლის ნნევით და გულისცემის სიხშირით.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია და დიდი პულსური ნნევა გულის დაავადებათა რისკ-ფაქ-ტორებს წარმოადგენს, საჭიროებს *მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის* გამოკვლევას.

ისევე, როგორც ახალგაზრდებში, გამოკვლევა დაიწყეთ საულე ვენის პულსაციის შესნავ-ლით, პალპაციით გასინჯეთ ჯაროტიდული ტალღის ზევით გავრცელება, მოისმინეთ შეიღი საძიღე არტერიებზე.

დაკლაკნილი, *ათეროსკლეროზული პორტა* ზრდის ნნევას მარცხენა საულე ვენაში მარჯვენა წინაგულში მათი დენადის შემცირებით. ამან შეიძლება ასევე გამოიწვიოს საძიღე არტერიების დაკლაკნ-ვა მარჯვენა ჯისრის ქვემო ნაწილში, განსაკუთრებით ჰიპერტენზიის [illegible]

შეაფასეთ სიძგერი, შემდეგ მოისმინეთ S_1 და S_2, ასევე დამატებითი ტონები S_3 და S_4.

გახანგრძლივებული გულის სიძგერი აღინიშნება მატკივნეული ჰიპერტროფიის დროს. დიფუზური სიძგერი აღინიშნება გულის შეგუებითი უკმარისობის დროს. (იხ. გვ.311).

ხანდახმელებში S_3 მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის დილატაციაზე გულის შეგუებითი უკმარისობის დროს ან ჯარდიომიოპათიის დროს. S_4 ხშირად ახლავს ჰიპერტენზიას.

დაიწყეთ მარჯვნივ მეორე ნეკნთაშუა სივრცედან და მოისმინეთ ყველა მოსასმენ წერტილში, არის თუ არა შუილები (გვ. 309). აღწერეთ თითოეული შუილის ნარმოშობის დრო, ფორმა, მაქსიმალური ინტენსიობის ლოკალიზაცია, ირადიაცია, ტონალობა და ხასიათი.

სისტოლური ჯერმწრენდო-დეკრემწრენდო შუილი მარჯვნივ მეორე ნეკნთაშუა სივრცეში მიუთითებს აორტის სტენოზზე ან აორტის სტენოზზე, ვლინდება დაახლოებით 30%-ში და 2%-ში შესაბამისად, ხანდახმელებში. ორივე ნარმოადგენს ჯარდიოვასკულური ავადობით და სიკვდილობის ხისტს.[60]

ღავიწზე სისტოლური შუილის მოსმენისას შეამოწმეთ პულსი მხრის და სხივის არტერიებზე.

მხრის და სხივის არტერიებზე ეთროლური პალპაციის დროს (მაგრამ არა ზენოლის დროს) პულსის შენელება აორტის სტენოზზე მიუთითებს.[61]

მწვერვალზე ულექში ჰოლოსისტოლური შუილი მიტრალურ რეგურგიტაციაზე მიუთითებს, რომელიც ასევე ხშირია ხანდახმელებში.

სპირალურ ჯირკვლები და ილიის ფოსოები. ყურადღებით გასინჯეთ სპირალური ჯირკვლები სიმაგრეების და სიმსივნეების დასადგენად. დაამატეთ ასევე სპენსის სინჯის პალპაცია, რომელიც ილიის ფოსოებში ვრცელდება. გასინჯეთ ილიის ფოსოებში ღიმფადენოპათია.

ხანდახმელ ქალში სპირალური ჯირკვლის სიმაგრეები და სიმსივნეები და იშვიათად მამაკაცებში, საჭიროებს შემდგომ გამოკვლევებს ავთვისებიანი პროცესის დასადგენად.

მუცელი. გაარჩიეთ 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 ზენოლით 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 ორგან 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 წინა კედლის გამოზნექვა მახსადენის ქვემ შეიძლება მიუთითებდეს უჯეთჩოცელეზე ან მახლსადენის დივეიტიკულზე.

ჯეთილთვისებიანი სიმსივნეები მოიცავს ჯონდილომებს, ფიბრომას, ლეიომიომას და სებორეულ კისტებს. იხ. ცხრილი 12-2, კვლვას, სამოს და მახლსადენის ამობუცულობები და შესიებები, გვ. 451.

დაკვირდით კვლვას განლილებას.

უჩითემა თანმხლები დაზიანებით ვითარდება ჯანდილური ინფექციის შედეგად; უჩითემა დანაღულებით ან ნეკროზული ცენტრით დაკავშირებულია ჯარცინომასთან. მულტიფოკალური სინითლე თეთრი აქრცვლით ვითარდება *ბედნიერების დაავადების* დროს.

დაათვალიერეთ მახლსადენის ღრონოვანი გარსის ჰილარული მახსადენის ხვრელში. დაკვირდით ჯლიტორის გადიდებას.

ჯლიტორის გადიდება შეიძლება ახლდეს ანდროგენების მაპროდუცირებელ სიმსივნეს ან ანდროგენების შემცველი მალამოების ხმარებას.

გადანიეთ ბაგეები, დაანეკით ქვევით, ჰათა მოდუნდეს ლევატორი ჯუნთები და ფრთხილად ჩადგით სარჯე, მას შემდეგ, ჩაც თბილი წყლით დაასველებთ ან წყალში ხანად მალამოს ნაუსმევთ. თუ ნახავთ სამოს ძლიერ ატროფიას, შევინარჩუნებულ მესავალს ან მესავლის სტრიქტურას ესტროგენების ნაკლებობის გამო, ზომა შეგიძლიათ სარჯით დადგინოთ.

დაათვალიერეთ სამოს კედლები, ჩომლების შეიძლება ატროფიული იყოს და ყელი. დაკვირდით ყელის ღრონოვანის გათხელებას ან გამონადენის არსებობას სამოდან ან ყელიდან.

ესტროგენებით სტიმულირებული ყელის ღრონოვანი ვითარდება ჰორმონებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის დროს და ვლინდება *ენდომეტრიული ჰიპერპლაზიით* და *ესტროგენ-მაპროდუცირებელი სიმსივნით.*

გამონადენი შეიძლება ახლდეს 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, ნაჩვენებია 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, ჰათა დაადგინოთ საშვილოსნოს ჰორდასი, ცისტოცელე, უჯეთროცელე ან დანამატის სიმსივნეები.

ჩაატარეთ ბიმანუალური გამოკვლევა. გასინჯეთ საშვილოსნოს ყელის მოძრაობა და საშვილოსნოში ან დანამატებზე რამე სიმსივნის არსებობა.

ყელის მოძრაობის შეზღუდვა აღინიშნება ანთების, ავთვისებიანი პროცესის ან ოპერაციის შემდგომი შეხორცების დროს. საშვილოსნოს ფიბროზული ბოქკოების გადიდება ან ლეიომიომა ვლინდება *ავთვისებიანი ლეიომიოსარკომის* დროს. საკვერცხეების პალპაცია შესაძლებელია საკვერცხის სიმსივნის დროს.

ჩაატარეთ ექტულ-ვაგინური გამოკვლევა. შეაფასეთ საშვილოსნოს 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 საშვილოსნო გადიდებულია, ფიქსირებული ან ასიმეტრიული კონტურებით, მიუთითებს შეხორცებაზე ან შესაძლო ავთვისებიან სიმსივნეზე. ექტალურად სიმსივნე ისინჯება კოლინჯის ტიბოს დროს.

მამკაცის 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 არსებულ სიმსივნის და წინამდებარე ჯირკვალში კვანძების ან სიმსივნის არსებობას. ყურადღება მიაქციეთ, რომ წინამდებარე ჯირკვლის წინა და შუა წილები ექტალურად არ ისინჯება და წინამდებარე ჯირკვლის გადიდების ან ავთვისებიანი სიმსივნის თითით გასინჯვა შეზღუდულია.

ექტალურად სიმსივნე ისინჯება კოლინჯის ტიბოს დროს. პროსტატის პიპერპლაზია შეიძლება დაკავშირებული იყოს გადიდებასთან. პროსტატის ტიბოს დროს ვლინდება კვანძები ან სიმსივნე.

პერიფერიული სისხლძარღვები. მუცელზე მოისმინეთ აორტის, თირკმლის და ბარძაყის არტერიებზე შუილები.

ამ სისხლძარღვებზე შუილი ათეროსკლეროზის დროს აღინიშნება.

შეაფასეთ აორტის სიგანე ეპიგასტრიუმში და გასინჯეთ მოპუსკიე სიმსივნე.

მუცლის აორტის ანევრიზმა სავარაუდოა, თუ აორტის სიგანე ≥3 სმ-ზე ან ისინჯება მოპუსკიე სიმსივნე, განსაკუთრებით გული იშემიური დაავადების მქონე მწეველ ხანდაზმულ მამაკაცებში.

ყურადღებით გასინჯეთ პული.

პულის შემცირება ან გაქრობა შეიძლება აორტის ოკლუზიის ნიშანი იყოს. მოსაზრება დაადასტურეთ წვივ-სხივის ინდექსით. დაიმახსოვრეთ, რომ პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადების მქონე ავადმყოფთა 33%-მდე აღენიშნებათ ხანგამოშვებითი კოჭლობა.[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 რაიმე 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 დაკვირვებას; 8-ნაბიჯის გავლის დროს; სიარულის მახასიათებლებს, როგორიცაა ნაბიჯის სიგანე, ტემპი და სიგრძე; ასევე ზუსტ მობრუნებას.

სიარულის და წონასწორობის დაკვირვებები, განსაკუთრებით ფეხების ფართო დგომით, ნაბიჯების შენელებით, დამძიმებით და მობრუნების გაძნელებით დავარდნის რისკთან არის დაკავშირებული.[66-68]

ყურადღება მიაქციეთ, რომ სტანდარტული ნევროლოგიური ტესტების ჩატარება არ ნიშნავს მოძრაობის შეზღუდვის ჰედიკტორს.[69] უფრო მეტიც, მიუხედავად იმისა, რომ ნევროლოგიური დარღვევები ხშირია ხანდაზმულ პოპულაციაში, მათი სიხშირე ამჟამად დაკავდების გარშემო, მატულობს ასაკთან ერთად 30%-50%-ის საზღვრებში. ასაკით განპირობებული ცვლილებები მოიცავს არათანაბარი ზომის გუგებს, მყარების ქნევის შემცირებას და სპონტანურ მოძრაობებს, ფეხების ორგანოების ზიდვას და სიარულის დარღვევას, ხორთუმის და ხელის ტაკების 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 ორმხრივია და სიმეტრიული, აღინიშნება დადებითი ოჯახური ანამნეზი და მცირდება ალკოჰოლის მიღებით.

დაკვირდით ტრემორს, ბრადიკინეზიას, მიკროგრაფიას, ფეხების ფრატუნით სიარულს, სანოლში გადაბრუნების, ჯონსონის ქილის გაღების და სკამიდან წამოდგომის გაძნელებას.

პარკინსონის დაავადების დროს ასევე ხშირია გახანგრძლივებული ხრევა გრაბელაზე დაკავებისას და ქუსლებზე და ფეხის ნვრილებზე სიარულის გაძნელება.

მილებული მონასმების ჩანერა

ყუსადღება მიაქციეთ, რომ თავდაპირველად დაბჭირდებათ ნინადადებების გამოყენება მილებული მონაცემების ჩასანერად. მოგვიანებით შეგიძლიათ ფარხების გამოყენება. ქვემოთ მოყვანილია ჩანანერის სტანდარტული ფარხები. როდესაც ნაიკითხავთ ჩანანერს, იპოვით ზოგიერთ ატიპიურ მონაცემს. ესადეთ შეამოწმოთ საკუთარი თავი. ნახეთ შეგიძლიათ თუ არა ტექსტში მოყვანილი მონაცემების ინტერპრეტაცია ყველა იმის გათვალისნინებით, რაც ისნავლეთ ხანდაზმულთა გამოკვლევის დროს.

ალინიკური გამოკვლევის მონაცემების ჩანერა – ხანდაზმული პირები

ბ-ნი ჯ ხანდაზმული პირია, რომელიც ჯანმრთელად გამოიყურება, მაგრამ ძალიან გამხდარია, ტუნთების ქარგი განვითარებით. იგი აქტიურია და კონტაქტური, ქარგად 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. ზუსტად ნოლისას. 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 ჩარტით.

სმენა: არც ერთ ყურში არ ესმის ჩურჩული. არც ერთ ყურში არ ესმის 1,000 ან 2,000 Hz აუდიოსკოპით.

ფეხის მოძრაობა: შეუძლია სნრაფად გაიაროს 6 მეტრი, შემობრუნება, უკან სკამისკენ დაბრუნება და დაჯდომა 14 წამში.

მარდის შეკავებლობა: 20 სხვადასხვა დღეს აღნიშნებოდა მარდის შეკავებლობა და სველის დასველება.

კვება: 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 სნრაფი სიარული, მაგრამ ვერ ატარებს ველოსიპედს. შეუძლია სახლის გარშემო ზომიერი და არა მძიმე სამუშაოს შესრულება. შეუძლია მაღაზიაში სიარული ჩორტკუტებისა და ტანსაცმლისთვის. შეუძლია მორ მანძილზე სიარული. შეუძლია ჩაცმა ღილების და ელვა შესაკრავის შეკვრით, ასევე ფეხსაცმლების შეკვრა.

მარდის შეკავებლობა საკირორებს შემდგომ გამოკვლევას "DIAPER" შეფასებით (იხ. გვ. 858), ჩრომატის გამოკვლევას, ნარჩენი მარდის გამოკვლევას, რომელიც ნორმალურად ≥ 50 მლ.

საკირორებს მარდის ბუშტის ფართეტერიზაციას.

საკირორებს კვების კურინგს, გვ. 853.

მოიფიქრეთ ძალის ვარჯიშების ნეგიში.

ობიექტური გამოკვლევა

ჯანი: თბილი და ტენიანი. დოლის ჩხიხისებური თითები და ფჩჩხილების 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 3მ, ვინსლოვდება 1 მმ-მდე. მიგვა-ღი, ჩეგელარული, თანაბარია სინათლეზე რეაქცია და აკომოდაცია. თვალის მოძრაობები ნორმალური. დისკის საზღვრები მკვეთრი, სისხლჩაქცევების და ექსუდაციის გარეშე. არ-ტერიების მცირე შევიწროვება. TMs სინათლის ჯარგი სხივით. ვენური შეავსზზე. AC>BC ცხვირის ღრუნოვანი ვარდისფერი. სინუსები უმტკივნეულო. პირის ღრუს ღრუნოვანი ვარდ-ისფერი. ბილების განლაგება ცელი; აღინიშნება ჯარიესი. ენა შეშინა, ოდნავ მუქი ნითელი. ხახა ექსუდაციის გარეშე.

ყისარი. ელასტიური. ტრაქეა შუა ხაზზეა. ფარისებრი ჯირკვალი ოდნავ გადიდებული, კვანძე-ბი არ არის.

ღიმფური კვანძები. ყისრის, იღლიის, ეპიტროქლეარული და საზარდულის ღიმფური კვანძე-ბი არ ისინჯება.

გულ-მკერდი და ფილტვები: გულ-მკერდი სიმეტრიული. შეინიშნება ჯიფოზი. ფილტვებში ნათელი ხმიანობა, ექსკურსია კარგი. სუნთქვა ვეზიკულარია. ორივე მხარეს დიაფრაგმა დანულია 4 სმ-ით.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. საყლე ვენის პულსაცია 6 სმ მარცხენა ნინაგულის ზევით. კაროტიდული ტაღლა ცოცხალი, შეიღი არ არის. **ხმაური** გადანაცვლებულია მე-5 ნეკნთაშუა სივრცეში, ცენტრალური ხაზიდან 9 სმ-ით ლატერალურად. II/VI ძალის ჰოლოსისტოლური შეიღი მწვერვალზე, ირადიაციით იღლიის ფოსოში. S_3, S_4 და სხვა შეიღები არ **მოისმინება.**

მკერდი. ნავისებური, ნაწლავების ხმიანობა აქტიური. ხბილი, უმტკივნეული. ჰეპატოსპლე-ნომეგალია და სიმსივნეები არ აღინიშნება. ღვიძლის ზომა 7 სმ მარჯვენა ტაბნიშნის ხაზზე, კიდე გლევია და ისინჯება RCM. CVAT არ არის.

მარდ-სასქესო სისტემა. გარეთაბელი აქვს ცრიკუმციზიო. ასოს დაზიანება არ აღინიშნე-ბა. სათესლეჯირკვლები ორივე მხარეს ჩამოსულია, გლევია.

ხერკალური. სწორი ნაწლავის თაღში სიმსივნე არ ისინჯება. განავალი ყავისფერია. ფარული სისხლდენაზე რეაქცია უარყოფითია.

კიდურები. თბილი და შეშუპების გარეშე. ჯოჭები ელასტიური.

ჰერიფერიული სისხლძარღვები. პულსი Ø+ და სიმეტრიული

ძვალ-კუნთოვანი. მეხის სახსრების ზომიერი დეგენერაციული ცვლილებები, ოთხთავა კუნთის სისუსტე. ყველა სახსარში მოძრაობა თავისუფალია.

ნევროლოგიური. კარგი ორიენტაცია ადამიანებში, ადგილსა და დროში. მინი-მენტალური სტატუსი: 29 ქულა. თავის ქალას ნერვები II-XII ინტაქტური. მოტორული: დაქვეითებული ოთხთა-ვა კუნთის ამობურცულობა. ტონუსი ინტაქტურია. ძალა ყველგან 4/5. RAMs , თითი-ცხვირი ინტაქტური. სიარული ფართო დაყრდნობით. მგრძნობელობა ინტაქტური ჩვეულებრივ, მსუბუქ შეხებაზე, პოზიციაზე, ვიბრაციაზე. რომბერგი უარყოფითი. რეფლექსები Ø+ და სიმეტრიუ-ლი. ხელისგულების ქვემოთ დამვებით.

CITATIONS

1. Federal Agency Forum on Aging Related Statistics. Older Americans 2000: Key indicators 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 far 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 RZL. Human aging: usual and morbidity. Ann Intern Med Suhpl 139(S):455, 2003.
7. Tatlct 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.

870 ბ ე ი ნ ი ე რ ი ხ ი ნ ი ა ხ ი ი ა ა ა

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 AJ, 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. Geri-atr 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 HA, 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. 531-541. 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 ხშირი და ძალიან მნიშვნელოვანი დარღვევებია, რაც მოქმედებს ფსიქიკური მდგომარეობის მრავალ ასპექტზე. ორივეს მრავალი მსგავსი მიზეზი აქვს. ამ ორი მდგომარეობის ზოგიერთი კლინიკური ნიშანი და მათი ზეგავლენა ფსიქიკურ მდგომარეობაზე ქვემოთაა შედარებული. დელირიუმი შეიძლება თან ახლდეს დემენციას.

კლინიკური ნიშნები	დელირიუმი	დემენცია
დასწყება:	მწვავე მეუმჩნეველი	მეუმჩნეველი
მიმდინარეობა:	ცვალებადი, ნათელი პერიოდებით; უარესდება ღამით	ნელა პროგრესირებადი
ხანგრძლივობა:	საათებიდან კვირებამდე	თვეებიდან წლებამდე
ძილი/სიფხიზლის ციკლი	ყოველთვის დარღვეულია;	ძილი წყვეტილია
ზოგადი დაავადება ან ნამდვილი 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, შენარჩუნება 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 მეუსაბამო
მეტყველება:	შეიძლება აღინიშნებოდეს ენის ბორძიკი, ნელი, სწრაფი ან გაუგებარი	უჭირს სიტყვების მოძებნა, აფაზია
ხასიათი;	ცვალებადი, ლაბილური, მიში 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 მძიმე დაქვეითება დაავადების მიმდინარეობისას	მძიმე დაქვეითება დაავადების მიმდინარეობისას
ორიენტაცია:	ჩვეულებრივ დეზორიენტაცია, განსაკუთრებით დროში. ნაცნობი ადგილი შეიძლება უცნობად აღიქვას.	ძირითადად კარგად არის შენარჩუნებული, მაგრამ დაავადების გვიან პერიოდში იძრვევა
ყურადღება:	არამდგრადი, ადვილად ეფანტება, უჭირს ყურადღების კონცენტრაცია კონკრეტულ საკითხზე	ჩვეულებრივ არ ზიანდება დაავადების გვიან სტადიამდე
მეხსიერება:	დაქვეითებულია სწრაფი მახსოვრობის უნარი და ხანმოკლე მეხსიერება	ხანმოკლე მეხსიერება და ახალი ინფორმაციის ათვისება დარღვეულია
მიზეზების მაგალითები	თერთი ცხელება (აღკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შედეგად) ქიმია ღვიძლის მწვავე უკმარისობა მწვავე ცერებრული ვასკულიტი ატროპინით მოწამვლა	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
Astereognosis, 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
Axinhumeral 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, 183
  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 minimum 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
Inflaminatory 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 technique for, 201
Palpebral fissure, 154
Palpitations, 294
Pancreas
anatomy and physiology of, 360f
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 technique 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_1, 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 technique 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