

მზომ-რინომ-ღაჩინგომღომი ღა თავ-ქინჩინს პათომღომიები

კონსპექტები

მიხეილ ხუჭაძე
ომარ ხუჭაძე

მიხეილ ხუჯაძე, ომარ ხუჯაძე

ოტომ-რინომ-ლარინგოლოგია და თავ-კისრის პათოლოგიები

კონსპექტები

რედაქტორი – ნინო გველესიანი

დიზაინერი – ია მახათაძე

ტექნიკური დიზაინერი – გიორგი ლომსაძე

რედაქოლეგია:

მამუკა ბოკუჩავა: სისხლძარღვთა ქირურგი, თსსუ პროფესორი, აკად. ნ. ბოხუ-ას სახ. კარდიო-ვასკულური ცენტრის დირექტორის მოადგილე.

დავით კაპანაძე: ექიმი რეანიმატოლოგ-ანესთეზიოლოგი, კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტი, ფრანგულ-გერმანული კლინიკის ანესთეზია-რეანიმაციის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, „ხუჯაძე-გოგნიაშვილის კლინიკის“ ანესთეზია-რეანიმაციის სამსახურის უფროსი.

თემურ მიქელაძე: მედიცინის დოქტორი „საქართველოს უნივერსიტეტის“ ასოცირებული პროფესორი, იმუნოზაციის ტექნიკური და ექიმთა პროფესიული განვითარების საბჭოს წევრი.

მიხეილ ოკუჯავა: პროფ. მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, „აკ. ფრიდონ თოდუას სამედიცინო ცენტრის“ ნეირორადიოლოგიის და ნეირომეცნიერების მიმართულების ხელმძღვანელი, ჯანდაცვის სამინისტროს ექსპერტი რადიოლოგიის დარგში.

ზურა სირაძე: „ხეჩინაშვილის საუნივერსიტეტო კლინიკის“ რადიოლოგიური დეპარტამენტის უფროსი.

რუსუდან ქარსელაძე: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის პედიატრიის კათედრის გამგე, საქართველოს ბავშვთა ალერგოლოგთა და კლინიკურ იმუნოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი, NITAG-იმუნოზაციის უსაფრთხოების ექსპერტთა ეროვნული კომიტეტის წევრი, შოთა რუსთაველის სახ. ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ექსპერტი.

არჩილ ჩუხრუკიძე: მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების წევრი.

ივანე ჩხაიძე: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს სამედიცინო დირექტორი.

განსაკუთრებული მადლობა:

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, **ნატალია ვაშაკიძეს** კლინიკის რეზიდენტს, **ერნესტ მარკოსიანს**.



გამარჯობა, პატივცემულო მკითხველო!

მადლობას მოგახსენებთ ამ წიგნით დაინტერესებისთვის. დიდი იმედი მაქვს, რომ ის აუცილებლად დაგეხმარებათ პროფესიულ წინსვლაში.

მადლობა, რომ ექიმობა გადანყვიტეთ. ეს რთული, საინტერესო, საჭირო და შრომატევადი, მაგრამ ხშირად დაუფასებელი პროფესიაა.

მადლობა, რომ აირჩიეთ ხალხის სამსახური. არა უფასოდ, როგორც ზოგს მიაჩნია, არამედ უსასყიდლოდ, რადგან იმის ანაზღაურება, რასაც ექიმი პაციენტის ჯანმრთელობისთვის გასცემს, შეუძლებელია.

მადლობა, რომ აგრძელებთ ისეთი ადამიანების გზას, როგორებიც არიან: ავიცენა, ჰიპოკრატე, პასტერი, კოხი, ბილროტი, მაიერი, გერიე, პორტმანი, ფიფია, ჩაჩავა და კიდევ მრავალი, მრავალი სხვა... თავიანთი მასშტაბით უფრო დიდები და უფრო პატარებიც. ისინი, ვინც ეპოქა შექმნა და თავი დაიმკვიდრა სამედიცინო ოლიმპზე და ისინიც, ვინც ჩუმად, უსახელოდ, მაგრამ კეთილსინდისიერად და გულით ემსახურება ამ პროფესიას.

წიგნის ფორმატი ერთგვარი კონსპექტია და ეს ფორმატი შემთხვევით არ შეგვირჩევია. ეს წიგნი მოკლედ გადმოცემული

უმნიშვნელოვანესი ინფორმაციის მატარებელი გახლავთ. ჩემი აზრით, ძალიან პრაქტიკულიცაა და, საჭიროების შემთხვევაში, ექიმს თუ სტუდენტს, მისი ჯიბით ტარებაც კი შეუძლია. მსგავსი ტიპის კონსპექტი-ნიგნები, არა მხოლოდ ამ კონკრეტული სამედიცინო მიმართულების სპეციალისტებისა თუ სტუდენტებისთვისაა განკუთვნილი, არამედ მათთვისაც, ვინც ოტო-რინო-ლარინგოლოგიითა და თავ-კისრის პათოლოგიებით არის დაინტერესებული.

დიდი იმედი მაქვს, რომ წიგნი მოგეწონებათ და, რაც მთავარია, გამოგადგებათ. საჭირო ინფორმაციას შეგმატებთ თქვენს ყოველდღიურ პრაქტიკაში. გირჩევთ ყოველთვის გონივრული ეჭვი შეიტანოთ ნებისმიერ დოგმასა თუ აქსიომაში, რადგან მედიცინაში არ არსებობს რაიმე მუდმივი და უეჭველი. ასე ვითარდება მედიცინა და მეცნიერებაც.

წარმატებას გისურვებთ, კოლეგებო, თქვენს მომავალ ასპარეზზე და გფარავდეთ ღმერთი!

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, მიხეილ ხუჯაძე
2021 წელი, თბილისი

სარჩევი

ნაწილი 1

ყური.....	11
ანატომია	13
საყურადღებო სიმპტომები და გამოვლინებები	20
ყურის გამოკვლევა	29
ყურის მკურნალობის ადგილობრივი საშუალებები	56
ყურის ნიჟარის პათოლოგიები	64
გარეთა სასმენი მილის პათოლოგიები.....	69
ყურის კიბო.....	76
მენიერის დაავადება.....	78
მენიერის დაავადების გარეშე არსებული პერიფერიული ვერტიგო	85
ვერტიგო და ასაკი	91
პერიფერიული ვერტიგოს ქირურგიული მკურნალობა	93
ცენტრალური და ცერევიკალური ეტიოლოგიის ვერტიგო....	96
ვერტიგო ვესტიბულოპათიის ობიექტური ნიშნების გარეშე.....	100
ვერტიგოს რეაბილიტაცია	101
სიყრუე ბავშვებში	102
ბავშვთა სიყრუის დიაგნოსტიკა	110
ოტოსკლეროზი – ოტოსპონგიოზი.....	113
შუა ყურის მწვავე ბაქტერიული ოტიტები.....	118

ქრონიკული ოტიტები.....	131
სეროზული ოტიტები.....	134
სეროზული, პერფორაციული ოტიტები.....	143
ქოლესტეატომა	146
ქრონიკული ოტიტის ნარჩენი მოვლენები.....	153
ლაბირინთიტები	157
ოტოგენური ჩირქოვანი გართულებები	160
ყურის ზოსტერ ვირუსი	163
ყურის ტუბერკულოზი, ვეგენერის დაავადება, სიფილისი	166
ყურის დაზიანებები ქალა-ფუძის ტრავმების დროს.....	170
ყურის ტრავმები	176
ხმაურით განპირობებული ოტოლოგიური პათოლოგიები	180
პრესბიაკუზისი.....	184
სმენის ტოქსიკური დაზიანება	186
უეცარი სიყრუე.....	190
სმენის დაქვეითების მიზეზები.....	194
სმენის დაქვეითების მკურნალობა.....	196
საუღლე ვენის გლომუსები ანუ ტიმპანალური საუღლე ქემოდექტომები.....	201
მაგარი გარსის ფისტულები	204
სმენის ნერვის სიმსივნეები.....	206
სახის ნერვის პერიფერიული პარეზი	212

ნაწილი 2

ცხვირი, ცხვირ-ხახა და დანამატი წიაღები	217
ანატომია	219
საყურადღებო ნიშნები და გამოვლინებები.....	225
ცხვირის, ცხვირ-ხახის და დანამატი	

წიაღების გამოკვლევა	233
სინუსების და ცხვირის ღრუების ადგილობრივი, აპლიკაციური მკურნალობა.....	239
კრანოფაციალური ტკივილი.....	244
სისხლდენა ცხვირიდან	247
რინოფარინგიტი ბავშვებში	253
ადენოიდური ვეგეტაციები	257
ეპიდემიური, მწვავე სურდო	264
ვაზომოტორული რინიტი	266
ჰიპერტროფიული რინიტი	272
ატროფიული რინიტი.....	274
წიაღების ბაროტრავმები.....	276
მწვავე ბაქტერიული სინუსიტი.....	277
ქრონიკული რინოგენული სინუსიტი	280
ბავშვთა ასაკის სინუსიტები	286
ქრონიკული რინობრონქიტების მკურნალობა.....	290
ცხვირის და ცხვირ-ხახის პოლიპოზი	291
ქრონიკული ოდონტოგენური სინუსიტები.....	297
წიაღების მიკოზები (სოკოვანი დაავადება).....	299
ჰაიმორის წიაღის კისტები	301
მუკოცელე	304
სინუსიტის გართულებები.....	305
წიაღების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები	308
წიაღების და ცხვირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეები....	311
ცხვირ-ხახის ფიბრომა	315
ცხვირ-ხახის კიბო.....	318
არაჰოჯკინის ავთვისებიანი ლიმფომები	321
სახის ტრავმები.....	323
ცხვირის ძვიდის პათოლოგიები.....	331
ცხვირის და ORL რეგიონის კანის დაავადებები	334

ნანილი 3

პირ-ხახა, ხახა, ხორხი	341
ანატომია	343
გასინჯვის პრინციპები	349
ხახა-ხორხის დათვალიერება	356
ხახის და პირ-ხახის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა	361
ხორხის და ხახის ადგილობრივი მკურნალობა	363
ხახის პარესთეზია (დაბუჟება)	365
პირ-ხახის მწვავე დაავადებები	367
ხახის ჩირქოვანი დაავადებები	374
ქრონიკული დეკომპენსირებული ანგინა	379
ტონზილექტომია	382
დეკომპენსირებული ტონზილიტების გართულებები	386
ბავშვის დისპნოე	389
არასპეციფიკური მწვავე ლარინგიტები	397
სპეციფიკური დაავადებები	400
ქრონიკული ფარინგიტი	403
ხორხის დისფუნქცია და ქრონიკული ლარინგიტი	405
ხორხის გარეგანი ტრავმები	412
ენდოლარინგეალური ტრავმები	414
ხორხის პარეზები (დამბლა)	416
სასის კუნთების დისფუნქცია	424
ხახის უცხო სხეული	427
ხორხის და ხახის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები	429
პირის ღრუს, პირ-ხახის, ხახის და ხორხის კიბო	436
ლარინგო-ეზოფაგალური მიდამოს პათოლოგიები	453

ნანილი 4

საყლაპავი	457
საყლაპავი	459
მომართვის მიზეზები და გამოკვლევები	461

საყლაპავის გამოკვლევა	463
ეზოფაგიტები	466
გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი.....	468
საყლაპავის დამწვრობები	471
პერფორაციები	474
საყლაპავის სტენოზი.....	477
საყლაპავის სიმსივნეები.....	479
ტრაქეო-ეზოფაგური ფისტულები.....	481
საყლაპავის უცხო სხეულები	484

ნაწილი 5

ტრაქეა.....	487
ტრაქეა	489
ჩვენებები ტრაქეის გამოსაკვლევად	491
გამოკვლევის მეთოდები	492
ტრაქეიტები	494
ანთებითი სტენოზი.....	495
ტრაქეის კომპრესია	500
ტრაქეის სიმსივნეები	502
ტრაქეის და ბრონქების გაგლეჯა.....	503
ტრაქეო-ბრონქული სვეტის უცხო სხეულები	507

ნაწილი 6

კისრის სიმსივნური და ანთებითი პათოლოგიები.....	511
კისრის ანთებითი და სიმსივნოვანი პათოლოგიები.....	513
კისრის ადენოპათიები.....	515
კისრის სიმსივნოვანი პათოლოგიები.....	522
კისრის ფისტულები.....	532
გრძივლის სინდრომი	534
თიროიდული და პარათიროიდული ჯირკვლები.....	536
ბიბლიოგრაფია	559



ნაწილი

1

ყური

ანატომია

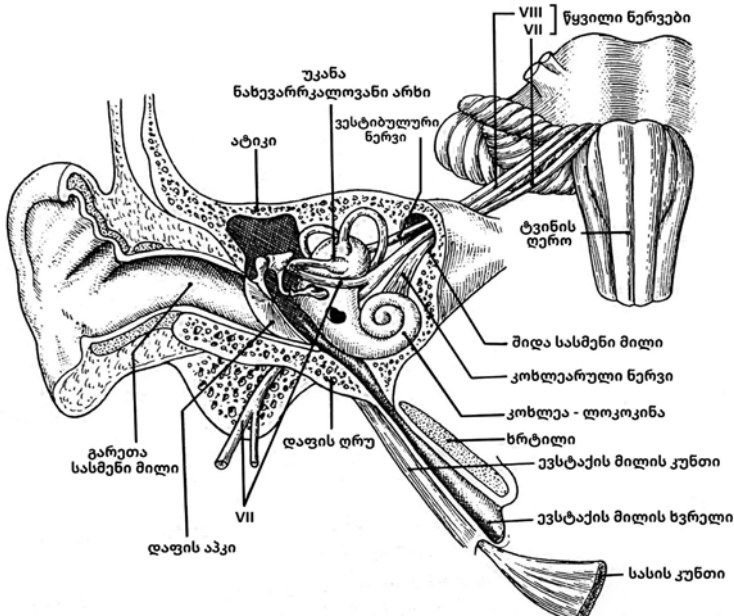
ადამიანის ყური წარმოდგენილია ორი ფუნქციური ორგანოთი. მას გააჩნია ორი ძირითადი ფუნქცია: იგი პასუხისმგებელია სმენასა და წონასწორობაზე.

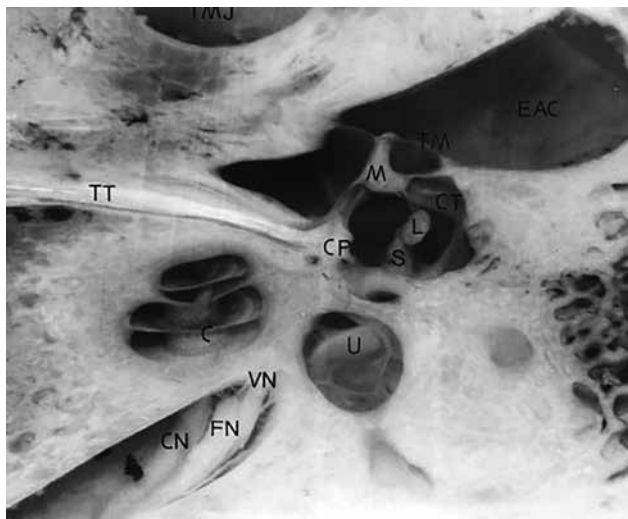
ეს ორგანო რამდენიმე ნაწილისაგან შედგება:

1. **გარეთა ყური** – წარმოდგენილია ყურის ნიჟარით და გარეთა სასმენი მილით. მათ ფუნქციაში შედის ხმის შეგროვება. ყურის ეს ნაწილები ამოფენილია კანით, რომელიც, მეტწილად, დაფარულია თმით (რაც, შესაძლებელია, ფურუნკულის გაჩენის მიზეზი გახდეს) და გოგირდის წარმომქმნელი ჯირკვლებით. როგორც წესი, ეს ჯირკვლები გარეთა სასმენი მილის ირგვლივ არის განლაგებული. ყურის ნიჟარის კანი და ხრტილი ისე მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან, რომ კანის მცირედი ანთებაც კი იწვევს საშინელ ტკივილს.
2. **შუა ყური** – წარმოდგენილია რამდენიმე ჰაეროვანი ღრუთი. ეს ღრუები ერთმანეთთან არის დაკავშირებული. ბოლოს ისინი ცხვირ-ხახას უკავშირდებიან ევსტაქის მილის მეშვეობით. უფრო კონკრეტულად კი ის წარმოდგენილია დაფის ღრუთი, რომელშიც სასმენი ძვლები მდებარეობს და მასტოიდური უჯრედებით. დაფის ღრუ ძალიან თხელი, ძვლოვანი ჯებირებით არის დაყოფილი. ევსტაქის მილი შუა ყურის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ნაწილია, რომელიც პასუხისმგებელია შუა

ყურის წნევის რეგულაციაზე და აკავშირებს მას ცხვირ-ხახასთან. ევსტაქის მილი დაფარულია რესპირატორული ლორწოვანი გარსით და მისი კუნთები ხახის კუნთებთან უნისონში მუშაობს. ისინი ყლაპვისას ხსნიან მილს, რაც უზრუნველყოფს შუა ყურის წნევის რეგულაციას.

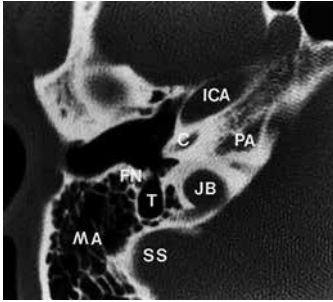
3. **შიდა ყური ანუ ლაბირინთი** შედგება ორი ნაწილისაგან – ლოკოკინა, ანუ კოხლეა, რომელსაც გააჩნია სმენის ფუნქცია და უტრიკულუსი და საკულუსი, თავიანთი ნახევარკალოვანი არხებით, რომელიც წარმოადგენს წონასწორობაზე პასუხისმგებელ ორგანოს.





დისექციური მასალა საფეთქელის ძვალზე.

- FN** – facial nerve (სახის ნერვი)
- TT** – tensor tympani (აპკის დამჭიმავი)
- C** – cochlea (ლოკოკინა)
- U** – utricle (უტრიკულუსი)
- CN** – cochlear nerve (კოხლეარული ნერვი)
- VN** – vestibular nerve (ვესტიბულარული ნერვი)
- CP** – cochleariform process (კოხლეარული მორჩი)
- M** – maleus neck (ჩაქუჩის ყელი)
- L** – long process of incus (გრდემლის გრძელი მორჩი)
- S** – stapes (უზანგი)
- TM** – tympanic membrane (დაფის აპკი)
- EAC** – external auditory canal (გარეთა სასმენი მილი)
- TMJ** – temporo mandibular joint (ცხის სახსარი)



საფეთქლის ძვლის რადიოლოგიური ანატომია

T – sinus tympani (დაფის სინუსი)

FN – facial nerve (სახის ნერვი)

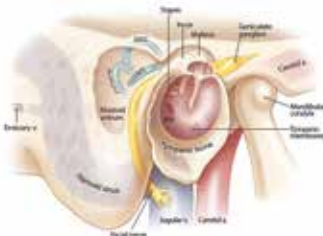
ICA – Internal carotid artery (შიდა საძილე არტერია)

JB – jugular bulb (საუღლე ბოლქვი)

MA – mastoid (მასტოიდი)

SS – sigmoid sinus (სიგმოიდური სინუსი)

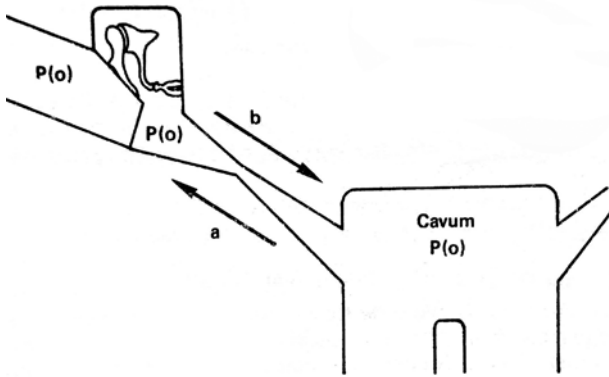
PA – petrous apex (პირამიდის მწვერვალი)



საფეთქლის ძვლის ტოპოგრაფიული ანატომია.

ამ ნაწილებში, ასევე, აღსანიშნავია ძირითადი ანატომიური ელემენტები:

1. **სმენის ნერვი**, უფრო სწორად, სტატო-აკუსტიკური ნერვი, რომელიც აერთიანებს ვესტიბულარულ და კოხლეარულ ნერვულ ბოჭკოებს, ცენტრალური ვესტიბულარული გზებით მიემართება ცერებრალური ლეროსკენ და შესაბამისი კორტიკალური ბირთვებისკენ.
2. **დაფის აპკი და სასმენი ძვლების ჯაჭვი**, რომელიც განთავსებულია დაფის ღრუში ანუ შუა ყურში, ასრულებს შემდეგ ფუნქციას: ის ახდენს ხმის კონცენტრირებას და გადასცემს მას შიდა ყურს. რომ არა ეს აპკოვან-ძვლოვანი სისტემა, აეროვანი რხევის გადაცემა შიდა ყურის სითხოვან სისტემაში იმდენად არაეფექტური იქნებოდა, რომ სისტემაში წარმოქმნიდა მხოლოდ 50-55 დეციბელს, ანუ, გამოიწვევდა ჩვენი სმენის 50%-ით დაქვეითებას.
3. **ვესტაქის მილი** ორ ფუნქციას ითავსებს:
 - ა) **წნევის მარეგულირებელი ფუნქცია** – დაფის ღრუში ლორწოვანი გარსი შთანთქავს ჟანგბადს და ამის გამო, ამ ღრუში უარყოფითი წნევა იქმნება. იმისათვის, რომ შუა ყურმა კარგად იმუშაოს, დაფის აპკის ორივე მხარეს წნევა უნდა იყოს ერთნაირი. წნევის რეგულაცია ხორციელდება ვესტაქის მილის მეშვეობით (ამისათვის, ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა ცხვირის ნორმალური ფუნქციონირება).
 - ბ) **სადრენაჟო ფუნქცია** – შუა ყურის ლორწოვანით გამოყოფილი სითხე, ნამწამოვანი უჯრედების წყალობით, ვესტაქის მილის მეშვეობით მიემართება ცხვირ-ხახაში. ამ ფუნქციის რომელიმე ეტაპის დარღვევა შუა ექსუდაციური ოტიტის მიზეზი ხდება.



ევსტაქის მილის ფუნქციონირების სქემა.

ევსტაქის მილის ობსტრუქცია

ევსტაქის მილის ობსტრუქციის შედეგად, შესაძლოა განვითარდეს შემდეგი პროცესები:

შუა ყურში უარყოფითი წნევის წარმოქმნა, რაც თავისთავად, დაფის აპკის რეტრაქციას განაპირობებს. რეტრაქტირებული (ჩაზნექილი) დაფის აპკი ცუდად ირხევა და, შესაბამისად, ცუდად გადასცემს რხევას.

დაფის აპკის ლორწოვანის მიერ ტრანსუდატის გამოყოფა, რაც გამოწვეულია აერაციის მოშლით. დრენირების გარეშე, ტრანსუდატი გადადის ექსუდატში, რაც შუა ყურის ექსუდაციური ოტიტის მიზეზი ხდება.

მასტოიდალური ძვალი არანაირად არ იღებს მონაწილეობას სმენის ფუნქციაში. აქედან გამომდინარე, არც მასტოიდექტომია და არც მისი სანაცია-დრენირება არ მოქმედებს სმენაზე.

შიდა ყური ლოკოკინით და მის კოხლეარულ არხში მოთავსებული კორტიეს ორგანოთი (Organ of Corti) არის წარმოდგენილი. როგორც წესი, ხმოვანი ენერგია, სასმენი მილის და დაფის ღრუს აპკოვან-ძვლოვანი სისტემის გავლით, აღწევს შიდა ყურამდე.

თუმცა, ეს პროცესი ძვლოვანი (მასტოიდალური ძვლის) გზითაც შეიძლება განხორციელდეს. შუა ყურის სტრუქტურის დაზიანების დროს, მაგალითად, დაფის აპკის დაზიანების, სასმენი ძვლების ჯაჭვის მთლიანობის დარღვევის ან გადავლების შემთხვევაში, ხმოვანი ენერგია მაინც აღწევს კორტიეს ორგანომდე მასტოიდალური ძვლის გავლით, მაგრამ დიდი დანაკარგით. ძვლოვანი ქსოვილი, დაახლოებით, 55-60 დეციბელს შთანთქავს.

ძვლოვანი გამტარებლობის დისფუნქციის შედეგები

შუა ყურის ხმის გამტარიანობის დისფუნქციის მიზეზი შეიძლება იყოს დაფის აპკის პერფორაცია, ძვლოვანი ჯაჭვის მთლიანობის დარღვევა, ევსტაქიტი ან ოტოსკლეროზი. ეს, თავის მხრივ, განაპირობებს მაქსიმუმ, 60 დეციბელამდე სიყრუის ჩამოყალიბებას იმ დროს, როცა ნეიროსენსორული ანუ პერცეპციული სიყრუე შესაძლოა ტოტალური იყოს, რასაც კოფოზი ეწოდება.

მაგალითად, თუ დაყრუებულ ყურს მოსასმენ აპარატს მივადებთ, ხმის ენერგია, ძვლოვანი სტრუქტურის გავლით, კონტრ-ლატერალურ შიდა ყურს (ლოკოკინას) მხოლოდ 60 დეციბელის დანაკარგით მიაღწევს. ამიტომ, აუდიომეტრიის გაკეთებისას, აუცილებელია ე. წ. „შენიღბვა“ გავუკეთოთ ჯანმრთელ ყურს. ეს საკმაოდ რთული შესასრულებელია და აუდიომეტრიის ერთ-ერთ სირთულეს წარმოადგენს.

საყურადღებო სიმპტომები და გამოვლინებები

A. ზოგიერთი გარემოება, რომელიც ყურის პათოლოგიაზე მიუთითებს: სიყრუე, თავბრუსხვევა, ოტორეა, სახის ნერვის პერიფერიული პარეზი, ყურის ტკივილი (ოტალგია), ყურის შუილები (ტინიტუსი).

1. ოტორეა (ჩირქდენა ყურიდან)

ჩირქდენა ყურიდან, როგორც წესი, ოტოსკოპიის გარეშეც შესაძენევა და მისი მიზეზი გარეთა ან შუა ყურში განვითარებული ინფექციური პროცესია.

ამის დასაზუსტებლად ოტოსკოპიური გამოკვლევაა გასაკეთებელი.

NOTA BENE

- ყურიდან ჩირქდენის არარსებობა არანაირად არ ადასტურებს ქრონიკული ოტიტის არარსებობას;
- ქრონიკული ოტიტის მატარებელ პაციენტში, მწვავე ოტორეა შესაძლოა სერიოზული გართულებების მიზეზი გახდეს;
- ბავშვებში ჩირქოვანი ოტიტი, შესაძლოა, თვეების მანძილზე გართულებების გარეშე მიმდინარეობდეს;
- ზოგიერთ შემთხვევაში, ყურის წვეთების სისტემატური და ხანგრძლივი დანიშვნა უშედეგოა და მეტიც, შესაძლოა გამოიწვიოს შიდა ყურის ინტოქსიკაცია.

სიხლიანი ოტორეა-ოტორაგია ან ცერებროსპინლური ოტორეა, უმთავრესად, ტრავმული დაზიანებების დროს გვხვდება. თუმცა, შესაძლოა, ავთვისებიანი პროცესების შემთხვევაშიც განვითარდეს. ეს შემთხვევები სპეციალიზირებულ, ჰოსპიტალურ დახმარებას ითხოვს.

სპეციალიზირებული მკურნალობის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია :

- a. არასდროს დაინიშნოს ყურის წვეთები;
- b. გაკეთდეს ყურზე სტერილური ნახვევი;
- c. დაინიშნოს სისტემური ანტიბიოტიკური მკურნალობა პენიცილინის ჯგუფის მედიკამენტებით;

2. სიყრუე

ოტოლოგისთვის ეს ტერმინი ნიშნავს სმენის აპარატის ნებისმიერი ხარისხის დაზიანებას.

ხალხში ეს ტერმინი მძიმე სმენის დაქვეითებას ან სრულ სიყრუეს გულისხმობს. ამიტომ მიზანშეწონილია, მედიცინის მუშაკებმა სიყრუის ნაცვლად, სმენის დაქვეითება ან ჰიპოაკუზია ვიხმაროთ.

სმენის ნებისმიერი დაქვეითების დროს, აუცილებელია აუდიო-მეტრიული და ოტოსკოპიური კვლევის ჩატარება. შეცდომა იქნება არ გამოვიკვლიოთ პაციენტის სმენის ორგანო მხოლოდ იმ მიზეზით, რომ მას სმენის დაქვეითება არ აწუხებს. გაითვალისწინეთ, რომ სმენის მცირედი დაქვეითებაც კი შესაძლოა იყოს ისეთი მძიმე დაავადების პირველი ნიშანი, როგორც არის VIII წყვილი ნერვის (სმენის ნერვის) ნევრინომა.

სმენადაქვეითებული პაციენტის დეტალური გამოკვლევის შემდეგ, აუცილებელია პაციენტის მუდმივი მონიტორინგი, რადგან, დაავადება შესაძლოა გართულდეს.

მუდმივი მონიტორინგი ორგვარ სარგებელს გვაძლევს:

პირველი, ეს არის დამძიმების შემთხვევაში დროული, ადაპტი-

რებული მკურნალობის ჩართვა და მეორე, მუდმივად განახლებადი მეთოდის გამოყენება არსებული დაავადების სამკურნალოდ.

სმენის დაქვეითების სტანდარტული გამოკვლევები ოტოსკოპიით და აუდიომეტრიით შემოიფარგლება. თუმცა, სმენის ნებისმიერი ასიმეტრიული დაქვეითების შემთხვევაში, საჭიროა გავალრმაოთ კვლევები ტვინის ღეროს და VIII წყვილი ნერვის სიმსივნეების გამოსარიცხად.

NOTA BENE

- ჰიპოაკუზიის ნებისმიერ შემთხვევაში, საჭიროა აუდიომეტრიული და ოტოსკოპიური გამოკვლევის ჩატარება;
- სმენის ნებისმიერი ასიმეტრიული დაქვეითების დროს, უნდა გამოირიცხოს რეტროკოხლეარული პათოლოგია, ნევრინომა, რაც გაღრმავებული რეტროკოხლეარული გამოკვლევით გამოაშკარავდება;

3. თავბრუსხვევა

ტერმინი „თავბრუსხვევა“ გულისხმობს გადაადგილების ილუზიურ შეგრძნებას. მას ხშირად თან ახლავს წონასწორობის დაკარგვა. თუმცა, წონასწორობის დაკარგვა და თავბრუსხვევა ერთი და იგივე არ არის. თავბრუსხვევა – ვერტიგო, ვესტიბულარული პათოლოგიაა.

სტანდარტული ვერტიგო როტაციის შეგრძნებაა. სიტყვაც აქედან მოდის: *vertere* – ტრიალი. ასეთი შეგრძნებები, შესაძლოა, მენიერის დაავადების შემთხვევაში შეგვხვდეს. ამ დაავადების შეტევა, როგორც წესი, იწყება ძლიერი ვერტიგოთი, ლებინებით ან ლებინების შეგრძნებით. ასევე, ახლავს წონასწორობის მოშლაც.

ასევე, შესაძლებელია შეგვხვდეს ისეთი ვესტიბულარული დაზიანებები, რომლის დროსაც გამოხატულია წონასწორობის მოშლა მხოლოდ სიარულის დროს ან ჩავარდნის შეგრძნება.

აღსანიშნავია, რომ ვერტიგოს არასდროს მოსდევს გონების

დაკარგვა. ნებისმიერ შემთხვევაში, გონების დაკარგვის ფაქტი გამორიცხავს ვერტიგოს დიაგნოზს.

ვერტიგო ექიმთან მისვლის ძალიან ხშირ მიზეზს წარმოადგენს. თუმცა, ის შესაძლოა რაიმე სხვა დაავადების ანამნეზის შეკრების დროსაც აღმოვაჩინოთ.

ხალხში სიტყვა „თავბრუსხვევა“ ხშირად გამოიყენება არასწორ კონტექსტში. მაგალითად, სიმაღლის შიშის ან კლასტროფობიის აღსანიშნავად. გვახსოვდეს, არ არსებობს ცრუ ვერტიგო, მოძრაობის ნებისმიერი ილუზია – ვერტიგოა.

ვერტიგოს მრავალი კლასიფიკაციიდან, ჩვენ ყველაზე მარტივზე შევჩერდით:

- a.** იზოლირებული დიდი კრიზი – რომელიც რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე გრძელდება. არ გააჩნია კოხლეარული ნიშნები და პირველად ემართება პაციენტს. სავარაუდო დიაგნოზი ნეირონიტია.
- b.** იტერატიული ვერტიგო – რომელიც რამდენიმე წუთი ან საათი გრძელდება. თუ მას თან ახლავს კოხლეარული ნიშნები, ეს მენიერის დაავადებაა ან იზოლირებული იტერატიული ვერტიგო.
- c.** პაროქსიზმული პოზიციური კეთილთვისებიანი ვერტიგო (პპკვ) – რომელიც მხოლოდ რამდენიმე წამს გრძელდება და ხშირად პოზიციის შეცვლისას ვლინდება.
- d.** ქრონიკული ვერტიგო – ჭეშმარიტი თავბრუსხვევა, რომელიც წონასწორობის მუდმივ დაკარგვაში და თავბრუსხვევაში გამოიხატება. ხშირია ტრავმების შემდეგ ან იტერატიული ვერტიგოს რემისიის დროს.

როდესაც ადგილი აქვს წონასწორობის დარღვევას ან სივრცეში გადაადგილების ილუზიას, აუცილებელია ვესტიბულარული გამოკვლევის ჩატარება.

NOTA BENE

- ვერტიგო არ შეიძლება ვუნდოთ ნებისმიერ გულყრას;
- არ შეიძლება ვერტიგო ვუნდოთ მხოლოდ როტაციულ თავბრუს-ხვევას;

ეს შენიშვნები ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან არაზუსტად დასმულმა დიაგნოზმა შეიძლება გამოიწვიოს, ერთი მხრივ, ვერტიგოს არასწორი მკურნალობა, მეორე მხრივ კი შესაძლოა გამოგვეპაროს ისეთი სერიოზული პათოლოგია, როგორცაა უკანა ფოსოს მოცულობითი ზრდის პროცესი.

4. სახის ნერვის პერიფერიული პარეზი (ფაციალისი)

სახის ნერვის ტრაექტორია საკმაოდ დიდია – მასტოიდური ძვლიდან სახის კუნთებამდე. სახის ნერვის პარეზის ეტიოლოგია ძალიან მრავალფეროვანი შეიძლება იყოს. თუმცა, მისი აღმოცენების ხასიათი და ზოგიერთი თავისებურება ამ სიის შემცირების საშუალებას იძლევა.

ძირითადად, გამოყოფენ ფაციალისის 5 სახეობას:

- ა. ფაციალისი, რომელიც სხვა ნევროლოგიურ ნიშნებთან ერთად ვლინდება.** ამ შემთხვევაში, აუცილებელია დანარჩენი კრანიალური ნერვების ტესტირება.
- ბ. ფაციალისი, რომელიც პროგრესულად ვითარდება.** ამ შემთხვევაში, როგორც წესი, საქმე გვაქვს რომელიმე ტუმორალურ პათოლოგიასთან. ძირითადად, პირამიდული ძვლის ან ყბაყურა ჯირკვლის არეალში. თუმცა, შესაძლოა ინტრაკრანიალური სიმსივნის არსებობაც.
- ც. ფაციალისი, რომელიც ოტოლოგიური ჩირქოვანი პათოლოგიის გართულებას წარმოადგენს.** ამ შემთხვევაში, პაციენტი სასწრაფოდ არის მოსათავსებელი სტაციონარში.

- d. ფაციალისი ტრავმული დაზიანების დროს.** შემდგომი მკურნალობისთვის, ძალიან მნიშვნელოვანია ტრავმის მომენტიდან რა დროის შემდეგ დაიწყო პარეზის სიმპტომები. ამის გარკვევა ძნელდება, როცა პაციენტი კომატოზურ მდგომარეობაშია.
- e. უეცარი გამოვლინების ფაციალისი რომელიც, როგორც წესი, იდიოპათიურ ფაციალისებს მიეკუთვნება.** თუმცა, არ არის გამორიცხული პირამიდული ძვლის სიმსივნის არსებობა. ასევე, ყურადღება უნდა მივაქციოთ ზოსტერ ვირუსის გამო ჩამოყალიბებულ ფაციალისს, რომელსაც განსაკუთრებული მკურნალობა სჭირდება.

NOTA BENE

- ყოველივე ზემოთქმულის შემდეგ, აშკარაა ის ფაქტი, რომ ნებისმიერი სახის ფაციალისი საჭიროებს გამოკვლევას ყელ-ყურის სპეციალისტის მიერ;

5. ყურის ტკივილი (ოტალგია)

ყურის ტკივილი ყოველთვის არ არის გამოწვეული ოტოლოგიური პათოლოგიით.

ოტოლოგიური მიზეზით გამოწვეული პათოლოგიის სიმპტომი ძლიერი ტკივილია. გარეთა და შუა ყურის პათოლოგიური პროცესები ძალიან მტკივნეულია. შუა ყურში წნევის თუნდაც მცირე დისბალანსი (გამოწვეული მაგ. თვითმფრინავის დაშვებით ან მთიდან სწრაფი დაშვებით), შესაძლოა გახდეს ოტალგიის მიზეზი. ასევე, გასათვალისწინებელია ბავშვების რინოფარინგიტები და სურდოს თანმხლები ოტალგიები.

ყურის ქრონიკული დაავადებები, როგორც წესი, არ იწვევს ოტალგიას.

ქრონიკული ოტიტი შესაძლოა ისე გართულდეს ინტრაკრანიალური პათოლოგიით, რომ ყურის ტკივილი არც იყოს გამოხატული.

თუმცა, ქრონიკული ოტიტის მქონე პაციენტში ოტალგიის გაჩენა შესაძლოა ავთვისებიანი ოტიტის ან სიმსივნის პირველი ნიშანი იყოს.

არაოტოლოგიური მიზეზით გამოწვეული პათოლოგიის სიმპტომი, შესაძლოა, მოდიოდეს ორი ანატომიური რეგიონიდან. პირველი, ეს არის ხახა და მეორე – ყბის სახსარი.

ხახიდან წარმოშობილი ოტალგიები ე. წ. ირადიაციული ტკივილებია და შესაძლოა განპირობებული იყოს როგორც ხახის და ხორხის ბანალური ანთებით, ასევე, ამ რეგიონების ავთვისებიანი სიმსივნით.

ყბის სახსრის ანთება, ყურის ტკივილის ხშირი მიზეზია. ის განპირობებულია სახსრის მჭიდრო სიახლოვით ყურთან.

NOTA BENE

- ყბის სახსრის ანთება ოტალგიების ხშირი მიზეზია;
- ნებისმიერი გახანგრძლივებული ოტალგია საჭიროებს საფუძვლიან კვლევას ხახის და ხორხის სპეციალისტის მიერ, რათა გამოირიცხოს ამ ანატომიური რეგიონის სიმსივნოვანი პათოლოგია;

6. ყურის შუილები (ტინიტუსი)

ტინიტუსი – ყურის ან, ზოგადად, თავის მიდამოს ნებისმიერი სუბიექტური ხმაურია. მსგავსი ხმები არაერთხელ გვიგრძნია თითოეულ ჩვენთაგანს. თუმცა, როდესაც ეს შუილები რეგულარულ ხასიათს იღებს და ძალიან შემანუხებელი ხდება პაციენტისთვის, ექიმი საკმაოდ რთული პრობლემის წინაშე დგება, როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე მკურნალობის კუთხით.

ეს პათოლოგია მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 10-15%-ში გვხვდება.

როგორც წესი, ყურის ხმაურები სუბიექტურია და არ ისმინება ექიმის მიერ. ძალიან იშვიათ შემთხვევაში, ხმაური ობიექტურია და მისი მოსმენა რეალურადაა შესაძლებელი. მათ ობიექტური,

პულსაციური შუილები ეწოდება. მათ ინტრაკრანიალური, სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის ეტიოლოგია აქვს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, უმრავლეს შემთხვევაში, ეს ხმები სუბიექტურია და მათი დახასიათება მხოლოდ პაციენტს შეუძლია. სმენის აპარატის ნებისმიერ დაზიანებას შესაძლოა მოჰყვეს ტინიტუსი. აღსანიშნავია, რომ ყურის შუილები შესაძლოა სმენის ნერვის (VIII ნყვილი ნერვის) ნევრინომის პირველი სიმპტომი იყოს.

ნებისმიერი ცალმხრივი, ხანგრძლივი ტინიტუსი საჭიროებს რეტროკოხლეარული პათოლოგიის გამორიცხვას.

ყურის შუილების ხასიათის და ლოკალიზაციის ზუსტი დახასიათება პაციენტს ხშირად უჭირს და ამიტომ უფრო მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, თუ რამდენად შემანუხებელია პაციენტისთვის ესა თუ ის ხმაური. ზოგიერთი მათგანი იმდენად აუტანელია, რომ იწვევს პაციენტის სოციალური ცხოვრების სრულ პარალიზებას.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ტინიტუსის მიზეზი შესაძლოა გახდეს ოტოსკლეროზი ან მენიერის დაავადება. თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, ამ პათოლოგიური სიმპტომის მიზეზი გაურკვეველი რჩება. ასეთი ზოგადი შუილები, სავარაუდოდ, კოხლეარული და ცენტრალური ნერვული სისტემის დისფუნქციის გამო ვითარდება. ამის გამო, ზოგიერთ შემთხვევაში, ტინიტუსი არ ქრება სმენის ნერვის ან თვითონ ლოკოკინას (კოხლეს) ქირურგიული ამოკვეთისას.

იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მიზეზი ნაპოვნია, მკურნალობა ხშირად არ იძლევა საკმარის ეფექტს და ტინიტუსი არ ქრება.

ნებისმიერი ტინიტუსი, რომელიც ნაკლებად შემანუხებელია პაციენტისათვის, მოითხოვს მხოლოდ მსუბუქ თერაპიულ მკურნალობას. ზოგიერთ შემთხვევაში, გატოლებულს პლაცებოსთან.

სამაგიეროდ, ნებისმიერი ტინიტუსი, რომელიც იწვევს პაციენტის სერიოზულ დისკომფორტს, საჭიროებს თერაპიულ მკურნალობას. თუმცა, მისი შედეგიანობაც არ არის დამტკიცებული. საჭიროა გამოვიყენოთ ჩვენს ხელთ არსებული ყველა სქემა, რათა შევემსუბუქოთ პაციენტს ეს ტანჯვა.

მხედველობაში გვაქვს ვაზოდირაგატორების, ანტიკონვულსანტების და, თუნდაც, აუდიოპროთეზის გამოყენება. თუკი ყველა ეს საშუალება უშედეგოა, მივმართავთ ფსიქოთერაპევტის დახმარებას.

NOTA BENE

- თუკი ჰიპერაკუზია მტკივნეულია და მცირედი ხმაურიც კი ინვეს პაციენტის ყურის ტკივილს, უნდა ვივარაუდოთ შიდა ყურის დაზიანება და შესაძლოა, სრული სიყრუის შემთხვევაც შეგვხვდეს;
- ასეთივე სიმპტომები შესაძლოა ჰქონდეს პრაქტიკულად ჯანმრთელი სმენის მქონე პაციენტსაც;
- ნებისმიერი ტინიტუსი საჭიროებს სრულ ოტოლოგიურ გამოკვლევას. ეს სიმპტომი შესაძლოა ყურის მრავალი პათოლოგიის ნიშანი იყოს. მათ შორისაა სმენის ნერვის ნევრინომაც;
- ტინიტუსის ყველა შემთხვევისას, აუცილებელია ქალას აუსკულტაცია, რადგანაც პულსაციის შეგრძნება ზოგჯერ არ ახასიათებს ინტრაკრანიალურ-სისხლძარღვოვან პათოლოგიებს;
- ხმაურის აუტანლობა შესაძლოა ჰქონდეთ სრულიად ყრუ, კოფოზურ პაციენტებსაც;

B. გარემოებები, როდესაც ოტოლოგიური გამოკვლევა აუცილებელია

ეს გარემოებები პირდაპირ არ მიუთითებს ოტოლოგიურ დაავადებაზე, თუმცა მათი გამოკვლევა აუცილებელია. მაგალითად:

- მენინგიტების დროს, როდესაც საჭიროა მენინგიტის ეტიოლოგიის დადგენა, ან თუნდაც, მენინგიტის შემდგომი სიყრუის დიაგნოსტიკა.
- მცირეწლოვან ბავშვებში, როდესაც ისინი აგვიანებენ ლაპარაკის დაწყებას ან აღენიშნებათ ქცევის ნებისმიერი სხვა პრობლემა (ჩუმი და ძალიან წყნარი ბავშვი და ა.შ.).
- ზოგიერთი ნევროლოგიური პათოლოგიის დასაზუსტებლად, როდესაც საჭიროა ცენტრალური და კოხლეარული დაზიანების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.

ყურის გამოკვლევა

ყურის გამოკვლევა ყოველთვის იწყება გამოკითხვით – ოტალგია, სმენის დაქვეითება, შუილები, ჩირქდენა, ვერტიგო, სახის ნერვის პარეზი.

დასაზუსტებელია ოტო-რინოლოგიური ანამნეზი, კერძოდ: სინუსიტები, ოტიტები, ცხვირის ობსტრუქციები, ყურის საგვარეულო პათოლოგიები (ოტოსკლეროზი).

ყურის დიაგნოსტიკა ორ ნაწილად იყოფა:

- **მორფოლოგიურ ნაწილი:** კლინიკა და რადიოგრაფიული კვლევა.
- **ფუნქციონალურ ნაწილი:** სმენის და ვესტიბულარული კვლევა.

A. კლინიკური გამოკვლევა

1. ყურის ნიჟარის დათვალიერება აუცილებელია რომელიმე თანდაყოლილი პათოლოგიის აღმოსაჩენად რაც, შესაძლოა, გამტარებლობითი სმენის დაქვეითების მიზეზი იყოს. ასევე, უნდა დაეაკვირდეთ ხომ არ არსებობს განაკვეთის შედეგად წარმოქმნილი იარა.
2. გარეთა სასმენი მილის და დაფის აპკის დათვალიერება – ოტოსკოპია. ამისათვის საჭიროა გამადიდებელი ხელსაწყოები: ოტოსკოპი ან მიკროსკოპი. ზოგიერთ შემთხვევაში, ოტოსკოპია შესაძლოა განხორციელდეს ენდოსკოპიური ინსტრუმენტებითაც, 0° ან 30°-იანი ენდოსკოპით.

როგორც წესი, პედიატრები ან თერაპევტები იყენებენ პორტატულ ოტოსკოპებს, რაც საშუალებას იძლევა სახლის პირობებში ადეკვატურად შეფასდეს პაციენტის ყური.

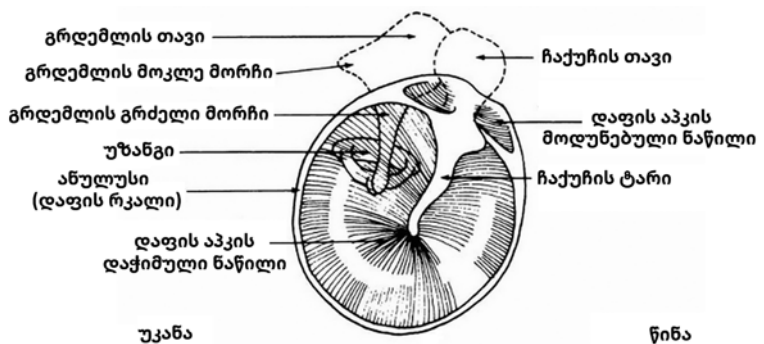
აღსანიშნავია, რომ სახლის პირობებში, ზოგიერთ შემთხვევაში, გარეთა სასმენი მილის გოგირდოვანი მასებით დაცობისას, შეგვიძლია გამოვიყენოთ ძალიან პატარა ზომის ყურის სარკე – სპეკულომი, რომლის ვიწრო პირიც გზას გაიკვლევს გოგირდოვან მასაში და მოგვცემს საშუალებას შევაფასოთ დაფის აპკის მდგომარეობა.

გარეთა სასმენი მილის გოგირდოვანი საცობის ამოღება ხორციელდება წყლის ჭავლით ან, მიკროსკოპის კონტროლის ქვეშ, პნევმატური სანოვით.

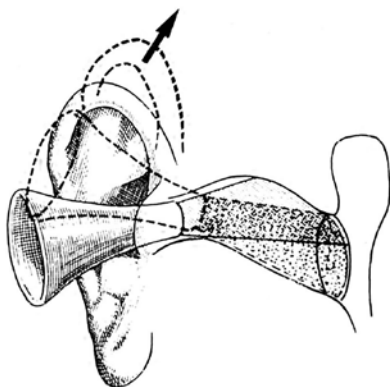
თუმცა, ეს უკანასკნელი მეთოდი უფრო სრულყოფილია და დაფის აპკის პერფორაციის შემთხვევაშიც უსაფრთხოა, რასაც ვერ ვიტყვით წყლის ჭავლზე.

დაფის აპკის პერფორაციის შემთხვევაში, ამ მეთოდის გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს გართულება, შუა ყურში ინფექციის შეტანის სახით.

ნებისმიერი დელიკატური მანიპულაციის შესრულებისას, უმჯობესია პაციენტი დაწოლილ მდგომარეობაში იმყოფებოდეს. ამ დროს, მისი თავის ფიქსაციის საშუალება უფრო დიდია.



ნორმალური დაფის აპკის ოტოსკოპიური სურათი სქემატურად



ყურის სარკის მდებარეობა დაფის აპკის დათვალიერებისას

დაფის აპკის უკეთესი ვიზუალიზაციისთვის, ზოგ შემთხვევაში, ყურის ნიჟარის სხვადასხვა მიმართულებით განევა გვიხდება.

გარეთა სასმენი მილის დიამეტრის მიხედვით, ვარჩევთ ყურის სარკეს (სპეკულომს). ოტოსკოპს ვიჭერთ ჰომოლატერალური ხელით. (მაგალითად, თუ მარცხენა ყურის გასინჯვა გვსურს, მარცხენა ხელით), მეორე ხელით ყურის ნიჟარას ვწვეთ ცოტათი ზემოთ და სარკის პატარა ბოლოს გარეთა სასმენ მილში ვდგამთ.

გარეთა სასმენი მილის დათვალიერებისას, ყურადღებას ვაქცევთ მის ზომას, კანის მდგომარეობას, შესაძლო პათოლოგიური პროცესების არსებობას: ოსტეომას, შეშუპებას.

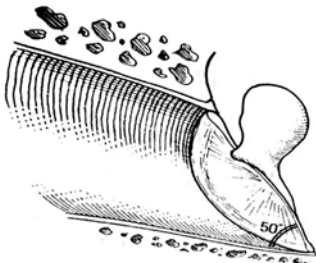
გარეთა სასმენი მილის დიამეტრი და ფორმა ინდივიდუალურია. ზოგიერთ შემთხვევაში, დაფის აპკის ვიზუალიზაცია სარკის ჩადგმისთანავე არის შესაძლებელი, ზოგჯერ კი გარეთა სასმენი მილი ისეთი ვიწრო და დაკლანკილია, რომ დაფის აპკის დანახვა მხოლოდ ძალიან ვიწრო სარკით არის შესაძლებელი. დაფის აპკის დათვალიერებისას, ყურადღება უნდა მივაქციოთ მის სავარაუდო პერფორაციას, მის ფერს და დაჭიმულობის ხარისხს, რაც ამა თუ

იმ პათოლოგიზე მიუთითებს. რუხი ფერის თანაბრად დაჭიმული დაფის აპკი ნორმალური, ჯანმრთელი ყურის მაჩვენებელია. მღვრიე, ჩაზნექილი ან გამობერილი კი, შესაბამისად, ექსუდატურ, ადჰეზიურ ან ჩირქოვან პათოლოგიაზე გვაფიქრებინებს. იშვიათ შემთხვევაში, შესაძლოა დაფის აპკის სისქეში შევნიშნოთ თეთრი ფერის ლაქები, რაც სუბმუკოზური ჰიალინის დაგროვების შედეგია. ჩვენ მათ ტიმპანოსკლეროზს ვუწოდებთ. ისინი ნაწიბუროვანი პროცესის შედეგს წარმოადგენენ და არ ახდენენ დიდ გავლენას სმენის ფუნქციაზე.

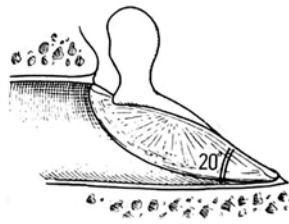
პატარა ბავშვის ოტოსკოპიაც უმჯობესია დანოლილ მდგომარეობაში განხორციელდეს, რათა ყურის ფიქსაცია უფრო ადვილი იყოს.

NOTA BENE

- დაფის აპკზე არსებული ფუფხის ქვეშ, შესაძლოა იმალებოდეს ქოლესტერატომური პროცესი;
- არ აგვერიოს გარეთა სასმენ მილში არსებული სისხლის ფუფხი შუა ყურის ოტიტში;
- გარეთა სასმენი მილის გასუფთავება ჩვილ ბავშვებში ითხოვს დიდ სიფრთხილეს, რადგანაც მათი კანი ძალიან ნაზია;



ზრდასრული



ახალშობილი

გარეთა სასმენი მილის და დაფის აპკის კუთხის განსხვავება ახალშობილსა და ზრდასრულ პაციენტში.

ახალდაბადებული ბავშვის ოტოსკოპიური კვლევისას, ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ ჩვილებში გარეთა სასმენი მილის და დაფის აპკის მიერ შექმნილი კუთხე 20-25 გრადუსს შეადგენს. მოზრდილებში ეს კუთხე უფრო დიდია – 50 გრადუსამდე ადის. ამიტომ შესაძლოა მოგვეჩვენოს, რომ ჩვილის დაფის აპკი უფრო პატარაა, თუმცა ეს ასე არ არის.

B. სმენის გამოკვლევა

ამ გამოკვლევას ორი მიზანი აქვს:

- სმენის დაქვეითების ხარისხის და ფუნქციური დეფიციტის გარკვევა;
- სმენის დაქვეითების ხასიათის გარკვევა, არის ეს კონდუქციური (გამტარებლობითი), ნეიროსენსორული (პერცეპციული) თუ შერეული ტიპის დაქვეითება. ეს გვაძლევს პათოლოგიის მიზეზის დადგენის საშუალებას;

ცხრილი 1

დაქვეითების ხარისხი	ინვალიდობის ხარისხი
0-20 დბ	ნორმალური სმენა
20-40 დბ	მცირე დეფიციტი, ჩუმი საუბრის პრობლემა
40-70 დბ	საშუალო დეფიციტი, მხოლოდ ხმამაღალი საუბრის გარჩევა. და ტუჩებით კითხვის საჭიროება
70-90 დბ	მძიმე ხარისხის დაქვეითება, ძალიან ხმამაღალი საუბრის გარჩევა, ტუჩებით კითხვა აუცილებელია
90-110 დბ	უმძიმესი ხარისხის სმენის დაქვეითება. უეჭველი ინვალიდობა. ბავშვებში ყრუ-მუნჯობის წინაპირობა.

ინვალიდობის სქემა სმენის დაქვეითების დროს.

1. ფუნქციური დეფიციტი

სმენის ცალმხრივი დაქვეითება, თუნდაც ტოტალური, განიხილება როგორც საშუალო დონის ფუნქციური დეფიციტი.

ბავშვებში, ადრეულ ასაკში, არც თუ ისე იშვიათად გვხვდება ცალმხრივი, თანდაყოლილი ან შექმნილი კოფოზები. აღსანიშნავია, რომ ამ დისფუნქციის დიაგნოსტიკა ხშირად სკოლის ასაკამდე ვერ ხერხდება, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ცალმხრივი კოფოზი არ არის მძიმე ფუნქციური დეფიციტი და არანაირად არ განაპირობებს მეტყველების ჩამოყალიბების პრობლემებს.

სკოლის ან შემდგომ ასაკში, ცალმხრივი კოფოზი უკვე ინვეზს ხმის ლოკალიზაციის დარღვევას და მეტყველების გარჩევის პრობლემებს ხმაურიან გარემოში. სმენის დაქვეითების ფუნქციური დეფიციტის სწორი ხარისხის დასადგენად, საჭიროა სმენის ორმხრივი შეფასება.

სმენის ხარისხზე შესაძლოა ტინიტუსიც მოქმედებდეს.

სმენის დაქვეითების გაზომვა შესაძლებელია ტონალური და ვოკალური აუდიომეტრიით. ის განისაზღვრება გარკვეული სიხშირის (500Hz, 1000Hz, 2000Hz) მქონე ხმის აღქმის უნარით. ვოკალური აუდიომეტრია განისაზღვრება სხვა მაჩვენებლებით (სპეციალურად შერჩეული სიტყვების გარჩევის მიხედვით) და ისიც ძალიან მნიშვნელოვანია სმენის ხარისხის შესაფასებლად. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ქართული ვოკალური აუდიომეტრიის შექმნა, ძალიან რთული და შრომატევადი სამუშაო, საქართველოში აუდიოლოგიის ეროვნული ცენტრის ხელმძღვანელის, აკადემიკოს ზურაბ ქევა-ნიშვილის და მისი გუნდის დიდი დამსახურებაა.

სპეციალისტების მიერ გამოყენებული ტერმინოლოგია სპეციფიკურია:

- **სიყრუე** ნიშნავს სმენის დაქვეითებას, მისი ხარისხის განსაზღვრის გარეშე.

- **ჰიპოაკუზია** ნიშნავს სმენის საშუალო დაქვეითებას, რომელიც შესაძლოა იყოს როგორც ცალმხრივი, ასევე ორმხრივი.
- **კოფოზი** ტოტალურ სმენის დაქვეითებას ნიშნავს. იგი არსებობს როგორც ცალმხრივი, ასევე, ორმხრივი.

2. ოჯახის ექიმის მიერ ჩატარებული სმენის გამოკვლევა

ზოგჯერ, უბრალო გამოკითხვაც კი საშუალებას გვაძლევს, დადგინდეს სიყრუის ხასიათი.

მაგალითად: ორმხრივი, ნელა პროგრესირებადი სიყრუე, როდესაც ხმაურიან გარემოში განსაკუთრებით გართულებულია სიტყვების გარჩევა, მიუთითებს მაღალ სიხშირეებზე ნეიროსენსორული (კობლერული) ტიპის სმენის დაქვეითებაზე (სიყრუეზე).

- ორმხრივი სიყრუე, როდესაც ხმაურიანი გარემო ხელს უწყობს სიტყვების გარჩევას, მიგვანიშნებს ე. წ. კონდუქციური ანუ ტრანსმისიული ტიპის სიყრუეზე, Willis-ის სიყრუეზე, ან ოტოსკლეროზზე.

- ერთსა და იმავე ყურში კონტრასტული სმენის არსებობა, როდესაც არ ესმით ტელეფონზე საუბარი და კარგად არჩევენ საათის რითმულ ხმას, სმენის ნერვის ნევრინომის არსებობაზე მიუთითებს.

შეგვირდეთ საათის საშუალებით სმენის გამოკვლევაზე. ეს მარტივი და ყოველთვის ხელთ არსებული მექანიზმი, საშუალებას იძლევა ყურიდან მისი სხვადასხვა მანძილზე დაშორებით განვსაზღვროთ ორივე ყურის სმენის ფუნქცია.

ხმის გამოყენებით ჩატარებული სმენის ტესტები საკმაოდ ეფექტურია. თუმცა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მას რამდენიმე პირობის დაცვა სჭირდება. ეს პირობებია:

- გამომცდელი უნდა იდგეს გამოსაცდელი ყურის პერპენდიკულარულად;
- გამომცდელი არ უნდა ხვდებოდეს პაციენტის მხედველობის არეში, რათა ტესტირებას ხელი არ შეუშალოს ვიზუალურმა ფაქტორმა;

- ყოველთვის ხდება ცალი ყურის გამოკვლევა. ამ დროს, მეორე ყური უნდა დავახშოთ ტრაგუსზე პერიოდული ზენოლით (ზენოლის ხარისხის შეცვლა დაგვეხმარება თავიდან ავიცილოთ ამ ყურის ადაპტაციის ფაქტი);

გამომცდელი, 6-7 მეტრის დისტანციაზე, დაბალ ხმაზე ნარმოთქვამს სიტყვას ან ციფრებს. როდესაც ეს სიტყვები ცუდად აღიქმება 6 მეტრზე ახლოს, ლაპარაკია მსუბუქ ან საშუალო ხარისხის სიყრუეზე.

3. აუდიოლოგის მიერ ჩატარებული სმენის გამოკვლევა

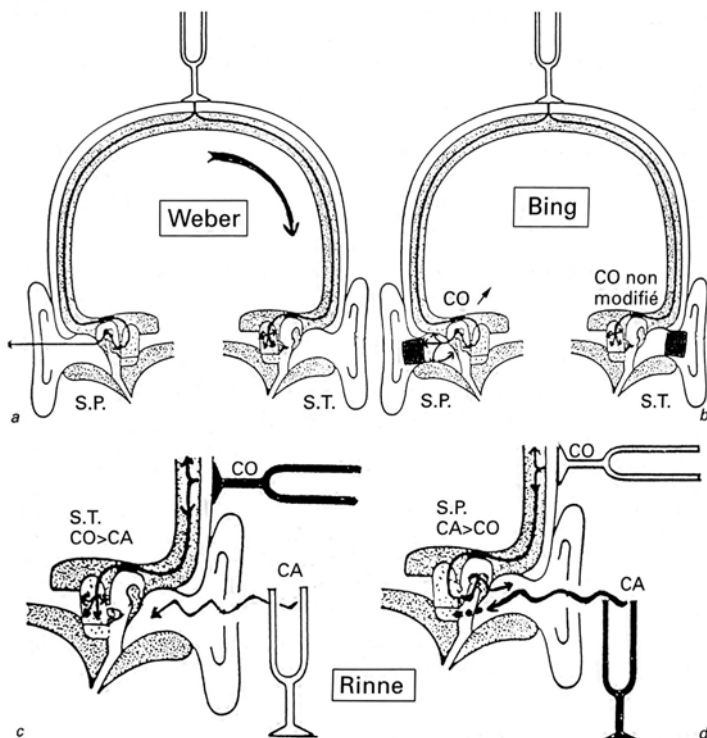
სმენის სპეციალიზირებული გამოკვლევა, როგორც წესი, აუდიომეტრიულ კაბინეტში, აუდიომეტრების საშუალებით ტარდება. თუმცა, ზოგჯერ, აუდიოლოგები კლასიკურ დიაპაზონურ კვლევა-საც მიმართავენ. მას აკუმეტრია ეწოდება.

აკუმეტრიული გამოკვლევა

ამ კვლევის ძირითადი ხელსაწყო დიაპაზონური კამერტონია. ხმარობენ 250 დბ. ან 512 დბ. კამერტონს. მათი მეშვეობით შესაძლოა ჩატარდეს იუნგის, ვებერის და რინეს აუდიოტესტები.

საინტერესოა აღვწეროთ ხრტილოვან-კონდუქციური ტესტი. ამ შემთხვევაში, კამერტონს ვათავსებთ ყურის ნიჟარის ხრტილოვან ნაწილზე. თუ საქმე გვაქვს ნორმალურ ან ნეიროსენსორულ (პერცეპციულ) სმენის დაქვეითებასთან, მაშინ ხმის ხრტილოვანი გამტარებლობა გაცილებით ხანგრძლივი იქნება, ვიდრე ძვლოვანი.

კონდუქციური (ტრანსმისიული) სიყრუის დროს, ხრტილოვანი გამტარებლობა გაცილებით ხანმოკლეა და ნაკლებად ინტენსიურია ძვლოვანთან შედარებით.



კვლევები კამერტონით SP – ნეიროსენსორული (პერცეფციული) სიყრუე, ST – კონდუქციური (ტრანსმისიული) სიყრუე, CO – ოსიკულარული კონდუქცია, CA – აეროვანი კონდუქცია.

სურათი c: კონდუქციური (ტრანსმისიული) სიყრუის დროს, CO მეტია CA-ზე.

სურათი d: ნეიროსენსორული (პერცეპციული) სიყრუის დროს, CA მეტია CO-ზე.

- a. ვებერის ცდა (Weber)** – კამერტონის ძირი უნდა მოვათავსოთ შუბლის ზემო ან შუა ნაწილში ან ნიკაპზე. ვიბრაცია უფრო კარგად აღიქმება:
- კონდუქციური (ტრანსმისიული) სიყრუის დროს უარესი ყურის მხარეს.
 - ნეიროსენსორული (პერცეპციული) სიყრუის დროს – უკეთეს მხარეს.

b. ბინგის (Bing) ცდა სასმენი მილის ობსტრუქციით – ნორმალური და ნეიროსენსორული (პერცეპციული) სმენის დარღვევის დროს, ძვალზე დადებული კამერტონის აღქმა უფრო ხანგრძლივია. ხოლო კონდუქციური (ტრანსმისიული) სმენის დარღვევის დროს არ იცვლება.

c,d. (Rinne) რინეს ცდა გულისხმობს კამერტონის ვიბრაციის აღქმის შედარებას ჰაეროვანი და ძვლოვანი (ოსიკულარული) გზით.

NOTA BENE

- ნორმალური ან ნეიროსენსორული (პერცეპციული) სიყრუის დროს, ხრტილოვანი გამტარებლობა და ჰაეროვანი გამტარებლობა მეტია ძვლოვან გამტარებლობაზე;
- კონდუქციური (ტრანსმისიული) ანუ გამტარებლობითი სიყრუის დროს, ხრტილოვანი და ჰაეროვანი გამტარებლობა ნაკლებია ძვლოვან გამტარებლობაზე;

აუდიომეტრია

აუდიომეტრიული გამოკვლევა არის სმენის გამოკვლევა რთული ელექტრონული ტექნიკის საშუალებით. შესაძლებელია რამდენიმე ტიპის კვლევის ჩატარება.

1. ტონალური აუდიომეტრია

ამ გამოკვლევის დროს, განისაზღვრება ხმოვანი ბგერის სხვადასხვა სიხშირის და სიმძლავრის აღქმის ზღურბლი.

– ჰაეროვანი ზღურბლი იზომება სპეციალური ყურსასმენის მეშვეობით.

– ძვლოვანი ზღურბლი კი სპეციალური ვიბრატორით.

ამ გამოკვლევის სიზუსტე დამოკიდებულია რამდენიმე გარემოებაზე: აუდიოლოგის და პაციენტის შეთანხმებულ მოქმედებაზე, აუდიომეტრიული აპარატის სიზუსტეზე და ხმაგაუმტარი კაბინის ხარისხზე. კაბინის გარეშე, ზღურბლი 20-25 დეციბელით დაბალი იქნება.

ძვლოვანი გამტარებლობის ზღურბლის გამოკვლევის დროს, მასტიოდალურ ძვალზე მოთავსებული ვიბრატორი ვიბრაციას ორივე ყურზე გადასცემს. ამიტომ გამოკვლევის სიზუსტისთვის საჭიროა შენიღბვა ანუ კონტრლატერალური ყურის ალქმის ბლოკირება შესაბამისი ხმაურით.

უფრო მეტიც, ჰაეროვანი გამტარებლობის გასასინჯად, ყურ-სასმენის გამოყენებისას, როდესაც ხმის ინტენსივობა აღწევს 50 დეციბელს, ხმა შესაძლებელია ძვლოვანი გამტარებლობის მეშვეობით გადაეცეს მეორე ყურს. ამიტომ შენიღბვა ამ შემთხვევაშიც ხდება საჭირო.

შენიღბვის ტექნიკა აუდიომეტრიაში ერთ-ერთ ყველაზე რთულ ეტაპს წარმოადგენს. ერთი ყურის შენიღბვისას, არ უნდა მოხდეს გამოსაკვლევი ყურის დახშობაც. აუდიომეტრია საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ:

- ძვლოვანი ალქმის ზღურბლი, ანუ სასმენი ნერვის და რეტროკოხლეარული სტრუქტურების მიერ ხმის ალქმის რეალური შესაძლებლობები;

- ჰაეროვანი გამტარებლობის მეშვეობით ხმის ალქმის სუბიექტური შესაძლებლობები;

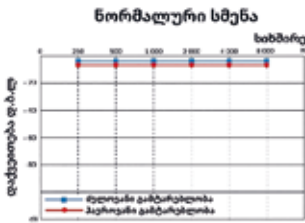
- ჰაეროვანი და ძვლოვანი ზღურბლის შედარებით, შეგვიძლია განვსაზღვროთ შუა ყურის ტრანსმისიული (გამტარებლობითი) ფუნქცია;

საბოლოო ჯამში, ამ გამოკვლევის შედეგად, ვადგენთ სამ დისფუნქციას:

- **კონდუქციურ (ტრანსმისიულ) სიყრუეს**, როდესაც ძვლოვანი გამტარებლობა ნორმალურია, ხოლო ჰაეროვანი დაქვეითებული;

- **ნეიროსენსორულ (პერცეპციულ) სიყრუეს**, როდესაც, ძვლოვანი გამტარებლობასთან ერთად, დაქვეითებულია ჰაეროვანი გამტარებლობა;

- **შერეული ტიპის სიყრუეს**, როდესაც ძვლოვანი დაქვეითებულია, თუმცა ჰაეროვანი მასზე უფრო დაქვეითებულია;



აუდიომეტრიული გრაფიკები.

ნორმალური სმენა – ნორმად ითვლება სმენის დაქვეითება 5-ნ დბ.-ით.

კონდუქციური (ტრანსმისიული) სიყრუე – როცა ძვლოვანი გამტარებლობა ნორმაშია, ხოლო ტრანსმისიული დაქვეითებულია.

ნეიროსენსორული (პერცეფციული) სიყრუე – ამ დროს ორივე მრუდი დაქვეითებულია.

შერეული სიყრუე – ამ დროს აღინიშნება როგორც პერცეფციული, ასევე ტრანსმისიული დაქვეითება.

2. ზებლურბლოვანი აუდიომეტრია

ეს გამოკვლევა ანალიზს უკეთებს ზებლურბლოვანი გაღიზიანებისას წარშობილ ზოგიერთ გარემოებას. ასეთი ფაქტორი ორია:

– ზებლურბლოვანი ხმოვანი გაღიზიანების შემთხვევაში, ავადმყოფ ყურს ეჩვენება, რომ მასაც ისევე ესმის, როგორც ჯანმრთელ ყურს.

მას, შიდა ყურის დაზიანებისას ვხვდებით, როდესაც ენდოლაბირინთული გარეთა წამწამოვანი უჯრედები არის დაზიანებული.

– მეორე ფაქტორს, ვხვდებით ნორმალური ყურის გამოკვლევისას. ზეზღურბლოვანი ხმოვანი გაღიზიანება რამდენიმე წუთის მანძილზე აღიქმება. ე. წ. პათოლოგიური ადაპტაციის შემთხვევაში, ეს ხმა ისმის მხოლოდ რამდენიმე წამი. ამიტომ გვესაჭიროება ამ ხმის ინტენსივობის პერმანენტული მატება, შესაძლოა, 60-80 დეციბელამდე. პროცესის შეწყვეტისთანავე, ხმის აღქმის ზღურბლი ისევ საწყის დონეს უბრუნდება. ამ შემთხვევაში, საქმე გვაქვს რეტროკოხლეარულ დაზიანებასთან, სმენის VIII წყვილი ნერვის ან ტვინის ღეროს დონეზე.

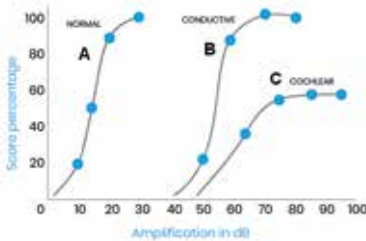
3. ვოკალური აუდიომეტრია

რამდენიმე წელია, აუდიოლოგიის ეროვნული ცენტრის და მისი ხელმძღვანელის აკადემიკოს ზურაბ ქევანიშვილის დიდი შრომის შედეგად, საქართველოში პირველად, შეიქმნა ვოკალური აუდიომეტრიის შესაფასებლად საჭირო სიტყვათა ნუსხა, რომელიც საშუალებას იძლევა რეალურად შეფასდეს ამა თუ იმ პაციენტის მიერ სხვადასხვა სიტყვის და ხმოვნის აღქმის ინტენსივობის უნარი.

ვოკალური აუდიომეტრიის ჩატარებას აქვს რამდენიმე ძირითადი მიზანი:

- ტონალური აუდიომეტრიის შედეგების გამყარება. ნორმალურ პირობებში ის გვარჩვენებს, რომ ინტენსივობა, რომლის შემთხვევაშიც ვოკალური აღქმა 50%-ს შეადგენს, ემთხვევა სამი ძირითადი სიხშირის საშუალო ინტენსივობას, რომელიც ტონალური აუდიომეტრიის დროს დაფიქსირდა. (500, 1000, და 2000 Hz)
- სიტყვების აღქმის პროცენტული მაჩვენებლის დადგენა. არსებობს სიტყვები, რომლის გარჩევაც ვერცერთი ინტენსივობის ხმაზე ვერ ხერხდება. ამიტომ ვთვლით, რომ თუ სიტყვების მხოლოდ 60% გაარჩია პაციენტმა, მისმა ვოკალურმა აუდიომეტრიამ 60%-იანი ზღურბლი გადალახა.
- რეტროკოხლეარული დაზიანების გამოვლენა – როდესაც

ვოკალური აუდიომეტრიის ზღურბლი ბევრად უფრო დაბალია, ვიდრე ტონალური აუდიომეტრიით იყო სავარაუდო.



სმენის ვოკალური გამოკვლევის გრაფიკები

A მრუდი – ნორმალური სმენა,

B მრუდი – სიყრუე, 70 დბ.-მდე,

თუმცა საუბრის გარკვევა 100%-იანია

C – მრუდი – საუბრის გარკვევა 60%-ით

4. ქცევითი აუდიომეტრია

ამ ტიპის აუდიომეტრიას ბავშვებში ვიყენებთ. ის იკვლევს ბავშვის რეაქციას ხმოვან შეძახილზე, სათამაშოს ხმაზე და ა.შ.

ზემოთ აღწერილი ყველა აუდიომეტრიული ტექნიკა საჭიროებდა პაციენტის ჩართულობას. ამ გამოკვლევებში ორი მოთამაშეა: პაციენტი და აუდიოლოგი. ეს გამოკვლევები ეყრდნობა სუბიექტურ ნიშნებს. არსებობს გამოკვლევა, რომელიც ობიექტურ ნიშნებს ეყრდნობა და მას ობიექტური აუდიომეტრია ეწოდება.

5. ტიმპანომეტრია

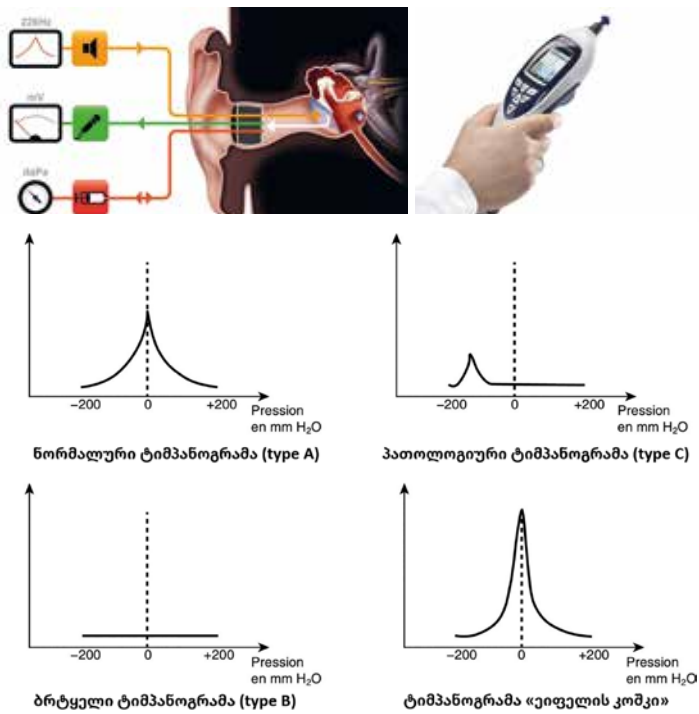
ამ გამოკვლევის მონაცემების ანალიზი საშუალებას გვაძლევს გავარკვიოთ ევსტაქის მილის და აპკოვან-ძვლოვანი სისტემის მდგომარეობა. არის თუ არა ეს მილი გამავალი ან ფიქსირებულია თუ არა ყურის ძვლოვან-სახსროვანი სისტემა. არის თუ არა დაფის ღრუში ექსუდატი.

ამ გამოკვლევას საფუძვლად უდევს დაფის აპკის და, შესაბამისად, ძვლოვანი ჯაჭვის მოძრაობის რეგისტრაცია ჰერმეტიკულად ობტურირებულ გარეთა სასმენ მილში, ხმისა და წნევის ცვალებადობის პირობებში.

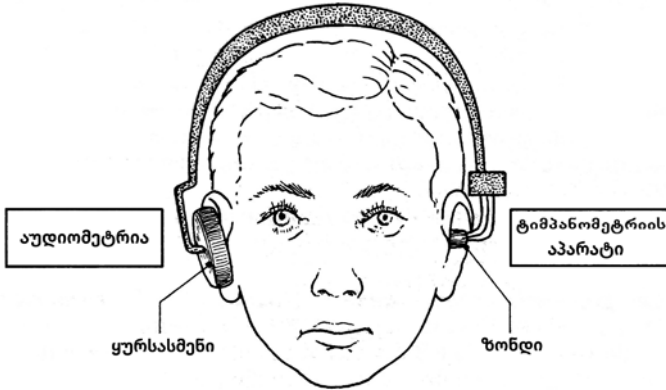
ამისათვის, საჭიროა აპარატი, რომლის მეშვეობითაც ხორციელდება: ა) ხმის გაშვება და შემდგომში, ამ ხმის ინტენსივობის პროპორციულად, დაფის აპკის მოძრაობის რეგისტრაცია.

ბ) ხორციელდება წნევის ცვალებადობა და დაფის აპკის მოძრაობის რეგისტრაცია.

ამ ორი ფუნქციის მქონე აპარატს ეწოდება იმპედანსომეტრი.



- ტიმპანომეტრია
ტიმპანომეტრიის პრინციპი
 პათოლოგიური დაფის აპკის დროს, როდესაც ის უარყოფითი ან დადებითი წნევის გამო ძალიან დაჭიმულია, მიკროფონი მძლავრად აღიქვამს არეკლილ ენერგიას. როდესაც დაფის აპკის ორივე მხარეს წნევა ერთი და იგივეა, მიკროფონისკენ მიმართული ენერგია თანაბრად ნაწილდება კედლებსა და დაფის აპკის ფართობზე, მიკროფონისკენ კი ნაკლები ძალით ვრცელდება.



უზანგის რეფლექსის განსაზღვრის პრინციპები

ერთი ყურის მიკროფონით აუდიოგალიზიანების დროს, მეორე ყურზე ტიმპანომეტრით ვზომავთ უზანგის მომჭიმავი კუნთის დაჭიმვის ხარისხს. უზანგის რეფლექსის არსებობა ხმოვანი გალიზიანების საწინააღმდეგო მხარეს, მეტყველებს გამტარებლობითი სისტემის ნორმაზე და, პირიქით.

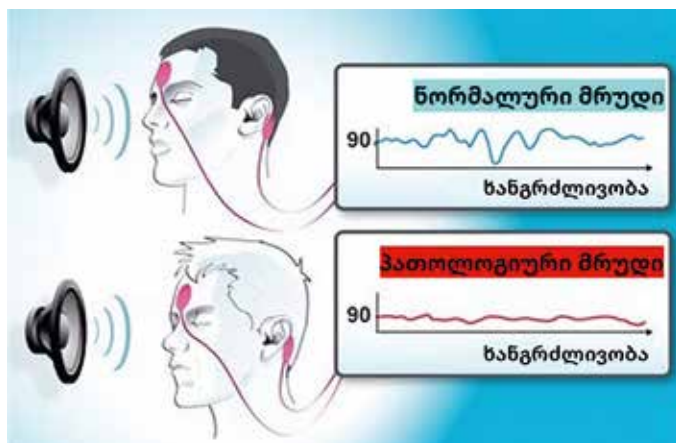
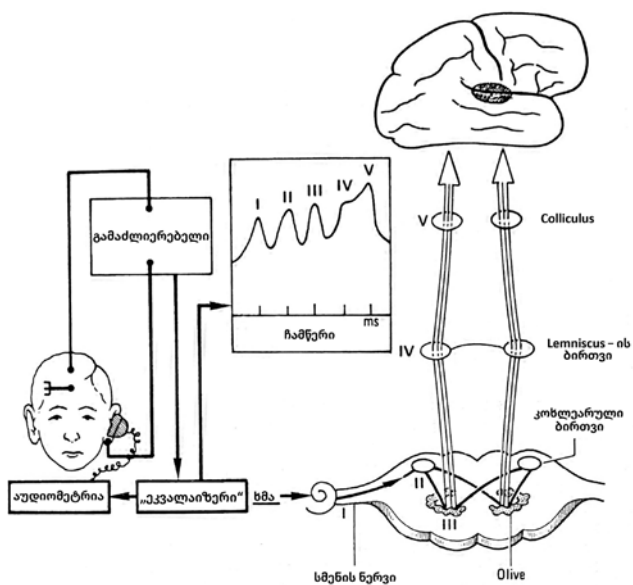
6. სმენის გამონვეული პოტენციალები (გსპ)

ამ გამოკვლევების საფუძველს წარმოადგენს ელექტროსტიმულაციის შედეგად მიღებული პასუხების შეჯამება-ანალიზი. ელექტროსტიმულაციის გაგზავნა და პასუხის აღქმა ხორციელდება მასტოიდალურ ძვალზე, შუბლის ძვალზე და ლაბირინთის საპროექციო მიდამოზე დამაგრებული ელექტროდებით.

ამ გამოკვლევის სიზუსტე მთლიანად არის დამოკიდებული აპარატურის ხარისხზე და გამომკვლევის გამოცდილებაზე.

რაც შეეხება ამ კვლევის ძირითად მიზანს, ასეთი ორია:

- ჩვილი ბავშვის სიყრუის დაზუსტება, რათა შემდგომში მოხდეს მისი სმენის აპარატით უსაფრთხო უზრუნველყოფა;
- რეტროლაბირინთული პათოლოგიის, ნევრინომის გამოვლენა;



გამონვეული პოტენციალების ჩანერა
ოტოემისიებით სმენის სკრინინგი

7. ოტომისია

როგორც გაირკვა, ყურს შეუძლია არა მარტო ხმის აღქმა, არამედ ხმოვან გაღიზიანებაზე გარკვეული ხმის წარმოქმნაც. ამ გარემოებაზე დაყრდნობით, შესაძლოა ახალშობილების სმენის დაქვეითების მარტივი დიაგნოსტიკა, რაც სამშობიაროს პირობებშია შესაძლებელი და გულისხმობს ჰიპოაკუზიის მენეჯმენტის დროულად დაწყებას.

NOTA BENE

აუდიომეტრიული კვლევა საშუალებას გვაძლევს:

- შევავასოთ ნაკლოვანების ხარისხი;
- დავაზუსტოთ სიყრუის ტიპი და, შესაბამისად, დაზიანების ადგილი;
- დავადგინოთ დაავადების მიზეზი ანამნეზის შეკრების, ვესტიბულარული კვლევების ანალიზის და დაავადების პროგრესირების სიჩქარის მიხედვით;

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ მოზრდილი ბავშვები და უფროსები ამჩნევენ სმენის დაქვეითებას და ამ ჩივილით მიმართავენ ექიმს. პატარა ასაკის ბავშვებში ასე არ ხდება, ამიტომ საჭიროა სპეციალიზირებული გამოკვლევებით მათი სმენის შემოწმება, რათა დროულად მოხდეს მათი აპარატი უზრუნველყოფა და ყრუ-მუნჯობის თავიდან აცილება. კიდევ ერთხელ უნდა აღვნიშნოთ, რომ საქართველოში ახალშობილი ბავშვების სკრინინგი უკვე დიდი ხანია დაიწყო. ამ პროცესის დანერგვაში უდიდესი წვლილი მიუძღვით საქართველოს აუდიოლოგიის ეროვნული ცენტრის ხელმძღვანელებს და საერთაშორისო ორგანიზაციებს.

NOTA BENE

- დაუშვებელია აუდიომეტრიის ჩატარება ოტოსკოპიის გარეშე, რადგანაც შესაძლოა გამოკვლევის შედეგები უბრალო საცობმა არიოს;
- დაუშვებელია, განსაკუთრებით ნეიროსენსორული (პერცეპციული) ტიპის სმენის დაქვეითების დროს, დაკვამყოფილდეთ მხოლოდ ტონალური აუდიომეტრიით;
- დაუშვებელია ურთიერთგამომრიცხავი პასუხების არსებობა ტონალური, ვოკალური თუ იმპენდანსომეტრიული კვლევის შედეგებში;
- ასეთის არსებობის შემთხვევაში ყველა გამოკვლევა უნდა ჩაითვალოს უშედეგოდ და უნდა განმეორდეს;

C. ვესტიბულარული გამოკვლევა

1. ვესტიბულარული ფიზიოლოგია

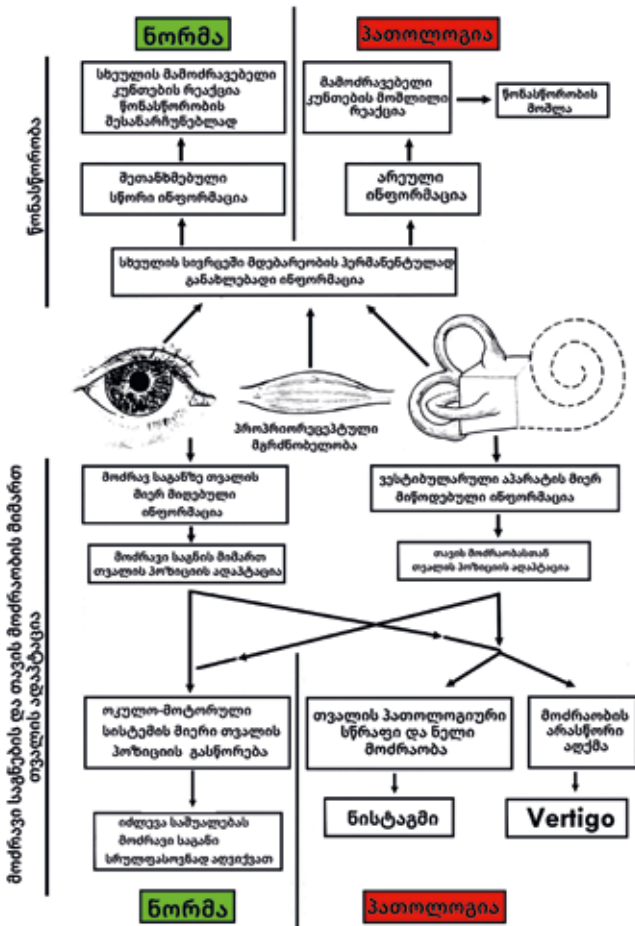
შეგახსენებთ ვესტიბულარული ფიზიოლოგიის რამდენიმე ასპექტს, რომელთა გააზრების შედეგად, გასაგები ხდება ვესტიბულარული კვლევა და მისი ლიმიტები.

მარცხენა და მარჯვენა ვესტიბულარული აპარატი, თავისი ფუნქციონირებით უზრუნველყოფს თავის მოძრაობისას ჩვენს წონასწორობას. ვესტიბულარული დისფუნქცია იწვევს წონასწორობის დარღვევას, ნისტაგმს და ვერტიგოს.

ვესტიბულარული აპარატი შედგება შემდეგი ნაწილებისგან:

- პერიფერიული ნაწილი – მასში მოიაზრება უტრიკულუსი, საკულუსი, ნახევარკალოვანი არხები, და რასაკვირველია, სტატო-აკუსტიკური ნერვის ბოჭკოები. ამგვარია შიდა ყურის სტრუქტურა. იგი აკეთებს თავის ქალას სტატიკური და დინამიკური მდებარეობის ანალიზს.

- ცენტრალური ნაწილი – ეს უკვე ტვინის ღეროში მოთავსებული ბირთვებია. მათი ფუნქციაა პერიფერიული ნაწილიდან მიღებული ინფორმაციის ანალიზი და ამ მონაცემების შედარება კონტრალატერალურ მხარესთან.



ვესტიბულარული აპარატის ფიზიოლოგიის და პათოლოგიის ამსახველი სქემა

ეს ბირთვები და მათ შორის დამაკავშირებელი გზები ერთიანობაში ქმნის ცენტრალურ – ვესტიბულარულ გზებს.

ვესტიბულარული აპარატი მუდმივ მუშაობა-მოსვენების რეჟიმშია და ერთი მხარე მეორის ანტაგონისტად გვევლინება:

a. თავის მოძრაობისას ვესტიბულარული აპარატი ერთ მხარეს აქტიურდება, ხოლო მეორე მხარე მოსვენების რეჟიმში გადადის. ამ შენაცვლების საშუალებით, ჩვენ ვახერხებთ მოძრაობისას წონასწორობის შენარჩუნებას.

b. თუ რაიმე მიზეზის გამო, მაგალითად, ტრავმა ან ქირურგიული ჩარევა, ვესტიბულარული აპარატი ცალმხრივად არის მოშლილი, მაშინ დარჩენილი მხარე მუდმივად მუშაობის რეჟიმშია და ეს ვლინდება საშინელი ნისტაგმით, წონასწორობის დარღვევით და ვერტიგოთი. ამ სინდრომს ვესტიბულარული დესტრუქციის სინდრომი ეწოდება.

რალაც პერიოდის შემდეგ, (რამდენიმე კვირა) დარჩენილი მხარე საკუთარ თავზე იღებს ვესტიბულარულ ფუნქციას და სიტუაცია უმჯობესდება. ამ ფენომენს ცენტრალური კომპენსაციის ფენომენი ეწოდება.

საბოლოოდ, ვესტიბულარული მოშლის სიმპტომები ქრება.

c. ვესტიბულარული აპარატის ორმხრივი და ერთდროული მოშლის შემთხვევაში, რაც შესაძლოა ინტოქსიკაციის შედეგად განვითარდეს (ამინოგლიკოზიდებით მკურნალობა და ა.შ.), არც ნისტაგმი და არც ვერტიგო არ ვლინდება. არის მხოლოდ მძიმე ხარისხის წონასწორობის მოშლა, რომელიც ძალიან ძნელად იკურნება. შემდგომში, ამ ფუნქციის შესრულება ვიზუალური და პროპრიოცეპტული (კუნთოვანი რეცეპტორები) კონტროლით არის შესაძლებელი.

2. ვესტიბულარული მოშლილობა და წონასწორობის დარღვევა

ეს ორი ცნება არ წარმოადგენს ერთი და იგივე პათოლოგიას. აღსანიშნავია, რომ წონასწორობას ჩვენი სხეული ინარჩუნებს ინფორმაციის სამი ძირითადი წყაროს მეშვეობით. ეს არის:

- ვესტიბულარული აპარატი;
- პროპრიოცეპტული (კუნთოვანი) რეცეპტორები;
- მხედველობა;

წონასწორობის დისფუნქციის და მასთან ასოცირებული ვერტიგოს ინტენსივობა დამოკიდებულია:

- დისფუნქციის გამოვლინების სისწრაფეზე;
- დისფუნქციის გამომწვევი დაზიანების ლოკალიზაციაზე, ცენტრალურ-ვესტიბულარულ გზებთან მიმართებაში;
- პერიფერიულ-ვესტიბულარული აპარატის დესტრუქციაზე, რომელიც ნაკლებად პროგრესირებადია მაგალითად, სმენის ნერვის ნევრინომის დროს ვითარდება და შესაძლოა, საერთოდ არ იწვევდეს ვერტიგოს და წონასწორობის დარღვევას;

- ვესტიბულარული აპარატის უეცარ დესტრუქციაზე, რომელიც შეიძლება გამომწვეული იყოს, მაგალითად, ფუძის მოტეხილობით. ამ დროს სახეზეა ვერტიგო და წონასწორობის მწვავე მოშლილობა, რომელიც რამდენიმე კვირაში კომპენსირდება, თუმცა კომპენსაციის სისწრაფე დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე. რაც უფრო ახალგაზრდაა პაციენტი, რეაბილიტაცია უფრო სწრაფია;

- ორმხრივ სიმეტრიულ დესტრუქციაზე, მაგალითად ოტოტოქსიკური პრეპარატების, (გენტამიცინის ჯგუფის ანტიბიოტიკების) გამოყენებისას, იწვევს წონასწორობის მოშლას (უფრო სიბნელეში, ნაკლებად დღისით). ამ დროს წონასწორობა მხედველობის და პროპრიოცეპტული რეცეპტორების მეშვეობით რეგულირდება;

ვერტიგო და წონასწორობის დარღვევა ორი სხვადასხვა ცნებაა.

ვერტიგო წარმოადგენს სუბიექტურ გრძნობას, რომლის დროსაც პაციენტს აქვს საკუთარი თავის და ირგვლივ მდებარე საგნების გადაადგილების ილუზორული შეგრძნება. ვერტიგოს ხშირად თან ახლავს წონასწორობის დაკარგვაც.

წონასწორობის დარღვევა არ არის სუბიექტური სიმპტომი და მისი კონსტატაცია ობიექტურადაც შესაძლებელია.

ცენტრალურ-ვესტიბულარული სისტემის დაზიანების დროს, წონასწორობის დარღვევა იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს ხელი ეშლება გადაადგილებაში. ამ დროს არ არის აუცილებელი მას ჰქონდეს საგნების ან საკუთარი თავის გადაადგილების ილუზორული შეგრძნება.

შეჯამება

– ვესტიბულარული გამოკვლევა აუცილებელია წონასწორობის დარღვევის და ვერტიგოს დროს. თუმცა, ეს გამოკვლევა საჭიროა რიგი სხვა სიმპტომების დროსაც, მაგალითად: ნეიროსენსორული სმენის ცალმხრივი დაქვეითება, ცალმხრივი კოხლეარული ნევრიტი და ჰომოლატერალურ-ვესტიბულარული დისფუნქცია. თითქმის ყველა შემთხვევა, VIII წყვილი ნერვის ნევრინომის დასტურია.

– ვერტიგოს გარეშე ვესტიბულარული დაზიანების ნიშნები, უმეტესწილად, ცენტრალური დაზიანების მიმანიშნებელი ფაქტორია.

– ვერტიგოს პაროქსიზმული ხასიათი და კრიზებს შორის პერიოდში ვესტიბულარული აპარატის ნორმალური მუშაობა უფრო პერიფერიულ დაზიანებაზე მიუთითებს.

3. კლინიკური ვესტიბულარული გამოკვლევა

ამ კვლევას დღესაც შენარჩუნებული აქვს დიდი მნიშვნელობა.

გამოკითხვის დროს უნდა დაზუსტდეს:

– ვერტიგოს დანყების გარემოება, ხანგრძლივობა, ხასიათი, მეორდება თუ არა.

– უნდა გაირკვეს ახლავს თუ არა ვერტიგოს ისეთი ჩივილები, როგორცაა: კოხლეარული ნიშნები (ტინიტიუსი, სიყრუე). გამოსარიცხია შაკიკი და ოფთალმოლოგიური პრობლემების არსებობაც.

კლინიკური გამოკვლევა – ზოგიერთი ნისტაგმი უპირობოდ მიუთითებს ცენტრალურ დაზიანებაზე, ისევე როგორც, მაგალითად, ბაბინსკის ნიშანი მიუთითებს პირამიდულ დარღვევაზე.

გამოკვლევა ყოველთვის გულისხმობს:

- ფეხზე მდგარი პაციენტის მარშირებას;
- სპონტანური ნისტაგმის ძიებას;

- კალორიულ ტესტებს. ეს ტესტები მარტივად შესასრულებელია და ძალიან ინფორმაციულია ლაბირინთის ჰიპო ან ჰიპერმგრძობელობის დასადგენად. იგი ხორციელდება შპრიცის, ცივი და ცხელი წყლის საშუალებით;

როდესაც ცენტრალური სისტემის დაზიანების ნიშნები არსებობს, საჭირო ხდება ნევროლოგიური კვლევების ჩატარება.

4. ვიდეონისტაგმოგრაფია

ამ გამოკვლევის საშუალებით, ხორციელდება ნისტაგმის ვიდეორჩანერა, რაც საშუალებას იძლევა სკურპულოზურად შევისწავლოთ როგორც სპონტანური, ასევე სხვადასხვა გალიზიანების (კალორიული, როტატორული) შედეგად მიღებული ნისტაგმი.

პატარა, ინფრანითელი კამერების საშუალებით ხდება თვალის ყველაზე მცირე მოძრაობის ჩანერა, რაც შესაძლოა, შეუმჩნეველი იყოს უბრალო გამოკვლევისას. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ ნისტაგმოგრაფია ნაკლებად ინფორმაციულია, სრულ კლინიკურ გამოკვლევასთან (კალორიული ტესტი და ა.შ.) შედარებით.

ცხრილი 1-1

პერიფერიულ-ვესტი-ბულარული სინდრომი	მონაცემები	ცენტრალურ-ვესტი-ბულარული სინდრომი
	სუბიექტური ნიშნები	
ძირითადად პერიფერიული	როტაციული თავბრუსხვევა ლებინებით	იშვიათად ცენტრალური
ხშირად პერიფერიული	არასტაბილურობა ლებინების გარეშე	ძირითადად ცენტრალური
ძირითადად პერიფერიული	პაროქსიზმული ხასიათის ვერტიგო	
	ობიექტური ნიშნები	
ლატერალური გადახრა, რომელიც, თავის პოზიციის შეცვლისას, მხარეს იცვლის	რომბერგის კვლევა: ფეხზე დგომით, შეერთებული ფეხები, ხელები განუული წინ, ჯერ თვალეხილი და მერე დახუჭული თვალთ	უკან მოძრაობა, რომელიც თავის მდებარეობასთან არ არის დაკავშირებული
ამკარა როტაციული გადახრა დაზიანებულ მხარეს	ჰუტენბერგერის კვლევა: ადგილზე სიარული, დახუჭული თვალებით და ხელები წინ განუული	პაციენტი ადგილზე ბორძიკობს და გადახრა არ არის მნიშვნელოვანი
ნისტაგმი – ვხედავთ მხოლოდ სპეც. სათვალის მეშვეობით. როტაციულ-ჰორიზონტალური ნისტაგმი, რომელიც სხეულის გადახრის საპირისპირო მხარეს ვლინდება	სმონტანური ნისტაგმის კვლევა ხორციელდება 20 გრადუსიანი დიოპტრიული სათვალთ, ჯერ პირდაპირი ხედვით და მერე 30 გრადუსიანი ოკულარით.	სათვალთ, ნისტაგმი ხშირად არ აღენიშნებათ. მაგრამ, თუ არის, ხშირად ვერტიგოს გავლის მერეც რჩება.

ზოგადად, პოზიციური ნისტაგმი მცირე დროს გრძელდება და ვერტიგო ახლავს	პოზიციური ნისტაგმი უნდა ვეძიოთ სხვადასხვა პოზიციაში. განსაკუთრებით ვერტიგოს მაპროვოცირებელ პოზიციაში. აუცილებელია თანდაყოლილი ნისტაგმის დიფერენციალური დიაგნოზი, ანამნეზის შეკრებით.	პოზიციური ნისტაგმი გრძელდება მანამ, სანამ ეს პოზიცია არის შენარჩუნებული.
გალიზიანების დაქვეითება ან არარსებობა	ეს მანიპულაცია გამოიხატება ყურში თბილი წყლის შესხმაში. (ჯერ 30 მერე 44 გრადუსი). მისი მეშვეობით ხდება ორივე ყურის რეაქციის ანალიზი ტემპერატურაზე (ნისტაგმი, ვერტიგო).	ჰიპერგალიზიანება

ცხრილი. ვესტიბულარული კვლევის სქემატური სემიოლოგია.

D. სხვა ოტოლოგიური გამოკვლევები

1. ყურის რადიოლოგიური გამოკვლევა

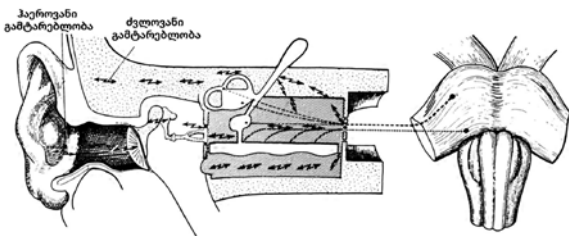
ყურის რადიოლოგიური გამოკვლევა იძლევა უამრავ ინფორმაციას ძვლოვან სტრუქტურაზე, რომელიც გარეთა, შუა და შიდა ყურის ძირითად ნაწილს წარმოადგენს. განსაკუთრებული ინფორმაციულობით გამოირჩევა რადიოლოგიური კვლევა მაშინ, როდესაც ადგილი აქვს ძვლოვანი სტრუქტურის დაზიანებას, ოსტეიტს, ან ტრავმულ დაზიანებებს.

სტანდარტული რადიოლოგიური პროექცია, რომელიც საშუალებას იძლევა შუა ყურის დაზიანება დაფიქსირდეს, შულერის პროექციაა.

ტომოდენსიტომეტრიამ ყველა დანარჩენი რადიოლოგიური გამოკვლევა გვერდზე გასწია და ყველაზე კარგი სახელი დაიმკვი-

დრა ოტოლოგიურ კვლევებში. მისი მეშვეობით შესაძლებელია მილიმეტრიანი ქრილების სხვადასხვა პროექციაში ვიზუალიზაცია, რაც მასტოიდის და ტემპორალური ძვლის შესახებ ამომწურავ ინფორმაციას გვაძლევს.

საჭიროების შემთხვევაში იყენებენ კონტრასტულ ნივთიერებას, რაც კიდევ უფრო აზუსტებს კვლევას.



ცხრილი 1-2

	გარეთა ყური	შუა ყური	ლაბირინთი	სმენის VIII ნერვი	ცენტრალური
სასმენი აპარატი	ტრანს-მისიული სიყრუე	ტრანს-მისიული სიყრუე	პერცეფციული სიყრუე	პერცეფციული სიყრუე	პერცეფციული სიყრუე
ვესტიბულარული აპარატი	არანაირი პათოლოგია	არანაირი პათოლოგია	პერიფერიული ვესტიბულარული ნიშნები	პერიფერიული ვესტიბულარული ნიშნები ნისტაგმით	ცენტრალური ნიშნები ნისტაგმით

კობლეო-ვესტიბულარული ნიშნების და დაზიანების ტოპოგრაფიის შეფარდება

ელექტრომაგნიტური რეზონანსი (MRI) გამოიყენება ორ შემთხვევაში:

- ნევრინომის გამოსავლენად;
- რბილი ქსოვილების დაზიანების დასაზუსტებლად;

ყურის მკურნალობის ადგილობრივი საშუალებები

A. ყურის განმენდა

ყურის გოგირდი, ძირითადად, შედგება დესკვამაციური ქსოვილისაგან, რომელიც, გოგირდმბადი ჯირკვლების პროდუქტთან ერთად, წარმოადგენს გოგირდის საცობს.

ეს მოყვითალო მასა აშკარად დამცავ როლს თამაშობს. თუმცა, უმრავლესობისთვის მისი არსებობა ჰიგიენის ნაკლებობაზე მეტყველებს.

გოგირდის გამომუშავება ინდივიდუალურია და ასაკთან ერთად იკლებს.

ყურის განმენდა სასურველია ნიჟართი და გარეთა სასმენი მილის შესასვლელით შემოიფარგლოს. არ არის საჭირო ჩხირებით ყურის ღრმად განმენდა, რადგანაც ეს ძალიან ხშირად ინვევს ტრავმებს და ინფექციის შეჭრის მიზეზი ხდება.

გარეთა სასმენი მილის განმენდა უნდა იყოს არა ყოველდღიური, არამედ კვირაში ერთხელ და თანაც, სასურველია მოხდეს თხელი ცხვირსახოცით და არა ჩხირით. ბავშვებში ეს პროცედურა ძალიან დიდი სიფრთხილით უნდა განხორციელდეს. სასურველია, სპეციალური დამცავი ჩხირებით.

არ არის საჭირო გარეთა სასმენი მილის საპნით დაბანა და ნმენდა.

B. გოგირდის საცობი და მისი ამოღება

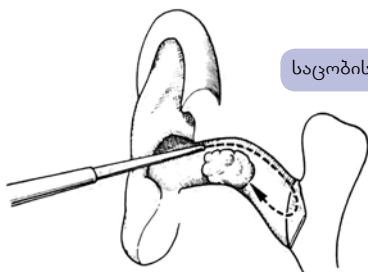
ზოგიერთ შემთხვევაში, გოგირდის სეკრეტი და დესკვამაციური ქსოვილი ყურში საცობებს წარმოქმნის, რასაც ყურის ხშირი წმენდა პროვოცირებს. როგორც წესი, ყურის საცობის ამოღება ხორციელდება ან ამორეცხვით, ე. წ. ჟანეს შპრიცით ან მიკროსკოპის კონტროლის ქვეშ, სპეციალური საწოვით, რომელიც მასას ქაჩავს ყურიდან. ეს ბოლო მეთოდი, რასაკვირველია, უფრო უსაფრთხოა და შესაძლოა განხორციელდეს მხოლოდ ექიმის მიერ. ჩვეულებრივ, ამორეცხვას პარამედიცინის მუშაკები ახორციელებენ.

თუ საცობი მკვრივია, მაშინ მისი დაღობვა ხდება წყალბადის ზეჟანგით, გოგირდის დამშლელი ნივთიერებით ან Boracid-ით რამდენიმე დღის განმავლობაში. ამის შემდეგ, გოგირდი რბილდება და ადვილი ამოსაღები ხდება.

აღსანიშნავია, რომ ყურის ამორეცხვის მეთოდი სახიფათოა თუ არ ვართ დარწმუნებული დაფის აპკის მთლიანობაში. ამიტომ ჩვენ რეკომენდაციაა, არ დაზოგოთ თქვენი დრო და განახორციელოთ საცობის ამოღება მიკროსკოპის და საწოვის მეშვეობით.

ამით თქვენ და პაციენტიც დაცული იქნებით როგორც ინფექციისგან, ასევე შუა ყურის უცხო სხეულისგან.

ზოგიერთ შემთხვევაში, საჭიროა სპეციალური კავების გამოყენება, თუმცა ესეც მიკროსკოპით კონტროლის ქვეშ უნდა განხორციელდეს.



საცობის გამოდევნა წყლის ჭავლით

C. ყურის წვეთები

წვეთებს ვიყენებთ როგორც გარეთა, ასევე შუა ყურის პათოლოგიების დროს. უნდა გვახსოვდეს, რომ არსებობს გარეთა და შუა ყურისთვის სპეციალურად განკუთვნილი წვეთები. გარეთა სასმენი მილის წვეთები, როგორც წესი, შუა ყურში მოხვედრისას, ტოქსიკურ მოქმედებას ახდენს შიდა ყურზე. ამიტომ არასდროს არ შეიძლება დავნიშნოთ გარეთა სასმენი მილის სამკურნალო წვეთები პერფორირებულ დაფის აპკზე.

ზოგიერთი წვეთი განკუთვნილია გარეთა სასმენი მილის საცობის დასარბილებლად და მათი დანიშვნა შესაძლებელია დაფის აპკის მთლიანობის დარღვევის შემთხვევაშიც, მაგალითად, Boracid.

გამოყენების წესები: სასურველია პაციენტი იწვეს ან გადახაროს თავი ისე, რომ ყურის მდებარეობა ჰორიზონტალური იყოს.

სასურველია წვეთები ყურის ნიჟარას დავანვეთოთ და დაველოდოთ მათ გარეთა სასმენ მილში ჩასვლას. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი: სასურველია, რომ ხსნარი გავათბოთ სხეულის ტემპერატურამდე, რაც წამლის ხელში დაჭერით ხორციელდება. ამით პაციენტი თავიდან აიცილებს ხელოვნური ვერტიგოს შემთხვევებს.

ყურის წვეთები შესაძლოა დავყოთ რამდენიმე ჯგუფად:

- საცობის დამარბილებელი წვეთები (Boracid, H₂O₂, სოდიანი წყალი);
- გარეთა სასმენი მილის ანთების დროს გამოსაყენებელი წვეთები (Polydexa, Neladex);
- გარეთა და შუა ყურის ანთების დროს დასანიშნი წვეთები, როდესაც დაფის აპკი დარღვეულია (Otofa);
- ტკივილგამაყუჩებელი წვეთები (Otipax);
- ქრონიკული ოტიტების დროს ინიშნება ანტიბიოტიკი სტეროიდთან ერთად (Levoximed, Floximed, Medexol);

NOTA BENE

არ შეიძლება:

- წვეთების სისტემატურად გამოყენება ყურის ნებისმიერი დაავადების დროს;
- წვეთებით მკურნალობა მშრალ პერფორაციაზე, რათა ყური ინფექციისაგან დავიცვათ;
- ოტოტოქსიკური წვეთების დანიშვნა ღია დაფის აპკის შემთხვევაში;

D. ყურის ნახვევი

არსებობს ნახვევის რამდენიმე ტიპი:

- ოპერაციის შემდგომი;
- ტრავმის შემდგომი;
- გარეთა სასმენი მილის ანთების დროს გამოსაყენებელი ნახვევი;
- ოტორეას დროს გამოსაყენებელი ნახვევი;

ოპერაციის შემდგომი ნახვევი უნდა იყოს მსუბუქი და ჰიგრო-სკოპიული ანუ, შეეძლოს შეინოვოს გარკვეული რაოდენობის სისხლი, რომელმაც შესაძლოა გამოჟონოს ქრილობიდან.

ტრავმის დროს დასადები ნახვევი უნდა აფიქსირებდეს ყურს და, ამავდროულად, არ ინვევდეს მის ძლიერ კომპრესიას.

გარეთა სასმენი მილის ანთება ხშირად იმიტომ არის ძალიან მტკივნეული, რომ ჭიმავს კანს, რაც ინვევს ტკივილს. სპეციალური პოლიმერის, Merocelle-ს ტამპონები ადვილი ჩასადებია და სითხით დასველების შემდეგ ფართოვდება და უზრუნველყოფს გარეთა სასმენი მილის ობტურირებას, რაც კანის დაჭიმულობას ხსნის. ამავე დროს, მისი სტრუქტურის გამო, ის იჟლინდება წამლით და უზრუნველყოფს მის მუდმივ კონტაქტს გარეთა სასმენი მილის კანთან.

E. პარაცენტები და მირინგოტომია

ეს ორი მანიპულაცია უკვე ასეული წელია რაც მკურნალობისთვის გამოიყენება. თუმცა, მათ შორის დიდი განსხვავებაა.

პარაცენტები არის დაფის აპკის გავლით, შუა ყურის შიგთავსის ასპირაცია ნემსით.

მირინგოტომია დაფის აპკის სპეციალური დანით გაკვეთას ნიშნავს.

ორივე მანიპულაცია სერიოზული ქირურგიული ჩარევაა და მოითხოვს სტერილობის ყველა მოთხოვნის დაცვას. ამ დროს სასურველია გაკეთდეს ზოგადი ანესთეზია.

Bonin-ის ხსნარის გამოყენების შემთხვევაში, რომელიც კოკაინის საფუძველზეა დამზადებული, შესაძლოა ეს პროცედურა მოზრდილებში ნარკოზის გარეშე ჩავატაროთ. თუმცა, დღევანდელი ნარკოლოგიური მდგომარეობიდან გამომდინარე, მსოფლიოში ეს ხსნარი უფრო და უფრო იშვიათია.

განაკვეთი კეთდება დაფის აპკის ე.წ. ქვედა წინა კვადრანტში, რაც თავიდან გვაცილებს სასმენი ძვლების შესაძლო დაზიანებას.

პარაცენტების და მირინგოტომიის ჩვენებები

არსებობს მრავალი შეხედულება ამ მანიპულაციის შესახებ. თუმცა, მოსაზრება, რომ 2 წლამდე ბავშვებში, როდესაც ჩირქოვანი ოტიტი გრძელდება 24 საათზე მეტი, მისი გაკეთება აუცილებელია, ჩვენ სწორად მიგვაჩნია.

რადგან ჩვილებში დაფის აპკის სისქე მეტია ვიდრე Tegmen Tympani-ის სისქე, ამიტომ ჩირქი შესაძლოა მენინგიტის მიზეზი გახდეს, თუკი დაფის აპკის გარღვევას ვერ შეძლებს.

ასევე, მორეციდივე ექსუდაციური ოტიტების დროს ბავშვებში, აუცილებელია მირინგოტომია, რათა თავიდან ავიცილოთ ადჰეზიური ოტიტის ჩამოყალიბება.

ჩვენი აზრით, ამ შემთხვევაში უპრიანია მირინგოტომია + დაფის ღრუში შუნტების (აერატორის) ჩასმა.

NOTA BENE

- ყველა ოტიტი არ წარმოადგენს პარაცენტეზის ჩვენებას;
- სასწრაფო პარაცენტეზი არის მცდარი ცნება;
- პარაცენტეზი და ანტიბიოტიკოთერაპია არ გამოირიცხავს ერთმანეთს;
- პარაცენტეზის სწორად შესრულების შემდეგ, შუა ყურის დაზიანების შანსი ნულის ტოლია. ამიტომ, პარაცენტეზის რაოდენობა არ არის შეზღუდული;

F. შუა ყურის აერაციის და წნევის დარეგულირება

შუა ყური ამოფენილია ლორწოვანი გარსით, რომელიც პერმანენტულად იწოვს შუა ყურში მოთავსებულ ჰაერს. ამის გამო, ყურის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა შუა ყურის კარგი ვენტილაცია, რაც თავისთავად, წნევის რეგულაციას უზრუნველყოფს. ეს ფუნქცია აკისრია ევსტაქის მილს, ცხვირ-ხახას და ფარინგეალურ კუნთებს.

ყლაპვის პროცესის დროს, რბილი სასის კუნთები ევსტაქის მილს ხსნის. ამავე დროს, ცხვირ-ხახაში იქმნება წნევა და ჰაერი ხვდება შუა ყურში.

რიგ შემთხვევებში, შუა ყურის წნევა ძალიან განსხვავდება გარე წნევისაგან (სიმაღლის მკვეთრი ცვალებადობის დროს, ყვინთვის დროს) ამ დროს, ევსტაქის მილის კედლები დახშობილია და არ ატარებს ჰაერის საჭირო რაოდენობას რაც, შესაძლოა, ყურის ტრანზიტორული და, ზოგ შემთხვევაში, მუდმივი დაზიანების მიზეზი გახდეს. წნევა შესაძლოა დავარეგულიროთ რამდენიმე მეთოდით:

ვალსალვას მანევრი

მარტივი და ეფექტური გზა დროებით გავათანაბროთ შუა ყურის წნევა. პაციენტი ახორციელებს ჩასუნთქვას, ხურავს პირს, შემდეგ ცხვირზე ხელს იჭერს და ცდილობს ჩასუნთქული ჰაერი გამოუშვას ცხვირიდან. ეს მანევრი ქმნის გარკვეულ წნევას ცხვირ-ხახაში და ჰაერი, უმრავლეს შემთხვევაში, ევსტაქის მილის მეშვეობით ხვდება დაფის ღრუში. ვალსალვას მეთოდი ხშირად გამოიყენება ოტოლოგების მიერ, რათა განისაზღვროს ევსტაქის მილის გამავლობის ხარისხი. ასევე, ამ მანევრს ფართოდ იყენებენ დაივინგის მოყვარულებიც.

ბუშტის გაბერვა

ამ მანევრს სპეციალური ბოლოთი აღჭურვილი ბუშტით ასრულებენ ბავშვები (6 წლის ზემოთ). ის საშუალებას იძლევა პატარებში შუა ყურის წნევის რეგულაცია მოვახდინოთ. ვაკეთებთ შემდეგ პროცედურას: ბავშვი ცალ ნესტოს ხურავს თითოთ და მეორეში ათავსებს ბუშტის ადაპტირებულ თავს და ცდილობს გაბეროს ბუშტი ცხვირით. ბუშტის გაბერვით, შესაძლოა, მარტივად ვუმკურნალოთ ბანალურ, მსუბუქ ექსუდატურ ოტიტებს სახლის პირობებში.

ევსტაქის მილის ჩაბერვები

ეს მანიპულაცია ექიმის მიერ ხორციელდება და ზოგიერთი ექიმის (განსაკუთრებით ბალნეოლოგიურ სანატორიუმებში), დიდ მოწონებას იმსახურებს. მისი შესრულება იტარდის ზონდით ხდება. ამისათვის, ექიმმა ზონდი უნდა შეიყვანოს ევსტაქის მილის ხვრელში და შემდეგ ჩაბეროს სპეციალური საბერი. ამ მანიპულაციის შესრულებას საკმაო გამოცდილება სჭირდება. იქიდან გამომდინარე, რომ ეს მანიპულაცია საკმარისად მტკივნეულია, ჩვენ არ ვართ მისი დიდი მოყვარულები.

G. ყური და ბანაობა

ყურის პათოლოგიების ხშირი მიზეზია ბანაობა, აუზი, აბანო, ზღვა. ხშირად, ყურის ტკივილი, სმენის დაქვეითება და ჩირქდენები, სწორედ ამ ადგილებში ყოფნის შემდეგ ანუხებთ პაციენტებს. არსებობს ამის რამდენიმე მიზეზი:

მშრალი დაფის აპკის პერფორაცია – წყალი შუა ყურის ინფიცირებას იწვევს;

ქრონიკული ოტიტი და ქოლესტეატომური დაავადება – ქოლესტეატომა გიგროსკოპულია და შესაბამისად, იწვევს წყალს. ეს იწვევს ყურში მდგომარეობის გართულებას;

ძალიან ხშირად, წყალი მხოლოდ გარეთა სასმენი მილის საცობს აფუებს და ამით სმენის დაქვეითებას იწვევს.

ეკზემური პაციენტები ხშირად ვერ იტანენ აუზის ქლორიან წყალს. თუმცა, ყურში წყლის მოხვედრა მხოლოდ პერფორირებული დაფის აპკის მქონე პაციენტებშია აკრძალული.

H. ყურის დამცავი საცობები

მათ იყენებენ ორი ძირითადი მიზნის მისაღწევად: ხმაურის დასახშობად და წყლისაგან დასაცავად. როგორც წესი, არსებობს სილიკონის და ღრუბლის საცობები. მათი ყიდვა აფთიაქებშია შესაძლებელი სხვადასხვა კომერციული სახელწოდებით.

ყურის ნიჟარის პათოლოგიები

ყურის ნიჟარის დაავადებების უმრავლესობა დერმატოლოგიურია. თუმცა, მიუხედავად ამისა, ისეთი დაავადებების დროს, როგორცაა: თანდაყოლილი მალფორმაციები, კისტები, ოტოჰემატომები, პერიქონდრიტები და ა.შ. პაციენტებს კონსულტაციას უწევენ ოტოლარინგოლოგები.

A. გარეთა ყურის მალფორმაციები

მალფორმაცია შესაძლოა უმნიშვნელოდ იყოს გამოხატული. მაგალითად, ყურის ნიჟარის ასიმეტრიული ზომით. ხანდახან იგი საკმაოდ შესამჩნევია. მაგალითად, ყურის ნიჟარა საერთოდ არ არსებობს. თითქმის ყველა ასეთ პათოლოგიას თან ახლავს გარეთა სასმენი მილის არარსებობა.

როგორც წესი, ყურის მალფორმაციები ცალმხრივია და მათ პირველი ბრანქეალური თალის მალფორმაციებს მიაკუთვნებენ.

მალფორმაციის ქირურგიული მკურნალობა არ არის სასწრაფო გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მცირე ინვაზიური ჩარევით, შესაძლოა ყურს კარგად განვითარების შანსი მივცეთ. მაგალითად, როდესაც ტრაგუსს და ბიბილოს შორის არსებობს ზონარისმაგვარი შეერთება, რაც ყურის „გაშლას“ უშლის ხელს.

სამაგიეროდ, აუცილებელია სმენის ტესტის ჩატარება, რათა მოვახდინოთ სმენასთან დაკავშირებული პათოლოგიების ადრეული დიაგნოსტიკა.

აღსანიშნავია, რომ არ არის მიზანშეწონილი პაციენტის მშობლებს დავპირდეთ საუკეთესო ესთეტიკურ და ფუნქციურ შედეგს. ეს აუცილებელია იმისათვის, რომ მშობლებმა გაიაზრონ შვილის მალფორმაცია და შემდგომში, მას შეუმსუბუქონ ამასთან შეგუება.

ტომოგრაფიის გაკეთება 6-7 წლამდე რისკის შემცველია, რადგან საჭიროებს ზოგად ანესთეზიას.

ასევე, მცდარია ის აზრი, რომ ოპერაციის შედეგი პირდაპირ არის დამოკიდებული მის ადრეულ ჩატარებაზე. პირიქით, სასურველია პაციენტი იყოს ზრდასრული ასაკის, რათა მან თავისით გაიაზროს ოპერაციის რისკები და შედეგები. არსებობს ორი ძირითადი გზა მალფორმაციების გამოსასწორებლად: ოპერაციულ-რეკონსტრუქციული ქირურგია და ეპითეზი – ხელოვნური მასალით ახალი ყურის შექმნა და ფიქსირება.

სხვა საქმეა ორმხრივი მალფორმაციის შემთხვევები, რადგანაც, ამ შემთხვევაში, სმენის დეფიციტი 60 დეციბელამდეა. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მეტყველების სწორ ჩამოყალიბებას სჭირდება კარგი სმენა (ზღურბლი არანაკლებ 30-35 დეციბელისა). აქედან გამომდინარე, ლოგიკურია ის აზრი, რომ ბავშვების აპარატივ უზრუნველყოფა ერთი წლის ასაკიდან უნდა განხორციელდეს, რასაკვირველია, ძელოვანი აპარატივით, რაც უზრუნველყოფს კარგ სმენას და მეტყველების ჩამოყალიბებას არ უშლის ხელს.

ნაკლებად შესამჩნევი მალფორმაციები უფრო ხშირია და შესაძლოა გამოხატული იყოს ნიჟარის ზომის ან ფორმის დეფექტით. ასევე, აღსანიშნავია ე. წ. „ყურპარტყუნობა“ რისი კორექციაც უმარტივესია ნიჟარის ხრტილოვანი პლასტიკის მეშვეობით (10-11 წლის ასაკიდან). აღსანიშნავია, რომ ამ ოპერაციის სურვილი პაციენტის მხრიდან უნდა მოდიოდეს და ემსახურებოდეს მისი ემოციურ-ესთეტიკური მოთხოვნის დაკმაყოფილებას. კარგად უნდა გავაგებინოთ პაციენტს არსებული პოსტოპერაციული რისკები (პერიქონდრიტი, კელოიდი) და მხოლოდ ამის შემდეგ, ქირურგს შეუძლია თანხმობა მისცეს ოპერაციაზე.

B. ყურის თანდაყოლილი კისტები და ფისტულები

საკმაოდ ხშირი პათოლოგიაა, რომელიც დაბადებიდანვე აქვს პაციენტს. მისი მიზეზი ემბრიონად ყოფნის პროცესში განვითარებული მოვლენებია. შთამომავლობითი ფაქტორიც არ არის იშვიათი. ლოკალიზაციის ადგილი, ძირითადად, ორია. პირველია პრეაურიკულარული კისტები და ფისტულები, ხოლო მეორე – ცერვიკო-აურიკულარული მდებარეობა.

პერიურიკულარული კისტები და ფისტულები

ეს მალფორმაცია საკმაოდ ხშირი და ნაკლებად შემანუხებელია. იგი შესაძლოა შეუმჩნეველი დარჩეს მთელი ცხოვრების მანძილზე.

როგორც წესი, უმრავლესობა ცალმხრივი ლოკალიზაციისაა. მათი მხოლოდ 1/3 შეიძლება იყოს ორმხრივი.

ფისტულის ხვრელი ყოველთვის ტრაგუსის ზემოთ, ჰელიქსის დასაწყისთან მდებარეობს. ფისტულის სიღრმე, როგორც წესი, 3-15 მმ-ია. თუმცა, რიგ შემთხვევებში, მათი სიღრმე დაფის აკამდეც შეიძლება აღწევდეს.

ფისტულების კედლები ამოფენილია დერმით და ამიტომ მას ახასიათებს დესკვამაცია, რაც შესაძლოა არხის დახშობის მიზეზი გახდეს. სწორედ ამ დროს წარმოიშვება კისტები.

კისტების ინფიცირების შედეგად, შესაძლოა განვითარდეს სერიოზული აბსცესი. მისი მკურნალობა ყოველთვის ქირურგიულია.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ფისტულას თან ახლავს პრეაურიკულარული, ხრტილოვანი აპენდიქსის არსებობა. ამ შემთხვევაში, ყოველთვის საჭიროა ბრაქიო-ოტო-რენალური სინდრომის გამოკვლევა.

ეს სინდრომი სამ დაავადებას აერთიანებს: სიყრუეს, რომელიც გამოწვეულია შუა ან შიდა ყურის მალფორმაციით, კისრის ფისტულების არსებობას, რენალურ აგენეზიას.

ცერვიკო-აურიკულარული ფისტულები და კისტები

ამ ტიპის ფისტულებს გაცილებით იშვიათად ვხვდებით. მათი ხვრელი შესაძლოა შევამჩნიოთ გარეთა სასმენი მილის ზედა ნაწილში, ხრტილოვან-ძვლოვანი შეერთების ადგილზე. ასევე, ის შესაძლოა მცირე ზომის ბორცვით იყოს დაფარული.

ფისტულის ტრაექტორია მიმართულია წინ და ქვემოთ, ყბაყურა ჯირკვლის სისქეში, სახის ნერვისკენ.

მისი ქვედა ხვრელი, შესაძლოა, ყბის უკანა კუთხეში იხსნებოდეს.

კისტების ჩამოყალიბება ამ ტრაექტორიის მთელ სიგრძეზე შესაძლებელია. მექანიზმი იგივეა, რაც პრეაურიკულარული კისტების შემთხვევაში. აღსანიშნავია, რომ ტოპოგრაფიის მიხედვით, კისტების კლინიკა, შესაძლოა, აგვერიოს ყბაყურა ჯირკვლის ანთებაში, ლიმფადენიტში ან ყურის დიფუზურ დაჩირქებაში.

ფისტულების და კისტების მკურნალობა

ამ პათოლოგიის მკურნალობის ყველაზე კარგი ტაქტიკა ქირურგიული ჩარევაა.

უნდა მოვერიდოთ მარტივ ქირურგიულ ჩარევებს, მაგალითად: კისტის გაჭრა, დრენირება ან პუნქცია, რომლებიც ყოველთვის უშედეგოდ მთავრდება და ართულებს რადიკალურ ქირურგიულ მკურნალობას. ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ ამ ოპერაციას შესაძლოა VII წყვილი ნერვის დაზიანება მოჰყვეს. ამიტომ აუცილებელია პაციენტი გამოცდილი ქირურგის ხელში მოხვდეს.

NOTA BENE

- არ შეიძლება მინი ქირურგიული ოპერაციების ჩატარება ფისტულების და კისტების სამკურნალოდ;
- არ შეიძლება ქირურგიული მკურნალობის დროს არ გაითვაზღისწინოთ VII წყვილი ნერვის ტრაექტორია და არსებობა;
- არ შეიძლება ყურის ფისტულის შემთხვევაში არ გამოვიკვლიოთ სმენა და თირკმელები;

C. ოტოჰემატომა

ეს პათოლოგია პერიქონდრიუმსა და ხრტილს შორის ჩაგროვებულ სისხლჩაქცევას წარმოადგენს. ის ყოველთვის ყურის წინა მხარესაა განთავსებული და ტრავმული ეტიოლოგიისაა.

მისი მკურნალობა ყოველთვის მინი ქირურგიული გზით ხდება და ამიტომ სპეციალისტის მიერ უნდა იყოს ჩატარებული. ეს მოქმედება გულისხმობს მცირე განაკვეთს და ჰემატომის ევაკუაციას. შემდგომ, აუცილებელია დამწოლი ნახვევის გაკეთება 4-5 დღის მანძილზე, რადგანაც არსებობს რეციდივის საშიშროება.

ოტოჰემატომის უყურადღებოდ დატოვება, შესაძლოა, ყურის ნიჟარის დამახინჯების მიზეზი გახდეს. (ე.წ. „მოჭიდავის ყური“)

D. ყურის ქონდრიტები და პერიქონდრიტები

ეს პათოლოგია, ძალიან ხშირად, ნიჟარის დამახინჯებით მთავრდება. ამიტომ აუცილებელია მისი ნაადრევი დიაგნოსტიკა. ნიჟარის ნებისმიერი არასიმეტრიული შესივება, ფერის შეცვლა ან ტკივილი, ყურის პერიქონდრიტზე ან ქონდრიტზე მიუთითებს. ნაადრევე სტადიაზე ადეკვატური მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა.

აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ უმრავლეს შემთხვევაში, გამომწვევი ჩირქმბადი *pyocyanus*-ის და *staphylococcus*-ის სიმბიოზია. ამიტომ ადეკვატურია ფტორქინოლონების და მე-3 თაობის ცეფალოსპორინების ჯვარედინი გამოყენება.

თუ რამდენიმე დღეში შედეგი არ არის შესამჩნევი, აუცილებელია პაციენტის სასწრაფო ოპერაცია, რომელიც გულისხმობს ინფიცირებული მიდამოების ტოტალურ ამოკვეთას და ქრილობის დასუფთავებას.

NOTA BENE

- ყურის ნიჟარის ნებისმიერი ინფექცია მოითხოვს აგრესიულ და სასწრაფო ანტიბიოტიკოთერაპიას ან ქირურგიულ ჩარევას. დაყოვნების შემთხვევაში, გამოუსწორებელი ესთეტიკური დეფექტის მიღებაა სავარაუდო.

გარეთა სასმენი მილის პათოლოგიები

A. გარეთა სასმენი მილის თანდაყოლილი ატრეზია

გარეთა სასმენი მილის ატრეზია, შესაძლოა, იზოლირებულად იყოს წარმოდგენილი ან თან ახლდეს შუა ყურის, კერძოდ, სასმენი ძვლების ან ყურის ნიჟარის ანომალიები.

ამ პათოლოგიის ქირურგიული მკურნალობა არ არის აქსიომა და ინდივიდუალურად უნდა გადამწყდეს. ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ძვლოვანი სასმენი აპარატის ინსტალაცია შესაძლებელია (Bonebridge, BAHA), ოპერაციის საკითხი არც ისე აქტუალურია, რადგანაც მთავარია პაციენტს საზოგადოებაში ინტეგრაციის მთავარი პირობის, მეტყველების ჩამოყალიბების შესაძლებლობა ჰქონდეს.

სხვა საკითხია გარეთა სასმენი მილის, სტენოზის, გასაფართოებელი ოპერაცია, რაც, ისევ და ისევ, მეტყველების ჩამოყალიბებას ემსახურება.

B. გარეთა სასმენი მილის ეგზოსტოზები

ეს პათოლოგია გულისხმობს გარეთა სასმენი მილის ძვლოვანი ქსოვილის სწრაფ ზრდას, რის შედეგადაც, გარეთა სასმენი მილის ფართობი შესაძლებელია ისე დავიწროვდეს, რომ დესკვაზაციური მასებით დაფის აპკის ბლოკირება მოახდინოს და, შესაბამისად, სმენის დაქვეითება გამოიწვიოს.

ეს დაავადება ხშირად არის ორმხრივი და გვხვდება მყვინთა-ვებსა და სერფინგისტებში.

ევზოსტოზის მკურნალობა ყოველთვის ქირურგიულია და ხორციელდება მხოლოდ ევზოსტოზის მძიმე ხარისხის დროს.

C. გარეთა ოტიტები

სასმენი მილის ეპიდერმისი დაცულია ლიპიდებით და მჟავა PH ით, რომელიც საფროფიტული ფლორის შენარჩუნებას უწყობს ხელს. ამ ბალანსის დარღვევა ადვილად ხდება, როდესაც გარეთა სასმენი მილი ვიწრო ან ანთებითია.

ინფიცირება იწყება, როდესაც:

- სასმენი მილი ნოტიო და მაცერირებულია. ეს *Pseudomona aeruginosa*-ს გამრავლების საშუალებას აძლევს;
- სასმენი მილის დაზიანება ხდება სისტემატურად, მაგალითად, ქავილით;
- სასმენი მილის მკურნალობა არის არაადეკვატური და გადამეტებული;

ინფექცია, შესაძლოა, მალავდეს სხვა დერმულ დაავადებებს. ამიტომ გარეთა სასმენი მილის ნებისმიერი გახანგრძლივებული ინფექცია შეიძლება იყოს კანის ლიქენის დაავადების მანიშნებელი.

გარეთა სასმენი მილის დაავადებების დროს მნიშვნელოვანია:

- მილის ხშირი დასუფთავება;
- მილის ბამბით ან რაიმე სხვა ტამპონით ობტურირება;

ზოგიერთი სკოლა იყენებს დამშრობ ტოპიკურ საშუალებებს, როგორც არის 60⁰-იანი სპირტი ან ბორის მჟავა. თუმცა, ჩვენი აზრით, ასეთი საშუალებები ძალიან აგრესიულია.

1. დიფუზური გარეთა სასმენი მილის ანთება

ეს ავადმყოფობა, ძირითადად, ორმხრივია. მას ახლავს საშინელი ტკივილი და გარეთა სასმენი მილის შეშუპება. ეს სიმპტომატყიკა იმდენად ძლიერია, რომ შესაძლოა პაციენტს ღამე თეთრად გაათენებინოს.

კლინიკური დათვალერებისას, სახეზეა სასმენი მილის შევიწროება, ნახეთქები, ჩირქოვანი გამონადენი, შესაძლოა რეტროაურიკულარული შეშუპება და ნიჟარის ჰიპერემია.

მკურნალობა:

როგორც წესი, ის, ძირითადად, ადგილობრივი სამკურნალო საშუალებებით ხორციელდება, (ყურის წვეთები: Polydexa, Neladex) თუმცა, შორს წასული შემთხვევები მოითხოვს სისტემურ ანტიბიოტიკოთერაპიას და სტეროიდულ ან არასტეროიდულ ანთებისსანინაალმდეგო პრეპარატებს (Suprax, Medrol, Diclac, Amoxiclav).

გარე ოტიტები უფო ხშირდება ზაფხულის პერიოდში, განსაკუთრებით, ზღვისპირა რეგიონებში. პროფილაქტიკის მიზნით, შესაძლოა ზღვაში ბანაობის შემდეგ, გარეთა სასმენი მილის სანაცია ანტისეპტიკური ან ზეთოვანი საშუალებებით.

ასევე, შესაძლებელია ჩვეულებრივი, 60°-იანი სპირტის გამოყენებაც.

2. ავთვისებიანი გარეთა ოტიტი

სახელის მიუხედავად, ამ პათოლოგიას არანაირი კავშირი არ აქვს სიმსივნოვან პროცესთან. უბრალოდ, მისი პროგნოზი იმდენად ცუდია და ხშირად ლეტალურიც, რომ მან დაიმსახურა ასეთი ტერმინი. უფრო ზუსტი ტერმინი იქნებოდა – ნეკროზული ოტიტი, რადგანაც, საბოლოო ჯამში, ეს დაავადება ქალას ფუძეს ოსტიტია (ძვლის ანთება), რომელიც ჩირქმზადი პსევდომონას მიერ არის გამონვეული. როგორც წესი, ამ ტიპის ოტიტი იმუნოდეპრესიულ ან

დიაბეტიან პაციენტებში გვხვდება. მისი სანყისი მიზეზი შესაძლოა ყურის უბრალო ტრავმა გახდეს.

კლინიკურად, პაციენტს აქვს ტკივილი, ცუდსუნიანი ჩირქდენა. მკურნალობის უშედეგობა მიუთითებს ამ პათოლოგიის არსებობაზე.

ოტოსკოპიისას, სახეზეა გარეთა სასმენი მილის პოლიპოიდური ანთებითი პროცესი, არც თუ ისე სერიოზული ჰიპერემიით, რის მიღმაც იმალება ასეთი სერიოზული დაავადება.

ავთვისებიანი ოტიტის შედეგად, შესაძლოა მივიღოთ კრანიალური ნერვების დაზიანება. კერძოდ, VII წყვილი ანუ სახის ნერვის დაზიანება. შესაძლოა საქმე ლეტალურადაც დამთავრდეს.

სამკურნალო პროტოკოლი მოითხოვს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციას, Pseudomona-ს სანინაალმდეგო ანტიბიოტიკოთერაპიას (ფტორქინოლონების ჯგუფის მედიკამენტებით), რომელიც უნდა გაგრძელდეს რამდენიმე კვირა და შეწყდეს მხოლოდ კლინიკური და რადიოლოგიური მონაცემების გაუმჯობესების შემდეგ.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში, მიზანშეწონილია სცინტიგრაფიით კონტროლი, რომელიც ნათლად გვაჩვენებს ოსტეიტის მასშტაბებს.

რაც შეეხება ამ დაავადების პრევენციას, გარეთა სასმენ მილზე ნებისმიერი მანიპულაციის ჩატარების დროს, ყოველთვის საჭიროა ყურადღებით ვიყოთ დიაბეტიან ან იმუნოდეპრესიულ პაციენტებთან. ასევე, დიდი მნიშვნელობა აქვს ადრეულ დიაგნოსტიკას. ამიტომ ამ კატეგორიის პაციენტებში ნებისმიერი გახანგრძლივებული ოტიტი უნდა გვაფიქრებდეს ავთვისებიანი ოტიტის არსებობაზე.

3. გარეთა სასმენი მილის ფურუნკული

საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. თუმცა, მისი დიაგნოსტიკა საკმაოდ იოლია გარეთა სასმენ მილში არსებული ჰიპერემიული ფურუნკულის არსებობის გამო. მკურნალობა, როგორც წესი,

გულისხმობს ანტისტაფილოკოკური ანტიბიოტიკის დანიშვნას და არასტეროიდულ ან სტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას. დაუშვებელია ნებისმიერი აგრესიული ზემოქმედება ფურუნკულზე, რადგანაც ამან შესაძლოა გამოიწვიოს ინფიცირების გავრცელება.

ანტიბიოტიკოთერაპია 7-8 დღეს გრძელდება. თუმცა, მწვავე პერიოდის შემდეგ, გარეთა სასმენი მილის სანაცია ანტისეპტიკური საშუალებებით გრძელდება 2-3 კვირა. მიზანშეწონილია ისევე სტაფილოკოკის საწინააღმდეგო ხსნარების გამოყენება და არავითარ შემთხვევაში არ ღირს მალამოების მოხმარება, რადგანაც მალამო ახდენს ფოლიკულების ობტურაციას, რაც ბაქტერიის გამრავლებას უწყობს ხელს.

D. იმპეტიგო

სტაფილოკოკით და სტრეპტოკოკით გამოწვეული დერმატიტის დროს, რომელიც არც თუ ისე მტკივნეული კლინიკით არის გამოხატული, ინფიცირების მიზეზი დერმის დაზიანება გახლავთ. ჩირქოვანი ფუფხის არსებობა საკმაოდ შემანუხებელია და შესაძლოა, რეტროაურიკულარულადაც გავრცელდეს ხშირი ქავილის გამო.

მკურნალობა მხოლოდ ადგილობრივია და ხდება რიფამპიციინის მალამოებით.

იმპეტიგო ხშირი დაავადებაა, განსაკუთრებით, ზაფხულის პერიოდში. უმეტესწილად, ის თან სდევს გარეთა ოტიტების მკურნალობის შემდგომ პერიოდს.

ოტოსკოპიით, კლინიკურად ჩანს საკმაოდ დამახასიათებელი, სოკოს რუხ-მოყვითალო ფერის კონგლომერატი, რომელიც აუცილებლად უნდა იყოს ასპირირებული საწოვით და უნდა დაინიშნოს ანტიფუნგალური ნვეთოვანი საშუალებები ყურში.

E. პრობლემატური დიაგნოსტიკა

ხშირად, გარეთა ოტიტი თან ახლავს შუა ყურის პათოლოგიებს და პირიქით, გარეთა ოტიტები არ გულისხმობს შუა ყურის ანთებას, მიუხედავად სმენის დაქვეითების სიმპტომისა. საჭიროა სწორად გაკეთდეს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, რათა ადეკვატური მკურნალობა იქნეს არჩეული.

გარეთა ოტიტის ნიშნები:

- მტკივნეული ტრაგუსი და ნიჟარა;
- პრეაურიკულარული ადენოპათია;
- რეტროაურიკულარული ნაოჭის არსებობა.

მასტოიდიტის ნიშნები

- მტკივნეული მასტოიდი;
- რეტროაურიკულარული ნაოჭის გაქრობა;
- რადიოლოგიურად, მასტოიდური უჯრედებსშორისი ტიხრების გაქრობა.

F. ეკზემა

საჭიროა ამ ტერმინის კლინიკის დაზუსტება. არსებობს ორი ტიპის ეკზემა:

- **ატოპიური ეკზემა**, რომელიც გამოხატულია დერმის ირიტაციით და დესკვამაციით, რაც ქავილის შედეგად წარმოიქმნება.

- **კონტაქტური ეკზემა**, რომელიც ხშირად ანტისეპტიკური საშუალებების ხმარებისას ჩნდება. კლინიკურად, სახეზეა გამჭვირვალე წებოვანი სითხე და ფუფხები. ხშირად, სამკურნალო საშუალებების მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ, განკურნება სპონტანურად ხდება.

G. ფსორიაზი და სებორეა

ეს ორი პათოლოგია, ძალიან იშვიათად, მაგრამ მაინც გვხვდება გარეთა სასმენ მილში. როგორც წესი, მისი ლოკალიზაცია არ არის მხოლოდ ყურში, ხშირად მისი მეორე კერა თავის თმიან ნაწილზე გვხვდება.

ყველაზე ეფექტური ტოპიკური (ადგილობრივი) სამკურნალო საშუალებაა – ნყალბადის ზეჟანგი.

NOTA BENE

- გარეთა ოტიტების მიზეზი ძალიან ხშირად ბანალურია. მას, შესაძლოა, ზოგჯერ სათანადო ყურადღება არც მივაქციოთ;
- ანამნეზის შეგროვება ძალიან მნიშვნელოვანია, რათა მივაკვლიოთ ეტიოლოგიურ ფაქტორს, რის შემდეგაც, მკურნალობა უფრო ეფექტური იქნება;
- ნებისმიერი აგილობრივი მკურნალობა უნდა შეწყდეს, თუ ის არ არის ეფექტური;
- ადგილობრივი კორტიკოიდების გამოყენება ხშირად საოცარ შედეგებს იძლევა, თუმცა მათი ხანგრძლივი მოხმარება შესაძლოა ქრონიკული ინფექციების მიზეზი გახდეს;
- ნებისმიერი რეზისტენტული გარეთა ოტიტი ითხოვს დიაბეტის გამორიცხვას;

ყურის კიბო

ყურის კიბო, ხშირად, ეპითელიომით არის წარმოდგენილი, რომელიც, როგორც წესი, ყურის ნიჟარას, გარეთა სასმენ მილს ან, იშვიათად, შუა ყურს აზიანებს. კარგად დიფერენცირებულია, უმეტესწილად, შუა ყურის და გარეთა სასმენი მილის შემთხვევაში.

A. ნიჟარის ეპითელიომები

ამ პათოლოგიას, უმეტესწილად, ასაკოვან პაციენტებში ვხვდებით. სახის სხვა ნაწილებისგან განსხვავებით, ნიჟარის ეპითელიომების უმრავლესობა Spinocellular epithelioma-ით არის წარმოდგენილი. Basocellular epithelioma იშვიათად გვხვდება.

სპინოცელულარული ეპითელიომების აბსოლუტური უმრავლესობა ნიჟარის კიდეზე გვხვდება. მისი ზრდა, ძირითადად, პროლიფერაციულია და ხშირად ზედაპირულ გარქოვანებას წარმოადგენს. ნებისმიერი გარქოვანებული ნეოპლაზია ნიჟარის კიდეზე, საექჯოდ უნდა ჩაითვალოს.

ბაზოცელულარული ეპითელიომები, როგორც წესი, ნიჟარის უკანა ზედაპირზე გვხვდება. ის ადვილად შეიძლება აგვერიოს პიგმენტურ ლაქაში ან ერითემაში.

B. გარეთა სასმენი მილის ავთვისებიანი სიმსივნეები

ბაზოცელულარული ეპითელიომები, გარეთა სასმენი მილის წინა 1/3-ში გვხვდება.

სპინოცელულარული კი – უკანა 2/3-ში.

შესაძლოა კიდევ ორი ავთვისებიანი ნეოპლაზიის არსებობა: მელანომა და ჯირკვლოვანი კიბო-ცერუმინომა.

C. დაფის ღრუს ეპითელიომები

როგორც წესი, სპინოცელულარული ეპითელიომა აზიანებს დაფის ღრუს. გამონაკლის შემთხვევებში, დაფის ღრუს დაზიანება შესაძლოა ჯირკვლოვანი კიბოთი (ადენოკარცინომით) იყოს გამოწვეული.

საეჭვო ფაქტორია – სისხლიანი ოტორეა ქრონიკული ოტორეის შემთხვევაში ან ჯანმრთელი ყურის სისხლიან-ჩირქოვანი ოტორეა, რომელიც ხასიათდება ტკივილის მომატებით, მკურნალობის მიუხედავად. ოტოსკოპიურად, შეინიშნება გრანულაციურ პოლიპოზური სურათი დაფის ღრუში.

ნებისმიერი ქრონიკული ოტორეა, რომელსაც ახლავს ტკივილი, მოითხოვს შემონმებას სიმსივნის გამოსარიცხად.

მკურნალობა ყოველთვის ქირურგიულია, რომლის დროსაც ხდება დაზიანებული ზონის რადიკალური ამოკვეთა. რიგ შემთხვევებში, სპინოცელულარული ეპითელიომები იძლევა მეტასტაზებს კისრის რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში და ყბაყურა ჯირკვალში. ამიტომ შესაძლოა ტოტალური პაროტიდექტომია და ლიმფადენექტომია იყოს საჭირო. კლინიკურად, ლიმფური კვანძების გადიდება ყოველთვის ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს. ამიტომ აუცილებელია ყოველკვარტალური კონტროლი, მეტასტაზირების ადრეული გამოვლინებისთვის.

NOTA BENE

- ყბაყურა ჯირკვლის ლიმფური კვანძების დაზიანება ითხოვს შემონმებას ყურის ეპითელიომის ნიშნების გამოსარიცხად;
- ყურის ავთვისებიანი ეპითელიომები, შესაძლოა, ბანალური ყურის პოლიპით იყოს წარმოდგენილი;
- ყველა პოლიპი ან ყურის ნეოპლაზია ითხოვს ჰისტოლოგიურ კვლევას;

მენიერის დაავადება

შიდა ყურის ამ დაავადების დამახასიათებელი ნიშნებია:

კლინიკური ტრიადა – ვერტიგო, სმენის ნეიროსენსორული დაქვეითება და ტინიტუსი;

ვერტიგოს აქვს პაროქსიზმული ხასიათი, რომელიც კრიზების სახით ვლინდება.

უმრავლეს შემთხვევაში, ეს დაავადება ცალი ყურის დაზიანებით არის გამოხატული. თუმცა, შემთხვევათა 30%-ში აღწერილია მეორე ყურის დაზიანებაც მრავალი წლის ინტერვალის შემდეგ.

დაავადებულთა ასაკი უფრო ახალგაზრდაა. თუმცა, გვხვდებიან ასაკოვანი პაციენტებიც.

მენიერის დაავადება შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვებშიც. თუმცა, აუცილებელია დიფერენციალური დიაგნოზი ცერებრალურ სიმსივნეებთან, რაც მხოლოდ მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით არის შესაძლებელი.

A. სიმპტომები

ვერტიგო – ძალიან ძლიერია და უეცრად ემართება პაციენტს. მას თან სდევს ლებინების გრძნობა და წონასწორობის სერიოზული დარღვევა, რაც აიძულებს პაციენტს დანჯვს, თუმცა ის გონებას არ კარგავს. კრიზის ხანგრძლივობა რამდენიმე წუთიდან, რამდენიმე დღემდე შეიძლება გაგრძელდეს და მისი ინტენსივობაც ცვალებადია. შეტევის დროს ჩატარებული გასინჯვა ცხადყოფს ჰორი-

ზონტალურ-როტაციულ ნისტაგმს დაზიანებულ ან საპირისპირო მხარეს. ამ ნისტაგმს არ აქვს კანონზომიერება და შეიძლება მიმართულება იცვალოს კრიზის განმავლობაში მრავალჯერ.

ტინიტუსი კი აუცილებლად დაზიანებული ყურის იფსილატურალურია. პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ „ყურის შევსების“ და ყურში „წნევის“ გრძნობას.

სმენის დაქვეითება, როგორც წესი, დაბალი სიხშირიდან იწყება. შესაძლოა იყოს როგორც მცირე, ასევე, 60-80 დბ-იც. ასეთი დაქვეითებები განსაკუთრებით შემანუხებელია ორმხრივი დაზიანების შემთხვევებში. სმენის დაქვეითების პროგრესირება შესაძლოა იყოს რეაქტიული და ასევე, მიმდინარეობდეს თანდათან, მრავალი წლის მანძილზე.

დაავადების მიმდინარეობა პაროქსიზმულია, ზემოხსენებული ტრიადიდან ნებისმიერი სიმპტომის პროგრესირება შეიძლება ხდებოდეს დამოუკიდებლად. ეს პროცესი შესაძლოა დროში იყოს განელილი. შეტევებს შორის შუალედში ხდება დაავადების რემისია. პაციენტი სრულიად თავისუფლდება ვერტიგოსა და ტინიტუსისაგან. მხოლოდ სმენის დაქვეითება არის სტაბილური, რომელსაც, კრიზების დროს, პროგრესირება ახასიათებს.

იშვიათ შემთხვევებში, პაციენტი აღნიშნავს გარკვეულ არასტაბილურობას და დეზორიენტაციას რემისიის დროსაც. ამის გამო, ზოგი პაციენტი სოციალური ცხოვრებით ვეღარ ცხოვრობს. თუმცა, ეს ძალიან იშვიათია. როგორც წესი, ვერტიგოს სიმპტომატიკა შეტევის შემდეგ სრულიად ქრება და პაციენტი პრაქტიკულად ჯანმრთელია შემდეგ კრიზამდე.

მენიერის დაავადების მიმდინარეობა ძალიან მრავალფეროვანია. მისი სიმპტომების აღწერილობაც სხვადასხვაგვარია. ყოველი პაციენტი თავისებურად აღწერს ჩივილებს და შეგრძნებებს. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის შესარჩევად.

გამოხატულია კლინიკური ჩივილების მრავალფეროვნება:

- ნეიროსენსორული ტიპის იზოლირებული სმენის დაქვეითება, რომელიც აუდიომეტრიულ მრუდზე, დასაწყისში უფრო ღრმა არის, ხოლო შემდეგ სწორდება. სმენის ამგვარი დაქვეითება ზოგჯერ ფლუქტუაციურია ანუ, ჩნდება და ქრება. ხშირად მას ფლუქტუაციურ სმენის დაქვეითებას ეძახიან.
- პაროქსიზმული პოზიციური ვერტიგო ტინიტუსით, სმენის დაქვეითების გარეშე.
- მხოლოდ პაროქსიზმული პოზიციური ვერტიგო, კობლეარული კლინიკის გარეშე.

აქედან გამომდინარე, ხანდახან ძალიან ძნელია ეჭვი შეიტანო ამ დაავადების და მისი კლინიკური ნიშნების ოტოგენურ ეტიოლოგიაში, რადგანაც კლინიკური ნიშნების ნუსხა არ არის კანონზომიერი და მუდმივი.

დიაგნოსტიკური სიძნელები

მენიერის დაავადების ტიპური ფორმების დიაგნოსტიკა, როდესაც სახეზეა კლინიკური ტრიადა, დაავადების პაროქსიზმული ხასიათი და აუდიომეტრიული თავისებურებანი, არ არის ძნელი. შეტევებს შორის, ანუ რემისიების დროს, ვესტიბულომეტრიული გამოკვლევა თითქმის არაფრის მთქმელია. შესაძლოა სახეზე იყოს მცირე ჰიპორეფლექსია. ეს ნიშანი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე.

განვიხილოთ დიაგნოსტიკურად ძნელი შემთხვევები.

- **არასრული ტრიადის მქონე პაციენტები** – ამ ნიშნების ჩამოყალიბება შესაძლოა მოგვიანებით მოხდეს, პირველი შეტევის შემდეგ, როდესაც ჯერ არ არის გარკვეული დაავადების რეციდიულ – პაროქსიზმული ხასიათი. აუცილებელია გვახ-

სოვდეს, რომ ზოგიერთი სხვა დაავადების კლინიკა ძალიან წააგავს მენიერის მიმდინარეობას.

- **აკუსტიკური ნერვის ნევრინომა**, რომლის დიაგნოსტიკა გამოწვეული პოტენციალებით ან მაგნიტური რეზონანსით ხდება.
- **ოტო-სიფილისი** – რომელსაც, როგორც წესი, ორმხრივი და ძალიან აგრესიული მიმდინარეობა ახასიათებს.
- **ოტოსპონგიოზი** – (ოტოსკლეროზი) რომელსაც, მენიერისაგან განსხვავებით, არ ახასიათებს ნეიროსენსორული ტიპის სმენის დაქვეითება.

მოკლედ რომ ვთქვათ, ლაბირინთის ჰიდროფსის გამოწვევა და სიმულაცია, მენიერის დაავადების გარდა, კიდევ მრავალ სხვა დაავადებას შეუძლია.

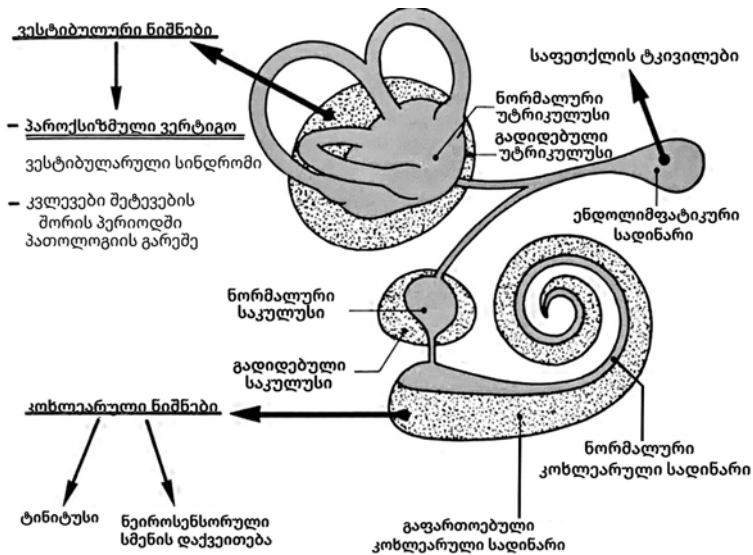
B. ფიზიოპათოლოგია

როგორც წესი, ფიზიოპათოლოგიაში გარკვევა ძალიან გვიადვილებს დაავადების გაგებას და ასევე, დიაგნოსტიკას.

ძირითადი პათოლოგიური პროცესია ლაბირინთის **ჰიდროფსი**, რომელიც იწვევს ლაბირინთის მთლიან გაფართოებას. ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ მენიერის დაავადებას თან ახლავს კოხლეარული და ვესტიბულარული კლინიკური ნიშნები. კლინიკური ნიშნების მრავალფეროვნება ლაბირინთის სხვადასხვა ნაწილის გაფართოებით აიხსნება. ლაბირინთული ჰიდროფსი, ასევე, გვხვდება სმენის ფლუქტუაციური დაქვეითებისას და თანდაყოლილი სიფილისის დროს.

მკურნალობა მიმართულია ენდოლაბირინთული ჰიპერტენზიის დასარეგულირებლად და ვერტიგოს შეგრძნების მოსახსნელად.

ქირურგიული მეთოდი გულისხმობს ენდოლიმფატიკური ჩანთის გაკვეთას, რაც წნევის დაქვეითებას იწვევს. ვერტიგოს მოსახსნელად კი შესაძლებელია ვესტიბულარული ნერვის სელექციური გადაჭრა (კოხლეარული ნაწილის შენარჩუნებით), რაც სმენის შენარჩუნებას უზრუნველყოფს.



პიდროფსის მექანიზმი

C. მკურნალობა

მენიერის დაავადების მკურნალობა ხანგრძლივია. შეიძლება ითქვას, მუდმივი. უმრავლესობა მას ფსიქო-სომატურ დაავადებას უწოდებს. ამგვარ პაციენტებს კომპლექსური მკურნალობა სჭირდებათ, რაც გულისხმობს როგორც მედიკამენტურ, ასევე ფსიქოლოგიურ დახმარებას. პაციენტის ნდობის შესანარჩუნებლად აუცილებელია, რომ მას ავუხსნათ თუ რა თავისებურებები ახასიათებს მენიერის დაავადებას. პაციენტს უნდა გავაგებინოთ ის ფაქტიც, რომ ქირურგიული მკურნალობა შესაძლებელია, თუმცა გამომდინარე მისი სირთულიდან და შესაძლო გართულებებიდან, მას მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში უნდა მივმართოთ. ასევე, პაციენტს უნდა მივანოდოთ ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ თერაპიული მკურნალობა ორ მიზანს ემსახურება: პირველი, ეს

არის ჰიდროფსის დაძლევა, და მეორე, ეს არის ვერტიგოს სიმპტომური მკურნალობა, რომელიც დისკომფორტს ამცირებს.

პათოგენეზის მკურნალობა

ვაზოდილატატორების გამოყენებამ არ გაამართლა. ამიტომ არჩევანი გაკეთდა ბეტაჰისტინზე, რომელიც სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა სახელით არის ცნობილი. (Betaserc 24mg.) ამ პრეპარატის გამოყენება მიზანშეწონილია როგორც კრიზის, ასევე კრიზებს შორის პერიოდში. შეტევებისას, შესაძლებელია დიურეტიკების მოხმარება ან მაგნეზიუმის გამოყენება.

მკურნალობის ხანგრძლივობა 5-10 დღეა. ელემენტარული შეზღუდვები, ძირითადად, მარილის მოხმარების შემცირებას ეხება. აუცილებელია სიგარეტის და ალკოჰოლის აკრძალვა.

- **თავბრუსხვევის სანინალმდეგო და სედატიური პრეპარატების** გამოყენება, კონკრეტული საჭიროებებიდან გამომდინარე, კარგ ეფექტს იძლევა. დეპრესიულ პაციენტებთან, შესაძლებელია, დაგვჭირდეს ფსიქოლოგის კონსულტაცია (სედატიური საშუალებებიდან შესაძლოა, გამოვიყენოთ ვალიუმი (დიზაზეპამი). თავბრუსხვევის სანინალმდეგო საშუალებები, მაგალითად: მცენარეული Tebokan forte, ქიმიური Betaserc 24mg.-ი. შესაძლოა ინტრავენური გადასხმაც, თუკი ვერტიგო ძალიან ძლიერია.
- **ქირურგიული ჩარევა** ამ ტიპის მკურნალობა მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში ხდება. ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკას ვირჩევთ მრავალი გარემოების გათვალისწინებით: ვერტიგოს სიმძლავრე, მისი სიხშირე, პაციენტის ასაკი, პროფესია.

რასაკვირველია, გასათვალისწინებელია პაციენტის აზრი და თანხმობა ამ ოპერაციაზე.

ქირურგიული ჩარევის ჩვენება ხდება მხოლოდ დაავადების და პაციენტის ფსიქოლოგიის ღრმა შესწავლის შემდეგ.

NOTA BENE

ძირითადი შეცდომები:

მცდარი დიაგნოსტიკა

- მენიერის დაავადების არევა გასტრო-ენტეროლოგიურ დაავადებაში, (აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი);
- მენიერის არევა შუა ყურის პათოლოგიაში;
- მენიერის არევა ვერტებრალურ პათოლოგიაში ცერვიკალური ტკივილების გამო;

არასწორი მკურნალობა:

- მკურნალობის მიმართვა მხოლოდ ვერტიგოს აღმოსაფხვრელად, შეცდომაა; პაციენტს სჭირდება კომპლექსური მკურნალობა, რომელიც ფსიქოთერაპიასაც შეიძლება მოიცავდეს;
- ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის ორი უკიდურესობა:
 - ნაადრევი ქირურგია თერაპიული მკურნალობის გარეშე;
 - ქირურგიული მეთოდის უარყოფა იმ მიზეზით, რომ დაავადება მაინც როდესმე გაივლის;

მენიერის დაავადების გარეშე არსებული პერიფერიული ვერტიგო

ვესტიბულარული აპარატის პერიფერიული ნაწილის (შიდა ყურის და სმენის ნერვის) დაზიანებას თან ახლავს თავბრუსხვევის მრავალი გამოვლინება. ეს გამონვეულია ორი მიზეზით: ამ ნაწილების გაღიზიანებით ან დესტრუქციით.

ლაბირინთის ან სმენის ნერვის უცარი დესტრუქცია იწვევს ვერტიგოს შეტევას კომპლექსური ნიშნებით – ნისტაგმს დაზიანებული მხარის კონტრალატერალურად და სხეულის დევიაციოს იფსილატერალურად. ამ სიმპტომების აღაგება რამდენიმე კვირაშია მოსალოდნელი. რეაბილიტაცია ახალგაზრდებში და აქტიურ ადამიანებში უფრო სწრაფია. მას „ცენტრალური კომპენსაციის ფენომენი“ ეწოდება.

ლაბირინთის და სმენის ნერვის ნელი დესტრუქცია, ხშირ შემთხვევაში, არ იწვევს ვერტიგოს. კალორიული კვლევების დროს, ორივე შემთხვევაში, სახეზეა კალორიული ტესტის უარყოფითი ან ძალიან სუსტი პასუხი.

უმრავლეს შემთხვევაში, ლაბირინთოპათია დაკავშირებულია გაღიზიანებასთან. ნებისმიერ შემთხვევაში, კვლევები და გამოკითხვა მიმართულია ლაბირინთოპათიის გამომწვევი მექანიზმის დასადგენად, რაც უფრო ადვილს ხდის შემდგომ პროგნოზს და მკურნალობას.

პერიფერიული დაზიანების სასარგებლოდ მეტყველებს შემდეგი ნიშნები:

- ვერტიგოს დიდი, მენიერის დაავადების იდენტური შეტევები, რომლის გამომწვევი თავის უეცარი მოძრაობაა;
- ვერტიგოსთან ასოცირებული კოხლეარული ნიშნები (ტინიტუსი, ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება);
- შეტევების პაროქსიზმული ხასიათი;

A. აშკარა წინაპირობები

1. თავის ქალას ტრავმა

ასეთ ტრავმებს შეუძლიათ, ტოტალურად ან ნაწილობრივ, დააზიანონ ლაბირინთი. პირველ შემთხვევაში, დესტრუქციის შემდგომ, ეს გამოიწვევს დიდ ვერტიგოს რომელიც, წესით, მალევე ალაგდება. მეორე შემთხვევაში – კლინიკური ნიშნების ხანგრძლივობა თვეებით ან წლებით შეიძლება განისაზღვროს.

როდესაც ლაპარაკია ტრავმაზე, არ ვგულისხმობთ აუცილებლად ქალას ფუძის მოტეხილობას, მის გარეშეც შესაძლებელია სახეზე იყოს ლაბირინთის დესტრუქცია. აღსანიშნავია, რომ ტრავმის დროს, ცენტრალური და პერიფერიული ვერტიგო ხშირად, შესაძლოა, ერთდროულად იყოს განვითარებული. ადრეული რეაბილიტაცია უმნიშვნელოვანესია ამ დაავადების სამკურნალოდ.

2. ყურის ტრავმები

ისეთ მცირე ტრავმებსაც კი, როგორც არის სილის გარტყმა, ასანთის ღერით დაფის აპკის დაზიანება, შეუძლია გამოიწვიოს არა მარტო შუა ყურის, არამედ ლაბირინთის დაზიანებაც, ყველა თანმხლები კლინიკური ნიშნით.

3. ყურის ინფექციური დაავადებები

შუა ყურის ანთებებს, მწვავეს და ქრონიკულსაც, შეუძლია გამოინვიოს ვესტიბულარული დაზიანებები, როგორიცაა:

- გალიზიანების შედეგად მიღებული ვესტიბულოპათია. სწორი, ადრეული ანტიინფექციური მკურნალობის პირობებში, ხდება მისი სწრაფი აღდგენა.
- დესტრუქციული ტიპის ვესტიბულოპათია, როდესაც სრული სიყრუე არის ჩამოყალიბებული და პროგნოზი ძალიან ცუდია.

ანუ, ჯამში, ლაპარაკია მწვავე ლაბირინთიტზე. ამ შემთხვევაში, აუცილებელია ისეთი სერიოზული ცერებრალური გართულებების გათვალისწინება, როგორიც არის მენინგიტი, ინტრაკრანიალური აბსცესი.

თუმცა, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ზოგიერთი ვესტიბულოპათია შესაძლოა გამოწვეული იყოს ყურის უბრალო პათოლოგიით, როგორიცაა შუა ყურის ექსუდაციური ოტიტი.

ასეთ შემთხვევებში, ლაბირინთიტის სიმპტომები მალე ქრება ოტიტის სტანდარტული მკურნალობით.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ლაბირინთიტის ნიშნები ვლინდება ოტოსპონგიოზის დროსაც.

ჰერპეს ვირუსის შედეგად ჩამოყალიბებული ლაბირინთიტის ნიშნები, ხშირად ხანგრძლივ გალიზიანებას იწვევს და აწუხებს პაციენტს.

როდესაც ყურის ნიჟარაზე ჰერპესისთვის დამახასიათებელი ბუშტუკები არ ჩანს, ამ დიაგნოზის დამადასტურებელი ნიშნებია მაღალი სიცხე და სისუსტე. შესაძლოა სახის პარეზიც.

ზოგიერთი სიყრუე უეცარი ხასიათისაა. მათ „უეცარ სიყრუეს“ ეძახიან. აუდიომეტრიით ვლინდება პერცეპციული სმენის დაქვეითება. ხშირ შემთხვევაში, მათი თანმხლები ჩივილი ვერტიგოა. მისი არსებობა ცუდი ნიშანია. მიუხედავად სასწრაფოდ დაწყებული

მკურნალობისა, სმენის აღდგენის შანსი ნაკლებია. უეცარი სიყრუის მკურნალობა ხდება სიმპტომების გამოჩენისთანავე, ვაზოდilatატორების, სტეროიდული და ანტიჰერპესული პრეპარატების გამოყენებით. დაგვიანებული მკურნალობა უშედეგოა.

B. იზოლირებული, ვესტიბულური ნიშნები

1. პოზიციური პაროქსიზმული კეთილთვისებიანი ვერტიგო (პპკვ) იგივე კუპულოლითიაზი

მეორე სახელი დაკავშირებულია ვერტიგოს ოტოლიტურ ეტიოლოგიასთან.

კლინიკა მოკლე და ინტენსიურია. თან ახლავს როტაციული ნისტაგმი. ვერტიგოს დაწყება ყოველთვის დაკავშირებულია პოზიციის შეცვლასთან და ყოველ პაციენტს ერთსა და იმავე პოზიციაში ეწყება. იგი შესაძლოა თვეების მანძილზე გრძელდებოდეს და უეცრად გაქრეს ყოველგვარი ნიშნის გარეშე.

ჰალპაიკის (Hallpike) მკურნალობა თერაპიული მანიპულაციით ძალიან ეფექტურია. ის არ საჭიროებს მედიკამენტურ მკურნალობას.

ძალიან იშვიათ შემთხვევაში, ზოგიერთი სკოლა მიმართავს ქირურგიულ ჩარევას. შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ ძალიან ბევრი ვერტიგო, რომელიც მიეკუთვნება ვერტებრო-ბაზილარული უკმა-რისობის თავბრუსხვევას, არის არასწორად შეფასებული პპკვ.

2. ვესტიბულიტი (ვესტიბულარული ნევრიტი)

უეცრად ჩამოყალიბებული დესტრუქციული, პერიფერიული ვესტიბულარული სინდრომია. მისი კლინიკა უეცარ ხასიათს ატარებს და იზოლირებულად, ტინიტუსის ან სმენის დაქვეითების გარეშე ვლინდება. შესაძლოა მას თან სდევდეს სუბფებრილიტეტი.

დიდი ვერტიგო და ნისტაგმი, შესაძლოა, დიდხანს, რამდენიმე დღის მანძილზე ანუხებდეს პაციენტს. შემდეგ, ის ნელ-ნელა ქრე-

ბა, თუმცა წონასწორობის დარღვევა შესაძლოა კიდევ დიდხანს დარჩეს და გაუარესდეს თავის პოზიციის უეცარი შეცვლისას. გამოკვლევებიდან, აუცილებელია გაკეთდეს ვესტიბულარულ– კალორიული ტესტი, რომელიც გალიზიანების ცალმხრივ დაქვეითებას აჩვენებს. თუ ეს დაქვეითება არ ვლინდება, მაშინ საეჭვოა მისი პერიფერიული ხასიათი და ვიხრებით დაავადების ცენტრალური ეტიოლოგიისკენ.

როგორც უეცარი სიყრუის ეტიოლოგია და პროგნოზირება, ვესტიბულარული ნევრიტის საკითხიც ნაკლებად ცნობილია.

პროგნოზთან დაკავშირებით, აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ ის მით უფრო უკეთესია, რაც უფრო აქტიურია პაციენტი. ვესტიბულოპლეგიური საშუალებებიც ნაკლებად გამოიყენება, რადგან სედატიურ და ვერტიგოს სანიანააღმდეგო პრეპარატებს ახასიათებთ ცენტრალური კომპენსაციური მექანიზმების ინჰიბირების მოქმედება. ეს კი ანელებს აღდგენით პროცესს.

3. იზოლირებული მორეციდივე ვერტიგოები

აღწერილია ისეთი ხასიათის ვერტიგოები, რომელსაც არ გააჩნია განსაკუთრებული გამომწვევი მიზეზი – არც პოზიციის შეცვლა, არც ვირუსი, არც ტრავმა. მათ ხშირად *მენიერის მაგვარ ვერტიგოს* უწოდებენ და მათი პერიოდულობა არ არის კანონზომიერი, ისევე, როგორც მენიერის დაავადების დროს.

ასეთი ვერტიგოს მიზეზი პერიფერიული დაზიანება უნდა იყოს და ის ყოველგვარი კვალის გარეშე ქრება. მხოლოდ იშვიათი მათგანი გადაიზრდება მენიერის დაავადებაში და სერიოზულად აწუხებს პაციენტს. შაკიკის მაგვარი შეტევების დროს განვითარებული ვერტიგოს მკურნალობა კი ანტიმიგრენული საშუალებებით ხდება და, როგორც წესი, შეტევის გავლისას ქრება.

4. ტოქსიკური ვესტიბულიტი

ტოქსიკური დაზიანება ძალიან იშვიათად იძლევა ვესტიბულარულ ნიშნებს. თუ ეს მაინც ხდება, მაშინ საქმე გვაქვს ოტოტოქსიკური ნივთიერების, მაგალითად ამინოგლიკოზიდების მიღებასთან. ამ შემთხვევაში, გამოხატულია წონასწორობის მოშლა, განსაკუთრებით, სიარულის დროს ან ფეხზე დგომისას თვალდახუჭულ მდგომარეობაში. რეაბილიტაცია უფრო ძნელია ასაკოვან პაციენტებში.

ვერტიგო და ასაკი

ვერტიგო ასაკოვან პაციენტებში

ამ შემთხვევაში, უმეტესწილად, ლაპარაკია წონასწორობის დარღვევაზე და არა ვერტიგოზე. საქმე იმაშია, რომ ასაკთან ერთად, პროპრიოცეპტიული მექანიზმები სუსტდება და ვიზუალური კონტროლი დომინირებს. ამით აიხსნება ასაკოვანი ადამიანების ხშირი ვარდნა წონასწორობის დაკარგვის გამო, რასაც თავისთავად, სავალლო შედეგებამდე მივყავართ, ტრავმების საშიშროების გამო.

წონასწორობის პრობლემები ასაკოვან ხალხში, საჭიროებს კლინიკური ტესტების ჩატარებას და მათ ანალიზს. შესაძლებელია მათი რეაბილიტაცია. ამ შემთხვევაში, კლასიკური ვესტიბულარული გამოკვლევების ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი გარდა იმ იშვიათი შემთხვევებისა, როდესაც საქმე გვაქვს ნამდვილ ვერტიგოთან.

ვერტიგო ბავშვებში

მას სათანადოდ არ აფასებენ იმის გამო, რომ ბავშვის ვერტიგო საკმაოდ იშვიათად გვხვდება.

ბავშვებში ვერტიგოს მიზეზი, უმრავლეს შემთხვევაში, იგივეა რაც მოზრდილებში. რასაკვირველია, არ უნდა დავივიწყოთ ინტრაკრანიალური სიმსივნეები და არ უნდა მოვერიდოთ მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევის დანიშვნას საეჭვო შემთხვევებში.

ვერტიგო 3-8 წლამდე ბავშვებში, როგორც წესი, არ არის ხშირი და შემანუხებელი. 8 წლისათვის, იგი გადის ან გადაიზრდება შაკიკში.

NOTA BENE

- პერიფერიული ვესტიულარული დაზიანებების სიმპტომატიკა ძალიან ამკარაა და ამიტომ, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის გამოკითხვას;
- ამ ტიპის დაზიანებების დროს, არ არის საჭირო პაციენტს დაფუნიშნოთ დოპლეროგრაფია, ენცეფალოგრაფია და სხვა გამოკვლევები;
- არ არის მიზანშეწონილი მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის დანიშვნა ვესტიულარული ტესტების წინ;

პერიფერიული ვერტიგოს ქირურგიული მკურნალობა

A. მენიერის დაავადების ქირურგიული მკურნალობა

ძირითად სირთულეს წარმოადგენს სმენის ფუნქციის შენარჩუნება. ამიტომ ქირურგიული ჩარევები ორ კატეგორიად დავყავით:

1. სმენის ფუნქცია საკმაოდ კარგად არის შენარჩუნებული

მრავალ ქირურგიულ მეთოდს შორის, ორი განსაკუთრებით პოპულარულია:

- ენდოლიმფატიკური ჩანთის ქირურგიული გახსნა, რაც პირდაპირ ენდოლიმფატიკურ ჰიპერპრესიაზე მოქმედებს და შედარებით მცირე სახის ქირურგიულ ჩარევას წარმოადგენს, თუმცა, ვერ გავექცევით ოპერაციების უშედეგობის სიხშირესაც.
- ვესტიბულარული ნერვის გადაკვეთა, რაც პაროქსიზმული შეტევების დროს ძალიან ეფექტურია. თუმცა, ამის შემდეგ წონასწორობის დეფიციტი რამდენიმე კვირა ან, შესაძლოა, თვეც გაგრძელდეს. თანაც, ნერვის სექციისათვის აუცილებელი კრანოტომიის შემდგომი გართულებები, შესაძლოა, საკმაოდ მძიმე აღმოჩნდეს.

2. სმენის ფუნქცია არ არის შენარჩუნებული

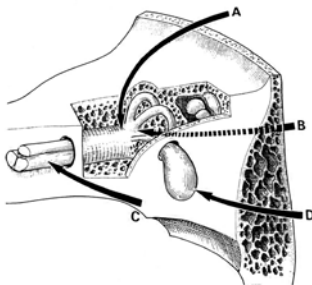
ამ შემთხვევაში, შესაძლებელი ხდება ვესტიბულარული ნერვის გადაკვეთა ტრანსლაბირინთულად ანუ ლაბირინთის გავლით, რაც ქირურგიულად უფრო ადვილია.

ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები

ამგვარ გადანყვეტილებას ვიღებთ მედიკამენტური მკურნალობის უშედეგობისას. ასევე, ვანალიზებთ პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას, დაავადების ინტენსივობას და მის ცალმხრივობას ან ორმხრივობას.

ოპერაციული მკურნალობის შესაძლებლობა პაციენტს რაც შეიძლება ადრეულ პერიოდში უნდა გავაცნოთ, რათა იგი თავიდანვე მზად იყოს ასეთი საჭიროებისთვის. ეს ფსიქოლოგიურად ამშვიდებს პაციენტს.

როგორც წესი, მოთხოვნა ქირურგიულ ჩარევაზე პაციენტის მხრიდან მოდის. თუმცა, აუცილებელია ამ მეთოდის ყველა დეტალის ახსნა. არ არის რეკომენდებული პაციენტისათვის რაიმე სახის გარანტიის მიცემა.



მენიერის დაავადების ქირურგიული მკურნალობის სქემები:
 ვესტიბულარული ნერვის გადაკვეთა A – სუსპენდოროზული,
 B – ტრანსლაბირინთული, C – უკანა ფოსოდან მიდგომით.
 D – ენდოლიმფატიკური ქისის დეკომპრესია მასტოიდას გავლით.

B. პერიფერიული ვერტიგოს ქირურგიული მკურნალობა, როცა ის არ არის გამონვეული მენიერის დაავადებით

პერიფერიულ ვერტიგოს ზოგიერთ შემთხვევაში, ასევე ქრონიკული ოტიტების, პოსტოპერაციული პერმანენტული ვერტიგოების დროსაც, მიზანშეწონილია ვესტიბულარული ნერვის გადაკვეთა.

თერაპიული მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული ვერტიგოს, ქირურგიული მკურნალობა მოითხოვს:

- ოტოლარინგოლოგისაგან – ქირურგიული ტექნიკის სრულად ფლობას და ვერტიგოს დაავადების ღრმა ცოდნას.
- მკურნალი ნევროლოგისაგან – აუცილებელია პაციენტის ფსიქიკური შეფასება და მხარში დგომა, რადგანაც ბევრი პაციენტი სასოწარკვეთილია პერმანენტული ვერტიგოს გამო.

ცენტრალური და ცერვიკალური ეტიოლოგიის ვერტიგო

ვესტიბულარული სისტემის ცენტრალური დაზიანებები, უმეტესწილად, წონასწორობის მოშლას იწვევს და არა ვერტიგოს. ამ დროს კოხლეარული ნიშნებიც ნაკლებად არის გამოხატული და თუ ასეთი ნიშნები და ვერტიგო არსებობს, მაშინ, როგორც წესი, საქმე გვაქვს ტვინის ღეროს იშემიურ პათოლოგიასთან ან გაფანტულ სკლეროზთან.

A. ტვინის ღეროს ცერვიკო-ვერტებრალური და იშემიური ეტიოლოგიის ვერტიგოები.

ზოგიერთ სინდრომს, მაგალითად Wallenberg-ის სინდრომს, აქვს უტყუარი სემიოლოგია. თუმცა, უნდა აღინიშნოს სხვა მრავალი სინდრომი, რომელსაც ვერტებრო-ბაზილარული სისტემის მოშლა იწვევს.

გამოვყოფთ სამ კლინიკურ ჯგუფს:

1. Wallenberg-ის სინდრომი – ეს სინდრომი ქრონიკული იშემიური პროცესის შედეგია და შემთხვევათა 80%-ში გამოიხატება ძლიერი როტაციულ ვერტიგოთი, რომელიც ცერებრალური ნეკროზის გამო ვითარდება.

მისი მრავალფეროვანი ნევროლოგიური სემიოლოგია უტყუ-

არია და მიგვანიშნებს ქრონიკულ-არტერიული ჰიპერტენზიის არსებობაზე.

2. ხანგრძლივი ცენტრალური ვერტიგო – ვარაუდი ამ ვერტიგოს ცენტრალურ ეთიოლოგიაზე, ეყრდნობა შემდეგ ნიშნებს:

- ცენტრალური ტიპის ნისტაგმი;
- დისჰარმონიული ვესტიბულარული ნიშნები;
- ნონასნორობის ხანგრძლივი და მკვეთრი დარღვევა;

ამ სინდრომის გაუარესების შემთხვევაში, აუცილებელია მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის ჩატარება, რათა გამოვრიცხოთ ინტრაკერებრალური ჰემორაგია.

3. ხანმოკლე, პოზიციური ცენტრალური ვერტიგო – ამგვარი თავბრუსხვევები, როგორც წესი, თავის მოძრაობისას იწყება. სწორედ მისი ეთიოლოგიაა ყველაზე ძნელად გამოსაკვლევი, რადგანაც, შესაძლოა, სხვადასხვა მიზეზით იყოს გამოწვეული. მაგალითად :

- გარდამავალი, იშემიური ვერტებრო-ბაზილარული უკმარი-სობით (გ.ი.ვ.ბ.უ.) (VBI);
- ართროზით;
- ორივე მიზეზით;

ამ ვერტიგოს გამომწვევი მიზეზი შესაძლოა იყოს ცერვიკო-კრანიალური ტრავმაც.

ბანალური ართროზის არსებობისას, არ უნდა შევწყვიტოთ სხვა მიზეზების გამორიცხვა.

V.B.I.-ს მიზეზით განვითარებული ვერტიგო შეგვიძლია ვივარაუდოთ, როდესაც სახეზეა განმეორებითი იშემიური კრიზი, დიპლოპია.

ზედა კიდურებს შორის არტერიული წნევის დიდი სხვაობა მიგვითითებს ლავინქვეშა არტერიის (a.subclavia) ნაკლოვანებაზე.

შეჯამება

საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ თავის მოძრაობაზე დამოკიდებული ვერტიგოები შეიძლება დაკავშირებული იყოს:

- პოზიციურ პაროქსიზმულ კეთილთვისებიან ვერტიგოსთან (პპკვ);
- კისრის პროპრიოცეპტულ მოშლასთან, რომელიც ზოგჯერ წონასწორობის დარღვევით და ნისტაგმით არის დამძიმებული;

NOTA BENE

- ვერტიგოს არსებობისას, ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ ვერტებრო-ბაზილარულ უკმარისობაზე ან ცერვიკო-ვერტებრალურ პათოლოგიაზე.

B. კრანო-ცერვიკალური ტრავმები

ზოგჯერ ძნელია განვასხვაოთ ნამდვილი ვერტიგო ზოგადი ტრავმული სიმპტომებისაგან.

ტრავმის შემდგომ პერიოდში (როდესაც საქმე გვაქვს კისრის მიდამოს ტრავმასთან), ნისტაგმოგრაფიის შედეგები, მიუხედავად რეაბილიტაციის და სუბიექტური ნიშნების გაუმჯობესებისა, არეული შეიძლება იყოს რამდენიმე თვეც კი. ამ შემთხვევაში, ვერტიგოს წარმოქმნა დაკავშირებულია არა მხოლოდ ცენტრალური და პერიფერიული ვესტიბულარული სისტემის მუშაობის შეფერხებასთან, არამედ ცერვიკალურ – პროპრიოცეპტიულ პათოლოგიასთანაც.

ასეთ შემთხვევებში, სიმპტომები ჩნდება ტრავმიდან რამდენიმე თვის შემდეგ და შესაძლოა დიდხანს დარჩეს და არ დაექვემდებაროს რეაბილიტაციას.

C. გაფანტული სკლეროზის ვერტიგო

ამ შემთხვევაში, ვერტიგოს შეტევა ძლიერი და ხანგრძლივია. წონასწორობის პრობლემები უფრო მნიშვნელოვანია. ნისტაგმი ხშირად მრავალფეროვანია.

D. უკანა ფოსოს სიმსივნეები

ამ სიმსივნეების დროს, ვესტიბულარული ნიშნები შესაძლოა სუსტად იყოს გამოხატული. ამასთანავე, შესაძლებელია ინტრა-კრანიალური ჰიპერტენზიის ნიშნების არსებობაც. სიმპტომების ამგვარი შეხამებისას, აუცილებელია მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის ჩატარება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე ბავშვებთან გვაქვს.

E. მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია

მედიკამენტოზური ინტოქსიკაციის დროს, ძირითადად, სახეზეა პერიფერიულ-ვესტიბულარული მოშლილობა.

ცენტრალურ – ვესტიბულარულ სისტემას ალკოჰოლი და სიგარეტი აზიანებს. ამიტომ ვერტიგოიან პაციენტებში არცერთი მათგანი არ არის რეკომენდებული.

შეჯამება

ცენტრალურ-ვესტიბულარული დისფუნქცია არ არის ადვილი გასარკვევი. მცირეოდენი ეჭვის შემთხვევაშიც კი ძალიან მნიშვნელოვანია ნევროლოგის აზრი.

ვერტიგო ვესტიბულოპათიის ობიექტური ნიშნების გარეშე

ვერტიგოთი შეპყრობილი პაციენტების საკმაოდ დიდ რაოდენობას ვესტიბულარული დარღვევის ობიექტური ნიშნები არ აღენიშნებათ.

ზოგჯერ უუნარობის გამომწვევი ვერტიგო შესაძლოა დაკავშირებული იყოს უბრალო დისტონიასთან ან თუნდაც, დეპრესიასთან.

ვერტიგოსმაგვარი დისკომფორტის გამომწვევი, ასევე, შესაძლოა იყოს კარდიოლოგიური და გასტროლოგიური პათოლოგიები. ამ პრობლემების მოგვარება ვერტიგოს მოგვარებასაც იწვევს.

ასევე, ოფთალმოლოგიური დისფუნქციებიც ხშირად არის ვერტიგოსმაგვარი დისკომფორტის მიზეზი.

გირჩევთ, ასეთ პაციენტებთან მოვერიდოთ ისეთი ტერმინების ხმარებას, როგორცაა: „ცრუ ვერტიგო“ ან „ვერტიგოს იმიტაცია“, რადგან ასეთი პაციენტები ხშირად იძულებული არიან სამსახურს დაანებონ თავი ვერტიგოს გამო და ასეთ შემთხვევაში, მათთვის შეურაცხმყოფელი იქნება ეჭვი შევიტანოთ მათ შეგრძნებებში.

უნდა გვახსოვდეს, ჯერ კიდევ არსებობენ პათოლოგიები, რომელთა წინაშეც გვინევს ვალიაროთ ჩვენი უძღურება.

ძალიან მნიშვნელოვანია ასეთი პაციენტების განსაკუთრებული ყურადღებით მოსმენა, მათი ოჯახის წევრების და სამსახურის სპეციფიკის გათვალისწინება. შესაძლოა ვურჩიოთ ფსიქიატრის ან ფსიქოლოგის დახმარება.

ვერტიგოს რეაბილიტაცია

რეაბილიტაცია გულისხმობს ვარჯიშებს, რომელიც ძალიან ნააგავს კოსმონავტების ვარჯიშებს. მას ორი მიზანი აქვს:

1. წონასწორობის რეაბილიტაცია პროპრიცეპტული და მხედველობითი უნარ-ჩვევების გამომუშავების გზით;
2. ვერტიგოს გამო გამონვეული სუბიექტური შეგრძნებების შემცირება – კონტროლი ცნობიერების დონეზე.

რეაბილიტაციისას, თითოეული პაციენტისთვის ყოველთვის ინდივიდუალურად უნდა იყოს ვარჯიში შერჩეული.

სიყრუე ბავშვებში

A. სიყრუით გამოწვეული პრობლემები ბავშვებში

სიყრუე ბავშვთა ასაკში, განვითარების სერიოზულ პრობლემებს იძლევა, რადგანაც ის დიდ გავლენას ახდენს პატარას კომუნიკაბელურობასა და მეტყველების ჩამოყალიბებაზე.

ამ პრობლემების შედეგები მით უფრო საზარელია, რაც უფრო ღრმაა სიყრუე და რაც უფრო ადრეულ ასაკში ყალიბდება იგი.

მოდით, ვილაპარაკოთ არა ბავშვის სიყრუეზე, არამედ ბავშვის სმენის დაქვეითების სხვადასხვა ხარისხზე. სმენის დაქვეითებით გამოწვეული პრობლემების მოგვარება შესაძლებელია ამ ნაკლოვანების ადრეული დიაგნოსტიკის შედეგად და ადრეულად დაწყებული რეაბილიტაციური ღონისძიებების გატარების შემთხვევაში.

იმისათვის, რომ უფრო კარგად გავერკვეთ პატარა პაციენტის სმენის დაქვეითების პრობლემებში, საჭიროა ვიცოდეთ სმენისა და მეტყველების ჩამოყალიბების დეტალები.

1. სმენის განვითარება

ყურის მთლიანი ანატომიური ჩამოყალიბება მუცლადყოფნის მე-9 თვეზე მთავრდება. თუმცა, ახალშობილის სმენის სკრინინგი მხოლოდ ღრმა და სრული სიყრუის გამოვლინების საშუალებას იძლევა, რადგანაც პატარას ყური, ძირითადად, 60-70 დეციბელის გაღიზიანებაზე პასუხობს. აქედან გამომდინარე, ახალშობილის სმენის რეაქცია შესაძლოა არ ვლინდებოდეს სიცოცხლის პირველი რამდენიმე თვის მანძილზე.

ამიტომ არის მნიშვნელოვანი ახალშობილების სმენის სკრინინგის ჩატარება, რაც გვეხმარება სიყრუის გამოვლენაში ადრეულ ასაკში.

ამისათვის, იმ პაციენტებში სადაც სკრინინგი უარყოფითია და ღრმა სიყრუეს აჩვენებს, საჭიროა ტესტის გამეორება 6 თვეში. თუმცა, გასათვალისწინებელია პაციენტის ოჯახის ფსიქოლოგიური მომენტი. მათთვის განმეორებითი სკრინინგ ტესტის საჭიროება შეიძლება ფსიქოლოგიური ტრავმის მიზეზი გახდეს. ამიტომ მნიშვნელოვანია მისი სწორად მიწოდება და ახსნა.

ნორმაში, ახალშობილის სმენის ჩამოყალიბება 4-5 თვის ასაკში იწყება. პატარა იწყებს ხმაურის გარჩევას და მასზე რეაგირებას, ნელ-ნელა ამ ხმაურის ინტონაციების გარჩევას, ხვდება სხვაობას დედისა და მამის ხმებს შორის და ა.შ.

აქედან გამომდინარე, ამ ასაკში სმენის გამოკვლევის ძირითად მეთოდად ობიექტური აუდიომეტრია ითვლება.

2. მეტყველების ჩამოყალიბება

როგორც ყრუ, ასევე ნორმალური სმენის მქონე ბავშვები, 3-4 თვიდან იწყებენ ხმების გამოცემას. ეს ხმები, როგორც წესი, უაზრო და გაურკვეველია. ნორმალური სმენის მქონე ბავშვში, ხმა ნელ-ნელა იძენს სხვადასხვა ინტონაციას იმის მიხედვით, თუ რა ესმის ოჯახში. დროთა განმავლობაში, ეს სიტყვები ემსგავსება გარემოცვაში წარმოთქმულ სიტყვებს.

შეჯამება:

- მეტყველება ყალიბდება სმენის და ხმების გამოცემის ერთობლივი ვარჯიშით.
- სმენის ღრმა დაქვეითების მქონე ბავშვში, პირველად წარმოთქმული ხმები (ბუტბუტი) იმის გამო, რომ ვერ იღებს გარემოცვიდან ხმოვან მხარდაჭერას, ნელდება და ქრება.

- სმენის დაქვეითების მქონე ბავშვების ადრეული რეაბილიტაცია გულიხმობს ვარჯიშს ხმოვანი გალიზიანების სხვადასხვა მეთოდით, რაც, შეძლებისდაგვარად, ხელს უწყობს არ მოხდეს პაციენტის მეტყველების განვითარების სტაგნაცია.
- სრული სიყრუით დაავადებული ბავშვები 5-6 წლის ასაკის შემდეგ ველარასდროს იმეტყველებენ ნორმალურად. ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია სმენის პათოლოგიის დიაგნოსტიკა ადრეულ ასაკში (4-5 წლამდე) და მისი რეაბილიტაცია ამა თუ იმ სმენის აპარატით, რადგანაც უფრო გვიან, მეტყველების ცენტრის ჩამოყალიბება შეუძლებელია.
- ღრმა სიყრუე იწვევს არა მარტო მეტყველების პრობლემების ჩამოყალიბებას, არამედ ფსიქო-ნევროლოგიურ პრობლემებსაც.

3. პატარა ბავშვის ხმოვან იზოლაციაში ყოფნა იწვევს:

- ფსიქოლოგიურ პრობლემებს;
- სოციუმში ურთიერთობის პრობლემებს;
- გარე სამყაროს შეცნობის პრობლემებს;

წარმოვიდგინოთ ბავშვის მდგომარეობა, როდესაც ის ვერ ახერხებს საკუთარი ემოციების და სურვილების გადმოცემას, ვერ უხსნის ამ ემოციებს სხვებს. ეს იწვევს აგრესიულობას ან აპათიას. ოჯახის დამოკიდებულება – ზედმეტი პროტექცია ან პირიქით, იგნორირება, ართულებს ბავშვის მდგომარეობას.

B. სმენის დაქვეითების შედეგად შექმნილი პრობლემების კლასიფიკაცია

მეტყველების განვითარებაში მნიშვნელოვანია ბინაურალური სმენა.

სმენის დაქვეითებით შექმნილი დისფუნქციების კლასიფიკაცია მარტივად არის შესაძლებელი:

- **სმენის სუსტი დაქვეითება** (20-40 დბ.) – ბავშვს აქვს პრობლემა თანხმონების წარმოთქმისას;
- **სმენის საშუალო დონის დაქვეითება** – (40-70 დბ.-მდე) – ბავშვის მეტყველების ჩამოყალიბება დაგვიანებით და ცუდად ხდება. ის ურევს ბევრ თანხმონს და ხმონებსაც, მას აუცილებლად სჭირდება სმენის აპარატის გამოყენება და სურდოლოგის გაკვეთილები.
- **სმენის მძიმე დაქვეითება** (70-90 დბ.-მდე) – ასეთმა ბავშვებმა აუცილებლად უნდა იხმარონ სასმენი აპარატი და აუცილებლად უნდა გადიოდნენ სურდოლოგის გაკვეთილებს.
- **სმენის ღრმა დაქვეითება** (90 დბ.-ზე მეტი) – ამ შემთხვევაშიც აუცილებელია სმენის აპარატის ტარება და რეაბილიტაცია სურდოლოგთან.

C. სმენადაქვეითებული ბავშვების რეაბილიტაცია – მკურნალობა

სმენის დაქვეითების ხარისხის მიხედვით, რეაბილიტაციის და მკურნალობის მეთოდები სხვადასხვაგვარია.

სმენის მსუბუქი დაქვეითება

სმენის ამგვარი დაქვეითებით ბავშვების დაახლოებით 3% არის დასწეულებული. ეს დაქვეითება, ძირითადად, ნეიროსენსორულია. თუმცა, შეიძლება იყოს ტრანსმისიულიც. არის თანდაყოლილი და შესაძლოა შთამომავლობითიც იყოს.

სმენის დაქვეითების პირველი ნიშნები ვლინდება ბავშვის უყურადღებობით, ხმაურის და დაძახილის ურეაქციოდ დატოვებით და ა.შ.

ასევე ყურადსაღებია:

- მეტყველების დაგვიანება ან პრობლემები;
- ხასიათის გაფუჭება;
- სწავლასთან დაკავშირებული პრობლემები;

ოტოლოგის კონსულტაცია, როგორც წესი, სმენის დაქვეითების ხარისხს და მის ეტიოლოგიას გამოააშკარავებს. ხშირ შემთხვევაში, საჭიროა სმენის აპარატის შექენა და, შესაძლებელია, სურდოლოგის რამდენიმე კონსულტაციაც გახდეს საჭირო.

სმენის ღრმა დაქვეითება

სმენის ამ ტიპის დაქვეითება 1000-დან 1 ბავშვს აღენიშნება. ასეთი სიყრუე ყოველთვის ნეიროსენსორულია და შესაძლოა ახლდეს გამტარებლობის (ტრანსმისიული) პრობლემებიც.

ამ ტიპის სმენის დაქვეითების დროს, რომელიც ადრეულ ასაკში არის გამოვლენილი, საჭიროა:

- სმენის აპარატი;
- რეაბილიტაცია სურდოლოგთან;
- მშობლების დატრენინგება;

სმენის აპარატი

მისი შექენა სასურველია მოხდეს 2 წლამდე. უმჯობესია 6-7 თვის ასაკში. ამ დროს პატარა პაციენტი უფრო სწრაფად შეეგუება მას და თანაც, არ ექნება ხმოვანი ვაკუუმის შედეგები.

არ არსებობს სმენის დაზიანების არავითარი საშიშროება, თუ ეს აპარატი გამოცდილი აუდიოპროტეზისტის მიერ არის შერჩეული და დარეგულირებული. საქართველოში ჩვენი რეკომენდაცია ეძლევა აუდიოლოგიის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე შექმნილ, მრავალწლიანი გამოცდილების მქონე გერმანულ კომპანიას, KIND-SMENA.

არ უნდა ვიფიქროთ, რომ ასეთი ტიპის აპარატი ბავშვს ისეთივე ხმოვან გარემოს შეუნარჩუნებს, როგორც ნორმალური სმენის მქონე ბავშვებს აქვთ. მიუხედავად ამისა, აპარატი მაინც მისცემს ბავშვს განვითარების საშუალებას.

თუკი სმენის აპარატის მოხმარება 3-4 წლის ასაკიდან იწყება, ამ დროისთვის ბავშვი უკვე ისე არის განვითარებული, რომ ხმოვანი

გალიზიანების ადგილი სხვა გალიზიანებით არის ჩანაცვლებული, რაც ძალიან უშლის ხელს მეტყველების განვითარებას.

აქედან გამომდინარე, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ადრეულ ასაკში აპარატის შეჩვევას. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მხოლოდ სმენის აპარატი ვერ დაეხმარება პაციენტს ამ ნაკლოვანების დაძლევაში. საჭიროა ნაადრევი რეაბილიტაცია.

ადრეული რეაბილიტაცია

ამაში იგულისხმება რეაბილიტაცია ფონიატრთან, სურდოლოთან და ფსიქოლოგთან ერთობლივად, რომელიც უნდა ჩაუტარდეს როგორც პაციენტს, ასევე მის გარემოცვასაც.

აუცილებელია ბავშვი შევაჩვიოთ ხმოვან სამყაროსთან ურთიერთობას. ამავე დროს, მის გარშემო მყოფ ხალხს ვასწავლოთ ის მეთოდები, რომლებიც დაეხმარება ბავშვს ამ ურთიერთობის განვითარებაში.

რეაბილიტაცია ვერ იქნება დოგმატური. ის ინდივიდუალურია და უნდა იყოს მორგებული თითოეულ პაციენტზე და მის გარემოზე.

უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს ოჯახის ექიმი, რომელმაც პირველმა უნდა შეიტანოს ეჭვი და გამოავლინოს სმენის დაქვეითების არსებობა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სმენის დაქვეითებას ხშირად თან ახლავს სხვა ნაკლოვანებები. ამიტომ აუცილებელია ოჯახის ექიმი არ კონცენტრირდეს მხოლოდ სმენის დაქვეითების პრობლემაზე და შეამოწმოს სხვა სისტემების მუშაობაც.

სმენადაქვეითებული ბავშვის რეაბილიტაციის შედეგები დამოკიდებულია ადამიანთა დიდ ჯგუფზე, რომელთა პროფესიონალიზმი და სიყვარული საოცრებებს ახდენს.

C. სმენის ღრმა დაქვეითების ძირითადი გამომწვევი მიზეზები

მხედველობაში გვაქვს გენეტიკური ფაქტორები. უფრო იშვიათი, თუმცა არანაკლებ ყურადსაღები ფაქტორებია:

- **წითელა** (5-10 %) – ვაქცინაციის მიუხედავად, წითელას ემბრიოპათიული შემთხვევები კიდევ არსებობს.
- **ციტომეგალოვირუსი** – ზოგიერთ შემთხვევაში, იგი შესაძლოა შეუმჩნეველი იყოს. ეს ვირუსი არ იწვევს სმენის დაქვეითებას პოსტნატალურად. თუმცა, რისკფაქტორს წარმოადგენს მუცლადყოფნისას.
- **ნეონატალური მიზეზები** – მშობიარობის შემდგომი ჰიპოქსია (5-10%)
- **პოსტნატალური მენინგიტი** (3-5%)
- **რეზუს კონფლიქტი** – თუმცა, პრევენციული ზომების მიღების შემდეგ, რომელიც გამაგლობულინით ხდება, ეს ფაქტორი თითქმის გაქრა.

რჩება დაახლოებით 30%-მდე გაურკვეველი ეტიოლოგიის სმენის დაქვეითება, რაც გენეტიკურ ფაქტორებს მიეკუთვნება.

გენეტიკური კვლევები ამ სფეროში ძალიან ძნელია, რადგან გენეტიკურ-შთამომავლობით დაავადებებთან ერთად, არსებობს ქრომოსომული ცვლილების მიზეზით არსებული დარღვევებიც.

ამიტომ გამოვყოფთ სამ ძირითად მომენტს:

- როდესაც სმენის დაქვეითება ასოცირებულია რაიმე სხვა გენეტიკურ პათოლოგიასთან;
- როდესაც სმენის დაქვეითება იზოლირებულია, თუმცა, ოჯახის გამოკითხვით, ჩნდება ოჯახში სმენის დაქვეითების ხაზი;
- როდესაც სმენის დაქვეითება იზოლირებულია და არავითარი ოჯახური მიდრეკილება არ იკვეთება;

ოჯახის ექიმს და ოტოლოგს აინტერესებთ ოჯახური მიდრეკილების გარკვევა, რადგანაც ცნობილია, რომ სმენის დაქვეითება გენეტიკურად გადადის.

მას რეცესიული გენი გადასცემს დომინანტური კი – არა. თუმცა, სასურველია გაკეთდეს გენეტიკური კვლევა, რომელიც, საქართველოში უკვე დანყებულია.

ყველა ტიპის სმენის დაქვეითება, რომელსაც არ მოეძებნა კონკრეტული მიზეზი, ითვლება გენეტიკურად.

NOTA BENE

- არ უნდა აგვერიოს სმენის გენეტიკური და თანდაყოლილი დაქვეითება;
- არ უნდა გავაკეთოთ აქცენტი მხოლოდ ერთ ნაკლოვანებაზე. სასურველია გამოვიკვლიოთ სხვებიც;

ბავშვთა სიყრუის დიაგნოსტიკა

ადრეულ დიაგნოსტიკას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის მომავალი რეაბილიტაციისათვის. თუმცა, ახალშობილის სმენის ტესტირების დადებითი შედეგი, არ არის სმენის შენარჩუნების გარანტი, იმ მარტივი მიზეზის გამო, რომ სმენის დაქვეითება შესაძლოა განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში. ამიტომ სასურველია, ყურადღებით ვიყოთ ჩვენი პატარა პაციენტების მიმართ.

ტესტირება დაბადების პირველ დღეებში

სმენის ტესტის ჩატარება დაბადებისთანავე, პორტატული აუდიომეტრით, რომელიც 70-80 დბ.-ს გამოსცემს, გვაჩვენებს ბავშვის რეაქციას ხმაურზე. ამ რეაქციის არარსებობა არავითარ შემთხვევაში არ ნიშნავს გარანტირებულ სიყრუეს. უბრალოდ, მიგვითითებს გამონვეული პოტენციალების ტესტის ჩატარების აუცილებლობაზე. ამიტომ არ ღირს დაყრდნობა მხოლოდ ამ გამოკვლევაზე. თუმცა, ის ხშირად ავლენს სმენის ნაადრევ პათოლოგიას. ბევრი სკოლა ამ ტესტირებას მხოლოდ მაღალი რისკის პაციენტებს უტარებს, კერძოდ:

- პათოლოგიური ორსულობის შედეგად დაბადებულ ახალშობილებს;
- სამშობიარო ტრავმით გაჩენილ ახალშობილებს;
- ჰიპოქსიაში გაჩენილ ბავშვებს;

- ბავშვებს მაღალი ბილირუბინით;
- სხვადასხვა მაღფორმაციით გაჩენილ ახალშობილებს;
- მენინგიტიან ბავშვებს;

ყველა ამ კვლევის შედეგების მიუხედავად, ჩვენი აზრით, ბავშვის გასაკონტროლებლად დაბარება და მისი სმენის შემოწმება აუცილებელია 6-9 თვის ასაკშიც.

ჩვილების და მოზრდილი ბავშვების სმენის კვლევები სიყრუის გამორიცხვის მიზნით

მაგალითად, საფრანგეთში ჩვილი ბავშვების სმენის კონტროლი 6-24 თვემდე კანონით არის გათვალისწინებული. ურიგო არ იქნებოდა ასეთი კანონის შემოღება საქართველოშიც. ხშირად გვხვდება ბავშვი, რომელსაც სიყრუე მხოლოდ სკოლის ასაკში უდასტურდება, როდესაც ნევრო-სოციოლოგიური პროცესები, სმენის დაქვეითების გამო, უკვე შორს არის წასული.

პედიატრიული სამსახურის მუშაკები აუცილებლად უნდა ატარებდნენ მშობლების გამოკითხვას ბავშვის სმენასთან დაკავშირებით. ეს შეკითხვები ეხება მარტივ, ცხოვრების თანმხლებ ხმაურზე ბავშვის რეაქციას (საყვირი, ტაში, კარების ხმაური). როგორც წესი, დედ-მამა აღნიშნავს ბავშვის უწყურადღებობას ასეთი ტიპის ხმაურის მიმართ.

საავადმყოფოში, აუდიოლოგის მიერ სხვადასხვა ტიპის სათამაშოთი ჩატარებული ტესტები სმენის სხვადასხვა სიხშირით დაქვეითების დონეზე მიუთითებს და უფრო მდიდარ ინფორმაციას იძლევა.

მოგითხრობთ ამ ტესტის შესახებ: ჩვილი პაციენტი მოთავსებულია ბავშვის მაგიდაზე, სახით დედის ან მამისკენ. გამომცდელი მის ზურგს უკან დგას. მაგიდაზე დევს სხვადასხვა სათამაშო. როდესაც თამაშის დროს გამომცდელი ახდენს ხმის აღმოცენებას, პაციენტი, თუ მას სმენა აქვს, წყვეტს თამაშს და იყურება ხმაურის წყაროსკენ. ეს ტესტი ტარდება ხან მარცხნიდან, ხან მარჯვნიდან.

საბავშვო ბალის ასაკის ბავშვებში, სმენის ტესტი შესაძლებელია ჩატარდეს სხვადასხვა სურათის საშუალებით – ბავშვს წინ ვუდებთ რამდენიმე სურათს, რომლის სახელიც მან კარგად იცის. შემდეგ, ვასახელებთ სურათს და ვთხოვთ გვაჩვენოს იგი ისე, რომ ბავშვი ჩვენ ვერ გვხედავდეს.

ნ წლის ასაკიდან, ბავშვის სმენის გამოკვლევა შესაძლოა ჩატარდეს სპეციალური აპარატით – აუდიომეტრით. მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტი არაადეკვატურია, (აუტიზმი, ცერებრალური დამბლა და ა.შ.) საჭირო ხდება ობიექტური აუდიომეტრიის განხორციელება.

NOTA BENE

- არასოდეს ვენდოთ ახალშობილის სმენის ტესტს 100%-ით. გარკვეული სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში, მიუხედავად ბავშვის ასაკისა, გავაღრმავოთ სმენის გამოკვლევები;
- არასოდეს გამოვიტანოთ ნაადრევი დასკვნა სიყრუესთან დაკავშირებით მანამ, სანამ არ გვექნება უტყუარი მტკიცებულებები;

ოტოსკლეროზი – ოტოსპონგიოზი

ოტოსკლეროზი ან ოტოსპონგიოზი, წარმოადგენს ლაბირინთის ოსტეოდისტროფიას, რომელიც შემდგომში, უზანგის ანკილოზის გამო, იწვევს კონდუქტიური ან შერეული ტიპის სმენის დაქვეითებას. ეს პათოლოგია გენეტიკურია.

A. დაზიანების მექანიზმი

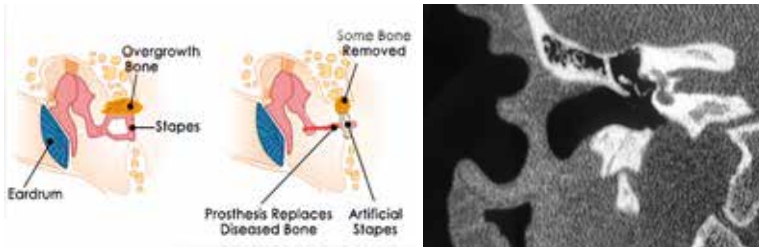
ოტოსკლეროზი ვითარდება ძვლოვანი ლაბირინთის დისტროფიის ფონზე, ოსტეოლიზის და ჰიპერვასკულარიზაციის გამო, შემდგომი ძვლოვანი რეკონსტრუქციის შედეგად.

ამ პროცესის ადგილმდებარეობა, როგორც წესი, ოვალური სარკმლის ან მრგვალი სარკმლის ნერტილებში უფრო ხშირია.

მაკროსკოპულად, ქირურგი ხედავს უზანგის საფეხე ფირფიტის ფიქსაციას და გასქელებას (უზანგის ანკილოზს). ზოგჯერ დაზიანების კერა მთლიანად ფარავს ოვალურ სარკმელს, რაც შეიძლება გახდეს ოპერაციის შეწყვეტის მიზეზი.

ოტოსკლეროზული კერები შესაძლოა გაჩნდეს სმენის დაქვეითების გარეშეც.

ოტოსკლეროზის ლაბირინთიზაცია საკმაოდ ხშირია, რასაც ვერ ვიტყვით კოხლეარულ ოტოსპონგიოზზე. ეს დაავადება ძალზე იშვიათად გვხვდება.



ოტოსკლეროზის მექანიზმის სქემატური აღწერა. უზანგის პროთეზის K-Piston-ის მდებარეობა

B. მიდრეკილებები

- რასობრივი განაწილების მიხედვით, პროპორცია არის შემდეგი 1 ფერადკანიანი, 10 თეთრკანიანი;
- დაავადების შთამომავლობითი ხასიათი მტკიცდება შემთხვევათა 40-50 %-ში;
- სქესის განაწილება 1:2 ქალებში უფრო ხშირია;
- ასაკობრივი მაჩვენებელი: 10 წლამდე ძალიან იშვიათად; უმრავლეს შემთხვევაში გვხვდება 16-დან 50 წლამდე და 50 წლის შემდეგ, მენოპაუზის დროს ან უკვე არსებული ოტოსკლეროზის დაავადების გაღრმავების შედეგად;
- ასაკოვან ხალხში განვითარებული ფორმები ნაკლებად აგრესიულია;
- ახალგაზრდებში ოტოსკლეროზი სწრაფად პროგრესირებადი;
- ორსულობის და სხვა ენდოკრინული ძვრების გავლენა ოტოსკლეროზის განვითარებაზე სავარაუდოა, თუმცა არ არის დამტკიცებული;
- ორსულობის რაოდენობასა და ოტოსკლეროზის პროგრესირებას შორისაც არ არის დამტკიცებული რაიმე კავშირი;
- კონტრაცეპციის გამო განვითარებული ოტოსკლეროზი-მითია.

C. კლინიკა

როგორც წესი, როცა ახალგაზრდა ქალი კონსულტაციაზე ტინიტუსის ან სმენის დაქვეითების ჩივილით მოდის, მას უდგინდება ოტოსკლეროზის პათოლოგია.

სმენის დაქვეითება, შესაძლოა, ჯერ ცალმხრივი იყოს და მერე გადავიდეს მეორე ყურზეც.

სმენის გაუარესება ნელ-ნელა ხდება და შეტევით ხასიათს ატარებს.

შერეული ტიპის სმენის დაქვეითება კოხლეარული დაზიანების ნიშანია.

ტინიტუსი ოტოსკლეროზის პირველი ნიშანია და შემთხვევათა 2/3-ში შეინიშნება. სმენის დაქვეითება შესაძლოა მეორად ნიშნად განვითარდეს.

ოპერაციული ჩარევა, როგორც წესი, მხოლოდ შემთხვევათა 1/2-ში ამცირებს ტინიტუსის ხარისხს. ზოგ შემთხვევაში, მისი გაჩენის მიზეზიც ხდება.

ოტოსკლეროზის დროს, ვერტიგო და ნონასნორობის დარღვევები, როგორც წესი, არ შეინიშნება.

ოტოსკოპიურად, დაფის აპკი ნორმალური ან ზედმეტად გამჭვირვალეა.

ამ დაავადების დიაგნოსტიკა აუდიომეტრიული კვლევით ხდება.

თუმცა, ეჭვი ამ პათოლოგიაზე შეიძლება გაგვიჩნდეს:

- თუ ოჯახში არსებობს ოტოსკლეროზით დაავადებული;
- თუ სმენის დაქვეითების ხარისხი მცირდება ხმაურიან გარემოში (willis-ის ჰიპოაკუზია). პროცესის ლაბირინთზე გადასვლის შემთხვევაში, ეს ნიშანი ქრება.

აუდიომეტრიული კვლევა საბოლოოდ ადასტურებს დიაგნოზს. დიდი მნიშვნელობა აქვს იმპენდანსომეტრიას და უზანგის რეფლექსს.

რადიოლოგიური კვლევები, კერძოდ კი კომპიუტერული ტომოგრაფია, აჩვენებს ანატომიურ თავისებურებებს – უზანგის ფირფიტის გასქელებას ან განლევას სტადიის მიხედვით და ოპერაციის შემთხვევაში, გვეხმარება წინასწარ განვსაზღვროთ ქირურგიული ჩარევის სირთულეები ან საერთოდ უარი ვთქვათ ოპერაციაზე.

რადიოლოგიური კვლევის შედეგები, ასევე, საინტერესოა ჩაქუჩის ანკილოზის და შუა ოტიტების დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

პატარა ბავშვებში, კომპიუტერული ტომოგრაფია აუცილებელია ოპერაციის შემთხვევაში Mondigni-ის მალფორმაციის გამოსარიცხად, რაც ოტოსკლეროზის ოპერაციის უკუჩვენებაა.

D. მკურნალობა

ოტოსკლეროზის მკურნალობა ყოველთვის ოპერაციულია. ოპერაციის ალტერნატივას მხოლოდ სმენის აპარატი წარმოადგენს და ექიმმა პაციენტს აუცილებლად უნდა მიაწოდოს მასთან დაკავშირებული ინფორმაცია. როგორც წესი, შემთხვევათა 95-99%-ში ოპერაცია დადებით შედეგს იძლევა – სმენის დაქვეითებას 30-40 დბ.-მდე ამცირებს. თუმცა, შემთხვევათა 1%-ში ხდება სმენის სრული დაკარგვა. ამიტომ ეს გარემოება გასათვალისწინებელია. როდესაც ერთ მხარეს სმენა საერთოდ არ გვაქვს, მეორე მხარეს ოტოსკლეროზის ოპერაციის გაკეთება არ არის მიზანშეწონილი.

რაც ეხება ტინიტუსის პროგნოზს – ოტოსკლეროზის ოპერაციის შემდგომი პროგნოზი ტინიტუსთან მიმართებაში, არ არსებობს.

ოპერაცია უზანგის საფეხე ფირფიტას და გრდემლს შორის ტიტანის პროთეზის ინსტალაციას გულისხმობს.

E. ლობშტეინის და პაჯეტის დაავადებები (Lobstein, Paget)

ლობშტეინის დაავადება ან არასრული ოსტეოგენეზი, ზოგადად, ძვლების სიმყიფეში გამოიხატება, რაც მრავლობითი მოტეხილობის მიზეზი ხდება.

ასევე, მათ ორმხრივი სმენის დაქვეითება ახასიათებს, რასაც იგივე მექანიზმი აქვს, რაც ოტოსკლეროზის პათოლოგიას. ამიტომაც, მკურნალობა იდენტურია, პროგნოზები კი – ნაკლებად საიმედო.

რაც ეხება პაჯეტის დაავადებას, აქ სმენის დაქვეითება შერეული ტიპისაა და განპირობებულია პაჯეტისებური ძვლების მიერ გამტარებლობის ვიბრაციის თავისებურებით და არა უზანგის ანკილოზით. ამიტომ ამ დროს ოპერაციული ჩარევა არ არის მიზანშეწონილი.

NOTA BENE

- ოტოსკლეროზის ოპერაციის შემდეგ, პაციენტს ეკრძალება ყვინთვა. თუმცა, ზოგიერთი პროთეზი, რომელსაც აქვს დამცავი რგოლი, ამ აკრძალვას არ საჭიროებს.

შუა ყურის მწვავე ბაქტერიული ოტიტები

შუა ყურის მწვავე ანთებაში ჩვენ ვგულისხმობთ არა მარტო დაფის ღრუს, არამედ ევსტაქის მილის და მასტოიდალური უჯრედების ლორწოვანის ანთებას. ეს სტრუქტურები ისე მჭიდროდ არის ერთმანეთთან გადაჯაჭვული, რომ შეუძლებელია ვილაპარაკოთ მხოლოდ ერთ-ერთი ნაწილის ბაქტერიულ დაზიანებაზე იზოლირებულად.

შუა ყურის ანთება ითვლება ქვემწვავედ, თუ იგი 3 კვირაზე მეტხანს მიმდინარეობს, ხოლო 3 თვეზე მეტხანს მიმდინარე პროცესი, უკვე ქრონიკული ანთებაა.

შუა ყურის მწვავე ოტიტები ორ დიდ ჯგუფად იყოფა:

1. შუა ყურის მწვავე ბაქტერიული ოტიტი, რომელიც შესაძლებელია იყოს როგორც ჩირქოვანი, ასევე, უბრალოდ, კატარალური;
2. შუა ყურის სეროზული, მწვავე ოტიტები, რომლის მიზეზი არის ბაროტრავმა (ცხვირის უხეში მოხოცვა, ყვინთვა);

ორივე ოტიტი ყურის ანთებების იმ ნაირსახეობას განეკუთვნება, რომელსაც ტრანსუდატული ანუ ექსუდაციური ოტიტები ეწოდება.

ნებისმიერი ოტიტის ჩამოყალიბებაში უმთავრესი ფაქტორი ევსტაქის მილის დისფუნქცია გახლავთ.

A. ბაქტერიული ოტიტები

როგორც მოგახსენეთ, ამ ტიპის ოტიტები ყველაზე ხშირად გვხვდება ბავშვებში. მათი პროგნოზი ძალიან იშვიათად არის მძიმე Haemophilus B და Pneumococcus-ის გამო, რაც შესაძლოა, მენინგიტის მიზეზი გახდეს.

1. ბაქტერიები

ცხვირ-ხახის პათოლოგიური პროცესების განვითარებაში ძირითადი ადგილი ვირუსებს უკავია. თუმცა, ისინი ძალიან მალე ადგილს უთმობენ ბაქტერიულ ფლორას, რომელიც დაზიანებული ლორწოვანის გამო, ქარბად მრავლდება ცხვირ-ხახაში და უკვე დაავადების ნამყვანი ფაქტორი ხდება.

ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი ბაქტერიები: Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacteria. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ პსევდომონა, საბედნიეროდ, ძალიან იშვიათ შემთხვევაში გვხვდება, ხოლო ჰემოფილუსი და პნევმოკოკი უკვე პენიცილინრეზისტენტული ხდება. ზუსტად ამ ბაქტერიების გახშირება არის აღწერილი როგორც ევროპის, ასევე საქართველოს უმეტეს რეგიონში.

აღსანიშნავია, რომ ოტიტების გამომწვევად, ძირითადად, ერთი ბაქტერია გვევლინება. საინტერესო იქნებოდა ჩვენთანაც ტარდებოდეს რუტინული კვლევები ბაქტერიოლოგიული ეტიოლოგიის დასადგენად. თუმცა, ხშირად ეს დაკავშირებულია ფინანსურ ხარჯებთან რაც, როგორც მოგეხსენებათ, არის ჩვენი ქვეყნის პრობლემა.

2. დაზიანება

შესაძლოა შეგვხვდეს რამდენიმე ტიპის დაზიანება:

- **ჰიპერემიული და კატარალური დაზიანება**, როდესაც ანთე-

ბა შესაძლოა სპონტანურად მორჩეს ან გადავიდეს შემდეგ სტადიაზე;

- **დაჩირქების სტადია**, როდესაც სახეზეა შუა ყურში ჩირქის არსებობა, რომელიც შესაძლოა სპონტანურად, პერფორაციის გზით დაიცალოს დაფის ღრუდან.

თვითგანკურნება შესაძლოა მოხდეს ორივე სტადიის დროს. თუმცა, შესაძლოა პროცესის ქრონიკულში გადასვლა. ამას შეიძლება ხელი შეუწყოს არასწორმა ანტიბიოტიკოთერაპიამ.

ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება განვითარდეს მასტოიდიური უჯრედების ანთება, რაც უკვე ოსტიტის ნიშნავს და, მედიკამენტური მკურნალობის უშედეგობის ან ხშირი რეციდივების შემთხვევაში, ოპერაციულ ჩარევას – ანტრომასტოიდექტომიას მოითხოვს.

3. მიზეზები

როგორც მოგახსენეთ, ოტიტის დაწყების ძირითადი მიზეზი ცხვირ-ხახიდან მოდის.

ევსტაქის მილი წარმოადგენს ინფიცირების გზას. ასევე, მისი დისფუნქციის გამო, შუა ყურში ვითარდება შეგუბებები და ხდება ანთებითი პროცესის ჩამოყალიბება.

ცხვირ-ხახის ბაქტერიული ფლორა ძალზე მდიდარია და ეს „კოლექცია“ წარმოადგენს ოტიტების გამომწვევ მიზეზს.

ბავშვის ცხვირ-ხახა ჰემოფილუსის და პნევმოკოკის ხშირი მატარებელია. ამ ბაქტერიების სანინააღმდეგო ანტისხეულები მათ ჯერ არ გააჩნიათ ამიტომ ხშირია პროცესის გავრცელება, ევსტაქის მილის გავლით, უკვე შუა ყურში, ცხვირ-ხახის ინფიცირების და შემუპების მექანიზმის ჩართვისას აეროდინამიკის რეგულირების მოშლის გამოც.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ზუსტად ამ მექანიზმით აიხსნება ოტიტების რეციდიული ხასიათი.

ოტიტის ეტიოლოგია სხვაგვარიც არსებობს, თუმცა ისინი ძალიან იშვიათად გვხვდება.

- სხვადასხვა ვირუსული დაავადების (მაგ. ნითელა, ჩუტყვა-ვილა და ა.შ.) შედეგად ჩამოყალიბებული ოტიტები;
- ტრავმული ოტიტები;
- ქრონიკული პერფორაციის მქონე პაციენტებში, ბანაობის შემდგომი ინფიცირება;

4. კლინიკა

როგორც აღვნიშნეთ, ბავშვებში მწვავე ოტიტები ძალიან ხშირ პათოლოგიას წარმოადგენს.

პატარებში, მათი პირველი გამოვლინება რინოფარინგიტების და რინიტების დროს ხდება. ოტიტის პირველი ნიშანი არის ოტალგია. ოტალგია უეცრად და ძალიან მკაფიოდ იჩენს თავს, თუმცა, შესაძლოა, ის უმნიშვნელო იყოს და ოტორეით დაიწყოს.

ოტოსკოპია წარმოადგენს ოტიტის დიაგნოსტიკის ძირითად საშუალებას და მხოლოდ ამ გამოკვლევის შემდეგ არის შესაძლებელი თერაპიული მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავება. ოტოსკოპია გვიჩვენებს სჭირდება თუ არა პაციენტს პარაცენტეზი.



ექსუდატიური ოტიტი, ჩირქოვანი ოტიტი, ქრონიკული პერფორაციული ოტიტი.

დაფის აპკი ჰიპერემიულია, ნითელი, თუმცა ჩაქურჩის ტარი და პრომონტორიუმი, როგორც წესი, ჩანს. არ აღინიშნება დაფის აპკის გამობერილობა.

ასეთი სურათი შესაძლოა თან სდევდეს უბრალო რინიტს და ფარინგიტს.

ამ სტადიაზე საჭიროა ცხვირ-ხახის მკურნალობა და ყურის კონტროლი.

დაჩირქებული ოტიტი: ოტოსკოპიურად სამი ვარიანტის დანახვა არის შესაძლებელი:

- ნითელი, გამობერილი დაფის აპკი, რომელიც მეტყველებს შუა ყურში ჩირქგროვის არსებობაზე;
- ყვითელი, შებერილი დაფის აპკი, რომელიც ისევ და ისევ ჩირქგროვაზე მეტყველებს თუმცა, უკვე გავლილ ანთებას ნითელი ფერი აღარ დაჰკრავს;
- დაფის აპკის პერფორაციისას ჩირქოვან-სისხლოვანი გამონადენის არსებობა მეტყველებს პროცესის გაღრმავებაზე;

ყველა შემთხვევაში საჭიროა ორმხრივი კონტროლი და დაკვირვება პროცესის გაღრმავების თავიდან ასაცილებლად.

5. რეკომენდაციები სამკურნალოდ

მკურნალობის ტაქტიკა დაკავშირებულია დაავადების განვითარების მექანიზმის შეჩერებასთან, ანუ:

ცხვირის და ცხვირ-ხახის გათავისუფლება – შესაძლოა გამოვიყენოთ სხვადასხვა ვაზოკონსტრიქტორი. სასურველია მათი გამოყენება არ იყოს ხანგრძლივი, რადგანაც, მათ შეიძლება გამოიწვიონ მედიკამენტოზური რინიტი (Xylasol).

ყურის წვეთების გამოყენება – მხოლოდ გაყურების თვალსაზრისით არის მიზანშეწონილი დახურული დაფის აპკის მქონე პაციენტებში. ოტორეიან პაციენტებში შესაძლოა გამოვიყენოთ ადგილობრივი, არაამინოგლიკოზიდების ჯგუფის პრეპარატები (Levoximed, Otofa).

ანტალგიური პრეპარატების გამოყენება, ისეთის, როგორიც არის: Paracetamol-ი, Diclac-ი. იხმარება სიცხის და ტკივილის

მოსახსნელად. მათი მოქმედების მექანიზმი ოტიტის პირველ დღეებში უპრიანია.

სისტემური ანტიბიოტიკოთერაპია – ნაჩვენებია ყველა ბაქტერიული ოტიტის დროს, რადგანაც, უმრავლეს შემთხვევაში, ამით ჩვენ თავიდან ავიცილებთ ოტიტის გართულებებს, რომელიც ოდესღაც სასიკვდილო იყო. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ანტიბიოტიკები არ ამცირებენ რეციდივებს და პროცესის ქრონიკულში გადასვლის სიხშირეს. ეს იმით აიხსნება, რომ ოტიტის განვითარების მექანიზმებზე სისტემური ანტიბიოტიკოთერაპია არ ახდენს რაიმე გავლენას. მკურნალობის ხანგრძლივობა არის მინიმუმ 5 დღე. თუ 2-3 დღეში სიმპტომების კლება არ არის სახეზე, საქმე გვაქვს გამომწვევი ბაქტერიის რეზისტენტულობასთან და საჭიროა ანტიბიოტიკის შეცვლა.

როგორც წესი, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების დანიშვნა, ისეთის, როგორიც არის: Amoxiclav-ი და Suprax-ი, პრობლემას 2-3 დღეში ხსნის.

ანტიბიოტიკების არჩევის ტაქტიკა

ოტიტების სამკურნალოდ, იდეალურია პრეპარატის შერჩევა პარაცენტეზით მიღებული ჩირქის ანტიბიოგრამის მიხედვით. თუმცა, პრაქტიკაში პარაცენტეზის გაკეთება საკმაოდ რთულია და ამიტომ უფრო ხშირად პრეპარატის შერჩევა ხდება ბაქტერიოლოგიური კვლევების მიხედვით, სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით. აღსანიშნავია Haemophilus influenzae-ს და პნევმოკოკის პრევალირება სხვა ბაქტერიებთან შედარებით. ამიტომ თავდაპირველად შერჩეული ანტიბიოტიკი უნდა იყოს ამოქსიცილინ+კლავულანის მჟავა (Amoxiclav), რომელიც ინიშნება 8-10 მგ. კგ. წონაზე. მხოლოდ პენიცილინის დანიშვნაც არ არის აზრს მოკლებული, ოღონდ, მაღალი დოზით – 15 მგ. კგ. წონაზე.

როდესაც საქმე რეციდივთან გვაქვს, მაშინ, ჩვენი აზრით, პარაცენტეზი და ბაქტერიოგრამა ყველაზე კარგი არჩევანია.

ასევე, გახსოვდეთ, რომ ანტიბიოტიკის არჩევა ყოველთვის უნდა ეყრდნობოდეს შემდეგ პრინციპებს:

- ანტიბიოტიკის კონცენტრაცია შუა ყურის პათოლოგიების სამკურნალოდ ცოტათი უფრო მეტი უნდა იყოს, ვიდრე ზედა სასუნთქი გზების სხვა პათოლოგიების მკურნალობისას.
- ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგი ძალიან ადრე იჩენს თავს. თუ შედეგი არ არის 3-4 დღეში, მაშინ პრეპარატი სწრაფად არის შესაცვლელი.
- ერთი და იგივე ანტიბიოტიკის ხშირი გამოყენება იწვევს რეზისტენტულობას.

ასაკთან დაკავშირებული პრინციპები: 3 წლამდე ასაკის პაციენტებში ოტიტები ძალიან იშვიათია, მაგრამ აგრესიული. ხშირად საქმე გვაქვს Pseudomona, Staphylococcus- ან Enterobacteria-სთან, რომელიც რეზისტენტულია ჩვეულებრივი ანტიბიოტიკების მიმართ. ამიტომ 3 წლამდე ასაკში თუ შედეგი სწრაფი არ არის, მაშინ საჭირო ხდება ბაქტერიოლოგიური კვლევა პარაცენტეზით.

3 წლის ზემოთ ოტიტების პროგნოზი აშკარად უკეთესია და ანტიბიოტიკებიც უფრო კარგად მოქმედებენ ბაქტერიებზე.

- მაღალი სიცხე და საბავშვო ბაღში „შექნილი“ ოტიტი ხშირად პნევმოკოკურია.

ოტიტის ყველა შემთხვევაში არ არის აუცილებელი პარაცენტეზი. თუმცა, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, არის მისი პირდაპირი ჩვენებებიც, მაგალითად, როდესაც საქმე გვაქვს მტკივნეულ ოტიტებთან და ტკივილგამაყუჩებლები არ მოქმედებს.

პარაცენტეზის შემდგომ, დრენირების შედეგად, შუა ყურში ტკივილი უფროად ქრება კომპრესიის მოხსნის გამო.

3 თვემდე ბავშვებში, ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტული, მორეციდივე და ჩირქოვანი ოტიტების დროს, აუცილებელია პარაცენტეზის შედეგად მიღებული ჩირქის ბაქტერიული კვლევა.

განკურნების ნიშნები:

- სიცხის და ტკივილის გაქრობა;
- ოტორეას გაქრობა;

ოტოსკოპიური სურათით განკურნების დადგენა რთულია, რადგან ოტიტის მიერ გამოწვეული დაფის აპკის შემღვრევა 3-4 კვირა შეიძლება გაგრძელდეს. თუ დაფის აპკი უფრო მეტხანს რჩება მღვრიე, მაშინ საქმე გვაქვს ქრონიკული ოტიტის სეროზულ ოტიტში გადასვლასთან.

6. რეციდივები და დაავადების გახანგრძლივება

ორივე ამ მოვლენის მიზეზი შეიძლება იყოს ცხვირ-ხახის პათოლოგია და ევსტაქის მილის დისფუნქცია. თუმცა, გასათვალისწინებელია ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტული ბაქტერიებიც.

როდესაც, მკურნალობის მიუხედავად, 10-12 დღის მანძილზე გამოჯანმრთელების ნიშნები არ იკვეთება, საქმე გვაქვს გართულებულ ოტიტთან. ამ შემთხვევაში, შეგვიძლია ვიფიქროთ პარაცენტეზზე ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ და ბაქტერიულ კვლევაზე. ასევე, დღის წესრიგში უნდა დადგეს ადენოიდური ვეგეტაციების (ადენოიდების) ოპერაციული მკურნალობა – ადენოიდექტომია. თუ მდგომარეობა ამ ჩარევების მიუხედავად, არ გამოსწორდა, უნდა ვივარაუდოთ მასტოიდიტის არსებობა. რაც უფრო ფართო ოპერაციული ჩარევის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ამ ოპერაციას ეწოდება მასტოიდექტომია.

შეცდომაა, როდესაც ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ოპერატორი აკეთებს მხოლოდ პარაცენტეზს და არ ამოწმებს ადენოიდების მდგომარეობას ფიბროსკოპიულად ან თითოთ. ასევე, შეცდომაა პარაცენტეზს არ მოჰყვებს ბაქტერიული კვლევა. როდესაც, მიუხედავად პარაცენტეზის და ადენოიდექტომიისა, პაციენტს აქვს ოტიტის რეციდივები, საჭიროა ვიფიქროთ **ტრანსტიმპანალური**

აერატორის (შუნტის) ინსტალაციაზე. ეს საშუალება შემთხვევათა 95%-ში გვაძლევს შედეგს.

ოტიტების ხშირი რეციდივების მიზეზი შესაძლოა იყოს ალერგიული ფონიცი. ასევე, ტონზილების ჰიპერტროფია ან ქრონიკული ინფექციური პროცესი. ამიტომ მორეციდივო ოტიტების შემთხვევაში, საჭირო ხდება ცხვირ-ხახის და ხახის დეტალური გამოკვლევა.

7. შუა ყურის ოტიტები ახალშობილებში

ეს პათოლოგია ძალიან ხშირია. მისი მიმდინარეობა შესაძლოა გამოგვეპაროს, რადგან ამ ასაკში შეიძლება არ იყოს გამოხატული ოტალგია. თუმცა, გამოკვეთილია სხვა ნიშნები, მაგალითად, ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება, ჭამის რეჟიმის მოშლა და სიცხე.

ამიტომ ყველა ფებრილური შემთხვევა ახალშობილში არის ოტოსკოპიის ჩვენება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შეიძლება ოტიტი შეუმჩნეველად გართულდეს, რაც ახალშობილებში, შესაძლოა მენინგიტით დასრულდეს.

ასევე, უნდა აღვნიშნოთ, რომ პატარებში ოტიტები, როგორც წესი, ორმხრივია.

8. ოტიტები მოზრდილებში და ზრდასრულებში

ამ ასაკში ოტიტების დიაგნოსტიკა მარტივია სმენის დაქვეითების და ტკივილის პრევალირების გამო. როგორც წესი, პროცესი ცალმხრივია.

ხშირად ვხვდებით ვირუსულ ტიმპანიტებს, ე. წ. გრიპის შემდგომ ოტიტებს, შესიებული ჰემორაგიული დაფის აპკით და საშინელი ტკივილით სმენის დაქვეითების და სიცხის ფონზე.



ვირუსული ტიმპანიტი

ამ ოტიტებს ბევრი შუა ყურის ბაქტერიულ ოტიტებად მიიჩნევა, რადგანაც, ზოგჯერ, ეს ოტიტები რთულდება ჩირქოვანი ოტიტით. ამიტომ შეიძლება განვიხილოთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების დანიშვნა და კონტროლი. აუცილებელია ანთების სანინალმდეგო არასტეროიდების დანიშვნა, რადგანაც ტკივილი ძალიან ძლიერი არის. ადგილობრივი ანტიბიოტიკების (Amoxiclav, Diclac, Otof) გამოყენება ყველა ვარიანტში გამართლებულია, რადგანაც იცავს პაციენტს ინფექციური გართულებისაგან.

9. შუა ყურის ანთების გართულებები

შუა ყურის ანთებამ, შესაძლოა, გამოიწვიოს დაფის ღრუში არსებული სტრუქტურების დაზიანება. კერძოდ, სახის ნერვის პარეზი, ლაბირინთიტი ან უფრო მეტიც, მენინგიტი, ენდოკრანიალური აბსცესი, ლატერალური სინუსის ტრომბოფილიტი.

მენინგიტის განვითარება, როგორც წესი, Haemophilus ბაქტერიების არსებობის შემთხვევაში ხდება.

სახის ნერვის პარეზი – ფაციალისი – ეს პათოლოგია შესაძლოა

განვითარდეს შუა ყურის მწვავე ანთების დროს. იგი ანტიბიოტიკების და კორტიკოსტეროიდების მოქმედების შედეგად სწრაფად ქრება. თუ ასე არ მოხდა, მაშინ ეჭვი უნდა მივიტანოთ ოტიტის გართულებაზე – მასტოიდიტზე. ხშირია **ტუბერკულოზური მასტოიდიტის** მიზეზით ჩამოყალიბებული ფაციალისები.

ლაბირინთის ანთება – ლაბირინთიტი – არც თუ ისე იშვიათი მოვლენაა შუა ყურის ანთების დროს. მისი კლინიკური ნიშნებია: ვერტიგო და პირღებინება, ასევე, ნისტაგმი.

ანტიბიოტიკოთერაპიას აუცილებლად ემატება კორტიკოსტეროიდული (Medrol, Solu-Medrol) თერაპია და როგორც წესი, 7-10 დღემდე ვადაში, პაციენტი უკეთ გრძნობს თავს. თუმცა, აღსანიშნავია აგრესიული ფორმებიც, როდესაც ლაბირინთიტის გართულება ქრონიკული ვერტიგოთი და კოფოზითაც შეიძლება დასრულდეს.

მასტოიდიტები. მასტოიდიტის კლინიკური სურათი საკმაოდ მრავალფეროვანია და ვერ ჯდება მარტივ სქემაში.

მკურნალობაში იგულისხმება ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია, რომელიც მოიცავს Staphylococcus-ის, Pneumococcus-ის და Haemophilus-ის საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკებს. როდესაც მედიკამენტოზური მკურნალობა არ ძრის, ნაჩვენებია ოპერაცია – ანტრომასტოიდექტომია, რომელიც გულისხმობს მასტოიდური უჯრედების და დაზიანებული ქსოვილის ბორით მოშორებას. ბორის სიჩქარე უნდა იყოს არანაკლებ 20000 ბრუნვა ნთ-ში. სხვა შემთხვევაში, შეიძლება გამოვიწვიოთ სმენის დაზიანება.

მწვავე აბსცედირებული მასტოიდიტი

თუკი, ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად, რამდენიმე დღის განმავლობაში სიცხე არ იკლებს, ოტალგია იმატებს ან არ კლებულობს, პროცესის ექსტერიორიზაცია შესაძლოა მოხდეს რამდენიმე საათში.

ოტორეა შესაძლოა არც იყოს, მაგრამ რეტროაურიკულარული ნაოჭის მიდამოში ჩნდება აშკარა შესივება-გამობერილობა. შესაძლოა სხვა პერიაურიკულარული ლოკალიზაციაც. თუმცა, მასტოიდიტის ექსტერიორიზაციის ძირითადი ადგილი მაინც რეტროაურიკულარული ნაოჭია.

ნებისმიერი ლოკალიზაციის აბსცედირება ითხოვს ოპერაციულ ჩარევას – მასტოიდექტომიას.

ოპერაციის წინ უნდა დავრწმუნდეთ, რომ აბსცედირება მართლა არსებობს და ეს არ არის კანქვეშა ინფილტრაციის ეფექტი.

კლინიკის ვერიფიკაცია და ოპერაციული მკურნალობის ჩვენების დაზუსტება შესაძლოა კომპიუტერული ტომოგრაფიით. თუ CT-ზე აშკარად ჩანს მასტოიდური უჯრედების დესტრუქცია ჩირქით ან ახალი ანტიბიოტიკიც არ მოქმედებს, მაშინ ოპერაცია გამართლებულია.

მწვავე, არააბსცედირებული მასტოიდიტი

ეს მასტოიდიტი კლინიკურად ზუსტად ისევე მიმდინარეობს, როგორც აბსცედირებული მასტოიდიტი. განსხვავებულია მხოლოდ ერთი მარტივი ნიშნით – რეტროაურიკულარული ან პერიაურიკულარული აბსცესი არ ვლინდება. თუმცა, მასტოიდურ ძვალზე კომპრესია მტკივნეულია. ამ შემთხვევაში, ჩვენი აზრით, მიზანშეწონილია CT-ის გაკეთება.

ლათენტური მასტოიდიტი

ამ ტიპის მასტოიდიტზე ეჭვი უნდა გაგვიჩნდეს, როდესაც ოტიტის მრავალკვირიანი მკურნალობის (ანტიბიოტიკოთერაპია, ადენოიდექტომია) მიუხედავად, დაფის აპკი არ არის ნორმალური და ოტიტი გრძელდება. ან, როდესაც სახეზეა ქრონიკული, უმნიშვნელო ოტორეა.

იშვიათია ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება. ამ დროს, საჭიროა ერთმანეთისგან განვასხვაოთ მასტოიდიტი და გახანგრძლივებული ოტიტი. გახანგრძლივებული ოტიტის მიზეზი შესაძლოა იყოს არაადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპია. ოპერაციულ ჩარევამდე, უპრიანი იქნება თუ ბაქტერიოლოგიურ კვლევას ჩავატარებთ. ამით ადეკვატურ მკურნალობას შევარჩევთ და შეიძლება ოპერაციული ჩარევა ავიცილოთ თავიდან. ოპერაცია მასტოიდექტომიას გულისხმობს.

მასტოიდიტი დიაბეტიან და ხანშიშესულ პაციენტებში

ამ პაციენტებში მასტოიდიტი ძალიან აგრესიულია და პროგნოზი ცუდიდან ძალიან ცუდზე იცვლება, გამომდინარე ინფექციის ნაირსახეობიდან.

ქრონიკული ოტიტები

ქრონიკული ოტიტები ოტოლოგიაში საკმაოდ დიდ სეგმენტს წარმოადგენს. ამ ცნების ქვეშ იგულისხმება ყურის ყველანაირი ჩირქოვანი პათოლოგია, რომელიც 3 თვეზე მეტხანს გრძელდება.

როგორც წესი, პროცესი ამ დიაგნოზის დასამამდე დიდი ხნით ადრეა დაწყებული და პროგრესირებს.

ზოგი ქრონიკული ოტიტი სპონტანურად იკურნება და ზოგი სპეციალურ მკურნალობას მოითხოვს.

ოტიტების მიმდინარეობა ნელია და არ გამოირჩევა მძიმე კლინიკური ნიშნებით, თუ არ ჩავთვლით სმენის დაქვეითებას და ოტორეას.

როდესაც ანთებითი პროცესი ქრება, რჩება სმენის დაქვეითება და შუა ყურის სტრუქტურის დაზიანება.

არსებობს ისეთი ქრონიკული ოტიტები, როდესაც სპონტანური განკურნება არ ხდება და დაავადება შესაძლოა გართულდეს მენინგიტით, ცერებრალური აბსცესით და სიკვდილითაც კი დასრულდეს.

ასეთი ოტიტები, როგორც წესი, ქოლესტეატომური პროცესით არის გართულებული და ყოველთვის ითხოვს ოპერაციულ ჩარევას.

ქრონიკულ ოტიტებს ასეთი კლასიფიკაცია შეიძლება მოვარგოთ:

- ოტიტის ნარჩენი მოვლენები;
- პროგრესირებადი ოტიტები, რომელიც ორი ტიპის არის:

1. ქრონიკული – ჩვეულებრივი, უსაფრთხო ოტიტი ანთებითი ლორწოვანი გარსით;
2. ქოლესტეატომური – რომელსაც გააჩნია გართულების საშიშროება;

ქოლესტეატომური ქრონიკული ოტიტის განვითარება ნებისმიერ დროს შეიძლება დაიწყოს. ამიტომ აუცილებელია ნებისმიერი ქრონიკული ოტიტის რეგულარული კონტროლი (ნელინადში მინიმუმ 4-ჯერ).

ქრონიკული ოტიტების ფიზიოპათოლოგიური მოვლენები დღესაც ბევრ კითხვას ბადებს და არ არის სათანადოდ შესწავლილი. შესაძლოა ქრონიკული ოტიტის მწვავეში გადასვლა უმიზეზოდ.

ოტიტის ქრონიკულში გადასვლას იწვევს:

- ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქცია და ანთებები;
- ალერგია, იმუნური სისტემის დისფუნქცია;

ნებისმიერი ქრონიკული ოტიტის დროს, აუცილებელია ზედა სასუნთქი გზების სრული გამოკვლევა. ამ კვლევის შედეგად, შესაძლოა მივაგნოთ ოტიტის გამომწვევი მექანიზმის მიზეზს და მისი აღმოფხვრის შემთხვევაში ოტიტი განიკურნება.

ევსტაქის მილის დისფუნქციის გამო, ხშირად ქირურგიული ჩარევა უშედეგოდ მთავრდება. სამწუხაროდ, ამ პათოლოგიის ეფექტური მკურნალობა ჯერ არ არის აღმოჩენილი.

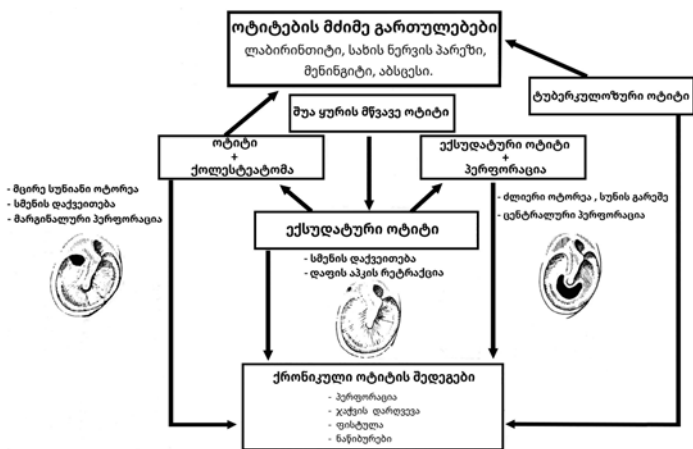
ცხვირ-ხახაში ინფექციურ-ქრონიკული პროცესების გამომწვევი, უმეტესწილად, არის Pseudomonas და Staphylococcus.

ამის გამო, აუცილებელია ქრონიკული ოტიტების ბაქტერიული კვლევის შედეგების გათვალისწინება. ქრონიკული ოტიტების ანტი-ბიოტიკოთერაპია ყოველთვის (გამწვაების გარდა) ადგილობრივია და ხანგრძლივ ხასიათს ატარებს.

დახურილი დაფის აპკის მქონე ოტიტებში პროცესი დაფის აპკის უკან, ფარულად შეიძლება მიმდინარეობდეს. ღია დაფის აპკის შემთხვევაში, შესაძლოა მხოლოდ მცირე სისველის არსებობა.

ამ ყველაფრის აღწერით გვინდა ხაზი გავუსვათ იმ ფაქტს, რომ ოტორეა არ არის ქრონიკული ოტიტის აუცილებელი კლინიკური ნიშანი.

როგორც ნებისმიერი ოტორეა არის ოტოსკოპიის და ყურის დეტალური კვლევის ჩვენება, ასევე, ნებისმიერი ჰიპოაკუზია და ინფექციური ენცეფალოპათია არის ბაქტერიოლოგიური კვლევების ჩატარების ჩვენება.



პროგრესირებადი ქრონიკული ოტიტების დიდი ჯგუფი სამ ძირითად ნაწილად შეგვიძლია დავყოთ:

- დახურული დაფის აკის მქონე სეროზული ოტიტები;
- ღია (პერფორირებული) დაფის აკის მქონე სეროზული ოტიტები;
- ქოლესტეატომური ოტიტები;

აღსანიშნავია, რომ აღჰვიზი ოტიტების და ტიმპანოსკლეროზის პროგნოზი უცნობია.

სეროზული ოტიტები

ამ ნოზოლოგიის ქვეშ, როგორც წესი, გულისხმობენ ექსუდაციურ ოტიტებს, როდესაც ექსუდატი შეიმჩნევა შუა ყურში, ევსტაქის მილში და მასტოიდურ უჯრედებში. ეს ექსუდატი შესაძლოა იყოს თხევადი ან სქელი და ბლანტი. ამ ოტიტების ანამნეზი, როგორც წესი, გრძელდება 2 თვე ან მეტი.

მათი ეტიოლოგია ხშირად ვირუსულია და შეუმჩნეველად მიდის ცხვირ-ხახის დონეზე. შემდეგ, ის იწვევს გარკვეულ ძვრებს შუა ყურის ლორწოვან გარსში, რაც ხდება ანთების მიზეზი.

ექსუდაციური ოტიტების დიფერენციალური დიაგნოზი საჭიროა:

- ცხვირ-ხახაში ანთებითი პროცესის დროს შუა ყურის უბრალო ექსუდატის დროს;
- ბაროტრავმის შედეგად დაგროვილი ექსუდატის დროს;
- ცხვირ-ხახის სიმსივნის შედეგად განვითარებული ექსუდაციის დროს, ძირითადად, ზრდასრული ასაკის პაციენტებში;

დახურული დაფის აპკის შემთხვევაში, ნებისმიერი ანთებითი პროცესი, იქნება ეს ექსუდაციური ოტიტი თუ ბაქტერიული მწვავე ოტიტი, ერთსა და იმავე კლინიკურ ნიშნებს ატარებს და დიფერენციალური დიაგნოზი გაღრმავებული კვლევების და გაანალიზების შედეგად ისმება.

A. ბავშვის ექსუდაციური ოტიტი

ექსუდაციური ოტიტი უფრო ხშირად პატარა ასაკის პაციენტებს ემართება.

ყველაზე ხშირი შემთხვევები ვლინდება 2-4 წლამდე ასაკის ბავშვებში, წლის მანძილზე, 10-20 %, 7 წლის ასაკში – მხოლოდ 5% და 10 წლის ასაკში – 2-3 %. მაპროვოცირებელი ფაქტორებია: ტემპერატურა, მწველი მშობლები, ბალში სიარული. გასათვალისწინებელია რასობრივი ფაქტორიც (შავკანიან რასას უფრო იშვიათად ემართება ოტიტები).

ასევე, აღსანიშნავია ოტიტების სიხშირის მატება ბოლო 30 წლის განმავლობაში რაც, ჩვენი აზრით, გარემოს დაბინძურებას უკავშირდება.

1. სიმპტომები

ექსუდაციური ოტიტის აღმოჩენა, როგორც წესი, შემთხვევით ხდება. ტკივილის არარსებობის გამო, ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკა ხდება რაიმე სხვა ჩივილის კვლევის დროს, მაგალითად, სმენის დაქვეითების. ჰიპოაკუზიის ხარისხი 20-40 დბ.– მდე არის გამოხატული. ბავშვებში ის, როგორც წესი, ორმხრივია. ზრდასრულ პაციენტებში შესაძლოა იყოს ცალმხრივიც.

მშობლები ამჩნევენ ბავშვის ქცევის შეცვლას, სკოლაში სწავლის ხარისხის გაუარესებას.

დიფერენციალური დიაგნოზი ოტოსკოპიით ისმება. სახეზე არის ამკარად ამღვრეული და გასქელებული დაფის აპკი. ტიმპანომეტრია ცხადყოფს შუა ყურში სითხის ან დაბალი წნევის არსებობას. აუდიომეტრიაზე ჩანს სმენის დაქვეითების ხარისხი.



ოტოსკოპიური სურათი: ექსუდაციური ოტიტი; კატარალური ოტიტი; ჩირქოვანი ოტიტი.

2. დაავადების განვითარება

სპონტანური გამოჯანმრთელება

ანთებითი პროცესი თავისით ქრება, თუმცა ამას შესაძლოა დასჭირდეს კვირები, თვეები ან წლები. ექსუდაციური ოტიტი, უმრავლეს შემთხვევაში, თავისით იკურნება თუმცა, შესაძლოა დატოვოს გართულებები, კერძოდ:

- შიდა ყურზე – ვერტიგო. პატარაებში ეს შეუმჩნეველად მიმდინარეობს;
- გახანგრძლივდეს და წლების მანძილზე ანუხებდეს პაციენტი;
- გამოიწვიოს პროცესის გამწვავება;
- გამოიწვიოს დაფის აპკის სკლეროზული დაზიანება.

მწვავე მორეციდივო ოტიტები

შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ზოგიერთი მორეციდივო ოტიტი ექსუდაციური ოტიტების ინფიცირების შედეგად ვითარდება.

თუ პატარა პაციენტს, რომელსაც უკვე აქვს გაკეთებული ადენოიდექტომია, ანუხებს მორეციდივო მწვავე ოტიტები, აუცილებელია მას ჩაუტარდეს ოტოსკოპიური კვლევა რემისიის პერიოდში, რათა შემოწმდეს ქრონიკული ექსუდაციური პროცესი ხომ არ არის ამ რეციდივის მიზეზი.

ამ შემთხვევაში, დღის წესრიგში დგება დაფის აპკის შუნტირების საკითხი, რაც, დაფის ღრუს აერაციის შედეგად, უმეტეს შემთხვევაში, იწვევს პაციენტის განკურნებას.

ეს იმით აიხსნება, რომ შუა ყურში უარყოფითი წნევის გამო, ხშირია ცხვირ-ხახაში არსებული ინფექციის გადასვლა შუა ყურში, რაც, თავისთავად, ახდენს იქ მქონე ექსუდატის ინფიცირებას.

დაფის აპკის და სასმენი ძვლების დაზიანებები

შუა ყურის ქრონიკული ანთება ახდენს სამშრიანი დაფის აპკის შუა ნაწილის – არმირებული ნაწილის დაზიანებას. ეს ხდება, როგორც წესი, აპკის ზედა უკანა კვადრანტში, ე. წ. შრაპნელის მიდამოში. ქრონიკული ექსუდაციური ოტიტის ნიშანი ასევე, არის ტიმპანოსკლეროზული მიდამოები დაფის აპკზე. ეს ცვლილება არანაირად არ ცვლის სმენის ხარისხს, თუმცა, როდესაც პროცესი უფრო წინ მიდის, სახეზეა დაფის აპკის მიერ გრდემლის და უზანგის დაშლა-ლიზისი. ამას უკვე სმენის სერიოზული დაზიანება მოსდევს თან.

თუ პროცესი უფრო შორს მიდის და დაფის აპკის ინვაგინაცია (ე. წ. რეტრაქციული ჯიბის წარმოქმნა) იწყება, ამ ადგილას დაგროვებული დესკვამაცია, უმეტესწილად, ქოლესტერატომური დაავადების განვითარების მიზეზი ხდება.

3. მკურნალობა

მკურნალობას, შესაძლოა, სმენის დაქვეითების და პროცესის გამწვავების თავიდან აცილება მოჰყვეს, მაგრამ ეს ანთებითი პროცესის პროგნოზს მაინც ვერ ცვლის. ანუ, შუა ყურის ანთებით-შეშუპებითი პროცესის მიმდინარეობა მაინც რჩება შეუსწავლელი.

მკურნალობის პრინციპები

- შუა ყურის აერაციის უზრუნველყოფა (ცხვირის ადგილო-

ბრივი მოქმედების სტეროიდული და არასტეროიდული საშუალებებით (Polydexa, Etacid, Palada);

- ადენოიდექტომია;
- ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა, სტეროიდული და არასტეროიდული, ჰომეოპათიური საშუალებებით (Medrol, Diclac, Cinnabsin);

შუა ყურის აერაცია

შუა ყურში მანკიერი წრის პრინციპით ჩამოყალიბებული ანთებითი პროცესის განყვეტის ერთადერთ საშუალებას აერაციის დაბრუნება წარმოადგენს. ევსტაქის მილის დისფუნქციის მიზეზი შესაძლოა იყოს მარტივი, მაგალითად: მაგარი სასის ანომალიური ანატომია, რაც ხშირი ექსუდაციური ოტიტების მიზეზი ხდება.

შუა ყურში განვითარებული ვაკუუმი, კოლაფსი, რომელიც აირთა ცვლას მოსდევს – ლორწოვანი გარსი შთანთქავს ჟანგბადს და ეს იწვევს ევსტაქის მილის კოლაფსს. ამას მოსდევს დაფის აპკის რეტრაქცია.

ამ წრის გარღვევა, როგორც ვთქვით, ტიმპანალური აერატორით შეიძლება, რაც გულისხმობს პარაცენტეზის შემდეგ, დაფის აპკში შუნტის-აერატორის ჩასმას, მიკროსკოპის კონტროლის ქვეშ.



ტრანსტიმპანალური აერატორი

აერატორების უამრავი ნაირსახეობიდან, შეგვიძლია ავირჩიოთ ის მოდელი, რომელიც უფრო მოგვწონს. მოდელი უნდა შეირჩეს იმის მიხედვით, რომელსაც უკეთ აიტანს ორგანიზმი. როგორც წესი, აერატორის ამოღება დაფის აპკიდან 10-12 თვეში ხდება. თუმცა, ზოგიერთი დაფის აპკი უფრო ადრე იშორებს უცხო სხეულს.

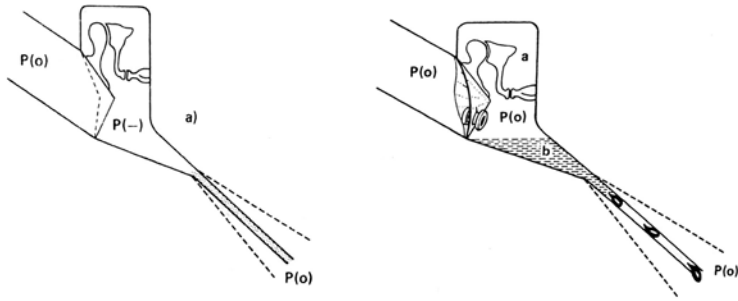
ერთ წელიწადზე მეტხანს ჩარჩენილი აერატორი, შესაძლოა, გახდეს ნარჩენი პერფორაციის მიზეზი, რაც ქრონიკული ოტიტის დროს პირიქით, სასარგებლო „გართულებაა“. როდესაც (რამდენიმე წელიწადში) ანთებითი პროცესი გაქრება, ამ პერფორაციის დახურვა მარტივი ტიმპანოპლასტიკით შეიძლება.

ადენოიდექტომია

ქრონიკული ოტიტის მკურნალობა, როგორც წესი, ამ ქირურგიული ჩარევით ყოველთვის შედეგიანია. 6-7 წლამდე ასაკში მას სისტემატურად ვაკეთებთ, როდესაც ოტიტების რაოდენობა წლის განმავლობაში 3-ზე მეტია. ამ ასაკის ზემოთ, აუცილებელია ცხვირ-ხახის დათვალიერება და ტაქტიკის ამის მიხედვით არჩევა.

ადენოიდექტომია ნიშნავს არა მარტო ადენოიდური ვეგეტაციის, როგორც ობსტრუქციის მიზეზის, მოშორებას, არამედ, ის ინფექციის წყაროს ლიკვიდაციაც არის.

ტონზილების ჰიპერტროფია, როდესაც მათი ზომა ცხვირ-ხახაშიც პრობლემას ქმნის, ადენოიდექტომიასთან ერთად, ტონზილექტომიის ჩვენებასაც ნარმოადგენს.



ტრანსტიმპანალური აერატორის მუშაობის პრინციპი.

თერაპიული მკურნალობა

ჩვენი პრაქტიკიდან გამომდინარე, ისევე როგორც ოტიტების დროს, 3 კვირიანი ადგილობრივი მოქმედების ანტიბიოტიკოთერაპია (Polydexa, Isofra) კორტიკოსტეროიდულ თერაპიასთან ერთად, 7 დღის განმავლობაში, კარგ შედეგებს იძლევა. ასევე, ეფექტურია ადგილობრივი სტეროიდის, Etacid spray-ს მოხმარება 3-4 თვის განმავლობაში. შეშუპების სანიანალმდეგო ჰომეოპათიური საშუალებები, ისეთი როგორც არის Cinnabsin, რომელიც ადენოიდური ვეგეტაციის და ლორწოვანი გარსის შეშუპების შემცირებისათვის გამოიყენება, ძალიან ეფექტურია ერთი თვის მანძილზე. თუმცა, შესაძლო ხშირი რეციდივების ფონზე, ოპერაციული მკურნალობა საჭირო ხდება.

მკურნალობის ჩვენებები

მკურნალობის ჩვენებებს ვადგენთ გასინჯვის მონაცემებზე დაყრდნობით. ამ კუთხით არ არსებობს არანაირი დოგმა.

მნიშვნელოვანია ასაკი, სეზონი, ანამნეზი (რამდენი ოტიტი ჰქონდა) დაფის აპკის მდგომარეობა, სმენის დაქვეითების % და

სოციალური დისკომფორტი (სწავლის პროცესში ხელის შეშლის დონე).

რა სახის მკურნალობა უტარდებოდა, იყო თუ არა ეს მკურნალობა ადეკვატური. რამდენად ინიცირებადია ეს ოტიტები და რამდენად სარისკოა ქრონიკული ჩირქოვანი ოტიტის ჩამოყალიბება.

როგორც წესი, ექსუდაციური ოტიტის დიაგნოზი, პირველ რიგში, თერაპიულ მკურნალობას ითვალისწინებს. თუ მისი დინამიკა უცვლელია და ხარისხობრივად არ არის შემანუხებელი, შესაძლოა, მხოლოდ მეთვალყურეობით შემოვიფარგლოთ.

როდესაც თერაპიული მკურნალობა უშედეგოა და სმენის დაქვეითება მკვეთრად გამოხატულია, მაშინ პაციენტს ვთავაზობთ ქირურგიულ მკურნალობას. ამ ტერმინის ქვეშ იგულისხმება ადენოიდექტომია.

ასევე, შესაძლოა განვიხილოთ ე. წ. „შუნტირება“ ანუ, აერატორის ინსტალაცია დაფის აპკში. აერატორის ინსტალაცია განიხილება არა მარტო სმენის დიდი %-ით დაქვეითების დროს, არამედ ხშირი ოტიტების შემთხვევაშიც. აუცილებელია პაციენტის მშობლების ინფორმირება ამ პათოლოგიის სერიოზულობის შესახებ და გაფრთხილება გართულებებზე. ამით ჩვენ შეგვიძლია ადრეულ სტადიაზე ჩავერიოთ და თავიდან ავიცილოთ ადჰეზიური ან პერფორაციული ოტიტის ჩამოყალიბება.

B. ექსუდაციური ოტიტი მოზრდილებში

მოზრდილებში ამ ტიპის ოტიტები გაცილებით იშვიათია და გამოირჩევა ცალმხრივი განვითარებით.

ძალიან მნიშვნელოვანია ცხვირ-ხახის სიმსივნოვანი პროცესის გამორიცხვა, რადგან, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დიდებში ეს ხშირად ექსუდაციური ოტიტის ჩამოყალიბების მიზეზი ხდება.

ასევე, მნიშვნელოვანია სპეციფიკური დაავადების, მაგალითად Wegener-ის დაავადების ან ტუბერკულოზის გამორიცხვა.

აუცილებელია დანამატი წიაღების პათოლოგიის გამორიცხვაც. თუმცა, ძალიან ხშირად, სინუსების ჯანმრთელი მდგომარეობა არ ნიშნავს ასეთივე მდგომარეობას ყურებში. როდესაც სმენის დაქვეითება ძლიერია ან პროცესი ძალიან გახანგრძლივებულია, აქტუალური ხდება აერატორის ინსტალაციის საკითხი, რასაკვირველია, ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ. პაციენტთან ერთად უნდა გადანყდეს აერატორის ტიპის შერჩევა – პერმანენტული თუ დროებითი.

NOTA BENE

- ექსუდაციური ოტიტი ბავშვებში, შესაძლოა დაინყოს უეცრად და მიმდინარეობდეს სიმპტომების გარეშე ანუ უმტკივნეულოდ;
- ექსუდაციური ოტიტი დიდებში შესაძლოა იყოს ცხვირ-ხახის სიმსივნის პირველი ნიშანი;
- ექსუდაციური ოტიტი დიდებში, სახის ნერვის პარეზთან ერთად, ხშირად არის Wegener-ის დაავადების ან ტუბერკულოზის ნიშანი;
- მაგარი სასის ანომალიის შემთხვევაში, აუცილებელია ბავშვის ორმხრივი ოტოსკოპია;
- ექსუდაციური ოტიტის მკურნალობა მიზნად ისახავს, პირველ რიგში, რეციდივების გაიშვიათებას და სმენის დაქვეითების აღმოფხვრას;

სეროზული, პერფორაციული ოტიტები

ყურის პერფორაციული, ქრონიკული, სეროზული ოტიტები, როგორც წესი, არ იძლევიან სერიოზულ გართულებებს. პაციენტს უფრო აწუხებს პერიოდული ან ქრონიკული ჩირქოვანი სეროზული ოტორრეა, რომელსაც თან ახლავს სმენის დაქვეითება და მუდმივი სანაცის აუცილებლობა.

სმენის დაქვეითება რამდენიმე ფაქტორზეა დამოკიდებული:

- დაფის აპკის დაზიანება;
- სასმენი ძვლების მოძრაობის შეზღუდვა, რაც შუა ყურის ლორწოვანის გასქელებასთან არის დაკავშირებული;
- გრდემლის გრძელი მორჩის დაშლის შედეგად წარმოქმნილი სასმენი ძვლების ჯაჭვის განწყვეტა.

A. კლინიკური ნიშნები

კლინიკური ნიშნები სმენის დაქვეითებით და ჩირქდენით შემოიფარგლება. აღსანიშნავია ჰიპოაკუზიის მსუბუქი ფორმები.

რაც შეეხება ოტორეას, აქ ორი ვარიანტია შესაძლებელი: უმნიშვნელო და შეუმჩნეველი ან იმდენად ჭარბი, რომ ინვეს გარეთა სასმენი მილის მაცერაციას.

გახსოვდეთ, რომ არცერთ შემთხვევაში გამონადენი არ არის

სუნიანი. ასეთი მხოლოდ ქოლესტეატომის მქონე ყურში გვხვდება, როდესაც პროცესი ძვალზე არის გადასული.

პერფორაციის ზომაც ვარიაბელურია. ნარჩენი დაფის აპკი შესაძლოა იყოს პატარა ან საერთოდ არ არსებობდეს.

რადესაც ასეთი დაფის აპკი გვხვდება, სასურველია ზედა სასუნთქი გზების მთლიანი გამოკვლევა, სინუსიტების ადენოიდების ან რაიმე სხვა პათოლოგიის გამოსარიცხად.

B. დაავადების განვითარება

უმეტესწილად, ასეთ ოტიტებს ახასიათებს სეზონურობა – ზაფხულში ხდება გაუმჯობესება და ყურის დაშრობა. ბავშვებში დაშრობა შეიძლება იყოს სპონტანური, ხოლო რამოდენიმე წელიწადში მისი განკურნებაც მოხდეს. ამის მიზეზის მიგნება შეუძლებელია.

მკურნალობა ისევ და ისევ, თერაპიულია. ადგილობრივი ანტიბიოტიკოთერაპია (Otofa, Levoximed) ხოლო თუ პერფორაცია დარჩა, აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა. რასაკვირველია, ქირურგიულ მკურნალობას უფრო კარგი შედეგები აქვს, განსაკუთრებით, თუ ყური 1-2 თვის განმავლობაში მშრალია. ამიტომ მიზანშეწონილია მოცდა და თერაპიული მკურნალობით ყურის ამოშრობა. ეს ყოველთვის არ არის შესაძლებელი და ამიტომ, ზოგ შემთხვევაში, გვინევს ოპერაციის სველ ყურზე გაკეთება. ძალიან ხშირად, მასტოიდი დაშლას პერ-ოპერაციულად ვხედავთ. ასეთ დროს, ოპერაცია ანტირომასტოიდექტომიასაც გულისხმობს.

ასევე, თერაპიული მკურნალობის პარალელურად, სასურველია ზედა სასუნთქი გზების სანირება და ოპერაციული მკურნალობა (ადენოიდები ან პოლიპოზი გვაქვს მხედველობაში). ამისათვის, შესაძლოა გამოვიყენოთ როგორც თერაპიული ჰომეოპათიური საშუალებები მაგ. Cinnabsin, ასევე, სტეროიდული და ანტიჰისტამინური ადგილობრივი მოქმედების საშუალებები Etacid, Palada.

აუცილებელია პაციენტის მშობლების ინფორმირება, რომ ამ პათოლოგიის დროს საჭიროა მოთმინება და ოტორეის მქონე ბავშვებში იმის ატანა, რომ სანამ ოპერაციის დრო მოვა, პატარას ჩირქი შესაძლოა თვეების მანძილზე სდიოდეს.

საჭიროა იმის ახსნაც, რომ ამ სეროზულ ოტორეას არ მოაქვს დიდი ზიანი და ჯობია მოიცადო, სანამ ოპერაციისათვის კარგი პერიოდი არ მოვა.

ქოლესტეატომა

ამ ტერმინს ოტოლოგები და ჰისტოლოგები სხვადასხვაგვარად განმარტავენ. ქირურგებისთვის, ქოლესტეატომა ნიშნავს შუა ყურში და ტემპორალურ ძვალში არსებულ კერატინიზებულ ეპიდერმას დესქვამაციის ნიშნებით, ხოლო ჰისტოლოგებისათვის – ქოლესტერინის უჯრედებს.

ამ დაავადების სიმძიმე და სერიოზულობა განპირობებულია ეპიდერმის პერმანენტული დესქვამაციით ექტოპიურ მიდამოში, კერძოდ, ძვალში. როგორც Portman-ი აღნიშნავდა, „...**ქოლესტეატომა** ცუდ ადგილას მოხვედრილი კანია, რომელიც წარმოდგენილია ან ოვალური ფორმის სიმსივნით, რომლის ცენტრიც ხშირად ინფიცირებულია ან დაფის აპკის ინვაგინირებულ მიდამოში დაგროვილი დესქვამაციური ქსოვილით, რომელიც ჩაღრმავების გამო გროვდება“.

ამ სიმსივნის ეროზიული თვისების გამო, შესაძლოა დაზიანდეს მნიშვნელოვანი ახლომდებარე სტრუქტურები, მაგ. ლაბირინთი, სახის ნერვი, სასმენი ძვლები, მენინგეალური გარსი, ლატერალური სინუსი.

თითოეული ამ სტრუქტურის დაზიანებას ახასიათებს თავისებური გამოვლინება: სახის ნერვის პარეზი, რომელიც ინვევს მიმიკური კუნთების მოძრაობის შეზღუდვას, ლაბირინთის დაზიანება – ვერტიგოს, სასმენი ძვლების დაზიანება – კონდუქციურ-ტრანსმისიული სმენის დაზიანებას, მენინგეალური გარსის ინფიცირება

– მენინგიტს. ინფიცირებული ქოლესტეატომა, ლატერალური სინუსის სიახლოვის გამო, შესაძლოა სინუს-თრომბოზის მიზეზი გახდეს.

ინტრაკრანიალური ინფექციის გავრცელება, შესალოა, მოხდეს tegmen tympani-ის გზით და ცერებრალური აბსცესის მიზეზი გახდეს.

კლინიკური ნიშნები

არაინფიცირებული ქოლესტეატომის შემთხვევაში, პაციენტს აქვს:

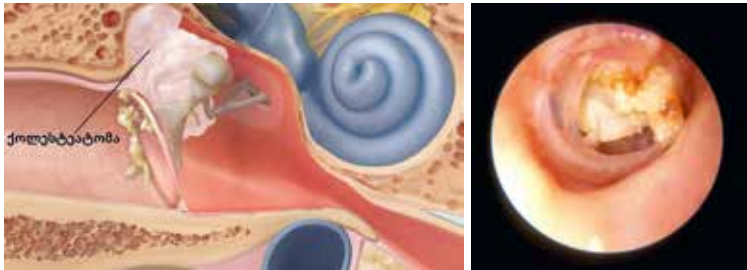
- სმენის უმნიშვნელო დაქვეითება, რომელიც შეუმჩნეველად მიმდინარეობს და უმეტესწილად, ბავშვებში აღინიშნება;
- მცირე რაოდენობით სუნიათი ოტორეა, რაც ქოლესტეატომის აშკარა ნიშანია;

ასეთი ტიპის ქოლესტეატომური დაავადება დუნედ და შეუმჩნეველად მიმდინარეობს. პაციენტი მას ამჩნევს უკვე გართულების შემთხვევაში: ვერტიგოს, ფაციალისის, მენინგიტის ან ინტრაკრანიალური აბსცედირების დროს.

ამიტომ, გართულებული ოტიტის დროს, საჭიროა განხორციელდეს სრული ოტოლოგიური გამოკვლევა რათა არ გამოგვეპაროს ქოლესტეატომური დაავადება.

ხშირ შემთხვევაში, ოტოსკოპიური გამოკვლევა ქოლესტეატომის არსებობას ადასტურებს.

არის ქოლესტეატომის ფორმები, როდესაც ოტოსკოპიით დაფის აპკის ვიზუალიზაციის დროს მათი იდენტიფიკაცია კარგად ვერ ხეხრხდება და ფუფხის ან, თუნდაც, მთლიანი დაფის აპკის უკან, ქოლესტეატომა ნელ-ნელა იზრდება და ვრცელდება შიგნით.



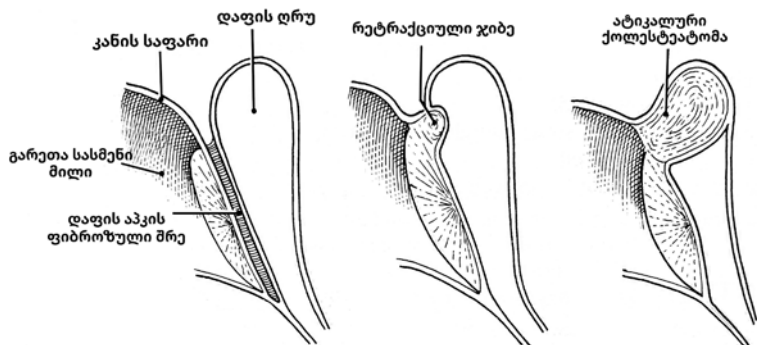
ქოლესტეატომა – სქემატური და ოტოსკოპიური სურათი

ასეთ შემთხვევაში, კარგ დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას იძლევა კომპიუტერული ტომოგრაფიის გაკეთება. შესაძლოა მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის მოთხოვნაც. თუმცა, ამ შემთხვევაში, სასურველია რადიოლოგი ოტოლოგიაში იყოს გამოცდილი ან ჯობია ისევ ქირურგმა იცოდეს რადიოლოგიური კლიშეების წაკითხვა.

არ არის იშვიათი ქოლესტეატომის აღმოჩენა, როდესაც საქმე ქრონიკული ოტიტის შემთხვევასთან გვაქვს.

მოკლედ რომ ვთქვათ, ქოლესტეატომა კეთილთვისებიანი ახალწარმონაქმნია, რომლის ანომალური მდებარეობა ქმნის პრობლემებს.

მისი ჩამოყალიბების მექანიზმთან დაკავშირებით მრავალი აზრი არსებობს, თუმცა საერთო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ ქოლესტეატომის განვითარებას შესაძლებელია იწვევდეს მარგინალური პერფორაცია, რეტრაქციული ჯიბე და ასევე, პოსტოპერაციული გართულებები ტიმპანოპლასტიკის, შუნტირების, ან ტრავმის შემდეგ.



სურათზე აღბეჭდილია რეტრაქციული ჯიბის ინვაზიის და ქოლესტეატომად გადაქცევის პროცესი.

არსებობს თანდაყოლილი ქოლესტეატომის შემთხვევებიც, როდესაც ეს ახალწარმონაქმნი შესაძლოა გამოვლინდეს:

- ქოლესტეატომური „მარგალიტის“ სახით;
- მასტოიდის ტოტალური დესტრუქციის შედეგად განვითარებული დაზიანებებით: სახის ნერვის პარეზი, მენინგიტი, ვერტიგო ან ტვინის აბსცესი;

ნებისმიერი ქოლესტეატომური პათოლოგია მოითხოვს სისტემატურ კონტროლს. შემთხვევათა დიდი ნაწილი ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. გეგმიურ ოპერაციას ვაკეთებთ, როდესაც საქმე გვაქვს ლატენტურ ფორმებთან, ხოლო როდესაც სახეზეა სერიოზული გართულებები, საჭირო ხდება სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა. ხშირ შემთხვევაში, პაციენტი ვერ ხვდება სასწრაფო ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობას, რადგან შეიძლება მისი მდგომარეობა ზოგადად კარგი იყოს. არ ჰქონდეს ოტორეა, ვერტიგო, სმენა იყოს ნორმალური. შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს გარკვეულ გართულებებს, როგორცაა მაგ. სმენის დაქვეითება. რეციდივის შემთხვევაში, ოპერაციის განმეორებითი ჩატარება აუცილებლობაა. ექიმი ვალდებულია ეს ყველაფერი აუხსნას პაციენტს.

ყოველივე ეს ამ ვერაგი დაავადების მკურნალობის ფასია და არა

ქირურგის შეცდომა. ჩვენი შეცდომა იქნება ის ფაქტი, თუ პაციენტს არ მივანოდებთ ზუსტ ინფორმაციას ამ ყოველივეს შესახებ.

ოპერაციული ჩარევა სხვადასხვა მასშტაბის და ტიპის შეიძლება იყოს. ეს დამოკიდებულია შემდეგ მაჩვენებლებზე:

- ქოლესტეატომის გავრცელების მასშტაბი;
- პაციენტის გადაწყვეტილება ოპერაციის ტიპთან დაკავშირებით;
- მისი ასაკი და სოციალური მდგომარეობა;
- მეორე ყურის მდგომარეობა;

არსებობს ორი ძირითადი ტიპის ოპერაცია:

1. დახურული ანტრომასტოიდექტომია რეკონსტრუქციით;
2. ღია (რადიკალური) ანტრომასტოიდექტომია;

პირველი ტიპის ოპერაცია გულისხმობს ანტრომასტოიდექტომიის შემდეგ, გარეთა სასმენი მილის უკანა კედლის შენარჩუნებას ან რეკონსტრუქციას.

მეორე ოპერაცია – ანტრომასტოიდექტომიის და გარეთა სასმენი მილის გაერთიანებას.

ორივე ოპერაციას აქვს როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეები.

დახურული ტექნიკა:

დადებითი მახასიათებლები:

- ყურის ფიზიოლოგიის აღდგენა;
- ოპერაციის შემდეგ წყალთან კონტაქტის შესაძლებლობა;
- სმენის უკეთესი ხარისხი;

უარყოფითი მახასიათებლები:

- ოპერაციიდან ერთ წელიწადში რევიზიის საჭიროება;

- ოპერაციის ჩატარება ქირურგის უფრო მაღალ კვალიფიკაციას მოითხოვს;

ღია ტექნიკა:

დადებითი მახასიათებლები:

- ოპერაციის შემდეგ, დაავადების რეციდივის შემთხვევაში, უმეტესწილად, მკურნალობა მედიკამენტურია ანუ არ საჭიროებს ოპერაციულ ჩარევას;
- ოპერაციის ტექნიკა უფრო მარტივია;

უარყოფითი მახასიათებლები:

- სმენის დაქვეითება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე დახურული ტექნიკის შემდეგ;
- აკრძალულია ყურში წყლის მოხვედრა;
- საჭიროა მუდმივი პოსტოპერაციული კონტროლი (წელიწადში 2-ჯერ), მთელი ცხოვრების მანძილზე;

აღსანიშნავია, რომ დღეს ღია ტექნიკას ბევრი აღარ მიმართავს. სმენის დაქვეითებას, ამ შემთხვევაში, უკვე ე. წ. ძვლოვანი სასმენი აპარატების მეშვეობით ვაკორექტირებთ, როგორც არის, Bonebridge, B.A.H.A.

ამიტომ უკვე შესაძლებელი ხდება ღია ტექნიკის უარყოფითი ფაქტორებიდან ამოვიღოთ სმენის დაქვეითება.

კიდევ, არსებობს ანტრომასტოიდექტომიის ღრუს რეკონსტრუქციის საშუალება ამა თუ იმ მასალით, იქნება ეს საკუთარი ძვლოვანი ფხვნილი თუ ხელოვნური ცემენტი.

ამ მეთოდს აქვს ერთი უარყოფითი მხარე – ძირითადი დაავადების (ქოლესტეატომის) რეციდივის შემთხვევაში, კლინიკა შეუმჩნეველი რჩება დიდი ხნის მანძილზე, რამაც, შესაძლოა, სავალალო შედეგები გამოიწვიოს ინტრაკრანიალური გართულებების და პირამიდული მორჩის დაშლის სახით.

არჩეული ტექნიკის მიუხედავად, ქოლესტეატომური დაავადება არ უნდა ჩაითვალოს განკურნებულად, სანამ არ გაივლის მრავალი წელიწადი. პაციენტი მუდმივად უნდა იმყოფებოდეს მეთვალყურეობის ქვეშ.

რეციდივის ან ოტორეის შემთხვევაში, ვნიშნავთ ადგილობრივ ანტიბიოტიკს, ზოგიერთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია გიგროსკოპიული პრეპარატის – ბორის მჟავას დანიშვნა, რომელიც აშრობს ყურს.

როგორც წესი, რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, ყურის მდგომარეობა აღარ ითხოვს რეოპერაციას. მისი საჭიროება მხოლოდ სტენოზირებული გართულებების დროს დგება.

NOTA BENE

- ქოლესტეატომას ახასიათებს უეცარი კლინიკური განვითარება;
- ქოლესტეატომის არაქირურგიული მკურნალობის დროს, გარდაუვალია მძიმე გართულებები;
- ოპერაციის მეთოდის არჩევა უნდა მოხდეს პაციენტის სოციალურ-მატერიალური და ემოციური ფონის გათვალისწინებით;
- ქირურგიული მკურნალობის ტექნიკის მიუხედავად, აუცილებელია ხანგრძლივი მეთვალყურეობა;

ქრონიკული ოტიტის ნარჩენი მოვლენები

ქრონიკული ოტიტის განკურნების შემდეგ, შესაძლოა მაინც დარჩეს ისეთი დაავადებები, როგორცაა: ტიმპანოსკლეროზი, ადჰეზიური ოტიტი.

როდესაც ანთებითი ინფექციური პროცესი გაქრება, ჩვენ შეგვიძლია დავინწყოთ ამ შედეგების რეაბილიტაცია.

ვგულისხმობთ ლორწოვანი გარსის ანთებითი პროცესების გაქრობას, რადგანაც ოსტიტები, კერძოდ ქოლესტეატომა, არ იკურნება სპონტანურად, ქირურგიული ჩარევის გარეშე.

დაფის აპკის დაზიანებები: აპკი შესაძლოა დარჩეს პერფორირებული ან განიცადოს ატროფია.

მდებარეობის მიხედვით არჩევენ რამდენიმე ტიპის პერფორაციას:



ცენტრალური პერფორაცია

მშრალი, ცენტრალური პერფორაცია უწყინარი პათოლოგი-
აა. სმენის დაქვეითების და ინფიცირების მაღალი რისკის გარდა,
პრობლემას არ წარმოადგენს. პაციენტები, რომელთაც არ უწევთ
ხშირი კონტაქტი წყალთან, ამ პათოლოგიით მრავალი წელი უპრო-
ბლემოდ ცხოვრობენ მანამ, სანამ ამა თუ იმ მიზეზის გამო, ღია
ყურის ინფიცირება მოხდება.

ამ პათოლოგიის გამოსწორება მარტივი ოპერაციული ჩარევით
– ტიმპანოპლასტიკით ხორციელდება.

მარგინალური პერფორაცია უფრო საშიში და ცუდი პროგნოზის
მქონე პათოლოგიაა.



მარგინალური პერფორაცია

მისი მდებარეობის გამო, შუა ყურის ეპიდერმიზაციის შანსი
უფრო დიდია. ქოლესტეატომური დაავადების ჩამოყალიბების
თავიდან ასაცილებლად, პაციენტს რაც შეიძლება სწრაფად უნდა
ჩაუტარდეს ოპერაცია. ტექნიკურად, ტიმპანოპლასტიკა უფრო
ძნელი შესასრულებელია და ხშირად ხრტილის ან ხრტილსაზრდე-
ლას გამოყენებით ხდება.

დაფის აპკის ატროფია, თავისთავად, პრობლემას არ წარმოად-
გენს. თუმცა, ევსტაქის მილის დისფუნქციის შემთხვევაში, შესაძლე-
ბელია რეტრაქციული ჯიბის ჩამოყალიბების მიზეზი გახდეს. ამიტომ
ამ შემთხვევაში ორი გზა გვაქვს – ევსტაქის მილის ფუნქციონირების

რეგულაცია ან შუნტირება, რაც შუა ყურის წნევის გათანაბრებას გამოიწვევს და რეტრაქციული ჯიბის ჩამოყალიბებას ხელს შეუშლის.

– **სასმენი ძვლების ჯაჭვის მოძრაობის და რხევების გადაცემის მოშლა.** არ აქვს მნიშვნელობა თუ რით არის ეს გამონვეული – ძვლების ჯაჭვის მთლიანობის დარღვევით თუ ოვალური სარკმლის ფიქსაციით ატიკის დონეზე.

– **ლორწოვანი გარსის გადაგვარება,** ჰიალინური გაძვალეა – ტიმპანოსკლეროზი.

ტიმპანოსკლეროზი ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარე ქსოვილის პათოლოგიაა და შესაძლებელია შეგვხვდეს როგორც დაფის აპკის, ასევე შუა ყურის ნებისმიერ მიდამოში.

ოტოსკოპიურად, ასეთი სურათი მარგინალური პერფორაციის და, ამავდროულად, ტიმპანოსკლეროზის დამადასტურებელი ფაქტია.



ტიმპანოსკლეროზი და ცენტრალური პერფორაცია

ნაკლებად მნიშვნელოვანია დაფის აპკზე მისი მდებარეობის ადგილი. შედეგები უფრო სერიოზულია, როდესაც პროცესი შუა ყურის სხვა სტრუქტურებზე, ძვლოვან ჯაჭვზე ან ლოკოკინაზე ვრცელდება.

ამ უარყოფითი შედეგების რეაბილიტაცია შესაძლებელია ოპერაციული ჩარევით.

- **ადჰეზიური ოტიტი** – ოტიტის ყველაზე რთული და შემამოფრთხილებელი გართულებაა. ეს გულისხმობს დაფის აპკისა და მის შიგნით მდებარე სტრუქტურების (ლოკოკინა, სასმენი ძვლები) ნანიბუროვან შეხორცებებს. ამ შეხორცების გამო, ძალიან არის დაქვეითებული სმენა. ხშირი ოტიტების ჩამოყალიბების გამო, არის საშიშროება განვითარდეს პერფორაციული ოტიტი.

თუ ადჰეზიური ოტიტი არ რთულდება ხშირი ჩირქოვანი ოტიტებით, მაშინ ქირურგიული ჩარევა, თუნდაც სმენის რეაბილიტაციის მიზნით, მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ქრონიკული ანთების გამო, შედეგი არც ისე კარგია. სმენის აღდგენა უნდა განხორციელდეს ელექტრონული, ძვლოვანი იმპლანტებით (BAHA, Bonebridge).



ადჰეზიური ოტიტი

ლაბორინთიტები

ამ ტერმინის ქვეშ შიდა ყურის ანთებითი დაავადებები იგულისხმება.

ანთების გავრცელება შესაძლოა იყოს დიფუზური, როდესაც მთელი ლაბორინთი მწვავედ ანთებადია და ლოკალური, როდესაც ანთება შემოფარგლულია.

ინფექციური ლაბორინთიტი ორმაგი რისკის მატარებელი პათოლოგიაა; მან შეიძლება გამოიწვიოს ინტრაკრანიალური გართულება და ლაბორინთული დისფუნქცია.

A. შემოფარგლული ლაბორინთიტი

ასეთი ლაბორინთიტები ვითარდება მომიჯნავე ძვლოვანი სტრუქტურების, ოსტეიტების დროს, როდესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო, ძვალზე მიმდინარე ანთებითი პროცესი გავლენას ახდენს ლაბორინთზე, აზიანებს მის ძვლოვან კაფსულას და იწვევს ლაბორინთის გაღიზიანებას.

როგორც წესი, ასეთი დაზიანება ლატერალური ნახევარკალოვანი არხის დონეზე ხდება და თან ახლავს ან მასტოიდიური ძვლების ქოლესტეატომას ან მასტოიდიტს.

მისი გამოვლინება მწვავეა ან, ქრონიკულად მიმდინარე.

მაპროვოცირებელი მოქმედებებია: თავის სწრაფი მოძრაობა, ტრავმის კომპრესია. ხოლო კლინიკურად გამოიხატება – ვერტიგოთი, წონასწორობის დაკარგვით ან სივრცეში „მჩატედ“ ყოფნის შეგრძნებით.

როდესაც ასეთი კლინიკური ნიშნები გვაქვს, ოპერაციული ჩარევა გარდაუვალია, რადგანაც, ლაბირინთის დესტრუქციის შემთხვევაში, არსებობს კოფოზის (სმენის სრული დაკარგვა) განვითარების დიდი რისკი.

B. მწვავე ლაბირინთიტები

ამ ლაბირინთიტებს ახასიათებს უეცარი წამონწყება, დიფუზურად მიმდინარე ანთების გამო. იგი გვხვდება შემდეგი პათოლოგიების გართულების შედეგად:

- ბაქტერიული, მწვავე ოტიტები;
- ქოლესტეატომური, ქრონიკული, ბაქტერიულად გამწვავებული ოტიტები;
- ოვალური სარკმლის ქირურგიული ჩარევები (ოტოსკლეროზის ოპერაცია), ოსიკულოპლასტიკები;

1. სეროზული ლაბირინთიტები

ეს დაავადება ოტიტის გართულებად შეიძლება ჩაითვალოს. დიაგნოზი მხოლოდ ამ დაავადების გართულების შემდგომ ისმება. მისი დანყება შუა ყურის დაავადების შიდა ყურზე გადასვლის გამო ხდება, რასაც ლაბირინთიზაციას ვეძახით. ვერტიგო, ნისტაგმი დაავადებულ მხარეს და სმენის დაქვეითება – ამგვარ კლინიკას ვხვდებით ამ დროს.

აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია, რაც, შესაძლოა, განკურნებით დამთავრდეს. თუმცა, თუ სეროზული ლაბირინთიტი ჩირქოვანში გადავიდა, მაშინ შესაძლოა კოხლეო-ვესტიბულარული სისტემის მთლიანი მოშლა განვითარდეს, რაც სიყრუეს და დამინვალიდებელ ვერტიგოს დატოვებს.

2. ჩირქოვანი ლაბირინთიტები

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ამ ტიპის ლაბირინთიტი ძალიან სერიოზული დიაგნოზია. მას, უმეტესწილად, ახლავს კოხლეო-ვესტიბულარული სისტემის ფუნქციის მოშლა, რაც გამოიხატება:

- როტაციული ვერტიგოთი, რომელიც რამდენიმე დღე გრძელდება;
- ვესტიბულარული დესტრუქციის ნიშნებით – კონტრალატერალური ნისტაგმი ანუ დაზიანებული მხარის საწინააღმდეგო ნისტაგმი;
- კოფოზი;

მკურნალობა, ძირითადად, ანტიბიოტიკოთერაპიას გულისხმობს, რაც ინტრაკრანიალური გართულების – მენინგიტის საწინააღმდეგოდ ინიშნება.

3. ჩირქოვანი ლაბირინთიტი, მენინგიტი და კოფოზი

ინფექციამ ლაბირინთიდან შიდა სასმენი მილით ან, იშვიათ შემთხვევაში, ლოკოკინას აკვედუკის (წყალსადენის) მეშვეობით, შესაძლოა შეაღწიოს სუბარაქნოიდულ სივრცეში და გამოიწვიოს მენინგიტი.

ამავე გზით, თუმცა უკუსვლით, შესაძლოა მოვახდინოთ ინფექციის პროპაგაცია ლოკოკინაში და ლაბირინთში რაც ადვილად ხსნის ჩირქოვანი მენინგიტის მიზეზით ჩამოყალიბებულ კოფოზს.

ოტოგენური ჩირქოვანი გართულებები

ამ გართულების მიზეზი შესაძლოა იყოს როგორც ჩირქოვანი მწვავე ოტიტები, ასევე ქრონიკული ქოლესტეატომური ოტიტები.

მექანიზმი

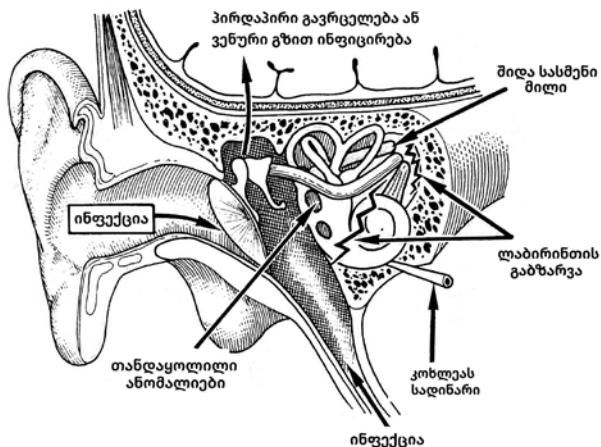
ინტრაკრანიალური გართულებების მიზეზი არის შუა ყურის და მენინგეალური გარსის გამყოფი ძვლოვანი ქსოვილის გათხელება და ლატერალური სინუსის მდებარეობა მასტიოდში.

ანთების გავრცელების კიდევ ერთ გზას წარმოადგენს შიდა ყურის და სუბარაქნოიდული სივრცეების კომუნიკაცია შიდა სასმენი მილის და ლოკოკინას სადინარის მეშვეობით.

შუა და შიდა ყურის შორის, ნესით, არ არის რაიმე კომუნიკაცია თუმცა, ინფექციამ შეიძლება შუა ყურიდან შიდა ყურში ოვალური სარკმლის ან ლოკოკინას კედლებზე თანდაყოლილი დეჰისცენციების მეშვეობით შეაღწიოს.

შესაძლოა, პოსტტრავმული ნაპრალითაც მოხდეს ინფიცირება.

ინფექციის წყარო



ინტრაკრანიალური ინფექციის გავრცელების გზები

ინფექცია შესაძლოა წარმოიქმნას:

- სუბარაქნოიდულ სივრცეში, საიდანაც მენინგიტის განვითარება შეიძლება მოხდეს.
- სუბდურალურ ან ექსტრადურალურ (მენინგეალურ) სივრცეებში, საიდანაც განვითარდება ამ მიდამოების აბსცესი.
- ლატერალური სინუსის გავლით – ინვეს ტრომბოფლებიტს.

A. ოტოგენური მენინგიტი

მწვავე ოტიტის თანმხლები მენინგიტის დროს, სასურველია პარაცენტეზის შედეგად მიღებული ჩირქის დათესვა და შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპია.

რაც შეეხება ქრონიკული ოტიტის მენინგიტით გართულებას, ამ შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა გარდაუვალია, რათა ძვლის ანთების, ოსტეიტის კერა გავასუფთაოთ და მიზეზი მოვხსნათ.

მორეციდივო მენინგიტების დროს, თანდაყოლილი ან ტრავმული დეჰისცენციების (ნაპრალეების) არსებობა, მოითხოვს შუა

ყურის და ამ ნაპრალების ოპერაციულად ამოვსებას. ეს ხელს შეუშლის ინფექციის პროპაგაციას სუბარაქნოიდულ სივრცეში.

მორეციდივო მენინგიტის შემთხვევაში, მცირეწლოვან ბავშვებში, საჭიროა CT კვლევა მონდინის ანომალიის გამოსარიცხად.

B. ოტოგენური ენცეფალური აბსცესები

ამ გართულების მიზეზს, როგორც წესი, ქრონიკული და ქოლესტეატომური ოტიტები წარმოადგენს. კლინიკურად, მას ძალიან მრავალფეროვანი ნიშნები აქვს.

შესაძლოა კლინიკის უეცარი განვითარება, კომა ან ქრონიკულად პროგრესირებადი ცეფალეა, გაბრუების და აზროვნების შეზღუდვის შეგრძნება.

ასეთი სიმპტომები ქრონიკული ოტიტის მქონე პაციენტში, სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას მოითხოვს.

C. ლატერალური სინუსის ტრომბოფლებიტი

ამ გართულების დიაგნოსტიკა, როგორც წესი, პეროპერაციულია. იგი, ზოგადი ინფექციის ფონზე, რეტროაურიკულარული მიდამოს ძლიერი ტკივილით გამოიხატება. განსაკუთრებით ქრონიკული ოტიტის მქონე პაციენტებში.

NOTA BENE

- ქრონიკული ოტიტის მქონე პაციენტებში, ყურის მიდამოს ძლიერი და პროგრესირებადი ტკივილი ყოველთვის მიგვანიშნებს ინტრაკრანიალური გართულების არსებობაზე;
- მენინგიტიანი ან ცერებრალური აბსცესის მქონე პაციენტებში, ოტოლოგიური კვლევის ჩატარება აუცილებელი მოთხოვნაა;
- მორეციდივო მენინგიტების დროს, აუცილებელია პირამიდალური ძვლის, ტრავმული ან თანდაყოლილი ნაპრალების არსებობის გამორიცხვა;
- მხოლოდ ინფექციის ყოველგვარი კერის გამორიცხვის შემდეგ, შეიძლება ლაპარაკი მენინგიტის განკურნებაზე;

ყურის ზოსტერ ვირუსი

ამ ვირუსის და ჩუტყვავილას გამომწვევი მიზეზი ერთი და იგივეა. თუმცა, ამ ვირუსის შემთხვევაში, დაზიანება უფრო მრავალფეროვანია.

ჩუტყვავილასგან განსხვავებით, ყურის მიდამოს ზოსტერ ვირუსით დაავადება ძალიან იშვიათად გვხვდება 20 წლამდე ასაკში. მისი გამოვლინების შემთხვევაში, აუცილებელია იმუნოდეპრესიის, კერძოდ კი, აივ ინფექციის გამორიცხვა პაციენტში.

პერიფერიკულარული დაზიანება გამოიხატება: გამონაყარის სახით, ნევროლოგიური ფაციალისით და ვესტიბულო-კოხლეარული დისფუნქციით.

1. გამონაყარი

მისი ზუსტი ადგილმდებარეობაა ყურის გარეთა სავალი და ნიჟარა. იგი ვიზუალურად ბუშტუკოვანი და სველია.

სუბიექტურად, ტკივილი არის ისეთივე, როგორც დამწრობის დროს. ადენოპათიები ხშირად იპსილატერალურია.

მნიშვნელოვანია გამონაყარი არ აგვერიოს ყურის ეკზემაში. იშვიათ შემთხვევაში, გამონაყარი მხოლოდ რამდენიმე ბუშტუკით არის გამოხატული, რომელიც, შესაძლოა, გარეთა სასმენი მილის შიგნით ან დაფის აპკზე იყოს განლაგებული.

უმეტესწილად, გამონაყარი ინფიცირებულია და მთლიანად ხურავს გარეთა სასმენ მილს და გარეთა ოტიტს იწვევს.

დაფის აპკის დაზიანების დროს, სმენის კონდუქტიურმა დაზიანებამ შესაძლოა მცდარი გზით წაგვიყვანოს.

ენის იპსილატერალური მიდამოს გამონაყარი (Chorda Tympani-ს ინერვაციის მიდამო), უეჭველს ხდის ამ დაავადების ეტიოლოგიას.

2. სახის ნერვის პარეზი

ამ ნერვის ვირუსული დაზიანება ძალიან საშიშია და უფრო ხშირად ტოვებს მუდმივ პარეზს, ვიდრე იდიოპათიური ფაციალისი.

3. კოხლეარული დაზიანება

ვირუსით დაზიანება კორტიეს ორგანოს დონეზე ხდება. ამ დროს აღინიშნება მაღალი სიხშირის კონდუქციური ტიპის სმენის დაქვეითება. ასევე, არის ტოტალური დაზიანების შემთხვევებიც. ორივე ამ შემთხვევაში, რეაბილიტაციის შანსი უმნიშვნელოა.

4. ვესტიბულარული დაზიანება

ასეთი სახის დაზიანება, კლინიკურად, ვერტიგოთი ვლინდება და პერიფერიულ ხასიათს ატარებს. კალორიული ცდები ვესტიბულარულ ჰიპორეფლექსიას აჩვენებს.

ვერტიგოს ხანგრძლივობა 1-დან რამდენიმე კვირამდე გრძელდება.

ზოსტერის დიაგნოსტიკა, როგორც აღვნიშნეთ, არ არის ადვილი. განსაკუთრებით მაშინ, როცა კლინიკურად გამონაყარი არ ვლინდება. ვისაუბროთ ამ ფორმებზე.

- უეცარი ფორმის გამოვლინების ფაციალისი+ნევრიტი ან ფაციალისი+ვერტიგო ან სამივე ერთად. ამ სიმპტომების შემთხვევაში, სავარაუდოა ზოსტერ ვირუსის არსებობა.
- იზოლირებული, ძალიან მტკივნეულად მიმდინარე ფაციალისი, Bell-ის ფაციალისისგან განსხვავებით, უფრო ზოსტერ ვირუსის ეტიოლოგიისაა.

- კოხლეო-ვესტიბულარული ან კოხლეარული დაზიანება უეცარ სიყრუეში შეიძლება აგვერიოს.
- ვესტიბულარული დაზიანება ვესტიბულიტში შეიძლება აგვერიოს.

ასევე, ამ დაავადების არსებობა უნდა ვიეჭვოთ ნებისმიერი უცნაური ინფექციური კლინიკის ან მენინგეალური სინდრომის დროს.

5. მკურნალობა

ზოსტერის მკურნალობა ყოველთვის Zovirax-ის გამოყენებით ხორციელდება, i.v. ან per-oss სახით, გამომდინარე კლინიკური ნიშნებიდან. მისაღები დოზა მოზრდილებში: 800 მგ – 5 ჯერ დღეში 7 დღის მანძილზე.

სტეროიდის ეფექტურობა ჯერ დამტკიცებული არ არის, თუმცა, ჩვენ მაინც გირჩევთ ამ პრეპარატის ჩართვას მკურნალობის პროცესში.

NOTA BENE

ზოსტერის დაზიანებაზე ვფიქრობთ, როდესაც არის:

1. ფაციალისი;
2. უეცარი კონდუქციური სმენის დაქვეითება;
3. ვერტიგოს შეტევა;
4. ყველა ეს სიმპტომი ერთად;

ყურის ტუბერკულოზი, ვეგენერის დაავადება, სიფილისი

ამ დაავადებების ლოკალიზაციიდან გამომდინარე, მათი დიაგნოსტიკა ძალიან ძნელია და შესაძლოა დაგვიანებით მოხდეს, რაც სავალალო შედეგებს იძლევა. ადრეული მკურნალობის დაწყებამ, შესაძლოა, დინამიკა სხვა გზით წაიყვანოს და საქმე არ მივიდეს სერიოზულ გართულებამდე.

A. ტუბერკულოზი

ამ დაავადების გავრცელება, მიუხედავად იმისა არის ეს მეორადი თუ პირველადი დაზიანება, ანუ, არის თუ არა პაციენტი ტუბერკულოზის მატარებელი თუ ეს თავიდანვე ყურიდან დაიწყო, ყოველთვის ხდება ან ლორწოვანი ან ლიმფური გზებით. იშვიათად, შესაძლებელია პირდაპირი ძვლოვანი დაზიანებაც.

კლინიკა

თუ საქმე გვაქვს ტუბერკულოზით უკვე დაავადებულ პაციენტთან (იგულისხმება ფილტვის, ხორხის, ძვლის ტუბერკულოზი), მაშინ ყურის ქრონიკული ანთება ეჭვებს ტუბერკულოზურ ეტიოლოგიაზე ადვილად ბადებს. მაგრამ, როდესაც საქმე გვაქვს ყურის პირველად ტუბერკულოზთან, მაშინ კლინიკა ძალიან გავს ქრონიკულ ან გახანგრძლივებულ მწვავე ოტიტს.

ტუბერკულოზზე ეჭვს ბადებს:

- უეცარი და აუხსნელი ლაბირინთიზაცია ან კოხლევარული ნიშნები;
- სახის ნერვის პარეზი არაანთებად ყურზე, როდესაც ის ოპერაციიდან 4-8 დღეში ვლინდება;
- ოტოსკოპიით შემოწმებისას ნეკროზული და არაჩირქოვანი ქსოვილის არსებობა;
- ნებისმიერი, არასტანდარტულად გახანგრძლივებული ოტიტი;

ყველა ამ გამოვლინებას შორის, სასწრაფოდ არის სამკურნალო სახის ნერვის დაზიანება, რათა სამუდამოდ არ მოხდეს მისი ფუნქციის მოშლა.

დიაგნოზი

აუცილებელია ყოველთვის გამოვრიცხოთ ტუბერკულოზის არსებობა. საბოლოო დიაგნოზის დასმა ხდება კონის ბაქტერიის აღმოჩენის შემდეგ, რაც დასტურდება რამდენიმე კვირის შემდეგ, ბაქტერიოლოგიური და პათანატომიური კვლევით.

ყურის ტუბერკულოზზე სერიოზული ეჭვის შემთხვევაში, საჭიროა სპეციფიკური ანტიბიოტიკების ხმარება. მათი ეფექტურობა ტუბერკულოზური დაავადების არსებობის კიდევ ერთი დასტური იქნება.

ფაციალისის შემთხვევაში, რეკომენდებულია სტეროიდული პრეპარატის (Medrol) დამატება. მისი უშედეგობის შემთხვევაში, აუცილებელია ოპერაციული ჩარევა ნერვის დეკომპრესიისთვის. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლოა სახის ნერვის ფუნქციის პერმანენტული მოშლა.

B. ვევენერის დაავადება

ამ დაავადების დროს, ყურის დაზიანება საკმაოდ ხშირი მოვლენაა და ზოგჯერ შეუმჩნეველი რჩება თუ მკურნალი ექიმი არ არის გათვითცნობიერებული მის სპეციფიკაში.

ექვი გრანულომატოზის არსებობაზე უნდა გაგვიჩნდეს, თუკი:

– არის არაბუნებრივად გახანგრძლივებული ექსუდაციური ოტიტი, ცალმხრივი ან ორმხრივი;

– ოტიტის ლაბორინთიზაციის დროს;

– როდესაც არსებობს VII და V კრანიალური ნერვის დაზიანება;

ერითროციტების დალექვის სიჩქარის მკვეთრი მომატება ამ დაავადების კიდევ ერთი ნათელი ნიშანია. საბოლოო დიაგნოზი ლორწოვანის ბიოფსიით ისმება.

მკურნალობა, როგორც წესი, სტეროიდული (Medrol) და იმუნოდეპრესორული პრეპარატებით ხდება.

C. ყურის სიფილისი

ყურის იზოლირებული სიფილისი ინვესს სმენის მომენტალურ დაქვეითებას, რაც დღითიდღე მატულობს და ძირითადად, ორმხრივია. ხშირია ვერტიგოს და ტინიტუსის ნიშნების ერთობლიობა.

ამ ნიშნების არსებობის შემთხვევაში, აუცილებელია სპეციფიკური, სეროლოგიური ტესტების ჩატარება და თუ სიფილისის ტესტი დადებითია – სასწრაფოდ მკურნალობის დაწყება. მკურნალობა, როგორც წესი, პენიცილინის და სტეროიდების ინექციებით ხდება და კარგ შედეგებს იძლევა.

ძველი და ლატენტურად მიმდინარე სიფილისის შემთხვევაში, კლინიკა უფრო წაშლილია და ძნელი ხდება ამ დაავადებაზე ექვის აღება.

საექვოა ნებისმიერი, ორმხრივი ან ცალმხრივი ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება. შესაძლოა იყოს მენიერის ნიშნებიც.

თანდაყოლილი სიფილისი შესაძლოა ნებისმიერ ასაკში გამოვლინდეს.

სიფილისის დიაგნოსტიკებისათვის გამოიყენება Nelson-ის ტესტი.

მკურნალობა ეფუძნება ხანგრძლივ სტეროიდულ და ანტიბიოტიკოთერაპიას.

მკურნალობის პროგნოზი, უმეტესწილად, დამოკიდებულია დიაგნოსტიკების და მკურნალობის დაწყების ვადებზე – რაც უფრო ადრე ვინყებთ, მით უფრო ეფექტურია მკურნალობა.

სიფილისისგან უნდა განვასხვაოთ Cogan-ის სინდრომი. Cogan-ის სინდრომის დროს, პროგრესირებადი ჰიპოაკუზია და კერატიტი კლინიკურად ვლინდება სეროლოგიურად სუფთა პაციენტში. ამ სინდრომის მკურნალობა სტეროიდების და Endoxan-ის (ციკლოფოსფამიდი) მეშვეობით ხორციელდება.

NOTA BENE

- ნებისმერი ქვემწვავე ოტიტის დროს, როდესაც მათი მკურნალობა უშედეგოა, აუცილებელია გამოირიცხოს ყურის ტუბერკულოზი;
- ნებისმიერი სწრაფადპროგრესირებადი ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითების დროს, აუცილებელია გამოირიცხოს სიფილისი;

ყურის დაზიანებები ქალა-ფუძის ტრავმების დროს

ქალა-ფუძის მოტეხილობებზე საზოგადოებას გადამეტებულად საშიში წარმოდგენა გააჩნია. რეალურად, ამ ტრავმებს უფრო ხშირად ოტოლოგიური პრობლემები ახასიათებს. თუ ღეროს დაზიანება არ არის, საკმაოდ მარტივად მიმდინარეობს. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, არაქნოიდული სივრცის დაზიანება შესაძლოა მენინგიტის მიზეზი გახდეს.

ოტოგენური მენინგიტის გავრცელების მიზეზი შესაძლოა გახდეს ფუძის ძველი მიკროტრავმა და დარჩენილი ნაპრალი. როგორც წესი, ამ ნაპრალების ამოვსება ძვლოვანი სტრუქტურით არ ხდება, ამიტომ ინფექცია შუა ყურიდან შემაერთებული ქსოვილის გაყოფებით ვრცელდება, რაც მენინგიტის პირდაპირი მიზეზი ხდება.

ერთი შეხედვით მნიშვნელოვანი მოტეხილობა, რომელიც უსაფრთხო ადგილას განხორციელდა, არანაირ პრობლემას არ წარმოადგენს და შეიძლება უკვალოდ გაქრეს.

ამავე დროს, სერიოზული ოტოლოგიური დისფუნქცია შეიძლება გამოიწვიოს არა ფუძის მოტეხილობამ, არამედ, უბრალო შერყევამაც. ამიტომ აზრი, რომ ქალა-ფუძის მოტეხილობის ხარისხსა და პოსტტრავმულად განვითარებულ დაზიანებებს შორის პირდაპირი კავშირია – მცდარია.

ქალას ტრავმის ნებისმიერ შემთხვევაში, უნდა გამოვიკვლიოთ არა მარტო რადიოლოგიური მოტეხილობის ნიშნები, არამედ ფუნქციური ნიშნებიც – სმენა, წონასწორობა.

ქალას ტრავმით შემოსულ პაციენტს ვიკვლევთ შემდეგ ნიშნებზე:

- ნევროლოგიური ნიშნები, რომელიც შესაძლოა ექსტრამენინგეალური ჰემატომის ქირურგიული ჩარევის საჭიროებას გვაჩვენებს;
- ოტოლოგიური ნიშნების მოძიება, რომელიც საშუალებას მოგვცემს, თერაპიული ან ქირურგიული ჩარევის შედეგად, თავიდან ავიცილოთ ოტოლოგიური დაზიანებები;

1. ოტორაგია (ყურიდან სისხლდენა) – ეს ნიშანი შუა ყურის და დაფის აპკის დაზიანების დროს ვლინდება, თუმცა ოტოსკოპიურად, შესაძლოა მხოლოდ გარეთა სასმენი მილის დაზიანება ჩანდეს. ამ დაზიანების დროს, საჭიროა სისტემური ანტიბიოტიკოთერაპია (ძირითადად, დაცული პენიცილინი) და გარეთა სასმენ მილში სტერილური ფაშარი ტამპონადა. გამორეცხვის და ინფექციის შეტანის საშიშროების მქონე ნებისმიერი მანიპულაცია უნდა ავკრძალოთ.

2. ლიქვორეა (ყურიდან ცერებროსპინალური სითხის დენა) – პირველ დღეებში შესაძლოა იყოს სისხლნარევი და მხოლოდ შემდეგ მიიღოს თავისი ჩვეული, გამჭვირვალე ფერი. მისი არსებობა ადასტურებს არა მარტო ქალას ფუძის მოტეხილობას, არამედ მენინგეალური გარსის დაზიანებასაც. უმეტეს შემთხვევაში, ლიქვორეა თავისით ჩერდება და არ საჭიროებს ნაპრალის ქირურგიულად დახურვას. ყოველ შემთხვევაში, პენიცილინის ჯგუფის (Amoxiclav) ანტიბიოტიკოთერაპია აუცილებელია. მან შესაძლოა აგვაცილოს ოტოგენური მენინგეალური ინფიცირება. როდესაც დაფის აპკის დაზიანებას არ აქვს ადგილი, ლიქვორეა, შესაძლოა, ევსტაქის მილის მეშვეობით, ხახაში გადადინდეს. ამ შემთხვევაში, ქალას წინა ფოსოს დაზიანებასთან გვაქვს საქმე.

3. პერიფერიული ფაციალისი (სახის ნერვის პარეზი) – მისი და შუა ყურის ანატომიური სიახლოვის გამო, ოტოლოგიურ ნიშანს წარმოადგენს. როდესაც, ტრავმის დროს, ფაციალისი აშკარაა, უნდა ვიფიქროთ ქალას ფუძის მოტეხილობაზე. თუმცა, შესაძლოა ფაციალისი უბრალო კომოციოს დროსაც გამოვლინდეს. როდესაც ქალას ფუძის ტრავმებთან გვაქვს საქმე, სახის სხვა დაზიანებების ან ზოგადი კომატოზური მდგომარეობის გამო, შესაძლოა დროულად ვერ დაისვას ფაციალისის დიაგნოზი. ეს ართულებს ნერვის რეგენერაციის პროგნოზს, რადგან სახის ნერვის პარეზი ტრავმების დროს, მისი გადაკვეთით ან კომპრესიით აიხსნება. ორივე შემთხვევაში, საჭიროა სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა: ნერვის რეკონსტრუქცია ან დეკომპრესია.

ქირურგიული ჩარევის საჭიროება რიგი ნიშნების მიხედვით უნდა გადაწყდეს:

- პარეზის ხარისხი;
- პროგრესირება;
- პირველადი ფაციალისი;
- პაციენტის ნევროლოგიური მდგომარეობა;
- სმენის ხარისხი;

როდესაც საქმე გვაქვს მეორად ნაწილობრივ ფაციალისთან, უნდა ვიცოდეთ, რომ მისი პროგნოზი კარგია, განსაკუთრებით თუ ადრეულად დავნიშნავთ ადეკვატურ, კორტიკოიდულ თერაპიას.

როდესაც პირველადი ტოტალური ფაციალისი და სმენის დაქვეითება გვაქვს, მაშინ ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობა ცალსახაა. მისი მიზანი არის ნერვის დეკომპრესია-რეკონსტრუქცია და სასმენი ძვლების ჯაჭვის აღდგენა ან მენინგეალური ნაპრალის დახურვა.

ყველა ამ შემთხვევაში, CT კვლევა აუცილებელია, რათა წინასწარ ვიცოდეთ ანატომია და დაზიანების ხარისხი.

1. ოტოსკოპია მარტივი და აუცილებელი გამოკვლევაა. მისი მეშვეობით შეგვიძლია: გარეთა სასმენი მილის მდგომარეობის შეფასება, მოტეხილობის ვექტორის გარჩევა, დაფის აპკის მდგომარეობის შეფასება (პერფორაცია, ლიქვორეა, ჰემოტიმპანუმი).

აღსანიშნავია, რომ დაფის აპკის პერფორაცია შესაძლოა იყოს არა მარტო ფუძის მოტეხილობის, არამედ, ჰაერის ნაკადის დარტყმის გამოც.

2. სმენა – სმენის გამოკვლევა აუცილებელია რაც შეიძლება ადრე. იგი კავშირშია პაციენტის ნევროლოგიურ მდგომარეობასთან. უპირველეს ყოვლისა, მწოლიარე პაციენტთან, საუბრის მაღალი ან დაბალი ტონით, ტარდება ტესტი სმენადობის დადგენაზე ხოლო შემდეგ, შეძლებისდაგვარად, აუდიომეტრის მეშვეობით.

კოფოზი – ტოტალური სიყრუე. გულისხმობს ფუძის მოტეხილობას იმ ადგილას, სადაც ლაბირინთია განლაგებული და ამ შემთხვევაში მაღალია მენინგიტის წარმოქმნის საშიშროება, თუნდაც შორეულ პერიოდში.

ამ შემთხვევაში, ქირურგიული ჩარევის და ნაპრალის დახურვის ჩვენება ლოგიკურია. მანამდე კი პენიცილინით თერაპიაა ნაჩვენები.

კონდუქციური ხასიათის სმენის დაქვეითება

- ჰემოტიმპანუმის შემთხვევაში, განოვის შემდეგ, როგორც წესი, პრობლემები არ აღინიშნება. თუმცა, შესაძლოა ანთებით-შეხორცებითი ხასიათის ნარჩენი მოვლენები არც განილიოს.
- სასმენი ძვლების დისლოკაციის გამო ჩამოყალიბებული სმენის დაქვეითება ადვილი გამოსასწორებელია და, როგორც წესი, გრდემლის გადაადგილებით შემოიფარგლება.
- დაფის აპკის პერფორაციის გამო განვითარებული სმენის დაქვეითება, როგორც წესი, ინფიცირების გარეშე, 2 თვეში

თავისით იხურება. თუ ასე არ მოხდა, მაშინ ტიმპანოპლასტიკით ვზურავთ.

ნეიროსენსორული ტიპის სმენის დაქვეითება ლაბირინთის კომოციოზე მეტყველებს, რომელიც ნებისმიერი ტრავმის დროს შესაძლოა განვითარდეს და იყოს ცალმხრივი ან ორმხრივი;

პირველივე დღიდან შეინიშნება მდგომარეობის გაუმჯობესება. თუმცა, რამდენიმე კვირის შემდეგ, სმენა ფიქსირდება და აღარ იმატებს.

ზოგიერთი შემთხვევა სმენის პროგრესული დაქვეითებით არის გამორჩეული. ამ დროს, აუცილებელია პერილიმფატიკური ფისტულას ძიება. ამისათვის, უნდა ჩატარდეს დიაგნოსტიკური ანტრომასტოიდექტომია.

3. ვესტიბულარული ნიშნების ანალიზი

ტრავმირებული მხარის საწინააღმდეგო, სპონტანური ნისტაგმი, ლაბირინთის ტრავმული დაზიანების ნიშანია.

ვერტიგოს გაჩენა ხშირად დაგვიანებით, პაციენტის წამოდგომის შემდეგ იწყება. მისი არარსებობა არ გამორიცხავს ლაბირინთის დაზიანებას.

ცერებრალური ღეროს კონტუზია, ლაბირინთის კომოციო ან კისრის მალეების ტრავმა ვერტიგოს მიზეზი შეიძლება იყოს.

4. რადიოლოგიური კვლევების ანალიზი

დღესდღეობით, ძირითადი კვლევაა CT. ამ გამოკვლევის ჩვენებები დამოკიდებულია ნევროლოგიურ მდგომარეობაზე და ყურის დათვალეირების შედეგებზე.

როდესაც საქმე არ გვაქვს ლიქვორეასთან ან სახის ნერვის პარეზთან, სჯობს CT მოგვიანებით, უფრო დაწყნარებულ მდგომარეობაში ჩავატაროთ.

თავის ქალას ტრავმა

15% - ტრავმის სმენის დაქვეითება მოსდევს

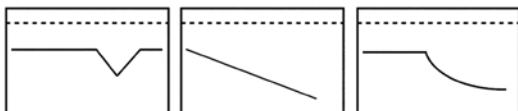
აქედან:



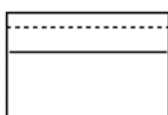
10% - კოფოზი - ლაბირინთის დაზიანება - სასწრაფო ოპერაცია მენინგიტის თავიდან ასაცილებლად (ნაპრალის დახურვა).

15% - გამტარებლობითი ტიპის - სასმენი ძვლების დისლოკაცია - გეგმიური ოპერაცია - ოსიკულოპლასტიკა.

75% - ნეიროსენსორული ტიპის დაზიანება - ოპერაცია არ არის საჭირო



მაგრამ: თუ აუდიოგრამაზე



- ხაზი ჰორიზონტალურია
- სმენა თამამობს
- Vertigo - დაზიანების მხარეს, თავის დადების დროს იჩენს თავს.

სავარაუდოდ პერილიმფათიკური ფისტულაა

სასწრაფო ოპერაცია სმენის გადასარჩენად და Vertigos-ს დასაძლევად.

ქალას ფუძის ტრავმის და სმენის დაქვეითების პროცენტული შეფარდება და ნაირსახეობები.

NOTA BENE

- ვერტიგოსთან და პოსტტრავმულ სინდრომთან ბრძოლის ყველაზე კარგი მეთოდი არის ადრეული სოციალური ინტეგრაცია ანუ, სამსახურის დაწყება და სოციუმში გასვლა;
- სოციუმის ხელშეწყობა ძალიან მნიშვნელოვანია;
- გადამეტებული და არამიზნობრივად დანიშნული გამოკვლევები არა მარტო არაფრის მომტანია, არამედ უარყოფითად მოქმედებს პაციენტზე;

ყურის ტრავმები

თავის ქალას და ბაროტრავმების გარდა, ხშირად გვხვდება თავად ყურის ტრავმებიც. ეს გარემოება აუცილებელს ხდის ამ ტრავმების მართვის ცოდნას, რათა მას არ მოჰყვეს შემდგომი სერიოზული გართულებები.

A. დაფის აპკის ტრავმები

„სილის გარტყმის“ ეფექტი

მიუხედავად იმისა, რომ ეს შესაძლოა არ იყოს ხელის გარტყმა პირდაპირი გაგებით, ეს სახელი მაინც კარგად გამოხატავს ამ ტრავმის ხასიათს და მექანიზმს.

„წყალში ჩავარდნა“ ანუ, ჰაერის ნაკადით მიღებული ტრავმა, ხშირად დაფის აპკის მთლიანობის დარღვევას იწვევს. მარტივად რომ ვთქვათ, ხევს მას. დაზიანების ზომები შეიძლება იყოს მცირე და ტოტალური.

ამ დაზიანების უმრავლესობა თვითგანკურნებით მთავრდება. მთავარია პაციენტი დავიცვათ ინფექციისგან. ზოგი საერთოდ არ ნიშნავს ყურის წვეთებს, ზოგი ნიშნავს ადგილობრივ ანტიბიოტიკებს, ზოგი – სისტემურს. თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, პაციენტი 10-20 დღეში გამთლიანებული დაფის აპკით გესტუმრებათ კონტროლზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც პერფორაციას თან ახლავს ვესტიბულარული ნიშნები (ვერტიგო, ნისტაგმი), პერილიმფა-

ტიკური ფისტულის გამოსარიცხად საჭირო ხდება ქირურგიული რევიზია – ოპერაცია.

NOTA BENE

- დაფის აპკის პერფორაციის დროს, უნდა გვახსოვდეს – პაციენტს არ უნდა დავუნიშნოთ შუა ყურისათვის აგრესიული ყურის წვეთები, რომელთა გამოყენებაც მხოლოდ გარეთა ყურისთვის არის ნებადართული;
- ტრავმის შემდეგ, სასწრაფოდ არის საჭირო ოტოლოგის კონსულტაცია;
- ვესტიბულარული დარღვევის ნიშნების შემთხვევაში, აუცილებელია სასწრაფო ქირურგიული რევიზია – ოპერაცია პერილიმფატიკური ფისტულის გამოსარიცხად ან დასახურად;

B. დაფის აპკის მჩხვლეტავი დაზიანება

უმეტესწილად, ეს ყურის ჩხირების, ასანთის ღერის, გასაღების ან სხვა რაიმე ტიპის უცხო სხეულის გამოყენებით მიყენებული დაზიანებაა. ყურის გამონმენდის ან ფხანის დროს, უცაბედი მოძრაობა ინვეეს დაფის აპკის დაზიანებას. შესაძლოა როგორც მხოლოდ დაფის აპკის დაზიანება, ასევე, სასმენი ძვლების ჯაჭვის დაზიანებაც. თუ ეჭვი გვაქვს ლაბირინთის დაზიანებაზე, რაზედაც კლინიკური ნიშნები მიუთითებს (თავბრუსხვევა, ნისტაგმი), მაშინ აუცილებელია დავაყენოთ ქირურგიული რევიზიის საკითხი პირველივე საათებში, რაც მიმართული იქნება პერილიმფატიკური ფისტულის ძებნა-დახურვაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლოა შიდა ყურის ფუნქციის მოშლა.

C. უცხო სხეულის ამოღების მცდელობით მიყენებული დაზიანებები

ნებისმიერი უცხო სხეული აუცილებლად უნდა იყოს ამოღებული სპეციალისტის მიერ, რადგანაც, ამოღების არასწორი მცდელობით მიყენებული დაზიანება, შესაძლოა, სერიოზული ოპერაციის მიზეზი გახდეს.

NOTA BENE

- ყურის ნებისმიერი დაზიანება საჭიროებს პაციენტის სპეცი-
ალისტთან კონსულტაციას; ამით ჩვენ თავიდან ავიცილებთ
სერიოზულ გართულებებს, რის შედეგადაც პაციენტმა შესაძლოა
დაკარგოს სმენა და წონასწორობის აპარატიც დაზიანოს;

D. ბაროტრავმები

მოქმედებები, რომლებიც იწვევს წნევის ცვალებადობას (ყვი-
ნთვა, პარაშუტით ხტომა, უეცარი დაფრენა), შესაძლოა გახდეს
ყურის სხვადასხვა ნაწილის დაზიანების მიზეზი.

შუა ყურის დაზიანება: დაფის აპკში სითხის დაგროვება, დაფის
აპკის ჰიპერემია და, უკიდურეს შემთხვევაში, დაფის აპკის სტრუქ-
ტურის დარღვევა.

შიდა ყურის დაზიანება: ტინიტუსი, ვერტიგო ან კოფოზი, ზოგ
შემთხვევაში, რალაც პერიოდის შემდეგ, თავისით გადის.

ნებისმიერი ბაროტრავმა სასწრაფოდ საჭიროებს ოტოლოგის
კონსულტაციას.

სამკურნალო ღონისძიებები მოიცავს აუდიოლოგიურ კვლევე-
ბს, ვაზოდilatატორების დანიშვნას, (როგორც უეცარი სიყრუის
დროს).

ყველაზე კარგი მკურნალობა არის პრევენცია.

**E. რეკომენდაციები მყვინთავების და წყალში მხტო-
მელებისთვის**

ყვინთვისას, სიღრმის ყოველ 10 მ-ზე, დაფის აპკზე ზეწოლა
საგრძობლად იზრდება. ამიტომ ნებისმიერი მყვინთავი უნდა
ფლობდეს დეკომპრესიის მეთოდს – ვალსალვას მანევრს. ზედა-
პირზე ამოსვლისას დაფის აპკი ნაკლებად იტვირთება, რადგანაც
ვესტაქის მილი უფრო კარგად ატარებს ჰაერს უკუმიმართულებით.

ყვინთვის აკრძალვა ხდება შემდეგ შემთხვევებში:

- ცხვირის ნებისმიერი ობსტრუქციის დროს;
- ევსტაქის მილის დისფუნქციის დროს;
- ოტოსკლეროზის ოპერაციის შემდეგ (მხოლოდ სტაპედექტომიის შემთხვევაში, სტაპედოტომიის მეთოდით გაკეთებული ოტოსკლეროზის ოპერაცია 10 მ-ზე ყვინთვის არ უშლის ხელს);

ეს აკრძალვები არ ეხებათ პაციენტებს, რომლებსაც გაკეთებული აქვთ ტიმპანოპლასტიკის და მასტოიდექტომიის+ტიმპანოპლასტიკის ოპერაცია.

ავიაფრენები არ წარმოადგენს დიდ პრობლემას, რადგანაც ამ დროს წნევის ცვალებადობა და დაფის აპკის დატვირთვა არ არის მუდმივი და ძლიერი (წნევის ცვალებადობა ხდება 0-2000 მ.-დან 2000-0 მ. ინტერვალში).

ყურზე ოპერაციები, როგორცაა: ტიმპანოპლასტიკა, ოტოსკლეროზი, ოსიკულოპლასტიკა, ერთი თვის მანძილზე კრძალავს თვითმფრინავით სარგებლობას. ეს არ ეხება რადიკალურ ოპერაციას.

სინუსიტიან პაციენტებს ვურჩევთ დაფრენის დროს იხმარონ ცხვირის სხვადასხვა ვაზოკონსტრიქტორი, მაგ. Xylasol.

ხმაურით განპირობებული ოტოლოგიური პათოლოგიები

ხმაური შესაძლებელია შიდა ყურის სერიოზული დაზიანების მიზეზი გახდეს, მისი ინტენსივობის და ხანგრძლივობის გათვალისწინებით.

ინტენსივობა, ხანგრძლივობა, მოსვენების პერიოდი და ხმის სიხშირე – ეს ყველაფერი სხვადასხვაგვარად აზიანებს სმენის აპარატს.

ამასთანავე, არსებობს პერსონალური ფაქტორიც: ზოგს შეუძლია მეტი ხმაურის ატანა, ზოგს კი – ნაკლებს.

ასეთ ფაქტორებს დიდი მნიშვნელობა აქვს პროფესიული დაავადებების კვლევებში, რაც ჩვენთან ჯერ არ არის სათანადოდ აპრობირებული. სმენის ფიზიოლოგიური დაღლა არის ნორმალური მოვლენა და მისი გამოკვლევა საშუალებას იძლევა გავცეთ რეკომენდაციები ამა თუ იმ პროფესიის შემთხვევაში.

A. სმენის პროფესიული მიზეზით დაქვეითება

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, რისკფაქტორი სმენის დაქვეითებისთვის, ბევრია.

80 დბ-ზე დაბალი ინტენსივობის ხმაური არ წარმოადგენს სმენის დაქვეითების რისკს, თუნდაც ის დიდხნიანი იყოს.

90 დბ-ზე მაღალი ინტენსივობა უკვე პრობლემაა. სამწუხაროდ, წარმოებებში, უმეტესწილად, სწორედ ასეთი ხმაურია.

სიხშირის მიხედვით, ხმაურის მავნებელი მოქმედება, ძირითადად, მაღალსიხშირიან და არათანაბარ ხმაურზე მოდის. გასაკვირია, მაგრამ ულტრაბგერითი სიხშირის ხმაური არანაირად არ ვნებს სმენის აპარატს.

ხანგრძლივობა და პიროვნების ასაკი ასევე გასათვალისწინებელია სმენის დაქვეითების დროს. სმენა უფრო მგრძობიარეა 40 წლის შემდეგ.

ასევე, მნიშვნელოვანია სმენის უკვე არსებული პრობლემებიც.

კლინიკურად, პროფესიული ჰიპოაკუზია ვლინდება ნეიროსენსორული ტიპის სმენის დაქვეითებით, ძირითადად, მაღალ სიხშირეებზე. იგი ორმხრივია და თანდათან ვლინდება.

აუდიომეტრიულად, პირველი ნიშნები 4000 – Hz-ზე ჩანს. შემდეგ, ის 2000 და 1000 Hz-ს აღწევს, რაც უკვე სოციუმში ადაპტაციის პრობლემებს იწვევს. პაციენტი სწორედ ამ დროს მიმართავს ექიმს.

პროფესიულ ჰიპოაკუზიას ხშირად თან ერთვის ტინიტუსი. ეს პაციენტს დისკომფორტს უქმნის. აღსანიშნავია უეცარი პროფესიული სიყრუის არსებობაც, რაც შესაძლებელია, უეცარი, ძლიერი ხმაურის შედეგად დადგეს.

ნებისმიერ შემთხვევაში, უეცარი სიყრუის მკურნალობა სასწრაფოდ უნდა დაიწყოს სპეციალისტთან.

B. ცეცხლსასროლი იარაღის ხმაურით გამონვეული სმენის დაქვეითება

აღსანიშნავია „პროფესიული“ სმენის დაქვეითება მონადირეებში, რომელიც ძალიან ხშირად გვხვდება, რადგანაც ნადირობის დროს ყურის დაცვა პრაქტიკულად არ ხდება.

ვერცერთი მონადირე ვერ გუობს სმენის დამცავ ყურსასმენს, რადგან, ამ შემთხვევაში, მას არ ეძლევა საშუალება გაიგოს ის დაბალი ხმები, რომელიც ნადირის მოძრაობას ახლავს თან და მონადირისთვის ძალიან მნიშვნელოვან ნიშანს წარმოადგენს ცხოველის მდებარეობის დასადგენად.

ამ გარემოების გამო, სროლის უეცარი ხმა ძალიან ცუდად მოქმედებს კორტიეს ორგანოზე. კვლევები ადასტურებენ მონადირეებში ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითების ფაქტებს.

C. ხმამალალი მუსიკა

თანამედროვე მუსიკა და დისკოტეკებზე მისი ხმამალალი მოსმენა, ასევე ინვეეს მნიშვნელოვან, ტრანზისტორულ და, ზოგ შემთხვევაში, პერმანენტულ სმენის დაქვეითებას. ყველას გვქონია შემთხვევა, როდესაც ლამის კლუბის შემდეგ, დილით გვაქვს ტინიტუსი, რომელიც, საბედნიეროდ, უმრავლეს შემთხვევაში, ქრება. თუმცა, შესაძლოა მისი მუდმივი ხასიათიც.

ამაზე უფრო საშიშია ყურის პატარა, ინტრაკანალური ყურსასმენები, რომელიც არ იძლევა გარე სამყაროს ხმაურთან ხმის კორელაციის საშუალებას. ამის გამო, ჩვენ უმეტესწილად, ყურსასმენებით ძალიან ხმამალალ მუსიკას ვუსმენთ, რაც სმენის აპარატის დაღლას და შემდგომ დაზიანებას ინვეეს.

დასკვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ თანამედროვე ცხოვრება, თავისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, ინვეეს სმენის ნაადრევ დაქვეითებას.

რასაკვირველია, ამას ყველა ინდივიდუალურად განიცდის. დიდი მნიშვნელობა აქვს, ასევე, პაციენტის მიერ გადატანილ დაავადებებს, ტრავმებს და გენეტიკურ მიდრეკილებას.

სმენის ნაადრევი, კონდუქციური დაქვეითება, ოტოსკლეროზი, სასმენი ძვლების ჯაჭვის განყვეტა – ეს ყველაფერი სმენის ნერვს

იცავს დაზიანებისაგან, თუმცა, სუბიექტურად, პაციენტს არ ესმის.

ყველაზე მნიშვნელოვანია სმენის აპარატის დაცვა და პრევენცია. ხმაურიან გარემოში ყურსაცავის ხმარება, მუსიკის მოსმენა დაბალ ხმაზე და სროლის დროს ყურის აუცილებელი დაცვა. ეს ყველაფერი თავიდან აგვაცილებს სასმენი აპარატის ნაადრევი ხმარების, იმპლანტაციის ან გარეგანი ინსტალაციის საჭიროებას.

NOTA BENE

- ნებისმიერი ხმაურიანი პროფესიის არჩევის შემთხვევაში, აუცილებელია სმენის სრული გამოკვლევის ჩატარება;
- როდესაც იგეგმება ოტოსკლეროზის ოპერაცია, აუცილებელია გავარკვიოთ პაციენტის პროფესია, რადგან არის პროფესიები, სადაც ოტოსკლეროზის ოპერაცია არ არის რეკომენდებული;

პრესბიაკუზისი

ამ ტერმინის განმარტება ასეთია: ასაკთან დაკავშირებული სმენის ორმხრივი, ფიზიოლოგიური დაქვეითება.

თუმცა, რეალურად, ეს არის 50 წელს გადაცილებული პაციენტების აუხსნელი ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება, როდესაც არ გვაქვს კონკრეტული მიზეზი, რაც სმენის დაქვეითებას იწვევს.

A. პათოგენეზი

ასაკის მატება მოქმედებს არა მარტო სმენის აპარატზე, არამედ ნერვული სისტემის მიერ სმენის აღქმის ზონებზეც.

ეს პროცესი, რასაკვირველია, დამოკიდებულია პიროვნების ინდივიდუალურ თავისებურებაზე, მის კვებით რეჟიმზე, ცხოვრების სტილზე და ა. შ.

B. კლინიკა

ამ ტიპის სმენის დაქვეითება, როგორც წესი, ვლინდება ხმაურიან ადგილას, როცა რამდენიმე კაცის საუბრის გაგების ხარისხი დაბალია. ეს განპირობებულია ნეიროსენსორული აპარატის დისფუნქციით მაღალ სიხშირეებზე. პრაქტიკულად, ეს ტელევიზორის ან რადიოს ხმამაღალ მოსმენაში ვლინდება.

ოტოსკოპიურად ყური სრულიად ნორმალურია და არანაირი პათოლოგია არ ჩანს.

აუდიომეტრიული კვლევები ცხადყოფს სიმეტრიულ ნეიროსენსორულ სმენის დაქვეითებას მაღალ სიხშირეებზე.

C. განვითარება

დაავადების დინამიკა ინდივიდუალურია და, როგორც წესი, ხმის აღქმის მთელ სპექტრზე ვრცელდება. მაღალი სიხშირის დროს, დაზიანება უფრო ინტენსიურია.

შესაძლოა შეგვხვდეს ერთნაირი აუდიომეტრიული დაზიანება სხვადასხვა ასაკის პაციენტში, რაც შესაძლოა, გენეტიკური მიდრეკილების ბრალიც იყოს.

ასეთ პაციენტებში, ამა თუ იმ აგრესიული ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში (მხედველობაში გვაქვს ტრავმები, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია და ა. შ.), დაზიანების უფრო მეტი ხარისხის სავარაუდო.

D. მკურნალობა

მედიკამენტოზური მკურნალობა არ არსებობს. ნაჩვენებია მხოლოდ სასმენი აპარატის ინსტალაცია, როგორც გარეგანის, ასევე იმპლანტის.

აპარატების დანიშვნასთან დაკავშირებით, უნდა ვიცოდეთ ორი რამ:

1. სასმენ აპარატთან ადაპტაცია უფრო უადვილდებათ ახალგაზრდა და ნაკლებად სმენადაქვეითებულ პაციენტებს;
2. აუდიომეტრიული მანჩვენებლები შესაძლოა ინდივიდუალურად, სხვადასხვაგვარად აღიქმებოდეს ამა თუ იმ პაციენტის მიერ. ანუ, რაც ანუხებს ერთს, შესაძლოა იყოს სავსებით მისაღები მეორისთვის;

NOTA BENE

- სმენადაქვეითებული პაციენტი რაც უფრო მალე დაიწყებს აპარატის ტარებას, მით უფრო იოლად და კარგად მოიხრება ის მას.

სმენის ტოქსიკური დაზიანება

ოტოტოქსიკური პრეპარატების უამრავი ჯგუფი არსებობს. მათ აქვთ როგორც ლოკალური, ასევე ზოგადი მოქმედების სპეციფიკა.

ოტოტოქსიკურობა შესაძლებელია გამოვლინდეს როგორც მცირე, ასევე დამაინვალიდებელი ნიშნებით, სმენის და ვესტიბულარული ორგანოს დაზიანებით.

A. გენერალიზებული გზით მიღებული ინტოქსიკაცია

მედიკამენტებიდან ჩვენ აუცილებლად უნდა ვიცნობდეთ ოტოტოქსიკურ პრეპარატთა 3 ჯგუფს:

1. ამინოგლიკოზიდები;
2. შარდმდენები (დიურეტიკები);
3. ცისპლატინის ჯგუფი;

ამ პრეპარატების მიღების შემთხვევაში, ოტოტოქსიკურობა იმატებს, როდესაც პაციენტი დაავადებულია თირკმლის უკმარისობით, აქვს მიღებული სხვა ოტოტოქსიკური პრეპარატები ან არ იცავს ამ პრეპარატების მიღების წესებს.

ამინოზიდები (გენტამიცინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები)

ამ ანტიბიოტიკების ინტრალაბირინთული შელწვევადობა სწრაფია, გამოდევნა კი – ნელი. ამიტომ ინტრალაბირინთულ სითხეში მათი კონცენტრაციის მატება ინვევს კორტიეს ორგანოს დაზიანებას.

საერთოდ, ოტოლოგები, ამ პრეპარატის დანიშვნას ვენინალმდეგებით, თუმცა, გამოუვალ სიტუაციებში (რეზისტენტობის გამო), ეს მაინც ხდება. ამ დროს ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის სწორ სქემას. მაგალითად, ნაკლებად ოტოტოქსიკურად ითვლება მაღალი დოზით და ხანმოკლე დროით ხმარება, ვიდრე დაბალი დოზით ხანგრძლივი მოხმარება.

ცნობილია ამა თუ იმ პრეპარატის შერჩევითი ოტოტოქსიკურობაც, მაგალითად, ლოკოკინა უფრო მგრძობიარეა სტრუქტომიცინზე, კანამიცინზე, ამიკაცინზე, გენტამიცინზე და ტობრამიცინზე.

ვესტიბულარული აპარატი კი – ტობრამიცინზე და გენტამიცინზე.

ამ პრეპარატებით გამონწვეული სმენის დაქვეითება ნეიროსენსორული ტიპისაა და მაღალი სიხშირის დაზიანებით გამოიხატება. ზოგიერთ შემთხვევაში, მას შეუძლია გამოინვიოს კოფოზი.

ანტიბიოტიკოთერაპიის შეჩერება, ზოგ შემთხვევაში, სმენის დაქვეითების პროგრესირების შეჩერებასაც გულისხმობს. თუმცა, ხანდახან ასე არ ხდება და სმენის დაქვეითება პროგრესულად იმატებს და კოფოზსაც აღწევს.

ოტოტოქსიკური პრეპარატების მიერ ვესტიბულარული მოშლილობა გამოიხატება ოსცილოპსიით (მოძრაობისას საგნების დაფიქსირების მოშლით), ნონასწორობის მოშლით, რაც საკმაოდ შემანუხებელია და, ზოგ შემთხვევაში, ინვალიდობასაც ინვევს, განსაკუთრებით ასაკოვან პაციენტებში, რომლებსაც პროპრიოცეპტული აპარატის ფუნქციის დაქვეითება აქვთ.

ფუროსემიდის ტიპის დიურეტიკები

ამ პრეპარატების გამოყენება ყოველთვის არ იწვევს სმენის დაქვეითებას თუმცა, აძლიერებს ამინოზიდების ოტოტოქსიკურობას. ამ პრეპარატების გამოყენების გვერდითი მოვლენა – სმენის დაქვეითება, ადრეულ პერიოდში იჩენს თავს.

ცისპლატინის ჯგუფი

სიმსივნის სანინალმდეგო ამ პრეპარატს აქვს ოტოტოქსიკური მოქმედება და ამიტომ ქიმიოთერაპიის წინ და მისი მსვლელობისას, საჭიროა აუდიომეტრიული კონტროლი და სმენის დაქვეითების ყოველ გამოვლინებაზე ახალი კვლევის ჩატარება.

სხვა პრეპარატები

ერთრომიცინის ჯგუფი შესაძლოა გახდეს ჰიპოაკუზიის მიზეზი. თუმცა, მისი მიღების შეწყვეტისთანავე, უმეტესწილად, სმენა ბრუნდება.

ვანკომიცინის გამოყენებისას აღწერილია სმენის დაქვეითების პროგრესირება, რომელიც, როგორც წესი, არ გადის.

NOTA BENE

- ამინოზიდების გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ კონკრეტულ შემთხვევებში, როდესაც საქმე გვაქვს რეზისტენტულ ბაქტერიებთან;

ოტოტოქსიკური პრეპარატების დანიშვნის შემთხვევაში, აუცილებელია წინასწარი აუდიოლოგიური კვლევების ჩატარება, შემდგომი მონიტორინგი და პრევენცია.

განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ თირკმლის ან კოხლეო-ვესტიბულარული უკმარისობა.

B. ლოკალური ოტოტოქსიკური პრეპარატები

ოტოტოქსიკური პრეპარატების შიდა ყურში მოხვედრა მრგვალი სარკმლის გავლით, ინვეეს სმენის დაქვეითებას. ეს ხდება დაფის აპკის პერფორაციის დროს, გარეგანი მოხმარების მედიკამენტების გამოყენების შემთხვევაში. სმენის დაქვეითება პროგრესულად ვითარდება და გრძელდება აგრესიული პრეპარატის მოხმარების შემცირების მერეც. დაფის აპკის მთლიანობის შემთხვევაში, შიდა ყურზე ოტოტოქსიკური ზემოქმედება გამორიცხულია.

NOTA BENE

- ყურის წვეთების დანიშნისას, ყოველთვის უნდა ინახოს დაფის აპკის მდგომარეობა;
- ვეცადოთ არ დავნიშნოთ ყურის წვეთები მშრალ პერფორაციაზე ქრონიკული და მორეციდივე ოტიტების დროს;
- წვეთებით მკურნალობის ხანგრძლივობა 10 დღეს არ უნდა აღემატებოდეს;

უეცარი სიყრუე

ამ ტერმინით ოტოლოგები გამოვყოფთ სმენის ნეიროსენსორული დაქვეითების ტიპს, რომელიც უეცრად და ყოველგვარი მიზეზის გარეშე ვლინდება. ამ ტიპის სმენის დაქვეითებას იწვევს ჰერპესი, ტრავმები, ჰეპატოპათიები, ანტიკოაგულანტები.

A. მიზეზები

უმიზეზოდ განვითარებული სმენის დაქვეითება შესაძლებელია რომელიმე სერიოზული დაავადების წინაპირობაც იყოს. მაგალითად, გაფანტული სკლეროზი, ლეიკემია, სიფილისი, დიაბეტი.

პროცენტულად ეს ჯგუფი ძალიან პატარაა. თუმცა, მისი გამორიცხვა აუცილებელია.

მალალი ტემპერატურის შემთხვევაში, უეცარ სიყრუეს ვირუსული ეტიოლოგია აქვს.

უეცარი სიყრუის ზოგიერთ შემთხვევას ლაბირინთოპათიას ვაბრალებთ. თუმცა, მისი, ისევე როგორც სისხლძარღვოვანი ეტიოლოგიის დამტკიცება, ჯერჯერობით შეუძლებელია.

აუცილებელია სმენის ნერვის ნევრინომის დიფერენციალური დიაგნოსტიკაც, რომლის დროსაც სმენის დაქვეითება შესაძლებელია თავისთავად, მკურნალობის გარეშე გამოსწორდეს.

ამ კვლევების პარალელურად, აუცილებელია უეცარი სიყრუის სასწრაფო მკურნალობის დანყება.

B. კლინიკური ნიშნები

კლინიკური გამოვლინება უეცარ ხასიათს ატარებს. გაღვიძებისას ან დღისით, პაციენტი მოულოდნელად აღნიშნავს სმენის დაქვეითებას, ტინიტუსს, შესაძლოა წონასწორობის დაკარგვაც.

ასეთი პაციენტის გამოკვლევა სასწრაფოდ არის საჭირო. მისი სპეციალისტთან გაგზავნა 24 საათის განმავლობაში უნდა მოხდეს.

- აუცილებელია შემდეგი სახის მოქმედებები:
- წოლითი რეჟიმი;
- ვაზოდilatატორების დანიშვნა;
- სტეროიდული თერაპია;
- ანტიჰერპესული თერაპია;
- ნეიროტროპული პრეპარატების დანიშვნა;

ამას ემატება ყველა ჩამოთვლილი პათოლოგიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, რაზეც წინა აბზაცში ვწერდით.

ყოველივე ამის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია პაციენტის 7 დღიანი ჰოსპიტალიზაცია.

C. დაავადების განვითარება და მკურნალობა

ამ პათოლოგიების უმრავლესობას მკურნალობის გარეშეც კარგი პროგნოზი აქვს. ეტიოლოგიის მიხედვით, სხვადასხვა სახის მკურნალობა არის შესაძლებელი. თუმცა, მათი უპირობოდ დადებითი ეფექტი ჯერ-ჯერობით არ არის დამტკიცებული.

შემთხვევათა 2/3, სხვადასხვაგვარი მკურნალობის მიუხედავად, პაციენტის გამოჯანმრთელებით მთავრდება.

პროგნოზის დამამძიმებელი ფაქტორებია: სმენის დაქვეითების ხარისხი, ხანგრძლივობა და ვერტიგო.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, უეცარი სიყრუე აუცილებლად ითხოვს:

- სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას ლაბორინთის დაზიანების გამოსარიცხად;
- კორტიკოსტეროიდულ თერაპიას ვირუსული ეტიოლოგიის გამო;
- ვაზოდილატატორების დანიშვნას;

პოსტმკურნალობის პერიოდში, შესაძლოა სმენის აღდგენა დაგვიანებით მოხდეს, განვითარდეს რეციდივები.

სმენის აღდგენის მიუხედავად, აუცილებელია გამონწვეული პოტენციალების გამოკვლევა. ამით ჩვენ სმენის ნერვის ნევრინომის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას ვაკეთებთ.

NOTA BENE

- სათანადო კვლევების გარეშე, არ დაისვას ევსტაქიტის ან ექსუდაციური ოტიტის დიაგნოზი, რათა არ გამოგვეპაროს უეცარი სიყრუე;
- მკურნალობის დაყოვნება ყოველთვის მოგვცემს უარეს შედეგს;
- აუცილებელია მიზეზის ძიება და, რაც მთავარია, ნევრინომის დიფ-დიაგნოზი;
- უახლესი ევროპული გაიდლაინების მიხედვით, აღსანიშნავია მხოლოდ სტეროიდული მკურნალობის რეკომენდაცია, როდესაც სხვა დაავადებები არ დასტურდება;
- რამდენიმე თვის შემდეგ, აუცილებელია აუდიოლოგიური კვლევის ჩატარება;

D. მორეციდივე სიყრუე

ასევე, არსებობს სმენის დაქვეითება, რომელიც არის იზოლირებული და არ ჯდება არცერთ პარამეტრში. სავარაუდოა, რომ ამ სიყრუეს საერთო ეტიოლოგია აქვს უეცარ სიყრუესთან და ამიტომ მას იგივე კვლევები სჭირდება, რაც უეცარ სიყრუეს.

ამ ტიპის სიყრუის დროს, სავარაუდო მიზეზად ლაბირინთის ჰიდროფსს ასახელებენ თუმცა, ვერტიგოს გარეშე.

მკურნალობის სქემად შეიძლება გამოყენებული იქნას მენიერის დაავადების მკურნალობის სქემა.

თუმცა, ტრავმის მქონე პაციენტებში შესაძლოა ლაბირინთის ფისტულის არარსებობა. ასევე, აკუსტიკური ნევრინომა, რომელიც შესაძლოა ამ პათოლოგიით გამოვლინდეს.

სმენის დაქვეითების მიზეზები

კონდუქციური (ტრანსმისიული) სმენის დაქვეითების მიზეზებია:

- ოტიტი და ამ დაავადების გამო ჩამოყალიბებული ანატომიურ-ფიზიოლოგიური დარღვევები;
- სასმენი ძვლების ანკილოზი, იგივე გაძვალეზა. როგორც წესი, ვგულისხმობთ უზანგის ანკილოზს, თუმცა ჩაქუჩის თავის ანკილოზიც არც ისე იშვიათი მიზეზია;
- ტრავმის შედეგად სასმენი ძვლების მთლიანობის დარღვევა;
- თანდაყოლილი მალფორმაციები;
- სიმსივნეები;

შერეული სიყრუე

ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ორი ვარიანტი:

1. როდესაც პერცეპციული ანუ ნეიროსენსორული და კონდუქციური ანუ ტრანსმისიული სიყრუე ერთმანეთს ემთხვევა.
2. პათოლოგიური მექანიზმი, როდესაც ძვლოვანი ლაბირინთის და უზანგის ფირფიტის ერთდროული დაზიანება ხდება. ამ ფენომენს ლაბირინთიზაცია ეწოდება და ოპერაციული ჩარევა (სტაპედოპლასტიკა) მხოლოდ ნაწილობრივ გვაძლევს შედეგს, რადგანაც ძვლოვანი ლაბირინთის დაზიანებით გამოწვეული სიყრუე არ იკურნება სტაპედოპლასტიკით.

სწრაფად პროგრესირებადი ლაბირინთიზაცია მიუთითებს მძიმე, მწვავე ან ქრონიკულ ანთებით პროცესზე, როგორცაა: ტუბერკულოზი, ვეგენერის გრანულომატოზი, სიფილისი.

NOTA BENE

- სიყრუე შესაძლებელია იყოს სხვა დაავადების ნიშანი და ამიტომ პროგრესირებადი;
- უეცარი სიყრუის დროს, აუცილებელია ჩატარდეს ამ სიმპტომის ეტიოლოგიის გამოსავლენი კვლევები;

სმენის დაქვეითების მკურნალობა

სმენის დაქვეითება ყურის სხვადასხვა პათოლოგიის ნიშანია. მედიკამენტოზური მკურნალობა ხშირად გვაძლევს სმენის ნაწილობრივი ან სრული აღდგენის საშუალებას. თუმცა, უმეტესწილად, ოტოლოგიური დანიშნულების მიზანი მაინც არსებული სმენის შენარჩუნება არის. ამისთვის გამოიყენება ისეთი პრეპარატები, როგორცაა Tebokan Forte 120 ან Betaserc 24.

შესაძლებელია სმენის დაქვეითების მიღმა იმალებოდეს ისეთი იშვიათი დაავადებები, როგორცაა ვეგენერის დაავადება, ტუბერკულოზი, სიფილისი.

მედიკამენტოზური მკურნალობის უშედეგობის მიზეზი, უმეტესწილად, არის ან ოტიტის გამო შეცვლილი ანატომია, ან ამ დაავადების ქირურგიული მკურნალობის საჭიროება.

მედიკამენტოზური მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში, უნდა გამოვიყენოთ ქირურგიული მკურნალობა ან სასმენი აპარატის შერჩევის პროტოკოლი.

A. ქირურგია

კონდუქციური (გამტარებლობითი) სმენის დაქვეითების აღდგენა, როგორც წესი, ქირურგიული მკურნალობით არის შესაძლებელი.

ოპერაციის დროს ხდება:

- დაფის აპკის აღდგენა (ტიმპანოპლასტიკა);

- სასმენი ძვლების ჯაჭვის მთლიანობის აღდგენა (ოსიკულოპლასტიკა);
- ფიქსირებული უზანგის პლასტიკა (სტაპედოპლასტიკა);

ამ ოპერაციების წარმატება დამოკიდებულია ოპერატორის გამოცდილებაზე, შუა ყურის ფუნქციურ მდგომარეობაზე, ეგსტაქის მილის გამტარებლობაზე და შუა ყურის ლორწოვანი გარსის მდგომარეობაზე. ბოლო ორის ფუნქციონირება ძალიან ძნელი საკონტროლოა.

პაციენტს უნდა აეუხსნათ, რომ ყურის ნებისმიერი ოპერაციის რისკი არის სმენის დაქვეითება და მეტიც, სრული სიყრუე. არ არსებობს წარმატების გარანტია და ვინც მას იძლევა, ის არ არის კარგი ექიმი!

როდესაც საქმე გვაქვს ერთადერთ ფუნქციონირებად ყურთან, ყოველთვის უნდა ვეცადოთ სმენის აღდგენას მივალნიოთ სასმენი აპარატის მეშვეობით, რაც კოფოზის რისკებს არ შეიცავს.

სმენის აღდგენითი ოპერაცია უნდა განხორციელდეს მაშინ, როდესაც შუა ყურში ანთებითი ან სიმსივნური პროცესი აღარ არსებობს, მაგალითად, ქოლესტეატომის დროს. სმენის აღდგენითი ოპერაციის მეორე ეტაპი ხორციელდება ერთი წლის შემდეგ. ამით ჩვენ ვზრდით ოპერაციის წარმატების შანსს.

გვახსოვდეს, რომ სმენის აღდგენა შესაძლებელია როგორც ოპერაციულად, ასევე სასმენი აპარატის მეშვეობით. ამიტომ, როდესაც არის საშუალება, პაციენტს ინდივიდუალურად უნდა შევთავაზოთ აპარატის გამოყენება. თუ ის ამაზე უარს გვეტყვის და არჩევს ქირურგიულ გზას, მაშინ ჩვენი ჩარევა უკვე გამართლებულია.

B. სასმენი აპარატები

სასმენი აპარატი, მარტივად რომ ავხსნათ, არის დაპატარავებული და ყურს მორგებული ხმის გამაძლიერებელი. არსებობს მრავალი გარეგანი, ინტრაკანალური და იმპლანტირებადი სასმენი

აპარატები. სასმენი აპარატების შერჩევა უნდა მოხდეს პაციენტის და მკურნალი ექიმის ერთობლივი ძალისხმევით. სასმენის აპარატების შერჩევა დამოკიდებულია არა მარტო ფასზე, არამედ ვიზუალზე და, რაც მთავარია, სმენის დაქვეითების ტიპზე და ხარისხზე.

არსებობს ჰაეროვანი, ძვლოვანი და ასევე, იმპლანტირებადი და არაიმპლანტირებადი სასმენი აპარატები.

პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ კონდუქციური სმენის დაქვეითება, მარტივია ძვლოვანი, გარეგანი ან იმპლანტირებადი აპარატების გამოყენება, როგორცაა (ADHEAR, BONE BRIDGE, BAHA) თუმცა, ეს სასმენი აპარატები ძვირადღირებულია და ბევრი პაციენტი მას ვერ იყიდის. მათი უპირატესობაა მცირე ზომა, იმპლანტირებული ნაწილის გამო ისინი არ საჭიროებენ წყლისგან დაცვას და რაც მთავარია, მაღალი ხარისხი.

უფრო მარტივი და იაფიანი აპარატები ნაკლებად ძლიერია. თუმცა, ისინიც კარგად მუშაობენ და სათვალის მატარებელი პაციენტებისთვის განსაკუთრებით მოსახერხებელია, რადგანაც სათვალის ყურებზე მაგრდება და ამის გამო ძალიან კომფორტულია.

ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითების დროს, უფრო ჰაეროვანი ციფრული სმენის აპარატებია უპრიანი. არსებობს ინტრაკანალური და რეტროაურიკულარული აპარატები. მათ, ზომის მიხედვით, სხვადასხვა ფასი აქვთ.

აღსანიშნავია, რომ ყველა გარეგანი ციფრული აპარატი 30-40 დეციბელით ახერხებს სმენის გაძლიერებას. როდესაც სიყრუე უფრო ძლიერია, მაშინ საქმეში უნდა ჩავრთოთ იმპლანტირებადი აპარატები (SOUNDBRIDGE) ან კოხლეარული იმპლანტები, რომლებსაც პირდაპირ ლოკოკინაში ვათავსებთ. (MEDEL-ის და COCHLEA-ს ფირმის იმპლანტები). ეს იმპლანტები გამოიყენება პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ სმენის 90 დეციბელიანი ან სრული სიყრუე.

ნებისმიერი სასმენი აპარატის რეგულირება და მოდელის საბოლოო არჩევა აუდიოპროთეზისტის მიერ ხდება. პაციენტის

პირველად დიაგნოზს და ფსიქოლოგიურ მომზადებას, რასაკვირველია, ახორციელებს ოტოლარინგოლოგი. ის უხსნის თუ რატომ და როგორ უნდა მოხდეს აპარატის ამა თუ იმ მოდელის მოხმარება და შემდეგ საქმეს აუდიოლოგებს გადაულოცავს.

აუდიოპროთეზის მორგება და რეგულირება საკმაოდ რთული საქმეა და მოითხოვს განსაკუთრებულ ცოდნას და გამოცდილებას. სპეციალისტის კონსულტაციის გარეშე აპარატის ყიდვა და მოხმარება შედეგს არ იძლევა და ხშირად ისე უცრუებს გულს პაციენტს, რომ ის უკვე აღარც თანხმდება აპარატის ტარებას.

მცირენლოვან ბავშვებში სასმენი აპარატის გამოყენება უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრეულ ასაკში, რათა მივაჩვიოთ პაციენტი აპარატის ტარებას და რაც ყველაზე მთავარია, მივცეთ პაციენტს საშუალება აპარატის მეშვეობით მიეჩვიოს ხმოვან გაღიზიანებას და არ ჩარჩეს სიჩუმის წყვდიადში. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია იმპლანტაციის შემდეგ, მეტყველების დასაწყებად.

აპარატის ხმარება ბავშვმა უნდა დაიწყოს 1-2 წლის ასაკში. ამ დროს მნიშვნელოვანია პაციენტის მშობლების დიდი გულმოდგინება და აუდიოლოგის მიერ წინასწარი კვლევების ჩატარება. ასეთ შემთხვევაში ბავშვი ამ აპარატს კარგად მოიხმარს.

აუცილებელია სმენის ნაკლოვანების ზუსტი გამოკვლევა, რათა სმენის აპარატის რეგულირება სწორად მოხდეს და პაციენტი არ შეშინდეს ზედმეტად მაღალი ხმით.

ზორი, რომ სმენის აპარატის მოხმარების დაწყება მაშინვე, როცა პრობლემა გამოიკვეთება, აზიანებს ნარჩენ სმენას და უშლის ხელს სმენის რეაბილიტაციის დაწყებას პატარა პაციენტებში, არასწორია.

ყველა ამ გარემოებიდან გამომდინარე, აპარატი უნდა შეარჩიოს დიდი გამოცდილების მქონე პენტრის სპეციალისტმა (მაგ. „აუდიოლოგის ეროვნული ცენტრი“).

C. კოხლეარული იმპლანტაცია

კოხლეარული იმპლანტაცია შესაძლებელია განხორციელდეს როგორც პრელინგვალ (მეტყველების დაწყებამდე) ასევე პოსტლინგვალ (მეტყველების დაწყების შემდეგ) განვითარებული სიყრუის მქონე პაციენტებში.

შედეგი უფრო ეფექტურია პოსტლინგვალ პაციენტებში, რადგანაც მათი რეაბილიტაცია უფრო ადვილია. თუმცა, ადრეულ ასაკში (2-5 წლამდე) ჩატარებული კოხლეარული იმპლანტაცია, რეაბილიტაციის შემდეგ იძლევა კარგ შედეგებს. საქართველოში კოხლეარული იმპლანტაციის დაწყება აკადემიკოს შოთა ჯაფარიძის და მის გუნდის დაულალავი შრომის შედეგი გახლავთ. ძნელი წარმოსადგენია, მაგრამ სულ რაღაც 20-25 წლის წინ დაწყებული ეს საქმე უკვე რამდენიმე ასეული პაციენტისთვის წარმატებული და სრულყოფილი ცხოვრების საფუძველი გახდა.

NOTA BENE

- ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს გარკვეულ რისკებს. ამიტომ, ქირურგიული ჩარევის დროს, გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის სურვილები;
- სასმენი აპარატის, იქნება ეს იმპლანტირებადი თუ გარეგანი, ადაპტაცია მით უფრო ადვილია, რაც უფრო ადრე იქნება ის გამოყენებული სმენის დაკარგვიდან. ეს ეხება როგორც თანდაყოლილ, ასევე შეძენილ სმენის დაქვეითებას;

საუღლე ვენის გლომუსები ანუ ტიმპანალური საუღლე ქემოდექტომები

ქემოდექტომები კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება პარაგანგლიური ქსოვილიდან და შეიძლება შეგვხვდეს ქალას ფუძიდან აორტის რკალამდე.

ეს სიმსივნე კეთილთვისებიანი, ვასკულარიზებული წარმონაქმნია და მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში შეიძლება იყოს ენდოკრინული ავთვისებიანი სიმსივნე. მას ფეოქრომოციტომას უწოდებენ.

ხშირ შემთხვევაში, ის კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ ადგილმდებარეობის გამო, შეუძლია გამოიწვიოს მძიმე პათოლოგიები.

ქემოდექტომები შესაძლოა შეგვხვდეს:

- საძილე არტერიის ბიფურკაციის დონეზე;
- ბიფურკაციის ზემოთ, ცდომილი ნერვის გაყოლებაზე, საუღლე ვენის დაფის ღრუს ნაწილში (ცნობილია საუღლე ვენის გლომუსის სახელით);
- დაფის ღრუში;

პარაგანგლიური (ქემოდექტომების) წარმოშობის ქსოვილი ორ ძირითად ადგილას გვხვდება:

- საულლე ვენის დაფის ღრუს მიდამოში;
- დაფის ღრუს მედიალური კედლის და ტიმპანალური ნერვის (chorda tympani) მიდამოში;

სიმსივნის კლინიკური ნიშნები განსხვავდება ადგილმდებარეობის მიხედვით:

ტიმპანალური ფორმები, რომლის დროსაც სახეზეა:

- სმენის კონდუქციური, პროგრესული დაქვეითება;
- ტინიტუსი;
- ლურჯი ფერის, გამობერილი დაფის აპკი;
- დაფის აპკიდან განვითარებული სისხლმდენი და ვასკულარიზირებული სიმსივნე;

IX, X, XI კრანიალური ნერვების ფორმები:

- ამ ნერვების დისფუნქცია, ზოგ შემთხვევაში, VII წყვილი ნერვის დეფიციტი;
- უკანა ფოსოს ფორმები;
- ქალაშიდა წნევის და ცენტრალური ვესტიბულარული დისფუნქცია;

ცერვიკალური ფორმა

ამ ფორმის დროს, ანევრიზმისმაგვარი კლინიკაა.

ზოგ პაციენტში ქემოდექტომების ლოკალიზაცია შესაძლოა იყოს მრავლობითი.

NOTA BENE

გლომუს ტუმორის არსებობაზე ეჭვის საფუძველს გვაძლევს:

- ნებისმიერი, სისხლძარღვოვანი ხასიათის სიმსივნე პეტროზულ მიდამოში;
- ნებისმიერ კრანიალურ ნერვზე ზუნოლის სინდრომი;

ამგვარი ეჭვის არსებობის შემთხვევაში, უნდა დაგვემოთ შემდეგი სახის კვლევები:

- ოტონევროლოგის კონსულტაცია;
- ტომოგრაფიული კვლევა;
- ანგიოგრაფიული კვლევა;

ამ ბოლო კვლევის უპირატესობა ისაა, რომ რადიოლოგს შეუძლია სისხლძარღვოვანი სიმსივნის ტოტების ემბოლიზაცია, რაც საგრძნობლად აიოლებს ქირურგიულ ოპერაციას.

ქემოდექტომების მკურნალობა ქირურგიულია. ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნე დიდი ზომისაა და ცდება ოტოლოგიურ სფეროს, საჭირო ხდება ნეიროქირურგის ჩარევაც.

არაოპერაბელურ შემთხვევებში, შესაძლოა სიმსივნის მკურნალობა სხივური თერაპიით, რაც შედარებით ნაკლებშედეგიანია და ვიყენებთ ძალიან მძიმე შემთხვევებში.

მაგარი გარსის ფისტულები

მაგარი გარსის ფისტულები გაუსაძლისი და პერმანენტული ტინიტუსის მიზეზი შეიძლება იყოს. ეს ფისტულები არტერიო-ვენური წარმონაქმნია, რომელიც ვითარდება კრანიალური სინუსების და მაგარი გარსის მკვებავ არტერიოლებს შორის. მათი მდებარეობა, როგორც წესი, ლატერალური და სიგმოიდური სინუსის საპროექციო არეშია. თუმცა, შესაძლებელია სხვა ლოკალიზაციაც შეგვხვდეს.

ფისტულის მასშტაბები განაპირობებს ტინიტუსის ინტენსივობას, რომელიც სისტოლის დროს ძლიერდება.

პაციენტის გასინჯვა უნდა განხორციელდეს ტინიტუსის დროს. ის გულისხმობს შემდეგ პროცედურებს:

1. კრანიალური და ცერვიკალური აუსკულტაცია, რომლის დროსაც სისტოლური შუილები შეიძლება გავიგოთ. თუმცა, ეს მოვლენა აუცილებელი არ არის. ტინიტუსის არსებობა შუილის გარეშეც შესაძლებელია.
2. აუცილებელია კისრის და კეფის ზონაში მფეთქავი სისხლძარღვის მოძებნა, რომელიც ამ პათოლოგიას ახლავს.

ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკა, მაინც, კლინიკურ ნიშნებს ემყარება. როდესაც კლინიკა მძიმდება და ტინიტუსი გაუსაძლისი ხდება, მაშინ შეიძლება დავამატოთ არტერიოგრაფიული კვლევა. ამ კვლევას მივმართავთ უკიდურეს შემთხვევაში, რადგანაც მისი ჩატარება საკმაოდ რთულია. ფისტულის არსებობის დადასტურე-

ბის შემთხვევაში, აუცილებელია მისი მყისიერი ობლიტერაცია, რაც მკურნალობის ერთადერთ მეთოდს წარმოადგენს. აღსანიშნავია ამ მკურნალობის დროებითი ეფექტი და ტინიტუსის რეციდივის დიდი პროცენტი.

NOTA BENE

- მნიშვნელოვანი ტინიტუსი, აქტიურ პერიოდში, მოითხოვს კრანიალურ აუსკულტაციას.

სმენის ნერვის სიმსივნეები

მათ, ასევე, ეწოდებათ ნევრინომები. ისინი წარმოიქმნებიან ვესტიბულარული ნერვის შვანის გარსიდან.

ეს სიმსივნეები, როგორც წესი, ცალმხრივი სპორადიული სიმსივნეებია, თუმცა აღწერილია მათი ორმხრივი ხასიათიც. ასეთ დროს, მათ მიაკუთვნებენ ნეიროფიბრომატოზის მე-2 ტიპის სიმსივნეებს.

ეს დაავადება, ძირითადად, ბავშვობის ასაკში წყება, თუმცა, ახალგაზრდებშიც შესაძლებელია შეგვხვდეს.

ამ სიმსივნეების წარმომავლობა კეთილთვისებიანია. ეს ტუმორები შიგნითა სასმენ მილში ვითარდება და იზრდება. პატარა ზომის ახალწარმონაქმნების ქირურგიული ამოკვეთის შემდეგ, სახის და სმენის ნერვის ფუნქციის შენარჩუნება, უმეტესწილად, შესაძლებელია. რასაც ვერ ვიტყვით დიდი ზომის ექსტრაკანალური ნევრინომების შემთხვევაში, როდესაც ოპერაციული ჩარევა რისკია არა მარტო ნერვის დაზიანების კუთხით, არამედ სიცოცხლისთვისაც. აქედან გამომდინარე, ამ დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა სასიცოცხლო მნიშვნელობის არის.

სიმპტომების არსებობაზე, უპირველეს ყოვლისა, ოჯახის ექიმმა უნდა გაამახვილოს ყურადღება, შემდეგ კი – ოტოლოგმა.

პონტო-ცერებელუმის მიდამოში შესაძლებელია სხვა ახალწარმონაქმნების არსებობა, მაგრამ ეს უკვე სხვა დარგის კომპეტენციაა.

A. დიაგნოსტიკა

VIII კრანიალური ნერვის (სმენის ნერვის) სემიოლოგია არ არის ცალსახა და შესაძლოა გადაფაროს სხვა დაავადების სიმპტომებმა.

როგორც აღენიშნეთ, ნევრინომა თავის ზრდას იწყებს შიგნითა სასმენ მილში და პირველ ეტაპზე შესაძლოა სახეზე იყოს მხოლოდ ცალმხრივი, პროგრესირებადი ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება.

ჰიპოაკუზიის პროგრესირება ინდივიდუალურია. ახალნარმონაქმნი პონტო-ცერებელურ მიდამოში იზრდება და ახდენს ზენოლას V წყვილ ნერვზე და ტვინის ღეროზე. რაც იძლევა ცენტრალურ-ვესტიბულარულ სიმპტომატიკას.

შესაძლოა, არტერიული კომპრესიის გამო, მოგვცეს მწვავე ვერტიგოს და უეცარი სიყრუის კლინიკაც.

ასევე, მისი ექსტრაკრანიალური ზრდის შემთხვევაში, არაა გამორიცხული ღეროზე ზენოლით ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის ნიშნებიც გამოვლინდეს, ოტოლოგიური ნიშნები კი საერთოდ არ იყოს.

ტუმორის (ნევრინომის) ორმხრივი ვარიანტიც გასათვალისწინებელია.

ნევრინომის არსებობა შეიძლება იმალებოდეს სხვა ქრონიკული პათოლოგიის ქვეშ, რაც საგრძნობლად ართულებს დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას.

საბოლოო დიაგნოსტიკა

წარსულში, ნევრინომების დიაგნოსტიკა კონტრასტული CT-ს მეშვეობით იყო შესაძლებელი. თუმცა, კვლევისას, ალერგიულ პაციენტებში მაღალი იყო ალერგიის რისკი. კვლევა (სგპ) გამოწვეული პოტენციალებით უფრო უსაფრთხოა.

დღეს ეს დიაგნოზი მაგნიტური რეზონანსის მეშვეობით ისმება 100%-იანი შედეგით. მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა იძლევა

საშუალებას, გადოლინის (კონტრასტული ნივთიერება) გარეშეც, T 2 რეჟიმში, არა მარტო ვნახოთ ნევრინომის ზომები, არამედ დავადგინოთ ახალწარმონაქმნის მდებარეობა გვერდით სტრუქტურებთან მიმართებაში.

რასაკვირველია, ამ კვლევის ჩატარება აუცილებლობის გარეშე, არ არის მიზანშეწონილი. კლინიკური ნიშნები და დაკვირვება გვაძლევს საშუალებას განვხორციელოთ პაციენტების სელექცია. არის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი – აუცილებელია მაგნიტური რეზონანსის სწორად ჩატარება და წაკითხვა, რადგანაც, შესაძლებელია, არასწორად გადაღებულმა და გაშიფრულმა სურათმა მცდარი ინფორმაცია მოგვცეს.

ნევრინომის არსებობის დამადასტურებელი საექვო ნიშნები

კოხლეო-ვესტიბულარული სინდრომის მქონე პაციენტი არ ნიშნავს ნევრინომის მქონე პაციენტს. რასაკვირველია, როდესაც პაციენტს გააჩნია კოფოზი, V წყვილი ნერვის დისფუნქციის ნიშნები და ამას თან ახლავს ცენტრალურ-ვესტიბულარული ნიშნები, ეჭვი ნევრინომაზე გამართლებულია, მაგრამ ეს უკვე შორს წასული სტადიაა. უფრო მნიშვნელოვანია ადრეული სტადიის დიაგნოსტიკა.

ნიშნები, როდესაც უნდა ვიეჭვოთ ნევრინომის არსებობა:

- ნეიროსენსორული, სმენის ცალმხრივი დაქვეითება ან დაკარგვა (უეცარი სიყრუე);
- ნეიროსენსორული, ორმხრივი ასიმეტრიული სმენის დაქვეითება სწრაფი განვითარებით;
- დადგენილი ლაბირინთიზაციის ნიშნები შუა ყურში, ქრონიკული დაავადების ფონზე ანუ, ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება;
- უეცარი და იდიოპათური ტინიტუსის დროს, როდესაც სმენა ნორმის ფარგლებშია;
- ვერტიგოს უეცარი გაჩენა;

სიმპტომები, როდესაც ნევრინომის არსებობა ნაკლებად საგარაუდლოა

- ორმხრივი ნეიროსენსორული, ნელა მიმავალი სმენის დაქვეითება (თუმცა, აქ გასათვალისწინებელია მე-2 ტიპის ნეიროფიბრომატოზის არსებობა);
- არაპროგრესირებადი, დიდი ხნის ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითება (თუმცა, თუ ეს დაქვეითება უეცარი სიყრუის სიმპტომებში ჯდება, აუცილებლად გასაკეთებელია მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა);
- ქრონიკული ტინიტუსები;
- ქრონიკული ვერტიგოები (მენიერის სინდრომი) ან პოზიციური პაროქსიზმული კეთილთვისებიანი ვერტიგო;

ნებისმიერ შემთხვევაში, ყველა ამ ნიშნის მქონე პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს, როგორც მინიმუმ, (სგპ) გამონვეული პოტენციალების კვლევა. უკეთესია მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, რათა არ გამოგვეპაროს ასეთი სერიოზული დაავადება.

კოხლეო-ვესტიბულური კვლევები

არცერთი კვლევა და არცერთი ანალიზი არ არის 100%-ით სანდო. აქედან გამომდინარე, როდესაც ლაპარაკი გვაქვს ამა თუ იმ კვლევის გამოყენებაზე, აუცილებელია განვსაზღვროთ ამ კვლევის შედეგის ეფექტურობა, მისი რისკები და ღირებულება.

გამონვეული პოტენციალებით კვლევა ფინანსურად და ინვაზიურად ძალიან ხელსაყრელია. თუმცა, არის შემთხვევები, როდესაც კვლევა გამონვეული პოტენციალებით ძალიან მცირე ზომის ნევრინომაზე, ნორმალურია. ამიტომ სასურველია, ეს კვლევა 6-10 თვეში განმეორებით ჩატარდეს. კიდევ ერთი ნაკლი – პაციენტებს 60 დეციბელზე მეტი სმენის დაქვეითებით, ამ კვლევას ვერ ვუტარებთ.

სხვა პარამეტრებით, ეს კვლევა გვაძლევს კარგ საშუალებას განვსაზღვროთ ნევრინომის არსებობა.

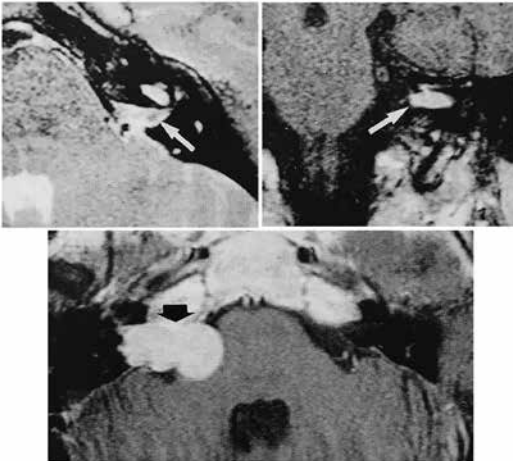
კიდევ ერთი კვლევაა კალორიული ტესტი. ამ კვლევისას გამოვლენილი ცალმხრივი ჰიპოგალიზიანება უკვე ცუდი ნიშანია და ამყარებს ეჭვს ნევრინომაზე.

თუკი ნევრინომას არსებობას ბევრი ეჭვი განაპირობებს, უმჯობესია ჩატარდეს მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა.

მაგნიტური რეზონანსი – დადებითი და უარყოფითი მხარეები

საბოლოო ჯამში, მაგნიტური რეზონანსი მაინც რჩება ნევრინომის დიაგნოსტიკის საუკეთესო კვლევადა. მიუხედავად იმისა, რომ მისი ფასი და კვლევის პროცესში კლაუსტროფობიის გამწვავება ითვლება სერიოზულ ნაკლად, მაინც გირჩევთ, მცირედი ეჭვის დროსაც კი დაიზღვიოთ თავი და პაციენტს ურჩიოთ მაგნიტური რეზონანსის გაკეთება.

ეს კვლევა ნევრინომის ყველა სტადიის ფიქსირებას ახერხებს.



ისრით ნაჩვენებია ნევრინომის სხვადასხვა სტადია

B. მკურნალობა

თუ ზომა იძლევა საშუალებას, მკურნალობა, უმეტესწილად, ქირურგიულია. არსებობს ტრანსლაბირინთული, რეტროსიგმოიდური და სუსპეტროზული მიდგომები. მიდგომა ქირურგის მიერ უნდა იყოს არჩეული. ეს არჩევანი დამოკიდებულია ტუმორის ლოკალიზაციაზე, ზომაზე და ქირურგის გამოცდილებაზე.

ნევრინომისას, ოპერაციული ჩარევის დროს, სასურველია შენარჩუნებული იყოს სახის ნერვის, უმეტესწილად კი, სმენის ნერვის ფუნქცია. თუმცა, დიდი ზომის ნევრინომების დროს ეს ვერ ხერხდება.

როდესაც საქმე გვაქვს ასაკოვან ან ძალიან დასუსტებულ პაციენტთან ან როდესაც ნევრინომა ძალიან პატარა ზომისაა, ქირურგიას სხივურ თერაპიას ვამჯობინებთ. ის ნაკლებად რადიკალური, მაგრამ, ამავდროულად, არაინვაზიური ჩარევაა.

ადრეული დიაგნოსტიკა, ისევე როგორც სხვა დაავადების შემთხვევაში, ნევრინომის დროსაც მნიშვნელოვნად ცვლის მისი მკურნალობის ტაქტიკას და მის შემდგომ განვითარებას. ამიტომ ოჯახის ექიმები და ამბულატორიის ოტოლოგები ვალდებული არიან იცოდნენ ამ საშიში სენის ნიშნების ამოცნობა და დიფერენციალური დიაგნოზის დასადგენად საჭირო კვლევების დანიშვნა.

კოხლეო-ვესტიბულარული დაავადების არცერთი ნიშანი არ უნდა განვიხილოთ როგორც ბანალური და ყოველი მათგანი უნდა გამოვიკვლიოთ, თუ არა რეზონანსული კვლევიტ, გამოწვეული პოტენციალების შემონმებით მაინც.

სახის ნერვის პერიფერიული პარეზი

სახის დამბლის, პარეზის, მიზეზი შეიძლება გახდეს VII ნევილი ნერვის დაზიანება ლეროს დონეზე ან სახის ნერვის ტრაექტორიის დონეზე, პონტო-ცერებელურ, კლდოვან ან ყბაყურა ჯირკვლის ზონებში.

ამ ტრაექტორიაზე ნერვის დაზიანების მიზეზი შესაძლებელია იყოს:

- ტრავმა, ძირითადად, ქალა-ფუძის კლდოვანი ნაწილის დაზიანება. შესაძლოა სახის მიდამოს დაზიანებამ VII ნერვის ტოტების გაგლეჯა გამოიწვიოს;
- სიმსივნე, რომელიც ძირითადად, ტვინის ლეროს კლდოვან ნაწილსა და ყბაყურა ჯირკვლის ადგილას ვითარდება;
- ოტოგენური;
- შერპეს ვირუსით გამოწვეული;
- სარკოიდოზი;
- ბელის ფაციალისი ანუ მიზეზის გარეშე განვითარებული პარეზი.

სახის ნერვის პარეზის ხარისხი შეიძლება მერყეობდეს სახის მცირე ასიმეტრიიდან დაწყებული, სახის ნერვის ტოტალურ პარეზამდე.

1. სახის ნერვის პარეზის სიმსივნური ეტიოლოგიის შემთხვევაში, პარეზი, როგორც წესი, პროგრესულად ვითარდება. თუმცა, არ უნდა გამოირიცხოს ამ ეტიოლოგიის პარეზები უეცარი ფაცი-ალისის დროსაც.

სიმსივნოვანი პარეზების შემთხვევაში, აუცილებელია ახალწარმონაქმნის მოძიება – ღეროდან დაწყებული, ყბაყურა ჯირკვლის მიდამოთი დამთავრებული.

როდესაც საქმე ავთვისებიან ტუმორთან გვაქვს, მაშინ მკურნალობა რადიკალურ რეზექციაში გამოიხატება და ესთეტიკურ მხარეზე ფიქრი მეორე პლანზე გადადის.

2. ოტოგენური პარეზები, როგორც წესი, ქრონიკული ქოლესტეატომური ან ტუბერკულოზური დაავადების დროს ვლინდება, როდესაც პათოლოგიური ქსოვილი იწვევს ნერვზე ზენოლას ან მის უზურაციას.

მწვავე ანთებითი ოტიტების დროს, ნერვის კომპრესიის მკურნალობა, როგორც წესი, მედიკამენტოზურია. თუმცა, თუ ამან შედეგი არ გამოიღო, ნაჩვენებია ნერვის დეკომპრესია და მასტოიდექტომია.

NOTA BENE

- სახის ნერვის პარეზით გართულებული ოტიტი, ქოლესტეატომური თუ ჩირქოვანი, სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებს ნერვის დეკომპრესიის მიზნით;
- თუ ქოლესტეატომა არ არის კომპრესიის მიზეზი, საჭიროა ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის მოკვლევა, განსაკუთრებით, თუ ამ პროცესებს თან ახლავს ვერტიგო;
- გარეთა სასმენი მილის ანთების დროს განვითარებული პარეზი, გარეთა ავთვისებიანი ოტიტის დიფ. დიაგნოსტიკას მოითხოვს;

3. ვირუსული ეტიოლოგიის პარეზების დიაგნოსტიკა მარტივია, რადგანაც, როგორც წესი, მას თან სდევს ყურის ნიჟარაზე ჰერპესული ხასიათის გამონაყარი.

ამ ეტიოლოგიაზე ასევე, მიუთითებს ფებრილიტეტი და ვესტიბულარული ნიშნებიც.

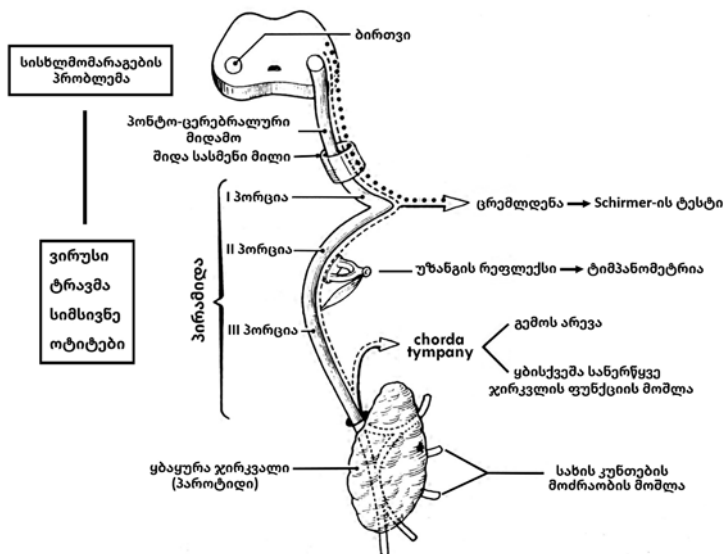
როდესაც ვირუსული ეტიოლოგია დადასტურებულია, ძირითადი მკურნალობა ხდება აციკლოვირით თუმცა, შესაძლოა კორტიკოსტეროიდების გამოყენებაც.

4. იდიოპათიული ანუ Bell-ის ფაციალისი უფრო ხშირად გვხვდება ვიდრე ზემოთ ჩამოთვლილი პარეზები. მისი კლინიკა მარტივია და ხშირად მოჰყვება გრიპოზულ სინდრომს ან გაციებას. პარეზის განვითარება ერთ-ორ დღეში ხდება. როგორც წესი, 2-3 კვირაში ხდება მისი სპონტანური განკურნება. თუმცა, უპრიანია, კორტიკოიდების და ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება. თუ ერთი თვის თავზე პარეზი არ გადის, კუნთოვანი დისტროფიის შედეგები სახეზე ტოვებს კვალს. თან, პროგნოზიც უარესდება.

NOTA BENE

იდიოპათიური ფაციალისის დროს აუცილებელია:

1. ოტოგენური ან ტუმორალური ეტიოლოგიის გარკვევა;
2. კორტიკოთერაპიის დაწყება;
3. ნევროლოგის მიერ პარეზის ხარისხის მუდმივი კონტროლი;
4. 3-თვიანი პერიოდის გავლის შემდეგ, მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში, ხელახალი კვლევების განხორციელება ტუმორალური ეტიოლოგიის გამოსარიცხად;
5. უეცარი პარეზის შემთხვევაში, ტომოგრაფიის გაკეთება არაა უპრიანი, რადგანაც ამ დროს შესაძლოა ტუმორის ზომა შეუმჩნეველი იყოს, ნორმალურმა CT სურათმა დაგვაბნიოს და დაგვარწმუნოს სიმსივნის არარსებობაში;



სახის ნერვის პარეზის ტოპოგრაფიული სქემა

5. მორეციდივე იდიოპათიური ფაციალისი დაახლოებით, შემთხვევათა 5%-ში გვხვდება. მაგალითად, *მელკერნსონ-როზენტალის* სინდრომის დროს.

მორეციდივო ფაციალისის დროს, აუცილებელია დიაბეტის გამორიცხვა და რასაკვირველია, CT კვლევა სიმსივნოვანი ეტიოლოგიის გამოსარიცხად.

6. ორმხრივი ფაციალისის შემთხვევები იგივე ეჭვებს ბადებს და შეიძლება შეგვხვდეს *გილენ-ბარეს სინდრომის* დროს. ასევე, *მოზიუსის სინდრომის* დროსაც.

7. ახალშობილთა ფაციალისი იშვიათი პათოლოგიაა და მისი ეტიოლოგიის გარკვევა უფრო ძნელია, რაც ასევე, აძნელებს მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევას.

უნდა გამოირიცხოს თანდაყოლილი, მალფორმაციული ეტიოლოგია, *მოზიუსის* სინდრომი (ცალმხრივი ან ორმხრივი ფაციალისი და VI ან სხვა ნერვების პარეზი). ამ შემთხვევაში, პარეზი მხოლოდ ტუჩების კუთხეებში იჩენს თავს.

თუ ეს ეტიოლოგია გამოირიცხა, მაშინ გვრჩება ტრავმული ეტიოლოგია. ანუ, თუ მკურნალობის მე-ნ კვირას შედეგი არ გვაქვს, შესაძლოა ვიფიქროთ ქირურგიულ დეკომპრესიაზეც.

NOTA BENE

სახის ნერვის პარეზის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები:

- პარეზის ეტიოლოგიის მიუხედავად, აუცილებელია თვალის მუდმივი კონტროლი და საჭიროების შემთხვევაში, მისი დროებითი დაფარვა სათვალთ ან, თუ ხელოვნური დატენიანება არ შველის და თვალი შრება, ბამბით ან ნახვევით;
- კუნთოვანი ატროფიის თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია სახის კუნთების მასაჟი და ფიზიოთერაპია;

**ცხვირი,
ცხვირ-ხახა და
დანამატი წიაღები**

ანატომია

ანატომიურად, ცხვირი, ცხვირ-ხახა და დანამატი ნიალები ზედა სასუნთქი გზების აეროვან ნაწილს წარმოადგენს.

ერთ-ერთის ინფიცირება და ანთებითი პროცესი, როგორც წესი, სხვების ჩათრევას და დაავადებას იწვევს.

A. ცხვირის ღრუ

ცხვირის ღრუ წარმოადგენს თავის ქალას ზედა წინა ნაწილში არსებულ ორ ხვრელს. ის ქალას ფუძის წინა ნაწილის ქვევით მდებარეობს და ძვიდით არის ორად გაყოფილი.

მისი ლატერალური კედლები, ნიჟარების გამო, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ნორმალური სუნთქვითი ფუნქციის შესანარჩუნებლად, რადგანაც აორმაგებს ცხვირის ღრუს ზედაპირს. მისი ლორწოვანი გარსი ცხვირის ღრუს იცავს.

ცხვირში ნიჟარების არსებობის გამო, არჩევნ ზედა, ქვედა და შუა გასავალს. შუა სავალში ხდება წინა დანამატი ნიალების დრენირება. ქვედა სავალში – საცრემლე არხი იხსნება.

ცხვირის ლორწოვან გარსს მრავალი ფუნქცია აკისრია:

- ყნოსვის ფუნქცია – ყნოსვის ბოლქვები მდებარეობს ცხვირის ღრუს ზედა ნაწილში, დაცხრილული ფირფიტის, Lamina Cribrosa-ს ქვეშ. ეს პატარა სტრუქტურა ყნოსვაზე პასუხისმგებელი;

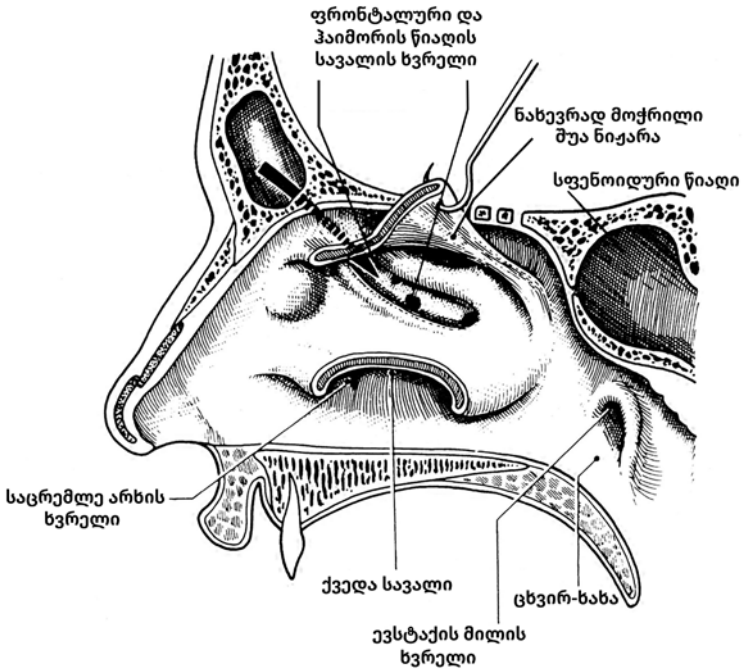
- სუნთქვის ფუნქცია – ის ანოტივებს, წმენდს და სუნთქვის დროს ათბობს ჰაერის ნაკადს;

ცხვირის ლორწოვანი გარსი ძალიან მდიდარია სისხლძარღვე-ბით და წარმოადგენს კავერნოზულ სისტემას. მისი გაციების ან ალერგიული რეაქციის შედეგად, ის შუბდება და ინვევს ცხვირის ღრუს მოცულობის შემცირებას, რაც აშკარა დისკომფორტს ქმნის სურდოს დროს. ამის გამო, ზოგჯერ ხდება ცხვირის ღრუების მონაცვლეობითი დახშობა, რაც ფიზიოლოგიურია, არ ინვევს პათოლოგიურ პროცესებს და არანაირ დისკომფორტს არ უქმნის პაციენტს. ეს 2 ან 5 საათიანი რითმი, გამოიხატება ხან ერთი ნესტოს შევიწროებით (არა დახურვით, არამედ შევიწროებით) და ხან – მეორესი.

ბუნებრივი (ალერგია, ვირუსი, სიმსივნე, პოზიციის შეცვლა) ფაქტორები ამ რითმის შეცვლაზე დიდ გავლენას ახდენს.

მუკოცილიარული საფარის არსებობის გამო, ნებისმიერი უცხო სხეული, რომელიც ჰაეროვანი გზით ცხვირის ლორწოვანზე მოხვდება, ამ სისტემის მეშვეობით ცხვირ-ხახისკენ განიდევენება (400-800 მოძრაობა წუთში). ეს მოძრაობა ძალიან მნიშვნელოვანია და ხშირად მისი შეფერხება მცირე ზემოქმედებითაც ხდება.

ეს ზემოქმედება შეიძლება იყოს: ინფექცია, ტოპიური პრობლემები, წამნამოვანი უჯრედების ანომალია (KARTAGENER-ის სინდრომი) მუკოვისცილოზი.



დანამატი წიაღების ბუნებრივი სავალების სქემა.

ამ ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარეობს დაცვის მეორე შრე, სადაც ფაგოციტოზი და იმუნოგლობულინების მოზიდვა ხდება.

ამ სისტემით ახორციელებს ცხვირის ლორწოვანი გარსი ზედა სასუნთქი გზების დაცვა-გასუფთავებას.

ცხვირის ღრუს ინერვაცია

- ყნოსვა;
- ლორწოვანი გარსის ინერვაცია, რომელიც n. ophthalmicus და n. maxillaris-ით ხორციელდება;
- ნეირო-ვეგეტატიური ინერვაცია, რომლის დისფუნქციის დროს ვითარდება ვაზომოტორული რინიტი;

ცხვირის სისხლმომარაგება

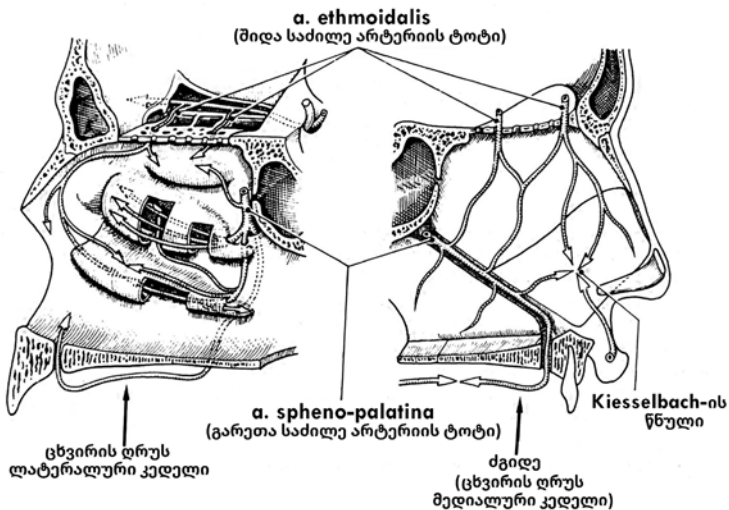
ის ორივე საძილე არტერიიდან ხორციელდება, შიდა და გარეთა არტერიების ტოტების მეშვეობით.

შიდა საძილე არტერიის ტოტები: თვალბუდის არტერიიდან გამომავალი a. ethmoidalis-ის არტერიოლები.

გარეთა საძილე არტერიის ტოტები: – მაქსილარული არტერიის ტოტის – a. sphenopalatina-ს არტერიოლები.

B. ცხვირის დანამატი წიაღები

დანამატი წიაღები ჰაეროვან უჯრედებს წარმოადგენენ. ეს წიაღები თვალბუდისა და ცხვირის ღრუს ირგვლივ მდებარეობენ.



შიდა და გარეთა საძილე არტერიების ტოტების ტოპოგრაფიული ანატომია

დანამატი წიაღები

- **ზედა ყბის წყვილი წიაღი**, ცხვირის ღრუს ლატერალურად მდებარეობს და მისი ბუნებრივი სავალი ამ წიაღის ფსკერიდან მაღლა – შუა სავალში იხსნება. ამიტომ მისი დრენირება ხანდახან ქირს.
- **ეთმოიდური წიაღი** – მრავალი პატარა ჰაეროვანი უჯრედისაგან შემდგარი, თვალბუდეებს შორის მოთავსებული წიაღების გროვაა. ეს სტრუქტურა ორ ნაწილად იყოფა: წინა და უკანა ეთმოიდური წიაღები.
- **სფენოიდალური წიაღი** – ცხვირის ღრუს უკან, ცხვირ-ხახისკენ ქალას ფუძის ქვეშ მდებარეობს. მის უკან და ზემოთ მდებარეობს sella turcica – ჰიპოფიზი. ამიტომ ნეიროქირურგიაში, ჰიპოფიზის ადენომის ოპერაციების დროს, ხშირად იყენებენ ენდონაზალურ მიდგომას. ამ წიაღთან უშუალო სიახლოვეშია შიდა საძილე არტერია, მხედველობის ნერვი და კავერნოზული სინუსი. როდესაც სფენოიდალური წიაღის პათოლოგია მიიმდება, ხშირია ამ სტრუქტურების დისფუნქციის კლინიკური ნიშნები. მაგალითად, მხედველობის ფუნქციის დარღვევა.
- **ფრონტალური წიაღი** – მისი ზომები ინდივიდუალურია და არასდროს არ არის სიმეტრიული, თუნდაც ერთ ადამიანში. მისი აგენეზია (განუვითარებლობა) არცთუ ისე იშვიათია. მისი დრენირება, წინა ეთმოიდური უჯრედების გავლით, შუა სავალში ხდება. ამიტომ შესაძლებელია ეთმოიდური სინუსის ანთებამ ჩაითრიოს ფრონტალური სინუსიც. ძალიან ხშირად, ოპერაციული ჩარევის დროს, საკმარისია ეთმოიდური წიაღის გათავისუფლება და ფრონტიტის პრობლემა ამით თავისთავად გვარდება.

წიაღების დრენირება და აერაცია

ე. წ. წინა სინუსები: მაქსილარული, წინა ეთმოიდური, ფრონტალური დრენირდება ერთიანი სისტემით შუა სავალში. მას ხშირად infundibulum-ს ანუ ძაბრს უწოდებენ.

უკანა სინუსები (სფენოიდალური და უკანა ეთმოიდური), ცხვირ-ხახისკენ, ცხვირის ღრუს უკან დრენირდება.

C. ცხვირ-ხახა

ეს ღრუ მთლიანად ცხვირის ღრუს უკან და რბილი სასის ზემოთ მდებარეობს.

მის უკანა კედელზე ლიმფოიდური ქსოვილის სიჭარბე, ადენოიდურ ვეგეტაციას წარმოქმნის, რაც ბავშვებში ოპერაციული ჩარევის მიზეზი ხდება, სუნთქვის გაძნელების გამო.

გვერდითა კედლებზე ევსტაქის მილი იხსნება და შუა ყურის დრენაჟს ახორციელებს.

წინიდან, ცხვირ-ხახა ცხვირის ღრუს ქოანებით უკავშირდება.

NOTA BENE

- ახალშობილის სუნთქვის ფუნქცია მთლიანად დამოკიდებულია ცხვირზე, რადგან პირით სუნთქვა, ძალიან გრძელი რბილი სასის გამო, მათ არ შეუძლიათ. ამიტომ, ცხვირის ფუნქციის ნებისმიერი მოშლა შესაძლოა სუნთქვის უკმარისობის მიზეზი გახდეს.

საყურადღებო ნიშნები და გამოვლინებები

A. ცხვირთან და ნიაღებთან დაკავშირებული ზოგიერთი ნიშანი

თავიდანვე თვალშისაცემია, მაგ.:

- ცხვირის ობსტრუქცია;
- რინორეა;
- ცეფალეა;
- ყნოსვის ფუნქციის მოშლა;

1. ცხვირის ობსტრუქცია

ახალშობილში, ცხვირის ობსტრუქცია, ქონანალური ატრეზიის ან სტენოზის გამო, შესაძლოა საბედისწერო გახდეს. ის იწვევს ახალშობილის სუნთქვის მწვავე ობსტრუქციას და ითხოვს რეანიმაციულ ღონისძიებებს.

როდესაც საქმე გვაქვს ორმხრივ ატრეზიასთან, ოპერაცია გარდაუვალია. გვაქვს ორი არჩევანი:

- ჩატარდეს მყისიერი ოპერაცია: (ქონანალური პლასტიკა, ტრაქეოსტომია). ოპერაციამდე მოხდეს პაციენტის სუნთქვით უზრუნველყოფა;

- მოხდეს პაციენტის კვება ოროგასტრალური ზონდით და უფრო მშვიდ ვითარებაში დაიგეგმოს ოპერაცია;

ქოანალური ატრეზიის დიაგნოზზე მიუთითებს პაციენტის სტრიდორული სუნთქვა, რომელიც უმჯობესდება პირის გაღების შემდეგ.

ზუსტი დიაგნოზის დასმა მხოლოდ კომპიუტერული ტომოგრაფიის შედეგად არის შესაძლებელი. მხოლოდ ეს კვლევა იძლევა ამომწურავ პასუხს რა ტიპის ატრეზიასთან გვაქვს საქმე (ცალმხრივი, ორმხრივი, ძვლოვანი თუ აპკოვანი).

ცალმხრივი ატრეზია უფრო მარტივია და შესაძლოა საერთოდ შეუმჩნეველი დარჩეს. მხოლოდ მოზრდილ ასაკში, ცალმხრივი რინორეა და ობსტრუქცია, შეიძლება გახდეს პაციენტის ექიმთან მისვლის მიზეზი.

არ უნდა გამოგვრჩეს ახალშობილის და ჩვილი ბავშვების ცხვირ-ხახის სიმსივნეები:

კისტოზური, ემბრიონალური სიმსივნეები, გლიომები (ნერვული გენების სიმსივნეები) და *ენცეფალო-მენინგოცელეები*. ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით საშიშია, რადგან შესაძლოა გართულდეს მენინგიტით, რომელიც შესაძლებელია გამოინვიოს ბიოფსიის შემდგომმა ინფიცირებამ. ნებისმიერი სიმსივნოვანი წარმონაქმნის დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა დაისვას CT-ს გამოყენებით.

ასევე, მცირეწლოვან და ახალშობილ ბავშვებში, ცხვირით სუნთქვის ობსტრუქციას ადენოიდური ვეგეტაციები, იგივე ადენოიდები განაპირობებენ. ამ დროს ბავშვი, განსაკუთრებით ღამით, დამახასიათებელი ხვრინვით სუნთქავს. ასევე, შესაძლოა ტონზილების ჰიპერტროფიაც იყოს ამ ობსტრუქციის მიზეზი.

მოზრდილებში და უფროსი ასაკის პაციენტებში, ცხვირის ობსტრუქცია უკვე სხვა მიზეზის გამო გვხვდება. მაგ.:

- ცხვირ-ხახის სიმსივნე;
- ცხვირის ძვიდის დეფორმაცია;
- ლორწოვანი გარსის ჰიპერტროფია;
- ცხვირის პოლიპოზი;
- ცხვირის უცხო სხეული;

ცხვირით სუნთქვის ობსტრუქცია სხვადასხვაგვარად აღიქმება პაციენტებში.

ზოგს ეს ძალიან აწუხებს, ზოგს კი მნიშვნელოვანი ობსტრუქციაც შეუმჩნევლად აქვს.

თუმცა, ეს დისფუნქცია, საბოლოო ჯამში, გამოინვევს პაციენტის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიას, ცეფალეას და რინოლალიას (ცხვირით ლაპარაკს).

NOTA BENE

- პატარა ბავშვებში (სასურველია დიდებშიც) ცხვირის ან ხცვირ-ხახის სიმსივნის ბიოფსია უნდა გაკეთდეს CT კვლევის შემდეგ;
- ცხვირის ნებისმიერი ქრონიკული და პროგრესული ობსტრუქცია, დიაგნოზის დასასმელად მოითხოვს ღრმა კვლევების ჩატარებას;
- ცხვირის ნებისმიერი ობსტრუქცია უნდა ჩაითვალოს პათოლოგიურ მოვლენად და მის აღმოსაფხვრელად ყველფერი უნდა ვცადოთ;

2. რინორეა (ცხვირიდან გამონადენი)

ცალმხრივი ჩირქოვანი რინორეა – ამ მოვლენის დროს, აუცილებლად უნდა გამოვრიცხოთ ცხვირის ღრუს უცხო სხეული, ცხვირის პოლიპოზი ან სხვა ტიპის სიმსივნე და შესაძლოა, ოდონტოგენური სინუსიტიც (კბილიდან წამოსული ჰაიმორიტი).

უცხო სხეულის და ოდონტოგენური ჰაიმორიტის უტყუარი ნიშანია სუნიანი რინორეა. იგი მკვეთრად სუნიანი გამონადენით ხასიათდება.

ორმხრივი ჩირქოვანი რინორეა – უმეტესწილად, უბრალო რინიტის ან ორმხრივი სინუსიტის ნიშანია. გამონადენის სიჭარბე არანაირად არ არის კავშირში ანთებითი პროცესის სიმძიმესთან.

სისხლიანი რინორეა, იგივე *ეპისტაქსისი*, ცხვირიდან ხახაში ან ნესტოებიდან სისხლის დენას ნიშნავს. როდესაც პაციენტი წევს, მას შესაძლოა ეს სისხლი უკან, ხახაში გადაუვიდეს და ამან არასწორი დიაგნოზისკენ გვიბიძგოს, როგორცაა ჰემატომეზისი ან ჰემოპტიზია.

NOTA BENE

- ეპისტაქსისის დროს ჩაყლაპული სისხლი, სავარაუდოდ, სისხლდენის მიზეზის დადგენაში ხელს შეგვიშლის;
- ამავე დროს, შესაძლოა გამოგვეპაროს სისხლის დიდი რაოდენობის დაკარგვაც. თუმცა, ჩაყლაპული სისხლის მონელება ვერ ხერხდება და ამიტომ, პაციენტი მას აუცილებლად აღებინებს და აი აქ, უკვე შესაძლო ხდება რეალურად დაკარგული სისხლის რაოდენობის შეფასება;

თავ-ზურგ-ტვინის (ცერებრო-სპინალური) სითხის რინორეა, ლიქვორეა

ეს მოვლენა ქალას ფუძის ტრავმების დროს გვხვდება. თუმცა, შესაძლოა სხვა ეტიოლოგიაც ჰქონდეს. მაგალითად, ძვლოვანი ქსოვილის (Lamina cribrosa-ს) განლევა.

ასეთი სპონტანური ლიქვორეა, როგორც ნესი, ჭარბია და ქალასშიდა ჰიპერტენზიის გამო ვითარდება. არ არის გამორიცხული, სიმსივნოვანი პათოლოგიური პროცესის გამო, ლიქვორეას სპონტანური დაწყებაც.

ლიქვორეას გამომწვევი მიზეზი არ არის მხოლოდ დაცხრილული ფირფიტის მიდამოს ნაპრალი. შესაძლოა ქალას პეტროზული (კლდოვანი) ნაწილის ნაპრალის ლიქვორეა, როდესაც ლიქვორი, ევსტაქის მილით, ცხვირ-ხახაში ჩაედინება.

ამ შემთხვევაში, კლინიკურად მისი გამოვლინება შეუძლებელია.

ზუსტი დიაგნოსტიკა ხდება სითხის ქიმიური ანალიზის შედეგად. თუ სითხეში Betatransferin-ი აღმოჩნდა, ეს უეჭველად არის ლიქვორეას ნიშანი.

გლუკოზის ტესტიც იძლევა გარკვეულ მითითებებს, თუმცა შესაძლოა, სისხლიანი სითხის დროს, იგი მცდარი იყოს. ამიტომ ეს უკანასკნელი მაინც იშვიათად გამოიყენება.

ნაპრალის ადგილმდებარეობის გასარკვევად, ვიყენებთ კონტრასტულ (რად.იოდ) CT-ს, რომელიც გვიჩვენებს გამოყოფის ადგილს. ასევე, გამოიყენება სპეციალური ფერადი ნივთიერება, რომელიც ოპერაციის დროს, ოპერაციამდე რამდენიმე საათით ადრე შეყვანილ ფერად სითხეს ენდოსკოპიურად ხილვადს ხდის.

ალერგიული და ვაზომოტორული გამჭვირვალე რინორეა უფრო ხშირად ცემინებას სდევს თან და არანაირად არ არის დაკავშირებული ცერებროსპინალურ ლიქვორეასთან.

თუ ეჭვი მაინც გვაქვს, საჭიროა გამონადენის ქიმიური ანალიზი.

3. თავის და სახის წინა ნაწილის ტკივილი

ამ ჩივილით პაციენტები არა მარტო ჩვენთან, ოტო-ლარინგო-

NOTA BENE

- ლიქვორეა შესაძლოა ტრავმის გარეშეც გამოვლინდეს. ამიტომ, როდესაც სახეზეა რინორეა (განსაკუთრებით ცალმხრივი და გამჭვირვალე), აუცილებელია ჩატარდეს მისი ქიმიური ანალიზი;
- ალერგიული რინორეა არასოდეს არის ცალმხრივი;
- ლიქვორეა ცხვირიდან, შესაძლოა არსებობდეს კლდოვანი ნაწილის ტრავმის გამო. ამ შემთხვევაში, ის, ევსტაქის მილის გავლით, ცხვირში ჩაედინება;

ლოგებთან, არამედ, ოჯახის ექიმთანაც ძალიან ხშირად მიდიან.

ნებისმიერი წიაღის ანთება ან ოკლუზია შესაძლებელია გახდეს თავის საშინელი ტკივილის მიზეზი.

როდესაც საქმე გვაქვს ქრონიკულ პროცესთან, ტკივილი საერთოდ არ არის, ან მისი კლინიკა უფრო ნაკლებგამოხატულია.

არ არის აუცილებელი, რომ ტკივილი აღინიშნებოდეს წიაღის საპროექციო არეში. მაგალითად, სფენოიდალური წიაღის ანთება იძლევა კეფის და თვალბუდის ტკივილს.

NOTA BENE

- თავის ნებისმიერი წიაღის საპროექციო ადგილას გაჩენილი ტკივილი, ითხოვს სინუსების გამოკვლევას;
- კეფის და საფეთქლის მიდამოს ტკივილი, რომელიც არაა კავშირში არტერიულ წნევასთან, საჭიროებს სფენოიდალური წიაღის რადიოლოგიურ კვლევას;

4. ანოსმია – კაკოსმია

ანოსმია – ყნოსვის მთლიანი დაკარგვა. ამ დაავადების თანდაყოლილი ფორმები ძალიან იშვიათია. მაგალითად, ე.წ. TURNER-ის სინდრომი.

მისი ძირითადი მიზეზი ჰიპოგონადიზმია.

დანარჩენ შემთხვევაში, ის შექმნილია შემდეგი მიზეზების გამო:

- ქალა-ფუძის ტრავმები;
- ქალას წინა ნაწილის ქირურგიული ოპერაციები;
- გრიპოზული დაავადების შემდეგ (ვირუსული ეტიოლოგია);
- ცხვირის ორმხრივი ობსტრუქცია: სურდო, პოლიპოზი, სხვა სიმსივნეები;
- ოზენა;

ტრავმების და გრიპის შემდგომი ანოსმია, შესაძლოა გამოსწორდეს. ამისთვის, განსაკუთრებით ეფექტურია კორტიკოთერაპია. სასურველია მკურნალობა პირველი 10 დღის მანძილზე დავიწყეთ.

რინიტების და პოლიპოზის დროს, ძირითადი დაავადების რემიციისას, ყნოსვა პერიოდულად უმჯობესდება.

ქალა-ფუძის სიმსივნეების დროს, ანოსმია პროგრესული ხასი-

ათისაა და მისი გამოსწორება ძირითადი მიზეზის აღმოფხვრის გარეშე, ნაკლებად სავარაუდოა.

აღსანიშნავია, რომ ყნოსვის დაკარგვის პროგრესირება აუცილებლად უნდა გვაფიქრებდეს ქალა-ფუძის სიმსივნეების არსებობაზე.

ანოსმიას თან სდევს გემოს დაკარგვა, რაც არა მარტო მადის და ცხოვრების ხალისის დათრგუნვას იწვევს, არამედ სიცოცხლისთვისაც შეიძლება საფრთხის შემცველი იყოს, იმ მიზეზის გამო, რომ შესაძლებელია ადამიანმა ვერ შეამჩნიოს მომნამლავი აირის სუნი, არსებობს უვარგისი და საშიში სასმელის შემთხვევით დალევის საფრთხეც.

გემოს დაკარგვა შესაძლებელია ნამლის (მაგალითად, კაპტოპრილი – წნევის წამალი), ან ყურზე ქირურგიული ჩარევის დროს, chorda tympani-ს დაზიანების მიზეზითაც განხდეს. ეს დისფუნქცია, როგორც წესი, კომპენსირდება 2-3 კვირაში.

ჰიპეროსმია – გამძაფრებული ყნოსვა.

გვხვდება ორსულობის და ენდოკრინული დაავადებების დროს (მაგ. ბაზედოვის დაავადება).

პაროსმია – გაუკუღმართებული ყნოსვა – ნევროლოგიური მომწივების ეტიოლოგიაა.

ჰოლოსმია – ყნოსვითი ჰალუცინაციები. ეს, როგორც წესი, ტემპორალური წილის სიმსივნეების დროს ვლინდება.

კაკაოსმია – ცუდი სუნის შეგრძნება.

B. ნიაღვრის და ცხვირის ახლომდებარე ორგანოების პათოლოგიის ნიშნები

ცხვირის და დანამატი ნიაღვრის პათოლოგიაზე და მათი კვლევის აუცილებლობაზე ხშირად მეტყველებს ჩივილები ახლომდებარე ორგანოებზე. მაგ.:

- კონდუქციური ტიპის სმენის დაქვეითება, რომელიც ხშირად ევსტაქის მილის დისფუნქციის ბრალია;
- ქრონიკული ფარინგიტი;
- ქრონიკული ხველა და ლარინგიტი (nasal drip syndrome);
- დისპეპსიური მოვლენები;
- ყელის ჩახეხვის სინდრომი (ე. წ. ყელის სიმშრალე);

C. უფრო საშიში სიმპტომები

- მორეციდივე, ჩირქოვანი მენინგიტი, განსაკუთრებით პოსტტრავმული პერიოდის დროს;
- ევზოფთალმია, თვალის მობილობის მოშლა;
- თვალის ნერვის ანთება;

ცხვირის, ცხვირ-ხახის და დანამატი წიაღების გამოკვლევა

A. კლინიკური და პარაკლინიკური კვლევები

1. ცხვირი

ცხვირის დათვალიერების დროს, აუცილებელია მისი ძირითადი ფუნქციის – სუნთქვის (როგორც მშვიდი, ასევე ფორსირებული შესუნთქვის) შემოწმება. ამ დროს, ჩვენ საშუალება გვეძლევა შევაფასოთ ცხვირის ნესტოების მდგომარეობა და მოქმედება სუნთქვის სხვადასხვა რეჟიმის დროს. მაგალითად, შესაძლებელია სუნთქვის გაძნელება გამოწვეული იყოს არა ცხვირის ღრუში არსებული პრობლემით, არამედ, ნესტოების ფრთისებრი ხრტილების კოლაფსით. ამ მოვლენის შეფასება შეუძლებელია, თუ დათვალიერებას ცხვირის სარკის გამოყენებით დავიწყებთ. ამიტომ, პირველ რიგში, დიდი თითის მემწეობით ცხვირის ნვეტი ზემოთ უნდა ავნიოთ, რაც საშუალებას გვაძლევს ცხვირის ძვიდის წინა ნაწილის შეფასება მოვახდინოთ. დავადგინოთ როგორი არის ის – გამრუდებული, სწორი და ასე შემდეგ.

ინსრუმენტული გამოკვლევა – წინა რინოსკოპია, ცხვირის სარკის, თავზე მოთავსებული შუქის წყაროს და მეორე ხელის დახმარებით ხორციელდება.

რინოსკოპიის დროს შეფასება ეძლევა ცხვირის ღრუს, სეკრეტს,

ლორწოვანის ფერს, ძვლოვან და ხრტილოვან დეფორმაციას, უცხო სხეულის არსებობას.

შესაძლებელია გამოვიყენოთ ცხვირის ვაზოკონსტრიქტორები (Xylasol)

რათა, შემცირებული ლორწოვანის ხარჯზე, უფრო კარგად შევასოთ ღრუები.

ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ცხვირის ღრუ ძალიან ფართოა, შესაძლებელია ცხვირ-ხახის შეფასებაც.

ცხვირის ენდოსკოპიური კვლევა-ნაზოფიბროსკოპია, უფრო დეტალური და თანამედროვე კვლევაა. ის არაა ყოველთვის აუცილებელი. თუმცა, როდესაც საქმე გვაქვს ცხვირის რაიმე სერიოზულ პრობლემასთან, ეს ყველაზე კარგი გამოსავალია.

ენდოსკოპიური კვლევა შესაძლოა განხორციელდეს დრეკადი, ფიბროსკოპიული ან რიგიდული ოპტიკით. სასურველია ამ კვლევის ჩანერა, შემდგომი ანალიზისთვის



პირდაპირი და ენდოსკოპიური რინოსკოპია

2. ცხვირ-ხახის დათვალიერება

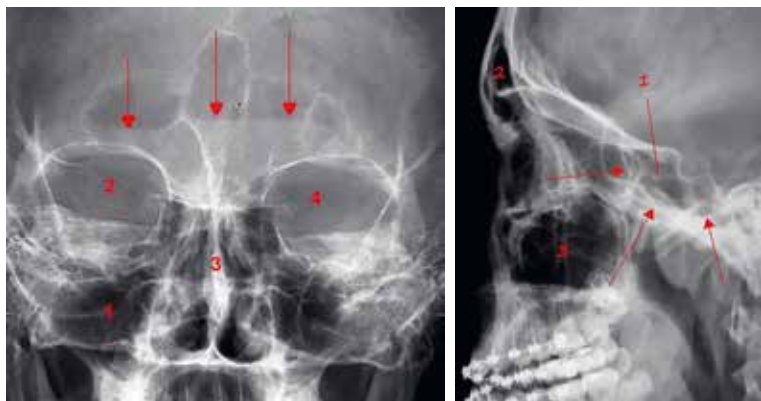
ცხვირ-ხახის დათვალიერება შესაძლებელია ნაზოფიბროსკოპიით ან უკანა რინოსკოპიით, რომელიც უფრო ძველი გამოკვლევაა და სარკის მეშვეობით ხორციელდება. ამ მეთოდს უფრო და უფრო ნაკლებად იყენებენ, თუმცა მისი ცოდნა უპრიანი იმ შემთხვევებში, როდესაც ხელთ არ გვაქვს ნაზოფიბროსკოპი.

ადნოიდური ვეგეტაციების შეფასება ადრე ხდებოდა თითოთ, ცხვირ-ხახის პალპაციით ან რენტგენოლოგიური სურათით. დღეს ყველაზე კარგი მეთოდი ნაზოფიბროსკოპიაა მისი ნაკლებად ინვაზიურობისა და სიზუსტის გამო. იგი მცირეწლოვან ბავშვებშიც მარტივი ჩასატარებელია.

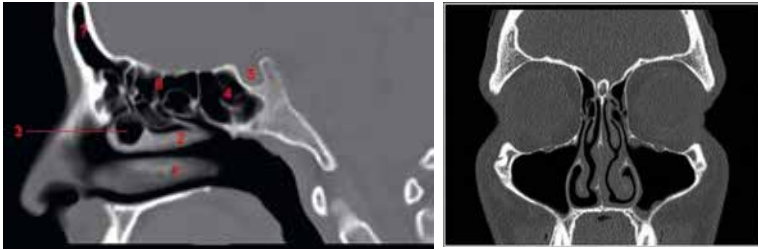
3. დანამატი ნიაღების გამოკვლევა

ამ სტრუქტურის გამოკვლევის ბევრი მეთოდი არსებობს. თუმცა, ზოგიერთი მათგანი, მაგალითად ექოსკოპია, ნაკლებად გამოიყენება. სიზუსტით ის ვერ შეედრება რადიოლოგიურ კვლევებს. ვგულისხმობთ რენტგენს და, უკეთეს შემთხვევაში, როდესაც საქმე სერიოზულ დაავადებასთან გვაქვს, კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

ამის გარდა, უპრინაია პაციენტის ყვრიმალეების და შუბლის მიდამოს პალპაცია, მგრძნობელობის შესაფასებლად.



რენტგენოლოგიური კვლევა. მარცხენა სურათი: 1. ჰაიმორის ნიაღი, 2. თვალბუდე, 3. ძვიდე, ისრები – ექსუდატი ფრონტალურ ნიაღში
 მარჯვენა სურათი: 1. ძირითადი ნიაღი, 2. ფრონტალური ნიაღი
 3. ჰაიმორის ნიაღი.



კომპიუტერული ტომოგრაფია

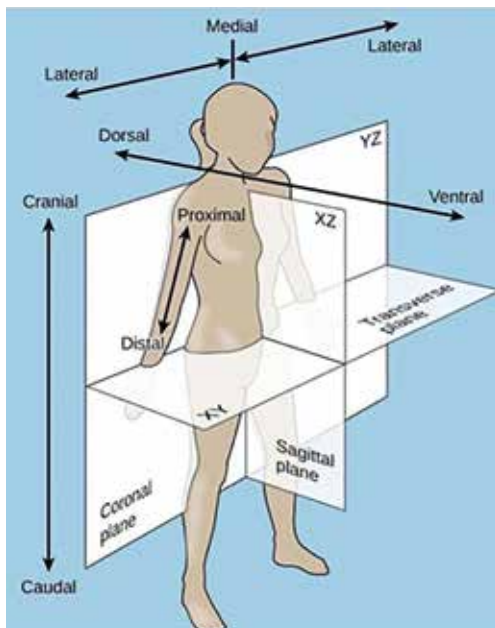
1. ქვედა ნიჟარა, 2. შუა ნიჟარა, 3. concha bullosa, 4. სფენოდალური წიაღი,
5. sella turcica, 6. ეთმოიდური უჯრედები, 7. ფრონტალური წიაღი.

B. რადიოლოგიური კვლევები

1. სტანდარტული რენტგენი დღეს მეორე ცხოვრებას იწყებს და, გამომდინარე მისი ფასის და დასხვიების სიმცირიდან, უფრო და უფრო პოპულარული ხდება.

თუმცა, მისი გამოყენება გარკვეული ჩვენებების დროს უნდა მოხდეს. მიუხედავად ეფექტურობისა, იგი მაინც ვერ ცვლის კომპიუტერულ ტომოგრაფიას და მაგნიტურ რეზონანსს.

2. CT და MRT არ გახლავთ პირველი მოთხოვნის პარაკლინიკური კვლევები. მათი ჩატარება მორეციდივე ან ქრონიკული სინუსიტების და სიმსივნეების შემთხვევაშია აუცილებელი დიფერენციალური დიაგნოზის დასასმელად. აქ რენტგენოლოგიური ან ექოსკოპიური კვლევის მონაცემებით დიაგნოზი აღარ ისმება. რადიოლოგიური კვლევების დროს აუცილებელია ადამიანის სხეულის ტოპოგრაფიული მიმართულებების (როგორიც არის, მაგალითად, სხეულის დისტალური და კაუდალური ნაწილი აქსიალური და კორონარული ჭრილები და ასე შემდეგ) ცოდნა.



რადიოლოგიური ჭრილების დასახელებები.

ამ კვლევების დანიშვნის ასეთივე ჩვენებაა ქირურგიული ჩარევაც. ოპერაციის მსვლელობისას, ზედმეტი რისკების თავიდან ასაცილებლად, ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ CT-ს.

მაგნიტური რეზონანსის გადაღება ძალიან ინფორმაციულია შებრუნებითი პაპილომის და სხვა სიმსივნეების დროს, როდესაც სიმსივნის გავრცელების ქსოვილოვანი საზღვრების დადგენა გვესაჭიროება.

3. მაგნიტურ რეზონანსული არტერიოგრაფია აუცილებელია სისხლძარღვოვანი სიმსივნეების და კატაკლიზმური ეპისტაქსისის დროს, სისხლმომარაგების ან რაიმე პათოლოგიური ანგიოლოგიური პროცესის განსასაზღვრად.

C. ფუნქციური კვლევები

ცხვირის სასუნთქი ფუნქციის საუკეთესო კვლევას დღეს აკუსტიკური რინომანომეტრია წარმოადგენს. ჩვენს კლინიკაში ამ კვლევის გარეშე ცხვირის არცერთი ფუნქციონალური ოპერაცია არ კეთდება. მიზეზი მარტივია:

- დიაგნოზის სიზუსტე;
- პოსტოპერაციული შედეგის განსაზღვრის შესაძლებლობა;
- მედიკოლევალური ასპექტი;

ყნოსვის და გემოს განმსაზღვრელი კვლევები

ყნოსვის გამოკვლევა ოლფაქტომეტრის ან სხვადასხვა განზავების ექსტრაქტის საშუალებით ხორციელდება.

გემოს შეგრძნება ძალიან არის დამოკიდებული ყნოსვაზე. ყნოსვის დაკარგვა საგრძნობლად იწვევს გემოს დაკარგვას. ზოგ შემთხვევაში, ეს ელემენტარული შეგრძნების დონემდე დადის: შაქრიანი, მარილიანი, ცხელი და ასე შემდეგ.

არსებობს გემოს დაკარგვა მედიკამენტოზური მიზეზითაც.

სინუსების და ცხვირის ღრუების ადგილობრივი, აპლიკაციური მკურნალობა

ადგილობრივი მკურნალობის ისტორია წინა საუკუნეებში იწყება.

მისი მეთოდика და სამკურნალო პრეპარატები ძალიან მრავალფეროვანია და იცვლება ექიმის და პაციენტის ინდივიდუალური მონაცემების და გემოვნების მიხედვით.

აქ შეგვიძლია მხოლოდ ნაწილობრივ და ზოგადად მოგიხროთ აპლიკაციური და ლოკალური მკურნალობის შესახებ.

აუცილებელია ყოველთვის გვახსოვდეს ცხვირის ლორწოვანი გარსის განსაკუთრებული სიფაქიზე და მულტიფუნქციურობა.

ნებისმიერი ადგილობრივი პრეპარატი შესაძლოა გახდეს მუკოცილიარული ტრანსპორტის მოქმედების შემაფერხებელი ან, უკიდურეს შემთხვევაში, გამანადგურებელიც. ამიტომ პრეპარატის დოზის და ხანგრძლივობის შერჩევა უნდა ხდებოდეს ინდივიდუალურად – პაციენტის კლინიკური მონაცემების გათვალისწინებით. ჩვენ მიერ კარგად აპრობირებული პრეპარატები არის – Polydexa Isofra, Etacide, Palada.

მანიპულაციები

A. ცხვირის მოხოცვა

ნებისმიერი ზედმეტი სეკრეტი არის აპლიკაციური მკურნალობის ხელისშემშლელი ფაქტორი. ამიტომ აუცილებელია ყოველი აპლიკაციის წინ, ცხვირის გამოსუფთავება მოხოცვით და შემდგომ – იზოტონური ხსნარებით (მაგ. Nisita spray) გამორეცხვა. მოხოცვა არ უნდა იყოს ძალიან აგრესიული, მაგრამ არც ძალიან ნაზი.

B. ცხვირში პრეპარატის შეყვანის ფორმა

პულვერიზაციით თუ წვეთით, პაციენტმა და ექიმმა ერთობლივად უნდა გადაწყვიტონ. პულვერიზაცია უფრო კარგად და თანაბრად განავრცობს წამალს. თუმცა, ზოგი (განსაკუთრებით ბავშვები), ამ ტიპის აპლიკაციას აპროტესტებს. მაშინ, პაციენტს ვთავაზობთ წვეთოვან წამალს.

ნებისმიერ წამალს, მათ შორის ადგილობრივსაც, აქვს საკუთარი ანოტაცია. იქ მითითებული ჩვენებები და უკუჩვენებები ექიმმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს.

მაგალითად, ვაზოკონსტრიქტორების ნაფაზოლინის ჯგუფის პრეპარატები არ იხმარება ახალშობილ და ძალიან პატარა ასაკის პაციენტებში, რადგან მათ სინკოპეს გამოწვევა შეუძლიათ.

ამავდროულად, შესაძლოა ადრენალინის გამოყენება (გაზავებუ-ლი 1/1000-თან და ამ ნაზავის 1მლ. 20 მლ. ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი). თუმცა, გირჩევთ ყოველთვის გამოიყენოთ ქარხნული წესით გაზავებული პრეპარატები, რათა შეცდომა არ მოგვივიდეს. ყოველთვის უნდა შევიძინოთ ასაკის მიხედვით განსაზღვრული პრეპარატები: ახალშობილებისათვის, ჩვილებისათვის და მოზრდილი პაციენტებისათვის. ასეთებია: სტეროიდული ადგილობრივი საშუალებები: (Polydexa, Etacid,) არასტეროიდული ანტიჰისტამინური საშუალებები (Palada).

კიდევ ერთი გაფრთხილება და რეკომენდაცია, რომელიც ჩვენს აფთიაქარებსაც არ აწყენდათ: ეს არის შეზღუდული ხანგრძლივობის თერაპიული მკურნალობა ვაზოკონსტრიქტორებით. (მაქსიმალური ვადა 7-6 დღე). წინააღმდეგ შემთხვევაში, არსებობს დიდი რისკი მედიკამენტოზური რინიტი ჩამოყალიბდეს, რაც ძალიან შემანუხებელია და ხშირად, ფუნქციის აღსადგენად, ოპერაციული ჩარევა ხდება საჭირო.

აპლიკაციური ანტიბიოტიკების გამოყენება, როგორცაა: სოფრამიცინი, ნეომიცინი (Polydexa, Neladex NS) შედეგიანია და ხშირად თავიდან გვაცილებს სისტემურ ანტიბიოტიკოთერაპიას. აპლიკაციური პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება არაა მიზანშეწონილი და ეფექტური.

ასევე, ეფექტურია ლიზატებით და ფაგებით გამორეცხვა, რაც ძალიან კარგ შედეგს გვაძლევს ქრონიკულ პათოლოგიებში, რადგანაც მათი გამოყენების ხანგრძლივობა არაა შეზღუდული.

ზეთოვანი და იზოტონური ხსნარების გამოყენება კარგ შედეგს იძლევა სიმშრალისა და ფუფხების მოცილების კუთხით (Nisita).

C. სინუსების პუნქცია

ჰაიმორის წიაღის პუნქცია ძალიან დიდი პოპულარობით სარგებლობდა წინა საუკუნეში. ამას ხელს უწყობდა ისეთი ადგილობრივი ანესთეტიკის ლეგალობა, როგორიც არის კოკაინის ხსნარი. თუმცა, ჩვენი გამოცდილებიდან გამომდინარე, აგერ უკვე 20 წელიწადია, პუნქციის გაკეთება აღარ ხდება. შესაბამისად, საკონსულტაციოდან გაუბედურებული პაციენტის ყვირილი აღარ გამოდის და ეს მისასალმებელია. თუ მედიკამენტოზური გზით სინუსების ევაკუაციას და მკურნალობას შედეგი არ აქვს, მაშინ, ერთჯერადად, პუნქციის გაკეთება დროებითი ხერხია და ამ შემთხვევაში, ჩვენ ფუნქციონალურ ენდოსკოპიურ ქირურგიას ვამჯობინებთ.

თუმცა, ეს ჩვენი გამოცდილებაა და არავის ვახვევთ თავს. რომელ მეთოდს აირჩევს ექიმი, მისი გადასაწყვეტია, მითუმეტეს, ეს მეთოდისაა ჯერ არ არის აკრძალული.



ჰაიმორის წიაღის პუნქცია
დიუფოს ნემსით.

D. ენდონაზალური ფუნქციური ქირურგია

ენდოსკოპიურმა ქირურგიამ მთელ მსოფლიოში ძალიან გაითქვა სახელი, როგორც ნაკლებად ინვაზიურმა და ფუნქციურმა ქირურგიულმა ჩარევამ.

ტექნიკის განვითარებამ და რადიოლოგიური კვლევების ხარისხის გაუმჯობესებამ (მხედველობაში გვაქვს ნავიგაციის მეთოდისა), ენდოსკოპიურ ქირურგიას ისეთი შესაძლებლობები გაუხსნა, რომელიც ჯერ კიდევ 20 წლის წინ ფანტასტიკად ითვლებოდა.

უკვე ჩვეული გახდა ისეთი ოპერაციები, როგორიც არის: ენდოსკოპიური ტურბინოპლასტიკა, ტურბინექტომია, ეთმოიდექტომია, ჰაიმოროტომია და სფენოიდექტომია. ასევე, ეგზოფთალმიის ოპერაციები როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს.

კომპიუტერული ნავიგაცია ოპერაციის დროს, როგორც მოგზაურობისას GPS ნავიგაცია, საშუალებას იძლევა ვაკონტროლოთ ჩვენი ჩარევა და მილიმეტრის სიზუსტით განვასხვაოთ დაზიანებული და ჯანმრთელი ქსოვილი.

E. ცხვირის უცხო სხეული

მკურნალობის ტაქტიკა განსხვავდება პატარა და ზრდასრული პაციენტების შემთხვევაში.

როგორც ნესი, პატარების ცხვირში უცხო სხეულის არსებობა ივარაუდება მშობლის მიერ ნათქვამით ან ცალმხრივი, ქრონიკული ჩირქოვანი რინორეის არსებობით.

როდესაც უცხო სხეული ამკარად ჩანს ნესტოში და ბავშვი წყნარ განწყობაზეა, ჩვენ შეგვიძლია დაძინების გარეშე შევეცადოთ მოვახდინოთ მისი ექსტრაქცია-ამოღება.

თუ საქმე გვაქვს ღრმად მდებარე ან, უარეს შემთხვევაში, ინფიცირებულ უცხო სხეულთან, ჯობს ეს მანიპულაცია ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ – ნარკოზით განხორციელდეს. ამით ჩვენ თავიდან ავიცილებთ:

- უცხო სხეულის ინჰალაციის საშიშროებას;
- უცხო სხეულის უფრო ღრმად პენეტრაციას;
- გვერდზე მდებარე ქსოვილის უაზრო დაზიანებას;
- ბავშვის ფსიქოლოგიურ ტრავმას;

როდესაც საქმე გვაქვს ზრდასრულ პაციენტთან, უცხო სხეულის ამოღება, უმეტესწილად, შესაძლებელია უნარკოზოდ.

კრანოფაციალური ტკივილი

ხშირად პაციენტის მომართვის მიზეზი სახის მიდამოს ტკივილია. მას თავად აქვს გამზადებული დიაგნოზი: სინუსიტი, რომელიც მეზობელმა უთხრა ან ვიდეო-ში მოძებნა.

რასაკვირველია, ჩვენ უნდა დავრწმუნდეთ ამ „დიაგნოზის“ სიზუსტეში და ისე დავინწყოთ მკურნალობა. არ უნდა გამოგვეპაროს რაიმე სხვა დაავადება და არ დავინწყოთ მკურნალობა არასწორი დიაგნოზით.

სინუსიტის დიფერენციალური დიაგნოზის კვლევები

რენტგენოგრაფია, რინოსკოპია

რასაკვირველია, კომპიუტერული ტომოგრაფია არ უნდა იყოს ჩვენი პირველივე გამოკვლევა მისი ფასიდან და დასხივების ხარისხიდან გამომდინარე. მაგრამ, როდესაც საჭიროა გაურკვეველი სიტუაციიდან გამოსვლა, CT უტყუარი კვლევაა, რომლითაც შეიძლება გამოირიცხოს ჩირქოვანი თუ სიმსივნოვანი პროცესის არსებობა ამა თუ იმ წიაღში.

ხშირად ძვიდის გამრუდებული ნაწილის ზეწოლა ნიჟარაზე ან ცხვირის ანატომიური თავისებურება – სივინროვე, შეიძლება იყოს ცეფალეის მიზეზი.

და პირიქით, ოსტეომის არსებობა არ არის პაციენტის თავის ტკივილის უტყუარი მიზეზი.

ნევრალგიური ტკივილების ტოპოგრაფია და ხასიათი ძალიან გამოირჩევა სინუსიტის ტკივილებისაგან. თუმცა, არის მის მსგავსად ყრუ და მუდმივი.

ელვისებური ძლიერი ტკივილი ცხვირით შესუნთქვისას, მე-5 წვეილი ნერვის (**სამწვერა ნერვის**) ნევრალგია უფრო არის, ვიდრე ჰაიმორიტი.

თუმცა, იდენტური ტკივილების არსებობა შესაძლოა სიმსივნის არსებობის დროსაც. აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ ეს ტკივილები ტეგრეტოლის მიღებისას იკლებს, რაც კიდევ ერთხელ ინვეს გაუგებრობას.

კიდევ ერთი კვლევა – მაგნიტური რეზონანსი გამოავლენს V წვეილი ნერვის შესაძლო ნევრინომას.

სახის მიდამოს არასისტემური ტკივილები, რომელსაც აქვს ცალმხრივი ხასიათი და ზოგჯერ თან ახლავს რინორეა და ცრემლდენა, შესაძლოა იყოს ვასკულარული წარმოშობის ტკივილები.

მათი სავიზიტო ბარათია ცალმხრივობა, ღამის პერიოდში გამოვლინება და 2-3 კვირიანი მშვიდი პერიოდების არსებობა.

არსებობს ზედა ყბის შიდა არტერიის დილატაციის თეორია, და ზოგ შემთხვევაში, სფენო-პალატინას მიდამოს (შუა ნიჟარის უკანა ნაწილის) ანემიზაციით და ბლოკით ხდება ამ ტკივილების კუპირება.

შეტევების დაწყების შეჩერება ბეტა-მაბლოკირებელი საშუალებებით ან ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდებით არის შესაძლებელი.

ამ შემთხვევაშიც უნდა ვიფიქროთ სიმსივნოვან ეტიოლოგიაზე და აუცილებლად გამოვიკვლიოთ საექვო მიდამოები CT და MRI-ის საშუალებით.

თუმცა, ძალიან ხშირია პრიმიტიული მიზეზი – ყბის სახსრის დისფუნქცია, რომელიც ინვეს მძაფრ და ნევრალგიისთვის დამახა-

სიათებელ ტკივილებს. ამ დროს, დიფერენციალური დიაგნოზიც მარტივად ისმება. სახსარზე ზენოლით პაციენტი აღნიშნავს იდენტურ ტკივილს, რაც სახსრის ანთების ნიშანია.

NOTA BENE

- სახის ნებისმიერი ტკივილი ყელ-ყურის ექიმთან კონსულტაციას საჭიროებს;
- ტკივილსა და ORL პათოლოგიის ერთმანეთთან დაკავშირებას გამოცდილება და დაკვირვება სჭირდება, რაშიც CT და MRI კვლევები გვეხმარება;
- ნებისმიერი მორეციდივო ტკივილი ითხოვს სიმსივნური პათოლოგიის გამორიცხვას;
- დენტალური ეტიოლოგია უნდა იყოს განხილული ბოლო ვარიანტში, რათა უმიზეზოდ დაკარგული კბილი არ შეგვრჩეს ხელში;

სისხლდენა ცხვირიდან

ცხვირიდან სისხლდენა – *EPISTAXIS*, სამ ძირითად შემთხვევაში გვხვდება:

1. როგორც უკვე არსებული დაავადების გართულება;
2. სისხლდენის უცნობი ეტიოლოგია, როდესაც უნდა მოიძებნოს მიზეზი და ამისთვის გარკვეული კვლევები არის ჩასატარებელი;
3. დამოუკიდებელი დაავადება, ყოველგვარი პათოლოგიის გარეშე;

A. EPISTAXIS – როგორც სიმპტომი და არსებული დაავადების გართულება

1. ახალნარმონაქმნები

ცხვირის ღრუს და სინუსების ნებისმიერი კეთილთვისებიანი თუ ავთვისებიანი სიმსივნე, შესაძლოა გახდეს სისხლდენის მიზეზი. სისხლდენის გასაჩერებლად ჩადებული ტამპონი ხელს გვიშლის ადეკვატურად შევაფასოთ სისხლდენის მიზეზი. ამიტომ CT კვლევის ჩატარება ტამპონით არ არის მიზანშეწონილი. ტამპონისგან გამონვეული დაჩრდილვა შესაძლოა აგვერიოს ტუმორში.

უმჯობესია ენდოსკოპიური დათვალეერება და ცხვირის ღრუების კლინიკური შეფასება განხორციელდეს დეტამპონადიდან 4-5 დღეში.

2. ინფექცია

ინფექციური ეტიოლოგიის მწვავე სურდოს გამო, სისხლდენები, ძირითადად, პატარა ასაკის ბავშვებს აღენიშნებათ და ხშირად ანტიბიოტიკოთერაპიის მერე ჩერდება. ასევე, უპრიანია ცხვირის ლორწოვანი გარსის დარბილება Nisita Spray-თ და მალამოთი.

3. ჰემატოლოგიური მიზეზი

ჰემატოლოგიური დაავადებების გამო განვითარებული სისხლდენები უნდა შეჩერდეს არა კლასიკური ტამპონირებით, რადგან ტამპონადა აზიანებს ლორწოვანს და განმეორებითი ჰემორაგია შესაძლოა გამოიწვიოს, არამედ SURGICELL ან GELFOAM-ით, რომელიც ჰემოსტატიური თვისებებით გამოირჩევა და თანაც, არ აზიანებს ლორწოვან გარსს.

როდესაც სისხლდენა ძალიან ძლიერია, მაშინ რეკომენდაციას ვიძლევიტ ტამპონირება Merocell-ით ან ბალონით მოვახდინოთ, რაც ნაკლებად ტრავმულია და თან კარგ ზენოლას ახორციელებს.

ასეთი დაავადებები არის Rendu-Osler და გენეტიკური ჰემორაგიული ანგიომატოზები.

ამ უკანასკნელის დიაგნოსტიკისთვის, სახეზე მცირე ზომის კაპილარული ანგიომატოზები უნდა ვეძებოთ. მისი განვითარების პროგნოზი დამოკიდებულია გავრცელებაზე და აგრესიულობაზე. სისხლდენის მკურნალობა, როგორც წესი, სიმპტომურია და შესაძლოა ლორწოვანი გარსის ემბოლიზაცია-კაუტერიზაციაზე ვიფიქროთ.

4. ტრავმა

სახის ტრავმული დაზიანების დროს, ცხვირიდან სისხლდენა ჩვეული ამბავია და როგორც წესი, მალე ჩერდება. თუმცა, ყოველთვის ყურადღებით უნდა დავაკვირდეთ გამონადენის ფერს, რადგან ის შეიძლება თავ-ზურგ-ტვინის (ცერებროსპინალური) სითხე იყოს, რაც გამჭვირვალე ფერით გამოირჩევა.

ყველაზე მძიმე და კატაკლიზმური არის სისხლდენები საძილვე არტერიიდან. მათ ახასიათებთ წინა პერიოდი, როდესაც სისხლდენა არც ისე ძლიერია და შეჩერებულია ტამპონადით. ასევე, აქვს პერიოდულობა – რამდენიმე დღე. შემდეგ სურათი უეცრად იცვლება და პაციენტს აქვს სისხლის დიდი დანაკარგი. როდესაც ანამნეზში არის ქალას ტრავმა, აუცილებელია სასწრაფო არტერიოგრაფია და, თუ შესაძლებელია, ინვაზიური რადიოლოგიური ჩარევა – ემბოლიზაცია. ამ მეთოდმა, ბოლო წლებში, სრულად შეცვალა სხვა ქირურგიული ჩარევები, როგორცაა, საძილვე არტერიის გადაკვანძვა.

ტრავმული დაზიანების შედეგად, შესაძლოა საძილვე არტერიის ანევრიზმის ჩამოყალიბება. ეს კიდევ ერთი ჩვენება გახლავთ არტერიოგრაფიული კვლევისთვის.

5. ჰიპერტენზია

არტერიული ჰიპერტენზიის აღმოჩენა სისხლდენიან პაციენტში არ განაპირობებს ჰიპერტენზიის ეტიოლოგიის არსებობას. როგორც წესი, მაღალი წნევის მქონე ახალგაზრდებში, ცხვირიდან სისხლდენა არც ისე ხშირია, ასაკოვან ხალხში კი, სისხლძარღვების დაზიანების და სიმყიფის გამო – ძალიან ხშირი.

B. EPISTAXIS – როგორც დაავადება

ცხვირიდან სისხლდენისას, ამა თუ იმ დაავადების არსებობა შეგვიძლია ვივარაუდოთ მხოლოდ დეტალური, ლოკალური და ზოგადი კვლევების შემდეგ, როდესაც ყველა ეჭვი რაიმე სხვა დაავადებაზე გაფანტულია.

ამ შემთხვევაში, ამ დაავადების ორ ჯგუფად გაყოფა შეიძლება:

1. პირველ ჯგუფში ასაკოვანი, ანგიოპათოლოგიით დასნებობნილი პაციენტები ხვდებიან. მათ ხშირად ცხვირიდან უკანა სისხლდენები აქვთ, რაც ძნელი გასაჩერებელია;

2. მეორე ჯგუფს მცირეწლოვანი ბავშვები წარმოადგენენ, რომლებსაც სისხლდენები ძვიდის წინა ნაწილიდან ეწყებათ (კისელბახის წნული). ამგვარი სისხლდენა გასაჩერებლად მარტივია. ორივე შემთხვევაში ამ სისხლდენის მაპროვოცირებელი ფაქტორი არის ლორწოვანის გაღიზიანება.

C. სისხლდენის შეჩერება

კისელბახის წნულიდან სისხლდენები, როგორც წესი, ცხვირის წინა ნაწილის კომპრესიით ჩერდება, რომელიც 8-10 წუთს უნდა გაგრძელდეს. ამ დროს, თავი წინ უნდა იყოს გადაწეული, რათა სისხლი საყლაპავში არ წავიდეს და პაციენტმა არ ყლაპოს.

თუ ვატყობთ, რომ ეს ქმედებები არ არის საკმარისი, მაშინ შეიძლება გადავიდეთ Merocell-ით ან წყალბადის ზეჟანგით გაჟღენთილ ტამპონზე.

კლინიკის პირობებში, შესაძლებელია ელექტროკოაგულაცია. თუმცა, ჩვენ ამ მეთოდს სულ უფრო ნაკლებად მივიმართავთ მისი ინვაზიურობის გამო.

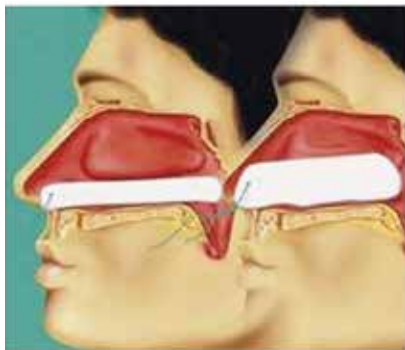
როდესაც სისხლდენა უფრო სერიოზულია, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება: სისხლის დანაკარგის მოცულობა (თუ საჭიროა, უნდა მოხდეს მისი შევსება გადასხმით), პულსი და ზოგადი მდგომარეობა. შემდეგ, უნდა დავადგინოთ სისხლდენის მიზეზი და მისი შეჩერებისათვის საჭირო მოქმედებები შევასრულოთ.

თუ პაციენტი გვაძლევს ამის საშუალებას, მოვახდინოთ ცხვირიდან სისხლის კოლტების ევაკუაცია (მოხოცვით ან ასპირაციით), ვეცადოთ დავინახოთ სისხლდენის ადგილი და მოვახდინოთ მისი კომპრესია ამა თუ იმ სახის ტამპონით. საუკეთესო ამ შემთხვევაში არის Merocell-ის ტამპონი, რომელიც სითხესთან კონტაქტის შემდეგ, იბერება და ახდენს კომპრესიას.

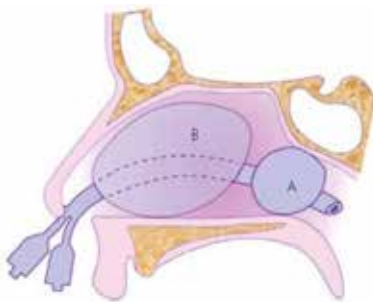
მისი ამოღება 3-4 დღეში არის რეკომენდებული. ასევე, საჭიროა

მის ფერს დააკვირდეთ – თუ ის ინმინდება და თეთრია, ეს ნიშნავს, რომ ხელახალი სისხლდენის საშიშროება აღარ არის და ტამპონი თავისუფლად შეგვიძლია ამოვიღოთ თუნდაც, მე-2 დღეს.

როდესაც ამ ტიპის ტამპონები არ მუშაობს და სისხლდენა მაინც გრძელდება, რეზერვში გვაქვს გასაბერი ტამპონები, რომელიც უკან ქონანალურ ხვრელს ავსებს და წინ კი – ცხვირის ღრუს.



ცხვირის ტამპონადა პოლიმერით



ორი ტიპის ტამპონადა, Merocell-ით და პნევმატური ტამპონით

როდესაც ყველა ეს მანიპულაცია უშედეგოა, მაშინ შესაძლოა დადგეს მკვებავი არტერიის გადაკვანძვის ან ემბოლიზაციის საკითხი.

ამ შემთხვევაში, ყველაზე კარგი გამოსავალია a. Sphenopalatina-ს

ენდონაზალური კოაგულაცია ან კლიპირება. როდესაც ეს გაძნელებულია, მაშინ უნდა მოხდეს a. Sphenopalatina-ს კლიპირება ტრანსმაქსილარულად.

თუ ამის შემდეგ სისხლდენა ვერ გაჩერდა, აუცილებელია ინვაზიური რადიოლოგიური ემბოლიზაცია ან, უკიდურეს შემთხვევაში, გარეთა საძილე არტერიის გადაკვანძვა. თუმცა, დღეს ეს მეთოდი აღარ გამოიყენება.

ამის გარდა, ნებისმიერი სისხლდენის შემდეგ, პაციენტს ესაჭიროება მოსვენებითი რეჟიმი და გვერდზე წოლა. ეს პოზიცია, სისხლის გამონადენის შემთხვევაში, უზრუნველყოფს მის უკეთეს ევაკუაციას.

შესაძლებელია დიაზეპამის ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება შფოთვების მოსახსნელად.

ასევე, აუცილებელია პაციენტის სიმპტომური მონიტორინგი, ზოგადი მდგომარეობიდან გამომდინარე.

როდესაც პაციენტი დატამპონებულია და მისი გაჩერება 48 საათზე მეტხანს იგეგმება, აუცილებელია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია ინფექციის პროპაგაციის თავიდან ასაცილებლად.

საჭიროა შედეგების ფაქტორების კორექცია კოაგულოგრამის მიხედვით და Tranesta ინტრავენურად.

NOTA BENE

- სისხლდენა შესაძლებელია გახდეს სიკვდილის მიზეზი;
- ცხვირიდან ნებისმიერი სახის სისხლდენა მოითხოვს საფუძვლიან კვლევას მიზეზის დასადგენად;
- ყველა პოსტტრავმული სისხლდენა, თუკი ის განმეორდა მისი შეჩერების შემდეგ, საძილე არტერიიდან სისხლდენაზე უნდა ბადებდეს ეჭვს. პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა მოთავსდეს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში.

რინოფარინგიტი ბავშვებში

ბავშვთა რინოფარინგიტი (6 თვიდან 7-8 წლამდე) ხშირი და ადვილად გამოსავლენი პათოლოგიაა. ამ დროს პაციენტს აღენიშნება ცხვირის და ხახის შეშუპება. როგორც წესი, მისი პროგნოზი დადებითია და გართულების გარეშე, სპონტანურად იკურნება.

ამ დაავადების ეტიოლოგია აშკარაა. ეს არის შესუნთქული ჰაერის აგრესიულ აგენტებთან (ვირუსები, ბაქტერიები, მტვერი და სხვა) ხშირი კონტაქტი.

როგორც ცნობილია, დედის ანტისხეულები ბავშვს პირველი 4-5 თვის მანძილზე იცავს და შემდეგ პატარა უკვე საკუთარი ძალებით უმკლავდება ყოველ ახალ არგესიას, იქნება ეს ვირუსული თუ ბაქტერიული. ეს, რასაკვირველია, იწვევს ორგანიზმის მხრიდან მწვავე რეაქციას, რაც რინოფარინგიტში გამოიხატება.

ყოველი ეპიზოდი პატარას ორგანიზმს უფრო ძლიერს ხდის ამ აგრესიული აგენტების წინააღმდეგ. **Waldeyer-ის რგოლის** მეშვეობით (ადენოიდური, ხახის, სასის და ენის ძირის ტონზილების ლიმფოიდური ქსოვილის ერთობლიობა), ორგანიზმი ანტისხეულების სინთეზს ახორციელებს და აშენებს იმუნურ ბარიერს. ეს სინთეზი 7-8 წლამდე მიმდინარეობს. შემდეგ, რინოფარინგიტების სიხშირე მცირდება და ეს პროცესიც სუსტდება.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, რინოფარინგიტები არის ორგანიზმის ჩვეული და საჭირო რეაქცია იმუნური სისტემის ჩამოსაყალიბებლად. პათოლოგიურად შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ ეპიზოდები, რომლებიც ხდება დიდი სიხშირით (5-მდე წელიწადში) ან ამ რეაქციის გართულებული შემთხვევა.

A. ეტიოლოგია

რინოფარინგიტი იწყება ვირუსების გამო, მუკო-ცილიარული ფუნქციონირების მოშლით. ფიზიოლოგიურად, ამ ფუნქციით ლორწოვანი გარსი იჭერს და შემდეგ ანეიტრალებს აგრესიულ უცხო აგენტებს – ვირუსებს, ბაქტერიებს. ამ აგენტების მოსპობას ლორწოვანზე არსებული ლიზოსომები – ინტერფერონი და იმუნოგლობულინი ახორციელებს.

მუკოცილიარული მოძრაობის მოშლის დროს, ამ ნივთიერებების შენაცვლება – განახლება არ ხდება და პროცესი ირღვევა. იწყება ბაქტერიული ან ვირუსული პროლიფერაცია, რაც სინუსებში და ახლომდებარე მიდამოებში გავრცელებით რთულდება.

ეს გართულება შესაძლოა გავრცელდეს სინუსებში, შუა ყურში, ლიმფურ კვანძებში და ქვედა სასუნთქ გზებში.

ამ პროცესების ბაქტერიული ფლორა, როგორც წესი, წარმოდგენილია სტრეპტოკოკით, პნევმოკოკებით, ჰემოფილუსით და სტაფილოკოკებით.

სიხშირე, როგორც წესი, არის 5-6 გამოვლინება წელიწადში. თუმცა, გვხვდება შემთხვევები, როდესაც ეს რიცხვი ძალიან მომატებულია. ამის მიზეზი ხშირად ალერგიული ფონი და რკინადეფიციტი გახლავთ.

რასაკვირველია, ბალის და სკოლის გარემო არის ყველა ამ ფაქტორის გაორმაგების მიზეზი.

B. კლინიკური ნიშნები

კლინიკურად, რინოფარინგიტის საწყის ეტაპზე სახეზე გვაქვს:

- მაღალი სიცხე (38-40), რომელიც 2-3 დღეს გრძელდება;
- პაციენტის გაღიზიანება და, ასევე, შესაძლო ჰიპერაქტიულობა;
- დისპეპსიური მოვლენები – ღებინება და ფაღარათი;

- ცხვირის გაჭედვა და რინორეა ხან ჩირქოვანი, მაგრამ უმეტესად, გამჭვირვალე;
- მტკივნეული ორმხრივი ანდენოპათია;

დათვალე რებით, ლორწოვანი გარსი ძალიან შეშუპებული და ჰიპერსეკრეციულია.

ოტოსკოპიური სურათი: შემღვრეული და შეშუპებული დაფის აპკი, რომელზეც ხშირად გაძლიერებულია კაპილარული სურათი. შესაძლოა დაფის აპკის რეტრაქცია, როცა ჩაქუჩის ტარი ჩანს და ექსუდატის ნიშნები არაა.

C. გართულებები

ყველაზე ხშირი გართულებები არის კრუნჩხვები სიცხის გამო და ფალარათის შემდეგ **დეჰიდრატაცია**.

ყველაზე ხშირი გართულება, მაინც, შუა ყურის ჩირქოვანი ანთებაა.

სინუსიტები, გარდა მწვავე ეთმოიდიტისა, შეუმჩნევლად მიმდინარეობს მწვავე რინიტის ფონზე.

მწვავე **ეთმოიდიტის** გართულება ძალიან იშვიათი, თუმცა საოცრად საშიში პათოლოგიაა. მისი პროგნოზი მკურნალობის გარეშე – ორბიტალური დაჩირქება და შემდგომში, ცერებრალური თრომბოფლებიტი, შეიძლება ლეტალურადაც დამთავრდეს.

ლარინგიტები და ტრაქეო-ბრონქიტები ძალიან ხშირ გართულებას წარმოადგენენ.

ადენოპათიები, პარაფარინგეალურ და რეტროფარინგეალურ აბსცესებთან ერთად, იშვიათ გართულებას წარმოადგენს და ესეც საშიშ პათოლოგიად ითვლება. მისი გამომწვევი, როგორც წესი, სტაფილოკოკური ინფექციებია.

რინოფარინგიტების მკურნალობა არ გულისხმობს აუცილებლად ანტიბიოტიკოთერაპიას. პირიქით, მისი გამოყენება არანაირად არ მოქმედებს გართულებების სინშირზე.

ამიტომ, თუ დაზუსტებული არ არის ბაქტერიული გართულება, ჯობია არ ვიხმაროთ ამ ჯგუფის პრეპარატები.

ასპირინის გამოყენება ძალიან კარგია როგორც სიმპტომების მოსახსნელად, ასევე პროგნოზის გასაუმჯობესებლადაც.

ცხვირის გამხსნელები (ვხმარობთ არაუმეტეს 4-6 დღე) ძალიან ეფექტურია ცხვირის შეგუბებითი პროცესების მოსახსნელად და აპლიკაციური ნამლების ეფექტურობის გასაძლიერებლად.

სტეროიდის და ანტიბიოტიკის დამატება, ცხვირის გამხსნელების გამოყენებასთან ერთად, არ იძლევა კარგ შედეგს და პირიქით, აფერხებს მუკოცილიარულ დრენაჟს.

ჩვილებში რეკომენდებულია ძილის დროს მუცელზე წოლა და ოთახში ჰაერის განიავება.

ყველაზე ძნელი რეციდივების პრევენციაა. რინოფარინგიტის გამომწვევი ვირუსების ვაქცინაცია არ არსებობს, გამაგლობულინის ხმარება არაეფექტურია. რა შეიძლება შევთავაზოთ განვალებულ და მუდმივად ცუდად მყოფ პაციენტს?

ხშირად, რინოფარინგიტების მიზეზი ადენოიდების ჰიპერტროფია ან მათი ინფიცირებაა. ამიტომ ქირურგიული ჩარევა, ადენოიდექტომია, აუცილებლად უნდა განიხილოს როგორც რინოფარინგიტების პრევენციის გზა.

ადენოიდების ჰიპერტროფიის დიაგნოზი რინოსკოპიულად ან რენტგენოლოგიურად ისმება.

ასევე, სასარგებლოა გარემოს შეცვლა, საბავშვო ბაღში პატარა არდადეგების მოწყობა და მთიან რეგიონებში დასვენება.

NOTA BENE

- ჩვილი ბავშვების რინოფარინგიტი წარმოადგენს პატარას ადაპტაციას გარე სამყაროსთან. მისი სიხშირე იმატებს, როდესაც ბავშვი ბაღში იწყებს სიარულს;
- ხანდახან, ოპერაციული ჩარევა – ადენოიდექტომია, რინოფარინგიტის ყველაზე ეფექტური პრევენციაა;

ადენოიდური ვეგეტაციები

A. ზოგადი ცნება

ადენოიდური ვეგეტაციები ან ადენოიდები, როგორც უმრავლესობა ეძახის, წარმოდგენილია ცხვირ-ხახის დონეზე მოთავსებული ლიმფოიდური ქსოვილით.

Waldeyer-ის რკალის მნიშვნელოვანი ელემენტი, ადენოიდები, გლანდებთან (ტონზილებთან), ხახის ლიმფოიდურ ქსოვილთან და ენის ტონზილასთან ერთად, წარმოადგენს პერიფერიული ლიმფოიდური სისტემის დიდ ნაწილს. ამ ნაწილს კიდევ ავსებს ელენთა, ლიმფოიდური ჯირკვლები და საყლაპავი მილის თანმხლები ლიმფოიდური ქსოვილი.

Waldeyer-ის რკალის ძირითადი ფუნქცია იმუნური სისტემის გაძლიერება-ჩამოყალიბებაა. ჰაერის ჩასუნთქვისას, ორგანიზმში მრავალი ანტიგენი შედის და ლიმფოიდური ქსოვილი ამ ანტიგენებზე ახდენს რეაგირებას.

ადენოიდების და გლანდების ქსოვილში, ლიმფოიდური ქსოვილი გაერთიანებულია კვანძებში. ამ კვანძებს ეპითელიუმი ფარავს. ალსანიშნავია ასევე, ლიმფოიდური, მფარავი ეპითელიუმის ჩაღრმავებების – კრიპტების არსებობა. ამ კრიპტების მეშვეობით ხორციელდება ანტიგენის ლიმფოიდურ ქსოვილამდე მიტანა, სადაც მისი სანინალმდეგო ანტისხეულები წარმოიქმნება.

რაც უფრო ინტენსიურია ზემოაღწერილი პროცესი, მით უფრო მეტ ჰიპერტროფიას განიცდის ლიმფოიდური ქსოვილი. ანუ, ადენოიდური და გლანდების ჰიპერტროფია იმატებს.

გამოდის, რომ ადენოიდური, პროგრესირებადი ჰიპერტროფია – ეს არის ფიზიოლოგიური პროცესი და იგი დამოკიდებულია იმუნური სისტემის ინტენსივობაზე. ზოგ შემთხვევაში, პაციენტებს ადენოიდების ზრდა აღენიშნებათ დაბადებიდან 8-10 წლამდე. ამის მიზეზები ჯერ არ არის ცნობილი. ეს ფიზიოლოგიური ჰიპერტროფია პათოლოგიურ – ობსტრუქციულ ჰიპერტროფიაში გადადის და ინვევს მრავლობით კლინიკურ ჩივილებს.

ცხვირ-ხახის ზედა უკანა კედელზე მდებარე ადენოიდური ვეგეტაცია, ცხვირის ქოანების ზუსტად უკან, განიცდის ჰიპერტროფიას. ამ მიმართულებით ზრდის გამო, იგი ინვევს ქოანების და ევსტაქის მილის ობსტრუქციას.

ეს, თავის მხრივ, სუნთქვის და ევსტაქის მილის დისფუნქციის გამო, ინვევს დისპნოეს და ოტიტებს.

დიაგნოზის დასასმელად არ არის საკმარისი წინა რინოსკოპია. საჭირო ხდება ან ფიბროსკოპიული ან რეტრორინოსკოპიული დათვალერება. ასევე, შესაძლებელია რენტგენოლოგიური ან კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევის დროს დაისვას ადენოიდების ჰიპერტროფიის დიაგნოზი.

ქონალური ობსტრუქცია ადენოიდური ვეგეტაციით ინვევს:

- პირით სუნთქვის აუცილებლობას, ხვრინვას და აპნოეს. პირით სუნთქვა პათოლოგიურად ითვლება იმიტომ, რომ ინვევს ჰაერში აგრესიული ანტიგენების ინჰალაციას, არაკომფორტული ჰაერის (ცივი, მშრალი, მტვრიანი) ზედა და ქვედა სასუნთქ გზებში მოხვედრას, რაც თავისთავად, ხდება ლარინგიტების, ფარინგიტების მიზეზი;
- ცხვირსა და ხახაზე ლორწოს სტაგნაციას და სიჭარბეს; ადენოიდური ვეგეტაციებით ევსტაქის მილის ობსტრუქცია ინვევს მის დისფუნქციას, რასაც მოჰყვება შუა ყურის ფიზიოლოგიის მოშლა და ხშირი ოტიტები, ჯერ ექსუდაციური, შემდეგ ჩირქოვანი და ადჰეზიურიც;
- ცხვირ-ხახის ადგილობრივ ინფიცირებას, რომელიც შემდეგ,

შესაძლოა, გართულდეს ჰიპერთერმიით, და პროცესის პროგრესირების შემთხვევაში, გადავიდეს ადენოფლეგმონაში, ცერვიკალურ ან რეტროფარინგეალურ ფლეგმონაში;

- იშვიათია, თუმცა, მაინც აღსანიშნავია ადენოიდური ვეგეტაციის გამო განვითარებული ლამის აპნოე ჩვილებში, რომელიც მიმდინარეობს ციანოზით და სტრიდორით;
- გულის უკმარისობის ჩამოყალიბებას, სუნთქვის ქრონიკული ობსტრუქციის გამო. ამ სერიოზული გართულების მიზეზი იშვიათად არის მხოლოდ ადენოიდების ჰიპერტროფია. როგორც წესი, მას თან უნდა ახლდეს ტონზილების ჰიპერტროფიაც;

ამ ყველაფრის გათვალისწინებით, როდესაც საქმე გვაქვს ქრონიკულ-ობსტრუქციულ და მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულ პათოლოგიასთან, აუცილებელია, როგორც მინიმუმ, 1-3 წლამდე ჩვილებში ადენოიდექტომიის გაკეთება, ხოლო 3 წლიდან – მკურნალობის გაგრძელება ადენო-ტონზილექტომიით. ზოგ შემთხვევაში, როცა საქმე გვაქვს ტონზილების ჰიპერტროფიასთან (**kissing tonsils**) შესაძლებელია ტონზილების ლაზერული აორთქლებავაპორიზაცია.

B. ადენოიდური ჰიპერტროფიის დიაგნოსტიკა

ადენოიდური ვეგეტაციის ადგილმდებარეობის გამო, მისი დანახვა ძნელია. მისი დანახვა შეიძლება მხოლოდ მაშინ, თუ გიგანტური ზომის ადენოიდები ხახაში ჩამოდის. უმეტეს შემთხვევაში, დიაგნოსტიკა ნაზოფობროსკოპიით, უკანა რინოსკოპიით ან რენტგენოლოგიური კვლევით არის შესაძლებელი.

ძველი მეთოდი – თითით გასინჯვა, ჩვენი აზრით, აგრესიულ და მტკივნეულ მეთოდს წარმოადგენს. თუმცა, აღსანიშნავია მისი მომხიბვლელობა ფინანსური თვალსაზრისით.

ძირითადად, დიაგნოზი ანამნეზის შეკრებით ისმება. ხშირი რინოფარინგიტები, ცხვირით სუნთქვის ქრონიკული, მორეციდივე

ობსტრუქცია, ოტიტები და რინორეა – ეს არის ჩივილები, რომლის მქონე პაციენტს აშკარად ადენოიდური ჰიპერტროფია აწუხებს. თუ ობსტრუქცია პერმანენტულია და დაბადებიდან აწუხებს პაციენტს, აუცილებელია ქონალური ატრეზიის გამორიცხვა. ეჭვის არსებობის შემთხვევაში ან ადენოიდექტომიის გაკეთების შემდეგ, რეციდივის დროს, ფიბროსკოპიული კვლევა ან CT კვლევა აუცილებელია.

C. ადენოიდექტომია

როდესაც ადენოიდური ვეგეტაციების ჰიპერტროფია ობსტრუქციას იწვევს, ოპერაციული ჩარევა გარდაუვალია ასაკის და სეზონის მიუხედავად.

აღსანიშნავია, რომ 1 წლამდე ასაკში, ოპერაციისას, რეციდივი უფრო ხშირია.

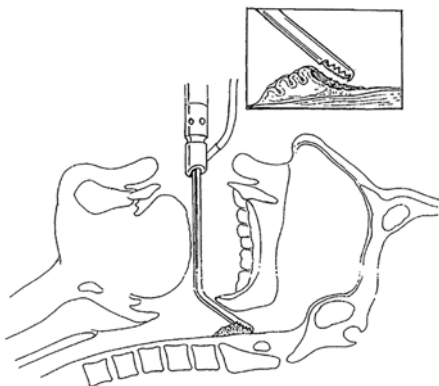
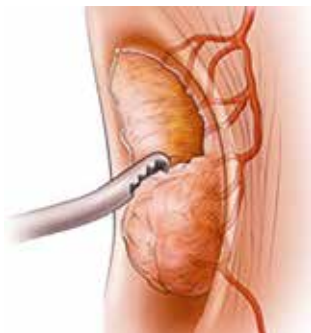
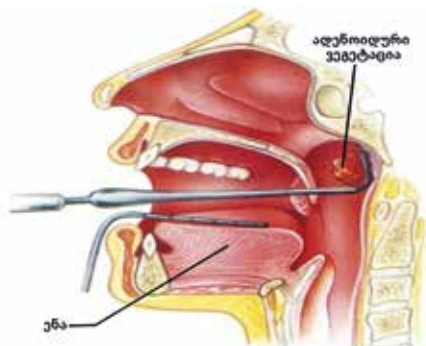
ოპერაციული ჩარევის უკუჩვენებას წარმოადგენს:

- მწვავე პროცესი (ოტიტი, ჩირქოვანი ფარინგიტი);
- აცრები (პოლიომიელიტი);
- ვირუსული ეპიდემია;
- ოპერაციის უპირობო უკუჩვენება არის სისხლის შედედებასთან დაკავშირებული პრობლემები, მაგ. **ჰემოფილია**;

როდესაც რინოფარინგიტის მიზეზი დანამდილებით არის ადენოიდები, ოპერაციის შემდეგ პრობლემა ქრება და პაციენტი აშკარა შვებას გრძნობს. თუმცა, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ადენოიდური ვეგეტაციების ჰიპერტროფია მხოლოდ მეორადი მიზეზია და თანმხლები პათოლოგია ამცირებს ოპერაციის შედეგიანობას. მიუხედავად ამისა, ადენოიდური ვეგეტაციიდან გათავისუფლებული ცხვირ-ხახა უფრო ადვილად უმკლავდება პათოლოგიურ პროცესებს.

ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ცხვირით სუნთქვის ობსტრუქცია ადენოიდებთან კავშირში არ არის და დიაგნოზი მცდარია, ოპერაცია უშედეგოა. ამიტომ ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგ-

ნობს, ანამნეზის შეკრებას და დათვალიერებას. ხშირად, ადენოიდების ჰიპერტროფია ალერგიული რინიტის გამო განვითარებულ ობსტრუქციაში ეშლებათ.



კონვენციონალური ადენოიდექტომია ადენოტომით და სპექტეკნიკით (Shaver-ით)

D. ოპერაციის შემდგომი რეციდივი

ზოგ შემთხვევაში, კორექტულად ჩატარებული ოპერაციული ჩარევის მიუხედავად, შესაძლოა რეციდივები. რეციდივი, როგორც წესი, 1-2 თვეში ვლინდება.

ხელმეორე ოპერაციული ჩარევის წინ, აუცილებელია დავრწმუნდეთ, რომ ადენოიდური ვეგეტაციების რეციდივი ნამდვილად არსებობს.

როგორც ადრე აღვნიშნეთ, შესაძლოა ცხვირით სუნთქვის გაძნელება სხვა ფაქტორების გამოც.

NOTA BENE

- ადენოიდური ვეგეტაცია ჰიპერტროფიის გარეშე არ წარმოადგენს პათოლოგიას და არის ფიზიოლოგიური პროცესების შედეგი;
- ადენოიდური ვეგეტაცია სუნთქვის ქრონიკული ობსტრუქციის შემთხვევაში, აუცილებლად არის სამკურნალო მედიკამენტოზურად. შედეგის არქონის შემთხვევაში კი, ოპერაციულად არის მოსაშორებელი;
- ადენოიდების რეციდივი, და არა პოსტოპერაციული Status Idemn, როდესაც ოპერაციის შემდეგ პაციენტი მაინც ვერ სუნთქავს, არ არის დაკავშირებული ოპერაციულ შეცდომასთან და მისი მიზეზები ჯერ უცნობია;

E. ადენოიდური სახე

ადენოიდური ჰიპერტროფია ხშირად იწვევს სახის ძვლების დეფორმაციას, რასაც მედიკოსები „ადენოიდურ სახეს“ ეძახიან. ამგვარი სახისთვის დამახასიათებელია წინ გამოწეული ყბა და დაღებული პირი. ეს ყველა ექიმისთვის კარგად არის ცნობილი.

ამ შემთხვევაში, ოპერაციული ჩარევა – ადენოიდექტომია და შემდგომში ორთოდონტიისტიის მკურნალობა აუცილებელია.

F. ადენოიდური ჰიპერტროფია დიდებში

ადენოიდური ჰიპერტროფია, როგორც წესი, ქრება 14 წლის ასაკამდე. ამიტომ დიდების ადენოიდური ჰიპერტროფია საკმაოდ იშვიათი პათოლოგიაა. ის იწვევს იგივე გართულებებს, რასაც პატარებში.

თუმცა, მისი მიზეზები შესაძლოა სულ სხვა იყოს, მაგ. გადატანილი მონონუკლეოზი, ალერგიული რინიტი.

საყურადღებოა მოზრდილებში ადენოიდური ვეგეტაცია ცხვირ-ხახის სიმსივნეში (ლიმფომა, ადენოკარცინომა) არ აგვერიოს.

ოპერაციული ჩარევა მხოლოდ ღრმა კლინიკური კვლევების შემდეგ უნდა განხორციელდეს, აუცილებლად ენდოსკოპიური ტექნიკის ქვეშ და სასურველია Shaver-ის გამოყენებით. ამ შემთხვევაში ხდება სრული და ზუსტი, ნაკლებად სისხლმდენი ქირურგიული ჩარევა.

NOTA BENE

- ცხვირ-ხახის ნებისმიერი ობსტრუქცია ან ცალმხრივი ექსუდაციური ოტიტები დიდებში, მოითხოვს ცხვირ-ხახის ფიბროსკოპიას;
- დიდებში ადენოიდების არსებობა და პატარებში ადენოიდების ჰიპერტროფიის რეციდივი, მოითხოვს პოსტოპერაციულ ჰისტოლოგიურ კვლევას;

ეპიდემიური, მწვავე სურდო

ეს პათოლოგია ყველასთვის კარგად ცნობილი სეზონური, ეპიდემიური რინიტია. მრავალ ინფექციურ დაავადებას თან ახლავს სურდო, მაგალითად, გრიპს. თუმცა, არსებობს ცალკე აღებული ეპიდემიური რინიტიც, რომლის დროსაც სხვა კლინიკური გამოვლინება არ აღინიშნება.

სოციალური ცხოვრების მოშლაში ამ დაავადებას დიდი ადგილი უჭირავს.

ამ დაავადების გამომწვევია არა მარტო რინოვირუსები, არამედ ადენო და მიქსო ვირუსებიც.

ამ ვირუსების შეტევის გამო, ცხვირის ლორწოვანის ფლორა ვირულენტური ხდება. დაავადების დროს, კონტაგიოზური (გადამდებია) არა მარტო ვირუსული, არამედ ბაქტერიული ორგანიზმებიც.

გავრცელება ცემინებით და გამოყენებული ცხვირსახოციით ხდება. ანუ, ჰაერ-წვეთოვანი გზით.

A. კლინიკა

კლინიკურად, ეპიდემიური სურდო ყველასათვის ცნობილი ნიშნებით გამოირჩევა: ცხვირიდან გამონადენი, ცრემლდენა, ცემინება, თავის ტკივილი და სიმძიმე. ზოგადი მდგომარეობა მეტ-ნაკლებად კარგია, სიცხე არ აღინიშნება.

2-3 დღეში ცხვირიდან გამონადენი უფრო სქელი და შეფერილი ხდება.

4-5 დღეში გამონადენი მცირდება, შეფერილობა ქრება.

მე-7 დღისთვის ცხვირის გაჭედვა გადის.

ზოგადად, სურდო შესაძლოა 2-3 დღეში გაქრეს ან, თუ ინფიცირება წავიდა, 1-2 კვირას გაგრძელდეს.

B. გართულებები

ბაქტერიული ინფიცირებით გართულებამ შეიძლება გამოიწვიოს:

- მწვავე ოტიტი;
- სინუსიტი;
- ლარინგო-ტრაქეალური პრობლემა;
- პროცესის ქრონიკულში გადასვლა. ეს გართულება, ძირითადად, უკვე რაიმე პათოლოგიით (ალერგიული ან ვაზომოტორული რინიტი) შეპყრობილ პაციენტებს ემართებათ;

ეპიდემიური სურდოს ბრონქიტში და ტრაქეიტში გადასვლა არც თუ ისე იშვიათია. ამ შემთხვევაში, გამომდინარე მისი ინფექციური ეტიოლოგიიდან, აუცილებელია ანტიბიოტიკების ჩართვა (ძირითადად, მაკროლიდების და ცეფალოსპორინების (Suprax) ჯგუფს ვგულისხმობთ).

C. მკურნალობა

გამომდინარე ვირუსების მრავალსახეობიდან, ვაქცინაცია არ არის საკმარისად ეფექტური.

მკურნალობა სიმპტომურია და გულისხმობს ადგილობრივი ვაზოკონსტრიქტორების გამოყენებას. ასევე, ანტიჰისტამინური პრეპარატების და ცხვირის ლორწოვანის ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშვნას.

ესაა: წვეთები – Xylometasoline-ი, Nisita, Polydexa (ინფიცირების დროს), აბები – Cinnabsin.

როდესაც პაციენტს ანამნეზში აღენიშნება რინიტის ხშირი ინფექციური გართულება, მიზანშეწონილია ადრეულ პერიოდში ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებაც.

ვაზომოტორული რინიტი

ვაზომოტორული რინიტები ხშირად არის ასოცირებული ალერგიულ რინიტთან. ამის მიუხედავად, უმრავლეს შემთხვევაში, ალერგიული ფაქტორი აქ არაფერ შუაშია. საერთოდ, ტერმინი – ვაზომოტორული რინიტი, საკმაოდ ზოგადია.

A. ვაზომოტორული რინიტის გამაერთიანებელი სიმპტომები

ეს სიმპტომებია:

- უეცარი დაწყება;
- კლინიკური ტრიადა:
 - * ცხვირის გაჭედვა, ზოგ შემთხვევაში ანოსმია;
 - * სერიოზული რინორეა, იმდენად ჭარბი, რომ პაციენტს წყალივით მოსდის გამონადენი;
 - * ცემინების შეტევები;

ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა: შეშუპებული, ციანოზური, დახორკლილი, თუ ვაზოკონსტრიქტორების ხშირ გამოყენებასთან გვაქვს საქმე.

ლორწოვანი გარსი არ არის ინფორმაციული და ალერგიულ რინიტს წააგავს.

გამწვავების დროს, რენტგენოლოგიურ სურათზე, სინუსებში ჩანს ლორწოვნის ჰიპერტროფია.

ჩვენი აზრით, ვაზო-მოტორული რინიტი არის ალერგიის, ბეტა რეცეპტორების დისფუნქციის ან ნეირო-ვეგეტატიური სისტემის მოშლის ჯამური ან მონო ეფექტი.

ალერგიული რინიტი

ამ პათოლოგიას რამდენიმე გარემოების დამთხვევა იწვევს, მაგალითად:

- ორგანიზმის განსაკუთრებული მიდრეკილება სპეციფიკური IgE-ის ანომალური გამომუშავებისადმი, ამა თუ იმ ბუნებრივ ალერგენტთან ბუნებრივი გზით კონტაქტის საპასუხოდ;
- ცხვირის ლორწოვანის ჰიპერაქტიურობა;
- გეოგრაფიული და სეზონური ფაქტორები;

დიდი რაოდენობით გამომუშავებული IgE, ქსოვილოვანი მასტოციტების და ბაზოფილების მემბრანაზე ფიქსირდება და ამგვარად, ამ უჯრედების დეგრანულაციის გამო, გამოიყოფა უამრავი მედიატორი: ჰისტამინი, ლეიკოტრიენები, პროსტაგლანდინები.

პირველადი რეაქციის შემდეგ, მოსალოდნელია შემდგომი, დაგვიანებული რეაქცია, რომელიც პროცესის ქრონიკულისკენ წასვლის მანიშნებელია. ეს რინიტები უკვე პირველი ტიპის IgE გეII და cOombs-ის ჰიპერსენსიბილურობას მიეკუთვნება.

არცთუ ისე იშვიათია ატოპიური რეაქციები, როდესაც ვერ ვპოულობთ პასუხისმგებელ ანტიგენს და რინორეა „უმიზებოდ“ იწყება. ალერგიული ტესტები კანზე, უარყოფითია.

არალერგიული, ვაზომოტორული რინიტი

ამ ტიპის სურდოს ჩამრთველი ფაქტორები შეიძლება იყოს ფარმაკოლოგიური, ფიზიოლოგიური ან ფსიქოლოგიური. პროცესი ცხვირის ქოლინერგულ ჰიპერაქტივობაში ვლინდება.

ამ დროს ისევ ის მედიკატორები, რომლებიც მოქმედებენ ალერგიული რინიტის დროს, ინვევენ პათოლოგიურ პროცესებს და ხელს უწყობენ მათ ქრონიკულში გადასვლასაც. აღსანიშნავია, რომ 9-10 წელიწადში მათ, შესაძლოა, ცხვირის ალერგიული პოლიპოზი გამოიწვიონ.

ვაზომოტორული რინიტი, ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება წინ უსწრებდეს ე. წ. ასპირინის დაავადებას. ე. წ. Fernand-Widale-ის დაავადებაზე, საუბარი ცოტა მოგვიანებით გვექნება.

NOTA BENE

- ცხვირის ციანოზური ლორწოვანი ვაზომოტორული რინიტის დროს, დადებითი ალერგიული ტესტები კანზე არ არის აუცილებელი იყოს ალერგიული რეაქციის შედეგი.

B. ალერგენის გამოვლენა

ალერგენის გამოვლენა მრავალეტაპიანი პროცესია.

აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ:

- ოჯახის ანამნეზი, განსაკუთრებით ასთმის არსებობა;
- ცხოვრების პირობები და განსაკუთრებით, პირობების შეცვლა და რეაქციის დაწყების დრო;
- დაწყების ასაკი. როგორც წესი, ალერგიული რეაქცია უფრო ახალგაზრდა ასაკში ვლინდება, განსხვავებით ვაზომოტორული არაალერგიული რეაქციებისაგან;
- საერთო – IgE ის არც დიდი და არც მცირე ტიტრი არ არის ალერგიის არსებობა – არარსებობის პირდაპირი ნიშანი. უფრო მიზანშეწონილია სპეციფიკური IgE-ის განსაზღვრა;
- კანის ან სხვა ორგანოს ტესტირება ალერგიაზე ალერგოლოგის რეკომენდაციით უნდა განხორციელდეს;

C. სეზონური რინიტი

სეზონური რინიტი შესაძლოა გამოვლინდეს ყველა ასაკობრივ კატეგორიაში. მისი დაწყება ყოველთვის ერთსა და იმავე დროს ხდება და ხშირად დამოკიდებულია ამ თუ იმ მცენარის ყვავილობაზე. ხანგრძლივობა 10-20 დღე. კლინიკურად აღინიშნება რინორეა, ცემინება, ცრემლდენა და ბრონქო-ტრაქეიტი.

მკურნალობა სიმპტომურია და კლინიკური ნიშნების სიღრმეზეა დამოკიდებული. შესაძლოა 10 დღიდან რამდენიმე თვემდე გაგრძელდეს.

ალერგიულ რეაქციაზე მკურნალობა შემოიფარგლება ადგილობრივი ან/და სისტემური პრეპარატებით:

- ანტიქოლინერგული აპლიკაცია: Atrovent, Tersigat;
- აპლიკაციური სტეროიდები: Etacid, Dymista.
- სისტემური, per os პრეპარატები: ზადიტენი;
- ანტიჰისტამინები: ზირტეკი, კლარიტინი;
- აპლიკაციური ანტიჰისტამინური პრეპარატები: Palada;

უშედეგო მკურნალობის შემთხვევაში, საჭირო ხდება ალერგოლოგის მიერ სპეციალური მკურნალობის ჩატარება, დესენსიბილიზაცია.

D. ვაზომოტორული, არაალერგიული რინიტები. შეშუპებითი რინიტები

არაალერგიული ცხვირის ჰიპერაქტივობა

ასეთ რინიტებს მიეკუთვნება ისეთი პათოლოგიური რეაქციები, როგორცაა:

- რეაქცია პოლუციაზე;

- რეაქცია მეტეოროლოგიურ ფაქტორებზე;
- რეაქცია ტემპერატურულ ცვალებადობაზე;
- რეაქცია ფიზიკურ დატვირთვაზე;
- რეაქცია ფსიქოლოგიურ ფაქტორზე;

ამ რინიტების მკურნალობა წარმატებულია ანტიჰისტამინური საშუალებებით. (ცეტირიზინი, ლევოცეტირიზინი).

ეოზინოფილური არაალერგიული რინიტები

ამ რინიტების დროს არც ალერგია და არც მედიკამენტოზური აუტანლობა არ ვლინდება. მხოლოდ აღინიშნება ლორწოვანზე დიდი რაოდენობით ეოზინოფილები და მისი მკურნალობა ადგილობრივი სტეროიდების გამოყენებით ხდება.

შეშუპებითი რინო-სინუსიტი

კლინიკურად არის გამოხატული ცხვირის ლორწოვანის ტოტალურ ედემა, ანოსმია, ხშირია ასთმური შეტევები. პათოლოგიური პროცესი პერმანენტულ ხასიათს ატარებს. ხშირია მისი პოლიპოზით გართულება.

მკურნალობა – ადგილობრივი სტეროიდებით Etacid, Dymista. ანტიჰისტამინები – Palada. ოპერაციული მკურნალობა არ არის რეკომენდებული.

ხანშიშესული ადამიანის რინიტი

მისი კლინიკური მახასიათებელია ქარბი რინორეა, განსაკუთრებით ჭამის დროს. მკურნალობა ხდება Atrovent-ის გამოყენებით.

ჰორმონალური რინიტი

ორსულობის დროს დანყებული რინიტი. იგი, ძირითადად, ბოლო ტრიმესტრში ვლინდება. შეიძლება თან სდევდეს სისხლდენები.

პროფესიული რინიტი

პროფესიული ალერგენების გამო ჩამოყალიბებულ რინიტს-პროფესიულ რინიტს უწოდებენ.

NOTA BENE

- ამ რინიტების დროს, არ არის მიზანშეწონილი ვაზოკონსტრიქტორების დანიშვნა;
- ასევე, არ არის გამართლებული ალერგიული ტესტების გარეშე, სისტემური კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა;
- დესენსიბილიზაციის დაგეგმვა ყელ-ყურ-ცხვირის გამოკვლევის გარეშე არ არის გამართლებული, რადგანაც შესაძლოა, რინიტი ინფექციური ფონის გამო არის განვითარებული;

ჰიპერტროფიული რინიტი

უფრო სწორი იქნება, ეს პათოლოგია მოვიხსენიოთ როგორც ცხვირის ლორწოვანის მუდმივი ჰიპერტროფია.

განვითარების მექანიზმები ვაზომოტორულ და ქრონიკულ ანთებით პროცესებს ეყრდნობა.



ქირურგიული ოპერაციის დროს მოკვეთილი ქვედა ნიჟარები

გავრცელებით, დიფუზური ან ლოკალურია და ძირითადად, ცხვირის ქვედა ნიჟარებს მოიცავს. თუმცა, შესაძლოა შუა ნიჟარებზეც ვრცელდებოდეს.

მაპროვოცირებელი ფაქტორებია:

სასმელი, ნიკოტინი, მტვერი, ქიმიური გარემო და, რაც მთავარია, ვაზოკონსტრიქტორების ხშირი გამოყენება.

ექიმთან მიმართვის ძირითად მიზეზს ცხვირის ქრონიკული გაჭედვა, სურდო, უკანა რინორეა, თავის ტკივილი, ყურების დაგუბება, ფარინგიტიები წარმოადგენს.

რინოსკოპიისას ვხედავთ: ცხვირის ვარდისფერი ფერის ჰიპერტროფიულ ლორწოვანს. სეკრეტი საკმაოდ მომატებულია. ასევე, შესაძლოა დახორკლილი, სიმსივნის მაგვარი ციანოზური ლორწოვანის არსებობა რაც, როგორც წესი, მედიკამენტოზური რინიტის გამო ხდება. გამოუცდელი თვალი შესაძლოა შეცდეს და დისპლაზიური ახალწარმონაქმნი მოეჩვენოს.

ექვის შემთხვევაში, საჭიროა ენდოსკოპიური კვლევა და შესაძლოა ბიოფსიაც, რათა გამოვრიცხოთ ნეოპლაზია, ტუმბერკულოზი ან გრანულომატოზი.

მკურნალობა

პირველ რიგში, საჭიროა ვაზოკონსტრიქტორების ხმარებიდან ამოღება და მათი სტეროიდული პრეპარატებით (Etacid, Dymista) ჩანაცვლება თუ ეს მოხერხდა, რასაკვირველია.

შემდეგ, ზოგი მიმართავს ლაზერულ ან თერმულ კოაგულაციას. თუმცა, როდესაც საქმე გვაქვს დიდი ხნის პროცესთან, განსაკუთრებით საქართველოში, ქვედა ტურბინექტომია ან ტურბინოპლასტიკა გარდაუვალი შეიძლება გახდეს.

ატროფიული რინიტი

ზოგ შემთხვევაში, ცხვირის ლორწოვანი გარსის ტროპიკა (კვე-ბა) შესაძლოა მოიშალოს. ამ დროს, ლორწოვანი გარსი ატროფიას განიცდის და ჩირქოვან-ლორწოვანი სეკრეტის სიჭარბე ქმნის ფუფხების და სიმშრალის ეფექტს.

ამ გამხმარი, სუნიანი ფუფხების მოშორება ძალიან გაძნელებულია და ხშირად პრობლემას წარმოადგენს. განსაკუთრებით, **ოზენას** დაავადების დროს, როგორც პირველადი პათოლოგია ან მეორადი პათოლოგია – ტრავმის ან პოსტოპერაციული გართულების შემთხვევაში.

A. პირველადი ატროფიული რინიტები

ოზენა ატროფიული რინიტის უკიდურეს ფორმას წარმოადგენს. მისი ეტიოლოგია უცნობია. მისი სიხშირე დღეისათვის შემცირებულია.

ოზენას განვითარება სიყმანვილის ასაკის შემდეგ უფრო ხშირია და ქალებში უფრო გვხვდება.

მას შეიძლება ახასიათებდეს შემდეგი სიმპტომები:

- მყრალი სუნი, რომელსაც, ძირითადად, პაციენტი ვერ გრძნობს;
- დიდი ზომის მწვანე ფერის ფუფხები ცხვირში;
- ყნოსვის დაკარგვა;

ფუფხები შეიძლება შეგვხვდეს ცხვირ-ხახაში და ხახაშიც.

სუბიექტური ჩივილებია: ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, (მიუხედავად იმისა, რომ სავალი საკმაოდ დიდია), ცეფალეა და ჩირქოვანი ფუფხების ხშირი გამოყოფა.

ძალიან შორს წასულ შემთხვევებში, გამართლებულია ოპერაციულად ცხვირის ლორწოვანის ერთმანეთთან დაახლოება: ძვიდის მობილიზაციით, ნიჟარების ლორწოვანის მედიალიზაციით და ა. შ.

ოპერაციული მკურნალობის პარალელურად, აუცილებელია:

- ცხვირის გამორეცხვა-დანოტიოვება, (სიხშირე ინდივიდუალურად განისაზღვრება); Nisita spray-თ ან Nisita მალამოთი;
- ცხვირის ანტიბიოტიკო-კრემები ნეომიცინი ან ტერამიცინი;
- გოგირდის აბაზანები და ინჰალაციები;

თუმცა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ მანიპულაციების ჩატარება უფრო ლოგიკურია ოპერაციულ ჩარევამდე.

B. მეორადი ატროფიული რინიტი

ამ პათოლოგიას ვხვდებით ან ტრავმული დაზიანების შემდეგ, როდესაც ცხვირის ჩონჩხის სტრუქტურის უხეში დეფორმაცია ცვლის ანატომიას, ან პოსტოპერაციული გართულების დროს, როდესაც გადაჭარბებულად და აგრესიულად გაკეთდა ტურბინექტომია ან პლასტიკური ოპერაცია.

ფუფხების არსებობა იმდენად შემანახებელია, რომ ხანდახან პაციენტს ურჩევნია ძველი დისფუნქცია (ობსტრუქცია). ამიტომ ტურბინოპლასტიკის და ტურბინექტომიის დროს, აუცილებელია ზომიერება.

წიაღების ბაროტრავმები

ამ პათოლოგიურ მოვლენას, უმეტესწილად, ყურის ბაროტრავმასთან ერთად ვხვდებით, თუმცა ის უფრო იშვიათია.

მისი მიზეზი, უფრო ხშირად, ორი ფაქტორის დამთხვევაა:

1. წნევის უეცარი ცვლა (სიმალიდან ვარდნის ან ყვინთვის დროს);

2. წიაღის ბუნებრივი სავალის დახშობა რაიმე ანატომიური წარმონაქმნით, მაგ. ძვიდე, ნიჟარა ან ახალწარმონაქმნი: პოლიპი, ან ნეოპლაზია;

ამ დროს, ტკივილი შესაძლოა გაუსაძლისი გახდეს. ის ვრცელდება იმ მხარეს, რომელი წიაღიც დაავადებულია. ან, თუ ეს ძირითადი წიაღია, კეფის მიდამოში.

მისი მკურნალობა წიაღში წნევის გათანაბრებით ხდება.

NOTA BENE

- მყვინთავებში და მფრინავებში დანამატი წიაღების და ცხვირის ღრუს ფიზიოლოგიას დიდი მნიშვნელობა აქვს;
- ნებისმიერი მწვავე რინიტის დროს, სასურველია ფრენას და ყვინთვას თავი ავარიდოთ;

მწვავე ბაქტერიული სინუსიტი

ამ პრობლემით მომართვიანობა საკმაოდ მაღალია. თუმცა, ხშირად ის მწვავე რინიტიში ეშლება.

მის განვითარებას იწვევს სინუსის ბუნებრივი სავალის ობსტრუქცია და შემდგომი ბაქტერიული ინფიცირება და გართულება. შესაძლებელია თან სდევდეს მწვავე სურდოს, აუზიდან სიცივეში გამოსვლას ან გრიპს.

მისი ძირითადი სამიზნე ჰაიმორის წიაღია. აქედან გამომდინარე, მას ხალხი იცნობს ყველაზე გავრცელებული ტერმინით – ჰაიმორიტი. თუმცა, ხშირია მისი გავრცელება ეთმოიდურ, სფენოიდურ ან ფრონტალურ წიაღებში. როდესაც ის ერთ წიაღს ასნებოვნებს, მას ამ წიაღის ანთებას უწოდებენ. თუ პროცესი ერთ ან მეტ წიაღზე გავრცელებული, მას **პანსინუსიტი** ეწოდება.

წიაღების ანთებებს შორის, განსაკუთრებით საშიშია სფენოიდური და ეთმოიდური წიაღების ანთება. მათი ანატომიური მდებარეობის გამო (კავერნოზული სინუსების სიახლოვე), მათ შესაძლოა მოჰყვეს სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები.

გამომწვევი ბაქტერიები: H. influenzae, St.pneumoniae, S. aureus.

ანაერობული ფლორა ხშირად ოდონტოგენური სინუსიტების დროს არის გამოვლენილი.

A. ბანალური მწვავე სინუსიტი

კლინიკური ნიშნების მიხედვით, ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკურება არ არის ძნელი, სიმპტომებიდან სახეზეა:

- უეცარი, რეტროორბიტალური, ცალმხრივად პულსირებადი ტკივილი რომელიც ძლიერდება თავის წინ დახრის დროს;
- ცხვირის ობსტრუქცია;
- ჩირქოვანი და შედედებული გამონადენი;
- ზოგადი მდომარეობის დამძიმება, შრომის უნარის დაქვეითება;
- სიცხე ყოველთვის მაღალი არ არის;

პალპაციით, წარბის და ორბიტის ქვედა მიდამო მწვავედ მტკივნეულია.

რინოსკოპიულად ჩანს ჩირქის კვალი შუა სავალიდან. სფენოიდიტის დროს კი ეს კვალი შეიძლება იყოს ხახაში ჩამავალი და არ ჩანდეს წინა რინოსკოპიით.

ყველა ამ ჩივილის და სიმპტომის შემდეგ, კლინიკური დიაგნოზის დასმა მარტივია. არც არის საჭირო რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება, თუ ეს პროცესი არ არის გადასული მორეციდივე ან ქრონიკულ სინუსიტში.

მენინგიალური ნიშნების შემთხვევაში, CT კვლევა აუცილებლად სასწრაფოდ ჩასატარებელია.

მკურნალობა

ტაქტიკა ითვალისწინებს:

- ბუნებრივი სავალების გახსნას და ამის საშუალებით სინუსის დრენირებას, რისთვისაც აუცილებელია ადგილობრივი ვაზოკონსტრიქტორების გამოყენება (Polydexa, Xylasol). თუმცა,

თანამედროვე კვლევები ამტკიცებს, რომ ამ პრეპარატების გამოყენება ზომიერად არის საჭირო მუკოცილიარული მოძრაობის პარალიზების და შეფერხების თავიდან ასაცილებლად;

- ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენებას;
- ინფექციასთან ბრძოლას ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკო-თერაპიით 7-10 დღის მანძილზე (რეკომენდებულია: Suprax 400mg,) და რეზისტენტობის შემთხვევაში, ფტორქინოლონები;
- სტეროიდულ, მოკლევადიან თერაპიას. (0,5 მგ/კგ-ზე დღეში, 4-5 დღის მანძილზე; (Medrol)

შესაძლებელია პროცესის დაჩქარება ადგილობრივი გამორეცხვებით, ე.წ. კუკუშკით. ეს მანიპულაცია ხელს უწყობს სინუსების დრენირებას. ასევე, გამორეცხვები თავად პაციენტის მიერ, იზოტონური ხსნარებით Nisita, Aqualor. ასევე, უნდა აღვნიშნოთ ლაზეროთერაპიის დადებითი როლი მკურნალობის პროცესის დაჩქარებაში. 9-10 სეანსი საგრძნობ ეფექტს იძლევა.

სპეციალისტი, თავის მხრივ, ვალდებულია მკურნალობა ბოლომდე მიიყვანოს და არ დაუშვას მის ქრონიკულ პროცესში გადასვლა მკურნალობის არასწორი ტაქტიკის არჩევით.

B. შეგუბებითი, ობსტრუქციული სინუსიტი

როდესაც, მედიკამენტოზური მკურნალობის მიუხედავად, სინუსიტის კლინიკური ნიშნები უარესდება ან არ გადის, შესაძლებელია პაციენტს მოძველებული მეთოდი – პუნქცია შევთავაზოთ. თუმცა, ლოგიკურად რომ ვიმსჯელოთ, პუნქცია მაინც დროებითი შველა იქნება და ასეთი პაციენტები რეციდივებით ბრუნდებიან ჩვენთან. ამიტომ, როდესაც საქმე გვაქვს ობსტრუქციულ, ჩაკეტილ სინუსიტთან, ჯობია მისი ოპერაციული მკურნალობა, რაც საბოლოოდ, უფრო კარგ შედეგს მოგვცემს და თან, პაციენტს თავიდან ასაცილებს საკმაოდ მტკივნეულ მანიპულაციას.

ქრონიკული რინოგენული სინუსიტი

სინუსების ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთება მრავალფეროვანია: კატარალური, ჰიპერპლაზიური, ექსუდაციური, კაზეოზური ან ჩირქოვანი.

რადიოლოგიური კვლევისას, იშვიათ შემთხვევაში არ ჩანს ქრონიკული ანთებითი პროცესი. უმეტესწილად, სურათი აჩვენებს შესქელებულ, პათოლოგიურ ლორწოვან გარსს.

კლინიკური დიაგნოზი ორი მონაცემის საფუძველზე ისმება:

1. კლინიკური ნიშნების არსებობა 3 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში;
2. რადიოლოგიური სურათი;

მხოლოდ რადიოლოგიური მონაცემების საფუძველზე, კლინიკური გამოვლინების გარეშე, სინუსიტის დიაგნოზის დასმა არ არის გამართლებული.

როგორც წესი, რინოგენული სინუსიტები არასოდეს გვხვდება ცალმხრივი. ორმხრივი რინოსინუსიტები, ძირითადად, ჰაიმორის წიაღს ასნებოვნებს. შესაძლოა, ასევე, სფენოიდური და ეთმოიდური დაზიანებაც.

ფრონტალური სინუსიტი, როგორც წესი, ეთმოიდალური წიაღის დაავადებით იწყება. რამდენიმე წიაღის დაავადება უკვე შეიძლება ჩაითვალოს პანსინუსიტად.

იმუნოდეპრესიის დროს, როგორცაა შიდა, სიფილისი ან C ჰეპატიტი, როდესაც ორგანიზმის რეაქტიულობა დაცემულია, სინუსიტები განუკურნებელ სენად რჩება და მუდმივად რეციდიულია.

A. კლინიკური სიმპტომატიკა

ცეფალეა არ წარმოადგენს პაციენტის ძირითად ჩივილს. ყნოსვის მხრიაც, როგორც წესი, არ არის პრობლემები.

ძირითადი ჩივილები გახლავთ რინორეა და ჭარბი ჩირქოვანი გამონადენი.

ეს გამონადენი ხშირად უკან, ცხვირ-ხახისკენ გადადის და სერიოზულ დისკომფორტს ქმნის.

სუნთქვის გაძნელების მიზეზი მხოლოდ სეკრეციის გაძლიერებაა და მოხოცვის შემდეგ ნორმას უბრუნდება.

ზოგ შემთხვევაში, კლინიკა ნაკლებად კონკრეტულია და გამოიხატება ხშირი ექსუდაციური ოტიტებით და ჩირქოვან ოტიტებში – ოტორეით. ამის მიზეზი სინუსიტი და ფიზიოლოგიური ცვლილებები გახლავთ.

ასევე, შესაძლებელია ლარინგიტები და ტრაქეიტები, ხველა და დისფონია.

იშვიათად, მაგრამ მაინც, შესაძლებელია სინუსის ჩირქოვანი პროცესი თირკმელების სახსრების ან ოფთალმოლოგიური დისფუნქციის მიზეზი გახდეს. ამიტომ, ამ დაავადებების შემთხვევაში, საჭიროა სინუსების საბაზისო შემოწმება.

B. დათვალიერება

კლინიკური დათვალიერება – რინოსკოპია, საშუალებას გვაძლევს ვნახოთ:

- შეშუპებული ლორწოვანი, თუმცა ეს ნიშანი ყოველთვის არ არის გამოხატული და მისი ხარისხი ვაზომოტორული რინიტის დროს უფრო მაღალია;

- შუა სავალის საპროექციო არეში ჩირქოვანი გამონადენი, რაც სინუსიტის დიაგნოზის უეჭველი ნიშანი გახლავთ;
- ფარინგოსკოპია უკანა ჩირქოვან გამონადენს გვაჩვენებს;

რენტგენი

რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა მწვავე სინუსიტების დროს, CT-ის კარგი ალტერნატივაა. მას ნაკლები დასხივება აქვს და ფინანსურადაც მომხიბლავია.

BLONDEAU-ს პროექცია და, ზოგ შემთხვევაში, შუბლი-ცხვირის პროექცია, საკმარის ინფორმაციას იძლევა სინუსიტის, რეტენციული კისტის ან ძვლოვანი დესტრუქციის შესახებ.

როდესაც საქმე ბანალურ სინუსიტს ეხება, ჩვენი რჩევაა შემოიფარგლოთ მხოლოდ ამ გამოკვლევით.



ჰაიმორის სინუსის ჩირქოვანი ანთება: სითხის დონის ნიშნული. და ცალმხრივი კისტა – ისრით აღნიშნულია მიდამო.

ფრონტალური წიაღის ანთების რადიოლოგიური დიაგნოსტიკის დროს, აუცილებელია გვახსოვდეს ამ წიაღის ხშირი **აგენეზია** – განუვითარებლობა.

პრაქტიკაში ხშირად შეგხვდებით გამოუცდელი კოლეგების მიერ დასმული ფრონტიტის დიაგნოზი აგენეზიის დროს.

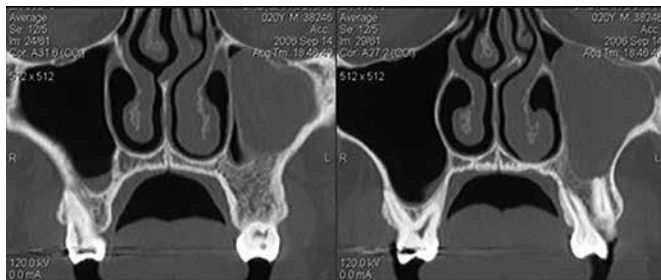
როდესაც საქმე გვაქვს საეჭვო დიაგნოზთან ან მორეციდივე

სინუსიტებთან – CT კვლევა შეუცვლელი ხდება. ამ შემთხვევაში, თვალსაჩინოა სინუსების და ცხვირის მიმდებარე ქსოვილების ანატომია და პათოლოგია.



ჰაიმორის სინუსის უცხო სხეული და ჰაიმორის რეტენციული კისტა.

კომპიუტერული ტომოგრაფიის მეშვეობით, შესაძლებელია დავადგინოთ ცხვირის ღრუს და დანამატი ნიაღვრის ანატომიური ცვლილებები, რაც შესაძლო ეტიოლოგიური ფაქტორები გახლავთ ზოგიერთი დავადების დროს. მაგალითად, ძვიდის გამრუდება და ამის გამო ჰაიმორის ბუნებრივ სავალზე ზენოლა არის ქრონიკული ან მორეციდივე სინუსიტის მიზეზი.



ძვიდის გამრუდება, როგორც ჰაიმორის კისტას ეტიოლოგიური ფაქტორი.

C. მკურნალობა

სინუსიტის მკურნალობა დამოკიდებულია მისი დიაგნოსტიკის პროცესში გამოვლენილ სიმპტომებზე და ეტიოლოგიურ ფაქტორებზე.

მედიკამენტოზური მკურნალობა ხშირად იძლევა შედეგს, თუმცა არც ისე იშვიათია რეციდივები. თუ ეტიოლოგიური ფაქტორი რაიმე ანატომიური პათოლოგიით არის გამოწვეული: პოლიპოზი, ძვიდის გამრუდება, კონხა ბულოზა, მაშინ, მკურნალობა გულისხმობს ანტიბიოტიკების გამოყენებას. კარგად მოქმედებს ცეფალოსპორინების მესამე თაობა (Suprax).

გამომდინარე იქიდან, რომ გამომწვევი ბაქტერიები ხშირად არის: Haemophilus, Pneumococcus, Streptococcus და ანაერობული ბაქტერიები, ანტიბიოტიკებთან ერთად, აუცილებლად ვინყებთ სტეროიდულ თერაპიას Medrol. თუ არ არსებობს პირდაპირი უკუჩვენება (წყლულოვანი გასტრიტი, დიაბეტი, ალერგია სტეროიდზე), მიზანშეწონილია იმუნოთერაპიული პრეპარატების გამოყენება (RIBOMUNIL).

ასევე, ძალიან შედეგიანი გახლავთ სინუსების გამორეცხვა და ლაზეროთერაპია, 5-10 სეანსი.

ქირურგიული მკურნალობა

ამ მეთოდს ჩვენ იშვიათად მივმართავთ. მხოლოდ მაშინ, როდესაც მედიკამენტოზური მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდება და რეციდივი ხშირდება.

ან, როდესაც CT კვლევით აშკარა ხდება ანატომიური პათოლოგია, რომელიც აუცილებლად მოსაშორებელია.

ამ დროს შესაძლებელია გაკეთდეს:

- შუა მებატოტომია;

- ეთმოიდექტომია;
- სეპტოპლასტიკა ან უცხო სხეულის ამოკვეთა წიაღიდან; ყველა ეს ქირურგიული ქმედება მიმართული იქნება სავარაუდო ეტიოლოგიური ფაქტორის მოსაცილებლად.

დიდი როლი შეიძლება დავუთმოთ ბალნეოლოგიურ პროცედურებს, რომელიც, სამწუხაროდ, ჩვენთან აქტუალური აღარ არის უკვე მრავალი წელია და ახლა ახლიდან იდგამს ფეხს.

ბავშვთა ასაკის სინუსიტები

ბავშვთა ასაკის სინუსიტები არც თუ ისე იშვიათი მოვლენა გახლავთ. თუმცა, მას გააჩნია თავისებურებები.

A. ქრონიკული სინუსიტები

ეს დაავადება იშვიათად გვხვდება. თუმცა, ჩვენ მაინც დავუთმობთ მას რამდენიმე გვერდს.

მათ ორ ნაწილად დავყოფთ:

1. ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის გამო ჩამოყალიბებული ქრონიკული სინუსიტი

3 წლის ასაკიდან, პატარა პაციენტის ხშირი ოტიტების, რინიტების და ფარინგიტების ფონზე თუ გავაკეთებთ რენტგენოლოგიურ კვლევას, სურათზე გამოჩნდება ჰაიმორის და ეთმოიდური წიაღების დაჩრდილვა, რომელიც 10-15-დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე მცირდება. ეს ჩანს საკონტროლო რენტგენზე. ჩვენი დაკვირვებით და მონაცემების ანალიზით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში ჰაიმორიტზე საუბარი აზრს მოკლებულია, რადგანაც წიაღის საბოლოო ჩამოყალიბება 5 წლის ასაკამდე არ ხდება.

თუმცა, ეს არ ეხება ეთმოიდურ წიაღს. მისი შეშუპებითი დაზიანება ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის შედეგი გახლავთ.

ამიტომ ამ კლინიკური ნიშნების დროს, სინუსიტის მკურნალობის მაგივრად, რაც მეორად პათოლოგიას წარმოადგენს, საჭირო ხდება რინოფარინგიტის მკურნალობა.

ცალმხრივი სინუსიტების დროს, საქმე ცოტათი უფრო რთულდება და აუცილებელია სიმსინოვანი (კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი) პროცესის ელიმინაცია.

2. სასუნთქი გზების დიფუზური, კომპლექსური დაავადებების თანმხლები სინუსიტები

სინუსების ანთება შესაძლებელია შეგვხვდეს:

- მუკოვისცილოზით დაავადებულ პაციენტებში. ამ დაავადების თანმხლები სინუსიტი არ გამოირჩევა ტიპური კლინიკური ნიშნებით. თუმცა, მისი არსებობა უნდა გამოირიცხოს ცხვირში პოლიპოზის და ზედა სასუნთქი გზების ხშირი მორეციდივე ანთებების დროს.
- **Kartagener**-ის სინდრომით დაავადებულ პაციენტებში, სინუსიტი თან სდევს SITUS INVERSUS-ს და ბრონქოდილატაციას. თუმცა, SITUS INVERSUS-ის, (მაგ. დექსტროკარდია და ა. შ.) არსებობა არ არის აუცილებელი;
- IgA დეფიციტის მქონე პაციენტებში;
- სასუნთქი გზების ალერგიის მქონე პაციენტებში;

ბავშვებში ქრონიკული სინუსიტების დროს, მკურნალობა, როგორც წესი, მედიკამენტოზურია და არ მოითხოვს ქირურგიულ ჩარევას, გარდა ზემოაღნიშნული სიმსინოვანი პროცესებისა. თერაპიულად, გამოიყენება ადგილობრივი სანაცხის და ანთების სანინაალმდეგო საშუალებები. გამოსარეცხად, იზოტონური ხსნარები მაგალითად, Nisita და ფიზიოლოგიური ხსნარი. დასაღვეად, ანთების სანინაალმდეგო პრეპარატები Diclac, ასევე, ჰომეოპათიური საშუალებები, რომელიც დაზიანებული ლორწოვანის რეგენერაციას ეხმარება, Cinnabsin და სხვა.

B. მწვავე სინუსიტები

ბავშვთა ასაკში მწვავე სინუსიტები საკმაოდ იშვიათი მოვლენაა და, როგორც წესი, მისი სამიზნე ეთმოიდური წიაღი გახლავთ. მისი კლინიკური ნიშნებია:

- მძიმე ზოგადი მდგომარეობა;
- ცალმხრივი ჩირქოვანი რინორეა;
- თვალის კუთხიდან დაწყებული ედემა, რომელიც 1-2 დღის შემდეგ შეიძლება დაიწყოს და რეაქტიულად გავრცელდეს მთელ თვალზე. რის დროსაც თვალის გახელა შეუძლებელი ხდება. ამ სიმპტომს სასწრაფო მკურნალობა სჭირდება, რადგანაც მისი გართულება შესაძლოა ლეტალურად დამთავრდეს. ინტრაკრანიალური შეშუპების და ინფიცირების გამო, იგი საკმაოდ თვალსაჩინო გახლავთ და ამიტომ დიაგნოსტიკა არ არის რთული.



სინუსტრომბოზის
დასაწყისის ნიშნები

თუ ერთხელ მაინც გვაქვს ნანახი ეს კლინიკური ნიშანი, მწვავე ეთმოიდიტის გართულების – სინუს თრომბოზის დასაწყისის კლინიკა არასოდეს დავგავიწყდება.

ეს გართულება სასწრაფო ინტრავენურ ანტიბიოტიკო და სტეროიდულ თერაპიას მოითხოვს. ყოველი საათი შესაძლოა გადამწყვეტი იყოს.

თუ ანამნეზში ეს მკურნალობა უკვე დაწყებულია და დადებითი დინამიკა 12 საათში არ აღინიშნება, პაციენტი სასწრაფოდ საოპერაციოა. ოპერაციული ჩარევა ეთმოიდური სინუსის გახსნასა და დრენირებაში გამოიხატება. ოპერაცია მიმდინარეობს ენდოსკოპიური მონიტორინგის ქვეშ. პოსტოპერაციულად, მკურნალობა გრძელდება ანტიბიოტიკებით და სტეროიდებით, პეროპერაციულად – მიღებული ჩირქის ბაქტერიოლოგიური ანალიზის შესაბამისად. ასევე, პოსტოპერაციულ პერიოდში, აუცილებელია ცხვირის ადგილობრივი სანაცია. სანაცია ხორციელდება ზღვის წყლით, ვაზოკონსტრიქტორების მოქმედების შემდგომ. ოპერაციის შემდეგ კლინიკური ნიშნები იკლებს და პაციენტი 2-3 დღეში ეწერება სტაციონარიდან.

ქრონიკული რინობრონქიტების მკურნალობა

სინუსიტების თანმხლები ბრონქიტების პრობლემა განზოგადებულია.

გამოყოფთ ორ ვარიანტს:

1. ჩამავალი რინობრონქიტი, როდესაც ჩირქოვანი სინუსიტის შედეგად ინფიცირება ბრონქებში ვრცელდება. სინუსიტის მკურნალობის შედეგად ბრონქიტიც იკურნება. ხშირია სინუსიტის პრობლემის უგულვებლყოფა და ბრონქიტის მკურნალობის შეფერხება-უშედეგობა. ასეთ შემთხვევებში, შესაძლოა ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობაც დადგეს.
2. დიფუზურად, რესპირატორული ლორწოვანის ანთების თანმხლები ბრონქიტები. ალერგიული, იმუნოდეპრესიული და მუკოცილიარული პრობლემების დროს, ქირურგიული ჩარევა აზრს კარგავს. ამ დროს, მიზანშეწონილია ბალნეოლოგიური და მედიკამენტოზური მკურნალობა, რომელიც ამ დიფუზური პრობლემის სამკურნალოდ არის გამიზნული.

ცხვირის და ცხვირ-ხახის პოლიპოზი

ამ დროს მიმდინარეობს ცხვირის ლორწოვანი გარსის კეთილ-თვისებებიანი დეგენერაცია, რომელიც, წესით, არასოდეს განიცდის მალიგნიზაციას. მისი ლოკალიზაცია, როგორც წესი, ეთმოიდურ ნიაღშია და პროცესი ორმხრივად მიმდინარეობს. ძვიდის და ნიჟარების ქსოვილი ინტაქტურია.

A. მოზრდილების პოლიპოზი

ეს პათოლოგია არცთუ ისე იშვიათია. როგორც წესი, იგი რინო-სინუსიტის შემდეგ, შეშუპებით ვითარდება.

მისი კლინიკური ნიშნებია:

- ქრონიკული, ცხვირის ორმხრივი ან ცალმხრივი ობსტრუქცია;
- ანოსმია;
- რინორეა;

რინოსკოპით ჩანს:

- დიდი ზომის პოლიპი, რომელიც ხშირად ქონაგებში გადადის;
- პატარა მრავლობითი პოლიპები, რომლებიც მხოლოდ ფიბროსკოპით ჩანს შუა სავალში;

CT კვლევა ცხადყოფს წიაღების ნაწილობრივ ან ტოტალურ დაზარდილვას.

ამ კლინიკის შემთხვევაში, პაციენტი საჭიროებს:

- ალერგიული კვლევის ჩატარებას, რომელიც ხშირად უარყოფითია;
- თანმხლები ასთმის გამორიცხვას;
- ასპირინის მიმართ ალერგიულობის გამორიცხვას;
- პნევმოლოგის კონსულტაციას ბრონქული პათოლოგიის გამოსარიცხად. ბრონქული ჰიპერაქტივობის შემთხვევაში, მკურნალობა პნევმოლოგთან ერთად უნდა წარიმართოს.

FERNAND-WIDAL-ის სინდრომი, ასპირინის დაავადება

ამ დაავადების მიზეზი ასპირინის მიმართ აუტანლობა გახლავთ. მსგავსი აუტანლობა შესაძლოა სხვა, არასტეროიდული, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების და საჭმლის ინდუსტრიაში გამოყენებადი, ფერის მიმცემი პრეპარატის, ტარტრაზინის მიმართაც არსებობდეს.

აუტანლობის მექანიზმი არ არის ჩვეული იმუნოლოგიურ-ალერგიული მექანიზმი. იგი პირდაპირ ქსოვილის ანთებით რეცეპტორებზე მოქმედებს.

ჩვეული ფორმის დროს, ასპირინის აუტანლობას თან ახლავს პოლიპოზი და მძიმე ასთმური სინდრომი. ასევე, არსებობს მხოლოდ პოლიპოზური ფორმებიც.

აღსანიშნავია, რომ ვაზომოტორული რინიტი ხშირად აუტანლობის პირველ ნიშანს წარმოადგენს. ამის გამოსარკვევად, სტაციონარულ პირობებში (ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში), შეიძლება მაპროვოცირებელი ტესტის გაკეთება ასპირინით.

მკურნალობა

მკურნალობა მედიკამენტოზურია და ეფუძნება კორტიკოსტეროიდულ პრეპარატებს:

1. Per oss ფორმები (MEDROL, SOLUPRED);
2. ადგილობრივი სტეროიდები (Etacid, Dymista);
ასევე, შესაძლოა უპრიანი იყოს თამბაქოს და სხვა ალერგიული ნივთიერებების აკრძალვა და ანტიჰისტამინური თერაპია.

პოლიპოზის ქირურგიული მკურნალობა მხოლოდ იმ შემთხვევაშია აუცილებელი, როცა მედიკამენტოზურ მკურნალობას არ მოაქვს შედეგი. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ოპერაციის მიუხედავად, პაციენტმა მუდმივად უნდა მიიღოს ადგილობრივი სტეროიდები.

ქირურგიული მკურნალობის დროს, ჩვენ SHAVER-ით ვკვეთთ პოლიპებს. ეს საგძნობლად ამცირებს რეციდივებს.

NOTA BENE

- ცხვირის პოლიპოზი, როგორც წესი, ორმხრივია. მისი ცალმხრივობის შემთხვევაში, აუცილებლად უნდა ვივარაუდოთ არა ალერგიული, არამედ, სიმსივნოვანი პროცესი.

B. ცხვირის პოლიპოზი ბავშვებში

ეს ძალიან იშვიათი დაავადება გახლავთ. იგი, როგორც წესი, ცალმხრივია, ქოანალური მიმართულებით იზრდება და ინვესს ობსტრუქციას.

ორმხრივი კლინიკის შემთხვევაში, ეჭვი უნდა ვიქონიოთ **WOAKES**-ის სინდრომზე, რომელიც ბრონქოექტაზიით, ცხვირის ძვლების დეფორმაციით და ფრონტალური სინუსის აპლაზიით არის გამოხატული.

შესაძლოა მუკოვისციდოზის არსებობაც.

NOTA BENE

- ბავშვის ორმხრივი პოლიპოზი მოითხოვს მუკოვისცილოზის გამორიცხვას;
- პატარა ასაკის ბავშვებში ცალმხრივი პოლიპოზი და გამოკვეთილი ჰაიმორიტი შესაძლოა ავთვისებიანი სიმსივნის, სარკომას შედეგი იყოს;

C. ანტროქონალური, კილიანის პოლიპი

ამ დაავადების მქონეთა ძირითადი ასაკი 14-18 წლამდე მერყეობს. ეს ფიბრომიქსომა, როგორც წესი, ფესვს ჰაიმორის სინუსიდან იღებს და შემდეგ, შუა სავალით, ქონისაკენ მიემართება. ეს ორმუცელა პოლიპი ერთ ნაწილით ჰაიმორში იზრდება და მას მოიცავს და მეორე ნაწილით – ცხვირ-ხახაში მდებარეობს.

მისი სანყისი, ასევე, შეიძლება ეთმოიდურ უჯრედებშიც იყოს.



კილიანის ორმუცელა პოლიპი

როგორც წესი, მისი სრული ამოკვეთა განკურნებას იწვევს და რეციდივი იშვიათია. თუმცა, აუცილებელია ამოკვეთილი მასალის ჰისტოლოგიური კვლევა და დიაგნოზის დაზუსტება.

კლინიკური სიმპტომატიკა

დაავადების მიმდინარეობა ძალიან ნელია და ხშირად მისი აღმოჩენა ცხვირის ცალმხრივ ობსტრუქციაზე ჩივილის გამო ხდება.

წინა რინოსკოპიით შესაძლოა არც ჩანდეს და ამიტომ საჭირო ხდება ფიბროსკოპიული დათვალიერება და უკანა რინოსკოპია, რომლითაც ჩანს მოყვითალო-მორუხო ფერის დიდი მასა ცხვირ-ხახაში.



უკანა რინოსკოპია, კილიანის პოლიპი

ხახის ნაწილი ხშირად ნეკროზულ, ჩირქოვან ხასიათს იღებს. შესაძლოა ამან შეცდომაში შეგვიყვანოს და სხვა, უფრო ცუდი პათოლოგია გვეგონოს, მაგალითად, ნაზოფარინგეალური ფიბრომა. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა კლინიკური ნიშნით – ჰემორაგიის არარსებობით ხდება. კილიანის პოლიპი არასდროს არის სისხლმდენი.

მკურნალობა

CT კვლევის შემდეგ, მკურნალობა ხდება ოპერაციულად, ენდოსკოპიური პოლიპექტომიით, რომლის დროსაც ხდება იმ წიაღის (ჰაიმორის ან ეთმოიდის) აბლაცია, საიდანაც იწყება პოლიპი.

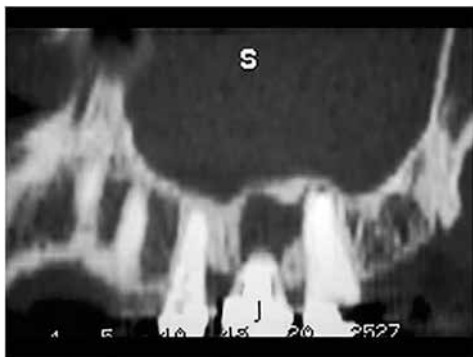
NOTA BENE

- ცხვირის ობსტრუქციის დროს, სასურველია ცხვირ-ხახის რევიზია;
- ცხვირის პოლიპოზის დროს, CT კვლევა აუცილებლობაა;
- პოლიპის ოპერაციული მკურნალობის მიუხედავად, შესაძლოა იყოს რეციდივი;

ქრონიკული ოდონტოგენური სინუსიტები

ეს პათოლოგია მოლარული (სიბრძნის) და პრემოლარული კბილების ინფექციური დაავადების დროს, ჰაიმორის ნიაღში გავრცელებული ინფექციით იწყება.

როგორც მოგეხსენებათ, კბილს ჰაიმორის ნიაღისგან ძალიან თხელი ძვალი ყოფს. როდესაც ჩირქოვანი პროცესი ამ ძვლის დესტრუქციას ახდენს, ინფექცია სინუსში ხვდება და იწვევს მის დაზიანებას.



სინუსის და მოლარული კბილის CT

კლინიკური ნიშნები

ცალმხრივი, სუნიანი, ჩირქოვანი რინორეა. ამ დროს, პაციენტი უჩივის მიდამოში სიმძიმის შეგრძნებას და ვერ გრძნობს ტკივილს.

რინოსკოპიულად – შუასავალი ჩირქოვანი გამონადენით არის სავსე.

რადიოლოგიურად – ჩანს ცალმხრივი სინუსიტი და შესაძლოა, უცხო სხეული (მაგ. კბილის ბჯენი).

როდესაც ოდონტოგენურ სინუსიტზე ჩნდება ეჭვი, აუცილებელია სტომატოლოგის მიერ ჩატარდეს დეტალური გამოკვლევა. ამგვარი ეტიოლოგიის სინუსიტის დროს, კბილის პათოლოგია ხშირად ძნელი აღმოსაჩენია.

მკურნალობა

ოდონტოგენური სინუსიტის დროს, აუცილებელია ჯერ მიზეზის – კბილის პრობლემის მოგვარება და მხოლოდ ამის შემდეგ, ჰაიმოროტომია.

წიაღების მიკოზები (სოკოვანი დაავადება)

არჩევნ ორი ტიპის სოკოვან დაავადებას, რომელიც წიაღებს ასნებოვნებს. ეს არის **მუკორმიკოზი** (ზიგომიკოზი) და **ასპერგილოზი**.

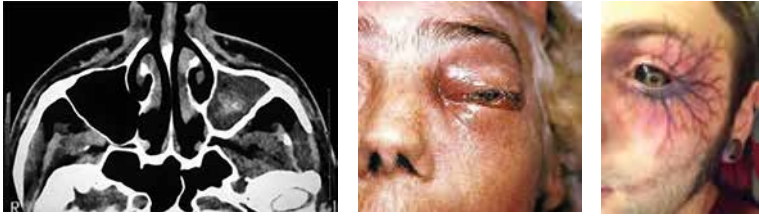
Mucormycose-ი, ძირითადად, დაურეგულირებელი დიაბეტის დროს გვხვდება.

ამ ინფექციის დინამიკა ძალიან ცუდია. იგი სახის ქსოვილების და, შესაძლოა, ქალას ფუძის ძვლების ნეკროზს იწვევდეს. მისი მკურნალობა სპეციფიკურია და ამფოტერიცინის (AMPHOTERICIN) გამოყენებით არის შესაძლებელი.

მეორე სოკოვანი ინფექცია, რომელიც უფრო ხშირია და უმრავლეს შემთხვევაში გვხვდება სინუსებში, არის ასპერგილოზი (ASPERGILOSE). მისი ორი სახეობა არის გავრცელებული – ფსევდო სიმსინოვანი, (თუმცა კონტინენტალური ჰავის პირობებში იგი ნაკლებად გვხვდება) და ლითიაზური – გაქვავებული.

1. წიაღების ლითიაზური ასპერგილოზი (ASPERGILOSE)

კლინიკურად, სახეზეა ცალმხრივი ქრონიკული სინუსიტი ჩირქოვანი, სისხლიანი გამონადენით. რადიოლოგიურად, ამა თუ იმ წიაღში ჩანს თეთრი ფერის კონცენტრირებული უცხო სხეული ბირთვით და გარშემო ანთებითი ქსოვილით.



ჰაიმორის წიაღის ასპერგილოზი და მუკორმიკოზი

2. ასპერგილოზის ფსევდოტუმორალური ფორმა

იშვიათად, მაგრამ მაინც, გვხვდება ფსევდო-სიმსივნოვანი ფორმაც, რომლის დროსაც კლინიკურად გამოხატულია სახის საშინელი ტკივილი, თვალის მამოძრავებელი ნერვის პარეზი, ეგზოფთალმია და მხედველობის დაქვეითება.

ლოკალიზაცია შეიძლება იყოს როგორც ეთმოიდში, ასევე სფენოიდში და ფრონტალურ წიაღში.

ტომოგრაფიული კვლევა გვიჩვენებს წიაღის სიმსივნოვან დაშლას. დიაგნოზი პეროპერაციულად ისმება. ამოღებული მასა მორუხო-მომწვანო ფერის, პლასტელინის კონსისტენციის მქონეა, რაც ასპერგილოზს ახასიათებს. თუმცა, ეს პარაზიტოლოგიურმა კვლევამაც უნდა დაადასტუროს.

მარტივი ასპერგილოზის დროს, მკურნალობა ხდება ოპერაციული ჩარევით და მისი ამოკვეთით. ამ დროს, ანტიმიკოზური მედიკამენტები არაა საჭირო. თუმცა, ფსევდო-სიმსივნოვანი ფორმების შემთხვევაში, პარაზიტოლოგის აზრიც გასათვალისწინებელია.

NOTA BENE

- ასპერგილოზის დიაგნოზი, თითქმის ყოველთვის, CT კვლევის შემდეგ შეიძლება ვივარაუდოთ;
- ბანალური ასპერგილოზის მკურნალობა შემოიფარგლება ამოკვეთით და წიაღის აერაციით;
- ძელოვანი ინფიზიის და ფსევდო-სიმსივნოვანი ასპერგილოზის შემთხვევაში, აუცილებელია სპეციფიკური თერაპია რეციდივის თავიდან ასაცილებლად;

ჰაიმორის წიაღის კისტები

ზედა ყბის წიაღის ლორწოვან გარსს და ექტოდერმულ ნარჩენებს აქვთ მიდრეკილება წარმოშვან კისტები.

ამ კისტების აღმოჩენა, როგორც წესი, შემთხვევით ხდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს, რომელიც რაიმე სხვა მიზეზით კეთდება. თუმცა, რასაკვირველია, ჰაიმორის მიდამოს ტკივილი და ზოგჯერ კანქვეშა შეშუპება გვაიძულებს ამ კვლევის ჩატარებას კისტის არსებობის გამოსარიცხად.

A. წიაღის ლორწოვანი გარსიდან განვითარებული რეტენციული კისტები

როგორც წესი, ამ კისტებს არ აქვთ კონკრეტული ლოკალიზაცია და ნებისმიერ კედელზე (წინა, უკანა) შეიძლება იყვნენ. დინამიკაში ზრდის მიუხედავად, ისინი არ იწვევენ ძვლის კომპრესიას და დაშლას მუკოცელესაგან განსხვავებით, რომელიც კომპრესიას ახდენს ძვალზე და მის დეფორმაციას იწვევს.

რენტგენზე ჩანს ჩამავალი მზის სურათის მაგვარი დაჩრდილვა ჰაიმორის წიაღში, რომელიც იმდენად დამახასიათებელია კისტასთვის, რომ არ შეიძლება სხვა რამეში აგერიოთ. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ რენტგენის პროექციულ დამიზნებას დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგი გრაფიკული გამოსახულების მისაღებად.

კისტას პუნქცია, ისევე როგორც პუნქცია სინუსიტის დროს,

დროებითი ზომაა და თანაც იმდენად მტკივნეული, რომ ამოღებულია პრაქტიკიდან.

ასეთი კისტები საჭიროებენ მკურნალობას (იქნება ეს მედიკამენტოზური თუ ქირურგიული) მხოლოდ მაშინ, თუ პაციენტს აღენიშნება ტკივილი. სხვა შემთხვევებში, უსიმპტომო კისტები არ საჭიროებენ მკურნალობას.

ტკივილის ან დისკომფორტის შემთხვევაში, ოპერაციული ჩარევა – ენდოსკოპიური მებატოტომია, არის კარგი გამოსავალი.

B. ოდონტოგენური კისტები

კბილიდან წამოსული კისტები შესაძლოა განვითარდეს მაშინ, როდესაც კბილის (თუნდაც ამოღებულის) ფესვის კისტა განიცდის ზრდას. ოდონტოგენური ამელობლასტომა ამის კარგი მაგალითია. მისი მიმართულება შეიძლება იყოს როგორც წიაღისაკენ, ასევე სასის ძვლისკენ.

ამიტომ მისი მკურნალობა ყბა-სახის ქირურგის მიერ უნდა წარიმართოს, რაც გამოიხატება ფესვის ტოტალურ რეზექციაში და კისტას შიგთავსის ამოსუფთავებაში.

იშვიათად, მაგრამ მაინც, ასეთი კისტები იწვევს სინუსის მთლიან ინვაზიას ძვლის დესტრუქციით და შესაძლოა, მიგვანიშნოს ნეოპლაზიურ პროცესზე.

აღსანიშნავია იშვიათი, თუმცა მძიმე პათოლოგია – კისტოზური ამელობლასტომა, რომელიც კეთილთვისებიანი, მაგრამ ძალიან დესტრუქციული და ხშირად მორეციდივე სიმსივნეა. მისი დიაგნოზი ჰისტოლოგიურად უნდა დამტკიცდეს.

მისი მკურნალობა ქირურგიულია და გამოიხატება სიმსივნის რადიკალურ რეზექციაში.



ზედა ყბის ოდონტოგენური
ამელობლასტომა

NOTA BENE

- ზედა ყბის ნებისმიერი კისტოზური დაავადება საჭიროებს ჩაღრმავებულ სტომატოლოგიურ კვლევას;
- ნებისმიერი კისტექტომიის შემდეგ, აუცილებელია ჰისტოლოგიური კვლევა;

მუკოცელე

მუკოცელე წარმოადგენს ქრონიკული სინუსიტის კაფსულირებულ ფორმას, რომელიც სავსეა ჩირქოვან-ლორწოვანი შიგთავსით და ზენოლის გამო, შეუძლია მოახდინოს კომპრესია მომიჯნავე ძვლოვან სტრუქტურებზე და გამოიწვიოს მისი დეფორმაცია.

მისი განვითარება ხშირად ტრავმული და ოპერაციული შემთხვევების შედეგია, როდესაც გარკვეული მონაკვეთი დრენირების გარეშე რჩება და ხდება მისი კაფსულირება.

კლინიკურად, ის სიმსივნოვან ქსოვილს წარმოადგენს, რომელსაც თან ახლავს მწვავე ტკივილი და ზოგჯერ ოფთალმოლოგიური ნიშნებიც.

მის არსებობაზე მიუთითებს მისი მუდმივი ლოკალიზაციის ადგილი – ფრონტო-ეთმოიდალური კუთხე.

ტომოგრაფიული სურათი გვიჩვენებს მრგვალი ფორმის, სითხით სავსე თხელკედლიან ზონას.

მკურნალობა მარტივია – ამ ზონის დრენირება და ფართე სავალის დატოვება.

NOTA BENE

- ქრონიკული სინუსიტის უკან შესაძლოა იმალებოდეს სიმსივნოვანი პათოლოგია
- და პირიქით, ნებისმიერი სიმსივნოვანი პროცესი შესაძლოა გართულებული სინუსიტი იყოს.

სინუსიტის გართულებები

ეს პათოლოგია შესაძლოა დამძიმდეს ოფთალმოლოგიური და ინტრაკრანიალური გართულებებით.

A. ოფთალმოლოგიური პრობლემები

ორბიტალური ცელულიტი

ამ დროს, სინუსიტი რთულდება ქუთუთოს და კონიუქტივის შეშუპებით, რომლის ხარისხი შესაძლოა ისეთი იყოს, რომ თვალის გახელაც ვერ შეძლოს პაციენტმა. რადიოლოგიური კვლევებით გამოჩნდება ამ მიდამოს კავშირი სინუსის პათოლოგიასთან. ძირითადი საკითხი გახლავთ ის, თუ რა ტიპის მკურნალობა უნდა ავირჩიოთ – ოპერაციული თუ მედიკამენტოზური.

თუ საქმე გვაქვს მხოლოდ რბილი ქსოვილის ინფიცირებასთან და შეშუპებასთან, მაშინ კორტიკოთერაპია და ანტიბიოტიკოთერაპია საკმარისია შედეგის მისაღწევად. თუ სოკოვანი დაავადება გვაქვს, მაშინ სპეციფიკური ქიმიოთერაპიაა საჭირო.

მაგრამ, თუ პათოლოგიის მიზეზი სადმე ბლოკირებული ჩირქია (მაგ. ბლოკირებული ეთმოიდიტი, ჰაიმორიტი), სასწრაფოდ არის ჩასატარებელი ენდოსკოპიური, მადრენირებელი ოპერაცია.

საოპერაციოში სასწრაფოდ შეყვანის საკითხი მარტივად, 3 კლინიკურ ნიშნის მიხედვით ნყდება:

1. ოფთალმოპლეგია;
2. პარალიზური მიდრიაზი;

3. რქოვანას მგრძობელობის დაქვეითება.



ოფთალმოპლეგია და მიდრიაზი

ეგზოფთალმია, ოპტიკური ნერვის ანთება და ოკულომოტორული პარეზი

ამის მიზეზი შესაძლოა გახდეს ეთმოიდური ან სფენოიდური მუკო ან პიოცელე. დიაგნოზის დასაზუსტებლად, აუცილებელია CT კვლევა. მკურნალობა, რასაკვირველია, ქირურგიულია.

B. მენინგო-ენცეფალიტები

ამ დაავადების გამომწვევია St. Aureus-ით გართულებული ფრონტიტი ან სფენოიდიტი. ინფექციის გავრცელება, როგორც წესი, ხდება ტრომბოფლებიტის გზით. შესაძლოა ოსტეომიელიტის შედეგად გავრცელებული ინტრაკრანიალური ინფიცირებაც, მაგ. ჩირქოვანი მენინგიტი, სუბდურალური ემპიემა, კავერნოზული თრომბოფლებიტი, ექსტრამენინგეალური აბსცესი, ტვინის აბსცესი. თუმცა, ძალიან იშვიათად.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ზოგიერთი სიმსივნოვანი პროცესი იძლევა ფებრილიტეტის და ფრონტალური ტკივილების სურათს. ამ დროს, არ არის აუცილებელი იყოს სინუსიტი.

ნებისმიერი სინუსიტის დროს, როდესაც ადეკვატური მკურნალობა უშედეგოა და ტკივილი მაინც არ გადის, ინტრაკრანიალური გართულების გამოსარიცხად, აუცილებელია CT კვლევა.

NOTA BENE

- ზოგიერთი ოფთალმოლოგიური პათოლოგიის დროს, აუცილებელია სინუსების დეტალური გამოკვლევა;
- სინუსიტების დროს, ადეკვატური მკურნალობის უშედეგობა ყოველთვის ეჭვს უნდა ბადებდეს ინტრაკრანიალური გართულების არსებობაზე;

წიაღების კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ამ სიმსივნეების ნუსხაში გამოვყოფთ იშვიათ და ხშირი სიმსივნეებს.

იშვიათი ტიპის სიმსივნეებს მიეკუთვნება:

- მენინგო-ენცეფალოცელე;
- ფიბროზული დისპლაზია;
- ჰემანგიომა;

ხშირი სიმსივნეებიდან აღსანიშნავია **ოსტეომები** და **შებრუნებითი პაპილომები**.

A. ოსტეომები

ამ, არც თუ ისე იშვიათი, კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს, ქირურგიული ჩარევა, როგორც წესი, არ არის საჭირო.



ფრონტალური ოსტეომები, პატარა და დიდი

უმეტესწილად, გვხვდება ფრონტალურ სინუსში. თუმცა, ეთმოიდურ სინუსშიც შესაძლებელია იყოს.

მისი აღმოჩენა შემთხვევით ხდება, როდესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო, პაციენტს უკეთებენ რენტგენოლოგიურ კვლევას ნიაღვრზე.

რადიოლოგიური კვლევით, მკვრივი და კარგად გამოკვეთილი სიმსივნე შესაძლოა შეგვხვდეს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ეთმოიდში და ფრონტალურ ნიაღვრში.

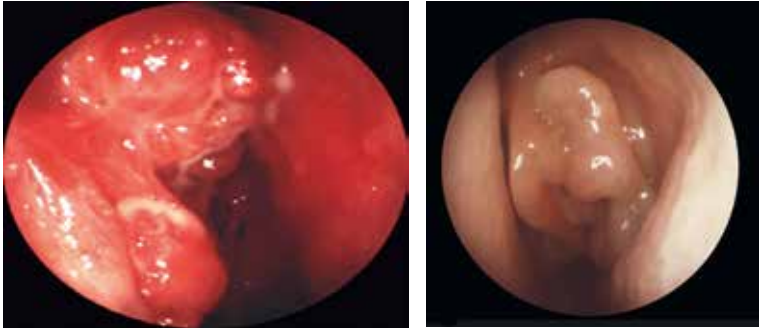
ოსტეომის ოპერაციული მკურნალობა იშვიათად არის საჭირო. თუმცა, კომპრესიის გამო, ტკივილის შემთხვევაში (ძალიან დიდი ზომის ოსტეომის დროს), ოპერაცია უპრიანი იქნება. თუმცა, მანამდე აუცილებელია ნევროლოგიური მდგომარეობის გამოკვლევა და ცეფალეას სხვა ეტიოლოგიის გამორიცხვა.

NOTA BENE

- ოსტეომის დიაგნოზი, უმეტესწილად, არ საჭიროებს ოპერაციულ ჩარევას;
- ოსტეომის დიაგნოზის დასასმელად, აუცილებელია გამოცდილი რენტგენოლოგის კონსულტაცია, რათა უბრალო ძვლოვანი სურათი ოსტეომაში არ აგვერიოს;

B. შებრუნებითი პაპილომები (EDWING-ის პაპილომა)

Inverted Papiloma – კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. მისი ადგილმდებარეობა ეთმოიდურ ნიაღვრში ყველაზე ხშირია, თუმცა შესაძლოა, შეგვხვდეს ძვიდის ლორწოვანზეც. ამ სიმსივნის მორეციდივო ხასიათის და მისი გადაგვარების საფრთხის გამო, ის პრეკანცერებს მიეკუთვნება. მისი მკურნალობა ოპერაციულია. ამოკვეთის მასშტაბი იგივეა, როგორც ავთვისებიანი სიმსივნის დროს. ოპერაციის შემდგომი პერიოდიც კარცენოლოგიურად უნდა წარმართოს. ის მოითხოვს სისტემატურ კონტროლს რეციდივის ადრეული სტადიის დასადგენად.



შებრუნებითი პაპილომას ენდოსკოპიური სურათი

ოპერაციის წინ, აუცილებელია მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის ჩატარება, რითაც შეგვიძლია პაპილომას ინვაზიური ნაწილის საზღვრების დადგენა და ქირურგიული ჩარევის მასშტაბის განსაზღვრა.

NOTA BENE

- ყველა ცალმხრივი პოლიპი, საბოლოო ჰისტოლოგიური დასკვნის პასუხამდე, უნდა იყოს განხილული როგორც საექვო.

წიაღების და ცხვირის ღრუს ავთვისებიანი სიმსივნეები

ეს სიმსივნეები ჰისტოლოგიურად მრავალფეროვანია. უმეტესწილად, გვხვდება ეპითელიალური სიმსივნეები. მაგალითად, ჰაიმორის წიაღში უფრო ხშირად ეპიდერმოიდული ეპითელიომები გვხვდება, ხოლო ეთმოიდურ წიაღში – ჯირკვლოვანი ეპითელიომები.

ლიმფომები (გარდა ჰოჯკინისა), მელანომები ან ნერვული გენეზის სიმსივნეები უფრო იშვიათია.

კაცებში ეს პათოლოგია უფრო გავრცელებულია. პროფესიული თავისებურებების გამო, ჯირკვლოვანი ეპითელიომები ხშირად გვხვდება ხეზე მომუშავე პაციენტებში.

A. კლინიკური ნიშნები

სიმსივნის ადგილმდებარეობის მიხედვით, კლინიკური ნიშნებიც სხვადასხვაგვარია:

- ცხვირის ობსტრუქცია;
- ცალმხრივი, მორეციდივე სისხლდენები;
- ცალმხრივი ცეფალეა;
- სახის დეფორმაცია რბილი ქსოვილების შეშუპების ხარჯზე;
- რბილი ან მაგარი სასის დეფორმაცია;

ზოგიერთ შემთხვევაში, ყელ-ყურის ექიმთან პაციენტი მომიჯნავე სპეციალისტების მიმართვით ხვდება, მაგალითად: ოფთალმოლოგის, სტომატოლოგის, თერაპევტის.

ამიტომ ხშირია დაგვიანებული შემთხვევები.

ყელ-ყურის ექიმი არ უნდა შეცდეს და არ უნდა გამოეპაროს ქრონიკული სინუსიტის ავთვისებიან სიმსივნედ გადაგვარება.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ქრონიკული სინუსიტის დროს ტკივილი არ ანუხებს პაციენტს. ამიტომ ტკივილის გაჩენა ცუდი და საეჭვო ნიშანია.

რინორეის სეკრეტში სისხლიანი გამონადენის შენიშვნაც საეჭვო ნიშანი გახლავთ.

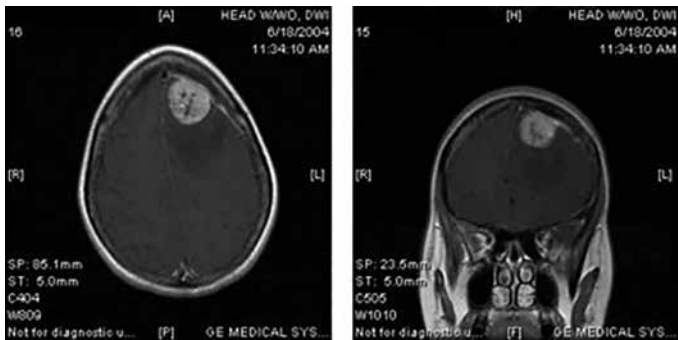
ასევე, პროცესის გართულება პირის ღრუს მიდამოს ობსტრუქციით ან სუბორბიტალური მიდამოს მგრძნობელობის დაკარგვით, მიუთითებს ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე.

ცალმხრივი პოლიპი, შესახედავად ბანალური, შესაძლებელია ავთვისებიანი სიმსივნე აღმოჩნდეს. მიუთმეტეს, თუ მაკროსკოპულად გრანულაციური-სისხლმდენი შესახედაობის არის.

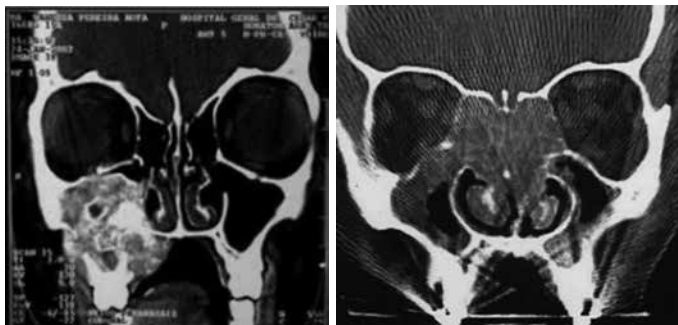
ნებისმიერ ზემოაღნიშნულ შემთხვევაში, კისრის ადენოპათიის გამოსარიცხად, საჭიროა პალპაცია ან კისრის ექოსკოპია. ლიმფური კვანძების უნილატერალური პათოლოგია კიდევ ერთი ცუდი ნიშანია. ამ შემთხვევაში, აუცილებელია კვანძის ციტოპუნქცია მეტასტაზის გამოსარიცხად.

B. რადიოლოგიური კვლევები

ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკისთვის ყველაზე კარგი საშუალება გახლავთ CT კვლევა. მის მიხედვით შესაძლებელი ხდება სიმსივნის ინვაზიურობის და გავრცელების დადგენა. ძვლოვანი დესტრუქცია დიდ ეჭვს ბადებს სიმსივნის ავთვისებიანობაზე. CT კვლევა შესაძლო ცერებრალურ მეტასტაზებსაც ავლენს.



ცერებრალური მეტასტაზირების მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა.



სინუსების კიბოს დიაგნოსტიკა CT კვლევით

NOTA BENE

- თავის ნებისმიერი ხანგრძლივი ტკივილი რადიოლოგიური კვლევის ჩატარების ჩვენებაა;
- სინუსების და ცხვირის ღრუს დიდი ზომის სიმსივნე არ არის ყოველთვის ავთვისებიანი და პირიქით, პატარა ზომა არ განაპირობებს პათოლოგიის კეთილთვისებიანობას;
- ქრონიკული სინუსიტი შესაძლოა გადაგვარდეს კიბოში;
- სინუსებზე ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა შესაძლოა გადაიქცეს დიდი მასშტაბის ქირურგიულ-კანცეროლოგიურ ოპერაციად. ამიტომ, აუცილებელია ამისათვის მზადყოფნა როგორც მატერიალურ – ტექნიკური, ასევე გამოცდილების კუთხით;

C. ბიოფსია

პროოპერაციული ბიოფსია საშუალებას გვაძლევს წინასწარ განვსაზღვროთ ოპერაციის მასშტაბი და ტაქტიკა. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში (სიმსივნის სისხლმდენი ხასიათი, პაციენტის ასაკი), ბიოფსია პროოპერაციულად კეთდება და სასურველია ამისათვის გვექონდეს ექსპრესდიაგნოსტიკის საშუალება.

ამით ჩვენ თავიდან ავიცილებთ ხელმეორედ ჩარევის აუცილებლობას სიმსივნის ავთვისებიანობის დადგენის შემთხვევაში.

მოვახერხებთ:

- პაციენტის ინფორმირებას ოპერაციის შედეგების შესახებ;
- ოპერაციის მაქსიმალურად შედეგიანად ჩატარებას;

ცხვირ-ხახის ფიბრომა

ეს ანგიოფიბრომა მხოლოდ მამრობითი სქესის პაციენტებს აქვთ 12-20 წლის ასაკამდე. კეთილთვისებიანი ფიბროზული სიმსივნე შემდეგი კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება:

- ხშირი კატაკლიზმური სისხლდენები, რაც აიხსნება ამ სიმსივნის მდიდარი ვასკულარიზაციით და აუცილებლად გასათვალისწინებელია ოპერაციული ჩარევის შემთხვევაში;
- ზოგ შემთხვევაში, ზომის გამო, კრანიალური დეფორმაციით და ძვლოვანი ინვაზიით;

ეს სიმსივნე იწყება ქოანის ზედა ნაწილში, თუმცა განვითარება შესაძლოა ჰქონდეს ცხვირ-ხახისკენ, სფენოიდური ან ეთმოიდური სინუსის ინვაზიით ან ჰაიმორის წიაღისკენ, სადაც ორბიტის დეფორმაციას იწვევს და გარედან ლოყის გამობერილობით ვლინდება.

A. კლინიკა

დასაწყისში არსებობს ორი ჩივილი: ხშირი სისხლდენები და ცხვირის ცალმხრივი ობსტრუქცია.

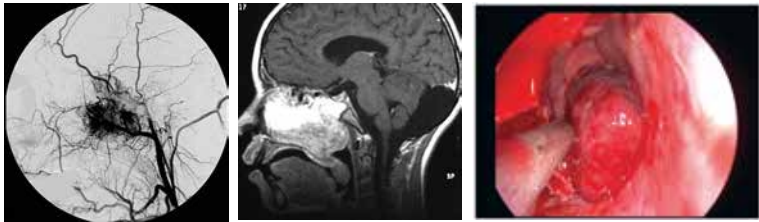
წინა რინოსკოპიით, იშვიათად მაგრამ მაინც, ჩანს რუხი ან მუქი ვარდისფერი სიმსივნე.

ეს სიმსივნე სისხლმდენია შეხებისას და ეს აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს გასინჯვის დროს. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლე-

ბა ამ სიმსივნის ბიოფსია საკონსულტაციო კაბინეტში, რადგანაც შედეგი სავალალო იქნება. პაციენტის გადაყვანა საოპერაციოში შეიძლება ვერც მოასწროთ და საქმე ლეტალურად დასრულდეს. აუცილებელია კონტრასტული MRI ანგიოგრაფიის და CT კვლევის ჩატარება.

უკანა რინოსკოპიით ჩანს იგივე მაკროსკოპიული სურათი, ოღონდ, ჩირქოვანი სეკრეტით.

ამ კლინიკური ნიშნების დროს, ლიმფადენოპათიის არარსებობა შეიძლება გახდეს ავთვისებიანი ლიმფომის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საფუძველი.



ანგიოფიბრომის დიაგნოსტიკა: ანგიოგრაფია, MRI და ენდოსკოპიური სურათი

ანგიოგრაფია საშუალებას გვაძლევს საბოლოო დიაგნოზი დავსვათ, განვსაზღვროთ მკვებავი ტოტი და, შესაბამისად, ოპერაციულ ჩარევამდე მოვახდინოთ მისი ობლიტერაცია.

B. მკურნალობა

ქირურგიული ჩარევა ამ პათოლოგიის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდია. აღსანიშნავია, რომ ინვაზიური რადიოლოგიის არსებობამდე, ეს ოპერაცია, სისხლდენის გამო, ხშირად ლეტალურად მთავრდებოდა. დღეს, ობლიტერაციის მეშვეობით, შესაძლო ხდება პეროპერაციული სისხლდენის მინიმუმამდე დაყვანა და ოპერაციისას სრული ტუმორო-რეზექცია.

მკვებავი სისხლძარღვის ობლიტერაცია ოპერაციამდე ორი-სამი დღით ადრე უნდა განხორციელდეს. დაგვიანების შემთხვევაში, მაობლიტირებელი პრეპარატი შეიძლება დაიშალოს.

ოპერაციული მიდგომა მრავალგვარი შეიძლება იყოს. იგი დამოკიდებულია სიმსივნის მდებარეობასა და ზომაზე. შესაძლოა ნეიროქირურგების ჩარევაც, თუ საქმე გვაქვს ინტრაკრანიალურ, ინვაზირებულ ფორმასთან.

აუცილებელია ტოტალური რეზექცია, რადგანაც დარჩენილი ნაწილი, სამომავლოდ, რეციდივის გარანტიია.

მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია ამ რეციდივების ნაადრევ სტადიაზე გამოვლენაში გვეხმარება.

NOTA BENE

- ხშირი სისხლდენების დროს, აუცილებელია ცხვირ-ხახის რევიზია;
- არასოდეს გააკეთოთ ცხვირ-ხახის ან ცხვირის საექვო სიმსივნის ბიოფსია საკონსულტაციო კაბინეტის პირობებში;

ცხვირ-ხახის კიბო

ევროპულ რასაში იშვიათი დაავადებაა. ძირითადად, ჩინელებსა და არაბული წარმოშობის ერებშია გავრცელებული. თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ ჩვენი, ანუ კავკასიური რასის ხალხში არ გვხვდება. ასაკობრივი ლიმიტი არ არსებობს. კაცებში უფრო ხშირია.

ალკოჰოლის და თუთუნის მოხმარება არ ითვლება გამომწვევ ფაქტორად. სამაგიეროდ, EBV (Ebstein – Bar virus) მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ამ პათოლოგიის განვითარებაში.

ცხვირ-ხახის კიბო სამ ძირითად ჰისტოლოგიურ ჯგუფად შეიძლება დავყოთ:

1. ანაპლაზიური კიბო;
2. ეპიდერმოიდი;
3. არაჰოჯკინის ლიმფომები;

არადიფერენცირებული (ანაპლაზიური) კიბო – ცხვირ-ხახისთვის არის სპეციფიკური. მისი აბრევიატურაა U.C.N.T. (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type). ამგვარი კიბოს დროს, EBV ტიტრი ძალიან მაღალია და იკლებს სხივური თერაპიის შემდეგ. თუმცა, ასევე იწვევს რეციდივის დროს. ამიტომ პოსტსხივური თერაპიის რეციდივის გასაკონტროლებლად, EBV ტიტრის პერმანენტული კონტროლი არის საჭირო.

A. კლინიკური ნიშნები

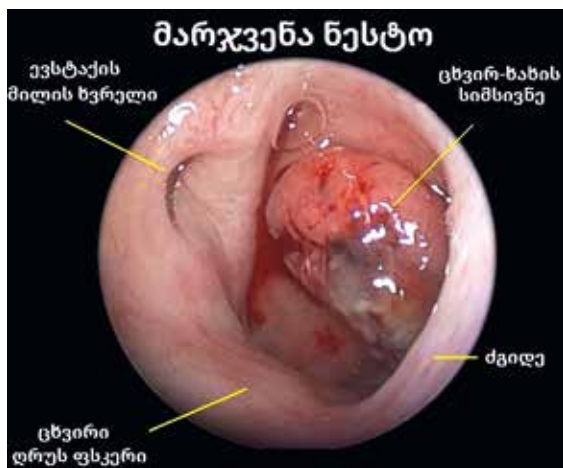
- ცალმხრივი მორეციდივე ექსუდაციური ოტიტები;
- ცხვირიდან სისხლდენები და სუნთქვის ხშირი ობსტრუქცია;
- V და VI წყვილი ნერვის დისფუნქცია და ცეფალეა;

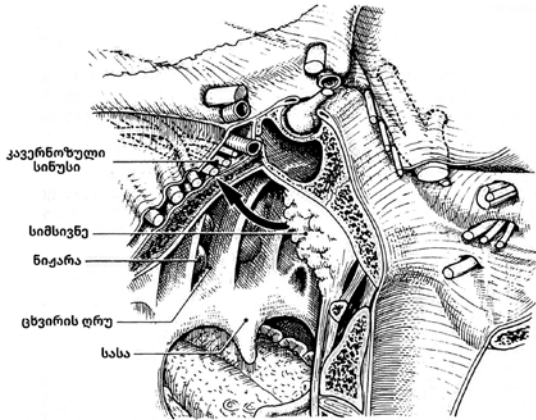
ნებისმიერ ამ შემთხვევაში, სასურველია ცხვირ-ხახის გამოკვლევა, რადგანაც თუ ამ ნიშნების მიზეზი კიბოა და არა კონკრეტულად ამ ორგანოების პათოლოგია, დაკარგული დრო შეიძლება საბედისწერო აღმოჩნდეს.

ცერვიკალური ადენოპათიების დროს, მიუხედავად მათი ლოკალიზაციისა (თუმცა, ძირითადად, მასტო-მანდიბულარულ მიდამოში გვხვდებიან) და კონსისტენციისა (მაგარი, მობილური, მტკივნეული), აუცილებელია ცხვირ-ხახის კიბოს გამოორიცხვა.

დიფერენციალური დიაგნოზი ცხვირ-ხახის დათვალიერებით და, ეჭვის შემთხვევაში, ბიოფსიით კეთდება.

ენდოსკოპიური დათვალიერებით ცხვირ-ხახაში შესაძლოა იყოს წყლულოვანი ან გრანულაციური ქსოვილი, რომელიც შეიძლება სისხლმდენიც იყოს.





ცხვირ-ხახის კიბო და ცხვირ-ხახის კიბოს გვერდით მდებარე სტრუქტურები

B. მკურნალობა

ცხვირ-ხახის კიბოს მკურნალობა იწყება ქირურგიული რეზექცია-ბიოფსიით და სხივური თერაპიით და ქიმიოთერაპიით გრძელდება. ქირურგიული ჩარევა შეიძლება განხორციელდეს სხივური თერაპიის შემდგომაც, დარჩენილი ლიმფური კვანძების ამოღების სახით, თერაპიის დამთავრებიდან რამდენიმე თვეში. პოსტთერაპიული კონტროლი აუცილებელია და გულისხმობს როგორც ცხვირ-ხახის დათვალიერებას, ასევე ფილტვის და სხვა შორეული მეტასტაზების კონტროლს.

ცუდი პროგნოზი აქვს ინვაზიურ სიმსივნეს ქალას ფუძეში და შორეული ლიმფური კვანძების მეტასტაზების მქონე შემთხვევებს.

NOTA BENE

ცხვირ-ხახის დათვალიერება აუცილებელია, როდესაც არის:

- ცალმხრივი ექსუდაციური ოტიტები დიდებში;
- ცხვირის ობსტრუქცია;
- V წყვილი კრანიალური ნერვის დაზიანება;
- თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანება;

არაჰოჯკინის ავთვისებიანი ლიმფომები

ამ სიმსივნეების ხშირი ადგილმდებარეობა ზედა სასუნთქი გზები გახლავთ.

ასაკობრივი ლიმფიტი არ არსებობს.

მათი ლოკალიზაცია – WALDEYER-ის რკალი გახლავთ და ძირითადად, სასის ნუშურებს და ადენოიდურ ვეგეტაციებს აზიანებს. იშვიათად გვხვდება წიაღებში და კისრის ლიმფურ კვანძებში.

გლანდის ლიმფომის დროს, ვხედავთ გლუვ, ნორმალური ლორწოვანით დაფარულ ორგანოს ან პირიქით, ჩირქოვან, პლევგმონოზურად გადაგვარებულ ქსოვილს.

ყელ-ყურის ექიმი, როგორც წესი, პირველი აფასებს ამ ტიპის სიმსივნეს და ამიტომ აუცილებელია ამ დაავადების დეტალური გამოკვლევა.



გლანდის ლიმფომა

მკურნალობა

ძალიან რთული და კომპლექსურია. მოიცავს სხივურ თერაპიას, ქიმიოთერაპიას და ჰემატოლოგის მუშაობას ერთდროულად.

სხივური თერაპია ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა. თუმცა, შორეული, სხვა ლოკალიზაციის კერების დასაგმობად, შემდგომ, ქიმიოთერაპიის ჩართვაც არის საჭირო.

NOTA BENE

- არაჰოჯკინის ლიმფომის დადგენის შემდეგ, აუცილებელია გაკეთდეს სილრმისეული კვლევები ამ დაავადების გავრცელების და ტიპის დასადგენად;
- მკურნალობაში უნდა ჩავრთოთ სხივური, ქიმიო და ჰემატო თერაპევტები;

სახის ტრავმები

სახის ტრავმები გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ხშირი ნოზოლოგია გახლავთ. პოლიტრავმების დროს, ხშირია მისი არასათანადოდ შეფასება. იქიდან გამომდინარე, რომ სხვა, უფრო სერიოზული, სიცოცხლისთვის საშიში ტრავმა წინა პლანზე გამოდის. თუმცა, შემდგომ პერიოდში, სახის ტრავმები დიდ პრობლემას უქმნიან უკვე გადარჩენილ პაციენტს – ესთეტიკურს, ფუნქციურს და ასე შემდეგ.

სახის კარგი ვასკულარიზაციის გამო, სანყის ეტაპზე ტრავმის გართულების გამოვლენა გვიანდება. შესაძლო ინფიცირება და მისი ოსტიტიში გადასვლა მოგვიანებით შეიძლება მოხდეს.

NOTA BENE

- ნებისმიერი სერიოზული სახის ტრავმა მოითხოვს სპეციალისტის მიერ დეტალურ დათვალიერებას საოპერაციო ბლოკში, რათა სათანადოდ შეფასდეს და, საჭიროების შემთხვევაში, გაენიოს სპეციალიზირებული მკურნალობა;
- სახის ჭრილობა არასოდეს არ უნდა გაიკეროს, სანამ არ იქნება გამოკვლეული ქვეშ მდებარე ძვლოვანი სტრუქტურები;
- სახის ტრავმული ჭრილობა უპრობლემოდ შეიძლება დაიხუროს 12 საათის განმავლობაში და ამიტომ, ჯობს სპეციალისტის არყოფნის შემთხვევაში, მხოლოდ სტერილური საფენით დავიცვათ ჭრილობა და მოგვიანებით, შემონმების შემდეგ, დახუროს სპეციალისტმა;
- ჭრილობის განაპირა კიდეები აუცილებლად არის შესანარჩუნებელი, რადგანაც მიუხედავად ციანოზისა, მისი რეგენერაცია ძალიან კარგად ხდება;

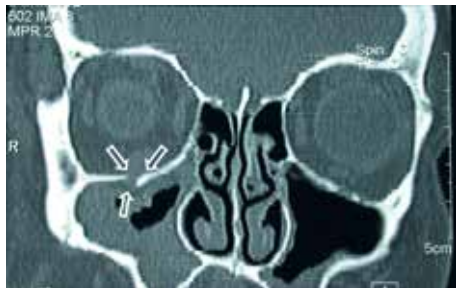
A. სახის ტრავმის დროს, ყელ-ყურის ექიმის მიერ ჩასატარებელი კვლევა-დათვალიერება

უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა. საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია ტრაქეოტომიის განხორციელება დაგვჭირდეს.

როდესაც ცხვირიდან სისხლდენა ძალიან ძლიერია, შესაძლოა იმხელა ტამპონი დაგვჭირდეს, რომ მან გამოიწვიოს მოტეხილი ძვლების დაცილება. ამიტომ ყველაზე კარგი გამოსავალია უკანა ტამპონადა ფოლიეს კათეტერით ან გასაბერი ტამპონით. ტრაქეოტომია შესაძლოა მანაც დაგვჭირდეს, თუ სუნთქვის ობსტრუქცია არ მოიხსნა შეშუპების გამო.

აუცილებელია მოხდეს სახის ნებისმიერი საექვო დაზიანების დათვალიერება. ყვრიმალის, ყბის და ცხვირის ძვლების ძალიან ფრთხილი პალპაცია და მოტეხილობის შემოწმება. ეჭვის შემთხვევაში, აუცილებელია CT კვლევის ჩატარება, რომელზეც კარგად გამოჩნდება ნებისმიერი დეტალი. ცხვირიდან ლიქვორეაზე ეჭვის დროს, ეს გამოკვლევა აუცილებელია.

ასევე, პაციენტის ყბის მოძრაობის შემოწმება და პირის ღრუს დათვალიერება საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ ღია მოტეხილობის არსებობა.



სახის ძვლების მოტეხილობა

ოფთალმოლოგიური გასინჯვა

როდესაც ტრავმის დროს პაციენტის მხედველობა დაქვეითებულია ან ვიზუალურად აღენიშნება თვალის მიდამოს დაზიანება, მხედველობის ორგანოს შესანარჩუნებლად, აუცილებელია ოფთალმოლოგის დროული ჩართვა.

ცხვირის ძვლების მოტეხილობა

თუ ტრავმის შედეგად არ არის სისხლდენა ან ცხვირის აშკარა **დევიაციო** და ძვიდის ჰემატომა ც გამოირიცხა, უნდა დაველოდოთ პაციენტის მეორე ვიზიტს 3-4 დღეში. კანქვეშა შეშუპების დაცხრომის შემდეგ, უფრო ინფორმაციული იქნება ძვლების მოტეხილობის და ვიზუალური მონაცემების შეფასება.

ჩვილ ბავშვებში ცხვირის მოტეხილობა იშვიათია. მოზრდილებში კი პირიქით – ხშირი. მისი უყურადღებოდ დატოვება შესაძლოა შემდგომში ცხვირის დეფორმაციის მიზეზი გახდეს.

ტრავმის შედეგად ძვლების აშკარა დეფორმაციის დროს, საჭირო ხდება მათი რეპოზიცია, როგორც ფუნქციური, ასევე ესთეტიკური მიზნების გამო.

დარტყმის ვექტორის მიხედვით, გვხვდება ტრავმული დაზიანების სხვადასხვაგვარი მოტეხილობა. ფრაგმენტული მოტეხილობის შეფასება ყველაზე კარგად CT კვლევით შეიძლება.

რეპოზიციის ჩატარება შესაძლებელია ტრავმიდან პირველ 14 დღეში. მაგრამ, თუ გვაქვს ძვიდის ჰემატომა, მისი დრენირება (შემდგომი აბსცედირების თავიდან ასაცილებლად), აუცილებელია იმავე დღეს.

რეპოზიცია წლების წინ, ადგილობრივი ანესთეზიით, ცოტა აგრესიული და მტკივნეული პროცედურით ხორციელდებოდა. დღესაც შესაძლოა ამ მანიპულაციის ჩატარება, ნარკოზის არარსებობის დროს. თუმცა, ჩვენი გადმოსახედიდან, ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ წყნარად და სკურპულოზურად შესრულებული რეპოზიცია

უფრო კარგ შედეგებს იძლევა როგორც ფუნქციური, ასევე ესთეტიკური თვალსაზრისით.

რეპოზიციის შემდეგ, აუცილებელია გარეგანი და შიდა ფიქსაცია.

გარეგანი ფიქსაცია შეიძლება განვახორციელოთ თაბაშირის ან ალუმინის ფირფიტით. შიდა ფიქსაცია შესაძლოა სილიკონის პლასტინებით და პოლიმერული ტამპონებით შესრულდეს (merocell-ის ტამპონადა ნაზი და ეფექტურია). დეტამპონადა მე-3 დღეს უკვე შესაძლებელია. ხოლო ზედა ფიქსაციის მოცილება მხოლოდ 8-10 დღეში ხდება.



ცხვირის ფიქსაცია, სილასტიკი.

ანტიბიოტიკოთერაპია და არასტეროიდული საშუალებები (Suprax, Diclac) რეკომენდებულია, როდესაც მოტეხილობის ფართობი დიდია ან ღია მოტეხილობაა.

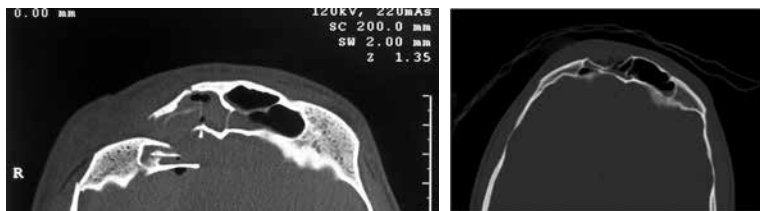
NOTA BENE

- ცხვირის ნებისმიერი ტრავმა, განსაკუთრებით ბავშვებში, მოითხოვს ძვიდის და ცხვირის ძვლების გამოკვლევას;
- რეპოზიციის განხორციელება ყოველთვის ჯობია ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, რადგანაც კარგ პირობებში ჩატარებული მანიპულაციის დროს, ფუნქციური და ესთეტიკური შედეგი უკეთესია;

B. სახის სხვა დაზიანებები

ცხვირის ტრავმებს ხშირად ერთვის სხვა ტიპის მოტეხილობები, მაგ. ყვრიმალის, ორბიტალური და ფრონტალური ძვლის. ეს მოტეხილობები ხშირად ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს. ამ ტრავმების დროს, აუცილებელია CT კვლევის ჩატარება. სურათებზე კარგად ჩანს მოტეხილობის ხარისხი და გამონეული გართულებები: თვალბუდის ქსოვილის ჰაიმორში ჩასვლა. ფრონტალური ნიალის წინა კედლის და ყვრიმალის მოტეხილობა ესთეტიკურ დეფექტს ტოვებს. ფრონტალური ნიალის უკანა კედლის დაზიანება შესაძლოა მენინგეალური გარსის დაზიანებით იყოს გართულებული, რაც შემდგომში ლიქვორეის მიზეზი გახდება.

ორბიტალური ძვლის დეფექტის და ორბიტალური ქსოვილის პლასტიკა ძალიან ფაქიზი მანიპულაციაა და აუცილებლად ენდოსკოპიური კონტროლის ქვეშ უნდა განხორციელდეს. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო ქვედა ორბიტალური კუნთის მიმართ, რომლის დაზიანებაც შემდგომში თვალის მოძრაობას შეზღუდავს.

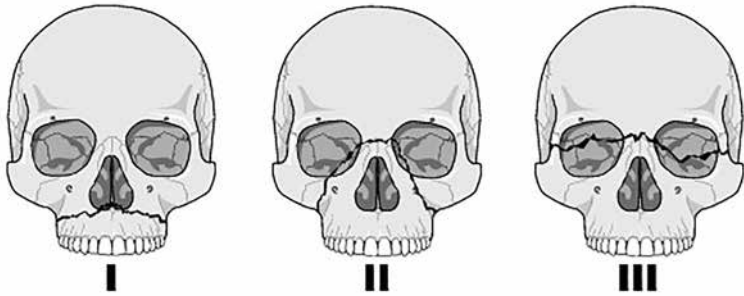


ფრონტალური ნიალის ძვლების დაზიანება

Le Fort II და Le Fort III მოტეხილობები

ამ მოტეხილობებს, ასევე, უწოდებენ კრანო-ფაციალურ მოტეხილობებს. ამ დროს თვალში გვხვდება ლიქვორეა, პალპებრალური ჰემატომა და ეპისტაქსისი. დიაგნოზი ისმება CT კვლევით. პირველ რიგში, აუცილებელია სისხლდენის შეჩერება და შემდეგ ყბა-სახის

ქირურგთან კონსულტაცია. შესაძლოა ნეიროქირურგიული ჩარევის აუცილებლობაც დადგეს.



Le Fort I, Le Fort II და Le Fort III მოტეხილობები

ყბის მოტეხილობები, როგორც წესი, სპორტული ან საყოფაცხოვრებო ტრავმების დროს გვხვდება. ამ დროს ყბის მოძრაობა შეზღუდულია და სახეზეა ტრიზმი. ესეც ყბა-სახის ქირურგის პრიორიტეტია და მკურნალობის ტაქტიკაც მისი გადასაწყვეტია.

C. წინა ფოსოს ოსტეო-მენინგეალური პოსტტრავმული ნაპრალი

ეს საკმაოდ ხშირი პათოლოგია გახლავთ და, როგორც წესი, ვლინდება მორეციდივე მენინგიტებით. შესაძლოა ტრავმა იმდენად მცირე და უმნიშვნელო იყოს, რომ პაციენტი ვერც ამჩნევდეს. რეციდივების სიმძიმე დამოკიდებულია მის გამომწვევ ბაქტერიამზე და შეიძლება ლეტალურიც იყოს.

დიაგნოსტიკება საკმაოდ რთულია. უპირველეს ყოვლისა, რთულია ამ პათოლოგიაზე ეჭვის მიტანა, რადგანაც პაციენტი, როგორც წესი, ინფექციურ განყოფილებაში ხვდება და არა ყელ-ყურ-ცხვირის კლინიკაში.

წინა ფოსოს ტრავმული მოტეხილობა არ ნიშნავს აუცილებლად

ოსტეო-მენინგეალური ნაპრალის არსებობას და პირიქით. ის არ არის ყოველთვის გამოხატული რინო-ლიქვორეით.

მორეციდივე მენინგიტების გარდა, ამ ნაპრალის კლინიკური ნიშანი შესაძლოა იყოს **ლიქვორეა**. ლიქვორეას დროს, მენინგეალური ნაპრალის არსებობა აშკარაა. ძალიან გაძნელებულია დიაგნოსტიკა იმ შემთხვევებში, როდესაც ლიქვორი არ ჩანს.

ლიქვორეას დასადგენად, პაციენტს თავი წინ უნდა გადმოვახრევიანოთ, მოვახდინოთ საულლე ვენების კომპრესია. ამით წნევის აწევის პროვოცირებას მოვახდენთ და ლიქვორი წამოვა.

ლიქვორეას არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის მიერ ცხვირის მოხოცვა აკრძალულია, რადგანაც წნევის გამო, მუდმივად ხდება ჰაერის განდევნა ტვინში, მენინგეალური ნაპრალის გავლით.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკის ძალიან კარგ მეთოდს წარმოადგენს კონტრასტის შეყვანა ორგანიზმში და შემდეგ, ლიქვორეას იდენტიფიკაცია ენდოსკოპით ოპერაციულად. ოპერაციული ჩარევა ნაპრალის დასახურად ძალიან დელიკატური და რთული პროცედურა გახლავთ. სირთულეს, უპირველეს ყოვლისა, წარმოადგენს ამ ნაპრალის ზუსტი ლოკალიზაცია. ამიტომ კონტრასტული ნივთიერების (რომელიც ლურჯი ან ყვითელი ფერისაა) გამოყენება საგრძნობლად ამარტივებს ოპერაციას. ეს მეთოდიკა გვიჩვენებს ლიქვორის გამოჟონვის ზუსტ ადგილს.

ოპერაციული ჩარევის გადანყვეტილებას ვიღებთ შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებით: ასაკი, ლიქვორეას სიხშირე, გართულებების სიხშირე, ლიქვორეას ზუსტი ადგილმდებარეობა და ზომა.

ნაპრალის დახურვის მრავალი ტექტიკა არსებობს. ერთ-ერთია ენდოსკოპიური კონტროლის ქვეშ, ხრტილით არმირება და შემდგომში, Taxocomb-ით და ცხიმოვანი ქსოვილით დახურვა.

როდესაც რეციდივი გვაქვს პირველი ოპერაციის შემდეგ, შესაძლოა ნეიროოქიურგიული (ზედა მიდგომით) ოპერაცია დაიგეგმოს. ამ ოპერაციის ინვაზიურობა იმდენად მნიშვნელოვანია (პოსტოპერაციული ანოსმია, იარა), რომ არჩევანი მაინც ენდოსკოპიურ ოპერაციაზე უნდა გაკეთდეს.

NOTA BENE

- ლიქვორეა გახლავთ ოსტეო-მენინგეალური ნაპრალის არსებობის ერთადერთი პირდაპირი ნიშანი;
- სხვა კვლევებით (CT, MRI) გარანტირებულად ვერ დასტურდება ამ ნაპრალის არსებობა;
- მორეციდივე მენინგიტები, უმეტესწილად, ამ ნაპრალის გამო ვითარდება;
- თუმცა, ყველა მორეციდივე მენინგიტი არ არის პოსტტრავმული ნაპრალის გამო განვითარებული პათოლოგია. ამის მიზეზი შესაძლოა ყურის მალფორმაცია იყოს;

ცხვირის ძვირის პათოლოგიები

ცხვირის ძვირის ხრტილოვანი ნაწილი, რომელსაც არ აქვს სისხლმომარაგება, დაფარულია ძალიან ქარბი კაპილარული ქსელის მქონე ლორწოვანი გარსით. ამ ლორწოვანი გარსის ზონას მის წინა ნაწილში, **კისელბახის წნულს** ეძახიან. ცხვირიდან სისხლდენების თითქმის 90% ამ მიდამოს დაზიანებით არის განპირობებული.

ცხვირის ძვირის პერფორაციებიც ამის გამო ვითარდება. როგორც წესი, როდესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო, ამ ზონაში ლორწოვანი კარგავს სისხლმომარაგებას, ხრტილს კი ის არ გააჩნია, ვითარდება პერფორაცია.

ძვირის დეფორმაციის დროს, შესაძლოა ცხვირის და წიაღების ვენტილაციის მოშლა.

- 1. ძვირის მიდამო** – მელანომას ხშირი მასპინძელია. ამიტომ ნებისმიერი სისხლმდენი პერფორაცია ბიოფსიას მოითხოვს.
- 2. კეთილთვისებიანი** სიმსივნეებიდან გვხვდება შებრუნებითი პაპილომა და ანგიოფიბრომა.
- 3. კისელბახის წნულიდან** სისხლდენები ხშირია და მათი მკურნალობა ადგილობრივი სისხლდენის საწინააღმდეგო მალამოებით ხორციელდება (H.E.C., Emoffix). შეძლებისდაგვარად, თავიდან უნდა ავიცილოთ თერმული ან ქიმიური კაუტერიზაცია, შემდგომი პერფორაციის დიდი რისკის გამო. ე. წ. „ასპისოვის განაკვეთი“ (როდესაც ძვირის ლორწოვანის გაკვეთა და აშრევება ხდებოდა), უკვე ისტორიას ჩაბარდა.

4. ცხვირის ძვიდის პერფორაციას მრავალი ეტიოლოგიური ფაქტორი აქვს:

- რომელიმე დაავადების გართულება, მაგ. სიფილისი, ავთვისებიანი გრანულომა, ან სხვა;
- ქიმიური ინტოქსიკაცია ქრომით;
- პოსტოპერაციული პერფორაცია;
- Hajek-ის ძვიდის პირველადი პერფორაცია;

კლინიკურად ყველა ერთნაირია: ფუფხების არსებობა, სტვენა, მცირე პერფორაციის დროს – სისხლდენები.

ოპერაციული მკურნალობა რთულია და ტაქტიკა ქირურგიული სკოლების მიხედვით სხვადასხვაგვარია.

5. ძვიდის დევიაციო

ამ ანომალიის შედეგად, ორი პრობლემა შეიძლება წარმოიშვას:

1. ფუნქციური – სუნთქვის ცალმხრივი ან ორმხრივი გაძნელება;
2. ესთეტიკური;

მიზეზიც ორია:

1. ტრავმული;
2. ხრტილოვანი და ძვლოვანი სტრუქტურების ასინქრონულად ზრდა;

დევიაციოს მრავალი ტიპი არის აღწერილი, ძირითადი არის სამი:

1. ძვლოვანი;
2. ხრტილოვანი;
3. შერეული;

დანარჩენი ნაირსახეობა შესაძლოა დაიყოს ლოკალიზაციის და ფორმის მიხედვით.

შეგუება გამრუდებასთან დამოკიდებულია მის ფიზიოლოგიურ ან პათოლოგიურ ხასიათზე. ძალიან ბევრი დევიაციო ფიზიოლოგიურია და არც ანუხებს პაციენტს. პათოლოგიური გამრუდება ინვევს ზემოთ ჩამოთვლილ ორ პრობლემას.

ამ ორ ტიპს შორის განსხვავების დასადგენად, უტყუარი გამოკვლევაა აკუსტიკური რინომანომეტრია, რომელიც, პროფესორ გუნტერ მლინსკის (Prof. Gunther Mlinsky) კვლევების საფუძველზე, Otopront-ის ფირმამ შექმნა. ეს ხელსაწყო, აკუსტიკური ლოკაციის მეშვეობით, 100%-იანი სიზუსტით გვიჩვენებს ცხვირის ღრუს პათოლოგიურ სივრცეებს და ფორმებს.

ცხვირის ძვირის პათოლოგიური დევიაციოს შემთხვევაში, მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია და გულისხმობს დევიაციურებული ნაწილის რეპოზიცია-რეზექციას და ცხვირის გამავლობის ფიზიოლოგიურ აღდგენას.

ადრე არსებული აზრი, რომ პატარებში დევიაციოს ოპერაცია არ შეიძლება და 17-18 წელი არის ის ზღვარი, რომელიც პაციენტმა ობტურირებული ცხვირით უნდა გადალახოს, მცდარი აღმოჩნდა. დღეს პათოლოგიური დევიაციოს ოპერაციული გამოსწორება ბავშვებში საშუალებას აძლევს პაციენტს ძვირის და ცხვირის ძირითადი ძვლების ზრდა ნორმალურად გაგრძელდეს და ამით თავიდან იქნეს აცილებული შემდგომი პრობლემები.

NOTA BENE

- ძვირის გამრუდების მხოლოდ მცირე ნაწილი წარმოადგენს ოპერაციულ ჩვენებას;
- ძვირის დევიაციომ შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვის გაძნელება, ოტოლოგიური და სინუსების პრობლემები. ამ შემთხვევაში ოპერაცია გარდაუვალია;
- ბავშვებში ძვირის პლასტიკა აუცილებელია და შესაძლებელია როდესაც ამის ჩვენება გვაქვს;

ცხვირის და ORL რეგიონის კანის დაავადებები

ამ თავში შევაჯამებთ ზოგიერთ იშვიათ პათოლოგიას, რომელიც, შესაძლოა, შეგვხვდეს ყელ-ყურ-ცხვირის კანის საფარზე. ასეთი პაციენტები ან ოტო-ლარინგოლოგის ან დერმატოლოგის ჩარევას საჭიროებენ.

აქედან გამომდინარე, დასკვნების გამოსატანად, დერმატოლოგების და ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტების ერთობლივი კონსილიუმები თანამშრომლობის ყველაზე შედეგიანი ფორმა გახლავთ.

A. ბაქტერიული, არასპეციფიკური დაავადებები

1. ცხვირის და ზედა ყბის მიდამოს ფურუნკულები

ანტიბიოტიკების ერთმდე, ეს დაავადება ხშირად ლეტალურად მთავრდებოდა. დღეს, მიუხედავად რეზისტენტობის გაზრდისა, ჩვენ შეგვიძლია, ამ ინფექციის დროულად დიაგნოსტიკებისას, დავამარცხოთ ეს სენი.

ეს დაავადება იწყება უეცარი და პატარა დაზიანებული დაჩირქებიდან, რომელიც *Staphylococcus*-ის ინფიცირებით არის გამოწვეული. მოულოდნელად, იგი სეპტიცემიით და კავერნოზული სინუსის თრომბოზით რთულდება. სურათი ძალიან წააგავს მწვავე ეთმოიდიტს.

მკურნალობა სასწრაფოდ უნდა დაიწყოთ. იგი გულსხმობს

ანტიცეფალიკოკურ ანტიბიოტიკოთერაპიას და სტეროიდულ თერაპიას. აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და ინტრავენული მკურნალობა. ამასთანავე, ინფექციონისტის კონსულტაცია სეფსისის მონიტორინგისთვის.

2. ცხვირის ნესტოს მიკრობული დერმატიტი (იმპეტიგო)

ის გამოწვეულია Staphylococcus-ით და ქვემწვავე ფორმით მიმდინარეობს. მისი რეციდივები განპირობებულია მუდმივი ინფიცირებით ცხვირიდან თითზე და პირიქით. ამიტომ ლოკალური, ანტიბაქტერიული მკურნალობა – Fucidine-ის მალამოთი 2 კვირის მანძილზე, ორივე მიდამოზე უნდა იყოს დანიშნული – თითებზეც და ცხვირის ნესტოზეც.

B. ცხვირის რინოფიმა

ეს კეთილთვისებიანი სიმსივნე ცხვირის წვეტის მიდამოში, არის აკნეს ჰიპერტროფიული გართულება.

ცხიმოვანი ჯირკვლების ჰიპერტროფია და გადაგვარება მთავრდება სისხლძარღვების ანგიოექტაზიით.

კლინიკა – ვითარდება მხოლოდ კაცებში, 40 წლის შემდეგ. აღინიშნება ცხვირის წინა ნაწილის საშინელი, პროგრესირებადი დეფორმაცია.



რინოფიმა ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ

მკურნალობა, პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში, არის მხოლოდ ქირურგიული. გულისხმობს დაზიანებული ქსოვილის მოცილებას და ცხვირის ნორმალური ფორმის დაბრუნებას. პოსტოპერაციულად, სახვევები კვირაში 2-ჯერ უნდა გამოიცვალოს. სასურველია ცხიმოვან-ანტიბიოტიკიანი საფენები. 4 კვირაში დერმის ახალი საფარი ფარავს ცხვირს და პაციენტი ნორმალურ იერსახეს იბრუნებს.

C. ცხვირის ეპითელიომები

ცხვირის ეპითელიომების უმრავლესობა ბაზოცელულარული (BASOCELLULAR EPITHELIOMA) კიბოა. მათგან მხოლოდ 1/4 არის სპინოცელულარული (SPINO-CELLULAR EPITHELIOMA) მორფოლოგიის.

1. სპინოცელულარული სიმსივნე უნდა გავარჩიოთ კერატოაკანთომისაგან (KERATO-ACANTHOME), რომელიც კეთილთვისებიანი, ფსევდო ეპითელიომებია და თავისით იკურნება.

როდესაც დაზიანება საეჭვოა და სურათზე წარმოდგენილს ნააგავს, აუცილებელია ბიოფსია ან ამოკვეთა-ბიოფსია.

კერატოაკანთომების დროს, მხოლოდ კონტროლია საჭირო და სიმსივნე თავისით მცირდება და იკურნება.

როდესაც ეპითელიომის დიაგნოზი დადასტურდება, სრული ონკოლოგიური პროტოკოლით გათვალისწინებული რეზექცია არის აუცილებელი. ეს გულისხმობს ფართო, 1,5 სმ. ჯანმრთელი ქსოვილის რეზექციას.

2. ბაზოცელულარული სიმსივნე წარმოდგენილია ნაწიბურის ან ხალისმაგვარი სიმსივნით.

მისი თავისებურებაა ფუძის ქონა. ანუ, პალპაციით იგრძნობა ფუძე. მკურნალობა ქირურგიულია და გულისხმობს ფართო რეზექციას შესაძლო ნაფლეთის პლასტიკით.



სპინოცელულარული ეპითელიომა და ბაზოცელულარული ეპითელიომა

ქირურგიული მკურნალობა

ქირურგიის გარდა, არსებობს სხვა მეთოდებიც – ლაზერი, ულტრაბგერა, სხივური თერაპია. ყველას აქვს თავისი ლიმიტი და სუსტი წერტილები.

მაგალითად, ლაზერის და ულტრაბგერის გამოყენება მხოლოდ ძალიან პატარა ეპითელიომებზე არის შესაძლებელი და ისიც, გააჩნია ტიპს. უფრო ბაზოცელულარული სიმსივნეების დროს გამოიყენება.

სხივური თერაპია, თავის მხრივ, კარგი გამოსავალია. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, ადგილმდებარეობა მოითხოვს სხვადასხვა ვექტორით დამიზნებას, რამაც შეიძლება ჰიპერდოზირება გამოიწვიოს.

მკურნალობის საუკეთესო მეთოდი გახლავთ რადიკალური რეზექცია სალი ქსოვილების დონეზე, 1,5 სმ-ის საზღვრებში.

სპინოცელულარული ეპითელიომები აუცილებლად მოითხოვს კისრის რეგიონალური ლიმფური კვანძების მონიტორინგს. ზოგ შემთხვევაში, რადიკალურ რეზექციას და შემდგომ, სხივურ თერაპიას.

D. ავთვისებიანი გრანულომები

ეს დაავადება გულისხმობს ორი ტიპის გრანულომატოზს.

- **ვეგენერის გრანულომატოზი** და **იზოლირებული გრანულომატოზი** სახეზე

1. სახის ავთვისებიანი გრანულომა

ამ დაავადების სიმძიმეზე მეტყველებს მეორე დასახელება – „შუა ხაზის ლეტალური გრანულომა“, ასევე, ცნობილი როგორც **Stewart-ის დაავადება**.



Lethal midline გრანულომა შემთხვევა შორს წასული დაზიანებით.

პათოლოგიის განვითარება ნელია და კლინიკურად გამოიხატება ცხვირის ცალმხრივ ობსტრუქციაში, ჩირქოვან რინორეაში, რაც ძალიან ნააგავს უცხო სხეულის კლინიკას. რინოსკოპიულად – ლორწოვანი, დანყლულებული, შეშუპებული და სისხლმდენია. დროთა განმავლობაში, დაზიანება იზრდება და მოიცავს ხრტილოვან-ძვლოვან სტრუქტურებს. შემდგომში, უმეტესად, ერთ მხარეს გადადის.

ჰისტოლოგიურად ეს დაავადება არ ვლინდება როგორც ავთვისებიანი და ამის მიუხედავად, მკურნალობა მაინც კანცერის პრი-

ნციპებით უნდა წარიმართოს. კერძოდ, მიზანშეწონილია სხივური თერაპია (აჩერებს პროცესის პროგრესირებას).

პროცესის პროგრესირების მიუხედავად, შორეული გავრცელება ამ დაავადებისათვის არ არის დამახასიათებელი და, ვეგენერის გრანულომატოზისაგან განსხვავებით, ლოკალურად პირველად ზონაში რჩება.

2. ვეგენერის გრანულომატოზი

WEGENER-ის გრანულომატოზი უფრო ხშირი დაავადებაა და მისი გარჩევა STEWART-ის გრანულომატოზისაგან ძნელია.

მისთვის დამახასიათებელია:

- სახის მედიალური ან ორმხრივი დაზიანება;
- ენდოფიტური დაზიანების უნარი (მიმართული ხახისკენ და ხორხისკენ);
- ოტოლოგიური ნიშნები, რომლებიც ხშირად, მისი გამოვლენის პირველი ნიშნებია;
- ძალიან მძიმე საერთო მდგომარეობა;
- თირკმლის და ფილტვის დაზიანება;



WEGENER-ის
გრანულომატოზი

ოტო-ლარინგოლოგთან პაციენტის ვიზიტი ძირითადად, სამ შემთხვევაში ხდება:

1. როდესაც დაავადება ჯერ არ არის იდენტიფიცირებული და პაციენტი სინუსიტის ან მორეციდივე ოტიტების ჩივილით მოდის;
2. როდესაც ანტიბიოტიკოთერაპია უშედეგოა და სახეზეა მყრალი სუნის ფუფხები;
3. როდესაც დიაგნოზი დასმულია ინფექციონისტების და ნეფროლოგების მიერ. დამტკიცებული დიაგნოზი მოითხოვს ყელ-ყურის შემონმებას და სიმპტომურ მკურნალობას;

დიაგნოზის დადასტურება ყოველთვის პათანატომიური დასკვნის შემდეგ ხდება.

მკურნალობა, ძითადად, სტეროიდული პრეპარატებით და იმუნოდეპრესორებით ხდება.

პროგნოზი, STEWART-ის გრანულომატოზისგან განსხვავებით, უფრო საიმედოა.

NOTA BENE

- ცხვირის დაზიანების ჰისტოლოგიურად კეთილთვისებიანი დასკვნა, არ იძლევა დამამედებელი პროგნოზის გარანტიას;
- მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა (სხივური თერაპიის დანყება) შესაძლოა მხოლოდ კლინიკური ნიშნების საფუძველზე;

ნაწილი

3

**პირ-ხახა, ხახა,
ხორხი**

ანატომია

A. ხახა (Pharynx)

ხახას გააჩნია კუნთოვან – ლორწოვანი სტრუქტურა, რომელიც ვრცელდება კისრის გასწვრივ, წინა ნაწილში, სახის უკან, ქალას ფუძიდან კისრის ზედა ნაწილამდე.

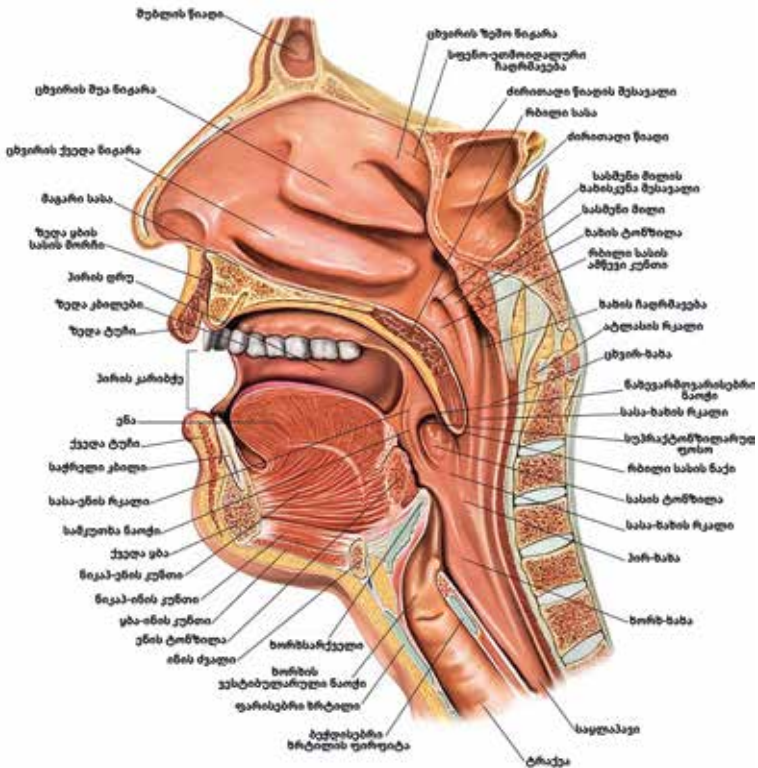
სიგრძე, ადამიანის კონსტიტუციური თავისებურებების გათვალისწინებით, 15 სმ-ს აღწევს, ხოლო სიგანე – 2-5 სმ-ს.

აქ ერთმანეთს კვეთენ:

- სასუნთქი გზა – ცხვირიდან საყლაპავის პირამდე;
- საყლაპავი გზა – პირიდან საყლაპავის პირამდე;
- ხახის ზედა ნაწილი – ცხვირ-ხახა, რომელიც მხოლოდ სასუნთქ გზას წარმოადგენს და მთავრდება რბილი სასის დონეზე;
- პირ-ხახა-საყლაპავის და სასუნთქი გზების გზაჯვარედინი, ზუსტად პირის ღრუს უკან მდებარეობს. მასში, გვერდებთან, განლაგებულია სასის ტონზილები (ორ რკალს შორის). დახურული პირის ღროს, ენის ძირი წარმოადგენს პირ-ხახის წინა კედელს;
- ქვედა ხახა (HYPOPHARYNX) მდებარეობს კისრის მე-5 და მე-6 მალეების დონეზე, ზუსტად პირ-ხახის ქვემოთ და მისგან გამოყოფილია ინის ძვლის საპროექციო ხაზით. ამ ზონაში ასევე, იკვეთება ორი ფუნქცია – ყლაპვის და სუნთქვის. მისი პათოლოგიები იწვევს ორივე ფუნქციის მოშლას. ხორხი იწყება ქვედა ხახის ქვემოთ და მდებარეობს მის წინა ნაწილში. მის გვერდით არის ორი ჩაღრმავება – მსხლისებრი ფოსო

(SINUS PIRIFORMIS). ქვედა ხახა ქვემოთკენ გრძელდება საყლაპავის პირით და საყლაპავით, რომელიც ბეჭდისებრი ხრტილის (c. Cricoides) დონეზე მდებარეობს. ბეჭდისებ-რ-ხახის კუნთი (m. Cricopharyngeus) ამ ორი ზონის გამყოფია. მისი დისფუნქცია შესაძლოა გახდეს **Zenker-ის დივერტიკუ-ლის** გაჩენის მიზეზი;

ქვედა ხახის კუნთების – კონსტრიქტორების ინერვაცია IX და X ნერვების ნწულეზზეა დამოკიდებული;



ხახა-ხორხის ანატომია

ხახის ლორწოვანი, პირის ღრუს ლორწოვანის მსგავსად არის ამოფენილი.

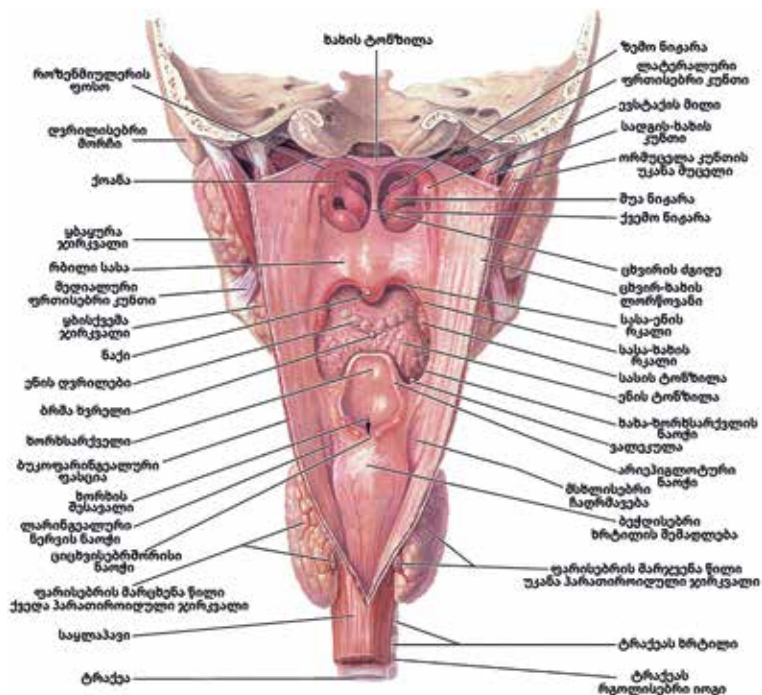
ფუნქცია

ხახის და ენის ძირის მოძრაობით, საკვები ლუკმა გადაიდევნება საყლაპავისაკენ. ამ მიდამოს ცალმხრივი დისფუნქცია (IX და X ნერვების დამბლა), როგორც წესი, კომპენსირდება და უმნიშვნელოდ ანუხებს პაციენტს. თუმცა, როდესაც XII ნევილი ნერვის პარეზი ჩნდება, მაშინ, შესაძლოა, ყლაპვის სერიოზული დისფუნქცია – სასულეში გადაცდენა.

ორმხრივი პარეზი – აფაგიის გარანტიაა.

ცვირ-ხახის, სასის და ენის ტონილები ერთობლიობაში ქმნიან **ვალდეერის** რგოლს.

B. ხორხი (Larynx)



ხორხი წარმოდგენილია ხრტილოვან-კუნთოვანი მილით, რომელიც ხახის ქვედა ნაწილში არის მოთავსებული და ფიქსირებულია ინის ძვლის კუნთებით ზემოდან და ფარისებრი კუნთებით შუაში. ქვემოთ ის გადადის ტრაქეაში ბექდისებრი ხრტილის დონეზე. ხორხის დახურვა-გახსნაზე პასუხისმგებელია ორი პატარა ხრტილი – (ციცხვისებრი ხრტილი) *c. Arytenoide*.

ხმოვანი იოგები და ხორხის შუამდებარე კუნთები ამ ხრტილებზეა დაჭიმული.

ხორხის დახურვას უზრუნველყოფს ორი წყვილი და ერთი კენტი კუნთი. ხორხის კონსტრიქტორები, ორი წყვილი კუნთი კი ყიას აფართოებს.

ხმოვანი იოგები ხორხს სამ სართულად ყოფს:

- **ყიის სართული** (Glottic area), ეს სამკუთხედი ზონა ორ ხმოვან იოგს შორის არსებული სივრცეა, რომელიც ფონაციისას იხურება და შემდეგ იხსნება. ხმოვანი იოგის წინა 2/3 შედგება მყესოვან-მემბრანოზული სტრუქტურისგან. უკანა 1/3 კი წარმოდგენილია ხრტილოვანი სტრუქტურით და მიმაგრებულია ციცხვისებრი ხრტილის მორჩზე.
- **ყიის ზედა სართული** (Supraglottic area) ქვედა საზღვარი ხმოვანი იოგებია, ხოლო ზედა – ხორხ-სარქველის საპროექციო ხაზი.
- **ყიის ქვედა სართული – ხორხის მე-3 სართული** (Subglottic area) ქვემოთ, ტრაქეისაკენ გრძელდება და მისი ზედა საზღვარი ხმოვანი იოგებია.

ხორხის ლორწოვანი, ცხვირის ლორწოვანის მაგვარია – ცილინდრული, ცილიარული უჯრედებით.

ხორხის ინერვაცია X წყვილი ნერვის ტოტებით ხორციელდება.

არჩევენ ორ ლარინგეალურ ნერვს:

- **ქვედა, შებრუნებითი ლარინგეალური ნერვი** (*n. recurrens*), რომელიც ხორხის ძირითად მამოძრავებელ ნერვად არის

მიჩნეული. მისი სახელი მოდის მისი ტრანექტორიდან – ის ჩადის აორტამდე და უკან ბრუნდება ტრანქეაში. იგი ფარისებრ ჯირკვალთან მჭიდრო კონტაქტშია. ამიტომ მისი დაზიანება არც თუ ისე იშვიათია **თიროიდექტომიის** დროს.

- **ზედა ლარინგეალური ნერვი**, რომელიც სათავეს უფრო მაღლა, კისერში იღებს. ბეჭდისებრ-ფარისებრი და ხორხის შუამდებარე კუნთების ინერვაცია მის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს.

ფუნქცია

ხორხი 3 ძირითად ფუნქციას ასრულებს:

- სუნთქვითი, ხმოვანი იოგების გაშლის დროს;
- ფონატორული, როდესაც ხმოვანი იოგების მოძრაობით ხდება ხმის რეზონირება და კონტროლი;
- სფინქტერის ფუნქცია, რომელიც ყლაპვის დროს იცავს ტრანქეას. ეს, ძირითადად, ხორციელდება ენის ძირის და ხორხის მოძრაობით და რაც არ უნდა მოულოდნელი იყოს, ხორხ-სარქველი აქ მინიმალურად მუშაობს. ამიტომ ქირურგიული ჩვენების დროს (მაგ. სიმსივნეები), მისი ამოკვეთა არ გვიშლის ხელს ჭამის პროცესში.

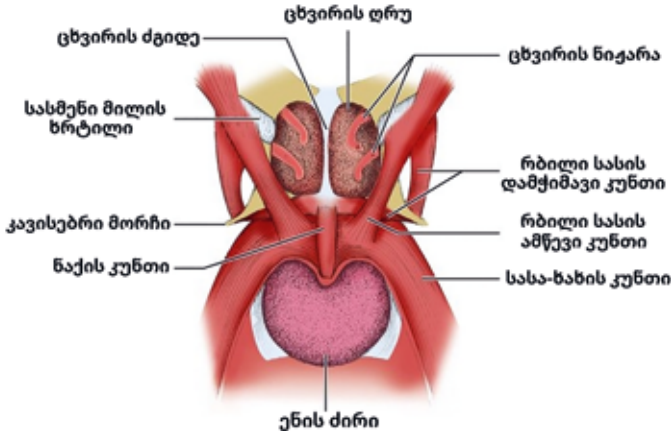
C. რბილი სასა

ეს კუნთოვან-ლორწოვანი სტრუქტურა გამოყოფს ცხვირ-ხახას და პირის ღრუს ხახისაგან. მისი 4 კუნთი, რომლებიც ორივე მხარეს ქმნიან ამ ფარდას, შუაში არის შეერთებული.

ეს 4 კუნთია:

- 2 სასის დამჭიმავი კუნთი, რომელიც ევსტაქის მილთან არის დამაგრებული – შუა და ლატერალური სასის დამჭიმავი კუნთები;
- 2 სასის მომზიდველი კუნთი, იგივე სასის რკალები;

ამ მიდამოს ლორწოვანი პირის ღრუში, წინიდან, ამავე ღრუს ლორწოვანით არის ამოფენილი. ხოლო უკნიდან, ცხვირ-ხახისკენ – ცხვირის ლორწოვანით.



სასის კუნთები

მამოძრავებელი ინერვაცია – X ნევილი ნერვით ხორციელდება, ხოლო მგრძნობელობას V ნევილი ნერვი უზრუნველყოფს.

ფუნქცია

რბილი სასის ფუნქცია არის ცხვირ-ხახის ჰერმეტიკული დახურვა ყლაპვის დროს. დისფუნქციის დროს, აღინიშნება ჰაერის ან საკვების რეგურგიტაცია ცხვირის ღრუში, რაც რინოლალიას და ყლაპვის სერიოზულ დისფუნქციას იწვევს. ეს მოვლენა შეიძლება შეგვხვდეს ტონზილექტომიის შემდგომ პერიოდში, როდესაც სასის კუნთები ჯერ ვერ მუშაობს კარგად.

ამ რეგიონში აღსანიშნავია ლიმფური ქსოვილის სიჭარბე, რომლის დრენირებაც ხორციელდება კისრის საულლე-კაროტიდული სისტემით. ამიტომ ავთვისებიანი სისმსივნეების დროს, მეტასტაზირება ძალიან ხშირია. რასაც ვერ ვიტყვით ხმოვან იოგებზე – მათ არ გააჩნიათ ლიმფოდრენაჟი.

გასინჯვის პრინციპები

A. ჩივილები

არის სიმპტომები, რომლის დროსაც ექვი ამ მიდამოს პათოლოგიაზე აშკარაა. ეს არის: დისფონია, დისპნოე, მიდამოს ტკივილი და სისხლდენა პირიდან.

1. დისფონია

- ხმის ნებისმიერი შეცვლა (განსაკუთრებით მწვევლებში) და ამ სიმპტომის რეციდივები მოითხოვს ფიბროლარინგოსკოპიას ან სტრობოსკოპიას ფონიატრთან.

მიზეზები შესაძლოა იყოს:

- ხორხის ზედა მიდამოს პათოლოგია. რინოლალის დროს, სიმსივნე, აბსცესი;
- აფონიები, ხორხის მიდამოს პათოლოგია, რომელიც ჩნდება სახმო იოგების პარეზის დროს. ამ დროს ხველაც აუტანელია;
- ფსიქოგენური აფონია – ფსიქოლოგიური დაავადება, როდესაც ხორხი ინტაქტურია და მოძრაობაც შენარჩუნებულია. ამ დროს მკურნალობა, ზოგ შემთხვევაში, „სამკურნალო“ ნარკოზია. პაციენტს არ ვეუბნებით რომ მას არაფერი სჭირს, თუმცა ვეუბნებით, რომ ხორხის მანიპულაციას ვუკეთებთ, რაც შემდგომში მას ხმას დაუბრუნებს. ხშირად ეს მეთოდი ამართლებს.

2. ტკივილები

ხახა-ხორხის ლოკალიზებული, ხანგრძლივი (10 დღე და მეტი) ტკივილი, ითხოვს ოტოლარინგოლოგის კონსულტაციას. განსაკუთრებით მოზრდილებში და მწველებში.

ტკივილი ხშირად იმატებს ღეჭვის და ენის მოძრაობისას. ასევე, ყლაპვისას (**ოღინოფაგია**).

ყველა ზემოჩამოთვლილ შემთხვევაში, პირ-ხახა-ხორხის დათვალიერება აუცილებელია. ზოგ შემთხვევაში, ეს დათვალიერება შეიძლება განხორციელდეს ნარკოზის ქვეშ.

ინფრატემპორალური და ფრთისებრი მიდამოს სიმსივნეების დროს, დათვალიერებით შეუძლებელია დიფერენციალური დიაგნოზის დასმა. ამიტომ უპრიანია CT ან MRI კვლევების ჩატარება, განსაკუთრებით, ენის დაბუჟების და პირ-ხახის ტკივილის დროს (ენის ნერვის ჩათრევის გამო).

არ არის აუცილებელი ეს კიბოს შედეგი იყოს.

მიზეზი შეიძლება იყოს:

- კაბეოზური ტონზილიტი – ტკივილი უეცრად ქრება ჩირქოვანი მასების ჩამოცილების შემდეგ;
- ხახის ლიმფოიდური კუნძულების ანთება;
- **მეგასტილოიდის** არსებობა. პალპაციით შესაძლოა ვიგრძნოთ წინა რკალის მიდამოში ძვლოვანი, წვეტიანი მასა. რენტგენოლოგიური ან კომპიუტერული სურათი ადასტურებს ამ ეჭვს. იშვიათია, მაგრამ არ არის გამორიცხული მისი რეზექციის საჭიროება.
- ყბის სახსრის პათოლოგია, რომლის გამოვლენაც ყბის მოძრაობის დროს პალპაციით არის შესაძლებელი (იგრძნობა სახსრის ხმაურიანი მოძრაობა და ტკივილი);
- საძილე არტერიის მტკივნეული სინდრომი. ვლინდება საძილეს ბიფურკაციით, პალპაციით, რომელიც მძაფრ ტკივილს იწვევს. მისი მკურნალობა ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით ხორციელდება;

NOTA BENE

- ხანგრძლივი ტკივილის ფსიქოგენურად შერაცხვა, კვლევების შედეგების გამო, არ არის გამართლებული. ტკივილი არ არის კიბოს უტყუარი ნიშანი. რამდენიმე თვის შემდეგ, შესაძლოა, კიბო არ დადასტურდეს;
- ტკივილგამაყუჩებლების გამო შეჩერებული სიმპტომატიკა არ უარყოფს კიბოს არსებობას;

3. დისპნოე

ხორხის სუნთქვითი დისფუნქცია. გამოიხატება ინსპირაციული სტრიდორული ხასიათის ბრადიპნოეთი, რომელიც ვიზუალურად სუბსტერნალური, ინტერკოსტალური და აბდომინალური კუნთების მოძრაობის გაძლიერებით ხასიათდება.

ამ პროცესისთვის დამახასიათებელი ხმაურიანი სუნთქვა განპირობებულია ხორხის ინსპირაციული შევიწროებით.

ხორხის დისპნოესგან განსხვავებით, ხორხ-სარქველის გამო ჩამოყალიბებული სუნთქვის უკმარისობა გამოიხატება პოზიციურ ფლომაში (პაციენტი წინ არის გადმონეული) და დიდი რაოდენობით ნერწყვის გამოყოფაში (ჰიპერსალივაცია).

ხმა იცვლება და მყეფავი გომბემოს დამახასიათებელ ხმას წააგავს.

NOTA BENE

- დისპნოეს დროს, აუცილებელია სტეროიდული – ინტრავენული ან ინტრამუსკულარული მკურნალობა;
- დისპნოეს დიაგნოზი უნდა დაისვას ციანოზური ფერის გამოვლინებამდე. ის არ გახლავთ დისპნოეს პირველი ნიშანი. ამ დროს პროცესები ძალიან შორს არის წასული და ორგანიზმი მძიმე ჰიპოქსიაშია;
- ოფლიანობა, სიფერმკრთალე და გონების დაბინდვის ნიშნები უკიდურესად სწრაფი ზომების მიღებას მოითხოვს;

NOTA BENE

- პაციენტის მჯდომარე პოზის იძულებითი შეცვლა შესაძლოა საბედისწერო გახდეს;
- ნებისმიერი დისპნოე, რომელიც მიიმდება, შესაძლოა უეცრად გადავიდეს აპნოეში; არასოდეს დატოვოთ პაციენტი ასეთ მდგომარეობაში მარტო. პროცესის გაღრმავების შემთხვევაში, აუცილებელია ტრაქეოტომიის გაკეთება, რადგანაც ძალიან ხშირად, (განსაკუთრებით როდესაც არის სიმსივნოვანი პროცესი), ინტუბაცია შეუძლებელია და პაციენტი შეიძლება დაიღუპოს;
- დამანყნარებლების დანიშვნა ამ დროს აკრძალულია;
- როდესაც დისპნოე აპნოეში გადადის და ასფიქსია სახეზეა, თუ ტრაქეოტომიის დრო არ არის, აუცილებელია **კონიკოტომიის** განხორციელება. ეს პროცედურა ფარისებრ და ბეჭდისებრ ხრტილებს შორის არსებული – Ligamentum conicum-ის ნებისმიერი ნევეტიანი საგნით (კალმისტარი, დანა) გაკვეთას გულისხმობს;

4. ხვრინვა

ეს ფენომენი სასის, ენის ძირის და ნაქის ვიზრაციული მოძრაობით არის განპირობებული. მისი მაპროვოცირებელი ფაქტორებია: ზედა სასუნთქი გზების ლორწოვანის ჰიპერტროფია ქარბი ნონის ან შემუპების გამო.

მას ხშირად თან ახლავს ძილის აპნოე, რაც ძალიან მავნებელია, ზოგადად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემისათვის.

მოზრდილის ხვრინვა

ორი ტიპის ხვრინვა არსებობს:

- ხმაურიანი ძილი – ქმნის სოციალურ დისკომფორტს – ოპერაცია კეთდება კომფორტისთვის.
- ძილის აპნოე, რომელიც ხვრინვას თან ახლავს. ეს უკვე ორგანიზმზე ცუდად მოქმედი თანმხლები ფაქტორია და მისი მკურნალობა სამედიცინო ჩვენებას წარმოადგენს.

ამ პათოლოგიაზე ექვი უნდა შეგვეპაროს, როდესაც პაციენტი უჩივის ან აღნიშნავს გაღვიძებისას დაღლილობას, დღის მანძილზე ძილიანობას და თუ არსებობს ძილის დროს სუნთქვის გაჩერების ეპიზოდების მონმე.

ხელშემწყობი ფაქტორები გახლავთ ქარბი წონა, ტრანკვილიზატორების მიღება, ალკოჰოლის ხშირი მიღება.

კვლევები, უპირველეს ყოვლისა, იწყება დათვალიერებით.

გვანტიერებს: სასის მდგომარეობა, ცხვირის ობსტრუქცია, ენის ძირის ჰიპერტროფია, ასევე, აუცილებელია აპნოეს ხარისხის განსაზღვრა ისეთი კვლევებით, როგორიცაა:

- სომნოგრაფია;
- აკუსტიკური რინომანომეტრია;
- ცხვირი-ხორხის CT;

შედეგების ანალიზის მიხედვით, პაციენტის ცხოვრების სტილის და ხარისხის გათვალისწინებით, ვადგენთ მკურნალობის მეთოდს, რომელსაც პაციენტს ვთავაზობთ.

ჩამოვთვლით მკურნალობის დღეისთვის პოპულარულ მეთოდებს:

- ცხვირის ობსტრუქციის დროს მისი კორექცია;
- უფულო-პალატო-პლასტიკა ლაზერით;
- ენის ძირის, ინის ძვლის პლასტიკა;
- თანკბილვის გასწორების მიზნით, ძილის პერიოდში სტომატოლოგიური პროთეზის ხმარება ან ყბის ქირურგია;
- ელექტრონული სასუნთქი აპარატის (CPAP)-ის გამოყენება ძილის დროს;

ბავშვის ხვრინვა

ბავშვებში ხვრინვის პრობლემები, როგორც წესი, ადენოიდური ვეგეტაციების გამო ვლინდება.

როდესაც ხვრინვას დამატებული აქვს ძილის აპნოე, მაშინ ტონზილების ჰიპერტროფია და ადენოიდური ვეგეტაციები ერთად, ქმნიან ობსტრუქციას.

ასეთი პათოლოგიის დადგენის შემთხვევაში, აუცილებელია ტონზილექტომია და ადენოიდექტომია. ამით ჩვენ თავიდან ავიცილებთ საშიშ გართულებებს, როგორცაა: ასფიქსია და ქრონიკული ჰიპოქსია.

ყბა-სახის ზოგიერთი მალფორმაციის დროს, როდესაც აპნოეს შესაძლო მიზეზი ცენტრალური ნერვული სისტემის მოშლაა, სომნოგრაფიული გამოკვლევა დიფერენციალური დიაგნოზის განმსაზღვრელი კვლევაა.

5. სისხლიანი გამონადენი პირიდან

პირის ღრუდან სისხლის გადმოსვლა შესაძლოა მოხდეს არა მარტო ხახის ან პირ-ხახის დაზიანების გამო. მიზეზი შეიძლება იყოს საყლაპავი მილი, ტრაქეა და ფილტვების პათოლოგია.

ნებისმიერი განმეორებითი სისხლდენა აუცილებელ დათვალიერებას მოითხოვს და სასურველია ეს დათვალიერება მოხდეს სისხლდენის დროს.

შესაძლოა ამის მიზეზი ენის ძირის დილატირებული ვენები გახლდეთ.

B. სიმპტომები, რომლებმაც შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს

ოტალგია და ხველა შესაძლოა იყოს ხახა-ხორხის კიბოს ნიშანიც და, ამავე დროს, უბრალო ტონზილიტის ან კატარის სიმპტომებიც.

ყველა შემთხვევაში, ნებისმიერი ხანგრძლივი მშრალი ხველა ხახა-ხორხის დათვალიერების ჩვენებაა.

C. პირის, ხახის და ხორხის სავალდებულო დათვალიერება

ამ კვლევის ჩვენება, ძირითადად, არის:

- კისრის ქრონიკული ადენოპათია, როდესაც ამ მიდამოში ინფექციურ ან სიმსივნოვან კერას ვეძებთ;
- პაციენტის ფებრილური სინდრომი, როდესაც ადგილობრივ ინფექციურ კერას ვეძებთ;

ეს დათვალიერება ORL კონსულტაციის რიგითი დათვალიერება უნდა იყოს. ნებისმიერი პედიატრი ან თერაპევტი ფლობს ამ უნარ-ჩვევას.

ხახა-ხორხის დათვალიერება

A. პირის ღრუს და ხახის დათვალიერება

როდესაც გვესაჭიროება ნუშურების და ხახის დათვალიერება, მარტივი, რიგითი ფარინგოსკოპია შეიძლება განვხორციელოთ მუბლის შუქით და ენის დამწვევით. როდესაც გვინდა გამოვრიცხოთ ნეოპლაზიური დაავადება, შესაძლოა დაგვჭირდეს სარკე.

პაციენტს უნდა გააღებინოთ პირი, ჯერ ენის მოსვენებულ მდგომარეობაში, შემდეგ, ენის გამწვევით. ასევე, მარჯვნივ და მარცხნივ გავანევიწით. როდესაც პაციენტის ხახა ანატომიურად ვინროა, შეგიძლიათ ფონაციის რეჟიმში ჩაიხედოთ პირის ღრუში.

აღსანიშნავია, რომ უმეტესწილად, ლებინების რეფლექსის მქონე პაციენტებში, ენის დამწვევის ენის უკანა ნაწილში დადება იწვევს ამ რეფლექსის გამოხატვას და ამიტომ ეცადეთ, ენის წინა ნაწილებზე მოახდინოთ ზეწოლა.

პირის ღრუს პალპაცია საჭირო ხდება, როდესაც ვეძებთ სანერწყვე ჯირკვლის, ენის და პირის ღრუს ნეოპლაზიურ პათოლოგიას ან კენჭოვან დაავადებას.

ამ მანიპულაციით ხდება:

- მტკივნეული ზონის ძებნა-შეფასება;
- გამაგრებული ან ხორკლიანი, უჩვეულო ზედაპირის მქონე ზონის, ენის ძირის და ტონზილების მიდამოს შეფასება. მისი განხორციელება უფრო კარგია სარკით ან ფიბროსკოპით.

B. ხორხი და ქვედა ხახის (Hypopharynx) დათვალიერება

დათვალიერებამდე აუცილებელია ხორხის პალპაცია გარედან მისი მობილურობის და მგრძნობელობის შემოწმება, სიმეტრიულობის დადგენა.

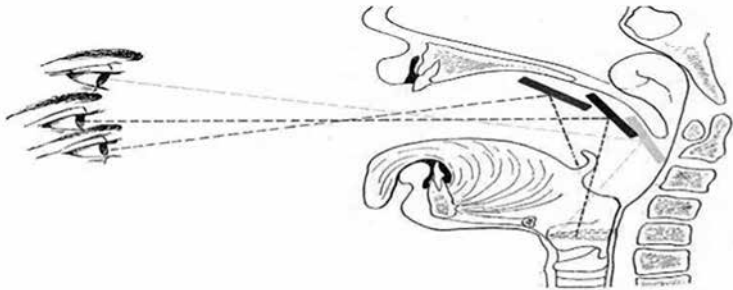
კარგად გამოცდილი ძველი მეთოდი – სარკით ხორხის დათვალიერება, მოითხოვს საკმაოდ დიდ გამოცდილებას. ხანდახან, ერთი შეხედვით ეს იოლი გამოკვლევა, ძალიან ძნელი ან შეუძლებელიც კი შეიძლება გახდეს, როდესაც პაციენტს აქვს ან ანატომიური თავისებურება (ჰიპერტროფირებული ენის ძირი) ან ლებინების გაძლიერებული რეფლექსი. უფრო თანამედროვე და ინფორმაციული მეთოდი გახლავთ **ფიბროლარინგოსკოპია**. მისი საშუალებით შეიძლება განისაზღვროს ნებისმიერი პათოლოგიის ზომა და ამასთანავე, შესაძლოა მისი ვიდეო ან ფოტოჩანანერის გაკეთება, რაც აუცილებელია როგორც პაციენტის დაავადების დინამიკის მონიტორინგისათვის, ასევე კონსილიუმების ჩატარების შემთხვევაში.

თუმცა, რასაკვირველია, ნებისმიერი ოტო-ლარინგოლოგი უნდა ფლობდეს სარკით დათვალიერების ტექნიკას, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს:

პაციენტს ერთი ხელით ვუჭერთ ენას და შუბლის შუქის გამოყენებით, მეორე ხელით ხდება ხორხის დათვალიერება გამთბარი სარკით (იმისათვის, რომ არ დაიორთქლოს).

როდესაც არც ფიბროსკოპი და არც სარკით დათვალიერება არ გვაძლევს საკმარის ინფორმაციას (ანატომიური თავისებურებების, ლებინების რეფლექსის გამო) ან როდესაც საჭირო ხდება დამატებით ბიოფსიური ჩარევა, საეჭვო მიდამოს ჰისტოლოგიის დასადგენად, მაშინ საჭიროა განვახორციელოთ პირდაპირი ლარინგოსკოპია ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ.

მისი შესრულება სპეციალური, პირდაპირი ლარინგოსკოპით, ფიქსატორით და მიკროსკოპით არის შესაძლებელი.



ხორხის დათვალიერება სარკით, ფიბროსკოპით და პირდაპირი ლარინგოსკოპით

C. ბავშვის კლინიკური გამოკვლევა

კარგად ინფორმირებული და წყნარ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვის გამოკვლევის დროს, შესაძლებელია დავათვალიეროთ პირის ღრუ, ხახა, და ხორხიც.

ძალიან მნიშვნელოვანია ამ პროცესში ვესაუბროთ მას და აუხსნათ ჩვენი ჟესტები, რათა არ დავაფრთხოთ ის. ამით შესაძლოა, თავიდან ავიცილოთ ზოგადი ანესთეზიის საჭიროება.

როდესაც ბავშვის მხრიდან არ არის თანხმობა, მაშინ პირის და ხახის დათვალიერება მისი იმობილიზაციით უნდა შესრულდეს. აუცილებლად, პაციენტის მშობლის დახმარებით. ეს პროცედურა გამოცდილი ექიმის ხელში ძალიან სწრაფია და ამიტომ, როგორც წესი, ბავშვი ვერც ასწრებს ტირილს.

თუ რაიმე საეჭვო ფაქტორი გამოვლინდება (უცხო სხეული ან ახალწარმონაქმნი), მაშინ აუცილებელია ბავშვის მშობლებს აუხსნათ ზოგადი ანესთეზიის, ნარკოზის ქვეშ დათვალიერების აუცილებლობა და საფრთხეები.

NOTA BENE

- ხმის ნებისმიერი შეცვლა, რომელიც 10-15 დღეს გრძელდება, მოითხოვს ბავშვის ხორხის დათვალიერებას;
- ნებისმიერ ახალწარმონაქმნზე ეჭვის დროს, აუცილებელია პალპაცია;

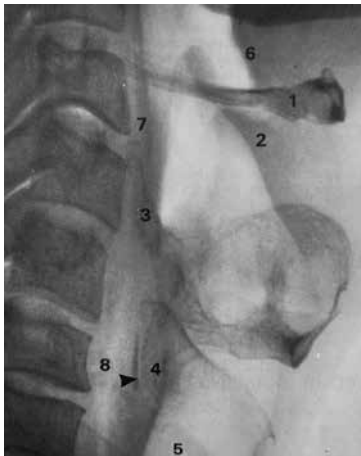
D. ხახა-ხორხის რადიოლოგიური გამოკვლევები

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ინფორმაციულია ქვედა ხახის, ენის ძირის და ხორხის მიდამოს პათოლოგიების დიაგნოსტიკისთვის.

ხორხის საგიტალური (პროფილში) რენტგენი უფრო ფართოდ გამოიყენება უცხო სხეულის, სიმსივნური პროცესის და ტრავმების დროს.

CT და MRI კვლევები, რასაკვირველია, უფრო ინფორმაციულია, მაგრამ მოითხოვს როგორც მეტ ფინანსებს, ასევე დამატებით მანიპულაციებს მაგალითად, ზოგად ანესთეზიას, განსაკუთრებით ბავშვებში.

ხახის და საყლაპავის მიდამოს რენტგენოგრაფიები კონტრასტით, უცხო სხეულების და სიმსივნეების დროს, ასევე, ინფორმაციულია.



ხორხის რენტგენოგრაფია პროფილში

1. ინის ძვალი
2. ხორხსარქველი
3. ფარისებრი ხრტილის ზედა რქა
4. ბეჭდისებრი ხრტილი
5. ტრაქეა
6. ენის ძირი
7. ხახის უკანა კედელი
8. საყლაპავის პირი

*ისრით მე-4 კისრის მალის დონეზე, ნაჩვენებია ბეჭდისებრი ხრტილის გაძვალეზა, რომელიც არ უნდა შეგვეშალოს უცხო სხეულში.

NOTA BENE

- რენტგენოლოგიური კვლევა უნდა მოჰყვებოდეს კლინიკურ დათვალიერებას და არა პირიქით, რადგანაც ლორწოვანზე არსებული პათოლოგია შესაძლოა საერთოდ არ გამოჩნდეს რენტგენზე;
- რადიოლოგის და ლარინგოლოგის ერთობლივი კონსილიუმი დიაგნოზის სიზუსტის სანინდარია;

ხახის და პირ-ხახის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა

ეს კვლევა უნდა განხორციელდეს როდესაც ეჭვი გვაქვს:

- ფსევდომემბრანოზულ ანგინაზე, რომლის დროსაც დიფტერია შეიძლება გამოგვეპაროს. ეჭვის დროს, დაუყოვნებლივ უნდა დავიწყოთ ანტიდიფტერიული მკურნალობა და ანალიზის პასუხის მიღებამდე, რომელსაც შესაძლოა დიდი დრო დასჭირდეს, ბაქტერიოლოგიური ნიმუში უნდა ავიღოთ ნადების კიდებიდან. ჩხირი არ უნდა შეეხოს პირის ღრუს და სხვა მიდამოებს.
- სტრეპტოკოკულ ანგინაზე ეჭვის დროს, ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებამდე, სწრაფი ტესტი თავიდან აგვაცილებს ზედმეტ ანტიბიოტიკოთერაპიას ვირუსული ანგინის შემთხვევაში.

თუმცა, გასათვალისწინებელია ანალიზის დრო და ხარისხი. აუცილებელია სწრაფი ტესტის გაკეთება იმიტომ, რომ უმრავლეს შემთხვევაში, როცა სწრაფი ტესტი არ არის ხელთ, ანგინის დროს ბაქტერიოლოგიური კვლევა უფრო ეპიდემიოლოგიურ მნიშვნელობას იძენს.

ხახის ქრონიკული დაავადებების დროს, ბაქტერიოლოგიური ანალიზის აღება დროის და თანხის ფუჭად ხარჯვა გახლავთ.



ფსევდომემბრანოზული ანგინა

ანტისტრეპტოლიზინი (A.S.L.O.)

ანტისტრეპტოლიზინის ტიტრი (რაოდენობა 200 ერთეულის ზემოთ), ითვლება პათოლოგიად. თუმცა, ყველა ლაბორატორიას ნორმის საკუთარი ზღვარი აქვს. მისი აღმოჩენა ხდება სტრეპტოკოკული დაავადებდან 2-3 კვირის შემდეგ. მისი კლება თვეების შემდეგ იწყება. შესაძლოა საერთოდ არ დაიკლოს. მისი არსებობა არ მიუთითებს მწვავე პროცესის არსებობაზე. იგი მხოლოდ არსებული პროცესის დადასტურებად შეიძლება განვიხილოთ. კლინიკურად მას არანაირი ინფორმაციული სარგებელი არ გააჩნია გარდა იმისა, რომ მისი მაღალი ტიტრი შეიძლება არგუმენტად გამოვიყენოთ ურჩი პაციენტის ოპერაციაზე დასათანხმებლად და ამით სტრეპტოკოკულ ინტოქსიკაციას ავარიდოთ.

NOTA BENE

- ანტისტრეპტოლიზინს არ გააჩნია არანაირი კლინიკური მნიშვნელობა ანგინის დროს;
- მისი მაღალი ტიტრი არ ამტკიცებს პათოლოგიური პროცესის არსებობას;
- მისი მომატება არა მარტო გლანდების, არამედ Waldeyer-ის რკალის და კბილების დაავადებამაც შესაძლოა გამოიწვიოს;

ხორხის და ხახის ადგილობრივი მკურნალობა

სასუნთქი გზების ამ სართულის ადგილობრივი მკურნალობა ჩვენს საუკუნეშიც არ კარგავს თავის მნიშვნელობას, გამომდინარე მისი ეფექტურობიდან და ნაკლებად ინვაზიურობიდან. თერაპია აეროზოლით და ინჰალაციები, რომ არაფერი ვთქვათ ბალნეოლოგიური კურორტების პროცედურებზე, დღესაც დიდ ადგილს იკავებენ ხახა-ხორხის ქრონიკული პათოლოგიების მკურნალობაში, არა მარტო ჩვენს ქვეყანაში.

ხახის და ხორხის მწვავე პათოლოგიები ხშირად არის ცხვირის დანამატი ღრუების ანთების თანმხლები დაავადება და მკურნალობა ადგილობრივი სტეროიდებით, (Pulmicort, Flixotide) ხდება. ინჰალაცია და აეროზოლოთერაპია წამყვანია ამ მკურნალობაში.

ხახის ქრონიკული და მწვავე დაავადებების ადგილობრივი მკურნალობა სანუნნი აბების და სპრეის საშუალებითაც არის გავრცელებული. ეფექტურია, ასევე, გარგარიზმები – სავლები საშუალებები (Trachisan, Isla).

ასევე, ძველი მეთოდებიდან აღსანიშნავია გლანდების-ტონიკების დრენირება, მასაჟი და ლუგოლის ხსნარით დამუშავება. ამ მეთოდს ყოფილი საბჭოთა ქვეყნების სპეციალისტები ისევ ხმარობენ, თუმცა ის ნაკლებად პოპულარულია.

ხახის პათოლოგიების დროს, ცალკე ადგილი უჭირავს ლაზერო-თერაპიას. მისი პოპულარობა (არაინვაზიურობის და ეფექტურობის გამო), სულ უფრო იზრდება. როგორც წესი, 10-15 სეანსი საკმარისია ფარინგიტების და ტონზილიტების მკურნალობისათვის.

მისი მოქმედება აიხსნება ძალიან მარტივი ბუნებრივი კანონებით – უჯრედშიდა ქიმიური პროცესები, ფოტონის მოხვედრის შემდეგ, განიცდიან კატალიზირებას და მიმდინარეობენ ძალიან ჩქარა. ეს გარემოება აჩქარებს გამოჯანმრთელების პროცესს.

ხახის პარესთეზია (დაბუჟება)

ამ ტერმინის ქვეშ, ჩვენ გავაერთიანეთ პაციენტის უცნაური და აუხსნელი ჩივილები: ტკივილი, სიმძიმე, ქაჩვა, უჩვეულო გრძნობები, ყლაპვისას მსუბუქი შენუხება, ბურთის შეგრძნება ყელში, უცხო სხეულის შეგრძნება და ა.შ.

ეს შეგრძნება შესაძლოა იყოს მორეციდივე, ხოლო რემისიები – არასისტემური.

მიუხედავად ასეთი, ერთი შეხედვით, „უაზრო“ ჩივილებისა, აუცილებელია პაციენტის ისეთივე ყურადღებით გასინჯვა, როგორც ლოკალიზებული და კარგად გამოხატული ტკივილის დროს. რადგანაც, შესაძლოა სიმსივნის ადრეული სტადიის ნიშნებს წავანყდეთ.

ასევე, ეს ხშირად არის ეზოფაგალური და სინუსური პათოლოგიის შედეგი, რისი გამორიცხვაც უნდა მოხდეს.

ფსიქიკური დაავადების (მაგ. ნევროზის) მიზეზად მოყვანა არ უნდა იყოს წესად ქცეული. ახალგაზრდა, ნევროტულ პაციენტებში, ეს შესაძლოა მართლაც მიზეზი იყოს, თუმცა, ჯერ ჯობს გამოვრიცხოთ სხვა რეალური პათოლოგია.

მცირედი შეგრძნების დროსაც, პაციენტი სპეციფიკური მოძრაობებით (წოვა, ყლაპვა, ღრუტუნის), ცდილობს გათავისუფლდეს ამ შეგრძნებისაგან, რითაც უფრო აძლიერებს გაღიზიანებას და იწვევს სიმპტომის ინტენსიფიკაციას.

დღიით ასეთი შეგრძნება იკლებს და ჭამის დროს ქრება.

ასეთი ფსიქოლოგიური დისკომფორტის მკურნალობა არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მოხდეს ფსიქოტროპული საშუალებებით და სანუნნი აბებით. ეს პირიქით, გააძლიერებს უჩვეულო მოძრაობებს. პაციენტს უნდა აუხსნათ რა სჭირს და რომ ეს არ არის საშიში.

NOTA BENE

- ნებისმიერი ფარინგეალური ჩივილი, რომელიც 15 დღემდე გრძელდება, უნდა განვიხილოთ როგორც რეალური პათოლოგია და გამოვიკვლიოთ სათანადოდ;
- ფარინგეალური პათოლოგია ძალიან ხშირად დაკავშირებულია სინუსების და საყლაპავის პათოლოგიასთან;
- დათვლიერებით ორგანული პათოლოგიის არარსებობა არ ნიშნავს აუცილებლად ფსიქოგენურ დისფუნქციას. ეს შეიძლება იყოს კუნთოვან მოძრაობაზე დამოკიდებული ნიშანი;
- ხახის აუხსნელი დისკომფორტი არ უნდა იწვევდეს რაიმე ცუდზე ეჭვს თუ ის ქრება ჭამის პროცესში და პირიქით, როდესაც გაურკვეველი ჩივილი ძლიერდება ჭამის დროს, ეს ცუდის ნიშანია;

პირ-ხახის მწვავე დაავადებები

როდესაც ამ პათოლოგიაზე ვსაუბრობთ, ძირითადად იგულისხმება ანგინები, ხახის ლიმფოიდური ქსოვილის ანთება და ენის ტონზილების ანთება.

ფარინგოსკოპიით და სარკის დახმარებით ყველა ეს მიდამო უნდა იქნეს დათვალიერებული და შეფასებული. ექიმს ორი ძირითადი საშიში დაავადების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ესაჭიროება, ეს არის:

1. დიფტერია, რომელიც აცრების წყალობით ძალიან იშვიათად გვხვდება, მაგრამ მაინც აუცილებელია ამ დაავადების გამორიცხვა;
2. A ჯგუფის – სტრეპტოკოკული ანგინა, რომელსაც, ბანალურობის მიუხედავად, შესაძლოა ჰქონდეს ძალიან სავალალო გართულებები;

A. ერთემატოზული ანგინები

ამ დროს ფარინგოსკოპიით ჩანს ჰიპერემიული და ჰიპერტროფიული ტონზილები და რკალები. ხშირია ფაშარი, ჩირქოვანი, ადვილად მოსაცილებელი ნადები. მისი გამომწვევი შესაძლოა იყოს როგორც ბაქტერია, ასევე ვირუსი.

ბაქტერიული ანგინების გამომწვევეები პირის ღრუს ბაქტერიები არიან: *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus*, *Moxarella catarrhalis*, *Streptococcus*.

ხშირ შემთხვევაში, მათი პათოგნომურობა განპირობებულია ორგანიზმის დასუსტებით და გარემო პირობებით.

ყველა ეს ბაქტერია შეიძლება ბეტა ლაქტამაზის მწარმოებელი გახდეს.

ანგინების 80%-ის მიზეზი ვირუსული გამომწვევებია: ადენო-ვირუსები, გრიპის ვირუსი, მონონუკლეოზის ვირუსი – EBV.



ერითემატოზული ანგინა

კლინიკური ნიშნები

1. ბეტა ჰემოლიზური, A ჯგუფის სტრეპტოკოკული ანგინა

ამ ტიპის ანგინები თითქმის არ გვხვდება 3 წლის ასაკამდე. შემდეგ, მათი რიცხვი იმატებს და შემთხვევათა 20%-ის მიზეზს წარმოადგენს.

გართულების მხრივ, ამ ტიპის ანგინები ყველაზე საშიში გახლავთ. დიაგნოსტიკურ სირთულეს წარმოადგენს კლინიკური ნიშნების მსგავსება სხვა ტიპის ანგინებთან კერძოდ, ერითემატოზულ და ვირუსულ ანგინებთან.

ამ პათოლოგიაზე ეჭვი უნდა ავიღოთ, როდესაც სახეზეა:

- სწრაფი დანყება და ძლიერი სისუსტის შეგრძნება;
- მაღალი სიცხე;
- ძლიერი ტკივილი;

- იზოლირებული ფარინგეალური ნიშნები, ანუ ცხვირის და ტრაქეის პათოლოგიის არარსებობა;
- ცერვიკალური ადენოპათიები;

მიუხედავად ყველა ჩამოთვლილი ნიშნისა, სტრეპტოკოკული ანგინა პრაქტიკულად არ გამოირჩევა ვირუსული ანგინისაგან.

ნებისმიერი ერთემატოზული ანგინა უნდა იყოს გამოკვლეული და მკურნალობა უნდა დაიწყოთ ისეთივე, როგორც სტრეპტოკოკული ანგინის შემთხვევაში.

მკურნალობა გულისხმობს:

- დაცული პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკოთერაპიას (Amoxiclav) 10 დღის მანძილზე (10 დღეზე ადრე სტრეპტოკოკული ინფექცია არ კვდება). მაკროლიდების გამოყენება ბოლო 10 წლის მანძილზე, სენსიბილიზაციის გამო, უშედეგოა და არ არის რეკომენდებული;
- სიცხის დამწვევების და დიდი რაოდენობით სითხეების მიღებას;
- ცეფალოსპორინების გამოყენება შესაძლებელია, მაგრამ სასურველია მხოლოდ პენიცილინის ჯგუფის გამოყენების უშედეგობისას;

არსებობს კიდევ ერთი გზა. ეს არის ანტიბიოტიკების დანიშვნა სტრეპტოკოკული ექსპრესტესტის შემდეგ. ეს ტესტი დღეს უკვე ხელმისაწვდომია ყველასათვის და თავიდან აგვაცილებს ანტიბიოტიკების არაგეგმავომიერ გამოყენებას.

თუ პროტოკოლით გათვალისწინებული ყველა პირობა იყო შესრულებული, მაგრამ მკურნალობა მაინც უშედეგოა, საქმე შეიძლება გვქონდეს:

- სპეციფიკური ბეტა ლაქტამაზის მქონე არასტრეპტოკოკულ ბაქტერიასთან;
- მონონუკლეოზურ ვირუსთან;

მორეციდივე ანგინები

რეციდივების მქონე პაციენტებში უნდა ვიფიქროთ სხვა ბაქტერიების არსებობაზე. ეს არის Haemophylus, staphylococcus, ან ანაერობები, რომლებიც ტონზილების სიღრმეში არსებობენ და ზედაპირული ნაცხის კვლევა არ არის ინფორმაციული. ამ დროს მიზანშეწონილია ცეფალოსპორინების გამოყენება (Suprax).

2. ვირუსული ანგინები

ვირუსული ანგინები, ბაქტერიულთან შედარებით, უფრო ხშირად გვხვდება. მათ არსებობაზე, როგორც წესი, მიუთითებს შემუშების უფრო დიფუზური ფორმა, ლარინგო ფარინგიტის თანხლება და, ამ სიმპტომებთან ერთად, ადენოპათიის არარსებობა.

ვირუსული ანგინების დამატებითი ინფიცირება ბაქტერიებით არც თუ ისე იშვიათი მოვლენა გახლავთ. ამიტომ ვირუსული ანგინების მკურნალობისას აუცილებელია მათი მუდმივი კონტროლი და ექვის შემთხვევაში, ანტიბიოტიკოთერაპიის დანყება.

B. ინფექციური მონონუკლეოზი

ამ სნეულების მეორე სახელი Epstein-Barr-ის ვირუსია. ანგინის დროს ამ ვირუსის თანხლება უნდა ვიეჭვოთ, როდესაც სახეზეა:

- კისრის და განსაკუთრებით, მისი უკანა ნაწილის ადენოპათიები;
- ნაქის და სასის პურპური და ედემი;
- კანის საფარზე გამონაყარი;
- სპლენომეგალია;

დიაგნოზი სისხლის საერთო ანალიზში მონოციტების რაოდენობის მიხედვით და EBV ანალიზით ისმება.

მკურნალობა, როგორც წესი, არ მოითხოვს განსაკუთრებულ მოქმედებას. ძირითადად, მოსვენებითი რეჟიმით და სიცხის დამწევის მიღებით შემოიფარგლება. თუმცა, უპრიანია კორტიკო-

სტეროიდული თერაპია და ზოგჯერ ანტიბიოტიკები (როდესაც ბაქტერიული თანხლება გვაქვს). აუცილებელია გვახსოვდეს, რომ ამოქსიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები იწვევს ალერგიულ გამო-ნაყარს და ამიტომ ცეფალოსპორინები ან პენიცილინი G უნდა დავნიშნოთ.

აღსანიშნავია, რომ იშვიათად, მაგრამ მაინც, მონონუკლეოზი ლეტალურად შეიძლება დამთავრდეს.

C. ფსევდომემბრანული ანგინა

დღესაც, როდესაც დიფტერიის აცრების ეპოქაში, ეს დაავადება თითქმის გაქრა, მაინც არის საჭირო გავარკვიოთ ფსევდომემბრანული ანგინა არ იყოს დიფტერია. ამ დროს სასურველია გაკეთდეს მონონუკლეოზის გამომრიცხავი ტესტი და მასზე უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, ჯობია მკურნალობა წარვმართოთ ისე, როგორც დიფტერიის მკურნალობისას. აუცილებელია ***Corynebacterium diphtheriae***-ს ნაცხის ანალიზი.

ანალიზის პასუხს არ ველოდებით და ეჭვის დროს ვინყებთ ანტი-დიფტერიულ მკურნალობას. ამასთანავე, სასურველია კორტიკოსტეროიდული და ანტიბიოტიკოთერაპიაც.

შესაძლებელია ხახის დიფტერიაც, რომელიც წააგავს ფარინგეალურ ფლეგმონას. ამიტომ ნებისმიერი ნადებიანი ანგინა ან ფარინგიტი უნდა იყოს განხილული, როგორც დიფტერია.

D. წყლულოვან – ნეკროზული ანგინები (სპეციფიკური ანგინები)

არჩევენ ცალმხრივს და ორმხრივს.

- ორმხრივი ყოველთვის ლეიკოზის და აგრანულოციტოზის დროს გვხვდება და ამიტომ ამ შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფო წესით ამ დაავადებების დიაგნოსტიკა.
- ცალმხრივი, წყლულოვან ნეკროზული ანგინა ან **Vincent**-ის ანგინა ან სიფილისი.

Plaut-Vincent-ის ანგინა, როგორც წესი, პატარა ან ახალგაზრდა პაციენტებში გვხვდება. ასევე, იმუნოდეპრესიულ პაციენტებშიც.

კლინიკური დათვალეერებისას ვხედავთ გლანდის ცალმხრივ წყლულოვან-ჩირქოვან დაზიანებას, რომელიც მარტო გლანდს აზიანებს. ტკივილი, ზოგ შემთხვევაში, იწვევს **აფაგიას**. ამ დროს, აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და მისი **რეჰიდრატაცია**. ანტიბიოტიკების სპექტრი სასურველია იყოს: პენიცილინის ჯგუფი + მეტრონიდაზოლი (Amoxiclav+Flagil).

როდესაც სიფილისის დიაგნოზია, მაშინ საქმე სხვაგვარად არის. ზედაპირულად, დაზიანება შესაძლოა წააგავდეს დიფტერიულ ნადებს. აუცილებლად გამოიკვეთება ჰომოლატერალური ადენოპათია.

პალპაციით გლანდი, განსხვავებით Vincent-ის ანგინისაგან, მაგარია.

მიკროსკოპული კვლევა საბოლოოდ ადასტურებს ტრეპონემას არსებობას, რაც შემდეგ შესაძლოა, სეროლოგიამ დაასრულოს.



Vincent-ის ანგინა. დიფტერია

E. ვეზიკულური ანგინები

ამ ტიპის ანგინების გამომწვევია ჰერპესული ვირუსი, როდესაც ხახაზე მცირე ზომის ეროზიული ზონები და ჰექტიური ფებრილიტი ერთმანეთს ერთვის ან როდესაც პირის ღრუში და ღრძილებზე სტომატიტის მაგვარი დაზიანებებია.

შეჯამება

სტრეპტოკოკული ინფექციის ძირითადი ადგილსამყოფელი არის ნუშურა ჯირკვლები. თუმცა, არის ბაქტერიული აკუმულაციის კიდევ რამდენიმე ატიპური ადგილი.

ასეთი ადგილები შეიძლება იყოს – ჩარჩენილი გლანდი, რომლის ქირურგიული მკურნალობა აუცილებელია ანგინის ხშირი შემთხვევების დროს. მონვა და ქიმიური კაუტერიზაცია არ არის ეფექტური.

ასევე, ენის ტონზილის ინფიცირება შესაძლოა იყოს სტრეპტოკოკული ინტოქსიკაციის მიზეზი. ამგვარი ტონზილის პათოლოგიის დიაგნოსტიკა არ არის იოლი, რადგანაც მისი დანახვა მხოლოდ მწვავე პერიოდში არის შესაძლებელი. ამ ტონზილის დასნებოვნების შემთხვევაში, ლაზერული ვაპორიზაცია არის ერთადერთი საშუალება გლანდის სამკურნალოდ და შესამცირებლად. თუმცა, ეს საკმაოდ დელიკატური და სისხლმდენი პროცედურაა.

ხახის ჩირქოვანი დაავადებები

ამ დაავადებების გამომწვევი მექანიზმი, უმრავლეს შემთხვევაში, არის ტონზილარული ინფექციები.

A. პარატონზილარული ფლეგმონა, აბსცესი

ეს არის პარატონზილარული სივრცის ჩირქგროვა (სივრცე ტონზილას კაფსულასა და ხახის კუნთებს შორის). ბაქტერიოლოგიურ კვლევაში ხშირად შერეული ბაქტერიები ამოითესება. ძირითადად, ეს არის სტრეპტოკოკი და, ზოგ შემთხვევაში, ანაერობული ინფექციაც. ამ დროს პენიცილინით მკურნალობა უშედეგო ხდება.

უმეტესად, ეს ჩირქგროვები გლანდის წინა და რკალის ლორწოვან გარს შორის მდებარეობენ. თუმცა, შესაძლოა გლანდის უკანა და ხახის კუნთებს შორისაც იყოს.

ინტრატონზილარული აბსცესები ძალიან იშვიათი მოვლენაა, თუმცა მისი უგულვებელყოფა არ შეიძლება.

დაავადების დასაწყისი ანგინას წააგავს, თუმცა გამოირჩევა:

- მნიშვნელოვანი დისფაგიით ტრიზმის და ტკივილის გამო. ეს ტკივილი გადაეცემა ყურს და კეფას;
- ზოგადი მდგომარეობის დამძიმებით;
- ოროსკოპიით, სასის ასიმეტრიით და, რაც მთავარია, ნაქის შეშუპებით და ასიმეტრიით;



პარატონზილარული აბსცესი

ამ კლინიკური ნიშნების არსებობისას, აუცილებელი ხდება ქირურგიული ჩარევის განხილვა, რადგანაც აბსცედირებული ტონზილის ან პარატონზილარული სივრცის დაცლა აუცილებელია, რათა არ განვითარდეს უფრო საშიში დაავადებები, როგორცაა: ცერვიკალური ცელულიტი ან სეფსისი.

ოპერაციული ჩარევისას, მიდამოს არჩევა ხდება ჩირქროვის თავმოყრის ყველაზე სავარაუდო წერტილში, რაც თვალით ან ტომოგრაფიით დგინდება. ტომოგრაფიულ კვლევას საექვო შემთხვევებში ვაკეთებთ.

ქირურგიული ჩარევა ყოველთვის პუნქციით ჯობია დავინყოთ. ამით, სისხლძარღვოვანი გენეზის შემუშებების დროს, თავიდან ავიცილებთ ძლიერ სისხლდენას და, რაც მთავარია, ნაკლებად ინვაზიურად მივაგნებთ ჩირქროვას. შემდეგ, უკვე შეიძლება განაკვეთის გაფართოება და აბსცესის სრული დაცლა. ეს მანიპულაცია სასურველია ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ განხორციელდეს, რაც ქირურგისთვის და პაციენტისთვისაც კომფორტულია. თუმცა, არის შემთხვევები, როდესაც ტრიზმის გამო პაციენტს ვერ დავაძინებთ. ამ შემთხვევაში საჭირო ხდება დაძინების გარეშე ჩავატაროთ მანიპულაცია.

მიღებული სითხე აუცილებლად ბაქტერიოლოგიურ კვლევაზე გასაგზავნი. უმეტესწილად, საქმე გვაქვს ანაერობულ ინფექცია-სთან, რასაც საოპერაციოშივე ადასტურებს სპეციფიკური მყრალი სუნის.

ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება დავიწყოთ დაცული ამოქსიცილინით (Amoxiclav) და დავამატოთ მეტრონიდაზოლი (Flagyl, Klion).

ასევე, შეიძლება ცეფალოსპორინების ჯგუფის (SUPRAX) ჩართვა.

ანტიბიოგრამის შემდეგ, შესაძლო ხდება ანტიბიოტიკის შეცვლა. მკურნალობა ყოველთვის 10-11 დღეს უნდა გაგრძელდეს.

განკურნების შემდეგ, ტონზილექტომია არ არის აუცილებელი. თუმცა, რეციდივის საშიშროება მაინც გვიბიძგებს პაციენტს შევთავაზოთ ამგვარი ქირურგიული ჩარევა განკურნებიდან 1-2 თვეში.

მწვავე პროცესზე ტონზილექტომიის გაკეთება, ჩვენი აზრით, არ არის მიზანშეწონილი. ძალიან იშვიათად, თუმცა ზოგი ქირურგიული სკოლა მას მაინც იყენებს.

B. პარაფარინგეალური ფლეგმონა

ამ პათოლოგიას უფრო სერიოზული გართულებები მოსდევს, რადგანაც კისრის ფასციების მეშვეობით შესაძლო ხდება აბსცესის გავრცელება მედიასტინალურ მიდამოში. ამ დაავადების ლეტალურობა საფრანგეთში 14%-ს შეადგენს.

სადგისისებრი მორჩის მიდამოს ფლეგმონა კი შესაძლოა გახდეს ვენური ტრომბოზის მიზეზი. იგი შეიძლება დაიწყოს ანგინის შემდეგ ან საერთოდ შეუმჩნეველი იყოს.

ხახის ასიმეტრიული შესიება აშკარა ანთებით პროცესს მოსდევს და სპონტანური ან ქირურგიული ჩარევით დრენირდება. უმეტესწილად, გვხვდება ასეთი აბსცესის ფორმა და მეორე, უფრო ლატენტურად მიმდინარე პროცესი, რომელიც ანტიბიოტიკოთე-

რაპის შემდეგ იკურნება და პარაფარინგეალური მიდამოს გამაგრებულ მასად ყალიბდება. იგი ხშირად სიმსივნოვან ეტიოლოგიაზე ბადებს ეჭვს. ეს უფრო იშვიათი, თუმცა შესაძლებელი ფორმაა.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკის ყველაზე კარგი მეთოდი CT-ია, რომელიც ფლემონის ზუსტ ლოკალიზაციას და მის ხასიათს გვაჩვენებს.



პარაფარინგეალური ფლემონა, ენდოსკოპიური და რადიოლოგიური სურათი.

NOTA BENE

სიფრთხილვა საჭირო, რათა ფლემონაში არ აგვერიოს:

- დიფტერია;
- ფსევდომემბრანული ანგინა;
- არაჰოჯკინის ავთვისებიანი სიმსივნე;
- ასიმეტრიული ანგინების უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა გვაფიქრებდეს აბსცესზე და პაციენტს ამ შემთხვევაში აუცილებლად სჭირდება ქირურგიული გზით დრენირება;
- დრენირების დროს სასურველია ჯერ გავაკეთოთ საცდელი პუნქცია. ამით, საძილე არტერიის შესაძლო ანომალიის დროს, თავიდან ავიცილებთ კატაკლიზმურ სისხლდენას;

C. რეტროფარენგეალური აბსცესი

ამ პათოლოგიას, ძირითადად, ახალშობილებში ვხვდებით, რაც მათი დისფაგიის მიზეზი ხდება. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, შესაძლოა დისპნოეც გამოიწვიოს. დიაგნოზი ძირითადად, ოროსკოპიით ისმება და მისი მკურნალობა დრენირებით ხდება. რასაკვირველია, უმჯობესია ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, თუ არის ამის საშუალება.

D. კისრის განგრენა

კისრის განგრენა, იგივე **ჩამავალი ნეკროზული ცერვიკალური ცელულიტი**, უმეტესწილად, ოდონტოგენურია. კისრის შესივების და ანთებითი მოვლენების დროს, კანქვეშ, კრეპიტაცია – ჰაერის არსებობა, აუცილებლად მოითხოვს სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას, რომელიც რაც შეიძლება ფართო ფასციალურ დისექციაში გამოიხატება. შემდგომ, 7-8 დღის მანძილზე, მისი ყოველდღიური სანაცია ხდება რენანიმაციაში, ანტიბიოტიკით და ნყალბადის ზეჟანგით. ამ დროს პაციენტი იმყოფება ანტიბიოტიკოთერაპიის ქვეშ, ინტუბირებული და სედატირებული. როდესაც ღიად დატოვებული ქრილობის მდგომარეობა და სისხლის ანალიზი გაუმჯობესდება, შეიძლება პაციენტის გამოღვიძება. ქრილობის დახურვა ხდება მეორადი შეხორცებით.

რასაკვირველია, აუცილებელია ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპია და ყველა რენანიმაციული ღონისძიება. ამ პათოლოგიას ძალიან მაღალი სიკვდილიანობა აქვს ევროპაში და შეერთებულ შტატებშიც.

NOTA BENE

- არასდროს უმკურნალოთ აბსცესს (თუ ის მართლაც აბსცესია), მხოლოდ ანტიბიოტიკით;
- არ დაავიანოთ განგრენოზული ცელულიტის დრენირება-სანაცია ქირურგიული პრინციპების დაცვით. კერძოდ, ფართო განაკვეთით, დისექციით, ყველა ჩირქგროვის გახსნით და დრენირებით;

ქრონიკული დეკომპენსირებული ანგინა

ქრონიკული ტონზილიტი (*ანგინა*), ისეთი მძიმე გართულებების მიზეზი შეიძლება გახდეს, როგორც მწვავე ტონზილიტია.

ქრონიკული ტონზილიტის დიაგნოსტიკა არც ისე ადვილი საქმეა, რადგანაც შესაძლოა ბევრი მსგავსი სიმპტომი სხვა არაქრონიკულ პათოლოგიასაც ჰქონდეს. და პირიქით, სიმპტომების არარსებობამ ტონზილების მხრივ, არ უნდა შეგვაცდინოს და ეს დაავადება არ უნდა გამოვავაპაროს.

მაგალითად, კაზეოზური ტონზილები არ არის ქრონიკული ანგინის ნიშანი. ასევე, ატროფიული ტონზილების დროს, არ არის გამორიცხული დეკომპენსირებული ტონზილიტი.

აღსანიშნავია ძალიან გავრცელებული და პოპულარული, თუმცა სრულიად არაინფორმაციული, ნაცხის ანალიზი. მისი შედეგები არ ასახავს ტონზილის რეალურ მდგომარეობას.

კაზეოზური ანგინა

წარმოდგენილია გლანდის ლაკუნებში ხაჭოსმაგვარი თეთრი ან ყვითელი მასით. მას ხშირად აქვს ცუდი სუნი, რომელიც აწუხებს პაციენტს. თუმცა, ეს სიმპტომი არ არის ქრონიკული ანთებითი ინფექციური პროცესის ნიშანი და არის გლანდის თვითელიმინაცია ამ მასებიდან.

ამ სიმპტომების დროს, ლაპარაკი დეკომპენსირებულ ქრო-

ნიკულ ტონზილიტზე არ შეიძლება. თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ პაციენტის მოთხოვნის შემთხვევაში, არ შეიძლება ამ გლანდების მოშორება ოპერაციულად. აღსანიშნავია, რომ ოპერაციის შემდეგ პაციენტს აღარ აღენიშნება ეს შემანუხებელი სიმპტომები.

ქრონიკული დეკომპენსირებული ანგინა

ამ პათოლოგიის დროს, ჩვენი რეკომენდაცია არის ტონზილექტომია, რადგანაც თავად ამ დიაგნოზის სახელწოდება – დეკომპენსირებული, ნიშნავს ინტოქსიკაციის არსებობას და როგორც პაციენტის ხშირ ავადობას, ასევე პაციენტის სხვა ორგანოების (საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ნერვული სისტემა) დაზიანების რისკს.

ანტიბიოტიკოთერაპია მხოლოდ მწვავე პერიოდის ჩასაქრობად არის საჭირო. პირველი რიგის ანტიბიოტიკოთერაპია, თუ არ არის მონონუკლეოზის ეჭვი, Amoxiclav – დაცული ამოქსიცილინია.

ტონზილების ჰიპერტროფია

ამ პათოლოგიას თან ახლავს პაციენტის ყლაპვის და სუნთქვის გაძნელება, რაც ძალიან ხშირად ადენოიდების ჰიპერტროფიას ბრალდება. ამ დროს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ პაციენტის წამოყენებისას სუნთქვა ნორმალიზდება, რაც ადენოიდების ჰიპერტროფიის შემთხვევაში არ ხდება.

გლანდის ჰიპერტროფია გავლენას ახდენს, ასევე, ცხვირ-ხახის დისფუნქციაზე და ხშირად არის ოტიტების მიზეზი.

მოზრდილ ასაკში ჰიპერტროფია პაციენტის მეტყველებაზე ახდენს გავლენას.



ტონზილების ჰიპერტროფია

ტონზილექტომია

ნებისმიერი ოპერაციული ჩარევა, როგორც მოგეხსენებათ, გარკვეული რისკების მატარებელია. არ არსებობს პატარა და დიდი ოპერაცია. ყველა ოპერაცია უნდა დაიგეგმოს მხოლოდ აუცილებელი ჩვენების დროს.

ასაკი არ ახდენს გავლენას ოპერაციულ ჩვენებაზე.

თუმცა, ზოგადი მდგომარეობა და კლინიკური ნიშნები ყოველთვის გასათვალისწინებელია. ოპერაციის რისკები არ უნდა აღემატებოდეს იმ რისკებს, რაც ოპერაციის გარეშე არის შესაძლებელი. მაგალითად, ცუდი სუნის არსებობა მძიმე პაციენტში, როდესაც მას აქვს სისხლის შედედების სერიოზული პრობლემები, ვერ იქნება ოპერაციული ჩვენების საფუძველი და პირიქით, პატარა ასაკი (1-2 წელი) ვერ იქნება ოპერაციის უკუჩვენება, თუ პაციენტს აქვს სერიოზული აპნოეს დიაგნოზი.

ძირითადი ჩვენებები, როდესაც ოპერაციული ჩარევა აუცილებელი და რეკომენდებულია:

ხშირი ანგინები:

- 4-5 მძიმე ინტოქსიკაციის ეპიზოდი წელიწადში;
- ინტოქსიკაციის რაიმე ნიშანი საყრდენ-მამოძრავებელი, რენალური და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან;
- ფლემონის ერთი ან მეტი შემთხვევა;
- სუნთქვის მნიშვნელოვანი დარღვევა, რომელიც ჩვილებში ზოგჯერ ლეტალურად შეიძლება დამთავრდეს;

ასევე, არის პირობითი ჩვენებები: პაციენტის მოთხოვნა დისკომფორტის მოცილების მიზნით (სუნი, ტკივილი).

უკუჩვენებები

როგორც მოგახსენეთ, აუცილებელია ოპერაციის და მისი შემდგომი რისკების შედარება არსებული მდგომარეობის რისკებთან.

შემორავიის რისკები კარდიოლოგიურ პაციენტებში, როდესაც მათ აქვთ დანიშნული ანტიაგრეგანტული მკურნალობა, აქვთ თანდაყოლილი დაავადებები, მაგალითად ჰემოფილია, არის ტონზილების ამოღების პირდაპირი უკუჩვენება.

შედარებით სუსტი არგუმენტებია:

ალერგიული ფონი, ღვიძლის უკმარისობა, ოპერაციის შემდეგ, ზოგ შემთხვევაში, შეინიშნება ტემბრის შეცვლა. ამიტომ ეს უნდა გაითვალისწინონ მომღერლებმა.

როდესაც ოპერაციული ჩარევის პირდაპირი ჩვენებები არ არის აშკარა, ან როდესაც ოპერაციული ჩარევის რისკები დიდია და პაციენტს არ სურს ოპერაციული ჩარევა, შესაძლებელია მას შეეთავაზოთ ალტერნატიული მედიკამენტოზური პალიატიური მკურნალობა, რომელიც ხშირად კარგად მოქმედებს და რემისიას იძლევა. ეს არის პრეპარატი Tonsilotren. ჰომეოპათიური და ლაზერული თერაპიის რამდენიმე კურსის ჩატარება (სასურველია ლაზეროთერაპიასთან ერთად), კარგ შედეგებს გვაძლევს ასეთ პაციენტებში.

ნებისმიერ შემთხვევაში არ მოერიდოთ კოლეგის აზრის გაგებას ამ თუ იმ თანმხლები დაავადების შესახებ.

ქირურგიული ჩარევა

დღესდღეობით, ამ ოპერაციულ ჩარევას ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ვახორციელებთ. თუმცა, ზოგი ექიმი ადგილობრივი ანესთეზიითაც სარგებლობს. ჩვენი რეკომენდაციაა ნარკოზის გამოყენება. ეს ამცირებს ოპერაციის დროს და რისკებს. განსაკუთრებით,

როდესაც საქმე ადენოტონზილექტომიას ეხება და ადენოიდის გადაცდენა ტრახეაში არც თუ ისე იშვიათი შემთხვევა გახლავთ. რომ აღარაფერი ვთქვათ ემოციურ სტრესზე.

აღსანიშნავია რამდენიმე ქირურგიული მეთოდის არსებობა:

- ლაზერული;
- ბიპოლარული;
- კობლაციური;
- მონოპოლარული;
- გილიოტინას – სლოდერის;

ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ ლაზერულ ტონზილექტომიას, მისი ნაკლებად ტრავმული, დამზოგველი ხასიათის და პოსტოპერაციული გართულებების და ჩივილების სიმცირის გამო.

სეზონურობა უკვე არ წარმოადგენს არანაირ არგუმენტს კონდიციონების და გათბობის ეპოქაში. თუმცა, როდესაც რეგიონში რაიმე ეპიდემიაა, მიზანშეწონილია თავი შევიკავოთ ქირურგიული ჩარევისგან. პოსტოპერაციული გართულებები პირველ დღეს არის ძალიან იშვიათი და შემოიფარგლება სისხლდენით და გრიზელის სინდრომით (კისრის კუნთების ტრიზმით, რაც ბავშვებში შეიძლება მალეების ლუქსაციითი გართულდეს).

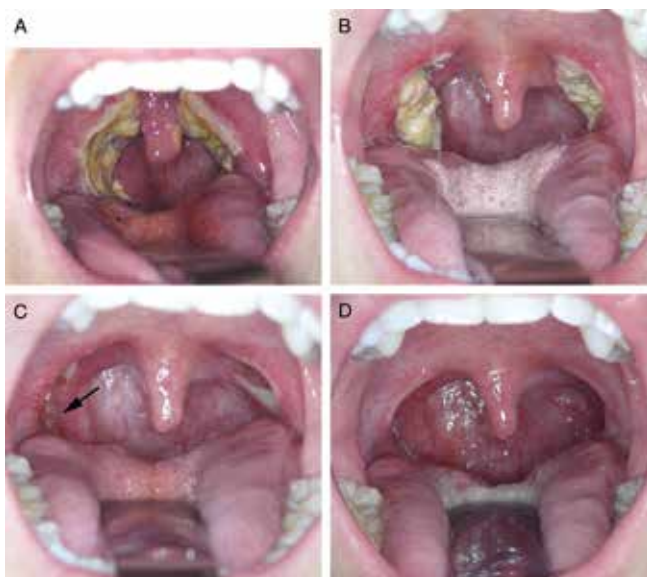
შემდგომი ორი კვირის მანძილზე, სისხლდენის საშიშროება უფრო იმატებს ფუფხების-ნადების მოცილების დროს და სტატიკურად, დაახლოებით 5-8%-ს შეადგენს.

ჩვილი ბავშვების პოსტოპერაციული პერიოდი განსაკუთრებით საფრთხილოა. პაციენტის მშობლები უნდა გავაფრთხილოთ, რომ მათ ელოდებათ 14-15 უძილო ღამე, რადგანაც ბავშვს მათთან უნდა ეძინოს. გამაყუჩებლების ფონზე (ევროპაში კოდეინი და ტრამადოლი, ჩვენთან პარაცეტამოლი და იბუპროფენი), ტკივილი ან მცირე

ან საკმარისად ძლიერი. თუმცა, ქვეყნის კანონმდებლობით კოდე-
ნის და ტრამადოლის პოსტოპერაციულად დანიშვნის აკრძალვის
გამო, საქართველოში პაციენტები უფრო წვალობენ.

NOTA BENE

- ტონზილექტომიის უარყოფა არ არის გამართლებული. თუმცა, წლების წინ მოდად ქცეული ეს ოპერაცია, დღეს უფრო დასაბუ-
თებულად უნდა განხორციელდეს;
- თუ ჯანსაღი გლანდი ორგანიზმისთვის იმუნური სისტემის სასა-
რგებლო ელემენტია, დაავადებული და ინფიცირებული გლანდი,
შესაძლოა ორგანიზმის ძალიან სერიოზული ინტოქსიკაციის წყა-
რო გახდეს;



ტონზილექტომიის შემდგომი პერიოდი 1-ლი დღიდან მე-14 დღემდე

დეკომპენსირებული ტონზილიტების გართულებები

ძირითადი გართულებები შორეული ლოკალიზაციის ფოკალური ასეპტიკური გართულებებია, რომლის ჩამრთველი მექანიზმი გლანდის სტრუქტოკოკული ინფექციაა. ეს იმუნური მექანიზმია. მისი აღმოჩენა ორ შემთხვევაში ხდება:

- ნეფროლოგიური და რევმატიული პრობლემების დროს, რომლის პრევენცია დროზე დასმული სტრუქტოკოკული ანგინების დიაგნოზია;
- თერაპევტის მოთხოვნით, უცნობი ეტიოლოგიის კლინიკური ნიშნების არსებობის გამო, ORL კონსულტაცია სტრუქტოკოკული კერის აღმოსაჩენად;

A. ნეფროლოგიური და რევმატიული პრობლემები

ასეთი გართულებები 3-4 წლამდე არ გვხვდება, თუმცა ზედა ასაკობრივი ლიმიტი არ აქვს. ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე, მათი რიცხვი მიზერულია.

კლინიკურად, მათი გამოვლენა ხდება ანგინის მწვავე პერიოდის 3-4 კვირაში და არანაირი კავშირი არ აქვს ანგინის ინტენსივობასთან.

რევმატიული პრობლემები ძალიან იშვიათია 40 წლის მერე,

თუმცა ნეფროლოგიურ, კერძოდ კი **გლომერულონეფრიტებს**, ასაკობრივი ლიმიტი არ გააჩნიათ და ანგინის ანტიბიოტიკოთერაპიასთან არანაირ კავშირში არ არიან.

კლასიკური, მწვავე სახსროვანი რევმატიზმი ძალიან იშვიათი გართულებაა. უფრო ხშირია კარდიოლოგიურ-რევმატიული პათოლოგიები. ერთი რევმატიული შემთხვევის შემდეგ, რეციდივის საშიშროება ორმაგდება და ამიტომ აუცილებელია მუდმივი კონტროლი ნებისმიერი ფარინგიტის შემთხვევაში.

მწვავე გლომერულონეფრიტი უფრო ხშირია **ბეტა ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის** ინფექციების დროს. მისი განვითარება ძალიან სწრაფია. გამოიხატება ჰემატურიით, ოლიგურიით და შეშუპებით. ასევე, შესაძლოა ნევრალგიებიც. ჰიპერტენზია და ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება ამ დროს ჩვეული მოვლენა გახლავთ. ასეთი მდგომარეობა, უკვე კარგი დინამიკით მიმდინარე ანგინის დროს, მიუთითებს ნეფროლოგიური გართულების არსებობაზე. პროგნოზი, უმეტესწილად, კარგია. პრაქტიკაში ხშირია Berger-ის IgA დამოკიდებული გლომერულონეფრიტი, რომლის გამოვლინება ანგინის ყოველი ახალი შემთხვევისას გვხვდება.

B. უცნობი ეტიოლოგიის კლინიკური ნიშნების გამო, ORL სტრეპტოკოკული ინფექციის კვლევა ხდება შემდეგი ნიშნების არსებობისას:

- აუხსნელი სიცხიანობა;
- ლატენტურად მიმდინარე რევმატიზმები;
- დერმატიტები;
- უვეიტები;
- მწვავე გლომერულონეფრიტები;

ასეთი სტრეპტოკოკული კერების არსებობა, უმეტესწილად, ტონზილებში გვხვდება და, მხოლოდ უნიკალურ შემთხვევებში, სინუსებში. ამიტომ ჩვენი პირველი სამიზნეა გლანდები.

დენტალური სტრუქტოკოკული კერები უფრო ხშირია და შესაძლებელია თან სდევდეს მცირე აპიკალურ გრანულომებსაც.

მკურნალობა

ამ კერების მოსპობა ანუ, ტონზილიტების დროს ტონზილექტომია და დენტალური პრობლემის დროს – სტომატოლოგის ჩარევა.

ბავშვის დისპნოე

პატარა ბავშვებში დისპნოეს სიხშირეს განაპირობებს სასუნთქი გზების, კერძოდ კი ხორხის სანათურის სივინროვე. ამ ფაქტის გამო, 1მმ. შეშუპების დროსაც კი საერთო ფართობი მცირდება 50%-ით. ასეთივე შეშუპება დიდებში 25%-იან შევიწროებას იწვევს.

დისპნოეს ეტიოლოგიის და ხარისხის განსაზღვრისათვის საჭიროა სამი ეტაპი:

1-ლი ეტაპი: ლარინგეალური დისპნოეს დიფერენციალური დიაგნოზი.

ვსაუბრობთ ხორხიდან ნამოსულ დისპნოეზე, როდესაც სახეზეა შესუნთქვის სტრიდორული დისპნოე. ამ დროს, ხორხის დონეზე შეფერხების გამო, შესუნთქვა იწვევს სტერნალური, ლავინზედა და ეპიგასტრალური მიდამოების ჩაზნექვას.

ასევე, სახეზეა ხმის შეცვლაც.

ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების დროს, უნდა გამოვრიცხოთ:

- ფილტვის და კარდიოლოგიური გენების დისპნოე (ტაქიპნოე);
- ბრონქიალური ასთმური ექსპირატორული დისპნოე (ბრადიპნოე);
- ტრაქეალური დისპნოე-როდესაც ვხვდებით როგორც ექსპირატორულ, ასევე ინსპირატორულ დისპნოეს ხმის შეცვლის გარეშე;

ლარინგეალურ დისპნოეს უფრო ნააგავს ზედა სასუნთქი გზების რინო ან ბუკო-ფარინგეალური დისპნოეები. მაგრამ, ამ დროს,

შესუნთქვისას სუსტერნალურ და ეპიგასტრალურ სტრიდორს თან ახლავს ყბისქვეშა სივრცის დეფორმაცია – ჩაზნექვაც.

ლოკალიზაციის გამო (ხორხის ყიისქვეშა მიდამო), შესაძლოა ლარინგეალური დისპნოე ძალიან წააგავდეს ტრაქეალურს.

ახალშობილებში, ლარინგეალური დისპნოეს დროს, ბრადიპნოეს მაგივრად, სახეზეა ტაქიპნოე და ბავშვის აგონიური მოძრაობები.

როდესაც კლინიკური ნიშნები მწირია, სუნთქვის მოშლა მნიშვნელოვანია და მიღებულია გადაწყვეტილება პაციენტის ინტუბაციის შესახებ, მაშინ დისპნოეს მიზეზის გამორკვევა შესაძლოა ლარინგოსკოპის მეშვეობით.

მე-2 ეტაპი: დისპნოეს ხარისხის შეფასება

ეს უმნიშვნელოვანესი ეტაპი გახლავთ. ამ დროს უნდა განისაზღვროს დისპნოეს გადაუდებელი მკურნალობის აუცილებლობა.

დისპნოეს ურგენტულობის ძირითადი ნიშნები გახლავთ:

- ხანგრძლივობა, ერთ საათზე მეტი ხანგრძლივობის დისპნოე მოითხოვს სასწრაფო თერაპიულ ჩარევას, რადგანაც ბავშვის ფიზიკური რესურსის ამონურვამ შეიძლება სიკვდილი გამოიწვიოს.
- ციანოზი ძალიან მძიმე ნიშანია და, როგორც წესი, უკვე ღრმად წასული პროცესის დროს გვხვდება, როდესაც ჰიპოქსია განვითარებული.

უფრო ადრეული ნიშნები, როგორიცაა: ოფლიანობა, ტაქიკარდია და არტერიული ჰიპერტენზია, მიგვითითებს ამ მძიმე პროცესის სანყის სტადიაზე. აუცილებლად სასწრაფო ზომებია მისაღები იმისათვის, რომ არ განვითარდეს შეუქცევადი პროცესები, რომლებიც ჰიპოქსიას მოჰყვება – სუნთქვის გაჩერება, შემდეგ გულის გაჩერება.

რომელიმე ამ ნიშნის არსებობა მოითხოვს რეანიმაციულ ზომებს: ტრაქეოტომიას ან ინტუბაციას.

ყურადღებით უნდა ვიყოთ ცრუ გაუმჯობესების დროსაც. როდესაც ინსპირაციული ბრადიპნოე, ბავშვის ფიზიკური გადატვირთვის შედეგად, რომელსაც აღარ შეუძლია სუნთქვის ობსტრუქციასთან წინააღმდეგობის განევა, ადგილს უთმობს ტაქიპნოეს და სტრიდორის შემცირებას. ეს, პირიქით, ცუდი ნიშანია და ბავშვის უკიდურეს მდგომარეობაზე მეტყველებს. აქაც აუცილებელია ან ინტუბაცია ან ტრაქეოტომია სასწრაფო რეჟიმში.

მე-3 ეტაპი: მიზეზის მოძიება

როდესაც ზემოჩამოთვლილი საშიში სიმპტომები არ ვლინდება, მიზანშეწონილია დისპნოეს მიზეზის გარკვევა. თუმცა, ამ კვლევის დროს, პაციენტის მდგომარეობის უეცარი დამძიმების შემთხვევაში, ყოველთვის მზად უნდა ვიყოთ სასწრაფო ღონისძიებების ჩასატარებლად.

- არასოდეს არ განახორციელოთ პირდაპირი ლარინგოსკოპია ტრაქეოტომიის და ინტუბაციისთვის საჭირო ყველა ინსტირუმენტის და ხელსაწყოს მომზადების გარეშე.
- ენის დამწევი „შპადელით“ გასინჯვა უნდა განხორციელდეს ძალიან ნაზად და სიფრთხილით, რადგან ამასაც შესაძლოა მოჰყვეს მდგომარეობის დამძიმება.
- არასოდეს დააძალოთ პაციენტს დაწვეს, როდესაც მას ინსტიქტურად ჯდომითი პოზა ურჩევნია. ამით შესაძლოა მისი მდგომარეობის უეცარი გართულება და ასფიქსია გამოინვიოთ.

აუცილებელია პაციენტის ოჯახის წევრების ანამნეზის შეკრება. როგორც წესი, ის საკმარისია დიაგნოზის დასასმელად.

საბოლოო დიაგნოზი ისმება რადიოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევების შემდეგ, რომელიც აუცილებლად ზემოთ ჩამოთვლილი პრევენციული ღონისძიებების ფონზე უნდა განხორციელდეს.

დისპნოეს მიზეზის გამორკვევაში ძალიან გვეხმარება პაციენტის ასაკი.

A. 6 ნელზე მეტი ასაკის პაციენტები

a. ყველაზე ხშირი მიზეზი მწვავე ლარინგიტებია, რომელიც იყოფა **ორ ჯგუფად:**

სტრიდორული და შეშუპებით-ედემატოზური.

სტრიდორული ან სპაზმური ლარინგიტები ვითარდება ძლიერი ხველის და „მწველის ხმის“ მქონე პაციენტებში, როდესაც ხველის შეტევას მოსდევს დისპნოე და შესაძლოა, აპნოეც, ციანოზის ნიშნებით.

შეტევებს შორის შუალედში პაციენტის მდგომარეობა ნორმალურია და სუნთქვა პათოლოგიის გარეშეა.

ასეთი სტრიდორული ლარინგიტის პროგნოზი ძალიან კარგია და ინჰალაციით, ჰაერის დატენიანებით ან, უკიდურეს შემთხვევაში, ანტისპაზმური პრეპარატების (მაგ. ვალიუმი) მიღების შემდეგ ქრება.

შეშუპებითი ანუ ედემატოზური ლარინგიტები უფრო მძიმედ მიმდინარე პათოლოგიაა. შეშუპებას ორი ლოკალიზაცია შეიძლება ჰქონდეს.

1. სუბგლოტური

ყიისქვეშა ლარინგიტი ძირითადად, ვირუსული ეტიოლოგიისაა. ღამით, სიცხიანობის ფონზე, ნელ-ნელა პროგრესირებს დისპნოე სტრიდორით, ბრადიპნოეთი, მყეფავი ხველით და ციანოზის ნიშნებით.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი გვაძლევს საშუალებას მოვახდინოთ ამ დაავადების დიფერენცირება და გამიჯვნა სხვა ტიპის პათოლოგიისგან. მაგალითად, უცხო სხეული.

მიუხედავად იმისა, რომ დიფტერია უკვე თითქმის არ გვხვდება,

ექვის შეტანა მაინც ღირს იმ შემთხვევაში, თუ დათვალე რებით პაციენტის ხახაზე დიფტერიულ ნადებს დავინახავთ ან როდესაც პაციენტს ხმა საერთოდ არ აქვს.

მკურნალობა

პირველი, რაც უნდა გავაკეთოთ, ეს არის სტეროიდის ინტრა-მუსკულარული ან ინტრავენოზური ინექცია (0,5-1 მგ/კგ წონაზე). იმავდროულად, ინიშნება Per OSS სტეროიდი, რომელიც 1-2 საათში გააგრძელებს ინტრავენური სტეროიდის მოქმედებას. ეფექტი 15-20 წუთში უნდა მივიღოთ. თუ ეს არ მოხდა, საჭიროა კიდევ ერთი ინექციის გაკეთება. თუ ამ შემთხვევაშიც არ გაუმჯობესდება მდგომარეობა, სასწრაფოდ უნდა მოხდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის უპრიანი, რადგანაც ამ დაავადების ეტიოლოგია ვირუსულია.

ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ პაციენტს შესაძლოა დასჭირდეს ინტუბაცია ან ტრაქეოტომია.

ადრენალინის აეროზოლის გამოყენებამაც შესაძლოა მოგვცეს შედეგი. თუმცა, აუცილებელია ინტუბაციისთვის მზადყოფნა.

როდესაც კრიზი მოიხსნება, სტეროიდული თერაპია 7-8 დღეს უნდა გაგრძელდეს. თუმცა, შესაძლოა მისი უფრო ხანგრძლივი მოხმარებაც აეროზოლის სახით (Flixotide 125).

რეციდივების შემთხვევაში, უნდა ვივარაუდოთ პაციენტის გასტრო-ენოფაგალური რეფლუქსი.

როდესაც, ზემოჩამოთვლილი მოქმედებების მიუხედავად, პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, ეჭვი უნდა შევიტანოთ დიაგნოზში და გამოვრიცხოთ მიკრობული ბრონქო-ტრაქეიტი და უცხო სხეული.

2. სუპრაგლოტური (ყიის ზედა) ლარინგიტები

მათ ასევე, მოიხსენიებენ ეპიგლოტიტებად. მათი პროგნოზი, სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციის გარეშე, ძალიან არასაიმედოა.

მათი გამომწვევის, (*Haemophilus influenzae*) ვაქცინაციის დაწყების შემდეგ, ეს პათოლოგია ძალიან იშვიათი გახდა. თუმცა, საქართველოში კიდევ შეიძლება შეგვხვდეს. დაავადების დასაწყისი სწრაფი და პროგრესირებადია. იწყება მაღალი სიცხით, ყლაპვის გაძნელებით, რასაც მალევე მოჰყვება ჰიპერსალივაცია. ამას მოსდევს სუნთქვის გაძნელება. ხმის შეცვლა არ აღინიშნება, ხველა ჩვეულებრივი ხმისაა. ძალიან მნიშვნელოვანი ნიშანია პაციენტის პოზა – დამჯდარი და წინ გადახრილი. არავითარ შემთხვევაში არ უნდა შევუცვალოთ პოზა, რადგანაც შესაძლოა სუნთქვის უეცარი გაძნელების პროვოცირება.

კისრის ლიმფური კვანძების პალპაცია მტკივნეულია.

მედიკამენტოზური მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, რადგანაც სასუნთქი გზების ობსტრუქციას იწვევს მრავლობითი სუბმუკოზური აბსცესები, განლაგებული ხორხ-სარქველსა და ხორხსარქველ-არიტენოიდების იოგზე.

სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და ინტუბაცია არის ერთადერთი გამოსავალი. თუ ინტუბაცია შეუძლებელია, სასწრაფოდ უნდა განხორციელდეს ტრაქეოტომია.

დიაგნოზის დასასმელად საკმარისია სიმპტომების ის ტრიადა, რაც ჩამოვთვალეთ:

1. მაღალი სიცხე;
2. სწრაფად განვითარებული დისფაგია;
3. სუნთქვის გაძნელება;

აუცილებელია ვიმოქმედოთ ძალიან სწრაფად და, თუ ინტუბაცია ვერ მოხერხდა, ვიყოთ მზად დაუყოვნებელი ტრაქეოტომიისთვის.

ამ დაავადების მკურნალობა გულისხმობს სეპტიემიის მკურ-

ნალობას რაც, ანტიბიოგრამის მიხედვით, ადეკვატურ ანტიბიოტიკოთერაპიაში გამოიხატება.

მკურნალობა 2-3 დღეში იმდენად კარგად მოქმედებს, რომ შესაძლოს ხდის ექსტუბაციას ან დეკანულაციას.

b. ლარინგიტების გარდა, დისპნოეს სხვა მიზეზები უფრო იშვიათია. ის შეიძლება იყოს: უცხო სხეული ხორხში, ხორხის პაპილომატოზი და ხორხის შემუპება.

ხორხის უცხო სხეული, ძალიან ხშირად, ინჰალაციის გამო, ბრონქის სანათურში ხვდება. თუმცა, ლარინგოსპაზმის შემთხვევაში, უცხო სხეული შესაძლოა ხორხის სანათურში გაჩერდეს.

ხორხის შემუპება – ხშირად ქიმიური ნივთიერებების ინჰალაციის შედეგად ვითარდება და მისი მკურნალობა ინჰალაციურ-სტეროიდული თერაპიით მთავრდება.

– ალერგიული რეაქცია ნაკბენზე ან რაიმე სხვა სახის ალერგენზე უნდა მოიხსნას სტეროიდით და კანქვეშ ადრენალინის ინექციით. დოზირება: 1/1000 გაზავებული 3/10 მლ. ხსნარში.

ხორხის ტრავმებიც არის დისპნოეს მიზეზი და ამ ასაკში ხშირად პოსტინტუბაციურ შემუპებას იწვევს. დიდი ზომის საინტუბაციო მილით დაინტუბირების ან ხანგრძლივი ინტუბაციის გამო.

ხორხის პაპილომატოზი, ლატენტურად პროგრესირებადი დისფონიის ფონზე, ასევე იწვევს ლატენტურად პროგრესირებად დისპნოეს.

B. დისპნოე 1 დან 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში

ასეთი პატარა პაციენტების ლარინგიტები და უცხო სხეულები ძალიან იშვიათია. ამიტომ, როდესაც ასეთ პაციენტებს აქვთ ამგვარი სიმპტომები, აუცილებელია ხორხის რადიოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევები.

ძირითადი მიზეზი და პათოლოგია სუბგლოტური (ყიისქვეშა) ანგიომაა. კლინიკურად, 3-4 კვირის ბავშვს ეწყება და სახეზეა სუბგლო-

ტური ლარინგიტის სურათი. ხშირია რეციდივები ნ თვის ასაკამდე.

რეციდივების მკურნალობა სტეროიდული თერაპიით უფრო და უფრო უშედეგო ხდება და საქმე შესაძლოა ინტუბაციაში მივიდეს, თავისი შემდგომი გართულებებით (ხანგრძლივი ინტუბაცია, ტრაქეოტომია).

ასევე, შესაძლებელია არსებობდეს თანდაყოლილი (კონგენიტალური) სუბგლოტური სტენოზი და კისტა.

ამ ასაკში, ნებისმიერი პათოლოგია მოითხოვს ენდოსკოპიურ და რადიოლოგიურ დიაგნოსტიკას სტაციონარში.

C. ახალშობილის დისპნოე

ახალშობილებში დისპნოეს ყველაზე ხშირი მიზეზი თანდაყოლილი ლარინგომალაციაა სტრიდორით. ის განპირობებულია ხორხის ჩონჩხის ელასტიურობით და უუნარობით, უზრუნველყოს საკმარისი სანათური.

ამ პათოლოგიას, უმეტესწილად, არ ერთვის თან სერიოზული დისპნოე და მხოლოდ სტრიდოროზული სუნთქვით შემოიფარგლება დაძვინის დროს. თუმცა, შესაძლოა მძიმე ფორმებიც, რომლებმაც ინტუბაცია და შესაძლოა, ტრაქეოტომიაც მოითხოვოს.

NOTA BENE

- დისპნოეს დიაგნოსტიკა პირველადი კლინიკური ნიშნების საფუძველზე ხდება;
- ასაკი და დაავადების დანყების ანამნეზი ძალიან გვეხმარება დიაგნოსტიკაში;
- დისპნოეს სიმძიმის ხარისხი ხშირად შეუმჩნეველია ცრუ გაუმჯობესების ფონზე, რომლის მიზეზიც პაციენტის ფიზიკური ძალების ამონჭრვაა;
- ნებისმიერი დისპნოე შეიძლება უეცრად ასფიქსიის მიზეზი გახდეს. ამიტომ, ყოველთვის მზად უნდა ვიყოთ პაციენტის ინტუბაციისათვის ან ტრაქეოტომიისათვის;

არასპეციფიკური მწვავე ლარინგიტები

A. მოზრდილებში

ეს პათოლოგია გრიპის ან გაციების დროს, ვირუსული ან ბაქტერიული გართულებაა, რომელიც ზედა სასუნთქი გზების დასნებოვნების შედეგია. ძნელია ითქვას მისი მიზეზი ინფექციური გართულება თუ ამ გართულების გამო განვითარებული ჰიპერსეკრეციული მოვლენები.

1. კატარალური ფორმა – ხმის ჩახლეჩა და ყელის არეში ჩხვლეტები

ხმის ჩახლეჩა ხშირად ტოტალურ აფონიამდე შეიძლება გართულდეს. თუ ამ დროს არ არის სხვა სიმპტომები: სუნთქვის გაძნელება, სიცხე, არ არის საჭირო ლარინგოსკოპიის გაკეთება. სასურველია თავი შევიკავოთ ლაპარაკისგან. ძირითადად, ანთების ჩაცხრობა ხერხდება აეროზოლით და ანთების სანინაალმდეგო პრეპარატებით (სტეროიდები).

როდესაც სახეზეა ინფექციური ხასიათი – ჩირქოვანი ნახველი და სუნი, მაშინ შესაძლოა ანტიბიოტიკოთერაპია და სტეროიდები კომბინირებულად ვიხმაროთ.

2. ფლეგმონოზური ფორმები

კლინიკური ნიშნები, როგორც წესი, დისფაგიით და ხახა-ხორხში უცხო სხეულის შეგრძნებით არის გამოხატული.

ამ დროს აუცილებელია, როგორც მინიმუმ, ხორხის დათვალე-ერება სარკით – (არაპირდაპირი ლარინგოსკოპია) ან, უკეთესი ვარიანტია, ნაზოფიბროსკოპით.

ეს დათვალეერება საშუალებას გვაძლევს გამოვრიცხოთ:

- ხორხსარქველის ფლეგმონა;
- არითენოიდული შეშუპება;

პირველი დაავადება სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას მოითხოვს, რადგანაც მისი გართულება შესაძლოა დისპნოეში გადაიზარდოს.

საავადმყოფოში უნდა ჩატარდეს სტეროიდული თერაპია დიდი დოზით და ანტიბიოტიკოთერაპია დაცული პენიცილინით (MEDROL, Amoxiclav).

აღსანიშნავია, რომ ამ დაავადებით გარდაიცვალა ამერიკის პირველი პრეზიდენტი ჯორჯ ვაშინგტონი და ამიტომ მას ხშირად **პრეზიდენტის დაავადებას** უწოდებენ. თუმცა, მისი პირველი აღწერილობა XIII საუკუნეში გვხვდება.



ეპიგლოტიტის ენდოსკოპიური და სქემატური სურათი.

B. მცირეწლოვანებში

პატარებში ხმის ჩახლეჩა და შეცვლა ხშირად თან სდევს რინო-ფარინგიტებს.

ამ დროს აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობაზე დაკვირვება, თუმცა სტეროიდების და ანტიბიოტიკების გამოყენება მხოლოდ მდგომარეობის გართულებისას არის მიზანშეწონილი. უნდა ვუმკურნალოთ რინო-ფარინგიტს და ყველაფერი მალე ალაგდება.

სპეციფიკური დაავადებები

A. ხორხის ტუბერკულოზი

ჩვენს საუკუნეში ეს დაავადება უკვე იშვიათობად იქცა. თუმცა, მისი დიაგნოსტიკა აუცილებლად უნდა ვიცოდეთ, რადგან მისი კლინიკური ასპექტი ძალიან წააგავს ნეოპლაზიურ პროცესს. დადასტურების შემთხვევაში, აუცილებელია ფილტვის ტუბერკულოზის გამორიცხვა. როგორც წესი, ეს ორი დაავადება ერთად გვხვდება.

კლინიკური ნიშნები:

- პროგრესულად მიმდინარე დისფონია;
- ოდინოფაგია;
- დისპნოე (შორს წასული პროცესების დროს);

ლარინგოსკოპიით ჩანს:

- ხმოვანი იოგების ცალმხრივი ანთება;
- ჭუჭყიანი ნადების სურათი;
- ხორხის ნეოპლაზიური დაზიანება, თუმცა, შენარჩუნებული მობილური ფუნქციით;

საბოლოო დიაგნოზი ისმება ბიოფსიის და პულმონარული დაზიანების გამოვლენის მერე. თუმცა, სიფრთხილეს თავი არ სტკივა და უნდა გვახსოვდეს, რომ შესაძლოა იყოს შერეული ფორმებიც: ტუბერკულოზი და ნეოპლაზიური პროცესის ერთდროული არსებობა.

მკურნალობა ხორხის ტუბერკულოზის დროს, გულისხმობს სპეციფიკურ ანტიბიოტიკოთერაპიას დაახლოებით ერთი წლის მანძილზე.

დიაგნოზის დასმის ან ეჭვის დროს, აუცილებელია ოთახის სპეციფიკური სტერილიზაცია და პაციენტის იზოლირება.



ხორხის ტუბერკულოზი

NOTA BENE

ტუბერკულოზზე ეჭვი უნდა გაგვიჩნდეს:

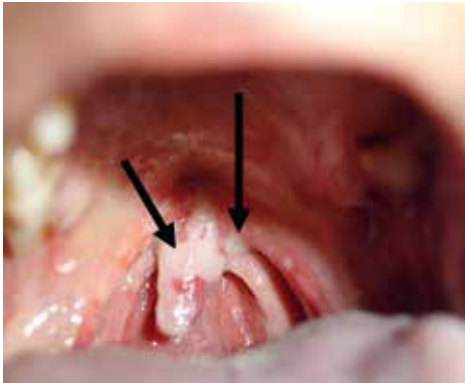
- ფილტვის ტუბერკულოზის ანამნეზის მქონე პაციენტზე, რომელსაც ხანგრძლივი ლარინგიტი აქვს;
- ლარინგიტისას, როცა ტკივილი მხოლოდ ყლაპვის დროსაა;

B. ხახის ტუბერკულოზი

1. **ხახის Mycobacterium-ი (ძროხის შანკრი)** – გადადის დასნებოვნებული ცხოველისგან. ძირითადად, აქვთ მეცხოველეობაში მომუშავე პირებს. კლინიკურად არის ხახის ჭუჭყიანი, დანყლულებული ნადები კისრის ადენოპათიების ფონზე.
2. **ხახის დანყლულებული ტუბერკულოზი** – ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ნაწილს შეიძლება ჰქონდეს მეორე ლოკალიზაცია პირ-ხახაში. კლინიკურად, ნიშნები ხორხის ტუბერკულოზის იდენტურია. საბოლოო დიაგნოზი ბიოპტატის მასალით უნდა დაისვას.

3. Izambert-ის დაავადება – ხახის გრანულომა

კლინიკურად ძალიან დასუსტებულ პაციენტში, რომელსაც ყლაპვა ძალიან გაძნელებული აქვს ტკივილის გამო, სასაზე ან ლოყაზე ჩნდება თხილის ზომის გრანულომა. სპეციფიკურ ინფექციაზე ეჭვის დროს, საჭიროა პაციენტის იზოლირება და ტუბერკულოზის გამოვლენა. ანტიბიოტიკოთერაპიით მკურნალობისას დაავადების პროგნოზი საიმედოა.



Izambert-ის დაავადება

NOTA BENE

- ტუბერკულოზის და ნეოპლაზიის ერთად არსებობა ძალიან ხშირია ხახასა და ხორხში;
- გახსოვდეთ, ერთის დიაგნოსტიკა არ გამორიცხავს მეორის არსებობას;

ქრონიკული ფარინგიტი

ხახის ადგილმდებარეობიდან გამომდინარე, მისი ლორწოვანი გარსი შესაძლოა დაზიანდეს სამი მიზეზის გამო:

1. სასუნთქი გზების პათოლოგიები: უკანა რინორეა, ცხვირის ობსტრუქცია, რომელიც იწვევს პირით სუნთქვას და ამით ლორწოვანის გაშრობას;
2. საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიები და აგრესიული აგენტები – ალკოჰოლი და რეფლუქს ეზოფაგიტი;
3. ზოგადი მიზეზები, როგორცაა: ალერგია და ლორწოვანზე განლაგებული ლიმფოიდური ქსოვილის ანთება;

მიზეზების მიხედვით, დათვალიერების დროს, კლინიკური ასპექტი შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი:

- შეშუპებითი ფარინგიტი, ლორწოვანი გარსის შეშუპებით და ჰიპერემიით;
- კატარალური ფარინგიტი ლორწოვანის ჰიპერსეკრეციით;
- ჰიპერტროფიული ფარინგიტი, როდესაც ხახის ლიმფოიდური ქსოვილის ჰიპერტროფია იწვევს, შელესმაგვარ და გამკვრივებულ სეკრეტთან ერთად, საგრძნობ შეშუპებას და სანათურის შევინროებას;
- ატროფიული ფარინგიტი, როდესაც ხახის უმეტეს ზედაპირზე ჩანს გათხელებული და განლეული ლორწოვანი გარსი;

ნებისმიერი ქრონიკული ფარინგიტის მკურნალობა, უპირველეს ყოვლისა, დაფუძნებულია:

- ანამნების შეკრებაზე;
- დანამატი წიაღების და ცხვირის ღრუს დეტალურ დათვალიერებაზე;
- უკანა რინორეის და ინფექციური სეკრეტის არსებობის აღმოჩენაზე;
- გასტროენტეროლოგიური პრობლემის არსებობის გარკვევაზე, რადგანაც რეფლუქსის არსებობის დროს, კატარალური ფარინგიტების მკურნალობა უშედეგოა, თუ მიზეზი არ მოიხსნა. ეს მიზეზი ხშირად არც ანუხებს პაციენტს, რადგანაც ვერ გრძნობს მას;

ასეთი ფარინგიტების ადგილობრივი მკურნალობა ეტიოლოგიური ფაქტორების მოხსნის გარეშე, უშედეგოა.

NOTA BENE

- ხახის ლორწოვანი გარსის ანთება ხშირად არის ზემოთ ან ქვემოთ მდებარე ორგანოების პათოლოგიური ფუნქციონირების მეორადი პროცესი, რომელიც, შესაძლოა, არც იყოს შემჩნეული პაციენტის მიერ.

ხორხის დისფუნქცია და ქრონიკული ლარინგიტი

ხორხის ლორწოვანი გარსის ანთებითი პროცესი შესაძლოა გრძელდებოდეს მრავალი მიზეზის გამო. თუ ამას ემატება დაზიანებული ლორწოვანის გადატვირთვა ვოკალური მუშაობით, ყვირილით, პროცესმა შესაძლოა ქრონიკული, შეუქცევადი ხასიათი მიიღოს.

A. ხორხის ფუნქციური მოშლა დაძაბვისას

როდესაც, ამა თუ იმ მიზეზის გამო, ხორხის ხმოვან ფუნქციას შეფერხება ხვდება და ადამიანი ვერ ახერხებს ჩვეული ვოკალური ხარისხის (ხმის) მიღებას, როგორც წესი, ადამიანის რეაქცია ხმის დაძაბვაა იქამდე, სანამ ჩვეულ ხმას არ მიაღწევს.

ფორსირების გამო, ხორხის ფუნქცია კიდევ უფრო ქვეითდება და ეს კიდევ უფრო მეტ დაძაბვას მოითხოვს სასურველი ხმის მისაღებად. ასე გრძელდება სრული დისფუნქციის მომენტამდე. მანკიერი წრე უფრო და უფრო აფუჭებს ხორხის ხმოვან მონაცემებს. ლოგიკური იქნება ამას დავარქვათ ხორხის დისფუნქცია.

მიზეზები და რისკფაქტორები

ამ ტიპის დისფუნქცია უფრო ხშირად გვხვდება „ხმის“ პროფესიებში როგორიცაა: მომღერალი, მასწავლებელი, საწარმოს ხელმძღვანელი.

ასევე, ამ მანკიერი წრის მაპროვოცირებელი მექანიზმი შეიძლება გახდეს რინო-ფარინგეალური დაავადებებიც. განსაკუთრებული ადგილი უჭირავთ ფსიქოლოგიურ დისფუნქციებსაც.



იოგების ანთება – კორდიტი დახურვის დეფექტის სხვადასხვა ხარისხი
 ორმხრივი კვანძი (მომღერლის კვანძები)
 პოლიპი
 იოგების ჰემატომა (ვოკალური ტრავმის შედეგი)

ხორხის დათვალეირება

ხორხის დათვალეირებით ჩვენ, უმეტესწილად, ვაფიქსირებთ ხმოვანი იოგების და ხორხის ნორმალურ მდგომარეობას და მისი მოძრაობის დისფუნქციას, რაც შესაძლოა გამოიხატოს იოგების არასრულ დახურვაში ან რომელიმე მხარეს მოძრაობის ჩამორჩენაში.

ასევე, შესაძლოა მოძრაობა ნორმალურად ხორციელდებოდეს და დისფონიის მიზეზი ან იოგების ანთება ან ახალწარმონაქმნი იყოს.

ამ დაავადებების დროს, დისფონიის განვითარება კონკრეტული ლოკალიზაციის ქრონიკული ლარინგიტის მიზეზით ხდება.

B. ქრონიკული ლარინგიტი

ქრონიკული ლარინგიტის ეტიოგენები ხშირად ზედა სასუნთქი გზების და სინუსების პათოლოგიური პროცესებია. ისეთი, როგორიც არის: უკანა რინორეა, განსაკუთრებით ძილის დროს, როდესაც პათოლოგიური სეკრეტი აღიზიანებს ხორხის ლორწოვანს.

ამიტომ ქრონიკული ლარინგიტი, ისევე როგორც ფარინგიტი, მოითხოვს სინუსების და ცხვირის დეტალურ გამოკვლევას.

ბრონქო-პულმონალური პათოლოგიებისას უფრო ნაკლებად შეინიშნება ლარინგიტის კლინიკა.

თამბაქოს მოხმარება აორმაგებს ლარინგიტის რისკს გამაღიზიანებელი ეფექტის და მაღალი ტემპერატურის აირის ინჰალაციის გამო.

ქირურგიული ან რეანიმაციული მანიპულაციების დროს, ხშირია ინტუბაციის შემდგომი ხორხის ქრონიკული პათოლოგიები როგორცაა: პოსტინტუბაციური გრანულომა ანუ იოგების ქსოვილის დეგენერაცია. ამის რისკი მეტია, როდესაც საქმე გვაქვს:

- გადამეტებულ ინტუბაციურ პერიოდთან (4-5 დღეზე მეტი);
- დიდი ზომის საინტუბაციო მილის გამოყენებასთან;



პოსტინტუბაციური გრანულომა. წერტილებით ნაჩვენებია ოპერაციული განაკვეთის სასურველი ტრაექტორია.

კლინიკური ნიშნები

ძირითადი კლინიკური ნიშანია – დისფონია. ხანგრძლივი დისფონია ყოველთვის მოითხოვს ლარინგოსკოპიას, განსაკუთრებით მწვევლებში.

დღეს ფიბროსკოპიული გამოკვლევა აადვილებს დიაგნოსტიკას და ამიტომ იშვიათია დიაგნოსტიკური მანიპულაციის მიზნით პირდაპირი ლარინგოსკოპიის საჭიროება. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ექსპოზიცია – გამოჩენა ვერ ხერხდება, პირდაპირი ლარინგოსკოპია აუცილებელი ხდება. ამავდროულად, ეს მანიპულაცია საშუალებას გვაძლევს, საჭიროების შემთხვევაში, მიკროქირურგიული ოპერაციული ჩარევით, იქვე მოვახდინოთ ამა თუ იმ პათოლოგიის კორექცია-მკურნალობა.

ვარჩევთ შემდეგი ტიპის ლარინგიტებს:

- **კატარალური ლარინგიტი**, როდესაც ხორხი მთლიანად ჰიპერემიულია და ხმოვანი იოგებიც ჩათრეულია პროცესში.



კატარალური ლარინგიტი

- **მიქსომატოზური ლარინგიტი** (Reinke-ს შეშუპება) ჰიპერპლასტიური ლარინგიტი, როდესაც ხმოვანი იოგების ლორწოვანი გასქელებული და შესიებულია.



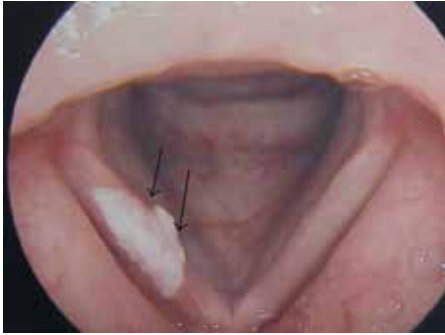
ჰიპერპლასტიური ლარინგიტი (რენკეს შეშუპება)

- **ჰიპერტროფიული ლარინგიტი**, როდესაც ხმოვანი იოგები წითელი ფერისაა და ძალიან შესიებულია.



ჰიპერტროფიული ლარინგიტი

- **პაქიდერმია, იგივე ლეიკოკერატოზი**, როდესაც ანთებითი პროცესის ფონზე, ხმოვან იოგებზე თეთრი ნადები ჩანს. ასეთი დაზიანება პრეკანცერულ დაზიანებად ითვლება და აუცილებელია მისი ბიოფსია.



ხმოვანი იოგის
ლეიკოკერატოზი

მკურნალობა

ფუნქციური დისფონიის მკურნალობა, პირველ რიგში, გულისხმობს ფონიატრიულ მკურნალობას. მხოლოდ ამ კურსის უშედეგობის შემთხვევაში უნდა განვიხილოთ ქირურგიული ჩარევის საკითხი. ამ დროს კარგია დავახმაროთ ისეთი ანთების საწინააღმდეგო ადგილობრივი პრეპარატები, როგორცაა Isla Mint და Isla Moos, ასევე, ანტიბაქტერიული საშუალებები – Hexaspray, Hexatoux, Trachisan და სხვა.

როგორც წესი, ლარინგიტების (გარდა Reinke-ს შეშუპებისა) და მცირე ზომის ანგიოფიბრომების კვალიფიციური ფონიატრიული რეაბილიტაცია ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა და ქირურგიული ჩარევა არ ხდება საჭირო.

გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ პოსტოპერაციული რეაბილიტაცია პოსტოპერაციული რეციდივების პრევენციაც გახლავთ.

ხორხის მიკროქირურგია ნარკოზის ქვეშ, პირდაპირი ლარინგოსკოპით და მიკროსკოპის კონტროლქვეშ, ლაზერული დანით მიმდინარეობს. ასევე, ხშირია „ცივი“ მიკროინსტრუმენტების – სხვადასხვა მაკრატლის და მომჭერების გამოყენება.



ხორხის მიკროინსტრუმენტები და ლაზერის ხელსაწყო.

ოპერაციული ჩარევის შემდეგ, აუცილებელია მასალის ჰისტოლოგიური კვლევის ჩატარება. ნებისმიერი არასაეჭვო ახალწარმონაქმნი, შესაძლოა იყოს მალიგნიზირებული (ავთვისებიანი) და პირიქით, აშკარა „კიბო“ კეთილთვისებიანი აღმოჩნდეს.

NOTA BENE

- ნებისმიერი ქრონიკული ლარინგიტი შესაძლოა გადაგვარდეს ათვისებიან სიმსივნედ;
- ნებისმიერი ქრონიკული ლარინგიტი მოითხოვს მუდმივ კონტროლს (2 ჯერ წელიწადში);
- ნებისმიერი ქრონიკული ლარინგიტით დაავადებული პაციენტის ხმის შეცვლა სასწრაფო დათვალეერების მიზეზი უნდა გახდეს;
- ხორხიდან აღებული ნებისმიერი მასალა, თუნდაც ანათალი, უნდა გაიგზავნოს ჰისტოლოგიურ კვლევაზე;

ხორხის გარეგანი ტრავმები

ხორხის ტრავმების გართულება ორგვარია:

- ტრავმის შედეგად შეიძლება განვითარდეს სუნთქვის მწვავე მოშლა, რასაც ასფიქსიის გამო, შეიძლება სიკვდილი მოჰყვებ.
- მოგვიანებით, ტრავმამ ხორხის ფუნქციური მოშლა შეიძლება გამოიწვიოს რის შედაგადაც, ხმის, ყლაპვის ან სუნთქვის ქრონიკული პრობლემები იჩენს თავს.

ტრავმები, როგორც წესი, მოხრჩობის, პირდაპირი დარტყმის ან ბასრი საგანით გაჭრის შედეგად ვითარდება.

დაზიანებები შეიძლება იყოს:

ხორხის ჩონჩხის:

- ხრტილოვანი ნაწილის მოტეხილობა;
- ხრტილთაშუა შემაერთებელი ქსოვილის დაზიანება და სანათურის გახსნა;
- ხორხის და ტრაქეის დანაწევრება – გახლეჩა;
- ხორხის რბილი ნაწილების შეშუპება, სისხლჩაქცევა, რამაც თავის მხრივ, შეიძლება სუნთქვის სერიოზული დისფუნქცია გამოიწვიოს. სუნთქვითი მოძრაობის დროს,

ხორხის სანათურის დაზიანებისას, ძალიან ხშირად, აირი წნევით აჯირჯევებს ახლომდებარე ქსოვილებს, რაც იწვევს კანქვეშა ან მედიასტინალურ ემფიზემას. იშვიათად, მაგრამ მაინც, შესაძლოა პნევმოთორაქსიც განვითარდეს.

ღია ტრავმების დროს, დიაგნოზის დასმა მარტივია და არ მოითხოვს ბევრ კვლევას. თუმცა, ქირურგიული მკურნალობის დროს, აუცილებელია ძალიან გამოცდილი ქირურგის ჩარევა.

დახურული ტრავმების დიაგნოსტიკა კი პირიქით, ძალიან ძნელია და დიდ გამოცდილებას და ზუსტ კვლევებს მოითხოვს.

არასწორი დიაგნოზი პაციენტის სიკვდილს გამოიწვევს, განსაკუთრებით ინტუბაციის მცდელობისას.

ექვი ხორხის სანათურის დაზიანებაზე უნდა გავვიჩინდეს შემდეგი ნიშნების დროს:

კისრის ნებისმიერი ტრავმის შედეგად წარმოქმნილი დისფონიის, დისპნოეს ან ყლაპვის გაძნელების დროს. ასევე, კანქვეშა ემფიზემის არსებობის შემთხვევაში.

ამ მონაცემების დამთხვევის შემთხვევაში, აუცილებელია მოვერიდოთ ინტუბაციას ან, თუ მისი ჩატარება აუცილებელია, უნდა გავითვალისწინოთ დაზიანებული ხორხის ინტუბაციის რისკები. ყველაზე მარტივი კვლევაა ხორხის რენტგენი, რომელმაც, შესაძლოა, ხორხის ჩონჩხის დაზიანება აჩვენოს ან კომპიუტერული ტომოგრაფია. შესაძლოა ფიბროსკოპული გამოკვლევაც. აუცილებელია პაციენტის სუნთქვის მონიტორინგი.

შეშუპების მოხსნის გამო, პოსტტრავმული კორტიკოთერაპია კარგ შედეგებს იძლევა. სუნთქვის გაძნელების შემთხვევაში და თერაპიული მკურნალობის უშედეგობის დროს, მიზანშეწონილია სასწრაფო ტრაქეოტომიის გაკეთება.

ენდოლარინგეალური ტრავმები

ასეთი ტრავმები, ქიმიური და თერმული დამწვრობები რომ არ ჩავთვალოთ, ინტუბაციის შედეგად ვითარდება. ზოგჯერ, ხანმოკლე ინტუბაცია ინვეს ხორხის ლორწოვანი გარსის ახალწარმონაქმნს: პოლიპს, გრანულომას.

სასწრაფო ინტუბაციის დროს, როდესაც ეს მანიპულაცია ექსტრემალურ პირობებში ხორციელდება, დაზიანებები შესაძლოა უფრო სერიოზული იყოს:

- სტენოზი;
- ციცხვისებრი ხრტილების ანკილოზი (სახსრის ამოვარდნის გამო);
- ხორხის პარეზი;

ხორხის ქსოვილი საკმაოდ ნაზი გახლავთ და ამიტომ ინტუბაციის დროს სასურველია:

- ხორხის კარგი ექსპოზიცია – ვიზუალიზაცია;
- ხორხის ზომის მიხედვით სწორად ადაპტირებული საინტუბაციო მილის შერჩევა;
- სიფრთხილე ინტუბაციის დროს;
- რეინტუბაციის თავიდან აცილება;

NOTA BENE

- პოსტინტუბაციური დისფონიის დროს, საჭიროა ლარინგოსკოპია;
- პოსტინტუბაციური დისპნოეს დროს (თუნდაც მოგვიანებით განვითარდეს), აუცილებელია პაციენტის სასწრაფო ლარინგოსკოპია და მდგომარეობის შეფასება, რადგანაც შეიძლება უეცრად სუნთქვის მწვავე უკმარისობა განვითარდეს;
- ხორხის მიდამოს პათოლოგიის აღმოჩენის დროს, არ უნდა შეენწყვიტოს ტრაქეის დათვალიერება, რადგანაც ხორხის და ტრაქეის დაზიანება ხშირად ერთდროულად ვითარდება;

ხორხის პარეზები (დამბლა)

ტერმინი – ხორხის პარეზი, შესაძლოა აერთიანებდეს მთელ რიგ ნერვული და მამოძრავებელი სისტემის პათოლოგიებს – დანყებული ტვინის ლეროდან, გაგრძელებული ცდომილი და შებრუნებითი ნერვებით.

ტვინის ლეროს დონეზე არსებული პათოლოგიები ნუკლეარულია (ბირთვული). ამიტომ მათ, ასევე, შეიძლება ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიები ვუნოდოთ.

შებრუნებითი ნერვის ე. ნ. n. recurrens-ს პათოლოგია, მხოლოდ ამ ნერვის დაავადებების დროს განვითარებულ პროცესებს ეწოდება.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ხმის დაკარგვა არ არის პათოლოგიის აუცილებელი კლინიკური ნიშანი. შებრუნებითი ნერვის დამბლა სხვა დაავადებების დროსაც შეიძლება შეგვხვდეს, მაგალითად, კისერსა და მედიასტინუმში განვითარებული დაავადებების დროს.

A. ხორხის იზოლირებული დამბლები

ამ პათოლოგიის ეტიოლოგიური კვლევა საკმაოდ რთულია და მოითხოვს დიდ გამოცდილებას.

ტვინის ლეროს დონეზე განვითარებული რეკურენსის პარეზი, როგორც წესი, გამოწვეულია ამიოტროფული ლატერალური სკლეროზით. შესაძლოა ვირუსული, სიმსივნოვანი და სისხლძარღვოვანი

ეტიოლოგიები. როგორც წესი, ამ დონეზე განვითარებული პარეზი ორმხრივია თუმცა, ცალმხრივი შემთხვევებიც არის აღწერილი.

ტვინის ღეროდან გამომავალი ცდომილი ნერვის (n. Vagus) დონიდან, შებრუნებითი ნერვის შეერთების დონემდე, (პონტო-ცერებელური მიდამოდან კისერსა და მედიასტინუმამდე), ნებისმიერი სიმსივნოვანი არატრავმული პროცესი გავლენას ახდენს ხორხის მოძრაობაზე შებრუნებითი ნერვის დაზიანების გამო.

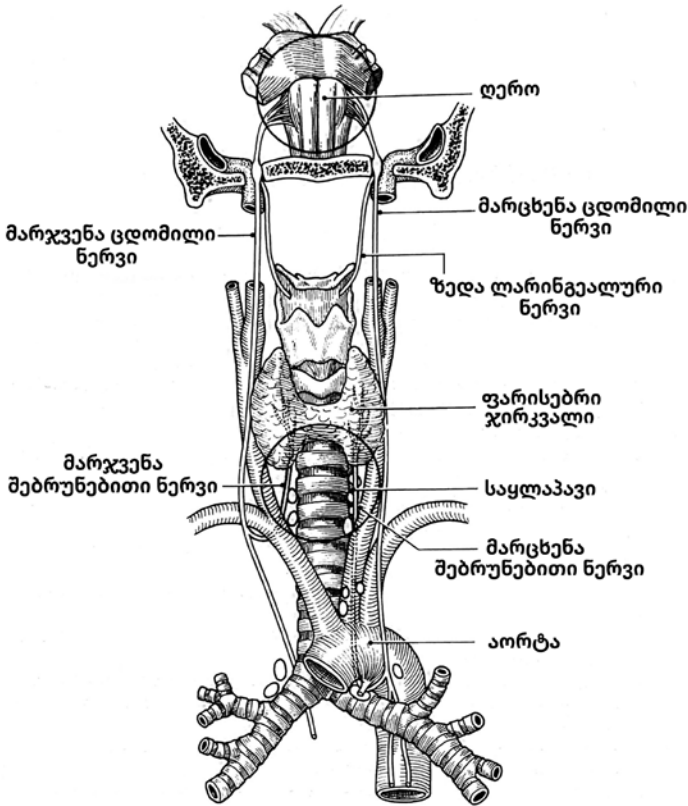
ანატომიურად, მარცხენა შებრუნებითი ნერვი საწყისს იღებს სხეულის თორაკალურ ნაწილში. ხოლო მარჯვენა შებრუნებითი ნერვი – კისრის ქვედა ნაწილში გამოეყოფა ცდომილ ნერვს და ზემოთ ადის. ამიტომ შუასაყარის მიდამოს სიმსივნეები ხორხის მარცხენამხრივ პარეზს იწვევენ და ბრონქო-პულმონალური კიბო ხშირად დისფონიით ვლინდება. კისრის მარჯვენა ნაწილის ადენოპათია ან კომპრესიული დაავადება კი მარჯვენამხრივ ლარინგეალურ პარეზს იწვევს. საყლაპავის და ფარისებრი ჯირკვლის კიბო, შესაძლოა, ორმხრივი ან ცალმხრივი დამბლის მიზეზი გახდეს. თუმცა, არ არის აუცილებელი სიმსივნის ავთვისებიანი ხასიათი. პარეზი შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც თორაკალური, ასევე თირეოიდული ოპერაციების შემდგომ, ნერვის დაზიანებით.

ორმხრივი პარეზები აღნიშნული მიდამოს დაზიანების დროს ვლინდება.



ორმხრივი პარეზი.

ახალშობილებში, ხორხის პარეზის ეტიოლოგია სულ სხვაგვარია. მას იწვევს მშობიარობის დროს მიღებული ცენტრალური ნერვული სისტემის ტრავმები.



ხორხის პარეზების შესაძლო მიზეზების ტოპოგრაფიული სქემა

ფიზიოლოგია

პარეზების ფიზიოლოგიის შესწავლა აუცილებელია ამ დაავადების სიმპტომების დასადგენად და ქირურგიული მკურნალობის ტაქტიკის შესამუშავებლად.

პარეზების გავლენის ხარისხი ხმაზე და სუნთქვაზე, დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე:

- პარეზის მხარეზე (ორმხრივი თუ ცალმხრივი);
- პარეზის ხარისხზე (ტოტალური თუ ნაწილობრივი). ნაწილობრივის დროს ხმოვანი იოგი დამხურავ ფუნქციას ინარჩუნებს და მხოლოდ გამზიდველი ფუნქცია აქვს დაკარგული. ტოტალურისას კი ორივე ფუნქცია დაკარგულია;
- ხმოვანი იოგების იმობილიზაციის მდგომარეობაზე – პარამედიალური (დახურული ყია) ან ინტერმედიალური (გახსნილი ყია);

ფიზიოლოგიური დარღვევების გამოვლენა

ფონაცია მოითხოვს დაჭიმულ მდგომარეობაში მყოფი ხმოვანი იოგების ერთმანეთთან შეხებას. ამიტომ ხმა შეიძლება შენარჩუნებული იყოს ცალმხრივი პარეზის დროსაც, მედიალურ ან პარამედიალურ პოზიციაში. ამ შემთხვევაში, მეორე მხარე, ჰიპერაღქციის ფუნქციით, ახერხებს საპირისპირო მხარის პარეზის კომპენსირებას.

გამზიდველელი კუნთების ცალმხრივი ან ორმხრივი პარეზის დროს, როდესაც იოგები ან იოგი ინტერმედიალურ მდგომარეობაშია, ვლინდება ან დისფონია ან აფონია – ყიიდან გამოღვენილი ჰაერის გადამეტებული ნაკადის გამო.

სუნთქვა მაშინ არის სრული, როდესაც ყიის (glottis) ნაპრალი საკმარისად ფართოა და კარგად ატარებს ჰაერს.

ცალმხრივი პარეზები, როგორც წესი, არ იწვევენ სუნთქვის გაძნელებას. ისინი ახალშობილებში ფიზიკური დატვირთვის დროს ვლინდება.

ორმხრივი პარეზები ხშირად იწვევს დისპნოეს, როგორც ყიის შემცირებული ფართის, ასევე გადაცდომების გამო განვითარებული პნევმონიის და უცხო სხეულის შედეგად წარმოქმნილი

ობსტრუქციის გამო. ასეთ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი შესაძლოა უეცრად ასფიქსიაშიც ჩავარდეს და ამის მიზეზი ვირუსი ან ფიზიკური დატვირთვა გახდეს.

ფიზიოლოგიური დარღვევების გამოვლინება

პარეზი – იგი უსიმპტომოა. შეიძლება აღმოვაჩინოთ ოტოლარინგოლოგთან რაიმე სხვა მიზეზით მისული პაციენტის გასინჯვისას.

დისფონია – დღის ბილოს, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს დაღლის გამო განვითარებული დისფონია. ასევე, დამახასიათებელია ქრონიკული, ბიტონალური დისფონია. ამ დროს აუცილებელია ლარინგოსკოპია. აფონია შესაძლოა განვითარდეს მხოლოდ ორმხრივი და ტოტალური პარეზის დროს.

დისპნოე – იგი შეიძლება გამოხატული იყოს ფიზიკური დატვირთვისას განვითარებული სუნთქვის უკმარისობით და ასევე, მწვავე უკმარისობით. ამ დროს, საჭიროა სასწრაფო ინტუბაცია ან ტრაქეოტომია.

გამოკვლევები

დათვალიერება შეიძლება განხორციელდეს ძველი მეთოდით – სარკის მეშვეობით. თუმცა, ეს გამოკვლევა ცოტათი მოძველებულია და პაციენტისათვის არასასიამოვნო მანიპულაციებს გულისხმობს, როგორცაა – ენის გამოქაჩვა, ლებინების რეფლექსის გამძაფრება და ხველა.

დღეს მიღებულია ნაზოფიბროსკოპიული დათვალიერება, რომელიც უფრო კარგად და ნაკლებინვაზიურად გვაძლევს საშუალებას დავათვალიეროთ ხახა-ხორხი და ასევე, ჩავინეროთ ვიდეო ან ფოტო მასალა, რითაც, საკონტროლო გასინჯვისას, დინამიკაში განვითარებულ მოვლენებს დავაფიქსირებთ.

როდესაც საქმე ეხება ხმის რეაბილიტაციას, აუცილებელია გამოკვლევა ჩატარდეს ფონიატრთან, სტრობოსკოპიული ტექნი-

კით, რომელიც შენელებული და დეტალური ანალიზის განხორციელების საშუალებას იძლევა.

ხორხის დათვალიერებისას, ასევე აუცილებელია ხახის, პირის ღრუს და მათი მოძრაობის შეფასება. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება დაისვას საბოლოო დიაგნოზი და დადგინდეს მკურნალობის ტაქტიკა.

დიფერენციალური დიაგნოზი

ლარინგეალური პარეზების დიფერენციალური დიაგნოსტიკის დროს, უნდა მოხდეს ისეთი დაავადებების გამიჯვნა, როგორც არის სიმსივნოვანი იმოზილიზაცია, ციცხვისებრი ხრტილების (arhytenoides) შესახსრების ანკილოზი და ამოვარდნილობა.

ასეთი პათოლოგია შესაძლოა განვითარდეს ხორხის ტრავმების და ასევე, პოსტინტუბაციური დაზიანების (luxatio) შემდეგ. დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას ძალიან ეხმარება სტრობოსკოპია და მიოგრაფია რის შემდეგაც, შესაძლებელი ხდება ზუსტი მიზეზის დადგენა.

მკურნალობა

მკურნალობის ჩატარება მხოლოდ გამოხატული დისფონიის და დისპნოეს შემთხვევაში უნდა მოხდეს. თუ პარეზი კომპენსირებულია, არანაირი ჩარევა არ არის გამართლებული.

დისფონიის რეაბილიტაცია, როგორც წესი, ფონიატრიული ჩარევით ან, უკიდურეს შემთხვევაში, ენდოსკოპიურად, ხმოვანი იოგების ინექციით ხდება. ისეთი მოძველებული მეთოდებია, როგორცაა გარეგანი მიდგომით ცალმხრივი იოგის მედიალიზაცია, როგორც წესი, აღარ გამოიყენება.

დისპნოეს შემთხვევაში, სუნთქვის აღდგენა ხდება ენდოსკოპიური მიდგომით – კორდექტომიის ან არითენოიდექტომიის საშუალებით.

ბით. თუ საქმე გვაქვს ძალიან მძიმე და უიმედო პროგნოზის მქონე პაციენტთან, ტრაქეოტომიაც შეიძლება კარგი გამოსავალი იყოს.

ქირურგიული ჩარევის გადანყვეტილება უნდა იყოს კარგად გააზრებული. საბოლოო მდგომარეობის შეფასება 5-6 თვის მანძილზე არ უნდა ჩაითვალოს სრულყოფილად, რადგანაც შესაძლებელია გვიანი კომპენსაციური შედეგის დადგომაც.

ასევე, აუცილებელია გადანყვეტილების მიღება მულტიდისციპლინური კონსილიუმის შედეგად – ფონიატრის, ოტო-ლარინგოლოგის, თერაპევტის და რაც მთავარია, პაციენტის მონაწილეობით.

NOTA BENE

- ხორხის პარეზი შესაძლოა იყოს საერთოდ უსიმპტომო. ამიტომ, არ შეიძლება პარეზზე დიაგნოზის დასმა მხოლოდ იმაზე დაყრდნობით, რომ პაციენტს ხმა არ შეცვლია, სანამ არ გაკეთდება ლარინგოსკოპია;
- ხორხის პარეზის შედეგები შესაძლოა იყოს ძალიან სერიოზული. ამიტომ, ნებისმიერი ეჭვის შემთხვევაში, აუცილებელია ხორხის გაღრმავებული კვლევის ჩატარება (ლარინგოსკოპია ნარკოზის ქვეშ, სტრობოსკოპია, CT კვლევა);
- ხორხის პარეზის ქირურგიული მკურნალობისას, ყოველთვის მნიშვნელოვანია სწორი შუალედის დაცვა ხმისა და სუნთქვის ხარისხს შორის;

B. ხორხის, სასის და ენის დამბლები

ასეთი ასოცირებული დამბლები (ხორხი, სასა, ხახა, ენა) აუცილებლად მოითხოვს გაღრმავებულ ეტიოლოგიურ კვლევებს.

სასის კუნთების ცალმხრივი პარეზი, როგორც წესი, არ იძლევა მნიშვნელოვან ფუნქციურ მოშლას. ცოტათი ცხვირში ლაპარაკი

და წყლის დაღვევის დროს ძალიან იშვიათი გადაცდენა ცხვირში – აი, ასეთი დისფუნქცია შეგხვდებათ სასის ჰემიპარეზის დროს. აღსანიშნავია, რომ დათვლიერებისას, მოძრაობის შემონმებისათვის, პაციენტს უნდა ათქმევინოთ ასო „ე“ – და ამ დროს შეაფასოთ კუნთის მოძრაობა. ასიმეტრიული სასა არ უნდა აგვერიოს ტონზილექტომიის შედეგად განვითარებული ნაწიბურის დეფორმაციაში. იპსილატერალური (იმავე მხარეს) ხორხის და სასის ასოცირებული დამბლა, ე. წ. **AVELLIS-ის სინდრომს** ადასტურებს, რაც ცდომილი ნერვის ზედა ნაწილებში დაზიანების გამო გვხვდება.

ხახის ცალმხრივი პარეზები გამოიხატება ფონაციის დროს დაავადებული მხარის ჯანმრთელი მხარისკენ მიზიდვაში. ამას „ფარდის ნიშანს“ ეძახიან. ეს ნიშანი IX და X წყვილი ნერვების ასოცირებული დამბლის დროს გვხვდება. ენის ასოცირებული დამბლა XII წყვილი ნერვის დამბლაზე მეტყველებს. ყველა ზემოჩამოთვლილი დამბლა წყვილი ნერვების ზედა ნაწილებში (ქალას ფუძე, ხიდაკის და ლეროს დონე) განვითარებულ სიმსივნოვან, ვირუსულ ან სისხლძარღვოვან დაზიანებაზე მეტყველებს.

NOTA BENE

- შებრუნებითი ნერვის დაზიანების დიაგნოსტიკის დროს, აუცილებელია ორო-ლარინგოსკოპია, რათა დავრწმუნდეთ, რომ საქმე არ გვაქვს სხვა ასოცირებულ პარეზებთან.

სასის კუნთების დისფუნქცია

რბილი სასა ფუნქციურად ყოფს პირის და ხახის მიდამოს ცხვირისაგან. ეს ფონაციის და ყლაპვითი მოძრაობის დროს უმნიშვნელოვანესი გარემოებაა.

სასის პარეზის დროს, შესაძლოა მიმართულების არევა და საკვების ან წყლის ცხვირში მოხვედრა. ლაპარაკის დროს, ასეთ პაციენტებს ე. წ. **რინოლალია** აქვთ.

ანატომიური დეფექტები

- სასის ნაპრალი, თანდაყოლილი ანატომიური ანომალიაა. ამ დროს აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა და დეფექტის კორექცია. საშუალო ხარისხის დეფექტის დროს, ოპერაცია 5-6 თვის ასაკში უნდა ჩატარდეს. თუ დეფექტი ძალიან სერიოზულია და სასის დეფექტს ტურის დეფექტიც ახლავს თან, სავარაუდოა განმეორებითი ოპერაციის ჩატარება 10-15 თვის ასაკში. მიუხედავად ყველაფრისა, ხშირია სერიოზული ნაკლოვანების დარჩენა.
- სასის უკმარისობა შესაძლოა განვითარდეს ადენოიდექტომიის შემდეგ. განსაკუთრებით ეს გვხვდება ძალიან დიდი ადენოიდური ქსოვილის მქონე პაციენტებში. ამოკვეთის შემდეგ, ცხვირ-ხახაში დიდი ზომის გათავისუფლებული ადგილის კომპენსაცია ვერ ხდება სასის კუნთების მიერ. გარკვეული პერიოდი პაციენტი შეიძლება ცხვირში „დუღღუნებდეს“ და წყლის დაღევა უჭირდეს.

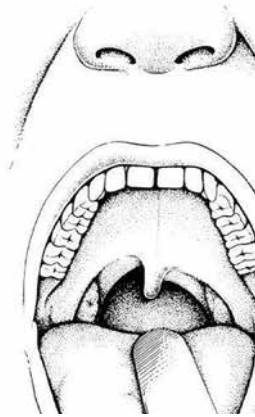
- ტონზილექტომიის შემდგომი დეფექტი, როგორც წესი, აგრესიული ჩარევის შემდეგ გვხვდება, როდესაც ტონზილას უკანა რკალი ზიანდება და კუნთი კარგავს თავის ჩვეულ ფუნქციას. აქაც, პროგნოზი კარგია და გარკვეული პერიოდის შემდეგ, ეს დეფექტი კომპენსირდება სხვა კუნთების მიერ.
- მაგარი სასის დეფექტი შესაძლოა იმალეობოდეს ნორმალური რბილი სასის ქვეშ. ამიტომ აუცილებელია პალპაციით გაისინჯოს მაგარი სასა და თუ მისი ნაპრალი დადასტურდა, ქირურგიული ჩარევა ხშირად აუცილებელი ხდება.

ფუნქციური დეფექტები

უნდა აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ ხშირად, ანატომიური დეფექტი არანაირ გავლენას არ ახდენს ფუნქციურ ნაკლოვანებაზე და პირიქით, ნორმალური, ანატომიური სასის მქონე პაციენტები რინოლალის ჩივილით მოგვმართავენ სტაციონარში. ამ დროს, ლოგიკურია ვიფიქროთ, რომ საქმე გვაქვს ფუნქციურ მოშლილობასთან.

რბილი სასის პარეზი

ეს ფუნქციური პათოლოგია ძალიან იშვიათია. როგორც წესი, გვხვდება ნევროლოგიური პათოლოგიების დროს, როცა ვლინდება ხორხის ან ხახის კუნთების პარეზი. ასევე, შესაძლოა შეგვხვდეს ვირუსული ინტოქსიკაციის დროს, დიფტერიის დროს. ამ შემთხვევებში ის ხანმოკლეა და რამდენიმე კვირაში სპონტანურად გადის.



ე.წ. „ფარდის სიმპტომი“,
სასის პარეზის დროს

მკურნალობა

სასის დეფექტი აუცილებლად მოითხოვს კვლევას ფუნქციური და ანატომიური თავისებურებების დასადგენად. ხშირად მას თან ახლავს ოტოლოგიური დაავადებები.

მკურნალობა, ძირითადად, დაფუძნებულია ფუნქციურ რეაბილიტაციაზე და ძალიან იშვიათად არის ქირურგიული. თუმცა, როდესაც საჭიროა, აუცილებლად უნდა მოხდეს ქირურგიული ჩარევა ძალიან გამოცდილი ქირურგის მიერ და სპეციალიზირებულ ცენტრებში, სადაც ასეთი ტიპის ოპერაციები ჩვეულებრივ პრაქტიკას წარმოადგენს. წარუმატებელი ოპერაციის გამოსწორება ძალიან ძნელია და ზოგჯერ შეუძლებელიც.

NOTA BENE

- გვახსოვდეს, რომ არ არსებობს პირდაპირი კავშირი ანატომიურ და ფუნქციურ ნაკლოვანებასთან;
- საჭიროების შემთხვევაში, (სუნთქვის ან ოტოლოგიური პრობლემების დროს), უყოყმანოდ უნდა განვახორციელოთ ადენო-ტონზილექტომიის ოპერაცია, მიუხედავად, პოსტოპერაციულად, რინოლალიის გართულების საშიშროებისა;

ხახის უცხო სხეული

ხახის უცხო სხეული, როგორც წესი, თევზის ან სხვა საკვები პროდუქტის ძვალს წარმოადგენს. ეს არც თუ ისე იშვიათი პათოლოგია გახლავთ.

ასეთი შემთხვევები შეიძლება ორ ნაწილად დავყოთ:

- როდესაც უცხო სხეული დათვალეირებით ჩანს და მისი ამოღება არ წარმოადგენს დიდი პრობლემას;
- როდესაც უცხო სხეული არ ჩანს და მისი იდენტიფიცირება ხდება საჭირო. ამ დროს რთული ლონისძიებების განხორციელებაა საჭირო;

ძიება მეთოდურად უნდა წარიმართოს. ჯერ დათვალეირებით, შემდეგ კი შესაძლოა პაციენტის დაძინება და ენდოსკოპიური კვლევის ჩატარება ხორხისა და საყლაპავის მიდამოში.

უნდა ინახოს სასა, ტონზილების ორივე რკალი, ენის ძირი და ხორხ-სარქველი.

ზოგ შემთხვევაში, ყველა მცდელობის მიუხედავად, როდესაც ვერ ვახერხებთ უცხო სხეულის ლოკალიზაციას და პაციენტი ისევ აღნიშნავს შერჩობით ტკივილს, განსაკუთრებით ყლაპვის მომენტში, იძულებული ვართ დავაკვირდეთ 48 საათი ანტიბიოტიკო-თერაპიის ფონზე, შემდეგ, ნარკოზის ქვეშ, განმეორებითი კვლევა ჩავატაროთ.

ხშირად, ბანალური თევზის ფხის გადაცდენა ინვევს ძალიან სერიოზულ გართულებებს, აბსცესს. შემდგომ, შესაძლოა კისრის ცელულიტი და მედიასტენიტი, რომელიც ხშირად ლეტალურად მთავრდება. ამიტომ აუცილებელია დროული და კომპეტენტური ჩარევა უცხო სხეულის ლოკალიზაციისა და ექსტრაქციისათვის.

ხორხის და ხახის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები

ხორხის და ხახის მიდამოს სიმსივნეები შესაძლებელია იყოს ნერვული, სისხლძარღვოვანი, ასევე, ცხიმოვანი და შერეული გენეზის. ხშირია ფიბრომები.

ზოგიერთი მათგანი ყურადღებას მათი სიხშირის გამო იმსახურებს. ზოგი კი კლინიკური ნიშნების თავისებურების გამო ინვევს ჩვენს ინტერესს.

A. პაპილომები

ლოკალიზაციის მიხედვით, გამოიყოფა შემდეგი კატეგორიები:

- **ოროფარინგეალურ სიმსივნეები** – ასეთი სიმსივნეების აღმოჩენა, როგორც წესი, არის შემთხვევითი. მათ არ გააჩნიათ კლინიკური ნიშნები და ვიზუალურად წარმოადგენენ პატარა ზომის წანაზარდს არასწორი კიდეებით, სასაზე ან ტონზილას რკალზე. მათი მკურნალობა აუცილებლად ამოკვეთას ითვალისწინებს. ჯობს ეს მოხდეს ლაზერის ან ბიპოლარის გამოყენებით. რეციდივები, როგორც წესი, არ გვხვდება.
- **ლარინგეალური სიმსივნეები** – მათი ნაირსახეობა ასაკის და მდებარეობის მიხედვით იყოფა ქვეტიპებად:
 - ა. **ხორხის პაპილომა მოზრდილებში**, ვიზუალურად ყვავილოვა-

ნი კომბოსტოსავით გამოიყურება. ეს კეთილთვისებიანი სიმსივნე ძალიან იშვიათად განიცდის მალიგნიზაციას. თუმცა, მაინც პრე-კანცერულ სიმსივნედ გვევლინება. კლინიკურ ნიშნებს მისი ზომა და ადგილმდებარეობა განაპირობებს. იგი, როგორც წესი, დისფონიას და, იშვიათ შემთხვევებში, დისპნოეს იწვევს. ასეთი სახის სიმსივნეების მკურნალობა აუცილებლად მოითხოვს ენდოსკოპიურ, ქირურგიულ ჩარევას და შემდგომ, ამ სიმსივნის ბიოფსიას.

ბ. ხორხის პაპილომატოზი. ეს კეთილთვისებიანი სიმსივნე გამოირჩევა დიფუზური გავრცელებით და ვირუსული ეტიოლოგიით. გამომწვევი ადამიანის პაპილომა ვირუსია (**HUMAN PAPILLOMA VIRUS**) და ეს ფაქტორი განაპირობებს ხშირ რეციდივებს. მალიგნიზაცია, როგორც წესი, გამონაკლის შემთხვევებს წარმოადგენს.

ასაკობრივ ჯგუფს მცირეწლოვანი და მოზრდილი ბავშვები წარმოადგენენ. თუმცა, იშვიათ შემთხვევაში, მოზრდილებშიც გვხვდება.

დაავადების მიმდინარეობა ძნელად პროგნოზირებადია. ზოგ შემთხვევაში დაავადება სპონტანურად იკურნება ან სტაბილიზირდება, ზოგჯერ კი პირიქით – მიუხედავად მკურნალობისა, აგრესიულად ვრცელდება და ტრაქეაშიც გადადის.

კლინიკური ნიშნები – დისპნოე და დისფონია, პაპილომატოზის გავრცელების მიხედვით არის სხვადასხვა ხარისხის.

ვიზუალურად, პაპილომატოზი ყვავილოვანი კომბოსტოს ფორმის ვარდისფერი სიმსივნეა, რომელიც ფარავს ხორხის დაზიანებულ ზედაპირს.



ხორხის პაპილომატოზი

დაავადების სიმძიმე, როგორც აღვნიშნეთ, დამოკიდებულია სიმსივნის ზომაზე და ადგილმდებარეობაზე. ზოგ შემთხვევაში, განსაკუთრებით როდესაც პაპილომატოზს ემატება ვირუსული გართულება – გრიპი ან ალერგიული ფონი, შესაძლოა დისპნოეს უეცარი დამძიმება, შეიძლება ტრაქეოტომიის ჩვენებაც გახდეს, ასფიქსიის თავიდან ასაცილებლად.

მკურნალობა ყოველთვის ქირურგიულია და ლაზერით ხორხის მიკროქირურგიას გულისხმობს. ზოგიერთი სკოლის მიერ გამოიყენება ანტივირუსული მკურნალობა თუმცა, მისი ეფექტურობა ჯერ დამტკიცებული არ არის.

B. ქონდრომები

ამ იშვიათი სიმსივნეების ადგილმდებარეობა, როგორც წესი, ბექტდისებრი ხრტილი გახლავთ. მისი გავრცელება ინვეს დისფონიას, ყლაპვის პრობლემებს და, რაც უფრო ყურადსაღებია, დისპნოეს, რომელიც ორმხრივია ანუ ინსპირაციულ – ექსპირაციული. რაც აიხსნება სიმსივნის ყიისქვეშა მდებარეობით.

ასე რომ, როდესაც საქმე გვაქვს ორმხრივ დისპნოესთან, აუცილებელია ხორხის დეტალური კვლევა.



ქონდრომის

ტომოგრაფიული სურათი

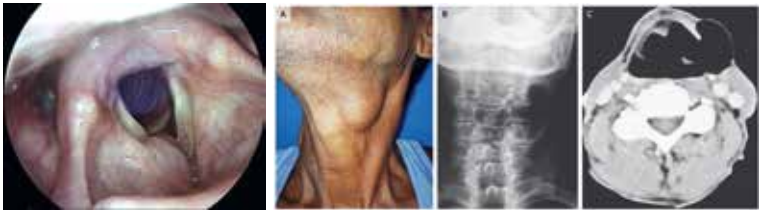
C. ლარინგოცელე

ეს პათოლოგია ვითარდება ლორწოვანი გარსის პლიკატურის ანუ ჩაკეცვის გამო, რომელიც MORGAGNI-ის ნაოჭში ვითარდება.

ხელისშემწყობი ფაქტორებია:

- ხშირი დაძაბვა და ამ მიდამოში წნევის მომატება;
- ამ მიდამოს კიბო, რის დროსაც, სარქველოვანი მექანიზმის ჩართვის მიზეზით, ხდება პლიკატურა;

ადგილმდებარეობა, ძირითადად, კანქვეშ ან ციციხვისებრ-ხორხ-სარქველის მიდამოშია;



ლარინგოცელე, ყიის მიდამო და კანქვეშა მიდამო.

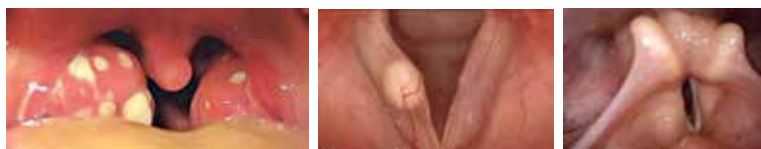
D. კისტები

1. **ტონზილარული კისტები**, როგორც წესი, ასიმპტომური, გლანდზე განვითარებული კაზეოზური კისტებია. შესაძლოა გვხვდებოდეს ტონზილას მთელ ზედაპირზე. ისინი ვითარდებიან ტონზილარული ლაკუნების შეხორცების შემდეგ და კაზეოზური მასების დაგროვების ხარჯზე. დაცლის შემდეგ, შესაძლებელია ისევე განვითარდეს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში ნაჩვენებია ტონზილექტომია.
2. **ხორხის კისტები**. ისინი ორად უნდა დავყოთ:
 - **ახალწარმოქმნილი – რეტენციული კისტები** მოზრდილ პაციენტებში, რომლებიც ხახის ლორწოვანზე მრავლად

წარმოდგენილი ლორწოვან-სეროზული ჯირკვლის მიკროსადინარის ობტურაციის გამო ვითარდება. ამ კისტების ადგილმდებარეობა ხორხსარქველი და ხმოვანი იოგი გახლავთ.

თანდაყოლილი კისტები, რომელიც დაბადების ან მის შემდგომ, ადრეულ პერიოდში იჩენს თავს და სტრიდორულ სუნთქვაში ვლინდება. რენტგენოლოგიური კვლევა ცხადყოფს ხორხის ლატერალურად მდებარე კისტოზურ წარმონაქმნს. ამ კისტის ვიზუალიზაცია მარტივი გახლავთ ლარინგოსკოპიით.

მკურნალობა ყოველთვის ქირურგიულია და ჯობია ლაზერით, ენდოსკოპიური კონტროლის ქვეშ განხორციელდეს.



მრავლობითი ტონზილარული კისტები, ხმოვანი იოგის კისტა, ხორხის თანდაყოლილი კისტა

E. ექტოპური ჩიყვი (ენის ძირის ჩიყვი)

ზოგ შემთხვევაში, განვითარების რალაც ეტაპზე, შესაძლებელია ფარისებრი ჯირკვლის მიგრაციის დარღვევა. ფარისებრი ჯირკვალი არ გადაადგილდება ქვემოთ, მის ნორმალურ ადგილზე და რჩება ენის ძირის მიდამოში.

ასეთ პათოლოგიას, როგორც წესი, თან სდევს სუნთქვის და ყლაპვის პრობლემები. ენდოკრინული დისფუნქცია შესაძლოა არც იყოს გამოხატული. სცინტიგრაფიული და ჰისტოლოგიური კვლევა ადასტურებს დიაგნოზს. თუ კლინიკური ნიშნები საკმარისად არის გამოხატული, მაშინ აუცილებელი ხდება ქირურგიული ჩარევა და შემდგომი ჰორმონალური კონტროლი.

ზოგ შემთხვევაში, შეიძლება ვცადოთ ჩიყვის რეტრანსპლანტა-

ცია კისრის ქვედა მიდამოში. თუმცა, ეს ძალიან რთული და, ზოგ შემთხვევაში, უშედეგო ჩარევაა, გამომდინარე იქიდან, რომ ასეთი ფარისებრი ჯირკვალი მაინც არ არის სრულყოფილი.

F. პარაფარინგეალური სიმსივნეები

პარაფარინგეალური სიმსივნეები ვითარდება ახლომდებარე ორგანოების სიმსივნეებიდან, რომელიც ზრდის პროცესში აწვება ხახის ზედაპირს და ხახის სანათურში ჩნდება.



ხახის წინა ნაწილი, მალეების ძვლოვანი სიმსივნე

გამოიყოფა რამდენიმე სახეობა:

- ყბაყურა ჯირკვლის სიმსივნეები – ხახის წინა ნაწილის გამო-ბერვას იწვევს.
- საძილე არტერიის ანევრიზმები. ამ პათოლოგიის დროს, ხდება ტონზილას გამოზნექა-შესიება, რაც, შესაძლოა, პარა-ტონზილარულ აბსცესში აგვერიოს. გაკვეთის შემთხვევაში შესაძლოა დავაზიანოთ საძილე არტერია, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს კატაკლიზმური სისხლდენა, რომელიც ლეტალურად შეიძლება დამთავრდეს. ამიტომ ამ მიდამოს ყველა ფლემონა უნდა იქნას დეტალურად გამოკვლეული CT კვლე-ვით. გაკვეთის წინ აუცილებელია აბსცესის პუნქციის გაკე-თება, თუ ტომოგრაფიული კვლევა არ გვაქვს.
- ნერვული სიმსივნეები, რომლებიც ლატერალურ კედელს აწვებიან და ხახის ლატერალურ გამობერვას იწვევენ.
- ხერხემლის მალეების ძვლოვანი სიმსივნე, რომელიც იწვევს ხახის კედლის გამობერვას.

პირის ღრუს, პირ-ხახის, ხახის და ხორხის კიბო

ტერმინი – სასუნთქი გზების კიბო, გულისხმობს პირის, ხახის, ცხვირის, ცხვირ-ხახის, სინუსების და ხორხის ავთვისებიან სიმსივნეებს.

ჯამში, კიბოთი გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობიდან, ამ კიბოს გამო გარდაცვლილთა რაოდენობა 12%-ია კაცებში, ხოლო ქალებში – 1,5%.

პირის ღრუს, ხახის და ხორხის კიბოს ერთად განხილვის საბაზს იძლევა ამ დაავადებების ერთგვაროვნება ეტიოლოგიური და კლინიკურ –ჰისტოლოგიური კუთხით. ცხვირის და სინუსების კიბოები შეიძლება ერთად განვიხილოთ, რადგანაც მათ ერთგვარი დამახასიათებელი ნიშნები აქვთ.

ვისაუბროთ ზემოაღნიშნულ ერთგვაროვნებაზე.

ჰისტოლოგია – როგორც წესი, ამ რეგიონის კიბოები ეპითელიომებით არის წარმოდგენილი. ლიმფომები ძალიან იშვიათია და ვითარდება ამ მიდამოს ლიმფოიდურ ქსოვილებზე: ტონზილები, ენის ტონზილა ან ხახის ლიმფოიდური ქსოვილი.

ეპიდემიოლოგია – პაციენტები, ძირითადად, მამრობითი სქესის არიან. გამომწვევი არის ქრონიკული გაღიზიანება ალკოჰოლით და სიგარეტით. ასევე, მიზეზი შეიძლება იყოს კბილი, პროთეზი, ქრონიკული ტრავმები ენის და პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე.

A. კვლევის სქემა

პირის, ხახის და ხორხის კიბოზე ექვსის შემთხვევაში, კვლევის პროტოკოლი უნდა იყოს შემდეგი:

- სიმსივნის ზუსტი ტოპოგრაფიული აღწერა;
- ოროფარინგეალური სივრცის მთლიანი დათვალიერება, მეორე ლოკალიზაციის გამოსარიცხად;
- კისრის ლიმფური კვანძების დათვალიერება და, ადენოპათიის შემთხვევაში, მათი ზუსტი შეფასება ზომისა და ადგილმდებარეობის კუთხით;
- საყლაპავის და ხორხის ენდოსკოპიური დათვალიერება – პანენდოსკოპია, რომელიც სისტემატურად ტარდება კიბოიან პაციენტებში;
- დათვალიერებით უნდა განვსაზღვროთ სიმსივნის ლორწოვან გარსზე გავრცელება. ტომოგრაფია და მაგნიტური რეზონანსი გვეხმარება სიმსივნის გავრცელების განსაზღვრაში (ხრტილოვანი, ძვლოვანი, ლიმფურ – კვანძოვანი თუ კუნთოვანი);

B. სიმპტომები

ამ რეგიონის კიბოს კლინიკური სიმპტომატოლოგია დამოკიდებულია მის ლოკალიზაციაზე.

1. პირის ღრუს და ენის კიბო

კლინიკურად ძალიან მწირი გამოხატულება აქვს. ენის და პირის ღრუს უმნიშვნელო დისკომფორტი და, ძალიან იშვიათად, ტკივილის ირაღიაცია იპსილატერალურ ყურზე. აი, ასეთი ნიშნებით მოგვმართავს პაციენტი კონსულტაციაზე. დიდი ზომის და უკვე კარგად გავრცელებული კიბოც კი არ იწვევს დისკომფორტს. განსაკუთრებით, მწველ და ასაკოვან პაციენტებში. ჰიპერსალივა-

ცია, ტრიზმი ან ყლაპვის გაძნელება, უკვე ძალიან შორს წასულ შემთხვევებში გვხვდება.

დათვალიერებით ვხედავთ ყვავილოვანი კომბოსტოს აგებულების, კონტაქტურად სისხლმდენ სიმსივნეს, რომელიც პალპაციით (რომელიც აუცილებელია გავაკეთოთ რათა განვსაზღვროთ შიდაქსოვილოვანი ინვაზია), მკვრივია და შეიძლება მტკივნეული იყოს დანყლულების შემთხვევაში.

ამკარა კლინიკური ნიშნების მქონე კიბოს გარდა, შეიძლება შეგვხვდეს შენიღბული კიბოს შემთხვევები, როდესაც სახეზეა:

- მხოლოდ სანყისი ფორმა, ლეიკოკერატოზული დაზიანება. ამ შემთხვევაში, აუცილებელია დაკვირვება. ცუდი დინამიკის შემთხვევაში, უნდა გაკეთდეს უბნის ამოკვეთა ან ბიოფსია;
- კბილის მიდამოსთან დანყლულებული, ლორწოვანი გარსის არსებობა, რომელიც არ იკურნება, სტომატოლოგის მკურნალობის მიუხედავად;
- ენის შეუმჩნეველი, გამაგრებული მიდამო დანყლულების გარეშე, რომლის ბიოფსიაც აუცილებელია;



ენის სანყისი სტადიის კიბო და ენის შორს წასული კიბო.

2. პირ-ხახის კიბო

ეს არის გლანდის, ენის ძირის და, ძალიან იშვიათად, ხახის უკანა კედლის კიბო.

დამახასიათებელი ნიშნებია: ყლაპვის დროს დისკომფორტი,

ირადიაცია ყურისკენ, კისრის ლიმფური კვანძების ადენოპათია, ექოსკოპიურად, ხშირად კისტოზური.

როგორც პირის ღრუს კიბოს შემთხვევაში, ზოგი სიმსივნე აშკარაა და წარმოდგენილია ყვავილოვანი კომბოსტოსმაგვარი წარმონაქმნით. უფრო ძნელია, თუმცა აუცილებელი, შენიღბული სიმსივნეების ამოცნობა.

ასეთები არის:

- ტონზილარული კრიპტების სიღრმეში დამალული კიბო;
- ტონზილო-ლინგვალური, ენა-გლანდის ნაოჭში მდებარე კიბო. ეჭვი მასზე პალპაციით, გამაგრებული, დაწყლულებული უბნის არსებობისას გვიჩნდება;
- მტკივნეული, თუმცა ნორმალური ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარე სიმსივნე, რომელიც გამაგრებულია და ამას პალპაციით ვხვდებით;
- ენის ძირის სიმსივნეები, რომელიც მხოლოდ პალპაციით შეინიშნება;

ყველა ეს ნიშანი აუცილებელ ენდოსკოპიურ და ბიოფსიურ კვლევას მოითხოვს.



სასის და ტონზილის კიბო და ტონზილების ფიბრინულ-ჩირქოვანი ნადები

3. ხახის ქვედა ნაწილის კიბო

ამ მიდამოს კიბო შეიძლება იყოს:

- მსხლისებრი სინუსის;

- ბექდისებრი, ხრტილის უკანა ნაწილის;
- ხახის უკანა კედლის (ძალიან იშვიათი დაავადება);

ადრეული სტადიის კლინიკური ნიშნები:

- დისფაგია, ოდინოფაგია;
- იშვიათად, სუნთქვის გაძნელება, დისფონია;
- ყლაპვის დროს ოტალგია და რეგიონალური ლიმფადენიტი;

დათვალეერება შესაძლებელია განხორციელდეს როგორც სარკის გამოყენებით (მოძველებული მეთოდი), ასევე ფიბროსკოპიულად. ეჭვის შემთხვევაში, აუცილებელია ნარკოზის ქვეშ პირდაპირი ფარინგო-ლარინგოსკოპია და უმეტესწილად, ბიოფსიაც. ამ მეთოდით, ქირურგს შეუძლია სიმსივნის გავრცელების და მაკროსკოპიული თავისებურებების დეტალური აღწერა.

რადიოლოგიური კვლევა დღეს უკვე კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ შეცვალა. იგი აუცილებლად კონტრასტით კეთდება. ამ მეთოდის გამოყენებით ჩვენ შეგვიძლია სიმსივნის ენდოფიტური გავრცელების განსაზღვრა.

4.ხორხის კიბო

ამ მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეები, ძირითადად, მამრობითი სქესის პაციენტებში გვხვდება (87%). განსაკუთრებული რისკის ჯგუფს ეკუთვნიან მწველი და ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელი პაციენტები. უნდა ითქვას, რომ საქართველოში ხორხის კიბოთი დაავადებულთა დიდი პროცენტი ასევე, წინაკის გადამეტებული მოხმარებით გამოირჩევა. ხახის კიბოსთან შედარებით, ამ მიდამოს სიმსივნეების პროგნოზი უკეთესია, თუმცა, დამოკიდებულია კიბოს ჰისტოლოგიურ ნაირსახეობასა და მისი გავრცელების ხარისხზე. სიმსივნის ამ სახეობით მსოფლიოში, ყოველწლიურად, 94 000 ადამიანი იღუპება, აქედან 86% მამაკაცია.

ადრეული კლინიკური ნიშნები:

- ხმის დაბოხება;
- შორს წასულ შემთხვევებში ან სუბგლოტური ლოკალიზაციის კიბოს დროს, დისპნოეს არსებობა;
- ხორხსარქველის კიბოს დროს, ხახის დისკომფარტი;
- ძალიან იშვიათად, კისრის ადენოპათია, რადგან, ხახასთან შედარებით, ხორხს ნაკლები ლიმფური მომარაგება აქვს;

ხშირად დიაგნოზი ამკარაა და დათვალეირებით ჩანს (უმჯობესია ფიბროსკოპის გამოყენება). ჰისტოლოგიური და რადიოლოგიური კვლევა მხოლოდ კიბოს საბოლოო სტადიის და კლინიკური ჯგუფის დასადგენად არის საჭირო.

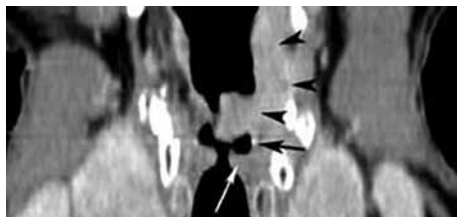
არსებობს:

a-ხმოვანი იოგების კიბო – ცალმხრივი ან ორმხრივი. კუნთოვანი ინვაზია იწვევს ორივე ან ერთი მხარის იმობილიზაციას ან მოძრაობის შეზღუდვას. ამ შემთხვევაში, დასაგეგმია უფრო დიდი მასშტაბის ქირურგიული ჩარევა.

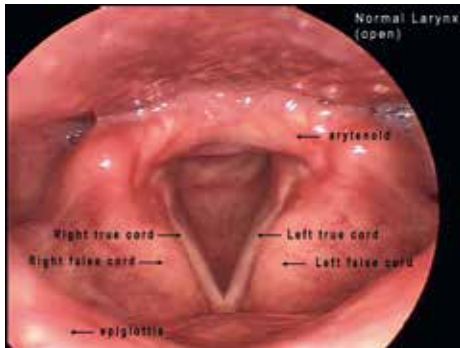
b-ყიისქვეშა კიბო – მისი დათვალეირება და აღმოჩენა ან CT კვლევით ან ენდოსკოპიური დათვალეირებით არის შესაძლებელი.

c-სუპრაგლოტური ანუ ყიისზედა კიბო, რომელიც იყოფა ორ ქველოკალიზაციად: ხმოვანი იოგის მიდამო და ცრუ ხმოვანი იოგის (ცრუ იოგის) მიდამო.

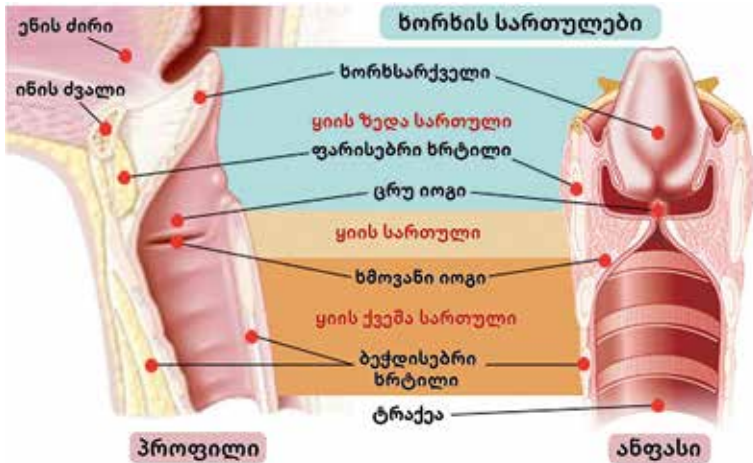
d-ხორხის სამი სართულის კიბო. ასეთი კიბო ხორხის სამივე სართულს იკავებს.



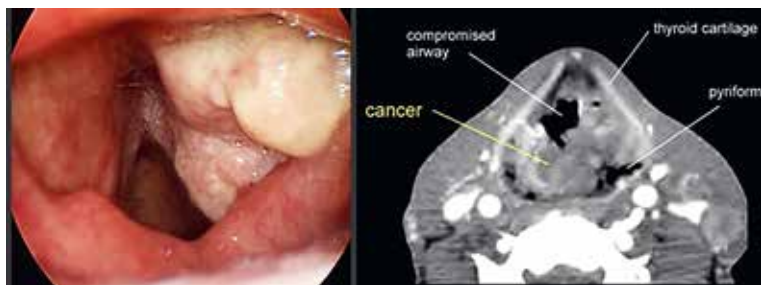
ხმოვანი იოგი და ცრუ ხმოვანი იოგი.
CT კვლევაზე თეთრი ისარი ხმოვანი იოგია, და შავი ისარი – ცრუ ხმოვანი იოგის ნაოჭი (ცრუ იოგი)



ფოტოსურათზე, აქსიალურ ჭრილში, შავი ისრებით ნაჩვენებია ხმოვანი და ცრუ ხმოვანი იოგები.



ხორხის სამი სართულის და მისი სტრუქტურების სქემატური ტოპოგრაფია.



A



B



C

A – ყიის ზედა კიბო; B – ყიის კიბო; C – ყიის ქვედა კიბო;

ამ სიმსივნეების გავრცელების განსაზღვრის საუკეთესო საშუალებაა რადიოლოგიური კვლევა CT კონტრასტით.

სიმსივნის საბოლოო დადასტურება ჰისტომორფოლოგიური კვლევით უნდა მოხდეს.

ასეთი დაავადების დიაგნოსტიკას თავისი სირთულეები გააჩნია.

ყველაზე ხშირად გამოვლენილი შეცდომები:

- ხორხის ტუბერკულოზის ფსევდოსიმსივნური სტადია;
- ხორხის ლარინგოცელეს თანმხლები ხორხის კიბო;

მკურნალობა

მკურნალობამდე აუცილებლად უნდა დავრწმუნდეთ სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიურ დიაგნოზში, ანუ მის ავთვისებიანობაში და დიფერენციულობაში. ასევე, აუცილებელია ჩამოვყალიბდეთ პაციენტის მომავალი მკურნალობის ტაქტიკაზე, სიმსივნის გავრცელების მიხედვით.

A. მეთოდის არჩევა

ჰისტომორფოლოგიური კვლევის დაზუსტებისთვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ბიოფსიის სწორ განხორციელებას.

კერძოდ:

- მასალა უნდა იყოს ალბუმი სიმსივნის და სალი ქსოვილის მომიჯნავე ზონიდან საკმარისად დიდი ზომის, რაც უზრუნველყოფს ზუსტ ჰისტოლოგიურ კვლევას;
- მასალის ალბუმისას, აუცილებელია მასალის საკმაოდ ღრმად ამოკვეთა იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ მხოლოდ ნეკროზული და ინფიცირებული ქსოვილის ამოკვეთა;

გასათვალისწინებელია, რომ არასწორი ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი არასწორად წარმართულ მკურნალობას ნიშნავს, რაც ხშირად ლეტალური შედეგის მიზეზი შეიძლება გახდეს და ამიტომ, თუ პასუხი ეჭვებს ბადებს და არ არის ზუსტი, აუცილებელია ბიოფსიის გამეორება ზუსტი და საიმედო პასუხის მიღებამდე.

როდესაც საქმე გვაქვს ძალიან მცირე ზომის დაზიანებულ უბანთან, აუცილებელია განვახორციელოთ ბიოფსია-რეზექცია ანუ, საეჭვო უბნის ერთბაშად ამოკვეთა ისე, როგორც ეს უკვე დადასტურებული კიბოს დიაგნოზის დროს იქნებოდა საჭირო (სალიქსოვილის ფარგლებში 2-3 მმ ზონაში).

პირველადი დათვალეირება და კონსილიუმი, რომელიც ქირურგოტოლარინგოლოგისა და სხივური თერაპევტის ერთობლივი მონაწილეობით უნდა ჩატარდეს, ძალიან მნიშვნელოვანია. სწორედ ამ დროს უნდა გადამწყდეს მკურნალობის ტაქტიკა და მოცულობა. ანტიბიოტიკოთერაპიის ან ზოგადი მდგომარეობის სიმძიმის შემთხვევაში, ზოგადთერაპიული ღონისძიებების ჩატარების საჭიროება.

ყოველივე ეს და საბოლოო შედეგიც, დამოკიდებულია ამ ორი სპეციალისტის გამოცდილებაზე და მათ შორის კარგ კოლაბორაციაზე.

B. მკურნალობის თანამედროვე საშუალებები

1. ქიმიო და სხივური თერაპია

ქირურგიული ჩარევის შედეგად განვითარებული სერიოზული ფუნქციური ნაკლოვანებები, ზოგ შემთხვევაში, იმდენად აშინებს პაციენტს, რომ ის უარს აცხადებს ოპერაციულ ჩარევაზე. როგორც წესი, ხორხის კიბოს დაგვიანებული სტადიების ქირურგიული მკურნალობა ტოტალური ლარინგექტომიით მთავრდება. ეს ოპერაცია იწვევს პაციენტის ინვალიდობას: ხმის, ყლაპვის და სუნთქვის ნორმალური ფიზიოლოგიის მოშლას. აღსანიშნავია, რომ ადრეული დიაგნოსტიკა საშუალებას იძლევა, ხორხის ნაწილობრივი

რეზექციის და პლასტიკური აღდგენის გამოყენებით, პაციენტს მაქსიმალურად შევუნარჩუნოთ ხორხის ფუნქციები, რაც მისი ინვალიდობის თავიდან აცილების საშუალებას გვაძლევს.

ამიტომ, ზოგ შემთხვევაში, პაციენტს ქირურგიის ალტერნატიულ საშუალებას – ქიმიო და სხივურ თერაპიას სთავაზობენ (პაციენტის ასაკის, სტადიის, ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გათვალისწინებით).

ზოგჯერ, ქიმიო და სხივური თერაპიის ან მათი კომბინაციის ეფექტურობა საკმაოდ კარგია და ამიტომ, ტექნიკური პროგრესის ფონზე, ამ მეთოდების გამოყენება უფრო გახშირდა. კიბოს დასამარცხებლად აუცილებელია, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მაღალპროფესიონალი ქირურგების და ონკოლოგების მიერ ერთობლივად თითოეული პაციენტის, კონკრეტული შემთხვევის, ინდივიდუალური განხილვა.

სხივური თერაპიის ორი ტიპი არსებობს: კობალტის ლინეარული (ხაზოვანი) ემისით და ირიდიუმ 192-ის (კიურითერაპია) დასხივებით.

ეს მეთოდიკა საშუალებას იძლევა ზუსტი დოზირებით განხორციელდეს ზუსტი დამიზნება ამა თუ იმ მიდამოზე და სიმსივნეზე.

აღწერილი მეთოდიკის გამოყენებით, პრაქტიკაში დაინერგა ტუმოროციდული (სიმსივნის გასანადგურებელი) დოზები, 65-75 Gy (გრეი), რაც უდრის 6500-7500 რად-ს. ეს დოზა უნდა იყოს განაწილებული 6-7 კვირაზე.

სხივური თერაპიის წინ, აუცილებელ პირობას წარმოადგენს დასხივების ზონაში არსებული კბილებიდან ყველა არაჯანსაღი კბილის ამოღება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სხივური თერაპიის შედეგად, განვითარდება ოსტეონეკროზი და პაციენტმა შესაძლოა დაკარგოს არა მარტო კბილები, არამედ ყბის ძვლის ნაწილიც, რაც მის ისედაც მძიმე მდგომარეობას, კიდევ უფრო დაამძიმებს.

ამ გართულების გარდა, პაციენტს კიდევ შეიძლება ჰქონდეს:

- კანის ერთემა;
- კანის და ხორხის შეშუპება (ედემა), რის გამოც პაციენტს აქვს არა მარტო შეწუხების გრძნობა, არამედ სუნთქვის გაძნელებაც, რაც შეიძლება გახდეს ტრაქეოსტომის მიზეზიც;
- პოსტდასხვივების ოსტეო ან კანის ნეკროზი. ნეკროზი, როგორც წესი, ინფიცირებით და ძლიერი ტკივილით ხასიათდება. მისი მკურნალობა ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპია და ქრილობის სანაცია გახლავთ. როგორც ადრე მოგახსენეთ, კბილების დასხვივების შემდეგ, შესაძლოა განვითარდეს ოსტეონეკროზი, რომლის მკურნალობა დაზიანებული ძვლის რეზექცია და ანტიბიოტიკოთერაპიაა;

2. ხორხის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა

წლების მანძილზე დაგროვილი გამოცდილება და ტექნიკური აღჭურვილობის პროგრესი გვაძლევს საშუალებას პაციენტის სამკურნალოდ ოპერაციების საკმაოდ ფართო სპექტრი გამოვიყენოთ. ოპერაციები, კიბოს მდებარეობის და ჰისტოლოგიური ნაირსახეობის მიხედვით, სხვადასხვა მასშტაბის და ტექნიკის შეიძლება იყოს.

პირის ღრუს და ხახის კიბოს სამკურნალოდ, როდესაც სიმსივნე რბილ ქსოვილებზე არის გავრცელებული, ხშირად ვიყენებთ მონოპოლარულ ელექტროდანას, რაც ონკოლოგიურ კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს. ხოლო, თუ ამ რეგიონის ძვლოვანი სტრუქტურებიც ჩათრეულია, უკვე, უფრო დიდი ინვაზიური ქირურგიაა საჭირო, ნაწილობრივი ან ტოტალური ძვლოვანი რეზექციით.

მაგალითად, **ტრანსმანდიბულარული ბუკო-ფარინგექტომია**, რომელიც ხახის ტონზილარული მიდამოს ან ენის ძირის კიბოს დროს ელექტროდანით ან, უკეთეს შემთხვევაში, Olympus-ის ახალი ულტრაბგეროვანი მაკრატილით – Thunderbeat ხორციელდება, იძლევა

ონკოლოგიურ უსაფრთხოებას. ამ ოპერაციის დროს, შეიძლება ამოკვეთილი იყოს მხოლოდ რბილი ქსოვილები ან, ძვლოვანი დაზიანების შემთხვევაში, ყბის ძვალიც. ქსოვილოვანი დეფექტის აღსადგენად ვიყენებთ კან-კუნთოვან ნაფლეთებს და ხელოვნურ ძვალსაც.

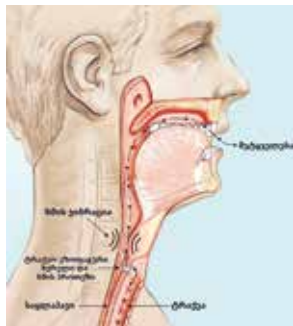


ტრანსმანდიბულარული ბუკო-ფარინგექტომია

ხორხის და სუბგლოტური კიბოს დროს, გამოიყენება ტოტალური ან ნაწილობრივი ლარინგექტომიები.

ტოტალური ლარინგექტომიები გამოიყენება ხორხის კიბოს შორს წასული პროცესების დროს. მას შესაძლოა მიჰყვეს ხახის დაზიანებული ნაწილის ამოკვეთის ოპერაციაც. ეს ოპერაცია გულისხმობს სუნთქვის და ყლაპვის ფუნქციების გზაჯვარედინის გამიჯვნას ერთიმეორისაგან ანუ, ტრაქეის კისრის წინა ზედაპირზე ამოკერებას და საყლაპავის ხახასთან მიკერებას.

ამ ოპერაციის შემდეგ, ლაპარაკის ფუნქცია იკარგება. ოპერაციის შემდგომი ფონიატრიული რეაბილიტაცია ხდება ან საყლაპავისმიერი ხმის ჩამოყალიბებით (საკმაოდ ხანგრძლივი და რთული ფონიატრიული რეაბილიტაციის კურსი, რომლის დროსაც პაციენტი საყლაპავის და ხახის დარჩენილი კუნთების მეშვეობით სწავლობს ხმის გამოცემას) ან ელექტროპროთეზით, რომელიც ელექტრონულ ხმას გამოსცემს (კინოგანმოვანებაში ეს ეფექტი საკმაოდ ხშირად გვხვდება). არსებობს კიდევ უფრო კარგი საშუალება – PROVOX-ის ფირმის ტრაქეო-ეზოფაგალური ფონატორული სილიკონის პროთეზი, რომელიც ტრაქეოსტომიული ხვრელის ობტურაციის დროს, ჰაერის ნაკადს უშვებს საყლაპავში და პირიდან გამოდის ჩახლქილი ხმა.



ლარინგექტომიის შემდგომი ანატომია სქემატურად, და სალაპარაკო პროთეზი

ნაწილობრივი ლარინგექტომიები – ეს ოპერაციები უზრუნველყოფს დაზიანებული ნაწილის ამოკვეთას ისე, რომ შენარჩუნდეს ხორხის ძირითადი ფუნქციები (ხმა, ყლაპვის და სუნთქვის გზაჯვარედინი).

ნაწილობრივი ლარინგექტომიები იყოფა ვერტიკალურად და ჰორიზონტლურად, ვერტიკალური ნაწილობრივი ლარინგექტომიები, (მაგალითად კორდექტომია), როგორც წესი, ლაზერის გამოყენებით ხორციელდება.

ჰორიზონტალური ნაწილობრივი ლარინგექტომიები, ე. წ. სუპრაგლოტური (ყისზედა) ხორხის რეზექციები, ხორციელდება ელექტროდანით (Thunderbeat Olympus).

ხორხის რეკონსტრუქციული რეზექციები – დაზიანებული ნაწილის ამოკვეთის შემდეგ, ხდება ხორხის რეკონსტრუქცია. ასეთი ოპერაციები გახლავთ კრიკო-ჰიოდო პექსიები, MAJER-PIQUET, LABAYLLE.



სურათზე ნაჩვენებია დაზიანებული უბნის წინა საზღვრები, შემდეგ მათი რეზექციის საზღვრები და რეკონსტრუქციის პრინციპი კრიკო-ჰიოდო-ეპიგლოტოპექსია.

ამ ოპერაციის ძირითადი სირთულეა ზუსტი ონკოლოგიური დიაგნოზის დასმა და არჩეული ქირურგიული ტაქტიკის სიზუსტე, რადგანაც ოპერაციის პროგნოზი (ონკოლოგიური თვალსაზრისით), დამოკიდებულია მხოლოდ ზუსტ ტაქტიკაზე, ხორხის რეკონსტრუქციული ნაწილის სიჯანსაღეზე და რეზექციის საზღვრების სიზუსტეზე. აღსანიშნავია Majer-Piquet-ის ახალი მოდიფიცირებული ლარინგექტომია, რომელიც Prof. Bernard Guerrier-ის მიერ იქნა შემუშავებული, ის გულისხმობს ყიის მხოლოდ წინა კომისურის ავთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგიულ მკურნალობას, მინიმალური ტრავმული რეზექციით და ფუნქციური დაზიანებით.

კიბოს მეტასტაზებით დასნებოვნებული ლიმფური სისტემის (ჯირკვლების) ქირურგიული მკურნალობა

კისრის ლიმფური სისტემის რეზექცია შეიძლება იყოს:

- **რადიკალური** – როდესაც მეტასტაზირება ცდება ლიმფურ კვანძებს და კუნთოვან ქსოვილში გადადის. ამ დროს, ლიმფადენექტომიას ემატება, ასევე, კუნთების (მკერდ-ლავინ-დვრილისებრ კუნთს) და საულლე ვენის ამოკვეთა;
- **ფუნქციური** – როდესაც ლიმფადენექტომია გულისხმობს მხოლოდ ლიმფურ კვანძებს და ხელუხლებელს ტოვებს კუნთოვან ქსოვილს და საულლე ვენას;

ასევე, არსებობს ცალმხრივი და ორმხრივი ლიმფადენექტომიები იმის მიხედვით, ლიმფური მეტასტაზირება ცალმხრივია თუ ორმხრივი.

C. ჩვენებები

ამ მიდამოს ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობის ჩვენებები დამოკიდებულია სიმსივნის მდებარეობაზე, სტადიაზე და ჰისტოლოგიაზე.

ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდების გარდა, მათი თანმიმდევრობის განსაზღვრა ხდება ინდივიდუალურად ყოველი პაციენტისთვის და, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კონსილიუმის საფუძველზე.

მკურნალობის ეტაპები

- **პირველი ეტაპი – ქირურგია** – ამ დროს, პოსტოპერაციული დასახივება ხორციელდება სიმსივნით დაზიანებული, უკვე ამოკვეთილი ორგანოს საპროექციო არეში და ლიმფური კვანძების (აქაც უკვე ამოკვეთილ ან საექვო კვანძების) მიდამოებში. სხივური თერაპიის დოზირება ხდება ჰისტოლოგიური კვლევის მიხედვით. (კვანძის კაფსულას გარღვევის შემთხვევაში, უფრო დიდი დოზა განსაზღვრული)
- **მეორე ეტაპი – დასახივება** – სხივური თერაპიის შემდგომი ქირურგია შეიძლება საჭირო გახდეს რეციდივის ან რადიონეკროზის დროს. ორივე შემთხვევაში ქირურგიას ძალიან ცუდი პროგნოზი და მძიმე გართულებები აქვს. ეს გართულებებია: სისხლდენები, ფისტულების ჩამოყალიბება, რეციდივები.

D. პოსტოპერაციული კონტროლი

ონკოპაციენტებში, პოსტოპერაციული დაკვირვება – კონტროლი ყოველ 2 თვეში ერთხელ არის საჭირო. კონსულტაციებს შორის პერიოდის გაზრდა თანმიმდევრულად ხდება და საბოლოო კონტროლი 5 წლის შემდეგ უნდა დასრულდეს.

კონტროლის დროს, აუცილებელია დაავადებული და ნაოპერაციები ორგანოს დათვალეირება, რეციდივის გამოსარიცხად. ასევე, სხვა დაზიანებული ან საექვო ორგანოების (ღვიძლი, ფილტვები, ძვლები) მონიტორინგი; ექვის შემთხვევაში კი – ბიოფსიის განხორციელება.

ასევე, საჭიროა ზოგადი მდგომარეობის შეფასება: წონა, ხმის ტემბრი, მადა, სისუსტე.

E. პროგნოზი

ონკოლოგიური დაავადების პროგნოზი დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებზე:

- **სიმსივნის ადგილმდებარეობა** – ხმოვანი იოგის კიბოს პროგნოზი უკეთესია, ვიდრე ენის ძირის ან ხახის კიბოს პროგნოზი. ეს აიხსნება იმით, რომ ხმოვანი იოგები არ არის ლიმფოფილური, განსხვავებით ენისაგან და ხახისაგან.
- **მაკროსკოპული ტიპი** – ენდოფიტი და ეგზოფიუტი. ინფილტრაციულ კიბოს უფრო ცუდი პროგნოზი აქვს.
- **ლიმფური კვანძების ჩართულობა** პროცესში და მათი კაფსულას მდგომარეობა
- **დრო დიაგნოსტიკას და მკურნალობას შორის** – რაც უფრო ადრე იწყება მკურნალობა, მით უფრო კარგია პროგნოზი.

NOTA BENE

- ძალიან დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ პირველად დიაგნოსტიკას. სწორედ ეს განსაზღვრავს მკურნალობის ტაქტიკას და მეთოდებს;
- პოსტმკურნალობის მეთვალყურეობა და კონტროლი ძალიან მნიშვნელოვან როლს ასრულებს რეციდივების ადრეულ დიაგნოსტიკაში. ეს უკვე თავისთავად განსაზღვრავს პროგნოზს;
- სხივური თერაპიის წინ, სტომატოლოგიური მკურნალობა-პრევენცია გახლავთ პაციენტისთვის უმნიშვნელოვანესი საკითხი;

ლარინგო-ეზოფაგალური მიდამოს პათოლოგიები

ენ. „საყლაპავის კარიბჭე“, პირი, მდებარეობს ხორხის, კერძოდ კი ბეჭდისებრი ხრტილის უკან და 1 სმ. სიმაღლის გახლავთ. უკანა მხრიდან ის შედგება ბეჭდისებრ-ფარინგეალური (კრიკო-ფარინგეალური) კუნთებისგან და საკმოდ მძლავრ სფინქტერს წარმოადგენს.

ამ მიდამოს დაავადებების დროს, პაციენტის ჩივილები შეიძლება იყოს:

- დისფაგია და რეგურგიტაცია;
- ყლაპვის დროს გადაცდენები და ხველა;

დიაგნოსტიკა ხორციელდება რიგიდული ეზოფაგოსკოპიით. ნაზოფიბროსკოპიული კვლევა ვერ იძლევა სათანადო ხილვადობას.

აქ გვხვდება როგორც უცხო სხეულით გამოწვეული დისფაგია, ასევე სიმსივნით შექმნილი დისფუნქციები.

აღსანიშნავია ეზოფაგალური დივერტიკული. ეს პათოლოგია საყლაპავის ერთი ნაწილის გამოზნექას და შემდგომში, ჯიბის ჩამოყალიბებას ნიშნავს.

A. კუნთის სპაზმით და დისკინეზიით შექმნილი დისფუნქციები

გარკვეული ასაკის შემდეგ, ასეთი დისფუნქციები უფრო ხშირად გვხვდება. პაციენტის ჩივილი, ძირითადად, ოდინოფაგია გახლავთ, რაც იწვევს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის დამძიმებას კვების ფუნქციის დარღვევის გამო. ნაზოფიბროსკოპიულად, მსხლისებრ სინუსებში შეინიშნება ნერწყვის სიჭარბე და სტაზი, რაც ხშირად ხველის მიზეზიც გახლავთ.

ჩვეულებრივი რენტგენოგრაფიით ხშირად ვლინდება ხერხემლის კისრის მალეების ართროზი, რაც შეიძლება საკვების ტრანზიტის შემაფერხებელი იყოს.

პროფილური, კონტრასტული რენტგენოგრაფია აჩვენებს საყლაპავის ზედა ნაწილის დივერტიკულს, ჯიბეს, რაც კრიკოფარინგეალური კუნთის სპაზმის ან ჰიპერტროფიის გამო ჩნდება.

ამ პათოლოგიის ადრეულ სატადიაზე რიგიდული ეზოფაგოსკოპია, ხშირად სიმპტომების გაქრობას იწვევს, როგორც ხდება ხოლმე თიაქრის ჩაბრუნებისას. თუმცა, რეციდივის ან ამ მანიპულაციის უშედეგობის შემთხვევაში, კრიკოფარინგეალური კუნთის ქირურგიული სექცია-გაკვეთა შესანიშნავ შედეგებს იძლევა. ბოლო 20 წელიწადია ეს ოპერაცია ენდოსკოპიურად, ლაზერის გამოყენებით ხორციელდება. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია ერთ დღეს გრძელდება. ამ მეთოდის დანერგვამ საოცრად გაამარტივა ეს ჩარევა.

B. ფარინგო – ეზოფაგალური დივერტიკული Zenker-ის დივერტიკული

დივერტიკულები შეიძლება დავყოთ ორ ჯგუფად:

- პატარა ზომის, მაგრამ მწვავე სიმპტომატიკის მქონე დივერტიკულები წარმოიქმნება, როდესაც კრიკო-ფარინგეალური კუნთის სპაზმის და ხახაში არსებული წნევის გამო,

- ამ კუნთის ზედა მიდამოში ნელა-ნელა წარმოიქმნება ჯიბე-დიდი ზომის დივერტიკულები ვითარდება საყლაპავის კუნთოვანი შრის განლევის გამო. ჭეშმარიტი თიაქარი და მისი ზომები შესაძლოა იმდენად დიდი იყოს, რომ შუასაყარი სულ მოიცვას. ასეთი დივერტიკულების დროს, ოპერაციული ჩარევა უკვე საყლაპავის პლასტიკას გულისხმობს და მხოლოდ კრიკო-ფარინგეალური კუნთის გაკვეთით არ შემოიფარგლება.

კლინიკური ნიშნები

კლინიკურად, როდესაც ყლაპვის გაძნელება წარმოადგენს ერთადერთ ნიშანს, უნდა ვივარაუდოთ პატარა ზომის დივერტიკული.

ამ შემთხვევაში, თუ დისფაგიას თან ახლავს საკვების რეგურგიტაცია, მაშინ სავარაუდოა უკვე კარგად ჩამოყალიბებული დიდი ზომის დივერტიკული.

ასევე, აღსანიშნავია, რომ დიდი ზომის დივერტიკულებს ახლავს დამძალი საკვების სუნი, ჰიპერსალივაცია, ხშირი პულმონარული გართულებები.

როგორც ადრე აღვნიშნეთ, დიაგნოსტიკა კონტრასტული რენტგენოგრაფიით ხდება და იმდენად აშკარაა რომ ვერ შეგვეშლება.



Zenker-ის დივერტიკულის რენტგენოლოგიური კონტრასტული სურათი

ასეთი დიაგნოსტიკის შემდეგ, მიზანშეწონილია საყლაპავის ენდოსკოპიური დათვალეირება და ამორეცხვა. ამით გავიგებთ დივერტიკულის მდგომარეობას და მოვამზადებთ მას ოპერაციისთვის, იქნება ეს ენდოსკოპიური თუ ოპერაცია გარეგანი მიდგომით.

ნანილი

4

საყლაპავი

საყლაპავი

A. ანატომია

საყლაპავი მილი წარმოდგენილია კუნთოვან – მემბრანული მილით, რომელიც იწყება ხახიდან და მთავრდება კუჭის კარდი-ასთან. მისი ფუნქციაა საკვების გატარება ხახიდან კუჭში. მისი სიგრძეა 22-25 სმ. დიამეტრი – 25 მმ. ასევე, აქვს შევიწროებები.

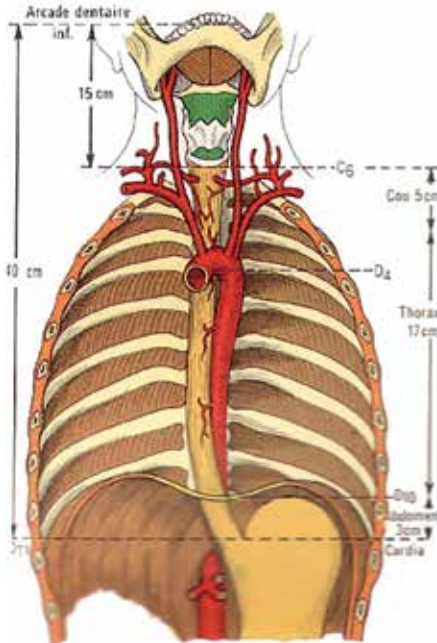
მდებარეობს ხერხემლის წინ და გაჭიმულია:

- კისრის ქვედა ნაწილზე;
- გულმკერდის ნაწილზე;
- დიაფრაგმის ნაწილზე;
- ზედა აბდომინალურ ნაწილზე;

კისრის ზედა ნაწილში ის ტრაქეას და ხერხემალს შორის არის მოთავსებული. ცოცხათი მარცხნივია გადახრილი. შემდეგ, ის მარცხენა ბრონქის სიახლოვეს გადის და გულის უკანა ნაწილს ესაზღვრება. ჩადის დიაფრაგმის ხვრელში, აორტის წინა მდებარეობას იჭერს, სანამ კუჭის სანათურს შეუერთდება.

საყლაპავის ზედა ნაწილი, რომელიც ბეჭდისებრი ხრტილის დონეზე მდებარეობს, ცნობილია როგორც საყლაპავის პირი, სადაც ბეჭდისებრ-ხახის სფინქტერია მოთავსებული.

ქვედა ნაწილი, კუჭის კარდიასთან უერთდება კუჭს. მოსვენებულ მდგომარეობაში საყლაპავის კედლები მოდუნებულია და ერთი-მეორეს ეხება. კუნთოვანი აგებულება ორშრიანია და წარმოდგენილია შიდა შრით – ცირკულარული კუნთოვანი ქსოვილით და გარეთა შრით – განივი კუნთოვანი ქსოვილით.



საყლაპავი

B. საყლაპავის ფიზიოლოგია

საყლაპავის სფინქტერი იცავს საყლაპავის მილს ჰაერის შესვლისაგან, რომელიც შესუნთქვით გამონეულ უარყოფით წნევას შეიძლება მოჰყვებს. მისი გახსნა რეფლექსურად ხდება ყლაპვის მოძრაობაზე კერძოდ, ლუკმის სფინქტერთან მიახლოებისას.

შემდეგ, საჭმლის ლუკმა მიემართება კუჭისკენ, სადაც კიდევ ერთი სფინქტერი მას ატარებს კუჭის კარდიალურ ნაწილში. ამ სფინქტერის უკმარისობა იწვევს რეფლუქსთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

მომართვის მიზნები და გამოკვლევები

A. დისფაგია

დისფაგია არის ყლაპვის გაძნელება და საყლაპავის დაავადებების ძირითადი კლინიკური ნიშანი. როდესაც ყლაპვა მტკივნეულია, მას **ოდინოფაგიას** ვუწოდებთ. დისფაგიური მოვლენები, თავიდან, შეიძლება გამოხატული იყოს მხოლოდ მკვრივ საკვებზე. შემდეგ, ეს ნიშნები შესაძლოა გავრცელდეს და გამოიწვიოს ყველანაირი საკვების და წყლის მიღების შეჩერება – **აფაგია**. ამ დროს, მოზრდილ პაციენტებში შეინიშნება სწრაფი დასუსტება და წონის დაგდება. ჩვილ ბავშვებში, ასევე გვხვდება ჰიპერსალივაცია და გადაცდენები. როდესაც დისფაგიური მოვლენები იწყება მკვრივი საკვების მიღების დროს და უარესდება პროგრესულად, სავარაუდოა საყლაპავის ორგანული დაზიანების არსებობა. ხოლო თუ საქმე გვაქვს ე. წ. პარადოქსალურ დისფაგიასთან, როდესაც მკვრივი საკვები კარგად გადადის და, მაგალითად, წყლის მიღება არის გაძნელებული, აქ უნდა ვივარაუდოთ სპაზმური ეტიოლოგია.

პატარა ბავშვებში ასეთი დისფაგიის არსებობა ხშირია და გამოიხატება:

- ჰიპერსალივაციით და „დადორბილი“ პირით;
- ლამის გადაცდენებით და საჭმლის რეგულაციით;

NOTA BENE

- ნებისმიერი დისფაგიის დროს, სასურველია ოტო-ლარინგოლოგთან კონსულტაცია.

B. ნაკლებად სპეციფიკური სიმპტომები

უნდა აღვნიშნოთ ნაკლებად სპეციფიკური სიმპტომები ისეთი, როგორცაა:

ეპიგასტრალური ტკივილები წვის შეგრძნებით, PYROSIS, რომელიც პოზიციური გახლავთ. მაგალითად, დახრის დროს ჩნდება. ეს ხშირად რეფლუქსის და ეზოფაგიტის ბრალია.

- **სისხლიანი ნალები მასები, HEMATOMESIS.** ამ შემთხვევაში, აუცილებელია ის განვასხვაოთ ფილტვის სისხლდენისაგან. თუ ჰაეროვანი ბუშტუკები ამ მასაში არ არის, ეს საყლაპავიდან მოდის და მაშინ უნდა გამოირიცხოს ლვიძლის პათოლოგია. ამ დროს, პორტალური ჰიპერტენზიის გამო განვითარებული ვარიკოზული დაავადება შესაძლოა კატაკლიზმური სისხლდენით გაგრძელდეს და ლეტალურადაც დამთავრდეს.
- **ხანის პარესტეზიები** – ყელში ბურთის შეგრძნება, რომელიც საკვების მიღებისას გადის. ესეც გასრტო-ეზოფაგალური რეფლუქსის დროს გვხვდება.

NOTA BENE

საყლაპავის დათვალიერება, ეზოფაგოსკოპია, აუცილებელია განხორციელდეს:

- ზედა სასუნთქი გზების ნებისმიერი ავთვისებიანი დაავადების დროს, რადგანაც ამ დაავადებას, ძალიან ხშირად, ახასიათებს საყლაპავში მეორე ლოკალიზაციის არსებობა;
- ახალშობილის დისპნოეს ან დისფაგიის დროს;
- ქიმიური ნივთიერების გადაყლაპვის შემთხვევაში;
- პორტალური ჰიპერტენზიის დროს;

საყლაპავის გამოკვლევა

A. კლინიკური დათვალიერება

კლინიკური დათვალიერება და პალპაცია საყლაპავის დაავადებების დიაგნოსტიკაში ნაკლებად ინფორმაციულია. საყლაპავის დათვალიერება საკონსულტაციო კაბინეტში, შემოიფარგლება ნაზოფიბროსკოპიული ტექნიკით საყლაპავის პირის, ანუ მისი ფარინგეალური ნაწილის დათვალიერებით. ასევე, შესაძლებელია საყლაპავის პალპაციით გასინჯვა. თუმცა, აქაც თუ საქმე არ გვაქვს დიდი ზომის დივერტიკულთან ან სიმსივნესთან, საყლაპავის პათოლოგიის გამოვლენა პალპაციით ძნელია. კიდევ ერთი პათოლოგია – საყლაპავის დაზიანება ან უცხო სხეულით ან ეზოფაგოსკოპიის დროს, პალპაციით იძლევა კანქვეშა კრეპიტაციას. ყველა სხვა შემთხვევაში, უფრო პროდუქტიული გახლავთ საყლაპავის სხვა კვლევები.

B. რადიოლოგიური გამოკვლევა

რადიოლოგიური კვლევა აუცილებელია საყლაპავის თითქმის ყველა პათოლოგიის დროს, გარდა – უცხო სხეულის მოხვედრის ან ქიმიური და თერმული დამწვრობის დროს. იმიტომ, რომ კონტრასტული ნივთიერება ამ პათოლოგიების დიაგნოსტიკაში ხელს გვიშლის.

კონტრასტად იყენებენ ბარიუმის ფაფას, რომლის გადაყლაპვისას, რენტგენოლოგიურად, საყლაპავის შიდა კედელი კარგად

ჩანს. ასევე, პერფორაციის დროს, ბარიუმის ფაფა საყლაპავის მილს სცდება და გარეთ, ქსოვილებში გადის.

ამიტომ, თუ ეჭვი გვაქვს უცხო სხეულით საყლაპავის დაზიანებაზე, ბარიუმის ფაფის გამოყენება არ შეიძლება. უნდა გამოვიყენოთ სხვა, წყალში ხსნადი კონტრასტული ნივთიერება.

ზოგიერთი პათოლოგიები – მაგალითად ძვლოვანი ან რკინის უცხო სხეულები, არ საჭიროებს კონტრასტს, რადგან ისედაც კარგად ჩანს რენტგენოგრაფიაზე.

რენტგენოლოგიურად, საყლაპავის დაზიანების დროს, უნდა ვეძებოთ პნევმო-მედიასტინუმის ან პნევმოპერიტონეუმის ნიშნები და კისრის ემფიზემა.

C. ენდოსკოპია

ეს არის ყველაზე ინფორმაციული და თანამედროვე კვლევა. ის ძალიან დიდ როლს თამაშობს საყლაპავის დიაგნოსტიკაში. ვარჩევთ რიგიდულ და ფიბროენდოსკოპებს.

რიგიდული ენდოსკოპი – ეზოფაგოსკოპი, საშუალებას იძლევა კარგად დავათვალიეროთ, ასევე ჩავატაროთ სხვადასხვა ქირურგიული მანიპულაცია საყლაპავზე. მას აქვს ერთი დიდი ნაკლი – ამ პროცედურის დროს, პაციენტი აუცილებლად უნდა იყოს ნარკოზის ქვეშ და ინტუბირებული. დანარჩენ ასპექტებს თუ გავითვალისწინებთ, ეს ხელსაწყო რჩება ყველაზე ადაპტირებულ ინსტრუმენტად საყლაპავის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში.



ეზოფაგოსკოპები

ფიბროსკოპიული საყლაპავის გამოკვლევა შესაძლებელია ნარკოზის გარეშე და დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით წინგადადგმული ნაბიჯი გახლავთ.

ორივე ტექნიკური მანიპულაცია ძალიან ფრთხილად და გარკვეული ტექნიკის დაცვით უნდა განხორციელდეს, რადგანაც საყლაპავის მილის კედელი ძალიან ნაზია და მისი დაზიანება, განსაკუთრებით როდესაც საქმე გვაქვს მის სიმსივნოვან დაავადებასთან, ადვილად შესაძლებელია. დაზიანება მოითხოვს სასწრაფო და კვალიფიციურ მკურნალობას რეანიმაციულ განყოფილებაში. მისი გართულებები შესაძლოა ლეტალურად დამთავრდეს მედიასტენიტის, პერიტონიტის განვითარების შემთხვევაში.

NOTA BENE

- პაციენტის ანამნეზის შეკრება ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის სწორი გზის ასარჩევად და სწორი დიაგნოზის დასასმელად;
- ეზოფაგოსკოპია გახლავთ ძალიან დელიკატური გამოკვლევა და უნდა გააკეთოს გამოცდილმა ქირურგმა;
- ეზოფაგოსკოპიის მეთოდის (რიგიდული თუ ფიბროსკოპიული) არჩევა ხდება არა სპეციალისტის გემოვნების, არამედ კონკრეტული პაციენტის კონკრეტული ჩვენებების მიხედვით. ეს ორივე მეთოდი ერთმანეთს ავსებს და არ არის ერთმანეთის კონკურენტი;
- საყლაპავის პირის– ფარინგეალური ნაწილის– დათვალიერება უმჯობესია რიგიდული ეზოფაგოსკოპით განხორციელდეს;

რეფლუქსის დიაგნოზის დასადგენად, ასევე, საჭირო ხდება საყლაპავის 24 საათიანი PH მეტრია – გამოკვლევა, განსაკუთრებით ბავშვებში.

ეზოფაგიტი

A. ტკივილი

კლინიკური ნიშნები, როგორც წესი, ტკივილით შემოიფარგლება.

ოდინოფაგია – ანუ ტკივილი ყლაპვის დროს, ბავშვებში ხშირად იწვევს საკვების მიღების უარყოფას, ჰიპერსალივაციას. ტკივილი ისეთი მნიშვნელოვანია, რომ ზოგჯერ შეიძლება გონების დაკარგვამდეც მივიდეს. შეიძლება გამოიწვიოს ზურგის და კარდიალური ტკივილებიც. ტკივილის დაწყება ყლაპვის მოძრაობას ან რაიმე განსაკუთრებული საკვების მიღებას უკავშირდება. ასევე, შესაძლოა პოზიციური ტკივილი ანუ, წოლით მდგომარეობაში ტკივილის გაძლიერება. ამ დროს უნდა ვიფიქროთ რეფლუქსის არსებობაზე.

B. სისხლდენა

მეორე ადგილზე დგას სისხლდენები საყლაპავიდან.

- სისხლიანი ღებინება ჰემატომეზისი;
- სისხლიანი, შავი განავალი-მელენა;
- ჩვილ ბავშვებში ანემიები (ამ დროს აუცილებელია განავალში მიკროსკოპული სისხლის ნაწილაკების კვლევა);

რომელიმე ამ დაავადებაზე და პათოლოგიაზე ეჭვის დროს, მიზანშეწონილია ეზოფაგოსკოპიური კვლევის ჩატარება.

ეტიოლოგიურად, ეზოფაგიტები, როგორც წესი, რეფლუქსის გამო ვითარდება. თუმცა, არის ვირუსული (ჰერპეს ვირუსი), მიკოზური ან თერმული მოქმედების გამო განვითარებული ეზოფაგიტები. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ საყლაპავის მიდამოს ტკივილები შესაძლოა განვითარდეს ხახის ან კისრის ართროზების დროსაც.

ეზოფაგიტების მკურნალობა, გამომდინარე მათი ეტიოლოგიიდან, არც თუ ისე ადვილია და შესაძლოა საყლაპავის სტენოზით დამთავრდეს.

გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი

საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსი არ არის დაცული კუჭის მუჯვისგან. ამიტომ, როდესაც რეფლუქსის დროს, მუჯვის მუდმივი კონტაქტი ხდება საყლაპავის ლორწოვანთან, ვითარდება ანთებითი პროცესი. რეფლუქსის განვითარებას ხელს უწყობს საყლაპავი მილის სფინქტერის ნაკლოვანება ან საყლაპავის თიაქრის არსებობა. რეფლუქსის არსებობის დროს, ასევე, შესაძლოა ხახის, ცხვირ-ხახის და ცხვირის სხვადასხვა დაავადების განვითარება, რომელთა ეტიოლოგია ხშირად უცნობი რჩება და პაციენტი წლობით წვალობს ამ დაავადებებით. რეფლუქსის მოხსნით მათი სიმპტომატიკა უმალვე ქრება.

A. საყლაპავი მილის ლორწოვანის დაზიანება

საყლაპავის გარსის დაზიანების ხარისხი რეფლუქსის დროს, დამოკიდებულია კუჭის წვენის მუჯვიანობაზე (PH-ზე), ზემოქმედების ხანგრძლივობაზე, პაციენტის ასაკზე. ის შესაძლოა შემოიფარგლოს მცირე შეშუპებით ან გახდეს სტენოზის მიზეზიც.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ხშირად დანყლულებული ეზოფაგიტი შესაძლოა შეგვეშალოს საყლაპავის კიბოში. ამიტომ, ჰისტოლოგიური დასკვნის გარეშე, ასეთი მძიმე განაჩენის გამოტანას ჯობს მოვერიდოთ.

B. გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსის ნიშნები

- ეპიგასტრიუმის და საყლაპავის ქვედა ნაწილის ტკივილები. პოზიციური ან ალიმანტარული დამოკიდებულებით, ძალიან ჰგავს კარდიოლოგიური პათოლოგიის ტკივილებს და აუცილებელია დიფერენციალური დიაგნოზის დასმა.
- ჰემორაგიებმა ან მელენამ შესაძლოა გამოიწვიოს ჰიპოქრომიული ანემია.



გასტროეზოფაგური რეფლუქსი

- ტკივილის გამო განვითარებული დისფაგიური მოვლენები. ჩვილებში ხშირი ლებინება, ახალშობილებში და ჩვილებში ნებისმიერი პაროქსიზმული ციანოზი, აპნოე ან ბრადიკარდია უნდა იწვევდეს ეჭვს ეზოფაგიტის არსებობაზე. ეს სიმპტომები მოითხოვს კვლევებს. პროგრესული დისფაგიის დროს, უნდა ვიფიქროთ საყლაპავის სტენოზზე.

დიაგნოზი უნდა დაისვას 24 საათიანი PH მეტრიით ან ეზოფაგოსკოპიით.

C. რეფლუქსის გამო ჩამოყალიბებული დისფუნქციები სხვა ორგანოებში

1. პირ-ხახის დაზიანება

როგორც წესი, პირ-ხახის მიდამოს ჩვილები შემდეგია: ჩახეხვის შეგრძნება, უცხო სხეულის შეგრძნება. საკვების გარეშე ყლაპვის

დროს და საკვების მიღებისას, ამ სიმპტომების განელება. თუმცა, არის შემთხვევები, როდესაც დისფაგია ქვემარტივ აფაგიაშიც გადადის, ტკივილის და წვის შეგრძნების გამო.

2. სასუნთქი სისტემის დისფუნქცია

უმრავლეს შემთხვევაში, ეს გამოიხატება მშრალ და სპაზმურ ხველაში, გადაცდენებში. ფიბროსკოპიულად შესაძლოა სახმო იოგებზე და ხორხის უკანა ნაწილში გრანულომების აღმოჩენაც.

ახალშობილებში და ჩვილებში, როდესაც არის მორეციდივე ბრონქო და პნევმოპათიები, დისპნოე და აპნოები, ასევე, ბრადიკარდიები და ციანოზი, რეფლუქსის პათოლოგიაზე უნდა ვიფიქროთ.

რეფლუქსის დროს, შესაძლოა საყლაპავი დაზიანებული იყოს. თუმცა, გვხვდება ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც საყლაპავი ინტაქტური გახლავთ. ამ დროს დიაგნოზის დასმა უფრო ძნელია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ხორხ-ხახის დათვალიერებას. თუკი ხორხის უკანა კედელი, არითენოიდების მიდამო შემუშუპებული და შენითლებულია, ანამნეზში პაციენტი აღნიშნავს გულისრევის გრძნობას და ეპიგასტრალურ ტკივილებს.

რეფლუქსის დიაგნოზი საყლაპავის PH-მეტრით ისმება.

D. მკურნალობა

გულისხმობს ანტაციდების (MAALOX), H-2 ბლოკატორი პრეპარატების (NEXIUM) და დოპამინის ანტაგონისტი პრეპარატების (PRIMPERAN) გამოყენებას, საყლაპავის მოტორიკის დასარეგულირებლად.

ჩვილებში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ორთოსტატიკურ მდგომარეობას ანუ, მუდმივად მჯდომარე პოზიციაში ყოფნას.

მედიკამენტოზური მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში, როდესაც არის სტენოზის საშიშროება, აუცილებელი ხდება ქირურგიული ჩარევა – რეფლუქსის სანინაალმდეგო ოპერაცია.

საყლაპავის დამწვრობები

საყლაპავის დამწვრობა, გარდა თერმულია, შეიძლება იყოს ქიმიური. გამოვყოთ რამდენიმე ვარიანტი.

- თვითმკვლევლობის მიზნით დიდი რაოდენობით ქიმიური ხსნარის მიღება. ამ შემთხვევაში, საქმე გვაქვს ძალიან მძიმე პათოლოგიასთან, რომელსაც აქვს ძალიან მძიმე პროგნოზი და ლეტალობის მაღალი რისკი. ასეთი პაციენტები სასწრაფოდ უნდა მოვათავსოთ რეანიმაციულ განყოფილებაში.

კლინიკურად გამოსატყულია საშინელი ტკივილი, ჰიპერსიალორეა, აფაგია, შესაძლოა დისპნოე, შეშუპების გამო, რაც ტრაქეოტომიის ჩვენება გახლავთ. ასევე, შესაძლოა ქიმიური ნივთიერების ტოქსიური მოქმედებაც.

ზოგ შემთხვევაში, საჭირო ხდება საყლაპავის ტოტალური აბლაცია – ამოკვეთა, შემდგომი მძიმე გართულებების თავიდან ასაცილებლად. შესაძლოა განვითარდეს პერიტონიტი, მედიასტენიტი და კისრის რბილი ქსოვილების ნეკროზული ცელულიტი.

საყლაპავის და/ან კუჭის აბლაცია ხორციელდება პირველ ნაათში. გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იყოს დეტალური ენდოსკოპიური დათვლიერების შემდეგ. თუკი ლორწოვანი გარსი (საყლაპავის ან/და კუჭის) არის მძიმედ დაზიანებული, აღინიშნება ნყლულოვან-ჰემორაგიული და კოაგულაციური დაზიანებები – ეს არის პირდაპირი ჩვენება იმ ორგანოს აბლაციისთვის, რომელიც დაზიანებულია. ოპერაცია უნდა ჩატარდეს სასწრაფოდ, რადგან დაგვიანების შემთხვევაში, ლეტალურად დასრულდება.

- შემთხვევითი გადაყლაპვა. ამ შემთხვევაში, ქიმიური პროდუქტის რაოდენობა ძალიან ცოტაა. ინტოქსიკაცია თითქმის არ არის. როგორც წესი, პაციენტი გემოთი ხვდება და მაშინვე უკან აბრუნებს გადაყლაპულ სითხეს, რაც ამცირებს დამწვრობის ფართობს. ასეთი დამწვრობა არ არის საშიში სიცოცხლისათვის და, როგორც წესი, სტენოზით აზიანებს პაციენტს. ასეთი შემთხვევები უფრო ხშირია ბავშვებში – უმეტესად ყურეოდ მიტოვებული ბავშვი ხშირად სინჯავს სხვადასხვა საგანს და ნივთიერებას პირით. დაზიანების ხარისხი დამოკიდებულია მის თვისებებზე და კონცენტრაციაზე. ასეთ შემთხვევებში, არანაირი ხსნარი არ უნდა ვიხმართ გამოსაფლებად. აუცილებელია იმ ნივთიერების შენახვა, რომელიც ბავშვმა მიიღო და სასწრაფოდ საავადმყოფოში გადაყვანა. მთავარია შევაფასოთ პაციენტის სუნთქვის ხარისხი. ზოგ შემთხვევაში, საჭიროა ინტუბაცია.

პაციენტის კლინიკაში მოთავსების შემდეგ, ენდოსკოპიური დათვალიერების საფუძველზე, ინიშნება მკურნალობა. როგორც წესი, ის შედგება: ანტიბიოტიკოთერაპიის, სტეროიდული თერაპიის ინსტალაციისაგან, ასევე საყლაპავში საკვები – საკალიბრე მილის ინსტალაციისგან, მოცულობის შესანარჩუნებლად. იმავე მილის საშუალებით, ხდება პაციენტის კვებაც დაავადების მიმდინარეობისას.

NOTA BENE

- აუცილებელია მომწამლავი ნივთიერების სახელის, დაახლოებითი რაოდენობის და კონცენტრაციის ცოდნა. ამისათვის, ამ ნივთიერების ან მისი ჭურჭლის შენახვა ძალიან მნიშვნელოვანია;
- ბავშვებში, მომწამლავი ნივთიერებით დასველებული ტანსაცმელი შესაძლოა იწვევდეს კანის დამწვრობას. ამიტომ აუცილებელია ბავშვის ტანსაცმლის შემოწმება;
- დამწვრობის ხარისხის დასაზუსტებლად აუცილებლად უნდა მოხდეს არა მარტო საყლაპავის, არამედ კუჭის ენდოსკოპიური დათვალიერებაც;
- მძიმე შემთხვევების დროს აუცილებელია ყელ-ყურის სპეციალისტის, გასტროენტეროლოგის და ზოგადი ქირურგის ერთობლივი მუშაობა.

პერფორაციები

საყლაპავი მილის პერფორაციები ძალიან საშიში და ცუდი პროგნოზის მქონე დაავადებაა. მკურნალობა უნდა დაიწყოს მყისიერად და აუცილებლად უნდა მოხდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია. შუასაყარის ინფიცირება და ანთება მაღალი სიკვდილიანობით არის ცნობილი.

A. საყლაპავის პერფორაციების განვითარება

საყლაპავის პერფორაციების განვითარება შესაძლოა მოხდეს:

- პეროპერაციულად, ეზოფაგოსკოპიის ან საყლაპავის სტენოზების სამკურნალოდ გამოყენებული დილატაციის – ბუჟირების დროს;
- უცხო სხეულების (განსაკუთრებით მკვრივი) მიერ საყლაპავის დაზიანების დროს;
- უცხო სხეულების ამოღების დროს;
- თვითმკვლელობის მცდელობისას, როდესაც პაციენტი დიდი რაოდენობით ქიმიურ სითხეს სვამს;
- გულმკერდის ტრავმების დროს;
- ძალიან იშვიათ შემთხვევებში, ინტენსიური ლებინების დროს, საყლაპავის კედელი შეიძლება დაზიანდეს;

B. პერფორაციის ნიშნები

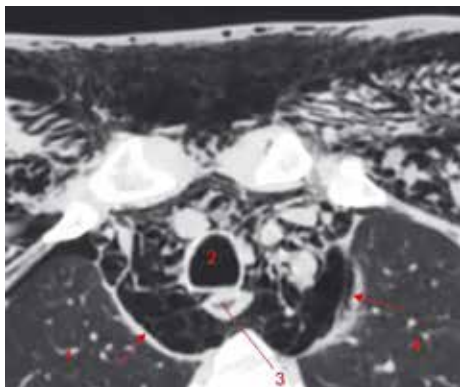
საყლაპავის პერფორაციის ნიშნები სხვადასხვაგვარია. ეს დამოკიდებულია პერფორაციის ადგილზე და მიზეზზე. ჯამში, მას ტკივილები, მედიასტინალური მიდამოს ჰაეროვანი გაჯირჯევა და ინფექციის ნიშნები ახასიათებს.

1. ტკივილი

მუდმივი ხასიათის და ლოკალიზაციის მიხედვით, მიუთითებს დაზიანების ადგილზე:

- საყლაპავის ზედა ნაწილის პერფორაცია იწვევს კისრის, ზურგის და ბეჭის მიდამოს ტკივილებს.
- საყლაპავის ქვედა ნაწილის პერფორაცია იწვევს ეპიგასტრალურ და მუცლის ზოგად ტკივილებს.

2. მედიასტინუმის ჰაეროვანი გაჯირჯევა, პნევმომედიასტინუმი



პნევმომედიასტინუმი. კისრის და მედიასტინუმის ემფიზემით, 1. პლევრა, 2. ტრაქეა, 3. საყლაპავი, 4. მედიასტინალური ჰაეროვანი გაჯირჯევა.

საყლაპავის პერფორაცია შეიძლება გახდეს ჯერ, კისრის ქსოვილის ჰაერით გაჯირჯვების და შემდეგ, მედიასტინუმის გაჯირჯვების მიზეზიც. კისრის მიდამოს დაზიანების დროს, პალპაციისას, გვესმის „თოვლში სიარულის“ ხმა. პალპაცია მტკივნეულია. როდესაც ჰაეროვანი დაზიანება ქვემოთ ჩადის, ვლინდება ჯერ, მედიასტინუმის დაზიანების კლინიკა – ზენოლის და სიმძიმის გრძობა მკერდის ძვლის უკან და მერე, შესაძლოა, პლევრის ზენოლის გამო, პნევმოთორაქსის ნიშნების გამოვლინებაც.

რადიოლოგიური კვლევა მალევე ცხადყოფს დაზიანების გენებს:

კისრის მიდამოს ემფიზემას, შუასაყარის ემფიზემას და პნევმოთორაქსს ან პნევმოპერიტონეუმს – პერიტონეუმის (მუცლის ღრუ) ჰაერით ავსებას.

3. ინფიცირება

პირველი ნიშნები – შიმცივნება, სიცხე, ლეიკოციტოზი, ადრეულ პერიოდში ვლინდება.

მკურნალობა

ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის დაწყება მალევე მოხდეს.

მკურნალობის ძირითადი პრინციპები:

- ანტიბიოტიკოთერაპია (ინტრავენური);
- საკვების მიღების შეწყვეტა. შესაძლოა დაზიანებული უბნის ჰაერით დრენირება;
- საყლაპავის დაზიანებული ნაწილის რეკონსტრუქციის ყოველი შემთხვევა უნდა განიხილოს ინდივიდუალურად, კონსილიუმზე. მნიშვნელოვანია პერფორაციის ზომა, დრო და ინფიცირების ხარისხი;

NOTA BENE

- დაავადების პროგნოზი დამოკიდებულია ადრეულ დიაგნოსტიკაზე, პერფორაციის ზომაზე და ინფექციის გავრცელების მასშტაბზე.

საყლაპავის სტენოზი

საყლაპავის სტენოზის კლინიკური ნიშანი დისფაგია გახლავთ. ძირითადად, ეს ანუხებს პაციენტს. ის შეიძლება გამონწვეული იყოს ორგანული პათოლოგიით. იყოს მუდმივი ან სპაზმურ ხასიათს ატარებდეს და იყოს მორეციდივე.

- ორგანული დაზიანების შედეგად ჩამოყალიბებული დისფაგია ნელა იწყება და პროგრესირებადია. ჯერ მკვრივი საკვები და შემდეგ კი თხევადიც პაციენტს დისკომფორტს უქმნის. მოგვიანებით, შესაძლოა ველარც მოახერხოს მისი გადაყლაპვა. ამ დროს, პაციენტს აღენიშნება ჰიპერსალივაცია და ნერწყვის პირიდან გამოდევნა, რადგანაც მას გადაყლაპვა არ შეუძლია. ასევე, პაციენტი ძალიან მალე იკლებს წონაში და სუსტდება. ჩვილ ბავშვებში სტენოზმა შესაძლოა გამოიწვიოს სუნთქვის პრობლემებიც, ხახა-ხორხის ნერწყვით შევსების გამო. ამ დროს, საჭიროა გაკეთდეს ხორხის და საყლაპავის პათოლოგიების დიფერენცირება.
- სპაზმური სტენოზები სპონტანურ ხასიათს ატარებს და ძირითადად, სითხის გადაყლაპვისას ვლინდება. ამ დროს, შესაძლოა ვლინდებოდეს სუნთქვითი მოშლილობაც, რაც ტრაქეაზე საყლაპავის ზეწოლით უნდა ავხსნათ. ასევე, საყლაპავის სპაზმური სტენოზის შეტევის დროს, ხდება სასულეში საკვების ან სითხის გადაცდენა.

მიზეზები შესაძლოა მრავალფეროვანი იყოს:

- თანდაყოლილი სტენოზი ჩვილებში;
- სიმსივნის გამო განვითარებული სტენოზი მოზრდილი ასაკის პაციენტებში;
- დამწვრობის ან დანყლულების გამო ჩამოყალიბებული სტენოზები;

იშვიათ შემთხვევაში, საყლაპავის ობსტრუქციას-სტენოზს იწვევს მეზობელი ორგანოების დიდი ზომის სიმსივნეები.

აღსანიშნავია საყლაპავის პირის ქვეშ მდებარე კუნთის სპაზმური კონტრაქტურა – m. cricopharyngeus. ხახის ბექტდისებრი კუნთის მკურნალობა, ამ შემთხვევაში, ქირურგიულია და მის გაკვეთას ითვალისწინებს.

საყლაპავის სიმსივნეები

საყლაპავის სიმსივნეები (სპინო-ცელულარული ეპითელიომები), ძირითადად, ავთვისებიანია. სხვა სახის სიმსივნეები ძალიან იშვიათად გვხვდება.

პირველი კლინიკური ნიშნებია: დისფაგია, მკვრივი საკვების მიღების სიძნელე და ტკივილი. ამ სიმპტომების არსებობა 45-70 წლის ასაკის პაციენტებში, აუცილებელ ეზოფაგოსკოპიას მოითხოვს. ჰალიტოზის და წონის მკვეთრი დაგდების შემთხვევაში, საქმე გვაქვს დიფუზურ, დიდი ზომის კიბოსთან, რომელსაც ინფიცირებაც ახლავს თან.



საყლაპავის კიბო

დიაგნოსტიკა ან ბარიუმის კონტრასტით ან ეზოფაგოსკოპიით ხდება.

საყლაპავის კიბოს პროგნოზი ძალიან ცუდია და, რასაკვირველია, დამოკიდებულია ადრეულ დიაგნოსტიკაზე, სანამ ქირურგიული ჩარევა კიდევ არის შესაძლებელი. სხვა შემთხვევაში, სხივური და ქიმიოთერაპია სიმსივნის ჰისტოლოგიიდან გამომდინარე უნდა დაინიშნოს.

ტრაქეო-ეზოფაგური ფისტულები

ასეთი დაავადების დროს, კლინიკური ნიშნები საკმაოდ აშკარა გახლავთ.

- ყლაპვის დროს ხველა;
- ხველის სისტემატური ხასიათი და საკვების გადაცდენები;
- ფილტვების მორეციდივო ინფექციები;

ფისტულები შესაძლოა შეგვხვდეს როგორც თანდაყოლილი, ასევე შეძენილი (პოსტინტუბაციური, რაიმე კვლევითი მანიპულაციის შემდეგ ან ტრავმული, უცხო სხეულის მოხვედრის შედეგად).

დიაგნოსტიკა

საუკეთესო მეთოდი არის რადიო-ვიდეო დიაგნოსტიკა კონტრასტით, სადაც კარგად ჩანს კონტრასტული ნივთიერების კვალი საყლაპავიდან ტრაქეაში.

ასევე, ვიდეო-ენდოსკოპიური დათვალიერება მეთილენის ლურჯის გამოყენებით

თანდაყოლილი პათოლოგიები

საყლაპავი მილის თანდაყოლილი პათოლოგიები, როგორც წესი, საყლაპავი მილის ატრეზიებით არის მდიდარი. მდებარეობის მიხედვით, არსებობს რამდენიმე ტიპის ატრეზია. ატრეზიას

თან ახლავს ეზოფაგო-ტრაქეალური ფისტულები. ასეთი მალფორმაციის დიაგნოსტიკა დაბადებისთანავე ხდება რბილი მილის საშუალებით. როდესაც მილით საყლაპავის გამავლობა არ დასტურდება, დიაგნოსტიკა ხდება რადიოლოგიური კვლევით. კლინიკური ნიშნები: სუნთქვის დისტრესი, მუცლის შებერვა. ეს ის ნიშნებია, რომელთა დამატებითი კვლევა აუცილებელი გახლავთ.

ამ მალფორმაციების დროს, აუცილებელია სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა, რათა თავიდან ავიცილოთ ინფექციური გართულებები და ახალშობილის შიმშილი.

არ უნდა გამოგვრჩეს იშვიათი თანდაყოლილი მალფორმაციებიც:

- სტენოზები;
- ტრაქეო-ეზოფაგალური ფისტულები (საყლაპავის ატრეზიის გარეშე);
- დივერტიკულები;
- გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსები;
- მეგა-ეზოფაგუსი-კარდიალური ნაწილის აქალაზიები, რომელიც გიგანტურ საყლაპავში საკვების და ნერწყვის კუმულაციით ვლინდება;



I ტიპი
იზოლირებული
ატრეზია



II ტიპი
ზედა სეგმენტის
ტრაქეო-ეზოფაგალური
ფისტულა + ატრეზია



III ტიპი
ქვედა სეგმენტის
ტრაქეო-ეზოფაგალური
ფისტულა + ატრეზია



IV ტიპი
III ტიპის ნაირსახეობა



V ტიპი
2 ან მეტი ფისტულა

საყლაპავის თანდაყოლილი ანომალიები

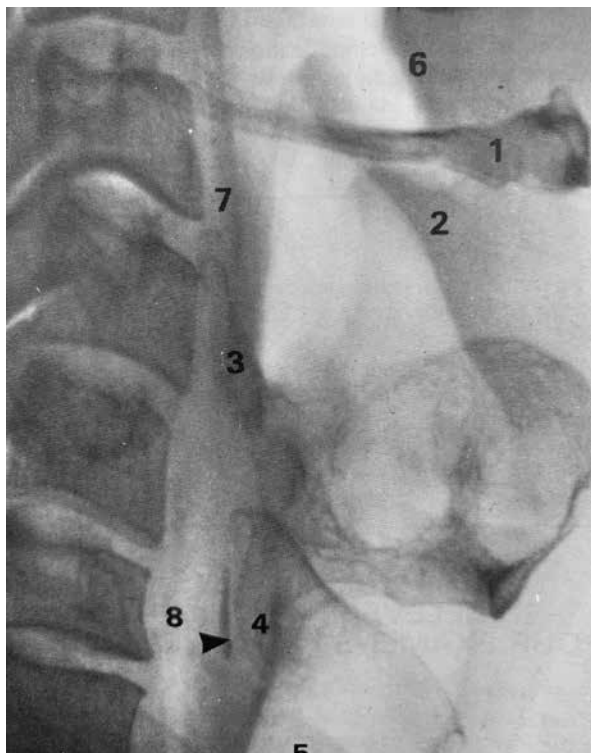
საყლაპავის უცხო სხეულები

ბავშვთა ასაკში, უცხო სხეულების მოხვედრა საყლაპავში, საკმაოდ ხშირი გახლავთ. ყველა პატარა საგანი, რომელიც უყურადღებოდ დარჩა, შესაძლოა ბავშვმა გადაყლაპოს, მაგ. კარგად ცნობილი სათამაშოები – „კინდერი“ და სხვა. ამ ფორმების კეთილი ნებით, ზოგ ქვეყანაში ამგვარი შემთხვევების მკურნალობის ფონდებიც შეიქმნა.

დიაგნოსტიკა მარტივი გახლავთ. როგორც წესი, მშობელი თვითონ აღწერს ამ სხეულის გადაყლაპვის მომენტს: „...დავინახე, რომ ხელში ეჭირა, მაგრამ ვერ მოვასწარი და პირში ჩაიდო.“ ან, ისეთი კლინიკური ნიშნების უეცარმა გამოვლინებამ, როგორც არის დისფაგია, ჰიპერსალივაცია და საკვებზე უარის თქმა, ეჭვი უნდა გაგვიჩინოს უცხო სხეულის არსებობაზე.

ზოგი საგანი რენტგენზე ჩანს, ზოგიერთი კი – არა. ამიტომ მხოლოდ რენტგენოლოგიურ კვლევებზე დაყრდნობით ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკა არ ღირს.

ასევე, უნდა ვიცოდეთ ცრუ ნიშნები, რათა ძვლოვანი კალციფიკატები არ მოგვეჩვენოს საყლაპავის უცხო სხეულად. ეს არის ბექდისებრი ხრტილის კალციფიკატი, რომელიც საყლაპავთან, ხერხემლის მე-6 მალის დონეზე მდებარეობს.



საყლაპავის რენტგენოლოგიური კვლევა და უცხო სხეულის ცრუ ნიშანი (N8 ისრით ნაჩვენები). სინამდვილეში ის ბექტისებრი ხრტილია.

რენტგენოლოგიური კვლევის შემდეგ, თუ რაიმე საფუძვლიანი ეჭვი არსებობს უცხო სხეულზე, აუცილებელია ჩატარდეს ენდოსკოპიური კვლევა. ფიბროენდოსკოპია, რომელიც იძლევა საშუალებას დავადგინოთ და ამოვიღოთ პატარა ზომის უცხო სხეულები. დიდი ზომის უცხო სხეულების ამოღება აუცილებელია რიგიდული ეზოფაგოსკოპიით. ეს ოპერაციული ჩარევა ძალიან საშიშია, რადგანაც, შეიძლება გართულდეს საყლაპავის დაზიანებით და ასევე, მედიასტინიტით.

ოპერაციის შემდეგ, აუცილებელია პაციენტის მინ. 1 დღით

სტაციონარში მოთავსება და დაკვირვება. უნდა დავაკვირდეთ ტკივილის გაჩენას, ემფიზემას ან ყლაპვის გაძნელებას. ეს უკვე იმის ნიშნებია, რომ პროცესმა საყლაპავი დატოვა და გვერდით ორგანოებზე გადავიდა.

ნანილი

5

ტრაქეა

ტრაქეა

A. ანატომიური აღწერილობა

ტრაქეა ხრტილოვან-ფიბროზული ორგანოა და ხორხის გაგრძელებებზე, ქვემოთ ვრცელდება. ტრაქეის კისრის ნაწილი გადადის თორაკალურ ნაწილში და შემდეგ ორ ბრონქად იყოფა.

ამ ორგანოს ზომები სხვადასხვაგვარია ასაკის, სქესის და ინდივიდუალური თავისებურებების მიხედვით. მოზრდილის ტრაქეა არის, დაახლოებით, 13 სმ. დიამეტრი – 16-19 მმ. ხოლო პატარების, 17-18 თვის ასაკამდე, ტრაქეის სიგრძეა 5-9 სმ. დიამეტრი – 6-8 მმ.

ტრაქეოტომიის შემთხვევაში, ამ ზომების ცოდნა მნიშვნელოვანია – ტრაქეოტომიული მილის შესარჩევად.

თავად ტრაქეა წარმოადგენს ნახევარკალოვან, ხრტილოვან ბექტებზე აგებულ მემბრანოზულ ორგანოს. სხეულის წინა მხრიდან, გულმკერდის არეში, ტრაქეა საყლაპავ მილს ერთი მხრიდან ებჯინება გლუვ-კუნთოვანი კედლით, ხოლო მეორე მხარე წარმოადგენს ტრაქეის ჩონჩხს, რომელიც შედგება ხრტილოვანი, ბექტისებრი რკალებისგან. მათი რაოდენობა 16-დან 20-მდე მერყეობს.

ტრაქეის რიგიდული წინა ხრტილოვანი ნაწილი იჭერს მის ფორმას და ამის გამო, იგი არ განიცდის კოლაფსს სუნთქვის დროს. ასევე, მისი უკანა რბილი ნაწილი იძლევა საშუალებას ინსპირაციის დროს გაიზარდოს მოცულობა. ან პირიქით – დახველების დროს მისი მოცულობა შემცირდეს. ეს ცვლილებები სუნთქვის სხვადა-

სხვა ფაზის დროს ხდება. შიგნიდან, იგი რესპირატორული ლორწოვანით არის ამოფენილი.

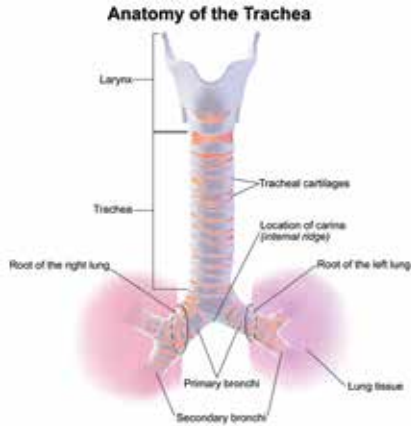
მისი მეზობელი ორგანოებია:

უკნიდან – საყლაპავი;

წინიდან – ფარისებრი ჯირკვალი;

შუასაყარში – დიდი ზომის სისხლძარღვები და ლიმფური სადინრები.

ასევე, აღსანიშნავია შებრუნებითი ნერვები მის ორივე მხარეს.



ტრაქეა

B. ფიზიოლოგიური აღნერილობა

აგებულია ამ ორგანოს საშუალებას აძლევს, რომ განახორციელოს რესპირატორული, და ასევე, სეკრეტის მადრენირებელი ფუნქცია. შესუნთქვის დროს, თორაკალური უარყოფითი წნევის შექმნის გამო, მისი დიამეტრი და სიგრძე იზრდება. ამოსუნთქვის დროს პირიქით, მცირდება. ეს შესაძლებელი ხდება მისი უნიკალური, ხრტილოვან-ფიბროზული აგებულების და მდებარეობის გამო. ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ როდესაც სუნთქვისას შეფერხება (უცხო სხეული, სიმსივნე) განპირობებულია ტრაქეის ცერვიკალური-ზედა ნაწილით, დისპნოე ყოველთვის არის ინსპირატორული ანუ, ჩასუნთქვის დროს. როდესაც შეფერხება ტრაქეის სანათურშია, ქვედა თორაკალურ ნაწილში, დისპნოე არის ექსპირატორული ანუ, ამოსუნთქვის დროს.

ჩვენებები ტრაქეის გამოსაკვლევად

ზოგიერთ შემთხვევაში, სახეზეა ისეთი სიმპტომები, რომელიც ამკარად მიგვითითებს ტრაქეის დაზიანებაზე.

ასეთი სიმპტომებია:

- ტრაქეალური ხველა – „მყეფავი“, მშრალი;
- ტრაქეალური დისპნოე – როდესაც ორივე, ინსპირაციული და ექსპირაციული დისპნოე არის წარმოდგენილი. თუმცა, იმის მიხედვით, თუ რა დონეზეა შეფერხება, ქოშინი სხვადასხვაგვარია. მაგლითად, როდესაც დაზიანება არის ენდო-თორაკალურ დონეზე, უფრო გამოხატულია ექსპირაციული ქოშინი და პირიქით, როდესაც შეფერხება არის ექსტრათორაკალურ ნაწილში, ინსპირაციული დისპნოე უფრო ამკარად და სტრიდორის ხასიათს ატარებს;
- სისხლიანი ნახველი ტრაქეალური დაზიანების უპირობო ნიშანია პოსტინტუბაციურ ან პოსტრაქეოტომიურ პერიოდში, როდესაც დისპნოე არის გამოხატული საყლაპავის კიბოს მქონე პაციენტებში;

გამოკვლევის მეთოდები

A. კლინიკური გამოკვლევა

დათვალიერება

მნიშვნელოვანია დავაკვირდეთ რომელი დისპნოე არის უფრო მძიმე, ინსპირაციული თუ ექსპირაციული. როგორია გულმკერდის და მუცლის კუნთების მოძრაობა ამოსუნთქვის დროს. როგორც წესი, ნორმალურ ორგანიზმში, ამოსუნთქვა მუცლის კუნთების ჩართვის გარეშეა შესაძლებელი.

მოსმენა

აუცილებელია სუნთქვის ხმაურის მოსმენა. ისმის თუ არა რაიმე უცნაური, მაგალითად, სტვენის ხმა, ან ხიხინი და Wheezing-ი.

ხველა, რომელიც შეიძლება იყოს „მყეფავი“.

ფილტვების აუსკულტაცია, რომელიც, ბრონქული პრობლემის დროს, რომელიმე მხარეს სუნთქვის ჩამორჩენაში გამოიხატება.

პალპაცია

ტრაქეის გასწვრივ, ლავიწზედა მიდამოსთან ან კისრის სხვა მიდამოში, პალპაციით შეიძლება ასიმეტრიის შეგრძნება, რაც ტრავმის ან სიმსივნის ზენოლის გამო შეიძლება განვითარდეს. ეპიგასტრალური მიდამოს პალპაციით შეიძლება შევიგრძნოთ ამოსუნთქვის დროს მუცლის კუნთების კონსტრიქცია-შეკუმშვა.

B. რადიოლოგიური კვლევა

დღეს კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტური რეზონანსი გახდა რუტინული კვლევა. ამიტომ, ტრაქეის დაზიანებაზე ექვის დროს, ეს კვლევები აუცილებლად არის ჩასატარებელი.

C. ენდოსკოპიური კვლევა

ენდოსკოპიური ტრაქეოსკოპია, ჩვენი აზრით, არის ყველაზე კარგი საშუალება გამოვავლინოთ ტრაქეის ობსტრუქციის მიზეზი და საჭიროების შემთხვევაში, შევასრულოთ ბიოფსია.

მისი შესრულება შეიძლება როგორც რიგიდული, ასევე ფიბროტექნიკით – ფიბროსკოპით. ორივე ხელსაწყოს აქვს გარკვეული უპირატესობები. ამიტომ საჭიროა ორივე ტექნიკის ცოდნა. მინი ოპერაციები-ბიოფსიები ეს ყველაფერი შესაძლოა ამ ტექნიკის გამოყენებით ჩატარდეს. თუმცა, უცხო სხეულის ამოღების დროს, რიგიდული ენდოსკოპია დღესაც საუკეთესო მეთოდად რჩება.

D. სუნთქვის ფუნქციური მაჩვენებლების კვლევა

მონაცემები შესუნთქვა-ამოსუნთქვის მოცულობის შესახებ, მნიშვნელოვანია პაციენტის სტატუსის შესაფასებლად (ოპერაციის ჩვენების დასადგენად) და ასევე, მკურნალობის ეფექტურობის განსასაზღვრად.

ტრაქეიტები

ეს დაავადება, როგორც წესი, ასოცირებულია ლარინგიტთან ან ბრონქიტთან. მისი ვირუსული ეტიოლოგია უფრო ხშირია, თუმცა არსებობს ბაქტერიული ან ალერგიული მიზეზებიც.

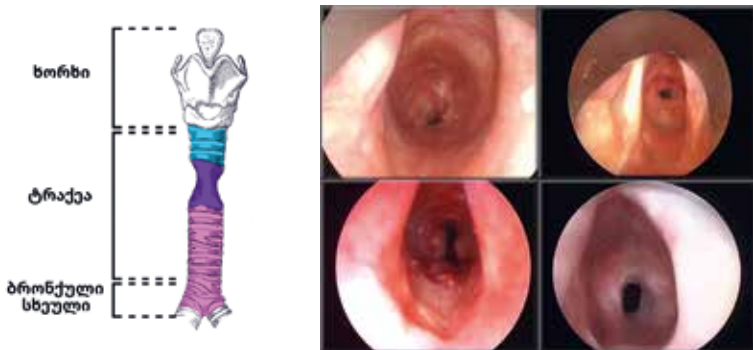
სიმპტომურად, ის გამოიხატება მშრალი, ხანდახან „მყეფავი“ ხველით და რეტროსტერნალური ტკივილით. მშრალი ხველა და მისი სიმპტომები ყველას გვექონია, ამიტომ კარგად ვიცით.

მკურნალობა უნდა დაინიშნოს ეტიოლოგიის მიხედვით. როდესაც საქმე გვაქვს ვირუსულ ან ალერგიულ ტრაქეიტთან, მაშინ დამანოტიავებლები, როგორცაა ინჰალაცია და სეკრეტოლიტიკები, ანტიალერგიულ მედიკამენტებთან ერთად, საკმარისია. რამდენიმე დღეში დაავადება თავისით ქრება.

როდესაც დაავადების მიზეზი შესაძლოა იყოს სინუსების ან ბრონქების ინფექცია, მაშინ საქმეში უნდა ჩავრთოთ ანტიბიოტიკოთერაპია და ყველა საშუალება (თუნდაც ოპერაციული ჩარევა სინუსებზე) უნდა გამოვიყენოთ პირველადი კერის მოსასპობად.

ანთებითი სტენოზი

ზოგ შემთხვევაში, ტრაქეის ანთებითი სტენოზები სპეციფიკური დაავადების (სიფილისი, ტუბერკულოზი, სკლერომა) მიზეზით ყალიბდება. თუმცა, ხშირად მისი გამომწვევი ცუდად შეხორცებული ნაწიბურია, რომელიც ტრაქეოტომიის ან ინტუბაციის შემდგომი დაზიანება გახლავთ.



ტრაქეის სტენოზის სქემატური და ტრაქეის სტენოზების ენდოსკოპიური სურათები

ასეთი სტენოზების სიმპტომები დამოკიდებულია დაზიანების ხარისხზე და ადგილმდებარეობაზე. პოსტინტუბაციური სტენოზები, როგორც წესი, ყინისქვეშა (სუბგლოტური) ლოკალიზაციის არის, რაც აიხსნება საინტუბაციო მილის ბალონის (მანჟეტის)

მდებარეობით. პოსტტრაქეოსტომიული სტენოზები, როგორც წესი, ორ ადგილას ვითარდება – ტრაქეოსტომიის მიმდებარე ზონაში ან ტრაქეოსტომიული მილის ქვედა ბოლოს, საპროექციო ადგილას. როგორც ადრე ვთქვით, კლინიკურად, ეს სტენოზები (როგორც ინსპირაციული ასევე ექსპირაციული) დისპნოეთი ვლინდება. ინსპირაციული დისპნოე კისრის მიდამოს სტენოზზე მიუთითებს, ხოლო ექსპირაციული – თორაკალური ნაწილის შევიწროებაზე.

როგორც წესი, დისპნოეს ნიშანი ჯერ დატვირთვის დროს ვლინდება, ხოლო შემდეგ, უკვე მოსვენებულზეც შეინიშნება. ტრაქეოსტომიული მილის გამო ჩამოყალიბებული სტენოზი კი, რეანიმაციაში, პაციენტის დეკანულაციის შემდეგ ჩამოყალიბებული დისპნოეთი ვლინდება. დიაგნოსტიკა, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ძირითადად, კომპიუტერული ტომოგრაფიით და მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით ხდება.

მკურნალობის საწყის სტადიაზე შესაძლოა გამოვიყენოთ კორტიკოსტეროიდები, მილის თანდათან დავიწროებით.

უშედეგობის შემთხვევაში, მივმართავთ ქირურგიულ ჩარევას. სტენოზის ოპერაცია, მდებარეობის და მისი გავრცელების მიხედვით, შეიძლება იყოს როგორც ლაზერული ასევე, ენდოსკოპიური. ოპერაციის უშედეგობის შემთხვევაში, შესაძლებელია გაკეთდეს

რეზექცია-ანასტომოზის ოპერაცია ტრაქეაზე. ეს ძალიან მასშტაბური და რისკის შემცველი ოპერაციაა. ამ ოპერაციის დროს, ხდება 1-დან 4 სმ-მდე ტრაქეალური ხრტილოვანი რგოლის ამოკვეთა და შემდეგ ტრაქეის რეკონსტრუქცია.



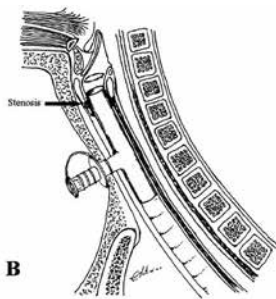
რეზექცია-ანასტომოზის ოპერაციის სქემატური აღწერილობა.

4-ზე მეტი რგოლის ამოკვეთის შემთხვევაში, ბრონქული სისტემის დაჭიმვის გამო, შესაძლოა მისი სისხლმომარაგების მოშლა, რაც საბოლოო ჯამში, ბრონქული სხეულის ნეკროზით და პაციენტის სიკვდილით დამთავრდება. ამიტომ რეზექცია-ანასტომოზის ოპერაციის უკუჩვენება არის სტენოზი ოთხ ტრაქეალურ რგოლზე მეტი სიგრძის შემთხვევაში.

ასევე აღსანიშნავია, პრაქტიკაში დღესაც არსებული T-მილი, ბუჟირება (დროებითი გაფართოება ნარკოზის ქვეშ) და იმპლანტირებადი ბადე-დილატატორები.

განვიხილოთ თითოეული მათგანი:

T-მილი – ევროპაში Montgomery-ს სახელით ცნობილი სილიკონის მილი. ძალიან ეფექტური, მაგრამ უხერხული სახმარი როგორც ესთეტიკურად, ასევე წმენდის თვალსაზრისით.



T-tube, Montgomery-ის მილი.

ბუჟირება – ტერმინი ბუჟირება მოდის ფრანგული სიტყვისგან bougie, რაც სანთელს ნიშნავს.

სპეციალური, გრძელი, სხვადასხვა დიამეტრის პლასტიკის სანთლები, რომელთა დიამეტრის ეტაპობრივად გაზრდით, ხდება ტრაქეის სანათურის გაფართოება. თუმცა, როგორც წესი, რესტრენოზი 1-დან 4 თვეში ისევ უქმნის პაციენტს სუნთქვის პრობლემებს.



ტრაქეის გასაფართოებელი
სანთლები ბუჟირებისთვის

იმპლანტირებადი ბადე დილატატორები – ამ იმპლანტირებადი ბადეების გამოყენება და ინსტალაცია ხდება ენდოსკოპიურად. სტენოზირებულ ნაწილში ვათავსებთ ამ ბადეს დაჭიმულ-დაპატარავებულ მდგომარეობაში. შემდეგ, მიკროსკოპით და ენდოსკოპიური ინსტრუმენტებით, ხდება ამ ბადის სპეციალური ზამბარის გამოქაჩვა. ბადე იშლება და ხსნის სტენოზს. ყველაფერი კარგად იქნებოდა, რომ არა ხშირი გართულება. ხდება ბადის რბილ ქსოვილებში შეზრდა და ანთებითი პროცესის განახლება, რომელიც, როგორც წესი, უფრო დიდი სტენოზით მთავრდება ასეთი ბადის 3-4-ჯერ ამოღების შემდეგ, რაც ძალიან ძნელი და სახიფათო მანიპულაციაა. მერწმუნეთ, ამის შემდეგ არ გავიჩნდებათ სურვილი კიდევ მიმართოთ ამ მეთოდს.



იმპლანტირებადი პოლიმერული და მეტალის ბადეები

პოსტინტუბაციური სტენოზი არის ძალიან სერიოზული გართულება. ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია პროგნოზირებადი, დიდხნიანი ინტუბაციის დროს, დაიგეგმოს ტრაქეოტომია. აუცილებელია ამ მანიპულაციის კარგად ჩატარება და შემდგომ, ტრაქეოტომიის კარგი მოვლა, რათა თავიდან ავიცილოთ ტრაქეალური სტენოზი. ასევე, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ტრაქეის პოსტინტუბაციურ სტენოზს ხშირად შეიძლება ახლდეს ხორხის სტენოზიც.

NOTA BENE

- ნებისმიერი დისპნოეს დროს, როდესაც ანამნეზში პაციენტს აქვს ინტუბაცია ან ტრაქეოტომია, პაციენტის სტაციონარში მოთავსება აუცილებელი პროტოკოლით არის გათვალისწინებული. ასეთ შემთხვევაში, ასთმის დიაგნოზი სამედიცინო შეცდომის ტოლფასია და პაციენტის სიცოცხლეს შეიძლება საფრთხე შეექმნას;
- ასეთი დისპნოეს დეკომპენსირება შესაძლოა უეცრად მოხდეს ისე, რომ წინა პერიოდში პაციენტს არც ჰქონდეს მწვავე უკმა-რისობა;

ტრაქეის კომპრესია

ტრაქეის კომპრესია გვხვდება ძალიან ხშირად. კომპრესიის მიზეზი შესაძლოა მდებარეობდეს როგორც კისრის, ასევე თორაკალურ ნაწილში.

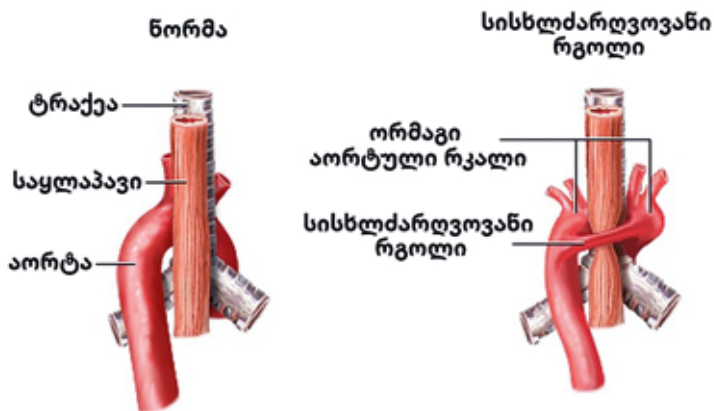
კისრის მიდამოს ტრაქეალური კომპრესია ყოველთვის არის სიმსივნოვანი ეტიოლოგიის. შესაძლოა ჩამოყალიბებული იყოს ფარისებრი, საყლაპავი ან ლიმფური კვანძების სიმსივნოვანი გენეზის გამო.

კლინიკურად, ასეთი დაავადებები ინსპირაციული ანუ ჩასუნთქვის დისპნოეთი ვლინდება. დიაგნოსტიკა რადიოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევის საფუძველზე ხდება და არ არის ძნელი. უფრო ძნელია გავერკვეთ ასეთი სიმსივნეები მხოლოდ კომპრესიას ახდენენ თუ უკვე ინვაზიურად შეზრდილები არიან ტრაქეის ქსოვილში.

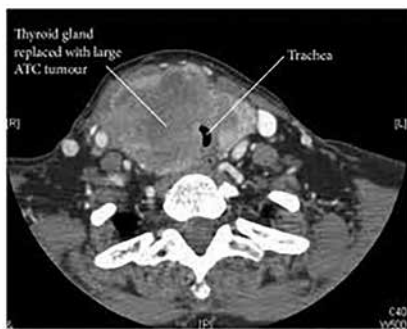
მედიასტინალური ნაწილის კომპრესია, უფრო ხშირად, სიმსივნოვანი ეტიოლოგისაა, როგორცაა ბრონქების სიმსივნე ან შორსნასული ტუბერკულოზი. თუმცა, ასევე შესაძლებელია სისხლძარღვოვანი ანომალიებით გამონეული კომპრესია მაგ. აორტის ან გულის ანომალიები. ასევე, აღსანიშნავია თიროიდული პათოლოგიები, მყვინთავი ჩიყვი.

კლინიკური ნიშნები ექსპირაციული დისპნოეთი ვლინდება. პერმანენტული ხველა, როგორც წესი, წინ უსწრებს დისპნოეს.

ასეთი დაავადებების მკურნალობა აუცილებლად ქირურგიულია და ითვალისწინებს კომპრესიის მიზეზის მოცილებას.



აორტის ანომალიების სქემატური აღწერა



ფარისებრი ჯირკვლის კომპრესიის რადიოლოგიური სურათი.

ტრაქეის სიმსივნეები

ეს ძალიან იშვიათი დაავადებები გახლავთ. როგორც წესი, ისინი ავთვისებიანია და ქონდროსარკომას ან ეპითელიომას მიეკუთვნება. თუმცა, არ არის გამორიცხული შეგვხვდეს კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიც – ქონდრომა და ლიპომები.

NOTA BENE

- ექსპირაციული ქოშინის – დისპნოეს არსებობა არ უნდა გახდეს ასთმის დიაგნოზის დასმის მიზეზი;
- როდესაც არის ორივე სახის დისპნოე – ინსპირაციულიც და ექსპირაციულიც, აუცილებელია ტრაქეის რადიოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევის ჩატარება;

ტრაქეის და ბრონქების გაგლეჯა

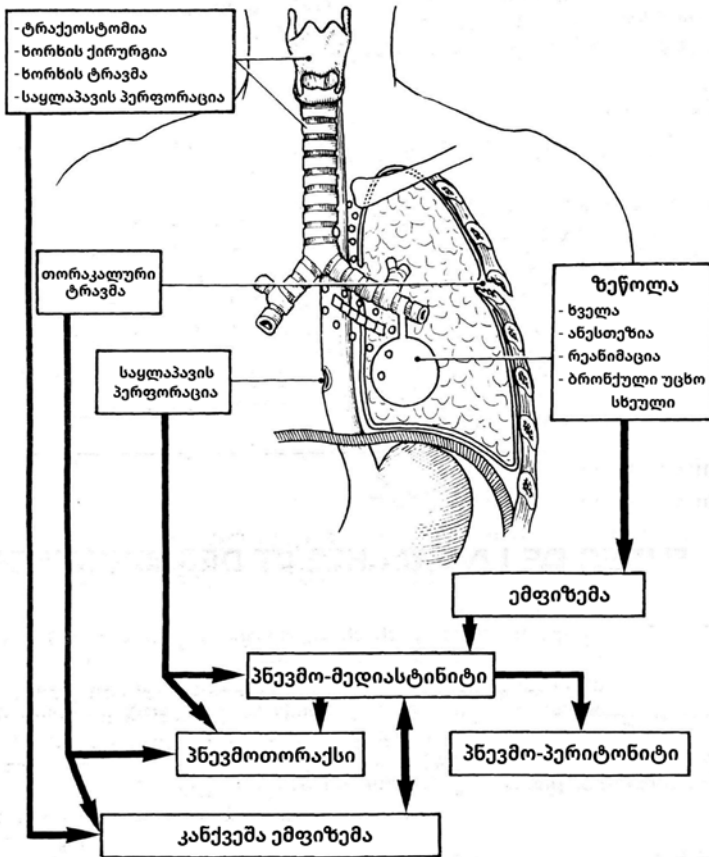
ასეთი შემთხვევები გვხვდება ტრაქეის ან ბრონქების ტრავმული დაზიანების დროს. მათი მიმდინარეობა ძალიან მძიმეა და პროგნოზიც ცუდია.

ამ დროს ხდება სასუნთქი გზების (ბრონქების) სისხლით გავსება, თორაკალური ჰაეროვანი კოლაფსი.

როგორც წესი, ასეთი ტრავმა ჩნდება ოპერაციული ჩარევის დასაწყისშივე – ინტუბაციის შემდეგ. თუმცა, შესაძლოა ასეთი კლინიკური ნიშნები გამოვლინდეს ოპერაციის დამთავრებისთანავე, როდესაც მოხდება ექსტუბაცია. ასეთი დაგვიანება შეიძლება აიხსნას საინტუბაციო მილის, ბალონის, მანუეტისმიერი ჭრილობის კომპრესიით. საინტუბაციო მილის გაბერილი მანუეტი ეფარება დაზიანებას და დროებით აყოვნებს პრობლემებს. ცერვიკალურ დონეზე დაზიანების დროს, ლარინგოლოგის მიზანი არის ენდოსკოპიური დიაგნოსტიკა და ტრაქეის შესაძლო რეკონსტრუქცია. თუ დაზიანება ცდება ცერვიკალურ ნაწილს, მაშინ ეს უკვე ჩვენი კომპეტენცია აღარაა და საქმეში თორაკალისტები უნდა ჩავრთოთ.



ტრაქეის გაგლეჯა



კანქვემა ქსოვილის, მედიასტინუმისა და პლევრის ჰაერით გაჯირჯვების მექანიზმი დაზიანების სხვადასხვა დონეზე არსებობის დროს.

გარდა პეროპერაციული ტრავმებისა, ხშირია ყოფითი ტრავმები, როდესაც ხორციელდება კომპრესია კისერზე, მაგ. ავარიის, დარტყმის ან მოხრჩობის მცდელობის დროს. ტრაქეა ძალიან ელასტიური ორგანო გახლავთ თუმცა, როდესაც ხდება მისი ხერხემალზე მიბჯენა, შესაძლოა, დიდი ზენოლის შედეგად, მისი გაგლეჯა.

ტრაქეის დაზიანების დიაგნოსტიკა, როგორც აღენიშნეთ, რადიოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევით ხდება. კვლევას ორი მიზანი აქვს: პირველი – აღმოვაჩინოთ დაზიანება და მისი ხასიათი და მეორე – დავაზუსტოთ მისი ლოკალიზაცია.

განვიხილოთ პრაქტიკული შემთხვევები

1. შესაძლოა ტრაქეის დაზიანება აშკარად ჩანდეს. კისრის მიდამოს ჭრილობიდან ჰაერის ამოსვლა გვიჩვენებს ჭრილობის ადგილს. თუმცა, ჭრილობა და ტრაქეის გაგლეჯის ადგილი შესაძლოა დაშორებული იყოს ერთმანეთისგან. ამ შემთხვევაში, უნდა ვეცადოთ არ მოვახდინოთ ჭრილობაზე კომპრესია, რათა არ გამოვიწვიოთ ჰაერის კანქვეშა ქსოვილებში გასვლა. ამის მაგივრად, თუ არის პატარა ზომის, საინტუბაციო ბალონიანი-მანუეტიანი მილი, უნდა ვეცადოთ ამ მილით ტრაქეის სანათურის მოძებნა და მისი ინტუბაცია კისრის ჭრილობიდან. ამის შემდეგ, შეიძლება პაციენტის საოპერაციო ბლოკში შეყვანა, ჭრილობის რევიზია და ტრაქეის რეკონსტრუქცია.
2. ტრაქეო-ბრონქული დაზიანება – გაგლეჯა. ამ საშუა დაზიანებაზე ეჭვი უნდა გავვიჩინდეს:
 - ფართოდ გავრცელებული კანქვეშა ემფიზემის დროს, რაც შეიძლება მოჰყვეს ნეკნების მოტეხილობას, ფილტვის გაგლეჯას ან ხორხის მოტეხილობას;
 - სწრაფად განვითარებული პნევმოთორაქსის, ფილტვის ქსოვილის დაზიანების დროს;

ასეთ მდგომარეობაში, განიხილება მოქმედების ორი სცენარი:

1. როდესაც ხორხის ან ტრაქეას კისრის ნაწილის დაზიანებით გამოწვეული ბრადიპნოე აშკარად არის გამოხატული, აუცილებელია სასწრაფო ტრაქეოტომიის გაკეთება. ინტუბაციის მცდელობები შესაძლოა უშედეგო აღმოჩნდეს, ამის გამო დაგვარგოთ ძვირფასი დრო და პაციენტი დაიღუპოს. სასწრაფო ტრაქეოტომიის ქირურგიული ტექნიკა აუცილებელია იცოდეს ყველა ოტორინოლარინგოლოგმა. მისი დეტალური აღწერა და ამ ტექნიკის დახვეწა უნდა მოხდეს ლარინგოლოგიის პრაქტიკულ გაკვეთილებზე. მეთვალყურეობის ქვეშ 20-ჯერ ჩატარებული ტრაქეოტომია, უკვე საშუალებას იძლევა ჩაითვალოს, რომ ახალბედა ქირურგი მზადაა დამოუკიდებლად ჩაატაროს ეს ჩარევა. მოკლედ რომ აღვწეროთ, **ტრაქეოტომია** კეთდება შემდეგი ეტაპების გავლით: კანის და კანქვეშა ქსოვილის გაკვეთა, ტრაქეის იდენტიფიკაცია. ტრაქეის გაკვეთა უნდა მოხდეს ისთმუსის ქვემოთ, შეძლებისდაგვარად. თუმცა, ხშირად ანატომიური თავისებურებების (მოკლე კისერი, სიმსუქნე) გამო, სასწრაფო ტრაქეოტომია შესაძლოა გაკეთდეს ისთმუსის ზემოთაც. აუცილებლად უნდა ვეცადოთ არ დავაზიანოთ ფარისებრი ჯირკვალი და მისი სისხლძარღვები. ამან შესაძლოა გამოიწვიოს მასიური სისხლდენა, რომლის კონტროლირებასაც ასეთ პირობებში ვერ შევძლებთ.
2. როდესაც დაზიანებულია ტრაქეის ან ბრონქის თორაკალური ნაწილი, ამ დროს დისპნოე შედარებით მსუბუქია. არის იმის დრო, რომ ჭრილობის და დაზიანების შეფასება განხორციელდეს ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ, საოპერაციო ბლოკში, ენდოსკოპის დახმარებით. ამის შემდეგ, საქმეში უნდა ჩაერთოს ქირურგი თორაკალისტი და განახორციელოს დაზიანების რეკონსტრუქცია.

თრაქეო-ბრონქული სვეტის უცხო სხეულები

ასეთი შემთხვევები, უმეტესწილად, გვხვდება პატარა ბავშვებში, 6 თვიდან 6 წლამდე, უმეტესობა, 2-3 წლის ასაკში. ეს არ ნიშნავს, რომ ზრდასრულ პაციენტებში არ გვხვდება, თუმცა, ძალიან იშვიათ ხასიათს ატარებს.

ანამნეზი შემდეგი გახლავთ: სრულიად ჯანმრთელი პატარა ბავშვი, იღებს პირში რაიმე საგანს (თხილი, სათამაშო, კამფეტი, სალექი რეზინი და ა.შ.). რალაც მომენტში, მას აღენიშნება სუნთქვის უეცარი შეკავება-გადაცდენა და ხველა. ამას კლასიკური **პენტრაციის სინდრომი** ეწოდება. ამის შემდეგ, პაციენტის სუნთქვა თითქოს სწორდება და ბავშვი ჩვეულებრივად აგრძელებს თამაშს. ეს მოჩვენებითი სიმშვიდის პერიოდი მაცდურია და არ უნდა შეგვიყვანოს შეცდომაში. ამ დროს, სასიცოცხლო აუცილებლობას წარმოადგენს ასეთი პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და ბრონქების ენდოსკოპიური დათვალეირება. საქმე ისაა, რომ უცხო სხეულის გადაცდენას, სუნთქვის შეჩერებას და დახჩობის შეგრძნებას მოსდევს ამ უცხო სხეულის ბრონქში გადასვლა, უარყოფითი ნწვევის გამო. ამის შემდეგ, სასუნთქი გზების გარკვეული ნაწილი, თუნდაც მეორე ბრონქი, სრულყოფილად ატარებს ჰაერს, რაც ქმნის მოჩვენებით შეგრძნებას, რომ საფრთხემ ჩაიარა. სინამდვილეში კი სასუნთქი გზების რალაც ნაწილი დახშული რჩება უცხო სხეულით. შემდგომში ხდება ამ ნაწილის ნეკროზი და განგრენოზული დესტრუქცია.

ამიტომ ნებისმიერ დროს და ნებისმიერ გარემოებაში, პაციენტის სიცოცხლის გადასარჩენად, პნეუმონიის სინდრომის შემთხვევაში, აუცილებელია ამ პაციენტის ენდოსკოპიური ბრონქოსკოპია.

A. ხორხის უცხო სხეული

ასეთი შემთხვევები ხშირია, როდესაც ბავშვები პატარა ზომის სათამაშოებით თამაშობენ. მოზრდილებში კი გადაცდენა ჭამის პროცესში სუნთქვის უეცარ შეფერხებას იწვევს და შესაძლოა ლეტალურადაც დამთავრდეს. ხორხის რეფლექსური მოძრაობით უცხო სხეული კავდება ყიის მიდამოში და იწვევს მწვავე დისპნოეს და ასფიქსიას. იმ შემთხვევაში, როდესაც უცხო სხეული არ იწვევს სანათურის მთლიან დახურვას, პაციენტის მდგომარეობა იძლევა საშუალებას გადავიყვანოთ სტაციონარში.

B. ტრაქეალური უცხო სხეული

ტრაქეალური უცხო სხეული საკმაოდ პატარაა საიმისოდ, რომ გასცდეს ყიას და ხორხს. სამაგიეროდ, საკმარისად დიდია, რომ ბრონქში გადავიდეს. ამიტომ ის მოძრაობს ტრაქეის სანათურში და იწვევს სუნთქვის პოზიციურ გაძნელებას. პაციენტი ასეთი სიმპტომებით, აუცილებლად უნდა მოთავსდეს სტაციონარში და უნდა მოხდეს უცხო სხეულის ამოღება ენდოსკოპიურად, ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ.

C. ბრონქული უცხო სხეული

ეს საკმაოდ ხშირი შემთხვევაა. მისი მართვის სირთულე იმაში მდგომარეობს, რომ დიაგნოზი და ადგილმდებარეობის დადგენა რთულია განსაკუთრებით მაშინ, როცა სავსე რადიოლოგიურად უხილავია. როდესაც სხეული მცირე გახლავთ და იგი არ ახორციელებს მსხვილი ბრონქის ობსტრუქციას, კლინიკური გამოვლინება

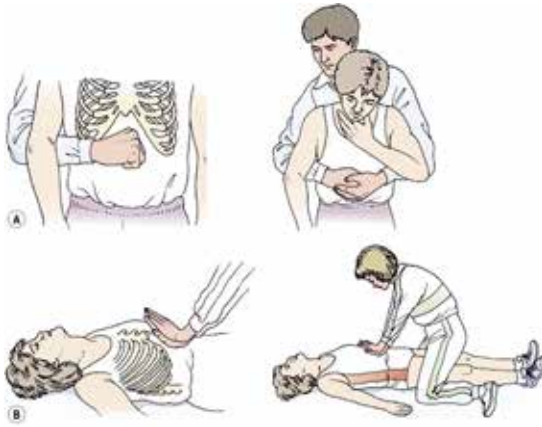
არც არის ყურადსაღები. პაციენტი კარგად გრძნობს თავს. თუმცა, შემდგომში, მისი მდგომარეობა დამძიმდება ობტურირებული ბრონქის დაჩირქების გამო.

ამიტომ აუცილებელია ენდოსკოპიური ბრონქოსკოპია და ამ სხეულის მოძებნა პენეტრაციის სინდრომის შემთხვევაში.

უცხო სხეულის არსებობის შემთხვევაში, სასწრაფოდ ჩასატრე- ბელი მანიპულაციები

არსებობს პროტოკოლით განწერილი ზუსტი მანიპულაციები, რომელიც უნდა ვიცოდეთ.

- თითის ჩაყოფა პირში და უცხო სხეულის ძებნა და ამოღება. თუმცა, ამ დროს დიდი სიფრთხილე უნდა გამოვიჩინოთ, რათა უცხო სხეული პირიქით არ ჩავავდოთ ხორხისკენ.
- მცირეწლოვანი ბავშვის შემთხვევაში, პაციენტის ფეხებით თავდაყირა დაჭერა იმის იმედით, რომ უცხო სხეული ჩამოვარდება ქვემოთ. ამ მანიპულაციის დროს, არსებობს საშიშროება ტრაქეალური უცხო სხეული ხორხში ჩამოვარდეს და ასფიქსია გამოიწვიოს.
- ჰაიმლიკის (Heimlich) მანიპულაცია – მანევრი, რომელიც გულისხმობს პაციენტის მუცელზე, უკნიდან ხელების სწრაფი მოჭერის შედეგად, ფილტვების წნევის გაზრდას და უცხო სხეულის ამოგდებას სასუნთქი გზებიდან.



Heimlich-ის მანიპულაციის ნაირსახეობები.

როგორც ხვდებით, უცხო სხეულის პრობლემა სერიოზული და სიცოცხლისათვის საშიშია. უმეტესწილად, ეს განპირობებულია მისი გადაუდებელი ხასიათით. ძალიან იშვიათია უცხო სხეულის ამოღება ვერ მოხერხდეს ენდოსკოპიურად და საოპერაციო ბლოკის პირობებში და საჭირო გახდეს თორაკოტომიული ჩარევა.

NOTA BENE

ენდოსკოპიური ბრონქოსკოპიის აუცილებლობა:

- ნებისმიერი დისპნოეს დროს, როდესაც ანამნეზში გვაქვს პენეტრაციის სინდრომი;
- ნებისმიერი მორეციდივო პნევმონიის დროს ბაეშვებში, როცა ეს პათოლოგია უსიმპტომოდ და უეცრად იჩენს თავს და პენეტრაციის სინდრომი შეიძლება ვივარაუდოთ;

**კისრის სიმსივნური
და ანთებითი
პათოლოგიები**

კისრის ანთებითი და სიმსივნოვანი პათოლოგიები

კისრის პათოლოგიები ძალიან მრავალფეროვანია და მათი დეტალური შესწავლა მოითხოვს საკმაოდ დიდ დროს. თუმცა, არის ძირითადი პრინციპები, რომლის ცოდნაც დაგვეხმარება თავიდან ავიცილოთ შემდეგი არასწორი ნაბიჯები:

- ზედმეტი და დროში განელი კვლევების დანიშვნა;
- კისრის ლიმფური კვანძის ბიოფსია, როდესაც შესაძლოა იყოს ხახა-ხორხის სიმსივნე;
- კისრის მიდამოს გასინჯვა;

A. კლინიკური გასინჯვა

უმნიშვნელოვანესი პროცედურა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს შეგვექმნას პირველადი აზრი დაავადების შესახებ, არის დეტალური გამოკითხვა, რომელიც გულისხმობს სიმსივნის გაჩენის და ზრდის ხასიათის დაზუსტებას. ასევე, მისით გამოწვეული შეგრძნებების დაზუსტებას. შემდგომ, ხდება კისრის დათვალიერება – პალპაცია. ზოგჯერ ეს გაძნელებულია პაციენტის ანატომიურად მოკლე და სქელი კისრის გამო. თუმცა, ამ კვლევის ნატიფი და სერიოზული ჩატარება დიაგნოზის უმნიშვნელოვანესი ნაწილი გახლავთ. უნდა შემონმდეს კისრის ლიმფური კვანძების მდგომარეობა, სისხლძარღვების და სანერწყვე ჯირკვლების მდგომარეობა. ასევე, ხორხის და კუნთების მდგომარეობა. აუცილებელი გახლავთ

სიმსივნის მობილურობის ან ფიქსაციის შემონმება კანსა და ზემოთ ჩამოთვლილ ორგანოებთან მიმართებაში. ყლაპვის და ხველების დროს, სიმსივნის რეაგირება ამ გამაღიზიანებელზე, იძლევა საკმაოდ დიდ ინფორმაციას სიმსივნის ეტიოლოგიაზე. ასევე, პულსირება მისი პალპაციისას მიგვითითებს ან მის სისხლძარღვოვან ეტიოლოგიაზე ან მის მჭიდრო კავშირზე დიდ სისხლძარღვებთან. წესით, ოჯახის ექიმი წინასწარ უნდა გვანვდიდეს ინფორმაციას პირ-ხახის მდგომარეობის შესახებ. თუმცა, მაინც აუცილებელი გახლავთ ჩვენი მხრიდან შემონმდეს ჩამოთვლილი მიდამოები, რათა არ გამოგვრჩეს თუნდაც უმნიშვნელო ავთვისებიანი ზონა, რომელიც ადენოპათიის მიზეზი შეიძლება იყოს.

B. კისრის რადიოლოგიური კვლევები

რადიოლოგიური კვლევა 21-ე საუკუნეში უმნიშვნელოვანესი სადიაგნოსტიკო საშუალებაა. მისი საშუალებით შესაძლებელია მოხდეს სიმსივნის ზომის, მდებარეობის, კონსისტენციის და ახლომდებარე ორგანოებთან დამოკიდებულების განსაზღვრა. ძალიან ხშირად, ეს კვლევები (CT, MRI) საშუალებას იძლევა, ინვაზიური მეთოდების გამოყენებამდე, 80-90 %-ის სიზუსტით დავსვათ დიაგნოზი.

ექოსკოპიური კვლევა უფრო იაფი და მარტივი საშუალებაა და ამიტომ უფრო ხშირად გამოიყენება.

რაც შეეხება ანგიოგრაფიას, მისი გამოყენება უპრიანია როდესაც სიმსივნის მდებარეობა ან ეტიოლოგია დაკავშირებულია დიდ სისხლძარღვებთან.

კისრის ადენოკატიები

კისრის ადენოკატიები შეიძლება აგვეერიოს მხოლოდ მრავლობით ნეირო-ფიბრომატოზში. დანარჩენ შემთხვევაში, კისრის მრავლობითი ახალნარმონაქმნები ყოველთვის ლიმფოიდურ ადენოკატიას წარმოადგენს. ეს აიხსნება იმით, რომ კისრის მიდამო ძალიან მდიდარია ლიმფოიდური ქსოვილით და ამ ქსოვილის ესა თუ ის დაზიანება – ანთება იქნება ეს თუ სიმსივნოვანი პათოლოგია (ლიმფომა), ადენოკატიით ვლინდება. კისრის ლიმფური კვანძების – ადენოკატიის შესაფასებლად, შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ რამდენიმე მოსაზრება – რეკომენდაცია:

- სხვადასხვა დაავადების დროს, აუცილებელია ლიმფოიდური ქსოვილის დაზიანების თავისებურებების და ადგილმდებარეობის ცოდნა;
- იმისათვის, რომ შემდგომი კვლევების სტრატეგია სწორად განისაზღვროს, საჭიროა ლიმფური ჯირკვლის ციტოლოგიის ან საბიოფსიო მასალის ინტერპრეტაცია;

A. კისრის ადენოკატიის შეფასების მნიშვნელოვანი ასპექტები

- კისრის ადენოკატიების (1 სმ.-ზე პატარა ზომის) არსებობა, რომელიც პალპაციით ვლინდება, არ არის რაიმე სერიოზული პათოლოგიის მანიშნებელი. ის შეიძლება იყოს გადატანილი ანთებითი, ვირუსული ან ბაქტერიული პროცესის

შედეგი. იმისათვის რომ ამაში დავრწმუნდეთ, საკმარისია 1-2 კვირაში პაციენტის რევიზია-გასინჯვა და ამით საკითხი ამოიწურება.

- კისრის ადენოპათია ყოველთვის მეორადი დაავადებაა. ანუ, ის მოსდევს ან ლორწოვანის და კანის საფარის სიმსივნოვან ან ანთებით პროცესს, ან რომელიმე გენერალიზებულ დაავადებას, მაგალითად, რამე ჰემატოლოგიურ, ინფექციურ ან პარაზიტულ დაავადებას.
- თავდაპირველი მიზეზი შესაძლოა აღარც არსებობდეს ან იყოს ძალიან პატარა. ადენოპათიის და პირველადი დაზიანების ზომა არანაირად არ არის ურთიერთკავშირში. მაგალითად, კანის საფარის პათოლოგიის შემთხვევაში, შესაძლოა თმის ქვეშ დამალული დაზიანება ან პლასტიკური ქირურგის მიერ ამოკვეთილი და ჰისტოლოგიის გარეშე დატოვებული რაიმე მონაკვეთი, მელანომა აღმოჩნდეს. ასევე, ადენოპათიის მიზეზი შესაძლოა იყოს კატის შეხორცებული ნაფხაჭნი. პირ-ხახის ლორწოვანი გარსის სიმსივნეების დროს ძნელია პრიმიტიული სიმსივნის კერის მოძებნა. ხშირად, ფიბროსკოპიული დათვალიერებაც არ არის საკმარისი ამ დაავადების აღმოსაჩენად. ასეთ შემთხვევაში, თუ ადენოპათიის ბიოფსიის დროს გამოჩნდება კიბოს ესა თუ ის უჯრედი, აუცილებელია არა მარტო კისრის ლიმფური სისტემის ამოკვეთა, არამედ კისრის სხვიური თერაპიაც. მას უნდა დავამატოთ იმ მიდამოს დასხივებაც, სადაც, სავარაუდოდ, მდებარეობს სიმსივნის კერა.
- კისრის ადენოპათიასთან არსებული სხვა მიდამოების ადენოპათიები უნდა გვაფიქრებდეს: 1) ზოგად ინფექციურ დაავადებაზე; 2) ავთვისებიან ლიმფომაზე; 3) ჰოჯკინის ლიმფომაზე; 4) სარკოიდოზზე;
- კისრის ადენოპათიის ხანდაზმულობა არ არის პირდაპირ კავშირში მის ავთვისებიანობასთან.

- ადენოპათიის ავთვისებიან ხასიათს არ გამორიცხავს მისი უეცარი გაჩენა და გაზრდა, ან მისი ზომის შემცირება მკურნალობის შედეგად. მაგალითად, ლიმფომის ზომა შეიძლება შემცირდეს კორტიკოიდის და ანტიბიოტიკის დანიშვნის შემდეგ.
- ლავიწზედა ადენოპათიები მიუთითებს ჰოჯკინის ან რომელიმე სხვა ტიპის ავთვისებიან ლიმფომაზე. თუმცა, შესაძლოა ტუბერკულოზის, სარკოიდოზის ან ფარისებრი ჯირკვლის და მსხლისებრი ფოსოს კიბოს მეტასტაზის მიზეზითაც იყოს გამოწვეული. ასევე, აღსანიშნავია მარცხენა მხარეს ლავიწზედა ადენოპათიის არსებობა, ე.წ. **TROISIER-ის კვანძი**, საყლაპავის კიბოს მეტასტაზი.
- ლავიწზედა, ორმხრივი ადენოპათიის არსებობამ უნდა გვაფიქრებინოს ჰოჯკინის ლიმფომა ან თორაკალური კიბო.
- კეფის და კისრის უკანა ზედა ნაწილში არსებული ადენოპათიები მიგვანიშნებს:
 - ტოქსოპლაზმოზზე;
 - ინფექციურ მონონუკლეოზზე;

ადენოპათია XI წყვილი ნერვის საპროექციო არეში (სპინალური ნერვის მიდამო), ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზის მიმანიშნებელია.

NOTA BENE

- ნებისმიერი ადენოპათიის დროს, აუცილებელია ავთვისებიანობის გამორიცხვა;
- მეტასტაზური ადენოპათია შესაძლოა განპირობებული იყოს:
 - ზედა სასუნთქი გზების კიბოთი;
 - ჰოჯკინის ან არაჰოჯკინის ლიმფომებით;
- ინფექციურ ადენოპათიებზე ეჭვის დროს, სასურველია თავი შევიკავოთ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობისგან. ამან შესაძლოა ცრუ დადებითი შედეგი მოგვცეს და სინამდვილეში საქმე გვექონდეს ლიმფომასთან;

B. დაავადებები, რომელსაც ხშირად ადენოპათია ახლავს თან

1. მიკობაქტერია და ადენოპათია

ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა საკმაოდ ადვილია.

როგორც წესი, სახეზეა რბილი ფლუქტუაციის მქონე კვანძი ან კვანძები. ხშირია მათი ფიქსაცია კანზე და მრავლობითი კონგლომერატი. პაციენტი ასაკით პატარა ან ახალგაზრდაა. პირის ღრუში შესაძლოა აღმოვაჩინოთ შანკრისებური ნადები. თუ ტუბერკულოზზე ტესტები დადებითია, რადიოგრაფიულად ჩანს კალციფიცირებული, მრავლობით დაზიანებები. ეჭვის დროს, შესაძლოა კვანძის ბიოფსია და მორფოლოგიური კვლევა. მტკიცებულების შეგროვების შემდეგ, პაციენტი იგზავნება სპეციალიზირებულ კლინიკაში, სადაც მას 9-12 თვიანი მედიკამენტოზური მკურნალობა ელოდება. უშედეგობის შემთხვევაში, ნაჩვენებია კვანძების ქირურგიული ამოკვეთა – ლიმფადენექტომია.

2. კატის ნაფხაჭნი

იგივე **ლიმფორეტუკულოზი**. გადაიცემა კატის ან რაიმე მცენარის ნაფხაჭნით. საინკუბაციო პერიოდი 2-3 კვირაა. დაავადება გამოიხატება ლიმფური კვანძების ადენოპათიით. კვანძები უმტკივნეულოა, სხვადასხვა ზომისაა. ძალიან იშვიათად ხდება ამ ადენოპათიის დაჩირქება და ფისტულიზაცია. დიაგნოსტიკა ანამნეზის შეგროვებით და პუნქტატის სტერილური, ბაქტერიული კვლევით ხდება. ბაქტერიების არარსებობა ადვილად ხსნის ანტიბიოტიკოტერაპიის უშედეგობას.

სხვა მკურნალობა, გარდა დაჩირქებული ადენოპათიის პუნქციური დაცლისა, არ არსებობს. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება

გაკვეთა. იგი თითქმის ყოველთვის ფისტულიზაციით მთავრდება. პროგნოზი კარგია – რამდენიმე კვირაში ადენოპათია თავისით ქრება.

3. ტოქსოპლაზმოზი

ხშირად გვხვდება ბავშვებში. მისი კლინიკური გამოვლინება ხშირად კისრის ლიმფადენოპათიით არის წარმოდგენილი. თუმცა, სხვა რეგიონების ლიმფური კვანძების დაზიანებაც არ არის გამოვლინებული.

კისრის მიდამოში ადენოპათია კეფის, ტრაპეციული კუნთის და ნიკაპქვეშა უმტკივნეულო, მაქსიმუმ 2-სმ.-ის ლიმფურ კვანძებით არის წარმოდგენილი. როგორც წესი, ტოქსოპლაზმოზის დროს, კვანძის დაჩირქება არ ხდება.

დიაგნოსტიკა ხშირად გაძნელებულია სეროლოგიური ანალიზის უზუსტობით. უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, აუცილებელია მისი გამეორება 2 კვირის შემდეგ. ჰემატოლოგიურად, სახეზე შეიძლება იყოს მონოციტების მომატება. თუმცა, თუ E.B.V ტესტი (Ebstein Barr-ის ტესტი) უარყოფითია, ინფექციური მონონუკლეოზი გამოირიცხება. როგორც წესი, ეს დაავადება საშიშია მხოლოდ ორსული ადამიანისათვის, რადგანაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს ნაყოფის განვითარებაზე. ასეთ შემთხვევებში, მკურნალობა ანტიბიოტიკოთერაპიით უნდა გაგრძელდეს. (მაგ. როვამიციინით).

4. ინფექციური მონონუკლეოზი

მონონუკლეოზის დროს, ადენოპათიის კლინიკური გამოვლინება ხდება კისრის მიდამოში. თუმცა, შესაძლოა ილლიის ფოსოშიც გამოვლინდეს. მონონუკლეოზის დიაგნოსტიკა, კლინიკური ნიშნების გარდა, უნდა დაზუსტდეს EBV ვირუსის ტესტით. Paul-Bunnell-Davidson-ის ტესტი ხშირად არ არის სარწმუნო და აღარ გამოიყენება.

მონონუკლეოზის გამო გაჩენილი ადენოპათიების ზომა არ არის კავშირში დაავადების სიმძიმესთან.

5. შიდსის ვირუსი

ამ დროს ადენოპათიები არის ორმხრივი, მრავლობითი ლოკალიზაციით გამოირჩევა ანუ, სხეულის სხვადასხვა მიდამოში გვხვდება. შიდსის დაავადების დიაგნოსტიკა სეროლოგიური ანალიზის მიხედვით შეგვიძლია. ასევე, აუცილებელია ტუბერკულოზის და მიკობაქტერიული დაავადების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, რადგან შიდსიან პაციენტებში ხშირია ამ დაავადებების არსებობა.

C. კისრის ადენოპათიების ციტოლოგიური და პათო-ჰისტოლოგიური დიაგნოსტიკა

ხშირ შემთხვევაში, ეს მარტივი გამოკვლევა ძალიან გვეხმარება დიაგნოსტიკაში. ციტოლოგიური კვლევის სიზუსტე, დაახლოებით, 50%-ია. თუმცა, დამოკიდებულია ციტოლოგის გამოცდილებაზე. როდესაც გამოცდილი ციტოლოგი და ქირურგი კონსილიუმზე, ერთობლივად, კლინიკური ნიშნების და ციტოლოგიური სურათის მიხედვით სვამენ დიაგნოზს, ეს უმეტესწილად, ზრდის დიაგნოზის სიზუსტეს.

ადენოპათიის ბიოპტატის ჰისტომორფოლოგიური კვლევა სარწმუნო და მრავალჯერ უფრო ზუსტი კვლევა გახლავთ. თუმცა, არ არის საჭირო ყოველ ჯერზე მისი განხორციელება. აუცილებელია გულდასმით იყოს შესწავლილი რეგიონი (პირ-ხახა, ხახა, ცხვირ-ხახა, ხორხი), შესაძლო ავთვისებიანი დაზიანების აღმოსაჩენად. ეს გარემოება საშუალებას მოგვცემს უფრო სწრაფად და ზუსტად გამოვავლინოთ ადენოპათიის ეტიოლოგია და არ დავკარგოთ ძვირფასი დრო კისრის კვანძის ბიოფსიაზე.

კისრის ადენოპათიის ბიოფსია აუცილებელია:

- როდესაც საქმე გვაქვს ამოუცნობ, მრავლობით ადენოპა-

თიასთან, რომლის პირველადი წყაროს (ხახის, ხორხის ან ახლომდებარე მიდამოს სიმსივნის) აღმოჩენა ვერ მოხერხდა. ამ შემთხვევაში, უნდა გაკეთდეს მცირე და ზედაპირული კვანძის ბიოფსია და მისი კვლევა.

- როდესაც საქმე გვაქვს დიდი ზომის, ფიქსირებულ და პარაკლინიკური კვლევებით უცნობ ადენოპათიასთან, რომელიც ეჭვს ბადებს ლიმფური კვანძის პრიმიტიულ კიბოზე, აუცილებელია პაციენტის წინასწარი გაფრთხილება და მისი თანხმობა ქირურგიულ ჩარევაზე, რომელიც გულისხმობს ამ კვანძის ბიოფსიას და ექსპრეს დიაგნოსტიკას. საჭიროების შემთხვევაში, თუ კიბო დადასტურდა, კისრის სრულ ლიმფადენექტომიას, ონკოლოგიური პრინციპების გათვალისწინებით.

NOTA BENE

- კისრის ადენოპათიის ბიოფსიის დროს, როდესაც კვანძი მდებარეობს მე-11 წვეილი ნერვის (n. spinalis) საპროექციო მიდამოში, რაც მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი კუნთის კეფის მიდამოს წარმოადგენს, ქირურგს განსაკუთრებული სიფრთხილე მართებს, რომ არ დააზიანოს ეს ნერვი;
- მისი დაზიანება იწვევს საშინელ ინვალიდობას, რაც მხრის აწევას შეუძლებელს ხდის. ეჭვის შემთხვევაში, შესაძლოა ნერვის სტიმულაცია მცირეამპერიანი ელექტროსტიმულატორით;

კისრის სიმსივნოვანი პათოლოგიები

კისრის ადენოპათიების ეტიოლოგია შესაძლოა შენიღბული იყოს კისრის მიდამოში არსებული მრავალი ანატომიური ერთეულის კიბოთი. ეს შეიძლება იყოს ნერვები, სისხლძარღვები, სანერწყვე ჯირკვლები, ფარისებრი ჯირკვალი და ა.შ.

ადენოპათიის მდებარეობა და კლინიკური ანამნეზი ძალიან ხშირად მიუთითებს პირველად სიმსივნურ დაზიანებაზე.

A. კისრის შუამდებარე სიმსივნეები

ამ მიდამოში შედის:

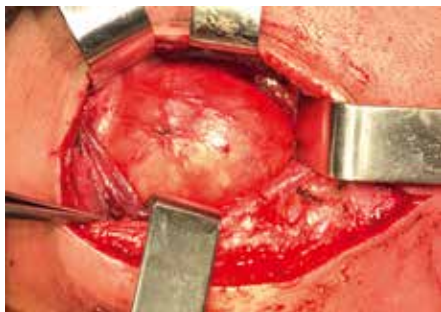
სუბჰიოიდური (ინის ძვლის ქვეშა) მიდამო:

- დერმოიდული კისტა;
- ოდონტოგენური ქრონიკული ცელულიტი;
- ნიკაპქვეშა ოდონტოგენური ადენოპათია;

თირო-ჰიოიდური (ფარისებრინის ძვლის ქვეშა) მიდამო:

- კისრის შუამდებარე კისტა (Kyste du Tractus Thyreoglosse – KTT). პალპაციით, ეს სიმსივნე არის რბილი. მისი მოძრაობა უნისონშია ყლაპვის მოძრაობასთან. როგორც წესი, ვლინდება ადრეულ ასაკში მტკივნეული შესიებით, ზოგჯერ ინფიცირებით და შესაძლო ფისტულოზაციით. მკურნალობა არის ყოველთვის ქირურგიული, რადგანაც მომავალში ეს პათოლოგია აუცილებლად გართულდება ჩირქმდენი ფისტულით ან, რაც უარესია,

შეიძლება განიცადოს მალიგნიზაცია. დიაგნოზი ისმება ექოსკოპიური კვლევის საფუძველზე. უნდა გამოირიცხოს ატოპიური ფარისებრი ჯირკვლის არსებობა. ოპერაციის მსვლელობისას, აუცილებელია ინის ძვლის შუა ნაწილის რეზექცია და მისი დარჩენილი ლატერალური ნაწილების ოსტეოსინთეზი.



(KTT) კისრის შუამდებარე კისტა, ოპერაციამდე და ოპერაციის დროს.

- გარეთა ლარინგოცელე (laryngocele). ლარინგოცელეს პარამედიალური მდებარეობა იშვიათია, თუმცა გვხვდება. დიაგნოზი კლინიკურად ისმება ვალსალვას მანევრით (Valsalva) რაც ცხვირის ობტურირების დროს, პაციენტის მიერ ცხვირით ჩაბერვაში გამოიხატება. გარეთა ლარინგოცელე უნდა განვასხვაოთ ხორხის კიბოსაგან.

ხორხის, ტრაქეის და ფარისებრი ჯირკვლის მიდამო

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ მიდამოს სიმსივნოვანი წარმონაქმნები, როგორც წესი, ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეებია. ტრაქეის და პრელარინგეალური სიმსივნეები ძალიან იშვიათია. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების დიაგნოსტიკა ექოსკოპიით, სცინტიგრაფიით და CT-ით ხდება. კვალიფიციური ექოსკოპიური კვლევა აღწერს სიმსივნის მდებარეობას, მის კონსისტენციას ასევე, რაოდენობას და თავად ფარისებრი ჯირკვლის მდგომარეობას. სცინტიგრაფიული

კვლევა ძალიან გვეხმარება ახალწარმონაქმნის ხასიათის დადგენაში. მაგალითად, ე.წ. „ცხელი კვანძი“ მხოლოდ ფარისებრი ჯირკვლის ადენომის დროს გვხვდება და პირიქით, „ცივი კვანძი“ მისი ავთვისებიანობის მაჩვენებელია და ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს. ზოგადად, ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადების დაახლოებით 90% კეთილთვისებიანია მხოლოდ 10%-ია ავთვისებიანი. ჩერნობილის ავარიის და ასევე, ეკოლოგიის გაფუჭების პირობებში, ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შემთხვევები საგრძნობლად გაიზარდა.

B. კისრის ლატერალური სიმსივნეები

კისრის ლატერალური სიმსივნეები უფრო რთული ჯგუფია. მათ რიცხვში, ასევე, შედის ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნეები. ამ ჯირკვლის ტოპოგრაფიიდან გამომდინარე, ეს პათოლოგიები ასევე შედის ზემოთ აღწერილ შუამდებარე სიმსივნეების ჯგუფშიც.

კისრის ლატერალური მიდამო შეიძლება სიმბოლურად დავყოთ:

1. რეტროარიკულარული და ყბის უკანა მიდამო

მის უმეტეს ნაწილს ყბაყურა ჯირკვალი იკავებს. ამ რეგიონის და ამ ჯირკვლის გასინჯვა, როგორც წესი, უკვე საკმარისია იმისათვის, რომ გამოვლინდეს სიმსივნოვანი პათოლოგია. ხშირად დიაგნოსტიკას აზუსტებს ექოსკოპიური ან მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, რომელიც უკვე დეტალურად აღწერს ზომას, მდებარეობას და მეზობელ ორგანოებთან დამოკიდებულებას. ასევე, უნდა აღვნიშნოთ ციტოლოგიური კვლევის მნიშვნელობა, რომლის მიხედვითაც ხდება ქირურგიული ტაქტიკის მართვა. თუმცა, საბოლოო და ზუსტი დიაგნოზი ჰისტოლოგიური კვლევის შემდეგ უნდა დაისვას. ყბაყურა ჯირკვლის ძირითადი სიმსივნეებია: პლეომორფული ადენომა (შერეული სიმსივნე), ცისტ-ადენოლიმფომა და უფრო იშვიათად, კარცინომები და ეპითელიომები. ბიოფსია ჰისტოლოგიური კვლევისათვის და შემდგომი ექსპრეს დიაგნოსტიკა განაპირობებს ქირურგიული

ჩარევის მასშტაბებს. მაგალითად, პლეომორფული ადენომის შემთხვევაში, ადრე აუცილებელი იყო ტოტალური პაროტიდექტომია. ბოლო მონაცემებით, ეგზოფაციალური ამოკვეთაც საკმარისია. როდესაც საქმე გვაქვს ავთვისებიან პროცესთან, ტოტალურ პაროტიდექტომიას თან ერთვის იპსილატერალური ლიმფადენექტომიაც. მოკლედ რომ ვთქვათ, ჩარევის ხასიათი დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ დიაგნოზზე. ნებისმიერი ჩარევა ყბაყურა ჯირკვალზე, იქნება ეს ეგზოფაციალური, ტოტალური რეზექცია თუ ბიოფსია, უნდა განხორციელდეს სახის ნერვის იდენტიფიკაციის შემდეგ, რაც გვაძლევს მის ატრავმულად გამოყოფის საშუალებას. აუცილებლად უნდა აღვნიშნოთ, რომ ძალიან იშვიათად, მაგრამ მაინც, შესაძლოა საქმე გვქონდეს ნერვულ სიმსივნესთან ან ლიმფური კვანძის ინტრაპაროტიდულ ტუბერკულოზთან. ამ რეგიონში ძალიან იშვიათია პარაფარინგეალური სიმსივნეები. ასეთი სიმსივნეების დროს, აუცილებელია პირ-ხახის დათვალეირება. შესაძლო ფარინგეალური გავრცელება, ამ შემთხვევაში, გამობატული იქნება: ა) წინა რკალის გამოზნექით, როდესაც ყბაყურა ჯირკვლის ფარინგეალური ნაწილის სიმსივნესთან გვაქვს საქმე. ბ) უკანა რკალის გამობერვით, როდესაც, როგორც წესი, ნერვული სიმსივნეები (მაგალითად ქემოდექტომები), რეტრო-სტილოიდურ მიდამოში დიდ ზომას აღწევენ. პარაფარინგეალური გავრცელების სიმსივნეები აუცილებლად მოითხოვს არა მარტო CT კვლევას, არამედ ანგიოგრაფიასაც.

2. საძილე არტერიის ბიფურკაციის მიდამო

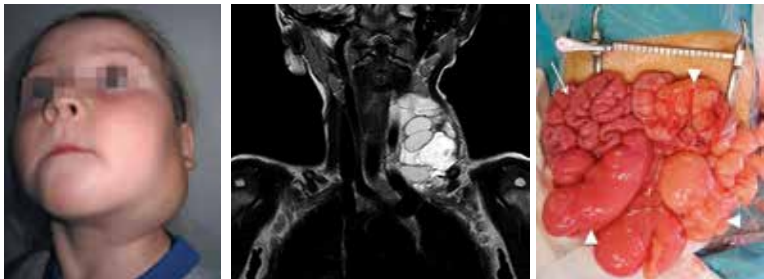
აქ მდებარე სიმსივნეების მრავალფეროვნება დიაგნოსტიკისათვის ცოტათი უფრო რთულია. მარტივი ადენოპათიების გარდა, ამ რეგიონში შესაძლოა შეგვხვდეს:

ა) თანდაყოლილი ლატეროცერვიკალური სიმსივნეები

- მორე ბრანქიალური რკალის თანდაყოლილი კისტა (სალა-

ყუჩე ნაპრალის/ ბრანქიალური კისტა). მათი გამოვლენა შესაძლოა მოხდეს ნებისმიერ ასაკში. ასევე, ზრდის ხასიათიც არ არის ტიპური. შესაძლოა სწრაფი ან ნელი ზრდა. ინფიცირების დროს ის მტკივნეულია და შესაძლოა კანის ჰიპერემიაც. ის მდებარეობს მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი კუნთის წინა კიდესთან, m. Digastricus (ორმუცელა კუნთის) წინ და ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის უკან. ამ კისტის პუნქციის შედეგად, ვიღებთ ბლანტ, მღვრიე სითხეს. გასათვალისწინებელია ორი საფრთხე: ტონზილას (გლანდის) ეპითელიომას მეტასტაზური ადენოპათია, რომელიც ძალიან ნააგავს ამ კისტას. ასევე, თანდაყოლილი კისტის და მეტასტაზური კვანძის თანაარსებობა.

- **კისტოზური ლიმფანგიომა.** მისი სანყისი ადგილი, როგორც წესი, კაროტიდული არტერიის ბიფურკაციაა. თუმცა, მან შეიძლება ძალიან დიდ ზომებსაც მიაღწიოს. დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვანია მისი თანდაყოლილი ხასიათი. მისი რბილი და უმტკივნეულო პალპაცია და გამჭვირვალობა შუქის მინათებისას. ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია, რადგანაც ის იზრდება. ოპერაციის დრო უნდა განისაზღვროს ასაკთან და ზომებთან დაკავშირებული რისკების მიხედვით. კისტოზური ლიმფანგიომა.



კისტოზური ლიმფანგიომა. პაციენტის ფოტო, რადიოლოგიური სურათი, ამოკვეთილი მასალა

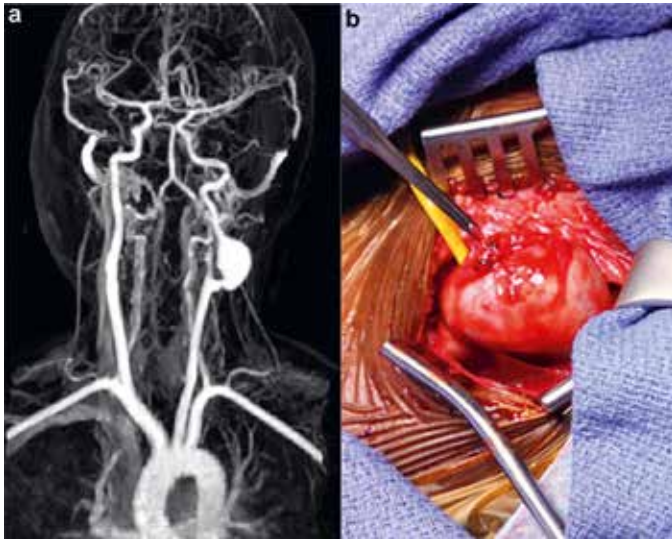
ჰემანგიომა. ეს დაავადება ძალიან ნააგავს კისტოზურ ლიმფანგიომას, თუმცა აქვს განსხვავებებიც: პალპაციით უფრო მკვრივია, არ არის შუქზე გამჭვირვალე, ხველებაზე რეაგირებს. როგორც წესი, იგი პაროტიდულ მიდამოში მდებარეობს. ოპერაციული ჩარევა, როგორც წესი, არ სჭირდება და სპონტანურად გადის თუ საქმე არ გვაქვს დიდი ზომის ჰემანგიომასთან, რომელიც ინვევს დისპნოეს.

ბ) სისხლძარღვოვანი სიმსივნეები

საძილე არტერიის ანევრიზმა. მისი დიაგნოსტიკა ანამნეზის და არტერიოგრაფიის საფუძველზე ხდება. ტრავმული ან ათერომატოზული გენეზის ანევრიზმები ინვევს კისრის მიდამოს შესიებას და ამ შესიების პულსაციას. შესაძლოა საძილე არტერიის დაზიანებაც თანდაყოლილი, ძალიან გრძელი processus styloideus-ით. ამ დიაგნოზის დამტკიცების შემთხვევაში, აუცილებელია ანგიოლოგის ჩარევა.



ვიანტური სადგისისებრი მორჩის CT სურათი. საძილე არტერიის ანევრიზმის ხშირი მიზეზი.



საძილე არტერიის ანევრიზმა

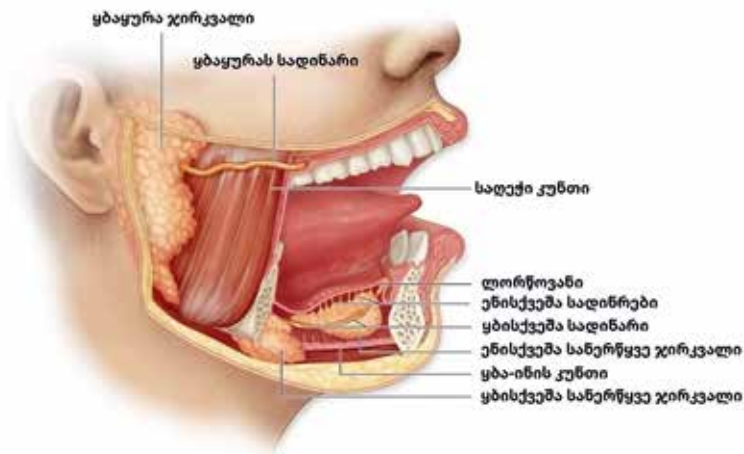
საძილე არტერიის კედლის სიმსივნეები

ამ შემთხვევაში ანამნეზში ტრავმა არ აღენიშნებათ, პალპაციით ეს სიმსივნეები მტკივნეულია, პულსირებს, მოძრაობს წინ და უკან და ფიქსირებულია ზემოთ-ქვემოთ მოძრაობისას. დიაგნოზი ისმება არტერიოგრაფიის საშუალებით. ოპერაცია გულისხმობს ამ სიმსივნის ამოკვეთას და სავარაუდოდ, საძილე არტერიის რეკონსტრუქციას.

3. ყბისქვეშა მიდამო

კისრის ამ მიდამოს სიმსივნეების უმრავლესობა წარმოდგენილია ლიმფური კვანძების ადენოპათიებით. თუმცა, ყბისქვეშა ჯირკვლის შერეული სიმსივნე – პლეომორფული ადენომა – არცთუ ისე იშვიათი პათოლოგია გახლავთ და მისი დიაგნოსტიკა, როგორც წესი, ექსოკოპიური კვლევით ხდება. ამ სანერწყვე ჯირკვლის კიბო-კარცინომა, იშვიათი, თუმცა საშიში დაავადებაა და ესეც უნდა

გამოირიცხოს ჰისტომორფოლოგიური კვლევით. ძალიან ხშირი დაავადება, რომელიც ამ ანატომიურ რეგიონში კისრის სიმსივნოვან კლინიკას გვაძლევს, არის სანერწყვე ჯირკვლის ლითიაზი. ასეთ შემთხვევაში, WARTHON-ის სადინრის გასავალში ყბისქვეშა ჯირკვლის სადინარში, რომელიც ენის ქვეშ მდებარეობს, არსებობს ჩირქოვანი გამონადენი ან შესიება.



სანერწყვე ჯირკვლების და მათი სადინრების ტოპოგრაფია

4. ლავინზუდა მიდამოს სიმსივნეები

კისრის ამ მიდამოს სიმსივნეები, როგორც წესი, ავთვისებიანი ლიმფომებით ან ეპითელიომებით არის წარმოდგენილი. იშვიათ შემთხვევებში, შესაძლოა ნერვული, კეთილთვისებიანი სიმსივნეები, რომლის დროსაც გამოკვეთილია ტკივილი. ასეთ შემთხვევაში, სიმსივნის ამოკვეთა არ შეიძლება, რადგანაც ამ სიმსივნის ამოკვეთა კატასტროფულ შედეგებს მოგვცემს და დაარღვევს ზედა კიდურების მოძრაობას. ასევე, აღსანიშნავია კანქვეშა სიმსივნეები – დერმოიდული კისტები, ლიპომები.

ნერვული სიმსივნეების არსებობის დროს, უნდა გავითვალისწინოთ ის გარემოება, რომ მრავლობითი ნეიროფიბრომატოზის შემთხვევაში, ოპერაციული ჩარევა არ არის რეკომენდებული უშედეგობის გამო. მათი დიფერენციალური დიაგნოსტიკა CT-ით, გამონვეული პოტენციალების (E.A.P.) კვლევებით და კანის დათვალიერებით (ნერვული, პატარა სიმსივნეების მრავლობითი არსებობა) ხდება.



ნეიროფიბრომატოზის კანის ფორმა

დასკვნა

კისრის ნებისმიერი სიმსივნის საბოლოო დიაგნოსტიკა ეყრდნობა ჰისტომორფოლოგიურ კვლევას. ციტოლოგიური კვლევა, რომლის მეთოდთა უნდა იყოს მკაცრად განსაზღვრული, უმჯობესია განახორციელოს გამოცდილმა ციტოლოგმა. ის ძალიან გვეხმარება კისრის სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში, თუმცა მისი შესაძლებლობების გადამეტება არ უნდა მოხდეს. საბოლოო დიაგნოზის ჩამოსაყალიბებლად, აუცილებელია მისი დასკვნები შეესაბამებოდეს კლინიკურ ანამნეზს. კისრის გაურკვეველი სიმსივნის ბიოფსია და

მისი შემდგომი ექსპრეს მეთოდით კვლევა, წარმოადგენს კიდევ უფრო ზუსტ მეთოდს ამა თუ იმ პათოლოგიის გამოსავლენად. გამომდინარე იქიდან, რომ ბიოფსია, როგორც წესი, ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ხორციელდება, ექსპრეს დიაგნოსტიკის შედეგად, ავთვისებიანი სიმსივნის დადგენის შემთხვევაში, სასურველია ამ დროსვე გაკეთდეს ტოტალური ლიმფადენექტომია. ამის შესახებ პაციენტი წინასწარ უნდა იყოს გაფრთხილებული. ექსპრეს დიაგნოსტიკის შედეგად მიღებული პასუხი განაპირობებს თუ როგორი ოპერაციული ჩარევა დასჭირდება პაციენტს. შესაძლოა ჩატარდეს მხოლოდ ტოტალური ლიმფადენექტომია ან ამას დამატებული თიროიდექტომია, პაროტიდექტომია, რაც ლოგიკურად მოითხოვს, რომ ქირურგი, რომელიც ბიოფსიას აკეთებს, უნდა ფლობდეს ჩამოთვლილი ოპერაციების ჩატარების ტექნიკას.

ახალშობილის კისრის მიდამოში, კერძოდ, მკერდ-ლაფინ-დვრილისებრი კუნთის საპროექციო არეში მდებარე სიმსივნე ყოველთვის ამ კუნთის ჰემატომას წარმოადგენს და ფიბრომატოზის სახელით არის ცნობილი. ეს სიმსივნე სპონტანურად უნდა გაქრეს, თუმცა ამას შესაძლოა რამდენიმე თვე დასჭირდეს.

კისრის ფისტულები

კისრის მედიალური ანუ შუამდებარე ფისტულები, როგორც წესი, შექმნილია და ინფექციური გართულების შედეგს წარმოადგენს. რაც შეეხება ლატერალურ ფისტულებს, აქ საქმე გვაქვს თანდაყოლ პათოლოგიასთან.

A. კისრის ლატერალური ქვედა ფისტულები

როგორც წესი, მე-2 ბრანქიალური ჯიბიდან ვითარდება. მე-3 ბრანქიალური ჯიბის ფისტულები იშვიათია. ფისტულა კანზე პატარა ზომის, რამდენიმე თმით გარშემორტყმული ხვრელის სახით გვხვდება. მდებარეობს მკერდ-ლავინ-დვრილისებრი კუნთის ქვედა ნაწილში, ლავინის ძვლის ზედაპირთან. ასეთი ფისტულის არსებობის დროს, აუცილებლად უნდა გამოვიკვლიოთ სმენა, რათა გამოირიცხოს ბრანქიო-ოტო-რენალური (B.O.R.) სინდრომი.

მკურნალობა ქირურგიულია და გულისხმობს ფისტულის მთლიან ამოკვეთას. ფისტულის არხი, როგორც წესი, ზემოთ, ტონზილარული სივრცისკენ ადის. ამიტომ წინასწარ უნდა გავაფრთხილოთ პაციენტი კისერზე დიდი განაკვეთის არსებობის შესახებ.

ბრანქიალური 1-ლი ჯიბის ფისტულა (აურიკულო-ცერვიკალური ფისტულა), შესაძლოა ყბის კუთხის უკან, ყურის ბიბილოს ქვემოთ იხსნებოდეს.

ბრანქიალური მე-4 ჯიბის ლატერალური ფისტულა, როგორც წესი, პატარა ასაკის ბავშვებში ვლინდება ფსევდო თიროიდიტის

ან კისრის ქვედა აბსცესის სახით.

მედიალური კისრის ფისტულა. ე. ნ. KTT ფისტულა ანუ, თირო-გლოსალური არხის კისტის ფისტულა. ვლინდება ბავშვთა ასაკში, როგორც წესი, მტკივნეული შესიებით. ამ კისტის ფისტულიზაცია უკვე გართულებაა და საკმაოდ აძნელებს ოპერაციულ ჩარევას.

B. ტუბერკულოზური ფისტულები

ძალიან იშვიათია, მაგრამ მაინც შეიძლება შეგვხვდეს შორს წასული ლიმფური კვანძის ტუბერკულოზის დროს. ახასიათებს კიდეების წყლულოვანი ხასიათი.

C. კისრის ოდონტოგენური ფისტულები

იშვიათი პათოლოგიაა. როგორც წესი, ვლინდება ქვედა ყბის მიდამოში თუმცა, ზედა ყბის მიდამოშიც გვხვდება. პალპაციით, ფისტულის ქვეშ შეიძლება ძვალში შევიგრძნოთ კრატერი. მკურნალობა ყოველთვის დენტალური მიზეზის – დაჩირქების კერის აღმოფხვრაა. კანის ფისტულის ამოკვეთა არ რის საჭირო. ის თვითონ ხორცდება.

D. აკტინომიკოზური ფისტულები

ეს პათოლოგია ბაქტერიული ეტიოლოგიისაა და მისი მკურნალობა აკტინომიკოზის სანინალმდეგო ანტიბაქტერიული საშუალებებით (პენიცილინი, Rovamycin) უნდა წარიმართოს, რამდენიმე თვის მანძილზე.

E. ავთვისებიანი მეტასტაზის ფისტულა

გვხვდება შორს წასული ავთვისებიანი ორო-ფარინგეალური კიბოების მეტასტაზური ადენოპათიის ინფიცირების დროს. დიაგნოზის დასასმელად აუცილებელია ჰისტოლოგიური კვლევა.

გრძელის სინდრომი

გამოიხატება ანთებით და კისრის პათოლოგიური მოხრით რომელიმე მხარეს, რომელიც არატრავმული პათოლოგიაა. ახასიათებს:

- ანთებით ადენოპათიებს;
- კისრის ფლევმონებს;
- საძილე არტერიის ანევრიზმას;
- სპონდილიტს;



გრძელის სინდრომის დროს პაციენტის კისრის სპეციფიკური პოზიცირება

აუცილებლად უნდა ახლდეს ფებრილიტეტი, მტკივნეულობა ზედა სასუნთქი გზების საპროექციო არეში. გვხვდება 5-12 წლის ასაკის ბავშვებში. ასევე, პოსტოპერაციულ პერიოდში, როდესაც კუნთების ანთებითი პროცესი ვითარდება. მასტოიდექტომიის,

ტონზილექტომიის, ადენოტომიის დროს, განვითარების დრო მერყეობს პირველიდან მე-ნ დღემდე. დიაგნოზი კლინიკურ ნიშნებზე დაყრდნობით ისმება. რადიოლოგიური კვლევა არაფერს აჩვენებს, თუმცა აბსცესის გამოვლენაში გვეხმარება.

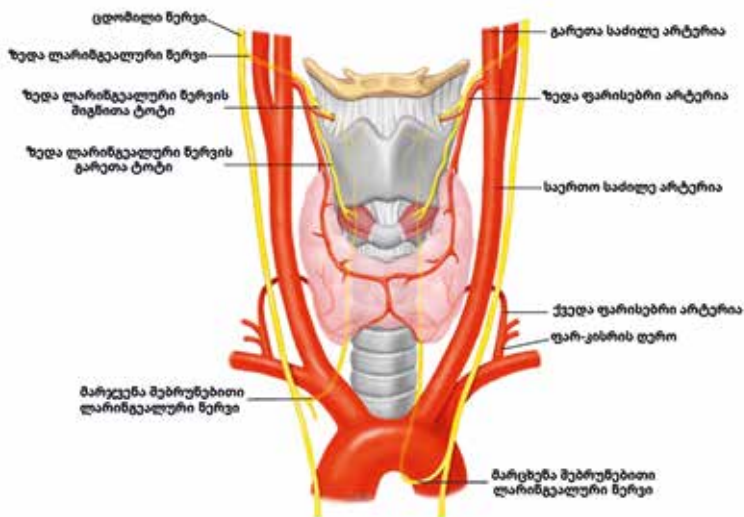
მკურნალობა ითვალისწინებს ანტიბიოტიკოთერაპიას, არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო და მიორელაქსანტი პრეპარატების კომბინაციას. პროგნოზი აქვს კარგი.

თიროიდული და პარათიროიდული ჯირკვლები

A. ანატომია

ფარისებრი ჯირკვალი კისრის წინა შუა ნაწილში ტრაქეის წინ და კანსა და კანქვეშა კისრის კუნთების ქვეშ მდებარეობს. მისი წონა მოზრდილ ასაკში 20-25 გრ. არის. დასახელების შესაბამისად, მას ფარის ფორმა აქვს და ორი წილისაგან შედგება, რომელიც ხიდაკის (isthmus) მეშვეობით ერთმანეთან არის დაკავშირებული. ჯირკვალი მოთავსებულია შემაერთებელქსოვილოვან ჩანთაში, რომელიც ტრაქეასა და ხორხის მოძრაობისას ფარისებრი ჯირკვლის ამორტიზაციას უზრუნველყოფს. მისი ლიმფოდრენირება და სისხლმომარაგება ძალიან კარგად არის განვითარებული. ლიმფური დრენირება კისრის მიდამოს სპინალური, საუღლე და შებრუნებითი ნერვის ლიმფური სადინრებით ხორციელდება. ამ სადინრების ტოპოგრაფიის ცოდნა საჭიროა ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი პათოლოგიის დროს მისი მეტასტაზირების სავარაუდოდ ადგილმდებარეობის წარმოსადგენად.

სისხლმომარაგება ფარისებრ ჯირკვალს ასევე ძალიან მდიდარი აქვს. მას ზემოდან კვებავს საძილე არტერიის პირველი ტოტი ზედა ფასირებრი არტერია (a. thyroidea sup.) ქვემოდან – ქვედა თირეოიდული არტერიის ტოტები (a. thyroidea inf). ასევე, აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს უსახელო თირეოიდული არტერიის არსებობა, (a. thyroidea ima).



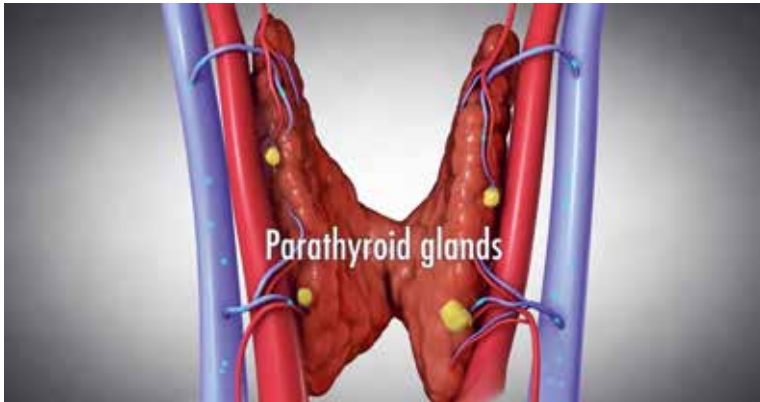
ფარისებრი ჯირკვლის ტოპოგრაფია

რომელიც პირდაპირ აორტის რკალის ტოტი გახლავთ და დაზიანების შემთხვევაში საშინელ სისხლდენას იძლევა. ყველაფერ ამას ემატება ის გარემოება, რომ ეს არტერია, რეტრაქციის შედეგად, შუასაყარის მიმართულებით გარბის, რაც შეუძლებელს ხდის მის მოძებნას.

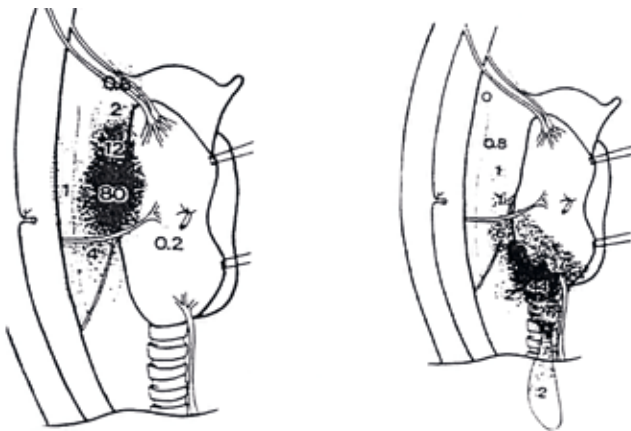
ასევე მნიშვნელოვანი სტრუქტურა მუხრუნებითი ნერვია. ის ხორხის მოძრაობაში უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს. n. recurrens – ცდომილი ნერვის ტოტია. ის მარცხნიდან აორტას რკალს წრეს არტყამს და უკან ბრუნდება. ფარისებრი ჯირკვლის უკანა ზედაპირზე და ტრაქეას შორის სივრცის გავლით, ბექდისებრი ხრტილის და ტრაქეის იოგში შედის და იქ ამთავრებს თავის გზას. მარჯვნივ, ის ლავინქვეშა არტერიას არტყამს წრეს და ასევე ბექდისებრი ხრტილის იოგში შედის. ამ ნერვის დაზიანება ხორხის მოძრაობის პარეზს იწვევს, რაც სუნთქვის და ხმის ინვალიდიზაციას იწვევს.

პარათირეოიდული ჯირკვლების ზომა რამდენიმე მილიმეტრიდან 1 სმ.-მდე მერყეობს. ამ ჯირკვლის ადენომის არსებობის შემთხვევაში კი 2-3 სმ.-ს აღწევს. მათი რაოდენობა და ადგილმდებარეობა არ არის ყოველთვის ერთი და იგივე. მათი რიცხვი 4-დან 16-მდე მერყეობს. ადგილმდებარეობა არასისტემურია და ამასთან დაკავშირებით მრავალი კვლევა არის ჩატარებული. არსებობს ზედა და ქვედა პარათირეოიდული ჯირკვლები.

როგორც წესი, კლასიკურად, პარათირეოიდული ჯირკვლების განლაგება ფარისებრი ჯირკვლის უკანა ზედაპირზეა. თუმცა, ძალიან ხშირად, მათი ლოკალიზაცია უსისტემო და რთულია.



პარათირეოიდული ადენომა.



ზედა და ქვედა პარათიროიდეული ჯირკვლების მდებარეობის პროცენტული ალბათობა.

NOTA BENE

- ფარისებრი და პარათიროიდეული ჯირკვლები მდებარეობს კისრის ისეთ მონაკვეთში, სადაც განლაგებულია უმნიშვნელოვანესი სასიცოცხლო სტრუქტურები: საძილე არტერია, საულლე ვენა, ტრაქეა და ხორხი, მრავალი ნერვული სტრუქტურა. აქედან გამომდინარე, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია და მათი მკურნალობა გავლენას ახდენს ამ სტრუქტურების ფუნქციონირებაზე;
- ქირურგიული ჩარევის დროს, აუცილებელია ამ სტრუქტურების შენარჩუნება;

B. გახიზვა

პალპაცია

ეს გამოკვლევა დღესაც ძალიან მნიშვნელოვანია და გვაძლევს საშუალებას შევაფასოთ ფარისებრი ჯირკვლის ის ძირითადი მაჩვენებლები, რომელიც გამოცდილ ქირურგს მისცემს ინფორმაციას მის:

- სტრუქტურაზე – ერთგვაროვანი თუ კვანძოვანი;

- ზომაზე – დიდი, პატარა თუ ასიმეტრიული;
- მგრძობელობაზე – მტკივნეული თუ არა;
- ყლაპვის დროს მის ფიქსაციაზე;

პალპაცია უნდა მოხდეს მჯდომარე პაციენტზე. თავი – გასწორებული, ექიმი უნდა დადგეს უკნიდან და ნაზად, ზედმეტი დაწოლის გარეშე, ორივე ხელით დაიწყოს პალპაცია. უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა შევიგრძნოთ ფარისებრი ხრტილი, „ადამის ვაშლი“. შემდეგ, ბექდისებრი ხრტილი და ქვემოთ, მკერდის ძვლის ტარის (manubrium sterni) ზემოთ, ტრაქეის ხრტილოვანი რგოლები. ბექდისებრი და ტრაქეის ხრტილებს შორის უნდა შევიგრძნოთ ხიდაკი და მისი სტრუქტურაც შევაფასოთ.

გარკვეული სირთულეები შეიძლება გაგვიჩნდეს პაციენტის ასაკის ან მისი კონსტიტუციური თავისებურებების გამო (მოკლე და ცხიმიანი კისერი, მყვინთავი ჩიყვი და ასე შემდეგ). ასეთ შემთხვევაში, შეიძლება პაციენტი დავანწინოთ და ისე გავსინჯოთ.

პარათირეოიდული ჯირკვლის პალპაციით გასინჯვა არ არის ინფორმაციული და მისი კვლევები უფრო პარაკლინიკურია.

C. ანამნეზის შეკრება

აუცილებელია პაციენტის გამოკითხვა მისი ნათესავების შესახებ, დაავადების და ჩივილების დაწყების შესახებ. მნიშვნელოვანია პაციენტის სხვა დაავადებების და მედიკამენტების მიღების შესახებ ინფორმაციის შეკრება. არცერთი დეტალი არ არის უმნიშვნელო და შესაძლოა გამოგვადგეს დიაგნოზის ჩამოსაყალიბებლად. მაგალითად, ახლო ნათესავებში ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს არსებობა. ეს ზრდის ეჭვს ამ პაციენტში იგივე დაავადების არსებობაზე. ნერვული სტრესის შემდეგ განვითარებული ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერტროფია ან კვანძი, ამ პათოლოგიის კოლოიდურ-ჰორმონალურ ეტიოლოგიაზე მიგვანიშნებს.

პარათიროიდული დაავადებების მქონე პაციენტებში, ძირითადად, კლინიკური ნიშნების გამოვლინებაზე უნდა გავამახვილოთ ყურადღება – სისუსტე, კრუნჩხვები და ასე შემდეგ.

NOTA BENE

- პალპაციურ გამოკვლევას სჭირდება გამოცდილება. ამ კვლევას შეუძლია მოგვცეს ძალიან მნიშვნელოვანი ინფორმაცია ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებაზე;
- ანამნეზის შეკრება წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს ნაწილს იმ ჯაჭვში, რომელსაც დიაგნოზის დასმა ეწოდება;

D. ფიზიოლოგია

ფარისებრი ჯირკვალი ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფუნქციური ჯირკვალია ჩვენს ორგანიზმში. მასზე არის დამოკიდებული ნივთიერებათა ცვლის ძალიან დიდი ნაწილი. ამ ორგანოს ძირითადი ჰორმონი – თიროქსინი ჩვენი ორგანიზმის „სანჯავს“ წარმოადგენს.

ფარისებრი ჯირკვლის ფიზიოლოგიური ფუნქციის ძირითადი სტადიები შემდეგია:

- იოდის შთანთქმა;
- იოდის ოქსიდაცია;
- თირეოგლობულინის სინთეზი;
- ფარისებრი ჰორმონების სინთეზი;
- თირეოგლობულინის კოლოიდურ ნივთიერებაში დაგროვება;
- კოლოიდური ნივთიერებიდან თირეოგლობულინის გადასროლა ფარისებრი ჯირკვლის უჯრედებში;
- ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების სისხლში გადასროლა;

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები გავლენას ახდენს ქსოვილის

მიერ ჟანგბადის მოხმარებაზე. მონანილეობს ლიპიდურ მეტაბოლიზმში. ნერვული და ძვლოვანი სისტემების ჩამოყალიბებაში და მათ განვითარებაში.

ფარისებრი ჰორმონების რეგულაცია

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების რეგულაცია ხდება ჰიპოფიზის ჰორმონით, რომელიც Thyroide – Stimulating Hormone-ის სახელს ატარებს. შემოკლებით მას TSH-ს უწოდებენ.

ეს ჰორმონი პლაზმაში თავისუფლად ცირკულირებს და მისი დაშლა დაახლოებით 1 საათში ხდება. TSH-ის ტიტრის მიხედვით, ფარისებრი ჯირკვალს ლეზიონებს „ბრძანებებს“ თუ რამდენი ჰორმონი უნდა გადაისროლოს სისხლში. ამ ჰორმონის დახმარებით, ასევე, შესაძლებელია განვსაზღვროთ ფარისებრი ჯირკვლის მდგომარეობა და დავსვათ სწორი დიაგნოზი.

პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰორმონი პარათირეოიდ-ჰორმონი (PTH) მონანილეობს სისხლში და ქსოვილებში (ძვლებში) კალციუმის და მაგნიუმის ნივთიერებათა ცვლაში. როდესაც კალციუმის ტიტრი იკლებს, პარათირეოიდული ჯირკვლები გამოიმუშავებენ ჰორმონს, რომელიც ამ მარილის სისხლში მომატებას იწვევს.

NOTA BENE

- ფარისებრი და პარათირეოიდული ჯირკვლები ნივთიერებათა ცვლის ყველაზე მნიშვნელოვანი სტრუქტურებია;
- მათი ფუნქციის მოშლა განვითარების ყველა ეტაპზე იწვევს ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონირების უმძიმეს მოშლას;

E. გამოკვლევები

როგორც ყველა ჰორმონალური ორგანოს გამოკვლევები, ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევებიც ეხება მის ჰორმონალურ და სტრუქტურულ მხარეს.

ჰორმონალური ფონის კვლევები მოიცავს მისი ძირითადი

ჰორმონების T3, T4 და ამ ჰორმონების მარეგულირებელი ჰორმონების და ქიმიური ნივთიერებების (მაგალითად იოდის) რაოდენობრივ და თვისობრივ ანალიზს.

ამ ანალიზების ნორმალური პასუხები:

T4, T3 ჰორმონები:

T4 ტოტალური – 65-155 ნმოლ/ლ.

T4 თავისუფალი – 9,5-25 პმოლ/ლ.

T3 ტოტალური – 1,8-2,8 პმოლ/ლ.

T3 თავისუფალი – 3-9 პმოლ/ლ.

TSH ultra:

1. ეუთირეოიდეული ფ. – 0,1– 5 μ U /მლ.

2. ჰიპერთირეოიდეული ფ. – 0,1 μ U /მლ-ზე ნაკლები;

3. ჰიპოთირეოიდეული ფ. – 5 μ U /მლ– ზე მეტი;

ყველა აქ მოყვანილი ტიტრი შესაძლოა მერყეობდეს ასაკის და ორგანიზმის მდგომარეობის (პრეპარატების მიღების მოქმედების) მიხედვით, რაც აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული სპეციალისტის მიერ. პარათირეოიდეული ჯირკვლის კვლევები ძირითადად, სისხლში Ca^{2+} და პარათირეოიდეული ჰორმონის (PTH) განსაზღვრით შემოიფარგლება.

ფარისებრი ჯირკვლის ნებისმიერი პათოლოგია, მისი მკურნალობის ტაქტიკა და პროგნოზი უნდა იყოს კონსილიუმის საგანი ORL ქირურგსა და ენდოკრინოლოგს შორის.

ექოსკოპიური გამოკვლევა

ფარისებრი ჯირკვლის ულტრასონოგრაფიული კვლევა ძალიან მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მომცემი კვლევაა. თანამედროვე აპარატები იძლევა შესაძლებლობას დეტალურად დავინახოთ და შევაფასოთ ჯირკვლის ზომა, სტრუქტურა, სისხლმომარაგება და მეზობელ სტრუქტურებთან ინვაზია. ექოსკოპიური კვლევების

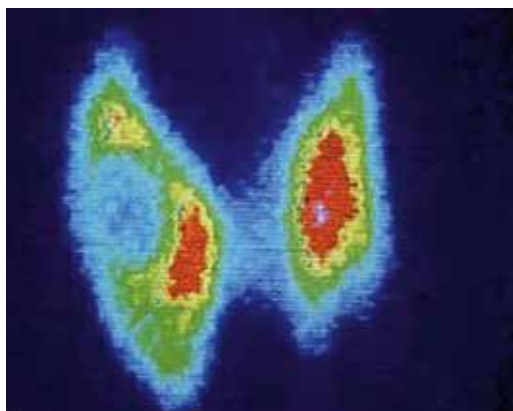
გამოყენებით შეიძლება დაისვას უტყუარი დიაგნოზი ჯირკვლის კვანძოვანი, ანთებითი თუ ჰორმონალური პათოლოგიის დროს. როგორც წესი, ექოსკოპიური გამოკვლევა დინამიკაში უფრო ინფორმაცულია. ამიტომ ხშირია პათოლოგიის დიაგნოსტიკის დროს განმეორებითი კვლევის ჩატარება 2-3 თვეში. რასაკვირველია, ამ პერიოდის მანძილზე პაციენტი ენდოკრინოლოგის ზედამხედველობის ქვეშ უნდა იყოს.

პარათირეოიდული ჯირკვლის ექოსკოპიური კვლევა არ არის ინფორმაციული, რადგანაც, მისი ზომებიდან გამომდინარე, მხოლოდ ძალიან დიდი ზომის პარათირეოიდული ადენომების დანახვა არის შესაძლებელი.

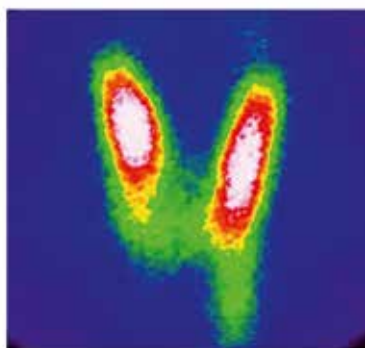
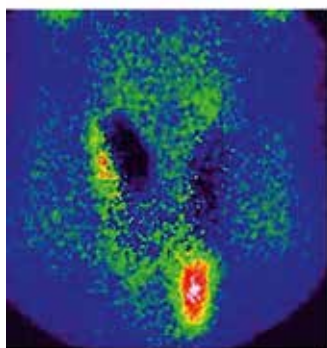
იზოტოპური გამოკვლევა

რადიოიზოტოპური კვლევები მნიშვნელოვანია ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი ან ავთვისებიან-კვანძოვანი პათოლოგიების დროს. ასევე, ფარისებრი ჯირკვლის ადენომის დიაგნოსტიკისათვის. დღეს ამ კონტრასტული კვლევისათვის გამოიყენება რადიოაქტიული ტექნიციუმი ($Tc\ 99m$) რომელმაც თითქმის ყველგან ჩაანაცვლა რადიოაქტიული იოდი ($I131$).

ამ მეთოდით ვახდენთ ჯირკვლის ქსოვილის და მის ზომის დახასიათებას. კვლევის პრინციპი დამყარებულია რადიოაქტიული ნივთიერების ორგანოდან გამოყოფის დაფიქსირებაზე, რაც სხვადასხვა დაავადების დროს სხვადასხვა სურათს იძლევა.



სცინტიგრაფია. ფარისებრი ჯირკვალი: ცივი და ცხელი კვანძი

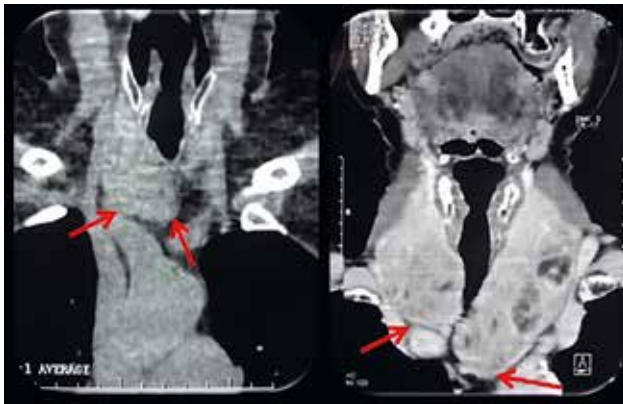


პარათიროიდეული ჯირკვალი. სცინტიგრაფია. სურათზე აშკარად ჩანს ქვედა პოლუსთან პარათირეოიდეული ჯირკვლის არსებობა როცა ფარისებრი ჯირკვლიდან კონტრასტი უკვე განიდევნა.

პარათირეოიდეული ჯირკვლიდან ტექნიციუმის ($Tc\ 99m$) გამოდევნა უფრო გვიან ხდება, ვიდრე ფარისებრი ჯირკვლიდან. ეს გვაძლევს საშუალებას მოვახდინოთ დიფერენცირება ამ ორ ჯირკვალს შორის სცინტიგრაფიული კვლევის დროს.

კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა

კომპიუტერული ტომოგრაფია და რეზონანსი არ წარმოადგენს ფარისებრი და პარათირეოიდული ჯირკვლების სტანდარტულ კვლევას. რასაკვირველია, როდესაც დიაგნოზის დასმა ექოსკოპიურად შეუძლებელია, ამ ძვირადღირებული მეთოდის გამოყენება აუცილებელია და მისი ინფორმაციულობაც ძალიან მაღალია. მაგალითად, რეტროსტერნალური ჩიყვების დიაგნოსტიკაში.



რეტროსტერნალური „მყვინთავი ჩიყვი“. CT კვლევა

კიდევ ერთხელ უნდა აღვნიშნოთ ფარისებრი და პარათიროიდეული ჯირკვლების პათოლოგიების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დროს, მულტიენდოსკიპლინური კონსილიუმის აუცილებლობა.

F. პათოლოგია

1. ენდემური და სპორადიული ჩიყვი

ჩიყვის სახელწოდებით ჩვენთვის ცნობილია ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია, რომელიც გამოირჩევა ამ ორგანოს დიფუზური ჰიპერტროფიით, რაც ფოლიკულური უჯრედების ჰიპერპლაზიით არის გამოწვეული. ეს დაავადება მსოფლიოში ძალიან გავრცელებულია. არჩევენ ჩიყვის ორ ტიპს – ენდემური და სპორადიული.

თუ მოცემულ რეგიონში მოსახლეობის 10%-ს აქვს ჩიყვი, ეს პათოლოგია მიეკუთვნება – ენდემურ ჩიყვს

თუ დაავადებულთა რიცხვი საერთო მოსახლეობის 10%-ზე ნაკლებია, მას სპორადიულს უწოდებენ.

აღიარებულია ის ფაქტი, რომ ენდემური ჩიყვის მაპროვოცირებელი ფაქტორი იოდის ნაკლოვანებაა, ძირითადად, მაღალმთიან რეგიონებში.

ენდემური და სპორადიული ჩიყვები შეგვიძლია დავყოთ მარტივ და ჰიპოთირეოიდულ ჩიყვებად. პირველ შემთხვევაში, ჰორმონალური დისბალანსი არ გვაქვს, ხოლო მეორე შემთხვევაში, ჩიყვის ჰიპერტროფიას ემატება ჰიპოთირეოიდიზმის ნიშნებიც.

ჩიყვის ჰიპერტროფიას, როგორც გითხარით, უმეტესწილად, იოდის ნაკლებობა იწვევს. ასევე, გასათვალისწინებელია ზოგიერთი საკვების (ძირითადად ვეგეტარიანელებში) თავისებურებები. გენეტიკური და აუტოიმუნური ფაქტორები ასევე ხშირი მიზეზი გახლავთ.

ცალკე უნდა აღვნიშნოთ ჩიყვის ორსულობის შემდგომი განვითარება. ენდემური ჩიყვების რაოდენობა მთელ მსოფლიოში 200 მილიონს აღწევს. იოდით გამდიდრებული მარილის მასობრივად

გავრცელების შემდეგ, ამ დაავადებამ საგრძნობლად იკლო ევროპაში. ისეთი დაავადებები, როგორცაა კრეტინიზმი და ნანიზმი (ჰიპოთირეოზის შედეგად განვითარებული განვითარების ჩამორჩენა) აღარც გვხვდება 21-ე საუკუნეში. უფრო მომრავლდა „მარტივი“ ჩიყვები ანუ ეუთირეოიდული ჩიყვები, სადაც ჰორმონალური ფონი ნორმაშია.



ჰიპოთირეოიდული კრეტინიზმი და ნანიზმი

2. სხვა ტიპის ჩიყვები

ასევე, არჩევენ:

- მრავალკვანძოვან ჩიყვს;
- ტოქსიკურ ჩიყვს;
- მრავალკვანძოვან-ტოქსიკურ ჩიყვს;
- კვანძოვან ჩიყვს;
- დიფუზურ-ტოქსიკურ ჩიყვს – „ბაზედოვის დაავადებას“;
- რეტროსტერნალურ „მყვინთავ ჩიყვს“;

დასახელების მიხედვით უკვე ცხადია ამ პათოლოგიებს შორის პრინციპული სხვაობები.

ჩიყვის ყველა დაავადება შეიძლება იყოს, როგორც მოგახსენეთ, ეუთირეოიდული, ჰიპერთირეოიდული და ჰიპოთირეოიდული.

3. თირეოტოქსიკოზი

ამ მდგომარეობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

ხშირი მიზეზები:

- ბაზედოვის დაავადება;
- მრავალკვანძოვანი ტოქსიკური ჩიყვი;

იშვიათი მიზეზები :

- ადენომა;
- თირეოიდიტები: ქვემწვავე, Hashimoto-ს თირეოიდიტი;
- ინტოქსიკაციური: იოდის ან ჰორმონის მიღების გამო;

ძალიან იშვიათი მიზეზები:

- ჰიპოფიზარული;
- ავთვისებიანი დაავადებები: ფარისებრი ჯირკვლის და საკვერცხის კიბო;

კლინიკური ნიშნები

თირეოტოქსიკოზის გამოვლენა შესაძლოა იყოს ძალიან აშკარა და, ამავე დროს, ფარულიც.

მისი კლასიკური გამოვლინება, როგორც წესი, იძლევა ასეთ ნიშნებს:

- ტაქიკარდია, არითმია;
- ხშირი ალგზნებადობა და ხასიათის „გაფუჭება“;
- უძილობა;

- კიდურების კანკალი;
- ოფლიანობა და წამოხურებები;
- დაღლილობა;
- კუნთების სისუსტე;
- წონაში სწრაფი დაკლება;
- პოლიფაგია;
- ძვლების დემინერალიზაცია;

დიაგნოზი ისმება სისხლში T4 და TSH ჰორმონალური ტიტრის დადგენით.

4. ჰიპოთირეოზი

ჰორმონის ნაკლოვანება შესაძლებელია გამონვეული იყოს ჯირკვლის ნებისმიერი დისფუნქციით. აუტოიმუნური პროცესებით, ვირუსული და ბაქტერიული ანთებებით, ასევე, იოდის ნაკლებობით.

კლინიკური ნიშნები ამ დროს თირეოტოქსიკოზის დროს არსებული ნიშნების საწინააღმდეგოა:



ენდემიური ჩიყვი

- არითმია;
- ძილიანობა;
- წონაში მომატება;
- დაღლილობა;
- უმადობა;

დიაგნოზი კლინიკური ნიშნების და ანალიზის პასუხების მიხედვით ისმება.

5. ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობითი (კვანძოვანი) პათოლოგიები

ამ ტიპის დაავადებებში გაერთიანებულია ერთკვანძოვანი და მრავალკვანძოვანი დაავადებები.

ერთკვანძოვანი დაავადება

ასეთ პათოლოგიებს, როგორც წესი, ან შემთხვევითი დიაგნოსტიკა ავლენს, როდესაც პაციენტი სხვა რამის გამო იკეთებს კისრის ექოსკოპიას ან, როდესაც კვანძის ზომა აღწევს ისეთ მასშტაბებს, რომ თვალითაც ჩანს. როგორც ადრე აღვნიშნეთ, არსებობს კვლევის სხვადასხვა მეთოდი, რომელიც კვანძის აღმოჩენის საშუალებას იძლევა. აღმოჩენის შემდეგ ძალიან მნიშვნელოვანია ამ კვანძის ეტიოპათოგენეზი გაირკვეს. სცინტიგრაფიული კვლევა იძლევა საშუალებას განვასხვაოთ ე. წ. „ცხელი“ და „ცივი“ კვანძები. აღსანიშნავია, რომ „ცხელი“ კვანძების ავთვისებიანში გადაგვარების შესაძლებლობა მინიმალურია, როცა „ცივი“ კვანძის სტატისტიკური ავთვისებიანი დიაგნოზი იმდენად დამაფიქრებელია, რომ ჩვენ პაციენტს ოპერაციულ ჩარევას – ცალმხრივ ლობოისთმექტომიას ვთავაზობთ, მისი შემდგომი იმუნოჰისტოქიმიური კვლევით. აუცილებლად უნდა აღვნიშნოთ ახალტექნოლოგიური, ულტრაბგერითი, აბლაციური მკურნალობა ერთეული პატარა ზომის კვანძების დროს. (ProSurge) რომელიც ამბულატორიულ მკურნალობად ითვლება და ნარკოზის და განაკვეთის გარეშე ხორციელდება.

მრავალკვანძოვანი პათოლოგიები

ასეთ პათოლოგიებში გაერთიანებულია ყველა ეუთირეოიდული კვანძოვანი ჩიყვი.

აქაც, როგორც ცალკეული კვანძოვანი დაავადების დროს, კვლევის მეთოდები საკმარის ინფორმაციას იძლევა იმისათვის, რომ ენდოკრინოლოგთან ერთად შევძლოთ მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა. ამ შემთხვევაშიც, ზემოაღნიშნული პრინციპების მიხედვით უნდა ვიმოქმედოთ.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბო

ეს ისედაც გავრცელებული, მძიმე დაავადება, მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიური სინდრომი, MEN1 გენის მუტაციით, განსაკუთრებით გახშირდა ატომური ელექტროსადგურების ავარიების და საერთო რადიაციული ფონის მომატების შემდეგ. თუმცა, სამედიცინო პროგრესის ფონზე, როგორც დიაგნოსტიკაში, ასევე ქირურგიული და ქიმიური მკურნალობის ტექნიკის დახვეწის ხარჯზე, მისი პროგნოზი და სტატისტიკა გაუმჯობესდა.

განასხვავებენ ფარისებრი ჯირკვლის შემდეგი ტიპის კიბოებს:

- ვეზიკულური კიბო (20%), კარგად დიფერენცირებული, თავისი სტრუქტურით ძალიან წააგავს ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალურ ქსოვილს;
- პაპილარული კიბო, უფრო ხშირად გვხვდება ახალგაზრდა პაციენტებში, აქვს მეტასტაზირებისკენ მიდრეკილება;
- ანაპლაზიური, არადიფერენცირებული კიბო. ძალიან იშვიათი და ცუდი პროგნოზის მქონე კიბოა;
- მედულარული კიბო. აღმოჩენილია 1959 წელს. აქვს აგრესიული ზრდისკენ მიდრეკილება და როგორც წესი, ცალკეულ კვანძოვან ჩიყვებში გვხვდება. ახასიათებს ციტოკალციტონინის გამომუშავება, რაც გამოიყენება ამ სიმსივნის ონკომარკერად;

6. პარათიროიდეული ჯირკვლის პათოლოგიები

პარათიროიდეული ჯირკვლის პათოლოგიებიდან აღსანიშნავია ამ ორგანოს ადენომატოზური გადაგვარება და ჰიპოპარათიროიდიზმი. პარათიროიდეული ჯირკვლების ძირითადი ფუნქცია Ca^{2+} -ს გაცვლა გახლავთ. აქედან გამომდინარე, ნათელია რაოდენ დიდი მნიშვნელობის ორგანოები არიან ეს პატარა წარმონაქმნები. მათი ჰიპოფუნქციის დროს, მაგალითად ოპერაციული ჩარევის შემდეგ, პაციენტს აქვს კუნთოვანი დისფუნქციის ნიშნები, სპაზმი და კრუნჩხვა. ასეთ დროს, აუცილებელია ორგანიზმის კალციუმის ტიტრით შევსება Ca^{2+} პრეპარატებით მთელი ცხოვრების მანძილზე. პარათიროიდეული ჰიპერფუნქციის დროს, კლინიკურად ჩნდება პოლიურია, ყაზობა, კუნთების სისუსტე, შესაძლოა მდგომარეობა კომამდეც მივიდეს. ასეთი შემთხვევები D ვიტამინით ინტოქსიკაციის ან პარათიროიდეული ადენომის არსებობის დროს შეიძლება შეგვხვდეს.

პარათიროიდეული ჯირკვლის ადენომა და კიბო

პარათიროიდეული ჯირკვლის ადენომა საკმაოდ გახშირდა. მისი დიაგნოსტიკა ხდება, როგორც წესი, ან ჰიპერპარათიროიზის გამოვლენის შემთხვევაში ან პეროპერაციულად (თირეოიდეექტომია) როდესაც ქირურგი აღმოაჩენს ძალიან დიდი ზომის პარათიროიდეულ ჯირკვალს საოპერაციო ველში. ამ ჯირკვლის კიბო იშვიათი დაავადება გახლავთ. მისი განვითარების შესაძლო კატალიზატორებია:

- ჰიპერპარათიროიზი ყბის ძვლის კიბოს მქონე პაციენტებში (HPT-JT სინდრომი);
- გენეტიკური (ოჯახური) იზოლირებული ჰიპერპარათიროიზი;
- მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზიური სინდრომი MEN-1 გენის მუტაციით;
- სხივური თერაპია კისერზე;

ასეთი სიმსივნის კლინიკური ნიშნები განპირობებულია ჰიპერპარათირეოზით, რომელიც აუცილებლად არის დასარეგულირებელი. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მან შესაძლოა გამოიწვიოს სიკვდილი.

ეს ნიშნები არის:

- დაღლილობა;
- პირღებინება;
- ხშირი შარდვა;
- არითმიები;
- ყაბზობა;
- გონების დაბინდვა;
- დეპრესიები;
- დისფაგია;
- ხმის შეცვლა;
- ძვლების ტკივილი;

G. დიაგნოსტიკა

ფარისებრი ჯირკვლის და პარათირეოიდული ჯირკვლის პათოლოგიების დიაგნოსტიკა უნდა განხორციელდეს, როგორც ვთქვით, მულტიდისციპლინარული კონსილიუმის პირობებში. ანუ, მინიმუმ 3 სპეციალისტის ჩართულობით. ეს არის ენდოკრინოლოგი, ყელ-ყურ-ცხვირის და თავ-კისრის ქირურგი, ან ამ სფეროში გამოცდილი ზოგადი ქირურგი, და რადიოლოგი. მხოლოდ ამ 3 სფეროში კარგად გამოცდილი სპეციალისტები უზრუნველყოფენ სწორი დიაგნოზის დასმას და მისი შემდგომი მკურნალობის მართვას. ექოსკოპია, რადიოლოგიური კვლევები, პერსონალური გასინჯვა ქირურგის მიერ და ჰორმონალური ანალიზების სწორი ინტერპრეტაცია, იძლევა საშუალებას სწრაფად და სწორად დაისვას დიაგნოზი.

H. მკურნალობა

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონალური და აუტოიმუნური დაავადებების პირველადი და ძალიან ეფექტური მკურნალობა გახლავთ მედიკამენტოზური მკურნალობა, რომელიც ენდოკრინოლოგის კონტროლის ქვეშ მიმდინარეობს. სხვადასხვა ჰორმონალური და ანთების საწინააღმდეგო სტეროიდული და არასტეროიდული საშუალებების კომბინაციით პაციენტი, უმეტესწილად, აღარ საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას. თუმცა, როდესაც ენდოკრინოლოგი მრავალი მცდელობის შემდეგ ვერ მართავს ჰორმონალურ ფონს ორგანიზმში, ან როდესაც პროცესის მალიგნიზაციის საშიშროება წინა პლანზე იწევს, აუცილებელია ოპერაციული მკურნალობა. აქ უკვე ჩვენ ვერთვებით. ფარისებრი ჯირკვლის ქირურგიის ისტორია ძალიან ხანგრძლივია. მისი ფესვები ღრმა წარსულშია. ოდესღაც ძალიან პოპულარული რადიკალიზმი დღეს ადგილს უთმობს ნაკლებ ინვაზიურობას. მაგალითად, ერთ დროს პოპულარული მიკროკარცინომის დროს გავრცელებული ქირურგიული მკურნალობა – **ტოტალური თერეოიდექტომია** და შემდგომი ქიმიოთერაპია, უკვე ცალმხრივი ლობექტომიით შეიცვალა და, ზოგ შემთხვევაში, ჩვენ მიკროკარცინომებსაც პაპილარულ დისპლაზიად მოვიხსენიებთ.

თუმცა, არის პრინციპები რომელიც არ იცვლება. არსებობს ფარისებრი ჯირკვლის ზოგიერთი დაავადება, მაგ. კვანძოვანი ჩიყვი, ბაზედოვის დაავადება, უმართავი აუტოიმუნური პროცესები, როცა ოპერაციული ჩარევა გარდაუვალია და მხოლოდ დროის საკითხია. ხშირად დროის დაკარგვა არ ღირს.

ფარისებრი ჯირკვლის ცივი კვანძი, შემთხვევათა 15%-ში შესაძლოა ავთვისებიანი იყოს და ამიტომ ქირურგიული ჩარევა უახლოეს მომავალში არის დასაგეგმი.

მრავალკვანძოვანი კალცინირებული კვანძების შემთხვევაში, მათი მალიგნიზაციის % იმდენად მაღალია, რომ ოპერაცია გარდაუვალია.

ტოქსიკური ჩიყვის, ბაზედოვის დაავადების დროს მკურნალობა მხოლოდ დროებითი გამოსავალია და, შეიძლება ითქვას, პაციენტის საოპერაციოდ მომზადებას წარმოადგენს, რადგანაც ოპერაციული ჩარევა ეუთირეოიდულ პირობებში უფრო მარტივია. აქაც ოპერაცია გარდაუვალია.

პარათირეოიდული ადენომის და კიბოს მკურნალობა ყოველთვის ოპერაციულია და შემდეგ აუცილებელია კალციუმის შენაცვლებითი მკურნალობის ინსტალაცია.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოების ქირურგიული მკურნალობა მით უფრო წარმატებულია, რაც უფრო ადრე დაისმება დიაგნოზი. შორს წასულ შემთხვევებში შესაძლოა გაფართოებული ქირურგიული ჩარევების განხორციელება: თირეოიდექტომია და ლიმფადენექტომია, ქიმიოთერაპიით ან სხივური თერაპიით, თუ საქმე გვაქვს ინვაზიურ მეტასტაზირებასთან. ყველა სტატისტიკური მონაცემის გათვალისწინებით, ფარისებრი და პარათირეოიდული ჯირკვლების ქირურგია ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა, თუნდაც ავთვისებიანი დაავადებების დროს.

აღსანიშნავია გართულებები ოპერაციის პროცესში:

- შებრუნებითი ნერვის დაზიანება (1-8%);
- ოპერაციის დროს პარათირეოიდული ჯირკვლების უნებლიე დაზიანება-ამოკვეთა (3-5%);
- პოსტოპერაციული სისხლდენები (0-1%);
- პოსტოპერაციული თრომბოემბოლიები, ლეტალური გართულება (2-5%);

NOTA BENE

- ფარისებრი და პარათირეოიდული ჯირკვლების ქირურგია ძალიან ფაქიზი და ტექნიკურად ძნელად შესასრულებელი მანიპულაციაა. აუცილებელია ქირურგის მრავალწლიანი გამოცდილება და ყველა ტექნიკის სრულყოფილი ფლობა ამ მანიპულაციის კარგად ჩასატარებლად;
- აუცილებელია პაციენტის ინდივიდუალური მიდგომით მკურნალობა, რადგანაც, მიუხედავად არსებული რეკომენდაციებისა, ყოველი მოცემული შემთხვევა ინდივიდუალურად უნდა გაირჩეს;



ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთა თირეოიდექტომია ტოტალური და ნაწილობრივი

ბიბლიოგრაფია

Transnasal Endoscopic Medial Maxillectomy in Inverted Papilloma – Reda H. Kamel, MD.

La polypose naso-sinusienne – Ch. Frénche, J. –P. Fontanel, R. Peynégre.

Cervical Cellulitis and Mediastinitis Caused by Odontogenic Infections: Report of Two case and Review of Literature – Ibrahim Mohamed Zeitoun, MB, BCh, MS, BDS, MD, and P.J. Dhanarajani, BDS, MS, MS+.

Réhabiliter les surdités – de transmission par la chirurgie ossiculaire – par le Professeur Alexis Bozorg Grayeli, service D"O.R.L. du chu de dijon et laboratoire Imvia de l"université Bourgogne franche-comté.

Evidement Fonctionnel du Cou Principes, Techniuiques et Indications – Bernard Guerrier – Docteur en Médecine, Ancien Interne des Hospitaux de Montpellier.

La paralysie faciale, Le spasme hémifacial – R. Charachon, J. – P. Bebear, O. Sterkers, J.Magnan, J. Soudant.

Molecular Pathologic Study of Human Papillomavirus Infection in Inverted Papilloma and Squamos Cell Carcinoma of the Nasal Cavitis and Paranasal Sinuses – Yashushi Furuta, MD; Toshiya Shinohara, MD; Kimiaki Sano, MD; Kazuo Nagashima, MD; Kazuaki Inoue, MD; Katsuhiko Tanaka, MD; Yukio Inuyama, MD.

The Inverted Schneiderian Papilloma : A 25– year Study – Donald P.Vrabec, MD.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Fondée en 1929 par A. Laffont et D. Durieux. – J.-F. Bach, J.-C. Imbert, C. Jasmin J. Ménard, J.-Y. Neveux.

L'extraot standardisé de Ginkgo biloba Egb 761 dans le traitement des acouphènes. Resultats d'une étude randomisée aveugle, controlée par placebo – C. Morgenstern et E. Biermann.

Mise au point sur le cone beam CT: principes, avantages et inconvenients pour le bilan sinusien préimplantaire – A. Lacan, G. Teman.

Traité de technique chirurgicale O.R.L. et Cervico-Faciale – M. Portmann et Y. Guerrier.

L'otospongiose –otosclérose par P. Roulleau et Ch. Martin – Societe Francaise D'Oto-Rhino-Larungologie et de Pathologie Cervico – Faciale.

Эндоназальная эндоскопическая хирургия придаточный пазух носа – Г. Гогнишвили, Вю Хоземанн.

Traité de techniques chirurgicales de L'oreille – Otologie Oto-neuro-chirurgie – André A. Sultan.

Neurinome de l'Acoustique et Neurofibromatoses II – Professeur Jean-Marc Sterkers – Professeur Olivier Sterkers – avec la collaboration de Professeur Alain REY.

Les Ossiculoplasties Etat Actuel – R. Charachon, P. Roulleau, G. Bremond, G. Lacher, C. Martin, J. Magnan avec la collaboration M. Coudert – Vachoud.

Anatomie Humaine – Descriptive, topographique et fonctionnelle – H. Rouvière – onzième édition révisée et augmentée par A. Delmas.

La Chirurgie Partielle des épithéliomas du pharyngo-larynx – Henri Laccourreya, Daniel Bransu, Madeleine Menard, Erik Chabardes, Ollivies Laccourreya.

Inverted Papilloma: A Report of 112 Cases – William Lawson, MD, DDS; Bryan T. Ho, MD; Christopher M. Shaari, MD; Hugh F. Biller, MD.

Nurmatov U, van Schayck CP, Hurwitz B, et al. House dust mitavoidance measures for perennial allergic rhinitis : an updates Cochrane systematic review : House dust mite avoidence measure for

perennial allergic rhinitis. *Allergy* 2012; 67 : 158-65.

Reisman RE, Mauriello PM, Davis GB, et al. A double-blind study of the effectiveness of a high-efficiency particulate air (HEPA) filter in the treatment of patients with perennial allergic rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85 : 1050-7.

Antonicevich L, Bilò MB, Schou S, et al. Efficacy of an air-cleaning device equipped with a high efficiency particulate air filter in house dust mite respiratory allergy. *Allergy* 1991; 46 : 594-600,

Kniest FM, Young E, Van Praag MCG, et al. Clinical evaluation of a double-blind dust mite avoidance trial in mite-allergic rhinitis patients. *Clin Exp Allergy* 1991; 21: 39-47.

Geller-Bernstein C, Pibourdin JM, Dornelas A, et al. Efficacy of the acaricide : Acaridust for the prevention of asthma and rhinitis due to dust mite allergy, in children. *Allerg Immunol* 1995; 27 : 147-54.

Moon JS, Choi SO. Environmental controls in reducing house dust mites and nasal symptoms in patients with allergy. *Yonsei Med J* 1999; 40 : 238-43.

Terreehorst L, Hak E, Oosting AJ, et al. Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2003; 349 : 237-46,

Ghazala L, Schmid F, Helbling A, et al. Efficacy of house dust mite and allergen impermeable encasings in patients with house dust mite allergy. *Allergologie* 2004; 27 : 26-34.

Brehler R, Kniest F. Encasing study in mite-allergic patients. One year, double-blind, placebo and environment controlled investigation. *Allergy & Clinical Immunology International* 2006; 18: 15-19 1] JORF n° 0302, 26/12/2016, w RFTEXT000033719416&oldAction=rechExpTextelorf

Brozek JHL, Bouquet J, Agache J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision] *Allergy Clin Immunol* 2017; 140 : 950-8.

Demoly P, Bosse J, Bouteloup F et al. L'offre de soins en allergolo-

gie. Rev Fr Allergol 2011; 51 : 64-72.

Demolj P Bosse |, Fontaine JE et al. Allergologie : une spécialité à l'heure des parcours de soins. Rev Fr Allergol 2018; 58 : 373-82.

Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). Allergy 2008; 63 : 8-160.

Masse MS, Granger Vallée À, Chiriac À, et al. Comparison of five techniques of skin prick tests used routinely in Europe. Allergy 2011; 66 : 1415-09,

Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. Allergy 2012; 67 : 18-24. Schuknecht HF. Pathology of the ear. 2nd ed.

Philadelphia (PA): Lea and Febiger; 1993.

Spoendlin H, Schrott A. The spiral ganglion and the innervation of the human organ of Corti. Acta Otolaryngol (Stockh) 1990; 105:403–10.

Gacek RR. Pathology of facial and vestibular neuronitis.

Am J Otolaryngol 1999; 20:202 – 10.

Gacek RR, Gacek MR. Meatal ganglionitis: clinical pathologic correlation in idiopathic facial paralysis.

Otorhinolaryngol Nova 1999;9:229– 38.

Millman B, Gibson WS, Foster WP. Branchio-otorenal syndrome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 121:922–5
Chirurgie de l'otospongiose : évaluation du confort de l'opéré C.-E. Rouf, D. Bakhos, J.-B. Riou, S. Morinière et E. Lescanne

Rhinoplastie : validation française de l'échelle MiRa T. Radulesco, D. Hazbri, M. Penicaud, P Dessi et J. Michel

Première évaluation de la prise en charge sophrologique des acouphènes subjectifs P. Grevin, M. Ohresser, M. Kossowski, C. Duval et À. Londero

Absence de papillomavirus humain à risque élevé dans le papillome inversé naso-sinusien p16 positif A. Holm, À. Allard, I. Eriksson, G. Laurell,

K. Nylander et K. Olofsson

Revue de la littérature

Prise en charge et traitement des plaies hypopharyngées et oesophagiennes cervicales : revue de la littérature

T. Bourhis, G. Mortuaire, B. Rysman, D. Chevalier et F. Mouawad
Branemark P-I, Hansson BO, Adell R, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw: experience from a ten-year period. Scand J Plast Reconstr Surg 1977; 11:Suppl. 16.

Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark PI. A fifteen-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Int J Oral Surg 1981; 10:387-416.

Quiney RE, Brimble E, Hodge M. Maxillary sinusitis from dental osseointegrated implants. J Laryngol Otol 1990; 104:333-334.

Albrektsson T. A multicenter report on osseointegrated oral implants. J Prosthet Dent 1988;60:75-84.

Mason ME, Triplett RG, Van Sickels JE, Parel SM. Mandibular fractures through endosseous cylinder implants: report of cases and review. J Oral Maxillofac Surg 1990;48:311-317.

Mason ME, Triplett GR, Alfonso WF: Life-threatening hemorrhage from placement of a dental implant. J Oral Maxillofac Surg 1990;48:201-204.

Pearse HE: Mediastinitis following cervical suppuration. Ann Surg 1938;108:588-611.

Estrera AS, Landay MJ, Grisham M4, et al. Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1983; 157:545-552.

Évaluation de la déglutition des patients opérés d'une pharyngolaryngectomie totale circulaire. Étude multicentrique du GETTEC S. Morinière, P. Gorphe, F Espitalier, D. Blanchard, N. Fakhry, N. Saroul, C. Bach, X. Dufour,

C. Fuchsmann, S. Vergez et S. Albert

Cancer du larynx d'origine professionnelle : tendances en France

de 2001 à 2016

J. Grignoux, Q. Durand-Moreau, N. Vongmany, S. Brunel et J.-D. Dewitte
Intérêt de la vidéo-otoscopie en médecine générale

L. Damery, E. Lescanne, K. Reffet, C. Aussedat et D. Bakhos

Ablation chirurgicale des amygdales linguales dans Le traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil

C. Mure, M. Blumen, L. Page et F. Chabolle

Facteurs de risque de sévérité de la papillomatose respiratoire récidivante juvénile Lors de la première endoscopie

E. Moreddu, E. Lambert, D. Kacmarynski, R. Nicollas, J.-M. Triglia et R.-J. Smith

Étude de faisabilité de l'éthmoïdectomie radicale bilatérale en chirurgie ambulatoire

M. Kérimian, P.-L. Bastier, N. Réville, S. Fierens et L. de Gabory

Adénocarcinome intestinal et non intestinal des cavités nasales : quel est le rôle de l'exposition aux poussières de bois ?

P. Gallet, D.-T. Nguyen, A. Russel, R. Jankowski, C. Vigouroux et C. Rumeau

Asymétrie des aryténoïdes chez des chanteurs d'opéra

P. Claros, A. Claros-Pujol et A. Claros

Reconstruction tridimensionnelle du rocher : comparaison des mesures in situ, TDM et CBCT.

E. Guyader, J. Savéan, C. Clodic, P. Letellier, P. Meriot et R. Marianowski

Relation entre la taille des végétations et l'otite sérumuqueuse L. Skoloudik, D. Kalfert, T. Valenta et V. Chrobok

Nouvelle méthode de réglage des implants auditifs du tronc cérébral chez l'enfant

M. Polak, L. Colletti et V. Colletti

Chirurgie de base de langue sous assistance robotisée dans Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil : résultats

préliminaires

G. de Bonnecaze, B. Vairel, A. Dupret-Bories, E. Serrano et S. Vergez
Inal A, Altintas DU, Yilmaz M, et al. Prevention of new sensitizations
by specific immunotherapy in children with rhinitis and/or asthma
monosensitized to house dust mite. J Investig Allergol Clin Immu-nol
2007; 17: 85-91.

Marogna M, Tomassetti D, Bernasconi A, et al. Preventive effects of
sublingual immunotherapy in childhood : an open randomized controlled
study. Ann Allergy Asthma Immunol 2008; 101 : 206-11.

Amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte : évolution des
pratiques après ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire avec
bloc opératoire dédié

S. Bartier, I. Gharzouli, N. Kiblut, H. Bendimered, L. Cloutier et D.
Salvan

Évaluation du dysfonctionnement naso-sinusal chronique avec
adaptation transculturelle de l'auto-questionnaire DyNaChronK. Choukry,
J. Hasnaoui, Z. Chafiki, M. Khdim, R. Abada et M. Mahtar

Tumeurs de la fosse infratemporale : quand suspecter une tumeur
maligne ? Étude rétrospective d'une série de 62 cas Q: Lisan, N. Leclerc,
R. Kania, J.-P. Guichard, P Herman et B. Verillaud

Audiométrie vocale dans Le bruit : mise au point du test VRB (vocale
rapide dans le bruit)

Meclercq CC RenardieC Vincent

Hydrops retardé. Aspect du nystagmus en crise et intérêt de La
labyrinthectomie chimique LP Reynard, A. Karkas, M. Gavid, Y. Lelonge
et P Bertholon

Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis
and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision. J Allergy Clin Immunol
2010; 126 : 466-76.

Gotzsche PC, Johansen KH. House dust mite control measures for
asthma : systematic review. Allergy 2008; 63 : 646-59.

Toelle BG, Ng KK, Crisafulli D, et al. Childhood asthma prevention team. Eight-year outcomes of the Childhood Asthma Prevention Study. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126 : 388-9.

Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, et al. Inner-city results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med* 2004; 351 : 1068

Substernal goiter. Report of 212 cases *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 1999. 110(2) Makeieff M, Marlier F, Khudjadze M, Garrel R, Crampette L, Guerrier B.

Service ORL chirurgie cervicofaciale, hôpital Gui-de-Chauliac, Montpellier.

„Imaging of the hypopharynx, oropharynx and parapharyngeal spaces“

Makeieff M, Bosch P, Marlier F, Khudjadze M, Crampette L, Guerrier B.

Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 1999;120(3):147-54. Review. French. Endoscopic surgical treatment of sinonasal polyposis-medium term outcomes (mean follow-up of 5 years).

Garrel R, Gardiner Q, Khudjadze M, Demoly P, Vergnes C, Makeieff M, Guerrier B, Crampette L.

Rhinology. 2003 Jun;41(2):91-6.

„The results of surgical treatment of middle ear cholesteatoma by using open and closed techniques“.

Khudjadze M, Vashakidze N, Gogniashvili G, Khelashvili B.

Georgian Med News. 2008 Oct;(163):21-4.

„Cancer du larynx d'origine professionnelle “ J. Grinoux, Q. Durand – Moreau, *Ann. francaises d'ORL* tome 136. fevr. 2019.

„ Etude de faisabilite ethmoïdectomie radicale bilaterale en chirurgie ambulatoire “ M. kerimian, P.-L, Bastier. *Ann. francaise d'ORL* tome 135. dec. 2019.

„Benign schwannomas of the nasal cavity: report of one case,,

- Khujadze M, Vashakidze N, Gogniashvili G, Khelashvili B.
Georgian Med News. 2009 Jan; (66):29-32. French – Ballenger’s
Oto-Rhino-Laryngology
SFORL Romandation for the treatment of parotide gland pleomorphic
adenomas.
S. Verges, N.Fakhry, C.Cartier.
Annales francaises d’ORL et pathology cervico-faciale. 138,
Septembre 2021.N4

