



ჯანმრთელობის
ინსტიტუტი

წელის ტკივილი

შეფასება • დიაგნოზი • მართვა
სახელმძღვანელო პეიპაზისათვის

გიორგი გეგელაშვილი

პირფასო აკითხველო

წელის ტკივილი დღეს მსოფლიოში ერთერთი ყველაზე გავრცელებული, პრობლემური და ძვირადღირებული ავადმყოფობაა. მიუხედავად პრევენციული მედიცინის მნიშვნელოვანი წარმატებებისა, ამერიკის შეერთებულ შტატებში მისი პრევალენტობა განუხრელად მატულობს. ამ მატების ზუსტი მიზეზი უცნობია, მაგრამ ცდილობენ, ჭარბი წონით და დეპრესიით ახსნან. წელის ტკივილი წელიწადში 100-200 მილიარდი დოლარით აზარალებს ქვეყნის ეკონომიკას. ზურგის ტკივილთან შეხებაში მყოფი ნებისმიერი ექიმი ჯონს ჰოპკინსის სამედიცინო ქსელში ყოველწლიურად გადის აუცილებელ ტესტირებას. „წითელი აღმების“ გარეშე დანიშნული MRI-ის ხარჯების დაფარვაზე სადაზღვევო კომპანია ხშირად უარს ამბობს. ოპერაციის გადაწყვეტილება ყოველთვის მულტიდისციპლინურია და ნევროლოგის, რადიოლოგის და ნეიროქირურგის ან ორთოპედის დასკვნების შეჯერების საფუძველზე ხდება.

წინამდებარე ნაშრომი გვთავაზობს თანამედროვე მტკიცებითი მედიცინის მონაცემებს წელის ტკივილის შესახებ. ამავე დროს, სტრიქონებში იგრძნობა დარგის ქართული პრობლემები, ავტორის დიდი პრაქტიკული გამოცდილება და ორიგინალური აზროვნება. გიორგი გეგელაშვილის „წელის ტკივილი“ დაამშვენებდა თანამედროვე ექიმის სამუშაო მაგიდას არა მარტო საქართველოში, არამედ მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში.

ზურაბ ნადარეიშვილი

ნევროლოგიის განყოფილების ხელმძღვანელი, ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის ინსულტის პროგრამის დირექტორი. სუბურბან პოსპიტალი, ჯონს ჰოპკინსის სამედიცინო სისტემა, ბეთესდა, მერილენდი, ამერიკის შეერთებული შტატები.

ნაშრომი განკუთვნილია ნევროლოგებისთვის, თერაპევტებისთვის და ყველა იმ სპეციალისტისთვის, ვინც წელის ტკივილის დიაგნოზის დასმით და მართვით არის დაკავებული.

კონსულტანტები: აკად. დოქტორი მერაბ ფრუიძე
გრიგოლ ბრეგაძე
პროფ. კახაბერ ჭელიძე
პროფ. ნიკოლოზ ფრუიძე
პროფ. ბესარიონ ტყეშელაშვილი
ტექნიკური რედაქტორი: ქეთევან დეკანოზიშვილი
სტილი: თამარ სირბილაძე
დიზაინი და დაკაბადონება: დავით ყაზაიშვილი
დაბეჭდილია ფარმაცევტული კომპანია „ბერლინ-ხემი/მენარინი“-ს ხელშეწყობით.

გიორგი გეგელაშვილი.
წელის ტკივილი © ჯანმრთელობის ინსტიტუტი
თბილისი, 2016

უამოკლება	მნიშვნელობა
წ/ტკივილი, წ/ტკ., ტკ.	წელის ტკივილი, ტკივილი
ავ.	ავადმყოფობა, ავად ყოფნა
ქრ.	ქრონიკული
სნ.	სინდრომი
სპ.	სიმპტომი
მაგ.	მაგალითად
ტკივილის გაჭინაწრება	მწვავე ტკივილის ქვემწვავე ან ქრონიკულ ფაზაში გადასვლა
სიმსივნე	იგულისხმება ავთვისებიანი სიმსივნე კანის არამელანომური სიმსივნეების გარდა
HLA-B27 ასოცირებული	HLA-B27 ჰაპლოტიპთან დაკავშირებული სპონდილარტრიტი
ფასები	რკალმორჩის სახსარი, ზიგაპოფიზური შეერთება, Z-სახსარი
რადიოლოგია	Rö, CT, MRI, PET, მიელოგრაფია
CT	კომპიუტერული ტომოგრაფია
MRI	მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა
Rö	რენტგენოგრაფია
PET	პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია
კონტრასტი	რადიოლოგიური სადიაგნოზო საკონტრასტო ნივთიერება
სისხლის/	სისხლის საერთო ანალიზი
უარდის/	შარდის საერთო ანალიზი
ედს	ერთროციტების დალექვის სიჩქარე
სრა	მაღალი მგრძობელობის რაოდენობრივი ც-რეაქტიული პროტეინი
ANA	ანტი-ნუკლეური ანტისხეული
ANCA	ანტი-ნეიტროფილური ციტოპლაზმური ანტისხეული
HLA-B27	ადამიანის ლეიკოციტური ანტიგენი B27
არასტეროიდი	არასტეროიდიული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება
გ/დ, ვგ/დ	გრამი, მილიგრამი დღეში
ტსა	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი
საუსი	სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი, ანტიდეპრესანტი
სნუმი	სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი, ანტიდეპრესანტი
↓	იკლებს, შემცირებული, დაბალი
→	შედევს, შემდეგ, მოგვიანებით
↑	იმატებს, მაღალი, აძლიერებს
დისკოს პროლაფსი	გადახაზული ტერმინები ამოღებულია მოქმედი ნომენკლატურიდან ან გრამატიკულად გაუმართავია.

შესავალი

წელის ტკივილი გაციების შემდეგ ყველაზე ხშირი ავადმყოფური მდგომარეობაა. იგი სიცოცხლის განმავლობაში შეიძლება მოსახლეობის 84%-ს შეეხო. უხერხული მოძრაობა, სიმძიმის აწევა, ბავშვის მოვლა, მანქანის ხანგრძლივი ტარება, ავარია, დაცემა – მწვავე წ/ტკივილის ანუ წელკავის მყისიერი აღმოცენების ყველაზე ხშირი მიზეზებია. „მსუბუქი“ ფორმების პროგნოზი კეთილსაიმედოა. ადამიანების დიდი ნაწილი საერთოდ არ მიმართავს ამ დროს ექიმს და თავად ახერხებს, წამლით თუ უწამლოდ, ტკივილისგან თავის დაღწევას.¹ „უბრალო“ და გაურთულებელ შემთხვევებში ამაში უცნაური არაფერია. ყოველი 10 წელკავიდან 9 – მაქსიმუმ 6 კვირაში გაივლის. ხანგრძლივობის მიხედვით წ/ტკივილი ასე ნაწილდება: **მწვავე წ/ტკივილი** – ტკივილი გრძელდება 7 კვირამდე, **ქვემწვავე** – 7-12 კვირა, **ქრონიკული** – 12 კვირაზე მეტხანს.² ერთი წლის განმავლობაში აღნუსხული წ/ტკივილის რეციდივის სისშირე 30-60%-ს შეადგენს. ავად ყოფნის თითოეული ასეთი შემობრუნება დამოუკიდებელ გამწვავებად ითვლება და ტკივილის ხანგრძლივობის ათელაც თავიდან იწყება. ასე, რომ, როდესაც პაციენტი გვეუბნება: „ძველი წელი წელის ტკივილმა შემაწუხა“ – არ უნდა ჩავთვალოთ, რომ მას უკვე ქრონიკული ტკივილი აქვს.

წელკავი ანუ ლუმბაგო ისტორიული ტერმინია (ლათ. *lumbus* – წელი) და მიუთითებს მწვავე შეტევით ტკივილზე წელის არეში. დასავლურ ლიტერატურაში წელკავის ფორმებს ისევე გამოყოფენ, როგორც ჩვეულებრივ წ/ტკივილისას: მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული. მაგრამ გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად წ/ტკივილის და წელკავის ნაცვლად უფრო მეტად იყენებენ ტერმინს „ზურგის ქვედა ნაწილის ტკივილი“ ICD-10: M54.5 – Low Back Pain ან მოკლედ – LBP. ქართულად ამ ტერმინის გამოყენება მეტად მოუხერხებელია როგორც სრული, ასევე შემოკლებული სახით.

წელკავი, სავარაუდოდ, **წალის კუნთების და მყინის დაჰაზვა-დაჭიმვის** შედეგია და ხშირად **ჰიოფასიური** ბუნებისაა. ამ დროს ტკივილი ძირითადად წელის არეშია, შეიძლება გადადიოდეს ფეხებში, მაგრამ არასდროს – მუხლებს ქვემოთ. გაჭიანურების და ქრონიკულად გარდასახვის შემთხვევაში მექანიკურ ფაქტორებზე მეტად აქტუალური ხდება ტკივილის ხელშემწყობი ნეიროფიზიოლოგიური და ფსიქოსოციალური ფაქტორები.

ზოგიერთი ტერმინის განმარტება

მექანიკური: წ/ტკივილის კლასიფიკაციის ტერმინია. მიუთითებს ორგანულ ან ფუნქციურ დაზიანებაზე, როდესაც გამორიცხულია სიმსივნე, ინფექცია, რევმატიული ან შინაგანი ორგანოების ავადმყოფობა.

არასპეციფიკური წ/ტკივილი: იგივეა, რაც წელკავი ანუ: იდიოპათიური, მიზეზდაუდგენელი, ზურგის ქვედა ნაწილის მექანიკური ტკივილი, რომელიც არ ვრცელდება მუხლებს ქვემოთ.

სპეციფიკური წ/ტკივილი: ზურგის ქვედა ნაწილის მექანიკური ტკივილი, როდესაც ექიმი ცდილობს, კლინიკური მდგომარეობა ახსნას წ/ტკივილისთვის დამახასიათებელი რადიოლოგიური ცვლილებებით (დისკოპათია), ხერხემლის სტენოზი, მალის მოტენილობა.

გადფორმირებადი სპონდილოზი: ხერხემლის მალეების დეგენერაციული ართრიტი. რადიოლოგიურად შევიწროებულია დისკოს სივრცე და ისახება ართრიტული ცვლილებები რკალმორჩის სახსარში, ანუ ფასეტებში.

ჰიოფასიკული-ჰიოფასიური ტკივილის სნ.: ჩონჩხის კუნთების მტკივნეულობა ტრიგერული წერტილებით. წერტილები განსაკუთრებულად მგრძობიარეა და გაღიზიანებისას ტკივილი გადაეცემა დამახასიათებელ არეებში.

სპინალური ხარხაფის სპანოზი: ხერხემლის არხის, გვერდითა ჯობის ან ნერვის სერელის შევიწროება, რამაც, შესაძლებელია, გამოიწვიოს რაშის კუდისა და მისგან გამომავალი ნერვული ფესვების მოჭყლეტა. აღწერენ სტენოზის 3 ხარისხს. „სპინალური“ არასწორია: უცხოურ -ალ და ქართულ -ურ სუფიქსებს ერთნაირი ფუნქცია აქვთ.

ოსტეონოდროზი, ოსტეოპოდროზი: ძვლის ეპიფიზური ნაწილის ასეპტიკური იშემიური ნეკროზით მიმდინარე ორთოპედიული ავადმყოფობების ოჯახია. ჩვეულებრივ, იწყება ბავშვობის ან ყმაწვილობის ასაკში. ოსტეოქონდროზის ერთერთი ფორმა – იდიოპათიური იუვენილური კიფოზი ანუ Holger Werfel Scheuermann-ის ავადმყოფობა შეიძლება გახდეს მოზრდილობაში წ/ტკივილის იშვიათი (<0.01%) მიზეზი.

ნეიროგანული კოჭლოზა: ფეხის ტკივილი და/ან სისუსტე ვითარდება სიარულის ან ფეხზე დგომის დროს; ამსუბუქებს დაჯდომა ან წინ გადახრა; უკავშირდება ხერხემლის სტენოზს.



¹Wilk V, et al. Evidence and Practice in the Self-Management of Low Back Pain: Findings From an Australian Internet-based Survey. Clin J Pain 2010;26:533-540.
²ტრადიციულად, წ/ტკივილის მწვავე პერიოდს 4 კვირას მიიჩნევენ. მაგრამ კლინიკური გზამკვლევის უმრავლესობა რეკომენდაციებს ტკივილის გამოვლიდან 6-კვირიან ნიშნულთან ავლენს. ამავე დროს: ა) დისკოს თიაქარი 6 კვირის თავზე 1/3-ით პატარავდება ბ) რბილი ქსოვილის ანთების რუზოლუციის მნიშვნელოვანი ეტაპი 6 კვირის თავზე მთავრდება.

კადრული რადიკულოპათია: ნერვის ფესვის დისფუნქცია – ტკივილი, მგრძობელობის დარღვევა შესაბამის დერმატომში, ძალის და ღრმა რეფლექსების დაქვეითება.

ჰშიაზი იშიასი: გადაცემითი ტკივილი წელიდან ფეხის მთელ სიგრძეზე, საჯდომი ნერვის საინერვაციო არეში გრძელდება. იწვევს L5/S1 (L4/S2) ნერვული ფესვის მექანიკური კომპრესია. ყველაზე ხშირი (90%) მექანიკური რადიკულოპათია.

მალთაშუა დისკო დისკო ვარიანტები:³ ნორმალური, გამომშრალი, ფიბროზული რგოლის ნაპრალით, გაბერილი, გამოზნექილი თიაქრით, გამორწყული თიაქრით, ცრუ დისკო.

დისკოს გამომშრალი თიაქარი - ა) ფართო ფუძით, კეროვანი; ბ) კონტენინრებული, არაკონტენინრებული.

დისკოს გამორწყული თიაქარი - ა) გადანაცვლება – მიგრაცია; ბ) დანაწევრება („სეკვესტრაცია“) **ჰროლაფსი- ექსტრუზია:** სეკვესტრუბად თავისუფალ ფრაგმენტებად.³

ვაიდეიოლოგია

გლობალური გავრცელება: მიმდინარე – 12%, ბოლო ერთ თვეში – 23%,⁴ 1-წლიანი – <45%.

განვითარების რისკის ფაქტორები: თამბაქოს მოხმარება, სიმსუქნე, ხანდაზმული ასაკი, ორსულობა, ფიზიკურად მძიმე, მჯდომარე ან ფსიქოლოგიურად დამქანცველი სამუშაო, განათლების დაბალი დონე, სამსახურით უკმაყოფილება, სომატიზაცია, შფოთვა, დეპრესია. ქალები და მამაკაცები 60 წლამდე ავადდებიან თითქმის თანაბრად, ორსულობის გარდა. 60 წლის შემდეგ ქალების ავადობა მნიშვნელოვნად იმატებს.

მწვავე ტკივილის აღმოცენების უპირატესი დრო: დილის 7-დან დღის 12 საათამდე.⁵

ეკონომიკური ტვირთი: წ/ტკივილისთვის გაწეული საერთო ხარჯი აშშ-ში 100 მილიარდ \$-ზე მეტია წელიწადში.⁷ აქედან, 2/3 არაპირდაპირია – შრომით დანაკარგებს და კომპენსაციას შეადგენს. საერთო ხარჯის 75% მოდის პაციენტების მხოლოდ 5%-ზე – ე.წ. „ართულ შემთხვევებზე“.

სოციალური ზეგავლენა: წ/ტკივილი სამუშაოდან მოცდენის, პროფესიული დაავადების და უუნარობაში გატარებული წლების ყველაზე ხშირი მიზეზია.

ციფრების „უკან დგას“ ჯანდაცვის და სოციალური დახმარების სისტემის მოდელი. მაგ, წ/ტკივილის მიზეზით გაცემული საავადმყოფო ფურცელი შვედეთში 4-ჯერ მეტია აშშ-თან შედარებით, მაგრამ საერთო ავადობა დიდად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან. სად არის „ძაღლის თავი დამარხული“? – ალბათ, ფინანსურ გამორჩენაში: შვედეთში უუნარობას 100%-ით ანაზღაურებენ, ხოლო აშშ-ში – 0-80%-ით.

ცხრილი 1:

უუნარობაში გატარებული წლები - YLD ინდექსი⁸

1	წელის ტკივილი
2	დიდი დეპრესია
3	ანემია
4	კისრის ტკივილი
5	ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული
6	ავადმყოფობა სხვა ჩონჩხ-კუნთოვანი ავადმყოფობა
7	შფოთვითი აშლილობა
8	შაკიკი
9	შაქრიანი დიაბეტი
10	დაცემა
11	ოსტეოართრიტი
12	წამალდამოკიდებულება
13	სმენის დაქვეითება
14	ასთმა
15	ალკოჰოლიზმი

³ Fardon DF, et al. Lumbar disc nomenclature: version 2.0: Recommendations of the combined taskforces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. Spine J. 2014 Nov;14(11):2525-45.

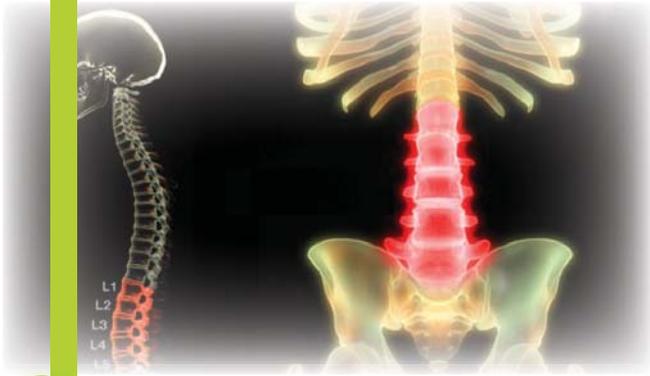
⁴ Hoy D, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum 2012; 64:2028.

⁵ Steffens D, et al. What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. Arthritis Care Res (Hoboken) 2015; 67:403.

⁶ Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. J Bone Joint Surg Am 2006; 88 Suppl 2:21.

⁷ ამ „ლოგიკით“ საქართველომ უნდა დახარჯოს 3.4 მილიარდი ლარი წელიწადში.

⁸ Years lived with disability - YLDs for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012



ქაიოლოგია

არ შეიძლება რადიოლოგიური აღწერილობის უპირობოდ, პირდაპირ კლინიკურ დიაგნოზში გადმოტანა. ტერმინოლოგიური და ეტიოლოგიური აღრევა იწვევს სამკურნალო პროცესის დაგეგმვის და აღსრულების შეცდომებს, ჯანმრთელობისთვის და ფინანსური თვალსაზრისით საზიანო ქმედებებს, ოპერაციული აქტივობის წახალისებას, უიმედობის ხელშეწყობას. ამიტომაც სიმპტომის ამსახველი „წელკავი“ ან „ხერხემლის ტკივილი“ სამედიცინო დოკუმენტებში და მოსახლეობის ზეპირსიტყვიერებაში ჩანაცვლებულია პათოფიზიოლოგიურად დაუსაბუთებელი ტერმინებით: „გამრუდება“, „მალეების დაცურება“, „წინაზარდები“, „მარილების დაგროვება“, „ოსტეოხონდროზი“, „ნერვის გაციება“, „მიოზიტი“.

რადიოლოგიურად თითქმის ყოველთვის შეიძლება აღმოვაჩინოთ ხერხემლის დეგენერაცია. დეგენერაციის „პოვნა“ არ ნიშნავს მის უცილობელ მონაწილეობას წ/ტკივილში. სულ მცირე, 85%-ში⁹ რადიოლოგიური „აღმოჩენა“ უსიმპტომო, არაპათოგენური და არასპეციფიკურია, რადგანაც კორელაციაში არ არის კლინიკურ სინდრომთან.

როდესაც ვერ ხერხდება ხერხემლის ტკივილის ზედმიწევნით ზუსტი ეტიოლოგიის დასაბუთება – უნდა დაისვას წელკავის დიაგნოზი. სამწუხაროდ, საქართველოში „გამომწვევის ყოველთვის პოვნის“ საბჭოური ტრადიცია ჯერ კიდევ გრძელდება.

არამექანიკური რადიკულოპათიის ეტიოლოგია

- **შაქრიანი დიაბეტი:** ერთეული ან მრავლობითი რადიკულოპათია.
- **ანთებითი:** მწვავე (AIDP – გიენ-ბარეს სინდრომი) ან ქრონიკული (CIDP) ანთებითი მადემიელინოზებული პოლირადიკულოპათია, სარკიოდოზი, პოსტოპერაციული არაქნოიდიტი – „წარუმატებელი ქირურგიის სნ.“
- **ინფექციური:** ბორელია (ლაიმის ავ.), ციტომეგალოვირუსი, ეპშტაინ-ბარი, მარტივი ჰერპესი, აივ/შიდსი, მიკობაქტერია, მიკოპლაზმა, სიფილისი, სალტისებრი ლიქენი (ვულგარული ჰერპესი).
- **სიმსივნე:** მეტასტაზი, ლიმფომა, მიელომა, ინტრადურული სიმსივნეები: მენინგიომა, ნეიროფიბრომა, ეპენდიომა.
- **ს/მარღვოვანი:** არტერიულ-ვენური მალფორმაცია, რადიაციული ვასკულური ოკლუზია, ვასკულიტი (ფესვის ინფარქტი).

ცხრილი 2: წელის ტკივილის ეტიოლოგია¹⁰

წელკავი	>85%	ხერხემლის არამექანიკური	>1%	ვისცერული	2%
მექანიკური არასპეციფიკური, უცნობი ეტიოლოგიის: სავარაუდოდ, მყესების და კუნთების დაჭიმულობის შედეგი.		სიმსივნე	0.7%	მენჯის ავადმყოფობა	<ul style="list-style-type: none"> პროსტატიტი ენდომეტრიოზი მენჯის ქრონიკული ანთებითი ავადმყოფობა
მექანიკური სპეციფიკური	<12%	ინფექცია	0.01%	თირკმლის ავადმყოფობა	<ul style="list-style-type: none"> ნეფროლითიაზი პიელონეფრიტი პერინეფრული აბსცესი
სპონდილოზი	<10%	ართრიტი	>0.5%	აორტის ანევრიზმა	კუჭ-ნაწლავის ავადმყოფობა
პოროზული მოტეხილობა	4%	• HLA B27-ასოცირებული: მანკილოზებელი, სპონდილიტი, რეაქტიული, ფსორიაზული ართრიტები, ნაწლავის ანთებითი ავ.		კუჭ-ნაწლავის ავადმყოფობა	<ul style="list-style-type: none"> პანკრეატიტი ქოლეცისტიტი წყლულის პენეტრაცია
დისკოს თიაქარი და/ან ხერხემლის სტენოზი	3-4%	• ოსტეომიელიტი			
სპონდილოლისთეზი	2%	• სეფსისური დისციტი			
ტრავმული მოტეხილობა	<1%	• პარასპინური აბსცესი			
თანდაყოლილი ავადმყოფობა	<1%	• ეპიდურული აბსცესი			
• მძიმე კიფოზი		• სალტისებრი ლიქენი			
• მძიმე სკოლიოზი					
• გარდამავალი მალა					
სავარაუდო სპონდილოლიზი	?	ოსტეოქონდროზი	<0.01%		
სავარაუდო ფასეტური	?	პეჯეტის ძვლის ავადმყოფობა	<0.01%		
სახსრის ასიმეტრია	?				

შენიშვნა: ცხრილში მოცემულია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში აღნუსხული მონრდილითა მწვავე წ/ტკივილის მიზეზების %-ლი თანაფარდობა. იგი შეიძლება განსხვავებული იყოს სხვადასხვა კატეგორიის პაციენტებში: ხანდაზმულებში უფრო ხშირია ოსტეოპოროზი, ხერხემლის სტენოზი; წამალ-დამოკიდებულ ახალგაზრდებში – ინფექცია.

⁹ Institute for Clinical Systems Improvement, 2012 წ/ტკივილის მიზეზს 85-90%-ში ანატომიურად დაუსაბუთებლად მიიჩნევს.
¹⁰ Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001 Feb 1;344(5):363-70. მოდოფიცირებულია ავტორის მიერ.

წალის ტკივილის წითელი ალმები

- ზოგადი წითელი ალმები** - ხანდაზმულობა, მკურნალობის უეფექტობა >6 კვირა, მზარდი ნევროლოგიური დეფიციტი, მნიშვნელოვანი თანაავადობა, არასასარბილო ფუნქციური სტატუსი – უღონობა, თვითმოვლის შეუძლებლობა, ინვაზიური ჩარევისთვის ან ოპერაციისთვის მზადება.
- ინფექციის წითელი ალმები** - ცხელება, ინექციურ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება, საშარდე გზების ან კანის ინფექცია, აქტიური ან გადატანილი ტუბერკულოზი, იმუნოსუპრესია.
- სიმსივნის წითელი ალმები** - სიმსივნის ანამნეზი, აუხსნელი გახდომა (>4კგ 6 თვეში), შვების მიუღებლობა საწოლში წოლისას, მღრღნელი ტკივილი ღამით.
- კომპრესიული მოტეხილობის წითელი ალმები** - გადატანილი ტრავმა, მოტეხილობის ანამნეზი, სისტემური სტეროიდების ხანგრძლივად მიღება, მწვეკელობა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, რევმატოიდული ართრიტი, ბარძაყის ყელის მოტეხილობის ოჯახური ანამნეზი, დადასტურებული ან მაღალი რისკის ოსტეოპოროზი.¹¹
 - * მეორადი ოსტეოპოროზის საკუთარი რისკები: ჰიპოგონადიზმი, ნაადრევი მენოპაუზა, მაღალსივრცობა, ქრონიკული ჰეპატიტი, ნაწლავის ქრონიკული ანთებითი ავადმყოფობა.
- მანკილოზებელი სპონდილიტის წითელი ალმები** - დილის შებოჭილობა, რომელიც იხსნება ვარჯიშის შემდეგ, ღუნდულოს მონაცვლეობითი ტკივილი, ღამის მეორე ნახევარში გამოვლიძებები ზურგის ტკივილის გამო, ახალგაზრდა ასაკი.
- რამის კუდის წითელი ალმები** ახლად აღმოცენებული შარდის შეკავება¹²-შეუკავებლობა, ყითის (ანუსის სფინქტერის) მოღუნება, „უნაგირის“ ანესთეზია, სისუსტე ფეხებში, ორმხრივი (ან ცალმხრივი) იშიასი.

შედეგად

კონსულტაცია

ანამნეზის შეკრება, ფუნქციური უნარის შეფასება, ფიზიკური და ნევროლოგიური გასინჯვა, ჩვეულებრივ, საკმარისია ავადმყოფობის შესაფასებლად, დიაგნოზის დასასმელად და მართვის დასაგეგმად. მაგრამ, იმისთვის, რომ ექიმი „წელკავთან პირისპირ დარჩეს“, ზოგჯერ საჭიროა დამატებითი გამოკვლევა. ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევა ინიშნება მხოლოდ წითელი ალმების შემთხვევაში.

ფიზიკური გასინჯვა

- **ანთროპოლოგია** სიმაღლე, წონა, ზრდა-განვითარება, ნაკვეობა, მოვლილობა, დეფორმაცია.¹³
- **ზოგადი** არტერიული წნევა, პულსი, სუნთქვა, ტემპერატურა.
- **დათვალიერება** ზურგის ასიმეტრია, ტრავმის ან ქირურგიული ჩარევის კვალი.
- **წვივების გარშემოწერილობა** შუა მესამედის <2 სმ განსხვავება ნორმალურია.
- **გულმკერდის შლა** <2.5 სმ დამახასიათებელია მანკილოზებელი სპონდილიტისთვის.¹⁴
- **მომრავის თავისუფლება** წინ დახრა – შობერის ტესტი, გვერდით გადახრა, ტორსის შემოტრიალება, მოხრილი ფეხის გადადება – ჰატრიკის ტესტი.
- **პალპაცია** ხერხემლის მტკივნეულობა, კუნთების ტონუსი, მოტეხილობის კვალი.
- **აუცილებელი ტესტები** გაჭინთვის, გამართული ფეხის აწევის, გამართული ფეხის აწევის ჯვარედინა, ბარძაყის წერვის დაჭიმვის, ვადელის.

- ერთი მხრივ, ექიმი უნდა „შეეფოს“, რომ წ/ტკივილის მიზეზის ზუსტად დადგენას უმრავლეს შემთხვევაში ვერ შეძლებს და „მოუწევს“ წელკავის დიაგნოზის დასმა.

- მეორე მხრივ, იგი მწვავე პერიოდშივე „გაფაციცებული“ უნდა იყოს, არ გამოეპაროს საგანგაშო ავადმყოფობები: სიმსივნე, ინფექცია, აორტის ანევრიზმა, რამის კუდის სინდრომი.

- ეს სერიოზული მდგომარეობები, საბედნიეროდ, შემთხვევათა 1 პროცენტშიც კი არ გვხვდება.

- ქვემწვავე პერიოდში უნდა გამოირიცხოს ყველა სხვა „დარჩენილი“ სერიოზული ან ნაკლებად სერიოზული პათოლოგია და დაზუსტდეს ტკივილის წარმოშობის სპეციფიკურობა-არასპეციფიკურობა.

¹¹ Kanis JA, et al. Assessment of fracture risk. Osteoporos Int 2005; 16:581.

¹² შარდის შეკავების გარეშე რამის კუდის სინდრომის ალბათობა <1:10.000 შემთხვევიდან.

¹³ მენჯის ასიმეტრიისას უნდა გაიზომოს ფეხის სიგრძე თქმის წინა ზედა წვეტიდან ოსტის მდლიურ ზედაპირამდე.

¹⁴ მაღალი სპეციფიკურობა, მაგრამ დაბალი მგრძობელობა.

ნევროლოგიური პასინჯვა

გამართული ფეხის აწევის ტესტი -
Lazar K. Lazarević, 1880წ



მოხრილი ფეხის გამართვის ტესტი -
Ernest-Charles Lasègue, 1881წ



ფეხის გამართვის ტესტის გაძლიერება
ფაიერშტაინ-ბარგარდის მეთოდით



ბარდაყის ნერვის დაჭიმვის ტესტი -
Jacob Mackiewicz, 1913წ



აუცილებლად უნდა ინახოს: დაჭიმვის ნიშნები, მგრძობელობა, რეფლექსები, კუნთების ძალა. ნევროლოგიური გასინჯვით უნდა დადგინდეს რადიკულოპათიის ან მიელოპათიის არსებობა-არარსებობა და დაზიანების დონე. ნევროლოგი ვალდებულია, ერთმანეთისგან განასხვავოს ზედა და ქვედა მოტონეირონების დაზიანება. მიელოპათიის, მეტადრე რაშის კუდის სინდრომის დროს საჭიროა უკანა ტანის გასინჯვა. მიზანშეწონილია ანუსის სტატუსის (სფინქტერის ტონუსი, ანუსური რეფლექსი) შეჯერება საერთო ნევროლოგიურ სტატუსთან.

ზოგიერთი კლინიკური ტესტი

გამართული ფეხის აწევის ტესტი

მენჯ-ბარდაყის და მუხლის სახსარში გამართულ ფეხს ზედმიწევნით ფრთხილად ეწევიან ზემოთ. ტესტი დადებითია და იმიასზე მიუთითებს, თუ $<60^\circ$ -ზე გაჩნდა ტკივილი ბარდაყის უკან. აღწერა სერბმა ფსიქიატრმა და ნევროლოგმა Lazar "Laza" K. Lazarević-მა, 1880წ. არამართებულად ლასეგის ტესტს უწოდებენ. მგრძობელობა იზრდება თავის წინ დახრის და ტერფის მოხრის დროს.

გამართული ფეხის აწევის ჯვარედინა ტესტი

ფეხის აწევა იწვევს ტკივილს მეორე ფეხის ბარდაყის უკანა მხარეს – აღწერა პოლონელმა ნევროლოგმა J. Fajersztajm-მა.

- დისკოს თიაქრის დროს გამართული ფეხის აწევის ტესტის მგრძობელობა მაღალია (91%), მაგრამ სპეციფიკურობა დაბალი (26%);
- ჯვარედინა ტესტის დროს, პირიქით – მგრძობელობა დაბალი (29%), მაგრამ სპეციფიკურობა მაღალი (88%);
- ცრუ დადებითი პასუხი შეიძლება მივიღოთ ბარდაყის ორთავა, ნახევრად მყესოვანი, თითისტარა კუნთების და ღუნღულების დაჭიმვის შედეგად.

მოხრილი ფეხის გამართვის ტესტი

მენჯ-ბარდაყის და მუხლის სახსარში მოხრილ ფეხს ფრთხილად მართავენ. აღწერა ფრანგი ექიმის Ernest-Charles Lasègue-ის მოსწავლემ ფორსტმა დისერტაციაში 1881წ.

- მჯდომარე პაციენტის ფეხის გაშლა მუხლის სახსარში – იგივე ტესტი გამართებულად; ცდის მგრძობიარობა დაბალია; ტარდება ძლიერი ტკივილის, გასინჯვის შეუძლებლობის ან სხვაგვარად შეზღუდული სიტუაციის დროს.

ბარდაყის ნერვის დაჭიმვის ტესტი

მუცელზე მწოლიარე პაციენტს უხრიან წვივს მუხლის სახსარში და შემდეგ ბარდაყს ეწევიან ფრთხილად ზემოთ. მნიშვნელოვანი ტკივილი ბარდაყის წინა ზედაპირზე მიუთითებს L₂/L₃ და L₃/L₄ ფესვების დაზიანებაზე. აღწერა პოლონელმა ნევროლოგმა Jacob Mackiewicz-მა, 1913წ.

- სუსტი ტკივილი შეიძლება მივიღოთ L₄/L₅ ფესვების დაინტერესების დროს.
- გავის ფესვების დაზიანებისას ტესტი უარყოფითია.

გაკნინთვის ტესტი გამოსაკვლევი პირი დამჯდარ მდგომარეობაში ღრმად ჩაისუნთქავს და იჭინთება. ლიქორის წნევის მომატების გამო ტკივილი აღმოცენდება ღუნღულებში და ბარდაყში. დადებითი პასუხის დროს სავარაუდოა რადიკულოპათია, მუცლის ტრავმა, ხერხემლის არხის წელის ნაწილში სიმსივნე ან დიდი ოსტეოფიტი.

- ასეთივე შედეგი შეიძლება მივიღოთ ვალსალვას ცდის, დაცემინების, დახველების, ძლიერი დაძაბვის ან ღეფეკაციის დროს.
- **ვალსალვას ცდა** – ამოსუნთქვის მცდელობა ცხვირის და პირის ჰაერგამტარი გზების დროებით გადაკეტვისას. მოაწოდა იტალიელმა ექიმმა და ანატომმა Antonio Maria Valsalva-მ, XVIII.
- შეგვიძინევა, რომ მწვავე ძლიერი ფესვობრივი ტკივილის დროს პაციენტები ამჯობინებენ ჩურჩულით საუბარს, ერიდებიან დაძაბვას და მომეტებულად იყენებენ ჟესტიკულაციას. როდესაც ისინი უბრუნდებიან რიხიან საუბარს – უნდა ვიფიქროთ, რომ დაწყებულია კლინიკური გაუმჯობესება.

პარაორგანული ნიშნები - ვადელის ტესტები

- **მტკივნეულობის ტესტი** მცირე ტკივილის მიყენების პასუხად არაბუნებრივად ძლიერი, გავრცელებული და უჩვეულო არეების ტკივილი.
- **მოდელირების ტესტი** ვითომდა ტკივილის გამომწვევი ღერძულა და წრიული მოძრაობების შესრულება.
- **ყურადღების გადატანის ტესტი** გაშლილი ფეხის აწევის ან სხვა ტესტის გადამოწმება პაციენტის ყურადღების გადატანის შემდეგ.
- **რეგიონული დაზიანება** კუნთის სისუსტე ან მგრძნობელობის შეცვლა არ ემთხვევა ნეიროანატომიურ ზონებს.
- **გადაჭარბებული რეაქცია** მანერულობა, ვერბალიზაცია, გამომეტყველების შეცვლა, კუნთების დაძაბვა, კანკალი, ოფლიანობა ან სხვა შეუფერებელი ქმედებები პაციენტის გასინჯვის დროს.

3 ან მეტი დადებითი ნიშანი გარკვეული ალბათობით შეიძლება დაუკავშიროთ ღერძისას, იპოქონდრიას ან ისტერიას. ამ დროს აუცილებელია ყვითელი აღმების „გაჩხრეკა“. მოაწოდა შოტლანდიელმა ორთოპედმა Gordon Waddell-მა 1980წ. ვადელის ტესტები სასკრინიგო და არა ექიმის საბოლოო გადაწყვეტილების საფუძველი.

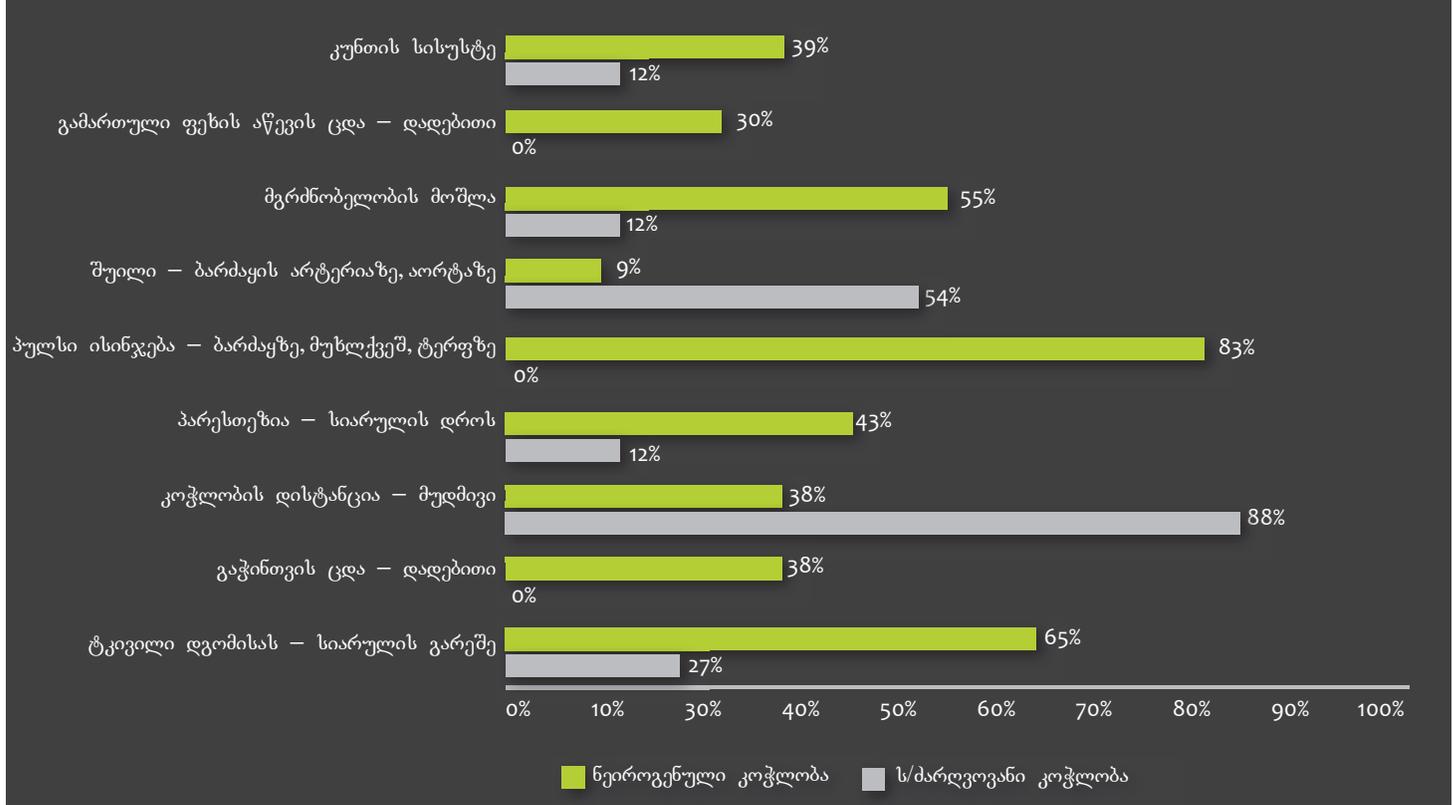


წრიული და ღერძულა მოდელირების ტესტები. Gordon Waddell, 1980წ

ხანგამოშვებითი კოჭლობა: სისხლძარღვოვანი თუ ნეიროგენული?

ხანგამოშვებითი კოჭლობა – ლათ. *claudicatio intermittens* სისხლძარღვების დაზიანებით გამოწვეული სვენებ-სვენებითი სიარულის ისტორიული სახელწოდებაა. ვასკულურისგან განსხვავებით, ნეიროგენული კოჭლობა ანუ „ფსევდოკლაუდიკაცია“ ასოცირებულია ხერხემლის არხის შევიწროებასთან. ვინაიდან MRI ან CT გამოსახვით ამა თუ იმ ხარისხის ხერხემლის სტენოზი არააშვიათია, მნიშვნელოვანია კლინიკური დაკვირვება.

გრაფიკი 1: ხანგამოშვებითი კოჭლობის დიფერენციული დიაგნოზი: სიმპტომების მგრძნობელობა¹⁷



შენიშვნები: ა) სიარულით გამოწვეული სიმპტომები ნეიროგენული კოჭლობის დროს ქრება საშუალოდ 12,7 წუთში, სისხლძარღვოვანის დროს საშუალოდ 5 წუთში. ბ) მგრძნობელობის მოშლა ნეიროგენული კოჭლობის დროს ძირითადად ღერძულა ტომოვანი გავრცელებისაა, სისხლძარღვოვანის დროს – „წინდების“ ტიპით.

¹⁷ McDonough, KA, et al. A. Low back pain. In: Office Practice of Medicine, 4th ed, Branch, WT (Ed), Saunders 2003. Copyright ©2003Elsevier Science, Inc.

აუცილებელია ავადმყოფობის და ოჯახის ისტორიის ზედმიწევნითი შესწავლა.

აუცილებელია **წითელი აღმების** და **ყვითელი აღმების** ყველა პუნქტის გაკლა.

ფუნქციური უნარი

სიარული, დგომა: სიარულის მანერა, წელის გაშეშება, კოჭლობა, ტერფის ჩამოვარდნა – „სტეპაჟი“.

საყოფაცხოვრებო უნარები: სკამზე დაჯდომა-ადგომა, ჩაცმა-განდა, შხაპის მიღება, კიბეზე ასვლა-ჩამოსვლა, მანქანაში ჩაჯდომა, მანქანიდან გადმოსვლა.

ტკივილის და უნარობის გაჭიანურება

მწვავე და ქრ. წ/ტკივილი პათოფიზიოლოგიურად ორი ერთმანეთისგან სრულიად განსხვავებული ფენომენია. ჩვეულებრივ, 6-7 კვირა საკმარისია დაზიანებული რბილი ქსოვილის და სახსრების „მოსაშუშებლად“. სწორედ ამ პერიოდში პაციენტების 90% თავისუფლდება ტკივილისგან, მაგრამ ≈10% მაინც „თავს ვერ აღწევს“ ავადმყოფურ მდგომარეობას და 3 თვემდე ან მეტ ხანს აგრძელებს ავად ყოფნას.

შემთხვევათა 25–30%-ში, ტკივილმა, შესაძლოა 1 წლის შემდეგაც გაუხსნოს ადამიანს. ხშირად თითოეული გამწვავება პირველი შეტევის მსგავსად მიმდინარეობს. „ნამდვილი“ ქრონიკული წ/ტკივილი უვითარდება პაციენტების 2-8%-ს. ტკივილის 6-თვიანი გაგრძელების შემდეგ პაციენტების მხოლოდ ნახევარი ბრუნდება სამსახურში. ავადმყოფობის 2-წლიანი გაჭიანურების შემთხვევაში სრულიად შრომისუნარიანი პრაქტიკულად ვერავინ ხდება. „გაქრონიკულების“ პროცესზე მოქმედი ფაქტორებია:

ნეიროფიზიოლოგიური ხელშემწყობები – პერიფერიული, პერიფერიულ-ცენტრალური;

ფსიქოლოგიური ხელშემწყობები – ქცევითი, შემეცნებით-აფექტური, ფსიქოფიზიოლოგიური;

გამოჯანმრთელების ხელშემწყობები – სამედიცინო, ქირურგიული, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ნეიროფსიქოლოგიური, სოციალური.

ქრ. სტადიაზე ნოციცეპტურ ტკივილს მეტწილად ნეიროპათიული ანაცვლებს. ქრ. ნეიროპათიული ტკივილი პერიფერიული და ცენტრალური სენსიტიზაციის შედეგია.¹⁶ სენსიტიზაცია იწვევს მგრძობელობის გაუკუღმართებულ შეგრძობებას, დიხესთეზიას: ჰიპერალგეზია, ალოდინია. დიხესთეზია, პარესთეზიისგან განსხვავებით, გამოკვეთილად უსიამოვნოა და სულიერ ტანჯვამდეც კი მიყავს ადამიანი. ქრ. რადიკულოპათიის დროს პაციენტებს ხშირად უთქვამთ: „თუნდაც მომაჭვრით ფეხი, ოღონდ ეს ტკივილი მომიხსენით“. მწვავესგან განსხვავებით, ქრ. წ/ტკივილის ფსიქოფიზიოლოგიური გამოძახილები უხვია: უძილობა, ღამის შიშები, გულის ფრიალი, ოფლიანობა, თავის ტკივილი, თავბრუ, გაღიზიანებადობა, დაღლილობა.

საქართველოში წ/ტკივილის ქრონიკულად გარდასახვას მხოლოდ ხერხემლის ამა თუ იმ დეგენერაციულ დაზიანებას მიაწერენ. გასული საუკუნის ბოლოს დადასტურდა, რომ წ/ტკივილის კლინიკურ სიმპტომებსა და ხერხემლის რადიოლოგიურ ნიშნებს შორის პირდაპირი კავშირი არ არსებობს.¹⁷ უფრო მეტიც, ვერ მოინახა კორელაცია მალთაშუა დისკოს გამორწყვის ხარისხსა და ტკივილს შორის. მიუხედავად ამისა, დღემდე სამედიცინო და არასამედიცინო საზოგადოების დიდი ნაწილი წელის „გადაღებას“ მიიჩნევს მდგომარეობის შემფასებელ უცილობელ და საბოლოო განაჩენის ტოლფას საბუთად. მდგომარეობა იმდენად კუროიზულია, რომ ხშირად პაციენტები კითხვან: „რა გაწუხებთ?“, პასუხობენ – „ოსტეოხონდროზი“ ან პირდაპირ წელის სურათს გაწვდიან; თვლიან, რომ „ამით უკვე ყველაფერი ნათქვამია“ და ერიდებიან ჩივილების წარმოდგენას, ფსიქოსოციალურ ფაქტორებზე საუბარს. არაიშვიათად მოგვმართავენ შეკითხვით: „თქვენ შლით მარილებს?“ „არჩნით ოსტეოქონდროზს?“ ან, სულაც, გამოსახვის დასკვნას და სურათებს აგზავნიან ექიმთან საკონსულტაციოდ.

სერიოზული ავადმყოფობის არარსებობის შემთხვევაში, ტკივილის გაჭიანურება რადიოლოგიურ მონაცემებზე უფრო მეტად დამოკიდებულია ფსიქო-სოციალურ ფაქტორებზე.¹⁸ ამგვარ გარემოებებს **ყვითელ აღმებად** მოიხსენიებენ.

გთავაზობთ ტკივილის კლინიკის გამოცდილებით შემუშავებულ და კატეგორიულად დაყოფილ ტკივილის გაჭიანურების ფსიქოსოციალურ რისკის ფაქტორებს.

¹⁶ ტკივილის გაჭიანურების მექანიზმები და კლინიკური გამოვლინებები დაწვრილებით იხ. – www.pain.org.ge

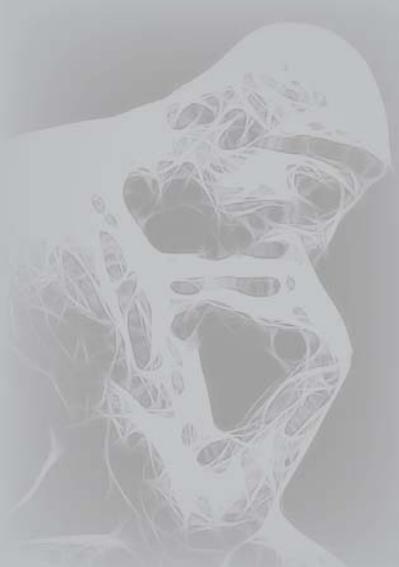
¹⁷ Waddell G 1987, Frymoyer JW 1988, Jensen MC 1994, Wheeler 1995, AH Argoff CE 1998.

¹⁸ Institute for Clinical Systems Improvement _ ICSI. Health Care Guideline: **Adult Low Back Pain**. 2012

წალის ტკივილის

შემუშავებულია „ჯანმრთელობის ინსტიტუტში“

ყვითელი ალბაზი



ცხოვრების წესი მჯდომარე ცხოვრება, სიმსუქნე, თამბაქოს მოხმარება.

ოჯახი სოციალური გარიყულობა, გადამეტებული ყურადღება უახლოესი გარემოცვის მხრიდან, ოჯახის წევრის ავადობა მსგავსი ავადმყოფობით, იატროგენია, ფინანსური ან სხვა პრობლემები, „როტული“ ან მრავალი ქორწინება.

ქცევა სამედიცინო მომსახურების მიღების გადამეტებული სურვილი, ექიმების ხშირი ცვლა, ზეინტერესი სხვათა საწუხარზე, გამომწვევი ქცევა, წამლის ინსტრუქციების გაუთავებელი კითხვა, ტელეფონზე უსაგნო საუბარი ექიმის კაბინეტში, უჩვეულო აქსესუარების ტარება, ფიზიკური აქტივობის შემცირება ტკივილის გაუარესების შიშის გამო – დეკონდიციური სნ.

განწყობა დაურწმუნებლობა, კონფლიქტი მისაღებში, პრეტენზიულობა, შინაგანაწესის გაპროტესტება, უჩვეულო შეკითხვები, გარანტიების მოთხოვნა, სხვა სამედიცინო დაწესებულებების არაეთიკური მოხსენიება.

სამსახური დაბალი ხელფასი, ქანცგამწყვეტი სამუშაო, ცვლებში მუშაობა, უსიამოვნება თანამშრომლებთან, პროფესიული დაავადება, ხშირი ავადმყოფობის ფურცელი, შეუფერებლად მაღალი თანამდებობა, სამართალწარმოება, უცხოეთში მუშაობა.

ანამნეზი სხვა ქრ. ტკივილი, იატროგენია, ძალადობა ბავშვობაში, საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილეობა, ტყვედ ყოფნა, წამალდამოკიდებულება, ჰეპატიტის პროგრამაში მონაწილეობა, აზარტული თამაშები.

ტკივილი მტანჯველი, უუნარობამდე მიმყვანი, დამაუძღურებელი.

ფსიქოლოგიური სტატუსი დისსტრესი, აგრესიული განწყობა, გაღიზიანებლობა, სევდა.

ფსიქიატრიული თანაავადობა სომატიზაცია, შფოთვა, პანიკა, დეპრესია, დისტიმია, პიროვნული ან ტრავმის შემდგომი სტრესული აშლილობა, ღამის შიში – კომმარული ძილი.

ყვითელი ალბაზი მიგვანიშნებს ნებისმიერ მწვავე ტკივილის ქრონიკულად გარდასახვის მაღალ ალბათობაზე. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა:

- პაციენტთან ხანგრძლივი საუბარი
- ავადმყოფობის მექანიზმების ძირეული განმარტება
- დაყვავება, თბილი დამოკიდებულების ჩამოყალიბება
- ხშირი კონსულტაციები
- სატელეფონო კავშირი შეთანხმებული ფორმატით
- ზედმიწევნითი მეთვალყურეობა
- განსაკუთრებული მოთმინება სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის მხრიდან.

	დისკოს თიაქარი რადიკულოპათიით	დისკოს დეგენერაცია, რაკლორეოვანი (ფასაზური) ართროპათია
მიზეზები	ხერხემლის დეგენერაცია-დისტროფია, დისკოს გამორწყვა.	სიმატოვები
სიმატოვები	გადაცემითი ტკ. დერმატომებში.	დისკოგენური სპ.↑: წინ დახრა, გაჭინთვის ტესტი, ვალსალვა, სიმძიმის აწევა. ფასეტური სპ.↑: გამართვისას.
ბასინჯვა	ფეხის აწევის ტესტი <60°. შესაძლოა: ↓მგრძობელობა, მოტორული სისუსტე, ↓ რეფლექსები.	ბასინჯვა
I ტესტი	MRI: დისკოს თიაქარი.	გამძლეული მოძრაობა ტკ. შესაბამისად; პალპაციით მსუბუქი მტკივნეულობა; მოხრა – დისკოგენური ტკ.; გაშლა – ფასეტური ტკ.
II ტესტი	Rö: სიმძიმის, ინფექციის ან მოტენილობის გამოსარიცხად და არა თიაქრის დასადგენად.	I ტესტი
	ხარხამლის სტანოვი	II ტესტი
სიმატოვები	ასაკი >60 წ. წვივების გარდამავალი ტკ. ან წ/ტკ. ფეხებში გადაცემით. აუარესებს: დგომა, აქტივობა, წელის გაჭიმვა. ამსუბუქებს: ჯდომა, წოლა, წინ დახრა. ნეიროგენული კოჭლობა - „ფსევდო კლაუდიკაცია“.	Rö: დეგენერაციული ართრიტი, დიფუზური ოსტეოფიტები. MRI: დისკოს დეგენერაცია-დადაბლება, ჩამკეტი ფირფიტების კოლაფსი, T2↓; ფასეტური ართროპათია – ფასეტების ჰიპერტროფია, T2↓.
გართულება	წვა, დაბუყება, სიმძიმე ან სისუსტე ფეხებში, უნი-/ბილატერალური რადიკულური ტკ., მოტორული დეფიციტი, ზურგის და ღუნღულების ტკ. დგომა-მოძრაობისას. რაშის კუდის სნ. – იშვიათად.	საონდილოლიზი, საონდილოლისთია
ბასინჯვა	ნევროლოგია ხშირად ნორმალურია. შესაძლებელია დადებითი ფეხის აწევის ტესტი <60°.	სიმატოვები
I ტესტი	MRI: დეგენერაციული ართრიტი, სპონდილოლისთეზი, ყვითელი იოგის გასქელება, დისკოს თიაქარი.	ძირითადად უსიმპტომოა. იშვიათად წ/ტკ. → ბარძაყზე უკან; ტკ. ↓ გამართვისას.
II ტესტი	Rö: დეგენერაციული ართრიტი; დიფუზური ოსტეოფიტები + სპონდილოლისთეზი ან სქოლიოზი. სხვა პათოლოგიის გამორიცხვა.	ბასინჯვა
ანამნეზი	მალის კოვარანიული მოტენილობა	მკვეთრი ლორღოზი; გულის ფორმის ღუნღულები; წვეტიანი მორჩების შუა ხაზიდან ცლომა; ფეხის ჰიპერექსტენზიის ტესტი „+“.
სიმატოვები	ტრავმის ანამნეზი ყოველთვის დამაჯერებელი არ არის. პაციენტი შეიძლება იხსენებდეს სხვიის ან ბარძაყის მოტენილობას და ვერ იხსენებდეს მალეების კომპრესიულ მოტენილობას.	I ტესტი
ბასინჯვა	მწვავე ტრავმა: ლოკალიზებული ტკ. ძველი ტრავმა: მოსვენების-ღამის გაფანტული ტკ.	II ტესტი
ბასინჯვა	პალპაციით სიმკვრივე შუა ხაზზე; კიფოზის გამკვეთრება; ნევროლოგია – ნორმა, გარდა ძვლის რეტროპულსირებისა ნერვულ სტრუქტურებზე – მაგ., მოტენილი ნამსხვრევი.	Rö: ხაზოვანი სიკაშკაშე სასახსრე ზედაპირზე.
ტესტი	Rö: მალთა სხეულების სოლისებრი მოტენილობა – ტიპურად წინა ზედაპირზე; კიფოზური დეფორმაცია.	MRI: მწვავე სტრეს-რეაქცია სასახსრე ზედაპირზე; მოტენილობა.
	ანამნეზი	დისციტი, ოსტეომიელიტი
სიმატოვები	ასაკთან ერთად ავადობა იზრდება. ♂ > ♀.	პროცედურა-ოპერაცია, იმუნოსუპრესია, ღიაბეტი, ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება.
ბასინჯვა	ლოკალური მტკივნეულობა; ნევროლოგია – ნორმა.	ანამნეზი
I ტესტი	საერთო სისუსტე, ცხელება, წონაში↓, მოსვენების და ღამის ტკ.	სიმატოვები
II ტესტი	ღოკალური მტკივნეულობა; ნევროლოგია – ნორმა.	ბასინჯვა
I ტესტი	ცრპ↑; ედს↑; სისხლის/ა: ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი; სისხლის კულტურა: ოქროსფერი სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი.	ცრპ↑; ედს↑; სისხლის/ა: ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი; სისხლის კულტურა: ოქროსფერი სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი.
II ტესტი	Rö: ჩამკეტი ფირფიტის-მალის სხეულის დესტრუქცია. MRI: T2↑ მალთაშუა სივრცეების და მალის სხეულის არეში.	II ტესტი

¹⁹ Assessment of back pain. Best Practice topic©BMJ Publishing Group Ltd, 2015

სიმსივნე	პიელონეფრიტი
<p>ანამნეზი სიმსივნის ანამნეზი: სარძევე ჯირკვალი, ფილტვი, ნაწლავი, პროსტატა, თირკმელი, ფარისებური ჯირკვალი. ასაკი >50 წ.</p>	<p>სიმპტომები მტკივნეული-ხშირი შარდვა, შარდვის შეკავება. ფერდის ტკ. +/- გადაცემით ზურგში. ცხელება, შემცივნება, საერთო სისუსტე.</p>
<p>სიმპტომები ღამის და მოსვენების ტკ.; ცხელება-შემცივნება, წონაში↓, საერთო სისუსტე → ნევროლოგიური სპ.</p>	<p>ბასინჯვა ფერდის, ნეკნ-ხერხემლის მტკივნეულობა.</p>
<p>ბასინჯვა ლოკალური მტკივნეულობა, ნევროლოგიური დეფიციტი.</p>	<p>I ტანტი შარდის/ა: პიურია, ჰემატურია. შარდის კულტურა - „+“. ულტრაბგერა: თირკმლის მაკროსკოპული სტრუქტურული ანომალია; ჰიდრონეფროზი; კენჭი.</p>
<p>I ტანტი RÖ: „თვალმოჭუტული ბუ“. MRI: ლიზისურბლასტური კერა სხვადასხვა ინტენსივობის T2-ით; არ კვეთს ჩამკეტ ფირფიტას, მაგრამ შესაძლებელია რბილ ქსოვილებში შეჭრა. ინფექცია იჭრება დისკის სივრცეში, სიმსივნური დესტრუქცია – იშვიათად. CT: მალის სხეულის ლიზისური დესტრუქცია შესაძლო რბილ ქსოვილებზე გავრცელებით; ბლასტური კერა.</p>	<p>II ტანტი CT უკონტრასტო: კალციფიკატები თირკმლის მილაკებში ან შარდსადენში.</p>
<p>ანთებითი საონდილაროპათია</p>	
<p>სიმპტომები დილის შებოჭილობა; ღამის ტკ.; საერთო სისუსტე; წონაში↓; არასპეციფიკური, დიფუზური ტკ. → ღუნდულებში, ↓ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ. ♂ > ♀.</p>	<p>თირკმლის ჭვალი, ნეფროლითიაზი</p>
<p>ბასინჯვა დაჭიმულობა კიფოზის მიდამოში; მოძრაობის შეზღუდვა ხერხემალში; მტკივნეულობა პალპაციით.</p>	<p>ანამნეზი გაუწყლოვნება; კენჭმბადი წამლები: ანტაციდები, აცეტაზოლამიდი, ტოპირამატი, Na/Ca მარილები, C/D ვიტამინი, ინდინავირი.</p>
<p>I ტანტი RÖ: გავა-თედოს შესახსრების ეროზია (მალების გასადავება-გადასწორება); მოგვიანებით დავიწროება-შერწყმა („ბაბუკი“). აღრეულ სტადიაზე ნორმალურია.</p>	<p>სიმპტომები ძლიერი, მწვავე ფერდის ტკ. გადაცემით საზარდულში; გულზიდვა-ლებინება.</p>
<p>II ტანტი MRI: ჩვეულებრივ, საჭირო არ არის. შესაძლებელია – სპონდილიტი; მოტენილობები.</p>	<p>ბასინჯვა ფერდის, ნეკნ-ხერხემლის მტკივნეულობა. შესაძლოა მაკროსკოპული ჰემატურია.</p>
<p>სხვა რეჰმატიული ავ.</p>	
<p>სიმპტომები ართრალგიები, ცხელება, წონაში↓, საერთო სისუსტე.</p>	<p>I ტანტი შარდის/ა: მიკროსკოპული ჰემატურია.</p>
<p>ბასინჯვა გამონაყარი, ლიმფადენოპათია, სტრიდორი, საყლაპავის მოტორიკის მოშლა, მალაბსორბცია, მტკივნეული სახსრები, ექსუდატი სახსარში-შესიება, უვეიტი, კონიუქტივიტი.</p>	<p>II ტანტი CT-უკონტრასტო: კალციფიკატები თირკმლის მილაკებში ან შარდსადენში.</p>
<p>I ტანტი სისხლის/ა: ლეიკოპენია; ა/სხეულები↑; RF↑; ედს↑ – არასპეციფიკური ნიშანი.</p>	<p>პანკრეატიტი</p>
<p>II ტანტი გულმკერდის RÖ: ნორმალური ან შუასაყარის ლიმფადენოპათია, ფილტვების ინტერსტიციული ავ., ექსუდაციური პერიკარდიტი. ხერხემლის RÖ: შესაძლოა დაადასტუროს რევმატოიდული ართრიტი.</p>	<p>ანამნეზი ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება, ნაღვლკენჭოვანი ავ.</p>
<p>პეპტიკური წყლული</p>	
<p>სიმპტომები მწველი ტკ. ეპიგასტრიუმში → ზურგში; ხშირად კავშირშია კვებასთან; შესაძლოა ↓ ანტაციდებით. გართულება: ჰემატემეზისი, მელენა.</p>	<p>სიმპტომები უეცარი, შეტევითი ხასიათის ტკ. ეპიგასტრიუმში → ზურგში; ზოგჯერ ამსუბუქებს ჯდომა. გულზიდვა-ლებინება.</p>
<p>ბასინჯვა ტკ. ეპიგასტრიუმში; რექტულად – მელენა.</p>	<p>ბასინჯვა ტაქიკარდია, ცხელება, სიყვითლე, მუცლის მტკივნეულობა-დაჭიმულობა.</p>
<p>ტანტი გასტროფიბროსკოპია: სისხლდენა, წყლული.</p>	<p>I ტანტი შრატის ლიპაზა: ↑. ულტრაბგერა: პანკრეასის ანთება, პერიპანკრეატული გამონაჟონი, კალციფიკატები, სითხოვანი ჩანართები. CT-კონტრასტი: სითხოვანი ჩანართები, ფსევდოკისტები, აბსცესი.</p>

ინსტრუმენტული

გამოკვლევა

წელკავის დროს, ჩვეულებრივ, რადიოლოგიური კვლევა მიზანშეუწონელია. MRI, RÖ, CT მიმართავენ მხოლოდ

წითელი ალმების დროს. არჩევის მეთოდია MRI.

CT გამოიყენება ძვლის ჩაღრმავებული შესწავლისთვის; ასევე, კლაუსტროფობიის, მეტალის იმპლანტის, პაციენტის დიდი წონის, გამოკვლევაზე ხანგრძლივად წოლის შეუძლებლობის, MRI ან RÖ ორაზროვანი დასკვნის დროს.

წელის მალევის რენტგენოგრაფია – RÖ

წელკავის მწვავე სტადიაზე RÖ-გრაფია რეკომენდებულია მხოლოდ სიმსივნის მაღალი რისკის დროს.

სიმსივნის მაღალი რისკი: წარსულში სიმსივნით ნამკურნალე პაციენტს განუვითარდა უეცარი და შეუფერებლად ძლიერი წ/ტკივილი, სიმსივნის განვითარების მრავლობითი წითელი ალმები ან მყარი კლინიკური ეჭვი სიმსივნეზე.

რ-კვირიანი წარუმატებელი მკურნალობის შემდეგ RÖ ინიშნება სიმსივნის მინიმალური რისკის დროსაც; ასევე მაანკილოზებელ სპონდილიტზე და მალის კომპრესიულ მოტეხილობაზე ეჭვის მიტანისას. RÖ არ არის დისკოპათიის გამოსავლენი ტესტი და მისი წარმოება რუტინულად და ორსულებში დაუშვებელია.

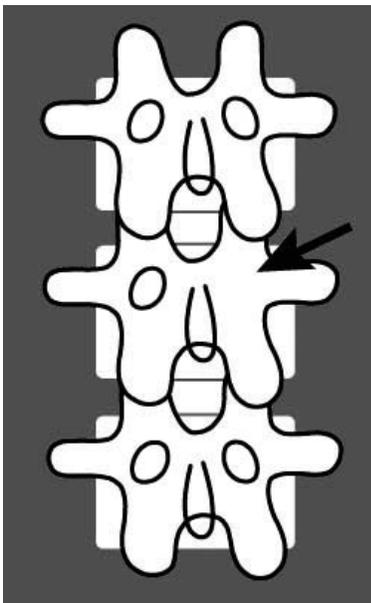
დაბალი ღირებულების RÖ-ცვლილებებია:

- „ჩვეულებრივი“ სპონდილოზი
- ერთი მალთაშუა სივრცის შევიწროება
- ლუმბალიზაცია ან საკრალიზაცია
- „შმორლის“ თიაქრები
- შეუზორცებელი რკალები – Spina bifida
- დისკოს კალციფიკაცია

„თვალმოჭუტული ბუს“ ნიშანი

„თვალმოჭუტული ბუს“ ნიშანი – სასახსრე მორჩის ცალმხრივი არარსებობა ხერხემლის პირდაპირ RÖ-გრამაზე. მიზეზები: სასახსრე მორჩის დესტრუქცია (მეტასტაზი, ხერხემლის სიმსივნე, ტუბერკულოზი, სხვა ინფექცია); თანდაყოლილი არარსებობა ან განუვითარებლობა; ნეიროფიბრომატოზი; RÖ-გადაღების წუნი; რადიაციული დაზიანება; უჩვეულო დესტრუქცია (ლიმფომა, უცნობი წარმოშობის ძვლის პირველადი დაზიანება).²⁰

სურათი: „თვალმოჭუტული ბუს“ ნიშანი. ზევით ნახატი – სასახსრე მორჩის ცალმხრივი არარსებობა წელის მალაზე. ქვევით RÖ-გრამა – წელის I მალის სასახსრე მორჩის მეტასტაზური დესტრუქცია.



რადიოლოგიური გამოკვლევების დაგეგმვა

წ/ტკივილის მწვავე პერიოდში იშვიათია „გადაღების“ აუცილებლობა. გამოკვლევების ძირითადი „სეზონი“ იწყება 6 კვირის წარუმატებელი მკურნალობის შემდეგ, როდესაც ექიმი ვალდებულია, ხელმეორედ შეაფასოს და „გადააფასოს“ კლინიკური სურათი. MRI, RÖ, CT ნაჩვენებია მხოლოდ **წითელი ალმების** დროს. განმეორებითი გამოსახვა შეიძლება საჭირო გახდეს შეუპოვარი ტკივილის ან ახალი ნიშნების და სიმპტომების აღმოცენებისას. გამოკვლევები უნდა დაინიშნოს მკაცრი ჩვენების მიხედვით და იშვიათად, მაგრამ ჩვენთან დამკვიდრებული ფინანსური პრიორიტეტი RÖ > CT > MRI უნდა შეიცვალოს უსაფრთხოების და ინფორმატიულობის პრიორიტეტით: MRI >> RÖ > CT.

ცხრილი 3 გამოკვლევის ჩვენება და გამოსახვის მეთოდის არჩევა წელის ტკივილის დროს

წ/ტკივილის პერიოდი	რადიოლოგიური გამოკვლევის ჩვენება	პრეფერირებული მეთოდი
მწვავე წ/ტკივილი ≤ 6 კვირა	სიმსივნის მაღალი რისკი ხერხემლის ინფექციის წითელი ალმები რამის კუდის სინდრომის წითელი ალმები უხეში ნევროლოგიური დეფიციტი	RÖ MRI MRI MRI
წ/ტკივილის გაჭიანურება > 6 კვირა	სიმსივნის მინიმალური რისკი - სიმსივნის წითელი ალმები სპონდილიტის წითელი ალმები მოტეხილობის წითელი ალმები რადიკულოპათია + ეპიდურული სტეროიდისათვის მზადება რადიკულოპათია + ოპერაციისათვის მზადება ხერხემლის სტენოზი + ოპერაციისათვის მზადება	RÖ RÖ RÖ MRI MRI MRI
ძვლის სტრუქტურის დეტალიზაციის საჭიროება MRI-ის ჩვენება + მეტალის იმპლანტი სხეულში MRI-ის ჩვენება + გადაულახავი კლაუსტროფობია		CT CT CT

- ყოველთვის შეიძლება ხერხემალში ცვლილებების „პოვნა“, მაგრამ წელკავი ამ ცვლილებებთან არ არის დაკავშირებული.
- რენტგენით ვერ ვხედავთ დისკოს თიაქარს, მაგრამ ვხედავთ ხერხემლის დეგენერაციას – მაშინ რატომ ვისხივებთ თავს?
- რადიოლოგიური გამოკვლევები ნაჩვენებია მხოლოდ **წითელი ალმების** დროს.

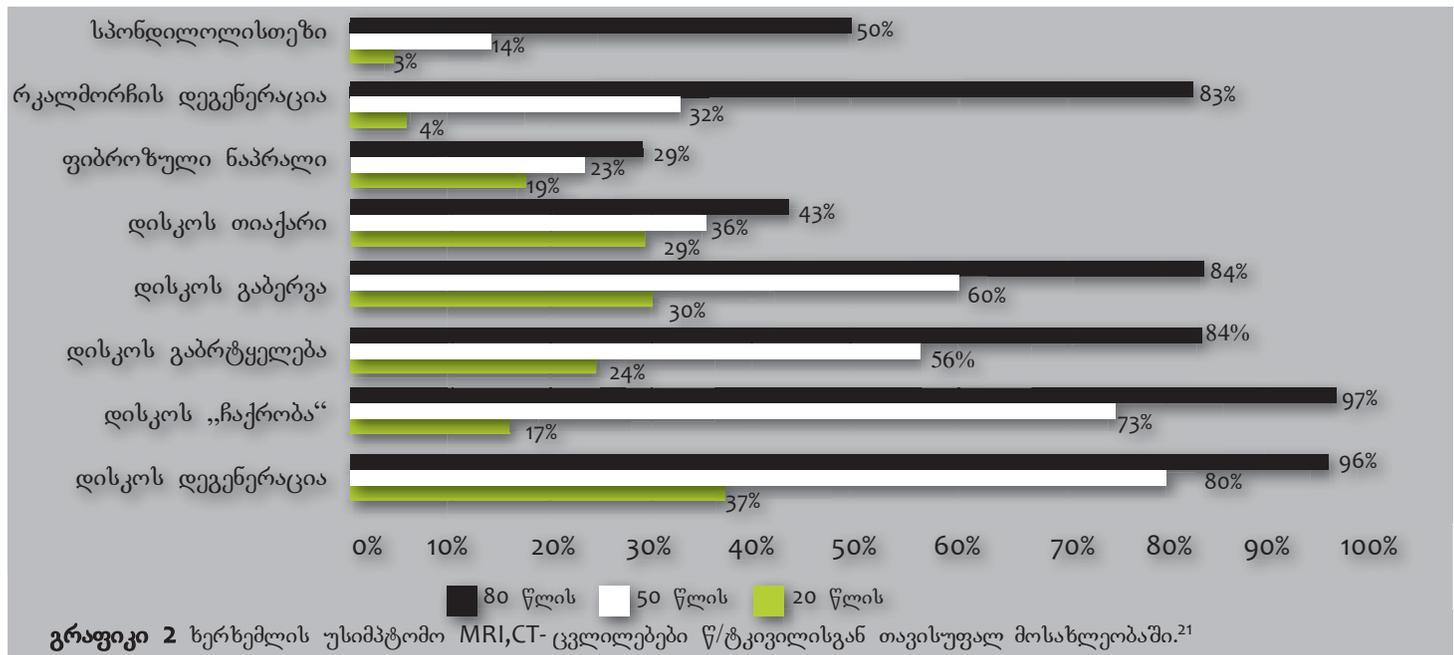
სხვა გამოკვლევები

როდესაც ფეხის ტკივილი სჭარბობს წელისას და რადიოლოგიური კვლევა ერთმნიშვნელოვნად ვერ გვიჩვენებს დაზიანების მიზეზს – შეიძლება დაინიშნოს: ელექტრონეირომიოგრაფია – ენმგ, გამოწვეული პოტენციალები, ფესვის სელექციური ბლოკი („ბლოკადა“). ენმგ-ით შესაძლებელია ნეიროპათიის და პოლინეიროპათიის გამოვლენა, დაზიანების ხარისხის დაზუსტება, დინამიკაზე დაკვირვება, პროგნოზის განსაზღვრა. მიელოგრაფია საჭიროა მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში: მრავალი დისკოს ანომალია, მრავალი ფესვის დაზიანება, განმეორებითი ოპერაციის სამზადისი. PET და ტექნეციუმით სცინტიგრაფიას მიმართავენ იშვიათად.

უემთხვევით ნანახი სვლილებები ხერხემალი

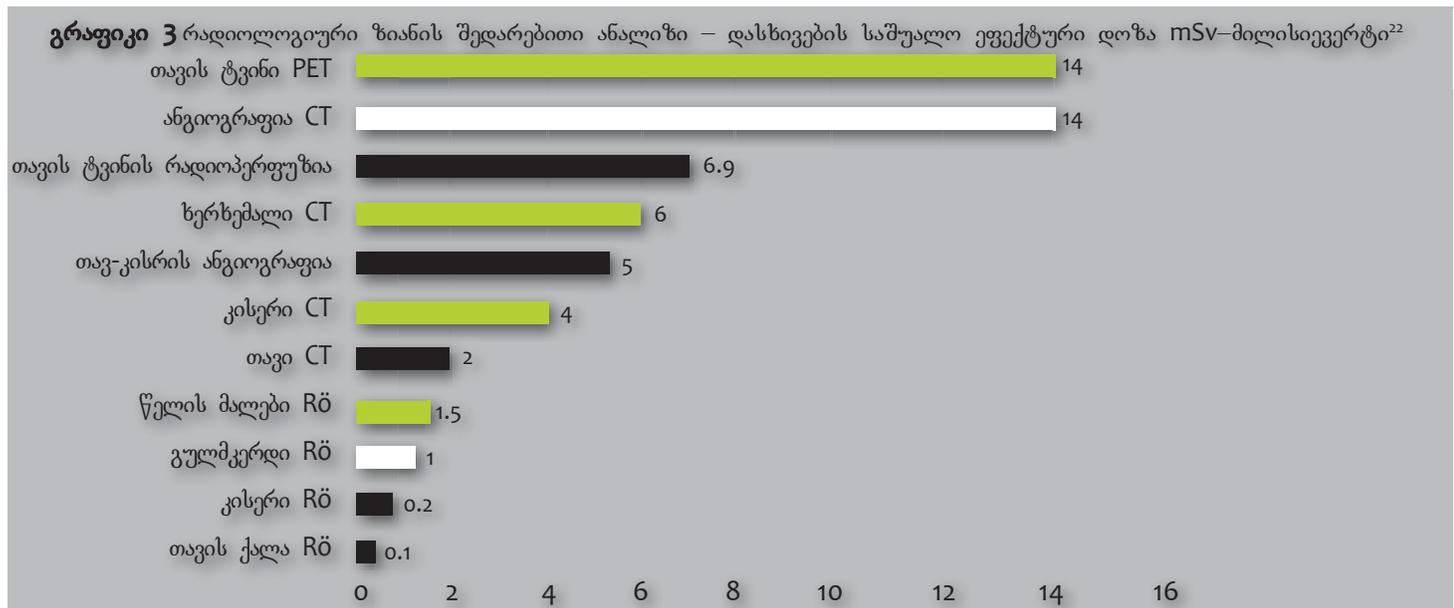
ხერხემლის დეგენერაცია ადრეული ასაკიდანვე იწყება და ხანში შესვლისას თითქმის მთელ მოსახლეობას მოიცავს. MRI, RÖ, CT კვლევის დროს „ნაპოვნი“ ანომალიების უმეტესობა უსიმპტომოა. „უმთხვევით ნანახი“ ცვლილებების დიაგნოზში გამოტანა მცდარია და ხშირად პაციენტის ან მისი გარემოცვის ნევროტიზაცია-სომატიზაციის საფუძველი ხდება.

„რადიოლოგიური შემოთქების“ შემდეგ კლინიციის მიერ პრობლემის „გაუბრალობა“ პაციენტის მხრიდან აღიქმება, როგორც საჭმისადმი უგულისყურო დამოკიდებულება. ერთ არასათანადოდ დანიშნულ გამოკვლევას არაიშვიათად „უკეთეს აპარატებზე“ მრავალჯერადი „გადამოწმება“ მოყვება ხოლმე.



- **დასხივება** PET, CT, RÖ-გამოწმება, RÖ-გრაფია.
- **გართულება** ჰიპერენსიტიური რეაქცია, კონტრასტული ნეფროპათია.
- **ინვაზია** RÖ-კონტროლით ჩატარებული მანიპულაცია, არასწორად დაგეგმილი ინვაზიური სადიაგნოზო ან სამკურნალო პროცედურა.
- **ოპერაცია** ოპერაციული მკურნალობის „წახალისება“.
- **ფინანსები** გაუმართლებელი ხარჯი.

არასაჭირო გამოსახვის ზიანი



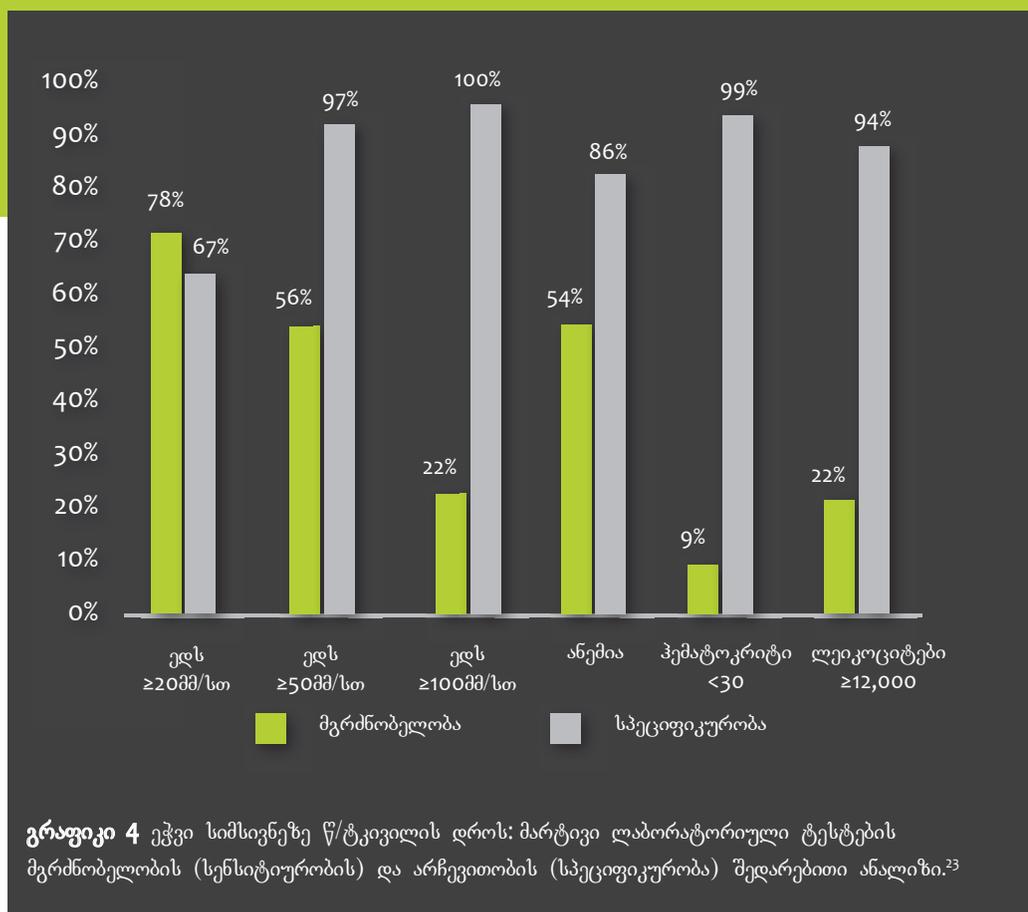
საქართველოში რადიოლოგიური გამოკვლევები არასისტემურად ხორციელდება. სადიაგნოზო ცენტრები მიმართვის გარეშე იღებენ პაციენტებს, მაონიზებული რადიაციისგან არ იცავენ ფარისებრ ჯირკვალს, საკვერცხებს, სათესლე ჯირკვლებს. მცირეწლოვანი ბავშვების მშობლების დასხივება ჩვეულებრივ წესადაა ქცეული. ხშირია ზრდასრული გამოსაკვლევი პირების მეგობარ-ახლობლების გამოკვლევაზე გაუმართლებელი დასწრების ფაქტები. ვაწყდებით ორსულების დასხივების შემთხვევებსაც. ერთი მხრივ, თერაპევტს, ქირურგს და გინეკოლოგს არა აქვს საკუთარ პაციენტზე ექოსკოპიის ჩატარების უფლება, ხოლო, მეორე მხრივ – პირს, რომელსაც მიღებული აქვს რადიაქტიული პრეპარატი, უფლება ეძლევა, რადიოთერაპიული პროცედურის შემდეგ მცისვე, შემოწმების და იზოლაციის გარეშე დატოვოს სამკურნალო დაწესებულება და ისარგებლოს საზოგადოებრივი ტრანსპორტით.

²¹ W. Brinjikji, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations AJNR. Am J Neuroradiol. 2015 Apr; 36(4): 811-816.
²² 1) Mettler FA, et al. Effective doses in radiology and diagnostic nuclear medicine: a catalog. Radiology 2008; 248:254. 2) Smith-Bindman R, et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. Arch Intern Med 2009; 169:2078. 3) Shrimpton PC, et al. National survey of doses from CT in the UK: 2003. Br J Radiol 2006; 79:968

ლაბორატორიული გამოკვლევები

წელკავი ბიოლოგიურ სითხეებში არ იძლევა ცვლილებებს და ლაბორატორიული გამოკვლევებიც დიდად არ არის საჭირო. ინფექციის ან სიმსივნის **წითელი აღმების** დროს: აუცილებელია – ელს, ცრპ; სასურველია – სისხლის/ა.

ზურგის ტვინის ინფექციის დროს ყველაზე მგრძობიარეა ელს (76-95%) და ცრპ (82-98%). ლეიკოციტოზი ინფექციის ძირითადი მიმანიშნებელია, მაგრამ სპინური ინფექციის დროს მისი მგრძობიარეობა არასაკმარისია=35-61%. ინფექციის არსებობისას დასავლეთში ფართოდ მიმართავენ სისხლის მიკრობიოლოგიურ კულტურას, რაც ჩვენთან დიდად სარწმუნოდ არ ითვლება.



ნორმალური ელს და ცრპ მიუთითებს, რომ აქტიური ინფექცია (მაგ., ოსტეომიელიტი), აქტიური რევმატოლოგიური ავადმყოფობა ან სიმსივნე ნაკლებად სავარაუდოა. მომატებული მაჩვენებლები შემდგომი კვლევის არეალის გაფართოების აუცილებლობაზე გვაფრთხილებს.

საუხიფიკური ტესტები

- **პიელონეფრიტი, თირკმლის ჭვალი** - შარდის/ა, შარდის კულტურა.
- **მიელომა** – სისხლის და შარდის ელექტროფორეზი (გამოსახვაზე უფრო ადრე „გრძობს“ ავადმყოფობას); ასევე, ბენს-ჯონსის ცილა შარდში.
- **პროსტატის სიმსივნე** – PSA .
- **მეტასტაზი, პეჯეტის ავადმყოფობა** – ტუტე ფოსფატაზა.
- **პანკრეატიტი** – შრატის ლიპაზა (ლიპაზა ამილაზაზე უფრო მგრძობიარე ტესტია).
- **სპონდილარტროპათია** – HLA-B27 (სასკრინინგოდ შეუფერებელია).
- **სხვა რევმატიული ავადმყოფობა** – RF, ანტიხეულები შრატში (aCCP, ANA, ANCA).

²³ Deyo, RA, Diehl, AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. J Gen Int Med 1988; 3:230

ძლიერი ტკივილი ხშირად უძძვობის, შიშის და კატასტროფის განცდას იწვევს. ფსიქოლოგიური გაუწონასწორებლობა განსაკუთრებით მაღალია ყვეთელი ალმების დროს. ექიმის უპირველესი მოვალეობაა, გაამხნევოს პაციენტი, დაარწმუნოს აქტიური ყოფის უპირატესობაში, გაუილოოს პრობლემა და შეუმსუბუქოს ტანჯვა. საწოლში წოლა წელკაპის და იშვასის დროს აძლიერებს ტკივილს, ანელებს ფუნქციების აღდგენას და ზრდის გაქრონიკულების საფრთხეს.²⁴ პაციენტი არ უნდა დაელოდოს ტკივილის ბოლომდე მოხსნას და, რაც შეიძლება ადრე დაუბრუნდეს ცხოვრების ჩვეულ რიტმს. წითელი ალმების არარსებობის შემთხვევაში არ უნდა დაინიშნოს გამოკვლევები.

მართვაულის:

მოხერხებული პოზა; ფიზიკური აქტიურობა; ნაკლები წოლა; რბილი, სწორი და მოხერხებული საწოლი; გავარჯიშება უტკივილო ფარგლებში; სოციალური და სამედიცინო კომფორტი; ავტომანქანის მართვისგან და საგნების აწევისგან თავის შეკავება.

მწვავე წელკაპის მკურნალობა

რეკომენდებული

- ნებისმიერი შიგნით მისაღები არასტეროიდი
 - შეარჩიეთ: თანადადობის, მოსალოდნელი თანამოვლენების²⁵ და ფასის მიხ.
 - გაითვალისწინეთ: კუჭ-ნაწლავის, თირკმლის, გულ-ს/ძარღვთა სტატუსი.
 - დაამატეთ: პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი, „პრაზოლი“ – საჭიროების მიხ.
 - სიფრთხილე: მინიმალური დოზა, მინიმალური ხანგრძლივობა, მოერიდეთ ინექციებს.
- ადგილობრივი არასტეროიდი
 - არჩევანი: კეტოპროფენი, დიკლოფენაკი, იბუპროფენი გელის ფორმით.
 - ეფექტიანობით უახლოვდება სისტემურ არასტეროიდებს.
 - უსაფრთხოება: მინიმალური თანამოვლენები; კანის რეაქცია – იშვიათად.²⁶
- პარაცეტამოლი ≤4გ/დ
 - ეფექტიანობა: არასტეროიდებთან შედარებით უფრო სუსტია.
 - გაითვალისწინეთ: ღვიძლის სტატუსი
 - უსაფრთხოება: დიდი დოზით და ალკოჰოლთან ერთად ჰეპატოტოქსიკურია.

შესაძლებელია

- ცხელი სათბური წელზე
- არაბენზოდიანუნიკური მიორელაქსანტები <65წ²⁷
- ოპიოიდები – მიჩვევის საფრთხე
- სხვა სიმპტომური საშუალებები
- ფსიქოლოგიურად მხარდაჭერილი ფიზიკური თერაპია
- სტეროიდების ებიდურული ინექცია²⁸ – ხანმოკლე შვების მისაღწევად
 - შეუპოვარი ტკივილი, რეზისტენტული ფესვობრივი სიმპტომები.

მოსარიდებელია

- ინექციები – უპირატესობა მიანიჭეთ შიგნით მისაღებ პრეპარატებს
- მრავალი არასტეროიდი ერთდროულად – „მრავალსტეროიდი“
- ბენზოდიანუნიკური მიორელაქსანტები
 - მიჩვევის საფრთხე; შფოთვის ან უძძვობის გარდა, ისიც – მცირე ხნით.

გაუმართლებელია

- სარისკოა; სისტემური სტეროიდები, შარდმდენები, „კოქტილები“, ბევრი წამალი, „ტკივილის ტრასის დაჩხვლეტა“
- უეფექტო და არაეთიკურია: ვიტამინები, „ჟანგბადი კანქვეშ“, წურბელები; „გამწოვი“, ფერმენტული და ნაკლებად შესწავლილი მედიკამენტები.
- არაეთიკურია: ძვირადღირებული მედიკამენტები.

²⁴ Dahm KT, et al. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute LBP and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2010; :CD007612.

²⁵ Van Tulder MW, al. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. Eur Spine J. 2006. 15;S64S81.

²⁶ Derry S, et al. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 11;6:CD007402.

²⁷ Friedman BW, et al. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015 Oct 20. 314 (15):1572-80- არ ეთანხმება კომბინაციებს.

²⁸ Bicket MC, al. Epidural injections in prevention of surgery for spinal pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Spine J 2015; 348.

მართვა

გაჭიანურობული წელკაპი

მწვავე პერიოდის გავლის შემდეგ 10-დან მხოლოდ 1 პაციენტი ვერ უბრუნდება ცხოვრების ჩვეულ რიტმს. ამ დროს აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის ახლებურად შეფასება და **წითელი აღმების** გამოვლენა (იხ. ცხრილი 3). წელკაპის რეციდივი განსახილველია, როგორც ახალი წ/ტკივილი. განსაკუთრებული ყურადღება და ზრუნვა ესაჭიროებათ პაციენტებს **ყვითელი აღმებით**.

მართვა:

ცხოვრების ჯანსაღი წესი, აქტიური ყოფა, ფიზიკური ვარჯიში,²⁹ მოხერხებული და რბილი საწოლი,³⁰ შემეცნებით-ქცევითი მკურნალობა, ტკივილის სპეციალისტის მეურვეობა, ტკივილის კლინიკაში რეაბილიტაცია.

გაჭიანურობული წელკაპის მკურნალობა

რეკომენდებულია

- პარაცეტამოლი ან არასტეროიდი – მინიმალური დოზა, ხანმოკლე კურსები.
 - უსაფრთხოების სხვა რეკომენდაციები იხ. გვერდით.
- ამიტრიპტილინი 10-75მგ/დ
 - გაითვალისწინეთ: ქოლინოლიზური სინდრომი.
 - სიფრთხილე: გერიატრიულ პრაქტიკაში მოერიდეთ.
 - სხვა ტკა: კლომიპრამინი, იმიპრამინი – ნაკლებად შესწავლილია.
- დულოქსეტინი, ვენლაფაქსინი – სწუმი, სათადარიგო ანტიდეპრესანტები
 - თანარსებული დეპრესიის დროს ტკა, სუშსი, სწუმი გამოიყენება ჩვეულებრივი წესით.

შეზღუდულია

- სხვა სიმპტომური საშუალებები
- ფსიქოლოგიურად მხარდაჭერილი ფიზიკური თერაპია
- უსაფრთხო, არაინვაზიური მანიპულაციები
 - შეარჩიეთ ფასის, სპეციალისტის გამოცდილების, პაციენტის რწმენის და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით
- კორსეტი – მხოლოდ პაციენტის გადაწყვეტილებით.

მოსარიდებულია

- სისტემური სტეროიდები
- პრეგაბალინი, გაბაპენტინი, ტოპირამატი³¹ და სხვა ანტიკონვულსანტები
- ოპიოიდები
- მიორელაქსანტები.³²

სარისკოა

- პროვოკაციული დისკოგრაფია
- სტეროიდების ინექცია დისკოში ან რკალმორჩის სახსარში
- პროლოთერაპია.

²⁹ Karjalainen K et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine 2001; 26:262-269.

³⁰ Kovacs FM, et al. Effect of firmness of mattress on chronic non-specific low-back pain: randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. Lancet 2003; 362:1599.

³¹ ზოგიერთი რეკომენდაცია მხარს უჭერს ტოპირამატის გამოყენებას: Am Fam Physician. 2015 May 15;91(10):708714.

³² Van Tulder MW, et al. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration. Spine 2003;11978-92.

წელის ტკივილი და ორსულობა³³

თანავტორი მან-გინეკოლოგი, პროფ. ბესარიონ ტყეშელაშვილი

ორსულობის დროს ხშირია წელის -71.3% , მენჯის სარტყლის -46.2% და ფეხის ტკივილი -64.7% .³⁴ ტკივილი იწყება მე-5-6 კვირიდან, იმატებს ორსულობის ვადასთან ერთად და ცალკეულ შემთხვევებში მშობიარობის შემდეგაც გრძელდება. 16% -ში ტკივილმა შეიძლება ქრონიკული ხასიათი მიიღოს. ამიტომ, ორსულობა ითვლება წ/ტკივილის სპეციფიკურ და დამოუკიდებელ რისკის ფაქტორად. ორსულთა წ/ტკივილი არსად არ გადაეცემა, ხოლო მენჯის სარტყლის ტკივილი ვრცელდება უფრო ქვემოთ და ლატერალურად, დუნდულებისკენ. ორსულთა უმრავლესობას ტკივილი სადამოებით უმწვავედება. ორსულთა მალთაშუა დისკოპათიის და „ნამდვილი“ იშვიათის გავრცელება არ აჭარბებს იმავე ასაკის არაორსულ ქალთა საკონტროლო ჯგუფის მონაცემებს. ორსულობის დროს არ მიმართავენ RÖ ან CT კვლევებს. გაუსაძლისი ტკივილის დროს შეიძლება MRI-გამოსახვა [Sabino, 2008].

კათობანაში

ორსული საშვილოსნოს პირდაპირი ზეწოლა გავა-წელის ნერვულ ღეროებზე. ხელშემწყობი ფაქტორები:

- ხერხემლის წინისკენ გახნევა – “ორსულთა ლორღოზი”
- ჰორმონ რელაქსინის გამომუშავების ზრდა – 10-ჯერ მაღალია ორსულობისას
- ორსულის სხეულის მასის პროგრესირება – ხერხემალზე დატვირთვის მომატება
- სევდა, დებრესია, ძილის დარღვევა, შფოთვა და სხვა **ყვითელი ალმები**.

ორსულთა და მელოგინეთა სევდა და დებრესია 3-ჯერ მაღალია იმავე ასაკის არაორსულ პოპულაციასთან შედარებით [Annelie Gutke, 2007].

მშობიარობა

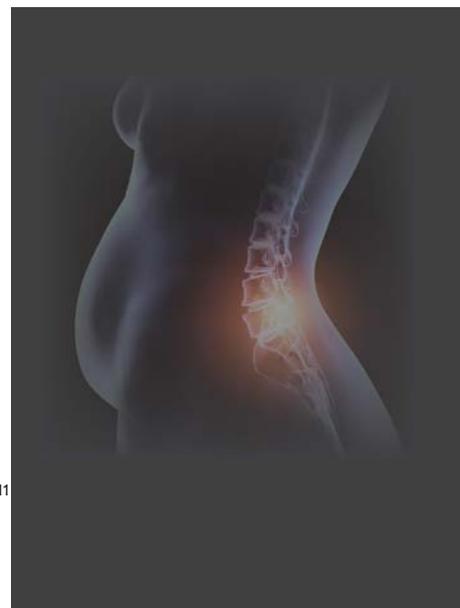
ფიზიოლოგიური საშოსმხრივი მშობიარობისას შეიძლება მოიჭყლიტოს საჯდომი ნერვი, ხოლო საკეისრო კვეთისას – ბარძაყის ნერვი და განვითარდეს მოჭყლეტიანი ნეიროპათია. სპინური ან ეპიდურული ანესთეზიის წარმოების დროს ძალზე იშვიათად შეიძლება განვითარდეს ჩხვლეტის ადგილის გართულება – მცირე სისხლდენა და ჰემატომის ზეწოლა ფესვზე – რადიკულოპათია.

ორსულთა წ/ტკივილის მართვა

ორსულის დამშვიდება, მოხერხებული საწოლი და „ორსულთა ბალიში“ მეტწილად საკმარია შფოთვის და ტკივილის დასაამებლად. სასარგებლოა სპეციალური ვარჯიშები და წყლის ფიზიოთერაპია [Pennick, 2008]. მედიკამენტებიდან რეკომენდებულია პარაცეტამოლი $<4\text{გ/დ}$. ძლიერი ტკივილისას დამატებით განსახილველია **ნებისმიერი** ტკივლგამაყუჩებელი ღონისძიება, რასაც მენი არ ეწინააღმდეგება.

მშობიარობის დროს განვითარებული მოჭყლეტიანი ნეიროპათია არ საჭიროებს განსაკუთრებულ მეურვეობას. სპინური ან ეპიდურული ანესთეზიის დროს იშვიათად განვითარებული ფესვების კომპრესია თანდათან იხსნება სპეციალური მკურნალობის გარეშე, ჰემატომის გაწოვის კვალდაკვალ. სისხლდენის თავიდან ასაცილებლად, როგორც წესი, მშობიარობის წინ ყველა ანტიკოაგულანტს ხსნიან.

მშობიარობის შემდეგ განვითარებული ნეირო- და რადიკულოპათიები ხშირად მელოგინის და მისი გარემოცვის გაუმართლებელ შემფოთებას და ვნებათაღელვას იწვევს. აუცილებელია მათთვის პროგნოზის კეთილსაიმედოობის განმარტება.



³³ ვიორგი გველაშვილი. „ორსულობა და უსაფრთხო წამალი“, პროფ. ბესარიონ ტყეშელაშვილის საერთო რედაქციით. თბილისი, 2011

³⁴ Kovacs FM, et al. Spanish Back Pain Research Network. Prevalence and factors associated with LBP and pelvic girdle pain during pregnancy: a multicenter study conducted in the Spanish National Health Service. Spine (Phila Pa 1976). 2012 Aug 1;37(17):1516-33.

წელის ტკივილის ქირურგიული მკურნალობა

თანავტორი ნეიროქირურგი გრიგოლ ბრეგაძე

წელკავის დროს ოპერაციულ მკურნალობას არ მიმართავენ. იშვიათად ან სხვა ფესვობრივი სინდრომის გამო ქირურგიის აუცილებლობაც უკიდურესად იშვიათია. ოპერაციის ჩვენებაა **მიმე და პროგრესირებადი მოტორული დეფიციტი ან რაშის კულის** სინდრომი. რაშის კულის სინდრომის ოპერაცია განვითარებიდან მაქსიმუმ **48 საათში** უნდა განხორციელდეს!

ოპერაციის აუცილებლობას არ განსაზღვრავს ტკივილი, დაბუყება, დისკოს თიაქრის ფორმა და ზომა. ტერფის მსუბუქი „ჩამოვარდნა“ და სხვა იოლი მოტორული სისუსტეც კი არ არის ქირურგიული ჩარევის აბსოლუტური ჩვენება. დისკექტომიის საკითხის განხილვა შესაძლებელია, როდესაც ტკივილი შეუპოვარია, უუნარობამდე მიყავს პაციენტი და 1-წლიანმა არაქირურგიულმა მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო [ICSI, 2012]. თუნდაც ამ შემთხვევაში ოპერაციამდე აუცილებელია ფსიქო-სოციალური რისკების (იხ. ყვეთელი ალმები) შეფასება და შემცენებით-ქცევითი მკურნალობის მოსინჯვა. **წითელი ალმები** და მზარდი ნევროლოგიური დეფიციტის არარსებობისას გადავადებული ოპერაცია არ აუარესებს გამოსავალს [Chou, 2011]. მეტწილად დისკექტომია კეთდება ორ დონეზე: L4/5 – 49.8%, L5/S1 – 46.9%; წელის სხვა დონეზე ჩატარებული ოპერაციები იშვიათია და საერთო ოპერაციული აქტივობის მხოლოდ 3.4%-ს შეადგენს. „დანის ხელში აღება“ ქირურგი ვალდებულია, დაადასტუროს სამიზნე ობიექტის: გამოშვრილი დისკოს ან მისი გამორწყული ნაწილის უცილობელი „პასუხისმგებლობა“ ტკივილის ან ნევროლოგიური დეფიციტის განვითარებაში. სრულიად მიუღებელია დეტალური კლინიკური შეფასების გარეშე, მხოლოდ გამორწყვის პროცენტებით ან გამოსახვის სხვა მონაცემებით გადაწყვეტილების მიღება ოპერაციის სასარგებლოდ.

დისკოს გამორწყვის, რადიკულოპათიის, ხერხემლის სტენოზის და ისთმური სპონდილოლისთეზის დროს დისკექტომიამ შეიძლება გააუმჯობესოს 1-წლამდე შედეგი, ³⁵ მაგრამ 1-2 წლის შემდეგ ეფექტი თანაბარია ქირურგიული და არაქირურგიული მეთოდით ნამკურნალებ პაციენტებში.³⁶ 10-წლიანმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ ნაოპერაციები ადამიანების კმაყოფილება დროთა განმავლობაში მცირდება.³⁷

ოპერაციული აქტივობა წ/ტკივილის გამო განსაკუთრებით მაღალია ზოგიერთ ქვეყანაში. მაგ., აშშ დისკექტომიის წარმოებით 40%-ით აჭარბებს მსოფლიოს საერთო დონეს; 3-ჯერ – კანადას, ფინეთს, ნორვეგიას, ახალ ზელანდიას და ავსტრალიას; 5-ჯერ ინგლისს და შოტლანდიას. ამავე დროს, ასეთი „აგრესიული ოპერაციული პოლიტიკა“ წ/ტკივილის გამოსავალს ვერ აუმჯობესებს.³⁸

მინიმალური ინვაზია

გასული საუკუნის მეორე ნახევრიდან დღემდე დისკოს თიაქრის ამოკვეთის ტექნიკამ დიდი ევოლუცია განიცადა. ქირურგები ცდილობენ, რაც შეიძლება ნაკლები ოპერაციული ტრავმა მიაყენონ ხერხემალს. მინიმალური ინვაზიური დისკექტომია არ არის ცალსახად უფრო შედეგიანი, ვიდრე ტრადიციული დისკექტომია.³⁹ მინიმალური ინვაზიის ძირითადი მეთოდებია:

- მიკროდისკექტომია [Yaşargil, 1968]
- ავტომატიზებული კანგავლითი დისკექტომია [Hijikata, 1975]
- ენდოსკოპიური დისკექტომია [Schreiber, Suezawa, 1986; გააუმჯობესეს: Mayer, Brock, Mathews]
- ლაზერული დისკექტომია [Ascher, Choy 1987]
- მიკროენდოსკოპიური დისკექტომია [Smith, Foley, 1995]
- მანუალური ნუკლეოტომია
- კობლაციური ნუკლეოპლასტიკა
- ქემონუკლეოლიზი [Lyman Smith, 1964]
- დისკოს შიდა ელექტროთერმია [Saal, 2000].

³⁵ Weinstein JN, et al. The SPORT value compass: do the extra costs of undergoing spine surgery produce better health benefits?. Med Care. 2014 Dec. 52 (12):1055-63

³⁶ Weinstein JN, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. JAMA 2006; 296:2441

³⁷ Atlas SJ, et al. Long-term outcomes of surgical and non-surgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the maine lumbar spine study. Spine (Phila Pa 1976). 2005 Apr 15. 30(8):927-35

³⁸ Anthony H Wheeler. Low Back Pain and Sciatica. Pain and Orthopedic Neurology, Charlotte, North Carolina. Nov 5, 2010
³⁹ Rasouli MR, et al. Minimally invasive discectomy versus microdiscectomy/open discectomy for symptomatic lumbar disc herniation. Cochrane Database Syst Rev 2014; 9:CD010328. Anichini G, et al. Lumbar Endoscopic Microdiscectomy: Where Are We Now? An Updated Literature Review Focused on Clinical Outcome, Complications, and Rate of Recurrence. Biomed Res Int. 2015; 2015:417801.
⁴⁰ Haro H. Translational research of herniated discs: current status of diagnosis and treatment. J Orthop Sci. 2014 Jul;19(4):515-20.

ბოლო დროს პოპულარული გახდა ხელოვნური დისკოს ჩანერგვა და მალეების შერწყმა – „ფუჟენი“.



დისკოს თიაქრის უკუბანვითარება

კლინიკურმა და აუტოფსიურმა დაკვირვებებმა დაადასტურა, რომ დისკოს გამორწყული ნაწილები, განსაკუთრებით მათი მოზრდილი ფრაგმენტები, თანდათან პატარავდება. 6 კვირის თავზე თიაქრის ზომა მცირდება 1/3-ით, ხოლო 6 თვისთვის – 2/3-ით [Autio, 2006; Henmi, 2002; Bozzao, 1992]. დისკოს თიაქარს ამცირებენ:

- ანთებითი ციტოკინები – მაგ., სიმსივნის ნეკროზული ფაქტორი TNF- α ;
- ანგიოგენური ფაქტორები – მაგ., სისხლძარღვოვანი ენდოთელური ზრდის ფაქტორი;
- ენზიმები – მაგ., მატრიქსული მეტალოპროტეინაზა.

ფუნდამენტური აღმოჩენების კვალდაკვალ შექმნილია დისკების რეზორბციის დამაჩქარებელი მედიკამენტები. ახალი პრეპარატების სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგვამდე მიმდინარეობს კვლევები.⁴⁰

წელკავის რეაბილიტაცია

ტკივილის სპეციალისტის განუწყვეტელ მუშაობას, ხანგრძლივ ფუნქციურ და ტკივილის რეაბილიტაციას საჭიროებენ „რთული ავადმყოფები“ წ/ტკივილით. დასავლეთში ასეთ პაციენტებს სამკურნალოდ აგზავნიან ტკივილის კლინიკაში.

ტკივილის კლინიკის კონტინგენტია:

- პაციენტები ქრონიკული წელის ტკივილით
- „რთული ავადმყოფები“ **ყვითელი აღმებით**
- ხანდაზმულები მნიშვნელოვანი თანაავადობით
- პაციენტები ნევროლოგიური დარღვევით ან შეუპოვარი წ/ტკივილით, რომლებიც ქირურგიული ჩარევისთვის შეუფერებელი აღმოჩნდნენ
- პაციენტები ხერხემალზე ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ.

ტკივილის კლინიკა

ტკივილის კლინიკა ანუ ტკივილის ცენტრი არის სამკურნალო დაწესებულება, სადაც სამედიცინო პერსონალი ორიენტირებულია ქრონიკული ტკივილის მართვაზე. კლინიკის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი ცოდნა, უნარი, გამოცდილება, მოთმინება და ჩვევები. ტკივილის მართვის თანამედროვე პრინციპია მრავალმხრივი და მრავალდარგობრივი („მულტიდისციპლინური“) მიდგომა. ტკივილის კლინიკა აღჭურვილი უნდა იყოს სპეციალური ელექტრო და სხვა აპარატურით, რომელიც შესაძლებლობას გვაძლევს, გავზარდოთ სამკურნალო ღონისძიებების სპექტრი და ავადმყოფობის მართვის ეფექტიანობა.

წელკავის პრევენცია

მაღალი რანგის არც ერთ კვლევას ჯერჯერობით არ დაუდასტურებია რომელიმე სამკურნალო პრეპარატის ან კომპლემენტური და ალტერნატიული საშუალების სიკეთე წელკავის თავიდან ასაცილებლად. წელკავის პრევენციის საუკეთესო საშუალებებია: სოციალური კეთილდღეობა, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, წელის დატვირთვის ჰიგიენა, აქტიური ყოფა, რეგულარული ვარჯიში და, ზოგადად, ჯანსაღი წესით ცხოვრება.

დამატებითი წასაკითხად

- ტკივილის მართვა: ქართულენოვანი პორტალი – www.pain.org.ge
- ნათელა მამფორია. საერთაშორისო ანატომიური ნომენკლატურა. თბილისი, 2009
- წელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია. 2010
- გიორგი გეგელაშვილი. „ორსულობა და უსაფრთხო წამალი“. თბილისი, 2011
- Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI. Health Care Guideline: Low Back Pain Adult Acute and Subacute. 2012
- Assessment of back pain. Best Practice topic © BMJ Publishing Group Ltd, 2015
- Fardon DF, et al. Lumbar disc nomenclature: version 2.0: Recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. Spine J. 2014 Nov 1;14(11):2525-45.
- W. Brinjikji, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations AJNR. Am J Neuro-radiol. 2015 Apr; 36(4): 811-816.
- Anichini G, et al. Lumbar Endoscopic Microdiscectomy: Where Are We Now? An Updated Literature Review Focused on Clinical Outcome, Complications, and Rate of Recurrence. Biomed Res Int. 2015; 2015:417801.
- Derry S, et al. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 11;6:CD007402.

გზისგარეშე მგზავნი და წლის ტკივილი

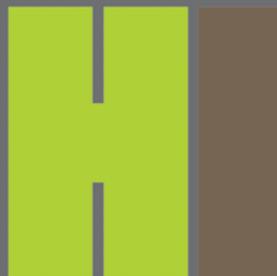
- წლის ტკივილი 10-დან 9 შემთხვევაში წელსკავია.
- დამატებითი გამოკვლევები საჭიროა მხოლოდ **წითელი ალმების** დროს.
- **წითელი ალმების** გარეშე უკიდურესად იშვიათია სერიოზული ავადმყოფობის ფარული მიმდინარეობის ალბათობა.
- ღიაგონის დადგენაში გვეხმარება **წითელი ალმები**, ტკივილის გაჭიანურების გამოცნობაში – **ყვითელი ალმები**.
- ტკივილის გაჭიანურება ხერხემლის დეგენერაციაზე მეტად დამოკიდებულია ადამიანის ფსიქო-სოციალურ ფაქტორებზე.
- წლის ტკივილის თავიდან აცილება შესაძლებელია მხოლოდ ჯანსაღი ცხოვრების წესით.

გზისგარეშე მგზავნი და წელსკავი

- წელსკავის გამომწვევი მიზეზი უცნობია.
- საწოლში წოლა აუარესებს წელსკავის მიმდინარეობას.
- მწვავე სტადიაზე ყველაზე ეფექტანია პარაცეტამოლი და არასტეროიდები; გაჭიანურებისას, დამატებით – ზოგიერთი ანტიდეპრესანტი.
- წელსკავი არ საჭიროებს ინვაზიურ პროცედურებს და ოპერაციას.

გზისგარეშე მგზავნი და იშვიათი

- საწოლში 2-3 დღეზე მეტი წოლა აუარესებს იშვიათის მიმდინარეობას.
- იშვიათის მკურნალობა მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება წელსკავის მკურნალობისგან.
- ტკივილი და დისკოს თიაქრის ზომა არ არის ოპერაციული ჩარევის განმსაზღვრელი.
- ხერხემლის ოპერაციის აბსოლუტური ჩვენება მხოლოდ არსებული ან მოსალოდნელი მძიმე ნევროლოგიური დარღვევაა.
- არამართებული ოპერაციის შორეული შედეგები არასახარბიელოა.



ჭანმართელობის ინსტიტუტი

თბილისი 1060, გომთას ქ.3
სხელი ნაწი: 995 (591) 50 7575
მისაღები: 995 (322) 23 4545
ადმინისტრაცია: 995 (322) 911 009
ვებგვერდი: www.hig.ge; www.pain.org.ge
ელ.ფოსტა: info@hig.ge
დირექტორი: გიორგი გეგელაშვილი