

ქოლელითიაზის პროფილაქტიკა თერაპევტის პრაქტიკაში

ი. ევსტიგნევი

დნეოპროპეტროვსკის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია; დნეოპროპეტროვსკი, უკრაინა

I. Evstigneev

ქრონიკული კალკულოზური ქოლეციტი (ქკქ) - ბილიარული სისტემის დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთებით, მის ღრუში ნაღვლოვანი ქვების წარმოქმნით (კონკრემენტები). პაციენტების უმეტეს ნაწილში საწყის ეტაპზე დაავადება ქრონიკულ ხასიათს იძენს, ნაღვლის ბუშტში წელი, პროგრესირებადი პათოლოგიური პროცესის სახით. დღეისათვის მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქოლელითიაზის სხვადასხვა ფორმების სიხშირე როგორც საშუალო ასაკის, ისე ახალგაზრდა ასაკის პირებში. ქკქ გავრცელება საკმაოდ დიდი და სტაბილურად იზრდება. საშუალოდ ქკქ ავადობა აღწევს პოპულაციის 24,1-24,7%-ს [11]. ქოლელითიაზი მულტიეტაპორული დაავადებაა. ქვების წარმოქმნა მიმდინარეობს ნაღვლის მეტაბოლიზმის ცვლილების ფონზე, ხოლო ნაღვლის ბუშტის ევაკუატორული ფუნქცია აუცილებელი პირობაა მათი ფორმირებისათვის.

ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსის ასეპტიური (არაბაქტერიული) ანთება ხშირად აპროვოცირებს აუტოიმუნურ პათოლოგიურ პროცესებს ლიპიდების ზეჟანგური (თავისუფალ რადიკალური) ჟანგვის (ღზჟ) პროდუქტების დაგროვებით. ამასთან მიმდინარეობს ცილების ჭარბად გამოყოფის სტიმულაცია, რაც წარმოქმნილი ქვების ერთერთი კომპონენტია [3]. ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსის სეროზული შეშუპებისა და დისტროფიული ცვლილებების ფონზე ხდება ინფექციის კოლონიზაცია შემდგომი ქრონიკული ბაქტერიული ქოლეციტის განვითარებით. ქოლესტერული ქოლეციტი შეადგენს ქკქ ყველა შემთხვევის 70-80%. ქოლესტეროლური ნაღვლის ქვების წარმოქმნის განმარტობებელ ფაქტორებს მიეკუთვნება: 1) ქოლესტეროლით გაჯერებული ნაღველი; 2) ქოლესტეროლის მონოჰიდრატის დალექვა (პრეციპიტაცია) კრისტალების სახით; 3) ნაღვლის ბუშტის მორტორულ-ევაკუატორული ფუნქციის დარღვევა ნაღვლის ხანგრძლივი შეგუბებით. ნუკლეაციური ფაქტორები, რომლებიც ნაღვლის ბუშტში ლითოგენებს განაპირობებენ: მუცინური გლიკოპროტეინები (სიალო და ფუკოგლიკოპროტეინები, გლუკოზამინები და სხვ.), ნაღვლის ბუშტის ბაქტერიული ინფექცია, IgM, IgG, კალციუმის იონები, ღზჟ პროდუქტები. ანტიუკლეარული ფაქტორები, რომლებიც ენიწაღმდეგება ნაღვლის ლითოგენებს, წარმოდგენილია ნაღვლის მჟავებით, აპოპროტეინებით A1 და A2, დაბალმოლეკულური ცილები. მუცინური გლიკოპროტეინები ასრულებენ შიდა კარკასის ან მაცემენტირებ-

ლი სუბსტანციის როლს როგორც ქოლესტერული ისე შერეული შემადგენლობის ქვებში.

ქრონიკული კალკულოზური ქოლეციტის განვითარებაში რამდენიმე ეტაპს გამოყოფენ. როგორც წესი, საწყის ეტაპზე წარმოიქმნება ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების სფინქტერული აპარატის ფუნქციური დარღვევები (დისკინეზია) ნაღვლის ქრონიკული შეგუბებითა და მისი ცირკულაციის დარღვევით.

ადრეულ სტადიაზე, ნაღვლის ბუშტის ქვების წარმოქმნამდე, პაციენტები ყველაზე ხშირად მიმართავენ უბნის თერაპევტს ან ოჯახის ექიმს. დაავადების საწყისი გამოვლინებების დიაგნოსტიკა რთულია ნაკლებად გამოხატული სიმპტომატიკის ან საერთოდ არარსებობის გამო. მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია აღნიშნული მდგომარეობის საწყის ეტაპზე დიაგნოსტიკა, გამოვლინდეს პაციენტებში ქოლელითიაზის განვითარების რისკ ფაქტორები და ჩატარდეს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები. ქოლელითიაზის პროფილაქტიკა უპირველეს ყოვლისა დაწყებული უნდა იქნას ბილიარული სლაჯისა და ნაღვლის ბუშტისა და ღვიძლგარეთა სანაღვლე გზების სფინქტერების დისფუნქციის (ან ფუნქციური დარღვევის) დროული გამოვლენით.

სლაჯი (ინგ. Sludge - ჭუჭყი) - ეს არის არაერთგვაროვანი, ნაღვლის შენაწონი, რომელიც ვლინდება ულტრაბგერითი გამოკვლევით. ბილიარული სლაჯი ჩვეულებრივ განისაზღვრება, როგორც ქოლესტეროლის მონოჰიდრატის თხევადი კრისტალების ან კალციუმის ბილირუბინატის გრანულების სუსპენზია მუცინისა და ცილების ნარევეში, რომელიც პროდუცირდება ნაღვლის ბუშტის ლორწოვანი გარსში [9,22,25]. ბილიარული სლაჯის სუსპენზია მოიცავს სხვადასხვა ზომის (0.01-5მმ) მკვრივ სტრუქტურებს [5,7,8].

ა.ა.ილიჩენკოსა და ო.ვ.დელოუკინის [10] კლასიფიკაციის თანახმად გამოყოფენ ბილიარული სლაჯის შემდეგ ფორმებს:

1. მიკროლითიაზი (წვრილი, 4-5 მმ ჰიპერექტოგენური ჩანართები აკუსტიკური ჩრდილის გარეშე, რომელიც ვლინდება ავადმყოფის სხეულის მდგომარეობის ცვლილებისას).
2. ნაღვლის საგოზავისებრი კოლტები
3. მიკროლითიაზი შეგუბებულ ნაღველთან ერთად
4. ბილიარული სლაჯის შემადგენლობა: ქოლესტეროლისა და მუცინის კრისტალები.

შემადგელობაში კალციუმის მარილების სიჭარბე. ბილირუბინის შემცველი პიგმენტების სიჭარბე. ს.ნ.მეხტივიის სამუშაო კლასიფიკაციის თანახმად ბილირუბული სლაჯის არსებობისას უნდა შეფასდეს:

- ბილირუბული სლაჯის ფორმა ულტრაბგერითი მონაცემები: ექო შენაწონი - სლაჯის საწყისი გამოვლინება, ბილირუბული სლაჯ-კოლტები, განსაკუთრებული ფორმები (მიკროქოლელითიაზი, ნაღვლის ბუშტის ქოლესტერული პოლიპები, საგოზავისებრი ნაღველი, „გამოთიშული“ ნაღვლის ბუშტის დროს);
- ნაღვლის ბუშტის კუმშითი ფუნქცია (ფასდება დინამიური სცინტიგრაფიით): შენარჩუნებული კუმშითი ფუნქცია, კუმშითი ფუნქციის შენარჩუნება, „გამოთიშული“ ნაღვლის ბუშტი;
- ქოლელითიაზთან ერთად: ნაღვლის ბუშტში კონკრემენტების გარეშე, ნაღვლის ბუშტში კონკრემენტებით.

ბილირუბული სლაჯი არა კლინიკური, არამედ უფრო ულტრასონოგრაფიული გაგებაა, ე არის დაბალი ამპლიტუდის ექოსიგნალებით აღწერილი ღრუბელი, რომელიც ავადმყოფის სხეულის მდებარეობის ცვლილებისას ნელნელა გადაადგილდება აკუსტიკური ჩრდილის გარეშე. ი.ს.ციმერმანი [21], იზიარებდა რა ცნობილი გასტროენტეროლოგების შ.შერლოკის, ჯ.დულისა და უ.ლეიშნერის მოსაზრებას, თვლიდა, რომ მიკროლითიაზი წარმოადგენს ლითოგენების (ბილირუბული სლაჯის შემდეგ) შემდგომ სტადიას, რის გამოც მისი კლასიფიკაციაში ჩართვა არ ღირს. ბილირუბული სლაჯი - შექცევადი სტადიაა, რომელიც წინ უსწრებს ქვების წარმოქმნას, ხოლო მიკროლითები - ნაღვლოვანი ქვებია, თუმცა შედარებით ნაკლები ზომის.

ქოლელითიაზის პროფილაქტიკისათვის მნიშვნელოვანია კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში რისკ ფაქტორების გამოვლენა, ამასთან უნდა განისაზღვროს მოდიფიცირებადი ფაქტორები და შეფასდეს პაციენტის შრომისა და კვების რეჟიმის ოპტიმიზაციის პრინციპებისადმი დამყოლობა. რისკ ფაქტორების რაოდენობის მატება აჩქარებს სიმპტომების გამოვლენასა და ქოლელითიაზის გართულებების განვითარებას. რისკ ფაქტორების ზემოქმედების შემცირება განაპირობებს ქოლელითიაზის პროგრესირების ტემპის შენელებასა და დაავადების გვიან სტადიაზე ქირურგიული ჩარევის საჭიროებას.

ქოლელითიაზის ერთერთ ძირითად რისკ ფაქტორს წარმოადგენს სხეულის წარბი მასა. Nurses Health Study [1,4,11] კვლევის მონაცემების თანახმად, ქვების წარმოქმნის განვითარების რისკი ორჯერ მაღალია გაცხიმოვნების მქონე ქალებში (სმი>30კგ/მ2) და 7-ჯერ მეტია გაცხიმოვნების მძიმე ფორმების დროს (სმი>45კგ/მ), გამხდარ ქალებთან შედარებით (სმი <24კგ/მ2). ქოლელითიაზით ყოველწლიური ავადობა შეადგენს 1%-ს ქალებში სმი>30კგ/მ2 და 2% - სმი>45კგ/მ2 [11].

ქოლელითიაზის კიდევ ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ასაკი. ამგვარად, თუ 50 წელზე ნაკლები ასაკის პირთა ჯგუფში გვხვდება 7-11%-ში, 60-69 წლის ასაკში - უკვე 11-23%, 90 წელს ზევით კი 33-50%-ში [6]. ასაკთან ერთად მატულობს არა მხოლოდ ნაღველ-

ში ქოლესტეროლის სეკრეციის დონე, არამედ მცირდება ნაღვლის მუავების დებიტი ქოლესტეროლ 7- α -ჰიდროქსილაზას აქტივობის დაქვეითებისა და ნაღვლის მუავების ენტეროჰეპატიკური ცირკულაციის დარღვევის შედეგად.

ქოლელითიაზის განვითარების ძირითად ფაქტორია სქესი. ქალები ქოლელითიაზით ავადობენ 2-4-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცები. 70 წელს ზევით აღნიშნული სხვაობა მცირდება, რაც განპირობებულია ამ ასაკობრივ კატეგორიაში მამაკაცებში ქოლელითიაზის შემთხვევათა სიხშირის ზრდით. გენეტიკური წინასწარგანწყობა და მდებარეობით სქესი - ქოლელითიაზის განვითარების კლასიკური რისკ ფაქტორებია. ეს ძირითადი რისკ ფაქტორები გაერთიანებულია ერთი გაგების ქვეშ „მდგომარეობა 5F“, რომელიც მოიცავს 5 ნიშანს, რომელთა შერწყმაც ადასტურებს ქოლელითიაზის განვითარების მაღალ რისკს:

1. Female (ქალი)
2. Over forty (>40წ.)
3. Fat (ჭარწონიანი)
4. Fair (ქერა)
5. Fertile (ფერტილური ასაკის)

შიმშილი ასევე წარმოადგენს ბილირუბული სლაჯის განვითარების რისკ ფაქტორს. 3 კვირიანი შიმშილობისას ბილირუბული სლაჯი ვითარდება 6%-ში, 4-6 კვირამდე - პაციენტთა 50%-ში, ხოლო 6 კვირაზე მეტი ხნით შიმშილობისას ბილირუბული სლაჯის გამოვლენის სიხშირე 100%-ს აღწევს [8]. სწრაფად გახდომის სურვილი განაპირობებს ნაღველში ქოლესტეროლის დონის ზრდას, ნაღვლის ბუშტის მოტორული ფუნქციის დაქვეითებას, ოდის სფინქტერის ტონუსის მატებას და ნაღვლის შეგუბების განვითარებას. თორმეტკოჯა ნაწლავში ნაღვლის გადასვლის შემცირებისას ირღვევა ნაღვლის მუავების ენტეროჰეპატიკური ცირკულაცია. პიპოკალორიული დიეტა ასევე განაპირობებს ბილირუბული სლაჯის განვითარებას (13-15% შემთხვევაში), რამდენადაც შეიცავს ძალიან მცირე ოდენობით ცხიმს, რაც ასტიმულირებს ნაღვლის დინებას [23].

ნაღვლოვანი კონკრემენტების წარმოქმნა გაცხიმოვნების მქონე პაციენტთა 25-35%-ში მიმდინარეობს წონის სწრაფად კლებისა და დაბალკალორიული ან ცხიმების დაბალი შემცველობის დიეტის დაცვის დროს. ცხიმების მოხმარების შემცირება ძალიან დაბალკალორიული დიეტის დაცვისას (<600 კკალ/დღ) მნიშვნელოვნად ამცირებს ქოლელითიაზის განვითარების ალბათობას. დაბალკალორიული დიეტის ფონზე (<800 კკალ/დღ) დღეში 15-30 გ ცხიმის მოხმარებისას ქვების წარმოქმნის რისკი მნიშვნელოვნად ქვეითდება (0-17%). ამის თაობაზე უნდა იცოდეს სხეულის წარბი მასის მქონე პაციენტებმა, რომლებიც გეგმავენ დაბალკალორიული დიეტის დაცვას [4, 11, 24]. თუ დიეტის გამოყენებისას ვერ ხერხდება ცხიმების შემცველობის გაზრდა დღეში 15-30 გრამამდე, ნაღვლოვანი კონკრემენტების წარმოქმნის რისკის შემცირებისათვის რეკომენდებულია ურსოდეფოსიქოლიუმის პრეპარატების მიღება. სხეულის მასის სწრაფად შემცირებისას ქოლელითიაზის პროფილაქტიკის მიზნით ინიშნება ურსოდეფოსიქოლიუმის მუავას პრეპარატები დოზით 10 მგ/დღ [1, 14]. პაციენტებმა სხეულის წარბი მასით ბილირუბული

სლაჯის არსებობისას აღნიშნული პრეპარატები უნდა მიიღონ დოზით 10 მგ/კგ ერთი თვის განმავლობაში ნახევარ წელიწადში ერთხელ ულტრაბგერითი კონტროლით წელიწადში ერთი-ორჯერ.

ქოლელითიაზის რისკ ფაქტორებს ასევე წარმოადგენს ორსულობის პერიოდი, ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მიღება, შაქრიანი დიაბეტი, ქირურგიული ჩარევა კუჭსა და ნაწლავებზე, პარენტერალური კვება. ესტროგენების დონის მატება ორსულებში განაპირობებს ნაღვლის ბიოქიმიური შემადგენლობის ცვლილებას, ორსულობის III ტრიმესტრში საშვილოსნოს ზომის მატებისას ნაღვლის ბუშტის კუმშივითი ფუნქცია ქვეითდება [23]. ბილიარული სლაჯი ვითარდება ორსულებში 26-31% შემთხვევაში ესტროგენებისა და პროგესტინების დონის ზრდისას ნაღვლის ბუშტის ჰიპოტონიის ფონზე ნაღვლის ლითოგენობის მატების შედეგად [5]. ქალების 2-5%-ში მშობიარობის შემდეგ წარმოიქმნება ნაღვლოვანი ქვები, ხოლო 60-80%-ში - ბილიარული სლაჯი ქრება [7]. ორსულობამდე სხეულის მასის ინდექსის მატება ბილიარული სლაჯის წინაპირობაა. ესტროგენებისა და პროგესტერონის მიღება პერორალური კონტრაცეპტივების სახით, ასევე ესტროგენების შემცველი პრეპარატების მიღება მენოპაუზის პერიოდში აძლიერებს ნაღვლის ლითოგენობას. ეგზოგენური ესტროგენები აქვეითებენ ნაღვლის მჟავების გამომუშავებას, ვითარდება ნაღვლის ბუშტის ჰიპოტონია, რაც იწვევს ბილიარული სლაჯის განვითარებას.

ინსულინის სიჭარბე აძლიერებს დაბალი და ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების სინთეზს, ასევე აწვევს ლიპოლიზის პროცესებს, განსაკუთრებით ნახშირწყლების ჭარბი მოხმარებისას. მაღალკალორიული კვება ცხიმებისა და ნახშირწყლების მომეტებული შემცველობით საკვები ბოჭკოების დეფიციტის დროს ზრდის ბილიარული სლაჯისა და ნაღვლოვანი ქვების წარმოქმნის რისკს. ლეპტინის (ცხიმოვანი ქსოვილის ჰორმონი) დონის მატება სისხლის შრატში ასოცირებულია ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიებთან. შაქრიანი დიაბეტის არსებობისას სტეატოჰეპატიტისა და მეტაბოლიზმის დარღვევის ფონზე იზრდება ნაღვლის ლითოგენობა. ავადმყოფებში ღვიძლის ქრონიკული დიფუზური დაზიანებისას და თანხმელები ქოლესტამის დროს ბილიარული სლაჯის გვხვდება 2/3 შემთხვევაში [17]. ღვიძლის ქოლესტამური დაზიანება ეტიოლოგიური ფაქტორისაგან დამოუკიდებლად იწვევს ბილიარული სლაჯის განვითარებას.

კუჭსა და ნაწლავებზე ოპერაციის შემდეგ ირღვევა ნაღვლის ბუშტის კუმშივითი ფუნქციის ნეიროჰუმორალური რეგულაცია, რაც განაპირობებს ბილიარული სლაჯის წარმოქმნას. პარენტერალური კვების დროს ბილიარული სლაჯი ვითარდება ყველა პაციენტში 6-8 კვირის შემდეგ და ენტერალური კვების განახლებისას უმეტეს შემთხვევაში ქრება. სამკურნალოწამლო საშუალებებს, რომლებიც განაპირობებენ ბილიარული სლაჯის განვითარებას, მიეკუთვნება სომატოსტატინი, ციკლოსპორინი და კალციუმის პრეპარატები. სომატოსტატინით მკურნალობის ფონზე პაციენტებში მკვეთრად ქვეითდება ნაღვლის ბუშტის მამოძრავებელი ფუნქცია, იზრდება ნაღვლის ლითოგენობა ქოლესტეროლის დონის მატების შედეგად, რამდენიმე კვირის

შემდეგ ნაღველში აღინიშნება მიკროლითები. პაციენტებში ოსტეოპოროზით კალციუმის პრეპარატების ხანგრძლივი მიღება იწვევს ბილიარული ბილიარული სლაჯის წარმოქმნას.

პირველადი ნაღვლის მჟავები (ქოლისა და ქენოდეზოქსიქოლის მჟავა) წარმოიქმნება ჰეპატოციტებში, მეორადი ნაღვლის მჟავები (დეზოქსიქოლისა და ლითოქოლის მჟავა) კი მსხვილ ნაწლავში. ჰეპატოციტებში და ნაწილობრივ ნაწლავებში სინთეზირდება მცირე რაოდენობით მესამეული ნაღვლის მჟავები (ნაღვლის მჟავების მთლიანი მოცულობის 0.1-5%): უროდეზოქსიქოლისა და სულფოლითოქოლის მჟავა მაღალი ჰიდროფილობითა და ლიპოფილობით [20]. თედოს ნაწლავის დისტალურ ნაწილებში მიმდინარეობს ნაღვლის მჟავების უკუმწოვა (80-90%), რომლებიც კარის ვენის მეშვეობით ბრუნდება ღვიძლში (ღვიძლ-ნაწლავური ცირკულაცია). ნაწლავური მიკროფლორის ზემოქმედებით ნაღვლის მჟავების 10-20% ექვემდებარება მეტაბოლიზმს მსხვილ ნაწლავში. ქოლესტეროლური ქოლელითიაზის დროს ნაღვლის ბუშტში იზრდება დეზოქსიქოლის მჟავას შემცველობა, რაც წარმოადგენს პირველადი ნაღვლის მჟავების ბაქტერიული 7- α -დეჰიდროქსილირების პროდუქტს.

ფეკალური 7- α -დეჰიდროქსილირებადი ბაქტერიები შორის ყველაზე მეტი აქტივობით ხასიათდება კლოსტრიდიუმის გვარის 18 შტამი. ამ ტიპის ბაქტერიების მომატებული შემცველობა ნაწლავებში იწვევს დეზოქსიქოლის მჟავას დაჩქარებულ წარმოქმნას ნაღვლის ლითოგენობის მატებით, ქოლესტეროლური ბილიარული სლაჯისა და ქოლელითიაზის განვითარებას. კლოსტრიდიუმის გვარის, ფეკალური 7- α -დეჰიდროქსილირებადი ბაქტერიების არ არსებობის დროს ქოლესტეროლური ქოლელითიაზის განვითარების რისკი ათჯერ მცირდება [21].

ნაწლავური მიკროფლორის ჭარბი ზრდის სინდრომის დროს ხშირად მომატებულია დეზოქსიქოლიუმის მჟავას სინთეზი, რაც ზრდის ქოლესტეროლური ბილიარული სლაჯისა და ქოლელითიაზის განვითარების რისკი. პაციენტებში თედოს ნაწლავის ქრონიკული დაავადებების დროს ირღვევა ნაღვლის მჟავების უკუმწოვის პროცესი და ღვიძლ-ნაწლავური ცირკულაცია ნაღვლის ლითოგენობის მატებით. ნაღვლის ბუშტის მოტორულ-ევაკუატორული ფუნქციის გაუმჯობესებისას ბილიარული სლაჯი ნაღვლის ბუშტიდან გამოიყოფა თორმეტგოჯა ნაწლავში, გაუარესებისას კი კვლავ წარმოიქმნება. ნაღვლის ფიზიკო-ქიმიური თვისებების დარღვევა უფრო გამოხატულია ნაღვლის ბუშტის კუმშივითი ფუნქციის დაქვეითებისას. ჰიპოკინეტიკური და ჰიპოტონიური დისფუნქციისას იქმნება ქოლელითიაზისათვის გაცილებით სასურველი პირობები. ნაღვლგამომყოფი სისტემის ხანგრძლივად მიმდინარე ფუნქციური დაავადებები იწვევს ნაღვლის ბუშტის ორგანულ დაზიანებებს. ნაღვლის დინების დარღვევისას ხდება მისი შესქელება ანთებითი პროცესის განვითარებითა და ქოლელითიაზის მომატებული რისკით [2]. ნაღვლის ბუშტის ჰიპოტონიური დისკინეზია - ერთერთი ძირითადი ფაქტორია ქოლელითიაზის განვითარებისათვის. ამასთან ჩივილები ან არ აღინიშნება ან უმნიშვნელოა და არ ანიჭებენ დიდი მნიშვნელობას.

ანამნეზის შესწავლისას აუცილებლად უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული კვებითი დარღვევები, მემკვიდრული დატვირთვა ჰეპატობილიარული პათოლოგიის მხრივ, ჰიპოლინამიის ფაქტორი, სტრესული სიტუაციები, მონევა, ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება, პროფესიული მავნებლები, ასევე უნდა განისაზღვროს ქოლელითიაზის განვითარების მოდიფიცირებადი რისკ ფაქტორები. უნდა მოხდეს პაციენტის ინფორმირება კვების, შრომის რეჟიმის ოპტიმიზაციის თაობაზე, ქოლელითიაზის განვითარების რისკ ფაქტორების მინიმუმამდე დაყვანისათვის. უნდა ჩატარდეს ავადმყოფების კომპლექსური გამოკვლევა ნაღვლგამომყოფი გზების დისკინეზიის დროს და შეფასდეს ღვიძლისა და ბილიარული ტრაქტის ფუნქციური მდგომარეობის დარღვევები, ასევე გამოვლინდეს საჭმლის მომწელებელი სისტემის სხვა დაავადებები (გასტროდუოდენიტი, კუჭისა და თორმეტკოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, ქრონიკული ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი, ქრონიკული პანკრეატიტი) [18].

ბილიარული ტრაქტის ფუნქციონალური დარღვევების საერთაშორისო კლასიფიკაციის თანახმად, გამოყოფენ ორ ტიპს: ნაღვლის ბუშტის დისფუნქცია და ოდის სფინქტერის დისფუნქცია.

ბილიარული სლავის, ნაღვლის ბუშტისა და ოდის სფინქტერის დისფუნქციის მქონე პაციენტების გამოკვლევა მოიცავს: ანამნეზის შეკრება, ფიზიკალური გამოკვლევა, კვლევის ლაბორატორიული მეთოდები, მათ შორის სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (საერთო ცილა, საერთო ბილირუბინი და მისი ფრაქციები, ალანიინსა და ასპარაგინტრანსამინაზა (ალტ და ასტ), ტუტე ფოსფატაზა, γ-გლუტამილტრანსპეპტიდაზა; სისხლის ლიპიდური შემადგენლობა: საერთო ქოლესტეროლი, დაბალი და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები, ტრიგლიცერიდები; გლუკოზა და გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი); იმუნოფერმენტული ანალიზი და პოლიმერაზას ჯაჭვური რეაქცია (პჯრ) ვირუსული ჰეპატიტების გამოსავლენად - B, C, TTV, G; ინსტრუმენტალური მეთოდები (მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევა ნაღვლის ბუშტის კუმშითი ფუნქციის შეფასებასთან ერთად, ფიბროფოფაგოგასტროსკოპია - ფეგს).

ნაღვლგამომყოფი გზების მორტორულ-ევაკუატორული ფუნქციის შეფასებისათვის გამოიყენება ულტრაბგერითი სერიული ქოლეცისტოგრაფია (უსქ), ნაღვლის ბუშტის დაცლის კოფიციენტის გამოთვლით. ჩვენების მიხედვით ატარებენ ფრაქციულ (5 ფაზიანი) ქრომატოგრაფიულ დუოდენალურ ზონდირებას.

მსხვილ სპეციალიზებულ ცენტრებში ატარებენ დინამიურ ჰეპატო-ბილიარულ სცინტიგრაფიას (ჰბსგ) კომპიუტერულ გამა კამერაზე ჰეპატოტროპული რადიოფარმპრეპარატის (რფპ) HIDA-99mTc ინტრავენური შეყვანის შემდეგ. მეთოდი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ღვიძლის მარცხენა და მარჯვენა წილიდან რფპ ნახევარგამოყოფის დრო, ნაღვლის ბუშტში დაგროვების მაქსიმალური დრო, ნაღვლის ბუშტიდან ნახევარგამოყოფის დრო, ნაღვლგამომყოფი საუბმის ლატენტური დრო და სისხლის კლირენსი - რფპ ნახევარდაშლის პერიოდი. ჰბსგ შესაძლებლობას იძლევა შეფასდეს სანაღვლე სადინების გამავლობა და სფინქტერული აპარატის ფუნქციონალური მდგომარეობა, რფპ ნაწლავებში გამოვლენის დრო, ასევე ჰეპატობილიარული სისტემის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასებისათვის საჭირო მთელი რიგი სხვა მანევრებები ავადმყოფებში ნაღვლგამომყოფი გზების დისკინეზიით. სპეციალიზებულ დანესებულებებში ოდის სფინქტერის დისფუნქციის შესწავლის მიზნით გამოიყენება მანომეტრია, რომლის საშუალებითაც ფასდება ოდის სფინქტერის დისტალურ, შუა და პროქსიმალურ ნაწილებში წნევა, სტენოზის არსებობა და ოდის სფინქტერის დისფუნქცია.

ბილიარული სლავის, ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლგამომყოფი გზების დისფუნქციის დიაგნოსტიკის ძირითად ინსტრუმენტულ მეთოდს წარმოადგენს სონოგრაფიული გამოკვლევა. ნაღვლის ბუშტის მორტორულ-ევაკუატორული ფუნქციის შეფასების შედარებით მარტივ ვარიანტს წარმოადგენს ნაღვლის ბუშტის ზომისა და მოცულობის შეფასება სტანდარტულ სტიმულაციამდე და მის შემდეგ, რაც გულისხმობს საუბმეს 20 გრ ცხიმის შემცველობით (არაჟანი, ზეთუნისა და მზესუმზირის ზეთი).

უსქ ჩატარებისას განისაზღვრება ნაღვლის ბუშტის საწყისი მოცულობა, მისი მაქსიმალური შეკუმშვის დონე სანყისთან შედარებით, ნაღვლის გამოყოფის შედარებითი სიჩქარე (მაქსიმალური შეკუმშვის თანაფარდობა შეკუმშვის ფაზის ხანგრძლივობასთან). ნაღვლის ბუშტის ჰიპერმორტორული მდგომარეობის დროს იზრდება მისი დაცლის სიჩქარე, ამასთან არა მხოლოდ მაქსიმალური შეკუმშვის დონის მატების, არამედ შეკუმშვის ფაზის ხანგრძლივობის შემცირების ხარჯზე. ნაღვლის ბუშტის ჰიპომორტორული მდგომარეობისას ნაღვლის ბუშტის დაცლის სიჩქარის შემცირება მიმდინარეობს როგორც მაქსიმალური შეკუმშვის დონის დაქვეითების, ისე შეკუმშვის ფაზის ხანგრძლივობის მომატების ხარჯზე [3].

რომის II კონსესუსის თანახმად, ნაღვლის ბუშტის დისფუნქციის დიაგნოსტიკისას რეკომენდებულია შემდეგი კრიტერიუმების გათვალისწინება:

1. ეპიგასტარალურ მიდამოში ან მარჯვენა ნეკნქვეშა არეში ლოკალიზებული ზომიერი ან გამოხატული ტკივილის განმეორებადი ეპიზოდები, 30 წუთზე მეტი ხანგრძლივობით, სულ მცირე 12 თვის განმავლობაში (ტკივილი განისაზღვრება როგორც ზომიერი, თუ ის უშლის პაციენტს ყოველდღიურ ცხოვრებაში და გამოხატული, თუ საჭიროებს დაუყონებლივ სამედიცინო კონსულტაციას ან მედიკამენტოზურ კუპირებას). ტკივილს შესაძლოა თანახლდეს ერთი ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგანი:
 - a) გულისრება, ღებინება;
 - b) ირადიაცია ზურგის ან ბეჭის მიდამოში;
 - c) ტკივილის აღმოცენება საკვების მიღების შემდეგ;
 - d) ტკივილის აღმოცენება ღამის საათებში
 2. გამოკვლევისას ნაღვლის ბუშტის ფუნქციის დარღვევის გამოვლენა.
 3. სტრუქტურული ცვლილებების არარსებობა, რაც ხსნის ჩამოთვლილ სიმპტომებს.
- ულტრაბგერითი გამოკვლევის გარდა, დიფერენცი-

ალური დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება ქოლესისტოგრაფია და ქოლანგიოგრაფია. ქოლანგიოგრაფიის მეთოდი განსაკუთრებით ინფორმატიულია: 1) ნაღვლის სადინრებში ნაღვლოვანი ქვების გამოვლენისათვის (ნაღვლგამომყოფ გზებში ავსების დეფექტის სახით); 2) დუოდენალური დვრილის სტენოზის არსებობის აღმოჩენა, რომლის დროსაც საკონტრასტო ნივთიერება ყოვნიანად ნაღვლგამომყოფ გზებში 2 საათზე მეტხანს, მიუხედავად პრეპარატის შეყვანისა, რომელიც იწვევს ოდის სფინქტერის მოდუნებას; 3) პოსტქოლესისტექტომიური სინდრომის მქონე პაციენტის გამოკვლევა. ქოლანგიოგრაფიის დახმარებით შესაძლებელია გამოვლინდეს ტკივილის სინდრომის მიზეზს (ნაღვლის ბუშტის სადინრის გაფართოება, ღვიძლშიდა ნაღვლის სადინრის ქვები, დუოდენალური დვრილის სტენოზი, პანკრეასის სადინრის საკონტრასტო ნივთიერებით ავსება და ა.შ.)

ქრომატული ფრაქციული (5- ფაზიანი) დუოდენალური ზონდირება საშუალებას იძლევა ჩატარდეს ნაღვლის ბიოქიმიური და მიკროსკოპიული გამოკვლევა და ბევრ შემთხვევაში განისაზღვროს მისი ლითოგენობა ბილიარული სლაჯის ულტრაბერითი გამოკვლევით გამოვლენამდე. მეთოდის მეშვეობით ასევე შესაძლებელია ოდის სფინქტერის გახსნისა და ნაღვლის ბუშტის დაცლის დროს გამოთვლა და ნაღვლის ბუშტში არსებული ნაღვლის ოდენობის განსაზღვრა. ნაღვლის შემადგენლობის ბიოქიმიური გამოკვლევისას ისაზღვრება კონცენტრაცია და ქოლის მჟავას, საერთო ქოლესტეროლის, საერთო ბილირუბინის, ფოსფოლიპიდების, კალციუმის, C-რეაქტიული ცილის შემცველობა, ნაღვლის თითოეული პორციისათვის ქოლატო-ქოლესტერინული და ფოსფოლიპიდო-ქოლესტერინული კოეფიციენტი.

ოდის სფინქტერის დისფუნქცია ვითარდება მისი ინერვაციის დარღვევისას და ორგანული ცვლილებების არარსებობისას. ნაღვლის საერთო სადინრის ნაწილობრივი გაუვალობა ოდის სფინქტერის დონეზე შესაძლოა ასევე განპირობებული იყოს სფინქტერის ანთებით ან ანთების შემდგომი ფიბროზის განვითარებით. რომის II კონსენსუსის მიერ რეკომენდებული, ოდის სფინქტერის დისფუნქციის დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები:

1. ტკივილის გამოხატვის ეპიზოდები, ლოკალიზებული ეპიგასტრიუმის მიდამოში და მუცლის მარჯვენა ზედა კვადრანტში, რაც გრძელდება 30 წუთი ან მეტი და თან ახლავს უმტკივნეულო ეპიზოდები.
2. შეტევების აღმოცენება 12 საათის განმავლობაში.
3. გამოხატული ტკივილი არღვევს პაციენტის შრომით საქმიანობას და საჭიროებს ექიმის ჩარევას.
4. ოდის სფინქტერის სტრუქტურული ცვლილებების არარსებობა

ტკივილი სინდრომი ოდის სფინქტერის დისფუნქციის დროს ტკივილის სინდრომს შესაძლოა თან ახლდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი ბიოქიმიური მაჩვენებლებიდან ერთი ან რამდენიმეს დონის მატება: ტრანსამინაზები, ტუტე ფოსფატაზა, გგტპ, პირდაპირი ბილირუბინი, ამილაზა. აღნიშნული შესაძლოა წარმოადგენდეს ნაღვლის და/ან პანკრეასის საერთო სადინრიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში ნაღვლის გადადინების შეფერხების

მტკიცებულებას.

ოდის სფინქტერის დისფუნქციისას კლინიკური გამოვლენების მიხედვით ავადმყოფები იყოფიან ორ ჯგუფად:

- 1) თორმეტგოჯა ნაწლავში უპირატესად ნაღვლის დინების დარღვევით (ბილიარული ტიპი), რაც ავადმყოფთა 80%-ში გვხვდება;
- 2) თორმეტგოჯა ნაწლავში უპირატესად პანკრეასის წვენის დინების დარღვევით (პანკრეასული ტიპი), რაც გვხვდება ავადმყოფთა 20%-ში

ოდის სფინქტერის დისფუნქციის ბილიარული ტიპისათვის დამახასიათებელია:

- ა) ნაღვლოვანი კოლიკის ტიპის შეტევები;
- ბ) ტრანსამინაზებისა და ტუტე ფოსფატაზას დონის ორჯერ მატება;
- გ) საკონტრასტო ნივთიერების გამოყოფის შენელება (> 45 წ.) ენდოსკოპიური რეტროგრადული პანკრეატოქოლანგიოგრაფიისას;
- დ) ნაღვლის საერთო სადინრის გაფართოება (> 12მმ).

გამოყოფენ ოდის სფინქტერის ბილიარული დისფუნქციის სამ ტიპს:

- I - დამახასიათებელია ა, ბ, გ ნიშნები ბილიარული ტიპის ტკივილი (სფინქტერის სტენოზი);
- II - დამახასიათებელია ტკივილის შეტევები ერთ ან ორ კრიტერიუმთან (ბ,გ ან დ) ერთად, შესაძლებელია ოდის სფინქტერის როგორც სტრუქტურული, ისე ფუნქციური ცვლილებები;
- III - შესაძლებელია მხოლოდ ტიპური ტკივილის შეტევები (ოდის სფინქტერის ფუნქციური სპაზმი).

ოდის სფინქტერის პანკრეასული ტიპის დისფუნქციისათვის დამახასიათებელია ქრონიკული პანკრეატიტის მსგავსი ტკივილები, შესაძლოა ასევე მოიმატოს სისხლში ალფა-ამილაზას ან შარდში დიასტაზას დონემ. პაციენტებში ბილიარული სლაჯით, ნაღვლის ბუშტისა და ოდის სფინქტერის დისფუნქციით შესაძლებელია გამოვლინდეს ბილიარული უკმარისობის სინდრომი. ეს არის პოლიეტიოლოგიური სიმპტომოკომპლექსი, დამახასიათებელი საჭმლის მომწელებელი ორგანოების დაავადებათა უმეტესობისათვის, ძირითად პათოლოგიურ რგოლს წარმოადგენს ნაღვლის ოდენობისა და ნაღვლის მჟავების დებიტის შემცირება, რომელიც ხვდება ნაწლავში გაღიზიანებიდან 1 საათის შემდეგ. ამისათვის, დუოდენალური ზონდირების ჩატარებისას ისაზღვრება თორმეტგოჯა ნაწლავში გამოყოფილი ნაღვლის მჟავებისა და ნაღვლის სხვა კომპონენტების ჯამური დებიტი გაღიზიანებიდან 1 საათში (მაგ. მაგნიუმის სულფატის 33% ხსნარის 50 მლ).

გამოყოფენ მსუბუქ (ნაღვლის მჟავების ჯამური დებიტი 0.6-1.2 მმოლ/სთ), საშუალო (ნაღვლის მჟავების ჯამური დებიტი 0.1-0.5 მმოლ/სთ) და მძიმე (ნაღვლის მჟავების ჯამური დებიტი <0.1 მმოლ/სთ) ბილიარულ უკმარისობას. ძალზედ მნიშვნელოვანია ბილიარული უკმარისობის არსებობისა და გამოხატულების ზუსტი შეფასება პაციენტებში ღვიძლში დიფუზური დაზიანებით, მათ შორის ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტის დროს [12,15], რომლისთვისაც დამახასიათებელია ნაღვლის ბიოქიმიური შემადგენლობის დარღვევა, ნაღვლის მჟავებისა და ფოსფოლიპიდების სეკრეციის დაქვეითება,

ქოლატო-ქოლესტერინული კოფეციენტისა და ფოსფოლიპიდურ-ქოლესტერინული კოფეციენტის შემცირება ნაღვლის ლითოგენური თვისებების მატებასთან ერთად, რაც აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული მკურნალობის დანიშვნისას.

ბილიარული სლაჯის არსებობისას ნაღვლის ფიზიკო-ქიმიური თვისებების კვლევის მონაცემების თანახმად შესაძლოა აღინიშნოს მისი ფარდობითი სიმკვრივის, წებოვნებისა და ზედაპირის დაჭიმულობის მომატება. ნაღველში (განსაკუთრებით B პორციაში) შესაძლოა განისაზღვროს სიალის მჟავისა და საერთო ცილის მომატებული დონე, რაც დამახასიათებელია ნაღვლგამომყოფი გზების ლორწოვანი გარსის ანთებისათვის [3]. ცილების შენელებული შეწოვა აჩქარებს ქოლესტეროლის ნუკლეაციის პროცესებს. ამის დამადასტურებელია აღნიშნული ცილების აუცილებელი წესით არსებობა ქოლესტერული ქვების ცენტრში როგორც მაცემენტირებელი ფაქტორი. ფარდობითი სიმკვრივის, წებოვნებისა და ნაღველში საერთო ცილის მატებისას ქვეითდება ქოლატოქოლესტერინული კოფეციენტი. ეს მიმდინარეობს ნაღვლის დისფუნქციის ფონზე და დამოკიდებულია ნაღვლის ბუშტის მაქსიმალური შეკუმშვის დონეზე და მისი დაცლის სიჩქარეზე. ქოლატოქოლესტერინული კოფეციენტის დონის დაქვეითება უფრო მეტად გამოხატულია ნაღვლის ბუშტის ჰიპოკინეტიკური და ჰიპოტონიური დისფუნქციის დროს.

ნაღვლოვანი ქვების გამოკვლევის შედეგების მიხედვით დადგენილია მათი წარმოქმნის ერთერთი ძირითადი მიზეზი ნაღვლის ბუშტის ქრონიკული ანთებითი პროცესია [21]. ნაღვლოვანი ქვების განვითარებაში ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს ასევე ინფექციის არსებობას, ნაღვლის შეგუბებასა და ჰიპერქოლესტეროლემიას. ნაღვლის ბუშტის კედელში კოლონიზირებული ბაქტერიები ახდენენ ნაღვლოვანი ქვების მარილების დეკონიუგირებას მათი შემდგომი აბსორბციით, ამასთან ქვეითდება ქოლესტეროლის ხსნადობა. ცენტრისა და პერიფერიული ქოლესტერული და შერეული ქვების პჯრ კვლევით უმეტეს შემთხვევაში გამოვლენილი იქნა ნაწლავის ჩხირის, გრამდადებითი კოკების, ანაერობებისა და სხვა მიკროორგანიზმების დნმ. ნაღვლის ბუშტში ქრონიკული ანთებითი პროცესს თან ახლავს ნაღველში მუცინური გლიკოპროტეინების დონის (გლუკოზამინები, სიალო- და ფუკოგლიკოპროტეინები და სხვ.) 2-3-ჯერადი მატება. მუცინური ცილები ჰიდროფილური თვისებებით ხელს უწყობს ნაღვლის ნუკლეაციის პროცესებს, რაც განსაკუთრებით გამოხატულია პაციენტებში ქოლესტერინული ქოლელითიაზისადმი მემკვიდრული წინასწარგანყობით.

პაციენტების უმეტესობაში ბილიალური სლაჯი წარმოადგენს ქოლელითიაზის განვითარების სტადიას, რაც განაპირობებს მძიმე გართულებების წარმოქმნას. ქოლედოქუსისა და ოდის სფინქტერის ნაწიბუროვანი შევიწროება შესაძლოა გახდეს ქრონიკული ობსტრუქციული პანკრეატიტის წარმოქმნის მიზეზი. ბილიარული სლაჯის ხანგრძლივად არსებობა რიგ შემთხვევებში რთულდება ნაღვლის ბუშტის „გამოთიშვით“, ჩირქოვანი ქოლანგიტით, მწვავე ქოლეცისტიტით და მწვავე პანკრეატიტით.

ქოლელითიაზის მკურნალობა და პროფილაქტიკა. ბილიარული სლაჯის, ნაღვლის ბუშტისა და ოდის სფინქტერის დისფუნქციის გამოვლენისას ქოლელითიაზის თავიდან აცილების მიზნით უნდა დავიცვათ ექიმის ყველა რეკომენდაცია (შრომისა და დასვენების რეჟიმი, დიეტა, მედიკამენტოზური დანიშნულება და სამკურნალო ფიზკულტურული პროგრამა).

სამკურნალო ტაქტიკის ოპტიმიზაციის მიზნით და ბილიარული სლაჯის კლინიკური თავისებურებების გათვალისწინებით მიზანშეწონილია ავადმყოფების სამკურნალო დაყოფა [19]:

- 1 ჯგუფი - პაციენტები, რომლებიც არ საჭიროებენ მკურნალობას, რამდენადაც ეტიოლოგიური ფაქტორის მოცილება (ჰიპოკალორიული დიეტის დაცვა სხეულის მასის შემცირებისათვის, პარენტერალური კვება პოსტოპერაციულ პერიოდში და სხვ.) განაპირობებს ბილიარული სლაჯის უკუგანვითარებას.
- 2 ჯგუფი - პაციენტები, რომელთა შემთხვევაშიც ნაჩვენებია კონსერვატიული მკურნალობა, რამდენადაც მის გარეშე ბილიარული სლაჯი ტრანსფორმირდება ქოლელითიაზში პათოლოგიურ პროცესში სხვა ორგანოების ჩართვით და შემდგომი გართულებების განვითარებით:
 - ა) ორსულობის შემდეგ ნაღვლის ბუშტში 2-3 მმ-ზე მეტი ზომის ექოსტრუქტურის არსებობისას;
 - ბ) რეციდივი ქოლელითიაზის წარმატებული კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ (დარტყმით ტალღური ლითოტრიფსია და ლითოლიზური თერაპია);
 - გ) ოდის სფინქტერის დისფუნქცია სტენოზირების გარეშე ღვიძლიესმიერი ან პანკრეასული კოლიკის შეტევებით;
 - დ) პირები ქოლელითიაზის რისკ ფაქტორებით, რომლის აღმოფხვრაც შეუძლებელია
- 3 ჯგუფი - პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ ქირურგიულ მკურნალობას, რომლის გარეშეც იზრდება სერიოზული გართულებების განვითარების რისკი, და:
 - ა) იდიოპათიური მწვავე პანკრეატიტის ხშირი შეტევები, რომლის დროსაც კონსერვატიული მკურნალობა არაეფექტურია;
 - ბ) ოდის სფინქტერის დისფუნქცია მასტენოზირებული პაპილიტით;
 - გ) ნაღვლოვანი კოლიკა ღვიძლგარეთა ქოლესტაზის მოვლენებით;
 - დ) მწვავე ქოლანგიტი.

მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური, დისკინეზიასა და ბაქტერიული კატარულ ქოლეცისტიტთან კავშირის გათვალისწინებით, რაც ხშირად მიმდინარეობს სუბკლინიკურად და იძენს ქრონიკულ ხასიათს. ბილიარული ტრაქტის დისფუნქციის გამოვლენისას აუცილებლად უნდა ჩატარდეს ბილიარული სლაჯის ეფექტური პროფილაქტიკა ორი მიდგომის გამოყენებით: ნაღვლის ლითოგენობის დაქვეითება და ნაღვლის ბუშტის კუმშვითი ფუნქციის გაუმჯობესება. დროულად უნდა გამოვლინდეს საჭმლის მომწელებელი სისტემის თანხლები დაავადებები. აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული, რომ დისკინეზიის დროს (უპირატესად

ჰიპერტონული ტიპით) შესაძლებელია განვითარდეს თანმხლები ნევროზული დარღვევები, რაც საჭიროებს ნევროლოგის კონსულტაციას.

ქრონიკული ქოლესისტიტის გამწვავებისას წყლულოვან დაავადებასთან, გასტრიტთან და ენტეროკოლიტთან ერთად, ინიშნება დიეტა №5 პევზნერის მიხედვით. ქრონიკული ქოლესისტიტი გამწვავების გარეშე, კუჭისა და ნაწლავების დაავადებების კლინიკური გამოვლინებების გარეშე, წარმოადგენს დიეტა №5 დანიშნვის ჩვენებას. პაციენტებში ნაღვლის ბუშტის ჰიპოტონური დისკინეზიით მიზანშეწონილია შხესუმირისა და ზეითუნის ზეთის გამოყენება. ნაჩვენებია არარაფინირებული მშესუმირის ზეთის გამოყენება, რომელიც შეიცავს ნახევრადუჯერ ცხიმოვან მჟავებს, რაც განაპირობებს სისხლში ქოლესტეროლის დონის დაქვეითებას. ბოსტნეულიდან ყურადღება უნდა მიექცეს გოგრის რბილობის სასარგებლო თვისებებს, რომელიც შეიცავს კალიუმის მარილებს, კალციუმს, რკინას, B1, B2, B6, PP და კაროტინის მნიშვნელოვან რაოდენობას (პროვიტამინი A). გოგრა ასევე მდიდარია პექტინური ნივთიერებებით. გოგრის შემადგენლობაში მცირე რაოდენობითაა უჯრედისი, ამიტომაც ის არ უწყობს ხელს ნაწლავების პერისტალტიკას, არ აღიზიანებს კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვან გარსს. გოგრა სასარგებლოა ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტისა და მსხვილი ნაწლავის ქრონიკული დაავადებების დროს.

სამკურნალო მცენარეები. სამკურნალო მცენარეებზე დამზადებული პრეპარატები ინიშნება ნაღვლის გამოყოფის სტიმულაციის მიზნით, ნაღვლის სადინრებში ნაღვლის დინების გაუმჯობესებისათვის, ნაღვლის ბუშტისა და სადინრების კუმშითი ფუნქციის მომატებისათვის.

ნაღვლის არასაკმარისი გამოშუშავებისას ინიშნება ქრისტესისხლას, სიმინდის უღვაშის, ბაბუნჯერას ფესვის, კრაზანას, ჩვეულებრივი ანისულის ნაყოფის ნაყენი და ნახარში.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე სადინრების ჰიპოტონური დისკინეზიის დროს გამოიყენება უკვდავას ყვავილების, პიტნის ფითლების, კამის ნაყოფის, კონახურის ფოთლების ნაყენი და ნახარში.

ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის სადინრების სპაზმის დროს ინიშნება პიტნის ფოთლების, მწარე აბზინდას, კრაზანას ნაყენი და ნახარში.

ქრონიკული უკენჭო ქოლესისტიტის დროს ეფექტურია შემდეგი ნაკრები:

- ა) ასისთავა, კოთხოვის ფესვი, უკვდავას ყვავილები - 1:1
- ბ) კრაზანა, უკვდავასა და კალენდულას ყვავილები - 4 წილი, მათიტელა, გვირილის ყვავილები - 2 წილი, ვარდაკაჭკაჭას ფესვები - 3 წილი, ხეტრელას ქერქი - 1 წილი;
- გ) კრაზანა, ხეტრელას ქერქი - 1 წილი, მათიტელა - 3 წილი, უკვდავას ყვავილები - 4 წილი, გვირილას ყვავილები - 2 წილი.

ბილიარული სლაჯის, ნაღვლის ბუშტისა და ოდის სფინქტერის დისფუნქციის არსებობისას სასარგებლოა ახლადგამონჭრული წვენები:

- 1) გოგრის (დღეში 0.5 ჭიქა);
- 2) სამკურნალო ბაბუნჯერას (ახალი მცენარის ღეროსა და ფესვებიდან გამონჭრული წვენი, 1 სუფ.კ. 2-ჯერ დღეში ჭამამდე 30 წუთით ადრე);
- 3) ცირცელი (ახლად დამწიფებული ნაყოფის წვენი, 1 სუფ. კ. 2-3-ჯერ დღეში ჭამამდე 30 წუთით ადრე როგორც ნაღვლმდენი საშუალება).

ნაღვლმდენი პრეპარატები ახდენს ჰეპატობილიარული სისტემის მიერ ნაღვლის წარმოქმნის, ნაღვლის გამოყოფისა და მოტორული ფუნქციის ნორმალიზაციას. ხელს უშლის ნაღვლის შეგუბებას, აქვეითებს ანთებითი პროცესის განვითარების რისკს.

ჰიპერტონული დისკინეზიის დროს ნაჩვენებია სპაზმოლიზური ეფექტის მქონე პრეპარატები. ამავე დროს პაციენტებში ნაღვლის ბუშტის ჰიპო- და ატონიური დისკინეზიით განაპირობებს ნაღვლის ბუშტის მოდუნებასა და აღრმავებს ნაღვლის შეგუბებას.

ნაღვლმდენი პროცედურები (ტუბაჟი) ნაჩვენებია ნაღვლის ბუშტის ჰიპომოტორული დისფუნქციის დროს. ჰიპოტონური დისკინეზიისას ეფექტურია ზონდირება დუოდენალური ზონდის გამოყენებით და სხვა მეთოდები ზონდირების გარეშე. აღნიშნული პროცედურები განაპირობებს ნაღვლის ბუშტის ტონუსის მატებას, ნაღვლის შეგუბების შემცირებასა და ანთებითი პროცესის განვითარების რისკის დაქვეითებას. ნაღვლის ბუშტის ჰიპოკინეზიისას ინიშნება ქოლერეგული, ქოლეკინეტიკური და პრეპარატები, რომლებიც შეიცავენ ნაღვლის მჟავებს.

პაციენტების მკურნალობის პათოგენეტიკური საფუძველი ბილიარული სლაჯის არსებობისას, ურსოდეზოქსიქოლის პრეპარატების დანიშვნაა დოზით 8-10 მგ/კგ დღეში, 3-6 თვის განმავლობაში. ისინი აქვეითებს ნაღვლის ლითოგენობას, გააჩნია პოტენციური პროფილაქტიკური ეფექტი ქოლელითიაზის განვითარებასთან მიმართებაში, აუმჯობესებს ნაღვლის ბუშტის მოტორულ ფუნქციას. სამკურნალო ფიზკულტურისა და ფიზიოთერაპიული მეთოდები აუცილებლად დიფერენცირებული უნდა იყოს დისკინეზიის ტიპისა და ნაღვლის ბუშტის ანთებითი პროცესების დროს. ჰიპოტონური დისკინეზიის დროს ინიშნება ტუტე მინერალური წყალი მაღალი მინერალიზაციით (ოთახის ტემპერატურის) ჭამამდე 30-60 წუთით ადრე. ჰიპერმოტორული დისკინეზიის დროს ნაჩვენებია მარილებისა და აირების დაბალი შემცველობის წყალი (უმჯობესია გამთბარი სახით).

ქოლელითიაზის პროფილაქტიკის ჩატარება პაციენტებში ბილიარული სლაჯითა და ბილიარული დისფუნქციით თავიდან გვაცილებს ქოლელითიაზის მძიმე გართულებებს. აღნიშნული დაავადების ეფექტური პროფილაქტიკისათვის აუცილებლად უნდა ჩატარდეს ნაღვლის ლითოგენობის შემცირებისა და ნაღვლის ბუშტის ფუნქციის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ღონისძიებები, რისკ ფაქტორების გამოვლენა და მინიმუმამდე დაყვანა, ასევე გამაჯანსაღებელი პროგრამის განხორციელება - სამკურნალო ფიზკულტურა, ფიზიოთერაპიული და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა.

საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილებიდან ციკლოოქსიგენაზა-2 სელექციური ინჰიბიტორების, ტრადიციული აასს, ასპირინისა და მათი კომბინაციაში გამოყენებასთან ასოცირებული სისხლდენის განვითარების რისკი¹

A. Lanás*, L. A. Garaa-Rodriguez**, M. T. Arroyo†, F. Gomollon†, F. Feu††, A. González-Pérez**, E. Zapata‡, G. Bcistida‡‡, L. Rodrigo†, S. Santolaria||, M. GUell#, C. M. de Argila##, E. Quintero§, F. Borda§§, J. M. Pique†† ესპანეთის გასტროენტეროლოგთა ასოციაციის მკვლევართა ჯგუფის სახელით

რეზიუმე

დასაბუთება.

ანთების სანინაადმდეგ არასტეროიდული საშუალებების (აასს), კოქსიბების რისკი და სარგებელი, ასევე ასპირინით მკურნალობა გაცხოველებული დისკუსიის საგანია.

მიზანი. განისაზღვროს კლინიკურ პრაქტიკაში კოქსიბების, ტრადიციული აასს, ასპირინის ან მათი კომბინაციაში გამოყენებასთან ასოცირებული, საჭმლის მომწელებელი სისტემის ზედა ნაწილების პეპტიური წყლულიდან სისხლდენის განვითარების რისკი.

მეთოდები.

შემთხვევა-კონტროლის კვლევა, რომელიც ეფუძნება ესპანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ჰოსპიტალური პაციენტების პოპულაციას. კვლევა მოიცავდა 2777 თანმიმდევრულად შერჩეულ პაციენტებს, რომელთა შემთხვევაშიც ენდოსკოპიურად იქნა დადასტურებული საჭმლის მომწელებელი სისტემის ზედა ნაწილების პეპტიური წყლულიდან სისხლდენა და 5532 საკონტროლო ჯგუფი, რომელიც შეესაბამებოდა ძირითად ჯგუფს ასაკით, სამკურნალო დაწესებულები-

თა და ჰოსპიტალიზაციის დროით. გამოყენებულ იქნა პირობითი ლოგისტიკური რეგრესიის ანალიზის დახმარებით გამოთვლილი სისხლდენის კორექტირებული ფარდობითი რისკი.

შედეგები. ტრადიციული აასს გამოყენებას თან ახლდა საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილებიდან სისხლდენის მომატებული რისკი (RRკორექ. 5,3; 95% სარწმუნოების ინტერვალი (CI) 4,5-6,2). ტრადიციული აას საშუალებებს შორის, აცეკლოფენაკს (RRკორექ. 3,1; 95% CI 2,3-4,2) გააჩნდა ყველაზე დაბალი RR, მაშინ როდესაც კეტოლორაკი (RRკორექ. 14,4; 95% CI 5,2-39,9) გამოირჩეოდა ყველა მაღალი ფარდობითი რისკით. როფეკოქსიბით მკურნალობას თან ახლდა სისხლდენის განვითარების მომატებული რისკი (RRკორექ. 2,1; 95% CI 1,1-4,0), მაშინ როდესაც ცელეკოქსიბის, პარაცეტამოლის, და ასევე პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების აას საშუალებებთან ერთდროული გამოყენებისას არ აღინიშნებოდა სისხლდენის განვითარების რისკის მატება. არა-ასპირინული ანტიაგრეგანტებით (კლოპიდოგრელი/ტიკლოპიდინი) მკურნალობას თან ახლავს სისხლდენის განვითარების

1 სტატია გადმოთარგმნილია ჟურნალიდან - Gut, 2006, v.55, p. 1731-1738. Lanás A., Garaa-Rodriguez L. A., Arroyo M. T., Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations (რედ.შენ).
* საჭმლის მომწელებელი სისტემა, სარაგოსას კლინიკური საავადმყოფო, სარაგოსა, ესპანეთი
** ესპანეთის ფარმაკო-ეპიდემიოლოგიის კვლევითი ცენტრი, მადრიდი, ესპანეთი
† საჭმლის მომწელებელი სისტემა, მიგელ სერვეტის საავადმყოფო, სარაგოსა, ესპანეთი
†† საჭმლის მომწელებელი სისტემა, კლინიკური საავადმყოფო, ბარსელონა, ესპანეთი
‡ საჭმლის მომწელებელი სისტემა, სან სებასტიანის საავადმყოფო, სან სებასტიანი, ესპანეთი
‡‡ საჭმლის მომწელებელი სისტემა, ლა ფეს საავადმყოფო, ვალენსია, ესპანეთი
| საჭმლის მომწელებელი სისტემა, ასტურიის საავადმყოფო, ოვიედო, ესპანეთი
|| საჭმლის მომწელებელი სისტემა, სან ხორხეს საავადმყოფო, ჰუესკა, ესპანეთი
საჭმლის მომწელებელი სისტემა, საბადელის საავადმყოფო, ბარსელონა, ესპანეთი
საჭმლის მომწელებელი სისტემა, რამონის საავადმყოფო, მადრიდი, ესპანეთი
§ საჭმლის მომწელებელი სისტემა, ლაგუნას საუნივერსიტეტო საავადმყოფო, ტენერიფე, ესპანეთი
§§ საჭმლის მომწელებელი სისტემა, ნავარას საავადმყოფო, პამპლონა, ესპანეთი