

ცხელება

ცხელება, ეს ის უხშირესი სიპტომია, რომელსაც ოჯახის ექიმი თავის პრაქტიკული საქმიანობისას, თითქმის ყოველდღიურად ხვდება. ექიმთან ხანმოკლე ცხელებითი მდგომარეობის მიზეზით ბავშვთა მიმართვა ექიმთან აშშ-ში, შეადგენს ექიმთან ყველა მიმართვის თითქმის 30%.

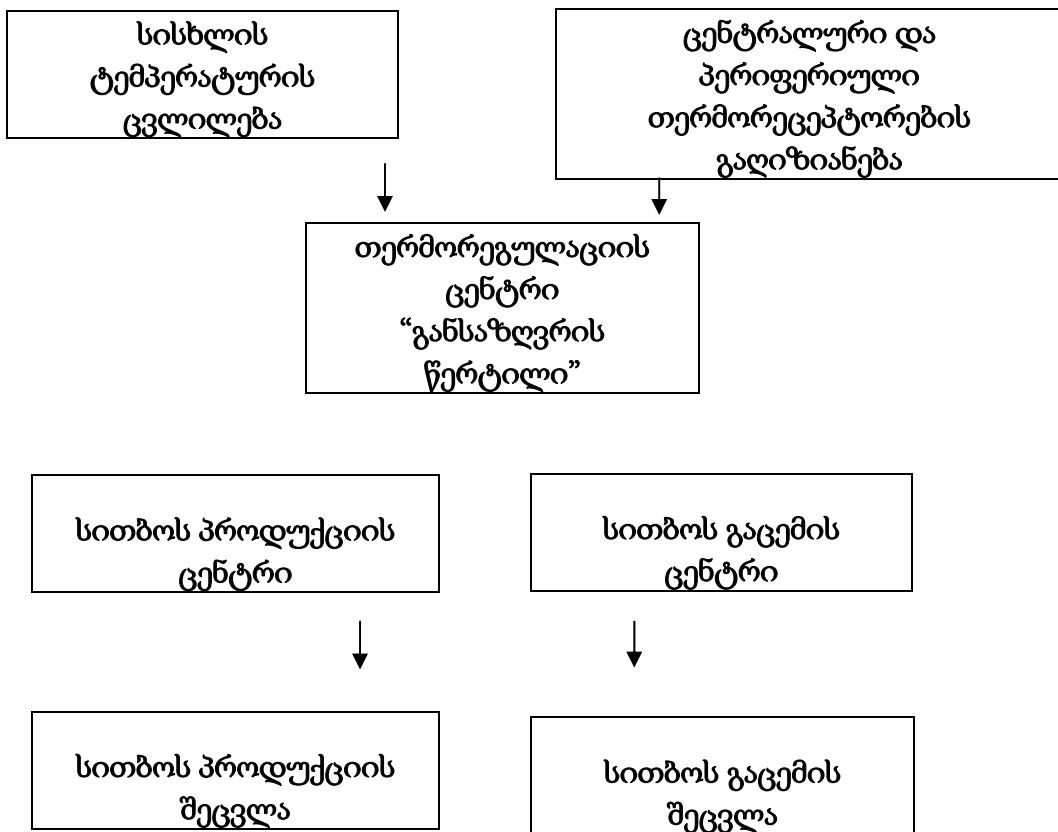
დღეისათვის ცხელებას განიხილავენ როგორც მრავალი დაავადების სიმპტომს. იგი ყველაზე ხშირად ინფექციურ-ანთებითი ხასიათის დაავადებების დროს გვხვდება.

ამასთანავე, ცხელება შეიძლება იყოს არა მარტო ინფექციურ-ანთებითი პროცესების გამოვლინება, არამედ არაინფექციური ხასიათის თერმორეგულაციის დარღვევის შედეგი.

ჯერ კიდევ უძველეს დროში ექიმებისათვის ცნობილი იყო, რომ სხეულის ტემპერატურის მომატება წარმოადგენდა მრავალი დაავადების ერთერთ ნიშანს და მათ უბრალოდ „ცხელებას“ უწოდებდნენ.

თერმორეგულაცია, სხეულის თერმომეტრია

გარემო ტემპერატურის მიუხედავად ადამიანის სხეულის ტემპერატურა მუდმივად ვიწრო ფარგლებში მერყეობს, რაც განაპირობებს ორგანიზმში მეტაბოლიზმის მაღალ ინტენსივობას და ბიოლოგიურ აქტივობას. ადამიანის სხეულის ტემპერატურის მუდმივობა ჰომოიოთერმოლობა (ჰომოიოს-თანაბარი, თერმო-გათბობით) განპირობებულია სხეულში სითბოს წარმოქმნასა და გაცემას შორის არსებული წონასწორობით, რაც ხორციელდება თერმორეგულაციის მექანიზმებით. ამ პროცესებზე კონტროლს ახორციელებს თერმორეგულაციის ცენტრი, რომელიც მოთავსებულია ჰიპოთალამუსის წინა ნაწილში:



თერმორეგულაციის ცენტრი შედგება რამოდენიმე ანატომიურ-ფუნქციონალური ნაწილისაგან:

თერმოსტატი-თერმომგრძობიარე ტვინის ნაწილი, რომელიც თერმორეგულაციის ცენტრის ნეირონების საშუალებით და პერიფერიული თერმორეცეპტორებით მიღებული ინფორმაციით ადგენს სხეულის საშუალო ტემპერატურას.

განსაზღვრის წერტილი: წარმოადგენს ნეირონების ჯგუფს, რომლებიც განსაზღვრავენ სხეულისათვის საჭირო ტემპერატურას დროის მოცემულ მონაკვეთში - სხეულის სასურველ ტემპერატურას .

სითბოს პროდუქციის და სითბოს გაცემის ცენტრები: თუ სხეულის ფაქტიური ტემპერატურა განსხვავდება სხეულის სასურველ ტემპერატურისაგან, მაშინ პროცესში ერთვის სითბოს პროდუქციის და სითბოს გაცემის ცენტრები, რომლებიც უზრუნველყოფენ „განსაზღვრის წერტილში“ დადგენილი ტემპერატურის აღდგენას ორგანიზმში.

ორგანიზმში სითბო წარმოიქმნება მეტაბოლიზმის შედეგად. თერმორეგულაციაში მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ მეტაბოლური სითბოპროდუქცია ჩონჩხის კუნთებში იცვლება უფრო ადვილად, ვიდრე სხვა ქსოვილებში. ცივ გარემოში მოხვედრისას იზრდება ჩონჩხის კუნთებში ნივთიერებათა ცვლა, რასაც თან ახლავს კუნთთა ტონუსის მომატება და სხეულის ტემპერატურის აწევა (არაკანკალა სითბოპროდუქცია). სითბოს პროდუქციის გაძლიერება ხდება ფიზიკური აქტივობის გაზრდითაც. თუ „არაკანკალა“ თერმოგენიზით და ფიზიკური აქტივობის გაზრდით ვერ მივიღებთ ორგანიზმისათვის საკმარისი რაოდენობის სითბოს, მაშინ იწყება კანკალი (ჩონჩხის კუნთების უნებლიე შეკუმშვა), რომლის დროსაც კუნთის მეტაბოლიზმი იზრდება 5-ჯერ. მეტაბოლური აქტივობის გაზრდა ხდება „სტრესის ჰორმონების“ (ფარისებური ჯირკვლის და თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის) ჰორმონების მონაწილეობით. მათზე კონტროლი ხორციელდება ჰიპოთალამუსის უკანა ნაწილის რილიზინგ-ფაქტორით.

სითბოს გაცემა ხდება ორი გზით:

რადიაცია გამტარობით.

- რადიაცია __სითბოს გაცემა ელექტრომაგნიტური ტალღებით.
- კონდუქცია __სითბოს გაცემა საგნებთან, რომელთა ტემპერატურა დაბალია, უშუალო შეხებით
- კონვექცია __სითბოს გაცემა წყალთან და ჰაერთან შეხებით.

აორთქლებით:

- პერსპირაციით (წყლის აორთქლება კანისა და სასუნთქი გზებიდან)
- ოფლის გამოყოფით; (ცხელ კლიმატში, როცა ჰაერის ტემპერატურა აღემატება სხეულის ტემპერატურას. სითბოს გაცემის მთავარ მექანიზმს წარმოადგენს ოფლის გამოყოფა.) სითბოს გაცემა ფიზიკური მეთოდებით დამოკიდებულია ვეგეტაციურ რეგულაციაზე. სიმპათიკური სისტემა უზრუნველყოფს სითბოს შენარჩუნებას, პარასიმპათიკური ვეგეტაციური სისტემა კი სითბოს დაკარგვას. ასაკის მატებასთან ერთად იცვლება თერმორეგულაციის მექანიზმები, ამიტომ ხანდაზმულები ახალგაზრდებთან შედარებით ცუდად იტანენ როგორც სიცხეს, ისე სიცივეს. ცხელ ამინდში მათ უფრო ხშირად ემართებათ სითბოს დაკვრა (ოფლის გამოყოფის შემცირება, ჰიპერთერმია ცნობიერების მწვავე დარღვევა, კომა).

რიგი თავისებურებებით ხასიათდება თერმორეგულაციის პროცესი ახალშობილებში:

- სითბოპროდუქციასთან შედარებით უფრო მაღალი სითბოს გაცემა.
- გადახურების დროს სითბოს გაცემის და გაციების დროს სითბოპროდუქციის შეზღუდული უნარი

- ლეიკოციტურ პიროგენებზე ტვინის დაბალი მგრძობელობის და სისხლში არგინინ-ვაზოპრესინის მაღალი კონცენტრაციის გამო, არ შეუძლია განახორციელოს ცხელებითი რეაქცია.

ახალშობილებში სითბოს გაცემის მაღალი უნარი განპირობებულია იმით რომ, მათი სხეულის ზედაპირის ფართობის ხვედრითი წილი 3-ჯერ აღემატება მოზრდილთა სხეულის ფართობს კგ/წონაზე გადანგარიშებით; ხოლო სუნთქვის მოცულობა 2-ჯერ. ამიტომ სხეულის სითბოს დაკარგვა რადიაცია, კონვექციის და აორთქლების გზით კგ/წ-ზე გადანგარიშებით ახალშობილებში უფრო მაღალია, ვიდრე მოზრდილებში.

სხეულის თერმომეტრია

1868 წელს გერმანელმა კლინიცისტმა Wunderlich-მა მიუთითა სხეულის ტემპერატურის გაზომვის მნიშვნელობაზე, რის შემდეგაც თერმომეტრია გახდა ერთერთი მარტივი მეთოდი, რომლის დახმარებთაც შეიძლება დაავადების ობიექტური და ხარისხობრივი შეფასება.

სხეულის ტემპერატურის გაზომვისათვის გამოიყენება ვერცხლისწყლის, თხევადკრისტალური და ელექტრონული თერმომეტრები. მათ შორის ყველაზე გავრცელებულია ვერცხლისწყლიანი სამედიცინო თერმომეტრი. გაზომვის წინ თერმომეტრი უნდა უჩვენებდეს 35-36°C დონეს.

თერმომეტრის გაზომვას აწარმოებენ შემდეგნაირად:

ორალური გაზომვისას - თერმომეტრს ათავსებენ ენის ქვეშ, ენის ლაგამის მარჯვენა ან მარცხენა მხარეს და სთხოვენ ავადმყოფს პირი დახუროს 3 წუთის განვლობაში, თუ ავადმყოფი ატარებს კბილის პროტეზს, საჭიროა მოიხსნას ტემპერატურის გაზომვის წინ.

ეს მეთოდი არ გამოიყენება 4 წლის ასაკამდე და აგზნებულ პირებში. გაზომვის შემდეგ თერმომეტრი ინახება ანტისეპტიკურ ხსნარშიან ჭურჭელში.

ილლიის ფოსოში - შემოწმებული, ნორმალური მაჩვენებლით თერმომეტრს ათავსებენ წინასწარ გამომშრალეულ ილლიის ფოსოში ისე, რომ ვერცხლისწყლის საცავი ფოსოს ცენტრში მოჰყვეს, მხარს მჭიდროდ მიიტანენ გულმკერდთან და ასე ტოვებენ 7-10 წუთის განმავლობაში.

საზარდულის არეში - ეს მეთოდი გამოიყენება ჩვილ ბავშვებში სხეულის გაზომვისათვის. თერმომეტრს ათავსებენ საზარდულის ნაოჭს და ბარდაყს შორის და აფიქსირებენ მოხრილ მდგომარეობაში 7-10 წუთის განმავლობაში.

სწორ ნაწლავში - ეს მეთოდი გამოიყენება 4 წლამდე ასაკის ბავშვებში. თერმომეტრის ვერცხლისწყლის საცავის ნაწილს ესმება ვაზელინი და შეყავთ სწორ ნაწლავში ნელი, ფრთხილი მოძრაობით 2-3 სმ-ის სიღრმეში; თერმომეტრს აკავებენ დუნდულოებზე მოთავსებული ხელის თითებით 1-2წუთის განმავლობაში. დაუშვებელია ბავშვის აქტიური მოძრაობა. თერმომეტრს, რომელიც გამოყენებული იყო სწორ ნაწლავში ამუშავებენ სპირტით და ინახება განცალკევებით სხვა თერმომეტრებისაგან. არ შეიძლება თერმომეტრის ცხელი წყლით გარეცხვა.

საშოში - ამ მეთოდს იყებებენ ძირითადად ილულაციის დროის განსაზღვრისათვის.

გაზომვა ტარდება დილით, საწოლიდან ადგომამდე თერმომეტრი შეყავთ საშოში, 5 წუთის განვლობაში.

სხეულის ნორმალური ტემპერატურის დიაპაზონი:

აქსილარული = 35,8 – 37,0°C

რექტალური = 36,1 -37,8°C

ორალური = 35,8 – 37,3°C

აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის დღე-ღამური მერყეობა 1°C -ის ფარგლებში. სხეულის ტემპერატურა ეცემა ღამით, მინიმალური მნიშვნელობა გვხდება 5 საათისათვის, შემდეგ იზრდება და აღწევს პიკს 17-18 სთ-ზე.

ტემპერატურის ცირკადულობა არ აღინიშნება ახალშობილებში და ფორმირდება 2 წლის ასაკის ზემოთ.

ტემპერატურის გაზომვა არ შეიძლება უშუალოდ ფიზიკური სამუშაოს შესრულების შემდეგ, ფსიქო-ემოციური დატვირთვის, ცხელი საკვების და სითხის მიღებისთანავე.

ეტიოპათოგენოზი

თერმორეგულაციის მექანიზმების გათვალისწინებით სხეულის ტემპერატურის მომატება შეიძლება განპირობებული იყოს სამი ძირითადი მექანიზმით:

- ❖ „განსაზღვრის წერტილის“ ტემპერატურის მომატებით
- ❖ სითბოპროდუქციის გაძლიერებით
- ❖ სითბოს გაცემის დარღვევით

ტემპერატურის მომატება ხდება თერმორეგულაციის ცენტრში „განსაზღვრის წერტილზე“ პიროგენების ზემოქმედებით. „განსაზღვრის წერტილში“ დგინდება სხეულისათვის საჭირო უფრო მაღალი ტემპერატურა, ამიტომ სხეულის არსებული ტემპერატურა აღიქმება, როგორც სხეულისათვის საჭირო ტემპერატურაზე უფრო დაბალი, რის გამოც ძლიერდება სითბოპროდუქცია და მცირდება სითბოს წარმოქმნა. კლინიკურად ეს ვლინდება შემცივნებით, სიფერკმთალით და კიდურების გაცივებით. მიაღწევს რა სხეულის ტემპერატურა „განსაზღვრის წერტილში“ დაპროგრამებულ ტემპერატურას, სითბოპროდუქციასა და სითბოს გაცემას შორის წონასწორობა აღდგება, მატულობს სხეულის ტემპერატურა და დგინდება ტემპერატურული ჰომეოსტაზის უფრო მაღალი დონე. ეს პროცესი წარმოადგენს ორგანიზმის დაცვით რეაქციას სხვადასხვა (ინფექციურ და არაინფექციურ) პათოგენურ გამღიზიანებლებზე. ძირითადად გვხდება ინფექციურ ანთებითი პროცესების დროს.

თერმორეგულაციის ცენტრში „განსაზღვრის წერტილზე“ უშუალო ზემოქმედება შეუძლია მოახდინოს ნატრიუმის და კალციუმის კონცენტრაციამ სისხლში (ჰიპერნატრიემია, ჰიპოკალცემია); მორიელის შხამმა, ადრენალინის და ნორადრენალინის მაღალმა კონცენტრაციამ, ცნს დასხივებამ.

სხეულის ტემპერატურის მომატება სითბოს პროდუქციის გაძლიერებით გვხდება ძირითადად ენდოკრინული დაავადებების დროს, ძლიერდება მეტაბოლური პროცესები. სითბოს გაცემის მექანიზმს არ შეუძლია გაუმკლავდეს გაძლიერებულ თბოპროდუქციას, რასაც მივყევართ სხეულის ტემპერატურის მომატებამდე.

სხეულის ტემპერატურის მომატება განპირობებულია სითბოს ფიზიოლოგიური წარმოების პირობებში თერმორეგულაციის ცენტრში „განსაზღვრული“ ნორმალური ტემპერატურის ფონზე, სითბოს გაცემის დარღვევით. სითბოს გაცემას ძირითადად აკონტროლებს ვეგეტაციური ნერვული სისტემა. მისი დისფუნქციით არის განპირობებული ძირითადად სხეულს ტემპერატურის მომატების ეს მექანიზმი. ასეთი ტიპის ცხელება გვხდება ვეგეტო-სისხლძარღვან დისტონიის დროს მოზარდებში და კლიმაქტურულ პერიოდში, ორსულობის დროს, ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონალური და ორგანული დაზიანების შემთხვევაში და ა.შ.

თერმორეგულაციის ძირითად პრინციპებზე, დაყრდნობით და სხეულის ტემპერატურის მომატების მექანიზმებიდან გამომდინარე, ცხელებით მიმდინარე დაავადებანი შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად:

- დაავადებანი პიროგენული ცხელებით

ინფექციურ-ანთებითი გენეზის ცხელება

ცხელების ბიოლოგიური მნიშვნელობა მდგომარეობს ორგანიზმის იმუნოლოგიურ დაცვის გაძლიერებაში.

ვითარდება მიკრობული (ბაქტერიები, ვირუსები და მათი დაშლის პროდუქტები) და არაინფექციური გენეზის (იმუნური კომპლექსები, ქსოვილის დაშლის პროდუქტები) პიროგენების ზემოქმედების პასუხად; ხდება ფაგოციტური უჯრედებიდან და ქსოვილოვანი მაკროფაგებიდან მეორადი ანუ ლეიკოციტალური პიროგენების (ინტერლეიკინი 1, ინტერლეიკინი 6, ინტერფერონი, სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორი-ალფა) გამოყოფა, რომლებიც ნეირომედიატორ პროსტაგლანდინის E მონაწილეობით, მოქმედებენ თერმორეგულაციის ცენტრზე. სხეულის ტემპერატურის მომატების შედეგად ძლიერდება ფაგოციტოზი, იზრდება ინტერფერონის სინთეზი, ლიმფოციტების დიფერენცირება და აქტივაცია, ანტისხეულების წარმოქმნა.

არაანთებითი გენეზის ცხელება

შეიძლება განპირობებული იყოს ნეირო-ჰუმორალური დარღვევებით, ვეგეტაციური და მედიატორული დისბალანსით და ა.შ. გამოყოფენ არაანთებითი გენეზის შემდეგ ფორმებს:

- ცენტრალური გენეზის (ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარებისა და შეძენილი დაზიანებანი კერძოდ, სისხლჩაქცევა, ტვინის შეშუპება, ტრავმა, სიმსივნე, განვითარების დეფექტი)
- ფსიქოგენური (ნევროზი, ფსიქიური დარღვევები, ემოციური გადაძაბვა, ჰიპნოზის ზემოქმედება და ა.შ)
- რეფლექტორული გენეზის (ტკივილის სინდრომი, შარდ-კენჭოვანი და ნალველ-კენჭოვანი დაავადებანი)
- ენდოკრინული გენეზის (ჰიპერთირეოზი, ფეოქრომოციტომა)
- მედიკამენტოზური გენეზის (კოფეინი, ეფედრინი, მეთილენის ლილა, ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, დიფენინი)

ცხელების ეს ფორმები ხასიათდებიან პათოგენეზის და კლინიკური სურათის სპეციფიური თავისებურებებით. ხშირად პათოგენეზის ძირითად რგოლს წარმოადგენს სითბოს გაცემის შეფერხება, სითბოს გამოყოფის გაძლიერების გარეშე. როგორც წესი, ეს ავადმყოფები კარგად იტანენ ჰიპერთერმიას, რექტალურ და აქსილარულ ტემპერატურას შორის არ აღინიშნება მნიშვნელოვანი სხვაობა. გარდა ამისა არ აღინიშნება ტემპერატურის მომატების პარალელურად პულსის შესატყვისი მატება. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ ცენტრალური გენეზის ცხელების კუპირებას ვერ ახდენს ანტიპირეტიკები, ასევე არ იძლევა ეფექტს ანტიბაქტერიული და ანთების საწინააღმდეგო თერაპია. ცენტრალური გენეზის ტემპერატურული რეაქცია შეიძლება თვითნებურად დარეგულირდეს ბავშვის ზრდისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის დარღვეულ ფუნქციის კომპენსაციის დონის შესაბამისად. სხეულის ტემპერატურის მომატებით მიმდინარე ვეგეტაციური დარღვევები უფრო ხშირად გვხვდება სკოლამდელ და სასკოლო ასაკში, განსაკუთრებით ხშირია პუბერტატულ პერიოდში. ამასთან ტემპერატურა უფრო ხშირად მატულობს სიფხიზლის, მოძრაობითი აქტიურობის და ემოციონალური დამაბვის პერიოდში. ტემპერატურის მომატების პერიოდები ხასიათდება სეზონურობით (ხშირად შემოდგომაზე და ზამთარში) და შეიძლება გრძელდებოდეს რამოდენიმე კვირიდან რამოდენიმე წლამდე. სქესობრივი მომწიფების პერიოდის გავლის შემდეგ მოზარდთა უმრავლესობაში ტემპერატურა ნორმალიზდება.

ცხელება არის ორგანიზმის დაცვითი რეაქცია ინფექციური და ანთებითი დაავადებების დროს, რომელიც ჩამოყალიბდა ევოლუციის პროცესში, ამ დროს თერმორეგულაციის ცენტრში მიზანმიმართულად ხდება ტემპერატურული ჰომეოსტაზის გადაყვანა უფრო მაღალ დონეზე. დგინდება სხეულის უფრო მაღალი ტემპერატურა, რაც განაპირობებს იმუნური ძალების გაძლიერებას, ამასთან პათოგენური მიკროორგანიზმების დიდი ნაწილი 39°C ზე მაღალ ტემპერატურაზე კარგავს თავის ვირულენტობას.

არაინფექციურ-ანთებითი დაავადებების დროს სხეულის ტემპერატურის მომატება განპირობებულია სითბოპროდუქციისა და სითბოს გაცემის შორის არსებული წონასწორობის დარღვევით, ამ შემთხვევაში ორგანიზმში თერმორეგულაციის ცენტრის მუშაობა მიმართულია ტემპერატურის ნორმალიზებისაკენ, ვერ აღწევს მიზანს თერმორეგულაციის პროცესების დარღვევის შედეგად.

ცხელების ზემოქმედება ორგანიზმზე

ცხელებითი პროცესი ჩვეულებრივ გადის სამ სტადიას:

- ტემპერატურის მომატების პერიოდი
- შედარებითი სტაბილურობის პერიოდი
- სხეულის ტემპერატურის დაქვეითების პერიოდი.

ჰიპერთერმიის ერთნაირი დონის პირობებში, ცხელება შეიძლება მიმდინარეობდეს სხვადასხვაგვარად. ასე მაგ: თუ სითბოს გაცემა შეესაბამება სითბოს წარმოქმნას ეს ნიშნავს, რომ ცხელების მიმდინარეობა არის ადექვატური. კლინიკურად პაციენტის გუნება-განწყობილება დამაკმაყოფილებელია, კანი ვარდისფერი ან ზომიერად ჰიპერემიულია, ტენიანი და თბილი. („ვარდისფერი ცხელება“) იმ შემთხვევაში თუ სითბოს გაცემა გაძლიერებულია, სითბოს პროდუქციის ადექვატური არ არის, პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო, ცხელების მიმდინარეობა პროგნოზულად არა კეთილსაიმედოა. კლინიკურად აღინიშნება გამოხატული შემცივნება, კანის სიფერკმთაღე, აკროციანოზი, ცივი კიდურები და ხელისგულები („თეთრი ცხელება“).

განსაკუთრებითი უნდა გამოიყოს *ჰიპერთერმიული სიმდრომი* - უმეტეს შემთხვევაში განპირობებულია ინფექციური ანთებით, რომელიც მიმდინარეობს ტოქსიკოზით. ამასთან აღინიშნება მყარი (6 და მეტი საათი) და მნიშვნელოვანი (40°C მეტია) ტემპერატურის მომატება, რომელსაც თან ახლავს მიკროცირკულაციის დარღვევა, მეტაბოლური მოშლილობა და სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებისა და სისტემების მზარდი დისფუნქცია. მიკროცირკულარული ცვლის მწვავე დარღვევის ფონზე განვითარებული ტოქსიკოზის შედეგად ცხელების განვითარებას, მივეყვართ თერმორეგულაციის დეკომპენსაციამდე, სითბოს პროდუქციის მნიშვნელოვანი გაძლიერებით, სითბოს გაცემის არაადექვატური შემცირებით. ამის შედეგად იზრდება მეტაბოლური დარღვევის და ტვინის შეშუპების საფრთხე, რაც მოითხოვს კომპლექსურ გადაუდებელ დახმარებას.

ფებრილურ ციფრებამდე ტემპერატურის მომატების ნეგატიური შედეგები:

- ტაქიკარდია (1°C ტემპერატურის მომატებას მოსდევს გულისცემის გაზშირება 10-15-ით წუთში)
- რითმის დარღვევა, ხშირად ექსტრასისტოლია
- არტერიული წნევის მომატება მაღალი ტემპერატურის დროს და არტერიული წნევის დაქვეითება ტემპერატურის დაქვეითებისას
- სითხის დაკარგვის გაძლიერება ჰიპერვენტილაციის და ოფლის გამოყოფის (1 ლიტრამდე დღეში) ხარჯზე
- შარდში ტრანზიტორული ცილის, ცილინდრების გაჩენა, შესაძლოა კრეატინინის მომატება
- კუჭ-ნაწლავის სისტემაში სეკრეციული, აბსორბციული და მოტორული ფუნქციის დარღვევა
- დარღვევები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ (უმნიშვნელო ცვლილებებიდან დელირიოზულ მდგომარეობამდე)
- ლატენტური ჰერპეს-ვირუსული ინფექციის აქტივაცია.

ცხელების მართვა

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში ერთ-ერთ რთულ დიაგნოსტიკურ და თერაპიულ პრობლემას წარმოადგენს ავადმყოფი ცხელებით. უმეტეს შემთხვევაში დიაგნოსტიკის საკითხები წარმატებით წყდება ავადმყოფთა რუტინული გამოკვლევის საფუძველზე (ანამნეზური მონაცემები, ობიექტური გამოკვლევა, სისხლის და შარდის ანალიზი, გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა), ხოლო სამკურნალო ტაქტიკა განისაზღვრება მიღებული მონაცემების საფუძველზე.

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში ცხელების ძირითადი მიზეზებია:

- მწვავე ვირუსული ინფექციები
- მწვავე ბაქტერიული ინფექციები
- ქრონიკული ბაქტერიული ინფექციების გამწვავება
- ჰიპერერგიული რეაქცია (მედიკამენტებზე, ვაქცინაზე, კვებით პროდუქტებზე და სხვ.)
- მეტაბოლური დარღვევები (ჰიპერურიკემია)
- სიმსივნური დავადებების პირველი შემთხვევა (რეციდივი)
- სისტემური ვასკულიტების პირველი შემთხვევა (გამწვავება)

ეფექტური დიაგნოსტიკური ძიებისათვის აუცილებელია ინფორმაცია მოცემული კლინიკური სიტუაციის ძირითადი პარამეტრების შესახებ.

ტემპერატურის სიდიდე - თუმცა არ წარმოადგენს სპეციფიკურ ნიშანს, მაგრამ მაინც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვთა ასაკში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ტაქტიკის არჩევის თვალსაზრისით.

ცხელებაზე ლაპარაკობენ მაშინ როცა სხეულის ტემპერატურა აღემატება:

ორალური - $37,3^{\circ}\text{C}$

რექტალური - $37,7^{\circ}\text{C}$

აქსილარული - 37°C

ტემპერატურის სიდიდის (ტემპერატურის მაქსიმალური აწევის) მიხედვით ცხელება შეიძლება იყოს:

სუბფებრილური - $37-37,9^{\circ}\text{C}$

ფებრილური - $38-40,5^{\circ}\text{C}$

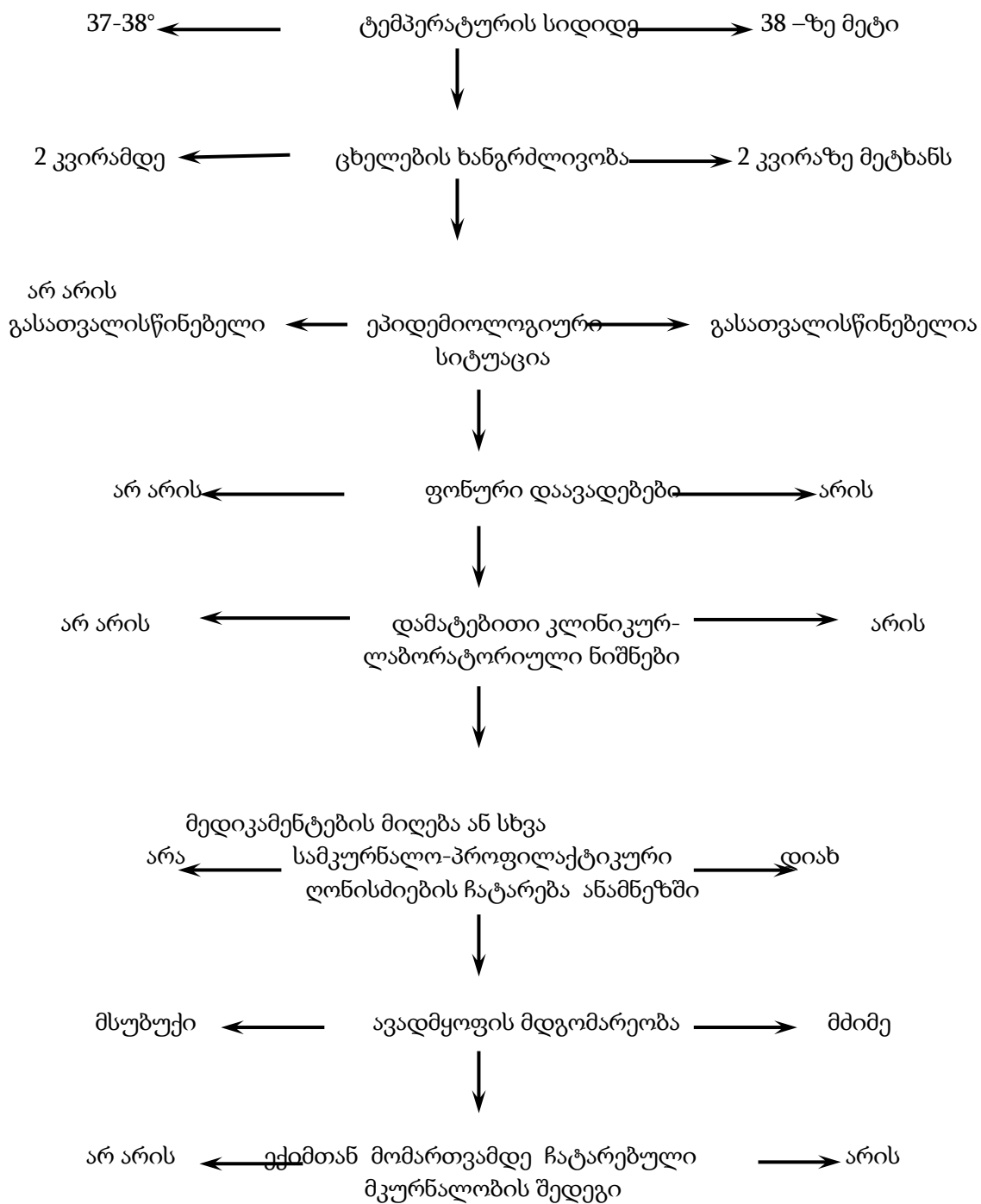
ჰიპერთერმიული - 41°C - ზე მაღალი

სუბფებრილიტეტს განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს კლინიკურ პრაქტიკაში დიაგნოსტიკური ძიების პროცესში. აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ უმეტეს შემთხვევაში გაურკვეველი სუბფებრილიტეტი წარმოადგენს ვეგეტაციური დისფუნქციის გამოვლინებას მისთვის დამახასიათებელ სხვა კლინიკურ ნიშნებთან (თავის ტკივილი, კარდიალგია, ჰიპერვენტილაციური სინდრომი, ფიბრომიალგია, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი) ერთად და იშვიათად გვხვდება მწვავე ინფექციების დროს. რა თქმა უნდა, სუბფებრილური ტემპერატურა შეიძლება იყოს განპირობებული ინფექციურ_ანთებითი პროცესების არსებობით, მათ შორის ვირუსული, ბაქტერიული ინფექციით, ტუბერკულოზით გამოწვეული. ასეთ შემთხვევაში სუბფებრილიტეტთან ერთად არსებული დამატებითი ინფორმაცია (კლინიკური სიმპტომატოლოგია, ეპიდსიტუაცია, ლაბორატორიული მაჩვენებლებლები და სხვ.) დაგვეხმარება მოვახდინოთ დაავადების ვერიფიცირება.

ფებრილური ტემპერატურა $38^{\circ}\text{--}40,5^{\circ}\text{C}$ შორის (ზომიერი $38^{\circ}\text{--}39,5^{\circ}\text{C}$; მაღალი $39,5\text{--}40,5^{\circ}$) გვხვდება უფრო ხშირად მწვავე ინფექციების დროს და ჩვეულებრივ არ აღემატება $40,5^{\circ}\text{--}41^{\circ}\text{C}$ -ს; ბავშვთა უმეტესობისათვის ზომიერი ცხელება არ იწვევს სერიოზულ დისკომფორტს და არ წარმოადგენს უშუალო საფრთხეს პაციენტის სიცოცხლისათვის. ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა 5 %-ს შეიძლება განუვითარდეს ფებრილური კრუნჩხვები, რომელთა განვითარების ალბათობა უფრო მეტად დამოკიდებულია ტემპერატურის მომატების სისწრაფეზე და არა თვით ტემპერატურის სიდიდეზე.

ავადმყოფი ცხელებით

ძირითადი კლინიკო-დიაგნოსტიკური ორიენტირი



ჰიპერთერმიული ტემპერატურა – 41°C -ზე მეტი, გვხვდება უფრო იშვიათად. ეს არის პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლის დროსაც სითბოპროდუქცია აღემატება სითბოს გაცემას, ხასიათდება ტემპერატურის მნიშვნელოვანი მომატებით (ჩვეულებრივ 41°C -ზე მეტი). შეუქცევადი ცვლილებების განვითარების გამო ტემპერატურის მომატება 42°C -ზე ზევით საშიშა სიცოცხლისათვის.

ჰიპერპირექსია - ტემპერატურა $>41^{\circ}\text{C}$ -ზე, გვხვდება ძირითადად ნეიროინფექციების დროს ბავშვებში.

ზოგიერთი დავადებისათვის დამახასიათებელია ტიპური ტემპერატურული მრუდი:

- **მუდმივი** - ტემპერატურის მერყეობა დღე-ღამეში არ აღემატება 1°C -სს (მაგ. ვირუსული ინფექციები: გრიპი, კრუპოზული პნევმონია)
- **ხან განელებითი** – ტემპერატურა დღე-ღამეში 1°C -ზე მეტით ცვალებადობს, მაგრამ ნორმას არ უბრუნდება (ჩირქოვანი და სეფსისური პროცესები, ფილტვის ტუბერკულოზი, ავთვისებიანი სიმსივნეები).
- **ხანგამოშვებითი** ტემპერატურის დროს დღე-ღამეში ცვალებადობა 1°C –ზე მეტია და მასთან მინიმალური ტემპერატურა $< 37^{\circ}\text{C}$ - ზე (მალარია, პიემია, ციტომეგალოვირუსი, ინფექციური მონონუკლეოზი).
- **ტალღისებური** - მაღალ ციფრებამდე ტემპერატურის თანდათანობით მატების პერიოდებს შეენაცვლება ნორმამდე თანდათანობით დაწვევის პერიოდები (ბრუცელოზი, ლიმფოგრანულომატოზი)

დღეისათვის ანტიბიოტიკოთერაპიის და ანტიპირეტიული საშუალებების გამოყენების ფონზე ტიპური ტემპერატურული მრუდის დიაგნოსტიკური ღირებულება შემცირდა.

ცხელების ხანგრძლივობა ტემპერატურის სიდიდესთან ერთად წარმოადგენს დიაგნოსტიკური ძიების ერთ-ერთ კრიტერიუმს. ტემპერატურის ხანგრძლივობის მიხედვით ცხელება იყოფა: ხანმოკლე ცხელებად (2 კვირაზე ნაკლები) და ხანგრძლივ ცხელებად (2 კვირაზე მეტი). ხანმოკლე ცხელების მიზეზი უფრო ხშირად არის ინფექციური პათოლოგია. ამასთან ცხელების ხანგრძლივობის გაზრდის კვალდაკვალ, დამატებითი ნიშნების არ არსებობის პირობებში, ცხელების ვირუსული ეტიოლოგიის (ბუნების) შესაძლებლობა ნაკლებად დამაჯერებელია და იზრდება იმის ალბათობა, რომ საქმე გვაქვს გამოუცნობ ბაქტერიულ ინფექციასთან, ტუბერკულოზთან ან არაინფექციური გენეზის ცხელებასთან (ავთვისებიანი სიმსივნე, სისტემური პათოლოგია, მედიკამენტოზური მკურნალობა და სხვ.). როგორც წესი, პაციენტი ცხელების დაუდგენელი მიზეზით ამბულატორიული დაკვირვების ქვეშ იმყოფება გარკვეული დროის განმავლობაში (ჩვეულებრივ არაუმეტეს 2 კვირისა), თუ ამის საშუალებას იძლევა პაციენტის მდგომარეობა; არ არის გამოხატული სხვა სომატური პათოლოგიის ან ქრონიკული დავადების დეკომპენსაციის ნიშნები. თუ 2 კვირის განმავლობაში ტემპერატურის ნორმალიზება (სპონტანურად ან ანტიმიკრობული თერაპიის შედეგად) არ მოხდა და ცხელების მიზეზი რჩება უცნობი, ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია შემდგომში გამოკვლევისა და დიაგნოსტიკის მიზნით.

დიაგნოსტიკური ძიების სპეციალურ გეგმას მოითხოვს ე.წ. უცნობი გენეზის ცხელების სინდრომი (უგცს), რომლის ერთ-ერთი კრიტერიუმს ტემპერატურის სიდიდესთან ერთად (ტემპერატურე $> 38^{\circ}\text{C}$) წარმოადგენს ცხელების ხანგრძლივობა (3 კვირაზე მეტი).

ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია – მნიშვნელოვანია ეპიდსიტუაციის გათვალისწინება (პაციენტის გარემოცვა, კონტაქტი ავადმყოფთან ინფექციური დავადებით, საზღვარგარეთ მოგზაურობა, ეპიდემიის დრო, ვირუსული ინფექციის აფეთქება და ა. შ.)

ასე მაგ.: შემოდგომა – ზამთრის პერიოდში იზრდება მიკოპლაზმური ინფექციის აფეთქების ალბათობა, ზამთრის პერიოდში – გრიპის ეპიდემიის ალბათობა უფრო მაღალია. მოგზაურობიდან დაბრუნებულ ადამიანებისათვის რეალურია ლეგიონერების დაავადება, ამავე დროს არ იქნება გამართლებული გადაჭარბებით შევავასოთ H_2S ეპიდსიტუაციის როლი დიაგნოსტიკურ ძიებაში.

დამაბულ ეპიდემიოლოგიურ ვითარებაში (ვირუსული, ნაწლავური და სხვა ინფექციები). ცხელებიანი ავადმყოფის პრობლემას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ამბულატორიულ პრაქტიკაში. ერთის მხრივ, ეპიდსიტუაციის ცოდნა აადვილებს დიაგნოსტიკურ ძიებას ცხელების მიზეზით პაციენტების მომართვისას, მეორეს მხრივ იზრდება დიაგნოსტიკური შეცდომის დაშვების საფრთხე, თუკი დავივიწყებთ ცხელების გამომწვევ სხვა მიზეზებს. ცხელების მიზეზით მომართვიანობის payE დიდი ნაკადი, დროის დეფიციტი და შეზღუდული დიაგნოსტიკური შესაძლებლობანი, ექიმს არ აძლევს საშუალებას ღრმად გაერკვეს თითოეულ კლინიკურ სიტუაციაში, რაც იწვევს შეცდომებს დიაგნოსტიკასა და ადექვატური თერაპიის ჩატარებაში. გართულებების განვითარების შიშით გაუმართლებლად ტარდება ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, არასწორად ეძლევა H_2S ავადმყოფს ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები.

ფონური დავადებანი. თუ ავადმყოფს აღენიშნება ქხანგრძლივი პრობლემა ან რაიმე ფონური დავადება, ეს ექიმს აძლევს საშუალებას ერთის მხრივ ივარაუდოს ცხელების მიზეზი, მეორის მხრივ შეაფასოს როგორც ვირუსული, ისე ბაქტერიული ინფექციების განვითარების შესაძლებლობა და რისკის ხარისხი. მაგ.: ავადმყოფებში ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით ან ქრონიკული პიელონეფრიტით, უფრო სავარაუდოა, ცხელება წარმოადგენდეს არსებული ქრონიკული დავადების გამწვავების გამოვლინებას. ავადმყოფებში, რომლებიც დაავადებულნი არიან შაქრიანი დიაბეტით, ქრონიკული ლიმფოლეიკოზით და აგრეთვე იმ პირებში, რომლებიც ხანგრძლივად იღებდნენ გლუკოკორტიკოიდებს ან იმუნოდეპრესანტებს (რევმატოიდული ართრიტი, ბრონქიალური ასთმა, სისტემური კოლაგენოზური დავადებანი და ა. შ.) მაღალია ბაქტერიული ინფექციების არსებობის ალბათობა. ამასთან სისტემური კოლაგენოზური დავადებით ან რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულ პაციენტებში ცხელებას შეიძლება ჰქონდეს არაინფექციური ხასიათი და წარმოადგენდეს არსებული დავადების გამწვავების გამოვლინებას.

არსებული ფონური დავადება, მთელ რიგ შემთხვევებში, შეიძლება იყოს საფუძველი ანტიბაქტერიული პრეპარატების დანიშვნისა, სავარაუდო ინფექციების ლაბორატორიულ ვერიფიკაციამდე ან ცხელების სხვა მიზეზების გამორიცხვამდე. ასეთი გადაწყვეტილება გამართლებულია ბაქტერიული ინფექციის მაღალი რისკის პირობებში ავადმყოფთა მდგომარეობის დამძიმების რისკით. მაგ.: ქრონიკული H_2S პიელონეფრიტი შაქრიანი დიაბეტის ფონზე ან ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავების ნიშნების არსებობა, მძიმე სუნთქვითი უკმარისობის განვითარებით.

ამგვარად, არსებული ფონური დავადების ხასიათი განსაზღვრავს E დიაგნოსტიკური ძიების მიმართულებას და ასრულებს გადამწყვეტ როლს ადექვატური თერაპიის შერჩევაში.

დამატებითი ნიშნები – ცხელებით ავადმყოფის დიაგნოსტიკური ძიების პროცესში არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება დამატებითი ნიშნის (ნიშნების) გამოვლენას. ასეთი ნიშანი შეიძლება აღმოჩნდეს: მაგ.: ანამნეზური მონაცემები ახლოწარსულში ჩატარებული ოპერაციული ჩარევის შესახებ, მედიკამენტების მიღების, ფონური დავადების (ქრონიკული პიელონეფრიტი, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და სხვ.) არსებობის

შესახებ; გამოვლენილი დამატებითი კლინიკური სიმპტომი (რესპირატორული სიმპტომატიკა, კუჭ – ნაწლავის მხრივ დარღვევები, ართრიტის ნიშნები და სხვ.); ცვლილებები პერიფერიული სისხლის სურათში (ნეიტროპენია, აბსოლიტური ლიმფოციტოზი და ა. შ.); რენტგენოლოგიური გამოკვლევით - ფილტვში ინფილტრატის არსებობა და სხვ. დამატებითი ნიშნების გამოვლენა ცხელებიან ავადმყოფებში, საშუალებას გვაძლევს ეჭვი მივიტანოთ კონკრეტულ დაავადებაზე (დაავადებებზე) და გამოვრიცხოთ სხვები, რითაც შევამცირებთ დიაგნოსტიკური ძიების არეს. ასე მაგ.: თუ გვაქვს ცხელება ართრიტთან ერთად, დიზურიული მოვლენებით და კონიუქტივით (რეიტერის სინდრომი) მაღალია ინფექციური ართრიტი (ხშირად ქლამიდიოზური) არსებობის ალბათობა. თუ გამოხატულია გრანულოციტოპენია – ბაქტერიული (გრამ-ნეგატიური) ან სოკოვანი ინფექციისა, ხოლო ცხელება ლიმფოაღენოპათიასთან ერთად ზოგიერთი ვირუსული ინფექციის თანხლებით საჭიროებს ლიმფოპროლიფერაციული სიმსივნეების გამორიცხვას.

დამატებითი კლინიკო-ლაბორატორიული ნიშნები, რომლებსაც აქვთ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ავადმყოფთან ცხელებითი მდგომარეობით:

- კანზე გამოვლინებები (ერითემა, როზეოლა, პაპულა, კვანძი, ჰემორაგია და ა.შ.)
- ლიმფოაღენოპათია (ლიმფური კვანძების გადიდება ლოკალური, რეგიონალური ან დიფუზური)
- რესპირატორული სიმპტომები (ხველა, ნახველის გამოყოფა, ქოშინი, აუსკულტაციური მონაცემები)
- სიმპტომები ყელ-ყურ-ცხვირის ორგანოთა მხრიდან (გამონადენი ცხვირიდან, ყურიდან; ცვლილებები ხახაში)
- ნაწლავური სიმპტომები (დიარეა, სისხლი და ლორწო განავალში, გაუწყლოება II-III ხარისხი)
- სახსროვანი სინდრომი (ართრიტი, ართრალგია)
- კარდიალური სიმპტომი (რიტმის დარღვევა, გულის უკმარისობა, აუსკულტაციური მონაცემები, პერიკარდიტი)
- უროგენიტალური სიმპტომები (წვა და ტკივილი შარდვისას, გამონადენი შარდ-სასქესო გზებიდან)
- ნევროლოგიური სიმპტომები (მენინგიალური ნიშნები, ტვინის დაზიანების კეროვანი ან ზოგადი სიმპტომატიკა)
- ჰემატოლოგიური სინდრომი (ანემია, რეტიკულოციტოზი, ნეიტროპენია, ლიმფოციტოზი)
- რენტგენო-თორაკალური სინდრომი (ფილტვის ინფალტრატი, პლევრალური გამონაჟონი, გულმკერდის შიგნითა ლიმფოაღენოპათია)

ზემოთ აღნიშნული სიმპტომები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ცალკეული სახით ან სხვადასხვა კომბინაციაში. ექიმმა უნდა იცოდეს და შეძლოს ცხელებით ავადმყოფთან არა მარტო მიზანდასახულად გამოავლინოს დამატებითი ნიშნები, არამედ მთავარია, სწორედ შეაფასოს მათი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, ე.ი. შეაფასოს სწორედ ის დამატებითი ნიშნები, რომელთაც შეიძლება ჰქონდეს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ცხელების ბუნების გამოვლენაში.

რამდენადაც ცხელების სპეციფიკური ნიშნები არ არსებობს, ერთი და იგივე დამატებითი სიმპტომის კლინიკური ღირებულება, შეიძლება იყოს არაერთგვაროვანი. ასე მაგ.: თავის ტკივილი ხშირად თან ახლავს თვით ცხელებას ან წარმოადგენს მრავალი ცხელებით მიმდინარე დაავადების არასპეციფიკურ გამოვლინებას, მაგრამ თავის ტკივილი და ცხელება ხანდაზმულ პაციენტებში,

რომელსაც თან ახლავს ედს-ის მკვეთრი მატება, საჭიროებს პირველ რიგში საფეთქლის არტერიტის არსებობის გამორიცხვას. იგივე შეიძლება ითქვას ისეთ ნიშანზე, როგორც არის პროტეინურია, რომელიც ხშირად გვხვდება ცხელების ფონზე (ცხელებითი პროტეინურია), მაგრამ შეიძლება იყოს აგრეთვე თირკმლის პათოლოგიის გამოვლინება სისტემური ვასკულიტების ან საშარდე სისტემის ინფექციის დროს.

ამბულატორიულ პრაქტიკაში ცხელებითი მდგომარეობის დროს, ხშირად საჭიროა დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ბაქტერიულ და ვირუსულ ინფექციებს შორის. ცხელებასთან ერთად რესპირატორული სიმპტომატიკის (ხველა, ნახველის გამოყოფა) არსებობისას ჩნდება დამატებითი სირთულეები დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციისა ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების ბაქტერიოლოგიურ ინფექციასთან. ეს პროცესი კიდევ უფრო მნელდება ავადმყოფებში, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით, რომლებშიც მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექცია ხშირად იწვევს ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავებას მძიმე სუნთქვითი უკმარისობის განვითარებით. მსგავს შემთხვევებში ხშირად ხდება ორი სახის დიაგნოსტიკური და შესაბამისად, თერაპიული შეცდომაც - პნევმონიის დიაგნოსტიკა ავადმყოფებში მწვავე რესპირატორული დაავადებით და მწვავე რესპირატორული დაავადების დიაგნოსტიკა პნევმონიის არსებობის შემთხვევაში. პნევმონიის ჰიპერდიაგნოსტიკა განპირობებულია არა მარტო კლინიკური სიმპტომატიკის, არამედ რენტგენოლოგიური მონაცემების არასწორი შეფასებით. ასე მაგ.: ვირუსული ინფექციების შემთხვევაში რენტგენოლოგიურად გამოვლენილი დიფუზური ხასიათის ფილტვის სისხლ-მარღვოვანი სურათის გაძლიერება, როგორც წესი, ფასდება, როგორც ინტერსტიციალური პნევმონია. ეს უბიძგებს კლინიციუსს დანიშნოს ანტიბაქტერიული პრეპარატები, თუმცა ცნობილია, რომ პნევმონიის დიაგნოსტიკისათვის არ არის საკმარისი მარტო ფილტვის ქსოვილის ინტერსტიციალური რეაქციის არსებობა (პნევმონიის დროს აუცილებელი). მისთვის დამახასიათებელია ინფალტრაცია, შესაბამის აუსკულტაციურ და სხვა სიმპტომატიკასთან ერთად.

ინფორმაცია მიღებული მედიკამენტების შესახებ – მნიშვნელოვანია, რადგან ავადმყოფთა საერთო რაოდენობის 2-3% ექიმთან გვხვდება წამლის გვერდითი რეაქციის გამო. მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების კლინიკურ გამოვლინებებში ცხელება გვხვდება 3-5% შემთხვევებში, ამასთან მედიკამენტების მიმართ ჰიპერმგრძობელობა ხშირად ვლინდება ტემპერატურული რეაქციით. წამლისმიერი ცხელება შეიძლება წარმოიშვას მედიკამენტის მიღებიდან სხვადასხვა დროის მანძილზე (დღეები, კვირები) და არ ახასიათებს არანაირი სპეციფიკური ნიშანი, რაც განასხვავებს სხვა წარმოშობის ცხელებიდან. წამლისმიერი ცხელების არსებობის დამადასტურებელ ერთადერთ ნიშანს წარმოადგენს მისი გაქრობა წამლის მიღების შეწყვეტის შემდეგ. ამიტომ წამლისმიერ ცხელებაზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია მისი მოხსნა და ავადმყოფზე დაკვირვება. ტემპერატურის ნორმალიზება შეიძლება მოხდეს არა წამლის მოხსნისთანავე, არამედ რამოდენიმე დღეში, კერძოდ ღვიძლის და თირკმლის დაზიანების, პრეპარატის მეტაბოლიზმის დარღვევის ან ექსკრეციის შენელების შემთხვევაში. მაგრამ, თუ ცხელება გრძელდება მედიკამენტის მოხსნიდან კვირაზე მეტხანს, მაშინ ნაკლებად სარწმუნოა მისი მედიკამენტოზური გენეზი.

სამკურნალწამლო საშუალებათა ძირითადი ჯგუფები, რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ ცხელება:

- ანტიმიკრობული პრეპარატები (პენიცილილი, ცეფალოსპორინი, ტეტრაციკლინი, სულფანილამიდი, იზონიაზიდი, პირაზინამიდი, ამფოტერიცინ-B, ერითრომიცინი, ნორფლოქსაცინი)

- გულ-სისხლძარღვთა პრეპარატები (ალფა-მეტილდოფა, ხინიდინი, პროკაინამიდი, ჰიდრალაზინი, კაპტოპრილი, ჰეპარინი, ჰიდროქლორთიაზიდი)
- კუჭ-ნაწლავის საშუალებები (მეტოკლაპრამიდი, ციმეტიდინი, ფენოლფტალეინის შემცველი საფარდათო საშუალებანი)
- ცნს-ზე მოქმედი საშუალებანი (ფენობარბიტალი, კარბამაზეპინი, ქლორპრომაზინი, ჰალოპერიდოლი, ტიორიდაზინი)
- ანთების საწინააღმდეგო საშუალებანი (ასპირინი, იბუპროფენი, ტოლმეტინი)
- ციტოსტატიკური პრეპარატები (ბლეომიცინი, ასპარაგინაზა, პროკარბაზინი)
- სხვა პრეპარატები (ანტიჰისტამინური, იოდისშემცველი, კლოფიბრატი, ალოპურინოლი, ლევამიზოლი, თიოურაცილი, პენიცილამინი და სხვა)

ანტიბაქტერიული თერაპიისას, ცხელების განვითარების შესაძლებლობის გათვალისწინება მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით გაურკვეველი გენეზის ცხელებითი მდგომარეობის პაციენტებში. როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, ასეთ შემთხვევებში, ექიმი პაციენტს ხშირად უნიშნავს ანტიბაქტერიულ პრეპარატებს, მიუხედავად იმისა, რომ უცნობია ცხელების მიზეზი, ხოლო მისი ინფექციური ბუნება საეჭვოა. თუ ანტიბაქტერიულ პრეპარატზე განვითარებული ჰიპერმგრძობელობის რეაქცია (მათ შორის ცხელების სახით) დაემთხვა ვირუსული ინფექციის კლინიკური ნიშნების რეგრესს, მაშინ შეიძლება შეიქმნას ანტიბაქტერიული პრეპარატით მკურნალობის უეფექტობის შთაბეჭდილება. ამასთან თუ ექიმი ისევ ფიქრობს, რომ ეს არის “ინფექციური” ცხელება ნიშნავს ახალ ანტიბაქტერიულ პრეპარატს, თუმცა ანტიბაქტერიული პრეპარატის შერჩევისა და დანიშვნის პირობა ისევ არ არსებობს. უფრო მეტიც, ცხელება დაავადების “ახლადგამოვლენილ” ნიშნებთან (კანზე გამონაყარი, ართრალგია, ციტოპენია და ა.შ) ერთად განსაზღვრავს დიაგნოსტიკური ძიების მცდარ მიმართულებას, რაც ზრდის სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ პროცესზე გაწეულ დანახარჯებს, შრომისუნარიანობის ხანგრძლივობას, პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე ახდენს უარყოფით გავლენას.

ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმის ხარისხის შეფასება ცხელებიან ავადმყოფთან საჭიროა მართვის ტაქტიკის გადაწყვეტილების მისაღებად. თუ ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე არ არის, არა გვაქვს მძიმე ფონური პათოლოგია და მისი დეკომპენსაცია (შაქრიანი დიაბეტი, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება სუნთქვითი უკმარისობით, ჰემოდინამიური დარღვევები და ა. შ), მაშინ შესაძლებელია ვაწარმოთ დინამიური დაკვირვება და არ დავნიშნოთ მედიკამენტოზური თერაპია, მათ შორის ანტიბაქტერიული პრეპარატები, გლუკოკორტიკოიდები და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები იმის გათვალისწინებით, რომ ამ უკანასკელს თვითონ შეუძლიათ გამოიწვიონ ცხელება. ხშირად დიაგნოსტიკური პრობლემები წყდება მხოლოდ დინამიური დაკვირვების საფუძველზე. ტემპერატურის სპონტანური ნორმალიზება რამოდენიმე დღეში ლაპარაკობს ვირუსული ინფექციის სასარგებლოდ. სხვა შემთხვევაში თუ პაციენტის მდგომარეობა მძიმეა – გამოხატულია ავთვისებიანი ჰიპერთერმიის ნიშნები (მკრთალი კანი, ცივი კიდურები, ტემპერატურა მეტია 40,5⁰C); ან ტოქსიკოზის ნიშნები (ცნობიერების დაბინდვა, ლეთარგიული მდგომარეობა, არ ლებულობს წყალს და საკვებს, მენინგიალური სიმპტომები, გაუწყლოება II-III ხარისხის, კრუნჩხვები, სუნთქვითი უკმარისობა) საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის შესატყვისი სიმპტომატური თერაპია და ჰოსპიტალიზაცია. ხშირად ავადმყოფი ცხელებით ექიმს მიმართავს სხვადასხვა პრეპარატების (ანტიბაქტერიული პრეპარატების, სიცხის დამწევი და სხვა მედიკამენტების) მიღების შემდეგ. მკურნალობაზე მიღებული შედეგით, ცხელების შენარჩუნების ფონზე, შეიძლება გადაწყდეს მიმდინარე თერაპიის შეწყვეტის, გაგრძელების ან კორექციის საკითხი.

ქვემოთ წარმოდგენილი ცხელების მართვის ალგორითმის სქემა დახმარებას გაგიწევთ ცხელებიანი ავადმყოფის მდგომარეობის მართვის თაობაზე სათანადო გადაწყვეტილების მიღებაში.

მიუხედავად მედიცინის წინსვლისა, ძველი დიაგნოსტიკური მეთოდების ასრულყოფისა და ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდების შემოღებისა, პაციენტთა გარკვეულ ნაწილში, ცხელების მიზეზები რჩება უცნობი. გაურკვეველი გენეზის ცხელება წარმოშობს მთელ რიგ დამატებით პრობლემებს, რომლებიც დაკავშირებულია არამართო დიაგნოზის გაურკვეველობასთან და მკურნალობის შეფერხებასთან გაურკვეველი დროით, არამედ დიდ ეკონომიურ დანახარჯებთან, პაციენტის ხანგრძლივ დაყოვნებასთან სტაციონარში, ძვირადღირებულ გამოკვლევების ჩატარებასთან და პაციენტის ექიმისადმი ნდობის დაკარგვასთან, ამიტომ მსგავსი სიტუაციების დასახასიათებლად მოწოდებული იქნა ტერმინი “უცნობი გენეზის ცხელება”

უცნობი გენეზის ცხელება

(სინონიმი: გაურკვეველი გენეზის ცხელება, დაუზუსტებელი გენეზის ცხელება)

უცნობი გენეზის ცხელება წარმოადგენს სინდრომს, რომლის კრიტერიუმებია:

- ტემპერატურის მომატება 38°C (101°F) და მეტი;
- ცხელების ხანგრძლივობა 3 კვირაზე მეტი ან ტემპერატურის პერიოდული მომატება ამ ხნის განმავლობაში
- დიაგნოზი რჩება უცნობი, საზოგადოდ მიღებული რუტინული გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ ან ერთი კვირის განმავლობაში, სტაციონალური გამოკვლევის მიუხედავად.

ეს განსაზღვრება მოწოდებულია 1961 წელს Petersdorf და Beeson-ის მიერ. მეოცე საუკუნის მიწურულს უგც მიზეზების ნაზოლოგიური სტრუქტურა მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ამის გათვალისწინებით (Durack da Street) შემოთავაზებული იქნა ახალი კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვით გამოიყო უგც-ის 4 ჯგუფი:

- ✓ უცნობი გენეზის ცხელების “კლასიკური” ვარიანტი
- ✓ ნეიტროპენიული უცნობი გენეზის ცხელება
- ✓ ნოზოკომიალური უცნობი გენეზის ცხელება
- ✓ აივ-ასოცირებული უცნობი გენეზის ცხელება

“კლასიკური” უცნობი გენეზის ცხელების დიაგნოზი დგინდება თუ:

- ტემპერატურა $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$
- ცხელების ხანგრძლივობა აღემატება 3 კვირას
- ცხელების მიზეზი რჩება უცნობი სამი ამბულატორიული ვიზიტის, ან არანაკლებ სამდღიანი სტაციონარული გამოკვლევის, ან ერთი კვირის განმავლობაში გააზრებული და ინვაზიური ამბულატორიული გამოკვლევის შემდეგაც.

ზოგიერთი ავტორის აზრით (Gelfand da Dinarello) უცნობი გენეზის ცხელების დიაგნოზის დასასმელად, სხვა კრიტერიუმების არსებობისას, საკმარისია ცხელების ხანგრძლივობა აღემატებოდეს 2 კვირას.

ნოზოკომიალური უცნობი გენეზის ცხელება დიაგნოზი დგინდება თუ:

- ტემპერატურა $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ რამდენიმე გაზომვისას ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ ინტენსიური თერაპია, ამასთან სტაციონარში შემოსვლისას არ აღენიშნებოდათ ინფექციის ნიშნები და არ იყვნენ ინკუბაციურ პერიოდში.
- ტემპერატურის მომატების მიზეზი ვერ იქნა დადგენილი პაციენტის გამოკვლევით სამი დღის განმავლობაში; მათ შორის მიკრობიოლოგიური კულტურის მინიმუმ ორდღიანი ინკუბაციის.

ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზები არის:

- ფარული ნოზოკომიალური ინფექციები
- სისხლმარღვთა შიდა კათეტერების ინფიმცირება
- ფილტვის არტერიის ტოტების განმეორებითი ემბოლიები
- მედიკამენტოზური ცხელება

ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ყურადღება გავამახვილოთ ადგილებზე, სადაც შესაძლოა ლოკალიზდებოდეს ფარული ინფექცია (მაგ. ცხვირის დანამატი ღრუები ინტუბირებულ პაციენტებში, პროთეზები), ან ნოზოკომიალურ გართულებებზე, როგორცაა კალკულოზური ქოლეცისტიტი ან ფსევდომემბრანული კოლიტი (ტარდება განავლის გამოკვლევა *Clostridium difficile*-ს ტოქსინზე); მედიკამენტების გვერდით ეფექტებზე, აუცილებელია სისხლის დათესვა სტერილობაზე. საჭიროა ჩატარდეს მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება, ცხვირის დანამატი ღრუების რენტგენოგრაფია, უცნობი გენეზის ცხელების გამოწვევაზე საექვო მედიკამენტების მიღების შეწყვეტა.

ნეიტროპენიული უცნობი გენეზის ცხელების დიაგნოზი დგინდება თუ:

- ტემპერატურა $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ რამოდენიმე გაზომვით
- ნეიტროფილების რაოდენობა $500/1\text{მკლ-ზე}$ ან მოსალოდნელია ნეიტროფილების ამ დონემდე დაქვეითება 1-2 დღეში
- დიაგნოზი დასტურდება თუ ვერ მივიღეთ შედეგი 3 დღიანი გამოკვლევით, მათ შორის მიკრობიოლოგიური კულტურის მინიმუმ 2 დღიანი ინკუბაციის შემდეგ.

პაციენტებს ნეიტროპენიით ხშირად აღენიშნებათ ლოკალური ბაქტერიული ან სოკოვანი ინფექციები, პერიანალური ინფექციები, ბაქტერიემია, ინფექციები დაკავშირებული სისხლმარღვოვან კათეტერთან (მათ შორის-სეპტიკური თრომბოფლებიტები). ხშირია სოკოთი და ასპარგელოზით გამოწვეული ინფექციები. ამ ჯგუფის პაციენტებში უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზი ზოგჯერ არის უბრალო ტიპის ჰერპესი ან ციტომეგალოვირუსი. მართალია ასეთი ავადმყოფები სწრაფად გამოკეთდებიან ხოლმე, მაგრამ არანამკურნალები ინფექციის შედეგები შეიძლება კატასტროფული აღმოჩნდეს.

აივ-ასოცირებული უცნობი გენეზის ცხელება დიაგნოზი დგინდება თუ:

- დადასტურებულია აივ ინფიცირება
- ტემპერატურა $\geq 38,8^{\circ}\text{C}$ რამოდენიმე გაზომვით
- 3 დღიანი სტაციონალური ან 4 კვირიანი ამბულატორიული გამოკვლევა უშედეგოდ დასრულდა.

ამ ჯგუფის პაციენტებში აივ ინფექცია თვითონ შეიძლება იყოს ცხელების მიზეზი. უგც სხვა მიზეზები ამ კატეგორიის პაციენტებში შეიძლება იყოს: *Micobacterium avium* ან *micobacterium intracellulare*, *Pneumocystis carinii*, ციტომეგალოვირუსით, ციტოპლაზმოზით, სალმონელოზით, არაჰოჯკინური ლიმფომა და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, სამკურნალო წამლის ზემოქმედება.

ცხელების მართვა ზოგადსაეიშო პრაქტიკაში
საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
უცნობი გენეზის ცხელების კლასიფიკაცია

თავისებურებანი	ნოზოკომიალური	ნეიტროპენიული	აივ-ასოცირებული	კლასიკური
პაციენტთა ჯგუფები	ჰოსპიტალიზირებულები, რომელთაც არ აღენიშნებოდათ ინფექციის ნიშნები სტაციონარში შემოსვლისას	პირები, რომელთა ნეიტროფილების რაოდენობა ნაკლებია 500/1მკლ ან მოსალოდნელია ასეთი მაჩვენებლის დონე 1-2 დღეში	აივ-ინფიცირებულები	ყველა სხვა, სამკვირაზე მეტი ცხელების ხანგრძლივობით
ცხელების ხანგრძლივობა გამოკვლევის ჩატარების პერიოდში	3 დღე	3 დღე	3 დღე (ან 4 კვირა ამბულატორიული გამოკვლევისას)	სამი ამბულატორიული ვიზიტი ან სამდღიანი სტაციონარული გამოკვლევა
მიზეზები	სეპტიური თრომბოფლებიტი, ფსევდომემბრანოზული კოლიტი, მედიკამენტოზური ცხელება	პერიანალური ინფექციები, კანდიდეზია, ასპერგილიოზი	ინფექციები, გამოწვეული Micobacterium avium, Micobacterium intracellulare არაჰოჯკინური ლიმფომა მედიკამენტური ცხელება	ინფექციები, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ანთებითი დაავადებანი, მედიკამენტოზური ცხელება
შენიშვნა:				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ყველა შემთხვევაში, აუცილებელ კრიტერიუმად ითვლება სხეულის ტემპერატურის მომატება >38,8°C რამოდენიმე გაზომვისას; ▪ მათ შორის მიკრობიოლოგიური კულტურის მინიმუმ 2 დღიდან ინკუბაცია 				

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში ძირითადად გვხვდება “კლასიკური” ტიპის უცნობი გენეზის ცხელება, რომელიც განსხვავდება სხეულის ტემპერატურის მომატების სხვა შემთხვევებიდან. ზემოთ აღნიშნული კრიტერიუმებიდან გამომდინარე უცნობი გენეზის ცხელებას არ უნდა მივაკუთნოთ ე.წ. გაურკვეველი სუბფებრილიტეტი, რომელთაც ხშირად უმართებულოდ აკუთვნებენ მათ. მნიშვნელოვან კრიტერიუმს წარმოადგენს ცხელების ხანგრძლივობა. ტემპერატურის ხანმოკლე მომატება, თუნდაც უცნობი ეტიოლოგიის, არ შეიძლება მივაკუთნოთ უცნობი გენეზის ცხელებას და ბოლოს, უკანასკნელი კრიტერიუმი (გაურკვეველია დიაგნოზი)

წარმოადგენს განმსაზღვრელს, შეფასდეს კლინიკური სიტუაცია, როგორც უცნობი გენეზის ცხელება, რამდენადაც რუტინული გამოკვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია არ არის საკმარისი ცხელების მიზეზის დასადგენად. ამ შემთხვევაში, პირველ რიგში ეჭვი უნდა მივიტანოთ არა რაღაც ეგზოტიკურ დაავადებებზე, არამედ გავრცელებულ დაავადებებზე, რომლებსაც ხშირად ახასიათებს ატიპიური მიმდინარეობა. ანუ “ჩვეულებრივი დაავადებანი არაჩვეულებრივი მიმდინარეობით”.

დაავადებანი, რომელთა დროსაც ხშირად ისმება უცნობი

გენეზის ცხელების დიაგნოზი

მოზრდილებში	ბავშვებში
<p>ინფექციები (შემთხვევათა 40%) <u>ბაქტერიული ინფექციები:</u> აბცესი, ღვიძლის ან მცირე მენჯის აბცესი სანადვლე გზების ინფექცია, მაგ. ხოლანგიტი ქრონიკული სეფსისი ინფექციური ენდოკარდიტი ლაიმის დაავადება ტუბერკულოზი ბრუცელოზი ოსტეომიელიტი მუცლის ტიფი და პარატიფი <u>ვირუსული და ქლამიდიური ინფექციები:</u> ინფექციური მონონუკლეოზი ციტომეგალოვირისული ინფექცია აივ-ინფექცია Q-ცხელება ორნიტოზი <u>პროტოზოული ინფექცია:</u> მალარია ტოქსოპლაზმოზი ამებიაზი</p> <p>ავთვისებანი სიმსივნეები (შემთხვევათა 30%) <u>ჰემობლასტოზი</u> ლეიკოზი ლიმფოზები და ლიმფოგრანულომატოზი <u>სოლიდური</u> (თირკმლის, ღვიძლის, პანკრეასის, კუჭის, ფილტვის) <u>სიმსივნეები</u></p> <p>იმუნური დაავადებანი (შემთხვევათა 20%) მედიკამენტოზური ალერგია რევმატიული დაავადებანი (რევმატიზმი, რევმატოიდული ართრიტი, სისტემური წითელი მგლურა, კვანძოვანი პერიამტერიტი, გიგანტურუჯრედოვანი არტერიტი, რევმატიული პოლიმიალგია)</p>	<p>ინფექციები (შემთხვევათა 40%) ვირუსული ინფექციები საშარდე გზების ინფექციები პნევმონია ფარინგიტი სინუსიტი მენინგიტი</p> <p>რევმატიული დაავადებანი (შემთხვევათა 15%) იუვენილური ვენერიული ართრიტი სისტემური წითელი მგლურა რევმატიზმი ჰემორაგიული ვასკულიტი</p> <p>ავთვისებანი სიმსივნეები (შემთხვევათა 7%) ლეიკოზი ლიმფოზი ლიმფოგრანულომატოზი</p> <p>ნაწლავთა ანთებითი დაავადებანი (შემთხვევათა 4%)</p>

<p>სარკოდოზი კრონის დაავადება</p> <p>სიმულაცია (1-5% შემთხვევაში)</p> <p>მიზეზი რჩება უცნობი (5-9% შემთხვევაში)</p>	
---	--

პაციენტთა გამოყოფა უცნობი გენეზის ცხელების ჯგუფში, უპირველეს ყოვლისა პრაქტიკულ მიზნებს ემსახურება. აუცილებელია ექიმს გამოუმუშავდეს რაციონალური დიაგნოსტიკური ძიების ჩვევა, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ადექვატური კვლევის ინფორმაციული მეთოდების გამოყენებისა, რომელიც ეფუძნება იმ დაავადებათა თავისებურებების ცოდნას, რომლებიც ხშირად ვლინდება უცხო გენეზის ცხელების სახით. ამ დაავადებათა სპექტრი საკმაოდ დიდია:

- გენერალიზებული ან ლოკალური ინფექციურ-ანთებითი პროცესები - 30-50% უცნობი გენეზის ცხელების ყველა შემთხვევიდან
- სიმსივნური დაავადებები - 20-30%
- შემაერთებული ქსოვილის სისტემური დაზიანებანი - 10-20%
- სხვა დაავადებანი (განსხვავებული ეტიოლოგიით, პათოგენებით, დიაგნოსტიკით, მკურნალობით და პროგნოზით) - 10-20%

შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში, ცხელების მიზეზის დადგენა არ ხერხდება, მიუხედავად თანამედროვე ინფორმაციული მეთოდების გამოყენებისა. E

ინფექციური ანთებითი დაავადებანი

დაუდგენელი გენეზის ცხელების არსებობა ტრადიციულად ექიმთა უმეტესობაში ასოცირდება უპირველეს ყოვლისა ინფექციურ პროცესებთან, მაშინ როცა სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზებში ინფექციურ-ანთებითი ხასიათის პროცესებს 50%-ზე ნაკლები ადგილი უკავია.

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმები წარმოადგენს ინფექციურ-ანთებითი პროცესების და უცნობი გენეზის ცხელების ერთ-ერთ ხშირ მიზეზს.

ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ცხელების ჭეშმარიტი ბუნების შეცნობის სირთულეები განპირობებულია, უკანასკნელ პერიოდში დაავადების პათომორფოზით, ატიპიური მიმდინარეობით, კერძოდ, მრავალგვარი არასპეციფიური გამოვლინებების (ცხელება, სახსროვანი სინდრომი, კვანძოვანი ერთეულები და ა. შ.) სიხშირის ზრდით, ხშირად პროცესის ექსტრატორაკალური ლოკალიზაციით. განსაკუთრებით ძნელდება დიაგნოსტიკური ძიება, როდესაც ცხელება წარმოადგენს დაავადების ძირითად ან ერთადერთ სიმპტომს.

ტუბერკულოზის ექსტრათორაკალური ფორმები გავრცელების სიხშირის მიხედვით

- ლიმფური ჯირკვლების ტუბერკულოზი (პერიფერიული, მეზენტერიალური-ყველაზე გავრცელებული ფორმა ბავშვებსა და მოზარდებში)
- შარდ-სასქესო ორგანოების (თირკმლის დაზიანებით, საშვილოსნოს ფალოპის მილების და საკვერცხეების დაზიანებით)
- სეროზული გარსების (პერიტონიტი, პლევრიტი, პერიკარდიტი)
- ძვლებისა და სახსრების (ართრიტი, ოსტეომიელიტი ჩამოწვეთილი აბსცესის განვითარებით)
- ცენტრალური ნერვული სისტემის (მენინგიტი ტვინის ტუბერკულოზი)
- თვალის (ხორიოიდიტი, ირიდოციკლიტი)
- კანის (ტუბერკულოზური მგლურა)
- თირკმელზედა ჯირკვლის (ადისონის დაავადება)
- კუჭ-ნაწლავის (თემოს ნაწლავის დისტალური ნაწილის დაზიანებით)

რიგ შემთხვევებში, ექსტრათორაკალური ტუბერკულოზი ვლინდება პროცესის დისემინაციის არ არსებობის პირობებში. აქტიური ტუბერკულოზური პროცესის აღმოცენება უმეტეს შემთხვევაში ხდება პირველადი (ძველი) ტუბერკულოზური კერის რეაქტივაციის შედეგად და უმეტეს წილად ლოკალიზდება ფილტვებში, ბრონქოპულმონალურ ლიმფურ კვანძებში. ხშირად ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ძნელდება, რადგან ექიმისათვის ჩვეული პირველადი ორიენტირები, (კერძოდ, დამახასიათებელი ანამნეზური მონაცემები - ლოკალიზაციის ცვლილებები ფილტვებში, ნახველის ბაქტერიოსკოპიული ან სხვა ბიოლოგიური სითხეების კვლევის მონაცემები) შეიძლება არ გვექონდეს. ფილტვების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც ხშირად არ ტარდება სრულფასოვნად (რენტგენოსკოპია რენტგენოგრაფიის მაგივრად, სურათის ექსპოზიციის დეფექტები, არ ტარდება დინამიური კვლევა), საშუალებას არ იძლევა ყოველთვის დავადგინოთ ფილტვების მილიარული ტუბერკულოზი.

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისათვის საჭირო გამოკვლევები

- ტუბერკულოზის სინჯი (საორიენტაციო გამოკვლევა)
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია
- ნახველის მიკროსკოპია (მჟავაგამძლე ჩხირების აღმოჩენა)
- ნახველის დათესვა (ტუბერკულოზის მიკობაქტერია იზრდება ნელა და კვლევაზე იხარჯება თითქმის ექვსი კვირა)
- შესაძლოა ჩატარდეს ბიოფსია (ლიმფური ჯირკვლის, ფილტვის)
- ფიბრობრონქოსკოპია ნახველის ასაღებად
- პოლიმერიზაციული ჯაჭვური რეაქცია (მიკობაქტერიების იდენტიფიკაციისათვის)

ტუბერკულოზური სინჯები, რომლებზედაც ექიმები დიდ იმედებს ამყარებენ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში, გამოხატავენ მხოლოდ უჯრედული იმუნიტეტის მდგომარეობას და შეიძლება იყოს უარყოფითი ან სუსტად გამოხატული, განსაკუთრებით დაქვეითებული იმუნიტეტის პაციენტებში (ქრონიკული ალკოჰოლიზმი მოხუცებში, ხანგრძლივი გლუკოკორტიკოიდებით თერაპია)

ტუბერკულოზზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა მიკრობიოლოგიური ვერიფიკაცია, აუცილებელია სხვადასხვა ბიოლოგიური მასალების (ნახველის, ბრონქო-ალვეოლური სითხის, კუჭის ამონარეხი სითხის, ღრუბის ექსუდატის და ა. შ.) გამოკვლევა. თუმცა შეუძლებელია ყველა უცნობი გენეზის ცხელების ავადმყოფთან შესაბამისი მასალების მიღება, გარდა ამისა, აღმოჩენილი ტუბერკულოზური მიკობაქტერიის მუავაგამძლე ფორმები, ყოველთვის არ წარმოადგენს ეტიოლოგიურად მნიშვნელოვანს. უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული იმუნოლოგიური კვლევები, ტუბერკულოზზე ეჭვის შემთხვევაში, მიზნად ისახავდა სპეციფიური ანტიგენის და ანტისხეულების აღმოჩენას სისხლში და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებში, მაგრამ ამ მონაცემების დიაგნოსტიკური ღირებულება არაერთგვაროვანია მათი დაბალი სპეციფიურობის და მგრძობელობის, აგრეთვე პაციენტთა იმუნური პასუხის ვარიაციების გამო. მიკობაქტერიების იდენტიფიკაციის ერთ-ერთი სრულყოფილი მეთოდი არის პოლიმერაციული ჯაჭვური რეაქცია. ეს მეთოდი ხასიათდება 100% სპეციფიურობით. დისემინირებულ ფორმებზე ეჭვის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ოფთალმოსკოპია, რომ გამოვლინდეს ტუბერკულოზური ქორიორეტიინტი.

ზოგჯერ დიაგნოსტიკური ძიების მიმართულების გასაღები შეიძლება აღმოჩნდეს კალცინატები ელენტაში, რაც მიუთითებს, გადატანილ მუცლის ღრუს ორგანოთა ტუბერკულოზზე. უცნობი გენეზის ცხელებით ავადმყოფთა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ორგანოთა და ქსოვილთა (ლიმფური კვანძები, ღვიძლი და ა. შ.) მორფოლოგიურ გამოკვლევას.

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკური სიმნელებიდან გამომდინარე ზოგჯერ გამართლებულია საცდელი მკურნალობის კურსი ტუბერკულო-სტატიკური პრეპარატებით. საცდელი მკურნალობა ტარდება სულ ცოტა ორი პრეპარატით იზონიაზიდის აუცილებელი ჩართვით. არასასურველია დაინიშნოს ანტიბიოტიკები, რომლებიც გავლენას ახდენენ, როგორც ტუბერკულოზური ინფექციებზე, ისე სხვა მიკროორგანიზმებზე (ამინოგლიკოზიდები, ფტორქინოლონები, რიფამპინი). მკურნალობის ეფექტი ვლინდება პრეპარატების დანიშნიდან ორი-სამი კვირის შემდეგ. უცნობი გენეზის ცხელებით ავადმყოფისათვის, ტუბერკულოზის ეჭვის შემთხვევაში, არ შეიძლება დაინიშნოს გლუკოკორტიკოიდები, სპეციფიურობის პროცესის გენერალიზების და მისი პროგრესირების საფრთხის გამო.

მუცლის ღრუს ჩირქოვანი დაავადებები

მუცლის ღრუსა და მცირე მენჯის სხვადასხვა ლოკალიზაციის ჩირქოვანი დაავადებები, ზოგიერთი მონაცემების მიხედვით შეადგენს უცნობი გენეზის ცხელებით ავადმყოფთა ინფექციურ-ანთებითი პროცესების 33%-ს. ცხელებითი სინდრომის ხშირ მიზეზს წარმოადგენს მუცლის ღრუსა და მცირე მენჯის აბსცესები (დიაფრაგმის ქვეშა, ღვიძლის ქვეშა, ღვიძლის შიდა, ნაწლავთშორის, ნაწლავთშიგნითა, ტუბოვარიალური, პარანეფრალური აბსცესი), ქოლანგიტი.

მუცლის ღრუს აბსცესების დროს ცხელება შეიძლება გრძელდებოდეს სამ წელს. დიაგნოსტიკური სიმნელები დიაგნოსტიკური ძიების დროს განპირობებულია მათი გამოვლინებისა და მიმდინარეობის ატიპიურობით. ამ შემთხვევებში ცხელება წარმოადგენს ერთადერთ სიმპტომს, სხვა სიმპტომატიკა მუცლის ღრუს ორგანოების მხრივ შეიძლება საერთოდ არ იყოს ან გამოხატული იყოს სუსტად. ასეთი მდგომარეობა განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება მოხუცებში.

უცნობი გენეზის ცხელების შემთხვევაში აუცილებელია გამოკვლევებით გამოვლენილი ყველა ნიშნის აღრიცხვა და საფუძვლიანი ანალიზი. მაგ.: დიაფრაგის ქვეშა აბსცესზე ეჭვის შემთხვევაში ყურადღება უნდა მიექცეს დიაფრაგმის გუმბათის მაღლა დგომას, პლევრალური გამონაჟონის შესაძლო განვითარებას. ამ უკანასკნელის არსებობამ შეიძლება ძიება წაიყვანოს ფილტვის პათოლოგიის გამორიცხვის მცდარი გზით.

მუცლის ღრუს ჩირქოვანი პროცესების ძირითადი რისკ-ფაქტორები

- ოპერაციული ჩარევები
- ტრამვა (დაჟეჟილობა) მუცლის არეში
- ნაწლავთა დაავადებანი (დივერტიკულოზი, არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი, კრონის დაავადება, ენტერიტი)
- ნაღველგამომყოფი გზების (ქოლელითიაზი, სადინარების სტრუქტურა და ა.შ.)
- მძიმე ფონური დაავადებების (შაქრიანი დიაბეტი, ღვიძლის ციროზი, ქრონიკული ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია, გლუკოკორტიკოიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა) არსებობს იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის განვითარებით.

ცხელებამდე ცოტა ხნით ადრე ჩატარებული ოპერაციები მუცლის ღრუს ორგანოებზე ან მენჯის ორგანოებზე საფუძველს იძლევა ეჭვი მივიტანოთ ჩირქოვან პროცესზე, როგორც უგც მიზეზებზე, თუნდაც არ არსებობდეს ადგილობრივი სიმპტომატიკა. მუცლის ღრუს ორგანოთა დაჟეჟილობამ და ტრამვებმა შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ღრუს ჰემატომები შემდგომი დაჩირქებით

მუცლის ღრუს ორგანოთა ჩირქოვანი დაავადებების ზუსტი და დროული დიაგნოსტიკის მიზნით აუცილებელია ულტრაბგერითი გამოკვლევების ჩატარება (ხშირად გამეორებითაც) კომპიუტერული ტომოგრაფია, ლაპარასკოპია, აუცილებლობის შემთხვევაში დიაგნოსტიკური ლაპარატომია.

ინფექციური ენდოკარდიტი

უცნობი გენეზის ცხელების ყველა შემთხვევაში საჭიროა გამოირიცხოს ინფექციური ენდოკარდიტი.

რისკ ფაქტორები

- ასაკი (მიდრეკილნი არიან ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარებისაკენ ხანშიშესულები და მოხუცები)
- ინფექციური ენდოკარდიტი ანამნეზში
- პროტეზირებული სარქველის არსებობა
- თანდაყოლილი და შეძენილი გულის მანკი
- ინტრავენური ინექციები, ცენტრალური ვენების კათეტერიზაციისა და ოპერატიული ჩარევის შემდგომი მდგომარეობა
- დროებითი ელექტროკარდიოსტიმულაციის შემდგომი მდგომარეობა
- ინფექციური ენდოკარდიტით დაავადებულთა 50% -ს აღენიშნებოდა წარსულში გულის დაავადება

ინფექციური ენდოკარდიტის განვითარებისაკენ მიდრეკილნი არიან ხანშიშესული ადამიანები და მოხუცები, გულის სარქველების რაიმე პათოლოგიის მქონე პაციენტები; განსაკუთრებით, თუ მათ ცხელების განვითარებამდე ცოტა ხნით ადრე ჩაუტარდებათ რაიმე პროცედურა, რომელსაც შესაძლოა გამოეწვია ბაქტერიემია, მაგ. აბდომინალური, გინეკოლოგიური, სტომატოლოგიური, საშარდე გზების ოპერაციები.

რისკის ჯგუფს ენდოკარდიტის განვითარებაში მიეკუთვნებიან აგრეთვე ნარკომანები (საინექციო) და პაციენტები, რომელთაც უკეთდებათ ინტრავენური ინექციები, მათ ხშირად უვითარდებათ “მარჯვენამხრივი” ენდოკარდიტი, რაც უნდა გავითვალისწინოთ შესაბამისი სიტუაციის კლინიკური ანალიზისას. უცნობი გენეზის ცხელების განვითარებას უფრო ხშირად საფუძვლად უდევს პირველადი ენდოკარდიტი, რომლის წყაროა პანარიციუმი, ოსტეომიელიტი ენდომეტრიტი და სხვა.

ნიშნები, რომლებიც ეჭვს იწვევს ინფექციურ ენდოკარდიტის არსებობაზე

- გულის აუსკულტაციის დროს
 - გულზე შუილის გაჩენა
 - გულზე შუილის ხასიათის შეცვლა
- ცხელების გაჩენა სხვადასხვა პროცედურების შემდეგ
 - შარდსადენის ბუჟირება
 - კბილის ექსტრაქცია
 - ტონზილექტომია
 - ხელოვნური აბორტი

განსაკუთრებით მწელდება ინფექციური ენდოკარდიტის დიაგნოსტიკა უცხო გენეზის ცხელებასას მოხუცებში, რომლებთანაც ეჭვი უნდა მივიტანოთ დაავადებებზე თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის ნიშნების, ფილტვის პროცესის მორეციდივე თრომბოემბოლიის, გულის უკმარისობის ნიშნების გამოვლენასა და ჰემოგლობინის დონის დაქვეითებისას. სისხლის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით, რომელზედაც დიდი იმედები მყარდება, დაახლოებით 30%-ში არის უარყოფითი, რაც განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორებით. მაგ.: უცხო გენეზის ცხელების დროს ანტიბიოტიკის უკანონოდ დანიშვნა, გულის მარჯვენა ნახევრის უპირატესი დაზიანება, უჩვეულო გამომწვევების არსებობა, რომლებიც მოითხოვენ კვლევის სპეციალურ მეთოდებს (ანაერობული ფლორა).

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევა

- სისხლის საერთო ანალიზი (ედს-ის მომატება, ანემია, ლეიკოზი)
- შარდის ანალიზი (პროტეინურია, ჰემატურია)
- სისხლის დათესვა (გამომწვევის გამოვლენამდე 75% -ში)
 - სისხლის აღება ხდება 1 საათის განმავლობაში 4-ჯერ, თითოეულ შემთხვევაში არანაკლებ 6 სინჯისა
 - კვლევას აწარმოებენ აერობულ, ანაერობულ და სოკოვან მიკროორგანიზმებზე
 - წინასწარი შედეგები ცნობილია უკვე 24 სთ-ის შემდეგ
 - ექოკარდიოგრაფია-ვეგეტაცია სარქველებზე
 - გულმკერდის რენტგენოგრაფია
 - აკვ

გარკვეული დახმარება შეგვიძლია გაგვიწიოს ექოკარდიოგრაფიულმა გამოკვლევამ, რომელიც გამოავლენს უმეტეს შემთხვევაში (მაგრამ არა ყოველთვის) გულის სარქველებზე ვეგეტაციას.

ოსტეომიელიტი

ოსტეომიელიტი ხშირად არის უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზი. ამ შემთხვევაში პროცესი ძირითადად ლოკალიზდება ხერხემაღში, მენჯის ძვლებში, ტერფში. ცხელებითი სინდრომი დაავადების დებიუტში, ავადმყოფებში შეიძლება იყოს ერთადერთი სიმპტომი. ძვლის დაზიანების კლინიკური გამოვლინება შეიძლება იყოს მრავალფეროვანი-უმნიშვნელო დისკომფორტიდან დაწყებული, ძლიერი ტკივილებითა და მოძრაობის შეზღუდვით დამთავრებული. ხშირად ასეთ ავადმყოფებს ესმება ოსტეოქონდროზის, სპონდილოზის დიაგნოზი მეორეული ფესვობრივი სინდრომით, დისკოს თიაქრის დიაგნოზი. მძიმე ზოგადი მდგომარეობისას, გამოხატული ტკივილის სინდრომით და ლაბორატორიული ცვლილებებით, ეჭვი მიაქვს ძვლების მეტასტაზურ პროცესებზე. უცხო გენეზის ცხელების დიაგნოსტიკურ ძიებაში იშვიათად და საკმაოდ გვიან მიაქვთ ეჭვი ოსტეომიელიტზე.

უცხო გენეზის ცხელების დროს ოსტეომიელიტზე ეჭვს იწვევს, წარსულში მიღებული ტრავმა, რომელსაც პაციენტმა არ მიაჩნია, გარკვეული მნიშვნელობა.

საჭიროა ჩატარდეს შემდეგი გამოკვლევები:

- რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ნეგატიური შედეგი საბოლოოდ არ გამორიცხავს ოსტეომიელიტის დიაგნოზს
- კომპიუტერული ტომოგრაფია

- რადიოიზოტოპური სკანირება 99თც იზოტოპით ან სხვა იზოტოპით; იზოტოპის მომატებული დაგროვება წარმოადგენს ძლოვანი ქსოვილის დაზიანების არასპეციფიკურ ნიშანს სხვადასხვა დავადებების დროს (სიმსივნური პროცესები, ანთება, ოსტეოსკლეროზის უბნები).

სხვა ინფექციური დაავადებანი

დიაგნოსტიკური ძიების დროს ექიმს უნდა ახსოვდეს რომ უცხო გენეზის ცხელების მიზეზი შეიძლება იყოს შემდეგი

- ბაქტერიული ინფექციები (სალმონელოზი, ბრუცელოზი, წითელი ქარი)
- ვირუსული ინფექციები(ჰეპატიტი B,C; ციტომეგალოვირუსი, ებშტეინ-ბარის ვირუსი)
- სოკოვანი დაავადება (აქტინომიკოზი, კანდიდოზი, კოვციდიომიკოზი)
- ზოონოზები-ლაიმის დაავადება და სხვ. ეს დაავადებები უცხო გენეზის ცხელების დროს გვხვდებიან უფრო იშვიათად; ჩამოთვლილი დაავადებების დიაგნოსტიკა ძირითადად ემყარება კვლევის მიკრობიოლოგიურ და სეროლოგიურ მეთოდები. ამ დაავადებების ხვედრითი წილი ინფექციურ-ანთებით დაავადებებს შორის, რომლებიც ხასიათდებიან უცხო გენეზის ცხელებით, ძალიან დაბალია. მათი დიაგნოსტიკა ძირითადად ემყარება კვლევის მიკრობიოლოგიურ და სეროლოგიურ მეთოდებს.

ბაქტერიული ინფექცია შეიძლება ლოკალიზდებოდეს თირკმლის ფიალებში. ამასთან დიაგნოსტიკა ძნელდება, რადგან შარდში არის მინიმალური ცვლილებები, რაც არ იძლევა პიელონეფრით გამოწვეულ ცხელებაზე ეჭვის საფუძველს. ცნობილია ქოლანგიტის შემთხვევები, რომლის დროსაც ცხელება არის ძირითადი ან ერთადერთი სიმპტომი. სიყვითლე ან ტკივილის სინდრომი ზოგჯერ არა გვაქვს. ტემპერატურა შეიძლება დაქვეითდეს რამოდენიმე დღით, სპონტანურად ანტიბიოტოკოთერაპიის შედეგად. ცხელების მიზეზის დადგენის გასაღები შეიძლება გახდეს ტუტე ფოსფატების აქტიურობის მომატება, რაც მოითხოვს ულტრაბგერით გამოკვლევას, იმისათვის რომ გამოირიცხოს ობტურაციული ხასიათის ქოლანგიტი (ქოლედოქოლითიაზი). უკანასკნელი ხშირად ვლინდება მხოლოდ რეტროგრაფიული ქოლანგიოგრაფიის ჩატარების შედეგად. ზოგიერთი ბაქტერიული ინფექციები, რომლებიც საფუძვლად უდევს უცხო გენეზის ცხელებას, შეიძლება მიმდინარეობდეს სეპტიცემიის ტიპით ინფექციური კერის ზუსტი ლოკალიზაციის გარეშე (მაგ.: სალმონელოზური სეფსისი) ვირუსული ინფექციებს შორის უცხო გენეზის ცხელების დროს უნდა აღნიშნოს გეპატი B, C (რომელთა განვითარების გარკვეულ ეტაპებზე აღნიშნებათ იზოლირებული ცხელება), ვირუსული ენცეფალიტები, ებშტეინ-ბარის ვირუსით გამოწვეული ინფექციები. ციტომეგალოვირუსული ინფექცია, რომელიც წარმოადგენს უცხო გენეზის ცხელების მიზეზს თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ შემთხვევათა თითქმის 50%-ში. ინფექციური მონონუკლეოზი შეიძლება მიმდინარეობდეს ატიპურად და მიიღოს გახანგრძლივებული მიმდინარეობა, ლიმფოციტებსა და ლიმფოაძენოპათიური ცვლილებების გარეშე. ასეთი მიმდინარეობის გამო გამოყოფენ ე.წ. ქრონიკული მონონუკლეოზის სინდრომს. ვირუსის გამოვლენის მაღალი მგრძობელობით და სპეციფიურობით ხასიათდება პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია.

უცხო გენეზის ცხელების შემთხვევაში განსაკუთრებულ ჯგუფს წარმოადგენს აივ ინფექცია. უცხო გენეზის ცხელების არსებობის დროს დიაგნოსტიკური ძიება უნდა მოიცავდეს გამოკვლევას არა მარტო აივ ინფექციის გამოსავლინებლად, არამედ იმ ინფექციების გამოვლინებასაც, რომლების ხშირად ასოცირდება შიდსთან (მიკრობაქტერიოზი, კოვციდიომიკოზი, ჰისტოპლაზმოზი და სხვა).

სიმსივნური პროცესები

უცხო გენეზის ცხელების მიზეზებში მეორე ადგილი უკავია სხვადასხვა ლოკალიზაციის სიმსივნურ პროცესებს, რომელთა შორის ცხელება უფრო ხშირად ახლავს ლიმფომებს. ცხელება უფრო ტიპურია არაჰოჯკინის ლიმფომებისთვის. ცხელებას პაციენტებში ლიმფომით, როგორც წესი, თან ახლავს სხვა სისტემური გამოვლინებები - წონაში დაკლება, ანორექსია, ღამის ოფლიანობა.

დიაგნოსტიკური სიმძნელები განპირობებულია მინიმალური ადგილობრივი სიმპტომატიკით (ან მისი არ არსებობით). რიგ შემთხვევებში სიმსივნეებზე ეჭვი შეიძლება გამოიწვიოს ისეთმა არასპეციფიკურმა სინდრომმა, როგორც კვანძოვანი ერითემა (განსაკუთრებით მორეციდივე) ჰიპერტროფიული ოსტეოართროპათია, მიგრაციული თრომბოფლებიტი და სხვ. სამწუხაროდ, ეს ნიშნები არ ფასდება ყოველთვის სწორად და განისაზღვრება როგორც ნეოპლასტიური მხოლოდ რეტროსპექტულად.

ცხელების განვითარების მექანიზმი ეფუძნება, სიმსივნური ქსოვილებიდან პიროგენული სუბსტანციის (ინტერლეიკინ 1 და სხვ.) პროდუქციას და არა დაშლას ან პერიფოკალურ ანთეზებს. არ არის გამორიცხული სიმსივნური პროცესების განვითარების პასუხად ლიმფოკინების პროდუქცია, რომლებიც ხასიათდებიან ლიმფოციდური პიროგენული თვისებებით. სიცხე არ არის დამოკიდებული სიმსივნის ზომაზე და შეიძლება აღინიშნებოდეს, როგორც გავრცობილ სიმსივნურ პროცესზე, ისე მცირე ზომის სიმსივნის დროს.

კვლევისათვის საჭიროა გამოვიყენოთ:

- არაინვაზიური კვლევის მეთოდები (ულტრაბგერითიკვლევა, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ბირთვული მაგნიტური რეზონანსი)
- რადიოიზოტოპური სკანირება (ლიმფური კვანძების, ჩონჩხის, მუცლის ღრუს ორგანოები)
- პუნქციური ბიოფსია
- ენდოსკოპიური მეთოდი
- ლაპარასკოპია და დიაგნოსტიკური ლაპარატომია
- იმუნოლოგიური მეთოდები ზოგიერთი სპეციფიკური მარკერების გამოსავლენად

სისტემური დაავადებანი

უცხო გენეზის ცხელების მიზეზებს შორის მესამე ადგილი უჭირავს სისტემურ დაავადებებს და წარმოდგენილია ძირითადად ისეთი დაავადებებით, როგორცაა სისტემური წითელი მგლურა, რევმატოიდული ართრიტი, სტილის დაავადება მოზრდილებში, სისტემური ვასკულიტის სხვადასხვა ფორმები (კვანძოვანი არტერიტი, საფეთქლის არტერიტი და სხვ.). ე. წ. ჯვარედინი სინდრომები

ზემოთ აღნიშნულ დაავადებების ჩვეული დიაგნოსტიკური ნიშნები არა გვაქვს ან არასაკმარისად არის წარმოდგენილი. სისტემური წითელი მგლურას და სისტემური ვასკულიტების ცხელების დებიუტში, როცა ცხელება წინ უსწრებს სახსროვანი სინდრომის გამოვლენას ან სხვა სისტემურ დარღვევებს, ასეთ შემთხვევებში სისტემურ პათოლოგიაზე ეჭვი შეიძლება გაჩნდეს ავადმყოფზე დინამიური დაკვირვების შემდეგ, გამოვლენილი კლინიკო-ლაბორატორიული ნიშნების საფუძველზე. ამასთან საჭიროა არსებული ყველა სიმპტომის სწორი შეფასება (მიაღვია, კუნთოვანი სისუსტე, თავის ტკივილი და ა. შ.) ასეთი სიმპტომების არსებობა ცხელებასთან ერთად,

განსაკუთრებით ედს-ის მომატებისას, იძლევა საფუძველს ეჭვი მივიტანოთ ისეთ დაავადებებზე, როგორცაა დერმატომიოზიტი (პოლიმიოზიტი), რევმატიული პოლიმიოზიტი, საფეთქლის არტერიტი. რევმატიული პოლიმიოზიტი შეიძლება დასაწყისში ვლინდებოდეს ცხელებით, რომელსაც ახლავს ტკივილები მხრისა და მენჯის სარტყლის პროქსიმალურ ნაწილში.

ყურადღება უნდა მივაქციოთ ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკს, ედს-ის ძლიერ მომატებას. რევმატიული პოლიმიოზიტი ხშირად შერწყმულია საფეთქლის არტერიტთან, რომელიც ხასიათდება ლოკალური თავის ტკივილით, საფეთქლის არტერიის გასქელებით, მათი პულსაციის შესუსტებით ან გაქრობით. დიაგნოსტიკისთვის იყენებენ საფეთქლის კანის, კუნთოვან ქსოვილის და საფეთქლის არტერიის ბიოფსიას თუ მაღალია ამ დაავადების არსებობის ალბათობა, შეიძლება საცდელი მკურნალობა გლუკოკორტიკოიდებით. ასეთი მკურნალობის სპეციფიურობა იმდენად მაღალია, რომ შეიძლება მივანიჭოთ დიაგნოსტიკური ღირებულება.

ხანგრძლივი ცხელების მიზეზებს შორის ამ ბოლო დროს ხშირად დიაგნოსტიკურდება სტილის დაავადება. მოზრდილებში ამ დაავადებას აქვს ნაკლებად გამოხატული ნოზოლოგიური ჩარჩოები და არ ახასიათებს სპეციფიური ლაბორატორიული ნიშნები. ცხელებასთან ერთად აუცილებელ ნიშნებად ითვლება ართრიტები (ან ართრალგიები საწყის ეტაპზე) მაკულო-პაპულოზური გამონაყარი, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი. ხშირად გვხვდება ფარინგიტი, ლიმფადენოპათია, ელენთის გადიდება, სეროზიტი; მიაღვო-რევმატოიდული და ანტინუკლეარული ფაქტორი უარყოფითია. მოცემული სიმპტომკომპლექსი გვაიძულებს ეჭვი მივიტანოთ სხვადასხვა ინფექციებზე, სეფსისზე და დაინიშნოს ანტიმიკრობული თერაპია, რომელიც არის არაეფექტური. დიაგნოზი დასმისას საჭიროა ინფექციისა და სხვა სისტემური დაავადებების გამორიცხვა.

უცნობი გენეზის ცხელების ო მიზეზთა შორის აქტუალური რჩება რევმატიული ცხელება. სისხლში მიკროორგანიზმების გარეშე (აბაქტერიალური ენდოკარდიტი) და ცვლადი აუსკულტაციური სიმპტომატიკით. ცხელებაზე არ მოქმედებს ანტიბიოტიკები, მაგრამ ემორჩილება სალიცილატებით და გლუკოკორტიკოიდებით მკურნალობას

სხვა დაავადებები

ეს ჰეტეროგენური ჯგუფი მოიცავს ეტიოლოგიით, დიაგნოსტიკის მეთოდებით, მკურნალობითა და პროგნოზით ყველაზე მრავალფეროვან დაავადებებს. მრავალი ავტორის მონაცემებით, უცნობი გენეზის ცხელების საფუძველად შეიძლება მივიჩნიოთ ისეთი დაავადებები როგორცაა: კრონის, არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი, დივერტიკულიტი, თირეოდიტი, გრანულომატოზური დაავადებები (სარკოიდოზი, გრანულომატოზური ჰეპატიტი), მცირე მენჯის დაიკიდურების ვენების თრომბოფლებიტი, ფილტვების ემბოლია, არასპეციფიური პერიკარდიტი, კეთილთვისებიანი პერიტონიტი (პერიოდული დაავადება), ქრონიკული ალკოჰოლური ჰეპატიტი და რიგი სხვა დაავადებებისა. ამ მრავალფეროვანი წარმომავლობის მქონე დაავადებათა თავისებურებაა - ატიპიური მიმდინარეობა, რომელიც ვლინდება ძირითადად ცხელების სინდრომით და არ არის მკვეთრად გამოხატული ორგანული სიმპტომატიკა, რაც ართულებს ცხელების გენეზის დადგენას.

სისხლმარღვოვანი თრომბოზი

ზოგიერთ ავადყოფებში ცხელება შეიძლება იყოს ერთადერთი ან ერთ-ერთი გამოვლინება მცირე მენჯის, კიდურების ღრმა ვენების, თრომბოფლებიტის, ან ფილტვის არტერიის რეციდიული თრომბოემბოლიის. ასეთი სიტუაციები ხშირად ჩნდება მშობიარობის, ძვლოვანი მოტეხილობის

შემდეგ, ოპერაციული ჩარევის შემდეგ ინტრავენური კათეტერების გამოყენების შედეგად, ავადმყოფებში მოციმციმე არითმიით და გულის უკმარისობით. ღრმა ვენების თრომბოზის დროს, დოპლეროგრაფიულ კვლევას შეიძლება მიენიჭოს გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. ამ დაავადების დროს ჰეპარინს შეუძლია სრულიად მოახდინოს კუპირება ან შეამციროს ცხელება 48-72 სთ-ის განმავლობაში, მაშინ, როცა ანტიბიოტიკები ასეთ ვითარებაში არაეფექტურია. ამის გათვალისწინებით მოცემულ პათოლოგიაზე ექვის შემთხვევაში შეიძლება ჰეპარინით საცდელი მკურნალობის დანიშვნა, რასაც შეიძლება ჰქონდეს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობაც.

თირეოდიტი

თითქმის ყველა უცნობი გენეზის ცხელების დაავადების შესახებ გამოქვეყნებულ სტატიებში ფიგურირებს თირეოდიტის შემთხვევა, კერძოდ მისი ქვემწვავე ფორმები. ასეთ სიტუაციებში არ არის წამყვანი ქვემწვავე თირეოდიტისათვის დამახასიათებელი ადგილობრივი სიმპტომატიკა და ფარისებური ჯირკვლის ფუნქციის მოშლის სიმპტომები. სუსტად გამოხატული ტკივილის სიმპტომი ან მისი საერთოდ არ არსებობა ექიმს საშუალებას არ აძლევს ექვი მიიტანოს აღნიშნულ დაავადებაზე, ამიტომ ყოველთვის არ ექცევა სათანადო ყურადღება ფარისებური ჯირკვლის გამოკვლევას (გასინჯვა, პალპაცია), რასაც შეუძლია განსაზღვროს დიაგნოსტიკური ძიების მიმართულება. ხანდახან ხერხდება ინფორმაციის მოპოვება (ხშირად რეტროსპექტულად). კისრის არეში ხანმოკლე ტკივილების ან დისკომფორტის შესახებ, უცნობი გენეზის ცხელების შემთხვევაში, თირეოდიტის გამორიცხვისათვის სასარგებლოა ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევები, სკანირება.

პერიოდული ცხელება

უცნობი გენეზის ცხელების ზოგიერთ შემთხვევებში ცხელებას შეიძლება ჰქონდეს პერიოდული ხასიათი, რაც შეიძლება შეგვხვდეს მრავალი ბუნების დაავადების დროს. მაგ. (ლიმფოგრანულომატოზი, სისტემური დაავადებები და ა.შ.), ამასთან ცხელების პერიოდულობა არ წარმოადგენს სპეციფიურ სიმპტომს, რაც დაგვეხმარება დავადგინოთ ცხელების ბუნება. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში, სიმპტომატიკის არარსებობისას, ცხელების პერიოდულობა შეიძლება გახდეს დიაგნოსტიკის მიმართულების განმსაზღვრელი. პერიოდული უცნობი გენეზის ცხელების არსებობისას უნდა ვიფიქროთ მინიმუმ 3 დაავადებაზე:

პერიოდული დაავადება (ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელება, კეთილთვისებიანი პოლისეროზიტი, პერიოდული პერიტონიტი) - გენეტიკური დაავადებაა, რომელიც ემართება განსაზღვრულ ნაციონალურ-ეთნიკურ ჯგუფებს (ებრაელებს, სომხებს) და ვლინდება სეროზული გარსების (პერიკარდი, პლევრა, პერიტონეუმი) ინფექციურ-ანთებით დაზიანებით. დაავადება შეიძლება გართულდეს ამილოიდოზით შემდგომი თირკმლის უკმარისობის განვითარებით.

პერიოდული ცხელება (რეიმანის დაავადება) პერიოდული დაავადებისაგან განსხვავებით, არ მიმდინარეობს პოლისეროზიტისა და ამილოიდოზის თანხლებით. ძირითად კლინიკურ სიმპტომებს-წარმოადგენს ტემპერატურის პერიოდული მომატება რამოდენიმე დღის განმავლობაში, რომლებსაც თან ახლავს შემცივნება, მიალგია, ედს-ის ტრანზიტორული მატება და ტუტე ფოსფატაზის აქტივობის მატება.

ცხელების გარეშე პერიოდი შეიძლება გაგრძელდეს რამოდენიმე კვირიდან რამოდენიმე თვემდე, ხოლო ცხელების ეპიზოდების საერთო ხანგრძლივობა აღწევს რამოდენიმე წელს. ავადმყოფის ტემპერატურის ყოველ მატებას ახასიათებს მკაცრად განსაზღვრული პერიოდულობა;

ავადმყოფობა როგორც წესი მიმდინადეობს სტერეოტიპით, ისე რომ არ იცვლის თავის ბუნებას. არ აღინიშნება გართულებები ან ავთვისებიან ფორმად ტრანსფორმაცია. ცხელების კუპირება შეიძლება არასტეროიდულ ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებით, გლუკოკორტიკოიდების დანიშვნა საჭირო არ არის.

პერიოდული (ციკლური) ნეიტროპენია ხასიათდება პერიფერიულ სისხლში ნეიტროფილური გრანულოციტების რაოდენობის მკვეთრი შემცირებით, რაც კლინიკურად ვლინდება ცხელებით და ხშირად კანის ინფექციურ-ანთებითი დაზიანებებით, სტომატიტით, პნევმონიით.

ნეიტროპენიასთან ერთად იზრდება მონოციტების და ეოზინოფილების რაოდენობა. ნეიტროპენიის პერიოდში ძვლის ტვინში ირღვევა ნეიტროფილების მომწიფება პრომიელოციტის სტადიაზე და იზრდება მონოციტების რიცხვი. ყოველ პაციენტს აღენიშნება ნეიტროპენიის საკუთარი მუდმივი რიტმი 2-3 კვირიდან 2-3 თვემდე, თუმცა გვხვდება ისეთი ფორმებიც, რომლებსაც მკაცრი პერიოდულობა არ ახასიათებს. დაავადება მემკვიდრეობით გადაეცემა აუტოსომურ-რეცესიული ტიპით.

ხელოვნური ცხელება

ხელოვნური ცხელება შეიძლება გამოვიწვიოთ თერმომეტრის მანიპულაციით, ასევე სხვადასხვა პიროგენული თვისებების მქონე ნივთიერებების შიგნით მიღებით, შარდსაღენ გზებში ან კანქვეშ შეტანით. ასეთ შემთხვევებში საქმე გვაქვს იპოქონდრული ტიპის ფსიქიურ მოშლილობასთან, რომელიც გამოიხატება თავის ჯანმთელობაზე ყურადღების ავადმყოფური კონცენტრაციით, მდგომარეობის უმნიშვნელო ცვლილებებზე ზედმიწევნით დაკვირვებით (სხეულის ტემპერატურაზე, წნევის სიდიდე, ნაწლავთა ფუნქცია და ა.შ). ასეთი პაციენტებისათვის დამახასიათებელია ქცევის განსაზღვრული ტიპი, საზოგადოდ მნელად გასაგები. მაგ.: მრავალჯერადი გამოკვლევების სურვილი, ხშირად ინვაზიური (ზოგიერთი პაციენტები მოითხოვენ ოპერაციულ ჩარევას). ავადმყოფები ვარაუდობენ, რომ მათ ადანაშაულებენ სიმულაციაში, სათანადოდ არ აფასებენ მათი მდგომარეობის სირთულეს, დაავადების სერიოზულობას და საშიშროებას. შეიძლება ამასთან დაკავშირებით ისინი ცდილობენ წარმოაჩინონ დაავადების შედარებით ნათელი და ობიექტური სიპტომები, როგორიცაა ტემპერატურის მომატება, სისხლდენა, რითაც ცდილობენ ავადმყოფთა ყურადღების მიქცევას.

სიმულაციის ეჭვისას საჭიროა ტემპერატურის გასინჯვა ექიმის თანდასწრებით, ამავდროულად გაიზომოს ორალური და რექტალური ტემპერატურა (რომელიც ჩვეულებრივ $0,5^{\circ}\text{C}$ -ით მეტია ორალურზე). ყურადღებას იქცევს ტემპერატურისა და პულსის სიხშირის არასწორი თანაფარდობა, ასევე ავადმყოფობის სერიოზულობის მიუხედავად, შედარებით დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა და ნაკლები ემოციურობა. სასურველია ჩატარდეს სხეულის კანის შემოწმება, რათა დავადგინოთ „საიდუმლო“ ინექციების კვალი, რომლებსაც ავადმყოფები თვითონ იკეთებენ.

ამ კატეგორიის უმეტესობა - ახალგაზრდა ან შუა ხნის ქალები, ხშირად სამედიცინო პერსონალი ან „მედიცინასთან დაახლოებული“ პირები არიან. უცნობი გენეზის ცხელების დადგენისთვის შეიძლება დაგვეხმაროს გარშემო მყოფთა გამოკითხვა (არსებობდა შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი იყენებდა სხვა ავადმყოფის თერმომეტრს). ასეთი კატეგორიის პაციენტების მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ფსიქიატრის კონსულტაციით.

დაუდგენელი ცხელება

უცნობი გენეზის ცხელებით ავადმყოფთა შორის, სრულყოფილი გამოკვლევის მიუხედავად, გვხვდება ისეთებიც, რომელთა დიაგნოზის დადგენა ვერ ხერხდება. ეს ციფრი მერყეობს 5-26% და განისაზღვრება რიგი ფაქტორებით (დაავადების თავისებურება და ბუნება, კვლევის დონე, გამოყენებული მეთოდების ადექვატურობა, ინფორმატიულობა და სხვ.). ითვლება, რომ უცნობი გენეზის ცხელების ყველა შემთხვევიდან, ცხელების მიზეზი შეიძლება დადგინდეს 90%-ში. ანამნეზის მონაცემებით, რიგ შემთხვევებში ცხელება სპონტანურად ქრება და შემდგომში არ რეციდივირებს. აქ უფრო საფიქრებელია, რომ ასეთ სიტუაციებში საქმე გვაქვს ინფექციურ-ანთებით დაავადებებთან, რომლებიც ვერ დადგინდა სხვადასხვა მიზეზების გამო. არ არის გამორიცხული, რომ ზოგიერთი ავადმყოფი სპონტანურად გამოჯანმრთელდა ტუბერკულოზიდან. ნაკლებ სავარაუდოა ასეთი გამოჯანმრთელება სისტემური ვასკულიტების და სიმსივნური პროცესების დროს. უნდა გვახსოვდეს ე.წ. პერიოდული ცხელების შესახებ. ცხელების რეციდივი შეიძლება აღმოცენდეს ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ და ექიმის მიერ განიხილება, როგორც ახალი დაავადება. რიგ შემთხვევაში დაუდგენელი ცხელების დიაგნოზის დადგენა შესაძლებელი ხდება ხანგრძლივი პერიოდით პაციენტზე მეთვალყურეობის შედეგად, როცა გამოჩნდება რაიმე დამატებითი სიმპტომები. ამიტომ დაუდგენელი უცნობი გენეზის ცხელების მქონე ავადყოფები უნდა იყვნენ ხანგრძლივი დინამიური მეთვალყურეობის ქვეშ. თუ ცხელების მიზეზი ვერ დადგინდა ეს აუცილებლად უნდა აისახოს სამედიცინო დოკუმენტებში. მსგავსი შემთხვევებში დიაგნოზი უცნობი გენეზის ცხელება უფრო გამართლებულია, ვიდრე ხელოვნურად შექმნილი დიაგნოზი, როგორცაა პნევმონია, ქრონიკული პიელონეფრიტი და რიგი სხვა.

მით უმეტეს რომ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის X-ე გადახედვის XVIII თავში (R00R99) არის “ცხელება გამოურკვეველი გენეზის”(R-50).

დიაგნოსტიკური ძიება უცნობი გენეზის ცხელების დროს

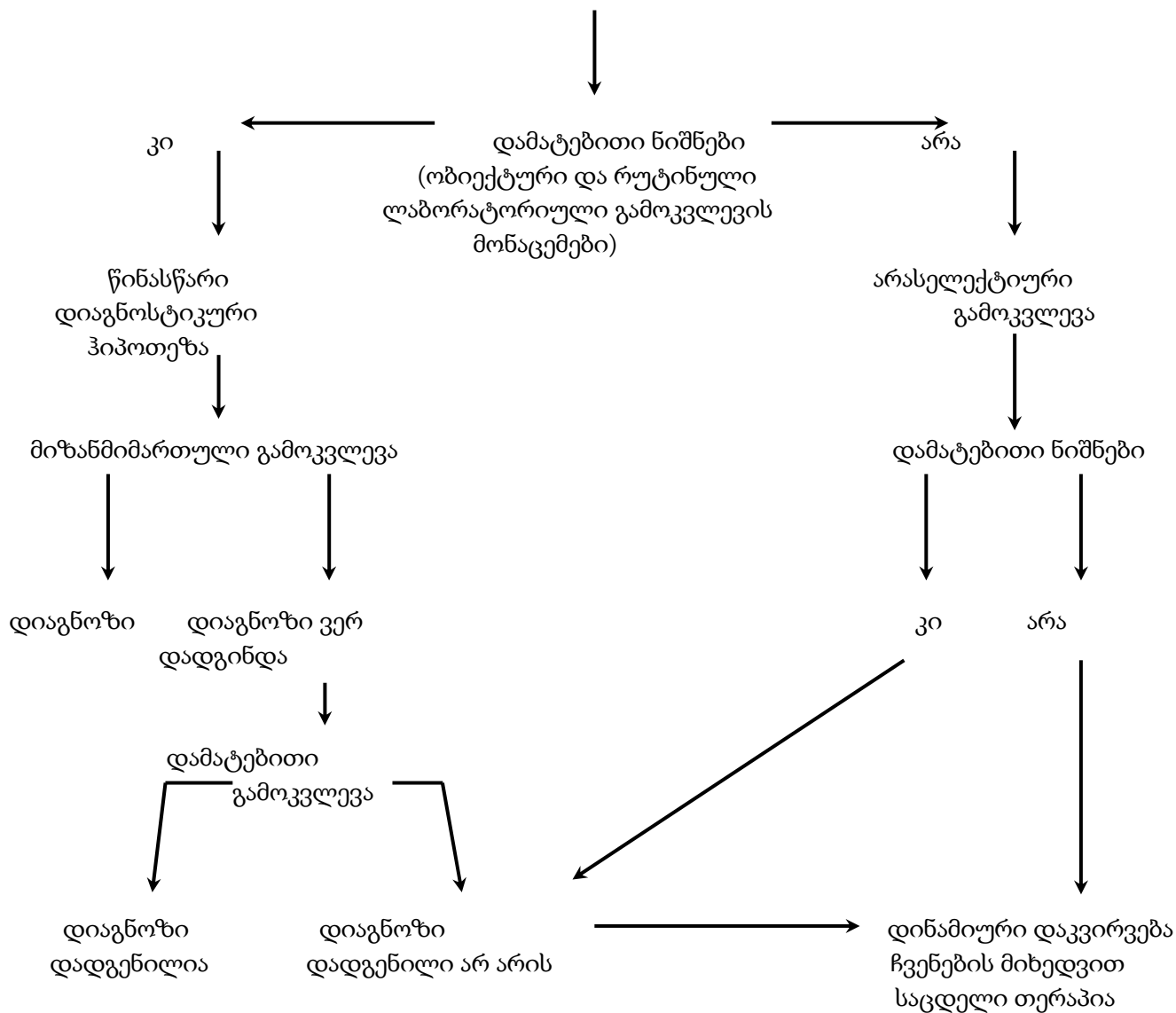
დაუდგენელი გენეზის ცხელების ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა შემუშავდეს დიაგნოსტიკური ძიების ინდივიდუალური ალგორითმი, რომელიც ითვალისწინებს მიზანმიმართულ გამოკვლევას მოცემული კლინიკური სიტუაციის შესატყვისი ინფორმაციის კვლევის მეთოდების გამოყენებით.

უცნობი გენეზის ცხელების ბუნების დადგენის ოპტიმალური გზის შემუშავებისათვის აუცილებელია გამოვავლინოთ დამატებითი კლინიკო-ლაბორატორიული სიმპტომი ყოველი პაციენტის პირველადი გამოკვლევის საფუძველზე და ზოგადად მიღებული გამოკვლევების მონაცემებზე დაყრდნობით. ამგვარად, ცხელებასთან ერთად, შეიძლება გამოხატული იყოს სახსროვანი სინდრომი, სეროზიტი, ანემია, ლიმფოადენოპათია და სხვა ნიშნები. ამასთან, ცხელებას თან ახლდეს ერთი ან რამოდენიმე ზემოთ აღნიშნული სიმპტომი. მნიშვნელოვანია არამართო გამოვავლინოთ, არამედ სწორად მოვახდინოთ დამატებითი კლინიკო-ლაბორატორიული სიმპტომების სწორად ინტერპრეტირება. ზოგი მათგანი შეიძლება იყოს ცხელების მიზეზის დადგენის გასაღები (სპეციფიური ნიშნები მაგ. დიასტოლური ნიშნები V წერტილში, აგრანულოციტოზი და ა.შ). სხვებს კი (არასპეციფიური ნიშნები მაგ. ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, პროტეინურია) უცნობი გენეზის ცხელებით ავადმყოფთან დამატებითი კლინიკო-ლაბორატორიული ნიშნების გამოვლენა გვადლევს საშუალებას სავარაუდო დაავადებათა რიცხვი შევამციროთ და მოვახდინოთ მიზანმიმართული ძიება ანუ ძიება წინასწარი დიაგნოსტიკური ჰიპოთეზით. ეს საშუალებას გვადლევს ჩავატაროთ მოცემულ სიტუაციაში მეტნაკლებად ინფორმაციული დიაგნოსტიკური კვლევები, რომლებიც ასაბუთებენ

ან (გამორიცხავენ) წინასწარ ჰიპოთეზას. ასე მაგ.: სავარაუდო სისტემური წითელი მგლურა მოითხოვს სისხლში ანტინუკლეარული ფაქტორის ან დნმ-ის ანტისხეულების განსაზღვრას, ინფექციურ ენდოკარდიტზე ეჭვის შემთხვევაში პირველ რიგში ატარებენ ექოკარდიოგრაფიულ გამოკვლევას, ხოლო სავარაუდო ღვიძლის პირველადი კიბოს დასამტკიცებლად - სისხლის გამოკვლევას სპეციფიურ სიმსივნურ მარკერებზე. სასურველია, რომ პაციენტზე გაურკვეველი ცხელებით, ტარდებოდეს არატოტალური, არამედ კლინიკური სიტუაციის შესატყვისი სელექტიური კვლევა. სხვადასხვა გამოკვლევათა ჩატარების თანმიმდევრობა განისაზღვრება გამოვლენილი დამატებითი ნიშნების ბუნებით, დიაგნოსტიკური ინფორმატიულობით, ხელმისაწვდომობით, ინვაზიის ხარისხით და მეთოდის ეკონომიურობით. აღსანიშნავია, რომ კვლევის მეთოდის გამოყენების თანმიმდევრობა “მზარდი” სირთულით, ინფორმატიულობით და ინვაზიურობით, ყოველთვის არ არის გამართლებული. ზოგ შემთხვევებში, უკვე კვლევის ადრეულ ეტაპზე, მეტნაკლებად ინფორმატიული შეიძლება აღმოჩნდეს ინვაზიური მეთოდი, მაგ. ლიმფური ჯირკვლების ბიოფსია გაურკვეველი ლიმფოადენოპათიის დროს. ასეთი მიდგომა გამართლებულია, რადგან ზოგავს პაციენტის გამოკვლევის დროს, თავიდან გვაშორებს ზედმეტი კვლევების ჩატარებას, სხვადასხვა იატროგენულ გართულებებს და საბოლოო ჯამში არის უფრო ეკონომიური. ამა თუ იმ კვლევის მეთოდის არჩევის ძირითადი კრიტერიუმი არის მაქსიმალური დიაგნოსტიკური ინფორმაციის შესაძლებლობა.

უცნობი გენეზის ცხელება

(დიაგნოსტიკური ძიების საორიენტაციო სქემა)



დიაგნოსტიკური ძიების პროცესში, უცნობი გენეზის ცხელების დროს არანაკლებ მნიშვნელოვანია დამატებითი გამოკვლევების მონაცემების სწორი ინტერპრეტაცია, რამდენადაც მიღებული მონაცემების მცდარი შეფასება მიგვიყვანს ერთის მხრივ არასწორ დიაგნოსტიკამდე, მეორეს მხრივ დიაგნოსტიკური ძიების შემდგომ გართულებასთან. შეცდომის წყარო შეიძლება იყოს, კერძოდ, სისხლის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით მიღებული მონაცემების არასწორი განმარტება (ცრუ უარყოფითი შედეგები სეფსისით დაავადებულებში, ცრუ დადებითი შედეგი სეფსისის არ არსებობის დროს), სისხლის იმუნოლოგიური გამოკვლევა (ანტისხეულები ზოგიერთი ინფექციური აგენტების მიმართ, სიმსივნური მარკერები), სხივური და რადიოიზოტოპური მეთოდი და სხვ. მიღებული შედეგების შეფასებისას, აუცილებელია გავითვალისწინოთ კვლევის მეთოდის მგრძობელობა, სპეციფიურობა და დიაგნოსტიკური ეფექტურობა.

უცნობი გენეზის ცხელების გაშიფვრაში განსაკუთრებულ სირთულეს წარმოშობს იზოლირებული ცხელება, როცა პირველადი რუტინული გამოკვლევით არ ხერხდება დამატებით კლინიკო-ლაბორატორიული ნიშნების გამოვლენა, რომლებიც განსაზღვრავენ დიაგნოსტიკური ძიების მიმართულებას. მსგავს შემთხვევებში დამატებითი გამოკვლევები ატარებენ არასელექციურ ხასიათს და მიზნად ისახავს სპეციფიური დამატებითი ნიშნის გამოვლენას, შემდგომი მიზანმიმართული კვლევისათვის. ზოგიერთი მონაცემის მიხედვით, ცხელება სხვა ნიშნებთან ერთად ხშირად გვხვდება ინფექციური დაავადებების დროს, ხოლო იზოლირებული ცხელება სიმსივნური და სისტემური დაავადებების დროს.

უცნობი გენეზის ცხელება წარმოადგენს ატიპიურად მიმდინარე ჩვეულებრივ დაავადებას. ამასთან, ინფექცია არის უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზი შემთხვევათა 25-35%-ში. ინფექციებს შორის უფრო ხშირად გვხვდება ტუბერკულოზი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, სისტემური დაავადებები (რევმატოიდული ართრიტი, რევმატიული პოლიმიალგია, საფეთქლის არტერიტი).

ცხელება მოხუცებში

მოხუცებში, ასაკის მატებასთან ერთად იცვლება თერმორეგულაციის მექანიზმები და იმუნური პასუხი სხვადასხვა პათოლოგიურ ფაქტორებზე.

მძიმე ბაქტერიული ან ვირუსული ინფექციით დაავადებულ მოხუცთა 20-30%-ს ცხელებითი რეაქცია არ აღენიშნება. ისეთი დაავადებანი როგორცაა ენდოკარდიტი, პნევმონია, მენინგიტი, ბაქტერიემია შეიძლება მიმდინარეობდეს ბევრად დაბალი ტემპერატურული რეაქციით, ვიდრე ახალგაზრდებში. 80 წელზე უფროსი ასაკის მოხუცებში მწვავე ქირურგიული დაავადებანი (აპენდიციტი, პერფორაცია, მწვავე ქოლეცისტიტი) შეიძლება მიმდინარეობდეს 37,5⁰C-ზე დაბალი ტემპერატურით. მოხუცთა დიდ ნაწილს ცხელებითი რეაქცია შეიძლება ჰქონდეს დაქვეითებული და 12% სხეულის ტემპერატურის მომატება დაუგვიანდეს 12 საათზე მეტი ხნით. აქედან გამომდინარე, ორიენტაციას ცხელებაზე, როგორც ინფექციის ძირითად ნიშანზე, ამ ასაკობრივ ჯგუფში მივყავართ დაგვიანებულ დიაგნოსტიკამდე და მკურნალობამდე.

უცნობი ცხელების მიზეზები მოხუცებში:

- ბაქტერიული ინფექციები (25-35%)
- სისტემური დაავადებანი (29-31%)
- სხვადასხვა ლოკალიზაციის აბსცესები (16%)
- ტუბერკულოზი (8-10%)
- ავთვისებიანი სიმსივნეები (12-23%)
- სხვა ინფექციები (5-6%)

ხშირად გვხვდება ნაზოკომიალური ცხელება, რაც აიხსნება მოხუცთა ხშირი ჰოსპიტალიზაციით. ნაზოკომიალური ცხელების გამოვლინება მერყეობს ჰოსპიტალიზაციის მე-3-დან 36-ე დღემდე. უფრო ხშირად გვხვდება საშარდე გზების ინფექციები (39,4%), პნევმონია (19,6%), ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავება (6%), ანთებები სისხლძარღვის კათეტერის ირგვლივ (3%), კანისა და რბილი ქსოვილების ანთებები (2-3%). უცხო გენეზის ცხელების სიხშირე იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად (59 წლის ასაკში 56%; 65წლის ზევით 74%).

ცხელების მართვა ზოგადსაეიშო პრაქტიკაში
საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზები სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში

(Knockaert, 1983)

მიზეზები	ხანდაზმულები (204)	ახალგაზრდები (152)
ბაქტერიული ინფექცია	72 - (35%)	33 - (21%)
ვირუსული ინფექცია	1 - (0,5%)	8 - (5%)
ტუბერკულოზი	20 - (10%)	4 - (3%)
აბსცესი	25 - (16%)	6 - (4%)
ენდოკარდიტი	14 - (7%)	2 - (1%)
სხვა ინფექციები	12 - (6%)	13 - (9%)
სისტემური დაავადებები	57 - (28%)	27 - (17%)

უცნობი გენეზის ცხელება ბავშვთა ასაკში

ბავშვებში ცხელება ჩვეულებრივ გრძელდება ოთხ-ხუთ დღემდე და უმეტესწილად გამოწვეულია ინფექციებით, შემთხვევათა 70%-ში ვირუსული ინფექციით. ზოგჯერ ძნელდება ცხელების მიზეზის დადგენა, რაც ნაწილობრივ გამოწვეულია ანტიმიკრობული პრეპარატების არასწორი დანიშვნით, რადგან ისინი ცვლიან კლინიკური სურათს. უცხო გენეზის ცხელების ხშირ მიზეზს წარმოადგენს საშარდე სისტემის ინფექციები (პიელონეფრიტი, პიელოტი, ცისტეტი) აღმოცენებული განვითარების ანომალიის ფონზე. უფრო მოზრდილებში კი ყელ-ყურ-ცხვირის ორგანოთა ინფექციური დაზიანებით (ადენოიდიტი, სინუსიტი, ოტიტი, ტონზილიტი).

უცნობი გენეზის ცხელების მიზეზთა შორის ხშირად გვხვდება კუჭ-ნაწლავის ინფექციები (სალმონელოზი, ფსევდოტუბერკულოზი, ჰეპატიტი B და DC).

თანდაყოლილი გულის მანკების ქირურგიული კორექციის სიხშირის ზრდასთან დაკავშირებით აღინიშნება ქვემწვავე ბაქტერიული კარდიტების სიხშირის ზრდა.

უკანასკნელ წლებში გაურკვეველი სუბფებრილიტეტის მიზეზს წარმოადგენს ტუბერკულოზის და ასკარიდოზის გავრცელება, ხოლო სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური წესების უგულვებელყოფამ ხელი შეუწყო ტრიქინელოზისა და ტოქსოპლაზმოზის სიხშირის მატებას.

სტრუპტოკოკული ინფექციის გავრცელების მატებასთან ერთად მედიკები ელიან ინფექციურ-ალერგიული დაავადებების (რევმატიზმი, პოსტსტრუპტოკოკული ნეფრიტი, შემაერთებელი ქსოვილის დიფუზური დაზიანება) სიხშირის მატებას.

უცნობი გენეზის ცხელებით პაციენტის გამოკვლევისას, ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ბავშვთა ონკოლოგიური და ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების ზრდის ტენდენცია.

XX საუკუნის ბოლოსა და XXI საუკუნის დასაწყისში აღინიშნება აივ-ინფიცირებულთა და შესაბამისად, შიდსით დაავადებულთა რიცხვის ზრდა, მათ შორის ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში.

ბავშვთა და მოზარდთა სქესობრივი აღზრდის სისტემის არ არსებობამ და კომერციული, ეროტიული პროდუქციის „სიჭარბემ“ გამოიწვია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციური დაავადებების მატება.

უცნობი გენეზის ცხელების სტრუქტურაში არაპიროგენული ცხელების მიზეზებს შორის ძირითადი ადგილი უკავია ნეიროგენულ ცხელებას, რომელიც უფრო ხშირად დაკავშირებულია ნერვული სისტემის პერინატალური პათოლოგიის შედეგებთან.

როგორც ექიმები, ისე პედაგოგები აღნიშნავენ იმ ბავშვთა რიცხვის ზრდას, რომელთაც გამონატული აქვთ ყურადღების კონცენტრაციის დარღვევა, მეტყველების განვითარების შეფერხება, დიზართრია, დიზგრაფია, მოძრაობითი აქტივობის შეფერხება. ამ ბავშვებში ფსიქოლოგიური, ემოციური, გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვის გაზრდას მივყევართ ადაპტაციური დისფუნქციის განვითარებასთან.

მემკვიდრეობითი პათოლოგიის მატება ზრდის იშვიათი დაავადებების რიცხვს „გაურკვეველი“ ცხელებით, ხოლო მოზარდებში თირეოიდიტის სიხშორის ზრდას განაპირობებს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპროდუქციით ცხელების ალბათობა.

ბავშვი დაუდგენელი გენეზის ცხელებით მოითხოვს საფუძვლიან დიაგნოსტიკურ (ანამნეზურ ობიექტურ, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ) გამოკვლევას, და თუ ამან არ მოგვცა შედეგი, დინამურ დაკვირვებას.

უცნობი გენეზის ცხელების კლასიფიკაცია ბავშვთა ასაკში

I დაავადებანი პიროგენული ცხელებით

1. კეროვანი, გახანგრძლივებული და პერსისტიული ინფექციები
 - 1.1. საშარდე სისტემა - პიელონეფრიტი, პიელიტი, ცისტიტი, ურეთრიტი
 - 1.2. ოტო-რინო-ფარინგიალური სისტემა - ტონზილიტი, ადენოიდები, სინუსიტი, მასტოიდიტი, შუა ოტიტი
 - 1.3. ბრონქო-პულმონალური - არასპეციფიური გახანგრძლივებული პნევმონია; გახანგრძლივებული, მორეციდივე და ქრონიკული ბრონქო-ექტაზიური დაავადება, პლევრიტი, ფილტვის ტუბერკულოზი
 - 1.4. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის - რეგიონალური ენტერიტი, წყლულოვანი კოლიტი, პანკრეატიტი, აპენდიციტი.
 - 1.5. ღვიძლის და ნაღველ-გამომყოფი გზების - ვირუსული ჰეპატიტი, ქოლეცისტიტი.
 - 1.6. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა - ენდოკარდიტი, მიოკარდიტი
 - 1.7. საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის - ოსტეომიელიტი, ინფექციური ართრიტი
 - 1.8. გენიტალური - ადნექსიტი, ორქიტი, პროსტატიტი
 - 1.9. ფარული აბცესები - დენტალური, პოსტინექციური (ინექციის შემდგომი), დიაფრაგმისქვეშა, მცირე მენჯის, პარატონზილარული, ღვიძლში, ფილტვების, ტვინის, პარანეფრიტი.
 - 1.10. გახანგრძლივებული, ქრონიკული, პერსისტიული ინფექციების-სალმონელოზი, მუცლის ტიფი, ფსევდო-ტუბერკულოზი, იერსინიოზი, ტუბერკულოზი, ბრუცელოზი, ტულარემია, სტრეპტოკოკური ინფექცია, ლაიმის დაავადება, „კატის ნაკაწრის დაავადება“ ინფექციური მონუკლეოზის, აივ-ინფექცია, ჰერპესული ინფექცია, ჩვილ ბავშვთა თანდაყოლილი ინფექციები (მიკოპლაზმოზი, ქლამიდიოზი, ტოქსოპლაზმოზი, ციტომეგალოვირუსი და ა.შ.), მორეციდივე სოკოვანი, ბაქტერიული, ვირუსული ინფექციები—თანდაყოლილი იმუნოდეფიციტის მქონე ბავშვებში.
2. პარაზიტული დაავადებანი - ასკარიდოზი, ტრიქინელოზი, ტოქსოპლაზმოზი, ექინოკოკოზი, მალარია და სხვ.

3.შემართებული ქსოვილის დაავადებანი

- 3.1 რევმატიზმი
- 3.2 შემართებული ქსოვილის დიფუზური დაავადება - რევმატოიდული ართრიტი, სისტემური წითელი მგლურა და სხვ.

3.3 კავასაკის სინდრომი (ლორწოვან-კან-ჯირკვლოვანი სინდრომი)

3.4 სხვა სისტემური ვასკულიტები.

4. ალერგოზები - ალერგია კვების, ინჰალაციურ და მედიკამენტოზურ ალერგენებზე

5. ავთვისებიანი ახალ წარმონაქმნები.

5.1 ნეირობლასტომა

5.2 ემბრიონალური სარკომა

5.3 რეტინობლასტომა

5.4 ჰეპატომა

5.5 კარცინომატოზი

5.6 ლეიკოზი

5.7 ლიმფოგრანულომატოზი

5.8 სხვა ტიპის ლიმფომები

6. სისხლის დაავადებანი

6.1 ჰემოლიზური ანემია

6.2 თრომბოციტოპენიური პურპურა

7. რეტიკულოპისტიოციტოზი

8. სარკოიდოზი

9. სხვა დანარჩენი

9.1 დამწვრობა

9.2 ტრავმები

9.3 მოყინვა

9.4 შეუთავსებელი ჯგუფის სისხლის გადასხმა

9.5 უცხო ქსოვილის გადანერგვა

II არაპროგენული ცხელებითი დაავადებანი და მდგომარეობები

1. ენდოკრინული დაავადებანი

1.1 ფარის ებრი ჯირკვლის დაზიანება, თირეოტოქსიკოზით მიმდინარე

1.2 თირკმელზედა ჯირკვლის დაზიანება (ფეოქრომოციტომა)

1.3 შაქრიანი დიაბეტი

1.4 უშაქრო დიაბეტი (ნეიროგენული ან ნეფროგენური)

1.5 ჰიპერპარათირეოზი

1.6 ჰიპოფიზმის დაზიანება (ხშირად ადენომა)

1.7 ჰიპოთალამური სინდრომი

2. ნერვული სისტემის დაავადებანი (ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონიით)

2.1 ასფიქსიის შედეგად, ზურგისა და ქალა-ტვინის ტრავმა მშობიარობის დროს, ნაყოფის ქრონიკული მწვავე ჰიპოქსია, საშვილოსნოს შიდა ინფექციები-ბავშვთა ცერებრალური დამბლა, ტვინის მცირე დისფუნქცია, ფსიქო-მოტორული განვითარების შეფერხება

2.2 გადატანილი ნეიროინფექციის და ქალა-ტვინის ტრამვის შედეგად

2.3 ტვინის სიმსივნე

2.4 ტვინის განვითარების მანკები (ანომალიები)

2.5 ეპილეფსია

2.6 კისრის მძიმე ოსტეოქონდროზის შედეგად, ვერტებრო-ბაზილარული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (თუ უკმარისობა)

2.7 ნერვული სისტემის ფუნქციონალური დაავადებანი –ნევროზი, ფსიქოპათია

3. მოსაზღვრე მდგომარეობანი.

3.1 კონსტიტუციონალური -განპირობებული ვეგეტოსისხლძარღვოვანი დისტონია

3.2 ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონია მოზარდებში

3.3 ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონია ორსულობის პერიოდში

4 სხვა დანარჩენი

4.1. მემკვიდრეობითი დაავადებანი

- 4.1.1 ექტოდერმალური ანგიოდროტიული დისპლაზია (საოფლე ჯირკვლების არ არსებობის გამო)
- 4.1.2 პერიოდული დაავადება
- 4.1.3 ოჯახური დიზავტონომია (რაილი-დეის სინდრომი)
- 4.1.4 თირკმელ-ტუბულარური აციდოზი
- 4.1.5 დებრე-დე-ტონი ფანკონის დაავადება
- 4.2 რეაქცია სამკურნალწამლო საშუალებებზე (ასპირინი, ატროპინი და ბელადონას სხვა ალკალოიდები, თეოფილინი,
- 4.3 ადრენალინი, ნორადრენალინი, პროსტაგლანდინი, ამფეტამინი, ლაზერგილის მჟავას წარმოებულნი (მეტაკვალონი, გალოპერიდოლი, მათ ინჰიბიტორები ამინაზინი, ფენციკლიდინ, ამფოტერიცინ B)
- 4.4 რეაქცია ტოქსინებზე და შხამიან ნივთიერებებზე (ფოსფორ-ორგანული შენაერეთებით მოწამვლა, შხამიანი მცენარეებით და სოკოებით, კარტოფილის სოლანინი, ნაკბენი – ფუტკრის, მორიელის, ობობის „შავი ქვრივი“, მედუზი და მწვრობის), ნახშირწყალბადის ჩასუნთქვა.
- 4.5 თერმომეტრის არასწორი ჩვენება.
- 4.6 სიმულაცია – ფსიქოლოგიური ან ემოციონალური მოსაზრებებით ბავშვების ან მათი მშობლების მიერ ტემპერატურის შეგნებული აწევა.
- 4.7 ტემპერატურის მომატება ფიზიკური გადაძაბვის, უხვი ინსოლაციის შედეგად.

ცხელებიანი ავადმყოფის მკურნალობა

ცხელებიანი ავადმყოფის ცხელების შესაძლო მიზეზებია: ინფექციურ-ანთებითი დაავადებანი, არაინფექციურ-ანთებითი დაავადებანი და მდგომარეობები, დაუდგენელი გენეზის ცხელება. ცხელების მიზეზის გამორკვევამდე მკურნალობის დანიშვნის მიზანშეწონილობის საკითხი არ შეიძლება გადაწყდეს ერთმნიშვნელოვნად და საჭიროა, განხილული იქნას ინდივიდუალურად, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში.

მკურნალობის საფუძველს წარმოადგენს ძირითადი დაავადების ეტიოლოგიური მკურნალობა, ხოლო სიცხის დაშვებ თერაპიას აქვს სიმპტომატური ხასიათი.

ინფექციურ-ანთებითი დაავადებების დროს ცხელების ფიზიოლოგიური როლის გათვალისწინებით მიზანშეწონილი არ არის ყოველთვის მივაღწიოთ სხეულის ტემპერატურის ნორმალიზებას.

ბავშვთა უმეტესი ნაწილი სამი წლის ასაკამდე ავადმყოფობენ მწვავე რესპირატორული დაავადებით წელიწადში 2-6-ჯერ, ასაკის მომატებასთან ერთად რესპირატორული ინფექციის სიხშირე კლებულობს. ამიტომ ცხელებითი მდგომარეობის მართვა, განსაკუთრებით აქტუალურია ბავშვთა ასაკში.

ზომიერი ცხელება არ იწვევს ბავშვებში სერიოზულ დისკომფორტს, ხოლო ცხელებითი რეაქციის საფრთხე (დეჰიდრატაცია, ცვლის პროცესების ინტენსივობის ძლიერ გაზრდა) რამდენადმე გაზვიადებულია. ამიტომ ჯანმრთელ ბავშვებში, რომლებსაც არ აღენიშნებათ პრემორბიდული ფონი, კარგი რეაქტიულობით და ინფექციურ პროცესზე ადექვატური რეაქციით, სხეულის ტემპერატურის მომატებისას 39°C-მდე, არ ესაჭიროებათ სიცხის დაშვები საშუალებების დანიშვნა. გასათვალისწინებელია ასაკი, რაც უფრო მცირეა ასაკი, მით საშიშია ტემპერატურის სწრაფი და მნიშვნელოვანი მომატება, მეტაბოლიზმის პროგრესირებადი დარღვევის, ტვინის შეშუპების და

ვიტალური ფუნქციების დარღვევის რისკის გამო. ამასთან, არსებითი მნიშვნელობა აქვს მძიმე პრემორბიდულ ფონს.

ცხელების დროს გართულებათა განვითარების რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან:

- ბავშვებში 2 თვის ასაკამდე (ტემპერატურის მომატებით 38⁰-ზე ზევით)
- ანამნეზში ფებრილური კრუნჩხვები
- ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებით
- სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული პათოლოგია
- მემკვიდრეობითი მეტაბოლური დაავადება

ზოგადი თერაპიული ღონისძიებანი

ცხელების კეთილსაიმედო მიმდინარეობისას:

- პაციენტის აქტიურობის შეზღუდვა. წოლითი რეჟიმი თუ ტემპერატურა მეტია 38-38,5⁰C და პაციენტი თავს გრძნობს ცუდად.
- ოთახის ტემპერატურა არ უნდა აღემატებოდეს 20⁰C-სს, მიზანშეწონილია ოთახის ტემპერატურის დაქვეითება 3-4⁰C-ით, პაციენტის ძილის პერიოდში.
- სითხეების დიდი რაოდენობით მიღება, შეუზღუდავად, რამდენსაც მოისურვებს. ხილის წვენები - ასკილის ნაყენი, ჩაი ლიმონით, მინერალური წყლები, (ოფლის გამოყოფით და პერსპირაციის გზით დეჰიდრატაციის განვითარების თავიდან ასაცილებლად); თუ ბავშვში ძუძუთი კვებაზეა, საკმარისია, ხშირად მივაწოდოთ ძუძუ.
- კვება მადის შესაფერისად. წავახალისოთ ბავშვი ხშირად მიიღოს საკვები, მაგრამ ნუ დააძალბებთ.
- თუ ბუნებრივ კვებაზეა _ ხშირად მიიღოს ძუძუ.
- თუ ხელოვნურ კვებაზეა _ მივცეთ ერთი დამატებითი კვება.
- თუ 6 თვეზე მეტი ასაკისაა _ მიეწოდოს მრავალფეროვანი, ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები. მწარე კონსერვირებული პროდუქტები არ მიეცეს, არასასურველია ცარიელი რძის მიღება, მაღალი სიციხის დროს, შესაძლო ჰიპოლაქტაზის გამო.

“ვარდისფერი ტიპის” ცხელების (ცხელი კიდურები, სახის ჰიპერემია, სიციხის შეგრძნება) დროს, სხეულის მაღალი ტემპერატურის დაწევას იწყებენ გაგრილების ფიზიკური მეთოდებით.

სხეულს აგრილებენ 30-32⁰C ტემპერატურის წყალში დასველებული ღრუბლით 5 წუთის განმავლობაში; ბავშვის ტანსაცმელი უნდა იყოს მსუბუქი. თავისუფალი პროცედურა მეორდება 30 წთ-ის ინტერვალით 3-4-ჯერ. გასათვალისწინებელია ორი გარემოება:

- ოთახის ტემპერატურის (20-25⁰C) წყლით გაწმენდა იძლევა ნაკლებ ეფექტს, ვიდრე 30-32⁰C წყლიანი ღრუბლით გაგრილება.
- არყისა და ძმრის დამატება არ ზრდის ეფექტს, რადგან სხეულის ტემპერატურის მკვეთრი დაწევა იწვევს სისხლძარღვთა სპაზმას და სითბოს გაცემის შეფერხებას.

ჰიპერპირექსიის დროს (ტემპერატურა მეტია 40,5-41⁰C) მოწოდებულია გამაგრილებელი აბაზანები. წყლის ტემპერატურა 1⁰C-ით ნაკლები უნდა იყოს სხეულის ტემპერატურაზე; ნელ-ნელა წყლის ტემპერატურას აქვეითებენ თითო-თითო გრადუსით 37⁰C)-მდე. მთლიანად სამკურნალო აბაზანა შეიძლება გაგრძელდეს 10 წუთს. ასეთი პროცედურის დროს სითბოს გაცემა სამჯერ აღემატება კანის სველი გაწმენდის ან განიავების დროს გაცემულ სითბოს რაოდენობას.

გაგრილების ფიზიკური მეთოდები არ გამოიყენება “თეთრი ტიპის” ცხელების დროს. გაგრილების ფიზიკური მეთოდების არაეფექტურობის შემთხვევაში ინიშნება მედიკამენტოზური თერაპია.

სიციხის დამწვევი საშუალებების (ანტიპირეტიკების) დანიშვნის საწინააღმდეგო არგუმენტებია:

- ცხელება შეიძლება წარმოადგენდეს დაავადების დიაგნოსტიკის და პროგნოზირების ერთადერთ ინდიკატორს.
- ცხელებითი რეაქცია დაცვითია, ამლიერებს იმუნურ პასუხს.

- სიცხის დამწვევი საშუალებებით თერაპია შლის კლინიკურ სურათს და ქმნის უსაფრთხოების ცრუ შთაბეჭდილებას.
- სიცხის დამწვევ თერაპიას ახლავს გვერდითი ეფექტები.

სიცხის დაწვევის საშუალებები მედიცინაში გამოიყენება 200 წელზე მეტია. დღეისათვის ანალგეტიკ-ანტიპირეტიკები იყოფა:

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ასს-იბუპროფენი, აცეტილსალიცილის მჟავა და ა.შ), პარაცეტამოლი.

უნდა აღინიშნოს, რომ ამ პრეპარატების მოქმედების მექანიზმი რამდენადმე განსხვავდება. პარაცეტამოლს აქვს სიცხის დამწვევი, ანალგეზიური და სუსტად გამოხატული ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი, რადგან ციკლოოქსიგენაზის ბლოკირებას ახდენს უპირატესად ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში და არ გააჩნია პერიფერიული მოქმედება. აქედან გამომდინარე – არა აქვს გამოხატული ანტითრომბოციტალური ეფექტი (ე.ი. არ არღვევს თრომბოციტების ფუნქციას). არ იწვევს და არ ამლიერებს სისხლდენას, არ თრგუნავს დიურეზს. პარაცეტამოლის მეტაბოლიზმის ხარისხი იცვლება ასაკთან ერთად, რაც განისაზღვრება ციტოქრომ-450 სისტემის სიმწიფით. გარდა ამისა, პრეპარატის და მისი მეტაბოლიტების გამოყოფის შეფერხება შეიძლება აღინიშნებოდეს ღვიძლისა და თირკმელების ფუნქციის დარღვევისას. დღე-ღამის დოზა 60მგ/კგ ბავშვებში უსაფრთხოა, მაგრამ მისი გაზრდის შემთხვევაში შეიძლება გამოვლინდეს პრეპარატის ტოქსიური მოქმედება. თუ ბავშვს აღენიშნება გლუკოზო-6-ფოსფატდეჰიდროგენაზის და გლუტათიონის

რედუქტაზის უკმარისობა, პარაცეტამოლის დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს ერითროციტების ჰემოლიზი, მედიკამენტური ჰემოლიზური ანემია, რასაც ზოგჯერ ახლავს ზოგადი რეაქცია (ტემპერატურის მომატება, თავის ტკივილი).

იმუნიზაციის შემდგომი ჰიპერთერმია განიხილება, როგორც ჩვენება იბუპროფენის მიღებაზე. პარაცეტამოლი და იბუპროფენი ინიშნება ბავშვებში სიცოცხლის პირველი თვეებიდან (3 თვის ასაკიდან). რეკომენდებულია ერთჯერადი დოზები - პარაცეტამოლი 10-15მგ/კგ, იბუპროფენი 5-10 მგ/კგ. განმეორებითი მიღება შეიძლება 4-5 სთ-ის შემდეგ არაუმეტეს 4-ისა დღეში. გამოიყენება ხსნარის სახით, სანთლები (20 მგ/კგ ერთჯერადი დოზით). ნომენკლატურიდან ამოღებულია ამიდოპირინი.

ჯანმრთელობის ექსპერტთა რეკომენდაციით აცეტილსალიცილის მჟავას ხმარება, სიცხის დაწვევის მიზნით, მწვავე ვირუსული ინფექციების დროს არ არის რეკომენდირებული 12 წლის ასაკამდე. რეის სინდრომის მძიმე, ხშირად სასიკვდილო ტოქსიკური-ენცეფალოპათიის და შინაგანი ორგანოების ცხიმოვანი დეგენერაციის განვითარების, ძირითადად ღვიძლისა და თავის ტვინის გართულებების საფრთხის გამო.

ბავშვებში ასპირინის აუტანლობა გვხვდება იშვიათად და ამ შემთხვევაში იბუპროფენის გამოყენებაც უკუნაჩვენებია.

ანტიპირეტიკების მიღების ჩვენება		
ბავშვთა ჯგუფები	მხოლოდ ცხელება (ტემპერატურა აქსილარული)	ცხელება, ტემპერატურე, შემცივნება, ტკივილი (ტემპერატურა აქსილარული)
ჯანმრთელი ბავშვები (ასაკი > 2 თვეზე)	> 39,0 – 39,5°C	> 38°C
2 თვემდე ასაკის ბავშვები რისკის ჯგუფის ბავშვები	> 38 -38,5°C	> 37,5°C

მეტამიზოლს (ანალგინს) შეუძლია გამოიწვიოს ანაფილაქსიური შოკი და აგრანულოციტოზი (მისი სიხშირე 1:500000) სასიკვდილო გამოსავალით. შესაძლებელია ამ პრეპარატზე ხანგრძლივი კოლაპტოიდური მდგომარეობის განვითარება ჰიპოთერმით (34,5-35,0°C). ამის გამო ის ამოღებულია ხმარებიდან (ავსტრიაში 1965 წლიდან, ნორვეგიაში 1976 წლიდან, აშშ-1977 წლიდან და ა.შ) ან მკვეთრად არის შეზღუდული მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში. ჯანმრთელობის სპეციალურ წერილში არ არის რეკომენდირებული მეტამიზოლის ფართოდ გამოყენება სიცხის დამწვევ საშუალებად. სამწუხაროდ, დღესაც ხშირად იყენებენ პედიატრები და მშობლები-ცეფალოსპინის სანთლებს (20%ანალგინი, 20%ასპირინი).

ცხელების არაკეთილსაიმედო მიმდინარეობისას – “თეთრი ტიპის ცხელებაზე” არ გამოიყენება გაგრილების ფიზიკური მეთოდები. მიზანშეწონილია სიცხის დამწვევი საშუალებების კომბინირება სისხლძარღვთა გამაფართოებელ საშუალებებთან (პაპავერინი 1-2 მგ/კგ), დიბაზოლი 0,1 მგ/კგ, ნიკოტინის მჟავა 1 მგ/კგ), რომელთაგან ყველაზე ხშირად გამოიყენება პაპავერინი 5-20მგ ასაკის მიხედვით ან ანტიპირეტიკების მიცემა, კანის დაზეღვა გაწითლებამდე და ინტრავენურად დეზაგრეგანტების შეყვანა, ექიმის გამოძახება ან ჰოსპიტალიზაცია.

სიცხის დამწვევი საშუალებების პარენტერალური დანიშვნა (მეტამიზოლი) ნაჩვენებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა პერორალური ან რექტალური გზით სიცხის დამწვევი საშუალებების (პარაცეტამოლი, იბუპროფენი) შეყვანა ვერ ხერხდება.

მდგრადი ცხელების დროს, ზოგადი მდგომარეობის დარღვევით და ტოქსიკოზის ნიშნებით, აგრეთვე ჰიპერთერმიული სინდრომის დროს, მიზანშეწონილია ანტიპირეტიკების, სისხლძარღვთა გამაფართოებლების და ანტიჰისტამინური (ან ნეიტროლეპტიური) პრეპარატების კომბინირებული გამოყენება პარენტერალური გზით. გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენის შემდეგ საჭიროა ჰოსპიტალიზაცია.

კრუნჩხვითი პაროქსიზმის კუპირებისათვის გამოიყენება ინტრავენური ან ინტრამუსკულარული 0,5% დიაზეპამის (სედუქსენი) შეყვანა 0,5 მგ/კგ-ზე.

არაინფექციური ანთებითი დაავადებების დროს ჰორმონების გაძლიერებული წარმოქმნის (თიროქსინი, კატექოლამინები), მედიკამენტების ჰიპერდოზირების დროს ანტიპირეტიკების დანიშვნა არ არის საჭირო. ტემპერატურა ნორმალიზდება ძირითადი დაავადების მკურნალობის ფონზე. ვეგეტატიური გენეზის ცხელების დროს არ ინიშნება ანტიპირეტიკები; გამოიყენება სედატიური მოქმედების პრეპარატები, კარგ ეფექტს იძლევა სამკურნალო ფიზიკულტურა, მასაჟი, ჰიპნოთერაპია, აუტოგენური ვარჯიში.

უცხო გენეზის ცხელების დროს, მის გაშიფვრამდე მკურნალობის დანიშვნის მიზანშეწონილობის საკითხი, აუცილებელია განხილულ იქნას კონკრეტული სიტუაციის მიხედვით, ინდივიდუალურად. სტაბილურ მდგომარეობაში, ჯობია, თავი შევიკავოთ მკურნალობისაგან. ამასთანავე, ზოგჯერ, წინასწარი დიაგნოსტიკური ჰიპოთეზის დასაბუთების შეუძლებლობის შემთხვევაში, შეიძლება განიხილებოდეს საცდელი მკურნალობის დანიშვნის საკითხი, როგორც დიაგნოსტიკის ერთერთი მეთოდის. ასე მაგ.: საცდელი მკურნალობა ტუბერკულოსტატიური პრეპარატებით; ჰეპარინის დანიშვნა ღრმა ვენების თრომბოზლებიტზე ექვის შემთხვევაში.

უცნობი ეტიოლოგიის ცხელება

სისხლის, შარდის, ხახის ნაცხის მიკრობიოლოგიური კვლევა

კულტურა არ გამოიყო

კულტურა გამოიყო

გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

ენდოკარდიტი /სეფსისი/
პიელონეფრიტი /სინუსიტი
ტუბერკულოზი

პათოლოგია არ გამოვლინდა

გამოვლინდა პათოლოგია

ღვიძლის ფერმენტების აქტივობის განსაზღვრა

ტუბერკულოზი /სარკოიდოზი/
ლიმფომა

ფერმენტები ნორმაშია

გამოვლინდა გადახრები

ტესტი აივ ანტისხეულებზე

ამილაზის/ლიპაზის აქტივობის დადგენა

შარდითი

ღაღებიტი

ნორმაშია

მომატეპულია

შეფასდეს მილიკამენტოზური
ანაჩევი

შიდსი/შიდს ასოცირებული
კოკლეჩი

პანკრეატიტი

მილიკამენტებს არ ღებულობდა

ღებულობდა აღებულ ან პირებულ პრეპარატს

ჩატარდეს იმუნოლოგიური ტესტი და შეფასდეს
ფაბრილური აბლუტინინები და მათი ტიტრი

ტესტი დადებითია / აბლუტინინები არის

აბლუტინინები არ არის

ლაიმის დაავადება/ სალმონელოზი/ ტიფი
ბრუცელოზი/ ქსიტაკოზი

სისხლის სქელი წვეთის მიკროსკოპია

შარდითია

ღაღებიტია

ჩონჩხის ძვლების სცინტიგრაფია

ბაგეზიოზი/მაღარია

ცვლილებები არ არის

ცვლილებები არის

ელსის შეფასება

ავთვისებიანი სიმსივნის მეთასტაზები / ოსტეომიელიტი

ელსი <50 მმ/სთ-ში

ელსი >50 მმ/სთ-ში

მუცლის ღრუს და მენჯის KT

ანტინუკლეარული ფაქტორის ანალიზი

ცვლილებები არ არის

ცვლილებები არის

შარდითია

აღმოჩენილია ანტინუკლეარული ფაქტორი/ნ-
ღმ-სანტიგენი მიმართ ანტისხეულები

ძვლის ტვინის
ბიოფსია /დათესვა
სტერილობაზე

აბსტესი/ჰემატომა
ბიკერნეფროზი/ლიმფომა
მცირე მენჯის სიმსივნე

ექოკარდიოგრაფია

სისტემური წითელი გულურა

ცვლილებები არ არის

ცვლილებები არის

ცვლილებები არ არის

ცვლილებები არის

კუჭ-ნაწლავის
ტრაქტის
რენტგენოლოგიური
გამოკვლევა

ლიმფომა/ლეიკოზი
ტუბერკულოზი

არტოგრაფია

ენდოკარდიტი/პერიკარდიტი/
მიოკარდიტი

ცვლილებები არ არის

ცვლილებები არის

სტილის დაავადება
პერიოდული დაავადება

კვანძოვანი ვასკულიტი არტერიტი
აორტის გიგანტურმაიანი
არტერიტი

References

1. Hasday JD, Garrison A: Antipyretic therapy in patients with sepsis. Clin Infect Dis 31:S234, 2000 (PMID 11113029)
2. Aronoff DM, Neilson EC: Antipyretics: mechanisms of action and clinical use in fever suppression. Am J Med 111:304, 2001 (PMID 11566461)
3. Plaisance KI, Mackowiak PA: Antipyretic therapy: physiologic rationale, diagnostic implications, and clinical consequences, Arch Intern Med 160:449, 2000 (PMID 10695685)
4. Simmons DL, Wagner D, Westovar K: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, cyclooxygenase-2, and fever. Clin Infect Dis 31(suupl 5):S211, 2000 (PMID 11113025)
5. Axelrod P: External cooling in the management of fever. Clin Infect Dis 31(suppl 5):S224, 2000 (PMID 11113027)
6. Колмо Е.А.,Алферов В.П Лихорадка неясной этиологии у детей/ /Российский семейный врач-2003.-Т.7.-N1
7. ГеппеН.А.,Зайцева О. В.Представления о механизмах лихорадки у детей и принципах жаропонижающей терапии/ /РМЖ.-2003.-Т. 11 N 1
8. Маркова Т.П., Чувиров Г.Н Лихорадка как симптом//
9. Дидковский Н.А., Танасова А.Н.Лихорадка//РМЖ-2003-Т.11.-N 4
10. Таточенко В.К Рациональное применение жаропонижающих средств у детей//РМЖ-2000.-Т.8 N 1
11. Таточенко В.К., Верткин А.Л. Лихорадки у детей и взрослых//Медицинский вестник.-2003.-N 1-2
12. Дворецкий Л.И.-Инфекции и антимикробная терапия;-2000; Т.2.-N 2
13. Дворецкий Л.И.-ЛНГ реальна ли расшифровка? 2004;
14. Лихорадка неясного генеза//Consilium medicum.-2001.-Т.3. N9
15. Заплатников А.Л. Захарова И.Н.Овсянникова Е.М РМЖ-2000-Т.8-№13-14
16. Дворецкий Л.И Пожилрой больной и инфекция.Media infektion 2003 26.05
17. Тищенко М.С.,СтанкевичЛ.Н.,Лихорадка неясного генеза в клинике инфекционных болезней 2002.
18. Ветров В.П., Длин В.В. и соавт.Рациональное применение антипиретиков у детей. посо-бие для врачей.М., 2002.
19. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г.,Влияние НПВП и парацетамола на сердечно-сосудистую систему. кл.фармакология и Терапия 2002.11.
20. Таточенко ВК Рациональное применение жаропонижающих средств у детей РМЖ-2000-Т.8-№3