

ბ. ბოჭორიშვილი

აკადემიკოსის მოვლა

პრაქტიკული ჩვენები

წინამდებარე პრაქტიკული დამხმარე სახელმძღვანელო შედგენილია პროგრამის მიხედვით და განკუთვნილია სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტთათვის. წიგნის მიზანია მომავალ ექიმს დაეხმაროს პალატის ექთნის, უმცროსი მედიცინის დისა და დამლაგებლის საქმიანობის ათვისებაში, შეასწავლოს ავადმყოფის კვალიფიციური მოვლის საფუძვლები, ძირითადი პრაქტიკული ჩვენებები, სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპები, სამედიცინო მანიპულაციები, პროცედურები, ხელსაწყო-იარაღების გამოყენება, ოპერაციამდე ავადმყოფის მომზადების ძირითადი ელემენტები, ოპერაციის შემდგომი მოვლა, დეტის სახეობა, გადაუდებელი დახმარებისა და ავადმყოფის გამოკვლევის ზოგიერთი საკითხი და სხვ.

წიგნი გამოადგება აგრეთვე საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების მოსწავლეებს. იგი სათანადო სამსახურს გაუწევს მოსახლეობის ფართო მასას.

წიგნის შედგენისას ავტორმა გამოიყენა ე. პ. სალნიკოვის, ე. ი. გაგუნოვას, ლ. ზ. ზალიკინას, ს. ნ. მურატოვის, მ. ს. არხანგელსკაია-ლევიანას, ბ. თ. მილკოვისა და ვ. ნ. კრუტიაკის, ა. ვ. ვორობიოვის, ა. ნ. შაბანოვის, ბ. ლ. სმოლიანსკისა და ე. ი. აბრამოვას, ი. ხეგლინის, ი. ფ. პაუტკინის, ი. ა. ნესტერენკოსა და გ. ა. ბურომსკაიას, ვ. კ. გოსტიშევის და სხვა ავტორთა წიგნები, აგრეთვე საკუთარი სახელმძღვანელოები და მდიდარი კლინიკური და პედაგოგიური გამოცდილება.

რ ე ც ე ნ ზ ე ნ ტ ე ბ ი: პროფ. ს. ბუაჩიძე,
პროფ. ს. ხუნდაძე

© გამომცემლობა „განათლება“, 1988.

410100000—125

ბ ————— 265 — 88

M — 602(08) — 88

ISBN 5 — 505 — 00548 — 9

**ავადმყოფის მოვლის მნიშვნელობა, სამედიცინო
პარსონალის მუშაობა სამკურნალო დაწესებულებაში**

ავადმყოფის მოვლა მკურნალობის განუყოფელი ნაწილია. მოვლის ღონისძიებათა კომპლექსი აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას და უზრუნველყოფს მკურნალობის წარმატებას.

ავადმყოფის მოვლა გულისხმობს ორგანოთა ფუნქციებზე დაკვირვებას, ექიმის დანიშნულებისა და ყველა ღონისძიების ზუსტად შესრულებას, ავადმყოფის ძალის შენარჩუნება-აღდგენას, მისი ტანჯვისა და განცდების შემსუბუქებას.

მკურნალობისას ავადმყოფის თვითგარძნობასა და ფსიქიკურ მდგომარეობას მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს, ამიტომაც მისი მოვლა მკურნალობის არსებითი ნაწილია.

ავადმყოფის მოვლის მთელი სისტემა აგებულია მისი ფსიქიკური სფეროს დაზოგვისა და მოფრთხილების პრინციპზე. მას უნდა ავაცილოთ უარყოფითი ემოციის გამომწვევი ყოველგვარი გამღიზიანებელი, შევუქმნათ გულთბილი, მზრუნველი, გულისხმიერი დამოკიდებულების ატმოსფერო.

ავადმყოფის მოვლა დამოკიდებულია მისი მდგომარეობის სიმძიმეზე. ავადმყოფებს სრულიად განსხვავებული მოვლა ესაჭიროებათ სხვადასხვა დაავადებისა თუ ტრავმის დროს, ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

განსაკუთრებით ძნელი მოსავლელია ავადმყოფი ზურგის ტვინის დაზიანების (დაზიანების დონისა და ხარისხის შესაბამისად), სხეულის დიდი ფართის ღრმა დამწვრობის, მძიმე პერიტონიტის, უგონო მდგომარეობის, განავლოვანი ხვრელმილის შემთხვევაში, აგრეთვე უიმედო მდგომარეობაში მყოფი ონკოლოგიური ავადმყოფები და ა. შ.

ავადმყოფის მოვლა გულისხმობს: 1. წამლის მიცემას, სამედიცინო მანიპულაციასა და სხვა დანიშნულების ზუსტად შესრულებას; 2. დახმარებას ავადმყოფის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნათა შესრულებაში (დაღვინება, კვება, მოძრაობა, ნაწლავთა და შარდის ბუშტის განთავისუფლება, ამოხველება და სხვ.); 3. ავადმყოფის სასიცოცხლო ფუნქციებზე, მის მდგომარეობასა და ყოველგვარ ცვლილებებზე დაკვირვებას, განსაკუთრებით მდგომარეობის გაუარესების დროს; 4. ავადმყოფის მოვლას გართულებათა ასაცილებლად,

რასაც ხშირად პროფილაქტიკური მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, ავადმყოფის კანის მოვლით, მდებარეობის ხშირი შეცვლით შესაძლოა ავაცილოთ მას ნაწოლები, სუნთქვითი ვარჯიშით და ასევე ხშირი გადამბრუნებით — პნევმონია (ფილტვების ანთება), პირის ღრუს სანაციით (პირის ღრუში ანტისეპტიკური ხსნარების, თუნდაც წყლის ხშირი გამოვლებით, ენის, ღრძილებისა და ლოყის ლორწოვანას გაწმენდით თითზე დახვეული დასველებული დოღბანდით) — სტომატიტი (პირის ღრუს ლორწოვანას ანთება), პაროტიტი (ყბაყურა ჯირკვლის ანთება).

მოვლისას, ისე როგორც მკურნალობისას, ყოველთვის უნდა ითვალისწინებდნენ არა მარტო ავადმყოფობას, არამედ ავადმყოფის ასაკს, აგებულებას და სხვა ფაქტორებს.

ხანშესულთა და მოხუცთა მოვლისას უნდა გაითვალისწინონ, რომ ზოგჯერ ხერხემლის გამრუდების, დაგვიანებული რეაქციის, შესუსტებული სმენისა და ცუდი მხედველობის გამო ავადმყოფს სწრაფად ვერ გადააწვევენ. მათი არც საოპერაციო მაგიდაზე მოხიზრებულად დაწვენა ადვილი. ოპერაციის შემდეგ გართულებათა აცილების მიზნით აუცილებელია აქტიურობა. ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული ბოთლში ჩაბერვის ხერხი (სურ. 45), სამკურნალო ფიზკულტურა. ამ ასაკის ავადმყოფთა დიაგნოსტიკის დროსაც სიფრთხილეა საჭირო, დაავადების ნიშნები, მართალია, არის, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ნაკლები ინტენსივობით იყოს გამოხატული, არა ისე მკვეთრად, როგორც ახალგაზრდა ასაკში.

ავადმყოფის მკურნალობის გამოყოფა მოვლისგან, ისე როგორც მოვლის გამოყოფა მკურნალობისგან, არ შეიძლება. ისინი ერთმანეთს ავსებენ და ავადმყოფის განკურნების საწინდრად გვევლინებიან.

მართალია, ავადმყოფის მომვლელი ავადმყოფს დამოუკიდებლად არ მკურნალობს, მხოლოდ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას, მაგრამ ავადმყოფზე მის გულდასმით დაკვირვებას, ზოგჯერ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფთან მუდმივად არის ექთანნი და სწორედ მან უნდა შენიშნოს ყოველგვარი ცვლილება (გართულება) და საჭიროებისას მიიღოს სათანადო გადაწყვეტილება, საგანგაშო შემთხვევაში იმოქმედოს მშვიდად, გონივრულად. არ შექმნას პანიკა, სასიკვდილო გართულების დროსაც კი ექიმის გამოძახებამდე დაამშვიდოს ავადმყოფი და მიიღოს მარტივი, მაგრამ ზოგჯერ მეტად სასარგებლო ზომები: ღებინების შემთხვევაში ავადმყოფს დაუყოვნებლივ მიუბრუნოს თავი გვერდზე (ჯობს მარცხნივ), პირის ღრუ გამოუწმინდოს ნაღებინებო მასისგან, რათა იგი ავადმყოფმა არ შეისუნთქოს, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ასფიქსია

და ავადმყოფის-სიკვდილად (დახრჩობით) ან ასპირაციული პნევმონია. აბსცესი (ჩასუნთქული მასით ფილტვის რომელიმე უბნის დახშობა, გამოთიშვა, დაჩირქება). სუნთქვის ან გულის გაჩერებისას უნდა შეეძლოთ სუნთქვისა და გულის მუშაობის აღდგენა ხელმისაწვდომი მეთოდით (იხ. ქვევით), კიდურიდან სისხლის დენის შეჩერება, სისხლის დენის ზევით, მაგისტრალურ სისხლძარღვზე ზეწოლით, ხოლო შემდეგ კიდურზე ლახტის დადებით (თუ ინფიცირებული ქრილობა ახლოსაა მაგისტრალურ სისხლძარღვთან, ლახტი ყოველთვის უნდა იყოს საწოლზე გადაკიდებული). კუჭის ოპერაციის შემდეგ სისხლის დენის შემთხვევაში, თუ კუჭში ზონდი არ არის ჩადგმული ნაზოგასტრულად, უნდა ჩადგან საკმაოდ დიამეტრის ზონდი, ამაღლებული სასთუმალი დაუშვან. მძიმე შემთხვევაში კი ამაღლონ საწოლის ფეხებისკენა მხარე, ეპიგასტრიუმის არეში ავადმყოფს დაადონ ცივი რამ და სასწრაფოდ მოუხმონ მორიგე ქირურგს.

ასევე დაუყოვნებლივ უნდა შეატყობინონ ქირურგს იმ შემთხვევაშიც, თუ კუჭის (ან სხვა ორგანოს) ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს მუცელში უეცრად დაწყება ტკივილი. ექიმის მოსვლამდე და ტკივილის მიზეზის საბოლოოდ გარკვევამდე არავითარი ტკივილგამაყუჩებლის ხმარება არ შეიძლება. უნდა გვახსოვდეს გამოთქმა: „ტკივილი ჭანმრთელობის ფხიზელი გუშაგია“, ავადმყოფი ტკივილის გამო მიმართავს ექიმს, დაკვირვებული ექიმი კი — ტკივილის დაწყების, მისი გავრცელებისა და ხასიათის. გონივრულად შეკრებილი ანამნეზის მიხედვით ადგენს ავადმყოფობას.

ტკივილის მოსპობა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებით (ასევე სიმთვრალე) შენიღბავს მუცლის ღრუს ორგანოთა მწვავე ქირურგიული დაავადების ნამდვილ სურათს, დააგვიანებს, ხოლო ზოგჯერ ხანგრძლივადაც გადასწევს სწორ ქირურგიულ დახმარებას, რაც ავადმყოფის სიკვდილს გამოიწვევს. სამაგიეროდ, გულმკერდის, განსაკუთრებით კი გულის არეში ტკივილის შემთხვევაში სასურველია მისი დაუყოვნებლივ ლიკვიდირება სპაზმის საწინააღმდეგო ან ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების (ნო-შპა, ვალიდოლი, ნიტროგლიცერინი, ბარალგინი და სხვ.) გამოყენებით, მაგრამ ამ დროსაც აუცილებელია ექიმის (კარდიოლოგის) გამოძახება, ელექტროკარდიოგრამის გადაღება. გამოცდილ ექთანს, მით უფრო სტუდენტს (მომავალ ექიმს), ზოგჯერ ფასდაუდებელი დახმარების გაწევა შეუძლია ქირურგისთვის. მოვიყვანთ ზოგ მაგალითს.

ავადმყოფისათვის, რომელსაც გაუვალობის აშკარა ნიშნები ჰქონდა, გადაწყვიტეს გაეკეთებინათ ოპერაცია. მხედველობიდან გამორჩათ სპასოკუქოცის მითითება, რომ ნაწლავთა გაუვალობის

ყველა შემთხვევაში პირველ რიგში უნდა შემოწმებულიყო გაუვალობის მიზეზი, გაჭედილი თიაქარი ხომ არ არის. ექთანმა ავადმყოფს ბოქვენის არეში თმის გაპარსვისას შენიშნა გაჭედილი თიაქარის დამახასიათებელი გამობერილობა და ამის შესახებ ქირურგს მოახსენა. შუა ხაზზე ლაპაროტომიის მაგიერ გაჭედილი თიაქარის ოპერაცია გაკეთდა.

ერთ ცნობილ მეცნიერ მედიკოსს მუცლის შებერილობის გამო გაუვალობის დიაგნოზით ოპერაციას უკეთებდნენ. ექთანმა მუცლის კანის გაპარსვის დროს ავადმყოფს ჰკითხა — შარდზე ხომ გადიხართ და მხოლოდ მაშინ გაირკვა „შებერილობის“ მიზეზი — წინამდებარე ჭირკვლის აღენომა. საქმე ეხებოდა შარდის ბუშტის გადავსებას და არა გაუვალობას.

ავადმყოფის მოვლა უაღრესად საპასუხისმგებლო საქმეა. მისი შესრულება შეუძლია იმას, ვისაც უყვარს თავისი საქმე, არჩეული პროფესია. მომვლელი უნდა იყოს ავადმყოფისადმი უაღრესად გულისხმიერი და ყურადღებიანი. ის, ვინც არ ცდილობს სხვისი ტივილის შემსუბუქებას, ვერ გრძნობს სხვის გაჭირვებას, ავადმყოფის მომვლელად, მით უფრო მკურნალად, არ გამოდგება.

ავადმყოფისადმი ყურადღებიანი დამოკიდებულებისა და საქმის სიყვარულთან ერთად აუცილებელია შესაფერისი სამედიცინო ცოდნა.

ის, ვისაც ავადმყოფის მოვლა აკისრია, ვალდებულია იცოდეს არა მარტო ავადმყოფის მოვლის ყველა წესი და სამკურნალო პროცედურებს სწორად ასრულებდეს, არამედ სწორი წარმოდგენა ჰქონდეს ორგანიზმზე წამლის ან პროცედურის მოქმედების მექანიზმზეც. მართალია, მომვლელს უფლება აქვს და ვალდებულიც არის მიმართოს ექიმს დახმარებისათვის, მაგრამ ზოგჯერ საჭიროა დამოუკიდებლადაც მიიღოს ესა თუ ის გადაწყვეტილება, რისთვისაც აუცილებელია სათანადო ცოდნა, მომზადება.

მომვლელი ყოველმხრივ უნდა ცდილობდეს გაუფრთხილდეს ავადმყოფის ფსიქიკას, თუ ექიმის მიერ დანიშნული წამალი არ არის, მიაწოდოს მისი შემცველი. ზოგიერთი წამლის მოქმედებისათვის (განსაკუთრებით ზოგ შემთხვევაში) ხშირად დიდი მნიშვნელობა ფსიქოლოგიურ, შთაგონებით ფაქტორს აქვს.

დიდი ტაქტია საჭირო წამლების ჩამორიგებისას. ავადმყოფს წამალი უნდა მიაწოდონ თავაზიანი ფორმით, სათუთად, რაც ხაკმაოდ მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური ფაქტორია.

ცნობილია ნერვული სისტემის როლი დაავადების განვითარებაში, მის მიმდინარეობასა და განკურნებაში.

სამედიცინო პერსონალს განსაკუთრებით მოეთხოვება გაუფ-

რთხილდეს ავადმყოფის ნერვულ სისტემას. სამკურნალო დაწესებულებაში მუდამ შექმნილი უნდა იყოს სათანადო პირობები, მშვიდი ატმოსფერო, რაც კეთილსაიმედო გავლენას ახდენს ავადმყოფზე.

ავადმყოფის მოვლა ორგვარია: **ზოგადი და სპეციალური.**

ზოგადი ხასიათის მოვლა გულისხმობს ყველა იმ ღონისძიებას, რომელთა გამოყენება შეიძლება ყველგან და ყოველთვის, დაავადების ხასიათის მიუხედავად. ასეთია ჰიგიენური გარემოს და პირადი მოვლის პირობების შექმნა — ავადმყოფის მომსახურება, მასზე დაკვირვება, პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიების ჩატარება.

სპეციალური მოვლა გულისხმობს, ზოგადი ხასიათის მოვლის გარდა, დამატებით ღონისძიებებს სხვადასხვა დაავადების (ქირურგიული, ონკოლოგიური, გინეკოლოგიური, უროლოგიური, ნეიროქირურგიული, სტომატოლოგიური, დამწვრობითი და სხვ.) შემთხვევაში.

ავადმყოფის სწორი მოვლა უფრო შესაძლოა საავადმყოფოს პირობებში. ავადმყოფის მომვლელი უნდა იყოს მომზადებული, გათვითცნობიერებული, ექიმი სისტემატურად უნდა აძლევდეს მომვლელს სათანადო რჩევა-დარიგებას, ეხმარებოდეს პრაქტიკული ჩვევების უკეთ დაუფლებაში.

მომვლელ პერსონალს მოეთხოვება: 1. სათანადო ცოდნა, გამოცდილება, ჩვევები ავადმყოფის მოვლისთვის — სათანადო აპარატურის ხმარების დასაუფლებლად; 2. თავდაპერილობა, მოთმინება, ავადმყოფისადმი გულისხმიერი დამოკიდებულება; 3. განსაკუთრებული სისუფთავე; 4. დაწესებულებაში სუფთა, წინდახურული ხალათით მუშაობა, თავისა და თმების დაფარვა თავსაფრით (ჩაჩით), რბილი ჩუსტების ხმარება.

ლ. ს. ზალიკინას მიხედვით, ავადმყოფის მოვლის ღონისძიებათა კომპლექსი შედგება შემდეგი მომენტებისგან:

1. ექიმის დანიშნულების შესრულება: წამლების დარიგება, ინიექციების გაკეთება, კოტოშების, მდოგვის საფენების, წურბლების მოკიდება და სხვ.;

2. პირადი ჰიგიენის ღონისძიებათა გატარება: ავადმყოფის დაბანა, ნაწოლების პროფილაქტიკა, თეთრეულის გამოცვლა და სხვ.;

3. სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების შექმნა და დაცვა პალატაში;

4. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებაში დახმარება;

5. სანიტარიულ-საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება;

6. ლოგინის გაწყობა სუფთად და მოხერხებულად;

7. დახმარება მძიმე ავადმყოფის კვების დროს და ყველა ფიზიოლოგიური მოთხოვნილების შესრულებისას.

ექიმის უფლება-მოვალეობა. ექიმის დანიშნულებით ექთანს ევალება შეასრულოს: 1. კუჭის ზონდირება და ამორეცხვა; 2. ყველა სახის ოყნის გაკეთება (გამწმენდი, სიფონური, საკვები, ზეთის, წვეთოვანი); 3. აირგამომყვანი მილის სწორ ნაწლავში შეყვანა; 4. შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია რეზინის (ნელატონის) კათეტერით; 5. შარდის ბუშტის გამორეცხვა; 6. საშოს გამორეცხვა; 7. მღოვცის საფენებისა და კოტოშების გაკეთება, წურბლების მოკიდება; 8. სამკურნალო წამლების შეზღელა; 9. კანქვეშ, კუნთებსა და ვენაში ინიექციის გაკეთება; 10. კომპრესის გაკეთება; 11. არტერიული წნევის გაზომვა; 12. სისხლის დენის შემჩერებელი ლახტის დადება; 13. ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება; 14. ექიმამდელი დახმარება ტრავმული დაზიანების, მოწამვლის, მოყინვის, დამწვრობისა და სხვა შემთხვევაში; 15. ავტოპემოთერაპიის ჩატარება; 16. ფუნქციური სინჯების (სპირომეტრია და სხვ.) შემოწმება; 17. ხახიდან, სასქესო ორგანოებიდან ნაცხის აღება; 18. ფიზიოთერაპიული დახმარება ექიმის დანიშნულებით; 19. ხახაზე მედიკამენტის წასმა; 20. ყურის გამორეცხვა (გოგირდის საცობების მოშორება); 21. ტუბერკულოზის მომზადება ყველა განზავებით ტუბერკულოზინდიკოსტიკისათვის.

ექთანს უნდა შეეძლოს მძიმე ავადმყოფისა და დაჭრილის გადაყვანა, საჭირო შემთხვევაში მათი ტრანსპორტირება, აგრეთვე ელემენტარულ ლაბორატორიულ გამოკვლევათა ჩატარება (შარდის ანალიზი ცილაზე, სისხლიდან ნაცხის მომზადება, სისხლში ჰემოგლობინისა და ელს-ის შემოწმება).

სტაციონარში ექიმის მოვალეობა

1. მასზე მიმაგრებული პალატის ავადმყოფთა მოვლა და სანიტარიულ მდგომარეობაზე მეთვალყურეობა; 2. მკურნალი ექიმის სამკურნალო და ჰიგიენური დანიშნულების ჩაწერა და ზუსტად შესრულება; 3. ექიმის შემოვლაზე დასწრება, მისთვის ავადმყოფთა ჭანმრთელობის მდგომარეობის მოხსენება, ავადმყოფის შემდგომი მოვლის შესახებ მითითების მიღება; 4. ავადმყოფის ტემპერატურის შემოწმება დილა-სადამოს (ექიმის მითითებით დღის სხვა მონაკვეთშიც) და ტემპერატურის, სუნთქვისა და პულსის აღნიშვნა ტემპერატურის ფურცელზე; ექიმის დანიშნულებით უმცროსი სამედიცინო პერსონალის მიერ შეგროვილი სადღეღამისო შარდისა

და ნახველის რაოდენობის ჩაწერა ავადმყოფობის ისტორიაში; 5. ავადმყოფთა პირადი ჰიგიენის (კანის, პირის ღრუს სისუფთავე, თმისა და ფრჩხილების დაქრა), წესრიგის, სისუფთავის დაცვა პალატაში. ექთანი უნდა ზრუნავდეს ავადმყოფის სამკურნალო და მოვლისათვის საჭირო საგნების დროულად მომარაგებაზე, იმაზე, რომ ავადმყოფმა დროულად მიიღოს ჰიგიენური აბაზანა, გამოიცვალოს საცვლები და ლოგინის თეთრეული. ექთანი მონაწილეობს ავადმყოფთა სანიტარიულ-საგანმანათლებლო მუშაობაშიც; 6. დასუსტებულ ავადმყოფთა გულდასმით დათვალეირება, მათთვის დახმარების გაწევა ჭამისა და წყლის ან წამლის დალევის დროს, მათთვის თვალების, პირის ღრუს, ყურების გაწმენდა, მოფრთხილება ნაწოლების განვითარების აცილების მიზნით. პალატის ექთანი ავადმყოფის მოვლისას არ უნდა არღვევდეს მათ მყუდროებას; 7. ექიმის დანიშნულებით ანალიზისათვის მასალის (შარდის, განავლის, ნახველის, ლორწოსა და სხვ.) დროულად გადაცემა და გამოკვლევის პასუხის ლაბორატორიიდან დროულადვე მიღება, პასუხის ჩაკვრა ავადმყოფობის ისტორიაში; 8. თვალყურის დევნება, რათა ავადმყოფები, უმცროსი მედპერსონალი და მნახველები იცავდნენ საავადმყოფოს შინაგანაწესს; 9. ახალმიღებულთათვის საავადმყოფოს შინაგანაწესის, დღის რეჟიმისა და პირადი ჰიგიენის წესების, აგრეთვე საავადმყოფოში და ვანყოფილებათაშორის ტრანსპორტირების გაცნობა; 10. თვალყურის დევნება, რათა ავადმყოფები სწორად ლეზულობდნენ დანიშნულ მაგიდას (სამკურნალო კვებას) და გამოწერილ საკვებს, მნახველების მიერ მოტანილი პროდუქტის ვარგისიანობის გაკონტროლება ნებადართული ასორტიმენტის მიხედვით; 11. სამედიცინო სამეურნეო ინვენტარით პალატის გამართვისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; 12. მედიკამენტებზე, შესახვევ მასალასა და ავადმყოფის მოვლისთვის საჭირო საგნებზე მოთხოვნის შედგენა, აფთიაქში მისი წარდგენა ექიმისა და უფროსი ექთნის ხელმოწერის შემდეგ, აფთიაქიდან ზემოაღნიშნულის მიღებაზე ხელმოწერა; 13. ექიმის დანიშნულებით ავადმყოფის გავზავნა რენტგენოლოგიური და სხვა გამოკვლევებისთვის.

ავადმყოფის მომვლელი ექთანი (სტუდენტი) უნდა იყოს სამაგალითო დისციპლინის, ფაქიზი, სასიამოვნო შესახედაობის, ავადმყოფისადმი გულისხმიერი, მხარს უჭერდეს და ამხნევებდეს მას, ზუსტად ასრულებდეს ექიმის ყველა მითითებას, სამედიცინო მანიპულაციებს, უფრთხილდებოდეს სამედიცინო ხელსაწყო-იარაღებსა და სამეურნეო ინვენტარს.

მედიკოსის მუშაობაში წარმატების ერთ-ერთი საწინდარია ავადმყოფის სიყვარული.

მრავალი პროფესიიდან ხალხი სამართლიანად გამოყოფს მასწავლებლისა და ექიმის პროფესიებს. ამ ორი პროფესიის წარმომადგენლებმა შეიძლება ადამიანზე იმოქმედონ როგორც სასიკეთოდ, ისე დამლუპველად.

მედიკოსი უნდა იყოს მაღალი ზნეობის ადამიანი, შეეძლოს პირადული ინტერესები ავადმყოფის ინტერესებს დაუქვემდებაროს, მაგრამ საზოგადოებაც ყურადღებით, მოკრძალებით უნდა ეკიდებოდეს ექიმს. კვლავაც უნდა ამაღლდეს მედიცინის მუშაკთა პრესტიჟი.

სამედიცინო პერსონალის მოწოდებაა საკუთარი ჯანმრთელობის განწირვა სხვისი ჯანმრთელობისათვის. პოლანდიელი ექიმი ნიკოლაუს ვან ტულპი ამბობდა: „ეუნათებ რა სხვას, თვითონ ვიწვი“.

მედპერსონალის შრომა ბრძოლაა ადამიანთა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის. დაავადებულ ადამიანზე ზრუნვა მთელი სამედიცინო პერსონალის ზნეობრივი მოვალეობაა, მათი პროფესიული ბედნიერებისა და მორალური კმაყოფილების სათავეა. გამოჩენილი ქირურგი ა. ბაკულევი წერდა: „ჩაიხედე დედის აღელვებულ გულში, შეშინებულ თვალებში, შეხედე მამის მკაცრ სახეს, როდესაც თქვენს წინაშე წევს ბავშვი, რომელიც ოდნავ სუნთქავს. აჩვენე, რა შეგიძლია... იღელვებ ყოველ ოპერაციაზე, იღარდე, იტირე კიდევ, თუ ვერ შესძელი სიკვდილისაგან ადამიანის გადარჩენა. გაიხარე და იზეიმე შენი მეცნიერებით, როდესაც ყოფილი ავადმყოფი ჩამოგართმევს ხელს და მთელი სულითა და გულით გეტყვის: „გმადლობთ, ექიმო“.

სამედიცინო პერსონალს თავის ურთულეს საქმიანობაში მოვთხოვება განსაკუთრებული დისციპლინა, საექიმო დანიშნულების ზუსტი შესრულება. აუცილებელია საერთო კულტურის ამაღლება და ცოდნის მუდმივად სრულყოფა.

სამედიცინო პერსონალი ყოველთვის უნდა იყოს დინჯი, თავდაპირილი, მისი გარეგნული სახე დამამშვიდებლად მოქმედებდეს, ავადმყოფს უნერგავდეს სრულ ნდობას.

დიდ როლს ასრულებს ავადმყოფის მორალური მხარდაჭერა, მისი მწვავე განცდების დროს, როცა მასთან არ არის ახლობელი ადამიანი. ამიტომაც ნ. ნ. პეტროვს მიაჩნდა, აუცილებლად ექთანს სწორედ იმ ქალებიდან შეერჩიათ, რომლებსაც თავდავიწყ-

ყებით უყვართ თავისი საქმე, ადამიანები. ავადმყოფისადმი მიდგომა უნდა იყოს ინდივიდუალური, რადგან იგი მთელი გულით გრძნობს ყურადღებიან დამოკიდებულებას.

მძიმე დაავადების, არასასიამოვნო განცდებისა და ტკივილის შემთხვევაში ავადმყოფი ხშირად აღგზნებული, თავშეუქავებელი, ჭირვეულია. ამ დროს არ შეიძლება მასთან კამათი, გაჭავრება, ხმის ამაღლება, პირიქით, აუცილებელია ავადმყოფის დაწყნარება, თუ შეიძლება, დათმობაც კი.

ამასთან აუცილებელია მკურნალობის ისე წარმართვა, რომ ავადმყოფმა შეასრულოს ყველა საჭირო ღონისძიება, დაექვემდებაროს არსებულ წესებს, უდისციპლინო ავადმყოფის მიმართ საჭიროა სათანადო სიმკაცრე.

სამედიცინო პერსონალის მოვალეობაა უიმედო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს შთააგონოს გამოჯანმრთელების რწმენა. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს შეგნებულად უნდა დაუმალონ მისი ნამდვილი მდგომარეობა, გაამხნეონ იგი, რათა გაუუმჯობესონ განწყობილება, რაც ესოდენ აუცილებელია ძალის შენარჩუნებისათვის.

დაკვირვება ადასტურებს, რომ ავადმყოფს ყოველთვის ეხმარება ოპტიმიზმი. ზოგჯერ, როდესაც ოპერაციის გაკეთება გაუმართლებელია, მედპერსონალმა უნდა დააჩუმუნოს ავადმყოფი ოპერაციის უსაფუძვლობაში.

მედიცინის ისტორიაში ცნობილია ფაქტი, თუ როგორ მძიმედ განიცადა ცნობილმა ქირურგმა ნ. ი. პიროგოვმა, როცა მას მოსკოვში კონსილიუმმა დაუდგინა ზედა ყბის ალვეოლური მორჩის წყლულის კიბოდ გადაგვარება და აუცილებლად სცნო ოპერაცია. ავადმყოფი განცდების გამო ლოგინად ჩავარდა. ახლობლების რჩევით იგი ვენაში წაიყვანეს ცნობილ ქირურგ ბილროთთან. ბილროთმა განგებ უარყო კონსილიუმის აზრი, თქვა, უბრალო წყლულიაო, პაციენტი მიიღო დიდებულად, გაუმასპინძლდა, როგორც თავის მასწავლებელს. პიროგოვი ვენიდან დაბრუნდა სრულიად სხვა განწყობილებით და მისთვის ჩვეულ საქმიანობას შეუდგა: ღებულობდა პაციენტებს, ბაღში მუშაობდა, ცხენით დადიოდა, სანამ დაავადებამ თავისი არ გაიტანა.

მედპერსონალმა უნდა იცოდეს, რომ რაოდენ განსწავლულიც უნდა იყოს ავადმყოფი, თუნდაც ექიმი იყოს უიმედო მდგომარეობაში, მისთვის უფრო სასარგებლოა არ იცოდეს ავადმყოფობის ნამდვილი მიზეზი.

მსოფლიოს უმეტეს ქვეყანაში ავადმყოფს უმაღლეს დიაგნოზს,

იუ მას კიბო აქვს. ამის შესახებ მხოლოდ ახლობლებს ატყობინებენ. ზოგან კი ავადმყოფსაც ეუბნებიან ამის შესახებ. რადგან მი-აჩნიათ, რომ ადამიანმა უნდა იცოდეს თავისი მომავლის ბედი. დარჩენილი ცხოვრებაც მისთვის მოხერხებულად დაგეგმოს. ავთვისებანი სიმსივნის შემთხვევაში ზუსტ დიაგნოზს ავადმყოფს ატყობინებენ მხოლოდ მაშინ, როცა იგი კატეგორიულ უარს აცხადებს საჭირო ოპერაციულ მკურნალობაზე, ამასთან, განსაკუთრებული დიდი მზრუნველობით ეკიდებიან იმ კონტინგენტის ონკოლოგიურ ავადმყოფთა დახმარებას. რომელთა მიმართ რადიკალური ზემოქმედება შეუძლებელია. ზოგჯერ აკეთებენ პალიატიურ ოპერაციებს. ახორციელებენ სხივურ და რენტგენოთერაპიას. განსაკუთრებით კი ქიმიოთერაპიას და ზოგადგამამაგრებელ ღონისძიებებს. ზშირად უნიშნავენ პარენტერულ კვებას, სედატიურ და ნარკოტიკულ საშუალებებს. სიმპტომურ მკურნალობას, რათა ავადმყოფმა სიცოცხლის დარჩენილი დრო შედარებით უტანჯველად გაატაროს.

დეონტოლოგიის თვალსაზრისით ავადმყოფის საექიმო გარჩევა უნდა მიმდინარეობდეს პალატის გარეთ, მის დაუსწრებლად. თითოეული ექიმი უნდა გამოდიოდეს მედიცინის ძირითადი პრინციპიდან: ყველაფერი გააკეთოს ავადმყოფისათვის, მისი ჯანმრთელობისათვის და არა საკუთარი კეთილდღეობისა და პატივისათვის.

ავადმყოფი საექიმო მოქმედების უნაკლო ობიექტია, ექიმმა მასთან უნდა დაამყაროს საქმიანი თანამეგობრობა.

ავადმყოფის სულიერი სიმშვიდისათვის მეტად მნიშვნელოვანია ოპერატორ ქირურგსა და ავადმყოფს შორის ოპერაციამდელი კონტაქტი. ოპერაციამდე ქირურგმა უნდა გაამხნევოს ავადმყოფი, ჩაუწეროს მას ოპერაციის წარმატებით დამთავრების იმედი. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ექიმსა და ავადმყოფს შორის კონტაქტი ოპერაციის შემდეგ. ავადმყოფი ყოველთვის უნდა გრძნობდეს მასზე ოპერატორი ექიმის ზრუნვას. ყოველგვარი ქირურგიული მანიპულაცია უნდა ხორციელდებოდეს უმტკივნეულოდ, რისთვისაც ფართოდ უნდა იყენებდნენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს.

იმ შემთხვევაში, როცა ქირურგი დარწმუნებული არ არის, რომ შეძლებს ოპერაციის ჩატარებას, ვალდებულია უარი თქვას მასზე ან, უკიდურეს შემთხვევაში, სთხოვოს გამოცდილ ქირურგს ოპერაციის გაკეთებაში დახმარება.

ზედმეტი თვითდაჯერება ქირურგის მეტად ცუდი თვისებაა. ქირურგის გამბედაობა არ უნდა ცილდებოდეს მის შესაძლებლობას.

ავადმყოფის განწყობას აუმჯობესებს. როცა მას ექიმი ნახულობს არა მარტო ოფიციალური შემოვლისას, არამედ სხვა დროსაც, რაც ექიმის დიდი მზრუნველობის მაჩვენებელია.

ექიმს კარგი კონტაქტი უნდა ჰქონდეს ავადმყოფის ახლობლებთანაც. ახლობლების ყოველგვარი უკმაყოფილება ადვილად გადაეცემა ავადმყოფს, იწვევს მის გაღიზიანებას, ექიმისადმი უნდობლობას. ნათესავეებისა და ნაცნობების ნახვის საკითხიც ინდივიდუალურად უნდა წყდებოდეს, ავადმყოფის მდგომარეობის გათვალისწინებით.

ქირურგი, მისი დამხმარენი ოპერაციისათვის უნდა ემზადებოდნენ (ზშირად ნახულობდნენ საჭირო ატლასს, კითხულობდნენ სპეციალურ სახელმძღვანელოს). სასურველია ქირურგი იცავდეს წესს: ოპერაცია გააკეთოს მხოლოდ იმ ქირურგმა, რომელმაც ოპერაციამდე შეისწავლა ავადმყოფი და შესაძლებლობა აქვს სისტემატურად უკვირდებოდეს ავადმყოფს ოპერაციის შემდეგ.

ზოგჯერ დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზია ავადმყოფის არასწორი გამოკვლევა და გამოკვლევით მიღებული მონაცემების შეუფასებლობა, რასაც ძირითადად განაპირობებს: 1. პირველი შთაბეჭდილების საფუძველზე დიაგნოზის დადგენა და შემდგომ გამოკვლევის არასწორად წარმართვა; 2. ექიმის გადაჭარბებული ოპტიმიზმი ავადმყოფის გამოკვლევისა და შესწავლისას; 3. გამოკვლევით მიღებული მონაცემების ერთმანეთთან დაკავშირების უუნარობა და სიმპტომთა ახსნა სხვადასხვა დაავადებით.

მკურნალობისას ექიმი ნაკლებ შეცდომას დაუშვებს თუ იხელმძღვანელებს დებულებით: ავადმყოფს ისე უნდა მოექცე, როგორც ისურვებდი მოგქცეოდნენ შენი ავადმყოფობის დროს.

ექიმი არასდროს უნდა ეცადოს გართულება ან ავადმყოფის სიკვდილი ახსნას რაიმე შემთხვევითი მიზეზით. მან უნდა გამოიმუშაოს ჩვევა წარუმატებლობისას ეძებოს მისი ნამდვილი მიზეზი: 1. შეცდომა; 2. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გაუთვალისწინებლობა; 3. დაავადების გართულება და ა. შ.

სამკურნალო დაწესებულების ტიპები, მოწყობილობა, აღჭურვილობა და რეჟიმი

სამკურნალო დაწესებულების ძირითადი ტიპებია:

ამბულატორია (ლათ. ambulare - სიარული), - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, სადაც საექიმო დახმარებას უწევენ როგორც მოსიარულე, ისე ბინაზე მყოფ ავადმყოფებს.

ფებს, ავლენენ მათ, უტარებენ ეპიდსაწინააღმდეგო და სანიტარიულ-საგანმანათლებლო ღონისძიებებს;

პოლიკლინიკა (ბერძ. polis — მრავალი, klinike — მკურნალობა) — მრავალპროფილიანი სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებაა. აქ ზორციელდება თანამედროვე აპარატურით დიაგნოსტიკური გამოკვლევა, კვალიფიციური მკურნალობა, ზოგი ოპერაციული თუ სხვა სახის დახმარება (პროცედურები, ფიზიოთერაპია), აგრეთვე ქრონიკულ ავადმყოფთა დისპანსერიზაცია;

ჯანმრეობის, რომელიც აქვს საწარმოს და სამედიცინო-სანიტარიულ ნაწილს ეკუთვნის. წარმოების ოდენობის მიხედვით იგი საექიმო ან საფერშლოა (მუშაობს ექიმი ან ექთანი). აქ ატარებენ პირველ დახმარებას ტრავმის, პროფესიული მოწამვლის, დამწვრობისა და სხვა შემთხვევაში, ადებენ ნახვევს, აკეთებენ ინიექციებს და სხვ., ახორციელებენ სანიტარიულ-ჰიგიენურ, სანიტარიულ-საგანმანათლებლო და სამკურნალო პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

დისპანსერო (ეს სიტყვა ფრანგულ-ინგლისური წარმოშობისაა და „გაცემას“, „დარიგებას“, „თავის დაღწევას“ ნიშნავს) რომელიმე დაავადების (ვენერული, ტუბერკულოზური, ონკოლოგიური, კარდიოლოგიური, ფსიქიატრიული, ნარკოლოგიური, ენდოკრინოლოგიური და სხვ.) სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებაა, სადაც ატარებენ სპეციფიკურ მკურნალობას, პროფილაქტიკას, დისპანსერიზაციას.

დისპანსერიზაციის მუშაობის მეთოდს ახლა ფართოდ მიმართავენ ყველა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში. იგი გულისხმობს ავადმყოფთა აქტიურ გამოვლენას. სამკურნალო დაწესებულების (პოლიკლინიკის, ამბულატორიის, დისპანსერის და სხვ.) მუშაკთა ძალეებით ტარდება მოსახლეობის მასობრივი შემოწმება დაავადების ნაადრევი გამოვლენისათვის. შემოწმებისას გამოვლენილი ავადმყოფები აღრიცხვაზე აპყავთ დაკვირვებისა და საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული, პოლიკლინიკური ან სტაციონარული მკურნალობისთვის.

საშუალო სამედიცინო პერსონალს (ან მის შემცველ სტუდენტს) დისპანსერიზაციის პერიოდში დიდი მუშაობა მართებს როგორც საექიმო შემოწმების მომზადების, ისე დისპანსერიზაციაზე აყვანილ პირებზე სისტემატური დაკვირვების, სამკურნალო და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ჩატარების მხრივ.

ქალთა კონსულტაცია არსებობს სამშობიაროსთან ან პოლიკლინიკასთან ორსულთა დისპანსერიზაციისთვის, ორსულობის მთელ

პერიოდში მათზე მეთვალყურეობისთვის (ახალშობილთა მოვლა, ქალის პირადი ჰიგიენა).

სამედიცინო-სანიტარული ნაწილია ქალაქის პოლიკლინიკა ან საავადმყოფო პოლკლინიკით, რომელიც დიდი დაწესებულების ან საწარმოს (მაღაროს, ტრანსპორტის და სხვ.) მუშა-მოსამსახურეებს და მათი ოჯახის წევრებს ემსახურება სისტემატური დისპანსერიზაციის, პროფილაქტიკური გასინჯვების, დაავადების დასაწყისი ფორმების გამოვლენის, სწორი შრომითი მოწყობის, აგრეთვე დაავადების (ტრავმის) გამომწვევი მიზეზების დროული პროფილაქტიკის მიზნით.

გადაუღებელი სამედიცინო დახმარების სადგური ყველა ქალაქშია საჭირო შემთხვევაში გადაუღებელი სადღეღამისო სამედიცინო დახმარებისათვის. აქვეა კარდიოლოგიური, რენიმაციული და სხვა სახის სამსახური სასწრაფო დახმარებისთვის.

სავადმყოფო სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება ავადმყოფთათვის, რომელთაც სტაციონარული მკურნალობა ესაჭიროებათ. საავადმყოფოს აქვს თანამედროვე დიაგნოსტიკური, სამკურნალო აპარატურა და მოწყობილობა.

სავადმყოფოს ძირითადი სტრუქტურული ნაწილებია: მიმღები განყოფილება, ადმინისტრაციულ-სამეურნეო და სამკურნალო ნაწილი დიაგნოსტიკური და სამკურნალო განყოფილებები; საოპერაციო, საპროცედურო, შესახვევი; სპეციალიზებული განყოფილებანი ავადმყოფთათვის განკუთვნილი. აქვეა დასასვენებელი ოთახი მოსიარულე ავადმყოფთათვის, სასადილო, ბუფეტი, დამხმარე კვანძები (სანრტარული კვანძი, ტუალეტი, ოთახი თეთრეულისათვის).

სავადმყოფოს მოწყობილობა და აღჭურვილობა

ერთი მოზრდილი ავადმყოფისათვის 3,5 მ სიმაღლის პალატაში ნორმად მიღებულია 7 მ² ფართობი. პალატაში 5—6 ავადმყოფზე მეტი არ უნდა იწვეს, აქ შეიძლება იყოს ერთი ან ორი მძიმე ავადმყოფი.

პალატის ფანჯრები მიმართული უნდა იყოს სამხრეთის ან სამხრეთ-აღმოსავლეთისკენ, განათება—ელექტრონით (სჯობს მქრქალი ნათურით). ღამით გამოძახებისათვის თითოეულ საწოლთან მოწყობილი უნდა იყოს დამოუკიდებელი განათება, რათა სხვა ავადმყოფები არ შეაწუხონ.

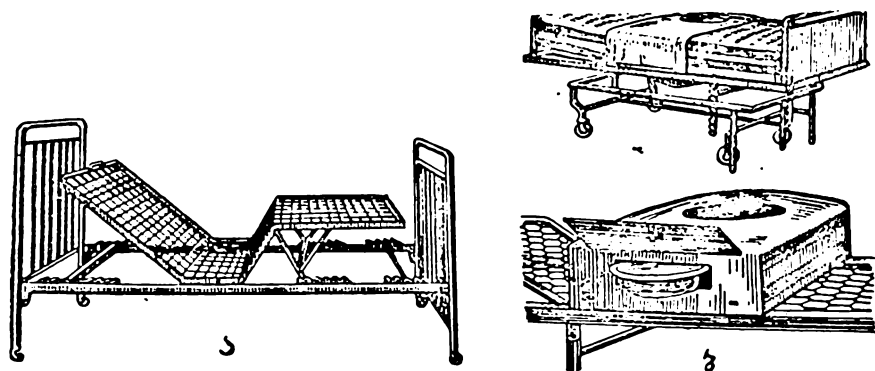
პალატაში ჰაერის ტემპერატურა უნდა იყოს 18—20°. მუდმივი

ტემპერატურა და სუფთა ჰაერი რეგულირდება კონდიციონერით ან სარკმლით და ფანჯრის გაღებით. ფანჯრის გაღების სიხშირე და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია წელიწადის დროზე, ამინდზე, მაგრამ ფანჯარას დღეში 2—3-ჯერ უნდა აღებდნენ, ზაფხულში ბადის გაკეთების შემდეგ ფანჯრის ღიად დატოვება დღეღამე გამართლებულია. პალატის განიავებისას ავადმყოფს თბილად უნდა დაახურონ, დაუშვებელია გამჭოლი ქარი. პალატის განიავება სასარგებლო და აუცილებელი პროცედურაა, ავადმყოფის (მით უფრო მისი თავმდგომის) არაფითარ განსჯას არ ექვემდებარება.

✓ პალატაში უნდა იყოს მხოლოდ აუცილებელი ავეჯი: საწოლი, ტუმბო, სკამი (იმდენი, რამდენიც საწოლია), საერთო მაგიდა, ტანსაცმლის საკიდი კარებთან ან კარადა ხალათებისთვის და კალათა ნაგვისთვის. კედელზე შიგნიდან დამაგრებული უნდა იყოს ჰაერის ტემპერატურის მაჩვენებელი თერმომეტრი, თითოეულ საწოლთან — ჩამრთველი სინათლით სიგნალიზაციისათვის ექტნის (მომვლელის) გამოსაძახებლად, აგრეთვე საყურისი რადიოსათვის. კეთილმოწყობილ პალატაში სასურველია იყოს ონკანები ცივი და თბილი წყლისთვის.

საწოლები განლაგებული უნდა იყოს პალატის გარეთა კედლის პარალელურად ფანჯარასთან, ერთმანეთისაგან 1 მ დაშორებით ისე, რომ ადვილი იყოს თითოეული საწოლის ირგვლივ შემოვლა, ავადმყოფის გადაწვენა, პროცედურის შესრულება, დალაგება.

ღკულის მძიმე დაზარალების შემთხვევაში ავადმყოფს უმაღლებენ სასთუმალს (ფოფურის მდებარეობა) ან აწვენენ ფუნქციურ სა-



სურ. 1. საწოლები: ა — ფუნქციური; ბ — განავლის (შარდის) მიმღების შესადგმელი ლეიბით

წოლზე (სურ. 1-ა), რომლის სეგმენტებს (სასთუმალს, ავადმყოფის ფეხებისა და წელის არის შესაბამის ადგილებს) სპეციალური სახელურით სასურველ მდებარეობაში აყენებენ.

მძიმე ავადმყოფთათვის მოსახერხებელია სეგმენტებისგან შედგენილი (არამთლიანი) ლეიბი, დაბინძურებისას ცვლიან მხოლოდ დასვრილ სეგმენტს. ჯარსებობს აგრეთვე სპეციალური ლეიბი განავლის (შარდის) მიძღვების შესადგმელად (სურ. 1-ბ). ტუმბოს და საწოლთან მდგომ მაგიდას, სადაც ავადმყოფის პირადი ნივთებია, სისტემატურად უნდა ამოწმებდნენ და ასუფთავებდნენ. განსაკუთრებით შემოწმებას საჭიროებს გარედან შემოტანილი პროდუქტები, მათი ვარგისიანობა, რაოდენობა.

საწოლის ფეხებისკენა მხარეზე ჩამოკიდებულია დაფა სპეციალური ფურცლით, რომელზეც წერია ავადმყოფის გვარი, სახელი, მამის სახელი, სისხლის ჯგუფი, დიაგნოზი, დიეტური მაგიდის ნომერი. ამ ფურცელზე აღნიშნავენ ტემპერატურას, პულსსა და სუნთქვის სიხშირეს. პალატაში უნდა იყოს სისუფთავე ბუზების, ტარაკების, ჭიანჭველების, მღრღნელების, ბაღლინჯოს გამოჩენისას დაუყოვნებლივ უნდა გამოიძახონ სპეციალისტი მათი ლიკვიდაციისთვის. განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს სასადილოსა და ბუფეტის სანიტარიული მდგომარეობა, მაგიდებისა და ჭურჭლის სისუფთავე, დეზინფექცია.

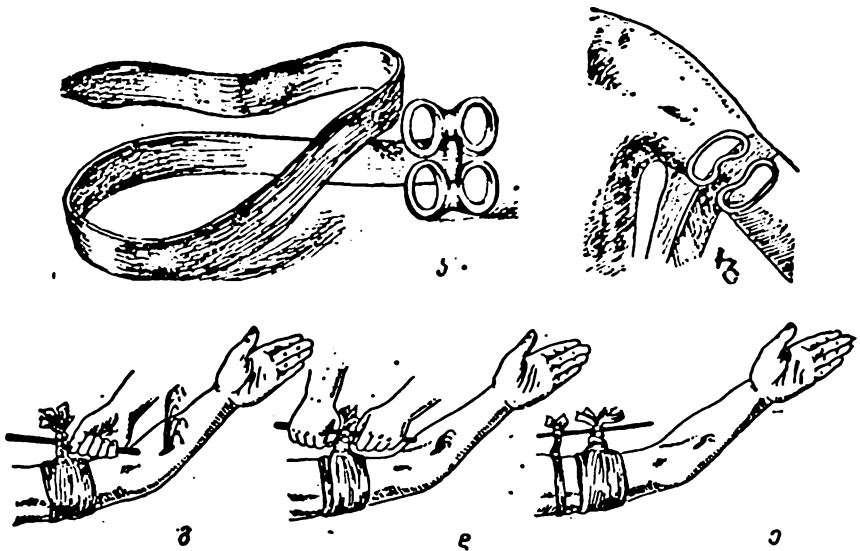
მომსახურე პერსონალს ფრჩხილები ძირში უნდა ჰქონდეს დაჭრილი, ეცვას სუფთად, ფაქიზად და ა. შ. (სურ. 2).

ღამით მელაპერსონალი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს მძიმე და მოუსვენარ ავადმყოფებს.

განყოფილებაში ყოველთვის უნდა იყოს სისუფთავე, არ იგრძნობოდეს სუნი. პერსონალი უნდა საუბრობდეს ჩუმად, ტელეფონით (იგი პალატიდან შორს უნდა იყოს) ლაპარაკი მხოლოდ აუცილებელ შემთხვევაშია დასაშვები. სიგნალიზაცია უნდა იყოს ელექტრონის, ავეჯი უხმაურო (რეზინის ძირებზე), კარები არ ჰრიალებდეს, იზეთებოდეს საჭიროებისას.

ავადმყოფის სანიტარიული დამუშავება

ავადმყოფთა სანიტარიული დამუშავებისათვის საავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებას ამ მიზნისთვის გამოყოფილ სპეციალურ კარადაში (ყუთში) უნდა ჰქონდეს ხელსაწყოები და სადეზინფექციო ხსნარები: 1. ლიზოლი, საპონი, სუფრის ძმარი, საპონ-ნავთის ემულსია, ჰექსაქლორინის 0,5%-იანი ხსნარი, კარბოფოსი, ქლორამინი; 2. თმის გადასაღები მანქანა, ვედრო თმისთვის (ვედროს თავი მჭიდ-
2. ა. ბოკორიშვილი



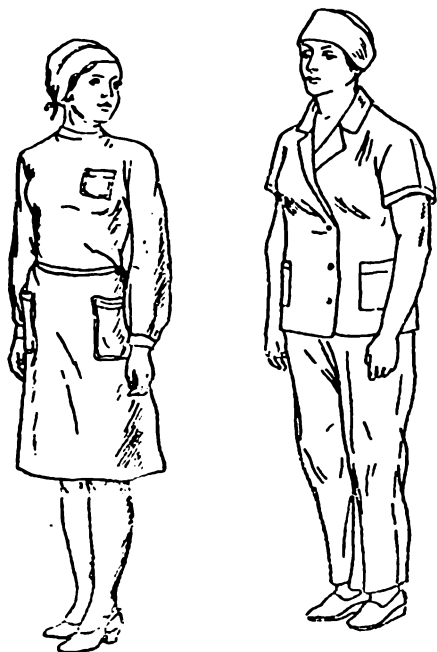
სურ. 83. ა — ტოგონიძის ლაბტი; ბ — მხარზე დადებულია ლაბტი; გ, დ, ე — სისხლის დენის შეჩერება იმპროვიზებული ლაბტით (მხარზე შემოვლებულია ჩხირით დაგრეხილი და დამაგრებული ბანდი)

ლაბტის დადება უკუნაჩვენებია: კიდურზე მწვავე ქირურგიული ინფექციის და მწვავე თრომბოფლებიტის შემთხვევაში. გართულებების აცილების მიზნით ბავშვებს (ასევე მოზრდილებს) მხარზე ადებენ რეზინის ბანდს.

ნაჭრის ლაბტის დადების ტექნიკა ასეთია: 1. საჭიროა ლაბტის დადება კრილობის პროქსიმალურად და, მასთან რაც შეიძლება ახლოს; 2. ლაბტს ადებენ ტანსაცმლიან კიდურზე, თასმის თავისუფალ ბოლოს ატარებენ ლითონის რგოლში და მას კიდევ 2—3-ჯერ შემოატარებენ კიდურზე; 3. ლაბტის თავისუფალი ბოლოს აბზინდაში გატარების შემდეგ ბოლომდე დაჭიმვენ და ამაგრებენ (სურ. 83).

სისხლის დენის შეჩერება შეიძლება იმპროვიზებული ლაბტით (ცხვირსახოცი, ტანსაცმლის სახელოთი, დოლბანდის ნაჭრით და სხვ.). ბანდის ან თასმის ორივე ბოლოს კიდურზე მოჭერის და განასკვის შემდეგ ჩხირით დაგრეხენ სისხლის დენის შეჩერებამდე; სატრიალებელი ჩხირის ბოლოს მარყუჟში ამაგრებენ (სურ. 83 გ, დ, ე).

როდ უნდა იხურებოდეს), ვედრო სადეზინფექციო ხსნარების მოსამზადებლად, ორი ქვაბი წარწერით „სუფთა“ და „კუჭუკიანი“ ნეკისათ-



სურ. 2. პალატის ექთნის, საოპერაციო დის ფორმა

ვის, ჰიდროპულტი, პარკები ტანსაცმლის შესაგროვებლად, მუშამბის ასაფარებელი ავადმყოფისათვის თმის გაკრეკისას, დანაყოფებიანი მენზურა, სპირტქურა, ბამბა, თავსაფრები, სავარცხლები, ნეკა.

ავადმყოფის სანიტარიულ-ჰიგიენური დამუშავება დამოკიდებულია დაავადების (დაზიანების) სიმძიმეზე, ავადმყოფის მდგომარეობაზე. ძალიან მძიმე მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს (შოკი, გულის კუნთის ინფარქტი, გულის კრილობა ან სხვა არეში კრილობა მძიმე კლინიკური ნიშნებით, გასტროდუოდენტური პროფუზური სისხლის დენა, მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული

დაავადება, უგონო მდგომარეობა და ს.ჯ.) სანიტარიული დამუშავების ვარეშე აგზავნიან შოკის, რენიმაციის განყოფილებაში, საოპერაციოში ან პირდაპირ სათანადო განყოფილებაში გადაუდებელი დახმარებისათვის.

როცა ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისაა, მისი სანიტარული დამუშავება საჭიროა მარტივად.

სხეულს, განსაკუთრებით კანის ნაოჭებს, შორისისა და საზარდულის არეს, ილღის ფოსოებს, სარძევე ჯირკვლების ქვეშ არეს წმენდენ რომელიმე სადეზინფექციო ხსნარში (ქაფურის სპირტში, ოდეკოლონიში, არაყში) დასველებული პირსახოცით.

თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო აბაზანა უკუნაჩვენებია, ავადმყოფს შხაპით დაბანენ; ამისათვის ავადმყოფის დასაჯდომად აბაზანაში დგამენ ტაბურეტს.

პატარა საავადმყოფოში ხორციელდება ჯერ ქალის, შემდეგ კი მამაკაცის სანიტარიული დამუშავება. დიდ საავადმყოფოში პარალელურად ცალ-ცალკე შეიძლება მათთვის ამ პროცედურის ჩატარება.

მიმღებ განყოფილებას აქვს გასახდელი, ე. წ. დასათვალისწინებელი ოთახი, სადაც ავადმყოფს ამოწმებენ და ამზადებენ ჰიგიენური აბაზანისათვის. ამ ოთახში დგას ტახტი, კარადა სუფთა თეთრეულისათვის, ყუთი ქუჭყიანი ტანსაცმლისათვის, მაგიდა თმის გასაკრეპი და გასაპარსი მოწყობილობით, აქვე აქვთ ნეჟა, ქვაბები წარწერით „სუფთა ნეჟისათვის“, „ქუჭყიანი ნეჟისათვის“, კედელზე ჰკიდია თერმომეტრი. ავადმყოფის დაბანის შემდეგ ნეჟას გარეცხავენ, კეცავენ და ქვაბში გამოხარშავენ. ყოველი ავადმყოფის დაბანის შემდეგ აბაზანას დაამუშავებენ ნეჟით, ჯაგრისით.

გასახდელ ოთახში აღწერენ ავადმყოფის ქონებას აქტის სახით ორ ეგზემპლარად. ერთ მათგანს მიამაგრებენ ავადმყოფობის ისტორიას, მეორეს — ნივთებს და შესანახ კამერაში ინახავენ ავადმყოფის გაწერამდე.

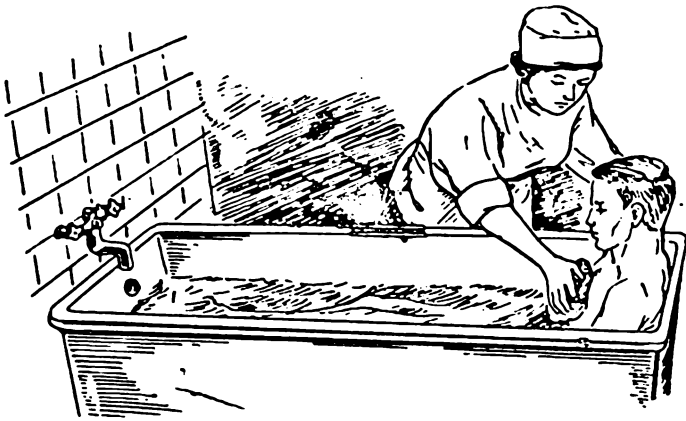
✓ ექთანი (სტუდენტი) ავადმყოფს უთვალისწინებს თმიან ნაწილს. თუ მას ტილი ან წილი აღმოაჩნდა, გახდამდე სვამენ ტახტზე და თმიან ნაწილს დაუმუშავებენ ერთ-ერთი ქვემოაღნიშნული მალამოთი (ხსნარით): 1. კარბოფოსის წყალ-ემულსირებული ხსნარით; 2. 5%-ანი მეთილაცეტოფოსის მალამოთი; 3. 0,5%-ანი მეთილაცეტოფოსის და იმავე რაოდენობის ძმარმჟავათი; 4. მეთილაცეტოფოსის შამპუნით; 5. 0,25%-ანი წყალ-ემულსირებული დიკრეზილით; 6. 10%-ანი წყალ-საპონ-ნავთის ემულსიით (40 ნაწილი ნავთი, 35 ნაწილი K ან სარეცხი საპონი, 25 ნაწილი ცხელი წყალი); 7. ნიტროფორით. თმის დამუშავების შემდეგ ავადმყოფს ახურავენ თავსაფარს 15—20 წუთით; შემდეგ თმას კარგად ბანენ თბილი წყლით და აპკურებენ 6%-ან სუფრის ძმარს.

მოპარსვის შემდეგ თმას აგროვებენ მუშამბასა ან ქალაღში და წვავენ. თუ თმას არ კრეჭენ, მას წილების მოსასპობად ასველებენ 27—30°-მდე გამთბარი სუფრის ძმრით და ვარცხნიან წმინდასავარცხლით.

დატილიანებულ თეთრეულს ათავსებენ მუშამბის პარკში, ასველებენ საღებნიფექციო ხსნარში (4%-ანი დღტ-ს ემულსია, ჰექსაქლორანი, 0,5%-ანი კარბოფოსის ხსნარი, 1%-ანი აცეტოფოსის ან მეტაფოსის ხსნარი) და აგზავნიან საღებნიფექციო კამერაში.

ავადმყოფის ისტორიის სატიტულო ფურცელზე აწერენ „P“-პედიკულოზის (დატილიანების) ლიკვიდაციისათვის ასეთი ავადმყოფი განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას საჭიროებს. მას უტარებენ განმეორებით დამუშავებას და შემთხვევის შესახებ ატყობინებენ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

დასათვალისწინებელი. (გასახდელი). ოთახიდან ავადმყოფი-გადაყავთ სააბაზანოში, სადაც ტემპერატურა 25°-მდე უნდა იყოს. ავად-



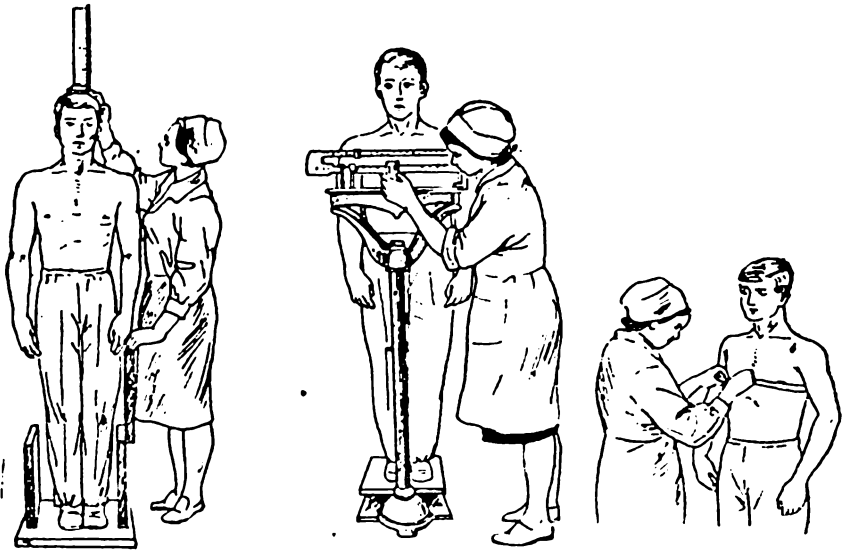
სურ. 3. ავადმყოფის სანიტარული დამუშავება აბაზანაში

მყოფის დაბანის წინ აბაზანას კვლავ დაამუშავებენ ჯაგრისით. საპნით. საღებინფექციო ხსნარით, შემდეგ ავსებენ ცხელი წყლით (35-36°). ტემპერატურას წყალშივე ამოწმებენ თერმომეტრით (ოთახში წყლის ორთქლის დაგროვების აცილებისათვის სჯობს ჯერ ცივი, შემდეგ ცხელი წყლის გაშვება). წყალში ჩაწოლილ ავადმყოფს ნეჭითა და საპნით ბანენ თავს, სხეულს, კიდურებს. განსაკუთრებით შორისის, საზარდულის არეს, სარძევე ჯირკვლის ქვეშ ნაოქებს, ილიის ფოსოებს. მდგომარეობის მიხედვით დამუშავება გრძელდება 20-30 წუთი (სურ. 3).

აბაზანას ამზადებს და ავადმყოფს ბანს უმცროსი მედდა. ამას ესწრება ექთანი (სტუდენტი). რომელიც ავადმყოფს უსინჯავს პულსს, აკვირდება დაბანის ხარისხს. ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებისას უხმობენ ექიმს. ავადმყოფს ეხმარებიან აბაზანიდან ამოსვლაში, ამშრალევენ და აწვენენ ტახტზე, საჭიროებისას აუწვენ ფეხებს, ასუნთქებენ ნიშადურის სპირტს, თავზე ადებენ ცივ წყალში დასველებულ პირსახოცს. ავადმყოფის დამუშავების შემდეგ აბაზანას რეცხავენ ნეჭით, საპნით, დაამუშავებენ ქლორამინის 2%-ანი ხსნარით ან 0.5%-ანი ქლორიანი კირის გამჟვირვალე ხსნარით.

სანგამტარში ავადმყოფის დაყოვნება მინიმუმამდე უნდა შემცირდეს. ინფექციაზე საექვო ავადმყოფს უღებენ ბაქტერიულ სინჯებს დიაგნოზის დროულად დადგენისათვის, ეპიდსაწინააღმდეგო ზომების მისაღებად და მკურნალობისათვის.

განყოფილებაში გაგზავნამდე ავადმყოფს ამოწმებენ ანთროპოსტრიალად (ანთროპოს ადამიანი, მეტროს - ზიზა). ადგი-



სურ. 4. ანთროპომეტრია: ამოწმებენ სიმაღლეს, წონას, გულმკერდის გარშემოწერილობას

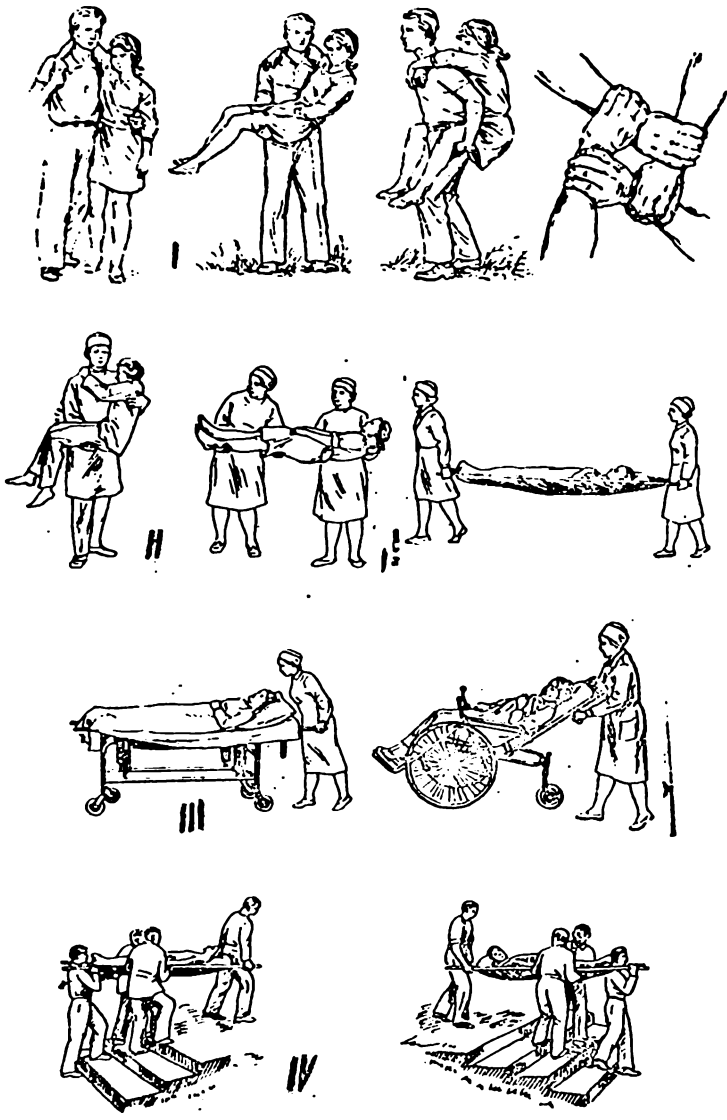
ნენ მის წონას, სიმაღლეს, გულმკერდის გარშემოწერილობას (სურ. 4). განყოფილებაშიც სისტემატურად ამოწმებენ ავადმყოფის წონას, განსაკუთრებით ზოგი დაავადების შემთხვევაში (კიბო, თირეოტიკიკოზი, შეშუპება, ტუბერკულოზი და სხვ.)

ბუ შარის მიხედვით სხეულის სიმაღლისა და წონის პროპორციულობას ასე ანგარიშობენ: სხეულის წონას (კგ) ამრავლებენ 100-ზე და ყოფენ სხეულის სიმაღლეზე (სმ); საშუალოდ იგი უდრის 32- 40. უფრო მეტი სიმსუქნის და ნაკლები გამზდრობის მაჩვენებელია.

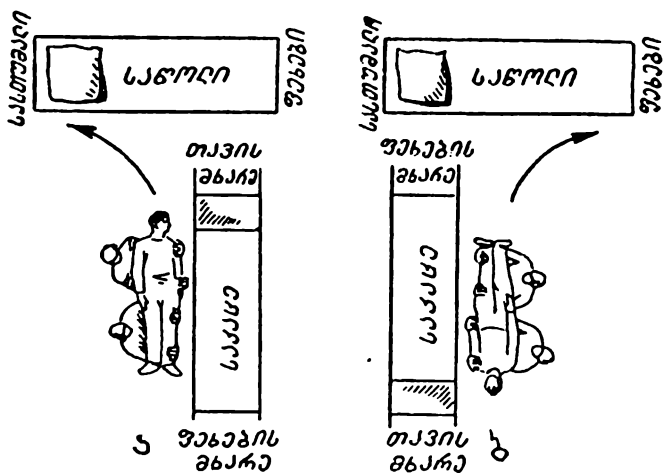
ბრუკშის ინდექსით გამოხატავენ სხეულის სიმაღლისა და გულმკერდის გარშემოწერილობის პროპორციულობას: გულმკერდის გარშემოწერილობას (სმ) ამრავლებენ 100-ზე და ყოფენ სიმაღლეზე (სმ). ინდექსი ნორმალურია 50-დან 55-მდე. 50-ზე ნაკლები ვიწროგულმკერდისა და 55-ზე მეტი განიერი გულმკერდის მაჩვენებელია.

პინიეს ინდექსით ადგენენ სხეულის ფიზიკური აღნაგობისა და ადამიანის კონსტიტუციის ტიპებს: სიმაღლეს (სმ) აკლებენ გულმკერდის გარშემოწერილობისა და წონის (კგ) ჯამს.

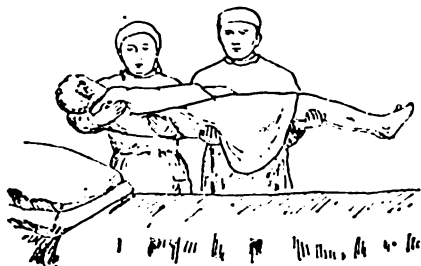
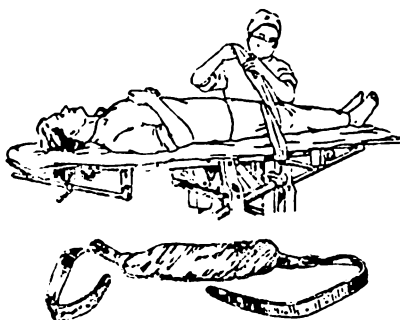
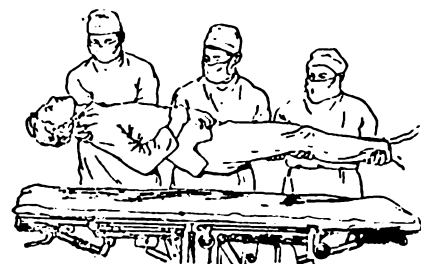
ჩერნორუცკის მიხედვით არჩევენ სამ კონსტიტუციურ ტიპს: 1. ასთენიურს, 2. ნორმოსთენიურს და 3. პიკნოსთენიურს. ასთენიურის სხეულის აგებულება (ჰაბიტუსი) განსხვავდება სიმაღლის



სურ. 5. ავადმყოფის გადაყვანა: I — (საავადმყოფოს გარეთ) ერთი ადამიანის მიერ მხარში აპოღვოებით, ატაცებით, ზურგზე მოკიდებით, ორის მიერ (ხელეებზე ავადმყოფის დასაჭლომად); II — სტაციონარში ავადმყოფის გადაყვანა ერთი სანიტრის, ორი სანიტრის მიერ, საკაცით, III — საგორავებლით, დასაჭლომ. საგორავებლით; IV — კიბეზე აყვანა და ჩამოყვანა.



სურ. 6. ავადმყოფის გადაწვევის სქემა: საკაციდან (საოპერაციო მაგიდიდან, საგორავებლიდან) საწოლზე (საოპერაციო მაგიდაზე, საგორავებელზე) ა — საქაცე (საოპერაციო მაგიდა, საგორავებელი); ბ — საწოლი (საოპერაციო მაგიდა, საგორავებელი)



სურ. 7. ავადმყოფის გადაწვენა საოპერაციო მაგიდაზე და დაშვარება; საოპერაციო მაგიდიდან ავადმყოფის გადაწვენა ორი სანიტრის მიერ

უპირატესობით სიგანესთან; პინიეს ინდექსი +30-დან +50-მდე და უფრო მეტია. ნორმოსთენიკისათვის პინიეს ინდექსი +10-დან +30-მდეა; ჰიპერსთენიკის — მასიური, ნაკვები და ძლიერი პირების სხეულის სიგანე გაცილებით სჭარბობს სიმაღლეს. პინიეს ინდექსი +10-ზე დაბალია, ჩვეულებრივ (—10—20).

სასურველია ექიმმა იცოდეს თავისი თითისა და ხელის მტევნის სიგანე; თითის ფალანგისა და მტკაველის სიგრძე, რათა საჭიროებისას იგი გამოიყენოს ორგანოს, პათოლოგიური პროცესის, სხეულის ზედაპირის ან განაკვეთის გასაზომად.

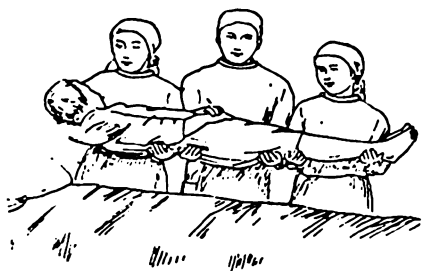
ავადმყოფის გადაზვანა განყოფილებაში

სანიტარიული დამუშავების შემდეგ დაავადების მიხედვით ავადმყოფი გადაყავთ განყოფილებაში სხვა განყოფილების ავადმყოფებთან კონტაქტის გარეშე.

ავადმყოფის გადაყვანის სხვადასხვა გზა არსებობს. ტრანსპორტირების სახეს ექიმი შეარჩევს. დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფი (თუ არ არის მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადება, სისხლის დენა, შოკი და სხვ.) განყოფილებაში მელბერსონალის თანხლებით ფეხით მიდის. ზოგჯერ ავადმყოფი მიყავთ სავარძელ-საგორავებლით. უფრო მძიმე ავადმყოფი ორ ადამიანს გადაყავს საკაცით (ფეხებით წინ) ან მუხრუჭიანი საკაცე საგორავებლით, რომელზეც დაგებული უნდა იყოს სუფთა ზეწარი და საბანი (წელიწადის დროის მიხედვით). ავადმყოფი შეიძლება ხელითაც გადაიყვანოს ერთმა ან ორმა ადამიანმა (სურ. 5).

თუ სავადმყოფოს არა აქვს ლიფტი, ავადმყოფი კიბეზე აპყავს 2 (ან 4) ადამიანს საკაცით თავით წინ. ფეხების მხარეს წევენ მაღლა, რათა ავადმყოფს შეუწარმოებინონ ჰორიზონტალური მდებარეობა: კიბეზე ჩამოყვანისას საკაცის ფეხების მხარე წინ არის და აწეულია თავის დონეზე (ე. ი. კიბეზე ავადმყოფის აყვანისა და ჩამოყვანისას იგი ჰორიზონტალურ მდებარეობაში უნდა იყოს (სურ. 5 IV).

მძიმე ავადმყოფის გადაწვენა საკაცე საგორავებლიდან საღებრაციო მაგიდაზე ან საწოლზე და, პირიქით,



სურ. 8. ავადმყოფის გადაწვენა სამი სანიტრის მიერ

მაგიდიდან საკაცზე ან საწოლიდან საკაცზე, ასევე საწოლიდან საწოლზე საჭიროებს სიფრთხილეს და გარკვეული წესების დაცვას (რასაც, სამწუხაროდ, უცოდინარობის გამო ზოგჯერ ვერ იცავენ). ყოველთვის წინასწარ უნდა განსაზღვროს, როგორ დააყენონ მოხერხებულად საგორავებელი საწოლთან, რომ აიცილონ ზედმეტი და ავადმყოფის შემაწუხებელი მოძრაობა. წესი ასეთია: საგორავებელი ან საკაცი, რომელზეც ავადმყოფი წევს, ფეხების მხარით უნდა დადგან ავადმყოფის თავისაკენ, თუ საკაცსა და საწოლს შორის ფართობი პატარაა, მახვილ კუთხეს თანდათან ამცირებენ და პარალელურად დგამენ, მაგრამ სამედიცინო პერსონალი დგება საგორავებელსა და საწოლს შორის (ერთი მხრიდან) სახით აუცილებლად ავადმყოფისაკენ. მხოლოდ ასე აძვივთ ავადმყოფი გადასაწვენად, რაც მობრუნების შემდეგ ადვილად ხერხდება (სურ. 6, 7, 8).

საავადმყოფოს რეჟიმი

დრო	ღონისძიება	ჩატარებული მუშაობის მოცულობა
7—8	ტემპერატურის გაზომვა	თერმომეტრების დარიგება, ტემპერატურის აღნიშვნა სიცხის ფურცელზე
8—8 ³⁰	დილის ტუალეტი	მძიმე ავადმყოფის დახმარება დაბანაში, პირის ღრუს, თვალების, ცხვირის დამუშავება-ამოწმენდაში, დავარცხნაში. თეთრეულის გამოცვლა, ლოჯინის გასწორება, ავადმყოფის სწორად დაწვენა, საჭიროებისას გადაბრუნება; საწოლის, მაგიდის, კარადის დასუფთავება, წესრიგში მოყვანა. დილის გამამხნეველები ჰიგიენური ვარჯიში. შარდისა და განავლის გაგზავნა ლაბორატორიაში.
8 ⁰⁰	ავადმყოფის ადგომა	
8 ⁰⁰ —8 ³⁰	წამლების დარიგება	წამლების დარიგებისას აუცილებელია კონტროლი
8 ³⁰ —9 ³⁰	საუზმე	დახმარება საკმლის დარიგებისას, მძიმე ავადმყოფის კვება
9 ⁰⁰ - 10 ⁰⁰	ექიმის შემოვლა	შემოვლაში ექთნის, სტუდენტის მონაწილეობა, დანიშნულების ჩაწერა
10 ⁰⁰ —18 ⁰⁰	ექიმის დანიშნულების შესრულება	ავადმყოფის წაყვანა რენტგენის (ან სხვა დიაგნოსტიკურ) კაბინეტში, ლაბორატორიაში, კუჭის ზონდირებისათვის, კონსულტანტთან, პროცედურების, შეხვევის, ინიექციების ჩატარება, მძიმე ავადმყოფის მოვლა

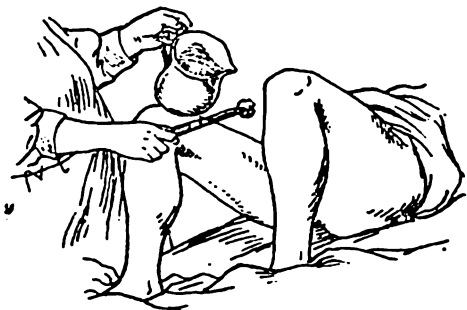
დრო	დონისძიება	ჩატარებული მუშაობის მოცულობა
13 ⁰⁰ - 13 ³⁰	წამლების დარიგება	წამლების დარიგებისას კონტროლი
13—15	სადილი	დახმარება საკმლის დარიგებისას, მძიმე ავადმყოფების კვება
15 ⁰⁰ —16 ⁰⁰	სადილის შემდგომი დასვენება (წოლითი რეჟიმში)	პალატის განიავება, პალატაში (განყოფილებაში), სიწყნარის დაცვა, მძიმე ავადმყოფზე მეთვალყურეობა
16—16 ³⁰	სადილის შემდგომი ჩაი	განყოფილებაში (პალატაში) წესრიგის დაცვა, ნათესავეების მიერ მოტანილი პროდუქტებისა და საგნების შემოწმება, დოკუმენტების (დანიშნულების ფურცლის და სხვ.) გაფორმება
16 ³⁰ — 18	ავადმყოფთან მნახველების მიღება	თავისუფალი დრო
18 ⁰⁰ —19 ⁰⁰	მორიგე ექიმის შემოვლა, ტემპერატურის გაზომვა	თერმომეტრების დარიგება, ტემპერატურის აღნიშვნა სიციხის ფურცელზე
19 ⁰⁰ —19 ³⁰	წამლების დარიგება	წამლების დარიგება ვახშმის წინ
19 ³⁰ —20 ⁰⁰	ვახშამი	დახმარება ვახშმის დარიგებისას, მძიმე ავადმყოფის კვება
20 ⁰⁰ —21 ³⁰	სალამოს დანიშნულების შესრულება	ავადმყოფის მომზადება მეორე დღისთვის, რენტგენოლოგიური ან სხვა სახის გამოკვლევისათვის, ოპერაციისათვის, ოყნის, კოტოშების, სათბური კომპრესიის გაკეთება, კულტურული გართობა (კადრაკი, შაში, დომინო)
21 ³⁰ —22	სალამოს ტუალეტი	ავადმყოფის დაბანა, თეთრეულის გამოცლა, ლოგინის გასწორება, მოსახერხებელ მდებარეობაში დაწვენა, პირის ღრუს გამოწმენდა (დამუშავება), პალატის განიავება და სხვ.
22 ⁰⁰ - 22 ¹⁵	დაძინება	პალატებში სინათლის გამოთიშვა (სინათლის ღამით დატოვება შეიძლება მხოლოდ მძიმე ავადმყოფთა პალატაში)

უმცროსი მედიცინის ღის მოვალეობა

უმცროსი მედიცინის და (სტუდენტი) დასუსტებულ ავადმყოფს აწოდებს თასს და წყალს დაბანისათვის, ხოლო მძიმე ავადმყოფებს თვითონ ბანს, გააქვს საფურთხებელი, განავლისა და შარდის მიმღები.

ავადმყოფებს, რომლებიც მკაცრ წოლით რეჟიმში იმყოფებიან, აუცილებელია საუზმემდე (და სხვა დროსაც საჭიროების მიხედვით) მიუტანონ შარდისა და განავლის მიმღები, შარდისა და განავლის შეგროვება ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის საუზმემდე საჭირო. აუცილებელია აგრეთვე მწოლიარე ავადმყოფების ჩაბანა შარდისა და განავლის შეუქავებლობის ან საშოდან გამონადენის შემთხვევაში (სურ. 9).

პალატას ალაგებენ 8-დან 9 საათამდე (ექიმის შემოვლამდე). სველი დალაგება აუცილებელია დღეში სამჯერ მაინც. ამ დროს რეზინის ხელთათმანებს იკეთებენ და ხმარობენ სადეზინფექციო ხსნარს (ქლორიანი კირის გამჟვირვალე ხსნარს, რომელსაც ასე ამზადებენ: მუქ ჭურჭელში ჩასხმულ 10 ლ წყალში ურევენ 1 კგ ქლორიან კირს, 12 საათის დაყოვნების შემდეგ გადმოასხამენ ხსნარს და ინახავენ ბნელ ადგილას. ხმარების წინ 1 ვედრო წყალში ასხამენ 200 მლ გამჟვირვალე ხსნარს).



სურ. 9. ავადმყოფის ჩაბანა

უმცროსი მედიცინის და ვახშმის შემდეგ სველი ჩვრით წმენდს იატაკს, ანიავებს პალატას, ეხმარება ექთანს (სტუდენტს) საღამოს დანიშნულების შესრულებაში (ოცნის გაკეთება, ავადმყოფის ჩაბანა და სხვ.), მძიმე ავადმყოფებს უსწორებს ლოგანს, პალატაში სინათლეს აქრობს.

ავადმყოფის პირადი ჰიგიენა, საწოლის მოწყობილობა და ავადმყოფის მღებარეობა საწოლში

საწოლი უნდა იყოს მოსახერხებელი, საკმაო ზომის, ნიკელის ან ზეთის საღებავით შეღებილი, რომ ადვილად იწმინდებოდეს და ხერხდებოდეს მისი დეზინფექცია. საწოლები ერთმანეთისაგან 1—1,5 მ-ით უნდა იყოს დაცილებული, რომ ყოველი მხრიდან მოსახერხებელი იყოს ავადმყოფთან მიდგომა. ავზნებული ავადმყოფისათვის საწოლის გვერდებს უკეთებენ ბადეს (ფიცარს) ბავშვის

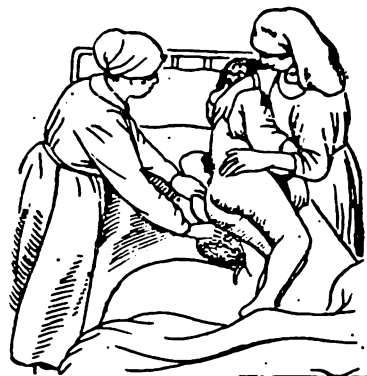
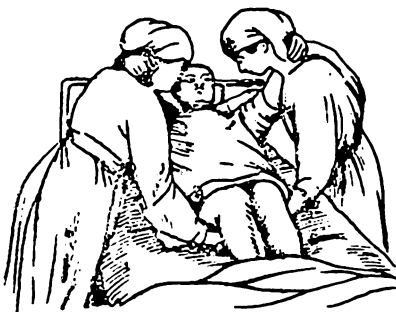
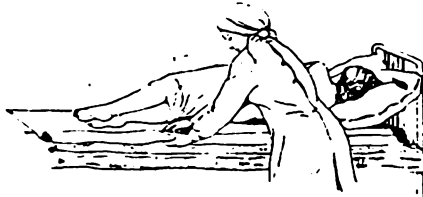
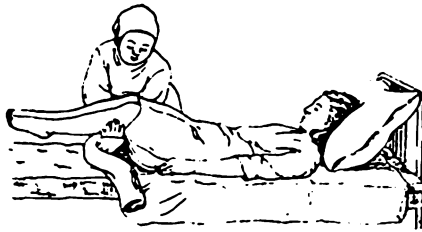
საწოლისმაგვარად. რომ არ გადმოვარდეს. საწოლის თავი კედელთან უნდა იყოს მიდგმული. საწოლის ფეხებს უნდა ჰქონდეს საგორავი გადასაადგილებლად. ამ მიზნით იყენებენ აგრეთვე თავისა და ფეხებისკენ სპეციალურ შესადგამს, რომელიც იატაკიდან ოდნავ ასწევს საწოლს და თვლების დახმარებით ავადმყოფის შეუწუხებლად ადვილად გააგორებენ საწოლს. საწოლის ბადე კარგად უნდა იყოს გაჭიმული და არა ჰამაკივით ჩავარდნილი (თუ ამას არ საჭიროებს აუცილებლობა ავადმყოფის მკურნალობისათვის — სიმფიზის გათიშვა, მენჯის ძვლების ზოგი სახის მოტეხილობა).

ღლები უნდა იყოს სწორი, ამოუბურცავი, თუ ავადმყოფს აქვს კრილობიდან გამონადენი, შარდს ან განაევალს ვერ იკავებს და სხვ. ლეიბს ზევიდან თითქმის 2/3-ზე აფარებენ და ამაგრებენ მუშამბას, შემდეგ ზეწარს და საფენს. ზეწარი უნდა იყოს გაჭიმული, გადატყეცილი (ბალიშისპირიცი), არ ჰქონდეს ნაკეცები, არ ეყაროს ნამცეცები, არც ბალიში უნდა იყოს დაჭმუჭნილი, შალითა კარგად უნდა იყოს საბანზე მორგებული.]

თეთრეულს და საცეცხებს ცვლიან კვირაში ერთხელ მაინც, საჭირღებისას უფრო ხშირად. განყოფილებაში უნდა იყოს თეთრეულის მარაგი. არ შეიძლება თეთრეულის რადიატორზე გაშრობა. ჭუჭყიანი თეთრეული დაუყოვნებლივ უნდა გაიტანონ პალატიდან სამრეცხაოში. გაგზავნამდე მას ინახავენ სპეციალურ თავდახურულ ყუთებში.

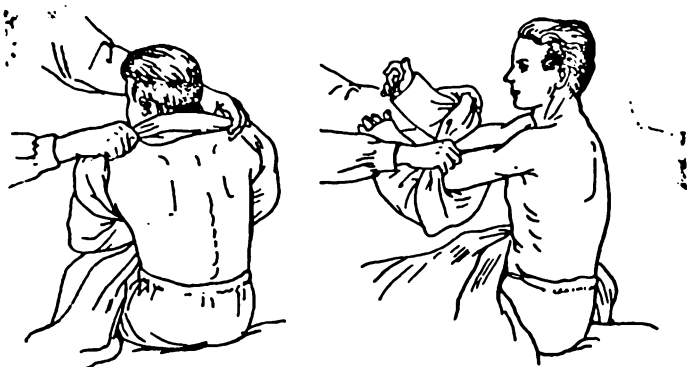
გამოცვლის დროს ავადმყოფს, რომელსაც შესწევს უნარი, სკამზე სვამენ და ისე უცვლიან თეთრეულს. მწოლიარე ავადმყოფის ზეწარს კეცავენ ან ახვევენ მორგვივით თავისა და ფეხებისკენ და ფრთხილად აცლიან. სუფთა ზეწარს ორივე მხრიდან ბანდივით დახვეულს შეიტანენ ავადმყოფის გავის ქვეშ და გაშლიან თავისა და ფეხებისკენ. გამოცვლა შეიძლება სხვაგვარადაც: ავადმყოფს აბრუნებენ საწოლის კიდისკენ. ჭუჭყიან ზეწარს ახვევენ ბანდივით. მის აღვილზე გაშლიან სუფთა ზეწარს, რომელზედაც ავადმყოფს გადმოაწვენენ, მეორე მხრიდან კი ააცლიან ჭუჭყიანს და სუფთა ზეწარის გაშლას ამთავრებენ (სურ. 10). თეთრეულს უკეთ ცვლის ორი მომვლელი. ✓

მძიმე ავადმყოფს პერანგს ასე უცვლიან: ხდიან გავის არიდან, ზურგსა და თავზე გადატარებენ და ააცლიან აწეული ხელებიდან. აცმევენ, პირიქით, ჯერ ხელებზე, შემდეგ თავსა და ტანზე (სურ. 11).



ურ. 12 თეარეტლის გამოცემის წესები: ერთი დამლაგებლის. ორი დამლაგებლის მიერ

მძიმე ავადმყოფს ზოგჯერ აცმევენ უკან გახსნილ პერანგს. რომელსაც ადვილად წამოაქმევენ წინიდან ზედა კიდეურებსა და ქეო: სხეულზე. კიდეურების (ზედა. ქვედა) დაზიანების შემთხვევაში პერანგს ხდიან ჯერ სალ. შემდეგ დაავადებულ კიდეურზე. აცმევენ შებრუნებით — ჯერ დაავადებულ, შემდეგ კი სალ კიდეურზე.

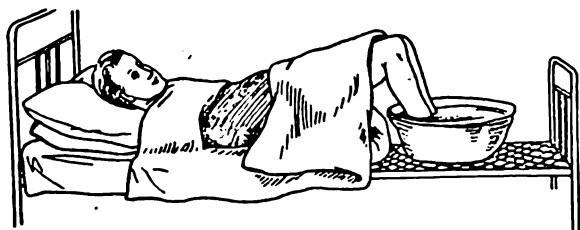


სურ. 11. პერანგის გამოცვლა

✓ კანის მოვლა

მწოლიარე ავადმყოფის კანი საჭიროებს ყოველდღე გაწმენ-
დას — დეზინფექციას ქაფურის სპირტით (ხმარების წინ ათბო-
ბენ), ღვინის სპირტით, ოდეკოლონით, ძმრის წყალხსნარით (0, 5 ლ
წყალში 1—2 სუფრის კოვზი ძმარი) ან უკიდურეს შემთხვევაში —
თბილი წყლით.

ავადმყოფის კანს წმენდენ ასე: რომელიმე სადეზინფექციო



სურ. 12. ფეხების დაბანა საწოლში. ხელებსა და ფეხებზე ფრჩხილების დაკრა

ხსნარში დასველებული პირსახოცის ერთი ბოლოთი წმენდენ კანს კისრის არეში, ყურებს უკან, ზურგზე, გულმკერდის წინა ზედაპირზე, ილიის ფოსოების არეში, განსაკუთრებით სარძევე ჯირკვლებისსქვეშა ნაოქებს, კიდურებს, შემდეგ კანს უმშრალებენ ასეთივე თანმიმდევრობით.

ავადმყოფს, როცა შესაძლოა, ბანენ ფეხებს კვირაში 1—2-ჯერ მაინც და აჭრიან ფრჩხილებს (სურ. 12).

ნაწოლები და მათი პროფილაქტიკა. კანის ცუდი მოვლისას, მით უმეტეს, როცა ავადმყოფი ძლიერ დასუსტებულია, მძიმე მდგომარეობაშია, სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად იმ ადგილებში, რომლებიც მეტად განიცდის ზეწოლას, უეცრად ნაწოლები (სურ. 13). ნაწოლი ზოგჯერ ზერელეა, ზოგჯერ კი კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ღრმა ნეკროზით.

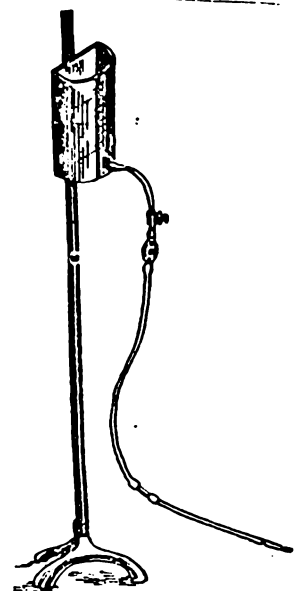
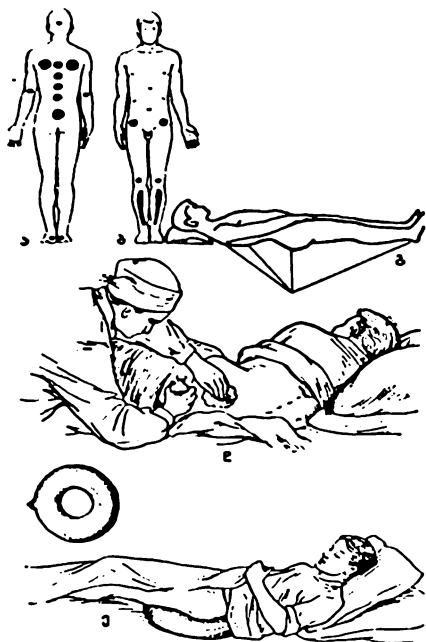
ნაწოლები უფრო ხშირია კუდუსუნისა და დიდი ციბრუტების, ზოგჯერ ~~ჭეჭებს~~ არეშიც. დასაწყისში ნაწოლის არეში კანი ფერმკრთალია, შემდეგ, პირიქით, წითლდება, შემუშდება და ეპიდერმისი ეცლება. მერე ვითარდება ბუშტუკები და კანის ნეკროზი. მძიმე შემთხვევაში ნეკროზდება არა მარტო კანი და სრტილი, ძვალიც კი იწყება რეზორბციული ცხელება, შემდეგ სეფსისი, რასაც ზოგჯერ სიკვდილი მოსდევს.

ნაწოლების პროფილაქტიკისთვის მეტწილად საკმარისია შემდეგი მარტივი ღონისძიებანი:

1. ავადმყოფს დღეში რამდენჯერმე უნდა შეუკვალონ მდებარეობა, რაც უმეტეს შემთხვევაში შესაძლო და სასარგებლოა სხვაგართულებათა (ჰიპოსტატიკური და ინფარქტული პნევმონია, თრომბოემბოლია და სხვ.) პროფილაქტიკისთვისაც;
2. დღეში რამდენჯერმე უნდა დაჭიმონ ზეწარი და გაასწორონ ნაკეციები, გადმოფერთხონ ნამკეციები;
3. ხანგრძლივად მწოლიარე მძიმე ავადმყოფი დააწვინონ შალითაჩამოცმულ გაბერილ რგოლზე;
4. ნაწოლების განვითარების მხრივ საშიში ადგილები ზემოდასახელებული რომელიმე სადუზინფექციო ხსნარით ან თბილი წყლით გაწმინდონ;
5. გაწითლებისას კანი დაასხვიონ კვარცხათურით, დაამუშაონ მშრალი პირსახოცით და ააცილონ მასზე ზეწოლა;
6. მაცერაციის შემთხვევაში კანი მობანონ ცივი წყლით და საბანით, დაამუშაონ სპირტით და მოაფრქვიონ ტალკისა და თეთრი სტრეპტოციდის ფხვნილი.

უკვე განვითარებულ ნაწოლს მკურნალობენ ასე: ბუშტუკებს გაჭრიან, დაამუშავენ ბრილიანტის სპირტხსნარით და მშრალ ასეპ-ტიკურ ნახევებს აკეთებენ.

კარგად გამოხატულ, შემოფარგლულ ნეკროზულ



სურ. 13. ნაწოლების განვითარების უზ-შირესი ადგილები (ა, ბ, გ); ნაწოლების პროფილაქტიკა; დ — კანის გაწმენდა საღებუნებელი სხნარით; ე — რეზინის რგოლი და მასზე ავადმყოფის დაწვენა

სურ. 14. ესმარქის ტოლიჩა და სპეციალური ბუნიაო საშოს გამოსარეცხად

კერას აცილებენ (აკეთებენ ნეკრექტომიას), კრილობას დღეში 2—3-ჯერ აფარებენ 1%-იანი მანგანუმჟეავა კალიუმის ხსნარში დასველებულ სტერილურ ხელსახოცებს, გასუფთავების შემდეგ დაადებენ ვიშნევსკის მალამოს] ან სინტომიცინის ემულსიის ნახვევს.

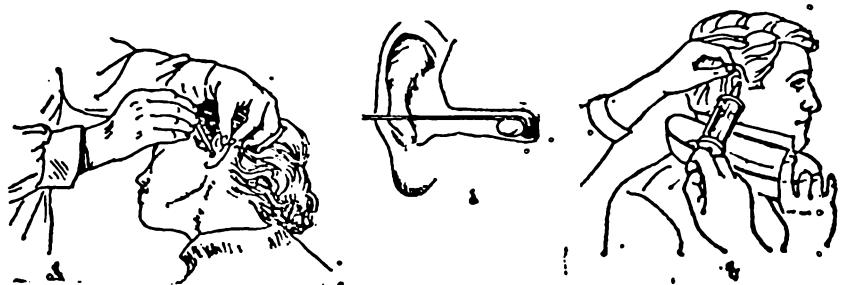
ჩ ა ბ ა ნ ა ყოველდღიურად ესაჭიროებათ ქალებს (სურ. 9), აგრეთვე ყველა ავადმყოფს შარდისა და განავლის შეუკავებლობის შემთხვევაში. ამისათვის ავადმყოფს დუნდულოების ქვეშ-შეუღ-გამენ განავლის მიმღებს, მუხლებში მოხრილ ბარძაყებს განზიდავენ, ჩაბანენ 30—35°-ანი მანგანუმჟეავა კალიუმის სუსტი ხსნარით. ჩამომბანი მარცხენა ხელით ესმარქის ტოლიჩის ბუნჯიდან ასხამს ხსნარს, ხოლო მარჯვენა ხელით ბურთულებიანი კორცანგით ჩაბანს სასქესო ორგანოდან ყითას შიძართულებით (და არა პირიქით), შემდეგ ასეთივე მიძართულებით ამშრალებს ბურთულებით.

გამორეცხვა. საშოს გამოსარეცხად (სურ. 14) ხმარობენ ესმარქის ტოლჩას და 15 სმ სიგრძისა და 1 სმ დიამეტრის ხვრელებიან სპეციალურ ბუნჯის (იგი გუტაპერჩის ან მინისაა). გამოსარეცხად იყენებენ მანგანუმმყავა კალიუმის სუსტ ხსნარს, სოდის ხსნარს (2 ჩაის კოვზი სოდის ფხვნილი 1 ლიტრ წყალში), ბორმეფას ხსნარს (3-4 ჩაის კოვზი ბორმეფას ფხვნილი 0,5 ლ წყალში). ესმარქის ტოლჩას ჩამოჰკიდებენ 1 მ სიმაღლეზე. ხსნარის რაოდენობა 1 ლ-ს უნდა შეადგენდეს. საშოს გამორეცხვისას ქალი წევს ზურგზე, ღუნდულოებით შარდის (განავლის) მიმღებზე, მუხლებში მოხრილი და განზიდული ბარძაყებით. ჯერ თბილი წყლით და სავნით ჩაბანენ სასქესო ორგანოებს, შემდეგ მარცხენა ხელის ორი თითით გადაწევენ სასირცხო ბაგეებს და ბუნიკი ფრთხილად შეაქვთ ჯერ სასქესო ნაპრალში, შემდეგ საშოში ზევით და უკან 6—7 სმ სიღრმეზე. ბუნჯის იჭერენ ერთი ხელით, მეორეთი ხსნიან ონკანს და სითხეს უშვებენ ნაკადად.

გამორეცხვის დამთავრებისას ბუნჯის გამოიღებენ ფრთხილად. ესმარქის ტოლჩას ჯერ გამორეცხავენ, შემდეგ გამოავლებენ სადე-



სურ. 14. ა — სტერილური პიპეტით თვალში ჩაწვეთება მკლომარეს; ბ — მწოლიარე ავადმყოფისთვის; გ — ქუთუთოზე სტერილურად მალამოს წანმა



სურ. 14₂. ა — ყურში ჩაწვეთება; ბ — ყურიდან უცხო სხეულის გამოღება კავით; გ — გოგირდის საცობის გამოორეცხვა უანეს შპრიცით

ზინდუქციო ხსნარს. ბუნიკს ათავსებენ 3%-ანი ქლორამინის ხსნარში, ხმარების წინ ასტერილებენ დუღილით.

მოსიარულე ავადმყოფი დილა-საღამოს უნდა იწმენდდეს კბილებს, ხოლო ჭამის შემდეგ ივლებდეს წყალს, სოდის ან სუფრის მარილის სუსტ ხსნარს.

მძიმე ავადმყოფს ჭამის შემდეგ პირის ღრუს უწმენდენ ბორმეავას ან სოდის ხსნარს ან თბილ წყალში დასველებული ბამბის (დოლბანდის) ბურთულებით, პინცეტზე (ან თითზე) დახვეული დოლბანდის ხელსახოცით. თუ ავადმყოფს შესწევს უნარი, თვითონ უნდა გამოივლოს წყალი პირის ღრუში.

მძიმე ავადმყოფს გაუწყლოების, პერიტონიტისა და სხვა შემთხვევაში ეწყება პირის სიმშრალე, ლორწოვანის ანთება — სტომატიტი, ზოგჯერ ნადებით — აფთური სტომატიტი, ენაზე ნახეთქები. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა თითზე დახვეული დოლბანდის ხელსახოცით კარგად გაუწმინდონ მას ენა, ღრძილები, ლოყის ლორწოვანა. ამისათვის გამოიყენებენ სოდის, ბორმეავას, წყალბადის ზეჟანგის ხსნარს ან თბილ წყალს. დახეთქილი, გაღიზიანებული ენისა და ტუჩების ლორწოვანაზე რეკომენდებულია გლიცერინის, კარაქის ან სხვა რომელიმე ცხიმის წაქმა.

პირის ღრუს სანაცია — გამაზრცებვა საჭიროა ესმარქის ტოლჩიდან ან ქანკს უპრიციტ. ავადმყოფს ააფარებენ წინსაფარს ნიკაპთან, პირთან მიუტანენ თასს და პირის ღრუს გამოფრეცხავენ რომელიმე ანტისეპტიკური ხსნარით.

თვალი და ყური საჭიროებს განსაკუთრებულ მოვლას, გაფრთხილებას, გამოზანას, გამოწმენდას; ქუთუთოების შეწებებისას აუცილებელია მათი დამუშავება ბორმეავას სუსტი ხსნარით. დაავადების დროს საჭიროა სათანადო დახმარება (სურ. 14₁, 14₂).

ავადმყოფის კვება

ავადმყოფის კვება დაავადებისა და მისი მდგომარეობის შესაბამისად ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია, ზოგი დაავადების შემთხვევაში კი — გადამწყვეტიც.

ცნობილია, რომ ჯანმრთელი ადამიანი დღე-ღამეში უნდა ღებულობდეს 100—120 გ ცხოველურ ცილას, 40 გ მცენარეულ ცილას, 85—90 გ ცხოველურ ცხიმს, 10—15 გ მცენარეულ ცხიმს, 400—500 გ ნახშირწყლებს.

წყალი (სხეულის წონის ორ მესამედს შეადგენს) დღე-ღამეში ადამიანმა უნდა მიიღოს 2,5 ლ რაოდენობით (1,5 სხვადასხვა სითხიდან და დაახლოებით 1 ლ მკვრივი საკვებიდან).

მინერალური მარილები: ნატრიუმი, კალციუმი, მაგნიუმი, რკინა, ფოსფორი, გოგირდი, იოდი, ქლორი და სხვ. (რომლებითაც მდიდარია მცენარეული საკვები) აუცილებელია ადამიანისათვის.

სუფრის მარილს ადამიანი ღებულობს ხორციდან და რძესთან ერთად. ამის გარდა, საჭიროა მისი დამატება საკვებში, რათა დღე-ღამეში ადამიანმა საშუალოდ მიიღოს 15 გ-მდე.

ნატრიუმი აუცილებელია გარკვეული ოსმოსური წნევის შენარჩუნებისათვის, ურომლისოდაც ნორმალური სასიცოცხლო პროცესები შეუძლებელია. ამასთან, ნატრიუმი იწვევს ორგანიზმში წყლის შეკავებას. შეშუპებისა და ანთებითი პროცესების დროს მისი მიღება მკვეთრად უნდა შეზღუდონ. ამ დროს რეკომენდებულია აქლორიდული საკვები.

კალიუმი (განსაკუთრებით ჭარბი მიღებისას) ორგანიზმიდან დევნის ნატრიუმის მარილს და წყალს, ამიტომ მას იყენებენ შეშუპებისა და ანთების შემთხვევებში. იგი აძლიერებს აგრეთვე გულის კუნთის შეკუმშვას. კალიუმს შეიცავს კარტოფილი, ხმელი ხილი. პარკოსნები, შვრიის ბურღული, თევზი, ხორბლის ქათო.

კალციუმი 0,8 გ რაოდენობით აუცილებელია ძვლის ნორმალური ზრდისა და მდგომარეობისათვის, მონაწილეობს სისხლის შედედებაში, დადებით გავლენას ახდენს ნერვულ სისტემაზე და ანთების საწინააღმდეგოდ მოქმედებს. კალციუმს შეიცავს რძე, რძის პროდუქტები, აგრეთვე სოია და მწვანილი. ადვილმოსანელებელი კალციუმის კარგი წყაროა ძვლის ნახარში, მომზადებული ავტოკლავეში 2 ატი წნევაზე, აგრეთვე კვერცხის ნაჭუჭის ფხვნილი, ხაშისა და არტალის წვენი.

ფოსფორი 1,4—1,6 გ რაოდენობით მონაწილეობს ნივთიერებათა ცვლის ყველა ძირითად პროცესში. იგი აუცილებელია ტვინის უჯრედების მოქმედებისთვის, სასქესო ორგანოებისთვის, კუნთებისთვის, განსაკუთრებით გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვის შემთხვევაში. ფოსფორის მარილების ათვისება მჭიდრო კავშირშია ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლებისა და სხვა მინერალური მარილების ცვლასთან. ფოსფორით ყველაზე მდიდარია კვერცხის გული, ტვინი, ყველი, პარკოსნები, ხორბალი, ქერი, კაკალი.

რკინა 15 მგ. აუცილებელია ჰემოგლობინისა და უჯრედის ბირთვისათვის, მას შეიცავს კვერცხის გული, ღვიძლი, სოია, ლობიო, მარწყვი, ვაშლი.

მაგნიუმის ცვლა მჭიდრო კავშირშია კალციუმისა და ფოსფორის ცვლასთან. მაგნიუმი (0,5 გ) სისხლძარღვთა შეიწრო-

ებისას მათზე გამაფართოებლად მოქმედებს. მაგნიუმს შეიცავს კარტოფილი, კომბოსტო, პომიდორი, ჭვავის პური, ხორბლის ქატო, ფეტვის ბურღული, ლობიო, ყველი, ნუში.

გოგირდს შეიცავს ორგანიზმის შეუცვლელი ამინომჟავები. იგი მონაწილეობს ჟანგვა-აღდგენით პროცესებში და ნივთიერებათა ცვლის შხამიანი პროდუქტების განეიტრალებაში. გოგირდს შეიცავს პარკოსნები, ხაჭო, ყველი, მკლე ხორცი, ქერი.

იოდი აუცილებელია ფარისებრი ჯირკვლის სწორი ფუნქციონირებისათვის. მას შეიცავს ხახვი და ზღვის თევზი.

ფთორი აუცილებელია ძვლის, განსაკუთრებით კბილისათვის, მისი უკმარისობა იწვევს კარიესს, სიჭარბე — კბილის ემალის დაზიანებას, კბილის ტყდომას. ფთორს დიდი რაოდენობით შეიცავს ზღვის თევზი, ზღვის პროდუქტები, ჩაი, რძის პროდუქტები.

სპილენძი მონაწილეობს სისხლის წარმოქმნაში, ქსოვილთა სუნთქვაში. მისი წყაროა ხორცი, თევზი, კარტოფილი, ბურღულეული, ჭერამი, მსხალი.

თუთია აუცილებელია ენდოკრინული სისტემის ნორმალური ფუნქციონირების, შედის ფერმენტების შედგენილობაში. თუთიით მდიდარია ხორცი, ცხოველთა შიგნეული, კვერცხი, თევზი, სოკო.

ვიტამინები დამატებითი საკვები პროდუქტებია და დიდ როლს ასრულებენ ორგანიზმის ცხოველმყოფელობაში. ვიტამინების არარსებობა იწვევს ორგანიზმის დაავადებას — ავიტამინოზს.

ვიტამინები ორ ჯგუფად იყოფა: 1. წყალში ხსნადი — B ჯგუფისა და C ვიტამინები; 2. ცხიმში ხსნადი — A, D და სხვა ვიტამინები.

A ვიტამინი (1—2 მკ) აუცილებელია ზრდისთვის, თვალის ნორმალური ფუნქციონირების, აგრეთვე კანისა და ლორწოვანას ნორმალური მდგომარეობისთვის. მას დიდი რაოდენობით შეიცავს თევზის ქონი, რამდენადმე ნაკლებად — კარაქი, რძე, კვერცხი, ღვიძლი, გოგრა, ისპანახი, მწვანე ბარდა, სიმინდის ზეთი, მწვანელი, ბოსტნეული და ხილი (პომიდორი, სტაფილო, ფორთოხალი, ატამი, ჭერამი და სხვ.). ისინი შეიცავენ კაროტინს, რომელიც ორგანიზმში A ვიტამინად გარდაიქმნება.

K ვიტამინი აუცილებელია სისხლის შედელებისათვის, იგი დიდი რაოდენობითაა კომბოსტოში (განსაკუთრებით ყვავილთაში), გოგრაში, ისპანახში, მკაუნაში, ღვიძლში, კარტოფილში, პომიდორში, სტაფილაში, კარხალში, სოიაში, კვერცხში. მასზე სადღეღამისო მოთხოვნილება (0,2—0,3 მკ) იზრდება ჰეპატიტის, ცი-

როზის, ნაღვლკენჭოვანი დაავადების, სისხლის დენის, ანტიბიოტიკების, სულფამიდებისა და ანტიკოაგულანტების ხმარებისას.

B₁ ვიტამინი — თიამინი აუცილებელია 2—3 მგ ოდენობით ნერვული სისტემის ნორმალური მდგომარეობისთვის, ნახშირწყლებისა და ცილის ცვლისათვის. მისი დეფიციტის დროს ვითარდება აციდოზი, თიამინი ყველაზე მეტი რაოდენობითაა ლუდისა და პურის საფუარში, უხეშად დაფქულ ფქვილში, ქათოს ნახარში, ღორის ხორცში, პარკოსნებში, წიწიბურაში, ქერში, ბურღულში.

B₂ ვიტამინი — რიბოფლავინი აუცილებელია 2—3 მგ იგი მონაწილეობს ცილის ცვლაში, ზრდის პროცესში და თვალის ნორმალურ ფუნქციონირებაში. რიბოფლავინით მდიდარია რძის პროდუქტები, კვერცხის ცილა, საფუარი, ხორბალი, პომიდორი, ხახვი, მწვანე მუხუდო და სხვ.

PP ვიტამინი ნიკოტინმჟავა-ანტიპელაგრული ფაქტორია. პროდუქტები მას შეიცავს სხვა ვიტამინებთან, მაგალითად, C ვიტამინთან ერთად (ასკილის ნაყენი, ციტრუსები, შავი მოცხარი), B₂, B₆, PP და ზოგ სხვა ვიტამინს ვერ ითვისებს ორგანიზმი და ისინი შარდთან ერთად გამოიყოფა ჰიპოპროთეინემიის შემთხვევაში.

B₁₂ ვიტამინი განსაკუთრებით ეფექტურია ავთვისებიანი (ნაკლებად სხვა სახის) ანემიის შემთხვევაში. იგი ხელს უწყობს კრილობის რეგენერაციის ნორმალიზაციას.

C ვიტამინი — ასკორბინმჟავა ადვილად იშლება მაღალ ტემპერატურაზე, რაც უნდა გაითვალისწინონ მისი კულინარული დამუშავებისას.

C ვიტამინის სადღეღამისო დოზა ჯანმრთელთათვის 50 მგ-ია, ავადმყოფს იგი 3—5-ჯერ მეტი ესაჭიროება. იყენებენ სკორბუტის სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისთვის, აგრეთვე მრავალი დაავადების შემთხვევაში, რადგან ზრდის ორგანიზმის ბრძოლის უნარს, ანტიტოქსიკურ და დეზინტოქსიკაციურ მოქმედებას, ამასთან აუცილებელია კრილობის შეხორცებისათვის. C ვიტამინი დიდი რაოდენობითაა ასკილის ნაყენში, ციტრუსებში, ახალ კაკალში, შავ მოცხარში.

D ვიტამინი მონაწილეობს კალციუმისა და ფოსფორის ცვლაში და მოზარდ ორგანიზმში ძვლებში მათი დაგროვების პროცესში. მისი უკმარისობა იწვევს რაქიტს. D ვიტამინის წყაროა: თევზის ქონი, საფუარი, მოუხდელი რძე, კარაქი, კვერცხი.

დიდი კალორია ეწოდება სითბოს იმ რაოდენობას, რომელიც საჭიროა 1 კგ წყლის 1°-ით გასათბობად.

ცნობილია, რომ 1 გ ცილა დაწვისას გამოყოფს 4.1. 1 გ ცხიმი — 9,3, 1 გ, ნახშირწყალი -- 4,1 კკალორიას. მოზრდილ საღ ადამიანს დღე-ღამეში ესაჭიროება 3000—3100 კკალ (40 კკალ 1 კგ წონაზე). მოსვენებულ მდგომარეობაში საჭიროა 25—28 კკალ, მსუბუქი სამუშაოს შესრულებისას — 35, საშუალო ინტენსივობის მუშაობისას — 45—50, მძიმე მუშაობისას -- 60-70 კკალ სხეულის 1 კგ წონაზე.

სტაციონარში მყოფ ავადმყოფს ნორმაზე მეტი საკვები არ ესაჭიროება. იგი უნდა ღებულობდეს იმდენს, რამდენსაც არაფიზიკურად მომუშავე ადამიანი. გაძლიერებული, თითქმის ორმაგი კალორიულობის საკვები (4000--6000 კკალ) ესაჭიროება ავადმყოფს სხეულის დიდი ფართობის და ღრმა დამწვრობის დროს, ისე, როგორც პლანზორებისა და დიდი რაოდენობით ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში (ფილტვის აბსცესი და განგრენა, პლევრის ემპიემა, ოსტეომიელიტი, რბილი ქსოვილების კრცელი ჩირქოვანი პროცესი და სხვ). ამ დროს აუცილებელია მეტი რაოდენობით ცილოვანი საკვები.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზოგი ოპერაციის (გასტრექტომია, კუჭის რეზექცია, მძიმე პერიტონიტი) შემდეგ გარკვეული დროის განმავლობაში ავადმყოფს საკვებს არ აძლევენ-ან დამსხვავებულ დიეტას და პარენტერულ კვებას უნიშნავენ.

არსებობს 100 გ ძირითადი საკვები პროდუქტების კალორიულობის სპეციალური ცხრილი (იხ. ცხრილი 1).

ს ა მ კ უ რ ნ ა ლ ო კ ვ ე ბ ა ს იყენებდნენ უძველესი დროიდან. ყოველ დაავადებას თუ ოპერაციის შემდგომ პერიოდს ახასიათებს ნივთიერებათა ცვლის მეტ-ნაკლები მოშლა. სწორედ მისი გამოსწორებისათვის იყენებენ დიეტურ კვებას.

კვებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ყველა სახის დაავადებისა და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, განსაკუთრებით კი კუჭ-ნაწლავის დაავადების დროს (ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში). საკვების შედგენილობის შეცვლით ცდილობენ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის ნორმალიზაციას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს მიღებული საკვების რაოდენობას, არასრულფასოვან ან ჭარბ კვებას.

მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე საკვების ტემპერატურას, რომელიც არ უნდა აღემატებოდეს 50--60°-ს და არც 10--15°-ზე ნაკლები იყოს. სპეციალური (მეილენგრაბტის) დიეტის გარდა, გასტროდუოდენური სისრლის დენის დროს ავადმყოფს უნიშნავენ ნაყინს (ჯობს ელატინით), ცივ რძეს ან ნაღებს.

ადამიანის ჯანმრთელობა, შრომისუნარიანობა, სიცოცხლის

100 გ ძირითადი საკვები პროდუქტის ქიმიური შედგენილობა და
ენერგეტიკული ღირებულება ა. ა. პოკროვის მხედვეთ

პროდუქტი	ცოლ, გ	ცხიმო, გ	ნახშირ- წყლუბი, გ	კალ	კალორი
1	2	3	4	5	6
ქვევის პური, გატრილი ფქვილის	4,7	0,7	49,8	214	895
ზორბლის პური, I ხარისხის	7,6	0,9	49,7	226	946
ნაღებიანი ორცხობილა	8,6	10,6	71,3	397	1661
შაქრის ფხენილი	0	0	99,8	374	1565
ნატურალური თაფლი	0,8	—	80,3	308	1289
რძინი შოკოლადი	6,9	35,7	52,4	547	2289
ფქვილისა და შაქრის ნამცხვარი	7,4	10,0	76,2	406	1699
ძროხის რძე, პასტერიზებული	2,8	3,2	4,7	58	243
ნაღები, 20% ცხიმით	2,8	20,0	3,6	205	858
ნახევრადცხიმიანი ხაჭო	16,7	9,0	1,3	156	652
უცხიმო ხაჭო	18,0	0,6	1,5	86	360
ცხიმიანი კეფირი	2,8	3,2	4,1	59	247
მანჯონი	2,8	3,2	4,1	58	243
შპროტი	17,4	32,4	0,4	364	1523
ჭათმის კვერცხი	12,7	11,5	0,7	157	657
კარაქი	0,6	82,5	0,9	748	3130
მზეესუმზირას ზეთი	0	99,9	0	899	3761
მაიონეზი	3,1	67,0	26	627	2623
კომბოსტო	1,8	—	5,4	28	117
ყვავილოვანი კომბოსტო	2,5	—	4,9	29	121
კარტოფილი	2,0	0,1	19,7	83	347
ხახვი	1,7	—	9,5	43	180
ქარხალი	1,7	—	10,8	48	201
ნიორი	6,5	—	21,2	106	444
ხმელი სოკო	27,6	6,8	10,0	209	874
საზამთრო	0,7	—	9,2	38	159
პოლანდიური ყველი	23,5	30,9	—	24	380
რძის ნაყინი	3,3	10,0	19,8	125	523
ცხვრის ხორცი, I ხარისხის	16,3	15,3	—	203	849
საქონლის ხორცი, I ხარისხის	18,9	12,4	—	187	782
ლორის ხორცი, ცხიმიანი	11,4	49,3	—	489	2046
საქონლის ენა	13,6	12,1	—	163	683
სოსისი	12,3	25,3	—	277	1159
ჭათამი, I ხარისხის	18,2	18,4	0,7	241	1008
ბატი, I ხარისხის	15,2	39	—	412	1724
ზუთხი	15,8	15,4	—	202	845
ტარაღანა	169	103	—	160	669
ხიზილალა	31,6	13,8	—	251	1051
ქერამი	0,9	—	105	46	192
ფორთოხალი	0,9	—	8,4	38	159
ალუბალი	0,8	—	11,3	49	205
ბროწეული	0,9	—	11,8	52	218
მსხალი	0,4	—	10,7	42	176
ლეღვი	0,7	—	13,9	56	234
ლიმონი	0,9	—	3,6	31	130
ატამი	0,9	—	10,4	44	184

1	2	3	4	5	6
ხურმა	0,5	—	15,9	62	259
ბალი	1,1	—	12,7	53	222
ვაშლი	0,4	—	11,3	46	192
ყურძენი	0,4	—	17,5	37	155
ხენდრო	1,8	—	8,1	41	171

ხანგრძლივობა დიდადაა დამოკიდებული სწორ კვებაზე. თუ სხეულის წონის მომატებისათვის აუცილებელია მაღალკალორიული საკვები, წონის დაკლება საჭიროებს დაბალკალორიულ საკვებს. რაციონალური კვების ძირითადი მიზანია საკვები იყოს სრულყოფილი, არაერთფეროვანი და ზომიერი რაოდენობის. ჰამა აუცილებელია ყოველთვის გარკვეულ დროს. საკმელი პირის ღრუში უნდა მუშავდებოდეს კარგად.

როგორც წესი, ავადმყოფი უნდა ჰქამდეს არანაკლებ 4-ჯერ, ზოგი დაავადების (თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, პილორუსის სტენოზის და სხვ.) დროს — 5-ჯერაც.

სამკურნალო კვება შეიძლება იყოს დამზოგველი, მაკორეგირებელი და შენაცვლებითი.

დაზოგვის პრინციპია დაავადებული ორგანოს ან სისტემის დაცვა მექანიკური, ქიმიური და თერმული გაღიზიანებისგან. ქიმიურად დამცველ დიეტას უნიშნავენ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადების შემთხვევაში (წყლულოვანი დაავადება, გასტრიტი, დიზენტერია, ქოლეცისტიტი, ოპერაციის შემდგომი პერიოდი) სეკრეციისა და მოტორიკის დათრგუნვისათვის. აკრძალულია სეკრეციის გამძლიერებელი საწებლები, მარილიანი საკმელი, ალკოჰოლი, კაკაო, ყავა, მყავე საკვები, მაგარი ბულიონი, შემწვარი და შებოლილი ხორცი და სხვ. უნიშნავენ ისეთ საკვებს, რომელიც სუსტ სეკრეციას იწვევს: კარაქს, ნაღებს, რძის სუპს, ბოსტნეულის პიურეს და სხვ.

მაკორეგირებელი დიეტის პრინციპია საკვებ რაციონში ამა თუ იმ ნივთიერების შემცველობის გაზრდა ან შემცირება.

ზოგჯერ სასარგებლოა ნახშირწყლების შეზღუდვა, მაგალითად შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში, გულ-სისხლძარღვთა და ღვიძლის (ჰეპატიტი და სხვ.) დაავადების დროს კი, პირიქით, აუცილებელია ნახშირწყლების რაოდენობის გადიდება.

სამკურნალო კვება

ჩვენი ქვეყნის საავადმყოფოებში მიღებულია სქემატური ჯგუფური დიეტური კვება, რომელიც შეიმუშავა სსრ კავშირის კვ-

ბის სამეცნიერო-კვლევითმა ინსტიტუტმა და დაამტკიცა სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ.

ჯგუფური სახის კვება დაავადების მიხედვით . გამოსადეგია ავადმყოფთა უმეტესობისათვის.

ინდივიდუალურ დიეტას უნიშნავენ ავადმყოფს, რომელსაც ერთდროულად რამდენიმე დაავადება აქვს ან როცა იგი ძირითადი დიეტიდან ზოგიერთ საკვებს ვერ იტანს, ანდა მძიმე განლევისა და უმადობის შემთხვევაში.

ინდივიდუალურ დიეტას ზოგჯერ ადგენენ სტანდარტული მაგიდიდან ზოგიერთი კერძის გამოკლებით და სხვათა დამატებით. კახექსიური ავადმყოფისათვის სტანდარტულ მაგიდას უმატებენ ზოგიერთ კერძს. ინდივიდუალური მაგიდის დანიშვნისას ზოგჯერ ითვალისწინებენ ავადმყოფის გემოვნებასა და სამედიცინო ჩვენებას.

ინდივიდუალურ დიეტას გარკვეული პერიოდით უნიშნავენ ნაოპერაციებ ავადმყოფს, ამასთან ითვალისწინებენ ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ მონაცემებს.

შინაგანი ორგანოების, განსაკუთრებით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ოპერაციის შემდეგ, თუ იგი ნარკოზით ტარდება, ავადმყოფს 24, ზოგჯერ 36 საათის განმავლობაში აკადლევენ არც საკვებს და არც სითხეს. შეიძლება პირის ღრუში წყლის გამოვლება, ტუჩების დასველება. ავადმყოფი პარენტერულ კვებაზეა. მდგომარეობის მიხედვით 2—3 დღის შემდეგ თანდათან ამცირებენ პარენტერულ კვებას და ავადმყოფს აძლევენ ცილების, ნახშირწყლებისა და ვიტამინების შემცველ თხიერ საკვებს (ბულიონს, თხელ კისელს, ხილის წვენს), მერე უმატებენ ნახევრად თხიერ საკვებს. (მაწონს, ხილკენკრის უელეს, დაკეპილ ხორცს, ხაჭოს, ფაფას და ა. შ.). შემდგომში საკვებს უნიშნავენ ძირითადი დაავადების მიხედვით. ექთანს ყოველდღიურად ადგენს მენიუს, რომელსაც აბარებს განყოფილების უფროს ექთანს. იგი განყოფილების დიეტებს დაჯამების შემდეგ უგზავნის საავადმყოფოს კვების ბლოკს.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს საავადმყოფოს კვების ბლოკი, მისი მოწყობილობა, კურკლისა და მომუშავე პერსონალის სისუფთავე, სანდამუშავება. აქ შექმნილი უნდა იყოს სასიამოვნო გარემო. საკვები გადააქვთ სპეციალური, მხოლოდ ამ მიზნისთვის განკუთვნილი კურკლით, სპეციალური ლიფტითა და მოძრავი მაგიდით.

მოსიარულე ავადმყოფი ჭამს სასადილოში, სადაც სამაგალითო სისუფთავე და მომსახურება უნდა იყოს, მომსახურე პერსონალი კი — თავაზიანი.



სურ. 15. საწოლზე დასამაგრებელი მაგადა მწოლიარე ავადმყოფისთვის

მძიმე ავადმყოფი საკვებს ღებულობს პალატაში მისთვის მოხერხებულ მდგომარეობაში. ზოგ შემთხვევაში საკმარისია მხოლოდ თვალყურის დევნება, ზოგჯერ საჭირო ხდება დახმარება, ზოგჯერ კი ავადმყოფს აკმევს დამხმარე პირი.

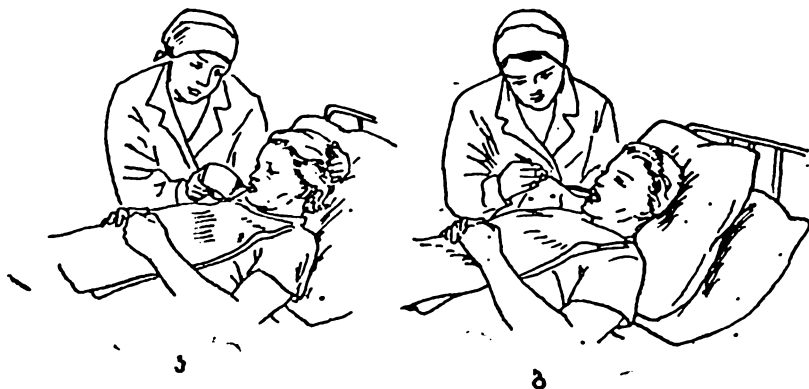
მძიმე ავადმყოფის კვება საჭიროებს დიდ გამოცდილებასა და მოთმინებას. ხშირად აუცილებელი ხდება ხანმოკლე შესვენება პირველ და მეორე კერძი შორის.

მძიმე ავადმყოფთა კვებისათვის ზოგჯერ სარგებლობენ საწოლზე დამაგრებული მაგიდით (სურ. 15). თუ უკუჩვენება არ არის, ავადმყოფს თავს წამოუწევენ მარცხენა ხელით, მარჯვენა ხელით პირთან მიუტანენ საკვებს კოვზით, სითხეს კი სპეციალური ჩაიდნით ასმევენ (სურ. 16). ზოგჯერ ავადმყოფს კისერსა და გულმკერდს უფარავენ ხელსახოცით და ისე აკმევენ. ცხელებიან ავადმყოფს (თუ რაიმე განსაკუთრებული უკუჩვენება არ არის) სასმელს აძლევენ მცირე ულუფებად და ხშირად.

ძალით საკვების მიცემა დაუშვებელია. საკვების (სითხის) სასულეში მოხვედრამ შეიძლება გამოიწვიოს ასპირაციული პნევმონია, დახრჩობაც კი.

მადის აღმძვრელია პირობითი რეფლექსები, საკვების ერთსა და იმავე დროს მიღება, საკვების სუნი, გარეგნული გაფორმება, სუფრის გაწყობა, გარემო, საკვების სახე, კულინარული დამუშავება, ვიტამინებით გამდიდრება, მენიუს ნაირფეროვნება და სხვ. ყოველივე ამის გათვალისწინებით უნდა მოამზადონ ავადმყოფი საკვების მისაღებად, დაამთავრონ ყველა სამკურნალო და სხვა პროცედურა, დაალაგონ და გაანიაგონ პალატა, მძიმე ავადმყოფს დაეხმარონ ხელების დაბანაში. საკვები გარკვეულ ტემპერატურამდე გაცხელებული და სასიამოვნოდ გაფორმებული უნდა იყოს.

დიეტის ნომერი და სახე განისაზღვრება საავადმყოფო-პროფილითა და ავადმყოფთა კონტინგენტით. თითოეული დიეტისთვის დადგენილია ჩვენება, კალორიულობა, კვების რეჟიმი, პროდუქტებისა და ულუფის დასახელება, ამასთან, რომელი საკვები დასაშვებია (ცილა, ცხიმი, ნახშირწყლები, სანელებელი, სასმელი) და რომელი აკრძალული.



სურ. 16. მძიმე ავადმყოფის პირის ღრუს გაწმენდა და კვება: ჩაიდნით, კოვზით

ავადმყოფისათვის გაღასაცემი პროდუქტების შემოწმება

ნათესავეებს და ახლობლებს ხშირად მიაქვთ ავადმყოფისათვის პროდუქტები. გაუფრთხილებელმა ან არასაკმაოდ შეგნებულმა ავადმყოფმა შეუფერებელი პროდუქტების მიღებით შეიძლება დაუშვას გამოუსწორებელი შეცდომა. ეს რომ არ მოხდეს, საჭიროა: 1. ავადმყოფს პირველ დღესვე განუმარტონ დიეტის მნიშვნელობა და მისი დარღვევის საშიშროება; 2. ავადმყოფის ნახვისა და პროდუქტების გადაცემის საათებში თვალყურს ადევნებდნენ მნახველებს და საჭიროებისას ჩაუტარონ მათ განმარტებითი საუბარი ავადმყოფთა კვების რეჟიმის შესახებ; 3. მნახველთათვის შეიძლება დაფაზე დაწერონ იმ პროდუქტების სია, რომლებიც შეესაბამება ავადმყოფთათვის დანიშნულ მაგიდას, იქვე აღნიშნონ ერთჯერადად მისაღები საკვების მაქსიმალური რაოდენობა; 4. ყოველდღე უნდა ამოწმებდნენ ავადმყოფის ტუმბოს, კარადას, მაცივარს, რომელშიც ინახება ავადმყოფის საკვები.

არსებობს № 1-დან № 15-მდე დიეტა, ზოგ მათგანს აქვს ა და ბ სახეობა. მიღებულია აგრეთვე 0, 0ა, 0ბ, 0გ და ქირურგიული (1 ქ) დიეტა.

თითოეულ დიეტას თავისი ჩვენება აქვს. მაგალითად № 1 ა დიეტის ჩვენება: წყლულოვანი დაავადების გამწვავება პირველ 8-10 დღეს და სისხლის დენა; გასტრიტის გამწვავება მჟავობის მომატებით, საყლაპავი მილის დამწვრობა. ამ დიეტის მიზანია: კუჭის მაქსიმალურად დაზოგვა ქიმიური, მექანიკური და თერმული გამღიზიანებლისგან. ზოგადი დახასიათება: გამორიცხულია კუჭის წვენი სეკრეციის აღმძვრელი ნივთიერებანი. საკვები უმთავრესად უნდა იყოს თხიერი და ნახევრად კალორიულობაშეზღუდული, ძირითადად ნახშირწყლების ხარჯზე; სუფრის მარილიც შეზღუდულია. კალორიულობა და შედგენილობა ასეთია: 80 გ ცილა (მათგან ცხოველური არანაკლებ 50 გ), 80-90 გ ცხიმი, 200 გ ნახშირწყლები, კალორიულობა 2 000. კვების რეჟიმი: საკვებს აძლევენ 2-3 საათში ერთხელ, მცირე ულუფებად, საღამოთი — რძეს ან ნაღებს.

№ 1 დიეტა რეკომენდებულია წყლულოვანი დაავადების ჩაცხრობის, დანაწიბურების, რემისიის სტადიაში 2—3 თვით, აგრეთვე ჰიპერაციდული გასტრიტის გამწვავებისას და ა. შ.

დიეტა № 5 ა საჭიროა: მწვავე ან გამწვავებული ქრონიკული ქოლეცისტიტის, მწვავე ან გამწვავებული ქრონიკული პანკრეატიტის ჩაცხრობის ფაზაში, ქრონიკული ქოლეცისტიტისა და წყლულოვანი დაავადების დროს, სანაღვლე გზების ოპერაციიდან 5-6 დღის შემდეგ პერიოდში. დანიშნულების მიზანია: ღვიძლის მოშლილი ფუნქციისთვის ხელშეწყობა გლიკოგენის დაგროვებაში, ნაღვლის დენის სტიმულირება, კუჭისა და ნაწლავების მექანიკური გაღიზიანების შემცირება. დიეტის დახასიათება: ცხიმი შეზღუდულია, ცილები და ნახშირწყლები — ნორმის ფარგლებში, ლიპოტროპული ფაქტორების შემცველობა მომატებულია. გამორიცხულია ექსტრაქტული ნივთიერებანი და შეწვისას ცხიმის დაშლის პროდუქტები. ყველა კერძს ამზადებენ გახეხილი, მოხარშული ან ორთქლზე დამუშავებული პროდუქტისგან.

დიეტა № 6 რეკომენდებულია: პოდაგრისა და შარდმჟავა დიათეზის შემთხვევაში, როცა უკუნაჩვენებია ხორცისა და თევზის პროდუქტები. ამ დროს იყენებენ ტუტე რადიკალის შემცველ პროდუქტებს (ბოსტნეულს, ხილს, კენკრას, რძეს). სუფრის მარილს ზომიერად ზღუდავენ. ურჩევენ საკვების მიღებას 5-ჯერად,

სითხეს — 2—2,5 ლიტრამდე ჩაის, ხილის კენკროვანის წვენებისა და ტუტე მინერალური წყლის სახით.

დიეტა № 0-ს უნიშნავენ კუჭისა და ნაწლავების ოპერაციის პირველ დღეებში, აგრეთვე ნახევრად უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს (ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ქალა-ტვინის ტრავმა, ცხელება), როგორც წესი, არაუმეტეს 3 დღის ვადით. საკვები თხიერი და ყელესმაგვარია. რძე არ არის რეკომენდებული. ავადმყოფს აძლევენ შაქრიან ჩაის, ხილისა და კენკრის კისელს, ყელეს, ასკილის ნაყენს შაქრით, ტკბილი წყლით განზავებული ახალი ხილისა და კენკრის წვენი, სუსტ ბულიონს. საკვებს აძლევენ მცირე ულუფებად.

№ 1 ქირურგიულ დიეტას უნიშნავენ კუჭისა და ნაწლავების ოპერაციიდან 4—5 დღის შემდეგ, აპენდექტომიიდან — მესამე დღეს. საჭიროა საქონლის ან ქათმის დაკეპილი, ორთქლზე დამუშავებული ხორცის კერძი, თოხლო კვერცხი და ომლეტი, მკვლე ქათმის ან საქონლის ხორცის ბულიონი, პერკულესის ლორწოვანი სუპი; მანანის ან ბრინჯის 10%-ანი თხელი ფაფა და წიწიბურას ფქვილის ფაფა ბავშვის კვებისათვის, ფაფას დუღილის დროს შეიძლება დაუმატონ მცირე რაოდენობით რძე ან ნაღები; კისელი, ხილისა და კენკრის ყელე; ტკბილი წყლით განზავებული ხილისა და კენკრის ახალი წვენი; ასკილის ნაყენი, ლიმონიანი ჩაი, თეთრი პურის ორცხობილა, კარაქი, კეფირი, მაწონი.

კვება უნდა იყოს 4-ჯერადი, ზოგი ავადმყოფისათვის (გულის დაავადება, წყლულოვანი დაავადება) — 5—6-ჯერადი, სათანადოდ განაწილებული ისე, რომ ვახშამი არ იყოს მალალკალორიული (დღის რაციონის არაუმეტეს 25—30%).

საკვების მიღებათა შორის შუალედი 4 საათზე მეტს არ უნდა შეადგენდეს, ხოლო საღამოს უკანასკნელი ჭამისა და საუზმეს შორის დრო არ აღემატებოდეს 10—11 საათს.

საკვების რეგულარულად ერთსა და იმავე დროს მიღება ხელს უწყობს პირობითი რეფლექსის გამომუშავებას, აუმჯობესებს როგორც მადას, ისე საჭმლის მონელებას. საკვების მიღების დრო დამოკიდებულია სამკურნალო დაწესებულების დღის რეჟიმზე.

საკვების მიღება რეკომენდებულია საუზმე 9—10, სადილი 14—15³⁰, ვახშამი 18—19, კეფირი (მაწონი) 21 საათზე. 5-ჯერადი კვებისას უმატებენ მეორე საუზმეს (11 სთ), ხოლო 6-ჯერადი კვებისას — სამხარს.

სამკურნალო კვება რამდენადმე არასრულყოფილია, ამიტომ მას ხანგრძლივად არ უნიშნავენ. აუცილებელია პერიოდულად კვების რეჟიმის შეცვლა, ზოგჯერ ამა თუ იმ სახით მისი დარღვევა.

განმტვირთავი (კონტრასტული) დიეტა გამოყენებულია რომელიმე დაავადების ან სიმსუქნის შემთხვევაში. ასეთია, მაგალითად, რძის, ხაჭოს, კიტრის, სალათის, კარტოფილის, საზამთროს, ვაშლის, კომპოტის, შაქრის, ხორცისა და სხვა დიეტა.

პოდაგრის, სიმსუქნის შემთხვევაში უნიშნავენ დღეში 1,5 ლ რძეს (250 მლ) 2—3-ჯერ, ათეროსკლეროზის, სიმსუქნის, გულის დაავადების დროს — 400—600 გ ხაჭოს, 60 გ არაყანს და 100 მლ რძეს 4 ულუფად, აგრეთვე 2-ჯერ რძიან ყავას და 1—2 ჭიქა ასკილის ნაყენს.

სიმსუქნის, ათეროსკლეროზის, პოდაგრის, ართროზის დროს რეკომენდებულია 2 კგ კიტრი დღეში 5—6-ჯერ; ჰიპერტონიული დაავადების, ათეროსკლეროზის, თირკმლების დაავადების (ოქსალურის), ართროზის შემთხვევაში — 200—250 გ ახალი ბოსტნეული (უმარილოდ) და ხილი — 4—5-ჯერ დღეში; გულის უკმარისობის, თირკმლების დაავადების დროს — 300 გ კარტოფილი 5-ჯერ დღეში; ღვიძლის დაავადებისა და ნეფრიტის შემთხვევაში — 300 გ საზამთრო 5-ჯერ დღეში; დიარეით მიმდინარე კოლიტის დროს — ვაშლი, სიმსუქნისას — ხორცი და ა. შ.

ხ ე ლ ო ვ ნ უ რ კ ვ ე ბ ა ს იყენებენ ნორმალური კვების დამატებად ან ზოგჯერ დამოუკიდებლად. ხელოვნური კვების დროს საკვები ნივთიერება ორგანიზმში შეყავთ: 1. ნაზოგასტრული (ან პირიდან) ზონდით; 2. უშუალოდ კუჭში (საყლაპავი მილის გაუვალობისას) ან ნაწლავში (პილორუსის გაუვალობის, კუჭის დამწვრობის დროს), გასტრო- ან ენტეროსტომული ხერგლმილიდან; 3. სწორი ნაწლავიდან ოყნით; 4. პარენტერულად (კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გარეშე): ვენიდან, ძვლიდან, კანქვეშ (კუნთებში) (ცილის პრეპარატები, გლუკოზისა და ელექტროლიტური ხსნარები, ვიტამინები).

ს უ ფ რ ი ს მ ა რ ი ლ ს შ ე ზ ღ უ დ უ ლ ა დ ხმარობენ გულისა და თირკმლების დაავადების შემთხვევაში (რომელსაც თან სდევს შეშუპება), აგრეთვე ჰიპერტონიული დაავადების, ათეროსკლეროზისა და სხვა დროს. თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებისას კი. პირიქით, მეტი მარილია საჭირო.

ს ი თ ხ ი ს მ ი ც ე მ ა ს ზ ღ უ დ ა ვ ე ნ შეშუპების, სიმსუქნის, ჰიპერტონიული დაავადების დროს, სითხეს დიდი რაოდენობით უნიშნავენ განსაკუთრებით პარენტერულად, მოწამვლის, ყოველგვარი ინტოქსიკაციის, ლებინების, ფაღარათის შემთხვევაში (სეფსისი, პერიტონიტი, პილორუსის სტენოზი, გასტრიული ტეტანია, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა და სხვ.).

კვების სწორი ორგანიზაცია საჭიროებს საკვების ვიტამინიზა-

ციას. პარენტერული კვებისას ვიტამინები დიდი რაოდენობითაა საჭირო დაავადების გამო, აგრეთვე იმიტომაც, რომ დიდი რაოდენობით შეყვანილი სითხეები ორგანიზმიდან გამოდევნის ვიტამინებს. საკვებში განსაკუთრებით ჭარბად უნდა იყოს C ვიტამინი ასკილის ნაყენის ან კომპოტში გახსნილი ასკორბინმჟეას სახით ან იგი შეყავთ პარენტერულად, რადგან კულინარული დამუშავებისას იშლება.

შენაცვლებითი დიეტის პრინციპია ისეთი ნივთიერებების ჩართვა, რომელთა ნაკლებობასაც განიცდის ორგანიზმი, მაგალითად, ავიტამინოზის შემთხვევაში.

სსრ კავშირის კვების სამეცნიერო-კვლევითმა ინსტიტუტმა შეიმუშავა დიეტური მაგიდების ერთიანი სქემა, რომელიც მიღებულია ყველა სამკურნალო დაწესებულებისათვის (ცხრილი 2).

სამკურნალო კვება საბავლის მომწოდებელი ორგანიზაციის კირურგიული ოპერაციების შემდეგ

ზოგადი ცნობები. ავადმყოფს ოპერაციის, ისე როგორც ტრავმის შემდეგ უვითარდება ნივთიერებათა ცვლის სხვადასხვა სახის მოშლილობა.

ჭრილობაში, სხვადასხვა ორგანოსა და ქსოვილებში ცილის გაძლიერებული დაშლის შედეგად პირველ კვირას ვითარდება ჰიპოპროტეინემია. ამას ხელს უწყობს ისიც, რომ პირველ დღეებში ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობის გამო ცილას ვერ ღებულობს საკვებთან ერთად. ამ პერიოდში ვლინდება გამხდრობა, აზოტის უარყოფითი ბალანსი, ფერმენტული სისტემის აქტიურობისა და ღვიძლის ცილისწარმოქმნელი ფუნქციის მოშლა, ორგანიზმის იმუნო-ბიოლოგიური რეაქტივობის დაქვეითება. შემდგომში ანაბოლური პროცესები ჭარბობს და ნივთიერებათა ცვლა კვლავ რეგულირდება.

მექანიკური ტრავმის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ღვიძლსა და კუნთებში გლიკოგენის დაშლის შედეგად ვითარდება ჰიპერგლიკემია და გლუკოზურია. ორგანიზმში ენერგიის წყაროა ნახშირწყლები, მათი მარაგის შემცირებისას ენერგეტიკული მიზნით იხარჯება ცილა, რაც უფრო აღრმავებს მისი ცვლის მოშლას. ამიტომ ნახშირწყლები შეყავთ გლუკოზის ან პოლიგლუკინის სახით, როგორც ენერგიის წყარო.

ტრავმისა და ოპერაციის შემდეგ ჭარბად იხარჯება ვიტამინები, განსაკუთრებით B ჯგუფის, C, PP და სხვ.

მაგიდა	დახასიათება	შედგენილობა	ჩვენება
I	2	3	4
I	<p>კუქისა და თორმეტკოჯა ნაწლავის მექანიკური და ქიმიური დაცვა: № 1-ა და № 2-ბ მაგიდას იყენებენ წყლულოვანი დაავადების გამწვავების დროს</p>	<p>თეთრი ორცხობილა, თეთრი გამოშრული პური, რძე, ნაღები, თოხლო კვარცხი, სუფლე, კარაქი, ლორწოვანი სუბი, კიშლი, ბოსტნეულისა და ხილის წენი, ახალი ბაჭო, არაყანი, გახეხილი ფაფა, ხორცისა და თევზის ორთქლზე დამზადებული კატლეტი, კნელი ან გუფთა, კომპოტი, ბოსტნეულის პიურე</p>	<p>კუქისა და თორმეტკოჯა ნაწლავის წყლულის გამწვავება, ქრონიკული გასტრიტი, მუცლის ღრუს ოპერაციიდან რამდენიმე დღის შემდეგ</p>
II	<p>გამოიციხულია კუქის ლორწოვანს შეკეთრად გამღიზიანებელი პროდუქტები, საჭიროა კუქის წენის მომგვრელი ნივთიერებანი</p>	<p>თეთრი გამოშრული პური, თეთრი ორცხობილა, ბულიონი, გახეხილი ბორში, მოხარშული ნაზი ხორცი და თევზი, წიწიბურას, ბრინჯის, მანანას ფაფა, რძე, ბაჭო, არაყანი, კარაქი, თოხლო კვერცხი, კისელი, კომპოტი, ნაყინი, ახალი გახეხილი ხილი</p>	<p>ქრონიკული ანაციდური გასტრიტი და ქვეითებული სეკრეციით</p>
III	<p>წილით მდიდარი, პერისტალტიკის გამაძლიერებელი საკვები</p>	<p>შავი პური, 2-3 კიკა მაწონი, კომპოსტო, ბოსტნეულისა და ხილის სუბი, დიდი რაოდენობით ვაშლი, კომპოტი (სკობს შავი ქლიავის), აგრძალულია კაკო, მგარი ჩაი, ლორწოვანი სუბი, კისელი</p>	<p>შერულობა</p>
IV	<p>ნაწლავთა ფუნქციის ქიმიურად და მექანიკური დამზოგველი</p>	<p>თეთრი ორცხობილა, მგარი ჩაი, წყლიანი კაკო, ახალი ბაჭო, კარაქი, მკლე ხორცის ბულიონი, ლორწოვანი სუბი, წყალზე დამზადებული ბრინჯისა და მანანის ფაფა 5-10 გ კარაქით</p>	<p>ნაწლავთა მწვავე და გამწვავებულ ქრონიკული დაავადებანი</p>

I	2	3	4
IV ^ა	შეზღუდულია ნაშვირწყლები		ნაწლავებში დუღილისა და ლზობის პროცესი
V	გამორიცხულია შავი და ვაშტ-რაქტული ნივთიერებანი	<p>ხორცის რაოდენობა შეზღუდულია, ორთქლზე დამზადებულ კაბლუბი, გუფთა, მოხარშული მკლე თევზი, ლიმონის ქელე, შტომშისა და შოცვის ყისელა</p> <p>ბოსტნეული, ხილი, ბოსტნეულისა და ხილის წვევები, რძე, მაწონი, ხაჭო, კარაქი შეზღუდულად, არატბილი ცომეული, თეთრი და შავი პური, კვერცხის ცილა ომლეტისა და სუფლეს სახით, ბოსტნეულისა და რძის სუპი, მოხარშული ხორცი და თევზი, გამორიცხულია კვერცხის გული</p>	ლეიძლისა და სანადლე გზების დაავადებანი
V ^ა	უფრო მკაცრი, კიდრე V მაგილა	ხორცის შეზღუდვა, ორთქლზე დამზადებული კაბლუბი და გუფთა, გახეხილი ბოსტნეული	ლეიძლისა და სანადლე გზების დაავადების გამწვავება
VI	ხორცის, თევზისა და სხვა ცილოვანი პროდუქტების მკაცრად შეზღუდვა. დიდი რაოდენობით სითხე	ბოსტნეულისა და ხილის წვენი დიდი რაოდენობით. გამორიცხულია: მუხტული, მყაუნა, ისპანახი, თვის ბოლოყი	ნივთიერებათა ცვლის დაავადებანი (პოდაგრა)
VII	რძისა და შეენარეულის საკვები. მარლის, ცილისა და სითხის შეზღუდვა	რძე, მაწონი, ხაჭო, არაჟანი, კარაქი, ბოსტნეულისა და ხილის სუპი, მოხარშული ხორცი და თევზი, კვირამი 1-2-ჯერ ცომეული, კეჭრა, ხილი, ნამცხვარი	ოიკმლების დაავადებანი
VIII	მკვეთრად შეზღუდულია: ცომეული, ცხიძი, შაქარი, სითხე, მაგრამ დიდი რაოდენობით მიცემა წილის შემცველი საკვებები	დღეში 2-3 ჰქა მაწონი, რძე, კვერცხი, ბოსტნეული, ხილი, მკლე მოხარშული ხორცი, თევზი	სიზსუქნი

1	2	3	4
IX	ნახშირწყლების მეტოხად შეზღუდვა, ცხიმისა და ცოლის რაოდენობის გაზარდა	რძე, ხაჭო, არაუანი, მაწონი, კეფირი, ნაღები, ყველი, ხიზილა, შებოლილი ძეხვი, ლობი, დოში, ორაგული, ხორცი და თევზი, ხორცის ში, ბულიონი, პური და ცომეულის ნაწარმი 150—300 გ-მდე (შარდში შაქრის რაოდენობის მიხედვით)	წიგრიანი დიებიტი
X	გარილისა და სითხის რამდენადმე შეზღუდვა	რძე და რძის პროდუქტები, მცენარეულის სუბი, მობარშული ხორცი, თევზი, ბოსტნეული და ხილი. სითხის რაოდენობას ამცირებენ ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებანი
XI	შეიცავს კალციუმის მარილების დიდ რაოდენობას, ვიტამინებს, ცხიმსა და ცოლს. კალორიულობა 4000 კკალ	სხვადასხვა სახის მავიდა შეუზღუდავად	ინფემციური დაავადებანი (ახტისითი ტუბერკულოზი)
XII	სხვადასხვა საკვები პროდუქტი	გამორიცხულია ცხარე სანელა, ალი, რაოდენობით ხორცი, მარლი, ალკოჰოლი, მავარი ჩაი და ყავა	ნერვული სისტემის დაავადებანი
XIII	საკვების მიღება მცირე ულუფებ-ბად 6-7-ჯერ დღეში	იგემი, რაკ № 1 მავიდით, მავრამ დიდი რაოდენობით ბოსტნეულისა და ხილის წვენი	მუცლის ღრუს ოპერაციის შემდეგ პერიოდში, მწვავე ინფემციური დაავადებისას
XIV	ორგანული მარილების შემცველი საკვები პროდუქტების შეზღუდვა	ხორცი, თევზი და ცომეული. მკვეთრად იზღუდება ბოსტნეული, ზოგი ხილი, რძის პროდუქტები და კვარცი. ამწროვებოდან და ხილიდან დასაწყობია წითელი მოცივი, მოცხარი, მავიდა	თირკმლებსა და ნაღვლის ბუშტი კენების წარმოქმნისადმი მიღრეკილება
XV	საერთო მავიდა ეიცავს 3500 კკალ-ს, 100 გ ცოლს, 90 გ ცხიმს, 400—500 გ ნახშირწყლებს	შერეული საკვები	პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანები

პირველ დღეებში აღინიშნება წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის მოშლა. იკარგება კალიუმი და შეკავდება ნატრიუმი, წყლის დაკარგვის შედეგად ვითარდება დეჰიდრატაცია. 2000—3000 მლ წყალი გამოიყოფა შარდით, ოფლით, განავლით, ამოსუნთქული ჰაერით. ზაფხულში მაღალი ტემპერატურის დროს კი წყლის დანაკარგი დღე-ღამეში 4000 მლ-ს აღემატება.

დეჰიდრატაცია ხელს უწყობს ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის შემცირებას და სისხლის მიმოქცევის შენელებას, რასაც ქსოვილებში უანგბადის გალარიბება მოსდევს.

ოპერაციისწინა პერიოდში, თუ დრო საშუალებას იძლევა, საჭიროა სრულყოფილი მომზადება. 6,5 გ%-ზე ნაკლები საერთო ცილის შემთხვევაში სხეულის 1 კგ წონაზე საკვები უნდა შეიცავდეს 2 გ ცილას უპირატესად ცხოველურს (ხაჭო, მაწონი, კვერცხი, თევზი, ხორცი), 1,5 გ ცხიმსა და 5 გ ნახშირწყლებს. საკვებში აღიღებენ ადვილმოსანელებელი ნახშირწყლების (შაქრის, მურაბის, თაფლის) რაოდენობას 200—300 გ-მდე დღეში.

ნორმაზე 1,5—2-ჯერ მეტი რაოდენობითაა საჭირო A, C, K. B ჯგუფის ვიტამინები. საკვებს ამდიდრებენ მინერალური მარილებითა და მიკროელემენტებით.

ოპერაციისწინა პერიოდში ავადმყოფს სხეულის 1 კგ წონაზე უნიშნავენ 30 მლ სითხეს, უმთავრესად მინერალურ წყალს, ხილისა და ბოსტნეულის წვენებს. სადღელამისო რაციონი 3 000 კკალ-ს უნდა შეადგენდეს.

წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის ნორმალიზაციისათვის 7—10 დღით ადრე ავადმყოფს ვენაში შეუყვანენ ფიზიოლოგიურ ხსნარსა და 5%-ან გლუკოზას. ოპერაციამდე 3—5 დღით ადრე არ აძლევენ მეტეორიზმის გამომწვევ, წიღით მდიდარ საკვებს (მოუნდელ რძეს, კომბოსტოს, კაკალს, პარკოსნებს). უშუალოდ ოპერაციის წინ 8 საათის განმავლობაში ავადმყოფს ჭამა ეკრძალება.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში აუცილებელია ბრძოლა ქსოვილთა დეჰიდრატაციის, მეავა-ტუტთანობის წონასწორობის ცვლილებებთან, შეხორცებითი პროცესის სტიმულირება, დაზიანებულ ქსოვილთა აღდგენა, ორგანიზმის დაცვითი ძალებისთვის ხელშეწყობა ავადმყოფის მაქსიმალური მოსვენებით.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში აღინიშნება აციდოზი. ჰრილოზის არეში შეშუპება და ანთება. ამიტომ რეკომენდებულია ტუტე საკვების (ბოსტნეული და ხილი, მათი წვენი), სუფრის მარილისა და ნახშირწყლების შეზღუდვა. სასმელად (როცა ეს შესაძლოა) დიდი რაოდენობით აძლევენ სითხეებს, განსაკუთრებით მინერალურ წყალს, პარენტერულად შეყავთ ფიზიოლოგიური ხსნარი, 5%-ანი

გლუკოზა, ჰიპოპროტეინემიის შემთხვევაში — ცილოვანი ხსნარები. საკვებად იყენებენ 120—130 გ ცილას. პარენტერულ კვებას უნიშნავენ მძიმე ავადმყოფს ან, როცა საკვების მიცემა არ შეიძლება.

ყბა-სახის ტრავმის დროს ვლინდება გემოვნების გაუკუღმართება, ავადმყოფს საკვები შეიძლება ეჩვენოს მჟავე ან მწარე (ი. კ. სივობინა და ა. ფ. ვასილაკი), მადის დაკარგვა კუჭის სეკრეციული ფუნქციის დაკარგვის შედეგად (ბ. დ. კაბაკოვი და ა. ტ. რუდენკო, 1977), აგრეთვე ლეჭვისა და ყლაპვის აქტის მოშლა.

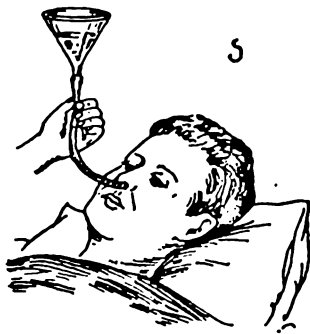
ავადმყოფს წუწნის, ლეჭვისა და ყლაპვის მოშლისას უნიშნავენ „ყბისმიერ დიეტას“ ან ზონდით კვებას.

საკვებს ამზადებენ № 2 დიეტის მიხედვით, მაგრამ ატარებენ ხორცის საკვებ მანქანაში, აზავებენ ბულიონში, ჩაიში, გადაღულ მწკაღში არაყნის კონსისტენციამდე. ავადმყოფი საკვებს ღებულობს ჩაიდნიდან და რეზინის მილით.

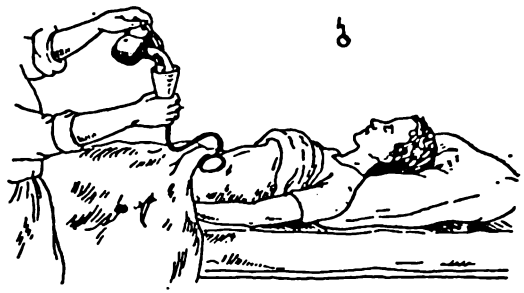
„ზონდით კვებას აპარატი“ ახლა ფართოდ იყენებენ დამწვრობითი დაავადების დროს კარგი ეფექტით; სპეციალური რეცეპტით დამზადებულ საკვებს, გარკვეული რაოდენობით და ინტერვალთა აძლევენ ავადმყოფს.

ზონდით კვებისათვის საკვებს ამზადებენ № 1 (1 ზ) ან № 15 (2) მაგიდის მიხედვით არაყნის კონსისტენციამდე. საკვებს ატარებენ ხორცის საკვებ მანქანაში და შემდეგ ხეხავენ საცერში. საჭიროებისას მას აზავებენ რძეში, ბულიონში, გადაღულ მწკაღში. ავადმყოფი საკვებს ღებულობს პირსა ან ცხვირში გატარებული კუჭის ზონდით ან ღუოდენური ზონდით (სურ. 17). № 1 ზ დიეტისას აძლევენ 100 გ ცილას, 100 გ ცხიმს, 400—500 გ ნახშირწყლებს, 10—12 გ სუფრის მარილს, სულ 3000—3200 კკალ-ს. საკვების ტემპერატურა ჩვეულებრივია. საკვებს აძლევენ 5—6-ჯერ დღეში. იგი რეკომენდებულია ყბა-სახის ტრავმის დროს, რომელსაც თან სდევს საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა დაავადება.

ზონდით კვება № 2 ზ (№ 15 მაგიდიდან) დიეტით საჭიროა ყბა-სახის ტრავმის შემთხვევაში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნორმალური ფუნქციის დროს. თხიერი და განხილი საკვები ადვილად გადის ზონდში. იგი შეიცავს 100 გ ცილას, 100 გ ცხიმს, 400—450 გ ნახშირწყლებს, 12—15 გ სუფრის მარილს, რაც შეადგენს 3000—3200 კკალ-ს, საკვებს აძლევენ 5-ჯერ დღეში. ავადმყოფის კვება ზონდიდან შეიძლება შემდეგი ნარევით: 150 მლ რძე, 50 გ კარაქი, 150 გ შაქარი, 4 ცალი კვერცხი. საკვები შედგება 70 გ ცილის, 110 გ ცხიმისა და 215 გ ნახშირწყლებისგან, რაც შეადგენს 2210 კკალ-ს, კვება 5-ჯერადია.



ა



ბ

სურ. 17. ხელოვნური კვება: ა — ნაზოგასტრულა ზონდით; ბ — გასტროსტომით

ტონზილექტომიის შემდეგ ავადმყოფს საღამოთი აძლევენ 200 მლ ხორცის თბილ ბულიონს, 50 მლ ნაღებს, 150 მლ ვაშლის კისელს. მე-2-3 დლიდან უნიშნავენ № 0ბ, მე-3-5 დლიდან № 0გ დიეტას, მე-5-6 დლიდან კი — № 1 ქირურგიულ დიეტას.

ღივბა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზოგი ოპერაციის შემდეგ

საყლაპავი მილის ოპერაციის (გახსნა, რეზექცია) შემდეგ ავადმყოფს საკვებს არ აძლევენ 5—6 დღეს, მაგრამ კვებავენ ზონდითა და პარენტერულად. პირველად პირის გზით საკვებს აძლევენ მე-7-8 დღეს მცირე ულუფებად: 100 მლ თბილ ტკბილ ჩაის, 50 მლ ასკილის ნაყენს. მე-8-9 დღეს ავადმყოფი საკვებს ღებულობს ორჯერ: პირველად ღიმონიან თბილ ტკბილ ჩაის, მეორედ — 160 მლ ხორცის ბულიონს და 50 მლ ასკილის ნაყენს. მე-10-11 დღეს აძლევენ ბულიონს, თხელ კისელს, ჩაის, 50 მლ ნაღებს, თოხლო კვერცხს, 20 გ კარაქს. სითხის რაოდენობას არ ზღუდავენ. მე-12-15 დღეს საკვებს აძლევენ დღეში 6-ჯერ 100—200 მლ რაოდენობით — ჩაის, ბულიონს, გახეხილ ბურღულს, სუპ-პიურეს, ნაღებს, კეფირს, არაყანს, თოხლო კვერცხს, გახეხილ ახალ ხილს, წვენებს, მე-16—22-ე დლიდან უნიშნავენ № 0გ, 23-27-ე დლიდან — № 0გ, ხოლო 28-ე დლიდან — № 1 დიეტას.

კუჭის რეზექციის შემდეგ ირღვევა საჭმლის მონელების პროცესი და ნივთიერებათა ცვლა. წვრილ ნაწლავში გადაადის არასაკმაროდ დამუშავებული საკვები, ირღვევა საჭმლის მომნელებელი წვენების წარმოქმნის, მონელებისა და საკვები პროდუქტების შეწოვის პროცესი, აგრეთვე კუჭისა და ნაწლავების მოტორული ფუნქცია.

კუჭის რეზექციის შემდეგ პირველ 1-2 დღეს ავადმყოფს პირის გზით არ აძლევენ სითხესაც კი. მეორე დღეს პირში გამოავლებენ წყალს. ამ პერიოდში ავადმყოფს ნაზოგასტრული ზონდით გამოეყოფა შიგთავსი რეზექციურებული კუჭიდან (ან პერიოდულად ამოქაჩავენ ქანეს შპრიცით). ზოგჯერ, შედარებით მარტივი რეზექციის შემდეგ, შესაძლოა ავადმყოფს მე-2 დღეს მისცენ 1 ჭიქა თბილი. ნაკლებად ტკბილი ჩაი და 50 მლ ასკილის ნაყენი ჩაის კოვზით 15—20 წუთის განმავლობაში; მე-3 დღეს ასმევენ 2 ჭიქა ჩაის, 2 ჭიქა წყალს და 50 მლ ასკილის ნაყენს. სამაგიეროდ, ენერგიულად ხორციელდება პარენტერული კვება: ვენაში შეყავთ ფიზიოლოგიური ან რინგერისა და გლუკოზის ხსნარი (3—5 გრამი გლუკოზის გადასხმისას 1 ერთ. ინსულინთან), ცილოვანი ხსნარები, სისხლი, ვიტამინები და სხვ. მე-4-5 დღეს, თუ ნაწლავთა ნორმალური პერისტალტიკაა, აირები გამოიყოფა და შებერილობა არ არის, უნიშნავენ № 0ა დიეტას.

№ 0ა დიეტის მიხედვით ავადმყოფს აძლევენ: ხილისა და კენკრის წვენებს, გარდა ყურძნისა, ასკილის ნაყენს, სუსტ ბულიონს, კარაქს, ბრინჯის ნახარშს ნაღებით. არ შეიძლება: რძის, ნაღების, არაყნის, კეფირის, ხილის, ბოსტნეულის, ხორცის, თევზის, კვერცხის, ხაჭოს, ორცხობილას, პურისა და სხვა მკვრივი საკვები პროდუქტების პიურესმაგვარი კონსისტენციით გამოყენება. იგი შეიცავს 15 გ ცილას, 15 გ ცხიმს, 200 გ ნახშირწყლებს, რაც 1000 კკალ-ს შეადგენს, უმატებენ 3-5 გ სუფრის მარილს და 200 მგ C ვიტამინს.

ავადმყოფი საკმელს უნდა ღებულობდეს მცირე ულუფებად 7-ჯერ დღეში, 2—2,5 საათში ერთხელ. ასეთ დიეტას უნიშნავენ მხოლოდ 2—3 დღეს.

№ 0ა დიეტის ტიპური მენიუ ასეთია:

8 სთ — ხილისა და კენკროვნის წვენი;

10 სთ — შაქრიანი ჩაი;

12 სთ — ხილის ან კენკროვნის კისელი;

16 სთ — ასკილის ნაყენი;

18 სთ — ხილის ყელე;

20 სთ — ბრინჯის ნახარში ნაღებით.

სათანადო ჩვენებისას ღამით შეიძლება წვენისა და კისელის დანიშვნა.

№ 0ა დიეტის დანიშნიდან 2—4 დღის შემდეგ უნიშნავენ № 0ბ დიეტას, რითაც ოპერაციის შემდგომი კვება ძლიერდება და მეტეორიზმი აცილებულია. იგი მექანიკურად, № 0ა დიეტასთან შედარებით, ნაკლებ დამზოგველია. დამატებით აძლევენ 1%-ან

მანანის, წყალსა და რძეში მოხარშულ ბრინჯის, წიწიბურას ფაფას, მაწონს, 2 თოხლო კვერცხს, ცილოვან ომლეტს. იგი შეიცავს 40—50 გ ცილას, 40—50 გ ცხიმს, 250 გ ნახშირწყლებს, შეადგენს დაახლოებით 1600 კკალ-ს, უმატებენ 5 გ სუფრის მარილს და 100 მგ C ვიტამინს. ავადმყოფი საკვებს ღებულობს მცირე ულუფებად 6-ჯერ დღეში.

№ 08 დიეტის ტიპური მენიუ ასეთია:

I საუზმე, 8 სთ — ცილოვანი ომლეტი (ან მაწონი), კისელი;

II საუზმე, 11 სთ — ხილის წვენი;

სადილი, 14 სთ — ხორცის ბულიონი, ორთქლში დამუშავებული მანანის პუდინგი, შაქრიანი ასკილის ნაყენი;

სამხარი, 16 სთ — ხილის ქელე, რძიანი ჩაი;

I ვახშამი, 18 სთ — მაწონი ან წყალსა და რძის ნარევეში მოხარშული, გახეხილი წიწიბურას ფაფა, მშრალი ხილის კომპოტი;

II ვახშამი, 22 სთ — ხილის წვენი.

მთელი დღის განმავლობაში ავადმყოფი ღებულობს 40 გ შაქარს ჩაისთან, 20 გ კარაქს.

შემდეგ № 1 მაგიდის წინ ავადმყოფს უნიშნავენ 0გ დიეტას; სუპ-პიურეს, ახალ გახეხილ ხაჭოს, ორთქლზე დამზადებულ ხაჭოს კერძს, მაწონს, დაკეპილ მოხარშულ ხორცს, თევზს, ბოსტნეულისა და ხილის პიურეს. იგი შეიცავს 85 გ ცილას, 70 გ ცხიმს, 350 გ ნახშირწყლებს, რაც 2200 კკალ-ს შეადგენს. უმატებენ 5—6 გ მარილს. საკვებს ყოფენ 6 ულუფად.

№ 09 დიეტის ტიპური მენიუ ასეთია:

I საუზმე, 8 სთ — ორთქლზე დამუშავებული ხაჭოს სუფლე, რძიანი ჩაი ან მაწონი;

II საუზმე, 11 სთ — ასკილის ნაყენი;

სადილი, 14 სთ — ხორცის ბულიონი და ბოსტნეულის სუპ-პიურე, მაწონი ან ცილოვანი ომლეტი, ხილის კისელი;

სამხარი, 16 სთ — შემწვარი ვაშლის პიურე შაქრით, რძიანი ჩაი;

ვახშამი, 19 სთ — მოხარშული ხორცის პუდინგი, ხილის კომპოტი;

II ვახშამი, 22 სთ — ხილის წვენი.

მთელი დღის განმავლობაში ავადმყოფი ღებულობს 100 გ თეთრი პურის ორცხობილას, 30 გ შაქარს, 20 გ კარაქს.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდის ნორმალურად მიმდინარეობისას საკვებ რაციონს აფართოებენ. მე-12-13 დღიდან რეკომენდებულია № 1 ქ (ჭირურგიული) დიეტა. დამატებით აძლევენ 130 გ ცილას (მაწონს), ვიტამინებს, ამცირებენ ნახშირწყლებს (300—500 გ)

და ცხიმს (80--85 გ) რძის აუტანლობის შემთხვევაში 3—5 დღე საჭიროა № 4 მაგიდა, შემდეგ — № 4 ბ, ოპერაციიდან 6 თვის მერე კომპენსაციის პერიოდში — № 4 გ და № 5 ან № 2 დიეტა ცილისა და ვიტამინების რაოდენობის გაზრდით, ნახშირწყლებს კი პირიქით, ამცირებენ.

ცილა და ვიტამინები ზრდის ორგანიზმის რეაქტიულობას, აუმჯობესებს რეგენერაციის პროცესს. საკვებში უპირატესად ამცირებენ ადვილმოსანელებელ ნახშირწყლებს, რადგანაც კუჭის რეზექციის შემდეგ ზოგ ავადმყოფს უვითარდება დემპინგინდრომი. იგი მსუბუქი ნიშნებით გამოხატული აქვს ავადმყოფთა ერთ მე-სამედს საავადმყოფოდან გაწერამდე ან 0,5—1 წლის შემდეგ. ჰამიდან რამდენიმე წუთში ავადმყოფს ეწყება სისუსტე, ოფლიანობა, წამოხურება, თავბრუ, პულსის გახშირება, იშვიათად გულისრევა, ლებინება, ფლარათი. ავადმყოფი იძულებულია დაწვეს (ზოგჯერ მწოლიარემ ჰამოს).

დემპინგინდრომს ზოგჯერ განსაკუთრებით აძლიერებს ცხელი, თხიერი საკვები, გაძლომა. მოვლენები გრძელდება რამდენიმე წუთს, არაუმეტეს ნახევარი საათისა. მძიმე შემთხვევაში ხანმოკლე დროით ავადმყოფმა შეიძლება დაკარგოს გონება. შეტევის დროს აღსანიშნავია პულსის გახშირება, არტერიული წნევის რამდენადმე დაცემა, ცვლილებები ელექტროკარდიოგრამაზე, შაქრის მრუდზე (ჰიპერ- ან ჰიპოგლიკემია).

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ზოგჯერ აღინიშნება კუჭის ტაკვიდან საკონტრასტო მასის სწრაფად გადასვლა (გადაცვენა) წვრილ ნაწლავში.

წვრილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ, იმის მიხედვით თუ რა დონეზე, რა დაავადების შემდეგ და რა სიგრძის ნაწლავია ამოკვეთილი, მოიწლება საჭმლის მონელება, საკვების შეწოვა და მეტნაკლებად ვლინდება ტროფიკული მოშლილობა, ფლარათი (დიდი სიგრძის ნაწლავის რეზექციისას), გამხდრობა, ჰიპოვიტამინოზი, ენდოკრინულ ჭირკვალთა, აგრეთვე მინერალური ცვლის მოშლა ოსტეოპოროზით, ანემია და სხვ.

პირველ ორ დღეს ავადმყოფს საკვებს არ აძლევენ, პარენტერულად კვებავენ. მესამე დღიდან 2—3 დღის განმავლობაში აუცილებელია № 0ა დიეტა, შემდეგ 3—4 დღეს — № 0ბ დიეტა, 3—4 დღეს — № 0გ დიეტა, 3—5 დღეს — № 4 დიეტა, შემდგომში კი — № 4 ბ. ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ კომპენსაციის პირობებში საჭიროა № 4 ბ ან № 5 დიეტა, უპირატესად ცხოველური ცილის რაოდენობის მომატებით. ნახშირწყლებს ნორმის

ფარგლებში აძლევენ, ცხიმს რამდენადმე ამცირებენ, რადგან მოსალოდნელია ფაღარათი.

განავლის ნორმალურად გაფორმებისა და C ვიტამინით ორგანიზმის გამდიდრებისათვის რეკომენდებულია მოცვის კისელი, ბროწეულის, კომშის, შინდის წვენები, შავი მოცხარის კომპოტი, აგრეთვე მაგარი ჩაი. თბილი საკვების ჭამა საჭიროა დღეში 5—6-ჯერ. ზოგის აზრით, სასარგებლოა მინდვრის წითელი ლობიოს ნახარში.

საკვებიდან გამორიცხულია წიდის შემცველი მცენარეული პროდუქტები (კომბოსტა, პარკოსნები, თვის ბოლოკი და სხვ.), შემაერთებელი ქსოვილი (მყესებიანი ხორცი, ფრინველის კანი, თევზი), ცივი საკვები, გაზიანი სასმელი, რომელმაც შეიძლება ფაღარათი გამოიწვიოს.

წვრილი ნაწლავის ვრცელ რეზექციას იშვიათად აკეთებენ (ცნობილია, რომ წვრილი ნაწლავის სიგრძე საშუალოდ 5 მ-ს უდრის, შეიძლება იყოს მეტიც). მოშლილობა ვლინდება მისი 2/5-ის რეზექციის დროს. 2--5 მ ნაწლავის ამოკვეთის შემდეგ შესაძლოა ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნება, მხოლოდ საჭიროა საკმაო რაოდენობით სისხლის, ცილის, ელექტროლიტების. გლუკოზის, ვიტამინებისა და ანტიბიოტიკების გადასხმა. მეცხრე დღიდან რეკომენდებულია ასეთი დიეტა: 1. 8 საათზე — 100 გ ახალი კეფირი შაქრით, 2. 10 საათზე — 50 გ გახეხილი ტკბილი ხაჭო, 3. 11 საათზე — 100 გ ტანინით მდიდარი ღვინო (კავორი, ან კახური), 4. 12 საათზე — 200 გ მაგარი ტკბილი ჩაი, 5. 16 საათზე — 50 გ გახეხილი ხაჭო, 6. 18 საათზე — 50 გ ღვინო, 7. 20 საათზე -- 100 გ ქათმის ბულიონი, 8. 22 საათზე — 100 გ ტკბილი კეფირი, 9. 24 საათზე — 200 გ მაგარი ტკბილი ჩაი. ამის გარდა, დღის განმავლობაში ავადმყოფი სვამს 0,5 ლ ხილის წვენს. შემდგომში რაციონს უმატებენ ნაკლებწიდიან პროდუქტებს ისე, რომ შეადგინოს 3000 კკალ, მაგრამ შიმშილის გრძნობა მაინც რჩება. ნაწლავების მოქმედება 5—6-ჯერ აქვთ დღეში.

ცილების, ვიტამინებისა და მინერალური ნივთიერების ნაკლებობისას ისინი შეყავთ პარენტერულად.

მსხვილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ მცირდება წყლის შეწოვა, განავლის მასის გაფორმება, ზოგი ვიტამინის სინთეზი და ფერმენტის დაშლა. საკვებ ნივთიერებათა შეწოვა წვრილ ნაწლავში ხდება, იგი ნაკლებად მოიშლება.

ოპერაციის შემდგომ ჯერ უნიშნავენ იმავე დიეტას. როგორსაც წვრილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ. მოგვიანებით საჭიროა ცილის, ცხიმის, ვიტამინებისა და მინერალური ნივთიერებე-

ბის შემცველი ნორმალური შედგენილობის საკვები, მაგრამ გამო-
რიცხულია წიდის შემცველი ან სხვა სახის საკვები, რომელიც აძ-
ლიერებს პერისტალტიკას და დუდილის პროცესებს. საჭიროა თბი-
ლი საკვები 5—6-ჯერ დღეში.

აქენდექტომიის შემდეგ 1—2 დღეს თანმიმდევრულად უნიშნა-
ვენ № 0ა დიეტას, მე-3-4 დღეს — № 0ბ ან № 0გ, მე-5-6 დღიდან
№ 1 კ, შემდგომში — № 2 ან 15 დიეტას.

რაიმე გართულების — პერიტონიტის, თუნდაც ადგილობ-
რივის, მით უფრო დიფუზური ან უნივერსალური პერიტონიტის
შემთხვევაში ავადმყოფს არამცთუ აძლევენ საკვებს, არამედ
ყოველმხრივ ცდილობენ კუჭისა და წვრილი ნაწლავის შიგთავ-
სის ევაკუაციას (ნაზო-გასტრო- ან ნაზოგასტროენტერული ზონდით
ან ენტეროსტომული მილიდან). სითხეს, მით უფრო საკვებს, ავად-
მყოფს აძლევენ მხოლოდ ნაზოგასტრული ზონდიდან ნაწლავის შიგ-
თავსის (ნალვლის) გამოყოფის შეწყვეტისა და ნაწლავების ფუნქციის
აღდგენის შემდეგ. მანამდე ენერგიულად უნდა განახორციელონ პა-
რენტერული კვება.

ჰემოროიდექტომიის შემდეგ პირველ ორ დღეს ავადმყოფს აძ-
ლევენ ასკილის ნაყენს, ჩაის, ხილისა და ბოსტნეულის წვენს, რომ-
ლის ტემპერატურა 20—50° უნდა იყოს, რაოდენობა ერთ ჯერზე
300 მლ-ს არ აღემატება. მეორე დღიდან უნიშნავენ № 0ბ დიე-
ტას, მესამე დღიდან — № 0გ, მეხუთე დღიდან — 1 კ, ხოლო მოგ-
ვიანებით — № 15 დიეტას. საკვებს დღეში 5—6-ჯერ აძლევენ.

ყითას ნახეთქისა და ყითას ხვრელმილის შემთხვევაშიც იმავე
დიეტას უნიშნავენ.

ნაწლავის გარეთა ხვრელმილების შემთხვევაში უნიშნავენ უწი-
დო საკვებს და ნაკლებ სითხეს — 400—500 მლ-მდე დღე-ღამეში.
საკვებს აძლევენ 5—6-ჯერ. მიღებული ულუფა 500 გ-ზე მეტი არ
უნდა იყოს. ხვრელმილის ობტურაციის (თუ მოახერხებენ) შემდეგ
საკვებისა და სითხის რაოდენობას ზრდიან. ავადმყოფს უნიშნავენ
№ 1ბ, 1 და № 4 ბ დიეტას, შემდეგ თანდათან სრულყოფილ საკვებს
აძლევენ.

ნალვლის გამომტან გზებზე ოპერაციის შემდეგ (ქოლეცისტექ-
ტომია და სხვ.) საჭიროა დიეტა, რომელიც ზოგავს საჭმლის მომნე-
ლებელ ორგანოებს, აჩქარებს რეპარაციულ პროცესს და ხელს
უწყობს ორგანიზმის დაცვით ძალეებს.

1-ელ დღეს ავადმყოფი მშვიერია, მე-2-4 დღეს უნიშნავენ
№ 0ა დიეტას, მე-5-7 დღეს — № 0ბ და შემდეგ № 0გ დიეტას.
საკვებში ხორცის ბულიონს ცვლიან ლორწოვანი სუპით, კვერ-
ცხით, ორთქლზე დამზადებული ცილის ომლეტით, მაწვნით.

მე-8-10 დღეს უნიშნავენ № 5ა, მე-15-16 დღეს — № 5 დიეტას. ოპერაციის შემდეგ 10—14 დღეს ზღუდავენ ცხიმს (დღეში აძლევენ არაუმეტეს 40 გ-ს) და ქოლესტერინის შემცველ საკვებს. რეკომენდებულია № 5 დამზოგველი დიეტა.

ნაღლის გამომტან გზებში კონკრემენტების წარმოქმნის პროფილაქტიკის მიზნით ზღუდავენ ქოლესტერინითა და კალციუმის მარილებით მდიდარ საკვებს (ყვერცხის გულს, მსუქან ხორცს, თევზს, ცომეულს და ბურღულის ნაწარმს).

სამკურნალო კვება ეზოფაგო-გასტროდუოდენური პროფუზული სისხლის დენის დროს

სისხლის დენის მიზეზი მრავალია, უფრო ხშირად საყლაპავი მილის ვარიკოზული ვენები ღვიძლის ციროზის დროს, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, პოლიპი, ნახეტიკი, ეროზია, ელენთის დაავადება (სპლენოთრომბოზი). ღვიძლის ფუნქციური მოშლილობა, სისხლის შედედების დაქვეითება. C და P ჰიპოვიტამინოზის გამო სისხლძარღვთა კედლის განვლადობის გაძლიერება, ზოგი მედიკამენტი (პრედნიზოლონი, ასპირინი) და სხვ.

სისხლის დენის მიზეზი უმეტესად მაინც წყლულია ან პოლიპი. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ანამნეზი. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გამოცდილი სპეციალისტი—ენდოსკოპისტის მიერ ჩატარებული გამოკვლევა. იგი არა მარტო სწორად ამოიცნობს სისხლის დენის მიზეზს, ზოგჯერ აჩერებს კიდეც მას ელექტროკოაგულაციით, სამედიცინო წებოთი, ქიმიური ნივთიერებებით, ელექტროექსციზიით (პოლიპის შემთხვევაში) და ა. შ.

როცა სისხლის დენის მიზეზი გარკვეულია, სისხლის დენა 24—48 საათში არ ჩერდება, ავადმყოფი ახალგაზრდა არ არის, დაავადება კი ქირურგიულ დახმარებას საჭიროებს, აკეთებენ გადაუდებელ ოპერაციას. მისი დაგვიანებისას შედეგი სავალალოა.

დანარჩენ შემთხვევაში, როცა სისხლის დენის მიზეზი გაურკვეველია და ქირურგიულ დახმარებას არ საჭიროებს. ენერგიულ პარენტერულ კვებასა და ჰემოსტაზურ ღონისძიებებთან. აგრეთვე ანტაციდურ (წყლულის) მკურნალობასთან ერთად გარკვეული წესის დაცვით ავადმყოფს აძლევენ ფაფის კონსისტენციის მაღალკალორიულ და ადვილმოსანელებელ ცივ საკვებს, თუ არაქვს ღებინება. საკვების მიღება (100—150 ძლ.) აკვირობა დღეში 5-6-ჯერ.

მეილენგრაბტმა შეიმუშავა დიეტა სისხლის დენის შემთხვე-

ვისათვის (იგი № 1ა მაგიდის მსგავსია). აძლევენ გამზმარ თეთრ პურს უქერქოდ; პირველ ხუთ დღეს — 100 გ, მეორე ხუთ დღეს 150 გ, მესამე ხუთ დღეს 200 გ. პირველ 2—3 დღეს სუპს არ აძლევენ. კვება ექვესჭერადია. რაციონი ტიპურია: 8³⁰—შაქარი 25 გ, კარაქი 25 გ, რძეში მოხარშული გახეხილი ფაფა, თოხლო კვერცხი, რძე; 11⁰⁰ — ლორწოვანი სუპი, ორთქლში მოხარშული ხორცის სუფლე 5 გ კარაქით; 16⁰⁰ — კისელი; 18⁰⁰ — რძეში მოხარშული გახეხილი ფაფა, კარაქი 25,0, კვერცხი, რძე; 20⁰⁰ — რძე. ამასთან აძლევენ ბორჯომს, ასკილის ნაყენს, ნაყინს (უკეთესია ელეთი), ნაღებს, მოხარშულ გოგრას.

გასტროლოდენური სისხლის დენის დროს ზოგი მკვლევარი უფრო ზუსტი მონაცემების მისაღებად ავადმყოფს სპეციალურად არ უნიშნავს ვიკასოლს, კალციუმის ქლორიდს, არ უსხამს სისხლს, პლაზმას, სამაგიეროდ უნიშნავს ცხოველურ ცხიმს, რომელიც ზრდის სისხლის შედედებას და ხელს უწყობს ფიბრინის კოლტის სწრაფად წარმოქმნას. საერთოდ მიღებული საკვების გარდა, ჰემორაგიული სინდრომის შემთხვევაში ავადმყოფს 10—12 დღეს აძლევენ 250 მლ 20%-ან ნაღებს (ა. გ. იუმაშინა, 1974; ი. კ. სივონინა, ა. ფ. ვასილაკი, 1982).

ჰემორაგიული სინდრომის შემცირებისათვის საკვები უნდა შეიცავდეს C, P (ასკილის ნაყენი, ხილისა და ბოსტნეულის წვენი) და K ვიტამინით მდიდარ პროდუქტებს (კარაქი, ნაღები, არაჟანი, კარტოფილი, გოგრა).

ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეს ავადმყოფი მშეირია, საღამოს აძლევენ თბილ ჩაის ლიმონით, მე-2-4 დღეს უნიშნავენ № 1 ა დიეტას, თუ არ არის სისხლის დენის საშიშროება, მე-4-5 დღეს — № 0ბ; მე-6-7 დღიდან — № 15 დიეტას.

ფილტვების, შუასაყარის, გულის ოპერაციის შემდეგ 1—2 დღეს საჭიროა № 0ა დიეტა, მე-3-5 დღეს — № 1 ქირურგიული, მე-5-6 დღეს — № 1 დიეტა, შეუშუპებისა და ჰიპერტონიული დაავადებისადმი მიდრეკილებისას — № 15 დიეტა.

გინეკოლოგიური, უროლოგიური, რბილი ქსოვილებისა და ძვლის ოპერაციის შემდეგ სპეციალური დიეტა არ არსებობს. უნიშნავენ ცილებით, ხილით, ბოსტნეულით და წვენებით სრულყოფილ № 15 დიეტას.

ნარკოზით ჩატარებული ტრავმული ოპერაციის შემდეგ საჭიროა 1—3 დღით № 1ა ან 1ბ დიეტის დანიშვნა.

ზოგი დაავადების შემთხვევაში ბუნებრივი გზით კვება შეუძლებელი ან საკმარისი არ არის, ამიტომ იყენებენ ხელოვნურ კვებას. საკვები, მისი შემცველი ნივთიერებანი ან მედიკამენტი შეყავთ ზონდით (ცხვირიდან, პირიდან), გასტროსტომული გზით ზვრელმილიდან, რექტალურად, პარენტერულად (ვენაში, იშვიათად კანქვეშ, უფრო იშვიათად — ძვალში).

ხელოვნური კვება ნაზოგასტრული ზონდით. ზონდით კვების ჩვენებაა: 1. ვრცელი ტრავმული დაზიანება, ენის, ხახის, ხორხისა და საყლაპავი მილის შეშუპება; 2. უგონო მდგომარეობა ცენტრალური ნერვული სისტემის მიძიმე ფუნქციური მოშლილობის შედეგად; 3. ფსიქიკური დაავადება, როცა ავადმყოფი უარს ამბობს საკვების მიღებაზე; 4. კუჭის წყლული, რომელიც არ ხორცდება და არ ნაწიბურდება.

ჩვეულებრივი კვება შეუძლებელი ან არასასურველია სახის დაზიანებისას, რადგან მოსალოდნელია ჭრილობის ინფიცირება, სასუნთქ გზებში საკვების მოხვედრა, პნევმონიის ან ფილტვებზე აბსცესის განვითარება.

კუჭის წყლულის დროს ავადმყოფი თორმეტგოჯა ნაწლავში შეყვანილი ზონდით ღებულობს საკვებს (ასმევენ მხოლოდ უგაზო ბორჯომს). ეს წყლულის კონსერვატიული მკურნალობის ერთ-ერთი მეთოდია, განსაკუთრებით გამწვავების პერიოდში ან როგორც კონსერვატიული მკურნალობის უკანასკნელი ეტაპი.

საკვების შესაყვანად იყენებენ რეზინის ნაზოგასტრულ ან სილიკონის 8—10 მმ დიამეტრის ზონდს, 200 მლ მოცულობის ძაბრს ან უანეს შპრიცის ცილინდრს და 3—4 ჭიქა საკვებს.

ზონდზე წინასწარ აღნიშნავენ დონეს, სანამდეც საჭიროა მისი შეყვანა: საყლაპავ მილში — 30—35 სმ-მდე. საჭრელი კბილებიდან (მხოლოდ საყლაპავი მილის სიგრძე 25 სანტიმეტრია) კუჭში — 40—45 სმ-მდე, თორმეტგოჯა ნაწლავში — 50—55 სმ-მდე.

დუდილით გასტერილებული და გაცივებული ნაზოგასტრული ზონდი წინასწარ გლიცერინის ან ვაზელინის წასმის (უკიდურეს შემთხვევაში წყალში დასველების) შემდეგ შეაქვთ ცხვირის ქვედა განიერ შესავალში. ზონდის მიმართულება უნდა იყოს სახის ზედაპირის პერპენდიკულარულად. თუ ავადმყოფს შეუძლია ჯდომა ზონდის გატარებისას, მას სვამენ. 15—17 სმ-ით ჩადგმის შემდეგ ზონდი ცხვირ-ხახაშია, ამ დროს უმჯობესია ავადმყოფს თავი ოდნავ წინ მოუხარონ, ერთი ხელის საჩვენებელი თითი პირში შეუტანონ. ზონდის წვერის შეგრძნებისას მას ოდნავ უკან აწევებინ, მეორე ხელით

კი წინ წასწევინ. თითოთ კონტროლის გარეშეც ზონდი უფრო ხშირად საყლაპავ მილში შედის, მაგრამ შეიძლება ტრაქეაშიც მოხვდეს, ამიტომ თითოთ კონტროლით ზონდის გატარება განსაკუთრებით საჭიროა, როცა ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია.

ტრაქეაში ზონდის მოხვედრის დასადგენად მის გარეთა ბოლოსთან მიიტანენ ბამბას ან პაპიროსის ქაღალდს და აკვირდებიან, ირხევა თუ არა იგი ავადმყოფის სუნთქვისას. როცა დარწმუნდებიან, რომ ზონდი საყლაპავ მილშია, მას გასწევინ კუჭსა ან თორმეტგოჯა ნაწლავში „დუოდენური ზონდირებისათვის“ და იწყებენ კვებას.

კვებისას ზონდით შეყავთ ყოველგვარი საკვები (თხიერ და ნახევრად თხიერ მდგომარეობაში, წინასწარ საცერში გახეხის შემდეგ, გამთბარი), წამალიც კი. საკვებს აუცილებლად უმატებენ ვიტამინებს. საკვებად აძლევენ რძეს, მაგარ ბულიონს, ხილის წვენს, გლუკოზას, ასკილის წვენს, ნაღებს, უმ კვერცხს, ლორწოვან და გახეხილ ბოსტნეულის სუპს, კისელს, ყავას, ჩაის. ავადმყოფის მდგომარეობისა და დაავადების მიხედვით ზოგჯერ შეიძლება მცირე რაოდენობით ალკოჰოლის (ღვინის, კონიაკის, არაყის, ლუდის) მიცემა. დუოდენური ზონდირებისას შეყავთ ამინოჰეპტიდი და სხვა სისხლის შემცველები. ზონდის გარეთა ბოლოს მორგებენ ძაბრს (სურ. 17-ა). საკვების შემდეგ სასმელს ასხამენ მცირე ულუფეზად, ყლუპებად, აუჩქარებლად, ბოლოს კი ზონდში ატარებენ წყალს. ავადმყოფს ზონდით ასეთნაირად კვებავენ დღეში რამდენჯერმე. გამოკვების შემდეგ ძაბრს (ყანეს შპრიცის ცილინდრს) მოხსნიან, ზონდის გარეთა ბოლოს დაახვევენ და ავადმყოფს თავზე დაამაგრებენ. ნაზოგასტრულ ზონდს ზოგჯერ 2—3 კვირას ტოვებენ. როცა ცხვირიდან ზონდის გატარება შეუძლებელია, ერთჯერადად (და განმეორებით) ზონდს ატარებენ პირიდან.

გასტროსტომული მილიდან კვებას მიმართავენ საყლაპავი მილის გაუვალობის (დამწვრობის, სიმსივნის გამო და სხვ.) შემთხვევაში (სურ. 17-ბ). კუჭში სხვადასხვა წესით ათავსებენ მსხვილ ზონდს, შედარებით სქელ საკვებს აწვდიან 200 მლ-მდე, 5—6-ჯერ დღეში, მოგვიანებით — 500 მლ-მდე 3—4-ჯერ დღეში. საკვებად გამოყენებულია დამუშავებული ხორცი, თევზი, პური, ორცხობილა, თხიერი საკვები. დიდი რაოდენობით საკვების შეყვანა იწვევს სპაზმს და მის ამოსროლას ზონდიდან. გასტროსტომული კვების დროს ავადმყოფს უჭრება პირის ღრუდან კუჭის სეკრეციის რეფლექსი. ამის შემსუბუქებისათვის ავადმყოფი საკვებს ამუშავებს პირში და თვითონვე უშვებს ზონდზე მორგებულ ძაბრში. საჭიროა ზონდის ირგვლივ კანის მოვლა. რადგან იგი ხშირად ღიზიანდება,

მას იცავენ ინდიფერენტული მალამოთი. ზონდს ამაგრებენ კანსა და სხეულზეც. ამოვარდნისას ზონდი მაშინვე უნდა ჩადგან.

რექტალურად საკვებ ოყნას უკეთებენ ძლიერ დაძაბუნებულ ავადმყოფს (იხ. ოყნები).

დიეტა 3 — უნიშნავენ პანკრეასის დაავადების შემთხვევაში.
დიეტა 3-0. მწვანე პანკრეატიტიან ავადმყოფს პირველ ორ დღეს საკვებს არ აძლევენ. მომდევნო 3—5 დღის განმავლობაში აძლევენ მხოლოდ სითხეს 2—3 ლიტრამდე. გამოირიცხულია ცხიმი. შეზღუდულია აზოტის შემცველი ექსტრაქტული ნივთიერებანი, სუფრის მარილი და სხვ., რომლებიც აძლიერებენ კუჭის სეკრეციასა და იწვევენ ნაწლავების შეებრილობას. სამაგიეროდ აძლევენ ნახშირწყლებით მდიდარ საკვებს (120—200 გ), ნაწლავების მოქმედების გამაძლიერებელს, დიდი რაოდენობით სითხის შემცველ ლიპოტროპული მოქმედების B₁ და C ვიტამინით მდიდარ ნივთიერებებს; უმარილო და გახეხილ საკვებს, რომელიც არ უნდა შეიცავდეს ცილას, ცხიმს, მარილს. კვება უნდა იყოს 8-ჯერადი, რეჟიმი წოლითი.

დიეტა 3-1 უნიშნავენ მეექვსე დღიდან მე-15-ე დღემდე. ეძლევა ცილა — 60 გ, ცხიმი 20 გ, ნახშირწყლები 250—300 გ, პური (ორცხობილა) — 50 გ, შაქარი — 30 გ. კარტოფილის სუპ-პიურე პურის ნაფიცხარით (გრენკი), ბრინჯის სუპი, წიწიბურას ფაფა უკარაქოდ, ორთქლით დამუშავებული კატლეტი, ვაშლის კისელი, მშრალი ხილის კომპოტი, შავი ქლიავეი, ხაჭო, ცხიმი 20 გ, კვერცხის ცილა.

დიეტა 3-2 უნიშნავენ დაავადების მე-15 დღიდან 25-ე დღემდე. მის შედგენილობაშია: ცილა — 100 გ, ცხიმი — 30 გ, ნახშირწყლები — 350—400 გ, პური (ორცხობილა) 50 გ, შაქარი 100 გ ვეგეტარიანული სუპი, ხორცის პიურე, მოხარშული ხორცი, ბრინჯის ფაფა, მოხარშული კარტოფილი, მოხარშული თევზი, კისელი, ჰერკულესის კისელი.

დიეტა 3-8 უნიშნავენ დაავადების 26-ე დღიდან მე-40 დღემდე. ეძლევა: ცილა — 10 გ, ცხიმი — 40 გ. მეორდება 3-2 დიეტა მშრალი ულუფის გადიდებით: ხორბლის პური — 200 გ, კარაქი — 10 გ, შაქარი — 100 გ, ვაშლის ხილფაფა — 70 გ.

უგალაქტოზო დიეტას საჭიროებს მემკვიდრეობითი დაავადება გალაქტოზემია, რომელიც ახალშობილს გამოაჩნდება დაბადებისთანავე. ბავშვი ვერ იტანს რძეს, რადგან დარღვეულია გალაქტოზის გარდაქმნა გლუკოზად.

ნივთიერებათა ცვლის ამ მემკვიდრეობით ანომალიის მიზეზია ფერმენტი გალაქტოზა — 1-ფოსფატურიდილტრანსფერაზის ნაკლებობა (ან სრული არარსებობა). გალაქტოზა და მისი ცვლის

პროდუქტები გროვდება უჯრედში, იწვევს ტოქსიკურ მოქმედებას. განსაკუთრებით ზიანდება ცენტრალური ნერვული სისტემის, ღვიძლის, თირკმლის უჯრედები. იმღვრევა თვალის ბროლი.

გალაქტოზემიით დაავადებულ ახალშობილს ესაჭიროება სპეციალური დიეტა, რომელიც არ შეიცავს გალაქტოზას (რძის შაქარს).

სხეულის ტემპერატურის გაზომვა, ცხელება

სხეულის ტემპერატურა ჯანმრთელ ადამიანს მუდმივი აქვს სითბოს წარმოქმნა-გაცემით ისე, როგორც სხვა თბილისხლიანებს, ცივისხლიანებისაგან განსხვავებით, რომელთა ტემპერატური გარემოს ტემპერატურის მიხედვით იცვლება.

ადამიანის ტემპერატურა დილით (დაბალი) და საღამოთი (მაღალი) უმნიშვნელოდ ცვალებადობს, მაგრამ 37° -ს არ აღემატება. ბავშვის ტემპერატურა ოდნავ მეტია (37° — $37,5^{\circ}$), ხანშესულისა და მოხუცის, პირიქით, ოდნავ დაბალი ($35,5$ — $36,5^{\circ}$). ქალს მენსტრუაციის პერიოდში ტემპერატურა შეიძლება გრადუსის რამდენიმე მეათედით მეტი ჰქონდეს. პირის ღრუში, საშოში, სწორ ნაწლავში ტემპერატურა $0,5^{\circ}$ -ით მეტია, ვიდრე ილლიის ფოსოსა ან საზარდულის არეში.

ტემპერატურის გაზომვა სამედიცინო თერმომეტრით და ავადმყოფის ტემპერატურაზე დაკვირვება ერთობ მნიშვნელოვანია.

პირველი სამედიცინო თერმომეტრი შემოიღო ფარენგეიტმა 1723 წელს.

ჩვენში სარგებლობენ ცელსიუსის თერმომეტრით. იგი მინის მილია, რომელშიც 34 — 42°C დანაყოფებიან სკალაზე დამაგრებულია კაპილარი ქვედა ბოლოზე ვერცხლისწყლით სავსე რეზერვუარით (სურ. 18). კაპილარში ვერცხლისწყლის ზევით მისი ორთქლია ვაკუუმის მდგომარეობაში. გათბობით ვერცხლისწყლის მოცულობა იზრდება 500 -ჯერ და მეტად, ვიდრე რეზერვუარისა, და ვერცხლისწყლის სვეტის მენისკი კაპილარში იწვეს მაღლა. რეზერვუარში ვერცხლისწყლის თავისით უკან დაბრუნებას გათბობის შეწყვეტის შემდეგაც აბრკოლებს რეზერვუარის ფსკერზე მიდულებული და ზედა ბოლოთი კაპილარში ჩასმული შტიფტი. ამიტომ იგი აღნიშნავს მაქსიმალურ ტემპერატურას, ასეთ თერმომეტრს მაქსიმალურს უწოდებენ, მინიმალურისგან განსხვავებით, რომლითაც ამოწმებენ ნიადაგის, ჰაერის, წყლის ტემპერატურას.

ტემპერატურის გაზომვის შემდეგ, რადგან ვერცხლისწყლის აწეული სვეტი თავისით არ ეცემა (თერმომეტრის გაცივების შემ-

თხვევაშიც), საჭიროა თერმომეტრის რამდენჯერმე ფრთხილად (რამეს რომ არ მოხვდეს) დაბერტყვა (ხელიდან რომ არ დასხლტეს, სასურველია ბოლოზე რეზინის მილის ნაჭრის ჩამოცმა).

თერმომეტრებს ინახავენ ქილაში, რომლის ფსკერზე ქლორამინის (ან სხვა სადეზინფექციო ხსნარის) 0,5%-ან ხსნარში დასველებული ბამბაა ჩაფენილი. ხმარების წინ თერმომეტრს წმენდენ. ბერტყავენ, რათა ვერცხლისწყალი 35°-ზე ნაკლები იყოს და ასე აწოდებენ (ან უთავსებენ) ავადმყოფს. წინასწარ ილლიის ფოსოს ამშრალევენ, რათა სისველემ ტემპერატურა არასწორად (დაბალი) არ აჩვენოს.

ილლიის ფოსოში ვერცხლისწყლის რეზერვუარი ყოველმხრივ უნდა ეხებოდეს სხეულის კანს (სურ. 18) და არ გადაინაცვლოს 10 წუთის განმავლობაში.

მეტად მძიმე განლეულ (კახექსიურ), პერიტონიტიან ან დამწვრობიან ავადმყოფს ზოგჯერ ტემპერატურას უსინჯავენ სწორ ნაწლავში (დიაგნოსტიკის მიზნითაც), თუ მას არა აქვს ფაღარათი, შეკრულობა ან სწორი ნაწლავის დაავადება, თერმომეტრს წაუსმევენ ვაზელინს ან სხვა ცხიმს და ნახევრად შეყავთ სწორ ნაწლავში (გვერდზე მწოლიარე ავადმყოფის ღუძნდულოები მჭიდროდ უნდა ეკვროდეს ერთმანეთს). ტემპერატურის გაზომვის (საკმარისია 5 წუთი) შემდეგ თერმომეტრს რეცხავენ თბილი წყლით. დეზინფექციას უკეთებენ სპირტით ან სხვა ანტისეპტიკური ხსნარით. ბავშვებს ტემპერატურას უზომავენ საზარდულის ნაოკში, ამისათვის ქვედა კიდურს უხრიან მენჯ-ბარძაყის სახსარში და თერმომეტრს ათავსებენ წარმოქმნილ ნაოკში.

ჩვილი ასაკის ბავშვს ტემპერატურა შეიძლება გაუსინჯონ სწორ ნაწლავში. ვაზელინწასმული თერმომეტრი შეყავთ 2-3 სმ სიღრმეზე, მიღებულ მონაცემს აკლებენ 0,5 გრადუსს. აწორ ნაწლავსა და ილლიის ფოსოს შორის ტემპერატურის განსხვავება ნორმალურად 0,5 გრადუსია, პერიტონიტის დროს — 1 გრადუსი და უფრო მეტი.

დამწვრობითი შოკის შემთხვევაში კანისა (ტერფზურგის არეში) და სწორი ნაწლავის (რექტალურ) ტემპერატურას შორის 5. გ. ბოკორიშვილი



სურ. 18. მაქსიმალური თერმომეტრი: თერმომეტრის მდებარეობა ტემპერატურის გაზომვისას

სხვაობა 9 გრადუსზე მეტია. თუ შოკი არ აღინიშნება, სხვაობა 9 გრადუსს არ აღწევს (საშუალოდ 5,7 გრადუსია).

მინიმალური და მაქსიმალური ტემპერატურის დასადგენად ტემპერატურას ზომავენ 7-9 საათსა და 17-19 საათზე. დღე-ღამის ტემპერატურაზე უფრო ზუსტი წარმოდგენის შესაქმნელად ტემპერატურას ზომავენ ყოველ 2-3 საათში ერთხელ და ცალკე ფურცელზე აღნიშნავენ. ტემპერატურის შემოწმებისას ავადმყოფი უნდა იწვეს ან იკდეს. ტემპერატურას გასინჯვისთანავე (დილა-სალამოს) აღნიშნავენ საწოლზე ჩამოკიდებულ ტემპერატურის ფურცელზე. იქვე წერია ავადმყოფის გვარი, სახელი, მამის სახელი, ტემპერატურული მონაცემები ყოველდღიურად გადააქვთ ავადმყოფობის ისტორიაში და ავადმყოფის გაწერისას სიცხის ფურცელსაც აკრავენ მასში. დილა-სალამოს ტემპერატურულ მონაცემებს შორის სწორი ხაზის გავლებით აიგება ტემპერატურული მრუდი.

ტემპერატურა შეიძლება იყოს: სუბნორმული — 35-36°, ნორმული — 36-37°, სუბფებრილური — 37-38°.

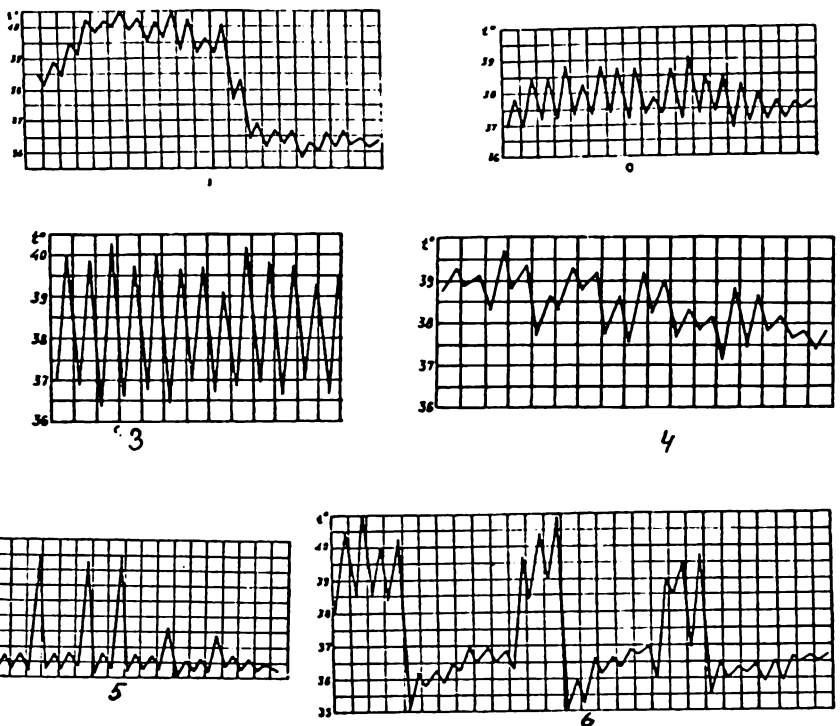
სხეულის ტემპერატურის მომატება -- ჰიპერთერმია -- ცხელების ძირითადი ნიშანია. ცხელება რთული პროცესია. ამ დროს ორგანიზმის მიერ სითბოს გაცემა გაძლიერებულია. ცხელება მავენე ტოქსიკური ნივთიერებების სითბოს მარეგულირებელ ცენტრზე მოქმედების შედეგია. ცხელებით მიმდინარეობს მრავალი ინფექციური დაავადება. იშვიათად ცხილებას იწვევს ძლიერი ტკივილი, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედება.

ცხელების სახეებია: 1. სუბფებრილური (არაჟმეტეს 38°) C, 5-1° ცვალებადობით; 2. ზომიერ ცხელება (38-39°); 3. მაღალი ტემპერატურა (39-41°); 4. ჰიპეროერმიული ტემპერატურა (41-42,5°).

ხანგრძლივობის მიხედვით არჩევენ: 1. ხანმოკლე ცხილებას, რომელიც გრძელდება რამდენიმე საათიდან 1-2 დღე; 2. მწვავეს-- 15 დღემდე; 3. ქვემწვავეს -- 45 დღემდე; 4. ქრონიკულს -- 45 დღეზე მეტი ხანგრძლივობით.

ტემპერატურის ცვალებადობის მიხედვით ცხელება შეიძლება იყოს (სურ. 19): 1. მუდმივი (febris continua) -- ტემპერატურის მომატებით 39°-მდე, დღე-ღამეში 1° ცვალებადობით (ახასიათებს პარტახტან და მუცლის ტიფს, კრუპოზულ პნევმონიას); 2. რემისიული (febris remittens), როცა ტემპერატურა დღე-ღამეში 1-1,5°-ით ცვალებადობს (38°-ზე დაბლა), მაგრამ ნორმამდე არ ეცემა (ახასიათებს ჩირქოვან პროცესს, ფილტვის კეროვან ანთებას); 3. პექტიური (febris hecticus), ხანგრძლივი (დღე-ღამეში ტემპერატურა

ცვალებადობს 4—5°-ით). იგი ხან მომატებულია, ხან ნორმალური, ზოგჯერ ნორმაზე ნაკლები (სუბნორმული 36° ქვევით), თან სდევს ძლიერი ოფლიანობა, მკვეთრი სისუსტე (დამახასიათებელია სეფსი-



სურ. 19. ცხელების ტიპი: 1 — მუღმივი; 2 — რემისიული; 3 — ჰექტიური; 4 — გაუკულმართებული; 5 — გარდამავალი (ინტერმისიული); 6 — შებრუნებითი

სის, ფილტვების ტუბერკულოზის, ჩირქოვანი პროცესების დროს); 4. გაუკულმართებული (*febris inversa*), ჰგავს ჰექტიურს, მაგრამ დილით ტემპერატურა მაღალია — მაქსიმალური, საღამოთი — ნორმალური (ახასიათებს სეფსისს. ტუბერკულოზს); ატიპური (*febris irregularis*), როცა ტემპერატურა გაურკვეველი ხანგრძლივობისაა, დღე-ღამეში სხვადასხვაგვარად ცვალებადობს (ახასიათებს მრავალ დაავადებას); 5. გარდამავალი (*febris intermitens*), ხასიათისა და ცვალებადობის მიხედვით ისეთივეა, როგორც ჰექტიური ტემპერატურა, მაგრამ მისი მომატება გრძელდება ერთიდან რამდენიმე საათამდე და მეორდება (ყოველდღე კი არა) ერთი ან ორი დღის შემდეგ; მალარიის გამომწვევის ტიპის მიხედვით; 6. შებ-

რუნებითი (febris recurrens), როცა მაღალი ცხელება რამდენიმე დღე კანონზომიერად იცვლება ცხელების გარეშე პერიოდით (ახასიათებს შებრუნებით ტიფს); 7. ტალღისებრი (febris undulans), რომელსაც ახასიათებს პერიოდები, ძლიერი მომატების შემდეგ ტემპერატურა რამდენიმე დღით იცვლება დაბალი, სუბფებრილური ან ნორმული ტემპერატურით და ა. შ. (ბრუცელოზისა და ლიმფოგრანულომატოზის შემთხვევაში).

ცხელებიანი ავადმყოფის მოვლა

ცხელებიანი ავადმყოფი საჭიროებს განსაკუთრებულ მოვლასა და ყურადღებას. აუცილებელია ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე დაკვირვება და სათანადო ზომების მიღება: საცვლებისა და საჭიროებისას თეთრეულის გამოცვლა, კანის გამშრალება, გამჭოლი ქარის არიდება, საბნის დახურვა, დაუშვებელია ავადმყოფის გადაღლა მნახველებით და სხვ.

მომვლელმა კარგად უნდა იცოდეს, რომ ცხელებას ძირითადად სამი პერიოდი აქვს.

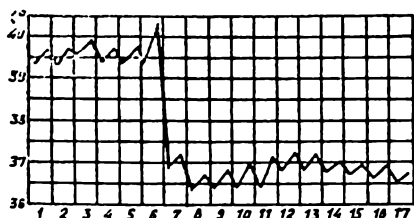
პირველ პერიოდში ტემპერატურის მომატებას თან სდევს შ ე მ ც ი ვ ნ ე ბ ა, ციანოზი (ტუჩების, კიდურების), თავის ტკივილი, ცუდი საერთო მდგომარეობა. ამ პერიოდში საჭიროა ავადმყოფს თბილად დაახურონ, ფეხებთან შემოუწყონ სათბურები, სასმელად მისცენ ტკბილი, მაგარი ჩაი.

მეორე პერიოდში მაქსიმალურად მ ა ტ უ ლ ო ბ ს ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ა, ორგანიზმის ინტოქსიკაციის მოვლენები. ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი, ტემპერატურის შეგრძნება, პირის სიმშრალე, მკვეთრი სისუსტე, ტანში ტეხის შეგრძნება. ზოგჯერ იწყება ბოდვა, ჰალუცინაციები. ამ დროს ავადმყოფის მართო დატოვება საშიშია, მოსალოდნელია იგი ადგეს და ფანჯრიდან გადახტეს. საჭიროა მისთვის ცალკე მუდმივი საგუშაგოს შექმნა, თუ ეს შეუძლებელია, განყოფილების მორიგე ექთანი განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა იყოს, მდგომარეობის გაუარესებისას გამოიძახონ ექიმი.

ცხელების მეორე პერიოდში ავადმყოფს 5—6-ჯერ აძლევენ მაღალკალორიულ, ადვილად მოსანელებელ საკვებს და დიდი რაოდენობით სითხეს. განსაკუთრებულ მოვლას საჭიროებს პირის ღრუ. თავის ტკივილისას ავადმყოფს თავზე ადებენ ყინულიან ბუშტს ან ძმრისა და წყლის (2 სუფრის კოვზი ძმარი, 0,5 ლიტრი წყალი) ნარევი დასველებულ საფენებს. განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ, რომ ავადმყოფმა არ გადაიხადოს საბანი, იყოს მაქ-

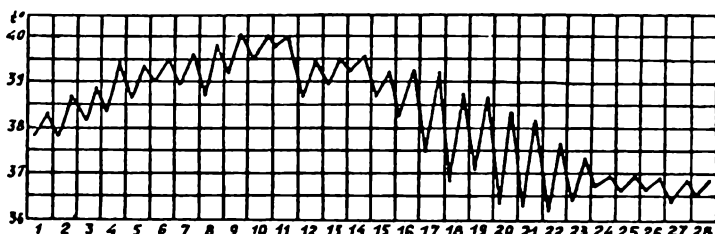
სიმაღური სიწყნარე, უმოწმებენ პულსს, არტერიულ წნევას და ა. შ.

ცხელების მესამე პერიოდში ტემპერატურა სხვადასხვაგვარად ეცემა (სურ. 20), ერთ შემთხვევაში კრიზისით (მაგალითად, კრუპოზული პნევმონიის ან ზოგი ინფექციის შემთხვევაში) 40°-დან



1

36°-მდე, რასაც მოჰყვება არტერიული წნევის დაცემა, პულსის გაუარესება, საერთო სისუსტე, უხვი ოფლიანობა, კიდურების გაცივება, ტუჩების ციანოზი (კოლაფსის სურათი). ამ დროს საჭიროა ექიმის გამოძახება და



2

სურ. 20. ტემპერატურის დაცემა: 1 — კრიზისით; 2 — ლიზისით

მისი დანიშნულებისა და მითითების მიხედვით ზომების მიღება (საბურბები, კარგად გათბობა, მაგარი ჩაი ან ყავა, საცვლების, ზოგჯერ თეთრეულის გამოცვლა, გამშრალება, საგულე საშუალებანი და სხვ.). მეორე შემთხვევაში ტემპერატურა ეცემა თანდათან ლიზისით (მუცლის ტიფის ან სხვა დაავადების შემთხვევაში).

ტემპერატურის დაცემის შემდეგ ხშირად ავადმყოფი იძინებს, რაც ძალის აღდგენის ყველაზე კარგი საშუალებაა. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია სიწყნარე, სრულყოფილი მოვლა.

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა გულ-

სისხლძარღვთა დაავადების დროს

ამ კონტინგენტის ავადმყოფზე დაკვირვება და მოვლა ფრიად საპასუხისმგებლოა. მრავალი, მათ შორის ქირურგიული, დაავადებისა და განსაკუთრებით ოპერაციის გამოსავალი დიდადაა დამოკიდებული გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობაზე. ამი-

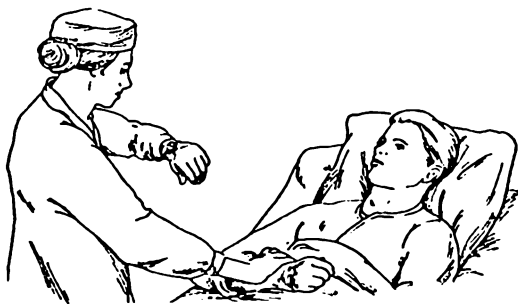
ტომ ერთობ მნიშვნელოვანია ავადმყოფზე დაკვირვება, მისი სათანადოდ მომზადება, გადაუდებელ შემთხვევაში კი სწრაფი და უშეცდომო დახმარება, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. უფრო ხშირად ბინაზე, ზოგჯერ სტაციონარშიც არის შემთხვევები, როცა გულის კუნთის ინფარქტს მიიჩნევენ ალიმენტურ ინტოქსიკაციად და გაუმართლებელ დახმარებას — კუჭის ამორეცხვას იწყებენ. ზოგჯერ, პირიქით, მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებას შეცდომით მკურნალობენ, როგორც გულის კუნთის ინფარქტს, რის გამოც ოპერაციული მკურნალობა იგვიანებს.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებზე გარკვეული წარმოდგენის შესაქმნელად აუცილებელია ძირითადი ნიშნების ცოდნა.

პულსი და მისი გამოკვლევა

პულსი სისხლძარღვთა კედლის ბიძგიხებრი რიტმული რხევაა, რაც გამოწვეულია გულის მიერ გადმოსროლილი სისხლის მოძრაობით.

პულსის ხასიათი დამოკიდებულია გულის მოქმედებასა და არ-



სურ. 21. სხვის არტერიაზე პულსის გასინჯვა
(პულსის სიხშირეა წუთში მამაკაცისთვის —
70, ქალისთვის — 80)

ტერიის მდგომარეობაზე. პულსი ადვილად იცვლება ფსიქიკური აგზნების, ფიზიკური დატვირთვის, გარემოს ტემპერატურული ცვლილებების, ალკოჰოლის ან ზოგი მედიკამენტის მიღების შემდეგ.

პულსის შემოწმება მარტივი და შედარებით უფრო მოსახერხებელია სხვის არტერიაზე. ამისათვის ავადმყოფს ხელი უნდა ეჭიროს თავისუფლად. მარჯვენა ხელზე პულსს ამოწმებენ მარცხენა ხელით, მარცხენაზე — მარჯვენათი. გამომკვლევნი მარჯვენა ხელის II—III—IV თითების წვერებს ათავსებენ ავადმყოფის წინამხრის მესამედში ხელისგულის მხარეს, სხივ-მაჯის სახსართან (დიდი თი-

თის ნების ძვლის ფუძეს-
თან), სხივის არტერიის არე-
ში, დიდ თითს კი -- გარეთა
ზედაპირზე (სურ. 21). პულ-
სი შეიძლება გასინჯონ სხვა
არტერიაზეც: საფეთქლის,
მხრის, ბარძაყის და სხვ.
(სურ. 22).

პულსის გამოკვლევისას
ყურადღებას აქცევენ მის
სიხშირეს, რიტმს, ავსებას,
დაჭიმულობას.

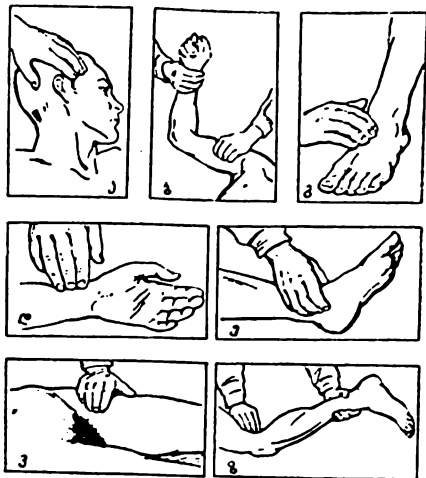
პულსის სიხშირე

პულსის გამოკვლევისას
ყურადღებას აქცევენ მის
სიხშირეს, ჯანმრთელ ადამი-
ანს პულსი 1 წუთში 70-
80 აქვს, სიზუსტისათვის
ყოველთვის სჯობს პულსი დაითვალოს 1 წუთის განმავლობაში
(ზოგჯერ მას თვლიან 0,5 წუთში, 15 წამში და ამრავლებენ 2-სა
ან 4-ზე). სისტოლის ხანგრძლივობა ოდნავ ნაკლებია, ვიდრე დიას-
ტოლის. 24 სთ გული-მუშაობს 10,5 სთ, ისვენებს 13,5 სთ. დღე-ღა-
მეში გული 8-ტონა სისხლს ატარებს.

პულსის სიხშირეს ყოველდღიურად წერენ (ავადმყოფის მდგო-
მარეობის მიხედვით, ზოგჯერ დღეში რამდენჯერმე) ავადმყოფობის
ისტორიაში, აღნიშნავენ აგრეთვე სიცხის ფურცელზე და პულსის
მრუდს აგებენ.

ფიზიოლოგიურად პულსის სიხშირეს მრავალი ფაქტორი განა-
პირობებს: 1. ასაკი (პულსი ყველაზე გახშირებული აქვს 1 წლამ-
დე ასაკის ბავშვს); 2. კუნთების დატვირთვისას პულსი ხშირდება,
თუმცა სპორტსმენებს წვრთნის შედეგად იგი შენელებული აქვთ;
3. დღე-ღამეში პულსის სიხშირე ყოველთვის ერთნაირი არ არის
(ძილში პულსი შენელებულია); 4. ქალს პულსი 5—10 დარტყმით
უფრო ხშირი აქვს, ვიდრე მამაკაცს; 5. ემოციური ფაქტორები
(შიში, განრისხება, ძლიერი ტკივილი) პულსის გახშირებას იწვევს;
6. ზოგი მედიკამენტი (ნივთიერება) აჩქარებს პულსს (კოფეინი, ატ-
როპინი, ადრენალინი, ალკოჰოლი), ზოგიც ანელებს (სათითურა,
ობზიდანი, იზოპტინი, ქინიდინი, ნოვოკაინამიდი და სხვ.).

პულსის გახშირებას ტაქიკარდია ეწოდება. ტაქიკარდია აღი-



სურ. 22. პულსის გასინჯვა: ა — სა-
ფეთქლის; ბ — მხრის; გ — ტერფის
ღორზალური; დ — სხივის; ე — წვი-
ვის უკანა; ვ — ბარძაყის; ზ — მუხლ-
ქვეშა არტერიაზე

ნიშნება ფსიქიკური აგზნების, ფიზიკური დატვირთვის, სხეულის მდებარეობის შეცვლისას — თავისკენ სხეულის დაშვებისას — (ტრენდლენბურგის მდებარეობა) ან, პირიქით, თავისა და გულ-მკერდის ამაღლება (ფოულერის მდებარეობა) პულსისა და არტერიული წნევის ცვლილებებს იწვევს.

ხანგრძლივი ტაქიკარდიის მიზეზია ჰიპერთერმია. ცხელებისას ტემპერატურის 1°-ით მომატებას პულსის 8—10 დარტყმით გაზვიარება მოსდევს წუთში. რაც უფრო მძიმეა ავადმყოფის მდგომარეობა, მით უფრო ირღვევა ეს თანაფარდობა: პულსის სიხშირეს ჩამორჩება ტემპერატურის მომატება. განსაკუთრებით საგანგაშოა გათიშვის, ანუ ე. წ. მაკრატლის ნიშანი, როცა ტემპერატურის დაცემისას ტაქიკარდია მატულობს. მაგალითად, მძიმედ მიმდინარე პერფორაციული პერიტონიტის ან სხვა რომელიმე არეში ჩირქოვანი პროცესის, მით უფრო დიპტერიის ფონზე ან სეფსისის არეაქტიული ფორმის შემთხვევაში და სხვ. ტაქიკარდია ზოგჯერ 200-ს აღწევს წუთში და პულსი შეიძლება არც ითვლებოდეს. ტაქიკარდია გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნიშანია.

ცხელებისას უფრო ხშირად პულსი უსწრებს ტემპერატურას, ზოგიერთი სახის ცხელების დროს კი, პირიქით, პულსის სიხშირე ჩამორჩება ტემპერატურას, მაგალითად, მენინგიტის, მუცლის ტიფისა და სხვა შემთხვევაში.

პულსის შენელებას 60-მდე და მეტად ბრადიკარდია ეწოდება. პულსის სიხშირე ამ დროს 40 და შეიძლება ნაკლებიც იყოს წუთში.

ბრადიკარდია შეიძლება აღენიშნებოდეს მძიმე ინფექციური დაავადების შემდეგ დასუსტებულ ავადმყოფს გამოკეთების (რეკონვალესცენციის) პერიოდში, ტვინის ზოგიერთი დაავადების, ტრავმის (ტვინის შერყევა) შემთხვევებში, გულის გამტარი სისტემის დაზიანებისას.

ტაქიკარდიის (განსაკუთრებით ტემპერატურის შეუსაბამოდ გაზვიარებისას), აგრეთვე ბრადიკარდიის შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფზე ყურადღებით დაკვირვება.

პულსის ავსება, დაჭიმულობა

პულსის ავსება ეწოდება სისტოლის დროს არტერიის სისხლ-საგვერდის დონეს. კარგი ავსებისას თითები მაღალ პულსურ ტალღას შეიგრძნობს. ცუდი ავსებისას — პულსური ტალღა სუსტია, ძლივს შეიგრძნობა კარგი ავსების პულსი აქვს ჭანმრთელ ადამიანს, ცუდი ავსების — დაავადებული გულის კუნთის მქონეს,

ინტექციური დაავადების ან სისხლის დენის შემთხვევაში გახშირებულ, ოღნავ შესაგარძნობ პულსს ძაფისებრი ეწოდება.

პულსის ავსების შესახებ სწორი წარმოდგენის შექმნა შეიძლება ჯანმრთელი და ავადმყოფი ადამიანის პულსის სისტემატური შემოწმება-შედარებით. გამოცდილ და დაკვირვებულ ექიმს ხანგრძლივი მუშაობის შედეგად საათის გარეშე, თითქმის უშეცდომოდ შეუძლია პულსის სისხირის სწორად დადგენა.

პულსის დაქიმულობას უწოდებენ არტერიაზე თითოთ ზეწოლისას წინააღმდეგობას. იგი გულის მუშაობის, არტერიის კედელზე სისხლის ზეწოლის, სისხლძარღვის კედლის ტონუსის შედეგად (სისხლძარღვის კედლის კუნთოვანი შრის — მედიის შეკუმშვით სანათურის შევიწროება). დაავადების შემთხვევაში, როცა არტერიის ტონუსი მომატებულია (ჰიპერტონიული დაავადება), არტერიის მიკყლეტა გაძნელებულია და, პირიქით, არტერიის ტონუსის მკვეთრად დაქვეითებისას (კოლაფსი) პულსი არტერიაზე მსუბუქი ზეწოლითაც კი ქრება.

რიტმი. ჯანმრთელი ადამიანის გული რიტმულად იკუმშება პულსურ ტალღებს შორის ერთნაირი ინტერვალით. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების ხშირი თანამგზავრია არიტმია. რიტმი ირღვევა — გულის კუნთის ან გულის გამტარი სისტემის, ზოგჯერ ცდომილი და სიმპათიკური ნერვული სისტემის მოქმედების მოშლის შედეგად.

1. ექსტრასისტოლური არიტმიის შემთხვევაში გულის ორ მორიგ შეკუმშვას შორის დამატებითი სისტოლა — ექსტრასისტოლა წარმოიქმნება. მის შემდეგ პაუზა შედარებით ხანგრძლივია და მას კომპენსაციურ პაუზას უწოდებენ. ექსტრასისტოლა ერთეულია გარკვეული რაოდენობით პულსური ტალღების შემდეგ ან უწესრიგო და ჯგუფურია.

ექსტრასისტოლური ტაქიკარდიის შეტევა გრძელდება რამდენიმე წამს, რამდენიმე დღეს ან თვეს. ასეთ შეტევას პაროქსიზმულ ტაქიკარდიას უწოდებენ.

2. მოციმციმე არიტმიას რიტმისა და პულსის ავსების მხრივ არავითარი კანონზომიერება არ ახასიათებს. სუსტი და ძლიერი პულსური ტალღები უწესრიგოდ წარმოიქმნება. მოციმციმე არიტმია შიოკარდიუმის ღრმა დაზიანების შედეგია, აღინიშნება გულის მანკის, კარდიოსკლეროზის, ბაზედოვის დაავადების შემთხვევაში.

მოკამციმე არიტმიის დროს ხშირია პულსის დეფიციტი. ამ დროს გულის კუნთის ყოველი შეკუმშვა არტერიაში ვერ გადაისვრის საკმარის რაოდენობით სისხლს, ზოგი შეკუმშვა იმდენად სუს-

ტია. რომ პულსური ტალღა ვერ აღწევს პერიფერიულ არტერიებამდე და არც ისინჯება. პულსის დეფიციტი გულის მუშაობის გაუარესების მაჩვენებელია, ამიტომ მოციმციმე არიტმიის შემთხვევაში საკმარისი არ არის პულსის დათვლა მარტო სხივის არტერიაზე, აუცილებელია გულის ცემის სიხშირის განსაზღვრაც მოსმენით.

3. გარდამავალი პულსი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შიშვე დაზიანების მაჩვენებელია. ამ დროს მონაცვლობს სუსტი და ძლიერი პულსური ტალღები.

4. დიკოტული პულსის შემთხვევაში თითქოს ორკუბიანი პულსური ტალღა ვითარდება.

არიტმია, განსაკუთრებით სუსტი და აჩქარებული პულსის შემთხვევაში, გულის მუშაობის გაუარესების მაჩვენებელია. ამის შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობონ ექიმს.

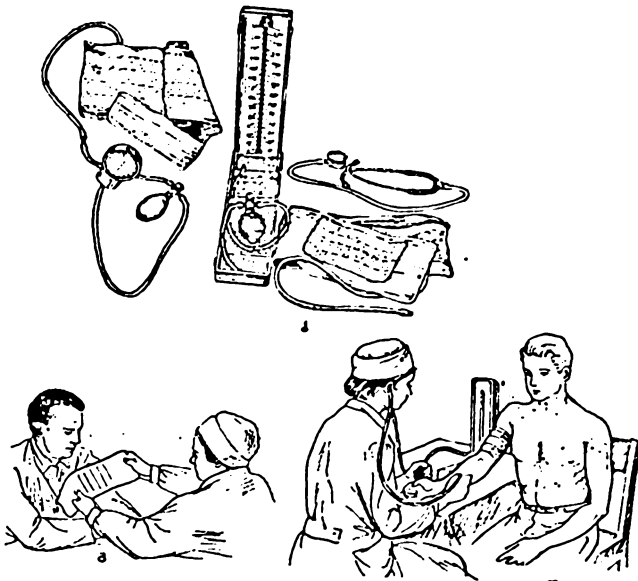
სისხლძარღვის კედლის მარტივი (პალპაციით) გამოკვლევისას ნორმალურ შემთხვევაში არტერიის კედელი რბილია, სადა, სწორი, ელასტიკური. ხშირად ასაკოვანთა სისხლძარღვების კედელი მკვრივია.

არტერიული წნევა და მისი გაზომვა

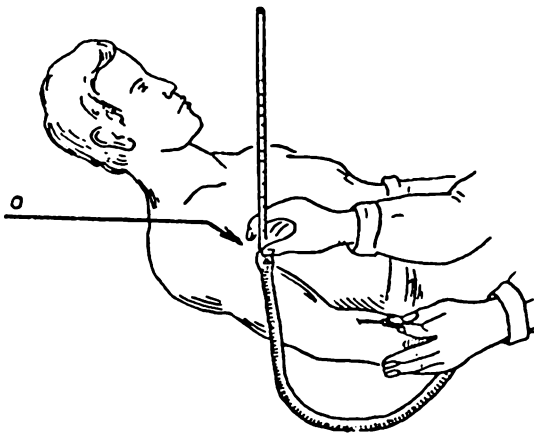
არტერიებში სისხლი მოძრაობს გარკვეული წნევის პირობებში გულის კუნთის შეკუმშვისა და სისხლძარღვთა კედლის ტონუსის მეოხებით.

არტერიულ წნევას ზომავენ რივა-როჩის სფიგმომანომეტრით, ტონომეტრით (სურ. 23) და სხვ. რივა-როჩის აპარატს აქვს გარეთ ქსოვილის და შიგნიდან რეზინის ღრუ მანქეტი, საიდანაც რეზინის ორი მილი გამოდის. ერთი მათგანი ბოლოვდება რეზინის ბალონით, რომელსაც საკეტი აქვს. მეორე მილი შეერთებულია ვერცხლისწყლიან რეზერვუართან. აქედან გამოდის მინის კაპილარი, რომელსაც გვერდებზე 0-დან 300-მდე დანაყოფებიანი სკალა აქვს. ტონომეტრში, რივა-როჩის აპარატისგან განსხვავებით, ვერცხლისწყლის რეზერვუარი შეცვლილია ზამბარიანი მანომეტრით.

არტერიული წნევის გაზომვისათვის სარგებლობენ კოროტკოვის მეთოდით. ავადმყოფს, რომელიც უნდა იჯდეს ან იწევს, იდაყვის სახსრიდან 3 სმ ზევით მხარზე ადებენ და ამაგრებენ მანქეტს. ბალონის ხრახნისებრ საკეტს კეტავენ ისე, რომ ჰაერი რეზინის ბალონიდან მასზე ზეწოლისას მანქეტში შედიოდეს. კაპილარში ვერცხლისწყლის დონე ნულზე უნდა იყოს. მანქეტს ქვევით იდაყვის არტერიას წინასწარ თითით ამოწმებენ და მასზე ფონენდოსკოპს



სურ. 23. ტონომეტრი (ა); რივა-როჩის სფიგმომანომეტრი ფონენდოსკოპით (ბ);
 მახეცეტის მორგების მომენტი (გ); წნევის გაზომვის მომენტი (დ) (ნორმაში სის-
 ტოლური არტერიული წნევა უდრის 110-140 მმ, დიასტოლური 60-90 მმ ვ. წყ.
 სვეტისა)



სურ. 23ა. ვენური წნევის გაზომვის ტექნიკა. ვალდმანის ლეროთი პირდაპირი (სისხ-
 ლიანი) წესით იდაყვის ვენიდან: აპარატის სკალის 0 დანაყოფს, ილიის ფოსო-
 ში მკერდის კუნთის ქვედა კილის ღონეზე აყენებენ (მარჯვენა წინაგულის ღონეა).
 ვალდმანის ლეროსთან შეერთებული ნემსის ილიის ვენაში ჩხვლეტის შემდეგ
 მიღზე ხსნიან დამკერს. ლეროში შესული სისხლის ღონე ვენური წნევის მაჩვენებე-
 ლია (ვენური წნევა საშუალოდ უდრის 75-80 მმ წყლის სვეტისა)

ათავსებენ მოსასმენად. მანქეტში ჰაერი შეყავთ რეზინის ბალონით. მანქეტი იბერება და მხრის არტერიას მიაჰყვლეთ. მანქეტში წნევის მომატების შესაბამისად მინის კაპილარში ვერცხლისწყლის სვეტი მალა იწევს. როცა მანქეტში წნევა არტერიულ წნევას გადააჭარბებს, არტერია მთლიანად მიეჭყლიტება. პულსი ქრება.

მანქეტში ჰაერის შემდგომი შეყვანის შეწყვეტით ბალონის ხრახნის გახსნითა და მანქეტიდან ჰაერის თანდათან გამოშვებით წნევა ეცემა. პულსური ტალღის დარტყმის მომენტში ვერცხლისწყლის სვეტის დონე სისტოლურ, ანუ მაქსიმალურ წნევას შეესაბამება.

სისტოლის დროს აორტაში სისხლის გადასროლით წარმოქმნილ წნევას მაქსიმალურს უწოდებენ. ჯანმრთელი ადამიანის მაქსიმალური წნევა ასაკისა და გარემო პირობების მიხედვით ვ. წყ. სვ. 120—140 მმ-ის ფარგლებშია.

მანქეტში წნევის შემდგომი დაქვეითებისას პულსური დარტყმა სუსტდება და, ბოლოს ქრება. ვერცხლისწყლის სვეტის დონე ამ მომენტში მინიმალურ, ანუ დიასტოლურ წნევაზე მიუთითებს. ჯანმრთელი ადამიანის მინიმალური წნევაა ვ. წყ. სვ. 60—80 მმ. დიასტოლის მომენტში არტერიის კედელზე წნევას მინიმალურს უწოდებენ.

ფიზიოლოგიურადაც არტერიული წნევა დღე-ღამეში 10—20 მმ-ის ფარგლებში ცვალებადობს. ყველაზე დაბალია წნევა ღრმა ძილის დროს და დღით; დღისით წნევა თანდათან მატულობს და საღამოსათვის მაქსიმუმს აღწევს.

არტერიული წნევის განსაკუთრებით ძლიერ მომატება ახასიათებს ჰიპერტონიულ დაავადებას.

ამასთან აღსანიშნავია არტერიული წნევის მომატება მეორადად სხვა დაავადებათა შედეგად (თირკმლის არტერიის შევიწროება — რენოვასკულური ჰიპერტონია, თირკმლის ანთებითი დაავადების, თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნის, ბაზედოვის დაავადების შემთხვევაში და სხვ.).

წნევის პირველად გასინჯვისას მონაცემები შეიძლება მაღალი იყოს (მით უმეტეს, როცა ადამიანი ემოციურია), ვიდრე წნევის განმეორებით 3—5 წუთის შემდეგ გასინჯვისას. განსხვავებული მონაცემები შეიძლება გამოავლინოს არტერიული წნევის გაზომვამ სხვადასხვა ხელზე. არტერიული წნევა უფრო ხშირად მარცხენა ხელზე ნაკლებია, ვიდრე მარჯვენაზე, მიუხედავად იმისა, რომელ ხელზე ამოწმებენ მას პირველად. ამის მიზეზად ანატომიურ თავისებურებას ასახელებენ. მხრის წნულისა და ილიის არტერიის

სისხლძარღვოვანი ნერვული კონა, რომელიც კიბისებრი კუნთის ფეხებს შორის გადის, ასაკთან დაკავშირებით, მით უმეტეს, როცა ადამიანი ფიზიკურად მომუშავეა, ფიბროზისა და კუნთის გასქელების გამო ზეწოლას განიცდის. ამიტომ არტერიული წნევა მარცხენა მკლავზე ნაკლები ისინჯება, ასევე პულსიც შეიძლება სუსტი იყოს. ნერვული წნულის ძლიერი გაჭედვისას მგრძნობელობა მოიშლება და მარცხენა ხელის თითები ბუყდება. იშვიათად პულსის შესუსტების (გაქრობის) და წნევის შეცვლის მიზეზი შეიძლება იყოს დამატებითი (კისრის მალიდან გამოშვალვი) ნეკნით გამოწვეული ზეწოლა (რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დგინდება). მკურნალობისას გათვალისწინებული უნდა იყოს წნევის მხოლოდ მაღალი მონაცემები.

წნევის მკვეთრად მომატება ცუდად მოქმედებს გულსა და სისხლძარღვებზე, ხანგრძლივად მომატებული წნევა კი — სისხლის მიმოქცევაზე, ყველა ორგანოსა და სისტემის, განსაკუთრებით ტვინის, თირკმლის, გულის მუშაობაზე. წნევის მკვეთრ მომატებას შეიძლება მოჰყვეს თავბრუ, თავის ტკივილი, ღებინება, გონების დაკარგვაც კი. ავადმყოფს მეტად მძიმედ გადააქვს წნევის მკვეთრი მომატება — კრიზი. მას შეიძლება ტვინის არტერიის დაზიანება და ტვინში სისხლჩაქცევა მოჰყვეს. ავადმყოფს წნევის მომატების შემთხვევაში განსაკუთრებული მოვლა და ყურადღება ესაჭიროება. მთავარია სრულყოფილი ფსიქიკური და ფიზიკური მოსვენება. ასეთი ავადმყოფის პირველი დაზარებისთვის აუცილებელია გამოვიყენოთ წნევის დამწვევი საშუალებები, ე. წ. ჰიპოტენზიური საშუალებანი: დიბაზოლი, პაპავერინი, რაუნატინი, ადელფანი, დოპეგეტი, ჰიპოთიაზიდი, კლოფელინი, კრისტეპინი და სხვ., ხელსაწყო სისხლის სახელდახელოდ გამოშვებისათვის. წურბლები და სხვ.

(ვენურ წნევას ზომავენ ვალდმანის ღეროთი) (სურ. 231).

კოლაფსი

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე ნაკლოვანებით გამოწვეულ არტერიული წნევის სწრაფ დაცემას კოლაფსი ეწოდება (ლათ. collapsus — დავრდომილი).

იგი ხშირია ტრავმის, მოწამვლის, მწვავე ინფექციური დაავადების, სისხლის დენის, ფსიქიკური გადაძაბვის და სხვა შემთხვევებში. კოლაფსის ნიშნებია: უეცრად გაფერმკრთალება, სუსტი და აჩქარებული პულსი, წნევის დაცემა, ზერელე და გაიშვიათებული სუნთქვა. ციანოზური ელფერი, ცივი ოფლი, კიდურების გაცივება, ტემპერატურის დაქვეითება, ზოგჯერ ცნობიერების დაბინდვა (შო-

კის დროს ავადმყოფს ცნობიერება შენარჩუნებული აქვს და ჭარბობს ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ მოვლენები, კოლაფსის დროს კი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციაა მოშლილი).

ავადმყოფს აძლევენ ჟანგბადს, გადაჰყავთ ტრენდელენბურგის (თავით დაშვებულ) მდებარეობაში, ასუნთქებენ ნიშადურის სპირტს (ცხვირიდან მოშორებით), სჯობს ავადმყოფი იწვეს უბალიზოდ. საჭიროა კოლაფსის გამომწვევი მიზეზის აცილება. სისხლის დენის შეჩერებამდე წნევის ამწევი საშუალებების გამოყენება დაუშვებელია.

გულის ფრიალი. ქოშინი, გულის ფრიალი, ტკივილი გულის არეში განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს.

გულის ფრიალს — გულის არეში შეეკუმშვის შეგრძნებას მოსდევს თვითგრძნობის გაუარესება, სისუსტე, ზოგჯერ ცივი ოფლი, პულსი სხვადასხვანაირია, შეიძლება იყოს ტაქიკარდიული, ბრადიკარდიული, არიტმიული, ზოგჯერ სავსებით ნორმალური. ავადმყოფი გულისცემას ზოგჯერ გრძნობს გულის ნევროზის შემთხვევაში. სხვა ნიშნების არარსებობისას იგი საშიში არ არის.

ქოშინი გულის მდგომარეობის გაუარესების მაჩვენებელია.

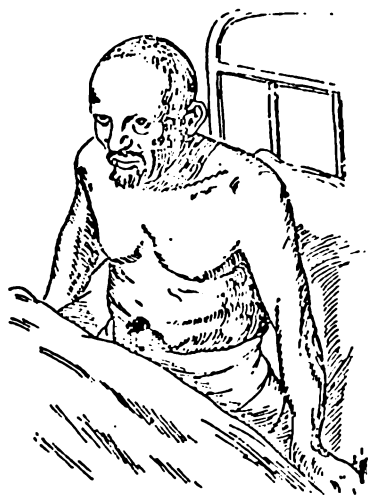
მას ახასიათებს გახშირებული და გაძლიერებული სუნთქვა, ჰაერის უკმარისობა, სუნთქვის რიტმის დარღვევა. იგი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაკლოვანების ყველაზე ნადრევი და მუდმივი ნიშანია.

ქოშინი იწყება ფილტვებში სისხლის შეგუბებისა და აირთა ცვლის მოშლის შედეგად. აირთა ცვლის შენელებას ორგანიზმის ჟანგბადით გაღარიბება და ნახშირორჟანგის დაგროვება მოსდევს, რაც უფრო აღიზიანებს სასუნთქ ცენტრს. ქოშინი ვითარდება ფიზიკური დატვირთვისა და ალელეებისას. შორსწასულ შემთხვევაში ზოგჯერ იგი მოსვენებისა და წოლის დროსაც კი იწყება.

ქოშინი ზოგჯერ ვლინდება, როგორც შეტევა მოხრჩობის შეგრძნებით. რასაც გულის ასთმას უწოდებენ. ხშირად იგი ღამით იწყება. ავადმყოფი უეცრად იღვიძებს სიკვდილის შიშით, ლოგინში წამოჯდება, ხელებით ეყრდნობა სკამს ან საწოლს (იხ. სურ. 24), რითაც იმსუბუქებს სუნთქვას. ამ დროს იგი ხშირად ზერელედ სუნთქავს, ამოახველებს სისხლშერეულ ქაფიან ნახველს. გულის ასთმა მარცხენა პარკუჭის მწვავე ნაკლოვანების ნიშანია. მისი გამოსავალია ფილტვის შეშუპება და ავადმყოფის სიკვდილი.

ქოშინის გაძლიერებისას ავადმყოფს აწვენენ ფოთლურის (ნახევრად მჯდომარე) მდებარეობაში, უმაღლებენ სასთუმალს, აუწე-

ვენ გულმკერდის არეს, აძლევენ ტენიან ქანგბადს, რაც ქოშინს ამცირებს. მკვეთრად გამოხატული ქოშინის შემთხვევაში გამოუძახებენ ექიმს. მანამდე კი პერიფერიიდან ცენტრისაკენ სისხლის განტვირთვისათვის საჭიროა ქვედა კიდურებზე ელასტიკური ბანდის დახვევა. ექიმმა უნდა ჩაატაროს მედიკამენტური მკურნალობა (ვენაში შეყავს სტროფანტინი, კორგლიკონი, იზოლანიდი. იყენებს შარდმდენ საშუალებებს, ატფ-ს, კოკარბოქსილაზას, ვიტამინებს და სხვ.).



სურ. 24. ავადმყოფის იძულებითი მკდობარე მდებარეობა

ტკივილი გულის არეში ხანგრძლივობისა და სიძლიერის მიხედვით სხვადასხვანაირია. მწვავე შეტევისმაგვარი ტკივილი ხშირად მარცხენა ხელსა ან ბეჭქვეშა არეში გადაცემით, რასაც თან სდევს შიშის გრძნობა, კორონარულ სისხლძარღვთა სპაზმის (სტენოკარდიის) ან თრომბოზის (თრომბით სისხლძარღვთა დახშობის) ნიშანია. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ვითარდება გულის კუნთის გარკვეული უბნის ნეკროზი — მიოკარდიუმის ინფარქტი.

ამ დროს ავადმყოფს აწვევენ ყველაზე მოხერხებულ და მშვიდ მდებარეობაში, ფეხებზე ადებენ სათბურას, ექიმის, კარდიოლოგიური ჯგუფის ან კარდიოლოგის გამოძახებამდე ენის ქვეშ უდებენ ვალიდოლს, ნიტროგლიცერინს ან გამოიყენებენ სისხლძარღვთა სხვა გამაფართოებელს. თუ ავადმყოფს მუცლის არეში არა აქვს ტკივილი და მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადება, აკეთებენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს (ბარალგინს, პრომედოლს, დიპიდოლორს, დროპერიდოლს, ტრამალს და სხვ.).

ციანოზი (კანისა და ლორწოვანი გარსების მოლურჯო ელფერი). სისხლის მიმოქცევის, განსაკუთრებით ვენებში მისი ცირკულირების შენელებისას ორგანიზმის ქანგბადით გაღარიბების გამო გულიდან ყველაზე მოშორებულ ადგილებში კანი და ლორწოვანი გარსი ციანოზურ (მოლურჯო) ელფერს ღებულობს. ციანოზი ყველაზე ადრე გამომჟღავნდება ხელისა და ფეხის ფრჩხილებზე, ტუჩებზე.

შეშუპება და სეროზულ ღრუებში ტრანსუდატის დაგროვება. სისხლის მიმოქცევის უკმარისობას მოსდევს სისხლის მდინარების და უკუდენის შენელება, სისხლძარღვთა დაზიანება, სისხლის თხიერი ნაწილის სანათურიდან ქსოვილებში გასვლა, კანისა და კანქვეშა ქსოვილის შეშუპება — ანასარკა და ქსოვილებში სუფრის მარილის შეკავება.

შეშუპებითი სითხე სხეულის ყველაზე დაბლა მდებარე ნაწილებში გროვდება. მოსიარულე ავადმყოფს ფეხები უშუპდება უმეტესად საღამოთი, მწოლიარე ავადმყოფს კი — წელის არე. მთელ სხეულზე გავრცელებული შეშუპება მოსვენებისას არ ქრება, რაც სისხლის მიმოქცევის ღრმა მოშლის მაჩვენებელია. ამ დროს კანი მშრალია, მკრთალი, მბრწყინავი, დაჭიმული და სადა. მასზე თითოთ ზეწოლის შემდეგ ჩაღრმავება დიდხანს არ ქრება. კანზე ასევე ადვილად რჩება თეთრეულის ან წინდის სამაგრის კვალი. სხეულის მდებარეობის შეცვლისას შეშუპებაც გადაინაცვლებს. შეშუპებული კანის მგრძნობელობა დაქვეითებულია, რაც უნდა გაითვალისწინონ სათბურას გამოყენებისას.

შუპდება არა მარტო კანქვეშა ქსოვილი, შინაგანი ორგანოებიც: ღვიძლი, თირკმლები, გულის კუნთი, კუჭი, ნაწლავები, რაც ხელს უწყობს მათი ფუნქციის მოშლას. სეროზული სითხე შეიძლება დაგროვდეს სეროზულ ღრუებში და მაშინ ვითარდება პიდროთორაქსი (სეროზული სითხის დაგროვება პლევრის ღრუში), ასციტი (სითხის დაგროვება პერიტონეუმის — მუცლის ღრუში), პერიკარდიტი (სითხის დაგროვება პერიკარდიუმის ღრუში).

თვალთ შეუმჩნეველი შეშუპების დადგენაში სხეულის წონის კონტროლი გვეხმარება.

დიურეზის კონტროლი

ორგანიზმში სითხის შეკავებისას დიურეზი (შარდის გამოყოფა) მცირდება. ავადმყოფის მიერ დღე-ღამეში გამოყოფილი შარდის რაოდენობას დღე-ღამის დიურეზი ეწოდება.

ქსოვილებში სითხის შეკავების შესახებ მსჯელობენ დღე-ღამეში მიღებული სითხისა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობის მიხედვით. გამოანგარიშების დროს უნდა გაითვალისწინონ არა მარტო მიღებული წყალი და თხიერი საკვები ან სასმელი (ბულიონი, ჩაი, ყავა, კომპოტი და სხვ.), არამედ საკვებიც, რომელიც მეტ-ნაკლებად შეიცავს წყალს (პიურე, ფაფა, კარტოფილი, კატლეთი, ხილი, ბოსტნეული და სხვ.).

დიურეზი დადებითია, თუ გამოყოფილი შარდის რაოდენობა

მიღებულ სითხეზე მეტია. დიურეზი უარყოფითია, როდესაც ავადმყოფი სვამს ბევრ სითხეს, შარდის რაოდენობა კი მცირეა. ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია შეშუპება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების შემთხვევაში ავადმყოფის მიერ მიღებული სითხისა და გამოყოფილი შარდის კონტროლი ყოველდღიურად უნდა ჩაინიშნონ (სიცხის ფურცელზე, ავადმყოფობის ისტორიაში ან ცალკე რვეულში).

ჯანმრთელი ადამიანი დღე-ღამეში გამოყოფს 1200—1500 მლ შარდს. როცა შარდის რაოდენობის შემცირების მიზეზი არ არის თირკმლის დაავადება, ფაღარათი, ოფლიანობა, იგი გულის უკმარისობის მაჩვენებელია.

ჯანმრთელი ადამიანის თირკმელი დღისით უფრო მეტ შარდს გამოყოფს, ვიდრე ღამით. გულით ავადმყოფი შეიძლება ღამით მეტ შარდს გამოყოფდეს (ამას ნოქტურნია ეწოდება), ვიდრე დღისით. ეს აიხსნება ღამით ძილის დროს გულის მუშაობის გაუმჯობესებით, დატვირთვის შემცირებით.

ავადმყოფის მოვლის ზოგადი წესები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს

ავადმყოფი ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს სისხლის მიმოქცევის მოშლის მოვლენების შემთხვევაში ან, როცა მოსალოდნელია მათი განვითარება.

საავადმყოფოში, ყველა წესის დაცვის მიუხედავად, ზოგჯერ თანდათანობით ან მწვავედ, უეცრად უარესდება ავადმყოფის მდგომარეობა და ვლინდება გულის უკმარისობის ნიშნები: ქოშინი, ციანოზი, ტაქიკარდია, ანასარკა, ჰიდროთორაქსი, პერიკარდიტი, ასციტი.

მოახლოებული კატასტროფის ყველაზე სახიფათო ნიშანია მწვავედ განვითარებული ციანოზი, ტაქიკარდია, ხშირად კარდიალური ასთმის შემთხვევაში.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს ავადმყოფის მოვლის თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ მას გულის უკეთ მუშაობისათვის განსაკუთრებით ესაჭიროება ფიზიკური და სულიერი მოსვენება. პალატასა და დერეფანში უნდა იყოს აბსოლუტური სიწყნარე. დაუშვებელია ნერვიულობა, უსიამოვნო განცდები, დამღლეი საუბარი. შიშმა და უეცარმა ცუდმა ამბავმა შეიძლება გამოიწვიოს სტენოკარდიის შეტევა, ტაქიკარდია, რიტმის დარღვევა, 6. გ. ბოქორიშვილი

ზოგჯერ უეცარმა უარყოფითმა ემოციამ სიკვდილიც კი, მით უმეტეს, როცა ავადმყოფს ლაბილური ნერვული სისტემა აქვს. ავადმყოფს ღლიან მნახველები, განსაკუთრებით ბევრი მნახველი და მათი დიდხანს დარჩენა პალატაში.

საჭიროა მნახველთა დაშვების წესების ზუსტად დაცვა. შეიძლება ერთი მნახველის დაშვება და ისიც არაუმეტეს ნახევარი საათისა.

შემჩნეულია, რომ ზოგჯერ მარტო სათანადო წესების დაცვის შედეგადაც კი უმჯობესდება ავადმყოფის მდგომარეობა და სისხლის მიმოქცევა რეგულირდება. გულით დაავადებულის მდგომარეობაზე ძალიან კარგად მოქმედებს სუფთა ჰაერი, რაც პალატის ხშირი განიავებით ხერხდება.

ასეთი ავადმყოფის კვება ძირითადად საერთოა. მას უნიშნავენ № 10 დიეტას, რომელიც შეიცავს ყველა სახის საკვებს. განსაკუთრებით უხვად არის საჭირო C და B ჯგუფის ვიტამინები. საკვებიდან გამორიცხულია ექსტრაქტული ნივთიერებანი, ხორცის ან თევზის მაგარი ბულიონი, ღორის ქონი, სუფრის მარილი.

ქოშინისა და შეშუპებისას ავადმყოფს საკვებს აძლევენ 4—5—6-ჯერ მცირე ულუფებად, სითხეს მხოლოდ 4—5 ჭიქას დღეში.

ძილის წინ საკვების მიღებას შეიძლება მოჰყვეს გულის შეტევა. ამიტომ ჭამა დასაშვებია დაძინებამდე 3 საათით ადრე. იყენებენ განმტვირთავ დღეებსაც (ვაშლის, ხაჭოს, რძისა და სხვ.). ნაკლებკალორიულ და არასრულფასოვანი ცილების შემცველ დიეტას უნიშნავენ ხანმოკლე დროით.

განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ ნაწლავების რეგულარულ მოქმედებას. შეკრულობისას ექიმის ნებართვით ავადმყოფს უკეთებენ ოყნას, საღამოთი აძლევენ მაწონს (კეფირს) ერთ სუფრის კოვზ ზეითუნის ზეთთან ან სუსტ საფალარათოს (დეფეკაციის შემდეგ საჭიროა ავადმყოფის ჩაბანა), როცა შესაფერი საკვების მიცემით შეუძლებელია ნაწლავების მოქმედების რეგულირება.

ინფარქტიანი ავადმყოფის კვება. გულის კუნთის ინფარქტი ვითარდება კორონარული არტერიების სისხლძარღვთა ხანგრძლივი სპაზმის დროს ან მათი თრომბოზით დახშობისას. ხშირია იგი სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზის შემთხვევაშიც. გულის კუნთის გარკვეულ უბანში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად ჯერ ნეკროზი ვითარდება, შემდეგ კი — ნაწიბური.

მწვავე ინფარქტის შემთხვევაში 7—10 დღე და ზოგჯერ მეტი ხნით არის საჭირო მკაცრი წოლითი რეჟიმი.

დიეტა უნდა შეესაბამებოდეს დაავადების მწვავე, ქვემწვავე და დანაწიბურების პერიოდს, ავადმყოფის აქტიურ მოძრაობას,

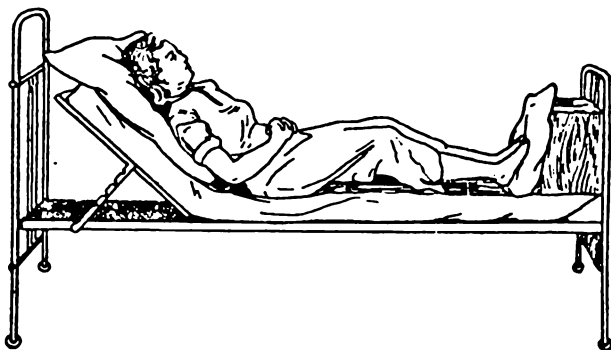
თანმხლებ დაავადებებს (შაქრიანი დიაბეტი, წყლულოვანი დაავადება და სხვ.), აგრეთვე გართულებებს (გულის უკმარისობა, შეკრულობა), მედიკამენტურ მკურნალობას (შარდმდენი, გულის გლიკოზიდები).

გულის მძიმე ინფარქტის პირველ 2 დღეს ავადმყოფს 7—8-ჯერ აძლევენ 50—75 მლ სუსტ, ნახევრად ტკბილ ლიმონიან ჩაის, ოდნავ თბილსა და წყლით განზავებულ ხილისა და კენკრის წვენს, ასკილის ნაყენს, კომპოტს, კისელს, უგაზო მინერალურ წყალს, შემდეგში უნიშნავენ № 10 ი და № 10 C დიეტას. № 10 დიეტა შეიძლება შეადგინონ № 10ა დიეტისგან.

პირველ დღეებში საჭირო არ არის ავადმყოფის იძულებითი კვება. გამოკეთებისას სათანადო კვებაა საჭირო. თუ ავადმყოფს მაღა არა აქვს, მცირე რაოდენობით აძლევენ ცხიმისა და ქოლესტერინის შემცველ საკვებს: კვერცხს, ხიზილალას, ნაღებს. მდგომარეობის გაუმჯობესებისას სიმსუქნის მიხედვით განტვირთვის დღეებია რეკომენდებული.

ავადმყოფს სისხლის მიმოქცევის მოშლის შემთხვევაში ესაჭიროება მკაცრი წოლითი რეჟიმი. სისხლის მიმოქცევის მსუბუქი ხარისხის უკმარისობისას საკმარისია წოლითი რეჟიმი; ავადმყოფი საწოლიდან არ უნდა ადგეს, ყველა ფიზიოლოგიური მოთხოვნილება უსრულდებოდეს პალატაში (შარდისა და განავლის მიმღების მიწოდება საწოლში, გაწმენდა და ჩაბანა, პირის დაბანა, პირის ღრუსა და კბილების გაწმენდა, თმის დავარცხნა).

დაავადების მძიმედ მიმდინარეობისას მცირე წრეში შეგუებების მოვლენების შემცირებისთვის ავადმყოფი ლოგინში ღებულობს იძულებით მღებარეობას: წამოჭდება და ეყრდნობა ხელებს, იმაღ-



სურ. 25. ავადმყოფის ნახევრად მჯდომარე მღებარეობა (ფოულერის)

ლებს სასთუმალს ან იღებს ორთოპნოეს მდებარეობას. ზოგჯერ ასეა ხანგრძლივად (სურ. 24).

მომვლელი პერსონალის მოვალეობაა მძიმე შემთხვევაში უზრუნველყოს ავადმყოფის მოთავსება მოხერხებულ მდებარეობაში. ზოგჯერ, თუ ეს შესაძლებელია, ავადმყოფს მოხერხებულად სვამენ სავარძელსა ან საწოლში განივად, კედლისკენ უწყობენ ბალიშებს და ძირს ჩამოშვებული ფეხების ქვეშ უდგამენ პატარა სკამს. ზოგჯერ საკმარისია ავადმყოფის დაწვენა ფუნქციურ საწოლზე ან სასთუმლის ამღლება (ფოულერის მდებარეობა, სურ. 25) რამდენიმე ბალიშით. კანის, თმის, პირის ღრუს, კბილების და სხვ. მოვლა ჩვეულებრივია. შეშუპებისას კანი მშრალი და თხელია, ადვილად და სწრაფად მოიშლება მისი კვება, ჭერ ვითარდება ნაწოლები და ნახეთქები, ხოლო შემდეგ მიკრობების შეჭრის გამო წითელი ქარი ან ფლეგმონა. ასეთი ავადმყოფის კანი საჭიროებს განსაკუთრებულ მოვლას, იგი უნდა იყოს ყოველთვის სუფთა, მშრალი, რომ ნაწოლები არ განვითარდეს. ზოგჯერ ავადმყოფს კუდუსუნის ქვეშ უთავსებენ ზეწარგადაფარებულ რგოლს. როცა ავადმყოფს დაუხმარებლად არ ძალუძს დაბანა დილით და საღამოთი, კანს უწმენდენ ქაფურის სპირტში, არაყში, ოდეკოლონსა ან წყალში დასველებული ბამბით ან პირსახოცით.

გულისდაავადებიან ავადმყოფს აბაზანაში აბანავებენ მხოლოდ ექიმის ნებართვით.

ასციტისა და ლეიძლის შეგუბების დროს ავადმყოფს უვითარდება დისპეფსიური მოვლენები: მადის დაკარგვა, გულის რევა, ზოგჯერ კუჭის წვა, გულძმარვა, ლებინება, ფაღარათი, შეკრულობა, ტკივილი. ამიტომ განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს კუჭნაწლავის ტრაქტის რეგულარული მოქმედება, შარდის გამოყოფის მოწესრიგება სათბურით, ზოგჯერ საჭირო ხდება კათეტერი.

გამოჩანმრთელებისათვის მეტად მნიშვნელოვანია ღრმა ძილი, რაც ძირითადად კარგი პირობების შექმნით უნდა ხორციელდებოდეს (სიწყნარე, მოხერხებულად დაწვენა, ზომიერად დახურვა, პალატის განიავება, სუფთა ჰაერის მიწოდება). საჭიროების შემთხვევაში ექიმის მითითებით იყენებენ ტრანკვილიზატორებს: ტაზეპამს, ბრომის პრეპარატებს, ვალერიანის ნაყენს და სხვ.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებისას ყოველთვის მოსალოდნელია ტვინში სისხლჩაქცევა, თრომბოემბოლია (განსაკუთრებით მიაციმციმე არიტმიის დროს). ტვინში სისხლჩაქცევისას გამოიხატება ნერვული სისტემის მოშლილობის სურათი, მაგისტრალურ სისხლძარღვთა თრომბოემბოლიის შემთხვევაში კი ამა თუ იმ ორგანოს (გულის კუნთის, ნაწლავის ჯორ-

ჯლის, კიდურის) ფუნქციის მოშლა, მძაფრი ტკივილი, ნეკროზისა და განგრენის განვითარება.

ყოველგვარი გართულების შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა აცნობონ ექიმს. გულთბილი და მზრუნველი დამოკიდებულება, დანიშნულების ზუსტად დაცვა და პირნათლად შესრულება ამ კონტინგენტის ავადმყოფთა დროულად გამოჯანმრთელების საწინააღმდეგობა.

სისხლის მიმოქცევაზე ზემოქმედების ღონისძიებანი

შინაგან ორგანოთა სისხლის მიმოქცევაზე შეიძლება იმოქმედონ რეფლექსურად, კანის მრავალრიცხოვან რეცეპტორებზე ცივი ან ცხელი პროცედურის მეშვეობით. სწორედ ამგვარად მოქმედებს კოტოშები, მდოგვის საფენები, კომპრესი, აბაზანა და სხვ. მათ არასწორ გამოყენებას შეიძლება მძიმე გართულება მოჰყვეს.

კოტოშები

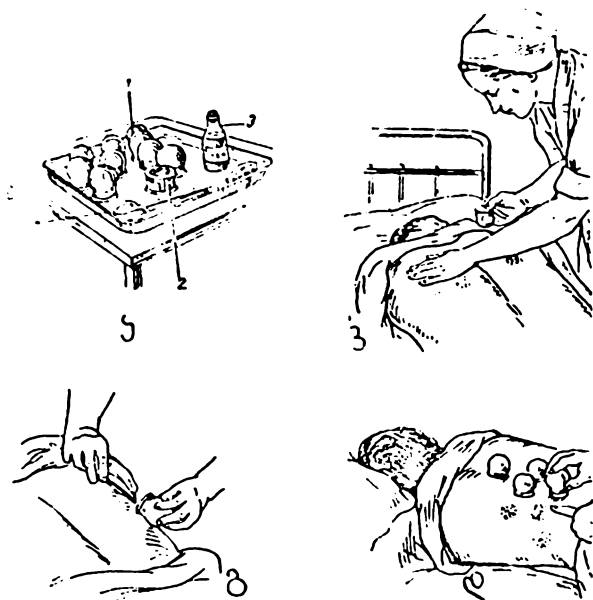
კოტოშები მოქმედებს ფიზიკურად, რეფლექსური გზით და ხელს უწყობს ქსოვილთა და ორგანოთა ანთებითი კერის გაწოვას. ტკივილის შემცირებას. კოტოში სქელი მინის კარგად მოხენილკიდებიანი ფართოფსკერიანი კოლბაა.

კოტოშებს ავადმყოფს უნიშნავენ: ანთებითი პროცესის (ან ზოგჯერ მისი პროფილაქტიკის), ნეკნთაშუა ნერვების ნევრალგიის, რადიკულიტის, მწვავე და ქრონიკული მიოზიტის დროს.

კოტოშების მოკიდება დაუშვებელია ფილტვებიდან სისხლის დენის, ფილტვების ტუბერკულოზის, სიმსივნის, კანის დაავადების, აგზნების, აწეული მგრძნობელობის, კრუნჩხვების, კახექსიის შემთხვევაში.

კოტოშების გაკეთების წესი (სურ. 26) ასეთია: მწოლიარე ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, 10—20 კოტოშს უკეთებენ ხმარების წინ კოტოშებს რეცხავენ, კარგად აშრობენ, ამოწმებენ მთლიანობას და აწყობენ ავადმყოფის საწოლთან. 12—15 სმ სიგრძის ლითონის ლეროზე ახვევენ ბამბას (ან ბამბას იჭერენ პინცეტით), რომელსაც ასველებენ სპირტში, მაგრამ ოღნავ, რომ სპირტი არ წვეთავდეს (ზოგჯერ საჭიროა დაბერტყვა, რომ წვეთმა ავადმყოფის კანი არ დაწვას).

კოტოშებს ავადმყოფს უკეთებენ ზურგზე. გულმკერდზე, წელზე, სადაც კარგადაა განვითარებული კუნთები და კანქვეშა ცხიმი კოტოშების გაკეთება არ შეიძლება ხერხემალზე. სარძევე ჯირკ-



სურ. 26. კოტოშების მოკიდების ტექნიკა: ა — საპირო ხელსაწყოები: 1 — კოტოშები; 2 — ვაზელინი; 3 — სპირტი; 4 — კორნცანგი ბურთულით; ბ — კანზე ვაზელინის წასმა; გ — კოტოშში აღმოდებული ბურთულის შეტანა; დ — კოტოშის მოხსნა

ვლებზე. თმიან კანს პარსავენ, წმენდენ თბილი წყლით, ამზრალევენ და უსვამენ ვაზელინს, რათა კოტოშში კარგად დამაგრდეს, მასში ჰაერი არ შევიდეს, არ გამოიწვიოს კანის დამწვრობა. კოტოშების გაკეთებისას ფანჯრები უნდა დახურონ, რათა აიცილინონ გამჭოლი ქარი. კოტოშს იჭერენ მარცხენა ხელით, სწრაფად (2—3 წამში) შეაქვთ მასში აღმოდებული ბურთულა, რის შემდეგ კოტოშის ღია ბოლოს სწრაფად მოჰკიდებენ კანზე. კოტოშში ალით ჰაერი იშვიათდება, მკიდროდ მოეჭიდება კანს და მას 1—3 სმ სიმაღლეზე იწოვს. კანი მოწითალო-ვარდისფერი ხდება. კოტოშების სწორად გაკეთების შემთხვევაში კანში ზერელე სისხლჩაქევეები ვითარდება.

კოტოშების გაკეთება საპიროებს დახელოვნებას, მოხერხებულობას. თუ კოტოშიდან სწრაფად და კარგად არ გამოიდევენა ჰაერი, იგი კანს არ მოეჭიდება ანდა მალე მოძვრება. კოტოშის ზედმეტად გახურებაც საშიშია — დამწვრობას იწვევს. კოტოშებს კანზე ტოვებენ 15--20 წუთს. კოტოშის მოხსნას ტკივილი რომ არ მოყვეს, მას ერთი ხელით ნაზად გადაწევენ გვერდზე, მეორე ხელით კოტოშის

კიდესთან აწვებიან კანს საწინააღმდეგო მხარეს. კოტოშის მოხსნის შემდეგ კანს წმენდენ, ავადმყოფს თბილად აცმევენ და საბანს ახურავენ.

გართულება. შედარებით ხშირია კანის დამწვრობა, ბუტუკების განვითარებაც კი, არტერიული წნევის დაცემა, პერიფერიულ სისხლში დროებითი ლეიკოპენია, სისხლის შედედების მომატება. დამწვრობისას საჭიროა სპირტის საფენები, სინტომიცინის ემულსია, გართულების შემთხვევაში ატუობინებენ ექიმს, მისი მითითებით ასრულებენ დანიშნულებას.

კოტოშებს ხმარების შემდეგ კარგად გაწმენდენ და ყუთში ალაგებენ, მასთან უნდა მოათავსონ სპირტი, ასანთი, ბამბა, ლითონის ღერო.

მლოგვის საფენი

მლოგვი მოქმედებს მლოგვის ეთერის ზეთის ზეგავლენით, იწვევს კანის გაღიზიანებას, სისხლძარღვების გაფართოებას. მლოგვის საფენი შეიძლება დააკრან სხეულის თითქმის ყველა არეში.

მლოგვის საფენების გამოყენება რეკომენდებულია ტკივილის, ფილტვების ანთების, ბრონქიტის, სისხლძარღვთა სპაზმისა და სხვა შემთხვევაში.

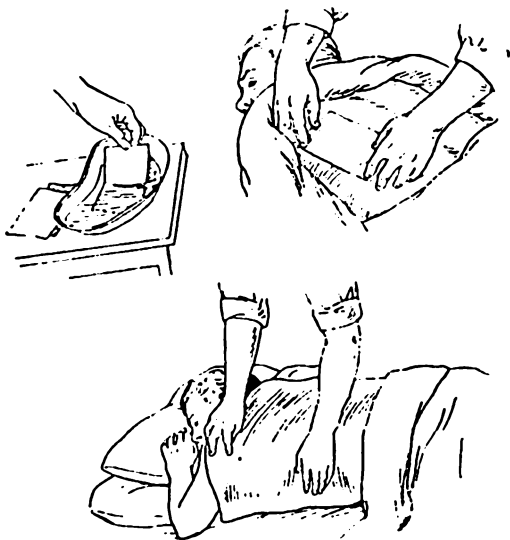
ქარხნულად დამზადებული მლოგვის საფენი 12×18 სმ ქაღალდის ნაჭერია, რომელზეც განსაკუთრებული წესით წასმულია მლოგვი. შეიძლება მლოგვის საფენის დამზადებაც: 1 სუფრის კოვზ მლოგვის უმატებენ 1 სუფრის კოვზ ხორბლის ფქვილს, ნელა ურევენ და ასხამენ 45—50°-მდე გამთბარ წყალს თანაბარი ფაფისებრი მასის მიღებამდე. შემდეგ 30 წუთამდე ასე ტოვებენ, რათა წარმოიქმნას მლოგვის ეთერი. მლოგვის ფაფას საჭირო ფართზე წაუსვამენ 0,5 სმ სისქეზე ორ შრედ დაკეცილ დოლბანდსა ან ჩვარზე. დოლბანდის ფენას ან ქაღალდს ზევიდან აფარებენ და საჭირო არეში კანზე ადებენ, ნახვევს გარედან ამაგრებენ. ასეთნაირად დამზადებული მლოგვის საფენი გაცილებით ძლიერია. ვიდრე ქარხნული წესით დამზადებული საფენი, ამიტომ ადრე უნდა მოხსნან, რათა დამწვრობა არ გამოიწვიოს. მლოგვის საფენი მშრალ ადგილას 1 წლამდე ინახება. მლოგვის ვარგის საფენს მლოგვის მკვეთრი სუნი აქვს და არ იფშენება.

ხმარების წინ მლოგვის საფენს ასველებენ არაუმეტეს 35°-მდე გამთბარი წყლით, ბერტყავენ და აფარებენ კანის საჭირო არეზე 10—15 წუთით, ზევიდან ამაგრებენ ხელსახოცით ან პირსახოცით. მლოგვის საფენის კარგად გაკათების შემდეგ კანი წითლდება, ამ აღ-

გილას ავადმყოფს წვის შეგროვება აქვს. მლოგვის საფენის ხანგრძლივად დატოვებისას მოსალოდნელია დამწვრობა. საფენის მოხსნისას კანს წმენდენ თბილი წყლით, შემდეგ ამშრალევენ, ავადმყოფს აცმევენ და თბილად ახურავენ (სურ. 27).

მლოგვის საფენების გაკეთება არ არის რეკომენდებული ერთსა და იმავე ადგილას განმეორებით, ამან შეიძლება კანის პიგმენტაცია გამოიწვიოს. უკუჩვენებაა აგრეთვე კანის დაავადება, სისხლის დენა.

არტერიული წნევის დაწევის მიზნით ან სასუნთქი გზების დაავადებისას ავადმყოფს ფეხების აბაზანას უკეთებენ 20—30 წუთის განმავლობაში (1 ვედრო 50° ტემპერატურის წყალში ხსნიან 50 გ მლოგვს). შემდეგ ფეხებზე თბილ წყალს გადაავლებენ, კარგად გაუმშრალევენ და საწოლში აწვენენ.



სურ. 27. მლოგვის საფენების გამოყენება. მლოგვის საფენის დასველება: საფენის დაფარება ზურგზე; ავადმყოფის თბილად დახურვა

წურბლით (ბდელო) თერაპია

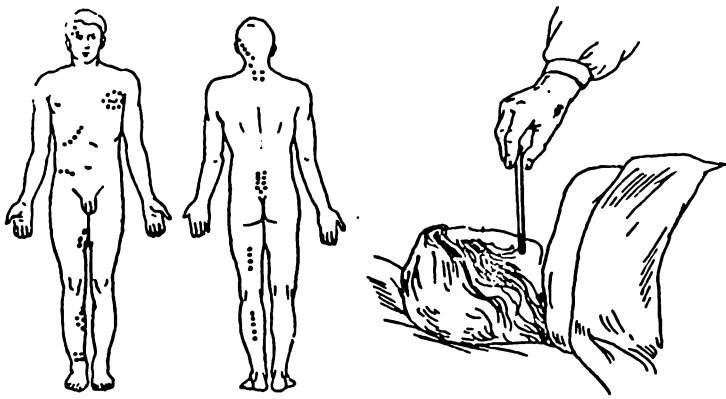
წურბელა ორსქესიანი ჭიაა. იგი მტკნარ წყალში ბინადრობს. მისი სანერწყვე ჯირკვლები შედედების საწინააღმდეგო ნივთიერებას — ჰირუდინს შეიცავს. წურბელას აქვს პირი სამი ყბით და კბილებით (რომლებითაც ჭრის და ეკიდება კანს), სხეული და კუდი. სხეულში გამავალ მილს გვერდებზე 18-მდე კოლბისებრი წარმო-

ნაქმნი აქვს. სადაც ამოწოვილი სისხლი კონსერვდება ჰირუდინით. მაძლარმა წურბელამ შეიძლება გაძლოს 28 თვემდე. საღი წურბელა მეტად მოძრავია წყალში. წურბელას ინახავენ დოღბანდგადახურულ (ჰაერის მისაწოდებლად) წყლიან ქილაში, რომელსაც დგამენ ფანჯარაზე 10-15° ტემპერატურაზე. წყალს უცვლიან ყოველდღე. რაც უფრო დიდი ხნის მოპოვებული და დამშეულია წურბელა, მით უფრო უკეთესია. ერთ წურბელას შეუძლია გამოწოვოს 2—10 მლ სისხლი. წურბლის მეორედ გამოყენება არ შეიძლება. წურბელა გარკვეული რაოდენობით აცლის სისხლს, მაგრამ მისი მთავარი მოქმედება გამოიხატება ანტიკოაგულანტის — ჰირუდინის შეყვანით.

ჩვენება. წურბლით მკურნალობენ თრომბოფლებიტს, ჰიპერტონიულ დაავადებას, სისხლჩაქცევას და სხვ. ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისას წურბლებს მოჰკიდებენ დვრილისებრ მორჩხევერტიკალური ხაზის მიმართულებით, ყურის ნიჟარიდან 1 სმ დაცილებით (სურ. 28). სტენოკარდიის გახანგრძლივებული შეტევისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს წურბლები ტივილგამაყუჩებლად მოქმედებს. ასეთ შემთხვევაში მოჰკიდებენ 8—10 წურბელას გულის არეში III-IV-V ნეკნთაშუა სივრცეში მკერდის ძვლიდან 1 სმ-ით მარცხნივ, შევუბებული, მტკივნეული ღვიძლის შემთხვევაში მარჯვენა ნეკნთა რკალის გასწვრივ უკიდებენ 10—12 წურბელას.

წურბლის მოკიდების უუჩვენება: სისხლის დაქვეითებული შედედება (ჰიპოკოაგულემია), კანის დაავადება, ანემია, ანტიკოაგულანტებით მკურნალობა. წურბლის მოკიდება არ შეიძლება იქ, სადაც კანი თხელია (ქუთუთო, სკოტუმი) ან. სადაც კანქვეშ ვენები კარგად ჩანს. დასაშვებია 6—12 წურბლის მოკიდება. წურბლის მოკიდებისას ავადმყოფი უნდა იწვეს. წურბლის დასმამდე საჭიროა ხელთ ჰქონდეთ სტერილური თასი. პინცეტი, წყალბადის ზეჟანგი, მარილიანი და შაქრიანი წყალი. სტერილური ხელსახოცები, შესახვევი მასალა. კანს წინასწარ პარსავენ. წყლით წმენდენ და აშრობენ (რომ საპნის, იოდის, ეთერის სუნი არ ჰქონდეს). წურბელა რომ უკეთ მოეკიდოს, კანს უსვამენ შაქრიან წყალს (გლუკოზის ხსნარს). ავადმყოფს წურბელას არ აჩვენებენ (ზოგი ვერ იტანს მას, შეიძლება ცუდად გახდეს). საჭიროა წურბელას თვალი ადევნონ, რომ არ გადაინაცვლოს და რომელიმე ღრუ ორგანოში (ყურში, ცხვირში, საშოში, სწორ ნაწლავში) არ შეძვრეს.

წურბელას იღებენ პინცეტით და კუდით ათავსებენ სინჯარაში, მენზურასა ან პატარა ქილაში — კოღბაში, საჭირო ადგილას კანთან მიიტანენ და ელოდებიან სანამ კანს მოეკიდება. შემდეგ სინჯარას



სურ. 28. წურბლის მოკიდების ადგილი, წურბლის მოკიდება სინჯარით

მოაცილებენ და უკვირდებიან, რომ წურბელა არ ჩამოვარდეს. წურბელას, ჩვეულებრივ 30—60 წუთს აჩერებენ, შემდეგ იგი თავისით ჩამოვარდება. როცა წურბლის მოცილება ნაადრევად სურთ, მას მარილიან წყალს წაუსვამენ და მოძვრება. ძალით მისი მოგლეჯა არ შეიძლება, მოსალოდნელია კანის დაზიანება და სისხლის დენა. თითოეული ნაკბენი ჭრილობიდან დღე-ღამის განმავლობაში შეიძლება გამოვიდეს 10—40 მლ სისხლი. სისხლმდენ ჭრილობებს ასეპტიკურ ნახვევს ადებენ, ზოგჯერ საჭირო ხდება დამწოლი ნახვევი. ჭრილობა 2—3 დღეში იხურება. რაჟდენიმე დღის შემდეგ შეიძლება მხოლოდ უხმარი წურბლის დასმა. გამოყენების შემდეგ წურბლებს ათავსებენ მარილიან წყალში, ფორმალინსა ან ნიშადურის სპირტში და კანალიზაციაში უშვებენ.

გართულებანი. ასეპტიკის წესების დარღვევისას ჭრილობაში შეიძლება შეიჭრას ინფექცია, განვითარდეს ფურუნკული. ზოგჯერ ქავილი ჭრილობის ირგვლივ. ქავილის საწინააღმდეგოდ საჭიროა ნიშადურის სპირტისა და ვაზელინის ზეთის თანაბარი ნარევის წასმა კანზე.

წურბლის გამოყენებისას იცვლება პულსი, არტერიული წნევა ეცემა. ამიტომ ასეთი ავადმყოფი განსაკუთრებულ ყურადღებასა და მოვლას საჭიროებს. თუ წურბლის მიერ ნაკბენი ჭრილობიდან 2—3 დღის შემდეგაც აღინიშნება სისხლის დენა, დამწოლი ნახვევი არ შველის, საჭიროა მოწვა მანგანუმმკვავა კალიუმის კრისტალებით.

სისხლის მიმოქცევის მოშლის თანამედროვე სრულყოფილი მკურნალობის პირობებში წურბლებს იშვიათად იყენებენ.

კომპრესი მრავალშრიანი სამკურნალო ნახვევია, რომელსაც სხეულის ყველა არეში იყენებენ.

სათბური კომპრესი იწვევს კანისა და ღრმად მდებარე სისხლძარღვთა გაფართოებას, სისხლმომარაგების გაუმჯობესებას. ანთების ჩაქრობას, ტკივილის შემცირებას. მის გამოყენებას ფსიქოლოგიური მნიშვნელობაც აქვს.

კომპრესიის ხმარება არ შეიძლება კანის დაავადებების: დერმატიტის, პიოდერმიის, ფურუნკულოზის დროს.

სათბური კომპრესიისთვის საჭიროა: 1. სუფთა ჰიგროსკოპული მკვიდროდ ნაქსოვი, მაგრამ რბილი ქსოვილის ნაჭერი, რომელიც დასველებულია ოთახის ტემპერატურის სითხეში და კარგად გაწურულია; 2. მუშამბა ან გასანთლული ქაღალდი; 3. ბამბა. ყოველი მომდევნო შრე წინაზე 2 სმ-ით განიერი უნდა იყოს, რათა პირველი შრიდან სისველე ნაადრევად არ აორთქლდეს.

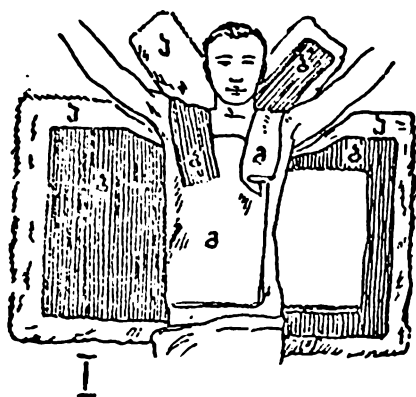
ამგვარად მომზადებულ კომპრესს სხეულზე ადებენ საჭირო არეზე ისე, რომ სველი შრე მკვიდროდ ეკვროდეს კანს, ხოლო დანარჩენი შრეები კარგად ფარავდეს წინას. შემდეგ კომპრესს საიმედოდ ამაგრებენ გარედან სითბოს უკეთ დაცვისათვის, ზოგჯერ იყენებენ თბილი შალის თავსაფარსაც (სურ. 29).

სათბურ კომპრესს ცვლიან დილით და საღამოთი. კანი რომ არ გაღიზიანდეს, კანს წმენდენ თბილი წყლით, აშრობენ და 2 საათს ასვენებენ. გამონაყრის შემთხვევაში აყრიან ტალქს, პუდრს. გამოცვლის შემდეგ კომპრესიისთვის იყენებენ სუფთა მასალას. სითხედ ხმარობენ წყალს, ძმრისა და წყლის ნარევს (1 სუფრის კოვზი ძმარი, 0.5 ლ წყალი), წყალში განზავებულ არაყს, სპირტს, ოდეკოლონს.

თუ სათბური კომპრესი არასწორადაა დადებული, ავადმყოფს შეამცივნებს, ამიტომ იგი დაუყოვნებლივ უნდა მოხსნან და ხელმეორედ გაუკეთონ ისე, როგორც საჭიროა. როცა მუშამბა ან ბამბა მთლიანად არ ფარავს კომპრესს. გარედან ჰაერი შედის და გათბობის მაგიერ აცივებს კანს. ამიტომ კომპრესიის გაკეთებისას ზემოაღნიშნული წესები ზუსტად უნდა დაიცვან.

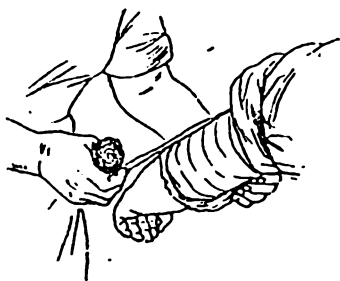
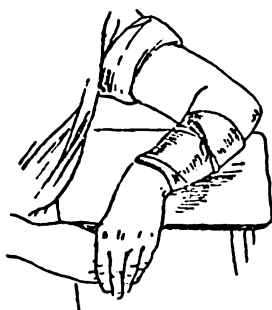
სათბური კომპრესიის ვარგისიანობის შემოწმებისათვის კომპრესის გაკეთებიდან 2 საათის შემდეგ ნახვევის ქვეშ მუქვით თითო. როცა შიგნითა --- პირველი შრე სველია, ეს ნიშნავს, რომ კომპრესი კარგად ადევს. არაყის, განსაკუთრებით სპირტის კომპრესი ადვილად ორთქლდება. ამიტომ მას შედარებით იშორად (6-8 სა-

ათში) ცვლიან და არც ხანგრძლივად იყენებენ, რომ კანი არ გალიზიანდეს.



სათბური კომპრესის შემდეგ, მით უფრო, თუ იგაღიდ ფართზეა გაკეთებული, ავადმყოფი უნდა იწვეს.

ცივი საფენები გამოყენებულია ადგილობრივ გაცივების მიზნით, რომ შევიწროვდეს სისხლძარღვები, შემცირდეს სისხლმომტარება და ტკივილი. ცივ საფენებს იყენებენ ტრავმის



II

სურ. 29. I — სათბური კომპრესი გულმკერდის არეში: ა — ბამბა ან ფლანელი, ბ — მუშაბა ან გასანთლული ქაღალდი; გ — დასველებული და გაწურული ტილოს ქსოვილი; II — სათბური კომპრესი წინაშხრის არეში

დროს (დაეყეილობა, დაკიმულობა, სისხლჩაქცევა, სისხლის დენა).

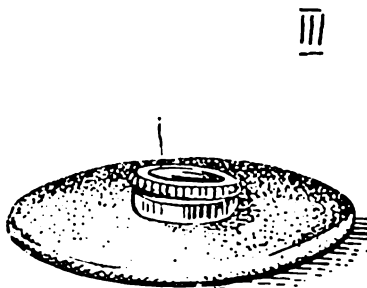
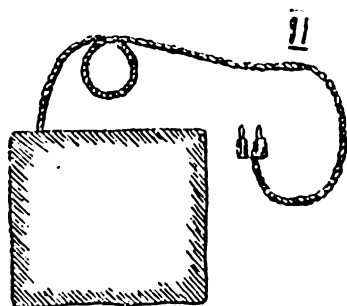
ცივი საფენისათვის რამდენიმე შრედ დაკეცილ დოლბანდს, პირსახოცს ან ხელსახოცს ასველებენ ცივ წყალში, გაწურავენ, აფენენ საჭირო არეში 2—3 წუთს საფენის გათბობამდე, შემდეგ პროციდურას ისევ იმეორებენ.

ცხელ საფენს იყენებენ ადგილობრივ ანთებითი პროცესის ლიკვიდაციის დაჩქარებისათვის. ცხელი საფენისათვის იყენებენ სელის მარცვალს, სილას, მარილს, ქატოს. მარილს ან სილას აცხელებენ, ქატოს ან თესლს წამოადულებენ, შემდეგ ათავსებენ ტოლოს პარკში, აფენენ კანზე და გარედან აფარებენ ჯერ მუშაობას, შემდეგ შალის ნაჭერს ან საბანს. სითბოს ხანგრძლივად შენარჩუნებისათვის ცხელ საფენს ზევიდან სათბურას ადებენ.

V
სათბურა

სათბურას იყენებენ ანთებითი კერის გაწოვის, სხეულის გათბობისა და ტკივილის გაყუჩების მიზნით.

სათბურას გამოყენება არ შეიძლება მუცლის ღრუს მწვავე ქი-



სურ. 30. I — სათბურას გამზადება: აესება, ჰაერის გამოდევნა, დახურვა, ჰერმეტიკობის შემოწმება; II — ელექტროსათბურა; III — ყინულიანი ბუშტი

რურგიული დაავადების ან მასზე ექვის შემთხვევაშიც კი, სიმსივნის, სისხლის დენის და ტრავმის პირველ საათებში.

არსებობს რეზინის და ელექტროსათბურა, ქიმიური ნივთიერებების — კალციუმის კარბიდის შემცველი სათბურა (იყენებდნენ ფრონტზე).

რეზინის სათბურა მკიდროსაცობიანი 1—1,5 ლ მოცულობის რეზინის სხვადასხვა ფორმის პარკია (სურ. 30). სათბურაში ასხამენ ცხელ წყალს მხოლოდ 3/4 მოცულობამდე, მისგან ჰაერს გამოდევნიან (საცობისკენ ზევით ვერტიკალური მდებარეობისას) ზეწოლით, საცობს კარგად მოარგებენ, ჰერმეტიკულობის შესამოწმებლად გადმოაყირავებენ საცობით ქვევით, ამშრალევენ, ახვევენ პირსახოცში (განსაკუთრებით, როცა სათბურა ძლიერ ცხელია) და ათავსებენ სხეულის სათანადო ადგილას. სათბურას ქვეშ ამოწმებენ კანის სითბოს, დამწვრობა რომ არ განვითარდეს. სათბურათი კანის დამწვრობას განსაკუთრებით უნდა ერიდონ, ამ მხრივ მეტად საფრთხილოა ახალშობილი ბავშვი, მოხუცი, დასუსტებული ადამიანი, მოხ უფრო გონებადაკარგული, ანდა, როცა კანს მგრძობელობა დაკარული აქვს.

ელექტროსათბურას ბალიშის ტემპერატურას არეგულირებენ რეოსტატით. პერიოდულად სათბურა უნდა გამოერთონ.

ყინულიანი ბუშტი

ყინულიან პარკს იყენებენ დაქვილობის, დაჭიმულობის, სისხლის დენის, ზოგი ანთებითი პროცესის დასაწყისში, ოპერაციის შემდეგ კრილობაზე, აგრეთვე მწერის ნაკბენზე დასადებად.

ყინულს ამტკრევენ სუფთა ჩვარზე და ნატეხების ნაწილს ყრიან ფართოყელიან რეზინის პარკში (სურ. 30₁₁₁). ჰაერის გამოდევნის შემდეგ პარკს მკიდროდ მოარგებენ საცობს. გადნობის შემდეგ წყალს გადმოაქცევენ, ყინულს ხელმეორედ ჩაყრიან. ძლიერი გაცივების აცილებისათვის პარკს პირსახოცში ახვევენ. სველ პარკს აშრობენ. თუ მისი სიმძიმე შემაწუხებელია, პარკს ჩამოჰკიდებენ და იგი მხოლოდ სათანადო ადგილს ეხება.

ყინულიანი პარკი ხანგრძლივად ინარჩუნებს დაბალ ტემპერატურას.

წყლით მკურნალობა — ჰიდროთერაპია

ჰიდროთერაპიას იყენებენ სამკურნალო და პროფილაქტიკური მიზნით. ჰიდროთერაპიის მექანიზმი განპირობებულია კანზე ტემპერატურული, მექანიკური და ქიმიური ფაქტორების მოქმედებით, კანის სისხლძარღვები და ნერვები მონაწილეობს სითბოს ცვლაში.

ტემპერატურული ფაქტორის მოქმედება დამყარებულია იმაზე, რომ ადამიანის სხეულსა და წყალს შორის სითბოს ენერჯის ცვლა მიმდინარეობს.

მექანიკური ფაქტორებია წყლის მოძრაობა, ზეწოლა, რაც ტემპერატურულ და ზოგჯერ რადიოაქტიურ, ქიმიურ და სხვა ფაქტორებთან ერთად აძლიერებს პროცედურის ზოგად მოქმედებას. წყლის პროცედურის შეხების ძირითადი ადგილია კანი. წყლის მოქმედება კანის რეცეპტორებზე იწვევს რეაქციას ცენტრალური ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვის, სისხლის, ნივთიერებათა ცვლის, კუნთოვანი სისტემის, დიურეზის მხრივ.

ჰიდროთერაპიის დოზირებისას ითვალისწინებენ პროცედურის ხასიათს, ორგანიზმის ინდივიდუალურ რეაქტიულობას. სუსტი და სწრაფად გარდამავალი რეაქციის შემთხვევაში პროცედურას უნიშნავენ ყოველდღე, შედარებით ძლიერ პროცედურას კი — დღე-გამოშვებით. საჭიროა 12—15-დან 20—30 პროცედურამდე. ჰიდროთერაპიაა წყლის გადავლება, ტანის ჩამობანა, აბაზანა და სხვ.

აბაზანა ზოგადია, როცა წყალში თავსდება მთელი სხეული, ხოლო ადგილობრივი, როცა წყალში ათავსებენ ფეხებს ან ხელებს. ტემპერატურის მიხედვით აბაზანა არის ცივი (20° -ზე ნაკლები), გრილი (30° -მდე), თბილი (40° -მდე), ცხელი (40° -ზე მეტი), ინდიფერენტული ($34-36^{\circ}$). აბაზანაში დაყოვნების ხანგრძლივობაა 15—20 წუთი. წყლის შედგენილობის მიხედვით აბაზანა შეიძლება იყოს სასმელი წყლის, არომატული, მედიკამენტიანი, მინერალური, აიროვანი.

პროცედურის მიღების წინ ამოწმებენ სააბაზანო ოთახს, აბაზანის ტემპერატურას. აბაზანის მიღებისას უკვირდებიან ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას (პულსს, სუნთქვას, ზოგჯერ არტერიულ წნევასაც).

ზოგადი აბაზანა ტემპერატურის თანდათან მომატებით (ზოგჯერ 37° -დან $40-42^{\circ}$ -მდე) გრძელდება 20 წუთს. აბაზანის შემდეგ ავადმყოფს ამშრალავენ, აცმევენ, აწვევენ ტახტზე და აფარებენ საბანს. ასეთი აბაზანა ძლიერი თერმული გალიზიანებით იწვევს ორგანიზმის მიერ საპასუხო რეაქციას პულსისა და სუნთქვის მხრივ, ავადმყოფი ოფლიანდება, რასაც დაკვირვება ესაჭიროება.

სამკურნალწამლო ნივთიერებების ხმარების წესები

სამკურნალწამლო ნივთიერებების ხმარების წესებია: გარეგანი — კანიდან, ლორწოვანი გარსებიდან, სასუნთქი გზებიდან; შინაგანი (ენტერული) — პირიდან — per os ან სწორი ნაწლავიდან და



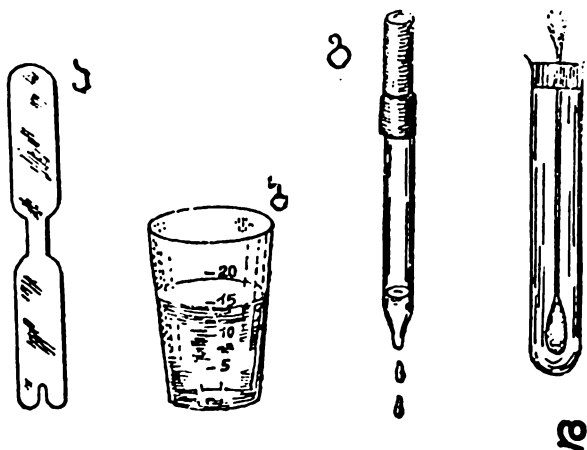
სურ. 31. წამლების დასარიგებელი მაგიდა

პარენტერული — კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გარეშე. წამლებს ახლა სპეციალური მაგიდით (სურ. 31) არიგებენ.

სამკურნალწამლო ნივთიერების გარეგანი ხმარება

გარეგანად პრეპარატები ძირითადად ადგილობრივად მოქმედებს. დაუზიანებელი კანიდან წამალი ძნელად შეიწოვება, შეიწოვება მხოლოდ ცხიმშიხსნადი ნივთიერებანი ცხიმის სადინარებითა და თმის ფოლიკულებიდან. წამალს უსვამენ სუფთა კანზე სუფთა ხელსაწყოთი (შპადელით) ან კარგად დაბანილი ხელით. მალამოს უფრო ხშირად ხმარობენ კანის დაავადებების შემთხვევაში. სტერილური შპადელით (სურ. 31) 2—4 შრედ დაკეცილ სტერილურ ხელსახოცს წაუსვამენ მალამოს და მჭიდროდ აფარებენ დაავადებულ არეზე. ხელსახოცს ზევიდან ფარავენ ბამბით. მალამოიანი კომპრესის შემთხვევაში მას ფარავენ მუშამბით ან კომპრესის ქალაღლით და შემდეგ ბამბით. კანში ღრმად და უკეთ შეწოვისათვის მალამოს ხელისგულით შეაზელენ დაბანილ და გაპარსულ კანზე 30 წუთის განმავლობაში. მცირე რაოდენობით თბილ წამალს შეაზელენ ხელით გაშრობამდე და კანის გაწითლებამდე. ზოგჯერ ფსიქოლოგიური ზემოქმედების მიზნითაც კანზე უსვამენ 5%-იან იოდს.

ინჰალაცია სამკურნალწამლო საშუალებათა შესუნთქვით შეყვანაა სასუნთქი გზებიდან. ასე შეყავთ ქანგბადი, ნახშირორჟანგი,



სურ. 31, ა — შადელი წამლის წასასმელად, ორგანოს გადასაწვეად; ბ — დანაყოფებიანი მენზურა წამლის შიგნით მისაღებად; გ — პიპეტი წამლის ჩასაწვეთებად; დ — სტერილური სინჯარა ბურთულით მიკროფლორის ასაღებად

ეთერი, მალხენი აირი, ქლოროფორმი, აგრეთვე სამკურნალო ნივთიერებანი აეროზოლის სახით პულვერიზატორის პრინციპით აგებული სპეციალური აპარატით, ორთქლის ან ხელის ინჰალატორით (დაჭირბნილი ჰაერი ან ჟანგბადი აფრქვევს ბსნარს, რომელსაც ავადმყოფს ასუნთქებინებენ).

ავადმყოფს აპარატთან ისე სვამენ, რომ იქიდან გამოსულმა ჰაერმა დამწვრობა არ გამოიწვიოს, აფარებენ წინსაფარს, რომ ტანსაცმელი არ დაესვაროს. ავადმყოფი ცხვირით ჩაისუნთქავს ორთქლს და პირით ამოისუნთქავს. ასთმიანი ავადმყოფთათვის არსებობს ბინის პირობებში გამოსაყენებელი პორტატული ინჰალატორი: წამალი მოთავსებულია პლაატმასის მილში, რომელსაც წამოცმული აქვს რეზინის ბალონი. მასზე ზეწოლით წამალი გაიდევნება სასუნთქი გზებისკენ

წამლის მიღება შიგნით — ენტერულად

ყველაზე მოსახერხებელია და გავრცელებულია წამლის სენტერულად მიღება სხვადასხვა ფორმით და არასტერილურად ფხვნილის, ტაბლეტის, აბის, წვეთების, მიქსტურის სახით, მაგრამ მას უპირატესობასთან ერთად ნაკლიც აქვს: შეიწოვება არაზუსტი დოზირებით.

ენტერულად მიღებული წამალი უმთავრესად ზოგადად მოქმედებს, ზოგჯერ ადგილობრივად, მხოლოდ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე. უფრო ხშირად წამალს ლებულობენ ქამამდე, გამლიზიანებელ პრეპარატებს (რკინას, იოდს, დარიშხანს) კი — ქამის შემდეგ, ძილმომგვრელს — დაძინებამდე ნახევარი საათით ადრე, მადის აღმძვრელს — უშუალოდ ქამის წინ. თხიერ წამალს ლებულობენ მენზურით (სურ. 31, ბ).

ფ ხ ვ ნ ი ლ ი ს მიცემისას გახსნილ ქაღალდს ღარის ფორმას აძლევენ, საიდანაც წამალს ავადმყოფს ენაზე აყრიან და წყლით ალევინებენ. ტაბლეტს, აბს ენის ძირზე ადებენ და ავადმყოფი წყლის დიდ ყლუბთან ერთად ყლაპავს მას. როცა ტაბლეტი დიდია ან ავადმყოფს არ ძალუძს მისი გადაყლაპვა, ტაბლეტს პირში ასველებს წყლით და შემდეგ წყლითვე გადაყლაპავს. ზოგჯერ საჭიროა ტაბლეტის დაფშვნა პირში (ან მისი წინასწარ დაფშვნა კოვზზე მეორე კოვზით) და ასე გადაყლაპვა წყლით.

წყალხსნარებს მიქსტურის ან ნახარშის სახით ლებულობენ 5—10—15—20-დანაყოფიანი მენზურით ან კოვზით, სუფრის კოვზით — 15 მლ-ს, სადესერტო კოვზით — 10 მლ-ს, ჩაის კოვზით — 5 მლ-ს. წვეთებს ითვლიან ჭიქაში ფლაკონის საწვეთურით ან სუფთა პიპეტით წამლის ჩასხმისას და წყლის დამატების შემდეგ სვავენ.

ენის ქვეშ მოთავსებისას ნიტროგლიცერინი, ვალიდოლი, საკმლის მომწვლელი ფერმენტების მოქმედების გარეშე ღვიძლში გაუვლელად სისხლში შეიწოვება.

სწორი ნაწლავიდან შეყავთ წამალი სანთლის ან სხვა სახით, როცა ავადმყოფს უჭირს წამლის ყლაპვა, აქვს განუწყვეტელი ღებინება, აგზნებულია, უგონო მდგომარეობაშია ან ავადმყოფი ბავშვია. ავადმყოფს წინასწარ გამწმენდი ოყნით უთავისუფლებენ ნაწლავს, შემდეგ აწვენენ გვერდზე მუცელთან მიზიდული ბარძაყებით, მარცხენა ხელით გადაუწევენ დუნდულოებს. მარჯვენა ხელით ვიწრო ბოლოთი შეაქვთ სანთელი გარეთა სფინქტერს შიგნით, რომ გარეთ არ გამოვიდეს, და ასე ტოვებენ რამდენიმე წუთით. გარედან ბამბას მიაფარებენ. ქაღალდის მოცილების შემდეგ სანთელი დიხხანს ჩელში დაქერით დნება, ამიტომ იგი სწრაფად უნდა შეიტანონ სწორ ნაწლავში.

სამკურნალწამლო ნივთიერებების პარენტერული შეყვანა

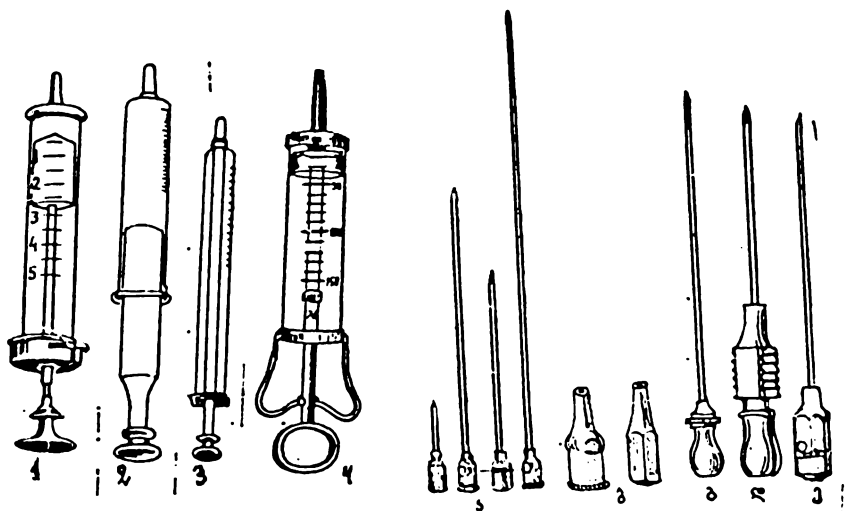
პარენტერული მეთოდის მთავარი უპირატესობაა წამლის სწრაფად შეყვანა ორგანიზმში და ზუსტად დოზირება.

ინიექცია გულისხმობს წამლის შეყვანას კანში, კანქვეშ, კუნთებში, ვენაში, ძვალში, სუბარაქნოიდულ სივრცეში. ინიექცია საჭიროებს ასეპტიკის წესების დაცვას: პარენტერული შეყვანისთვის ხელსაწყოები და მედიკამენტი უნდა იყოს სტერილური, ავადმყოფის კანი და შემსრულებელი სამედიცინო პერსონალის ხელები — სათანადოდ დამუშავებული.

ინიექციისთვის იყენებენ შპრიცებსა და ნემსებს (სურ. 32). ხმარობენ: რეკორდის, ლუერის, ბარტელემის, ჟანეს შპრიცებს, აგრეთვე უნემსო შპრიცს „ბი-2“ (ასეთი შპრიცით ხსნარი წნევით აღწევს კანში და უმტკივნეულოდ ნაწილდება ქსოვილებში). შპრიცი-ტიუბი ერთჯერადი ხმარებისათვისაა განკუთვნილი. იგი პლასტმასისაა, სტერილდება ქარხნული წესით.

ბარტელემის შპრიცი ვიწრო და გრძელი ცილინდრია ერთმანეთისაგან დაშორებული დანაყოფებით ზუსტი დოზირებისთვის და განკუთვნილია ინსულინის, კაცონის რეაქტივის, ვაქცინის, შრატის შესაყვანად.

ერთჯერადი ხმარების შპრიცს ნემსის მფარავი სახურავის ბრუნვით ნემსი წამოეცმევა. ნემსის მფარავ მემბრანას ჩხვლეტენ მანდრენით. საწინააღმდეგო მიმართულებით ბრუნვისას სახურავს ხსნიან მანდრენთან ერთად, ნემსს მალა ასწევენ და კორპუსის კედელზე აწევიან ჰაერის გამოდევნამდე. ნემსს ჩხვლეტენ და კორპუსში წნე-



სურ. 32. საინიექციო შპრიცები (1 — რეკორდის; 2 — ლუერის; 3 — ბარტელემის; 4 — ჟანეს) და ნემსები (ა — რეკორდის შპრიცისათვის; ბ — კანიულა; გ — ლუერის შპრიცისათვის; დ — დიუფოს; ე — სპინური ანესთეზიისთვის)

ვის გაზრდით შეყავთ მედიკამენტი, მაგრამ ამ დროს ნემსს არავითარ შემთხვევაში არ უნდა შეეხონ.

„რეკორდის“ სისტემის შპრიცის ცილინდრი მინისაა, ცილინდრის ბოლო ნაწილი და დგუში კი — ლითონის. ლუერის სისტემის შპრიცის ცილინდრი და დგუში მთლიანად მინისაა, მოცულობა 1—20 მლ. შპრიცი კარგად სტერილდება დუღილით, მაგრამ სწრაფად ირღვევა ჰერმეტიულობა, ამიტომ მას ნაკლებად იყენებენ.

სანიექციო ნემსები ჩვეულებრივი ან უჟანგავი ლითონის ვიწროღრუიანი მილია, რომლის ერთი ბოლო ირიბად გადაკვეთილი და მახვილია (სუბარაქნოიდული პუხეკციისაიკის მოკლე გადაჭრილწვერიანი, მაგრამ ბასრი). ნემსის მეორე ბოლოზე დამაგრებულია მუფთა. რომელიც მკიდროდ უნდა ერგებოდეს შპრიცს, რომ ჰაერი არ შევიდეს.

1. ვენისშიგა ინიექციისთვის ნემსის სიგრძეა 5--6 სმ, სანათური — 0,3--0,5 მმ; 2. კანქვეშა ინიექციისთვის ნემსის სიგრძე 3--4 სმ, სანათური — 0,5--1 მმ; 3. კუნთებში ინიექციისთვის — ნემსის სიგრძე 8--10 სმ, სანათური — 0,8--1,5 მმ; 4. სპინური ანესთეზიისთვის — 10--12 სმ, სანათური — 0,5--1 მმ, არაუმეტეს 1,5 მმ დიამეტრის, ზუსტად მორგებული მანდრენით.

შპრიცების (ხელსაწყო-იარაღების, შესახვევი მასალის თეთრეულის) სტერილიზაციისთვის აუცილებელია: I — სტერილიზაციისწინა მომზადება; II — სტერილიზაციისთვის ჩაწყობა; III — სტერილიზაცია; IV — სტერილურად შენახვა.

I — შპრიცები, ნემსები (ხელსაწყო-იარაღები, ტრანსფუზიის სისტემა) მექანიკურად იწმინდება პიროგენული ნივთიერებებისა და ვირუსული ჰეპატიტის გამომწვევის მოცილებისთვის.

ნახმარი (მაგრამ არაინფიცირებული) შპრიცები, ნემსები ხელსაწყოები გულდასმით ირეცხება ჯაგრისით, გამდინარე წყლით 5 წუთი (სისხლიანი ხელსაწყო ირეცხება მაშინვე სისხლის შეხმობამდე). შემდეგ შპრიცებს, იარაღს დაშლილს ათავსებენ (ალბობენ) ერთ-ერთ რომელიმე, 50°-მდე გამთბარ სარეცხ ხსნარში 15--20 წთ.

სარეცხი ხსნარის შედგენილობა ასეთია: ა -- პერჰიდროლი 20 გ, სარეცხი ფხვნილი („ნოვოსტი“, „პროგრესი“, „ასტრა“, „ლოტოსი“, „ტრიასი“ ან „ბიოლოტი“) — 5 გ, წყალი 975 მლ; ბ — წყალბადის ზეჟანგი 2,5% 200 მლ,

შპრიცებს დალბობის შემდეგ რეცხავენ იმავე ხსნარში ჯაგრისით, ავლებენ თბილ წყალს 5 წუთს და გამოხდილ წყალს 1 წუთს. შემდეგ ისინი მზადაა სტერილიზაციისთვის.

შპრიცებს (ხელსაწყოებს) ჩირქით, ნაწლავის შიგთავსით დაბინ-

ძურებულს წინასწარ ათავსებენ დიოციდის 0,1%-ან ან ლიზოლის 5%-იან ხსნარში 30 წუთს. რეცხავენ ჭაგრისით იმავე ხსნარში. შემდეგ გამდინარე წყლით და ათავსებენ ერთ-ერთი სარეცხი ფხვნილის ხსნარში, ბოლოს ამუშავებენ ზემოთ მითითებული წესით.

შპრიცებს (ხელსაწყოებს) ანაერობული ინფექციით დაბინძურებულს ალბობენ სპეციალურ ხსნარში (წყალბადის ზეჟანგი 6%-ანი, სარეცხი ფხვნილის ხსნარი 0,5%-იანი) 1 საათს, შემდეგ ჭაგრისით რეცხავენ იმავე ხსნარში და ადუღებენ 90 წუთს. მხოლოდ ამის შემდეგ ისინი მზადაა სტერილიზაციისათვის, როგორც არაინფიცირებული.

საინექციო ნემსებს რეცხავენ თბილი წყლით, შემდეგ ნატრიუმის ბიკარბონატის 1%-იანი ხსნარით. ნემსის არხს წმენდენ მანდრენით, რეცხავენ ნიშადურის სპირტის 0,5%-ანი ხსნარით და გამდინარე წყლით. შემდეგ მანდრენიანად ადუღებენ ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის 2%-ან ხსნარში 30 წუთს (1. სოდის ხსნარი 104°-მდე სწევს დუღილის ტემპერატურას; 2. ლითონს იცავს კოროზიისაგან; 3. აცლის ცხიმს; 4. ხელს უწყობს ბაქტერიის გარსის დარღვევას), 8—12 საათის შემდეგ განმეორებით ადუღებენ გამოხდილ წყალში 40 წუთს. აშრობენ ხელსახოცით, ნემსის არხს — ეთერით ან სპირტით რეზინის ბალონის მეშვეობით.

ჩირქით დასვრილ ნემსებს გულდასმით რეცხავენ გამდინარე წყლით, შემდეგ ათავსებენ ლიზოლის 5%-ან ხსნარში 1 საათს, რეცხავენ იმავე ხსნარით ნემსის არხს შპრიცით ან რეზინის ბალონით და შემდეგ ამუშავებენ, ისე, როგორც ჩირქით დაუბინძურებელ ნემსებს (85°-იან საშრობ კარადაში).

ახალ ნემსებს ასევე დაამუშავებენ. მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ საფარველ ცხიმს ჭერ ცხელი წყლით გააცლიან, შემდეგ 2%-იანი ტუტე ხსნარით და ისევ მრავალჯერ რეცხავენ გამდინარე ცხელი წყლით.

შპრიციდან სისხლის მოცილება-დამუშავებას (რაც აუცილებელია) ამოწმებენ ბენზიდინის რეაქტივით (გრეგერსენის რეაქცია) შემდეგნაირად: შესამოწმებელ შპრიცში ასხამენ 2—3 წვეთ ბენზიდინის რეაქტივს და დგუშს რამდენჯერმე გადაანაცვლებენ, რომ რეაქტივით დასველდეს შპრიცის ლითონისა და მინის შეერთების ადგილი, სადაც ყველაზე ხშირად ჩერდება სისხლი. შპრიცში ჩასხმულ რეაქტივს აყოვნებენ 1—2 წუთით. სისხლის კვალის არსებობისას უფერო რეაქტივი მწვანე ფერს ღებულობს. ნემსებსაც ასევე ამოწმებენ. 1—2 წუთით ექსპოზიციის შემდეგ რეაქტივს ასხამენ თეთრ ქალაღზე და აკვირდებიან ფერის შეცვლას.

სისხლის ნარჩენს ამოწმებენ აგრეთვე ორთოტოდონის სინჯით.

სარეცხი სითხის ნარჩენის შესამოწმებლად იყენებენ ფენოლფთალეინის სინჯს. გარეცხილ ხელსაწყოს წაუსვამენ 1%-იან ფენოლფთალეინს. სარეცხი სითხის არსებობისას იგი ვარდისფერი ხდება.

დამუშავების შემდეგ სისხლის ან სარეცხი სითხის ნარჩენის დადგენისას ხელსაწყოებს ხელმეორედ დაამუშავებენ. წინასწარ დამუშავებისა და შემოწმების შემდეგ შპრიცებსა და ნემსებს აატერილებენ დუღილით სადულარში, მშრალი სითბოთი—ავტოკლავში (სტერილიზატორში) ან კარადაში.

II — მშრალი სითბოთი სტერილიზაციისათვის ხელსაწყოებს ათავსებენ სტერილიზატორში თავლია ლითონის კოლოფებში ვერტიკალურად. ერთფენად. შპრიცებს დაშლილად ათავსებენ სპეციალური სქელი ქაღალდის პაკეტებში.

ორთქლით სტერილიზაციისთვის (ავტოკლავში) ხელსაწყოებს ახვევენ ვაფლის პირსახოცში ან ბამბის ქსოვილში კონკრეტის მსგავსად და ათავსებენ ლითონის ლანგარზე ან ბადეზე. მხოლოდ ცილინდრსა და დგუმს ცალ-ცალკე ახვევენ დოლბანდის ხელსახოცში. შემდეგ ბამბეულის ქსოვილის ნაჭერში — პაკეტისებურად და ბიქსში ათავსებენ.

მასიური (ცენტრალიზებული) სტერილიზაციისათვის შპრიცებს აწყოებენ სპეციალური ქსოვილის ნაჭრისაგან შეკერილ ჯიბეებში, დაშლილ მდგომარეობაში. ნემსებთან და პინცეტთან. თითოეულში 5 შპრიცს და შეხვეულს ათავსებენ სტერილიზატორში.

III — ხელსაწყოების, შპრიცების (280° აღნიშვნით), ნემსების სტერილიზაცია ხდება მშრალი სითბოთი შემდეგნაირად: ღია-კარებიან კარადაში ტემპერატურა აყავთ 80—85°-მდე 30 წუთის განმავლობაში; ტენის მოშორების შემდეგ კარებს ხურავენ და ტემპერატურა აყავთ 180°-მდე. ასე ტოვებენ 60 წუთს. გათბობის სისტემის გამორთვით ტემპერატურა ჩამოაყავთ 70—50°-მდე და მხოლოდ შემდეგ აღებენ კარადის კარებს, სტერილურ: იარაღს ახურავენ სტერილურ სახურავს 15—20 წუთის შემდეგ, როცა გაცივდება სტერილიზატორი, კამერიდან გამოაქვთ სტერილური შპრიცები, ხელსაწყოები.

უსაფრთხოებისთვის საჭიროა: აპარატის დამიწება, სტერილიზაციის დამთავრების შემდეგ კარადის გაღება ტემპერატურის 70 50°-მდე დაკეპისას. დაუშვებელია გაუმართავი აპარატით სარგებლობა.

შპრიცებს, ხელსაწყო-იარაღს ავტოკლავში ასტერილებენ

120 ატმ წნევაზე. 132,9° ტემპერატურით 20 წუთის განმავლობაში. სტერილიზაციის დროს ინიშნავენ მხოლოდ შესაფერისი წნევის განვითარების შემდეგ (რეზინის ღრენაეებს, ხელთათმანებს და სხვ. ასტერილებენ 1,1 ატმ წნევაზე 120° ტემპერატურაზე 45 წუთის განმავლობაში). ბიქსის ხერელებს კეტავენ ავტოკლავიდან მისი ამოღებისთანავე.

სტერილიზაციის ძირითადი მეთოდია მშრალი სითბოთი და ორთქლით სტერილიზაცია.

შპრიცებსა და ნემსებს დუღილით ასტერილებენ სხვა ხელსაწყოებისგან გამოცალკევებით გამოხდილ წყალში სოდის დაუმატებლად.

გამოხდილი წყალი (აგრეთვე შპრიცების ბამბის თხელ ფენაზე მოთავსება) არ წარმოქმნის ნალექს, რომელიც დგუშის თავისუფალ მოძრაობას აბრკოლებს. სოდის კვალიც ხელს უშლის დგუშის თავისუფალ მოძრაობას, ამასთან, სოდისადმი მგრძნობიარეა საანესთეზიო ნივთიერებანი, სამკურნალწამლო პრეპარატები, ანტიბიოტიკები .

სტერილიზაციისათვის შპრიცს შლიან (რათა ლითონის დგუშმა არ გაბზაროს შინის ცილინდრი. მათ გაფართოების სხვადასხვა კოეფიციენტი აქვთ და ხშირად სკდება), ათავსებენ ცივ ან ოდნავ შემთბარ და არამდულარე გამოხდილ წყალში. ნემსებს დახშობის ასაცილებლად უკეთებენ მანდრენს.

ცილინდრში დგუშს ჩადგამენ მხოლოდ ოთახის ტემპერატურამდე გაცივების შემდეგ.

თუ შპრიცს არა აქვს უნივერსალური დგუში, რომელიც ყველა ცილინდრს მოერგება, მათი შეცვლა ერთი ცილინდრიდან მეორეზე დაუშვებელია.

შპრიცსა და ნემსებს სპინური ანესთეზიისათვის, აგრეთვე ინტრავენური ინიექციისათვის ასტერილებენ ცალკე ორჯერ გამოხდილ წყალში.

სტერილიზაციისათვის ჯერ კიდევ ხშირად იყენებენ დუღილით სტერილიზაციას სადულარით (სტერილიზატორით). გაცილებით უფრო ეფექტური, დროის მხრივ მეტად ეკონომიური და ინფექციის მხრივ (ვირუსული ჰეპატიტი, პოსტინიექციური დაჩირქება, საავადმყოფოსშიგა ინფექცია) პროფილაქტიკურია სტერილიზაცია ცენტრალური მეთოდით, რომელიც საყოველთაოდ უნდა დაინერგოს.

საინიექციო ხელსაწყოების სტელირიზაციისათვის მომზადება, სისხლისა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების მოცილება აუცილებელია.

სადულარი (მას ადრე სტერილიზატორს უწოდებდნენ) მკიდროსახურავიანი ლითონის კოლოფია, რომელსაც ფსკერზე ლითონის ცხრილი აქვს ხელსაწყოების მოსათავსებლად. ცხრილს ამოიღებენ სახელებით სპეციალური კავეების გამოდების შემდეგ.

სტაციონარული სადულარის სახურავი სატერფულზე ფეხის დაჭერით იხდება და ცხრილი ხელსაწყოებით ავტომატურად ამოიწვეს წყლის ზედაპირზე (სურ. 33).

ზოგ სადულარზე (სტერილიზატორზე) დამონტაჟებულია ელექტრომოწყობილობა. თუ იგი არ არის, მაშინ სითბოს წყაროდ იყენებენ ელექტროქურას, ნავთქურას, გაბქურას, სპირტქურას და სხვ. (სურ. 33). სადულარში ასხამენ გამოხდილ ან ორჯერ გამოხდილ წყალს. ადუღების მომენტიდან შპრიცს ასტერილებენ გამუდმებული დუდილით 45 წუთის განმავლობაში, ხოლო როცა უმატებენ რაიმე ხელსაწყოს, დუდილს განაგრძობენ კიდევ 30 წუთს. თუ განყოფილებაში წევს ვირუსული ჰეპატიტით დაავადებული, შპრიცს სათანახევარს ასტერილებენ.

სადულარს გამორთვის შემდეგ ახდიან თავს და ხელსაწყოებს ამოწევენ ავტომატურად ან ამოიღებენ ცხრილს ხელსაწყოებით და სადულარზე დგამენ გარდიგარდმო სითხის დაწრეტისთვის.

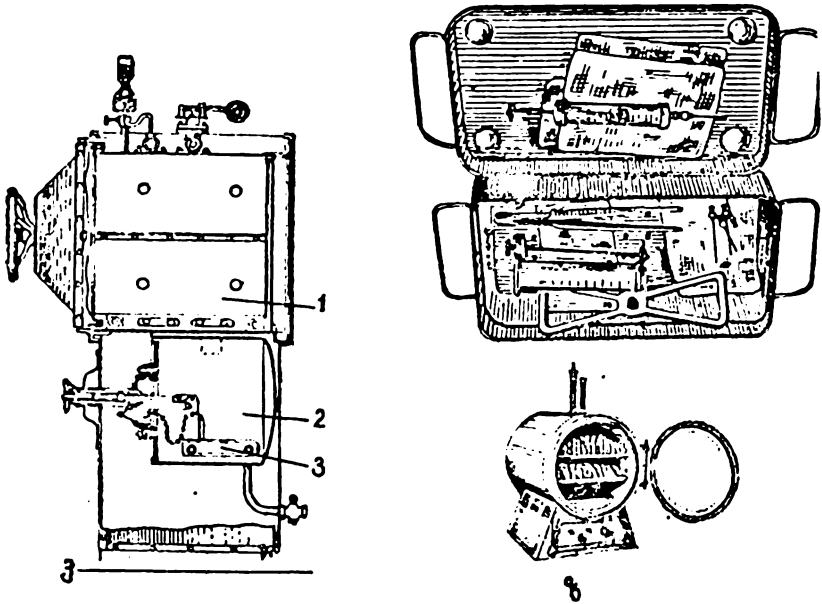
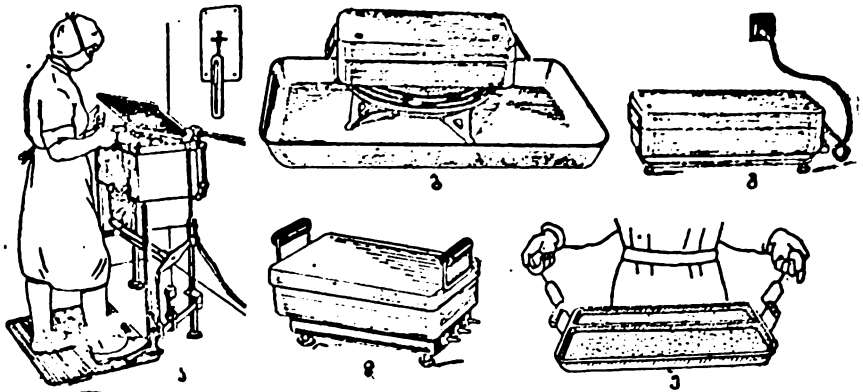
ნაწლავის შიგთავსითა და ჩირკით გაბინძურებულ შპრიცსა და ხელსაწყოებს სპეციალური (უკვე მითითებული) დამუშავების შემდეგ დუდილით ასტერილებენ 90 წუთს სხვა სადულარში.

ანაერობული ინფექციით გაბინძურებულ ხელსაწყოებს წინასწარ სათანადო დამუშავების შემდეგ ასტერილებენ დუდილით 1 საათს, სადულრიდან ამოღების შემდეგ ოთახის ტემპერატურაზე ტოვებენ 12—24 საათს (სპორების გაზრდისთვის) და განმეორებით ასტერილებენ დუდილით 1 საათს.

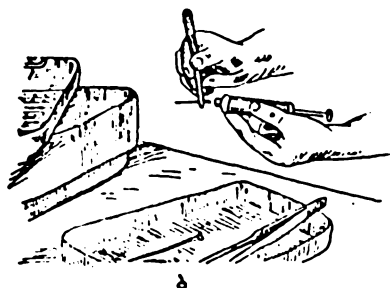
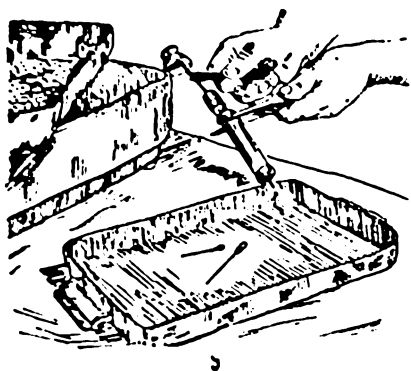
ხელთათმანებს (120° ტემპერატურაზე 1 ატი წნევაზე), კათეტერებს, დრენაჟს ძირითადად ასტერილებენ ავტოკლავით, გამოწნაკლის შემთხვევაში — დუდილით 15 წუთს.

ენდოსკოპიურ ხელსაწყოებს, რომელთა თერმული სტერილიზაცია არ შეიძლება, ასტერილებენ სპეციალურ აირის სტერილიზატორ — ПИД-250-ში, სასტერილიზაციო საგნებს ათავსებენ ეთილენის ოქსიდით ავსებულ ჰერმეტიკ კამერაში 16 საათს, 18° ტემპერატურაზე. ასტერილებენ აგრეთვე ეთილენის ოქსიდით და მეთილენბრომიდით 55° ტემპერატურაზე 6 საათს.

„შპრიცისაგან“ შრატისმიერი ჰეპატიტისა და შიდსის პროფილაქტიკისთვის ურჩევენ: 1. ფართოდ დაინერგოს და საეაღდებული გახდეს ცენტრალიზებული წესით გასტერილებული შპრიცი ერთჯერადი გამოყენებისთვის, აგრეთვე შპრიცი ერთხელ



სურ. 33. სადულრის ტიპები: ა — ინსტრუმენტებიანი ცხრილის ჩაშვება დიდ ელექტროსადულარში; ბ — მარტივი სადულარი ელექტროჭურით, მოთავსებულია თასზე (დუღილის დროს წყალი მაგიდაზე რომ არ დაიქცეს); გ და დ — (საქობტაქტიანი) ელექტროსადულარი; ე — ცხრილის სწორად მიწოდება (ინსტრუმენტისათვის); ვ — ელექტროსტერილიზატორი (ავტოკლავი) მშრალი სტერილიზაციისათვის; ზ — შპრიცებისა და ნემსების განლაგება სადულარში; ლ — ელექტროკარადა მშრალი სტერილიზაციისათვის



სურ. 34. შპრიცის მომზადება ინიექციისთვის: ა — შპრიცის აწყობა ორი პინცეტით; ბ — ნემსის წამოგება შპრიცზე

ხელსაწყოებს ასტერილებენ სხვადასხვა, მაგრამ დადგენილი წესით: დუღილით 100°C , 60 წთ, ავტოკლავით (სტერილიზატორით) 1.5 ატი 132°C 30 წთ; მწრალი სითბოთი 160°C 60 წთ.

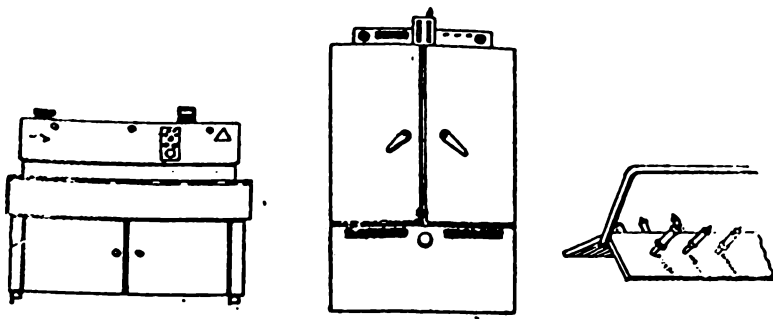
ყველაზე საიმედოა სტერილიზაციისწინა დამუშავება და ცენტრალიზებული სტერილიზაცია (სურ. 34₁). ასე დამუშავებული შპრიცი ინახება 3 დღემდე.

ხელით არ ეხებიან ნემსებს და არც სხეულის საინიექციო არეს. შპრიცის აწყობისთვის მარცხენა ხელით პინცეტით იჭერენ ცილინდრს, მარჯვენა ხელით პინცეტით კი — დგუშის თავს და ბრუნვითი მოძრაობით ბოლომდე წამოაგებენ ცილინდრს (სურ. 34).

V თითით იჭერენ დგუშს, რომ იგი არ გამოვარდეს. მარჯვენა ხელით პინცეტით მუფთის არეში იღებენ ნემსს და მჭიდროდ წამოაგებენ ცილინდრს. ნემსის გამტარობას ამოწმებენ ჰაერის ან სტერილური სითხის გატარებით მუფთაზე II თითის ზეწოლით,

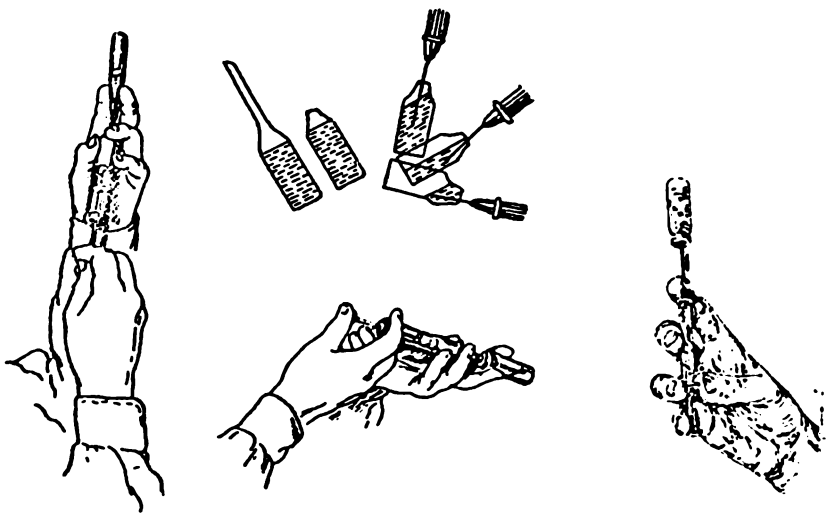
ხმარებისაოვის; 2. მკაცრად უნდა დაიცვან სამედიცინო ხელსაწყოების სტერილიზაციისწინა დამუშავება, სისხლის ნარჩენის მოცილების მიზნით. ამისთვის აუცილებელია: ა. დაშლილი ხელსაწყოების სტერილიზაციისწინა პირველადი გარეცხვა გამდინარე წყლით, მაშინვე ხმარების შემდეგ; ბ. ხელსაწყოების მოთავსება სარეცხ ხსნარში და მით დამუშავება; გ. გარეცხვა გამდინარე წყლით უკვე ზევით მითითებული წესით.

სისხლის მოცილების კონტროლი (ბენზიდინის, ორთოტოლუიდიდინის, ამილოპირინის ან ფენაცეტინის) სინჯით. სისხლის აღმოჩენისას (დადებითი სინჯი) განმეორებით დამუშავება საჭირო.



სურ. 34. 1 — შპრიცებისა და ნემსების სარეცხი მანქანა ახრულებს: 1. ციკლი წყლის გავლებას 95 წმ; 2. ცხელ სარეცხ ხსნარში დამუშავებას 6 წთ; 3. ციკლი წყლის გავლებას 5 წთ და 30 წმ; 4. ცხელ წყალს ავლებს 7 წთ და 30 წმ; 5. ცხელ გამოხდილ წყალს ავლებს 2 წთ და 30 წმ; II შპრიცებისა და ნემსების ხასტერილიზაციის მანქანა: 1. კასეტზე დამაგრებულ შპრიცებსა და ნემსებს აშრობს: 120°-ზე 7—10—15 წუთი; 2. პაკეტებში ხელით ცალ-ცალკე ჩაწყობილ შპრიცებსა და ნემსებს ახტერილებს: 180°-ზე 1 სთ ან 160°-ზე 150 წთ; ხტერილიზაციის კონტროლისთვის იყენებენ სახაროხას, რომელიც დნება 180°-ზე.

რომ იგი არ მოძვრეს. შპრიცის მომზადების შემდეგ იღებენ სანიექციო სითხეს. ყურადღებით ამოწმებენ ამპულის (ფლაკონის) ჰერმეტიულობას. წარწერას, ინიექციისთვის საჭიროა იარი ნემსი. ერთით (უფრო განიერით) ამოიღებენ სითხეს, მეორით კი აკეთებენ ინიექციას. ამპულას ან ფლაკონის რეზინის თავს დაამუშავებენ სპირ-



სურ. 35. შპრიცით მედიკამენტის ამოღება ამპულიდან. ფლაკონიდან

ტი. ამპულის ვიწრო ნაწილს გადაჭრიან სპეციალური ხერხით და სპირტში დასველებული ბამბის ბურთულით მოტეხენ. მარჯვენა ხელით შპრიცზე წამოგებული ნემსის წვერი შეაქვთ ამპულაში და დგუშის თანდათან ამოწვევით ამოიღებენ სითხეს საჭირო რაოდენობით. ამპულაში ნემსი შეაქვთ თანდათან, სითხის ამოწოვის მიხედვით, დახრიან მას მთლიანად დაცლამდე. ამ დროს ამპულას იჭერენ მარცხენა ხელის II და III თითებს შორის, ხოლო შპრიცის ცილინდრს — I და IV თითებით (სურ. 35). შპრიცში არსებულ ჰაერს ვერტიკალურ მდებარეობაში გამოდევნიან შპრიცის ან ნემსის დაჭერით. ეს უკანასკნელი (სურ. 36) უფრო საიმედოა, დგუშზე ზეწოლისას ნემსი რომ არ მოძვრეს. კუნთებში, კანქვეშ ინიექციის წინ ნემსს და დგუშის ტარს იჭერენ II და V თითებით, ცილინდრს — I და III-IV თითებს შორის (სურ. 36), ვენაში ინიექციის დროს კი — I, II და III თითებს შორის ხელის მტევნის ქვეშ II თითით ზევიდან აწვეებიან ნემსს და თან I და III თითებით შპრიცს გვერდებიდან აფიქსირებენ.

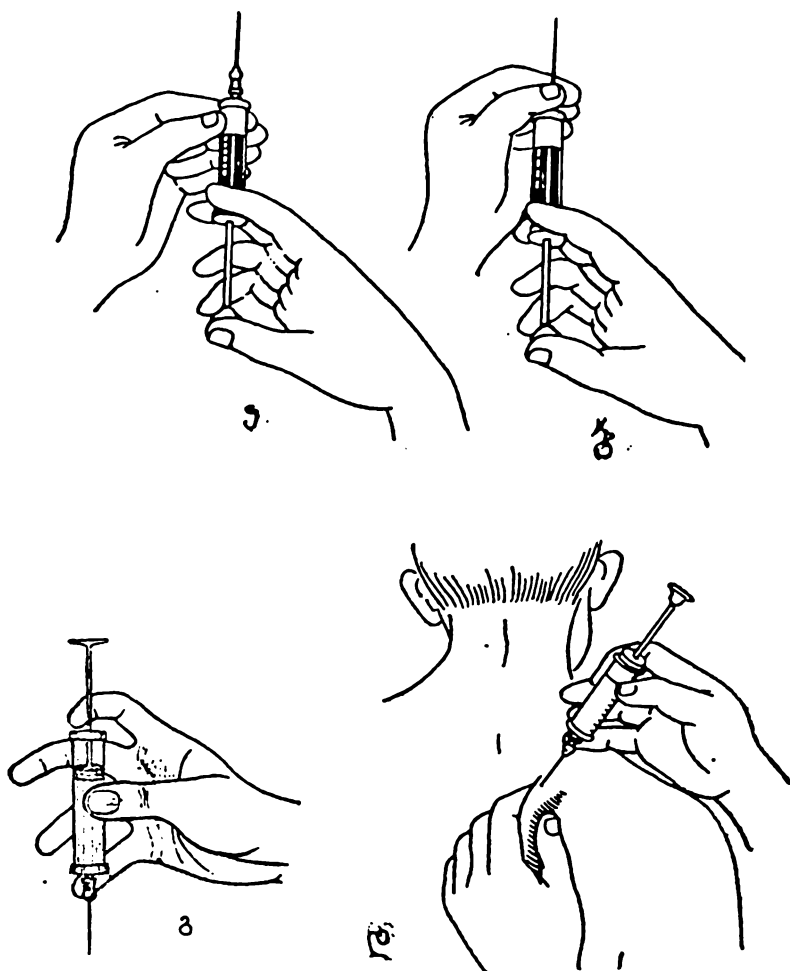
ზეთისებრ ნივთიერებებს (მაგალითად, ბიოქინოლს) ინიექციის წინ ათბობენ თბილ აბაზანაში. საწოლამდე შპრიცი სტერილური თასით უნდა მიიტანონ. ნემსზე სპირტიანი ბამბის შემოხვევა აკრძალულია. ინიექციის მომენტში გამორიცხული არ არის ბამბის შეტანა ქსოვილებში, რაც დაჩირქებისა და ინფილტრატის განვითარების მიზეზი ხდება.

↓ კანში ინიექციას აკეთებენ ადგილობრივი ანესთეზიის დასაწყისში, ძირითადად კი დიაგნოსტიკური სინჯისათვის 1 მლ მოცულობის შპრიცით 2—3 სმ სიგრძის, 0,4 მმ (№ 0415) სანაოურიანი ნემსით. ალერგიული სინჯის დიაგნოსტიკისათვის ალერგენი შეყავთ კანში მხრის წინა ზედაპირზე. საკონტროლოდ მეორე მხარეს შეყავთ ფიზიოლოგიური ხსნარი. შეყვანიდან სხვადასხვა დროის შემდეგ ვლინდება შეწითლება და შესივება, კაცონის რეაქტივის შეყვანის შემდეგ — სწრაფად, სხვა ალერგენების შეყვანისას — მოგვიანებით.

სპირტით კანის დამუშავების შემდეგ ნემსის წვერი ჰრილით ზევით შეყავთ მხოლოდ რქოვანა გარსის ქვეშ და არა კანქვეშ. ინიექციის დროს ნემსი თითქმის კანის პარალელურად უნდა იყოს და კანში 0,5 სმ-ზე ღრმად არ შევიდეს. სითხის 1—2 წვეთის შეყვანისთანავე კანი ლიმონის ქერქს ემსგავსება.

↓ კანქვეშა ინიექცია გამოყენებულია მედიკამენტის უკეთ შეწოვისათვის, უმნიშვნელო რაოდენობიდან 1—2—3 ლიტრამდე.

ინიექციას არ აკეთებენ სხეულის შიგნითა ზედაპირზე, მაგის-

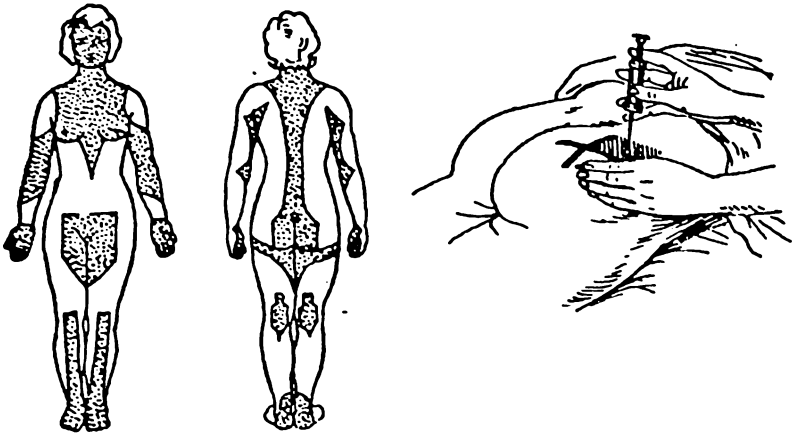


სურ. 36. შპრიცის დაჭერა: ჰაერის გამოდენისას არასწორად (ა); სწორად (ბ);
კუნთებში (გ) და კანქვეშ (დ) ინექციის წინ

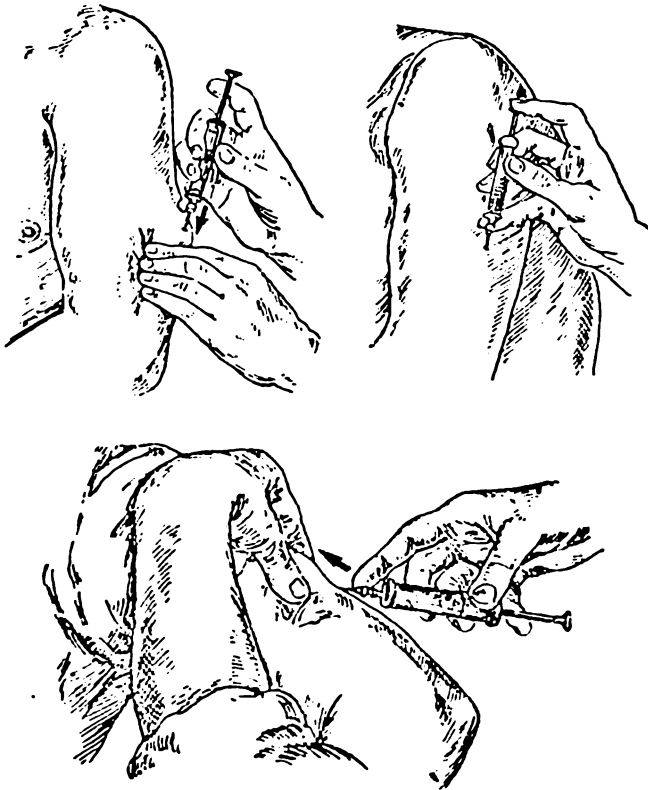
ტრალურ სისხლძარღვებთან და ნერვებთან ახლოს, აგრეთვე აღრე ინექციის შედეგად განვითარებულ ინფილტრატში.

ინექციისათვის ყველაზე მოსახერხებელია სხეულის გარეთა ზედაპირი: მხრის, სხივის, ბეჭქვეშა, ბარძაყის, ღუნღულოს, მუცლისა და გულმკერდის არეში (სურ. 37).

ინექციის წინ კანს გულდასმით წმენდენ სპირტიანი ბურთუ-

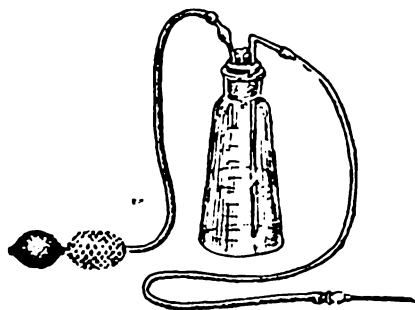


სურ. 37. ინექციისათვის ყველაზე მოსახერხებელი ადგილები: წერტილებისაგან თავისუფალი არეები; დუნდლოს არეში ზედა-გარეთა კვადრატი



სურ. 38. კანქვეშა ინექცია მხლის არეში ზედადს ქვევით და პარკალ (პირტიანი ბულოუს) ზედადს მძაბრულებით უხდა წერტილი

ლით, მარცხენა ხელით აკეთებენ ნაოქს ფუძით ქვემოთ, მარჯვენა ხელის II თითით იჭერენ ნემსს, V თითით — დგუშს. დანარჩენი თითებით კი — ცილინდრს. სწრაფი მოძრაობით ნემსი შეყავთ კანქვეშ 45°-ანი კუთხით 1—2 სმ სიღრმეზე, შემდეგ კი ნელა შეყავთ სითხე (სურ. 38). შპრიციდან ჰაერი ინიექციამდე უნდა გამოუშვან ზემოაღნიშნული წესით, მაგრამ თუ ბუშტუკები მაინც არის, სითხეს ბოლომდე არ შეიყვანენ, რომ სითხესთან შპრიცში ჰაერი დარჩეს. ინიექციის შემდეგ ნემსი გამოაქვთ სწრაფად. ინიექციის შემდეგ საჭიროა სპირტიანი ბურთულით კანის დამუშავება ჩხვლეტის მიმართულებით, რათა აიცლონ ნაჩხვლეტიდან შეევაწილი სითხის ნაწილობრივ გამოხვლა. როცა შესაყვანი სითხე მეტია, ვიდრე შპრიცის მოცულობა, ინიექციის შემდეგ ნემსი არ უნდა გამოიღონ. ფრთხილად მოხსნიან მხოლოდ შპრიცს, მეორე ნემსით მასში ამოიღებენ დარჩენილ სითხეს და ინიექციას ამთავრებენ.



სურ. 39. ბობროვის პარატი

კანქვეშა ინიექციის დროს საშიშია სისხლძარღვში მოხვედრა. განსაკუთრებით ზეთოვანი ნივთიერების შეყვანისას. მედიკამენტის შეყვანა კანის სისქეში, ბლაგვი ნემსით ქსოვილების ტრავმა, გაუმთბარი ზეთოვანი ნივთიერების ინიექცია. განსაკუთრებით კი ანტისეპტიკისა და ასეპტიკის წესების დარღვევა ინფილტრატისა და ჩირქგროვის განვითარების ხშირი მიზეზი ხდება. ინფილტრატს დასაწყისში მკურნალობენ სპირტის და წყლის ნარევის კომპრესით, ფიზიოპროცედურით, ადებენ სათბურას. ამსცეს სრულყოფილად კვეთავენ. ინიექციის დროს მოსალოდნელია სისხლის დენა, სისხლის ჩაქცევა. ქსოვილებში ნემსის შეყვანის შემდეგ შპრიცის ღერძის დახრილობის შეცვლით ნემსის ჩატეხა. სისხლის დენის, სისხლნაქუნთის შეჩერებისათვის ჩხვლეტის არეში აწვებიან სტერილური ბურთულით.

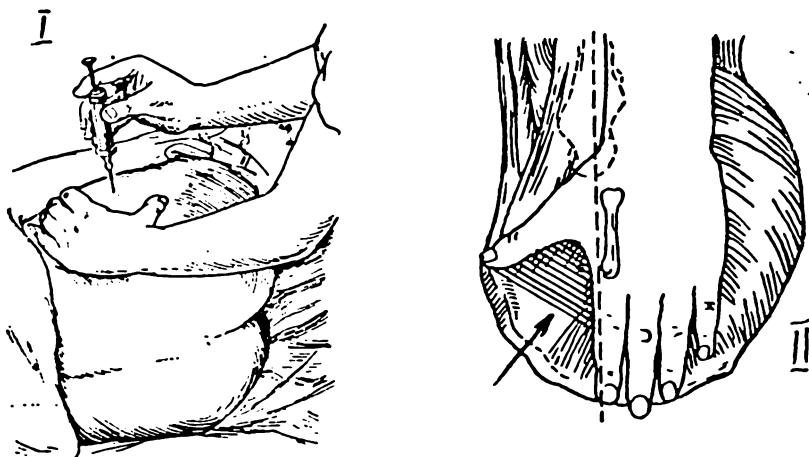
კანქვეშა ინიექციით ადრე შეყავდათ 2—3 ლიტრამდე ხსნარი (ფიზიოლოგიური ან გლუკოზის ხსნარი და სხვ.). ერთჯერადად 500—1000 მლ ბობროვის პარატით (სურ. 39) ან ფლაკონიდან ერთჯერადი ხმარების სისტემით საწვეთურის გამოყენებით. ამ მეთოდს ახლა თითქმის არ მიმართავენ; ხსნარი ვენაში შეყავთ.

კუნთებში ინიექცია გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე კახქეშ, რადგან შეწოვა სწრაფია, ტკივილი კი — ნაკლები. კუნთებში ინიექციას უფრო ხშირად აკეთებენ ღუნდულოს, აგრეთვე ბარძაყისა და მუცლის წინა გარეთა არეში. ღუნდულოს არეში ინიექციას აკეთებენ ზედა გარეთა კვადრანტში, რათა საჭდომი ნერვი არ დააზიანონ (სურ. 40).

კუნთებში ინიექციისათვის განკუთვნილი ნემსი შედარებით ვრძელი (6—8 სმ) და მსხვილია, რათა კარგად შეაღწიოს კანქვეშა ქსოვილში და კუნთებში მოხვდეს.

ინიექციის წინ, ჩვეულებრივ, საჭიროა ხელებისა და საინიექციო არის დამუშავება. ანტიბიოტიკის ფლაკონის რეზინს ლითონის ფირფიტას ააცლიან. ასევე სპირტით (და არა იოდით) წმენდენ. ანტიბიოტიკს არ ათბობენ. ფლაკონში შპრიციდან შედარებით მსხვილი ნემსით წნევით შეყავთ გამხსნელი (ფიზიოლოგიური, ორჯერ გამოხდილი წყალი, ნოვოკაინის სუსტი ჰსნარი, სხვაგვარად 1—2%-ანი ნოვოკაინი აჭრის ანტიბიოტიკს). დოზის მიხედვით ზრდიან გამხსნელის რაოდენობას. გახსნის შემდეგ შპრიცს იჭერენ ვერტიკალურად და ნემსის მაქსიმალური გამოწევით ფლაკონი ადვილად იცლება. ინიექციისათვის სასურველია გამოიყენონ მეორე ნემსი. კუნთებში ინიექციისას ჯობს ავადმყოფი იწვეს მუცელსა ან გვერდზე. ჰაერის გამოშვების შემდეგ შპრიცს იჭერენ საინიექციო პოზაში (სურ. 36).

II თითით იჭერენ დგუშს: V — თითით — ნემსის მუფთას,



სურ. 40. ავადმყოფის მდებარეობა ღუნდულოს არეში ინიექციის დროს (I), ადგილის განსაზღვრა (II)

I, II და III თითებს შორის კი -- ცილინდრს. შპრიცი სხეულის ზედაპირის პერპენდიკულარულად უნდა იყოს. სწრაფი მოძრაობით ნემსი შეყავთ 7--8 სმ სიღრმეზე ისე, რომ მუფთამდე 1 სმ რჩებოდეს (რათა ამ არეში ნემსი არ გატყდეს). შპრიცის გაუნძრევლად დგუშს ფრთხილად ამოწვევენ სისხლძარღვში ნემსის მოხვედრის შესამოწმებლად (სისხლის გამოჩენისას ინიექციის ადგილს ცვლიან). შემდეგ დგუშზე ზეწოლით თანდათან შეყავთ სითხე. ნემსი სწრაფი მოძრაობით გამოაქვთ, ჩხვლეტის არეში სპირტიანი ბურთულით აწვებიან და მასაყს აკეთებენ.

ბარძაყზე ინიექციის დროს შპრიცი კანთან კუთხით უკავიათ (ზოგჯერ საწერ-კალამივით). რომ ძვლამდე არ უჩხვლიტონ.

ზოგი მედიკამენტის (ანტიბიოტიკის) შეყვანისას შეიძლება განვითარდეს ანაფილაქსიური შოკი, ალურგიული რეაქცია. ამიტომ წინასწარ ამოწმებენ ანტიბიოტიკისადმი რეაქციას. ანტიბიოტიკის 0,1 მლ შეყავთ კანქვეშ და 20 წუთში ამოწმებენ რეაქციას (გაონაყარი, ცული შეგრძნება, წნევის დაკემა). თუ თანამძვლენა არ გამოვლინდა, განმეორებით შეყავთ 0,5 მლ. ხოლო 20 წუთის შემდეგ რეაქციის შემთხვევაში ხსნარი განმეორებით აღარ შეყავთ, მკურნალობას შეცვლიან.

√ ვენაში ინიექცია მედიკამენტების მოქმედების მეტად სწრაფი მეთოდია. ვენაში მედიკამენტები ხსნარები შეყავთ პუნქციით ან სექციით.

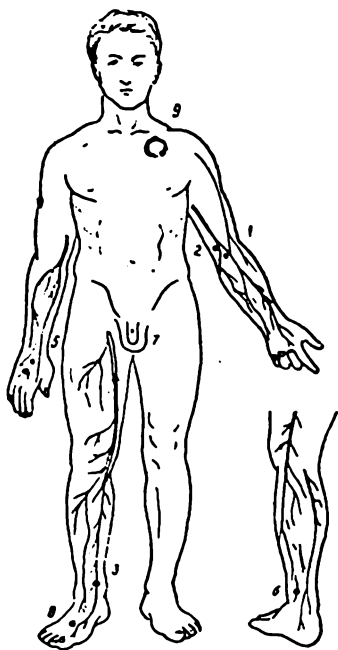
ვენეპუნქციით ექიმს ან დახელოვნებულ ექთანს ვენაში შეყავს როტორც მცირე რაოდენობით სითხე 10-20 ძღვან შპრიცით, ისე დიდი რაოდენობით, რამდენიმე ლიტრი, წვეთოვნად. ხანგრძლივად. ასეთ შემთხვევაში ჯობს გამოიყენონ კათეტერი, რომელსაც ვენაში ჩადგამენ.

ვენეპუნქციის, მით უფრო კათეტერისადაც წინ განსაკუთრებით საჭიროა ხელების დაბანა, სპირტით ან ქლორპექსიდინით დამუშავება, აგრეთვე კანის მომზადება.

ვენაში ძლიერმოქმედი ნივთიერებანი შეყავთ ნელა. შეყვანის წინ გულდასმით ამოწმებენ პრეპარატის წარწერას და ვარგისიანობას. ნივთიერების შეცდომით შეყვანისას მოსალოდნელია სიკვდილი. ამჟულიდან (ფლაკონიდან) სითხის ამოღების შემდეგ შპრიციდან მთლიანად გამოდევნიან ჰაერს, რომ აიცილონ ჰაეროვანი ემბოლია.

ვენეპუნქციის წინ ავადმყოფი ზის, უფრო ხშირად წევს. ვენეპუნქციისათვის ჩვეულებრივ იყენებენ იდაყვის, წინამხრის, მტევნის, კანქვეშა ვენას, ქვედა კიდურის, თავის, ხანგრძლივი გა-

დასხმისათვის ლავიწქევეზა, საულლე და ბარძაყის ვენას (სურ. 41). თუ მოსახერხებელია, კიდურს წინასწარ დაუშვებენ და შემდეგ მხარზე ადებენ ლახტს მარყუჟად (სურ. 41). ლახტი უნდა ახშობ-



დეს ვენებს და არა არტერიას, პულსი ისინჯებოდეს. ვენების უკეთ გამოხატვას ხელს უწყობს აგრეთვე მუქის რამდენჯერმე მოხრა-გაშლა. კიდური სკამის საზურგესა ან საწოლზე უნდა იყოს მოთავსებული და მაქსიმალურად გაშლილი იდაყვის სახსარში, რისთვისაც ქვეშ რაიმე საგანს

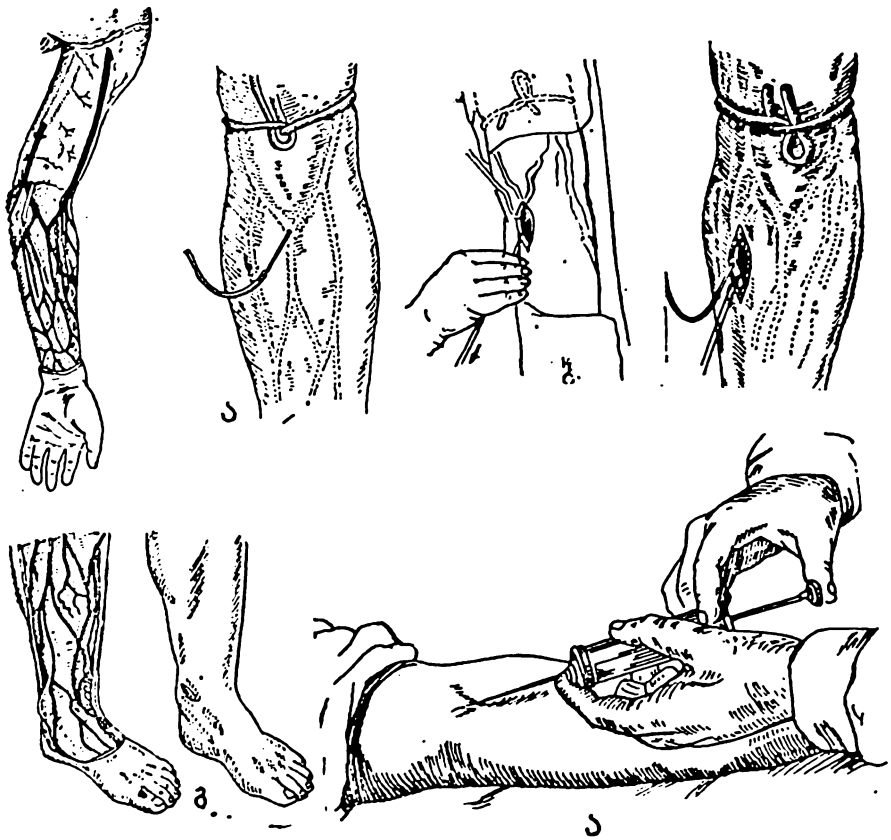
სურ. 41. ადამიანის სხეულის ვენები, რომელსაც იყენებენ ინტრავენური გადასხმისათვის: 1 - V. mediana cubitis; 2 - V. basilica; 3 - V. marginalis medialis; 4-5 - VV. metacarpeae dorsalis; 6 - V. marginalis lateralis; 7 - V. dorsalis penis; 8 - arcus venosus dorsalis pedis; 9 - V. subclavia

(ბალიშს ან სხვ.) ამოუდებენ. ინიექციის მომენტში ნემსის მიმართულებას ცვლიან (სურ. 42). ვენიდან სისხლს იღებენ ვენეპუნქციით რეკორდის ჩვეულებრივი ნემსით ან იშვიათად დიუფოს მსხვილი ნემსით.

ხანგრძლივი გადასხმისათვის ვენეპუნქციის ჩატარება უმჯობესია კათეტერით (სურ. 43). ამისათვის ვენაში ნემსიდან შეყავთ გამტარი, ნემსის გამოღების შემდეგ გამტარით შეაქვთ კათეტერი და მას კანზე ემპლასტროთი ამაგრებენ.

წვეთოვნად შეყავთ წუთში 20-დან 80-მდე წვეთი სითხე ავადმყოფის მდგომარეობისა და სითხის ხასიათის მიხედვით (40°-მდე გამთბარი). გადასხმის სისტემაში ჩართულ საწვეთურს ქვევით მოროს დამჭერი აქვს მორგებული წვეთების რეგულაციისათვის, აგრეთვე მინის მილი კონტროლისათვის (ჰაერი რომ არ შევიდეს), ანდა სისტემაა გამჭვირვალე და კარგად ჩანს სითხით სავსეა იგი თუ ჰაერი აქვს შერეული.

ერთჯერადი ხმარების სისტემა დამზადებულია აპროგენული არატოქსიკური პლასტმასისაგან ცენტრალიზებულად. იგი სტერი-



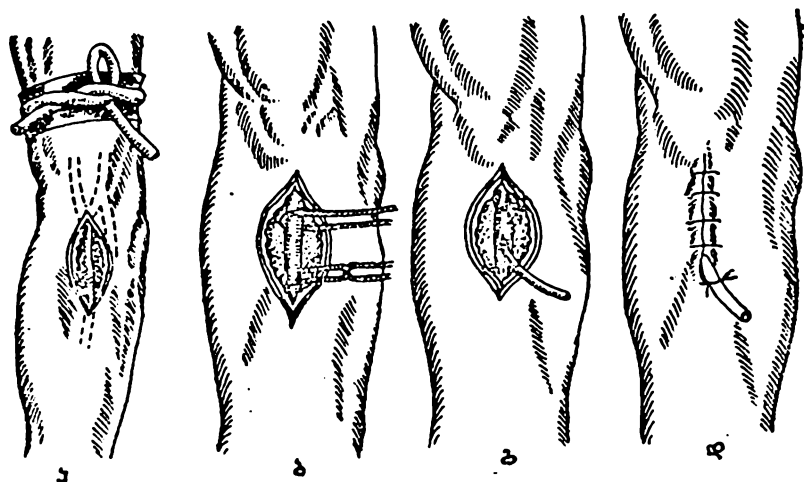
სურ. 41. ვენეპუნქცია, ვენესექცია: ა — მხრისა და წინამხრის ვენების და იდაყვის ვენის პუნქცია; ბ — ვენესექცია გადასხმისათვის; გ — წვივის ქვედა მესაშედისა და ტერფის კანქვეშა ვენები, განაკვეთი შიგნითა გოჭთან ვენესექციისათვის

ლურად დახურულ კონვერტშია, რომელზეც თარიღი და სერიაა აღნიშნული. მას იყენებენ ერთჯერადი გადასხმისათვის რეზინით დახურული ფლაკონიდან (სისტემის ნაწილები და მისი აწყობა ნაჩვენებია 44-ე სურათზე). სისტემას აქვს: 1. მოკლე მილი ერთ ბოლოზე ნემსით, მეორეზე მტვერსასრუტი ფილტრით; 2. გრძელი მილი ერთ ბოლოზე ნემსით ფლაკონის რეზინის სახურავში საჩხვლელტად, მეორე ბოლოზე კი—კანიულით ვენაში შეყვანილ ნემსზე (კათეტერზე) მოსარგებად. მილში ჩართულია საწვეთური, მის ქვევით დამკერია. ნემსები ცალკეა სპეციალურ სახურავში. ხმარების წინ ამოწმებენ კონვერტის ჰერმეტიულობას, ნემსების სახურავის მთლიანობას. კონვერტს ხსნიან და სისტემას ამოიღებენ; ფლაკონის სა-

ხურავს სპირტით წმენდენ და ნემსების სახურავს მოხსნიან. ნემსი ფლაკონის სახურავში შეყავთ ღრმად, ჰაერის გამტარ მილს ფლაკონზე ამაგრებენ. ნემსს განთავისუფლების შემდეგ საწვეთურთან ახლოს ჩხვლეტენ ფლაკონის სახურავში, სისტემას გადაკეტავენ საწვეთურს ზევით კონვერტში არსებული პლასტმასის დამჭერით,



სურ. 42. ვენისშიგა ინიექციის დროს ნემსის მიმართულება: I — ჩხვლეტის დასაწყისში კანსა და ნემსს შორის მახვილი კუთხეა; II — ჩხვლეტის პროცესში კუთხე მცირდება; III — ვენაში მოხვედრის შემდეგ ნემსი წინ უნდა გასწიონ კანის თითქმის პარალელურად



სურ. 43. ვენისშიგა ინიექცია კათეტერის გამოყენებით. ვენესექციის ეტაპები: ა — ლაბტის დადება და ვენის გამოყოფა, ბ — ლიგირება, გ — კათეტერიზაცია და პერფერული ბოლოს გადაკვანძვა. დ — კანის გაკერვა

შემდეგ ფლაკონს გადმოაბრუნებენ ფსკერით მაღლა, შტატივზე ამაგრებენ და სისტემას ავსებენ. ფილტრიდან და საწვეთურიდან გამოდევნიან ჰაერს საწვეთურის აწევით ისე, რომ კაპრონის ფილტრი ზევით მოხვდეს, ხოლო საწვეთურის მილი — ქვევით. საწვეთურს სითხით ავსებენ სანახევროდ. შემდეგ დაუშვებენ და ჰაერს გამოდევნიან მილის ქვედა ნაწილიდან. სანამ სითხე ნემსიდან (კანიულიდან) ნაკადად დაიწყებს გამოდენას. მილზე კანიულის ზევით დამჭერს ადებენ.

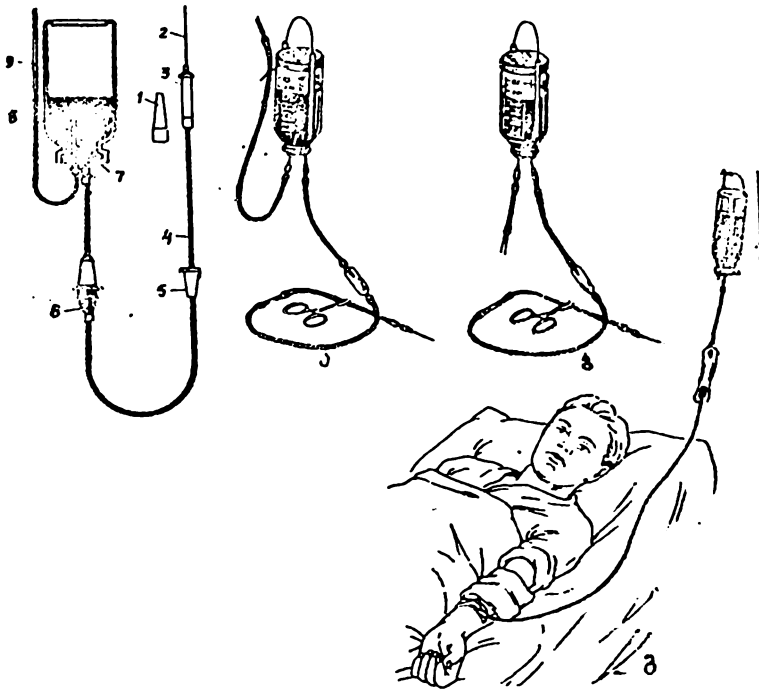
გადასხმის წინ მთელ სისტემაში ატარებენ ხსნარს, გადაკეტა-

ვენ მომტან მილს დამჭერით, რის შედეგადაც საწვეთურში გროვდება გარკვეული რაოდენობით სითხე.

ვენაში შეყვანის შემდეგ რამდენიმე წუთს აკვირდებიან, სითხე კანქვეშ ხომ არ იღვრება, რაც შესივებითა და ტკივილით გამოვლინდება.

პუნქციის არეში სტერილურ ხელსახოცებს აფარებენ და ნემსს ემპლასტროთი ამაგრებენ (სურ. 44).

სისტემის მუშაობას გადასხმის მთელ პერიოდში აკვირდებიან: ხომ არ დასველდა ნახვევი ან არ შესივდა კიღური. ხომ არ შეწყდა სითხის ნაკადი ვენის ან ნემსის დაზოობით. მილის გადაკეცვის ან ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლის გამო. თუ ნემსის, ვენის თრომბის გამო შეწყდა ნაკადი, სისტემაში წნევის მომატება არ შე-



სურ. 44. ერთჯერადი ინტრავენური გადასხმის სისტემა და მისი აწყობა სისხლისა და მისი შემცველების გადასხმისათვის: 1 --- დამკველი ხუფი; 2 - ნემსი რეკტიფიკატორით; 3 - საინექციო კვანძი; 4 --- შემაერთებელი მილი; 5 --- მომჭერი; 6 - ფილტრირანი საწვეთური; 7 - ფლაკონის საცობში შესაყვანი ხედი; 8 --- აირგამტარი ნემსი; 9 - პაერის გამტარი ბამბის ფილტრით; ა - ფლაკონი მოკლე ნემსებით; ბ - ფლაკონი მოკლე და გრძელი ნემსით; გ - სისხლის გადასხმა ფლაკონიდან

ძლებს: წმინდენ კახილას, ნემსს, ზოგჯერ ცვლიან ჩხვლეტის ადგილს ან ვენესექციას აკვიობენ.

როცა სიოთჲ აღარ შედის საწვეთურში, წვეთოვან გადასხმას წყვეტენ, რომ ვენაში ჰაერი არ მოხვდეს. ამასთან აკვირდებიან ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას, პულსისა და სუნთქვის სიხშირეს რიკორც გადასხმის მომენტში. ისე მის შემდეგ მდგომარეობას გაუარესებისას დაუყოვნებლივ წყვეტენ გადასხმას და ეჭმთან ერთად ადგენენ შემდგომ ტაქტიკას. გადასხმამდე, თუ მოსახერხებელია, უნდა გაარკვიონ შესაყვანი პრეპარატების ამტანობა.

სითხე შეყავთ ნაკადად 500 მლ-მდე მასიური სისხლის დენის, შოკისა და სხვა შემოხვევაში, როცა სურთ ცირკულირებადი სითხეების მოცულობის სწრაფი შევსება.

სისხლის ნაკადში სიოთჲ შეყავთ წვეთოვანად, ხანგრძლივად საწვეთურის რეგულაციით. კიდური უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში, ზოგჯერ არტაშანზე. ფლაკონი საწოლიდან 1 მ სიმაღლეზე უნდა ეკიდოს. გადასხმის დამთავრების შემდეგ ვენიდან გამოიღებენ ნემსს და ჩხვლეტის ადგილს დაამუშავებენ სპირტით.

სითხის ტემპერატურა 40° უნდა იყოს, ამიტომ სისტემის ბოლოს მდებარე რეზინის მილს სათბურას ადებენ. როცა საჭიროა ძირითად სიოხესთან შეთავსებით მედიკამენტის გადასხმა, მას ჩაუშვებენ ფლაკონში, სხვა შემთხვევაში ან სწრაფი მოქმედებისათვის იგი შეჰყავთ შპრიცით სისტემის რეზინში ამ უკანასკნელის სპირტით გაწმენდის შემდეგ. ხანგრძლივად სითხის შეყვანის საჭიროებისას გადასხმას მიმართავენ ლავიწქეშა, ბარძაყის ან სხვა ვენაში მუდმივად ჩადგმული კათეტერიდან (ამას ახორციელებს დახელოვნებული ექიმი). თრიამბოზის პროფილაქტიკისათვის კათეტერში პერიოდულად შეჰყავთ ჰეპარინი. შუალედებში კათეტერს სპეციალური საცობით ხურავენ.

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა სუნთქვის ორგანოთა ფუნქციის მოშლის დროს

სუნთქვის ორგანოებით ხორციელდება ორგანიზმის... აირცვლა, უანგბადით მოძარაგება და ნახშირორჟანგის გამოყოფა. ჯანმრავლი ადამიანის სუნთქვა წუთში 16--20-ს უდრის. სუნთქვას ითვლიან ავადმყოფის მკვლმწიფელად, ამისათვის ერთი ხელით ავადმყოფის მაჯას იჭერენ, ვითომდა პულსის დასათვლელად, მეორეს გულმკერდზე ადებენ და აკვირდებიან გულმკერდის მოძრაობას.

ნორმალური სუნთქვა რიტმული და გარკვეული სიღრმისაა.

პათოლოგიურია: 1. ჩეინ-სტოქსის ტიპის სუნთქვა — პერიოდულ სუნთქვით მოძრაობათა შორის პაუზა, თანდათან გაძლიერებული სუნთქვითი მოძრაობა, შემდგომში შესუსტება და სრული გაჩერება; 2. ბიოტის ტიპის სუნთქვა თანაბარი რიტმული სუნთქვაა ხანგრძლივი (ზოგჯერ 1 წუთამდე) პაუზით; 3. კუსმაულის ტიპის სუნთქვის დროს აღინიშნება თანაბარი იშვიათი სუნთქვითი მოძრაობა ხმაურიანი შესუნთქვითა და გაძლიერებული ამოსუნთქვით.

ქოშინი ღრმა და ხშირი სუნთქვაა, რომელიც ვლინდება პაერის უკმარისობის დროს. შეიძლება იყოს გახშირებული, გაიშვიათებული, ზერელე, ღრმა, ინსპირატორული (გახანგრძლივებული ჩასუნთქვა, მბგერავი იოგების რეფლექსური სპაზმით) და ექსპირატორული (გაძნელებული ამოსუნთქვა ბრონქებისა და ბრონქოლების სპაზმით, მაგალითად, ბრონქული ასთმის დროს).

ქოშინის შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა აუმაღლონ სასუნთქო (მოათავსონ ფოულერის მდებარეობაში) ბალიშით, ფუნქციური საწოლით, მიაწოდონ სუფთა ჰაერი (სარკმლის ან ფანჯრის გაღებით) და ენაგზადი.

ხველა დაცივითი რეფლექსური აქტია. ღრმა შესუნთქვას მოსდევს ხველა, სასუნთქი კუნთების, დიაფრაგმისა და მუცლის პრეზის დაჭიმვა. ფილტვებში ჰაერის წნევა მატულობს, მბგერავი იოგების უეცრად გახსნისას ჰაერი ნახველთან, ლორწოსთან, ჩაღვრილ სისხლთან და სხვა უცხო სხეულებთან ერთად ძალით გამოიღვენება პირობ დრუში და არა ცხვირში. ცხვირს ამ დროს რბილად სასა ახშობს.

— ნახველი სასუნთქი გზებიდან პათოლოგიური გამონადენია ხველის დროს. ნახველი შეიძლება იყოს ლორწოვანი, ჩირქოვანი, სისხლიანი, შერეული.

ნახველის უკეთ ამოღებისათვის უნდა შეარჩიონ ავადმყოფის მოზერხებულად, ე. წ. პოსტურალური დრენაჟული მდებარეობა.

ი. ს. კოლესნიკოვს მოჰყავს შემთხვევა, როცა ერთ მოსწავლესთან ბავშვები თამაშს ერიდებოდნენ, რადგან მას პირიდან მეტად ცუდი სუნის ამოსდიოდა. ბავშვი მოფარებულ ადგილას ყირაზე დადგებოდა, ნახველისაგან დაიცილებოდა და პირიდან სუნი უჩრებოდა, ამის შემდეგ ბავშვები მას აღარ ერიდებოდნენ.

ასეთი დრენაჟული მდებარეობა საჭირო ხდება დღეში 2—3-ჯერ 20—30 წუთით.

ყველა ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს თავისი საფურთხებელი, რომლის დეზინფექცია აუცილებელია.

ნახველს იკვლევენ სიმსივნის უჯრედების, ტუბერკულოზის

ჩხირის, სოკოების დასადგენად და ანტიბიოტიკებზე მგრძნობელობის გამოსავლენად.

სისხლიანი ხველა ფილტვის დაავადების სერიოზული გართულებაა. რაც გადაუღებელ დახმარებას საჭიროებს. ზოგჯერ უნდა გაირკვეს, სისხლი ფილტვებიდანაა თუ საყლაპავი მილიდან ან კუჭიდან. ფილტვებიდან სისხლის დენას წინ უსწრებს ხველა, სისხლი მოწითალო-ალისფერი, ქაფიანი, ტუტე რეაქციისაა, ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს ფილტვების ან გულის დაავადება.

საყლაპავი მილიდან ან კუჭიდან სისხლის დენას წინ უსწრებს ლებინება. საყლაპავი მილის ვენებიდან სისხლის დენისას ავადმყოფი სისხლს ამოასხამს შადრევანისებურად იგი მუქი ფერისაა, ზოგჯერ კოლტებს შეიცავს. კუჭიდან ამოსულ სისხლში ზოგჯერ საკვები მასა და ლორწოა შერეული, იგი ხშირად ყავისფერია, რეაქცია მჟავია.

ფილტვებიდან სისხლის დენის შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფი დაამშვიდონ, მოასვენონ სასთუმალი აუმალლონ. სისხლიანი ხველის შემდეგ სისხლის ნარჩენების მოსაცილებლად საჭიროა პირის ღრუში წყლის გამოყვება. თუ ავადმყოფს ეს არ ძალუძს, მან შინ შპალელზე (კოვზის ტარზე) დახვეული სველი ხელსახოცით უწმენდნ პირს.

საკვები (სასმელი) უნდა იყოს სრულყოფილი. ცივი, ადვილად მოსანელებელი, ნახევრად თხიერი, ვიტამინებით მდიდარი, თუ ცნობილია, რომელ მხარეზეა ფილტვში პროცესი, ავადმყოფს იმ მხარეზე ადებენ ყინულიან ბუშტს.

ფილტვებიდან სისხლის დენას ხველა აძლიერებს, ამიტომ ყოველმხრივ უნდა ეცადან ხველის შეწყვეტას.

ფილტვებიდან სისხლის დენისას არ შეიძლება კოტოშების, მდოგვის საფენების, სათბურას ხმარება. ამ დროს ზოგჯერ ეფექტურია ავადმყოფს დასაღევად მისცენ სუფრის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარი (10%-ანი) სუფრის კოვზით რამდენჯერმე დღეში. არ შეიძლება ასეთი ავადმყოფის უზედამხედველოდ დატოვება. გამუდმებით უნდა აკვირდებოდნენ პულსს, არტერიულ წნევას, მზად ჰქონდეთ სტერილური შპრიცი საჭირო პრეპარატის შესაყვანად.

ტკივილი გულმკერდის არეში სასუნთქ ორგანოთა დაავადების ხშირი ნიშანია. განსაკუთრებით პლევრიტისა და პლევროპნევმონიის შემთხვევაში.

მშრალ პლევრიტს ტკივილი ახასიათებს ღრმა ჩასუნთქვისას. ავადმყოფს აწვენენ დაავადებულ გვერდზე (მოძრაობის შემცირება ამსუბუქებს ტკივილს). მას ურჩევენ ისუნთქოს ზერელედ, შეაჩეროს ხველა, აძლიერდნ სიდიან (ბორჯომისწყლიან) რძეს. ხველის

დამტრუნავ პრეპარატებს, კარგად ახურავენ საბანს. ექიმის დანიშნულებით შეიძლება მდოგვის საფენების, კოტოშების ხმარება ან იოდის ნაყენის წასმა. ბრონქული ასთმის დროს რეკომენდებულია ფეხების ჩაწყობა მდოგვის აბაზანაში. ზოგჯერ იყენებენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებას.

სუნთქვის ორგანოთა დაავადებას ხშირად თან სდევს ცხელება, შემცივნება. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის გათბობა სათბურებით, კარგად დახურვა, ცხელი ჩაი. მაღალი ტემპერატურის დროს ავადმყოფს თავზე ადებენ ყინულს. ტემპერატურის დაცემისას, რასაც ძლიერი ოფლიანობა მოსდევს, კარგად გამოშრალების შემდეგ მაშინვე უნდა გამოუცვალონ თეთრეული.

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა გულმკერდის ორგანოთა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფს ინტენსიური თერაპიის პალატაში ათავსებენ. გადაუდებელი დახმარებისთვის საჭირო აღჭურვილობაა: მუდმივად ქანგბადის მისაწოდებელი ხელსაწყო. ხელოვნური სუნთქვის აპარატი, დეფიბრილატორი, პლევრის პუნქციის, ვენესექციის, ვენასა და არტერიაში სისხლისა და მის შემცველთა გადასხმის ხელსაწყოები; მედიკამენტები: ქაფური ან სულფო-კამფოკაინი, კორდიამინი, კოფეინი, სტროფანტინი, პროზერინი, პიდროკორტიზონი. პრედნიზოლონი, მეზატონი, გლუკოზა, ქლორიანი კალციუმი და სხვ.

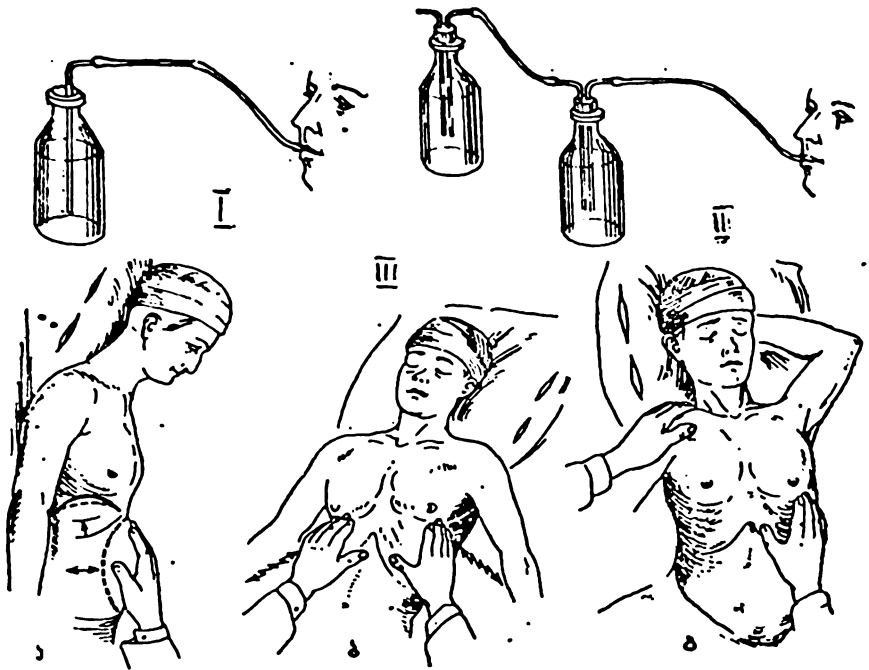
ინტენსიური თერაპიის პალატაში დაწესებულია ავადმყოფზე ანესთეზიოლოგისა და რეანიმატოლოგის მეთვალყურეობა 6—10 საათის განმავლობაში.

კვალიფიციური სპეციალისტების მეთვალყურეობა გრძელდება 3—5 დღე. ანესთეზიოლოგი უზრუნველყოფს: 1. ფილტვის ადეკვატურ ვენტილაციას; 2. სასუნთქი გზების განთავისუფლებას ობტურაციისაგან; 3. გულ-სისხლძარღვთა ნორმალური ფუნქციის შენარჩუნებას; 4. პოსტოპერაციული სისხლის დენის კონტროლს.

ტკივილის შემცირების მიზნით ეფექტურია ოპერაციის ბოლოს განაკვეთის ზედა და ქვედა ნეკნთაშუა სივრცეების პარავერტებრული ბლოკადა სპირტ-ნოვოკაინის ხსნარით.

ნარკოზიდან გამოსვლამდე ავადმყოფი საწოლზე წევს უბალი-შოდ. მას უმოწმებენ არტერიულ წნევას. პულსს, სუნთქვას, ტემპერატურას ყოველ 1/2-1 საათში.

გაღვიძების შემდეგ, თუ რაიმე უკუჩვენება (შოკი) არ არის,



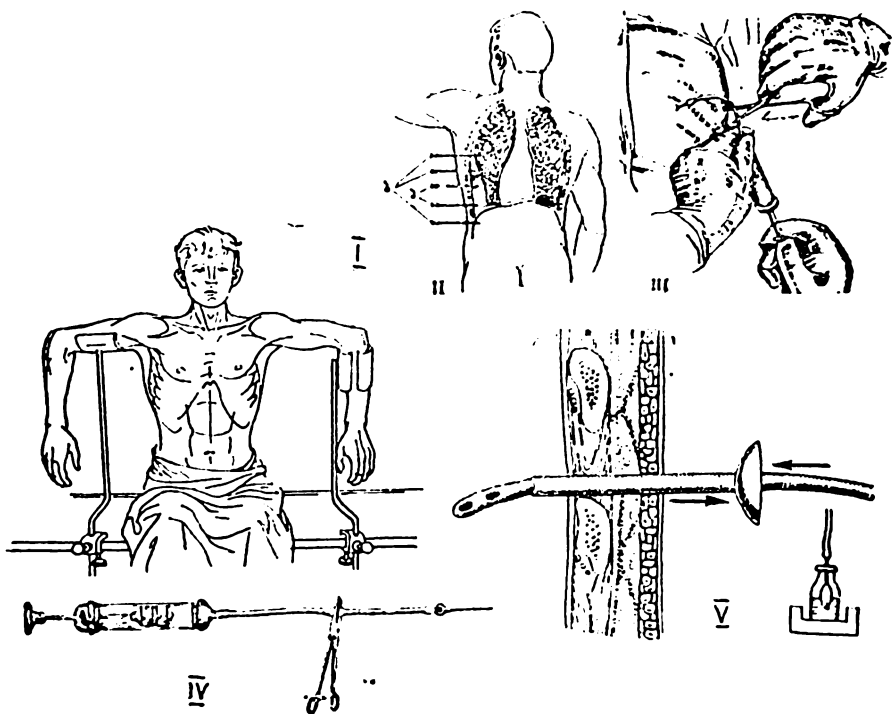
სურ. 45. სუნთქვითი ვარჯიშის წესები: I — წყლიან ბოთლში ჩაბერვა რეზინის შილიდან (ყველაზე მარტივია); II — ორი დახურული ერთმანეთთან შეერთებული კოლბით; დაბლა მდებარეში ჩაბერვით სითხე მაღლა მდგომ კოლბაში გადადის, მომდევნო ჩაბერვამდე სითხე თავისით უკან ბრუნდება. ეფექტისათვის სითხეს მანგანუმშეკვას კრისტალით შეფერავენ (მ. ჩაჩავას მიხედვით); III — სასუნთქი აპარატის რეცეპტის გაძლიერება ჰშიმე უგონო მდგომარეობისას; ა — დიაფრაგმული სუნთქვის სტიმულაცია; ბ — ნაადრევად ამოსუნთქვის გააქტიურება; გ — გამიზნული ვენტილაცია მარცხენა ფილტვისათვის. ფილტვების ვენტილაცია ტარდება გულმკერდსა და მუცელზე ხელების სხვადასხვა ადგილში შეხაცვლებით მოთავსებით, ვიბრაციით, ზეწოლით, ჩასუთქვისას უმნიშვნელო წინააღმდეგობის გაწევით, ყოველი 6--7 აჩქარებული სუნთქვითი ვარჯიშის შემდეგ 4--5 ჩვეულებრივი სუნთქვა, ვარჯიში 10 წუთს გრძელდება (მისი გამოყენება სასარგებლოა მართვითი სუნთქვის დროსაც)

ავადმყოფს სასთუმალს უმადლებენ, რომ სუნთქვა გაცილებით უკეთესი გაუხდეს. ამოხველება იოლი იყოს; აწვდიან ტენიან ეანგბადს, პერიოდულად ნახველს ამოუღებენ კათეტერითა და ასპირატორით.

გულმკერდის ღრუს ოპერაციის შემდეგ პლევრის ღრუში ხშირად ათავსებენ დრენაჟს სითხისა და ჰაერის ევაკუაციისთვის. დრენაჟის ჰერმეტიულობის დარღვევისას მოსალოდნელია პნევმოთორაქსი და ფილტვის კოლაბირება, რაც ტაქიკარდიით, ქოშინითა

და ციანოზით გამოვლინდება. ასეთ შემთხვევაში ცვლიან დრენაჟს. პლევრის ღრუდან გამოქაჩავენ შივთავესს და ფილტვს გაშლიან. როცა პლევრის ღრუდან გამოიყოფა 50 მლ-ზე მეტი ახალი სისხლი, ატეობინებენ ექიმს. პლევრის ღრუში ჩაღვრილ ხისხლში პერიოდულად ამოწმებენ ჰემოგლობინის რაოდენობას, რაც ჩვეულებრივ თანდათან უნდა მცირდებოდეს. როცა იგი არ იკლებს, სავარაუდოა პლევრის ღრუში განმეორებითი სისხლის დენა. კონსერვატიული ღონისძიებების უშედეგობისას სისხლის დენის შესაჩერებლად მიმართავენ განმეორებით ოპერაციას.

ოპერაციის შემდგომი პნევმონიის, აგრეთვე თრომბოემბოლიის



სურ. 451. I — ავადმყოფის მოხერხებული მდებარეობისათვის მოწყობილობა პლევრის პუნქციის დროს; II — პლევრის პუნქცია სქემატურად: ა — ნემსი პლევრის ღრუში სითხეშია (ჩირქში, სისხლში); ბ — სითხის ზევითაა, ფილტვის ქსოვილშია, დეიდშია (მუცლის ღრუშია); III — პლევრის პუნქცია ტარდება ასეპტიკურად, საპუნქციო ნემსზე რეზინის მილს სურავენ შპრიცის მოხსნისას (პლევრში პაერი რომ არ შევიდეს); IV — პლევრის საპუნქციო ნემსი რეზინის მილით და დამკურით; V — მწვავე ჩირქოვანი პლევრიტის დროს ბიულაუს დრენაჟის შეტანა პლევრის ღრუში ნეკნთაშუა სივრცეში ტროაკარით (დრენაჟზე ქერმეტულობისათვის ღრუბლის ფირფიტა)

პროფილაქტიკისათვის უაღრესად მნიშვნელოვანია ოპერაციის-
შემდგომ პერიოდში ავადმყოფის აქტიურობა, ნაადრევად გა-
დაბრუნება ხან ერთ, ხან მეორე გვერდზე. ავადმყოფს ეხმარებიან,
რომ უკეთ ამოახველოს, ამ მიზნით დღეში 2—3-ჯერ უტარებენ თე-
რაპიას აერობლით და პროტეოლიზური ფერმენტებით. ხველას
აძლიერებს სუნთქვის შეჩერება, ავადმყოფის გადაბრუნება, სა-
სულზე ზეწოლა საუღლე ამონაქდევს ზევით, კრილობაზე ზეწო-
ლა, ტრაქეის ჩხელტა და მედიკამენტის (ფერმენტების, ანტიბი-
ოტიკის) შეყვანა.

ოპერაციიდან მეორე დღეს, სისხლის დენა ან სხვა მძიმე გარ-
თულება თუ არ არის, ავადმყოფს გადააბრუნებენ, წამოსვამენ და
უტარებენ სუნთქვით ვარჯიშს, ფილტვის გაშლის მიზნით ავადმყოფი
ჩაბერავს ბოთლში (სურ. 45). მესამე დღეს ასრულებს ზოგადგამა-
მაგრებელ ფიზიკურ ვარჯიშს, მე-2—3 დღეს სიარულის ნებას აძლე-
ვენ. რეკომენდებულია სხეულის ზოგადი მასაჟი.

პლევრის პუნქციას აკეთებს ექიმი მე-6—8 ნეკნთაშუა სივრცე-
ში უკანა აქსილარულ ხაზზე ან მე-9—10 ნეკნთაშუა სივრცეში ბე-
კის ხაზზე. კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემების შესა-
ბამისად, პუნქციას აკეთებენ სხვა ადგილზეც, სადაც სითხეს აღ-
მოაჩენენ. პუნქციის წინ კანს დაამუშავებენ სპირტითა და იოდით ან
ქლორპექსიდინით. პუნქციის არეში წერილი ნემსით აკეთებენ კანის
ანესთეზიას. პუნქციისთვის ხმარობენ შედარებით მსხვილ საპუნქ-
ცილ ნემსს, რომელზეც რეზინის მილია დამკერით (სურ. 45).

პლევრის ღრუდან შიგთავსს იღებენ შპრიცით, რომლის მოხ-
სნის წინ რეზინს ადებენ დამკერს, რათა პლევრის ღრუში ჰაერი
არ შევიდეს. დიდი რაოდენობით სითხეს სწრაფად გამოიღებენ
ელექტრო (ცენტრალური) ამოსაქაჩით.

სხეულზე ჩატარებული ყველა ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნე-
ლია გართულებანი: ტკივილი გულმკერდის არეში, სუნთქვის გაძ-
ნელება, ბრონქოსპაზმი, ბრონქიტი, პნევმონია, ინფარქტული პნევ-
მონია, ატელექტაზი, პლევრიტი, იშვიათად აბსცესი (ზოგჯერ სეფსი-
სის დროს). პნევმონია ხშირია გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ზე-
და ნახევრის ორგანოების ოპერაციის შემთხვევაში. პნევმონიის
განვითარებას ხელს უწყობს ტკივილისა და ზერეღე სუნთქვის გა-
მო ფილტვების ექსკურსიის შემცირება, უმოძრაობა, მეტეორიზმი
და ჰორიზონტალურად ზურგზე წოლა.

ფილტვების მხრივ გართულებათა პროფილაქტიკა: ტკივილის
შემცირება, აქტიური მოძრაობა, სუნთქვითი ვარჯიში, ზოგჯერ ენ-
ოორტრაქეოლად ანტიბიოტიკებისა და პროტეოლიზური ფერმენტე-

ბის შეყვანა. რეკომენდებულია ფოულერის მდებარეობა, ანტი-ბიოტიკები, სულფანილამიდური პრეპარატები, კოტოშები, მდოგვის საფენები, ქაფური.

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა მუცლის კედლის, მუცლის ღრუსა და საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა დაზიანებისა და დაავადების გამო ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

საკმლის მომნელებელ ორგანოთა ფუნქციის მოშლის მხოლოდ ზოგი შემთხვევა შეიძლება დავასახელოთ.

სლოკინი მეტად შემაწუხებელია. თუ იგი პერიტონიტით არ არის გამოწვეული, შველის ზონდის შეყვანა კუჭში და მისი ამორეცხვა, ნარკოტიკული საშუალება, ატროპინი, ამინაზინი, დროპერიდოლი, ტრამალი, კისრის ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა.

ფაღარათი კუჭის რეზექციის შემდეგ სიმჟავის გაქრობის შედეგია. სიმჟავის (კუჭის წვენის) მიცემის შემდეგ ფაღარათი მყისვე წყდება. ნაწლავთა ვრცელი რეზექციის შემდეგ შველის დიეტა, ფერმენტები, დრო.

ფაღარათის მიზეზი ზოგჯერ კანდიდამიკოზია. უნდა შეწყდეს ანტიბიოტიკების მიცემა და ჩატარდეს კანდიდამიკოზის საწინააღმდეგო ენერგიული ზომები (ამფოგლუკამინი, ნისტატინი, ლევორინი, ვიტამინები, მიკოსტატინი, ცილოვანი ხსნარების გადასხმა და სხვ.).

ღებინება რთული რეფლექსური აქტია, ვითარდება ღებინების ცენტრის აგზნებით. ღებინებას თან სდევს კუჭის შიგთავსის უნებლიე ამოსროლა საყლაპავი მილიდან ხახაში, პირსა და ზოგჯერ ცხვირის ნესტოებში.

ღებინება პერიფერიულია, თუ მას იწვევს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადება, ენის ძირისა და რბილი სასის გაღიზიანება. ღებინება ცენტრალურია ტვინის სიმსივნის, ჰიპერტონიული დაავადებისა და სხვა შემთხვევაში.

პერიფერიული (კუჭიდან) ღებინება, როგორც წესი, იწყება გულისრევისა და ნერწყვის დენის შემდეგ. ნაღებინები შეიცავს მოუნელებელ საკვებს და მჟავე სუნი აქვს. ღებინების შემდეგ ავადმყოფი თავს უკეთ გრძნობს. ცენტრალური ღებინება იწყება უეცრად, წინასწარი მოვლენების გარეშე და არამ-სუბჟექტურ ავადმყოფის მდგომარეობას.

ზოგჯერ ღებინებას იწვევენ რეფლექსურად შპადელით (კოვ-

ზის ტარით, თითით, ბატის ფრთით ან სხვა საგნით). ნაღებინებ მა-
საში ზოგჯერ ახალი და შეუცვლელი სისხლია შერეული პირის
ღრუდან, საყლაპავი მილის ზედა ნაწილიდან. კუჭიდან ამოსული
სისხლი მარილმეყვას მოქმედების გამო მუჭი, მოშავო-ყავისნახარშის
ფერისაა. საჭიროა სისხლის შეგროვება, შენახვა (ცივ ად-
გილას) ექიმისთვის საჩვენებლად და გამოკვლევისათვის.

ღებინების დროს ავადმყოფი უნდა დასვან ან დააწვიონ,
გულმკერდზე დააფარონ პირსახოცი, მუშამბა, პირთან მიუტანონ
სუფთა თასი ან დაუდგან ვედრო, კბილის პროთეზი გამოუღონ.
მწოლიარე ავადმყოფს თავი უნდა გადაუბრუნონ გვერდზე და
ოდნავ გულმკერდზე დაბლა დაშვებული დაუჭირონ, პირის კუთ-
ხესთან მიუტანონ თასი (სურ. 46). ბალიში რომ არ დაისვაროს,
მასზე აფარებენ პირსახოცს ან ჩვარს. ავადმყოფს მარტო არ ტო-
ვებენ, ექიმს მოუხმობენ.

ღებინების შემდეგ საჭიროა პირში წყლის გამოვლება, ტუჩე-
ბის, პირის კუთხეების გაწმენდა. დასუსტებულ ავადმყოფს (რო-
მელსაც თითონ არ შესწევს ძალა) ღებინების შემდეგ პირის ღრუს
უწმენდენ წყალში, სოდის ხსნარსა ან ბორმეყვავაში დასველებუ-
ლი ხელსახოცით. თუ ღებინების მიზეზი პერიტონიტი არ არის,
შეიძლება ავადმყოფს მისცენ პიტნის წვეთები, რამდენიმე ყლუპი
ცივი წყალი, ყინულის ნატეხი, 1 ჩაის კოვზი 0,5%-იანი ნოვო-
კაინი.

კუჭიდან სისხლის დენა (ყავისფერი ნაღებინები), თორმეტ-
გოჯა ნაწლავიდან სისხლის დენა, რასაც ადანტურებს აგრეთვე მო-
შავო-კუპრისფერი განავალი — მეღენა (იგი შავი ფერის გოგირდ-
რკინისგანაა ჰემოგლობინის რკინისა და ნაწლავებში არსებული
გოგირდწყალბადის გოგირდთან შეერთების შედეგად), განსხვავ-
დება ბუასილისმიერი სისხლის დენისგან ამ დროს განავალს შე-
უცვლელი სისხლი ეწვეება.

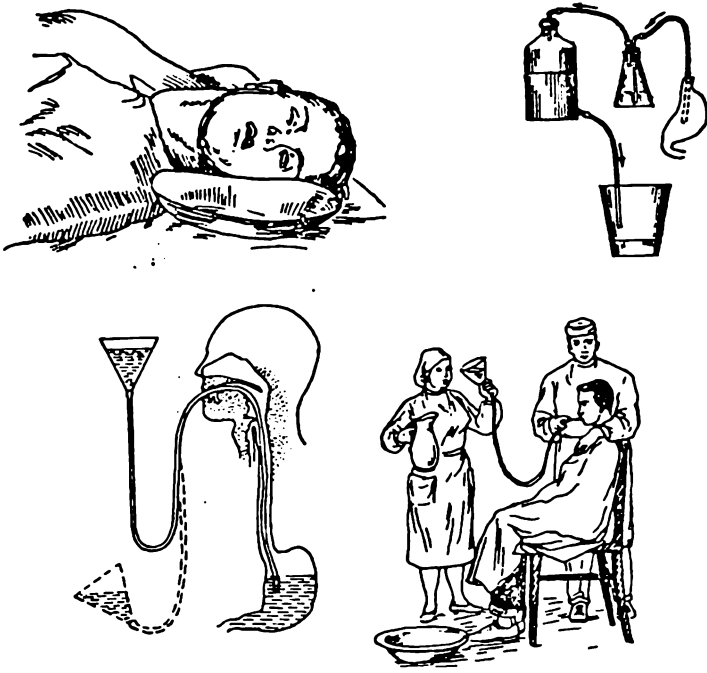
კუჭ-ნაწლავიდან მასიური სისხლის დენის დროს ავადმყოფი
კარგავს ფერს, არტერიული წნევა უჭკვეთდება, პულსი ძაფისებრი
აქვს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს სასწრაფოდ აწვევენ ჰორი-
ზონტალურ მდგომარეობაში. ძიძვე შემთხვევაში საწოლის ფეხების
მხარეს აუმაღლებენ. კუჭის არეში აღებენ ყინულიან ჭუმტს ავად-
მყოფს ამშვიდებენ. პანიკას არ ქმნიან მაგრამ დაუყოვნებლივ ატ-
ყობინებენ ექიმს, რათა გადაწყდეს გადაუდებელი დახმარების სა-
კითხი: კონსერვატიულად უმკურნალონ თუ ოპერაცია გაუკეთონ.
ავადმყოფი განსაკუთრებულ მოვლას საჭიროებს სისხლის დენის
დროს. იგი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ადგეს, ლოგინშიც ერი-

დოს უხეშ მოძრაობას, სიცილს, ლაპარაკს, ფიზიოლოგიური მოთხოვნები, ასევე ჰიგიენური საჭიროებანიც უნდა დაიკმაყოფილოს ლოგინში, საჭიროა შარდისა და განავლის მშლენების დროულად და მოხერხებულად მიწოდება.

ავადმყოფს, რომელსაც არ უკეთებენ ტაერაციას და ღებინება არა აქვს, როგორც წესი, აძლევენ ნახევრად თხიერ, ფაფისებურ, ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარ საკვებს (ნაყინს, ცივ რძეს, ნაღებს, კვერცხის ცილას, ხაჭოს, ნაღულს, ახალ ყველს, გოგრას, კარტოფილის პიურეს, მაწონს, ახალ თევზს, ასკილის ნაყენს). სისხლის დენის შეჩერებიდან ერთი კვირის შემდეგ ავადმყოფი საკვებს შედარებით თავისუფლად ღებულობს (იხ. ზევით).

✱ კუჭის ამორეცხვა

კუჭის ამორეცხვას მიმართავენ კუჭიდან უვარგისი საკვების, შხამის, ლორწოს მოსაშორებლად, აგრეთვე დიაგნოზისათვის—კუ-



სურ. 46. ავადმყოფის მღებარეობა (თავის მარცხნივ გადაწევით) ღებინების დროს; კუჭის ამორეცხვის სქემა და კუჭის ამორეცხვის ტექნიკა მსხვილი ზონდით; კუჭის ამორეცხვა ნაზოგასტრული (წერილი) ზონდით სამბალონიანი სისტემით (სქემა)

ჭიდან წვენიას ასაღებად. ამორეცხვა სიფლანის პრინციპით ხორცი-
ელდება: ერთ ძიარეზეა ძაბრი წყლით, მეორეზე -- კუჭი. ავად-
მყოფს კბილის პროთეზს მოხსნიან, ენის ძირს ოდნავ დაუწვევენ
და ზონდს სწრაფად შეიყვანენ. დასაწყისში ძაბრი დაშვებული
უნდა იყოს. წყლის ჩასხმას ამ მდგომარეობაში იწყებენ, კუჭში
ჰაერი რომ არ მოხვდეს (სურ. 46), შემდეგ ძაბრს თანდათან მალა
ასწვენენ, მაგრამ სითხის მთლიანად დაცლას არ ელოდებიან. ასე
შეიქლება ძაბრში ჩაახან 500-1000 მლ წყალი (სულ საჭიროა
ოთახის ტემპერატურის 5 ლ წყალი). როგორც კი წყლის უკანას-
კნელი ულუფა ძაბრის ყელში მოხვდება, ძაბრს ძირს დაუშე-
ბენ.

ამორეცხვისას აკვირდებიან ავადმყოფის მდგომარეობას, კუ-
ჭიდან ამოსულ შიგთავსს. სისხლის გამოჩენისას ამორეცხვას წყვე-
ტენ. დასუსტებული, მით უფრო ახალნაოპერაციები ავადმყოფი
ყოველთვის მოხერხებულად უნდა იწვეს. მას აწვენენ გვერდზე
და ისე ამოურეცხავენ კუჭს, ზოგჯერ ეტაპურად. ამორეცხვის
შემდეგ ზონდს სწრაფად ამოიღებენ, რამდენჯერმე გარეცხავენ,
ზონდში წყალს გაატარებენ და დუღილით ასტერილებენ. იშვია-
თად, როცა ზონდის ჩადგმას ვერ ახერხებენ, ავადმყოფს ასმევენ
1-2 ლიტრამდე საკმელი სოდის სუსტ ხსნარს, ლებინებას იწვევენ
შპადელით ან კოვზით ენის ძირის გაღიზიანებით.

გადაუღებელი დაზარების ორგანიზაციის როლი მწვავე შპდის დროულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს პირ-
ველ საათებში ჩატარებული ოპერაცია უზრუნველყოფს ავადმყო-
ფის გადარჩენას. რაც უფრო მეტი დრო გავა შეტევიდან ოპერა-
ციამდე. მით უფრო მალე დაიღუბება ავადმყოფი. ასეთი ჭეშმა-
რიტების მიუხედავად, საკმაოდ ხშირად ასეთ ავადმყოფთა ოპე-
რაცია ზედმიწევნით იგვიანებს და შედეგიც სავალალოა. ამას ძი-
რითადად სამი მიზეზი განაპირობებს: 1. მოსახლეობის სანიტარი-
ული კულტურის დაბალი დონე. ადამიანები მუცელში ტკივილს
ხსნიან სხვადასხვა მიზეზით (ხშირად საკვებით) და სწორედ მაშინ,
როცა საჭიროა დაუყოვნებლივ ოპერაცია, იწყებენ ყოველად დაუშ-
ვებელ თვითმკურნალობას, რითაც ხელიდან უშვებენ დახმარები-
სათვის ყველაზე ხელსაყრელ მომენტს, ნიღბავეხ დაავადების ჭეშ-
მარიტ სურათს, ამძიმებენ დაავადების მიმდინარეობას, აკვიანებენ
ექიმის გამოძახებას. ავადმყოფის გადაყვანას საავადმყოფოში.

11. დაგვიანებული ოპერაციის მიუხედავად ხოგჯერ პირველი ექი-

მი, რომელიც ბინაზე ინახულებს ავადმყოფს და ქირურგიულ განყოფილებაში არ გადაიყვანს, რადგან 1. უარყოფს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებას, 2. ვარაუდობს მას, მაგრამ კატეგორიულად არ მოითხოვს ავადმყოფის გადაყვანას საავადმყოფოში.

ბინის პირობებში ავადმყოფის ერთხელ ნახვით, ზოგი დაავადების დასაწყისში ყოველთვის ადვილი არ არის დიაგნოზში გარკვევა, ისიც დამწყები ექიმისათვის.

დიდი შეცდომაა და საზიანოა ბინაზე ყოველგვარი წამლობა და კონსილიუმები, როცა ვარაუდობენ მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებას.

მოსახლეობის სანიტარიული განათლების დონის ასამაღლებლად ფართოდ უნდა გამოიყენონ ტელეგადაცემები, რადიო, პრესა, ლექცია-საუბარი საწარმო-დაწესებულებებში, მოსახლეობის ფართო ფენებში, ექიმის სამუშაო უბანში.

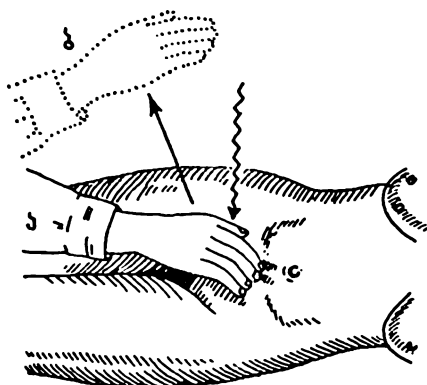
III. მწვავე მუცლის შემთხვევაში ავადმყოფი უფრო ხშირად ბინიდან გადაყავთ, მაგრამ ზოგჯერ არა ქირურგიულ, არამედ ინფექციურ (ფიქრობენ საკვებით მოწამვლას), თერაპიულ ან რეანიმაციულ განყოფილებაშიც კი, რადგან ვარაუდობენ სტენოკარდიულ შეტევას, გულის კუნთის ინფარქტს და არა ნამდვილ მიზეზს (წყლულის პერფორაციას, მწვავე პანკრეატიტს, ნაწლავის მძიმე ფორმის გაუვალობას და სხვ.). ზოგჯერ ქირურგიულ განყოფილებაშიც იგვიანებს ოპერაცია.

მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების ნაადრევი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საქმის გაუმჯობესების მიზნით დამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს გადაუდებელი დახმარების სწორ ორგანიზაციას.

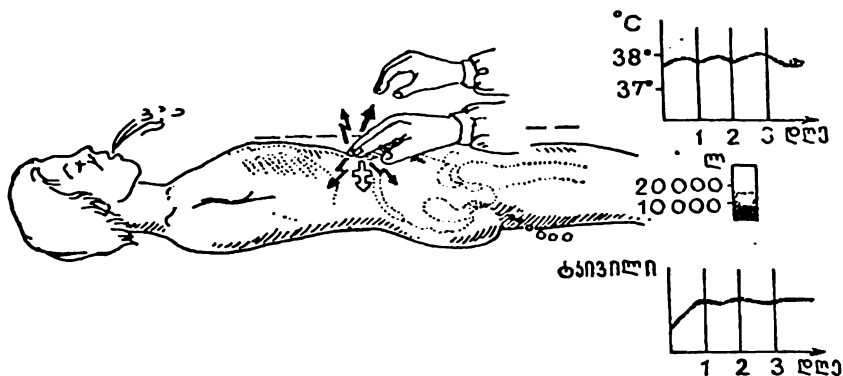
სასწრაფო დახმარების ექიმი და უბანზე მომუშავე ექიმი, აგრეთვე სამედიცინო ინსტიტუტის უფროსი კურსის სტუდენტი კარგად უნდა იცნობდეს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა ძირითად ნიშნებს.

იმ შემთხვევაში, როცა დიაგნოზში ზუსტად გარკვევა ძნელია, მაგრამ ის კი ცხადია, რომ მუცელში „კატასტროფის“ გამო ავადმყოფს ესაჭიროება გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაცია, გამოყენებულია გამაერთიანებელი ტერმინი „მწვავე მუცელი“. იგი დიაგნოზი არ არის, მაგრამ, აერთიანებს მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს, რომელთაც ხშირად პერიტონიტის სიმპტომოკომპლექსი ახასიათებთ და საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას. ასეთია: მწვავე აპენდიციტი, მწვავე ქოლესისტიტი, მწვავე პანკრეატიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, გაჭედილი თიაქარი, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა; ტიფის, სიმსივნის, უცხო

სხეულის ან სხვა მიზეზების გამო ნაწლავის პერფორაცია, საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტა. საკვერცხის ცისტის შემოგრება, საშვილოსნოს პერფორაცია, მეზენტერიულ სისხლძარღვთა თრომბოემბოლია, ზოგიერთი შედარებით იშვიათი დაავადება (კროხის დაავადება, მსხვილი ნაწლავის ციციხვის ნეკროზი, დივერტიკულიტი ან დივერტიკულის პერფორაცია).



სურ. 47. ბლუმბერგის სიმპტომის გამოკვლევის სქემა: ა — ხელის მტევნის თანდათან მუცლის წინა ზედაპირზე ზეწოლა სუსტად მტკივნეულია; ბ — ხელის მტევნის სწრაფად აღება მკვეთრად მტკივნეულია



სურ. 47. დიფუზური პერიტონიტი, მუცლის ტკივილი. ნაადრევ სტადიაში, არეებისა და განავლის გამოყოფა, მოგვიანებით მათი გამოყოფა შეწყვეტილია. ღებინება, მუცლის კუნთების დაკიმულობა, მტკივნეულობა პალპაციით. ბლუმბერგის ნიშანი დადებითია. მოგვიანებით პერისტალტიკის გაქრობა. ტემპერატურის მომატება, ზომიერი ლეიკოციტოზი

ტერმინ „მწვავე მუცელს“ უნდა იყენებდეს ექიმი ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციის დასაჩქარებლად.

სტაციონარში ქირურგი ვალდებულია დააზუსტოს დიაგნოზი, თუ რა არის მწვავე მუცლის მიზეზი. როცა დიაგნოზში ზუსტად გარკვევა შეუძლებელია, მაგრამ ის კი ცხადია, რომ ავადმყოფს ესაჭიროება გადაუდებელი ოპერაცია, მაშინ ორი, იშვიათად სამი დაავადების სავარაუდო დიაგნოზით აკეთებენ ოპერაციას.

არსებობს მწვავე მუცლის გამაერთიანებელი ნიშნები: 1. ტკივილი მუცლის არეში, 2. მუცლის კედლის სუნთქვის აქტში მეტ-ნაკლებად ჩამორჩენა, 3. პერკუსიით მტკივნეულობა, 4. მუცლის კედლის კუნთთა დაჭიმულობა, 5. ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი (სურ. 47), 6. გულისრევა, ლებინება, 7. აირებისა და განავლის გამოყოფის შეწყვეტა, 8. ენის (პირის) სიმშრალე, 9. ტემპერატურის მომატება, მაგრამ მაღალი ტემპერატურა იშვიათია, 10. პულსის გახშირება, 11. ლეიკოციტოზი.

მწვავე მუცლის გამაერთიანებელი ნიშნების სწავლება და განსაკუთრებით მათზე საუბარი საჭიროა დიდი სიფრთხილით. დიაგნოზის დასადგენად მთავარია არა სიმპტომების რიცხვი, მათი უბრალო ჩამოთვლა, არამედ ზოგჯერ ერთი ან ორი წამყვანი სიმპტომი და საჭიროებისას ავადმყოფზე ხანმოკლე დაკვირვება კლინიკის პირობებში.

მუცლის კედლის დაჭიმულობა, ბლუმბერგის ნიშანი, შებერილობა კი ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის უმძიმეს ფორმას მხოლოდ მოგვიანებით ახასიათებს. უმძაფრესი (ხანჯლის ჩაცემის მსგავსი) ტკივილი, კუნთთა ფიცარივით (ქვასავით) დაჭიმულობა თავიდანვე გამოხატულია წყლულის პერფორაციის დროს, მაგრამ მუცელი არამცთუ შებერილი, არამედ ჩავარდნილია, შებერილობა მოგვიანებით ვითარდება. პულსი დასაწყისში გაიშვიათებული — ბრადიკარდიულია, ლებინება, როგორც წესი, არ არის, მაგრამ პერფორაციის სხვა ნიშნების არსებობისას ლებინება როდი გამორიცხავს პერფორაციას.

სუსტი ან ძლიერი ინტენსივობის, მაგრამ მუდმივი ტკივილი ახასიათებს ანთებას, პერიტონიტს (სურ. 47i).

შეტევისმაგვარი, მოვლითი ხასიათის ტკივილი ახასიათებს ნაწლავთა მწვავე გაუვალობას, ყოველგვარ კვალს, სპაზმს, შეტევებს შორის მეტ-ნაკლებად ნათელი პერიოდებით.

მუცელში მოვლითი ტკივილი ახასიათებს საკვერცხის ცისტის შემოგრეხასაც.

მაღალი ლეიკოციტოზი დამახასიათებელია ნაწლავის (ან სხვა ორგანოს) ნეკროზის დროს.

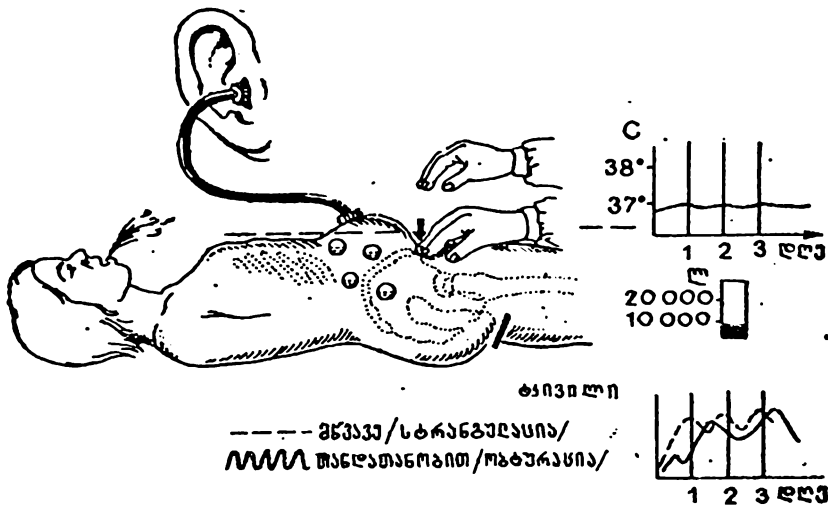
ნაწლავის გაუვალობას რენტგენოლოგიურად (ოყნის გაკეთებამდე) ახასიათებს კლოიბერის ფიალები (წვრილი ნაწლავის შემთხვევაში ფიალის სიგანე აირის ბუშტის სიმაღლეზე განიერია), მუცლის შერხევით — შხეფის (კანკყარის) ხმა. დახედვით ზოგჯერ ვლინდება ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკა (სურ. 472).

კუნთთა დაჭიმულობა და ბლუმბერგის ნიშანი შეიძლება ტიპური არ იყოს მწვავე აპენდიციტის რეტროცეკური მდებარეობისას, აგრეთვე სიმსუქნის შემთხვევაში (დიდი მუცელი), მოხუცებულობის, ბავშვობის ასაკში.

ძლიერი ტკივილი ქრება პერფორაციის დროსაც, როცა მას დემატება გასტროდუოდენური სისხლის დენა (ბანაიტისის სიმპტომი). ახასიათებს ნაწლავის გაუვალობას, მოგვიანებით დიფუზური პერიტონიტის მაჩვენებელია (საჭიროა შაქრის გამოკვლევა, დიაბეტის გამორიცხვა).

ღებინება მწვავე მუცლის დასაწყისში რეფლექსურია, იგი ახასიათებს ნაწლავის გაუვალობას, მოგვიანებით დიფუზურ პერიტონიტს.

განავლისა და აირების გამოყოფის შეწყვეტა მწვავე მუცლის



სურ. 472. ხაწლავთა მექანიკური გაუვალობა. სტრანგულაციური გაუვალობის დროს მოვლით: ტკივილი იწყება მწვავედ; ობტურაციის შემთხვევაში — თანდათან. აირებისა და განავლის გამოყოფა შეწყვეტილია, სტრანგულაციის დროს ღებინება დასაწყისში რეფლექსურია, მოგვიანებით ნაწლავის ობსტრუქციის მოშატებთ. მუცელი შეებრილი. მაგრამ რბილია. აღინშნება შხეფის ხმა (კანკყარი). ტემპერატურა და ლეიკოციტები არ იმატებს. მაღალი ლეიკოციტოზია ნაწლავის ნეკროზისა და თრომბოზის შემთხვევაში

დამახასიათებელია. ნაწილობრივი მოქმედება როდი უარყოფს მას. ფაღარათი არ არის დამახასიათებელი, მაგრამ მძიმე ტოქსიკური ფორმის მწვავე აპენდიციტის (ნეკროზის) შემთხვევაში შეიძლება აღინიშნებოდეს.

მუცლის დახურული ტრავმის დროს მოსალოდნელია შინაგან ორგანოთა, ე. წ. კანქვეშა დაზიანება. შემღწევი ქრილობის შემთხვევაში კი თითქმის ყოველთვის ზიანდება შინაგანი ორგანო. ღვიძლისა და ელენთის დაზიანებისას დამახასიათებელია შინაგანი სისხლის დენის ნიშნები: არტერიული წნევის დაცემა, პულსის გახშირება, მოგვიანებით ჰემოგლობინის შემცირება, ზომიერი ლეიკოციტოზი. მუცელი რბილი, მაგრამ პალპაციით მტკივნეულია (კუთხეულის ნიშანი). ღვიძლის დაზიანების შემთხვევაში ანემიას მოგვიანებით ემატება ნალვლოვანი პერიტონიტის ნიშნები.

მუცლის ყოველგვარი ტკივილის ყველა შემთხვევაში, როცა ვარაუდობენ მწვავე მუცელს, მით უფრო პერიტონიტის დაწყებას, აუცილებელია ავადმყოფი დაუყოვნებლივ გადაიყვანონ ქირურგიულ განყოფილებაში.

დაუშვებელია ბინაზე ყოველგვარი წამლობა, საფაღარათოს მიცემა, მუცელზე თბილის ან ცივის დადება ტკივილის შემცირების მიზნით და პერისტალტიკის გამაძლიერებელი საშუალებების გამოყენება. არ შეიძლება კუჭის ამორეცხვა, ოყნის გაკეთება, მით უფრო ნარკოტიკული საშუალებების ან ანტიბიოტიკების გამოყენება. ისინი ზოგჯერ იწვევენ ავადმყოფის მდგომარეობის დროებით გაუმჯობესებას, პერიტონიტის ძირითადი მიზეზი კი პროგრესულობს და შემდეგ დახმარება უშედეგო ხდება.

არაერთი შემთხვევაა, როცა კუჭის წყლულის პერფორაციას ან მწვავე აპენდიციტს (გულის კუნთის ინფარქტსაც კი) მიიჩნევენ საკმლით გამოწვეულ მოწამელად და ავადმყოფს კუჭს ურეცხავენ.

აღნიშნულ ღონისძიებებს საჭიროების დროს ზოგჯერ ჩაატარებენ მხოლოდ სტაციონარში იმის შემდეგ, როცა დააზუსტებენ დიაგნოზს და უარყოფენ ან გადაწყვეტენ ოპერაციის (რაც მწვავე მუცლის უმეტეს შემთხვევაში ხდება საჭირო) გაკეთებას.

დაუშვებელია ნარკოტიკის გაკეთება ტკივილის შემცირების მიზნით, ტრანსპორტირების წინაც. მას იყენებენ გამონაკლის შემთხვევაში, როცა დიაგნოზი დადგენილია და ავადმყოფი გადასაყვანია შორ მანძილზე, ტრანსპორტირება კი არახელსაყრელ პირობებში ხდება. ამ დროს სათანადო დოკუმენტში უნდა მიუთითონ გაკეთებული ნარკოტიკის სახე და მისი შეყვანის დრო.

ჩირქოვანი პერიტონიტის დიაგნოზის დადგენა ოპერაციის

აბსოლუტური ჩვენებაა. ამ დროს კონსერვატული მკურნალობა დაუშვებელია.

პერიტონიტიან ავადმყოფთა დროული დახმარებისთვის გადაუღებელი ჰოსპიტალიზაციის გარდა, მნიშვნელობა აქვს დროულ ოპერაციას. ამიტომ ავადმყოფი უნდა გადაიყვანონ და მოათავსონ იმ ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც მზად არიან სასწრაფო ოპერაციისთვის.

ზოგჯერ ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ არის შემთხვევები, როცა პერიტონიტის ნიშნებს სათანადოდ ვერ აფასებენ, არ ატარებენ საჭირო ლაბორატორიულ, რენტგენოლოგიურ და სხვა აუცილებელ გამოკვლევებს, არ იყენებენ გამოცდილი სპეციალისტის კონსულტაციას, რის შედეგადაც ოპერაცია იგვიანებს. უარესი შეცდომაა, როცა არასათანადო გამოკვლევის შედეგად გულის, ფილტვის, თირკმლის თუ მუცლის გარე სხვა ორგანოთა დაავადების (ე. წ. „ყალბი მწვავე მუცლის“) შემთხვევაში ავადმყოფს შეცდომით უკეთებენ ოპერაციას.

ამრიგად, მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიული დაავადების დროს ან მასზე ექვის შემთხვევაში, ავადმყოფი საჭიროებს გადაუღებელ ჰოსპიტალიზაციას, მეტად ხანმოკლე, ლიმიტირებულ დროში ყოველმხრივ სრულყოფილ შესწავლა-გამოკვლევას, დროულ ოპერაციას ან მის უარყოფას (რაც კიდევ უფრო ძნელია) სავალალო შეცდომის ასაცდენად.

მხოლოდ სწორ ორგანიზაციულ ღონისძიებათა კომპლექსური გატარების შედეგად არის შესაძლებელი ამ მეტად მძიმე და საპასუხისმგებლო კონტინგენტის ავადმყოფთა მკურნალობის დროს კარგი შედეგის მიღება.

დიდი სიფრთხილეა საჭირო ხანშესულ და მოხუც ავადმყოფთა მწვავე მუცლის დიაგნოსტიკისას. უნდა გაითვალისწინონ ე. წ. ბიპოლარობის სინდრომი, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ ასეთ ავადმყოფს ხშირად აწუხებს გული, წნევის მომატება, თირკმლები. პერფორაციის, მწვავე ქოლეცისტიტის, პანკრეატიტის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის და სხვ. დროს კი ეს დაავადებები უმწვავედება: იმატებს წნევა, გულის არეში იწყება ტკივილი და მთელი ყურადღება აქეთ გადააქვთ. ეს კი ზოგჯერ აბნევს არა მარტო ავადმყოფს და მის ახლობლებს, არამედ ექიმსაც კი. დაავადების ნამდვილი მიზეზის გამოცნობა კი იგვიანებს, ასეთ შემთხვევაში მხოლოდ კლინიკურ პირობებში სწრაფი გამოკვლევა და გამოცდილი სპეციალისტების კონსულტაცია ვეცხნის! სავალალო შეცდომებისაგან.

მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების დროს, როგორც მუც-

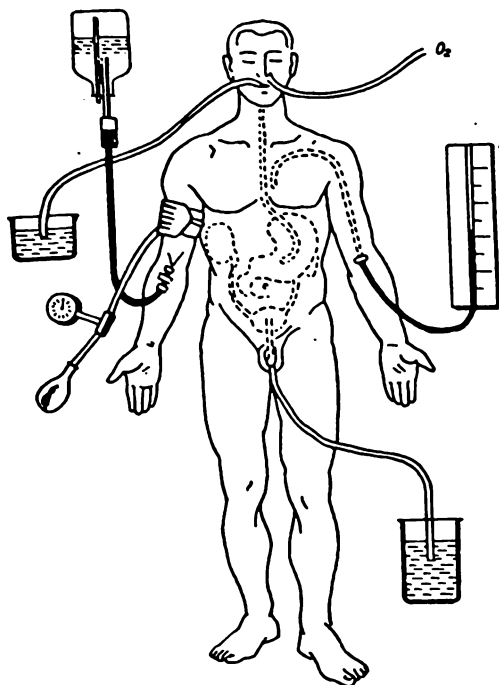
ლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებათა შემთხვევაში, ოპერაციისწინა მომზადება მაქსიმალურად ხანმოკლეა. არ არის საჭირო გამწმენდი ოყნა, კუჭის ამორეცხვა, ზოგი შემთხვევის გარდა (ნასვამი მდგომარეობა, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა), აგრეთვე პიგენური აბაზანა. ავადმყოფს გაუპარსავენ მუცლის არეს სარძევე ჩირკვლების დერილებიდან ბარძაყის ზედა მესამედამდე, მოაშარდინებენ (ან შარდს გამოუშვებენ). მდგომარეობის მიხედვით მეტად ხანმოკლე დროში და ენერგიულად ამზადებენ ავადმყოფს შოკისა და ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის მძიმე შემთხვევაში; სისხლისა და მისი შემცვლელების გადასხმას განაგრძობენ ოპერაციის დროსაც. ოპერაციამდე მდგომარეობის საბოლოო გამოსწორებას არ ელოდებიან, იგი ხშირად შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ოპერაციის შედეგად. ოპერაციის წინ, ანესთეზიოლოგის მითითებით, საჭიროა აგრეთვე საგულე და ნარკოტიკული საშუალებები.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფს ნარკოზიდან გამოსვლამდე აწვენენ ჰორიზონტალურად, თავს მხოლოდ შემდეგ აუმაღლებენ.

იმის მიხედვით, თუ რა ორგანო იყო დაზიანებული ან დაავადებული და რა სახის ოპერაცია გაკეთდა, ახორციელებენ ინტრავენურ გადასხმას ან ავადმყოფს აძლევენ საკვებს.

კუჭისა და ნაწლავის დაზიანების შემდეგ ავადმყოფს არაფერს აჭმევენ. სამაგიეროდ, 2—3 დღეს (და ზოგჯერ მეტხანს) პარენტერულად კვებავენ და უტარებენ დეზინტოქსიკაციას (უსხამენ სისხლს, პლაზმას, ამინონს, ლევამინს, ალვეზინს, ალბუმინს, აცესოლს, ჰიდროლიზატს, ჰემოდეზს, პოლი- ან რეოპოლიგლუკინს, გლუქოზის, ფიზიოლოგიურ ან რინგერის ხსნარს და სხვ.) (სურ. 47ა). ამასთან, უნიშნავენ ანტიბიოტიკებს (ზოგადად და ადგილობრივად დრენაჟიდან), საგულე და ნარკოტიკულ საშუალებებს, ვიტამინებს, განსაკუთრებით C ვიტამინს, ზოგჯერ ინჰიბიტორებს. სუნთქვით ვარჯიშსა და სამკურნალო ფიზკულტურას უტარებენ პირველივე დღიდან. მდგომარეობის მიხედვით ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფს გვერდზე გადააბრუნებენ, თუ განსაკუთრებული უკუჩვენება არ არის, წამოსვამენ კიდევ, მე-4—5 დღეს სიარულის ნებას აძლევენ. ძაფებს ხსნიან მე-8—10 დღეს.

დიეტის შესახებ იხ. ზევით. მეორე-მესამე დღეს ავადმყოფს აძლევენ წყალს. ასკილის ნაყენს, რამდენიმე კოვზ ბულიონს, ჩაის, მე-5—6 დღეს — მაწონს, კარაქს, მანანის ფაფას, შემდეგ დღეებში აფართოებენ დიეტას. საკვებს აძლევენ მცირე ულუფებად 5—6ჯერ დღეში.



სურ. 47ა. ზოგიერთი სასწრაფო ღონისძიება დიფუ-
ზური პერიტონიტის დროს

სიმსივნით ან სხვა მიზეზით ნაწლავის დაზიანებისას, მსხვილი ნაწლავის რეზექციის შემდეგ ავადმყოფს მე-2—3 დღიდან აძლევენ ვაზელინის ზეთს სუფრის კოვზით 3-ჯერ დღეში, ის საჭიროა ფე-კალური მასის გასათხელებლად, რომ შერთულის არეში ნაკერი არ დაზიანდეს.

პერიტონიტიანი ავადმყოფის მოვლა და მკურნალობა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დამოკიდებულია დაავადებიდან გასულ დროზე, პროცესის გავრცელებასა და ჩატარებულ ღონისძიებაზე (სურ 47ა), ამის მიხედვით საჭიროა: 1. დეზინტოქსიკაციური მკურნალობა და პარენტერული კვება; 2. ანტიბაქტერიული მკურნალობა ზოგადად (ვენაში, კუნთებში) და ადგილობრივად მუცლის ღრუში ღრენაყიდან; 3. ნაზოგასტრული ზონდით კუჭის (თუ მოსახერხებელია, ნაწლავისაც ზონდით ან სტომით) მუდმივად დაცლა; 4. ინტრაორტული გადასხმა; 5. ფილტვებისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულებათა პროფილაქტიკა (სუნთქვითი ვარჯიში, ნაადრევი მოძრაობა, სიმპტომური და საგულე საშუალებანი, ფოულერის მდებარეობა); 6. დამატებითი სიმპ-

ტომური ღონისძიებანი: ინჰიბიტორები, ვიტამინები, მუცელზე ცივი, მეტეოროზმის საწინააღმდეგო საშუალებანი; საკვების, უფრო სითხეების მიცემა დიდი სიფრთხილით, მდგომარეობის მიხედვით, მხოლოდ ნაწლავთა პერისტალტიკის აღდგენის შემდეგ; 7. პლაზმოფერეზი, ჰემოსორბცია, ლიმფოსორბცია, ენდოლიმფური გადასხმა, ელენთის მიღება, იმუნოსტიმულაცია.

კუჭსა და ნაწლავებზე გვემური ოპერაციის შემთხვევაში, გადაუღებელი ოპერაციისაგან განსხვავებით, მომზადებას განაპირობებს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა: განლეულია თუ არა იგი, რა დაავადებასთან და რა გართულებასთან გვაქვს საქმე. ოპერაციის წინ საღამოთი და დილით საჭიროა კუჭის ამორეცხვა. პილორუსის სტენოზის -- გაუვალობის შემთხვევაში კუჭის ამორეცხვას მიმართავენ რამდენჯერმე თბილი წყლით ან მარილმჟავას 0,25%-იანი ხსნარით (და არა სოდის ხსნარით, რათა არ გაძლიერდეს ალკალოზი); ელექტროლიტებისა და ცილის დეფიციტის გამოსწორებისათვის შეეყავთ ცილის პრეპარატები, რინგერის ხსნარი, ანემიურ ავადმყოფებს წყლულის, კიბოს შემთხვევაში უსხამენ აგრეთვე სისხლს, ერთროციტულ მასას.

კუჭის ოპერაციის შემდეგ პირველ დღეებში გამონადენის დაგროვება იწვევს კუჭის გადავსებას, ნაკერის დაჭიმვას, გულზე ზეწოლას, პულსის განშირებას, ამიტომ, როგორც წესი, ჯერ კიდევ ოპერაციის წინ უდგამენ ნაზოგასტრულ ზონდს და პირველ დღეებში ამავე ზონდით ცლიან (მაგრამ არ რეცხავენ) კუჭს შიგთავსისგან პერიოდული ამოქაჩვით.

კუჭის რეზექციის შემდეგ კვება უნდა ხორციელდებოდეს, როგორც ეს მითითებულია „სამკურნალო კვებაში“.

კუჭის რეზექციის შემთხვევაში, განსაკუთრებით კიბოს შემდეგ, ავადმყოფს აძლევენ პეფსინს ან კუჭის წვენს. „მცირე კუჭის“ გამო ავადმყოფი საკვებს უნდა ლებულობდეს მცირე ულუფებად 6—7-ჯერ დღეში. სამაგიეროდ უტარებენ პარენტერულ კვებას 1—2—3 დღე, ზოგჯერ მეტხანს. უფრო ხანგრძლივად და ენერგიულად პარენტერულ კვებას ატარებენ გასტრექტომიის შემდეგ. ამ დროს ავადმყოფი საკვებს არ ლებულობს რამდენიმე დღე, სითხეებს აძლევენ ნაზოგასტრული ზონდით, რომლის ბოლო შერთულის ქვევითაა გატარებული ნაწლავში.

კუჭის, ნაწლავების ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს მეორე დღიდან აბრუნებენ გვერდზე, ხელს უწყობენ, რომ ნახევრად წამოჯდეს, ამოახველებინონ სუნთქვის შეჩერებით და შემდეგ ღრმა სუნთქვით. უტარებენ სუნთქვით ვარჯიშს ბოთლში ჩაბერვით, მე-

ოთხე დღიდან ფეხზე აყენებენ და სიარულის ნებასაც აძლევენ; ნაკერს ხსნიან მე-8—10 დღეს, კიბოს შემთხვევაში — მე-14—16 დღეს.

პარენქიმულ ორგანოთა დაზიანების შემთხვევაში, თუ არ არის ნაწლავთა პარეზი, ავადმყოფს საკვებს აძლევენ შედარებით თავისუფლად, სამაგიეროდ ნადრევი მოძრაობის ნებას არ რთავენ. სისხლისა და მისი შემცველების გადასხმა აუცილებელია.

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ოპერაციის შემთხვევაში, ღვიძლის ფუნქციის მოშლისას საჭიროა წოლითი რეჟიმი, ვიტამინები, ცხიმის შეზღუდვა, გლუკოზა ინსულინთან ერთად.

ობტურაციული სიყვითლისას ნაწლავში არ ხვდება ნაღველი. არც ცხიმისა და K ვიტამინის ათვისება ხდება. K ვიტამინის ათვისების მოშლის გამო ქვეითდება პროთრომბინი, სისხლის შედედება. ოპერაციის დროს სისხლის დენის საშიშროება იქმნება. ამ გართულების პროფილაქტიკისათვის ოპერაციამდე ავადმყოფს უნდა გაუკეთონ K ვიტამინი ან ვიკასოლი, ქლორიანი კალციუმი. საჭიროა აგრეთვე სისხლისა და პლაზმის რამდენჯერმე გადასხმა.

ავადმყოფის მოვლა სიფრთხილეს საჭიროებს, რათა ნაღვლის საერთო სადინრის დრენირებისას დრენაჟის მილი არ გამოვარდეს ან არ გადაინაცვლოს და დრენაჟის სისტემა არ დაირღვეს. მწვავე მოვლენების ჩაცხრობასთან ერთად ქრება ჩირქი, ფიფქები და მღვრიე ნაღველი გამჟვირვალე ხდება. ამ დროისათვის დრენაჟს გადაკეტავენ 2—3 საათით. თუ სიყვითლე არ იმატებს და ავადმყოფი მას კარგად იტანს, უფრო ხანგრძლივად გადაკეტავენ. ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებისას, როცა სიყვითლე კლებულობს, დრენაჟს ამოიღებენ ოპერაციიდან მე-10—12 დღეს.

ნაღვლოვანი ხვრელმილის ხანგრძლივად არსებობისას ირღვევა საჭმლის ნორმალური მონელება, სისხლის შედედება, ძვლებში კირაქიტის მსგავსი დარბილება ვითარდება (ი. პავლოვი, 1902).

ნაღვლის დეფიციტის აღდგენისათვის ავადმყოფს აძლევენ ცხოველურ ან სტომიდან სუფთად შეგროვილ და გაფილტრულ საკუთარ ნაღველს ყავასთან, ლუდთან ერთად ჭამიდან 20 წუთის შემდეგ.

თიაქარკვეთის შემდეგ ავადმყოფი განსაკუთრებულ მოვლას საჭიროებს, როცა თიაქარი დიდია, მით უფრო ე. წ. ოპერაციის-შემდგომი ვენტრალური თიაქრის შემთხვევაში ჩამოკიდებული მუცლით და როცა ორგანოები ხანგრძლივად თიაქრის პარკშია. ასეთ შემთხვევაში, როგორც წესი, ოპერაციამდე საჭიროა ავადმყოფის მომზადება 2—3 კვირის განმავლობაში. წოლისას თიაქრის პარკში

არსებულ ორგანოებს მუცლის ღრუში აბრუნებენ და მუცელს მჭიდროდ შეკრავენ ზეწრით. ზოგჯერ ხანგამოშვებით ამ არეზე ადებენ სიმძიმეს (სილიან პარკს). მხოლოდ ამგვარი წვრთნით არის შესაძლო დიაფრაგმის მაღლა მდებარეობას შეეჩვიოს გული და ფილტვები. წინააღმდეგ შემთხვევაში ამ ორგანოების მუცლის ღრუში შებრუნებას (რომლებმაც დაკარგეს, როგორც ხატოვნად ამბობენ, „მუცელში ყოფნის მოქალაქეობრივი უფლება“) ორგანიზმი ვერ ეგუება.

მეტად მნიშვნელოვანია ოპერაციის შემდგომი სუნთქვითი ვარჯიში და ავადმყოფის ნაადრევი მოძრაობა ლოგინში. სუნთქვით ვარჯიშს, ზოგჯერ სპირომეტრის გამოყენებითაც უნდა ახორციელებდნენ, რათა შემდეგ ავადმყოფი დაინტერესდეს მის ოპერაციამდელ დონემდე ნაადრევად აღდგენაში.

ავადმყოფებს, რომლებსაც შეკრულობა აქვთ, ოპერაციამდე აძლევენ საფალარათოს ან რამდენიმე დღე გამწმენდ ოყნას უკეთებენ დილა-სალამოს.

საზარდულის თიაქრის ოპერაციის შემდეგ, ორქიეპიდიდიმიტისა და სათესლე პარკის შეშუპების (რაც დამოკიდებულია ძირითადად ოპერაციის დროს ლიგატურით სათესლე ბაგირაკის ძლიერ დაწმობაზეც) ასაცილებლად აუცილებელია სუსპენზორიუმით ან მისი შემცვლელით სათესლე პარკის აწევა და ფიქსირება.

თიაქრის ოდენობისა და მისი სახეობის, აგრეთვე ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით იგი ლოგინში უნდა იყოს მეტად აქტიური, ნაადრევად წამოჯდეს და ფეხზე დადგეს კიდევ, რათა ყოველმხრივ დათრგუნოს ხველის რეფლექსი, ააცილოს ფილტვებში შეგუბება, მაგრამ ერთ კვირაზე ადრე სიარულს ერიდებიან, განსაკუთრებით მუცლის დიდი, მით უფრო ადრე ნაოპერაციევი თიაქრის შემთხვევაში.

ნაწლავთა პერიტალტიკის აღდგენის დაჩქარებისთვის, 3—4 დღის შემდეგ უნიშნავენ გამწმენდ ოყნას, ზოგჯერ კანქვეშ (ან ვენაში) შეჰყავთ პროზერინი, კალიმენი, ვენაში 40—60 მლ სუფრის მარილის 10%-იანი ხსნარი.

ავადმყოფის მოვლა მსხვილი ნაწლავის ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. ჭრილობის ინფიცირებისა და ნაკერის უკმარისობის პროფილაქტიკისათვის განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს ნაწლავის გაწმენდა ფეკალური მასისგან. ამისთვის ავადმყოფს 3—5 დღეს და ზოგჯერ უფრო მეტხანსაც ამზადებენ. საკვები უნდა იყოს უწილო, კალორიული (რძის პროდუქტები, განსაკუთრებით მაწონი). ოპერაციამდე 2—3 დღით ადრე უნიშნავენ საფალარათოს (ვა-

ზელინის ზეთს 30 მლ 2-ჯერ დღეში ან 30%-იან გოგირდმკავა მაგ-
ნეზიას) სუფრის კოვზით 6—8-ჯერ დღეში, დილით და საღამოთი
გამწმენდ ოყნას. ნაწლავთა ინფექციის დათრგუნვისთვის სამი დღით
ადრე უნიშნავენ კოლიმიციის, სტრეპტომიციის, ტეტრაციკლინის,
ან სხვა პრეპარატებს. დისბაქტერიოზის განვითარების შიშით ზო-
გი მას არ იყენებს.

ნაწლავს ამზადებენ გამორეცხვითაც: თორმეტგოჯა ნაწლავში
გატარებული ზონდით 2—3 საათის განმავლობაში შეყავთ ფიზიო-
ლოგიური ხსნარის 4—6 ლ. ნაწლავის გარეცხვის შემდეგ ავადმყოფს
აძლევენ ტრიქოპოლის ტაბლეტს დილით და საღამოთი, ანაერო-
ბული მიკროფლორის დასათრგუნად.

სწორ ნაწლავს ოპერაციისათვის ასე ამზადებენ: საღამოს
ნაწლავს გამორეცხავენ, ფეკალური მასისაგან თავისუფალი
წყლის გამოყოფამდე. დილით კვლავ იმეორებენ გამწმენდ ოყნას,
დარჩენილი წყლიდან სრულად განთავისუფლებისათვის სწორ ნაწ-
ლავში 0,5 საათით ათავსებენ მსხვილ მილს. ავადმყოფს მანგა-
ნუმმეჯავა კალიუმის სუსტი ხსნარით ჩამობანენ შორისს.

მსხვილი ნაწლავის ოპერაციის შემდეგ განსაკუთრებით საფ-
რთხილოა საკვების მიღება და ნაწლავის გადავსება ფეკალური
მასით. ავადმყოფს სითხეს აძლევენ პირველივე დღიდან. რძის
პროდუქტები, ხილი, პური არ არის რეკომენდებული, რათა შებე-
რილობა და მკვრივი ფეკალური მასის წარმოქმნა არ გამოიწვიოს.
მე-2—3 დღიდან საჭიროა ვაზელინის ზეთი სუფრის კოვზით 3-ჯერ
დღეში, მე-7—8 დღეს კი — გამწმენდი ოყნის გაკეთება. სწორი ნაწ-
ლავის ზოგი ოპერაციის შემდეგ ნაწლავის სანათურში ათავსებენ
აირგამომყვან რეზინის წვრილ მილს ირგვლივ მალამოიანი ტამ-
პონით. გამონადენისაგან დასაცავად საწოლზე მუშამბას აფარებენ.
მეორე დღეს მილში შპრიცით შეიყვანენ თხიერ მალამოს და მილს
ტამპონთან ერთად გამოიღებენ. შემდეგ წვრილ ტურუნდას ათავსე-
ბენ. მეორე, მესამე დღიდან საჭიროა საჯდომი თბილი აბაზანა საპ-
ნიანი წყლით.

წვრილი ნაწლავის ოპერაციის შემდგომი მოვლა და რეჟიმი თით-
ქმის იგივეა, როგორც კუჭის ოპერაციის შემდეგ.

განავლოვანი ზვრელშიღლებიანი ავადმყოფის მოვლა ერთობ
დიდ ყურადღებას საჭიროებს ზვრელშიღლების დონის, მათი რიცხ-
ვის, გამონადენის რაოდენობისა და ავადმყოფის მდგომარეობის
მიხედვით. გალიზიანებისგან ასეთი ავადმყოფის კანის დასაცავად
ზშირი შეხვევაა აუცილებელი, ზვრელშიღლის ირგვლივ კანს უნდა
წაუსვან რომელიმე ინდიფერენტული მალამო, ზოგჯერ — „ბფ“,

ნახევს ამაგრებენ ბანდით ან სპეციალური ბანდაჟით. ემპლასტროთი ან კლეოლით ხშირი დამაგრება კანის გაღიზიანებას იწვევს.

ხერელმილების შემთხვევაში ძალიან ეფექტურია ყოველდღიური აბაზანა და საპნით ჩაბანა. ზოგჯერ საჭიროა ხერელმილში, ნაწლავის მომტან ფეხში ხელთათმანიანი ხელით ვაზელინწასმული მილის შეტანა და ოყნის გაკეთება. ზოგჯერ შეიძლება ჯერ თბილი ზეთის შეყვანა კათეტერით და რამდენიმე საათის შემდეგ წყლით გამორეცხვა.

† აირგამომყვანი მილის გამოყენების ტექნიკა

აირგამომყვან მილს იყენებენ მეტეორიზმის დროს და აირის გაძნელებულად გამოყოფისას.

აირგამომყვანი მილი დამზადებულია რბილი, სქელკედლიანი რეზინისგან. მისი სიგრძეა 40—50 სმ, სიგანე — 0,8—1,5 სმ, აქვს მომრგვალებული ბოლო და გვერდებზე 1—2 ხერელი.

სწორ ნაწლავში შეტანისას მილის ვარჯთა ბოლო 5—10 სმ-ით უნდა დარჩეს განავლის მიმღებში ან ოთხად მოკეცილ ზეწარზე, რათა აირთან ერთად გამოყოფილმა განავლის თხიერმა მასამ თეთრეული არ დასეაროს.

სწორ ნაწლავში მილი შეყავთ ფრთხილად, ბრუნვითი მოძრაობით, რომ ტკივილი არ გამოიწვიოს. აირგამომყვანი მილის შეყვანა სწორ ნაწლავში ძნელდება განავლის მკვრივი მასის დაგროვების შემთხვევაში. ამ დროს მილის შეტანის წინ ავადმყოფს უკეთებენ ზეთის, გლიცერინის ან გვირილის ნაყენის მიკროოყნას.

აირგამომყვან მილს სწორ ნაწლავში ათავსებენ არაუმეტეს 30 წუთით. უფრო ხანგრძლივად დატოვება გაუმართლებელია; შეიძლება გამოიწვიოს ყითას სპაზმი. საჭიროების შემთხვევაში დღე-ღამეში მილი შეყავთ რამდენჯერამე.

აირგამომყვანი მილის გამოღების შემდეგ ყითას ირგვლივ არეს წმენდენ. ბამბით, გაღიზიანების შემთხვევაში წაუსვამენ მალამოს.

ხმარების შემდეგ აირგამომყვან მილს რეცხავენ თბილი წყლით და საპნით, აშრობენ და ასტერილებენ დუდილით. დაუშვებელია ქუჭყიანი აირგამომყვანი მილის გამოყენება. მას ყოველთვის გასტერილებულს უნდა ინახავდნენ.

ოყნის მეშვეობით ყითადან სწორ და მსხვილ ნაწლავში შეკყავთ სითხე სამკურნალო ან დიაგნოსტიკური მიზნით.

სამკურნალო ოყნა დანიშნულების მიხედვით შეიძლება იყოს: გამწმენდი, გამომრეცხავი, გამხსნელი, სამკურნალოწამლო, მკვებავი და სხვ.

გამწმენდი ოყნის გაკეთება საჭიროა: 1. შეკრულობისას (როცა ავადმყოფს ყოველდღე რეგულარულად არა აქვს ნაწლავთა მოქმედება); 2. ოპერაციისთვის მსხვილი და სწორი ნაწლავის მომზადების დროს, ენდოსკოპიური, აგრეთვე ხერხემლისა და მენჯის ძვლების რენტგენოლოგიური გამოკვლევისთვის მოსამზადებლად; 3. მოწამვლისა და ინტოქსიკაციის შემთხვევაში; 4. სამკურნალო და წვეთოვანი ოყნის გაკეთების წინ; 5. სამკურნალო პროცედურის სახით ნაწლავთა ფუნქციური გაუვალობის, მწვავე პანკრეატიტის, ქოლეციტიტის, გასტროდუოდენური პროფუზული სისხლის დენის მოგვიანებულ შემთხვევაში ჩაღვრილი სისხლის გამოსარეცხად და სხვ.

გამწმენდი ოყნის გაკეთება არ შეიძლება: 1. მსხვილი და სწორი ნაწლავის ჭრილობის, ანთების, დაწყულულების შემთხვევაში, 2. სისხლმდენი ბუასილის, 3. სწორი ნაწლავის გამოვარდნის დროს (თუ ავადმყოფს ოპერაციისათვის არ ამზადებენ), 4. გასტროდუოდენური პროფუზული სისხლის დენის პირველ საათებში (თუ სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ ნაწლავებში რამდენიმე დღე ჩაღვრილია სისხლი, ოყნის გაკეთება აუცილებელია დეზინტოქსიკაციისთვის), 5. მწვავე აპენდიციტის ან მასზე ექვის შემთხვევაში, 6. მსხვილი ნაწლავის დაშლილი სიმსივნისა და 7. მეზენტერულ სისხლძარღვთა მწვავე თრომბოემბოლიის შემთხვევაში.

ოყნით თავისუფლდება ნაწლავების დისტალური ნაწილი. გამწმენდი ოყნა ნაზად მოქმედებს, მაგრამ მექანიკურ, თერმულ და ქიმიურ ზეგავლენას ახდენს, უმნიშვნელოდ აძლიერებს პერისტალტიკას, ათხელებს განავლის მკვრივ მასას, ხელს უწყობს რამდენიმე წუთში მის გამოსვლას ძლიერი ჭინთვის გარეშე.

ოყნისათვის იყენებენ ესმარქის ტოლჩას (ან ძაბრს). იგი მინის, მინანქრის ან რეზინის 1—2 ლ მოცულობის რეზერვუარია, ფსკერზე აქვს ზვრელი გარედან დვრილით, რომელზეც 1 სმ დიამეტრისა და 1,5 მ სიგრძის რეზინის მილია წამოცმული. მილს ბოლოში ონკანი აქვს ნაწლავებში სითხის შეყვანის რეგულირებისათვის, თავისუფალ ბოლოზე კი — მინის, ებონიტის ან პლასტმასის 8—10 სმ სიგრძის ბუნიკი სწორ ნაწლავში შესაყვანად.

ხმარების შემდეგ ბუნიკი კარგად უნდა გარეცხონ საპნით და გამდინარე წყლით და დუღილით გაასტერილონ, შეინახონ სადენინ-ფექციოხსნართან ქილაში.

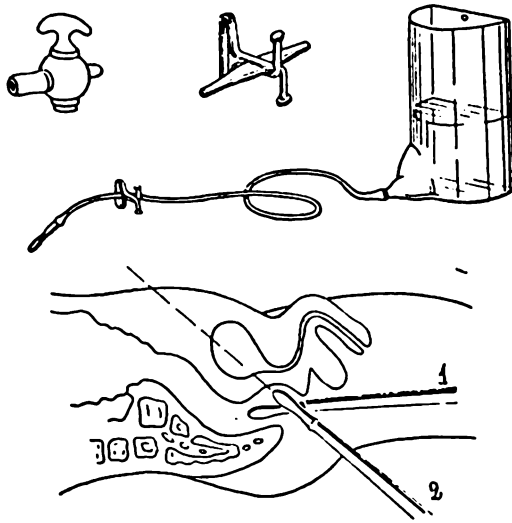
ოყნის გასაკეთებლად, ესმარქის ტოლჩის გარდა, საჭიროა შტატივი (განსაკუთრებით წვეთოვანი ოყნისთვის), თერმომეტრი შესაყვანი სითხის ტემპერატურის შესამოწმებლად, მუშაობა შესაფენად, თასი, შესადგმელი განავლის მიმღები.

ავადმყოფს აწვენენ მარცხენა გვერდზე საწოლის (ტახტის) კიდზე. მას ფეხები მოხრილი და მუცელთან მიზიდული უნდა ჰქონდეს. როცა ავადმყოფს მოძრაობა არ ძალუძს, ოყნას ზურგზე მწოლიარეს უკეთებენ. საწოლზე აფარებენ მუშაობას, რომლის თავისუფალ ბოლოს ვედროში (თასში) ჩაუშვებენ (შეუკავებლობისას სითხე უნებლიეთ იატაკზე რომ არ დაიღვაროს) და ავადმყოფს ღუნღულოების ქვეშ შესადგმელ განავლის მიმღებს მოუთავსებენ (მოსიარულე ავადმყოფს იგი არ ესაჭიროება).

ესმარქის ტოლჩაში ასხამენ 25—35°C ტემპერატურის 1—1,5—2 ლ წყალს. ტოლჩის აწევისას ჰაერი გამოდის, რის შემდეგ ავსებული მილის ონკანს კეტავენ. ამოწმებენ ბუნიკის მთლიანობას. მას წაუსვავენ ვაზელინს ან სხვა ცხიმს. წინასწარ მარცხენა ხელის თითებით გადაუწევენ ავადმყოფს ღუნღულოებს, ბუასილის კვანძებს ან ფოჩებს, უმჯობესია მათაც წაუსვან ვაზელინი, მარჯვენა ხელით სწორ ნაწლავში ფრთხილად, ძალდატანების გარეშე შეაქვთ ბუნიკი დასაწყისში (სურ. 48) წინისკენ და შემდეგ კუდუსუნისაკენ (რათა იგი არ მიაწვეს ნაწლავის კედელს, პროსტატას). თუ ბუნიკი წინააღმდეგობას აწყდება (ნაწლავის კედელი, განავლის მკვრივი მასა), მას ოდნავ უკან გამოწევენ, რადგან მდებარეობის შეცვლის შემდეგ მისი შეტანა ადვილდება. არის შემთხვევები, როცა განავლის ძლიერ მკვრივი მასა აბრკოლებს ბუნიკს, მაშინ საჭიროა ხელთათმანიანი ვაზელინწასმული თითით გააავლის მასის გამოღება (ან ავადმყოფს ჯერ გაუკეთებენ ზეთიან ოყნას, რამდენიმე საათის შემდეგ კი — გამწმენდ ოყნას).

ოყნის გაკეთებისას ესმარქის ტოლჩა უნდა ასწიონ 1,5 მ სიმაღლეზე, რის შემდეგაც წყალი ადვილად შედის სწორ ნაწლავში. 500—800—1500 მლ სითხის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფი გრძნობს სწორი ნაწლავის სისავსეს. სასურველია ავადმყოფმა სითხე შეაჩეროს 5-10 წუთამდე, იწვეს ზურგზე ან იცალოს გვერდი. დეფეკაციის შემდეგ ავადმყოფს ჩაბანენ, ტოლჩას გარეცხავენ, გააშრობენ და დოღბანდს დააფარებენ.

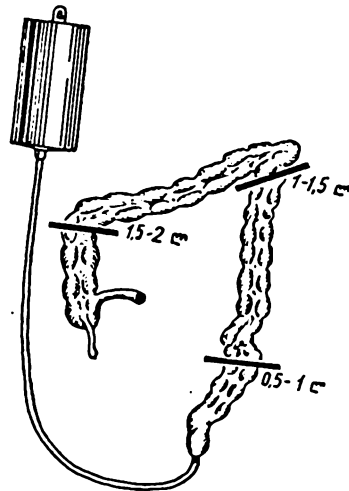
გამწმენდი ოყნის გაკეთება მარტო წყლით უშედეგოა. უკეთ



სურ. 48. ოცნა დამპყვრით (ან ოცნანით) და ბუნციის სწორ ნაწლავში შეყვანის წესი: 1 — სწორად; 2 — არასწორად

მოქმედებისათვის წყალს უმატებენ ნახევარ ჩაის კოვზ ბავშვის საპნის ფხვნილს (რომელიც უნდა ააქაფონ), 2—3 სუფრის კოვზ გლიცერინს, 1—2 სუფრის კოვზ სუფრის მარილს, 1 ჰიპოკრატის ნაყენს. უშედგობისას ავადმყოფს რამდენიმე საათში ხელმეორედ უკეთებენ ოცნას.

ატონიური ყაბზობისას მსხვილი ნაწლავის რეცეპტორთა გაღიზიანებისთვის წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს 12-დან 20 გრადუსამდე. გამწმენდი მოქმედების გაძლიერებისთვის იყენებენ სუფრის მარილის 2—3%-იან ჰიპერტონიულ ხსნარს ან უმატებენ 30—50 გ გლიცერინს, ანდა რომელიმე ზეთს (მზესუმზირის, სიმინდის, აბუსალათინის).



სურ. 49. მსხვილ ნაწლავში ოცნით შეყვანილი სითხის რაოდენობა დაბრკოლების ლოკალიზაციის მიხედვით

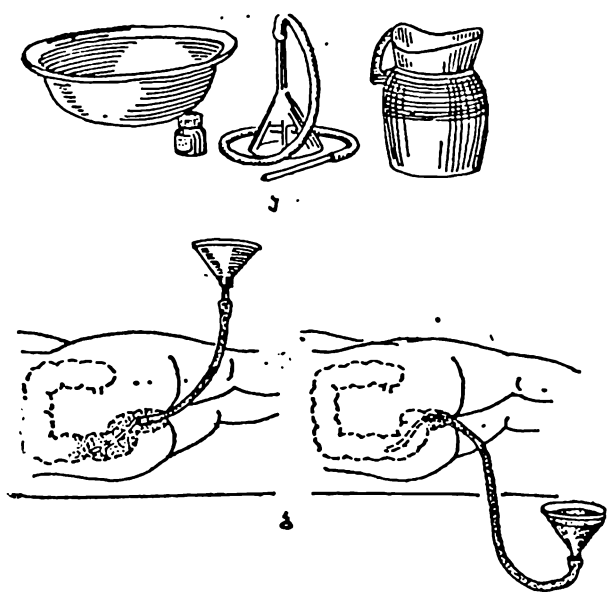
საზღმური ყაბზობისას ეფექტურია თბილი ან ცხელი (37. - 42°C) წყლით (ან სხვა სითხეებით) ოყნის გაკეთება.

მსხვილ ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობის შემთხვევაში (სიგ- მური კოლინჯის შემოგრება, სიმსივნე ან სხვ.) დაბრკოლების ლოკა- ლიზაციის მიხედვით სხვადასხვა რაოდენობით შედის სითხე (სურ. 49).

ოყნით შეყვანილი წყლის გარკვეული ნაწილი ორგანიზმში შე- იწოვება. ეს გარემოება უნდა გაითვალისწინონ და, როცა არა- სასურველია ორგანიზმში დიდი რაოდენობით სითხის შეყვანა, წყლის სმას ან სხვა გზით ორგანიზმში სითხის მოხვედრას ერი- დონ.

მოსალოდნელი გართულებაა სწორი ნაწლავის ან მსხვილი ნაწლავის დაზიანება, მინის ბუნიკის ჩატეხა, ამიტომ იგი ძალდა- ტანების გარეშე, ფრთხილად უნდა შეიტანონ.

ამ მიზნით იყენებენ: სიფონურ ოყნას, სუბაკვალურ აბაზანასა და ნაწლავთა გამორეცხვას.



სურ. 50. სიფონის ოყნა. ა — თასი, ძაბრი აირგამომყვანი მილით, ტოლჩა წყლით; ბ — სიფონის ოყნის გაკეთების სქემა

გამომრეცხ ოყნას იყენებენ გამწმენდი და გამხსნელი ოყნის არაეფექტურობის, მსხვილ ნაწლავში დუღილის დროს და აირების არსებობისას. ნაწლავთა გაუვალობის. მოწამელის, ინტოქსიკაციის დროს, ოპერაციისათვის მომზადებისა და ძველი ჩადვრილი სისხლის მსხვილი ნაწლავის ქვედა სეგმენტთან გამომრეცხვის მიზნით.

ნაწლავების სწრაფი და მრავალჯერადი გამომრეცხვა ხერხდება სიფონის ორი კურკლის პრინციპით: ერთი მხრივ ნაწლავია (გაბერილი), მეორე მხრივ — სწორ ნაწლავში შეყვანილ მილზე ესმარქის ტოლჩა (ან ძაბრი) წყლით.

სიფონური ოყნისთვის საჭიროა 1-1,5 სმ დიამეტრისა და 1,5 მ სიგრძის სტერილური რეზინის მილი მინის შემაერთებლით აირგამომყვან ან კუჭის მსხვილ ზონდთან, ესმარქის ტოლჩა (ან 1 ლ და მეტი ტევადობის მინის ძაბრი) (სურ. 50). ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე, მენჯის ქვეშ შეუფენენ მუშამბას და შეუდგამენ განავლის მიმღებს. მუხლის სახსარში მოხრილი ფეხები მიზიდული უნდა ჰქონდეს მუცელთან. ვაზელინის ზეთის წასმის შემდეგ ზონდი ძალდატანების გარეშე 20-30-40 სმ-ზე შეაქვთ სწორ ნაწლავში, რომ არ დაიკეცოს, ხელთათმნიან (ვაზელინწასმული) თითით აკონტროლებენ, ავადმყოფის მენჯის დონეზე ოდნავ მაღლა მდებარე ესმარქის ტოლჩაში ასხამენ 1,5-2 ლ წყალს და ასწევენ ავადმყოფის მდებარეობის დონიდან 1,5 მ-ზე. როცა ავადმყოფი იგრძნობს ზეწოლას მსხვილ ნაწლავში და დეფეკაციის სურვილს, ტოლჩას დაუშვებენ საწყის დონემდე. ნაწლავიდან წყალი, აირი და განავალი გამოიყოფა ტოლჩაში (ძაბრში). ესმარქის ტოლჩის დვრილთან რეზინის მილს დაადებენ მომჭერს, წყალს გადმოღვრიან, ტოლჩას სუფთა წყლით აავსებენ, მომჭერს მოხსნიან და ისევ ასწევენ 1,5 მ სიმაღლეზე. პროცედურას იმეორებენ ზოგჯერ 10-15-ჯერ ნაწლავიდან სუფთა წყლისა და აირის გამოყოფამდე. სიფონური ოყნისათვის ზოგჯერ 10 ლ წყალია საჭირო, შემდეგ ტოლჩას (ძაბრს) რეზინის მილით ხსნიან კუჭის ზონდთან. სწორ ნაწლავში ზონდს ტოვებენ 10-15 წუთით. მის გარეთა ბოლოს ვედროსა ან თასში ათავსებენ ნაწლავში დარჩენილი აირისა და წყლის გამოყოფისთვის.

ნაწლავის გამომრეცხვა საჭიროა კოლიტის ზოგიერთი ფორმის შემთხვევაში. ხშირად ასეთ პროცედურას ახორციელებენ კურორტული მკურნალობის დროს მინერალური წყლით. წინასწარ საჭიროა გამწმენდი ოყნით ნაწლავის განთავისუფლება. ავადმყოფს;

რომელიც წევს მარცხენა გვერდზე მუცელთან მიზიდული ფეხებით, სწორ ნაწლავში შეუყვანენ რეზინის მილს (იგი კუჭის ზონდის თავისკენა მხარეა და 25 სმ სიგრძისაა). მასზე ამაგრებენ უჯანგავი ლითონის სამკაპა შემაერთებელს. მილს უერთებენ კედელზე 2 მ სიმაღლეზე ჩამოკიდებულ ავზს (მასში ასხია 38° ტემპერატურის მინერალური წყალი). მესამე მილი ჩაშვებულია იატაკზე მდებარე თასში გამდინარე სითხისათვის. ავზიდან მომდინარე სითხის სწორ ნაწლავში შეყვანისას თასისკენ მიმართული მილი დახშულია მომჭერით. ნაწლავში სითხის მაქსიმალურად შეყვანის შემდეგ (დეფეკაციის სურვილი) მომჭერს მოხსნიან და სწორი ნაწლავიდან სითხე იწყებს გამოსვლას (თასისკენ). ამავე დროს ახშობენ ავზიდან ნაწლავისკენ მიმართულ მილს. პროცედურას ასე იმეორებენ, სანამ დაახლოებით 25 ლ სითხეს არ გაატარებენ ნაწლავში.

სუბაკვალური აბაზანა იგივე პროცედურაა, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ავადმყოფი ჰორიზონტალურად წევს სათანადო ტემპერატურის მინერალური წყლის აბაზანაში. ერთდროულად იღებს აბაზანას და უკეთდება ნაწლავის გამორეცხვა. ერთობ დამტვირთავი პროცედურაა, ამიტომ მას იშვიათად იყენებენ.

მჯდომარე მდგომარეობაში მსხვილი ნაწლავის დისტალური ნაწილის გამორეცხვისათვის სწორ ნაწლავში შეყავთ რეზინის მოკლე მილი. სითხის (უფრო ხშირად მინერალური წყლის) ნაკადად გამუდმებული შეყვანით (კედელზე 2—3 მ სიმაღლეზე ჩამოკიდებული ავზიდან) ირეცხება ნაწლავის დისტალური ნაწილი.

სწორ ნაწლავში შესაყვანი მილი სტერილური უნდა იყოს. მას უხვად უსვამენ ვაზელინს (ან ვაზელინის ზეთს) და ნაწლავში შეყავთ ფრთხილად, უმტკივნეულოდ.

გამხსნელი ოყნა

გამხსნელ ოყნას იყენებენ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დეფეკაციის სტიმულირებისთვის, აგრეთვე ძლიერი ყაბზობის, ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის, სისხლჩაქცევის დროს, ქალასშიგაწნევის მომატებისას.

ავადმყოფს აწვენენ მარცხენა გვერდზე მუცელთან მიზიდული ფეხებით, მსხლისებრი ფორმის რეზინის ბალონს ავსებენ 50—100 მლ სუფრის მარილის (10%) ჰიპერტონიული ხსნარით, მაგნიუმის ან ნატრიუმის სულფატის (20—30%) ხსნარით, ბალონის ბუნიკს უსვამენ ვაზელინს, შეაქვთ ყითას არხში და ბალონზე ფრთხილი ზეწო-

ლით სითხე ნაწლავში შეყავთ. ავადმყოფს ურჩევენ ოყნის გაკეთების შემდეგ 20—30 წუთით შეაჩეროს დეფეკაცია.

ზეთის ოყნა გამხსნელია. მას იყენებენ ძლიერი ყაბზობისას. 37—38°-მდე გამთბარი 20—100 მლ ზეთი (მზესუმზირას, ზეთუნის, ვაზელინის, სელის) სწორ ნაწლავში 10 სმ სიღრმეზე შეჰყავთ (კათეტერით და ჟანეს შპრიცით ან რეზინისბუნკიანი ბალონით). ავადმყოფი ოყნის გაკეთების შემდეგ უნდა იწვევს მარცხენა გვერდზე 20—30 წუთი, რათა ზეთი არ გადმოიღვაროს. ოყნის გაკეთება საჭიროა საღამოთი, რომ ნაწლავის მოქმედება გამოიწვიოს 10—12 საათის შემდეგ.

ემულსიის ოყნას უკეთებენ მძიმე, მწოლიარე ავადმყოფს. წინასწარ მომზადებულ 2 ჰიქა გვირილის ნაყენს (1 სუფრის კოვზი გვირილა 1 ჰიქა მღულარე წყალში) დაუმატებენ ათქვეფილ ერთ კვერცხის გულს. 1 ჩაის ჰიქა ნატრიუმის ბიკარბონატს და 2 სუფრის კოვზ ვაზელინის ზეთს ან გლიცერინს. ასეთი ხსნარის სწორ ნაწლავში შეყვანიდან 15 წუთის შემდეგ იწყება ნაწლავის მოქმედება.

ოყნის გაკეთება ოგნევის წესით

ოგნევის წესით ოყნას იყენებენ ყაბზობის დროს და დეფეკაციის სტიმულაციისთვის ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

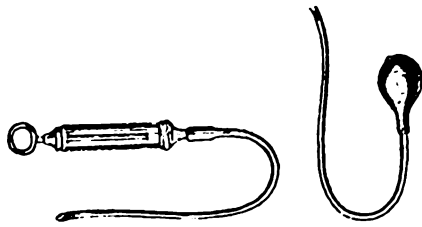
ოყნით შეყვანილი ნივთიერებები (გლიცერინი, ჰიპერტონიული ხსნარი და წყალბადის ზეჟანგი) ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებით რეფლექსურად აძლიერებს ნაწლავთა პერისტალტიკას, აჩქარებს დეფეკაციას

გამხსნელი ოყნის მსგავსად რეზინის ბალონით სწორ ნაწლავში შეყავთ ნარევი: 20 მლ სუფრის მარილის 10%-ანი ხსნარი, 20 მლ გლიცერინი და 20 მლ წყალბადის ზეჟანგი. ოყნის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფი უნდა იწვევს 10—15 წუთი. რათა იგი არ გადმოიღვაროს.

ოყნის გაკეთება ოგნევის წესით არ შეიძლება სწორი და სიგმური ნაწლავის მწვავე ჩირქოვანი და წყლულოვანი პროცესის დროს. ოყნის სწორად გაკეთებისას გართულება არ ხდება.

მედიკამენტის შეყვანა ოყნით

მედიკამენტი ოყნით შეყავთ იმ შემთხვევაში, როცა მისი დაღვევება შეუძლებელი ან უკუნაჩვენებია, არც პარენტერულად



სურ. 51. მიკროოცნა მედიკამენტის შესაყვანად: რეზინის ბალონი ზეთის ოცნისთვის; ქანეს შპრიცი რეზინის მილით მიკროოცნისთვის

ხერხდება წამლის მიცემა, ავადმყოფს აქვს ლებინება, ასციტი ან იგი უგონო მდგომარეობაშია და სხვ.

მედიკამენტი ოცნით შეყავთ ანთების შემთხვევაში ადგილობრივი, აგრეთვე ზოგადი მოქმედებისთვის. ოცნით მედიკამენტების შეყვანამდე ნახევარი საათით ადრე ავადმყოფს ნაწლავების დასაცლელად უკეთებენ გამწმენდ ოცნას, რის შემდეგ მედიკამენტები უკეთ იწოვება.

სწორ ნაწლავში მედიკამენტები შეყავთ ღრმად გრძელი რეზინისბუნციანი რეზინისვე ბალონით, რომელსაც ვაზელინის ზეთი აქვს წასმული (ან რეზინის კათეტერით და ქანეს შპრიცით) (სურ. 51). ოცნისათვის საჭირო ხელსაწყოები სტერილური უნდა იყოს.

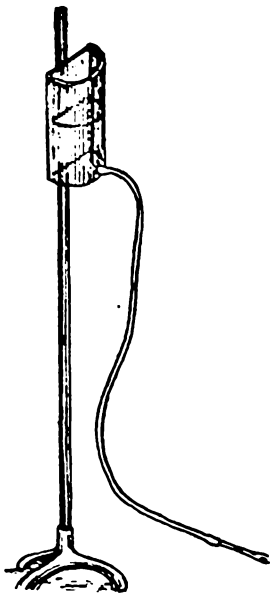
ოცნით შესაყვან მედიკამენტს ხსნიან 50 გ სუფრის მარილის იზოტონიურ ხსნარში ან შეყავთ ისეთი ნივთიერებები, როგორცაა, მაგალითად, სახამებლის ნახარში (2—3 ჩაის კოვზი სახამებელი 2—3 ჭიქა წყალში). გვირილის ნაყენი (5 სუფრის კოვზ გამხმარ გვირილის ყვავილს ხარშავენ 1 ლ ადუღებულ წყალში და აჩერებენ 2 სთ), პროტარგოლის ხსნარი (0,1—0,2%), ტანინი (0,5—1%), მანგანუმქავეაკალიუმი (1:4000).

ოცნისათვის ხსნარი 40°-მდე უნდა იყოს გამთბარი. უფრო ცივი ხსნარი არ შეიწოვება, იწვევს ქინთვას. შეიძლება გამოიწვიოს დეფეკაცია.

მსხვილი ნაწლავის დისტალური ნაწილიდან სისხლის დენის შემთხვევაში სამკურნალო ოცნას უმატებენ ადრენალინის ხსნარს (0,1%-იანი 0,5—1 მლ.).

ანტიბაქტერიულ პრაპარატებს ხსნიან 30—50—100 მლ სიოხეში. მას უმატებენ სინტომიცინის 10%-იანი ემულსიის 15—30 მლ-ს, გახსნილ ენტეროსეპტოლის 1—2 ტაბლეტს და სხვ.

პროქტოსიგმოიდიტის სამკურნალოდ იყენებენ ზეითუნის ზეთის ოცნას (30—50 მლ), ანტიპირინის 1,5—2,5%-იანი ხსნარის 20 მლ-ს,



სურ. 52. მოწყობილობა წვეთოვანი ოცნისათვის

კოლარგოლს (0,25%—30 მლ), გაუტკივარებისთვის — ნოვოკაინის ხსნარის ოცნას (0,75% 20—30 მლ), გოგირდ-მჟავა ატროპინს (0,1%—1-2 მლ).

სწორ ნაწლავში მედიკამენტის შეყვანისას (მიკრო-ოცნა) ავადმყოფს აწვენენ მარცხენა გვერდზე მუცელთან მიზიდული ქვედა კიდურებით. დუნდულოებს მარცხენა ხელის თითებით გადაწვევენ და მარჯვენა ხელით 10—12 სმ სიღრმეზე სწორ ნაწლავში შეაქვთ ვაზელინწასმული კათეტერი (ან რეზინის ბალონის რეზინისვე ბუნიკი), შემდეგ მას-

ზე მორგებულ მედიკამენტით სავსე შპრიცს (ბალონს) ნელა აწვებიან ხელით და შეყავთ ხსნარი. კათეტერი (ბალონის ბუნიკი) სწრაფად გამოაქვთ, სითხე რომ არ გადმოიღვაროს.

წვეთოვანი ოცნა

ეს ოცნა გამოყენებულია დიდი რაოდენობით სითხის დაკარგვის — გაუწყლოების შემთხვევაში, როცა რაიმე მიზეზით ვენაში სითხის შეყვანა გაძნელებული ან არასაკმარისია. წინასწარ საჭიროა გამწმენდი ოცნის გაკეთება. წვეთოვანი ოცნის გასაკეთებლად გამოყენებულია იგივე მოწყობილობა, მხოლოდ გადასხმის სისტემის მილში ჩართულია საწვეთური (სურ. 52). ასეთნაირად სწორ ნაწლავში წუთში შეყავთ 40°-მდე გამთბარი 60—80 წვეთი, საათში — 240 მლ, დღე-ღამეში — 3 ლიტრამდე.

მკვებავი ოცნა

მკვებავი ოცნა ხელოვნური კვების ერთ-ერთი სახეა. მას იყენებენ დროებით, როგორც დამატებას, რადგან მსხვილი ნაწლავის დისტალური სეგმენტიდან შეიწოვება მხოლოდ წყალი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზის ხსნარი, სპირტი, ბულიონი, ნაღე-

ბი, ცილა და ამინომჟავები კი ნაწილობრივ შეიწოვება. საკვების რაოდენობა უნდა იყოს არაუმეტეს 200 მლ-სა, 38—40°-მდე შემთბარი.

მკვებავი ოყნის გაკეთებამდე 1 საათით ადრე საჭიროა გამწმენდი ოყნის გაკეთება. ნაწლავში შეყვანილი საკვების უკეთ შეჩერებისთვის უმატებენ 5—10 წვეთ ოპიუმს, უკეთ შეწოვისთვის—სპირტს (კონიაკს). მკვებავი ოყნის გაკეთება დღე-ღამეში შეიძლება მხოლოდ 2—3-ჯერ, რათა ნაწლავი არ გაღიზიანდეს. სითხე შეყავთ ნელა (ესმარქის ტოლჩით 1,5—2 მ სიმაღლიდან), ჟანეს შპრიცით და ვაზელინწასმული რეზინის მილით (რამელიც ღრმად შეაქვთ სწორ ნაწლავში) (სურ. 51). ავადმყოფი უმჯობესია იწვეს მარცხენა გვერდზე, ფეხები მუხლებში მოხრილი და მუცელთან მიზიდული ჰქონდეს. ოყნის შემდეგ ავადმყოფი უნდა იწვეს 1 საათი.

საკვების შეყვანა ოყნით უმჯობესია წვეთოვნად (სურ. 52), ასეთნაირად ის უკეთ შეიწოვება, ნაწლავის სანათური არ იკიმება, არ იწვევს პერისტალტიკას, არ აბრკოლებს აირების გამოყოფას, უმტკივნეულოა.

საკვებად და გამხსნელად შეიძლება გამოიყენონ ბულიონი, გლეჯობა, წყალი, რძე, რომელსაც უმატებენ კვერცხის ცილას. შოკოლადს, მარილს, სპირტს (კონიაკს, არაყს). ღვინოს.

ავადმყოფის მომზადება მსხვილი ნაწლავის ანტიბიოტოლოგიური გამოკვლევისათვის

გამოკვლევა ორგვარია: 1. ირიგოსკოპიით, რომლის დროს მსხვილ ნაწლავში შეყავთ ბარიუმის ფაფის ხსნარი ოყნით და 2. მსხვილი ნაწლავის დათვალიერება ბარიუმის დალევინებიდან 24 საათის შემდეგ.

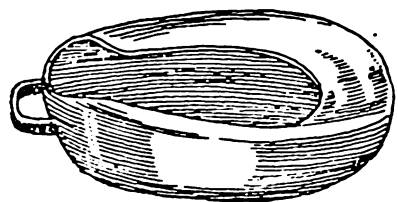
ირიგოსკოპიის წინ ავადმყოფს არ აძლევენ ისეთ საკვებს (შავი პური, რძე, კარტოფილი, კომბოსტო, ყურძენი და სხვ.), რომელიც აირებს წარმოქმნის, უნიშნავენ ადვილძოსანელებელ საკვებს (ფაფებს, კისელს, სუპს, მოხარშულ ხორცს, თევზს).

მეტეორიზმის დროს სამი დღის განმავლობაში ავადმყოფს დღეში სამჯერ აძლევენ გვირილის ნაყენს (1 სუფრის კოვჩი ერთ ჭიქა გადადუღებულ წყალზე). ვახშმის შემდეგ სწორ ნაწლავში ჩაუდგამენ აირგამომყვან მილს. აირის წარმოქმნის გამო საფალარათო მარილს არ უნიშნავენ. გამოკვლევის წინა დღეს სადილის შემდეგ ავადმყოფს აძლევენ 30 გ აბუსალათინის ზეოს და მსხვილი ნაწლავის სრული გაწმენდისთვის გამწმენდ ოყნას უკეთებენ: სა-

ლამოს ძილის წინ. დილით საუზმემდე და მსუბუქი საუზმის შემდეგ. გამოკვლევამდე 1 საათით ადრე სწორ ნაწლავში შეიტანენ აირ-გამომყვან მილს. შემდეგ ავადმყოფს აგზავნიან რენტგენოლოგიური გამოკვლევისთვის. ირიგოსკოპიისათვის ოყნით შეყავთ შემდეგი ნარევი: 1 ლ წყალი, 200 გ ბარიუმის სულფატი, 10 გ ტანინი.

განავლის შესადგმელი მიმღები

განავლის შესადგმელ მიმღებს ამზადებენ მინანქრისას, რეზინისას და ქაშანურისას. იგი მოგრძო ან მრგვალი ფორმისაა, აქვს სახელური და სახურავი (სურ. 53). მას სუფთას, დეზინფიცირებულს უნდა ინახავდნენ ტუალეტის ოთახში განკუთვნილ ადგილას.



სურ. 53. განავლის შესადგმელი მიმღები

გააქვთ ტუალეტის ოთახში და ცლიან უნიტაზში. განავლის მიმღებს გულდასმით რეცხავენ ცხელი წყლითა და ფხვნილით („ჰიგიენა“, „ლოტოსი“). შემდეგ უკეთებენ დეზინფექციას ქლორამინის 2%-ანი ან ქლორიანი კირის გამჟღავნებელ 0,5%-ანი ხსნარით.

მძიმე შემთხვევაში, განავლის შეუყავებლობისას ნაწოლების პროფილაქტიკისა და დასვრის აცილების მიზნით იყენებენ რეზინის გასაბერ (ძლიერ გაბერილი არ უნდა იყოს) განავლის შესადგმელ მიმღებს (ზეწარზე მის ქვეშ აფენენ მუშამბას, დუნდულოებს, გავასა და რეზინს შორის კი — საფენს).

განავლის მიმღებს დროულად ცლიან, რეცხავენ და ისევ შეუდგამენ ავადმყოფს.

ამჟამად იყენებენ განავლის მიმღების სარეცხ და გამშრობ სპეციალურ მანქანას.

მამაკაცისა და ქალის შარდის მიმღები განსხვავებულია.

განავლის ალება ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის

განავალს გამოკვლევისათვის იღებენ დილით დეფეკაციისთანავე განავლის მიმღებიდან ხის სუფთა ფირფიტით და გადააქვთ მშრალ, სუფთა მინის ჭურჭელში (და არა ქალაღზე ან ასანთის კოლოფში), ახურავენ თავს. ჭიის კვერცხებზე გამოკვლევისათვის განავალს იღებენ სამ სხვადასხვა ადგილას.

ფარულ სისხლის დენაზე გამოკვლევისთვის ავადმყოფს ამზადებენ 3 დღეს, არ აძლევენ ხორცისა და თევზის შემცველ საკვებს, იოდის, ბრომისა და რკინის შემცველ მედიკამენტებს.

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა თირკმლისა და შარდის გამოდგომის ორგანოთა ფუნქციის მოშლის დროს

უროლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევა

უროლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევისა და მოვლის თავისებურება მოითხოვს სპეციალურ ცოდნას.

უროლოგია მედიცინის დარგია, რომელიც სწავლობს შარდსასქესო ორგანოთა (თირკმლების, შარდსაწვეთების, შარდის ბუშტის, შარდსადენი მილის, წინამდებარე ჭირკვლის, სათესლე ჭირკვლების, სასქესო ასოს) დაავადებების (დაზიანება) მკურნალობას.

უროლოგიურ კლინიკაში ავადმყოფთა გამოკვლევისა და მკურნალობისთვის იყენებენ სპეციალურ მეთოდებს.

ციტოსკოპია ნიშნავს სპეციალური ხელსაწყოთი—ციტოსკოპით შარდის ბუშტის გამოკვლევას. ათვალღებენ შარდის ბუშტის ლორწოვან გარსს, შარდსაწვეთების შესავალს, მიმართავენ მათ კათეტერიზაციას, სწავლობენ ბუშტის სიმსივნეებს, კონკრემენტს, პროსტატის მდგომარეობას.

ქრომოციტოსკოპიით ამოწმებენ თირკმლის ფუნქციას. ვენაში შეყვანილი 0,4%-იანი 4 მლ ინდიგოკარმინის გამოყოფას აკვირდებიან შარდის ბუშტში ციტოსკოპით. ნორმალურად შარდსაწვეთიდან 3—5 წუთში გამოიყოფა ლურჯად შეფერილი შარდი. ინდიგოკარმინის გამოყოფის დაბრკოლების მიზეზი შეიძლება იყოს ზემო საშარდე გზების ობსტრუქცია.

შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია. ციტოსკოპით შარდსაწვეთში შეყავთ სპეციალური კათეტერი. შარდსაწვეთის შევიწროებისას ან კენჭით დახშობისას კათეტერი ვერ შედის შარდსაწვეთში.

შარდსაწვეთის კათეტერით შეიძლება შარდის ალება უშუალოდ თირკმლის მეჩვიდან.

აღმავალი პიელოგრაფია. შარდსაწვეთის კათეტერიდან თირკმლის ქიხჯში შეყავთ საკონტრასტო ნივთიერება - 76%-ანი ვეროგრაფინი. უროგრაფინი, ტრიომბრასტი ან ქანგბადი და ახორციელებენ რენტგენოგრაფიას, კონტრასტის ფონზე კარგად ჩანს კენჭი, საშსივნი, ცისტა.

ვენისშიგა (ექსკრეციული) უროგრაფია. ვენაში შეყავთ 40 მლ 70% ვეროგრაფინი და ახორციელებენ საშარდე გზების რენტგენოგრაფიას — 10, 20, 30 წუთში, ამ მეთოდით განსაზღვრავენ თირკმლის ფუნქციურ მდგომარეობას და ადგენენ დაბრკოლებას.

ცისტოგრაფია შარდის ბუშტის რენტგენოგრაფიაა გაზავებული ვეროგრაფინის, ტრიომბრასტის, ქანგბადის 100—150 მლ-ის შეყვანის შემდეგ. ცისტოგრაფიას იყენებენ შარდის ბუშტის სიმსივნის ან დაზიანების დასადგენად.

ურეთოგრაფია შარდსადენი მილის რენტგენოგრაფიაა გაზავებული კონტრასტის (ვეროგრაფინი, უროგრაფინი, ტრიომბრასტი 10—20 მლ) შეყვანის შემდეგ. ამ მეთოდს იყენებენ შარდსადენის სიმსივნის ან დაზიანების შემთხვევაში.

სადღეღამისო დიურეზი (დღე-ღამეში გამოყოფილი შარდის რაოდენობა) ნორმალურად 1,5 ლიტრს (700—3000 მლ-ს) შეადგენს. მისი განსაზღვრისათვის დილით შარდის პირველ ულუფას გადაღვირან, ჩაინიშნავენ დროს, შემდეგ მეორე დღემდე (ზუსტად იმავე დრომდე) ერთ ჭურჭელში აგროვებენ შარდს.

კლინიკური გამოკვლევისათვის, საერთო ანალიზისათვის საჭიროა შარდის შეგროვება დილით სუფთა ჭურჭელში ნახევარი — ერთი საათის განმავლობაში.

დიურეზის გაძლიერება — პოლიურია მოჰყვება სითხის დიდი რაოდენობით მიღებას, სისხლის ოსმოსური წნევის გადიდებას მასში შაქრის რაოდენობის მომატებით (შაქრიანი დიაბეტი), გლომერულებში წყლის რეაბსორბციის მოშლას ჰიპოფიზის ანტიდიურეზული ჰორმონის უკმარისობის შედეგად (უშაქრო დიაბეტი), თირკმლის კონცენტრაციის დაქვეითებას ქრონიკული ნეფრიტის შემთხვევაში.

დიურეზის შემცირებას — ოლიგურიას და შარდის გამოყოფის შეწყვეტას — ანურიას იწვევს თირკმლების დაავადება, ორგანიზმის გაუწყობლობა, შარდსაწვეთის დახშობა (კენჭით, ლორწოთი, სიმსივნით), აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის მოშლა, მძიმე ინტოქსიკაცია (შეიძლება რეფლექსურადაც), ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი.

ნორმალურად დღე-ღამეში შარდის ბუშტი იცლება 5-6-ჯერ შარდის ბუშტის 200—300 მლ მოცულობისას.

შარდის გამოყოფის გახშირება — პოლაკიურია ხშირად თან სდევს პოლიურიას.

პოლაკიურია მტკივნეულ და გაძნელებულ მოშარდვასთან — დიზურიასთან ერთად ვლინდება წინამდებარე ჭირკვლის აღენომისა და კიბოს, შარდის ბუშტის ანთების (ცისტიტის) ან კენჭით ლორწოვანის გაღიზიანებისას. ასეთ შემთხვევაში შარდი ხშირად მცირე ულუფებად გამოიყოფა.

პროთეინურია — შარდში ცილა აღენიშნებათ ჯანმრთელ პირებს ფიზიკური დატვირთვის, გადაძაბვის, გადაცივების შემთხვევაში.

ზოგს პროთეინურია უვლინდება სხეულის ვერტიკალური მდებარეობისას და ქრება ჰორიზონტალური მდებარეობისას (ორთოსტატული პროთეინურია — ვარიკოცელეს დროს). პროთეინურია ხშირია გლომერულოპიელონეფრიტის და ნეფროზის შემთხვევაში.

ჰემოგლობინურია — შარდში თავისუფალი ჰემოგლობინის შემცველობა ერთროციტების გაძლიერებულ დაშლაზე (ჰემოლიზზე) მიუთითებს. შარდი ჰემოგლობინის შემცველობის მიხედვით შეიძლება იყოს ვარდისფერი და შავიც კი.

ჰემატურია შარდში სისხლის შერევას ნიშნავს.

უროლოგიურ პრაქტიკაში გამოკვლევის თანამედროვე მეთოდებიდან იყენებენ აგრეთვე საშარდე გზების ექოსკენირებას, საშარდე ორგანოების რადიოიზოტოპურ გამოკვლევას, თირკმლების არტერიოგრაფიას, რენოვენოგრაფიას და სხვ.

თირკმლის ჰვალის (თირკმელ-კენჭოვანი დაავადების) დროს ავადმყოფს ზოგჯერ წელისა და მუცლის არეში უეცრად ეწყება უმძაფრესი მწვავე ტკივილი შარდსაწვეთში კენჭის (მარილების) გადანაცვლების შედეგად.

შეტევა ხშირად ვითარდება ფიზიკური დატვირთვისა და ცუდი (რყევით) მგზავრობისას. ტკივილი ხშირად გადაეცემა საზარდულის არეში, სასქესო ორგანოში, შეტევას თან სდევს გახშირებული შარდვა, ჰინთები, ტკივილი შარდვისას, მუცლის შეებერილობა (რაც ზოგჯერ ეშლებათ ნაწლავთა გაუვალობაში ან მუცლის ღრუს სხვა მწვავე ქირურგიულ დაავადებაში). თირკმლის ჰვალს ახასიათებს ძლიერი მოუსვენრობა, ზოგჯერ ჰემატურია.

დახმარება: საჭიროა ავადმყოფის გათბობა, თბილი აბაზანა, სათბურა წელის არეში. ატროპინი, (0,1%-ანი 1 მლ) კანქვეშ, ბა-

რალგინი (ვენაში, კუნთებში), ტრამალი (ვენაში), პრომედოლი (კუნთებში). წელის ბლოკადა ნოვოკაინით.

დიეტა თირკმლისა და შარდის გამომყოფ ორგანოთა დაავადების დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა. აკონტროლებენ ავადმყოფის მიერ მიღებულ საკვებსა და სასმელს. მკვეთრად ზღუდავენ: სუფრის მარილს, შებოლილ პროდუქტებს, შაშხს, მწნილს. ავადმყოფს უნიშნავენ C ვიტამინით მდიდარ № 7-ა დიეტას.

შარდში აღმოჩენილი მარილების — ოქსალატების, ურატების, ფოსფატების შესაბამისად ავადმყოფს უნიშნავენ შესაფერ დიეტას.

გამოყოფილი შარდის რაოდენობის კონტროლისათვის ერთ ჭურჭელში აგროვებენ დღე-ღამის შარდს, დილით ჩაინიშნავენ გამოყოფილი შარდისა და მიღებული სითხის რაოდენობას და ავადმყოფობის ისტორიაში ჩაწერენ.

თირკმლის დაავადების დროს ადამიანს კანი მშრალი აქვს, ადვილად უსკდება, ინფიცირდება, წყლულდება, ნაწოლები ვითარდება. საჭიროა ყოველდღიურად თეთრეულის გამოცვლა, კანის დამუშავება სადეზინფექციო ხსნარებით, ავადმყოფის ხშირად გადაბრუნება და კუდუსუნის ქვეშ რგოლის მოთავსება. განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ ნაწლავებისა და შარდის ბუშტის დროულ დაცვას. სწორად უნდა ასრულებდნენ დიაგნოსტიკურ სინჯებს, დროულად და სრულყოფილად ამზადებდნენ ავადმყოფს ამა თუ იმ პროცედურისათვის. შარდის ბუშტის ინფიცირების პროფილაქტიკა კათეტერის სტერილიზაცია დ მისი სტერილურად შენახვა, რისთვისაც ზოგჯერ იყენებენ ფორმალინის ტაბლეტით მშრალ სტერილიზაციას.

შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში ისვრება ლოგინი, თეთრეული, შარდის უსიამოვნო სუნის დგება, ამიტომ მწოლიარე ავადმყოფს ხშირად უდგამენ შარდის მიმღებს, საჭიროებისას შარდსადენში მუდმივ კათეტერს ათავსებენ.

შარდის შეუკავებლობისას მწოლიარე ავადმყოფი ხშირად უნდა ჩაბანონ, გამოუცვალონ ლოგინი, თეთრეული. თუ მოსიარულე ავადმყოფს აქვს შარდის შეუკავებლობა, იგი ატარებს თას-მით დამაგრებულ რბილ, რეზინის რეზერვუარს — შარდის მიმღებს. შარდის მიმღები ყოველდღე უნდა გარეცხონ ცხელი წყლითა და საპნით, შარდის სუნის მოსასპობად გამოავლონ მანგანუმმყავა კალიუმის ან მარილმყავას სუსტი ხსნარი.

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა თირკმლისა და შარდის გამომყოფ ორბანოთა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

უროლოგიურ კლინიკაში ნაოპერაციევი ავადმყოფის მოვლის ძირითადი პრინციპები იგივეა, როგორც ზოგადი პროფილის ქირურგიულ კლინიკაში.

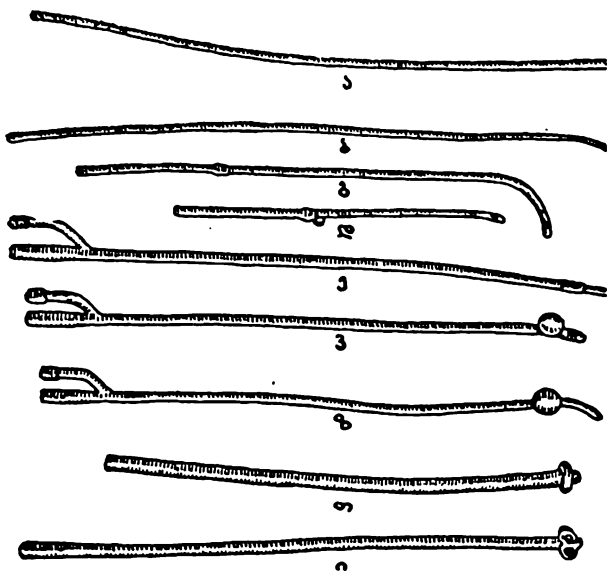
ოპერაციისწინა პერიოდში მომზადებისას განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ თირკმლის ფუნქციის გაუმჯობესებას, ზღუდავენ სუფრის მარილს, ცილას, ავადმყოფს უნიშნავენ № 7 მაგიდას, დიურეზის გაძლიერებისათვის — 40%-ან გლუქოზას და სხვ. შარდის ინფიცირებისას (შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა) მიკრობთა მგრძნობელობის მიხედვით ანტიბაქტერიული მკურნალობაა საჭირო.

უროლოგიური დაავადება შეიძლება ჰქონდეს ყველა ასაკის ადამიანს, მაგრამ უფრო ხშირია ხანშესულ და მოხუცებულობის ასაკში, როცა დაქვეითებულია კომპენსაციური შესაძლებლობანი, განსაკუთრებით ოპერაციული ტრავმის მიმართ. ამ ასაკში ხშირად დაქვეითებულია გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვის ორგანოთა. აგრეთვე ღვიძლის ფუნქცია, რაც მნიშვნელოვნად აძნელებს და ახანგრძლივებს ოპერაციისწინა პერიოდს.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში საყურადღებოა. ერთი მხრივ, ზოგადი მდგომარეობა, ფილტვებისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულების პროფილაქტიკა (ნაადრევე მოძრაობა, სუნთქვითი ვარჯიში, საგულე საშუალებანი და სხვ.), ნაწილობრივ აცილება, მეორე მხრივ, ადგილობრივ ნაოპერაციევი არტისაქციო (სველდება თუ არა სისხლით, შარდით), დრენაჟი. დროულ უსვია დაადგინონ სისხლის დენა, დრენაჟის დახშობა, გადანაცვლება, ამოვარდნა.

შარდის გადმოყვანისას დრენაჟს, კათეტერს შარდის შესაგროვებლად აერთებენ საწოლზე დამაგრებულ ბოთლთან. იგი უნდა იყოს გამჭვირვალე, რათა ჩანდეს შარდი და სტერილური დამატებითი ინფექციის აცილების მიზნით. სუნის მოსასპობად ბოთლში ასხამენ მცირე რაოდენობით დეზოდორანტს — მანგანუმმყავა კალიუმის ხსნარს.

ოპერაციის შემდეგ აუცილებელია დიურეზის ზუსტი კონტროლი. ამისათვის ცალ-ცალკე აღრიცხავენ ბუნებრივი გზით დრენაჟიდან და მილის ირგვლივ გამოყოფილი შარდის რაოდენობას. მილს, ჩვეულებრივ, ამაგრებენ სხეულზე დოლობანდის თასმებით და



სურ. 54. სხვადასხვა სახის კათეტერი: ა — რეზინის (ნელატონის); ბ — ტიშანის; გ — მამაკაცის (ლითონის); დ — ქალის (ლითონის); ე, ვ, ზ — კათეტერები ბალონიანი (პომე-რანცევ-ფოლვის); ი — პეცერი-მალეკოსი

მწებავი ემპლასტროთი. ღრენაჟის ირგვლივ კანს ინდიფერენტული მალამოთი ფარავენ მაცერაციის ასაცილებლად.

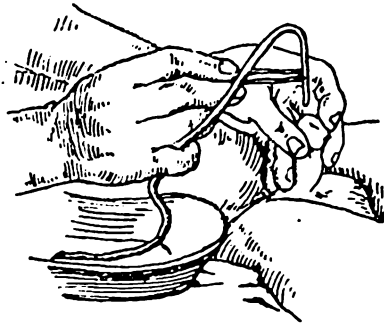
სათესლე პარკის ოპერაციის შემდეგ იყენებენ სტერილური დოლბანდის სუსპენზორიუმს.

კათეტერს, ღრენაჟს ცვლის ექიმი, ბუშტის გამოსარეცხად ხმარობენ ჟანეს შპრიცს, ბუშტში რამდენჯერმე შეყავთ შემთბარი 50 მლ ხსნარი და უკან გამოუშვებენ სითხის გამჭვირვალეზამდე.

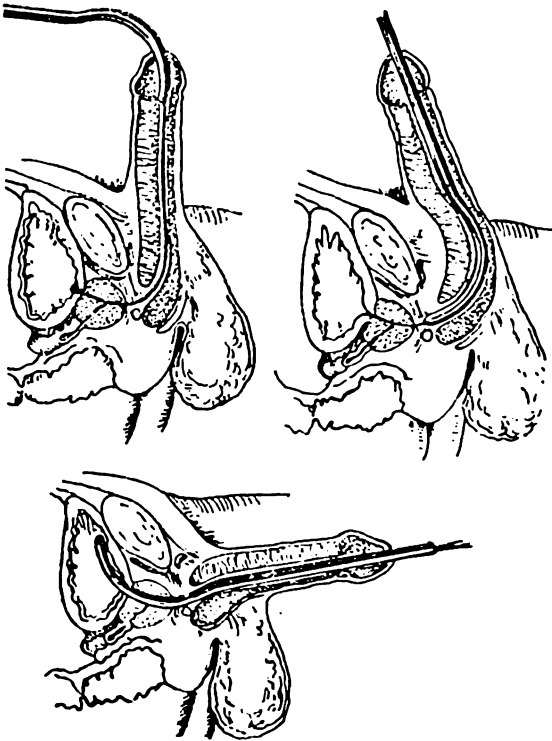
არასრულყოფილი ღრენიერებისას ვითარდება შარდოვანი შეშუპება. წყდება შარდის გამოყოფა, ტემპერატურა მატულობს.

კათეტერიზაცია. არსებობს 25—30 სმ სიგრძისა (ქალის ლითონის კათეტერი 12—15 სმ სიგრძის) და 10 მმ დიამეტრის რბილი (რეზინის — ნელატონის) და მაგარი (ლითონის) კათეტერი (სურ. 54) 1/3 მმ დიამეტრის სხვაობით 30 ნომრამდე. ჩვეულებრივ, საშუალო, № 14—18 კათეტერს ხმარობენ. დასაწყისში კათეტერიზაციას ახორციელებენ რბილი კათეტერით, უშედევგობისას კი — ლითონის კათეტერით.

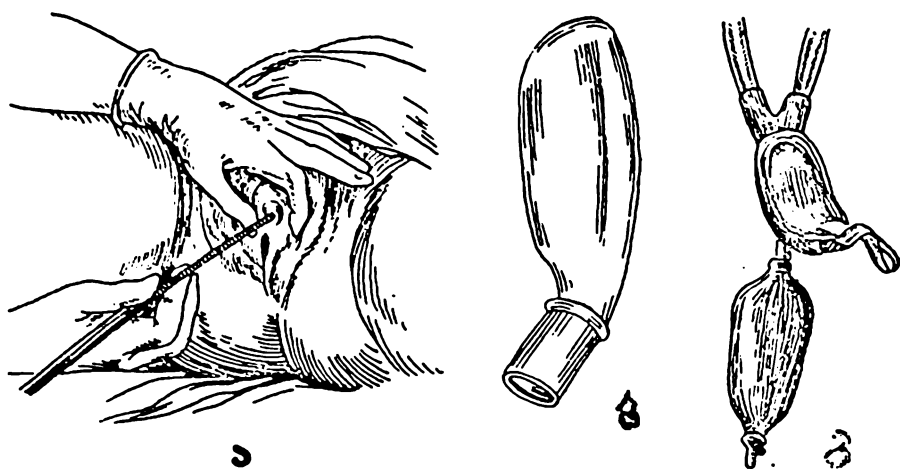
კათეტერიზაცია მხოლოდ აუცილებელ შემთხვევაში შეიძლება გამოიყენონ, რადგან ბუშტი ადვილად ინფიცირდება. განსაკუთრებით უნდა დაიცვან ასეპტიკის წესები (ასტერილებენ 15 წუთს დუ-



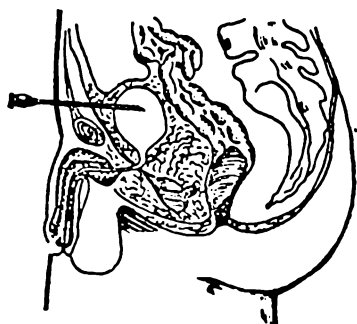
სურ. 55. შამაკაის შარდის ბუშტის
კათეტერიზაციის ტექნიკა რეზინის (ნე-
ლატონის) კათეტერით



სურ. 56. შამაკაის შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ტექნი-
კა ლითონის კათეტერით (სამ ეტაპად)



სურ. 56. ა — ქალის შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია; ბ — შარდის მიმღები მამაკაცის; გ — შარდის მიმღები ქალისათვის (რეზინის)



სურ. 57. შარდის ბუშტის პუნქცია

ლილით). შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას მიმართავენ: შარდის გამოშვებისთვის (შეკავებისას) ბუშტის გამოსარეცხად, ბუშტში წამლის შესაყვანად.

მამაკაცის კათეტერიზაცია. (სურ. 55) ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს, განზიდულ ფეხებს შორის სუფთა თასს უთავსებენ, მარცხენა ხელით იღებენ სასქესო ასოს თავს და დაამუშავებენ საღებინფექციო ხსნარით. სტერილური კათეტერის ბოლოზე (იგი ბლაგვია, მომარგვალებული, გვერდზე ხვრელი აქვს) ასხამენ სტერილურ გლიცერინს ან ვაზელინის ზეთს. რბილი კათეტერი შეაქვთ შარდსადენ მილში კონკრეტით. ლითონის კათეტერის ბოლოს გაატარებენ თითქმის პორიზონტალურად, ჭერ ეწევიან მაღლა, შემდეგ ძირს დაუშვებენ და ასეთნაირად კათეტერის ბოლო ბუშტში

შედის, რასაც შარდის გამოყოფა ადასტურებს (შარდს ჭურჭელში აგროვებენ) (სურ. 56).

ქალის კათეტერიზაცია. მარცხენა ხელით გადაწევენ სასირცხო ბაგეებს, გაასუფთაებენ კლიტორს და მის ქვეშ შარდსადენის ხერხეულში (და არა საშოში). შეაქვთ კათეტერი (სურ. 56).

შარდის ბუშტის პუნქციას (სურ. 56₂) ახორციელებს ექიმი, როცა ვერ ხერხდება შარდის გამოშვება. მუცლის ქვედა ნახევარზე კანს გაპარსვის შემდეგ დაამუშაებენ სპირტით და იოდით ან ქლორ-ჰექსილინით, ანესთეზიას აკეთებენ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარით შუა ხაზზე ბოქვენის ძვლის 1 სმ ზევით, აქვე პუნქციისათვის შეაქვთ მსხვილი ნემსი. ზოგჯერ მასში გამტარით მუდმივად დგამენ წვრილ კათეტერს.

ონკოლოგიური ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი

ონკოლოგიურ ავადმყოფს ფსიქიკა ლაბილური, შეცვლილი აქვს, რაც მოვლისას ერთობ საყურადღებოა. ასეთი ავადმყოფი დაავადების დასაწყის პერიოდში არ უნდა ჩვედობდეს უიმედო მდგომარეობაში მყოფ სხვა ავადმყოფებს, ჩვენში ონკოლოგიურ ავადმყოფს დიაგნოზს არ ეუბნებიან, იყენებენ მოგონილ დიაგნოზს (წყლული, ინფილტრატი, მოცულობითი დაავადება და სხვ.). მისი თანდასწრებით არც ლათინურ (კარცინომა, ბლასტომა) ტერმინებს ასახელებენ. რათა ავადმყოფმა სიმსივნე არ ივარაუდოს. სწორ დიაგნოზს ეუბნებიან ავადმყოფის ახლობელს. ავადმყოფობის ისტორია ან სხვა საბუთი, სადაც მითითებულია დაავადება, ავადმყოფმა არ უნდა ნახოს. მისთვის ცალკე აესებენ სხვა საბუთის მოგონილი დიაგნოზით. ავადმყოფმა სიმსივნის შესახებ არ უნდა იცოდეს ოპერაციის რადიკალურად შესრულების შემთხვევაშიც. რათა მომავალში რეციდივის ან მეტასტაზის გამო არ ჩერვიულოს.

ზუსტ დიაგნოზს, როგორც გამონაკლისი, ავადმყოფს ეუბნებიან მხოლოდ მაშინ, როცა იგი კატეგორიულ უარს აცხადებს საკირო ოპერაციულ დახმარებაზე.

ახლობლებს უნდა განუმარტონ, რომ სიმსივნე გადამდები არ არის. ისინი კი უნდა ეცადონ რომ სიმსივნეანი ავადმყოფი არ მისვლდეს ექიმბაშთან, რაც ოპერაციულ და სხვა სახის სწორ მკურნალობას აგვიანებს.

სიმსივნეანი ავადმყოფი დაგვიანებულ (დისენზირებულ) სტადიაში განიცდის ხანგრძლივ მორალურ და ფიზიკურ ტანჯვას ტკივილის, ძლიერი სისუსტისა და უიმედობის გამო. ზოგჯერ კანის ტუჩის, სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის დაწყულულებისაგან ან ხორხი-

სა და საყლაპავი მილს კბობავან სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელებას და ა. შ. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება უიმედო ავადმყოფის სიმპტომურ მკურნალობას, მოვლას, ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებას. ტერმინალურ სტადიაში ავადმყოფის მოვლა-დახმარებაში უნდა გამოიყენონ ყველა შესაძლებლობა.

ონკოლოგები მდგომარეობის გაუმჯობესების მრავალ შემთხვევას ასახელებენ უიმედო ავადმყოფთა რენტგენო-, ქიმიო- და ჰორმონოთერაპიის, ქსოვილით მკურნალობის, აგრეთვე პალიატიური ოპერაციის გამოყენების შემდეგ.

ავადმყოფსა და მის ახლობლებს უნდა გააცნონ ზოგიერთი აუცილებელი ჰიგიენური ღონისძიება. მაგალითად, ფილტვისკიბოიანი ავადმყოფი ნახველს უნდა აგროვებდეს სპეციალურ მჭიდროთავსახურიან საფურთხებელში, რომელსაც ყოველდღე უნდა რეცხავდნენ ცხელი წყლით და უკეთებდნენ დეზინფექციას ქლორიანი კირის ხსნარით, სუნის მოსასპობად კი სკიპიდარს უმატებდნენ.

ნახველს, შარდსა და განავალს გამოკვლევისათვის აგროვებენ სპეციალურ ჭურჭელში, რომელსაც სისტემატურად უნდა რეცხავდნენ ცხელი წყლითა და სადეზინფექციო ხსნარით.

ხანგრძლივად მწოლიარე ავადმყოფს ნაწოლების პროფილაქტიკისათვის აწვევენ რეზინის რგოლზე. კანს, რომელზეც მოსალოდნელია ნაწოლების განვითარება (ზურგისა და კუდუსუნის არე), დღეში რამდენჯერმე წმენდენ ქაფურის სპირტით. ოთახს, რომელშიც სიმსივნეიანი ავადმყოფი წევს, ხშირად უნდა ანიავებდნენ.

როცა შეუძლებელია რადიკალური ოპერაციის ჩატარება, ავადმყოფი ხშირად უნდა გაიყვანონ ჰაერზე, ასეირნონ, შეძლებისდაგვარად გაართონ, თუ მისი მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა.

განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ სწორ კვებას. სიმსივნეიანი ავადმყოფი დღეში უნდა ჭამდეს 4—6-ჯერ. საჭიროა ვიტამინებითა და ცილით მდიდარი, ნაირფეროვანი, გემრიელი საკვები.

ავადმყოფს ჭამის წინ მადისათვის მცირე რაოდენობით აძლევენ ღვინოს ან კონიაკს. ჭამის დროს კი — 0,5—1%-იან მარილმჟავას ჰეპსინთან ერთად, ფესტალს და სხვ.

როცა სიმსივნეიანი ავადმყოფს ოპერაციას არ უკეთებენ, ტკივილი კი აწუხებს, ნარკოტიკულ საშუალებებს მოგვიანებით იყენებენ, რათა იგი ნაადრევად არ მიეჩვიოს მათ, გარდა ამისა არ დასუსტდეს. საჭიროა ანალგეტიკური პრეპარატები: აცეტისალიცილმჟავა 0,15 ანტიპირინთან ერთად. იგივე მჟავა 0,05 ანალგინთან და 0,05 კოფეინთან ერთად; ფენაცეტინი და 0,02 ამიდოპირინი; 0,15 ბარბამილი, 0,05 კოფეინი, 0,015 კოლდინი; ნოვოკაინის 0,5%-იანი

ხსნარის 50 მლ ვენაში დღეში — 2—3-ჯერ; 0,2 ამილოპირინი და ფენაცეტინი; 0,05 კოფეინი, 0,02 პანტოპონი; 0,05 კოფეინი, 0,015 კოდეინი, 0,02 მორფიუმი, ტკივილის დროს ეფექტურია 2%-იანი მაგნიუმის სულფატის 4 მლ-სა და 1%-იანი მორფიუმის 1 მლ-ის ნარევი. მას არ ახასიათებს თანამოვლენები და არც ავადმყოფის ნაადრევი მიჩვევა. ძვლებში მეტასტაზების შემთხვევაში რეკომენდებულია 1%-იანი ჰექსენალის 10 მლ-ის შეყვანა კუნთებში.

როცა ტკივილის მიზეზია სიმსივნის ირგვლივ (ე. წ. პერიფოკალური) ანთება, ავადმყოფს უნიშნავენ ანტიბიოტიკს.

ონკოლოგიურ ავადმყოფს ხშირად აწუხებს ყაბზობა, რისთვისაც იყენებენ გამწმენდ ოყნას ან სალამოთი ზეთის მიკროოყნას. სასურველია საკვებს დაუმატონ მცენარეული ზეთი (მაწონს ზეთის ზეთი). ზოგჯერ იყენებენ ამა თუ იმ სახის სუსტ საფაღარათოს.

გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი

ყველა ავადმყოფისა და მით უფრო გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლაში განსაკუთრებული როლი სიტყვას ენიჭება. სიტყვა დიდ ზემოქმედებას ახდენს ავადმყოფი ქალის ორგანიზმზე. გინეკოლოგიური დაავადებანი ხომ ხშირად დაკავშირებულია ქალის ცხოვრების ინტიმურ მომენტებთან, ამიტომ მედპერსონალს დიდი ტაქტი მოეთხოვება ავადმყოფთა მოვლისას. დაუშვებელია, როცა ექთანს, თუ ბებია ქალი თავისი ავტორიტეტის წარმოჩენისათვის საუბრისას თითქოსდა ცვლის ექიმს და ყველა დეტალში ამცნობს ავადმყოფს მის მდგომარეობას, მოსალოდნელ საშიშროებასა და გართულებებს.

მედპერსონალის მოვალეობაა ყოველთვის, მეტად მძიმე, უიმედო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფსაც კი უნერგავდეს განკურნების რწმენას.

გინეკოლოგიური დაავადებანი ძირითადად შეიძლება იყოს: ანთებითი ხასიათის, ტრავმული, ფუნქციური, განვითარების ანომალიები და სიმსივნური.

ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში, განსაკუთრებით ქირურგიულ და გინეკოლოგიურ განყოფილებაში, მედპერსონალი დიდ ყურადღებას უნდა აქცევდეს თავის გარეგნულ ფორმას, ჩაცმულობას. სუფთა ხალათი, თავსაფარი (ჩაჩი), სუფთა ხელები (ფრჩხილები) და ფეხსაცმელი, რაც მიუთითებს სამკურნალო დაწესებულების კარგ სტილსა და სისუფთავეზე.

გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლა ძირითადად სამი სახი-

სა: 1. ოპერაციის შემთხვევებში სტაციონარსა და ამბულატორიაში; 2. ქირურგიული მკურნალობისას და 3. გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლა ბინაზე.

გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლისას სხვა ღონისძიებებთან ერთად გამოყენებულია ისეთი მანიპულაციები, როგორცაა საშოს გამორეცხვა, აბაზანები, სამკურნალო საშუალების შეტანა საშოში, საშოს ტამპონადა, გინეკოლოგიური მასაჟი, ყინულისა და სათბურას ხმარება, ოცნა, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, ინიექციები და სხვ.

მოვლა მედიკამენტების მიცემასა და მანიპულაციების შესრულებასთან ერთად გულისხმობს სათანადო რეჟიმის შექმნას, გინეკოლოგიური ღონისძიებების ჩატარებას, რაციონალურ კვებას, სანიტარიულ-საგანმანათლებლო საუბრებს და სხვ.

გინეკოლოგიური დაავადების გადაუდებელ შემთხვევაში ექიმის მოსვლამდე (მით უფრო უბანზე) ექთანნი, ბებია ქალი თვითონ იღებენ ზომებს სისხლის დენის, სასქესო ორგანოთა ტრავმის შემთხვევაში და ა. შ. ამიტომ ისინი უნდა ფლობდნენ საჭირო გადაუდებელ პრაქტიკულ ჩვენებს.

გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლაში, რომელსაც ოპერაცია ესაჭიროება, სპეციალურ დანიშნულებასა და ოპერაციისწინა ღონისძიებებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის შიშის გაქარწყლებას.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლა ძირითადად ისეთივეა, როგორც ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა ექცეოდეს შარდის გამოყოფას, რადგან ზოგჯერ ზიანდება შარდსაწვეთი და შარდი მუცლის ღრუში იღვრება ან შარდსაწვეთი იკვანძება და შარდი აღარ გამოიყოფა, რაც დროულ გამოვლენას და ლიკვიდაციას საჭიროებს. ამ და ზოგი სხვა გართულების დროულ გამოცნობაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება საშუალო და დაბალი მედპერსონალის დაკვირვებულობას. მათ დროულად უნდა აცნობონ ექიმს გამოყოფილი შარდის რაოდენობისა ან შარდის შეკავების, სისხლის ან სხვა გამონადენის შესახებ და ა. შ.

ავადმყოფთა პირველი დახმარება და მოვლა დაფვრობის, ელემენტარავმისა და მოუძინვის დროს

დროულ და სწორად ჩატარებულ პირველ დახმარებას ხშირად გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. დაზიანებულის აჩქარებული გადაყვანა, დახმარების გარეშე შეიძლება საბედისწერო გახდეს.

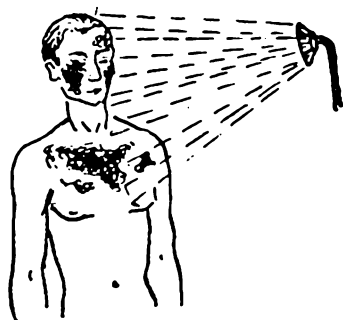
თერმული დამწვრობის დროს საჭიროა აღმოდებულ ტანსაც-
მელზე ცეცხლის ჩაქრობა. როდესაც ტანსაცმელი იწვის ან იფერ-
ფლება, დაზიანებულს ტანსაცმლის გახდა კი არ უნდა დაუწყონ,
არამედ დაუყოვნებლივ შემოახვიონ პალტო, ლაბადა, მაზარა, წა-
მოსასხამი და ა. შ. ცეცხლის ჩაქრობის მიზნით შეიძლება აგრეთვე
დაზიანებულს თოვლი, სილა დააყარონ, დამწვარ არეზე ცივი
წყალი ასხან ნაკადად 10 წუთის განმავლობაში ან ეს არე ცივ
წყალში მოუთავსონ.

დიდი ფართობის დამწვრობის დროს, თერმული ფაქტორის
მოქმედების შეწყვეტის შემდეგ, დაზიანებული ჯერ უნდა შეახვიონ
და შემდეგ მოათავსონ საკაცზე. სახელდახელოდ შეხვევა უმჯო-
ბესია გარეცხილი და გაუ-
თობელი თეთრეულით ან,
თუ ხელთ აქვთ, სტერილური
მასალით. ნახვევის გაკეთე-
ბის წინ უკეთესია ტანსაცმ-
ლის შემოჭრა, შემორღვევა
და არა გახდა.

კიდურის დაზიანებისას
აუცილებელია სატრანსპორ-
ტო იმობილიზაცია, თუ ამ-
ის საშუალებაა. როცა მოსა-
ხერხებელია, დაზიანებულს
კანკეშ უნდა შეუყვანონ
მორფიუმი, პანტოპონი, პრომედოლი, საგულე საშუალება. რე-
კომენდებულია არაყის მიცემა მორფიუმთან ერთად, ცხელი ჩაი,
თბილად დაფარება და სტაციონარში გადაყვანა.

ქიმიური ნივთიერებებით დამწვრობის შემთხვევაში პირველი
დახმარების მიზანია ქიმიურ ნივთიერებათა ნეიტრალიზაცია ქსო-
ვილებთან შეერთებამდე. ამისათვის ყველაზე ხელმისაწვდომი და
სწრაფია დაზიანებული არის წყლის ნაკადით მობანა ქიმიური
ნივთიერებების მოქმედების ექსპოზიციის მაქსიმალურად შემცი-
რებისთვის 10--15 წუთი, დახმარების დაგვიანებით დაწყებისას
30--40 წუთი უნდა ასხან წყალი, ზოგი მკვავათი დამწვრობისას ---2--
3 საათის განმავლობაში (სანამ არ გაქრება სუნი და ლაკმუსის ქა-
ღალდი დამწვრობის არეზე შეხებისას აღარ შეიცვლება), ჩაუმქ-
რალი კირით დამწვრობისას წყალს არ ასხამენ იმიტომ, რომ არ
დაემატოს თერმული დამწვრობაც.

მკვავათი დამწვრობის დროს უმჯობესია გამოიყენონ საპნი-



სურ. 57. ქიმიური ნივთიერებით
დამწვარი ადგილის წყლის ნაკა-
დით მობანა

ანი წყალი, 2%-ანი სოდის ხსნარი ან ნიშადურის სპირტი, კარბოლ-მევათი დამწვრობისას ... გლიცერინის ან კირის რძის ნარევი, ტუტეებით დამწვრობის დროს — 2%-ანი ძმრის ხსნარი, კირით დამწვრობისას — შაქრის 20%-ანი ხსნარი.

დაზიანებული არე სტაციონარში წყლის ნაკადით კარგად უნდა მობანონ (სურ. 57), შემდეგ ნახვევი უაადონ. მევაებით დამწვრობისას ეფექტურია სოდის პასტა, ტუტეებით დამწვრობის დროს — ბორის პასტა. მათ ნაცვლად შეიძლება ინდიფერენტული მალამოს ნახვევის გამოყენება. ქიმიური დამწვრობის დროს უმჯობესია ღია წესით მკურნალობა.

ფოსფორით დამწვრობა იწვევს ღრმა დაზიანებას, ორგანიზმის მოწამვლას, ღვიძლის დაზიანებას.

პირველი დახმარება. თუ შესაძლებელია, დაზიანებული ადგილი დაუყოვნებლივ უნდა მოათავსონ წყალში ან მას უხვად დაასხან წყალი. მალამოიან ნახვევს არ იყენებენ, რადგან აძლიერებს ფოსფორის შეწოვას და მოწამვლას. იყენებენ 5%-ანი შაბიამნის, მანგანუმმევაეაკალიუმის ან სოდის ხსნარს.

ელექტროდენით ზემოქმედებისას დაზიანებული დაუყოვნებლივ უნდა მოაშორონ ელექტროდენის წყაროს. დახმარების გარეშე დაზიანებულს ხშირად არ ძალუძს მოსცილდეს დენის წყაროს. თუ მოსახერხებელია, უნდა გამოერთონ დენი ან გადაჭრან ელექტროგაყვანილობა მესანგრის ბარით. სიფრთხილეა საჭირო, რომ დამხმარებეც არ იმოქმედოს ელექტროდენმა. დაზიანებულს მშრალი ჯოხით უნდა მოაშორონ მავთული, ტანსაცმელი თუ მშრალი აქვს, მოკიდონ ხელი და ისე გამოწიონ. დახმარების მომენტში უმჯობესია დამხმარე დადგეს მშრალ ფიცარზე, მშრალი შალის ქსოვილსა ან დარეზინებულ ქსოვილზე. თუ ამის საშუალებაა, უნდა გაიკეთონ რეზინის ხელთათმანები, ჩაიცვან რეზინის ჩექმები ან ხელებზე მშრალი ჩვარი დაიხვიონ.

დენის მოქმედებისგან განთავისუფლებისთანავე დაზიანებულს ადგილზე უნდა აღმოუჩინონ პირველი დახმარება. სიცოცხლის ნიშნების არარსებობა როდი ნიშნავს სიკვდილს. ყველა შემთხვევაში საჭიროა ზომების მიღება დაზიანებულის გადასარჩენად (ხელოვნური სუნთქვა, გულის დახურული მასაჟი).

ის შეხედულება, თითქოს დაზიანებული ელექტროდენისგან განტვირთვისათვის სილაში უნდა ჩაფლან, მცდარია, დაუშვებელია (ამით, რეანიმაციის ნაცვლად კარგავენ დროს და ავადმყოფი იღუპება).

ელექტროტრავმის შემთხვევაში პირველ 24 საათში მო-

სალოდნელია სუნთქვისა და გულის გაჩერება, რისთვისაც ყოველთვის მზად უნდა იყვნენ რეანიმაციის განყოფილებაში. ფილტვების შეშუპების პროფილაქტიკისა და ქალასშიგა წნევის მომატების შემთხვევაში ახორციელებენ სისხლის გამოშვებას, ცერებროსპინურ პუნქციას, იყენებენ საგულე საშუალებებს, ჟანგბადს და სხვ.

მოყინვის შემთხვევაში პირველი დახმარების მიზანია მოყინული კიდეურის გათბობა და ინფექციისგან დაცვა. ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა გაიყვანონ თბილ ადგილას, ზოგადი მოყინვის შემთხვევაში ჩაუტარონ რეანიმაციული ღონისძიებანი. კიდეურის შეშუპების შემთხვევაში საჭიროა ფეხსაცმლის გარღვევა ან გაჭრა, მოყინულ არეზე თბილი აბაზანა საპნიანი წყლით და მობანა, სუფთა ხელებით მსუბუქი მასაჟი, კიდეურების აქტიური და პასიური მოძრაობა (ბუშტუკებისა და ნეკროზის დროს მასაჟის გაკეთება არ შეიძლება).

წყლის ტემპერატურას ნახევარი საათის განმავლობაში 18°-დან 37°-მდე ზრდიან. კიდეურს გათბობისა და გავარდისფერებისას ამშრალევენ და სპირტით (არაყით) დაამუშავენ. ასეპტიკური ნახვევის გაკეთების შემდეგ მოყინულ ადგილს თბილად ახვევენ.

მოყინვის შემთხვევაში ავადმყოფი გაძლიერებულ კვებას და განსაკუთრებულ მოვლას საჭიროებს.

დამწვრობის, ელექტროტრავმისა და მოყინვის შემთხვევაში მოვლისას მთავარია დაზიანებული არის დაცვა ინფექციისგან, ზოგადი ანტიბაქტერიული მკურნალობა, დაზიანებული არის კონტროლი. ღია მეთოდით მკურნალობისას კარკასზე ყოველდღე ცვლიან სტერილურ ზეწარს. კარკასის ქვეშ ნათურების ჩართვა-გამორთვით ტემპერატურას ინარჩუნებენ 24—25 გრადუსზე. როცა ფუფხის ქვეშ გროვდება ჩირქი, რაც ადგილობრივ ტივილით და შეწითლებით გამოვლინდება, ხოლო ზოგადად აღინიშნება რეზორბციული ცხელება და მაღალი ტემპერატურა, საჭიროა ფუფხის აჭრა და ჩირქის გამოშვება.

დახურული მეთოდით მკურნალობისას ნახვევს ცვლიან კვირაში ერთხელ, ზოგჯერ უფრო გვიან, იშვიათად — უფრო ადრე. შეხვევა უმტკივნეულო უნდა იყოს (ნარკოტიკული საშუალებების და ზოგჯერ ამა თუ იმ სახის ნარკოზის გამოყენებით) ფართოდ უნდა იყენებდნენ ადგილობრივ თუ საერთო აბაზანას მანგანუმქვევა კალიუმის სუსტი ხსნარით ან საპნიანი წყლით.

ფართო და ღრმა დამწვრობის დროს ავადმყოფი დიდი რაოდენობით (რამდენიმე ლიტრა) სითხეს, პლაზმას კარგავს. ამიტომ საჭიროა სისხლისა და მისი შემცველების დიდი რაოდენობით ხმა-

რება. განსაკუთრებით პირველ საათებსა და პირველ დღეებში. ამ კონტინგენტის ავადმყოფები განსაკუთრებით გაძლიერებულ კვებას საჭიროებენ. საკვები უნდა იყოს ნაირფეროვანი, კარგად მომზადებული და მაღალკალორიული. საჭიროა რძე და რძის პროდუქტები, ხორცი, ხილი, ბოსტნეული.

თერმული დაზიანების შემდეგ მოსალოდნელია კონტრაქტურის განვითარება. ამიტომ კიდეური თავიდახვე უნდა მოათავსონ ფუნჯი-ციურად ხელსაყრელ მდებარეობაში, წინააღმდეგ შემთხვევაში მორჩენის შემდეგ ავადმყოფი კიდურს ველარ იხმარს, რაც დროულად უნდა განუმარტონ ავადმყოფს.

დამწვრობის, ისე როგორც მოყინვის შემთხვევაში, აუცილებელია ტეტანუსის პროფილაქტიკა, მოყინვისას, დაზიანებული არის ძლიერი გაბინძურების დროს — ანაერობული ინფექციის პროფილაქტიკა.

ტეტანუსის სპეციფიკური აქტიური იმუნიზაციისათვის ანატოქსინი პირველად შეყავთ 1 მლ, 3 კვირის შემდეგ — 1,5 მლ და კიდევ 3 კვირის შემდეგ ისევ 1,5 მლ.

ჭრილობის, დამწვრობის, მოყინვის ყველა შემთხვევაში, როდესაც ადრე ჩატარებულა აქტიური იმუნიზაცია ანატოქსინის სამჯერადი შეყვანით, საკმარისია კახქვეშ ტეტანუსის ანატოქსინის 0,5 მლ-ის შეყვანა. 5 დღის შემდეგ ანატოქსინი შეყავთ განმეორებით. პასიური სპეციფიკური იმუნიზაციისათვის კანქვეშ შეყავთ ანტიტეტანური შრატის 3000 ერთ. სამჯერადად. შრატის შეყვანამდე წინამხრის ქვედა მესამედში მედიალურ ზედაპირზე კანში შეყავთ 1:100-ზე განზავებული შრატის 0,1 მლ სპეციალური ამპულიდან, თუ 20 წუთის განმავლობაში შეყვანის ადგილას პაპულა არ აღემატება 0,9 სმ-ს ირგვლივ უმნიშვნელო ჰიპერემიით, შეყავთ განზავებული შრატის 0,1 მლ. რეაქციის არარსებობისას 50—70 წუთის შემდეგ კი შეყავთ მთლიანი დოზა.

ანაერობული ინფექციის პროფილაქტიკისათვის იყენებენ სამი სახის მიკრობის საწინააღმდეგო შრატს შემდეგი დოზით: ანტიპერფრინგენსს --- 10 ათასი ა. ე., ანტიედემატიენსს --- 15 ათას ა. ე. და ანტივიბრიონსეპტიკს 5 ათას ა. ე.

სხივური დაავადების დროს ავადმყოფის დახმარება და მოვლა

ატომური აფეთქების შემთხვევაში აღინიშნება „საწყისი“ და „ნარჩენი“ რადიაციული ზემოქმედება. „საწყისი“ რადიაცია ვითარდება აფეთქების მომენტში გამოსხივებითა და ნეიტრონების ნა-

კადით, „ნარჩენი“ რადიაცია კი დაბინძურებული ატმოსფეროს ზემოქმედების შედეგია.

კანის საფარველის დამწვრობას იწვევს ბეტა-ნაწილაკები, უფრო ნაკლებად — ალფა-ნაწილაკები. ბეტა- და გამა-გამოსხივების დროს სხივურ დაავადებასთან ერთად ვითარდება რადიაციული დამწვრობაც. კანის დამწვრობის ხარისხი დასხივების ინტენსივობაზეა დამოკიდებული.

ყველაზე მეტი შემწვევი თვისება გამა-სხივებს გააჩნია. სხივური დაზიანების სიმძიმე დამოკიდებულია გამოსხივების დოზა-სა, მოქმედების ხანგრძლივობაზე, დასხივების წყაროსა და ადამიანს შორის მანძილზე, თავშესაფარზე. რადიოაქტიური ნივთიერებით ბინძურდება ჰაერი, კვების პროდუქტები, ამიტომ რადიოაქტიური ფონის გაზრდისას ყოველთვისაა შესაძლებელი ორგანიზმში რადიოაქტიური ნივთიერების მოხვედრა. თუ ალფა- და ბეტა-ნაწილაკები სუნთქვის ორგანოებში, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, კრილობაში, დამწვარ ზედაპირზე დაგროვდა. ამ შემთხვევაში რადიოაქტიური ნივთიერებანი ორგანიზმში დიდხანს ინახება და ქრონიკულ სხივურ დაავადებას იწვევს. ასეთი დაზიანებანი და მათი გამონაყოფი ინარჩუნებენ რადიოაქტიურობას და საშიშია ირგვლივ მყოფ-თათვის.

მწვავე დაზიანებისას 1-2 საათში ვითარდება აგზნება, თავბრუ, თავის ტკივილი, ლებინება. შემდეგ აღინიშნება მოჩვენებითი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა, ე. წ. ფარული პერიოდი, რომელიც იცვლება გამწვავების პერიოდით (ძლიერი სისუსტე, თავის ტკივილი, ლებინება, სისხლჩაქცევები. ანემია, ლეიკოპენია, ლიმფოპენია, თმის ცვენა, სხვადასხვა ინფექციური გართულება).

პირველი დახმარება. მოთავარია დაზიანებულის დაუყოვნებლივ გამოყვანა დაზიანების ზონიდან. ორგანიზმში რადიოაქტიური ნივთიერების შემდგომი შეღწევის აცილებასთვის იყენებენ აირწინალს, ცხვირსა და პირზე აფარებენ სველ ბამბას — დოლბანდს.

ავადმყოფის კანისა და ტანსაცმლის რადიოაქტიური მტვრით დაბინძურებისას ავადმყოფი უნდა დაბანონ მზაპის ქვეშ საპნით. პირის ღრუ, ცხვირი და ცხვირ-ხახა უნდა გამოუთრეცხონ წყლით. სოდის ან ბორმეყვას 2%-ანი ხსნარით. ამოუბანონ თვალები, გამობანონ ყურები. დამხმარე მედპერსონალს უნდა ეცვას სპეციალური დამცველი ტანსაცმელი და ეკეთოს აირწინალი.

რადიოაქტიური ნივთიერების ორგანიზმში მოხვედრისას ავადმყოფს ურეცხავენ კუქს. უკეთებენ გამწმენდ ოყნას. აძლევენ საფალარათო მარილს. ლებინებისას იყენებენ სუფრის მარილის ჰიპერტონიულ ხსნარს. დეჰიდრატაციისას — პლაზმის შემცველებს.

ავადმყოფის ყველა გამონაყოფი (ნაღებინები, შარდი, განავალი) შეიძლება შეიცავდეს რადიოაქტიურ ნივთიერებას, ამიტომ მას აგროვებენ სპეციალურ ქურკელში და გააქვთ სპეციალურ ადგილას.

მსუბუქი დაზიანების შემთხვევაშიც კი აუცილებელია სრული მოსვენება, სრულყოფილი და ადვილმოსანელებელი საკვები. გამწვავებისას საჭიროა მკურნალობა სპეციალურ დაწესებულებაში. დამწვრობას მკურნალობენ ადგილობრივად ბალზამური ნახვევით, ზოგადად იყენებენ ანტიბიოტიკებს, ნარკოტიკებს, ნოვოკაინით ბლოკადას, სისხლს და მის შემცვლელებს, ვიტამინებს. მცირე ფართის ღრმა დამწვრობისას მიმართავენ ნეკროქტომიას და კანის ნაადრევ პლასტიკას.

ეგზოგენური ინფექციის პროფილაქტიკისათვის დაზიანებულს ათავსებენ ასეპტიკურ პირობებში (ბოქსი, ჰაერის ულტრაიისფერი სტერილიზაცია), იყენებენ ბაქტერიციდულ ხსნარებს და ანტიბიოტიკებს.

ნეკროზული ენტეროპათიის დროს მიმართავენ სრულ შიმშილს და პარენტერულ კვებას; თრომბოციტოპენიური ჰემორაგიული სინდრომისა და აგრანულოციტოზის დროს უსხამენ სისხლის კომპონენტებს: თრომბოციტებს, ლეიკოციტებს ერთი დონორიდან.

მძიმე ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი

მძიმე, აგონიისწინა და აგონიაში მყოფი ავადმყოფის სწორი დახმარებით ზოგჯერ შესაძლოა მისი გადარჩენა.

აგონია ორგანიზმის ტერმინალური მდგომარეობაა, მაგრამ ამ დროს სიკვდილი ყოველთვის გარდაუვალი არ არის, ზოგჯერ შესაძლოა ავადმყოფის გადარჩენა.

აგონიას ახასიათებს ტვინის ქერქის ფუნქციის ღრმა მოშლა მოგრძო ტვინის ცენტრების აგზნებასთან ერთად.

აგონიას წინ უსწრებს აგონიისწინა მდგომარეობა: ჰემოდინამიკისა და სუნთქვის მოშლა, არტერიული წნევის მკვეთრი დაცემა, გონების პროგრესულად დათრგუნვა, ტვინის ელექტროაქტიურობის დაქვეითება, ყველა ორგანოს და ქსოვილის უანგბადით თანდათანობით გაღარიბება, რაც აგონიისა და სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად ძლიერდება.

ავადმყოფის წინა მდგომარეობასა და აგონიას შორის გარდამავალი ეტაპია ტერმინალური პაუზა. მას ახასიათებს: სუნთქვის უეცარი შეჩერება, რქოვანას რეფლექსების გაქრობა. პაუზა რამდენ-

ნიმე წამიდან 3 წუთამდე გრძელდება, შემდეგ ვითარდება აგონია: ქრება ტკივილის შეგრძნება. შემდეგ ყველა რეფლექსი და ავადმყოფი გონებას კარგავს.

ავონიის ძირითადი ნიშანია სუნთქვის მოშლა. სუნთქვა შეიძლება იყოს სუსტი, იშვიათი ან, პირიქით, ხანმოკლე მაქსიმალურ ჩასუნთქვას მოყვებს სწრაფი. სრული ამოსუნთქვა დიდი ამპლიტუდით. ყოველი შესუნთქვისას ავადმყოფს თავი უკან უვარდება, იგი ფართოდ აღებს პირს. პულსი ნელდება, ძაფისებრი ხდება, ძლივს ისინჯება, წუთში 20—40-ია. არტერიული წნევა 10—20 მმ-მდე ეცემა. ზოგჯერ ვითარდება კეფის კუნთების რიგიდობა და ზოგადი ტონური კრუნჩხვები, იწყება უნებლიე შარდვა, დეფეკაცია. სხეულის ტემპერატურა მკვეთრად ეცემა. აგონიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია მის გამომწვევ მიზეზზე.

კლინიკური სიკვდილი ეწოდება სუნთქვისა და გულის მუშაობის შეჩერებას. ეს მდგომარეობა შექცევადია. შესაძლოა ორგანიზმის ყველა ფუნქციის სრული აღდგენა თავის ტვინის ქერქის უჯრედებში შეუქცევადი ცვლილებების განვითარებამდე. ავადმყოფის ორგანიზმი სიცოცხლისუნარიანია 4—6 წუთის განმავლობაში (ჰიპერთერმიისას ნაკლებია. ჰიპოთერმიისას — პირიქით). კლინიკური სიკვდილის შემთხვევაში გონება დაკარგულია, კანი მკრთალი, ციანოზურია, გუგები — ზომიერად გაფართოებული.

კლინიკური სიკვდილის მდგომარეობიდან გამოყვანა (ან მისი შეჩერება) შეიძლება დროულად ჩატარებული რეანიმაციული ღონისძიებებით. ყველა სამკურნალო ღონისძიება მიმართული უნდა იყოს ორგანიზმის დათრგუნვილი ფუნქციების აღდგენისკენ.

მძიმე ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი საჭიროებს მუდმივ დაკვირვებას ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე, შესახედობაზე, პულსზე, არტერიულ წნევაზე. მძიმე ავადმყოფის დატოვება უზედამხედველოდ დაუშვებელია. იგი უნდა იწვევს ერთ-ან ორსა-წოლიან პალატაში მშვიდად, მოხერხებულად. სუფთად. მას დროულად უნდა უცვლიდნენ თეთრეულს. კანს უმუშაებდნენ საღებზინფექციო ხსნარით, აწვენდნენ რეზინის რგოლზე. სისტემატურად აბრუნებდნენ გვერდზე, უმუშაებდნენ პირის ღრუს, შეიძლება დაავარად აძლევდნენ სათანადო საკვებს მცირე ულუფებად. თბილი და თხიერი საკვები უნდა მიაწოდონ ჩაიდნით როცა ავადმყოფს თავის აწვეის უნარი არ შესწევს, ჩაიდანს მოარგებენ რეზინის წვრილ მილს, რომლის თავისუფალ ბოლოს ავადმყოფს ჩაუდებენ პირში, ან ჩაიდანს ასწვევენ და საკვებს ფრახილად მიაწოდებენ ყლუპებად, რომ სასულეში არ გადაცდეს (სურ. 16).

უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს კვებავენ პარენტერულად — ვენიდან, სწორი ნაწლავიდან.

მძიმე ავადმყოფი უფრო ხშირად სფინქტერების დამბლის გამო შარდსა და განავალს ვერ იკავებს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს ღუნდულოს ქვეშ უთავსებენ რეზინის განავლის მიმღებს, ზეწრის ქვეშ მუშამბას გაუფენენ. დასვრილ თეთრეულს ცვლიან დაუყოვნებლივ, ენერგიულად ახორციელებენ ნაწოლების პროფილაქტიკას. განსაკუთრებულ ზედამხედველობას საჭიროებს აგზნებული ავადმყოფი, რომელიც ბოდავს, პალუცინაციები აქვს. იგი წამოიყვირებს ხოლმე, ცდილობს ადგეს, გაიქცეს, ფანჯრიდან გაღახტეს, ამიტომ საწოლზე ამაგრებენ სპეციალური ბადით. მასთან აუცილებლად უნდა იყოს მუდმივი ზედამხედველობის პოსტი. მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ დაუშვებელია ავადმყოფს მოაგონო და ამის შესახებ ესაუბრო.

აგონიაში მყოფი ავადმყოფი გადაყავთ ინტენსიური თერაპიის პალატაში. დამახასიათებელია მიწისფერი, ჩამოვარდნილი ქვედაყბა, წაწვეტებული ცხვირი, შემღვრეული რქოვანა. მოსალოდნელია სფინქტერების დამბლა, უნებლიე შარდვა, დეფეკაცია. მკურნალობის მიზანია დათრგუნვილი ფუნქციების აღდგენა. ასეთ ავადმყოფთან მუდმივად არის გამოცდილი ექთანნი, რომელიც აკვირდება, უვლის მას, ასრულებს ექიმის დანიშნულებას. დილით ექთანნი უტარებს ავადმყოფს სრულ ტუალეტს, ბანს პირს, უწმინდავს კბილებს, ენას, პირის ღრუს, მთელ სხეულს, უცვლის თეთრეულს. გადააწვენს. ბინაზე ექთანს ავადმყოფის ახლობლებიც ესმარებიან.

სამედიცინო პერსონალის მუშაობა რეანიმაციის განყოფილებაში

მძიმე ავადმყოფს უტარებენ დახმარებას სამ ადგილას: 1. ოპერაციის შემდგომ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში (პალატებში); 2. რეანიმაციის სპეციალიზებულ განყოფილებაში; 3. ზოგადი პროფილის ანესთეზიოლოგიისა და რეანიმაციის განყოფილებაში.

სამედიცინო პერსონალის მოვალეობა ზუსტად განსაზღვრულია და ეკრდნობა შრომის სწორ ორგანიზაციას. აპარატურა და აღჭურვილობაც განლაგებულია ზუსტად განსაზღვრული წესით.

რეანიმაციის განყოფილებას აქვს სისტემა დისტანციური გადაცემისთვის. სისტემას ეკრდობს რადიო-ინჟინერი, აგრეთვე მიკროკომპიუტერი, რომელიც სპეციალურად განუწყვეტლად ახორციელებს

რამდენიმე ავადმყოფის სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვან ფიზიოლოგიურ ფუნქციათა მდგომარეობის კონტროლს (ეკგ, გულის რიტმი, სუნთქვის სიხშირე, ტემპერატურა, არტერიული წნევა, გულის შეკუმშვათა სიხშირე, პულსი და სხვ.). ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში დროულად ხდება შეტყობინება.

სრულყოფილი აპარატურაც კი ავადმყოფის მდგომარეობას ყოველთვის ზუსტად ვერ გამოხატავს, ამიტომ აუცილებელია მედპერსონალის სადღეღამისო მორიგეობა.

ინტენსიური მკურნალობა გულისხმობს ექიმის დანიშნულები-სამებრ გადაუდებელი მანიპულაციებისა და სამკურნალო ღონისძიებათა მაღალ პროფესიულ დონეზე შესრულებას. ამისათვის აუცილებელია შრომის სწორი ორგანიზაცია, მაღალკვალიფიციურ ექთანზე ბევრად არის დამოკიდებული მკურნალობის წარმატება. ექთანი უნდა ფლობდეს ტექნიკური და ლაბორატორიული ჩვევების მინიმუმს მაინც, აპარატურას, ჟანგბადის დანადგარს, მოკლე დროში ასრულებდეს მრავალ სხვადასხვა სასწრაფო მანიპულაციას, პროცედურას, ამზადებდეს ხელსაწყოებს და უშუალოდ თვითონ უვლიდეს მძიმე ავადმყოფს.

ინტენსიური თერაპიის პალატაში მომუშავე ექთანმა მთლიანად უნდა შეცვალოს ჩვეულებრივ პალატაში მუშაობის რიტმი, მისი მუშაობა სრულიად სხვაგვარად არის აწყობილი. იგი უნდა ფლობდეს რთულ რეანიმაციულ მეთოდებს: ხელოვნურ სუნთქვას, გულს დახურულ (არაპირდაპირ) მასაჟს და სხვ.

რეანიმაციის განყოფილებაში მომუშავე ექთანი, პალატის ექთნისაგან განსხვავებით, გამუდმებით უკვირდება ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას (ფერი, პულსი, არტერიული წნევა) და მაშინვე ატყობინებს ექიმს ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებას, ექიმის მოსვლამდე უწევს ავადმყოფს გადაუდებელ დახმარებას სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობის გაუარესების ან გონების დაკარგვის შემთხვევაში, ამასთან ზუსტად აფიქსირებს ჰემოდინამიკურ მონაცემებს.

ავადმყოფის სიცოცხლე ხშირად დამოკიდებულია სწრაფ და სწორ დახმარებაზე, ამიტომ ინტენსიური თერაპიის პალატაში უნდა იყოს ყველა საჭირო მედიკამენტი და ხელსაწყო, მაგალითად, ვენესექციისა და ვენეპუნქციისათვის, სისხლისა და სისხლის შეკვლელების ინტრაარტერიული გადასხმისათვის და სხვ. გადაუდებელი დახმარებისათვის საჭირო ყველა ხელსაწყო და პრეპარატი მზად უნდა იყოს, რათა დროის დაუკარგავად გამოიყენონ. აქ ყოველთვის უნდა ჰქონდეთ მარაგად კორტიზონის, ჰიდროკორტიზონ-

ნის, ნორადრენალინის, მანიტოლის, შარდოვანას, ჰემოდეზის, ლა-
ზიქსის, სტროფანტინის, კორგლიკონის, სულფოკამფოკაინის, ინსუ-
ლინის, 5—40%-ანი გლუკოზის, კალიუმის ქლორიდის, ფიზიოლოგი-
ური ხსნარის. ატე-ს, კოკარბოქსილაზას, რეოპოლიგლუკილინის, გა-
დასახმელად დეკონსერვებული სისხლის მარაგი. მზად უნდა იყოს
განლაგებული 20, 10, 5, 2, 1 მლ-ანი სტერილური შპრიცები, ნემ-
სები. გამხსნელები (ფიზიოლოგიური ხსნარი ან გამოხდილი წყალი),
ბამბა, სპირტი, სისტემა წვეთოვანი გადასხმისათვის.

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მომუშავე ყოველთ-
ვის მზადყოფნის მდგომარეობაშია, მოწესრიგებულია, სწრაფად ერ-
კვევა შექმნილ სიტუაციაში, არ იბნევა ავადმყოფის მდგომარეო-
ბის გაუარესებისას. ზუსტად ასრულებს ექიმის დანიშნულებას.

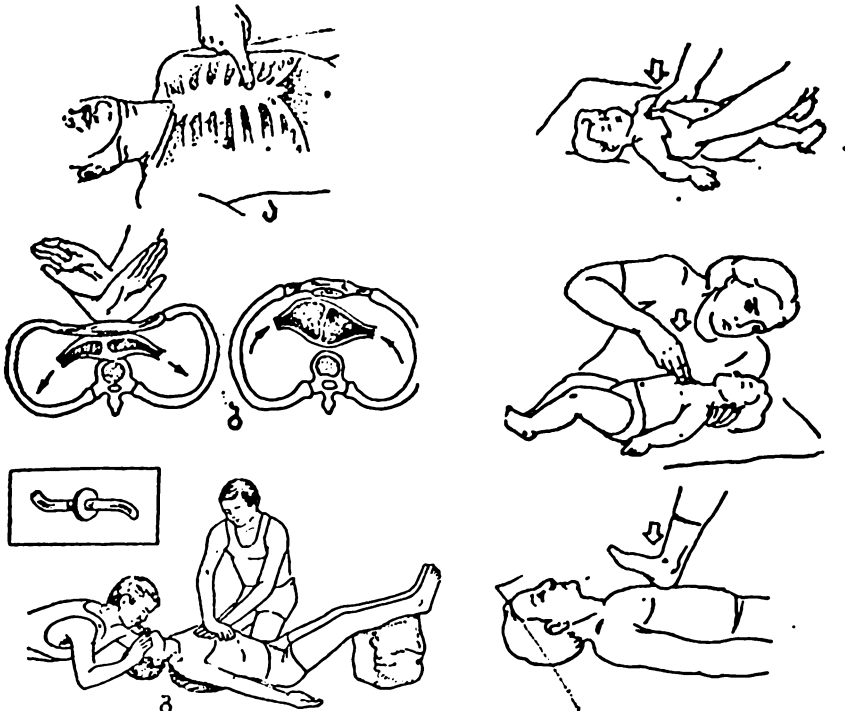
† გულის არაპირდაპირი (დახურული) მასაჟი

გულის მუშაობის აღდგენის სწრაფი და ეფექტური მეთოდია
გულის მასაჟი გულის გაჩერებიდან დაწყებული არაუგვიანეს 4—6
წუთის განმავლობაში.

გულის დახურული მასაჟის დაუყოვნებლივ დაწყების სიგნა-
ლია გულის გაჩერების მთავარი ნიშანი: საძილე (ბარძაყის) არტე-
რიაზე პულსის გაქრობა. გულის კუნთზე მკერდის ძვალსა და ხერ-
ხემალს შორის ზეწოლის შედეგად შესაძლოა ცირკულირებადი
სისხლის დაახლოებით 40%-ის გადასვლა მარცხენა პარკუჭიდან
აორტაში და მარჯვენა პარკუჭიდან ფილტვებში.

გულის მასაჟთან ერთად სისხლის ოქსიგენაციის მიზნით აუცი-
ლებელია ერთდროულად ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია. /

გულის არაპირდაპირი მასაჟისათვის ავადმყოფი უნდა იწვეს
ზურგით მაგარ საყრდენზე, საოპერაციო მაგიდაზე (სხვა შემთხვევაში
ფიცარზე, იატაკზე, მიწაზე, ზამბარიანი საწოლის კიდეზე). ავად-
მყოფს თავს გადაუწვევენ, უხსნიან ქამარს (ღვიძლის დაზიანების
ასაცდენად), გულის მასაჟისათვის რეანიმატოლოგი ავადმყოფს შე-
იძლება მიუღდგეს ნებისმიერი მხრიდან, საიდანაც მოახერხებს.
მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილში დაადებენ ერთ ხელისგულს, მეო-
რე ხელით კი ეყრდნობიან პირველი ხელის ზურგს ზეწოლის გა-
საძლიერებლად. თითები აწეული უნდა იყოს, არ ეყრდნობოდეს
გულმკერდს და არ აწეებოდეს ნეკნებს (სურ. 58). მხოლოდ ხელე-
ბით ზეწოლა საკმარისი არ არის. ეფექტური მასაჟისათვის ზეწოლას
ნ--9 კგ-ით აძლიერებს რეანიმატოლოგი თავისი სხეულის მასით,
ქუსლით (სურ. 58-დ). ბავშვის მასაჟის დროს ზეწოლა შეუძლებუ-
ლია, 1 წლამდე ბავშვის გულმკერდზე ზეწოლა ხორციელდება ორი --



სურ. 58. გულის დახურული მასაჟი: ა — თითით ნაჩვენებია ხელების მო-
თავსებისა და ზეწოლის ადგილი გულის დახურულ მასაჟის ჩატარების
სას; ბ — ხელების სწორად მდებარეობა გულის დახურული მასაჟის ჩატარებისას
(გვერდიდან), ზეწოლით სისხლი გადადის გულიდან. ხელის ალებისას სისხლი
ბრუნდება გულში; გ — ხელოვნური სუნთქვისა (S-ებრი მილით) და გულის და-
ხურული მასაჟის ერთდროულად ჩატარება ორი პირის მიერ; ერთწამლედ ბავშვის
გულის დახურული მასაჟი ორივე ხელის დიდი თითით ან საჩვენებელი
და შუა თითის წვერიით; გულის მასაჟი ფეხით. უცხოეთში ზოგან ურჩევენ
(1978 წლიდან) ქუსლით მასაჟს, როცა დამხმარეს ხელებით ძალა არ შესწევს ან
სწრაფად იღლება, ამისათვის დაზიანებულს გულმკერდის ძვალზე ადგამენ ქუსლს
ისე, რომ თითები კისრისკენ იყოს მიმართული

II და III თითით, 10 წლამდე ბავშვის გულმკერდზე — ერთი ხელით 80-მდე დაწოლით წუთში.

არაპირდაპირი მასაჟის დროს გულმკერდზე ზეწოლა უნდა იყოს სწრაფი, რიტმული, ენერგიული, წუთში 60—70-ჯერ. თუ ავადმყოფი ბავშვია — გაცილებით მეტი, 90—100. ახალშობილისა 120-მდე. ბიძგი ისეთი უნდა იყოს, რომ ყოველი ზეწოლის დროს მკერდის ძვალზე ჩაიწიოს 4—5 სმ-ით, თუ ავადმყოფი ბავშვია, 2—3 სმ-ით (ზეწოლის ხანგრძლივობა 0.5 წამს გრძელდება, ზეწოლათა შორის ინტერვალი—0.5—1 წამი). ზეწოლათა შორის ხელებს მკერდის ძვლიდან არ იღებენ. თითები აწეული რჩება, ხელები იდაყვის სა-

ხსარში მთლიანად კამარტულია, როცა დახმარებას ატარებს ერთი პირი. მაშინ ჰაერის ყოველი ორი სწრაფი ჩაბერვის შემდეგ გულმკერდს აწვება 12--15-ჯერ. ახალშობილს ყოველი 3 ჩაბერვის შემდეგ გულმკერდზე აწვებიან 15-ჯერ.

რენიშპაციაში ორი ადამიანის მონაწილეობისას ვენტილაციისა და მასაჟის შეფარდებაა 1:5; გულმკერდზე ყოველი 5 ზეწოლის შემდეგ ფილტვებში ერთხელ უნდა ჩაბერიონ.

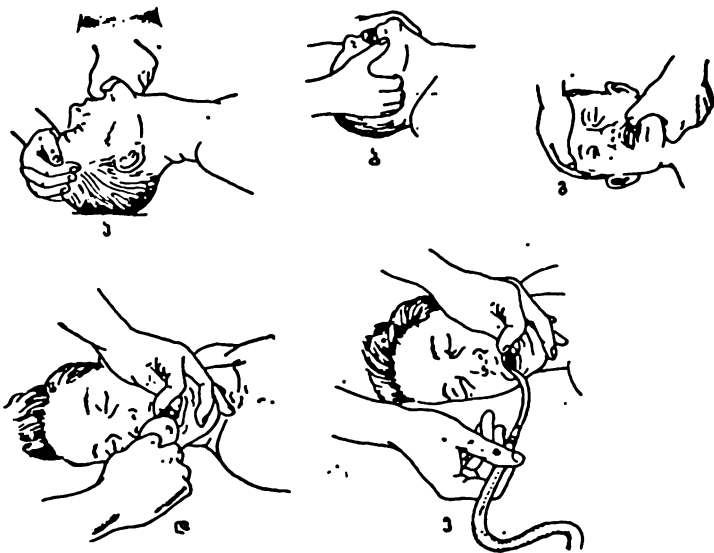
მასაჟის სწორად ჩატარების მაჩვენებელია საძილე (ბარძაყის) არტერიაზე პულსის გარკვევით გამოჩენა. გუგების შევიწროება, კანის გავარდისფრება. როცა არტერიული წნევა 60—100 მმ-ს მიაღწევს, მასაჟის პარალელურად დაუყოვნებლივ იწყებენ გულის მედიკამენტურ სტიმულაციას და იმეორებენ ყოველ 5-10 წუთში (ვენაში ადრენალინთან და კალციუმის ქლორიდთან ერთად ნაკადად შეყავთ ნატრიუმის ბიკარბონატის 2-4%-იანი ხსნარის 100—200 მლ). თუ არაპირდაპირ მასაჟს შედეგი არ მოყვა, აკეთებენ გულის პირდაპირ (ლია) მასაჟს.

არაპირდაპირ მასაჟს ჰოსპიტალიზაციამდე უკუჩვენება არა აქვს. საავადმყოფოში მას არ აკეთებენ გულმკერდის გამჭოლი კრილობის, გულის კრილობის, პნევმო- და პემტოტორაქსის, ნეკნებისა და მკერდის ძვლის მოტეხილობის შემთხვევაში. მოსალოდნელი გართულებაა ნეკნებისა და მკერდის ძვლის მოტეხილობა, გულისა და სხვა შინაგან ორგანოთა დაზიანება, თუ არ გაითვალისწინეს ზეწოლის ძალა და გულმკერდის წინააღმდეგობის უნარი.

ინტრაკარდიული პუნქცია გულის მუშაობის ადგილს უკიდურესად ღონისძივება. ამისათვის IV-V ნეკნთაშუა სივრცეში, მკერდის ძვლიდან 1 სმ (ან შუახაზიდან 5-7 სმ) მარცხნივ წვრილი — 6-10 სმ სიგრძის ნემსით 3-4 სმ სიღრმეზე პერპენდიკულარულად შეჰყავთ შპრიცზე მორგებული ნემსი. შპრიცში სისხლის გამოჩენა ნემსის წვირის აულოში მოჩვეურობის მაჩვენებელია. შემდეგ შეჰყავთ ადრენალინის 0.1%-ანი ხსნარის 0.5-1 მლ და კალციუმის ქლორიდის 10--20 მლ. ეფექტის შემთხვევაში ნემსი იწყებს რიტმულ რხევას გულის შეკუმშვის სიხშირით.

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია გულისხმობს აირთა ცვლის სრულყოფილად განხორციელებას, რაც შეიძლება აპარატებით, ხოლო სახელდასხვოდ — ამოსუნთქვით. ჰაერს „პირით პირში“ ან „პირით ცხვირში“ ჩასუნთქვით. სუნთქვის გაჩერების — ასფიქსიის მიზეზია ზოგჯერ სასულეში ნაღებინები მასის, სისხლის, ლორ-



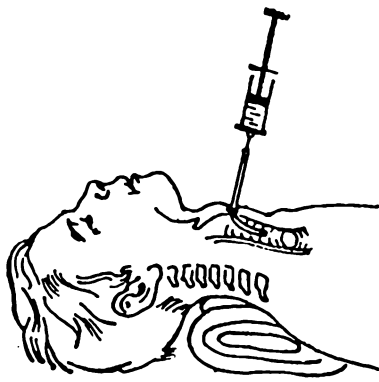
სურ. 59. პირის ღრუსა და ხახის გაწმენდის წესი: ა, ბ — პირის გაღების წესი; გ — თავის გვერდზე გადაბრუნება პირის ღრუს გაწმენდის წინ; დ, ე — პირის ღრუს გაწმენდა თითზე დახვეული ხელსახოცით, ამოსაქაჩით

წოს, ჩირქისა და სხვათა გადასვლა, ენის ძირითა და ხორხსარქველით ყიის შესავლის დაწმენდა (სალეკი კუნთების მოღუნებისა და ქვედა ყბის ჩამოფარდნის შედეგად). ასეთ შემთხვევაში, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის დაწყებამდე, მთავარია სასუნთქი გზების გამტარობია აღდგენა თავის მაქსიმალურად უკან გადაწევით, პირის გაღება-გაგანიერებით, ენის გამოწვევით, ნალებინების, სისხლისა და ნახველისაგან პირის ღრუსა და ხახის ამოწმენდით (სურ. 59), უცხო სხეულის ამოღებით, ქვედაყბის გასწორებით წინ და ზემოთ გამოწვევის შედეგად. ენგბადს (მედიკამენტს) ზოგჯერ აწოდებენ ტრაქეაში ჩხვლევით (სურ. 60).

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ყველაზე მარტივი წესია სასწრაფო დახმარების დროს ადამიანის პირიდან ამოსუნთქული ჰაერის (თავისი შედგენილობით იგი დროებით საესებით გამოსადეგია) ჩაბერვა ავადმყოფის პირსა ან ცხვირში. ამის შედეგად ავადმყოფის მიერ ჩასუნთქვა ფილტვების აქტიური გაბერვით ხორციელდება, ამოსუნთქვა კი პასიურია. ფილტვების აქტიური გაბერვა ხელს უწყობს სუნთქვის ცენტრის აგზნებას.



ა



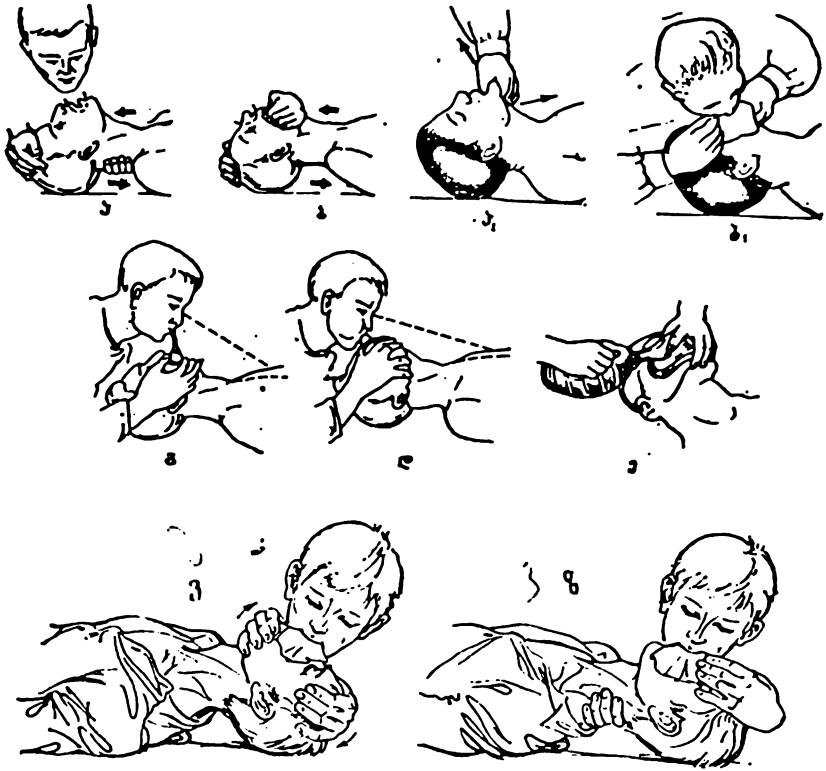
ბ

სურ. 60. ა — ტრაქეის პუნქცია; ბ — ტრაქეაში მედიკამენტის შეყვანა

ავადმყოფს თავი მაქსიმალურად გადაწეული უნდა ჰქონდეს უკან. ამ დროს სასუნთქი გზები უკეთ იხსნება (ენის ძირი ხახის უკანა კედელს შორდება), როცა ავადმყოფის ნიკაპი მაქსიმალურად აწეულია. პირი. ჩვეულებრივ, გაღებულია. საჩვენებელი თითით, რომელზეც დობანდი, ცვირსახოცი ან პერანგის კიდეა დახვეული, ავადმყოფს პირის ღრუს სწრაფად გამოუწმენდენ, შემდეგ მარჯვენა ხელს შუბლსა და სახეზე ადებენ, დიდი და საჩვენებელი თითით ცვირის ნესტოებს უხშობენ (ცვირი შეიძლება დამხმარებ თავის ლოყითაც დაანშოს) და მარცხენა ხელს კისრის ქვეშ ამოუდებენ (რათა თავი მაქსიმალურად უკან იყოს გადაწეული, სასუნთქი გზები კი — გახსნილი). ღრმად ჩასუნთქვის შემდეგ რეანიმატოლოგი პირით მჭიდროდ (პერმეტულად) ფარავს ავადმყოფის გაღებულ პირს (ზოგჯერ შეიძლება საჭირო გახდეს ქვედა ტუჩის გადაწევა მარცხენა ხელის დიდი თითით, სანამ ხელს კისრის ქვეშ ამოუდებს) და სწრაფად ძლიერ ჩაბერავს 500—700 მლ ამოსუნთქულ ჰაერს. ჩაბერვას მაშინ წყვეტს, როცა ავადმყოფის გულმკერდი საკმარისად გაგანიერდება. ამოსუნთქვა პასიურია (სურ. 61).

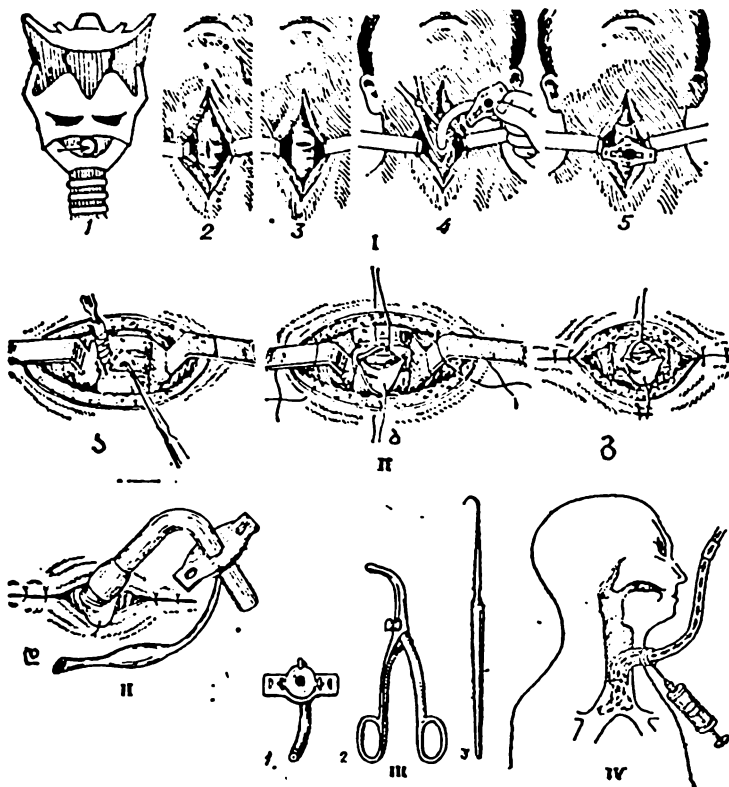
ჩაბერვის ეფექტურობის მაჩვენებელია ყოველი ჩაბერვის შემდეგ გულმკერდის აწევა. როცა ეს არ ხდება, აუცილებელია სასუნთქი გზების გამტარობის უკეთ აღდგენა თავის მაქსიმალურად გადაწევა ან დამხმარე უფრო მჭიდროდ უნდა დააწვეს პირით ავადმყოფის პირს. კუჭში ჰაერის მოხვედრისას მას გამოდევნიან კუჭზე ხეწოლით.

„პირით ცვირში“ ჩასუნთქვის დროსაც ავადმყოფს თავს მაქ-



სურ. 61. ხელოვნური სუნთქვა: ა, ბ თავის უკან გადაწევა; ჩაბერვა პირში (ცხვირში) და გულმკერდის მოძრაობაზე დაკვირვება; ა₁, ბ₁ - ზოგჯერ საჭიროა ქვედა ყბის ამოწევა და შემდეგ ჩაბერვა; გ, დ, ე ხელოვნური სუნთქვა პირში S-ებრი მითითებით, პირნილობით და ამბუს ტიპის პარკ-ნილობით; ვ - ხელოვნური სუნთქვა „პირით პირში“; ზ - „პირით ცხვირში“ ხელსახოცის დაფარების შემდეგ. გულმკერდის მალლა აწევა სასუნთქი გზების გამტარობის მაჩვენებელია; ფილტვის გაშლისათვის საჭიროა პირში (ცხვირში) სამჯერ სრული ჩასუნთქვა (ჩაბერვა), რომ ჩაბერვათა შორის ჰაერი პასიურად არ ამოისუნთქოს; გულმკერდის უძრაობისას ამოწმებენ სასუნთქი გზების გამტარობას (პირის ღრუს გაწმენდის შემდეგ გამტარობას ამოწმებენ განმეორებით)

სიმაღურად უკან გადაუწევიან და ამ მდგომარეობაში იჭერენ თხემის არეში მოთავსებული მარჯვენა ხელით. მარცხენათი კი ეწევიან ქვედა ყბას და ავადმყოფს პირს უხურავენ. დამხმარე ღრმად ჩასუნთქვის შემდეგ ტუჩებში მოითავსებს ავადმყოფის ცხვირს და ამოსუნთქულ ჰაერს ღრმად ჩაბერავს ცხვირში. როცა გულმკერდი პასიური ამოსუნთქვისას არასაკმაოდ მცირდება, საჭიროა პირის ნახევრად ღიად დაჭერა ან პირის გაღება. რომლის დროსაც ავადმყოფი ჰაერს ამოისუნთქავს. ამ პროცედურის ჩატარებისას ჰიგიე-



სურ 62. I — კონიკტომია და ტრაქეოსტომია: 1 კონიკტომია, 2 ზედა ტრაქეოსტომია: გაკვეთილია კისრის კანი, კუნთები, თეთრი ხაზი და ვერტიკალური განაკვეთით ტრაქეა; 3 ჰორიზონტალური განაკვეთი; 4 შეაქვთ ტრაქეოსტომული მილი (შეტანისას ფარი გასწვრივად); 5 ტრაქეოსტომული მილი შეტანილია, ფარს ჰორიზონტალურად ათავსებენ შემოფარგელისა და სიმაგრისათვის; II ტრაქეოსტომია ბიერეს წესით: ა ტრაქეა ფიქსირებულია მახვილკბილაანაკვეთით, წინა კეუკოზე სკალპელით გამოჭრილია ნაფლეით ფუძით ქვეყით რაზმელიც მოიცავს ტრაქეას ერთ რგოლს; ბ ნაფლეით გადმობრუნებულია

ქვემოთ და კანზეა ფიქსირებული. ერთი ნაკერით ტრაქეის კაილოზის ხედავად
 მიკერებულია კანზე კრილობის შუა ნაწილში: 2 ტრაქეოსტომა მოიპოვეთ შეერა-
 ნამდე; 1 - მილის შეტანის მომენტში; III ინსტრუმენტები ტრაქეოსტომა-
 სათვის; I - ტრაქეოსტომული მილი; 2 ტრაქეას გამგანიერებელი; 3
 მახვილკბილიანი კეი; IV ტრაქეოსტომიდან მილი შპოსით შეესაჯერ კირო-
 ბიოტიკის, ფერმენტების ან სხვა ხსნარი და ამოსაქაჩით აწარმოებენ ამორეცხვას;
 V - ავადმყოფის მდებარეობა ტრაქეოსტომის ჩატარებისას

ნურია ავადმყოფს პირსა და ცხვირზე დაათარონ ცხვირსახოცი ან ბანდი (სურ. 61).

კლინიკის პირობებში „პირით პირში“ სუნთქვის გაადვილე-
 ბისთვის იყენებენ ჰაერგამტარ ან პირ-ხანის სპეციალურ S-ებრ
 (საფარის) მილს (სურ. 61). ავადმყოფის ამოსუნთქვა ორჯერ ხ. ნ. გ.
 რძლივი უნდა იყოს, ვიდრე ჩასუნთქვა (შეფარდება 1:2). წინააღმ-
 დეგ შემთხვევაში ამოსუნთქვის თაში ნახშირორჟანგის გამოყოფა
 არ იქნება სრულყოფილი. ჩასუნთქვა (ჰაერის ჩაბერვა) წუთში 12
 15—20-ჯერ მეორდება. ბავშვისთვის უფრო ხშირად.

გულმკერდის მოძრაობა და ასფიქსიის ნიშნების შემცირებ. ან
 გაქრობა ხელოვნური სუნთქვის ფექტურობაზე მიჯანაშენებს. რაც
 1—2 წუთში გამოვლინდება. ზოგჯერ ხელოვნურ ვენტილაციას გა-
 ნაგრძობენ 1 საათს და მეტხანს. ავადმყოფის სამკურნალო დაწესე-
 ბულებაში მოხვედრამდე.

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ჩატარება ადვილი არ
 არის. ენერგიული ჩაბერვის შემდეგ დამძვარეს თავბრუ ეწყება ან
 ტომ, თუ შესაძლებელია იგი 1 2 წუთში სხვამ უნდა შეცვალოს.

ვენტილაციის უკუჩვენებაა: ზედა სასუნთქი გზების არული
 გაუვალობა ტრავმის ან სიმსივნის გამო. როცა მისი ლიკვიდაცია შე-
 უძლებელია, მაშინ ნაჩვენებია ტრაქეოსტომია (სურ. 62). ვენტი-
 ლაციის ვართულებათა პირის დრუდან და ზედა სასუნთქი გზების
 ფილტვებში ჰაერთან ერთად სისხლის ჩაბერვა. საჭიროა მისი ემოცი-
 მენდა, სისხლის დენის შეჩერება. პირის დრუს სიღრმედად
 ტულატი.

სანაშნულ და მოხუც ავადმყოფთა მოვლის თავისებურებანი

ამ კონტინგენტის ავადმყოფთა მოვლა გაცილებით რთული და
 თავისებურია, მეტ ყურადღებასა და დროს საჭიროებს.

მეცნიერებას, რომელიც მოხუცებულობასთან დაკავშირებულ
 თავისებურებებს შეისწავლის. გერონტოლოგიას უწოდებენ. მოხუ-
 ცებულობა სიცოცხლის საბალოდ კახიანობიერი პერიოდია.

მოხუცებულობა შეიძლება იყოს ნაადრევი და ფიზიოლოგიური. ნაადრევ მოხუცებულობას ნაადრევი ასაკობრივი ცვლილებები ახასიათებს გადატანილი დაავადების, ტრავმის თუ გარემოს სხვა არახელსაყრელი ფაქტორების ზეგავლენის გამო, რომლებიც ამცირებენ ან აუკუღმართებენ ორგანიზმის თავდაცვისა და ბრძოლის უნარს. რითაც ქმნიან ნაადრევი მოხუცებულობის პირობებს.

კლინიკური მედიცინის დარგს, რომელიც შეისწავლის ხანშესულ და მოხუც ავადმყოფთა დაავადებებს, მათ დიაგნოსტიკას, პროფილაქტიკასა და მკურნალობის საკითხებს, გერიატრიას უწოდებენ.

ფიზიოლოგიური მოხუცებულობის შემთხვევაში ადამიანს შენარჩუნებული აქვს როგორც გონებრივი. ისე ფიზიკური ჯანმრთელობა, შრომის უნარი, გარემოსადმი ინტერესი, სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემის ცხოველმოქმედება. ასაკთან ერთად კანონზომიერად იცვლება მხედველობისა და სმენის სიმახვილე, ქსოვილთა, განსაკუთრებით სისხლძარღვთა ელასტიკურობა. ნივთიერებათა ცვლა და ა. შ.

ჩვენში, 1926 წელთან შედარებით, 1980 წლისთვის 60 წლისა და უფრო ხნეირ ადამიანთა რიცხვი 2-ჯერ გაიზარდა. ადრე სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 37 წელს არ აღემატებოდა, 1979 წლისთვის კი 73 წელს მიაღწია.

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციამ (კიევი, 1973) ხანშესულობას მიაკუთვნა 60-74 წლის ასაკი. მოხუცებულობას 75-89 წელი. ხანდაზმულობას (დღეგრძელი, ანუ მაკრობიოტი) - 90 წელზე მეტი ასაკი. ჩვენში მაკრობიოტთა რიცხვი ამ საუკუნის ბოლოსთვის რამოდენიმე ძილიონს მიაღწევს.

ასაკოვანთა ჯანმრთელობის შენარჩუნების მნიშვნელოვანი ფაქტორია პროფესიული დასაქმება.

მოხუცთა სიცოცხლის განანგრძლივებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია შრომა და სწორი დასვენება. რაციონალური კვება. ალკოჰოლისა და თამბაქოს აკრძალვა, აქტიური მოძრაობითი რეჟიმი, სამკურნალო ფიზიკულტურა. სუფთა ჰაერზე ყოფნა. როგორც შინ. ისე სამსახურში გულისხმიერი დამოკიდებულება.

რეაქტიული პროცესების დაქვეითების გამო მოხუცის ორგანიზმში ხელს ვითარდება პათოლოგიური პროცესი, ამიტომ დაავადებაც ატიპურად მიმდინარეობს. მოხუცთა უფრო ხშირი დაავადება ტვინისა და გულ-სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზი. დიაბეტი და სხვა. რომლებიც ასაკგაზრდა ასაკში იწყება. მათი არა ფილაქტიკაც

ახალგაზრდობაშივე უნდა დაიწყონ და არა მაშინ, როცა დაავადების ნიშნები აშკარად გამოემჟღავნება.

60 წლისა და უფრო ხნეირი ასაკის ავადმყოფები 3-ჯერ უფრო ხშირად საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას.

მოხუცთა მოვლის მთავარი პრინციპია პიროვნების პატივისცემა, განსაკუთრებული ყურადღება, მოთმინებით დამოკიდებულება მათი ფიზიკური და ფსიქიკური ნაკლისადმი. მოვლისა და მკურნალობის პრინციპია ავადმყოფს აღვედგინოთ შრომის უნარი, თუ ეს შეუძლებელია, მოძრაობის და თვითმომსახურების უნარი მაინც.

დამით კარგ ძილს ხშირად უზრუნველყოფს სუფთა ჰაერი, პალატის ხშირად განიავება, ტემპერატურა 18—22°-ის ფარგლებში, თბილი და მსუბუქი საბანი, სიწყნარე, ზურგის მსუბუქი მასაჟი, ზოგჯერ თბილი სითხის მიღება.

საყურადღებოა, რომ ავადმყოფი საჭიროების მიხედვით იცავდეს წოლით რეჟიმს, ექიმის დანიშნულებით დროულად ღებულობდეს წამლებს, იკეთებდეს მასაჟს, ატარებდეს სამკურნალო ფიზკულტურას.

თუ შესაძლოა, ავადმყოფს უნიშნავენ ჰიგიენურ აბაზანას, წინასწარ უმზადებენ მას და პროცედურის ჩატარებას ესწრებიან. სააბაზანოში ჰაერის ტემპერატურა 25°-ზე დაბალი არ უნდა იყოს, და უშვებელია გამჭოლი ქარი. აბაზანასთან იატაკზე უნდა იდოს ხის ან რეზინის სადგომი, რათა ავადმყოფი არ დაეცეს და სხეული არ დაიზიანოს. სამედიცინო პერსონალი უნდა ეხმარებოდეს ავადმყოფს აბაზანაში ჩასვლისას. აბაზანა წინასწარ უნდა აავსონ საჭირო ტემპერატურის წყლით. ჩვეულებრივ, ხანშესულ და მოხუც ავადმყოფებს უნიშნავენ მზაპს, რომელსაც ისინი ღებულობენ ფეხზე მდგომ, მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში.

მოხუცს კანი ადვილად უზიანდება და შეუხორცებელი წყლულები უჩნდება, ცხელი სათბურას გამოყენებისას მოსალოდნელია დამწვრობა.

ასაკოვან ავადმყოფთა საწოლი იატაკიდან 60 სმ-ზე მაღალი არ უნდა იყოს, ჯობს ფუნქციური საწოლი. საჭიროებისას ავადმყოფი ხშირად უნდა წამოსვან. საჭიროა საწოლის ხშირი გასწორება, რათა მასზე ნამცეცები არ ეყაროს და ნაოჭები არ წარმოიქმნას. აუცილებელია ხანშესული, მით უფრო მოხუცი ავადმყოფის ხშირი გადაბრუნება, თუ რაიმე განსაკუთრებული უკუჩვენება არ არის, წყლიან ბოთლში ჩადგმული მილით სუნთქვითი ვარჯიში დღეში რამდენჯერმე.

საჭიროა ზურგისა და კიდურების არეში კანის ხშირი გაწმენ-

და და მასაჟი საკმაოდ უხეში ხელსახოცით. შარდის შეუკავლობისას, კანის გაღიზიანება რომ აიცილონ, ავადმყოფს აწვენენ რეზინის შარდის მიმღებზე, ხშირად ჩაბანენ, კანს უმშრალებენ და რომელიმე კრემს უსვავენ.

იმ არეში, სადაც ხშირად ვითარდება ნაწოლები (კუდუსუნი, ზურგი, ბეჭების არე). მწოლიარე ავადმყოფს კანი ყოველდღე უნდა დაუთვალეირონ და გაუწმინდონ. მოხუცის ფრჩხილები მკვრივი და მსხვრევალია, როცა არ ხერხდება მათი დაღობობა საპნიანი აბაზანით, უნდა წაუსვან აბუსალათინის ზეთი და შემდეგ დააქრან ფრჩხილები.

ხანშესულებსა და მოხუცებს უმოძრაობის, უწილო დიეტის თუ სხვა მიზეზით ხშირად აქვთ შეკრულობა. ნაწლავების უკეთ მოქმედებისათვის საჭიროა ყოველ დილით ერთი ჭიქა ცივი (ან ცხელი) წყლის დაღვევა და არასისტემატურად გამწმენდი ოყნის გაკეთება. რეკომენდებულია წიდიანი საკვები, შავი პური. ვაშლი, შავი ქლიავი (უმჯობესია საღამოთი შავი ქლიავის ჩირს დაასხან მღულარე წყალი და მისი თბილი ნაყენი დააღვეიონ), საღამოთი მაწონი ან კეფირი, რომელსაც უკეთესია 1 სუფრის კოვზი მუხესუქშირის ან ხეითუნის ზეთი დაუმატონ. ეფექტურია მოხარშული და გახეხილი ჭარხალი ზეთით. ჭამის დროს შეიძლება ზეთი დაუმატონ საკვებს, სალათას და ა. შ.

ჰემოროიდული კვანძებისა და ყითას გამოვარდნისას დეფეკაცია მტკივნეულია. ამიტომ დეფეკაციის წინ ავადმყოფს სწორ ნაწლავში ჩაუდებენ გლიცერინის ან ბელადონას სანთელს, ხოლო დეფეკაციის შემდეგ ყითას არეს ჩაბანენ თბილი წყლით და საპნით. ცხიმს წაუსვამენ და შეუწაფორებენ გამოვარდნილ კვანძებსა და ყითას.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მოხუცი ავადმყოფის რაციონალურ კვებას. იგი სრულყოფილი და ზომიერი უნდა იყოს. 60-70 წლის ავადმყოფი უნდა ღებულობდეს 20-30 წლის ადამიანის სადღეღამისო რაციონის 79%-ს (2800-3000 კკალ). 70 წელზე მეტი ასაკია კი 69%-ს. კალორიულობას ძირითადად ამცირებენ ნახშირწყლებისა (პური, შაქარი, კარტოფილი, საკონდიტრო ნაწარმი) და ცხოველური ცხიმის (ღორის, ცხვრის ქონი) ხარჯზე.

მასხუცი უნდა ხმარობდეს მცენარეულ ცხიმს (მზესუმზირას, სიმინდის, ზეთუნის ზეთს), რომელიც ქოლესტერინის კონცენტრაციის შემცირებით აბრკავლებს ათეროსკლეროზის განვითარებას ცილის ცვლა თითქმის იგივე რჩება (1.2 სსუელის კგ წონაზე) როგორც მოხარდისთვის. ასევე მიკროელემენტებისაც. აუცილებელია სუფრის მარილის შემცირება 6-8 გ-მდე დღე-ღამეში. სითხეს ამ-

ცირებენ მხოლოდ შეშუპებისას. განსაკუთრებით საჭიროა ვიტამინები, მათ შორის C ვიტამინი სისხლძარღვთა კედლის გამაგრებისა და საკვები პროდუქტების ათვისებისთვის. მოხუცი უნდა სვამდეს ასკილის ნაყენს, ჰამდეს მწვანე ხახვს, შავ მოცხარს.

უკბილობის შემთხვევაში, რადგან საკვების ცუდი დამუშავების გამო მოშლილია მისი ათვისება და კუჭ-ნაწლავის ფუნქცია, რეკომენდებულია მოხუცი ავადმყოფები ღებულობდნენ ნახევრად თხიერ, კარგად დამუშავებულ საკვებს, მცირე ულუფებად, 4-ჯერ დღეში. მოსახსნელი პროთეზი ყოველი ჭამის შემდეგ უნდა მოიხსნან, გარეცხონ და ძილის წინ ჭიქაში ჩაღონ.

მიოკარდიუმის ინფარქტგადატანილი ადამიანის რეაბილიტაცია დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე. ავადმყოფთა უმეტესობა უპანიკოდ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას, ნაწილი განიცდის გამუდმებულ შიშს, კარგავს გამოკეთების იმედს დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის დროსაც კი.

შიში, დებრესია, უიმედობა, უარყოფითი ემოციები ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას, აძნელებს მკურნალობას და რეაბილიტაციას.

ცხოვრებისეული სიძნელების გადალახვას მიჩვეული პირები ინფარქტის გადატანის შემდეგ ყოველნაირად ცდილობენ, რათა აღიდგინონ ჯანმრთელობა.

ნევროზული ტიპები ინფარქტზე პანიკით რეაგირებენ და ძნელადაც იკურნებიან.

ავადმყოფზე დიდ გავლენას ახდენს სხვადასხვა გზით მიღებული ინფორმაცია დაავადების შესახებ, პაგრამ მთავარია მკურნალი ექიმი, რომელიც ყოველმხრივ უნერგავს გამოკეთების იმედს. მეტად სასარგებლოა, როცა ექიმთან სოლიდარულია ავადმყოფი, ოჯახის წევრები. ზოგჯერ ავადმყოფი ოპტიმალურადაა განწყობილი, მაგრამ ოჯახის წევრები ქმნიან პანიკას. შიში ძალაუვნებურად „გადაედება“ ავადმყოფს და ვითარდება ნევროზული რეაქცია.

ფსიქოლოგიურად განსაკუთრებით ძნელია საავადმყოფოდან გამოწერის პირველი კვირა, როცა ავადმყოფი აღარ იმყოფება გამუდმებული საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ. ექიმის რჩევის მიუხედავად. მას ეშინია არამც თუ სიარულისა და ფიზიკური აქტიურობის, არამედ მოძრაობისაც. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ცოლ-ქმრული ინტიმური დამოკიდებულება. ბევრს ჰგონია, რომ სქესობრივი ურთიერთობა ცუდად მოქმედებს ინფარქტგადატანილ გულზე.

დაავადების პირველი დღიდანვე უნდა ვეცადოთ, რომ ავადმყოფს ჩაუუნერგოთ გამოჯანმრთელების რწმენა, ჩაუტაროთ შიშის,

განცდების, დეპრესიის, უძილობის წამლობა. აუტოგენური ტრენინგება.

რეაბილიტაციის საქმეში დიდია ოჯახის წევრებისა და ახლობლების როლი. ისინი უნდა ეხმარებოდნენ შეწყვეტილი საქმეების მოგვარებაში, ამშვიდებდნენ და აიმედებდნენ მას. სამწუხაროდ, ყოველთვის ასე არ არის;

ექიმი ავადმყოფს ურჩევს ფიზიკურ დატვირთვას, რაციონში ცხიმის შემცირებას, რათა არ მოიმატოს წონაში, ახლობელი კი ყოველმხრივ უზღუდავს დატვირთვას, კარბად აძლევს კარაქს „ჯანმრთელობის აღდგენისათვის“. ასეთი „დახმარება“ აშკარად აუარესებს ავადმყოფის ჯანმრთელობას.

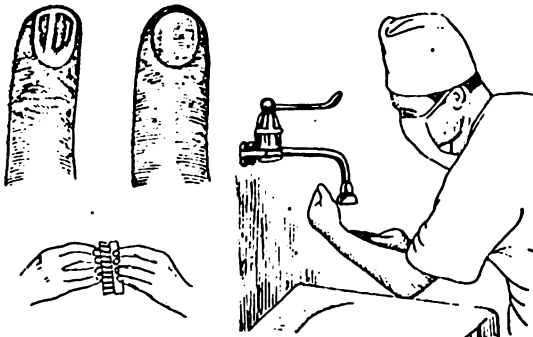
ავადმყოფისთვის არაფერი ისე სასარგებლო არ არის, როგორც ინდივიდუალური შესაძლებლობის შესაბამისად ზუსტად დოზირებული ფიზიკური აქტიურობა. ფიზიკური დატვირთვისას პირველ ხანებში აუცილებელია ექიმის მეთვალყურეობა.

ფიზიკური აქტიურობა აწესრიგებს ძილს, აუმჯობესებს განწყობილებას, ზრდის ორგანიზმის გამძლეობას ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვისადმი, აძლიერებს სქესობრივ პოტენციას.

ინფარქტგადატანილი ავადმყოფის გამოჯანმრთელებაში ერთერთი მთავარი ფაქტორია თვით მისი მონდომება. ზოგიერთი საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ ისევ იწყებს პაპიროსის წევას, ეტანება ალკოჰოლს, რაც მკვეთრად უუარესებს მდგომარეობას. ფიზიკური შესაძლებლობის შესაბამისი საქმიანობა ჯანმრთელობის აღდგენის საუკეთესო საშუალებაა.

პრაქტიკული ჩვევები

ავადმყოფის მოვლისთვის სამედიცინო მანიპულაციების, პროცედურების, ხელსაწყო-იარაღების გამოყენებისა და დახმარების ღონისძიებებთან ერთად მომავალმა ექიმმა უნდა აითვისოს სათანადო პრაქტიკული ჩვევები, რომელთა შესახებ უკვე იყო მითითებული, ზოგიც ქვემოთ იქნება წარმოდგენილი.



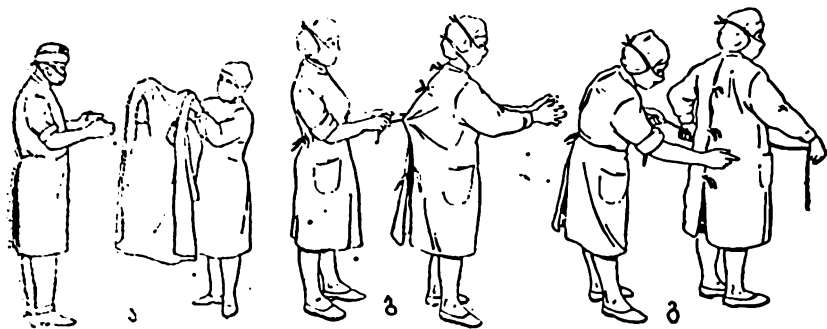
სურ. 63. ფრჩხილების მოჭრა. მარცხნივ სწორად, მარჯვნივ-- არასწორად; ფრჩხილების, ფრჩხილბუდეებისა და ხელების დამუშავება ჯაგრისით (ლრუბლით)



სურ. 64. ხელების სწორად დაკერა დაბანისას. დაბანის შემდეგ ხელების გამშრალება ხელსახოცით სწორად, არასწორად



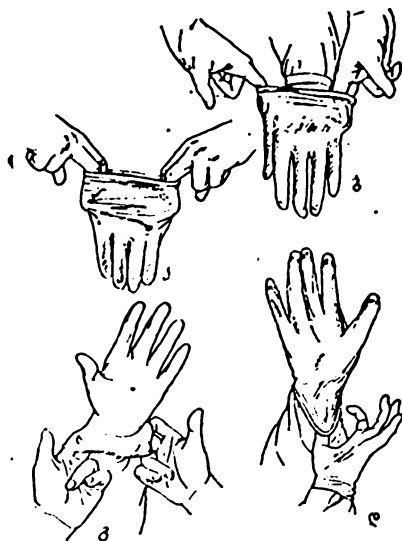
სურ. 65. ა — ხელების დამუშავება ნიშადურის სპირტის, დიოციდის, იოდონატის, ქლორპექსილინის ან სხვა სპეციალურ ხსნარში; ბ — პირბადის გაკეთება (უმჯობესია ხელების დამუშავებამდე)



სურ. 66. ა -- ერილური ხელათის ჩაცმა; ბ -- დამლაგებელი უკან უკრავს ხელათის; ვ -- შეკვრისათვის სარტუელის ჩამოკიდებულ ბოლოებს ისე იღებს, არ შეეხოს მას, ვისაც აცმევს



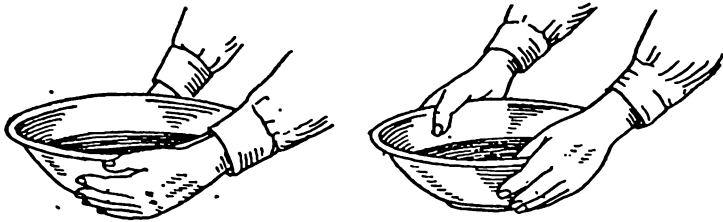
სურ. 67. სტერილური ხელთათმანის ჩაცმა ქირურგისათვის (ექთანი ხელთათმანებშია)



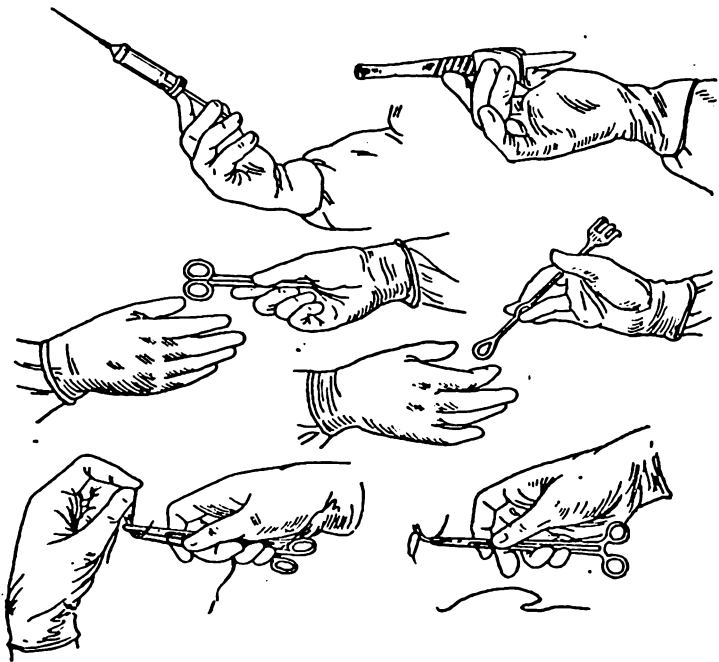
სურ. 68. ა, ბ, გ -- ხელთათმანის ჩაცმა
ქირურგისათვის (ექთანს ხელთათმანი არ
აქვია); დ -- ხელთათმანს იცვამს ექვანი



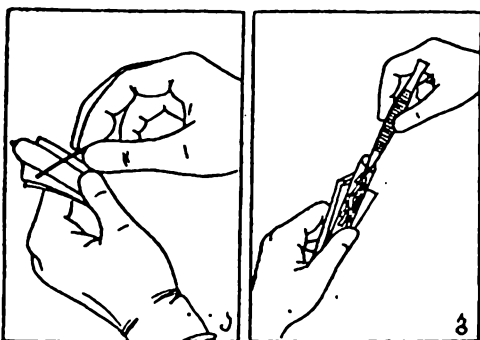
სურ. 69. სტერილური ხალათის დამოუკიდებელად ჩაცმა, არასწორად (ა); სწო-
რად (ბ); მზადყოფნის პოზა (გ)



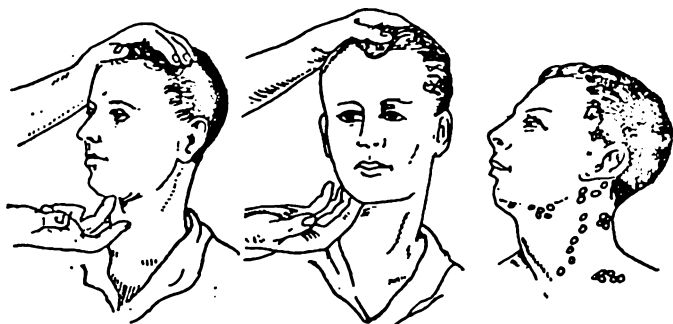
სურ. 70. თანის მიწოდება სწორად, არასწორად



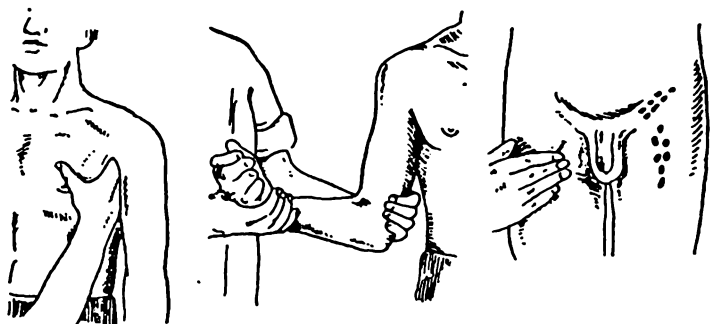
სურ. 71. შპრიცის, სკალპელის, მაკრატლის (დამკერის), კავის დაკერა, (ქირურგიულ ხემსზე ძაფის აგება) და აგებული ხემსის ნემსდამკერით მიწოდება



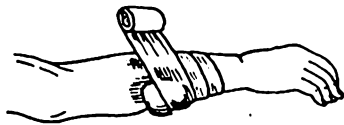
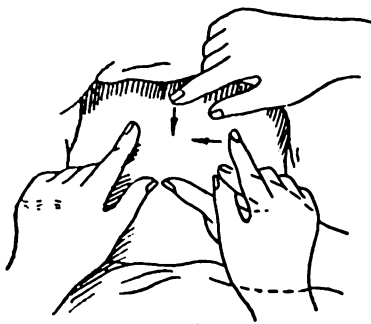
სურ. 72. საკერაემასალიანი ამპულის გახსნა გახერხებით (ა) და პინცეტით ამოღება (ბ)



სურ. 73. კისრის ძირითადი ლიმფური კვანძების განლაგების სქემა

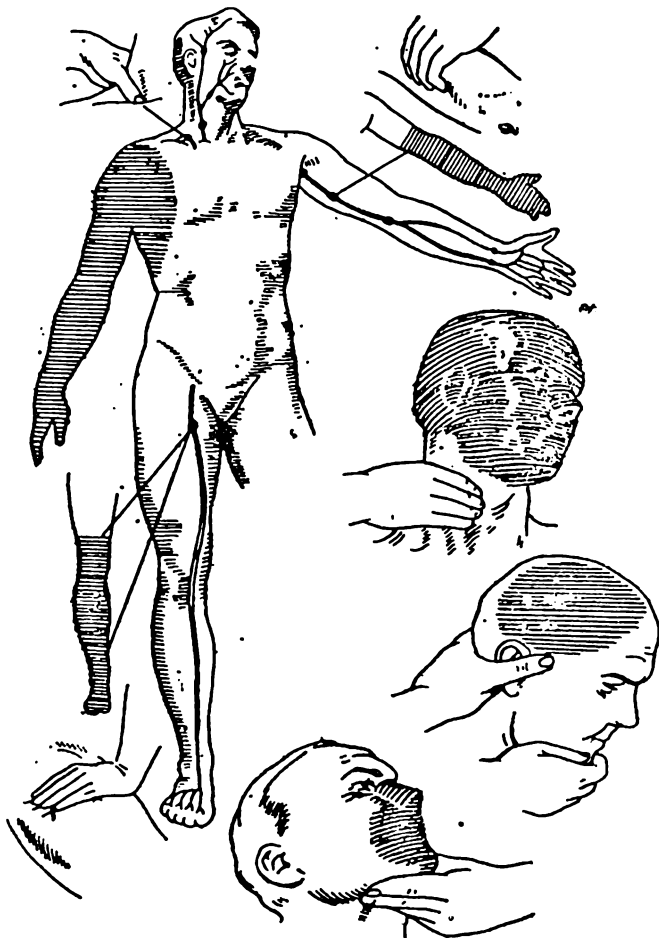


სურ. 74. ილღისქვეშა და იდაყვის ლიმფური კვანძების გასინჯვა; საზარდულისა და ბარძაყის ლიმფური კვანძების განლაგების სქემა და ბარძაყის ლიმფური კვანძების გასინჯვა

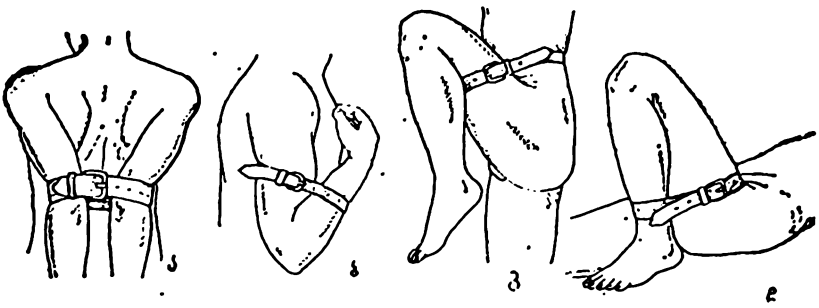


სურ. 75. სისხლის დენის შეჩერება დამ-
წოლი ნახვევით

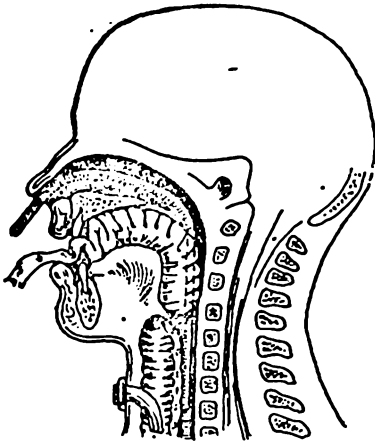
სურ. 75. ხელმისაწვდომი ჩირქგროვის
ფამფალის (ფლუქტუაციის) გამოკვლევა



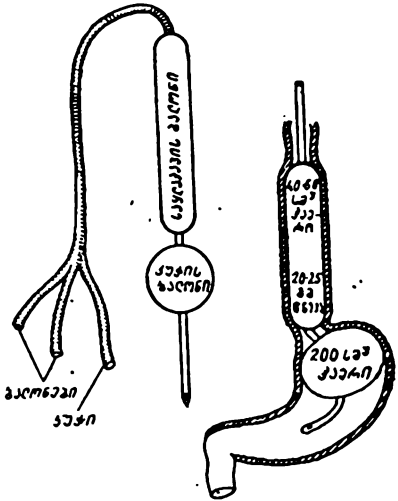
სურ. 76. არტერიაზე ზეწოლით სისხლის დენის დროებითი შეჩერების
წესები (ზეწოლის ტიპური ადგილები აღნიშნულია წერტილებით)



სურ. 77. სისხლის დენის შეჩერება კიდურის სახსარში მკვეთრი მოხრით ან გან-
 ჯიდვით: ა — ლაფიწკვეშა არტერიის; ბ — იდაყვის არტერიის; გ — ბარძაყის
 არტერიის; დ — მუხლკვეშა არტერიის



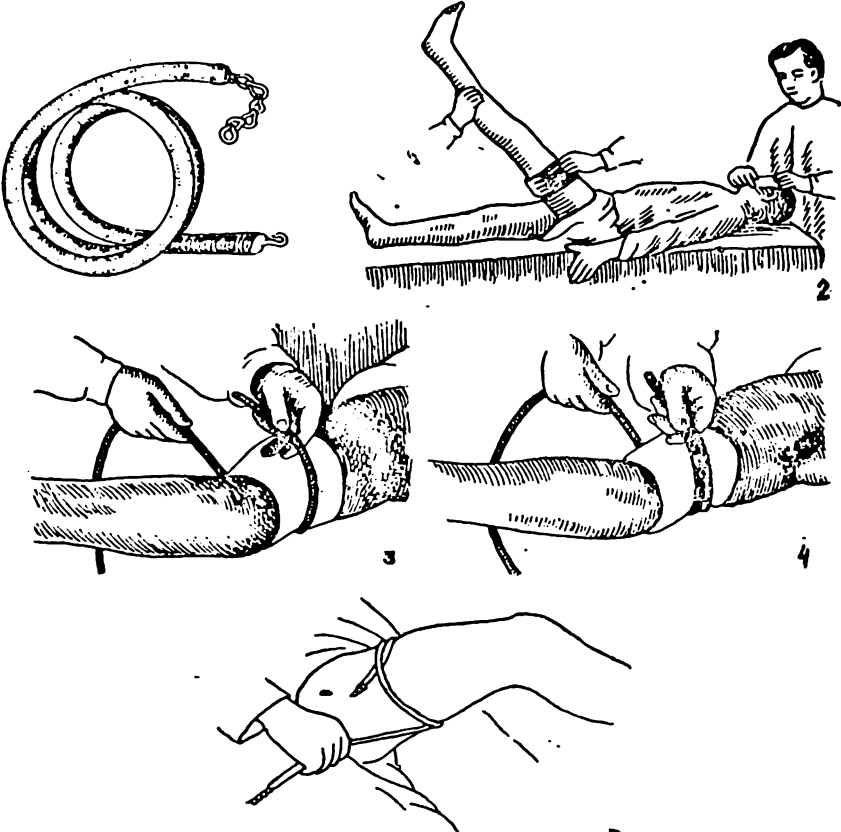
სურ. 78. დაჭრილობის დღიური სისხ-
 ლდენის შეჩერება პირის ღრუდან:
 ატარებენ ნაზოგასტრულ ზონდს, პრო-
 ფილაქტიკურ ტრაქეოსტომიას და პი-
 რის ღრუს ტამპონადას



სურ. 79. ბლემორ-სინქსტეკენის პნე-
 მობალონით საულაპავი მილიდან სისხლ-
 დენის შეჩერება

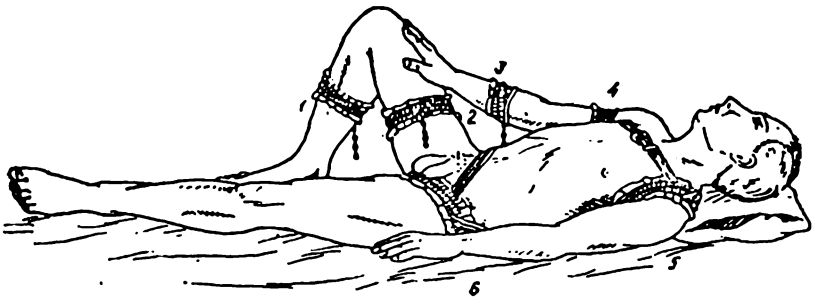
45

ლახტის დაღების წინ საჭიროა: 1. კიდურის მაქსიმალურად მალა აწევა და ოდნავ შერბევით სისხლისგან დაცლა; 2. გაშიშვლებულ კანზე ლახტის დაღებას შეიძლება მოჰყვეს კანის ან ნერვის მიკვლევა. ამიტომ ლახტს ქვემოდან ამოუღებენ პირსახოცს, ტანსაცმელს; 3. კიდურზე ცირკულარულად 2-3-ჯერ ადებენ ძლიერ გაჭიმულ ლახტს (სურ. 80). ამისათვის ლახტს მოკლე მანძილზე



სურ. 80. ლახტის დაღების ტექნიკა: 1 - ესმარქის ლახტი; 2 - კიდურის აწევა ლახტის დაღების წინ (ლახტის ქვეშ პირსახოცის დაფენა); 3 - ლახტის დაღების დაწყების მომენტი; 4 - ლახტის პირველი და მომდევნო ტური; 5 - ლახტის დაღება მარყუჟად

იჭერენ ორივე ხელით --- მარცხენა ხელი უძრავადაა, მარჯვენა ხელით კი ლახტს დაჭიმულად შემოავლებენ კიდურს ირგვლივ ისე, რომ ლახტის ყოველი მომდევნო რგოლი წინა რგოლს დაედოს;



სურ. 81. ლახტის დადება: 1 — წვივზე; 2 — ბარძაყზე; 3 — წინამხარზე; 4 — მხარზე; 5 — ილიის ფოსოში; 6 — საზარღულის არეში სხეულზე ფიქსაციით

4. პირველი რგოლი (და არა უკანასკნელი) ყველაზე უფრო მოქმედი იქნება იყოს, ლახტის ძეწებზე მკორე კავიანო ბოლოთი ამაგრებენ რგოლში (აბზინდასა ან ლუხაში); 5. ლახტის დადების შემდეგ თვალსაჩინო ადგილას აღნიშნავენ ლახტის დადების დროს; 6. კიდურზე ლახტის დადება შეიძლება მხარზე, წინამხარზე, მტევანზე, ბარძაყზე, წვივზე, ტერფზე. ძვლების რიცხვის მიუხედავად, კუნთოვანი ქსოვილი ლახტის ქვეშ ზეწოლით აჩერებს სისხლის დენას; 7. ლახტი დაზიანებულ უბანთან რაც შეიძლება ახლოს უნდა მოათავსონ, რათა ქსოვილების ნაკლები არე განიცდიდეს ანემიას; 8. როცა საჭიროა ლახტის დადება ბარძაყის ან მხრის ზედა მესამედში, ლახტის წაძრობის ასაცილებლად მას ამაგრებენ მენჯზე, ხოლო მხარზე ლახტის დადების შემთხვევაში მას მოპირდაპირე მხარეს დაამაგრებენ. თუ ლახტს ასევე საწინააღმდეგო მხარეზე ან მენჯზე ჯვარედინად „რვისებურად“ შემოვავლებთ (სურ. 81) და მის ქვეშ პატარა მორგვს მოვათავსებთ, ილიის ან ბარძაყის არტერიაზე ზეწოლით შევანერებთ სისხლის დენას; 9. ზერელედ დადებული ლახტი გაცილებით უფრო საშიშია სისხლის დენის მხრივ, რადგან იგი აბრკოლებს მხოლოდ ვენიდან სისხლის უკუდენას გულისაკენ, არტერიული სისხლი კი გაძლიერებულად იღვრება ქრილობიდან. ლახტის სწორად დადების შემდეგ პერიფერიაზე პულსი ქრება და სისხლის დენა წყდება; 10. ზამთარში ერთ საათზე მეტხანს და ზაფხულში ორ საათზე მეტხანს ლახტის დატოვება საშიშია, მოსალოდნელია განგრენის განვითარება, ლახტის დადების დრო ზუსტად უნდა იყოს მითითებული სამედიცინო დოკუმენტში. ორ საათზე მეტი ხნით დატოვებისას ქსოვილებს სისხლით მომარაგებისთვის ლახტს ხანმოკლე დროით ხსნიან 1—2-ჯერ, სისხლის დენის დაწყებისთანავე ლახტს ხელახლა ადებენ (ოდნავ ზე-



სურ. 82. ლახტის დადების ტექნიკა კისერზე სისხლძარღვების ერთ მხარეზე დაზიანებისას; არაქანცევის დამკვერით საძილე არტერიისზე ზემოლა

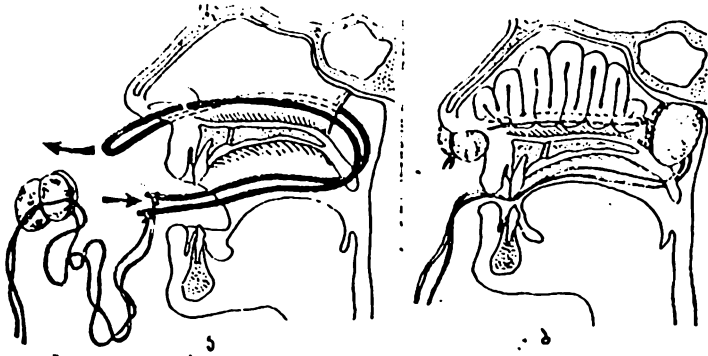
მთ); 11. ლახტის დადების შემდეგ ზაფხულში კიდურს ღიად ტოვებენ, ზამთარში ახვევენ, მაგრამ სპეციალურად არ ათბობენ სათბურით; 12. აუცილებელია კიდურის იმობილიზაცია (უკეთებენ ნარკოტიკს, ზოგჯერ ლახტის ზემოთ ნოვოკაინით ბლოკადას), ლახტიანი ავადმყოფის პირველ რიგში გადაყვანა და დახმარების აღმოჩენა. ლახტის დადება შეიძლება კისერზეც, თუ ერთ მხარეს მოვათავსებთ აწეულ კიდურს ან კრამერის არტაშანს (სურ. 82) ან სპეციალურ ზემოლ არტაშანს ერთ მხარეზე (სურ. 82);

ლახტის ნაკლია ის, რომ იგი იწვევს ძლიერ ტკივილს, ყველა რბილ ქსოვილზე და მათ შორის ნერვულ ლეროებზე ზემოლას, ზოგჯერ პარეზსა და დამბლას, აუტანელი და შოკოგენურია.

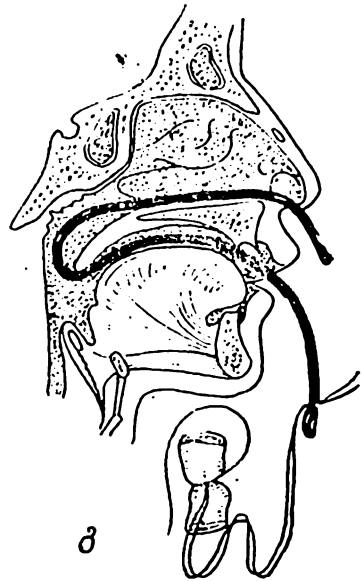
ლახტი სისხლის მიმოქცევის მოშლითა და ქსოვილთა ანოქსიით ყოველგვარ პირობებს ქმნის ანაერობული ინფექციის განვითარებისა და რეგენერაციის დაქვეითებისათვის.

ლახტის დადების დროს დაშვებული შეცდომები იწვევს: ძლიერი მძჳერისას — დამბლას, სუსტი მოჳერისას — სისხლის დენის გაძლიერებას (არტერიიდან სისხლი მიედინება, ვენიდან უკან ადარბრუნდება). შიშველ ადგილას ლახტის დადებას მოჳყვება კანის ნეკროზი.

შეცდომაა, როცა ლახტს ადებენ ჩვენების გარეშე, როცა არ არის არტერიული სისხლის დენა და არ აღნიშნავენ ლახტის დადების დროს.

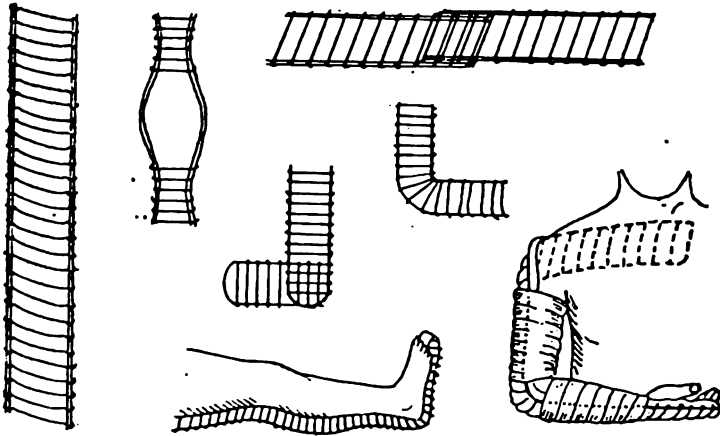
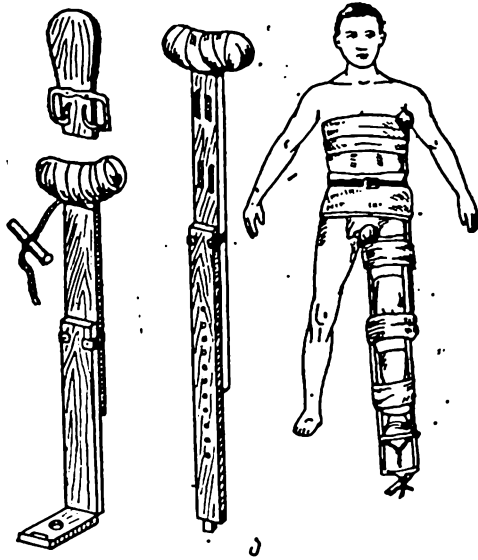


სურ. 84. სისხლის დენის შეჩერება ცხვირიდან უკანა ტამპონადით (ბლულოკის წესი): ორივე ნესტოში მოკეცილად გატარებულია წვრილი რეზინის მილი ძაფებისა და მასთან ფიქსირებული მორგვის გამოსატანად (ა); ცხვირი ამოვსებულია ტამპონით და წინიდან ძაფით დამაგრებულია მორგვი (ბ); ერთი ნესტოდან ძაფის გატანა და მორგვის დამაგრება (გ)



ჰრილობის პირველადი და მეორეადი ქირურგიული დამუშავება

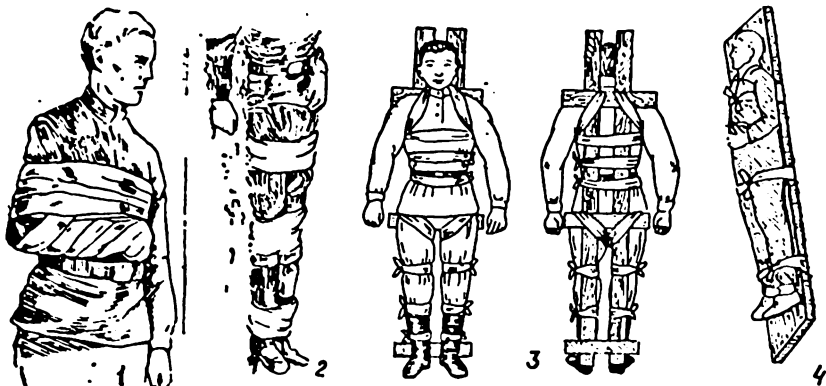
რა ლოკალიზაციისაც უნდა იყოს ჰრილობა, პირველადი ქირურგიული დამუშავების ტექნიკური მხარეებიდან არჩევენ ხუთ აუცილებელ კომპონენტს: 1. ჰრილობის გაკვეთას, 2. მკვდარი ქსოვილების ამოკვეთას, 3. ჰრილობიდან ლითონის ან სხვა სახის უცხო სხეულების, ქსოვილთა ნაგლეჩებისა და ნაშხვრევების ამოღებას, კ.დ.გ.



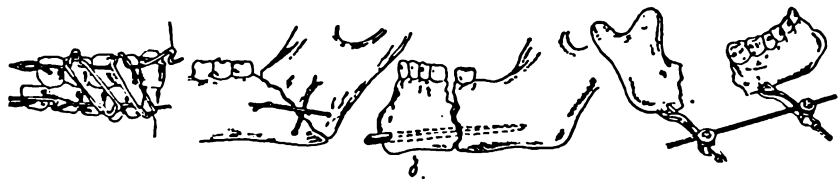
სურ. 85. არტაშნები სატრანსპორტო იმობილიზაციისათვის: ა. დიტერის-სის; ბ. კრამერის

4. სისხლის დენის შეჩერებას, ნ. ოსტეოსინთეზს, დრენირებას ან ნაკერს.

შესაძლოა, რომ კრილობის პირველადი ქირურგიული დამუ-



სურ 86. სახელდახელო იმობილიზაცია: 1 — ზედა კიდურის დამაგრება გულ-
მკერდზე; 2 — დაზიანებული ქვედა კიდურისა — საღ კიდურზე; 3-4 — ხერხემ-
ლის იმობილიზაცია



სურ 87. ქვედაყბის მოტეხილობის ა — სატრანსპორტო იმობილიზაცია და ბ —
ოსტეოსინთეზი (მავთულით, შტიფტებით, საფიქსაციო აპარატით); გ — ზედაყბის
მოტეხილი ფრაგმენტების პრიმიტიული იმობილიზაცია

შავებისას ხუთი კომპონენტიდან ერთის ან ორის შესრულება არ იყოს საჭირო; მაგალითად, იმ შემთხვევაში, როცა კრილობაში უცხო სხეული არ არის, როცა კრილობა დიდი და ღიაა და არ ესაჭიროება გაკვეთა, კრილობაში მკვდარი ქსოვილები არ არის,

არ საჭიროებს ჰემოსტაზს ან დრენირებას. როდესაც კრილობაში ერთდროულად იქმნება ასეთი პირობები, ცხადია, საჭირო აღ- არ არის ქირურგიული დამუშავება.

პირველადი ქირურგიული დამუშავების უკუჩვენება (ავად- მყოფის მძიმე მდგომარეობა, შოკი, სისხლის დენა, მკვეთრი ანემია და კრილობის მძიმე ინფექცია) პირობითია. აქტიური ქირურგიული დამუშავება უნდა ჩაატარონ და აღნიშნული მოვლენების გავ- ლასა და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებას არ დაელოდონ, თუ შოკისა და ანემიის მიზეზი სისხლის დენაა (რაც ხშირია), ხოლო მისი ლიკვიდაცია პირველადი ქირურგიული დამუ- შავების გარეშე შეუძლებელია, ისე როგორც ინფექციასთან ბრძო- ლა მეტწილად ადგილობრივი კერის სრულყოფილი დამუშავები- სა და სანაციის გარეშე გაუმართლებელია.

პირველადი ქირურგიული დამუშავება ისე, როგორც ყველა ოპერაცია, უნდა ჩატარდეს ასეპტიკის წესების დაცვით, სუფთა საოპერაციოში.

გაუტივარება უნდა იყოს ადგილობრივი ან ზოგადი. საკუ- რთა საკმაოდ დიდი რაოდენობით ქირურგიული ხელსაწყოები როგორც ძვლის, ისე განსაკუთრებით რბილი ქსოვილებისათვის. ოპერაციის მსვლელობაში ერთი შრიდან მეორე შრეზე გადასვლის დროს ქირურგიული ხელსაწყოები უნდა გამოცვალონ, რათა აიცი- ლონ ზედაპირიდან მიკრობების ღრმად გადატანა.

გაუტივარებისა და საოპერაციო არის მომზადების შემდეგ კრილობის არხს შრეებად გაკვეთენ საკმაო სიღრმეზე. კანი, აპო- ნევროზი და უფრო ღრმა შრეები ისე უნდა გაიკვეთოს, რომ რაც შეიძლება უკეთ მოხერხდეს კრილობის დათვალიერება და მისი დრენირება. განაკვეთის მიმართულება უნდა ემთხვეოდეს კრილობის მიმართულებას, ამ არის ანატომიურ-ტოპოგრაფიულ მონაცე- მებს: კუნთთა ბოჭკოებს, მსხვილ სისხლძარღვებს, ნერვებს. და- საწყისში აპონევროზს გაკვეთენ გასწვრივად, შემდეგ კი საჭიროე- ბის მიხედვით, სხვა მიმართულებითაც.

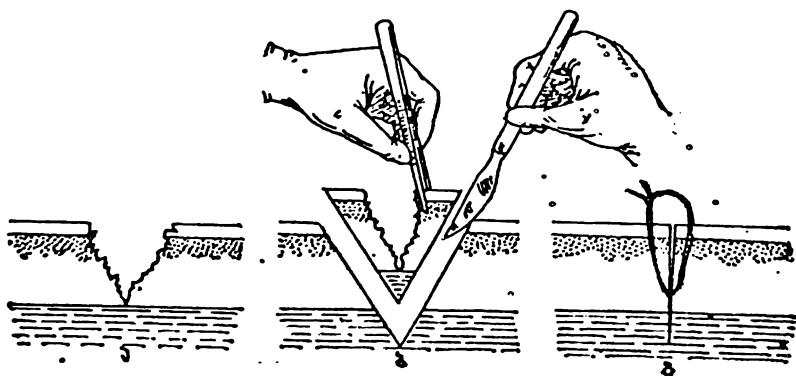
გამჭოლი კრილობის დროს, როდესაც კრილობის არხი მოკ- ლეა და მას შესაფერი მდებარეობა აქვს, შეიძლება ერთი განაკვე- თით არხის ორივე ზვრელის გაერთიანება. იმ შემთხვევაში, როცა გამჭოლ კრილობას გრძელი არხი აქვს ან ის სისხლძარღვებისა და ნერვების პერპენდიკულარულად მდებარეობს, კრილობის დამუშა- ვება საჭიროა ცალკე შემავალი და ცალკე გამოსასვლელი ზვრელე- ბიდან.

ბრმა კრილობის დროს ზოგჯერ საჭიროა დამატებითი კონტ- რაპერტურების გაკეთება. შეცდომაა, როდესაც ურჩევენ კრი-

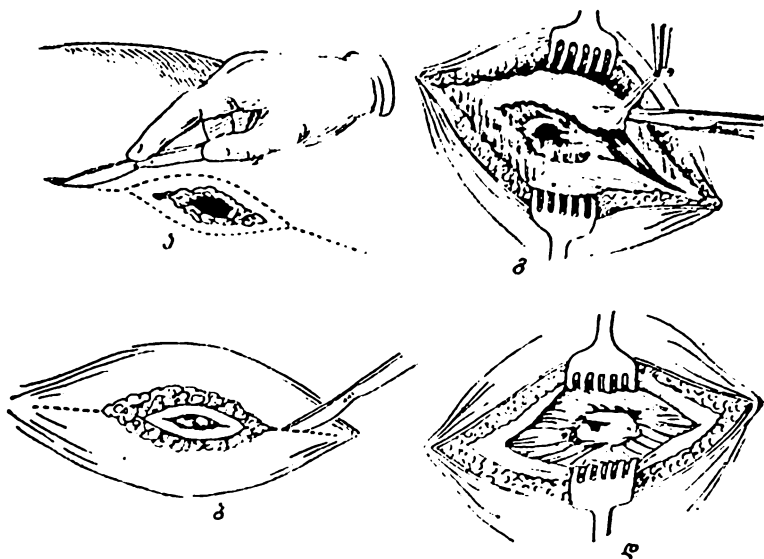
ლობის ირგვლივ კანის გაკვეთის შემდეგ კრილობის მთლიანად ამოკვეთას იმავე განაკვეთით. არავითარ შემთხვევაში კრილობა მთლიანად არ უნდა ამოკვეთონ, რადგან ძნელდება ტოპიკური დიაგნოსტიკა და განსაკუთრებით კრილობის დრენირება. კანის ამოკვეთა დასაშვებია იმ შემთხვევაში, როცა იგი დანეკროზებულია ან მისი სიცოცხლისუნარიანობა საეჭვოა. დაზიანების ხარისხისა და გავრცელების მიხედვით კრილობის ნაპირიდან კანი ამოიკვეთება 0.5—1 სმ სიგრძეზე. დაუზიანებელი ქსოვილებისა და განსაკუთრებით დაუზიანებელი კანის ამოკვეთა დიდი შეცდომაა, რადგან კანის საფარველი ყველაზე ნაკლებად აბრკოლებს დამუშავებული კრილობის დრენირებას. ხოლო შემდგომი რეპარაციისთვის მას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.

კანის გაკვეთის შემდეგ კრილობის ნაპირები მაქსიმალურად უნდა გააგანიერონ ბასრი ან ჩლუნგი კავით. რათა კრილობის ღრუ დაათვალიერონ. მდგომარეობის მიხედვით საჭიროა აპონევროზის გაკვეთა. ჯიბეების გახსნა, ნამდვილად უსიცოცხლო ქსოვილებისა და ხიდაკით დაკავშირებული ქსოვილების ამოკვეთა. ამოკვეთა ხდება მკრელი იარაღით. სიცოცხლისუნარიანობაზე საეჭვო აპონევროზი სკალპელით უნდა ამოკვეთონ, კუნთები კი მაკრატლით. ქსოვილების დასაქერად უნდა იხმარონ ქირურგიული და თათისებრი პინცეტი, რომელიც ამოსაკვეთ ქსოვილს ეხება. არ უნდა ეხებოდეს უკვე განახლებულ კრილობის კიდეებს.

ამოკვეთის მომენტში ამოსაკვეთი ქსოვილები შეძლებისდაგვარად უნდა აწიონ, რათა აიცილონ კრილობის განახლებულ ზედაპირთან მათი შეხება (სურ. 88, 89).



სურ 88. პირველადი აქტიური ქირურგიული დამუშავების სქემა: ა კრილობის სახე; ბ --- ამოკვეთა; გ - ყრუ ნაკერი



სურ. 89. ცეცხლასაროლი იარაღით მიყენებული კრილობის პირველადი აქტიური ქირურგიული დამუშავების ტექნიკა: ა - კანისა და კანქვეშა ქსოვილის გაკვეთა; ბ - კრილობის არხის ირგვლივ კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ამოკვეთა; გ - კანი გაგაზიარებულია კავებით, წარმოებს გაკვეთა და ამოკვეთა; დ - კანი და ფასცია გაგნიერებულია კავებით, კრილობის სიღრმეში გაგლეჯილი კუნთები და სისხლის კოლტებია

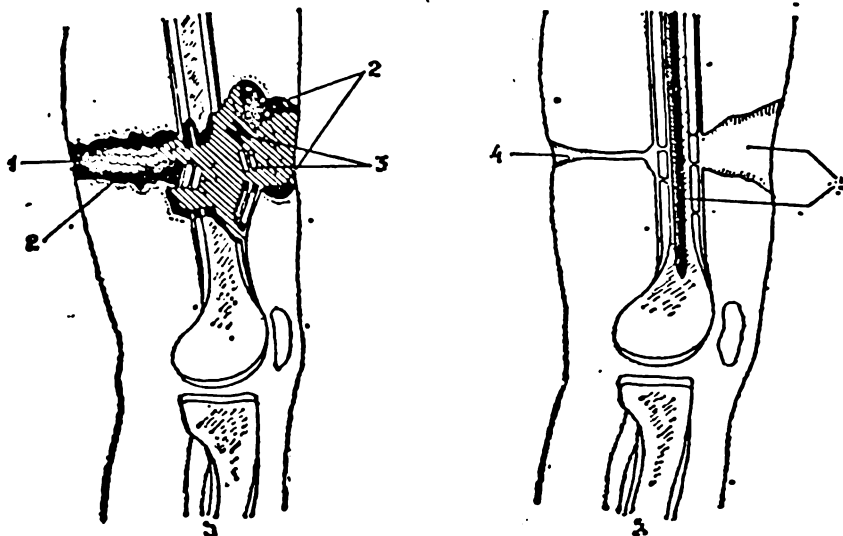
ამოკვეთა დიდ სიფრთხილეს და თავისებურ მიდგომას საჭიროებს, როდესაც საქმე ეხება მსხვილ სისხლძარღვებს, ნერვებს. განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო აგრეთვე ხელის მტევნის დამუშავების დროს. ისეთი ქსოვილების დაზიანებისას, როგორცაა ტვინი, ფილტვები, ღვიძლი, ელენთა. საჭიროა მეტად თავისებური მიდგომა. ამ დროს არ შეიძლება გაკვეთა და ამოკვეთა. მოაცილებენ, მაგალითად, ტვინის ან ფილტვის თითქმის მთლიანად იზოლირებულ ქსოვილს. დაზიანებულ ელენთას ამოკვეთენ. ფილტვის, ღვიძლის, თირკმლის, გულის კრილობას გაკერავენ.

ღია მოტეხილობის შემთხვევაში რბილი ქსოვილები უნდა დამუშაონ. ანტიბიოტიკების ფონზე იყენებენ თაბაშირის ყრუ ნახვევს, ძვლის გაკერვას, ოსტეოსინთეზს (სურ. 90). იშვიათად დაკიმვას.

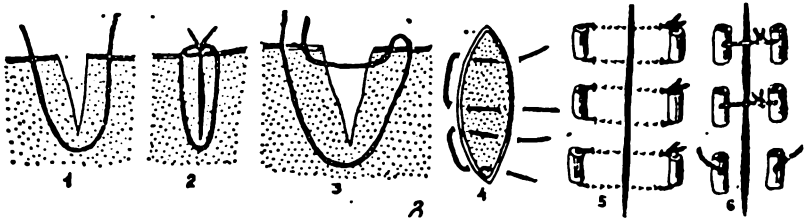
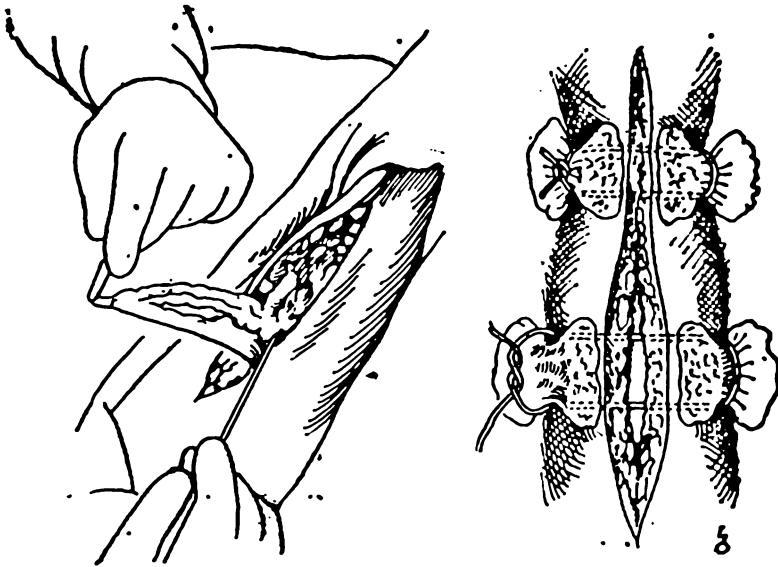
სისხლის დენის შეჩერება კარგი ქირურგიული დამუშავების აუცილებელი პირობაა. სისხლის დენის შეჩერება საბოლოო უნდა იყოს.

კრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავების ერთ-ერთი აუცილებელი კომპონენტია კრილობის გაკერვა.

პირველადი დამუშავების შემდეგ, როგორც წესი, იკერება დაზიანებული სისხლძარღვი, მყესი, ნერვი, ნაწლავი, პარიესული პლევრა. აგრეთვე სახის, თავის კანისა და ხელის მტევნის კრილობა.



სურ. 90. ცეცხლასროლი იარაღით მიყენებული კრილობის და მოტეხილობის ქირურგიული დამუშავების სქემა: ა — ოპერაციულ დამუშავებამდე; ბ — ოპერაციული დამუშავების შემდეგ; 1 — კრილობის არხი; 2 — ამოსაკვეთი დაზიანებული ქსოვილები; 3 — კრილობის არხის შედგენილობა (დეტრიტი); 4 — კრილობის არხი აქტიური ქირურგიული დამუშავების შემდეგ; 5 — მოტეხილობის ფიქსაცია ფოლადის ღეროთი (ოსტეოსინთეზი).



სურ. 91. ა — კრილობიდან გრანულაციური ქსოვილის გვიან ამოკვეთა მეორეული ნაკერის დადებისათვის; ბ — კრილობის დასაახლოებელი „ი“-სებრი ნაკერი კვანძის შიგნით დოლბანდის მორგებით; გ — ნაკერის სახეები; 1-2. კვანძოვანი; 3 — დონატის კრილობის კიდეების უკეთ დაახლოებისთვის; 4 — იგივე პორიზონტალურად; 5 — იგივე რეზინის მილში ძაფის გატარებით; 6 — კვანძოვანი რეზინში ძაფის გატარებით

კრილობის პირველადი და მეორადი ქირურგიული დამუშავება ტექნიკურად მრავალმხრივ ჰგავს ერთმანეთს. ამავე დროს განსხვავებული და სპეციფიკური თვისებები ახასიათებს, რაც კარგად ჩანს მათი შედარებისას:

კრილობის პირველადი ჩირურგიული
დამუშავება

კრილობის მეორადი ჩირურგიული
დამუშავება

1. ოპერაციის მიზანია კრილობის და-
ინფიცირებისა და მწვავე დაჩირქების
აცილება
2. ხშირად ოპერაცია მთავრდება პირვე-
ლადი ნაყერის დადებით ან გარ-
კვეულ შემთხვევებში კანის პირვე-
ლადი პლასტიკით
3. დანეკროზებული ქსოვილების ამოკვე-
თა მიმდინარეობს ნეკროზის არა-
პირდაპირი ნიშნების მიხედვით (და-
ჩეჩქილო, დაბიხტურებული, იზო-
ლირებული ქსოვილები)
1. აკეთებენ ისეთი კრილობის ოპერაციას,
რომელსაც არა აქვს გრანულაცია და
არც ჩირქს შეიცავს
5. ჰემოსტაზს მიმართავენ. როგორც
დაკრის, ისე ჩირურგიული დამუ-
შავების მომენტში გახვითარებული
სისხლის დენის შესაჩერებლად
6. ოპერაციას აკეთებენ დაკრიდან პირ-
ველ საათებში

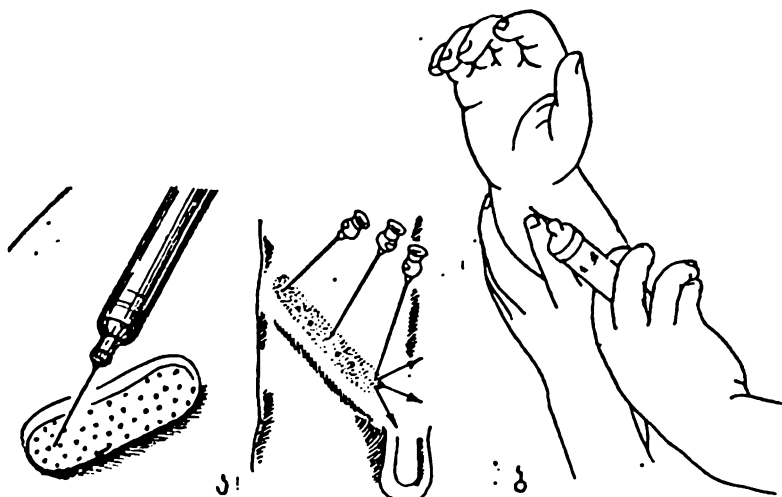
1. ოპერაციის მიზანია დაინფიცირე-
ბული კრილობის (სა მწვავე და-
ჩირქების ლიკვიდაცია და აცილე-
ბა
2. ოპერაცია შეიძლება დამთავრდეს
პირველადი ნაყერის დადებით
3. დანეკროზებულ ქსოვილებს ამო-
კვეთენ ნეკროზის პირდაპირი ნიშ-
ნების მიხედვით (დაშლა, ნეკ-
როზული ქსოვილების დეზინტეგ-
რაცია)
4. აკეთებენ ისეთი კრილობის ოპერა-
ციას, რომელსაც აქვს გრა-
ნულაცია და ჩირქს შეიცავს
5. ჰემოსტაზს მიმართავენ ოპერა-
ციული დამუშავების მომენტში
განვითარებული სისხლის დენის
შესაჩერებლად
6. ოპერაციას აკეთებენ დაკრიდან
პირველ დღეებში

პირველად ნაყერს
ადებენ ახალ-და-
მუშავებულ კრი-
ლობას.

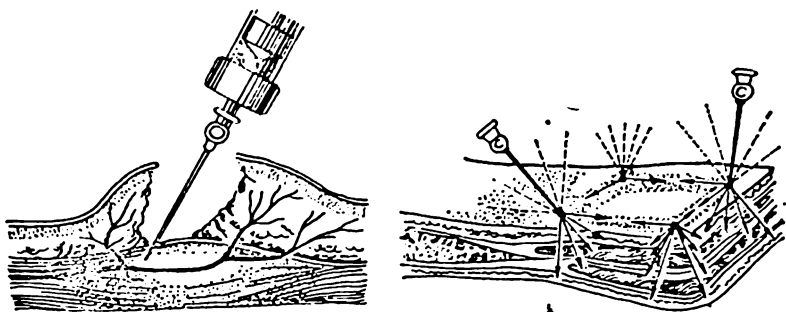
პირველად გადაევა-
დებულ ნაყერს დაე-
რის კრილობას (ის-
ფექციის კლინიკურ-
ნიშნების გარეშე).
გრანულაციის გა-
ვითარებას (ს.კ. ნეკ-
როლიზაცია) შეი-
ძლება

მეორეულ ხანგრძლივ
ნაყერს ადებენ გრა-
ნულაციას (ისფექ-
ციის კლინიკურ-
ნიშნების გარეშე).
ახალ-და-მუშავებულ
კრილობას, კრი-
ლობას კლინიკურ-
მოპილიზაციის ან
კლინიკურ-ნიშნების
გარეშე შეესა-
ბუნება

მეორეულ დავი-
ახლებულ ნაყერს ადუ-
ბენ (სანაწიბურე-
ბულ კრილობასზე
(ისფექციის კლინი-
კური ნიშნების გა-
რეშე) კრილობას
(სანაწიბურე) ამო-
კვეთენ. კრილობას
კლინიკურ-მოპილიზა-
ციის უკეთესი ნეკ-
როლიზაცია შეი-
ძლება



სურ. 92. ადგილობრივი ანესთეზიის შესასრულებლად საჭიროა: ა კანში (და კანქვეშ) ნოვოკაინის 0,25-0,5%-იანი ხსნარის შეყვანით „ლიმონის ქერქის“ წარმოქმნა; ბ -- შპრიცის დაკერა II და III თითს შორის



სურ. 93. ადგილობრივი ანესთეზია ნოვოკაინის ხსნარით: ა — საანესთეზიო ხსნარის აპონევროზის ქვეშ ერთი ინიექციით შეყვანა პერიფერიული ნერვის ცენტრალური უბნის ბლოკირებისათვის ა. ვ. ვიშნევსკის წესით; ბ — ნოვოკაინის შეყვანა მრავალი ინიექციით ბრაუნის წესით გარკვეული უბნის ანესთეზიისათვის

✓ დესმურგია

დესმურგია (ბერძნ. — desmos — კავშირი, ნახვევი, ergon — საქმე) მოქმედებაა ნახვევის სწორად დადებისა და გამოყენების შესახებ.

შესახვევი მასალაა: დოლობანდი, ბანდი, ბამბა, ლტგნონი, თაბაშირი და სხვ.

სხეულის ამა თუ იმ ნაწილზე შესახვევი მასალის დადების

პროცესს შეხვევა ეწოდება. შეხვევა (ნახვევის დადება) მოქმედებაა, ნახვევი კი — ამ მოქმედების შედეგი.

ნახვევი ეწოდება ყველაფერს, რასაც სამკურნალწამლო საშუალების დაცვის, მუდმივი ზეწოლის ანდა სხვა დანიშნულებით სხეულის რომელიმე ნაწილზე (კრილობაზე, დაზიანებულ ან დაავადებულ ადგილზე) დაადებენ და ამა თუ იმ დროით რომელიმე წესით დაამაგრებენ.

ნახვევია რბილი და მაგარი. რბილი მასალით ან ძირითადად ბამბითა და ბანდით შესრულებულ ნახვევს ბანდიანი დამცველი საფიქსაციო ნახვევი ეწოდება; არსებობს აგრეთვე წებოვანი, ქელატინის, ცელულოიდის, ელასტიკური, თხიერი მინის, სალბუნით, ნილაბანდით შესრულებული მარყუჟოვანი და სხვა ნახვევები.

მაგარი, უმოძრაო, ანუ საიმობილიზაციო ნახვევებია სხვადასხვა არტაშნით შესრულებული, სახამებლისა და თაბაშირის ნახვევები.

შესახვევ მასალას ამაგრებენ ბანდით, კლეოლით, მწებავი ემპლასტროთი, სახამებლის წებოთი, კოლოდიუმით და სხვა საშუალებით.

ფუნქციური დანიშნულების მიხედვით ნახვევია: ჩვეულებრივი, ანუ შესახვევი მასალის დასამაგრებელი, დამწოლი, ჰემოსტაზური — სხეულის გარკვეულ არეში მუდმივი ზეწოლისთვის განკუთვნილი (უმეტესად სისხლის დენის შეჩერების მიზნით), მაგარი — საიმობილიზაციო, სხეულის რომელიმე ნაწილის და კიდურთა სახსრებში მოძრაობის შესაზღუდად, გაძკიმავეი (დამკიმავეი) — კიდურის ძვლებისა და ხერხემლის გაკიმვისთვის, გამასწორებელი (მაკორევირებელი) — კიდურის თანდაყოლილი თუ შეძესილი დეფორმაციის გასწორებისა და განტვირთვისთვის.

ანტისეპტიკური ნახვევი ანტისეპტიკური ნივთიერების შემცველია, ასეპტიკური — ნახვევი სტერილური ნახვევია. დამცველ ნახვევს იყენებენ კრილობაზე ნაზი გრანულაციის დასაცავად გაშრობისა და გალიზიანებისაგან, ოკლუზიური (ჰერმეტიული) ნახვევი სრულიად წყვეტს კრილობაზე ჰაერის მოქმედებას.

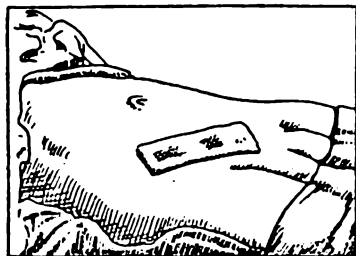
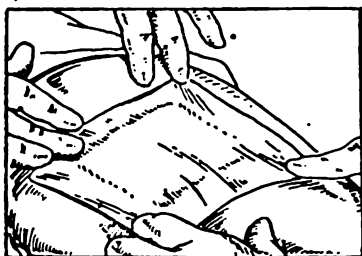
ყოველი ნახვევი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: 1. საიმედოდ ამაგრებდეს შესახვევ მასალას დაზიანებულ თუ დაავადებულ არეზე, 2. იყოს მსუბუქი, მაგრამ გამძლე და მოსახერხებელი, 3. შეძლებისდაგვარად არ ზღუდავდეს მოძრაობას, 4. არ იწვევდეს ლიმფისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლას, 5. არ აწუხებდეს ავადმყოფს და 6. შეძლებისდაგვარად იყოს მოხდენილად გაკეთებული.

მწევაჲი ნახვევი. კანზე ნახვევის დასაწებებლად იყენებენ: კლეოლს (კანის წებოს) (სურ. 94), კოლოდიუმსა და მწევაჲ ემპლასტროს.

კლეოლით ნახვევს ასე აკეთებენ: კრილობაზე მოთავსებული ნახვევის ირგვლივ უსვამენ კლეოლს, ერთ-ორ წუთს აკლიან შემრობას და ნახვევს ფარავენ დოლბანდის ნაჭრით. რომელიც 3-5 სმ-ით უნდა სცილდებოდეს ნახვევს. დოლბანდს მკიდროდ აწვებიან კლეოლწასმულ კანზე. დოლბანდის კიდეებს, რომლებიც კანთან მიწებებული არ არის, შემოკრიან მაკრატლით.

კლეოლით ნახვევის უპირატესობაა: ნახვევის გაკეთების სიმარტივე, შესახვევი მასალის ეკონომია, კანის გაუღიზიანებლობა და ნახვევის მრავალჯერ გამოყენება; ნაკლია ის, რომ კლეოლით ნახვევის გამოყენება არ შეიძლება სხეულის თმიან არეში, დასველებისას ადვილად ძვრება კანს.

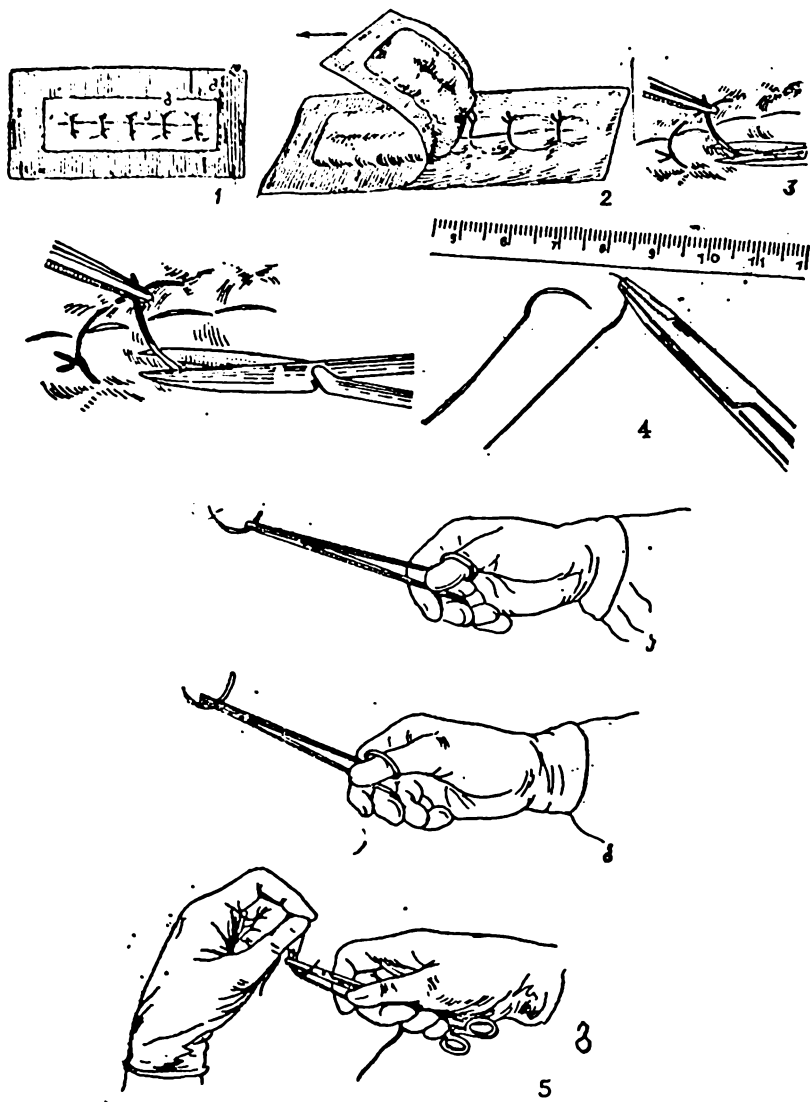
კლეოლში შედის: 5,0 კოლოფონი, 100,0 ეთერი, 1,0 სკიპიდარი, 0,1 სელის ზეთი ან 45,0 კოლოფონი, 37,0 95%-იანი ღვინის სპირტი, 1,0 მზესუმზირას ზეთი.



სურ. 94. ნახვევის დადება კლეოლით (ახსნა ტექსტში)

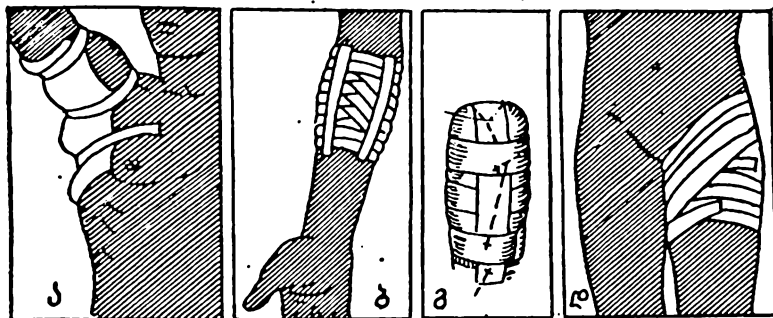
კოლოდიუმით ნახვევს ასე აკეთებენ: კრილობაზე მოთავსებულ ნახვევს ფარავენ დოლბანდის ნაჭრით, რომელიც ირგვლივ უნდა სცილდებოდეს მას 3--4 სმ-ით. დოლბანდის თავისუფალ კიდეებზე, რომლებიც უშუალოდ ეხება კანს, უსვამენ კოლოდიუმს. იგი დოლბანდს მკიდროდ აწებებს კანზე და იკერს ნახვევს (სურ. 95).

მწევაჲი ემპლასტროთი ამაგრებენ მცირე ზომის ნახვევს. მასზე ზევიდან გადაატარებენ და კანზე ამაგრებენ მწევაჲი ემპლასტროს რამდენიმე ზონარს პარალელურად. ჯვრისებურად ან ვერტიკალურად, რათა შესახვევი არე მოხდენილად იყოს (სურ. 96). ემპლასტროთი ზოგჯერ აახლოებენ კრილობის კიდეებს (განსა-



სურ. 95. 1 — კოლოდიუმით ნახვევი; ნაჩვენებია აგრეთვე: 2 — ნახვევის და 3 —
 კანის ნაკერის მოხსნა (გამოჩენილია და მახვილწვერიან, სკრატილით იჭრება ქსო-
 ველში არსებული ძაფი); 4 — ატრავმული ნემსები (ნემსის ყუნწისა და ძაფის დია-
 მეტრი ერთნაირია) დამკერით; 5 — ნემსის მდებარეობა ნემსდამკერში: ა — სწო-
 რად; ბ — არასწორად. გ — ქირურგიულ ნემსზე ძაფის აგება

კუთრებით მათი ფართოდ დაცილებისას) შეხორცების დაჩქარების
 ან ღია პნევმოთორაქსის დახურვის მიზნით, აფიქსირებენ მოტეხილ
 ნეკსს და სხვ. ზოგჯერ ასექტიკურ, ახლად გაყერილ მშრალ კრი-
 210



სურ. 96. ნახვევი მწებავი ემპლასტროთი: ა — ილიის ფოსოში; ბ — წინამხარზე; გ — ტაკვზე (ზამპიზზე); დ — ბარძაყზე

ლობაზე უშუალოდ აკრავენ განიერ მწებავ ემპლასტროს ნაწლავის შიგთავსისგან დაცვის მიზნით (ახლომდებარე ხელოვნური ანუსის ან ნაწლავის ხვერდამილის შემთხვევაში).

ხილაბანდით ნახვევი (fascia trigonum biaxillare) მარტივია. მას ფართოდ იყენებდნენ დიდ სამამულო ომში. ხილაბანდი დამზადებულია ბამბის ქსოვილისგან და სამკუთხედის ფორმისაა. ხილაბანდის გრძელ მხარეს ფუძეს უწოდებენ, ფუძის წინ მდებარე კუთხეს — წვეროს, ხოლო დანარჩენ ორ კუთხეს — ბოლოებს. ხილაბანდით სხვადასხვა სახის ნახვევს აკეთებენ. X

ხელის მტევანზე ხილაბანდით ნახვევს ასე აკეთებენ: ხელისგულს ათავსებენ ხილაბანდზე თითებით წვეროსკენ, სხივ-მაჯის სახსარს კი — ფუძისკენ. წვეროს გადმოკეცავენ თითებზე მტევნის ხელზურგისა და წინამხრისკენ, ხოლო ბოლოებს სხივ-მაჯის სახსარზე განასკვავებენ (სურ. 97).

ზედა კიდურზე ხილაბანდით აკეთებენ ორი სახის დიდ ნახვევს: ერთ შემთხვევაში (სურ. 97) წინამხარს ზრიან იდაყვის სახსარში სწორი კუთხით. ხილაბანდი მოთავსებულია დაავადებული წინამხრის უკან ისე, რომ ხილაბანდის ფუძე სხეულის შუა ხაზს შეესაბამება. წვერო კი — დაავადებული კიდურის იდაყვის მიმართულეხას. ამასთან, ხილაბანდის ერთი ბოლო მოთავსებულია დაავადებულ მხარზე. მეორე კი ჩამოშვებულია ძირს, სხეულის გასწვრივ (სურ. 97).

ხილაბანდის ქვედა ჩამოკიდებულ ბოლოს მალა ასწევენ, გადაატარებენ საღ მხარეზე და კისრის უკანა ზედაპირზე ბოლოებს განასკვავებენ ან ჩასკვს აკეთებენ წინ საღ მხარეზე. ხილაბანდის ბოლოს წინა ნაწილზე ამავრებენ ინგლისური, ქინძისთავით.

მეორე შემთხვევაში ხილაბანდი მოთავსებულია არა დაავა-

დებული ზედა კიდურის უკან. არამედ მის წინ (სურ. 97). ხილაბანდის ერთი ბოლო გადის დაავადებული კიდურის წინ. ამოედება წინამხარს და ეწევა მას კისრისკენ, ხოლო მეორე ბოლო საღი ილლიის ფოსოში გავლით მიემართება ზურგზე პირველ ბოლოსთან შესახვედრად. ბოლოებს განასკვავენ დაავადებულ მხარეზე. წვეროს ინგლისური ქინძისთავით ამაგრებენ წინიდან. ხილაბანდის ასეთი მდებარეობისას ხელი მკიდროდ ეკვრის სხეულს და კიდურის უფრო სრულყოფილი იმობილიზაცია აღინიშნება, ვიდრე პირველ შემთხვევაში.

ე. წ. მცირე ნახვევის შემთხვევაში ხილაბანდს კრავენ ჰალსტუხის მსგავსად, წინამხარს ჩამოკიდებენ და ხილაბანდის ორივე ბოლოს კისრის უკან განასკვავენ (სურ. 97).

სარძევე ჯირკვლის ხილაბანდით გადახვევისას ხილაბანდის ფუძეს ათავსებენ სარძევე ჯირკვლის ქვეშ, წვეროს მიმართავენ დაავადებული სარძევე ჯირკვლის მხარის უკან, ხილაბანდის ერთ ბოლოს საღ მხარეზე, ხოლო მეორე ბოლოს დაავადებულ ილლიის ფოსოში გადაატარებენ. ხილაბანდის ორივე ბოლოს და წვეროს ზურგზე განასკვავენ (სურ. 97).

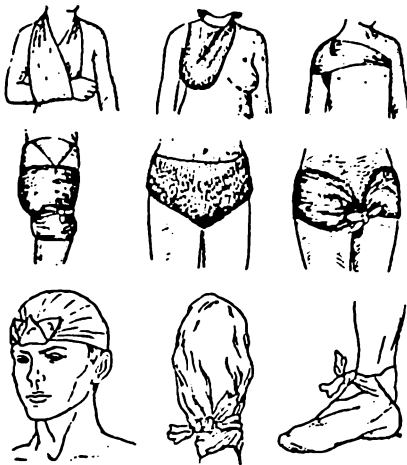
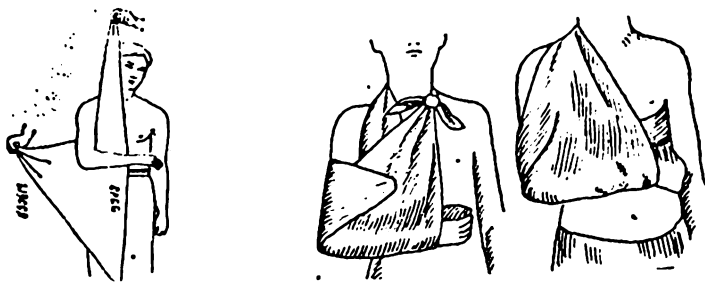
მხრის სახსრისა და ილლიის ფოსოს ნახვევს აკეთებენ ჰალსტუხის მსგავსად დაკეცილი ხილაბანდით. ილლიის ფოსოში ამოდებისა და მხარზე გადაჯვარედინების შემდეგ მას შემოაატარებენ გულმკერდზე და საღ მხარეზე ილლიის ფოსოში განასკვავენ (სურ. 97).

მენჯ-ბარძაყის სახსარს ორი ხილაბანდით ახვევენ: ჰალსტუხით დახვეული ერთი ხილაბანდით აკეთებენ სარტყელს, მეორე ხილაბანდის წვეროს ამაგრებენ სარტყელზე, ფუძით კი ფარავენ მენჯ-ბარძაყის სახსარს, ბოლოებს შემოაველებენ ბარძაყს და კვანძავენ (სურ. 97).

„საკურაო ტრუსის“ მსგავსად ხილაბანდით ნახვევისათვის ხილაბანდის ფუძე ფარავს მუცელს, წვერო მიემართება შორისისკენ, ხოლო ბოლოებს წვეროსთან ერთად უკან ნასკვავენ (სურ. 97).

დუნდულოს არეს ახვევენ „საკურაო ტრუსის“ მსგავსად. მაგრამ შებრუნებით, ხილაბანდის წვეროთი და ორივე ბოლოთი ფარავენ დუნდულოს და წინ განასკვავენ.

თავის შეხვევისას ხილაბანდის ფუძეს ათავსებენ კეფის არეში, წვეროს გადმოაფარებენ თხემზე, სახეზე და სამივე ბოლოს წინ განასკვავენ (სურ. 97). თავზე ნახვევს აკეთებენ შებრუნებითაც ისე, როგორც ქალები იხურავენ თავსაფარს. ბოლოები შეიძლება შემოაველონ თავს და წინ განასკვავონ.



სურ. 97. ხილაბანდის საერთო ხე-
ლი და ხილაბანდით ნახვევის
საბეჭები. ხილაბანდის საწყვი-
სი ძღებარეობა, ხილაბანდით
მხრისა და წინამხრის ნახვევი, ე. წ.
I და II ვარიანტი; მკიერე ნახვევი
(წრიაშხრისათვის). ხილაბანდით ხა-
ხვევი სარძევე ჭირკვალზე; ხილა-
ბანდით ნახვევი მხრის სახსარზე;
ხილაბანდით ნახვევი მარჯვენა
მენჯ-ბარძაყის სახსარზე (გვერდი-
დან); ხილაბანდით ნახვევი „სა-
სურათო ტრუსის“ მსგავსად წინი-
დან; უკახიდან („სასურათო
ტრუსის“ მსგავსი ნახვევისაგან

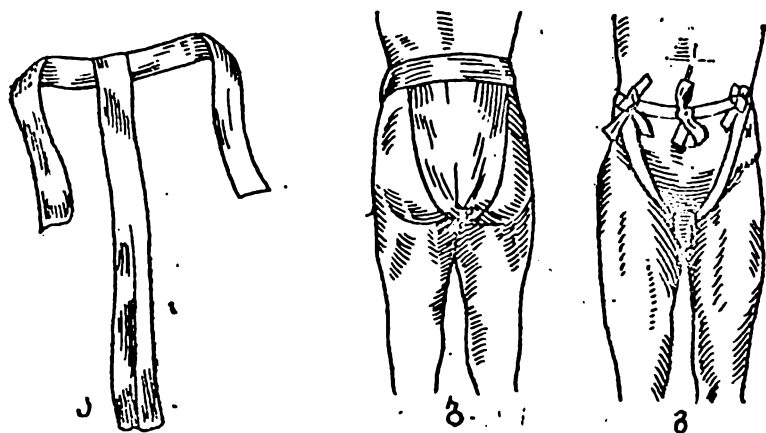
განსხვავებით ხილაბანდის წვეკრო და ბოლოები ინასკევაზა წინ და არა უკან); ხი-
ლაბანდით ნახვევი თავზე, ხელის მტევენსა და ტერფზე



სურ. 98. შურდულისებრი ნახვევი ცხიორზე; ნიკაპზე; კეფაზე

ტერფის ნახვევს ხელის მტევენის მსგავსად აკეთებენ. ტერფს
ათავსებენ ხილაბანდზე შუაში თითებით წვეროსკენ და გამოკეცავენ
მას ტერფზურგისაკენ. ბოლოებს ნასკეავენ გოჭებს ზევით, წვეროს
ამაგრებენ განასკეულ ბოლოებზე.

შურდულისებრი ნახვევი (splenum funda) გამოყენებულია ცხვირზე, ნიკაპზე, კეფაზე (სურ. 98), შორისზე. მას 70 სმ სიგრძის განიერი ბანდის ნაჭრისგან ამზადებენ, ბოლოებს გასწვრივად შუაზე გაკრით ისე, რომ ბანდის შუა ნაწილი 15 სმ (ან ნაკლებ) სიგრძეზე გაუქრელი რჩება. სწორედ ბანდის ამ ნაწილით იფარება შესახვევი არე. ბანდის თასმების მსგავს ბოლოებს კი გადააჯვარედ. ნიკაპს და შესაბამის ადგილებში ამაგრებენ. ცხვირზე შურდულისებრი ნახვევის დადებისას ერთი წყვილი თასმა მაგრდება კეფაზე (ან თხემზე), მეორე — მის ქვევით, კისერზე; კეფაზე შურდულისებრი ნახვევის დადებისას კი თასმები იკვრება შუბლზე და ნიკაპის ქვეშ. შორისზე შურდულისებრი ნახვევის გაკეთების შემთხვევაში თასმები გაშლილად მაგრდება წინ და უკან წელზე ბანდის ნაჭრისაგან გაკეთებულ ქამარზე.



სურ. 99. T-სებრი ნახვევი: ა — საერთო ხელი; ნახვევი შორისზე: ბ — უკან-დან; გ — წინიდან

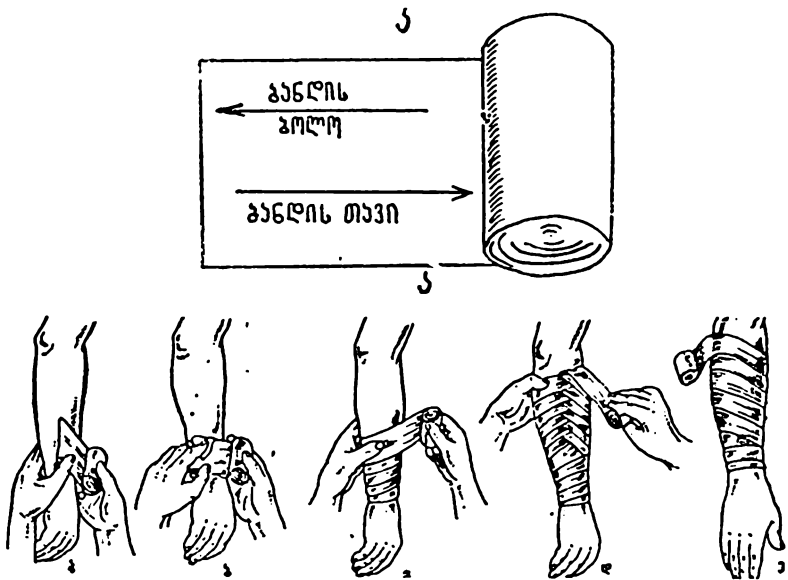
T-სებრი ნახვევს იყენებენ შორისზე და ყითას არეში. იგი შედგება განიერი დოლბანდის ნაჭრისაგან, რომელსაც უკან ამაგრებენ სარტყელზე. წინა ნაწილს, რომელიც შუაზეა გაკრილი, სარტყელზე ამაგრებენ მარჯვნივ და მარცხნივ (სურ. 99).

ბანდით ნახვევი (fascia tela) ყველაზე მეტადაა გავრცელებული (დოლბანდის შემცველად იყენებენ სისველეგამძლე, ჰაერგაუმტარ და ჰიდროფობულ, მალაქინო-ფორმალდეჰიდის ფისით გაქლენტილ სამედიცინო ქაღალდს, რომელსაც ეფექტურ და რენტაბელურ შესახვევ მასალად მიიჩნევენ ერთჯერადი ხმარებისათვის).

ვიწრო ბანდს ხმარობენ (3 5 7 სმ სიგანის) თითებზე ნახვევისა-

თვის. საშუალო სიგანის (10- 12 სმ) ბანდს თავზე, ხელის მრე-
ვანზე, წინამხარზე, ტერფსა და წვივზე ნახვევისათვის. განიერ
ბანდს (15 16 სმ) . გულმკერდზე, სარძევე ჭირკვალსა და ბარ-
ძაყზე ნახვევისათვის. ბანდი შეიძლება იყოს: გრძელი, მოკლე, ჰიგ-
როსკოპული და არაჰიგროსკოპული. ბანდის ნაწილებია: თავი (დას-
ვეული ნაწილი) და ბოლო (თავისუფალი ნაწილი) (სურ. 100).

არსებობს თორშეტი წესი, რომელთა შესრულება აუცილებე-
ლია ბანდით ნახვევის გაკეთების დროს: 1. ავადმყოფი უნდა იჯ-
დეს ან იწვეს, ამასთან, იმყოფებოდეს მოსახერხებელ მდებარეობაში,
ხოლო შესახვევი ადგილი იყოს უძრავად და შეხვევისათვის მისაწვ-
დომი; 2. ნახვევის გამკეთებელი ავადმყოფისკენ სახით უნდა იდგეს
და აკვირდებოდეს მის გამომეტყველებას — ნახვევი ტკივილს ხომ
არ იწვევს; 3. ნახვევის გაკეთებას იწყებენ „გახსნილი ბანდით“,
ქვევიდან ზევით (პერიფერიიდან ცენტრისაკენ); 4. ბანდს გადაახვე-
ვენ მარჯვენა ხელით ყოველთვის ერთი მიმართულებით, შემსრუ-
ლებლის მხრივ მარცხნიდან მარჯვნივ (სურ. 100), ე. ი. საათის ის-
რის მიმართულებით; 5. ბანდის გადახვევას იწყებენ საფიქსაციო
სვლით; 6. ბანდის თითოეულმა შემოვლამ უნდა დაფაროს წინას
ნახევარი ან ორი მესამედი; 7. ბანდის თავს უნდა აგორებდნენ შე-



სურ. 100. რბილი ბანდი: ა — ბანდის ნაწილები; ბ — ბანდის დაკერის წესი;
ბ, დ, ე — სპირალისებრი (ხვიისებრი) ნახვევის დადება წინამხარზე ბანდის გადა-
კეცივით (სხეულის კონუსისებრ არეში)

სახვევ არეზე, არ აშორებდნენ მას; 8. შეხვევას უნდა ახორციელებდნენ ორივე ხელით: მარჯვენათი ახვევენ ბანდის თავს, ხოლო მარცხენათი აფიქსირებენ და ასწორებენ ბანდის სვლას; 9. ბანდი თანაბარზომიერად უნდა იჭიმებოდეს, რათა მისმა სვლებმა არ გადაინაცვლოს და არ მოშორდეს შესახვევ ზედაპირს, ედებოდეს უნაოკოდ და მთელ კიდურზე იწვევდეს თანაბარზომიერ ზეწოლას; 10. შესახვევი ადგილი უნდა იყოს იმ მდგომარეობაში, როგორშიც იქნება ნახვევის გაკეთების შემდეგ. ე. ი. ნახევრად ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაში: ხელის თითები უნდა იყოს მცირედ მოხრილი, რამ შესაძლო იყოს I-V თითის დაპირისპირება, წინამხარი იდაყვის სახსარში სწორი კუთხით მოხრილი, მხარი — სხეულიდან მცირედ განზიდული (რაც შესაძლებელია ილღის ფოსოში მარლაში გახვეული ბამბის პატარა ბალიშის მოთავსებით). ქვედა კიდური — მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარში მცირედ მოხრილი, ტერფი კი — სწორი კუთხით მოხრილი; 11. სხეულის კონუსის ფორმის არეში (ბარძაყი, წვივი, წინა მხარი) ნახვევის გაკეთებისას ნახვევის უკეთ მორგებისათვის ყოველი 1-2 სვლის შემდეგ აუცილებელია ბანდის შებრუნება; 12. ნახვევის გაკეთების ბოლოს ბანდს ამაგრებენ.

ბანდის პირველი და უკანასკნელი სვლა საფიქსაციოა და მას ადებენ სხეულის (კიდურის) ყველაზე ვიწრო ადგილას. თავზე საჭიროა საფიქსაციო სვლა შუბლისა და კეფის ირგვლივ, მტევნის ნახვევის შემთხვევაში — წინამხრის ქვედა მესამედის ირგვლივ, მხრის სახსრის ნახვევისათვის — მხრის ზედა მესამედში. ტერფის ნახვევის საფიქსაციო სვლას ახორციელებენ წვივის ქვედა მესამედში.

დამთავრებისას აკვირდებიან, ნახვევი კარგად ფარავს თუ არა სათანადო ადგილას, ხომ არ აწევა მას ან ხომ არ ძვრება; ბანდის ყოველი გადაბრუნება ან გადაკეცვა, ისე როგორც ბანდის ბოლოს დამაგრება. საჭიროა საღ მხარეზე ისეთ ადგილას, რომ ავადმყოფს არ აწუხებდეს.

ბანდით ნახვევის ძირითადი სახეებია: მცოცავი, ცირკულარული, სპირალური, ჯვრისებრი, დაბრუნებითი, თავთავისებრი, კუსებრი, შურდულისებრი ნახვევი.

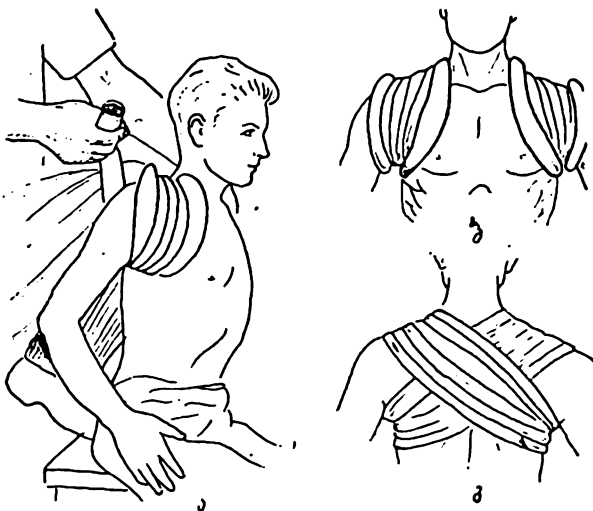
მცოცავი ნახვევი (*fascia serpens seu repens*) სპირალური ნახვევის სახეცვლილებათაა. მაგრამ მისი სვლები არ ეხება ერთმანეთს. ეს ნახვევი გამოყენებულია კიდურზე ხელსახოცის ბამბის, არტაშნისა და სხვა საგნის დროებით საფიქსაციოდ. კიდურზე ნახვევს ადებენ ირგვლივ სპირალურად ისე, რომ ყოველი მომდევნო სვლა წინისაგან ბანდის ვანით იყოს დაშორებული.

ცირკულარულ (ირგვლივ) ნახვევს (*fascia circularis*) ადებენ შუბლზე (თავზე), მხარზე, მაჯაზე. წვივზე და. საერთოდ იგი ყველა ნახვევის დასაწყისია. მისი თავისებურებაა ის, რომ ყოველი მომდევნო სვლა მთლიანად ფარავს წინას.

სპირალისებრ (ხვიისებრ) ნახვევს (*fascia spiralis*) ადებენ გულ-მკერდზე, კიდურებზე, ისე, რომ თითოეული მომდევნო სვლა ორი მესამედით ფარავდეს წინას. იქ, სადაც კიდურის გარშემოწერილობა თანაბარია, ბანდის ირგვლივი სვლა კიდურის ღერძის პერპენდიკულარულად ხდება, უსწორმასწორო ადგილებში ბანდის სვლა ირიბია, ხოლო ყველაზე გამობერილ ადგილას ხდება ბანდის გადაკეცვა (სურ. 100-გ). ამისათვის მარცხენა ხელის თითებით იჭერენ ირგვლივ სანახევროდ დადებული ბანდის ქვედა ნაწილს ისე, რომ ბანდის გადაკეცვის შემდეგ მისი ზედა კიდე გახდეს ქვედა და პირიქით.

ჯვრისებრ, ანუ რკიანისებრ ნახვევს (*fascia octoidea, seu cruciata*) ადებენ სახსრებზე, კისერზე, ლავიწზე (სურ. 101). ბანდის დამაგრება იწყება სახსრის ქვემოთ კიდურის ყველაზე ვიწრო ადგილას, ხოლო ნახვევს სახსრის ზემოთ და ქვემოთ ადებენ სახსარზე ბანდის გადაჯვარედინებით.

დაბრუნებითი ნახვევი (*fascia recurens*) გამოყენებულია ზამბიზზე (ამპუტირებულ ტაკვზე). მტევანზე, ტერფზე. რამდენიმე ირგვლივი სვლით ბანდს ამაგრებენ ტაკვის ზედა ნაწილში (ძირში).



სურ. 101. რვისებრი ნახვევი: ა — ლავიწის მოტეხილობის ჩასწორება ფრაგმენტებს შორის ნოვოკაინის შეყვანის (ბეკებს შორის მოთავსებულ მუხლზე გადაკეცვის) შემდეგ და რვისებრი ნახვევის დადება; ბ — წინიდან; გ — უკნიდან

ბანდის სწორი კუთხით გადაკეცვის შემდეგ მას ატარებენ ტაკვის წინა და უკანა ზედაპირზე, შემდეგ ისევ ცირკულარულ სვლას აკეთებენ. მომდევნოდ დაბრუნებით ნახვევს ადებენ, სანამ მთლიანად არ დაიფარება ტაკვი.

თავთავისებრი ნახვევი (fascia spica) გამოყენებულია მხრისა (სურ. 103) და მენჯ-ბარძაყის სახსრის არეში. იგი ჰგავს რვიანისებრ ნახვევს, მაგრამ ბანდი გადაჯვარედინებისას კი არ ფარავს წინა სვლას, არამედ თავსდება მის ზევით ან ქვევით, რის გამოც დამთავრებულ ნახვევს თავთავის შესახედაობა აქვს.

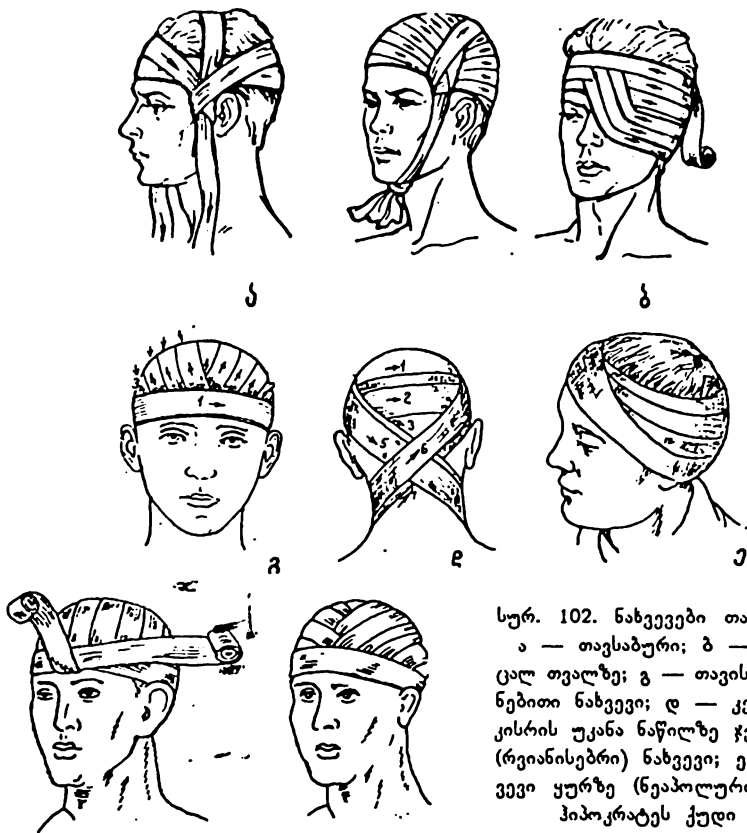
კუსებრი ნახვევი (fascia testudo) ორი სახისაა: შემხვედრი და განვლადი (სურ. 109-ბ) და იყენებენ ჩვეულებრივ მოხრილ სახსარზე. ნახვევს ადებენ კიდურის დისტალურ და პროქსიმალურ ნაწილში სვლების მონაცვლეობით. შემხვედრი კუსებრი ნახვევი იწყება სახსრიდან მოშორებით ისე, რომ ყოველი მომდევნო სვლით ნახვევი უახლოვდება ერთმანეთს. გამშლელი კუსებრი ნახვევის შემთხვევაში პირველ ნახვევს ადებენ უშუალოდ სახსარზე. მომდევნო სვლები კი თანდათან შორდება ერთმანეთს. ✓

ნახვევიანი თაპში (fascia capitis)

მცირე ზომის დაზიანების შემთხვევაში საკმარისია შურდული-სებრი ნახვევი, ფართო დაზიანებისა და ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის შემთხვევაში განიერი ბანდისაგან აკეთებენ გაცილებით უფრო საიმედო ნახვევს.

თავის დაბრუნებითი ნახვევი (ქული — fascia capitis) (სურ. 102-გ). ბანდით პირველი სვლა კეთდება თავის ირგვლივ. შემდეგ ბანდს გადაკეცვენ შუბლზე და გადაატრიალებენ ცოტა ირიბად ზევით კეფამდე, აქ მეთრედ გადაკეცავენ ბანდს და თავის გვერდით არეს აფარებენ გადამობრუნებულ მხარეს. ამის შემდეგ პირველსა და მეორე ადგილას გადაკეცილ ბანდს ამაგრებენ ირგვლივი ნახვევით. მხოლოდ საჭიროა ბანდის შუბლსა და კეფაზე თანდათან ქვევით და ქვევით გადაკეცვა, რათა ცირკულარულმა ნახვევმა იგი უკეთ დაამაგროს მომდევნო სვლების დროს. ბანდს კვლავ თავის გვერდით არეზე აფარებენ, სანამ მთელი თავი არ დაიფარება ნახვევით. ბოლო სვლას თავის ირგვლივ ამაგრებენ. თავის დაბრუნებითი ნახვევი (ქული) არასაიმედოდ მაგრდება, ამიტომ ამჟობინებენ სხვა ნახვევებს.

ბიპოკრატეს ქული (mitra Hipocratis) შედარებით უფრო საიმედოა. მას ორთავიანი (ან ორი) ბანდით ახოტყელებენ. ერთი ბოლოთი ცირკულარულ სვლებს აკეთებენ შუბლსა და თხემზე, მეორეთი კი ფარავენ თავის ქალას.



სურ. 102. ნახვევები თავზე:
 ა — თავსაბური; ბ — ნახვევი ცალ თვალზე; გ — თავის დაბრუნებით ნახვევი; დ — კეფასა და კისრის უკანა ნაწილზე ჭრისებრი (რეინისებრი) ნახვევი; ე — ნახვევი ყურზე (ნეაპოლური ქული); ზ — პიპოკრატეს ქული

პიპოკრატე ქულისებრ ნახვევს ასე აკეთებდა: იღებდა ორთავიან ბანდს, ერთ თავს აჭერდა ერთ ხელში, მეორეს — მეორე ხელში. ბანდის თავებს შორის თავისუფალ ნაწილს კეფის ბორცვის ოდნავ ქვევით ათავსებდა, ორივე ბანდს ახვევდა ერთმანეთის შემხვედრი მიმართულებით, ფარავდა შუბლის ბორცვებს და შუბლის შუა ადგილას გადააჯვარედინებდა ბანდის იმ თავს, რომელიც მარჯვენა ხელში ეჭირა, აკეთებდა ცირკულარულ სვლებს და ყოველი სვლისას ამაგრებდა მარცხენა ხელში დაკავებულ მეორე ბანდს, რომლითაც დაბრუნებით სვლებს აკეთებდა ამასთან, ყოველი დაბრუნებითი სვლა ფარავდა მთლიანად მის 1/2-ს ან 2/3-ს, სანამ დაიფარებოდა ქალას თალი (სურ. 102-ე).

თავსაბური (სურ. 101-ა) საიმედოდ კეთდება და, ამასთან, იწვევს ზეწოლას, რაც აუცილებელია სისხლის დენის დროს, თავსაბურის დასადებად საჭიროა ერთ მეტრამდე სიგრძის ბანდის ნაჭერი თანამასავეთ მოვითავსოთ თნემის არეში ისე, რომ მარცხნივ და

მარჯვნივ ყვრიმალზე შევეულად ჩამოშვებული თასმის ბოლოებს იჭედეს ავადმყოფი ან, თუ იგი მძიმე, უგონო მდგომარეობაშია — შენხვევის დამხმარე.

ბანდით პირველი სვლა კეთდება თავის ირგვლივ, მეორე სვლისას შვეულ თასმას შემოუვლიან ირგვლივ და ბანდვას განაგრძობენ ირიბად თხემისა და კეფის დასაფარავად. შემდეგ შვეულ თასმას შემოუვლიან მეორე მხარეს და ბანდით ფარავენ შუბლის წილს. შვეული თასმის ასე მორიგეობით შემოვლით მთლიანად ფარავენ თავის თმიან ნაწილს. ბანდის ბოლოს ამაგრებენ თასმაზე, თასმის ბოლოებს კი ნიკაპის ქვეშ განასკვავენ.

ნახვევი ცალ თვალზე (fascia monoculus) (სურ. 102-ბ) მარჯვენა თვალზე ნახვევისათვის თავის ირგვლივ მარცხნიდან მარჯვნივ ჯერ აკეთებენ ცირკულარულ სვლას. შემდეგ ბანდს ჩამოუშვებენ მარჯვენა თვალზე და ასე განაგრძობენ შეხვევას.

მარცხენა თვალზე ნახვევისათვის თავზე ცირკულარულ ნახვევს ადებენ შებრუნებით, მარჯვნიდან მარცხნივ. ერთი სვლის შემდეგ ნახვევს ჩამოუშვებენ მარცხენა თვალზე და ასე განაგრძობენ შეხვევას თვალის მთლიანად დაფარვამდე.

ნახვევი ორივე თვალზე (fascia binoculus). ბანდით თავზე ცირკულარული სვლის გაკეთების შემდეგ სვლა კეთდება თხემზე, შემდეგ ბანდს შუბლზე გადაატარებენ და ირიბად ქვევით დაშვებით ფარავენ მარცხენა თვალს, აქედან ბანდს გადაატარებენ კეფის უკან და მარჯვენა ყურის ქვევით და წინ შემოვლით ფარავენ მარჯვენა თვალს. ცხვირის ძირთან ბანდი გადაჯვარედინდება და სვლები მეორდება. საბოლოოდ ბანდს ამაგრებენ შუბლზე.

კეფასა და კისრის უკანა ნაწილზე (fascia occipitalis et fascia posterior) აკეთებენ ჯვრისებრ, ანუ რვიანისებრ ნახვევს (სურ. 102-დ). ამისათვის თავზე ადებენ ცირკულარულ ნახვევს, შემდეგ ბანდს გადაატარებენ მარცხენა ყურის ზევით და უკან კეფისა და კისრისაკენ, ბოლოს უკნიდან მარჯვნივ და წინისკენ შემოუვლიან კისერს და მარცხნიდან და ქვევიდან გადააქვთ კეფაზე, თავზე ისევ ახორციელებენ დამამაგრებელ ცირკულარულ სვლას და ბანდს გადაჯვარედინებულად ადებენ კეფასა და კისერზე.

ნახვევი ყურზე (fascia auricularis) (ნეაპოლური ქუდი, სურ. 102-ე). თავზე ცირკულარული სვლის შემდეგ დაავადებული ყურის მხარეზე ყოველი სვლის შემდეგ თანდათან ქვევით ადებენ ნახვევს და ასე ფარავენ დაავადებულ ყურს.

ნახვევი წედა კიდურებზე (fascia extremitatis sup)

ნახვევი ხელის მტევანზე (fascia manus et carpi): ხელის მტევანზე ადებენ რვიანისებრ, ანუ ჯვრისებრ ნახვევს. სხივ-მაჯის სახ-

სარზე აკეთებენ ცირკულარულ ნახვევს. შემდეგ ბანდს გადაახვევენ ოთხივე თითზე და ისევ უბრუნდებიან სხივ-მაჯის სახსარს მტევნის ზურგზე ბანდის გადაჯვარედინებით. ასე იმეორებენ რამდენჯერმე (სურ. 103-ა).

მტევანზე შეიძლება დაბრუნებითი ნახვევის გამოყენება (სურ. 103-ბ), ამისათვის ბანდით ჯერ აკეთებენ ცირკულარულ ნახვევს სხივ-მაჯის სახსარზე, შემდეგ ბანდს გადაატარებენ ხელის ზურგსა და თითებზე, ვერტიკალური სვლებით ფარავენ თითებს ორივე მხრიდან, ჰორიზონტალური სვლებით კი — ბოლოებიდან ნახვევს ამაგრებენ მაჯაზე.

ნახვევი თითზე (*fascia digiti*) (სურ. 103-გ). პირველ სვლას აკეთებენ სხივ-მაჯის სახსარზე, შემდეგ ბანდს ირიბად გადაატარებენ ხელის ზურგზე და დაავადებულ თითს ბოლომდე ფუძემდე ადებენ სპირალურ ნახვევს. აქედან ბანდს ხელის ზურგზე გადაატარებენ და სხივ-მაჯის სახსარზე ირგვლივ სვლის შემდეგ დაამაგრებენ. თითის წვერის დასაფარავად აკეთებენ დაბრუნებით ნახვევს (სურ. 103-დ). ბანდს ჯერ გასწვრივად ადებენ მთელ თითს წვერზე შემოვლით ორივე მხარეს, შემდეგ ცირკულარული სვლებით ამაგრებენ.

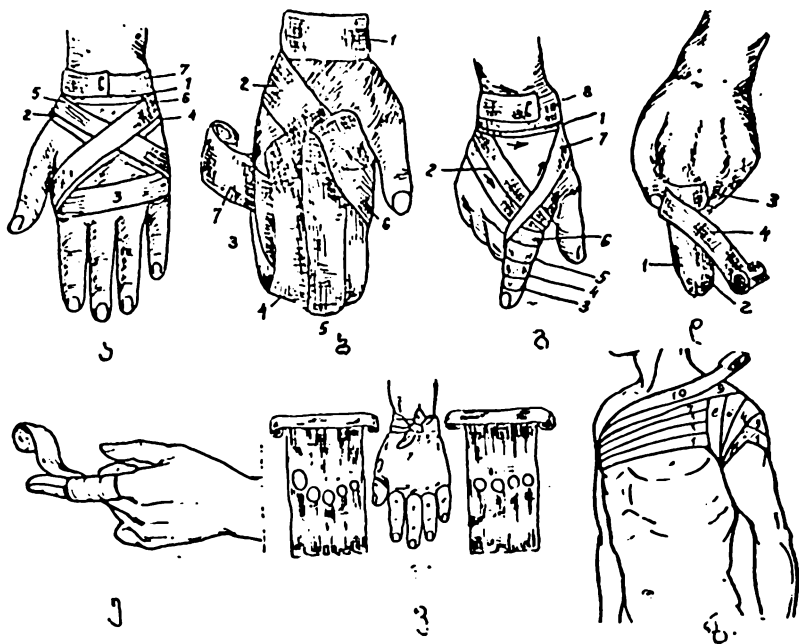
თითზე იზოლირებულადაც აკეთებენ სპირალურ ნახვევს ვიწრო ბანდით (სურ. 103-ე).

ნახვევი წინამხარზე (*fascia antebrachi*) (სურ. 104). წინამხრის ქვედა მესამედში ადებენ ცირკულარულ ნახვევს, შუა და ზედა მესამედში კი — სპირალურს ბანდის გადაკეცით.

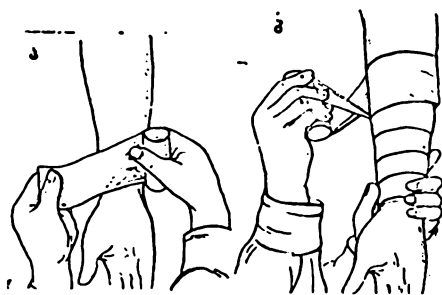
ნახვევი იდაყვის სახსარზე (*fascia articulatio cubiti*). მოხრილ იდაყვზე აკეთებენ კუსებრ შეჯვარულ ან გამშლელ ნახვევს, როგორც მუხლის სახსარზე.

ნახვევი მხრის სახსარზე (*fascia articulatio humeri*). იყენებენ თავთავისებრი ტიპის ნახვევს (სურ. 103-ზ), საფიქსაციო ცირკულარულ სვლას აკეთებენ მხრის ზედა მესამედში. შემდეგ ბანდი გადააქვთ ილლიის ფოსოში მოპირდაპირე მხარეს გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მხრის სახსარზე და ილლიის ფოსოში დაავადებულ მხარეს, მხრის სახსარზე ხელახლა გადაჯვარედინების შემდეგ ილლიის ფოსოში საღ მხარეზე. ნახვევს ამაგრებენ იქვე, მხრის ზედა მესამედში, საიდანაც დაიწყეს შეხვევა.

საირის ნახვევი რეკომენდებულია მხრისა და ლავიწის დაზიანების შემთხვევაში. მხრის უკან განზიდვისა და საიმედო ფიქსაციის გამო მას უპირატესობას აძლევენ დეზოს ნახვევთან შედარებით. საირის ნახვევს ადებენ არა ბანდით, არამედ 7 სმ სიგანისა და 1—1,5 მ სიგრძის ემპლასტროს 3 ნაჭრით. ერთი მათგანით მხარს განზიდავენ



სურ. 103. ნახვევები ზედა კიდურზე: ა — რეიანისებრი (ჭერისებრი) ნახვევი ხელის მტევანზე; ბ — დაბრუნებითი ნახვევი ხელის მტევანზე; გ — ნახვევი თითზე სხივ-მაჯის სახსარზე ფიქსაციით; დ — დაბრუნებითი ნახვევი თითზე; ე — სპირალური ნახვევი თითზე; ვ — კონტურული ნახვევი მტევანზე; ზ — თავთავისებრი ნახვევი მხრის სახსარზე



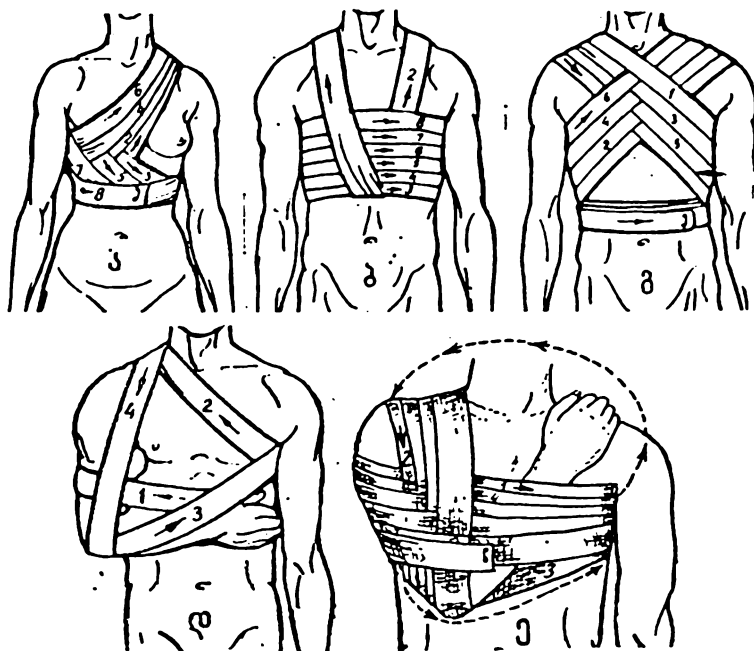
სურ. 104. ნახვევი წინამხარზე

უკან და აფიქსირებენ, მეორეთი აფიქსირებენ იდაყვის სახსარში სწორი კუთხით მოხრილ დაავადებულ წინამხარს, მესამეთი — სხივ-მაჯის სახსარსა და მოტეხილ ლავიწს გულმკერდზე ირიბად შემოვლით.

ნახვევები გულმკერდზე (fascia thoracis)

გულმკერდზე აკეთებენ სპირალურ-ხვიისებრ (სურ. 105-ბ), რვიანისებრ, ანუ ჯვრისებრ (სურ. 105-გ) ნახვევს, ზედა კიდურისათვის — საფიქსაციო ნახვევს და სხვ.

ღეზოს ნახვევი (fascia Desault) (სურ. 105-დ) გამოყენებულია ლავიწის, მხრის ძვლის მოტეხილობის, მხრის ამოვარდნილობის ჩაყენების შემდეგ და სხვ. როცა საჭიროა ზედა კიდურის გულმკერდზე ფიქსაცია, ნახვევის დადების წინ ილლიის ფოსოში ათავსებენ სამკუთხედის ფორმის დოლბანდში გახვეულ ბამბის პატარა ბალიშს (რომელსაც კისერზე ამაგრებენ ვიწრო თასმებით).



სურ. 105. ნახვევები გულმკერდზე: ა — სარძევე ჭირკვლის; ბ — სპირალური (ხვიისებრი); გ — რვიანისებრი (ჯვრისებრი); დ — ღეზოს ნახვევი; ე — ველობის ნახვევი

ბანდის პირველ სვლას აკეთებენ დაავადებული კიდურის მიმართულეებით და გულმკერდის ირგვლივ რამდენჯერმე შემოვლით ამაგრებენ გულმკერდზე მკიდროდ მიყრდნობილ მხარს.

მეორე სვლით ბანდს ირიბად გადაატარებენ საღი ილლიის ფოსოდან გულმკერდის წინა ზედაპირზე და შემდეგ დაზიანებულ

ბეჭზე. აქედან ბანდს გადაატარებენ მხრის უკანა ზედაპირზე ზევიდან ქვევით იდაყვამდე.

მესამე სვლით ბანდს ამოსდებენ იდაყვს უკნიდან, გადაატარებენ წინამხარზე წინიდან და მიაქვთ სალი ილლიის ფოსომდე, შემდეგ ზურგზე და აქედან დაზიანებული მხარის ბეჭზე.

მეოთხე სვლით ბანდს გადაატარებენ მხრის წინა ზედაპირზე, იდაყვის უკან შემოვლის შემდეგ გადააქვთ ზურგზე ირიბად ილლიის ფოსომდე, ხელახლა იმეორებენ II, III და IV სვლებს. ეს სვლები გულმკერდის წინა და უკანა ზედაპირზე ქმნის სწორკუთხა სამკუთხედს. კარგად გაკეთებული ნახვევი მხარსა და წინამხარს მკიდროდ ამაგრებს გულმკერდზე.

ველპოს ნახვევი (*fascia Velpeau*) (სურ. 105-ე) გაცილებით მარტივია. ვიდრე დეზოსი. ილლიის ფოსოში, ისევე როგორც დეზოს ნახვევის დროს, ათავსებენ დოლბანდში გახვეულ ბამბის პატარა სამკუთხა ბალიშს. დაავადებულ კიდურს იდაყვის სახსარში ხრიან სწორი კუთხით, ხოლო მტევანს საღ ბეჭზე ათავსებენ.

დეზოს ნახვევისაგან განსხვავებით, ბანდის პირველი სვლა დაავადებული კიდურიდან იწყება და მხარსა და გულმკერდს შემოევლება.

მეორე სვლა სალი ილლიის ფოსოდან დაავადებულ ბეჭზე გადატარებით ეშვება მხრის წინა ზედაპირზე, შემოუვლის იდაყვს და გულმკერდის წინა ზედაპირზე სალი ილლიის ფოსოსაკენ მიემართება. შემდეგ ბანდის სვლებს იმეორებენ მხრისა და წინამხრის გულმკერდზე საიმედო ფიქსაციამდე.

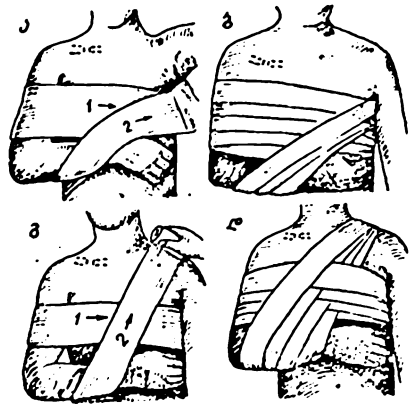
ნახვევი სარძევე ჭირკვალზე (*fascia suspensorium mammae*) ნახვევს აკეთებენ როგორც ერთ (სურ.105-ა), ისე ორივე სარძევე ჭირკვალზე. მარჯვენა სარძევე ჭირკვალზე ნახვევს ადებენ მარცხნიდან მარჯვნივ (მარცხენაზე კი მარჯვნიდან მარცხნივ), პირველად სარძევე ჭირკვლის ქვეშ გულმკერდის ირგვლივ აკეთებენ ცირკულარულ ნახვევს, შემდეგ დაახლოებით მახვილისებრი მორჩიდან ბანდი მიემართება მოპირდაპირე ბეჭზე და შესახვევი სარძევე ჭირკვლისკენ მდებარე ილლიის ფოსოდან ისევ გამოდის გულმკერდზე. ამის შემდეგ ბანდით სვლას იმეორებენ ჭუძუს საიმედოდ ფიქსაციამდე და ოდნავ აწევამდე.

თორაკობრაქიალურ ნახვევს (*fascia thoracobrachialis*) მ. ს. ბრუემანის აზრით დეზოს ნახვევს ნაკლი (მეორე და მეოთხე სვლა დაზიანებულ ლავიწზე გადატარებისას აწვება მას. აძლიერებს ტკივილს და ხელს უწყობს ფრაგმენტების შეცილებას) არა აქვს. ნახვევი განსაკუთრებით რეკომენდებულია ლავიწის მოტეხილობის შემთხვევაში, აგრეთვე მხრისა და წინამხრის ძვლების მოტე-

ხილობის, მხრისა და იდაყვის სახსრის დაზიანებისას, როცა არა აქვთ არტაშანი სატრანსპორტო იმობილიზაციისათვის.

ნახვევის დადებამდე ილღის ფოსოში ათავსებენ დოლბანდში გახვეულ ბამბის მორგვს. ნახვევის დადებას იწყებენ დაავადებული ადგილიდან.

პირველ ვარიანტში გამოყენებულია ორი სვლა. პირველი, ჩვეულებრივ, რამდენიმე სპირალური სვლაა, რომლითაც საიმედოდ ამგრებენ მხარს გულმკერდზე, მეორე სვლა პირველის გაგრძელებაა, მაგრამ დაავადებულ მხარეს ნახვევი გრძელდება ქვევით, უკნიდან გადადის იდაყვზე, მიემართება წინ და იკერს წინამხარს სხივ-მაჯის სახსართან ახლოს, საღ მხარეს იღლის ფოსოში გავლით გადადის ზურგზე. პირველ და მეორე სვლას რამდენჯერმე იმეორებენ, სანამ არ მიაღწევენ მხრისა და წინამხრის სრულ იმობილიზაციას (სურ. 106).

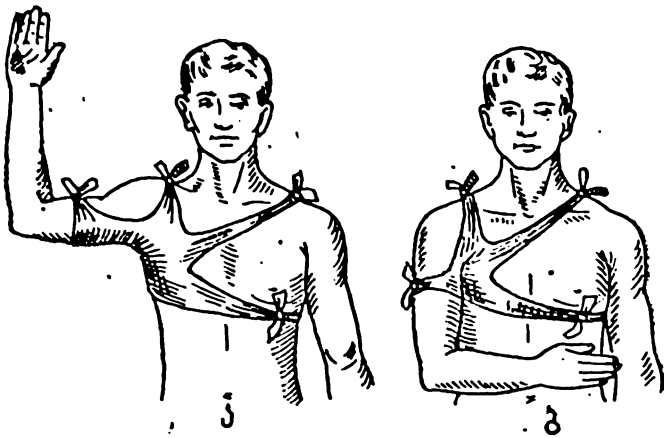


სურ. 106. თორაკობრაქიალური ნახვევი მ. ს. ბრუკმანის მიხედვით: ა-ბ I ვარიანტი; ა — ნაჩვენებია სვლები; ბ — ნახვევი დადებულია; გ-დ II ვარიანტი; გ — ნაჩვენებია სვლები; დ — ნახვევი დადებულია

მეორე ვარიანტისას პირველი სვლა ისეთივეა, როგორც პირველი ვარიანტისას, ხოლო მეორე სვლა, რომელიც წინამხარს იკერს, მიემართება ირიბად ზევით და საღ მხარეს.

ნახვევი იღლის ფოსოში (fascia axillaris)

იღლის ფოსოს ნახვევს მ. ს. ბრუკმანის მიხედვით (სურ. 107) მიმართავენ ამ არის ჩირქოვანი პროცესების (ჰიდრადენიტის) შემთხვევაში. ნახვევისათვის იყენებენ განიერ ბანდს (განით 16- 20 სმ. სიგრძით 1 მ), როგორც შურღულისებრი ნახვევისათვის, მაგრამ ოთხ ნაწილად გაკვეთილს. ბანდის მთლიან ნაწილს ათავსებენ იღლის ფოსოში ისე, რომ ოთხი თასმა მოდიოდეს მხარზე. ოთხიკ --- გულმკერდზე. გულმკერდისკენ მიმავალ ორ თასმას აფიქსირებენ მის ირგვლივ, დარჩენილ ორს --- ბეჭსა და კისერზე. მოპირდაპირე მხარის ორ თასმას აფიქსირებენ მხარზე, ხოლო ორს ბეჭზე.



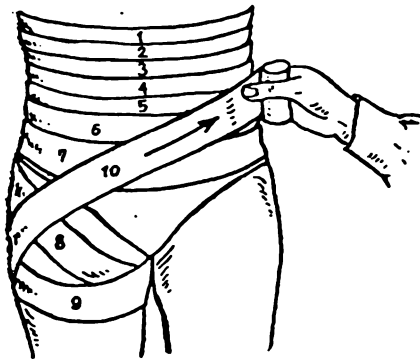
სურ. 107. ნახვევები ილიის ფოსოში (მ. ს. ბრუკმანის მიხედვით)

ნახვევაზი მუცელსა და შორისზე (fascia abdominis et perinea)

მუცელზე გაცილებით უფრო მასახერხებელია ნახვევი, რომელიც კოლოდიუმით ან ემპლასტროთი მაგრდება.

მუცლისა და მენჯის არეში თავთავისებრი ნახვევისათვის წელზე ბანდით ახორციელებენ ცირკულარულ სვლას, რომელზეც აკეთებენ მარყუქს ბარძაყის უკანა ზედაპირიდან საზარდულოზე გავლით და ბარძაყის წინა ზედაპირზე. ასე იმეორებენ სვლებს მუცლის

ქვედა მესამედის დაფარვამდე.



სურ. 108. მუცელსა და ბარძაყზე ცირკულარული ნახვევი

მუცელზე შეიძლება გააკეთონ ცირკულარული ნახვევიც (სურ. 108), ამისათვის მუცელზე ირგვლივი სვლების შემდეგ, ირგვლივ სვლას აკეთებენ ბარძაყზე. მუცელსა და ბარძაყზე ცირკულარული სვლების განმეორების შედეგად ნახვევი შედარებით საიმედოდ ედება.

შორისზე ნახვევისათვის

წელზე აკეთებენ სამაგრს, ხოლო ბანდის შემდეგ სვლას აკეთებენ რვიანისებრად შორისისაკენ. ნახვევის სიმაგრისათვის ბანდით დამატებით სვლას აკეთებენ ბარძაყზე, როგორც თავთავისებრი ნახვევის

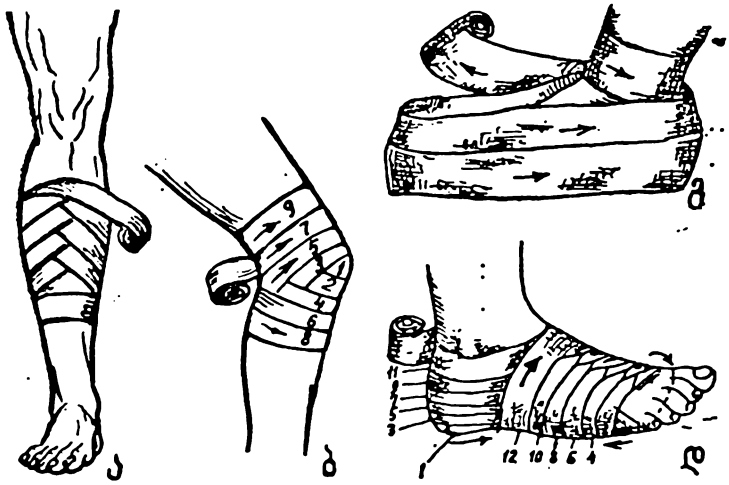
დროს. შორისზე გამოყენებულია აგრეთვე შურდულისებრი და I-სებრი ნახვევი წელზე სამაგრიტ (სურ. 99).

ნახვევი ძველა კიდურებაზე (fascia extremitatis inf.)

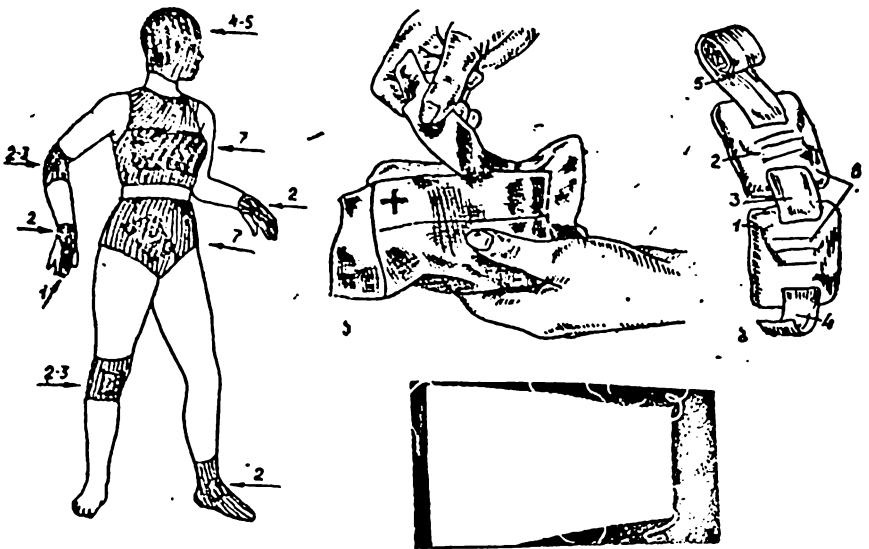
წვივზე აკეთებენ სპირალისებრ ნახვევს, მუხლისა და კოჭ-წვივის სახსარზე — რვიანისებრ ან კუსებრ ნახვევს (სურ. 109-ა, ბ). ბარძაყის შეხვევას იწყებენ მისი ქვედა მესამედიდან სპირალისებრი ნახვევით, რომელსაც ზედა მესამედში ცვლიან თავთავისებრი ნახვევით და ამთავრებენ წელის არეში დამამაგრებელი სვლებით.

ტერფსა და თითებზე აკეთებენ დაბრუნებითი ტიპის ნახვევს. პირველი სვლით ბანდს ამაგრებენ წვივ-ტერფის სახსარზე, შემდეგ გვერდითი სვლებით ქუსლიდან დიდ თითამდე და თითებზე შემოვლით ფარავენ მთელ ტერფს. ნახვევს ამთავრებენ წვივ-ტერფის სახსარზე ცირკულარული ნახვევით (სურ. 109-გ).

ტერფზე ნახვევი (თითების ღიად დატოვებით). მარჯვენა ტერფზე შეხვევას იწყებენ ტერფის გარეთა მხრიდან, მარცხენაზე კი — შიგნითა მხრიდან. პირველი სვლა იწყება ქუსლიდან. ბანდი მიემართება გვერდით ზედაპირზე თითებამდე, მეორე სვლით შემოუვლიან ტერფს ირგვლივ, მესამე სვლა ისევ გვერდითია. ბოლოს საჭიროა დამამაგრებელი სვლა წვივ-ტერფის სახსარის ირგვლივ (სურ. 109-დ).



სურ. 109. ნახვევი ქველა კიდურებზე: ა — სპირალური ნახვევი წვივზე; ბ — რვიანისებრი ან კუსებრი ნახვევი მუხლის სახსარზე; გ — ტერფსა და თითებზე დაბრუნებითი ტიპის ნახვევი; დ — ტერფის ნახვევი (თითები ღიად დატოვებული)



სურ. 110. რეტელასტის -- ელასტიკური ბამბეულისა და რეზინის ძაფისაგან ნაქსოვი წინდის მსგავსი ნახვევი. იგი 7 ზომისაა, ნომრები შესაბამისი მიდამოების მიხედვით ნაჩვენებია სურათზე; ინდივიდუალური პაკეტი: ა — პაკეტის გახსნა; ბ — პაკეტი გახსნილ მდგომარეობაში, გამზადებულია კრილობაზე დასადებად; 1 - უძრავი ბალიში; 2 — მოძრავი ბალიში; 3 — ბანდი; 4 — ბანდის ბოლო; 5 — ბანდის თავი; 6 — ფერადი ძაფები; კონტურული ნახვევი გულმკერდისათვის

ნახვევი რომ მოხდენილი, საიმედო, სწრაფად შესასრულებელი და ლამაზი იყოს, საჭიროა ვარჯიში, პრაქტიკა, დამოუკიდებელი მეცადინეობა.

კონტურული ნახვევის (სურ. 110) უპირატესობაა დიდი ფართის დაზიანების შემთხვევაში (მაგალითად, დამწვრობის დროს) მისი გამოყენების მოხერხებულობა. კონტურული ნახვევის ფორმა და სიდიდე შეესაბამება დაზიანებულ არეს. კონტურულ ნახვევს ამაგრებენ რამდენიმე თასმით (ზონარით). არსებობს აგრეთვე ე. წ. რეტელასტი ბანდისაგან დამზადებული მილის ფორმის ცირკულარული ნახვევი კიდურებისათვის და ინდივიდუალური პაკეტი (სურ. 110).

თაბაშირის ნახვევი

ხმარებამდე სასურველია თაბაშირის შემოწმება: თაბაშირისა და წყლის თანაბარი რაოდენობით შერევისას ფაფისებრი კონსისტენციის მასა მაგრდება 5-7 წუთში.

უვარგისი თაბაშირი შეიძლება გამოშრობით (გამოიყოფა შთანთქმული წყალი) ვარგისი გახდეს.

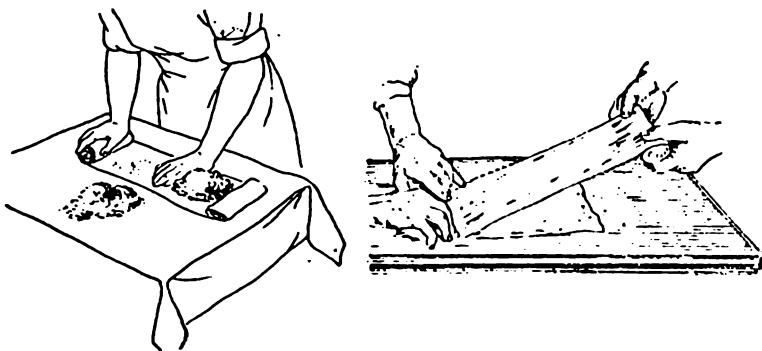
თაბაშირის ბანდის მოსამზადებლად სწორ მაგიდასა ან ფიცარზე საკიროა სხვადასხვა სიგანისა და 1.5- 2 მ სიგრძის დოლბანდის ბანდზე თანაბარზომიერად განაწილდეს თაბაშირის ფხვნილი. თავისუფლად და ფრთხილად დახვევის შემდეგ ბანდს ინახავენ ხმარებამდე.

თაბაშირის არტაშნის — ლონგეტის დასამზადებლად იღებენ სათანადო სიგრძისა და სიგანის დოლბანდის ბანდს, რომელსაც ათაბაშირებენ რამდენიმე — 6—8—10- 12 ფენად. თაბაშირის სისქე უნდა იყოს 0,5 სმ. მას ბანდივით კი არ ახვევენ, არამედ კეცავენ 5- 10 სმ სიგრძეზე როგორც ერთი, ისე მეორე ბოლოდან, ერთმანეთთან მისვლამდე (სურ. 111).

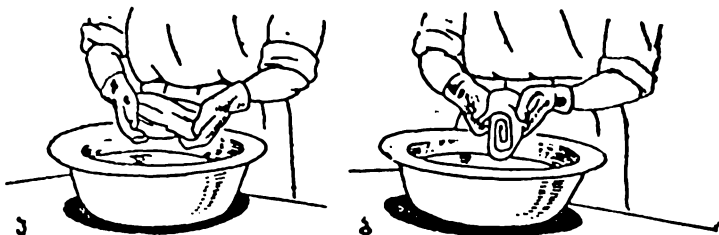
თაბაშირის ნახვევის დასადებად საკიროა: თასი თბილი წყლით, თაბაშირის ბანდი, თაბაშირის არტაშანი. ახლა არტაშან-ბანდის ნახვევს ხმარობენ.

რეპოზიციის შემდეგ თაბაშირის ნახვევის დადების მომენტში საკიროა ფრაგმენტების უძრავად ფიქსაცია. წინააღმდეგ შემთხვევაში ნახვევი დაედება, ფრაგმენტები კი შეცილებული იქნება. საკიროა კანის გაწმენდა, ზოგჯერ გაპარსვა, ვაზელინის წასმა, რომ ადვილი იყოს მოხსნა. ძვლოვან წარზიდულ ადგილებზე ზეწოლისა და ნაწოლების განვითარების ასაცილებლად ბამბის თხელი სარჩული უნდა დააფარონ. სარჩულს არ იყენებენ მხოლოდ კრილობის დროს (ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში).

თაბაშირის არტაშანს ან ბანდს ჩაუშვებენ წყლიან თასში და ელოდებიან, სანამ იგი ჩაიძირება და დასველდება, რასაც ჰაერის ბუშტუკების გამოყოფის შეწყვეტა და ბანდის ჩაძირვა ადასტურებს. თასიდან ბანდის ბოლოებს ორივე ხელისგულით იღებენ,



სურ. 111. თაბაშირის ბანდისა და ლონგეტის მომზადება



სურ. 112. თაბაშირის ბანლის გაწურვა: ა -- სწორად; ბ -- არასწორად

ფრთხილად წურავენ (სურ. 112), ასწორებენ და კიღურზე ახვევენ (სურ. 113).

ცირკულარული ნახვევისათვის ბანდს ახვევენ (აგორავენ) დაკვიმვისა და ნაოქების გარეშე. ბანდის მომდევნო ნახვევა უნდა დაფაროს წინა ნახვევის ნახვეარი. კონტურების მიხედვით ზელისგულით ახდენენ მოდელირებას და ფრთხილად გადაუსვამენ ხელს.

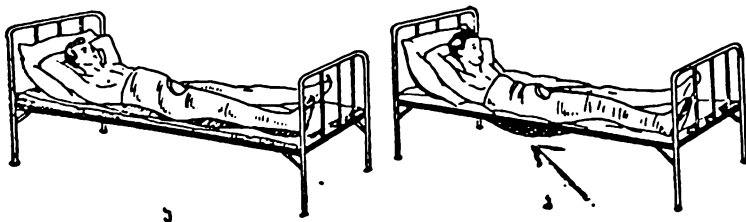
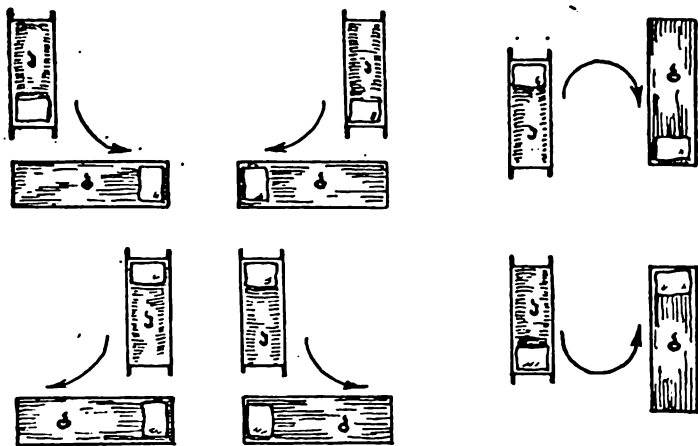
თაბაშირის არტაშან-ცირკულარული ნახვევი გაცილებით უფრო საიმედოა და სისხლის მიმოქცევის მოშლის საშიშროებაც უფრო ნაკლებია. კიღურზე ადებენ თაბაშირის არტაშანს; მოდელირების შემდეგ მისი ფიქსაცია ხდება თაბაშირის 3-7 ფენა ბანდით. თაბაშირის დადების შემდეგ ავადმყოფს მაგარ საწოლზე აწვენენ (სურ. 114).

თაბაშირის ნახვევში სიმაგრისათვის ზოგჯერ ჩაატანენ მუყაოს, ხის ან მავთულის არტაშანს და მაშინ ამა თუ იმ სახის არტაშან-თაბაშირის ნახვევს მიიღებენ.

წვივის ძვლების მოტეხილობის დროს თაბაშირის ყრუ ნახვევ-



სურ. 113. ა -- დასველებული ლონგეტის გასწორება; ბ -- მიწოდება



სურ. 114. თაბაშირის სველნახვევიანი ავადმყოფის გადაყვანა და მაგარ საწოლზე დაწვენა: ა — სწორად; ბ — არასწორად

ზე ხშირად მაგრდება ლითონის დეზი კიდურის ადრეულად დატვირთვისათვის.

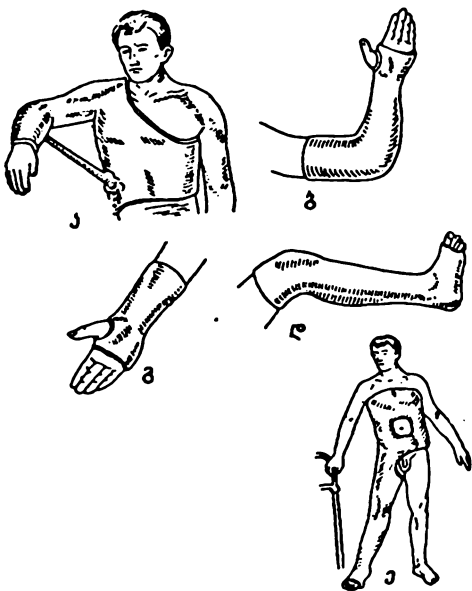
თაბაშირის ქვეშ კრილობაზე დოლბანდის ნახვევის დადება დიდი შეცდომაა, იგი იხრწნება და თაბაშირს უკარგავს გამონადენის შეწოვის უნარს.

თაბაშირის ყრუ ნახვევით სრულყოფილ იმობილიზაციასთან იქნება მულმივი ტემპერატურა, აღარ ხდება გრანულაციის ტრავმირება და შეხვევის დღეს კრილობიდან ინფექციის რეზორბცია. ეს ნახვევი აჩქარებს რბილი ქსოვილის რეგენერაციას, ხოლო ჩირ-

ქოვანი გამონადენი საშიში არ არის. გარკვეული დროის შემდეგ საჭიროა ნახვევის გამოცვლა, ზოგჯერ რამდენჯერმე.

თაბაშირის ყრუ ნახვევის გამოყენება არ შეიძლება: 1. მაგისტრალური სისხლძარღვების დაზიანების, 2. კიდურის განგრენის, 3. მეორადი სისხლდენის საშიშროების, 4. გაუხსნელი ჩირქოვანი ჯიბეების, 5. მოყინვის, 6. აიროვანი ინფექციისა და 7. ფრაგმენტების დიდი შეცილების დროს.

თაბაშირის დადების დროს უნდა გაითვალისწინონ სახსრის მოძრაობის შეზღუდვა და კიდურს მიეცეს ფუნქციურად ყველაზე ხელსაყრელი მდებარეობა. ასე, მაგალითად, წინამხარი იდაყვის სახსარში უნდა დააყენონ სწორი კუთხით ნახვევად პრონაციის მდებარეობაში, თითები მოხრილი უნდა იყოს 60° კუთხით და ნახვევისაგან თავისუფალი, რათა იმოძრაოს. სხივ-მაჯის სახსარი უნდა იყოს სწორ მდებარეობაში, მხარი მხრის სახსარში წინ და მცირედ გარეთ განზიდული. ბარძაყი მენჯ-ბარძაყის სახსარში მცირედ განზიდული და 175° -ით მოხრილი ან თითქმის გამართული. ტერფი კი კოკ-წვივის სახსარში სწორი კუთხით მოხრილი (სურ. 115).



სურ. 115. თაბაშირის ნახვევები: ა — მხრისა და იდაყვის სახსარზე; ბ — იდაყვისა და სხივ-მაჯის სახსარზე; გ — სხივ-მაჯის სახსარზე; დ — წვივზე; ე — კოქსალური (მუცლის არეში ამოჭრილია)

თაბაშირის დადების მომენტში თითებით არ უნდა დააწვენ თაბაშირს 10—20 წუთის განმავლობაში.

თაბაშირის გამაგრებამდე მოძრაობა საფრთხილია.

სანამ თაბაშირი მთლიანად არ გაშრება (ამას კი ერთი დღე-ღამე სჭირდება), არ შეიძლება თაბაშირზე სავანის დაახურონ. თაბაშირის გაშრობას აჩქარებს სითბო, ელექტროლამპა და სხე.

თაბაშირის ნახვევის დადებისას თითის წვერები ღიად უნდა დატოვონ.

თაბაშირის გასაჭრელად და მოსახსნელად (სურ. 116). ხმარობენ სპეციალურ და-

ნას, ხერხს, შტილეს ან ელექტრომაკრატელს.



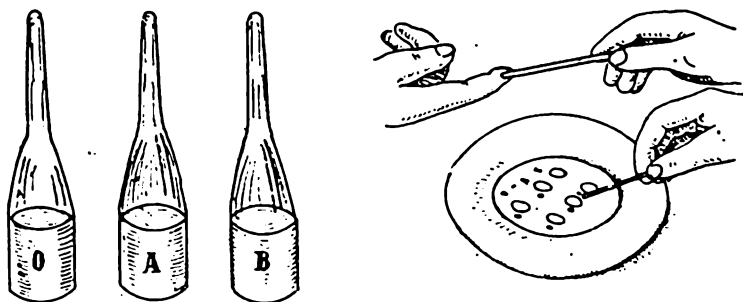
სურ. 116. თაბაშირის მოხსნა: შტილეს მაკრატლით, ნისკარტისებრი დამკვერით

სისხლის ჯგუფის გამოკვლევა

სისხლის ჯგუფის გამოკვლევისათვის იყენებენ სამი ჯგუფის (O, A, B) სტანდარტულ შრატებს. სიზუსტისათვის აუცილებელია ორი სხვადასხვა სერიის შრატის ერთდროულად გამოყენება. ზოგჯერ ორი პირი ატარებს პარალელურად გამოკვლევას სხვადასხვა სერიის შრატით (სურ. 117).

1. გამოკვლევას ატარებენ მშრალ, ნათელ ოთახში, რომლის ტემპერატურა უნდა იყოს არა ნაკლებ 15° და არა უმეტეს 25°. უფრო დაბალი ან უფრო მაღალი ტემპერატურის პირობებში მოსალოდნელია მცდარი პასუხის მიღება.

2. თეფშა ან სასაგნე მინაზე წარწერის O (I), A (II), B (III) გასწვრივ ასევე თანმიმდევრულად სხვადასხვა პიპეტით ან უშუალოდ ამპულიდან აწვეთებენ თითო დიდ წვეთ სტანდარტულ შრატს O (I), A (II), B (III). პიპეტს ან ამპულას მაშინვე თავის ადგილას ათავსებენ. თეფშზე შრატის დაწვეთების წინ, ამპულაზე წარწერას



სურ. 117. სტანდარტული შრატები ამპულაში და გამოსაკვლევი სისხლის შრატთან რაოდენობრივი დამოკიდებულება

აუცილებლად ამოწმებენ. შრავტი გამოსაკვლევ სისხლზე 10-ჯერ მეტი უნდა იყოს.

3. გამოსაკვლევ პირს თითის ბოლოს გაუწმენდენ სპირტით, თითს ჩხვლეტენ სკარფიკატორით. სისხლის პატარა წვეთი სხვადასხვა ჩხირით თანმიმდევრულად გადააქვთ პირველი, მეორე და მესამე ჯგუფის შრავტების გვერდით.

4. ღროის დანიშვნის შემდეგ, თანმიმდევრულად სხვადასხვა მინის წყირით ან სასაგნე მინის კუთხით აურევენ სისხლის ჯერ პირველ, შემდეგ მეორე და მესამე ჯგუფის შრავტთან.

5. ჯგუფის გამოკვლევისას, რომელიც 5 წუთს უნდა გაგრძელდეს, თეფშს ფრთხილად არყევენ უკეთ არევის მიზნით.

6. შედეგის საბოლოო შეფასებამდე, რაც 5 წუთზე ადრე არ უნდა მოხდეს, თითოეულ ნარევს მხოლოდ საექვო შემთხვევაში უმატებენ ფიზიოლოგიური ხსნარის თითო წვეთს.

სისხლის ჯგუფის გამოკვლევა სტანდარტული შრავტით

გამოსაკვლევი სისხლი	აგლუტინაციის რეაქცია შრავტთან			
	O	A	B	სისხლის ჯგუფი
×	—	—	—	O (I)
×	+	—	+	A (II)
×	+	+	—	B (III)
×	+	+	+	AB (IV)

1. თუ სამივე (I, II, III) ჯგუფის სტანდარტულ შრავტში ერთროციტების აგლუტინაცია არ მოხდა, ერთროციტები აგლუტინოგენებს არ შეიცავს და სისხლი O (I) ჯგუფისაა.

2. თუ ერთროციტების აგლუტინაცია მოხდა I და III ჯგუფის შრავტთან, ხოლო II ჯგუფის შრავტთან — არა, სისხლი A (II) ჯგუფისაა;

3. თუ ერთროციტების აგლუტინაცია მოხდა I და II ჯგუფის შრავტთან, ხოლო III ჯგუფის შრავტთან — არა, სისხლი B (III) ჯგუფისაა;

4. თუ ერთროციტების აგლუტინაცია მოხდა სამივე (I, II, III) ჯგუფის შრავტთან, ერთროციტებშია როგორც A, ისე B აგლუტინოგენი და სისხლი AB (IV) ჯგუფისაა.

AB (IV) ჯგუფის დასაზუსტებლად აუცილებელია ცალკე შე-
მოწმდეს ასეთი სისხლი AB (IV) ჯგუფის შრატთან (სურ. 118).

შესაძლო შეცდომები ორი სახისაა: 1. აგლუტინაციის ხე-
დავენ იქ, სადაც იგი სინამდვილეში არ არის და 2. აგლუტინაციის
ვერ აღწევენ იქ, სადაც იგი არის ან უნდა იყოს.

პირველი სახის შეცდომების მიზეზია (რუ ყალბი) აგლუტი-

ნაცია (ფსევდოაგლუტინა-
ცია) როდესაც ერითროცი-
ტები სტანდარტული შრა-
ტის გავლენით ლაგდება სვე-
ტებად, ლათინის ფულის
მსგავსად ეს მოვლენა—ჰე-
მოიშპილაცია (ფსევდოაგ-
ლუტინაცია) მართლაც, ერ-
თი შეხედვით წააგავს აგ-
ლუტინაციას, მაგრამ საკმა-
რისია ფიზიოლოგიური
ხსნარის მიმატება ნარევეში,
თეფშის შენჯღრევა ან გათ-
ბობა (37°) და დალაგებუ-
ლი ერითროციტები იშლე-
ბა, ნამდვილი აგლუტინაცი-
ის დროს კი ეს არ ხდება.

ფსევდოაგლუტინაცია, აგ-
რეთვე ხუთი წუთის შემდეგ
განვითარებული რეაქციაა.
ფსევდოაგლუტინაციის მი-
ზეზია არასათანადო შრატე-
ბით სარკებლობა.

პანაგლუტინაციის (ცივი
აგლუტინაცია, ავტოაგლუ-
ტინაცია) შრატი იწვევს ყველა ჯგუფის, მათ შორის საკუ-
თარი ერითროციტების აგლუტინაციასაც საბაბო, 10-12° ტემ-
პერატურაზე ადვილად შეიძლება აგლუტინაციის განვითარება, ხო-
ლო 20° ტემპერატურაზე არ აღინიშნება.

ნამდვილი აგლუტინაციის გამოვლენებას ხელს უშლის: 1. მა-
ღალი ტემპერატურა (30° და მეტად), რაც ასუსტებს აგლუტინაციას.

სტანდარტული შრატებით რეაქციის შედეგი			ვამოსაკ. ვლევ სისხლი ეკუთვნის
0 _{AB} (I)	A _{AB} (II)	B _{AB} (III)	
			O (I)
			A (II)
			B (III)
			AB (IV)

სურ. 118. სისხლის ჯგუფის გამოკე-
ლვის შეფასება პანაგლუტინაცი-
ური შრატებით.

სიცხის დროს შეიძლება შეცდომით მივიღოთ O (I) ჯგუფი, სინამდვილეში კი სისხლი სხვა ჯგუფის იყოს;

2. შრატის სუსტი ტიტრი, შრატში აგლუტინინის მინიმალური რაოდენობა, რომელსაც აგლუტინაციის თვისება კიდევ შენარჩუნებული აქვს;

3. შრატთან შედარებით ერითროციტების მეტი რაოდენობა;

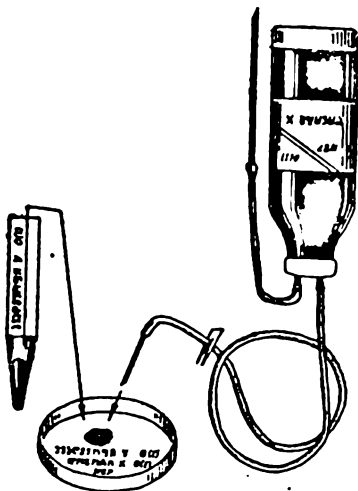
4. მკდარ პასუხს იძლევა დასკვნის ნაჩქარევი, 1—3 წუთზე ადრე გამოტანა, ასევე ხანგრძლივი, ხუთ წუთზე მეტი დაკვირვება. ამ შემთხვევაში ნარევი პერიფერიაზე იწყებს გაშრობას და შეცდომით აგლუტინაციის მსგავსი სურათი იქმნება.

სისხლის ჯგუფი ექიმის ხელმოწერით აღნიშნული უნდა იყოს სათანადო დოკუმენტში, ავადმყოფობის ისტორიაში, პასპორტში, ძებრძოლის მედალიონზე და სხვ.

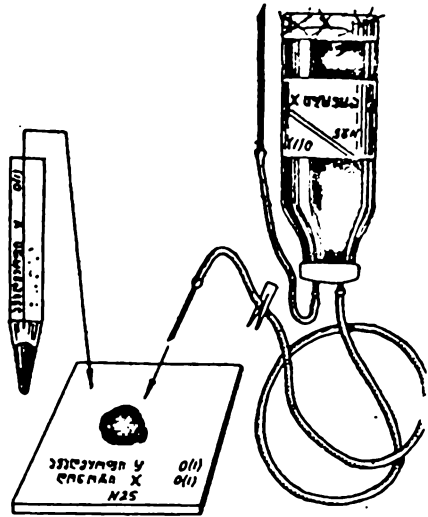
რეზუს-ფაქტორის განსაზღვრა. პეტრის ფინჯანზე აწვეთებენ 1—2 წვეთ ანტირეზუს შრატს, რომელსაც უმატებენ გამოსაკვლევი ერითროციტების თითო წვეთს. მინის წიკრით არევის შემდეგ მას ათავსებენ 45°-იანი წყლის აბაზანაში, შედეგს ამოწმებენ 10 წუთში. აგლუტინაციის შემთხვევაში სისხლი რეზუს-დადებითია, აგლუტინაციის არარსებობისას კი — რეზუს-უარყოფითი.

გადაუდებელ შემთხვევაში კმაყოფილდებიან დონორისა და რეციპიენტის სისხლის რეზუს-შეთავსებაზე ინდივიდუალური სინჯით. ამისათვის პეტრის ფინჯანზე (სურ 119) აწვეთებენ რეციპიენტის შრატის 2 წვეთს და დონორის სისხლის (ფლაკონიდან) პატარა წვეთს. მათ შეურევენ და ფინჯანს 10 წუთს ათავსებენ 45—48°-იან წყლის აბაზანაში. აგლუტინაციის შემთხვევაში დონორის სისხლი შეუთავსებელია და მისი გადასხმა არ შეიძლება.

რეზუს-ფაქტორის ექსპრეს-მეთოდით განსაზღვრა, სტანდარტული რეაგენტით, სინჯარაში გათბობის გარეშე. სინჯარაში ერთ წვეთ სტანდარტულ ანტირეზუს რეაგენტს უმატებენ გამოსაკვლევი სისხლის (ან ერითროციტების) ერთ წვეთს. სინჯარას ანჭლრევენ. აგლუტინაცია ვლინდება 1 წუთში (ზუსტი პასუხისთვის უკვირდებიან 3 წუთამდე). ერითროციტების არასპეციფიკური აგრეგაციის გამოსარიცხად უმატებენ ფიზიოლოგიურ ხსნარს. მსხვილი ფიფქების წარმოქმნა აგლუტინაციის მაჩვენებელია და სისხლი რეზუს-დადებითია; ჰომოგენურად შეფერილი სითხე აგლუტინაციის არარსებობისას აღინიშნება და სისხლი რეზუს-უარყოფითია.



სურ. 119. რეზუს-ფაქტორზე შეთავსების სინჯი შრატით

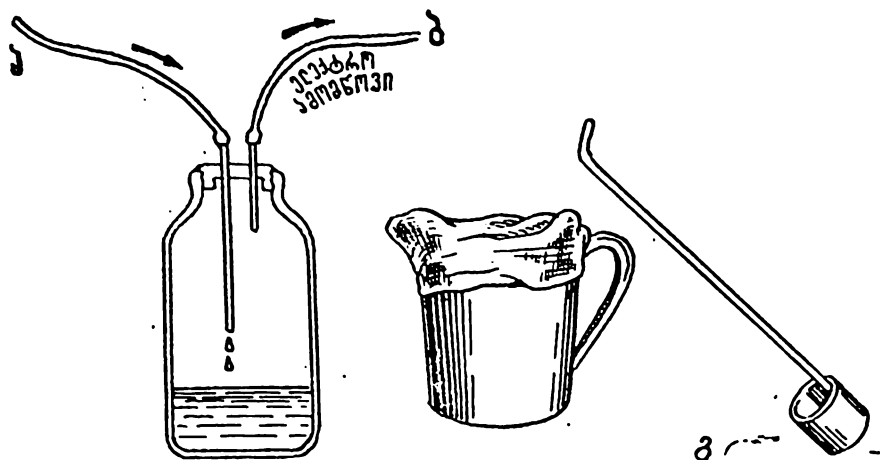


სურ. 120. ABO სისტემით სისხლის ჩგუფის დადგენის სინჯი შეთავსებაზე

სისხლის გადასხმა

სისხლის გადასხმის ჩატარებისათვის, როგორც წესი, აუცილებელია: 1. რეციპიენტისა (ავადმყოფის) და დონორის (ფლაკონის) სისხლის ჩგუფის გამოკვლევა; 2. ინდივიდუალური შეთავსების შემოწმება ჩგუფის მიხედვით, გათბობის გარეშე ABO სისტემით; ბიოლოგიურ სინჯთან ერთად ატარებენ აგრეთვე იზოაგლუტინოგენთან შეთავსების სინჯს პეტრის ფინჯანზე $46 - 48^{\circ}\text{C}$ 10 წუთის განმავლობაში. ფინჯანის შუა ადგილას აწვეთებენ 2—3 წვეთ ავადმყოფის შრატს და მას უმატებენ დონორის ერთ პატარა წვეთ სისხლს ისე, რომ სისხლის წვეთისა და შრატის თანაფარდობა იყოს 1:10. სისხლს შრატთან ურევენ მინის წკირით და პეტრის ფინჯანს ფრთხილად ჩაუშვებენ $46 - 48^{\circ}\text{C}$ წყლის აბაზანაში და აყოვნებენ 10 წუთს. შემდეგ ფინჯანს ათვლიერებენ სინათლეზე. თუ ავადმყოფის შრატმა გამოიწვია დონორის ერითროციტების აგლუტინაცია — ეს ნიშნავს, რომ დონორის სისხლი შეუთავსებელია ავადმყოფის სისხლთან და იგი არ უნდა გადასხას; 3. რეზუს-შეთავსების განსაზღვრა; 4. სისხლის გადასხმის მომენტში ბიოლოგიური ცდის სამჯერ ჩატარება (10—15 მლ სისხლის სამჯერ გადასხმა 3 წუთის ინტერვალით).

სისხლის გადასხმა ეჭიმმა უნდა ჩაატაროს. ექიმი, რომელიც სისხლს ანხამს, პასუხისმგებელია დაიცვას სისხლის გადასხმის შესახებ გათვალისწინებული ყველა მოთხოვნა.



სურ. 120. ა — თპერაციის დროს ჩაღვრილი სისხლის აღება რენფუზიისათვის გრძელი მილით გადასახმელ ფლაკონში სტერილურად; ბ — მოკლე მილის ელექტროამომწოვთან შეერთებით; გ — ჩაღვრილი სისხლის შესაგროვებელი სტერილური ქილა გადაფარებული ხელსახოცით და ჩამჩა სისხლის ამოსაღებად

ადრე ჩატარებული გამოკვლევებისა და არსებული ჩანაწერების მიუხედავად, სანამ სისხლის გიდუნხმან შეუდგებოდეს, ექიმი ვალდებულია:

შეამოწმოს ავადმყოფისა და დონორის (ფლაკონიდან) სისხლის ჯგუფი, შეადაროს იგი ისტორიაში ჩანაწერს და დონორის ფლაკონზე აღნიშნულ სისხლის ჯგუფს.

უნდა გადაუხსან თანამოსახელე ჯგუფის სისხლი (გამონაკლის შემთხვევაში — სხვა ჯგუფისაც, მაგრამ შეთავსებული) და რეზუს-უარყოფითი სისხლი — რეზუს-უარყოფითიან რეციპიენტს. ზოგჯერ უსხამენ სასწრაფოდ (სურ. 120) ან წინასწარ აღებულ საკუთარ სისხლს.

ექიმი, რომელიც ავადმყოფს უსხამს სისხლს, ავადმყოფობის ისტორიაში წერს:

- ა) თითოეული ფლაკონი სისხლის პასპორტულ მონაცემებს;
- ბ) ავადმყოფის სისხლის ჯგუფის საკონტროლო შემოწმების შედეგს;
- გ) დონორის სისხლის ჯგუფის საკონტროლო შემოწმების შედეგს;
- დ) შეთავსების სინჯის შედეგს;
- ე) ბიოლოგიური სინჯის შედეგს;

ჩანაწერი დასტურდება ექიმის ხელმოწერით. ყოველი გადასხმის წინ ავადმყოფობის ისტორიაში დასაბუთებული უნდა იყოს სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ჩვენება.

უნდა აღნიშნონ გადასხმის დროს შემჩნეული ყველა რეაქცია და გართულება.

ავადმყოფის სისხლის ჩგუფსა და რეზუს-ფაქტორს საავადმყოფოში ჩატარებული გამოკვლევის საფუძველზე აღნიშნავენ ავადმყოფობის ისტორიის თავფურცელზე, რასაც ექიმი ხელმოწერით ადასტურებს.

პასპორტში არსებული ჩანაწერის, ავადმყოფობის ისტორიიდან ამონაწერის ან სხვა ცნობების საფუძველზე სისხლის ჩგუფის აღნიშვნა და ა უ შ ვ ე ბ ე ლ ი ა .

სისხლის გადასხმის წინ და მის შემდეგ აუცილებელია სისხლისა და შარდის გამოკვლევა.

სისხლის გადასხმის დროს ყველა მძიმე რეაქციისა და გართულების შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს საავადმყოფოს სისხლის გადასხმის სამსახურს.

უშუალოდ გადასხმის წინ აუცილებელია:

1. ფლაკონის სისხლის ჩგუფის გამოკვლევა;
2. ავადმყოფის სისხლის ჩგუფის ხელახალი შემოწმება;
3. ინდივიდუალური შეთავსების შესამოწმებლად ფლაკონიდან სისხლის წვეთის არევა რეციპიენტის წინასწარ მომზადებულ შრატთან (სურ. 120).

სისხლის უმცველი ხსნარების გადასხმა

სისხლის, სისხლის კომპონენტსა (პლაზმა, ერთროციტული, ლეიკოციტური და თრომბოციტული მასა) და სისხლის პრეპარატებს (ალბუმინი, პროტეინი, ფიბრინოგენი, ფიბრინოლიზინი და სხვ.) გარდა, ფართოდ გამოიყენება შემდეგი ძირითადი სისხლის შემცველები:

I. ჰემოდინამიკური (შოკსაწინააღმდეგო) პოლიგლუკინი, რეოგლუმანი, ექლატინოლი, რეოპოლიგლუკინი, პოლიფერი; II. დეზინტოქსიკაციური: ჰემოდეზი, პოლიდეზი; III. პარენტერული კვების პრეპარატები: ამინონი, ალვეზინი, ლევამინი, ჰიდროლოზინი, კაზეინი; ლიპოფუნდინი, გლუკოზა, სორბიტოლი; IV. ელექტროლიტური ხსნარები: სუფრას მარილის ფიზიოლოგიური და რინგერის ხსნარი, ლაქტასოლი, დისოლი, ტრისოლი, ნატრიუმის ბიკარბონატის ხსნარი, ტრისამინი; V. სპეციფიკური მოქმედების: ამინოკაპრონ-მჟავა, მანიტოლი.

სისხლის შემცველების გადასხმის დროს შესაძლებელია: მექანიკური, ტოქსიკური, ანაფილაქსიური, ინფექციური, პიროგენული გართულებები.

დონორად (მოხალისედაც) არ დაიშვებიან: 1. ქრონიკულულები-

ტიტიანი, რომელმაც წარსულში, გასული დროის მიუხედავად, გადაიტანა მწვავე ჰეპატიტი; 2. უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში ჰეპატიტიან ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფი; 3. ვისაც უკანასკნელი 1 წლის განმავლობაში გადასხმული აქვს სისხლი ან მისი პრეპარატები; 4. ნარკომანები, ალკოპოლიკები (ამ უკანასკნელთა სისხლმა 2,5-ჯერ უფრო ხშირად შეიძლება გამოიწვიოს ჰეპატიტის განვითარება); 5. აუცილებელია დონორთა სისხლის სპეციალური გამოკლევა ჰეპატიტისა (აღენიშნებათ: ანტიგენებია, ჰიპერბილირუბინემია, ჰიპერტრანსამინაზემია) და შიდსის გამოსავლენად.

პოსტტრანსფუზიული ჰეპატიტისა და შიდსის შემთხვევების შემცირებისთვის საჭიროა: 1. ზუსტად დაიცვან დონორის შერჩევისა და სისხლის აღების დადგენილი წესები; 2. მაქსიმალურად მოერიდონ სისხლის გადასხმას, გადასხმა მოახდინონ მხოლოდ პირდაპირი ჩვენებისას; 3. ფართოდ გამოიყენონ სისხლის შემცვლელები; 4. ქირურგიულ განყოფილებაში უნდა დაინერგოს საოპერაციო ავადმყოფისათვის სისხლის აღება (როცა იგი შესაძლოა და დრო ითმენს) და საკუთარი სისხლის გადასხმა — ავტოტრანსფუზია.

არსებული წესით პლაზმის სტერილიზაცია (60°C -ზე 10 საათის განმავლობაში) ვერ უზრუნველყოფს პრეპარატის სრულ ინაქტივაციას ვირუსისგან. ამასთან პლაზმისა და მისი პრეპარატების (პროტეინი, ალბუმინი, იმუნოგლობულინი) გადასხმა პრაქტიკულად დიდად საშიში არაა. გაცილებით საშიშია ერიტროციტული მასის გადასხმა, რადგან ჰეპატიტის ვირუსის ნეიტრალიზაციისათვის საჭიროა გამლდვალ ერიტროციტების ჩამორეცხვის სპეციალური სისტემა. დაავადების რისკი იზრდება თერმოლაბილური ჰემოდერივატების (კრიოპრეციპიტატის, VIII და IX ფაქტორის, ანტითრომბინისა და სხვ.) გადასხმისას.

უნდა დაიცვან პრინციპი: „ერთი დონორი, ერთი რეციპიენტი“, არ შეიძლება ერთი ამჟულიდან გადაუსხან ორ და მეტ რეციპიენტს.

დაკონსერვებული მთლიანი სისხლის გადასხმას ახლა არ ურჩევენ. ჰემოსტაზური, კვებითი, ჰემოპოეზის მასტიმულირებელი; სუბსტიტუციური და სხვ. თვისება სისხლის ცალკეულ კომპონენტს გააჩნია. მაგალითად, კვებითი — ალბუმინს, ჟანგბადის გადამტანი — ერიტროციტულ მასას.

დაკონსერვებული სისხლის გადასხმამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰემოპოეზის ბლოკადა, სისხლის დენა, „მასიური გადასხმის სინდრომი“. სხვადასხვა დონორის სისხლი (წესების სრულყოფილად

დაცვის პირობებშიც კი) პრაქტიკულად შეუთავსებელია; ერთრო-
ციტების ერთმანეთთან შეწყობების შედეგად კაპილარები იზშობა,
ღვიძლსა და თირკმლებში ვითარდება სისხლჩაქცევები, ფილტვებში
შეგუბება, სისხლის შედედების დათრგუნვა, სისხლის დენა.

ავადმყოფს უნდა გადაუსხან ერთი დონორის სისხლიდან ცი-
ტოფერეზითა და პლაზმოფერეზით დამზადებული სისხლის კომპო-
ნენტები: ჩამორეცხილი ერთროციტები, ახლად გაყინული პლაზმა,
თრომბოციტები.

დონორის სისხლში ვირუსების ყველაზე უფრო სრულყოფი-
ლი განსაზღვრისათვის ურჩევენ გამოიყენონ იმუნოფერმენტული
(უფრო უკეთესია რადიობიოლოგიური) მეთოდი.

ნოვოკაინით ალოკადა

ნოვოკაინით ბლოკადას იყენებენ ანთების, ნერვულ-სისხლძარ-
ღვოვანი მოშლილობის, ტრავმისა და სხვ. შემთხვევაში. ნოვოკაინის
0,25%-იანი ხსნარი ნერვულ სისტემაზე მოქმედების შედეგად ამცო-
რებს პათოლოგიურ პროცესს.

ბლოკადას ატარებენ სტაციონარის პირობებში, ანტისეპტიკისა
და ასეპტიკის წესების დაცვით, საოპერაციო ველის მომზადებით.

ჩვენებაა: სხვადასხვა ლოკალიზაციის მწვავე ანთებითი პრო-
ცესი; ღრუ ორგანოთა ტონუსის მოშლა—ნაწლავების, სანაღვლე გზე-
ბის, შარდსაწვეთის, სისხლძარღვების სპაზმი ან ატონია; ტრავმულა
და ჰემორტანსფუზიული შოკი, ზოგი სახის ტროფიკული მოშლი-
ლობა, ადგილობრივი და ცენტრალური წარმოშობის მწვავე და
ქრონიკული ხასიათის ტივილი, ჩონჩხის კუნთების რეფლექსური
კონტრაქტურა, დამწვრობა, მოყინვა.

უკუჩვენებაა: ნოვოკაინის აუტანლობა, ქრონიკული შეუბრუ-
ნებელი პროცესები, განუკურნებელი ავთვისებიანი სიმსივნე, პე-
რიტონიტი ტერმინალურ სტადიაში, ნეკროზული პროცესი.

სამწვერა ნერვის ტოტების რეგიონული ბლოკადა

აკეთებენ სამწვერა ნერვის ნევრალგიის, სახეზე, ყბებზე და
პირის ღრუში ოპერაციების დროს.

კისრის ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა

ჩვენება. გულმკერდის ტრავმა, პლევროპულმონური შოკის
პროფილაქტიკა და მკურნალობა, საყლაპავი მილისა და ფილტვის
ტრანსპლევრული ოპერაციები. შოკი, თავის ტვინის შერყევა. ოპე-
16. გ. ბოკორიშვილი

რაციის შემდგომი პნევმონია, კუჭის ოპერაციის შემდგომი სლოკინი, ფილტვის მწვავე შეშუპება და სხვ.

ტექნიკა. ავადმყოფი წევს ზურგზე ჰორიზონტალურად, ბეჭებს ქვეშ ათავსებენ პატარა ბალიშს. ბლოკადის მხარეს ზედა კიდურს მაქსიმალურად ეწვეიან მენჯისაკენ, ხოლო თავს საწინააღმდეგო მხარეს აბრუნებენ. მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით (სურ. 121) აწვებიან მკერდ-ლავიწღვრილისებრი კუნთის გარეთა კიდე იმ არეში, სადაც მას გადაკვეთს გარეთა საულღე ვენა. ამ დროს კისრის ორგანოები შიგნით გადაინაცვლებს და შემთხვევით მათი დაზიანების შესაძლებლობა გამორიცხულია. უშუალოდ საჩვენებელი თითის ზევით წვრილი საინიექციო ნემსით აკეთებენ კანის ანესთეზიას ლიმონის ქერქის მსგავსად. შემდეგ 10-გრამიან შპრიცზე მორგებული გრძელი ნემსით ნელა ჰერხმლის წინა ზედაპირის მიმართულებით ღრმად შეჰყავთ ნოვოკაინი. ნემსის გაწვეას წინ უსწრებს 2—3 მლ ნოვოკაინის შეყვანა. სისხლძარღვის დაზიანების დროულად გამოცნობისათვის საჭიროა პერიოდულად დგუშის უკან გამოწვევით შევეამოწმოთ, რპრიცში ხომ არ შედის სისხლი. ნემსი ღრმად შეყვანისას გაჩხვლეტს მკერდ-ლავიწღვრილისებრი კუნთის ბუდის უკანა ფურცელს და ნოვოკაინი შემოივლის კისრის სისხლძარღვოვან-ნერვულ კონას. კისრის ვაგოსიმპათიკური ბლოკადისათვის ერთ მხარეს შეჰყავთ 0,25%-იანი ნოვოკაინის 30—50—60 მლ. ამ დროს ხდება ცლომილი და სიმპათიკური ნერვების და ზოგჯერ დიაფრაგმის ნერვის ბლოკირებაც (ა. ვ. ვიშნევსკი). ერთდროულად ორივე მხარეს ბლოკადის გაკეთება არ შეიძლება.

ვაგოსიმპათიკური ბლოკადის წარმატებით შესრულებისას აღინიშნება სახისა და თვალის ლორწოვანი გარსის გაწითლება, აგრეთვე სუსტად გამოხატული პორნერის სიმპტომოკომპლექსი (გუვისა და თვალის ნაპრალის შევიწროება, თვალის კაკლის ჩაწევა — ენოფთალმი, სისხლძარღვთა პერიკორნეული ინიცირება და ოფლის გამოყოფის შემცირება).



სურ. 121. კისრის ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა (ა), სქემა (ბ)

პარატრაქეული და პერიტრაქეული ბლოკადა

ჩვენებაა გულის ქრონიკული უკმარობა, ბრონქული ასთმა, ბრონქოსპაზმი.

მკერდზედა პარატრაქეული ბლოკადის ტექნიკა. ავადმყოფი ზის უკან გადაწეული თავით. საუღლე ამონაჰდევის ზევით ამოწმებენ აორტის პულსაციას. პულსის არარსებობისას მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით ფიქსაციას უკეთებენ ტრაქეას. 20 მლ-იან შპრიცზე მორგებული 6—7 სმ სიგრძის ნემსი შეჰყავთ საუღლე ამონაჰდევის ერთი თითით ზევით და მიმართავენ ტრაქეის წინა გვერდითი ზედაპირისაკენ. ტრაქეის წინააღმდეგობის შეგრძნებისას ნემსს გასწევენ ლატერალურად ტრაქეის გვერდით ზედაპირზე 1 სმ-ით. ნემსის გაწევას უნდა უსწრებდეს ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა. შემდეგ შპრიცს მოხსნიან, რომ შეამოწმონ ნემსიდან სისხლი ხომ არ გამოიყოფა. როცა დარწმუნდებიან, რომ ნემსის წვერი სისხლძარღვში არ არის, შპრიცით შეყავთ ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 10—20 მლ. ნემსი ძლიერ ღრმად არ უნდა შეიყვანონ. საკმარისია ნემსის ტრაქეის გვერდითი ზედაპირის ნახევრამდე შეყვანა.

გართულებაა ნემსის მოხვედრა სისხლძარღვში. ასეთ შემთხვევაში ნემსი სწრაფად უნდა გამოიღონ და ამ არეში სტერილური ხელსახოცით 5 წუთს დააწვენენ.

მკერდზედა პერიტრაქეული ბლოკადის ტექნიკა იგივეა, როგორც პარატრაქეული ბლოკადისას. ნემსი უნდა უჩხვლიტონ ტრაქეის წინ ზუსტად შუა ხაზზე, რომელშიც შეყავთ 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის შედარებით მეტი რაოდენობა (30—40 მლ).

მკერდუკანა ბლოკადა კაზანსკის წესით

ჩვენება: სტენოკარდია, ჰიპერტონიული დაავადება, ბრონქული ასთმა, გულმკერდის ტრავმა.

ტექნიკა ასეთია: ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე, ბეჭებს ქვეშეპატარა ბალიშზე, თავი გადაწეული აქვს უკან. გულის წნულის ბლოკადის მიზნით სპეციალური მოხრილი ნემსით (რომელსაც იყენებენ ფილტვის ძირის ანესთეზიისათვის) საუღლე ფოსოში მკერდის ძვლის უკან წინა შუასაყარში აორტის რკალამდე (რასაც პულსაციით ადგენენ) შეჰყავთ 30°-მდე გამთბარი 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 100 მლ.

მკერდუკანა აორტული წნულის განუწყვეტელი ბლოკადა

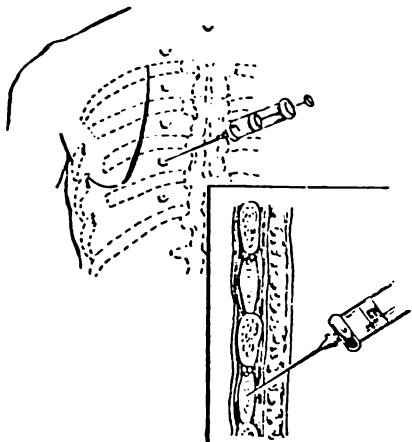
მუდმივი კათეტერით

გულის ქრონიკული უკმარობის შემთხვევაში ნოვოკაინის განუწყვეტელი შეყვანის მიზნით რეტროსტერნულად ათავსებენ კა-

თეტერს. ადგილობრივი ანესთეზიით, მცირე განაკვეთით, შეჰყავთ გრძელი ნემსი 30° მოხრილი წვერით. ნემსში ატარებენ კათეტერს. ისე როგორც სისხლძარღვში, ხოლო ნემსს უკან გამოიღებენ. კათეტერს ტოვებენ 7-10 დღით. ამ ხნის განმავლობაში საშუალოდ შეჰყავთ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 500—800 მლ.

პარავერტებრული და ნეკნთაშუა ნერვების ბლოკადა

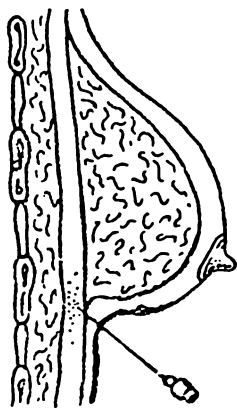
იყენებენ გულმკერდზე ოპერაციების, აგრეთვე ნეკნების მოტეხილობის დროს და სხვ. ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარის 1—2 მლ შეჰყავთ კანში (სურ. 122) გულმკერდის მალეების წვეტიანი მორჩებიდან 4—5 სმ მოშორებით (ბეჭის ძვლისკენ). ნემსის წვერით მო-



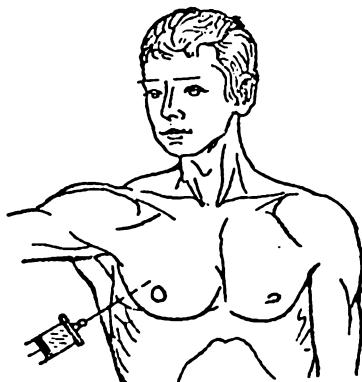
სურ. 122. პარავერტებრული ბლოკადა

ნახავენ ნეკნის ქვედა კიდეს და ნემსს კიდევ წასწევენ წინ 0,3—0,5 სმ-ით. ბლოკადისათვის ნეკნის ქვედა კიდესთან შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარის 10—15 მლ. ასე აკეთებენ მომდევნო ნეკნთაშუა ნერვების ბლოკადასაც. ნოვოკაინს ჩვეულებრივ უმატებენ სპირტს, ნეკნის მოტეხილობის დროს ზოგჯერ ბლოკადას აკეთებენ უშუალოდ ფრაგმენტებს შორის ნოვოკაინის 1%-იანი ხსნარით, ისე რო-

გორც დიდი ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის შემთხვევაში.



სურ. 123. რეტროგრადული ბლოკადა

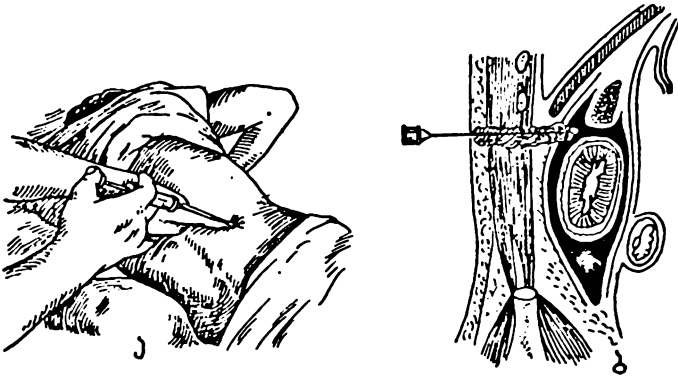


სურ. 124. სუბპექტორული ბლოკადა

რეტრომამარული ბლოკადა

ნაჩვენებია მასტიტის ინფილტრაციული ფორმის, ჩირქოვანი მასტიტის გაკვეთისა და სარძევე ჭირკვლის ადგილობრივი ანესთეზიის შემთხვევაში.

ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს სარძევე ჭირკვლის ძირში



სურ. 125. პარანეტრული (ლუმბალური, წელის) ბლოკადა (ა), სქემა (ბ)

(სურ. 123) კანის ანესთეზიის შემდეგ რეტრომამარულად გრძელი ნემსით შეუყვანენ 0,25—0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 80—100 მლ.

უკუნაჩვენებია სარძევე ჭირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში.

სუბპექტორული ბლოკადა

ნაჩვენებია: სტენოკარდიის, ნეკნთაშუა ნევრალგიის და ზედა კიდურზე ოპერაციის შემთხვევაში.

ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს განუზიდავენ კიდურს, გულმკერდის დიდი კუნთის გარეთა კიდესთან II—III ნეკნის დონეზე, კანის ანესთეზიის შემდეგ 6—7 სმ სიღრმეზე ნემსით შეჰყავთ 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 150—200 მლ (სურ. 124), რაც გულმკერდის არეში საკმაოდ ვრცელ ანესთეზიას იძლევა.

პარანეტრული (ლუმბალური — წელის) ბლოკადა

პარანეტრული (წელის) ნოვოკაინით ბლოკადისათვის ავადმყოფს აწვენენ გვერდზე, ისე როგორც თირკმლის ოპერაციის დროს, წელის ქვეშ აუცილებლად უდებენ მორგვს (სურ. 125). ხერხემალ-ნეკნების კუთხის ბისექტრისაზე ყალბი ნეკნებისაკენ რამდენადმე წინ წვრილი ნემსით აკეთებენ კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ინფილტრაციას. აღნიშნულ ინფილტრატში შეჰყავთ 10—20-გრამიან შპრიცზე მორგებული 8—10 სმ სიგრძის ნემსი. ნემსის მიმართუ-

ლება კანის ზედაპირის მიმართ უნდა იყოს ზუსტად პერპენდიკულარული. ნემსის წინ გადანაცვლებას უნდა უსწრებდეს ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა. შპრიცის სისტემატურად ხსნიან ნემსიდან კონტროლისათვის (სისხლი).

როდესაც ნემსი გაივლის კუნთოვან შრეს და თირკმლის ფასციის უკანა კედელს, მისი წვერი მოხვედბა ფასციათა შორის სივრცეში; ამას ადასტურებს ხსნარის წნევის გარეშე შეყვანა და შპრიცის მოხსნის დროს ნემსიდან სითხის გამოსვლის შეწყვეტა. როგორც კი დავადგენთ, რომ ნემსიდან სითხის გამოსვლა შეწყდა, საჭიროა ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 60—100 მლ რაოდენობით შეყვანა. ნემსიდან სისხლის გამოსვლის შემთხვევაში ნემსი ოდნავ უკან უნდა გამოსწიონ. ა. ვ. ვიშნევსკის მიხედვით „ნემსიდან არ უნდა სლიოდეს არც ერთი წვეთი სითხე, არც ერთი წვეთი სისხლი“. ეს მოთხოვნილება მტკიცედ უნდა დაიცვან, რადგან თუ სითხე არასწორად იქნა შეყვანილი, მაშინ იგი გავრცელებდა კუნთში და თერაპიულ ეფექტს ვერ მივალწევთ.

წელის ბლოკადა ნოვოკაინით

იყენებენ: პანკრეატიტის, ქოლეცისტიტის, ნაწლავთა დინამიკური (პარეზული) და სპასტიკულური გაუვალობის, მაობლიტირებელი ენდარტერიიტისა და სხვათა შემთხვევაში.

ლესგაფტისა და გრინფელტის ოთხკუთხედის არეში აკეთებენ კანის ანესთეზიას. შემდეგ ნემსის წვერით (ყოველთვის წინ უსწრებს ნოვოკაინის შეყვანა) ჯერ ეყრდნობიან XII ნეკნის ქვედა კიდეს, შემდეგ კი ოდნავ ფრთხილი გაწევიით ნემსი რეტროპერიტონეულ სივრცეში შეჰყავთ.

წელის თითოეულ მხარეს შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,25 %-იანი ხსნარის 150 მლ. პანკრეასის არეში ნოვოკაინი ვრცელებდა. პანკრეატიტის დროს უმატებენ რომელიმე ინჰიბიტორს.

წელის ხამკუთხედში ნოვოკაინით ბლოკადა

ურჩევენ: დინამიკური და მექანიკური გაუვალობის დიფერენციული დიაგნოზისათვის, აპენდიკურა ინფილტრატის მკურნალობის დროს და სხვ.

გვერდზე და მორგვზე მწოლარე ავადმყოფს თეძოს ფრთის 1—2 სმ ზევით პტის სამკუთხედის არეში უკეთებენ ჯერ კანის ანესთეზიას, შემდეგ ნემსი შეჰყავთ ღრმად (აუცილებლად ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანის შემდეგ). როცა ხსნარი წინააღმდეგობის გარეშე შედის, იგი ნემსის წვერის რეტროპერიტონეულ სივრცეში მოხვედ-

რის მაჩვენებელია, რაც შპრიცის მოხსნითაც დასტურდება: ნემსი-დან სითხე არ გამოიყოფა. წელის არეში თითოეულ მხარეს შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 60—80 მლ.

წელის სიმპათიკური ღეროს ხანგრძლივი ბლოკადა ნოვოკაინით

ურჩევენ: მამბლიტირებელი ენდარტერიიტის, ტროფიკული წყლულისა და ღრმა ვენების თრომბოფლებიტიის დროს.

მარჯვნივ წელის II სიმპათიკური კვანძის ბლოკადის (0,25%-იანი ნოვოკაინის 60—80 მლ შეყვანის) შემდეგ დადებითი შედეგის შემთხვევაში მეორე დღეს აწვენენ მარცხენა გვერდზე, წელის არეში უთავსებენ მორგვს. კანის მომზადებისა და შრეობრივი ანესთეზიის შემდეგ წელის II მალის განივი მორჩის მიმართულებით საგიტალურად 30° კუთხით შეჰყავთ 11 სმ სიგრძისა და 1 მმ დიამეტრის ნემსი, შემდეგ 3 სმ სიღრმეზე კიდევ შეჰყავთ განივი მორჩის ქვეშ მალის სხეულის გვერდით. ნემსის ყოველ წინ წაწევას უსწრებს ნოვოკაინის შეყვანა. ამის შემდეგ წვრილ ნემსს ამოიღებენ და ამავე მიმართულებით შეაქვთ მსხვილი ნემსი მანდრენით. ნემსს ამოიღებენ, მანდრენს ტოვებენ დროებით, რომლის დახმარებითაც შეაქვთ წვრილი კათეტერი, მანდრენს ამოიღებენ. კათეტერს საცობით ტოვებენ 2—3 კვირას. ყოველ 4 საათში კათეტერით შეჰყავთ 0,5 ან 1%-იანი ნოვოკაინის 10 მლ.

წელის სიმპათიკური კვანძების ნოვოკაინით გახანგრძლივებულ ბლოკადას თანდათან მოჰყვება მდგომარეობის გაუმჯობესება.

სათესლე ბაგირაკის ბლოკადა ნოვოკაინით ლორინ-ემპტიინის წესით

ურჩევენ ოქსალურიის, თირკმლის ქვალის, მწვავე ეპიდორმიტიის, ორქიტიის, ფუნგიკულიტიის შემთხვევაში.

საზარდულის გარეთა რგოლისა და სათესლე პარკის საზღვარზე ნახულობენ სათესლე ბაგირაკს, მას აფიქსირებენ მარცხენა ხელის საჩვენებელი და დიდი თითით. მარჯვენა ხელით აკეთებენ კანის ანესთეზიას, აქედან სათესლე ბაგირაკში სხვადასხვა მიმართულებით შეჰყავთ 0,5%-იანი ნოვოკაინის 40—60 მლ.

ქალს ანესთეზიას უკეთებენ საშვილოსნოს მრგვალი იოვის პერიფერიულ ნაწილზე მისი გამოსვლის არეში, საზარდულის არხის გარეთა რგოლთან. დამატებით დიდ სასირცხო ბაგეში შეჰყავთ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 5—10 მლ. შეუსწორებელი თიაქრის შემთხვევაში ბლოკადას არ აკეთებენ. ბლოკადის შესრულებისას შეიძლება დააზიანონ სისხლძარღვი (შპრიცში სისხლი). ასეთ

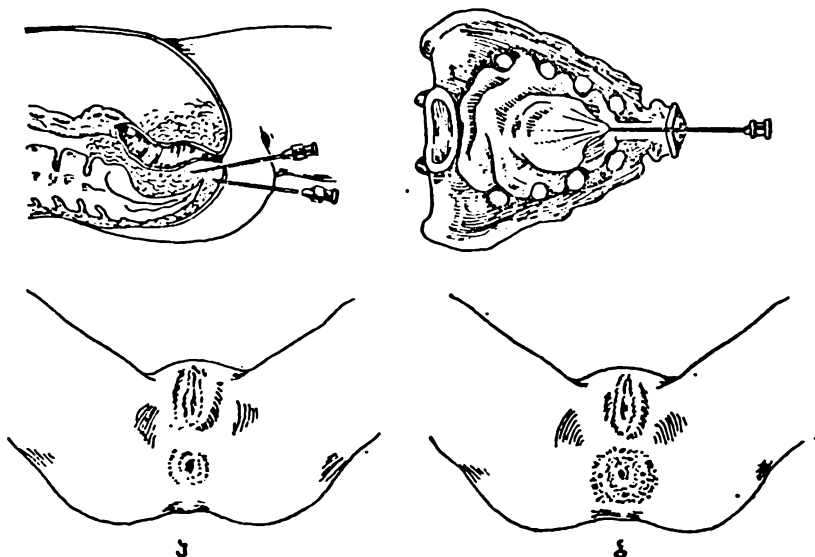
შემთხვევაში ნემსს გამოწევენ და ამ არეში 3—5 წუთს თითით აწე-
ბიან. შემდეგ ბლოკადა შეიძლება განაგრძონ.

მენჯშიგა ბლოკადა ნოვოკაინით ლ. შკოლნიკოვის მიხედვით

იყენებენ: მენჯისა და ბარძაყის ძვლის მოტეხილობისა და
შოკის დროს.

ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს თეძოს წინა ზედა წვეტიდან
1 სმ შიგნით. წვრილი ნემსით უკეთებენ კანის ანესთეზიას. შემ-
დეგ ნოვოკაინით სავსე შპრიცზე მორგებული 15—16 სმ სიგრძის
ნემსი თანდათან შეჰყავთ თეძოს ფრთის შიგნით ზედაპირის პარა-
ლელურად წინიდან უკან, ნოვოკაინის წინასწარ შეყვანის შემდეგ.
ნემსის 12—14 სმ სიღრმეზე შეყვანის შემდეგ შეივრდნება ძვლის
წინააღმდეგობა (გავა-თეძოს შესახსრების ადგილი. სწორედ ამ
არეში ნერვული წნულების დაზიანებისას მენჯის ტრავმის დროს
ვითარდება მძიმე შოკის სურათი). ერთმხრივი ბლოკადისათვის აქ
შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 400—500 მლ. ორმხრივ
ბლოკადის დროს თითოეულ მხარეზე შეჰყავთ 250—300 მლ ხსნარი.

ნოვოკაინი ვრცელდება თეძო-სუქის კუნთისა და მენჯის ფას-
ციურ სივრცეში, რასაც მენჯშიგა ნერვული წნულებისა და ნერვულ
დაბლოებათა ბლოკირება მოსდევს.



სურ. 126. 1 — პერინეალური ბლოკადა; 2 — პრესაკრალური ბლოკადა; ა —
კანის ანესთეზია ყითას ირგვლივ; ბ — ნოვოკაინის შეყვანა 1—5 სმ სიღრმეზე

კულდუსუნის ირგვლივ სპირტ-ნოვოკაინით ბლოკადა

ა. მ. ამინევის წესით

უკეთებენ კოკციკოლინიისა და პროქტალგიის დროს.

ავადმყოფს აწვენენ გინეკოლოგიურ მაგიდაზე, საოპერაციო არის დამუშავებისა და კანის ანესთეზიის შემდეგ ყითასა და კულდუსუნს შორის შუა ხაზზე სწორ ნაწლავში შეტანილი მარცხენა თითის კონტროლით კულდუსუნის წინ (ნაწლავის გარეთ) 8—10 სმ სიგრძის ნემსით შეჰყავთ 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 100—150 მლ (ნოვოკაინს 1—2 მლ ეთილის სპირტს ან მეთილენის ლილას უმატებენ).

პერიანალური ბლოკადა ნოვოკაინით

ურჩევენ ყითას ვენების მწვავე თრომბოფლებიტისა და მისი გაქვდვის დროს.

ავადმყოფი წევს გინეკოლოგიურ მაგიდაზე. ყითას ირგვლივ 0,5%-იანი ნოვოკაინით ყითადან 1—2 სმ მოცილებით აკეთებენ კანის ანესთეზიას. პირველი ჩხვლეტის შემდეგ ნოვოკაინი ისე ნელა უნდა შეიყვანონ, რომ ავადმყოფმა ვერ იგრძნოს. ყითას ირგვლივ კანის ასეთი ანესთეზიის შემდეგ ოთხ წერტილში (სათის ციფერბლატით 12—3—6—9) 1 სმ სიღრმეზე შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარის 10 მლ, ხოლო შემდეგ ამავე წერტილებში 5 სმ სიღრმეზე 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 20—22 მლ.

პრესაკრალური ბლოკადა ნოვოკაინით

ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს, რომელსაც მუცელთან ძლიერ მიზიდული აქვს ბარძაყები ან გვერდზე მწოლიარეს მუცელთან მიტანილი აქვს მუხლები, კულდუსუნსა და ყითას შორის უკეთებენ კანის ანესთეზიას. აქედან კულდუსუნის მწვერვალისაკენ შეჰყავთ ნოვოკაინი და შემდეგ ღრმად ნემსი გავის წინა ზედაპირზე, მკვრივა აგებულების ქსოვილის შეგრძნებამდე, სადაც შეჰყავთ ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 100—120 მლ (სურ. 126).

ძვალშიგა ბლოკადა

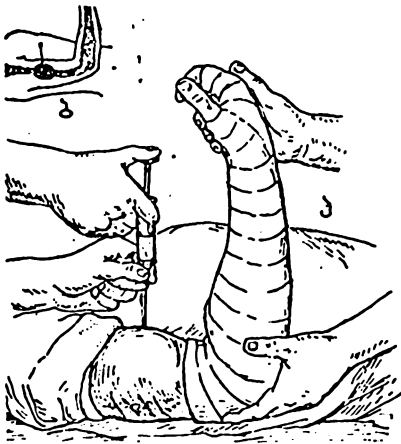
ძვალშიგა ანესთეზიას მიმართავენ კიდურებზე ოპერაციის დროს (ამოვარდნილობა, მოტეხილობა, ოსტეომიელიტი, დიდი ქრილობის ქირურგიული დამუშავება). კიდურს წინასწარ მაღლა აწევის შემდეგ ადებენ ლახტს პულისის გაქრობამდე. კანის, კანქვეშა ქსოვილისა და ძვლისაზრდელას არეში აკეთებენ ანესთე-

ზიას. შემდეგ, მანდრენიანი ძვლის ნემსი (კასირსკის, დიუფოსი ან სხვა მსხვილი) ბურღისებრი მოძრაობით შეჰყავთ ღრუბლისებრი ნივთიერებამდე (შეიგრძნობა ნემსის წვერის თავისუფალ სივრცეში შესვლა). ნემსის ოდნავ უკან გამოწვევისა და მანდრენის ამოღების შემდეგ საჭიროა ნოვოკაინის შეყვანა. შესაყვანი ნოვოკაინის რაოდენობა დამოკიდებულია მის კონცენტრაციაზე (0,2%-იანი ან 0,5%-იანი), საოპერაციო არეზე, ნემსის შეყვანის ადგილსა და ლახტს შორის სივრცეზე. ტერფის ანესთეზიისათვის ლახტს ადებენ წვივის ქვედა მესამედში და 0,25%-იანი ნოვოკაინის 40 მლ შეჰყავთ ქუსლის ძვალში. წვივის ანესთეზიისათვის ლახტს ადებენ ბარძაყის ქვედა მესამედში, 0,25%-იანი ნოვოკაინის 100 მლ შეიძლება შეიყვანონ ქუსლის ძვალში ან მედიალურ გოჯში. ბარძაყის შუა და ქვედა მესამედში ოპერაციისათვის ლახტს ადებენ მაქსიმალურად მალა. 0,25%-იანი ნოვოკაინის 120 მლ და მეტი შეჰყავთ ბარძაყის როკში.

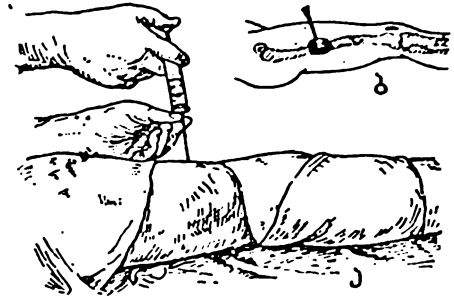
მტევანზე ოპერაციისათვის ლახტს ადებენ წინა მხარზე; ნოვოკაინის 30 მლ შეჰყავთ ნების ძვლის თავში. წინა მხარზე ოპერაციისათვის ლახტს ადებენ მხარზე; 80 მლ ნოვოკაინი შეჰყავთ იდაყვის ან სხივის ძვლის დისტალურ ეპიფიზში. მხრის შუა და ქვედა მესამედში ოპერაციისათვის ლახტს ადებენ ზედა მესამედს; 120 მლ ნოვოკაინი შეჰყავთ იდაყვის ძვალში; 0,5%-იანი ნოვოკაინი ორჯერ ნაკლები რაოდენობით შეჰყავთ. ლახტის მოხსნის წინ ავადმყოფს უკეთებენ საგულე საშუალებებს (კოფეინს, კორდიამინს); მოსალოდნელი ვაზომოტორული მიშლილობის ასაცილებლად ზოგჯერ საჭიროა სისხლის გადასხმა. ინფიცირებული პროცესის შემთხვევაში (ოსტეომიელიტი, ღია მოტეხილობა, კრილობა) ძვალშიგა ანესთეზიის დროს ნოვოკაინს უმატებენ ანტიბიოტიკს.

ნოვოკაინით ბლოკადა მოტეხილობის დროს

მოტეხილობის დროს დაზიანების ადგილზე პირველი დახმარების ღონისძიებათა შორის (კრილობაზე ასეპტიკური ნახვევი, კიდურის სატრანსპორტო იმობილიზაცია, ნარკოტიკული საშუალებანი) შოკის პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია მოტეხილ ძვლებს შორის (ან დახურული მოტეხილობის საექვო არეში) კანის დამუშავების შემდეგ 2%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 20—40 მლ-ს შეყვანა (სურ. 127). ღია მოტეხილობის დროს ნოვოკაინი უნდა შეიყვანონ კრილობის ზევით, ხშირად ანტიბიოტიკებთან ერთად.



სურ. 127. ნოვოკაინით ბლოკადა: ა — მხრის მოტეხილობის დროს; ბ — სქემატურად



სურ. 128. ნოვოკაინით ბლოკადა: ა — ბარძაყის მოტეხილობის დროს; ბ — სქემატურად

ნოვოკაინით მოკლე ბლოკადა

ნაჩვენებია: კარბუნკულის, ფურუნკულის, ლიმფადენიტის, ჰიდრადენიტის (ინფილტრაციულ ფაზაში) და კანისა და კანქვეშა ქსოვილის შემოფარგლული ანთების დროს.

ანთებადი კერიდან 1—2 სმ მოშორებით მის ირგვლივ კანის ან-ესთეზიის შემდეგ საღ ქსოვილში შეჰყავთ ნოვოკაინის ხსნარის 40—60 მლ, რომელსაც ანტიბიოტიკს უმატებენ.

ანთებად კერაში ნოვოკაინის შეყვანით შეიძლება პროცესი გავრცელდეს.

ღვიძლის მრგვალი იოგის ბლოკადა

ურჩევნ: მწვავე ქოლეცისტიტის, ქოლეცისტოპანკრეატიტის, ჰეპატოქოლეცისტიტისა და სიყვითლის შემთხვევაში.

ნემსი შეჰყავთ ჰიპიდან 1 სმ მარჯვნივ და ზევით. ნემსი რომ ღვიძლის მრგვალ იოგში მოხვდეს, იგი შეჰყავთ კანის პერპენდიკულარულად, მუცლის სწორი კუნთის ბუდის წინა და უკანა ფურცელში. საშუალო სიმსუქნის პირებს ნემსი 8—10 სმ სიღრმეზე უნდა შეუყვანონ.

ნოვოკაინის ხსნარი უნდა შედიოდეს თავისუფლად და შპრიცის მოხსნისას მისი არც ერთი წვეთი არ უნდა გამოიყოს.

ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში, როცა არ აღინიშნება ანთება, ბლოკადას აკეთებენ ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარის 40—50 მლ-

ით, რომელსაც უმატებენ პლატიფილინის 0,2%-იანი ხსნარის 1 მლ-ს, პაპავერინის 1%-იანი ხსნარის 2 მლ-ს, ნო-შპას 2%-იანი ხსნარის 2 მლ-ს, B ჯგუფის ვიტამინებსა და ასკორბინმჟავას.

ანთების შემთხვევაში ზემოდასახელებულ ხსნარებს უმატებენ 1—2 მლნ ერთ. პენიცილინს ან მის სხვა ნახევრად სინთეზურ პრეპარატს.

ბლოკადას ატარებენ ყოველდღე 3—5 დღის განმავლობაში. უშედეგობისას მიმართავენ ოპერაციულ მკურნალობას.

უკუნჩვენებია გავრცელებული პერიტონიტის, ნალვლის ბუშტის ირგვლივ ან ღვიძლქვეშა ჩირქგროვის შემთხვევაში.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობისას ავადმყოფს კონსერვატიულად მკურნალობენ არაუმეტეს 2—3 საათის განმავლობაში

ასეთ შემთხვევაში საჭიროა: ა) პარანეტრული ბლოკადა; ბ) კუჭის ამორეცხვა მსხვილი ზონდით; გ) ინტოქსიკაციასთან ბრძოლა; დ) სიფონური ოყნა.

ღინამიკური გაუვალობის დროს საჭიროა: ა) განგლიობლოკატორის — დიკოლინის ან 1%-იანი 1,0 დიმეკოლინის შეყვანა კანქვეშ; ბ) 1—2 გ 0,05%-იანი პროზერინი კანქვეშ; გ) სუფრის მარილის 10%-იანი ხსნარის 60 მლ შეყვანა ვენაში; დ) 1 მლ უბრედიტი კუნთებში; ე) სიფონური ოყნა.

ღრმა ვენების გამტარობის უპროვება

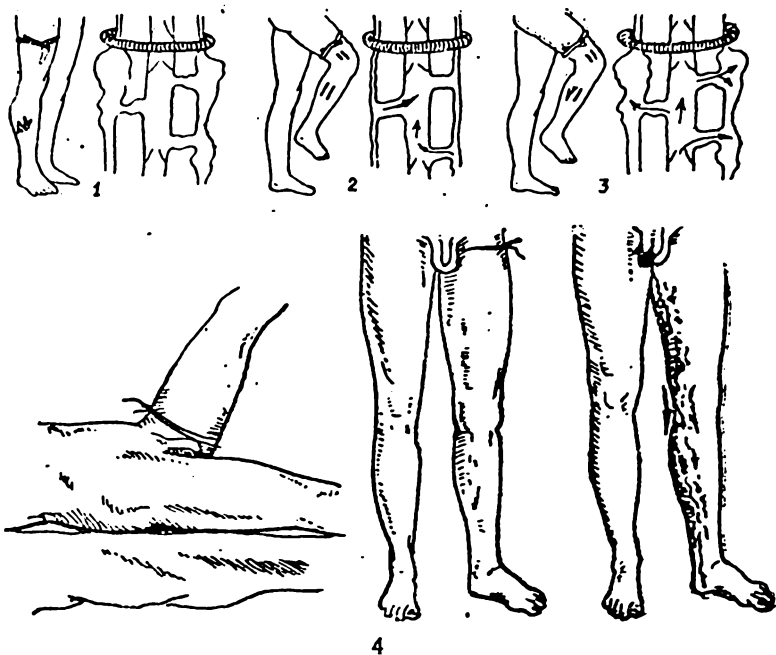
ღრმა ვენების გამტარობას ამოწმებენ რამდენიმე წესით:

დეღბე-პერტეს, ანუ „სიარულის“ ცდა. ავადმყოფს, რომელსაც დგომისას კანქვეშა ვენები დაბერილი აქვს, ამ ვენებზე ზეწოლისათვის ბარძაყზე ადებენ ლახტს (რეზინის წვრილ მილს სისხლძარღვის დამჭერით) და წინადადებას აძლევენ იაროს 5—8 წუთის განმავლობაში. კანქვეშა ვენების ჩაჩუტვა ღრმა და კომუნიკაციური ვენების გამტარობაზე მიუთითებს. თუ სიარულის დროს, კუნთების ზეწოლის („პერიფერიული გულის მოქმედების“) მიუხედავად, კანქვეშა ვენები ისევ დაკიმული და სისხლსავსე რჩება, მაშასადამე ღრმა და კომუნიკაციური ვენები გაუმტარია.

ღრმა ვენების გამტარობას უფრო ზუსტად მანომეტრით ამოწმებენ. დელბე-პერტეს ცდის შემთხვევაში რამდენიმე ნაბიჯის შემდეგ ღრმა ვენების გამტარობისას ტერფის ვენებში წნევა ეცემა. როდესაც ღრმა და კომუნიკაციურ ვენებში დაბრკოლებაა და იგი გაუმტარია, წნევა უცვლელი რჩება.

ღრმა ვენების გამტარობას ასეც ამოწმებენ: მწოლიარე ავად-
 მყოფს კიდურის მაღლა აწევით დაუცლიან ვენებს და თითებიდან
 მუხლამდე ადებენ ელასტიკურ ბანდს კანქვეშა ვენებზე ზეწოლისა-
 თვის. შემდეგ ავადმყოფს წინადადებს აძლევენ იაროს, თუ ნახევარ
 საათზე მეტ ხანს სიარულს კიდურში ტკივილი მოჰყვება, ღრმა
 ვენებში დაბრკოლების მაჩვენებელია. ნორმალური გამტარობისას
 ტკივილი არ ვითარდება (სურ. 129).

გამოყენებულია ჩახველების სინჯიც ვალსლავის მიხედვით. ღრმა
 ჩასუნთქვისა და სუნთქვის შეჩერებისას ჩახველება ღრმა ვენების
 გამტარობისას მნიშვნელოვნად ზრდის წნევას ვაგანიერებულ კან-



სურ. 129. ღრმა ვენების გამტარობისა და კომუნიკაციური ვენების სარქველების
 ფუნქციის შემოწმებისათვის (მ. კუზნის მიხედვით) დელბე-პერტეს (ანუ „სია-
 რულის“) ცდა. 1 -- მდგომარე ავადმყოფს ადებენ ლაბტს ზერელე ვენების მი-
 საქველტად; 2 -- ავადმყოფი ადგილზე აკეოებს ნაბიჯებს ან დადის, ღრმა ვე-
 ნების ნორმალური გამტარობისა და კომუნიკაციური ვენების სარქველების კარ-
 გი ფუნქციის შემთხვევაში კანქვეშა ვენები ჩაიჩუტება; 3 -- ღრმა ვენებში გამ-
 ტარობის მოშლისა და კომუნიკაციური ვენების სარქველების ნაკლოვანების
 დროს კანქვეშა ვენები არამტუ ჩაიჩუტება, არამედ ზოგჯერ უფრო ივსება და
 მტკივნეული ხდება; 4 -- ტროიანოვ-ტრენდლენბურგის სიმპტომის (ვენების სარ-
 ქველების ნაკლოვანების) შემოწმება: კიდურის მაღლა აწევით ვენები ჩაიფუშება,
 ამ მდგომარეობაში ადებენ ლაბტს, ფეხზე დადგომის შემდეგ ხსნიან ლაბტს,
 სარქველების ნაკლოვანებისას ვენები მყისვე ივსება სისხლით

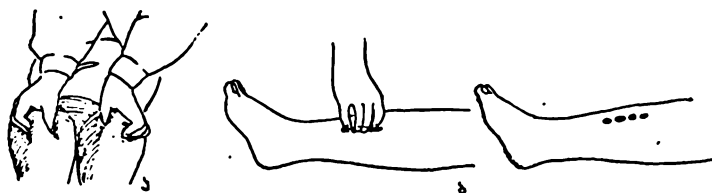
ქვეშა ვენებში, როცა ღრმა ვენები გაუმტარია, წნევა არ მატულობს.

პაკენბრუხი ამ სიმპტომს ამოწმებს ჩახველებისას სკარპეს სამკუთხედში ხელის მოთავსებით, რომელიც სისხლის უკუღინებას გრძნობს ღრმა ვენების გამტარობისას და, პირიქით, ის არ შეიგრძნობა, თუ ღრმა ვენები გაუმტარია.

საკიროების დროს, თუ უკუჩვენება არ არის (მწვავე თრომბოფლებიტი, წყლულები), ვენების გამტარობის შემოწმებისათვის იყენებენ ფლებოგრაფიას: 30—50 მლ საკონტრასტო ნივთიერება (უროგრაფინი, ვეროგრაფინი) შეჰყავთ გოჭზედა ვენაში, გოჯის ან ქუსლის ძვალში ან რეტროგრადალად ბარძაყზე გაგანიერებულ კანქვეშა ვენაში.

ფლებოგრაფიით ირკვევა ვენის განი და სისხლსავსეობა, მისი მიმართულება, გამტარობა, კონტურები და, რაც მთავარია, ღრმა ვენების გამტარობა და კომუნიკაციური ვენების მდგომარეობა. ვენოგრაფია საშუალებას იძლევა შევადაროთ ღრმა, ზერელე და კომუნიკაციური ვენების დიამეტრი.

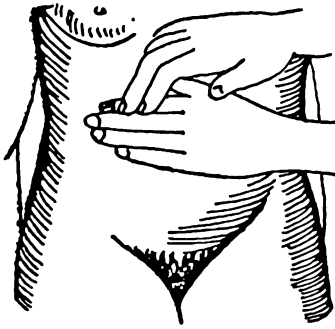
ავადმყოფის გასინჯვის საილუსტრაციო სურათები და სათანადო ტექსტი



სურ. 130. ა — ტურგორის (კანის ელასტიკურობის) გამოკვლევა ცერსა და საჩვენებელ თითს შორის კანის ანაოკებით; ბ — კანქვეშა ქსოვილის შეშუპების გამოკვლევა თითების ზეწოლით. ზეწოლის არეში ჩანაქდები რჩება



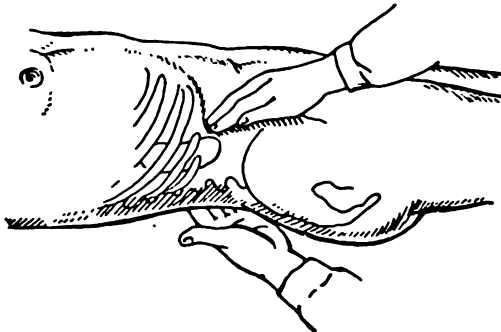
სურ. 131. „დოლის ჯოხისებრი თითები“ „საათის მინისებრი ამოზნექილი ფრჩხილებით“ გამბერვისა (1889) და პიერ მარის (1890) მიერ აღწერილი პიპერტროფიული ოსტეოართროპათიის სინდრომი (ქრონიკული ბრონქოექტაზიის, ფილტვის ქრონიკული ჩირქოვანი პროცესის, ფილტვის კიბოს დროს — ფრიდის სიმპტომი და გულის ზოგიერთი ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში)



სურ. 132. მუცლის გამოკვლევის დროს პერკუსიული მტკივნეულობის შემოწმება პერიტონეუმის გაღიზიანებას ნაადრევად გამოავლენს

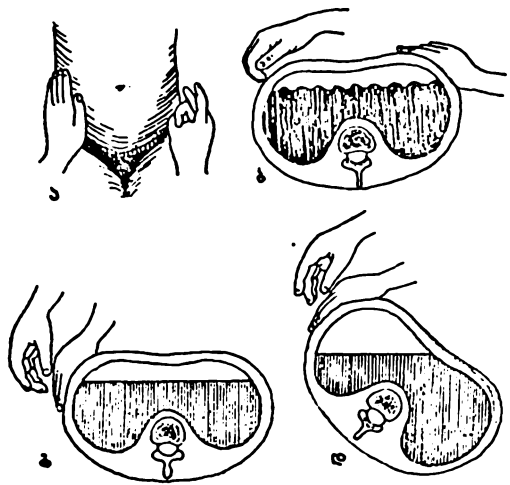
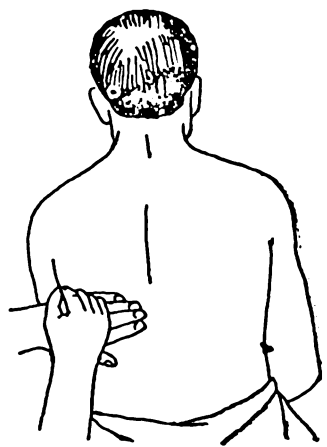


სურ. 133. მუცლის კედლის პალპაცია: ა — სწორად ჩატარებული პალპაცია გაშლილი ხელის მტევნით მუცლის კედლის კუნთთა დაჭიმულობისა და რეზისტენტობის აღმოჩენის მიზნით; ბ — არასწორად ჩატარებული მუცლის კედლის პალპაცია თითის წვერებით

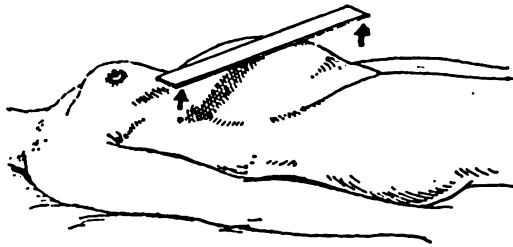


სურ. 134. მუცლის ბიმანუალური გამოკვლევა

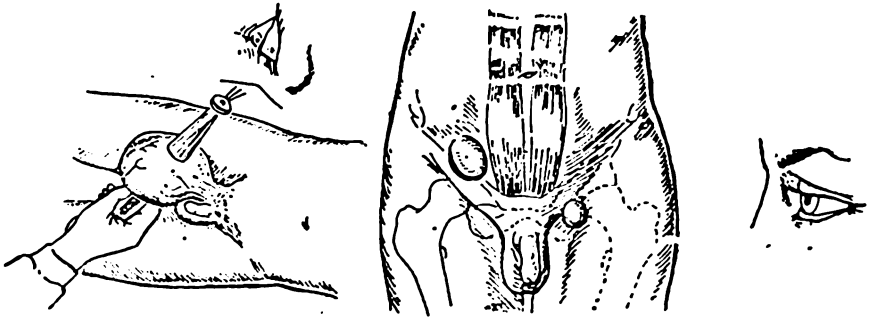
სურ. 135. პასტერნაკის სიმპტომის შემოწმება: დაავადებული თირკმლის არეში მსუბუქი დარტყმა მტკივნეულია



სურ. 136. ა — ასციტის დროს უნდულაციის გამოკვლევა ორი ხელით; ბ — სქემატურად; გ — მოყრუება; დ — ტიმპანითი ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისას

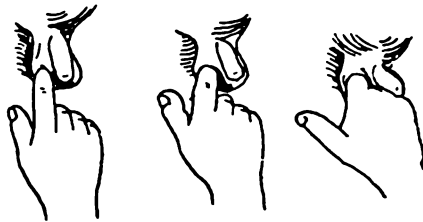


სურ. 137. მუცლის ღრუში დიდი ცისტის (საკვერცხის ან სხვ.) დროს მუცლის წინა კედელზე მოთავსებულ საზარდუს გაღაცემა აორტის პულსაცია, ასციტის დროს კი — არა

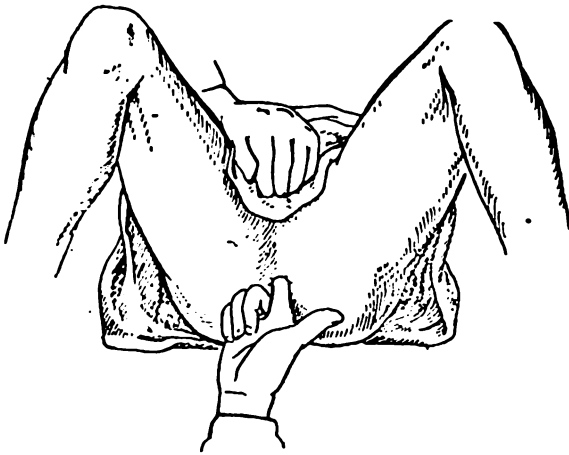


სურ. 138. დიაფანოსკოპია: გამკვირვალე სითხის შემცველი ორგანოს (ჰიდროცელე) გაშუქება სინათლეზე. ერთ მხარეზეა სინათლის წყარო, მეორეზე — გინეკოლოგიური სტეტოსკოპი (ან სხვა მილი)

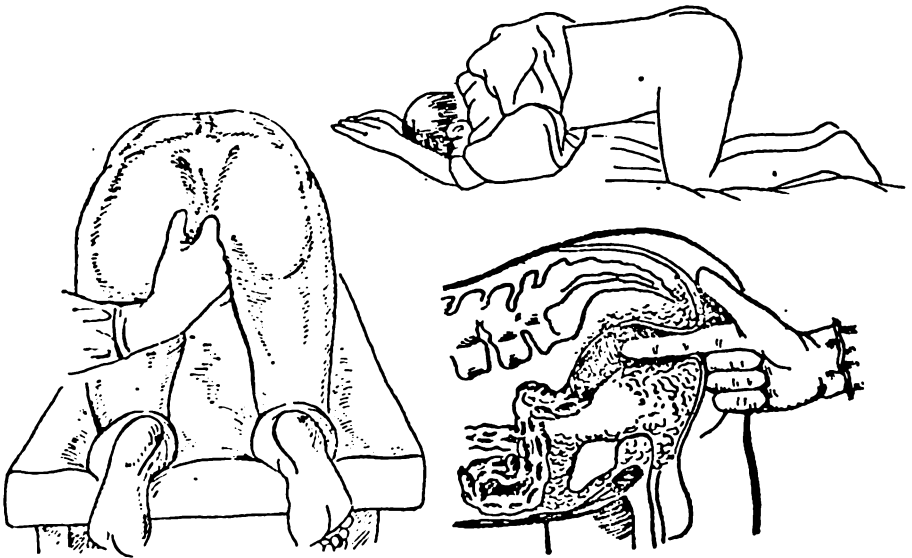
სურ. 139. საზარდულის არეში თიაქრის შედარებით დათვლიერება. მარჯვნივ: საზარდულის თიაქარ-გამოსულია პუპარტის (საზარდულის) იოგს ზევით; მარცხნივ: ბარძაყის თიაქარი — პუპარტის იოგს ქვევით



სურ. 140. საზარდულის არხის გარეთა რგოლის გამოკვლევა



სურ. 141. ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფის სწორი ნაწლავის გამოკვლევა (ინდიგატია)



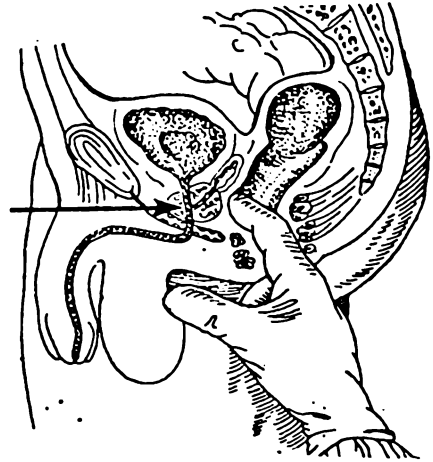
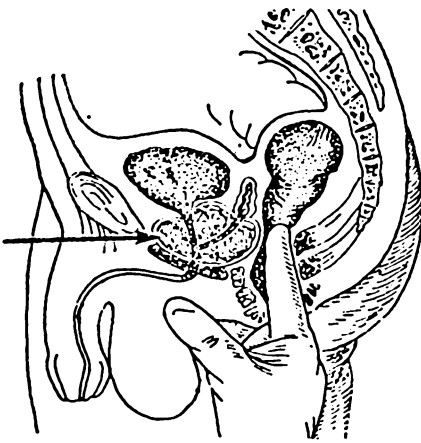
სურ. 142. მუხლ-იდაყვზე დაყრდნობილი ავადმყოფის სწორი ნაწლავის გამოკვლევა



სურ. 143. სწორი ნაწლავის გამოკვლევა „ჩაუუნკულ“ მღებარეობაში

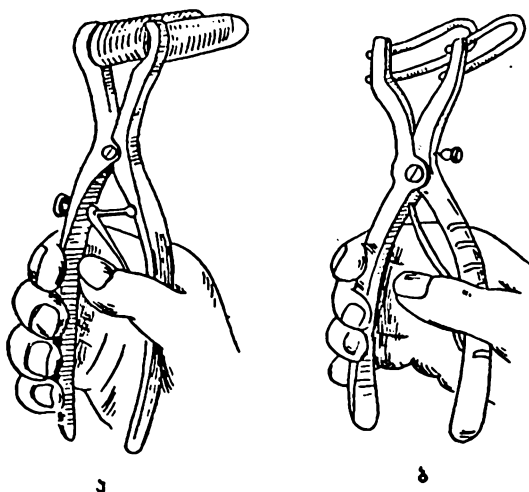


სურ. 144. სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევისას მცირე მენჯის ორგანოთა ანატომიურ-ტოპოგრაფიული ურთიერთდამოკიდებულება: ა — მამაკაცის; ბ — ქალის

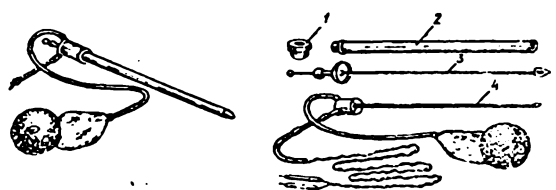


სურ. 145. სწორი ნაწლავიდან ნორმალური წინამღებარე ჭირკვლის გასინჯვა. ნორმალური სათესლე ბუშტუკები არ ისინჯება

სურ. 146. რექტალური გამოკვლევისათვის აღინიშნება გადიდებული, უსწორმასწორო, კარგად შემოსაზღვრული წინამღებარე ჭირკვლის ჰიპერტროფია (აღენომა)



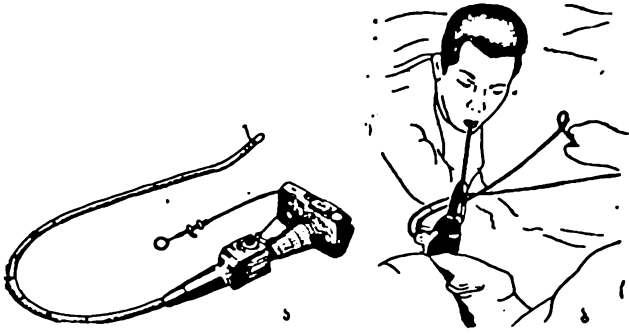
სურ. 147. სწორი ნაწლავის სარკე: ა — ბოდენჰამერის; ბ — სიმსის



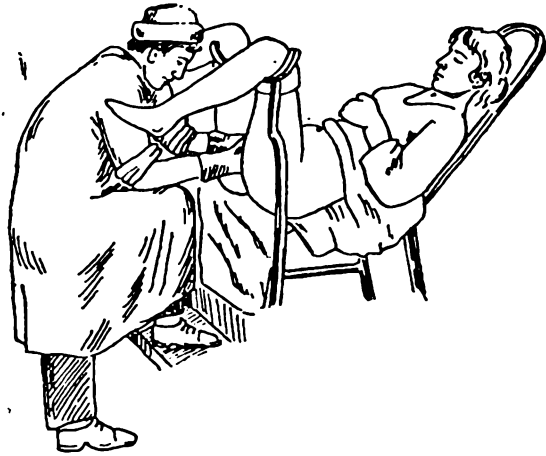
სურ. 148. აწყობილი (მარცხნივ) და დაშლილი (მარჯვნივ) რექტოსკოპი: 1 -- ოკულარი; 2 — სათვალთვებლო მილი, ანუ ტუბუსი; 3 -- ობტურატორი; 4 — მოკლე ცილინდრი წვრილი ღეროთი, დამჭერი თავით, სახელურით, კონტაქტით, რეზინის ბალონით და ბოლოზე ნათურით



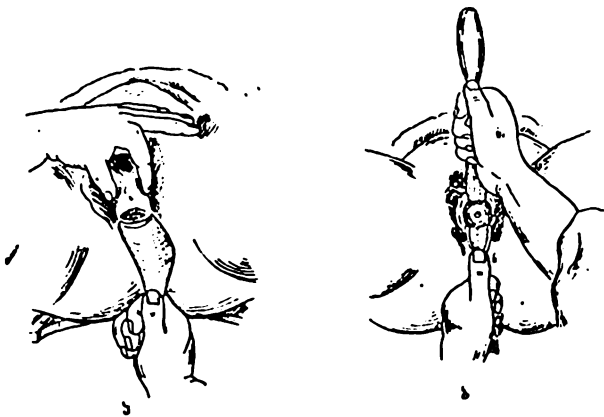
სურ. 149. რექტოსკოპის მდებარეობა რექტორომაოსკოპიის (I, II, III ეტაპი) დროს



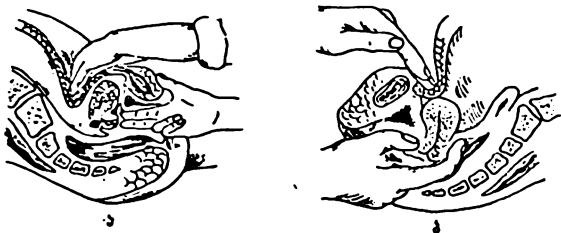
სურ. 150. ა — გასტროფიბროსკოპი; ბ — გასტროფიბროსკოპია



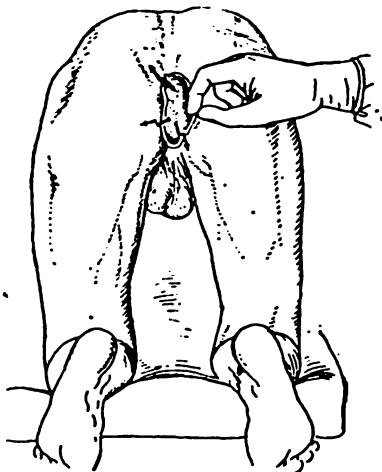
სურ. 151. ავადმყოფისა და ექიმის მდებარეობა გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს



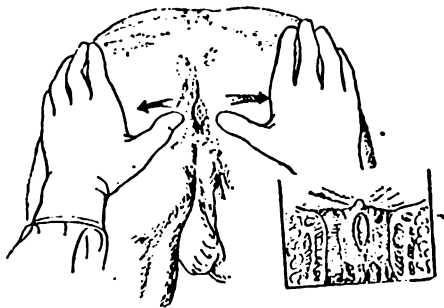
სურ. 152. საშოდან გამოკვლევა: ა — ერთი სარკით;
ბ — ორი სარკით



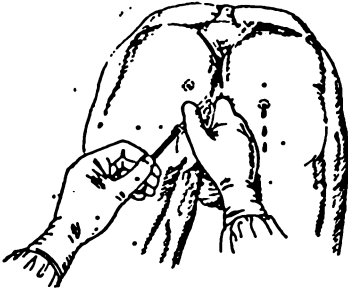
სურ. 153. საშოდან გამოკვლევა: ა — საშოდან და მუცლიდან; ბ — კომბინირებული (საშოდან, სწორი ნაწლავიდან და მუცლიდან)



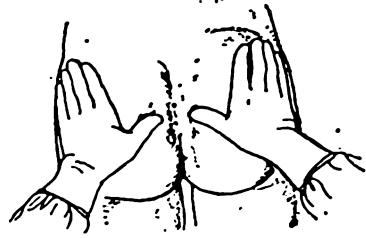
სურ. 154. პარაპროქტიტი. მტკივნეულობა, ფლუქტუაცია, ანთების ნიშნები



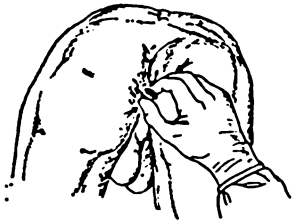
სურ. 155. ყითას ნახეთქი. ტიპური მდებარეობა. დიაგნოსტიკა დათვალიერებით ღუნდულოების გადაწევისას



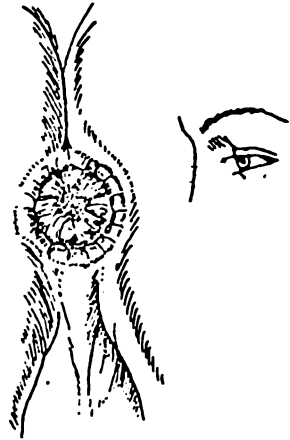
სურ. 156. პარარექტული ხერეღ-
მილი. ხერეღმილის ზონდირება
სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკე-
ლევის ერთდროულად



სურ. 157. კუდუსუნის არეში
(დუნდულოთაშორის ნაკეში) ეპი-
თელური სავალეების ტიპური
მღებარეობა. იგი დაკავშირებული
არ არის სწორ ნაწლავთან, ყი-
თასთან



სურ. 158. გარეთა ჰემოროიდუ-
ლი თრომბირებული კვანძები.
აღინიშნება სპონტანური ტკივილი
და მტკივნეულობა ზეწოლისას



სურ. 159. შიგნითა ჰემოროიდუ-
ლი კვანძები გამოვარდნილია (II,
III ხარისხი) რადიალურად

თოკაპაციისუხეშაგომი თრომბოზი და ემბოლია

თრომბოზი და ემბოლია შედარებით უფრო ხშირია თორა-
კო-აბდომინური, გულისა და სისხლძარღვთა, კიბოს, მენჯის ღრუს
ორგანოთა ოპერაციების შემდეგ და სხვ.

ამ გართულებათა სიხშირეს განაპირობებს ავადმყოფთა კონ-

ტინგენტი: ასაკი, კონსტიტუცია, გულ-სისხლძარღვთა დაავადება — მოციმციმე არიტმია, ოპერაციის სახე, ორსულობა, ვარიკოზი.

თრომბოემბოლიის განვითარებაში მნიშვნელოვანია აგრეთვე მიკროცირკულაციის მოშლა, კოაგულაციური სისტემის მდგომარეობა.

ფილტვისა და გვირგვინოვანი არტერიის ოპერაციის შემდგომი თრომბოზის და ემბოლიის დადგენაში კლინიკურ ნიშნებთან ერთად გვეხმარება ელექტროკარდიოგრამა, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ფილტვების პერფუზიული სკანირება (სცინტიგრაფია), ლაბორატორიული მონაცემები.

ფილტვის არტერიის ემბოლიას ახასიათებს: ძლიერი ქოშინი, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ, კისრის ვენების დაბერვა, დადებითი ვენური პულსაცია, ძლიერი ტაქიკარდია, ჰიპოტონია.

ემბოლიის დროს, ქოშინის მიუხედავად, ავადმყოფი ამჯობინებს უბალიზოდ წოლას (გულის უკმარისობის შემთხვევაში განვითარებული ქოშინის დროს კი, პირიქით — ავადმყოფი ცდილობს წამოჯდეს).

• პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა . საჭიროა დღეში რამდენჯერმე ტერფის პასიური ფლექსია 50-ჯერ წთ, ქვედა კიდურების გადახვევა ელასტიკური ბანდით, ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფის ნაადრევი მოძრაობა, წამოჯდომა, სუნთქვითი ვარჯიში, ფეხზე დაყენება, სითხეების გადასხმა (დალევინებაც კი. თუ რაიმე უკუჩვენება არ არის), მედიკამენტებიდან: ჰეპარინი, ერგოტამინი, დექსტრანის პრეპარატები, ნიკოტინმეყავა.

• მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . მიმდინარეობს ჰეპარინით. ემბოლიის მძიმე ნიშნების გამოვლენისას ვენაში შეჰყავთ ჰეპარინი ემბრიონოლიზინთან, დექსტრანთან ერთად. ოპერაციის შემდეგ ჰეპარინის ნაადრევად დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის დენა, მაგრამ ოპერაციის დროს კარგი ჰემოსტაზის, კოაგულოგრამის კონტროლისა და ქრილობის სათანადო მოვლის პირობებში მისი გამოყენება შესაძლოა.

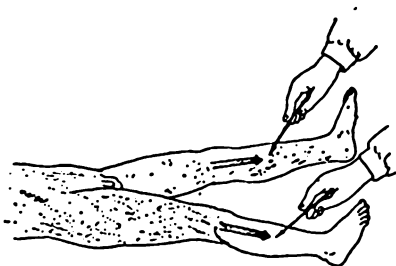
მაგისტრალურ სისხლძარღვთა ემბოლიის — არტერიის მწვავე გაუვალობის სიმპტომებს გამოხატავენ ასო „P“-თი დაწყებულ ნიშნით ინგლისური სიტყვით:

Pain — ტკივილი მოსვენებისას;

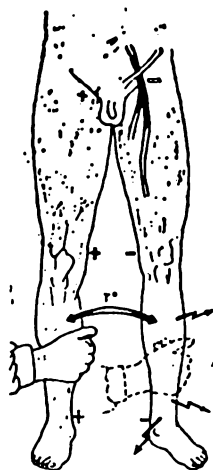
Pale — ფერმკრთალობა;

Paralysis — დამბლა;

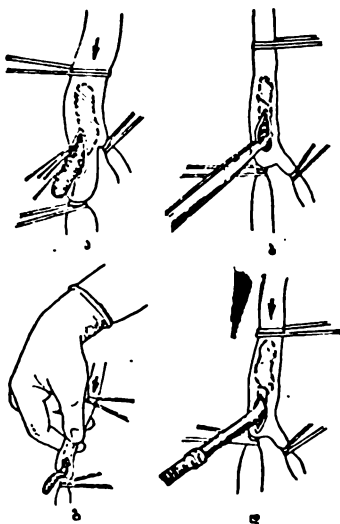
Pulseless — პულსის გაქრობა პერიფერიულად;



სურ. 160. არტერიის მწვავე გაუვალობა — მწვავე იშემიური სინდრომი. მგრძობელობის შემოწმება. ნორმალურ და მოშლილ მგრძობელობას შორის საზღვარი არტერიის დაზოზობის ლოკალიზაციაზე მიუთითებს

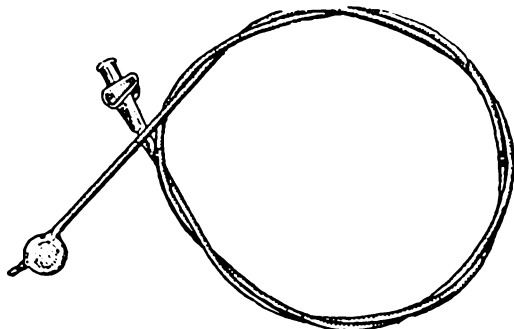


სურ. 161. მწვავე იშემიური სინდრომი. შედარებით დათვალერება: დაავადებული კიდური მკრთალია. შედარებით პალპაციით დაავადებული კიდური ცივია, პულსი გამჭრალი, ტკივილია მოსვენებისას (პუპარტის იოგს ქვევით არტერიის გაუვალობისას, ბარძაყის არტერიაზე ხშირად შეიგრძნობა შესუსტებული პულსი. იგი თქმოს არტერიიდან გადაცემითი პულსაციაა)

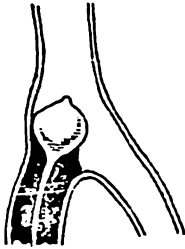


სურ. 162. ემბოლექტომია — ემბოლის ამოღება: ა — სისხლის ნაკადით; ბ — პინცეტით; გ — „გამოკვლეთი“; დ — ვაკუუმამოსაწრეტით

სურ. 163. ფოგერტის კათეტერი ემბოლექტომიისთვის (თრომბექტომიისთვის)



Paraesthesia — მგრძობელობის მოსპობა (სურ. 160, 161). არტერიის მწვავე გაუვალობა საჭიროებს გადაუდებელთა შორის გადაუდებელ ოპერაციას -- ემბოლექტომიას (თრომბექტომიას) დია, პირდაპირი ან დახურული წესით — ფოგერტის კათეტერით (სურ. 162, 163, 164). ყველა შემთხვევაში, მათ შორის დაგვიანებულ შემთხვევაშიც, იყენებენ ჰეპარინს, სპაზმისა და ტკივილის საწინააღმდეგო საშუალებებსა და ანტიბიოტიკებს.



სურ. 164. ფოგერტის კათეტერი თრომბ-
ანუ ემბოლექტომიისთვის 2 მმ დიამეტრის ელასტიკური მილია, რომელსაც ერთ ბოლოზე შპრიცისათვის აქვს კანიულა, მეორეზე — რეზინის ბალონი წინ იმავე მასალის წარმმართველით. თრომბის მასაში კათეტერის გავლის შემდეგ შპრიცით შეჰყავთ ფიზიოლოგიური ხსნარი ან სხვა სითხე (რა რაოდენობით, მითითებულია ბუდეზე), როგორც კი კათეტერის ბალონი სისხლძარღვის სანათურს დაახშობს, კათეტერის გამოწვევით იღებენ თრომბს.

ანტიკოაგულანტური მკურნალობა. 1. ოპერაციის პირველი დღიდანვე (6 საათის შემდეგ) ჰეპარინს უნიშნავენ ავადმყოფს, რომელსაც მიღრეკილება აქვს თრომბის წარმოქმნისადმი (ანამნეზში თრომბოფლებიტი), აღენიშნება ფილტვების ქრონიკული დაავადება (ბრონქული ასთმა, პნევმოსკლეროზი, ემფიზემა) გამოხატული ჰიპერკოაგულაციით, ოპერაციამდე თრომბოელასტოგრამით და კოაგულოგრამით დადგენილი.

2. პროფილაქტიკის მიზნით ურჩევენ ოპერაციის მესამე დღიდან ჰეპარინი გაუკეთდეს 60 წელზე ხნეირ ყველა ავადმყოფს, ჰიპერკოაგულაციის არსებობისას (კოაგულოგრამისა და თრომბოელასტოგრამის მიხედვით).

ჰეპარინი შეჰყავთ კუნთებში და ვენაში 500—1000 ერთ. 4 საათში ერთხელ (ღამით 6 საათში), შედეგების დროს აკონტროლებენ ყოველ 8 საათში (დილის თრომბოელასტოგრამის შემდეგ).

საწყისთან შედარებით, შედეგების დროის 2-ჯერ გაზანაღრძობება კოაგულანტური თერაპიის საჭიროებაზე მიუთითებს. ჰეპარინით მკურნალობას ატარებენ 3—5 დღეს. შემდეგ ჰეპარინის დოზას თანდათან ამცირებენ და უნიშნავენ არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტს.

პირდაპირი და არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტს 1—2 დღეს ერთდროულად უნიშნავენ. არაპირდაპირი მოქმედების

ანტიკოაგულანტის მოქმედებას აკონტროლებენ პროთრომბინის მიხედვით (ექსპრეს-ლაბორატორიაში პირველი 2—3 დღის განმავლობაში ყოველდღე, შემდეგ ჩვენების მიხედვით).

ჰეპარინის ანტაგონისტია პროტამინსულფატი. 10 ათასი ერთ. ჰეპარინის ნეიტრალიზაციისათვის საჭიროა პროტამინსულფატის 1%-იანი ხსნარის 4—5 მლ (თუ სისხლის დენა გრძელდება 15 წუთს, კიდევ შეჰყავთ 5 მლ). არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტების ანტაგონისტია K ვიტამინი (ვიკასოლი), კალციუმის ქლორიდი.

3. ოპერაციის პირველი დღიდან ჰეპარინს უკეთებენ სისხლძარღვთა თრომბოზიან ავადმყოფს. ჰეპარინი შეჰყავთ ვენაში წუთში 20 წვეთი შემდეგ ნარევეთან ერთად:

ა) ჰეპარინი 300 ერთ. სხეულის 1 კგ წონაზე (200—500 ერთ. პირველ დღეს);

ბ) რეოპოლიგლუკინი 10 მლ 1 კგ წონაზე;

გ) ფიზიოლოგიური ხსნარი 400 მლ;

4. ჰეპარინის დანიშვნას ათანხმებენ ქირურგთან.

ანტიკოაგულანტების დანიშვნის უკუჩვენებია:

ა) ღვიძლისა და თირკმლების გამოხატული პათოლოგია, მათი ფუნქციური უკმარისობის მოვლენებით;

ბ) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის წყლულოვანი და სიმსივნური დაავადება, აგრეთვე სასუნთქი გზებისა და შარდსასქესო სისტემის დაავადებანი;

გ) ჰემორაგიული დიათეზი;

დ) K და C ჰიპოვიტამინოზი;

ე) ჰიპერტონიული დაავადება, მაღალი სისტოლური წნევა.

ტრავმული ასფიქსია

ტრავმულ ასფიქსიას გულმკერდზე ძლიერი და ხანგრძლივი ზეწოლა იწვევს. იგი აძნელებს სისხლის გადასვლას ზედა ღრუ ვენიდან მარჯვენა გულში და ვენური შეგუბება ვითარდება.

კლინიკურად გულმკერდის დახურული ტრავმის ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობს სახის, თავის, კისრისა და გულმკერდის ზედა ნაწილში, აგრეთვე ქუთუთოებზე და პირის ღრუქ ლორწოვანაზე მცირე ზომის მრავლობითი სისხლჩაქცევა. ხშირია სისხლდენა ცხვირიდან, სისხლჩაქცევა დაფის აპკში. დამახასიათებელი სიმპტომია სისხლჩაქცევისგან თავისუფალი ადგილები, სადაც სხეულს მჭიდროდ ეკვრის ტანსაცმელი ან სხვა საგნები.

ტრავმულ ასფიქსიასთან ერთად შეიძლება გამოვლინდეს სხვა დაზიანებაც.

დახმარების მიზანია შოკის პროფილაქტიკა და მკურნალობა ანალგეტიკებით, ერთორციტების, პლაზმისა და შოკსაწინააღმდეგო სხვა ხსნარების გადასხმით, მაგრამ არაინტენსიურად, რათა მცირე წრე კიდევ უფრო არ გადაიტვირთოს. აუცილებელია კისრის ვაგო-სიმპათიკური ბლოკადა, ნეკნების მოტეხილობისას — ნეკნთაშუა ბლოკადა, ოქსიგენოთერაპია.

მძიმე შემთხვევაში, სუნთქვის უკმარისობისას საჭიროა ინტუბაცია, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ბრონქული დეროს სანაცისა და ოქსიგენოთერაპიისთვის, სუნთქვის ხანგრძლივი უკმარისობისას — ტრაქეოსტომია.

შოკიდან გამოყვანის შემდეგ ავადმყოფს აწვენენ ფოულერის მღებარეობაში და მკურნალობენ (ოქსიგენოთერაპია, საგულე საშუალებანი, ანალგეტიკები). პნევმოთორაქსისა და ჰემოთორაქსის შემთხვევაში მდგომარეობის მიხედვით მიმართავენ პუნქციას, დრენირებას.

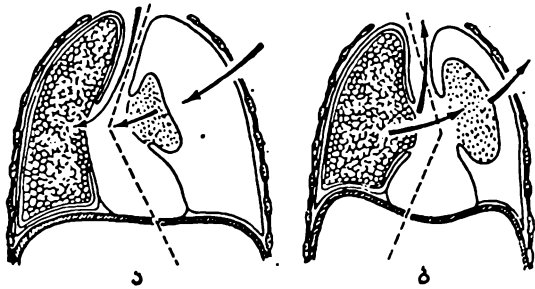
ლია პნევმოთორაქსი

პლევრის ღრუში ჰაერის დაგროვებას პნევმოთორაქსი ეწოდება. მას სხვადასხვა მიზეზი იწვევს. იგი შეიძლება იყოს ღია, დახურული და სარქველოვანი (მზარდი, დაკბიული).

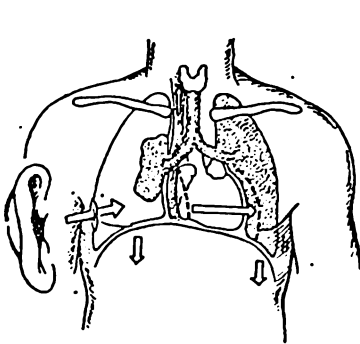
ღია პნევმოთორაქსის დროს პლევრის ღრუ გულმკერდის კრილობიდან ან ბრონქიდან დაკავშირებულია ატმოსფეროსთან. ამ დროს აღინიშნება პარადოქსული სუნთქვა, სუნთქვის გაუკუღმართება (სურ. 165). გულმკერდის გაგანიერებისას საღ მხარეს ფილტვი იშლება, დაზიანების მხარეს კი ფილტვი იჩუტება და, პირიქით, გულმკერდის დაპატარავებისას დაზიანების მხარეს ჩაჩუტული (კოლაბირებული) ფილტვი მცირედ, მაგრამ იშლება.

შესუნთქვის დროს დაზიანების მხარეს ფილტვი იჩუტება (კრილობიდან დაზიანებულ პლევრის ღრუში ჰაერის შესვლით) და აქედან ნახშიროქსიანი ჰაერის ნაწილი საღ ფილტვში გადადის. ამოსუნთქვის დროს ფილტვი დაზიანების მხარეს იშლება, რადგან საღი ფილტვიდან უკვე გამოყოფილი ნახშიროქსიანი ჰაერის ნაწილი მასში გადადის (სურ. 166, 167). ამის შედეგად მცირდება სუნთქვის სიღრმე, იშლება ფილტვების ვენტილაცია და ვითარდება ანოქსიური (ჰიპერკაპნიური) ჰიპოქსია.

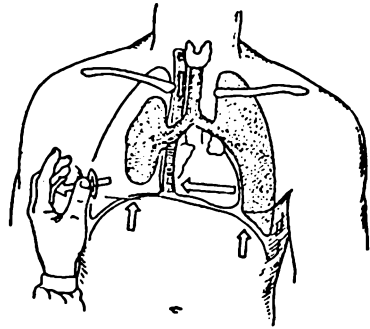
ღია პნევმოთორაქსის დროს პლევრის ღრუში ჰაერის შესვლა და გამოსვლა იწვევს შუასაყარის ქანქარისებრ რხევას (ფლოტაციას), პლევრის ვრცელი რეცეპტორული ზედაპირის გაღიზიანებას, ნერვული სისტემის ტრავმას, ფილტვის სასიცოცხლო ზედაპირის



სურ. 165. პარადოქსული სუნთქვის სქემა ღია პნევმოთორაქსის დროს: ა — შესუნთქვა: დაზიანების მხარეს ფილტვი იჩუტება და ჰაერი საღ ფილტვში გადადის; ბ — ამოსუნთქვა: დაზიანების მხარეს ფილტვი იშლება და ჰაერი ჭანმრთელი ფილტვიდან დაზიანებულ ფილტვში გადადის



სურ. 166. ღია პნევმოთორაქსი. ჩასუნთქვისას ჰაერი ხმაურით შედის პლევრის ღრუში. შუასაყარი ცლომას განიცდის მარჯვნივ, რაც აძნელებს ვენური სისხლის უკუდენას



სურ. 167. ღია პნევმოთორაქსი. ამოსუნთქვისას პლევრის ღრუდან გამოსული ჰაერი შეიგრძნობა პალპაციით. შუასაყარი თავის ადგილს უბრუნდება. შუასაყარის ფლოტაცია. ერთდროულად ჰაერი დაუზიანებელი მხარედან გადადის დაზიანებულ ფილტვში: ჰაერის ქანქარისებრი მოძრაობა

შემცირებას, სუნთქვის მოშლას, ანოქსიას, გულის მუშაობის გაუარესებას და სიკვდილს.

ჰაერის კანქვეშ დაგროვებას კანქვეშა ემფიზემა ეწოდება (სურ. 158).

დახმარება: მთავარია ღია პნევმოთორაქსის დახურვა, თუნდაც დროებითი ჰერმეტიკულ-ოკლუზიური ნახვევით, შუა-

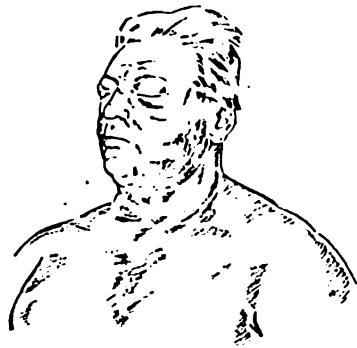
საყარის რხევის შესამცირებლად. ასეთი ნახვევის გარეშე ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს ქირურგთან მიყვანამდე, სადაც სრულყოფილ დახმარებას აღმოუჩენენ (კრილობის დამუშავება, პლევრის, თუ საჭიროა ფილტვის კრილობას გარანტირებული დახურვა).

ყველაზე მარტივი ოკლუზიური ნახვევი შედგება ვაზელინიან უხვად გაქლენთილი დოლბანდის რამდენიმე შრისგან, რომელსაც ზევიდან აფარებენ კომპრესის (გაცვილულ) ქალაღს ან მუშამბას და ამაგრებენ გულმკერდის კრილობაზე ჯერ ემპლასტრით, შემდეგ ბანდით (რეტელასტით, ხილაბანდით) (სურ. 169).

ტრავმული ტოქსიკოზი

ტრავმული ტოქსიკოზი, ანუ რბილი ქსოვილების ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი ვითარდება მაშინ, როცა კიდურების (ხშირად ქვედა კიდურების) რბილ ქსოვილებზე ზეწოლა 4-6 საათზე მეტ ხანს გრძელდება.

ზეწოლა მოსალოდნელია ნანგრევებსა და მიწის ქვეშ (მაღაროში, მშენებლობაზე) ადამიანის მოყოლისას, აგრეთვე უბედური შემთხვევისას (კატასტროფა, მიწისძვრა, განსაკუთრებით ომის პი-



სურ. 168. კანქვეშა ემფიზემა



სურ. 169. ოკლუზიური ნახვევის დადება: კრილობაზე კიდების ანტისეპტიკური ხსნარით დამუშავების შემდეგ ინდივიდუალური პაკეტიდან აღებენ გარე-ზინებულ ნაკერს შიგნითა ზედაპირით (ცელოფანს ან მუშამბას, ან დოლბანდისა და ბამბის ვაზელინით გაქლენთილ ნახვევს), გარედან ბამბისა და დოლბანდის ბალიშის დაფარების შემდეგ გულმკერდზე ამაგრებენ მკიდროდ

რობებში). კუნთების ხანგრძლივი ზეწოლით წარმოქმნილი ტოქსიკური ნივთიერებანი იწვევს მძიმე ინტოქსიკაციას, აციდოზს, კუნთის პიგმენტი მიოგლობინის კრისტალები კი ... თირკმლის მილაკების დახშობით ოპსტრუქციულ ანურიას, რაც სიკვდილის მიზეზი ხდება.

ნერვულ ღეროზე ზეწოლით ვითარდება შოკი, ზეწოლის ზონაში — ქსოვილების მკვეთრი შეშუპება, კუნთების ნეკროზი, ინფექცია. ძლიერ პლანზმორეას მოსდევს ჰემოკონცენტრაცია, რითაც ტრავმული ტოქსიკოზი დამწვრობით შოკს წააგავს.

დახმარების დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ დაზიანებული კიდური ტკივილისა და ინტოქსიკაციის წყაროა და ყველაზე მძიმე მოშლილობა ვითარდება სწორედ ზეწოლიდან განთავისუფლების შემდეგ. აქედან წარმოსდგა მისი ერთ-ერთი სახელწოდება — „განთავისუფლების სინდრომი“.

პირველი დახმარება ზეწოლიდან კიდურის განთავისუფლებამდე მასზე ლაბტის დადებაა. თუ ეს შეუძლებელია, ლაბტის დადება და კიდურის იმობილიზაცია საჭიროა ზეწოლიდან განთავისუფლებისთანავე. მიღებულა წესისგან განსხვავებით, კიდური ლაბტის დადების წინ მაღლა არ უნდა ავწიოთ, ამით ავიცდნეთ. დაზიანებული არიდან ტოქსინების სისხლში გადასვლას. ტრავმული ტოქსიკოზის დროს ლაბტის დადების მიზანი სწორედ ეს არის. დაზიანებულს სწრაფად უნდა გაუკეთონ აგრეთვე ნარკოტიკული და საგულე საშუალებანი: პრომედოლი, მორფიუმი, ტრამალი, პანტოპონი, კოფეინი, ქაფური, ეფედრინი. ლაბტის ცენტრალურად ნოვოკაინით ცირკულარული ბლოკადაა საჭირო. მხოლოდ შემდეგ უნდა მოხსნან ლაბტი და კიდური მჭიდროდ გადაუხვიონ ელასტიკური ბანდით.

შეშუპებისა და დიდი სისხლჩაქცევების დროს აკეთებენ გასწვრივ განაკვეთებს; აუცილებლად კვეთავენ ფასციას მთელ სიგრძეზე (ლაბპასური განაკვეთები) ტოქსინების დრენირებისა და კუნთზე ანთებითი გამონაჟონით გამოწვეული ზეწოლისგან განთავისუფლებისათვის, რათა შემცირდეს კუნთის ნეკროზი.

ჭრილობაში ათავსებენ სუფრის მარილის ჰიპერტონიულ ხსნარში დასველებულ ტამპონებს, იმობილიზაციის შემდეგ კიდურზე ადებენ ყინულიან პარკებს. აკეთებენ ორმხრივ ლუმბალურ ბლოკადას ნოვოკაინით. ავადმყოფს დასაღვეად აძლევენ ლიმონმჟავა ნატრიუმის 15-20 გ-ს დღე-ღამეში, ბორჯომის წყალს, ვენაში უხსამენ ნატრიუმის ბიკარბონატის 3-5⁰/₀-იანი ხსნარის 150-200 მლ-ს 2-ჯერ დღეში, 5⁰/₀-იან გლუკოზას ინსულინთან ერთად, ფიზიოლოგიურ ხსნარს, პლანზმას. სისხლის გადასხმა უმჯობესია წინასწარ სისხლის გამოშვების (ექსფუზიის) შემდეგ. ფართოდ იყენებენ ვიტამინებს, ანტიბიოტიკებს, დიურეზის გამძლიერებელ საშუალებებს. აღნიშნული ღონისძიებების უშედეგობისას იყენებენ ჰემოდიალიზს ხელოვნური თირკმლით.

დახედვით და პალპაციით შეიძლება წარმოდგენის შექმნა ფარისებრი ჯირკვლის ფორმის, ოდენობის, კონსისტენციისა და მოძრაობის შესახებ. დათვალე რებით ამჩნევენ ჯირკვლის უმნიშვნელო გადიდებას და ადგენენ ჩიყვს, მის ლოკალიზაციას: საიდან გამოდის — მარჯვენა თუ მარცხენა წილიდან, ჯირკვლის ყელიდან, „მყვინთავია“ თუ არა; მოძრაობას ყლაპვისას (ვერტიკალური მიმართულებით), კვანძოვანია (სურ. 170) თუ დიფუზური.

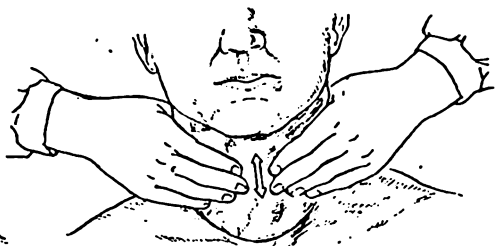
რეტროსტერნული ჩიყვის შემთხვევაში ხშირია კისრისა და გულმკერდის წინა ზედაპირზე ვენების გაგანიერება. დათვალე რებით შეიმჩნევა აგრეთვე დამახასიათებელი ზოგადი სიმპტომები: ავადმყოფის მოუსვენრობა, თვალის ნიშნები, ხელების კანკალი და სხვ.

ჯირკვლის პალპაცია შეიძლება წინიდან დიდი თითებით, მაგრამ უკეთესია ავადმყოფი იჯდეს ექიმის წინ ზურგით, თავი ოდნავ წინ და ქვევით ჰქონდეს დახრილი. ასეთ მდებარეობაში კისრის კუნთები მოღუწებულია და ჯირკვალი უფრო მისაწვდომია გამოკვლევისათვის.

გამომკვლევი ორივე ხელის ოთხ თითს ათავსებს ჯირკვალზე, ხოლო დიდ თითებს შემოავლებს კისერს უკანიდან (სურ. 171). ჯირკვლის პალპაციისას ავადმყოფს თხოვენ გააკეთოს ყლაპვის მსგავსი მოძრაობა (ან პირში დაგროვილ წყალს მითითებისას ყლაპავს). ჯირკვლის რეტროსტერნული მდებარეობისას გამოკვლევის დროს უკეთესია ავადმყოფი იწვეს და მხრებქვეშ ბალიში ჰქონდეს ამოდებული.



სურ. 170. კვანძოვანი ჩიყვი გაგანიერებული ვენებით (დათვალე რება)



სურ. 171. ფარისებრი ჯირკვლის პალპაცია ორთავე ხელით უკანიდან და მოძრაობის შემოწმება ყლაპვისას

თვალის სიმპტომების გამოკვლევა ფარისებრი ჭირკვლის
დაავადების დროს

თირეოტოქსიკოზს ჩიყვისა და ტაქიკარდიასთან ერთად ახასიათებს „თვალის ნიშნები“ — ეგზოფთალმი (ჰიპოფიზის წინა ნაწილის პორმონის მოქმედებით რეტრობულბური ცნიმოვანი ქსოვილი იზრდება, შეშუპდება, ფიბროზის შემთხვევაში კი შეუბრუნებელი ოფთალმოპათია ვითარდება).

ეგზოფთალმი გამოხატულია ოდნავ, საშუალოდ ან მკვეთრად (სურ. 172), ზოგჯერ ცალმხრივაც. ეგზოფთალმის დროს აღინიშნება თვალის ნაპრალის გაგანიერება ფერად ვარსსა და ზედა ქუთუთოს შორის — დელრიმპლის სიმპტომი; ზედა ქუთუთოს ჩამორჩენა ქვევით დახედვისას — გრეფეს სიმპტომი ან ზევით ახედვისას — კოხერის სიმპტომი; თვალის გუგების კონვერგენციის მოშლა — მებიუსის სიმპტომი; ქუთუთოების ხამხამის გაიშვიათება — შტელვაგის სიმპტომი; თვალის ირგვლივ პიგმენტაცია დამახასიათებელია თირკმელზედა ჭირკვლის ფუნქციის მოშლისას — ელინეკის სიმპტომი.



სურ. 172. თირეოტოქსიკოზი მკვეთრად გამოხატული ეგზოფთალმით

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა ჩიყვის
ოპერაციის შემდგომ პერიოდში

სტრუმექტომიის შემდეგ ავადმყოფს აწვენენ ფოულერის მღებარეოლაში, კისრის მოღუნებისათვის ოდნავ წინ მოხრილი თავით. უკვირდებიან ავადმყოფის ფერს, პულსს, არტერიულ წნევას, ნახვევს. მისი უხედალ დასველება სისხლის დენაზე მიგვანიშნებს. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა გადაუდებელი დახმარება: ყოველგვარი პანიკის გარეშე ავადმყოფი სასწრაფოდ გაყავთ საოპერაციო ოთახში; კანის ნაყერის გახსნის შემდეგ აჩერებენ სისხლის დენას.

უახლოეს პერიოდში ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნოს მოუსვენრობა, აგზნება, ხელების კანკალი, ტაქიკარდია, ზოგჯერ არიტმია, ტემპერატურის მომატება, რაც გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებს

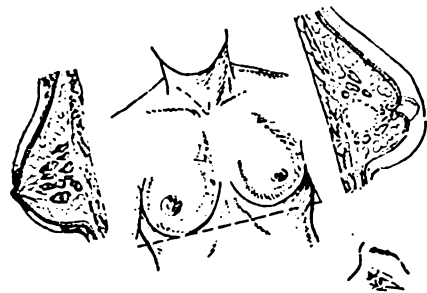
(კორდიამინი, სტროფანტინი, გლუკოზა, ჰიდროკორტიზონი, ინ-
დერალი, უანგბადი, მდგომარეობის მიხედვით ინტრავენური გადა-
სხმა).

ჩიყვის ოპერაციის შემდეგ ზოგჯერ ავადმყოფს უვითარდება
კიდურების მტკივნეულობა, კრუნჩხვები, ე. წ. „მეანის ხელი“ —
ტეტანია, პარათირეოიდული ჭირკვლების (ორგანიზმში ისინი
არეგულირებენ კალციუმის ცვლას) ტრავმის ან მათი ამოკვეთის
შედეგად. ამ დროს ავადმყოფს უნიშნავენ: კალციუმის ქლორიდს,
პარათირეოიდიდს, კვერცხის ნაჭუჭის ფხვნილს. ზოგჯერ კანქვეშ ჩა-
ნერგავენ ძვლის ნაჭერს. ყურადღებას აქცევენ ავადმყოფის ხმას.
ხმის ჩახრინწვა შებრუნებითი ნერვის ტრავმის შედეგია. ასეთ შემ-
თხვევაში უნიშნავენ ვიტამინებს, ინჰალაციას.

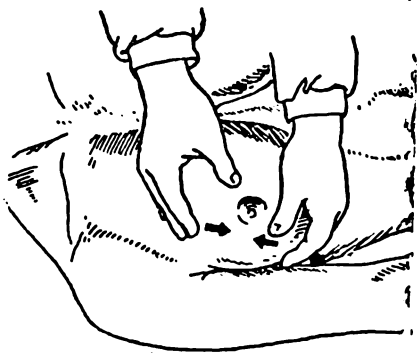
ოპერაციიდან პირველ სამ დღეს ავადმყოფს აძლევენ თხიერ
და ნახევრად თხიერ საკვებს, რადგან ყლაპვა მტკივნეული და გაძ-
ნელებულია.

საკმევე ჭირკვლის განიჯვის მეთოდითა სიმსივნის დროს

ანამნეზით (მოყვანილია მ. ი. კუზინის მიხედვით) აღგე-
ნენ სარძევე ჭირკვლის დაავადებისთვის დამახასიათებელ ნიშნებს
(ტყვილრი; გამკვრივება, დვრილიდან გამონადენი, კანის შეცვლა და
სხვ.), სარძევე ჭირკვლის ცვლილებებს, დაკავშირებულს მენსტრუა-
ციასთან, ორსულობასთან, ლაქტაციასთან, როგორც აქვს მენს-
ტრუალური ციკლი, ორსულობა, მშობიარობა, ლაქტაცია, გაქე-



სურ. 173 სარძევე ჭირკვლის შედარებითი
დათვლიერება. მარცხენა სარძევე ჭირ-
კვლი აწეულია, დვრილები ერთ დო-
ნეზე არ არის. მარცხენა დვრილი კიბო-
საგან ჩაწეულია — „უმბილიკაცია“
(კარგად ჩანს განაკვეთზე)



სურ. 174. სარძევე ჭირკვლის
ბიმანუალური პალპაცია

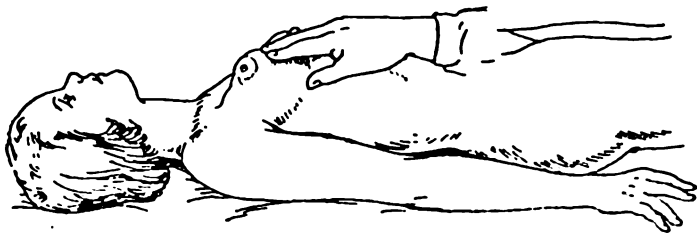
თებული აქვს თუ არა გინეკოლოგიური ოპერაციები, აბორტი (რამდენჯერ).

დათვალიერება ხდება ნათელ ოთახში. ქალი წელს ზევით გახდილი უნდა იყოს. იდგეს დაშვებული მოდუნებული ხელეებით, ოდნავ წინ მოხრილი, შემდეგ ასწიოს ხელები. საჭიროა აგრეთვე დაწვეს ზურგზე (ბეჭებს ქვეშ მორგვზე) და გვერდზე. ასეთი მეთოდით შესაძლოა ძნელად შესამჩნევი სიმსივნის გამოვლენაც.

დაავადებულ სარძევე ჯირკვალს ადარებენ საღ ჯირკვალს. ყურადღებას აქცევენ მის განვითარებას, ოდენობას, ფორმას, სიმეტრიულობას, ჯირკვლებისა და დვრილების მდებარეობის დონეს, არეოლისა და ჯირკვლის კანის მდგომარეობას (ფერი, პიგმენტაცია, ეგზემური ცვლილება, ჩაწეული დვრილი — „უმბილიკაცია“ (სურ. 173), ლიმონის ქერქის მსგავსი დეფორმაცია — კანში პროცესის გავრცელების მაჩვენებელია, დაწყულულება, ვენების გაგანიერება), დვრილისა და არეოლის ფორმასა და კონტურებს; ჯირკვლის გადანაცვლებას ზედა კიდურის აქტიური მოძრაობისას, სიმსივნის ადგილს (რომელ კვადრანტშია).

სარძევე ჯირკვალში პათოლოგიური კერის უკეთ აღწერისთვის მას ყოფენ 4 კვადრანტად (მისი ერთი კიდე რკალია. ასეთია: ზედა გარეთა, ქვედა გარეთა, ზედა შიგნითა, ქვედა შიგნითა).

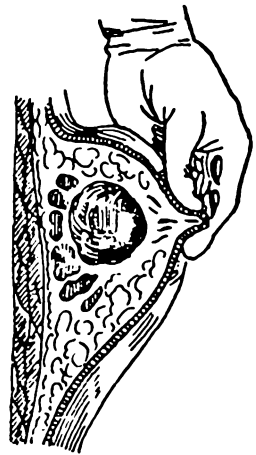
პალპაციით ავადმყოფს სინჯავენ ორივე ხელით (სურ. 174), როგორც ფეხზე მდგომ, ისე ზურგზე და გვერდზე მწოლიარე მდგომარეობაში (სურ. 175). ზერელე პალპაციით, თითის წვერებით პირველად იკვლევენ (სურ. 176) დვრილისა და არეოლის არეს; აკვირდებიან დვრილი გამკვრივებული, ხოლო არეოლა დანაოკებული ხომ არ არის (კრაუზეს სიმპტომი), დვრილიდან აღინიშნება თუ არა გამონადენი (სურ. 177) და როგორია მისი ხასიათი: სისხლიანი, მღვრიე, ქარვისფერი, რძისფერი (გამონადენს იკვლევენ მაკრო- და მიკროსკოპულად). ორი თითით ანაოკებენ სარძევე



სურ. 175. მწოლიარე ავადმყოფზე სარძევე ჯირკვლის პალპაცია ერთი ხელით; მასში წარმონაქმნის შემოწმებისათვის



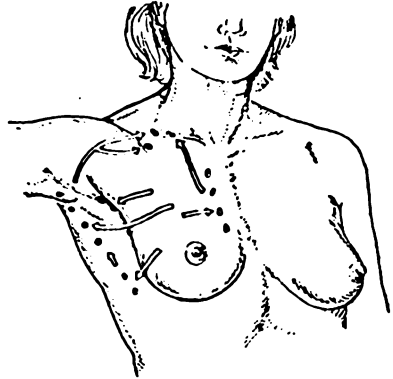
სურ. 176. სიმსივნის ზედაპირის პალპაცია ორი თითით კონსისტენციის შემოწმებისათვის



სურ. 177. დერილზე ზეწოლისას გამონადენი: „სისხლმდენი სარძევე ჭირკვალი“



სურ. 178. სარძევე ჭირკვლის კიბოს დროს ლიმონის ქერქის მსგავსი კანი: ა — დათვალეირებით; ბ — პალპაციით



სურ. 179. ლიმფის მიმოქცევა სარძევე ჭირკვიდან. ლაიფოზედა ლიმფური კვანძებისაკენ სიმსივნე ვრცელდება გარეთა ან შიგნითა ლიმფური უზეებიდან და არა პირდაპირ

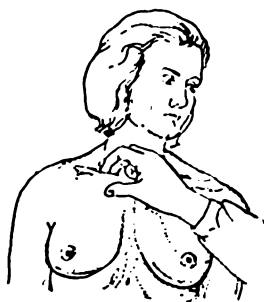
ჭირკვლის კანს „ლიმონის ქერქის“ (სურ. 178) ან „უმბილიკაციის“ სიმპტომის გამოსავლენად.

შემდეგ იკვლევენ სარძევე ჭირკვლის პერიფერიულ ნაწილებს დაწვებული ზედა გარეთა კვადრანტით ზედა შიგნითა, ქვედა შიგნითა, ქვედა გარეთა კვადრანტებით დამთავრებული. ასეთივე თანმიმდევრობით ახორციელებენ ღრმა პალპაციას. თავდაპირველად სინჯავენ საღ სარძევე ჭირკვალს, შემდეგ ორივე ხელით ჩაატარებენ (ორივე ჭირკვლის) სრიალა (დაცურებით) პალპაციას. ადგენენ ჭირკვლის ტემპერატურას, მტკივნეულობას. მოძრაობას (უძრავი

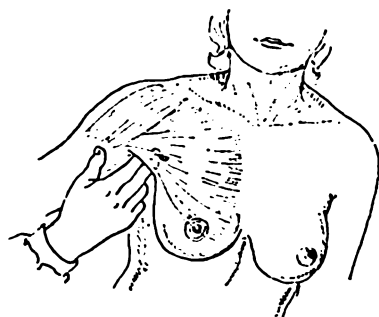
სარძევე ჭირვეალი მკერდის დიდ კუნთში სიმსივნის ჩაზრდის მაჩვენებელია — პაერის სიმპტომი). მასში წარმონაქმნის არსებობას, მის ადგილს, სიმსივნის დამოკიდებულებას კანთან და კანქვეშა ქსოვილებთან (სიმსივნე მოძრავია თუ უძრავი, რამდენად შეზღუდულია მოძრაობა), სიმსივნის ფორმას, ოდენობას, ზედაპირის მდგომარეობას (სადა, ხორკლიანი, წილაკოვანი, ინფილტრირებულია ირგვლივ ქსოვილებში, თუ მკაფიოდ შემოსაზღვრული), ფლუქტუაციას. სიმსივნური წარმონაქმნის აღმოჩენისას სარძევე



სურ. 180. ილიის ფოსოს ლიმფური კვანძების პალპაცია მდგომარე ავადმყოფზე



სურ. 181. ლაეიწზედა ლიმფური კვანძების პალპაცია



სურ. 182. მკერდის დიდ და მცირე კუნთთაშუა მდებარე ლიმფური კვანძების პალპაცია მწოლიარე ავადმყოფზე ზედა კიდურის მკირედ განზიდული მდებარეობისას



სურ. 183. პლევრაში გამონადენია ფილტვში მეტასტაზის ან კარცინომატოზის დროს

ჭირკვლის ამ არეს ხელის გულით მიაჭყლეთენ გულმკერდზე; თუ სიმკვრივე არ ქრება (კენიგის სიმპტომი დადებითია) უნდა ივარაუდონ კიბო ან ფიბროადენომა.

ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ხელის გულით გულმკერდზე ზეწოლისას მასტოპათიური კვანძის სიმკვრივე ქრება ან გარკვევით აღარ ისინჯება (კეგინის სიმპტომი უარყოფითია).

შემდეგ ორივე მხარეს პალპაციით იკვლევენ მისაწვდომ ლიმფურ კვანძებს: სიმსივნესთან ახლოს (სორაგიუსის მეტასტაზი), მის გასწვრივ ილლიის ფოსოში. ამისათვის მარჯვენა ილლიის ფოსოს იკვლევენ მარცხენა ხელის თითებით, მარცხენა ილლიის ფოსოს — მარჯვენა ხელით. გაშლილი თითები მაქსიმალურად მაღლა შეაქვთ მხრის შიგნითა ზედაპირზე (ავადმყოფმა რომ კიდური მოადუნოს გამოსაკვლევ მხარეზე, ჯობს იგი ეყრდნობოდეს მის წინ მჯდომი ექიმის მხარს). გულმკერდს აწვებიან თითებით, ზევიდან ქვევით ზეწოლით დაასრიალებენ თითებს და გადიდებულ ლიმფურ კვანძებს გულმკერდზე მიაჭყლეთენ. შემდეგ იკვლევენ ლავიწზედა და ლავიწქვეშა ფოსოს, მკერდის ძვლის გასწვრივ არეებს და ა. შ.

ლავიწზედა ლიმფური კვანძები უკეთ ისინჯება, თუ გამომკვლევი დადგება ავადმყოფის უკან, ხოლო ავადმყოფი თავს ოდნავ მოხრის გამოსაკვლევი მხარისაკენ, რათა მკერდ-ლავიწდვრილისებრი კუნთი უკეთ მოდუნდეს. ადგენენ ლიმფური კვანძების ოდენობას, კონსისტენციას, რაოდენობას, მოძრაობას, მტკივნეულობას (სურ. 179, 180, 181, 182). გულმკერდის რენტგენოსკოპიით ადგენენ მეტასტაზებს ფილტვებში (სურ. 183).

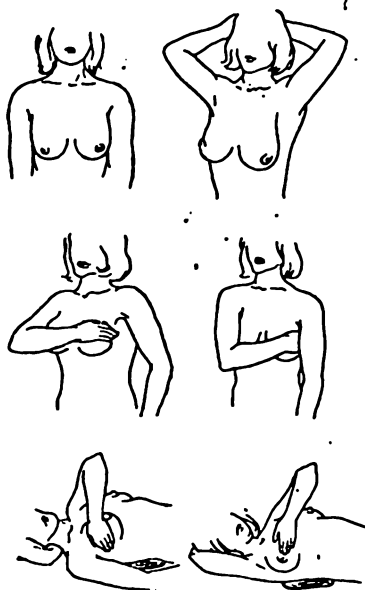
სარძევე ჭირკვლის თვითგასინჯვის მეთოდისკა

სარძევე ჭირკვალში სიმსივნისწინა ცვლილებების ან სიმსივნის ნაადრევად გამოვლენისათვის, რასაც უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს, ქალი (განსაკუთრებით 25 წელზე მეტ ასაკში) თვითონ უნდა უკვირდებოდეს სარძევე ჭირკვლის მდგომარეობას. მან თვითონ უნდა ისწავლოს გამოკვლევის ელემენტარული ხერხი, რომელსაც ჩაატარებს (სურ. 184) თვეში ერთხელ, მენტრუალური ციკლის ჩათავეების შემდეგ პირველ კვირაში, ნებისმიერ დღეს.

ამისათვის ქალმა უნდა გაიხადოს წელს ზევით, დაათვალიეროს თეთრეული, განსაკუთრებით იმ არეში, რომელიც ეხება დვრილებს. საცვალზე ლაქა რა ფერისაც უნდა იყოს, მიუთითებს დვრილიდან გამონადენზე. ეს კი სარძევე ჭირკვლის დაავადების მაჩვენებელია. გამონაკლისია მხოლოდ მეძუძური ქალის რძისმაგვარი გამონადენი, რაც დაკავშირებულია ორსულობასა და ლაქტაციასთან.

შემდეგ სარძევე ჭირკვლებს ითვალისწინებენ სარკის წინ, დათვალისწინებენ ასევე ჯერ ძირს დაუშვებენ ხელებს, ხოლო შემდეგ ასწევენ და კეფის უკან დაიდებენ, ამ დროს საჭიროა მარჯვნივ და მარცხნივ ნელა მობრუნება, რათა დააკვირდნენ სარძევე ჭირკვლები ფორმით და ოდენობით ერთნაირია თუ არა, დვრილები ერთ დონეზეა თუ არა, ხომ არ აღინიშნება დვრილისა და არეოლის არეში ცვლილებები, კანის ჩაწევა, შესივება.

შემდეგ ისინჯავენ სარძევე ჭირკვლისა და ილლიის



სურ. 184. სარძევე ჭირკვლის თვითგასინჯვა

ფოსოს. ამისათვის პალპაციას ჩაიტარებენ ზურგზე წოლისას. მარჯვენა სარძევე ჭირკვლის გარეთა ნახევრის გამოკვლევებისთვის მარჯვენა ბეჭის ქვეშ ამოიდებენ მორგევივით დახვეულ პირსახოცს, მარჯვენა ხელი კი გაკიმული უნდა ჰქონდეთ სხეულის გასწვრივ (სურ. 184). თვითგასინჯვას ახორციელებენ მარცხენა ხელის თითებით. ხელის ნაზი, წრიული მოძრაობით ზერელედ აწვებიან სარძევე ჭირკვალს და ამოწმებენ მის ყველა ნაწილს. ჯერ იკვლევენ სარძევე ჭირკვლის ცენტრს — დვრილის არეში, შემდეგ რადიალურად ჭირკვლის გა-

რეთა კიდეც ზევით, გარეთ, ქვევით. მარჯვენა სარძევე ჭირკვლის შიგნითა ნახევრის გასინჯვისთვის მარჯვენა ხელს ათავსებენ თავის ქვეშ. გამოკვლევას იწყებენ მარცხენა ხელით იმავე თანმიმდევრობით, ცენტრიდან სარძევე ჭირკვლის შიგნითა კიდისაკენ რადიალურად, შემდეგ შიგნით და ქვევით.

ზუსტად ასეთნაირად ისინჯავენ მარცხენა სარძევე ჭირკვალს მარჯვენა ხელით.

სარძევე ჭირკვალში რაიმე ცვლილებების, მით უფრო სიმსივნეზე საეკვო წარმონაქმნის აღმოჩენისას ქალმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ონკოლოგს.

გადაუღებელი დახმარება მოწამვლის, უკედური შემთხვევისა და უსამიანი ნაკბინის დროს

✓ ალკოჰოლი კუჭიდან იწოვება და მწვავე მოწამვლა სწრაფად ვითარდება. მოზრდილისათვის სასიკვდილოა 96%-იანი სპირტის 500 მლ დაღვეა. ალკოჰოლი მოქმედებს როგორც ნარკოტიკი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, თრგუნავს მის ფუნქციას; ვითარდება კომატოზური მდგომარეობა მგრძნობელობისა და მოძრაობის მოსპობით. ავადმყოფს გუგები შევიწროებული აქვს, კანი ცივი, ციანოზური, პირიდან ამოსდის ალკოჰოლის სუნი. აქვს ღებინება. სუნთქვა ზერელეა, გაძნელებული, ენა უვარდება. არტერიული წნევა ჯერ იმატებს, შემდეგ მკვეთრად ეცემა და კოლაფსი ვითარდება.

დახმარება: კუჭი რამდენჯერმე უნდა ამოურეცხონ ზონდით. ვენაში გადაუსხან გლუკოზა (20%-იანი 500 მლ 20 ერთ. ინსულინთან). ნატრიუმის ბიკარბონატი (4%-იანი 500-1000 მლ), კუნთებში ვიტამინები (5%-იანი B₁, B₆ 5-6 მლ), გამოუშვან შარდი (ჯობს ნელატონის კათეტერით). გულ-სისხლძარღვთა სისტემა და თირკმლები თუ დაავადებული არა აქვს, მიმართავენ წყლით დატვირთვას და ფორსირებულ დიურეზს (ჯობს სტაციონარში). არტერიული წნევის დაცემისას უკეთებენ ეფედრინს; ვენაში უსხამენ პთლიგლუკინს, სტროფანტინს, პრედნიზოლონს, აძლევენ ჟანგბადს, გადააყავთ სტაციონარში.

ამიდოპირინით (ანალგინი, ანტიპირინი, ბუტადიონი) მოწამვლისას აღინიშნება ყურებში შუილი, გულისრევა, ღებინება, საერთო სისუსტე, ტემპერატურის დაქვეითება, ქოშინი, გულის ფრიალი. მძიმე მოწამვლისას ვითარდება წვივის კუნთების კრუნჩხვები, გონების დაკარგვა, პულსის შესუსტება, წნევის დაცემა. სასიკვდილოა 10-15 გ მიღება.

დახმარება: საკირთა კუჭის ამორეცხვა ზონდით, საფაღარათო მარლის მიცემა, ფორსირებული დიურეზი, B₁, B₂ ვიტამინი კუნთებში. კრუნჩხვების დროს ბარბამილი (10%-იანი 5 მლ კუნთებში) ან დიაზეპამი (10 მგ) ვენაში, შეშუპებისას კალიუმის ქლორიდი 1 გ დასალევად, შარდმდენის მიცემა, სისხლის გადასხმა.

✓ ანტიბიოტიკები (სტრეპტომიცინი, მონომიცინი, კანამიცინი და სხვ.) იჩენს ნეფრო- და ოტოტოქსიკურ მოქმედებას. ერთჯერადად დიდი დოზით (100 გ მეტი) მიღებისას ზიანდება სასმენი ნერვი და ვითარდება სიყრუე (სტრეპტომიცინით) ან ოლიგურია თირკმლის უქმარისობისას (კანამიცინით, მონომიცინით). დაქვეითებული დიურეზის შემთხვევაში ხშირად გართულება ვითარდება მკირე დოზით მიღების დროსაც.

დახმარება: სმენის დაქვეითების შემთხვევაში პირველ 3 დღეს ურჩევენ ჰემოდიალიზს ან ფორსირებულ დიურეზს (ოლიგურიის დროსაც) და ღვიძლის მწვავე უკმარისობის მკურნალობას.

ანტიკოაგულანტი (ჰეპარინი, დიკუმარინი, პელენტანი, ფენილინი) მოწამვლისას ავადმყოფს აღენიშნება სისხლის დენა ცხვირიდან, კუჭიდან, ნაწლავებიდან, საშვილოსნოდან, თირკმლებიდან (ჰემატურია); მრავლობითი სისხლჩაქცევა (კანქვეშ, კუნთებში, შინაგან ორგანოებში, ტვინში).

დახმარება: აუცილებელია დაუყოვნებლივ ჰოსპიტალიზაცია. ვენაში უსხამენ პროტამინსულფატს (1%-იანი 5 მლ), კალციუმის ქლორიდს (10%-იანი 10 მლ), K ვიტამინს (1%-იანი 5 მლ), ამინოკაპრონმეცავას (250 მლ და შემდეგ იმეორებენ), საგულე საშუალებებს.

ანტიფრიზი (მეთილენის სპირტი, მეთანოლი, ხის სპირტი) ტოქსიკურად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და პარენქიმულ ორგანოებზე (თირკმლები, ღვიძლი). იგი ფსიქოტროპული (ნარკოტიკული) და ნეიროტოქსიკური (იწვევს მხედველობის ნერვის დისტროფიას) მოქმედებისაა.

სასიკვდილოა 100 მლ ანტიფრიზის მიღება. იწამლებიან ანტიფრიზის ალკოჰოლის მაგიერ მიღებისას. მოწამვლა იწყება მსუბუქი სიმთვრალით. 5-10 საათში იწყება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, წყურვილი, გულისრევა, ღებინება. ჭაღარათი, აგზნება. თავისა და ფეხების ტკივილი, კიანოზი, ენაზე ნაღები, გუგები ფართოვდება, აღინიშნება ტაქიკარდია, რიტმის დარღვევა, გონების დაბინდვა. არტერიული წნევა ჯერ იმატებს შემდეგ ეცემა, მძიმე მოწამვლისას ვითარდება კრუნჩხვები, გონების დაკარგვა, კუნთების რიგიდობა, კომა, ტოქსიკური შოკი, ანურია, სუნთქვის დამბლა.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა, საფალარათო მარილის მიცემა, წყლით დატვირთვა, ფორსირებული დიურეზი, ნაადრევი ჰემოდიალიზი, კალციუმის გლუკონატი (ვენაში 10%¹¹-იანი 20 მლ); 30%-იანი ალკოჰოლის 100 მლ მიცემა დასალევად, შემდეგ ყოველ 2 საათში 50 მლ, სულ 4-5-ჯერ. კომის შემთხვევაში 5%-იანი ეთილის სპირტი წვეთოვნად 1 მლ/კგ, პრედნიზოლონი, საგულე საშუალებანი, ჰოსპიტალიზაცია.

აცეტონი იწვევს ალკოჰოლის მსგავს ინტოქსიკაციას: თავის ტკივილს, კოლაფსურ მდგომარეობას. ავადმყოფს პირიდან ამოსდის აცეტონის სუნი. აცეტონის ორთქლით მოწამვლისას აღინიშნება თვალის, ხახისა და სასუნთქი გზების ლორწოვანის გაღიზიანება.

დახმარება ისეთივეა, როგორც ალკოჰოლით-მოწამვლისას: კუნთებში უკეთებენ ეუფილინს (24%¹¹-იანი 1 მლ), ვენაში ნატ-

რიუმის ჰიდროკარბონატს (4%-იანი 1500 მლ წვეთოვნად), აძლევენ ჟანგბადს, ატარებენ წყლით დატვირთვას.

✓ ბარბიტურატები (ბარბამილი, ნატრიუმის ბარბიტალი, ნატრიუმის ეტამინალი, ფენობარბიტალი) ძილმომგვრელი, ნარკოტიკულია. მძიმე მოწამვლისა და ღრმა კომისას სუნთქვა ზერელე და იშვიათია, პულსი სუსტი, კანი ციანოზური, გუგები შევიწროებული (ტერმინალური მდგომარეობისას შეიძლება გაფართოვდეს), სინათლეზე რეაქციას არ იძლევა. რქოვანას, მყესთა და ყლაპვის რეფლექსები შესუსტებული ან გამქრალია. აღინიშნება ოლიგურია. თუ კომა 12 საათზე მეტ ხანს გრძელდება, ვითარდება ბრონქოპნევმონია, კოლაფსი, ღრმა ნაწოლები, სეფსისი. სასიკვდილო დოზა ინდივიდუალურია, დაახლოებით 10 სამკურნალო დოზას უდრის.

დახმარება: კომის დროს, წინასწარ ინტუბაციის შემდეგ, ურეცხავენ კუჭს ყოველ 3-4 საათში გონს მოსვლამდე. ატარებენ ფორსირებულ დიურეზს, სისხლის გატუტიაწებას. ხანგრძლივი მოქმედების ბარბიტურატებით მოწამვლისას ნაადრევად იყენებენ ჰემო- და პერიტონეულ დიალიზს. ხანმოკლე მოქმედების ბარბიტურატებით მოწამვლისას -- ჰემოსორბციას. ღრმა კომის დროს ბემიგრადი უკუნაჩვენებია. უკეთებენ ქაფურს, კორდიამინს 2-3 მლ კანქვეშ ყოველ 3-4 საათში. აგრძელებენ ინტენსიურ თერაპიას, უსხამენ პოლიგლუკინს, ჰემოდეზს. იყენებენ ანტიბიოტიკებს, ვიტამინებს.

✓ ბენზინი (ნავთი) ნარკოტიკული, ჰეპატო- ნეფრო- და პნევმოტოქსიკური მოქმედებისაა. განსაკუთრებით საშიშია ეთილიანი ბენზინი (შეიცავს ტეტრაეთილ ტყვიას). ბენზინის ორთქლის ჩასუნთქვისას ადამიანს ეწყება თავბრუს, თავისტიკილი, თრობა, აგზნება, გულისრევა, ღებინება, მძიმე შემთხვევაში -- სუნთქვის მოშლა, გონების დაკარგვა. კრუნჩხვები, პირის ღრუდან ამოსდის ბენზინის სუნი. ბენზინის ჩაყლაპვისას ეწყება მუცლის ტკივილი, ღვიძლის გადიდება და ტკივილი, ზოგჯერ უვითარდება ტოქსიკური სიყვითლე. ბენზინის ორთქლის ჩასუნთქვისას ავადმყოფს ზოგჯერ აღენიშნება ტკივილი გულმკერდის არეშო- სისხლიანი ნახველი, ციანოზი, ქოშინი. ცხელება, ბენზინ-ტოქსიკური პნევმონია.

დახმარება: ავადმყოფი უნდა გაარიდონ ბენზინის სუნს. ბენზინის დაღვების შემთხვევაში კუჭი უნდა ამოურეცხონ ზონდით, შეუყვარონ 200 მლ ვიზელინის ზეთი ან გააქტიურებული ნახშირი.

ბენზინის ორთქლის ჩასუნთქვისას უტარებენ ჟანგბადით სუნთქვას, უკეთებენ ანტიბიოტიკებს, კოტოშებს, მდოგვის საფენს, კანქვეშ ქაფურს (სულფოკამფოკაინს). კორდიამინს, კოფეინს. ვენაში უსხამენ გოლუკოზის ხსნარს (40% -იანი 30-50 მლ კორგლიკონთან

ან სტროფანტინთან), ტკივილის დროს — პრომედოლს, ტრამალს, ატროპინს. კომისა და სუნთქვის მოშლისას საჭიროა მართვითი სუნთქვა.

✓ ჰაშიშა (პლანი, მარიხუანა, ანაშა, ინდური სელი) ნარკოტიკული (ფსიქოტროპული) მოქმედებისაა. მიღების შემდეგ აღინიშნება ფსქლომოტორული აგზნება, გუგების გაგანიერება, ყურებში შუილი. მხედველობითი პალუცინაციები, შემდეგ საერთო სისუსტე, მოთენთილობა, ტირილი, ხანგრძლივი ღრმა ძილი, ბრადიკარდია და ტემპერატურის დაქვეითება.

დახმარება: დაღვეით მოწამელისას უნდა ამოურეცხონ კუჭი, მისცენ გააქტიურებული ნახშირი, ჩაუტარონ ფორსირებული დიურეზი, ჰემოსორბცია; მკვეთრი აგზნებისას — ამინაზინი (2,5%-იანი 4—5 მლ), პალოპერიდოლი (2,5%-იანი 2—3 მლ) კუნთებში.

✓ გველის ნაკბენის (სიცოცხლისთვის საშიშია შუა აზიაში გავრცელებული გველის ჭიშები, სხვა თითქმის არა) არეში ვითარდება ძლიერი ტკივილი, შეშუპება (რომელიც ზოგჯერ ფართოდ ვრცელდება), სისხლჩაქცევა. ავადმყოფს გონება ებინდება, ძილად მივარდება, ზოგჯერ აგზნებულია. უვითარდება კრუნჩხვები, ასფიქსია. ინტოქსიკაცია მაქსიმალურად პირველი დღის ბოლოს ვლინდება.

დახმარება: შხამის გავრცელებას აბრკოლებს კიდურის სრულყოფილი იმობილიზაცია პორაზონტალურ მდგომარეობაში (უკიდურეს შემთხვევაში ქვედა კიდურის დამაგრება მეორეზე, ზედა კიდურისა გულმკერდზე), ნოვოკაინით ბლოკადა ნაკბენი არის ზევით ადრენალინთან ერთად (0,1%-იანი 0,3 მლ).

მეტად ეფექტურია პირველ წუთებში ნაკბენი არის მცირედ განსნა და შხამის ზეწოლით გამოდევნა, განსაკუთრებით კი 15 წუთის განმავლობაში პირით ენერგიულად ამოწოვა (რითაც შხამის 20—50% გამოიდევნება) და გადაფურთხება (იგი დამხმარისთვის უხიფათოა). ამის შემდეგ ნაკბენ არეს ადებენ ასეპტიკურ ნახვევს. არ შეიძლება ნაკბენი არის გაკვეთა, მოწვა, დამჟანგველი ნივთიერებით ნახვევი. დაუშვებელია აგრეთვე ლახტის დადება, იგი აუარესებს მდგომარეობას, ხელს უწყობს კიდურის განგრენის განვითარებას და ავადმყოფის სიკვდილს. უკუნაჩვენებია ალკოჰოლის მიცემა. სამაგიეროდ, დიდი რაოდენობით აძლევენ და უსხამენ სითხეს (პლაზმა, ალბუმინი, ლევალბუმინი, რეოპოლიგლუკინი, რეოგლუმანი, გარეცხილი ერითროციტები), რადგან ასეთ ავადმყოფს მკვეთრი პლაზმოზიის შედეგად უვითარდება ჰიპოპროთეინემია, ანემია, თრომბოპემორაგიული სინდრომი.

სპეციფიკურ მკურნალობას ატარებენ მონო- ან პოლივალენტუ-

რი შხამსაწინააღმდეგო სპეციფიკური შრატით, ბიოლოგიური ცდისა და ჰიდროკორტიზონის (120 მგ) ან პრედნიზოლონის (60—80 მგ) ვენაში წინასწარ შეყვანის შემდეგ, მაგრამ ძლიერ შხამიანი გველის ნაებენის შემთხვევაში.

ასპიტის კბენის დროს ვენაში შეჰყავთ 300 მლ-მდე შრატი „ანტიკობრა“ პროზერინთან (0,5 მგ ყოველ 30 წუთში) და ატროპინთან (0,1%-იანი 0,5 მლ) ერთად.

ავადმყოფს უკეთებენ აგრეთვე დიმედროლოს, კალციუმის ქლორიდს. საჭიროებისას უტარებენ მართვით სუნთქვას. გართულებას პროფილაქტიკისათვის უნიშნავენ ანტიბიოტიკებს, ანტიტეტანურ შრატს.

ნიუსულინის ზედმეტი დოზა იწვევს სისუსტეს, გაძლიერებულ ოფლის დენას, ხელების კანკალს, შიშშილის გრძობას. მძიმე მოწამვლის შემთხვევაში (შაქარი სისხლში 0,5 გ/ლ — 50 მგ%) აღინიშნება აგზნება, კლონური და ტონური კრუნჩხვები კლმა.

დახმარება: ვენაში შეჰყავთ 20⁰/₁₀₀-იანი გლუკოზა (შაქრის ნორმალური რაოდენობის აღდგენამდე), მანიტოლი, კუნთებში გლუკაგონი (0,5—1 მგ), კანკეშ ადრენალინი (0,1⁰/₁₀₀—1 მლ) კომის დროს, საგულე საშუალებანი, ატარებენ ფორსირებულ დიურეზს, სისხლის გატუტიანებას: სასმელად აძლევენ ბორჯომის წყალს, ვენაში უსხამენ სოდისა და ნატრიუმის თიოსულფატს.

იოდის კონცენტრირებული ხსნარის დალევა იწვევს კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანის მძიმე დამწვრობას, დამახასიათებელი ყვითელი ფერით (სასიკვდილოა დაახლოებით 3 გ იოდის მიღება). იოდის ორთქლის შესუნთქვა იწვევს ზედა სასუნთქი გზების დაზიანებას.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა ზონდით, სჯობს 0,5%-იანი ნატრიუმის თიოსულფატით. სახამებლის ხსნარით. ვენაში უსხამენ 30%-იან 300 მლ ნატრიუმის თიოსულფატს წვეთოვნად, სუფრის მარილის 10%-იანი ხსნარის 30 მლ.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დამწვრობას მკურნალობენ ისე, როგორც მჟავებით მოწამვლისას.

კორტიკოსტეროიდებით (ჰიდროკორტიზონი, პრედნიზოლონი და სხვ.) მოწამვლისას აღინიშნება ნეფრო და კარდიოტოქსიკური მოქმედება. შარდში ცილა, პერიფერიული შეშუპება, ჰიპერგლიკემია, გულის რიტმის დარღვევა ჰიპოკალიემიითა და ელექტროლიტურ-სტერეოიდული კარდიოპათიით.

დახმარება: უტარებენ ფორსირებულ დიურეზს. უსხამენ ტუტე ხსნარებს: ნატრიუმის ბიკარბონატს (4⁰/₁₀₀-იანი). ნატრიუმის

თიოსულფატს (30%-იანი), აძლევენ 3--5 გ კალიუმის ქლორიდს დღეში, ჰიპერგლიკემიისას კანქვეშ უკეთებენ 8—10 ერთ. ინსულინს.

მანგანუმჟავა კალიუმი ადგილობრივად მოქმედებს მიმწველად, შეწოვისას ჰემატოქსიკურად. შიგნით მიღებისას (სასიკვდილოა 1 გ) იწვევს მწვავე ტკივილს პირის ღრუში, საყლაპავი მილის გასწვრივ და მუცელში, ლებინებას, ფაღარათს. პირის ღრუს და ხახის ლორწოვანის შეშუპებას მუქ ყავისფრად. შესაძლოა განვითარდეს ხორხის შეშუპება და მექანიკური ასფიქსია, დამწვრობითი შოკი, მოძრაობითი აგზნება, კრუნჩხვები, მძიმე პნევმონია, ჰემორაგიული კოლიტი, ნეფროპათია, პარკინსონიზმის მოვლენები. კუჭის დაბალი სიმკვავის შემთხვევაში ვითარდება მეტჰემოგლობინემია ციანოზით და ქოშინით.

დახმარება ისეთივეა, როგორც ძლიერი მჟავებით მოწამვლისას. მკვეთრი ციანოზის შემთხვევაში აძლევენ მეთილენის ლილას (1%—50 მლ), ასკორბინმჟავას (5%—30 მლ) ვენაში; ვიტამინ B₁₂—1000 მკგ, B₆—5%-იანი 3 მლ კუნთებში; ატარებენ თირკმლის მწვავე უკმარისობის მკურნალობას.

ზუის დაკვრა გამოწვეულია ორგანიზმის გადახურებით, მზეზე თავშიშველი ხანგრძლივად ყოფნით. ავადმყოფს აღენიშნება თავის ტკივილი, თავბრუ, სისუსტე, ძილად მივარდნა, გულისრევა, წყურვილი, კანი ჭერ წითელია, შემდეგ მკრთალი, მშრალი. აღინიშნება სუნთქვის მოშლა, ტაქიკარდია, წნევის დაცემა, მძიმე შემთხვევაში გონების დაკარგვა, კრუნჩხვები.

დახმარება: ავადმყოფი უნდა გადაიყვანონ გრილ ადგილას, გახადონ ზედა ტანსაცმელი. ასვან წყალი, თავზე და გულის არეში დაადონ ცივი. მძიმე შემთხვევაში ტანზე ასხამენ ცივ წყალს, ახვევენ სველ ზეწარში, თავზე ადებენ ყინულს. შემდგომ მკურნალობას წარმართავენ მდგომარეობის მიხედვით. ზოგჯერ იყენებენ ანტიბიოტიკებს. ხსნარების გადასხმას, საგულე საშუალებებს.

✓ მჟავები (მარილ-, გოგირდ-, აზოტ-; მმარმჟავა და სხვ.), ტუტეები (კალიუმის, ნატრიუმის, ნიშადურის -- სასიკვდილოა 30-50 მლ), მძიმე ლითონის მარილები, ფოსფორი და სხვ. იწვევს კანი-სა და ლორწოვანი გარსების დამწვრობას, შეწოვით — ინტოქსიკაციას.

ქიმიური ნივთიერების შემთხვევით სწრაფად მიღებისას, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი შედარებით ნაკლებად ზიანდება, ვიდრე მაშინ, როდესაც მას სვამენ მოწამვლის მიზნით. ამ დროს დამწვრობა იწყება ტუჩებიდან, პირის ღრუს ლორწოვანიდან. საერთოდ, მჟავები მეტად აზიანებს კუჭს, ტუტეები — საყლაპავ მილს (უფრო მეტად ფიზიოლოგიური შევიწროების ადგილებში).

ტუტეებს მოქმედება უფრო ხანგრძლივია და ქსოვილების ღრმა დაზიანებას იწვევს. პირის ღრუში, საყლაპავ მილში, კუჭში ვითარდება ლორწოვანი გარსის ღრმა ნეკროზი, შოკი, მძიმე დამწვრობითი დაავადება, საყლაპავი მილიდან და კუჭიდან პროფუზული სისხლის დენა, ხორხის დამწვრობა, შეშუპება და ხშირად სიკვდილი პირველ საათებში, პირველ დღე-ღამეში, ტკივილისა და დამწვრობითი შოკისგან.

მეავეებით მოწამვლისას ასევე ვითარდება ძლიერი ტკივილი პირის ღრუში, საყლაპავი მილის გასწვრივ და კუჭში, სისხლიანი ღებინება, გაძლიერებული ნერწყვის დენა, ხორხის შეშუპება, მეტად მტკივნეული ხველა.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვის წინ კანქვეშ უკეთებენ მორფიუმს და ატროპინს, კუჭს ურეცხავენ ზონდით, კუჭიდან სისხლის დენის მიუხედავად. საფაღარათოს არ აძლევენ, ურეცხავენ პირის ღრუს და ყელს წყლით რამდენჯერმე. თუ აქვთ, უმჯობესია რძე, კვერცხის ცილა (განსაკუთრებით სულემის მიღებისას), კარაქი, ზეთოვანი ნივთიერებანი. ყოველ საათში დასაღვეად აძლევენ 20 მლ შემდეგ ნარევს: მზესუმზირას ზეთის 10%-იანი ემულსია 200 მლ, ანესთეზინი 2 გ, ტეტრაციკლინი 1 გ.

უკეთებენ საგულე საშუალებებს, ჰიდროკორტიზონს (100 მგ), ვიტამინებს, სისხლის დენის შემაჩერებელ საშუალებებს.

კანია თუ ლორწოვანი გარსი, მთავარია დამწვრობის გამომწვევი შხამის სწრაფად მოშორება წყლით. დაავიანებით დაწყებული დახმარებისას წყლით მობანა (გამორეცხვა) გაცილებით მეტხანსაა საჭირო.

ფოსფორის თავისთავად აფეთქების ასაცილებლად იყენებენ 5%-იან შაბიამნის ხსნარს, მანგანუმქავე კალიუმის ან სოდის სუსტ ხსნარს და ბალზამურ ნახვევს.

შორიელის ნაკბენის არეში აღინიშნება მწვავე ტკივილი, ზოგჯერ ნერვული ღეროს გასწვრივაც. ნაკბენი ჰიპერემიული და შეშუპებულია. ადგილობრივი სუსტი რეაქციის შემთხვევაში ზოგადი ინტოქსიკაცია შეიძლება მეტად იყოს. გამოხატული და პირიქით. ნაკბენის არეში ზოგჯერ ვითარდება სეროზულსითხიანი ბუშტუკები, ზოგადი მოვლენები განსაკუთრებით აღინიშნება სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს: საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, შემცივნება, ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, გულის ფრიალი, ძილად მივარდნა, კიდურების კანკალი, ოფლიანობა, ნერწყვისა და ცრემლის დენა, ცხვირიდან დიდძალი ლორწოს გამოყოფა. ზოგჯერ — ბრონქოსპაზმი, სუნთქვის გაძნელება, ციანოზი, დასაწყისში ტაქიკარდია და წნევის მომატება, რომელიც იცვლება ბრადიკარდიითა და ჰიპოტო-

ნით. შეიძლება აღინიშნებოდეს ხანმოკლე დროით ტემპერატურის მომატება. ინტოქსიკაცია ვლინდება 2—3 საათში და გრძელდება 24—36 საათს. მორიელის ნაკბენით ლეტალობა ჩვენში აღწერილი არ არის.

დახმარება: ადგილობრივ მიმართავენ 1%-იანი ნოვოკაინის ხსნარით ბლოკადას, თბილ და ცხიმოვან ნახვევს, რაც ამცირებს ტკივილს. ინტოქსიკაციას ამცირებს ერთდროულად (და არა ცალცალკე) ატროპინის (0,1%-იანი 0,5—1 მლ), ერგოტამინისა (0,05%-იანი 0,5—1 მლ) ან რედერგამის (0,03%-იანი 0,5—1 მლ) კანქვეშ შეყვანა. სპეციფიკური შრატის გამოყენებას საჭიროდ არ მიიჩნევენ.

მორფიუმით მოწამვლისას (შიგნით მიღებისას სასიკვდილოა 0,1—0,2 გ) ავადმყოფს უვითარდება კომატოზური მდგომარეობა, გუგების შევიწროება, სინათლეზე რეაქციის შესუსტება, კანის ჰიპერემია, კრუნჩხვები; მძიმე შემთხვევაში — სუნთქვის მოშლა, ასფიქსია, არტერიული წნევის დაცემა.

დახმარება: საჭიროა კუჭის ამორეცხვა რამდენჯერმე, საფალარათო მარილი, ვენაში ნალორფინი (ანტორფინი) 0,5%-იანი 1—3 მლ, წყლით დატვირთვა, საგულე საშუალებანი, ანტიბიოტიკები, ვიტამინი B₁, ყანგბადი.

მწერის ნაკბენი (ფუტკარი, კრაზანა და სხვ.) იწვევს ტკივილს, წვას, კანის გაწითლებას, შეშუპებას; მრავლობითი კბენისას სისუსტეს, თავის ტკივილს, შემცივნებას, გულისრევას, ღებინებას, ტემპერატურის მომატებას, ურტიკარიის მსგავს გამონაყარს, გულის ფრიალს, ტკივილს წელის არეში, კრუნჩხვებს და ზოგჯერ გონების დაკარგვას.

დახმარება: იღებენ ნესტარს, ირკვლივ შეჰყავთ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი, კუნთებში დიმედროლი (0,1%-იანი 1 მლ), პიპოლფენი (2,5%-იანი 2 მლ), დასალევიად აძლევენ ამიდოპირინს 0,25, ანალგინს 0,5. ნაკბენ არეზე უკეთებენ ძმრიან საფენს.

მძიმე მოწამვლისას ვენაში შეყავთ კალციუმის ქლორიდი, უკეთებენ საგულე საშუალებებს და უტარებენ შოკსაწინააღმდეგო მკურნალობას.

✓ ~~ნაფთალინი. ქემოტოქსიკური და კანცეროგენულია, კუჭში მოხვედრისას იწვევს გაშეშებას, სოპოროზულ მდგომარეობას, მუცელში ტკივილს, ორთქლის ხანგრძლივად სუნთქვა — მეტემოგლობინემიას ციანოზით, ტოქსიკურ ნეკროპათიას და ჰეპატოპათიას. განსაკუთრებით საშიშია მოწამვლა ბავშვებისათვის. სასიკვდილოა დაახლოებით 10 გ.~~

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა, საფალარათო მარილის მიცემა, ნატრიუმის ბიკარბონატის 4%-იანი ხსნარის შეყვანა ვენაში,

ფორსირებული დიურეზი. მეტქემოგლობინემიას მკურნალობენ მე-
თილენის ლილით, ასკობინმეავათი (30 მლ), B_{12} — 1000 მკგ,
თიოსულფატნატრიუმით. ვენაში შეჰყავთ კალციუმის ქლორიდი,
აძლევენ ჟანგბადს, რუტინსა (0,001 გ) და რიზოფლავინს (0,02)
განმეორებით; მკურნალობენ ღვიძლის უკმარისობას.

ნახშირყანგი არასრული წვის პროდუქტია, წარმოიქმნება ხის
ან სხვა ნახშირის წვის დროს, გამოყვება ძრავას გამონაბოლქვს,
გროვდება დახურულ შენობაში — გარაჟო. ნახშირყანგი 200—300-
ჯერ სწრაფად უფრთდება ჰემოგლობინს, ვიდრე ჟანგბადი და ჟანგ-
ბადის ათვისება მცირდება ან სულ წყდება. ატმოსფეროში
ნახშირყანგის უმნიშვნელო კონცენტრაცია საკმარისია შიძიმე მო-
წამვლისთვის; 0,1%-ზე მეტი კონცენტრაციით კი სიკვდილს იწვევს
1 საათის განმავლობაში.

მსუბუქი მოწამვლისას ავადმყოფს აღენიშნება თავბრუ, თავის
ტკივილი, ყურებში ხმაური, საერთო სისუსტე, ქოშინი, ტაქი-
კარდია. სახის წამოწითლება, გულისრევა, ზოგჯერ ლებინება, მძიმე
მოწამვლისას — კრუნჩხვები, გონების დაკარგვა, კომა.

დახმარება: ავადმყოფი დაუყოვნებლივ უნდა გაიყვანონ
შენობიდან, სადაც ნახშირყანგია (გააღონ კარები და ფანჯრები).
ჰემოგლობინნახშირყანგის ნაერთი უკუგანვითარებას განიცდის.
მსუბუქი მოწამვლისას საკმარისია ჟანგბადით ჰიპერვენტილაცია,
ნიშადურის სპირტის სუნთქება, ფეხების დათბუნვა, მძიმე შემ-
თხვევაში მიმართავენ ხელოვნურ ვენტილაციას, კანქვეშ უკეთებენ
ლობელინს (1%-იანი 0,5 მლ), კოფეინს, კოკარბოქსილაზას (100-
200 მგ ვენაში).

ნიკოტინით მოწამვლისას (ნიკოტინი თამბაქოს ალკალოიდია.
სასიკვდილოა 0,05 გ) ავადმყოფს აღენიშნება ქავილი პირის
ღრუში, მკერდის ძვლის უკან, ეპიგასტრიუმის არეში კანის დაბუ-
ყება, თავბრუ, თავის ტკივილი, მხედველობისა და სმენის მოშლა,
გუგების გაგანიერება, ლებინება, ქოშინი, ტაქიკარდია, კრუნჩხვები,
გონების დაკარგვა.

დახმარება: აძლევენ გააქტიურებულ ნახშირს, შემდეგ
ურეცხავენ კუქს მანგანუმმეავა კალციუმის 1:1000-ზე განზავებული
ხსნარით, აძლევენ საფალარათო მარილს, უკეთებენ კოფეინს, კორ-
დიამინს, ბრადიკარდიის დროს — ატროპინს (კანქვეშ 0,1%-იანი
1 მლ), ტაქიკარდიის დროს — სტროფანტინს გლუკოზასთან ერთად
ვენაში, კრუნჩხვებისა და სუნთქვის გაძნელებისას ბარბამილს
(10%-იანი 10 მლ შეყავთ ვენაში ნელა), ჟანგბადს.

სულემა (სასიკვდილოა 0,5 გ) მიღებისას იწვევს მკვეთრ
ტკივილს საყლაპავი მილის გასწვრივ და კუქის არეში, ლებინებას,

თხიერ სისხლიან განავალს, ლითონისებრ გემოს პირში, ნერწყვის დენას. ანურიას, ცივ ოფლს, კრუნჩხვებს, სტომატიტს, კოლიტს, პირის ღრუს ლორწოვანს მოწითალო სპილენძისფერი აქვს, მოგვიანებით ღრძილებსა და ტუჩებზე მუქი ყაითანი ვითარდება.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა 5%-იანი უნითიოლით (20—40 მლ უმატებენ 1 ლ წყალს). უკეთებენ უნითიოლს კუნთებშიც (5%—10 მლ), კალციუმის ტეტაციინს — ვენაში (10%-იანი 10 მლ) გლუკოზასთან (5%-იანი 300 მლ), ნატრიუმის თიოსულფატს — ვენაში (30%-იანი 300 მლ), უკეთებენ აგრეთვე ანტიბიოტიკებს, ვიტამინებს. საჭიროა დაუყოვნებლივ ჰოსპიტალიზაცია.

სულფანილამიდური პრეპარატები (სულფოდიმეზინი, ნორსულფაზოლი და სხვ.) უპირატესად იჩენს ნეფრო- და ჰემატოტოქსიკურ მოქმედებას. მსუბუქი მოწამელისას ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა, ლებინება, თავბრუსხვევა, სისუსტე. მძიმე მოწამელისას ვითარდება ციანოზი, ზოგჯერ აგრანულოციტოზი და ნეკროზული ანგინა, განმეორებით დიდი დოზით მიღებისას ოლიგურია, ანურია.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა ზონდით, საფალარათო მარილი, ფორსირებული დიურეზი, ტუტე ხსნარების გადასხმა, ნაადრევად ატარებენ ჰემოდიალიზს. უკეთებენ დიმედროლს, კალციუმის ქლორიდს, ასკორბინმჟავას (10 მლ და მეტი), B₁₂ ვიტამინს (600 მკგ), ნოვოკაინით წელის ბლოკადას; ატარებენ ღვიძლის მწვავე უკმარისობის მკურნალობას. კრისტალურიის შემთხვევაში ამართავენ შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის გამორეცხვას ნატრიუმის ბიკარბონატით.

ფენოლი (კარბოლმჟავა, ლიზოლი. გვიაკოლი) იწვევს ტკივილს მკერდის უკან და მუცელში, ლებინებას (სისხლიანს), ფალარათს, თავბრუს. თავის ტკივილს, დარეტიანებას, სასუსტეს, ციანოზს, ქოშინს. მძიმე მოწამელისას კომას, გუგების შევიწროებას, გაძლიერებულ ნერწყვისდენას, ასფიქსიას. 10 გ კარბოლმჟავას მიღება სასიკვდილოა.

დახმარება: პირის ღრუს ტუალეტისა და სასუნთქი გზების გამტარობის შემოწმების შემდეგ აღადგენენ სუნთქვას რეანიმაციული ღონისძიებით. პარალელურად ატარებენ კუჭის ამორეცხვას ზონდით, აძლევენ 2 სუფრის კოვზ გააქტიურებულ ნახშირს, საფალარათო მარილს. კუნთებში უკეთებენ უნითიოლს (5%-იანი 10 მლ), ვენაში უსხამენ ნატრიუმის თიოსულფატს (30%-იანი 100 მლ), გლუკოზას (5%-იანი 300 მლ). უკეთებენ საგულსაშუალებას, ვიტამინებს. ანტიბიოტიკებს და ატარებენ შოკსაწინააღმდეგო მკურნალობას. ფენოლი ადგილობრივად კანზე მოქმედებს მიმწველად. დამწვრობას ამუშავებენ ზეითუნის ან სხვა ზეთით.

ფორმალინი (ფორმალდეჰიდი) პეპატო- და ნეფროტოქსიკური მოქმედებისაა. ადგილობრივ იწვევს ნეკროზს, შიგნით მიღებისას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დამწვრობას; წვას პირის ღრუში, მკერდის ძვლის უკან, ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინებას სისხლნარევი მასით, ძლიერ წყურვილს, ტოქსიკურ შოკს, სიყვითლეს, ოლიგურიას, ცრემლდენას, ზველას, ქოშინს.

ფორმალინის შესუნთქვა აღიზიანებს ლორწოვან გარსებს. იწვევს ბრონქიტს, ლარინგიტს, პნევმონიას, აგზნებას. სასიკვდილოა დაახლოებით 50 მლ მიღება.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა ამონიუმის ქლორიდით ან ამონიუმის კარბონატით, ამიაკის ხსნარით; ასმევენ ნატრიუმის სულფატს (30 გ); ოსმოსური დიურეზისთვის შეჰყავთ შარდოვანა (30%-იანი 100—150 მლ); იყენებენ საგულე საშუალებას, ატროპინს, პრომედოლს. შესუნთქვით მოწამვლისას ავადმყოფი გაჰყავთ სუფთა ჰაერზე, ინჰალაციას უკეთებენ წყლის ორთქლით (უმატებენ რამდენიმე წვეთ ამიაკს), სველი ჟანგბადით, აძლევენ კოდეინს, დიონინს, საგულე საშუალებას. ატარებენ ისეთსავე დახმარებას, როგორც მკვებებით მოწამვლისას.

ფოსფოროვანულ ნაერთებს (თიოფოსი, ქლოროფოსი, კარბოფოსი, დიქლოროფოსი და სხვ.) იყენებენ როგორც ინსექტიციდს და პესტიციდს, ასევე საბრძოლო მომწამვლელ ნივთიერებად. იწვევს ინტოქსიკაციას შესუნთქვით, კანიდან და კუჭ-ნაწლავიდან. კარბოფოსის ან ქლოროფოსის დაახლოებით 5 გ-ის შიგნით მიღება სასიკვდილოა. სასუნთქი გზებიდან მოწამვლისას პირველი ნიშნები გამოჩნდება 15—20 წუთში: თავბრუ, თავის ტკივილი, შიშის გრძობა, ოფლიანობა, ბრონქებიდან გაძლიერებული გამოუნადენი, კრუნჩხვები, ყველა კუნთის ფიბრილაცია, არტერიული წნევის მომატება, ტაქიკარდია. მძიმე მოწამვლისას — კომა, ზერელე სუნთქვა, წნევის დაცემა, დამბლა.

დახმარება: კუჭის რამდენჯერმე ამორეცხვა ზონდით, ვაზელინის ზეთის მიცემა, სიფონის ოყნა, ნაადრევი ჰემოდიალიზი, პერიტონეული დიალიზი, ნატრიუმის ჰიდროკარბონატი ვენაში, ფორსირებული დიურეზი. სპეციფიკურად მოქმედებს ატროპინი. ვენაში შეჰყავთ პირველად 2—3 მლ (0,1%-იანი) სრულ ატროპინიზაციამდე (ბრონქო- და ლარინგოსპაზმის მოხსნა, კანის გაშრობა, გუგების გაფართოება, ტაქიკარდია), მძიმე მოწამვლისას პირველ დღეს შეჰყავთ 8—10—25 მლ ატროპინი, დიპროქსიმი (15%-იანი 1—2 მლ ვენაში); ატროპინიზაციას ატარებენ 3—6—8 დღეს და მეტხანს (მაროვითი სუნთქვა და ვენაში ატროპინი წვეთოვნად ბრონქოსპაზმის კუპირებამდე), ტოქსიკური შოკის სამკურნალოდ — ჰიდროკორტიზო-

ნი 300 მგ კუნთებში, ანტიბიოტიკები, ჰემოსორბცია პირველ დღესვე, ამინაზინი (2,5%-იანი 2 მლ) და მაგნიუმის სულფატი (25%-იანი 10 მლ) კუნთებში. სისხლის შენაცვლება.

შაბამანი ადგილობრივ მიმწველია. შიგნით მიღებისას (სასიკვდილოა 10 გ) აღინიშნება გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, ფაღარათი, სისუსტე, თავბრუ, თავის ტკივილი, ტაქიკარდია, გაძნელებული სუნთქვა, კოლაფსი, კრუნჩხვები. მძიმე შემთხვევაში ჰემოგლობინურია, ანურია, ურემია, ჰემოლიზური სიყვითლე, ანემია.

სპილენძის (თუთიის, ქრომის) შედუღებისას მაღალდისპერსიული მტერის მოხვედრა იწვევს „შემდუღებლის ცხელებას“: შემცივნებას, მშრალ ხველას, თავის ტკივილს, ქოშინს, ცხელებას, ზოგჯერ კანზე წითელ გამონაყარსა და ქავილს.

დახამარება: კუჭის ამორეცხვა ზონდით, ფორსირებული დიურეზი, ნაადრევი ჰემოდიალიზი, საფაღარათო მარილი, უნითიოლი (5%-იანი 10 მლ) კუნთებში, შემდეგ ყოველ 3 საათში 5 მლ: ნატრიუმის თიოსულფატი ვენაში (30%-იანი 100 მლ), მორფიუმი (1%-იანი 1 მლ), ატროპინი (0,1%-იანი 1 მლ) კანქვეშ, ხშირი დებინებისას — ამინაზინი (2,5%-იანი 1მლ) კუნთებში, გლუკოზისა და ნოვოკაინის ნარევი ვენაში (გლუკოზა 5%-იანი 500 მლ, ნოვოკაინი 2%-იანი — 50 მლ), კალციუმის ტეტაციანი (10%-იანი 20 მლ) ვენაში; ვიტამინები, ანტიბიოტიკები, მეტჰემოგლობინურიის დროს ნატრიუმის ჰიდროკარბონატი (4%-იანი 500 მლ) ვენაში, თირკმლის უკმარისობისა და ტოქსიკური შოკის მკურნალობა. „შემდუღებლის ცხელებას“ მკურნალობენ სალიცილმჟავათი, კოდინით.

✓ **შხამანი** სოკოთი მოწამვლისას ავადმყოფს აქვს შეუწყვეტელი ღებინება, კვლისებრი ტკივილი მუცელში. სისხლიანი ფაღარათი. მე-2—3 დღეს სიყვითლე, ანურია. ეომა, კოლაფსი. ზოგი სოკოთი მოწამვლისას გაძლიერებული ოფლისა და ნერწყვისდენა, ჰემოგლობინურია, ქოშინი, ბოდვა, ჰალუცინაციები.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვა ზონდით, საფაღარათო მარილი, ჰემოდიალიზი პირველ დღესვე, 20—30 მგ/კგ ცაცხმჟავა ვენაში, ატროპინი კანქვეშ, ფიზიოლოგიური ხსნარი ვენაში, განმეორებით ღებინებისა და ფაღარათის შემთხვევაში: პოლიგლუკანი, ანტიბიოტიკები; ჰიდროკარბონატი (4%—100 მლ), ღვიძლთირკმლის უკმარისობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა.

ძმრით მოწამვლისას ვითარდება პირის ღრუს, ხახის, საყლაპავი მილის, კუჭის ლორწოვანი გარსის ვრცელა ღრმა დამწვრობა. ხორხის დამწვრობა იწვევს მექანიკურ ასფიქსიას.

დახმარება: კუჭის ამორეცხვის წინ უკეთებენ დიმედროლს

ვენაში (1%-იანი ხსნარის 2 მლ), ატროპინს (0,1%-იანი ხსნარის 1 მლ), პრომედოლს (2%-იანი ხსნარის 1 მლ), 60 მგ პრედნიზოლონს; კუქს ურეცხავენ 10--15 ლიტრი 2%-იანი სოდის ხსნარით.

პერიოდულად აძლევენ მზესუმზირას ზეთს ანესთეზინთან.

წყალბადის ზეჟანგი (პერჰიდროლი) იწვევს დამწვრობას (კანი ფერმკრთალდება და ბუშტუკები ვითარდება). მიღებისას წვავს კუქნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანს. განსაკუთრებით საშიშია ტექნიკური, 40%-იანი ხსნარის — პერჰიდროლის მიღება. შეიძლება განვითარდეს გულისა და ტვინის ჰაეროვანი ემბოლია. საერთოდ საშიშია მუცლის ღრუში 3—5⁰/₁₀-იანი წყალბადის ზეჟანგის, მით უფრო წნევით შეყვანა, გამოყოფილი ჟანგბადი შეიძლება გავრცელდეს გულმკერდისკენ და ავადმყოფს კოლაფსი განუვითარდეს (ასეთ შემთხვევაში მაშინვე ტრენდლენბურგის მდებარეობაში უნდა გადაიყვანონ).

დახმარება: ისეთივეა, როგორც ტუტეებით მოწამვლისას. 12) „წამლისმიერი დაავადება“ ახლა განსაკუთრებით საყურადღებოა. წამლის გამოყენებით მილიონობით ადამიანს სიცოცხლე შეუნარჩუნდა და მრავალი დაავადება გაქრა და შემცირდა. ამასთან წამლისაგან ბევრმა დაავადებამ სრულიად იცვალა კლინიკური მიმდინარეობა.

მრავალ ძლიერმოქმედ და მეტად ეფექტურ საშუალებას ხშირად ახლავს არასასურველი გართულება.

წამლის მიღებას შეიძლება მოჰყვეს თანამოვლენები, ტოქსიკოზი, ალერგია, იდიოსინკრაზია და სიკვდილიც. წამალი ზოგჯერ არჩევითად უარყოფითად მოქმედებს ამა თუ იმ ორგანოზე, სისტემაზე.

წამლის დანიშვნისას საჭიროა დიდი სიფრთხილე, განსაკუთრებით სარისკოა ერთდროულად რამდენიმე წამლის დანიშვნა (ამით იზრდება უარყოფითი მოქმედების რისკი); წამლის დადებით თვისებასთან ერთად აუცილებელია მისი უარყოფითი თვისების (აუტანლობის) ცოდნა, მით უფრო სხვა წამალთან მისი გამოყენების დროს. გართულების შემთხვევაში დროულად უნდა შეწყვიტონ მისი მიღება.

ექიმი კარგად უნდა იცნობდეს ამ საკითხზე არსებულ საკმაოდ მდიდარ და საჭირო ლიტერატურას.

წყალში ჩავარდნილის გამოყვანისას საჭიროა სიფრთხილე, რათა დაზიანებულმა დამხმარე არ დაახრჩოს.

დახრჩობის მიზეზია ზოგჯერ შიშისგან სუნთქვის რეფლექსური გაჩერება. სწრაფი დახრჩობისას ფილტვები ვერ ასწრებს წყლით ავსებას, კანი მკრთალია, ზედა სასუნთქი გზებიდან ქაფიანი გამონადენი არ არის.

შედარებით ნელა, თანდათან დახრჩობისას ადამიანი პერიოდულად ამოყვინთავს და ფილტვებით ხდება წყლის ასპირაცია. ასეთ შემთხვევაში კანი ციანოზურია, ვენები დაბერილი, პირიდან და ცხვირიდან გამოიყოფა ქაფისებრი მასა.

დახრჩობისას კლინიკური სიკვდილის დრო 3 წუთამდე მცირდება. ამიტომ ხელოვნური სუნთქვა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე, როგორც კი დაზიანებულს სახე წყალს ზემოთ ექნება და მიჰყავთ კატარლისა თუ ნაპირისაკენ. გულის გაჩერებისას, გულის მასაჟს იწყებენ კატარლაზე და განაგრძობენ ხელოვნურ სუნთქვას. ქვედა სასუნთქი გზების წყლისგან დაცლაზე დროს არ კარგავენ.

ნაპირზე დახმარების მეტი საშუალებაა; მიმართავენ წყლით გადავსებული კუქის დაცლას: ავადმყოფს აბრუნებენ გვერდზე (ან გადაიწვენენ მუხლზე), სწრაფად და კარგად უთავისუფლებენ პირას ღრუს და ცხვირს ლორწოს, ქვიშის, ლამისა და ნაღებინები მასისაგან, აწვებიან ეპიგასტრიუმის არეში, დაუყოვნებლივ იწყებენ რეანიმაციას.

თუ გული გაჩერებული არ არის, ატარებენ მხოლოდ ხელოვნურ სუნთქვას „პირით პირში“. კლინიკური სიკვდილის შემთხვევაში კი — ერთი ან ორი კაცი ატარებს სრულ გულ-ფილტვის რეანიმაციას.

მტკნარ წყალში დახრჩობისას (რადგან მისი ოსმოსური წნევა დაბალია სისხლისაზე) წყალი ქვედა სასუნთქი გზებიდან სწრაფად იწოვება სისხლში. ამიტომ დროს არ კარგავენ ტრაქეისა და ბრონქის წყლისგან დაცლაზე.

3—4⁰/₁₀-იან მარილიან წყალში დახრჩობისას ალვეოლები, ტრაქეა, ბრონქები შეიძლება იყოს წყლით გადავსებული, რაც ხელს შეუშლის ხელოვნურ სუნთქვას. დაზიანებულს ნაყლაპ სითხეს ნაწილობრივ ამორებენ სწრაფად თავქვე დაკიდებით.

ცივ წყალში დახრჩობისას ჰიპოთერმიის ეფექტი ვლინდება: ნივთიერებათა და ენერჯადის ცვლა მცირდება, რის გამოც კლინიკური სიკვდილის დრო იმდენად დიდდება, რომ წყალში ხანგრძლივად ყოფნის შემდეგაც რეანიმაციული ღონისძიებები ეფექტურია.

დაზიანებულს შემდგომი მკურნალობისა და დაკვირვებისათვის აგზავნიან რეანიმაციულ განყოფილებაში (ატარებენ სხეულის მასაჟს პერიფერიიდან ცენტრისაკენ, გათბობას, პნევმონიის პროფილაქტიკასა და მკურნალობას).

ძველთაგანვე იცნობდნენ ვარდის სუნით გამოწვეულ სურდოს. ამ უცნაურ დაავადებას ჩვენში საყმაწვილოს ეძახდნენ. მას ახასიათებს ბრონქოსპაზმი, კანზე გამონაყარი, სურდო, ცრემლდენა, ცხვირის, ქუთუთოს ლორწოვანისა და სახის შეშუპება. დაავადებას, რომლის შემთხვევაშიც ორგანიზმი (ან მისი ცალკეული სისტემა) გარემოს გარკვეულ ფაქტორზე იჩენს შეცვლილ, გაუკუღმართებულ რეაქციას, ალერგიას უწოდებენ. ასეთი მდგომარეობა იმუნური სისტემის ფუნქციის მოშლის შედეგად ვითარდება.

ზოგ ავადმყოფს დაავადების გამომქაჩვებამდე სხვადასხვა ალერგენის გავლენით გამოუმუშავდება იმუნოგლობულინების კლასის ქარბი რაოდენობა, ე. წ. რეაგინები. მათ სისხლიდან და ქსოვილიდან შთანთქავს პოზიური უჯრედები, რომლებიც ქარბადაი კანში, კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვან გარსში, ბრონქებსა და სხვ.

ალერგენტთან კონტაქტის დროს პოზიური უჯრედები სისხლში გამოყოფს ნივთიერებას — ბიოგენურ ამინებს, სწორედ ისინი იწვევენ კაპილარების გამტარობის გაძლიერებას, ბრონქების სპაზმს, ადგილობრივ შეშუპებას.

ალერგია შეიძლება გამოიწვიოს ქიმიურმა და მედიკამენტურმა პრეპარატებმა, ბინის მტვერმა, მცენარემ, საკვებმა პროდუქტმა, რომელთა მიმართ ორგანიზმს აწეული სპეციფიკური მგრძობელობა აქვს.

დაავადება ვითარდება ორგანიზმის სენსიბილიზაციის შედეგად. ზოგს ალერგიისადმი მემკვიდრეობითი მიდრეკილება აქვს. მაგრამ კონკრეტულად ალერგიული დაავადება კი არ გადაეცემა, არამედ მიდრეკილება ალერგიისადმი. საკვებისმიერ ალერგიას ხშირად კვერცხში, რძეში, თევზში, მარცვლეულში, ციტრუსებში, კაკალში, შოკოლადში, თაფლში არსებული ალერგენები იწვევს.

კვერცხი და რძე ალერგიულ რეაქციას ძირითადად ბავშვებში იწვევს. მოზრდილთა ნაწლავებში კვერცხის სხვადასხვა ცილა ფერმენტების გავლენით იშლება. ბავშვს ასეთი ფერმენტული სისტემა არასაკმარისად აქვს განვითარებული და უცხო ცილა სისხლში შეიწოვება, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ორგანიზმის სენსიბილიზაცია და ალერგიული დაავადების განვითარება. საკვებისმიერი ალერგიის მიზეზი შეიძლება იყოს რძის ერთ-ერთი ცილა — ლაქტოგლობულინი. ამიტომ 6 თვიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვისთვის ძროხის რძის მიცემისას საჭიროა დიდი სიფრთხილე.

გენეტიკური დაავადების — გალაქტოზემიის შესახებ (როცა ახალშობილი ვერ იტანს დედის რძესაც კი) ზევით იყო მითითებული.

ალერგიული რეაქციის შემთხვევაში კი რამდენიმე თვის განმავლობაში მას რძეს აღარ აძლევენ.

ზღვის თევზი (ოკეანის პროდუქტები) გაცილებით უფრო ხშირად არის ალერგიის მიზეზი, ვიდრე მდინარისა. თევზის თერმული დამუშავება არა სპობს ალერგენის რეაქციას. ამა თუ იმ პიროვნებაში სენსიბილიზაციას იწვევს ერთი რომელიმე სახის თევზი, სწორედ მის მიღებას უნდა ერიდოს იგი.

ყველაზე ძლიერ ალერგენს შეიცავს ხორბალი. იგი ხშირია თივის ცხელებასთან (პოლინოზთან) ერთად, როცა ადამიანი ვერ იტანს ხორბლეულს. ბალახის მტვერს. თუ თივის ალერგიას ემატება ალერგიული დერმატიტი. ბრონქული ასთმა, მაშინ ალერგენის დასადგენად ატარებენ სპეციალურ სინჯს საკვებით.

საკვებისმიერ ალერგიას სხვადასხვანაირი ნიშნები ახასიათებს, ზოგჯერ ადამიანს ჰამისთანავე უვითარდება ჰინჯრის ციების მსგავსი გამონაყარი. ზედა სასუნთქი გზების შეშუპება, ბრონქული ასთმის შეტევა. ასეთი სურათი სწრაფად უვითარდებათ აწეული რეაქციის მქონე ტიპებს. მაგრამ ზოგჯერ ძნელია დავადგინოთ, კონკრეტულად რომელ საკვებთან არის დაკავშირებული დერმატიტი, კონიუქტივიტი, სურდო, მოხრჩობის შეგრძნება.

ზოგჯერ საკვებით გამოწვეული ალერგიის პირველი ნიშნებია პირის ღრუსა და ენის ლორწოვანი გარსის ანთება, ცხელება, შაკიკი, ნევროზული რეაქცია, გასტრიტი, კოლიტი, ქოლეცისტიტი.

ალერგოლოგი გულდასმით გამოკვლევის საფუძველზე ადგენს დაავადების მიზეზს; სპეციალური სადიაგნოსტიკო პრეპარატებით ატარებენ საექვო საკვები პროდუქტის ექსტრაქტით კანის ცდას. მომატებული მგრძნობელობის შემთხვევაში ვითარდება შეწითლება, დამახასიათებელი შეშუპება. კანის რეაქცია სწრაფად ქრება და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე იგი არ მოქმედებს.

საკვებით გამოწვეული ალერგიის დასადგენად მნიშვნელოვანია განმტვირთავი, ანუ ელიმინაციური დიეტა. ასეთ შემთხვევაში საკვებიდან გამორიცხავენ ამა თუ იმ პროდუქტს, რომელიც ხშირადაა ალერგიის მიზეზი.

საბოლოოდ ალერგენის სახეს ადგენენ ე. წ. პროვოკაციული ტესტის შემდეგ. ამისთვის ავადმყოფის რაციონიდან გამორიცხავენ საექვო პროდუქტს; შემდეგ, ალერგოლოგიურ სტაციონარში ექიმის კონტროლის ქვეშ ავადმყოფს უზმოზე აძლევენ აღნიშნულ პროდუქტს. ალერგიული რეაქციის შემთხვევაში ავადმყოფს უტარებენ საჭირო სამედიცინო დახმარებას.

საკვებით გამოწვეული ალერგიის დიაგნოსტიკისთვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, კერძოდ E კლასის იმუნოგლობულინების აღმოჩენას. თუ მათი რაოდენობა

სისხლის შრატში მომატებულია, იგი ალერგიული დაავადების მაჩვენებელია. ხშირად იმუნოლოგიური ტესტის გამოყენებით შესაძლებელია ალერგიის დადგენა კლინიკური ნიშნების განვითარებამდე. ალერგიის პროვოცირების გამომწვევი საკვები პროდუქტის ან პროდუქტების დადგენის შემდეგ აუცილებელია მათი გამორიცხვა რაციონიდან.

საკვებიდან კვერცხის, კაკლის, ციტრუსების, ზოგი სახის თევზის ელიმინაციას (გამორიცხვას) მოსდევს ავადმყოფის გამოჯანმრთელება ან მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.

რაციონიდან ალერგიის გამომწვევის გამორიცხვიდან 1—2 წლის შემდეგ ვითარდება დესენსიბილიზაცია და იმ პროდუქტს, რომელიც ადრე იწვევდა ალერგიულ რეაქციას, კარგად იტანენ. ამიტომ ხანგრძლივი ელიმინაცია არამართო პროფილაქტიკური, არამედ სამკურნალო ღონისძიებაცაა.

საკვებით გამოწვეული ალერგიის თავიდან აცილებისთვის მნიშვნელობა აქვს ბავშვის სწორ კვებას.

დახმარება შოკის დროს

შოკს ახასიათებს ორგანიზმის ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების — გულ-სისხლძარღვთა, თირკმლის ფუნქციის, სუნთქვის, მიკროცირკულაციის, მეტაბოლიზმის მოშლა. არჩევენ ტრავმულ. ჰიპოვოლემიურ, კარდიოგენურ, დამწვრობისმიერ, სეფსისურ შოკს.

მძიმე ტრავმის შედეგად ხშირია ტრავმული შოკი, რომელსაც თან სდევს ძლიერი სისხლდენა, ტკივილი, ანემიური ქსოვილებიდან დაშლის პროდუქტების შეწოვით გამოწვეული ინტოქსიკაცია. სისხლის სწრაფად დაკარგვა ტრავმული შოკის განვითარების ერთ-ერთი წამყვანი ფაქტორია.

ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის 20—30%-ით ნელა. თანდათან შემცირება არ იწვევს არტერიული წნევის მნიშვნელოვან დაცემას. იმავე რაოდენობით სისხლის სწრაფად დაკარგვამ შეიძლება სიკვდილი გამოიწვიოს.

არჩევენ შოკის ორ ფაზას — ერექტიულს და ტორპიდულს. ერექტიული ფაზა ხანმოკლეა, იწყება ტრავმის მიღებისთანავე. ამ დროს კანი მკრთალია, პულსი აჩქარებული, არტერიული წნევა მომატებული, ავადმყოფი აგზნებულია.

ტორპიდული ფაზის მიმდინარეობაში, შოკის სიმძიმის მიხედვით, არჩევენ 4 ხარისხს:

I ხარისხის შოკის დროს ავადმყოფი კონტაქტურია. სისტოლური არტერიული წნევა დაქვეითებულია 90 მმ-მდე. პულსი ოდნავ აჩქარებულია (90—100 წუთში), ვენური წნევა — 60 მმ-ის

ფარგლებშია, სუნთქვა ზერელე. თანაბარი, ოდნავ აჩქარებულია, კანი მკრთალია, ზოგჯერ აღინიშნება კუნთების კანკალი. სისხლში ზომიერი ლეიკოციტოზია — $15 \cdot 10^9$ /ლ-მდე. ფრჩხილის ფალანგზე ზეწოლის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა გვიან აღდგება.

II ხარისხის (საშუალო სიმძიმის) შოკის დროს ავადმყოფს გონება შენარჩუნებული აქვს, მაგრამ აღინიშნება შეკავება, აპათია. კანი ძალიან მკრთალი და ცივია, დაფარული წებოვანი ოფლით, ტუჩები და თითის წვერები ციანოზური, ტემპერატურა 35° -მდე. ფრჩხილის ფალანგზე ზეწოლის შემდეგ სისხლის მიმოქცევა ძალიან გვიან აღდგება. სისტოლური არტერიული წნევა $80-70$ მმ, პულსი სუსტი. ავსებისაა, წუთში $120-140$, ვენური წნევა 40 მმ, სუნთქვა ზერელე და აჩქარებულია, წუთში 25 -მდე.

III ხარისხის (მძიმე) შოკის დროს ავადმყოფი მეტად მძიმე მდგომარეობაშია: აღინიშნება შეკავება, აპათია, ტკივილზე არ რეაგირებს, შეკითხვებზე გაურკვევლად პასუხობს, კანი ძალიან ფერმკრთალია, ტუჩები — ციანოზური, სუნთქვა ზერელე და გახშირებული, ზოგჯერ გაიშვიათებული, პულსი $130-140$ წუთში, სისტოლური არტერიული წნევა $70-50$ მმ და ნაკლებია. ცენტრალური ვენური წნევა — 0 ან უარყოფითია, შარდის გამოყოფა შეწყვეტილია (ანურია). სისხლში მნიშვნელოვანი ლეიკოციტოზია — $35 \cdot 10^9$ /ლ-მდე.

IV ხარისხის შოკის დროს აღინიშნება აგონიის წინამდგომარეობა: კანი და ლორწოვანები ფერმკრთალია, ციანოზური, სუნთქვა ზერელე და გახშირებული, პულსი სუსტი და აჩქარებული, სისტოლური არტერიული წნევა 50 მმ და უფრო ნაკლებია.

დახმარება. საჭიროა: 1. სისხლდენის შეჩერება; 2. სასუნთქი გზების გამტარობის აღდგენა და ფილტვების ადეკვატური კენტილაცია; 3. გაუტივიარება; 4. შენაცვლებითი ტრანსფუზიული მკურნალობა; 5. მოტეხილობის იმობილიზაცია და ნოვოკაინით ბლოკადა (2% -იანი ხსნარის 20 მლ ან $0,5\%$ -იანი 100 მლ და მეტიც) დაზიანების ადგილზე; 6. დაზიანებულის ადეკვატური — დამზოგველი ტრანსპორტირება.

საჭიროა ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის აღდგენა შოკაწინააღმდეგო ხსნარების: პოლიგლუკინის, რეოპოლიგლუკინის (რეოგლუმანის), ელათინოლის გადასხმა. შეიძლება რინგერის, ფიზიოლოგიური, 5% -იანი გლუკოზის ხსნარის, ლაქტასოლის და სხვ. გამოყენება.

ავადმყოფს აწვენენ ტრენდელენბურგის მდებარეობაში. იმობილიზაციისა და ტრანსპორტირების წინ აუცლებელია გაუტივი-

რება (ადგილობრივი, ზოგადი), უნდა გაითვალისწინონ, რომ მორფოლოგიური, პათოლოგიური, ომნოპონი თრეუნავს სუნთქვის ცენტრს (განსაკუთრებით ხანშესულ პირებში). ამჟობინებენ დროპერიდოლის, ნიღბით აზოტის ქვეყანგის ეანგბადთან ერთად (1:1 ან 2:1 კონცენტრაციით) მიცემას. ტრავმული შოკის დროს უფრო ეფექტურია არანარკოტიკული ანალგეტიკი (4—5 მლ 50%-იანი ანალგინი), ურჩევენ ტრანკვილიზატორს (1—2 მლ 0,5%-იანი სედუქსენი). შოკის დროს, ისე როგორც დამწვრობის შემთხვევაში, ყველა პრეპარატი უნდა შეიყვანონ ვენაში და არა ქსოვილებში (აქედან იგი ძნელად შეიწოვება).]

ტრანსპორტირებისას გონზე მყოფ ავადმყოფს აწვევენ ზურგზე, უგონო მდგომარეობაში მყოფს გვერდზე (რათა აიცილინონ სასუნთქი გზების ობტურაცია). ცხვირისა და პირის ღრუს დაზიანებისა და იქიდან სისხლის დენისას ავადმყოფს აწვევენ მუცელზე და თავს უბრუნებენ გვერდზე. ენის გადაყარდნისას აუცილებელია ჰაერგამტარი.

ჰემორაგიისაგან შოკის გარჩევაში გვიხმარება ზოგიერთი ნიშანი: შოკის დროს კანი მორუხო-მონაცრისფროა, დაფარულია ცივი ოფლით, ავადმყოფს თავის წამოწევისას გულის წასვლა არ უვითარდება.

ჰემორაგიის შემთხვევაში კანი მკრთალია, ცივი ოფლით იშვიათად იფარება (ანემური შოკის განვითარებამდე), ავადმყოფს თავის წამოწევისას უვითარდება კოლაფსი.

შოკსაწინააღმდეგო ენერგიული ღონისძიებების პირობებში ავადმყოფს უკეთებენ საჭირო ოპერაციას.

შოკის დროს რეკომენდებულია ავადმყოფს გადაუსხან ახლად გაყინული პლაზმა, სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვისას კი — ეანგბადის გადამტანი ერიტროციტული მასა.

დაავადების პროფილაქტიკა

დაავადების პროფილაქტიკა გაცილებით ადვილია, ვიდრე მისი მკურნალობა, ამიტომ პროფილაქტიკის შესახებ ზოგი რამ უნდა იცოდეს არა მარტო მედიკოსმა, არამედ მოსახლეობამაც.

ადამიანი რომ ჯანმრთელი იყოს, პირველ რიგში თვითონ უნდა ზრუნავდეს ამაზე, ისარგებლოს იმ მრავალმხრივი ხელსაყრელი პირობებით, რასაც სახელმწიფო და საზოგადოება უქმნის. ჩვენს ქვეყანაში ადამიანის ჯანმრთელობა უპირველესი საზრუნავია, რისთვისაც დღითიდღე უმჯობესდება სამედიცინო სამსახური — მაღალკვალიფიციური კადრების მომზადება, თანამედროვე აპარატურით სამკურნალო დაწესებულების აღჭურვა და სხვ. ფიზიკური და

სულიერი ძალის ჰარმონია მას ესაჭიროება ნორმალური ხალისიანი შრომისა და ცხოვრებისათვის. ჯანმრთელობა ოჯახისა და საზოგადოების სიჯანსაღის, შრომისა და შემოქმედებაში წარმატების ერთ-ერთი საწინდარია.

აბსოლუტურად ჯანსაღი ცოტაა, მაგრამ ყველა ადამიანს, მძიმე ავადმყოფსაც კი, აქვს კომპენსაციური შესაძლებლობანი, რითაც ხერხდება ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და აღდგენა.

ცნობილია, მაგალითად, რომ გამარჯვებული არმიის ჯარისკაცს კრილობა გაცილებით უფრო სწრაფად უზორცდებოდა, ვიდრე დამარცხებულისას. მხნეობა, გამარჯვების რწმენა ხელს უწყობს დაცვითი ძალების სტიმულაციას, აღდგენითს პროცესებს და ეხმარება ორგანიზმს განკურნებაში.

ყოველდღიური პრაქტიკა ადასტურებს, რომ მკურნალობა შედეგიანია, როცა დიდია განკურნების რწმენა და ძალა.

უმძიმესი ავადმყოფიც ხშირად იკურნება, თუ იგი არ კარგავს გამოკეთების იმედს, არ ეძლევა სასოწარკვეთილებას, სწამს, რომ განსაცდელს თავს დააღწევს და, პირიქით, არცთუ ისე მძიმე დაავადების მკურნალობა ძნელდება, როცა ავადმყოფი წუწუნებს, არა აქვს განკურნების იმედი, მხარში არ უდგას და არ ეხმარება ექიმს.

ძველთაგანვე ცნობილია, რომ დაავადების მკურნალობას დიდად განაპირობებს ავადმყოფის, ავადმყოფობისა და ექიმის მოქმედების თანაფარდობა; როცა ავადმყოფი და ექიმი ერთად ებრძვიან სენს, უკეთ სძლევენ მას.

სამწუხაროდ, არიან ადამიანები, რომლებიც რწმენის როლს სათანადოდ არ აფასებენ და მთელ იმედს სასწაულმოქმედ მედიკამენტზე ან ოპერაციაზე ამყარებენ. დღეს მართლაც ძალზე ხშირია წამლით განკურნება, ოპერაციით მომაკვდავის გადაჩენა, ინვალიდობის აცდენა, მაგრამ ამასთან უალრესად დიდია დაავადების პროფილაქტიკის მნიშვნელობა.

პროფილაქტიკური მედიცინის აღმოჩენებს და მის სწორად გამოყენებას შეუძლია მილიონობით ადამიანს ააცილოს დაავადება. პროფილაქტიკური აცრების მეოხებითაა, რომ ადამიანებმა დაივიწყეს ბევრი მომაკვდინებელი სენი. პროფილაქტიკურ მედიცინას შესწევს უნარი უკარანახოს მოსახლეობას, რა პირობებში და რომელ რეგიონში უფრო ხშირია ესა თუ ის დაავადება — სიმსივნე იქნება იგი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადება თუ სხვ. როგორ შეიძლება მისი თავიდან აცდენა თუ არა, შემცირება მაინც.

დღევანდელი ცხოვრების პირობები და ურბანიზაცია ისედაც ხელსაყრელ პირობებს უქმნის მრავალ დაავადებას, მათ შორის ფილტვის კიბოს განვითარებას. თამბაქოს მწვევლთა შორის

ფილტვის კიბო ოცჯერ უფრო ხშირია. ზოგი ამას აბსოლუტურად არ ითვალისწინებს, მეტიც, თამბაქოს ეწვევა სუფრასთან, სამსახურში არამწვეველთა შორის, და, რაც უარესია, ბავშვებთანაც კი, ოჯახში, არ ითვალისწინებს, თუ რა საშიშროებას უქმნის მათ. თამბაქო მანედ მოქმედებს გულსა და სისხლძარღვებზე, კუჭზე (მით უფრო წყლულიან ავადმყოფზე), ღვიძლზე, ხელს უწყობს იმპოტენციას.

იგივე შეიძლება ითქვას ალკოჰოლის, მით უფრო, მისი გადაქარბებით და სისტემატურად ხმარებაზე. იწყება პიროვნების დეგრადაცია, მემკვიდრეობის დაკნინება. ყველაფერ ამას ისიც ემატება, რომ ავტოავარიის უხშირესი მიზეზი მთვრალი მძღოლია.

ექიმი გვიჩვენებს აქტიურ ცხოვრებას. მოძრაობას, ფიზიკურ შრომას, ფიზიკურ ვარჯიშს, გარკვეული მანძილის გავლას, სართულზე ფეხით ასვლას, წყლის პროცედურებს — ცივი წყლით ტანის დახელას (წყლის გადავლება, გაკაყება), ვერიდოთ მეტისმეტ ჭამას. სუფრასთან დიდხანს ჯდომას, საღამოთი სისტემატურად მსუქე ვახშამს, მკავეს და მარილიან საკვებს. მაგრამ რატომღაც ადამიანები ამას ყურად არ იღებენ.

ქრონიკულმა ავადმყოფმა ხშირად კარგად იცის მისი დაავადების შესახებ, ისიც, თუ რა გართულებაა მოსალოდნელი რეჟიმის დარღვევით, მაგრამ ექიმის აკრძალვის მიუხედავად ადვილად არღვევს მას: ენდარტერიტიის ან ფილტვის ქრონიკული დაავადების დროს ეწვევა თამბაქოს, ღვიძლის დაავადების, ციროზის, საყლაპავი მილის ვენებიდან სისხლის დენის საშიშროების, თირკმლების მძიმე დაავადების დროს არ ერიდება ალკოჰოლს, ცხიმოვან საჭმელს, არ იცავს დიეტას. კუჭის (თორმეტგოჯა ნაწლავის) წყლულით დაავადებული არ იკლებს ალკოჰოლსა და თამბაქოს, კვების რეჟიმს კი (რომელიც მთავარია) მეორეხარისხოვნად თვლის.

ის ოჯახშია სამაგალითო, სადაც ალკოჰოლურ სასმელს არ სვამენ, თამბაქოს არ ეწევიან. თუ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ოჯახურ ტრადიციად იქცევა. ეს კარგი სწავლისა და ნაყოფიერი შრომის საწინდარია.

რატომღაც პროფილაქტიკური ხასიათის რჩევა ისე დამაჯერებელი არ არის, როგორც მკურნალობის აუცილებლობა. მეტიც, ხშირად უექიმოდ სარგებლობენ წამლით და გაბედულად ჰკიდებენ ხელს თვითმკურნალობას, რაც მეტად სახიფათოა.

ფფექტური წამალი მარილმაც ბევრია: ზოგი მათგანი დაავადებაზე პირდაპირ მოქმედებს. ზოგიც სპობს ან ამცირებს დაავადების სიმწეებს.

უამრავი წამლიდან არაექიმმა ძნელია გაარჩიოს მათი პირდაპირი თუ თანამოვლენები (მით უფრო აუტანლობა), რაც ერთისთვის უვნებელია, მეორისთვის კი შეიძლება საბედისწერო გახდეს.

ახლა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ უწამლოდ ორგანიზმის თავდაცვისა და ბრძოლისუნარიანობის გაზრდას. პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ძალა და მნიშვნელობა საუკუნეების გამოცდილებით არის დადასტურებული.

მოძველდება ყველაზე ძლიერი მედიკამენტი, შეიქმნება ოპერაციის ახალი მეთოდები, უფრო სრულყოფილი აპარატები და ხელსაწყოები მაგრამ მაშინაც კი ჰიგიენური პირობები. რაციონალური კვება, ცხოვრების აქტიური რეჟიმი, ნებისყოფა, მავნე ჩვეულებებზე (თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკული საშუალებანი) გადაპკრით უარი, ოჯახსა და კოლექტივში კარგი ფსიქოლოგიური კლიმატი თავის მნიშვნელობას არ დაკარგავენ.

შიდსისა და B ჰეპატიტის პროფილაქტიკა

შიდსის (შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის) პროფილაქტიკას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. განსაკუთრებით, სქესობრივი ცხოვრების ჰიგიენას. მისი მკურნალობა ჭერჭერობით უცნობია და მით უფრო დიდია საგანმანათლებლო მუშაობის როლი.

შიდსის ვირუსი ნაკლებად გამძლეა გარემოში. ვირუსი 70° ტემპერატურაზე 2 წუთში იღუპება; მას კლავს სადეზინფექციო ხსნარები. წყლიან გარემოში ვირუსი ძლებს 15 დღემდე, გამომშრალ მასალაში სამ დღემდე.

B ჰეპატიტის პროფილაქტიკისთვის საჭიროა სამედიცინო ხელსაწყოების სტერილიზაციის თანამედროვე ღონისძიებანი. მისი ვირუსი გაცილებით უფრო გამძლეა, ვიდრე შიდსისა; საჭიროა ხელსაწყოები, შპრიცები წინასწარ სათანადო დამუშავების შემდეგ (იხ. ზევით) სტერილდებოდეს დუღილით 45 წუთს მაინც.

მ ე დ ი ც ი ნ ი ს მ უ შ ა კ მ ა უ ნ დ ა ი ც ო დ ე ს, რ ო მ ც უ დ ა დ გ ა ს ტ ე რ ი ლ ე ბ უ ლ ი ხ ე ლ ს ა წ ყ ო ს (შ პ რ ი ც ი ს) ხ მ ა რ ე ბ ა თ ა ნ ა მ დ ე ბ ო ბ რ ი ე ი დ ა ნ ა შ ა უ ლ ი ა. ამიტომაც, რომ ასე მწვავედ დგას შპრიცების ერთჯერადი გამოყენების საკითხი.

გულგრილი დამოკიდებულება შეიძლება საბედისწერო გახდეს.

შიდსის ვირუსის გამოვლენისთვის იკვლევენ დონორს (ან გადასასხმელ სისხლს). სისხლის პრეპარატები საშიში არ არის ლაბორატორიული შემოწმების შემდეგ, გარდა ჰემოფილიისთვის საჭირო მე-8, მე-9 ფაქტორისა. ლეიკოციტური (ადამიანიდან, პლაცენტიდან დამზადებული) ინტერფერონი ნაკლებად გამოიყენება.

ვარაუდობენ, რომ სისხლში ლაზერის გატარება მოსპობს შიდსის ვირუსს. პრეპარატების სათანადო დამუშავება ძირითადად სპობს ვირუსს.

შიდსის ინკუბაციური პერიოდია რამდენიმე თვიდან 6 წლამდე. დაავადება შეიძლება დაიწყოს ხანმოკლე ცხელებით, კისრის ლიმფური კვანძების შესიებით და ინფექციური მონონუკლეოზის სხვა ნიშნებით, რაც შეიძლება დაადასტუროს სეროლოგიური გამოკვლევის პასუხმაც.

შიდსის პირველი ნიშნებია საერთო სისუსტე, ოფლიანობა, კისრის ლიმფური კვანძების გადიდება, მოგვიანებით დიარეა (რომელიც 2—3 თვეს გრძელდება), სიგამხდრე, კაპოშის სარკომა, პნევმოციტური პნევმონია. კისრისა და ილღის ლიმფური კვანძების გადიდებისას ურჩევნ ლაბორატორიულ გამოკვლევას შიდსის ვირუსის დასადგენად.

* * *

ცივილიზაციას და ტექნიკურ პროგრესს ადამიანისთვის დიდ სიკეთესთან ერთად საკმაო ზიანიც მოაქვს.

ტექნიკურმა პროგრესმა გამოიწვია გარემოს — ჰაერის, წყლისა და ნიადაგის დაბინძურება მთელს მსოფლიოში, ამან კი კაცობრიობა სასიცოცხლო მნიშვნელობის პრობლემის წინაშე დააყენა.

ცივილიზაციის პროცესი აკნინებს ადამიანის ფიზიკურ გამძლეობას, იწვევს ნერვულ, ფსიქიკურ გადაძაბვას.

ადამიანმა დიდ წარმატებებს მიაღწია ეპიდემიათა გამომწვევებთან ბრძოლაში, მაგრამ ნაკლები შედეგები აქვს გარემოს ათვისების შედეგად გამოწვეულ უსიამოვნებასთან ბრძოლაში.

ქალაქის მოსახლეობას უფრო ხშირად აქვს სასუნთქი გზების კატარი და სხვა მრავალი დაავადება, ვიდრე სოფელში მცხოვრებთ, რადგანაც ქალაქი სოფელზე გაცილებით მკვიდროდაა დასახლებული, უხვადაა ავტომანქანები, ფაბრიკა-ქარხნები, რომლებიც თავისი გამოწვავებით, ნახშირი წყლით ინტენსიურად აბინძურებენ ჰაერს, გარემოს. თუ გავითვალისწინებთ, რომ 1000 კმ გავლისას ერთი ავტომობილი იმდენ ჟანგბადს ხარჯავს, რამდენიც ერთ ადამიანს ჰყოფნის სიცოცხლის განმავლობაში, დედამიწაზე კი 400 მილიონზე მეტი ავტომობილია (ელ. ზიგმუნდი), ადვილი წარმოსადგენია, რა ეკოლოგიურ საფრთხეს უქმნის ავტომობილი. ცოცხალ გარემოს. 2% გოგირდის შემცველი ნახშირით ან ნავთით მომუშავე მხოლოდ ერთი დიდი თბოელექტროსადგური ატმოსფეროში ყოველ წუთს გამოყოფს 250 კგ-მდე გოგირდის ანჰიდრიდს. დასაშვებ კონცენტრაციამდე მისი გაწმენდისთვის საჭიროა იმდენი ჰაერი, რამდენიც თა-

ნამედროვე კაცობრიობას ეყოფოდა 50 წუთის განმავლობაში. დიდ ქალაქებში გამონაბოლქვეში მტერის შემცველობა ზოგჯერ იმდენად მაღალია, რომ წელიწადში ერთ კვადრატულ კილომეტრზე 200---300 ტონას აღემატება, რაც დაუსახლებელ ადგილებთან შედარებით ორმოცჯერ მეტია.

წყალს ჰაერის მსგავსად უდიდესი სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს. განვითარებული ინდუსტრიის ქვეყნებში ტექნიკური პროგრესის შედეგად იმდენად დაბინძურდა წყაროები, მდინარეები, ტბები, ზღვები, რომ სერიოზული საფრთხე შეექმნა ადამიანს. მეტად მწვავედ დგას საჭირო რაოდენობით ხარისხოვანი წყლით მოსახლეობის უზრუნველყოფის პრობლემა. წყლის მოხმარება ერთადამიანის მიერ XX საუკუნის დასაწყისთან შედარებით შვიდჯერ გაიზარდა, წყლის მარაგი კი არ მატულობს, უცვლელია და თანაც ინტენსიურად ბინძურდება უშუალოდ ჰაერიდან და ნიადაგიდან.

ნიადაგს ადამიანი ატმოსფეროსა და წყლის მსგავსად მისი გამოყენების დროს აბინძურებს. ნიადაგის დაბინძურება ზოგჯერ ხდება სპეციალურად — ნიადაგში სასუქების შეტანისას, სასოფლო-სამეურნეო კულტურების სარეველებთან ან მავნებლებთან საპრძოლველად პესტიციდების და შხამ-ქიმიკატების გამოყენებისას. ეს ნივთიერებები ჯერ ნიადაგში გროვდებიან, შემდეგ გადადიან სასარგებლო მცენარეებში, ცხოველთა ორგანიზმში და მათზე ტოქსიკურად მოქმედებენ. სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტებთან ერთად ეს ნივთიერებანი შეიძლება მოხვდეს ადამიანის ორგანიზმში, რაც მეტად მავნეა. პესტიციდებს შორის არის ტოქსიკური, მუტაგენური და კანცეროგენული ნივთიერებანი. ზოგიერთ ქვეყანაში მათი გამოყენება შვიდჯერ გაიზარდა. ამჟამად ამ სახის 30%-მდე პრეპარატს იყენებენ. ქიმიური მრეწველობის განვითარებას დიდ სარგებლობასთან ერთად ზიანიც მოაქვს.

ქანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით (1981), სიმსივნურ დაავადებათა 90% დაკავშირებულია გარემოსთან, მათ შორის სხვადასხვა ქიმიურ ნივთიერებასთან. ფიზიკურ ფაქტორებთან, რომელთაგან ყველაზე აქტიური კანცეროგენია მაიონიზებული გამოსხივება, ბიოლოგიური ფაქტორებიდან — ზოგი სახის ვირუსული ინფექცია.

განვითარებულ ქვეყნებში კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის სიხშირე მეორე ადგილზეა. ევროპასა და ამერიკაში ფილტვის, სწორი ნაწლავის, სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს კიბო, აფრიკისა და აზიის ქვეყნებთან შედარებით, ხშირია.

ხმაურის ხანგრძლივი და ძლიერი მოქმედება იწვევს ცივილი-

ზაციისთვის დამახასიათებელ ნერვულ და ფსიქიკურ მოშლილობას, სმენის დაქვეითებას და სხვ.

ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედებს ჩვეული ცხოვრების წესის შეცვლა. ადამიანი იმის მაგიერ, რომ უფრო ხილდებოდეს ჯანმრთელობას, ხშირად ცხოვრების არასწორი რეჟიმი ხელყოფს მას. ხანმოკლე სიამოვნებისთვის უნებისყოფო პირები იყენებენ ნარკოტიკულ პრეპარატებს, რითაც უდიდეს ზიანს აყენებენ თავის ჯანმრთელობას, იმოკლებენ სიცოცხლეს.

სწორ კვებას თანამედროვე ადამიანის ჯანმრთელობისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. განვითარებადი ქვეყნების ბავშვთა ნახევარი უჭმელობით იღუპება, ეკონომიკურად განვითარებული მოსახლეობის უმეტესობას კი სისტემატურად კარბი კვებისა და აკინეზიის გამო უფითარდება სიმსუქნე და მისთვის დამახასიათებელი დაავადებანი: ათეროსკლეროზი, გულის იშემიური დაავადება, დიაბეტი, სიმსივნე და სხვ.

სწორად შერჩეული რაციონი (ცხოველური ცხიმის, ცილისა და შაქრების შემცირება, მცენარეული ცხიმისა და საერთოდ მცენარეული პროდუქტების რაოდენობის გაზრდა) ამჟამად ფართოდ გავრცელებული მრავალი დაავადების პროფილაქტიკური ღონისძიებაა.

ამერიკასა და ინგლისში მსხვილი ნაწლავის კიბოთი სიკვდილიანობა ათჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ნიგერიაში. მსხვილი ნაწლავის, პანკრეასის, თირკმლის, პროსტატის და სარძევე ჯირკვლის კიბოს სიხშირის მიზეზად, სხვა ფაქტორთა შორის, კარბ კვებას, საკვებში ცხოველური ცხიმისა და ცილის სიუხვეს მიიჩნევენ. ისე არ უნდა გავიგოთ, თითქოს ცხოველური პროდუქტები კიბოს უშუალო გამომწვევი იყოს. საკმლის მონელების პროცესში ისინი გარკვეულ ცვლილებებს იწვევენ, ისეთი ნივთიერებები წარმოიქმნება, რომლებიც ნაწლავთა მიკროფლორაზე მოქმედებენ და ხელს უწყობენ კიბოს განვითარებას.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სასმელი წყლის ხარისხს. იქ, სადაც მოსახლეობა რბილ წყალს იყენებს, ინფარქტის შემთხვევები გაცილებით ხშირია, ვიდრე იმათ შორის, რომლებიც სასმელად სიდრმიდან მოპოვებულ წყალს იყენებენ.

საკვებ პროდუქტებსა და საკმლის მომნელებელ ორგანოთა კიბოს შორის გარკვეული კავშირი ჯერ კიდევ ძნელი ასახსნელია, მაგრამ ფაქტია, რომ კუჭის კიბო ოთხჯერ უფრო ხშირია იაპონიაში, ვიდრე ევროპასა და ამერიკაში. მიზეზად შებოლილი და მარილიანი საკვები მიაჩნდათ, მაგრამ ამერიკაში მცხოვრები იაპონელების მეორე თაობას იმავე სიხშირით აღენიშნება კუჭის კიბო, თუმცა

ისინი ადგილობრივი მოსახლეობის მსგავსად იკვებებიან. კუქის კიბო შედარებით ნაკლებად გვხვდება სომხეთსა და საქართველოში, ვიდრე ბალტიისპირეთში.

ხშირი და ძლიერი სტრესი, არასასიამოვნო ინფორმაცია. გამუდმებული დაძაბულობა, რაც დღევანდელ პირობებში ძალზე გახშირდა, ხელს უწყობს მრავალი დაავადების განვითარებას. ადამიანის ჯანმრთელობასა და შრომის უნარზე არასასურველ გავლენას ახდენს სისტემატური კონფლიქტი და უსიამოვნება ოჯახის წევრებთან, თანამშრომლებთან, ქუჩაში, ტრანსპორტში. ნორმალური ცხოვრებისთვის აუცილებელია წყნარი, მშვიდი გარემოს შექმნა, რაც ხშირად არ ხერხდება. ამას მოსდევს ფსიქიკური გადაძაბვა.

პარადოქსია, მაგრამ ფაქტია, რომ მუშაობის პროცესში ელმავლის მემანქანე, ორთქმავლის მემანქანესთან შედარებით, არ განიტვირთა, ელმავლის მემანქანეებში უფრო ხშირია ნევროზი და ფსიქიკური აშლილობა, რასაც ფიზიკური აქტიურობის შემცირებას მიაწერენ, სამაგიეროდ გაიზარდა მეტად სწრაფი რეაქციის აუცილებლობა, რისთვისაც, ეტყობა, ადამიანი ჯერ კიდევ მზად არ არის.

ამავე მიზეზით ხსნიან სხვადასხვა სახის პულტთან მომუშავეთა არტერიული წნევის მომატებას დღის ბოლოს. ფსიქიკური და ფიზიოლოგიური მაჩვენებლების ცვლილებებს, რაც ხშირად დაავადების სახეს იღებს.

შემჩნეულია, რომ მაღალკვალიფიციურ ამერიკელ მუშას დიდ პასუხისმგებლობისა და დანტერესების გამო სისტემატურად ზედმეტი მუშაობის შედეგად ორჯერ უფრო ხშირად აღენიშნება ინფარქტი.

ამერიკელი კარდიოლოგების დაკვირვებით ძლიერი სტრესის პირობებში მომუშავე პრაქტიკოს ექიმსა და ანესთეზიოლოგს სამჯერ უფრო ხშირად უვითარდება გულის იშემიური დაავადება, ვიდრე დერმატოლოგსა და პათოლოგანატომს.

ადამიანის ჯანმრთელობაზე დიდ გავლენას ახდენს ცხოვრების ნირის შეცვლა და გაუარესება: ოჯახის დანგრევა, შვილის წასვლა ოჯახიდან, შეუფერებელი სამუშაო და ა. შ.

ავტომობილიზაციისა და ტელეფიკაციის გამო ადამიანი ძალიან პასიური გახდა, დაუქვეითდა ფიზიკური აქტიურობა. ამასთან ზოგ ქვეყანაში საგზაო შემთხვევათა შედეგად 20—40 წლის ადამიანთა მსხვერპლი გაცილებით მაღალია, ვიდრე დანარჩენი დაავადებების (ინფექციური, გულ-სისხლძარღვთა, კიბო და სხვ.) შედეგად.

სამხედრო ტექნიკის განვითარება საშიშროებას უქმნის კაცობრიობის არა მხოლოდ ჯანმრთელობას, არამედ საერთოდ სიცოცხლეს.

პირველხარისხოვანია გარემოს დაცვა და გაჯანსაღება. ადამიანი ერთჯერადი სარგებლობისთვის გარემოს ზიანს არ უნდა აყენებდეს, რომლის უარყოფით შედეგს ადრე თუ გვიან თითონვე იმკის. ბუნების ხელყოფის უარყოფითი შედეგი თავს იჩენს ახლო მომავალში, ზოგჯერ დიდი ხნის შემდეგ. აუცილებელია ბუნებისადმი დიდი სიფრთხილით მოპყრობა. კაცობრიობამ ოპტიმალური დამოკიდებულება უნდა გამოიხატოს ეკონომიკასა და ეკოლოგიას შორის. ეს არის ერთადერთი სწორი გზა, რომელსაც არავითარ შემთხვევაში არ უნდა გადავუხვიოთ. ნებისმიერი მდინარისთვის კალაპოტის შეცვლა, ნებისმიერ ტბაში წყლის დონის დაკლება, ნებისმიერი უღელტეხილის გაჭრა გლობალური მნიშვნელობის მოვლენაა და იგი უექველად იმოქმედებს ფლორასა და ფაუნაზე, რაც თავისთავად გავლენას ახდენს ადამიანთა ჯანმრთელობაზე.

კაცობრიობამ ტექნიკური პროგრესისა და ცივილიზაციის პირობებში საგულდაგულოდ უნდა აირჩიოს სწორი გზა, რათა ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს ზიანი არ მიაყენოს.

ჯანმრთელობის წყარო, ისე როგორც ავადმყოფობის მიზეზი, გარემოა. ყველა დაავადებისა, მათ შორის ცივილიზაციით გამოწვეული დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლის ერთადერთი ეფექტური და რეალური გზა მისი პროფილაქტიკაა.

მხოლოდ ადამიანზეა დამოკიდებული მომავალში როგორი იქნება ცივილიზებული საზოგადოება, როგორ გამოიყენებს მეცნიერებისა და ტექნიკის მიღწევებს. ადამიანს შეუძლია აიცილოს ცივილიზაციის უარყოფითი შედეგი, მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესი გამოიყენოს თავისი კეთილდღეობისთვის.

სიცოცხლის ხანგრძლივობას ძირითადად განსაზღვრავს: მემკვიდრეობა და გარემო.

სიცოცხლეს ახანგრძლივებს და ჯანმრთელობას აკაჟებს ისეთი მავნე ჩვევების აკრძალვა, როგორიცაა: თამბაქოს წევა, ალკოჰოლიზმი, ბევრი ჭამა და ზედმეტი წონა, თვითმკურნალობა (წამლები-სა და ქიმიკატების უკონტროლო გამოყენება), გამუდმებული ნერვული სტრესი, ფიზიკური გადაძაბვა. ჯანმრთელობისთვის აუცილებელია ზომიერი და რეგულარული ფიზიკური შრომა, აქტიური ცხოვრების წესი, სისტემატური ფიზიკური ვარჯიში, მეცნიერულად დასაბუთებული ბალანსირებული კვება, პერიოდული სამედიცინო შემოწმება, ვიტამინების, განსაკუთრებით ასკორბინმჟავას უხვად მიღება.

მსოფლიოში სამი ადგილის (კავკასიის, ვილკამბაბისა და ხუნ-ზების) დღეგრძელი ადამიანები, ძირითადად ამ წესს იცავენ და ღრმად მოხუცებულობამდე ინარჩუნებენ შრომის უნარსა და მხნეობას.

ჯანმრთელობისადმი შეგნებული, პასუხისმგებლური დამოკიდებულება ყველა ადამიანისთვის სავალდებულოა. საჭიროა შეიცვალოს ადამიანთა ყოფა-ცხოვრების სტერეოტიპი, მოსახლეობის ჰიგიენური აღზრდის მეთოდები.

ჯანმრთელად ყოფნა უნდა გახდეს პრესტიჟული. ჯანმრთელობა ხომ მხნეობის, სილამაზისა და შრომისუნარიანობის სათავეა. ბედნიერება, ბედნიერი ცხოვრების ცნება ჯანმრთელობისაგან განუყრელია. კარგი ჯანმრთელობის გარეშე შეუძლებელია სრული ბედნიერება.

დღეს მედიცინის გადაუდებელი საზრუნავია ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, დაავადებათა პროფილაქტიკა, ჰიგიენის, სანიტარიული კულტურის წესების დაცვა ადამიანის დაბადებიდან სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებამდე.

მედიცინის ნებისმიერ სფეროში, იქნება ის ქირურგია, თერაპია, ინფექციური თუ სხვა დაავადებები, დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს პროფილაქტიკის საკითხებს.

დღევანდელი ადამიანის ფიზიკური დატვირთვა მნიშვნელოვნად შემცირდა, საკვების კალორაჟი კი გაიზარდა. ყოველივე ეს უარყოფითად მოქმედებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ნივთიერებათა ცვლაზე, ერთობ გახშირდა დიაბეტი და სხვ.

მედიკოსები, პედაგოგები მშობლებთან ერთად გაერთიანებული ძალებით უნდა ზრუნავდნენ და ატარებდნენ სათანადო კონსულტაციებს ქორწინების, ქალისა და გოგონას ჰიგიენის, ოჯახის შექმნის საკითხებზე, ნეგატიურ მოვლენებთან (ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასთან, თამბაქოს წევასთან) ბრძოლის შესახებ, მოზარდი თაობის აღზრდის ფსიქოპროფილაქტიკური მუშაობის და სხვა მრავალ საჭირბოროტო საკითხზე.

თანამედროვე ადამიანის უზშირესი დაავადებაა ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონიული დაავადება, ოსტექონდროზი და სხვ., რომელთა აცილებას ხელს უწყობს სათანადო პროფილაქტიკური ღონისძიებები. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებიდან ნერვულ სისტემაზე ყველაზე უფრო მავნედ მოქმედებს ჰიპერტონიული დაავადება და ათეროსკლეროზი. ორივე ეს დაავადება თანდათანობით ვითარდება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. მათი აცილება შეუძლებელია, თუ გვეცოდინება მიზეზები და დროულად ჩავატარებთ სათანადო ზოგადჰიგიენურ ღონისძიებებს, დავიცავთ რეჟიმს.

ათეროსკლეროზის, აგრეთვე ჰიპერტონიული და სხვა მრავალი დაავადების პროფილაქტიკაში მეტად მნიშვნელოვანია ცხოვრებისა და შრომის ისეთი პირობები, რომლებიც ხელს უწყობენ ნევრო-

ზული მდგომარეობის აცილებას. დიდი მნიშვნელობა აქვს კოლექტივში ურთიერთ კეთილ დამოკიდებულებას, სასწავლო პროცესის თუ შრომის ნორმალურ რიტმს, საკუთარი შრომის შედეგებით კმაყოფილებას, პროფესიული დონის მუდმივ ამაღლებას, სწავლითა და შრომით განცდილ კმაყოფილებას და სიხარულს.

ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს შრომისა და დასვენების სწორ რეჟიმს, ხმაურის აცილებას, საკმაო ძილს (7-8 საათი), ფიზიკურ შრომასა და სპორტს. ნერვული სისტემის განმტკიცება ხელს უწყობს ათეროსკლეროზის აცილებას და დადებითად მოქმედებს ნივთიერებათა ცვლაზე. გულის, ტვინის, კიდურების არტერიების უკვე განვითარებული ათეროსკლეროზის დროს კი ფიზიკური დატვირთვა და სპორტული ვარჯიშები უნდა შეიზღუდოს და ჩატარდეს ექიმის კონტროლით.

ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკაში მეტად მნიშვნელოვანია ნერვული სისტემის დამამშვიდებელი ყველა ღონისძიება: ყურადღების სხვა საგანზე გადატანა, გართობა, ნადირობა, თევზაობა, ცურვა, ბალ-ბოსტანში მუშაობა. სპორტული თამაშობანი. მუსიკით, ფერწერით გატაცება და ა. შ. მნიშვნელოვანია აგრეთვე გონებრივი შრომის რეგლამენტაცია; რათა მას არ მოჰყვეს გადაღლა (ცუდი ძილი, თავის ტკივილი, თავბრუს). სამაგიეროდ, ყოველგვარი ნაღვლიანობა, დარდი, გადაძაბვა, განცდები სისხლის წნევაზე მკვეთრად ზემოქმედებს.

დაკვირვება ცხადყოფს, რომ გულისა და პერიფერიული არტერიების ათეროსკლეროზი ძირითადად უვითარდებათ თამბაქოს მწვევლებს: ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს თამბაქოს აკრძალვას, ალკოჰოლური სასმელების შეზღუდვას, სუფთა ჰაერზე ყოფნას და სათანადო კვებას. რეკომენდებულია ქოლესტერინითა და ცხიმით ღარიბი საკვები. გარკვეული დამოკიდებულებაა მიოკარდიუმის ინფარქტს. სისხლში ქოლესტერინემიასა და საკვებში ცხიმისა და ქოლესტერინის ჭარბ რაოდენობას შორის. ქოლესტერინემია უფრო ხშირია იმათში, ვინც მეტად იყენებს ცხიმის შემცველ საკვებს, მათ, მიოკარდიუმის ინფარქტიც უფრო ხშირად უვითარდებათ და, პირიქით, იმ ქვეყნებში, სადაც საკვები ღარიბია ქოლესტერინით, ათეროსკლეროზის შემთხვევები ნაკლებია. ათეროსკლეროზის განვითარებას მხოლოდ საკვების თვისებებს არ მიაწერენ. მრავალია იმის მაგალითი, როცა აღამიანები, ათეროსკლეროზი უვითარდებათ, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ხანგრძლივად იკვებებიან ცხიმითა და ქოლესტერინით ღარიბი საკვებით და, პირიქით, ათეროსკლეროზი არა აქვთ ასაკიდან ჰაერებს, რომლებიც ხანგრძლივად იყენებენ ქოლესტერინით მდიდარ საკვებს.

გამართლებულად არის მიჩნეული კვების შეზღუდვა კონკრეტული ჩვენების მიხედვით იმ შემთხვევებში, როცა აღინიშნება ათეროსკლეროზისადმი მემკვიდრეობითი მიდრეკილება, რამდენჯერმე ლაბორატორიული შემოწმებით გამოვლინდება ქოლესტერინის მაღალი მაჩვენებელი (ნორმა 6 მმოლ/ლ), აღინიშნება სიმსუქნისადმი მიდრეკილება, ფარისებრი ჯირკვლისა და სასქესო ორგანოთა ფუნქციის დაქვეითება, აგრეთვე პოდაგრა, ნაღველკენჭოვანი დაავადება და ღვიძლის უკმარისობა.

პირველ რიგში უნდა შეზღუდონ ქოლესტერინით მდიდარი საკვები: ცხოველური ცხიმი, კვერცხის გული, ტვინი და ა. შ. უფრო მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ რაციონიდან ცხიმის გამოთიშვა და არა ქოლესტერინის. დაკვირვება ადასტურებს რომ ათეროსკლეროზით დაავადებულები თავს უკეთ გრძნობენ, როგორც კი ისინი იწყებენ ვეგეტარიანული საკვების მიღებას; მათ უმცირდებათ სტენოკარდიის შეტევები, გარდამავალი კოჭლობა და ა. შ. სასურველია ხორცისა და ხორცის ნახარშზე მომზადებული კერძების შეზღუდვა.

რძის პროდუქტები (ხაჭო, მაწონი, უმარილო ყველი) დიდი რაოდენობით შეიცავს ე. წ. ლიპოტროპულ ნივთიერებებს (მეთიონინს, ქოლინს, ლეციტინს), რის გამოც მათ დადებით როლს ანიჭებენ ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკაში.

განსაკუთრებით მავნეა სუფრის მარილისა და მარილიანი კერძების ჰარზად მიღება. ჰარზი მარილი ცუდად მოქმედებს გულისა და თირკმლების ფუნქციაზე, ხელს უწყობს სისხლძარღვთა სპაზმს. ზოგის დაკვირვებით, მარილის მიღებით სისხლში მატულობს ქოლესტერინის რაოდენობა. აუცილებელია მარილის ნაკლებად ხმარება, ზოგიერთი ცხარე და მარილიანი საკვების შეზღუდვა.

ვიტამინებიდან დიდ მნიშვნელობას აძლევენ C ვიტამინს (ასკორბინმჟავას). იგი სისხლში ამცირებს ქოლესტერინის რაოდენობას. ასკორბინმჟავას შემცველი ბოსტნეულის, მწვანე ხაჭაპურის, ზოგიერთი კენკროვანისა და ხილის ხმარება გამართლებულია. არ არის რეკომენდებული D ვიტამინი, როგორც ათეროსკლეროზისა და კალციონოზის ხელშემწყობი. სითხის შეზღუდვა რეკომენდებულია მოგვიანებით, გულის უკმარისობის შემთხვევაში.

ჰიპერტონიული დაავადების პროფილაქტიკასა და ასევე მკურნალობაში, ისე როგორც ათეროსკლეროზის დროს. მთავარია ნერვულ-ფსიქიკური დაძაბულობის აცილება. შრომის და დასვენების სწორი ორგანიზაცია; სახლში ოჯახის წევრთა შორის, განსაკუთრებით ხანშესულ და მოხუც მშობლებთან, აგრეთვე სამსახურში ირგვლივ მყოფებთან თბილი დამოკიდებულება და ა. შ.

მეტად მნიშვნელოვანია დღე-ღამეში 8--10 საათი სრულყოფილი ძილი. საჭიროა ძილის წინ გასეირნება, დაძინებამდე 2 საათით ადრე მუშაობის შეწყვეტა, ვახშმობა ძილამდე 3 საათით ადრე; არ არის რეკომენდებული დიდხანს ტელეგადაცემების ყურება. ინდიფერენტული წყლით შხაპისა ან აბაზანის მიღება. ძილს აწესრიგებს ვალერიანის მიქსტურა ბრომით, ლუმინალით. დიდი მნიშვნელობა აქვს სანატორიულ-კურორტულ მკურნალობას. ფეხით სიარულს, სამკურნალო ფიზკულტურას, ქალაქგარეთ გასეირნებას, ნიჩბოსნობას, თხილამურებით სრიალს. მსუბუქ ფიზიკურ შრომას. მძიმე დატვირთვა გამართლებული არ არის. თამბაქოს წევა და ალკოჰოლური სასმელების ხმარება მალე არტერიული წნევის დროსაც ერთობ მავნეა.

განსაკუთრებით სასარგებლოა სუფრის მარილის მკვეთრად შეზღუდვა, თითქმის აკრძალვა, ცხოველური ცხიმის შემცირება. რეკომენდებულია რძე და მისი პროდუქტები, მცენარეული საკვები ხორცისა და თევზის ზომიერად მიღება, მცენარეული ზეთის ხმარება. სითხის მიღების შეზღუდვა ამ შემთხვევაშიც სასარგებლოა. ადამიანი ყოველგვარ კონფლიქტურ სიტუაციაში, რაგორც შინ, ისე სამუშაოზე უნდა ცდილობდეს აიცილოს ფსიქოემოციური სტრესი, რადგან ამ დროს სისხლში გაძლიერებით გამოიყოფა სისხლძარღვის შემეფიწროებელი ჰორმონები: ადრენალინი და ნორადრენალინი.

აუცილებელია სხეულის წონის კონტროლი. სისმსუქნეს თან სდევს ქოლესტერინემია, რაც ხელს უწყობს ჰიპერტონიული დაავადების განვითარებას. წონაში დაკლებისთვის უნდა ერიდონ ნამცხვარს, პურს, მკვეთრად შეზღუდონ შაქარი, ტკბილეული, ცხოველური ცხიმით მდიდარი პროდუქტები, არაყანი, ცხიმიანი ხაჭო, კარაჭი, ნაყინი. უნდა ერიდონ ცხარე და მლაშე საკმეღს, მწნილულს, კონსერვებს. უნდა გვახსოვდეს, რომ მარილის შეზღუდვა აკრძალვა, ხშირად წამლის გარეშეც ნორმალურს ხდის ავადმყოფის არტერიულ წნევას.

ჰიპერტონიული დაავადება შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და შემთხვევით აღმოაჩინონ. ამიტომ პერიოდულად საჭიროა წნევის შემოწმება.

ოსტეოქონდროზი 20—30, განსაკუთრებით კი 40 წლის შემდეგ თითქმის ყველა ადამიანს აქვს, მაგრამ ნევროლოგიური გამოვლენა (ტკივილი კისრის, მხრის, წელის ან ქვედა კიდურის არეში) დამოკიდებულია წელისა და კისრის კუნთოვანი საფარველის სიმაგრესა და მალთაშუა დისკოს მდგომარეობაზე. ოსტეოქონდროზი ზოგჯერ არ აწუხებს ღრმა მოხუცსაც კი. რაც უფრო მაგარია კუნთოვანი საფარველი, მით უფრო გვიან იწყება ოსტეოქონდროზი.

ზურგის ტვინის, მისი ფესვებისა და სისხლძარღვების დამცველი ძელოვანი საფარველის — ხერხემლის დაზიანება.

ასაკის მატებასთან ერთად, მეტი სტატისტიკური და დინამიკური დატვირთვის შედეგად, კისრისა და წელის მალეები ზიანდება. მნიშვნელობა აქვს პროფესიას, ჩვევებს, ფიზიკურ დატვირთვას. ხშირად ტკივილის მიზეზია ვენური შეგუბება, ზოგჯერ წანაზარდები, დისკოს ცდომა.

ოსტეოქონდროზის შემთხვევაში ტკივილი ზოგჯერ სტენოკარდიის შეტევის მსგავსია. ამ დროს აუცილებელია ელექტროკარდიოგრაფიის გადაღება. სტენოკარდიული ტკივილი ვლინდება არა მარტო მოძრაობის, არამედ მოსვენების დროსაც, მას აქრობს ნიტროგლიცერინი, ვალიდოლი, ოსტეოქონდროზის დროს ტკივილია მოძრაობისას, მას ნიტროგლიცერინი არ შეეღის.

კისრის ოსტეოქონდროზის დროს არ შეიძლება თავის წრიული მოძრაობა და წინ და უკან მოხრა მკვეთრად. სამკურნალო ფიზიკულტურა დაზოგვითი უნდა იყოს. თავის მოხრა ვარჯიშის დროს წინ, უკან, მარცხნივ და მარჯვნივ საკიროა წინააღმდეგობისას და ნელა კუნთების გამაგრებისა და ხერხემლის განტვირთვის მიზნით.

ადამიანმა ჩვევად უნდა გაიხადოს კისრის დაქიმვა. ვერტიკალურად, თავის მალა აწევა. თითქოს ცდილობდეს ამაღლებას. ყოველგვარი მოძრაობა უნდა იყოს სასიამოვნო და არა მტკივნეული. კისრის კუნთების ვარჯიშისთვის ეფექტურია თავის მოხრა წინ და ნიკაპის მიტანა მკერდთან. ასევე თავის უკან მაქსიმალურად გადაწევა, თავის მობრუნება ხან ერთ, ხან მეორე მხარეზე კისერს ავარჯიშებენ ისე, თითქოს თავის მოძრაობით 2—3-ჯერ გამოხატავენ ლათინურ ასოებს A და B. ზურგში სიმძიმის შეგრძნებისას სასარგებლოა 10—15 წუთით წამოწოლა და ხერხემლის მოდუნება. დაავადების დასაწყისში, სამკურნალო ფიზიკულტურის გარდა, რეკომენდებულია რეფლექსოთერაპია. მასაჟი.

ავადმყოფი უნდა იწვევს სწორ საწოლზე, თავი ედოს ყურთბალიშზე, რომლის ქვეშ ჩვეულებრივი ბალიში ექნება.

ტკივილს წელის არეში იწვევს სიმძიმის აწევა. გაცივება. ადამიანმა ბავშვობიდან ჩვეულებად უნდა გაიხადოს სიმძიმის აწევისას მუხლების მოხრა. ოსტეოქონდროზის გამწვავებისას საკიროა წოლა, მოსვენება, შეშუპების საწინააღმდეგო მკურნალობა, რენტგენოთერაპია, ტკივილის საწინააღმდეგო მალამოს შეზღვევა მტკივნეულ არეში, დაქიმვა. ფიზიოთერაპია. რამდენიმე დღე კუნთებში შეყვანა B₁₂ ვიტამინის 500—1000 ერთეულის. ცელაზინის მიღება.

მოანკილოზე სპონდილოართრიტის (ბებტერევის დაავადების) შემთხვევაში მკურნალობის კომპლექსში ფართოდ იყენებენ სამკურნალო ფიზიკულტურას.

ექიმმა ავადმყოფთან სახლში მისვლისთანავე ხელი უნდა დაიბანოს. დაუშვებელია დაუბანელი ხელით ავადმყოფის გასინჯვა.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფთან ექიმის ქცევას. აქამდე ფიქრობდნენ, რომ მომავალი ექიმი სამედიცინო ინსტიტუტში ითვისებდა ავადმყოფთან მოქცევას, მისი სპეციალურად სწავლება საჭიროდ არ მიაჩნდათ. მაგრამ დარწმუნდნენ, რომ პაციენტთან ექიმის თავაზიანი მოქცევის სწავლებას კლინიკურ დისციპლინასთან ერთად არანაკლებ სასარგებლო მნიშვნელობა აქვს. ამიტომ ზოგან იგი ცალკე საგნად შემოიღეს.

გლაზგოში მომავალმა ექიმმა უნდა ჩააბაროს გამოცდა ავადმყოფთან ქცევაში. სამედიცინო ეთიკისა და ქცევის ნორმების დარღვევის შემთხვევაში მომავალი ექიმი კარგავს დიპლომის აღების უფლებას.

ავადმყოფთან ქცევის სწავლებას იწყებენ მეორე კურსიდან. ავადმყოფთან ურთიერთობამდე ფონოგრამების და ფირფიტების გამოყენებით ავარჯიშებენ; III კურსის სტუდენტები უვლიან ხანდაზმულ და განუკურნებელ ავადმყოფებს; IV კურსზე კი მათ ფსიქიკურ ავადმყოფებთან ამუშავებენ; V კურსელები ეხმარებიან ქალებს, რომელთაც ამპუტირებული აქვს სარძევე ჭირკვალი, შეუწყდათ ორსულობა ან დაეღუპათ ახალშობილი ბავშვი.

ბარნსლის საავადმყოფოს ექთნებს ასწავლიან და შემდეგ ავალდებულებენ, ღიმილით მიმართონ ავადმყოფს.

ექიანი გაღიმებული უნდა იყოს ყოველგვარი სიტუაციის დროს და ყველაფერი გააკეთოს იმისთვის, რომ საავადმყოფოს გარემო სსსიამოვნო იყოს. ფიქრობენ, რომ ასეთი პრაქტიკა უსათუოდ დაეხმარება სამკურნალო პროცესის ეფექტურობის ამაღლებას და ავადმყოფი თავს იგრძნობს, როგორც სახლში.

მკურნალის დროის სიციკარის ფაქტორი მართლაც მეტად ცუდად მოქმედებს მკურნალობის ეფექტზე. ექიმმა ავადმყოფს არასდროს არ უნდა აგრძნობინოს, რომ მას სხვა საქმეც აქვს ან სხვა ავადმყოფთან ეჩქარება.

დაუშვებელია, როცა შემოვლისას წინა პალატაში მწოლიარე მძიმე ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ საუბარს განაგრძობენ მომდევნო პალატაში. ზოგს ჰგონია, რომ მასზე ლაპარაკობენ. ექიმი დიდი სიფრთხილით უნდა საუბრობდეს ავადმყოფთან.

რენტგენოლოგიური, ფიბროსკოპიული, ექოსკანირებით თუ სხვა სახის გამოკვლევის დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო. ცუდად მოქმედებს გამოთქმები: დიაფრაგმა მალლა დგას, სინუსი შევიწროებუ-

ლია, გული მწოლიარეა, კუჭი დაწეულია და ა. შ. ზოგი გამოუცდელი ექიმი უფროსს მოახსენებს, რომ ავადმყოფს მუცელში რაღაც ესინჯება და იმ დღიდან ლაბილური ნერვული სისტემის პაციენტს ვერაფრით არწმუნებენ, რომ იგი განიკურნება.

ჩვენში მომავალი ექიმის ავადმყოფთან ქცევის საკითხს ნაწილობრივ ავსებს დეონტოლოგია (იხ. ზემოთ), რომელსაც უფრო სრულყოფილად უნდა ასწავლიდნენ.

ე ქ ი შ, ი თ ა მ ბ ა ქ ო ს ა რ უ ნ დ ა ე წ ე ო დ ე ს.

ქირურგიული ავადმყოფის ავადმყოფობის ისტორიის სქემა

I ხანასპორტო მონაცემები

(ავადმყოფობის ისტორიის თავფურცელი)

1. გვარი, სახელი, მამის სახელი.
2. ასაკი.
3. სქესი.
4. პროფესია და სამუშაო ადგილი.
5. მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი.
6. ოჯახური მდგომარეობა.
7. სტაციონარში შემოსვლის თარიღი.
8. კლინიკური დიაგნოზი.
 - ა. ძირითადი დაავადება,
 - ბ. თანმხლები დაავადება,
 - გ. გართულება
9. ოპერაცია: სახე, ჩატარების თარიღი.
10. ოპერაციის შემდგომი გართულებანი.
11. გაწერის თარიღი.

II ავადმყოფის ჩივილი

მოკლედ უნდა იყოს გადმოცემული ავადმყოფი რას უჩივის ან რა სტკივა. ტკივილის არსებობისას აუცილებელია შეძლებისდაგვარად დადგინდეს:

- ა. მისი ზუსტი ლოკალიზაცია და ირადიაცია;
- ბ. დაწყების დრო;
- გ. მუდმივია თუ არა, ინტენსივობა და ხასიათი;
- დ. განმეორებითია თუ არა, შეტევის პერიოდულობა;
- ე. დაკავშირებულია თუ არა ფიზიკურ დატვირთვისთან. ტრავმასთან, ფიზიოლოგიურ ფუნქციებთან;
- ვ. ტკივილს ახლდა თუ არა თავბრუ, გონების დაკარგვა;
- ზ. დაავადების მომენტიდან და ტკივილის დაწყებიდან ტემპერატურის ცვლილებები.

III. ავადმყოფობის ანამნეზი (ავადმყოფობის განვითარების ისტორია)

(Anamnesis morbi)

1. დაავადების დაწყება და მისი შემდგომი განვითარება.
2. კლინიკაში შემოსვლამდე ჩატარებული მკურნალობა.
3. ცალკეული სისტემების ფუნქციის სუბიექტური მონაცემები.

IV. ცხოვრების ანამნეზი (ავადმყოფის ცხოვრების ისტორია)

(Anamnesis vitae)

1. პროფესიული ანამნეზი.
2. გარემო ფაქტორების გავლენა.
3. ოჯახური ანამნეზი.
4. აღრე გადატანილი დაავადებანი.
5. ალკოჰოლის, თამბაქოსა და ნარკოტიკული ნივთიერებების გამოყენება.

V. ობიექტური გამოკვლევა (status praesens)

ზოგადი მონაცემები

1. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა.
2. სხეულის ტემპერატურა, პულსი, სუნთქვა.
3. სიმაღლე, აგებულება, ნაკვებობა (სხეულის მასა).
4. კანის, ლორწოვანი გარსების, კანქვეშა ცხიმის, ლიმფური კვანძების, კუნთების, სისხლძარღვების, ძვლოვანი სისტემის, ფარისებრი ჭირკვლის, პირის ღრუს გამოკვლევა.
5. გულისა და ფილტვების გამოკვლევა.
6. მუცლის ღრუს გამოკვლევა.
7. შარდ-სასქესო სისტემის გამოკვლევა.
8. ენდოკრინული და ნერვული სისტემის გამოკვლევა.

სხეულის დაავადებული ორგანოს ან არის გამოკვლევით მიღებული მონაცემები

(status loci)

1. დათვალიერება.
2. აქტიური მოძრაობა.
3. პასიური მოძრაობა.
4. პერკუსია.
5. პალპაცია.
6. აუსკულტაცია.
7. გამოკვლევის სპეციალური მეთოდები.

VI. ავადმყოფის გამოკვლევის გეგმა

ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური, ინსტრუმენტული გამოკვლევა. ფუნქციური გამოკვლევა, პუნქცია, ბიოფსია.

VII. კლინიკური დიაგნოზი

VIII. მკურნალობის მეთოდი

1. კონსერვატიული.
2. ოპერაციული.

IX. პროგნოზი

1. სიცოცხლისთვის.
2. სრული გაჯანსაღებისთვის.
3. შრომის უნარის აღდგენისთვის.

ძიარაკგიული ავადმყოფის ისტორიის ვაშორაშვა
(მორიგე ქირურგის სამახსოვრო)

მწვავე ქირურგიული დაავადებით შემოსულ ავადმყოფთა ავადმყოფობის ისტორიის შევსების წესი

1. თავფურცელში შეაქვთ:

- ა) სანდამუშავების მონაცემები;
- ბ) ტრანსპორტირების სახე;
- გ) დაავადების დაწყების თარიღი და საათი, ექიმთან მიმართვის თარიღი და საათი;
- დ) შემოსვლისას დასმული დიაგნოზი, თარიღი, საათი. ხელმოწერა;
- ე) დანიშნული დიეტის ნომერი;
- ვ) ყურადღება უნდა მიაქციონ, რომ მიმღები განყოფილების ექთანმა სწორად გადაწეროს გამომგზავნი დაწესებულების მიერ დასმული დიაგნოზი და ტემპერატურა.

2. პირველ და მეორე გვერდზე შეაქვთ:

- ა) მიმღებ განყოფილებაში ექიმის მიერ ავადმყოფის გასინჯვის თარიღი და საათი;
- ბ) ავადმყოფის ძირითადი ჩივილები;
- გ) არსებული დაავადების ისტორია: დაავადების დაწყების დრო, მიმდინარეობა, როდის მიმართა ექიმს, ფიზიოლოგიური მოქმედებანი, ტემპერატურა თუ ჰქონდა მომატებული. წარსულში მსგავსი დაავადება;
- დ) ცხოვრების ისტორია: გადატანილი დაავადებანი, ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობა და ალერგიული ანამნეზი, გინეკოლოგიური ანამნეზი, მავნე ჩვევები;
- ე) არსებული მდგომარეობა: კანის ფერი, ნაკვებობა, ფილტვები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობა და ა. შ.

ვ) ქირურგიული სტატუსი, რექტული და ვაგინური გამოკვლევა მუცლის ღრუს ყველა დაავადების დროს;

ზ) მიმღები ექიმის მიერ დასმული დიაგნოზი. ხელმოწერა.

დანიშნულება (სიხლისა და შარდის ანალიზი და სხვ.);

თუ ავადმყოფი მიმღებ განყოფილებაში ინახულა თერაპევტზე, უნდა გააკეთოს სათანადო ჩანაწერი აღნიშნოს საათი;

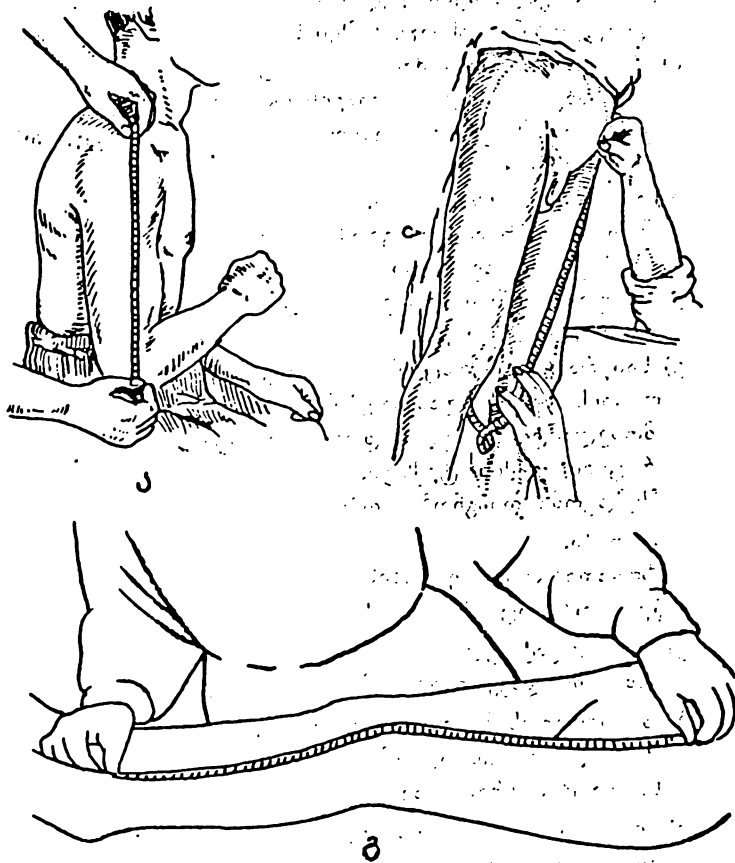
თუ მიმღებ განყოფილებაში გამოიძახეს პასუხისმგებელი ქირურგი, მან უნდა გააკეთოს ჩანაწერი საათის ჩვენებით, დიაგნოზის დასაბუთებით, მკურნალობის ტაქტიკისა და დანიშნულების აღნიშვნით.

3. ანალიზებს აწებებენ პირველ ფურცელზე: ზედა ნახევარში — სისხლის ანალიზს, ქვედაში — შარდისა და განავლისას.
4. მომდევნო გვერდებზე აგრძელებენ ჩანაწერს, რომელიც არ მოთავსდა მეორე გვერდზე ან ჩანაწერს აკეთებენ განყოფილებაში გასინჯვის შესახებ:
 - ა) პასუხისმგებელი მორიგე ქირურგის (გვარი, სახელი, მამის სახელი) მიერ გასინჯვის თარიღი, საათი; დღისით განყოფილების გამგის, უფროსი ასისტენტის ან კურატორის მიერ ავადმყოფის გასინჯვა;
 - ბ) გასინჯვის მონაცემები, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგები, რენტგენოგრაფიის აღწერა;
 - გ) ზუსტი ან სავარაუდო დიაგნოზის დასაბუთება;
 - დ) მკურნალობის ტაქტიკის ჯასაბუთება, დანიშნულება, ოპერაციის ჩვენება;
 - ე) სასწრაფო ოპერაციის შემთხვევაში უნდა აღინიშნოს ოპერაციის საათი, დაავადების დაწყებიდან კლინიკაში შემოსვლამდე გასული დრო, გაუტკივარების სახე, ოპერაციის ოქმის ტექსტი, ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომი დიაგნოზი, ოპერაციის ხანგრძლივობა, დანიშნულება;

ზოგადი გაუტკივარებისას საჭიროა ანესთეზიოლოგის ჩანაწერი ოპერაციამდე და მის შემდეგ;

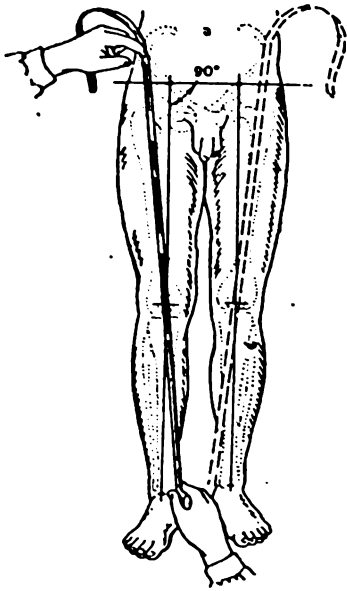
 - ვ) კონსერვატიული მკურნალობისას დღიურში შეაქვთ დინამიკაში დაკვირვების შედეგი და დანიშნულება;
 - ზ) ავადმყოფის მკურნალი ექიმისთვის მიმაგრებამდე დღიურში ხელმეორედ აღნიშნავენ დიაგნოზს და ტაქტიკის დასაბუთებას (როცა ავადმყოფს ოპერაციას არ უკეთებენ);
 - თ) მკურნალი ექიმების დღიური (არანაოპერაციებ ავადმყოფთა) უნდა იწყებოდეს 9.30 საათზე განყოფილების გამგის გასინჯვით, დიაგნოზის დასაბუთებით და შემდგომი ტაქტიკის ჩვენებით ან გამოკვლევის გეგმით.

პრაქტიკული ჩვენების საილუსტრაციო სურათები და
სათანადო ტექსტი



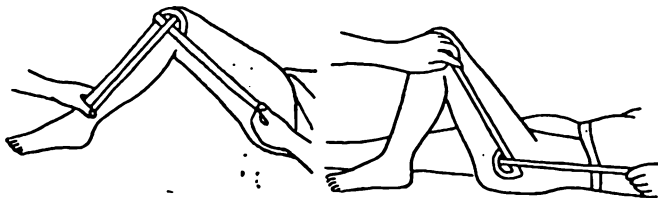
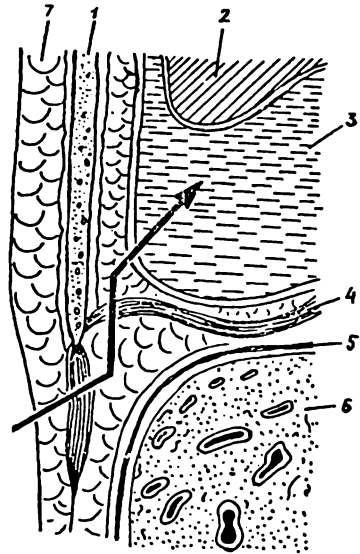
სურ. 185. კიღურის სიღრძის შემოწმებ: ა — მხრის; ბ — ბარძაყის; გ — ქვედა
კიღურის:

ზედა კიღურზე სამი ზომაა მხრისა და სამი — წინა-
მხრისათვის. მხრის ზომები: აკრომიონის მორჩიდან იდაყვის მორჩამ-
დე (შედარებითი სიგრძე), აკრომიონის მორჩიდან მხრის შიგნითა ან გარეთა რო-
კამდე (აბსოლუტური სიგრძე); წინა მხრისათვის: იდაყვის მორჩიდან
იმავე ძელის სადგისისებრ მორჩამდე, სხივის ძელის თავიდან იმავე ძელის სადგა-
სისებრ მორჩამდე (აბსოლუტური სიგრძე) და მხრის შიგნითა როკადან იდაყვის
სადგისისებრ მორჩამდე (წინა მხრის შედარებულ სიგრძე)

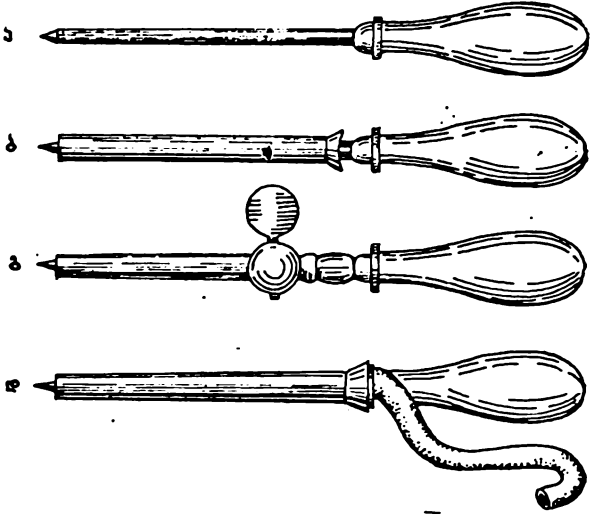
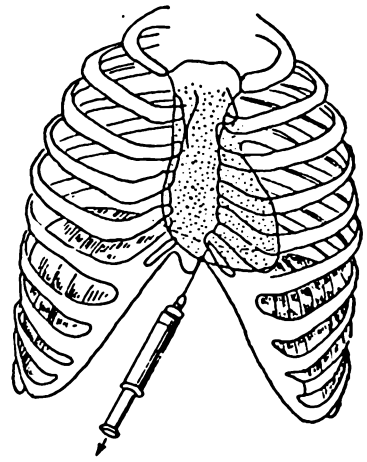


სურ. 186. ქვედა კიდურზე ორი ზომაა: დიდი ციბრუტიდან ბარძაყია გარეთა როკამლე და წვივის გარეთა გოჯამლე (აბსოლუტური სიგრძე); თქმოს წინა ზედა წვეტიდან ბარძაყის გარეთა როკამლე და წვივის გარეთა (შიგნითა) გოჯამლე (შედარებითი სიგრძე)

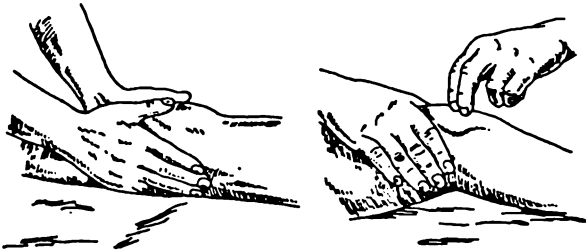
სურ. 187. პერიკარდიუმის პუნქციის სქემა რეტროსტერნულად მარფანის მიხედვით: 1 — სტერნუმი; 2 — გული; 3 — პერიკარდიუმში გამონადენი ახალგერილი სისხლი; 4 — დიაფრაგმა; 5 — პერიტონეუმი; 6 — ლეიძლი; 7 — კანი. პუნქციის დროს ავადმყოფი ფოულერის მდებარეობაშია, ხელებზე დაყრდნობილი გადაწეული თავით. მახვილისებრი მორჩის ქვეშ ანესთეზიის შემდეგ კრიან კანს, საიდანაც შეჰყავთ 10 სმ სიგრძის ნემსი მკერდის ძვლის უკანა ზედაპირზე 5—6 სმ სიღრმეზე. ნემსის გარეთა ბოლოს კი რაც შეიძლება ჰუცლის კანს უახლოებენ



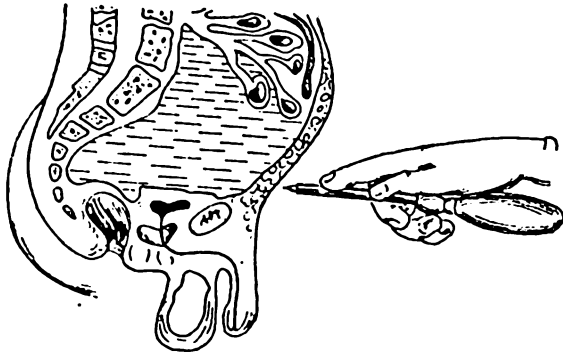
სურ. 189. პერიკარდიუმის პუნქცია ლარეის წესით: ნემსი შეჰყავთ VII ნეკნის ზრტილსა და მახვილისებრი მორჩის ფუძეს შორის 2 სმ სიღრმეზე, ნემსის გარეთა ბოლოს მაქსიმალური დაშვებით. ნემსი შეჰყავთ ზევით და შიგნით პერიკარდიუმის ღრუში 3 სმ სიღრმეზე



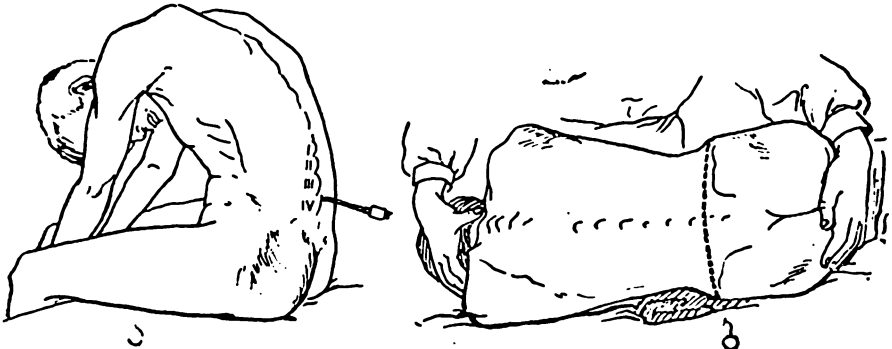
სურ. 190. მუცლის ტროაკარი: ა — სტილეთი; ბ — ჩვეულებრივი კანიულით; გ — ონკანიანი კანიულით; დ — რეზინისმილიანი კანიულით



სურ. 191. მყინთავი კვირისტავის შემოწმება



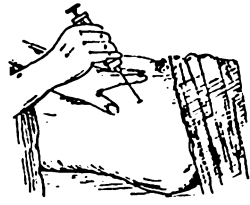
სურ. 192. ლაპაროცენტეზის (პარაცენტეზის — ასციტური სითხის გამოშვების) ტექნიკა: თეთრ ხაზზე კიპსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის (ჯობს ეს მიდგომა) — კიპ-წვერის ხაზზე (შუა და გარე მესამედის საზღვარზე მარცხნივ — მორო-რიხტერის წერტილში) ადგილობრივი ანესთეზიისა და სკალპელის წვერით კანის გაჩხვლეტის შემდეგ აკეთებენ პუნქციას ტროაქარით (წინასწარ შარდის ბუშტის დაცლა აუცილებელია)



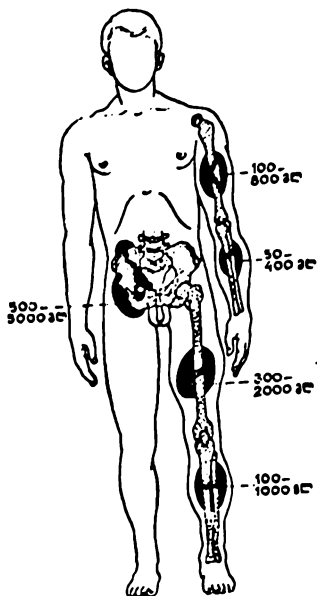
სურ. 193. ავადმყოფის მდებარეობა ცერებრო-სპინური პუნქციის დროს: ა — მჯდომარე; ბ — მწოლიარე მდგომარეობაში; აქვე ნაჩვენებია თედოს ძელის ქედთა შორის შემაერთებელი — იაკობის ხაზი. — რომელიც გაივლის წელის III-IV ან IV-V მალთაშუა სივრცეში



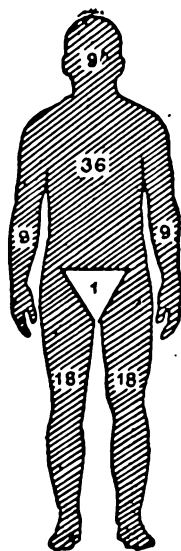
სურ. 194. მუხლის სახსრის პუნქცია



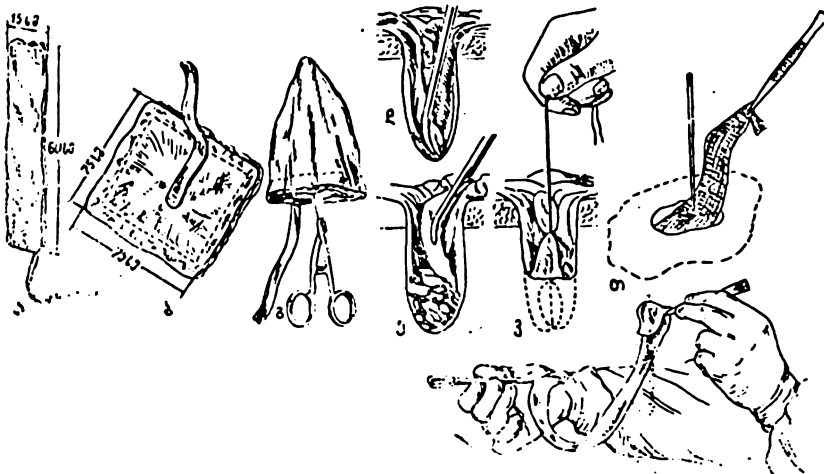
სურ. 195. მენჯბარძაყის სახსრის პუნქცია



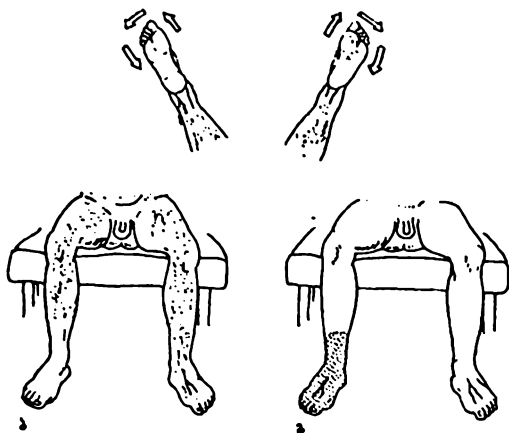
სურ. 196. მძიმე ტრავმის შემთხვევაში ძვლების მრავლობითი მოტეხილობისა და კარგული სისხლის რაოდენობა დაახლოებით



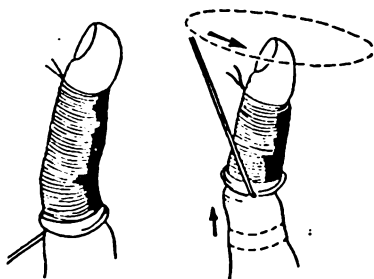
სურ. 197. დამწვრობის ფართობის განსაზღვრა პროცენტობით „ცხრიანის“ წესით, უოლესის მიხედვით



სურ. 198. დიდი ტამპონები: ა — მუცლის ღრუს ტამპონი; ბ — მიკულიჩის მიხედვით; გ — მიკულიჩის ტამპონი — დოლბანდის პარკი გამზადებულია შესატანად; დ — კრილობაში შეტანა; ე — დოლბანდით ამოვსება; ვ — მასზე ფიქსირებული ძაფის გამოტანა; ზ — ტამპონის მიწოდება; თ — ჩირქოვანი ღრუს ფაშარი ტამპონადა



სურ. 199. ქრონიკული იშემიური სინდრომი: ა — მწოლიარე ავადმყოფის 45°-ით აწეული კიღურის ტერფის წრიული მოძრაობისა; დაავადებულ მხარეს ფეხის გული ფერმკრთალდება აღრე; ბ — კიღურის დაშვებისას სალი ტერფი ნორმალურ ფერს იღებს 5 წამში, ვენები ივსება 12 წამში. დაავადებული ტერფი მკრთალი რჩება და ვენები არ ივსება; გ — დაავადებული კიღური გაცილებით უფრო მკვეთრად იფერება. როდესაც შეფერვა და ვენების ავსება 30 წამზე გვიან ხდება, მაშინ აღნიშნება მძიმე იშემიური სინდრომი



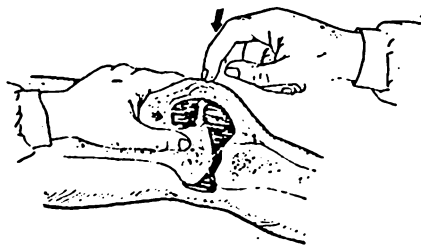
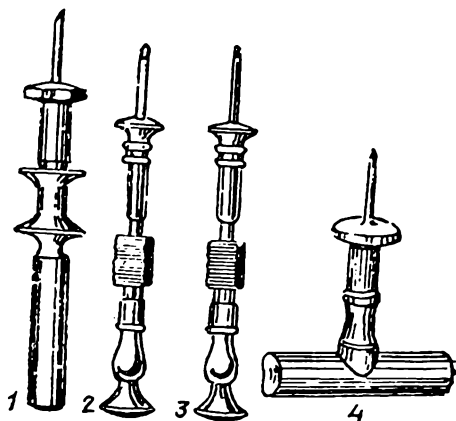
სურ. 200. ბეჭედში გაჭედილი თითის განთავისუფლება ბერლიაევის მეთოდით;

№ 5 აბრეშუმის გრძელი ძაფის ერთ ბოლოს მკრელი ქირურგიული ნემსით: ატარებენ ბეჭდის ქვეშ ქვემოდან ზემოთ. მეორე ბოლოს უშუალოდ ბეჭდის კიდიდან მკიდროდ ახვევენ თითის წვერამდე ისე, რომ ძაფის ერთი რგოლი ეხებოდეს მეორეს. შემდეგ ბეჭდის ქვეშ გაყრილ ძაფს თითის წვერისაკენ ეწევიან და აბრუნებენ თითის ირგვლივ დახვეული ძაფის საწინააღმდეგო მიმართულებით; ბეჭედი თანდათან ინაცვლებს თითის წვერისაკენ. საჭიროების შემთხვევაში იგივეს იმეორებენ

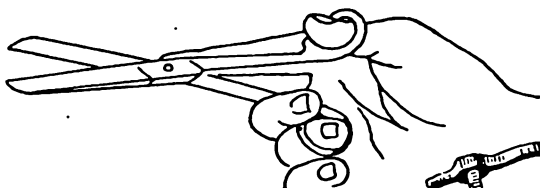


სურ. 201. სკალპელის (ლანცეტის, დანის) დაჭერა გაკვეთისას

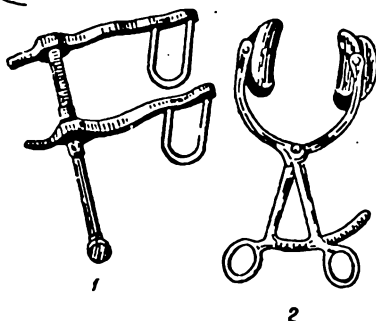
სურ. 202. ნემსები ძელის ტვიხის პუნქციისა კასირსკის (1), პინუსის (4) და ძვალში გადასხმისათვის ლეონტიუვის (2, 3)



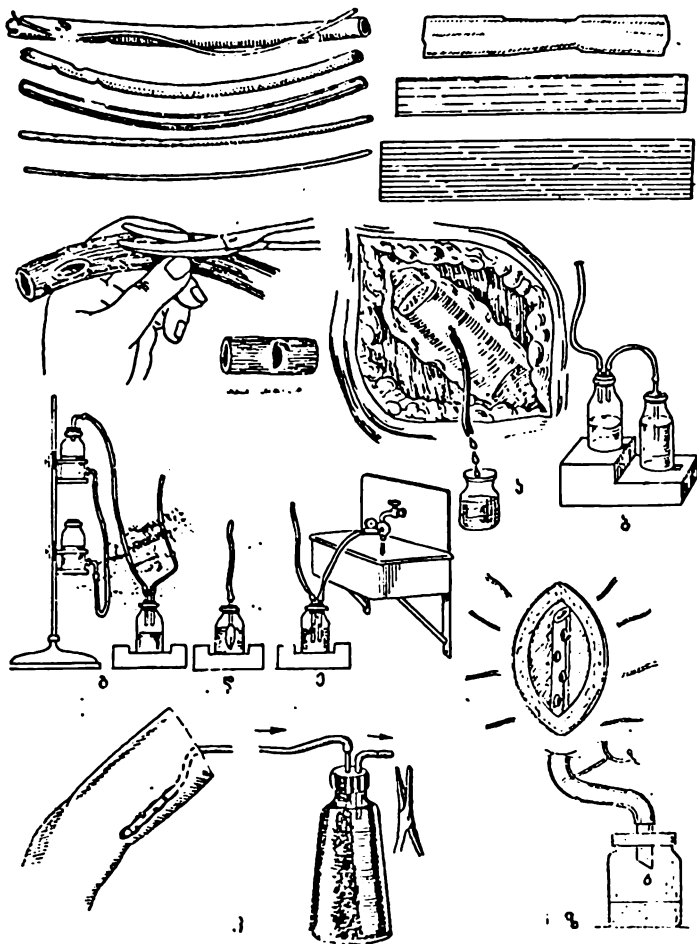
სურ. 203. მეციხოთაჲ კვირისტკიაჲ შემოწმება სქემატურად მუხლის სახსარში სისხლის (ჰემართოზის) ახ. სხვა გამოხადენის დაგროვებისა.



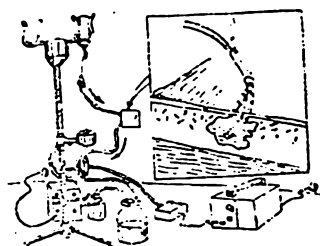
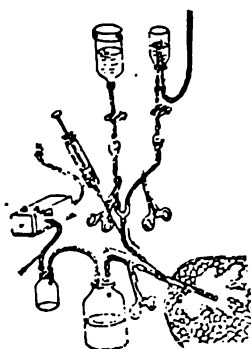
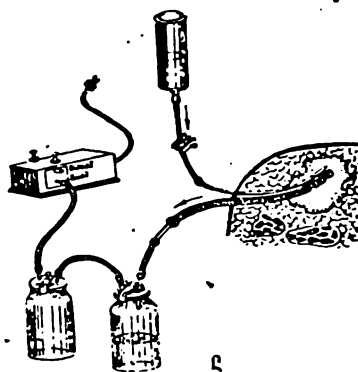
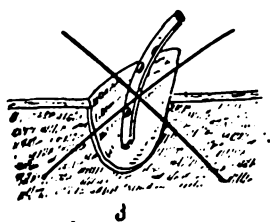
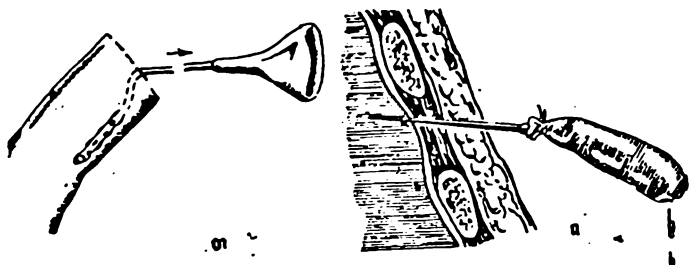
სურ. 204. მაკრატლის დაჭერა



სურ. 205. მუცლის კედლის კრილობას კიდეების გამაგანიერებელი. დამკერი: 1 გოსესი, 2 -- მიეულიჩის



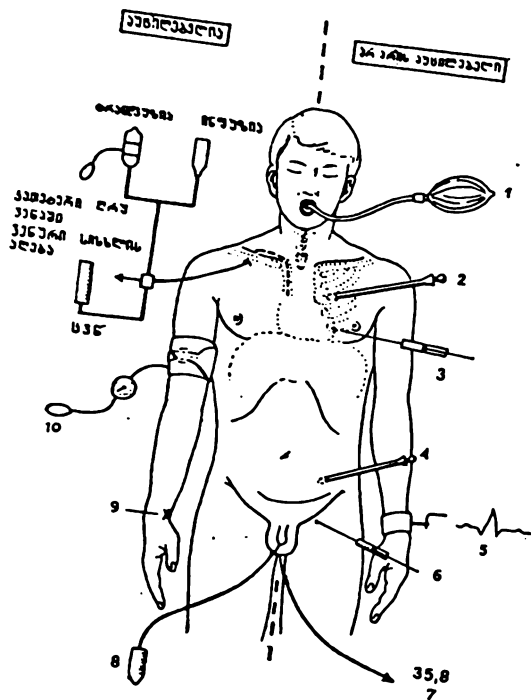
სურ. 206. ღრენაეის სახეები: ღრენაეის მილზე ხერელის სწორად გაკეთება, არასწორად (ქვევით): ა — ღია ღრენაეი; ბ — აქტიური ღრენაეი (პლეერის ღრუს ან სხვა მიღამოს ასპირაციული) ორი ბალონით; გ — აქტიური ღრენაეი გატერტ-პეტერს-სუბოტინის წესით სამი ბალონით; დ — ბიულაუს ღრენაეი; ე — აქტიური ღრენაეი წყლის ონკანით — გამდინარე ნაკადით; ვ — რედონის წესით ვაკუუმ-ღრენაეისათვის ვაკუუმში იქმნება ბობროვის აპარტიდან უანეს შპრიცით ჰაერის პერიოდული ამოქაჩვით და ამ მილის გადაკეტვით; ზ — რედონის წესით ვაკუუმ-ღრენაეი (100°-მდე გამთბარ წყლიან ბალონს ჰერმეტიულად უერთებენ ღრე-



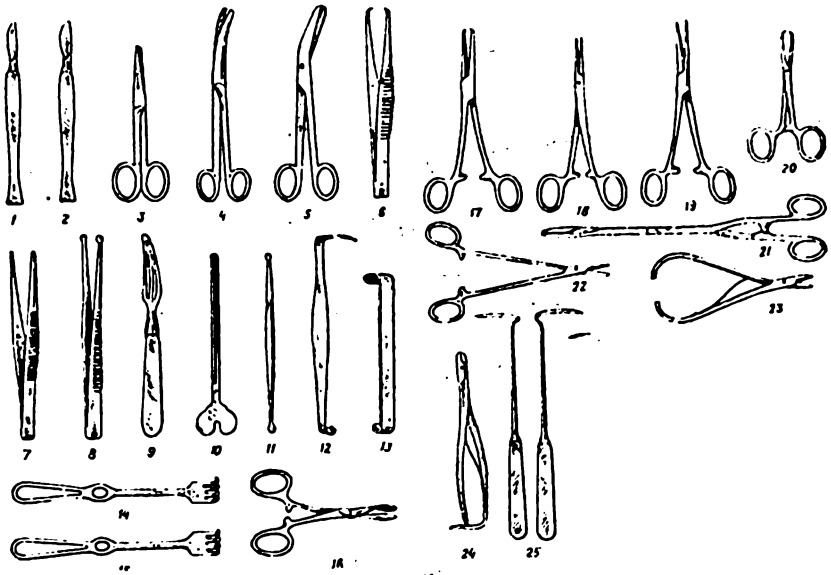
ბ

დ

ნაეს, გაცივებისას კურკელში შექმნილი ვაკუუმი — 75—100 მმ-დან 180 მლ-მდე სითხეს შეიწოვს); თ — მარტივი აქტიური — ასპირაციული დრენაჟი: დრენაჟის მილი შეერთებულია რეზინის ჩაფუშულ ბალონთან, რომელიც თავისით იბერება და იწოვს გამონადენს; ი — დროებითი სარქველვანი ბიულაუს ტიპის; კ — ჩირქოვანი კრილობის (ლრუს) არასწორი დრენირება რეზინის მილით; რთული ჩირქოვანი ლრუს ხანგრძლივი ასპირაცია-გამორეცხვის სისტემის სქემა ნ. ნ. კანშინის მიხედვით (ლ, მ), პროგრამირებული მოწყობილობის გარეშე, პროგრამირებული მოწყობილობით (ნ)

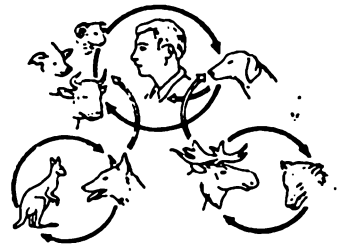


სურ. 207. პირველი დახმარება მძიმე ტრავმის დროს მარცხნივ — აუცილებელი ღონისძიებანი. მარჯვნივ — არ არის აუცილებელი ღონისძიებანი (იგი დამოკიდებულია გამოკვლევის შედეგზე): 1 — ჟანგბადის მიწოდება, ამოსაქაჩი, ინტუბაცია; 2 — ღრენაყი ბიულაუს წესით; 3 — პერიკარდიუმის პუნქცია, ინტრაკარდიული ინიექცია; 4 — მუცლის ღრუს ლავაჟი; 5 — გამუდმებული ელექტროკარდიოგრაფიული დაკვირვება; 6 — არტერიული სისხლის ანალიზი (სისხლის აირთა ანალიზი); 7 — ტემპერატურა; 8 — მუდმივი კათეტერი; 9 — პულსი; 10 — არტერიული წნევა



სურ. 208. საერთო ხელსაწყოები საჭიროა ყოველგვარი ოპერაციის დროს, აგრეთვე კრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავებისათვის. ასეთებია: სკალპელი — მახვილწვერიანი (1), მუცლიანი (2), მაკრატელი — სწორი მახვილწვერიანი (3), კუპერის (4), რიხტერის (5), პინცეტი — ქირურგიული (6), ანატომიურა (7), კბილებიან-თათისებრი (8), ზონდი — კოხერის (9), ღარისებრი (10), ლილაკიანი (11), კავი — ლანგენბეკის (12), ფარ.ბეფის (13), ოთხკბილიანი ბასრი (14), ოთხკბილიანი ბლაგვი (15), სისხლის დენის შემაჩერებელი მომკერი პეანის (16), კოხერის (17), ჰოლსტედის (18), ბილროთის (19), თეთრეულის დასამაგრებელი — ბაკაუზის (20), კორცანგი (21), ნემსის დამკერი ჭეგარის (22), მოტიესი (23), ტროიანოვის (24), სისხლძარღვის ნემსი — დეშანის — მარჯვენა და მარცხენა (25)

სურ. 209. ერთკამერიანი ექინოკოკოზის განვითარების ციკლი რ. შულცის მიხედვით, ძირითად ციკლში ჩართულია ძაღლი, საქონელი და ადამიანი; ქვევით ნაჩვენებია ბუნებრივი კერები, მარცხნივ ძაღლი დინგო და კენგურუ (ავსტრალია), მარჯვნივ მგელი და ირემი (ჩრდილო ამერიკა)



აღაშიანის ზოგიათი ფიზიოლოგიური კონსტანტა

საერთაშორისო სისტემა Si (Sisteme international d. unites-Si) მეცნიერების, ტექნიკისა და წარმოების — უნივერსალური სისტემა აკებულია 7 ძირითადი ერთეულისაგან (ფრჩხილებში მოცემულია ერთეულის აღნიშვნა): სიგრძე - მეტრი (მ); მასა — კილოგრამი (კგ); დრო - წამი (წმ); ელექტროენერგია.

მაჩვენებელი	გამოკვლევის მეთოდი	მოძველებული ნორმა	გაზომვის ერთეული
1	2	3*	4
ჰემოგლობინი		12,6—16,8 გ/100 მლ	გ/ლ
მაჰაკაცის ქალის		12,0—14,0 გ/100მლ	გ/ლ
ერიტროციტები		4—5 მლნ/მმ. კუბ	უჯრედები
მაჰაკაცის ქალის		3,9—4,7 მლნ/მმ. კუბ	1 ლ-ში
ლეიკოციტები		4—9 ათასი/კუბ. მმ	1 "
თრომბოციტები		180—320 ათასი/კუბ. მმ	1 "
მიელოკარიოციტები		50—250 3/1 მკლ	1 "
მეგაკარიოციტები		60—100 ვ/მკლ	1 "
რეტიკულოციტები		0,2—1,0%	%
ცილა შარდში		‰	გ/ლ
გლუკოზა შარდში		%	გ/ლ
შარდის კუთრი წონა		1,108—1,025 გ/მლ	კგ/ლ
ბენს-ჟონსის ცილა		მგ/მლ	გ/ლ
აქეტონი შარდში		0,1, 2,3	
ცილა ლიქვორში		‰	გ/ლ
საერთო ცილა	ბიურეტული ნეფელომეტრიული	6,5—8,5 გ%	გ/ლ
ალბუმინები			გ/ლ
ცილის ფრაქციები		50—61%	
ალფა—1		3—6,8%	
ალფა—2		5,8—8%	
ბეტა		11—13%	
გამა		15,5—21,9%	
გლობულინები			
ალფა—1	ელექტროფორეზი	საერთო ცილის %	
ალფა—2		%	
ბეტა		%	
გამა		%	
ალბუმინო-გლობულინური კოეფიციენტი (ა/გ)			მკმოლ/ლ
იმუნოგლობულინი—ა			მკმოლ/ლ
იმუნოგლობულინი-ბ			მკმოლ/ლ
იმუნოგლობულინი-გ			მწოლ/ლ
ნარჩენი აზოტი	ასელის		მმოლ/ლ
შარდოვანა	დიაცეტილ-ამინო-ოქსამური	15—50 მგ%	მმოლ/დღე-
შარდოვანა		30-მდე გ/24 ს	ლაშეში
კრეატინინი	იაფეს	2 გ/24 ს	მმოლ/დღე-
კრეატინინი	კოლორიმეტრული	0,5—2 მგ%	ლაშეში
შარდშევა		2—4 მგ%	მკმოლ/ლ

სპერტაზორისო ერთეულეზვი (Si)

ძალა — ამპერი (ა); ნიეთიერების რაოდენობა — მოლი (მოლი); სინათლის ძალა — კანდელი (კდ); თერმოინამიური ტემპერატურა — კენილი (კ).

კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევის მათემატიკური მონიტორინგის ერთეულეზვი

ნორმა Si მიხედვით	Si ერთეულეზვი გადაანგარიშების კოეფიციენტი	მასალა	მკ % გადაანგარიშების კოეფიციენტი
5	6	7	8
126—168 გ/ლ		სისხლი	10,0
120—140 გ/ლ		-	10,0
4—5 × 10 ¹² /ლ		-	1,0
3,9—4,7 × 10 ¹² /ლ		-	1,00
4—9 × 10 ⁹ /ლ		-	1,00
180—320 × 10 ⁹ /ლ		-	1,00
50—250 × 10 ⁹ /ლ		-	1,00
60—100 × 10 ⁹ /ლ		-	1,00
0,2—1,0%		-	—
65—85 გ/ლ		შარდი	1,00
%		-	—
1,018—1025 კგ/ლ		-	1,00
გ/ლ		-	1,00
0,1, 2,3+		-	—
გ/ლ		ლექვორი	1,00
65—85	10	შრავტი	
12—23	10	-	
50—61%	1	-	
3—6,8%	1	-	
5,8—8%	1	-	
11—13%	1	-	
15,5—21,9%	1	-	
0,025—0,05	0,01		
0,07—0,13	0,01		
0,08—0,14	0,01		
0,12—0,22	0,01		
1,5—2,0			
5,6—28,1	(X)0,25		
0,6—2,5	0,01	შრავტი	
50,0—112,5	00625	-	
2,5—8,3			
14—28	0,7140	-	
2,5—8,3	0,1665	-	6,02
333—582	19,4	შარდი	
4,4—17,6	8,8		
44—176	88	სისხლი	0,012
119—238	59,5	შრავტი	0,016

1	2	3	4
ბილირუბინი	იანდრაშევის, კლეგორინის, გროფის	0,3—1,2 მგ%	მკმოლ/ლ
გლუკოზა ქოლესტერინი ბ-ლიპოპროთეინი შრატისმიერი რკინა	ორთოტოლ-უიდნური ილკის ბატოფენა ტროლით რეაქცია	60—100 მგ% 150—250 მგ% 350—585 მგ%	მ მოლ/ლ მ მოლ/ლ მგ/ლ
მამაკაცის: ქალის: კალიუმი	ალიანი ფოტომეტრია	80—145 მკგ% 60—120 მკგ% 4—5,5 მეკვ/ლ	მკმოლ/ლ მმოლ/ლ
კალიუმი კალიუმი კალიუმი ნატრიუმი ნატრიუმი კალციუმი კალციუმი	" " " " " "	4—5,5 მეკვ/ლ 30—90 მეკვ/ლ 135—150 მეკვ/ლ 150—220 მეკვ/ლ 5—15 მეკვ/ლ	" " " " "
ალფა ამილაზა (დიასტაზა) ამილაზა ალანინამინოტრანსფერაზა	კარაგეის რაიტმან-ფრენკელის	12,32 მგ/მლ საათ. 64 ერთ-მდე 5—40 ერთ	მგ/წმ. ლ მკმოლ/სთ.ლ
ალანინტრასფერაზა გამაგლუტამინ-ტრანსფერაზა მამაკაცის ქალის	რაიტმან-ფრენკელის	0,6—6,5 მკმოლ/მლ საათ 2,4—4,1 მკმოლ/მლ საათ	მმოლ წმ/ლ მმოლ/წმ.ლ (მკმოლ სთ.ლ)
ასპირგინამინო-ტრანსფერაზა ლაქტალდეჰიდროგენაზა მეავე ფოსფატაზა	რაიტმან-ფრენკელის საველის ბესის და ბროკის	300—500 ერთ	მმოლ/წმ.ლ მკმოლ/წმ.ლ
ტუტე ფოსფატაზა ქოლინესთერაზა ტრიგლიცერიდი მაგნიუმი ფოსფორი ფოსფორი		10—40 მ/ლ 160—340 მკმოლ/მლ. საათ 210-მდე მგ% 2—5 მგ% 0,5—2 გ/24 ს	მმოლ/წმ. ლ მმოლ/წმ.ლ მმოლ/ლ მმოლ/ლ მმოლ/დღე-ღამეში
ქლორი ქლორი გლუკოზა თაქსიფალი ქემოგლობინი სულემის სინჭი თიმოლის სინჭი ფიბრინოგენი		95—110 მეკვ/ლ 120—130 მეკვ/ლ 33—70 მგ% 10-მდე მგ% 1,6—2,0 მლ 5—30 ერთ 0,2—0,4 გ%	მმოლ/ლ " " მ/ლ ლ მ/ლ

5	6	7	8
8,5 -20,5-მდე	27,104	შრატა	0,009
3,3 - 5,55	0,0555	სისხლი	18,02
3,9--6,3	0,026	შრატა	39,7
3,5--8,85	0,1	-	100,0
14,3--26	0,179	შრატა	5,57
10,7--21,5	0,179	-	
2--2,8	0,5	კლანჭა	
4--5,5 შეკვ/ლ	1	შრატა	
77,8--957	1	ერიტროციტები	
30,0--90,0	1	შარღი	
135--150	1	კლანჭა	
150--220	1	შარღი	
2,5--9 დღე-ღამეში	1	-	
2,25--275	0,5	შრატა	
3,3--8,9	0,278	-	
44-მდე	0,6875	შარღი	
0,1--0,68		შრატა	16,667
28--224	5,6	-	
162,5--1760	270,77	-	
101,6--100	270,77	-	
0,1--0,45		-	16,667
1800--3200	6,4	შრატა	1
5--6,67			16,667
139--360		-	9,0
44--94 ათასი		-	27,6
2,31-მდე	0,011	-	9,09
0,7--107		-	
0,65--1,625		-	3,1
0,15--0,65	0,325	შარღი	
95--110	1	სისხლი	
120--130	1	ლიქვორი	
1,83--3,89	0,0555	-	
0,1-მდე	0,01	კლანჭის შრატა	
0,0016--0,002	0,001	შრატა	
6 ერთ-მდე	0,2	-	
2--4	10	-	

შეპვა-ტუტოვანი თანაზარდოზა

მაჩვენებელი	გაოკლევის მეთოდი	გაზოშვის ერთეული	ნორმალური სიდიდე	ძვ. ერთ. SI ერთ. გაღანგ-კოფიც.
PH	ზიგარდ-ანდერსენის		7,35—7,43	1
PCO ₂ არტერია ვენა (PvCO ₂)	" " "	კპა "	4,5—6,1 5,5—7,3	0,133 0,133
სტანდარტული ბიკარბონატი არტერია ვენა	ზიგარდ-ანდერსენის "	მმოლ/ლ "	22—26 24—28	1 1
ტუტუების სიკარბე ან დეფიციტი PO ₂ არტერია (PaO ₂) ვენა (PvO ₂)	P _{O₂} "	" კპა "	2,3 10,64—13,3 4,9 — 5,58	1 0,133

მოძველებული ერთეულის Si სისტემის ერთეულებში გადაყვანისთვის ძველ ერთეულს ამრავლებენ გაღანგარისშების კოეფიციენტზე, ზოლო ამ კოეფიციენტზე გაყოფისას იღებენ მოძველებულ ერთეულს.

ციკაულირებადი სისხლის მოცულოზა

მაჩვენებელი	ნორმალური სიდიდეები	მეთოდი, ავტორი
კორკულირებადი სისხლის მოცულოზა	60,5—84,7 მლ/კგ	ევანსის მეთოდი
კორკულირებადი კლაზმის მოცულოზა (კპმ)	37—48 მლ/კგ	იგივე
კორკულირებადი ერთოოოციტების მოცულოზა (კემ)	24—34 მლ/კგ	იგივე
მაშაკაცის ქალის 40—54 %	ჰემატოკრიტის მაჩვენებლები	
37—47 %		

კოაგულოგრაფია

1. სისხლის შედედების დრო	5—9 წთ	ლი და უპირით
2. პლაზმის რეკალციფიკაციის დრო	90—160 წმ	ბერგერჰოფ-როკათი
3. პლაზმის ტოლერანტობა ჰეპარინისადმი	7—11 წთ	
4. თრომბოტესტის ხარისხი	IV-V	ფუნერო იმათი
5. პროთრომბინის მოხმარება	30—60 წმ	
6. პროთრომბინის ინდექსი	80—100%	კვიკით
7. თრომბინის დრო	29—39 წმ	სირმანით
8. თავისუფალი ჰეპარინის დრო	7—11 წმ	სირმანით
9. V ფაქტორის აქტივობა	80—100%	
10. ფიბრინოგენის რაოდენობა	2—4 გ/ლ	რუტბერგით
11. ფიბრინოგენი ბ	უარყოფითი	ლაიონით
12. სისხლის ფიბრინოლიზური აქტივობა	14—15%	კატოვშიკოვ-კუზნიკოვ
13. ფიბრინაზის აქტივობა	72—125%	
14. სისხლის კოლტის რეტრაქცია	60—80%	
15. კოაგულაციის ინდექსი	1,0	
16. სისხლის დენის დრო	1—3 წთ	დიუკეთი
17. პროთრომბინის დრო	11—13,5 წმ	კინკეთი

შარდის ნალექის შიკაროსკოპული გამოკვლევა

საორიენტაციო მეთოდი (მხედველობის არეში)

ეპითელური უჯრედები		ლეიკოციტები	ერითროციტები	ცილინდრები			მარილები
ბრტყელი ეპითელიუმი	თიკვლის ეპითელიუმი			ჰიული-სური	მარტე-ლოვანი	ცილი-სებრი	
0—3	არ არის	1—3	0—1	0—1	არ არის	არ არის	მცირე რაოდენობით ურატები ან ოქსალატები

შარდის გამოკვლევის რამდენობრივი მეთოდები

ადის-კაკოვსკის მეთოდით (24 სთ შარდში)

ნეჩიბურენკოს მეთოდით (1 მლ შარდში)

ლეიკოციტები	ერითროციტები	ცილინდრები	ლეიკოციტები	ერითროციტები	ცილინდრები
2 მლნ-მდე (2.10 ⁶ /დღე-ღამ.)	1 მლნ-მდე (1.10 ⁶ /დღე-ღამ.)	20 მლნ-მდე (2.10 ⁴ /დღე-ღამ.)	2 ათასამდე (2.10 ³ /მლ)	1 ათასამდე (1.10 ³ /მლ)	20

ზოგადი დებულებანი

(ი. ა. ნესტერენკოსა და გ. ა. ბურომსკაიას მიხედვით)

1. ანტიბიოტიკს უნდა იყენებდნენ მკაცრი ჩვენებით, ზუსტი დიაგნოზისა და დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორის ცოდნის საფუძველზე.

2. მიზანშეწონილია ანტიბიოტიკის პროფილაქტიკური გამოყენება სუფთა ან ინფიცირებული ოპერაციის პირობებში და მის შემდეგ პოტენციური გამომწვევის სპეციფიკის ხასიათის გათვალისწინებით, მათ შორის არაკლოსტრიდული ანაერობის შემთხვევაშიც.

3. ყველა ავადმყოფისგან, რომელსაც ანტიბიოტიკს უნიშნავენ. გულდასმით უნდა შეკრიბონ ანამნეზი (ავადმყოფის ან მისი ახლობლისგან) ალერგიული დაავადების შესახებ (ბრონქული ასთმა, ალერგიული რინიტი, კვინკეს შეშუპება, კინკრის გამონაყარი, ეკზემა და სხვ.). გაარკვიონ, იღებდა თუ არა ავადმყოფი ალრე ანტიბიოტიკს და როგარი იყო მასზე რეაქცია. ანამნეზში მიითვებული მომენტების არსებობისას ისტორიის თავფურცელზე აკეთებენ შესაბამის ჩანაწერს და ქვეშ წითელ ხაზს უსვამენ.

4. ანტიბიოტიკებით მკურნალობის დროს განვითარებული ყველა გართულება დაწვრილებით უნდა შეიტანონ ავადმყოფობის ისტორიაში. ამა თუ იმ სახის გართულების შემთხვევაში ანტიბიოტიკით მკურნალობას წყვეტენ.

5. ანტიბიოტიკით მკურნალობისას ავადმყოფს 5-7 დღეში ერთხელ მაინც უკეთებენ სისხლის ანალიზს. ყურადღებას უკცევინ ლეიკოპენიას და ეოზინოფილიას.

6. ანტიბიოტიკით მკურნალობისას 5-7 დღეში ერთხელ მაინც თესენ კრილობიდან აღებულ ნაცხს ან ნახველს მიკროფლორის დასადგენად.

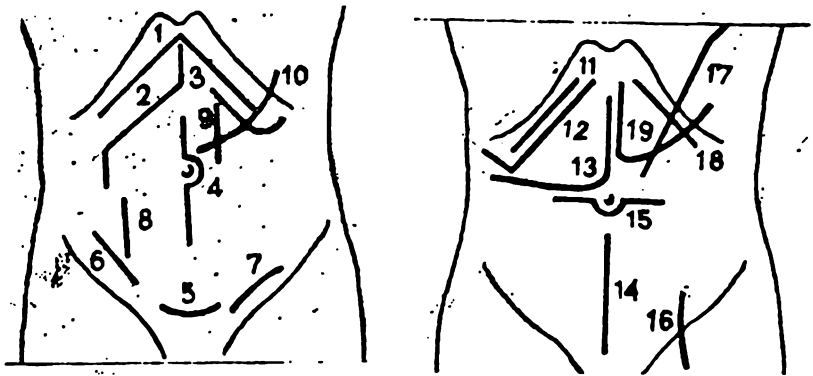
7. ანტიბიოტიკს უნიშნავენ ოპტიმალური დოზით და იყენებენ შეყვანის ყველაზე რაციონალურ მეთოდს: კუნთებში, ვენაში, არტერიაში.

8. ანტიბაქტერიული პრეპარატების დოზის შერჩევისას აუცილებელია თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში გაითვალისწინოს სხვადასხვა ფაქტორი. რომელიც მოქმედებს ფარმაკოკინეტიკაზე (თირკმლებისა და ღვიძლის ფუნქცია. პემოდინამიკური მანატივები).

9. განსაკუთრებით ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენებისას ურჩევენ ანტიმიკოზურ პრეპარატებს (ნისტატინს, ლევორინს).

10. ზოგიერთი პრეპარატისადმი ალერგიის არსებობისას ავად-
მყოფს ყოველ ახალ პრეპარატს უნიშნავენ ანტიჰისტამინური მე-
დიკამენტებით მკურნალობის ფონზე.

11. ფერმენტი (ტრიპსინი და ქიმოტრიპსინი) ხსნის მიკრობის
ანტიბიოტიკისადმი გამძლეობას და იჩენს ანთების საწინააღმდეგო
მოქმედებას.



სურ. 210. მუცლის წინა კედლის განაკვეთების სქემა: 1 — კუთხისებრი განაკვეთ-
თი; 2 — კერის განაკვეთი ღვიძლზე და ნაღლის ბუშტზე მიდგომისათვის; 3 —
განაკვეთი ელენთაზე მიდგომისათვის; 4 — შუახაზზე (მედიანური) განაკვეთი;
5 — გარდიგარდმო განაკვეთი საშვილოსნოზე მიდგომისათვის ფაინენშტილის;
6 — მკ ბურნის განაკვეთი აპენდექტომისათვის (დიაკონოვ-ვოლკოვიჩის);
7 — განაკვეთი საზარდულის თიქრის ოპერაციისათვის; 8 — პარარექტალურა
განაკვეთი ლენანდერით; 9 — ტრანსრექტალური განაკვეთი; 10 — შერვაშიძის
განაკვეთი სპლენექტომისათვის; 11 — მარჯვენა ნეკნთარკალის ქვეშ ირიბი განაკ-
ვეთი (ღვიძლზე და სანაღლე გზებზე მიდგომისათვის); 12 — კოხერის განაკვეთი
(სანაღლე გზებზე ოპერაციისათვის); 13 — რობრანკოს განაკვეთი სანაღლე
გზებზე მიდგომისათვის; 14 — ქვედა შუა მედიანური განაკვეთი მუცლის ქვედა
სართულში ოპერაციისათვის; 15 — განივი განაკვეთი; 16 — განაკვეთი ბარ-
დაის თიქრის ოპერაციისათვის; 17 — თორაკოაბდომინური განაკვეთი; 18 —
განაკვეთი მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ სპლენექტომისათვის; 19 — მარცხენა
კუთხით განაკვეთი სპლენექტომისა და კუჭზე მიდგომისათვის

სახელწოდება, სინონიმი	სადღელამისო დოზა და შეყვანის გზა	
	საშუალო სიმძიმის ინფექციის დროს	მძიმე გენერალიზებული ინფექციის დროს
1	2	3
1. ბენზილპენიცილინი	2-3 მლნ. ერთ. კუნთ-ში, ვენაში	10 მლნ ერთ. მეტი ვენაში
2. ოქსაცილინი	2-6 გ კუნთებში, ვენაში	8-12 გ ვენაში
3. მეტიცილინი	4-6 გ კუნთებში, ვენაში	6-8 გ ვენაში
4. ამპიცილინი (პენტრექსილი)	2-3 გ დასალებად 4-6 გ კუნთებში	8-10 გ ვენაში
5. ამპიოქსი	2-3 გ-მდე დასალებად 2-4 გ ვენაში	6-8 გ
6. დიკლოქსაცილინი	2 გ-მდე დასალებად 2-4 გ ვენაში	არაუმეტეს 6 გ ვენაში
7. კარბენიცილინი (პიოპენი)	4-8 გ კუნთებში	20-30 გ ვენაში
8. ცეფალოტინი	2-3 გ კუნთებში. 4-6 გ ვენაში	8-12 გ ვენაში
9. ცეფაპირინი (ცეფატრექსილი)	2-4 გ კუნთებში. ვენაში	12 გ ვენაში
10. ცეფაზოლინი (კეფზოლი, ცეფაშიზინი)	2-4 გ კუნთებში. ვენაში	6 გ ვენაში
11. ცეფოტაქსიმი (კლავორანი)	2-4 გ კუნთებში. ვენაში	6-12 გ კუნთებში, ვენაში
12. სტრეპტომიცინი	1,5 გ კუნთებში	არ იყენებენ
13. კანამიცილი მონომიცილი	1 გ კუნთებში	1,5 გ კუნთებში
14. გენტამიცილი	2-3 მგ/კგ კუნთებში	3-5 მგ/კგ კუნთებში
15. ტობრამიცილი	2-3 მგ/კგ ვენაში. კუნთებში	3-5 მგ/კგ ვენაში. კუნთებში

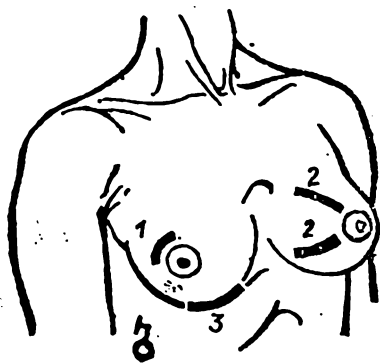
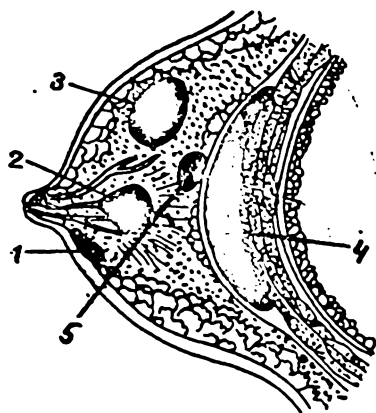
პრეპარატების დახასიათება

შეყვანათა შორის ინტერვალი	თანმოკლებები	რაციონალური შეხამება
4	5	6
4—6	ალერგიული რეაქცია, დოზის გადაჭარბებისას ნეიროტოქსიკური რეაქცია	ამინოგლიკოზიდი, ცეფალოსპორინი, პოლიმიქსინი B, დიოქსიდინი
4—6	იგივე	ამპიცილინი, კარბენიცილინი, ამინოგლიკოზიდი, პოლიმიქსინი B, ცეფაზოლინი, ცეფოტაქსიმი
4—6	იგივე, ლეიკოპენია, ინტერსტიციული ნეფრიტი	ამინოგლიკოზიდი, ამპიცილინი, კარბენიცილინი, პოლიმიქსინი B
4—6	ალერგია, დისბაქტერიოზი	ოქსაცილინი, ამინოგლიკოზიდი, ცეფალოტინი, პოლიმიქსინი B, დიოქსიდინი
4—6	იგივე, როგორც ამპიცილინის და ოქსაცილინის	ამინოგლიკოზიდი, პოლიმიქსინი B
6—8	ბენზილპენიცილინის ანალოგიური	ოქსაცილინის ანალოგიური
4—6	ალერგია დიდი დოზისას. ნეირო- და ნეფროტოქსიკური	ამინოგლიკოზიდი, ოქსაცილინი, მეტიცილინი, ცეფატრექსილი
4—6	ალერგია, ნეფროტოქსიკური, ლეიკოპენია	ამპიცილინი, კარბენიცილინი, ამინოგლიკოზიდი, დიოქსიდინი
4—6	იგივე	კარბენიცილინი, ამპიცილინი, ამინოგლიკოზიდი, დიოქსიდინი
6—8	იგივე+ტრანსამინაზას მომატება	იგივე
8—12	იგივე	ახალი ამინოგლიკოზიდები, დიოქსიდინი
12	ოტო- და ნეფროტოქსიკური	პენიცილინი
8—12	ყველაზე უფრო ნეფროტოქსიკურია ამინოგლიკოზიდებს შორის	პენიცილინი, ლინკომიკონი, ცეფალოსპორინი, დიოქსიდინი
8—12	ნეფრო- და ოტოტოქსიკური	იგივე+შეტრონიდაზოლი, ბისეპტოლი
8—12	ნეფრო- და ოტოტოქსიკური ნაკლებად, ვიდრე გენტამიცინი	იგივე

1	2	3
16. სიზომიციანი	2—3 მგ/კგ კუნთებში, ვენაში	3—5 მგ/კგ კუნთებში, ვენაში
17. ამიკაციანი	10—15 მგ/კგ კუნთებში, ვენაში	1,5 გ კუნთებში (ლურჯმწვანე ინფექციის დროს)
18. პოლიმიქსინი B	3—3,5 მლნ ერთ 1,5—2 მგ ვენაში	150 მგ ვენაში
19. პოლიმიქსინი M	ადგილობრივ 200—300 მგ (2—3 მლნ ერთ)	არ იყენებენ
20. ერითრომიციანი	400—600 მგ ვენაში	1 გ ვენაში
21. მორფოციკლინი	100—150 მგ ვენაში წვეთოვნად	300 მგ ვენაში
22. ტეტრაოლანი	1,0—1,5 გ კუნთებში ვენაში	2 გ კუნთებში, ვენაში
23. მეტაციკლინი (რონდომიციანი)	600 მგ დასალევად	900 მგ დასალევად
24. დოქსიციკლინი (ვიბრაშიციანი)	200 მგ დასალევად პირველ დღეს, შემდეგ ყოველ მიღებაზე 100 მგ	200 მგ დასალევად
25. ლინკომიციანი	2 გ დასალევად, 1,8—2,4 გ ვენაში, კუნთებში	2,4 გ კუნთებში, ვენაში
26. ფუზილინი	1,5 გ დასალევად	3 გ დასალევად
27. ლევომიცეტინის სუკცინატი (ქლორამფენიკოლი)	1—2 გ კუნთებში	2—3 გ კუნთებში
28. რიფამპიციანი (ბენემიციანი)	0,4—0,6 გ დასალევად	0,9—1,2 გ დასალევად
29. ბისეპტოლი (სულფატონი, ბაქტრიმი)	1—2 ტაბლ. (480 მგ) დასალევად 2—3-ჯერ დღეში	2—3 ტაბლ. (480 მგ) დასალევად 2—3-ჯერ დღეში
30. მეტრონიდაზოლი (ტრიქოპოლი)	1,5 გ დასალევად, სანთელში 3 გ-მდე	2 გ დასალევად, სანთელში 4 გ-მდე
31. ტიმიდაზოლი	0,75 დასალევად	1,0 გ დასალევად

4	5	6
8—12	ნეფრო- და ოტოტოქსიკური ნაკლებად, ვიდრე გენტამიცინი	პენიცილინი, ცეფალოსპორინი, დიოქსილინი, მეტრონიდაზოლი, ბისეპტოლი
8—12	იგივე	იგივე
8—12	ნეფრო- და ნეიროტოქსიკური	პენიცილინი
8	იგივე	იგივე
8—12	ქოლესტატიკური სიყვითლე ხანგრძლივი ხმარებისას	ტეტრაციკლინი, ლევომი-ცეტინი, ბისეპტოლი (ბაქტერიმი პნევმონიის დროს) ლევომიციტინი, ლინკომი-ცინი
12—24	ჰეპატოტოქსიკური	ლევომიციტინი
6—8	ჰეპატოტოქსიკური	ლევომიციტინი, ლინკომი-ცინი, ფუზილინი
8—12	ნაკლებად ჰეპატოტოქსიკურია, ვიდრე ბუნებრივი ტეტრაციკლინი	ტეტრაციკლინი, დიოქსი-ლინი, ამინოგლიკოზიდი
12—24	ყველაზე ნაკლებად ტოქსიკურია ტეტრაციკლინებთან	იგივე
6—8	ფსევდომემბრანული კო-ლიტი, ლეიკოპენია, ვენა-ში სწრაფად შეყვანისას — ჰიპოტენზიური ეფექტი, შეიძლება კოლაფსიც	მეტიცილინი, ცეფალოსპორინი, რიფამპიცინი
8	კუქ-ნაწლავის აშლილობა	
8—12	ჰემოპოეზის დათრგუნვა, თრომბოციტოპენია, კუქ-ნაწლავის აშლილობა,	ტეტრაციკლინი, ერითრომი-ცინი, გენტამიცინი, მეტრონიდაზოლი
8—12	კუქ-ნაწლავის აშლილობა, ნეფრო- და ჰეპატოტოქსიკური, ალერგიული რეაქცია	ამინოგლიკოზიდი, ბაქტერი-მი (ბისეპტოლი). ფუზილინი. ცეფალოსპორინი
8—12	ჰემოპოეზის დათრგუნვა, ნეფროტოქსიკური, ალერ-გიული რეაქცია, კუქ-ნაწლავის აშლილობა	ამინოგლიკოზიდი. რიფამ-პიცინი
6—8	ჰეპატოტოქსიკური, ალერ-გია არაპირდაპირ ანტიკოა-გულანტებთან, ლეიკოპე-ნია, ნაწლავთა მოტორი-კის გაძლიერება	პენიცილინი, ცეფალოსპო-რინი, ამინოგლიკოზიდები, პოლიმიქსინი B, ლევომი-ციტინი, დიოქსილინი
8—6	იგივე	იგივე

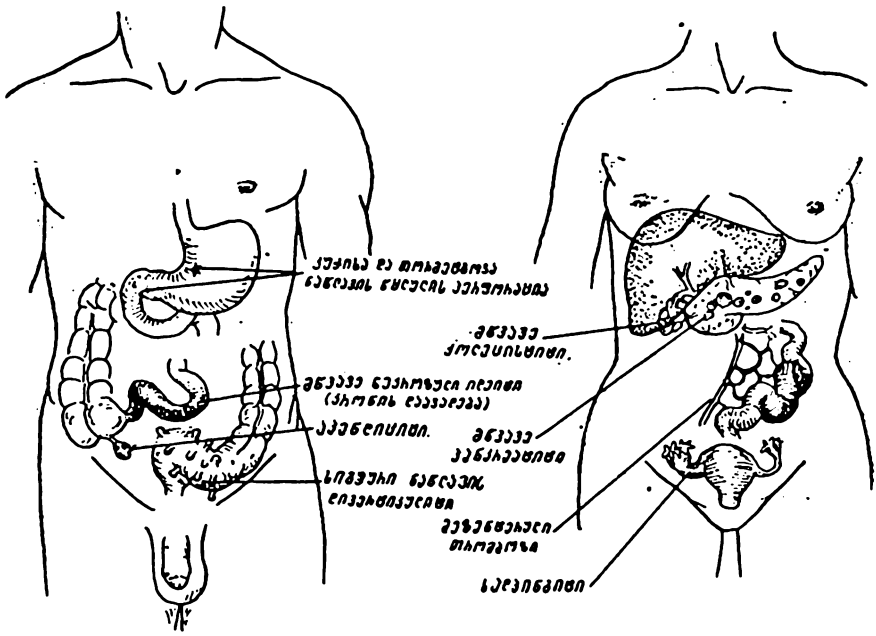
1	2	3
32. დიოქსილინი	30—60 მლ 1%-იანი ხსნარი ვენაში წვეთოვნად	1%-იანი ხსნარის 90 მლ ვენაში წვეთოვნად
33. ქინოქსილინი	750 მგ დასალევად	1 გ დასალევად
34. ნალიდიქსმევა (ნევიგრამონი, ნეგრამი)	2 გ დასალევად	4 გ დასალევად
35. ხსნადი ფურაგინი (სოლაფური)	300 მლ 0,1%-იანი ხსნარი ვენაში წვეთოვნად.	500 მლ 0,1%-იანი ხსნარი ვენაში წვეთოვნად



სურ. 211. ა — აბსცესის განლაგების სქემა ჩირქოვანი მასტიტის დროს: 1 — სუბარეოლური; 2 — ინტრაქანალიკულური; 3 — პრემამარული; 4 — რეტრო-მამარული; 5 — ინტერსტიციული; ბ — კანის განაკვეთები მწვევე ჩირქოვანი მასტიტის დროს: 1 — პარარეოლური; 2 — რადიალური; 3 — პარამამარული.

მახტობს პროფილაქტიკა: ორსულობისას დერილების მომზადება (ცივი წყლით დაბანა, უხეში პირსახოცით გამშრალება — მასირება), მშობიარობის შემდეგ რძის შეგუბების აცილება (ჭირკვლების რეგულარულად ნაადრევად დაკლით, ჭეჭეს წოვებით, აკვრით, მასზე ცივის მოთავსებით, სითხის ნაკლებად მიღება; ოქსიტოცინი, ნო-შპა, ზოგადად ანტიბიოტიკები)

4	5	6
8-12	თავის ტკივილი, დისპეპსიური მოვლენები, კრუნჩხვები	პენიცილინი, ცეფალოსპორინი, ამინოგლიკოზიდები, ლევომეცეტინი, მეტრონიდაზოლი
6-8	იგივე	იგივე
6	ილერგიული რეაქცია, ფოტოდერმატოზი, დისპეპსიური მოვლენები	პენიცილინი (არ იყენებენ ნიტროფურანებთან)
1-ჯერ	გულისრევა, თავის ტკივილი	პენიცილინი, ცეფალოსპორინი, ამინოგლიკოზიდები

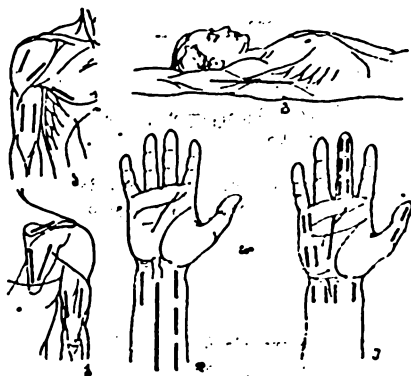


სურ. 212. მწვევე პერიტონიტის უზშირესი მიზეზი. პერიტონიტიანი ან ამ მხრივ ხაეკვო ავადმყოფის გადარჩენას ერთადერთი გზა ავადმყოფის დაუყოვნებლივ გადაყვანა ქირურგიულ განყოფილებაში და გადაღებელი ოპერაცია. მუცლის უოველგვარი ტკივილის დროს დამლუპველია თვისმკურნალობა (კუპის ამორეცევა, ოყნის გაკეთება, საფაღარათის მიცემა, ტკივილგამაყუჩებელი და სხვ.), ახეთო ავადმყოფის გადაყვანა ინფექციურ ან თერაპიულ განყოფილებაში.

ანტიბაქტერიული პრეპარატების შერჩევა ჰიკუპრიული ინფექციის დროს

მიკროორგანიზმები	პირველი რიგის პრეპარატები	სარეზერვო პრეპარატები
1	2	3
გრამდადებითი კოკები: ოქროსფერი სტაფილოკოკი პენიცილინუარყოფითი (ბენზილპენიცილინისადმი მგრძობიარე)	ბენზილპენიცილინი, ნახევრადსინთეზური პენიცილინები	ცეფალოსპორინი, ლინკომიცინი, ფუზიდინი, დოქსიციკლინი, მეტაციკლინი, რიფამპიცინი
ოქროსფერი სტაფილოკოკი პენიცილინაზადადებითი (ბენზილპენიცილინისადმი გამძლე)	ოქსაცილინი, დიკლოქსაცილინი, მეტიცილინი	იგივე + ამინოგლიკოზიდები, ნახევრადსინთეზური პენიცილინები, სოლაფური
პნევმოკოკი	ბენზილპენიცილინი, ამპიცილინი	ერითრომიცინი, ცეფალოსპორინი, ლინკომიცინი, ფუზიდინი, ტეტრაციკლინი,
ენტეროკოკი	ამპიცილინი	ლევომეცეტინი, ტეტრაციკლინი, ამინოგლიკოზიდი + ბენზილპენიცილინი
მამწვანებელი სტრეპტოკოკი	ბენზილპენიცილინი, ამპიცილინი	იგივე + ლინკომიცინი
გრამუარყოფითი ბაქტერიები: ეშერიხია (ნაწლავის ჩხირი)	ამპიცილინი, ცეფალოსპორინი, ამინოგლიკოზიდები	ამინოგლიკოზიდები პენიცილინებთან ან ცეფალოსპორინებთან, დოქსიციკლინი, პოლიმიქსინი, ბისეპტოლი, ლევომეცეტინი + დოქსიციკლინი, სოლაფური
კლებსიელა-ენტერობაქტერიისა	ცეფალოსპორინი, ამინოგლიკოზიდები	ლევომეცეტინი, პოლიმიქსინი, ლევომეცეტინი ამინოგლიკოზიდების დოქსოციკლინთან, ცეფალოსპორინებთან, ბისეპტოლი
მირაბილური პროტეუსი	ამპიცილინი, ცეფალოსპორინები	კარბენიცილინი, ამინოგლიკოზიდები, ლევომეცეტინი, სოლაფური
პროტეუსის სხვა სახე	კარბენიცილინი, ამინოგლიკოზიდები	ლევომეცეტინი, ცეფოტაქსიმი, ბისეპტოლი, ქინოქსილინი, რიფამპიცინი + ბისეპტოლი
ლურჯმწვანე დაჩირქების ჩხირი	კარბენიცილინი, ტობრამიცინი, სიზომიცინი, გენტამიცინი	პოლიმიქსინი B, ამირაცინი, დიოქსილინი
სერაციები	გენტამიცინი, ცეფოტაქსიმი, დიოქსილინი	ქინოქსილინი, რიფამპიცინი + ბისეპტოლი
სპოროგენული გრამდადებითი ანაერობები	ბენზილპენიცილინი + სეროთერაპია	ცეფალოსპორინები, ტეტრაციკლინები

1	2	3
ტეტანუსის კლოსტრიდია, ანაერობული ინფექციის კლოსტრიდიები	იგივე	იგივე+ერითრომიცინი
გრამუარყოფითი არასპოროგენული ანაერობები: ფრაგილის ბაქტერიოიდი	ლევომიცეტინი; მეტრონიდაზოლი (გამოხატული აქტივობით), დიოქსილინი	დოქსიციკლინი (ზომიერი აქტივობით), კარბენიცილინი (დიდი დოზით)
მელანინის წარმომქმნელა ბაქტერიოიდი	იგივე+ბენზილპენიცილინი, ლინკოამიცინი	დოქსიციკლინი, კარბენიცილინი, რიფამპიცილინი
ფუზობაქტერიები	ბენზილპენიცილინი (დიდი დოზით)	ცეფოტაქსიმი (დიდი დოზით)



სურ. 213. კანის განაკვეთები ფლეგმონისა და პანარატიუმის დროს: ა — სუბპექტორული და დელტაქვეშა სივრცეების, მხრის წინა ზედაპირის; ბ — ბეჭის არის, მხრის უკანა ზედაპირის; გ — ბეჭწინა ნაპრალეების; დ — წინამხრის; ე — მტევნისა და თითების (პანარატიუმის) პანარატიუმის პროფილაქტიკა: ხელების სისუფთავე, მიკროტრაუმის აცილება, ხელთათმანებით მუშაობა, მიკროტრაუმისას საპნიანი ცხელი წყლის (ან სპირტის) აბაზანები, იმობილიზაცია, ანტიბიოტიკება (კუნთებში, ვენაში), ფიზიოთერაპია

**ანტიბიოტიკების შერჩევა მუცლის ღრუს ძირკვარში სველაზე
გავრცელებული ჩირკოვან-საფსისური პართულების მკურნალობისას**

დაავადება 1	სველაზე უფრო სავარაუდო გამომწვევი 2	ანტიბიოტიკის შერჩევა 3
რბილი ქსოვილების ჩირ- ქოვანი ინფექცია	სტაფილოკოკი ბაქტერიიდები მიკრობული ასოციაცია	ოქსაცილინი, ცეფალოტინი, მეტიცილინი, ცეფაპირინი, ლინკომიცინი, კინოქსიდინი დოქსიციკლინი+ლევომიცი- ტინი ცეფალოტინილი, ცეფაპი- რინი ან ლინკომიცინი, ან ბისექტოლი ამინოგლიკოზი- დებთან
პერიტონიტი	ენტეროკოკი, ეშერიხია პროტეუსი სტაფილოკოკი ლურჯმწვანე დაჩირქების ჩხირი ბაქტერიიდები	ამპიცილინი ან ცეფამიზინი (ცეფაზოლინი) მონოთერა- პიით ან ამინოგლიკოზი- დებთან კარბენიცილინი, ამინოგლი- კოზიდები, დიოქსიდინი, ცეფოტაქსიმი მეტიცილინი, ოქსაცილინი, ცეფალოტინი, ცეფაპირინი, ამინოგლიკოზიდები+ლინ- კომიცინი კარბენიცილინი+ამინოგლი- კოზიდები ან პოლიმიქსი- ნი B მეტრონიდაზოლი, ცეფოტა- ქსიმი, დიოქსიდინი, ლე- ვომიციტინი
ქოლანგიტი, ქოლაციტიტი	შერეული ფორმა (ენტე- როკოკი, ეშერიხია, ანა- ერობები)	ამპიცილინი, ცეფალოტინი, ცეფაპირინი, ცეფაზოლინი, ტეტრაციკლინი+ლევომი- ციტინი, ამინოგლიკოზი- დები, ფუზიდინი+ტეტრა- ციკლინი ან ლევომიციტინი
პანკრეატიტი	შერეული ინფექცია (ენ- ტეროკოკი, ეშერიხია, პრო- ტეუსი, ზოგჯერ ანაერობე- ბი)	ცეფალოსპორინი ან ამპიცი- ლინი+ამინოგლიკოზიდები, მძიმე შემთხვევაში+ლიოქ- სიდინი
ანასტროზიტი ან კუქის, თორმეტგოჯა ნაწლავის, საყლაპავი მილის ოპერაცი- ის შემდეგ ნაკერის უკმარის- ობა	შერეული ფლორა (გრამ- დადებითი, გრამუარყოფი- თი მიკრობები)	ამინოგლიკოზიდები (დასა- ლევად 15 მგ/კგ)+იგივე- რაც პერიტონიტის დროს

1	2	3
ინტრააბდომინური და რეტროპერიტონეული სიერცის აბსცესი	შერეული ფლორა (გრამ-დადებითი, გრამუარყოფითი) ხშირად ანაერობები	ლევომიციტინი ან ლინკომიცინი + ამინოგლიკოზიდები + მეტრონიდაზოლი, ცეფაზოლინი ან ცეფატოქსიმი + ამინოგლიკოზიდი + მეტრონიდაზოლი, რიფამპიცინი + ამინოგლიკოზიდი, მძიმე შემთხვევაში უმატებენ დიოქსიდინს
ინტრაჰეპატური აბსცესი	ეშერიხია, სტაფილოკოკი, ენტეროკოკი	ლევომიციტინი + ტეტრაციკლინი, დიოქსიდინი, მეტრონიდაზოლი, ლინკომიცინი + ტეტრაციკლინი + მეტრონიდაზოლი
ოპერაციის შემდგომი პნევმონია	პნევმოკოკი, სტაფილოკოკი	პენიცილინი, ცეფალოსპორინები, ფუზიდინი, ლინკომიცინი
პნევმონია, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის შემდეგ	გრამუარყოფითი ფლორა, ხშირად ლურჯმწვანე და ჩირქების ჩხირი	ამინოგლიკოზიდები + კარბენიცილინი, ამპიცილინი + ამინოგლიკოზიდები
სეფსისი	სტაფილოკოკი ენტერობაქტერიები ლურჯმწვანე და ჩირქების ჩხირი	პენიცილინაზა გამძლე პენიცილინები (ოქსაცილინი, მეტიცილინი), ბენზილპენიცილინი (პენიცილინაზა ნეგატიური სტაფილოკოკი), ცეფალოსპორინი, ლინკომიცინი, ამინოგლიკოზიდები, დიოქსიდინი ამინოგლიკოზიდები + ამპიცილინი ან + ცეფალოზინი ან + ცეფოტაქსიმი (მძიმე შემთხვევაში დიოქსიდინი) გენტამიცინი ან სიზომიცინი, ტობრამიცინი, ამიკაცილინი + კარბენიცილინი, პოლიმიქსინი B, დიოქსიდინი

**კიკარგიული ინჟინერიის დარის ანტიგაპატარაული კავაპატარაის
შველახე აშაქაქური კომპოზიცია**

პრეპარატების კომბინაცია	ეფექტი	ჩვენება
ბენზოლპენიცილინი + ამინო- გლიკოზიდი	სტაფილოკოკების, სტრე- პტოკოკების, მათ შორის ენტეროკოკების მიმართ სინერგიზმი	ქოლანგიტი, პერიტონიტი, ქოფსისი ენტეროკოკებითა და სტაფილოკოკებით გა- მოწვეული
ოქსაცლინი ან დიკლოქ- საცილინი + ამპიცილინი ან + ამპიოქსი (დიდი დოზით)	ენტერობაქტერიით და სტა- ფილოკოკის ასოციაციით გამოწვეული ინფექციის დროს ფართო სპექტრით	სხვადასხვა ლოკალიზაციის შერეული ინფექცია გა- მოწვეული მითითებული ალმპერელით
ამპიცილინი + ამინოგლიკო- ზიდი	კოლიბაქტერიული და პრო- ტეუსით გამოწვეული ინ- ფექციის დროს ფართო სპექტრით	სანაღვლე გზების ინფექ- ცია, ადგილობრივი პერი- ტონიტი, ინტრააბდომინური აბსცესი, სეფსისი
ამინოგლიკოზიდები + ლინ- კომიცინი	გრამდადებით ანაერობულ მიკროფლორაზე ფარ- თო-სპექტრის მოქმედებით	პერიტონიტი, ინტრააბდო- მინური აბსცესი (ნაწლავ- თაშორის, სუბდიფრაგმუ- ლი, ინტრა- და სუბჰეპა- ტური)
ამინოგლიკოზიდი + ლინკო- მიცინი + დიოქსილინი	იგივე + აქტივობა ბაქტე- როიდების მიმართ	იგივე (დაავადების მძიმედ მიმდინარეობისას)
ცეფალოსპორინი + მეტრო- ნიდაზოლი	ფართო სპექტრით აქტივო- ბა ანაერობების მიმართ	მუცლის ღრუს ზედა სარ- თულისა და მცირე მენჯის დაავადებანი და გართულე- ბანი გამოწვეული აერო- ბულ-ანაერობული შერეუ- ლი ფლორით, ლურჯმწვანე დაჩირქების ჩხირის გარდა
ახალი ამინოგლიკოზიდი + მეტრონიდაზოლი	იგივე	იგივე, მხოლოდ ლოკალი- ზებული მუცლის შუა და ქვედა ნაწილში და ლურჯ- მწვანე დაჩირქების ჩხირიც
ამინოგლიკოზიდები (გენ- ტამიცინი, ამიკაცინი, ტობ- რამიცინი, სიზომიცინი) + რიფამპიცინი	სერაციების მიმართ სი- ნერგიზმი	სერაციებით გამოწვეული ინფექცია
რიფამპიცინი + ბისეპტოლი ტეტრაციკლინი + ლინკომი- ცინი ¹	იგივე სინერგიზმი ანაერობული ფლორის მიმართ, გამონაჯ- ლისია P	იგივე ინტრააბდომინური და რეტ- როპერიტონული აბსცესი
ტეტრაციკლინი + ლევომიცი- ტინი ¹	იგივე	იგივე

¹ ანაერობულ ინფექციაზე ექვის შემთხვევაში უმატებენ მეტრონიდაზოლს

ანტიბიოტიკების ხსნარის კონცენტრაცია და რეკომენდებული დოზა
 ლაუში შესაუპყნად

(ხსნარის pH 7,4—7,4)

ანტიბიოტიკი	ერთჯერადი დოზა	კონცენტრაცია, მკ/მლ
ბენზილპენიცილინი	100000—200000 ერთ	შეუზღუდავად
სტრეპტომიცინი	0,5—1 გ	25—50
კანამიცინი (ამიკაცინი)	0,25—0,5 გ	2,5
გენტამიცინი (ტობრამიცინი, სიზომიცინი)	40 მგ	1
პოლიმიქსინი B	25—50—100 მგ	1

გრამბაბატიკების ერთდროულად დანიშვნისას ორგანიზმში მათი
 ურთიერთქმედების თვისების შესწავლა

ანტიბაქტერიული პრეპარატები	პრეპარატების ერთდროულად დანიშვნა	ურთიერთმოქმედების შედეგი
ამინოგლიკოზიდები (კანამიცინი, გენტამიცინი, ტობრამიცინი, სიზომიცინი, ამიკაცინი, მონომიცინი)	ფუროსემიდი, ეტაკრინი-მეავე (ურეგიტი), პოლიმიქსინი, კუნთთა რელაქსანტები	ნეფრო- და ოტოტოქსიკურობისა და კუნთთა რელაქსაციის გაძლიერება
ცეფალოსპორინი	დიურეტიკები (ფუროსემიდი, ურეგიტი)	ნეფროტოქსიკურობის გაძლიერება
პოლიმიქსინი	კუნთოვანი რელაქსანტები, დიურეტიკები	კუნთთა რელაქსანტების გაძლიერება, ნეფროტოქსიკური მოქმედება
ლევომეცეტინი	ეთილის სპირტი	ანტაბუსის მსგავსი სინდრომი
მეტრონიდაზოლი	იგივე	იგივე
სულფანილამიდი	დიაბეტის საწინააღმდეგო პრეპარატები (სულფომარდოვანას ნაწარმი), არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები, სალიცილატები	ჰიპოგლიკემია, ზოგჯერ საშიში; სულფანილამიდების მოქმედების გაძლიერება
ნევიგრამონი, პენიცილინი	არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები, სალიცილატები	ანტიკოაგულაციური მოქმედების გაძლიერება, ანტიბიოტიკების ეფექტის გაძლიერება, შარდში ნიტროფურანის კონცენტრაციის დაქვეითება, უროინფექციის მკურნალობის ეფექტის დაქვეითება

შინაარსი

ავადმყოფის მოვლის მნიშვნელობა, სამედიცინო პერსონალის მუშაობა სამკურნალო დაწესებულებაში	3
სტაციონარში ექთნის მოვალეობა	8
მედიკოსის მორალური სახე	10
სამკურნალო დაწესებულების ტიპები, მოწყობილობა, აღკურვილობა და რეჟიმი	13
საავადმყოფოს მოწყობილობა და აღკურვილობა	15
ავადმყოფის სანიტარიული დამუშავება	17
ავადმყოფის გადაყვანა განყოფილებაში	24
საავადმყოფოს რეჟიმი	25
უმცროსი მედიცინის დის მოვალეობა	26
ავადმყოფის პირადი ჰიგიენა, საწოლის მოწყობილობა და ავადმყოფის მდებარეობა საწოლში	27
კანის მოვლა	30
ავადმყოფის კვება	34
სამკურნალო კვება	40
დიეტის ზოგადი დახასიათება	43
ავადმყოფისათვის გადასაცემი პროდუქტების შემოწმება	43
დიეტის სახეები	44
სამკურნალო კვება საკმლის მომწელებელი ორგანოების ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ	47
დიეტა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზოგი ოპერაციის შემდეგ	53
სამკურნალო კვება ეზოფაგო-გასტროდუოდენური პროფუზული სისხლის ღენის დროს	59
ხელოვნური კვება	61
სხეულის ტემპერატურის გაზომვა, ცხელება	64
ცხელებიანი ავადმყოფის მოვლა	68
ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დროს	69
პულსი და მისი გამოკვლევა	70
არტერიული წნევა და მისი გაზომვა	74
დიურეზის კონტროლი	80
ავადმყოფის მოვლის ზოგადი წესები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს	81
სისხლის მიმოქცევაზე ზემოქმედების ღონისძიებანი	85
სამკურნალოწამლო ნივთიერებების ხმარების წესები	95
ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა სუნთქვის ორგანოთა ფუნქციის მოშლის დროს	118

ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა გულმკერდის ორგანოთა ოპერაციის- შემდგომ პერიოდში	121
ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა მუცლის კედლის, მუცლის ღრუსა და საკმლის მომწიფებელ ორგანოთა დაზიანებისა და დაავადების გამო ოპერა- ციის შემდგომ პერიოდში	125
✓ კუჭის ამორეცხვა	127
✓ გადაუღებელი დახმარების ორგანიზაციის როლი მწვავე მუცლის დროულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში	128
— აირგამომყვანი მილის გამოყენების ტექნიკა	141
— ოყნა	142
✓ ავადმყოფის მოზადება მსხვილი ნაწლავის რენტგენოლოგიური გამო- კვლევისთვის	151
ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა თირკმლისა და შარდის გამომყოფ ორგანოთა ფუნქციის მოშლის დროს	153
უროლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევა	153
ავადმყოფზე დაკვირვება და მისი მოვლა თირკმლისა და შარდის გამომყოფ ორგანოთა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში	157
ონკოლოგიური ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი	161
გინეკოლოგიური ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი	163
ავადმყოფთა პირველი დახმარება და მოვლა დამწვრობის, ელექტროტრავმისა და მოყინვის დროს	164
სხიეური დაავადების დროს ავადმყოფის დახმარება და მოვლა	168
მძიმე ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი	170
სამედიცინო პერსონალის მუშაობა რეანიმაციის განყოფილებაში	172
ხანშესულ და მოხუც ავადმყოფთა მოვლის თავისებურებანი	181
ბრაქტიული ჩვევები	186
— ლახტის დაღების ტექნიკა	194
კრილობის პირველადი და მეორადი ქირურგიული დამუშავება	198
ადგილობრივი ანესთეზიის ტექნიკა	207
დესმურგია	207
რბილი ნახვევები	209
ნახვევები თავზე	218
ნახვევები ზედა კიდურებზე	220
ნახვევები გულმკერდზე	223
ნახვევები ილიის ფოსოში	225
ნახვევები მუცელსა და შორისზე	226
ნახვევები ქვედა კიდურზე	227
თაბაშირის ნახვევი	228
სისხლის ჭგუფის გამოკვლევა	233
სისხლის ჭგუფის გამოკვლევა სტანდარტული შრატით	234
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	236
სისხლის გადასხმა	237
სისხლის შემცველი ხსნარების გადასხმა	239
ნოვოკაინით ბლოკადა	241
ღრმა ვენების გამტარობის შემოწმება	252
ავადმყოფის გაისინჯვის საილუსტრაციო სურათები და სათანადო ტექსტი	254
ოპერაციის შემდგომი თრომბოზი და ემბოლია	263

ტრავმული ასფიქსია	267
ლია პნევმოთორაქსი	268
ტრავმული ტოქსიკოზი	270
ფარისებრი ჭირკვლის გასინჯვის ტექნიკა	272
სარძევე ჭირკვლის გასინჯვის მეთოდიკა სიმსივნის დროს	274
გადაუღებელი დაზმარება მოწამვლის, უბედური შემთხვევისა და შხამიანი ნაებნის დროს	280
— საკვებით გამოწვეული ალერგია	294
დაზმარება შოკის დროს	296
დაავადების პროფილაქტიკა	298
ავადმყოფთან ქცევის შესახებ	312
ქირურგიული ავადმყოფის ავადმყოფობის ისტორიის სქემა	313
ქირურგიული ავადმყოფის ავადმყოფობის ისტორიის გაფორმება (მორიგე ქირურგიის სამახსოვრო)	315
პრაქტიკული ჩვენების საილუსტრაციო სურათები და სათანადო ტექსტი	317
აღამიანის ზოგიერთი ფიზიოლოგიური კონსტანტა საერთაშორისო ერთეულებში	328
მკევა-ტუტოვანი თანაფარდობა	332
ცირკულირებადი სისხლის მოცულობა	332
კოაგულოგრამა	333
შარდის ნალექის მიკროსკოპული გამოკვლევა	333
შარდის გამოკვლევის რაოდენობრივი მეთოდები	333
ანტიბიოტიკების გამოყენების ინსტრუქცია	333
ანტიბაქტერიული პრეპარატების დახასიათება	336
ანტიბაქტერიული პრეპარატების შერჩევა ქირურგიული ინფექციის დროს	342
ანტიბიოტიკების შერჩევა მუცლის ღრუს ქირურგიაში ყველაზე გავრცელებული ჩირქოვანსეპტიკური გართულების მკურნალობისას	344
ქირურგიული ინფექციის დროს ანტიბაქტერიული პრეპარატების ყველაზე ეფექტური კომპოზიცია	346
ანტიბიოტიკების ხსნარის კონცენტრაცია და რეკომენდებული დოზა ღრუში შესაყვანად	347
პრეპარატების ერთდროულად დანიშვნისას ორგანიზმში მათი ურთიერთქმედების თვისების შესწავლა	347
სარჩევი	348

ГЕОРГИЯ БАГРАТОВИЧ БОЧОРИШВИЛИ

УХОД ЗА БОЛЬНЫМ

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

(На грузинском языке)