

ლ. ანჯაფურიძე და გ. მხეიძე

შინაგანი სნეულბანი  
და  
აკადემიკოსის მოვლა

სახელმძღვანელო

საზოგადოებრივი მედიცინის სასწავლებლებისათვის

რედაქტორი—სსსრ მეცნ. აკად. ნამღვილი წევრი  
პროფ. ნ. ყიფშიძე

ტექრედაქტორი ვ. ზუციშვილი

გადაეცა წარმოებას ასაწყობად 5/1-54 წ. ხელმო-  
წერილია დასაბეჭდად 7/VIII-54 წ. ანაწყობის ზომა  
 $7 \times 12$ . ქალაქის ზომა  $70 \times 1081/10$ . ნაბეჭდ ფორ-  
მათა რაოდენობა 55,48; საალრიცხოვო ფორმათა  
რაოდენობა 48,79. ტირაჟი 3.000. შეჯ. № 710.  
უე 04496. ფასი 15 მან. 70 კაბ.

საქართველოს სსრ სამედიცინო გამომცემლობა  
თბილისი, მარჯანიშვილის ქ. № 26  
Грузмедгиз, Тбилиси, ул. Марджанишвили № 26

---

საქმედგამის სტამბა, თბილისი, მეღქალაქი  
Типография Грузмедгиза, Тбилиси, Медгородок

## მორე გამოსვლის წინასიტყვაობა

ამ სახელმძღვანელოს პირველი გამოცემა, რომელიც 1951 წელს გამოვიდა. უკვე დიდი ხანია, რაც მთლიანად გავრცელდა. საშუალო სამედიცინო სასწავლებელთა ქსელის გაფართოებამ კიდევ უფრო გაზარდა მოთხოვნილება ამ წიგნზე.

წინამდებარე მეორე გამოცემა, რომელიც თავისი მოცულობით და შინაარსით შეესაბამება საშუალო სამედიცინო სასწავლებლებისათვის დამტკიცებულ პროგრამას, წინა გამოცემასთან შედარებით, შეიცავს შემდეგ შესწორებებს: წიგნის პირველი ნაწილი—ავადმყოფის მოვლა შემცირებულია, რადგან საექიმო ტექნიკიდან ამოღებულია ზოგიერთი უკვე მოქველებული წესის აღწერა, რომელსაც ამჟამად მეცნიერული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აღარ აქვს.

წიგნის მესამე ნაწილში, სადაც აღწერილია შინაგანი სნეულებანი, გადასინჯულია და დაზუსტებულია სხვადასხვა დაავადების პათოგენეზის საკითხები საბჭოთა სამედიცინო მეცნიერების უახლესი მიღწევების შესაბამისად.

წიგნში გადასინჯულია სამედიცინო ტერმინები და ამ მხრივაც შეტანილია ზოგიერთი შესწორება.

ავტორები





## ამტორიზაცია

(პირველი გამოცემის წინახიტყვაობა)

„შინაგანი სნეულებანი და ავადმყოფის მოვლა“ შედგენილია საშუალო სამედიცინო სკოლების მოსწავლეთათვის, სსრ კავშირის ჯანმრავლობის დაცვის სამინისტროს საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების სამმართველოს მიერ საფერშლო სკოლებისათვის დამტკიცებული პროგრამის მიხედვით.

შინაგანი სნეულებებისა და ავადმყოფის მოვლის ერთიანი სახელმძღვანელოს შედგენა ქართულ ენაზე პირველ ცდას წარმოადგენს.

პროგრამის შესაბამისად სახელმძღვანელო შეიცავს სამ ნაწილს: 1) ავადმყოფის ზოგად მოვლასა და სამედიცინო ტექნიკას, 2) შესავალს შინაგან სნეულებათა კლინიკაში და ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდებს, 3) შინაგან სნეულებებს.

სახელმძღვანელოს პირველი ნაწილი (ავადმყოფის მოვლა და სამედიცინო ტექნიკა) წარმოადგენს წინათ გამოცემულ ჩვენივე სახელმძღვანელოს, რომელიც არსებითად შეიქმნა და გადაამუშავდა. დანარჩენი ორი ნაწილი ახლად არის შედგენილი ჩვენ მიერ.

„შინაგანი სნეულებანი ავადმყოფის მოვლით“ საშუალო სამედიცინო სკოლაში ორწლიან კურსს წარმოადგენს და მოცულობის მხრივ დიდ მასალას შეიცავს, მაგრამ ჩვენ შეუძლებლად ვცანით ამ სახელმძღვანელოს მოცულობა კიდევ უფრო გაგვეზარდა; და წიგნში შეგვეტანა მოწამელის, პირველი დახმარებისა და გარეგანი ფიზიკური ფაქტორებით გამოწვეულ დაავადებათა განხილვა, მით უმეტეს, რომ ქართულ ენაზე აღნიშნული საკითხების შესახებ საკმაო ლიტერატურა არსებობს.

სახელმძღვანელოს მოცულობის გადიდების თავიდან აცილების მიზნით წიგნში აგრეთვე არ არის მოყვანილი საგნობრივი საძიებელი და ზოგიერთი ტაბულა (წამლების დოზები, საკვები პროდუქტების ქიმიური შემადგენლობა და სხვ.).

სახელმძღვანელოს შედგენის დროს ვსარგებლობდით სსრ კავშირში ცნობილი და მიღებული სახელმძღვანელოებითა და მონოგრაფიებით (ლიტერატურის სია იხ. წიგნის ბოლოში). ზოგი ადგილი აღნიშნული წყაროებიდან არის გადმოკეთებული. სურათებიც, მცირე გამონაკლისის გარდა, აღნიშნული წიგნებიდან არის გადმოღებული.

სახელმძღვანელოში უფრო სრულადაა მოცემული ავადმყოფის მოვლისა და სამედიცინო ტექნიკის ის ნაწილი, რომელიც საშუალო სამედიცინო პერსონალის პირდაპირ, ყოველდღიურ და აუცილებელ მოვალეობას შეეხება. აქ განხილულია ავადმყოფის მხოლოდ ზოგადი მოვლის საკითხები. არ არის

მოცემული მოვლის სპეციფიკური მხარეები სხვადასხვა დაავადებათა დროს — როგორც ქირურგიული, ფსიქიკური, სამეანო-გინეკოლოგიური და სხვ. შინაგანი სნეულებების აღწერისას დიაგნოსტიკისა და დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საკითხები შედარებით მოკლედ არის განმარტებული, როგორც ექთანისათვის არასავალდებულო.

საბჭოთა მეცნიერების, კერძოდ, სამედიცინო მეცნიერების აღმავლობის პირობებში, როცა ჩვენს წინაშე დასმულია ამოცანა პავლოვის მატერიალისტური მოძღვრების ჩანერგვისა ჩვენს მეცნიერებასა და პრაქტიკაში, პათოლოგიური პროცესის ორგანიზაციისა და დაავადებათა ეტიო-პათოგენეზის ახსნის საფუძველს შინაგან სნეულებათა კურსში უნდა წარმოადგენდეს ი. პ. პავლოვის დებულებები ორგანიზმის მთლიანობისა და გარემოსთან ერთიანობისა, აგრეთვე ტვინის ქერქის წამყვანი როლის შესახებ.

ამ სახელმძღვანელოში ჩვენ შევეცადეთ ხსენებული თვალსაზრისით გაგვეშუქებინა შინაგანი მედიცინის სხვადასხვა საკითხი, მაგრამ, რამდენადაც შინაგანი პათოლოგიის ცალკეულ საკითხთა კონკრეტული ახსნა პავლოვის მოძღვრების საფუძველზე ამჟამად დადგენის პერიოდშია, ბევრი რამ ჭერ კიდევ ჩამოყალიბებული არ არის.

ამიტომ, ცხადია, ჩვენი ნაშრომი ამ მხრივ ხარვეზებს შეიცავს და ყოველი შენიშვნა ბევრად შეუწყობს ხელს ამ ხარვეზების შევსებას.

ვიმედოვნებთ, რომ ამ სახელმძღვანელოს გამოშვება დიდ დახმარებას გაუწევს საშუალო სამედიცინო სკოლის მოსწავლეებს მეტად მნიშვნელოვანი საგნის — შინაგანი სნეულებების და ავადმყოფის მოვლის სათანადო შეთვისებაში.



## პედაგოგის მოვლა და საედიციონო გეგმობა

თ ა გ ი I

### საავადმყოფო, მისი დანიშნულება და სტრუქტურა მედიცინის თანაგმობის (მეტანის) მოვალეობა

უკვე რამდენიმე წელია, რაც სსრ კავშირში მშრომელთა სამედიცინო მომსახურების საქმეში ჩატარდა არსებითი რეორგანიზაცია—საავადმყოფოებთან პოლიკლინიკების გაერთიანება.

თუ დღემდე ეს ორი ძირითადი სამკურნალო ერთეული — რაიონული პოლიკლინიკა და საავადმყოფო მუშაობას ატარებდა ერთმანეთისაგან სრულიად გათიშულად, ამჟამად ზემოაღნიშნული რეორგანიზაციის შედეგად, საავადმყოფოსთან გაერთიანებული პოლიკლინიკა წარმოადგენს მშრომელთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ძირითად სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას.

თუ წინათ საავადმყოფო თავის საექიმო შტატით, რომელსაც არ ჰქონდა არავითარი კავშირი პოლიკლინიკის ავადმყოფებთან და საერთოდ არ საქმიანობდა თავის კედლების გარეშე, მხოლოდ სტაციონარულ დახმარებას უწევდა მოსახლეობას, ამჟამად ის ხელმძღვანელობს მისთვის განკუთვნილ უბანზე ავადმყოფთა მკურნალობის გარდა, ფართო პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებას.

პოლიკლინიკასთან გაერთიანებულ საავადმყოფოს ძირითად ამოცანას წარმოადგენს: 1) კვალიფიცირებული და სპეციალიზებული სამკურნალო დახმარების გაწევა სტაციონარულ, ამბულატორიულ და ბინაზე მწოლარე ავადმყოფთათვის, 2) საჭირო პროფილაქტიკური და ეპიდემიის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ჩატარება, 3) მოსახლეობის დაეადმებათა შესწავლა ახალ დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გამოყენებით და 4) საავადმყოფოს მუშაკთა სამედიცინო ცოდნისა და იდეურ-პოლიტიკური ღონის სისტემატური ამაღლება.

იმის მიხედვით, თუ მოსახლეობის რომელ ნაწილს, ტერიტორიულ რეაგონსა და სტრუქტურას, უწევს ის მომსახურებას, საავადმყოფო შეიძლება იყოს რესპუბლიკური, საოლქო, ქალაქისა და რაიონული.

უმჯობესი სამედიცინო სასწავლებლებისა და ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის კლინიკები ხშირად მოთავსებულია რესპუბლიკურ, საოლქო, ან ქალაქის საავადმყოფოებში.

საბჭოთა კავშირის დიდ ქალაქებში, სამედიცინო და ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტებს ზოგან აქვს სპეციალური, საკუთარი კლინიკური ბაზები.

იმ საავადმყოფოს, სადაც მოთავსებულია კლინიკა, რომელსაც საწოლები არა ნაკლებ 50% უკავია, ეწოდება კლინიკური საავადმყოფო.

ქალაქის გარკვეულ საექიმო უბნებზე განკუთვნილ საავადმყოფოს, რომელიც უწევს ამ უბნის მოსახლეობას როგორც პოლიკლინიკურს (ამბულატორიული), ისე სტაციონარულ დახმარებას, უნდა ჰქონდეს შემდეგი ძირითადი სპეციალობის განყოფილებები: თერაპიული, ქირურგიული, სამეანო-გინეკოლოგიური და პედიატრიული. გარდა ასეთი ძირითადი სპეციალობის მქონე საერთო საავადმყოფოებისა, ყველა ქალაქში არის სპეციალური საავადმყოფოები, რომლებიც განკუთვნილია რომელიმე ერთი გარკვეული ხასიათის ავადმყოფთათვის; ასეთია ტუბერკულოზური, კანისა და ვენერული, ფსიქო-ნევროლოგიური, ონკოლოგიური (ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ავადმყოფთათვის), თვალის სნეულებათა და ინფექციური საავადმყოფოები.

გარდა ამისა, ქალაქში ცალკეა სამშობიარო სახლები.

ამრიგად, ქალაქის გაერთიანებული საავადმყოფო წარმოდგენილია პოლიკლინიკით და სტაციონარით. სტაციონარში, როგორც ზემოთ იყო მოხსენებული, სხვადასხვა სპეციალობის განყოფილებებია.

ამის გარდა საავადმყოფოს სტრუქტურა ითვალისწინებს შემდეგ მნიშვნელოვან სავალდებულო ერთეულებს: 1) ქსენონი ანუ ავადმყოფთა მიმღები სანგამტარით, 2) აფთიაქი და 3) პროზექტურა.

საავადმყოფოებს აქვს დამხმარე სამკურნალო და დიაგნოსტიკური განყოფილებებიც: რენტგენის განყოფილება, ფიზიო-თერაპიული განყოფილება, ლაბორატორია (კლინიკურ-დიაგნოსტიკური, სეროლოგიური, ბიოქიმიური, ბაქტერიოლოგიური), სამედიცინო არქივი და სამედიცინო-სტატისტიკური ბიურო.

თავისთავად ცხადია, საავადმყოფოს მუშაობის უზრუნველსაყოფად მას აქვს თავისი ადმინისტრაციულ-სამეანო ნაწილი, რომელშიც შედის საავადმყოფოს კანცელარია, კომენდატურა, სამზარეულო, სამრეცხაო, სადღეინფექციო კამერა და საწყობები.

ყველა ზემონათქვამიდან ნათლად ჩანს, თუ რამდენად რთულია საავადმყოფოს სტრუქტურა და რამდენ დამხმარე ერთეულს საჭიროებს ის დაწესებულება, სადაც მკურნალობენ მწორარე ავადმყოფები.

საავადმყოფოში მიყვანილობა ავადმყოფმა უნდა გაიაროს პირველ ყოვლისა მიმღები განყოფილება. მიმღების გარეშე არც ერთი ავადმყოფი არ თავსდება სტაციონარში. მისაღებ ოთახში ხდება ავადმყოფის გასინჯვა, სათანადო რეგისტრაცია და სანიტარული დამუშავება სპეციალურ სანგამტარში, რის შემდეგ ავადმყოფი თავსდება სათანადო განყოფილებაში (იხ. ქვევით).

საავადმყოფოს აფთიაქი, რომელიც საავადმყოფოს მეზობლად ცალკე შენობაში ან ცალკე კორპუსში უნდა იყოს მოთავსებული, ამარაგებს საავადმყოფოს ყველა განყოფილებას და ლაბორატორიას მედიკამენტებით, რეაქტივებით, შესახვევი მასალით, ხელსაწყოებით და აპარატურით.

აფთიაქის მოცულობა და მისი შტატის სიდიდე განისაზღვრება საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობით.

განყოფილებებიდან შემოსული რეცეპტების მიხედვით აფთიაქში ყოველდღიურად მზადდება წამლები და დღის სამი საათისათვის იგზავნება განყოფილებაში.



სასწრაფო შემთხვევაში აფთიაქი გადაუღებლად ამზადებს წამლებს.

აფთიაქში შემოღებულია თანამშრომლის მორიგეობა ღამით და უქმე დღეებში წამლებზე სასწრაფო მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად.

**პ რ ო ზ ე ქ ტ უ რ ა** საავადმყოფოს ის განყოფილებაა, სადაც ხდება გარდაცვლილთა გვამების პათოლოგანატომიური გაკვეთა.

ამ განყოფილებას, სპეციალური სასექციო ოთახის გარდა, სადაც გვამის გაკვეთა ხდება, აქვს გვამების სათავისი — მ ო რ გ ი და კაბინეტები გაკვეთის დროს აღებული ქსოვილების პათოლოგანატომიური შესწავლისათვის. აქვე ხდება ოპერაციების დროს ამოკვეთილი და სხვა მასალის დამუშავება და პათოლოგანატომიური (ჰისტო-პათოლოგიური) შესწავლა.

**პროზექტურა** ეწყობა საავადმყოფოს ტერიტორიაზე ცალკე შენობაში.

არსებული წესების თანახმად, საავადმყოფოში ყველა გარდაცვლილის გვამი უნდა გაიკვეთოს და მოხდეს დაავადების კლინიკური დიაგნოზის შედარება პათოლოგანატომიურ დიაგნოზთან.

გვამის გაკვეთას ესწრებიან მკურნალი ექიმები, რომლებიც პროზექტორთან (ექიმი, რომელიც კვეთს გვამს) ერთად ამოწმებენ კლინიკურ დიაგნოზს. ამჟამად დიდი ყურადღება ექცევა კლინიკური დიაგნოზის დამთხვევას ანატომიურ (გაკვეთის) დიაგნოზთან, თუ კლინიკური დიაგნოზი მკდარი აღმოჩნდა (მაგალითად, ავადმყოფს მკურნალობდნენ მუცლის ტიფისაგან, გაკვეთაზე კი აღმოჩნდა ტუბერკულოზი ან, პირიქით, ეგონათ კუჭის კიბო და გაკვეთამ კი უჩვენა კუჭის წყლული და სხვ.), თითოეული შემთხვევა გამოაქვთ საავადმყოფოს ე. წ. კლინიკურ-ანატომიურ კონფერენციებზე.

კლინიკურ-ანატომიურ კონფერენციებზე, რომლებიც იმართება სისტემატურად მკურნალი ექიმებისა და პროზექტორების დასწრებით, მეცნიერულად განიხილება ამა თუ იმ შემთხვევაში დაუმთხვეველი დიაგნოზის მიზეზები.

ამას დიდი სასწავლო მნიშვნელობა აქვს; გარდა ამისა, დიაგნოზის დამთხვევის საკითხი სამკურნალო დაწესებულებების მუშაობის ხარისხის ერთგვარი მაჩვენებელია.

ერთმმართველობის პრინციპით საავადმყოფოს განაგებს მთავარი ექიმი. მას ჰყავს ორი მოადგილე, ერთი სამკურნალო დარგში — საავადმყოფოში, მეორე კი გაერთიანებულ პოლიკლინიკაში, და ერთი თანაშემწე ადმინისტრაციულ-სამწეო დარგში.

სავადმყოფოს ყველა განყოფილებას განაგებს ერთი გამგე, რომელიც ემორჩილება მთავარ ექიმს და მის მოადგილეს სამკურნალო დარგში.

სამკურნალო განყოფილებაში, განყოფილების გამგის გარდა, ითვლებიან: ექიმი-ორდინატორები, უფროსი ექმანი, პალატის ექმანები, მორიგე ექმანები, დიასახლისი, მამვლელები და დამლაგებლები.

სავადმყოფოს მოსამსახურე პერსონალის რაოდენობა, მათი უფლებამოვალეობა, მუშაობის ხასიათი და სხვ. ყალიბდება ხელმძღვანელი სარგანოების სათანადო კანონმდებლობით. საავადმყოფო-პოლიკლინიკების და სხვ. სამკურნალო დაწესებულებების მოსამსახურე სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა განისაზღვრება საავადმყოფოს საწოლთა რიცხვისა და იმ მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით, რომლებსაც ესა თუ ის სამკურნალო დაწესებულება უწევს საექიმო მომსახურებას.

მთავარი ექიმის თანაშემწე სამწეო-ადმინისტრაციულ დარგში განაგებს საავადმყოფოს მუშაობას და ექვემდებარება ამ მუშაობაში საავად-

მყოფოს მთავარ ექიმს, რომელიც ხელმძღვანელობს საავადმყოფოს მუშაობას, როგორც სამკურნალო-პროფილაქტიკურ, ისე სამეურნეო დარგში.

მთავარი ექიმის მოადგილე სამნეო-ადმინისტრაციულ დარგში განაგებს საავადმყოფოს შემდეგ ობიექტებს: კომენდატურა, საავადმყოფოს პერსონალის საერთო საცხოვრებელი, ტექნიკური ნაწილი, პერსონალის სასადილო, საავადმყოფოს სამზარეულო, საწყობები, ტრანსპორტი და სამრეცხაო.

ამრიგად, საავადმყოფოს მთელი პერსონალი შედგება ექიმებისაგან, საშუალო სამედიცინო მუშაკებისაგან, დახმარე და სამნეო-ადმინისტრაციულ პერსონალისაგან. საავადმყოფოს სიდიდის მიხედვით, ზოგჯერ საავადმყოფოს მუშაკთა რიცხვი რამდენიმე ასეულს აღწევს. ცხადია, რომ მათი ურთიერთშეთანხმებული, გეგმიანი მუშაობა, ყოველი თანამშრომლის მოვალეობათა განაწილება და ყველა მუშაკის მიერ ზუსტი შესრულება იმ დებულებისა, რომელიც დაბრკიებულია სსრ კავშირის ქანდაკვის სამინისტროს მიერ, აუცილებელი პირობაა იმისათვის, რომ საავადმყოფოს მუშაობა მწყობრი იყოს და ზედმიწევნით კარგად ემსახურებოდეს მთავარ მიზანს — საავადმყოფოში მოთავსებული ავადმყოფის მკურნალობას, მის მორჩენას.

საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების გაერთიანება. უკანასკნელ ფრიად მნიშვნელოვან როლს ითამაშებს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების საქმეში წარმოადგენს ზემოთ უკვე მოხსენებული საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების გაერთიანება.

ამ გაერთიანებამდე, სამედიცინო დახმარების ყველა სახეს საავადმყოფოს გარეშე ახორციელებდა მხოლოდ პოლიკლინიკა. პოლიკლინიკების სამედიცინო პერსონალი ატარებდა ავადმყოფების პოლიკლინიკურ მიღებას, უწევდა ბინაზე ავადმყოფებს სამკურნალო დახმარებას, ატარებდა სანიტარულსა და ეპიდემიის საწინააღმდეგო მუშაობას და სხვ.

ამავე დროს საავადმყოფოების და კლინიკების შტატი, დაკომპლექტებული მაღალი კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო მუშაკებით, ემსახურებოდა მხოლოდ მათთან მწოლარე ავადმყოფებს, საავადმყოფოს გარეთ მოსაწილეობას არ იღებდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების საქმეში.

ამრიგად, მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი მოკლებული იყო ასეთ მოწინავე და კვალიფიცირებული ძალების სამედიცინო დახმარებას.

ამის გარდა, პოლიკლინიკის უბნებზე მომუშავე ექიმების კვალიფიკაცია დაბალ დონეზე რჩებოდა და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხიც ძირითადად სათანადო სიმაღლეზე არ იდგა.

ამ მდგომარეობას ბოლო მოუღო სსრ კავშირის მთავრობის დადგენილებამ საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების გაერთიანების შესახებ.

გაერთიანებული პოლიკლინიკის და საავადმყოფოს მუშაობის წესები არსებითად გარდაიქმნა — ის ექიმები, რომლებიც წინათ მხოლოდ პოლიკლინიკაში მუშაობდნენ და ავადმყოფებს პოლიკლინიკაში იღებდნენ ან ბინებზე მკურნალობდნენ, ახლა გარკვეულ დროს ყოველდღიურად საავადმყოფოში მუშაობენ, სადაც პროფესორების, დოცენტების და ასისტენტების მეთვალყურეობისა და კონტროლის ქვეშ სინჯავენ ავადმყოფებს ისევე, როგორც კლინიკის ორდინატორები. ამრიგად, მათ მიეცათ სრული შესაძლებლობა დაუფლონ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს და უფრო დახელოვნდნენ თავიანთ სპეციალობაში.

მეორე მხრივ, წინათ კლინიკებისა და საავადმყოფოების კედლებში ჩაკეტილი მაღალკვალიფიციური საექიმო ძალები ამ გაერთიანებით მაქსიმალურად უახლოვდებიან მოსახლეობას — ისინი უწყვეტ უბნის ექიმებს ყოველდღიურ კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულ მუშაობაში, ისე საპირთ შემთხვევებში — ბინაზე მწოლარე ავადმყოფების მკურნალობაშიც.

საავადმყოფოსთან გაერთიანებულ პოლიკლინიკას ზღოძღვანელობს ერთი პასუხისმგებელი პირი, რომლის განკარგულებაში იმყოფება უბანზე მიმაგრებული, საავადმყოფოს განყოფილებაში და პოლიკლინიკაში მოუშავე მთელი სამედიცინო შტატი — ექიმები და ექიმის თანაშემწეები. შექმნილია ერთი მთლიანი სისტემა, რომლითაც უზრუნველყოფილია ავადმყოფთა სრულყოფილი და კვალიფიცირებული მომსახურება მკურნალობის ყველა ეტაპზე — პოლიკლინიკაში, ბინაზე, საავადმყოფოში.

გაერთიანებულ პოლიკლინიკა-საავადმყოფოში ავადმყოფთა სამკურნალო მომსახურება ამჟამად აგებულია ე. წ. ო რ რ გ ო ლ ი ა ნ ს ი ს ტ ე მ ა ზ ე, რაც გულისხმობს მუშაობის შემდეგ განაწესს:

რკინის პოლიკლინიკის ყველა ექიმი და საავადმყოფოს ყველა ორდინატორი ერთნაირად არიან ჩაბმული საავადმყოფოსა და პოლიკლინიკის მუშაობაში, მაგალითად, ნაწილი ექიმებისა დღით იღებს ავადმყოფებს უბნის პოლიკლინიკაში, შემდეგ საათებში კი მუშაობს საავადმყოფოში (3 საათი პოლიკლინიკაში და 2,5 საათი საავადმყოფოში); ექიმების მეორე ნაწილი კი დღის საათებში მუშაობს საავადმყოფოს განყოფილებაში, შემდეგ კი გადის ან პოლიკლინიკაში ავადმყოფების მისაღებად, ან უბანზე სამუშაოდ — ბინებზე მწოლარე ავადმყოფების სანახავად და სამკურნალოდ.

ქალაქის თითოეული რაიონის უბნებში შექმნილია ექიმთა მთლიანი კოლექტივი, რომელიც უზრუნველყოფს უბნის მცხოვრებლებს მაღალხარისხოვანი კონსულტაციით და სამკურნალო დახმარებით, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების შემთხვევაში თავისუფალი საწოლით სტაციონარში.

ყოველივე ზემონათქვამიდან ცხადი ხდება ამ სისტემის უპირატესობა მუშაობის ძველ მეთოდებთან შედარებით.

საავადმყოფო მოთავსებული უნდა იყოს სპეციალურ შენობაში, რომელიც მთელ რიგ მოთხოვნებს უნდა აკმაყოფილებდეს. პირველ ყოვლისა, სასურველია, რომ ის აგებული იყოს ქალაქგარეთ, სადაც ყოველთვის სუფთა ჰაერია და ავადმყოფს ქალაქის ხმაურობა არ აწუხებს. შენობა უნდა აიგოს ისე, რომ პალატის (ოთახების) ფანჯრები იყურებოდეს სამხრეთისაკენ, რათა მისი სხივები მეტი ხნის განმავლობაში შედიოდეს პალატაში. საავადმყოფოს ირგვლივ უნდა იყოს გაშენებული ბაღი, რომელსაც არა მარტო ჰაერის გამწმენდი მნიშვნელობა აქვს, არამედ განკურნების გზაზე მდგარი ავადმყოფები, ექიმის ნებართვით, შეძლებენ ბაღით სარგებლობას.

საავადმყოფოს შენობა შეიძლება სხვადასხვა სისტემით იყოს აგებული; არჩევენ საავადმყოფოს შენობის შემდეგ 3 სისტემას: 1) დერეფნის, 2) პავილიონის და 3) ბარაკის.

დერეფნის სისტემა თავის მხრივ შეიძლება ორნაირი იყოს — ცენტრალური დერეფნის და გვერდითი დერეფნის სისტემა. პირველი გულისხმობს ისეთ შენობას, რომლის შუაგულში გადის ერთი დერეფანი, ხოლო მის ორივე მხარეს მოთავსებულია პალატები. საავადმყოფოს ამ სისტემის შენობას ამჟამად აღარ აშენებენ, რადგანაც მას მთელი რიგი უარყოფითი მხარეები აქვს. მათ შორის: ვენტილაციის ანუ განაივების სიძნელე, დერეფანში სიბ-

ნლე, გარდა ამისა ავადმყოფებს შორის ადვილი კავშირი და, მაშასადამე, პალატიდან პალატაში რაიმე ავადმყოფობის გადატანის შესაძლებლობა. ამ მიზეზით ცენტრალური დერეფნის სისტემა უკვე უარყოფილია.

გვერდითი დერეფნის სისტემა, რომლის მაგალითს თბილისში წარმოადგენს რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო, ქალაქის მე-2 საავადმყოფო და სხვ., ხასიათდება დერეფნით, რომლის მხოლოდ ერთ მხარეზეა მოთავსებული პალატები, მეორე მხარეზე კი დერეფნის ფანჯრები გადის ბაღში, ეზოში, ან ქუჩაში. ამ სისტემით აგებული შენობა მოკლებულია პირველის უარყოფით მხარეებს.

დერეფნის სისტემით აგებულ შენობაში პალატებს შორის კავშირი არ არსებობს; ერთი პალატიდან მეორეში შესვლა შეიძლება მხოლოდ დერეფნის გავლით. დერეფანთან კავშირი აქვს სამზარეულო ოთახს, აგრეთვე სააბაზანოს, საპირფარეოს, ლაბორატორიას და სხვადასხვა კაბინეტებს.

პავილიონის სისტემით აგებულ საავადმყოფოს შენობას ახასიათებს ერთი დიდი პალატა და მამატებით კიდევ რამდენიმე პატარა პალატა. ამ დიდი პალატის განმასხვავებელ ნიშანს წარმოადგენს ფანჯრების სიმრავლე — ფანჯრები ჩართულია ორ კედელში, იმ დროს, როდესაც დერეფნის სისტემის პალატებში ეს შეუძლებელია. თბილისში პავილიონის სისტემით აგებულია ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს ტერიტორიაზე ზოგიერთი კორპუსი.

ამჟამად საავადმყოფოს შენობის საუკეთესო ტიპად ცნობილია პავილიონის სისტემით აგებული შენობები, დაკავშირებული დახურული დერეფნებით.

საავადმყოფოს შენობის მესამე სახეს წარმოადგენს ბარაკი; უფრო ხშირად ის არის ერთსართულიანი შენობა, ერთი ან რამდენიმე პალატისაგან შემდგარი. ბარაკი ემსახურება გადამდებ სნეულებიან ავადმყოფებს. ასე, მაგალითად, პარტახტიანი ტიფით, ყვავილით, ხუნაგით, ქუნთრუშითი და სხვა მწვავე ინფექციით დაავადებულ პირებს ბარაკებში მოხვდნენ, ისიც ისე, რომ, მაგალითად, ხუნაგით ავადმყოფები ერთ ბარაკში მოხვდნენ, ქუნთრუშისებრი—მეორეში და სხვ. ავადმყოფების ასეთი განაწილება იმიტომ არის საჭირო და აუცილებელი, რომ ერთი რომელიმე სნეულებით დაავადებულ პირს არ დაერთოს მეორე ავადმყოფობაც. თბილისში ბარაკები მოთავსებულია ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს ტერიტორიაზე.

რა სისტემითაც არ უნდა იყოს აგებული საავადმყოფო, ის ყოველთვის უნდა შეიცავდეს რამდენიმე ან ერთ პატარა პალატას მაინც — ე. წ. იზოლატორს (იზოლაცია — გამოცალკეება) ერთი ავადმყოფისათვის.

იზოლატორში თავსდება, პირველ ყოვლისა, გაურკვეველი სნეულებით მიღებული ავადმყოფები; მაგალითად, საერთო პალატაში რომ მოთავსებულ იქნეს ინფექციური სნეულებით დაავადებული პირი, პალატის დანარჩენ ავადმყოფებს შეიძლება ეს ავადმყოფობა გადაედოს; ამგვარად, საექვო ან გაურკვეველი სნეულებით დაავადებული სიცხიანი ავადმყოფი იზოლატორში თავსდება და იმის მიხედვით, თუ რა აღმოაჩნდა მას, გადაჰყავთ საერთო პალატაში ან აგზავნიან ბარაკში.

იზოლატორით უნდა ისარგებლონ აგრეთვე იმ შემთხვევებში, თუ საერთო პალატაში რომელიმე ავადმყოფი აგზნებულ მდგომარეობაშია: ბოდავს, ყვირის და მოსვენებას არ აძლევს სხვა ავადმყოფებს. იზოლატორში გამოსაყოფია ისეთი ავადმყოფიც, რომელსაც აქვს შეუწყვეტელი ფაღარათი ან კუჭის უნებლიე მოქმედება ანდა, რომელიც ძლიერ ახველებს და ამოაქვს ისეთი

მყრალი (ფილტვის განგრენის დროს) ნახველი, რომლის სუნის ატანა შეუძლებელია დანარჩენებისათვის.

კიდევ ერთ შემთხვევაშია საჭირო იზოლატორით სარგებლობა — ეს მაშინ, როდესაც საერთო პალატაში ავადმყოფი ცუდად ზღდება—მომაკვდავია. ასეთ შემთხვევაში ექთანი ვალდებულია დროზე აცნობოს მორიგე ექიმს ან თვით იკისროს იზოლატორში ავადმყოფის გადაყვანა. მომაკვდავი ადამიანის იზოლაციას მოითხოვს ჩვენი მზრუნველობა დანარჩენ ავადმყოფებისადმი, რადგანაც ადვილი წარმოსადგენია, თუ რა მძიმე შთაბეჭდილებას ახდენს ავადმყოფზე გვერდით მწოლარე ავადმყოფის სიკვდილი. იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი საერთო პალატაში ცუდად ზღდება, იზოლატორი კი დაკავებულია მეორე ავადმყოფით, ექთანი მიიწვება ვალდებულია გამოიყვანოს ავადმყოფი პალატიდან, თუნდაც დერეფანში, და მის საწოლს თეჯირი (შირმა) მიათაროს.

### პალატა და მისი მოწყობილობა

პალატა თავისი ოდენობის მიხედვით საწოლების გარკვეულ რიცხვს უნდა იტევდეს, ყოველ შემთხვევაში, 20 საწოლიანზე მეტი პალატა, მრავალი მოსახრებით, მიზანშეუწონელია.

საშუალოდ პალატა იტევს 10—12 საწოლს, იმ ანგარიშით, რომ საწოლებს შორის 1 მეტრის მანძილი იყოს თავისუფალი, ხოლო თითოეულ ავადმყოფზე მოდიოდეს არა ნაკლებ 30 კუბ. მეტრი ჰაერი. პალატის სიმაღლე უნდა იყოს 3½—4 მეტრი; კედელი სადა, ჰერში გადასვლის კუთხე არა მახვილი, არამედ მომრგვალებული; კედელზე არაერთგვაროვანი მორთულობა; ისინი მხოლოდ აძნელებენ პალატის სუფთად შენახვას; ერთდერითი საფანი, რომელიც პალატის კედელზე უნდა ეკიდოს, ეს არის ოთახის ჰაერის სითბოს საზომი. კედლები შეღებილი უნდა იყოს ქვემოთ ზეთის საღებავით, ზემოთ — წებოს საღებავით, იატაკი უნდა იყოს ქვის ან ასფალტის, ხოლო ზემოდან აუცილებლად ლინოლეუმით გადაფარებული. უმჯობესია პარკეტის იატაკი. განმარტებას არ მოითხოვს, რომ პალატა უნდა იყოს მზიანი და სინათლიანი. სინათლიან ოთახში ყოველნაირ სიბინძურეს უფრო ადვილად შეამჩნევს ექთანი და მიუთითებს მომვლელ ქალს. მეორე მხრივ, ყველასათვის ცნობილია, რომ, მაგალითად, უმზეო — ნესტიან ბინებში მცხოვრებნი უძლურნი, სისხლნაკლები და ჭლექისადმი მიდრეკილი არიან, რადგან მზე აუცილებელია ადამიანის ჯანმრთელობისათვის. მზის პირდაპირი სხივები ერთგვარ სტერილიზაციას (სტერილიზაცია — გაუსუნებოვნება) ახდენს — ხოცავს მთელ რიგ მიკროორგანიზმებს, ზოგის ზრდას კი აფერხებს. აქედან გასაგებია, რომ ფანჯრების მიმართულებას და მათ ოდენობას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ფანჯრები მიმართული უნდა იყოს, როგორც ეს ერთხელ უკვე მოვიხსენიეთ, სამხრეთისაკენ, ხოლო მათი ოდენობა ისე გამოანგარიშებული, რომ ფანჯრების საერთო ფართობი პალატის იატაკის ფართობის არა ნაკლებ 1/5-ს უდრიდეს.

პალატის ხელოვნური განათებისათვის ელექტრონის შუქს შეუდარებელი უპირატესობა აქვს. მაგალითად, ნაეთის ლამპა, გარდა მუდმივი თვალყურის დევნებისა, მოითხოვს სწორებას, წმენდას, ავითარებს ზედმეტ სითბოს და წვის მავნე პროდუქტებს. ყველა ამ ნაკლს მოკლებულია ელექტრონის შუქი; პალატაში, ჰერის შუაგულში საკმარისია ერთი საშუალო სიმძლავრის ელექტრონის ნათურა, რომელიც ქვევიდან აფარებული უნდა იყოს ნახევრად გამჭვირვალე შუქსაფარით, რითაც პალატაში იქნება თანაბარი, თვალისათვის სასი-

ამოვნო სინათლე. არსებობს რამდენიმე ავადმყოფობა, რომლის დროს ავად-  
მყოფს უძნელდება კონიუნქტივიტის გამო (თვალის ლორწოვანი გარსის  
ანთება) სინათლეზე ცქერა; ეს არის ყვავილი და წითელა; ამ შემთხვევაში  
ექთანმა უნდა გამოიჩინოს წინდახედულება და ააფაროს ფანჯრებს ან ნა-  
თურას ფერადი საფარი.

პალატის გათბობას დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფთათვის.  
გათბობა შეიძლება რკინის ღუმელით ან კედლის ღუმელით, ანდა მოწყობი-  
ლი იყოს ე. წ. ცენტრალური გათბობა. გათბობის ყველაზე უფარვის  
სახეს წარმოადგენს რკინის ღუმელი; ის არასოდეს არ იძლევა ოთახში თანაბარ  
სითბოს, მალე ცხელდება, მაგრამ მალევე ცივდება, ღუმელზე დადებული  
მტკერი იწვის და სტოვებს მავნე და არასასიამოვნო სუნს; თუ გავიხსენებთ  
იმასაც, რომ ამ დროს ოთახში სისუფთავის დაცვა ძნელდება, ეს სახე გათბო-  
ბისა, ცხადია, უფარვისად უნდა ჩაითვალოს. კედლის ღუმელი მოკლებულია  
რკინის ღუმელის აღნიშნულ უარყოფით მხარეებს, მაგრამ სითბოს თანაბრად  
განაწილების და მისი რეგულაციის, სითბოს მომატება-მოკლების, ანდა ერთ  
დონეზე შენარჩუნების მხრივ კედლის ღუმელი ბევრად ჩამოუვარდება  
ცენტრალურ გათბობას.

ეს უკანასკნელი გათბობის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს. თბი-  
ლისში ყველა საავადმყოფო გადაყვანილია ცენტრალურ გათბობაზე. ამ  
სახის გათბობის დროს შენობის სარდაფში სპეციალური დიდი ქვაბებია მო-  
თავსებული. სადაც ადულებენ წყალს. ადულებულ წყალს ან ცხელ ორთქლს  
უშვებენ მილებში, რომლებიც გაივლის რა მთელ შენობას, ათბობს მას.  
ფანჯრების ქვეშ მოთავსებულ მილების ხრახნილებს რადიატორები ეწოდე-  
ბა; თითოეულ რადიატორს დართული აქვს რეგულატორი, რომლის ამა თუ იმ  
ნიმართულებით გადაწევა იძლევა პალატაში საჭირო სითბოს; სითბო კი პალა-  
ტაში უნდა უდრიდეს საშუალოდ 17—19° C-ით.

სუფთა ჰერს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უფარესად დიდი მნიშვნე-  
ლობა აქვს, მით უფრო მნიშვნელოვანია ის მწოლარე ავადმყოფთათვის, რომ-  
ლებსაც არ შეუძლიათ ოთახიდან გასვლა.

თუ გავიხსენებთ, რომ ადამიანი ამოსუნთქვის დროს გამოყოფს ნახშირ-  
ორქანგს, უფარვის ნივთიერებას, რომელიც ოთახში დიდი რაოდენობით დაგ-  
როვილი ახდენს მომშამველ მოქმედებას, თუ გავიხსენებთ იმასაც, რომ ადა-  
მიანის კანი სხვადასხვა მჭროვალ კულესუნიანი გაზების გარდა გამოყოფს სით-  
ხეს ორთქლის სახით, დღე-ღამეში საშუალოდ 8 ლიტრამდე, რომ ზოგიერთი  
ნძიმე ავადმყოფი მოთხოვნილებას შარღზე ან გარეთგასვლის მხრივ იკმაყო-  
ფილებს პალატაშივე, რომ საერთო პალატაში 10—12 ავადმყოფია ერთად  
მწოლარე, ადელი წარმოსადგენია რა სისწრაფით და სიმძლავრით. ფუქდება  
ჰაერი პალატაში. ამიტომ საჭიროა პალატის ჰაერის ხშირი გაწმენდა, რასაც  
აღწევენ განიავებით ანუ ვენტილაციით.

ვენტილაცია თავისთავად წარმოებს ხოლმე შენობებში (ე. წ. ბუნე-  
ბრივი ვენტილაცია) ფანჯრების ნაჩერებების და კედლების ფორების საშუა-  
ლებით. მაგრამ ეს არ არის საკმარისი და უნდა გამოყენებულ იქნეს ხე-  
ლოვნური ვენტილაცია. ამ უკანასკნელის უმარტივეს სახეს წარმოადგენს  
ოთახის განიავება ფანჯრების გაღებით, ან კიდევ უკეთესი, სარკმლის სა-  
შუალებით. აღნიშნული სარკმელი, გარდა იმისა, რომ ფანჯრის ზემოა  
შუაში უნდა იყოს ჩასმული, უნდა იღებოდეს არა გვერდზე და მთლიანად, არა-  
მედ ზევიდან ქვევით და ნახეარზე (45°-ზე), რათა გარედან შემოსული ცივი

ჰერი უშუალოდ ავადმყოფს არ მოხედეს. ასე გაღებული სარკელიდან ჰერი მიიმართება ჰერისაკენ, საიდანაც, უკვე გამთბარი, ქვემოთ ეშვება.

ვენტილაციის უკეთეს სახეს წარმოადგენს კედლებში ჩართული სავენტილაციო მილები. მათი მოქმედება დამოკიდებულია ოთახის და გარეთა ჰერის სითბოს და წნევის სხვაობაზე. საუკეთესო სახის ვენტილაციას წარმოადგენს ელექტრონის ვენტილატორი, რომლის საშუალებით მცირე ხნის განმავლობაში ხერხდება პალატის განიავება.

როგორ უნდა მოიქცეს ექთანი, თუ პალატაში არ არის მოწყობილი ხელოვნური ვენტილატორი, ხოლო ავადმყოფი გაცივების შიშით მას ტანჯრის გაღების ნებას არ აძლევს? ასეთ შემთხვევაში უნდა მიმართოს შემდეგ საშუალებას: დერეფანში იწვევენ ორმხრივ ქარს, ხოლო კარებს პალატიდან დერეფნისაკენ ლოდ ტოვებენ. ეს ღონისძიებაც საქმარისა პალატის განიავებისათვის.

### პალატის მოვლა - დალაგება

პალატის სუფთად შენახვას დიდი მნიშვნელობა აქვს; მნიშვნელოვანია ის არა მარტო ჰიგიენური თვალსაზრისით, არამედ მას აღმზრდელობითი მნიშვნელობაც აქვს, როგორც ავადმყოფებისათვის, ისე მათ მნახველთათვისაც.

მართალია, პალატის დალაგება არ წარმოადგენს საშუალო მედპერსონალის პირდაპირ მოვალეობას, მაგრამ რამდენადაც ექთანი ხელმძღვანელი, მიმითბებელი და ერთგვარი კონტრტრლის გამწვანა მომვლელი ქალის და დამლაგებლის მუშაობაში, რასაკვირველია, ის ამ საქმეს კარგად უნდა იყოს გაცნობილი.

პალატის დაგვის საკითხში უნდა დაიხსომოთ, რომ დაუშვებელია პალატის მშრალი ცოცხით ან ჭაგრისით დაგვა; რითაც არ უნდა გვიდნენ, საქროა, ა ა ხ ე ო ნ მას წყალში დასველებული და კარგად გაწურული ტილო; დალაგების დროს არ შეიძლება პალატის ფანჯრების და კარების ერთად გაღება, რადგანაც გამკრავი ქარი მტვერს იატაკიდან აიყოლებს, ჰერსაც გაანაგვიანებს და დალაგების შემდეგ კვლავ დაილექება.

დაგვა უნდა ხდებოდეს არა მთელი პალატის გავლით, არამედ დაწყებული ოთახის კუთხიდან მისი შუაგულისაკენ და, ამრიგად, პალატის შუაგულში შეგროვილი ნაგავი დამლაგებელს გამოაქვს გარეთ.

პალატაში საწოლებს შუა მაგიდები უნდა გადაიდგას და მის ქვეშ იატაკი, ისე როგორც საწოლების ქვეშ (საწოლების გადაწევა არ არის საჭირო), გულდასმით მოიწმინდოს.

ნაგულისხმევია, რომ იატაკის დაგვა უნდა ხდებოდეს მაგიდების გადაწმენდის შემდეგ როგორც გარედან, ისე შიგნით, ყუთებში. პალატა ასე ლაგდება დღეში ორჯერ — დილით ადრე და ნასადილეც, ხოლო დამატებით ნაწილობრივი დალაგება უნდა ხდებოდეს საუზმის, ვახშმის შემდეგ და მნახველების წასვლის შემდეგაც. დილიდან-დილაძვე, რა წუთსაც ექიმმა არ უნდა შეიხედოს პალატაში, შიგ უნდა იყოს სისუფთავე. თუ პალატაში იატაკი ქვის ან ასფალტისაა, ან ლინოლეუმით გადაფარებული, უმჯობესია წყლით და მწვანე საპნით იქნეს ის ყოველდღიურად გარეცხილი და შემდეგ ტილოთი გამშრალებული; საერთოდ, ასეთი გარეცხვა კვირაში ერთხელ მინც სავალდებულოა.

კედლები და ჰერი კვირაში ერთხელ იწმინდება გრძელ ჭაგრისზე (ჩოთქზე) მიმაგრებული სველი ჩვარით, ფანჯრები ასევე ხშირად ირეცხება

წყალში განზავებული რამდენიმე სუფრის კოვზი ნიშადურის სპირტით, შე-  
მდეგ კი მშრალად იწმინდება, საწოლებს შუა მაგილები ირეცხება კვირაში ერთ-  
ხელ, საფურთხებელი, შარდის მიმღები და ქვესადგამი ქურკლები ირეც-  
ხება მდულარე წყლით 5%-ანი კარბოლის მკაევის მიმატებით.

საპირფარეშო და სააბაზანო ოთახი უნდა ირეცხებოდეს მწვანე საპნით  
ან 5%-ანი კარბოლის მკაეათი.

### პალატის მოწყობილობა

პალატაში არც ერთი ზედმეტი საგანი არ უნდა იყოს. რაც უფრო ბევრია  
ოთახში ნივთი, მით უფრო მეტია მტვერი და გასუფთავებაც უფრო ძნელდება;  
პალატის მთელ ავეჯეულობას წარმოადგენს: საწოლები, საწოლებს შუა მაგი-  
ლები და სკამები, საწოლის ქვეშ საფურთხებელი, ავადმყოფის ჩუსტები და  
საჭიროების დროს შარდის მიმღები. იმ ავადმყოფებს, რომლებსაც სიარული  
შეუძლიათ, საწოლთან სკამზე უდევთ დაკეცილი (თითოეულს ცალკე) საავად-  
მყოფო ხალათი.

საფურთხებელი ცარიელი არ უნდა იყოს,  $\frac{1}{3}$ -ის დონეზე შიგ უნდა ესხას  
სადეზინფექციო ხსნარი. წინააღმდეგ შემთხვევაში ძნელდება მისი გარეცხვა-  
გამოვლება. საწოლები პალატაში კედლის მიმართ პერპენდიკულარულად დგას,  
ისე, რომ ორივე მხრივ შესაძლებელი ხდება ავადმყოფთან მისვლა. ჩვეულებ-  
რივ საცხოვრებელ ბინებში, ოთახის თავისუფალი ფართობის ეკონომიის  
თვალსაზრისით, საწოლს დგამენ კედელთან გვერდით მიკედლილად. ექთანმა,  
თუ კი მას უხდება ავადმყოფის მოვლა ბინაზე, არ უნდა დაივიწყოს, რომ  
მისი პირველი მოქმედება უნდა იყოს ოთახიდან ზედმეტი ნივთების გატანა  
და საწოლის მდებარეობის შეცვლა, როგორც ეს ზემოთ არის მოხსენებული,  
თუ კი, რასაკვირველია, ბინის პირობები ამის საშუალებას იძლევა.

საწოლებში უკეთესია რკინის საწოლი ზამბარის ბაღით. სიგრძე საწო-  
ლისა უნდა იყოს არა ნაკლებ 2 მეტრი, სიმაღლე და განი — ერთი მეტრი. თუ  
ასეთი ზამბარიანი საწოლების რიცხვი საავადმყოფოში განსაზღვრულია, ისინი  
ყოველთვის უნდა დაეთმოს მძიმე ავადმყოფებს, რომელთაც დიდხანს  
უხდებათ ლოჯინში წოლა.

ლეიბი უმჯობესია იყოს ზღვის ბალახით ან ცხენის ძუით გატენილი;  
გარდა თანაბარი სირბილისა, მათი უპირატესობა სხვა მასალასთან შედარე-  
ბით იმაში მდგომარეობს, რომ ნაკლებად ხურდება და, მაშასადამე, არ იწვევს  
ავადმყოფის ოფლიანობას.

ლეიბი საჭიროებს მოვლას. დროგამოშვებით ის გადაბრუნებულ უნდა  
იქნეს. ამას მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისთვისაც, მაგრამ აქ ერთი წერილ-  
მანი უნდა აღინიშნოს — ლეიბი გადაბრუნებულ უნდა იქნეს არა გვერდითი  
მხრიდან, ე. ი. მარჯვნიდან მარცხნივ, ან პირიქით, არამედ ლეიბის ის ნაწილი,  
რომელიც თავქვე იყო, ფეხებისაკენ უნდა მოექცეს და პირიქით.

როდესაც ლეიბი ავადმყოფის მიერ ისურება, ის, ცხადია, გამოცვლას საჭი-  
როებს, რაც მოთხოვს ავადმყოფის საწოლიდან აყენებას; მაგრამ ხანდახან  
ისეთ მძიმე ავადმყოფთან გვაქვს საქმე (და სწორედ ასეთები სვრიან ლეიბს),  
რომელთა საწოლიდან აყენება მეტად ძნელი და ზოგჯერ საშიში ან სრულიად  
შეუძლებელია. მაგალითად, ასეთებია მძიმე ნაოპერაციები ავადმყოფი, მძიმე  
ნერტეხილობის დროს, შინგანი ორგანოებიდან სისხლის დენის დროს და სხვ.  
ასეთ შემთხვევისას და, მით უფრო, ხშირი ფლარათობის ან უნებურად შარდზე  
და გარეთ გასვლის შემთხვევებში არსებობს მეტად მოხერხებული, ე. წ. სა-მ-



სეგმენტ'იანი' ლეიბი; ის თავის სიგრძეზე დაყოფილა სამ ნაწილად შუა ნაწილი ანუ სეგმენტი, რომელიც უფრო განიცდის გაუქუქიანებას, შეიძლება ავადმყოფის ხელუხლებლივ იქნეს ქვეშიდან გამოღებული და სამაგიერო სუფთა სეგმენტით შეცვლილი.

სეგმენტთან ლეიბის უქონლობის დროს, თუ ავადმყოფის წამოყენება შეუძლებელია და ლეიბი კი საჭიროებს გამოცვლას, ავადმყოფის საწოლთან უნდა დაიდგას მეორე თავისუფალი საწოლი ან საკაცე: ფრთხილად, ორი თანამშრომლის დახმარებით უნდა გადააწვიონ ავადმყოფი, შეცვალონ საწოლზე ლეიბი და თეთრეული და ისევ უკან გადააწვიონ. ბალიში უმჯობესია ავადმყოფს ჰქონდეს ორი; თუ კი ავადმყოფი შეჩვეულია ყურის ბალიშს. შეიძლება მისი მიტანის ნებაც დართონ. ბალიშის სიმაღლე საწოლში ავადმყოფის სურვილზეა დამოკიდებული: ზოგი შეჩვეულია შედარებით თავდაბლა წოლას, ზოგი კი—პირიქით.

საბანი პალატის ყველა ავადმყოფს ერთნაირი უნდა ჰქონდეს — სჯობს ბაიკის; მიუღებელია, რომ თითოეული ავადმყოფი თავისი საბნით შემოდირიდეს პალატაში. საბანს აუცილებლივ ამოკრებული უნდა ჰქონდეს საბნის პირი; ასეთი საბნის ქვეშ თბილა და უფრო სასიამოვნოც არის წოლა, საბანიც უფრო სუფთად და დიდხანს ინახება. საბნის პირი აუცილებელია აგრეთვე ჰიგიენური თვალსაზრისითაც.

ავადმყოფის საბნით დახურვას ცოდნა სჭირდება. საბანი, მისი სიგრძისა და მიხედვით, ამოკეცილი უნდა იყოს აუცილებლივ ფეხებთან იმ ანგარიშით, რომ საბნის მეორე, თავისუფალი პირი ავადმყოფს მხოლოდ ყელამდე მისწვდეს.

### მძთანის მოვალეობა

ავადმყოფთან უშუალო კავშირი აქვს მხოლოდ სამ პირს; ესენი არიან: ექიმი, ექთანი და მომვლელი ქალი. ამ სამ პირს შორის მუშაობა და მოვალეობანი ავადმყოფის წინაშე ზუსტად არის განაწილებული. ექთანმა და მომვლელმა ქალმა სრულიად გარკვევით უნდა იცოდნენ, თუ რა ვეალებათ მათ, რა უნდა გააკეთონ და რისი გაკეთება არ შეუძლიათ. აქ საჭიროა განიმარტოს, რომ მომვლელ ქალს არ შეუძლია გააკეთოს ექთანის საქმე ისე, როგორც ამ უკანასკნელს—ექიმის საქმე.

მაგრამ, თუ რაიმე შემთხვევის გამო, მომვლელი ქალი საჭირო წუთს არ არის ავადმყოფის საწოლთან, საქმე კი გადაუღებელია და მისი დაყოვნება ავადმყოფისათვის საზიანოა, ექთანმა უნდა შეასრულოს ის, რაც მომვლელი ქალის მოვალეობას წარმოადგენს.

აქედან ის დასკვნა შეიძლება გამოვიტანოთ, რომ ექთანის პრაქტიკული სწავლა უნდა იწყებოდეს მომვლელი ქალის მუშაობის შეთვისებიდან.

განყოფილებაში მუშაობა კიდევ ერთი პირი—დიასახლისი, რომლის მოვალეობას ძირითადად შეადგენს ავადმყოფის თეთრეულის გაცემა, სადილის განაწილება, სისუფთავის თვალყური და სხვ.

ექიმის, ექთანის და მომვლელის საერთო მუშაობა ემსახურება მხოლოდ ერთ მიზანს—დაიცვან პროფილაქტიკური ღონისძიებანი, შეუძლებელი ავადმყოფებს მდგომარეობა და ეცადონ მათ სრულ განკურნებას ამ მიზნის წარმატებისათვის საჭირო და აუცილებელ პირობებში შემოხსენებულ პირებს შორის სრული შეთანხმებულობა. ავადმყოფი ურთიერ შორის საქმიან და ამავე დროს მეგობრულ განწყობილებასზე თუ საუფროსობაში მალად ან საშუალო და დაბალ პერსონალს შორის აქვს ადგილი რაიმე

უთანხმოებას, ეს საბოლოოდ მხოლოდ ავადმყოფს ავნებს და შეაფერხებს მის განკურნებას; სწორედ ამიტომ, ისე, როგორც არსად, ავადმყოფის საწოლთან, მის მომვლელ პირებს შორის, უფროს-უმცროსობის გრძობასთან ერთად, უნდა არსებობდეს ერთმანეთის პატივისცემა, ხოლო მუშაობა უნდა იყოს მტკიცედ შეთანხმებული.

თითოეულ საავადმყოფოს აქვს თავისი შინაგანი განაწესი, რომელიც ითვალისწინებს საავადმყოფოში შემოღებულ წესებს, მუშაობის პირობებს და სხვ. განვიხილოთ სქემატურად ექთანის სამუშაო დღე. დანიშნულ დროზე, დილით დაუგვიანებლივ მოდის ექთანი საავადმყოფოში. დაგვიანება ექთანის მხრივ დაუშვებელია. ის ყოველთვის ექიმს უნდა დახვდეს პალატაში, რადგანაც ექიმის მოსვლამდე, როგორც ქვემოთ დავინახავთ, მას აქვს შესასრულებელი ზოგიერთი სამუშაო.

საავადმყოფოში მოსვლისთანავე ექთანი იცვამს სუფთა ხალათს და უქუსლო, რბილ ფეხსაცმელს. ფეხსაცმელის გამოცვლას ზოგიერთი ზერელედ უყურებს, მაგრამ უნდა ვიცოდეთ, რომ ამას აქვს თავისი გარკვეული მნიშვნელობა — ხანდახან ავადმყოფის მოუსვენრობის და ნერვიულობის ერთადერთ მიზეზს წარმოადგენს ის ხმაურობა, რომელსაც იწვევს ექთანის სიარულის დროს მისი ქუსლიან ფეხსაცმელი. თეთრი თავსაფრის მოხვევა აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

ტანსაცმელის შეცვლის შემდეგ ექთანი მიდის თავის პალატაში. მას ავადმყოფების დილის სიცხე უკვე გაზომილი და სიცხის ფურცელზე აღნიშნული ხვდება, ავადმყოფებს დილის საუზმეც უკვე მიღებული აქვთ.

პალატის ექთანის პირველ მოვალეობას შეადგენს მოამზადოს ავადმყოფები ექიმის შემოვლისათვის. ამისათვის ის ყველა იმ ავადმყოფს, რომელსაც ჰქონდათ ღამით გაკეთებული კომპრესიები გულ-მკერდზე თუ მუცელზე, მოხსნის. თუ ავადმყოფს ნახევრი გაკეთებული აქვს ჭრილობაზე, მას ექიმის მოსვლამდე ხელი არ უნდა ახლონ.

ამის შემდგომ საჭიროა ავადმყოფებისათვის წამლების დარიცხვა. ყოველწამიერი წამალი, როგორც წესი, ინახება კარადაში. თითოეული პალატის ექთანს აქვს თავისი კარადა, რომელიც უნდა იდგეს დერეფანში მისი პალატის წინ; კარადა ყოველთვის დაეკრტილი უნდა იყოს და გასაღებს კი ექთანი თან ატარებდეს. წამლების შენახვა კარადაში და მათი მიცემა ავადმყოფებისათვის იმდენად რთული და საპასუხისმგებლო საქმეა, რომ არავითარ შემთხვევაში ექთანმა არ უნდა მიანდოს ეს საქმე სხვა პირს, მაგალითად, მომვლელს, ან, მით უმეტეს, თვით ავადმყოფს. აფთიაქიდან მიღებული წამლები ექთანმა უნდა შეამოწმოს სარეცეპტო რვეულის მიხედვით. ზოგჯერ ხდება, რომ აფთიაქი გაუშვებს არა იმ წამალს, რომელიც გამოწერილი იყო, ან სხვა დროით, ვიდრე ეს ექიმმა დანიშნა, ასეთ შემთხვევაში ექთანი დროულად მიიღებს სათანადო ზომებს, რათა ავადმყოფი უზრუნველყოს სათანადო წამლით.

ყველა წამალი, როგორც ვთქვით, ინახება კარადაში. წამლების შესანახ კარადაში ექთანს უნდა ჰქონდეს სრული წესრიგი. შინაგანი წამლები უნდა ელაგოს ცალკე, გარეთ სახმარი და კანქვეშ ან ვენაში გასაქვთებელი — კიდევ ცალ-ცალკე. დაუშვებელია წამლების შენახვა ისეთ კოლოფებში ან ბოთლებში, რომლებსაც სათანადო წარწერა არა აქვს, წარწერა კი უნდა უნდა შეესაბამებოდეს კურკულში შენახულ წამლის შემადგენლობას. იმ შემთხვევაში, რომ ექთანი დაიხსომებს, თუ რომელ კურკულში რა წამალია და,

თუნდაც დროებით, არ წააწყვრს, არ არის დასაშვები. ასეთ პირობებში შესაძლებელია შეცდომა მოხდეს, რაც, ცხადია, დაუშვებელია.

ექთანმა დროდადრო უნდა შეამოწმოს წამლების კარადაში თავისი მეურნეობა. ვადათვალიეროს წამლები, ნახოს რა აკლია, რა არის შესავსები დანიშნულების რვეულის მიხედვით, ხომ არ გაფუჭდა რომელიმე წამალი და სხვ. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ნაყენი და გამონახარში, განსაკუთრებით ზაფხულის ცხელ დღეებში, მალე ფუჭდება, იმღვრება, ნალექს იძლევა, ობს იკიდებს, მათი დამზადებიდან 2—3 დღის შემდეგ აღარ ვარგა, ამიტომ ისინი, თუ კიდევ საჭიროა ავადმყოფისათვის, უნდა ხელახლა გამოიწეროს, შეიცვალოს.

ზოგიერთი წამალი სინათლეზე მალე ფუჭდება (იოდის, ბრომის, ლაპისის ნაერთები). ასეთი წამლები მუქი ფერის შუშის ჭურჭელში უნდა იყოს შენახული. განსაკუთრებული სიფაქიზება საჭირო საინექციო საშუალებების შენახვაში. ექთანს სიფრთხილე მოეთხოვება საერთოდ წამლების შენახვა-დარიცხვაში. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოიჩინოს მან საინექციო საშუალებების შენახვა-მოხმარებაში, აქ შეცდომა უფრო საშიშია. ყოველი ინექციის წინ ექთანმა ერთხელ კიდევ უნდა შეამოწმოს წამლების წარწერა, ბოთლზე იქნება ის თუ ამპულაზე, და წამალი ისე გააკეთოს.

წამლების კარადაში წამლების მარაგის შექმნა არ არის დასაშვები.

ექთანები, ჩვეულებრივ, ამავე კარადაში ინახავენ შესახვევ მასალას, ავადმყოფის მოვლისათვის საჭირო სხვადასხვა საგნებს და შპრიცებს; ეს არ არის სასურველი, უმჯობესია მოსაეღული საგნებისათვის ცალკე კარადა იყოს, ხოლო შპრიცებისა და სხვა ქირურგიული იარაღებისათვის კიდევ ცალკე კარადა.

წამლების შენახვა ხდება მათი მოქმედების და დანიშნულების მიხედვით ცალ-ცალკე. შხამიანი ნივთიერებები ინახება ცალკე კარადაში, სათანადო წარწერით (სია — A), ძლიერმოქმედი საშუალებები ცალკე (სია—B), ამ კარადაების გასაღები უნდა ჰქონდეს განყოფილების უფროს ექთანს. დასარიცხებელ წამლებს ექთანი შეიტანს პალატაში და ავადმყოფებს დაურთავს.

წამლების დარიცხვა ისე არ უნდა გვესმოდეს, რომ ვისაც რა ერგება, ვთქვათ ამოსახველებელი წამალი ან გულის წვეთები, აიღოს და შუშით დაუდგას ავადმყოფს მაგიდაზე; ეს იქნებოდა ისეთი შეცდომა, რომლის შედეგების გამოსწორება ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლებელი ხდება, რადგანაც პალატაში ექთანის არ ყოფნის დროს, წამალი, რომელიც, მაგალითად, სამი დღის განმავლობაში უნდა მიეღო, ავადმყოფს შეუძლია შემთხვევით ან განზრახ ერთბაშად მიიღოს; ამას კი, რასაკვირველია, მოჰყვება მოწამვლა, ზოგჯერ სიკვდილიც კი, ამიტომ ექთანმა ერთხელ და სამუდამოდ უნდა შეითვისოს, რომ ავადმყოფის საწოლთან მაგიდაზე არავითარი წამალი არ უნდა იყოს დატოვებული.

თითოეული წამალი, ფხვნილია ის თუ დასალევი სუფრის კოვზით ან წვეთებით, ექთანმა თითოეულ ავადმყოფს ერთჯერადი დოზი უნდა მიაღებინოს. ამნაირად ჩამოივლის ის თავის პალატის ყველა ავადმყოფს.

როგორ უნდა გაიგოს ექთანმა რომელ ავადმყოფს რა წამალი უნდა მიაღებინოს? საამისოდ თითოეულ პალატაში უნდა იყოს ე. წ. დანიშნულების რვეული; როდესაც პალატაში ახალი ავადმყოფი შემოდის, ექთანი აღნიშნავს ამ რვეულში ავადმყოფის გვარს და სახელს; ექიმის მიერ ავადმყოფის პირველი ნახვის დროს, ყველაფერს, რასაც დაუნიშნავს ამ ავადმყოფს ექიმი — წამალია

ეს თუ კომპრესი, ნემსი ან სხვა რაიმე — ექთანმა უნდა ჩაიწეროს რვეულში იმ ფურცელზე, სადაც ამ ავადმყოფის გვარია აღნიშნული. ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით, ექიმმა მისი ნახვის შემდეგ დღეებში, შეიძლება გამოცვალოს რომელიმე წამალი, ანდა ვთქვათ, ნემსის გაკეთება საჭიროდ აღარ ცნოს — ექთანმა მაშინვე ექიმის მიერ ავადმყოფის წამლობაში აღნიშნული ცვლილებები რვეულში უნდა შეიტანოს სათანადო ფურცელზე.

თუ პალატაში არის 10 ავადმყოფი, ათივეს შესახებ ცალ-ცალკე ამ რვეულში უნდა ეწეროს ყველაფერი — თუ რა წამლებს და რა სიხშირით ღებულობენ ისინი, რა უკეთდებათ მათ და სხვ.

ეს არის დანიშნულების რვეული, რომლითაც ხელმძღვანელობს ექთანი ყოველდღიურ მუშაობაში, და კერძოდ, დილით, ექიმის მოსვლამდე, როდესაც პალატაში ავადმყოფებს წამლებს ურიგებს. წამლები ავადმყოფებს უნდა ეძლეოდეს დანიშნულ დროს, ექიმის დანიშნულების მიხედვით, ჰამამდე, ან ჰამის შემდეგ და, უთუოდ, ვიმეორებთ, ექთანის თანდასწრებით. ზოგი ავადმყოფი, თუ მას წამალი ექთანმა არ მისცა თავისი თანდასწრებით, წამალს არ დალევს, ან დააგროვებს და შემდეგში შესაძლოა ერთად მიიღოს და სხვ.

ექთანმა წამლების მიცემის საქმეში უნდა გამოიჩინოს ზოგჯერ საკითხის დამოუკიდებლად გადაწყვეტის უნარიც. თუ, მაგალითად, დანიშნული წამალი აღარ შეიქნა საჭირო და ექიმი ამ დროს არ არის, ექთანმა თვით უნდა გადაწყვიტოს, საჭიროა თუ არა წამლის მიცემა. მაგალითად, ავადმყოფს დანიშნული ჰქონდა საფლარათო, მაგრამ ავადმყოფი გავიდა გარეთ, ცხადია, საფლარათოს მიცემა ზედმეტია და სხვ.

ყველა ავადმყოფს წამალი ეძლევა დანიშნულების რვეულის მიხედვით, მაგრამ ამჟამად ისეთი წამლებისათვის, როგორცაა სულფამიდეზი, პენიცილინი ან სტრეპტომიცინი, შემოდებულისა ცალ-ცალკე ბარათები, სადაც აღნიშნულია ავადმყოფის გვარი და სახელი, დიაგნოზი და საათები, თუ როდის უნდა მიეცეს ან გაკეთდეს ესა თუ ის წამალი.

სულფამიდეზი ეძლევა ავადმყოფს ყოველ 4—6—8 საათში, ანტიბიოტიკები (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი) ყოველ 3—4—6—8 საათში. ექთანი ამ ბარათების მიხედვით ასრულებს დანიშნულებას და თითოეულ ბარათში აწერს ხელს, რომ დანიშნულება შესრულებულია.

ასეთ წესს აქვს გარკვეული მნიშვნელობა. ჯერ ერთი, თავიდან იქნება აცილებული შეცდომები ავადმყოფისათვის წამლის მიცემის დროში, შესაძლებელია მიცემული წამლის რაოდენობის ზუსტად გამოანგარიშება (ამას კი სულფამიდეზის და ანტიბიოტიკების გამოყენებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს) და, გარდა ამისა, შესაძლებლობა გვექნება აღვრიცხოთ წამლის დანახარჯი რაც აგრეთვე საჭიროა.

ამ დროისათვის ექიმიც მოდის და ნახულობს თავის პალატის ყველა ავადმყოფს, ე. ი. ახდენს ავადმყოფების შემოვლას.

როდესაც ექიმი ავადმყოფს სინჯავს, ექთანი იმყოფება ამ ავადმყოფის საწოლთან; გარდა იმისა, რომ ეხმარება ექიმს ავადმყოფის გასინჯვის დროს (საწოლში ავადმყოფის გადაბრუნება, წამოჭდომა და სხვ.), ყოველნაირი ცვლილება ამ ავადმყოფის წამლობაში ანდა ახალი დანიშნულება შეაქვს დანიშნულების რვეულში სათანადო ფურცელზე. ექიმის მიერ ავადმყოფების შემოვლის დამთავრების შემდეგ ექთანის ამოცანას შეადგენს გამოწეროს თავის პალატის ავადმყოფებისათვის წამლები; საამისოდ ყოველ პალატაში უნდა იყოს როგორც

დანიშნულების რვეული, აგრეთვე სარეცებტო რვეულიც. ამ უკანასკნელში ექთანმა უნდა გადაწეროს დანიშნულების რვეულიდან წამლები, თითოეული წამლის ქვეშ ავადმყოფის გვარის აღნიშვნით, რომელსაც ეს წამალი აქვს დანიშნული. წამლები იწერება ამ რვეულში ფურცლის ორ მხარეზე; ერთი ამოიხევა და იგზავნება აფთიაქში, მეორე ნახევარი კი რვეულთან ერთად რჩება პალატაში.

წამლების გამოწერის დროს ექთანს მოეთხოვება სრული სიღინჯე და რაც შეიძლება მეტი ყურადღების დაჰიშვავ, რადგანაც წამლების გამოწერისას წამლების დასახელებაში ასოების შეცდომა იწვევს თეთი წამლის შენაარსის შეცვლას და აფთიაქს შეუძლია სულ სხვა წამალი გასცეს. აგრეთვე საულის-ხმო არის წამლის ღირება, რომლის აღნიშვნის დროს საკმარისია ერთი ნაღვი (D) გამოჩრჩეს ექთანს, რომ ავადმყოფი წამლის მიგვიერ უკვე საწამლავს მიიღებს. ვიდრე ექთანს სარეცებტო რვეულს გამოწერილი წამლებით აფთიაქში გადაგზავნიდეს, აძლევს მას თავისი განყოფილების ექიმს, რომელიც ამოწმებს გამოწერილი წამლების სისწორეს და ხელს აწერს წამლების სიის ქვეშ.

ამიტომ, კიდევ ერთხელ ხაზგასმით ვიმეორებთ, რომ ექთანის მიერ წამლების გამოწერა განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა ხდებოდეს. ექიმის ხელმოწერის შემდეგ სარეცებტო რვეულიდან ფურცლის ნახევარი უნდა ამოიხეს და გადაეცეს განყოფილებაში მორიგეს, რომელიც, შეაჯროვებს რა ყველა პალატიდან რეცებტამოწერილ ფურცლებს, წაიღებს საავადმყოფოს აფთიაქში. პალატის ექთანმა რეცებტების გამოწერა არ უნდა დაავიანოს — შუადღის 11—12 საათზე უკვე აფთიაქში უნდა იყოს მიტანილი რეცებტები, რომ აფთიაქმა იმავე დღეს, 3—4 საათის შემდეგ, გამოგზავნოს განყოფილებაში ამ რეცებტებით მომზადებული წამლები.

რას აკეთებს წამლების გამოწერის შემდეგ ექთანს? თუ ექიმი იმ დღეს რაიმე მანიპულაციის უკეთებს რომელიმე ავადმყოფს, მაგალითად, ვენაში წამალს უშხაპუნებს, ან პლევრის ღრუდან სითხე უნდა ამოიღოს და სხვ., ის აფრთხილებს ამის შესახებ ექთანს და მან ყველაფერი, რაც საჭიროა, უნდა მოამზადოს; მაგალითად, აღულებს წყალს ნემსებისათვის, შპრიცისათვის, ათბობს ვენაში შესაყვან წამალს და სხვ. ექიმის მიერ კი დანიშნულების გაკეთების დროს ექთანს ეხმარება მას.

როდესაც ამ საქმესაც მოათავებს ექიმი და მას პალატაში არავითარი ისეთი რამ გასაკეთებელი აღარ დარჩება, რაც მოითხოვს ექთანის დახმარებას, სწორედ მაშინ იწყებს ექთანი პალატაში თავის საქმიანობას, პალატის ყველა ავადმყოფის მიმართ ყოველნაირი დანიშნულების შესრულებას; უკეთებს კოტორშებს, კომპრესებს, წურბელას, ოყნას, ნემსებს, აცხებს მალამოს, უკეთებს აბაზანას, შეხვევებს, აძლევს შუადღის ჭერის წამლებს, აწვდის საჭმელს მძიმე ავადმყოფს და მრავალი სხვ. ამ დროს ნაშუადღევის 3 საათიც ახლოვდება და მუშაობის დამთავრებამდე მას კიდევ ერთი საქმე აქვს გასაკეთებელი: ყოველნაირი დანიშნულება, რომელიც ეხება ავადმყოფებს ნაშუადღევის 3 საათის შემდეგ, მაგალითად, პალატაში რომელიმე მძიმე ავადმყოფისათვის ქაფურის გაკეთება ყოველ 2 საათში ანდა საღამოთი საფლარათოს მიცემა და სხვა ასეთები, პალატის ექთანმა ცალკე ფურცელზე უნდა გადაწეროს და ჩააბაროს განყოფილებაში მორიგე ექთანს.

### **ამადმყოფის მიღება საამადმყოფოში და საამადმყოფოს ამოღება**

ავადმყოფები, რომლებსაც ესაჭიროებათ ლოგინში წოლა, ექიმის მეთვალყურეობა და მოვლა, უმჯობესია, საავადმყოფოში იქნენ მოთავსებულნი.

განსაკუთრებით ეს ეხება მწვავე ავადმყოფებს.

არსებული კანონმდებლობის მიხედვით, ყველა სიცხიანი ავადმყოფები, რომლებსაც ინფექციური დაავადების ნიშნები გამოაჩნდებათ ან ექვს იწვევენ ამ მხრივ, დაავადების პირველ დღეებშივე უნდა იქნენ გადაყვანილნი საავადმყოფოში სათანადო წესების (გამაფრთხილებელი ზომების) დაცვით, ხოლო ავადმყოფის ბინა და ნივთები დეზინფექცირებულ უნდა იქნეს.

ავადმყოფები, რომელთაც რთული ან გამოურყვეველი დაავადების ნიშნები აქვთ, საავადმყოფოში უნდა იქნენ მოთავსებულნი, რათა ექიმებს საშუალება ექნეთ ყოველდღიურად აღეწონ თვალყური ავადმყოფს, მისი დაავადების მიმდინარეობას და ჩაატარონ ყველა ის კლინიკური გამოკვლევა, ურომლისოდაც ზოგჯერ ძნელია ავადმყოფობის სწორად ამოცნობა და სათანადო მკურნალობა.

თანამედროვე სამკურნალო მედიცინა ხშირად ისეთ სამკურნალო ღონისძიებებს მიმართავს ხოლმე, რომლის ორგანიზაცია ბინაზე მათი სირთულის გამო მეტად ძნელია, ამიტომ ავადმყოფის საავადმყოფოში მოთავსების მიზანშეწონილობა თავისთავად ცხადი ხდება.

საავადმყოფოს პირობებში ავადმყოფების მკურნალობის ორგანიზაცია მოითხოვს ავადმყოფის საავადმყოფოში მიღებისა და მოთავსების წესიერად ჩატარებას. ექთანს კარგად უნდა ახსოვდეს ის გარემოება, რომ ავადმყოფის ჯანმრთელობა, საავადმყოფოს სანიტარული რეჟიმის დაცვა და მკურნალობის წარმატება ბევრად არის დამოკიდებული საავადმყოფოში ავადმყოფის წესიერ მიღებასა და მოთავსებაზე.

ავადმყოფს, განსაკუთრებით თუ ის მძიმე ავადმყოფია, საავადმყოფოში გადაყვანის დროს ყოველთვის აქვს გარკვეული განცდები, ის განიცდის თავის მდგომარეობას, შიშობს საავადმყოფოში ყოფნას, უმძიმს ოჯახის მოცილების და უცხო ხალხში მოხვედრა. ამიტომ საჭიროა მას საავადმყოფოში მოყვანის პირველი წუთებიდანვე მეტად გულსხმიერად მოეპყრაო. პირველი შთაბეჭდილება საავადმყოფოს შესახებ, საექიმო პერსონალის მუშაობის შესახებ, რომელიც ავადმყოფს საავადმყოფოში მოყვანისთანავე შეექმნება, მის ფსიქიკაზე დიდ გავლენას ახდენს და ამიტომ საჭიროა ავადმყოფთა საავადმყოფოში მიყვანისას, მომვლელობა პერსონალმა მას სათანადო ყურადღება მიაქციოს. მორიგე ექიმი თუ ექთანნი და ზომიერი პირები ვალდებული არიან ავადმყოფი მოყვანისთანავე ინახულონ, სათანადო დოკუმენტაცია შეადგინონ და შეუდგნენ მისი მოთავსების საქმეს.

მისაღებში დიდი ხნის ლოდინი, უხეში მოქცევა, საექიმო პერსონალის არასაკმარისი მოქნილობა ავადმყოფის მოთავსების საქმეში, ავადმყოფზე ცუდ შთაბეჭდილებას ადენს, საავადმყოფოზე მას გულს აუცრუებს ხოლმე და, რა თქმა უნდა, ავადმყოფის ჯანმრთელობაზეც ცუდ გავლენას მოახდენს.

ავადმყოფების გაგზავნა საავადმყოფოში წარმოებს სხვადასხვა გზით. ავადმყოფი იგზავნება საავადმყოფოში: 1) უბნის ექიმის (გაერთიანებულ საავადმყოფო-პოლიკლინიკის ორდინატორი) მიერ, 2) სასწრაფო დახმარების სადგურის მიერ (სასწრაფო დახმარების ავტოთი), ან 3) პოლიკლინიკის კაბინეტის ექიმის მიერ ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც გამოირკვევა, რომ ავადმყოფს ესაჭიროება საავადმყოფოს პირობებში გამოკვლევა და მკურნალობა.

ავადმყოფის გადაყვანა საავადმყოფოში ბინიდან ხდება, ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით,—ან სასწრაფო დახმარების, ან მსუბუქი ავტომანქან-

ნით; ხოლო თუ ამის საშუალება არ არის, სხვა სატრანსპორტო საშუალებით. მხოლოდ საჭიროა ექიმმა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში გაითვალისწინოს — რითი და რა მდგომარეობაში (მწოლარე თუ დამჯდარი) სჯობია ავადმყოფის გადაყვანა.

მწვევე ინფექციურ ავადმყოფთა გადაყვანა უნდა ხდებოდეს მხოლოდ და მხოლოდ სპეციალური ავტომანქანით (სადეზინფექციო ბაზის ავტომანქანა) ინფექციის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად.

საავადმყოფოში მიყვანისას ავადმყოფი, მდგომარეობის მიხედვით, სატრანსპორტო საშუალებიდან საავადმყოფოს შენობაში გადაყვანილ უნდა იქნეს ან საკაცით, ან ფეხით, სხვისი (მომვლელის) დახმარებით ან ლაუხმარებლად.

ექთანმა უნდა თვალყურით ადევნოს და უხელმძღვანელოს ავადმყოფის გადაყვანას ავტომანქანიდან მისაღებში. მძიმე ავადმყოფები უმჯობესია საკაცით იქნენ გადაყვანილნი. თუ ავადმყოფი მოყვანილია სასწრაფო დახმარების ავტოთი, ავადმყოფის გადაყვანა მისაღებ ოთახში ხდება ავტომანქანის საკაცით, ავტომანქანის სანიტრების საშუალებით. საკაციდან ავადმყოფის გადაწვეს მისაღებ ოთახში, საექიმო ტახტზე; უნდა ხდებოდეს ფრთხილად, რისთვისაც ერთი სანიტარი ავადმყოფს ხელბს მოსდებს ბეჭებს ქვევით, ხოლო მეორე — ფეხებისა და გავის მიდამოში. აუ ავადმყოფი მოყვანილია საავადმყოფოში ჩვეულებრივი ავტოთი ან სხვა ტრანსპორტით, მძიმე ავადმყოფი ჯერ საკაცზე უნდა იქნეს გადაწვენილი, შემდეგ კი, აღწერილი წესით — საექიმო ტახტზე.

ყველა ავადმყოფი, რომელიც შედის საავადმყოფოში, უნდა გატარდეს მისაღებში. აქ ხდება, უპირველესად ყოვლისა, მისი რეგისტრაცია, სათანადო დოკუმენტების გასინჯვა და შეესება (იხ. ქვევით), რის შემდეგ ექიმმა სინჯავს ავადმყოფს, თუ საჭიროა ატარებს ზოგიერთ გამოკვლევას (რენტგენის სხივებით გამოკვლევა, ლაბორატორიული ანალიზი) და აძლევს სათანადო მითითებებს, რომელ განყოფილებაში უნდა მოთავსდეს ავადმყოფი, რა პირობები უნდა იქნეს დაცული განყოფილებაში ავადმყოფის გადაყვანისას და სხვ.

ყველა ავადმყოფი, რომელიც შემოდის საავადმყოფოში, უნდა გატარდეს სანგამტარში; უკანასკნელი ეწყობა საავადმყოფოს მისაღებ განყოფილებაში. სანგამტარი რამდენიმე ოთახისაგან შედგება, ეს ოთახები ერთმეორეს მისდევენ და ავადმყოფი თანმიმდევრობით გაივლის სანგამტარის ყველა განყოფილებას. სანგამტარში გატარების წინ ექიმმა, ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით, ავადმყოფის მისაღებ ბარათზე აღნიშნავს როგორი სანიტარული დამუშავება არის საჭირო — სრული თუ ნაწილობრივი. საქმის არის, რომ ზოგიერთი მძიმე ავადმყოფი არ შეიძლება გაბანილ იქნეს აბაზანაში, ავადმყოფობის მძიმე, გაღაუღებელ შემთხვევაში ის სწრაფად უნდა იქნეს გადაყვანილი საავადმყოფოს განყოფილებაში.

სანგამტარში ავადმყოფს უპირველესად ყოვლისა გაპარსავენ ან და მოკრეჭენ თმას, თუ ეს საჭიროა და შესაძლებელი. თუ ადგილი არა აქვს დატილიანებას, ყველა შემთხვევაში თმის გაკრეკვა საჭირო არ არის, მით უმეტეს, რომ ავადმყოფები ხშირად ამის წინააღმდეგნი არიან (განსაკუთრებით ქალები). დატილიანების შემთხვევაში კი ეს ზომა აუცილებელია. ავადმყოფს გახდიან ტანსაცმელს, რომელსაც სპეციალურ პარკში ჩააწყობენ და გადასცემენ სადეზინფექციო კამერაში. ტანსაცმელი და ავადმყოფის ნივთები აღწერილი უნდა იქნეს და სიით ჩაბარდეს საწყობის გამგეს, ხოლო ფული და

მნიშვნელოვანი საბუთები გადაეცეს საავადმყოფოს ადმინისტრაციულ ნაწილს, პარტიული დოკუმენტი კი პარტიული ორგანიზაციის მდივანს. აღწერილობის სიის ერთი პირი უნდა მიეცეს ავადმყოფს.

სანგამბარში გახდილი ავადმყოფი გადაჰყავთ სააბაზანო ოთახში, სადაც ჰას გაბანენ ან აბაზანაში, ან შხეფის ქვეშ.

სააბაზანო ოთახში საჭიროა ექთანმა თვალყური აღევნოს ავადმყოფს-ვინიდან მძიმე ავადმყოფს შეიძლება საექიმო დახმარება დასჭირდეს.

სააბაზანო ოთახიდან ავადმყოფი მიჰყავთ შემდეგ ოთახში, სადაც მას ჩააღმევენ საავადმყოფოს საცვლებს, ფლოსტებს და ხალათს, რის შემდეგ ის შეიძლება გადაყვანილ იქნეს განყოფილებაში.

ავადმყოფის გადაყვანა განყოფილებაში უნდა ხდებოდეს ექიმის მითითებით, ამისათვის ექიმი ავადმყოფობის ისტორიის სატიტულო გვერდზე აკეთებს აღნიშვნას „საკაცით“, „მწოლარე“, „ფეხით“. თუ ავადმყოფი მძიმეა, საჭიროა ის ექთანის თანხლებით იქნეს გადაყვანილი საავადმყოფოს განყოფილებაში. დიდი მნიშვნელობა აქვს მისაღებიდან განყოფილებაში ავადმყოფის გადაყვანის სწორ ორგანიზაციას. უნდა ვერიდოთ მძიმე ავადმყოფების ფეხით ტარებას, განსაკუთრებით კიბეებზე, და თუ საავადმყოფოში ლიფტი არ არის, ავადმყოფი ან ხელით, ან საკაცით უნდა ავიყვანოთ კიბეზე. სამწუხაროდ, ეს წესი ხშირად ირღვევა ექთანების მიერ.

საავადმყოფოში შემოსვლისას ავადმყოფი უნდა აიწონოს. ავადმყოფის წონის ცოდნა ზოგიერთი დაავადების დროს აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს, ვინაიდან ექიმს მხოლოდ მაშინ შეუძლია სწორი წარმოდგენა იქონიოს დაავადების მიმდინარეობაზე, თუ მას ეცოდინება ავადმყოფის წონის ცვლებადობა. განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის აწონას კუჭ-ნაწლავის დაავადების, შაქრის ავადმყოფობის, ამა თუ იმ ორგანოს კიბოს საექმო შემთხვევებში და მრავალი სხვა დაავადების დროს.

ავადმყოფის აწონა უნდა ხდებოდეს არა ერთჯერად, საჭიროა ავადმყოფი აიწონოს საავადმყოფოში შემოსვლისას, შემდეგ კი სისტემატურად თვალყური ვადევნოთ წონის ცვლებადობას დეკადაში ერთხელ.

ავადმყოფის ასაწონად იხმარება სპეციალური საწონი ე. წ. სამედიცინო სასწორი, რომელიც გვიჩვენებს წონას კილოგრამებსა და გრამებში. ავადმყოფის წონა უნდა იქნეს აღნიშნული ტემპერატურის ფურცელზე, თარიღის აღნიშვნით.

ავადმყოფის აწონა უნდა ხდებოდეს დილით, მას შემდეგ, რაც ავადმყოფი საპირფარეოს მოივლის, მანამ ის დილის საუზმეს ჰამდეს. ავადმყოფი უნდა აიწონოს საცვლებისამარა, რათა შესაძლებლობა გვექონდეს ვიცოდეთ ავადმყოფის სხეულის ნამდვილი წონა. თუ ავადმყოფს ფეხზე დგომა უჭირს, შეიძლება სასწორზე სკამი დადგათ, მისი წონა წინასწარ გამოვიანგარიშოთ, შემდეგ ავადმყოფი დაესვათ და ისე აეწონოთ.

კარგად მოწყობილ საავადმყოფოებში არის სპეციალური სასწორი, რომელზედაც ავადმყოფისათვის სკამია მოწყობილი.

ავადმყოფების სიმაღლის გაზომვა საავადმყოფოებში, როგორც წესი, არ წარმოებს, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა ეს საჭირო გახდეს. ამ მიზნით იხმარება სპეციალური ხელსაწყო — სიმაღლის საზომი.

საავადმყოფოში მოთავსებული ავადმყოფისათვის უნდა იქნეს შექმნილი უაღრესად ხელსაყრელი პირობები არა მარტო მკურნალობის, არამედ მოვლის მხრივაც. ამისათვის, პირველ ყოვლისა, საჭიროა ავადმყოფი იმგვარად



იყოს მოთავსებული, რომ მას ჰქონდეს სრული სიმშვიდე. არ არის მიზანშეწონილი მძიმე, მწვლარე ავადმყოფების მოთავსება ისეთ პალატაში, სადაც წევანან მოსიარულე და მსუბუქი ავადმყოფები. ყოვლად დაუშვებელია ძალზე მძიმე ავადმყოფების მოთავსება საერთო პალატებში ან მომაკვდავი ავადმყოფის ყოლა პალატაში სხვა ავადმყოფებთან.

ავადმყოფები, რომელთაც თავიანთი მდგომარეობის მიხედვით ესაჭიროებათ მეტი სიწყინარე და სიჩუმე, უმჯობესია მოთავსებულ იქნენ განცალკევებით. მოსიარულე ავადმყოფები, რომლებიც თავიანთი საუბრით ან სიარულით ყოველთვის ასე თუ ისე ხმაურობენ, უმჯობესია ცალკე იქნენ მოთავსებული.

ძალზე მძიმე და მომაკვდავი ავადმყოფები, როგორც წესი, უნდა მოვათავსოთ იზოლატორში (იხ. ზევით).

ყველა საავადმყოფოში შემოღებულია შინაგანაწესი, რომლის შესრულება ყველა ავადმყოფისათვის სავალდებულოა. ამ განაწესის უხეში დარღვევისათვის ავადმყოფი შეიძლება გაიწეროს კიდევ საავადმყოფოდან. საავადმყოფოში მიღებისას ყველა ავადმყოფმა, თუ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა, უნდა გაიცნოს ეს განაწესი. მიმღები განყოფილების მორიგე ექთანი ამის შესახებ სათანადო წარწერას აკეთებს ავადმყოფობის ისტორიის ბლანკზე, „ავადმყოფთათვის სავალდებულო საავადმყოფოს შინაგანაწესს გაეცანი“, და ხელს აწერინებს ავადმყოფს.

აღნიშნული განაწესი რამდენადმე სხვადასხვაა სხვადასხვა საავადმყოფოში, მაგრამ ზოგადად ის ითვალისწინებს ავადმყოფების მიერ შემდეგი სავალდებულო წესების დაცვას:

ავადმყოფები მოვალენი არიან შეასრულონ ექიმებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის მითითება, გაუფრთხილდნენ საავადმყოფოს ქონებას, არ დატოვონ ნებაზღოვანი ნებისმიერი საავადმყოფოს შენობა, არ მოსწიონ თამბაქო საამისოდ სპეციალურად მიჩნეულ ადგილის გარეშე, არ იხმარონ სპირტული სასმელები, მიიღონ მნახველებისაგან მხოლოდ ისეთი საკვები, რომლის მიღება ექიმის მიერ ნებადართულია, არ იქონიონ თან სასროლი ან ცივი იარაღი, არ გაერთონ ბანქოს აზარტული თამაშით და სხვ.

სტაციონარში მწვლარე ავადმყოფებისათვის შემოღებულია სპეციალური რეჟიმი, რომელიც ითვალისწინებს ავადმყოფის დღის შემდეგ განაწილებას:

ტემპერატურის გაზომვა და დღის ტუალეტი 7—8 საათ;

ფიზკულტურული ვარჯიში 8<sup>30</sup>—9 საათ;

ექიმების შემოვლა, დანიშნულების შესრულება და სამკურნალო პროცედურები 9—14 საათ;

სადილი 14—15 საათ;

დასვენებისა და ბალში გასეირნების საათი 16—17 საათ;

ვახშამი 18<sup>30</sup>—19<sup>30</sup> საათ;

ექიმის საღამოს შემოვლა 19<sup>30</sup>—20 საათ;

კულტსაგანმანათლებლო მუშაობა (მოსიარულე ავადმყოფებისათვის) 20<sup>30</sup>—22<sup>30</sup>;

საღამოს ტუალეტი 22<sup>30</sup>—23;

ღამის ძილი 23—7 საათამდე.

სამედიცინო პერსონალს, როგორც ექიმებს, ისე ექთანებს, ევალდებუთ ყურადღება მიჰქციონ და მოსთხოვონ ავადმყოფებს შინაგანაწესის ზუსტი დაცვა.

მოსიარულე და მსუბუქი ავადმყოფებისათვის საავადმყოფოს განყოფილებებში საჭიროა მოწყობილ იქნეს კულტურული გართობა, რათა მათ გა-

ევალდილოთ საავადმყოფოში წოლის პერიოდი. ამ მიზნით კარგად მოწყობილ საავადმყოფოებში გამოყოფილი სათანადო დარბაზი, სადაც მოწყობილია სპეციალური სამკითხველო (საიდანაც მწოლარე ავადმყოფებსაც შეუძლიათ წიგნებით სარგებლობა), აქ ავადმყოფებს საშუალება ეძლევათ ისარგებლონ წიგნებით და ჟურნალ-გაზეთებით, მოისმინონ ლექცია-საუბარი, ითამაშონ ქადრაკი და სხვ.

საექიმო პერსონალს ევალება საავადმყოფოში მკურნალობის პერიოდი გამოიყენოს იმისათვის, რომ ავადმყოფებში ჩაატაროს სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა.

ექთანებს ამ მუშაობაში ბევრის ვაკეთება შეუძლიათ, რა თქმა უნდა, ექიმის ხელმძღვანელობით. ამისათვის საავადმყოფოს ადმინისტრაცია საუბრების ჩასატარებლად შეარჩევს სათანადო თემატიკას სანიტარული ჰიგიენის, პირადი ჰიგიენის, კვების ჰიგიენის, შრომის და დასვენების ჰიგიენის, გადამდებ სნულელებთან ბრძოლის, პროფილაქტიკის ძირითადი საფუძვლებისა და ირავალი სხვა საკითხის შესახებ.

სავადმყოფოში დაწესებულია ნახვის დღეები. ჩვეულებრივ, ასეთი დღე კვირა დღეა და კიდევ ერთი დღე კვირის მანძილზე. ავადმყოფის ნახვის საათებიც შერჩეულია ისე, რომ მნახველებმა ხელი არ შეგვიშალონ მიმდინარე მუშაობაში (2—4 საათამდე).

მნახველებს ევალებათ დაიცვან საავადმყოფოში არსებული ყველა წესი, ექთანს კი ვალდებულია თვალყური ადევნოს ამ წესების შესრულებას მნახველების მიერ.

ინტექციურ და სამშობიარო განყოფილებაში მნახველის დაშვება შეიძლება მხოლოდ სპეციალური ნებართვის შემდეგ. გასაგებია, რომ განყოფილებაში მნახველი მხოლოდ საავადმყოფოს ხალაით და სუფთა ფეხსაცმელებით შემოდის.

განსაკუთრებულ შემთხვევაში (მაგალითად, ავადმყოფის მეტად მძიმე მდგომარეობა) მნახველი სპეციალური ნებართვით შეიძლება დაშვებული იყოს ავადმყოფთან სხვა საათებშიც.

ქალაქში რომელიმე სენის ეპიდემიის შემთხვევაში საავადმყოფოს ადმინისტრაციას უფლება აქვს დროებით გააუქმოს ავადმყოფთა ნახვის დღეები და, თანამშრომლების გარდა, არავინ არ დაუშვას საავადმყოფოს ტერიტორიაზე.

ეს ზოგადი მიმოხილვა არ იქნებოდა სრული, რომ ერთ ფრიად მნიშვნელოვან გარემოებაზე არ მივუთითოთ ჩვენს ახალგაზრდა თანამშრომლებს — მტკიცედ უნდა ვკავსოვდეს, რომ ავადმყოფის მკურნალობის შედეგებზე დიდ გავლენას ახდენს ის გარემოცვა, რომელშიც ავადმყოფი იმყოფება.

სავადმყოფოს ზოგადი კულტურა, ვესტიბულებში ლამაზი სურათები და მომარჩვებული ავეჯი, დერეფნებში ნაზი ფერების ვიწრო ხალიჩები, ფანჯრებზე სასამოუნო ფარდები, მაგიდებზე თეთრი საფენი ყუავილებით, ყველგან იდეალური სისუფთავე, სიჩუმე, მომკვლეელი პერსონალის მომდიმარი სახე, დამამშვიდებელი, გულწრფელი სიტყვა — ყოველივე ეს ეალერსება და ხიბლავს ავადმყოფის თვალს და ყურს, მოქმედებს ავადმყოფის ფსიქიკაზე, ამხნევეს და ახალისებს მას და აღლიერებს სასიცოცხლო ტონუსს, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ავადმყოფის განკურნებას.

უნდა ითქვას, რომ ჩვენს ქვეყანაში გენიალური რუსი მეცნიერის — ბენე პავლოვის შესანიშნავი მოძღვრება, ადამიანის ორგანიზმში ნერვული სისტემის

მარეგულირებელი მნიშვნელობის შესახებ, და მისი მოწაფეების, კერძოდ, ბიკოვის დაკვირვება შინაგანი ორგანოების მოქმედებაში თავის ტვინის ქერქის მნიშვნელობის შესახებ, იმის მეცნიერულ საფუძველს წარმოადგენს, რაც ჩვენ ზევით აღნიშნეთ ავადმყოფის ფსიქიკაზე და ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე გარემოცვის გავლენის მნიშვნელობის შესახებ.

ჩვენ, ავადმყოფების მომვლელებმა, ეს გარემოება არც ერთი წუთით არ უნდა დავივიწყოთ.

მუშაობა საავადმყოფოს განყოფილებებში იწყება დილის 10 წუთიანი კონფერენციებით, რომლებსაც ხელმძღვანელობს განყოფილების გამგე, ესწრება ყველა ექიმი, უფროსი ექთანი და დიასახლისი. სასურველია მთავარი ექიმის თანაშემწეების დასწრებაც. ამ ყოველდღიურ კონფერენციებზე დამსწრენი მოისმენენ მორიგე ექიმის პატაკს განვლილი დღე-ღამის განმავლობაში განყოფილებაში მომხდარი ამბების შესახებ — ახალი ავადმყოფების მიღების, მძიმე ავადმყოფთა მდგომარეობის, გარდაცვალების შემთხვევების და სხვ. მნიშვნელოვანი ამბების შესახებ.

უფროსი ექთანი ევალუება აღნიშნოს ყველა მნიშვნელოვანი დეფექტი როგორც ავადმყოფთა მოვლის საქმეში, ისე სამეურნეო დარგში.

აღნიშნული კონფერენციების წესიერ ჩატარებას განყოფილების მუშაობის ხარისხობრივი მაჩვენებლის გაუმჯობესებისათვის დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ამ კონფერენციის შემდეგ იწყება განყოფილების სამედიცინო მუშაობა.

## სამედიცინო დოკუმენტაცია. მორიგობრივი მიღება - გადაცემა

სამკურნალო დაწესებულებაში, რა ტიპისაც არ უნდა იყოს ის, საავადმყოფო, პოლკლინიკა, დისპანსერი, სანატორიუმში თუ სხვა, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ზუსტ სამედიცინო დოკუმენტაციას.

ყველაფერი, რაც კი კეთდება ავადმყოფის ირგვლივ სამკურნალო დაწესებულებაში, უნდა იქნეს აღნუსხული წერილობით, სისტემატური ჩანაწერის სახით, რასაც ექიმი ან ექიმის თანაშემწე აწარმოებს. ამ ჩანაწერების მიხედვით შესაძლებელი ხდება აღირიცხოს ავადმყოფების მოძრაობა, დაავადების სიხშირე, დაავადების დასასრული, შრომის უუნარობის შემთხვევათა რიცხვი, გაჯანსაღება, სიკვდილი და სხვა, ე. ი. შედგენილ იქნეს სამედიცინო ანგარიშ-შიანობა, რასაც საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ჩატარებისა და დაავადებებთან ბრძოლის საწარმოებლად.

სამედიცინო დოკუმენტაცია, რომელსაც აწარმოებენ სამკურნალო დაწესებულებები, როგორც სტაციონარული (საავადმყოფოები, კლინიკები, სანატორიუმები), ისე ამბულატორიული (პოლიკლინიკები, დისპანსერები და ჯან-პუნქტები), წარმოადგენს მასალას, რომელსაც ემყარება სამედიცინო სტატისტიკა, რაც საფუძვლად ედება ჯანდაცვის სისტემის გეგმაშეწონილ მუშაობას მოსახლეობის სამკურნალო-პროფილაქტიკური მომსახურების საქმეში.

გარდა ამისა, სამედიცინო დოკუმენტაციით დაგროვილი ცნობები წარმოდგენენ იმ მასალას, რომლის მეცნიერული ანალიზი წარმოებს სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებებში, რაც თავის მხრივ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შემდგომ გაუმჯობესებასა და გაფართოებას ემსახურება.

ზემონათქვამიდან ნათლად ჩანს, რომ სამედიცინო ლოკუმენტაცია უნდა იყოს რაც შეიძლება ზუსტი, დაწვრილებითი და სრულ წარმოდგენას იძლეოდეს ყოველივე იმის შესახებ, რაც ავადმყოფს შეეხება.

სამკურნალო დაწესებულებაში სამედიცინო ლოკუმენტების შედგენა უხდება ექიმს, ან ექიმის თანაშემწეს, რეგისტრატორს, მედსტატისტიკოსს. ყოველი მათგანი თავის უბანზე აწარმოებს სათანადო ლოკუმენტის შედგენას. მაგალითად, ექთანს ავსებს პოლიკლინიკურ სამკურნალო დაწესებულებაში ამბულატორიულ ბარათს, აწარმოებს ავადმყოფების ჩაწერას სათანადო დავთარში ავადმყოფის ვინაობის, ასაკის, სქესის, პროფესიის, საცხოვრებელი ადგილის და სხვა ცნობების აღნიშვნით, ხოლო ექიმი აღნიშნავს იქ დიაგნოზს, ჩატარებულ მკურნალობას, აღგენს ავადმყოფობის ისტორიას.

სტაციონარულ სამკურნალო დაწესებულებაში ექიმი სწერს დაწვრილებით ავადმყოფობის ისტორიას, რომელშიც ის, გარდა ავადმყოფის ვინაობის სათანადო ცნობებისა, დაწვრილებით პასუხს აძლევს ყველა იქ აღნიშნულ კითხვას, ვრცლად ასწერს ავადმყოფის ჩივილებს, დაავადების დასაწყისსა და განვითარებას, ავადმყოფის აწინდელ მდგომარეობას, ავადმყოფობის მიმდინარეობას, ყველაფერს, რაც ჩატარდა დაავადების გამოკვლევისა და ავადმყოფის მკურნალობის მიზნით. ავადმყოფობის ისტორიაში ექიმი სწერს აგრეთვე, თუ რით გათავდა ავადმყოფობა, ავადმყოფობის დიაგნოზს და სხვ.

საავადმყოფოს განყოფილებებში შემოღებულია სათანადო დავთრები, სადაც აღინიშნება ავადმყოფების მოძრაობა განყოფილებაში (შემოსვლა, გაწერა, სხვა განყოფილებაში ან საავადმყოფოში გადაყვანა, სიკვდილი და სხვ.).

ყველა ცნობა ავადმყოფების შესახებ, მისაღები განყოფილებიდან მოკიდებული მათ გაწერამდე, ყოველთვიურად, კვარტალურად და წლის დასასრულს, შეჯამდება ხოლმე მედსტატისტიკოსის მიერ, დამუშავდება და გადაეცემა ჯანდაცვის ორგანოებს: რაიონულ ჯანგანყოფილებას, ქალაქის ჯანგანყოფილებას და ზევით, დაქვემდებარების მიხედვით, შესაჯამებლად და დასამუშავებლად.

მოსხენებული აღრიცხვის საწარმოებლად სამკურნალო დაწესებულებებში შემოღებულია სტანდარტული ფორმის ბარათები და ავადმყოფობის ისტორიის ფორმები. სტანდარტული ფორმის მიხედვით შედგენილია აგრეთვე სპეციალური დავთრებიც. აღნიშნული ლოკუმენტების ფორმებს სამკურნალო დაწესებულებებს აწვდიან ჯანდაცვის ორგანოები, რათა ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში ერთგვარად დგებოდეს ყველა ცნობა. ამრიგად, ყველა სპეციალური ცნობა იქნება შეკრებილი ზუსტად და სრულად და თანაც ეს ცნობები დალაგებული იქნება გარკვეული გეგმის მიხედვით, რითაც შეკრებილი ცნობების დამუშავება უფრო გაადვილდება. ძირითად ლოკუმენტებს, რომლებთანაც საქმე იქნება ექთანს საავადმყოფოს განყოფილებაში — წარმოადგენს: 1) ცნობა ავადმყოფის მოძრაობის შესახებ, 2) დანიშნულების წიგნი, 3) წამლების გამოსაწერი რეცეული, 4) ულუფის გამოსაწერი ბარათი და 5) მორიგეობის მიღება-ჩაბარების დავთარი. გარდა ამისა, შესაძლებელია მას დასჭირდეს: 1) ინდივიდუალური ბარათების შედგენა სულფონამიდების და ანტიბიოტიკების მკურნალობითი დანიშნულებისა, 2) სასწრაფო მოხსენებისა და 3) წამლების დანახარჯის აღსარიცხავი წიგნისა.

ცნობას ავადმყოფების მოძრაობის შესახებ ყოველდღიურად დილით ადგენს განყოფილების უფროსი ექთანი. ცნობაში აღნიშნული უნდა იყოს რამდენი ავადმყოფი იმყოფებოდა დილისათვის განყოფილებაში, რამდენი ავადმყოფი შემოვიდა, რამდენი იყო გადმოყვანილი სხვა განყოფილებებიდან, რამდენი იყო გადაყვანილი სხვა განყოფილებებში, რამდენი გაწერილი, რამდენი მოკვდა, რამდენი დარჩა განყოფილებაში. დილის 9 საათისათვის ყველა განყოფილებიდან ასეთი ცნობა ეგზავნება საავადმყოფოს კანცელარიას, რომელიც აჯამებს ამ ცნობებს, დანიშნულების წიგნის, წამლებისა და ულუფების გამოწერის წესების შესახებ უკვე იყო ლაპარაკი სათანადო თავებში.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დანიშნულების წიგნის წესიერი წარმოება. პალატის ექთანი ვალდებულია ყველა დანიშნულება, რომელსაც ექიმის აძლევს ამა თუ იმ ავადმყოფს, ზუსტად შეიტანოს დანიშნულების წიგნში; წამლები იქნება ეს თუ დიეტა, ან სამედიცინო პროცედურა, ექთანმა უნდა აღნიშნოს გარკვევით დანიშნულების თარიღი და შესრულების ვადა და წარუდგინოს ექიმს შესამოწმებლად და ხელმოსაწერად.

ასევე ზუსტად უნდა იყოს დანიშნულების წიგნში აღნიშნული წამლის ან სხვა დანიშნულების შეცვლის თარიღი, რასაც აგრეთვე გარკვეული მნიშვნელობა აქვს.

ამავე წიგნიდან ყოველდღიურად ხდება ამოწერა იმ დანიშნულებისა, რომელიც უნდა შესრულდეს საღამოს საათებში ან ღამით. ამ დროს დანიშნულების შესრულება უხდება მორიგე ექთანს.

საერთოდ, უნდა აღინიშნოს, რომ პროცესი, დილის საათებში მომუშავე ექთანების მიერ მორიგე ექთანისათვის დანიშნულების გადაცემისა, მოითხოვს დიდ ყურადღებას, ვინაიდან აქ შეიძლება დაშვებულ იქნეს შეცდომები, რასაც, სხვათა შორის, შეიძლება მოჰყვეს დანიშნულებათა არაზუსტი შესრულება, ნაწილი დანიშნულებისა შესაძლოა დარჩეს სრულიად შეუსრულებელი და სხვ.

მაგალითად, ავადმყოფს დანიშნული აქვს ყოველ 4 საათში სულფიდინი, ყოველ 3 საათში პენიცილინის შემზაპუნება და იმავე ავადმყოფს ყოველ 6 საათში ქაფურის ინექცია კანქვეშ. ცხადია, ასეთ ავადმყოფს დღის 3 საათამდე გაკეთებული ინექციებით არ ამოეწურება ყველა დანიშნულება; დანარჩენი უნდა გაკეთდეს საღამოთი და ღამით. თუ ასეთ ავადმყოფს ინდივიდუალურ ფურცელში აღნიშნული ექნება რა საათებში უკეთდება პენიცილინი, ქაფური და ეძლევა სულფიდინი, მორიგე ექთანისათვის გასაგები იქნება, რომელ საათებში გაკეთდა და რომელ საათებში უნდა გაკეთდეს საღამოთი და ღამით აღნიშნული წამლები.

მეტად მნიშვნელოვანია ავადმყოფების გადაცემა პალატაში მორიგე ბერსონალის მიერ შემდეგი ცვლისათვის. ასეთი გადაცემის დროს საჭიროა მორიგე ექთანმა, მის შემცვლელს, დილის საათებში მომუშავე ექთანს, გადააბაროს ყველა ავადმყოფი და მისი ყურადღება განსაკუთრებით მიაქციოს მძიმე ავადმყოფებს, იმის აღნიშვნით, თუ რა გაკეთდა და რა უნდა გაკეთდეს მათთვის.

მორიგე ექთანმა მორიგეობის მიღების დროს უნდა ჩაიბაროს უფროსი ექთანისაგან წამლების კარადის (A და B-ს) გასაღები და ამ კარადებში შენახული წამლები სპეციალური აქტიო; მორიგეობის გათავებისას კი ისეთივე აქტიო გადასცეს ის უფროსი ექთანს.

მორიგე ექთანი მორიგეობის დამთავრებისას ვალდებულია შეამოწმოს პალატების დალაგების ხარისხი და თუ ამ მხრივ რაიმე ნაკლი შეამჩნია, უფლება აქვს აცნობოს საავადმყოფოს ადმინისტრაციას ამის შესახებ.

საავადმყოფოს ადმინისტრაცია ასეთ შემთხვევაში მორიგე დამლაგებლებს სამუშაოზე დატოვებს, სანამ არ იქნება მოწესრიგებული პალატების ნოვლა-დასუფთავების საქმე.

მორიგე ექთანი ვალდებულია შეამოწმოს დილით, თუ რამდენად კარგად არიან მოვლილი ავადმყოფები მათი პირადი ჰიგიენის მხრივ და მოთხოვოს მომვლელებს ავადმყოფების წესიერი მოვლის შესრულება.

---

## ავადმყოფის საცვლების და საწოლის თეთრეულის გამოცვლა

ავადმყოფს საცვლები და საწოლის იეთრეული უნდა პჭონდეს ყოველთვის სუფთა. ამისათვის საჭიროა მათი გამოცვლა კვირაში არა ნაკლებ ორჯერ. ყველა იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ავადმყოფის საცვლები ან საწოლის თეთრეული გაჭუჭყიანდება განაელთ, შარდით, ჩირქით და ოფლით, საჭიროა მათი მაშინვე გამოცვლა. უნდა გვახსოვდეს, მით უფრო ზამთრობით, რომ სუფთა საცვლების წინასწარი შეთბობაა საჭირო, რაც შეიძლება რამდენიმე წუთით საცვლების მოღებით კედლის ღუმელზე ან რადიატორზე.

თუ ავადმყოფი ოფლიანია პერანგის გამოცვლის დროს, ვიდრე სუფთა პერანგს ჩააცმევდნენ, საჭიროა მისი გულდასმით გამშრალება.

მსუბუქი ავადმყოფები თვით იცვლიან საცვლებს, ხოლო მძიმე ავადმყოფის საწოლთან მომვლელ პერსონალს ხშირად უხდება ავადმყოფისათვის საცვლები და საწოლის თეთრეულის შეცვლა. განსაკუთრებით ეს ესაჭიროება, მაგალითად, მალალსიცხიან ავადმყოფებს ხშირი ოფლის დენით, ანდა უგრძნობ მდგომარეობაში მყოფს; რომლებიც უნებლიეთ გადაიან შარდსა და განაველზე.

არიან ავადმყოფები, რომელთაც საწოლში მოძრაობა სრულიად აკრძალული აქვთ, მაგალითად, ნოპერაციები ანდა მძიმე ავადმყოფები სისხლის დენით ნაწლავებიდან, კუჭიდან, ფილტვებიდან, როდესაც ყოველგვარი ზედმეტი მოძრაობა მათთვის ძალზე საშიშია.

ყველა ასეთ შემთხვევაში საჭიროა თეთრეულის გამოცვლა დიდი სიფრთხილით და ავადმყოფის მდებარეობის შეუცვლელად, რათა მას ზედმეტი ტკივილები არ მიასყნონ ან არ გამოიწვიონ მისი მდგომარეობის გაუარესება, მაგალითად, სისხლის დენის მხრივ. ამიტომ ამ პროცედურის ჩატარება საპასუხისმგებლო საქმეა და მას ყოველთვის უნდა ასრულებდეს ექთანს და არა მომვლელი ქალი, როგორც ამას ხანდახან აქვს ადგილი.

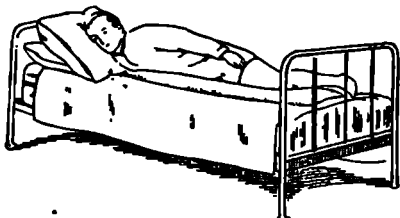
**პერანგის გამოცვლა.** ექთანს უდგება ავადმყოფს რომელიმე გვერდიდან და ორივე ხელს ამოსდებს წელქვევით, სადაც პერანგის კიდეს ანაოქებს, ატარებს ზურგს ქვეშ და თანდათანობით ამოაქვს ავადმყოფის ოავისაკენ.

ამის შემდეგ ავადმყოფს ხელებს აუწევენ ზევით და ამავე დროს ბალიშიდან ოდნავ აწეულ თავზე გადააძრობენ პერანგს, რის შემდეგ მისი განთავისუფლება ხელებიდან სულ უბრალო საქმეა.

იმ შემთხვევაში, თუ კი ავადმყოფს რომელიმე ხელი დაზიანებული აქვს, უნდა განთავისუფლდეს ჭერ სალი და შემდეგ დაზიანებული კიდური.

პერანგის ჩაცმა ხდება პირიქით. ჩააცმევენ სახელოებს ჯერ დაზიანებულ და შემდეგ საღ კიღურზე, გადააცმევენ თავზე, ბოლოს ჩამოსწევენ პერანგს ავადმყოფის ზურგს უკან.

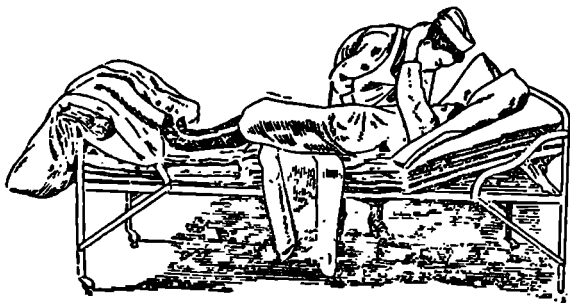
**ზეწრის შეცვლა.** ზეწრის გამოცვლაც შეიძლება ორი სხვადასხვანაირი წესით: სიგრძეზე გაკეცილი ზეწრის წესი—ავადმყოფს გადააბრუნებენ საწოლის რომელიმე კიღისკენ, გამოსაცვლელ ზეწარს აკეცავენ თავისუფალი მხრიდან ავადმყოფისაკენ; გამოცვლილ სუფთა ზეწარს, სიგრძეზე ორად გაკეცილს, დააგებენ აკრეფილ ჭუჭყიან ზეწრის ადგილზე. ამის შემდეგ ავადმყოფს გადააბრუნებენ საწოლის მოპირდაპირე კიღისკენ, ჭუჭყიან ზეწარს აიღებენ და სუფთას კი გაღმობლიან (სურ. 1).



სურ. 1. ზეწრის გამოცვლა სიგრძეზე.

ფის საჯღომისაკენ; სუფთას ახვევენ ორთავიანი ბანდის მსგავსად. ავადმყოფს მომვლელი ოღნაჲ ასწევს საჯღომის ნაწილში, რათა დახვეული ზეწრები სწრაფად გაკლილ იქნეს, ამის შემდეგ სუფთა ზეწარი უნდა გაიშალოს ავადმყოფის ტანქვეშ (სურ. 2).

ამ წესით ზეწრის გამოცვლა ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, როდესაც დასაშვებია ავადმყოფის გვერდზე გადაბრუნება. მაშინ კი, როდესაც ავადმყოფის გადაბრუნება დაუშვებელია, ზეწრის შეცვლა უნდა ხდებოდეს ორთავიანი ბანდის წესით: ჭუჭყიან ზეწარს ავადმყოფის თავიდან და ფეხებიდან ახვევენ ავადმყოფის



სურ. 2. ზეწრის გამოცვლა ორთავიანი ბანდის წესით.

ზეწარი უნდა გაიშალოს ისე, რომ არსად ნაკეცი არ დარჩეს.

ზეწრის თავისუფალი კიღეები ყოველთვის ამოკეცილი უნდა იყოს ლეიბ-ქვეშ.

კარგია გაშლილი ზეწრის გარდა, მწოლარე ავადმყოფს თუ მეორე ზეწარს, ოთხად დაკეცილს, ამოუღებენ საჯღომ ქვეშ. დროგამოშვებით მისი ოღნაჲ გადაწვევ-გაღმწვევით ქმნიან ავადმყოფისათვის ახალი ზეწრის სასიამოვნო შევრინებას; მეორე მხრივ, ამით სუფთად ინახავენ გაშლილ ზეწარს.

ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი უნებურად გადის განავალზე (მაგალითად, დაშლიანი ან უგარნობ მღვამარეობაში მყოფი ავადმყოფი)



საქირო ხდება ავადმყოფის საჯდომის ქვეშ მუშაშმის (კლიონკის) ამოღება; მაგრამ მუშაშმაზე უშუალოდ ავადმყოფის დაწვენა არ შეიძლება, საქიროა მასზე საფენის დაგება.

ამ შემთხვევაში უნდა გვახსოვდეს, რომ მუშაშმას მიმართავენ მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში; რადგან მას უარყოფითი მხარეებიც აქვს; ერთი მხრივ, სითხეს და ოფლს არ ატარებს და არ იშრობს, მასასადავს, ხელს უწყობს სისველეს, ეს კი თავის მხრივ ერთ-ერთ ხელშემწყობ პირობას წარმოადგენს ნაწოლის გაჩენისათვის, მეორე მხრივ მუშაშმა შეიძლება ადვილად გადაიკეცოს და მკერივი ნაოჭის შექმნით ხელი შეუწყოს ნაწოლის წარმოშობას.

მაშინ კი, როდესაც მუშაშმის ხმარება აუცილებელია, ექოანს ევალება მას უფრო ხშირად დახედოს, რათა შეაშროს და შეასწოროს ის.

იმ მიზნით, რომ მუშაშმა არ გადაიკეცოს, შეიძლება მისი კიდები ფოლაქებით საწოლზე მიამაგროს. როგორც სუფთა საცვლებსა და საწოლის თეთრეულს, ისე ქუჭუჩიანს ესაქიროება სათანადო შენახვა.

სუფთა თეთრეულისათვის განყოფილების დიასახლისს აქვს ცალკე განაწიანი; გამოცვლილი გაქუჭუჩიანებული საცვლები კი უნდა იყოს მაშინვე გატანილი პალატიდან და შენახული განსაკუთრებულ სკივრში.

ავადმყოფის გადაყვანა. საავადმყოფოში მოყვანილი მძიმე ავადმყოფი პალატაში სანიტრებს ჩვეულებრივ საკაცის საშუალებით მიჰყავთ.

ავადმყოფი რომ საკაციდან საწოლზე მოხერხებულად იყოს გადაყვანილი, საქიროა გარკვეული წესების ცოდნა. ავადმყოფის გადაყვანა საკაციდან საწოლზე ან პირიქით, შეიძლება რამდენიმე წესით. ამა თუ იმ წესის შერჩევა დამოკიდებულია ავადმყოფის მდგომარეობაზე და დამხმარე პირების რიცხვზე. მხოლოდ რა წესითაც არ უნდა იყოს გადაყვანილი ავადმყოფი, სავალდებულოა მისი ფრთხილად გადაყვანა, ყოველნაირი მკვეთრი მოძრაობის გარეშე.

თუ ავადმყოფი შედარებით მსუბუქია, შეიძლება მიმართონ შემდეგ წესს: სანიტარი ამოსდებს ავადმყოფს ერთ ხელს ბეჭებქვეშ, მეორეს ბარძაყებქვეშ, ავადმყოფი კი ორივე ხელს მოსდებს სანიტარს კისერზე. ასეთ მდგომარეობაში სანიტარი აწევს ავადმყოფს საკაციდან ან საწოლიდან და გადაიყვანს მას (სურ. 3).

თუ ასეთი ავადმყოფის გადაყვანა ერთ პირს არ ძალუძს (მაგ., მომვლელ ქალს) მაშინ ორი მომვლელი ქალი გადაეჭრობა ერთმანეთს მაჯებით, დაიჭინენ ავადმყოფს, რომელიც ერთ ხელს მოსდებს ერთ ქალს კისერზე, მეორე ხელს კი მეორეს და ასე გადაჰყავთ იგი.

თუ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო, მისი გადაყვანა წამოძვარ მდგომარეობაში არ შეიძლება (სისხლის დენით, ნაოპერაციები, ტიფიანიები და სხვ.), უნდა მიმართონ ორი ან სამი სანიტრის დახმარებით შემდეგ წესს: სანიტრები დადგებიან საწოლის ერთ მხარეზე, ერთი ამოსდებს ავადმყოფს ხელებს ბეჭებქვეშ და წელსქვეშ, მეორე კი საჯდომს და მუხლებს ქვეშ. პირველმა, რომელსაც ხელი ბეჭებქვეშ აქვს ამოღებული, უნდა ამავე ხელით დაამაგროს ავადმყოფის თავი. ორივენი ერთდროულად ასწევენ ავადმყოფს და გადაიყვანენ საწოლზე. ავადმყოფის ერთი საწოლიდან მეორეზე გადაყვანის დროს, მეორე საწოლზე უნდა იყოს დადგმული პირველის პარალელურად, მხოლოდ შექცევით; სანი-



სურ. 3. ავადმყოფის გადაყვანა ერთი პირის მიერ.

ტრები მოექცევიან ამ ორ საწოლს შუა და, როდესაც ზემოხსენებული წესით აიყვანენ ავადმყოფს, შემობრუნდებიან და გადააწვენენ მეორე საწოლზე.

ავადმყოფის მდებარეობა საწოლში. მრავალი ავადმყოფობის დროს, პირველი ზომა, რომელსაც მიმართავენ, ეს არის ავადმყოფის საწოლში მოათავსება, რასაც თავისთავად, ყოველგვარი წამლობის გარეშე აქვს გარკვეული სამკურნალო მნიშვნელობა. ადამიანის წოლის დროს მოღუწებული კუნთები აღარ უყენებო გულს ზედმეტ მოთხოვნებს, რადგანაც პორიზონტალურად მდებარე სხეულში სისხლის თანაბრად განაწილება ხდება. საწოლში მოთავსებით ავადმყოფის სხეულში სისხლის თანაბრად განაწილების გამო გულის მუშაობის და სუნთქვის გაადვილებასთან ერთად, აღწევენ ენერჯის დაზოგვას, რასაც ავადმყოფი ორგანიზმისათვის მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამით აიხსნება, რომ ყოველ ავადმყოფს, თუნდაც მსუბუქი მოვლენებით, სურვილი აქვს დაწოლისა.

არჩევენ საწოლში მდებარეობის 3 სახეს: აქტიურს, პასიურს და იძულებითს.

აქტიური მდებარეობის დროს ავადმყოფს ძალუძს თავისი სურვილის მიხედვით საწოლში მიიღოს დამოუკიდებელი ყოველგვარი მდებარეობა.

პასიური კი გულისხმობს მძიმე ავადმყოფის ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფს დაუხმარებელი არ შეუძლია მდებარეობის შეცვლა.

ასეთია, მაგალითად, მძიმე ტიფიანი, დამბლიანი ავადმყოფი და სხვ.

იძულებითი მდებარეობის დროს ავადმყოფი საწოლში ღებულობს გარკვეულ, მისთვის ხელსაყრელ მდებარეობას; რომელიმე სხვა მდებარეობის იღება ავადმყოფს საწოლში არ შეუძლია, რადგან ეს იწვევს მისი მდგომარეობის გაუარესებას; მაგალითად, ფილტვის ფარის ანთების (პლევრიტი) დროს, პლევრის ღრუში სითხის დაგროვების შედეგად, ფილტვეს სითხის ზეწოლის გამო, სუნთქვა ამ ფილტვეს შეზღუდულია; ამისათვის ავადმყოფი სწორედ დაუვიდებელ მხარეზე წევს, რათა მეორე ფილტვს მიეცეს თავისუფალი სუნთქვის შესაძლებლობა ანდა, მაგალითად, მუცელში ძლიერი ტკივილების დროს (კუჭის წყლული), ავადმყოფი იღებს წელში მოზრილ მდებარეობას, რითაც იმსუბუქებს ტკივილებს. საწოლში ავადმყოფის აღწერილი მდებარეობის გარდა, რომელსაც ეს თვით ღებულობს, არის შემთხვევები, როდესაც ჩვენ უნდა მივცეთ მას ესეთი მდებარეობა. ასე, მაგალითად, გულის ან ფილტვის სნეულებით ავადმყოფს ძლიერი ქოშინისას უნდა მიეცეს საწოლში ნახევრად წამოქდარი მდებარეობა სუნთქვის გაადვილების მიზნით. ასეთივე მდებარეობა ესაჭიროება აგრეთვე ავადმყოფს მუცლის ღრუში დაგროვილ სითხით (წყალმანკა—ასციტი), რადგან პორიზონტალური მდებარეობის დროს სითხე, შეისამკვიდრე ზეწოლის გამო, ზღუდავს სუნთქვას და გულის მუშაობას.

ტვინში სისხლის ჩაქცევის დროს (ამობლექსია), ტვინისაკენ სისხლის მიწოდების შესამცირებლად, ავადმყოფს უნდა მიეცეს ასეთივე მდებარეობა.

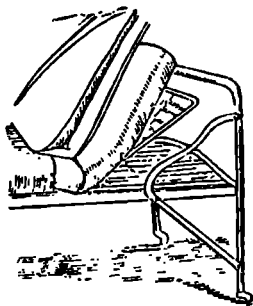
ავადმყოფისათვის აღნიშნული მდებარეობის მიცემას საწოლში აღწევენ ე. წ. რკინის ბალიშის ხმარებით (სურ. 4).

ზოგ შემთხვევაში ჩვენ გვიხდება ავადმყოფებისათვის თავის დაბლა მდებარეობის მცდემა, ავადმყოფის თავქვეშ ბალიშის გამოღებით, ტვინისაკენ სისხლის მიწოდების გასამცირებლად, მაგალითად, გულისწასვლის დროს, სისხლის მწვავე დაკარგვის დროს და სხვ.

ასეთი პირობებში ხშირად საჭირო ხდება ქვემო კიდურების ზემოთ აწევა, რასაც აღწევენ წვივებზე ბალიშების ამოღებით. მუცლის ღრუს ორგანოებზე ნაოპერაციებ ავადმყოფებს ესაჭიროებათ ზურგზე წოლა; ზანტურველია, რომ

ავადმყოფს ქვემო კიდურები ოდნავ მაღლა აქონდეს აწეული, რაც ხელს უწყობს მუცლის კუნთების მოღუნებას და ამით ჯერ ერთი, ამცირებს პრილობის არეში ტკივილებს, მეორე მხრივ კი ქინის პრილობის შეხორცებისათვის უკეთეს პირობებს.

ასეთი ავადმყოფის ნაადრევად გადაბრუნებას შეიძლება ზიანი მოჰყვეს. ამისათვის ექსთანი ვალდებულია დაიცვას ავადმყოფის აღნიშნული მდებარეობა. ზურგის ტვინის არხიდან სითხის გამოღების შემდეგ, ავადმყოფი უნდა დავაწინოთ მუცელზე რამდენიმე საათის განმავლობაში.



სურ. 4. რკინის ბალიში.

ავადმყოფის სხეულის ამა თუ იმ შემოაღნიშნული მდებარეობის გარდა, საჭიროა ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფის კიდურს მიეცეს საჭირო მდებარეობა. ასეთ შემთხვევებს ეკუთვნის კიდურების ამოვარდნილობისა და მოტეხილობის შემთხვევები.

გარდა ამისა, ქვემო კიდურების ვენების ანთებისას (თრომპოზილებიტი), რასაც, როგორც ვართულებას, ადვილი აქვს ზოგიერთი ოპერაციის შემდეგ, ან მუცლის ტიფის და სხვა ავადმყოფობის დროს, დაავადებულ კიდურს უნდა მიეცეს მაღალი და უმოძრაო მდებარეობა. საამისოდ მიმართავენ ხოლმე სპეციალურ არტაშანს. მძიმე ავადმყოფთა უმრავლესობა, ჩვეულებრივ, ზურგზე წევს და თანისით მდებარეობას არ იცვლის. ასეთია დამბლიანი ავადმყოფები, ტიფით მძიმე ავადმყოფები და სხვ. ამ გარემოებას კი შესაძლოა მოჰყვეს მძიმე ვართულებები ფილტვებში შეგუბების და ამ ნიადაგზე განვითარებული ფილტვების ანთების სახით; ერთ მდებარეობაში ავადმყოფის ხანგრძლივი წოლა ხელს უწყობს აგრეთვე ნაწოლის გაჩენას.

ეს გარემოება ყოველთვის უნდა ასსოვდეს მომეღელ პირს და ხშირად შეუცვალოს ავადმყოფს მდებარეობა საწოლში.

ავადმყოფის მდებარეობა ლოგინში ექიმის მიერ მისი გასინჯვის დროს. ავადმყოფის მუცლის გასინჯვის დროს ის უნდა იწვეს ზურგზე პორიზონტალურ მდებარეობაში, დაბლა დაწეული ბალიშით.

ექსთანი უხდება მონაწილეობის მიღება ექიმის მიერ მძიმე ავადმყოფის გულმკერდის გასინჯვის დროს. თუ ავადმყოფის მდგომარეობა შეუძლებელს ღდის წამოძვარად მდგომარეობაში მის გასინჯვას, ექსთანი, როდესაც ექიმს უხდება ფილტვების მოსმენა, ფრთხილად გადააწვენს ავადმყოფს რომელიმე გვერდზე; მაშინ კი, როდესაც ავადმყოფის წამოძვარება დასაშვებია, ხოლო ეს მისთვის იმდენად მძიმეა, რომ დამოუკიდებლად არ შეუძლია ან ზედმეტად ღლის მას, ექსთანი ორივე ხელს შემოაგლებს ავადმყოფს ბეჭებზე, წამოაწენს მას საწოლში და ასე უჭირავს იგი, ვიდრე ექიმი ისმენს.

შეიძლება ავადმყოფს გავუადვილოთ საწოლში ჯდომა უბრალო ხერხით: პირსახოცს ვატარებთ საწოლის ყურში და მის ბოლოებს ვაძლევთ ავადმყოფს ხელში.

ნაწოლი (დეკუბიტუსი) წარმოადგენს ერთ-ერთ არასასიამოვნო და ზოგჯერ მეტად მძიმე ვართულებას, რომელიც უჩნდება მძიმე ავადმყოფებს ერთ მდებარეობაში ხანგრძლივად წოლის დროს. ნაწოლი უჭერა ხშირად გამხდარ ავადმყოფებს უჩნდებათ; შედეგია არასათანადო მოვლისა და ამრიგად ეჭი-

თანის დაუღვერობას უნდა მიეწეროს (ზოგიერთ გამონაკლის შემთხვევის გარდა, როდესაც ნერვული სისტემის დაზიანების გამო, ავადმყოფის ორგანიზმში მიღრეკილია ნაწოლების გაჩენისადმი). ნაწოლი არის ქსოვილებში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად განითარებული ადგილობრივი სიკვდილი (ნეკროზი).

ნაწოლი უზშირესად უჩნდება ავადმყოფს სხეულის იმ ძვალოვან ადგილებზე, რომლებთანაც ავადმყოფი დაბჯენილია საწოლზე: გავა, ბარძაყების დიდი ციბრუტების მიდამო, ქუსლები და იდაყვები—სწორედ ეს ადგილები ღარიბია კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და შემეერთებული ქსოვილით, რის გამო აქ გამავალი სისხლის ძარღვები შედარებით ადვილად განიცდის დაწოლას, რასაც სისხლის მიმოქცევის შეფერხება მოჰყვება და ქსოვილების ადგილობრივი კვების დაქვეითების გამო ქსოვილი კვდება.

ამას გარდა, ნაწოლის წარმოშობის ხელშემწყობ პირობებს ეკუთვნის სისველე (უნებლოე შარდისა და კარშიგასვლის შედეგად), საწოლის სიმავრე, ზეწრის ან მუშაბის ნაკეცები.

აღნიშნულ უშუალო ხელშემწყობ პირობების გარდა, ნაწოლის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საერთო სისხლის მიმოქცევის შენელებას (გულის სისუსტის გამო), ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის დასუსტებას, ქსოვილების კვების დაქვეითებას და კანის მიგრძობელობის დაკლებას.

ნაწოლი იწყება კანის ადგილობრივი სიწითლით, რომელიც მოკლე ხნის განმავლობაში, თუ საწინააღმდეგო ზომები არ იქნა მიღებული, გადადის დაწყულულეებაში. პირველ ხანებში წყლული ზერელე და მოწითალო ფერისაა, შემდეგ ის საკმაოდ სწრაფად ღრმა და მოშავო ფერის წყლულად იქცევა. წყლული ხანდახან მიღწევს და ჩაითრევეს ნეკროზულ პროცესში ძვალოვან ქსოვილსაც.

ზოგჯერ ამ წყლულს მეტად ფართო ადგილი უქირავს. ძლიერ ღრმად არის წასული და ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს სიკვდილს უქადის; შესაძლოა ჩირქმზადი ბაქტერიების წყლულში მოხვედრით და აქედან სისხლში გადასვლით განვითარდეს სისხლის მოწამვლა (სეფსისი). ყოველივე მოხსენებულიდან ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ნაწოლის თავიდან აცილებას; ამიტომ ექთანს კარგად შეთვისებული უნდა ჰქონდეს ყველა ის გამაფრთხილებელი ზომა, რომლებიც საჭიროა ამ მხრივ.

მძიმე ავადმყოფს უნდა მიუჯინოთ რბილი საწოლი ისეთი ლეიბით, რომელსაც სწორი ზედაპირი აქვს. ასევე საჭიროა თვალურის დევნება ზეწრის და მუშაბის მიმართ (თუ კი ის დაგებულია), რომ ნაკეცებს არ ჰქონდეს ადგილი. საწოლში დაცული უნდა იყოს სიმშრალე. დიდი მნიშვნელობა აქვს საწოლში ავადმყოფის მდებარეობის ხშირ შეცვლას.

საჭიროა მომვლელმა ხშირად დახედოს ავადმყოფის სხეულის იმ ადგილებს, სადაც მოსალოდნელია ნაწოლების განვითარება და, თუ ვინცობაა შემჩნეულ იქნა საექვო ადგილებზე სიწითლე, რაც, ჩვეულებრივ, წარმოადგენს ნაწოლის დასაწყის მოვლენას, ექთანმა მოხსენებული გამაფრთხილებელი ზომების გარდა, უნდა მიმართოს რეზინის რგოლს ან რეზინის ბალიშს (სურ. 5).

რეზინის რგოლი წარმოადგენს მძიმე ავადმყოფის მოვლის საქმეში აუცილებელ საჭირო საგანს და სჯობს მას მივმართოთ უკვე მანამ, სანამ სიწითლე განვითარდებოდეს. რეზინის რგოლი ან ბალიში უნდა იყოს აცხებული წყლით ან ვაიბეროს ჰაერით. თუ გაბერვა უნდებთ პირით, საჭიროა ერთგვარი სიფრთხილე ავადმყოფობის გადადების მხრივ.

ამ მიზნით მილი, რომლიდანაც ხდება ჰაერის ჩაბერვა, უნდა იქნეს წინასწარ გასუფთავებული სადენინფექციო, მაგალითად, სულემის ხსნარით. შემდეგ

გადაფარებული ბანდის ნაჭერით; ამ ზომების მიღების შემდეგ დასაშვებია მათი პირით გაბერვა.

საკმაოდ გაბერილად ჩაითვლება რგოლი ან ბალიში, რომელთა ზედაპირზე ხელის ძლიერი დაჭერის დროს მაგიდას ვერ მივწვდებით. ასე გაბერილ რგოლს ან ბალიშს, გადაფარებულს რაიმე ნაჭრით, ამოუღებენ ავადმყოფს საჯდომ ქვეშ, თუმცა შესაძლებელია რგოლი ამოვღოთ საწოლზე დაგებული ზეწრის ქვეშ ისე, რომ გაწითლებული ნაწილი მოექცეს რგოლის შუა გულში.



სურ. 5. რეზინის ბალიში და რგოლი.

ნაწოლის განვითარების საწინააღმდეგო ზომებს ეკუთვნის იგრეთვე ავადმყოფის სხეულის, მეტადრე კი გავისა და სხვა საეჭვო ადგილების, დაზელა. დასაზღოდ მასალად ვიყენებ წყალნარევე სპირტს, ძმარს, ოდეკოლონს, უმჯობესია ქაფურის სპირტი, რითაც განსაკუთრებით გულმოდგინედ უნდა იყოს დაზელონი, დღეში რამდენიმეჯერ, სხეულის გაწითლებული ადგილები. დაზელა დასაშვებია, სანამ ამ ადგილზე არ აღინიშნება კანის მთლიანობის დარღვევა. წყლულის განვითარების შემდეგ კი საჭიროა მალამოების ხმარება, მობანა და სუფთად შეხვევა. საამისოდ ხმარობენ დერმატოლის, ქსეროფორმის, ან უმჯობესია, სტრეპტოციდის მალამოს, მოსაბანად—წყალბადის ზეჟანგის ან ბორის 3%-ან ხსნარს, შესახვევად—სტერილურ მასალას.

საერთოდ კი, ნაწოლის გაჩენის პირველივე ნიშნების შემჩნევისთანავე ექთანს მოვალეა აცნობოს ამის შესახებ ექიმს.

ავადმყოფის სუფთად შენახვა. სხეულის სისუფთავის დაცვას დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთოდ ქანჩრთელობისათვის და მით უფრო მნიშვნელოვანია ის ავადმყოფისათვის. რომ უფრო ნათელი იყოს ჩვენთვის, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს კანის მოვლას, მის სუფთად შენახვას, უადგილო არ იქნება მოკლედ მაინც მოვიხსენიოთ კანის ფუნქციები და მნიშვნელობა.

კანი წარმოადგენს, პირველ ყოვლისა, ჩვენი სხეულის საფარს, რომელიც იცავს სხეულს გარეშე ზეგავლენისა და მიკროორგანიზმებისაგან. ეს უკანასკნელნი ადამიანის კანზე მრავლად მოიპოვებიან, მაგრამ სხეულში შეჭრა კანიდან არ ძალუძთ, თუ კი მისი მთლიანობა დარღვეული არ იქნება.

დამცველობითი მნიშვნელობის გარდა, კანი ასრულებს გამოყოფი ორგანოს როლს: მისი საშუალებით სხეულიდან გამოიყოფა ოფლი, რომელიც შეიცავს სხეულისათვის ზედმეტ და მავნე ნივთიერებებს. ასეთია შარღოვანი ნივთიერება და სხვ.

ამ მხრივ კანი თავისი ფუნქციით უახლოვდება თირკმლებს. კანს აქვს აგრეთვე სასუნთქი ფუნქცია, განჯბადის შეთვისებისა და CO<sub>2</sub>-ის გამოყოფის სახით, რითაც ის მონაწილეობას იღებს სუნთქვაში (კანის სუნთქვა). კანი გამოყოფს

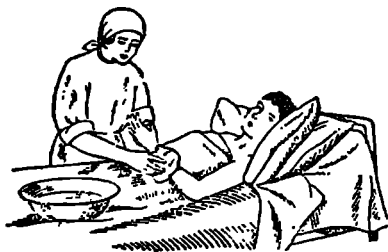
აგრეთვე კანის ქონს იმ ჯირკვლებიდან, რომლებიც მის სისქეშია მოთავსებული, რითაც კანი ინარჩუნებს თავის მოქნილობას. ამას კი ის მნიშვნელობა აქვს, რომ ინახება კანის მთლიანობა და, მაშასადამე, მისი დამცველობითი ფუნქციაც.

კანი გამოყოფს წყლის ორთქლსაც. კანს აქვს აგრეთვე თბორეგულაციის ფუნქცია: კანის სისხლძარღვთა გაფართოება-შევიწროების საშუალებით კანი ხელს უწყობს სხეულის თანაბარი ტემპერატურის შენარჩუნებას გარემო-ატმოსფეროს სხედასხვა ტემპერატურაში (მაგ., ზამთარსა და ზაფხულში, ცივსა და ცხელ ქვეყნებში ადამიანი ინარჩუნებს სხეულის ერთსა და იმავე ტემპერატურას).

კანის აღწერილი ფუნქციების მიხედვით გასაგებია ის დიდი მნიშვნელობა, რომელიც მას აქვს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის. აქედან ცხადია, თუ რა დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს კანის სუფთად შენახვას. მწოლარე ავადმყოფის კანი ადვილად ქუქყიანდება (მით უფრო, თუ ის მძიმე ავადმყოფია) ხშირი ოფლის დენით და შარღზე და განაჯალზე უნებლიე გასვლით. ამის გამო ავადმყოფის ტანი მოითხოვს ხშირ გასუფთავებას. თუ მსუბუქი ავადმყოფია, ანდა არ არსებობს რაიმე უკუჩვენებანი, საჭიროა კვირაში ერთხელ ე. წ. ჰეგიენური აბაზანის მიღება (იხ. სათანადო თავი). სხვა შემთხვევაში, როდესაც მძიმე ავადმყოფია, ან სხვადასხვა მიზეზებით საერთო აბაზანის გაკეთება დაუშვებელია (მაგ., გულის დასუსტება, სისხლის დენა შინაგანი ორგანოებიდან და სხვ.), ან ტექნიკურად მოუხერხებელია, მიმართავენ ლოჯინშივე ავადმყოფის გაბანას.

ამისათვის ხმარობენ ღრუბელს, ტილოს ხელთათმანს, ქისას, თბილ წყალს და საპონს. ავადმყოფის საწოლში გაბანას დროს ასუფთავებენ სხეულს ნაწილ-ნაწილად, გასუფთავებულ ნაწილზე საბნის დახურვით.

გაბანას, ჩვეულებრივ, იწყებენ გულ-მკერდიდან, შემდეგ გადადიან ზურგის და გავის გასუფთავებაზე და ამთავრებენ თითოეული კიდურის ცალ-ცალკე გაბანით (სურ. 6).



სურ. 6. ავადმყოფის კიდურის გაბანა.

ჯანსაყურებელი ყურადღება უნდა მიექცეს შორისის მიდამოს, საზარდულის ნაკეცებს და ილიის ფოსოებს. ასეთი გაბანა უნდა ხდებოდეს კვირაში ერთხელ, ხოლო უნებლიეთ შარდვისა და გარეთ გასვლის დროს გაუქუქიანებული ადგილების კი — დღეში რამდენიმეჯერ. ავადმყოფი ტანის გაბანის შემდეგ კარგად უნდა იქნეს გამშრალებული პირსახოცით.

ძალზე მძიმე ავადმყოფის გაბანის შეუძლებლობის შემთხვევაში, უნდა მიემართოთ ტანის და-

ხელას ოდეკოლონით, წყალნარევი სპირტით ან ძმრით. ამ მანიპულაციას ტანის სისუფთავის დაცვის გარდა, აქვს სისხლის მიმოქცევის გამაცხოველებელი მნიშვნელობა, რის შემდეგ ავადმყოფები თავს უფრო მხნელ გრძნობენ.

კვირაში ერთხელ ავადმყოფის ტანის გაბანის გარდა, რასაკვირველია, საჭიროა ყოველდღე, დილით, მას ხელ-პირი დაეაბანინათ. ხელების დაბანის განმეორება საჭიროა ავადმყოფის მიერ საკმლის მიღების წინ. აგრეთვე ექთანს ევალება

ბა ავადმყოფის ფრჩხილების, თმების, პირის ღრუს, ცხვირის, თვალების და ყურების სუფთად შენახვა.

ფრჩხილები ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს მოკლედ მოჭრილი, რადგან გრძელ ფრჩხილებში ადვილად გროვდება ყოველნაირი ქუქუყი და ტანის მოფხანის დროს ნაფხანში ან ნაკაწრში შეიძლება მოხვდეს ინფექცია, რასაც მოჰყვება წითელი ქარი ან კანის რომელიმე დაავადება. ავადმყოფს თმა უნდა ჰქონდეს გაკრეპილი. განსაკუთრებით ეს ეხება ინფექციური სნეულებით, მაგალითად, ტიფით ავადმყოფს, მით უფრო რომ ტიფს სჩვევია თმის ჩამოცვენა.

თმის გაკრეპას იმ შემთხვევაშიც აქვს მნიშვნელობა, როდესაც საჭიროა ხანგრძლივად ყინულის პარკის დადება თავზე სიცხის ან ტვინის გარსების ანთების (მენინგიტის) დროს.

თუ ავადმყოფი წინააღმდეგია თმის გაკრეპისა, მით უფრო ქალი, საჭიროა კვირაში ერთხელ ტანის გაბანასთან ერთად, თმის გაბანაც საბანო, ხოლო ყოველ დღიურად წმინდა სავარცხლით დავარცხნა და დაწნა. იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი მოყვანილია თმაში მკბენარით, აუცილებლობას წარმოადგენს თმის სრული გაკრეპა და ზოგჯერ მკბენართა საწინააღმდეგო საშუალების ხმარება (საბადილას მალამო და სხვ.).

პირის ღრუ მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას, რადგანაც კბილებში ჩარჩენილი საჭმლის ნაწილაკების ლბობის გამო, ის წარმოადგენს ბაქტერიების გამრავლებისათვის ხელშემწყობ ნიადაგს.

ყოველდღიურად რამდენჯერმე—დილით და საჭმლის ყოველი მიღების შემდეგ, საჭიროა პირის ღრუს გამოვლება თბილი წყლით და კბილების გაწმენდა ჯაგრისით.

მძიმე ავადმყოფებს, რომელთაც თავისით არ ძალუძთ პირის ღრუს გამოვლება, ის ექთანმა უნდა გაუწმინდოს; ამისათვის ექთანი თითზე შემოხვეული ზორის ხსნარში ან თბილ წყალში დასველებული მარლით გულდასმით უწმენდა ავადმყოფს პირის ღრუს—კბილებს, ღრძილებს და ლოყას. დიდ ყურადღებას მოითხოვს ავადმყოფის ენა, მისი გაწმენდა მძიმე, მაგალითად, ტიფით დაავადებული ავადმყოფისათვის აუცილებელია დღეში რამდენჯერმე. ტუჩებსაც ექცევა სათანადო ყურადღება, თუ ისინი ქერქით მოფენილია, საჭიროა მათი მობანა თბილი წყლით და დამარბილებელი საშუალების ხმარება (გლიცერინი, ვაზელინი). ცხვირის ღრუც მოითხოვს ყურადღებას, რადგანაც მასში გროვდება ლორწო და ხმელი ქერქი; ცხვირის გაწმენდას ახდენენ ჩხირზე დახვეული ბამბის საშუალებით.

თვალები ავადმყოფს ყოველდღიურად უნდა ამოუბანონ თბილი წყლით; დღე კი ავადმყოფს დილით თვალის ქუთუთოები ეწებება, საჭიროა თბილ წყალში ან ბორის სუსტ ხსნარში (2%) დასველებული ბამბით ქუთუთოების გაწმენდა.

ყურებიც ასევე უნდა იყოს გასუფთავებული ბამბით და თბილი წყლით.



## ავადმყოფის ტემპერატურა

ადამიანს, როგორც თბილისისხლიან არსებას, ახასიათებს სხეულის გარკვეული ტემპერატურა. სხეულის ტემპერატურას როგორც ჭანმრთელ, ისე, მით უფრო, ავადმყოფ ორგანიზმში არასდროს არ აქვს მუდმივი ხასიათი, ის ყოველთვის განიცდის ერთგვარ რხევას; ჭანმრთელის ორგანიზმში ეს ე. წ. ფიზიოლოგიური რხევა უმნიშვნელოა, ხოლო დაავადების დროს სცილდება ნორმის ფარგლებს რამდენიმე შეათუდიდან რამდენიმე გრადუსამდე და უკვე პათოლოგიურ რყევას წარმოადგენს.

ყოველ ინფექციურ დაავადებას ახასიათებს ავადმყოფობის დაწყებისთანავე ტემპერატურის აწევა. ავადმყოფობის მიმდინარეობის მთელი ხნის განმავლობაში ავადმყოფის მდგომარეობასთან დაკავშირებით ტემპერატურა განიცდის რყევას და განკუთრებასთან ერთად ნორმას უბრუნდება. ამიტომ სიცხით მიმდინარე ავადმყოფობის დროს, ტემპერატურის ცვალებადობა ერთგვარი მაჩვენებელია ავადმყოფობის მიმდინარეობისა; მეორე მხრივ, რამდენადაც სხვადასხვა ავადმყოფობა ხასიათდება ტემპერატურის ამა თუ იმ მსვლელობით, მას გარკვეული დიაგნოსტიკური ღირებულებაც აქვს.

აქედან ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ტემპერატურაზე ყოველდღიურ თვალყურს, მის გაზომვას, ჩაწერას, რაც სწორედ ექთანის ერთ-ერთ მთავარ მოვალეობას წარმოადგენს. ადამიანის სხეულში სითბოს წარმოშობ წყაროს წარმოადგენს მეტწილად ქიმიური პროცესები. მათ მიეკუთვნება უმთავრესად ჟანგბადის ზეგავლენით მიმდინარე ენერჯითი პროცესები ანუ წვა სხეულის უჯრედებში შემავალი ცხიმებისა და ნახშირწყლებისა. ენერჯითი პროცესების ზეგავლენით აღნიშნულ ნივთიერებათა დაშლის დროს თავისუფლდება ენერჯია სითბოს სახით.

სითბოს წარმოშობის პროცესები მუდმივად წარმოებს, ვიდრე ორგანიზმი ცოცხალია, მაგრამ ამავე დროს ორგანიზმში მუდამ აქვს აღვილი სითბოს გაცემის გარემო ატმოსფეროში. ეს პროცესები—სითბოს წარმოშობის და სითბოს გაცემის—ჭანმრთელ ორგანიზმში ერთგვარ წონასწორობაში იმყოფება.

ცოცხალ ორგანიზმს აქვს თავისი სხეულის სითბოს მოწესრიგების ანუ რეგულაციის უნარი (თბორეგულაცია).

ორგანიზმი აღნიშნულ რეგულაციას აღწევს ენერჯითი პროცესების შენელების ან გაძლიერების და მეორე მხრივ კი კანის სისხლის ძარღვების შევიწროება-გაფართოების საშუალებით.

სისხლის ძარღვების შევიწროება და გაფართოება ხდება სპეციალური ნერვების საშუალებით, ე. წ. შემავიწროებელი და გამაგანეირებელი ნერვებით (ვაზოკონსტრიქტორები და ვაზოდილატატორები), მათი მოქმედება რეფლექტორულ-



ლად წარმოებს და დამოკიდებულია თავის ტენიში მოთავსებულ სითბოს ცენტრისაგან.

ამ თბორეგულატორული უნარით ჩანმრთელი ადამიანის ორგანიზმში ყოველნაირ გარემო ტემპერატურულ პირობაში ინარჩუნებს თავის ნორმალურ ტემპერატურას.

როდესაც ადამიანის ორგანიზმში სითბოს რეგულაცია სხვადასხვა მიზეზების გამო დარღვეულია, სხეულის ტემპერატურა არანორმალური ხდება.

იმ შემთხვევაში, თუ სითბოს წარმოშობა სჭარბობს სითბოს გაცემას, ტემპერატურა მაღლა იწევს.

თუ სითბოს გაძლიერებულ წარმოშობასთან ერთად სითბოს გაცემაც შეზღუდულია (ჯანის სისხლძარღვების შევიწროების გამო), ტემპერატურა ძლიერ სწრაფად აიწევს ზევით, ისე, როგორც ამას აქვს ადგილი, მაგალითად, მალარიის შეტევის დროს.

როდესაც სითბოს გაცემა იმატებს, მაგრამ სითბოს წარმოშობაც მომატებულია, სიცხე ქვევით აღარ იწევს და ის რჩება მაღალ დონეზე.

თუ კი სითბოს წარმოშობის შენელებასთან ერთად სითბოს გაცემაც მატულობს (ჯანის სისხლძარღვების გაგანიერების გამო), ტემპერატურა სწრაფად ეცემა.

სითბოს რეგულაციის აღნიშნული დარღვევა არის თბორეგულატორული ცენტრის გაღიზიანების შედეგი.

უმრავლესი ავადმყოფობის დროს ასეთი გაღიზიანება ხდება იმ შხამების (ტოქსინების) ზეგავლენით, რომელთაც წარმოშობენ ავადმყოფობის გამომწვევი ბაქტერიები ანდა თვით ორგანიზმის უჯრედების არანორმალური დაშლის პროდუქტები.

ადამიანის ნორმალური ტემპერატურა საშუალოდ მერყეობს 36°-დან 37°-მდე C-ით. 37,0°-ის ზევით კი ტემპერატურა უნდა ჩაითვალოს აწეულად, თუმცა ზოგიერთი ჩანმრთელი ადამიანისათვის 37,0° C-ით ერთი ან ორი ზაზითაც (37,1°—37,2°) ნორმალურია.

ადამიანის ნორმალური ტემპერატურა დღე-ღამის განმავლობაში საღამოს საათებში უფრო მაღალია, ვიდრე დილით, ასე რომ უმაღლესი ტემპერატურა (36,6°—37,0°) არის დაახლოებით საღამოს შვიდ საათზე (მაქსიმალური ტემპერატურა), ხოლო ყველაზე დაბალი—36,2°—36,5°, დილით ადრე, საათის ექვსზე (მინიმალური ტემპერატურა).

ასეთი სხვაობა დილისა და საღამოს ტემპერატურისა დამოკიდებულია იმაზე, რომ დღისით ადამიანის მოძრაობა, მუშაობა, საჭმლის მიღება და სხვ. იწვევს ენერჯითი პროცესების გაძლიერებას, რაც გამოიხატება რამდენიმე ზაზით ტემპერატურის აწევაში, ღამით კი, ძილის დროს, ორგანიზმის დასვენების გამო, ნელდება წვის პროცესები და ტემპერატურაც; უფრო დაბალია.

ტემპერატურის აღნიშნული ფიზიოლოგიური რყევა ინდივიდუალურია, ანუ თითოეული პირისათვის თავისებური — ზოგს მეტი და ზოგს ნაკლები, მაგრამ ნორმის ფარგლებს კი არ სცილდება. ტემპერატურის აწევას ნორმის ზევით ეწოდება ცხელებითი მდგომარეობა ანუ ცხელება.

თავისთავად ცხელება არ წარმოადგენს ავადმყოფობას. ის მხოლოდ ავადმყოფობის ერთ-ერთი ნიშანია (სიმპტომი) და გამოხატავს ორგანიზმის რეაქციას.

ტემპერატურის გასაზომად იხმარება ე. წ. მ ა ქ ს ი მ ა ლ უ რ ი თერმომეტრი, ადამიანის (და საერთოდ ცხოველების) სიცხის გასაზომი თერმომეტრი მით განიჩნევა სხვა თერმომეტრებისაგან (ჰაერის, წყლის), რომ სინდიყის სვეტი სი-

ცხის გაზომვის შემდეგ რჩება მიღწეულ დონეზე და დაბლა არ იწევს, ვიდრე საზომს არ დაბერტყავენ. ამრიგად, ის გვიჩვენებს უმაღლეს ანუ მაქსიმალურ სი-  
ცხეს და სწორედ ამიტომ ეწოდება მას მაქსიმალური თერმომეტრი.

თერმომეტრი წარმოადგენს შუშისაგან გაკეთებულ ცილინდრისებურ ფორმის იარაღს, რომლის ქვემო გაწვრილებულ ბოლოში, ე. წ. რეზერვუარში, მოთავსებულია სინდიყი. რეზერვუარიდან გამოდის წვრილი მინის კაპილარი, მი-  
მაგრებული შკალაზე. კაპილარი იმ ადგილას, სადაც ის გამოდის რეზერვუარი-  
დან, შევიწროებულია და ამ შევიწროებულ ადგილას მოთავსებულია ჰაერის  
პატარა ბუშტუკი. სწორედ ჰაეროვანი ბუშტუკის საშუალებით  
არ იწევს სინდიყის სვეტი ქვევით, ვიდრე თერმომეტრს არ  
დაბერტყავენ.

შკალაზე აღნიშნულია გრადუსები 34°-დან 42°-მდე. თი-  
თოეული გრადუსი დამატებითი ხაზებით შკალაზე დაყოფი-  
ლია კიდევ გრადუსის ერთ მეათედ რიცხვების აღსანიშნავად.  
37 რიცხვი, რომლის ზევით ტემპერატურა უკვე პათოლო-  
გიურს წარმოადგენს, შკალაზე წითელ ფერად არის აღნიშნუ-  
ლი (სურ. 7).

ადამიანის ტემპერატურის გაზომვა სხეულის სხვადასხვა  
ადგილას შეიძლება: ილლიაში, პირის ღრუში, სწორ ნაწლავში  
და საშოში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ილლიაში გაზომილი ტემპერატუ-  
რა შედარებით პირის ღრუს, სწორ ნაწლავს და საშოში გაზო-  
მილ ტემპერატურასთან 0,5°—1,0°-ით უფრო ნაკლებია, რად-  
განაც კანის ტემპერატურა ზემაღნიშნული ღრუების ლორ-  
წოვანი გარსების ტემპერატურასთან შედარებით უფრო დაბა-  
ლია. ასეთი განსხვავება აიხსნება ილლიის ფოსოლან სითბოს  
ადვილი გაცემით, კანის სისქით და სისხლძარღვების ნაკლე-  
ბობით, შედარებით ლორწოვან გარსებთან.

ყველაზე მარტივია ტემპერატურის გაზომვა ილლიის  
ფოსოში. სწორედ ამიტომ ილლიაში ტემპერატურის გაზომვა  
უფრო გავრცელებულია, ვიდრე სხეულის სხვა ადგილას;

საშოში ტემპერატურის გაზომვას არ მიმართავენ ხოლმე, რადგანაც ის ერთგვარ  
უხერხულობას წარმოადგენს ავადმყოფი ქალებისათვის. ---

პირის ღრუში სიცხის გაზომვასაც აქვს თავისი უარყოფითი მხარეები. ერთა  
მხრივ არსებობს შესაძლებლობა კბილებით თერმომეტრის ფატიგებისა, ხოლო, მე-  
ორე მხრივ ძლიერ ადვილდება ერთი ავადმყოფიდან მეორეზე ინფექციის გადა-  
ტანა. ამ მხრივ უფრო მიზანშეწონილია სიცხის გაზომვა უკანა ტანში.

ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ., საფრანგეთში) ავადმყოფებს მხოლოდ უკანა ტან-  
ში უზომავენ სიცხეს. ჩვენშიც საკმაოდ ხშირად მიმართავენ უკანა ტანში სიცხის  
გაზომვას, განსაკუთრებით ჩვილი ბავშვების ავადმყოფობის დროს.

თერმომეტრები ინახება რომელიმე საღებინფექციო ხსნარში; უმჯობესია  
სულემის ხსნარში (Sol. sublimati 1 : 100C). ხმარების წინ საჭიროა მისი გამშრა-  
ლება და, რაც დიდმნიშვნელოვანია, თერმომეტრი უნდა იყოს გასინჯული და და-  
ბერტყილი იმდენად, რომ სინდიყი თერმომეტრის კაპილარში არ ჩანდეს.  
ბევრს მიაჩნია თერმომეტრი: დაბერტყილად, როდესაც სინდიყის სვეტი 37°-ს  
ქვემოთ არის ჩასული თუნდაც რამდენიმე ხაზით 36,3°—36,6°. ეს შეხედულება  
უპირთებულოა, რადგანაც ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს ნორმაზე დაბალი ტემ-



სურ. 7.  
მაქსიმალური  
თერმომეტრი.

პერატურა, მაგალითად, 35° ხაზებით, რასაც თერმომეტრი არ აჩვენებს, თუ კი ის წინასწარ კარგად დაბერტყილი არ იყო. დაბალი ტემპერატურის ცოდნას კი ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებისათვის არანაკლები მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე მაღალ სიცხეს.

უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც თერმომეტრი აჩვენებს მაღალ სიცხეს (39°—40°), მაშინვე მისი დაბერტყვა არ შეიძლება, რადგან ამას ხშირად შეიძლება მოჰყვეს თერმომეტრის კაბილარის გასკდომა. ამიტომ საჭიროა ცოტოდენი დაცვა, ვიდრე თერმომეტრი გაცივდებადეს.

თერმომეტრი, კაბილარში გახლეჩილი სინდიყის სვეტით, უფარგისია.

ხანგრძლივად ნახშირი თერმომეტრი აღარ აჩვენებს სისწორით ტემპერატურას; ჩვეულებრივ, უფრო მაღალ სიცხეს აჩვენებს, ვიდრე სინამდვილეშია. ამიტომ დროდადრო (თვეში ერთხელ) საჭიროა თერმომეტრის შემოწმება. შემოწმებას უბრალოდ ვახდენთ. წესამოწმებელს და ახალ თერმომეტრს ჩაედებთ 10—15 წუთით მოცხელო წყალში და ვაღარებთ თუ რამდენად განსხვავდება მათ მიერ ნაჩვენები გრადუსები. სხვაობას ვინსომებთ და ყოველი გაზომვის დროს შესწორება შეგვაქვს ძველი თერმომეტრის მიერ ნაჩვენებ გრადუსებში.

ი ღ ლ ი ა შ ი ს ი ც ხ ის გ ა ზ ო მ ვ ა. თუ რომელ ილლიაში გაზომავენ სიცხეს, მარჯვენაში თუ მარცხენაში, სულ ერთია. უპირატესობას აძლევენ იმ ილლიას, რომელ მხარეზედაც ავადმყოფს უადვილდება წოლა. ილლია ყოველთვის წინასწარ უნდა გამშრალდეს, ოფლიან ილლიაში სიცხეს გაზომვის დროს თერმომეტრმა შეიძლება აჩვენოს რამდენიმე ხაზით ნაკლები სიცხე, რადგანაც ოფლის აორთქლება იწვევს კანის ტემპერატურის დაწევას.

ილლიის გამშრალება შეიძლება, თუ ხელთ არა აქვთ პირსახოცი, ავადმყოფის პერანგიოთუე. ამის შემდეგ ავადმყოფს აუწყევენ მხარს და თერმომეტრს ილლიაში ჩაუდებენ ისე, რომ თერმომეტრის სინდიყის რეზერკუჟარი მოთავსდეს ილლიის შუაგულში, რის შემდეგ თერმომეტრის გასამაგრებლად ავადმყოფმა მხარი უნდა მიიკრას მკერდზე (სურ. 8).



სურ. 8. თერმომეტრის ჩადება.



სურ. 9. თერმომეტრის დაჭერა.

იმისათვის, რომ თერმომეტრი მკიდროდ იყოს ილლიაში მოთავსებული, ავადმყოფს, თუ კი დასაშვებია მისი განძრევა, აწვევენ იმ მხარეზე, საითაც აქვს თერმომეტრი გაკეთებული.

თუ ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია ან ძალზე მისუსტებული, მხარის დაჭერა უხდება ტემპერატურის გამზომელს. ტემპერატურის გაზომვა გრძელდება 10 წუთს (სურ. 9).

ს წ ო რ ნ ა წ ლ ა ე შ ი ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ი ს გ ა ზ ო მ ვ ა. ყველა დანარჩენ ადგილთან შედარებით სწორ ნაწლავში სიცხის გაზომვას ის უპირატესობა აქვს, რომ ამ ადგილას გაზომილი სიცხე აჩვენებს სხეულის ნამდვილ სიცხეს, იმ

დროს, როდესაც, მაგალითად, ილიაში ნაჩვენებები ტემპერატურა, რაკი ის ღია ადგილს წარმოადგენს, სითბოს გაცემის, ოფლის აორთქლების და გარემო ტემპერატურის ზეგავლენით შეიძლება რამდენიმე განსხვავებულად სინამდვილისაგან. ჩვეულებრივ, ილიაში გაზომილი სიცხე სწორ ნაწლავთან შედარებით 0,5°—1°-მდე ნაკლებია. სწორ ნაწლავში სიცხის გაზომვა არ ხერხდება იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს აქვს ბუასილი ან ფაღარათი. ტემპერატურის გაზომვისათვის ავადმყოფს დააწვენენ რომელიმე გვერდზე, საზომს წინასწარ ვაზელის წაუსვამენ და შეიყვანენ უკანა ტანში თერმომეტრის ერთ მესამედ სიგრძეს. სწორ ნაწლავში ტემპერატურის გაზომვისათვის საკმარისია 5 წუთი. გაზომვის დამთავრების შემდეგ, რასაკვირველია, საზომი გულდასმით უნდა გასუფთავდეს სადენინფექციო ხსნარით (მაგ., სულემის ხსნარში დასველებული ბამბით).

ავადმყოფს ტემპერატურა უნდა გაეზომოს დღეში ორჯერ მაინც და გაზომვა უნდა ხდებოდეს ყოველთვის ერთ და იმავე საათებში—დილის 7—8 საათზე და საღამოს 6—7 საათზე. ამ საათებში ტემპერატურა იზომება იმ მოსაზრებით, რომ ტემპერატურის დღე-ღამის რყევა, ჩვეულებრივ, ამ დროს იძლევა მინიმუმს და მაქსიმუმს.

მაგრამ ზოგჯერ ტემპერატურის ორჯერ გაზომვა დღეში საკმარისი არ არის, რადგანაც შეიძლება ტემპერატურამ აუწიოს ავადმყოფს იმ საათებში, როდესაც მისი გაზომვა არ ხდება, მაგალითად, შუალედზე.

ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის სიცხის გაზომვა საჭიროა ყოველ 2 საათში. გაზომილი სიცხე, რათა ტემპერატურის მიმდინარეობა ნათელი იყოს, უნდა ექნეს ჩაწერილი სპეციალურ ფურცელზე, რომელსაც ტემპერატურის ფურცელი ეწოდება.

ტემპერატურის ფურცელი დახაზულია ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ხაზებით; ვერტიკალური ხაზების ზევით აღნიშნულია თვის რიცხვები. ამავე დროს თითოეული ვერტიკალური სვეტი წერტილი ხაზით სიგრძეზე გაყოფილია ორად—დილა და საღამო. საღამოს სიცხის აღსანიშნავად მიჩნეული ნახევარი ზემოთ შავ ფერად არის შეფერილი. ჰორიზონტალური ხაზები შეეფერება ტემპერატურის გრადუსებს რიცხვებში აღნიშნულს ფურცლის მარცხენა მხარეზე.

ყოველ ორ მსხვილად გავლებულ ჰორიზონტალურ ხაზს შორის, რომლებიც გამოხატავენ მთელ გრადუსებს, გავლებულია რვა წერტილი ჰორიზონტალური ხაზი გრადუსის მეთოდების აღსანიშნავად. გაზომილი სიცხე წერტილებით აღინიშნება სიცხის ფურცელზე სათანადო სვეტში იმ ჰორიზონტალურ ხაზზე, რომელიც შეეფერება გაზომილი სიცხის გრადუსს. ფურცელზე აღნიშნულ წერტილებს აერთებენ სწორი ხაზებით და ამრიგად დებულობენ სიცხის მრუდს. როგორც მოხსენებული გვეონდა, ტემპერატურის აწევა 37°-ის ზევით წარმოადგენს ცხელებას.

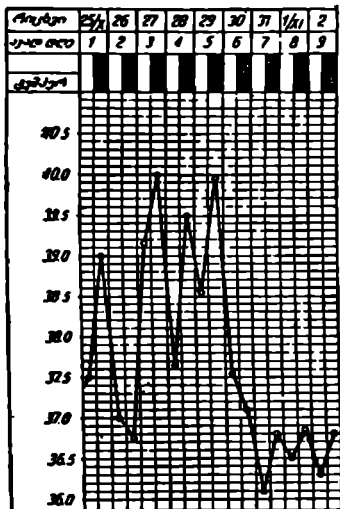
არჩევნ ტემპერატურის სიმაღლისდა მიხედვით ცხელების შემდეგ სახეებს: 1) ზომიერი—37°-დან—38°-მდის, 2) მაღალი—38,5°-დან 41,0°-მდის და 3) ჰიპერპირეტული—41°-ის ზევით. დაბალ ტემპერატურას 36°-ზე ქვევით ეწოდება ქვე ანუ სუბნორმალური ტემპერატურა.

სიცხის აწევა შეიძლება იყოს სწრაფი და თანდათანობითი. სიცხის სწრაფ აწევას წინ უძღვის შემცივნება. შემცივნების დროს ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ სიცივეს, მას აქვს მთელი სხეულის კანგალი, კიდურები უცივდება, ზოგჯერ ფრჩხილებიც გაულურჯდება, კანი კი ხორკლიანი ხდება და ემსგავსება ბატის

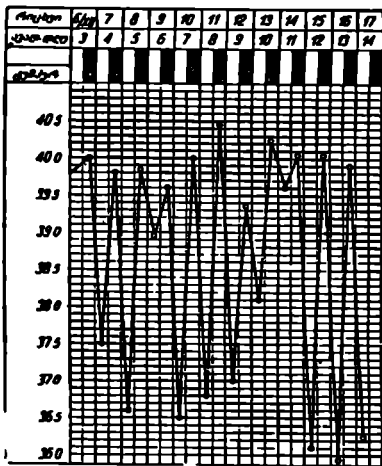
კანს. ასეთი მოვლენა გამოწვეულია კანის სისხლძარღვთა ერთბაშად შევიწროვებით და სისხლის მოწოლით შანაგანი ორგანოებისაკენ.

სიცხის დაწვევაც აგრეთვე შეიძლება იყოს სწრაფი და თანდათანობითი, ერთბაშად სიცხის დაწვევის დროს ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, ძლიერ ოფლიანდება.

სიცხის სწრაფ დაწვევას რამდენიმე საათის განმავლობაში, რომლის დროს ხდება ავადმყოფობის გარდატეხა და ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას, ეწოდება კ რ ი ზ ი ს ი. კრიზისით თავდება, მაგალითად, ფილტვის კრუპოზული ანთება, პარტახტიანი ტიფი.



სურ. 10. რემისიული (ხანაგან-ლებითი) ცხელების მრუდა.



სურ. 11. ჰექტიკური ცხელების მრუდა.

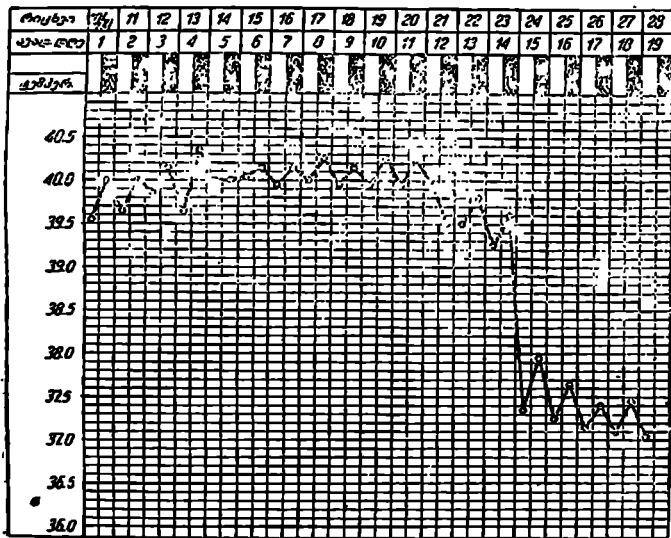
სიცხის თანდათანობით დაწვევას რამდენიმე დღის განმავლობაში ეწოდება ლ ი ზ ი ს ი, ასე თავდება, მაგ., მუცლის ტიფი, ფილტვის კატარული ანთება.

ტემპერატურის რყევა დღე-ღამის განმავლობაში შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს: 1) მუ ლ მ ი ე ი ც ხ ე ლ ე ბ ა (febris continua), როდესაც სიცხის ქანაობა დილა-საღამოს საათებში არ სცილდება ერთი გრადუსის ფარგლებს (მაგ., მუცლის და პარტახტიანი ტიფის დროს). 2) ხანაგანელებითი ცხელება (febris remittens), როდესაც სიცხის დილა-საღამოს რყევა ერთ გრადუსზე მეტია, მაგრამ ნორმას არ აღწევს და 3) ხ ა ნ გ ა მ ო შ ე ე ბ ი თ ი ც ხ ე ლ ე ბ ა (febris intermittens), როდესაც ავადმყოფს ხანგამოშვებით აძლევს მაღალ სიცხეს (მაგ., მალარიის დროს).

არჩევენ კიდევ ჰექტიკურ ცხელებას (febris hectica), რომელიც ხასიათდება უსწორმასწორო მრუდით, სიცხის მკვეთრი ქანაობით, მსგავსად ხანგამოშვებითი და ხანაგანელებითი ცხელებისა. ჰექტიკურ ცხელებას უზშირესად გვაძლევს სეფსისი (სისხლის მოწამვლა), დაიხრქებითი პროცესები და შორისწასული ტუბერკულოზური პროცესი. სიცხის მრუდი ტემპერატურის მსვლელობის გამომხატველია და რადგან მრავალ ავადმყოფობას აქვს თავისი დამახასიათებ-

ბელი სიცხის მრუდი, მას ის ღრდი მნიშვნელობა აქვს, რომ ძლიერ ხშირად გვეხმარება ავადმყოფობის ხასიათის ამოცნობაში (სურ. 10, 11, 12).

ასე, მაგალითად, ფილტვის კრუპოზულ ანთებას ახასიათებს ტემპერატურის სწრაფი აწევა რამდენიმე გრადუსით, შემდეგ კი სიციხე ლეზულობს მუდმივ ხასიათს და ავადმყოფობის დამთავრებისას ერთბაშად ეცემა (კრიზისი. სურ. 12.). ასეთივე მრუდს გვაძლევს პარტახტიანი ტიფი. პირიქით, მუცლის ტიფის დროს ტემპერატურა თანდათანობით იწევს



სურ. 12. მუდმივი ცხელების მრუდი. კრიზისი.

ზევით და მხოლოდ რამდენიმე დღის განმავლობაში აღწევს მაღალ დონეს. ამის შემდეგ ის ლეზულობს მუდმივ ხასიათს და ორი-სამი კვირის შემდეგ ისევ თანდათანობით ეშვება ქვევით (ლიზისი) (სურ. 13).

სულ სხვანაირი ტემპერატურული მრუდით მიმდინარეობს მალარია; ე. წ. სამღლიური ფორმის დროს ავადმყოფს ტემპერატურა ერთბაშად აეწევა მაღალ დონემდე და რამდენიმე საათის შემდეგ ასევე ერთბაშად უბრუნდება ნორმას, ერთი დღის შემდეგ იგივე მეორდება (სურ. 14).

ცხელებიანი ავადმყოფის მოვლა ავადმყოფის შემცივნების დროს საჭიროა მისი გათბობა; ამას აღწევენ, პირველ ყოვლისა, დამატებითი საბნების მიწოდებით, თუ ეს არაა საკმაო, საბნებს ქვეშ ქვემო კიდურებზე სათბურების ამოღებით. კარგია, თუ ავადმყოფს მიაწოდებენ ცხელ ჩაის. შეიძლება მიმართონ ე. წ. მშრალ შეხვევას.

მაღალი სიცხის დროს (39° და ზევით) საჭიროა ავადმყოფის თავზე ცივიც ხმარება. ამ მიზნით ხმარობენ ყინულის პარკს ან ცივი კომპრესებს. ცივი კომპრესებისათვის საჭიროა ტილოს ორად ან ოთხად გაკეცილი ნაჭრები და ჭურჭელში ჩასხმული ცივი ან უმჯობესია ყინულიანი წყალი.

წყალში ასველებენ ტილოს ნაჭერს, წურავენ მას, სანამ წყალი აღარ სდის, და ადებენ ავადმყოფს თავზე. ვინაიდან სველი ტილო მალე, უკვე 2—3 წუთის შემდეგ თბება და შრება, საჭიროა მისი ხშირად ცვლა. ამ მოსაზრებით უმჯობესია იხმარონ ყინულის პარკი, რგი წარმოადგენს რეზინის პარკს, ლითონის თავსახურავით; პარკში დებენ თოვლს, უმჯობესია ყინულის ნატეხები (სურ. 15). ყინულის ჩადების დროს საჭიროა შემდეგი წესების დაცვა: 1) ყინული უნ-

და დაიმტვრეს საშუალო ოდენობის ნატეხებად, ისე რომ თავისუფლად ეტეოდეს ყინულის პარკის ყელში, დამტვრევისას ყინული უნდა შეიხვიოს ტილოს ნაჭერში და ჩაქუჩით დაიმტვრეს.

2) პარკი უნდა აივსოს ყინულით მხოლოდ ნახევრამდე.

3) პარკიდან ჰაერი უნდა გამოიღვინოს; ამას აღწევენ პარკის დახურვამდე მის თავისუფალ ნახევარზე ხელის მოჭერით.

4) პარკი უნდა დაიხუროს და გამშრალდეს. უშუალოდ კანზე ყინულის პარკის დადება დაუშვებელია, რადგან კანის ძლიერი გაცივების (გაყინვის გამო) შეიძლება განვითარდეს ნეკროზი. ამისათვის საჭიროა პარკს დაუდონ ქვევიდან რაიმე ნაჭერი, მაგალითად, პირსახოცი.

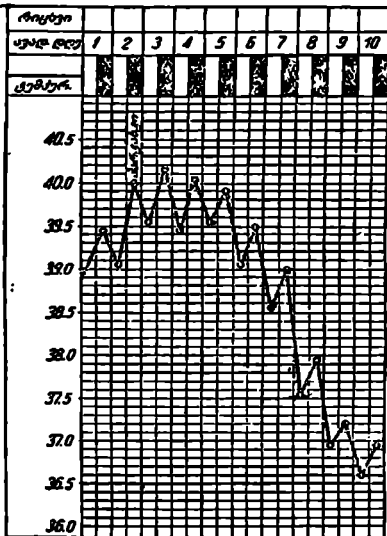
პარკი არ უნდა იყოს მძიმე, ზოგჯერ მსუბუქი პარკიც კი ამძიმებს ავადმყოფს; ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ პარკის დაიდებას საწოლის ყურზე მიმაგრებულ სპეციალურ ჯოხზე ან საწოლის თავებს შორის გაბმულ თოკზე ან სიმზე და პირსახოცზე (სურ. 16).

დაახლოებით ყოველ ორ საათში ყინულის დნობის გამო საჭიროა პარკის დაცლა წყლიდან და მისი ხელახლა ავსება ყინულით. ყინულის პარკის ხმარება შემდეგ შემთხვევებშია საჭირო:

- 1) მალალი სიცხის დროს—თავზე, თნემისა და შუბლის ნაწილზე.
- 2) მენინგიტის დროს (ტვინის გარსების ანთება)—თავზე, კეფის ნაწილზე.
- 3) მწვავე აპენდიციტის დროს (ჭიაყელა ნაწლავის ანთება) ილეო-ცეკალურ არეზე—მუცლის ქვემო მარჯვენა ნახევარი.
- 4) შინაგანი ორგანოებიდან სისხლდენის დროს; სისხლის ლებინების დროს—ბუცლის ზემო ნაწილზე; საშვილოსნოდან სისხლის დენის დროს—მუცლის ქვემო ნაწილზე; ფილტვებიდან სისხლის დენის დროს—(სისხლიანი ნახველი) გულ-მკერდის გარკვეულ ნაწილზე ექიმის მითითებით.

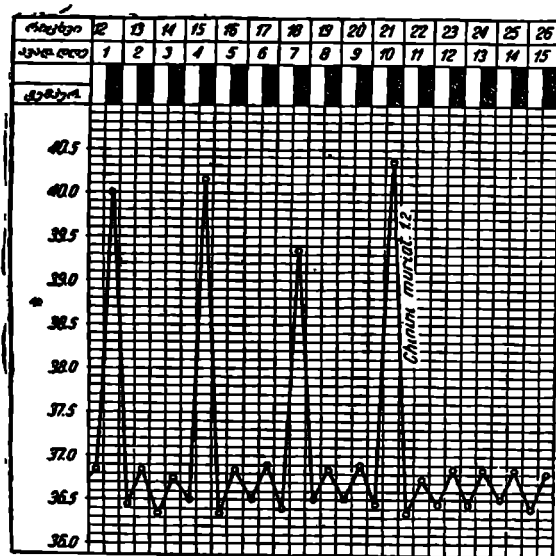
ძლიერ მალალი ტემპერატურის დროს ცხელებიან ავადმყოფზე მეტად და ზომიერად მორქმებულ სველი შეხვევები და გრილი აბაზანები 33° C-ით (იხ, სათანადო თავი), რომლებიც ხშირად დასწევენ 1°-ს რამდენიმე საათით.

ტემპერატურის დაწევის პერიოდში ავადმყოფი აგრეთვე საჭიროებს სათანადო მოვლას, განსაკუთრებით სიცხის სწრაფად დაცემის ანუ კრიზისის დროს.



სურ. 13. ლიხისა.

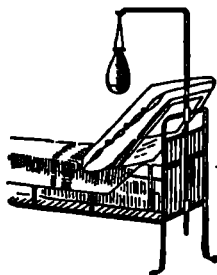
კრიზისი, როგორც უკვე ვიცით, წარმოადგენს ავადმყოფობის გარდატეხის ხანას, რომლის დროსაც ავადმყოფს ხშირად ძლიერი ოფლიანობა აქვს და ზოგჯერ შეიძლება გულის მწვავე დასუსტებაც განუვითარდეს (კოლაფსი). ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფი ფიორდება, აქვს ხშირი და სუსტი მაცა, ციანოზი (სი-



სურ. 14. ინტერმისიული (ხანგამოშვებითი) ცხელების მრუდი.



სურ. 15. ყინულის პარკი.



სურ. 16. ჩაშოკიდებული წინულის პარკი.

ლურჯე), გაცივებული კიღურები, ცივი ოფლი, და თუ სასწრაფოდ სათანადო ზომები არ იქნა მიღებული, შეიძლება ის კიდეც დაიღუპოს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში საჭიროა გულის გასამაგრებელი წამლების დანიშვნა და სათბურების ხმარება (დაწვრილებით იხილე სათანადო თავი).

ოფლის მოდენის შემდეგ, ავადმყოფს მშრალი პიბსახოცი თეაპრობენ და საცელებს უცვლიან.



## თავი IV

### ავადმყოფის კვება და ღიებთა

ავადმყოფის წესიერი კვება მისი მოვლის საქმეში ერთ-ერთ უდიდეს ამოცანას წარმოადგენს, ვინაიდან სათანადო კვების გარეშე შეუძლებელია დაავადებასთან ბრძოლა და ავადმყოფის გაჯანსაღება.

საქმე ის არის, რომ ავადმყოფის კვების საკითხში უნდა იყოს გათვალისწინებული ჭერ ერთი ის გარემოება, რომ ბევრ ავადმყოფს არ ძალუძს ყველა იმ საკვები ნივთიერების მიღება და შეთვისება, რომელსაც ჭანმრთელი ადამიანი იღებს, მეორე მხრივ, ავადმყოფი, შესაძლებლობის ფარგლებში უნდა იღებდეს იმდენ საკვებ ნივთიერებას, რომ მისი ორგანიზმი არ იყოს მოკლებული საშუალებას ებრძოლოს ავადმყოფობას.

თუ გავითვალისწინებთ იმ ცვლილებებს, რომელთაც ადგილი აქვთ ორგანიზმში ამა თუ იმ დაავადებათა დროს, ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში, გასაგებია იქნება, რომ დაავადებული ორგანიზმისათვის მეტად საზიანოა ყოველგვარი საკვების განურჩევლად მიღება. მაშასადამე, ყოველი ავადმყოფისათვის, იმ დაავადების მიხედვით, რომლითაც იგი შეპყრობილია, საჭიროა გამოიშუაგებულ იქნეს საკვები რეჟიმი, რომელიც შეფარდებული იქნება დაავადებულ ორგანიზმის მდგომარეობასა და მის სხვადასხვა ფუნქციის ცვლილებებთან; ასეთ რეჟიმს ეწოდება დ ი ე ტ ა.

დ ი ე ტ ა მეტად მრავალფეროვანია და მის გამოიშუაგებას საფუძვლად ედება მრავალგვარი მოსაზრება. იქ, სადაც დაავადებითი პროცესით საკმლის მომწივლებელი ორგანოებია მოცული, დიეტა ერთია, იქ კი, სადაც ასეთ ცვლილებებს ადგილი არა აქვს, დიეტა სხვაგვარია.

დ ი ე ტ ი კ უ რ ი კ ე ბ ი ს მიზანია არა მარტო ის, რომ დაავადებული ორგანიზმი ზედმეტ გაღიზიანებისაგან დაზოგოს და ამგვარად ხელი შეუწყოს დაავადებულის განკურნებას, არამედ ისიც, რომ დაავადებულ ორგანიზმს მიაწოდოს საკმარისი საკვები მასალა, რომელიც საჭიროა სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნებისათვის.

დ ი ე ტ ა შეიძლება იყოს როგორც მკაცრი, ისე გაფართოებულად. მრავალფეროვანი საკვები ნივთიერებით მდიდარი ან, პირიქით, ერთფეროვანი, მაგრამ ყველა დიეტეტური დანიშნულების შემთხვევაში საჭიროა დასაზღვრებულ ავადმყოფს ეძლეოდეს საკმაო კალორიული ღირებულების მქონე საკვები.

ადამიანი იკვებება შერეული საკვებით, რომლის შემადგენლობაში შედის ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მარილები.

ეს საკვები ნივთიერებები კუჭ-ნაწლავში განცდილ ფიზიკურ-ქიმიური ცვლილებების შემდეგ შეიწოვება სისხლში და შემდგომი დაჟანგვით იწვევს სითბოს და სასიცოცხლო ენერჯის წარმოშობას.

ეს სითბო კალორიებით იზომება და ადამიანისათვის საჭირო საკვებ ნივთიერებათა რაოდენობის გამოანგარიშება სწორედ კალორიების იმ რიცხვის მიხედვით ხდება, რომელსაც იძლევა ესა თუ ის საკვები ნივთიერება.

ადამიანისათვის საჭირო კალორიების რაოდენობა ცვალებადი რიცხვია და დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მუშაობას ეწევა ესა თუ ის პირი, ე. ი. რა რაოდენობით ხარჯავს ის ენერჯიას.

საშუალოდ ჯანმრთელ ადამიანს, რომელიც 70 კგ-ს იწონის, ესაჭიროება ზომიერი მუშაობის დროს დღე-ღამეში 3000 კალ. მძიმე ფიზიკური მუშაობის შესრულებისას ეს რაოდენობა არ კმარა და საჭიროა ის აყვანილ იქნეს 5000 კალ-მდის. ავადმყოფებს კი კილოგრამ წონაზე უნდა მიეცეს 25—30 კალ., ე. ი. 70 კგ წონის პირს დაახლოებით 1750—2100 კალ.

დღე-ღამის განმავლობაში ადამიანი იღებს დაახლოებით 100,0 ცილას, 80,0 ცხიმს და 500,0 ნახშირწყლებს. ყველა ეს საკვები ნივთიერება გარკვეულ კალორიულ ღირებულებას წარმოადგენს და მათ შორის ცხიმში ყველაზე მეტ კალორიას იძლევა. ასე, მაგალითად, 1,0 ცილა იძლევა 4,1 კალ., ნახშირწყალი—4,1, ცხიმში კი—9,3 კალ. ამ საკვებ ნივთიერებათა გარდა, ადამიანის საკმელში ყოველთვის არის მარილები და წყალი, რომელთაც კალორიული ღირებულება არა აქვთ, მაგრამ ადამიანის კვებისათვის აუცილებელ ნივთიერებებს წარმოადგენენ. დიდი ხანი არ არის, რაც საკვებში განსაკუთრებული ნივთიერებების არსებობა დადასტურდა, რომელთაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვთ სიცოცხლისათვის და ამიტომ მათ სახელად ვიტამინები უწოდებენ (Vita ნიშნავს სიცოცხლეს). ვიტამინები რამდენიმე გვარისაა (A, B, C, D და სხვ.) და მათი მიუღებლობა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გარკვეულ დაავადებას იწვევს; ასეთებია — პელაგრა, ბერი-ბერი, სკორბუტი, რაქიტი და სხვ. ვიტამინები მრავლად მოიპოვება ბოსტნეულში, ფორთოხალში, ლიმონში, ჯიშოში, თევზის ზეთში და ზოგიერთ სხვა საკმელში.

ადამიანი ყოველდღიურად მიღებულ საკმელში იღებს ყველა აღნიშნულ ნივთიერებას; შესაძლოა ის არ იღებდეს საჭირო რაოდენობით ცხიმს ან ცილას, სამაგიეროდ ის იღებს უფრო მეტი რაოდენობით ნახშირწყლებს და სხვ. აქ ხდება ერთგვარი კომპენსაცია, ანუ ერთიმეორის მაგიერობის გაწევა. მაგრამ, როდესაც ავადმყოფს საკვებიდან გამოეურიცხავთ ამა თუ იმ საკვებ ნივთიერებას, ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს — შეუძლია თუ არა ნებადართულ საკვებს მისცეს მას კალორიების საჭირო რიცხვი. თუ ეს დაკუთლი არ იქნა, ავადმყოფი წონაში დაიკლებს, რაც მისთვის, ცხადია, საზიანო იქნება.

თითქმის არც ერთი საკვები ნივთიერება არ შედგება მარტოდ-მარტო ერთი რომელიმე ნივთიერებისაგან, მაგალითად, მარტო ცხიმიდან ან მარტო ცილიდან, არამედ მის შემადგენლობაში შედის ამა თუ იმ რაოდენობით თითქმის ყველა ნივთიერება; აქედან ცხადია, რომ ადამიანი შერეული სახით იღებს მისთვის საჭირო ნივთიერებებს. მართალია, საკვები ნივთიერებანი დამზადება-დამუშავების პროცესში (შეწვა, მოხარშვა, გამოცხობა) კარგავენ თავიანთ საკვებ ღირებულების ნაწილს, მაგრამ ასეთი დამუშავება ხშირად აუცილებელია.

შემდეგ ეს ნივთიერებები, პირის ღრუდან დაწყებული ნაწლავებამდე, გზადაგზა რთულ ფიზიკურ-ქიმიურ პროცესებს განიცდის, ხშირადვე სრულიად იცვლის შემადგენლობას და მხოლოდ ამ სახით ხდება ორგანიზმისათვის მისაღები.

წესიერი კვებისათვის როდი კმარა მარტო კალორიული ღირებულების მქონე საკვების მიღება; საჭიროა ყურადღება მიექცეს მთელ რიგ პირობათა დაცვას; საჭიროა წესიერად ჰკამა, რომ საკმელმა აღამიანს არკოს.

მეტისმეტად ცუდ ჩვეულებად უნდა ჩაითვალოს ერთბაშად ბლომად ჰკამა. საჭიროა აღამიანი 4-ჯერ მიინც ცოტ-ცოტას ჰკამდეს. ასეთ პირობებში კუჭის გადატვირთვა არ ხდება და მას საშუალება ეძლევა კარგად გადაამუშაოს საკმელი.

სასურველია ერთსა და იმავე საათებში ჰკამა, რადგან საკმლის მომწლებელი ორგანოები ეჩვევა გარკვეულ საათებში საკმლის მიღებას, რასაც მონელების პროცესში ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს.

საკმლის კარგი დაღეჟვა საჭიროა ჯერ ერთი მისი მექანიკური გადამუშავებისათვის და მეორეც იმისათვის, რომ ნერწყვმა ქიმიურად საკმაოდ იმოქმედოს საკვებზე. რამდენადაც საკმელი კარგად იქნება გადაღეჟილი, იმდენად კარგად და ადვილად ხდება კუჭში მისი მონელება.

საკმლის კარგად გადაღეჟვისათვის კი აუცილებელია კარგი კბილები, რომელთა კარგად შენახვას დიდი ყურადღება უნდა ექცეოდეს.

პირის ღრუს სუფთად შენახვას, ხელების სისუფთავეს, საკმლის სუფთად და გემრიელად შემზადებას, მის სუფთად და ლამაზად მიტანას, კარგ გუნებგანწყობას და სხვ. დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც მადისათვის, ისე საკმლის მონელების პროცესებისათვის.

ამიტომ ყველაფერი ეს ზედმიწევნით უნდა იქნეს დაცული და სავალდებულოა როგორც ჯანმრთელებისათვის, ისე, მით უმეტეს, ავადმყოფებისათვის.

თუ ამ წესების შესრულება ჯანმრთელებისათვის ძნელი არ არის, ავადმყოფთათვის ის მეტად ძნელი და ზოგჯერ შეუძლებელია და სწორედ ამასია ავადმყოფთა რაციონალური კვების სიძნელე. საავადმყოფოებში ავადმყოფების კვება წარმოადგენს სამკურნალო ღონისძიებათა ნაწილს და მეტად მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს წამლებთან, ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობასა და სხვა სამკურნალო საშუალებებთან ერთად.

იმავე დროს წესიერი კვება სამკურნალო საშუალებათა და ბევრია ისეთი დაავადება, როდესაც სათანადო კვების გარეშე განკურნებაზე ფიქრიც კი არ შეიძლება. დაავადებათა მთელ რიგ შემთხვევაში, სადაც წინათ უმთავრეს მნიშვნელობას სხვადასხვა წამალს აძლევდნენ, დღეს პირველხარისხოვანი როლი კვებას ეკუთვნის და სწორად შესაძლებელია ავადმყოფის გამოკეთება მხოლოდ დიეტით, ასეთებია — თირკმლების, დაავადებანი (ნეფრიტი და ნეფროზი), შაქრის ავადმყოფობა, ზემოჩამოთვლილი ავტიამინოზები, კუჭნაწლავის მრავალი დაავადება და ზოგი სხვ.

გარდა ამისა, ინფექციურ დაავადებათა დროსაც საჭიროა საკვების შერჩევა, რადგან ცნობილია, რომ მაღალი ტემპერატურის და სხეულის მოშხამვის გამო ავადმყოფები კარგავენ მადს, სწორად არც შეუძლიათ საკმლის თავისუფლად მიღება, ზოგჯერ არც შეიძლება ავადმყოფს მივცეთ ყოველთვის საკმელი შინაგან ორგანოთა მიმე ანატომიურ ცვლილებათა გამო (მუცლის ტიფი, დიზენტერია; ქუნთრუშა გართულებული თირკმლების ანთებით და სხვ.). ამავე დროს ავადმყოფებს სიცხის გამო აქვთ გაძლიერებული წვის პროცესები, კვება კი დაქვეითებულია და ამიტომ ავადმყოფები ხდებათ და სუსტდებათ. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა, შესაძლებლობის ფარგლებში, ავადმყოფის გაძლიერებული კვება თხევადი საკმელით, რომელიც რძის პროდუქტებისაგან შედგება. უხოსნებულიდან ცხადია, თუ რამდენად ძნელი

უნდა იყოს წესიერი, მიზანშეწონილი დიეტის დანიშვნა და, მართლაც, ამჟამად ავადმყოფთა სამკურნალო კვების საკითხი მეცნიერულ ნიადაგზეა დაყენებული. ავადმყოფისათვის დიეტის დანიშვნა ექიმის მოვალეობას შეადგენს, ვინაიდან წესიერი კვების დანიშვნისათვის საჭიროა კარგად იყო გარკვეული დაავადების პროცესისა, ხასიათისა და მიმდინარეობაში.

წარმოუდგენელია სქემატურად იქნეს ჩამოყალიბებული ესა თუ ის დიეტა, ვინაიდან ყოველ ავადმყოფს დაავადების თავისებური მიმდინარეობა ახასიათებს და საჭიროა ინდივიდუალიზაცია. მაგრამ დაახლოებით და ზოგადად შესაძლოა აღვუჩინოთ ესა თუ ის დიეტეტიკური დანიშნულება. ყოველი ასეთი დანიშნულება უნდა გამომდინარეობდეს დაავადების ხასიათიდან და იმ ცვლილებებიდან, რომელთაც ადგილი აქვთ ორგანიზმში ამა თუ იმ დაავადების დროს.

ცხადია, ერთი საზომით არ შეიძლება მიდგომა დიეტეტიკური დანიშნულების დროს.

როგორ უნდა ვკვებოთ მძიმე ცხელებიანი ავადმყოფი? ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ხასიათის პროცესთან გვაქვს საქმე. თუ ავადმყოფს კუჭნაწლავი არა აქვს ავადმყოფობით დაზიანებული, თუ მისი თირკმლები და ღვიძლი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაშია, ასეთი დაავადების დროს ავადმყოფებს უნდა ეძლეოდეთ მსუბუქი და ადვილად მოსანელებელი საჭმელი. საჭმლის მიცემა უნდა ხდებოდეს ხშირად, ყოველ 2—3 საათში და მცირე რაოდენობით.

საუკეთესო საკვებ მასალას წარმოადგენს რძე (1—1/2 ლიტრი დღეში), ნაღები (1/2 ლიტრი), ჩაი, ყავა, კაკაო, ბულიონი, კვერცხის გული, ქვლე, კრემი, ხილისა და რძის კისელი. გარდა ამისა, დასაშვებია თეთრი პური, კარგად გამხმარი მანის ბურღულის ან დანაყილი ბრინჯის ფაფა, ნედლი თევზი, მოხარშული წიწილი, ხაჭო, კომბოსტო.

ყველა ამის მიცემა დასაშვებია ისეთ დაავადებათა დროს, როგორიცაა ფლტვების ანთება, გრიპი, სახსრების მწვავე რევმატიზმი, მალარია, წითელა და სხვ.

განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს მუცლის ტიფითა და პარატიფით დაავადებულ ავადმყოფთა კვება, რადგან მათ აქვთ თქმის ნაწლავის მძიმე დაწყლულება და მაგარი და ძნელად მოსანელებელი საჭმლის მიცემა, რომელიც ბევრ ნარჩენს იძლევა, მათთვის სახიფათოა.

იმავე დროს ეს ავადმყოფები დიდი ხნის განმავლობაში ავადმყოფობენ, მათი კვება სწრაფად და ძლიერ ეცემა და საჭირო ხდება ამის თავიდან ასაცილებლად მათ მიეცეთ, შესაძლებლობის ფარგლებში, კალორიებით მდიდარი საჭმელი.

მუცლის ტიფით ავადმყოფის დიეტის კალორიული ღირებულება შეიძლება აყვანილი იქნეს 2000 კალ-მდის, თუ საჭმელი წესიერად იქნება მომზადებული და ადგილი არ ექნება მომეღვლის მხრივ გადამეტებულ შიშს ამა თუ იმ საჭმელის მიცემისას.

ნაწლავების დაწყლულების გამო, ტიფით ავადმყოფთა საჭმელი უმთავრესად თხიერი უნდა იყოს, მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ დაწყლულება დაავადების ორ კვირაზე უფრო ადრე არ ვითარდება და პირველ ორ კვირაში ავადმყოფს შეიძლება უფრო მეტი საჭმელი მიეცეს, ვიდრე მესამე და მეოთხე კვირაში. ასეთი ავადმყოფის უმთავრეს საჭმელს წარმოადგენს რძე დღეში არა ნაკლებ 1—1/2 ლიტრი; რძე შეიძლება მიეცეს როგორც

ცივი, ისე თბილი, დღეში რამდენჯერმე (8—10-ჯერ) თითო ჰიქა. გემოს შესაკეთებლად რძეს შეიძლება მიემატოს ჩაი, ყავა, კაკაო. რძის გარდა შეიძლება კვერცხის გულის და „გოგლი-მოგლის“ მიცემა.

ტიფით ავადმყოფნი შედარებით სიამოვნებით ჰამენ როგორც ქათმის, ისე საქონლის ხორცის ბულიონს, რომლისთვისაც აგრეთვე შეიძლება კვერცხის გულის მიმატება. ასეთი ავადმყოფებისათვის აგრეთვე კარგი საკვებია გაწურული ან გაუწურავი მაწონი, საესებით დასაშვებია ღვინის, ხილის ან რძის კისელი. ასეთი საკვებით ავადმყოფები უნდა იკვებებოდნენ, სანამ ძაბ სიცხე აქვთ. მეტი სიფრთხილეა კვების მხრივ საჭირო ავადმყოფობის მესამე და მეოთხე კვირაში, როდესაც ნაწლავების წყლულების გაჩენა და შემდეგ მათი მოკლა და შესწორება ვითარდება.

წინათ, მუცლის ტიფით ავადმყოფებს თითქმის აშიშშობებდნენ, დღეს კი, პირიქით, აზრი შეიცვალა და ასეთ ავადმყოფებს დაკეპილ ხორცსაც კი აძლევენ. დღეს უკვე მიღებულია ავადმყოფებისათვის მოუხარშავი ხილის წვენი მიცემა. ამისათვის ვაშლს თლიან, წვრილად დაჭრიან და დობანდის ნაჭერში გასრევენ. მიღებულ წვენს სუფთა ბანდის ნაჭერში გაწურავენ და ავადმყოფს 2—3 პატარა ჰიქას ასმევენ. ასევე შეიძლება ყურძნის გაწურვაც. ყურძნის წვენი პასტერიზებულიც შეიძლება მიეცეს ავადმყოფს, მაგრამ ამ უქანასკნელის კვებითი ღირებულება შედარებით ნაკლებია.

თუ მუცლის ტიფით ავადმყოფს რაიმე გართულება მოუვიდა, მაშინ დიეტაც იცვლება; ნაწლავიდან სისხლის ღენის შემთხვევაში საჭიროა პირველ დღეებში საჭმლის მიღების სრული აკრძალვა. თირკმლების ანთების შემთხვევაში უნდა გამოირიცხოს დიეტიდან ბულიონი.

როდესაც ავადმყოფს სიცხე უკვე ნორმალური ექნება, პირველ ექვს-შვიდ დღეს ავადმყოფს თითქმის იმავე საჭმელს აძლევენ; მეშვიდე დღიდან შეიძლება თოხლო კვერცხის, ვაშლისა და კარტოფილის პიურეს მიცემა; მეცხრე დღიდან სუხარის, ტვინის, კარაქის და ასე თანდათანობით. სიცხის დაწვევის მეოცე დღეზე ავადმყოფი შეიძლება საერთო კვებაზე იქნეს გადაყვანილი.

**ღ ი ზ ე ნ ტ რ ი ი თ** და ა ვ ა დ ე ბ უ ლ ი ავადმყოფები კიდევ უფრო მეტ სიფრთხილეს მოითხოვენ კვების მხრივ; სუფთა რძე არ არის მათთვის კარგი და ამიტომ საჭიროა მისი შერევა ჩაით ან ყავით; უფრო იტანენ ასეთ ავადმყოფები მაწონს. მათთვის მიზანშეწონილია აგრეთვე წვენი მიცემა: ბულიონი, სხვადასხვა. ლორწოიანი წვენი (ქერის), ბრინჯის ნახარში და სხვ.

ამჟამად დიზენტერიულ ავადმყოფთა კვების საქმეში დიდი გარდატეხა მოხდა და დღეს ასეთ ავადმყოფებს მოუხარშავ დაკეპილ ვაშლსაც კი აძლევენ კარგი შედეგით.

გაცილებით უფრო ძნელია ზოგიერთი ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა კვება. ასეთებია თ ი რ კ მ ლ ე ბ ი თ, გ უ ლ ი თ, ღ ვ ი ძ ლ ი თ და კუჭით-ავადმყოფები, ნივთიერებათა ცვლის მოშლით დაავადებულნი, სახელობორ, შ ა ქ რ ის ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ი თ (ღ ი ა ბ ე ტ ი თ), ნ ი კ რ ი ს ი თ (პ ო ღ ა გ რ ი თ) და სხვ.

დიეტით მკურნალობას ამ შემთხვევებში პირველხარისხოვანი როლი ეკუთვნის და ეს დიეტა უდიდეს მოთხოვნებს უყენებს როგორც ავადმყოფებს, ისე მომვლელ პერსონალს.

თ ი რ კ მ ლ ე ბ ი ს მ ი ლ ა კ ე ბ ი ს გადაგვარების პროცესით (ნეფროზი) შეპყრობილ ავადმყოფებს ეკრძალებათ მარილიანი საჭმელი, რადგან მიღებუ-

ლი მარილი მილაკებით არ გამოიყოფა, ის რჩება სხეულში და ხელს უწყობს შეშუპებების გაჩენას. ასეთი ავადმყოფებისათვის კარგია ბოსტნეული, კარტოფილი, ხილი, უმარილო პური, სხვადასხვა ტკბილი ნამცხვარი და სხვ. თირკმლების ანთებით (ნეფრიტით) დაავადებულთ კი უნდა აეკრძალოთ ხორცი, თევზი, კვერცხი, მწარე და ცხარე საკმელო, სითხე დიდი რაოდენობით (არა უმეტეს 1 ლიტრისა დღეში), ალკოჰოლი და მიეცეს რძე და ყოველივე ის, რაც ნეფროზით ავადმყოფებს ეძლევათ.

გ უ ლ ი თ ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ი ს ა თ ე ი ს (გულის მანკი, გულის კუნთის დაზიანება) საუკეთესო საკვებაა რძე. მათ ესაჭიროებათ რძის, კვერცხისა და მცენარეული საკმელო ე. წ. ლაქტო-ვეგეტარიანული დიეტა. გულით ავადმყოფი უნდა ერიდოს ერთბაშად უხვად ჭამას, განსაკუთრებით საღამოთი და სრულიად უნდა აღკვეთოს მაგარი სასმელის ხმარება.

დიდი რაოდენობით წყლის მიღებაც საზიანოა მათთვის, რადგან სითხე ასწევს სისხლის წნევას და იწვევს გულის ზედმეტ გადატვირთვას, რითაც აძლიერებს შეშუპებებს და დეკომპენსაციის სხვა მოვლენებს.

ღ ვ ი ძ ლ ი ს დაავადებათა შორის განსაკუთრებულ კვებას მოითხოვს სიყვითლე. ნალვლის გზების დაზიანებისა და ნაწლავებში ნალვლის გაუსვლელობის გამო ორგანიზმი კარგავს საშუალებას მოინელოს ცხიმები, რადგან ცხიმების შესათვისებლად საჭიროა მათზე ნალვლის ზეგავლენა. ამ მოსაზრებით სიყვითლით დაავადებულის საკვებიდან სრულიად უნდა გამოირიცხოს ცხიმები, რძე, ერბო, ქონი, კვერცხი და სხვ. ასეთი ავადმყოფების მთავარ საკმელს ბოსტნეული, ფქვილეული და ხილი შეადგენს.

კ უ ჭ ი ს დაავადებანი, როგორცაა: კუჭის წველის გამოყოფის (სეკრეციის) მოშლილობა, მუცლის ნაწილის მომატების ან დაკლების სახით, კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთება (კუჭის კატარი ანუ გასტრიტი), კუჭის წყლული და სხვ. მოითხოვს მეტისმეტად რთულ და კარგად შემუშავებულ დიეტას, რომელიც განუხრელად უნდა ტარდებოდეს, ხშირად თვეობით და წლობით.

დიეტის ხასიათი დამოკიდებულია დაავადების ბუნებაზე და კუჭის სეკრეციული ფუნქციის მდგომარეობაზე. ამ ავადმყოფთა სათანადო დიეტის დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ მათი კარგი გამოკვლევისა და შესწავლის შემდეგ.

კ უ ჭ ი ს ა და თ ო რ მ ე ტ გ ო ჯ ა ნ ა წ ლ ა ვ ი ს წყლული მეტად გავრცელებული დაავადებაა და ყოველთვის საჭიროა ასეთ შემთხვევებში დიეტის დანიშვნა. მრავალი წლის განმავლობაში შემუშავებულია რამდენიმე დიეტეტიკური ფორმულა, რომლითაც სარგებლობენ და ხელმძღვანელობენ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს. მათში ესა თუ ის განსხვავებაა, მაგრამ ძირითადი პრინციპი მაინც ერთია და მომვლელი მას უნდა იცნობდეს. საბჭოთა კავშირში საყოველთაოდ მიღებულია პროფ. მ. პეფუნერის სამკურნალო მაგიდა № 1, რომელიც წყლულოვანი დაავადების ხასიათის მიხედვით იხმარება სხვადასხვა ვარიანტით.

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით ავადმყოფის საკმელო უნდა შედგებოდეს ისეთი საკმელიდან, რომლიდანაც გამოირიცხულია ლორწოვანი გარსის გამაღიზიანებელი და კუჭის წვენის სეკრეციის გამაძლიერებელი ნივთიერებანი როგორც ალკოჰოლი, ყავა, მჟავა და ცხარე საკმელები, ხორცის ნახარში (ბულიონი), ძალზე ტკბილი საკმელები და ყველა ტლანჭი საკვები პროდუქტი — კომპოსტო, ლობიო და სხვ.

მეტად შესაფერისია წყლულით ავადმყოფთათვის რძე, ნალები, უმარილო კარაქი, თოხლო კვერცხი და განსაკუთრებით კვერცხის უმი ცილა, კისელო და სხვ.

ამ საკვები ნივთიერებებიდან ამზადებენ საკმელებს, რომლებიც ენიშნებათ ავადმყოფებს დაავადების გამწვავების პროცესში და ასეთ დიეტას ეწოდება „მკაცრი დიეტა“. დაავადების დაცხრომასთან ერთად შეიძლება ავადმყოფებს საკმელი მიემატოს და მიეცეს ფაფები, კარტოფილის, ბოსტნეულის და ხილის პიურე, გატარებული თევზი და ქათმის ხორცი. ეს უკვე ე. წ. „გაფართოებული დიეტა“. მარილის ბლომად მიმატება საკმელში კუქის წყლულის დროს აგრეთვე აკრძალული უნდა იყოს, რადგან მას საკმარისად დიდი გამოღიზიანებელი თვისებები აქვს.

იქ, სადაც კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული სისხლის დენით გართულდა, დიეტეტური ნორმები კიდევ უფრო მცირეა და პირველ დღეებში სისხლის დენის შემდეგ ავადმყოფს სრულიად ეკრძალება პირიდან საკვების მიღება, შემდეგ კი თანდათანობით გადაჰყავთ იგი „მკაცრ დიეტაზე“.

კიდევ უფრო რთულია შაქრიანი დიაბეტით ავადმყოფთა დიეტეტური კვება. იმავე დროს, თუ წესიერად დიეტა იქნა გამოყენებული, დიაბეტის მდგომარეობა შეიძლება ყოველგვარი წამლის დაუხმარებლად იმდენად გაუმჯობესდეს, რომ მრავალი წლის განმავლობაში შრომის უნარი შეენახოს.

შაქრიანი დიაბეტის მთავარი არის შაქრის რეგულაციის დარღვევაშია. ორგანიზმში ხდება შაქრის გაძლიერებული წარმოქმნა და არასაკმარისი ქანგვა ქსოვილებში; ორგანიზმი კარგავს შაქარს შარდით (გლიკოზურია). მაშასადამე, დიეტა უნდა იყოს მიმართული ამ მხრივ და დიაბეტის უნდა ეკრძალებოდეს ისეთი საკვების მიღება, რომელიც შაქარს შეიცავს. ნახშირწყლების მიღება უნდა იქნეს დაყვანილი მინიმუმამდე. ყოველგვარი სახამებლიანი ნივთიერება უნდა გამოირიცხოს დიაბეტის საკვებიდან და საჭირო კალორიანი მიღწეულ იქნეს სხვა საკვები პროდუქტების ხარჯზე.

ამრიგად, დიაბეტის უნდა იღებდეს 50 გრამამდე ცილას, 100 გრამამდე ცხიმს და მხოლოდ 150—200 გრამს ნახშირწყალს.

კალორიების რიცხვი ისე უნდა იქნეს გამოანგარიშებული, რომ ყოველ კილოგრამ წონაზე ავადმყოფი იღებდეს 25—30 კალ. ცხიმისა და ცილის ანგარიშზე. მათი საკვებია: ბოსტნეული, კარაქი, ხორცი, შაქრის ნაცვლად, თუ საჭიროა, მათ უნდა მიეცეს სახარინი. თუ ვინცობაა ასეთმა დიეტეტურმა ღონისძიებამ შედეგი არ გამოიღო და შარდში შაქარი არ მოისპო, მაშინ აუცილებელი ხდება დიეტის რეგულაცია ინსულინის კანქვეშ შეშხაუნებით.

უკანასკნელ ხანებში დიაბეტით ავადმყოფებს უფრო ფართოდ ენიშნებათ ინსულინით მკურნალობა, რათა მათ საშუალება ექნეთ ნახშირწყლები მეტად ჰკარგონ, რომ ორგანიზმი არ გამოიფიტოს.

ტუბერკულოზით ავადმყოფისათვის კვებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. მაგრამ არც ის არის კარგი, რომ ტუბერკულოზით ავადმყოფი გადაჭარბებით ჰკარგოს, რასაც ხშირად აქვს ადგილი. გადაჭარბებით კვება და ზედმეტი გასუქება დიდ მოთხოვნილებას უყენებს ისედაც დასუსტებულ გულსა და ფილტვებს: ავადმყოფებს ეწყებათ ქოშინი, გულის ცემა და სისუსტე.

ამიტომ ტუბერკულოზით ავადმყოფი კლიმატურ მკურნალობასთან და დასვენებასთან ერთად უნდა ცდილობდეს იმდენი საკვები მიიღოს, რომ თავისი ნორმალური წონა შეინარჩუნოს და მხოლოდ ის მოთხოვნები დაიკმა-

ყოფილოს, რომელსაც უყენებს ორგანიზმს დაავადება ტემპერატურის აწევისა და ჟანგვითი პროცესების გაძლიერების სახით.

ტუბერკულოზით ავადმყოფთა საკმელი უნდა იყოს მრავალფეროვანი, ნოყიერი, მდიდარი ვიტამინებით და მარილებით. კალორიული ღირებულება საშუალოდ უნდა უდრიდეს 3500—4000 კალ. საკმელი უნდა შედგებოდეს საშუალოდ 200 გრამი ცხიმისა, 100 გრამი ცილისა და 400 გრამი ნახშირწყლისაგან.

ინდივიდუალური და საერთო კვება. ზემოთქმულიდან ცხადია, რომ აღნიშნული დიეტეტიკური ნორმების შესრულებას ესაჭიროება სათანადო თანხები და ტექნიკური პირობები. მწვავე დაავადებათა შემთხვევებში დიეტეტიკურ კვებას დროებითი ხასიათი აქვს, მხოლოდ ქრონიკულ ავადმყოფებს დიეტა ხანგრძლივად ესაჭიროებათ და როგორც ოჯახურ პირობებში, ისე საავადმყოფოებში მათი მომარაგება დიეტეტიკური მაგილით გაძნელებულია. ამისათვის არსებობს სპეციალური სამკურნალო დაწესებულებები — სანატორიუმები, სადაც შესაძლებელია ავადმყოფებისათვის დიეტეტიკური კვების მოწყობა.

ამავე მიზნებს ემსახურება დიეტეტიკური სასადილოები, სადაც ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილთ შეუძლიათ ყოველდღიურად სამუშაოდან მოუწყვეტლად დაიცვან დიეტა.

ექთანს ევალება თვალყური ადევნოს გარედან შემოტანილ საკმელს, შეამოწმოს ის და შეუფერებელი საკვები ავადმყოფს არ მისცეს.

საავადმყოფოებში შემოღებული რძის მაგიდა ენიშნება მწვავე ინფექციურ ავადმყოფებს. იქ, სადაც ნაწლავების დაზიანებას აქვს ადგილი (მუცლის ტიფი, პარატიფი, დონენტერია), ავადმყოფებს ამ მაგიდასთან ერთად პური და ორცხობილა არ გამოეწერებათ.

მაგიდა, რომელშიც შედის რძე, ბრინჯის ან მანის ფაფა, კისელი, თეთრი პური 200 გრამი ან ორცხობილა, ეძლევა ყველა დანარჩენ ავადმყოფს, გარდა ისეთებისა, რომელთაც არ შეიძლება მიეცეს საერთო საკმელი.

საერთო მაგიდა შედგება: 500 გრ პურისაგან დღეში, შაქრიან ჩაისაგან დილით, სადილად ორი თავისა (სუპი და ხორცეული), ვახშმად — ერთ თავისა (ბრინჯის ფაფა, მაკარონი და სხვ.) და ჩაისაგან.

საერთო მაგიდა ენიშნებათ უმთავრესად ქირურგიულ და ნერვულ ავადმყოფებს, ისეთ შინაგან ავადმყოფებს, რომელთაც სიცხე არა აქვთ და შეპყრობილი არიან რევმატიზმული დაავადებით, სისხლის ავადმყოფობით და სხვ. ამ მაგილის კალორიული ღირებულება 2000—2500 აღწევს.

მოხსენებულთან ნათლად ჩანს, თუ რამდენად მოუხერხებელია ასეთი წესი ავადმყოფების კვებისა, თუ რამდენად ძნელია სათანადო საკმელის შერჩევა ისეთი ავადმყოფებისათვის, რომლებიც რთულ, მრავალფეროვან და კალორიულად მდიდარ საკვებს საჭიროებენ. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ დღეს უკვე მრავალ კარგად მოწყობილ საავადმყოფოში შემოღებულია ე. წ. ინდივიდუალური კვება.

ეს უკანასკნელი იმაში მდგომარეობს, რომ ექიმი ავადმყოფს, საჭიროების მიხედვით უნიშნავს საჭირო დიეტეტიკურ საკვებს. ასეთი წესი, მართალია, ტვირთავს საავადმყოფოს იმით, რომ საჭირო ხდება მრავალი სხვადასხვა საკმელის დამზადება, მაგრამ ავადმყოფების სწორი მკურნალობისათვის ეს აუცილებელია.

ასე შეიძლება გამოწერილ იქნეს ტიფით ავადმყოფთათვის რძისაგან მათ რაოდენობა, კვერცხი, ყავა, კარაქი, ხორცის ბულიონი და სხვ. თირკმ-



ლებით ავადმყოფთათვის — კარტოფილას პიურე, ხილეული, ბოსტნეული, რძე. შაქრიანი დიაბეტით ავადმყოფთათვის — სახარინი, ხორცი, თევზეული, ბოსტნეული, კარაქი, კვერცხი და სხვ.

იმ საავადმყოფოებში, სადაც არსებობს მოხსენებული საერთო რძის მაგიდა, შეიძლება პარალელურად, რამდენიმე ავადმყოფისათვის მაინც, შემოღებულ იქნეს ინდივიდუალური კვება.

ზოგერთი დაავადების მკურნალობის საქმეში, როგორცაა გულის სნეულებანი დეკომპენსაციით, სისხლის წნევის მომატება, სიმსუქნე და სხვ. საჭირო ხდება ავადმყოფისათვის კვებაში ე. წ. „განმტვირთავი დღეების“ დანიშვნა. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფები გადაჰყავთ არაჟანის, რძის, შაქრის და ხილის დღეებზე და მათ აძლევენ მხოლოდ ამ საკვებ პროდუქტებს.

ექთან, ექიმის შემოვლის შემდეგ, ჩამოწერს სათანადო წიგნაკში რამდენ ავადმყოფს აქვს გამოწერილი ინდივიდუალური კერძი, თუ რამდენი საერთო და რძის მაგიდაა დანიშნული და დასამზადებლად გადაგზავნის დიასხლისის მეშვეობით სამზარეულოში.

ს ა ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ს ს ა მ ზ ა რ ე უ ლ ო ს მ ო წ ყ ო ბ ი ლ ო ბ ა . ავადმყოფთა სამკურნალო კვების ჩასატარებლად შემოღებულია სხვადასხვა მაგიდები, რომელთა რიცხვი ზოგ სამკურნალო დაწესებულებაში 20-მდე აღწევს. ჩვეულებრივ, უფრო გავრცელებულია 8—10 სამკურნალო მაგიდა, რაც დაახლოებით 20—25-მდე სხვადასხვა სახელწოდების კერძის დამზადებას მოითხოვს.

საავადმყოფოში ავადმყოფებისათვის და მორიგე პერსონალისათვის საკვების დამზადება ხდება სამზარეულოში.

საავადმყოფოს სამზარეულოში მომუშავე პერსონალს (მზარეულებს, მათ თანაშემწეებს და სხვ.) ხელმძღვანელობენ დიეტ-ექიმი და დიეტ-დაქ

პირველი უზრუნველყოფს სამკურნალო კვების გამოყენებას საავადმყოფოში, ჯანდაცვის სამინისტროს ინსტრუქციის თანახმად, თვალყურს ადევნებს სამზარეულოს მთელ მუშაობას, საწყობების სანიტკივიურ მდგომარეობას, შეიშოშავეებს სამკურნალო კვების მენიუს, ამოწმებს საკვები პროდუქტების ავტორიზაციას, ამოწმებს სამკურნალო კვების გატარებას საავადმყოფოს განყოფილებებში და უშუალო ხელმძღვანელობას უწევს დიეტ-დასის მის მუშაობაში.

სამზარეულოს მუშაობას უშუალოდ ხელმძღვანელობს დიეტ-და, რომელსაც ემორჩილება სამზარეულოს მთელი შტატი. დიეტ-და ემორჩილება დიეტ-ექიმს, თუ ასეთი არ არის, უშუალოდ მთავარ ექიმს ან მის მოადგილეს სამკურნალო დარგში.

დიეტ-და, დიეტ-ექიმის ხელმძღვანელობით, ადგენს დიეტეტიკური მაგიდების მენიუს, თვალყურს ადევნებს საკვები პროდუქტების სწორად გამოყენებას და მაგიდების დამზადებას არსებული ნორმების მიხედვით, ნიმუშების ამოღებას, უდგენს ყოველგვარ მოთხოვნას მთავარი ექიმის მოადგილეს სამკურნალო ნაწილში სამზარეულოს ამა თუ იმ საჭიროების შესახებ და პასუხისმგებელია სამზარეულოს მთელი მუშაობისათვის საკვები პროდუქტების მიღებიდან, დამზადებული საკვების ავადმყოფთან მიტანამდე.

არსებობს საავადმყოფოში საკვების დამზადების ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული წესები. ორივე ამ წესს თავისი დარღვევითი და უპროფიტი მხარეები აქვს. ცენტრალიზებული წესის დროს

საავადმყოფოში არსებული ერთი სამზარეულო ამზადებს მთელი საავადმყოფოსათვის საკმარის და ის იგზავნება განყოფილებებში. გადატანის დროს გამწვანებული საკმელი ცივდება და იცვლის თავის თვისებებს.

დეცენტრალიზებული წესის დროს მთავარ სამზარეულოში წარმოებს საკმლის ნახევრად დამზადება, რის შემდეგ ის იგზავნება განყოფილებებში, სადაც ხდება მათი საბოლოო შემზადება. ამრიგად, საკმელი უფრო გემრიელი, ცხელი მიდის ავადმყოფამდე. ასეთი წესი საკმლის დამზადებისა უფრო მოსახერხებელია საავადმყოფოს პავილიონურ სისტემაში, სადაც ცალ-ცალკე კორპუსებია.

საავადმყოფოს სამზარეულო შეიძლება მოთავსებული იყოს ცალკე შენობაში, რომელიც დაკავშირებულია საავადმყოფოს მთავარ შენობასთან დანხურული მისასვლელით, ან—საავადმყოფოს მთავარი შენობის ქვედა, ან ზედა სართულში. უმჯობესია სამზარეულო ზედა სართულში იყოს მოთავსებული. ასეთ პირობებში უფრო ადვილია სამზარეულოს განიავება; სამზარეულოდან სუნი და ბოლი არ შევა საავადმყოფოს განყოფილებებში. სამზარეულოს ასეთი მდებარეობის დროს, საკვები პროდუქტების საწყობები უნდა იყოს მოთავსებული საავადმყოფოს შენობის პირველ სართულში, სადაც მათი აზიდვა სამზარეულოში უნდა ხდებოდეს ლიფტის საშუალებით.

საავადმყოფოს თანამედროვე სამზარეულოებში პროდუქტების დამუშავების პროცესი მექანიზირებულია. ამისათვის სამზარეულოებში არის კარტოფილის სარეცხ-საწმენდი, ხორცის საჭრელი და გამტარებელი მანქანები, ხილის წველის საწნები და სხვა მანქანები, რომლებიც მოძრაობაში მოჰყავს სპეციალურ მორტარს, გარდა ამისა, სამზარეულოსთან არის მოწყობილი სპეციალური მაცივარი დანადგარები. ყველაფერი ეს აღუქმობს სამზარეულოს სანიტარულ მდგომარეობას და ამაღლებს საკმელის ტექნოლოგიური დამუშავების ხარისხს.

მაგიდები, რომლებზედაც ხდება ხორციელის ან თევზის დამუშავება, უთუოდ უნდა იყოს თუნუქით გადაკრული ან ბუნებრივი, ან ხელოვნური მარმარილოსი, რომ შეიძლებოდეს მათი კარგად გარეცხვა.

პროდუქტების გასარეცხად საჭიროა სამზარეულოში იყოს მოწყობილი თუნუქის ჭაშები 400 მმ სიღრმისა ბოსტნეულის გასარეცხად და 350 მმ სიღრმისა — ხორციელის გასარეცხად.

ქვებები, თუ სპილენძისაა, საჭიროა მათი მოკალვა წარმოებდეს სისტემატურად ისეთი კალათი, რომელიც ტყვიის ბევრ მინარევს არ შეიცავს (არა უმეტეს 1%-სა). ამ საქმეს სპეციალური ორგანიზაცია განაგებს (ქვებების ზედამხედველობა). >

საავადმყოფოს სამზარეულოში აუცილებელია ქურჭლის გასარეცხი სპეციალური ჭაშები და ცივი და ცხელი წყალი იყოს.

საკმელი მზადდება ღუმელებზე, რომლებიც ან შეშით, ან მაშუთით ხურდება. ამჟამად თანდათან შემოდის ხმარებაში ელდენი და გაზი, რასაც სამზარეულოს სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების დაცვისათვის უალრესად დიდ მნიშვნელობა აქვს. >

ს ა წ ყ ო ბ ე ბ ი, სადაც ინახება პროდუქტები, სამზარეულოში მათ გაშვებამდე იმგვარად უნდა იყოს მოწყობილი, რომ შესაძლებლობა პროდუქტების გაფუჭებისა მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი. ამისათვის არის საწყობები, რომლებიც ხელოვნურად ცივდება—2-მდე (ხორციელის, თევზის შესანახად)

და საწყობები ისეთი პროდუქტების შესანახად, რომლებიც სითბოში არ ფუჭდება. ამ საწყობებს არ აცივებენ ხოლმე. აუცილებელია ასეთი საწყობების სისტემატური განაიყება და მათში ტენიანობის გარკვეული პროცენტის დაცვა. საზოგადოდ, დიდი ხნის განმავლობაში არ არის სასურველი ისეთი პროდუქტების საწყობებში გაჩერება, რომლებიც მალე ფუჭდება, მაგალითად, ხორკეული — არა უმეტეს 5 საათისა, მწვანილეული — დღე-ღამის განმავლობაში და სხვ.

საწყობების ფანჯრები დაცული უნდა იყოს ბუზებისაგან სპეციალური ბადით, ხოლო მღრღნელებთან უნდა ტარდებოდეს სისტემატური ბრძოლა. ]

სამზარეულოში დამზადებული საკმელი გადააქვთ ბუფეტში, საიდანაც საკმელი უკვე ნაწილდება განყოფილებაში. ბუფეტში უნდა იყოს საკმლის გასანაწილებელი მაგიდა, ქურა საკმლის გასაცხელებლად, მაგიდა საკმლის გასაცემად, მაცივარი, განჯინა და ქურჭლის გასარეცხი ჭამი, რომელშიც გამოყვანილი უნდა იყოს ცივი და ცხელი წყალი.

უმჯობესია ქურჭლის გარეცხვა ხდებოდეს არა იქ, სადაც ნაწილდება საკმელი, არამედ მეორე ოთახში, ხოლო ინფექციურ განყოფილებებში არა თუ ცალკე ოთახია აუცილებელი ქურჭლის გასარეცხად, არამედ საჭიროა მოწყობილობაც ქურჭლის სტერილიზაციისათვის.

საავადმყოფოს განყოფილების ბუფეტში უნდა წარმოებდეს მხოლოდ და მხოლოდ ავადმყოფების კვებასთან დაკავშირებული პროცედურები; სხვა მანიპულაციების წარმოება იქ არ შეიძლება.

საავადმყოფოს განყოფილებაში შეიძლება მოეწყოს სასადილო მოსიარულე ავადმყოფებისათვის, მწოლარე ავადმყოფებს უნდა მიუტანონ საკმელი ლოგინში და აქამონ ქვემოთ მოხსენებულნი წესით.

საკმლის გაცემა საავადმყოფოს ბუფეტიდან უნდა წარმოებდეს სპეციალური ფანჯრიდან, ბუფეტში შესვლა იქ მომუშავე პირების გარდა აკრძალული უნდა იყოს ყველასათვის. ავადმყოფებთან საკმელის მისატანად გამოყოფილია სპეციალური პირები — საკმლის დამტარებლები, რომლებიც ეხებიან მხოლოდ საკმელსა და ქურჭელს.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს საავადმყოფოებში ავადმყოფების საკმლის დამზადების საქმე, საკვები პროდუქტებიდან მოკიდებული, დამზადებული საკმლის ავადმყოფებამდე მიტანით. საჭიროა თვალყურის დევნება საკვების ხარისხიანობაზე, მისი დამზადებისათვის ყველა ნორმის შესრულებაზე და იმ ქურჭლის ზედმიწევნით სისუფთავეზე, რომელშიც მზადდება ან ინახება ავადმყოფების საკმელი. მთელი საკვები ბლოკი, ე. ი. საკმლის დამზადებისათვის და გაცემისათვის არსებული განყოფილება უნდა იყოს სრულწესრიგში, იქ უნდა ტარდებოდეს ყველა საჭირო სანტიპიციური ღონისძიება. მცირეოდენმა უყურადღებობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს უხარისხო საკმელის დამზადება ან გახდეს მიზეზი საკმელით მასობრივი მოწამელისა.

იმისათვის, რომ უვარგისი საკმელი არ იქნეს გაშვებული საავადმყოფოს სამზარეულოდან განყოფილებებში, ექიმი-დიეტოლოგი ან მორიგე ექიმი სინჯავს ყველა კერძს და სათანადო დასკვნას ჩაწერს სპეციალურ დავთარში. გარდა ამისა, ყველა ქებაიდან უნდა იქნეს აღებული საკონტროლო ნიმუშები სპეციალურ ქილებში, რომლებსაც აქვს ხუფი; ეს ქილები უნდა დაილუქოს და სპეციალურ განჯინაში იქნეს შენახული გრილ ადგილას 24 საათის განმავლობაში. ყოველ ქილაზე უნდა აღინიშნოს თარიღი ნიმუშის აღებისა.

თუ რაიმე მიზეზის გამო აღებული ნიშნები საეკვოა, ან დიეტ-ექიმმა ექვი მიიტანა საკმელის უვარგისობაზე, უმჯობესია ასეთი საკმელი არ გაშვას განყოფილებებში, რის შესახებაც უნდა შედგეს სპეციალური აქტი.

საკმელის დარიგების დროს აგრეთვე აუცილებელია დიეტ-და კონტროლს უწეოდეს, რამდენს აძლევენ ავადმყოფს საკმელს, რამდენად სუფთად და ლამაზად მიღის ავადმყოფთან კერძი და სხვ.

უმჯობესია, ავადმყოფს ახლად დამზადებული საკმელი მიეწოდოთ; თუ რაიმე მიზეზის გამო ეს არ მოხერხდა, იმ შემთხვევაში საჭირო ხდება საკმელის გაცხელება, რისთვისაც, როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ბუფეტში უნდა იყოს ქურა.

როგორ წარმოებს საკვები პროდუქტების გაცემა და სათანადო დოკუმენტაცია?

მენიუს და პროდუქტების გაანგარიშებას ერთი კვირის ვარაუდით ადგენს დიეტ-და დიეტ-ექიმის მონაწილეობით ყოველი სამკურნალო მაგიდისათვის. საავადმყოფოს ყოველი განყოფილება ადგენს ყოველდღიურად და წარუდგენს ბუხალტერიას წინა დღით მოთხოვნილებას, სადაც აღნიშნავს სამკურნალო მაგიდების ნომრებს და ავადმყოფების რიცხვს, თუ რამდენი ავადმყოფია ამა თუ იმ მაგიდაზე და ამრიგად რამდენი სამკურნალო მაგიდა ესაჭიროება განყოფილებას; ამ მოთხოვნილებას ხელს აწერს განყოფილების უფროსი ექვანი და განყოფილების გამგე.

ამ მოთხოვნილების მიხედვით, საავადმყოფოს ბუხალტერია უკვე შეადგენს ე. წ. საპროდუქტო უწყისს, რომლითაც საწყობიდან ხდება პროდუქტების ერთი დღის მარაგის გაცემა სამზარეულოში.

ავადმყოფებს მათი მახლობლები ხშირად მოუტანენ ხოლმე საავადმყოფოში საკმელს; რა თქმა უნდა, საავადმყოფოებში კვების საქმე ისე უნდა იყოს დაყენებული, რომ ავადმყოფს არ სჭირდებოდეს გარედან საკმელის შეტანა. ეს ხშირად არღვევს დიეტეტიკურ რეჟიმს და, გარდა ამისა, ხშირად საავადმყოფოში სხვადასხვა ინფექციის შემოტანის წყაროდ ხდება. თუ საავადმყოფოში ავადმყოფისათვის საკმელის შემოტანა აუცილებელია, ექვანს ევალება შეამოწმოს შემოტანილი საკმელი და, თუ ის არ შეეფერება ავადმყოფის დიეტას, ან საშიშროებას წარმოადგენს ავადმყოფისათვის, უთუოდ უნდა დაუბრუნდეს მომტანს.

ავადმყოფები გარედან შემოტანილ საკმელს აგროვებენ და ინახავენ საწოლთან მაგიდაზე, ეს იწვევს უსუფთაობას; საჭიროა სისტემატურად თვალყურის დევნება, რათა ამ მაგიდებზე არ იყოს დაგროვილი საკმელი და თუ ასეთი აღმოჩნდა, საკმელის ზედმეტი მარაგი უმაღვე გატანილ იქნეს პალატიდან.

უმჯობესია, ავადმყოფების საკმელი საწოლის მაგიდაზე არ ინახებოდეს. არამედ სპეციალურ კარადაში იყოს შენახული.

ცხადია, საკმელის ასეთი დაგროვება ხელს უწყობს ბუზების მოზიდვას; ბუზებთან ბრძოლა წარმოადგენს სერიოზულ ამოცანას, რასაც ექვანმა აგრეთვე დიდი ყურადღება უნდა მიაქციოს. ბუზები, გარდა იმისა, რომ ნაწილათა ინფექციის ერთ-ერთი მთავარი ვადამტანი არიან, ისინი მოსვენებას არ აძლევენ ავადმყოფებს; ამისათვის საჭიროა ფანჯრებზე ჩამოფარებული იქნეს დოლბანდის ფარდები, ან გაკეთდეს სპეციალური ბადე. პალატაში რამდენიმე ადგილას უნდა დაიდგას ბუზების გასაწყვეტი ხსნარი ან სხვა საშუალება.

## ავადმყოფის კვება

ავადმყოფები თავიანთი მდგომარეობის მიხედვით ან თვით ჰემენ, ან სხვისი დახმარება ესაჭიროებათ. ზოგიერთ მეტად მძიმე ან უგრძობ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს ესაჭიროება ხელოვნური კვება.

ქაქტიურ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფი თვით ჰემს. ამისათვის მას შეუძლია საწოლიდან გადმოსვლა ან საწოლში წამოჯდომა. მეტად მოხერხებულია ასეთ ავადმყოფთათვის სპეციალური პატარა მაგიდები, რომლებიც საწოლში შეიძლება ჩაიდგას (სურ. 17) ან საწოლთან ახლოს იქნეს მიდგმული. ასეთ ავადმყოფებს თავისუფლად შეუძლიათ იხმარონ დანა-ჩანგალი, კოვზი და სხე.

მძიმე ავადმყოფები დამოუკიდებლად ჰემის უნარს მოკლებული არიან და მათ სხვამ უნდა აჭამოს; საავადმყოფოში ეს მოვალეობა ეკისრება ექთანს.

ამ ავადმყოფებს მხოლოდ თხიერი საკმელი შეიძლება მიეცეს და ამისათვის კარგია სპეციალური სასმისი (სურ. 18). ასეთი სასმისით თავისუფლად შეიძლება ავადმყოფს მიეცეს რძე, ბულიონი, თხელი კისელი და სხე.



სურ. 17. საწოლში ჩასადგმელი მაგიდა

ავადმყოფს პირში ჩაუღებენ სასმისის სატუჩეს და ფრთხილად ჩაასხამენ პირში სითხეს. შესაძლებელია ავადმყოფს თავის წამოწევა დასჭირდეს, რათა სითხე არ დაიღვაროს. ნიკაბის ქვეშ საჭიროა დაფენილ იქნეს ხელსახოცი.

მძიმე ავადმყოფთა კვების საქმეში მთელი სიძნელე იმაში მდგომარეობს,

რომ ავადმყოფები, ხშირად, უმადობის გამო, სრულ უარს აცხადებენ საკმელზე. ასეთ შემთხვევაში დიდი ენერჯის დახარჯვაა საჭირო იმისათვის, რომ ავადმყოფებმა საკმელი მიიღონ. ხვეწნა-მუღარა, გაწყრომა, ახსნა-განმარტება იმისა, რომ კარგი კვება აუცილებელია განკურნებისათვის და სხე, ხშირად გასჭირის და ავადმყოფი იწყებს ჰემას.

საკმელის გემრიელად დაშადებას და მის სუფთად მიტანას პატარა პატარა რაოდენობით, მნიშვნელობა აქვს მადის გაღვიძებისათვის. პირის ღრუს სუფთად შენახვა, კბილების გახეხა ხელს უწყობს მადის შენახვას და ამიტომ ამას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს.

ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე ავადმყოფის ირგვლივ არსებულ პირობებს. ხშირად მეზობელი ავადმყოფები თავიანთი ქცევით და ჰემით ცუდ შთაბეჭდილებას ახდენენ მძიმე ავადმყოფებზე, რაც აგრეთვე ცუდად მოქმედებს მათზე. ამიტომ საჭიროა მათი გამოყოფა და ცალკე მოთავსება.

ქვიდე უფრო დიდ სიძნელეს წარმოადგენს ე. წ. ხელოვნური კვება. მძიმე ავადმყოფები, რომლებიც საკმელს ვერ ულაპავენ, ფსიქიკური ავადმყოფები, რომლებიც დაუინებით უარს ამბობენ საკმელის მიღებაზე, ავადმყოფები, რომელთაც არ შეუძლიათ პირის ღრუდან საკმელის მიღება და სხე. ყველა ამ ავადმყოფს ესაჭიროება ხელოვნური კვება.



სურ. 18. სასმისი.

ხელოვნურ კვებას ზონდით აწარმოებენ. ამისათვის რეზინის რბილ ზონდს ჩაუშვებენ ცხვირის ღრუდან კუჭში და იქიდან ჩაასხამენ თხიერ საკმეღს. ეს მანიპულაცია არ არის ადვილი და მას ან ექიმი, ან გამოცდილი ექთანი უნდა აკეთებდეს. მთავარი სიძნელე აქ, ჭერ ერთი იმაშია, რომ ზონდი თავისუფლად გატარდეს ცხვირის ღრუში და მეორეც მასში, რომ ზონდი საყლაპავ მილში მოხვდეს და არა სასულეში.

ზონდს გამოხარშავენ, წყლით დაასველებენ და ცხვირის ქვედა გასავლით შეიყვანენ ცხვირ-ხახაში, შემდეგ ხახაში და აქედან საყლაპავ მილში. შესაძლებელია ზონდი სასულეში მოხვდეს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს დააწყებინებს ხეელას და ზონდიდან ჰაერი იწყებს გამოსვლას. ზონდი მაშინ ამოღებულ უნდა იქნეს და ხელმეორედ შეეყვანილი.

ზონდის შეყვანის შემდეგ მასზე დაამაგრებენ შუშის ძაბრს და შიგ ჩაასხამენ ისეთ საკვებს, როგორცაა რძე, ბულიონი, ნაღები, კაკაო და სხვა არა უმეტეს  $\frac{1}{2}$  ლიტრისა. საჭმელის ჩასხმის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ ძაბრი დაიცალა, ზონდს ხელი უნდა მოვუჭიროთ, თორემ კუჭში ჰაერი ჩავა. კვების დამთავრების შემდეგ ზონდი უნდა ამოიღონ და კარგად გაკრეცონ.

ზონდით კვება ესპიროვებით ავადმყოფებს მაშინაც, როდესაც მათი საყლაპავი მილი და კუჭში შესავალი არ არის გამტარი, მაგალითად, მყავებით ან ტუტებით მოწამელის შედეგად განვითარებული ნაწინბურების და კიბოს განვითარების გამო. ასეთ ავადმყოფებს უკეთებენ გასტროტომიას, ე. ი. ხელოვნურ ნახვრეტს კუჭის მიდამოში მუცლის კედლიდან. ამ ნახვრეტში ჩაუშვებენ ზონდს და ავადმყოფს ისე კვებავენ. ცხადია, ეს საშუალება უკიდურეს შემთხვევაში უნდა იქნეს ნახმარი, ღიდ სიფაქიზეს მოითხოვს, რადგან ჰრილობა ხშირად გაჭუჭყიანდება და გამიზნდება ხოლმე.

მეორე საშუალება ავადმყოფის ხელოვნური კვების არის საკვები ოყნა. ხანგრძლივად მისი ხმარება შეუძლებელია, რადგან კვება ძალზე ეცემა სწორი ნაწლავის შეწოვის უნარიანობის სიმცირის გამო. საკვები ოყნის ხმარების ტექნიკა აღწერილია მე-7 თავში.

ავადმყოფებისათვის სასმელი აგრეთვე შერჩეული უნდა იყოს. იქ, სადაც უკუჩვენებები არ არის (გულის ავადმყოფობა, თირკმლების ანთება და სხვ.), ავადმყოფს უნდა მიეცეს საკმაო სითხე, რადგან ოფლის სახით ისინი ბევრ სითხეს კარგავენ. ავადმყოფისათვის საუკეთესო სასმელს წარმოადგენს ნაღული წყალი; ცხელებიან ავადმყოფებს შეიძლება მიეცეთ ლიმონიანი ჩაი, ბორჯომის წყალი, ნარზანი, ლიმონათი (სჯობს გაზგაშვებული), ხშირად და ცოტ-ცოტა. პირში გამოვლება და ტუჩების დასველება ხშირად სასიამოვნოდ მოქმედებს მათზე და იცავს ტუჩებსა და ენას გაშრობისაგან.

კუჭ-ნაწლავზე გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ, მძიმე ფალარათის და ჰირსამების დროს სითხის რაოდენობა უნდა შეიზღუდოს: წყურვილის საწინააღმდეგოდ შეიძლება ავადმყოფს მიეცეს წყალი კოვზით ან ყინულის ნაჭერი მოსაწუწნად.

კუჭიდან და ნაწლავებიდან სისხლის დენის შემთხვევებში წყლის მიცემა უნდა შეიზღუდოს 2—3 დღეს და სითხე ფიზიოლოგიური ხსნარის ან გლუკოზის 5% ხსნარის სახით შეიყვანონ 500,0—800,0—1000,0-ის რაოდენობით კანქვეშ ან წვეთობრივ ოყნის სახით.

## სისხლის ზიგოტაჟის მოზლილოგანი და გულით ავადმყოფის მოვლა

ავადმყოფის გულის მუშაობაზე დაკვირება ექთანის ერთ-ერთ მთავარ ამოცანას წარმოადგენს.

რა ჯანმრთელიც არ უნდა იყოს ადამიანი, თუ კი შეწყდა გულის მუშაობა დაავადების ან სხვა მიზეზების გამო, შეჩერდება სხეულში სისხლის მიმოქცევა და იმ წუთშივე იწყება სიკვდილი.

ამიტომ არის, რომ მრავალი მძიმე ავადმყოფობის დროს (მაგალითად, ფილტვის ანთების, ტიფის და სხვ.) ავადმყოფის გულის მდგომარეობას აქცევენ დიდ ყურადღებას, რადგანაც მის გამძლეობაზე ბევრადაა დამოკიდებული გადაიტანს ავადმყოფი სხეულებას, თუ მისი მსხვერპლი გახდება.

გული კუნთოვანი ორგანოა, ადამიანის მუტის ოდენა, მოთავსებულია გულ-მკერდის ღრუში. ის დაყოფილია ოთხ ნაწილად: ორი წინაგული და ორი პარკუტი. წინაგულებში შედის სისხლძარღვები, მარჯვენა წინაგულში ზემოდა ქვემო ღრუ ვენა, რომელთაც მოაქვთ მთელი სხეულის ვენური სისხლი, მარცხენა წინაგულში — ფილტვებიდან მომავალი ოთხი სისხლის ძარღვი წმინდა არტერიული სისხლით.

პარკუტიდან გამოდის სისხლის ძარღვები. მარჯვენა პარკუტიდან — ფილტვის არტერია, მარცხენა პარკუტიდან — აორტა. ფილტვის არტერია, ნახშირორჟანგით მდიდარი და სასიცოცხლო პროცესებისათვის უკვე უვარგისი ვენური სისხლით, მარჯვენა პარკუტიდან მიიმართება ფილტვისაკენ. ფილტვებში სისხლი იწმინდება და უანგბადით მდიდარი ბრუნდება ფილტვის ოთხი სისხლის ძარღვით მარცხენა წინაგულში. ეს წრე სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის სახელწოდებით არის ცნობილი.

აორტა, გამოსული მარცხენა პარკუტიდან, მთავარ სისხლის ძარღვს წარმოადგენს, რომელიც ატარებს არტერიულ სისხლს მთელ თავის სიგრძეზე, გულ-მკერდიდან მუცლის ღრუში გასული, ტოტაინდება სულ უფრო წვრილი ყალიბის სისხლის ძარღვებად, საბოლოოდ კი ე. წ. კაპილარებზე და ამრიგად სხეულის ყველა ორგანოს, ქსოვილსა და უჯრედს აწვდის უანგბადით მდიდარ არტერიულ სისხლს.

არტერიული კაპილარები გადადის ვენურ კაპილარებში, რომლებიც ქმნიან ვენურ სისხლძარღვებს და ბოლოს ორი დიდი ვენური სისხლძარღვით, ზემო და ქვემო ღრუ ვენით, შეაქვს ვენური სისხლი მარჯვენა წინაგულში. ეს არის სისხლის მიმოქცევის დიდი წრე.

გული 3 გარსისაგან შედგება: გარეთა, გულის პერანგის სახელწოდებით, სეროზულ გარსს წარმოადგენს ე. წ. პერიკარდიუმი, შუა გარსი კუნთოვანია —

მიოკარდიუმი და შიგნითა გარსი — ენდოკარდიუმი. ეს უქანასკნელი ქმნის ე. წ. სარქველებს, რომლითაც იხურება ის ხერელები, რომლებშიც გულის მუშაობის დროს გადის სისხლი — წინაგულებიდან პარკუჭებში და პარკუჭებიდან მთავარ სისხლძარღვებში.

გულის მუშაობა გამოიხატება შეკუმშვა-გაფართოებაში, შეკუმშვის ანუ ე. წ. სისტოლის დროს სისხლი გამოდის პარკუჭებიდან ფილტვის არტერიაში და აორტაში; გაფართოების ანუ დიასტოლის დროს სისხლი წინაგულებიდან შედის პარკუჭებში. ამას მოსდევს ისევ სისტოლური შეკუმშვა, შემდეგ კვლავ დიასტოლა და ასე განუწყვეტლივ, მუდამ, ვიდრე ადამიანი ცოცხალია.

გულის მუშაობა არ არის დამოკიდებული ადამიანის ნებისყოფაზე, მას განაგებს ნერვული კვანძების მეშვეობით თავის ტვინი. ამავე დროს გულის მუშაობის ერთგვარ რეგულატორს წარმოადგენს ე. წ. ცთომილი ნერვი. ამ ნერვის დამხლა იწვევს გულის მუშაობის გახშირებას და, პირიქით, მის კალწიანებას მოჰყვება გულის მუშაობის შენელება.

გულს აქვს თავისი მარაგი ძალა, რომლითაც ის სარგებლობს მაშინ, როდესაც სხეული გულის მუშაობას გაძლიერებულ მოთხოვნებს უყენებს. ასე, პაგალითად, მძიმე ფიზიკური მუშაობა, სირბილი, მძლვრებზე ასვლა და სხვ. მოითხოვს გულის კუნთების ზედმეტ დაჭიმვას, მის გაძლიერებულ მუშაობას. ასეთი მდგომარეობა იქმნება სხეულში მრავალ სხვადასხვა და მეტადრე კი ინფექციური ავადმყოფობის დროს. ამიტომ არის, რომ სუსტი გულის პატრონს უძნელდება რაიმე ავადმყოფობის, მაგალითად, ფილტვის ანთების გადატანა იმ დროს, როდესაც გულით ჯანმრთელი ავადმყოფი ასეთივე ავადმყოფობას უფრო ადვილად მოიხდის ზოლში.

სისხლძარღვების მდგომარეობას დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის წესიერი მუშაობისათვის: ნორმალურად სისხლძარღვები მოქნილი — ელასტიკურია; ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს და აგრეთვე ღრმა სიბერეში მათი კედლები მაგრდება, კარგავს ელასტიკობას (ე. წ. არტერიოსკლეროზი), რაც იწვევს გულის მუშაობის შეფერხებას.

გულის თითოეული სისტოლის დროს სისხლის ძარღვებში გადმოსროლილი სისხლის ტალღა დიდი სისწრაფით გადის არტერიებში. არტერიული სისხლის ძარღვი სისხლის ტალღის გასვლის დროს ფართოვდება და მისი გასვლისთანავე ელასტიკურობის გამო უბრუნდება თავის ნორმალურ სანათურს.

არტერიების ასეთი პერიოდული გაფართოება-მოდუნება, რაც გულის მუშაობის სისტოლას და დიასტოლას შეესაბამება, არის სწორედ სისხლძარღვების ის ცემა, ე. წ. არტერიული პულსი, რომელსაც ნახულობენ ადამიანის არტერიების გასინჯვის დროს.

ამრიგად, პულსის გასინჯვის დროს ჩვენ საშუალება გვაქვს თვალყური ვადევნოთ გულის მუშაობას; პულსის შემოწმებით ყოველთვის შეგვიძლია ვიჭონოთ წარმოდგენა გულის მდგომარეობის შესახებ. ამიტომ არის, რომ ავადმყოფის გასინჯვისას ექიმმა პირველ ყოვლისა მის მაჯას ჰკიდებს ხელს — სინჯავს პულსს და მისი მუშაობიდან სათანადო დასკვნას აკეთებს ავადმყოფის გულის მდგომარეობის შესახებ.

ექთანისათვის სავალდებულოა პულსის გასინჯვის ცოდნა, მისი თვისებების აღნიშვნა და პულსის ამა თუ იმ ხასიათის მიხედვით გულის მდგომარეობის შესახებ გარკვეული აზრის შედგენა.

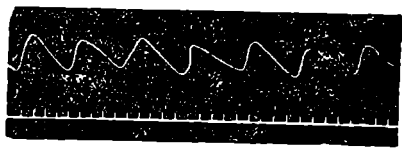


პულსის გასინჯვა წრებს დამინის საკლის ზედა ელემენტებზე არტერიული სისხლძარღვების შეხების საშუალებით. საამოდ ყველაზე უფრო მისაწვდომ და ადვილად გასასინჯ არტერიის წრმოდგენს სისარტეია, რომელიც მასთან ზერელედ მდებარეობს და ძლიერად ადვილი მოსწავით სწორედ ანოტო, ადამიანის პულსის გსინვათაქმის ყოველთვის ამ ანოტიით წარმოებს. იშვიათ შემთხვევებში, რდესაც შეუძლებელი ხდება მ პულსის გასინჯვა, ზეოკიდურების უქონლობის, ზეკრებში ავადმყოფის ერთო შეხვევას ან კოლონის გამოისოკიდურება შეხვევას, ელო ხდება სხვა არტერიებით საგებლომ გალი, სსლე არტერიით, რომლებიც გადის კისრის ორიე გველით მხარეზე ანდსფეთქლის არტერიით, რომლის მონახვა მეტად ადვილია საფეთქლის არეზე ხელის დადებით. ზოგჯერ ამ არტერიით პულსის და ელა ხელს შეუხებლდ ც შესაძლებელია იდუნად გ მოხატულ დ სცემის (თუ ავდმყოფი მპაყცია და ითუფო აში შესული — არტერიოსკლეროზის დროს).

ჯზე პულსი გასინჯვამდგარდ წრმოდგინ კლკენა ხელით ავადყოფმელი ხლს (სკლფთია გმა ხელი ბა თუ მარცხენა) მოჰკიდებს მსი, რამეცრი დ. მს ზეოტი მხარეს, დანარჩენი ოთი ითიე კი მს გულის არეზე იქ, სად ცწინ ხრის სს. ლი იყ ბა — ცერ ეუძესთან (სტ 13).



სურ. 1. მის გასინჯვა.



სურ. 20. ნორმალური ულსი.

ამ ოთხი თითის აღნიშნულ ადგილას ოდნავ მოძრაობით ადვილდ ნახება სხივის არტერია და, მამასადამე, პულსიც. მხოლოდ ზოგჯერ, შერელება ამ არტერიას თავისებური მიმართულება ჰქონდ შედრებით ღმდებარეობდეს ან გვერდზე იყოს გადაწეული და აეთ შემთხვევ ში მას ან სულ ვერ ვნახულობთ, ან, რაც ფრო ზშირა, თუ მს ჩვეულებრივზე ღრმად მდებარეობს, მონახულ არტერიაზე პულსი მეტდ სუსტად იქნება გამოხატული.

ასეთი შესაძლებლობა ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს და რომ შეცდომაში არ ჩავეარდეთ (მაგალითად, სუსტი პულსის მიხედვით დავასკვნათ ადამიანის გულის სუსტი მუშაობის შესახებ და სინამდვილეში კი პულსის სისუსტის ყალბ შთაბეჭდილებას ჰქმნიდეს ჩვეულებრივზე ღრმად მდებარე არტერია), — საჭიროა პულსი მეორე ხელზედაც შევამოწმოთ.

პულსის გასინჯვისას საჭიროა მისი შემდეგი თვისებების აღნიშვნა: სისშირის, საესეობის, რითმის, დაჰიმულობის და საპულსო ტალღის ფორმის (სიმაღლის). პულსის სისშირის განსაზღვრა უბრალო საქმეა — საათის წუთის ისრით ეანგარიშობთ, თუ რამდენად ზშირია ერთ წუთში არტერიის ცემა ანუ პულსი; შეიძლება ვიანგარიშოთ 1/2 წუთის განმავლობაშიც და მიღებული რიცხვი გაეამრავლოთ ორზე.

5. შინაგანი სნეულებანი.

მოზრდილი ადამიანის პულსის ნორმალური სიხშირე ერთ წუთში უდრის საშუალოდ 70—72-ს. რასაკვირველია, ამ რიცხვიდან მცირედი გადახრა ან მოკლები, ან მომატების მხრივ, მაგალითად, 68 ან 78 არ ნიშნავს ავადმყოფურ მდგომარეობას და უნდა ჩაითვალოს ამა თუ იმ პირისათვის ნორმალურ რიცხვად (სურ. 20).

პულსის სიხშირე ბევრ გარემოებაზეა დამოკიდებული: წლოვანებაზე, სქესზე, ტემპერატურაზე და სხვ.

მცირეწლოვანი ბავშვის პულსის სიხშირე — 1 წლის ბავშვის, მაგალითად, ნორმალურად წუთში უდრის 120-ს, 5 წლის—100-ს. დედაკაცის პულსი ცოტა უფრო ხშირია (8—10 ცემით) შედარებით მამაკაცის პულსთან. პულსი ხშირდება საწოლში ავადმყოფის მკეთარი მოძრაობის შემდეგ. ან წამოვლომის, ან მით უფრო წამოდგომის შემდეგ. პულსი ხშირდება საკმელის მიღების შემდეგაც, ე. ი. ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც სხეული უყენებს გულს ზეშაობის მხრივ გაძლიერებულ მოთხოვნებს. გულის მუშაობის გახშირებას. იწვევს აგრეთვე სულიერი განცდები და ფსიქიკური აგზნება (ძლიერი სიხარული ან სამწუხარო ამბის გაგება და სხვ.).

აღნიშნული მიზეზები იწვევს პულსის გახშირებას მხოლოდ ხანმოკლე დ, ჩვეულებრივ, მალე გულის მუშაობა უბრუნდება თავის ნორმალურ სიხშირეს. ყოველივე ეს უნდა ახსოვდეს პულსის გამსინჯველს მისი სიხშირის შეფასების დროს.

მეტე მნიშვნელობისაა ტემპერატურის გავლენა პულსის სიხშირეზე. ტემპერატურის და პულსის სიხშირეს შორის ერთგვარი პარალელობა ანუ თანმიმდევრობა არსებობს; რაც უფრო მაღალია ავადმყოფის ტემპერატურა, მით უფრო ხშირია პულსი; მათ შორის ასეთი ურთიერთობაა — ტემპერატურის 1°-ით აწევისას პულსის სიხშირე მატულობს დაახლოებით ათი ცემით წუთში. ამრიგად. თუ ნორმალური ტემპერატურის დროს (36° ხაზებით) პულსი აღწევს, მაგალითად, 70-ს, სიცხის აწევისას 37°-მდის ხაზებით პულსი იქნება საშუალოდ 80, 38°-ის დროს — 90, და ა. შ.

მაშასადამე, თუ სიცხით მიმდინარე თითქმის ყველა ინფექციური სნეულების დროს ავადმყოფის სიცხის ფურცელზე აღენიშნავთ სიცხესთან ერთად პულსის სიცხის მრუდს, ეს ორი ხაზი პარალელურად მიიმართება ხოლმე. თუ ავადმყოფობის მიმდინარეობაში შეიქმნა ისეთი მდგომარეობა, რომ ეს ორი ხაზი ერთმანეთს გადაეჭვარდინა, ე. ი. ტემპერატურის ხაზი დაიწია, ხოლო პულსის სიხშირის გამომხატველი ხაზი უცვით ავიდა, სხვანაირად — ტემპერატურის სწრაფ დაწევისთან ერთად, პულსი შენელების ნაცვლად ძლიერ გახშირდა — ეს ნიშნავს, რომ ავადმყოფს რომელიმე მძიმე გართულება დაერთო — სისხლის დენა შინაგან ორგანოებში, გულას სისუსტე და სხვ. პულსის გახშირების ასეთი მნიშვნელობა, ტემპერატურის სწრაფი დაწევის დროს კარგად უნდა ჰქონდეს გათვალისწინებული ექთანს და ყველა ასეთ შემთხვევაში სწრაფად აცნობოს ექიმს.

ძლიერ მაღალი სიცხით (40° და მეტი) ავადმყოფის პულსი, ვთქვამთ წუთში 110—120, არ უნდა იწვევდეს ჩვენში შიშს გულის სისუსტის მხრივ, არამედ ეს გარემოება უნდა მივიჩნიოთ ნორმალურ მოვლედ. პირიქით, მეტი ყურადღების ღირსია ისეთი შემთხვევა, თუ ავადმყოფს მაღალი სიცხის დროს პულსი გახშირებული არ ექნება, მაგალითად, 40°-ის დროს პულსი იქნება 76—80 ან როცა ნორმალური ტემპერატურის ან ოდნავ აწეული სიცხის დროს ავადმყოფს პულსი ხშირი ექნება (მაგ., 37°-ის დროს 120—130). მაშასადამე,

ავადმყოფის სიცხის და პულსის სიხშირის შეუსაბამობის ყველა შემთხვევა უნდა იპყრობდეს ექთანის ყურადღებას.

პულსის ძლიერ გახშირებას ეწოდება ტაქიკარდია, ხოლო შენელებას — ბრადიკარდია.

ტაქიკარდია, გარდა ყველა ზემოხსენებული მიზეზებისა, შეიძლება იყოს თვით გულის ზოგიერთი მწვავე დაავადების შედეგი. ასეთ შემთხვევაში პულსის სიხშირემ შეიძლება მიაღწიოს 160—180 და მეტსაც.

ზოგიერთ ინფექციურ ავადმყოფობას აგრეთვე ახასიათებს ტაქიკარდია, მაგალითად, ქუნთრუმას, ტუბერკულოზს. გახშირებული პულსი აგრეთვე ხშირად აქვთ ჩიყვიან ავადმყოფებს (ე. წ. ბაზედოვის ავადმყოფობა).

ბრადიკარდია ანუ შენელებული პულსი ახასიათებს ტვიჩის ანთებით და სიყვილით ავადმყოფებს და აგრეთვე გულის ზოგიერთ დაავადებას; პულსის შენელებამ ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მიაღწიოს 60—50 და ნაკლებსაც. შედარებითი ბრადიკარდია (მაღალ სიცხესთან შედარებით ჩამორჩენილი პულსი) ახასიათებს მუცლის ტიფს. ეს ნიშანი ზოგჯერ გვშეუღოს ამ ავადმყოფობის ამოცნობაში (მაგ., პარტახტიანი და მუცლის ტიფის დროს თითქმის ერთნაირად მაღალი სიცხე აქვთ ავადმყოფებს, მაგრამ პარტახტიანი ტიფის დროს პულსის მხრივ, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ტაქიკარდიას, მუცლის ტიფის დროს კი ბრადიკარდიას). ზოგჯერ ადგილი აქვს მოულოდნელად პულსის ძლიერ გახშირებას, რაც წუთში 160—200-მდე ცემას აღწევს. ასეთი მდგომარეობა შესაძლოა რამდენიმე წუთს ან საათს გაგრძელდეს და ისევე ერთბაშად შეწყდეს როგორც დიწყო. ამ მდგომარეობას ეწოდება პაროქსიზმული ტაქიკარდია.

პულსის სიხშირე უნდა იზომებოდეს დღეში ორჯერ მაინც, დილით და საღამოთი. პულსის სიხშირე უნდა ჩაიწეროს, რათა წარმოდგენა ვიქონიოთ, თუ როგორ იცვლება ის. პულსის სიხშირე შეიძლება ჩაეწეროთ ციფრებით. მაგრამ მსგავსად ტემპერატურისა, უმჯობესია პულსის ცვალებადობა ჩაიწეროს გრაფიკულად ტემპერატურის ფურცელზე მრუდის სახით. ტემპერატურული მრუდისაგან განსასხვავებლად, პულსის მრუდი, ჩვეულებრივ, აღინიშნება წითელი ფანქრით.

ყოველივე ეს ეხება პულსის სიხშირეს. მეორე, რასაც პულსის გასინჯვის დროს ყურადღებას უნდა აქცევდეს ექვანი, არის პულსის სავსეობა ანუ ავსება.

პულსის სავსეობა დამოკიდებულია სისხლის იმ რაოდენობაზე, რომელიც გადმოსროლილია აორტაში გულის შეკუმშვის დროს. თუ გულის მუშაობა ნორმალურია, მისი პარკუჭი დონივრად და კარგად იკუმშება, სისხლის ტალღაც საკმაო რაოდენობით და სიძლიერით აფართოებს არტერიებს და, მაშასადამე, პულსის სავსეობა კარგი იქნება; თუ კი გულის კუნთი სუსტად იკუმშება, სისხლის ტალღაც არასაკმარისია და არტერიის პულსაცია სუსტია ხოლმე, ე. ი. პულსის სავსეობა სუსტია.

როგორ უნდა გავიგოთ პულსის გასინჯვის დროს სავსეობა სუსტია თუ ძლიერია?

ამისათვის ვმოქმედებთ შემდეგნაირად: მაჯაზე სხივის არტერიას დავადებთ ორ თითს; ის თითი, რომელიც ზევით მდებარეობს, საიდანაც სისხლი მოდის, თანდათანვით არტერიას უნდა დავაჭიროთ, ხოლო მეორე თითი ზერელედ მდებარე რჩება. თუ პირველი თითის ოდნავ დაჭერის შემდეგ არტერიაზე, მეორე თითმა უკვე აღარ შეიგრძნო პულსის ცემა, ეს ნიშნავს, რომ

პულსი სუსტი ავსებისა; თუ კი პულსის გამომწვევი სისხლის ტალღა საკმაო რაოდენობისა და ძლიერია, პირველი თითის არტერიაზე ძლიერი დაკერის მიუხედავად, მეორე თითი მაინც გრძნობს არტერიის ცემას და, მაშასადამე, ამ შემთხვევაში პულსის ავსება კარგია.

სისხლის ძარღვის კედლის ხასიათი და პულსის დაჭიმულობა სხვად 'ხეა-ასაკში და სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა მდგომარეობის დროს ცვალობადაა. არტერიის კედლის ელასტიობა მცირდება ასაკთან ერთად, სისხლის ძარღვის კედელში დალაგდება კალციუმის მარილები. ეს ცვლილება შეიძლება ხელით შევიგრძნოთ არტერიის გასინჯვის დროს, სისხლის ძარღვის კედელი ასეთ შემთხვევაში არის არა სადა და თანაბარი, არამედ გასქელებულია, უსწორმასწორო და დაკლანილი; მაშინ ლაპარაკობენ სისხლძარღვის სკლეროზულ ცვლილებაზე. ასეთ შემთხვევაში პულსი დაჭიმულია ხოლმე. მაგრა უნდა აღინიშნოს, რომ არტერიის კედელი შესაძლოა არ იყოს შეცვლილი, პულსი კი იყოს დაჭიმული სისხლის წნევის აწევის და სისხლძარღვის ტონუსის ო ტემბის გამო (სურ. 21).

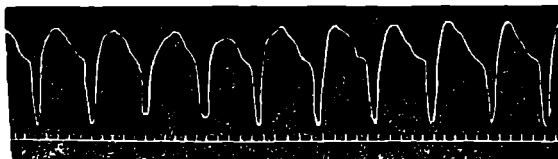


სურ. 21. დაჭიმული პულსი.

ზოგიერთი დაავადების დროს ავადმყოფის პულსი თავისებური ხდება. ასეთია ე. წ. სწრაფი პულსი, ნელი პულსი, დიკროტიული პულსი, ასიმეტრიული პულსი, პარადოქსული პულსი.

სწრაფი პულსი ეწოდება იეთ პულსს, რომელიც ხასიათდება სისხლის ძარღვ ა სწრაფი ავსებით, გულიდან სისხლის დროს სისხლის ძარღვებში დიდი

რაოდენობით სისხლის გადმოსროლის გამო. სისხლი ძარღვის სწრაფად ავსებას მოსდევს მისი სწრაფადე დაკლა, საპულსო ტალღის სწრაფი დაცემა. ამრიგად, პულსი იღებს მხტუნავ ხასიათს (სურ. 22).



სურ. 22. სწრაფი პულსი.

ასეთი პულსი აღინიშნება აორტის სარკვევლების ნაკლოვანობის დროს. თუ კი საპულსო ტალღა ნელა იზრდება და ნელა იწვევს კვემით, ლაპარაკობენ ნელი პულსის შესახებ. ნელი პულსი აღინიშნება აორტის ხერელის შევიწროების დროს. არტერიის კედლის დაჭიმვის შემცირებისას, მთავარ საპულსო ტალღის შემდეგ შესაძლოა წარმოიშვას მეორე, უფრო მცირე ტალღა; ასეთ პულსს ეწოდება დიკროტიული პულსი. ასეთი პულსი ანასიათებს, მაგალითად, მუცლის ტიფს.

ნორმალურად პულსი რითმულია, ე. ი. პულსის ყოველი ორი დარტყმის შუა მანძილი თანაბარია. გულის სხვადასხვა დაავადების დროს კი პულსი ხდება არითმული; ამ შემთხვევაში წესიერი თანმიმდევრობა პულსისა. დარ-

ვ ულია, დარტყმათა უა მანძ ლი არათანაბარია: ხან ზედიზედ სცემს ჰულის, ხან კი პაუზა გრძელია.

პულისის ასეთ არათ ბარ ცემ ს ეწოდება ა რ ი თ ი ა.

მ მოვლენის მიზეზი ან ის არ ს, რომ გულის შეკუმშვა ხდება არათანა-ბარი ინტერვალებით, კი ვ საპულო ტ ლ ლ ბ ი თ ვ ი ნთი სიდიდით არათანაბარია.

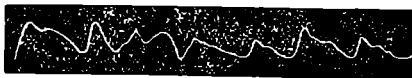
რსებობს რამოდენ ე ს ხ რ ს ა მია: რ უ ლ ი ა ნ უ ო ც ი მ ც ი მ ე, ე ქ ს ტ რ ა ს ი ს ტ ო ლ უ რ ი ს უ ნ თ ქ ე ი თ ი და ს ხ ვ.

1. მ ო ც ი მ ც ი მ ე ა რ ი თ ი ის ღ ო ს გ უ ლ ი ს რ უ ლ ი ა დ უ წ ე რ ი გ ო დ მ უ-შ ა ო ბ ს—წ ი ნ გ უ ლ ე ბ ი მ თ ლ ა რ ი კ უ შ ე ბ ა, ა რ ა მ ე დ ი კ შ ე ბ ა მ ხ ო ლ ო დ თ ი ც-ა ლ ე კ უ ლ ი კ უ ნ თ ო ვ ა ნ ი ბ ო ჭ კ ო ე ბ ი (წ ი ნ ა გ უ ლ ე ბ ი ს ც ი მ ც ი მ ი).

პულის ამ არითმიის დროს მეტად რათანაბარია როგორც ცალკე უ-ლი დარტყ ბის თანმიმდევრობის, ისე ს პულისო ტალღების სიდიდის მხრივ.

დამახასიათებელია მოციმციმე არითმია გულის ზოგი მანქისა და გულის სკლეროზის მძიმე ფორმებისათვის (სურ. 23).

2. ე ქ ს ტ რ ა ს ი ს ტ ო ლ უ რ ა ა რ ი თ მ ი ა მ ა შ ი ნ გ ა ნ ვ ი რ დ ე-ბ ა, თ უ გ უ ლ ს კ უ ნ თ ი ს რ ო მ ე ლ ი მ ე უ ბ ა შ ი წ რ მ ი ო შ ე ვ ბ ა დ ო უ კ ი დ ბ ლ ა გ ზ ნ ე ბ ა ნ გ ლ ი ზ ი ა ნ ე ბ ა, რ ც გ ო ი წ ვ ე ე ს გ უ ლ ს კ უ ნ თ ი ს ნ დ რ ე ვ შ ე კ მ შ ა ს. უ ნ ე ლ ო  
3 ა ტ ლ-



სურ. 23. მოციმციმე რითმია.

, რო ლ ც ი რ ძ ნ ბ პ ლ ს გ ჯ ვ ი რ გ ც ო რ მ გ ი დ ტ ე მ , ო ო ფ ო გ ლ ო დ ე ო ლ ი ზ ა დ ო ს ა დ-მ ე ო ფ ი გ რ ძ ნ ო ბ ს ბ ი ძ გ ს გ უ ლ ი ს ა რ ე შ

ქსტრა სტოლები წ რ ო ი შ ე ვ ბ ა გ უ ს ძ ლ ი გ ზ ნ ე ბ ი ს და მ ო კ ა რ-ის დაზიანები დ რ ს ( უ რ. 24).



სურ. 24. ექსტრა სისტოლა

3. ს ნ თ ქ ე ი თ ი ა რ ი თ მ ი ს ს ა-ხ ე ლ ი თ ა დ ნ ნ ა ვ ე ნ პ ლ ს ი ს ი ს ე ო ც ლ ი ლ ბ ა ს, რო დ ე ა ც ჩ ა ს უ ნ თ ქ ე ი ა დ ო ს პ უ ლ ს ი ს შ მ ა ტ უ ლ ო ბ ს. ა მ ო ს უ ნ თ ქ ე ი ს დ რ ო ს კ ი პ უ ლ ს ი ი მ ვ ი ა თ ი ხ დ ე ბ ა.

ა ე თ ი ა რ ი თ მ ი ა ა ხ ა ლ გ ა ზ რ დ ე ბ ს ნ ე ვ რ ო ტ ი უ ლ პ ი რ ე ბ ს ა ქ ე თ.

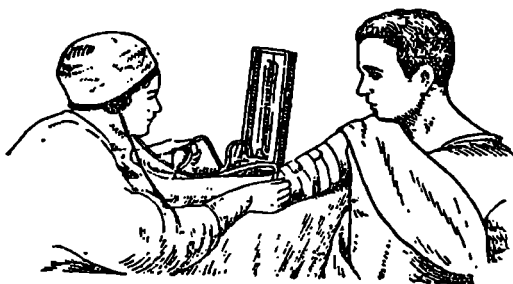
4. ა ს ი მ ე ტ რ ი უ ლ ი პ უ ლ ს ი ე წ ო დ ე ბ ა ის ე თ პ უ ლ ს ს, რო დ ე ს ა ც მ ა რ-ჯ ვ ე ნ ა და მ ა რ ც ხ ე ნ ა მ ა ჭ ის ა რ ტ ე რ ი ე ბ ზ ე პ უ ლ ს ი ა რ ა თ ა ნ ა ბ ა რ ი ს ი ს ხ შ ი რ ი თ ა ნ ა რ ა თ ა ნ ა ბ ა რ ი ძ ა ლ ი თ ს ც ე მ ს. თ უ, მ ვ ა ლ ი თ ა დ, ა ო რ ტ ის ა ნ ე ვ რ ი ზ მ ა (გ ა ფ ა რ თ ო ე-ბ ა) ა წ ვ ე ბ ა ლ ა ე ი წ ქ ე ვ შ ა ა რ ტ ე რ ი ა ს, თ ა ნ ა მ ო ს ა ხ ე ლ ე მ ხ ა რ ე ზ ე პ უ ლ ს ი ი ქ ე ნ ბ ა უ ფ რ ო ნ ე ლ ი და ს უ ს ტ ი ა ვ ს ე ბ ი ს ა.

5. პ ა რ ა დ ო ქ ს უ ლ ი პ უ ლ ს ი ს გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ ა ს ი წ ვ ე ე ს შ ე ხ ო რ ც ე ბ ი თ ი მოვლენები გულის პერანგში. ასეთ ავადმყოფს ჩასუნთქვის დროს პულსი არ ემჩნევა, ამოსუნთქვის დროს ისე გამოჩნდება ხოლმე.

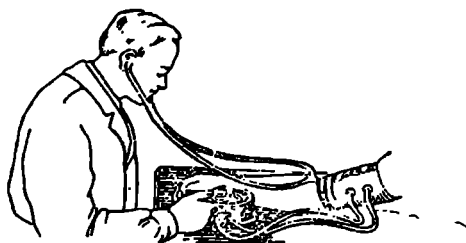
ვენური პულსი. არტერიული პულსის გარდა, არჩევენ ე. წ. ვენურ პულსს. ჭანმრთელ ადამიანს ლავიწის ზემოთ, მკერდ-ლავიწ-დერილისებრ კუნთის ფეხების არეში ემჩნევა საუღლე ვენის პულსაცია. გულის დასუსტე-

ბის შემთხვევაში და ზემო ღრუ ვენაში სისხლის შეგუბების დროს კისრის ვენები დაიბერება და იძლევა პულსაციას მარჯვენა პარკუქის შეკუმშვისას ვენური სისხლის უკუმშიმდინარეობის გამო.

სისხლის წნევის გაზომვა (სფიგმომანომეტრით). სისხლის წნევა ეწოდება სისხლის ძარღვებში არსებულ წნევას. არჩევენ სისხლის არტერიულ და ვენურ წნევას. როდესაც ლაპარაკობენ სისხლის წნევაზე, იგულისხმება არტერიული წნევა, ვინაიდან კლინიკურად მას უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს. სისხლის წნევა შეიძლება გაიზომოს სპეციალური ხელსაწყოთი, სისხლის წნევის საზომი აპარატით (სფიგმომანომეტრი), რომელიც სხვადასხვა სისტემისაა. არის სისხლის წნევის გასაზომი აპარატები სინდიყისა (რიეარონის აპარატი) და ე. წ. ტონომეტრი, რომელიც მანომეტრის პრინციპზეა აგებული (სურ. 25ა და 25ბ). რა სისტემის აპარატიც არ უნდა იყოს, ყველა მათგანი შედგება 3 ძირითადი ნაწილისაგან: 1) რეზინის მანყეტი, 2) ბალონი და 3) მანომეტრი ან სინდიყის სვეტი შკალით.



სურ. 25 ა. სისხლის წნევის გაზომვა სინდიყის აპარატით.



სურ. 25 ბ. სისხლის წნევის გაზომვა მანომეტრით (ტონომეტრით).

სისხლის წნევის აპარატით წნევის გაზომვის დროს იკვლევენ მაქსიმალურ წნევას ანუ სისტოლურ წნევას და მინიმალურს ანუ დიასტოლურ წნევას; ზოგი აპარატით შესაძლებელია ე. წ. საშუალო ანუ დინამიკური წნევის განსაზღვრაც. პრაქტიკული მიზნებისათვის საკმარისია მაქსიმალური და მინიმალური წნევის გაზომვა.

მაქსიმალური წნევა ეს ის წნევაა, რომელიც არის სისხლის არტერიულ სისტემაში გულის შეკუმშვის (სისტოლის) დროს, მინიმალური კი ეწოდება

იმ წნევას, რომელიც არის დიასტოლის დროს. მაქსიმალურ და მინიმალურ წნევას შორის სხვაობას ეწოდება საბულსო წნევა.

ჯანსაღი ადამიანის სისხლის არტერიული წნევა როგორც მაქსიმალური, ისე მინიმალური, მუდმივი არ არის; როგორც სხეულის ტემპერატურა, ისე ისიც განიცდის რყევას, მაგრამ ადამიანის ჯანმრთელობის პირობებში ნორმალურ ციფრებს არ უნდა სცილდებოდეს. მაქსიმალური წნევის ნორმალთულება 110—130 მილიმეტრი სინდიყის სეეტისა, მინიმალურის — 60—80 მმ სისხლის წნევის აწევა ავადმყოფური მოვლენაა და ეწოდება ჰიპერტონიანუ ჰიპერტენზიას, წნევის ნორმაზე ქვევით დაწევა აგრეთვე არანორმალური მოვლენაა და ჰიპოტონიის ან ჰიპოტენზიის სახელით არის ცნობილი.

ჰიპერტონია ხშირი მოვლენაა და ის შედეგია თირკმლების დაავადებისა; ზოგჯერ ის დაკავშირებულია არტერიოსკლეროზთან, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს როგორც დამოუკიდებელი დაავადება. ჰიპერტონიის ასეთ სახეს ჰიპერტონიული დაავადება ეწოდება. ჰიპოტონიას ადგილი აქვს კოლაფსის დროს, ე. წ. აღისონის ავადმყოფობის და ზოგი სხვა დაავადების დროს. ჰიპერტონიის დროს სისხლის მაქსიმალურმა წნევამ შეიძლება 200—250 მმ და ზოგჯერ მეტსაც მიაღწიოს, მინიმალური კი 100—120 მმ და მეტიც იყოს.

თუ სისხლის წნევამ ძალიან აუწია ხანში შესულ, სკლეროზით დაავადებულ პირს, შესაძლოა სისხლის ძარღვის კედელი წნევის ზეგავლენის გამო გასკდეს და მოხდეს სისხლის ჩაქცევა ტვინში (აპოპლქსია).

სისხლის წნევის მომატებით ავადმყოფს აქვს თავის ტკივილი, თავბრუხევეა, მხედველობის დასუსტება და სხვ. ასეთ ავადმყოფებს სჭირდებათ თვალყურის დევნება, ვინაიდან შესაძლოა საჭირო გახდეს სასწრაფო საექიმო დახმარება; ამიტომ ექთანს ვალდებულია მცირეოდენი გაუარესება ავაღჟყოფის მდგომარეობაში სათანადოდ შეაფასოს და ექიმს აცნობოს; მოსალოდნელ სასწრაფო საექიმო დახმარებასათვის კი მზად ჰქონდეს სისხლის გამოსაშვებად წურბლები, ხელსაწყო ვენებუნქციისა და ვენესექციისათვის, სასაქმებელი საშუალებები, სათბურები და სხვ.

ჰიპერტონიის მოვლაში მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქიკურ და ფიზიკურ მოსვენებას.

სისხლის წნევის გაზომვის ტექნიკა. ავადმყოფს მხარზე შემოახვევენ რეზინის მანუეტს ისე, რომ სხეულისაკენ იყოს რეზინის ზედაპირი და დაამაგრებენ სათანადო დილით. რეზინის ბალონით მანუეტს გაბერავენ, რასაც მოჰყვება მანუეტის ქვეშ მდებარე მხრის არტერიის მოჭერა და სხივის არტერიაზე პულსის გაჭრობა. თუ ახლა იდაყვის სახსრის მოსახრელ ზედაპირზე ფონენდოსკოპს დავადებთ და ჰაერს მანუეტიდან თანდათან გამოვუშვებთ სპეციალური ონკანით, ამ დროს ერთ-ერთ მომენტში გავიგონებთ ტონს; ის ციფრი, რომელზედაც იყო სინდიყის სეეტი ამ დროს, შეესაბამება სისხლის მაქსიმალურ წნევას. ჰაერის თანდათან გამოშვებასთან ერთად სინდიყის სეეტი დაბლა იწევს, ხოლო ფონენდოსკოპში მოისმის ტონის შემდეგ შუილი, შემდეგ ისევ ტონი და ბოლოს უქანასკნელი ქრება. ეს მომენტი შეესაბამება მინიმალურ წნევას.

სისხლის წნევის მოსმენით გაზომვის ასეთ მეთოდს ეწოდება კოროტკოვის მეთოდი (სურ. 25 ა.)

სუსტი საესეობის პულსი გულისხმობს გულის კუნთის და საერთოდ გულის მუშაობის დასუსტებას, რაც მოითხოვს ექთანის მხრივ, რომ მან ექიმს დროზე აცნობოს სათანადო ზომების მისაღებად (გულის გასამაგრებელი წამ-

ლებსი კანქვეშ გაეთება). იმ შემთხვევაში, როდესაც პულსი გარდა სუსტი სავე-  
სეთისა, აგრძელებს ძლიერ ხშირად, მას ძაფისებრივი პულსი ეწოდება: ასეთი პულსის შეგრძნება, მისი დათვლა, მეტად ძნელია და ზოგჯერ  
სრულიად შეუძლებელი.

ძაფისებრივი პულსი ავადმყოფს აქვს გულის მწვავე სისუსტის, კოლაფ-  
სის და შინაგანი ორგანოებიდან (კუჭი, ნაწლავები და სხვ.) სისხლდენის დროს.  
ასეთივე პულსი ახასიათებს მომაკვდავ ავადმყოფს.

კოლაფსი არის გულის მუშაობის სწრაფი დასუსტება, რაც უფრო  
ხშირად მოსდით გულით ავადმყოფებს სხვადასხვა მიზეზების გამო. კოლაფსი  
შესაძლოა მოუვიდეს ავადმყოფს, დაავადებულს ინფექციური ან რომელიმე  
სხვა ავადმყოფობით, მაგალითად, ფილტვების ანთებით და სხვ.

შედარებით ხშირია კოლაფსი და, მაშასადამე, ყოველთვის მოსალოდნე-  
ლი იმ ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს, რომელიც მძალიე სიცხით მიმდინარე-  
ობს და სიცხის ერთბაშად დეარდნით ანუ კრიზისით თავდება. ასეთებია, მა-  
გალითად, ფილტვის კრუპოზული ანთება, პარტახტიანი ტიფი; კრიზისის საა-  
თებში ავადმყოფობით დასუსტებულმა გულმა შეიძლება ვერ გაუძლოს მდგო-  
მარეობის ასეთ სწრაფ გარდატეხას და ავადმყოფს განუვითარდება კოლაფსი.  
ამიტომ, სწორედ, ექთანი განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა მოეპყრას  
ავადმყოფს კრიზისის მოახლოების დროს.

კოლაფსის დამახასიათებელი სურათი შემდეგია: თუ სიცხე, რომელიც  
ჭკონდა ავადმყოფს, ერთბაშად დაეცა და ის ძლიერ საერთო სისუსტეს  
გრძნობს, ხელ-ფეხი გაუცივდა, შუბლზე ცივი ოფლი ასხამს, სახეზე ფითრდება,  
ტუჩები და ფრჩხილები კი ულურჯდება (ციანოზი), იწყებს ქოშინს, პულსი  
ძაფისებრივი აქვს—გვექნება კოლაფსი.

როგორც მოვისხენით, ამ დროს გულის მუშაობის სწრაფ დაცემასთან  
გვაქვს საქმე და, მაშასადამე, ავადმყოფის მდგომარეობა ფრიად სერიოზულია.  
მისი სიცოცხლე საფრთხეშია და თუ სასწრაფოდ არ იქნა მიღებული სათანადო  
ზოქები, ძლიერ ხშირად კოლაფსი უშუალოდ სიკვდილში გადადის.

როგორი დახმარება უნდა გაეუწიოთ იმ დროს ავადმყოფს? ექთანმა, პირ-  
ველ ყოვლისა, მომხდარის შესახებ სასწრაფოდ უნდა აცნობოს ექიმს; ავადმყო-  
ფის თავს რაც შეიძლება დაბალი მდებარეობა მისცეს (თავქვეშ ბალიშის გამო-  
ცლით), კანქვეშ გულის გასამაგრებელი სწრაფად მოქმედი წამლები (კოფეინი,  
ქაფური, დიგალენი, სტროფანტი, ადრენალინი) გაუკეთოს.

აღნიშნული ზომებით, თუ კი ისინი დროზე იქნა მიღებული, შესაძლოა  
ავადმყოფი გადაეპოხინოთ იმ საფრთხეს, რომელიც მას მოელის ამ მდგომარე-  
ობაში.

განსაკუთრებული მოვლა ესაჭიროებათ გულით ავადმყოფებს გულის  
ე. წ. დეკომპენსაციის პერიოდში. გულის დეკომპენსაცია ეწოდება გულის მუ-  
შაობის დარღვევას მისი მარაგი ძალის განლევის გამო.

გულის მანკის დროს გულის ერთი ნაწილიდან მეორეში სისხლის გადასე-  
ლის შეფერხების გამო გული ცდილობს სძლიოს ეს დაბრკოლება და საამისოდ  
იზმარს თავის მარაგ ძალას. ამ მარაგი ძალის გამოყენება ხდება გულის კედლე  
ბის გასქელებით ანუ ე. წ. ჰიპერტროფიით, ახალ მოთხოვნილებებთან გულის  
შეგუების ამ მოვლენას ეწოდება კომპენსაცია.

მანამ, სანამ გულის ჰიპერტროფიულ კუნთს ტონუსი შერჩენილი აქვს, გუ-  
ლი წესიერად მუშაობს, ხოლო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გადაჭარბე-  
ბული მუშაობის შედეგად, ტონუსი ეცემა, გულის კუნთი ვეღარ სძლევს არსე-



ბულ წინააღმდეგობას და მისი წესიერი მუშაობა ირღვევა, ვითარდება გულის დეკომპენსაცია.

რა კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება გულის დეკომპენსაცია?

ავადმყოფს ეწყება ქოშინი, გულის ცემა, განსაკუთრებით სიმაღლეზე ასვლის, სირბილის და ფიზიკური მუშაობის დროს; ულურჯდება ტუჩები, სახე და ფრჩხილები, უკირს თავდაბლა წოლა, მოუსვენრად ძინავს ქოშინისა და გულის ცემის გამო, უჩნდება ჭერ ქვემო კიდურების, შემდეგ კი თანდათანობით მთელი სხეულის შეშუპება, გრძნობს ტკივილებს ღვიძლის არეში მისი სისხლსავეგობის გამო, ახველებს, რადგან ამ დროს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში არის შეგუბებითი მოვლენები; ბოლოს, მუცლის ღრუშიც გროვდება სითხე — ვითარდება ე. წ. წყალმანკი ანუ ასციტი.

დეკომპენსაციის პერიოდში ავადმყოფები სრულიად უძლურნი ხდებიან და არა აქვთ დამოუკიდებელი მოძრაობის უნარი; ისინი, ცხადია, მოითხოვენ დიდ მზრუნველობასა და მოვლას. როგორი მოვლა ესაჭიროება ასეთ ავადმყოფებს? გულის დეკომპენსაციის დროს ავადმყოფი უეჭველად უნდა იქნეს ჩაწვენილი ლოგინში, ვინაიდან მოსვენება გულით ავადმყოფისათვის აუცილებელი და უმთავრესი სამკურნალო ღონისძიებაა.

ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს ხშირად წამოდგომა ან წამოჯდომა. რადგან ავადმყოფებს თავდაბლა წოლა უკირბ, ძალიან კარგია მათთვის ლეიბსქვეშ რკინის ბალიშის ამოდება. ძლიერი შეშუპებების და ამ ნიადაგზე კანის კვების დაქვეითების გამო ასეთ ავადმყოფებს ხშირად უჩნდებათ ნაწოლი, რაც, როგორც საზოგადოდ, აქაც დიდ ყურადღებას მოითხოვს. გულის კომპენსაციის აღსადგენად ავადმყოფებს, ჩვეულებრივ, ენიშნებათ გულის საშუალებები (დიგიტალისი, სტრაჟინი, ქაფური, კოფეინი, ღიგალენი და სხვ.).

კანქვეშ ინექციების გაკეთების დროს ამ შემთხვევაში განსაკუთრებული სისუფთავეა საჭირო, რადგან შეშუპებულ კანზე ადვილად შეიძლება განვითარდეს წითელი ქარი, რაც ხშირად ავადმყოფისათვის საბედისწეროდ თავდება.

გულის ძლიერი ცემით და ქოშინით გამოწვეული უძილობის დროს კარგია მცირეოდენი მორფიუმის ან ბანტოპონის შემზაპუნება, რაც ამშვილებს ქოშინს და ავადმყოფს ძილს გვრის.

ჭეროვანი ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე ავადმყოფის დიეტას, ხორცეული ამ შემთხვევაში ავადმყოფს არ ექმევა. უმთავრესად ის უნდა იყოს რძის დიეტაზე, საკმელს იღებდეს ყოველ ორ საათში ერთხელ, ცოტ-ცოტას, დღის განმავლობაში 5—6-ჯერ. ღამით დაძინების წინ საკმლის მიღება ასეთი ავადმყოფებისათვის მავნეა და ის უნდა აკრძალული იქნეს. გულის დეკომპენსაციის დროს კარგია ე. წ. განმტვირთავი, დიეტეტიკური ღვებების დანიშვნა (იხ. ავადმყოფის კვება).

საჭიროა თვალყური ვადევნოთ შარდის გამოყოფას და ნაწლავების მოქმედებას. შარდის რაოდენობის შემცირება გულის დეკომპენსაციის დროს ჩვეულებრივი მოვლენაა. შეშუპების მატების პერიოდში შარდის დღე-ღამის რაოდენობა იკლებს — ნაცვლად 1000—1500 მლ<sup>\*)</sup>, აქვს 500—600 მლ-მდე. შეშუპებების დაკლებასთან ერთად კი შარდის დღე-ღამის რაოდენობა მატულობს; მაშასადამე, ამის მიხედვით შეიძლება წარმოდგენა ვიჭონიოთ იკლებს შეშუპებები თუ არა. ამიტომ საჭიროა გულის დეკომპენსაციით ავადმყოფს გაეზომოს სისტემატურად დღე-ღამის შარდის რაოდენობა. შეკრულობის დროს საჭიროა გამწმენდი ოყნის გაკეთება.

<sup>\*)</sup> მლ—მილილიტრი (შენსატყვისება 1 მც).

## სუნთქვაში დაკვირვება

სუნთქვის აქტი, რის გარეშე ადამიანის არსებობა წარმოუდგენელია. აღმინის დაბადებიდან მის სიკვდილამდე განუწყვეტელივია და ორი ფაზისაგან შედგება: შესუნთქვისა (ინსპირაცია) და ამოსუნთქვისაგან (ექსპირაცია).

სუნთქვის მიზანია მიწოდოს ორგანიზმს ჰაერი და მასთან ერთად ჟანგბადის საჭირო რაოდენობა, მეორე მხრივ, ორგანიზმიდან გამოიყვანოს ნახშირორჟანგი და წყლის ორთქლი, რომლებიც სხეულში წვის პროცესების შედეგად გროვდება.

ორგანიზმისათვის ჰაერის მიწოდება ხდება შესუნთქვით, ხოლო მისი უკან გამოყვანა — ამოსუნთქვის საშუალებით. მაშასადამე, სუნთქვის ეს ორი ფაზა რაგ-რაგად და გამუდმებით უნდა ხდებოდეს როგორც სიფხიზლის, ისე ძილის დროს, ხოლო მათი სიძლიერე შეიძლება იცვლებოდეს. ჟანგბადზე გაძლიერებული მოთხოვნილების დროს სუნთქვა ძლიერდება, ის უფრო ღრმადდება, პირიქით, მოსვენებისა და ძილის დროს, სუნთქვა უფრო ნელი და ზერელე ხდება.

მცირეოდენი მოშლილობაც კი სუნთქვის აქტის წესიერ განვითარებაში, შესუნთქვა იქნება ის თუ ამოსუნთქვა, ინსპირაციისა და ექსპირაციის თანმიმდევრობის დარღვევა—მძიმე მოშლილობებს იწვევს ორგანიზმში—დაჟანგვის (ოქსიდიციის) და ჟანგბადით სისხლის გამდიდრების (არტერიალიზაციის) შეფერხების სახით, რაც იმ მძიმე დაავადებითი მოვლენებით ხასიათდება, რომელთა შესახებ ქვევით იქნება ლაპარაკი.

სუნთქვა მეტად რთული აქტია და ამ პროცესის შესასრულებლად ორგანიზმს გააჩნია სასუნთქ ორგანოთა მთელი სისტემა, რომლის შემადგენლობაში შედის, უპირველესად ყოვლისა, ფილტვები და პლევრა, კუნთების მთელი ჯგუფი (დიაფრაგმა, ნეკნთაშუა კუნთები, მკერდის კუნთები, ნაწილობრივ კისრის და მუცლის კუნთები), ზედა სასუნთქი გზები და გულ-მკერდის ძვალოვანი ჩონჩხი, უმთავრესად კი ნეკნები. სუნთქვის პროცესს განაგებს ე. წ. სასუნთქი ცენტრი, რომელიც მოგარძო ტვინშია მოთავსებული. სუნთქვის პროცესს წესიერი მიმდინარეობისათვის უსათუოდ საჭიროა ყველა ამ ელემენტის წესიერად მუშაობა. მათი ავადმყოფური ცვლილებები სუნთქვის ხასიათს ცვლის და ხელს უშლის სისხლის საკმარის არტერიალიზაციას.

სუნთქვის მექანიზმი მეტად რთულია და როგორც შესუნთქვა, ისე ამოსუნთქვა, რამდენიმე ცალკეული მომენტისაგან შედგება, რომელთა შეუღლება იძლევა ინსპირიუმის და ექსპირიუმის რთულ აქტს. შესუნთქვის დროს ხდება შუასაძვლის და ნეკნთაშუა კუნთების შეკუმშვა, ამ უკანასკნელის

წედგად კი ნეკნების და მკერდის ძვლის ზევით აწევა, რის გამოც გულ-მკერდის ღრუ განიერდება როგორც სიმაღლის, ისე წინა, უკანა და გარდობადი ზომებში. გულ-მკერდის გაგანეირებასთან ერთად განიერდება ფილტვებიც და პლევრის ღრუებში უარყოფითი წნევის არსებობის გამო, ჰაერი გარე ატმოსფეროდან ფილტვებში შეიჭრება.

შესუნთქული ჰაერის უანგბადი ფილტვების ალვეოლების კედლების უწყრილესი კაპილარებით გადაეცემა სისხლს და იმავე გზით ნახშირორჟანგი სისხლიდან გადაეა ფილტვებში დაგროვილ ჰაერში. აირთა ასეთი გაცვლა-გამოცვლის შემდეგ იწყება სუნთქვის მეორე ფაზა — ამოსუნთქვა.

ექსპირაციის მომენტისათვის დიაფრაგმა მოდუნდება, ნეკნთაშუა კუნთებიც მოდუნდება, ნეკნები ქვევით დაიწეეს, გულ-მკერდის ღრუ ისევ დაბატარავდება, ფილტვები შეიკუმშება და ჰაერი გამოიდუნება გარეთ. ამრიგად, როგორც შესუნთქვა, ისე ამოსუნთქვა, სრულიად პასიური აქტია.

თუ რაიმე მიზეზის გამო აღნიშნული კუნთების მუშაობა შეფერხდა ან ფილტვების კედლების დაავადება განვითარდა და ფილტვებმა თავისი ელასტიობა დაკარგა, მაშინ საჭირო ხდება სუნთქვის პარაცესში კისრისა და მუცლის კუნთების მონაწილეობის მიღება და სუნთქვა უკვე აქტიური ხდება.

**სუნთქვის ტიპი და სისშირე.** ყოველი ადამიანის სუნთქვაში, სქესის განურჩევლად, მონაწილეობენ ზემოჩამოთვლილი ელემენტები, მაგრამ სქესის მიხედვით, ამა თუ იმ ნაწილის მუშაობა უფრო ინტენსიურია და ეს გარემოება სცვლის სუნთქვის ტიპს. ასე, მაგალითად, მამაკაცების სუნთქვის დროს უმთავრეს როლს დიაფრაგმა ასრულებს და ამიტომ სუნთქვა იღებს ე. წ. „მ უ ც ლ ი ს ტ ი ბ ა ს“; პირიქით, დედაქცები სუნთქვის დროს უმთავრესად მკერდით სუნთქავენ, რადგან ამ უმთავრეს როლს ნეკნთაშუა და მკერდის კუნთები თამაშობენ, ასეთ ტიპს ეწოდება „მ კ ე რ დ ი ს ტ ი ბ ი ს“ სუნთქვა.

ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ქალების სუნთქვაში დიაფრაგმა არ მონაწილეობს ან, პირიქით, მამაკაცების სუნთქვის დროს ნეკნთაშუა კუნთები არ იკუმშება; ყოველ ადამიანს აქვს შერეული ტიპის სუნთქვა ნეკნ-დიაფრაგმული, მაგრამ სქესის მიხედვით უარობს ესა თუ ის ტიპი.

ამ გარემოებით აიხსნება ის მოვლენა, რომ მამაკაცებს სუნთქვის დროს უფრო მუცელი ამოებერებათ, დედაქცებს კი მკერდი.

სუნთქვის ტიპის გათვალისწინებას კი მნიშვნელობა აქვს სუნთქვის სისშირის კონტროლისათვის: რათა სწორად იქნეს დათვლილი სუნთქვა, საჭიროა მამაკაცებს მუცელზე დაეაღოთ ხელი, დედაქცებს კი მკერდზე, რადგან ამ პირობებში უფრო კარგად შევიგრძნობთ შესუნთქვასა და ამოსუნთქვას, მხოლოდ საჭიროა, რომ ავადმყოფმა არ შენიშნოს, როცა მას სუნთქვას უსინჯავენ, რადგან შეიძლება უნებლიედ შეცვალოს სუნთქვის სისშირე და ტიპი.

ჭანმრთელი ადამიანის სუნთქვის ნორმალური სისშირე წუთში 18—20 უდრის.

სუნთქვას, ჩვეულებრივ, ითვლიან მაჯის დათვლის შემდეგ და ისევე ჩაწერენ მ რ უ დ ი თ ტემპერატურის ფურცელზე, როგორც სიცხესა და მაჯას. ამგვარად, ამ ფურცელზე იღებენ სამ მრუდს: შავი ფანქრით — ტემპერატურისას, წითლით — მაჯისას და ლურჯით — სუნთქვისას.

**სუნთქვის ტიპისა და სისშირის ცვლილებანი.** სუნთქვის ტიპი შესაძლოა სხვადასხვაგვარად შეიცვალოს. გულ-მკერდის ძვლოვანი ჩონჩხის ან კუნთების დაავადების დროს, პლევრის ანთების და მის ღრუში სითხის დაგროვებისას, სუნთქვა უფრო მუცლის ტიპისა ხდება; პირიქით, დიაფრაგმის დაავადების

მაგალითად, (ანთების), მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების, ნაწლავების აირებით აბერების, პერიტონეუმის ანთების ან ორსულობის დროს სუნთქვა უფრო მკერდის ტიპისა ხდება.

სუნთქვის ტიპის ასეთ ცვლილებებს, გარდა იმისა, რომ სასიცოცხლო ნივთიერება აქვს, რადგან ამ გზით ორგანიზმი ცდილობს არ დაუშვას სუნთქვის პროცესის დარღვევა, გარკვეული დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს და მეტად დიდ სამსახურს გვიწევს დაავადების ხასიათის და ადგილმდებარეობის ამოცნობაში.

სუნთქვის სისწორე ფართოდ იცვლება როგორც ფიზიოლოგიური, ისე პათოლოგიური პირობების მიხედვით.

სისწორე შეიძლება შეიცვალოს როგორც სისწირის მომატების, გახშირების, ისე სისწირის დაკლების, გაიშვიათების მხრივ. სუნთქვის გახშირება ეწოდება — ტ ა ქ ი პ ნ ო ე, გაიშვიათებას კი — ბ რ ა დ ი პ ნ ო ე.

სუნთქვის გახშირება ფიზიოლოგიურ პირობებში ხშირი მოვლენაა, მაგალითად, ჩქარი სიარულის, სულიერი აგზნების, უხვი კამის, ცხელ ან გაიშვიათებულ ჰაერში (მაგ., მთებში) ყოფნის დროს.

სხვადასხვა დაავადების დროს სუნთქვა შესაძლოა გახშირდეს არა მარტო მაშინ, როდესაც თვით სასუნთქი გზებია დაავადებული, არამედ მაშინაც კი, როდესაც ავადმყოფობა სასუნთქი გზების გარეშეა, მაგალითად, გულის, თირკმლების, ტვინის, მწვავე ინფექციური და სხვა დაავადებების დროს.

სუნთქვის გაიშვიათებას ხშირად ვხვდებით თავის ტვინის ზოგიერთი დაავადების დროს, ურემიული, დიაბეტური და ამოპლექსიური კომის დროს (იხ. თავი IX) და სხვ. ასეთ შემთხვევებში სუნთქვა მეტად ნელი და ღრმა ხდება და მას ე. წ. „დიდი სუნთქვა“ ეწოდება.

სუნთქვის სისწირისა და ტიპის ცვლილებათა გარდა, იცვლება სუნთქვის სიღრმე. სუნთქვა ზოგჯერ მეტად ზერელეა, მაგალითად, ფილტვების ანთებისა და ექსუდაციური პლევრიტის დროს, პლევრის ღრუში ჰაერის შექრისას (პ ნ ე ე მ ო თ ო რ ა ქ ს ი), ზოგჯერ კი მეტად ღრმა, მაგალითად, კომატოზური მდგომარეობის დროს.

სუნთქვა აგონიის დროს ღებულობს ხრიალის ხასიათს და ასეთ სუნთქვას ს ტ ე რ ტ ო რ ო ზ უ ლ სუნთქვას უწოდებენ.

ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა სუნთქვის რითმიც მოიშალოს და ყოველი შესუნთქვა-ამოსუნთქვა წესიერად არ მისდევდეს ერთმანეთს.

ქ ო შ ი ნ ი ეწოდება სუნთქვის გაძნელებას. ქოშინი არის სუნთქვის მოშლის ერთ-ერთი მთავარი სახე და ის შეიგრძნობა ავადმყოფის მიერ, როგორც მეტად არასასიამოვნო მოვლენა ჰაერის ნაკლებობისა (ე. წ. ს უ ბ ი ე ქ ტ უ რ ი ქ ო შ ი ნ ი), მეორე მხრივ კი აღინიშნება დამკვირვებლის მიერ, როგორც სუნთქვის გაძლიერება ყველა სასუნთქი კუნთის მაქსიმალურად მოხმარების სახით (ე. წ. ო ბ ი ე ქ ტ უ რ ი ქ ო შ ი ნ ი).

ქოშინის დროს სუნთქვა ან გახშირდება, უფრო ზერელე გახდება და მისი სისწორე 30—50 და ზოგჯერ მეტს მიაღწევს წუთში, ან კიდევ გაიშვიათდება და მეტად გაღრმავდება.

ქოშინის მიზეზი მრავალგვარია. ეს მიზეზები შესაძლოა ან თვით სასუნთქ გზებში იყოს (ცხვირის ღრუ, ზორხი, სასულე, ბრონქები, ფილტვები, პლევრა), ან გულში, თირკმლებში, ტვინში, მუცლის ღრუში და სხვაგან. რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს ქოშინი გამოწვეული, ის მეტად მძიმე მოვლენაა და ავადმყოფს დიდ ტანჯვას გვრის.

ისეთი დაავადების დროს, როგორცაა ბრონქული ასთმა, ფილტვების ემფიზემა, გულის დეკომპენსაცია, ფილტვების ქრონიკული დაავადებანი, ადამიანი განიცდის ქოშინს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ის ეჩვევა ჰაერის ნაკლებობას და თვით ქოშინი ქრონიკულ ხასიათს იღებს.

პირიქით, ისეთი დაავადებები, როგორცაა ფილტვების მწვავე ანთება, პლევრის ღრუში ჰაერის შექრა (პნევმოთორაქსი) ან სითხის სწრაფი და დიდი რაოდენობით დაგროვება, სწრაფად იწვევს ძლიერი ქოშინის განვითარებას, რომელიც ზოგჯერ აუტანელია ავადმყოფისათვის და მას ხშირად ასთმის იმიტირაციის (მ. ხ. რ. ბ. ი. თ.) სიკვდილს უქადის.

ქოშინი ზოგჯერ თავისებურ ხასიათს ატარებს და მას ხშირად მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც დიაგნოსტიკური (ამოცნობით), ისე პროგნოზის თვალსაზრისით; ქოშინის ასეთ თავისებურ სახეს ე. წ. ჩეი-ნესტოქსიკ სუნთქვა წარმოადგენს. ასეთი სახის ქოშინის დროს სუნთქვა თანდათანობით სუსტდება, ნელდება, ზერეულე ხდება და ბოლოს სულ ჩერდება 40—50 წამით; ასეთი პაუზის შემდეგ სუნთქვა ისევ იწყება ჯერ სუსტი, ზერეულე და ნელი, შემდეგ თანდათან ძლიერდება, ღრმავდება, ჩქარდება და ბოლოს ხელახლა წინანდელ მდგომარეობას უბრუნდება, ისევ პაუზა დგება.

ქოშინი და პაუზა მორიგეობენ ზოგჯერ 4—5 წუთში, ზოგჯერ უფრო იშვიათად.

ეს სუნთქვა მეტად მძიმე, იმავე დროს სიკვდილის წინამორბედი მოაღონა და გვხვდება თავის ტვინის მძიმე დაავადებებისა და ურემიის დროს, მაშინ, როდესაც სასუნთქი ცენტრი ზიანდება ბაქტერიალური ტოქსინებით ან ენდოგენური შხამებით.

ავადმყოფის მოვლა ქოშინის დროს. თუ ავადმყოფს რაიმე ქრონიკული დაავადების გამო ხანგრძლივი ქოშინი აქვს, მით უმეტეს, თუ ის მაინცადამაინც ძლიერი არ არის, რაიმე განსაკუთრებულ სასწრაფო ღონისძიებათა ხმარება საჭირო არაა. ქოშინის გამომწვევი ძირითადი დაავადების მკურნალობა არის ქოშინის საწინააღმდეგო ღონისძიებაც.

სხვა მდგომარეობა მაშინ, როდესაც ავადმყოფს უეცრივ ეწყება ძლიერი ქოშინი და მას მოხრჩობის ხიფათი მოელის.

ასეთი ქოშინი ხშირად ვითარდება პნევმოთორაქსის დროს; შემდეგ ხშირია კიდევ შეტევითი ხასიათის ქოშინი ბრონქული ასთმის დროს. ეს დაავადება მდგომარეობს იმაში, რომ ამ დროს ხდება ბრონქების წვრილი ტოტების კედლების კრუნჩხვითი შეკუმშვა, რის გამო მათი სანათური ვიწროვდება და ეს კეფტარებს ჰაერის თავისუფალ მოძრაობას ბრონქებში, რასაც ქოშინი მოსდევს.

ასეთივე ქოშინი იძლევა ე. წ. კარდიალური ანუ გულის ასთმა, რომლის შესახებ ლაპარაკი იყო სათანადო თავში.

სწრაფად ვითარდება მეტად მძიმე ქოშინი ხორხის დაავადების დროს ხუნაგის და მძიმე ანგიონის შეღვევად, როდესაც დაწყულულებისა და ხორხის კედლების შეშუპების გამო ხორხის სანათური იმდენად ვიწროვდება, რომ ჰაერს არ ატარებს. ასეთ პირობებში, რა თქმა უნდა, ადამიანს მოხრჩობა მოელის; ამ მდგომარეობას ეწოდება კრუპი.

ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში ავადმყოფები მეტად დიდ ტანჯვას განიცდიან ჰაერის ნაკლებობის გამო, მათ შეიძლება ხოლმე სიკვდილის შიშის გამო, საწოლში ვერ ჩერდებიან, ცდილობენ დამჯდარი მდგომარეობა მიიღონ და ხელებით რასმე დიყვარდნონ, რათა მოიხმარონ დამხმარე სასუნთქი უბნები სუნთქვის გასაძლიერებლად.

თუ ავადმყოფებს ძალა შესწევთ, ისინი ხშირად ფანჯარას მივარდებიან და ვალებზე მას. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფები საათობით რჩებიან, სანამ ენოზინი არ გადაუვლით.

ასეთი ავადმყოფების გარეგნობა მეტად დამახასიათებელია: მათ აქვთ შეშინებული და წამოხერხილი სახე, გაფართოებული თვალები, სახის კანი ნესტიანი და ცი. ნოზური. შუბლზე ცივი ოფლი აყრიათ, ცხვირის ნესტოები გაფართოებულია და მოძრავი, პირი ხშირად გაღებულია, ავადმყოფთან მიახლოებისას, უკვე რამდენიმე ნაბიჯზე ისმის ხრიალი და მსტვენაეისუნთქვა (სტრიდორი).

ასეთ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთ სასწრაფო დახმარება ესაჭიროებათ და ექიმის მისვლამდე ეს დახმარება მათ ექთანმა უნდა აღმოუჩინოს.

რა უნდა გაკეთდეს ასეთ შემთხვევაში?

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ავადმყოფს ნახევრად წამომჯდარი მდგომარეობა მიეცეს საწოლში ან ბალიშების, ან თუ ხელთ არის, რკინის ბალიშის ჩადების საშუალებით.

ავადმყოფის სხეული უნდა განათვისუფლდეს შემოპყერილი ტანსაცმელიდან, ქაბრიდან, საყელოდან და სხე.

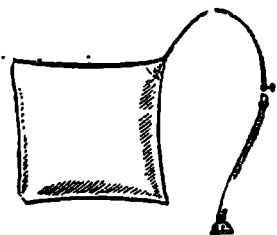
თუ ავადმყოფი საწოლში ვეღარ ძლებს, შეიძლება ის სავარძელში გადავიყვანოთ.

ოთახის ფანჯრები უნდა გავაღოთ სუფთა ჰაერის შემოსაშვებად.

ავადმყოფის ხელ-ფეხი შეიძლება ცხელ წყალში ჩაუშვათ და მკერდზე ირგვლივ კოტრეები გაუკეთოთ.

სუნთქვის გასაადვილებლად კარგია ავადმყოფს სხვადასხვა წამლები შევართქლოთ ინჰალატორის საშუალებით (იხ. ქვევით).

მეტად დიდ შვებას აძლევს ავადმყოფს ქანგბადის ბალიშის ხმარებაც (სურ. 26).



სურ. 26. ქანგბადის ბალიში.

ქანგბადის ბალიში წარმოადგენს რეზინის, ან რეზინით გაუღვნილი ქსოვილის ოთხკუთხიანი ფორმის პარკს, რომლის ერთ კუთხიდან გამოდის რეზინის მილი; ბალიში არის ზომით 50×40 სმ და იტევს დაახლოებით 20—40 ლ. ქანგბადს. რეზინის მილი თავდება სატუჩით, ხოლო ავადმყოფისათვის ბალიშიდან ქანგბადის მიწოდების რეგულაციისათვის მილს აქვს გუტაპერჩის ონკანი.

ქანგბადის ბალიშს წინასწარ ავსებენ ქანგბადით და მიიტანენ ავადმყოფთან, სატუჩარს მიადგამენ მჭიდროდ ტუჩებზე და გახსნიან ონკანს — ქანგბადის ნაკადი ჩაისუნთქება ავადმყოფის მიერ. ქანგბადი რომ უკეთ გამოდიოდეს ბალიშიდან, უმჯობესია მას ოდნავ დაეაწვებოთ ხელით. ქანგბადის ბალიშის ავსება და გამოყენება ექთანს ევალება. თუ ქანგბადის ჩასუნთქვას ხშირად მიმართავენ, შესაძლოა ავადმყოფს ზედა სასუნთქი გზები გაუღიზიანდეს, ამიტომ უმჯობესია ქანგბადის ბალიშის სატუჩეში ჩაუფინოთ წყალში დასველებული, გაწურული და 4-ჯერ მოკეცილი დოლბანდის ნაკერი.

ქანგბადის ბალიშის ავსება აირით ხდება ქანგბადის სპეციალური ფოლადის ბალონიდან, რომელშიც მოთავსებულია 150 ატმოსფ. წნევის მქონე

2000-მდე ლიტრი ეანგბადი. ბალონი იხურება ზევიდან სპეციალური საცობით (ვენტილით), უკანასკნელი კი გვეიდან დაფარებულია ლითონის ხუფით, რომელიც იცავს მას შემთხვევითი დარტყმიდან. ვენტილის გვერდით არის ლითონის მილი, რომელიც უერთდება რედუქტორის ჰანჯის საშუალებით. რედუქტორის ზემო ნაწილში მოთავსებულია მანომეტრი, რომელიც უჩვენებს ეანგბადის წნევას ბალონში. რედუქტორის დართული აქვს თვალი, რომლის მოტრიალებით ხდება ეანგბადის ვაშევა ბალიშში. ბალიშის ავსება ხდება 4—3 ატმ. წნევით. რედუქტორის ქვემო ნაწილში არის ლითონის მილი (შტუცერი), რომელზედაც უნდა იქნეს ჩამოცმული რეზინის ბალიშის მილი (სურ 27).

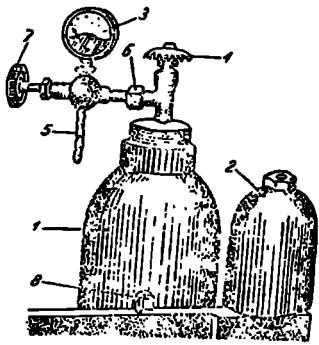
იმისათვის რომ გამოვიანგარაშთო ცილინდრში დაგროვილი, აირის მდგომარეობაში მყოფი ეანგბადის რაოდენობა, საჭიროა ბალონის მოცულობა გაამრავლოთ მანომეტრის ჩვენებაზე, მაგალითად, თუ ბალონის მოცულობა უდრის 12,5 ლ, ხოლო მანომეტრი უჩვენებს წნევას — 90 ატმოსფ., მაშინ ბალონში არის 1125 ლიტრი (12,5×90) აირი ეანგბადი.

თუ კი ცნობილია აირი ეანგბადის ზოგადი მოცულობა ცილინდრში, მაგ., 1875 და ცილინდრში დარჩენილი ეანგბადის (1125 ლ) მოცულობა, ადვილი გასაანგარიშებელია დახარჯული ეანგბადის რაოდენობა. მოცემულ მაგალითში ის უდრის 750 ლ (1875—1125).

ეანგბადის ბალიშის ავსება ცილინდრიდან ხდება შემდეგნაირად:

1. ეანგბადის ცილინდრს ახსნიან ხუფს, ხოლო გვერდით მილს მოხსნიან საცობს;
2. გვერდით მილს მიახრახნიან მაგრად რედუქტორის ჰორიზონტალურ მილს;
3. შტუცერს შეუერთებენ ეანგბადის ბალიშის რეზინის მილს.
4. საცობი ვენტილის მიტრიალებით მარცხნივ (სათის ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით) ეანგბადი გადაჰყავთ ცილინდრიდან რედუქტორის ჰორიზონტალურ მილში;
5. რედუქტორის თვალის მოტრიალებით ეანგბადი გადაჰყავთ შტუცერით რეზინის მილში და ბალიშში;
6. ბალიშის ავსებისთანავე თვალს უშლავთ დახურავენ, რათა ბალიშში ზედმეტად არ აივსოს და არ გასკდეს;
7. ბალიშის ავსების შემდეგ ვენტილი უნდა დაიხუროს, რედუქტორი მოიხსნას და ცილინდრის გვერდით მილი შქიდროდ დაიხუროს. შემდეგ ვენტილს დაეხურება დასაცავი ხუფი, ხოლო ცილინდრს ჩამოეცმება საბურველი.
8. ცილინდრი გადაზიდვის დროს ჰორიზონტალურად უნდა იქნეს მოთავსებული ყუთში.

ეანგბადით მკურნალობა (ოქსიგენოთერაპია) ფართო ხმარებაში შემოვიდა მედიცინაში, მაგრამ ეანგბადის ბალიშით წისი მიწოდება არასრულ-



სურ. 27. ეანგბადის ბალონის მოწყობილობის სქემა.  
 1—ეანგბადის ბალონი; 2—დასაცავი ხუფი; 3—მანომეტრი; 4—ვენტილი; 5—შტუცერი; 6—ჰანჯი; 7—თვალი რედუქტორისა; 8—საცობი.

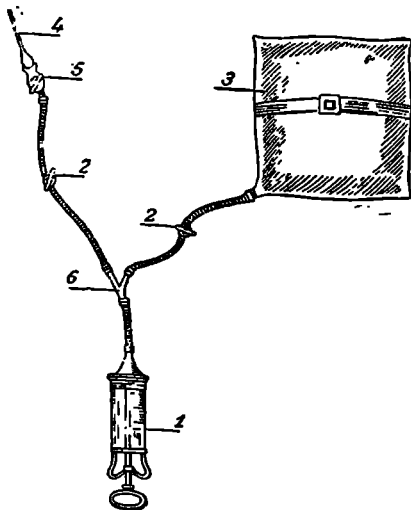
ყოფილი გამოდგა, ვინაიდან ქანგბადის დიდი ნაწილი ჰაერში იფანტება, მისი ჩასუნთქვა ავადმყოფს არ უხერხდება და ის მიზანს ვერ აღწევს. ამიტომ დღეს სამედიცინო პრაქტიკაში მიღებულია ბეკრი სახის აპარატურა ოქსიგენოთერაპიისათვის.

ასე, მაგალითად, ამჟამად იხმარება ჩანგბადის ნილაბი, რომელსაც აქვს ორი ვენტილი — ჩასასუნთქი და ამოსასუნთქი; იხმარება აგრეთვე ცხვირის კათეტერები, ქანგბადის ინჰალატორი (KH—3), კომბინირებული ინჰალაციური ხელსაწყო ქანგბადის და ნაწშირქანგის ერთდროულად შესაყვანად, ქანგბადის კარავი, ქანგბადის კამერა და სხვ.

ზოგჯერ, როდესაც სუსუნთქი გზებით ქანგბადის შეყვანა არ ხერხდება, მიმართავენ ქანგბადის შეყვანას კანქვეშ. ამისათვის სხვადასხვა საშუალება არსებობს, მათ შორის ყველაზე მარტივია ქანგის შპრიცით ქანგბადის შეყვანა. ჩვეულებრივ ქანგბადის ბალიშის რეზინის მილს შეუერთებენ სამწვერა შუშის მილს, რომლის ერთ ბოლოზე წამოცმულია რეზინის მილი, მეორე კი შეერთებულია ქანგის შპრიცთან. რეზინის მილი ბოლოზე შეერთებულია შუშის მილთან, რომელშიც ბამბის ფილტრია, ხოლო შემდეგ კანქვეშ შესაყვანი ნემსი (სურ. 28).

რეზინის იმ მილში, რომელიც უერთდება რეზინის ბალიშს, აგრეთვე იმ მილში, რომელიც შეერთებულია ნემსთან, არის ონკანი (სურ. 28). ბარძაყის

გარეთა ზედაპირის კანს გაწმენდენ სპირტით და იოდით, ასწვევენ კანს და კანის ნაკეცის ფუძეზე შეიყვანენ ნემსს. შპრიცში ქანგბადის შესაყვანად გახსნიან ბალიშის მილის ონკანს და შპრიცის დგულს დასწვევენ ნელ-ნელა უკან ბოლომდე, ამის შემდეგ დახურავენ ბალიშის ონკანს და მოხსნიან ნემსთან შეერთებულ რეზინის მილის ონკანს; შპრიცის დგულზე ზეწოლით ქანგბადი შევა კანქვეშ. ასე გაიმეორებენ რამდენჯერმე. ამრიგად, კანქვეშ შეიძლება 2 ლიტრამდე ქანგბადის შეყვანა. ნემსის შეყვანის შემდეგ აუცილებელია მას მილი მოგხსნათ და შევამოწმოთ, ზომ არ მოხვდა ნემსი სისხლის ძარღვში, რაც გასაგები გახდება, თუ ნემსის სანათურში სისხლი გამოჩნდა. თუ სისხლის ძარღვშია ნემსი, მას ადგილი უნდა შეეცვალოს. თუ ეს წესი არ იქნა დაცული, შეიძლება ჰაეროვანი ემბოლია განვითარდეს. ქანგბადის კანქვეშ შეყვანიდან კრეპიტაციას, ეს



სურ. 28. ქანგბადის კანქვეშ შესაყვანი მოწყობილობის სქემა.

- 1—ქანგის შპრიცი; 2—ონკანები; 3—ქანგბადის ბალიში; 4—ნემსი; 5—ბამბის ფილტრი; 6—სამწვერა შუშის მილი.

ვანის ადგილას გაჩნდება ბორცვი, სადაც ბორცვი მალე შეიწოვება.



თუ ავადმყოფს კრუპი აქვს, საჭირო ხდება სასულეს გაკეთა (ტ რ ა ქ ე ო - ტ ო მ ი ა), რათა ავადმყოფი მოხრჩობას გადაარჩეს, ან შრატის შეყვანა (ხუნაგის დროს), მაგრამ მათი გაკეთება მხოლოდ ექიმს შეუძლია.

თუ ავადმყოფი სასუნთქ ორგანოთა დაავადებითაა შეპყრობილი, ხშირად ადგილი აქვს ხველას.

ხველა რეფლექტორული აქტია და მდგომარეობს ღრმა შესუნთქვისა და ყიას დროებით დახურვის შემდეგ რამდენიმე სწრაფად მიძლევარ ბიძგისებურ ამოსუნთქვაში. ეს მოვლენა ხდება დიაფრაგმის დახმარებით და განსაკუთრებული ბგერით, რომელიც ყველასათვის ცნობილია, მაგრამ მისი ტემპური ყოველთვის ერთნაირი არ არის და ხველის ბგერის ხასიათის მიხედვით ზოგჯერ შესაძლებელია მისი გამოშვებები დაავადების ამოცნობა.

როგორც ვთქვით, ხველა რეფლექტორული აქტია, მაგრამ ხველის გამოწვევა შეიძლება სურვილის მიხედვით და, პირიქით, ხველა შეიძლება შეჩერებულ იქნეს ადამიანის ნებითაც, რა თქმა უნდა, გარკვეულ ფარგლებში.

ხველას იწვევს ესა თუ ის გაღიზიანება, რომელიც ყველაზე უფრო ხშირად თვით სასუნთქ გზებშია. სასუნთქ გზებზე გამაღიზიანებლად ბევრი რამ შეიძლება მოქმედებდეს: ყოველგვარი გარეშე სხეული იქ მოხვედრისას იწვევს ხველას; ლორწოს, გამონაჟონის, ან ნახველის და სისხლის დაგროვება ფილტვების ალვეოლებში აგრეთვე იწვევს ხველას. ეს უკანასკნელი ხშირად ვითარდება ლორწოვანი გარსის უბრალო ჰიპერემიის (სისხლსაგნობის) დროსაც კი. პლევრის ანთებითი მდგომარეობა ან მისი გაღიზიანება, როგორც წესი, მშრალ და შემაწუხებელ ხველას იწვევს.

ყოველგვარი გაღიზიანება ლორწოვანი გარსიდან გამტარებელი ნერვების საშუალებით გადაეცემა სასუნთქ ცენტრს, ან როგორც ზოგნი ფიქრობენ, სპეციალურ ხველის ცენტრს, რასაც რეფლექტორულად მოსდევს ხველა. მისი მიზანია ლორწოვანი გარსის გაღიზიანების თავიდან მოცილება და გარეშე სხეულის გარეთ გამოღენა; ამრიგად, ხველა თავდაცვითი აქტიცაა.

ბგერა, რომელსაც ხველა იძლევა, სხვადასხვა ხასიათისაა, და ამის მიხედვით შეიძლება დაავადების შესახებ მსჯელობა.

დაავადების სხვადასხვა პერიოდში ხველა სხვადასხვანაირია და ეს დამოკიდებულია იმ პროცესებზე, რომელთაც ადგილი აქვთ სასუნთქ გზებში.

პლევრის ანთებით (პლევრიტით) გამოწვეული ხველა მშრალია, წყვეტილი და მოკლე. ფილტვების ანთების დროს ხველა დასაწყისში მშრალია, ხოლო შემდეგ, ნახველის დაგროვებასთან ერთად, იგი სველი და დაბალი ტონისა ხდება.

გულთი ავადმყოფთა ხველა ხანგრძლივი და შემაწუხებელია. ასეთივეა ხველა თამბაქოს მწველთა, ქრონიკული ბრონქიტითა და ფილტვების ემფიზემით დაავადებულებისა.

ხველა მსტვენავი ხასიათისაა ბრონქების შევიწროების დროს. ისეთი დაავადებები კი, რომელიც მბგერავი იოგების დარღვევას იწვევენ (ხორხის ქლექი, კიბო, ათაშანგი), ხასიათდებიან უხმო, ხრინწიანი ხველით.

მეტად დამახასიათებელია ხველა კრუპისა და ყივანახველის დროს. ბარველ შემთხვევაში ხველა მყეფარე ხასიათისაა, ძალიან წააგავს ძაღლის ყეფას და ასეთი ხველა ყოველთვის კრუპის განვითარებას მოასწავებს. მეორეში კი—ხველა კრუნჩხვითი ხასიათისაა, სპაზმური; აქ რამოდენიმე ხშირი წამოხვე-

ლების შემდეგ ავადმყოფი ერთბაშად ძლიერ შეისუნთქავს და რადგან ამ მომენტში ყოი ვახსნილი არ არის, არამედ, ხორხის კუნთების კრუნჩხვითი მდგომარეობის გამო შევიწროებულა, პაერი სტვენით გადის მასში და ავადმყოფს დამახასიათებლად „აყიფობს“.

ასეთ ძლიერ, სპაზმურ ხველას თან სდევს სახსიკენ სისხლის ძლიერი მოწოლა, სახის ვალურჯება, კისრის ვენების აბერვა, ცრემლის დენა, თავის ტკივილი და ზოგჯერ პირსაქმებაც კი.

ნახველის გამოყოფა მცირეოდენ შეღავათს აძლევს ხოლმე ავადმყოფს. სასუნთქ ორგანოთა დაავადებით ავადმყოფთა მოვლის საქმეში ნახველის თვისებების გათვალისწინებას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ნახველი ნორმალურ პირობებში ადამიანს სრულიად არ უნდა ჰქონდეს. სასუნთქ გზებში ლორწოვანი გარსით გამოიყოფა ლორწოს მცირე რაოდენობა, რომელსაც ადამიანი დილით, ძილის შემდეგ ამოიღებს ხოლმე.

სასუნთქი გზების დაავადების დროს კი ლორწოს რაოდენობა მატულობს. გარდა ამისა, ფილტვების ალვეოლებში ხდება ანთებითი გამონაჟონის (ექსუდატის) დაგროვება, რომელშიც მრავლად არის შერეული ლეიკოციტები, ჩამოვტყენილი ეპითელიუმი, ბაქტერიები და სხვ.

ყველაფერი ეს დამახასიათებელ ფერსა და შეხედულებას აძლევს ნახველს, მისი რაოდენობა ზოგჯერ ძალზე მატულობს და ხშირად 500—600 მლ და მეტსაც აღწევს დღე-ღამეში.

თუ ნახველი დიდი ხნის განმავლობაში რჩება ფილტვებში, მაგალითად, ტუბერკულოზურ ღრუებში (კავერნებში), გაგანიერებული ბრონქების პარკებში (ბრონქოექტაზები) და სხვ., ლპობითი ბაქტერიების ზეგავლენით იგი განიცდის ლპობას და ფილტვის ჩირქგროვის (აბსცესის) და განგრენის დროს, მაგალითად, მეტად მყარალ სუნს იღებს.

ნახველი ზოგჯერ თხელია, ზოგჯერ, პირიქით, მეტად სქელი, წებოსმაგვარი და ძნელად ამოსახველბელი. ფერი მეტად სხვადასხვაა: ნახველი ყვითელია სასუნთქი გზების ანთებითი (კატარული) მდგომარეობის დროს, ის მომწვანო ფერისა ხდება ანთების მოგვიანებულ ხანებში. სისხლის შერევა მას მოწითალო ან ჟანგისფერს აძლევს.

ჟანგისფერი ნახველი დამახასიათებელია ფილტვების კრუპოზული ანთებისათვის; სისხლიანი ნახველი ხშირია ჭლექის და ფილტვების ექინოკოკის დროს. სისხლით ნარევი, მოსქო ეოლოს ქელესმაგვარი ნახველი ახასიათებს ფილტვის კიბოს.

ფილტვების შეშუპების დროს ავადმყოფს დიდი რაოდენობით ამოაქვს თხელი, ქაფიანი ნახველი, რომელიც ხშირად ვარდისფერად არის შეფერილი ნასში სისხლის შერევის გამო.

გარკვეული მნიშვნელობა აქვს იმასაც, თუ როგორ სახეს იღებს ნახველი ქურქელში რამდენიმე ხნის განმავლობაში დარჩენის შემდეგ. თუ დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილი ნახველი ჭიქაში იქნა მოგროვილი, ეს ნახველი 3 შრედ გაიყოფა: ზედა — ქაფიანი ფენა, შუა — სეროზულ-ლორწოვანი და ქვედა — ჩირქოვანი. ასეთი ნახველი ცნობილია „სამფენიანი“ ნახველის სახელწოდებით და მეტად დამახასიათებელია ფილტვში ღრუს არსებობის შემთხვევაში (ტუბერკულოზი, კავერნა, ბრონქოექტაზია, აბსცესი, განგრენა). ასეთ ნახველს, ჩეულებრივ, ძალზე მყარალი სუნიც აქვს.

ექთანმა უნდა იცოდეს, რომ ამგვარ ავადმყოფებს ხშირად ერთბაშად წამოუვთა ნახველის უამრავი რაოდენობა, რაც ნახველით რწყების შთაბეჭდილებას

ტოვებს. ასეთ შემთხვევაში, ცხადია, ავადმყოფებს მოსდით უძლიერესი ხველა, ზრჩობის მოვლენები, მეტად მძიმე მდგომარეობაში მოექცევიან ხალხე და მდგომარეობის შესამსუბუქებლად ესაჭიროებათ დახმარება.

უნდა აღინიშნოს, რომ სამწუხაროდ, ძლიერი შეტევითი ხველის შეჩერება ზშირად ძნელი საქმეა ენერგიული ღონისძიებითაც კი და მეტწილად ხველის მხოლოდ შემსუბუქების მიღწევაა შესაძლებელი.

განსაკუთრებით ძნელია მშრალი და სპაზმური ხველის შეჩერება პლევრის ანთების ან გაღიზიანების, ყვიანახველის და სხვა მსგავს დაავადებათა დროს. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება ნარკოზული (დასაწყნარებელი) წამლების ხმარება.

ხველის შემთხვევაში საჭიროა ბინაში სისუფთავე იქნეს დაცული, ჰაერი ზშირად უნდა გასუფთავდეს ფანჯრების გაღებით. უნდა ვეცადოთ, რომ ჰაერი ბინაში არ იყოს არც ძლიერ ცივი, არც მეტად ცხელი. საჭიროა ჰაერის გარკვეული სინესტის დაცვა, რადგან მშრალი ჰაერი აღიზიანებს სასუნთქ გზებს იმით. რომ იწვევს ლორწოვანი გარსების გაშრობას. ჰაერის სინესტის დასაცავად შეიძლება ოთახში წყალი იქნეს აორთქლებული ან სველი ზეწრები იქნეს დაკიდებული გასაშრობად.

როდესაც ავადმყოფს ხველის ძლიერი შეტევა მოსდის, თუ ეს ხველა მშრალია, საჭიროა ავადმყოფს თბილი ჩაი, თბილი რძე ან ბორჯომის წყალი მიეცეს, გულ-მკერდზე კოტონები ან მღოგვის ქაღალდი დაეკრას, სათბური კომპრესი გაუკეთდეს და შიგნით ხველის დასაწყნარებელი წამლები მიეცეს — კოლეინი, ჰერონინი, დოვერის ფენილი, დიონინი, პანტოპონის წვეთები და სხვ. მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში შეიძლება ნახმარ იქნეს მორფინის ან პანტოპონის შესაბუნება კანქვეშ.

მაშინ კი, როდესაც ავადმყოფს ძლიერი ხველა აქვს და ამასთან ერთად ნახველის დიდი რაოდენობაც, საჭიროა ავადმყოფის წამოჭენა, ხველის დროს თავის დაჭერა და საყრდენის (სკამის, საღამური პატარა მაგიდის) მიწოდება, რათა ავადმყოფი მას ხელებით დაეყრდნოს და შეძლოს მოიხმაროს დამხმარე სასუნთქი კუნთები ხველის გასაძლიერებლად და ნახველის ამოსაღებად.

ამავე დროს საჭიროა ჩასაფურთხებლის მიწოდება და ავადმყოფის ტუჩებზე ნახველის წვეთების მოწმენდა.

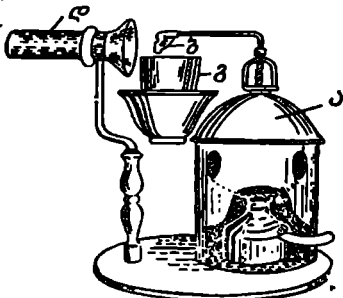
თუ ნახველი თხელია და მას ავადმყოფი ადვილად იღებს, ხველა იმდენად შემაწუხებელი არ არის და ავადმყოფიც მალე მშვიდდება ნახველის ამოღებისთანავე. პირიქით, თუ ნახველი სქელი და მწვებავია, საჭიროა ისეთი წამლების მიცემა, რომლებიც ნახველს გაათხიერებს და, ამრიგად, ხელს შეუწყობს მის ამოხველებას.

ამისათვის იხმარება იპეკაკუანას ნაყენი, ანისის წვეთები, სოდა და სხვ. ამ წამლების მიცემამდე კი საუკეთესოა ან წყლის ორთქლის და წამლების თბილი ხსნარების შეორთქლება სპეციალური ხელსაწყოთი — ინჰალატორით (სურ. 29) ან მათივე შეფრქვევა ცივი მდგომარეობაში, ე. წ. პულვერაიზატორით.

ორთქლის ინჰალატორი წარმოადგენს ლითონის ქვაბს (ა), რომელშიც სპირტის ლამპრის საშუალებით ადუღებენ წყალს, ქვაბის ზემო ნაწილში არის საცობი, რომელშიც გატარებულია სწორი კუთხით მოხრილი შუშის მილი. ამ მილს ახლავს მეორე, ვერტიკალური მილი (ბ), რომლის ბოლო ჩაშვებულია ჭიქაში (დ), სადაც ჩასხმულია წყალი ან წამლის ხსნარი (სოდის, თიმოლის, მენ-

თოლის ხსნარი, ბორჯომის წყალი და სხვ.). ორივე მილთან ახლო მოწყობილია მესამე განიერი მილი (ღ), რომელიც უნდა მიედგას ავადმყოფს პირთან.

ქებაში ჩაასხამენ წყალს ნახევრამდე. წყლის აღუღებით წარმოშობილი ორთქლი გაივლის მოხრილი მილით (მილისაქენ ბ), აქ ჰაერს გააიშვიათებს, რის გამო კიქაში ჩასხმული წამალი ან წყალი მილით (ბ) ზევით ავა, აქ გაიფანტება და ორთქლთან ერთად განიერი მილით (ღ) წავა ავადმყოფის პირისაკენ. ინჰალაციის წინ ავადმყოფის ნიკაბი, კისერი და მკერდი პირსახოცით უნდა დაიფაროს დასველებისაგან დასაცავად. ავადმყოფმა უნდა ისუნთქოს პირით და ცხვირით.



სურ. 29. ორთქლის ინჰალატორი

ამყამად უფრო გაუმჯობესებულა ინჰალატორებიც იხმარება.

ორთქლის ინჰალატორს ხშირად ხმარობენ ფილტვების ისეთ ქრონიკულ დაავადებათა დროს, როცა საჭიროა ნახველის რაოდენობის შემცირების მიზნით ან მის საღეზინფექციოდ სხვადასხვა წამლის შეორთქლება. ასეთებია — ბრონქოექტაზები, ფილტვის აბსცესი, ქრონიკული ბრონქიტი და სხვ.

პულვერიზატორი შუშის კურკელს წარმოადგენს, რომელშიც ჩასხმულია წამლის ხსნარი, კურკელს აქვს საციობი და მასში ორი მილია გაყრილი, ერთი

გრძელი, რომელიც კურკელის ფსკერამდე ჩადის, მეორე—მოკლე. ორივე მილი სწორი კუთხით არის მოხრილი. მოკლე მილი რეზინით შეერთებულია ორმაგ ბალონთან. შიშველ ბალონზე ხელის მოქერით ხდება ბალიანი ბალონის გაბერვა; ჰაერი მოკლე მილის საშუალებით ჩადის კურკელში, დააწევა სითხეს და გადენის მას გრძელ მილში, საიდანაც სითხე ამოვა გაცამტვერებულში.

ასეთი პულვერიზატორით შეიძლება ოთახში სურნელოვანი ან საღეზინფექციო ხსნარების მოფრქვევაც.

ნახველის ამოღების დროს როგორც მომვლელს, ისე ავადმყოფს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ ნახველი შეიცავს სხვადასხვა მიკრობებს და ამის გამო ის საშიშია გარემო მყოფათათვის, როგორც ინფიცირებული მასალა. ამ მოსაზრებით საჭიროა ზედმიწევნით სისუფთავის დაცვა და ნახველის ისე შეგროვება, რომ ის არ ატუქყიანებდეს საცვალს, საწოლთან დალაგებულ საგნებს და სხვ.

ნახველით საგნების გატუქყიანების თავიდან ასაცილებლად სავალდებულოა ჩასაფურთხებლის ხმარება. არამც და არამც ავადმყოფს ნება არ უნდა მიეცეს ნახველი იატაკზე ან ცხვირსახოცში ჩააფურთხოს, მეტადრე ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ჰლეკით, ანგინით, გრიპით, დიფთერიით და ზოგიერთ სხვა ისეთი სნეულებითაა ავად, ნახველით რომ ვრცელდება.

იატაკზე მოხვედრილი ნახველი შრება, ხმება, მტვრად იქცევა, ჭანმრთელების მიერ ჰაერთან ერთად ჩაისუნთქება და, ამგვარად, დაავადების გავრცელების მიზეზი ხდება. ცხვირსახოცში ჩააფურთხებული ნახველი კი ხელს უწყობს მათი რეცხვის დროს დაავადების გავრცელებას.

ავადმყოფებს უნდა აუფრქალოთ აგრეთვე ნახველის ჩაყლაპვა, რადგან ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია ავადმყოფობა გადატანილ იქნეს კუჭ-ნაწლავ-

ვის ტრაქტში და იქ დაავადება გამოიწვიოს (მაგ. ქლექი). ნახველის შეგროვებას ჩასაფურთხებელში კიდევ ის აზრი აქვს, რომ ექიმს საშუალება ეძლევა მისი ფერის, სუნის, რაოდენობის და სხვა თვისებების მიხედვით იმსჯელოს დაავადების ხასიათის შესახებ.

ჩასაფურთხებელი სხვადასხვანაირია. ისინი მზადდება უმთავრესად მინანქრიანი ლითონისაგან და მინისაგან. ასეთი ჩასაფურთხებლები შეიძლება უფრო სუფთად იქნეს დაცული, რადგან ადვილად ირეცხება.

იმის მიხედვით, თუ რა პირობებში იხმარება ჩასაფურთხებელი, ის სხვადასხვა ფორმისაა: დაწესებულებებში და საავადმყოფოების დერეფნებში იხმარება მაღალ საფეხურზე დასადგამი ჩასაფურთხებლები, როგორც უფრო მოხერხებული: ავადმყოფებს მოხრა არ სჭირდებათ და ნახველიც იატაკზე არ ზედება.

საწოლთან დასადგმელად ხმარობენ დაბალ ჩასაფურთხებელს, რომელსაც ძაბრივით ჩაზნექილი სახურავი აქვს, მაგიდანვე დასადგმელად კი იხმარება ჭიქის მოყვანილობის ჩასაფურთხებელი სახურავით და სახელურით. მეტისმეტად მოხერხებულია სახმარებლად მოსიარულე ქლექიან ავადმყოფთათვის ჯიბის ჩასაფურთხებელი. ის სქელი მინისაგან მზადდება. აქვს ჰერმეტიკული ზედა სახურავი, რომელიც სპეციალურ ფოლაქზე თითის დაჭერით ავტომატურად იხსნება და აქვედა მოსახრახნი სახურავი ფსკერით, საიდანაც ჩასაფურთხებელი ირეცხება. ჩასაფურთხებელი შიგ ისეა მოწყობილი, როგორც მოწაფეთა სამელნე: თავდადმა გადმობრუნების დროსაც კი ნახველი ჩასაფურთხებლიდან არ გადმოედრება.

ყველა ამ ჩასაფურთხებელში, ხმარების წინ, მათი მოცულობის  $\frac{1}{3}$ -ზე ჩასხმული უნდა იქნეს საღებინფექციო ხსნარი, რომ ნახველი კედლებს არ მიეკრას და ადვილი გასარეცხი იქნეს.

ნახველის საღებინფექციოდ იხმარება ლიზოლის 3%-ნი ხსნარი ან 2%-ნი ჰსნარი კარბოლის მექანსი. ჩასაფურთხებლები უნდა გაირეცხოს დაცლის შემდეგ ცხელი წყლით და გამოიხარშოს.

თუ ნახველის შეგროვება საჭიროა ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის, ავადმყოფებს უნდა მიეცეს ზედმიწევნით სუფთა ჰერმეტიკული, სასურველია გამობარშული; ავადმყოფები გაფრთხილებული უნდა იქნენ, რომ მათ შეაგროვონ ნახველი და არა ცხვირ-ხანის ლორწო. შეგროვილი ნახველი კარგად უნდა დაიხუროს შუშის საცობით და ლაბორატორიაში ისე გაიზავნოს.

### სისხლით ხველა

ფელტების დაავადებათა არც ერთი გართულება არ ახდენს ავადმყოფზე ისეთ მიმე შეთავსებლობას, როგორც სისხლით ხველა. სისხლით ხველა ეწოდება ნახველთან ერთად სუფთა სისხლის გამოყოფას, ან ზოგჯერ წმინდა სისხლის ამოსვლას სასუნთქი გზებიდან. თუ ნახველში შერეულია სისხლის მცირე რაოდენობა წერტილების ან ძაფების სახით, ასეთი სისხლის დენა ნაკლებ შეთავსებულობას ახდენს და არც სასწრაფო ღონისძიებათა ხმარებას მოითხოვს. თუ კი ნახველთან ერთად გამოიყოფა სისხლის მეტი რაოდენობა ან წმინდა სისხლით ხველა განვითარდა, ავადმყოფი მეტად შეშინებულია, სრულიად კარგაესტულიერ სიმშვიდეს და გადაწყვეტილი აქვს, რომ მალე დაიღუპება, მით უმეტეს, თუ სისხლით ხველა მას პირველად მოსდის.

ეს კი ასე არ არის სინამდვილეში, რადგან სისხლით ხველით სიკვდილი ძალიან იშვიათია და საჭიროა ავადმყოფის დამშვიდება, რადგან სიმშვიდეს, რო-

გორც ფიზიკურს, ისე სულიერს, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლით ზევლის შესაჩერებლად.

ექთანს უხდება ექიმის მოსვლამდე, ჯერ ერთი, ავადმყოფის დაშვილება და მეორე მხრივ სასწრაფო ღონისძიებათა ხმარება სისხლის ღენის შესაჩერებლად.

საჭიროა ცოდნა, რომ სისხლით ზველა შეიძლება მრავალი სხვადასხვა დაავადების დროს განვითარდეს: სისხლით ზველას იწვევს ფილტვების შეშუპება, გულის მანკი, ფილტვების ექინოკოკი და კიბო, ცხვირის, ხორხის დაავადებანი და სხვ. მაგრამ მეტ-ნაკლებად ძლიერი სისხლის ღენის მიზეზი, შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში, მაინც ფილტვების ტუბერკულოზია.

პირის ღრუდან ამოსული სისხლი ყოველთვის ფილტვებიდან არ ამოდის: ის შეიძლება კუჭიდან ან საყლაპავი მილიდან ამოდიოდეს და ამიტომ სავალდებულოა იმის უმაღვე გამოკვლევა, თუ საიდან არის სისხლი: კუჭიდან თუ ფილტვებიდან.

ფილტვებიდან გამოყოფილი სისხლი ბაცი წითელი ფერისაა, აქაფებულია და პაერის ბუშტუკებს შეიცავს. ის ყოველთვის ზველასთან ერთად გამოიყოფა. კუჭიდან ამოსული სისხლი კი კუჭის წველის მარილმჟეას ზეგაფლენის გამო მოშავო ფერისაა, გულისრევი და პირსაქმებით გამოიყოფა ხოლმე და ხშირად შეიცავს საჭმლის ნაწილაკებსაც.

როგორც კი გამოკვლეული იქნება, თუ საიდან არის სისხლი, საჭიროა მაშინვე ღონისძიების ხმარება.

ავადმყოფი მოთავსებული უნდა იქნეს საწოლში, ოღნავ წამოწეული ზედა ტანით, რომ სისხლის ამოღება გაუადვილდეს.

თუ ცნობილია, რომ ფილტვიდან მოდის სისხლი, გულ-მკერდის სათანადო მხარეზე უნდა დაედოს ყინულის პარკი. ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს ხმამაღლა ლაპარაკი და ყოველგვარი მოძრაობა.

საჭიროა მისი დაშვილება და დაწყნარება. ზველის შესაჩერებლად კარგია ავადმყოფისათვის დამაყუჩებელ საშუალებათა მიცემა, როგორცაა კოდინი, დიონინი, ჰეროინი და სხვ.

სისხლით ზველის დროს, სასწრაფო შინაური დახმარების სახით, მისაღებაა, როგორც სისხლის ღენის შესაჩერებელი საშუალება, ავადმყოფისათვის მარილიანი წყლის მიცემა. ერთ ჭიქა წყალში უნდა გაიხსნას ორი ჩაის კოვზი სუფრის მარილი.

საკვები უნდა მიეცეს მსუბუქი: რძე, თოხლო კვერცხი, წვენი, ძეღე, კრემი, ნაყინი; საჭმელი უნდა იყოს გრილი. ავადმყოფი ხშირად უნდა ჭამდეს და ცოტ-ცოტას, რათა კუჭი ერთბაშად ზედმეტად არ აივსოს.

შეკრულობის შემთხვევაში ავადმყოფს ოყნა უნდა გაუკეთდეს, საჭიროებისათვის საწოლიდან გადმოსვლა დატუშვებელია, ბუნებრივი მოთხოვნილება დაკმაყოფილებულ უნდა იქნეს საწოლში.

სისხლით ზველის დროს საჭიროა კიდევ სხვა საშუალებათა ხმარება, როგორცაა სისხლის შესაჩერებელი წამლების შემხაუნება (ქლორ-კალციუმის, ქლორ-ნატრიუმის 10%-ნი ხსნარის, შრატის, ელატინის 10%-ნი ხსნარის და სხვ.), რომელთაც, ექიმი დანიშნავს და გააკეთებს კიდევც.

მეტად ძლიერი სისხლით ზველის დროს, როგორც ენერგიულ სასწრაფო დახმარებას, ურჩევენ კიდურების გადასკვნას. ამისათვის ოთხივე კიდურის მხრებზე და ბარძაყებზე მაგრად გადაახვევენ ხელსახოცს 1—1½ საათით. ამის

გამო სისხლის წნევა სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში დაიკლებს, ფილტვების კაპილარში თრომბი გაჩნდება და სისხლის დენა შეჩერდება.

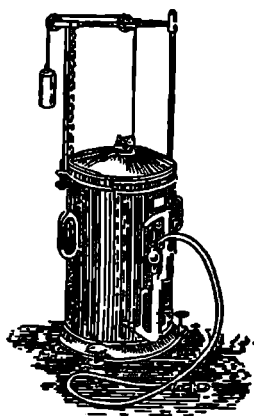
აღნიშნული ღროის გავლის შემდეგ ბანდებს ფრთხილად და თანდათანობით მოხსნიან.

სისხლით ხველის შემდეგ ავადმყოფი სულ მცირე, ორი კვირა მაინც ლოგინში უნდა იწვეს.

### სპირომეტრია

ჯანსაღი ადამიანი მშვიდი სუნთქვის დროს ჩაისუნთქავს და ამოისუნთქავს 500 კბ. სმ-დე ჰაერს (სასუნთქი ჰაერი).

ჰაერი, რომელიც შეიძლება ჩაისუნთქოს ადამიანმა ნორმალური ჩასუნთქვის შემდეგ, დამატებითი ჰაერია; ის შეადგენს 1500 კბ. სმ. ის ჰაერი, რომელიც ძლიერი ამოსუნთქვით გამოიყოფა ნორმალური ამოსუნთქვის შემ-



სურ. 30. სპირომეტრი.

დგ, მარაგო ჰაერია. ძლიერი ამოსუნთქვის შემდეგ ფილტვებში კიდევ რჩება ნარჩენი ჰაერი. ჰაერის იმ რაოდენობის მიხედვით, რომელიც შეიძლება ადამიანმა ჩაისუნთქოს და შემდეგ ამოისუნთქოს ძალზე ძლიერი ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის დროს, იკვლივენ ფილტვების სასიცოცხლო ტევადობას, რომელიც შამაკაცებში — 3000—4500 კბ. სმ, დედაკაცებში კი 2000—3500 კბ. სმ უდრის.

ამ გამოკვლევებისათვის იხმარება სპეციალური ხელსაწყო — სპირომეტრი (სურ. 30).

**აგადმყოფის მოგლა საჯაროს მოგნელბელ  
ორგანოთა დააგადმის დროს**

საქმლის მომნელბელ ორგანოთა სისტემა ადამიანის ორგანიზმში ერთ-ერთ უდიდეს, მრავალი ორგანოსაგან შემდგარ და უაღრესად დიდმნიშვნელოვან სისტემას წარმოადგენს.

დაწყებული პირის ღრუდან, ის ქმნის საქმლის მომნელბელ ერთ მთლიან ტრაქტს მასში შემავალი საყლაპავი მილით, კუჭით, წვრილი და მსხვილი ნაწლავებით, უკანა ტანით.

ამავე სისტემას ეკუთვნის ღვიძლი და კუჭქვეშა ჭირკვლი (პანკრეასი). ამ სისტემის ძირითად დანიშნულებას წარმოადგენს მიღებული საქმლის გადაღებვა, დამლა და სათანადოდ გადამუშავებული მასალის სახით სისხლში გადაცემა; სისხლი კი ამ საკვებ მასალას, ურომლასოდაც შიუძღებელია ცოცხალი ორგანიზმის არსებობა, აწვდის სხეულის ყველა უჯრედს. აქედან ნათლად ჩანს, თუ როგორი ზიანი შეუძლია მიაყენოს ორგანიზმს ამ მეტად რთული და მრავალი ნაწილისაგან შემდგარი საქმლის მომნელბელი ორგანოების სისტემის დაავადებამ. მისი დაავადებანი კი ძლიერ ხშირი და მრავალფეროვანია; პირის ღრუს დაზიანებანი, კუჭის სხვადასხვა ავადმყოფობა—ტკივილებით გულის კოვზთან, ბოყინით, ღებინებით. ნაწლავების დაავადებანი ტკივილებით მუცელში, მუცლის აბერკით, შერკულობით ან ფალარათით; ღვიძლის და პანკრეასის სნეულებანი სასტიკი ტკივილებით, სიყვითლით და ზოგი რიგი სხვა მოვლენებით.

ყველა ამ მოვლენას, რომელიც სათანადო შემთხვევებში ავადმყოფების ყოველდღიურ ჩივილს იწვევს, ექთანს უეჭველად უნდა იყოს გაცნობილი და მას ნათლად წარმოდგენილი და შეთვისებული უნდა ჰქონდეს ის ღონისძიებანი, რომლებიც ასეთი ავადმყოფების მოვლას შეიცავს.

**პ ი რ ი ს ღ რ უ.** იშვიათია რომ ექიმმა ავადმყოფის გასინჯვის დროს არ ჩაიხედოს მის პირის ღრუში, არ დახედოს ენას, ნუშისებარ ჭირკვლებს, ღრძილებს. ექთანს უნდა ჰქონდეს წარმოდგენა, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ამ ცვლილებებს, რომლებსაც ნახულობენ პირის ღრუში და უნდა იცნობდეს იმ ღონისძიებებს, რომლებიც იხმარება ამა თუ იმ ცვლილებების დროს.

**ენ ა.** მრავალ ინფექციურ, სიცხით მიმდინარე ავადმყოფობის დროს, აგრეთვე კუჭ-ნაწლავის ზოგადი დაავადების დროს, ენის ზედაპირი კარგავს თავის სისველეს და სისუფთავეს, ის მშრალია და თეთრად შეღებილი.

ჯანსაღ ადამიანს, რომელიც, ჩვეულებრივ, ყოველნაირ საქმელს ღებულობს, უხდება მაგარი საქმლის გადაღებვა, რაც ენის თვითგასუფთაებებს იწვევს, ხო-



ლო სიციხიანი ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, დიეტაზეა, მაგარ საჭმელს მათ არ აძლევენ და, მაშასადამე, ენის ასეთ თვითგასუფთავებას ადგილი არა აქვს, ამიტომ ის თეთრად შელესილია.

მიკროსკოპის ქვეშ რომ გაისინჯოს ენის ზედაპირიდან აღებული თეთრი ნაღების პატარა ნაჭერი, ვნახავთ, რომ ის შედგება უმთავრესად ეპითელიური უჯრედებისა, ლეიკოციტებისა და მრავალნაირი ბაქტერიისაგან.

ბაქტერიები წინასწარ ადამიანის პირის ღრუშიც მოიპოვება, მაგრამ განსაკუთრებით მრავლდებიან ისინი ავადმყოფის პირის ღრუში, მეტადრე თუ ავადმყოფი დასუსტებულია და, მაშასადამე, წინააღმდეგობის უნარს მოკლებული. ასეთ შემთხვევებში, თუ ავადმყოფის პირის ღრუ მოუვლელად დატოვეს, ბაქტერიებს შეუძლიათ გამოიწვიონ ზოგიერთი მეტად არასასიამოვნო გართულება, რომელიც ტანჯავს ავადმყოფს და დიდი ხნით აკიანურებს მისი განკურნების საქმეს. ასეთ გართულებას, პირის ღრუს მოუვლელობის შედეგად, წარმოადგენს, მაგალითად, ყურის დაჩირქება იმ პატარა სადინარით, რომელიც არსებობს შიგნითა ყურისა და პირის ღრუს შორის, ბაქტერიებს შეუძლიათ ყურში შეჭრა და მისი დაჩირქებითი ანთების გამოწვევა. ეს გართულება ხშირად აქვთ მუცლის ტიფით ავადმყოფებს, როცა მათ პირის ღრუს სისუფთავეს სათანადო ყურადღება არ ექცევა. ამიტომ მომვლელის ამოცანას წარმოადგენს ასეთ ავადმყოფს დღეში რამდენიმეჯერ (4—6) გაუსუფთავოს პირის ღრუ იმ წესით, რომელიც აღწერილი იყო სათანადო თავში.

ავადმყოფის ენა დამახასიათებელია ზოგიერთი სნეულებისათვის, მაგალითად, მუცლის ტიფის დროს ენის ზედაპირი თეთრად შელესილია, გარდა ენის კიდეებისა და წვერისა, რომლებიც გაწითლებული რჩება.

ქუნთრუშის დროს ენა მთლიანად გაწითლებულია, კარგად გამოხატული ღვრილებით, ე. წ. ყოლოსებრივი ენა.

გარდა მალალსიციხიანი ავადმყოფებისა, რომელთაც აჩქარებული სუნთქვის გამო უხდებათ პირლია ზუნთქვა, მშრალი ენა სჩვევია მძიმე მღვრამარობაში მყოფ ავადმყოფებს, მაგალითად, სისხლის მოწამვლით, მუცლის ფარის ანთებით (პერიტონიტი).

მშრალი ენა, ზედაპირზე გადახშვარი ქერქებით, ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, ლაპარაკი ან საჭმელის მიღება უძნელდება. ამიტომ საჭიროა ასეთ შემთხვევებში ენაზე დღეში რამდენიმეჯერ სანახევროდ აღებული ბორაქსის და გლიცერინის წასმა. თუ ავადმყოფი ყელში ტკივილებს აღნიშნავს, ყლაპვა გაძნელებული აქვს და პირში ჩახედვისას ვნახულობთ ნ უ შ ი ს ე ბ რ ჭ ი რ კ ვ ლ ე ბ ს შესივებულს, შეწითლებულს ანდა კიდევ მათ ზედაპირზე გადაკრულ თეთრ ფიფქებს, ეს ანგინის (ნუშისებრი ჯირკვლების ანთება) ნიშანია და ამ შემთხვევაში საჭიროა კისერზე კომპარესის გაცეთების გარდა, საღებზინფექციო ხსნარით პირის ღრუზე ხშირი გამოვლება (2%—ანი ბორის სიმეკავით ან ბერთოლეს მარილის ხსნარით—Rp: Sol. Acidi borici ან Sol. Kalii chlorici 2%—200,0). შეიძლება ამ წამლების გამოწერა პირდაპირ მარილის სახით — Rp: Acidi borici ან Kalii chlorici—20,0. ერთი ჩაის კოვზი ერთ ჩაის ჰოჭა წყალზე ყელში გამოსავლებად გამოსავლებად ხმარობენ აგრეთვე წყობადის ზეეანგის ხსნარს, გვირილას, ნაყენს და სხვ.

ყელში ნუშისებრ ჯირკვლებზე, სასაზე, მორუხო თეთრი ფერის ფიფქები, რომლებიც ძნელად სცილდება ლორწოვან გარსს, ყოველთვის საეჭვოა ზუნაგზე (დიფთერია). ეს უკანასკნელი მეტად საშიში ავადმყოფობაა და თუ ზუნაგის დასაწყისშივე სათანადო შრავი არ შეუშხაუნეს ავადმყოფს, ის შეიძლება დაიღუ-

პოს. ამისათვის ასეთ შემთხვევაში საჭიროა დიდი სიფრთხილე და წინდახედუ-  
ლება. ყოველთვის საეაღდებულოა სპეციალური სტერილური ტამპონით ყელი-  
დან ფიფქის აღება და სინჯარით ლაბორატორიაში გადაგზავნა. ლაბორატორიაში  
მაშინვე სინჯავენ მიღებულ მასალას მკეროსკოპის ქვეშ და ამავე დროს სათანა-  
დო საკვებ ნიადაგზე თესავენ მას. წინასწარ პასუხს უკვე რამდენიმე საათში იძ-  
ლევა ლაბორატორია, ხოლო მეორე დღისათვის გვაძლევს საბოლოო პასუხს—  
ნახულია თუ არა გადაგზავნილ მასალაში ხუნაგის გამომწვევი მიწეზი—დ ი ფ-  
თ ე რ ი ს ჩხირი; დადებითი პასუხის დროს დაუყოვნებლივ უშხაპუნებენ ავად-  
მყოფს დიფთერიის საწინააღმდეგო ანტიდიფთერიულ შრატს.

თუ ავადმყოფს ლ რ ძ ი ლ ე ბ ი აქვს დაზიანებული—დაწყულულებული, და-  
ჩირქებული, კბილები ენძრევა, პირიდან ცუდი სუნი სდის (ღრძილების ანთება),  
ავადმყოფის ზოგადი მკურნალობის გარდა, ადგილობრივაც საჭიროა ზომების  
მიღება—პირის ღრუს საღებნიფექციო ხსნარებით გამოვლება და ღრძილები-  
ა მოწვა შაბამანის სუსტი ხსნარით.

ზოგჯერ ასეთი ანთება მთელი პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ვრცელდება;  
ეს არის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთება—სტომატიტი, რასაც ხშირად  
იწვევს ხოლმე სინდიკით მოწამვლა.

ასეთივე გინგივიტი და სტომატიტი უვითარდებათ იმ ავადმყოფებს, რომელ-  
თაც ათამანგის საწინააღმდეგოდ უკეთებენ ს უ ლ ე მ ი ს ინექციებს. ეს ყოველ-  
თვის უნდა ახსოვდეს ექმანს და ამ წამლებით ავადმყოფის მკურნალობის და-  
წყებისთანავე, წინასწარ, პროფილაქტიკური მიზნით მისცეს ავადმყოფს ბერთო-  
ლეს მარილის ხსნარი პირის ღრუს გამოსავლებად.

ბ ო ყ ი ნ ი არის აირის ხმაურით გამოსვლა კუჭიდან პირის საშუალებით.  
ის ძლიერ ხშირ მოვლენას წარმოადგენს კუჭით ავადმყოფებს შორის.

ზოგს აქვს ბოყინი მკავე სუნის და გემოსი, სხვას კი ლაყუ კვერცხისა. პირ-  
ველ შემთხვევაში ნაგულისხმევი უნდა იყოს კუჭის სიმკავის მომატება, მეორე  
შემთხვევაში, პირიქით, სიმკავის დაქვეითება. დანამდვილებით, თუ რა ცვლილე-  
ბებია კუჭის წვენი, გაიგებენ კუჭის წვენის ამოღების და მისი გასინჯვის შემ-  
დეგ. აქედან გამომდინარეობს ის დახმარება, რომელიც ავადმყოფს უნდა აღმოუ-  
ჩინონ; კუჭის მხრივ მომატებული მკავეიანობის დროს ავადმყოფს აძლევენ-  
ტუტე წამლებს, მაგალითად, სოდას (Natrium bicarbonicum) და ტუტე  
წყლებს—ბორჯომის წყალი. დაქვეითებული მკავეიანობის დროს კი, პირიქით,  
ნისციემენ სიმკავეს, განზავებულ მარილმკავეს (Acidum muriaticum dilutum)  
სახით.

ამრიგად, ბოყინი კუჭის დაავადების ნიშანია, უფრო ხშირად—კუჭის ქრო-  
ნიკული კატარისა (გასტრიტი), მიმდინარე მომეტებული ან დაქვეითებული მკა-  
ვეიანობით. მაგრამ ზოგჯერ ბოყინი ნერვულ ავადმყოფობას გამოსახავს, ე. წ.  
აეროფაგიას, რაც გულისხმობს ადამიანის ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ის  
მისდაშეუმჩნეველად ყლაპავს ჰაერს, რომელიც შემდეგ დიდი ხმაურით გამო-  
დის პირიდან.

ს ლ ო კ ი ნ ი შუასაძგიდის შეკუმშვის შედეგია; ის შეიძლება ჯანმრთელ  
ადამიანსაც ჰქონდეს; ყურადღებას იპყრობს სლოკინი, თუ ავადმყოფს ტყვილე-  
ბი აქვს მუცელში ან რაიმე ოპერაცია აქვს მუცლის ღრუში გაკეთებული. ასეთ-  
შემთხვევებში სლოკინი მიგვითითებს მუცლის ფარის გაღიზიანებაზე, მისი ანთე-  
ბის დასაწყისზე.

ღ ე ბ ი ნ ე ბ ა მნიშვნელოვან მოვლენას წარმოადგენს და არასოდეს ექთა-  
ნის ყურადღების გარეშე არ უხდა დარჩეს. ღებინების მიზეზები მრავალნაირია.

ბირველ ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, როგორც ლებინების ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი—კუჭის ავადმყოფობა. კუჭის სხვადასხვა დაავადების დროს ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს ლებინება. განსაკუთრებით კი ხშირია ის კუჭის წყლულის და კიბოს შემთხვევებში. დამახასიათებელია ტკივილები, რომელსაც ავადმყოფები ყოველთვის განიცდიან გულის კოვზთან, საკმლის მიღებამთან დაკავშირებითა.

ლებინება შეიძლება იყოს კუჭის ნერვული დაავადების დროსაც (კუჭის ნევროზი), როდესაც ლებინების სხვა არავითარი მიზეზი ადამიანის სხეულში არ არსებობს. ტკივილები კუჭის არეში ამ დროს ავადმყოფებს არა აქვთ. ალებინებს მათ ყოველ საკმლის მიღებისთანავე, ხშირად წყლის დალევის დროსაც. ასევე ავადმყოფებს ლებინება მოსდით გულისრევის გარეშე. მიუხედავად ხშირი ლებინებისა, მათი ზოგადი მდგომარეობა სავსებით დამაკმაყოფილებელია. კუჭის ნერვული ავადმყოფობა უფრო ქალებს შორის არის გავრცელებული.

მოწამვლის შემთხვევებში (ცული საკმლით ან საწამლაკით), ჩვეულებრივ, მაშინვე ალებინებს ავადმყოფებს და ასეთ შემთხვევაში ლებინება უნდა განვიხილოთ, როგორც თავდაცვითი მოვლენა, რადგანაც ლებინებით კუჭი ცდილობს თავიდან მოიშოროს მასში მოხვედრილი მავნე ნივთიერება. ამ დროს არამც თუ უნდა მიიღონ ზომები ლებინების შესაწყვეტად, არამედ, პირიქით, ხელი უნდა შეუწყონ მას.

ლებინების მიზეზი შეიძლება კუჭის გარეშეც იყოს: მაგალითად, ორსულობისას მუცლის ფარის გაღიზიანების ან ანთების, ნაღვლის გზებში ან თირკმელში კენჭების გავლის დროს და სხვ. ამ შემთხვევებში ლებინება რეფლექტორული აქტია (რეფლექსი პასუხია ნერვულ გაღიზიანებაზე).

ლებინების მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლში დაგროვილი რაიმე ნივთიერება, რომელიც იწვევს ტენიში მოთავსებული ლებინების ცენტრის გაღიზიანებას, მაგალითად, ლებინება ურემიის (შარდით მოწამვლა) დროს, ლებინება ქლოროფორმის ან ეთერის ნარკოზის დროს.

ჩამოთვლილი შემთხვევები ლებინების მთავარ მიზეზს წარმოადგენს, და მათი ცოდნა, რასაკვირველია, საჭიროა, რადგანაც მომვლელმა თუ ავადმყოფის ლებინების მიზეზი არ იცის, სწორ დახმარებასაც ვერ აღმოუჩენს მას.

ლებინების დროს ამონაღები მასა ექთანის მიერ უნდა ხუროს უეჭველად ყურადღებით გასინჯული. ამონაღების ხასიათს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ხშირად ის მიგვითითებს ლებინების მიზეზზე და ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში, ვიშეორებთ, საჭიროა ამონაღების დაკვირვების: გასინჯვა.

ამონაღები მასა შეიძლება წარმოადგენდეს:

1. უფერულ, ლორწოთი მდიდარ ნაერთს. თუ ავადმყოფს საკმელი ჰქონდა მიღებული, იმის მიხედვით, როდის მიიღო, ამონაღებში შერეული იქნება ცოტად თუ ბევრად გადახარშული საკმელიც.

2. მოყვითალო მომწვანო ფერის მასას, რომლის ამონაღების დროსაც ავადმყოფები განსაკუთრებულ სიმწარეს უჩივიან პირში; ასეთი ამონაღების მწარე გემო და აღნიშნული ფერიც დამოკიდებულია კუჭის წვენიში შერეულ ნაღველზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ ნაღველში შერეული მასით ლებინებას რაიმე განსაკუთრებული მნიშვნელობა არა აქვს, რადგანაც ნორმალურ პირობებშიც კუჭში დროგამოშვებით ანტიპერისტალტიკის მეოხებით შედის ნაღველი და თუ ამ დროს აქვს ავადმყოფს ლებინება, გასაგებია, რომ ამონაღებში შერეული იქნება ნაღველიც.

3. ამონაღები შეიძლება წარმოადგენდეს ჩირქოვან მასას (იშვიათი შემთხვევები). აქ საფიქრებელია, რომ ავადმყოფს ჰქონდა კუჭთან (ან საყლაპავ მილთან) შემოფარგლული ჩირქოვანა (აბსცესი), რომელმაც გზა კუჭისკენ გაიკაფა.

4. ამონაღები მასა განავლის ხასიათისაა ზოგჯერ მხოლოდ განავლის სუნით, ზოგჯერ კი შესახედავლად. ასეთი ამონაღები მიგვითითებს ნაწლავების შორს-წასულ გაუვალობაზე.

5. მოწითალო ფერის სისხლიანი ამონაღები შეიძლება სხვადასხვა სახით იყოს წარმოდგენილი:

ა) ამონაღები მასა ოდნავ შეფერილია, ღია წითელი ფერის სისხლის ზოლებით, ამ შემთხვევაში, საფიქრებელია, რომ ღებინების დროს ჰინთვის ზეგავლენით საყლაპავ მილში გამსკდარ პატარა სისხლძარღვიდან სისხლი ზედ დართულია კუჭიდან წამოსულ შიგთავსზე.

ბ) ამონაღები მასა მთლიანად შემდგარია წითელი ფერის სისხლიდან (სისხლის ღებინება—Haematemesis). ამის უზშირესი მიზეზი არის კუჭის წყლული. მდგომარეობა სახიფათოა და საჭიროა სასწრაფოდ სათანადო ზომების მიღება.

გ) ამონაღები მასა მოშავო ფერის—ყავის ნახარშის ან კუპრისმაგვარია. ასეთი ხასიათის ამონაღები, ჩვეულებრივ, დამახასიათებელია კუჭის კიბოთი ავადმყოფისათვის.

რაზეა დამოკიდებული კუჭის წყლულის და კიბოს დროს სისხლიანი ამონაღები მასის სხვადასხვა ხასიათი—პირველ შემთხვევაში წითელი ფერის სისხლი, მეორე შემთხვევაში—მოშავო ფერის? როდესაც ავადმყოფს კუჭის წყლული აქვს, სისხლის დენა წყლულიდან უფრო ხშირად ერთბაშად იწყება, სწრაფად ივსება კუჭი სისხლით და ამონაღები მასაც თითქმის შეუცვლელ სისხლს წარმოადგენს. კუჭის კიბოს დროს კი სისხლი კუჭში თანდათანობით ყონავს და ვიდრე ავადმყოფს ამოაღებინებდეს, კუჭის წვენიის ზეგავლენით სისხლი იცვლია ფერს (მარილმჟავას ზეგავლენით სისხლის ჰემოგლობინი გადადის ჰემატინში) და ამონაღებიც, სისხლიდან შემდგარი, მოშავო ფერისაა.

ამონაღებში ხშირად ნახულობენ მეტ-ნაკლებად გადახარშულ საკმლის ნაწილებს. ამ მხრივ დიდმნიშვნელოვანია შემდეგი გარემოება: ცნობილია, რომ მცლებული საკმელი გადადის კუჭიდან ნაწლავებში რამდენიმე საათის განმავლობაში; 7 საათის შემდეგ კუჭი უკვე სრულიად თავისუფალი უნდა იყოს საკმელიდან; იმისდა მიხედვით, თუ ავადმყოფის ამონაღების მასა შეიცავს 7 საათით ადრე მიღებულ საკმელს, მაგალითად, წინა დღით მიღებული სადლის ან ვანშ-მის ნაწილებს; ეს მიგვითითებს კუჭის გასავალში (პილორუსში) არსებულ დაბრკოლებაზე; ასეთი დაბრკოლება, რომელიც არ უშვებს საკმელს კუჭიდან ნაწლავებში და შემდეგ ღებინებით იგივე საკმელი ავადმყოფს უკანვე ამოაქვს, უზშირესად კუჭის გასავლის შევიწროებაა (პილორუსის სტენოზი—stenosis pylori), რასაც თავის მხრივ იწვევს ამ ადგილას განვითარებული კიბო ან ნაწიბუროვანი ქსოვილი წყლულის შეხორცების შედეგად.

ამ შემთხვევაში ოპერაციის გარეშე ავადმყოფის შველა შეუძლებელია.

იგივე გარემოების ცოდნას, რომ 7 საათის ფარგლებში კუჭიდან საკმელი მთლიანად ნაწლავებში გადადის, ის მნიშვნელობა აქვს, რომ თუ მოწამლულ ავადმყოფთან აქვთ საკმე (მაგ., ცუდი ხარისხის საკმლით), დახმარების საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს კუჭის გამორეცხვა, ამ უკანასკნელს მიმართავენ მაშინ, როდესაც მოწამლულად პირველი 7 საათის განმავლობაში ავადმყოფი

მოყვანილი. აუცი ამ დრომ უკვე განვლო, კუქის გამორეცხვა უაზროა, რადგანაც ნაგულისხმევია, რომ საქმელი გადასული იქნება ნაწლაგებში.

ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა მიეცეს საფალარათო ამ შხამიანი საქმელის ნაწლაგებიდან გამოღენის მიზნით.

ავადმყოფის მოვლა ღებანების დროს. ღებანების დროს დახმარება, რომელსაც ავადმყოფს აღმოუჩენენ, სხვადასხვა იქნება ღებანების მიზეზის, ხასიათის და ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით; მაშინ, როდესაც ღებანება შედეგია სისხლში დაგროვილ რომელიმე ნივთიერებით ღებანების ცენტრის გაღიზიანებისა, მაგალითად, ქლოროფორმით ან ეთერით (საერთო ნარკოზის ქვეშ ოპერაციის გაკეთების დროს), ავადმყოფის მოვლას შემდეგი თავისებურება ახასიათებს: ჩვეულებრივ, ავადმყოფები განაგრძობენ ძილს; როდესაც საერთო ნარკოზის ქვეშ გაკეთებული ოპერაციის შემდეგ ისინი გამოპყავთ საოპერაციო დარბაზიდან, ექთანს ევალება განუწყვეტლივ, ვიდრე ავადმყოფი არ გაიღვიძებს, აჯდოს მის საწოლთან. ხშირად ავადმყოფს ძილშივე მოსდის ღებანება და ამ დროს, როდესაც მომვლელი შეატყობს, რომ ავადმყოფს აქვს ზიდილი და უნდა წამოაღებინოს, ის გადამოხრის ავადმყოფის თავს გვერდზე და ამოსდებს ლოყასთან სპეციალურ კურკულს, რათა ამონაღები მასით არ დაისვაროს საწოლს ივთრეული.

ამოღებინების შემდეგ ავადმყოფის პირის ღრუში რჩება ლორწო, რომელიც, რაკი ავადმყოფი უგრძნობ მდგომარეობაში იმყოფება და მისი გადმოფურთხება არ ძალუძს, შეიძლება შესუნთქვის დროს სასულეში მოხვდეს და ასტიქსიის მოვლენები გამოიწვიოს. ამიტომ მომვლელმა თითზე დახვეული წმინდა პირსახოცით ან მარლის ნაჭრით მთელი ჰერია ღრუ ბეჯითად უნდა გაუწმინდოს. ღებანების წინააღმდეგ არავითარი წამლის მიცემა არ არის ნაჩვენები; ჩვეულებრივ, ღებანება საკმაოდ მალე თავისით გაივლის.

ასევე არ იხმარება არავითარი ზომა ღებანების შესაჩერებლად იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს ცუდი ხარისხის საქმელით მოწამვლის შედეგად აღებინებს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს წამოაჩენენ საწოლზე ან სკამზე, დაუდგამენ. იატაკზე ტაშტს, ხოლო მომვლელი ავადმყოფს ერთ ხელს შემოხვევს ზურგზე, მეორე ხელით კი უჭერს შუბლს და თავს.

ავადმყოფს მიაწოდებენ წყალს; სასურველია მან ბევრი წყალი დალიოს, რათა განმეორებითი ღებანების დროს წყლით კუქის თვითგამორეცხვა წარმოებდეს; ასევე უვლიან რაიმე შხამით მოწამულ ავადმყოფს. მას, ექიმის მითითებით, დასალეყად აძლევენ შხამსაწინააღმდეგო წამალს. ორივე შემთხვევაში საუკეთესო ზომას წარმოადგენს კუქის გამორეცხვა (იხ. ქვევით). სისხლით ღებანების დროს ავადმყოფის წამოჯდომა არ შეიძლება, ის უმოძრაოდ უნდა იწვეს საწოლში. პირველი მოთხოვნა, რომელსაც ასეთ შემთხვევაში ვუყენებთ მედპერსონალს, ეს ის არის, რომ თვით არ შეშინდეს და ავადმყოფი დაამშვიდოს, მოქმედებდეს სწრაფად და საქმიანად; პირველ ყოვლისა ამის შესახებ სასწრაფოდ უნდა აცნობოს ექიმს, შემდეგ დაადოს ავადმყოფს კუქის არეში (გულის კოვზთან) ყინულის პარკი. პარკი არ უნდა იყოს მძიმე, რომ ზეწოლა არ მოახდინოს კუჭზე.

ექიმის მითითებით ავადმყოფს აძლევენ სუფრის კოვზით ქელატინის ხსნარს. სისხლის დენის შესაჩერებლად აგრეთვე უყეთებენ კალციუმის ან საქმელის მარილის 10%-ან ხსნარს ვენაში (Sol. Natrii chlorati 10%—30,0 sterilis) ან უქიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ სისხლის გადასხმას. ავადმყოფი პირველ დღეებში სრულიად უნდა შიმშილობდეს, ექიმის ნებართვის გარეშე მას არაფე-

რი არ ექმევა და მომვლელის მოვალეობას წარმოადგენს ამ მხრივაც მას თვალ-  
ჯური ადვენოს. სხვა მიზეზების გამო დაეცნებითი ლებინების დროს ავადმყოფზე  
კარგად მოქმედებს ლებინების შენელების მხრივ კოკაინისა და ქლოროფორმის  
მიქსტურა.

Rp. Cocaini muriatici 0,12

Aquae Chloroformii

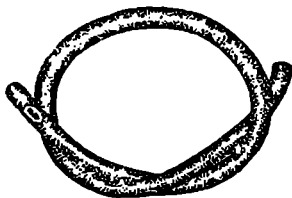
Aquae Menthae ꝯā 100,0

MDS. თითო სუფრის კოვზი ყოველ 1/2—1—2 საათში.

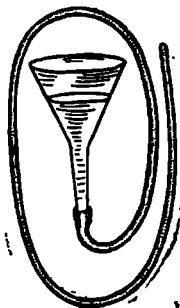
### კუჭის ზონდაში

კუჭის ზონდაეის სახელწოდებით იგულისხმება პირიდან, საყლაპავი მილის  
გავლით, კუჭში რეზინის მილის ანუ ე. წ. ზონდის შეყვანა (სურ. 31—32).

კუჭის ზონდაეი ძლიერ ხშირ მანიპულაციას წარმოადგენს და თუმცა, ჩვეუ-  
ლებრივ, მას თვით ექიმმა აწარმოებს, მაგრამ დახელოვნებულ ექთანსაც თამამად  
შეუძლია მისი გაკეთება. ყოველ შემთხვევაში ამ მანიპულაციასთან ექთანი კარ-  
ჯად უნდა იყოს გაცნობილი.



სურ. 31. კუჭის ზონდი.



სურ. 32. კუჭის ზონდი ძაბრით.

კუჭის ზონდაეის შემდეგ შემთხვევებში მიმართავენ:

1) კუჭის გამოკვლევის მიზნით, როდესაც ზონდის საშუალებით ამოღებულ  
კუჭის შიგთავსს—კუჭის წვენს—სინჯავენ ლაბორატორიაში და ამრიგად არკვე-  
ვენ მის შემადგენლობას.

2) კუჭში ზონდის საშუალებით წამლების ან საკვები ნივთიერების შესაყვა-  
ნად და

3) კუჭის გამოსარეცხად.

უკუჩვენებებს კუჭში ზონდის შესაყვანად წარმოადგენს:

1) ხახის ან ზორხის დაზიანება, მაგალითად, ტუტეთი ან მუცელით სიღამწე-  
რის დროს.

2) გულის სნეულებანი, სისხლის მიმოქცევის მოშლილობით.

3) აორტის გაგანიერება (ანევრიზმა).

4) ავადმყოფის საერთო მძიმე მდგომარეობა.

5) ახლო წარსულში (1—3 კვირის წინ) კუჭიდან, ნაწლავებიდან ან ფილ-  
ტვებიდან სისხლის დენის შემთხვევები.

კუჭის ზონდაყის ტექნიკა შემდეგია: ავადმყოფს დასვამენ სკამზე ან საწოლის ნაპირზე და, რომ არ დასველდეს, აფარებენ მუშამბას ან ფართო პირსახოცს. წინასწარ გამოხარშული კუჭის სპეციალური ზონდი ეჭიმს ან ეჭთანს მარჯვენა ხელით ფრთხილად შეჰყავს ავადმყოფის პირის ღრუში ღრმად ხახისკენ, ავადმყოფის კისერზე მოხვეულ მარცხენა ხელით კი, იჭერს ავადმყოფის თავს და მეორე მხრივ ეხმარება მარჯვენა ხელს ზონდის შეყვანაში. როდესაც ზონდის შეყვანას იწყებენ და მის ბოლოს ღრმად შეუყვანენ ავადმყოფს პირის ღრუში, უმჯობესია, რომ თვით ავადმყოფმა გადაყლაპოს ზონდის ბოლო, შემდეგ კი ზონდზე მსუბუქი ძალდატანებით სწრაფად გაჰყავთ ის საყლაპავი მილის გავლით კუჭისკენ. ამ დროს ავადმყოფი ღრმად უნდა სუნთქავდეს, რაც უადვილებს მას გულის რევებს და ლებინების ზიდილის დაძლევას. ზონდი შეჰყავთ დაახლოებით 50 სანტიმეტრის სიღრმით (კბილებიდან კუჭის შესავალ ადგილამდე მანძილი 40 სანტიმეტრია).



სურ. 33. კუჭის ამოკვლევა (პირველი ფაზა).



სურ. 34. კუჭის ამოკვლევა (მეორე ფაზა).

ამის შემდეგ, იმისდა მიხედვით, თუ რა მიზნით უკეთებენ ავადმყოფს ზონდს ან ამოქაჩავენ შპრიცით კუჭის შიგთავსს, ან შპრიცითვე, ან ძაბრით, შეჰყავთ კუჭში სათანადო სითხე.

ზონდაყის გამკეთებელს, მით უფრო, თუ ის პირველად აკეთებს მას, ყოველთვის ეშინია არ მოხვდეს ზონდით საყლაპავი მილის მაგივრად სასუნთქ მილში.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სასუნთქ მილში ზონდის მოხვედრა ფრიალ იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს და გამკეთებელს ამის არ უნდა ეშინოდეს, თუმცა ასეთი შესაძლებლობა მხედველობაში უნდა ჰქონდეს ხოლმე. პირველი ნიშანი, რომელიც სასუნთქ მილში ზონდის მოხვედრის მაჩვენებელია, იქნება ავადმყოფის მხრივ ზონდის შეყვანაზე ძლიერი წინააღმდეგობის გაწევა, მას აგრეთვე ერთბაშად აუფარდება ხველება, ხმა ეკარგება და ვითარდება ასფიქსიის ნიშნები. ასეთ შემთხვევაში, რასაკვირველია, ზონდი სწრაფად უკანვე უნდა ამოიღონ.

როგორც მოვიხსენიეთ, ეს შემთხვევები მეტად იშვიათია და ზონდის გამკეთებელს ამ მანიპულაციის წარმოებისათვის მოეთხოვება მეტი სითამამე, ცხადია, ერთგვარ სიფრთხილესთან ერთად. როდესაც კუჭის ზონდაყს აკეთებენ კუჭის სეკრეტორული ანუ წვენი გამომყოფი ფუნქციის გამოსარკვევად, ე. ი. ზონდით მიღებულ კუჭის წვენის შემადგენლობას სინჯავენ ლაბორატორიაში, ავადმყოფს,

ჩვეულებრივ, წინასწარ აძლევენ გარკვეულ საკმელს (კუჭში წვენი გამომყოფი ჭირკვლების გასაღიზიანებლად) და მხოლოდ ამის შემდეგ უკეთებენ მას ზონდაყს.

ასეთი საცდელი საკმელი მრავალნაირია მოწოდებული. მათ შორის ყველაზე უფრო ფართო გავრცელება მიიღო ე. წ. ევალდ-ბოასის საცდელმა საუზმემ. ის შედგება 35,0 თეთრი პურის და 2 კიჟა უშაქრო ჩაისაგან. ამ საუზმეს ავად-ცყოფი ალებულობს დილით უზმოზე და მისი დამთავრების სრული ერთი საათის შემდეგ აულებენ მას კუჭის წვენს.

ზოგჯერ კუჭის მოტორული ანუ მოძრაობითი ფუნქციის გამოსარკვევად უზმოზე ავადმყოფს ულებენ წვენს ან უზმოზე ამოღებული წვენის შემდეგ აძლევენ 400,0 წყალს და ერთი საათის შემდეგ უკან ამოღებული სითხის რაოდენობის შედარებით შეყვანილ სითხესთან მსჯელობენ კუჭის მოტორული ფუნქციის შესახებ.

როდესაც კუჭის ზონდაყის გაკეთება უხლებათ კუჭის გამორეცხვის იზონით, უნდა მოამარაგონ რამდენიმე ლიტრი ოთახის ტემპერატურის წყალი და ნაშთი; ზონდის თავისუფალ ბოლოზე ამაგრებენ ძაბრს. ამ შემთხვევაში საჭიროა დამხმარე პირი.

კუჭში ზონდის შეყვანის ტექნიკა იგივეა. შემდეგ კი მალა აწეულ ძაბრში ასხამენ წყალს, ძაბრიდან ზონდის საშუალებით წყალი ჩადის კუჭში. ამ დროს ზვალყურს ადევნებენ სითხის მოძრაობას ძაბრში და როდესაც სითხე ძაბრის ვსკერს უახლოვდება, ერთბაშად დასწევენ ძაბრს გადაუბრუნებლივ, ქვევით—იატაკისაკენ (სურ. 33, 34). კუჭში შეყვანილი სითხე უკან ძაბრშივე ბრუნდება და მოიყოლიებს თან კუჭის შიგთავსს—ლორწოს, საკმელის ნაწილებს. როდესაც ძაბრი ივსება უკან დაბრუნებული სითხით, რომელიც წარმოადგენს შეყვანილი სითხის და კუჭის შიგთავსის შენაზავს, ძაბრს გადააბრუნებენ და სითხეს ღვრიან ქვე დადგმულ ტაშტში; შემდეგ ასწევენ ძაბრს ზევით, კვლავ ასხამენ შიგ წმინდა წყალს და ასე იმეორებენ ამ მანიპულაციას რამდენიმეჯერ, ვიდრე კუჭიდან ძაბრში სუფთა სითხე არ ბრუნდება. ამ დროს უკვე კუჭის გამორეცხვა დამთავრებულად ჩაითვლება და საჭიროა მხოლოდ ზონდის სწრაფად უკან ამოღება. აღწერილი წესით კუჭის გამორეცხვას მიმართავენ ხოლმე: 1) კუჭის ზოგეირთი ავადმყოფობის დროს და 2) მოწამვლის შემთხვევაში.

მოწამვლა შეიძლება იყოს გამოწვეული საკმელით ან რომელიმე მომზადებული წამლით. ორივე შემთხვევაში—თუკი ავადმყოფი მოყვანილია საკმელის ან შხამის მიღებიდან პირველი 7—9 საათის განმავლობაში (ე. ი. მაშინ, როდესაც ნაგულისხმევია რომ საკმელი ან შხამი ჯერ კიდევ კუჭშია დარჩენილი). საჭიროა კუჭის გამორეცხვა. უნდა გვახსოვდეს, რომ მოწამვლა, სულ ერთია რითაც არ უნდა იყოს ის გამოწვეული, სასწრაფო შემთხვევას წარმოადგენს და ჩვენს მოვალეობას შეადგენს ავადმყოფს სწრაფადვე, დაუყოვნებლივ დანხარება აღმოუჩინოთ. თუ შხამი ჯერ კიდევ კუჭშია დარჩენილი, არ ვადასტურებ ნაწლავებში და, მაშასადამე, სისხლშიც არ არის შეწოვილი (თუმცა ზოგიერთი შხამი კუჭიდანვე შეიწოვება ხოლმე სისხლში) საუკეთესო სახის დანხარებას კუჭის გამორეცხვა წარმოადგენს; ამიტომ არის სწორედ, რომ ყველა საავადმყოფოში მორიგე პერსონალი მომარაგებულია კუჭის ზონდით, ძაბრით და სხვა საჭირო ნივთებით.

თუ ავადმყოფი მოწამლულია რომელიმე მძაფრი შხამით (მყავათი, ტუტეთი) და მის ტუჩებზე, ენაზე და საერთოდ პარის ღრუს ლორწოვან გარსზე სიღამწერის ნიშნები ემჩნევა, კუჭის გამორეცხვა არ შეიძლება. განზრახ მოწამვლის შე-



თხვევებში ავადმყოფები დახმარების აღმოჩენის დროს ხშირად წინააღმდეგობას უწევენ; ამ დროს საჭიროა კუჭის ძალით გამორეცხვა, რისთვისაც, რასაკვირველია, რამდენიმე დამხმარე პირია საჭირო. ერთს უჭირავს ზურგისაკენ გადაწეული ავადმყოფის ხელები, მეორეს—ფეხები. თუ ავადმყოფი პირს არ აღებს, კბილებს უჭერს, საჭირო ხდება პირის გასაფართოებელი იარაღის ხმარება.

თუკი მაინც ვერ ახერხებენ კუჭის გამორეცხვას, მაშინ ნაჩვენებია ღებინების ხელოვნურად გამოწვევა, რასაც აღწევენ 1 აშკულა აპოპოროფინის ინექციით ანქვეშ.

## დუოდენალური ზონდაში

დუოდენალურმა ზონდაემ უკანასკნელ დროს დიდი გავრცელება პოულობდა; ამჟამად ძნელი წარმოსადგენია ისეთი კლინიკა ან საავადმყოფო, სადაც ზონდაის ხმარება არ იყოს შემოღებული. ამიტომ ამ მანიპულაციას ექთანი კარგად უნდა იცნობდეს, მით უფრო, რომ მას უშუალოდ უხდება მის გაკეთებაში მონაწილეობის მიღება.

დუოდენალური ზონდაეი გულისხმობს თორმეტგოჯა ნაწლავში (დუოდენუმში) რეზინის ზონდის შეყვანას. ზონდი ნაწლავში შეჰყავთ პირიდან კუჭის გავლით. დუოდენალური ზონდაეი ნაჩვენებია ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც საექვო-ღვიძლის ან ნაღვლის ბუშტის დაავადება (შეტევათი ან ყრუ ტყვილუბის დროს მუცლის ზემო მარჯვენა ნახევარში). დუოდენალური ზონდაეის გაკეთებისათვის უკუჩვენებები იგივეა, რაც კუჭის ზონდაეის დროს.

დუოდენალური ზონდაეი შეიძლება იყოს გამოყენებული, როგორც: 1) დიაგნოსტიკური საშუალება—ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის და პანკრეასის დაავადების გამორკვევისათვის, რასაც აღწევენ თორმეტგოჯა ნაწლავიდან ზონდით მიღებული წველის ქიმიური და მიკროსკოპული გამოკვლევით, და 2) როგორც სამკურნალო საშუალება, ზონდით თორმეტგოჯა ნაწლავში სხვადასხვა წამლები შეყვანით.

ზონდაეის ტექნიკა ორივე შემთხვევაში ერთი და იგივეა. მისი გაკეთებისათვის საჭიროა სპეციალური დუოდენალური ზონდი. ის წარმოადგენს 1,5 მეტრის სიგრძის წვრილი რეზინის ზონდს, რომლის ბოლოს დართული აქვს ე. წ. ოლივა—ლითონისაგან გაკეთებული დაჩხვლეტილი დაბოლოება (სურ. 35).

რეზინი მთელ სიგრძეზე სამ ადგილას არის დანიშნული; პირველი ნიშანი ოლივიდან 40 სანტიმეტრის მანძილზეა. ეს მანძილი შეეფერება სიგრძეს კბილებიდან კუჭის შესავალ ადგილამდე. მეორე ნიშანი დაშორებულია პირველი ნიშანიდან 30 სანტიმეტრით. ეს მანძილი დაახლოებით შეეფერება კუჭის სიგრძეს შესავალიდან პილორ უსამდე და უკანასკნელი მესამე ნიშანი აღნიშნულია მეორედან 10 სანტიმეტრის მანძილზე, რაც გულისხმობს მანძილს პილორუსიდან თორმეტგოჯა ნაწლავის იმ ადგილამდე, სადაც ის იერთებს ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტიდან გამომდინარე საერთო სადინარს.

ზონდაეის წარმოებისათვის საჭიროა ზონდის გარდა 10, C-ანი შპრიცი და შტატივი სინჯარებით. ზონდაეი უკეთდება ავადმყოფს მშვიტ კუჭზე, დილით.

ტექნიკა დუოდენალური ზონდაეისა დასაწყისში იგივეა, რაც კუჭის ზონდაეის დროს; სრულიად იმავე წესით შეჰყავთ კუჭში დუოდენალური ზონდი: შემდეგ, როდესაც მიაღწევენ ზონდზე აღნიშნულ პირველ ნიშანს, ე. ი. ზონდი უკვე კუჭშია, ავადმყოფს დაწვევენ მარჯვენა გვერდზე მენჯის ქვეშ ამოღებული ბალიშით; ამ მდგომარეობას ავადმყოფს აძლევენ იმ მოსაზრებით, რომ კუ-

ქიდან ნაწლავში ზონდი უფრო ადვილად გავიდეს. აღნიშნულ მდგომარეობაში ავადმყოფს უხდება საკმაოდ დიდხანს წოლა 1—2—3 საათი. თანდათანობით (30—40 წუთის განმავლობაში) შეჰყავთ ზონდი მეორე ნიშნიდან მესამე ნიშნამდე; ზონდის სწრაფად შეყვანის შემთხვევაში შესაძლებელია მისი კუჭში დახვევა, რაც შეუძლებელს ხდის ზონდაეის ნაყოფიერად დამთავრებას. ამასთანავე, დროგამოშვებით შპრიცით ამოქაჩავენ ხოლმე კუჭის წვეს, რითაც ადვილდება ოლივის მსვლელობა კუჭში.



სურ. 35. დუოდენალური ზონდი.

მთავარ მომენტს ზონდაეის დროს წარმოადგენს ოლივის გადასვლა კუჭიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში, რაც გაიგება იმით, რომ ზონდიდან დენას იწყებს უფერული კუჭის წვენის ნაცვლად, მოყვითალო ქარვისებრი შენართი ნალველისა ნაწლავის წვენთან (ე. წ. ნალველი A).

შემდეგ ამისა, თუ ზონდაეს აწარმოებენ დიაგნოსტიკური მიზნით — ნალვის ბუშტის და ნალვის სადინარების შიგთავსის გამოსარეკვეად შეჰყავთ ნაწლავში ზონდის საშუალებით გლაუბერის მარილის 33%—ანი ხსნარი 50,0 — 60,0 (Sol. Magnesia sulfurici 33%).

ხსნარი შეჰყავთ თანდათანობით და უეჭველად თბილი. შეყვანილი მაგნეზიის ხსნარი (ან მის მაგივრად სარგებლობენ პეპტონის ან გლუკოზის ხსნარით

ან წრთი ამპულა პიტუიტრინის ინექციით), იწვევს ნალვის ბუშტის რეფლექსს, რაც გამოიხატება, ერთი მხრივ, ნალვის ბუშტის კედლის შეკუმშვაში, ხოლო მეორე მხრივ, იმ სარქველის (ე. წ. ოდის სფინქტერი) მოღუნებაში, რომელიც მოთავსებულია ნალვის გამტანი საერთო სადინარის (Ductus choledochus) თორმეტგოჯა ნაწლავში გადასვლის ადგილას. ამ რეფლექსის მეოხებით ღებულობენ მოშვო ფერის ნალველს უშუალოდ ნალვის ბუშტიდან (ნალველი B); ნალვის ბუშტის დაცარიელების შემდეგ, როდესაც მოშვო ფერის B ნალველი აავსებს რამდენიმე სინჯარას, დენას იწყებს ღვიძლის ნალველის სადინარებიდან ლია ქარვისფერი ნალველი (C ნალველი).

ამრიგად, ცალ-ცალკე შუშაში შეგროვილი A, B და C ნალველს სინჯავენ ლაბორატორიაში და, იმის მიხედვით, თუ რა აღმოჩნდება მასში, სათანადო დასკვნაც გამოაქვთ. თუ ავადმყოფობის მიზეზი ნალვის ბუშტში ან გზებშია, აღმოაჩენენ ხან ლეიკოციტების დიდ რაოდენობას—ჩირქს, ხან კი ერთუჯრედოვან ცოცხალ პარაზიტებს—ლამბლიებს, ხან კიდევ იმ მარილების კრისტალებს—ქოლესტერინს, რომელიც ნალვის ბუშტის კენჭებს ახასიათებს.

თუ ნალველი ყველა ულუფის გასინჯვის დროს სუფთა აღმოჩნდა, ეს მოწმობს ნალვის ბუშტისა და გზების სისალეს და, მაშასადამე, ტყვილელების მიზეზი და ავადმყოფობაც სხვა ორგანოში უნდა ვეძებოთ.

დუოდენალური ზონდაეის სამკურნალო მიზნით გამოყენების დროს ნალვის ბუშტის გამოსარეცხად (ე. წ. არაქირურგიული დრენაჟი) ან ნაწლავის ჰიების განოსადენად, წამლების შესაყვანად, ზონდაეის ტექნიკა სრულიად იგივეა, რაც ზემოთ იყო აღწერილი.

ს ი ყ ვ ი თ ლ ე (icterus) შედეგია ნალველის შემღებავი ნივთიერების—პიგმენტის დაგროვებისა სისხლში. სისხლიდან ნალველის პიგმენტი გადადის ლორწოვანი გარსების და კანის უჯრედებში და ამრიგად ღებავს სხეულის საფარს (კანს, ლორწოვან გარსებს) დამახასიათებელ ყვითელ ფერად.

სიყვითლის უზშირეს მიზეზს წარმოადგენს ღვიძლის და ნაღვლის ბუჭ-ტის დაავადებანი.

სიყვითლე ავადმყოფს შეიძლება განუეითარდეს ღვიძლის არეში ძლიერი ტკივილების შემდეგ, რასაც გამოიწვევს ნაღვლის ბუჭტიდან კენჭის ვაელა. თუ ეს კენჭი დიდია და გაიჭედა სადინარში, ის ნაღვლის შეგუბებას იწვევს.

სიყვითლე აგრეთვე უეითარდება იმ ავადმყოფებს, რომელთაც ღვიძლის ან პანკრეასის კიბო აქვთ და ზოგიერთი სხვა ავადმყოფობის დროსაც.

ხანდახან სიყვითლის მიზეზი სისხლშია, როდესაც წითელი ბურთულები დიდი რაოდენობის ერთბაშად დაშლას აქვს ადგილი; მაგალითად, სიყვითლე შეიძლება განეითარდეს მალარიის შეტევის დროს, სისხლის მოწამვლის დროს და სხვ.

ამრიგად, სიყვითლის დროს ყველა აღნიშნულ ავადმყოფობაზე უნდა იფიქრონ და უმთავრესად კი ღვიძლის და ნაღვლის ბუჭტის დაავადების შესახებ.

სიყვითლის შენიშვნა ადვილია; პირველ ყოვლისა ის შესამჩნევი ხდება თავის სკლერაზე, რომელსაც ამ დროს გადაჰკრავს ხოლმე ყვითელი ელფერი, შემდეგ კი ყვითლდება მთელი სხეულის კანი.

სიყვითლე ზოგჯერ ნაკლებ ინტენსიურია, ზოგჯერ კი იმდენად ძლიერი, რომ კანი ბრინჯაოს ფერს ღებულობს (ბრინჯაოს სიყვითლე). საჭიროა იმის დახსოვება, რომ ხელოვნური სინათლის დროს (ლამპის, ელექტრონის) სიყვითლე არა ჩანს. სიყვითლე იწვევს კანის უჭრადებში დაგროვილი ნაღვლის მქავით გაღიზიანების შედეგად კანის ძლიერ ქაეილს, ზოგჯერ იმდენად ძლიერს, რომ ძილის საშუალებასაც არ აძლევს ავადმყოფს.

იმის მიხედვით, თუ რა მიზეზით არის სიყვითლე გამოწვეული, ის შეიძლება სხვადასხვა ხანგრძლიობის იყოს; ღვიძლის ანთების დროს სიყვითლე, ჩვეულებრივ, 1—1½ თვეზე მეტს არ გასტანს, თანდათანობით გაივლის და არავითარ კვალს არ ტოვებს. კიბოთი გამოწვეული სიყვითლე კი, პირიქით, თანდათანობით მატულობს და არც გაივლის, ვიდრე ავადმყოფი არ დაიღუპება.

ხანგრძლივი სიყვითლე (2 თვეზე მეტი) საშიშია ავადმყოფისათვის. შეიძლება მას დაეწყოს ე. წ. ქოლემიოზის მოვლენები (სისხლში და ქსოვილებში დაგროვილი ნაღვლის მქაეებით სხეულის მოწამვლა), სხვადასხვა ორგანოდან სისხლის დენა, თავის ტკივილი, ღებინება და ბოლოს გრძნობის დაქარგვა (კომატოზური მდგომარეობა).

სიყვითლის დროს დამახასიათებელია პაჩის შენელება (ბრადიკარდია). ავადმყოფებს შარდი ძლიერ მუჭი აქვს—თირკმლები სხეულიდან გამოყოფს შარდთან ერთად ნაღვლის პიგმენტებს. განავალი კი, პირიქით, კარგავს თავის დამახასიათებელ ფერს, უფერულდება; თუ ნაღვლის შეგუბება სრულია, ე. ი. ნაწლავში სრულყოფილ ვერ გადის ნაღველი, განავალიც სრულიად უფერული ხდება (თიხის ფერის ე. წ. აქოლიური განავალი), რაც ნაღვლის გზების სრული დახშვის ერთერთ ძლიერ დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს.

ავადმყოფის მოვლა სიყვითლის დროს მდგომარეობს უმთავრესად თბილი აბაზანების გაკეთებაში. აბაზანებს ავადმყოფი ყოველდღიურად უნდა ღებულობდეს (38,0°-ის 15—20 წუთის ხანგრძლიობის) თუ, რასაკვირველია, საამისოდ უკუჩვენებები არ არსებობს (სისხლის დენა, ძლიერი საერთო სისუსტე—კახექსია და სხვ.).

ტკივილების დროს ღვიძლის არეზე ცხელ სათბურებს ხმარობენ; მწვავე ტკივილებისას ნაჩვენებია ნარკოზული საშუალებანი (პანტოპონი, მორფიუმი), ავადმყოფი სათანადო დიეტაზეა. საკვებად არ აძლევენ ცხიმოვან საკმელს, რად-

განაც მის გადამუშავებას ნაწლავებში უმთავრესად ნაღველი ახდენს და სიყვი-  
თლით ავადმყოფს კი ნაღველის შეგუბების გამო ცხიმიანი საჭმელი მოუწელებე-  
ლი რჩება.

წამლებიდან მიღებულია და კარგ საშუალებას წარმოადგენს გლუკოზის  
ხმარება ვენაში, მაგნეზიუმის ხსნარი ან კარლსბადის მარილი (Sal. Carlsba-  
densis), რომელსაც ავადმყოფები იღებენ თითო ჩაის კოვზს ერთ ჩაის ჭიქა  
თბილ ბორჯომის წყალში, დღეში სამჯერ ჭამის წინ. კარგ შედეგებს იძლევა ღუ-  
ოდენალური ზონდაჟი.

რადგანაც ავადმყოფს ხშირად აქვთ ტანის ძლიერი ქაეილი, რომლის დროს  
მან შეიძლება ფრჩხილებით დაიკაწროს კანი, რაც თავის მხრივ შესაძლებლად  
ხდის კანიდან ინფექციის შეჭრას, საჭიროა ფრჩხილების მოკლედ მოჭრა.

მუცლის აბერვა ნაწლავებში აირების დაგროვების გამო მეტეორიზმი  
სახელით არის ცნობილი. რასაკვირველია, მუცლის ყოველივე გადიდება არ  
ნიშნავს, რომ საქმე უბუნებლად მეტეორიზმთან გვაქვს.

გადიდებული მუცელი, მეტეორიზმის გარდა, შეიძლება მუცლის რომელიმე  
ორგანოს სიმსივნის ან მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების შედეგი იყოს (წყალ-  
მანკი—ასციტი). მათი გარჩევა შედარებით ადვილია გასინჯვისას. ხელის შეხე-  
ბით სიმსივნი მკვრივია, წყალმანკის დროს მუცლის გვერდით მხარეზე თითებით  
ბიძგი სითხის ტალღისებურ მოძრაობას იწვევს, რაც ადვილად შეიგრძნობა მუც-  
ლის მეორე მხარეზე დადებული ხელით; ამ მოვლენას ფლუქტუაცია ეწოდება.  
გარდა ამისა, მუცელზე დადებულ თითებზე თითის დარტყმის დროს (ე. წ. პერ-  
კუსია) ღებულობენ მოყრუებულ ხმას, მეტეორიზმის დროს კი პერკუსია იძლევა  
დოლისებურ ხმას (ტიმპანური ხმა).

მეტეორიზმს იწვევს ნაწლავებში ცუდი მონელების შედეგად გაზების ზედ-  
მეტეო დაგროვება. მას აქვს ადვილი ზოგიერთი ინფექციური ავადმყოფობის,  
მაგალითად, მუცლის ტიფის დროს, აგრეთვე ნაწლავების ანთების, საჭმლის მო-  
წელების მოშლილობის, ნაწლავების გაუვალბობის, მუცლის ფარის ანთების და  
სხვა შემთხვევაში. თავისთავად ცხადია, აბერილი მუცელი ავადმყოფს აწუხებს.  
ძლიერი მეტეორიზმის დროს აირით გაბერილი ნაწლავები აწვევა დიაფრაგმას,  
ეს უკანასკნელი კი ზღუდავს ფილტვების და გულის მუშაობას, რის გამოც ავად-  
მყოფს უძნელებდა სუნთქვა. როგორ ეხმარებიან ავადმყოფს მეტეორიზმის  
დროს? მას უნდა მისცენ საწოლში ნახევრად წამოშვებული მდებარეობა, რასაც  
აღწვევენ თავქვევ შკინის ბალიშის ამოღებით (იხ. სათანადო თავი). ამ მდგომა-  
რეობაში ავადმყოფს სუნთქვა უადვილდება. წამლებიდან აძლევენ ნახშირ-  
ჟხენილებს, რომელიც ხელს უშლის ნაწლავებში აირის წარმოშობას. საუკეთე-  
სო საშუალებას კი წარმოადგენს ნაწლავში დაგროვილი აირის გარეთ გამოყვანა,  
რასაც უკანა ტანიდან აირის გამოსაყვანი მილის ხმარებით აღწევენ. ამავე მიზ-  
ნით შეიძლება სიფონის ოყნით ვისარგებლოთ.

ნაწლავებიდან აირის გამოსაყვანი მილი წარმოადგენს  
საკმაოდ ფართო სანათურთან რეზინის მილს, რომლის სიგრძე უნდა იყოს არა  
ნაკლებ 40—50 სანტიმეტრისა.

მას მიმართავენ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს ნაწლავებში უგროვ-  
დება აირი და თავისით (უკანა ტანიდან) გარეთ არ გამოდის.

რეზინის მილის იმ ნაწილს, რომელიც შეჰყავთ უკანა ტანში, წაუსვამენ  
გაზელინს და ფრთხილად, საკმაოდ ღრმად—20—30 სანტიმეტრამდე შეიყვანენ  
სწორ ნაწლავში. ავადმყოფი ამ დროს ზურგზე უნდა იწვეს და მენჯის ქვეშ რე-  
ზინის რგოლი ჰქონდეს ამოღებული, მილს უტოვებენ 1—2 საათით. ხშირად აი

მილის გაკეთების შემდეგ აირი უკვე თავისუფლად გამოდის ნაწლავებიდან, რითაც ავადმყოფს მდგომარეობას ეუმსუბუქებთ.

რეზინის მილის გაკეთება უმიზნო იქნებოდა და, არც შეიძლება, თუ ავადმყოფის მსხვილ ნაწლავებში განავალია დაგროვილი; ამ შემთხვევაში წინასწარ გამწმენდი ოყნა უნდა გაკეთდეს. თუკი მუცელი აბერილი დარჩა, ე. ი. ნაწლავებში აირია დაგროვილი, აღწერილი წესით კეთდება აირის გამოსაყვანი მილი.

ნ ა წ ლ ა ე ე ბ ის ა მ ლ ი ლ ო ბ ა გამოიხატება უმთავრესად ფლარაათში ან, პირიქით, შეკრულობაში. ფლარაათობის მიზეზი მრავალაირია; აღსანიშნავია პირველი ყოვლისა, დიზენტერიული ფლარაათი, გამოწვეული ერთუჯრედოვანი პარაზიტით—ამებით (ამებური დიზენტერია ანუ ნაწლავების ამებიოზი ან ბაცილებით (ბაცილარული დიზენტერია). დიზენტერიის ორივე სახე ადვილად ვადამდებ ინფექციურ სნეულებას წარმოადგენს; იწყება ერთბაშად სიცხით, მუცელში ტკივილებით და განავალზე მეტად ხშირი მიდგომით; ავადმყოფი ხშირად ტყუედება—გარეთ გასელის სურვილი აქვს, მაგრამ კარზე მიდგომა უნაყოფოა—მას აქვს ე. წ. ტ ე ნ ე მ ე ბ ი (უშედეგო კინთვები). მისთვის დამახასიათებელია ლორწო, ჩირქი და სისხლიანი განავალი.

ფლარაათობას იწვევენ აგრეთვე სხვადასხვა პათოგენური მიკროორგანიზმები, მაგალითად, ქოლერის დროს; ფლარაათი სჩვევია აგრეთვე მუცლის ტიფს დასაწყის ხანაში; ტუბერკულოზის დროს, უფრო ხშირად ბოლო ხანებში, როდესაც ნაწლავებით დანიანებულია ტუბერკულოზურ პროცესით; ამ სახის განავალი სისხლს არ შეიცავს. ფლარაათობის გამოწვევა შეუძლია სხვადასხვა ცოცხალ ორგანიზმებს და ჭიებსაც (*Lambli*a, *Balantidium coli* და სხვ.)

ზოგჯერ ფლარაათობის მიზეზს კუჭი წარმოადგენს, როდესაც კუჭის ლორწოვანი გარსის უჯრედები არ გამოყოფს საჭირო რაოდენობით კუჭის მკავე წვეს მასში შემავალი ფერმენტებით და ამის შედეგად საჭმელი მოუნელებელი რჩება (გასტროგენური ფლარაათი).

ფლარაათობით მიმდინარეობს აგრეთვე ერთი ტროპიკულს სნეულება, ე. წ. სარუ, რომელიც, როგორც უკანასკნელ დროს გამოირკვა, ავითამინოზურ დაავადებას წარმოადგენს. ფლარაათობა ამ ავადმყოფებს დამახასიათებელი აქვთ—გარეთ გადიან ზედიზედ რამდენიმეჯერ ნაშუალამევს, აღიეთ ადრე და შემდეგ კი მთელი დღის განმავლობაში მუცლის მოქმედება არა აქვთ. განავალი სისხლს არ შეიცავს, ქაფიანია, მოყვითალო-მომწვანო ფერის, მკავე რეაქციის და დიდი რაოდენობით.

ხშირად ფლარაათობის მიზეზს ცუდი ხარისხის საჭმელი წარმოადგენს ან არაწესიერი კვება. განსაკუთრებით ხშირია ამ მიზეზით კუჭ-ნაწლავის ამლილობა ბავშვთა ასაკში.

ზომები, რომელთაც მიმართავენ ფლარაათობის დროს, დამოკიდებულია ფლარაათობის ხასიათსა და მის გამომწვევ მიზეზზე.

მისი მიზეზის გამორკვევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს განავალის ლაბორატორიულ გამოკვლევას. ამიტომ მუცლის ამლილობის თითოეულ შემთხვევაში აუციროა, შეძლებისდაგვარად, განავალის ანალიზი.

ანალიზისათვის განავალის შეგროვების დროს საჭიროა იმ ჭურჭლის (ქვესადგამი ჭურჭელი) წინასწარ ცხელი წყლით კარგად ამოვლება, რომელშიც ავადმყოფი გარეთ გადის. აქედან განავალის მცირე ნაწილს გადასხამენ ან სუფთა ჩხირით გადაიტანენ აგრეთვე სრულიად სუფთა ჭიქაში და თავდახურულს, თუნდაც ქალღიბთ, ავადმყოფის გვარის წარწერით გადასცემენ ან გადაგზავნიან ლაბორატორიაში. თუ განავალი ლორწოვანი და ჩირქნარევი, სასურვე-

ლია სწორედ ლორწო და ჩირქნარევი ნაწილების აწორჩევა. ლაბორატორიაში განავალს სინჯავენ მიკროსკოპის ქვეშ და შედეგს მკერნავ ექიმს აცნობებენ. თუ, მაგალითად აღმოჩნდა დიზენტერიის გამომწვევი აქება, რაც ყოველთვის საექ-ვოა სისხლიანი ფაღარათობის დროს, ავადმყოფს ემეტინს უშხაპუნებენ კანქვეშ. ფაღარათობის სხვა შემთხვევების საწინააღმდეგოდ უმთავრესად სარგებლობენ დისულფანით.

საერთოდ არ არის სწორი ფაღარათობის დროს თავიდანვე შემკვრელი წამ-ლების მიცემა (მაგ., ოპის წვეთები). საჭიროა პირველ ხანებში, ფაღარათობის მიუხედავად, მინც საფაღარათოს დანიშვნა (ინგლისური მარილის ხსნარი სუფ-რის კოეზით, საფაღარათო ზეთი სუფთა ან ემულსიის სახით) და შემდეგ კი შემ-კვრელი წამლების ხმარება, მაგალითად, ბისმუთი, ტანალბინი, ოპი და სხვ. მუცელზე ადებენ ცხელ სათბურებს, ანდა რაც უმჯობესია, თბილი წყალის კომპ-რესებს დილა-საღამოს შეცვლით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სათანადო დიეტის დაცვას; მისი ზუსტი განხორ-ცილებისათვის თვალყურის დევნება ექთანის მოვალეობას შეადგენს.

თუ ფაღარათობის მიზეზი კუჭის წვენი წვენში ფერმენტების ნაკლოვანებაა (რასაც არკვევენ კუჭის წვენის ანალიზით), ავადმყოფს აძლევენ პეფსინს, მარილმეაყას.

თუკი უწესო კვებაა მიზეზი ფაღარათობისა, მუცლის მოქმედების მოსაწეს-რიგებლად, ჩვეულებრივ, საკმარისია საკმლის სათანადო შერჩევა.

ზოგჯერ ფაღარათი, მეტადრე ქოლერის და დიზენტერიის დროს, ბევრი სი-თხის და სისხლის დაკარგვის გამო, იმდენად ასუსტებს ავადმყოფს, რომ მას არა-ფრის ძალა არ შესწევს, მდგომარეობა მეტად მიძიმეა და სწორედ ასეთი ავად-მყოფისადმი საჭიროა მომვლელის მხრივ უალრესად დიდი ყურადღება.

ცხადია, ამ შემთხვევაში ავადმყოფს ესა-ჭიროება ქვესადგამი ჭურჭელი, რადგან ხში-რად ავადმყოფებს წამოჭდომა არ ძალუძთ (საშიშიც არის — გულის წასვლა, ზოგადი სისუსტის გამო), ამიტომ საჭიროა მწოლია-რეს საჯდომს ქვეშ შეუღდას ქვესადგამი ჭურ-ჭელი (სურ. 36). ამისათვის ორივე ხელით წელს ქვევით და ბარძაყებს ქვეშ ოდნავ სწე-ვენ ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფს და ამ დროს



სურ. 36. ქვესადგამი ჭურჭელი.

დამხმარე პირი სწრაფად შეუღდას ჭურჭელს საჯდომქვეშ. თუ მას დამხმარე პირი არ ჰყავს, მაშინ მარჯვენა ხელით გადასწევს ერთ მხარეზე ავადმყოფის მენ-ჯის ნაწილს, მარცხენაით კი ჭურჭელს შეუღდას: საწოლზე მუშაობის დაგებაა საჭირო, ავადმყოფის გაევა და შორისის მიდამო მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას სიმშრალის და სისუფთავის დაცვის მხრივ, რადგანაც ავადმყოფის სიგამხმარე, მისი ზოგადი სისუსტე და ქსოვილების წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითება, მეორე მხრივ, უკანა ტანთან კანის ხშირი სისველე და ჭურჭელზე ამ ადგილებით ხშირი ზეწოლა, ნაწოლის წარმოშობის მეტად ხელშემწყობი პირო-ბებია.

გ ა ნ ა ვ ა ლ ი. განავალის ხასიათი სხვადასხვაა ნაწლავების ამა თუ იმ და-ვადების დროს. ფაღარათობისას განავალი შეიძლება იყოს წყლისებრი, ბრინჯის ნახარშისმაგვარი—ქოლერის დროს; ფაფისმაგვარი, მომწვანო-მოყვითალო ფერის ქაფიანი—სპრუს დროს; ჩირქოვანი ხასიათის—სწორი ნაწლავის ტუბერ-კულოზით ან კიბოთი დაავადების დროს; სისხლი, ლორწო და ჩირქნარევი—დი-

ზენტერიის დროს; ამ შემთხვევაში განავალი ხშირად კარგავს თავის ხასიათს და წარმოდგენილია ლორწოვანი ბელტების სახით, რომელიც შედგება სისხლისა და ჩირქისაგან.

შეკრულობის დროს განავალი შეიძლება ქვასავით გამკვრივდეს—ე. წ. განავალის ქვა; შეიძლება განავალმა მიიღოს პატარა-პატარა დამრგვალებული ფორმა, როგორც ცხერის განავალმა.

თუ განავალი ჩვეულებრივი თვისებებისაა, ხოლო გარედან მას ახალი, ღია წითელი ფერის სისხლი ახლავს თან, ეს ბუასილის ვენური კვანძებიდან სისხლის დენის მაჩვენებელია.

ფერის მხრივ აღსანიშნავია: უფერული თიხისმაგვარი ე. წ. აქოლიური განავალი, ნაღველის გზების სრული დაზღვის დროს, როდესაც განავალში ნაღველი სრულიად არ ურევია. მოშავო ფერის, ყავის, ნახშირის, ან ქუპრისებური განავალი—კუჭიდან და წვრილ ნაწლავებიდან სისხლის დენის დროს. ასეთი სისხლის დენა, რომლის დროს განავალი იღებება აღნიშნულ ფერად, შეიძლება დაერთოს ავადმყოფს, რომელსაც აქვს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. ასეთივე სისხლის დენას ნაწლავებიდან შეიძლება ადგილი ჰქონდეს გართულებების სახით მუცლის ტიფის დროს. ამ შემთხვევაში სინამდვილესთან უფრო ახლოა გამოთქმა, რომ ავადმყოფს აქვს არა სისხლიანი განავალი, არამედ ის სისხლზე გადის გარეთ, სისხლი კი ღებულობს მოშავო ფერს იმ მიზეზით, რომ ის სდის ნაწლავების ზემო ნაწილებიდან (წვრილ ნაწლავებში) და ვიდრე ამ მანძილს გაივლის და გარეთ გამოვა, წითელი ბურთულების შემღებავი ნივთიერება—ჰემოგლობინი იშლება და აძლევს სისხლს ზემოაღნიშნულ ფერს.

რომ მედუეროსონალი შეცდომაში არ შევიდეს, მას უნდა ახსოვდეს, რომ ზოგიერთი წაშალი და საკვები ნივთიერება განავალს მოშავო ფერად ღებავს. მაგალითად, ბისმუთი, რკინის პრეპარატები, მოცვის ან მაყვლის კისელი, ისპანახი, შავი ღვინო. დანამდვილებითი გარჩევა, თუ რაზეა დამოკიდებული განავლის შავი ფერი, ზოგჯერ კიმიური ანალიზის ან მიკროსკოპით გასინჯვის გარეშე შეუძლებელი ხდება.

ნაწლავებიდან სისხლის დენა (haemorrhagia Intestinali), სისხლით გარეთ გასვლა (melæna) მეტად სერიოზულ მდგომარეობას გულისხმობს. ავადმყოფის სიცოცხლე საფრთხეშია და ამიტომ საჭიროა სასწრაფოდ ეველა ამომწურავი ზომის მიღება. ზოგჯერ შეიძლება სისხლით გარეთ გასვლამდე ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაში ერთბაშად განვითარებული ცვლილებებით გაიფიქროს შინაგან სისხლდენაზე. ამის მაჩვენებელი ინიშნება: ერთბაშად ძლიერი საერთო სისუსტის განვითარება, გაუგებარი პირველი შეხედვით, რადგანაც საამისოდ არავითარი გარეშე მიზეზი არ არსებობდა.

მაჯა იცვლება—აჩქარებული და სუსტი ავსების ან ძაფისებური; თუ ავადმყოფს მაღალი სიცხე ჰქონდა (მაგ., მუცლის ტიფის დროს), ტემპერატურა სწრაფად ეცემა, ზოგჯერ სუბნორმალურიც ხდება; ავადმყოფი ფითრდება, უცივდება ხელ-ფეხი, შუბლზე ცივი ოფლი სდის.

ამ ნიშნების სწრაფად განვითარების დროს ექთანმა უნდა იფიქროს შინაგან სისხლდენაზე (ამ შემთხვევაში ნაწლავებში) და ამის შესახებ სასწრაფოდ აცნობოს ექიმს.

ავადმყოფს თავივე ამოაცლიან ბალიშს. თავს დაბალი მდებარეობა უნდა მიეცეს, რათა შესაძლოა ტვინის მწვავე სისხლნაკლებობის გამო, ავადმყოფმა გრძნობა დაკარგოს. ამავე მიზნით ძლიერი სისხლის დენის შემთხვევაში, ზოგჯერ საჭირო ხდება ავადმყოფის ფეხების ზევით აწევა მათ ქვეშ ბალიშების

ამოღებით, ანდა სკობის საწოლის ფეხების აწევა, რისთვისაც ააწოლის ფეხებქვეშ შეუწყობენ რამდენიმე აგურს. ავადმყოფი უმოძრაოდ უნდა იწვეს. მუცელზე აღებზე ყვეულის პარკს. დიეტა—სრული შიმშილი. წამლებიდან სასწრაფოდ კეთდება ყველაფერი, რაც სისხლის დენას აჩერებს და ანაზღაურებს დაკარგულ სისხლს: ოპის წვეთები პერისტალტიკის შესაჩერებლად, ეელატინის ხსნარი სუფრის კოვზით, ქლორ-კალციუმის ან საქმლის მარილის 10%-იანი ხსნარი 10,0 ინტრავენურად, 600,0—1000,0 ფიზიოლოგიური ხსნარის კანქვეშ ინფუზია (სუფთა ან აღრენალინით), სისხლის ტრანსფუზია (გადასხმა).

სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ, რაც იქიდან გაიგება, რომ ავადმყოფია მდგომარეობა აღარ უარესდება, ჭერ კიდევ დიდხანს არ შეიძლება ავადმყოფი-ადმი ყურადღების მოკლება.

შეკრულობა დამოკიდებულია ნაწლავების მხრივ უმთავრესად ორ მდგომარეობაზე: ნაწლავების ზედმეტ შეკუმშვასა (სპაზმი)—სპასტიკურ შეკრულობას ან ნაწლავების ძლიერ მოღუნებაზე (ატონია)—ატონიურ შეკრულობაზე.

უმრავლესად მწოლიარე ავადმყოფებს უვითარდებათ შეკრულობა, რაც იმით უნდა ავსხნათ, რომ ავადმყოფი დიეტაზეა—ნაწლავების გამაღიზიანებელ (პერისტალტიკის გამომწვევ) საქმელს არ ღებულობს და, რომ ის არ მოძრაობს, რადგანაც მოძრაობა თავისთავად ნაწლავების მოქმედებას უწყობს ხელს. ხშირად საკმარისია საქმელის შერჩევა, მაგალითად, ატონიური შეკრულობის დროს ტლანქი გამაღიზიანებელი საქმელი, შავი პური, ბოსტნეულობა, ხილი—რომ ავადმყოფს შეკრულობამ გაუაროს.

ზოგჯერ საჭირო ხდება სუსტი საფალარათო წამლების დანიშვნა (Pulv. Rhei Pulv. Liquiritiae compositum, Cascarae sagradae და სხვ.).

ზოგჯერ ავადმყოფს აძლევენ ძლიერად მოქმედ საფალარათოს, როგორც ირის საფალარათო ზეთი, ინგლისური მარილი, ან მიმართავენ გამწმენდ ოყნას.

## შ ო ყ ნ შ ი

ოყნის გასაკეთებლად, სულ ერთია როგორი დანიშნულებაც არ უნდა ჰქონდეს მას, საჭიროა: 1) ჭურჭელი სითხისათვის, 2) რეზინის მილი და 3) ბუნიაკი.

ოყნის ჭურჭლებიდან საუკეთესო და ყველაზე ფართოდ გავრცელებულს წარმოადგენს ტარნიეს ირიგატორი და ესმარხის ტოლჩა. მათ შორის დიდი განსხვავება არ არსებობს; ხმარებისათვის ორივე ერთნაირად კარგია. ისინი მინისაგან ან ლითონისაგან გაცეთებულ ცილინდრული ფორმის ჭურჭელს წარმოადგენენ, რომელთაც ქვემოთ, ფსკერთან დართული აქვთ ტუბუსი (სითხის გამოსასვლელი თავიანი ხვრელი); მინაზე რიცხვებით აღნიშნულია ჭურჭლის ტევადობა. თუ ტოლჩაზე ტევადობა არ არის აღნიშნული, შემიღებნაირად უნდა მოიქცინენ: ტოლჩაში სავსე ჩაის ჭიქა წყალს ჩაასხამენ და შავი ტუშით აღნიშნავენ წყლის დონეზე 200,0-ს, რადგან ჩაის ჭიქის ტევადობა, ჩვეულებრივ, 200,0-ს უდრის. შემდეგ კიდევ ერთ ჭიქა წყალს ჩაასხამენ და მიღებულ დონეზე აღნიშნავენ 400,0-ს და ასე ბოლომდე, ვიდრე მთელ ჭურჭელს არ დასხამავენ რიცხვებით.

ეს აუცილებლად საჭიროა, რადგანაც ამა თუ იმ შემთხვევაში ექიმის დაჯალბებით ექთანს სითხის სხვადასხვა რაოდენობით უხდება ოყნის გაკეთება, რაც შესაძლებელი გახდება თუ ჭურჭლის ტევადობა გამარანგარიშებული და აღნიშნული იქნება.

სულ ერთია, რომელი ტოლჩით გაცეთდება ოყნა, მხოლოდ საჭიროა რომ ის იყოს შუშის და არა ლითონის. მართალია, ლითონის ტოლჩა ისე ადვილად არ



ტუღება, როგორც შუშის, მაგრამ ადვილად ივანგება და მისი სუფთად შენახვა უფრო ძნელია. მას ის უარყოფითი მხარეც აქვს, რომ ოყნის გაკეთების დროს ასეთ ტოლჩაში შეუძლებელი ხდება სითხის მოძრაობისათვის თვალყურის დევნება.

თუ ვინიცობაა ტოლჩა არ არის, ოყნის გაკეთება კი გადაუდებელ ამოცანას წარმოადგენს, შეიძლება ძაბრით ან ჩაიდანით სარგებლობა, რომლებიც, ჩვეულებრივ, ყოველ ოჯახში მოაპოვება.

რეზინის მილი, რომელიც სითხის გამტარი მილის დანიშნულებას ასრულებს, უნდა იყოს არა ნაკლებ  $1\frac{1}{2}$  მეტრი სიგრძისა; მილი შერჩეული უნდა იყოს სქელკედლიანი, რადგან თხელკედლიანი რეზინის მილი ადვილად იღუნება, იკეცება, რაც, რასაკვირველია, სითხის გატარებას აბრკოლებს.

რეზინის მილის ერთ ბოლოს ამაგრებენ ტოლჩის ტუბუსზე, ხოლო მეორე ბოლოს ბუნეკს უერთებენ.

ბუნეკი წარმოადგენს ოყნის მოწყობილობის იმ უკანასკნელ ნაწილს, რომელიც შეჭყავთ ავადმყოფის სწორ ნაწლავში და ამიტომ მას ნაწლავის მილი ეწოდება; ის შეიძლება იყოს რბილი ან მაგარი მასალიდან გაკეთებული. ნაწლავის რბილი მილები წარმოადგენს რეზინიდან გაკეთებულ სპეციალურ მოკლე მილს. ამავე მიზნით სარგებლობენ კუჭის ჩვეულებრივი ზონდით ან შარდის გამოსაშვებ რბილი კათეტერით.

ნაწლავის მაგარი მილები კეთდება შუშისა, რქისა, ებონიტისა. უფრო გავრცელებულია შუშის ბუნეკი.

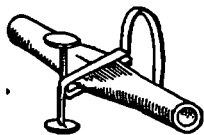
უპირატესობა უნდა მიეცეს სპეციალურ რეზინის ნაწლავის მილებს, რადგან მაგარი მასალიდან გაკეთებული მილის ხმარებისას შესაძლებელია ნაწლავის კედლის ტრავმა, მისი ლარწოვანი გარის დაზიანების სახით. სითხის გამტარ რეზინის მილს უერთებენ ბუნეკს ან ნაწლავის მილს შემაერთებელი მოკლე მილით; საამისოდ კაუჩუკისაგან სპეციალურად გაკეთებულია ონკანიანი მილები. ონკანის მოტრიალებით ახდენენ ტოლჩიდან სითხის დენის რეგულაციას. ასეთი ონკანიანი მინის უქთნობის დროს, გამტარი და ნაწლავის რეზინის მილების შესაერთებლად შეიძლება უბრალო შუშის მილის ხმარება.

სითხის რეგულაციისათვის კი ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ მეტად მარტივ იარაღს ე. წ. მორას მომჭერს (სურ. 37).

რეზინის მილზე გაკეთებული (როგორც ეს სურათზე ჩანს) ამ იარაღით, სურვილის მიხედვით, გაატარებენ ტოლჩიდან სითხეს. თუ ნაწლავის მილი ან ბუნეკი არაა რეზინის, არამედ, მაგ., შუშისაა, მაშინ შემაერთებელი მილი ზედმეტია; სითხის გამტარ რეზინის მილს პირდაპირ უერთებენ ბუნეკს. ამ შემთხვევაშიც, რასაკვირველია, საჭიროა მორას მომჭერი.

როდესაც საჭიროა სწორ ნაწლავში მცირე რაოდენობით სითხის შეყვანა, სარგებლობენ რეზინის ბალონით. ბალონზე ხელის მოჭერით გამოდენიან ჰაერს, ბუნეკით ჩაუშვებენ საჭირო სითხეში და ხელის გაშვებით აკრეფენ სითხეს ბალონში. ამის შემდეგ ბუნეკის უკანა ტანში შეყვანილი და ბალონზე ხელის მოჭერით უშვებენ ამ სითხეს სწორ ნაწლავში (სურ. 38).

ჩვეულებრივ, ძუძუმწოვარ ბავშვებს ოყნას უკეთებენ ასეთი რეზინის ბალონით.



სურ. 37. მორას მომჭერი.

ავადმყოფს აწვევენ მარცხენა გვერდზე და, რომ საწოლი სითხით არ დაისვაროს, აწვევენ ისე, რომ ავადმყოფის მენჯი მოთავსდეს საწოლის პირზე, ამავე მიზნით სასურველია მუშაბის დაგებაც.

ავადმყოფს მარცხენა გვერდზე იმიტომ აწვევენ, რომ სიგმოიდური ნაწლავი, რომელიც სწორი ნაწლავის გაგრძელებას წარმოადგენს, მუცლის მარცხენა მხარეზეა მოთავსებული და სწორი ნაწლავი სიგმოიდურში გადასვლის ადგილას სჯაოდ მკვეთრად უხვევს მარცხნივ.



სურ. 38. რეზინის ბალონი.

ამ მოსაზრებით, ავადმყოფი სწორედ მარცხენა გვერდზე უნდა იწვეს, რათა სითხის შეყვანა მსხვილ ნაწლავებში უფრო გაადვილდეს. ოყენის გაკეთების დროს, რომ მან მიზანს მიიღწიოს, საჭიროა ბუნიკის მოხერხებული და სწორი შეყვანა სწორ ნაწლავში (სურ. 39).

თუ ოყენი გამკეთებელს უხდება მაგარი მასალიდან გაკეთებული მილით სარგებლობა, რაც უფრო ხშირია (მაგ., შუშის ბუნიკით), მას უნდა ახსოვდეს, რომ ნაწლავში მისი შეყვანისას ძალის დატანება არ შეიძლება, რადგანაც შესაძლებელია ნაწლავის კედლის დაზიანება. ტოლჩაში სითხეს წინასწარ ასხამენ. სითხე უნდა იყოს ყოველთვის გამთბარი (38°-მდის C-ით), არა ნაკლებ ადამიანის სხეულის ტემპერატურისა.

ტოლჩას ჩამოკიდებენ კედელზე ან სის სპეციალურ ღერძზე, ან გადასცემენ დამხმარე პირს, რომელიც დაიჭერს ტოლჩას საწოლიდან საშუალოდ 1 მეტრის სიმაღლეზე. ამის შემდეგ, ვიდრე ბუნიკი შეიყვანდნენ უკანა ტანში, აღებენ ონჯის ან მორას მომჭერს და ატარებენ სითხეს ტოლჩიდან მცირე რაოდენობით, რითაც, ერთი მხრივ, წინასწარ სინჯავენ რეზინის მილის გამტარობას, მეორე მხრივ კი, რადგანაც ოყენის გაკეთების დროს ჰაერი არ უნდა მოხვდეს ნაწლავში, მილის სითხით ავსებთ აძვეებენ ჰაერს მილიდან.

ამის შემდეგ ბუნიკს წაუსვამენ ვაზელინს და იწყებენ მის შეყვანას უკანა ტანში. ამისათვის მარცხენა ხელის თითებით გაშლიან უკანა ტანის შესავალ ხერხელს დუნდულა კუნთების გაწევით, ხოლო მარჯვენა ხელით ფრთხილად შეჰყავთ ბუნიკი უკანა ტანში. მიმართულება, რომლითაც ატარებენ ბუნიკს სწორ ნაწლავში, შემდეგია: დასაწყისში, დაახლოებით 4 სანტიმეტრის სიმაღლეზე აჰყავთ ბუნიკი ზევით და წინ, შემდეგ კი უცვლიან მას მიმართულებას—გადაწევენ უკან და ასე უკან და ზემო მიმართულებით განაგრძობენ შეყვანას 5—6 სანტიმეტრის მანძილზე (სურ. 40).

ბუნიკის შეყვანის დროს, თუ მისი წინ წაწევა არ ხერხდება და მას რაიმე დაბრკოლება ხვდება, დაუშვებელია ძალით ამ დაბრკოლებას გადალახვა; ასეთ შემთხვევაში ბუნიკი ცოტათი (1—3 სანტიმეტრი) უნდა გამოსწიონ უკან და გახსნან ონკანი სითხის მცირე რაოდენობით შეშვებით. ჩვეულებრივ, ამის შემდეგ ბუნიკის გატარება უკვე ადვილად ხერხდება, რადგან მცირე რაოდენობით შეყვანილი სითხე, რაკი დაბრკოლებას უმთავრესად გამკვრივებული განავალი ან ნაწლავის კედელი წარმოადგენს, არბილებს განავალს, ან შლის ნაწლავის კედელს, რის შემდეგ ბუნიკი უკვე თავისუფლად ტარდება.

თუ ამის მიუხედავად, მაინც არ ხერხდება ბუნიკის გატარება სწორ ნაწლავში, რასაც იშვიათად, მაგრამ მაინც აქვს ხოლმე ადგილი, მაშინ მას სულ გამო-

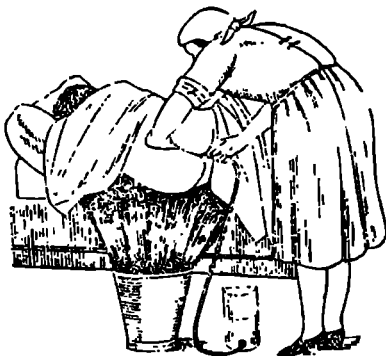
იღებენ და საჩვენებელი თითით, რომელზედაც გაიკეთებენ რეზინის სათითურს, შედიან უკანა ტანში, დაბრკოლების ხასიათის გამოსარკვევად. ხშირად ასეთ გადაულახავ დაბრკოლებას წარმოადგენს სწორ ნაწლავზე მოწოლილი ძლიერ გამკვრივებულ-გაქვევებული განავალი და ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება მისი გამოღება თითით ან კოვზის ტარით.

ამრიგად, ბუნიკის საშუალოდ 10 სანტიმეტრის სიღრმეზე შეყვანის შემდეგ გახსნიან ონკანს და ტოლჩიდან სითხე თანდათან შედის მსხვილ ნაწლავში.

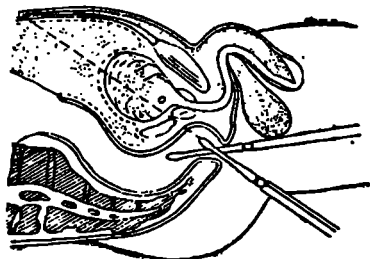
ამ დროს ოყნის გამკეთებელი განუწყვეტლივ ადევნებს თვალყურს ტოლჩაში სითხის ოდენობას და როდესაც სითხე ტოლჩის ფსკერს აღწევს, ამთავრებს ოყნის გაკეთებას ბუნიკის გამოღებით უკანა ტანიდან; მაშასადამე, არ უცდის ტოლჩის სრულ დაცალიერებას, რადგანაც ასეთ შემთხვევაში ჰაერიც შეიპარება ნაწლავში, რაც სრულიად არასასურველია.

თუ ოყნის გაკეთების დროს სითხის დენა ჩერდება, საჭიროა ბუნიკის მდებარეობის შეცვლა ან გვერდზე, ან სჯობს ოდნავ უკან გამოწვევით, რის შემდეგ, ჩვეულებრივ, სითხე განაგრძობს თავისუფლად შესვლას.

თუ სითხის მსვლელობა მაინც არ არის თავისუფალი ან ძლიერ ნელა წარმოებს, საჭიროა მისი შეყვანა მეტი წნევით, რასაც აღწევენ ტოლჩის უფრო მაღლა აწევით. რა რაოდენობით უნდა იყოს შეყვანილი სითხე? სხვადასხვა სახის ოყნის დროს სითხის რაოდენობა, როგორც ქვემოთ იქნება მოყვანილი, სხვადასხვაა. ჩვეულებრივი გამწმენდი ოყნა უნდა შეიცავდეს 3—4 ჰიქა წყალს (ანუ 600,0—800,0-ს). მართალია, მსხვილი ნაწლავების ტევადობა ბევრად უფრო მეტია (მოზრდილი ადამიანის მსხვილ ნაწლავს შეუძლია დაიტევოს 5 ლიტრამდე სითხე), მაგრამ წყლის აღნიშნული რაოდენობა — 600,0—უმრავლეს შემთხვევაში სრულიად საჭიროა, რადგანაც ნაწლავების ანტიპერიტალტიკის მეოხებით (ნაწლავის კედლის შეკუმშვა ქვევიდან ზევით მიმართული) სითხე მაღე მიაღწევს ხოლმე ბაუჯინის სარკველს.



სურ. 39. ოყნის გაკეთება.



სურ. 40. ოყნის ბუნიკის მიმართულება სწორ ნაწლავში.

ზოგჯერ, თუკი სითხის დიდი რაოდენობა (3—4 ლიტრი) შეჰყავთ, და ისიც დიდი წნევით, შესაძლებელია ბაუჯინის სარკველის დაძლევა და მაშინ სითხე წერილ ნაწლავებშიც გადავა.

ოყნის გაკეთების დროს ავადმყოფი უნდა გააფრთხილოს, რომ მან შეეყვანა-  
ლი სითხე შეიკავოს შეძლებისდაგვარად  $\frac{1}{2}$  საათის განმავლობაში. ჩვეულებრივ,  
10—20 წუთი საკმარისია, რომ შეეყვანილი სითხემ გაარბილოს განავალი და  
ავადმყოფის გარეთ გასვლა იოლი და შედეგიანი გახდეს.

ოყნით ავადმყოფის გარეთ გაყვანა დამოკიდებულია არა მარტო განავალის  
გარბილებაზე, არამედ შეყვანილი სითხით ნაწლავის კედლების გაჭიმვაზე და  
გალიზიანებაზე, რაც რეფლექტორულად იწვევს ჰინთვას და გარეთ გასვლას.

ოყნა შეიძლება სხვადასხვა მიზანს ემსახურებოდეს. ამისდა მიხედვით არ-  
ჩევნებ: 1) გამწმენდ, 2) სამკურნალო და 3) საკვებ ოყნებს.

გ ა მ წ მ ე ნ დ ი ო ყ ნ ე ბ ი იხმარება შეკრულობის დროს და, მაშასადამე,  
მათ მიზანს წარმოადგენს ნაწლავების განთავისუფლება განავალიდან. ცნობილია,  
რომ ამავე მიზნით, შეკრულობის დროს ავადმყოფმა შეიძლება საფლარათო წა-  
შალი მიიღოს პირიდან (საფლარათო ზეთი, შწარე წყალი და სხვ.). საჭიროა აღი-  
ნიშნოს ის განსხვავება, რომელიც არსებობს პირიდან მიღებული საფლარათო  
წამლების და გამწმენდი ოყნის მოქმედებაში. ექთანს ნათლად უნდა ჰქონდეს  
წარმოდგენილი უპირატესობა და უარყოფითი მხარეები პირველისა მეორესთან  
შედარებით და ამისდა მიხედვით კარგად ერკვეოდეს, თუ როდის მისცეს ავად-  
მყოფს საფლარათო წამალი, ან როდის უნდა მიმართოს გამწმენდ ოყნას. გან-  
სხვავება მათ მოქმედებაში შემდეგია:

1. გამწმენდი ოყნა ბევრად უფრო სწრაფად იძლევა შედეგს, ვიდრე საფლ-  
არათო.

2. ოყნით იწმინდება მხოლოდ მსხვილი ნაწლავები, საფლარათო კი სწმენდს  
როგორც წვრილ, ისე მსხვილ ნაწლავებს.

3. ოყნა, შედარებით საფლარათოსთან, იწვევს ნაწლავების უფრო სუსტ  
პერისტალტიკას.

4. ოყნით გამოწვეულ კუჭის მოქმედების დროს ავადმყოფს თითქმის არ  
უხდება ჰინთვა და ძალის დატანება.

5. ოყნით მუცლის მოქმედებას ერთხელ ვიწვევთ, საფლარათომ კი შეიძლე-  
ბა 4—5-ჯერ გამოიწვიოს იგი. აღნიშნული განსხვავებიდან გამომდინარეობს  
საფლარათოს ან ოყნის დანიშვნის საჭიროება.

მაგალითად, თუ ავადმყოფს ცუდი საკმელის მიღების შემდეგ განუვითარ-  
და მოწამელის მოვლენები და, მაშასადამე, საჭიროა მთელი ნაწლავების გაწმენ-  
და, ოყნის გაკეთება უაზრო იქნებოდა—მას უნდა მიეცეს საფლარათო. იმ შე-  
პთხევეაში კი, როდესაც ნაწლავების პერისტალტიკის გამოწვევა არ გვინდა, რად-  
განაც ეს ავადმყოფისათვის სახიფათო იქნებოდა, ხოლო მისი გარეთ გაყვანა კი  
საჭიროა, საფლარათოს მიცემა არ შეიძლება, უნდა მივმართოთ ოყნას.

ასე, მაგალითად, ჰიპოქლეა ნაწლავის ანთების დროს, როდესაც ავადმყოფს  
მწვავე შეტევითი ტყვილები აქვს მუცლის ღრუში, მუცლის ჰემო მარჯვენა ნა-  
ხევარში ე. წ. ილუო-ციკალურ არეში, საფლარათოს მიერ გამოწვეული პერი-  
ტალტიკა მეტად სახიფათო იქნებოდა. რადგანაც დაზიანებული ნაწლავის კედ-  
ლი შესაძლებელია მისი ზეგავლენით გაიხეს (პერიფორაცია), რასაც მუცლის  
ღრუში ნაწლავის შეგთავსის ჩანთხევა და შედეგად ამისა მუცლის ღრუს აპკის  
ანუ პერიტონეუმის მწვავე ანთება (პერიტონიტი) მოჰყვება. ეს უკანასკნელი კი,  
თუ სასწრაფოდ არ გაუკეთდა ავადმყოფს ოპერაცია, ჩვეულებრივ, სიკვდილით  
თავდება.

მუცლის ღრუში საექვო ტკივილების დროს, ექიმის დანიშნულების გარეშე, ავადმყოფს საფლარათო არ უნდა მიეცეს. იგივე ითქმის მუცლის ტიფით ავადმყოფზე, რომლის ნაწლავთა კედელი დაწყულულებულია და, მაშასადამე, ნაწლავის მოძრაობა—პერისტალტია, პერფორაციის შესაძლებლობის გამო, ავადმყოფისათვის საშიშია.

აღნიშნულ შემთხვევებში შეკრულობის წინააღმდეგ მხოლოდ ოყნის ხმა-რება დასაშვებია.

ყველა სიცხიან სუსტ ავადმყოფს, რომელსაც უმრავლეს შემთხვევაში, ლოგინში წოლისას შეკრულობა უვითარდება, აგრეთვე არ მიეცემა საფლარათო, რადგანაც ის კიდევ უფრო მეტად დაასუსტებს მას. თუკი ავადმყოფის მდგომარეობა ძლიერ მძიმეა და ის სრულ სიმშვიდეს საჭიროებს, მაგალითად, სისხლის დენის, კოლაფისის დროს, არა თუ საფლარათოს მიცემა, არამედ ოყნის გაკეთებაც არ შეიძლება. ოყნის გაკეთება შეუძლებელია იმ შემთხვევაშიც, თუ ავადმყოფს ბუასილის კვანძების მწვავე ანთება აქვს ანდა მწვავე ანთებითი მოვლენები სწორი ნაწლავის მხრივ; ამ დროს მხოლოდ ექიმის დასტურის შემდეგ შეიძლება ავადმყოფისათვის ოყნის გაკეთება.

გამწმენდი ოყნები შემადგენლობის და გაკეთების ტექნიკის მიხედვით შეიძლება სხვადასხვა იყოს:

- 1) წყლის უბრალო გამწმენდი ოყნა; 2) საპნის ოყნა; 3) გლიცერინის ოყნა;

4) ზეთის ოყნა; 5) სიფონის ოყნა.

უბრალო წყლის გამწმენდი ოყნის ტექნიკა უკვე ზემოთ მოიხსენიეთ. როდესაც წყლის ოყნით შედეგს ვერღებულობენ, შეიძლება მიმართონ საპნის ოყნას.

ს ა პ ნ ი ს ო ყ ნ ა, შედარებით წყლის ოყნასთან, უფრო არბილებს განავალს და მეტ გალიზიანებასაც იწვევს ნაწლავის კედლებისას. ის კეთდება შემდეგნაირად: იღებენ საპონს და დანით დაფხევენ მას. ერთ სუფრის კოვზ დანაფხეკს ვახსნიან საჭირო რაოდენობის (600,0—800,0) წყალში.

საპონი შეიძლება იხმარონ ჩვეულებრივი, სჯობს სამკურნალო საპონი. უფარგისა ამ მიზნისათვის სურნელოვანი პირსაბანი საპონი, რადგანაც ის ნაწლავების ზედმეტად გამაღიზიანებელ ეთეროვან ზეთებს შეიცავს.

გ ლ ი ც ე რ ი ნ ი ს ო ყ ნ ა კეთდება ან წყალთან შეზავებული, ან სუფთა გლიცერინისაგან. პირველ შემთხვევაში 2 სუფრის კოვზ გლიცერინს ურევინ 3—4 ჩაის ჰინა წყალში და ავადმყოფს ჩვეულებრივი ხერხით უკეთებენ ოყნას; მეორე შემთხვევაში მიმართავენ ე. წ. მ ი ე რ ო ო ყ ნ ა ს (მიცერო—პატარას ნიშნავს). იღებენ 10,0-ან შპრაცს და რეზინის მილის საშუალებით შეჰყავთ 5,0 ან 10,0 გლიცერინი.

ზ ე თ ი ს ო ყ ნ ა ს ზემოხსენებულ ოყნებთან შედარებით დიდი უპირატესობა აქვს. ხშირად, როდესაც უბრალო წყლის ან საპნის ოყნა არ იძლევა არავითარ შედეგს, ზეთის ოყნით ადვილად აღწევენ მიზანს; ამიტომ უშედეგო ოყნის დროს ყოველთვის ზეთის ოყნას უნდა მიმართონ.

ზეთი ნაწლავებში თავსდება განავალსა და ნაწლავის კედლებს შორის და, ჩვეულებრივ, რამდენიმე საათის შემდეგ იწვევს ნაზ, უმტიყენეულო მოქმედებას. ზეთებიდან ხმარებისათვის საუკეთესოა: ol. sesami, ol. clivarum, ol. provinciale. შეიძლება მიმართონ სხვა ზეთებსაც, კერძოდ, საფლარათო ზეთსაც, საჭიროა მხოლოდ, რომ ზეთი არ იყოს ძველი, ამწარებული; თუ ზეთის ხარისხში ეჭვი გვეპარება, საჭიროა მისი წინასწარ გადაღულება.

ზეთის ოყნის ტექნიკა იგივეა, რაც ჩვეულებრივი ოყნისა, იმ განსხვავებით, რომ ზეთის შერევა წყალთან საჭირო არ არის (არც შეერევა).

წინასწარ იღებენ 35%-მდე გამობარ ზეთს 200,0-ის რაოდენობით და აღწერილი წესით უკეთებენ ავადმყოფს ოყნას.

რადგანაც ზეთი შედარებით სქელი ნივთიერებაა და ირიგატორის გამტარ რეზინის მილში სიძნელით გადის, სჭობს ზეთის ოყნის გაკეთების დროს ესმარხის ტოლჩის ან ირიგატორის ნაცვლად უნდა გამოვიყენოთ 200,0-ანი შპრიცით სარგებლობა.

გამწმენდ ოყნებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს სიფონის ოყნას. ის არსებითად გამრეცხ ოყნას წარმოადგენს. სიფონის ოყნა კეთდება უფრო ხშირად ნაწლავების გაუვალობის ანუ ე. წ. ილექუსის დროს. ზოგჯერ მას სხვა შემთხვევაშიც მიმართავენ, მაგალითად, თუ სხვადასხვა ნაცადი გამწმენდი ოყნა დადებით შედეგს არ გამოიღებს; ყოველ შემთხვევაში, სიფონის ოყნას გაკეთების დანიშნულებას თითოეულ შემთხვევაში ექიმი იძლევა. სიფონის ოყნის ტექნიკა არსებითად განსხვავდება სხვა გამწმენდი ოყნებისაგან, ასე, მაგალითად, 1) საჭიროა დიდი ძაბრი, მისი უქონლობის დროს შეიძლება იხმარონ ესმარხის ტოლჩა ან ირიგატორი; 2) გამტარ რეზინის მილიდან უნდა მოიხსნას შუშის ან გლტაპერჩის ჩვეულებრივი ბუნიკი და გაუკეთდეს რეზინის; 3) წყლის რაოდენობა არ არის განსაზღვრული; უნდა მოიმარაგონ რამდენიმე ლიტრი თბილი წყალი; 4) ავადმყოფს აწვენენ არა მარცხენა გვერდზე, არამედ ზურგზე; 5) საჭიროა დიდი ტაშტი, რომელიც იდგმება ავადმყოფის საწოლთან.

ასეთი წინასწარი მომზადების შემდეგ ძაბრს ავსებენ წყლით და შეჰყავთ რეზინის დაბოლოება უკანა ტანში ღრმად (20—30 სანტიმეტრამდე). ძაბრი უკავიათ ჩვეულებრივ სიმძლავრეზე და რაოდენსაც წყალი აღწევს ძაბრის ძირს, ერთბაშად დაწვევენ ძაბრს იატაკისაკენ. შეყვანილი სითხე (სიფონის წესის თანახმად) ბრუნდება უკან და თან მოიყოლებს ნაწლავების შიგთავსს—განავალს ან ჰაეროვან ბუშტუკებს—იმ აიჩს, როგელიც ნაწლავების გაუვალობის გამო გროვდება ნაწლავებში და ბერავს მუცელს. უკან დაბრუნებულ წყალს გადაყირავებული ძაბრიდან ასხამენ ტაშტში, რის შემდეგ კვლავ ავსებენ ძაბრს წყლით და ასე იმეორებენ აღწერილ მანიაჟულაციას რამდენიმეჯერ. თუ სიფონის ოყნას უკეთებენ ილექუსიან ავადმყოფს, ამ შემთხვევაში მიზანს წარმოადგენს, ამ ოყნის საშუალებით დაძლიონ ნაწლავებში არსებული წინააღმდეგობა, გაშალონ ნაწლავი და დაგროვილი განავალი ან აიჩი გარეთ გამოდნონ.

სიფონის ოყნა მიზანმიღწეულად ჩაითვლება, თუ ნაწლავებიდან უკან დაბრუნებულ წყალს აიროვანი ბუშტუკები ან განავალი გამოჰყვება. ამავე დროს ავადმყოფს მუცელში ტკივილები უნელდება და ძალზე გაბერილი მუცელი თანდათანობით პატარავდება.

ილექუსის დროს, თუ სიფონის ოყნამ შედეგი არ გამოიღო, ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, სასწრაფო ოპერაციას უკეთებენ. აქედან ცხადია, თუ რა დიდი პასუხისმგებლობით და ღრმა შეგნებით უნდა უკეთებდეს ავადმყოფს სიფონის ოყნას ექთანი, რომელსაც ეს საქმე ექიმმა დაავალა.

ცალკე უნდა მოვიხსენიოთ ე. წ. მაღალი და წვეთობრივი ოყნები.

მაღალი ოყნა. ბევრს უმართებულად აქვს წარმოდგენილი, ვითომ მაღალი ოყნა მაღლა აწეული ტოლჩით უნდა გაუკეთდეს ავადმყოფს; ეს რასაკვირველია, სწორი არ არის. საჭიროა ბუნიკის უფრო მაღლა, ანუ უფრო ღრმად შეყვანა ნაწლავებში.

თუ ჩვეულებრივი ოყნის დროს დაბოლოება შეჰყავთ საშუალოდ 6—10 სმ სიღრმეზე, მაღალი ოყნის დროს მას შეიყვანენ 30 სანტიმეტრის სიღრმით. აქე-

დან ნათლად ჩანს, რომ ამ შემთხვევაში უნდა ისარგებლონ მხოლოდ რეზინის დაბოლოებით.

წვეთობრივი ოყენა არსებითად სამკურნალო ოყენას წარმოადგენს. მისი საშუალებით შეიძლება ავადმყოფის სხეულს მიაწოდონ უკანა ტანიდან სითხის დიდი რაოდენობა. მსხვილი ნაწლავის კედლებიდან სითხე საკმაოდ კარგად შეიწოვება ორგანიზმში და ამრიგად უკანა ტანიდან თანდათანობით წვეთობით შეყვანილი სითხე შეიძლება შეისრუტოს თითქმის მთლიანად. წვეთობრივი ოყენით უხშირესად ფიზიოლოგიური ხსნარი შეჰყავთ, მაშასადამე, ოყენის გაკეთება ნაჩვენებია ისეთივე შემთხვევებში, როგორშიც ფიზიოლოგიური ხსნარის კანქვეშ ინფუზია.

წვეთობრივი ოყენის დროს სითხე ტოლჩიდან უნდა გამოდიოდეს წვეთობით. საამისოდ არსებობს შუშის სხვადასხვაანი სპეციალური მოწყობილობანი, რომელთაც ჩაურთავენ რეზინის გამტარ მილს და სითხე მხოლოდ წვეთობით გამოედის, ამავე მიზნით შეიძლება იხმარონ კაუჩუკის ონკანიანი იარაღი, რომელიც ზემოთ გვქონდა აღწერილი. ონკანს გავლებთ იმდენად, რომ სითხე მხოლოდ წვეთავდეს. თუ არც ეს იარაღი მოეპოვებათ, შეიძლება მიმართონ შემდეგ ხერხს: მარლის ნაჭრით ან ბანდით გადაკვანძავენ გამტარ რეზინის მილს ისეთი სიძლიერით, რომ სითხე ტოლჩიდან წვეთობით გამოდინდეს, საშუალოდ 1 წუთში 20—40 წვეთამდე. ეს ოყენა, რასაკვირველია, ხანგრძლივია, რამდენიმე საათს გრძელდება და ხელთ ტოლჩის დაკვება, ცხადია, შეუძლებელია; ტოლჩა უნდა ჩამოიკიდოს სპეციალურ ხის ლერძზე ან, თუ მოსახერხებელია, კედელზე, ან დაიდგას ფანჯარაზე დადგმულ სკამზე.

ბუნებრივად უნდა იხმარონ რბილი რეზინის კათეტერი. ამ ოყენის გაკეთების დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ რადგან ოყენა ხანგრძლივია, 2 საათის განმავლობაში შეჰყავთ მხოლოდ 250,0—300,0 სითხე. ეს უკანასკნელი ირიგატორში შეიძლება გაცივდეს და საჭიროა ცხელი ფიზიოლოგიური ხსნარის ჩამატება. წვეთობრივი ოყენით, გარდა ფიზიოლოგიური ხსნარისა, შეჰყავთ გლუკოზის 5% ხსნარი, რომელიც აგრეთვე კარგად შეიწოვება მსხვილი ნაწლავებით. გლუკოზის ოყენა არსებითად საკვები ოყენის მნიშვნელობას ატარებს.

### საკვები ოყენები

საკვებ ოყენებს მიმართავენ მაშინ, როდესაც ავადმყოფის კვება ბუნებრივი გზით, ე. ი. პირიდან შეუძლებელი ხდება. ასეთი შემთხვევებია, როდესაც საყლაპავ მილში საკმელი ვერ გადის მისი შევიწროების გამო ან სიმსივნით (მაგ., კიბოთი), ანდა განვითარებული ნაწინებურთვანი ქსოვილით—(მოწამლის შედეგად).

კუჭის სიმსივნის დროს, როდესაც ეს სიმსივნე კუჭის შესავალში ან კუჭის გასავალთანაა მოთავსებული და საკმელი ნაწლავებში ვერ გადის, აგრეთვე თუ ავადმყოფი უგრძობ მდგომარეობაში იმყოფება, პირიდან მისი კვება, რასაკვირველია, შეუძლებელია. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფს საკმელი გადისცდეს სასუნთქ მილში, რასაც მოჰყვება ასფიქსია (დახრჩობა), ან ფილტვის ანთება (ე. წ. ასპირაციული პნევმონია).

აღნიშნულ შემთხვევებში იძულებული ვართ მივმართოთ ხელოვნურ კვებას.

ავადმყოფის ხელოვნურ კვებას აწარმოებენ უმთავრესად საკვები ოყენების საშუალებით. არ უნდა იყოს დაეიწყებული, რომ მსხვილი წლავების ლორწო-

ვანი გარსით საკვებ ნივთიერებათა შეწოვა შედარებით სუსტია, მაშასადამე, ავადმყოფი მანც შეიშლის განიცდის და წონაში განუწყვეტლივ კლებულობს.

ამიტომ საკვები ოყნის იმდით დიდი ხნის განმავლობაში ვერ დავრჩებათა და მას მხოლოდ დროებითი მნიშვნელობა აქვს.

საკვები ოყნის გაკეთების დროს საჭიროა შემდეგის დახსომება:

1. არა ნაკლებ 1 საათით აღრე, ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს ჩვეულებრივი გამწმენდი ოყნა.

2. ოყნით შესაყვანი საკვები მასალა არ უნდა აღემატებოდეს ერთი ჩაის კიჭის რაოდენობას (200,0—250,0).

3. უნდა იყოს საკმაოდ თბილი 38°—40°-მდის.

მოწოდებულია საკვები ოყნის მრავალი რეცეპტი. მათ შორის არსებითი განსხვავება არ არსებობს. საემარისია მხოლოდ ორი შენაზავის დახსომება, რომლებიც უფრო გავრცელებული და ადვილად განსაზორციელებელია: პირველი— 1 ჩაის კიჭა რძე, მასში კარგად გალესილც 2 უმი კვერცხის გული, 1 სუფრის კოვზი პეტრონი ან შაქარი, 1/2 ჩაის კოვზი საკმელი მარილი და 8—10 წვეთი ოპიუმი.

მეორე—იგივე შემადგენლობა, ხოლო რძის მაგიერ შეიძლება ავილოთ ერთი ჩაის კიჭა ბულიონი.

### სამკურნალო ოყნება

უკანა ტანიდან (per rectum) წამლის შეყვანა შეიძლება სანთლების ან ოყნის საშუალებით.

ოყნა, როგორც ავადმყოფის სხეულში წამლის შესაყვანი საშუალება, საკმაოდ გავრცელებულ ღონისძიებას წარმოადგენს. არის შემთხვევები, როდესაც სხეულში წამლის შესაყვანი ყველაზე ბუნებრივი და მარტივი გზით—პირით (per os) საარგებლობა შეუძლებელია. მაგალითად, ავადმყოფის უგრძობი მდგომარეობა, ყლაპვის შეუძლებლობა სხვადასხვა მიზეზების გამო და სხვ. და თუ ამავე დროს რომელიმე წამლის მიწოდება არ ხერხდება ან კანიდან—მალამოს სახით, ან კანქვეშა ქსოვილიდან ინექციის სახით, ამ შემთხვევებში წამლის შეყვანის ერთადერთ საშუალებად რჩება უკანა ტანი.

მაგალითისათვის შეგვიძლია მოვიყვანოთ ქლორალჰიდრატი, რომლითაც მხოლოდ ოყნის საშუალებით შეიძლება დაეხმარონ უგრძობ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს კრუნჩხვების დროს. იმის მიხედვით, თუ როგორი დანიშნულება აქვს ოყნის საშუალებით შესაყვან წამალს, ადგილობრივად ნაწლავების ღორწოვან გარსზე მოქმედებს ის, თუ აქედან შეიწოვება სისხლში და ახდენს ავადმყოფის ორგანიზმზე ზოგად მოქმედებას, არჩევად ადგილობრივ და ზოგადი მოქმედების სამკურნალო ოყნებს.

ზოგადი მოქმედებისათვის ოყნის საშუალებით სახმარი წამლები განსაზღვრულია: მოვიხსენიებთ მხოლოდ უმთავრესად ქლორალჰიდრატს, შემდეგ ქინაქინას და სალიცილმეჟა ნატრიუმს.

სამაგიეროდ, ფართოდ შემოღებულია მსხვილი ნაწლავების ღორწოვან გარსზე ადგილობრივად მოქმედი სამკურნალო ოყნები.

მსხვილი ნაწლავების ანთების დროს (კოლიტი—Colitis) ოყნის საშუალებით შეყვანილი წამლის უშუალოდ ანთებად ადგილზე მოქმედებით ხშირად ბევრად უფრო კარგ შედეგს აღწევენ, ვიდრე პირიდან მიცემული წამლებით.



ასეთ შემთხვევებში შემოღებულია შემდეგი სამკურნალო ოყნები: სახამებლის ოყნა; ის შხადლება შემდეგნაირად— $\frac{1}{2}$  სუფრის კოვზი კარტოფილის ფქვილი უნდა გახსნან  $\frac{1}{2}$  ჩაის ჭიქა თბილ წყალში და შემდეგ მიუმატონ 1 ჩაის ჭიქა მდულარე წყალი. ამ შენაზავს კიდევ ერთხელ ადუღებენ, რის შემდგომ სათანადოდ გაცივებული (38°-მდის) ის უკვე შხად არის ოყნისათვის. ფართოდ იხმარება აგრეთვე 1%-ანი ტანინის ხსნარის ოყნა (Sol. Acidi tannici 1% 600,0; პროტარგოლის ოყნა—საშუალოდ 1,0 : 1000,0 წყალზე (Sol. Protargoli 5% 100,0—ერთი სუფრის კოვზი ტოლჩაზე), კოლარგოლის ოყნა (Sol. Collargoli—0,5—1%), მანგანმევა კალიუმის, წყალბადის ზეფანგის და სხვ.

ქრონიკული კოლიტების დროს კარგ შედეგს იძლევა მინერალური წყლის ოყნები—ესენტუკის და ჩეკაში კი ბორჯომის წყლის ოყნები.

ცალკე უნდა იყოს მოხსენებული ანტიპირინის მიკროოყნა (Antipyrini 0,3 Aq. destill. 5,0), რომელიც კარგ შედეგს იძლევა ხშირი ტენეზმების დროს.

სამკურნალო ოყნებს ეჭუთენის აგრეთვე ნაწლავის ჭიების საწინააღმდეგო ოყნები. Oxyuris vermicularis-ის წინააღმდეგ კარგია ნიერის ოყნა (ერთი ნიერის თავი, მოხარშული ერთ ჩაის ჭიქა რძეში ან წყალში), ძმრის ოყნა (1 სუფრის კოვზი წმინდა ძმარი გახსნილი 1 ჩაის ჭიქა წყალში). დიზენტერიის გამომწვევი ამების საწინააღმდეგოდ ხმარობენ 1%-ანი ქინაქინის ოყნას, მაგრამ ასეთი ქრონიკული დიზენტერიული კოლიტის დროს საუკეთესო შედეგს იძლევა იატრენის  $1\frac{1}{2}$ -ანი ოყნა (Sol. Iatreni 1%—400,0). თავისთავად ცხადია, რომ თითოეულ შემთხვევაში საშუალო მედპერსონალს ამა თუ იმ სამკურნალო ოყნის გაკეთების შესახებ დანიშნულებას აძლევს ექიმი.



**შარდის გამოსვლის თვალსუჩის დამნება**

შარდის წესიერი გამოყოფა გულისხმობს, რომ შარდი დაუბრკოლებლად გამომუშავდება თირკმლებში, აქედან შარდსაწვეთებით გადავა შარდის ბუშტში, აქ რამდენიმე ხანს შეჩერდება, სანამ ბუშტი აივსებოდეს, შემდეგ მისი სფინქტერის რეფლექტორულად მოდუნების შედეგად ის შარდსადინარით გამოვა გარეთ. საჭიროა ყველა ამ ორგანოს სრულიად წესიერი და შეთანხმებული მუშაობა, რათა შარდის გამომუშავება და გამოყოფა ნორმალურად ხდებოდეს. თუ კი საშარდე გზებში სადმე დაავადებითი მოვლენები განვითარდა, ამას უსათუოდ შარდის გამოყოფის (დ ი უ რ ე ზ ი ს) დარღვევა (დ ი ზ უ რ ი ა) მოჰყვება, რაც თავის მხრივ მაჩვენებელი იქნება პათოლოგიური პროცესის არსებობისა.

შარდის წარმოშობა ხდება თირკმლებში. სისხლიდან გამოიყოფა ნივთიერებათა, უმთავრესად აზოტოვან ნივთიერებათა, ცვლის პროდუქტები, რომლებიც ან უსარგებლო, ან მავნეა ორგანიზმისათვის (შარდოვანა, შარდის მუკა). მაშასადამე, აბარატი, სადაც შარდი მუშავდება, არის თირკმლები, შარდის გამომტანი ნილები შარდსაწვეთები და შარდსადინარია, ხოლო შარდის ბუშტი რეზერვუარია, სადაც შარდი უნდა დაგროვდეს და იქიდან დროგამოშვებით გარეთ გამოიყოს.

თირკმლები იქნება დაავადებული თუ შარდის სხვა ორგანოები, სულ ერთია, ყველა შემთხვევაში ვითარდება შარდის გამოყოფის მოშლა. ამას კი მეტად მძიმე დაავადებები და ზოგჯერ სიკვდილიც შეიძლება მოჰყვეს. იმის მიხედვით, თუ საშარდე სისტემის რომელი ნაწილი განიცდის პათოლოგიურ ცვლილებას, მოვლენებიც სხვადასხვაა და საჭიროა ექთანი იმდენად იყოს გაცნობილი მათთან, რომ საჭირო შემთხვევაში დაახლოებით მაინც გაერკვეს მდგომარეობაში, შეაფასოს თუ რამდენად სერიოზულია ავადმყოფის ჩივილები და დროულად აცნობოს ექიმს დახმარების აღმოსაჩენად. როგორც ვთქვით, თირკმლებში ხდება სისხლიდან ნივთიერებათა ცვლის მავნე პროდუქტების გამოყოფა: თუ თირკმლები დაავადდა, მათი გამოყოფა ფერხდება, ზოგჯერ ისპობა კიდევ, და, ამგვარად ყველა ის შხამი, რომელიც შარდით უნდა გამოყოფილიყო, სისხლში რჩება და სწამლავს ორგანიზმს; ვითარდება მდგომარეობა, რომელსაც შარდით მოწამელა ანუ უ რ ე მ ი ა ეწოდება. ავადმყოფს ეწყება კრუნჩხვები, პირღებინება, ფაღარათი, ბრმავდება, პირიდან შარდის სუნი ამოსდის. შარდი ან ძალზე ცოტა აქვს, ან სულ არ მოსდის და, თუ დროულად ენერგიული ზომები არ იქნა მიღებული, ავადმყოფი რამდენიმე დღეში იღუპება. ასეთი მოვლენები შეიძლება განვითარდეს თირკმლების ანთების (ნ ე ფ რ ი ტ ი ს) დროს.

სხვა შემთხვევებში შესაძლებელია თირკმლის ქსოვილი საღი იყოს, მაგრამ შარდის ჯამომტანი სადინარები—შარდსაწვეთები ან შარდსადინარი, იყოს დაავა-

დებულის: მათი გამტარებლობა არ იყოს სრული შ ე ვ ი წ რ ო ე ბ ი ს ( ს ტ რ ი ქ ტ უ რ ო ს ) ან კენჭის გაკვდვის, ან კიდევ მათში სიმსივნის განვითარების გამო. ასეთ შემთხვევაში შარდი, თუმცა ნორმალურად გამოუმუშავდება, მაგრამ მისი გამოყოფა შეფერხდება, ის დაგროვდება შარდის ბუშტში ან თირკმლის მენჯში, რასაც თავის მხრივ ცუდი შედეგები მოჰყვება ხოლმე.

შარდის ბუშტის სხვადასხვა დაავადებებიც (სიმსივნე, ანთება, კენჭები, სტენოტირის მოშლა და სხვ.), აგრეთვე შარდის გამოყოფის მძიმე მოშლილობებს იწვევს, რაც მრავალი წლის განმავლობაში ტანჯავს ავადმყოფს და ბოლოს ზოგჯერ მისი სიკვდილითაც კი თავდება.

თირკმლების წესიერ მუშაობას კიდევ უფრო ღიბი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა გადამდებ ავადმყოფობათა დროს, ვინაიდან მათ მეტი მუშაობა უხდებათ, რათა გამოყოფნა შესაძინონ ნივთიერებანი, რომლებიც გროვდება სისხლში ნივთიერებათა გაძლიერებული ცვლის შედეგად. გარდა ამისა, თვით თირკმლები, როგორც მეტად ნაზი აგებულების ორგანოები, ადვილად ზიანდება მიკრობებით, რომლებიც ამა თუ იმ გადამდებ სნეულებას იწვევენ. იშვიათია ისეთი ინფექციური ავადმყოფობა, რომელიც არ იწვევდეს ერთდროულად თირკმლების დაავადებასაც. ამ დროს თირკმლების მდგომარეობის გათვალისწინებას და მათი დაავადების შემთხვევაში სათანადო ზომების მიღებას ფრიდ ღიბი მნიშვნელობა აქვს თვით ძირითადი დაავადების მკურნალობისათვის.

ზემოაჩამოთვლილი საშარდე ორგანოების შესაძლო დაავადებანი მეტად მრავალფეროვან მოვლენებს იძლევა; აქ ადგილი აქვს შარდის როგორც რაოდენობის, ისე ფერისა და ფიზიკური თვისებების შეცვლას, ქიმიური თვისებების ცვლილებებს, შარდის გახშირებას ან გაიშვიათებას, შარდის შეკავებას ან შეუკავებლობას და სხვ.

ყველა ამათ გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვთ და მათი გათვალისწინება დიდად გვებმარება როგორც დაავადების ამოცნობაში, ისე მის მკურნალობაში. ისეთი დაავადებებიც კი, რომლებიც საშარდე ორგანოების მხრივ ცვლილებებით არ ხასიათდება, შარდის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების ცვლილებებს იძლევა, რაც ასეთი დაავადების ამოსაცნობად მეტად მნიშვნელოვანია.

ასეთი დაავადებებია შაქრის ავადმყოფობა, უშაქრო დიაბეტი და ზოგიერთი სხვა. აქედან ცხადია, თუ რა ღიბი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საშარდე ორგანოებზე დაკვირვებას; ამითვე აიხსნება ის, რომ თანამედროვე კლინიკაში, დაავადების ხასიათის მიუხედავად, ყოველ ავადმყოფს ესინჯება შარდი, რადგან საშარდე ორგანოებში მომხდარი თუნდაც მცირეოდენი ცვლილებები მაშინვე აღინიშნება შარდის ამა თუ იმ თვისების ცვლილებით. საშარდე ორგანოების ამა თუ იმ ავადმყოფობით შეპყრბილთ კი ყოველდღიურად ეზომებათ შარდის დღე-ღამის რაოდენობა და მიკრო-მაკროსკოპიულად ესინჯებათ შარდი ყოველ 2—3 დღეში. ექთანს ხშირად ავალბენ შეაგროვოს შარდი ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის, შეაგროვოს დღე-ღამის შარდი და გაზომოს მისი რაოდენობა, თვალყური ადევნოს მოშარდვის სიხშირესა და გამოყოფილი შარდის თვისებებს, შარდის შეკავების და შეუკავლობის დროს დახმარება აღმოუჩინოს ავადმყოფს და სხვ.

ყველაფერი ეს ცოდნასა და ზოგჯერ საკმარისად ღიბ გამოცდილებასაც მოითხოვს, რადგან ასეთი ვალდებულების წესიერად შესრულება ავადმყოფის მიზანშეწონილი მკურნალობის საწინდარია.

მომარდვის სიხშირე დღე-ღამეში ინდივიდუალურია და ჯანმრთელობის პერიოდშიც მრავალ ფიზიოლოგიურ ფაქტორზე დამოკიდებული.

ადამიანი ზამთრის პერიოდში უფრო ხშირად გადის შარდზე, ვიდრე ზაფხულში და ეს აიხსნება იმით, რომ ორგანიზმში დაგროვილი სითხის ნაწილი ცხელ დღეებში ოფლის სახით გამოიყოფა ხოლმე. სითხის დიდი რაოდენობის მიღების შემდეგ მომარდვის სიხშირეც მატულობს, პირიქით, მშრალი საკვების მიღების შემდეგ მომარდვის სიხშირე ნაკლებია.

საშუალოდ, ჯანმრთელი ადამიანი დღე-ღამის განმავლობაში 5-ჯერ მიღებულ შარდზე, აქედან დღისით 3—4-ჯერ, ღამით კი 1—2-ჯერ. ამაზე მეტად შარდზე მიღვომა უკვე გახშირებულ შარდვას მოასწავებს და თუ ის ფიზიოლოგიური მიზეზით არ აიხსნება, პათოლოგიური მდგომარეობის მომასწავებელია და ახასიათებს შაქრის ავადმყოფობას, უშაქრო დიაბეტს; თირკმლის მეწაჩის ანთებას, შარდის ბუშტის ანთებას, წინამდებარე ჭირკვლის (პროსტატა) ანთებას, ნევრასთენიას, ისტერიას და სხვ.

მომარდვის გახშირება შეიძლება ხდებოდეს როგორც დილით, ისე ღამით, ზოგჯერ კი ადამიანი უფრო ხშირად და მეტი რაოდენობით გადის შარდზე ღამით (ნიქტურია). ეს, სხვათა შორის, გულის და თირკმლების ზოგი დაავადებისათვის არის დამახასიათებელი. ანგარიში უნდა გაეწიოს იმ გარემოებას, რომ შესაძლებელია ავადმყოფი ხშირად შარდავდეს ცოტ-ცოტა რაოდენობით. პირიქით, ზოგჯერ ის ხშირად შარდავს და შარდიც დიდი რაოდენობითაა (პოლიურია).

დღე-ღამის შარდის შეგროვება. ჯანმრთელი ადამიანი ცხოვრების ნორმალურ პირობებში, დღე-ღამის განმავლობაში დაახლოებით შარდის ერთსა და იმავე რაოდენობას გამოყოფს, საშუალოდ მამაკაცი—1500 მლ, დედაკაცი—1200 მლ. ეს რაოდენობა, მცირედენ ფარგლებში, მუდმივ რყევას განიცდის, რაც დამოკიდებულია მიღებული სითხის რაოდენობაზე, ოფლიანობის სიძლიერეზე და სხვა ფაქტორებზე.

მაგრამ პათოლოგიურ შემთხვევებში შარდის დღე-ღამის რაოდენობამ შეიძლება არაჩვეულებრივად იმატოს (პოლიურია) ან იკლოს (ოლიგურია) და ბოლოს შეიძლება მიადლოს  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  ჰექტის რაოდენობას (ან უ რ ი ა).

შარდის რაოდენობის ძლიერი მომატება დამახასიათებელია შაქრის ავადმყოფობისათვის, როცა შარდის რაოდენობა 6—7 ლიტრს აღწევს და უშაქრო დიაბეტისათვის, როდესაც შარდის რაოდენობა ხშირად 14—15 ლიტრს აღემატება. პირიქით, შარდის რაოდენობის დაკლება თან სდევს ძლიერ ოფლიანობას, ძლიერ პირსაქმებას, ფაღარათს და თირკმლების ანთებას. ამ უკანასკნელის მიზღვრულობაში ხშირად შარდის რაოდენობის ძლიერი შემცირება და ზოგჯერ ანუ-რიაც კი ვითარდება, რაც მეტად ცუდი ნიშანია.

შარდის დღე-ღამის გამოსარკვევად საჭიროა შეგროვდეს და შემდეგ გაიზომოს შარდის მთელი რაოდენობა, რომელსაც ავადმყოფი გამოყოფს.

ამისათვის იხმარება ან მანის სპეციალური გრადუირებული ქილები სახურავით, ან ჩვეულებრივი მინის ქილა, რომელსაც ხის ან მუყაოს სახურავი შეიქმნება გაუკეთდეს (სურ. 41). შარდის შეგროვებას იწყებენ დილით შარდზე გასვლის შემდეგ, დაახლოებით 8—9 საათზე და მეორე დღის იმავე დრომდე აგროვებენ აღნიშნულ ქილაში. ამასთან გარეთ გასვლის წინ საჭიროა ავადმყოფმა წინასწარ მომარდოს ქილაში.

შეგროვილ შარდს, თუ ის გრადუირებულ ჰურქელში არ იყო შეგროვილი, გაზომავენ ცილინდრით და რაოდენობას აღნიშნავენ ტემპერატურის ფურცლის სითანადო გრაფაში. სასურველია, რომ იქ, სადაც იზომება დღე-ღამის შარდის

რაოდენობა, იზომებოდეს აგრეთვე მიღებული სითხის რაოდენობაც, რათა წარმოდგენა ვიქონიოთ თირკმლების გამტარუნარიანობაზე. შარდის შეგროვება უნდა ხდებოდეს ზედმიწევნით სუფთა ჭურჭელში, რადგანაც უსუფთაო ჭურჭელში შარდი მალე იცვლის ფერს, რეაქციას და ხშირად ქიმიურ თვისებებსაც. ამისათვის საჭიროა შარდის ჭურჭლები ყოველდღე გულმოდგინედ ირეცხებოდეს და ნალექი, რომელიც შიგ გამოეკერის ხოლმე, სცილდებოდეს ან მექანიკურად, ან მარილის შეავას მაგარი ხსნარით.



სურ. 41. შარდის რაოდენობის გასაზომი ჭურჭელი.



სურ. 42. შარდმიმღები.

მოსიარულე ავადმყოფები პირდაპირ ქილაში აგროვებენ შარდს. მწოლიარეს კი ჭერ ღამის ჭურჭელში უხდება შარდის შეგროვება, შემდეგ ის ქილაში უნდა იქნას ჩასხმული. შარდის შესაგროვებლად მეტიად მოხერხებულია სპეციალური მინის, მინანქრიანი ლითონის ან სპილენძის ჭურჭლები, რომლებსაც საავადმყოფოებში ხშირად ხმარობენ—ე. წ. შარდმიმღები. მამაკაცისათვის და დედაკაცისათვის ეს ჭურჭელი ცოტა სხვადასხვანაირი კეთდება; განსხვავება არის მილში: მამაკაცისათვის უფრო ვიწრო და გრძელი მილი აქვს, დედაკაცისათვის კი მოკლე და განიერი (სურ. 42). გადამღები ავადმყოფობით შეპყრობილთათვის გამოყოფილი უნდა იყოს ცალკე ჭურჭლები.

თუ ავადმყოფს შარდის შეუკავებლობა ან შეკავება აქვს, მაშინ სხვა ხერხს მიმართავენ: შარდის შეკავების დროს შარდს კათეტერით აიღებენ, შეუკავებლობის დროს კი—მუღმივი შარდმიმღებით.

გამოსაკვლევი შარდის შეგროვება ხდება სხვადასხვანაირად, მაგრამ როგორც არ უნდა ხდებოდეს ლაბორატორიაში გასაგზავნი შარდის შეგროვება, სავალდებულოა, რომ შარდი იყოს ახალი და სუფთა ჭურჭელში შეგროვილი; ამისათვის იხმარება მინის ჭურჭელი მინისავე საცობით. ლაბორატორიაში გასაგზავნად საკმარისია 200—400 მლ შარდი. ჩვეულებრივ, დღის შარდს აგზავნიან გამოსაკვლევეად, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა დღე-ღამის შარდის გასინჯვა; ასეთ შემთხვევაში ექიმი სათანადო მრითიებას მისცემს ექთანს.

თუ რაიმე განსაკუთრებული მდგომარეობა არ არის, შარდს აგროვებენ ან პირდაპირ გასაგზავნად შუშაში, ან ბასში გადასხამენ შარდის მიმღებ სუფთა ჭურჭლიდან. თუ იმ დროს, როდესაც საჭიროა შარდის გასინჯვა, ავადმყოფს აქვს თვიური ან თეთრად შლა, ან სასქესო გზებიდან სისხლის დენა, საჭიროა შარდი ისე იყოს აღებული, რომ სისხლი ან ჩირქი სასქესო გზებიდან მასში არ მოხვდეს და მით ლაბორატორია შეცდომაში არ შეიყვანოს.

ასეთ შემთხვევებს მარტო დედაკაცებში გვხვდებით და აქ საჭიროა შემდეგნაირად მოქცევა: გარეთა სასქესო ორგანოები და შარდსადინარის გარეთა ზერელი გულმოდგინედ უნდა გაიბანოს ლიზოლის ხსნარით (7,0—1000,0), აა-

წიში ჩადნულ იქნეს ტამპონი და სტერილური კათეტერით გამოღებული იქნეს შარდის საჭირო რაოდენობა.

კათეტერით შარდის შეგროვება შეიძლება საჭირო გახდეს მაშინაც, როდესაც ავადმყოფი უგრძობ მდგომარეობაშია (კომა) ან მას შარდის შეკავება, ან უნებლიე შარდვა აქვს. რთულია ძუძუმწოვარი ბავშვების შარდის შეგროვება. აქ საჭიროა ბავშვს მივაკრათ ბოქვენზე სინჯარა ემპლასტრით და ასოს თავი სინჯარაში ჩაუშვათ, ხოლო გოგონებს ყელგანიერი პატარა ბოთლი მიუშვებოთ აგრეთვე ბოქვენზე.

**შარდის თვისებები.** შარდის ლაბორატორიული გამოკვლევა ზედმიწევნით ზუსტად აღნიშნავს ყველა იმ ცვლილებას, რომელსაც შარდში ადგილი აქვს. მაგრამ შარდის ზოგიერთი ფიზიკური თვისებების ქსიათი უკვე დამახასიათებელია საშარდე გზების ცვლილებისათვის. ნორმალური შარდი, საშარდე გზებიდან გამოყოფის უმალვე, სრულიად გამჭვირვალე უნდა იყოს, ბაცი ჩალის ფერი და სუნი თითქმის სრულიად არ უნდა ჰქონდეს. ფიზიოლოგიურ პირობებში შარდის ფერი შეიძლება შეიცვალოს, მაგრამ ეს ცვლილებები დროებითი, წარმატებული ხასიათისა და გამომწვევი მიზეზის მოსპობასთან ერთად ვაივლის. მაგალითად, სითხის მცირე რაოდენობის მიღებისა და ძლიერი ოფლიანობის დროს შარდი, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, მცირე რაოდენობით გამოიყოფა და მას მუქი ჩაის ფერი აქვს. პირიქით, სითხის დიდი რაოდენობის მიღება გაძლიერებულ შარდვას და მის ბაცად შეფერვას იწვევს.

შარდის ზოგიერთი ფიზიკური თვისების ამ ფიზიოლოგიური ცვლილებების გარდა, რომელთაც პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვთ, ხშირად აქვს ადგილი პათოლოგიური მიზეზებით გამოწვეულ ცვლილებებს.

შარდის ფერი მრავალნაირად შეიძლება შეიცვალოს სხვადასხვა დაავადების დროს: თირკმლების ანთების (ნეფრიტის) დროს შარდში შეიძლება იმდენი სისხლი ერიოს, რომ მან ხორციის ნარეცხის ფერი მიიღოს; სიყვილის დროს შარდი უღის ფერი აქვს და საცვლებზე ყვითელ ლაქებს ტრავებს; შარდსადინარისა და შარდის ბუშტის სიმსივნეების არსებობის შემთხვევაში, შარდში ხშირად სისხლია შერეული ძაფების ან ბელტების სახით; შაქრის ავადმყოფობა და უშაქრო დიაბეტი მეტად ბაცი ფერის და ზოგჯერ სრულიად უფერო შარდს იძლევა; თირკმლის ტუბერკულოზის და შარდსადინარის ჩირქოვანი ანთების (სუსუნბუტის) დროს, შარდში იმდენი ჩირქი ურეგია, რომ მას ხშირად სიროფის კონსისტენცია აქვს და მოთეთრო-მოყვითალო ფერისაა (პ ი უ რ ი ა).

ზოგიერთი წამალი შარდის ფერს ძალზე ცვლის. ასეთია მეთილენ-ბლავი (მეთილენის ლილა), რომელიც შარდს მოლურჯო-მომწვანო ფერს აძლევს, წითელი სტრებტოციდი და სხვ.

გარდა ფერისა, შეიძლება შეიცვალოს შარდის გამჭვირვალობაც. ნორმალური შარდიც, თუ ის უსუფთაო ჭურჭელშია შეგროვილი, მაშინვე შეიმღვრევა, ან თუ ის დიდხანს დგას, მარილების გამოყოფის გამო არაგამჭვირვალე ხდება. თუ შარდში ბევრია შარდძევა მარილები (ურატები), შარდი აგურის ფერს იღებს, ხოლო ფოსფორმევა მარილების (ფოსფატების) სიჭარბის დროს—მოთეთრო ფერს. სისხლის, ჩირქის, ცილის დიდი რაოდენობით შერევისას, შარდი გამოყოფისთანავე ამღვრეულია. შარდის ბუშტის ანთების (ცისტიტის) დროს შარდის შეკავების შემთხვევებში, შარდი მყარლ სუნს იღებს შარდის ბუშტში დიდი ხნით დარჩენისა და გახრწნის გამო.

ყველა ამ ცვლილებას ექთან თავის ყოველდღიურ მუშობაში განსაკუთრებული ყურადღებას უნდა აქცევდეს, რადგან ყველა მათგანი საშარდე გზებში

არსებულ, ავადმყოფურ ცვლილებებს მოასწავებს და მათ შესახებ დროულად უნდა ეცნობოს ექიმს.

შემდეგ, რასაც აგრეთვე დაკვირვება ესაჭიროება, არის თვით მოშარდვის აქტი. ეს უქანასკნელი რთული მოვლენაა და შეიძლება შემდეგნაირად იქნეს წარმოდგენილი: შარდის ბუშტის ავსების გამო გაღიზიანება აქედან გადაეცემა სათანადო ცენტრს, აქედან იმპულსი გადაეცემა შარდის ბუშტის სფინქტერს, იგი მოდუნდება და შარდი ბუშტიდან შარდსადინარით გარეთ გამოვა.

ადვილი გასაგებია, რომ თუ რაიმე მიზეზის გამო ან ცენტრი დაზიანდება, ან ის ნერვები, რომლებიც იმპულსს ატარებენ ცენტრიდან, ან სფინქტერი, ან კიდევ შარდსადინარში გაჩნდა წინააღმდეგობა, მოშარდვის აქტიც მოიშლება.

მოშარდვა, ნორმალურ პირობებში სრულიად უმტკივნეული და თავისუფალი, ამ დროს შეიძლება ჯაძნელდეს და მტკივნეული გახდეს. შარდის ნაკადი, ნორმალურად ძლიერი და მსხვილი, შეიძლება შესუსტდეს და გაწვრილდეს. ავადმყოფმა მოშარდვის დროს შეიძლება საშინელი წვა იგრძნოს და სხვ. მონუტებულ მამაკაცებს ხშირად მოსდით წინამდებარე ქირჯლის (პროსტატა) გადიდება (ჰიპერტროფია), რის გამოც ქირჯალი დაწვება შარდსადინარს და შეავიწროებს მას. მოშარდვა გაძნელდება; ავადმყოფი, რომელსაც შარდზე გასვლა უნდა, ერთ ხანს დგას, მაგრამ შარდზე ვერ გადის, ბოლოს შარდი გაძნელებით წამოვა, მაგრამ სუსტი, ნაწყვეტ-ნაწყვეტი ნაკადით და ზოგჯერ წვეთ-წვეთად. შარდის ბუშტი მთლიანად არ დაიცლება და შარდის ნაწილი შიგ რჩება.

შარდის ბუშტის კენჭით და შარდის ბუშტის ანთებით დაავადებულთ აქეთ გახშირებული მოშარდვის ნდომა, შარდი ცოტ-ცოტა მოსდით და მოშარდვის შემდეგ ბუშტის არეში გრძნობენ წვას. სუსუნატი შეპყრობილი მამაკაცები მოშარდვის დროს აუტანელ წვას გრძნობენ შარდსადინარ მიღში მისი ჩირქიანი ანთების გამო.

ექთან ყოველივე ეს უნდა ახსოვდეს და ავადმყოფს მოშარდვის ხასიათის შესახებ ჰკითხოს, რადგან ავადმყოფები თვით ხშირად არაფერს ამბობენ ამის შესახებ.

ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე გარეთა სასქესო ორგანოების მდგომარეობასაც; ყოველივე წყლული ასოზე, საზარდულის მიდამოს ლიმფური ქირჯლების შესივება და მტკივნეულობა, ჩირქოვანი გამონაჟონი საშოდან ან საშარდე მილიდან მეტად საეჭვოა ყოველთვის; ხშირად მძიმე დაავადების მომასწავებელია და ყოველივე ამის შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს ექიმს.

საშარდე ორგანოების მოშლილობათა შორის ხშირად აქვს ადგილი ორ მძიმე მოვლენას, რომელიც ავადმყოფისათვის მეტად მტანჯველია, ექთახისაგან კიდევ ყურადღებას, დაუზარებლობას და ცოდნა-გამოცდილებას მოითხოვს. ეს არის შარდის შეკავება და შარდის შეუკავებლობა, ანუ უნებლიე შარდვა. როგორც შარდის შეკავებას, ისე უნებლიე შარდვას პრავალი მიზეზი უდევს საფუძვლად, როგორც ადგილობრივ საშარდე გზების დაავადების, ისე ნერვული სისტემის, თავისა და ზურგის ტვინის პათოლოგიური ცვლილებების სახით.

შარდის შეკავება შეიძლება განვიხილოდეს პროსტატის ჰიპერტროფიის შედეგად, შარდის ბუშტის კენჭების გამო, შარდსადინარის შევიწროების ნიადაგზე. გარდა ამისა, ამ მოვლენას ხშირად იწვევს ხერხემლის მოტეხილობის დროს ზურგის ტვინის დაზიანება, თავის ტვინის ზოგიერთი ავადმყოფობა. ოპერაციის შემდეგ ხანაში, პირველ დღეებში, შეიძლება ავადმყოფს მოუვიდეს შარდის შეკავე-

ბა. შარდი შეიძლება შეუკავდეს აგრეთვე მწვავე ინფექციური ავადმყოფობით დაავადებულთ.

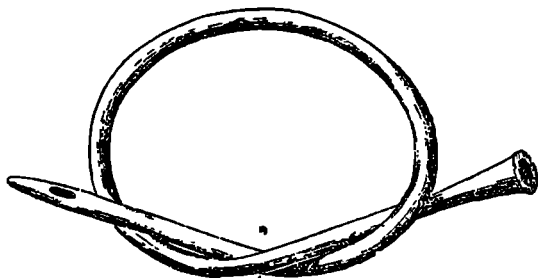
უნებლიე შარდვას კი შარდის ბუშტის სფინქტერის დაზიანება იწვევს. ეს დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს თვით სფინქტერის ავადმყოფობამ, მაგალითად, კიბომ, ან ზურგისა და თავის ტვინის დაავადების ნიადაგზე შესაძლოა სფინქტერის დამბლა განვითარდეს. მწვავე ინფექციური დაავადებანი აგრეთვე ხშირად იწვევენ დროებით შარდის შეუკავებლობას როგორც ერთ შემთხვევაში, ისე მეორეში ავადმყოფს ესაპირობება ხშირი, სისტემატური და გულმოდგინე დახმარება.

შარდის შეკავების შემთხვევაში საჭიროა შარდის გამოშვება და შარდის ბუშტის განთავისუფლება. ეს შესაძლებელია ორი გზით: 1) შარდის ბუშტის მიდამოზე ავადმყოფს უნდა დაედოს სათბური, ფხენჯი ცხელ წყალში ჩაიშვას, გაუკეთდეს კანქვეშ 1 მლ მორფიუმის ან ატროპინის ხსნარი. თუ ამ ზომების შემდეგ ავადმყოფი შარდზე მაინც ვერ გავიდა, მაშინ 2) უნდა გაკეთდეს შარდას ბუშტის კათეტერიზაცია.

### კათეტერიზაცია

კათეტერიზაცია დაუშვებელია შარდსადინარის მწვავე, უმთავრესად გონორეული ანთების დროს. ასეთ შემთხვევაში კათეტერი უთუოდ შეიტანს ინფექციას შარდის ბუშტში და გამოიწვევს მის ანთებას. კათეტერიზაცია არ არის მიზანშეწონილი ოლიგურიისა და ანურიის პირობებში, რადგან ამ დროს ბუშტში შარდი არ არის.

კათეტერიზაცია რთული საქმეა, ავადმყოფისათვის სახიფათოა, მით უმეტეს მაშინ, თუ ის უწყსოდ კეთდება და ამიტომ ჭერ სხვა საშუალება უნდა იქნეს ნახმარი და მხოლოდ უარყოფით შემთხვევაში გახდება აუცილებელი კათეტერის ხმარება.



სურ. 43. ნელატონის კათეტერი.

კათეტერიზაცია ეწოდება, სპეციალური მილის—კათეტერის შეყვანას შარდის ბუშტში შარდსადენით.

კათეტერი წარმოადგენს სხვადასხვა ყალიბის მილს, რომელიც კეთდება ან რეზინიდან—ელასტიკური კათეტერი (ნელატონის სურ. 43), ან რეზინით გაყენებული აბრეშუმის ქსოვილიდან—ნახევრადმაგარი კათეტერი, ან ნიკლიდან, ვერცხლიდან, ნეიზილბერიდან,—მაგარი კათეტერი.



ექთანს შეუძლია მხოლოდ ელასტიკური კათეტერის ხმარება, რადგან ნახევრადმაგარი და მაგარი კათეტერის ხმარება დიდ გამოცდილებას საჭიროებს.

ნ ე ლ ა ტ ო ნ ის ა ნ უ რ ბ ი ლ ი კათეტერი წარმოადგენს საკმაოდ ელასტიკურ, სქელკედლებიან რეზინის მილს 20—30 სმ სიგრძით, ყალიბით  $1/8$ —10 მილიმეტრამდის. ერთი ბოლო ყრუდ არის დახურული. მომრგვალებულია შარდსადინარის და ბუშტის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად. ამ ბოლოდან 2 სმ ზევით არის ოვალური ფანჯარა, რომელშიც იხსნება მილის სანათური; მეორე ბოლო გარდიგარდმო არის მოკვეთილი.

ნელატონის კათეტერი ისე, როგორც სხვა კათეტერი, სხვადასხვა ზომისაა და ზომა № არის აღნიშნული კათეტერზე. უფრო ხმარებაშია №14—18. თუ № აღნიშნული არ არის, კათეტერი უნდა გაიზომოს შ ა რ ი ე რ ის შკალით. რვი წარმოადგენს ლითონის ფირფიტას, რომელიც სხვადასხვა ზომისაა დახვრეტული და თითოეულ ნახვრეტს თავის № აქვს (1—30-მდის). კათეტერს ჩაუშვებენ ამ ნახვრეტში და რომელსაც მიუღდება, ის ნახვრეტი გამოხატავს მის №-ს. რბილა კათეტერი თავისუფლად გადის მამაკაცის შარდსადინარში და მხოლოდ მისი შევიწროების ან ცხვა წინააღმდეგობის არსებობის შემთხვევაში არ ხერხდება ამ კათეტერით მისი გავლა.

ნ ა ხ ე ვ რ ა დ მ ა გ ა რ ი კ ა თ ე ტ ე რ ი—რეზინით გაყვანილი აბრეშუმის ქსოვილისა, გაკრიალებული ზედაპირით, უფრო მოხერხებულია, ვიდრე რბილი კათეტერი, რადგან ადვილად სძლევს მცირე წინააღმდეგობას შარდსადინარში. სიგრძე და ყალიბი ისეთივე აქვს, როგორც რბილ კათეტერს, ფანჯარა ორი აქვს: ერთი—ერთ მხარეზე, მეორე კი—მეორეზე; ბ რ მ ა ბოლო უფრო მახვილია. ამ კათეტერის ხმარება ისე არ არის გავრცელებული, როგორც მაგარის და ნელატონის კათეტერისა, რადგან, ჯერ ერთი, იგი უფრო ძვირია, გამობარშვას სრულიად ვერ იტანს, მალე ფუჭდება და გასასუფთავებლად მოითხოვს ხანგრძლივად შენახვას შუშის ცილინდრში ფორმალინის ფორთხის ატმოსფეროში.

ლ ი თ ო ნ ის კათეტერი მოხრილია შარდსადინარის ანატომიური სიმრუდის შესაფერად: მამაკაცის კათეტერში მოხრილობა მეტია, დედაკაცისაში კი ნაკლები, პირველის სიგრძე—30 სმ, მეორისა—15 სმ.

ლითონის კათეტერი სამი ნაწილისაგან შედგება—სახელური (პაეილიონი), შუა ნაწილი (ღერო) და ნისკარტი, რომელზედაც ერთი ან ორი ფანჯარაა. პაეილიონის იმ მხარეზე, საითაც ნისკარტია მიმართული, მიმავრებულია პატარა რგოლი ნისკარტის მიმართულების საჩვენებლად კათეტერის შარდსადენში შეყვანის შემდეგ.

რბილი და მაგარი კათეტერების სტერილიზაცია ხდება წყალში გამობარშვით, სოდის მიმატება საჭირო არ არის.

კათეტერიზაციის დაწყებისას საჭიროა მომზადდეს: 1) სტერილური კათეტერი, 2) სტერილური ვაზელინი, 3) სულემის ხსნარი  $1/1000$ , 4) სტერილური ბამბა და დოლბანდი, 5) სუფთა ჭურჭელი შარდისათვის.

ოპერატორმა ხელები ზედმიწევნით უნდა დააბანოს. პინცეტით აღებულ სულემის ხსნარში დასველებული ბამბით გულმოდგინედ უნდა გაიწმინდოს შარდსადინარის გარეთა ზერელი რამდენჯერმე ბამბის შეცვლით. თუ პაციენტი ქალია, საჭიროა გარეთა სასქესო ორგანოების გასუფთავება და ყველა ნაოჭის გამობანა. თუ ის მამაკაცია, ჩუქი უნდა გადაიწიოს და ასოს თავი კარგად გაიწმინდოს.

დედაკაცის შარდსადინარის კათეტერიზაცია და მისი ჩატარება როგორც რბილი, ისე მაგარი კათეტერით, სწორად მიენდობა ექმანს. ამისათვის ოპერატორ-

რი დადგება ავადმყოფის მარჯვენა მხარეზე, წინასწარ გაწმენდილ სასირცხო ბაგეებს გადასწევს მარცხენა ხელის ცერით და შუა თითით, მარჯვენა ხელით აიღებს გამოხარშულ კათეტერს, დაიჭერს მას ნისკარტით ზევით, წაუსვამს სტერილურ ვაზელინს და შეიყვანს ნისკარტს შარდსადინარის გარეთა ხვრელში. მარჯვენა საჩვენებელი თითი უნდა იყოს დაკვერილი კათეტერის ღია ბოლოზე, რათა შარდი არ დაიღვაროს. შარდის შესაგროვებლად კათეტერს დაუდგამენ ქუჩელს. მამაკაცის შარდსადინარის კათეტერიზაცია გაცილებით უფრო ძნელია მისი ანატომიური თავისებურებების გამო და ეს პროცედურა მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში მიენდობა ექთანს, ისიც რბილი კათეტერით. მაგარი კათეტერით ეს მას მხოლოდ ექიმი უნდა აკეთებდეს და ზოგიერთ რთულ შემთხვევაში, ქირურგი-უროლოგი.

### მამაკაცის შარდსადინარის კათეტერიზაცია ჩაბილი კათეტერით

ავადმყოფი წევს გულაღმა, გავას ქვეშ დადებული აქვს მუთაქა, ფეხები მოკეცილია მუხლებში; ოპერატორი დგება ავადმყოფის მარჯვენა მხარეს; ყველა გამაფრთხილებელი ზომის შემდეგ აიღებს რბილ კათეტერს მარჯვენა ხელით და მის გარეთა (გახსნილი) ბოლოს დაიჭერს უსახელო თითსა და ნეკს შუა. ხოლო ბრმა ბოლოს იმავე ხელის ცერითა და საჩვენებელი თითით (ან უმჯობესია სტერილური პინცეტით), ბოლოდან 3—4 სმ. დადებით.

კათეტერის ბრმა ბოლოს წაუსვამს სტერილურ ვაზელინს, მარცხენა ხელით დაიჭერს ასოს, საჩვენებელი თითითა და ცერით გაწევს შარდსადინარის გარეთა ხვრელის ნაპირებს და შეიყვანს შიგ კათეტერს.

ამის შემდეგ ოპერატორი თანდათანობით აწევს კათეტერს და იმავე დროს ქრამას მასზე ასოს. კათეტერი მიცურავს წინ. როდესაც ის მიაღწევს შარდის ბუშტის სფინქტერს, ოპერატორი იგრძნობს წინააღმდეგობას სფინქტერის სპაზმის გამო, მაგრამ მკირეოდენი დაყოვნების შემდეგ სპაზმი გაივლის, კათეტერის ბოლო შევა ბუშტში და მისი გახსნილი ბოლოდან მასწინვე გამოვა შარდი, რაც უდავოდ ამტკიცებს რომ კათეტერი შარდის ბუშტშია.

შარდის ღდენის შეწყვეტის შემდეგ, კათეტერს ფრთხილად გამოიღებენ. გარეცხავენ თბილი საპნიანი წყლით და მოათავსებენ შუშის კილაში. თუ რბილი კათეტერი შარდსადინარში არ გადის, კათეტერიზაცია უნდა გაკეთდეს მაგარი კათეტერით.

საზოგადოდ, კათეტერიზაციის და, მით უმეტეს, ლითონის კათეტერის შეყვანისას არავითარი ძალდატანება არ შეიძლება, რადგან შესაძლებელია შარდსადინარი გაიხვს და ავადმყოფის სიცოცხლისათვის სახფათო გართულებები განვითარდეს.

შარდის ბუშტის გამორეცხვას მიმართავენ შარდის ბუშტის გრონიკული ანთების (ცისტიტი), შარდის შეკავების დროს და კათეტერიზაციის შემდეგ შესაძლო ინფექციის თავიდან ასაცილებლად. იმისათვის შარდის ბუშტში ჩვეულებრივი წესით შეიყვანენ კათეტერს და შარდის გამოშვების შემდეგ კათეტერზე მიამაგრებენ რეზინის მილს ირიგატორიდან, რომელშიც არის ჩასხმული სადენინფექციო ხსნარი (2—3%-ანი ბორის სტერილური ხსნარი), ტოლჩის ზევით აწევით სითხე შედის შარდის ბუშტში. როდესაც ავადმყოფი მოინდომებს შარდზე გასვლას, კათეტერს მოხსნიან მილს და კათეტერიდან ბუშტის ნარეცხის სითხე იწყებს ღდენას. ამ პროცედურას იმეორებენ 4—5-ჯერ. ერთბაშად შარდის ბუშტში არ უნდა იქნეს შეყვანილი 200—300 მლ მეტი სითხე.

შარდის შეუკავლობით დაავლებული ავადმყოფები მეტად დიდ ზრუნვას საჭიროებენ, რადგან მუდმივ ასველებენ საცვალს, საწოლს; თუ ისინი წესიერად მოვლილი არ იქნენ, მათ მუდამ შარდის სუნი ექნებათ. ასეთი ავადმყოფებისათვის შემოღებულია სპეციალური შარდმიმღები. ეს უკანასკნელი კეთდება რეზინიდან და კონუსის მოყვანილობა აქვს; ქვემო ბოლოზე მას ონკანი აქვს, საიდანაც შესაძლებელია შიგ დაგროვილი შარდის გამოშვება. ის ნაწილი, საიდანაც შარდი უნდა ჩაედეს, მამაკაცის და დედაკაცის შარდმიმღებში სხვადასხვანაირადაა მოწყობილი. მამაკაცის შარდმიმღებს ვიწრო ყელი აქვს, დედაკაცისას კი განიერი. მოსიარულე ავადმყოფებს შარდმიმღები თანმებით აქვთ ჩამოკიდებული წელზე, ხოლო მწოლარე ავადნყოფებს იგი შეერთებული აქვთ რეზინის მილთან, რომელიც საწოლს ქვეშ დადგმულ კურკელშია ჩაშვებული. საჭიროა შარდმიმღები დღეში ერთხელ მაინც კარგად გაირეცხოს ჭერ წყლით და შემდეგ მანგანმჟავა კალიუმის ხსნარით, რათა მას მყარალი სუნი არ ექნეს.

---

**ნერვული სისტემის ზოგადი მოზლილობანი და  
ავადმყოფის მოვლა ამ დროს**

ნერვული სისტემა ადამიანის სხეულში უადრესად დიდმნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს. ის შედგება ცენტრალური ნერვული სისტემის—თავის და ზურგის ტვინის და პერიფერიული ნერვული სისტემისაგან—მთელ სხეულში გაფანტული მრავალი ნერვით. ამ ნერვების ნაწილი მიიმართება სხეულის პერიფერიიდან (მგრძნობიარე ორგანოებიდან—თვალი, ყური, კანი და სხვ.) თავის და ზურგის ტვინისაკენ. ისინი მგრძნობიარე ნერვებს წარმოადგენენ და ყოველნაირ გარეშე გაღიზიანებას გადასცემენ ტვინს (სინათლეს, საგნების გამოსახულებას, ბგერით მოვლენებს, გემოს შეხებას, ტკივილს და სხვ.); ნერვების ნაწილი კი გამოდის ტვინიდან პერიფერიისაკენ და თავდება კუნთებში. ეს ჩვეუი მამოძრავებელი ნერვებია და მათი საშუალებით კუნთების შეკუმშვა-მოღუნება წარმოებს.

ყველა ამ ნერვის მუშაობას განაგებენ ტვინის პატარა ცენტრები; მათი გამოტარი ნერვების დაზიანება იწვევს იმ ორგანოს უმოქმედობას, რომელთანაც ისინი დაკავშირებულია, მაგალითად, სმენის დაკარგვა, სიბრმავე, მეტყველების მოშლა, კიდურების უმოძრაობა—პარალიზები (დამბლები) და სხვ. თავის ტვინში აგრეთვე მოთავსებულია მთავარმნიშვნელოვანი სასიცოცხლო ფუნქციება: ცენტრები (სუნთქვის, სისხლის მიმოქცევის).

მათი დაზიანება ფრიად საშიშია და შეიძლება უეცარი სიკვდილით დამთავრდეს. მაგალითად, ტვინში სისხლის ჩაქცევის ე. წ. აპოპლექსიის დროს ადამიანს მოსდის ან ენის დამბლა, ან რომელიმე მხარეზე ხელ-ფეხის დამბლა (პემიპლეგია), ანდა უეცარი სიკვდილი, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ ტვინის რომელ ნაწილში, ან რომელ ცენტრთან არის ახლო სისხლის ჩაქცევა.

ნერვული სისტემა განაგებს არა მარტო ადამიანის სუნთქვას და გულის მუშაობას, არამედ ის არის რეგულატორი ანუ მომწესრიგებელი სხეულის ყველა ორგანოს სისტემის მუშაობისა—საჭმლის მონელების, შარდის გამოყოფის და სხვ. ამრიგად, ადამიანის სხეულის თითოეული ორგანო და მისი ფუნქცია მჭიდროდ არის დაკავშირებული ნერვულ სისტემასთან და, აქედან ცხადია, რომ ნერვული სისტემის მოშლილობა იწვევს ამ ორგანოთა ფუნქციის დარღვევას და, პირიქით, შინაგანი ორგანოების მრავალნაირ დაავადებას თან სდევს მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ. ასევე, ყოველნაირი ინფექციური ავადმყოფობის დროს, როდესაც ორგანიზმზე მავნე გავლენას ახდენს სხეულში შეჭრილი ბაქტერიები და მათ მიერ გამოყოფილი შხამები—ტოქსინები, ყოველთვის გამოხატულია აგრეთვე მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივაც და ზოგჯერ იმდენად ძლიერ, რომ ისინი ფარავენ ავადმყოფობის ძირითად სიმპტომებს.

ამიტომ საშუალო მედპერსონალის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მოვალეობას შეადგენს ავადმყოფის ნერვული სისტემის მდგომარეობის თვალყური და ავადმყოფის ისეთი მოვლა, რომელიც ნერვულ სისტემაზე დამამშვიდებლად მოქმედებს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ზომების მიღება ავადმყოფის კარგი განწყობის და სულიერი სიმშვიდის შექმნისათვის. ყველასათვის ცნობილია, თუ ხშირად, რა უმნიშვნელო მიზეზების გამო ნერვიულობს ავადმყოფი და რა ადვილად ღიზიანდება ის; ავადმყოფის მხრივ უსაფუძვლო ჩივილები, წვრილმანების გაზვიადება, ყოველგვარი უქმყოფილება—ყოველივე ამას ხშირად შეხვდება ექთანი თავისი ყოველდღიური მუშაობის დროს და, რასაკვირველია, დაუშვებელი იქნებოდა, რომ მან უქმხად მიიღოს ავადმყოფის ჩივილები და მკაცრი სიტყვით უპასუხოს მას. ეს მხოლოდ უფრო გააღიზიანებს ავადმყოფს და კიდევ მეტად აუშლის პასნერვებს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ავადმყოფის ბოლომდე მოთმინებით მომსენა და ტკბილი ენით დამამშვიდებელი პასუხის გაცემა.

მედპერსონალმა და კერძოდ ექთანმა უნდა დაამყაროს ავადმყოფთან ისეთი ურთიერთობა, რომ მისი სრული ნდობა დაიმსახუროს, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის განწყობისა და სულიერი სიმშვიდისათვის. ეს კი შესაძლებელია იმ მთავარი პირობით, თუ ექთანი გამოიჩინოს ავადმყოფისადმი მაქსიმალურ ყურადღებას და აგრძნობინებს ავადმყოფს, რომ გულწრფელად და სიყვარულით უვლის მას. ეს მთავარია და ასეთი მომვლელის სიტყვა ავადმყოფისათვის ყოველთვის დამამშვიდებელი და გამამხნევებელი იქნება. ავადმყოფის ირგვლივ უნდა იყოს სიჩუმე და სიწყნარე, ის უნდა მოარიდონ სხვა ავადმყოფის ტანჯვას, ან მით უფრო, სიკვდილის ცქერას, რაც ავადმყოფზე ყოველთვის ცუდად მოქმედებს. მას უნდა აარიდონ რაიმე ცუდი ამბის ცნობა, როგორც საერთო ხასიათისა, ისე მისი პირადი ცხოვრებიდან. უმკველად მნიშვნელოვანია მ ნ ა - ხ ვ ე ლ ე ბ ი ს ს ა კ ი თ ხ ი, რამდენადაც მას გარკვეული გავლენა აქვს ავადმყოფის განწყობასა და სულიერ სიმშვიდეზე.

როგორც წესი, მნახველების რიცხვი რაც შეიძლება შეზღუდული უნდა იყოს, რადგანაც მათი ნახვა და მათთან ლაპარაკი ავადმყოფს საბოლოოდ ყოველთვის ქანცავს. ამიტომ არის, რომ ყველგან საავადმყოფოში მტკიცედ განსაზღვრულია ავადმყოფის ნახვის დღეები, მაგალითად, კვირაში ერთხელ ან ორჯერ, და ამის გარეშე მნახველებს ავადმყოფთან არ უშვებენ. მაგრამ აქ ერთგვარი ელასტიობაა საჭირო და არსებული წესიდან გამონაკლისი ზოგჯერ დასაშვებია. თუ ავადმყოფს ძლიერ სურს და ესაიპოვნება გარკვეული პიროვნების ნახვა, რომელიც მასთან მოსულია, ეს იცის ავადმყოფმა და თხოულობს მის შემოშვებას, უარის თქმა, თუ კი რაიმე განსაკუთრებული პირობები არ არსებობს, უადგილო იქნებოდა.

საერთოდ კი, ვიმეორებთ, მნახველების რიცხვი შეზღუდული უნდა იყოს, მეტადრე ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს.

ავადმყოფის ნერვული სისტემის დამამშვიდებელ ერთ-ერთ მთავარ ფაქტორს მშვიდი ძილი წარმოადგენს, რისთვისაც ყოველთვის საჭიროა სათანადო პირობების შექმნა, რომელთა შორის ყველაზე დიდმნიშვნელოვანია ავადმყოფის ირგვლივ სიმშვიდე, სიწყნარე და ყველა ისეთი მოვლენის აღმოფხვრა, რომლებსაც შეუძლია ავადმყოფის გაღიზიანება და ნერვების აშლა.

ავადმყოფებს არასოდეს არ უნდა შეუწყვიტონ ძილი, თუ არ არის შესასრულებელი რაიმე დანიშნულება (მაგალითად, ინექციის გაკეთება). უ ძ ი ლ ბ ა ავადმყოფის ნერვულ სისტემაზე ძლიერ ცუდად მოქმედებს, ამიტომ თუკი მიუხედავად ზემოაღნიშნული ზომებისა ავადმყოფს მაინც არა აქვს ძილი, მაშინ

ექიმის მითითებით საჭიროა დამატებითი ზომების მიღება; მაგალითად, შეკრულობა და მეტეორიზმი ხშირად ხელს უწყობს უძილობას—გაუკეთებენ გამწმენდოყნას; ზოგჯერ ძლიერ გახურობულ, გაუნიავებელ ოთახში ავადმყოფი ვერ იძინებს — გააღებენ ფანჯრებს, ზოგჯერ მაღალი სიცხე არ აძლევს ძილის საშუალებას — დაადებენ თავზე ყინულის პარკს, ხშირად კი უძილობის მიზეზია ტუინისაკენ სისხლის მიწოლა და ნერვული სისტემის აგზნება—უკეთებენ სველ შეხვევებს, ჭევმო კიდურების ადგილობრივ ცხელ აბაზანებს, უზღუნ ტანს და სხვ.

უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ ნერვების დამამშვიდებელ და ძილის მომგვრელ შედიკამენტებს (ბრომს, ვერონალს, ადალინს და სხვ.).

მშვიდი ძილის ერთ-ერთი მთავარი ხელის შემშლელია ტკივილი. ტ კ ი ვ ი ლ ი სხეულის სხვადასხვა ადგილას—ფერდების, მუცლის, ძელის, სახსრების, კბილის და სხვ. არა თუ ძილის, არამედ მოსვენების საშუალებასაც არ აძლევს ავადმყოფს. აქედან გასაგებია, თუ რა ყურადღებით უნდა იყოს მოსმენილი ავადმყოფის ყოველი ჩივილი და მიღებული იქნეს ტკივილის შემსუბუქებისათვის ყველა ზომა.

უხშირესად ავადმყოფები თავის ტკივილს უჩივიან და, მართლაც, თავის ტკივილი ყოველთვის თან სდევს სიცხი: მიმდინარე ყველა ინფექციურ ავადმყოფობას; მეტად ხშირია ის აგრეთვე კუჭ-ნაწლავის აშლილობის დროს და თირკმლების დაავადებისას. ყველაფერი ეს მხედველობაში უნდა მიიღოს ექთანმა, გაითვალისწინოს, თუ რა პირობებში ეწყება ავადმყოფს ტკივილები და მოახსენოს ექიმს სათანადო ზომების მისაღებად.

ამ მხრივ ყველაფერს აქვს მნიშვნელობა—რბილ საწოლს, რეზინის რგოლებს, ოთახის განიავებას; თავის ტკივილის დროს—თავზე ყინულის პარკი; ღვიძლის, თირკმლის, სახსრების ტკივილის დროს—სითბო—კომპრესების ან სათბურების სახით. უკიდურეს შემთხვევაში, თუკი ტკივილი ავადმყოფისათვის აუტანელია, ექიმის დანიშნულებით უკეთებენ პანტოპონის ან მორფიუმის ინექციას.

ნერვული სისტემის მოძრაობითი სფეროს მოშლილობიდან ექთანმა ზოგადად უნდა იყოს გაცნობილი კრუნჩხვებთან და პარალიზებთან. რამდენადაც მას უხდება ასეთი მოვლენებით ავადმყოფების მოვლა. კ რ უ ნ ჩ ხ ვ ა კუნთების უნებლიე შეკუმშვას წარმოადგენს. ის შეიძლება გავრცელდეს კუნთების ერთ რომელიმე ჯგუფზე ანდა მთელი სხეულის კუნთებზე.

არჩევნ კრუნჩხვის ორ სახეს: ტონურს და კლონურს. ტონური კრუნჩხვის მაგალითს წარმოადგენს გაშეშება, როდესაც შეკუმშული კუნთები ხანგრძლივად რჩება შეკუმშულად. კლონური კრუნჩხვის დროს კი კუნთები ხან იკუმშება, ხან ეშეშება—რბილდება, ისევ იკუმშება და ასე ზედიზედ. კლონური კრუნჩხვის მაგალითს წარმოადგენს პირისახის კუნთების კრუნჩხვა ე. წ. ტ ი კ ი და აგრეთვე ბნედის ანუ ეპილეფსიური კრუნჩხვა.

ე პ ი ლ ე ფ ს ი ი ს გულკრა ავადმყოფს ყოველთვის ერთბაშად მოსდის—დაეპარება გრძობა და ძირს ეცემა; ამიტომ ასეთ ავადმყოფებში ხშირია თავის დაზიანების და პირისახის დასახიჩრების შემთხვევები. გრძობის დაკარგვასა და წაქცევასთან ერთად ავადმყოფს ეწყება მთელი სხეულის ტონური და შემდეგ კლონური კრუნჩხვები—ხელ-ფეხის, წელის, კისრის. კუნთების სწრაფი და ზედიზედ შეკუმშვის და მოშეშების გამო ავადმყოფი იატაკს სცემს ხელ-ფეხს, თავს; ეს პირიდან დღეი მოსდის საღებო კუნთების კრუნჩხვის გამო, ხშირად სისხლიანი, კბილებს შორის ენის დაეყვის შედეგად. ზოგჯერ ავადმყოფი ამ დროს უნებლიედ გადის შარდზე.

პირისახე ციანოზურია და შეტევის დროს ავადმყოფი მნახველზე მეტად მკამეშითაბეჭდვას სტოვებს. მიუხედავად ასეთი მძიმე სურათისა, შიში უსაფუძვლოა, რადგანაც ეპილექსიის გულყრა სიკვდილით ფრიალ იშვიათად თავდებო, მხოლოდ ზოგჯერ, თუ გულყრები ზედიზედ მოსდის ავადმყოფს, ის შეიძლება გულის სიღამბლის გამო გარდაიცვალოს. ჩვეულებრივ კი, რამდენიმე წუთის შემდეგ კრუნჩხვები ავადმყოფს გაუვლის, ის ღრმად ამოიხვნეშებს და თუმცა გრძობაზე მოდის, მაგრამ დასაწყისში მისი ცნობიერება ბუნდოვანია—მას არ ახსოვს რა მოუვიდა; შეტევის შემდეგ ავადმყოფი ძილად მივარდება.

კრუნჩხვის დროს ავადმყოფის მოვლა შემდეგში მდგომარეობს: საერთოდ კრუნჩხვის დროს ავადმყოფზე ძალის დატანება, მაგალითად, ხელებით ავადმყოფის სხეულის ან ხელ-ფეხის დაჭერა კრუნჩხვის გაჩერების მიზნით უაზრო და მავნეა, რადგანაც ძალდატანებით არამც თუ შეიძლება კრუნჩხვის შეჩერება, არამედ, პირიქით, ის უფრო მატულობს. თუ შეტევა ავადმყოფს საწოლში მოუვიდა, მაშინ ერთადერთი საზრუნავი არის, რომ ავადმყოფი საწოლიდან არ გადამოვარდეს; ორი მომეღული დგება საწოლის ორივე მხარეს და არ აძლევს ავადმყოფს გადამოვარდნის საშუალებას.

თუ ავადმყოფი იატაკზე დავარდა, მისი გადატანა საწოლზე, ვიდრე მას კრუნჩხვები არ გაუვლის, რასაკვირველია, არ შეიძლება. საჭიროა ავადმყოფის ქვეშ ლიბის ან საბნების ამოღება; თუ ეს მოუხერხებელია, მაშინ ხელების ამოღებით უნდა ეცადონ ავადმყოფმა კრუნჩხვის დროს კიდურები არ დაიზიანოს, უმთავრესად კი პირისახე და თავი, რადგანაც ავადმყოფი კრუნჩხვის დროს უფრო ხშირად ზურგზე მწოლიარეა და კისრის კუნთების შეკუმშვის გამო ის იატაკს სცემს თავს კეფის ნაწილით, ამიტომ სწორედ ამ ადგილას ხელების ამოღებით იცავენ კეფას დაზიანებისაგან.

საჭიროა აგრეთვე კბილებს შორის ცხვირსახოცის ჩადება, რითაც ავადმყოფს ააღებენ ენის მოძვეკვის შესაძლებლობას. შეტევის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფი უნდა გადაიყვანონ საწოლზე, წყალი დააღებონ, თუკი მოთხოვა, დაძინების საშუალება მისცენ. პ ა რ ა ლ ი ა ნ უ დამბლა ცენტრალური ან პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების შედეგია. დამბლა შეიძლება იყოს ნაწილობრივი, ე. წ. პარეზი, როდესაც კიდურს ძალა დაკარგული აქვს და სრულიად არ შეუძლია შესრულება თავისი ფუნქციის, მაგრამ მცირედი მოძრაობის წარმოება მაინც ძალუძს და სრული დამბლა, როდესაც კიდური სრულიად ვერავითარ მოძრაობას ვერ აწარმოებს. დამბლა შეიძლება იყოს რომელიმე ერთი კიდურის, ორი კიდურის, მაგალითად, ორივე ფეხის. ორივე კიდურის—ხელ-ფეხის ან სხეულის ერთი ნახევრის მთლიანად. დამბლა შეიძლება გავრცელდეს შარდის ბუშტზე, სწორ ნაწლავზე, რაც უნებლიეთ შარდზე და განავალზე გასვლით ხასიათდება.

სრული დამბლის დროს ავადმყოფის მოვლა მომეღელისაგან მოითხოვს ცოდნას, დიდ ყურადღებას ავადმყოფისადმი და არა ნაკლებ მოთმინებას, რადგანაც ასეთი ავადმყოფის მოვლა საკმაოდ ძნელი საქმეა.

პირველ ყოვლისა ასეთი ავადმყოფისათვის საჭიროა საუკეთესო ხარისხის საწოლის შერჩევა—რბილი, ზამბარის ბადით, რადგანაც დამბლიანი ავადმყოფი ხშირად მთელი თვეობით ძიუღებულნი არიან ლოჯინში იწვნენ. კარგია ასეთ შემთხვევაში სამ-სეგმენტოანი ლიბები, ვინაიდან ავადმყოფის უნებლიეთ შარდზე და განავალზე გასვლის გამო, დასვრას შემთხვევაში მისი გამოცვლა საკვლავად უნდა, რაც არ არის ადვილი საქმე ასეთ ავადმყოფისათვის. როგორი ლიბორც არ უნდა იყოს, საჭიროა ავადმყოფის მენჯის ქვეშ მუშაობის დაგება. ავადმყოფის

სრულიად პასიური მდგომარეობის გამო, გავრცელებულ ყურადღებას მოითხოვს ნაწილის წარმოშობის გამაფრთხილებელი ზომების დაცვა—საწილის სიმშრალე. რეზინის რგოლები, ავადმყოფის დაზღვა და სხვ., რის შესახებ დაწერილებითი ცნობები უკვე ზემოთ იყო მოყვანილი. ზემო კიდურების დამბლის შემოხვევაში, ცხადია, ავადმყოფი თავისით საქმელს ვერ მიიღებს, ეს მომვლელის შოვალეობას შეადგენს და აქ საჭიროა ყველა იმ დეტალის დაცვა, რაც აღნიშნული იყო ზევით.

სამკურნალო დაწესებულებაში ასეთი ავადმყოფის მოთავსების დროს საჭიროა მისი ახლობელის თავზე დაყენება, რომელიც განუწყვეტლივ მას თვალყურს ადევნებს, ან საავადმყოფოს ადმინისტრაციამ უნდა გამოიყოს სპეციალური მომვლელი.

ავზნებულ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფის მოვლა. ასეთი ავადმყოფის უყურადღებოდ დატოვება არ შეიძლება არც ერთი წუთით, რადგან მას შეუძლია გაქცევა, ფანჯარიდან გადახტომა, საწამალის დალევა, დახრჩობა, დანით დაჭრა და სხვ. თუ ავზნებულ ავადმყოფი მამაკაცია, ერთი მომვლელი საკმარის არ არის და საჭიროა სანიტრების გამოძახება. ასეთი ავადმყოფი მაშინვე იზოლაციონში ან ცალკე პალატაში უნდა მოათავსონ. პირველად უნდა სცადონ ალერსიანი სიტყვით ავადმყოფის დამშვიდება, თუ ეს საკმარისი არ აღმოჩნდა და ავადმყოფი თავისას განაგრძობს, ან მისი ავზნება მატულობს—ის გარბის საწილიდან და სხვ. უნდა დაეიჭროთ ავადმყოფი ხელით. ავადმყოფს შეიძლება ფსიქიკური აშლილობა დაემჩნეს, რაც იშვიათ მოვლენას არ წარმოადგენს ზოგიერთი ინფექციური სნეულების, მაგალითად, მუცლის ტიფის დროს (ე. წ. ინფექციური ფსიქოზი).

ფსიქიკური აშლილობის მაჩვენებელია უმთავრესად მხედველობითი და სმენითი პალუცინაციები: ავადმყოფს ელანდება სხვადასხვა საგნების, ესმის რაღაც ძახილი, ჩურჩული და სხვ., რასაც სინამდვილეში აღგილი არა აქვს.

ასეთი ავადმყოფის მოვლისათვის ყველა სათანადო ზომის მიღების გარდა, საჭიროა ფსიქიატრ-ექიმთან კონსულტაცია და, მისი დასკვნით, თუ ეს საჭირო აღმოჩნდება, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაყვანა. მაგრამ ხშირად ავადმყოფის გადაყვანა ზედმეტია, რადგანაც ინფექციური ფსიქოზები ინფექციის დამთავრებასთან ერთად მალე თავისით გაივლის, ამიტომ ასეთი ავადმყოფები უმჯობესია ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არ იქნენ გადაყვანილნი.

კომატოზური მდგომარეობა ანუ კომა გამოიხატება ავადმყოფის ღრმა უგრძობ მდგომარეობაში, რომლიდანაც მისი გამოყვანა მეტად ძნელია. ამ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს სრულიად დაკარგული აქვს როგორც ცნობიერება, ისე მგრძობილობა და მოძრაობის უნარიც. ავადმყოფის მახა ან აჩქარებული და სუსტი ავსებისაა, ან პირიქით, უფრო ხშირად, შენელებული და დაქობული. დამახასიათებელია ამ დროს ავადმყოფის სუნთქვა; მას ე. წ. ზინ-სტოქსის სუნთქვა აქვს, რომელიც იმდენად დამახასიათებელია კომატოზური მდგომარეობისათვის, რომ ზოგჯერ ამ სუნთქვით არის შესაძლებელი მისი გამოცნობა: სუნთქვა არითმიულია, აჩქარებული; ზერეღე სუნთქვას დროგამოშვებით სცვლის ღრმა და შენელებული სუნთქვა.

კომა ვითარდება თავის ტვინის დაზიანების შედეგად. ამ უქანასკნელის მიზეზები კი სხვადასხვაა: ტრავმა, სისხლის ჩაქცევა, ანთება, მოშხამვა სხვადასხვა შხამებით, როგორც ვარედან მოხვედრილით, ისე თვით ავადმყოფის სხეულში დაგროვილი შხამით, ასე, მაგალითად, თირკმლების შორს წასული ანთების დროს, როდესაც ავადმყოფს აქვს ანურიის მოვლენები, სისხლში დაგროვილი



შარდოვანა მოქმედებს როგორც შხამი და ავადმყოფს ეწეება ე. წ. ურემიული კომა, დამახასიათებელი, შენელებული და ძლიერ დაჭიმული მაჭით, ტონური და კლონური კრუნჩხვებით.

საჭიროა ცოდნა ურემიული კომის წინამორბედი ნიშნებისა, რომლებიც მისი მოახლოების ერთგვარ გამაფრთხილებელ ნიშნებს წარმოადგენს; ამათ ეკუთვნის გამუდმებითი თავის ტკივილი, რომელზედაც არავითარი წამალი არა სჭირს, გულისრევა, ღებინება, რომელსაც საჭმელთან კავშირი არა აქვს, მხედველობის შესუსტება, ფაღარათი.

მეორე—შაქრის ავადმყოფობის დროს—ღიაბეტური კომა, რომლის გამოცნობა ადვილად შეიძლება შარდში შაქრის აღმოჩენით; ამავე დროს დამახასიათებელია ის სუნი, რომელიც ავადმყოფს პირიდან ამოსდის—აცეტონის სუნა, რომელიც ვაშლის სუნს წაგავს.

კომატოზური მდგომარეობა დიდხანს არ გრძელდება; ხშირად კომა სიკვდილით თავდება.

ავადმყოფის მოვლა კომის დროს საერთოდ იმავე წესების დაცვას მოითხოვს, რასაც სრული დამბლით ავადმყოფი, ხოლო აქ კიდევ უფრო მეტი ყურადღება საჭირო ავადმყოფისადმი, რამდენადაც ის უგრძობ მდგომარეობაში იმყოფება. არც ერთი წუთით მისი მარტო დატოვება არ შეიძლება. არსებითი დახმარება დამოკიდებულია იმ მიზეზზე, რომლითაც გამოწვეულია კომა: ურემიული კომის დროს—ვენებუქცია ან სექცია, ღიაბეტური კომის დროს—ინსულინი ინტრავენურად, ტვინის დაზიანების, სისხლის ჩაქცევის, ანთების დროს კი თავზე ყინულიანი პარკი.

ყველა ზომა სასწრაფოდ უნდა იყოს მიღებული, რადგანაც კომაში მყოფი ავადმყოფის სიცოცხლე დიდ ხიფათს განიცდის.

### მდგომარეობის მოვლა

რა მიმე მდგომარეობაშიც არ უნდა იმყოფებოდეს ავადმყოფი, თუნდაც სრულიად უიმედო, საეჭირო პერსონალს მაინც ევალება სიცოცხლის შენარჩუნების ან გაგრძელების მიზნით ყველა შესაძლო არსებული საშუალება იხმაროს.

როდესაც ყველა ნახმარი საშუალების მიუხედავად ავადმყოფის მდგომარეობა მაინც უარესდება და ის უკვე მომაკვდავია, საჭიროა ისეთი ზომების მიღება, რომლითაც ავადმყოფს ტანჯვას შევუშუსუბუქებთ. ჩვეულებრივ, ამ დროს საზრუნველია არა მარტო ავადმყოფი, არამედ მისი ახლობლებიც, რომელთა განცდები, რასაკვირველია, სრულიად ბუნებრივია.

როდესაც ავადმყოფის ვადარჩენის იმედები არ არის, ამის შესახებ წინდახედულად უნდა გააფრთხილონ მისი ჰირსუფლები, ხოლო ამის შესახებ საუბარი საჭიროა ავადმყოფის არა ახლობელ (დედ-მამა, ცოლი), არამედ უფრო შორეულ ნათესავებთან, ისიც სჯობს, რომ ამ მიზნისთვის სალაპარაკოდ მამაკაცი იყოს არჩეული; ახლობლებს აფრთხილებენ მეტად მძიმე, მაგრამ არა უიმედო მდგომარეობის შესახებ. მომაკვდავი ავადმყოფის ოთახში, სადაც თუნდა საეჭირო პერსონალის გარდა არავინ იყოს, არ შეიძლება ავადმყოფის მოსალოდნელი სიკვდილის შესახებ რაიმეს თქმა, რადგანაც მომაკვდავს სმენა შეიძლება დიდხანს ჰქონდეს შენარჩუნებული.

სასურველია, მომაკვდავის ოთახიდან ახლობლების გამოყვანა, თუმცა ისინი ამას ყოველთვის წინააღმდეგობით ხვდებიან.

რა ნიშნები მითითებენ მომვლელს ავადმყოფის სიკვდილის მოახლოებას? ტემპერატურის მკვეთრი ცვლილება—სიცხე ან მალდ იწყება, ანდა, პირიქით, ვარდება ნორმისაკენ და ხშირად სუბნორმალურიც ხდება, მაჟა უარესდება—ხშირია და სუსტი ავსების. ასეთ ვ. წ. ძ ა თ ი ს ე ბ უ რ ი მაჟის დათვლა ზოგჯერ მეტად ძნელია. სუნთქვა ხშირი და ზერეღვა; ტუჩები და ხელ-ფეხის ფრჩხილები ლურჯდება (ციანოზი), კიდურები ცივდება; თითები, ენა და სხეულის ცალკე კუნთები იწყებს კანკალს (ტრემორი), ავადმყოფის სახე ლეზულობს და მახასიათებელ გამომეტყველებას: მიმკრთალი, ჩაუარდნილი თვალები უმოძრაოდ აქვს, ცხვირი წვეტიანდება, ავადმყოფს პირი ღია აქვს, ციანოზური და ამავე დროს მკრთალი სახე ცივად უოფლიანდება. ასეთი გამომეტყველების სახეს უწოდებენ ჰიპოკრატეს სახეს (facies Hippocratica).

ზოგჯერ ავადმყოფი ბოლომდე გრძნობა შერჩენილია, ზოგჯერ კი სიკვდილამდე რამდენიმე ხნით ადრე კარგავს გრძნობას, რაც დამოკიდებულია ავადმყოფობის ხასიათსა, სხეულში სისხლის განაწილებისა და საერთო ინტოქსიკაციის სიძლიერეზე და იმაზე, თუ რამდენად მძლავრად დაძაბუნებულია ამ მოშხამებით ტვინის ნერვული უჯრედები. უფრო ხშირად ავადმყოფები გრძნობას კარგავენ, ლაპარაკი არ ძალუძთ, ვერავის ვერ ცნობენ, ბოლოს სმენაც ეკარგებათ.

ავადმყოფის სუნთქვა სიკვდილის წინ და მახასიათებელ ცვლილებას განიცდის—სუნთქვის დროს ავადმყოფი ხმაძალდა ხრიალებს (ვ. წ. ს ტ ე რ ტ ო რ ო ზ უ ლ ი ს უ ნ თ ქ ე ა). ამ მდგომარეობას, როდესაც მოახლოებულ სიკვდილთან უქანასკნელი ბრძოლის უნაყოფო ცდას აწარმოებს ავადმყოფის სხეული, ა გ ო ნ ი ა ეწოდება. აგონია უშუალოდ სიკვდილით თავდება. სიკვდილის მომენტში ავადმყოფი რამდენიმე ზერეღვ შესუნთქვის შემდეგ უქანასკნელი ხანგრძლივი ამოსუნთქვით ათავენს თავის სიციოცხლეს. ამ დროს გულის მუშაობაც სამუდამოდ ჩერდება. აგონიაში მყოფი მომაკვდავი ავადმყოფის მოვლა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, მდგომარეობს ისეთი ზომების მიღებაში, რომლებიც ავადმყოფს ტანჯვას შეუძლუბუქებს, ამისათვის საჭიროა გაცივებულ კიდურზე ნათბურების მიღება, პირისახეზე ოფლის მოწმენდა, პირის ღრუს გამოწმენდა დეკროვილი ლორწოსა და დუქისაგან. წამლებიდან ავადმყოფს უკეთებენ გულის მუშაობის გასამაგრებელ ინექციებს (ქაფურის, კოფეინის, დიგალენის). თუ ავადმყოფი ძლიერ წვალობს, სჯობს პანტოპონის ან მორფიუმის გაკეთება. სუნ-ვისკის გასაადვილებლად ნაჩვენებია ქანგბადის ბალიშის ხმარება (იხ. ზევით).

ქანგბადით განუწყვეტლივი სუნთქვა არ შეიძლება, ამიტომ დროგამოშვებით, 2—3 წუთის შემდეგ მოკლე ხნით უნდა დახურონ ონკანი და მისცენ ავადმყოფს პაერთ სუნთქვის საშუალება. ქანგბადი ავადმყოფს უშეშვებებს ქოშინს, უწელებს პაერთ ნაკლოვანების მძიმე შეგრძნებას. ქანგბადის ბალიშით სარგებლობენ გარდა ასეთი შემთხვევისა, სისხლის მიმოქცევის და სასუნთქი ორგანოების დაავადების დროს ქოშინის ყველა მძიმე შემთხვევაში.

#### გვამის მოვლა

ავადმყოფის სიკვდილი საჭიროებს დადასტურებას. არსებობს ნამდვილი სიკვდილის ნიშნები. ეს ნიშნები შემდეგია: პირველ ყოვლისა გულის მუშაობის და სუნთქვის შეჩერება; უსინჯავენ მაჟას—ჩერ პულსაციას ნახულობენ, მაგრამ ამ ნიშანზე დაყრდნობა არ შეიძლება, რადგანაც შესაძლოა არტერიების პულსაცია იმდენად სუსტი იყოს, რომ შეუშინეველი დარჩეს. მეორე მხრივ დაჰიმულა ყურადღებით მაჟის გასინჯვის დროს შესაძლოა საკუთარი არტერიის პულსაციამ,

თითების კაპილარებში გადაცემულმა, ყალბი შთაბეჭდილება შექმნას მკვდარს მაჭაზე პულისის არსებობისა. ამიტომ ყოველთვის საჭიროა სტეტოსკოპით ან ყურის უშუალო მიდებით გულის გასინჯვა. გულის მუშაობის მაჩვენებელი ტონების მოუსმენლობა, ანუ გულის არეზე სრული სიჩუმე, სიკვდილის ერთ-ერთი სარწმუნო ნიშანთაგანია. ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს სუნთქვის უქონლობას, რასაც ჭერ დახედვით აკვირდებიან, შემდეგ კი, საექვო შემთხვევაში მკვდარს ზიუტანენ პირთან სარკეს და რამდენიმე წუთის შემდეგ ნახულობენ, არის თუ არა სარკე დაორთქლილი.

თვალბზე დახედვას აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს. თითით უნდა შეეხონ თვალის სკლერას, რაც ცოცხალი ადამიანის მხრივ თვალის დახამხამებას იწვევს. ყურადღებას აქცევენ გუგების რეაქციას სინათლეზე. თვალთან ახლო მიტანილი ანთებული წუმწუმა არ იწვევს სიკვდილის შემთხვევაში არავითარ რეაქციას (უნდა შევიწროვდეს). ზოგჯერ მიმართავენ კანის ჩხვლეტის ცდას, რასაც, თუ ადამიანი ცოცხალია, თან სდევს ნახვლეტი ადგილიდან სისხლის დენა.

სიკვდილის უდავო ნიშნებს წარმოადგენს კუნთების გაშეშება და გვამის ლაქები; ორივე ნიშანი უფითარდება გვამს სიკვდილიდან რამდენიმე საათის შემდეგ და საექიმო-მომვლელი პერსონალისათვის ნაკლები მნიშვნელობა აქვს.

ავადმყოფის სიკვდილის შესახებ ექთანი მოვალეა მაშინვე აცნობოს ექიმს. ექიმი ადასტურებს სიკვდილს. თუ შემთხვევას საავადმყოფოში აქვს ადგილი, მორიგე ექთანმა უნდა შეაყოს გარდაცვლილთა დავთარი, გარდაცვლილის სახელის, გვარის და სიკვდილის დროის აღნიშვნით და წარუდგინოს ექიმს; ექიმი ჩაწერს ავადმყოფობის დიაგნოზს და მოაწერს ხელს.

გვამის მოვლა შემდეგში მდგომარეობს: ექთანმა მომვლელი ქალების დახმარებით გვამს უნდა გახადოს საცვლები, გამოაცალოს თავქვეშ ბალიში, დაუხუქოს თვალები, პირი დაუქუმოს პირსახოცი, რომელსაც შემოახვევს თავზე იმგვარად, რომ ქვემო ყბა აკრული დარჩეს, თითებს გაუშლის და ხელებს მუცელზე დაუკრფეს. ამ ზომების მიღება საჭიროა სიკვდილის პირველ  $\frac{1}{2}$  საათში, რადგანაც შემდეგ კუნთების გაშეშების გამო, გვამს თვალები და პირიც ღია დარჩება, რაც მეტად არასასიამოვნო შთაბეჭდილებას ტოვებს.

მკვდარის ნივთები, თუკი ასეთი თან ჰქონდა მას—საცვლები, ქიქა, თეფში და სხვა, უნდა ერთად შეიკრას და ექთანმა განყოფილების დიასახლისს ჩააბაროს, რაც შემდეგ პირისუფლებს გადაეცემა.

ზეწარგადაფარებული გვამი დატოვებულ უნდა იქნეს იზოლატორში 2 საათს. ხოლო აღნიშნული დროის შემდეგ ექთანმა უნდა გამოიძახოს სანიტრები და სათანადო წერილობით საბუთებთან ერთად გვამი გადაგზავნონ პროზექტურაში.

× წამლების ხმარება

მედიცინას, დაავადებასთან საბრძოლველად, სხვადასხვა წამლეულ ნივთიერებათა დიდი რიცხვი მოეპოვება. ეს რიცხვი დღით-დღე მატულობს. ამასთან ერთად, ბევრი წამალი თითქმის გამოდის ხმარებიდან და იცვლება უფრო თანამედროვე და დაავადებით პროცესზე უფრო მიზანშეწონილად და ენერგიულად ნოქმედი საშუალებებით.

მართალია, ზოგიერთი დაავადების ე. წ. ფიზიკური მეთოდებით (მზე, წყლები, ტალახი, ელექტრონის ენერგია და სხვ.) მკურნალობის შემოღებასთან და მათ ფართოდ გავრცელებასთან ერთად, მეტად შემცირდა იმ წამლების რიცხვი, რომლებიც წინათ იხმარებოდა ამ დაავადებათა მკურნალობის საქმეში, მაგრამ ჯერ კიდევ მრავალრიცხოვანია ისეთი დაავადებები, რომელთა წინააღმდეგ ბუნებრივი ფაქტორები მაინცდამაინც დიდ მკურნალობით ეფექტს არ იძლევა და წამლებს თავიანთი მნიშვნელობა ამ დაავადებებთან ბრძოლის საქმეში კიდევ არ დაუკარგავთ.

მედიცინის უმთავრეს მიზანს შეადგენს შექმნას ისეთი პირობები ადამიანის ცხოვრებასა და მუშაობაში, რომ დაავადებამ ფეხი ვერ მოიკიდოს. დღეს-დღეობით კი, სანამ ეს არ განხორციელებულა, სხვადასხვა წამლებს მეტად საპატოო ადგილი უჭირავს და ექთანის მოვალეობაა კარგად იცნობდეს მათ, რათა მიზანშეწონილად გამოიყენოს ისინი სხვადასხვა შემთხვევაში.

წამლების ხმარების მიზანს ავადმყოფობასთან ბრძოლა წარმოადგენს; ეს უკანასკნელი კი შესაძლოა ორი მიმართულებით წარმოებდეს: ერთი—მოსპობს დაავადება და, თუ ეს შეუძლებელია, მეორე—შეამციროს დაავადებით გამოწვეული ცვლილებები და ამრიგად შეუმსუბუქოს ავადმყოფს ტანჯვა.

სამწუხაროდ, დღემდე მეტად დიდია ისეთ დაავადებათა რიცხვი, რომელთა საწინააღმდეგოდ მედიცინას უებარი წამალი არ გააჩნია, მაგრამ მაინც არსებობს ლაგაღიბი, რომლებიც შეიძლება სრულიად განკურნებულ იქნეს ამა თუ იმ წამლით. ეს წამლები სპობს დაავადებას, კურნავს ავადმყოფს და იწოდება ს პ ე ე ჟ ი კ უ რ წამლებად. ასეთებია აკრიქინი და ქინაქინა მალარიის საწინააღმდეგოდ, სალიცილის პრეპარატები მწვავე რევმატიზმის დროს, ნოვარსენოლი ააშანგის და შებრუნებითი ტიფის მიმართ, შრატები ხუნაგის, ტეტანუსის, დიზენტერიის წინააღმდეგ, სულფამიდური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი და სხვ.) ბევრი სხვადასხვა სნეულების მიმართ და ზოგიერთი სხვა.

ასეთი წამლების რიცხვი, სამწუხაროდ, მცირეა.

დაავადებათა უმეტესი ნაწილის საწინააღმდეგოდ ასეთი სპეციფიკური წამლები არ არსებობს და ექიმებმა კმაყოფილებიან ე. წ. ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ უ რ ი (ნინობრივი) წამლების დანიშნეთ.

ასეთი წამლების რიცხვი მეტად დიდია, ისინი, როგორც უკვე ითქვა, დაავადებას არ სპობენ, მაგრამ ასუსტებენ და ანელებენ ავადმყოფურ მოვლენებს და ამით ხელს უწყობენ ავადმყოფის მდგომარეობის შემსუბუქებას.

ამ წამლების უდიდესი ნაწილი მეტად საჭიროა. მათი მნიშვნელობა ავადმყოფის მკურნალობის საქმეში მეტად დიდია და მათ გარეშე ექიმს ძალზე გაუჭირდებოდა მუშაობა.

ავადმყოფი, რომელიც დაავადებულია ნაღველის ბუშტის ან თირკმლის კენჭებით, ხშირად აუტანელ ტანჯვას განიცდის სასტიკი ტკივილების შეტევის გამო. თითქმის არავითარი საშუალებით არ შეიძლება ამ ტკივილების დაყუჩება, მაგრამ თუ ავადმყოფს კანქვეშ შეეუშხაპუნებთ 1 მლ მორფიუმის ან პანტოპონის ხსნარს, ავადმყოფი რამდენიმე წუთის შემდეგ, ტკივილების დაცხრობის გამო, დიდ შეებას იგრძნობს. ცხადია, არც მორფიუმი და არც პანტოპონი ნაღველისა და თირკმლის ქვებით დაავადებას არ კურნავს, მაგრამ, როგორც ამ დაავადებით გამოწვეული ტკივილებს დამაყუჩებელი საშუალება, ის უებარია.

ამ მაგალითიდან ნათლად ჩანს, თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ზოგჯერ სიმპტომატურ წამალსაც. ასეთი მაგალითები კი მედიცინაში უამრავია.

მხოლოდ ერთი რამ მტკიცედ უნდა ახსოვდეს ავადმყოფთან ახლო მდგომ ყველა პირს, რომ მარტოდ-მარტო წამლით ავადმყოფის განკურნება ძნელი და თითქმის შეუძლებელი საქმეა და დაავადებასთან ბრძოლის საქმეში არა ნაკლებ მნიშვნელოვანია ყველა ღონისძიება, რომელიც ავადმყოფის „მოვლას“, მის წესიერ კვებას და სხვადასხვა ბუნებრივი ძალების (მზე, წყალი, სითბო, სიცივე, ჰაერი) ფართოდ გამოყენებას გულისხმობს.

წამლის ხმარების ზოგადი წესები. წამლების გამოწერის, განყოფილებაში მათი შენახვის და ავადმყოფებისათვის დარიგების ზოგადი წესები, რომელთა შესრულება ექთანის ეკონომიკური და ჩვეულებრივ მოვალეობას წარმოადგენს, უკვე იყო აღწერილი.

წამლების ხმარება, მათი მიღების გზები დამოკიდებულია სხვადასხვა წამლულ ფორმაზე. არჩევნ შეიძლება მისაღებ, გარეთ სახმარ, კანქვეშ შესაშხაპუნებელ წამლებს. წამალი შეიძლება იყოს ხსნარის, ფხვნილის, ვაკამტევერებული ან კიდევ სანთლების სახით.

თ ხ ი ე რ ი წ ა მ ლ ე ბ ი უფრო ხშირად მიქსტურებს წარმოადგენენ. მიქსტურა ეწოდება სხვადასხვა წამლულ ხსნარების შენარევს ან რამდენიმე მაგარი ნივთიერების ხსნარს (უფრო ხშირად გამოხდილ წყალში).

მიქსტურები შეიძლება მზადდებოდეს უბრალო შერევით ან სპეციალური დამუშავებით. ამ უკანასკნელს ეკუთვნის სხვადასხვა დეკოკტები (გამონახარში), ინფუზი (ცხელ წყალზე ნაყენი); ნაყენი წამლული ნივთიერებისა სპირტზე, ეთერზე ან წყალზე; ემულსიები. ანუ ნაღველები—ციხომოვანი ნივთიერებიდან ძლიერი მორევით დამზადებული თანაბარი შენარევი (მაგ., ნუშის ემულსია). მორევასთან ერთად გუმი-არაბიკის, კვერცხის გულის მიმტებით შემზადებული ნარევი (მაგ., საფლარათო ზეთის ემულსია).

ფ ხ ვ ნ ი ლ ის სახით დამზადებული წამალი აგრეთვე ხშირად იხმარება ფხვნილები ან ერთი რომელიმე ნივთიერებიდან შედგება (მარტივი ფხვნილი), ან რამდენიმეს ნარევს წარმოადგენს (რთული ფხვნილი).

თუ მოქმედი ნივთიერების რაოდენობა ფხვნილში ძალზე მცირე არ არის, მაშინ ის შეიძლება პირდაპირ გამოიწეროს. თუ კი ღოზა მეტად პატარაა, მაგალითად. გრამის მესამედი ან მეათასედი, მაშინ საჭიროა მოქმედ ნივთიერებას მიემატოს მასის მოსამატებლად შექარი, სოდა და სხვ.

ფხვნილები ხშირად ეძლევა ავადმყოფებს გაუსხვევლად. თუკი მათ ცუდი გემო აქვთ (მაგ., ქინაქინა) ან სუნი (მაგ., თიმოლი), ან მკვნი გავლენას ახდენს კბილებზე და პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, საჭიროა ისინი მოთავსებულ იქნენ წებოს კაფსულებში ან ობლატებში.

მშრალი წამალი შეიძლება დამზადდეს კიდევ ე. წ. ა ბ ე ბ ის სახით, რომლებიც საფანტისმაგვარად დამრგვალებულ ბურთულებს წარმოადგენენ, შედგებიან მოქმედ ნივთიერებისაგან და მის ირგვლივ შემოვლებული აბის მასისაგან, როგორცაა, გლიცერინი, ძირტკბილას გამონაწვლილი და სხვ.

ბევრი ასეთ აბებს უარყოფითად უყურებს იმ მოსაზრებით, რომ ისინი კუჭში არ იხსნებიან და მოქმედებას ამრიგად არ ახდენენ.

შესაძლებელია იგივე მოხდეს ტაბლეტების მიცემის შემთხვევაშიც, თუ ისინი მეტად ძველი და გამხმარია. ტაბლეტები წარმოადგენს დატყვენილ ფხვნილს C, 2—0,25—0,3—0,5 გრამის რაოდენობით, რომლებსაც ღილის ფორმა აქვთ.

ასეთი წამლების მიღება ტაბლეტების სახით, რომლებსაც ცუდი გემო აქვთ, ძალიან მოხერხებულია. კარგია აგრეთვე შემოაღნიშნულ კაფსულების ხმარება. მაგრამ თუ არც ერთია ხელზე და არც მეორე, მაშინ ერთობ ძნელდება ავადმყოფებისათვის ისეთი წამლების მიცემა, როგორცაა, ქინაქინა, თიმოლი, გვიმრის ძირის ექსტრაქტი, ქენობოლიუმის ზეთი და სხვ.

ავადმყოფები ხშირად თითონ გამოახვევენ ქინაქინას პაპიროსის ქაღალდში და ისე მიიღებენ. ასეთი საშუალება არ არის კარგი, რადგან ქაღალდი ხშირად გაუსხნელი რჩება კუჭში და ამგვარად წამლის შეწოვა არ ხდება.

წამლეული ფორმის გავრცელებულ სახეს წარმოადგენს მ ა ლ მ ო. მალამო გარეთ სახმარი საშუალება და მზადდება მოქმედი ნივთიერებიდან და რომელიმე ცხიმიდან ან ქონიდან, რომელშიც წამალი გაილესება. ასეთი ცხიმები—ლანოლინი, ვაზელინი, ღორის ქონი და სხვ.

ინჰალაციისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც ფხვნილები, ისე თხიერი წამლები; მათი გაცამტვერება და შეორთქლება ან შებერვა ხდება ორთქლის ინჰალატორისა და პულვერიზატორის საშუალებით (იხ. თავი 6).

ხშირად იხმარება აგრეთვე ს ა ნ თ ლ ე ბ ი ანუ სუპოზიტორიები, სანთლები მზადდება კაკოს ზეთზე. სანთლების სახით უფრო ხშირად ძლიერ მოქმედი წამლები იხმარება, როგორც მორფიუმი, ბელადონა, კოკაინი, ატროპინი და სხვ. სანთლები მიკროოყნის მაგიერობას ასრულებს და დიდ შევებას გვრის ავადმყოფს განსაკუთრებით უკანა ტანის, სწორი ნაწლავის და შორისის მიდამოს ორგანოების დაავადებათა შემთხვევაში.

სანთლების მომზადებისას მოქმედ ნივთიერებას გალესავენ კაკოს ზეთში, ზეთი გამკვრივდება და სანთელი გამაგრდება. სანთლებს კონუსის ფორმას აძლევენ და გარედან შემოახვევენ ვაცვილულ ქაღალდს. ხმარების წინ ქაღალდი უნდა შემოსცილდეს და სანთელი გაწარილებული ბოლოთი უკანა ტანში შეიღოს რაც შეიძლება ღრმად; იგი კიდევ უფრო ღრმად თვით შეცურდება, სხეულის ტემპერატურის ზეგავლენით გადნება, წამალი განთავისუფლდება და თავის გავლენას მოახდენს ლორწოვან გარსზე.

შ ი ნ ა გ ა ნ ი წ ა მ ლ ე ბ ი ს მიცემის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას. თუ როდის ეძლევა ავადმყოფს წამალი, ჰამამდის თუ ჰამის შემდეგ. თუ დანიშ-

ნულმა წამალმა კუჭ-ნაწლავის კედელზე უნდა იმოქმედოს ან თუ წამლის შეწოვას კუჭში დაგროვილი საჭმელი ხელს უშლის, საჭიროა მათი მიღება კამამდ 1—2 საათით ადრე.

პირველს ეკუთვნის, მაგალითად, ტუტეები და ტუტოვანი მინერალური წყლები, ბისმუთი, ლაისი, ოპიუმი, სალოლი, ბენზონაფტოლი და სხვ., მერის კა—ქინაქინა და სხვ.

ასეთი წამლები, რომლების მოქმედება ორგანიზმზე საერთო ხასიათისაა, შეიძლება მიეცეს ავადმყოფებს როგორც ჭამის წინ, ისე ჭამიდან 15—20 წუთ. ს შემდეგ.

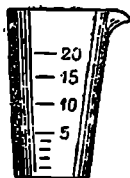
ამათ ეკუთვნის წამლები დიდი უმრავლესობა (ასპირინი, კოდინი, დიორინი, ვალერიანის ნაყენი და მრავალი სხვ.)

პირიქით, ის წამლები, რომლებიც აგრეთვე საერთოდ მოქმედებს მთელ ორგანიზმზე, მაგრამ კუჭ-ნაწლავის კედლებს აღიზიანებს ან ძლიერ მოქმედ წამლებს წარმოადგენს, უსათუოდ ჭამიდან 15—20 წუთის შემდეგ უნდა იქნეს მიღებული, ასეთებია: რკინა, დიგიტალისი, დარიშხანი, ბრომი, იოდი და სხვ.

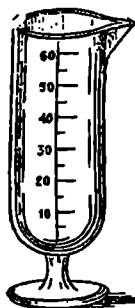
მადის მოსაყვანი წამლები და კიისაღენი უსათუოდ ჭამამდის უნდა იქნეს მიცემული. ძილის საშუალებანი—ძილის წინ  $\frac{1}{2}$ —1 საათით.

სხვადასხვა მიქსტურები, რომლებიც მცენარეებისაგან მზადდება, როგორც მაგალითად, ვალერიანის ნაყენი, დიგიტალისი, აღონისი და სხვ. ხანგრძლივად ოთახის ტემპერატურაზე დარჩენისას ფუჭდება. ამიტომ საჭიროა მათი გრილად დილას შენახვა ან ცივ წყალში ჩადგმა ბოთლით.

პირიქით, სპირტზე და ეთერზე დამზადებული ნაყენები დიდხანს ინახება, მხოლოდ საჭიროა შუშის თავი კარგად ჰქონდეს დაცობილი, რათა წამალი არ აოროთქლდეს.



სურ. 44. მენზურა.



სურ. 45. საწვეთარა.

მიქსტურები ავადმყოფებს, ჩვეულებრივ, ან ყოველ ორ საათში ეძლევა, ან დღეში სამჯერ, ხოლო სპირტზე და ეთერზე დაყენებული ნაყენი კი დღეში სამჯერ.

მიქსტურებს ავადმყოფებს აძლევენ სუფრის კოვზით. ბავშვებს ისინი შეიძლება მიეცეს მურაბის ან ჩაის კოვზით, სპირტისა და ეთერის ნაყენები კი წველების სახით. ვინაიდან კოვზები სხვადასხვა ტევადობისაა, ამიტომ უფრო მიზანშეწონილია შეგნით სახმარი წამლების მიცემა სპეციალური ჭიქებით, რომლებსაც მ ე ნ უ რ ე ბ ი ეწოდება. ეს ჭიქები გრადუირებულია და კედელზე აღნიშნულია ჩაის, მურაბის და სუფრის კოვზის ტევადობა (სურ. 44).

სუფრის კოვზი იტეეს სითხის—15,0 მურაბის კოვზი—10,0, ჩაის კოვზი ყა—5,0.

ასეთი მენზურები (საზომარები). მეტად მოხერხებულია ავადმყოფისათვის წაშლის მისაცემად და, გარდა ამისა, რადგან ისინი შუშიდანაა დამზადებული, წაშლის შემადგენლობას არ სცვლის, მაშინ, როდესაც ლითონის კოვზი ზოგიერთი წაშლის ზეგავლენით იყინება და ამგვარად სცვლის წაშლის შემადგენლობას. მიქსტურების მიღების დროს მათი განზავება წყლით საჭირო არ არის, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია მათი განზავება; ამისათვის საკმარისია უბრალო წყალი ან რომელიმე მინერალური წყალი (მაგ., ბორჯომი). ექიმის დანიშნულების მიხედვით შეიძლება ზოგიერთი წამალი (მაგ., იოდის ხსნარი) განზავებულ იქნეს რძით.

ძლიერად მოქმედი წამლები, რომლებიც უფრო ხშირად სპირტზე ან ეთერზე ნაყენის სახით მზადდება, ავადმყოფებს ეძლევათ წვეთების სახით. ამისათვის პატარა კიქაში ასხამენ წვეთების დანიშნულ რაოდენობას და შემდეგ მათ გაანზავებენ წყლით ან რძით. წვეთებით წამლების მიცემა უფრო ზუსტია, მხოლოდ ექთანს უნდა ეცადოს წვეთების რიცხვში არ შეცდეს: მეტი ან ნაკლები არ დაასხას. ასეთი შეცდომის თავიდან ასაცილებლად ხმარობენ სპეციალურ გრადუირებულ კიქას—ს ა წ ვ ე თ ა რ ა ს (სურ. 45), რომელზედაც აღნიშნულია წვეთების რიცხვი.

შიგნით სახმარი წამლების ყველა სახესთან შედარებით, ავადმყოფებს უფრო ხშირად ფხვნილების მიღება უჭირთ. ბევრია ისეთი ავადმყოფი, რომელიც ფხვნილს ან ტაბლეტს სრულიად ვერ ყლაპავს.

ფხვნილების მისაღებად ისინი ან წყალში უნდა გაიხსნან და ისე იქნეს მიღებული, ან ენაზე უნდა იქნეს დაყრილი და წყლით გადაყოლებული. ასევე მიადება აბები, კაფსულები და ტაბლეტები. ზოგი ავადმყოფი კაფსულს ან აბს მანამ ვერ გადაყლაპავს, სანამ ისინი პირის ღრუში არ გაიხსნება. რა თქმა უნდა, ასეთ შემთხვევაში კაფსულს და აბს თავისი მნიშვნელობა ეკარგება.

ექთანს ხშირად უხდება ავადმყოფებისათვის სხვადასხვა საფლარათო წამლების მიცემა, როგორცაა საფლარათო (რიცინის) ზეთი, ინგლისური (გოგირდოვანი ნატრიუმის) და გლაუბერის (გოგირდოვანი მაგნეზიუმი) მარილების ხსნარები. ყველა ამათ არასასიამოვნო გემო აქვთ, მაგრამ განსაკუთრებით ძნელი მისაღებია საფლარათო ზეთი.

საფლარათო ზეთის გემოსა და სუნის მოსასპობად შემდეგნაირად იქცევიან: დანიშნულ რაოდენობას (2 სუფრის კოვზი—30,0) ზეთისას შუშით ჩადგამენ ცხელ წყალში; როდესაც ის გათბობის გამო გათხელდება, ჩაასხამენ მას ნახევარ კიქა შავ ყავაში ან ღვინოში და ისე მისცემენ ავადმყოფს. პირში დარჩენილი ცუდი გემოს მოსასპობად შეიძლება ყავა ან ღვინო პირში იქნეს გამოვლებული.

საფლარათო მარილები ჯერ ცხელ წყალში უნდა გაიხსნას და, როდესაც წყალი გაცივდება, მიეცეს ავადმყოფს დასაღვეად. საფლარათო მარილების წყეულებრივი დოზაა 15,0—30,0.

გ ა რ ე გ ა ნ ი წ ა მ ლ ე ბ ი ც მ რ ა ვ ა ლ გ ვ ა რ ი ა. ისინი ხშირად იხმარება და ძირითადი ხმარების მიზანია კანზე ზეგავლენის მოხდენა ან კანის გაწმენდა ქვირილებზე მოქმედება. გარდა ამისა, გარეთ სახმარ წამლებს ფართო მრხმარება აქვს ლორწოვანი გარსების მობანისა და სხვადასხვა ღრუების გამოწმენდა.



ზოგიერთ შემთხვევაში კანში შეზღვევის საშუალებით შესაძლებელია სხეულში შეყვანილ იქნეს ესა თუ ის წამლეული ნივთიერება, რომელიც სისხლში გადავა და იმოქმედებს მთელ სხეულზე.

იმისდა მიხედვით, თუ რა მიზნებს ისახავს ესა თუ ის სამკურნალო ღონისძიება, გარეთ სახმარი წამალი შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს. უფრო ხშირად ეს არის სხვადასხვა შემადგენლობის მალამო, მაგრამ მალამოს გარდა აგრეთვე ხშირად სხვა ნივთიერებებიც იხმარება, როგორცაა: სკიპიდარი, ქლოროფორმი, ბუროვის ხსნარი, იოდის ნაყენი და მრავალი სხე.

ტექნიკური ღონისძიებები კანზე სხვადასხვა წამლების ზეგავლენის დროს გამოიხატება წამლით მოწვაში, მის წასმაში, მოფრქვევაში, მობანაში, წამლის სველნადების და წამლის კომპრესის გაკეთებაში, ემპლასტროს დადებაში და შეზღვევაში.

მოწვა ან ხდება ან აზოტმეფავ ვერცხლით (ლაპისი), ან სპილენძის აქსპით (შაბიამანი), ან შაბით. მოწვა იხმარება პატარა მიღამოზე, მაშინ, როდესაც ხანგრძლივი დაწყლულებებია ლორწოვან გარსზე (მაგ., ცხვირში ან ყელში). საკმარისია სულ მოკლე ხნით მოსაწვავ ადგილთან შეხება აღნიშნულ ნივთიერებათა კრისტალით, რომელსაც აძლევენ ჩხირის ფორმას და ათავსებენ სპეციალურ ბუდეში (ლაპისის ფანქარ).

წასმა იხმარება როგორც საღებინფექციო საშუალება და აგრეთვე დაწყლულებათა დროს, მათი შეხორცების მიზნით. ამისათვის იხმარება როგორც საღებინფექციო საშუალება: ა) 5—10% იოდის ნაყენი, ბ) ბრომფერონი, გ) ბრილიანტის მწვანე (ანილინის საღებავი)  $\frac{1}{2}$ —1% ხსნარი სპირტში.

ამ წამლების წასმელად საჭიროა ჩხირზე ბამბა იქნეს დახვეული და წამლის ხსნარში დასველების შემდეგ სათანადო ადგილს წაესვას ერთზელ ან განწერებით.

დაწყლულებათა შეხორცების მიზნით (კანის სიღამწვრე, ნაწოლი, ნაკწირი, ლურჯული) კარგია მანგანუმეფავა კალიუმის 3—6% ხსნარი.

ამ შემთხვევაში წამლის წასმა ხდება ღებინფექციის მიზნით.

მოფრქვევა ანუ მიყრა უმთავრესად კანის გაღიზიანების დასაცხრობად და კანის გასაშრობად იხმარება. ავადმყოფებს, რომლებიც უნებლიე შარდვის გამო ხშირად ისველებენ, ან რომელთაც ძლიერი ოფლიანობის გამო ნაოფლარი უჩნდებათ, მიყრა ტალკით, ბისმუთით, ქსეროფორმით, არისტოლით და სხვა საშუალებებით უმციარებს კანის გაღიზიანებას და გარდა ამისა, იცავს კანს ნაწოლის განვითარებისაგან.

ამისათვის სპეციალური კოლოფით, რომელსაც დახვრეტილი სახურავი აქვს, მოაყრიან სათანადო ადგილს ერთ-ერთ აღნიშნული წამლის თხელ ფენას და სტერცილი მარლით მშრალად შეახვევენ.

მობანა ათავისუფლებს კანის ამა თუ იმ უბანს ჭუჭყიდან და კანის გამოწყობისაგან, ხოლო კანს იცავს დაზიანების შემთხვევაში ქვემდებარე ქსოვილების გამოწყობისაგან. ამისათვის იხმარება: ბენზინი, ეთერი, სპირტი; მოსაბანად საკმარისია აღნიშნულ ხსნარში დასველებული ჰიეროსკოპული ბამბით კანის გაწმენდა და შემდეგ სტერილური მარლით ამ ადგილის გამშრალება.

სველნადები კეთდება მწვანე ანთებითი პროცესების დროს და ამისათვის ხშირად იხმარება ბუროვის სითხე. თევზზე დასხმულ სითხეში დაასველებენ რამდენჯერმე გაკეცილ ტილოს ნაჭერს და ხშირად უცვლიან.

შეზღვევა აწოდება სხეულში კანიდან წამლის შეყვანას კანის მთლიანობის დაურღვევლად, მექანიკური ზეგავლენის საშუალებით.

შეზღლის მიზანია: 1) წამლით ვიმოქმედოთ კანზე ადგილობრივ, კანის სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის დარღვევის შემთხვევაში; პერიფერიული ნერვების ფუნქციათა მოშლისა და კანის პარაზიტულ დაავადებათა დროს, 2) ვიმოქმედოთ ქვემდებარე ქსოვილებზე (კუნთების, ნერვების, ლიმფური ჩირკვლების და სახსრების დაავადებანი), 3) გამოვიწვიოთ სხეულზე ზოგადი მოქმედება წამლის სისხლში შეჭროვის გზით ათაშანგის, მწვავე რევმატიზმის, სისხლის მოწაქვის დროს და სხვ.

შესაზღლად იხმარება რუხი მალამო (ათაშანგის დროს), სალიცილის მალამო, მეზოტანი (მწვავე რევმატიზმის დროს), მალამო კრედესი (სისხლის მოწაქვის დროს); მწვანე საპონი (სეროზული გარსების ანთების დროს), ვილკინსონის მალამო (ბლერის წინააღმდეგ) და სხვ.

შეზღლის გაკეთება უმჯობესია საღამოთი, რომ ავადმყოფს საშუალება ჰქონდეს შეზღლის შემდეგ საწოლში ჩაწევს.

თუ შეზღლა ადგილობრივ კეთდება, ის გაკეთებული უნდა იქნეს იქ, სადაც საჭიროება მოითხოვს. თუ კი შეზღლის მიზანი სხეულზე ზოგადი მოქმედებაა, ის შეიძლება სხვადასხვა ადგილის გაკეთდეს. ამ მიზნისათვის შესაფერი ადგილებია წინამხრების ნების ზედაპირები, ბარძაყების შიდა ზედაპირები, ილიის ქვედა მიდამოები, მუხლქვეშა ფოსოები, ე. ი. ისეთი ადგილები, სადაც კანი ნაზია და იმავე დროს თმით არ არის დაფარული.

ყოველი შეზღლის გაკეთებისათვის აუცილებელ პირობას კანის ზედმიწევნითი სისუფთავე წარმოადგენს: კანი უნდა თბილი წყლითა და საპნით დაიბანოს. თუ კანი თმით არის მდიდარი, უკანასკნელი უნდა გაიპაროს.

ექთანამ გულმოდგინედ უნდა დაიბანოს ხელი და შეზღლას ისე შეუდგეს.

შეზღლის დაწყებამდე უნდა იქნეს მომზადებული: 1) რეზინის ხელთათმანები, 2) შესახვევი მასალა (მარლის ბანდი, ფანელი, გაცვილული ქაღალდი). შესახვევი მასალა აუცილებელია ისეთი წამლების შეზღლის დროს, რომლებიც ადვილად აორთქლდება ხოლმე ან თეთრეულზე გადადის, როგორცაა იოდფაზოგენი, გვიაკოლი, მწვანე საპონი, ხოლო ხელთათმანები საჭიროა ძლიერ სურნელოვანი წამლების და ისეთ ნივთიერებათა შეზღლისას, რომლებიც ხელების კანს აღნიანებს ან აქედან შეიწოვება და ხშირად ხმარების დროს მოწამვლასაც იწვევს (მაგ., რუხი მალამო).

შეზღლის ტექნიკა. მალამოს აიღებენ ხელით, დაადებენ დანიშნულ ადგილას და ენერგიული წასმით შეზღლენ კანში. ამისათვის ხელს ამობრუნებენ ირგვლივ და ლიმფის ნაკადის მიმართულებით, სანამ წამალი სულ არ შეიზღლება კანში.

ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ წამლის შეზღლის დროს სრულიად არ არის საკმარისი მისი კანზე წასმა, არამედ საჭიროა გულმოდგინედ, მოთმინებით კანში მისი შეზღლა. ამ უკანასკნელის დამთავრების შემდეგ, იმ ადგილას, სადაც შეზღლა გაკეთდა, დაადებენ გაცვილულ ქაღალდს, ზევიდან ფანელს დაფარებენ და კარგად შეახვევენ ბანდით. ასეთი ნახვევი, ერთი მხრით, იცავს თეთრეულს გასვრისაგან, მორიგე მხრით კი, ხელს უწყობს წამლის უკეთ შეწოვას.

მალამოს შეზღლის კურსის გატარებისას საჭიროა, რომ კანის ის უბანი, სადაც შეზღლა კეთდება, რამდენიმე დღეში ერთხელ თბილ წყლით იქნება მობანილი, რათა კანის ფორები მალამოდან განთავისუფლდეს და ამრიგად საშუალება მიეცეს მალამოს ახალ პორციას კანში კარგად გავიდეს. ეს წესი განსაკუთრებით საჭიროა მწვანე საპნის შეზღლისას.

რუხი მალამოს შეზღლა იხმარება ათაშანგის წინააღმდეგ, რუხი მალამოს შემადგენლობაში, რომელსაც ცილევ მერკურიალურ ანუ ნეაპოლიტანურ მალამო-

მოს უწოდებენ, შედის სინდიცი. ეს უკანასკნელი სპეციფიკურ წაბლად ითვლება ათაშანგის წინააღმდეგ.

რუხი მალამოს შემადგენლობა ასეთია: წმინდა სინდიცი 30 ნაწილი; ლანოლინი 5 ნაწილი; თეთრი ცვილი 5 ნაწილი; ღორის ქონი 60 ნაწილი.

ამ მალამოში სინდიციის რაოდენობა 30% აღწევს, ჩვეულებრივი დოზა დღეში 4,0; მაშასადამე, ყოველ შეზელაზე მოდის 1,3 გრ სინდიცი. სულ კეთდება 30—40 შეზელა, დღეში ერთხელ.

რუხი მალამო უმჯობესია იმ რაოდენობით იქნეს გამოწერილი აფთიაქიდან, რამდენიც საჭიროა ერთ შეზელაზე; ამგვარად ექთანს ხელთ ექნება შესაზელად წალამოს გამოზომილი რაოდენობა.

ვინაიდან რუხი მალამოს მოქმედება უნდა მოხდეს მთელ სხეულზე, საეაღდებულო არ არის მისი შეზელა ერთ რომელიმე გარკვეულ ადგილას. მალამო შეიძლება შეზელილი იქნეს ყველა იმ ადგილას, სადაც საერთოდ მალამოს შეზელა კეთდება, მხოლოდ საჭიროა იმის ცოდნა, რომ მალამოს შეზელა უნდა ხდებოდეს რიგ-რიგად სხეულის სხვადასხვა ადგილებზე, კანის გაღიზიანების თავიდან ასაცილებლად.

შეზელის კურსის პირველ დღეს, მაგალითად, შეუზელენ მალამოს ორივე წვივში, მეორე დღეს—მუცლის კანში ან ბარძაყებში, მესამე დღეს—ზურგში და ასე შემდეგ.

შეზელიდან ყოველი ხუთი დღის გავლის შემდეგ ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს საერთო აბაზანა.

ყოველი შეზელა უნდა კეთდებოდეს გულმოდგინედ, რათა დღიური დოზა 2—4 გრამი მალამოსი მთლიანად იქნეს შეზელილი კანში. თითოეული შეზელის ხანგრძლიობა 20—30 წუთია.

ექთანმა ხელების კანის გაღიზიანების და საერთოდ მოწამელის მოვლენების თავიდან ასაცილებლად უთუოდ რეზინის ხელთათმანები უნდა ჩაიცვას.

ავადმყოფს უნდა ექცეოდეს განსაკუთრებულად ყურადღება: ყოველდღიურად უნდა გაესინჯოს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი და ღრძილები და თუ აქ გართულებები დაემჩნა (პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთება—მერკური-ლური სტომატიტი, ღრძილების ანთება—გინგივიტი), მალამოს შეზელა უნდა შეწყდეს. ასეთ შემთხვევებში ღრძილებზე კბილბუდესთან განჩნდება მოშავო ყავითანი, ხოლო პირის ღრუს ლორწოვანი დაწყულდება. ამ გართულებების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ავადმყოფებს შეზელის კურსის განმავლობაში პირში გამოსავლებად ეძლეოდეს ბერთოლეს მარილის 3%-ანი ხსნარი დღეში 4—5-ჯერ.

ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე თირკმლების მდგომარეობას, ვინაიდან სინდიცი თირკმლების დაავადებას (ნეფროზს) იწვევს, საჭიროა კონტროლი ამ მხრივაც: შარდი რამდენიმეჯერ უნდა გაისინჯოს და თუ აქ ცილა ან ცილინდრები გამოჩნდა, მალამოს ხმარება უნდა შეწყდეს.

რუხმა მალამომ ზოგჯერ ფალარათის გამოწვევაც იცის, რაც აგრეთვე მოწამელის მომასწავებელი ნიშანია.

სასურველია ყველა ამ გამაფრთხილებელი ზომის მიღება არა მარტო ავადმყოფისათვის, არამედ იმ პირისათვისაც, რომელიც შეზელას აკეთებს.

რუხი მალამოს მოქმედება აიხსნება არა მარტო იმით, რომ ის კანის ფორების საშუალებით კანში შეიწოვება და სისხლში გადადის, არამედ იმითაც, რომ სხეულის ტემპერატურის გამო ხდება მისი აორთქლება და ამ ორთქლის შესუნთქვა ავადმყოფის მიერ.

რუხი მალამო იხმარება აკრეთვე კანის თმიან ნაწილებზე ტილების მოსასპობად. ამ მიზნისათვის საჭიროა უფრო მცირე კონცენტრაციის მალამო, 2—3 შეზელა საკმარისია ტილების მოსასპობად.

შეზელის შემდეგ ავადმყოფს კანი ბენზინით უნდა გაეწმინდოს და აბაზანა გაუკეთდეს.

გარეთ სახმარ გამაღიზიანებელ საშუალებებს ეკუთვნის: 1) იოდის ნაყენის წასმა; 2) გამაღიზიანებელ ნივთიერებებით დაზელა და 3) გამაღიზიანებელი კომპრესები — სპირტის, მდოგვის, სკიპიდარის.

ყველა ამ საშუალების მიზანს შეადგენს გამოიწვიოს სისხლის მოქცევა კანისაკენ და კანში სისხლის ნიმოქცევის გაცხოველება.

კანის გამაღიზიანებელი სხვადასხვა საშუალება ხშირად იხმარება მრავალი დავადების დროს, როგორც: ანთებითა პროცესები კუნთებში, შემაერთებელ ქსოვილში, ნევრალგიები (ტკივილები ნერვებში), სასუნთქი გზების კატარული მდგომარეობანი, პლევრისა და გულის პერანგის ანთებები და მრავალი სხვ.

გ ა მ ა ღ ი ზ ი ა ნ ე ბ ე ლ ი წ ა ს მ ა იოდის ნაყენით ხშირად იხმარება კანის გასაღიზიანებლად. იოდის 5—15%-იან ნაყენს ბილებზე ჩხირზე დახვეული ბამბით და წაუსვამენ კანის დანიშნულ ადგილას. იოდი სწრაფად გადის კანში, მეტად აღიზიანებს და, როგორც უკვე ნათქვამი იყო, იმავე დროს სპობს კანზე დამკვიდრებულ ბაქტერიებს. იოდის ნაყენის ზეგავლენით კანი განიცდის გაშრობას, გამკვრივებას, შემდეგ იგი სკდება და ებიდერმისი ჩამოიფცქენება ხოლმე.

საკმარისია იოდის ნაყენის 2—3-ჯერ კანზე წასმა, რომ კანი ძლიერ გაღაზიანდეს, გაწითლდეს და, ებიდერმისის ჩამოფცქენის გამო, მტკივნეული გახდეს. კანის ასეთი გაღიზიანების შემდეგ უკვე აღარ ხერხდება კანზე ისეთი პროცედურების ხმარება, როგორცაა კოტრეზები და სათბური კომპრესი. ამ მოსაზრებით სიფრთხილესა საჭირო იოდის ნაყენის წესმისას. გარდა ამისა, კანის ზოგიერთი უბანი, სადაც კანი მეტად ნაზია (უკანა ტანის ირგვლივ მიდამო, სასქესო ორგანოების კანი, სახის კანი და სხვ.), სრულიადაც ვერ აიტანენ იოდის ნაყენის წასმას.

უადგილო ადგილს იოდის ნაყენის წასმამ შესაძლოა არა თუ სარგებლობა, არამედ ზიანიც კი მოუტანოს ავადმყოფს.

გ ა მ ა ღ ი ზ ი ა ნ ე ბ ე ლ ი დაზელ: აკეთდება ისეთი წამლებით, როგორცაა: 70° სპირტი, ქაფურის სპირტი, არაყი, ოდეკოლონი, სკიპიდარი და სხვ. უველა ეს წამალი კანის დაზელის დროს იწვევს სისხლის მიმოქცევის გაძლიერებას და კანის დაზელილი უბნისაკენ სისხლის მოწოლას. დაზელის გასაკეთებლად ავადმყოფს პორიზონტალურად დააწვენენ, ექთან დაბანილ ხელზე დაისხაჰს სითხის მცირე რაოდენობას და კანს მაგრად დაზელს, სანამ დასაზელი ადგილი სულ არ გაშრება. დაზელა, ჩვეულებრივ რამდენიმე წუთს გრძელდება.

ასეთი დაზელა განსაკუთრებით ხშირადაა საჭირო ნაწოლის განვითარებაც თავიდან ასაცილებლად მამის, როდესაც ავადმყოფს კანი გაუწითლდება და ჯერ ებიდერმისის მთლიანობა დარღვეული არ არის.

გ ა მ ა ღ ი ზ ი ა ნ ე ბ ე ლ ი კ ო მ პ ო ე ს ი კეთდება მდოგვიდან ან სკიპიდარიდან. მ დ ო გ ვ ი უფრო ხშირად იხმარება. ჩვეულებრივ, გასაყიდ მდოგვის ფქვილს შეურევენ თანაბარი რაოდენობით პურის ან კარტოფილის ფქვილს; ამ ნარევის შეურევენ თბილ წყალს (არა ცხელს) ისე, რომ ფაფა გაკათდეს. ამ უკანასკნელს დააცხებენ ტილოს ნაჭერზე ან ქაღალდზე თხელ ფენად და დაფარებენ მარლას.

ამგვარად დამზადებულ მდოგვს იმ მხრით, რომლისკენაც ტილოა, მიადებენ კანზე, დაამაგრებენ ნახევრით და დატოვებენ 5—40 წუთს.

კანი მოკლე ხნის განმავლობაში გაწითლება სისხლის მიზიდვის გამო.

მდოგვის მოხსნის შემდეგ კანს თბილი წყლით მობანენ და გაამშრალებენ. თუ განმეორებით იქნა საჭირო მდოგვის გაკეთება, ეს უკანასკნელი სხვა ადგილას უნდა გაკეთდეს. კანის გადამეტებითი გაღიზანების თავიდან ასაცილებლად დაუშვებელია მდოგვის დიდი ხნით დატოვება, რადგან ასეთ შემთხვევაში კანზე ბუშტუკები გაჩნდება.

მდოგვიან ტილოს ამ წესით დამზადების ნაცვლად შეიძლება ნახშიარი იქნეს მდოგვიანი ქალაღი. მდოგვიანი ქალაღი წარმოადგენს სწორკუთხედის ფორმის სქელ ქალაღს, რომლის ერთ მხარეზე წასმულია მდოგვი.

ხმარების წინ ამ ქალაღს დასველებენ თბილ წყალში და დაამაგრებენ კანზე ბანდით.

მდოგვიანი ქალაღის უარყოფითი მხარე ის არის, რომ დროთა განმავლობაში მდოგვი ფუჭდება და ამგვარად თავის გამაღიზიანებელ თვისებებს კარგავს.

მდოგვიან ტილოსა და ქალაღს საეადმყოფოს პირობებში შედარებით იშვიათი მოხმარება აქვს. მას უფრო ხშირად ოჯახურ პირობებში ხმარობენ. მდოგვი ძალიან ძველი საშუალებაა, მაგრამ მას თავისი მნიშვნელობა დღემდე არ დაუკარგავს.

იხმარება მდოგვიანი ტილო და ქალაღი თავის ტკივილების და მწვავე სურდოს დროს (კეფაზე), ტკივილების და უსიამოვნო გრძნობის შემთხვევებში გულის არეში (ამავე მიდამოზე), კუჭის ტკივილის და გულისრევის დროს (ეპიგასტრიუმის არეში) და სხვ.

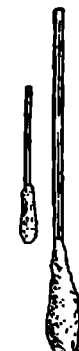
სკიბიდარის კომპრესი უფრო იშვიათად იხმარება, რადგან ხშირად თერკმლების გაღიზიანებას იწვევს. სკიბიდარს გამაღიზიანებელი თვისებები მეტი აქვს, ვიდრე მდოგვს და განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს სასუნთქი გზების დაავადების შემთხვევაში.

სკიბიდარის ხმარება დაუშვებელია თერკმლების დაავადების შემთხვევებში.

სკიბიდარის კომპრესისათვის იხმარება წმინდა სკიბიდარი და გასაყიდი 20%-ანი სკიბიდარის მალამო. ის იმგვარადვე კეთდება, როგორც მდოგვის კომპრესი, საკმარისია კანზე მისი დატოვება 10—15 წუთის განმავლობაში.

ლორწოვან გარსებზე წასმა ხშირი პროცედურაა და მისი შესრულება თითქმის ყოველთვის ექთანს უხდება. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა ანთებითი მდგომარეობა და დაწყულულებანი, გამონაყარი ენაზე და ლოყების შიგნით ზედაპირზე, ღრძილების დაავადებები, ნუშისებრი ჭირკვლების ანთებითი მდგომარეობა (ანგინა), ყელის ლორწოვანი გარსის კატარული მდგომარეობა ხშირად მოითხოვს სხვადასხვა წამლულ ნივთიერებათა წასმას.

ეს ნივთიერებები ან საღებუნებრივი ან მომწველ, ან კიდევ შემოზველ ნივთიერებებს წარმოადგენენ (იოდის ნაყენი, ლაპისი, პროტარგოლი, რატანის მირის ნაყენი და სხვ.). წასამელად იხმარება ჩხირზე დახვეული ბამბის ტამპონები (სურ. 46).



სურ. 46. ბამბის ტამპონი.

საჭიროა რომ ავადმყოფმა, პირის ღრუს ლორწოვანზე წასმის დროს პირი კარგად გააღოს, რათა ექთანს საშუალება მიეცეს ყველა უბანს კარგად მიწვდეს. ყელზე წასმის დროს საჭირო ხდება შპა დ ე ლ ი ს ხმარება, რომლითაც ენას ქვევით დასწევინ და ამგვარად პირის ღრუ კიდევ უფრო გაფართოვდება და ყელიც კარგად გამოჩნდება.

საჭირო წამალში დასველებულ ტამპონს შეიტანენ პირის ღრუში და წაუსვან-ბენ სათანადო ადგილს.

ცხვირის ღრუს ლორწოვან გარსზე წასმას, ჩვეულებრივ, ექიმი აკეთებს. როგორც შედარებით ძნელ პროცედურას. ექთანს შეიძლება ღვიძირდეს ცხვირის ღრუს გარეთა ნაწილზე წასმა. ამისათვის საჭიროა ცხვირის წვერი ზევით აიწიოს, ცხვირის შესავალი გაფართოვდება და წამლის წასმაც მოხერხებული გახდება.

გამორეცხვა ცხვირის, პირისა და ყურების. ცხვირის ღრუს გამოსარეცხად იხმარება ე. წ. ცხვირის სარწყავი. ეს უკანასკნელი შუშიდანაა გაკეთებული, რომელიც 50 მლ სითხეს იტევს, ხსნარის ჩასასხმელად აქვს ყელი, ხოლო ნისკარტი ცხვირის ნესტოში შესაშვებად.

ავადმყოფი უკან გადაწევს თავს. სარწყავით ჩაასხამენ წამალს ცხვირის ჭერ ერთ და შემდეგ მეორე ნესტოში. სითხე გადადის ცხვირ-ხახაში და იქიდან პირის ღრუში.

ცხვირის ღრუს გამოსარეცხად იხმარება ფიზიოლოგიური ხსნარი, სოდის 1%-ანი, ბორის მჟავის 2%-ანი და სხვა ხსნარები.

პირის ღრუს გამორეცხვას ავადმყოფი თვით ასრულებს, თუ მას ამისათვის ძალა შესწევს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ავადმყოფს დასვამენ საწოლში, ნიკაპის ქვეშ ამოუდგამენ პატარა ტაშტს და რეზინის ბალონით პირის ღრუში შეაპურებენ სითხეს, რომელიც გადმოიღვრება ტაშტში.

ყურების გამორეცხვა (შეპყურება) იხმარება ყურის შესავალში გოგირდის საცობების გაჩენის დროს. ამ მიზნისათვის იხმარება ბორისმჟავას 2—3%-იანი ხსნარი, გამობარი 37%-მდე. ხელსაწყო, რომლითაც ამ მანიპულაციას აწარმოებენ, გუტპერჩის მარტივ შპრიცს წარმოადგენს.

ავადმყოფს დასვამენ, ყურს კარგად გაანათებენ და შეუდგებიან გამორეცხვას. ყურის ქვეშ ავადმყოფს უნდა დაეფინოს ხელსახოცი და ტაშტი შეედგას. მარჯვენა ხელით აიღებენ საცხე შპრიცს და მის დაბოლოებას ფრთხილად შეიყვანენ ყურის შესავალში არაულრმევა ერთი სანტიმეტრისა, რათა დაფის აპკი არ დაზიანდეს. შპრიცის ბუნიკის შეყვანის დროს მარცხენა ხელით აწევენ ყურის ნიჟარას უკან და ზევით, რომ შესავალი უფრო კარგად გაიხსნას. წამალს ფრთხილად შეასხამენ ყურში. ერთი ან რამდენიმე შპრიცი ხშირად საკმარისია გოგირდოვანი საცობის დასაღობად.

ჩაწვეთება თვალში და ყურში. წამლის ჩაწვეთება თვალში ფრიალ ხშირად იხმარება. ეს ძალიან უბრალო პროცედურაა, მხოლოდ საჭიროა სისუფთავის დაცვა. საწვეთარა უნდა გათრეცხოს ყოველი ხმარების წინ ბორის მჟავის 2%-ანი ხსნარით. საწვეთარით აიღებენ წამალს, ქვემო ქუთუთოს დაბლა დაწევენ და მის კონიუნქტივებზე დააწვეთებენ ერთ წვეთ წამალს. ქუთუთოს ამგებობისთანავე წამალი სწრაფად განაწილდება მთელ თვალზე.

ყურში წვეთების შესაყვანად ავადმყოფს აწევენ მობირდაპირე მხარეზე, ჩაის კოვზით ჩააწვეთებენ ყურში გამობარ წამალს და დაუცობენ ყურის შესავალს ბამბის ტამპონით.

მინერალური წყალი. მედიკამენტების (წამლების) გარდა, შინაგანი ორგანოების მრავალი დაავადების დროს ამჟამად ფართოდ იხმარება მინერალური

წყალი. უმთავრესე გამოყენება მინერალურმა წყლებმა პოვა ისეთი ორგანოების დაავადებათა მკურნალობაში, როგორცაა კუჭი, ღვიძლი, პანკრეასი და თირკმელი.

მინერალური წყლები მოქმედებენ ორგანიზმზე იმ მარილებით, რომლებიც გახსნილია მათში. წყლები იხმარება როგორც კურორტებზე—წყაროსთან, აგრეთვე კურორტების გარეთ—მოზიდული.

არჩევენ მარილიან (საქმლის მარილი), ნახშირმჟავა, ტუტოვან, კირიან, მწარე, ინდიფერენტულ (განურჩეველ) და სპეციალურ წყლებს. ამ უკანასკნელს ეკუთვნის გოგირდოვანი, რკინიანი, დარიშხანიანი, ლითიუმის და რადიაქტიური წყლები.

საქართველოში ბევრი მინერალური წყალი მოიპოვება; ასეთებია ბორჯომის (ტუტოვან-ნახშირმჟავა), საირმის (ტუტოვან-ნახშირმჟავა, კირიანი), უწყურის (ტუტოვან-ნახშირმჟავა), ჭავჭავაძის წყალი (ნახშირმჟავა მარილიან-ტუტოვანი) და სხვ.

ჩრდილო-კავკასიის წყლები:—ესენტუკი №17,4 და 20, ელენოვოდსკის წყლები და სხვა მინერალური წყლები იხმარება, როგორც შიგნით მისაღებად, ისე აბაზანების სახით.

მისაღები მინერალური წყლის რაოდენობას და მიღების დროს ექიმი ნიშნავს, ხოლო ექთანს ევალება თვალყური ადევნოს დანიშნულების წესიერ შესრულებას, არ შეიძლება, რომ წყალი ყოველგვარი კონტროლის გარეშე იქნეს ხმარებული.

ღღის განმავლობაში წყალი შეიძლება მიღებულ იქნეს 2—3-ჯერ. წყალი ავადმყოფს ენიშნება განსაკუთრებით დილით უზმოზე, რადგან ამ დროს წყლების გავლენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე უფრო ეფექტურია. ჩვეულებრივ, აძლევენ 1—2 კიჯა წყალს დილით, 1 კიჯას—სადილის წინ და 1 კიჯას —ღღის 5 საათზე. წყალი უნდა იქნეს მიღებული ცოტა-ცოტა და წყლის მიღების შემდეგ სასურველია გასეირნება.

ისეთი წყლები, რომლებიც რკინის, კალციუმის ან სხვა მარილებს შეიცავს და კბილებზე ცუდ გავლენას ახდენს, უნდა იქნას მიღებული შუშის მილით.

მინერალური წყლებით მკურნალობის დროს საჭიროა დიეტის დაცვა და ავადმყოფის განსაკუთრებულ პირობებში ჩაყენება.



**წამლულ ნივთიერებათა შემხაკუნება**

აღამიანის სხეულში წამლის შეყვანას კანის მთლიანობის დარღვევით ეწოდება შეშხაკუნება ანუ ინექცია.

წამლის შეყვანის ყველა დანარჩენ გზებთან შედარებით (როგორც, მაგ., პირიდან, უკანა ტანიდან და სხვ.) ინექციას აქვს თავისი უარყოფითი მხარეები, მათ შორის: 1) მისი გაკეთება შეუძლია მხოლოდ სათანადოდ მომზადებულ პირს — ექთანს ან ექიმს, 2) საამისოდ საჭიროა სპეციალური იარაღი — შპრიცი, 3) ამ წესით წამლის შეყვანა ავადმყოფისათვის მტკივნეულია და 4) ცუდად გაკეთებულ ინექციას შეიძლება მოჰყვეს გართულებები — დაჩირქების ან ნეკროზის სახით.

ამის მიუხედავად, უკანასკნელი ათეული წლების განმავლობაში წამლის შეყვანის ამ მეთოდმა — ინექციამ, დიდი ადგილი დაიკავა ავადმყოფის მკურნალობის საქმეში და, რაც დრო გადის, მით მეტი წამალი შემოდის ხმარებაში სწორედ ინექციის სახით.

ინექციის ფართოდ გავრცელების მიზეზი, ზემოაღნიშნული მის უარყოფითა მხარეების მიუხედავად, არის მთელ რიგ შემთხვევაში ის უაღრესად დიდი უპირატესობა, რომელიც მას აქვს სხვა გზებით წამლის შეყვანასთან შედარებით.

ეს უპირატესობა შემდეგია:

ა) წამლის მოქმედების სისწრაფე. როდესაც ავადმყოფი წამალს პირის ღრუდან ღებულობს, საჭიროა საათები და ზოგჯერ მეტი დროც, ვიდრე ის ნაწლავში შეიწოვებოდეს, სისხლში გავიდოდეს და ამგვარად დანიშნულ მიზანს მიაღწევდეს. შეშხაკუნების დროს კი წამალი უშუალოდ შეგვეყვას ქსოვილში ან სისხლში და, რასაკვირველია, ამ გზით ის გაცილებით უფრო სწრაფად, ზოგჯერ რამდენიმე წუთში იჩენს თავის მოქმედებას.

ამრიგად, ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა ისეთია, რომ წამლის მოქმედების დაგვიანება მისთვის სასიფათოა და, მაშასადამე, საჭიროა ავადმყოფისათვის სასწრაფოდ დახმარების გაწევა, საჭიროა წამლის შეყვანა სწორედ ინექციის საშუალებით.

მაგალითად, კოლაფსის დროს, როდესაც ავადმყოფი გულის მწვავე სისუსტის გამო უაღრესად მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება და შესაძლოა რამდენიმე წუთში გარდაიცვალოს კიდევც, ნისთვის პირიდან წამლის მიცემა, რასაკვირველია, სრულიად უაზრო იქნებოდა. მიზანს მიაღწევს მხოლოდ ინექციებითა სწრაფად წამლების შეყვანა.

ან კიდევ, მაგალითად, შარდსადენ ან ნაწელის გზებში კენჭის გავლის დროს, რაც, ჩვეულებრივ, სასტიკ ტკივილებს იწვევს, მორფიუმის ან პანტოპო-



ნის ხსნარის პირის ღრუდან მიღება სუსტად და დაგვიანებით მოქმედებს, იმ დროს კანქვეშ შეშხაპუნებული იგივე ხსნარები, რამდენიმე წუთში სრულიად უყურებენ ავადმყოფს ტკივილებს.

ბ) ავადმყოფის უგრძობი მგომარეობის დროს წამლებს პირიდან შეყვანა სასიფათოა, რადგან საყლაპავი მილის ნაცვლად წამალი შეიძლება სასულეში მოხვდეს და გამოიწვიოს ფილტვების მხრივ გართულება ან კიდევ ზოგჯერ ასტიქსია (მოხრჩობა).

გ) წამლის დაღვევაზე ავადმყოფის მიერ წინააღმდეგობის გაწევა. შეიძლება ავადმყოფი წინააღმდეგობას გვიწევეს პირის ღრუდან წამლის მიცემის ცდისას, ძალით კი პირიდან წამლის მიცემა, რასაკვირველია, შეუძლებელია.

დ) პირიდან მიღებული წამლის უმოქმედობა. არის ზოგიერთი წამალი, უფრო ცილოვანი ნივთიერებიდან დამზადებული, რომელიც პირიდან მიღების დროს ავადმყოფზე ვერაერთად მოქმედებს ვერ მოახდენს, რადგანაც კუჭის წვენის ზეგავლენით ის თავის მოქმედების უნარს კარგავს. ასეთ წამლებს ეკუთვნის, მაგალითად, შრატები მრავალნაირი ავადმყოფობის წინააღმდეგ ანდა ინსულინი, რომელიც იხმარება შაქრის ავადმყოფობის დროს მათი პირიდან მიღება სრულიად უაზროა და მხოლოდ ინექციის საშუალებით ვახმართ ავადმყოფებს.

ე) პირიდან მიღებული წამლების აუტანლობა. ზოგი ავადმყოფი ამა თუ იმ წამლის პირიდან მიღებას სრულიად ვერ იტანს; ეწყება გულისრევა, პირღებინება, ფარარათი და ტანზე გამოწყარო; მაგალითად, ზოგი ვერ იტანს დარიშხანს, ზოგი ქინაქინს და სხვ. ასეთ შემთხვევებში იძულებული ხდებიან პირიდან წამლის მიცემა შეწყვიტონ და გადაედინენ ამავე წამლის ინექციებზე.

ვ) კუჭ-ნაწლავის დაავადების დროს შეიძლება ავადმყოფს დაერთოს რომელიმე სხვა ავადმყოფობა, რომლის საწინააღმდეგოდ წამლის პირიდან მიცემა უმიზნო იქნება, რადგან წამალი დაავადებულ კუჭ-ნაწლავს აღიზიანებს. ავადმყოფს, რომელიც დაავადებულია ნაწლავების ანთებით (ფარარათობით). მალარიის შეტევები რომ დაერთოს, მისთვის ქინაქინის შიგნით მიცემა არ ივარგებს, რადგან დაავადებული ნაწლავებით იგი არ შეიწოვება და მალარიის პარაზიტებზე გავლენას ვერ მოახდენს; საქმეს უშველის მხოლოდ ქინაქინის ინექციები.

ინექციების ყველა აღნიშნულ უპირატესობათა გარდა, ცალკე უნდა მოვიხსენიოთ კიდევ ერთი გარემოება, სახელდობრ. ის, რომ ზოგიერთი ნივთიერება, რომელიც პირის ღრუდან მიღებისას მხოლოდ საკვებ ნივთიერებას წარმოადგენს, კუნთებში ინექციის დროს მოქმედებს ორგანიზმზე როგორც წამალი, მაგალითად, რძე. კუნთებში შეშხაპუნებული რძე იწვევს ორგანიზმის მხრივ ერთგვარ პასუხს ანუ რეაქციას: I<sup>2</sup>-ის აწევას, თეთრი ბურთულების რაოდენობის მომატებას, რითაც ირანზება ორგანიზმის თავდაცვითი ძალები და საბოლოოდ ამას ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება მოჰყვება.

რძის ასეთი მოქმედება აიხსნება ორგანიზმზე მასში შემავალი ცილის მოქმედებით. ეს ცილა (პროტეინი), როდესაც ადამიანი მას პირის ღრუდან ღებულობს, კუჭის წვენის ფერმენტების ზეგავლენით იკვრება, ხოლო ინექციის დროს უცვლელი რჩება და სამკურნალო მოქმედებას ახდენს ავადმყოფურ პროცენტზე.

მეტრნალობის ამ მეთოდს პროტეინოთერაპიას უწოდებენ და ის საკმაოდ ფართოდ გავრცელებულია მთელი რიგი ავადმყოფობის დროს (ქალური დაავადებანი, ქრონიკული რევმატიზმი და სხვ.).

მოყვანილი მაგალითებიდან ნათლად ჩანს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სხეულში ინექციის საშუალებით წამლების შეყვანას. იგივე მაგალითები ცხადყოფენ, თუ რა ხშირად გვიხდება ავადმყოფის მეტრნალობის დროს ინექციებით სარგებლობა და რადგან წამლის შემზაუნება ექთანის პირდაპირი მონაწილეობაა, რასაკვირველია, ეს საქმე მას კარგად უნდა ჰქონდეს შესწავლილი.

წამლების შესაზაუნებლად საჭიროა სპეციალური იარაღი — შპრიცი, რომელიც ცილინდრული მოყვანილობის ან მარტო მინიდან, ან მინიდან და ლითონიდან გაკეთებულ ქურჭელს წარმოადგენს. წინათ იხმარებოდა გუტაპერჩინი ან მთლიანად ლითონიდან გაკეთებული შპრიცები, მაგრამ ახლა ისინი აღარ არიან ხმარებაში, რადგან სტერილიზაციის დროს ფუჭდებიან (გუტაპერჩის) და სცვლიან წამლის შემადგენლობას დაუანგვის გამო (ლითონის).

ყველაზე უფრო მარტივი და ძველი შპრიცის შპრიცია, რომელმაც თავისი სახელწოდება მისი გამომგონებლიდან მიიღო (პრავეცი). ის 1 მლ სითხეს იტევს, აქვს ტყავის დგუში ლითონის ღეროზე, რომელზედაც აღნიშნულია დანაყოფი (ნახ. 47).



სურ. 47. პრავეცის შპრიცი.



სურ. 48. ლუერის შპრიცი.

შპრიცი შედგება შუშის ცილინდრიდან, რომელიც გაწვრილებული ბოლოთი თავდება (ამ ბოლოზე წამოგება საინექციო ნემსი) და დგუშიდან, რომელიც ჩაშვებულია ცილინდრში და თავისუფლად მოძრაობს მასში. ამჟამად ხმარებაშია ყველაზე უფრო და „რეკორდის“ შპრიცები (სურ. 48 და 49).

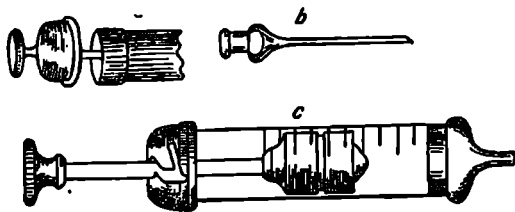
ლუერის შპრიცი მთლიანად შუშისაა (როგორც ცილინდრი, ისე დგუში), ხოლო შპრიცი „რეკორდი“ კეთდება ნაწილობრივ შუშიდან, ნაწილობრივ კი ლითონიდან: ცილინდრის ფსკერია და ნემსის წამოსაგები ბოლო ლითონისაა, დგუშიც ასეთივეა. გარდა ამისა, „რეკორდის“ შპრიცს აქვს ლითონისავე თავსახური, რომელშიც ნახვრეტიც დგუშის ღეროს გასაყრელად.

შპრიცის ცილინდრზე აღნიშნულია ხაზები აღებული წამლის რაოდენობის განსაზღვრისათვის. ამის მიხედვით, თუ წამლის რა რაოდენობას იტევს შპრიცი, არჩევენ — 1, 2, 5, 10, 20 გრამიან შპრიცებს. „რეკორდის“ შპრიცები, გარდა ამისა, არის 50 და 100 გრამიანი. შპრიცი მოთავსებულია ნიკელირებულ კოლოფში, სპეციალურ ჩასადგამში (მოძრაობის თავიდან ასაცილებლად), ხოლო ნემსები სპეციალურ მასრაში. შპრიცი კოლოფში უსათუოდ დაშლილი უნდა ჩაიდლოს.

საინექციო ნემსები არხიან ნემსს წარმოადგენენ, რომელთა მანვილი ბოლო ირიბად წაკვეთილი, ხოლო შპრიცზე წამოსაგები ნაწილი შემხვეილებულია (მუფტა). ნემსები სხედასხვა ზომისაა, ლუერისა და „რეკორდის“ შპრი-

ცის ნემსებიც სხვადასხვაა და უმეტეს შემთხვევაში ერთის ნემსი მეორეს არ უდგება.

ლუერის და „რეკორდის“ შპრიცის ნემსები ერთმანეთისაგან „მუფტით“ განსხვავდებიან (იხ. სურ. 50).

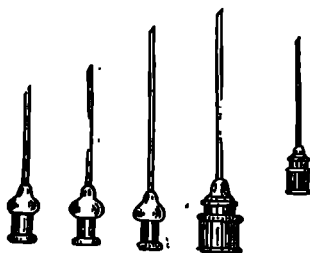


სურ. 49. შპრიცი „რეკორდი“.

ნემსის არხის გასაწმენდად იხმარება ლითონის ძაფი — მანღრენი, რომელიც სხვადასხვა ყალიბის ნემსებს სხვადასხვა ზომისა აქვს და ნემსში შეყვანილი უნდა იქნეს ნემსის ბასრი ბოლოდან.

როგორც ლუერის, ისე „რეკორდის“ შპრიცებს აქვს თავიანთი დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

ლუერის შპრიცის უარყოფითი მხარეებია: 1) ის ხშირად იმტვრევა, მით უფრო დგუში, რადგან შპრიცს სახურავი არა აქვს და დგუში ხშირად ამოვარდება ხოლმე; დგუშის ამოვარდნის თავიდან ასაცილებლად შპრიცს აქვს ძეწკვი, მაგრამ ეს უკანასკნელი ხელს უშლის შპრიცის ხმარებას; 2) ლუერის სხვადასხვა ყალიბის შპრიცს სხვადასხვა ნემსი სჭირდება და თუ სპეციალური ბუნიკი არ წამოვაგეთ შპრიცზე, ისე ყველა ნემსს ვერ მოვარგებთ; 3) ლუერის შპრიცი მსუბუქია და ამის გამო მოუხერხებელი.



სურ. 50. „რეკორდის“ და ლუერის შპრიცის ნემსები.

დადებითი მხარეებია:

1) სტერილიზაცია უფრო კარგად ხდება; 2) გამოხარშვის დროს უფრო არ სკდება; 3) ყველა წამლის გაკეთება შეიძლება, რადგან წამლის შემადგენლობას არ სცვლის.

„რეკორდის“ შპრიცის უარყოფითი მხარეებია: 1) გამოხარშვის დროს უფრო ადვილად სკდება; 2) ზოგი წამლის შემადგენლობას სცვლის (მაგ., სულემი). დადებითი მხარეებია: 1) „რეკორდის“ ყველა ყალიბის შპრიცის ნემსებო უდგება და სპეციალური დაბოლოება არ სჭირდება; 2) უფრო მოხერხებულია სახმარად; 3) უფრო დიდხანს სძლებს.

ამჟამად ხმარებაშია ე. წ. „კომბინირებული“ შპრიცი, რომელიც ლუერის შპრიციდან იმით განსხვავდება რომ ცილინდრის ქვემო ნაწილი და ნემსის გასაყვებელი დაბოლოება ლითონის აქვს.

ინექციის გაკეთების წინ, სულ ერთია, სადაც არ უნდა კეთდებოდეს ის,

საჭიროა შპრიცის ზედმიწევნით გასუფთავება. შპრიცის და ნემსების გასასუფთავებლად საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს მათი გამოხარშვა ან სუფთა წყალში, ან სოდის 1%-ან ხსნარში; ამისათვის საჭიროა დაახლოებით 1/2 ჩაის კოვზი სოდა გაიხსნას ერთ ჩაის კიჭა წყალში. სოდა ხსნის შპრიცზე მიმხმარ სისხლსა და ჩირქს. ამავე დროს ხელს უშლის შპრიცის ლითონის ნაწილებისა და ნემსების დაჟანგვას.

გამოხარშვა შეიძლება ან სპეციალურ ქურქელში — სტერილიზატორში (სურ. 51), ან თვით შპრიცის კოლოფში. გამოხარშვის წინ შპრიცა



სურ. 51. სტერილიზატორი.

უთუოდ უნდა დაიშალოს, ცილინდრზე ბამბა შემოეხვიოს, შპრიცის ყველა ნაწილი და ნემსი სტერილიზატორში ჩაიწყოს და წყალი იმდენი დაესხას, რომ შპრიცი დაიფაროს.

მოხარშვის წინ ნემსებიდან მანდრენი უნდა გამოღებულ იქნეს და ისე მოხარშოს. თუ ნემსი ჭერ კიდევ ხმარებაში არ ყოფილა, მანდრენის გამოღების შემდეგ, ნემსი უნდა გაირეცხოს სპირტით, რადგან ნემსის არხში ვაზელინია, მოხარშვის დროს ის შეიკვრება და ნემსი უვარგისი გახდება.

მოსახარშავ შპრიცზე უთუოდ ცივი წყალი უნდა დაიხსნას, არ შეიძლება ადუღების დაჩქარების მიზნით შპრიცზე ცხელი წყლის დასხმა, რადგან შესაძლებელია შპრიცი გასკდეს.

გამოხარშვის დროს სტერილიზატორს სახურავი უნდა დაეხუროთ. მოხარშვა უნდა ხდებოდეს ნელ ცეცხლზე, უმჯობესია სპირტის ლამპარზე, ნავთქურაზე, ელექტროქურაზე და არა „პრიმუსზე“.

სახელდახელოდ შეიძლება შემდეგ ხერხს მივმართოთ: შპრიცის კოლოფის სახურავზე დაასხამენ სპირტს ან სპირტში დასველებულ ბამბას დადებენ, ამავე სახურავზე დადგამენ სპეციალურ სამფეხს ან შპრიცის კოლოფში ჩადგმულ საბჯენს და მასზე შედგამენ წყლით სავსე კოლოფს.

გამოხარშვა უნდა გრძელდებოდეს 10 წუთს. ექთანს არ უნდა დაეიწყდეს, რომ მას შპრიცი აქვს შედგმული მოსახარშავად, რადგან შესაძლოა დიდი ხნის დუღილის შედეგად წყალი ამოშრეს და შპრიცი გასკდეს.

გამოხარშვის შემდეგ შპრიცი უნდა ამოვიღოთ გამოხარშული პინცეტით: შპრიცი თავისთავად გაშრება, თუ ის ძალზე ცხელი წყლიდან იქნა ამოღებული.

სანამ შპრიცის აწყობას შეუდგებოდნენ სასურველია ხელების დაბანა. შპრიცის აწყობის დროს ხელით არ უნდა შეეხონ დგუშის იმ ნაწილს, რომელიც წამალს უნდა შეეხოს — შპრიცის დაბოლოებას და ნემსის წვერს.

სამედიცინო პერსონალმა ზედმიწევნით დიდი ყურადღება უნდა მიაქციოს ხელების დაბანას, შპრიცის სტერილიზაციას, ავადმყოფის კანის გასუფთავებას: შეშხაპუნების ადგილას და სხვ. საერთოდ, მთელი პროცედურა წამლის კანქვეშ შეყვანისა უნდა ხდებოდეს ზედმიწევნით ასეპტიკურ პირობებში. სულ მტირეოდენი უყურადღებობა ამ მხრივ შესაძლოა კანქვეშა დაჩირქების (აბსცე-

სის და ფლეგმონის) განვითარების და, ზოგ შემთხვევაში, სისხლს მოწაივლეს (სეფსისის) მიზეზი გახდეს.

ინექციების ადგილებზე არაიშვიათია აბსცესის განვითარება, ეს ყოველთვის სწედეგია უსუფთოდ გაკეთებული შესაბუნებისა და საპარცხვიროა იმ სამედიცინო მუშაკისათვის, რომელმაც შესაბუნება გაუკეთა ავადმყოფს.

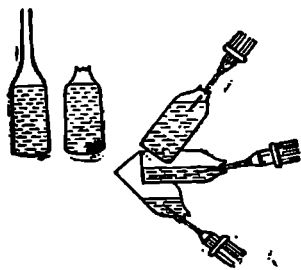
ხელების დაბანა საჭიროა გულმოდგინედ თბილი წყლით, საპნით და უმჯობესია ხელსაბანი ჭაგრისით. ფრჩხილები მოკლედ უნდა იქნეს მოკრილი და ხელები დაბანის შემდეგ სპირტით დამუშავდეს.

შპრიცი აწყობის შემდეგ მზადაა სახმარად. აწყობილი შპრიცით აიღებენ შესაბუნებელ წამალს, რომელიც, სადაც არ უნდა კეთდებოდეს ის — კანქვეშ, კუნთებში, თუ ვენაში, უეჭველად გამოხარშული (გასტერილებული) უნდა იყოს და გამოხარშულ ქურქელში მოთავსებული. ქურქელები უნდა იყოს მინისა და, სასურველად, თუ მათ მინისავე თავსახური ექნებათ.

ასეთი ქურქულიდან წამლის აღების დროს უნდა დავიცვათ შემდეგი წესები:

1) საცობი ისე უნდა მოიხადოს, რომ შუშის ყელს ხელი არ შეეხოს; 2) საცობი მაგიდაზე გადმობრუნებული უნდა დაიდოს ისე, რომ მისი შიდა ზედაპირი მაგიდას არ შეეხოს; 3) წამლის აღების დროს შიგ შუშაში არაფერი არ უნდა მოხედეს; 4) წამლის აღებისთანავე შუშა კარგად უნდა დაიხუროს.

საინექციო წამლები მოთავსებულია, გარდა ამ ქურქელებისა, კიდევ სპეციალურ პატარა ბოთლებში — ამპულაში, რომლებიც თხელი მინისაგან არის გაკეთებული, ვიწრო ყელი აქვთ და ბოლო კი დაკავშირებული. ასეთი ამპულიდან წამლის ასაღებად მისი ყელიდან თითის დარტყმით წამალი უნდა გაიღენოს განიერ ნაწილში, შემდეგ ყელი სპეციალური ქლიბით ირგვლივ შემოიქობოს, რის შემდეგ ყელის გვერდზე გადაწევით ამპულა იხსნება; შპრიცის ნემსს ჩაუსვებენ მასში, ამპულას თანდათან გადმოპირქეავენ და წამალს ამოწოვენ (სურ. 52). როდესაც საჭიროა წამლის აღება შპრიცით, შემდეგნაირად იქცევიან: აწყობილ შპრიცის დგუშს ჩაწევენ, სანამ შპრიციდან მთელი ჰაერი გამოიღენებოდეს, ამის შემდეგ ნემსს ჩაუსვებენ შუშაში ან წინასწარ გახსნილ ამპულაში და თანდათანობით, დგუშის უქან დაწევით, წამლის საჭირო რაოდენობას ამოწოვენ. თუ იმ ქურქელს, რომელშიაც შესაბუნებელი წამალია მოთავსებული, განიერი ყელი აქვს, შესაძლებელია წამალი შპრიცით უშუალოდ ამოვიღოთ უნემსოდ, რადგან ასეთი გზით უფრო მალე შეიძლება წამლის აღება.



სურ. 52. ამპულიდან წამლის აღება.

ამას მნიშვნელობა აქვს, მაგ., სასწრაფოდ შემთხვევებში და მაშინაც, როდესაც ვხმარობთ სქელ წამალს, როგორცაა ქაფური.

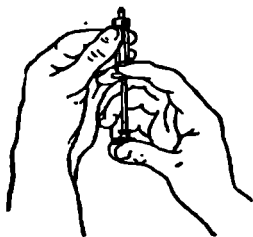
წამლის ამოღების ამ წესს თავისი უარყოფითი მხარეებიც აქვს — ქურქელში დარჩენილი წამალი შეიძლება გაჭუჭყიანდეს.

ამპულიდან წამლის აღება მხოლოდ ნემსის საშუალებით შეიძლება. თუ ამპულაში, მაგალითად, ქაფურია და ჩვენ მისი ამოღება სასწრაფოდ გვჭირდება, შეიძლება ამპულა შევათბოთ, ზეთი უფრო თხელი გავხადოთ და მისი ამოღებაც გაადვილოდებოთ.

განსაკუთრებულ ტექნიკას მოითხოვს შპრიცის ავადმყოფობის საწინააღმდეგო წამლის (ინსულინის) ინექცია.

ინსულინი მოთავსებულია პატარა ბოთლებში 5 მლ რაოდენობით. ამ ბოთლებს რეზინის საცობი აქვს; წამლის ალების დროს საცობის მოხსნა არ შეიძლება; საცობი უნდა გაიწმინდოს სპირტით, შემდეგ უნდა გაიჩხვლიტოს შპრიცის ნემსით და წამალი ისე იქნეს ამოღებული. წამლის საჭირო რაოდენობის ამოღების შემდეგ ნემსს ისევ ამოაძრობენ; წამალი ძალიან ნელა უნდა იქნეს ამოღებული, რადგან ჩქარი ამოღების დროს ინსულინი აქაფდება.

შპრიცში წამალთან ერთად ყოველთვის მოექცევა ჰაერი, რომელიც უნდა გამოიდენოს შპრიციდან. ამისათვის შპრიცის დაიჭურენ ნემსით ზევით (სურ. 53), ჰაერი მოექცევა წამლის ზემოთ და შპრიცში დღუშის შეყვანით ჰაერი გარეთ



სურ. 53. შპრიციდან ჰაერის გამოდენა.

გამოიდენება; ნემსიდან წამლის გამოსვლა იმის მაჩვენებელია, რომ შპრიცში ჰაერი აღარ არის. საჭიროა მინიმუმ მიექცეს ყურადღება წამალს, დარჩა თუ არა შიგ ჰაერის ბუშტუკები. თუ ასეთი არ არის, წამალი შეიძლება შემზაბუნებული იქნეს.

კანქვეშ ჰაერის შეყვანას შეიძლება კანქვეშა ემფიზემა მოჰყვეს, ხოლო ვენაში ჰაერის შეშვებამ შესაძლოა ე. წ. ჰაეროვანი ემბოლია გამოიწვიოს.

წამლის ალების წინ შპრიცი ჰერმეტიკულობაზე უნდა იყოს შემოწმებული, ხოლო ნემსი — გამტარია თუ არა, სადა და ბასრია, თუ ხორკლიანი და ბლაგვი.

შპრიცის ჰერმეტიკულობას შემდგენიარად ამოწმებენ: შპრიცის ბუნიკზე დააჭერენ თითს და დღუშს მოსწვენ. თუ დღუშში არ იწვევა, ეს იმას ნიშნავს, რომ იგი ჰერმეტიკულია.

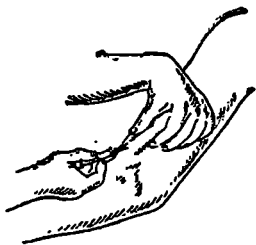
ნემსის გამტარობის შესამოწმებლად საკმარისია მასში სპირტის ან იმ წყლის გატარება, რომელშიც შპრიცი გამოიხარშა. ნემსის წვერსა და ზედაპირს დახედვით შეამოწმებენ.

კ ა ნ ქ ვ ე შ ა ი ნ ე ქ ც ი ი ს ტ ე ქ ნ ი კ ა. კანქვეშა ინექცია უფრო ხშირად რხმარება. ადამიანის სხეულის მრავალ ადგილას შეიძლება კანქვეშა ინექციის გაკეთება. არის გარკვეული ადგილები, სადაც ინექცია დასაშვებია, არის ადგილები, სადაც ინექციის გაკეთება არ შეიძლება. ინექცია უნდა გაკეთდეს ისეთ ადგილას, სადაც კანი ნაკლებ მგრძობიარეა ნერვებით სილარბის გამო, და სადაც სისხლის ძარღვებიც ნაკლებადაა და ამიტომ სისხლის დენის საშიშროება ნაკლებია. ასეთია — მხრის გარეთა ზედაპირი, ბარძაყის გარეთა ზედაპირი, მუცლის გვერდითი ნაწილები, ბეჭქვეშა მიდამო და ლავიწვედა მიდამოები.

აგადმყოფი ინექციის დროს უნდა იწვეს ან იჭდეს, რადგან შესაძლოა მას ინექციის დროს გული წაუვიდეს. ადგილი, სადაც ინექცია უნდა გაკეთდეს, უნდა გაშიშვლდეს, გაიწმინდოს სპირტით, ეთერით ან იოდის ნაყენით. ამის შემდეგ აიღებენ მარჯვენა ხელში წინასწარ მომზადებულ და წამლით სავსე შპრიცს. ისე რომ ცერი ცილინდრის ზევით მოექცეს, დანარჩენი ოთხი თითი კი ქვევით, მარცხენა ხელის ცერით, საჩვენებელ და შუა თითით აწვევენ კანს და კანქვეშა ქსოვილს ნაოჭად და ნემსს 45° კუთხით ერთი სწრაფი მოძრაობით შეარტობენ 1 სმ-ის სიღრმეზე კანში იმ ადგილს, სადაც კანის ნაოჭის ფუძეა. ამის შემდეგ ერთი სანტიმეტრით კიდევ ღრმად შეწვენ ნემსს, კანის ნაოჭს აუშვებენ და

დღუშზე მარჯვენა ხელის ცერის ან საჩვენებელი თითის დაჭერით შეიყვანენ წამალს კანქვეშ.

ამის შემდეგ ნემსს სწრაფად ამოაძრობენ და ნაჩხვლეტს წაუსვამენ სპირტს ან იოდს (სურ. 54, 55).



სურ. 54. კანქვეშა ინექცია.



სურ. 55. ნემსის ამოღება კანქვეშა ინექციის შემდეგ

თუ კანქვეშ წამლის მცირე რაოდენობა შეჰყავთ, მაგალითად, 1—2 მლ, ნემსის ამოღების შემდეგ, ნაჩხვლეტს სპირტის წასმის მეტი არაფერი სჭირია, თუ მეტ რაოდენობას შეიყვანენ, მაშინ საჭიროა ნაჩხვლეტ ადგილას კოლოდიუმში დასველებული ბამბა დაეკრას.

თუ კანქვეშა ინექცია კეთდება ყველა ზემოაღნიშნული წესის ზუსტი დაცვით, ის, ჩვეულებრივ, არავითარ გართულებას არ იწვევს; წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლებელია, მეტად არასასიამოვნო გართულებათა მიღება — დაჩირქებისა და სხვ., რაც ყოველად დაუშვებელია.

შეშაპუნებული წამლის შეწოვა ერთნაირი სისწრაფით არ ხდება — ისეთი წამლები, რომლებიც წყალზე დამზადებულ ხსნარებს წარმოადგენს, მაგალითად, სტრიქნინის, კოფეინის და სხვა ხსნარები, მალე შეიწოვება და მათი შეშაპუნების შემდეგ ძლიერ მცირე ხნის განმავლობაში კანქვეშ რჩება მცირე შემალლება ნაჩხვლეტის ადგილას.

ისეთი წამლები კი, როგორცაა, ქაფური, ელატინი — უფრო ნელა შეიწოვება და ასეთ შემთხვევაში საჭიროა მსუბუქი მასაჟი.

ნაჩხვლეტიდან წამლის უკან დაბრუნება ხდება მაშინ, როდესაც რამდენიმე გრამს ერთად შეეუშაპუნებთ და ასეთ შემთხვევაში საჭიროა კოლოდიუმთან ბამბის ნაჩხვლეტზე დაწებება.

წესიერად გაკეთებული ინექციის შემდეგ ნაჩხვლეტიდან სისხლი არ უნდა წამოვიდეს და თუ სისხლი გამოჩნდა, ეს მოასწავებს პატარა სისხლის ძარღვის დაზიანებას; ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ნაჩხვლეტზე იოდის ნაყენის წასმა, სპირტიანი ბამბის მიჭერა, მანგანმყავა კალიუმის 5%. ხსნარის წასმა და, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში, როდესაც სისხლის დენა არ ჩერდება, ნახვევის დადება.

საშიშროებას ეს სისხლის დენა არ წარმოადგენს. ტკივილებს ავადმყოფები ინექციის დროს იშვიათად გრძნობენ, თუ ნემსი კარგია; მხოლოდ ზოგიერთი წამალი, როგორც ქინაქინა, ერგოტინი, დიგალენი, იძლევა ტკივილებს, რაც ხშირად რამდენიმე საათს გასტანს.

თუ ნაჩხვლეტ ადგილს სიწითლე გაჩნდა, ეს ადგილობრივ ანთებით მოვლენას მოასწავებს და ამას შეიძლება მოჰყვეს გამაგრება (ინფილტრაცია), ქაეილი და ზოგჯერ დაჩირქებაც (აბსცესი). ასეთ შემთხვევაში ნაჩვენებია

ბუროვის სითხის სველნადები, საბურო კომპრესი და, აბსცესის შემთხვევებში, გაკეთა (ინციზია).

კანქვეშ გასაკეთებელი წამლები მრავალია; მათ შორის ყველაზე უფრო ხშირად იხმარება შემდეგი წამლები:

1. გულის ასაგზნები საშუალება — კოფეინის 10—20% ხსნარი; სტრიქნინის და ადრენალინის ხსნარი 1:1000-ზე 1 მლ რაოდენობით; ქაფურის ზეთი 10—20%, 1—20 მლ რაოდენობით.

თუმცა დიგალენი, გიტალენი და ზოგიერთი სხვა საშუალება შეიძლება კანქვეშ გაკეთდეს, მაგრამ ვინაიდან ისინი კანქვეშა ქსოვილს აღიზიანებენ და ტკივილებსაც იძლევიან, სჯობს ვენაში იქნეს გაკეთებული.

2. დამამშვიდებელი და ტკივილები დასაყუჩებელი საშუალებანი — მორფიუმის და პანტოპონის 1—2% ხსნარი 1 მლ კარგად მოქმედებს უძილობის, ტკივილების, ქოშინის დროს.

3. სისხლის შესაჩერებელი — ექლატინი 10% — 20—40 მლ რაოდენობით; ერგოტინის 20% ხსნარი და სხვ.

4. სპაზმების საწინააღმდეგოდ — ატროპინის ხსნარი 1:1000 1/2—1 მლ; პაპავერინის 2% ხსნარი; სკოპოლამინი 0,005:10,0—1/4—1/2 მლ და სხვ.

5. სისხლნაკლებობის საწინააღმდეგოდ — კაქოდილის ნატრიუმის ხსნარი 5% 1 მლ, დარიშხანოვანი მქავის 1% ხსნარი — 1 მლ, ასტრინი და სხვ.

6. სარწყევად — აპომორფინის 1% ხსნარი 1/2—1 მლ.

7. შინაგანი ორგანოებთან გამონაწვლილი საშუალება — ე.წ. ორგანოთერაპიული პრეპარატები) — ოვარინი, ოვარიკრინი, ორქიკრინი, სპერმინი, პიტუიტრინი, ინსულინი, ადრენალინი და სხვ.

8. შრატები და ვაქცინები.

9. ნაწლავთა ამებიაზის საწინააღმდეგოდ — ემეტრინის 3—6% ხსნარი—1 მლ.

ყველა ეს წამალი ამბულაბშია მოთავსებული, ზოგჯერ თვით ამბულაბზე წარწერა არ არის და წამლის დასახელება კოლოფზეა აღნიშნული.

ამბულაბი რომ არ აეროს, ექთანმა დაახლოებით მაინც უნდა იცოდეს ყველაზე უფრო ხშირად სახმარი წამლების გარეგნული განსხვავება. ასე, მაგალითად, ქაფური ყვითელი ფერისა და როგორც ზეთი, ამბულაში ძნელად მოძრავია, სუნცი მეტად დამახასიათებელი აქვს. მორფიუმის, კოფეინის, სტრიქნინის ხსნარები უფეროა და ძნელად გასარჩევია. პანტოპონის ხსნარი ყავისფერია; ერგოტინი — ძალზე მუქია, თითქმის შავი და სხვ.

კუნთებში ინექციის ტექნიკა. ისეთი წამლების ინექციას, რომლებიც იწვევს კანქვეშა ქსოვილის გაღიზიანებას და ზოგჯერ დაჩირქებასაც, როგორც ქინაქინა, სულემა, სალიცილმეფავა სინდიცი, ბიოქინოლი და სხვ., აკეთებენ კუნთოვან ქსოვილში.

კუნთებში (ინტრამუსკულარული) ინექცია, გარდა იმისა, რომ შესაძლებლად ხდის ისეთი წამლის ინექციას, რომლის გაკეთება კანქვეშ არ შეიძლება, ის დადებითი მხარე აქვს, რომ წამლის შეწოვა უფრო სწრაფად ხდება და კუნთებიდან უფრო კარგად შეიწოვება წამალი, მაშინ, როდესაც კანქვეშა ქსოვილიდან ის ძნელად იწოვება, მაგალითად, კანქვეშა ქსოვილის შეშუპების გამო.



კუნთოვანი ქსოვილიდან წამლის შეწოვა კარგად ხდება ამ ქსოვილის სისხლძარღვთა და ლიმფური სიერცეებით სიმდიდრის გამო.

იმავე დროს კუნთებში წამლის დიდი რაოდენობით შეყვანა არ შეიძლება, რადგან კუნთოვანი ქსოვილის გაჭიმვის უნარი მცირეა.

ამრიგად, ინტრამუსკულარული ინექცია იხმარება ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც:

1. რომელიმე წამლის კანქვეშ შეყვანა არ შეიძლება მისი გამაღიზიანებელი თვისებების გამო, მაგალითად, ქინაქინა, ბიოქინოლი და სხვ.

2. საჭიროა წამლის სწრაფი შეწოვა.

3. კანქვეშა ქსოვილის შეშუპების გამო წამლის შეწოვა კანქვეშა ქსოვილ-დან გაძნელებულია.

კუნთებში შესაშხაპუნებლად ხმარობენ შემდეგ წამლებს:

1. გულის საშუალებები — დიგალენი და დიგიპურატი.

2. სალიცილმჟავა სინდიცი, ბიოქინოლი და სულემა — ათაშანგის დროს.

3. ქინაქინის ხსნარი (ორმარილმჟავა ქინაქინა) ან აკრიქინის ხსნარი — მა-ლარის საწინააღმდეგოდ.

4. შარდის დამდენი საშუალებები — ეუფალინი, მერკუზალის 10% ხსნარი, ნოვაზუროლი და სალიარგანი 1% ხსნარი 0,5 — 1,0.

5. სხვადასხვა შრატები.

6. ანტიბიოტიკები (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი).

დაუშვებელია კუნთოვან ქსოვილში ისეთი წამლების შეშხაპუნება, რომლებიც აღიზიანებენ აღნიშნულ ქსოვილს, იწვევენ იქ ანთებას და ზოგჯერ დაჩირქებას და ნეკროზს. ასეთებია: 1. ქლორიანი კალციუმის ხსნარი, 2. ნოვარ-სენოლი, 3. სტროფანტის ნაყენი.

ინტრამუსკულარული ინექციის გასაკეთებლად საჭიროა იგივე შპრიცი, რაც კანქვეშა ინექციისათვის, მაგრამ სჭობს უფრო დიდი ზომის შპრიცების ხმარება 5—10 მლ ყოველ შემთხვევაში, ნემსი უნდა იყოს დიდი ზომის, 5—6 სმ სიგრძისა.

კუნთებში ინექციის გასაკეთებლად მოხერხებულია შემდეგი ადგილები: ღუნღულა კუნთების მიდამო, ბარძაყების გარეთა ზედაპირები და ბეჭის ძვლებ-ბის ქვედა არე.

ინტრამუსკულარული ინექციების გაკეთებისას, ყველა იმ გამაფრთხილებელი ზომების დაცვით, რაც აწერილი იყო კანქვეშ ინექციების განხილვის დროს, აიღებენ შპრიცით წამალს, ავადმყოფს დააწვენენ და შეუღებებიან ინექციას.

იმის მიხედვით, თუ რომელ ადგილს კეთდება ინექცია, გაკეთების ტექნიკა რამდენადმე სხვადასხვაობს. ღუნღულა კუნთების მიდამოში ინექციის გასაკეთებლად საჭიროა ნემსის შეყვანა ისეთ ადგილს, სადაც სისხლის ძარღვების და საჭლოში ნერვის დაზიანების საშიშროება ნაკლებია. ასეთი მიდამოა ღუნღულა ჟენტის ზევითა და გარეთა მეოთხედი, რომელსაც მოვქმნით თუ გავატარებთ ორ ხაზს ღუნღულას გარეთა ზედაპირზე: ერთს ვერტიკალურს შუაში და მეორეს პორიზონტალურს, რომელიც პერპენდიკულარული იქნება პირველისა და გაივლის თქმის ძვლის ქველიდან ორი თითით ქვევით.

ამგვარად, ღუნღულა კუნთის ზედაპირი გაიყოფა ოთხ მეოთხედად და ინექცია სწორედ ზევითა — გარეთა მეოთხედში უნდა გაკეთდეს (სურ. 56).

ავადმყოფს აწვენენ ან პირქვე, ან ინექციის გასაკეთებელი ადგილის შო-პი რ დ ა პ ი რ ე გვერდზე, კანს გაწმენდენ სპირტით, მარცხენა ხელის ცერით

და საჩვენებელი თითით გაჭიმავენ კანს და თითებს შუა ნემსს ვერტიკალურად. სწრაფი დარტყმით ჩაარკობენ ღრმად კუნთოვან შრეში. თუ ნემსი სწრაფად არ იქნა ჩარკობილი და კანი მას ღიღ წინააღმდეგობას უწევს, აკადმყოფი წუხს და ინექცია ძნელდება.

ბარძაყის გარეთა ზედაპირზე ინექციის გაკეთების დროს, კანის გასუფთავების შემდეგ, მარცხენა ხელით აწვევენ კანს ნაოკად და ნემსს ჩაარკობენ კანის ნაოკის ფუძესთან ირიბი მიმართულებით, რომ ძვალს არ წააწყდნენ.



სურ. 56. ინექცია კუნთში.

ბეჭქვეშა მიდამოში ინექციის დროს, აკადმყოფს მკლავს ქვევით დააშვებინებენ და უკან გააზიდვინებენ. ამის შედეგად ბეჭის ძვალო უკან გაიწვევს, მასა და ზურგის ზედაპირს შორის გაჩნდება ჩაღრმავება, სადაც ჩაარკობენ ნემსს ხერხემლიდან გარე მიმართულებით, ზურგის ზედაპირის პარალელურად.

კუნთებში წამლის შეყვანა ნელა უნდა ხდებოდეს, ინექციის შემდეგ სითხის უკან გამოდენას ადვილი არა აქვს და თუ მანცადამანც ძნელად შესაწოვი ნივთიერება იქნა შეშხაპუნებული, შესაძლებელია ინექციის ადგილას რამდენიმე დღეს სიმკვრივე დაარჩეს.

ისეთი წამლების ინექციის დროს, რომლებიც, როგორც, მაგალითად, ბიოქიმიკი, ემულსიებს წარმოადგენს, საჭიროა სიფრთხილე, რათა ნემსი უშუალოდ სისხლის ძარღვში არ მოხვედეს და წამალი სისხლში არ იქნეს შეყვანილი. ეს სახიფათოა ემბოლიის განვითარების მხრავ.

ასეთი გართულების თავიდან ასაცილებლად, ნემსის ჩარკობის შემდეგ, საჭიროა შპრიცი ნემსს მოეხსნას და შემოწმებულ იქნეს ნემსიდან სისხლი ხომ არ ამოდის. თუ ასეთს ადგილა აქვს, საჭიროა შპრიცი ნემსს ისევ წამოეგოს, ნემსი ამოღებულ იქნეს და სხვა ადგილას გაკეთდეს. წამალი შეიძლება მხოლოდ მაშინ იქნეს შეშხაპუნებული, თუ ნემსიდან სისხლი არ მოდის.

ბიოქინოლი კუნთებში შეყვანის წინ უნდა შეთბეს თბილ წყალში შუშის მოთავსებით. წამალი შეთბობით გათხელდება, შემდეგ იგი კარგად უნდა დაინჯღრეს და მხოლოდ ამის შემდეგ იქნეს აღებული.

ბიოქინოლს უკეთებენ ან ყოველდღიურად თითო გრამს, ან 2—3 გრამს დღეგამოშვებთ. ერთ კურსზე მიღებულია 40,0 გაკეთება.

ანტიბიოტიკების ინექციებში ტექნიკა უკანასკნელ წლებში სამედიცინო პრაქტიკაში ფართო ხმარებაში შემოვიდა ანტიბიოტიკები (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი). ამჟამად ექთანს ყოველდღიურად უხდება ამ პრეპარატის ინექცია. პენიცილინი და სტრეპტომიცინი მოთავსებულია წმინდა ფხვნილის სახით პატარა ბოთლებში, რომლებსაც ჰერმეტიკულად დაცობილი რეზინის საცობი აქვს. ზემოდან რეზინის საცობს გადაკრული აქვს რბილი ლითონის ხუფი. ანტიბიოტიკების მოქმედების ძალა ერთეულებით იზომება და ერთეულების რაოდენობა აღნიშნულია ფლაკონზე.

ასე მაგალითად, პენიცილინის ერთ ფლაკონში, ჩვეულებრივ, არის 100 ათასიდან 500 ათასამდე ერთეული. ჩვენი ქარხნები უშვებენ პენიცილინს 100, 300, 500 ათასი ერთეულით ერთ ფლაკონში. სტრეპტომიცინიც სხვადასხვა რაოდენობით არის ამა თუ იმ ფლაკონში, უფრო ხშირად 1 მილიონი ერთეულის რაოდენობით, რაც უდრის ერთ გრამ პრეპარატს.

პენიცილინი და სტრეპტომიცინი ინექციის გაკეთების წინ უნდა განზავდეს. პენიცილინს უფრო ხშირად ფიზიოლოგიური ხსნარით აზავენ. ხოლო სტრეპტომიცინს ორჯერ გამოხდილი წყლით (*Aq. bidesillata*). განმაზავებელი სითხე ცხელი არ უნდა იყოს, წინააღმდეგ შემთხვევაში პრეპარატის ძალა სუსტდება (ინაქტივდება).

გასტერილებული და გაცივებული შპრიცით აიღებენ განმაზავებელს (ფიზიოლოგიურ ხსნარს ან გამოხდილ წყალს), კარგად დაბანილი ხელით ახსნიან ანტიბიოტიკის ფლაკონის ლითონის ხუფს და რეზინის საცობში ჩაურჭობენ შპრიცის გამოხარშულ ნემსს, ისევე, როგორც ეს აღწერილი იყო ინსულინის ინექციის ტექნიკაში. იმისათვის, რომ განმაზავებელი სითხე უფრო ადვილად შევიდეს ფლაკონში, საჭიროა რეზინის საცობში გასტერილებული მეორე ნემსი. ჩვეულებით (მხოლოდ ნემსი, უშპრიცოდ). შპრიცის დღეუბზე ზეწოლით განმაზავებელი სითხე ჩაეა ფლაკონში. ფლაკონის ანჭრევით პრეპარატი მალე გაიხსნება, რის შემდეგ შეიძლება საჭირო რაოდენობით მისი ამოღება, როგორც ამას ინსულინის გაკეთების დროს აკეთებენ. მანამ ნემსს ჩაურჭობენ, რეზინის საცობი უნდა მოიწმინდოს, მაგრამ არა სპირტით (უკანასკნელი უკარგავს ანტიბიოტიკს ძალას), არამედ ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული ბამბით ან მარლით.

განმაზავებელის ის რაოდენობა, რომელიც ფლაკონში უნდა იქნეს შეყვანილი, დამოკიდებულია ექიმის შეხედულებაზე და პრეპარატის რაოდენობაზე თითოეულ ფლაკონში.

სერთოდ, ძალიან კონცენტრული ხსნარის დამზადება არ არის კარგი, ვინაიდან ის ტკივილებს იწვევს. მიღებულია, რომ 1 მლ განმაზავებელ ხსნარში იყოს საშუალოდ 50.000 ერთეული პენიცილინი და არა უმეტეს 200—250 ათასი ერთეული სტრეპტომიცინისა. ჩვეულებრივ, განზავება ხდება 8—10 მლ ხსნარით. პენიცილინი და სტრეპტომიცინი ჩვეულებრივი წესით კეთდება კუნთებში. პენიცილინი უნდა გაკეთდეს ყოველ 3—4 საათში ერთხელ, 50—100 ათასი ერთეული თითო ინექციაზე, სტრეპტომიცინი კი დღეში 2-ჯერ, ყოველ 12 საათში, ან 3-ჯერ ყოველ 8 საათში, 500—300 ათასი ერთეულის რაოდენობით. რაოდენობას ექიმი დანიშნავს ხოლმე. სტრეპტომიცინი ინტრამუსკულარული ინექციის გარდა, იხმარება აგრეთვე სეროზულ ღრუებში (პლევრა, პერიტონეუმი) და ზურგის ტენის არხში შესაყვანად. როგორც სტრეპტომიცინი, ისე პენიცილინი უნდა ინახებოდეს გრილ ადგილას 10°C, ამ მხრივ სტრეპტომიცინი გაცილებით უფრო გამძლეა.

გახსნილი ანტიბიოტიკები მალე კარგავს ძალას, ამიტომ გაკეთებამდე დიდი ხნით ადრე ისინი არ უნდა გაიხსნას.

ინექციის ადგილას პენიცილინი და სტრეპტომიცინი იძლევა ხანმოკლე, ზომიერ ტკივილს, უკანასკნელის შესამცირებლად პრეპარატს ზოგჯერ აზავენ ნოვოკაინის 1% ხსნარით, თუ ავადმყოფი ცოტაოდნავად მომთმენია. ასეთი ზომა საჭირო არ არის და უმჯობესია პრეპარატი ნოვოკაინის გარეშე გაკეთდეს.

ზოგჯერ ანტიბიოტიკა იწვევს ტემპერატურის მომატებას, კანის გაწითლებას, გამოიყარს კანზე, კანის აქერცვლას. ასეთი თანამოვლენების დროს წამლს ის გაკეთება შეწყვეტილ უნდა იქნეს.

მკურნალობის კურსზე ხმარობენ ანტიბიოტიკების სხვადასხვა რაოდენობას, რასაც ექიმი ნიშნავს. პენიცილინი კეთდება მილიონობით და ათეული მილიონობით ერთეული, ხოლო სტრეპტომიცინი ათეული გრამებით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ინექციების დანიშნულ საათებში ზუსტად გაკეთებას, ვინაიდან ეს პრეპარატები მალე გამოიყოფა ორგანიზმიდან და თუ მომდევნო შეყვანა დაგვიანდა, სისხლში წამლის კონცენტრაცია მოიკლებს და ის ნაკლებად იმოქმედებს.

ინექცია ვენაში. კანქვეშა და კუნთებში ინექციის გარდა, განსაკუთრებულ შემთხვევებში ხმარობენ უშუალოდ ზერეულ მდებარე ვენებში წამლის შეშაპუნებას — ინტრავენურ ინექციას. ვენაში წამლის შეშაპუნებას მიმართავენ მაშინ, როდესაც:

1. ისეთი წამალია გასაკეთებელი, რომელიც კანქვეშ ან კუნთებში არ შეიძლება შეყვანილ იქნეს, ვინაიდან ის ალიზიანებს ქსოვილებს, იწვევს დაჩირქებას და ნეკროზს. ასეთებია — ნოვარსენოლი, ქლორიანი კალციუმი, დიგალენინ-ნეო, სტროფანტი, NaCl-ის და გლუკოზის კონცენტრული ხსნარი და სხვ.

2. წამალმა ძალზე სწრაფად უნდა იმოქმედოს, როგორც ქლორიანი კალციუმის და ნატრიუმის ხსნარი — სისხლდენის შემთხვევაში, ინსულინი დიაბეტური კომის შემთხვევაში, სტროფანტინი და დიგალენინ-ნეო—გულის დასუსტების დროს.

ვენაში არ შეიძლება ისეთი წამლების შეყვანა, რომლებიც: 1. სისხლის შედედებას იწვევს; 2. ძალზე ავიწროებს სისხლის ძარღვებს და იწვევს სისხლის წნევის სწრაფად აწევას (მაგ., ადრენალინი), 3. სამკურნალო შრატებისა და 4. ემულსიების.

წამლების შეშაპუნება ვენაში ძნელი პროცედურაა და მას ყოველთვის ექიმი აკეთებს. ექთანი კი შველის მას ინექციის გაკეთების დროს.

უპირველეს ყოვლისა უნდა იქნეს არჩეული ადგილი, სადაც ვენები კარგად ჩანს. ჩვეულებრივ, ეს უფრო მოსახერხებელია წინამხრის ნების ზედაპირზე, იდაყვის ფოსოს არეში, სადაც კარგად ემჩნევა იდაყვის შუა ვენა. ვენების უფრო კარგად გამოსაჩინად ექთანი მხარზე გადაუქერს ავადმყოფს ლახტს, წინამხრის ვენები დაიბერება და კარგად გამოჩნდება.

ექიმი წინასწარ სრულიად ასეპტიკურ მდგომარეობაში მოყვანილი შპრიცით აიღებს წამალს, რომელიც ოდნავ შემთბარი უნდა იყოს, შპრიციდან ჰაერს გამოდენის, ნემსს გაასუფთავენებს გარედან, რომ მასზე წამალი არ იყოს, რადგან ის კანქვეშ მოხვედრის შემთხვევაში გაალიზიანებს კანქვეშა ქსოვილს და შეუდეგება ინექციას.

ვენის ირგვლივ მიდამოს ექთანი გაასუფთავენებს სპირტით, ექიმი დაიჭერს შპრიცს მარჯვენა ხელში, ისე რომ ნემსი კანის თითქმის პარალელურად იყოს. მარცხენა საჩვენებელი თითით ის ახდენს ვენის ფიქსაციას და შეარკობს ფრთხილად ნემსს ვენაში, მაგრამ გაბედული ჩხელტით, ისე რომ ვენაში მოხვდეს. მაგრამ ვენის მოპირდაპირე კედელი არ გაჩხვლიტოს.

როგორც კი ნემსი ვენაში მოხვდება, შპრიცში შევა სისხლი: თუ სისხლი თავისით არ შევიდა შპრიცში, საჭიროა დღუში ოდნავ უკან დაიწიოს, მაშინ თუ ნემსი ვენაშია, სისხლი შპრიცში უთუოდ შევა. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ნემსი არ არის ვენაში მოხვედრილი, შპრიცში სისხლი არ შემოვა და წამალში შეიჭრება ჰაერის ბუშტუკები, ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ნემსს მიმართულადა შეუუცვალოთ, სანამ შპრიცში სისხლი გამოჩნდებოდეს.

დასაშვებია ჭერ მარტო ნემსი იქნეს შეყვანილი ვენაში და როდესაც ექიდან სისხლი წამოვა, მხოლოდ მაშინ წამოვაგოთ ზედ სავსე შპრიცი და წამალი ისე შეეიყვანოთ.

როდესაც ნემსი დანამდვილებით ვენაშია, ექთანი ფრთხილად ახსნის ლაბტს და ექიმი დღუშზე ხელის დაჭერით წამალს ძალიან ფრთხილად შეიყვანს: სისხლში.

ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლებელია ნემსი ვენიდან ამოძვრეს, ამიტომ საჭიროა თვალყურის დევნება, ზომ არ აქვს ნაჩხვლეტის ადგილას აუადმყოფს წვა ან იქ კანი ზომ არ აიბერა წამლის დაგროვების გამო. თუ ამას ადგილი აქვს, ეს მოვლენა მოასწავებს ვენის გარეთ, კანქვეშა ქსოვილში წამლის მოხვედრას, ამიტომ ინექცია უნდა შეწყდეს და მეორე ადგილს გაკეთდეს. როდესაც წამალი შეყვანილი იქნება ვენაში, ნემსი სწრაფად უნდა გამოაძროს და ნაჩხვლეტ ადგილზე სპირტში დასველებული ბამბა დაადონ.

წესიერად გაკეთებულ ინტრავენურ ინექციას არავითარი გართულება არ მოჰყვება. თუ წამალი ვენაში არ მოხვდა და კანქვეშა ქსოვილში ჩაიქცა, ხშირად ვითარდება მტკივნეული შესივება, დაჩირქება და ზოგჯერ ნეკროზიც.

ზოგჯერ ვენის დაზიანების გამო შეიძლება სისხლი ჩაიქცეს კანქვეშა და ე. წ. ჰემატომა გაჩნდეს. ასეთი გართულებები, მით უფრო დაჩირქება და ნეკროზი, შეტად არასასიამოვნო მოვლენაა და ზოგჯერ ხელის მოძრაობის უნარის შეზღუდვასაც იწვევს.

როგორც საწინააღმდეგო საშუალება, კარგია ასეთ შემთხვევებში სათბური კომპრესი წყლისა ან სპირტისა. ზოგჯერ იქტიოლის მალაშო.

თავისებურია ნოვარსენოლის, სოლუსურმინის და ზოგიერთი სხვა წამლის ვენაში შესაბუნების ტექნიკა. ეს წამლები ამბულეზში ფხვნილების სახით არის მოთავსებული და ისინი შესაბუნებამდე უნდა გაიხსნან ან ფიზიოლოგიურ ხსნარში, ან სტერილურ გამოხდილ წყალში.

ამისათვის საეციალურად გამოხარშულ კიჭაში ჩაასხამენ ფიზიოლოგიურ ხსნარს ან გამოხდილ წყალს — 5—10 მლ და გახსნილი ამბულიდან შიგ ჩაყრიან წამლის ფხვნილს, გამოხარშული შუშის ჩხირით აურევენ და, როდესაც წამალი გაიხსნება, მას აიღებენ შპრიცით.

წამალი შეიძლება შპრიცშიაც გაიხსნას: ამისათვის თვით შპრიცში ჩაასხამენ ფიზიოლოგიურ ან გამოხდილ წყალს და წამალს შიგ ჩაყრიან. შპრიცის დანჯღრევით წამალი გაიხსნება, რის შემდეგ ჰერს შპრიციდან გამოდენიან და შეუღებებიან ინექციას.

ყველა ამ მანიპულაციის დროს ექთანი შეელის ექიმი: გამოხარშავს ხელსაწყოს, გახსნის ამბულას, დაადებს ლაბტს, მოამზადებს ინექციისათვის კანს, სათანადო მომენტში აუშვებს ლაბტს და სხვ.

ვენაში შესაბუნებლად უფრო ხშირად იხმარება შემდეგი წამლები:

1. გულის საშუალებები: სტროფანტინი 0,01:10,0 ხსნარი 0,5 — 1,0 რაოდენობით; დიგიტალისის პრეპარატები — დიგალენი — 0,5 — 1,0.

2. სისხლის დენის შესაჩერებელი: ქლორიანი კალციუმი 5—10% ხსნარი 10—30 მლ რაოდენობით; ქლორიანი ნატრიუმის 10% ხსნარი — 10 მლ.

3. დიაბეტური კომის დროს — ინსულინი 20—40—100 ერთეული; სოდა — 3,5% ხსნარი 250 მლ.

4. ათაშანგის საწინააღმდეგოდ — ნოვარსენოლი 0,15—0,3—0,6—10 მლ გამოხდილ წყალში გახსნილი.

5. კალა-აზარის საწინააღმდეგოდ — სოლუსურმინი.

წამლების შესხმა კანქვეშ. დიდი რაოდენობით წამლის კანქვეშ შესაბუნებას ეწოდება შესხმა ანუ ინფუზია.

იმ წამლებს, რომლებიც ინფუზიის სახით შეგვყავს ავადმყოფის სხეულში, პირველ ყოვლისა ეკუთვნის:

ა) ფიზიოლოგიური ხსნარი, რომელიც წარმოადგენს ქიმიურად წმინდა სუფრის მარილის ჯაჭვეული რაოდენობის ხსნარს გამოხდილ წყალში. მისი გამოწერა აფთიაქიდან შეიძლება პირდაპირ, როგორც „ფიზიოლოგიური ხსნარი“; გამოწერენ ასე:

Rp: Sol. Natr. chlorati (physiologic).  
0,75%—1000,0 sterilis

ე. ი. ქლორანი ნატრიუმის ხსნარი  
0,75%—1000,0 გამოხარშული

ან კიდევ ასე:

Rp. Sol. physiologic 100,0 sterilis

ფიზიოლოგიური ხსნარი 1000,0 გამოხარშული

სიტყვა Sterilis (სტერილური) ნიშნავს გამოხარშულს ანუ გაუსნებოვნებულს.

ბ) გლუკოზის ხსნარი ყურძნის შაქრის ხსნარს წარმოადგენს. რომლის შესაბუნება შეიძლება კანქვეშა ქსოვილის გარდა, კუნთებში და ვენაშიც. მხოლოდ კუნთებში და ვენაში ინექციისათვის იხმარება გლუკოზის შედარებით მაგარი ხსნარის მცირე რაოდენობა, კანქვეშ შესაშაბუნებლად კი, ჩვეულებრივ, ხმარობენ გლუკოზის სუსტი ხსნარის დიდ რაოდენობას (2—3—4% ხსნარი).

გ) ლოკის ხსნარსაც იყენებენ საინფუზიოდ, თუმცა ბევრად უფრო იშვიათად, ვიდრე გლუკოზის, ან მით უფრო ფიზიოლოგიურ ხსნარს.

ფიზიოლოგიური ხსნარის ხმარება ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:

1. მწვავე სისხლნაკლულობა. თუ ავადმყოფმა, სულ ერთია რა მიზეზით, დაკარგა სისხლის დიდი რაოდენობა, მაგალითად, კრილოზის მიღების შედეგად ან მოზობიარობის დროს, ან კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის ნიადაგზე სისხლის დენის შედეგად, ან ნაწლავებიდან სისხლის დენით მუცლის ტიფის დროს და სხვ. საჭიროა მაშინვე ფიზიოლოგიური ხსნარის ინფუზიისათვის მიმართვა.

ყველა ასეთ შემთხვევაში, დროის დაუკარგავად, აუცილებელია ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთება, რადგანაც ამით ჩვენ შეგვიძლია ავადმყოფი ზოგჯერ სიკვდილიდან ვიხსნათ. კანქვეშა ქსოვილში დიდი რაოდენობით შეყვანილი, ის შედარებით სწრაფად ისრუტება სისხლში, დროებით ანაზღაურებს სისხლის დანაკლისს და ზევით სწევს სისხლის დაცემულ წნევას.

2. მოწამვლა. იმ შემთხვევაში, როდესაც ადამიანი მოწამლულია რომელიმე შხამით, რომელიც უკვე სისხლშია გადასული, ფიზიოლოგიური ხსნარის ინფუზიას ის დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ ამ ხსნარით ხდება სისხლის განზავება და, მაშასადამე, სისხლში შხამის კონცენტრაციის შემცირება, რითაც ნელდება ქსოვილებზე მისი მომშაბევი მოქმედება.

3. სისხლის წნევის დაცემა, რაც გამოიხატება მეტად სუსტი ავსების მაჯაში და შედეგია სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის ან სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრის დამბლისა. ასეთი დამბლა შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა ბაქტერიული შხამებმა (მაგ., პარტახტინი ტიფის დროს).

დიდი რაოდენობით შეყვანილი ფიზიოლოგიური ხსნარი მალე სწევს დაცემულ წნევას და ამით შევლის კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფის გულს.

4. სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვა ქოლერის, დიზენტერიის და სხვა დაავადებათა დროს, როდესაც ავადმყოფი ფლარატიისა და პირსაქმების გამო კარგავს სითხის დიდ რაოდენობას. აქაც ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთება დიდი რაოდენობით მეტად სასარგებლოა.

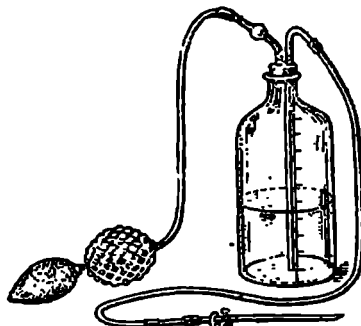
ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთება არ შეიძლება იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს აქვს გულის მუშაობის დარღვევა და ამ ნიადაგზე განვითარებული შეშუპებები.

განსაკუთრებით საშიშია ინფუზია სისხლის მაღალი წნევისა და ფილტვების შეშუპების დროს ქოშინითა და ციანოზით.

მაშინ, როდესაც ინფუზია ნაჩვენებია და ამავე დროს ავადმყოფს აქვს მოვლენები თირკმლების მხრზე (ნეფრიტი, ნეფროზი), ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა დაუშვებელია, რადგან ხსნარში შემავალი მარილი გააღვიანებს თირკმლებს და გაართულებს თირკმლების დაავადებას. ასეთ შემთხვევებში მიმართავენ ხოლმე გლუკოზის ხსნარს.

ინფუზიის ტექნიკა. ფიზიოლოგიური ან გლუკოზის ხსნარის გასაქვებელ საუკეთესო იარაღს წარმოადგენს ბობროვის აპარატი (სურ. 57). როგორც ნახატიდან ჩანს, ბობროვის

აპარატი ცილინდრული მოყვანილობის ბოთლს წარმოადგენს, რომლის კედელზე აღნიშნულია მისი ტევადობა მილილიტრებში. ჭურჭელს რეზინის საცობი აქვს ორი ნაჩრევით, რომლებშიც მილი ჩადის, ერთი გრძელი — ბოთლის ფსკერამდე, მეორე — მოკლე. ეს უკანასკნელი შეერთებულია რეზინის ბალონთან, რომლის მოჭერით შეჰყავთ ჭურჭელში ჰაერი; მუშის გრძელი მილი კი შეერთებულია რეზინის მილით სპეციალურ დიდ ნემსთან (სურ. 58). მოკლე მილით ჭურჭელში შესული ჰაერი ახდენს ზეწოლას სითხეზე, რომელიც გრძელი მილით გადის ნემსში.



სურ. 57. ბობროვის აპარატი.



სურ. 58. ბობროვის აპარატის ნემსი.

რეზინის საცობით ჭურჭელი პერმეტულად (მკვიდროდ) უნდა იყოს დაცული, წინააღმდეგ შემთხვევაში ჰაერი შეიძლება გამოვიდეს ჭურჭლიდან და, რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევაში სითხე ჭურჭლიდან ნემსში არ გაიღენება.

საცობის მკვიდროდ დაცობის მიზნით, ჭურჭლის ყელზე მიმაგრებულია ლითონის რგოლი, რომლის ერთ მხარეზე მიმაგრებულია ჯაჭვი. ამ უკანასკნელს გადაიტანენ საცობზე და დაამაგრებენ რგოლით მეორე მხარეზე.

როდესაც ექთანის ბობროვის აპარატს აწყობს, მას უნდა ახსოვდეს, რომ რეზინის ბალონის მილი შუშის მოკლე მილთან უნდა იყოს შეერთებული, ხოლო რეზინის მილი ნემსით შუშის გრძელ მილთან.

წინააღმდეგ შემთხვევაში, მილების შეერთების დროს, რაც გაუმართლებელი შეცდომა იქნებოდა, სითხის მაგივრად აპარატიდან ავადმყოფს კანქვეშა ჰაერს შეუყვანთ და არასასიამოვნო გართულება მოხდება კანქვეშა ემფიზემის სახით. ასეთი დაუდევრობა ავადმყოფის ვენაში ინფუზიის დროს რომ მოხდეს, ავადმყოფი შეიძლება ერთბაშად გარდაიცვალოს ჰაეროვანი ემბოლიის გამო.

ბობროვის აპარატი ხმარების წინ უნდა გასტერილდეს, ფიზიოლოგიურ ხსნარს, რასაცვირველია, აგრეთვე სტერილურს ლებულობენ აფთაპიდან.

ხსნარი წინასწარ უნდა გათბეს იმავე ბოთლით, რომელშიც ის ჩასმულია ან უმჯობესია აპარატს რამდენიმეჯერ გამოველოს ფიზიოლოგიური ხსნარით, შემდეგ ხსნარის საჭირო რაოდენობა ჩაისხას შიგ და აპარატი მოთავსდეს თბილ წყალში ხსნარის შესათბობად.

ფიზიოლოგიური ან გლუკოზის ხსნარის ინფუზიას ახდენენ კანქვეშა ქსოვილში ან უშუალოდ ვენაში. კანქვეშა მისი გაკეთებისათვის საუკეთესო ადგილს წარმოადგენს ბარძაყების ზენო გარეთა ზედაპირი. თუ რაიმე მიზეზის გამო ინფუზიის გაკეთება ამ ადგილს მოუხერხებელია, შეიძლება ამ მიზნით მუცლის კედლის ქვევითა ნაწილის კანქვეშა ქსოვილით სარგებლობა.

კანი წინასწარ გულმოდგინედ უნდა გასუფთავდეს საერეთო წესით, შემდეგ, რათა ნემსიდან ჰაერი გამოიღვწოს და შემოწმებულ იქნეს აპარატის გამტარებლობა, საჭიროა ბალონზე მოჭერით ნემსიდან გამოშვებულ იქნეს რამდენიმე მლ. სითხე.

მარცხენა ხელით კარგად სწევენ კანის ნაოქსს, ხოლო მარჯვენა ხელით ერთი სწრაფი, მაგრამ გამოზომილი დარტყმით, შეარჭობენ ნემსს საკმაოდ ღრმად კანქვეშ. ამის შემდეგ ბალონზე ხელის მოჭერით სითხე თანდათანობით გადადის აპარატიდან ავადმყოფის კანქვეშა ქსოვილში.

სითხის დინებას უნდა ეწეოდეს მუდმივი კონტროლი აპარატში სითხის დონეზე თვალყურის დევნებით: ის ნელია და თანდათანობით ჩამოდის ქვევით.

შესაყვანი სითხის რაოდენობას, ამა თუ იმ შემთხვევაში, ნიშნავს ექიმი. ჩვეულებრივ, შემთხვევის მიხედვით, ფიზიოლოგიურ ხსნარს უკეთებენ 300,0—1070,0 რაოდენობით.

თუ ნაჩვენებია სითხის მთელი იმ რაოდენობის შეყვანა, რაც აპარატშია, საჭიროა ინფუზია დამთავრდეს უკვე მაშინ, როდესაც სითხე ბოთლის ფსკერს უახლოვდება; წინააღმდეგ შემთხვევაში სითხის უკანასკნელ წვეთებთან ერთად კანქვეშ შეიჭრება ჰაერი და განვითარდება კანქვეშა ემფიზემა.

ნემსის გამოღების შემდეგ, ნაჩვენებ ადგილს კოლოდიუმში დასველებული ბამბა უნდა დაეკრას, რათა სითხის უკან გამოდენა თავიდან იქნეს აცილებული. გარდა ამისა, შეიძლება დამწოლი ნახვევის დადება.

შეყვანილი სითხე რომ მალე შეიწოვოს, საჭიროა ინფუზიის ადგილას ცხელ წყალში დასველებული ნაჭრის, ან უმჯობესია, სათბურის დადება. თუ ამოზერილობა დიდხანს რჩება, შეიძლება ინფუზიის ადგილი ნაზად დაიზილოს და შემდეგ სათბური დაედოს, რომ შეწოვა უფრო მალე მოხდეს.

ექთანს ყოველივე ეს წინასწარ უნდა ჰქონდეს მომზადებული, რომ ინფუზიის დამთავრებისთანავე ავადმყოფს დროზე ახმაროს.



თუ ინფუზიის დროს ავადმყოფს დიდი ტკივილები აქვს ან სითხე კანქვეშ თავისუფლად აღარ შედის, რაც აღინიშნება აპარატში სითხის დონის უცვლელად დარჩენით, საჭიროა ნემსის მიმართულების ოდნავ შეცვლა: ღრმად შეწევა ან განწე, ან კიდევ უკან გამოწევა. ამის შემდეგ, ჩვეულებრივ, სითხის შესვლა ისევ დაუბრკოლებლივ წარმოებს.

ყურადღება უნდა მიექცეს იმასაც, რომ ნემსი მეტად ღრმად არ იყოს შეყვანილი და ხსნარი კუნთებში არ ჩადიოდეს: ეს იძლევა ტკივილებს და სითხეც კარგად არ შედის. კუნთებში ინფუზიის გაკეთება არ შეიძლება.

ზოგ შემთხვევაში, უფრო მაშინ, როდესაც ავადმყოფის სიცოცხლე დიდ ხიფათშია და სისწრაფეა საჭირო დახმარების დროს, ფიზიოლოგიურ და გლუკოზის ხსნარებს უშუალოდ ვენაში აკეთებენ.

ამ ინფუზიას, რასაკვირველია, თვით ექიმი აკეთებს, ექთანი მხოლოდ ეხმარება მას.

ვენაში ინფუზიისათვის ბობროვის აპარატი ნაკლებ მოხერხებულია. უფრო მიზანშეწონილია და თანაც მარტივი ისეთივე ტექნიკა და ხელსაწყო, როგორც იხმარება სისხლის გადასხმის საქმეში.

სისხლის გადასხმა (ჰემოტრანსფუზია). ავადმყოფის სამკურნალო სხვადასხვა ღონისძიებათა შორის თანამედროვე მედიცინაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სისხლის გადასხმა (ჰემოტრანსფუზია) ჩანმრთელი ადამიანისაგან ავადმყოფისათვის.

დაკარგული სისხლის ანაზღაურება სისხლის გადასხმით დიდი ხანია იპყრობდა მკვლევართა ყურადღებას, მაგრამ ეს საქმე მრავალი წლის განმავლობაში სრული მარცხით თავდებოდა: ავადმყოფები სისხლის გადასხმის შემდეგ იღუპებოდნენ იმ გართულების შედეგად, რაც ჰემოტრანსფუზიას მოჰყვებოდა სოლემე.

იმდროინდელ მედიცინას ჯერ კიდევ არ ჰქონდა ნათელი წარმოდგენა სისხლის ყველა თვისებაზე, მის ფიზიოლოგიაზე და პათოლოგიაზე, სისხლის გადასხმის ტექნიკაც არ იყო სათანადოდ დამუშავებული, ამიტომაც ვერ ხერხდებოდა სისხლის გამოყენება, როგორც სამკურნალო საშუალებისა.

ამჟამად სისხლის გადასხმის საქმე იმდენად გაუმჯობესდა, სისხლის გადასხმის ტექნიკა ისე დამუშავდა, რომ უდიდესი გავრცელება ჰპოვა და დღეს საყოველთაოდ მიღებულ, ეფექტიან და უშიშარ სამკურნალო მეთოდს წარმოადგენს.

განსაკუთრებით კარგად არის შესწავლილი სისხლის გადასხმის საქმე საბჭოთა კავშირში, სადაც არსებობს სისხლის გადასხმის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, სისხლის გადასხმის სადგურები, სადაც სწავლობენ და ამუშავებენ სისხლის გადასხმის საქმესთან დაკავშირებულ საკითხებს.

დღითი-დღე ვითარდება ჩვენებები სისხლის გადასხმისათვის და მრავლდება სისხლის პრეპარატების რიცხვი.

ჩვენებები სისხლის გადასხმისათვის შემდეგია:

1) მწვავე სისხლნაკლულობა, განვითარებული ქროილობის ან რომელიმე შინაგანი სისხლდენის შედეგად (კუჭის წყლული, კუჭის კიბო, ნაწლავების წყლულები გართულებული სისხლდენით, საშვილოსნოდან სისხლდენა, ძლიერი სისხლით ხველვ ფილტვების აბსცესის ან კავერნის ნიადაგზე);

2) ქრონიკული სისხლნაკლულობა, გამოწვეული სხვადასხვა დაავადებებით;

3) მძიმე ინფექციები — მწვავე სეფსისი, მძიმე დიზენტერია და სხვ.

4) სისხლისა და სისხლმზად ორგანოთა დაავადებები (ჰემოფილია, თრომბოპენია, მძიმე მალარია);

5) მოწამვლები ქიმიური ნივთიერებებით, საბრძოლო მომწამვლელ საშუალებებზე;

6) ოპერაციის წინა მოსამზადებელი ღონისძიების სახით.

სისხლის გადასხმა მიზნად ისახავს, ჯერ ერთი, ანაზღაუროს ავადმყოფის ორგანიზმის მიერ დანაკარგი სისხლი და, ამის გარდა, გააცხოველოს სისხლწარმომქმნელი ორგანოების ფუნქცია.

გადასახმელი სისხლის რაოდენობა სხვადასხვაა — 50—100—500 მლ და ზოგჯერ მეტიც.

სისხლის გადასხმის დროს საჭიროა წინასწარ გაკეთდეს ყველაფერი იმისათვის, რომ თავიდან იქნეს აცილებული შესაძლებელი გართულებები.

ასეთ გართულებებს ეკუთვნის ერთროციტების დაშლა (ჰემოლიზი), რასაც შესაძლოა შოკური მდგომარეობა და ზოგჯერ სიკვდილიც კი მოჰყვეს (ჰემოლიზური შოკი).

სისხლის გადასხმის სადგურებს ჰყავს სპეციალური პირები (დონორები), რომლებსაც გარკვეული წესების დაცვით აეღებათ სისხლი და გადაესხმებათ ავადმყოფებს. იმ ავადმყოფს, რომელსაც გადაესხმება სისხლი, ეწოდება რეციპიენტი.

ყველა დონორი ზედმიწევნით უნდა იქნეს გამოკვლეული ჯანმრთელობის მხრივ. აუცილებელია, რომ დონორი იყოს სრულიად ჯანმრთელი, რომ მან ავადმყოფს სისხლით რაიმე ავადმყოფობა არ გადასცეს. განსაკუთრებით საფრთხილია ათამანგი, აუცილებელია დონორის განსაკუთრებით დაკვირვებით გამოკვლევა ამ მხრივ.

გარდა ამისა, საჭიროა როგორც დონორს, ისე რეციპიენტს გამოუკვლიონ ე. წ. სისხლის ჯგუფი.

არჩევენ სისხლის 4 ჯგუფს O, A, B, და AB, ანუ I, II, III და IV ჯგუფს. სისხლის ერთროციტებისა და პლაზმის თვისებების მიხედვით ესა თუ ის ადამიანი ეკუთვნის ერთ-ერთს ამ 4 ჯგუფიდან. ადამიანის სისხლის ჯგუფობრივი კუთვნილება შესაძლოა აღინიშნოს ასეც O (I), A (II), B (III), და AB (IV).

I ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანიდან სისხლი შეიძლება გადაესხას ყოველი ჯგუფის სისხლის მქონე ავადმყოფს, ასეთ დონორს უნივერსალურ ი დონორი, ხოლო ასეთ სისხლს უნივერსალური სისხლი ეწოდება.

IV ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანს შეიძლება ყოველი 4 ჯგუფის სისხლი გადაესხას, ასეთ რეციპიენტს უნივერსალური ეწოდება.

დანარჩენ შემთხვევებში აუცილებელია თანამოსახელე ჯგუფის სისხლის გადასხმა, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოხდება მძიმე გართულება.

სისხლის ჯგუფობრიობის გამორკვევა არ არის ძნელი, მაგრამ დიდ დაკვირვებას და გამოკვლევის ტექნიკის ცოდნას მოითხოვს.

სისხლის გამოკვლევა ჯგუფობრივ კუთვნილებაზე აღწერილია სპეციალურ სახელმძღვანელოებში.

სისხლის გადასხმის ტექნიკა. სისხლის გადასხმისათვის იმარება შუშის ქილა, რომელსაც რეზინის საცობი აქვს. უკანასკნელში მინის ორი მილია გატარებული, რომლებიც მოხრალია სწორი კუთხის ქვეშ. ერთ მილზე წამოკმულია რეზინის მილი, რომელიც შეერთებულია ვენაში შესაყვან ნემსთან, მეორე მილი კი გახსნილია. ქილა უნდა გამოიხარშოს 15 წ. განმავლობაში და შიგ ჩახსნას გადასახმელი სისხლი.

ქილაში სისხლის ალების წინ ჩაასხამენ 4% ლიმონმჟავა ნატრიუმს (ნატრიუმის ციტრატს) გადასასხმელ სისხლის  $\frac{1}{10}$ -ის რაოდენობით; ნატრიუმის ციტრატი ხელს უშლის სისხლის შედეღებას.

ამჟამად იხმარება საეციალური ამპულები 250 მლ ტევადობისა, რომლებსაც შედუღებული ბოლოები აქვს.

სისხლის გადასხმის წინ ერთ ბოლოს მოსტეხენ, წამოაცმევენ ზედ რეზინის მილს, რომელიც შეერთებულია ნემსთან, და გადასხმის წინ ამპულის ზევითა ბოლოც რომ მოტეხონ, მაშინ სისხლი სიმძიმის ძალით დაიწყებს დენას რეზინის მილში და იქიდან ნემსში. ნემსი შეჰყავთ ვენაში ინტრავენური ინექციის გაკეთების მსგავსად.

ა უ ტ რ ა პ ე მ ო თ ე რ ა პ ი ა ეწოდება ავადმყოფის საკუთარი სისხლის ინექციებით მკურნალობას. მკურნალობის ეს მეთოდი იხმარება სხვადასხვა დაავადების დროს, როგორცაა სახსრების ქრონიკული რევმატიზმი, გახანგრძლივებული ფორმა ფელოტების ანთებისა, ფურუუნკულოზი, გინეკოლოგიური დაავადებანი და სხვ. აუტოჰემოთერაპიის მიზნით ავადმყოფის იდაყვის ვენიდან, უკვე აღწერილი წესით წინასწარ მომზადების შემდეგ (შპრიცის სტერილიზაცია, ხელების დაბანა, კანის გასუფთავება და სხვ.), აიღებენ 5,0—10,0 სისხლს და მაშინვე შეუშხაპუნებენ იმავე ავადმყოფს ღუნდულა კუნთში (10—15 ინექცია). ამჟამად დიდი წარმატებით მკურნალობენ მსგავს შემთხვევებში ავადმყოფებს ე. წ. ერთთროციტების ემულსიის ინექციებით კუნთებში.

სამკურნალო შრატებისა და ვაქცინების შესხაპუნება. იმ წამლების გარდა, რომელსაც კანქვეშ ჩვეულებრივ უშხაპუნებენ ნემსის საშუალებით, ხშირად მიმართავენ აგრეთვე სამკურნალო შრატებისა და ვაქცინების ინექციას. სამკურნალო შრატებს ამჟამად ფართო მოხმარება აქვს და ზოგიერთ მათგანი, როგორც ხუნაგის საწინააღმდეგო და ანტიტეტანური შრატები, მეტად კარგ შედეგსაც იძლევა.

ამჟამად ხშირ ხმარებაშია ხუნაგის საწინააღმდეგო ე. წ. ანტიდიფთერიული შრატი; ტეტანუსის საწინააღმდეგო ანტიტეტანური შრატი; დიზენტერიის — ანტიდიზენტერიული შრატი; სტრეპტოკოკული ინფექციის საწინააღმდეგო — ანტისტრეპტოკოკული შრატი და სხვ.

შრატის დასამზადებლად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უშხაპუნებენ ცხენებს ამა თუ იმ ბაქტერიის ტოქსინს (შხამს). ცხენები თანდათან ეჩვევიან ამ შხამს, რადგან მათ სხეულში ჩნდება ე. წ. ანტიტოქსინები, რომლებიც უვნებელყოფს შესხაპუნებულ ბაქტერიალურ შხამებს და ცხენები იმუნიზირებულნი, ე. ი. დაავადებისათვის შეუვალნი ხდებიან.

თუ ამრიგად მომზადებულ ცხენის შრატს შევეუშხაპუნებთ ადამიანს თანამოსახელე დაავადების შემთხვევაში, ის მეტად დიდ მკურნალობით გავლენას მოახდენს დაავადებაზე.

სამკურნალო შრატის დოზირება ხდება ერთეულებით და ამპულებზე არის წარწერა, რომელიც აღნიშნავს შრატის სახელწოდებას და მის რაოდენობას ერთეულებში. შრატი კეთდება, ჩვეულებრივ, ერთეულების დიდი რაოდენობით 5000—10000—20000 და მეტი ერთეული.

შრატების გასაკეთებლად ხმარობენ 5—10 გრამიან რეკორდის ან ლუერის ჩვეულებრივ შპრიცს.

შრატები კეთდება კანქვეშ, კუნთებში და იშვიათად ვენაშიც, უკვე მოხსენებული წესებით, რომლებიც შესხაპუნების დროს იხმარება.

კანქვეშ შეშხაუნება ნაკლებ მისაღებია, რადგან ის ნელა მოქმედებს; ყველაზე უკეთესია კონთებში ინექცია. ამისათვის სჯობს მუცლის კუნთები ან დუნდულა კუნთის მიდამო. თუ განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევა და შრატის სწრაფად შეყვანა საჭირო, ის შეიძლება ვენაში იქნეს შეშხაუნებული. შეშხაუნების წინ ამპულა, რომელშიც შრატია, უნდა გათბეს 40°C-მდე.

ზნირად შრატის შეშხაუნების მე-8—10 დღეზე ავადმყოფს მოსდის ე. წ. 'შრატის ავადმყოფობის მოვლენები: შეშხაუნების აღვილას დაეწყება ქავილი, ტანზე კინკრის ციების მსგავსად გამოაყრის, ეწვის თვლები, აქვს სურდო-ხველა, შეუსივდება სახსრები და შარდში ცილა გამოაჩნდება. შრატის ავადმყოფობის მძიმე ფორმის დროს სიცხე აიწვევს 39°-მდე, ავადმყოფს აქვს გულის სისუსტის ნიშნები და ზოგჯერ შეიძლება კოლაფსიც კი მოუვიდეს.

შრატის ავადმყოფობა განსაკუთრებით მაშინ არის მსალლოდნელი, თუ ავადმყოფს ოდესმე რომელიმე სამკურნალო შრატი ჰქონდა გაკეთებული. ეს მოვლენა აიხსნება განსაკუთრებული აწეული მგრძობელობით (ანათილ-აქსია), რომელსაც ავადმყოფი იჩენს შეყვანილი შრატისადმი. ამიტომ ამ გარემოებას ანგარიში უნდა გაეწიოს და თუ ავადმყოფს შრატი წინათ გაკეთებული ჰქონდა, საჭიროების შემთხვევაში ის ბეზრედკას წესით უნდა გაკეთდეს: ჭერ შეუშხაუნებენ შრატის ძლიერ მცირე რაოდენობას და თუ ანაფილაქსის მოვლენები არ განვითარდა, შემდეგ დანარჩენს.

ანტიდოფთერიული შრატის შეშხაუნება წარმოადგენს ხუნაგის საწინააღმდეგო საუკეთესო საშუალებას. ეს მეთოდი შემოღებული იყო 1894 წ. და მას შემდეგ საყოველთაო გავრცელება ჰპოვა.

შრატის ძალა, ე. ი. უნარი, რომ შებოჭოს ტოქსინის გარკვეული რაოდენობა, განისაზღვრება ლაბორატორიული გზით რთული, სახელმწიფოებს შორის შეთანხმებული მეთოდით და აღინიშნება როგორც „იმუნური ერთეული“ (ი. ე.).

შრატში ანტიტოქსინის კონცენტრაციის მიხედვით მის ერთსა და იმავე რაოდენობაში არის ანტიტოქსინის სხვადასხვა რაოდენობა. უკანასკნელ ხანებში ძლიერ შრატებს ამზადებენ, რომლებიც თითოეულ მილილიტრში 1-დან 5 ათას იმუნური ერთეულს შეიცავს.

შრატი უნდა გაკეთდეს მაშინვე, როგორც კი აღმოჩნდება ლეფლერის ჩხირი (ხუნაგის გამომწვევი), ყელიდან აღებულ ნადების მიკროსკოპული გასინჯვის დროს. თუ ბაქტერიოლოგიურმა გამოკვლევამ (დათესვა) ჩხირს ასრებობა დაადასტურა, მაშინ მით უმეტეს საჭიროა შრატის გაკეთება. ავადმყოფობის პირველ 2—3 დღის განმავლობაში შრატის გაკეთება დროულია, 3 დღის შემდეგ ის დაკვიანებულია. ამიტომ საჭიროა დიდი ღონეებით გაკეთება. შრატის გაკეთება ნაადრევი არასოდეს არ არის.

გაკეთებული შრატის რაოდენობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე, უმთავრესად იმაზე, თუ რამდენი დღე გავიდა დაავადების დაწყებიდან და ავადმყოფის ასაკზე.

დაავადების მსუბუქი ფორმის დროსაც საჭიროა გაკეთდეს ერთბაშად 4000 ერთეული; თუ გაუმჯობესება არ დაეტყო, ავადმყოფს მეორე დღეს კიდევ უნდა გაუკეთდეს 6000 ერთეული. დაავადების მძიმე მიმდინარეობის ან დაავადების დასაწყისიდან რამდენიმე დღის ვასკლის შემთხვევაში საჭიროა დიდი ღონეების ხმარება (10000—18000 ერთ.). ამჟამად ბავშვებსაც კი ძალიან დიდ ღონეებს უშხაუნებენ და რამოდენიმე ინექციით შეჰყავთ 40000—70000 ერთეული. ანტი-

დიფთერიულ შრატს უშხაპუნებენ მუცლის კუნთებში, ცრუ ნეკნების ოღნავ ქვევით ან ღუნდღულა კუნთში.

ვინაიდან ბავშვები ტკივლებს გამო ინექციის დროს ხშირად მოუსვენრად არიან და ძალზე მოძრაობენ, სასურველია ნემსსა და შპრიცს შორის რეზინის წვრილი მილი გაკეთდეს, რათა ნემსი უშუალოდ შპრიცზე არ იყოს წამოგებული.

ვაქცინების ხმარება ამ უკანასკნელ წლებში ძალზე გავრცელდა. ვაქცინა წარმოადგენს ბაქტერიების წმინდა კულტურას, რომლებიც დაზოცილია გათბობით.

ამჟამად ხმარებაშია ტიფის, პარატიფების, ქოლერის, ქუნთრუშის და მრავალი სხვა ვაქცინა. ვაქცინების ხმარების იდეა ისეთივეა, როგორც შრატებისა: ორგანიზმს ბაქტერიების შეყვანით აჩვენებენ ანტისნეულების გაჩენას, რითაც ამა თუ იმ დაავადებისადმი იმუნიტეტს აღწევენ.

ვაქცინებს უფრო ნაკლები რაოდენობით უშხაპუნებენ (0,1—2,0). ვაქცინები ამპულურშია ჩასხმული და გრილ ადგილას ინახება. ვაქცინები კანქვეშ კეთდება ჩვეულებრივი ინექციების მსგავსად.

ყ ვ ა ვ ი ლ ის აცრა წარმოადგენს ვაქცინაციის უძველეს სახეს. ამისათვის ხმარობენ ე. წ. დეტრიტს. დეტრიტი წარმოადგენს ხზოს ყვავილის პუსტულებიდან მიღებულ ჩირქს, რომელიც გადამუშავებულია ლაბორატორიაში და წუშის პაწია მასრებშია მოთავსებული.

ყვავილის აცრა, როგორც წესი, უნდა ხლებოდეს 2 თვის ასაკიდან; თუ ეპიდემია არის ყვავილისა, უფრო ადრეც.

განმეორებითი აცრა (რევაქცინაცია) ტარდება 10—11 და 18—20 წლის ასაკში.

აცრისათვის უკუჩვენებად ითვლება ყველა მწვავე დაავადება, გავრცელებული ეგზემა, ჩირქოვანი ოტიტი, ფურუნკულოზი, ჩვილი ბავშვების ფლარაზი.

ყვავილის ასაცრელად უნდა მომზადდეს მაგიდაზე: მოღუღებული წყალი, სტერილური ბამბა, სპირტი და საათის მინა.

ხელსაწყოდ იხმარება ლანცეტი ან ასაცრელი კალამი (სურ. 59). ეს ხელსაწყო უნდა გამოიხარშოს.

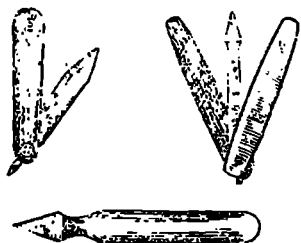
აიღებენ მასრას ვაქცინით, მოტეხენ ორივე ბოლოს და დეტრიტს საათის წუშაზე, ჯამზე ან შპაღელზე გამოუშვებენ. ყვავილის ასაცრელად საუკეთესოა ადგილს წარმოადგენს მხრის გარეთა ზედაპირი, დელტისებრ კუნთის მიმდგრების წერტილის დაბლა. უკანასკნელ ხანებში, ქალებს კოსმეტკური მოსაზრებით პარძაყის გარეთა ზედაპირზე უცრიან და არა მხარზე.

აცრის ტექნიკა ადვილია. საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა: ასაცრელი მასალა უნდა იქნეს შეყვანილი კანში, არა კანქვეშ; ჰრილობიდან სისხლი არ უნდა სდიოდეს. მანძილი ერთი ჰრილობიდან მეორემდე უნდა იყოს არა ნაკლებ 2—3 სმ.

კანი უნდა დაიბანოს საპნითა და წყლით: საღეზინფექციო ხსნარები არ იხმარება, რადგან ისინი აფუჭებენ დეტრიტს. არ შეიძლება აგრეთვე ცხელი კალმით ან ლანცეტით დეტრიტის აღება. მომზადების შემდეგ მარცხენა ხელს შემოაჯვლებენ მხარს შიგნიდან, დაჭიმევენ კანს და დეტრიტში დასველებული ლანცეტით გააკეთებენ ორ ადგილას 2—3 სმ მანძილზე სამ-სამ ხაზს—III ან ჯვარს — X X X. დეტრიტი კარგად უნდა ჩავიდეს ყველა ნაქარში. ეს უკანასკნელი

არ უნდა იყოს ღრმა და პისხლი არ უნდა გამოიწვიოს. თითოეული ნაკაწრის სიგრძე არ უნდა აღემატებოდეს 4—5 მილიმეტრს.

რამდენიმე წუთი უნდა დავიცადოთ, სანამ დეტრიტი შეშრება. აცრის მე-ოთხე დღიდან აცრილ ადგილზე გაჩნდება შემალღება წითელი პაპულის სახით.



სურ. 59. ასაცრელი კალამი და სკალპელი.

მეხუთე დღიდან ის კვანძად იქცევა: მე-შვიდე-მერვე დღეზე კვანძი მომწიფდება. მეათე დღიდან იწყება უკუგანჯოთარება: ბუშტუკი თანდათან შეხმება და 25-ე დღეზე ქერქი მოძვრება კიდევ, რის ადგილას რჩება წითელი ნაწიბური, რომელიც შემდეგ თეთრდება. აცრილი ადგილი შეწითლებულია, შესივებულია. ამ დროს შეიძლება ტემპერატურამ აიწიოს რამდენიმე დღით. ქავილის დროს დაფხანა არ არის კარგი, რომ ინფექცია არ შევიტანოთ, ამიტომ სასურველია ნახვევის დადება. უმჯობესია, ბუშტუკის შეხმობამდე ტანის დაბანიდან თავი შევიკავოთ.





**ზეგავლენა სისხლის მიმოქცევაზე**

მრავალი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს საჭირო ხდება სისხლის მიმოქცევის პროცესზე ზეგავლენის მოხდენა, რომ გამოვიწვიოთ სისხლის მიმოქცევის გაცხოველება მთელ სხეულში ან ღრმად მდებარე ორგანოებიდან სისხლის მოზიდვა კანის გარკვეული ნაწილისაკენ.

ასეთი ჩარევა შეიძლება მოვახდინოთ წამლების საშუალებით (გულის ასაგზნები საშუალებები, მდოგვი, იოდის ნაყენი და სხვ.) ან კიდევ არაწამლეული, სახელდობრ — ფიზიკური მეთოდებით

ეს ჩარევა უმთავრესად ადგილობრივ სისხლის მიმოქცევაზე ახდენს ზეგავლენას. მისი საშუალებით აღწევენ ღრმად მდებარე დაავადებული ორგანოებიდან სისხლის მოზიდვას კანში, რაც ხშირად მეტად კარგ შედეგებს იძლევა. საამისოდ მიმართავენ მშრალ დაზელას, კოტოშებს, სათბურებს, სათბურ კომპრესებს და სხვ.

**მშრალი დაზელა** მაშინ იხმარება, როდესაც სისხლის მიმოქცევა დროებით მოშლილია მთელ სხეულში ან კანის რომელიმე უბანში. მას ხშირად მიმართავენ ხოლმე ინფექციურ დაავადებათა დროს შემცივნებისას, კიდურების გაცივების ან წაყინვის, გულის წასვლის, შოკის, კოლაფსის და სხვ. დროს. ამისათვის საჭიროა სხეულის კანი იქ, სადაც დაზელა უნდა გაკეთდეს, დაიზოლოს ან ხელით, ან ფანელის ნაჭრით, ან კიდევ უფრო ენერგიულად ჭაგრისით. კანის გაღიზიანების გამო დაზელილ ადგილას ვითარდება სიწოლე — სისხლის მოწოლის, ანუ პიპერემიის შედეგად. დაზელის შემდეგ ავადმყოფს თბილად შეახვევენ შალის საბანში ან სათბურებს შემოუწყობენ.

**სარჩევნ სამნაირ კოტოშებს:** მშრალს, ბირისა და სისხლმწოვს.

**მშრალი კოტოშები**, როგორც აღნიშნული იყო, იხმარება ღრმად მდებარე ქსოვილებიდან კანში სისხლის მოსაზიდავად. მშრალი კოტოშები უკვე შორეულ წარსულში იხმარებოდა და მათ დღემდე თავისი სამკურნალო მნიშვნელობა არ დაუკარგავთ, დღესაც ისინი მეტად ხშირად იხმარება და ექიმის თანაშემწეს თავის ყოველდღიურ მუშაობაში ხშირად შეხვდება მათი გაკეთება.

მშრალი კოტოშის პრინციპი იმაში მდგომარეობს, რომ კანზე მიადგამენ ცილინდრული ან სფერული მოყვანილობის მინის ჭურჭელს, რომელშიც წინასწარ გაიშვიათებულია ჰაერი. ჰაერის გაიშვიათების გამო კანი მიიწოვება ჭურჭელით და კანის ამ ადგილას მოგროვდება სისხლი და ლიმფა; ამგვარად, კოტოშის გაკეთების დროს ვითარდება პიპერემია და ნაწილობრივ სისხლჩაქცევები, რაც მოლურჯო ან მოშავო ფერის ლაქის სახით კარგა ხანს რჩება.

(**მშრალი კოტოშები იხმარება:** 1) ფილტვების და პლევრის ანთებითი დაავადებების დროს, 2) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგულებებითი მოკუნების დროს, 3) ანთებითი მოვლენებისას ნერვულ ღეროებში და კუნთებში,

4) კანის სიღრმეში არსებული ანთებითი პროცესების, მაგალითად, ფურუნკულის, კარბუნკულის და სხვა დროს.

მშრალი კოტოშების გასაკეთებლად საჭიროა: 1) თვით კოტოში — სფერული მოყვანილობის მინის ჭურჭელი, რომელსაც ერთი მხარე ოდნავ შევიწროებული და ვახსნილი აქვს; ამ მხარის ნაპირი მომრგვალებულია, ისე რომ კანი არ დაზიანდეს. კოტოშის პირის დიამეტრი — 3,5—5 სმ-ია, სიმაღლე 4—5 სმ, მოცულობა 40—60 სმ<sup>3</sup>. რიცხვი კოტოშებისა კი 10—30-მდე; 2) ლითონის ან ხის ჩხირზე შემოხვეული ბამბა, 3) სპირტი, ეთერი, ბენზინი, ან სხვა საწვავი სითხე, 4) ვაზელინი და, ყოველი შემთხვევისათვის, 5) შესახვევი მასალა (ბამბა, ბანდი).

მშრალი კოტოშების გაკეთებისას უნდა: 1) მომზადდეს ხელსაწყო, 2) ავადმყოფს მიეცეს სათანადო მდებარეობა და 3) მომზადებულ იქნეს კანის ის ადგილი, სადაც განზრახულია კოტოშების გაკეთება.

კოტოშები თბილი წყლით უნდა გაირეცხოს, გამშრალდეს და მოთავსებულ იქნეს თასზე, რომლითაც ისინი მიტანილ უნდა იქნეს ავადმყოფის საწოლთან ამახთანავე, მომზადებულ უნდა იქნეს ასანთი, ხის ჩხირი ბამბით, სპირტი და ვაზელინი.

ხელსაწყოს მომზადების შემდეგ ავადმყოფს უნდა იცეცეს სათანადო და მოხერხებული მდებარეობა.

ყველაზე უფრო მოხერხებული მდებარეობა არის მწოლარე მდებარეობა, რადგან ასეთი მდებარეობის დროს ავადმყოფი არ იძვრის და კოტოშებიც უდროოდ არ მოუარდება; ჭურ-ავადმყოფს კოტოშები გულ-მკერდზე უნდა გაუკეთდეს ირგვლივ, ჯერ ერთ გვერდზე დააკრავენ, შემდეგ მეორე გვერდზე გადაწვენენ ავადმყოფს, და კოტოშებს მოპირისპირე გვერდზე გაუკეთებენ.

მშრალი კოტოშების გაკეთება სხეულის მრავალ ადგილას შეიძლება; უფრო ხშირად გვიხდება მათი გულ-მკერდზე დაკრვა. შემდეგ წელის მიდამოზე; უფრო იშვიათად — საჭლოზე ან ბარძაყებზე. სადაც არ უნდა კეთდებოდეს კოტოშები, საჭიროა, რომ კანის ზედაპირი სადა იყოს, უნაოკო. თუ აღამიანი ძალის გამხდარია ან ძვლები კარგად აქვს გამოხატული, შესაძლებელია კოტოშები არც დაამაგრდეს კანზე ზედაპირის უსწორობის გამო; მაშასადამე, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის კარგი განვითარებისას კოტოშები უფრო ადვილი გასაკეთებელია. ყოველივე ამის მიხედვით კოტოშების გასაკეთებლად შეიძლება ავირჩიოთ რამდენიმე ადგილი. ასეთებია: ზურგის მიდამო, ბეჭის ძვლების მიდამოს გამოკლებით (ბეჭის ძვლებზე კოტოშების გაკეთება დასაშვებია, თუ კანქვეშა ცხიმოვანი კარგადაა განვითარებული), გულ-მკერდის წინა ზედაპირი ლავიწებს ქვევით გულის მიდამოს და ძუძუს ჯირკვლების გამოკლებით, გულ-მკერდის გვერდითი ზედაპირები. ამ უკანასკნელზე კოტოშების გაკეთება ძნელდება, თუ აღამიანი მეტად გამხდარია.

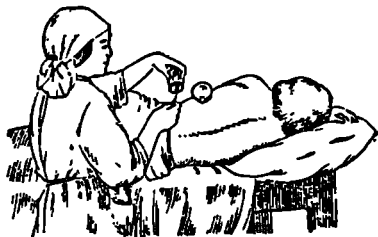
კოტოშების გაკეთებამდე საჭიროა კანის სათანადო მომზადება. კანი დათვალიერებულ უნდა იქნეს, რომ მასზე დაზიანებას არ ჰქონდეს ადგილი; ასეთ შემთხვევაში კოტოშების გაკეთებიდან თავი უნდა შეიკავონ, ყოველ შემთხვევაში დაზიანებულ ადგილს დაფარვებში. თუ კანი დაფარულია თბით, იგი უნდა გაიპაროს. კანი დაბანილ უნდა იქნეს თბილი წყლით და შემდეგ ვაზელინით დაიზილოს, რომ კანი კოტოშში ადვილად შევიდეს და კოტოშის ნაპირები მას მჭიდროდ მიეკრას. ასეთი მომზადების შემდეგ შეუდგებიან კოტოშების დაკრვას.

ამისათვის მარცხენა ხელით აიღებენ კოტოშს, ისე, რომ მისი ვახსნილი მხარე ქვევით იყოს მიმართული, მარჯვენა ხელში დაიჭერენ ჩხირზე დახვეულ ბამბას, დასველებულს სპირტში, აანთებენ მას სპირტის ლამპარზე ან ასანთით და



ქვევიდან სწრაფად სულ ცოტა ხნით შეიტანენ კოტოშში) ყოვლად დაუშვებელია ანთებული ჩხირის დიდხანს გაჩერება კოტოშში, რადგან ეს უკანასკნელი გაცხელდება და კანზე მიკერისთანავე დაწვავს მას. ცეცხლის შეტანის გამო, კოტოშში ჰაერი გაიშვიათდება და (კოტოშში მაშინვე უნდა დაიკრას კანის წინასწარ მომზადებულ ადგილზე. (სურ. 60).

კანი კოტოშის მიწოვის გამო თანდათანობით შეიდრეკება. მასში სისხლძარღვთა სისხლით ავსების გამო გაწითლდება, განვითარდება ჰიპერემია. ზოგჯერ კი წვრილი კაბილარების გასკდომის გამო კოტოშების დაკვრას კანში სისხლჩაქცევაც მოჰყვება. აპტიროების შემთხვევაში შეიძლება გაკეთდეს კოტოშების სხვადასხვა რაოდენობა. (კოტოშებს ტრევებე კანზე მიკრულს 5—10—15 წუთს იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად გაწითლდა ან გალურჯდა კანი. ცუდად გაკეთებული კოტოშის მალე თვით მოძერება კანს.)



სურ. 60. კოტოშების გაკეთება.

თუ განსაზღვრულ დრომდე კოტოშები თვით არ მოძვრება (საჭიროა მათი მოხსნა ისე, რომ ავადმყოფს ტკივილი არ მიაყენონ. ამისათვის ერთი ხელით კანს დააწევიან და გაქიმავენ კოტოშის ნაპირთან, ხოლო მეორეთი კოტოშს მოპირდაპირე მხრისაკენ გადაწევენ; ჰაერი შეიჭრება კოტოშში და ის ადვილად მოძვრება) თუ კანი კოტოშების გაკეთების გამო არ დაზიანებულია, საკმარისია იგი ვაიწმინდოს ვაზელინით; თუ კანზე ბუშტუკები გაჩნდა, საჭიროა მაშინვე საღებო ნივთიერებების ხსნარით (მაგ., მანგანმეფევა კალიუმის ხსნარით) მათი მოწევა.)

კოტოშების გაკეთების გამეორების შემთხვევაში, კოტოშები უნდა მიეკრას არა იქ, სადაც ისინი უკვე გაკეთებული იყო, არამედ მის მეზობელ ადგილას.

კოტოშების გაკეთების შემდეგ კანში სისხლჩაქცევის გამო კანზე რჩება მოლურჯო-მოწითალო ფერის — მრგვალი მოყვანილობის ლაქები.

ბირის კოტოშები და სისხლმწოვი კოტოშები ამეამად აღარ იხმარება.

წუ რ ბ ლ ე ბ ი ს ხმარება სისხლის გამოსაშვებად ფართოდ არის გავრცელებული და ცნობილია უკვე უძველესი დროიდან. წურბლებით სისხლის გამდგვებას ხშირად ხმარობენ ხალხშიც, რადგან ის ადვილი საშუალებაა და არ მოითხოვს ისეთ მოწყობილობას, როგორც საჭიროა სისხლმწოვი კოტოშებისა და ვენიდან სისხლის გამოღებისათვის; თანაც უფრო ადვილი შესასრულებელია. წურბლებით სისხლის გამოღებას ადგილობრივი სისხლის გამოშვების და სისხლის მოზიდვის მნიშვნელობა აქვს და მთელ რიგ დაავადებათა დროს კარგ დახმარებას გვიწევს.

წურბლები ცხოვრობენ უმარტივო წყლებში (ტბები, ჰაობები). მათი სიცოცხლის ხანგრძლიობა რამდენიმე წელს უდრის. სისხლის გამოსადეგად გამოსადეგია სხვადასხვა სახის წურბლები, მაგრამ ჩვენში უმთავრესად ორი სახე იხმარება *Hirudo medicinalis* და *Hirudo officinalis*. (წურბელას სიგრძე 3—6 სმ. უდრის, ვანი 10—12 მმ., წონა 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 გრამს. მას შეეკუმშვის დიდი უნარი აქვს. თავისაკენ ის შევიწროებულია და დართული აქვს მისაწოვი, რომ-

ლის ფაქტზე იხსნება პირი სამი ყბით, რომლებზედაც კბილებია, რითაც წურბელა პირის კანს; წურბელას მეორე მისაწოვი აქვს კუდის ნაწილში, ის უფრო დიდია და დანიშნულია წურბელას მიმაგრებისათვის და მოძრაობისათვის. ფერი წურბელას მოშავო მომწვანო აქვს.

[ხმარების წინ წურბლები უნდა შემოწმდეს ვარგისობაზე, რადგან ყველა წურბელა დანიშნული მიზნისათვის არ გამოდგება. ის წურბელა, რომელიც მარდად მოძრაობს, აქვს შეკუმშვის უნარი და სადა ზედაპირი, გამოსადეგია პირიქით, ზანტად მოძრაობს და ლორწოიანი ზედაპირის მქონე წურბელა, რომელსაც კვანძებიც ემჩნევა კანზე, უვარგისია.

თუ წურბელა საღია და ამასთანავე მშვიერი, ის საცხებით გამოსადეგია სისხლის გამოსაწოვად. წურბლები ინახება მდინარის ან წყაროს წყალში, რომელიც შეუშის ქიქაში უნდა ჩაისხას) ქის წყალი მათ შესანახავად უვარგისია.

წურბლებით ფართოდ სარგებლობენ და ხშირად ისინი მეტად დიდ შევებას აძლევენ ავადმყოფს ისეთ შემთხვევებში, როგორცაა სისხლის მოწოლა თავში, სისხლის მაღალი წნევა, ინფექციური დაავადებები (ცოფი), ცხვირიდან სისხლის დენა და თავის ძლიერი ტკივილი, შუა ყურის ანთება, ბუასილი, ვენური სისხლძარღვების ანთება, ანუ ტრომბოფლებიტი და სხვა. რა თქმა უნდა, ყველა ამ შემთხვევაში წურბლებს ერთი და იმავე ადგილას არ დაასხამენ ხოლმე: ექიმში დანიშნავს ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ადგილს, სადაც წურბლები უნდა იქნეს დასხმული: ასე, მაგალითად, თავის ტკივილის და თავისაკენ სისხლის მიწოდების შემთხვევაში წურბლებს სხამენ ყურის უკან დვრილისებრ მორჩებზე; ტიფოზური მდგომარეობის დროს, თავის პიპერემიის შემთხვევაში—ცხვირის ძვიღზე, ბუასილის დროს — კუდუსუნზე და სხვა წურბლებს რიცხვი სხვადასხვაა იმის მიხედვით, თუ რა რაოდენობითაა სისხლის გამოშვება საჭირო. დვრილოვან მორჩებზე, ყურის უკან სხამენ 2—3 და მეტ წურბელას, როგორც ერთ, ისე მეორე მხარეზე, კუდუსუნზე 3—4 წურბელას და ა. შ.

წურბლების დასხმის დროს ავადმყოფი უმჯობესია იწვეს. თუ კუდუსუნზე ვსხამთ წურბლებს, სასურველია ავადმყოფს ნაწლავები გავუსუფთაოთ ოცნის საშუალებით.

წურბლების დასხმის წინ საჭიროა არჩეულ იქნეს კანის სათანადო უბანი. არ შეიძლება წურბლების დასხმა იქ, სადაც კანქვეშ ბევრი და ზერელედ მდებარე ვენებია ან კანქვეშა ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი უხვადაა განვითარებული; ასეთ შემთხვევაში შეიძლება სისხლჩაქცევები გაჩნდეს. მიუღებელია აგრეთვე წურბლების დასხმა იქ, სადაც კანქვეშ მსხვილი სისხლის ძარღვები გადიან ზერელედ, როგორც საულლე ვენა, ყბის ქვეშ არტერია, საფთქლის არტერია და სხვ., რადგან წურბელას შეუძლია ისინი დაზიანოს და საშიშარი ზოგჯერ სასიცოცხლო სისხლდენაც კი გამოიწვიოს.)

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა გვენახა ავადმყოფი, რომლისთვისაც ბინაზე გამოუცდელ პირს ყურის უკან დაესხა წურბლები ისე, რომ პრილობა ზედ საულლე ვენაზე მოხვედროდა. საულლე ვენიდან ავადმყოფს ძლიერი სისხლისდენა განუვითარდა, რომლის შეჩერებისათვის ქირურგული დახმარება შეიქნა საჭირო.

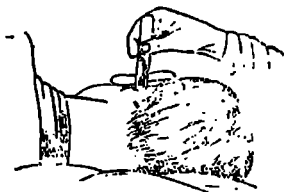
ხელის და ფეხის გულებზე წურბლები არასდროს არ მიეწოვება ხოლმე და ამიტომ იქ მათი დასხმა მიწინააღმდეგარაა. წურბლების ხმარების წინ კანის არჩეული უბანი ზედმიწევნით უნდა გასუფთავდეს საპნიანი წყლით, თმა კი გაიპაროს. სასურველია კანის დაზედაც, რომ გამოვიწვიოთ კანის ამ უბნის პიპერებია. უნდა გვახსოვდეს, რომ კანის გასუფთავება სურნელოვანი საპნით, ეთერ-

რით ან იოდით არ შეიძლება, რადგანაც წურბელა ვერ იტანს მათ სუნს და კანს არ მოეცილება. თუ წურბლების დასხმა ხდება ღრუების ახლო, საკვიროა ზეთიანო ტამპონით შათი დაცობა, რომ წურბლები შიგ არ ჩაძვრნენ.

ამგვარად, გასუფთავებულ კანზე სხემენ წურბლებს, რომლებიც წინასწარ გადარჩეული და მოთავსებული არიან ქილაში. 2—3 საათის განმავლობაში უწყლოდ. წურბლების დასხმა ხდება შემდეგი წესით: სინჯარაში მოათავსებენ წურბელას თავით სინჯარის გახსნილ ბოლოსაკენ, რის შემდეგ სინჯარის ციხ ბოლოთი მიაღვამენ კანს.

წურბელა მიეწოვება კანს, გაჭრის მას, დაიწყებს სისხლის წოვას. ასეთი გზით შესაძლებელია კანზე დაესხათ რამდენიმე წურბელა (სურ. 61).

წურბელა თანდათანობით იბერება სისხლით და, როდესაც გამოწოვს დაახლოებით 10—15 მლ. სისხლს, თვით ჩამოვარდება; თუ ის არ მოვარდა, საკმარისია მოსაცილებლად მას მარილწყალი დეკანტაციის კრილობაზე ედება ბამბა, კოლოდიუმით. ძალით წურბელას მოცილება არ შეიძლება, რადგანაც შესაძლოა მისი ყბა კბილებით კანში ჩარჩეს და გამოიწვიოს კანის ანთება.



სურ. 61. წურბლის დასმა.

წურბელას მოცილების შემდეგ ხშირად სისხლის დენა გრძელდება, რაც იმით უნდა აიხსნას, რომ წურბელას ნერწყვი არის განსაკუთრებული ფერმენტი — ჰირულინი, რომელსაც წურბელა ჩაუშვებს კრილობაში. პირუდინი ანელებს სისხლის შედღებვის უნარს და ხელს უშლის თრომბის წარმოშობას.

ასეთ შემთხვევაში საკვიროა კრილობაზე დაედოს ასეპტიური დამწოვლო ნახვევი. თუ სისხლის დენა კიდევ არ შეჩერდა, საკვიროა ექიმის გამოძახება.

სისხლის გამოშვება ვენიდან თანამედროვე მედიცინაში მეტჯგავრცელებული მეთოდია და მიზნად ისახავს ვენიდან გარკვეული რაოდენობის სისხლის მიღებას) (2—5 მლ) გამოკვლევის მიზნით ან სისხლის მეტი რაოდენობით (200—400 მლ) გამოშვებას სამკურნალო მიზნით. )

ვენიდან სისხლის გამოშვებას აწარმოებენ ნემსის საშუალებით. ამ წესს ეწოდება ვენის გაჩხლეტა (ვენეპუნქცია), ან ვენის გაკვეთით (ვენესექცია). უნდა აღინიშნოს, რომ ვენესექცია გაცილებით უფრო რთული, სახიფათო და ავადმყოფისათვის მტკივნეული მეთოდია, ვიდრე ვენეპუნქცია და ყოველთვის არ შეიძლება ხმარებულ იქნეს, რადგან ის შესასრულებლად მოითხოვს ჭერ ერთი დასტაჟარს, შემდეგ სათანადო იარაღს, მასალას და ბოლოს დამხმარე პერსონალს — ექთანს. ვენეპუნქცია კი შედარებით მარტივია, ავადმყოფისათვის თითქმის უმტკივნეულო, ადვილად შესასრულებელი, მის გასაკეთებლად დასტაჟარიც არ არის საჭირო და აუცილებელ შემთხვევაში იგი ერთ პირს შეუძლია გააკეთოს.

ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ ვენეპუნქციით სისხლის დიდი რაოდენობის გამოშვება შესაძლებელია (300—400 მლ) სრულიად დაუბრკოლებლივ, ისევე სწრაფად, როგორც ვენესექციით. აქედან ცხადია, რომ ვენეპუნქციას უპირატესობა უნდა მიეცეს და სამკურნალო პრაქტიკაში ფართოდ იქნეს გამოყენებული. ჩვენ საკვირო შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ყოველთვის ვენეპუნქციას მივმართავთ კარგი შედეგით და მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში, რო-

დესაც რაიმე მიზეზის გამო ვენებუნქციით სისხლს ვერ ვუშვებთ, დასანმარებლად მოვიწვევთ დასტაქარს.

როგორც ვენებუნქცია, ისე მით უფრო ვენენსექცია უნდა გაკეთდეს მხოლოდ ექიმის მიერ; საშუალო მდებარისონალს ევალება ამ დროს დასმარება გაუწიოს ექიმს, როგორც ავადმყოფისა და იარაღის მომზადებაში, ისე უშუალოდ სისხლის გამოშვების დროს.

(ვენიდან სისხლის გამოშვებას მიმართავენ:

1) სისხლის წნევის ძალზე მომატების შემთხვევაში.

2) მოწამლის დროს, იქნება ის გამოწვეული ქიმიური საწამლაკებით (ბერთოლეს მარილი და სხვა), თუ სხეულში დაგროვილი შხამებით (ურემია).

3) თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევის შემთხვევაში.

4) ფილტვების ძძიმე ანთების დროს, როდესაც განვითარდება გულის სისუსტის ნიშნები (ციანოზი, ქოშინი).

5) ფილტვების შეშუპების დროს და ზოგიერთ სხვა შემთხვევაში.

დასუსტებულ, დაუძლურებულ და სისხლნაკულ პირებს, ავადმყოფებს, რომლებიც კოლაფსის მდგომარეობაში ან გულწასული არიან, სისხლს არასოდეს არ გამოუშვებენ.)

საკითხი იმის შესახებ, თუ სად და როდის უნდა გაკეთდეს ვენიდან სისხლის გამოშვება, მხოლოდ ექიმს შეუძლია გადაწყვიტოს.

სისხლის გამოშვების დადებითი გავლენა ორგანიზმზე სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვანაირად შეიძლება აიხსნას. ასე, მაგალითად, მოწამლის დროს გამოშვებულ სისხლთან ერთად ორგანიზმიდან გამოდის სისხლში დაგროვილი შხამების ნაწილი და შემდეგ ფიზიოლოგიური ხსნარის, ან გლუკოზის ხსნარის სისხლში შეყვანით, ჩვენ დაქვეითებულ წნევასაც ვათანაბრებთ. ფილტვებში შეგუბებით მოვლენების არსებობის და გულის სისუსტის ნიშნებისას სისხლის ნაწილის გამოშვებით გულს საშუალება ეძლევა გამოასწოროს თავისი მუშაობა.

ვენებუნქციისათვის საჭიროა ან შპრიცის მსხვილკალიბიანი, ან ამისათვის სპეციალურად დამზადებული ნემსი, რომელიც საკმაოდ გრძელია და სრული სანათური და წაკეთილი წვერი აქვს. ვენესექციისათვის კი აუცილებელია სკალპელი, მაკრატელი, დეშამპის ნემსი, ლიგატურები, კავები, პინცეტი, ქირურგიული ნემსები, ნემსის საჭერი და ასეპტიკური შესახვევი მასალა.

გარდა ამისა, ორივე შემთხვევაში საჭიროა ე. წ. ესმარხის ლახტი.

ლახტი იხმარება მხარზე გადასაჭერად და პერიფერიულად ვენებში სისხლის შეგუბების მისაღწევად. აგრეთვე საჭიროა ჭურჭელი სისხლის შესაგროვებლად.

(სისხლის გამოშვებას აწარმოებენ რომელიმე პერიფერიულ და ზერელედ მდებარე ვენიდან. ამისათვის მეტად მოსახერხებელია იდაყვის შუა ვენა *vena mediana cubitii* (სავალდებულოა, როგორც ოპერატორის ხელის, ისე ხელსაწყო-სა და საოპერაციო მიდამოს წინასწარი ზედმიწევნითი გასუფთავება, რადგანაც თუ სისუფთავე არ იქნა დაცული, შესაძლებელია ინფექციის შეჭრა და გართულებების მიღება.

ხელსაწყო უნდა გასტერილდეს გამოხარშვით, ხელები უნდა დაიბანოს წყლით, ჭაგრისით, საპნით და სპირტით რამდენიმეჯერ, ხოლო ფრჩხილებს წაესვას იოდი. სპირტით გაიწმინდოს ავადმყოფის მკლავი, იოდის წასმა მკლავზე არ არის მიღებული, რადგან ვენები შეუმჩნეველი ხდება.

ასეთი მომზადების შემდეგ შეუდგებიან სისხლის გამოშვებას, სისხლის გამოშვების დროს ავადმყოფი უთუოდ უნდა იწვეს, რადგან მოსალოდნელია, მას გული წაუვიდეს. ექიმის თანაშემწე ავადმყოფს მხარზე შემოუჭერს ლახტს; ეს უკანასკნელი ჭერ უნდა გაიკიმოს და მერე შემოედლოს მხარს. შემოჭერის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ კანი არ დანაოქდეს და ლახტის ქვეშ დანაოქებული არ მოჰყვეს. ლახტს ორჯერ შემოახვევენ მხარზე და ბოლოებს ან კორნცანგით, ან სისხლის შესაჩერებელი საჭერით (პეანით) დაამაგრებენ, ანდა ხელით ლახტი იმდენად უნდა შემოეპიროს, რომ ვენებში სისხლის შეგუბება გამოიწვიოს, მაგრამ არტერიებში კი სისხლის მიმდინარეობა არ შეაჩეროს. ამისათვის საჭიროა მაჯა გაეხინჯოს ავადმყოფს; თუ მაჯა არ ისინჯება, ლახტი ოდნავ უნდა აეუშვათ. ლახტის დადების შემდეგ წინამხარის ვენები კარგად გამოიხატება. კანზე. თუ კიდევ მეტად გამოხატვა ვახდა საჭირო, ავადმყოფს რამდენიმეჯერ მოვაკუმშვინებთ მუკს სათანადო მხარეზე.

ავადმყოფის მკლავის ქვეშ უნდა დაეფინოს მუშაშმა ან ქალაღი საწოლის გასისხლიანების თავიდან ასაცილებლად.

როდესაც ვენები კარგად აღინიშნება, ექიმი აარჩევს რომელიმე ვენას და მოახდენს მის ფიქსაციას მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითითა და ცერით და მარჯვენა ხელში აღებული ნემსით, მახვილი კუთხით სწრაფად გაჩხვლეტს ჭერ კანს და მერე ვენის კედელს. როდესაც ხელი იგრძნობს, რომ ნემსმა ვენის კედელი გაჩხვლიტა, ნემსის მუფტა ქვევით უნდა დააწიოს ისე, რომ ნემსი კანის პარალელურად დაწვეს, რომ ნემსის წვერმა არ დააზიანოს მოპირდაპირე კედელი და ნემსი ცოტაოდნავ კიდევ ღრმად შეეწიოთ.

როგორც კი ნემსის წვერი ვენის სანათურში მოხვდება, სისხლი ნემსიდან დენას იწყებს. თუ ნემსი საკმაოდ მსხვილია და ავადმყოფს სისხლის მალალი წნევა აქვს, სისხლი შადრევანით წამოვა; წინააღმდეგ შემთხვევაში — სუსტი ნაკადით. სისხლი უნდა შეგროვდეს გრადუირებულ ცილინდრში, რომ ვიცოდეთ გამოშვებული სისხლის რაოდენობა. სათანადო ცილინდრის უქონლობის დროს, შეიძლება სარგებლობა ჩაის ქიქით, რომლის ტევადობა, ჩვეულებრივ, უღრის 200 მლ.

როდესაც გამოეუშვებთ სისხლის საჭირო რაოდენობას, ჭერ ლახტი უნდა აეუშვათ, რომ ჰემატომა არ განვითარდეს ნაჩხვლეტის ადგილას და მხოლოდ იმის შემდეგ სწრაფად ამოვაძროთ ნემსი. ნაჩხვლეტს უნდა წაესვას სპირტი და იოდი. სისხლის გამოშვების დასრულების შემდეგ ავადმყოფი უნდა გასუფთავდეს მოცხებული სისხლიდან და მკლავს რამდენიმე ხნით მალა მდებარეობა მიეცეს.

სისხლის მიმოქცევაზე ზეგავლენის უკვე მოხსენებულ საშუალებათა გარდა, სამედიცინო პრაქტიკაში დიდ მხარებაშია კიდევ ადგილობრივ სისხლის მიმოქცევაზე მოქმედი საშუალებანი, რომლებიც ორგანიზმის ამა თუ იმ ნაწილში არსებულ ანთებად მოვლენებს აცხრობენ, ანელებენ და ავადმყოფებს შევებას გვრიან. ასეთ საშუალებებს ეკუთვნის (სათბურები, ყინულის პარკი, სათბური კომპრესი, სველნადები, და სხვ. ყველა ამ საშუალებაში მთავარ მოქმედ აგენტს ტემპერატურული ზეგავლენა წარმოადგენს. ერთ შემთხვევაში ჩვენ ვმოქმედებთ სხეულის გარკვეულ უბანზე სითბოთი (სათბური, სათბური კომპრესი, ცხელნადები). მეორეში კი სიცივით (ყინულის პარკი, სველნადები). ორივე შემთხვევაში ტემპერატურული ზეგავლენით სისხლის მიმოქცევა იცვლება: სიცივის ზეგავლენით ვითარდება ანემია შემდგომი შეგუბებითი ჰიპერემით, ხოლო სითბოს ზეგავლენით — ჰიპერემია. ერთი მხრივ, სისხლის განაწილების

ც ლ ბადობის გ ო, ეორე მხრივ კი, თვით თერმული ზეგავლ ნის შე-  
 ჯ დ, ანთებითი პროცესი, ტკივილები, სისხლდენა და სხვა ხშირად კლებუ-  
 ლ დ ზოგჯერ გაივლის კიდ ც.

ქი' ა ვიცოდ თ, რომ ადა იანის ორგანიზმი და მით უმეტეს პათოლო-  
 გი ოი ორც ი ს ლ სხვ დასხვაგვარად ეგუება სითბო-სიცივეს და ყოველ  
 ლ ეულ შ თხვევაში საკირო ხდება ამა თუ იმ ტემპერატურული ზეგავლე-  
 ნი ერჩევა. ასე, მ გ ლით დ, აყოველთაოდ ცნობილია, რომ თ ვი ტკ ვილს  
 ერ ცივის მიღება ამშვიდებს, ზოგჯერ კი, პირიქით, ცხელის და სხვ.

ქედ ნ გ აგებია, რ ო აღნიშნულ საშუალებათა ხმარება ინდი ილუალიზი-  
 რ ბ ლი უნდა იყოს. გარდ ამისა, თვით პათოლოგიური პროცესის ხასიათს ამა  
 საშ ლების დანიშ ნისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ასე, მაგალითად, იჭ, სადაც თავის ტკივილები გამოწვეულია თავის ტვინი-  
 ეა სისხლის იწოლით, ცხადია, უფრო შესაფერისი იქნება ცივის, ვიდრე  
 ც ლი მიღება, რადგან ცივის ზეგავლენის გამო სისხლის ძარღვები შევიწ-  
 ო ა განიცდის და ჰიპერემია მცირდება.

ძლი რი ხველის დროს პლევრის ანთების გამო სათბური კომპრესი ხშირად  
 დებს ხველას, რადგან სითბო ხელს უწყობ ანთებითი პროცესის შენელე-  
 რა დაცხრობას.



სურ. 62. ლთონის სათბური.



სურ. 63. რეზინის სათბური.

ცხადია, ავადმყოფური მოვლენების ბუნებისა და ხასიათის გაგება აუცი-  
 ლებ ლია, რათა წესიერად იყოს ხმარებული ესა თუ ის თერმული ზეგავლენა;  
 ავად ყოფობის ამოცნობა კი ექიმს შეუძლია და, მაშასადამე, ამა თუ იმ საშუა-  
 ლების დანიშვნა მხოლოდ ექიმის მიერ უნდა ხდებოდეს. ექიმის ოანაშემწის  
 იერ სითბოსა და სიცივის ოკითნებურად ხმარებამ არაშესაფერ შემთხვევაში  
 შესაძლოა არა თუ სარგებლობა, ზიანიც კი მოუტანოს ავადმყოფს; ყოველგვარი  
 ტკივილი, მაგალითად, მუცლის მიდამოში, როდი მოითხოვს სათბურის ხმარე-  
 ბას. თუ კუჭის წყლულის გამწვავებით ან ნაღვლის ბუშტის ანთებით გამოწვე-  
 ულ ტკივილებზე ცხელი სათბური კარგად მოქმედებს, კუჭის წყლულის გახ-  
 ვრეტით (პერფორაცია) ან ჰიაყელა ნაწლავის პერფორაციით გამოწვეული  
 ტკივილების საწინააღმდეგოდ მუცელზე ცხელის დადება ავადმყოფისათვის  
 მეტად საზიანოა და მიუტევებელი.

ს ა თ ბ უ რ ი წარმოადგენს ჰურტელს, რომელშიაც ცხელ წყალს ასხამენ.  
 ჰურტელი მზადდება ან რეზინისაგან ან ლთონისაგან (სურ. 62).

რეზინის პარკი, ჩვეულებრივ, ოთხკუთხი მოყვანილობისაა, რბილი რეზინი-  
დ-ნ მზადდება, სიგრძით 30 სმ., განით 15 სმ. პარკს ერთ მხარეზე რეზინის მილი  
აქვს, რომელსაც ეხრახნება ლითონის საცობი; მილს ირგვლივ ძაბრის მსგავსად  
შემოვლებული აქვს რეზინი, რომ სხეულის კანი გაცხლებული ლითონის საცო-  
ბია დაწვისაგან დაიცვას, პარკის ერთ ნაპირზე დამაგრებულია რეზინის სახე-  
ლური, რომელიც არასოდეს არ ცხელდება და პარკის გადასატანად მეტად მო-  
ხერხებულია.

რეზინის პარკი კარგია იმით, რომ ის მოხერხებულად თავსდება სხეულის  
ყველა საწილზე თავის ელასტიობის გამო (გულ-მკერდზე, მუცელზე, წელზე  
და სხვ.) (სურ. 63).

ლითონისაგან გაკეთებული სათბური უფრო ნაკლებ მოსახერხებელია,  
რადგან ცურავს და ერთ ადგილზე მისი დამაგრება ძნელია. კეთდება ის თუნუ-  
ქისაგან, აქვს ოდნავ გაბრილი და ოვალური მოყვანილობა და ზევიდან ნახვრე-  
ტი წყლის ჩასასხმელად, რომელსაც ეხრახნება საცობი.

თუ ასეთი სპეციალური კურტელი არა გვაქვს, შეიძლება ბოთლებს მივმარ-  
თოთ, რომლებშიც ცხელ წყალს ჩაასხამენ ან და ცხელი ქვიშით ავსებული პარ-  
კები ვიხმაროთ. ამავე მიზნით ხმარობენ ცხელ უთოს და აგურს.

სათბურის მოქმედების დელაზრის იმაშია, რომ ის მშრალი სითბოთი მოქ-  
მედებს და ამიტომ შესაძლებელია ხდება სხეულზე უფრო მაღალი ტემპერატურ-  
ით ეიზოქსემიით, რადგან კანი მაღალი ტემპერატურის მშრალ სითბოს უფრო  
იტანს, ვიდრე სველს. გარდა ამისა, მშრალი სითბო სასიამოვნოა სხეულისათ-  
ვის; ამით აიხსნება ის მოვლენა, რომ ავადმყოფს შემცირების პერიოდში საბან-  
ში შეხვევა, სათბურების ჩაწყობა ფეხებში და სხვა მეტად ამშვიდებს და უსიამ-  
ოვნო შეგრძნებას უსუსტებს.

სათბურებს მიმართავენ: 1) მუცლის მიდამოში ტკივილის დროს, როდესაც  
ის გამოწვეულია კუჭის წყლულის გამწვავებით, ნაღვლის ბუშტის ანთებით  
ან ნაღვლის ბუშტის ქვებით, ნაწლავების ანთებით (ენტეროკოლიტი), 2) თირკ-  
მლის კენჭებით გამოწვეულ ტკივილის დროს (სათბურს დაადებენ წელზე),  
3) გულ-მკერდის დრუს ორგანოების, პლევრის და ფილტვების ზოგიერთი და-  
ავადების დროს, 4) ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ავადმყოფის შესათბობად,  
5) გულის მუშაობის სწრაფი დასუსტების — კოლაფსის დროს (გაცივებულ  
კიდურებზე) და კიდევ ზოგიერთ სხვა შემთხვევაში.)

სანამ ავადმყოფს სათბურს მიუტანენ, უნდა დაეცულოს იქნეს შემდეგი საეალ-  
დებულო წესები: 1) პარკი არ უნდა იყოს წყლით ძალიან ავსილი, რომ ავად-  
მყოფი არ შეაწუხოს თავისი სიძიმით, 2) წყალი არ უნდა იყოს გადამეტებით  
ცხელი, რომ პარკმა შეხებისთანავე კანი არ დაწვას, 3) პარკი გარედან არ უნდ-  
დასველდეს და თუ დასველდა, ის უთუოდ გულმოდგინედ უნდა გამშრალდეს  
და 4) ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ პარკიდან საცობის ან სხვა რომელიმე  
ნაჩრეტის გზით წყალი არ გამოდიოდეს, თუ ასეთი აღმოჩნდება, პარკი უთუ-  
ოდ უნდა შეიცვალოს.

რეზინის პარკი იქნება, თუ ლითონის სათბური, წესად უნდა იყოს შემოდე-  
ბული, რომ ის შიშველ ტანზე არ იქნეს დადებული, არამედ უთუოდ სუფთა  
ტილოში შეიხვეს და კანზე ისე დაედოს, რომ კანის დაწვა თავიდან იქნეს აცი-  
ლებული. კანის ის უბანი, სადაც ავადმყოფს სათბური ექნება დადებული, რამ-  
დენიმეჯერ უნდა გაისინჯოს, რომ დამწვრობა არ განვითარდეს.

ამ უკანასკნელის გაჩენა განსაკუთრებით მოსალოდნელია მაშინ, როდესაც  
ავადმყოფს რამე მიზნის გამო მგრძობელობა აქვს დაკარგული.

არა ერთი შემთხვევა ყოფილა, სადაც ავადმყოფს უყურადღებობის გამო, სათბურით მესამე ხარისხის სიღამწვერე განვითარებია და ძირითად დაავადებისაგან განკურნების შემდეგ რამდენიმე კვირა დამწვრობის გამო ლოგინად ყოფილა ჩავარდნილი. თუ სათბური გაცივდა, საჭიროა მისი შეცვლა. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში სათბურის დადების ადგილსა და ხანგრძლიობას ექიმი განსაზღვრავს.

ცხელნადები დღეს უკვე იშვიათად იხმარება, ისიც უფრო ოჯახში, ვიდრე სამკურნალო დაწესებულებებში. ცხელნადები სველი სითბოთი ზეგავლენის სახეს წარმოადგენს და მათ დასამზადებლად იხმარება: 1) თიხა, 2) ტორფი, 3) გვირილას ნახარში, 4) თივის ნახარში და სხვ. ერთ-ერთ ამ ნივთიერებას მოხარშავენ წყალზე ფაფის კონსისტენციამდე; მიღებულ ფაფას დააცხებენ ტილოს ნაჭერზე ან მოათავსებენ სპეციალურ ტილოს პარკში, მიაღებენ კანის სათანადო უბანს და ზევიდან გაუმტარი მასალით, მაგალითად, ფლანელის ნაჭერით დაფარავენ, ასეთნაირად დადებული „ცხელნადები“ სითბოს ინარჩუნებს დაახლოებით 2 საათს.

ცხელნადები იხმარება ყელის დაავადებისას, როდესაც იქ დაჩირქებაა, ლიმფური ჩირკვლების დაავადებისას, კანქვეშა ბაღურის დაჩირქებისას და სხვ. (კო მ პ რ ე ს ი არის მშრალი და სველი; ორივე სახის კომპრესის ხმარება მეტად გავრცელებულია.

მშრალი კომპრესი არის ჩვეულებრივი ნახვევი რამდენიმეჯერ გაკეცილი მარლიდან, რომელიც დამაგრებელია ბანდით; ასეთი სახის კომპრესის მიზანია დაიცვას კანზე არსებული დაზიანება გარეშე ზეგავლენისაგან ან ხელი შეუწყოს კრილობის გამოხატონის გამოწვევას.

როგორც სითბო-სიცივით მოქმედი კომპრესი, ჩვენთვის საინტერესოა სველი კომპრესის შემდეგი სახეები: სათბური კომპრესი, ცხელი და ცივი კომპრესი/ს ა თ ბ უ რ ი კ ო მ პ რ ე ს ი ო რგვარად კეთდება და მათ შორის მთავარად განსხვავება ის არის, რომ ერთ შემთხვევაში სითბოს გაუმტარ შრეს — მუშამბას, ცვილიან ქალაღს ხმარობენ, მეორეში კი ეს შრე არ არის. ამ უკანასკნელს ეწოდება პ რ ი ს ნ ი ც ი ს კ ო მ პ რ ე ს ი.

სათბური კომპრესი, მეტადრე პირველად სახისა, კანის იმ უბანზე, რომელზედაც ის დადებულია, იწვევს იქ გაჩენილი ორთქლისა და სითბოს გარემო ატმოსფეროში გაცივების შეზღუდვას, რის გამო კომპრესის მუშამბის და კანს შორის ტემპერატურა უფრო მაღალი ხდება, ვიდრე სხეულსა და ტანსაცმელს შორის. სითბოს ასეთი დაგროვების გამო, კომპრესიით დაფარულ კანის უბანში ვითარდება ჰიპერემია, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის გაცბოველება, რაც მართო კანით არ განისაზღვრება და ღრმად მდებარე ორგანოებზედაც ვრცელდება.

ასეთი მოვლენების გამო ანთებითი ცვლილებები ნელდება, ცხრება, კუნთების სპაზმის შესუსტების გამო ტკივილები ყუჩდება, დაჩირქებითი პროცესები მალე შემოსაზღვრება და სხვ. ამიტომ არის, რომ სათბურ კომპრესს ხშირად მწვავე და ქრონიკული ანთებითი პროცესების დროს ხმარობენ.

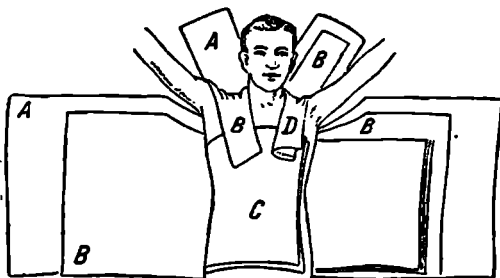
სათბური კომპრესის გაკეთებიდან თავი უნდა შევიკავოთ, თუ კანის იმ უბანზე, სადაც კომპრესის გაკეთებაა განზრახული, რაიმე ცვლილებებია, მაგალითად, კრილობა, ნაკწირი, ნაოფლარი, კანის გაღიზიანება, ანთება (დერმატიტი) და სხვ.

სათბური კომპრესის წესიერი დადება ცოდნასა და გამოცდილებას მოითხოვს. იმავე დროს, თუ კომპრესი უწყისოდაა დადებული, შეიძლება ამას ავად-



მყოფისათვის არასასურველი შედეგები მოჰყვება: გარდა იმისა, რომ ის დასახულ მიზანს ვერ მიაღწევს, ავადმყოფს შეიძლება შეამცივნოს და სხვ.

სათბური კომპრესის გასაკეთებლად საჭიროა: 1) სუფთა ტილოს ნაჭერი, იმ ზომის, რაც კანის იმ უბანს შეეფერება, სადაც კომპრესი უნდა დაედოს, 2) წყლის გაუმტარი მასალა (მუშამბა, გაცივებული ქალაღი), 3) ფლანელის ნაჭერი ან რუხი ბამბა და 4) ბანდი (სურ. 64).



სურ. 64. კომპრესის გაკეთება.

A — ბამბის შრე; B — მუშამბა; C — სველი ტილო.

მიღებულია წესად, რომ თითოეული შრე, რომელიც კანიდან დაწყებული გარეთ არის დალაგებული, 1—2 სანტიმეტრით უფრო დიდი უნდა იყოს ყოველ მხარეზე წინამდებარე შრესთან შედარებით. ასე, მაგალითად, მუშამბა უფრო დიდი უნდა იყოს კანზე დაფარებულ ტილოზე, ბამბა ან ფლანელი მუშამბაზე დიდი და ასე. ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კომპრესის ქვეშ დაგროვილი სითბოს შესანარჩუნებლად.

სათბური კომპრესის დადება შემდგენაირად ხდება: ტილოს ნაჭერს დაასველებენ ოთახის ტემპერატურის ან ცხელ წყალში, არაყში, წყალნარევე სპირტში გაწურავენ და მოხერხებულად დაადებენ კანზე, მას ზევიდან დააფარებენ მუშამბას ან ცვილიან ქალაღს, ისე, რომ ტილო კარგად დაიფაროს. დასასრულს ბამბას ან ფლანელს შემოადებენ და ბანდით დაამაგრებენ. კარგად დადებულ კომპრესში ავადმყოფს არ უნდა ციოდეს. თუ მას შეცივდა, ეს იმის მაჩვენებელი იქნება, რომ კომპრესი კარგად დადებული არ არის და აორთქლება სწრაფად ხდება. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა კომპრესის შესწორება.

კომპრესი ხშირად შეიცვლის ადგილს, ჩამოიწვეს ან დაიშლება; ამის თავიდან ასაცილებლად სხვადასხვანაირად იქცევიან: გულ-მკერდზე დადებული კომპრესის ბანდს მხრებზე გაატარებენ. სხეულზე ჩასაცემელ დაბამბულ ლიფს შეკერავენ, რომელიც კომპრესის თბილ შრის მაგიერობას ასრულებს: მუცელზე დასადებ კომპრესისათვის ხმარობენ სპეციალურად შეკერილ მუცელზე დასაფენს, რომელზედაც მიამაგრებენ სველ ტილოს.

ამ საშუალებით კომპრესი ადგილიდან არ იძვრის. ავადმყოფი უნდა ეცადოს საწოლში წყნარად იწვეს.

სათბურ კომპრესს ტოვებენ 10—12 საათის განმავლობაში და შემდეგ ისევ მოხსნიან. წესიერად დადებული კომპრესი ნელი აორთქლებრს გამო კიდევ თბილი და ნესტიანი უნდა იყოს. თუ კომპრესი შშრალია 12 საათის შემდეგ, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ კომპრესი არ იყო წესიერად დადებული. კომპრესის მოხსნას შემდეგ კანის დაღობის (მაკროაციის) თავიდან ასაცილებლად, კანს გაა-

მშრალეზენ მშრალი ტილოთი, დაზელენ წყალნარევი სპირტი ან ოდეკოლონი და ერთ საათს დასვენებენ. ამის შემდეგ შეიძლება კომპრესი ხელახლა გაკეთდეს. სათბურ კომპრესის დღეში ორჯერ ცვლიან: დილით და საღამოთი.

თუ კანი გაღიზიანდა — გაჩნდა სიწითლე ან გამონაყარი, კომპრესის გაკეთება დროებით უნდა შეეწყვიტოს და კანს ტალკი მივაფარქვიოთ ან ბორის მალამო წაუვსვათ.

ცხელი კომპრესი იხმარება იმ მიზნით, რომ მიაღწიონ სხეულის ამა თუ იმ ადგილის სწრაფად გაცხელებას. ისე, როგორც სითბოს ხმარების სხვა პროცედურებშიცხელი კომპრესიცი იწვევს ჰიპერემიას და სისხლის მიზიდვას კანისაკენ ღრმად მღებარე ორგანოებიდან, ალაგზნებს გულის მუშაობას რეფლექტორულად, ასუსტებს ტკივილებს. ამიტომაც ცხელ კომპრესებს ხშირად მიმართავენ: 1) თავის ტკივილის დროს, როდესაც ის სისხლნაკლებობით არის გამოწვეული, 2) მუცელში ტკივილის დროს, როდესაც ის გამოწვეულია ნაღვლის ბუშტის, თირკმლის და ნაწლავების სხვადასხვა დაავადებით, 3) შარდის შეკავების დროს შარდის ბუშტის სტინქტურის სპაზმის გამო და სხვ.

იმისდამიხედვით, თუ სადაა ავადმყოფური მოვლენები, ცხელ კომპრესიაც იქ გაუკეთებენ ხოლმე; თავის ტკივილის დროს — თავზე; ნაღვლის ბუშტის და ნაწლავების დაავადებით გამოწვეული ტკივილის დროს — მუცელზე, შარდის შეკავების დროს — მუცლის ქვემო ნაწილზე ბოქვენის ზევით და სხვ.

ცხელი კომპრესის გასაკეთებლად ტილოს ნაჭერს დასველებენ 60—70° წყალში, სწრაფად გამოწურავენ, მიაფენენ სათანადო ადვილს და ზევიდან დაფარავენ ჭერ მუშაობით და შემდეგ შალით ან ფლანელით და დაიჭერენ 15—20 წუთის განმავლობაში.

ცივი კომპრესი პირიქით მოქმედებს, ე. ი. სისხლის ძარღვების შევიწროებას და ადგილობრივ ანემიის განვითარებას იწვევს. თუ ტკივილი გამოწვეულია იყო სისხლის მიწოლით, ის ცივი კომპრესის ზეგავლენით სუსტდება და ზოგჯერ გათვლის კიდევ. ცივი კომპრესები იხმარება: 1) თავის ტკივილის საწინააღმდეგოდ, როდესაც ის გამოწვეულია თავის ტვინისაკენ სისხლის მიწოლით, 2) თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევის შემთხვევაში (აპოლექსია), 3) მეტისმეტად აგზნების დროს ინფექციურ ავადმყოფობათა მიმდინარეობაში. ყველა ამ შემთხვევაში ცივი კომპრესი ავადმყოფს ეღება თავზე.

ამისათვის რამდენიმეჯერ გაკეცილ ტილოს ნაჭერს ასველებენ ყინულიან წყალში და ადებენ კანზე, რამდენიმე წუთის შემდეგ, როგორც კი ტილო გათბება, ის უნდა გამოიცვალოს.

ცივ კომპრესებს სხვანაირად სველნადებს უწოდებენ და აღნიშნულ დაავადებათა გარდა ხშირად ხმარობენ ტრამული დაზიანების, კანის ანთებისას და სხვ. ხშირად სველნადები კეთდება არა უბრალო ცივი წყლით, არამედ წამლეული ხსნარით, როგორცაა ბურკოვის სითხე, ბორის ხსნარი, არომატული ძმრის ხსნარი და სხვ.

ენიდან სველნადებს ის დიდი უარყოფითი მხარე აქვს, რომ საჭიროა ხშირად მისი ცვლა, ამისათვის უფრო მიზანშეწონილია ყინულის პარკის ხმარება. რადგან სათბურს და სველნადებს ხშირი ცვლა ესაჭიროება, მათი ტემპერატურის შეცვლის გამო, კარგად მოწყობილ საავადმყოფოებში სარგებლობენ ცივი ან ცხელი წყლის მუდმივი დინების აპარატებით. ასეთ აპარატში შეიძლება იყოს როგორც ცივი წყალი, მაშინ ის ყინულის პარკის როლს ასრულებს, ისე ცხელი, და მაშინ ის სათბურის მაგიერობას სწევს.

**წყლით მკურნალობა**



უბრალო წყლით მკურნალობას პ ი ღ რ ო თ ე რ ა პ ი ა ეწოდება, ხოლო ში-  
ნერალური წყლებით (მაგ., ნახშირმყავა ან გოგირდოვანი წყლის აბაზანები)  
— ბ ა ლ ნ ე ო თ ე რ ა პ ი ა. ავადმყოფთა მკურნალობაში პიღრო და ბალნეოთერა-  
პიას განსაკუთრებული ადგილი უკავია.

მედიცინაში იყო ხანა, როდესაც ყოველნაირ ავადმყოფობას თითქმის მხო-  
ლოდ წყლით მკურნალობდნენ. ამჟამად ასეთ გადაჭარბებას უკვე არა აქვს ადგი-  
ლი, თუმცა წყლის პროცედურებს ავადმყოფთა მკურნალობის საქმეში დღეს  
თვალსაჩინო ადგილი უკავია. და, მართლაც, ზოგ შემთხვევაში, უფრო ქრონიკუ-  
ლი დაავადებების დროს, არავითარი წამალი ისეთ კარგ შედეგებს არ გვაძლევს,  
როგორც წყლით მკურნალობა (მაგ., ქრონიკული რევმატიზმის დროს წყალტუ-  
ბოს წყლები).

აღამიანის სხეულზე წყლის მოქმედება დამოკიდებულია წყლის რამდენიმე  
თვისებაზე ან ფაქტორზე: 1) თერმულ, 2) ქიმიურ, 3) მექანიკურ და 4) რადიო-  
აქტიურ ფაქტორზე.

თ ე რ მ უ ლ ი ფ ა ქ ტ ო რ ი გ უ ლ ის ხ მ ო ბ ს წყლის მოქმედებას თავისი ტემპე-  
რატურით; ცივი წყალი იწვევს კანიდან სისხლის მიწოლას შინაგან ორგანოები-  
საკენ; მგრძნობიარე ნერვების დაბოლოების თერმული გაღიზიანების შედეგად  
ხდება სისხლის ძარღვების ხანმოკლე შევიწროების შემდეგ მათი გაგანიერება  
და ამრიგად სისხლის გადანაცვლება კვლავ კანისაკენ, რასაც მოჰყვება სითბოს  
გაძლიერებული ვაკემა გარემო ატმოსფეროში. ამით აიხსნება ცრილი აბაზანების  
სიცხის დამწვევი მოქმედება.

პირაქით, ცხელი წყალი იწვევს პერიფერიული სისხლის ძარღვების გაგანიე-  
რებას კანისაკენ სისხლის მიწოლით, რასაც თან სდევს ოფლის გაძლიერებული  
დენა.

ქ ი მ ი თ რ ი ფ ა ქ ტ ო რ ი. წყლის შემადგენლობაში შემავალი ქიმიური ნივთიერე-  
ბანი (აირები, ნახშირმყავა, გოგირდწყალბადი, მარილები—ქლორიანი ნატრიუმის  
და სხვ.) გამაღიზიანებლად მოქმედებენ კანზე, იწვევენ მის ჰიპერემიას, ამავე  
ფროს კანის და ფილტვის საშუალებით ნაწილობრივ ისრუტებიან სისხლში და  
ახდენენ გარკვეულ ზეგავლენას ავადმყოფის ორგანიზმზე.

მ ე ქ ა ნ ი კ უ რ ი ფ ა ქ ტ ო რ ი. წყლის მოქმედების მექანიკურ ფაქტორს მაშინ აქვს  
ადგილი, როდესაც აღამიანი ბანაობს მდინარის წყალში ან ზღვაში; წყლის ტალ-  
ღები ახდენს ტანზე ზეწოლას, რითაც იწვევს კანის გაღიზიანებას: მექანიკური  
მოქმედებით აიხსნება აგრეთვე სხვადასხვა შხაპების ზეგავლენა.

რ ა დ ი ა კ ტ ი უ რ ი ფ ა ქ ტ ო რ ი. ზოგიერთი წყალი რადიუმს შეიცავს, რომლი-  
თაც ის განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს

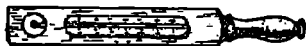
(მაგ., წყალტუბოს წყლები—რევმატიზმის დროს). ასეთი წყლების მოქმედებას ბუნება ჯერ კიდევ საბოლოოდ არ არის შესწავლილი.

ბიროთერაპია შეიცავს შემდეგ პროცედურებს: 1. აბაზანები, 2. სველი შეხვევები და 3. შაპები.

**აბაზანები.** ყოველ კეთილმოწყობილ საავადმყოფოში ცალკეა გამოყოფილი სააბაზანო ოთახები. სააბაზანო ოთახის კედლები მოყვნილი უნდა იყოს კაფელით ან შეღებილი ზეთის საღებავით, იატაკი უნდა იყოს ტინობის ან ასფალტირებული. აბაზანის გაკეთების წინ სააბაზანო ოთახის იატაკი, ისე როგორც თვით აბაზანა, საჭიროებს სათანადო დასუფთავებას. აბაზანა გულმოდგინედ ირეცხება მწვანე საპნით, სახეხით და თბილი წყლით. სააბაზანო ოთახის იატაკიც აგრეთვე უნდა იქნეს გარეცხილი. სააბაზანო ოთახს ათბობენ (ზამთრობით) 20°-მდე C-ით. ამის შემდეგ ამზადებენ აბაზანას—უშვებენ აბაზანაში ცივი და ცხელ წყალს საჭირო რაოდენობით. საერთო აბაზანისათვის წყლის რაოდენობა, ჩვეულებრივ, უდრის 20—30 ვედროს; რათა ოთახში არ დაგროვდეს წყლის ორთქლი, ნაჩვენებია ჯერ ცივი წყლის ჩაშვება და შემდეგ კი ცხელი წყლით მისი შესაყება.

აბაზანის ტემპერატურის შესახებ თითოეულ შემთხვევაში მითითებას ექიმი აძლევს. წყლის ტემპერატურას ზომავენ წყლის თერმომეტრით (სურ. 65).

აირიგად მომზადებულ სააბაზანო ოთახში შეჰყავთ ავადმყოფი. თუ მძიმე ავადმყოფი არაა, ის თავის ფეხით მიდის სააბაზანო ოთახში, მძიმე ავადმყოფს, ან არადა — მსუბუქს, რომელსაც სიარული არ შეუძლია, გაიყვანენ პალატიდან სათანადო ბორბლიანი სავარძლით. ასეთ ავადმყოფს, სავარძლიდან აბაზანაში



სურ. 65. თერმომეტრი წყლისათვის.

გადასვლის დროს, რომ მან თავს ძალა არ დაატანოს, ექთანი შემდეგნაირად ეხმარება: ზურგის მხრიდან მას ილიებში ამოსდებს ხელებს და ასე გაუადვილებს აბაზანაში ჩასვლას, ისე მისი მიღების შემდეგ, აბაზანიდან ამოსვლას. მძიმე ავადმყოფებს აბაზანასთან საკაცეთი მიიყვანენ ან, უმჯობესია, — თავისივე საწოლით. საწოლის გამოტანა პალატიდან უფრო ადვილია სპეციალურა საგორავებით.

საკაცეთი ან საწოლით სააბაზანო ოთახში მიყვანილი ნძიმე ავადმყოფი დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს და აბაზანაში მისი გადაყვანის ცოდნას. ამ დროს უნდა დავინზაროთ ორი მომეღლევი მანქ.

საწოლი დაიდგება უშუალოდ აბაზანის გვერდით. საწოლიდან აბაზანაში ავადმყოფს გადაყვანენ იმ ზეწრით, რომელზედაც წევს. ამისათვის ერთი მოკვლევი ჰეიდებს ხელს ზეწრის ყურებს ერთი მხრიდან, მეორე—მეორე მხრიდან, ერთდროულად აწევენ ავადმყოფს ზეწრით და ფრთხილად ჩაუშვებენ აბაზანაში.

აბაზანის მიღების შემდეგ ამავე ზეწრით ავადმყოფს ამოიყვანენ საწოლზე, რომელზედაც წინასწარ დაგებულია მუშაბაა, გადაფარებული ავადმყოფის გასამშრალელები ზეწრით; ავადმყოფს სწრაფად შეამშრალებენ, გამოაცლიან აველ ზეწარს და მუშაბაას, ჩააცმევენ საცვლებს და საბანგადახურულს გამოიყვანენ სააბაზანო ოთახიდან.

ტემპერატურის მიხედვით აბაზანები იყოფა: ცივი—25° C-ით და ქვევით; გრილი—25°—33°; ინდიფერენტული (განურჩეველი)—34°—35°; თბილი—36°—37,5°; ცხელი—38°—45°.

ინდიფერენტული აბაზანის დროს წყლის ტემპერატურა იგივეა, რაც ადამიანის კანის ტემპერატურა და მას იყენებენ არა სამკურნალო მიზნით, არამედ როგორც ჰიგიენურ აბაზანას.

ჰიგიენური აბაზანა უნდა მიიღოს ყველა ავადმყოფმა, რომელიც საავადმყოფოს ამბულატორიაში გასინჯვის შემდეგ გადარჩეულია სტაციონარში მოსათავსებლად, გარდა ზოგიერთი შემთხვევისა, როდესაც აბაზანა, თუნდაც ჰიგიენური, ექუნაჩვენებია, მაგალითად: 1) სისხლის ღენის ყველა შემთხვევა, 2) ჭრილობები, 3) ავადმყოფის უგრძნობი მდგომარეობა, 4) გულის მძიმე ავადმყოფობა, 5) მოტეხილობა, 6) კანის ზოგიერთი ავადმყოფობა და 7) საერთო მძიმე მდგომარეობა.

ექთანნი უნდა იცნობდეს ჩამოთვლილ უკუჩვენებებს, რომ ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფს აბაზანა არ გაუკეთოს და მას მდგომარეობა არ გაუართულოს.

ჰ ი გ ე ნ უ რ ი ა ბ ა ზ ა ნ ი ს ტ ე მ ე რ ა ჩ ე ა ჩვეულებრივია, იმ განსხვავებით, რომ ამ შემთხვევაში მიემართათ ავადმყოფის ტანის გაბანას საპნით ან ღორღებით. ცივი და გრილი აბაზანების ხმარება ნაჩვენებია ხანგრძლივი მალალი სიცხის დროს, სიცხის დაწყების მიზნით (მაგ., მუცლის ან პარატაბტიანი ტიფის დროს). თუ ავადმყოფი სუსტია, სჯობს ჩავსვათ ინდიფერენტული ტემპერატურის აბაზანაში ( $34^{\circ}\text{C}$ -ით) და შემდეგ ცივი წყლის თანდათანობით მიმატებით გავაციოთ— $30^{\circ}$ — $31^{\circ}$ -მდე. აბაზანა გრძელდება ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით 5—15 წუთი.

ასეთი აბაზანის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფის ტემპერატურა, ჩვეულებრივ, იწევს ქვევით, ზოგჯერ  $2$ — $3^{\circ}$ -ითაც. ამასთანავე სუნთქვა ღრმადდება, მაჯახდება უფრო სავსე და იშვიათი, ცნობიერება კი ნათელი, უმჯობესდება ნივთიერებათა ცვლა და შარდის გამოყოფაც. ხანდახან გვიხდება აბაზანის დანიშნულ დღეში 2-ჯერ.

ნერვული სისტემის დასამშვიდებლად, თუ ავადმყოფი აგზნებულ მდგომარეობაში იმყოფება, ნაჩვენებია თბილი აბაზანები წყლის შემდგომი გაცივებით ან ცივი შხაპის ხმარებით.

თბილი და ცხელი აბაზანები ნაჩვენებია თირკმლების ანთების, სახსრების რევმატიზმისა და ღვიძლის ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს, აგრეთვე თირკმლის და ნაღვლის ბუშტის კენჭებით გამოწვეული ტკივილების დროსაც. თირკმლის ანთების შემთხვევაში ცხელი აბაზანის გაკეთება დასაშვებია მხოლოდ მაშინ, თუ ავადმყოფს შარდში სისხლი არა აქვს ღიდი რაოდენობით.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ცხელი აბაზანა თირკმლით ავადმყოფისათვის შარდის რაოდენობის საგრძნობი შემცირების ან მისი უქონლობის დროს (ანურია—შარდის უქონლობა). ასეთ შემთხვევაში აბაზანის მიზანია გამოიწვიოს ძლიერი ოფლიანობა, ამას კი ვაღწევთ აბაზანის გაკეთების შემდეგ საბნებში ავადმყოფის გახვევით და აგრეთვე საბნის ქვეშ სათბურების ამოღებით.

თბილი და ცხელი აბაზანა კეთდება უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე გრილი და ცივი—10 წუთიდან 30 წუთამდე. ცხელი აბაზანის გაკეთების დროს ავადმყოფს თავზე ვადებთ ცივ წყალში დასველებულ ტილოს ან ვავლებთ ცივ წყალს. თუ ავადმყოფი ცხელ წყალს ვერ იტანს, შეიძლება ის თბილ წყალში ჩავსვათ და შემდეგ მივუმატოთ ცხელი წყალი  $38^{\circ}$ — $39^{\circ}$ -მდე.

ზოგჯერ წყლის უბრალო აბაზანას, საჭიროების მიხედვით, უმატებენ მარილს, მლოგეს, არომატულ ბალახებს, ეთერის ზეთებს, ქატოს და სხვ. ჩამოთვლილ ნაერთებს შორის ყველაზე უფრო ხშირად გვიხდება მარილიანი ან მლოგეინი აბაზანის გაკეთება.

მარილიან აბაზანას მიემართავთ ტუბერკულოზის ნიადაგზე ჯირკვლების ქრონიკული ანთების, ქრონიკული რევმატიზული დაავადების, რაქიტის, ათაშან-გის დროს. ინმარტა ჩვეულებრივი საქმელი მარილი, ქვა-მარილის სახით. საერთო აბაზანაზე საშუალოდ 5 კილოგრამი მარილია საჭირო. მარილი წინასწარ უნდა გაიხსნას წყალში და შემდეგ შეერიოს აბაზანის წყალთან. მარილიანი აბაზანები, ჩვეულებრივ, ცხელ აბაზანებს წარმოადგენს  $38^{\circ}$ — $40^{\circ}$  C-ით  $15$ — $30$  წუთამდე ხანგრძლივით.

მლოგვიანი აბაზანა იმპარება უმთავრესად ბავშვთა ფილტვების ანთების დროს. მლოგვის ფქვილიდან ახლად მოშაღებულ ფაფას, დაახლოებით ერთი ჩაის კოვჩს რაოდენობით, ვხსნი აბაზანაში ათ ლიტრ წყალზე.

საჭიროა აბაზანის გადახურვა საბნით, რომ მლოგვის მქროლავმა-უფეროვანმა ზეთებმა აორთქლების დროს არ გამოიწვიოს ავადმყოფის ლორწოვანი გარსების (თვალების და სასუნთქი გზების) გაღიზიანება.

მლოგვიანი აბაზანა საშუალოდ გრძელდება  $10$ — $20$  წუთს, მაგრამ თუ მან გამოიწვია კანის გაღიზიანება (მისი გაწითლება) ნაჩვენებ დროზე უფრო ადრე, საჭიროა აბაზანის შეწყვეტა.

აბაზანიდან ავადმყოფის ამოყვანის შემდეგ საჭიროა მას თბილი წყლით მოვბანოთ კანზე მიკრული მლოგვის ნაწილაკები.

ნახშირმჟავა აბაზანები მეტად დიდ ხმარებაშია საერთოდ და გულთ ავადმყოფთა მკურნალობის საქმეში განსაკუთრებით. ნახშირმჟავა მინერალური წყლით აბაზანის გაკეთებისას, ნახშირმჟავა მოქმედებს კანზე, ჰფარავს მას პაწაწა ბუშტუკებით, ეს უკანასკნელები აღიზიანებს კანს და იწვევს მის გაწითლებას. გარდა ამისა, ნახშირმჟავა აბაზანის მიღების დროს ავადმყოფი ჰარბაღ სუნთქავს იმ ნახშირმჟავას, რომელიც გამოიყოფა წყლიდან და სწორედ ამანა ნახშირმჟავა აბაზანის მთავარი თერაპიული ეფექტი. აღნიშნული აბაზანის მიღების დროს ავადმყოფის სისხლის წნევა აიწვევს, სუნთქვა ღრმავდება, მაქსიმუმ უფრო იშვიათი ხდება და, ამრიგად, გულის მუშაობა წესრიგდება.

უნდა აღინიშნოს, რომ გულის ყოველგვარი დაავადების დროს ნახშირმჟავა-აბაზანის დანიშნა არ შეიძლება. ისეთი დაავადებები, როგორცაა გულის მანკი, გულის კუნთის გადაგვარება დეკომპენსაციის ხანაში, ნახშირმჟავა აბაზანი მკურნალობისათვის უკუჩვენებას წარმოადგენს. არ შეიძლება ამ აბაზანების დანიშნა აგრეთვე მძიმე არტერიოსკლეროზის და სისხლის მალალი წნევის (ჰიპერტენზიის) შემთხვევებში.

ნახშირმჟავა აბაზანის ტემპერატურა არ უნდა აღემატებოდეს  $35^{\circ}$  C, აბაზანის ხანგრძლიობა კი  $5$ — $10$  წუთს, რის შემდეგ ავადმყოფი უნდა მოსვენებით იწვევს  $\frac{1}{2}$ — $1$  საათი.

ბუნებრივი ნახშირმჟავა წყლის აბაზანები კეთდება, ჩვეულებრივ, იმ კურორტებზე, სადაც ასეთი წყალი, მოიპოვება (მაგ., კისლოვოდსკი). ხელოვნური ნახშირმჟავა წყლის აბაზანები შეიძლება ყველგან გაკეთდეს; ამისათვის უბრალო წყალს ( $t = 33^{\circ}$ — $35^{\circ}$  C) გაედენთენ ნახშირმჟავათი, რომელიც ქარხნებში მზადდება და მოთავსებულია სპეციალურ თუქის ბლონებში.

ხელოვნური ნახშირმჟავა აბაზანების მოქმედება თითქმის ისეთივეა, როგორც ბუნებრივისა.

გოგირდიანი წყლის აბაზანები მოქმედებს ასეთ მინერალურ წყლებში შემავალი გოგირდწყალბადითა და გოგირდოვანი ტუტეებით, ზოგიერთ გოგირდოვან წყალში შედის აგრეთვე ქლორიანი და ნახშირმჟავა მარილები. გოგირდოვანი წყლის აბაზანების ტემპერატურა უნდა იყოს  $35$ — $36^{\circ}$ , აბაზანი

ხანგრძლიობა კი 15—30 წუთი, გოგირდოვანი წყლის აბაზანების ზეგაეღწეით უმჯობესდება ნივთიერებათა ცვლა.

გოგირდოვანი აბაზანები ენიშნებათ კანის სნეულებით დაავადებულებს. კარგად მოქმედებენ ისინი აგრეთვე ნიკრისისა და სახსრების ანთების (ართრიტი) დროს. გოგირდიანი წყლები არის იბილისში, პიატიგორსკში და სხვ.

აბაზანაში ავადმყოფის მოვლა. ექთანს მტკიცედ უნდა ახსოვდეს, რომ ავადმყოფის მართო დატოვება აბაზანაში დაუშვებელია, რადგანაც მას შეიძლება უეცრად გული წაუვიდეს, წყალში ჩაუტრდეს და დაიხრჩოს. მაშასადამე, მთელი ის დრო, ვიდრე ავადმყოფი აბაზანას იღებს ექთანს მას თავზე უნდა ადგეს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც აბაზანა უკეთდება მძიმე ავადმყოფს, საჭიროა მაჯაზე თვალყურის დევნება. ექიმის მიერ დანიშნული აბაზანის ხანგრძლიობას ვადა, თუ კი ავადმყოფის მდგომარეობას გაუარესება ემჩნევა, უნდა შემკირდეს.

ისეთ ნიშნებს, რომლებიც აბაზანის შეკვეცის საჭიროებას გვიკარნახებს, წარმოადგენს: მაჯის გახშირება და შესუსტება, გრძნობის დაკარგვა, ფერმკრთალობა, თავბრუს, ქოშინი. თუ ეს მოვლენები ვითარდება აბაზანის გაკეთების დროს, საჭიროა მისი მაშინვე შეწყვეტა.

იმის მიხედვით, თუ რამდენად ფარავს წყალი სხეულს, განხილული საერთო აბაზანის გარდა, არჩევენ კიდევ: ა) ს ა ჯ დ ო მ და ბ) ა დ გ ი ლ ო ბ რ ი ე აბაზანას.

საერთო აბაზანა გულისხმობს სხეულის წყალში ჩაშვებას კისრამდე. ს ა ჯ დ ო მ ი ა ბ ა ზ ა ნ ი ს გაკეთების დროს წყლით დაფარულია მხოლოდ ავადმყოფის მენჯი. საამისოდ იხმარება სპეციალური საფარძლისმაგვარი აბაზანა, რომელშიც ავადმყოფი უნდა ჩაჯდეს (სურ. 66). წყლით იფარება მენჯი, მუცლის ქვემო ნახევარი და ბარძაყების ზემო ნაწილები. გულმკერდი და ფეხები გაცივების თავიდან ასაცილებლად, უნდა დიფაროს საბნით.

საჯდომი აბაზანისათვის საჭიროა 1—2 ელდრო წყალი. ისე, როგორც საერთო აბაზანა, საჯდომი აბაზანაც წყლის ტემპერატურის მიხედვით შეიძლება სხვადასხვა იყოს. ცივი საჯდომი აბაზანები ნაჩვენებია ბუასილის, სქესობრივი უძლურების და შეკრულობის ზოგიერთი ფორმის დროს. ცხელი—ნაჩვენებია უმთავრესად ქალური ავადმყოფობის დროს. წყლის ტემპერატურა და აბაზანის ხანგრძლიობა თითოეულ შემთხვევაში განისაზღვრება ექიმის მიერ.

ა დ გ ი ლ ო ბ რ ი ე ა ბ ა ზ ა ნ ე ბ ი კეთდება კიდურებისათვის: თითოეუ, მაჯა, ტერფი ან კიდურს მთლიანად. თითებისათვის ადგილობრივი აბაზანა შეიძლება გავაკეთოთ უბრალო კიბაში, მაჯის ან ტერფისათვის—რაიმე ჭურჭელში, მაგალითად, ჭამში, ხოლო მთლიანად ზემო კიდურების აბაზანისათვის სპეციალური ჭურჭელი იხმარება. ის წარმოადგენს ლითონის ჭურჭელს, რომლის სახურავში გაკეთებულია 2 ნახვრეტი ხელების ჩასაყოფად. ასეთი ჭურჭელის უქონლობის დროს თამამად შეგვიძლია ვიხმაროთ თუნუგისმაგვარი ჭურჭელი. ქვემო კიდურების ადგილობრივი აბაზანისათვის კი სრულიად მოსახერხებელია ჩვეულებრივი ვედრო. უმრავლეს შემთხვევაში იხმარება ცხელი ადგილობრივი აბაზანები.



სურ. 66. საჯდომი აბაზანა.

ადგილობრივი აბაზანა კეთდება, როგორც: ა) ადგილობრივი სამკურნალო პროცედურა და ბ) საერთო სამკურნალო პროცედურა, რომლის მიზანია გან-

ტიროსის დაავადებული ორგანო სისხლიდან, მისი მიზიდვით აბაზანაში ჩაშვებულ კიდურისაკენ, მაგალითად, სასუნთქი ორგანოების დაავადების დროს (ბრონქული ასთმის შეტევისას).

როგორც ადგილობრივი სამკურნალო პროცედურა, ადგილობრივი აბაზანები ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევაში: კიდურის რევმატიზმული დაავადება (კუნთების და სახსრების რევმატიზმი), კანქვეშა ქსოვილის ჩირქოვანი ანთება (ფლეგმონა), ნერვების ანთება (ნევრიტა) და სხვ.

კიდურებში ანთებითი მოვლენების არსებობის დროს, ექიმის დანიშნულების მიხედვით, წყლის მაგიერ ხშირად სხვადასხვა წამლების ხსნარი, მაგალითად, მანგანუმეხვა კალოუმი იხმარება (Sol. Kalii hypermanganici 1/500), შაბი და სხვ.

## შ ე ხ ე ვ ე მ ი

როდესაც აბაზანის გაკეთება ტექნიკურად მოუხერხებელია, შეგვიძლია მის მაგიერ შეხვედები ვიხმაროთ.

შ ე ხ ე ვ ა არის ისეთი სამკურნალო პროცედურა, რომლის დროს ავადმყოფს ახვევენ ზეწრებში. არჩევენ მშრალ და სველ შეხვევას. სველი შეხვევა, თავის მხრივ, იმის მიხედვით, თუ რა ტემპერატურის წყალში იქნება დასველებული ზეწარი, იყოფა ცხელ და გრილ სველ შეხვევად. ცხელი სველი შეხვევა იხმარება იმავე შემთხვევებში, რომლებშიც ცხელი აბაზანები, მაგალითად, თირკმლების ანთების დროს. ასეთი შეხვევა იწვევს პერიფერიული სისხლძარღვების გაფართოებას, რასაც გაძლიერებული ოფლისდენა და მასთან ერთად თან სდევს მუხე ნივთიერების გამოყოფა.

გრილი სველი შეხვევების ჩვენებები სხვადასხვაა. ხანმოკლე ცივი შეხვევები იხმარება: მალალი სიცხის შემთხვევებში—სიცხის დაწვევის მიზნით, საერთო მოქანცულობის, დაძაბუნებული ნერვული სისტემის, სქესობრივი ნევროზების და ნივთიერებათა ცვლის მოშლილობის, მაგალითად, მომეტებული სიმსუქნის დროს. ხანგრძლივი ცივი შეხვევები კი ნერვული სისტემის აგზნების, ისტერიის და ნევრასთენიის, უძილობის დროს და სხვ.

შეხვევის ტექნიკა. ავადმყოფის საწოლის გვერდით უნდა დაიდგას მეორე საწოლი ან ტახტი, რომელზედაც ვაფშლით ერთ ან ორ შალის საბანს და ზევიდან დავაგებთ წყალში დასველებულ და კარგად გაწურულ ზეწარს. გაშიშვლებულ ავადმყოფს აწვენენ სველ ზეწარზე, რომელშიც ის უნდა გაიხვეს.

შეხვევა შემდეგნაირად წარმოებს: ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე ზემოთ აწეული ხელებით, მის სხეულს ზეწარით იმგვარად შეახვევენ, რომ ზეწარის ზემო ნაპირმა ავადმყოფის ილიის ფოსოები გაიაროს, რის შემდეგ ავადმყოფი ქვემოთ დასწევს ხელებს. ამის შემდეგ ზეწარის ზემო ყურს გადაატანენ ავადმყოფის ბეჭებზე და უკან კისერთან ამოსდებენ. ამავე დროს ზეწარს ჩაკეცივენ ავადმყოფის ფეხებს შორის და ზეწარის ქვემო ბოლოს ამოსდებენ ქუსლებს ქვეშ. ამრიგად ავადმყოფი ზეწარში ისე უნდა იქნეს გახვეული, რომ სხეულის შიშველი ნაწილები ერომანეთს არ ეხებოდეს, ხოლო ზეწარი კი კვიდროდ ეხებოდეს მთელ სხეულს. ამის შემდეგ ავადმყოფს შეახვევენ საბანში.

ცხელი შეხვევის დროს ზეწარს 40°C ტემპერატურის წყალში ასველებენ. თვით პროცედურა 1—3 საათს გრძელდება.

ცივი შეხვევის დროს იხმარება 20—25° C ტემპერატურის წყალი, ხოლო პროცედურა, ჩვენების მიხედვით, გრძელდება 10—15 წუთს (ხანმოკლე სველი შეხვევა), ან 1/2—1 საათს (ხანგრძლივი სველი შეხვევა). ხანგრძლივი შეხვევის დროს საჭირო ხდება ცივი წყალში დასველებული ზეწარების რამდენიმეჯერ შე-



ცვლა; ამისათვის, როდესაც ერთ საწოლზე შეხვევენ ავადმყოფს ზეწარში, მეორე საწოლზე ასევე ამზადებენ სველ ზეწარს—ავადმყოფის ხელმეორე შეხვევისათვის.

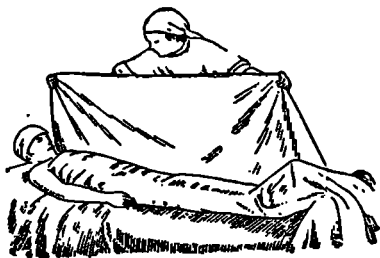
შეხვევის წინ, მეტადრე ცხელის—ავადმყოფს წინასწარ მოაშარდვინებენ, ხოლო თავზე სველ ტილოს დაადებენ. თუ შეხვევა მძიმე ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს, ექმანს ევალემა თვალყური ადევნოს ავადმყოფის ჰულსს; ვინაიდან მაჯის კონტროლით ეს შეუძლებელია (ავადმყოფს ხელები ზეწარში აქვს გახეული), ამიტომ ვსარგებლობთ საძილე არტერიით, კისრის გვერდით ზედაპირზე (სურ. 67—68).



სურ. 67. შეხვევა ზეწარში (პირველი ფაზა).

თუ ავადმყოფი ცუდად შეიქნა, შეხვევა მაშინვე უნდ შეწყდეს და ამის შესახებ ეცნობოს ექიმს. შეხვევის გათავებრს შემდეგ საჭიროა ავადმყოფი ჩქარა და გულმოდგინედ გამოშარდეს და საწოლში იქნეს ჩაწვენილი.

მშრალი შეხვევის მიზანს შეადგენს ოფლის გაძლიერებული დენის გამოწვევა. იგი უფრო ხშირად თირკმლების ანთების დროს იხმარება, შემდეგ რევმატიზმული დაავადების დროს, მწვავე ინფექციური დაავადების დასაწყისში



სურ. 68. შეხვევა ზეწარში (მეორე ფაზა).

(მაგ., გრიპი) და სხვ. მშრალი შეხვევის მოქმედება აიხსნება ორგანიზმის ზედმეტი გათბობით ხელოვნურად შექმნილი სითბოს გაცემის შემცირების გზით, რის გავლენითაც სხეულის ყველა პერიფერიული სისხლის ძარღვი ფართოვდება და მას, ჩვეულებრივ, ოფლის ძლიერი დენა მოჰყვება. მშრალი შეხვევის ტექნიკა ეგვივა, რაც სველისა, მხოლოდ ვხმარობთ მშრალ ზეწარებს: კარგია, თუ წინასწარ ავადმყოფის სხეულს დავზელთ არაყით, ოდნეკოლონით ან წყალნარევი სპირტით—სხეულის გათბობის დასაჩქარებლად. შემდეგ ამისა ავადმყოფს გახვევენ

ორ შორალ, წინასწარ შემთბარ ზეწარში და შემდეგ შემოახვევენ ერთ ან ორ შალის საბანს. საკეროა საბნებში სათბურების ჩატანება ფეხებთან, ბარძაყებთან ფერღებთან.

ამავე დროს მიზანშეწონილია ავადმყოფისათვის ცხელი ჩაის მიწოდება კონიათი, ღვინით; მას თავზე უნდა დაედოს ცივი კომპრესი. 15—20 წუთის შემდეგ ავადმყოფს ეწყება ოფლის დენა, მაგრამ შეხვევას აგრძელებენ 1—1½ საათს. მთელ ამ დროს ექთანს თავს უნდა ადგეს ავადმყოფს, თვალყურს ადევნებდეს მისი გულის მუშაობას; თუ ვინცინობა ავადმყოფი ცუდად გახდა, ის მოვალეა შეხვევა შეწყვიტოს.

შეხვევის დამთავრების შემდეგ საკეროა ავადმყოფის გამშრალება, ხოლო ოფლის და კანის ქონის მოსაშორებლად შეიძლება ავადმყოფი თბილი წყლით გაიბანოს ან დაიხლოს წყლნარევი სპირტით, ოდეკოლონიო ან არაყით.

დაზველა წარმოადგენს მეტად მარტივ და ადვილად შესასრულებელ პროცედურას, რომელიც გულისხმობს ავადმყოფის მთელი სხეულის ან ცალკე ნაწილების დაზველას წყალში, ან რაიმე ხსნარში დასველებული ტილოთი. დაზველა ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებას იწვევს, უმჯობესდება სისხლის მიმოქცევა, სუნთქვა და საერთოდ ავადმყოფი უფრო მხნედ გრძნობს თავს. დაზველის დროს კანის ფორები თავისუფლდება ქონიდან, რითაც უმჯობესდება კანის სუნთქვა, კანის ვაციების შედეგად რეფლექტორულად ხდება ნერვული ცენტრების აგზნება, მექანიკური გალიზიანების მეოხებით—ადგილობრივ კანის სისხლძარღვების გაფართოება, სისხლის უფრო ინტენსიური ნიმოქცევით.

დაზველა ფართოდ გავრცელებულ პროცედურას წარმოადგენს; ის შეიძლება გამოვიყენოთ ჰიგიენური, პროფილაქტიკური და სამკურნალო მიზნით. როგორც ჰიგიენური პროცედურა, სხეულის ყოველდღიური დაზველა კანის სუფთად შენახვას უწყობს ხელს.

პროფილაქტიკური თვალსაზრისით კი დაზველა წრმოადგენს სხეულის გასამაგრებელ ერთ-ერთ კარგ საშუალებას; იმ შემთხვევაში, როდესაც ადამიანი სწორად ცივდება და ავადმყოფობს ხოლმე, დაზველა იცავს კანს შესაძლებელი დაავადებისაგან, რასაც მნიშვნელობა აქვს ზოგიერთი პროფესიის პირობებისათვის.

როგორც სამკურნალო საშუალება, დაზველა ნაჩვენებია იმავე შემთხვევებში, რომლებშიც სველი შეხვევები (უძილობა, ნერვული სისტემის დაძაბუნება და სხვ.). წინააღმდეგნაჩვენებია დაზველა მხოლოდ ორ შემთხვევაში: კანის ძლიერი მგრძობელობისა (ჰიპერესთეზია) და კანის ავადმყოფობათა დროს.

დასაზველად იხმარება ოთახის ტემპერატურის წყალი, წმინდა ან წყალში განზავებული არაყი, ოდეკოლონი, ძმარა წყლით განზავებული და სხვ.

ერთ-ერთ აღნიშნულ ხსნარში დასველებულ და გაწურულ ტილოს ნაჭრით ან ბეწვიანი პირსახოცით, ან ღრუბელით ავადმყოფის მთელ სხეულს სწრაფად და გარკვეული ძალით უზელავენ. დაზველას იწყებენ კისრიდან, გადადიან ზემო კიდურებზე, შემდეგ გულ-მკერდზე, მუცელზე, ზურგზე და ამთავრებენ ქვემო კიდურებით. თუ საქმე მწოლარე ავადმყოფთან გვაქვს, დაზველა უნდა გაკეთდეს საწოლში ნაწილ-ნაწილად, დაზელილ ადგილზე საბნის გადახურვით.

გ ა დ ა ვ ლ ე ბ ა, ისე როგორც დაზველა, შეიძლება იყოს ნახშირი ჰიგიენური, პროფილაქტიკური და სამკურნალო მიზნით. ადამიანის სხეულზე წყლის მოქმედების მექანიზმი გადავლების დროს იგივეა, რაც დაზველისას. გადავლება შეიძლება იყოს მთელი სხეული ან ადგილობრივი—სხეულის რომელიმე ნაწილის.

იმის მიხედვით, თუ რა მიზნით იხმარება გადავლება და როგორ ეგუება ადამიანი ამა თუ იმ ტემპერატურის წყალს, მიმართავენ გადავლებას სხვადასხვა ტემპერატურის წყალს: ჰიგიენური მიზნით ინდიფერენტული ტემპერატურის წყლით, პროფილაქტიკური მიზნით—თანდათანობით გაცივებული წყალი (37°-დან დაწყებული 20—15°-მდე C-ით), სამკურნალო მიზნით გადავლებისათვის კი თითოეულ შემთხვევაში წყლის ტემპერატურას ნიშნავს ექიმი.

გ ა დ ა ვ ლ ე ბ ი ს ტ ე ქ ნ ი კ ა მარტივია; მისთვის შეგვიძლია გამოვიყენოთ წყალსადენის ონკანი, მასზე მიმაგრებული რეზინის მილით. შეიძლება ჩვეულებრივი წყალსარწყავით სარგებლობაც; ამ დროს ავადმყოფი ზის განიერ ტაშტზე, ხოლო წყალს ან ზემოდან ავლებენ მთელ სხეულზე ან გვერდიდან სხეულის რომელიმე ნაწილზე. გადავლება შეიძლება მწოლარე ავადმყოფსაც გაუკეთდეს; ასეთ შემთხვევებში გადმოწვევენ საწოლიდან ავადმყოფის თავს ან კიდურს, საწოლზე მიათარებენ მუშაბზას, ხოლო ქვეშ დაუდგამენ ტაშტს. თუ საჭიროა მუცლის (მაგ., შეკრულობის დროს) ან ზურგის გადავლება (ნერვული სისტემის აგზნების დროს), ავადმყოფს ათავსებენ აბაზანაში და ახდენენ საჭირო ადგილას გადავლებას. გადავლება უნდა სდებოდეს უმთავრესად დილის საათებში, საკმაოდ თბილ ოთახში; ის გრძელდება 1—2 წუთს, კანის გაწითლებამდე. უფრო ხშირად გადავლებას მიმართავენ როგორც დასასრულ პროცედურას აბაზანების შემდეგ (მაგ., ტალახის აბაზანების შემდეგ).

შ ხ ა პ ი ეწოდება ადამიანის სხეულზე მანძილიდან წყლის მიშვებას გარკვეული წნევით. შხაპი არსებითად წყლის გადავლებას წარმოადგენს იმ განსხვავებით, რომ წყალს ვასხამთ მეტი მანძილიდან და უფრო ძლიერი ზეწოლით. შხაპის მოქმედება ადამიანის სხეულზე უმთავრესად მექანიკურ გაღიზიანებაზეა დამყარებული.

შხაპი შეიძლება იყოს ერთი მთლიანი ნაკადის ან წვრილი (წვიმის მაგვარად) ნაკადის სახით. იმის მიხედვით, თუ როგორ კეთდება შხაპი, არჩევენ ზ ე ე ი დ ა ნ ქ ვ ე ვ ი თ მიმართულს, ქ ვ ე ვ ი დ ა ნ ზ ე ე ვ ი თ, გ ე ე რ დ ი თ ს და ი რ გ ე ლ ი ვ ს. მეორე იხმარება უმთავრესად მენჯის ორგანოების დაავადების და ბუჟასილის დროს. შხაპი იხმარება როგორც ჰიგიენური, ისე სამკურნალო მიზნით, უმთავრესად ნერვული მოვლენების დროს. შხაპის ხმარება წინააღმდეგნაჩვენებია ფილტვის ტუბერკულოზის, გულის და სისხლძარღვების მძიმე დაავადების დროს.

შხაპის გაკეთება, განსაკუთრებით ცივისა, უმჯობესია დილის საათებში, საღ-ზმიდან ერთი საათის შემდეგ. წყლის ტემპერატურა, ექიმის დანიშნულების მიხედვით, შეიძლება იყოს +40°-დან 10°-მდე C-ით, პროცედურა გრძელდება სხვადასხვა ხნის განმავლობაში. ჰიგიენური შხაპი (30°-დან 38°-მდე) 5—15 წუთს, ცივი შხაპი კი არ უნდა ვაგრძელებდეს 3—5 წუთზე მეტს.

ის შხაპი, რომელიც მაღალი წნევით კეთდება, არ გრძელდება 1/2—1 წუთზე მეტად. ჰიგიენური შხაპი შეიძლება გაკეთდეს ყოველდღიურად, სამკურნალო შხაპი კი დღეგამოშვებით.

შხაპის გასაკეთებლად არსებობს მრავალნაირი მოწყობილობა, რომლითაც მდამრავებულია ფიზიო-თერაპიული კაბინეტები. საავადმყოფოს სააბაზანო ოთახებში და ხშირად კერძო ბინებშიც მოიპოვება წ ვ ე მ ი ს ე ბ უ რ ი შხაპის მოწყობილობა. ოთახი, სადაც ჩანმრთელი ან ავადმყოფი იღებს შხაპს, საკმარისად უნდა იყოს გამთბარი.

წ ვ ე მ ი ს ე ბ უ რ ი

წ ვ ე მ ი ს ე ბ უ რ ი

**ავადმყოფის მოვლა მწვავე გადამდები დაავადების დროს**

მწვავე გადამდები სნეულებით შეპყრობილი ავადმყოფის მოვლა მეტისმეტად ძნელი და საპასუხისმგებლო საქმეა. ამ დროს მომვლელ პერსონალს უხდება მოვლის საქმეში გამოიყენოს თითქმის ყველა ის ღონისძიება, რომლებიც ზევით იყო განხილული და, გარდა ამისა, დაიცვას მრავალი სავალდებულო წესი, რომლებიც, ჯერ ერთი, ხელს შეუწყობს ავადმყოფის გაჯანსაღების საქმეს, მეორე მხრივ, დაიცავს თვით მომვლელს გადამდები დაავადებისაგან და ბოლოს შეამცირებს ან სრულად მოსპობს მოსახლეობაში ავადმყოფობის გადატანისა და გავრცელების შესაძლებლობას.

ცხადია, ასეთი ავადმყოფის მომვლელი საკმარისად მცოდნე, გამოცდილი, საქმის მოყვარული უნდა იყოს, რომელსაც, გარდა ამისა, კაცთმოყვარეობის, თავგანწირვის და სიფაქიზის თვისებები უნდა გააჩნდეს.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ საერთოდ ყველა ავადმყოფის, მით უმეტეს კი მძიმე გადამდები სნეულებით შეპყრობილი ავადმყოფის საწოლთან ყველა მომვლელი როდი იჩენს საკმარის უნარიანობას. ამისათვის ჩვენ უნდა აღვზარდოთ მცოდნე, გამოცდილი, მძიმე მოვალეობის სრული შეგნებით აღსავსე პირები, რომელთაც შეიძლება მიენდოს ასეთი ავადმყოფის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე.

გადამდებ ანუ ინფექციურ სნეულებებს იწვევს პაწია, თვალით უჩინარი არსებები—მიკრობები, რომლებიც შეიჭრებიან ორგანიზმში სხვადასხვა გზით, როგორცაა პირის ღრუ, სასუნთქი გზები, კანი და ფწვევენ მის მოშხამვას (ინტოქსიკაცია) მათ მიერ გამოყოფილი შხამებით (ტოქსინებით).

სხეულში მოხვედრის შემდეგ მიკრობები საშინელი სისწრაფით მრავლდებიან და ამა თუ იმ ორგანოს აზიანებენ, ამავე დროს ორგანიზმში საპასუხო რეაქციას იწვევენ, რაც გამოხატავს იმ ბრძოლას, რომელიც სხეულსა და მასში შეჭრილ მიკრობებს შორის წარმოებს.

ეს რეაქცია, ინფექციურ დაავადებათა უმეტეს შემთხვევაში, პირველ ყოვლისა გამოიხატება ტემპერატურის აწევით, თეთრი ბურთულების (ლეიკოციტების) რაოდენობის გადიდებით და სხვა მოვლენებით. ავადმყოფებს ხშირად ეწყებათ ბოღვა, ჰალუცინაციები, კარგავენ ცნობიერებას და უმწყო მდგომარეობაში ვარდებიან; მათი სხეული (სისხლი, ტვინი, ქსოვილები, გამონაყოფები) სავსეა ავადმყოფობის გამომწვევი მიკრობებით და ისინი დაავადების სხვადასხვა შემთხვევაში, სხვადასხვა გზით—განავლით, შარდით, ნახველით, ოფლით, ლორწოთი და სხვ. გარეთ გამოიყოფიან.

ამრიგად, გადამდები ავადმყოფობით შეპყრობილი ყოველი პირი საშიშროებას წარმოადგენს ინფექციის გადატანის თვალსაზრისით როგორც მომვლელთათვის, ისე ირგვლივ მყოფ ჯანმრთელი პირებისათვის.

გარდა ამისა, თვით ავადმყოფი, რომლის სხეული ხშირად უთანასწორო ბრძოლის შედეგად მეტად სუსტდება, წარმოადგენს საუკეთესო ნიადაგს სხვა გადამდები სნეულების გამომწვევე მიკრობთა დამკვიდრებისათვის და არაიშვიათია შემთხვევა, რომ, მაგალითად, მუცლის ტიფით ავადმყოფს დაერთვის ტუბერკულოზი და სხვ.

აღამიანი თავის სხეულში შეიძლება ატარებდეს რომელიმე ინფექციური სნეულების გამომწვევე მიკრობს, მაგრამ თვით იყოს ქანსაღად და სხვას კი გადასცეს ეს სნეულება და ეს უკანასკნელი დაავადოს. ეს პირები, ე. წ. ბ ა ც ი ლ მ ტ ა რ ე ბ ლ ე ბ ი ა ნ უ ბ ა ც ი ლ ო ს ნ ე ბ ი დ ი დ რ ო ლ ს თ ა მ ა შ ო ბ ე ნ ინ ფ ე კ ტ ი ა ს გ ა ვ რ ც ე ლ ე ბ ა შ ი.

ბევრი ინფექციური დაავადების ერთ-ერთ დამახასიათებელ თვისებას წარმოადგენს ის, რომ ავადმყოფობის ერთხელ გადატანის შემდეგ აღამიანი აღარ ავადდება იმავე ავადმყოფობით.

ეს იმით აიხსნება, რომ, როდესაც აღამიანი ავად არის, ავადმყოფობის გამომწვევი მიკრობების და მათი ტოქსინების საწინააღმდეგოდ სხეული იმუშავებს თავის უჯრედებში და სისხლში ანტი სხეულებს და ანტი ტოქსინებს, რომლებიც ინფექციას ებრძვიან.

თუკი ამ თავდაცვითი საშუალებებით ინფექციასთან ბრძოლაში ავადმყოფმა ასძლია ავადმყოფობას, ე. ი. განიკურნება, მის სხეულში მრავალი წლის განმავლობაში რჩება ანტი სხეულები, რაც შეუძლებლად ხდის ასეთივე ინფექციური სნეულებით მის შემდგომ ავად გახდომას.

ამ მოვლენას ჰქვია იმუნობეტი. ბაცილოსნები თვით ავად არ ხდებიან, რადგან ერთგვარი იმუნიტეტი აქვთ ავადმყოფობისაღმი, მაგრამ ამ შემთხვევაში ეს იმუნიტეტი არ არის ძლიერი და, თუ აღამიანი დასუსტდა, მაგალითად, რომელიმე სხვა ავადმყოფობით, ბევრი ფიზიკური ან გონებრივი მუშაობით, ცუდი კვებით ან ტანი გააცივა, ეს აქვეითებს მისი სხეულის წინააღმდეგობის უნარს და იგი შეიძლება ავად გახდეს იმ ავადმყოფობით, რომლის გამომწვევე მიკრობთა მტარებელიც თვით იყო.

აქედან ის დასკვნა უნდა გამოიტანოთ, რომ თითოეული ავადმყოფი მოვლის ისეთ პირობებში უნდა იყოს ჩაყენებული, რომ მას რაც შეიძლება მეტი ძალა შემატოს და მეტი ენერჯია შეუნარჩუნოს ინფექციასთან საბრძოლველად, რადგანაც დასუსტებულ ავადმყოფს შეიძლება სხვა ინფექციაც დაერთოს, რაც თავისთავად ცხადია, მდგომარეობას გაუართულებს.

როგორ უნდა მივალწიოთ ავადმყოფის ენერჯიის შენარჩუნებას? ამის განხორციელება შემდგენიარად უნდა ხდებოდეს—ავადმყოფი ავად გახდომის (სიცხის მიცემის) პირველ დღიდანვე უნდა ჩააწვინოს საწოლში. ხშირია შემთხვევები ზოგიერთი ინფექციური ავადმყოფობის, მაგალითად, მუცლის ტიფის დროს, როდესაც პირველ დღეებში, მიუხედავად ტემპერატურის აწევისა და საერთო უქეიფობისა, ავადმყოფები არ წვებიან, მუშაობენ კიდევ, რაკი მათ ჭერჭერობით შესწევთ საამისო ძალა; ასეთი საქციელი, რასაკვირველია, არ არის გონიერი, რადგანაც ავადმყოფი ხარჯავს იმ ენერჯიას, რომელიც ავადმყოფობის სრული განვითარების დროს ინფექციასთან ბრძოლაში მას შეიძლება შემოაკლდეს.

საწოლში ავადმყოფის დაწვენის შემდეგ უნდა შეიქმნას ისეთი პირობები, რომ ავადმყოფს არ დასჭირდეს ენერჯიის ხარჯვა, მაგალითად, საპირფარეოში სიარული, უნდა იქონიონ ქვესაღვამი ჭურჭელი; შეკვეცონ მნახველების რიცხვი. რადგან მათთან საუბარში ავადმყოფი აგრეთვე ენერჯიას ხარჯავს; აუკრძალონ გაზეთებისა და წიგნების კითხვა, შეუქმნან მშვიდი ძილის პირობები, საჭირო

დიეტის ფარგლებში მიაწოდონ როყიერი და კალორიებით მდიდარი საკმელი და დაიცვან მრავალი სხვა პირობა, რომელთა შესახებ ამ სახელმძღვანელოს სათანადო ადგილას იყო მოხსენებული.

ინფექციური სნეულებით დაავადებული ავადმყოფის მოვლის დროს ექთანს არც ერთი წუთით არ უნდა დაავიწყდეს, რომ ავადმყოფობა გადამდებია. ამავე დროს არც ერთი თავისი მოძრაობით მან არ უნდა აგრძნობინოს ავადმყოფს, რომ ერიდება მას.

თუ ავადმყოფმა მომვლელს შენიშნა, რომ ის შიშობს, ავადმყოფის თვალში ნღობას ვერ დაიმსახურებს.

ამრიგად, მომვლელს, იქნება ის ექიმი, ექთანი თუ მომვლელი ქალი, მუდამ უნდა ახსოვდეს, რომ ყოველი გადამდები სნეულებით ავადმყოფის მოვლის დროს, გარდა საერთო მოვლითი და მკურნალობითი ღონისძიებისა, უსათუოდ საჭიროა:

1. დაიცვან ავადმყოფი, რომ მას არ დაერთოს კიდევ სხვა გადამდები ავადმყოფობა;

2. დაიცვან თავი გადამდები ავადმყოფობისაგან;

3. დაიცვან სხვა ავადმყოფები და მათთან მისული პირები ინფექციის შეყრისაგან და ამგვარად საშუალება არ მისცენ ავადმყოფობას მოსახლეობაში გაავრცელებს.

ამასთანავე საჭიროა იმის დახსომებაც, რომ ინფექციურ ავადმყოფობას შემდეგ ავადმყოფის ბინის, ტანსაცმელისა და თეთრეულის ღეზინფექცია სავეუბით როდი შევლის საქმეს: საჭიროა სიფრთხილის ზომები ავადმყოფობის დაწყებიდანვე, მისი მიმდინარეობის მთელი ხნის განმავლობაში და პირველ ხანებში განკურნების შემდეგაც.

აქ პირველ ადგილს იჭერს გამაფრთხილებელი ზომების მიღება, ე. ი. განსაკუთრებით პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი ე უ რ ი ღონისძიებანი, რაც საბჭოთა კავშირში მაღალ დონეზეა დაყენებული. წინასწარ წესიერად ხმარებულმა პროფილაქტიკურმა ზომებმა, შეიძლება მეორეხარისხოვან საქმედ გახადოს ავადმყოფობის შემდგომი ღეზინფექცია და, პირიქით, საჭიროა საღეზინფექციო ზომებისადმი დაუდევარ მოპყრობას შეუძლია ექიმი გადააქციოს ინფექციის გავრცელების წყაროდ—სრულიად სამართლიანად ამბობს ერთ-ერთი მეცნიერი.

გამაფრთხილებელ ზომებისადმი დაუდევარი მოპყრობით აიხსნება სწორედ ის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფის მომვლელი პირები გაუზნდარიან დაავადების მსხვერპლი ან დაავადების გავრცელების მიზეზი.

საჭიროა პირადი სისუფთავე, ბინის სისუფთავე და დაავადების გავრცელებისათვის ხელისშემწყობი სოციალური ფაქტორების აღმოფხვრა ინფექციურ დაავადებათა შესამცირებლად და მოსასაბოად.

გადამდებ ავადმყოფობით დაავადებულთა მოვლის საქმეში პირველი და აუცილებელი პირობა—ავადმყოფის გამოყოფა (იზოლაცია) ან ცალკე ოთახში, ან იმგვარივე ავადმყოფთა პალატაში, რომ თავი არ იჩინოს საავადმყოფოს განყოფილებაში მოთავსებულ ავადმყოფებში გადამდებმა სნეულებამ (საავადმყოფოს შიდაინფექცია). ასეთი ზომის მიღებით ავადმყოფი ჭერ ერთი, დაცული იქნება სხვა ინფექციის შეყრის შესაძლებლობიდან, მეორე მხრივ, სხვა ავადმყოფებსაც ასცილებდით ხიფათი. ცალკე უნდა მოთავსდნენ აგრეთვე ავადმყოფები ღიაგროზის გამორკვევამდე.

გარდა მომვლელი პირებისა, ავადმყოფთან არ უნდა იქნენ დაშვებული მნახელები. თუ განსაკუთრებულ შემთხვევაში ეს საჭიროა, მნახველმა უნდა ჩაი-

ცვას თეთრი ხალათი, ქუდი და საავადმყოფოს ფლოსტები. ბავშვების დაშვება ასეთ ავადმყოფებთან დაუშვებელია.

ოთახიდან გატანილ უნდა იქნეს ფარდები, ხალიჩები და ზედმეტი ავეჯი, საწოლი უნდა დაიდგას შუა ოთახში (თუ ეს შესაძლებელია).

იატაკის ნახვეტი უნდა დაიწვას, ხოლო დავის წინ საჭიროა იატაკზე სადენ-ზინფექციო ხსნარში დასველებული ნახერხი დაიყაროს ან იატაკი სულემის ხსნარით გაირეცხოს. სხვა ღონისძიებები ავადმყოფის ოთახში სისუფთავის დასაცვად—ვენტილაცია, გათბობა და სხვა, ისეთივე უნდა იყოს, როგორც ეს აღნიშნული იყო ზემოთ.

გადამდებ ავადმყოფთა მოვლის დროს მომვლელ პერსონალს თეთრი ხალათები უნდა ეცვას, რომლებიც ღილებით უკან უნდა იყვრებოდეს, ჰქონდეს დახურული საყელო, საკმარისად გრძელი იყოს, ჰქონდეს შემოკერილი და სამაჯურებიც მქონდროდ იყვრებოდეს; გარდა ამისა, საჭიროა, რომ მათ თავზე ეხურათ თეთრი ქუდი. ყოველგვარი ლაქა ამ სამოსელზე კარგად ემჩნევა და მათი დეზინფექციაც ადვილია.

ინფექციურ საავადმყოფოს შედგენის ნაწილი სამუშაოზე მისვლისას და სამუშაოდან წასვლის წინ ტარდება სანგამტარში. პირად ტანსაცმელს სტოვებს ინდივიდუალურ კარადაში და იცვამს სპეცტანსაცმელს.

მომვლელი პირები არასდროს არ უნდა ჰქონდნენ ავადმყოფის ოთახში, ხოლო ჰქონის წინ ან მუშაობის დამთავრების შემდეგ ხელბიძი საპნითა და წყლით დაიბანონ და ხელები დამატებით გაიწმინდონ სადეზინფექციო ხსნარით.

ხელები გულმოდგინედ უნდა იქნეს დაბანილი ჭერ თბილ წყლით, საპნითა და ჭაგრისით. შემდეგ ერთი-ორი წუთით სულემის ხსნარში (1/1000), ან ქლორამინის 0,5% ხსნარში იქნეს ჩაშვებული და ბოლოს ან სპირტით, ან იოდის სუსტი ხსნარით გაიწმინდოს. ხელების ასე გასუფთავება საჭიროა ყოველთვის, როდესაც კი მომვლელი პირი შეეხება ავადმყოფს და, მით უმეტეს, განაეღის ან შარდის კურუტელს, ჩისაფურთხებელს და სხვ.

ზოგიერთ ძალზე გადამდებ და საშიშ სნეულებით შეპყრობილ ავადმყოფთა მოვლის დროს, გარდა ამისა, საჭიროა მომვლელმა ჩაიცვას რეზინის ხელთათმანები და კალოშები და ზოგჯერ ნიღაბიც კი აიფაროს პირისახეზე (შავი ჰიროს დროს).

ისეთი ავადმყოფების მოვლის დროს, რომლებიც, მაგალითად, მუცლის ტიფით, დიზენტერიით, ქოლერით არიან დაავადებული, ე. ო. პირის ღრუდან შეჭრილი ინფექციით გამოწვეული სნეულებებით, მომვლელი, უმჯობესია, ავადმყოფის ოთახში არ შევიდეს უკმელო.

კარგი იქნება, თუ ის მომვლელი პირები, რომელთაც პატარა ბავშვები ჰყავთ და ისეთ ავადმყოფებს უვლიან, რომლებიც ავად არიან ყვავილით, ქუნთრუშით, ზუნაგით, ე. ო. ისეთი სნეულებით შეპყრობილთ, რომელიც მესამე პირის საშუალებითაც ვრცელდება, სახლში დაბრუნებამდე რამდენიმე ხანს გაატარებდნენ სუფთა პაერზე და შინ დაბრუნების უმაღლეს ტანსაცმელს გამოიცვლიდნენ.

ასეთი პირადი პროფილაქტიკის შემწეობით შესაძლებელია თავიდან იქნეს აცილებული გადამდებ სნეულებათა შეყრა და მათი გავრცელება.

გადამდებ ავადმყოფთა მოვლა კი ექთანს ავალებს გამაზვიდლოს თავისი ყურადღება და თვალყური ადევნოს ავადმყოფის ყველა ფუნქციას.

ვინიდან ასეთ ავადმყოფებს ხშირად ძალა არ შესწევთ; რომ თვითონ ჰქონ, ექთანს ევალება რეგულარულად აკამოს და ასვას მათ. მძიმე ავადმყოფისათვის საკვებზე დიდი რაოდენობით ერთბაშად მიწოდება სასურველი არ არის და საჭუ-

როა მისთვის დანიშნული საქმელი მიეცეს მას ხშირად, ყოველ 2—3 საათში, მცირე რაოდენობით, იმ წესით, რომელიც განხილული იყო სათანადო თავებში. ცნობიერების დაკარგვის შემთხვევაში მიმართავენ ხელოვნურ კვებას ზონდით ან ოყნით.

ავადმყოფის წესიერი კვება სავალდებულო პირობაა დაავადების კარგად გათავებისათვის და ამის გარეშე რაიმე მკურნალობაზე ფიქრიც კი არ შეიძლება.

მეორე სავალდებულო პირობა არის ავადმყოფის სუფთად შენახვა: პირის ღრუ, ცხვირის ღრუ, ავადმყოფის კანი, უკანა ტანი, გარეთა სასქესო ორგანოები ზედმიწევნით სუფთად უნდა ინახებოდეს.

საჭიროა პირის ღრუს გასუფთავება დღეში რამდენიმეჯერ, ცხვირის ღრუს გაწმენდა, კანის გაწმენდა, უკანა ტანისა და საშარდა ორგანოების სუფთად შენახვა ჩვენთვის უკვე წინა თავებიდან ცნობილი ყველა საშუალებით.

არასოდეს ისე ხშირად არ უჩნდებათ ავადმყოფებს ნაწოლები, როგორც ინფექციურ დაავადებათა დროს. ამას ხელს უწყობს ავადმყოფის სრულიად პასიური მდებარეობა, ქსოვილების კვების დაქვეითება და კანის ხშირი დასველება უნებლიე შარდვისა და დეფეკაციის გამო. ამიტომ საჭიროა საექვო ადგილებზე კანი ყოველდღიურად შემოწმდეს და სინთლის გაჩენის შემთხვევაში მიღებულ იქნეს პირველ თავში აღწერილი ყველა საჭირო ზომა.

ავადმყოფს ხშირად უნდა მიაწოდონ ქვესაღვამი ჭურჭელი, უნებლიედ შარდზე გასვლის ან დეფეკაციის შემდეგ კი გასვრილი ადგილები კარგად გასუფთავდეს და გამშრალდეს.

ექთანმა თვალყურს უნდა ადევნოს შარდზე ან განავალზე გასვლას და მათი შეკაების შემთხვევაში მიმართოს კათეტერიზაციასა და ოყნას.

ვინაიდან ინფექციურ დაავადებათა დიდი უმრავლესობა მალალი სიცხით მიმდინარეობს, საჭირო ხდება ყინულის პარკის ხმარება, რომელიც აგრეთვე თვალყურის დევნებას მოითხოვს, რომ ის არ ვარდებოდეს თავიდან, წყალს არ უშვებდეს, ყინულის საჭირო რაოდენობას შეიცავდეს და კანის წაყინვას არ იწვევდეს.

მეტად საჭიროა და ზოგჯერ აუცილებელიც ავადმყოფზე მუდმივი მეთვალყურეობა, რადგან ის ცნობიერების დახშვის გამო შეიძლება საწოლიდან გადმოვარდეს, ან ბოდვისა და ჰალუცინაციებას დროს საწოლიდან წამოხტომა და გაქცევა დააპიროს. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება ავადმყოფისათვის სპეციალური მომვლელის მიჩენა (ინდივიდუალური საგულშაგო), რომელიც გამუდმებით ავადმყოფთან უნდა იყოს, რა თქმა უნდა, მორიგეობით. ყოფილა შემთხვევა, როდესაც ასეთი ზომების მიუღებლობის გამო ავადმყოფი მალალი სართულიდანაც კი გადმოვარდნილა.

ყველა მოხსენებული მოვლითი ღონისძიების გარდა, ექთანს ყოველდღიურად უხდება მძიმე ავადმყოფებისათვის კანქვეშა ინექციების გაკეთება, ფიზიოლოგიური ხსნარის შესხაპუნება, კოტორშების და კომპრესების გაკეთება და სხვა; ე. ი. თითქმის არ არის ღონისძიება, რომლის გაკეთება საჭირო არ განდეს ავადმყოფის საწოლთან, რაც, რასაკვირველია, ექთანის მოვალეობას ამძიმებს.

მთავარი, რასაც ყურადღება უნდა მიექცეს ინფექციური სნეულებით დაავადებულთა მოვლის საქმეში, არის ამ ავადმყოფებიდან ჩანსად პირებზე ინფექციის გადატანის შესაძლებლობის აღკვეთა.

სხვადასხვა დაავადების შემთხვევაში გამაფრთხილებელი ზომები სხვადასხვაა იმის მიხედვით, თუ რა გზით ხდება მიკრობთა გამოყოფა დაავადებულს ორგანიზმიდან და მათი შეჭრა ჩანმრთელ სხეულში.



მიზანშეწონილი გამაფრთხილებელი ზომების მიღებას ექვანი მხოლოდ მაშინ შეძლებს, თუ მას ნათლად ექნება წარმოდგენილი ინფექციის გავრცელების გზები. მუცლის ტიფის, პარატიფების, დიზენტერიის და ქოლერის გამომწვევი ბაცილები მრავლად არის ამ სნეულებით შეპყრობილი ავადმყოფის გამონაყოფში (განავალში, შარდში, პირნასაქმში), უმთავრესად განავალში; თუ ვინიცობა ამ გამონაყოფით გაჭუჭყიანდა საკმელი ან ის სასმელ წყალში მოხვდა და ადამიანმა ასეთი საკმელი ან წყალი მიიღო, ის დაავადდება აღნიშნული ავადმყოფობით. ამის თავიდან ასაცლებლად საჭიროა გამონაყოფის დაუყოვნებლივ მოსაპოვა.

უნდა მოხდეს არა მარტო განავალის და შარდის დეზინფექცია, არამედ ყველაფერი იმის, რასაც კი შეიძლება მოხვდეს გამონაყოფი; ზეწობის, საცვლების, ქვესადგამი ჭურჭლის, ოყნის ბუნიკის, იატაკის, კარის სახელურების და სხვ. უკანა ტანის მიდამო სულების 1 : 1000 ხსნარით უნდა გაიწმინდოს.

მომვლელმა პერსონალმა ხელები კარგად უნდა დაიბანოს და სულემის ხსნარით ან სპირტით გაიწმინდოს. თუ ავადმყოფის ოთახში ბუხებია, ისინი დიდ საფრთხეს წარმოადგენენ ავადმყოფობის გადატანის მხრივ და მათთან გულმოდგინე ბრძოლა საჭირო იმ საშუალებებით, რომლებიც ქვევით იქნება მოხსენებული.

გაფრთხილება მართებთ ავადმყოფებს გამოკეთების ხანაში და ავადმყოფობის გადატანის პირველ კვირებში მაინც. მათ უნდა შეიგნონ, რომ ისინი დიდ ხიფათს წარმოადგენენ ირგვლივ მყოფ ჯანმრთელ პირთათვის, რადგანაც ისინი ავადმყოფობის შემდეგ კიდევ დიდხანს ატარებენ ბაცილებს და გამოყოფენ მათ.

ხუნავის ან დიდფორიის, გრიპის, ფილტვის შავი ქირის, წითელას, ქუნთრუშას, ყვავილის, ყბაყურას, ებოლემიური ნენინგიტის და ფილტვების ქლეპის გამომწვევი მიკრობები გამოიყოფიან სხეულიდან პირისა და ცხვირის ღრუდან. ამ დაავადებათა გამომწვევი მიკრობები მრავლად მოიპოვება ცხვირის და ყელის ლორწოში, ნახველში.

ამ ლორწოს და ნახველის დაუდევრად გაფანტვის დროს ცხვირის დაცემინებით და დახველებით, ავადმყოფობა ვრცელდება ან ე. წ. წვეთობრივი ინფექციის გზით ან ლორწო-ნახველის მოხვედრით იატაკზე და განზობის შემდეგ მიკრობების მტვერთან ერთად ჰაერში ვაფანტვით.

ცხადია, ასეთ შემთხვევებში გაფრთხილება სხვა ხასიათს ატარებს და დეზინფექცია და ავადმყოფობისაგან თავის დაცვა უფრო ძნელია. ამ საჭიროა ნახველის, ცხვირის ლორწოს, ჩასაფურთხებლების, ცხვირსახოკების და მთელი ბინის დეზინფექცია, რადგან ნიკრობებით, ჩვეულებრივ, ასეთ ბინებში ჰაერი უმდიდარია. დეზინფექციას მოითხოვს აკრეთე ის ჭურჭელიც, რომელსაც ავადმყოფი ხმარობს. მომვლელი პირები ხშირად უნდა იბანდნენ ხელ-პირს და ყელში სადეზინფექციო ხსნარებს ივლებდნენ, რომ მათი ინფიცირების შესაძლებლობა შემცირდეს.

არის დაავადებები, რომელთა გამომწვევი აგენტები იყოფებიან კანის ჭირკვლებისა და სხვა გამონაყოფში; ასეთებია ყვავილი (პუსტულების შიგთავსი და ჭერქი), წითელი ქარი (კანის და ჭრილობის გამონაყოფი), შრობიარობის შემდგომი ინფექციები (საშოს გამონაყოფი, ჩირქი, ლოხიები), შავი ქირი (ბუბონის, წყლულოვანი პუსტულების შიგთავსი) და სხვ.

ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ზედმიწევნით გულმოდგინე დეზინფექცია ყველაფრისა, რაც კი ავადმყოფთან შეხებაში მოდის. განსაკუთრებით შესახვევი მასალის, თეთრეულის, ტანსაცმელის, ქვეშაგების, ავადმყოფის ბინის. აქაც სა-

კირია ბუზების წინააღმდეგ ენერგიული ბრძოლა, ფანჯრებზე ბადეების მოწყობა; და ბუზების გაწყვეტა სხვადასხვა საწამლავეთ.

ისეთი დაავადებების შემთხვევებში, სადაც ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზი სისხლშია და ის მწერებით და ცხოველებით გადაიტანება, საჭიროა დაიცვან თავი მწერებისაგან და მოსპონ ისინი.

ასეთი დაავადებებია: პარტახტიანი ტიფი (გადაცემა ხდება ტანსაცმელის ტილით), შებრუნებითი ტიფი (თავისა და ტანის ტილი), მალარია (კოლო—ანოფელისის კბენით), შავი კირი (ვირთაგვების, რწყილის კბენით), ცოფი (ცოფიანის კბენით).

პარტახტიანი ტიფის შესახებ, მაგალითად, ამჟამად დამტკიცებულად ითვლება, რომ თუ პარტახტიანი ტიფით ავადმყოფს იმდენად სუფთად შეინახავენ, რომ მას არც ერთი ტილი არ ეყოლა, ის გადამდები არ გახდება; აქედან ის დასკვნა გამომდინარეობს, რომ ავადმყოფი სრულ სისუფთავეში უნდა იმყოფებოდეს; მაგალითად, ვიდრე საავადმყოფოში მიღებულ ავადმყოფს მოათავსებდნენ სტაციონარში, მას სრულიად უნდა გადაპარსონ თმა და ჰაგიენური აბაზანა გაუკეთონ; არავითარ შემთხვევაში ავადმყოფის მიღება სტაციონარში მისი საცვლებით, ლეიბით ან საბნით არ შეიძლება, რადგან მიღებული ზომებით შესაძლოა ავადმყოფი განათავისუფლონ ტილებისაგან, ხოლო მის თეთრეულს ან საბანს შეიძლება საავადმყოფოში შემოჰყვეს ტილი, რაც სრულიად საკმარისია ავადმყოფობის გავრცელებისათვის.

მაგრამ მომვლელს კარგად უნდა ჰქონდეს გათვალისწინებული, რომ არ კპარა ავადმყოფის და მისი საწოლის შესახებ სრულ სისუფთავეში. მომვლელი უბრები და ყველა, ვისაც ავადმყოფთან აქვს კავშირი, სრულიად თავისუფალი უნდა იყვნენ ტილებისაგან, წინააღმდეგ შემთხვევაში ტილი მომვლელისაგან გადავა ავადმყოფზე და შემდეგ უკან, პატრონთან დაბრუნებისას, გახდის მას ავად. ამ დაავადების დროს საჭირო ხდება გარდაღეზინფექციისა, მწერების მოსპობა — დეზინფექცია და ვირთაგვების მოსპობა — დერატინაცია.

გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლის საქმე უკანასკნელი ათეული წლების განმავლობაში გამდიდრდა ისეთი მძლავრი საშუალებებით, როგორცაა, დაცვაში ღონისძიებები სხვადასხვა სამკურნალო შრატებისა და ვაქცინების შეყვანის სახით ჯანმრთელ ორგანიზმში და ამ უკანასკნელში შეუქალობის, იმუნიტეტის გამომუშავებით.

იქ, სადაც ეს ღონისძიებანი საკმარისი არ არის და, პროფილაქტიკური ზომების მიუხედავად, ავადმყოფობამ იჩინა თავი, საჭიროა სხვადასხვა საშუალებით დეზინფექცია, დეზინსექცია და დერატინაცია იქნეს გატარებული.

## დეზინფექცია

დეზინფექცია ნიშნავს დაავადების გამომწვევ მიკრობთა მოსპობას.

დეზინფექციის ჩატარების დროს მხედვით არჩევენ პროფილაქტიკურ, მიმდინარე და დასკენით (საბოლოო) დეზინფექციას. საავადმყოფოებში ატარებენ ინფექციურ დაავადებათა გამაფრთხილებელ პროფილაქტიკურ დეზინფექციას. საავადმყოფოებში, სადაც იქ მოთავსებული ავადმყოფები იქნებიან წყარო — წარმოადგენენ ინფექციურ დაავადებათა გავრცელებისას, სისტემატურად ტარდება ე. წ. მიმდინარე დეზინფექცია. მიმდინარე დეზინფექცია, ობიექტურად ტარდება ავადმყოფის საწოლთან, ითვალისწინებს სხვადასხვა გამონა-

ყოფის (შარდი, ოფლი, ნახელი, ნერწყვი, განავალი, პირნასაქმი), ავადმყოფის მოსავლელი საგნებისა და მის ირგვლივ არსებული ინვენტარის გაუსწავლავებას.

საავადმყოფოებში, გარდა ამისა, ტარდება დასკვნითი დეზინფექცია, თუ თავი იჩინა საავადმყოფოსშიდა ინფექციამ ან თუ ადგილი ჰქონდა ინფექციური დაავადების გამოჩენის შემთხვევას, როდესაც ავადმყოფი გადაიგზავნა ინფექციური საავადმყოფოში.

არჩევენ სადეზინფექციო საშუალებებს— ფ ი ზ ი კ უ რ ს ა და ქ ი მ ი უ რ ს . ყველაზე უფრო ხელმისაწვდომ და ბუნებრივ სადეზინფექციო საშუალებას წარმოადგენს მზე. ნათქვამია— „იქ, სადაც მზე ხშირად შეიხედავს, ექიმი იშვიათი სტუმარია“—ო. ეს აიხსნება იმით, რომ მზის სხივები ზოცავს ბაქტერიებს, რომლებიც ადამიანზე და ტანსაცმელზე ბუდობს. მზის სხივები ხელს უშლის მიკრობების გამრავლებას და, გარდა ამისა, სპობს კიდევ მათ. ასე, მაგალითად, დამტკიცებულია, რომ ზოგიერთი მიკრობი მზის სხივების ზეგავლენით 10—15 წუთის განმავლობაში იხოცება. ამის გამო მზის სხივები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც ერთ-ერთი ადვილად ხელმისაწვდომი და უხვი სადეზინფექციო საშუალება.

ფ ი ზ ი კ უ რ ს ა დ ე ზ ი ნ ფ ე ქ ც ი ო საშუალებებს წარმოადგენენ: ც ე - ც ხ ლ ი , ც ხ ე ლ ი ჰ ა ე რ ი , მ დ უ ლ ა რ ე წ ყ ა ლ ი და ო რ თ ქ ლ ი . დაწვა ყველა იმ საგნებისა, რომლებიც ავადმყოფთან შეხებაში მოდის, საუკეთესო საშუალება იქნებოდა დაავადების გავრცელების თავიდან ასაცილებლად, რადგან ეს არის რადიკალური სადეზინფექციო საშუალება, მაგრამ, ვასაგები მიზეზების გამო, ეს შეუძლებელია და წვევენ მხოლოდ უბრალო იაფფასიან საგნებს, ბალახის ლეიბებს, ძველ საბნებს, ბავშვების სათამაშოებს და სხვ.

მეტად სასურველია, ისეთი დაავადებით გარდაცვლილთა გვამებიც, როგორც არის შავი ქირი, ქოთათა და კეთრი, კრემაციას (დაწვას) მიეცემოდეს.

ც ხ ე ლ ი ჰ ა ე რ ი ც საუკეთესო სადეზინფექციო საშუალებას წარმოადგენს ზოგიერთი საგნისათვის. ამისათვის სარგებლობენ სპეციალურად მოწყობილი ლითონის ყუთებით, რომელთაც ორმაგი კედლები აქვთ; კედლებში დატანებულია ასბესტის ქაღალდი, ყუთებს აქვს კარი და თაროები. ყუთში არსებული ტემპერატურის გასაგებად მასში ჩაყენებულია თერმომეტრი, რომელიც დიდ ტემპერატურას აჩვენებს—200° C-მდე. აპარატი თბება ვაზით ან ელდენით. საგნებს, რომლებიც დეზინფექციას საჭიროებს, აპარატის თაროებზე აწყობენ, კარს დახურავენ და ტემპერატურას აიყვანენ 160° C-მდე. დეზინფექცია გრძელდება 1/2—3/4-საათამდე. ცხელი ჰაერით დეზინფექცია შეიძლება გაუკეთდეს შუშის ქურკლულულობას. ლითონის ნივთები ასეთი დეზინფექციით ფუჭდება, ხოლო ქსოვლები მას სრულად ვერ იტანს.

მ დ უ ლ ა რ ე წ ყ ა ლ ი წარმოადგენს საუკეთესო სადეზინფექციო საშუალებას და მას ხშირად მიმართავენ როგორც ჭირურჯიული იარაღების და შესახვევი მასალის სტერილიზაციისათვის, ისე დაავადების შემთხვევაში საოჯახო ნივთების — ქურკლულულობის, თეთრეულის და სხვათა სადეზინფექციოდ.

არის ისეთი ნივთები, რომლებიც ვერც ამ სადეზინფექციო საშუალებას იტანს, ასეთებია ბეწვეული, წიგნები, ხავერდი, ტყავეული და სხვა, მაგრამ ცხელ ჰაერთან შედარებით, დეზინფექციის ამ სახეს უფრო ფართო მონხარება აქვს, მთლიანად, რომ ყველასათვის ადვილი მისაწვდომია.

მდულარე წყალში დეზინფექცია ხდება 15—20 წუთში; ამ ხნის განმავლობაში იღუპება სპორებიც კი; ისეთი ნივთების, რომლებიც დიდხანს დუღილს ვერ იტანს, დეზინფექციას ახდენენ უფრო მოკლე ხნის განმავლობაში, არა უმე-

ტეს 5—10 წუთისა. სხვადასხვა ნივთების გამოსახარშავად, თუ ამისათვის სპეციალური ჭურჭელი არ არის, შეიძლება უბრალო ჭურჭლით სარგებლობა, მხოლოდ მას თავი უნდა ჰქონდეს დახურული. სამკურნალო და სადღეზინფექციო დაწესებულებებში კი მრავალფეროვანი ხელსაწყოები მოიპოვება.

ქირურგიული იარაღების სასტერილიზაციოდ იხმარება ე. წ. სტერილიზატორი. იგი ლითონის მონიკლებულ ყუთს წარმოადგენს, რომელსაც მჭიდრო სახურავი აქვს. ყუთში ჩადებულია ლითონის ბაღე ხელსაწყოების დასალაგებლად. მთელი ყუთი, თუ ის ცეცხლით გასათბობია, ზედადგარზეა შედგმული.

ამჟამად უკვე ფართო ხმარებაშია ელექტრონის სტერილიზატორები, რომლებიც სახმარად მეტად მოხერხებულია.

ბადის ამოსაღებად სტერილიზატორს აქვს 2 სპეციალური კავი. გასასტერიალებად საგნებს აწყობენ ბაღეზე, სტერილიზატორში ასხამენ წყალს, რომელშიც მიმატებულია სოდა იმ კონცენტრაციით, რომ 1%-ანი ხსნარი მიიღონ, რის შემდეგ ბაღეს სიღებზე შიგ. წყალი უნდა ფარავდეს შიგ ჩაწყობილ საგნებს. სოდის ხსნარში გამოხარშვა კარგია მით, რომ, ჯერ ერთი, სოდა ხელს უშლის ლითონის ხელსაწყოებს დაჟანგვას და, მეორეც, სოდის ზეგავლენით იარაღზე მიმხმარი სისხლი, ჩირქი და სხვა ქუქუყი იხსნება და იარაღს ცვილდება.

სტერილიზატორს თავს ხურავენ და საჭირო ხნის განმავლობაში ადუღებენ. დუღილის შემდეგ მას თავს ახდიან, ბაღეს კავებით ამოიღებენ ცხელი წყლიდან და ხელსაწყოს გამოხდილ წყალს გაავლებენ.

წყლის ორთქლით დეზინფექცია საუკეთესო სადღეზინფექციო საშუალებას წარმოადგენს, მაგრამ მას ის ნაკლი აქვს, რომ ბევრი ნივთი ორთქლის ზეგავლენას ვერ იტანს (ტყავეული, ბეწვეული, ავეჯი, რეზინი და სხვა) და გარდა ამისა, ორთქლით დეზინფექციას რთული აპარატურა—სადეზინფექციო კამერები ესაჭიროება, რაც მხოლოდ კარგად მოწყობილ საავადმყოფოში რა სადღეზინფექციო დაწესებულებაში მოიპოვება.

ორთქლით დეზინფექცია უკეთდება—ლეიბს, ტანსაცმელს, ხალიჩებს, თეთრეულს. საამისოდ სარგებლობენ ან შიმდინარე ორთქლით, ან ისეთი ორთქლით, რომელიც იმყოფება მაღალი წნევის ქვეშ. მაღალი წნევის ზეგავლენით ორთქლის ტემპერატურა შეიძლება აყვანილ იქნეს 120—130° C-მდე.

ქირურგიულ განყოფილებებში შესახვევი მასალის გასასტერილებლად იხმარება განსაკუთრებული ქვაბები (ავტოკლავი), რომელშიც სტერილიზაცია წარმოებს დაწნეული ორთქლით. ავტოკლავი წარმოადგენს ცილინდრული ფორმის სპილენძის ქვაბს, რომელსაც ჰერმეტიკულად ეხურება სახურავი სპეციალური გასამკურნებელით. სახურავზე მოწყობილია სპეციალური მანომეტრი—იარაღი, რომელიც განსაზღვრავს წნევას და თერმომეტრი 1°-ის გასაზომად, ონკანები ღა დაცვითი სარქველები. ქვაბი სახურავითურთ ჩადგმულია რკინის ბუდეში, ხოლო ქვაბის ქვეშ შედგმულია ნაეთქურა, პრინიუსი ან სითბოს სხვა რომელიმე წყარო.

ქვაბის ფსკერზე დახერტილი ფირფიტა, რომელზედაც სტერილიზაციის დროს დგამენ შესახვევი მასალის სავე კოლოფებს. ეს კოლოფები აგროვან ცილინდრული ფორმისაა, ორმაგი კედლით, დახურულია და გვერდზე რამდენიმე ფანჯარა აქვს ორთქლის შესასვლელად. თუ ასეთები არ არის, ტილოს პარკებს ხმარობენ. დახერტილი ფირფიტის ქვეშ ასხამენ 1—2 ლიტრ წყალს, ფირფიტაზე დგამენ კოლოფს, ხურავენ ავტოკლავს ჰერმეტიკულად და შეუთბობენ ცეცხლს, წყლის ადუღებით წარმოშობილი ორთქლი ავსებს ქვაბს, რის შემდეგ ორთქლის გამოსავალ ონკანს ხურავენ; ორთქლის წნევა ქვაბში თანდათან მატულობს და მანომეტრის ისარი ზევით იწევს. როდესაც მანომეტრი 2 ატმოსფეროს

ზილწვეს, ცეცხლს დაუკლებენ და ისე აწყობენ, რომ ტემპერატურა აღწევდეს  $1/2-1$  საათის განმავლობაში  $120-134^{\circ}$ -მდე.

საჭირო დროის გასვლის შემდეგ ცეცხლს აქრობენ და მანომეტრის ისრის  $0$ -მდე დაცემის შემდეგ ორთქლის ონკანს ხსნიან; ავტოკლავში შევა ჰაერი, რის შემდეგ სახურავის ახსნაც შეიძლება. სახურავი უნდა ახსნას აპარატის ვაცივებად, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება სახურავი ქვაბის ნაპირზე შემოვლებულ რეზინის რგოლს მიეწყოს.

სტერილურმასალიან კოლოფებს იღებენ და მათ სახურავში არსებულ სახელურის შემობრუნებით ხურავენ ორთქლის შესავალ ქვაბებს.

ქ ი მ ი უ რ ი ს ა დ ე ზ ი ნ ფ ე ქ ე ტ ი ო ს ა შ უ ა ლ ე ბ ა ბ ე ვ რ ი ა და ს ხ ვ ა დ ა ს ხ ე ა შ ე მ ბ ე ვ ე რ ი ა შ ი შ ე ი ძ ლ ე ბ ა ო ს ი ნ ი ს ხ ვ ა დ ა ს ხ ე ა ნ ი ა რ ა დ ი ე ნ ე ს გ ა მ ო ყ ე ნ ე ბ უ ლ ი.

ქიმიურ სადღეინფექციო საშუალებებიდან ძალიან კარგია ქლორაამინი. ქლორაამინის ხსნარი უფროა, სუნი არ აქვს, ლაქებს არ ტოვებს სადღეინფექციო საგნებზე და არ აუფერულებს მათ; ამის გამო ქლორაამინის ხსნარს ღიდი უპირატესობა აქვს სხვა სადღეინფექციო საშუალებებთან.

ქლორაამინის ხსნარები იხმარება როგორც საბოლოო (დასვენითი), ისე მიმდინარე დღეინფექციისათვის ნაწლავების და წვეთოვანი ინფექციის (აგრეთვე ტუბერკულოზურის) საწინააღმდეგოდ, ქლორაამინის  $3-5\%$  ხსნარი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ავადმყოფების გამონაყოფის (განავლის, შარდის, ნახველის და ნერწყვის) მოსაპყურებლად.

ავადმყოფის გამონაყოფით გაჟუჟუკიანებულ თვითრეულს ასველებენ ქლორაამინის  $3\%$  ხსნარით, გაუჟუჟუკიანებულს კი  $0,2\%-1\%$ -ში მაგარი შეღებილი საგნები უნდა გაირეცხოს  $0,2\%$  ხსნარით, შეუღებავი  $1-2\%$  ხსნარით, ტანსაცმელი უნდა მოპყურებულ იქნეს  $1\%$  ხსნარით.

ქლორაამინის  $0,2-0,5\%$  ხსნარი ძალიან კარგია ხელბის სადღეინფექციოდაც, ჯილეხის (ციმბირის წყლული) ინფექციის საწინააღმდეგოდ იხმარება  $10\%$  ხსნარით.

ქლორიანი კირი მანც და მანც ხშირად არ იხმარება, ვინაიდან მას ქლორის ძლიერი სუნი აქვს და სადღეინფექციო ხსნარის მომზადების დროს გამოყოფილი ქლორი მეტად აღიზიანებს სასუნთქ გზებს. ქლორიანი კირი თეთრ ფხვნილს წარმოადგენს და სადღეინფექციო ხსნარის მოსამზადებლად საჭიროა მისი  $1$  კილოგრამი გაიხსნას  $5$  ლიტრ წყალში. ქლორიანი კირი სინათლეზე იშლება და საჭიროა მისი შენახვა დახურულ კურკულში.

ე. წ. კ ი რ ი ს რ ძ ე, რომელიც, ჩვეულებრივ, კირის წყლის ხსნარს წარმოადგენს, უფრო ხშირ იხმარება შიდა და საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს განავლის და ნაპირფარეგოების სადღეინფექციოდ. კირის რძის მოსამზადებლად იხმარება ახლად დამწვარი კირი—ყოველ  $12$  ლიტრ წყალზე უნდა იქნეს აღებული  $1,5-2,8$  კილოგრამი კირი, რომ მივიღოთ  $10\%-20\%$  ხსნარი. ქვაკირის საჭირო რაოდენობას დაასხამენ მცირეოდენ წყალს, მოხდება კირის ე. წ. დაქრობა, ის თეთრ ფხვნილად იქცევა და შემდეგ წყლის საჭირო რაოდენობაში აღვილად გაიხსნება მორევის საშუალებით.

კ ა რ ბ ო ლ ი ს მ ე ჯ ა ვ ა ქ ი მ ი უ რ ი თ ვ ი ს ე ბ ე ბ ი თ თ ა ვ ი ს თ ა ვ ა დ მ ე ჯ ა ვ ა ს ა რ წ ა რ მ ო ა დ გ ე ნ ს. მას სხვანაირად კიდეც ფენოლს უწოდებენ. კარბოლის მქაევას  $3-5\%$  წყლის ხსნარი იხმარება, როგორც სადღეინფექციო საშუალება. ამ ხსნარების გამოწერა შეიძლება პირდაპირ აფთიაქიდან.

კ რ ე ზ ო ლ ი ა ნ უ მ ე თ ი ლ ფ ე ნ ო ლ ი მ ო ყ ე ვ ი თ ა ლ ო - რ უ ხ ი ფ ე რ ი ს, ზე-ოისმაგვარი სითხეა, ფენოლის სუნი; წყალთან ერთად ის იძლევა მღვრიე სუ-

თხეს. კრეზოლი ისევე მოქმედებს, როგორც კარბოლის მგავა, მაგრამ ნაკლებ შხამიანია, ნაკლები გამლიზიანებელი თვისებები აქვს და იმავე დროს დიდი დეზინფექციური თვისებებით ხასიათდება.  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % ხსნარი უკვე საკმაოდ დეზინფექციური თვისებებისაა.

კრეოლინი გაუწმენდელი კრეზოლია საბნის მცირე რაოდენობასთან ერთად. კრეოლინი მუქ ზეთის მსგავს სითხეს წარმოადგენს კუბრის სუნით; იხმარება ის როგორც ანტისეპტიკური საშუალება 0,5—1% ხსნარის სახით სხვადასხვა ღრუების გამოსარეცხად (შარდის ბუშტი, საშო); კარგი საშუალებაა ის აგრეთვე კანის პარაზიტების საწინააღმდეგოდ.

ლიზოლი იხითვე სუნის და სახის ნივთიერებაა, როგორც კრეოლინი, მაგრამ წყალთან იძლევა არა მღვრიე სითხეს, არამედ სრულიად გამჭვირვალე ხსნარს. ლიზოლი იხმარება ხელების სადღეინფექციოდ 2% ხსნარის სახით და  $\frac{1}{2}$ % ხსნარის სახით საშოს და სხვა ღრუების გამოსარეცხად. ლიზოლით ინსტრუმენტების დეზინფექციაც დასაშვებია, რადგან ის არ აფუჭებს მათ.

სულემმა, ანუ ორქლორიანი სინდიცი ( $HgCl_2$ ) თეთრ კრისტალურ ფხვნილს წარმოადგენს, სუნი არა აქვს. სულემის წყლის ხსნარი, რომელსაც სხვანაირად სუბლიმატის ხსნარს უწოდებენ (Sol. Sublimati) მკავე რეაქციისაა და საკმლის მარლის მიმატებით ნეიტრალურ რეაქციას იღებს.

სხვადასხვა ორგანულ ნივთიერებებთან (ცხიმი, ცილა) სულემა იძლევა გაუხსნელ ნაერთებს და თავის სადღეინფექციო თვისებებს კარგავს.

სულემა ძლიერი საწამლაია და მეტად დიდი ანტისეპტიკური თვისებები აქვს. ბაქტერიების ზრდა წყდება სულემის ისეთი სუსტი კონცენტრაციის ხსნარში, როგორცაა 1 : 10.000—1 : 300.000, ხოლო 1 : 1000—1 : 500 კონცენტრაციის ხსნარში ბაქტერიები და მათი სპორები იღუპებიან.

შირ ხმარებაშია სულემის 1 : 500; 1 : 1000; 1 : 2000 ხსნარები, რომლებშიც მიმატებულია NaCl (1,0—ხსნარის 1000 გრამზე). სულემის ხსნარების მოსამზადებლად სარგებლობენ სულემის ტაბლეტებით, რომლებიც 1,0 და 2,0 იწონის და 1 ლიტრ წყალში გახსნისას იძლევა ხსნარებს  $\frac{1}{1000}$  და  $\frac{1}{500}$ . ტაბლეტები შეფერილია წითლად ეოზინით, რომ ხსნარი სხვა ხსნართან არ შეიცვალოს.

სულემის ხსნარი, ხანგრძლივი ხმარების დროს იწვევს კანის გაღიზიანებას, ზოგჯერ—ეგზემატოზურ მდგომარეობას, ლითონის საგნებს მეტად აფუჭებს და ამიტომ ხელსაწყოების სადღეინფექციოდ სრულიად მიუღებელია. ამავე მიზეზის გამო სულემის ხსნარის დამზადება და შენახვა შეიძლება მხოლოდ შუშის ან ფაიფურის ჭურჭელში.

განავლის, შარდის, ნახველის სადღეინფექციოდ სულემის ხსნარი არ ვარგა, რადგან ის კარგავს თავის სადღეინფექციო თვისებებს.

მანგანმევა კალიუმში წარმოადგენს შუქი სოსანი ფერის კრისტალებს, რომლებიც ადვილად იხსნება წყალში. მანგანმევა კალიუმის ხსნარებს დიდი ანტი-სეპტიკური თვისებები არა აქვს, რადგან მისი კონცენტრული ხსნარებიც კი მთელი დღის განმავლობაში ვერ სპობს ზოგ ბაქტერიას, ხოლო სუსტი ხსნარებიც (1 : 1400) მხოლოდ აჩერებს მათ ზრდას. სამაგიეროდ, მას აქვს დეზოდორაციული თვისებები (სუნის მოშორება) და ამიტომ ფართოდ იხმარება ლობითი გამოწყობების, ქვესადგამი ჭურჭლის, შარდის მიმღების და სხვათა სადღეინფექციოდ.

ალკოჰოლი იხმარება როგორც ანტისეპტიკური საშუალება უმთავრესად ჭირურგიულ პრაქტიკაში ხელებისა და საოპერაციო მიდამოს მოსამზადებლად, მაგრამ სადღეინფექციო მიზნებისათვის მას ნაკლებად ხმარობენ. ხელების

ალკოპოლით გაწმენდის წინ ისინი მექანიკური გზით კარგად უნდა გაიწმინდონ, რადგან სპირტი იწვევს მიკრობების ფიქსაციას კანის ფორებში.

ბინების ღებინფექციისათვის ხპარობენ ფორმალინსა და გოგირდოვან ანჰიდრიდს.

ფორმალინი ან ფორმოლი (ფორმალდეჰიდის 40% ხსნარი) ცნობილია თავისი ბაქტერიციდული (ბაქტერიების მომსპობი) თვისებით და იმავე დროს სრულიად უვნებელია საღებინფექციო საგნებისათვის. ამიტომ მით ფართოდ სარგებლობენ ბინების, ავეჯის, ტანსაცმელის და სხვა ნივთების საღებინფექციოდ ზოგიერთი ინფექციური დაავადების შემდეგ. ფორმალინის უარყოფითი მხარე ისაა, რომ მისი მოქმედება საგნების ზედაპირით განისაზღვრება. მტვერის თხელი ფენა, ქაღალდის ფურცელი, ტილოს ნაჭერი და სხვა, რომლებიც ამა თუ იმ საგანს ფარავს, ხელს უშლის ფორმალინის ორთქლის ღრმად გავრცელებას.

ღებინფექციას ახდენენ ფორმალინის ხსნარის აორთქლებით. რომ ფორმალინის აორთქლების დროს, კონცენტრაციის აწევის გამო, პარაფორმალინდეჰიდი არ წარმოიშვას, რომელსაც ფორმალინზე ნაკლები ბაქტერიციდული თვისებები აქვს, ფორმალინის 40% ხსნარს უმატებენ ქლორიან კალციუმს, მენტოლს და სხვ.

ფორმალინით ღებინფექციის ჩასატარებლად ბევრნაირი სპეციალური აპარატი არსებობს, მაგრამ ყველაზე უფრო მარტივ საშუალებას წარმოადგენს ღებინფექცია შემდეგი წესით. ფორმალინის 40% ხსნარის 10 ნაწილი, წყალი 3 ნაწილი; საღებინფექციო ფართობის ერთ კუბურ მეტრზე იღებენ 12 მილილიტრს ამ ხსნარს და ასხამენ ჰურჭლებში, რომლებიც სამფეხზეა შედგმული. ბინის ფართობის ყოველ 80 კმ. მეტრზე უნდა იდგას 1 ჰურჭელი. ჰურჭლებს დაადგამენ რკინის ფურცლებზე, ხანძრის თავიდან ასაცილებლად. ყველა ფანჯარა და კარი უნდა დაიწმინდოს, ღუმელები დაიხუროს, ჰურჭუტანები ააოიგოს. ვინაიდან ფორმალინი ღრმად არ ვადის, კარალები უნდა გაიხსნას, ტანსაცმელი დაიკიდოს. წიგნები გაიშალოს და სხვა, რომ ფორმალინის ორთქლი უფრო მეტ ზედაპირზე გავრცელდეს.

ასეთი მომზადების შემდეგ ფორმალინიან ჰურჭლებს დაუნთებენ ცეცხლს და როდესაც სითხე დუღილს დაიწყებს, ბინას ტოვებენ დახურულს არა ნაკლებ 7 საათის განმავლობაში.

ღებინფექციის დამთავრების შემდეგ ბინას გახსნიან და, ფორმალინის სუნის მოსასპობად და მისა ნაშთების გასანიეტრალბლად, დგამენ ჯამებს, რომლებშიც ასხამენ ამონიაკს—1 ლიტრს ყოველ 100 კმ. მეტრ სივრცეზე.

მიუხედავად ძლიერი ბაქტერიციდული თვისებებისა, ფორმალინი სრულიად არ მოქმედებს მწერებზე.

გოგირდოვანი ანჰიდრიდი კარგი საშუალებაა მწერების მოსაპობად. ამასთანავე, მას ღებინფექციური თვისებებიც აქვს. ზუსტად გამოიანგარიშებენ ოთახის კუბატურას; კარებს, ფანჯრებს, ჰურჭუტანებს კარგად დაწმენავენ; თითოეულ კუბურ სივრცეზე აიღებენ 70—80 გრამ გოგირდს, დაჰყრიან მას ტაფაზე, რომელიც დადგმულია იატაკზე დაფარებულ რკინის განიერ ფურცელზე. გოგირდს გადაასხამენ სპირტს და ანთებენ, ოთახს დაკეტავენ 24 საათით. გოგირდოვანი ანჰიდრიდის ღებინფექციური თვისებების გასაძლიერებლად კარგია ოთახში სინესტე იკოს. ამისათვის გოგირდის დაწვამდე ააორთქლებენ 100,0 წყალს ყოველ 300,0 გოგირდზე.

გოგირდის ანჰიდრიდი ვერ სპობს ბაქტერიების სპორებს, ხოცავს 2 საათის

განმავლობაში ვირთავენ, თავებს და ყველა მწერს; ლითონის ნივთებს აფუკებს, აზიანებს აგრეთვე ქსოვილებს.

ლეზინფექციის შემდეგ ბინა კარგად უნდა განიავდეს. ჩამოთვლილ საღებუნფექციო საშუალებათა მიზანშეწონილ ხმარებისათვის ინფექციურ დაავადებათა შემთხვევაში ესათუოდ საჭიროა იმ გზების გათვალისწინება, რომლითაც ხდება დაავადების გადაცემა.

ინფექციურ დაავადებათა გავრცელებისა და მიკრობთა გამოყოფის გზებზე ლაპარაკის დროს, ზევით უკვე აღვნიშნეთ, თუ რომელი დაავადებისას რა გამაფრთხილებელი ზომების მიღებაა საჭირო.

აქ უნდა აღვნიშნოთ, თუ როგორ უნდა იქნეს ჩატარებული პრაქტიკულად ესა თუ ის ლეზინფექციური ღონისძიება.

განავლის ლეზინფექცია აუცილებელია მუცლის ტიფის, პარატიფების, დიზენტერიის, ქოლერის, ნაწლავთა ტუბერკულოზის და ჯილეხის დროს, რადგან ამ შემთხვევებში განავალი არის მასალა, რომლითაც ხდება დაავადების გავრცელება. ექთანს მუდამ უნდა აბსოვდეს, რომ დაუდევრად მოკიდება განავალის ჭურჭელთან ან იმ თეთრეულთან, რომელიც შემთხვევით გაქუქყიანდა განავალით, საფრთხეს უქადის არა მარტო თვით მას, არამედ მოსახლეობასაც. ამიტომ უთუოდ საჭიროა, ყველაფერი ის, რაც განავალით გაქუქყიანდა, ლეზინფექციაში გატარდეს.

განავალის ლეზინფექციისათვის კარგ საშუალებას წარმოადგენს ქლორაშინის 3—5% ხსნარი, კირის რძე, რომელიც უნდა ჩაისხას განავალიან ჭურჭელში, სანამ განავალი გადაიღვრებოდეს. რომ კირის რძემ ღრმად იმოქმედოს, საჭიროა ხშირით განავ ლის მორევა.

თუ განავ ლი მკვრივია, კირის რძეში არეული უნდა დარჩეს 2—6 საათამდე, რადგან ის ნელა მოქმედებს; ხოლო თუ განავალი თხელია, არა ნაკლებ ერთი საათისა. მხოლოდ ასეთი დამუშავების შემდეგ შეიძლება მისი გატანა. სულემა განავალის საღებუნფექციოდ არ ვარგა. თანამედროვე, კარგად მოწყობილ საავადმყოფოებში გადამდებ ავადმყოფთა განავალს აურევენ ნახერხში და წვავენ, რაც სპეციალურ ობიექტებს მოითხოვს. ქვესადგამი ქუთუკის ლეზინფექციაც საჭიროა; რადგან ის ხშირად გარედან ქუქყიანდება, ამისთვის მას ჯერ ფარეკებანენ, შემდეგ ლიზოლით ან ქლორაშინით აღეზინფექტირებენ. შ ა რ დ ი ასეთივე დამუშავებას მოითხოვს მუცლის ტიფის, თირკმლების ტუბერკულოზის და ბრუცელაზის დროს. გარდა კირის რძისა შეიძლება კარბოლის მეთვის, ლიზოლის, კრეზოლის გამოყენება. ეს ხსნარები თანაბარი რაოდენობით უნდა მიემატოს შარდს 2 საათის განმავლობაში. შეიძლება შარდის 1 ლიტრზე მიემატოს შაბაძანი 50,0. ისიც კარგი საღებუნფექციო საშუალებაა. ქლორაშინი ავადმყოფის ნ ა რ წ ყ ვ ე ს და დიფთერიით ან ქუხთარუშით ავადმყოფთა ყ ე ლ ი ს ნ ა რ ე ც ხ ი ს ლეზინფექცია ხდება იმავე წესით, როგორც შარდის. ნ ა ხ ვ ე ლ ი ს ა და ც ხ ე ი რ ა ხ ი ს ლ ო რ წ ო ს ლეზინფექცია საჭიროა ფილტვების და ყელის ტუბერკულოზის, დიფთერიის, ფილტვების ანთების, გრიპის, წითელას, კუნთრუშას, ყივან-ხველას, ყბაყურას, ფილტვის ეამჩა და ეპიდემიური მენინგიტის დროს.

წესად უნდა იყოს მიღებული, რომ ავადმყოფები ნახველს არ აფურთხებდნენ ცხვირსახოცში, მით უფრო იატაკზე, არამედ სპეციალურ თასებში, ან ჩასაფურთხებლებში. რადგან ნახველში მყოფი მრავალი მიკრობი მეტად მტკიცეა, მათ გასახსნელად და მოსასპობად საჭიროა ტუტოვანი ხსნარები—10—15% მწვავე ნატრიუმის ან კალიუმისა. ტუტოვანი ხსნარებს უმატებენ საღებუნფექციო ხსნარს კარბოლის მეთვის (2 1/2%) ან ლიზოლისას (3%). ნახველი უნდა შეგროვდეს ჩასა-



ფურთხებელში, რომელშიც 1/4-დე ჩასხმულია აღნიშნული საღებუნფექციო ხსნარი.

ნახველი ასეთ ხსნარში უნდა დარჩეს 2 საათის განმავლობაში, რის შემდეგ იგი შეიძლება გადაიღვაროს საპირფარეოში; ამის შემდეგ ჩასაფურთხებელი უნდა მოთავსდეს 3—4 საათით ჭურჭელში, სადაც ჩასხმულია ასეთივე საღებუნფექციო ხსნარი.

ჩასაფურთხებელი დროგამოშვებით უნდა გამოიხაროს სოდის 1% ხსნარში 30 წუთის განმავლობაში. თუ საღებუნფექციო ხსნარები ხელთ არა გვაქვს, შეიძლება ნახველი ნახერხზე შეგროვდეს და მასთან ერთად დაიწვას. სულემა, რადგან ის ნახველში შემაველ ცილოვან ნივთიერებებს ჰკარგავს და უმოქმედო ხდება, გამოუყენებელია ნახველის საღებუნფექციოდ.

აბაზანების და ავადმყოფების ნაბანაეების წყლის ღებუნფექცია საჭიროა თითქმის ყველა ინფექციური დაავადების შემთხვევაში. ავადმყოფების დაბანის შემდეგ, სანამ წყალი გადაიღვრებოდეს, საჭიროა მასში შეეღროთ ან კირის რძე, ან ქლორბანის კირი, ან კიდევ ლიზოლი, ან ფორმალინი, ან ქლორამინი ისეთი რაოდენობით, რომ აბაზანაში ჩასხმულ წყალთან შეადგენდეს 3—5%. ხსნარების შერევის შემდეგ აბაზანაში წყალი უნდა იდგეს 2 საათს და მხოლოდ შემდეგ გადაიღვაროს; აბაზანა კი გაირეცხოს ლიზოლის, კარბოლის ან სულემის ხსნარით.

თეთრეულის ღებუნფექცია. თუ თეთრეული ავადმყოფის გამოწყობით გაქუჭყიანდა, მოითხოვს საღებუნფექციო ხსნარით (ქლორამინის, კარბოლის, სულემის) დასველებულ ტილოს პარკებში შეგროვებას ავადმყოფის ოთახშივე.

სანამ თეთრეული გაირეცხებოდეს, საჭიროა მისი ღებუნფექცია; ამისათვის ამზადდება კრეზოლის ტუტის და მწვანე საპნის ხსნარს და უშვებენ შიგთეთრეულს 12 საათით. რადგან კრეზოლის ზეგავლენით თეთრეული ყვითლდება, მას გადაიტანენ ტუტის (სარეცხი ფხვნილის სახელწოდებით რომ იყიდება ბაზარზე) ხსნარში რამდენიმე საათით, შემდეგ კი ხარშავენ ერთი საათის განმავლობაში ნაცარწყალში. ლეიბების, საბნების, ბალიშების ღებუნფექცია უნდა ხდებოდეს საღებუნფექციო კამერებში, რადგანაც საღებუნფექციო საშუალებათა შესაღწევად მათ სიღრმეში უმჯობესია ღებუნფექცია წნევით. საღებუნფექციო კამერებში გასაჯახენი ნივთები კარბოლის ხსნარში დასველებულ პარკებში უნდა ჩაიწყოს.

ჩვეულებრივ, საწოლები უნდა გაიწმინდოს ლიზოლის ხსნარით.

ტანსაცმელი საღებუნფექციო ხსნარებში ჩადებით ფუქდება, ამიტომ მათ საღებუნფექციოდ მიმართავენ ფორმალინის ორთქლს. ჩვეულებრივ, თუ ტანსაცმელი ძალზე გაქუჭყიანებულია არ არის, საკმარისია მისი ღებუნფექცია ოთახის ღებუნფექციასთან ერთად ფორმალინის ორთქლით (იხ. ზეით). თუ კი ტანსაცმელი ძალზე გაქუჭყიანებულია, მაშინ საჭიროა მათი ღებუნფექცია ფორმალინის ორთქლის კამერებში 105° C ტემპერატურაზე, სადაც ტანსაცმელი უნდა იჯახებოდეს იმავე წესით, როგორც საღებუნფექციო თეთრეული.

სამზარეულო ჭურჭლის (თეფშები, დანები, ჩანგლები, კოვზები) ღებუნფექცია უფრო მოხერხებულია გამოხარავით. ჭურჭელი 1%-ან სოდის ხსნარში უნდა გამოიხაროს 15—20 წუთის განმავლობაში, შემდეგ კარგად გაირეცხოს და გამშრალდეს.

ლიფთერის ბაცილმტარებელთა ღებუნფექცია. ლიფთერისაგან განკურნებული ავადმყოფები დიდი ხნის განმავლობაში წარმოადგენენ საფრთხეს მათ ორგანოებზე მყოფ ჯანმრთელი პირებისათვის, რადგან ისინი ხშირად თევობით ატა-

რებენ ცხვირისა და ყელის ლორწოში ამ დაავადების გამომწვევე მიკრობებს. დახველებს, ცხვირის დაცემინების ან ლაპარაკის დროს ისინი ნერწყვის მცირე წვეთებთან ერთად პირიდან ისვრან მიკრობებს, რომლებიც ჰაერში ვრცელდება და აქედან შეიკრება ჭანმრთელთა სხეულში. ამიტომ საჭიროა ასეთი პირების კონტროლი და მათი უუნებელყოფა. კონტროლი შეიძლება ყელისა და ცხვირის ლორწოს ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით, და თუ მიკრობები აღმოჩნდა შიგ, საჭიროა სადეზინფექციო ზომების მიღება.

ეს ზომები ტარდება როგორც ანტისეპტიკური ხსნარის ყელში გამოკვლებით (სალიცილის მჟავა, წყალბადის ზეჟანგი, ზორის ხსნარი და იოდის პრეპარატები), ისე წაშლების ჩასუნთქვით—ინჰალაციით.

გამოვლება უნდა ხდებოდეს დღეში რამდენიმეჯერ და გამოზარეცხი წყალიც დეზინფექციაში ტარდებოდეს. ხოლო ინჰალაციისათვის ხმარობენ ანტისეპტიკური ხსნარების შეფარქვევას ან ამჟამად უფრო გავრცელებულ ცხელი ჰაერის ინჰალაციას.

**მწერების მოხშობა—დეზინსექცია.** გადამდებ დაავადებათა გავრცელებაში დიდი როლი ეკუთვნით სხვადასხვა მწერებს. უკვე მოხსენებული იყო, რომ მუცლის ტიფი, დიზენტერია, ქოლერა, ციმბირის წყლული გადააქვთ ბუზებს; პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფი—ტილებს, შავი ქირი—რწყილებს, მალარია—კოლო ანოფელესს.

ამ დაავადებებთან ბრძოლა წარმოუდგენელია, თუ მიღებული არ იქნა ზომები მათი გადამტანი მწერების მოსასპობად. ამ გარემოებას ყველგან ჯეროვანი ყურადღება არ ექცევა. ზაფხულის პერიოდში განსაკუთრებით ჩვენს თბილ ჰავაში, როდესაც ბუზები დიდი რაოდენობით მოიპოვება დასახლებულ ადგილებში, ე. ი. სწორედ იმ დროს, როდესაც ტიფოზური და დიზენტერიანი ავადმყოფებიც მტრია, დიდი საშიშროება არსებობს ავადმყოფობის გავრცელებისა სწორედ ბუზების მეოხებით.

იქ, სადაც კანალიზაცია არ არის, ბუზები განავალზე ჯდებიან, რომლითაც ისინი იკვებებიან, შემდეგ გასვრილი თათებით და ხორთუმით ადამიანის საკვებ პროდუქტებზე (ხილზე, მწვანელივობაზე, პურზე ან კურკულზე) ჯდებიან და გადააქვთ მათზე ინფექცია.

ადამიანი ამ პროდუქტების მიღებისას იღებს დაავადების გამომწვევე მიკრობებს და ამრიგად შეიძლება ავად გახდეს. ამიტომ ყოველგვარი საშუალებით საჭიროა მწერებთან ბრძოლა, როგორც კერძო ბინებში, ისე სავაჭროებში და, მით უმეტეს, საავადმყოფოებში, აგრეთვე იქ, სადაც გადამდები სნეულებით ავადმყოფები არიან. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ბუზები კვერცხებიდან 7 დღის განმავლობაში იჩეკებიან, ადვილი წარმოსადგენია, თუ რამდენად ძნელია მათთან ბრძოლა. ბრძოლა ამ მხრივ უნდა წარმოებდეს რამდენიმე მიმართულებით:

1) საჭიროა მოისპოს პირობები ბუზების გაჩენისა და გამრავლებისათვის. ამისათვის უნდა ვერიდოთ ბინების ახლოს ოჯახიდან გადატანილი ნაგვის დაგროვებას, საშარეულოს ნარჩენების გადაყრას და შინაური ცხოველების (ძაღლების, კატების) გვამების დაუმარხავად დატოვებას.

2) იქ, სადაც კანალიზაცია არ არის, ფეხსადგილების ორმოები და მილები კარგად უნდა იქნეს დახურული, ხშირად ჩარეცხილი და ამოწმენდილი.

3) ბინები დაცული უნდა იქნეს ბუზებისაგან ფანჯრებზე გაკეთებული ბადეებით, ხოლო საკვებ პროდუქტებს გადაეფაროს დოლბანდი, რომ მათზე ბუზები არ დაჯდეს.

4) გადამდებ ავადმყოფთა განავალი, შარდი, პირნასაქში და ნახველი ღებინ-ფიცირებული უნდა იქნეს მოხსენებული საშუალებით გამოყოფისთანავე, ხოლო მათი ქურქელი დახურული.

5) ყველა საშუალებით ბუზები სისტემატურად უნდა ისპობოდეს. ბ უ ზ ე - ბ ი ს მ ო ს ა ს პ ო ბ ა დ ხმარობენ მწებაე ქაღალდებს, ბუზების დასახოც ხსნარს და ფორმალინის 10%-ან ხსნარს, რომელსაც ღრთა თეფშზე ასხამენ, უმეტებენ შიგ შაქარს და დგამენ ფანჯარაზე და მავიდაზე; ხოლო ფესხადგილების ორბოებსა და მილებში, აგრეთვე ნაგვის გროვებზე ასხამენ ქლორიან კირს (კვირაში ერთხელ მაინც) ან კირის რძეს.

კ ო ლ ო ე ბ თ ა ნ ბ რ ძ ო ლ ა შ ი საქიროა ფართო ღინისძიებათა ხმარება. კოლო (ანოფელესის გვარის) არის მალარიის ვადამტანი და მრავლდება კაობში და შეტბორებულ წყლით მდიდარ ადგილებში. კოლოს ქუპრების მოსასპობად საქიროა ჰაობების ამოშრობა, მათი მოსხმა მაზუთით, მოპკურება პარიზის მწვანით. მაზუთი თხელი ფენის სახით უნდა ფარავდეს წყლის ზედაპირს—ქუპრებს არა აქვთ სუნთქვის საშუალება და იღუპებიან. უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სხვადასხვა რაიონში, სადაც მალარია ძალზე გავრცელებული იყო, საბჭოთა ხელისუფლების ენერგიული ზომებით, ფართოდ გაიშალა ბრძოლა და შედეგიც უკვე დილია. იქ, სადაც მალარია მოსახლეობას მუსრს ავლებდა, კოლოს რიცხვის შემციურების გამო, მალარიის მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებს აქვს ადგილი. ბინებში კოლოებს ებრძვიან ფანჯრებში დამაგრებული სპეციალური ბალით და საწოლებზე გაწყობილი დოლბანდით, რაც საშუალებას უსპობს კოლოს დაქბინოს ადამიანი.

ტ ი ლ ე ბ თ ა ნ ბ რ ძ ო ლ ა გამოიხატება მათი გაჩენის საწინააღმდეგო ზომების მიღებაში, ავადმყოფების დაცვაში მათი შესევიდან და მათ ენერგიულ მოსპობაში.

სისუფთავის დაცვა—ხშირი დაბანა, თეთრეულის რეცხვა საპნით და გამოხარშვა, თეთრეულის ხშირი გამოცლა—საუკეთესო საშუალებაა ტილების გაჩენის საწინააღმდეგოდ. ტილები განსაკუთრებით დიდ საშიშროებას წარმოადგენენ პარტახტიანი და შერბუნებითი ტიფის ებიდემიების დროს. ამ დროს სახიფათოა არა მარტო ტიფით ავადმყოფი, რომელსაც ტილები ჰყავს, არამედ ყოველი ამბულატორიული ავადმყოფი, რადგან ის შეიძლება ატარებდეს დაავადებულ ტილს. ამისათვის დიდი სიფრთხილე მართებთ საავადმყოფოს თანამშრომლებს, რომ ტილი არ შეაცოცდეთ. ამის საწინააღმდეგოდ, იმ ოთახში, სადაც ავადმყოფების გასინჯვა და მიღება ხდება, იატაკი კარბოლის მუავას ან ღიზოლის 1%-ანი ხსნარით უნდა გაიწმინდოს; ეს უკანასკნელი იატაკზე დაცევილ ტილებს მოძრაობის უნარს უსპობს.

ექიმი, მეღდა და სხვა პირი ავადმყოფების მიღების დროს უნდა იყენენ თეთრ ხალათში, რომელსაც მაღალი საყელო და მჭიდროდ შეკრული სამაჭურები აქვს. ფეხებზე უნდა ეცვათ ყელიანი წალები ან რეზინის ბოტები. ყველა ამ ღონისძიებათა მიღების შემდეგაც საქიროა ავადმყოფების გასინჯვა სიფრთხილით. მიღებული ავადმყოფები უნდა გაიკრიჭონ, გაიპარსონ, ტანის თმისი ნაწილები ბენზინით ან საბადილის ნაყენით გაიწმინდოს და საპნიანი წყლით გაბანის და სუფთა საცელების ჩაცმის შემდეგ შეყვანილ იქნენ სტაციონარში.

ის ტანსაცმელი და საცვალი, რომელიც ავადმყოფს ეცვა, ფრთხილად უნდა შეგროვდეს კარბოლის ხსნარში დასველებულ ტილოს პარკში და გაიგზავნოს საღებინფექციო კამერაში.

ის ადგილი, სადაც ავადმყოფს ტანსაცმელს ხლიან, უნდა გაიწმინდოს აგრეთვე კარბოლის ან ლიზოლის ხსნარით.

საექიმო პერსონალი ასეთი ავადმყოფების მომსახურების შემდეგ უნდა იღებდეს აბაზანას, მათი ხალათები ცხელი უთოთი უნდა დაუთოვდეს და დაიბილოს. ტილების მოსასპობად მრავალი საშუალებაა მოწოდებული: 1) ტანზე ტილების მოსასპობად იხმარება: ნავთის, ქსილოლის, სკიპიდარის და სხვ. წასმა; უმჯობესია 3% კარბოლის მჟავა, რომელიც სპობს ტილებს 1—2 საათში.

2) ტანსაცმელზე ტილები ისპობა ცხელი უთოთი ან ღეზინფექციურ კამერებში ტანსაცმელის გატარებით 70°—80° C-მდე; 1—2 საათის განმავლობაში იღუპებიან როგორც ტილები, ისე მათი კვერცხები.

3) თეთრეულის საღეზინფექციოდ საუკეთესოა მისი გამონარშვა სოდის ხსნარში 1/2 საათის განმავლობაში. ბინებში (ყერძო ბინა, საავადმყოფოს პალატა, ამბულატორია) ტილების, ბაღლინჯოების და რწყილების მოსასპობად საუკეთესოა საშუალებაა უკვე მოხსენებული გოგირდოვანი ანჰიდრიდი.

მწერებთან ბრძოლის მიზნით ამჟამად ხმარობენ, გარდა მოხსენებულისა, ფლიციდს, პირეტრუმს და ინსექტიციდურ ემულსიებს. ქიმიური საშუალების ხმარებისას, მაგალითად, ბაღლინჯოების ღეზინსექციისათვის საჭიროა დამუშავება განმეორდეს 7—10 დღის შემდეგ.

უკანასკნელ წლებში მწერებთან საბრძოლველად ფართო გავრცელება პპოვა პრეპარატმა „DDT“, საწოლის ბაღლინჯოების მოსასპობად იხმარება „DDT“-ს 10% დუსტი, აგრეთვე წყლოვანი ემულსია „DDT“ დუსტისა.

რწყილების მოსასპობად ბინებში საჭიროა იატაკზე მოიფრქვეს პირეტრუმის ფხვნილი.

„DDT“-ს 10% დუსტი, რომელიც მოფრქვეულ უნდა იქნეს იატაკზე, საწოლებზე, ლეიბებზე და საწოლის მოწყობილობაზე, კარგი საშუალებაა ბაღლინჯოების წინააღმდეგ, 1 კვ. მეტრ ფართობზე საკმარისია 5—10 გრამი. შეიძლება „DDT“ ფხვნილი წყალში გახსნილი ვიხმაროთ იმავე მიზნით, 1 კვ. მეტრ ფართობზე საჭიროა 60—100 მლ ასეთი ემულსიისა.

## შესავალი შინაგან სნეულებათა კლინიკაში და ახალდაყოფის გამოკვლევის მეთოდშია

თ ა 8 0 I

### შესავალი შინაგან სნეულებათა კლინიკაში

შინაგან სნეულებათა ხაგანი. სწავლა შინაგან ორგანოთა სნეულებებზე, ანუ შინაგანი მედიცინა, შეეხება ადამიანის დაავადებათა დიდ რიცხვს და ამრიგად შეადგენს მედიცინის ერთ-ერთ ფართო და მნიშვნელოვან ნაწილს.

„შინაგანი სნეულება“ ან „შინაგანი ორგანოების სნეულება“, როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, გულისხმობს ადამიანის რომელიმე შინაგან ორგანოს დაავადებას (გული, ფილტვები, კუჭი, თირკმლები და სხვ.). ასეთი გაგება შინაგანი მედიცინის საგნისა პ ი რ ო ბ ი თ ი ა. დღეს უკვე გამოჩვეული და აღიარებულია, რომ ადამიანის ორგანიზმში ამა თუ იმ ორგანოს დაავადება არ წარმოიშეება და არ ვითარდება სრულიად განცალკევებით, არამედ ის შედეგია, ან თანსდევს, ან შედეგად იწვევს ორგანიზმის ზოგად დაავადებას.

მაშასადამე, როდესაც ლაპარაკია „შინაგან მედიცინაზე“, ჩვენ უნდა ვიგულისხმობთ ადამიანის ორგანიზმის ზოგადი დაავადება, სადაც ადგილი აქვს უპირატესად ამა თუ იმ შინაგან ორგანოს დაზიანებას.

შინაგანი მედიცინა ხელმძღვანელობს მკურნალობის განსაკუთრებული (არაქირურგიული) პრინციპით, რაც მიზნად ისახავს დაავადების მიზეზების მოსპობასა და ფიზიოლოგიური მდგომარეობის აღდგენას არაოპერაციული გზით.

ამით შინაგანი მედიცინა განსხვავდება, მაგალითად, ქირურგიისაგან, რომელსაც აგრეთვე აქვს საქმე შინაგანი ორგანოების დაზიანებასთან.

იყო დრო, როდესაც შინაგანი მედიცინა აერთიანებდა არა მარტო საკუთრივ შინაგანი ორგანოების სნეულებებს, არამედ ბავშვთა, ნერვულ, ქალთა სნეულებებს და კანის დაავადებებს. ჭერ კიდევ გასული საუკუნის დასასრულს „შინაგანი“ და „ბავშვთა“ სნეულებანი, „შინაგანი“ და ნერვული“ სნეულებანი წარმოადგენდნენ შინაგანი მედიცინის ნაწილებს. მაგრამ შემდეგში, ამ ნაწილების თანდათანობითი ზრდისა და განვითარების გამო, ისინი გამოეყო შინაგან მედიცინას და ჩამოყალიბდა ცალკე დისციპლინებად. ამჟამად თვით შინაგანი მედიცინის ზოგი ნაწილი იმდენად გაიზარდა და გაღრმავდა, რომ გახდა განსაკუთრებული შესწავლის საგანი და ჩამოყალიბდა როგორც შინაგანი მედიცინის ცალკე განაკვეთი, მაგალითად, ტუბერკულოზი.

შინაგანი მედიცინის ისეთი თავები, როგორცაა კუჭის სნეულებანი, გულისა და სისხლის ძარღვების სნეულებანი, შინაგანი სეკრეციის ჭირკვლების სნეუ-

ლებანი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლით გამოწვეული დაავადებანი და ზოგი სხვა, იმდენად გაფართოვდა და გაღრმავდა, რომ სპეციალურ შესწავლას მოითხოვს.

რა თქმა უნდა, ყველა ეს ნაწილი შინაგანი მედიცინისა, არსებითად მაინც შინაგან სნეულებათა დისციპლინის შესწავლის საგანს წარმოადგენს: შეუძლებელია სწორი წარმოდგენა ვიქონიოთ, მაგალითად, გულის ან კუჭის დაავადებებზე, თუ ჩვენ არ გვექნება სათანადო ცნობები საერთოდ შინაგანი მედიცინის შესახებ.

შინაგან სნეულებათა კლასიფიკაცია. შინაგანი სნეულებანი რამდენიმე ჯგუფად იყოფა იმის მიხედვით, თუ როგორია მათი წარმოშობა (ეტიოლოგია და პათოგენეზი) ან მათი განვითარების ადგილი (ლოკალიზაცია). მრავალი დაავადების გამოწვევით მიზეზს წარმოადგენს მიკრობი; ასეთებია: მუცლის ტიფი, პარატუბერკული, დიზენტერია, ქოლერა, დიფთერია, ბრუცელოზი და მრავალი სხვის დაავადებები შეადგენენ შინაგან დაავადებათა ერთ ჯგუფს. ამეამად ეს დაავადებებიც აგრეთვე გამოყოფილია შინაგანი დაავადებებისაგან ინფექციურ სნეულებათა სახელწოდებით. დაავადებათა ნაწილი, რომლების გამოწვევასი აგრეთვე ინფექციას აქვს მნიშვნელობა, თუმცა მისი ხასიათი დღემდე ცნობილი არ არის, მაგალითად, წითელა, ყვავილი და ზოგი სხვა, აგრეთვე მიეკუთვნება ინფექციურ სნეულებებს და განიხილება მათთან ერთად.

მეორე მხრივ, ისეთი დაავადებები, როგორცაა ფილტვების ტუბერკულოზი, ფილტვების კრუპოზული ანთება, რომლების გამოწვევით მიზეზი—მიკრობი კარგად არის ცნობილი, და არსებითად ინფექციურ სნეულებებს წარმოადგენენ, შეტანილია არა ინფექციურ სნეულებათა ჯგუფში, არამედ იქ, სადაც განიხილება ფილტვების სნეულებანი. მაშასადამე, ასეთი განაწილება რამდენადმე პირობითია. ამას საფუძვლად ედება ის გარემოება, რომ დაზიანებას ადგილი აქვს უმთავრესად ფილტვებში.

ამავე პრინციპის მიხედვით არის დაჯგუფებული შინაგანი სნეულებები, რომლებშიც დაავადებითი პროცესი უმთავრესად ამა თუ იმ შინაგან ორგანოშია. ამრიგად განიხილება სასუნთქ ორგანოთა სნეულებანი, გულისა და სისხლძარღვთა-სნეულებანი, კუჭისა და ნაწლავების სნეულებანი. ლეიშმის და სანაღვლე გზების, თირკმლების, საშარდე გზების, სისხლწარმოქმნის ორგანოების და სისხლის, ნივთიერებათა ცვლის, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების და მამოძრავებელი აპარატის სნეულებანი.

რა თქმა უნდა, შინაგანი ორგანოს არც ერთი დაავადება არ ამოიწურება იმ ცვლილებებით, რომლებსაც ადგილი აქვს დაავადებულ შინაგან ორგანოში, არამედ ამ დროს მთელი ორგანიზმიც ავადდება და ავადმყოფობის განვითარებას, მიმდინარეობას და დასასრულს განსაზღვრავს არა მარტო ის ცვლილებები, რომლებშიც ვითარდება ამა თუ იმ შინაგან ორგანოში, არამედ მთლიანად ორგანიზმის მდგომარეობა. გარდა ამისა, შინაგანი სნეულების შესწავლის საგანს შეადგენს ის დაავადებებიც, რომლებიც გამოწვეულია გარეგანი მოწამვლებით და მავნე გარეგანი მიზეზებით.

ადამიანის ორგანიზმის დაავადების წარმოშობა-განვითარებისათვის უდიდესი და ზოგჯერ გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს გარემო პირობებს. ის გარემოცვა, რომელშიც უხდება ადამიანს არსებობა და მუშაობა, ზოგჯერ ქმნის სათანადო წინაპირობას ამა თუ იმ დაავადების წარმოშობისათვის. არახელსაყრელი პირობები ცხოვრებისა და მუშაობის, არაჰიგიენური ბინა და კვება, ზედმეტი დაღლილობა, როგორც ფიზიკური, ისე გონებრივი, მავნე ჩვევები (ალკოჰოლი, თაქ-

ბაქო და სხვ.) ასუსტებენ ადამიანის ორგანიზმს, უმცირებენ მას წინააღმდეგობის უნარს ავადმყოფობისადმი.

ყველა ეს მიზეზი, რომელიც დაავადების გარეგან ეგზოგენურ მიზეზს ანუ ფაქტორს წარმოადგენს, მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების წარმოშობისათვის. ამ გარეგანი მიზეზებიდან აღსანიშნავია: 1) მექანიკური (დარტყმა, კრილობა), 2) ქიმიური (საწამლავი, საბრძოლო მომწამლეელი ნივთიერებანი, გაფუჭებული საკმელი), 3) ფიზიკური მიზეზები (ელდენი, დამწვრობა, ჩოყინვა და სხვ.) და 4) ბიოლოგიური ფაქტორი (ორგანიზმში სეკრილი მიკრობები).

ყველა ეს ფაქტორი ცალ-ცალკე შესაძლებელია გახდეს დაავადების მიზეზი, მაგრამ შესაძლოა ისიც, რომ ესა თუ ის მიზეზი ორგანიზმზე მოქმედებდეს, მაგრამ დაავადება კი არ გამოიწვიოს. მაშასადამე, ორგანიზმში უნდა იმყოფებოდეს განსაკუთრებულ პირობებში, რომ დაავადების წარმოშობა ამ გარეგანმა ფაქტორებმა ადამიანის ავადმყოფური მდგომარეობა გამოიწვიოს. ადამიანი ყოველდღიურად განიცდის მთელ რიგ მანვე ზეგავლენას, მის ორგანიზმში მრავლად შეიჭრება ესა თუ ის მიკრობი, მაგრამ ის ყოველთვის არ ხდება ავად. ორგანიზმის ასეთი გამძლეობა დაავადების გამომწვევე მიზეზებისადმი აიხსნება ორგანიზმის იმ თავისებურებით, რომელიც მას აქვს გამომუშავებული დაავადების გამომწვევე მიზეზებთან საბრძოლველად.

ორგანიზმის ამ თვისებების უქონლობა ან მათი უქმარისობა შესაძლოა გახდეს დაავადების ერთ-ერთი მიზეზი ან ხელშემწყობ ფაქტორი. ეს თვისებები ორგანიზმისა ნაწილობრივ თანდაყოლილია, ნაწილობრივ შექმნილი გარემო პირობებთან დამოკიდებულებისა და მათთან შეგუების აუცილებლობის შედეგად და აწოდება შინაგან ანუ ენდოგენურ მიზეზებად.

დაავადების პათოგენეზის შესწავლამ ნათელსყო, რომ დაავადების განვითარებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს არა ამა თუ იმ მიკრობს, ან სხვა რამ მიზეზს, არამედ ორგანიზმის თავისებურებას და მოშლილობას ნერვული სისტემის მხრივ.

როგორ უნდა წარმოვიდგინოთ დაავადების განვითარების მექანიზმი, ანუ როგორც მას უწოდებენ მედიცინაში, დაავადების პათოგენეზი?

მაგალითისათვის ავიღოთ ფილტვის ტუბერკულოზი. ყოველი ადამიანი ბავშვობიდან მოხუცებულობამდე, სხვადასხვა დროს, სხვადასხვა პირობებში ჩასუნთქულ ჰაერთან ერთად ჩაისუნთქავს ჭლექის გამომწვევე ჩხირებს, მაგრამ ამის მიუხედავად, ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობის და თაღდაცვითი თვისებების შედეგად, ჭლექის ჩხირი ორგანიზმთან ბრძოლაში მარცხდება, ვერ მრავლდება და დაავადება ფეხს ვერ იკიდებს.

პირიქით, თუ კი ორგანიზმი დასუსტებული იყო გადატანილი სხვა რომელიმე ავადმყოფობით ან არასაკმარისი იკვებებოდა და ცუდ ჰიგიენურ პირობებში უხდებოდა ცხოვრება და მუშაობა, ან მას დაბადებთივე არ გააჩნდა საკმარისი ბრძოლისუნარიანობა კონსტიტუციონალური თვისებების შედეგად და ეს უნარიანობა შემდგომში არ გამოჰმუშავა, მასში შეჭრილი ჭლექის ჩხირი ადვილად სძლევს ორგანიზმს, ფეხს იკიდებს ადამიანის ფილტვებში, მრავლდება, სწამლავს ორგანიზმს და ადამიანს ავადებს.

ჭლექის ჩხირის დამკვიდრების ადგილზე ვითარდება მიკროორგანიზმის და მაკროორგანიზმის (ავადმყოფის ორგანიზმის) ბრძოლის შედეგად მთელი რიგი ცვლილებები, როგორც ადგილობრივ, თვით ფილტვში (ტუბერკულოზური ხორ-

კლის, ანთების, ხაქოსებრივი გადაგვარების, ქსოვილის დაშლის განვითარების (სახით), ისე ზოგადი ხასიათის მოვლენებით ადამიანის ორგანიზმში (ცხელება, ოფლიანობა, ხველა, უნადობა, სიგამხდრე, სისხლნაკლებობა, სისუსტე და სხვა).

ყოველი დაავადება იძლევა დაავადების ნიშნებს ანუ სიმპტომებს, რომლებიც დამახასიათებელია მისთვის. არის სიმპტომი სუბიექტური, ე. ი. ისეთი, რომელსაც თვით ავადმყოფი გრძნობს, მაგალითად, ტკივილი, გულისწყვე, უმადობა და სხვა, რომლის გაგება ავადმყოფის გასინჯვით არ შეიძლება. არასიმპტომები თბიერები, ე. ი. ისეთი, რომლის გაგება შესაძლებელია, მაგალითად, პირსაქმება, ფლარათი, ცხელება, გულისფრიალი, ხველა და სხვა.

ობიექტური სიმპტომების ნაწილი ავადმყოფისათვისაც შესაძენეია და გამოკვლევისათვისაც, მაგალითად, ცხელება, გულისფრიალი, ხველა, პირსაქმება, ნაწილი ობიექტური სიმპტომებისა კი გაუგებარი რჩება ავადმყოფისათვის და მხოლოდ ექიმისათვის არის გასაგები, ასე, მაგალითად, შუილი, ხიხინი, პლევრის ხახუნი და მრავალი სხვა.

მრავალი ასეული წლის განმავლობაში საექიმო მეცნიერება ახდენდა სხვადასხვა დაავადების ნიშნების დაკვირვებას, შესწავლას და კრიტიკულ შეფასებას (სიმპტომატოლოგიის სფეროში) სწავლა სინტომათა შესახებ). სიმპტომთა შესწავლის გზით გამოიჩინა ამა თუ იმ დაავადებისათვის ჩვეული სუბიექტური და ობიექტური სიმპტომები, ამრიგად ჩამოყალიბდა შინაგან სნეულებათა სიმპტომატიკა ანუ სემიოტიკა.

საექიმო მეცნიერება (მედიცინა) არ დაკმაყოფილდა დაავადების სუბიექტური სიმპტომებით და დროთა განმავლობაში დააგროვა ავადმყოფთა გასინჯვით მოპოვებული ობიექტური სიმპტომებიც, რითაც შეავსო დაავადებათა გამოვლინება, ე. ი. დაავადების ე. წ. კლინიკური სურათი. მედიცინის თანდათანობით განვითარებასთან ერთად საჭირო გახდა ორგანიზმის სიღრმეში ჩაწვდომა და ისეთი მოვლენების გამოძიება, რასაც გამოკვლევის სმენა, მხედველობა, შეხება, ყნოსვა ვერ მიწვდებოდა. ტექნიკის განვითარებასთან ერთად, მედიცინა გამდიდრდა სხვადასხვა ხელსაწყოთი, რითაც შესაძლებელი გახდა ავადმყოფის ინსტრუმენტალური გამოკვლევა.

ავადმყოფის გასინჯვა რენტგენის სხივებით (გაშუქება და გაღალეხება), გულის მუშაობის რეგისტრაცია ელექტროკარდიოგრაფიით და მრავალი სხვა, თანამედროვე ექიმს აწვდის დაავადების ისეთ სიმპტომებს, რომელთა გამოკვლევა წინათ შეუძლებელი იყო.

ავადმყოფის სხვადასხვა გამოჩაყვების (შარდი, განავალი, ნახეული) ქიმიური გამოკვლევით შესაძლებელი გახდა ზოგერთი დაავადებისათვის დამახასიათებელი ფარული სიმპტომების აღმოჩენა (ცილა შარდში—თირკმლების ანთება დროს, შაქარი შარდში—შაქრიანი დიაბეტის დროს და სხვ.).

როგორც ვხედავთ, დაავადებათა სიმპტომები მრავალფეროვანია და ხშირად ერთ და იგივე სიმპტომი გვხვდება ბევრი სხვადასხვა დაავადების დროს. ამიტომ, როდესაც საჭიროა დაავადების გამოცნობა, ანუ როგორც იტყვიან დიაგნოსტიკა, საჭიროა ვიხელმძღვანელოთ არა ერთი რომელიმე სიმპტომით, არამედ სიმპტომების ჯგუფით (სიმპტომატიკა).

დაავადების დიაგნოსტიკა ძნელი და რთული საქმეა. ის ემყარება ექიმის ცოდნას, გამოცდილებას და ჩვევას შეკრიბოს დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები, გამოიყოს მთავარი უმნიშვნელოდან, განაზოგადოს ყველა ცალკეული ფაქტი და კრიტიკული შეფასებითა და ლოგიკური მსჯელობით მივიღეს



გარკვეულ დასკვნამდე. როგორც უკვე იყო აღნიშნული, ზოგი სიმპტომი დამახასიათებელია არა ერთ, არამედ რამდენიმე სხვადასხვა ავადმყოფობისათვის. ასე მაგალითად, ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში შესაძლოა კუჭის წყლულმაც გამოიწვიოს, კუჭის კიბომაიც, ნაღლის ბუშტის ანთებამაც, გულისრევა და პირსაქმეება შესაძლოა ყველა ამ დაავადების დროს იყოს. ცხადია, იმისათვის, რომ ექიმი გაერკვეს, თუ რომელი ავადმყოფობით არის გამოწვეული ეს მოვლენები, რა ავადმყოფობა აქვს ადამიანს, ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა მოცხმაროს ისეთი სიმპტომები, რომლებაც დამახასიათებელია ერთი ავადმყოფობისათვის, ხოლო მეორესთვის კი არა. თუ, მაგალითად, ავადმყოფს აქვს ტკივილებთან ერთად სისხლიანი პირსაქმეება, ეს ლაპარაკობს ნაღლის ბუშტის ანთების წინააღმდეგ და კუჭის წყლულის ან კიბოს სასარგებლოდ. თუ კი ამასთან ერთად ავადმყოფს აქვს უმადობა, ბოცინი ლაყე კვერცხის სუნისა და კუჭის წვენიის ლაბორატორიულად გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა მკვეიანობის დაქვეითება, ეს უფრო კუჭის კიბო: სასარგებლოდ ლაპარაკობს, ვიდრე კუჭის წყლულისა.

დაავადების სიმპტომების ასეთი დაპირისპირებით, მათი სათანადო შეფასებით, ექიმს საშუალება ეძლევა გამორიცხოს ისეთი დაავადებები, რომლებიც ავადმყოფს არა აქვს და მივიდეს სწორ დიაგნოზურ დასკვნამდე. დაავადების დიაგნოსტიკის ასეთ მეთოდს ეწოდება დ ი ფ ე რ ე ნ ც ი უ ლ ი დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა.

შინაგან სნეულებათა მიმდინარეობა. ყოველივე დაავადება ხასიათდება გარკვეული მიმდინარეობით. მანამ ავადმყოფობა გამოვლინდებოდა, ის გაივლიან ფარულ (ლატენტურ) პერიოდს, რის შემდეგ შესაძინევი ხდება ავადმყოფისა და ექიმისათვის. ავადმყოფობის დასაწყისი, შემდგომი მისი განვითარება და დასასრული, როგორადაც არ უნდა დამთავრდეს ის, ცნობილია როგორც ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ი ს მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა.

ბევრი შინაგანი ავადმყოფობა სწრაფად იწყება, ვითარდება და მთავრდება, მაგალითად, ფილტვის კრუპოზული ანთება და ზოგი სხვა. ასეთი მიმდინარეობა აქვთ მ წ ვ ა ვ ე დაავადებებს. ინფექციურ დაავადებათა დიდი უმრავლესობა სწორედ ასეთი მწვავე მიმდინარეობით ხასიათდება.

ბევრი შინაგანი სნეულება, პირიქით, თანდათანობით იწყება, ნელა ვითარდება, დიდხანს გრძელდება, ხშირად წლობით და ათეული წლით. ასეთი მიმდინარეობა ცნობილია როგორც ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ი. კუჭის წყლულოვანი ავადმყოფობა, გულის მანკები, არტერიოსკლეროზი და მრავალი სხვა, ქრონიკულ დაავადებება წარმოადგენს.

ყველა შინაგან დაავადებას აქვს დამახასიათებელი დასაწყისი და განვითარება, მაგრამ დაავადების მიმდინარეობა შესაძლოა იყოს ტიპობრივი მხოლოდ ძირითადად, ისე კი შესაძლოა დიდი სხვადასხვაობა იყოს ავადმყოფობის მიმდინარეობაში. ამიტომ არის, რომ თანამედროვე მედიცინაში ლაპარაკობენ არა საერთოდ ავადმყოფობაზე, არა მ ე დ ა მ ა თ უ ი მ ს ნ ე უ ლ ე ბ ი თ შ ე კ უ რ ო ბ ი ლ ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ე :

რამდენადაც ავადმყოფობა წარმოადგენს ადამიანის ორგანიზმის ბრძოლას დაავადების გამომწვევე მიზეზებთან, გარემოს გარკვეულ პირობებში, ორგანიზმის ბიოლოგიურ თავისებურებათა და თვისებების გამოყენებით, იმდენად ყოველი ადამიანი ამა თუ იმ ავადმყოფობით თავისებურად ავადმყოფობს. ერთი ადამიანი, მაგალითად, ფილტვების ანთებას ან მუცლის ტიფს მეტად მსუბუქად ვადაიტანს, მეორე კი მეტად მძიმედ იავადმყოფებს ან მსხვერპლი გახდება მისი.

ამიტომ თანამედროვე მედიცინაში ლაბარაკობენ ავადმყოფისადმი ინდივიდუალური მიდგომაზე, ავადმყოფის ინდივიდუალობაზე ამა თუ იმ ავადმყოფობაში თავის მიმდინარეობაში, თუ კი ორგანიზმი მოვლისა და მეურნალობის არახელსაყრელ პირობებში იქნა ჩაყენებული, ზოგჯერ კი უამისოდაც, შესაძლოა გამოიწვიოს მეორე ავადმყოფობის განვითარება, რასაც გართულება ეწოდება. ასე, მაგალითად, ფილტვის ანთებას შესაძლოა დაერთოს პლევრის ღრუში სითხის დაგროვება (ექსუდატური პლევრიტი), მუცლის ტიფი შეიძლება გართულდეს ნაწლავიდან სისხლდენით ან ნაწლავის გახვრეტი (პერფორაციათ), ქუთრთუშა კი თირკმლების ანთებით (ნეფრიტით) დასხვ. ეს დართული დაავადებები ვითარდება არა ყველა შემთხვევაში, მაგრამ თუ კი განვითარდა, რა თქმა უნდა, მეტად ართულება და ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას, ამიტომ ზოგჯერ მეტად ძნელია ავადმყოფობის უომავალი მიმდინარეობის განსაზღვრა, ანუ როგორც იტყვიან პროგნოზის დადგენა. მსუბუქმა დაავადებამ შესაძლოა მიიღოს მძიმე მიმდინარეობა ან რაიმე სერიოზული ავადმყოფობით გართულდეს; სხვა შემთხვევაში მძიმედ დაწყებული ავადმყოფობა შესაძლებელია მოულოდნელად კარგად დამთავრდეს.

დაავადება, რომლის მიმდინარეობაში ვითარდება გართულება, ითვლება ძირითად ავადმყოფობად. არჩევენ კიდევ ე. წ. თანამგზავრ ანუ თანავადმყოფობას.

ადამიანი შესაძლოა ავად იყოს ერთი ან ორი და მეტი ავადმყოფობით; რომელი იქნება მათ შორის ძირითადი?

ძირითად დაავადებად თვლიან იმ დაავადებას, რომელმაც გამოიწვია ადამიანის შრომისუუნარობა ან ავადმყოფის სიკვდილი. თუ ავადმყოფს ჰქონდა კუჭის წყლული, რომლის მიუხედავად ის მუშაობდა წლების განმავლობაში, შემდეგ კი გახდა ავად პლევრიტით, რამაც გამოიწვია ცხელება, ქოშინი, შრომის უნარის დაკარგვა და ავადმყოფი ლოგინად ჩაავდო, ცხადია ამ შემთხვევაში ძირითადი დაავადება იქნება პლევრიტი, ხოლო კუჭის წყლული კი თანავადმყოფობა.

მწვავედ მიმდინარე დაავადება ზოგჯერ მთავრდება ავადმყოფის სრული გამოკეთებით, გაჯანსაღებით, ზოგჯერ ქრონიკულ ფორმაში გადავა და ხანგრძლივ მიმდინარეობას მიიღებს.

როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული დაავადება ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა სიკვდილით დამთავრდეს.

დაავადების დამთავრებას გაჯანსაღებით ან სიკვდილით, ან ქრონიკულ ფორმაში მის გადასვლას ეწოდება დაავადების გამოსავალი.

ზოგიერთ შემთხვევაში დაავადება თითქო გაჯანსაღებით დამთავრდება. ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას და რამდენიმე ხნის განმავლობაში კარგად ყოფნის შემდეგ, ისევე ხდება ავად: ამას ეწოდება დაავადების რეციდივი. ასე მაგალითად, მუცლის ტიფის გადატანის შემდეგ ავადმყოფს ყველა მოვლენა გაუფლის ხოლმე, სიცხე აღარ აქვს და ერთი კვირის განმავლობაში კარგად ყოფნის შემდეგ ყველა მოვლენა ისევ განუახლებდა. აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ რეციდივი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე ძირითადი დაავადება. ქრონიკული დაავადებაც შესაძლოა ზოგჯერ გამწვადეს. ავადმყოფობა ადამიანს უკარგავს შრომის უნარს, ვითარდება ე. წ. შრომისუუნარობა. ყველა ავადმყოფობა როდი უკარგავს ადამიანს შრომის უნარს. არის დაავადებები, რომლებიც შრომისუნარიანობაზე არაუთარ გავლენას არ ახდენენ. ასეთი დაავადებები არიშვიათია. არის დაავადებები, რომლების დროს ადამიანს არ შესწევს შრომის უნა-

რი, ის შრომისუუნარო ხდება. დაავადების ხასიათის მიხედვით შესაძლებელია იყოს ნაწილობრივი და სრული შრომისუუნარობა. მაგალითად, გულის მანკით ავადმყოფი, თუ მას არა აქვს შეშუპებები, ქოშინი, ე. ი. არ აქვს გულის მუშაობის დარღვევა (დეკომპენსაცია), ასრულებს გარკვეულ სამუშაოს შემსუბუქებულ პირობებში, ის ნაწილობრივ შრომისუნარიანია, მაგრამ თუ მას დეკომპენსაცია განუვითარდა, იძულებულია ჩაწეოს ლოგინად და სრულიად შრომისუუნარო ხდება.

არჩევნ დროებით შრომისუუნარობას და მუდმივ ე. წ. მდგრად შრომისუუნარობას.

დროებით შრომისუუნარობას იძლევა მწვავე დაავადება ან ქრონიკული დაავადების გამწვავება.

მდგრად შრომისუუნარობას ანუ ინვალიდობას იძლევიან განუკურნებელი, ქრონიკულად მიმდინარე სნეულებანი ან ტრავმული დაზიანებანი (ჭრილობები, მოტეხილობები და სხვ.).

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა საესებით უზრუნველყოფს შრომელებს ავადმყოფობის ან უბედური შემთხვევის შედეგად შრომის უნარის დროებით ან მუდმივი დაკარგვის შემთხვევებში.

დროებითი შრომისუუნარობის შემთხვევაში, სამკურნალო დაწესებულების ზაერ (პოლიკლინიკა, საავადმყოფო) გაიცემა ე. წ. შრომისუუნარობის ფურცელი (ბიულეტენი), რაც სამუშაოდან ათავისუფლებს ავადმყოფს შრომის უნარის სრულ აღდგენამდე. არსებული კანონმდებლობით, ასეთი ფურცელი შეიძლება ეძლეოდეს მუშა-მოსამსახურეს 2 თვის განმავლობაში. თუ მისი შრომის უნარი ამ ხნის განმავლობაში არ აღდგა, ან დაავადება იმდენად ხანგრძლივია და ღძობე, რომ ის იწვევს მდგრად შრომისუუნარობას, ავადმყოფი უნდა შემოწმდეს შრომის საექიმო-საექსპერტო კომისიის (შ. ს. ს. კ.) მიერ და გადაყვანილ იქნეს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით ან დროებით ინვალიდობაზე ანუ (დროებით პენსიაზე), ვთქვათ 3 თვის ვადით, ან მუდმივ ინვალიდობაზე.

შ. ს. ს. კ. გამოიტანს დასკვნას, რა ხარისხის ინვალიდობასთან გვაქვს საქმე. თუ ავადმყოფობა იმდენად მძიმეა, რომ ადამიანს ესპიროება მოვლა სხვა პირის მიერ, მას მიაკუთვნებენ I ჯგუფს, თუ არა, II ან III ჯგუფს.

მედიცინის საბოლოო მიზანს შეადგენს ავადმყოფობის განვითარებისაგან თავის დაცვა და ავადმყოფი ადამიანის მკურნალობა. დღეს წარმოუდგენელია ლაპარაკი მკურნალობაზე, ავადმყოფისაგან დასაცავ ღონისძიებათა (პროფილაქტიკის) გარეშე. საბჭოთა მედიცინის საფუძველია წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობა პროფილაქტიკურ ღონისძიებებთან ერთად. ავადმყოფობის საწინააღმდეგო გამაფრთხილებელი (პროფილაქტიკური) ღონისძიებები ამჟამად საბჭოთა კავშირში აღიარებულია სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საქმედ. საზოგადოებრივი პროფილაქტიკის გასატარებლად ხორციელდება სახელმწიფოებრივი მასშტაბის ღონისძიებები. დაავადებათა ეტიოლოგიის, ავადმყოფობის გამომწვევი როგორც ენდოგენური, ისე, განსაკუთრებით, ეგზოგენური ფაქტორების ღრმა და ფართო შესწავლის გზით საბჭოთა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები სწვევდნენ მთელ რიგ პროფილაქტიკური ხასიათის ამოცანებს.

ავადმყოფის გარემო პირობების გამორკვევა, შრომისა და ყოფაცხოვრებითი პირობების შესწავლა, მათი გაუმჯობესება, პროფესიული ხასიათის მანევრების მომენტების მოსპობა და სხვ. შეადგენს ჩვენში პროფილაქტიკური მედიცინის უმთავრეს საზრუნავ საგანს.

ამ მიზნებს ემსახურება ფართო ღონისძიებები წარმოებებში შრომის პირობების ჰიგიენის დაცვის სახით, საბინაო პირობების გაუმჯობესება, სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობა მოსახლეობის ფართო ფენებში, დედათა და ბავშვთა დაცვა, ფიზკულტურის განვითარება და სხვ.

სანიტარული განათლების შეტანა მოსახლეობის ფართო ფენებში ლექციების, საუბრების, მოხსენებების სახით, სათანადო პოპულარული ლიტერატურა და სხვ., რათა თითოეულმა გაიგოს დაავადების წარმოშობის და განვითარების მიზეზები, იცოდეს ცხოვრების, კვების, შრომის ჰიგიენა; იცოდეს თუ როგორ უნდა დაცვისათვის გადამდებ ავადმყოფობისაგან; ყველაფერი ეს ხელს უწყობს პირად პროფილაქტიკას და საბოლოო ჯამში ემსახურება იმავე მიზანს—დაავადების გავრცელების თავიდან აცილებას.

საბჭოთა ჯანდაცვის პროფილაქტიკურმა მიმართულებამ უზრუნველყო საბჭოთა კავშირში გადამდებ დაავადებათა ეპიდემიების მოსპობა. სრულიად მოისპო შავი ქირის, ქოლერის და ყვავილის არათუ ეპიდემიები, არამედ ერთეული შემთხვევებიც კი, რომლებიც მეფისდროინდელ რუსეთში მუსრს ავლებდა მოსახლეობას.

ასეთი კეთილდღეობა ეპიდემიურ დაავადებათა გავრცელების მხრივ, უზრუნველყო ჯანდაცვის ორგანიზების მიერ პარტიისა და მთავრობის უზრუნველობით და ხელმძღვანელობით ჩატარებულმა ეპიდემიების საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურმა მუშაობამ.

მასობრივი პროფილაქტიკური აცრები ყვავილის, ტიფისა და პარატიფების, დიზენტერიის და ზოგი სხვა ინფექციური სნეულების წინააღმდეგ, ჩვილ ბავშვთა „ბეცეირება“ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ (იხ. ტუბერკულოზი), წარმოადგენს ფრიალ დიდი მნიშვნელობის ქმედით ღონისძიებას, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა ამ დაავადებათა სიხშირე მოსახლეობაში.

ფართოდ გავრცელდა ჩვენში დისპანსერები ტუბერკულოზის, ვენერული დაავადების, მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით. ეს ისეთი სამკურნალო დაწესებულებებია, რომლებიც უზრუნველყოფენ დაავადების შემთხვევების აღრე გამოვლინებას, აღრიცხვაზე აპყავთ სათანადო დაავადებით შეპყრობილი პირები, სწავლობენ მათ ყოფა-ცხოვრებისა და შრომის პირობებს, უწყვეტ სისტემატურ სამკურნალო დახმარებას ბინაზე და დისპანსერში, უზრუნველყოფენ მათ გაგზავნას საავადმყოფოებში (ჰოსპიტალიზაცია).

მშრომელთა მკურნალობის მიზნით საბჭოთა კავშირში არსებობს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფართო ქსელი.

ბოლოკლინიკებთან გაერთიანებული საავადმყოფოები, სამშობიარო სახლები, სპეციალური დანიშნულების საავადმყოფოები, სხვადასხვა კლინიკები ემსახურებიან უკვე განვითარებულ დაავადებასთან ბრძოლის საქმეს.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში დედათა და ბავშვთა დაცვის დაწესებულებები, რომლის მსგავსი კაპიტალისტურ ქვეყნებს არ გააჩნიათ.

ბავშვთა ბავშვში დედას შეუძლია დატოვოს ბავშვი, მისი სამუშაო 'აათების დამთავრებამდე და იქ ბავშვი უზრუნველყოფილი იქნება როგორც კვებით, ისე მოვლითა და გართობით.

ორსული ქალების ე. წ. „სადეკრეტო შევებულებას“ ორსულობის უკანასკნელი თვის და მშობიარობის შემდგომ პირველი თვის განმავლობაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც დედის, ისე ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში.

ისეთ შემთხვევებში, სადაც სამკურნალო დაწესებულებაში ავადმყოფის მკურნალობა საკმარისი არ არის მისი საბოლოო გაჯანსაღებისა და შრომის უნარის აღსადგენად, ავადმყოფი შეიძლება გაგზავნილ იქნეს სამკურნალოდ სანატორიუმში.

საბჭოთა კავშირში ფართოდ განვითარებულია სანატორიულ-კურორტულ დაწესებულებათა ქსელი.

სანატორიული მკურნალობა სათანადო კლიმატურ პირობებში ან ისეთ სანატორიუმებში, რომლებიც მინერალური წყლებით განთქმულ კურორტებზე მუშაობენ, ფრიად დიდი მნიშვნელობის მქონე ფაქტორია სამკურნალო ღონისძიებათა შორის.

ისეთი მძლავრი სანატორიუმები, როგორცაა კლიმატურ სადგურებზე: აბასთუმანში, შოვეში, ბახმაროზე, ლიბანში, ცემში, შავი ზღვის სანაპიროს კურორტებზე—სოხუმში, გაგრაში, სოჭაში, ყირიმში არსებული სანატორიუმები—ავადმყოფთა ჯანმრთელობის სამკედლოს წარმოადგენენ. მინერალური წყლებით მდიდარ კურორტებზე—ბორჯომში, წყალტუბოში, საირმეში, ჭავჭავაძეში, ესენტუკში და სხვ. ავადმყოფებს საშუალება აქვთ წარმატებით განაგრძონ მკურნალობა.

ფრიად მნიშვნელოვან ნაბიჯს მშრომელთა ჯანმრთელობის მომსახურების საქმეში წარმოადგენს აგრეთვე საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების გაერთიანება, რაზედაც უკვე იყო ლაპარაკი I თავში.

ზემოაღნიშნულ სავსებით ნათელი ხდება, თუ რამდენად დიდი უპირატესობა აქვს საბჭოთა ჯანდაცვას, კაპიტალისტური ქვეყნების ჯანდაცვასთან შედარებით. მაშინ, როდესაც კაპიტალისტურ ქვეყნებში მკურნალობის საქმე კერძო პირების ხელშია და მშრომელთა საექიმო მომსახურება სამედიცინო მუშაკების მცირე ჯგუფების შემოსავლის წყაროდ არის გადაქცეული, საბჭოთა კავშირში მშრომელთა გაჯანსაღება და დაავადების განვითარების წინააღმდეგ მიმართული ბრძოლა საბელმწიფოებრივ საქმეს წარმოადგენს და ყოველ საბჭოთა მოქალაქეს საშუალება აქვს იცხოვროს და იმუშაოს ისეთ პირობებში, რომლებიც მაქსიმალურად ხელს უწყობენ მას დაავადებისაგან თავდაცვაში, ხოლო დაავადების შემთხვევაში უზრუნველყოფენ მის უსასყიდლო მკურნალობას ჩვენს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

სოციალური დაზღვევის საბჭოთა სისტემა, რომლის მსგავსი არ მოიპოვება არც ერთ კაპიტალისტურ ქვეყანაში, წარმოადგენს ერთ-ერთ ქმედით საშუალებას მშრომელთა ჯანმრთელობის აღდგენის საქმეში.

მაშინ, როდესაც კაპიტალისტურ ქვეყნებში დაავადებული მუშა-მოსამსახურე იძულებულია ულუკმადურად დარჩეს შრომის უნარის დაკარგვის შემთხვევაში, საბჭოთა კავშირში მას ავადმყოფობის დროს საშუალება ეძლევა (შრომის უუნარობის ფურცლის მიღებით) მიიღოს სათანადო ანაზღაურება და უსასყიდლოდ იმკურნალოს პოლიკლინიკაში, საავადმყოფოში, სათანადო კურორტზე და სხვ.

საბჭოთა ჯანდაცვის მონაწილე იღებები ვითარდება და მტკიცდება სოციალისტური ეკონომიკის პირობებში, საბჭოთა ხალხის მზარდი კულტურისა და კეთილდღეობის პირობებში, თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერების საფუძველზე.

საბჭოთა შინაგანმა მედიცინამ ბევრი რამ ძვირფასი მიიღო მემკვიდრეობიდან, რაც შექმნილია წარსულში რუსული თერაპიული სკოლის ფუძემდებლებმა—მათე იაკობის ძე მუდროვმა (1776—1831), სერგი პეტრეს ძე ბოტკინმა (1832—1889), გრიგოლ ანტონის ძე

ზახარინმა (1830—1897), ალექსი ალექსანდრეს ძე ოსტროუშკოვმა (1844—1908).

რუსული შინაგანი მედიცინის ამ ბრწყინვალე წარმომადგენლებმა არა მარტო აიყვანეს რუსული სამედიცინო მეცნიერება მანამ არ ნახულ სიმბოლურზე, არამედ თავიანთი იდეების პროგრესულობით, მეცნიერული ანალიზის სიხსლით წინ გაუსწრეს უცხოურ მედიცინას, რითაც მსოფლიო ავტორიტეტი დაიმსახურეს.

თანამედროვე მედიცინა აღიარებს იმ დებულებას, რომ საჭიროა ეუმკურონალოთ არა ავადმყოფობას, არამედ ავადმყოფს.

ეს აზრი პირველად მ. ი. მულდროვმა გამოიქვეა და მანვე დასახა მედიცინის ისეთი ამოცანები, როგორც არის პროფილაქტიკა, ზოგადი ჰიგიენის საკითხები და სხვა.

მაგრამ გაცილებით უფრო ძლიერი გავლენა რუსული მედიცინის განვითარებაზე მოახდინა ს. პ. ბოტკინმა, რომელიც თავის მუშაობაში ცდილობდა დაეკავშირებინა მედიცინა ბუნებისმეტყველებასთან, ესარგებლა ბუნებისმეტყველების ყველა გამოკვლევითი მეთოდით, რათა დაეგროვებინა მეტო ფაქტობრივი მასალა და გამოეყენებინა ის კლინიკური საკითხების გადასაწყვეტად.

რუსული ფიზიოლოგიის მამამთავრის ი. მ. სეჩენოვის (1829—1905) ის აზრი ორგანიზმისა და გარემოს ერთიანობის, შესახებ. რომელიც მან ჭერ კიდევ წარსულ საუკუნეში გამოთქვა, რომ „გარემოსზე ავადმყოფის გარეშე ორგანიზმის არსებობა შეუძლებელია“ (ზაზგასწავლია ჩვენ მიერ. ავტ.), თანამედროვე მიჩურინული ბიოლოგიის წამყვან დებულებას წარმოადგენს და საფუძვლად ედება თანამედროვე შინაგან მედიცინასაც.

ი. მ. სეჩენოვის ეს აზრი, ს. პ. ბოტკინმა იმ დროს შესაძლებლობის ფარგლებში განავითარა და საფუძვლად დაუდო თავის მუშაობას.

ს. პ. ბოტკინმა შექმნა ფიზიოლოგიური, ფუნქციონალური მიმართულება მედიცინაში, რაც საფუძვლად დაედო „ნერვისმის“ იდეას, რომელიც შემდეგში ასე ბრწყინვალედ განავითარა, დაასაბუთა და დაამტკიცა გენიალურმა ი. პ. პავლოვმა. ამით ს. პ. ბოტკინმა გაილაშქრა გერმანელი მეცნიერის რ. ვირხოვის (1821—1902) წინააღმდეგ, რომელიც ყველა დაავადების არსს უჭრედის, ქსოვილისა და ორგანოს სტრუქტურულ ცვლილებაში ხედავდა.

ამრიგად, ს. პ. ბოტკინმა ფიზიოლოგიური, ფუნქციონალური მიმართულება დაუპირისპირა ანატომიურ მიმართულებას, რომელიც იმ დროს გაბატონებული იყო.

ს. პ. ბოტკინმა შექმნა შინაგან დაავადებათა წარმოშობის შესახებ რიგ ახალი თეორიები და პიოთეზები, რომლებიც რამდენიმე ათეული წლის შემდეგ საესეებით დადასტურდა.

გარდა ამისა, ს. პ. ბოტკინი იყო გამოჩენილი პედაგოგი, მეცნიერული კადრების აღმზრდელი: მან მოაშადა ბევრი გამოჩენილი პრაქტიკოსი და მეცნიერი — ექიმი, რომლებითაც ცდილობდა შეეცვალა იმ დროს რუსეთში დამკვიდრებული გერმანელი სპეციალისტები.

ს. პ. ბოტკინმა (ი. მ. სეჩენოვთან ერთად) პირველმა აღიმადლა ხმა რუსეთში ქალთა სამედიცინო უმაღლესი განათლების შემოღების შესახებ და მოახერხა კიდევ ქალთა უმაღლესი საექიმო კურსების დაარსება.

ამრიგად, ს. პ. ბოტკინი საზოგადო მოღვაწე იყო და თავისი მუშაობით წარუშლელი კვალი დატოვა რუსულ მედიცინაში.

დიდი როლი ითამაშა რუსული მედიცინის განვითარებაში აგრეთვე გ. ა. ზახარინმა, მან ზედმიწევნით კარგად დაამუშავა მეთოდი ავადმყოფის გამოკითხვით გამოკვლევისა (ანამნეზის შეკრების), წამოაყენა ლოზუნგი ავადმყოფის მთელ ორგანიზმზე სამკურნალო ზეგავლენისა, დაამუშავა სხვადასხვა სამკურნალო საშუალებათა გამოყენების მეთოდიც, შეისწავლა საკურორტო საქმე და საფუძველი ჩაუყარა პროფილაქტიკურ მიმართულებას მედიცინაში.

გ. ა. ზახარინის მოწაფემ ა. ა. ოსტროუმოვი შექმნა ე. წ. ბიოლოგიური მიმართულება მედიცინაში. ის „სწავლობდა გარემოსა და ავადმყოფობის მუდმივ ერთიერთდამოკიდებულებას, ნაზს უსვამდა იმ გარემოებას, რომ ადამიანის ორგანიზმის ცვლილებები, რომლებსაც განაპირობებს გარემო, გადაეცემა მემკვიდრეობით და ამით ის ცნობდა შეძენილ თვისებათა მემკვიდრეობით გადაცემას“, ე. ი. ა. ოსტროუმოვი ჯერ კიდევ წარსულ საუკუნეში ასწავლიდა იმას, რომ ადამიანის მკურნალობის საქმეში გარემოს პირობების შეცვლას გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

რუსული შინაგანი მედიცინის გამოჩენილ წარმომადგენლებს ეკუთვნოდა ვასილ პარმენის ძე ტბრატკოვი (1851—1921), ს. პ. ბოტკინის მიმდევარად მალარია-ცოვმა ზედმიწევნით კარგად დაამუშავა ავადმყოფის გასინჯვის (ობიექტური გამოკვლევის), განსაკუთრებით მუცლის ღრუს ორგანოების ხელით გასინჯვის (პალპაციის) მეთოდიც, რამაც საყოველთაო გავრცელება ჰპოვა და დღეს მიღებულია ყველგან. მანვე დაამუშავა თავის მოწაფე, შემდგომი აკადემიკოს ნ. დ. სტრატეცკოსთან ერთად, დიაგნოსტიკა გულის კუნთის ინფარქტისა ავადმყოფის სიცოცხლეშივე, რამაც მათელ მსოფლიოში სახელი მოუხვეჭა მათ.

საბჭოთა მედიცინის მიღწევების განხორციელებაში დიდი როლი ითამაშეს საბჭოთა მეცნიერებმა, თერაპევტებმა: მ. პ. კოხალოვსკი (1875—1943), გ. თ. ლანგმა (1875—1948), ნ. დ. სტრატეცკომ (1876—1952) და სხვებმა, რომლებმაც დაუფასებელი ღვაწლი დასდეს საშრობლოს თავიანთი მეცნიერული და საზოგადოებრივი მოღვაწეობით.

ქართული შინაგანი მედიცინის დიდი მოღვაწეები სპირიდონ სიმონის ძე ვირსალაძე (1868—1930) და ალექსანდრე სტეფანეს ძე ალადაშვილი (1876—1950) საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების შემოღებისა და ორგანიზაციის აქტიური მოღვაწენი და პირველი თერაპიული კლინიკების დამაარსებელნი და ხელმძღვანელები იყვნენ.

მათ აღზარდეს საქართველოში მოღვაწე მეცნიერ-თერაპევტების მთელი პლეადა, რომლებიც შემდგომში სათავეში ჩაუდგნენ ქართულ თერაპიულ კლინიკებს.

ს. ს. ვირსალაძეს უდიდესი დამსახურება მიუძღვის საქართველოში სამხარეო პათოლოგიის საკითხების დაყენებისა და დამუშავების საქმეში. მან საფუძველი ჩაუყარა საქართველოში მალარიისა და სამედიცინო პარაზიტოლოგიის შემსწავლელ სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტს, რომელიც მალარიის წინააღმდეგ ძირითად ბაზად იქცა. როგორც ბრწყინვალე კლინიკისტმა-თერაპევტმა მან შექმნა საქართველოში შინაგანი კლინიკური მედიცინა და დააყენა ის სათანადო სიმაღლეზე.

ა. ს. ალადაშვილი წლების მანძილზე უმაღლესი სამედიცინო განათლების ერთ-ერთი ხელმძღვანელი იყო საქართველოში და თავისი ხანგრძლივი საექიმო-

სამეცნიერო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობით დაუფასებელი ამაგი დასდო ქართულ მედიცინას.

განსაკუთრებით დიდი გავლენა არა მარტო საბჭოთა მეცნიერების და მედიცინის, არამედ მსოფლიო მეცნიერების განვითარებაზე მოახდინა გენიალური რუსი ფიზიოლოგის ივანე პეტრესძე პავლოვის (1849—1936) მოძღვრებამ. ი. პ. პავლოვის ყველა შრომის ძირითადი იდეა, არის იდეა ორგანიზმის მთლიანობისა, გარემოსთან მისი კავშირი. „ფიზიოლოგიური ცოდნის საზღვარს, მიზანს შეადგენს გამოავლინოს ორგანიზმის დაუსრულებლად რთული დამოკიდებულება გარემოსთან, ზუსტი მეცნიერული ფორმულის სახით“ ამბობდა ი. პ. პავლოვი (ლექციები 1912—13 წ. წ.).

ი. პ. პავლოვის მთელი ცხოვრება და მოღვაწეობა წარმოადგენდა ბრძოლას ჰატერიალისტური მეცნიერებისათვის, მან მთელი ეპოქა შექმნა ფიზიოლოგიაში და არა მარტო ფიზიოლოგიაში, ბიოლოგიური მეცნიერება დღეს პავლოვის მოძღვრების უდიდეს გავლენას განიცდის.

ი. პ. პავლოვმა თავისი ცნობილი ექსპერიმენტით დაადასტურა ის აუცილებელი ფაქტი, რომ ყველა სასიცოცხლო ფუნქცია ცხოველის ორგანიზმისა ემორჩილება იმ ფაქტორებს, რომლებიც მასზე მოქმედებს გარემოდან. უკანასკნელნი გავლენას ახდენენ ტვინის ქერქზე, რომელიც მოქმედებს შინაგან ორგანოთა სასიცოცხლო ფუნქციებზე და ამავე დროს სათანადო პირობებში აპირობადებს დაავადებითი მოვლენების განვითარებას. ამით პავლოვმა უარყო იდეალისტურ პოზიციებზე მდგომი ანალიტიკური ფიზიოლოგიის ცდები რთული ნერვული მოვლენების ახსნისა.

სისხლის მიმოქცევისა და საკმლის მონელების ფიზიოლოგიის პრობლემატის ექსპერიმენტული შესწავლის გზით, ი. პ. პავლოვი მივიდა უმაღლეს ნერვული მოქმედების პრობლემატის შესწავლამდე, რამაც მას მისცა საფუძველი წამოეყენებინა თვისი—ორგანიზმში მიმდინარე ყველა პროცესზე გარეშე ფაქტორების მოქმედებისა ტვინის ქერქზე ზეგავლენის გზით.

„არსებითად პავლოვის მოძღვრება ცხოველის ორგანიზმის მოქმედების შესახებ—არის საფუძველი თანამედროვე მეცნიერული მედიცინისა. არ არის მედიცინის არც ერთი დარგი, სადაც პირველხარისხოვან როლს არ თამაშობდეს პავლოვისებური წარმოდგენა ცხოველისა და ადამიანის ორგანიზმის მოქმედების შესახებ. გადაჭარბებული არ იქნება იტყვას, რომ მედიცინის პატარა სამედიცინო დისციპლინებიდან დაწყებული და თერაპიის, ქირურგიის, ფსიქო-ნევროლოგიის დიდი დარგებით გათავებული, პავლოვისეულმა ფიზიოლოგიამ უდიდესი გავლენა მოახდინა და შექმნა ყველა წინაპირობა სამედიცინო მეცნიერების ახალი აღმავლობისათვის“ (ე. მ. ბიკოვი „ი. პ. პავლოვის იდეათა განვითარება“, მოხსენება აკადემიათა გაერთიანებულ სესიაზე 1950 წ. 28/VI).

საბჭოთა სოციალისტური რესპუბლიკების კავშირში, გამარჯვებული სოციალისტის ქვეყანაში, მედიცინას, კერძოდ შინაგან მედიცინას, მიეცა სრულად შესაძლებლობა არა თუ განხორციელებინა ზემოხსენებულა თავისი ბრწყინვალე წარმომადგენლების იდეები, არამედ ახალ მედიცინის საფუძველზე, კიდევ უფრო აემილებინა საბჭოთა კლინიკის მიღწევები, რითაც მან ბევრად გაუსწრო წინ უცხოურ მედიცინას.

დააუადებთა განვითარებისა და გავრცელებისაგან თავდაკვეთი ღონისძიებების, ე. ო. პროფილაქტიკური ზომების მიღების გარდა, კლინიკური მედიცინის მიზანს წარმოადგენს ავადმყოფის მკურნალობა ანუ თერაპია.

„პრაქტიკული მედიცინის უმთავრეს და არსებით ამოცანას შეადგენს დაეა-



დებისაგან დაცვა, განვითარებული დაავადების მკურნალობა და, ბოლოს, ავად-  
მყოფი ადამიანის ტანჯვის შემსუბუქება“, — ასე წერდა ს. პ. ბოტკინი 1867 წ.

სამკურნალო ღონისძიებანი, როგორი ხასიათისაც არ უნდა იყოს ისინი, უნდა გამომდინარეობდნენ იმ დასკვნებიდან, რომლებიც მიღებული იქნება ავად-  
მყოფის ანალიზით. „საქიროა ავადმყოფობის არსის გაგება, სიმპტომების ურთი-  
ერთკავშირის, ავადმყოფის ინდივიდური თავისებურების, ორგანიზმის ფუნქ-  
ციური უნარის და ორგანიზმის რეაქციის გათვალისწინება, უაიმისოდ არ შეიძ-  
ლება რაციონალური თერაპიის ჩატარება.“ — ამბობდა მ. პ. კონჩალოვსკი.

ის პათოლოგიური ანუ ავადმყოფური მდგომარეობა, რომელიც გვიკარნა-  
ჭებს საჭიროებს, რომ ჩავატაროთ ესა თუ ის მკურნალობა, ცნობილია როგორც  
ჩ ე ე ნ ე ბ ა ამა თუ იმ მკურნალობისათვის.

ასე მაგალითად, ფილტვის კრუპოზული ანთება არის ჩ ე ე ნ ე ბ ა სულფონა-  
მიდებით მკურნალობის ჩატარებისათვის, ანუ სხეანაირად რომ ვთქვათ, სულფონა-  
მიდებით ნაჩვენებია კრუპოზული პნევმონიის დროს. პირიქით, თუ რომელიმე  
დაავადების დროს, ესა თუ ის წამალი ან მანიპულაცია მავნება, ლაპარაკობენ  
წ ი ნ ა ა ლ მ დ ე გ ჩ ე ე ნ ე ბ ა ზ ე, ან უ უ კ უ ჩ ე ე ნ ე ბ ა ზ ე. ასე მაგალი-  
თად, კიდურის თრომბოფლებიტის დროს კიდურის დაზელა (მასაჟი) მავნე და  
სამიშია ავადმყოფისათვის, ამიტომ იტყვიან დაზელა უ კ უ ნ ა ჩ ე ე ნ ე ბ ი ა ლ  
ან ფიზიოლოგიური ხსნარის შემსაპუნება თირკმლების ანთების დროს არ შეიძ-  
ლება გაკეთდეს, ის მავნებელია, წ ი ნ ა ა ლ მ დ ე გ ნ ა ჩ ე ე ნ ე ბ ი ა.

თუ დაავადების მიზეზი ცნობილია და ჩვენ გვაქვს საშუალება ვიმოქმედოთ  
ამ მიზეზზე, მაშინ ლაპარაკობენ მ ი ზ ე ზ ო ბ რ ი ე, კ ა უ ზ ა ლ ო რ (causa—  
მიზეზი), ანუ ე ტ ი ო ლ ო გ ი უ რ მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ზ ე.

მაგალითად, მალარიის მკურნალობა ქინაქინით ან აკროქინით არის მიზეზობ-  
რივი ან ეტიოლოგიური მკურნალობა, ვინაიდან ქინა და აკროქინი სპობს მალა-  
რიის გამომწვევ პლაზმოდიუმს.

ფილტვის კრუპოზული ანთების მკურნალობა სულფონამიდებით აგრეთვე  
მიზეზობრივი მკურნალობაა, ვინაიდან სულფონამიდები მოქმედებს კრუპოზუ-  
ლი ანთების გამომწვევ პნევმოკოკზე და სხე.

სამწუხაროდ, მედიცინას ასეთი საშუალებები, რომელთაც ს პ ე ც ი ფ ი კ უ-  
რ ი საშუალებები ეწოდება, ბევრი არ გააჩნია. ზოგი დაავადების მკურნალობა,  
რომლების წინააღმდეგ მედიცინას არა აქვს სპეციფიკური საშუალებები, წარ-  
მოებს დაავადების მექანიზმის გათვალისწინებით და ასეთ მეთოდს ეწოდება პ ა-  
თ ო გ ე ნ ე ზ უ რ ი მკურნალობა. ასეთი მკურნალობის მიზანია ხელი შეუწყოს  
ორგანიზმის ბრძოლას დაავადებასთან, შექმნას ორგანიზმისათვის ხელსაყრელი  
პირობები. ზოგიერთი დაავადების წინააღმდეგ მედიცინას არა აქვს  
ეფექტიანი სამკურნალო საშუალება და აქ მკურნალობა მხოლოდ მოვლით, გუ-  
ლის გასამაგრებელი საშუალებებით და სათანადო დიეტით განისაზღვრება.

ზოგჯერ ავადმყოფს აძლევენ ამა თუ იმ წამალს დაავადების სიმპტომის მო-  
სასპობად ან შესამსუბუქებლად. ეს მკურნალობა ცნობილია, როგორც ნიშნობ-  
რივი ანუ ს ი მ პ ტ ო მ ა ტ ი კ უ რ ი მკურნალობა, ხოლო ასეთ წამლებს ს ი მ პ-  
ტ ო მ ა ტ ი კ უ რ ი ეწოდება.

თუ, მაგალითად, ფილტვის ქლექით ავადმყოფს ხველის დასაყუჩებლად კო-  
დინის ფხვნილებს მივცემთ, ცხადია, ის დაავადებაზე ვერ იმოქმედებს, მაგრამ  
ავადმყოფს ხველას შეუწელებს. ან თუ ძლიერი ტკივილის დროს, მაგალითად,  
მირაფიუმის შემსაპუნებას მივმართავთ, ესეც მხოლოდ სიმპტომზე მოქმედება  
იქნება, ამას კი დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ბევრი დაავადების დროს იმდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა წამლებს, რამდენადაც მნიშვნელოვანია რეჟიმი, რომელშიც ჩვენ ჩავაყენებთ ავადმყოფს.

ფილტვების ტუბერკულოზით ავადმყოფის მკურნალობა აგებულია უმთავრესად გარკვეული რეჟიმის დაცვაზე, რასაც მკურნალობითი მნიშვნელობა აქვს. გარკვეულ დროზე სმ-ჰამა, ჰეირნობა ან დასვენება და სხვა, აუცილებელია იმ სამკურნალო ღონისძიებათა უფრო მეტი ეფექტურობისთვის, რომელიც ამჟამად იხმარება ტუბერკულოზის წინააღმდეგ (იხ. ფილტვების ტუბერკულოზი).

იგივე ითქმის რუისის ავადმყოფებზე, ნერვულ ავადმყოფებზე და სხვ.

სამკურნალო რეჟიმის არის იმ ღონისძიებათა ჯამი, რაც მიმართულია ავადმყოფი ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური თვისებების განმტკიცებისაკენ და აუმჯობესებს ორგანიზმის ბრძოლას ავადმყოფობასთან.

მაგრამ აქვე საჭიროა ერთგვარი განმარტებაც. ამჟამად ლაპარაკობენ, მაგალითად, დიეტეტკურ რეჟიმზე, საავადმყოფოს რეჟიმზე, სანატორიულ რეჟიმზე; და სხვა. ე. ი. ტერმინი „რეჟიმი“ ისე უნდა იყოს გაგებული, რომ ეს არის გარკვეული წესებით ჩამოყალიბებული სხვადასხვა მეთოდი მკურნალობისა ან სხვადასხვა პირობები, რომლებშიც ტარდება მკურნალობა. მიზანი კი ასეთი რეჟიმისა ერთა—დაავადებული ორგანიზმის გაჯანსაღება.

თანამედროვე თერაპიულ კლინიკას ბევრი საშუალება გააჩნია ავადმყოფის სამკურნალო. ათასეული წლების მანძილზე წარმოებულმა მეცნიერულმა კვლევამ, დაკვირვებამ, გამოცდილებამ კაცობრიობას ბევრი რამ შესძინა ავადმყოფობასთან საბრძოლველად და ავადმყოფის ტანჯვის შესამსუბუქებლად. რა თქმა უნდა, ბევრი რამ ამ მხრივ კიდევ არ არის მიღწეული, მაგრამ რაც არის გაკეთებული, ისიც დიდ საგანძურს წარმოადგენს კაცობრიობისათვის.

ყველა არსებული სამკურნალო საშუალებით თერაპია შეიძლება ორ დიდ ჯგუფად გაიყოს: I—არასპეციფიკური და II—სპეციფიკური თერაპიის ეკუთვნის: 1. ფიზიოთერაპია; 2. დიეტოთერაპია; 3. ფარმაკოთერაპია; 4. ორგანოთერაპია; 5. პროტეინოთერაპია; 6. ფსიქოთერაპია. სპეციფიკური თერაპიის ეკუთვნის: 1. იმუნოთერაპია (ვაქცინოსეროთერაპია).

ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობა ანუ ფიზიოთერაპია, სამკურნალო მიზნით სარგებლობს ბუნებრივი ფაქტორებით: 1) სინათლით—მზით (ფოტო-პელიოთერაპია), ულტრაწითელი და ულტრასისონი („მთის მზე“) სხივებით ე. წ. „მოსაზღვრე სხივებით“ (რენტგენისა და რადიუმის სხივები), 2) ჰაერით—აეროთერაპია (ჰაერის აბაზანები, კლიმატოთერაპია), 3) წყლით—ჰიდროთერაპია, ბალნეოთერაპია, ტალახით მკურნალობა, 4) ელექტრონით—ელექტროთერაპია, 5) დაზვლით, ფიზიულტურით და სპორტით (ტანვარჯიში).

დოქტორთერაპია თანამედროვე კლინიკაში წარმოადგენს მკურნალობის ერთ-ერთ მძლავრ საშუალებას. ის მიზნად ისახავს არა მარტო დაზოგოს დაავადებული ორგანო ან ორგანოთა სისტემები (მაგ., კუჭი, ნაწლავები, თირკმლები), არამედ იმოქმედოს მთელ ორგანიზმზე, მის რეაქციულ უნარიანობაზე.

ზევით უკვე იყო ლაპარაკი (ავადმყოფის კვება და დიეტა) დიეტური რეჟიმების შესახებ.

სამკურნალო საშუალებათა დიდი ჯგუფი, რომელიც აერთიანებს სხვადასხვა სამკურნალოწამლო საშუალებებს (საკუთრად წამლებს), ფარმაკოთერაპია

პ ი უ ლ საშუალებებს ეკუთვნის. ამ საშუალებათა შესახებ ლაპარაკი იყო ზევია („ავადმყოფის მოვლა“—თავი 10).

ამავე ჭკუფს შეიძლება მიეკუთვნოს ორგანოთერაპიული საშუალებები ო რ გ ა ნ ო თ ე რ ა პ ი ა (პორპონოთერაპია) ეწოდება მკურნალობას სხვადასხვა ორგანოებით და ორგანოთა (უმთავრესად შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების) გამონაწელილით. თანამედროვე მედიცინაში ფართოდ იხმარება მკურნალობის ეს მეთოდი. ისეთ დაავადებებს, რომლებსაც საფუძვლად უდევს ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციის დაქვეითება, კარგად მკურნალობენ სათანადო ორგანოს გამონაწელილით (შაქრიანი დიაბეტი—ინსულინით, უშაქრო დიაბეტი — ადიურეკრინით, აღისონის დაავადება — კორტინით, ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია — მიქსელდემა—თირეოიდიდით და სხვ.).

ორგანოპრეპარატების მოქმედების ნექანიზმში ჯერ კიდევ ბევრი რამ არას უცნობი, მაგრამ ერთი რამ ცხადია—ასეთი მეთოდი მეტად გამამხნეველ შედეგებს იძლევა.

საბჭოთა კავშირში ბევრია სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, რომლებიც ამზადებენ ორგანოპრეპარატებს—ლენინგრადში, მოსკოვში, ხარკოვში, თბილისში, ბაქოში და სხვაგან; ორგანოპრეპარატების რიცხვი დღითიდღე იზრდება, ასეთებია თირეოიდიანი, ანტითირეოიდიანი, ოვარინი, ადრენალინი, ინსულინი, ადიურეკრინი და ბევრი სხვა.

პ რ ო ტ ე ი ნ ო თ ე რ ა პ ი ა ეწოდება ცილოვანი ნივთიერებებით მკურნალობას, უმთავრესად პარენტერალური (ნაწლავების გარეშე) გზით შეყვანით.

პროტეინოთერაპია თავისთავად შესაძლოა ჩატარდეს 1) ა რ ა უ ც ხ ო ც ი ლ ე ბ ი ს ო რგანიზმში შეყვანით და 2) უ ც ხ ო ც ი ლ ე ბ ი ს შეყვანით.

ორგანიზმისათვის არაუცხო ცილებს წარმოადგენს სისხლის შრატის, სისხლი, რომელიც შეიძლება შეეუყვანოთ ადამიანს კუნთებში (აუტოსეროთერაპია და აუტოპემოთერაპია). იხმარება ეს მეთოდი ფართოდ ფურუნკულების, კარბუნკულების, გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობაში და სხვ. სისხლის გადასხმაც (ჰემოტრანსფუზია), ე. ი. ერთი ადამიანისაგან (დონორი) მეორე ადამიანისათვის (რეციპიენტი) სისხლის შესხმა ვენაში 50—500 მლ რაოდენობით, წარმოადგენს ერთ-ერთ სახეს პროტეინოთერაპიისა, მაგრამ ის თავისი მოქმედების მექანიზმით სცილდება ჩვეულებრივ პროტეინოთერაპიას (დაწვრილებით სისხლის გადასხმის შესახებ იხ. ავადმყოფის მოვლაში).

გამოკეთების პერიოდში მყოფი პირების სისხლის შრატის შეყვანა თანამოსახელე ავადმყოფობის შემთხვევაში ავადმყოფისათვის კუნთებში ხშირად იძლევა კარგ შედეგებს, მაგალითად, ქუნთრუშის ან წითელას დროს.

უ ც ხ ო ც ი ლ ე ბ ი ს (რძის, ცხოველთა სისხლის შრატის) შეშხაუნება ფართოდ იყო გავრცელებული მედიცინაში, მაგრამ ამჟამად უკვე მისი გამოყენება უფრო მცირეა.

ცილებით მკურნალობა იძლევა ორგანიზმის რეაქტიული უნარის გაცხოველებას, მისი ხასიათის შეცვლას. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთ მკურნალობას, განსაკუთრებით უცხო ცილების შეყვანას, ხშირად ორგანიზმის ძლიერი რეაქცია მოჰყვება ხოლმე და ამიტომ ეს მეთოდი მკურნალობისა უნდა სიფრთხილით ტარდებოდეს.

ფ ს ი ქ ო თ ე რ ა პ ი ა თანამედროვე სამკურნალო ღონისძიებათა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საშუალებას წარმოადგენს და ყოველი სამედიცინო მუშაკი ვალდებულია განსაკუთრებული სიფრთხილით მიუდგეს ავადმყოფს როგორც

მისი გამოკვლევის, ისე რჩევის მიცემის დროს. ზოგ ავადმყოფს საკმარისია დაუ-  
სვათ კითხვა—ხომ არ ყოფილა ის ავად, მაგალითად, ათაშანგით, რომ ამან მასზე  
ფსიქიკური ტრავმა მოახდინოს, ან საკმარისია ოდნავ იგრძნოს ავადმყოფმა, რომ  
ექიმს საუკვეოდ მიაჩნია მისი ავადმყოფობა, მაგალითად, კუჭის კიბოზე, რომ  
ავადმყოფმა სამუდამოდ დაქარგოს სიმშვიდე. ის ასეთი გაუფრთხილებელი მო-  
ქცევის შედეგად მართლაც წარმოიღგენს თავს მძიმე ავადმყოფად. ასეთი მაგა-  
ლითები ბევრია და ცნობილია ი ა ტ რ ო გ ე ნ ი ი ს ან ი ა ტ რ ო გ ე ნ უ ლ ი  
ავადმყოფობის სახელით. იატროგენულ დაავადებათა სამკურნალოდ საჭიროა  
ავადმყოფობის ფსიქიკაზე ზეგავლენა სპეციალური მეთოდებით, რაც სპეცია-  
ლური სახელმძღვანელოს საგანია. ყველა ზემონათქვამს უნდა დაემატოს ისიც,  
რომ თანამედროვე მედიცინა გამდიდრდა ისეთი მძლავრი საშუალებებით, რო-  
როგორც სულფამიდები (სულფიდინი, სულფაზოლი და სხვ.) და ანტიბიოტიკებია  
(პენიცილინი, სტრეპტომიცინი, აურეომიცინი, ქლორომიცეტინი, ლევომიცეტინი,  
სინტომიცინი და სხვ.), რამაც მთელი გადატრიალება მოახდინა სტრეპტოსტა-  
ფილოკოკურ და ბევრ სხვა ინფექციათა მკურნალობაში. დღეს ფართო ხმარება-  
შია აგრეთვე ვიტამინებიც, რასაც დიდი გამოყენება აქვს მრავალი დაავადების  
მკურნალობაში კანქვეშა, ინტრავენური და პერორალური შეყვანის გზით; ზოგი  
მათგანი კი, როგორც, მაგალითად, ნიაცილი (ნიკოტინის მეჯავა—ვიტამინი P. P.)  
სპეციფიკურ საშუალებას წარმოადგენს პელაგრის დროს.

მთელი რიგი შინაგანი დაავადებანი, თავისი მიმდინარეობის გარკვეულ პე-  
რიოდში მოითხოვს ქირურგიულ, ოპერაციულ მკურნალობას. ოპერაცია შეიძ-  
ლება გაკეთდეს ქრონიკულად მიმდინარე დაავადების დროს, როდესაც ოპერა-  
ცია საჭიროა და აუცილებელია. ზოგჯერ ოპერაციული ჩარევა შესაძლოა საჭირო  
ვახდეს, როგორც სასწრაფო ზომა. კუჭის წყლულით ავადმყოფს ოპერაცია შეიძ-  
ლება გაუკეთდეს მაშინ, როდესაც შინაგანი მკურნალობა შედეგს არ იძლევა,  
მაგრამ თუ კუჭის წყლული გაიხვირბა (პერფორაცია), მაშინ საჭიროა გადაუ-  
დებლივ ოპერაციის გაკეთება. მუცლის ტიფი არ მოითხოვს ქირურგიულ მკურ-  
ნალობას, მაგრამ თუ ის ნაწლავის პერფორაციით გართულდება, ავადმყოფს  
სიკვდილისაგან მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაცია იხსნის.

ასეთ შემთხვევაში საჭიროა დადგენილ იქნეს ე. წ. ჩ ე ე ნ ე ბ ე ბ ი ო პ ე -  
რ ა ც ი უ ლ ი ჩ ა რ ე ვ ი ს ა თ ვ ი ს, რაც ექიმისაგან ფრთხილ დიდ ცოდნას, გა-  
ნოცდილებას და სიფრთხილეს მოითხოვს.

ექთანმა უნდა იცოდეს რა შემთხვევებშია მოსალოდნელი ასეთი გართულე-  
ბა, რომ დროზე აცნობოს ექიმს სათანადო ზომების მისაღებად.

ასეთ ჩვენებებს ოპერაციული ჩარევისას ა ბ ს ო ლ უ ტ უ რ ი და გ ა დ ა -  
უ დ ე ბ ე ლ ი ჩ ე ე ნ ე ბ ე ბ ი ეწოდება. იქ, სადაც ოპერაცია შეიძლება გა-  
კეთდეს, მაგრამ შეიძლება აუცილებელი არ იყოს, ლაპარაკობენ შე დ ა რ ე ბ ი თ  
ჩ ე ე ნ ე ბ ე ბ ზ ე.



**ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდთა**

ყოველი ავადმყოფის გამოკვლევა იწყება ავადმყოფის გამოკითხვით ანუ ანამნეზის შეგროვებით. სიტყვა ანამნეზი (anamnesis—მოგონება) გულისხმობს ყველა იმ ცნობის მოგონებას და მოთხრობას ავადმყოფის მიერ, რაც კი ეხება მის ავადმყოფობას—ავადმყოფობის ანამნეზი (anamnesis morbi) და მის ცხოვრებას—ცხოვრების ანამნეზი (anamnesis vitae). ზევით უკვე იყო ლაპარაკი, რომ ყოველი დაავადება იძლევა გარკვეულ სიმპტომებსა და მიმდინარეობას, მაშასადამე, ავადმყოფის გამოკითხვით შესაძლოა გამოარკვეულ იქნეს დაავადების სუბიექტური და ზოგიერთი ობიექტური სიმპტომისა და დაავადების მიმდინარეობის ხასიათი.

ეს ცნობები კი მეტად დიდ დახმარებას უწევს ექიმს დაავადების დიაგნოსტიკაში.

მაგალითად, ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ მას ერთბაშად შეაცივა, მისცა მაღალი სიცხე, იგრძნო ძლიერი კვალი გუბებში და დაწყობილი ხედავდა მცირეოდენი ენაგისფერი ნახევლით. ასეთი ცნობები ექიმს აფიქრებინებს ფილტვის კრუპოზულ ანთებაზე. როდესაც ექიმი ავადმყოფს გასინჯავს და ფილტვში აღმოაჩენს სათანადო ცვლილებებს, ის შესძლებს ფილტვის კრუპოზული ანთების დიაგნოზის დასმას.

ან ავადმყოფი უჩივის ტკივილს გულის კოეზთან ყოველი კამის შემდეგ აქვს ტკივილები ღამით და დღით ადრე უზმოდ, ამევე დროს ხშირად მოსდის გულისწვა და გულისრევა, ზოგჯერ აქვს პირსაქმება, რომელიც ტკივილებს უმსვილებს. ასეთი ცნობები ბადებს ექვს კუჭის ან ოორამეტოჯა ნაწლავის წყლულის შესახებ.

ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისაგან ცნობების შეკრებას მისი დაავადების შესახებ.

ავადმყოფობის ანამნეზის გარდა მნიშვნელოვანია ცხოვრების ანამნეზიც. ზევით არაერთგზის გაესვა ხაზი იმ გარემოებას, რომ დაავადების წარმოშობა-განვითარებაში დიდი და ზოგჯერ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის პიროვნებას, მის ორგანიზმს, იმ პირობებს, რომლებშიც უხდება ავადმყოფს ცხოვრება და მუშაობა, იმ მათე ჩვევებს (ალკოჰოლის, თამბაქოს, ნარკოტიკული საშუალებების ხმარებას), რომლებიც ავადმყოფს აქვს და სხვ.

მაშასადამე, საჭიროა ზედმიწევნით დაწვრილებით იქნეს გამოარკვეული, თუ როგორ ვითარდებოდა ავადმყოფი ბავშვობისა და ყრმობის პერიოდში, როგორ ჩატარდა სკოლის პერიოდი, როგორი იყო შრომითი მოღვაწეობის პერიოდი, რა დაავადებები გადაიტანა, როგორ დაზარადა ეს დაავადებები, რამდენად

ჯანმრთელები იყვნენ ავადმყოფის წინაპრები, თუ ავადმყოფობდნენ, რით ავად-  
მყოფობდნენ და სხვ.

ანამნეზის წესიერი შეკრება ძნელი საქმეა და მოითხოვს უპირველესად ყო-  
ლისა ცოდნას დაავადებათა დამახასიათებელი ნიშნებისა და მიმდინარეობისა.  
მამასადამე, ანამნეზის შეკრება მხოლოდ მას შეუძლია, ვინც იცნობს შინაგან  
სნეულებათა პათოგენეზს და სიმპტომატკას.

ანამნეზის შეკრების დროს ავადმყოფის ცხოვრების და მუშაობის პირობე-  
ბის გავლენა დაავადებაზე რომ სწორად იქნეს შეფასებული, საჭიროა ცოდნა.  
თუ რა არის მავნებელი, რას შეუძლია შეუწყოს ხელი დაავადების განვითარებას  
და სხვ.

წარსულში გადატანილ დაავადებებს ზოგჯერ უაღრესად დიდი მნიშვნელობა  
აქვს გამოსარკვევი დაავადების განვითარებისათვის. ბავშვობაში გადატანილი  
რევმატიზმი იწვევს გულის მანკების განვითარებას; ქუნთრუშა, თირკმლების  
ანთება, პლევრიტი ხშირად მანკვენებელია ორგანიზმში ტუბერკულოზური ინ-  
ფექციის არსებობისა და სხვ.

ზოგიერთ ქრონიკულ შინაგან დაავადების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელო-  
ბა აქვს მემკვიდრეობითი ფაქტორის გათვალისწინებას, ავადმყოფის კონსტიტუ-  
ციური თავისებურების გამორკვევას, რაც აგრეთვე ანამნეზის შეკრების დროს  
უნდა გამოვლინდეს.

ადამიანის კონსტიტუცია არ არის რაღაც მყარი,  
უცვლელი, წინასწარ განსაზღვრული თვისებები ორ-  
განიზმისა, რომლებიც არ იცვლება გარემოს ზეგავ-  
ლენით, არამედ ის ორგანიზმის იმ თავისებურებათა  
ჯამია, რომელიც პირობადებულა ორგორც მემკვიდ-  
რეობითი თვისებებით, ისე იმ ცვლილებებით, რომ-  
ლებიც ორგანიზმში ვითარდება მისი ცხოვრების მან-  
ძილზე გარემოს ზეგავლენის შედეგად.

მამასადამე, მემკვიდრეობა კონსტატუციის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწი-  
ლია და იმავე დროს არა მთავარი; რამდენადაც ის შეიძლება შეცვლილი იქნეს  
გარემოს ზეგავლენით, მემკვიდრეობა არ შეიძლება განვიხი-  
ლოთ როგორც თანდაყოლილი თვისება, რომელიც უცვლელია  
და განაპირობებს ორგანიზმის თავისებურებას მისი სიცოცხლის მთელ მანძილ-  
ზე.

ტ. დ. ლისენკომ მოგვცა სხარტა განმარტება მემკვიდრეობისა მიხ-  
რინული თვალსაზრისით: „მემკვიდრეობა არის გარემოს  
იმ ზეგავლენათა კონცენტრაციის ეფექტი, რომლე-  
ბიც ასიმილირებულა ორგანიზმის მიერ წინათობა-  
თა შორის“ (ხაზგასმულია ჩვენ მიერ—ავტორი). მამასადამე, ორგანიზმის  
მიერ დროთა ვითარებაში გარემოდან მიღებულ ზეგავლენათა და მათ საპასუხოდ  
გამომუშავებულ რეაქციათა ჯამი, გადაცემული თაობიდან თაობაში, აპირობა-  
დებს ორგანიზმის თვისებას.

თუ კი ასეთი თვალსაზრისით მივუღებთ ავადმყოფის კონსტიტუციისა და  
მემკვიდრეობითი ფაქტორის გათვალისწინებას, იმ შემთხვევაში ცნობებს მემკვი-  
დრეობის შესახებ გარკვეული მიზანშეწონილი მნიშვნელობა ექნება ავადმყოფის  
ნომავალი მკურნალობის საქმეში.

ანამნეზის შეკრება უნდა ხდებოდეს გარკვეული გეგმით, წინააღმდეგ შემ-  
თხვევაში შესაძლოა ამა თუ იმ საჭირო ცნობების შეგროვება გამოგვრჩეს.

ა მიზნით სამკურნალო დაწესებულებებში შემოღებულა სპეციალური სქემა ანამნეზის შესაგროვებლად. რომელშიც მოყვანილია ყველა ის კითხვა, რაც უნდა მიეცეს ავადმყოფს. ასეთი წესი უზრუნველყოფს ყველა ცნობის მიღებას.

ანამნეზის შეგროვების დროს ჯერ უნდა მიეცეთ ავადმყოფს საშუალება მოგვითხროს თავისი ავადმყოფობის დასაწყისის, განვითარების შესახებ, ჩამოთვალოს ავადმყოფობის ნიშნები და შემდეგ სისტემატურად მიეცემა კითხვებით გამოვარკვიოთ ის, რაც ჩვენთვის საჭირო და საინტერესოა. ხშირად ავადმყოფს მთავარი გამოარჩება, ილაპარაკებს იმაზე, რაც მნიშვნელოვანი არ არის და ასეთ შემთხვევაში ექიმმა თავის შეკითხვებით უნდა წარმოართოს ავადმყოფის თხრობა საჭირო მიმართულებით.

უპირველესად ყოვლისა ავადმყოფს გამოჰკითხავეხ მისი ვინაობის შესახებ, ასაკი, პროფესიას, ოჯახურ მდგომარეობას, საცხოვრებელ ადგილს. ყველაფერი ამას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს როგორც დაავადების ხასიათის გამოვარკვევისათვის, ისე საბოლოო დასკვნის შესადგენად.

ცნობილია, რომ ზოგი დაავადება უფრო ხშირია ადამიანის გარკვეულ ასაკში, მაგალითად, არტერიოსკლეროზი, ფილტვების ემფიზემა, ავთვისებიანი სიმსივნეები და სხვ. უფრო ხანში შესულ პირებს უჩნდებათ ხოლმე, პირიქით, ახალგაზრდები უფრო ხშირად ავადდებიან ტუბერკულოზით.

პროფესიას რომ გარკვეული მნიშვნელობა აქვს დაავადების წარმოშობაში, ამის შესახებ არაერთგზის იყო ზევით ნათქვამი.

ამ ცნობების შემდეგ აღნიშნავენ ავადმყოფის ჩივილებს, ამჟამად არსებული ავადმყოფობის დასაწყისსა და განვითარებას, შემდეგ აგროვებენ ცნობებს ორგანოთა სისტემების მიხედვით ჩატარებული გამოკითხვით, რის შემდეგ გადადიან ავადმყოფის ცხოვრების ანამნეზზე იმ ცნობების აღნიშვნით, რაც ზევით იყო მოხსენებული.

ანამნეზის შეკრება მთავრდება მემკვიდრეობის შესახებ ცნობების შეგროვებით (ოჯახური ანამნეზი).

ანამნეზის შეკრების დამთავრების შემდეგ გადადიან ავადმყოფის გასინჯვაზე, ანუ ო ბ ი ე ქ ტ უ რ გ ა მ ო კ ე ლ ე ვ ა ზ ე, რითაც იკვლევენ ავადმყოფის ა წ ი ნ დ ე ლ მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ს (Stalut praesens).

ობიექტურ გამოკვლევას ატარებენ სპეციალური მეთოდებით (იხ. ქვევით) ორგანოთა სისტემის მიხედვით, რის მონაცემებს აგრეთვე ჩააწერენ სათანადო სქემაში, ამას დაემატება საჭირო ინსტრუმენტალური და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგები და, ამრიგად, შედგება ე. წ. ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ო ბ ი ს ი ს ტ ო რ ი ა, რომელიც წარმოადგენს ავადმყოფობის ფრიალ მნიშვნელოვან დიაგნოზურ მონაცემებს.

ავადმყოფობის ისტორიაში ანამნეზის და ობიექტური გამოკვლევის გარდა შეაქვთ ავადმყოფობის მიმდინარეობის ლბორი, სადაც აღინიშნება ავადმყოფის ყოველდღიური მდგომარეობის გარდა, ყველაფერი ის, რაც გაკეთდა ავადმყოფის საწოლთან (დიეტა, წამლობა და სხვ.).

ავადმყოფობის ისტორიის პირველ გვერდზე იწერება ავადმყოფობის დიაგნოზი, ავადმყოფობის გამოსავალი და ზოგი სხვა ცნობა, რაც აუცილებელია სემედიცინო სტატისტიკისათვის.

ავადმყოფის მკურნალობის დასასრულს ისტორიაში იწერება აგრეთვე ე პ ი კ რ ო ზ ი (ავადმყოფობის მოკლე მიმოხილვა და დასკვნა); თუკი ავადმყოფი მოკვდა— ნ ა ტ ო მ ი უ რ ი დ ი ა გ ნ ო ზ ი ც.

ავადმყოფობის ისტორია დგება სამკურნალო დაწესებულებაში საჭიროების მიხედვით მოკლედ ან ვრცლად.

ზუსტად, გეგმიანად და საკმაოდ ვრცლად შედგენილ ავადმყოფობის ისტორიას უღირესად დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ავადმყოფობის სწორი დიაგნოზის დასმისთვის, არამედ სწორი მკურნალობისათვის და კლინიკური საკითხების მეცნიერული ანალიზისათვის. ავადმყოფობის ისტორიის სწორად აგებულ სქემას აქვს დიდი აღმზრდელი მნიშვნელობაც, რამდენადაც ის აჩვენებს სამედიცინო მუშაის ანამნეზის წესიერად შევსებისა და ობიექტური გამოკვლევის ნეთოდოლოგიურად სწორ ჩატარებას.

არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ობიექტური გამოკვლევის სწორად ჩატარებასაც.

ავადმყოფის გასინჯვა გვაძლევს საშუალებას გამოვარკვეოთ დაავადების ობიექტური ნიშნები, როგორც ზოგადი (ცხელება, სიყვითლე, ფერმერთალობა, სიგამბხდრე და სხვ.), ისე ადგილობრივი ხასიათისა, ამა თუ იმ ორგანოს მხრივ.

ისე როგორც ანამნეზი, ობიექტური გამოკვლევაც უნდა ტარდებოდეს ზედმიწევნით გულმოდგინედ და გარკვეული სისტემის მიხედვით, რომ არაფერი გამოგვრჩეს.

ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევა გულისხმობს ავადმყოფის გასინჯვას ფიზიკალური მეთოდებით—გ ა რ ე გ ა ნ ი დ ა თ ვ ა ლ ი ე რ ე ბ ა (inspectio), მ ო კ ა კ უ ნ ე ბ ა, ა ნ უ პ ე რ კ უ ს ი ა (percussio), მ ო ს მ ე ნ ა, ა ნ უ ა უ ს კ უ ლ ტ ა ც ი ა (auscultatio), ხელით შეხებით, გასინჯვა, ანუ პალპაცია (palpatio). თანამედროვე კლინიკაში ფიზიკალური გამოკვლევის ამ მეთოდებს ემატება ზოლმე ლაბორატორიული გამოკვლევები (კლინიკური, ბაქტერიოლოგიური, სეროლოგიური ანალიზება), რენტგენის სხივებით გასინჯვა, ელექტროკარდიოგრაფია და მრავალი სხვ. (იხ. ქვევით).

ავადმყოფის გარეგანი დათვალიერება და პალპაცია (სხეულის ზოგი ნაწილის) აქ ერთად უნდა იქნეს განხილული, ვინაიდან ავადმყოფის გასინჯვის დროს გამოკვლევის ეს ორი მეთოდი ერთმანეთს ავსებს. პალპაცია უმთავრესად მუცლის ღრუს ორგანოების გამოსაკვლევად რჩება და ამიტომ ამ მეთოდზე ქვევით კიდევ იქნება ლაპარაკი.

ავადმყოფის ობიექტურ გასინჯვას ზოგი იმ ორგანოდან იწყებს, რომლიც კენაც მიმართულია ავადმყოფის ჩივილები; ეს არ არის მართებული. საჭიროა ობიექტური გასინჯვა ტარდებოდეს გარკვეული თანმიმდევრობით ორგანოთა სისტემების მიხედვით (გული, ფილტვები, მუცლის ღრუს ორგანოები და ა. შ.).

ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევა შეიძლება ორ ნაწილად გაგვაყო:

1. ზ ო გ ა დ ი გ ა ს ი ნ ჯ ე —სიმაღლე, წონა, აგებულება, მდებარეობა სავალში, სახის გამომეტყველება, კანი, ფსიქიკური მდგომარეობა, ცნობიერება.

2. ს პ ე ც ი ა ლ უ რ ი გ ა ს ი ნ ჯ ე ვ ა — თავი და კისერი, გულ-მკერდი, სუნთქვის ორგანოები, სისხლის მიმოქცევის ორგანოები, მუცლის ღრუს ორგანოები, ხერხემალი, კიდურები, ნერვული სისტემა.

სიმაღლე და წონა. კლინიკური თვალსაზრისით ავადმყოფის ამა თუ იმ სიმაღლეს მხოლოდ მაშინ აქვს მნიშვნელობა, როდესაც ის ან მეტად დიდია (გიგანტიზმი), ან მეტად პატარა (ნანოზმი), რამდენადაც ეს მოვლენა შესაძლოა იყოს მაჩვენებელი ავადმყოფური მდგომარეობისა. სხვა შემთხვევებში, დიაგნოსტიკისთვის ადამიანის სიმაღლეს იკვლევენ იმისათვის, რომ შეადარონ ის წონას. ასეთი შედარება კი მაჩვენებელია ადამიანის ფიზიკური განვითარების, მისი ნაკვებობის ხარისხისა და სხვ.



ადამიანის სიმაღლე სხვადასხვაა; არჩევენ მაღალი ტანის, შუა ტანის და პატარა ტანის ადამიანებს. მაშაყცი 173 სმ-ზე უფრო მაღალი, მაგრამ არა უმეტეს 190 სმ ითვლება მაღალი ტანის ადამიანად, 167 სმ-ზე უფრო მაღალი—შუა ტანის, ხოლო 150 სმ-ზე დაბალი—პატარა ტანის კაცად. დედაყცი—161 სმ-ზე ზევით მაღალია. 135 სმ მეტი—შუა ტანისა, 135 სმ ნაკლები—პატარა ტანის. 100 სმ-ზე ნაკლები სიმაღლის ქალი ან კაცი—ქონდრის კაცის სიმაღლისაა.

ავადმყოფის წონის გამოკვლევა ფრიად საჭიროა, ამიტომ როგორც წესა, ავადმყოფი უნდა აიწონოს (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

ადამიანის ნორმალური წონის გასაანგარიშებლად იქცევიან ასე: ადამიანის სიმაღლეს გამოაყლებენ 100-ს, სხვაობა გეჩვენებს ნორმალურ წონას კილოგრამებში. მაგალითად, ადამიანის სიმაღლე უდრის 174 სმ, წონა მისი უნდა იყოს 74 კილოგრამი (174—100=74). ასეთი გამოანგარიშება ადამიანის ნორმალური წონისა, მიახლოებითაა. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე გულ-მკერდის გარშემოწერილობას, რომელიც უნდა უდრიდეს გულ-მკერდის გარშემოწერილობას სმ-ში გამრავლებულს 100-ზე და გაყოფილს სიმაღლეზე. ნორმალურად ეს ინდექსი უნდა უდრიდეს 50—55. კლინიკისათვის აუცილებელი ანტროპომეტრიული (ადამიანის გაზომვის) მონაცემები, ჩვეულებრივ, ამით განისაზღვრება.

ადამიანის სიმაღლე და წონა მეტად ინდივიდუალურია, მაგრამ კიდევ უფრო თავისებურია ადამიანის ალნაგობა. ზოგი ადამიანი მაღალია, აქვს ვიწრო მკერდი, გრძელი სახე, ზოგი კიდევ ჩასხმული ტანისაა, მხარბეჭიანი, განიერი მკერდით: როგორც დაკვირვებამ გამოარკვია, ამას არა მარტო გარეგნული მნიშვნელობა აქვს, არამედ ის მნიშვნელოვანია დაავადების წარმოშობის და მიმდინარეობის მხრივაც.

ადამიანის აღნაგობის მიხედვით არჩევენ ადამიანების 3 ტიპს: ნორმოსტენიური, ასტენიური და ჰიპერსტენიური.

ნორმოსტენიკები პროპორციულად არიან აგებული, მათი წონა ნორმალურია, გულ-მკერდი კარგად აქვთ განვითარებული და საშუალო აღგალი უჭირავთ ასტენიკებსა და ჰიპერსტენიკებს შორის. ასტენიკები, პირიქით, არიან მაღალი ტანისა, აქვთ გრძელი სახე, მოხრილი მხრები, გრძელი და წვრილი კიდურები, ჩავარდნილი ან ბრტყელი გულ-მკერდი, ვიწრო ეპიგასტრიული კუთხე, წონა ჩამორჩება სიმაღლეს. ჰიპერსტენიკებს ახასიათებთ მხარბეჭიანი, ჩასხმული ტანი, განიერი მკერდით, მოკლე და მსხვილი კიდურები, მომრგვალო სახე კარგად გამოხატული ქვედა ყბით, ბლაგვი ეპიგასტრიული კუთხე, წონა არ შეეფერება სიმაღლეს, უარობს მას.

ჰიპერსტენიკები უფრო ხშირად ზღებიან ავად შაქრის ავადმყოფობით, ნიკოტინით, სიმსუქნით და ნივთიერებათა მოშლის სხვა სახეებით.

ასტენიკები უფრო მიდრეკილნი არიან ტუბერკულოზისადმი და სხვ.

ავადმყოფის კვების (ნაყებობის) მდგომარეობას აქვს აგრეთვე გარკვეული დიაგნოსტიკური ღირებულება. ზოგი დაავადება განსაკუთრებული სიგამხდრით ხასიათდება—ასეთებია ტუბერკულოზი, შაქრიანი დიაბეტი, ადისონის სნეულება, კიბო, ბაზედოვის სნეულება და მწვავე ინფექციური სნეულებები მუცლის და პარატაბიანი ტიფი და სხვ.). ასეთ ავადმყოფებს კანკეშე ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად აქვთ გამოხატული, კანის დაკვირვება (ტურგორი) დაქვეითებულია, კუნთები სუსტად აქვთ განვითარებული, ლავიწუნდა და ქვედა ფოსოები, ნეკნათა შუა არეები კარგად ემჩნევათ, მუცელი ჩავარდნილია, ძვლები აზოჩრილი და სხვ.

უღერესად ძლიერი სივამხდრე, როცა კანქვეშა ცხიმო სრულიად განლეფ-  
ლია, კუხთებიც ატროფიულია, ამავე დროს კანიც მკრთალია, ცნობილია კახეჭი-  
სიის სახელწოდებით—იტყვიან ავადმყოფი კახეჭის იუ რ ი ა ო. კახეჭისა  
ახასიათებთ კიბოთი ავადმყოფებს, კუჭ-ნაწლავის ქრონიკულად მიმდინარე მძიმე  
და ხანგრძლივ დაავადებებს და სხვ.

პირიქით, კანქვეშა ქსოვილის ჰარბად განვითარება, როცა ადამიანის წონა  
ბევრად ჰარბობს მის ნორმალურ წონას, როცა კანი სხეულზე ნაკეცებად ლაგდე-  
ბა, მუცელი ძალზე გადიდებულია, ნიკაპი დაბაზიანია და სხვ. ცნობილია, რო-  
გორც ს ი მ ს უ ქ ე ნ ე, რაც პათოლოგიურ მდგომარეობად ითვლება და მაჩვენებე-  
ლია ცხიმის ცვლის მოშლისა.

მდებარეობა საწოლში აქ ტ ი უ რ ი, პ ა ს ი უ რ ი და ი მ უ ლ ე ბ ი თ ი  
უკვე იყო აღნიშნული ზევით. იქვე იყო მოხსენებული სახის 'გამომეტყველება  
(habitus)' და ავადმყოფის ცნობიერების მდგომარეობა (იხ. ავადმყ. მოვლა).

კ ა ნ ის გ ა მ ო კ ე ლ ე ვ ა უნდა ღებოდეს ყველა შემთხვევაში, ძალიან  
დაკვირვებით და უმჯობესია დღისით, ვინაიდან ხელოვნური განათების დროს  
შესაძლებელია ვერ შეგამჩნიოთ სხვადასხვა გამონაყარი ან მისი ფერის შეცვლა,  
მაგალითად, სიყვითლე. კანის ფერი დამოკიდებულია ჰაერის და სინათლის ზე-  
გავლენაზე, კანის სისქეზე, მასში განვითარებულ სისხლის ძარღვების და კაპი-  
ლარების სისხლსაცვლობაზე.

კანი შესაძლოა იყოს არანორმალურად წითელი ან მკრთალი, ან ციანოზუ-  
რი (გალურჯებული), ან შეიძლება კანი შეიფეროს სხვადასხვა მღებავი ნივთიე-  
რებით ყვითლად (ნაღვლის პიგმენტით, სიყვითლის დროს), ყავისფრად (ადისონ-  
ის დაავადების დროს), ნაცრისფრად (ვერცხლის პრეპარატებით მკურნალობის  
დროს) და სხვ.

კ ა ნ ის ა რ ა ნ ო რ მ ა ლ უ რ ი ს ი წ ი თ ლ ე აღნიშნება ცხელების  
დროს. სხვათა შორის, ეს მოვლენა ინდივიდუალურია; ზოგს სიცხის აწვეია  
დროს. ფერმკრთალობა დაემჩნევა, რომელიც შემდეგ შეიცვლება სიწითლით.  
არის დაავადება ე. წ. პოლიციტემია, როდესაც სისხლში მომატებულია ერითრო-  
ციტების რაოდენობა, ამ დროსაც ადამიანი არანორმალურად წითელია. ბევრა  
ფიზიოლოგიური მიზეზიც იწვევს კანის წარმავალ სიწითლეს, ასეთებია განრიპ-  
ება, სორცხელის გრძობა, ღიღანს ჰაერზე და მზეზე ყოფნა და სხვ. კანი ზოგ  
ადამიანს ბუნებრივად მოწითალო ფერია აქვს, კანქვეშა სისხლის კაპილარებით  
ჰარბად განვითარების და ზერელედ მდებარეობის გამო.

კ ა ნ ის ფ ე რ მ კ რ თ ა ლ ო ბ ა ს ა ც ფიზიოლოგიური მიზეზების გარდა,  
როგორცია შიში, მღელვარება. ვანრისხება, იწვევს გულის წასვლა, მწვავე ან  
ჭრონიკული სისხლნაკლებობა სხვადასხვა დაავადების დროს. კანის განსაკუ-  
თრებულ გაფითრებას იძლევა პრილოზიდან, საშვილოსნოდან, კუჭისა და ნაწ-  
ლავებიდან ან სხვა შინაგანი ორგანოებიდან განვითარებულ სისხლდენის  
დროს სისხლის ერთბაშად დაკარგვა.

ისეთი დაავადებები, როგორც ტუბერკულოზი, კიბო, თირკმლების ანთება,  
ჭიბით დაავადება და სისხლის ზოგიერთი ავადმყოფობა. იწვევენ ქრონიკულ  
სისხლნაკლებობას და კანის ფერმკრთალობას.

კანის გაფითრება ვითარდება აგრეთვე გულის მუშაობის მწვავე დაუსტე-  
ბის (კოლაფსის) და გულის ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს (გულის ანგიის  
შეტევა, აორტის სარქველის მანკი).

კ ა ნ ის ს ი ლ უ რ ქ ე (ციანოზი) შედგება, უფრო ხშირად, ვენოზური სის-  
ხლის შეგუბების ან, უფრო იშვიათად, — სისხლის არტერიალიზაციის შემცირე-

ბისა. გულის დაავადების დროს, გულის დასუსტების გამო, სისხლის შეგუბება ვითარდება ვენების სისტემაში, ეს კი იწვევს კანის სილურჯეს; ფილტვების ანთების, ექსუდატური პლევრიტის, პნევმოთორაქსის დროს არტერიული სისხლი ღარიბდება ჟანგბადით და პირიქით, იყენებება ნახშირორჟანგით, ეს კი იწვევს კანის ციანოზს.

ზოგიერთი საწამლაკებით მოწამულა, როგორც ბერთოლეს მარილი, ანილინი და ნიტრობენზოლი, აგრეთვე იწვევს ძლიერ ციანოზს.

კ ა ნ ი ს ს ი ყ ვ ი თ ლ ე (icterus) გულისხმობს კანის შეფერვას ნაღვლის პიგმენტით. ღვიძლის ზოგი დაავადება და ნაღვლის გზების დაზვევა კენჭით ან სიმსივნით არის მიზეზი კანში ნაღვლის პიგმენტის დალაგების და კანის სიყვითლისა. ჩვეულებრივ, ასეთ შემთხვევაში კანთან ერთად შეფერილია ლორწოვანი გარსები, თვალის თეთრი გარსი (სკლერა), რბილი სასა, შარდი, ოფლი და სისხლის შრატია. ამით განსხვავდება სიყვითლე კანის ყვითლად შეფერვისაგან, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს სხვადასხვა საღებავი ნვითიერებების (პიკრინის მჟავა) ან აკრიქინის, ციტრუსების და სტაფილოს დიდი რაოდენობით მიღების შედეგად.

ზოგჯერ კანის არანორმალური პიგმენტაცია აღინიშნება ორსულობის (Chloasma gravidarum) ან კახექსიის დროს (Chloasma cachecticum). პიგმენტი ხშირად ჩნდება კანზე ჭრილობის, ფურუნკულის, წყლულის შემდეგ.

პირიქით, კანის ნორმალური პიგმენტი შეიძლება ზოგჯერ ვაქრეს და განვითარდეს ე. წ. ვიტილიგო (vitiligo), რაც ზოგს თანდაყოლილი აქვს, კანზე თეთრი ლაქების სახით.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს კანში სისხლჩაქევილობა განვითარებას. სისხლჩაქევება ზოგჯერ წერტილოვანი ხასიათისაა და ზელის დაქვეით არ ქრება (პეტეჩია), ზოგჯერ უფრო ფართო ლაქების სახით აღინიშნება (პურპურა).

მთელი რიგი ინფექციური სნეულებები, როგორც ქუნთრუშა, წითელა, სეფსისი, პარტახტიანი ტიფი და სხვ., იწვევს ასეთ მოვლენას. არის სისხლის დაავადებები—ვერლჰოფის სნეულება, ლეიკემია, ჰემოფილია და სხვ., რომლებიც აგრეთვე იძლევიან კანში სისხლჩაქევებას.

გამონაყარი კანზე ხშირად ჩნდება აგრეთვე ინფექციური დაავადებების დროს და გამოცდილ ექიმს ხშირად ამ გამონაყარის ხასიათის მიხედვით უხდება დაავადების ამოცნობა.

გამონაყარს ეკუთვნის როზეოლა, პაწაწა ვარდისფერი, კანის ზედაპირზე ოდნავ შემალელებული წარმონაქმნი, რომელიც თითის დაქერით ქრება და შემდეგ ისევ გამოჩნდება ხოლმე. როზეოლა დამახასიათებელია მუცლის ტიფისათვის, რომელიც ავადმყოფს გამოაჩნდება პირველი კვირის დასასრულს და მეორე კვირის დასაწყისში მუცელზე, გულ-მკერდზე და ბეჭების მიდამოში.

ერთი მთა უფრო ფართოა, ზოგჯერ მტკივნეული (erythema nodosum), მოწითალო-ვარდისფერი და გვხვდება რევმატიზმის და ტუბერკულოზის ზოგა ფორმის დროს.

ურტიკარია („კინკრის ციებას“ რომ ეტყვიან) (urticaria) კანზე ამობურცულ ბუშტუკს წარმოადგენს, რომელშიც სითხეა და იწვევს ქავილს.

ბუშტუკი (vesicula) ხშირად ჩნდება კანზე ინფექციურ დაავადებათა, გრიპის, ფილტვის კრუპოზული ანთების, მენინგიტის, მალარიის დროს, განსაკუთრებით ტუჩებზე—ჰერპესი (herpes labialis) ან ცხვირის ნესტოების მიდამოში (herpes nasalis).

ზამთვლილი ელემენტების გარდა კანზე არაიშვიათია სხვა ელემენტებიც: ბუშტი (bulla), ჩირქოვანი ბუშტუკი (pustula), ქიცვი (squama), ნახეთქი (rhagades), წყლულები (ulcera) და სხვა, რასაც უფრო მეტი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს ქირურგიაში და კანის სპეციალობაში, ამიტომ აქ დაწვრილებით მათზე აღარ შევიჩრდებთ.

კანის გამოკვლევის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე კანის სიმშრალეს, დაჭიმულობას და კანქვეშა ქსოვილის შეშუპებას.

ნორმალურ პირობებში კანის ზედაპირი შესაძლოა მშრალიც იყოს და ტენიანიც. ეს ბევრად არის დამოკიდებული გარემოს ტემპერატურაზე, ფიზიკურ დატვირთვაზე და სხვ. კანის ტენიანობა ოფლის გამოყოფაზე არის დამოკიდებული. თუ ადამიანი ძალზე ოფლიანობს, მისი კანი ტენიანია, თუ ოფლიანობა შეწყვიტებულია, კანი მშრალია.

როდესაც ადამიანი ბევრ სითხეს კარგავს ფაღარათის ან პირსაქმების დროს, მას კანი უშრება. შაქრიანი და ჯიშაქრო დიაბეტით ავადმყოფებს აგრეთვე მშრალი კანი აქვთ: ისინი ბევრ სითხეს კარგავენ შარდის სახით და ოფლიანობა ამიტომ ნაკლები აქვთ.

ძლიერი ოფლიანობა და ტენიანი კანი ახასიათებს სიცხის დაკლების დროს ზალარიას, ტუბერკულოზს, ბრუცელოზს, სეფსისს.

ახალგაზრდა, ჯანმრთელი ადამიანის კანი ხასიათდება ერაგვარი და კიმიკულობით—ტურგორით (turgor); რამდენად მეტად უახლოვდება ადამიანი სიბერეს, იმდენად უფრო იკლებს კანის დაჭიმულობა და კანი ხდება დუნე. ახალგაზრდა ადამიანის კანი რომ მოსწიო ნაკეცად ორი თითით, ის გაშვებისთანავე სწორდება, სიბერეში კი ნაკეცი ერთხანს დარჩება და ნელ-ნელა გასწორდება.

ადამიანის კვების დაქვეითების შედეგად კანის ტურგორი იკლებს. ასეთივე ცვლილებები ვითარდება ზოგიჭრონიკული დაავადების დროს, როდესაც ორგანიზმის კვება დაქვეითებულია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს კანქვეშა ქსოვილის შეშუპებას (oedema). თუ კანქვეშა ქსოვილში რაიმე მიზეზის გამო ჰარბი რაოდენობით დაგროვდა სითხე, კანქვეშა ქსოვილი შეშუპდება. შეშუპების ადგილას კანი შესივებულია, დაჭიმული, კრიალა და ფერიც შეცვლილი აქვს, მკრთალია, მოწითალო-ვარდისფერი ახმოლურჯო-ციანოზური. ფერის სხვადასხვაობა ხშირად შეშუპების ხასიათზეა დამოკიდებული. თითის დაჭერით შეშუპების ადგილას რჩება ჩაღრმავება, რომელიც დიდხანს არ ამოსწორდება.

შეშუპების გამოწვევი მიზეზის მხედვით არჩევენ გულის დაავადებში გამოწვეულ შეშუპებას (კარდიალური), თირკმლების დაავადებით გამოწვეულ შეშუპებას (რენალური), მექანიკური მიზეზით გამოწვეულ შეშუპებას (მექანიკური), ანთებით შეშუპებას, კვების მოშლით გამოწვეულ მარანტიულ ანუ კახექსიურ შეშუპებას, ანგიონევროზულ შეშუპებას. ამ სხვადასხვა სახის შეშუპებათა მექანიზმი სხვადასხვაა და ზოგჯერ საკმაოდ რთული.

კანქვეშა ქსოვილის შეშუპებამ, განსაკუთრებით გულისა და თირკმლების დაავადების შემთხვევებში, შესაძლოა ისეთ ზომას მიიღწიოს, რომ კანი დასცდეს და იქიდან სითხემ დაიწყოს უნევა.

ავადმყოფის ზოგადი გარეგანი დათვლიერების შემდეგ ვადალან სხეულისა და თუ იმ ნაწილის სპეციალურ გასინჯვანზე.

ფრიალ მნიშვნელოვანი მონაცემები შეიძლება აღმოჩნდეს სახის გლანდის დროს. ხშირად სახეზე ასეთი ცვლილებები აღმოჩნდება, რომ ექიმი

უკვე იმის მიხედვით მიიტანს ეჭვს ამა თუ იმ დაავადებაზე. მაგალითად, შეშუპებული სახის კანქვეშა ქსოვილი, გადასწორებული სახის ნაკვებით, შეშუპებული თვალის ქუთუთოები, ფერმკრთალი კანი, ღმინებისა და თირკმლების ანთებისათვის, სახის კანზე წვრილი წერტილოვანი წითელი ნაყარი, რომლისგანაც თავისუფალია მხოლოდ ტუჩებისა და ნიკაბის მიღამო, სამკუთხედის მსგავსად, დამახასიათებელია ქუნთარუშისათვის; გაღმობიებული თვალები, გამზდარ სანეზე, ისეთი გამომეტყველებით, თითქოს ავადმყოფი შეშინებულიაო, ახასიათებს ბაზილდოვის ავადმყოფობას და სხვ.

**პ ი რ ი ს ლ რ უ ს** გასინჯვა არასდროს არ უნდა იქნეს დავიწყებული. პირის ღრუში ზოგჯერ ისეთი ცვლილებები აღმოჩნდება, რომლებიც დაგვეხმარება დაავადების ამოცნობაში, მაგალითად, აღისონის დაავადების დროს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე არის მუქი ყავისფერი ლაქები, რომლებიც „მონადირე ძაღლის სიმპტომის“ სახელით არის ცნობილი. წითელას დროს, მანამ კანზე გამოჩნდება გამოჩნდებოდეს ავადმყოფს, პირის ღრუში, ლოყების და ღრძილების ლორწოვან გარსზე ემჩნევა თეთრი ლაქები (ე. წ. ფილატოვ-კაპლიკის ნიშანი). გარდა ამისა, პირის ღრუს ლორწოვანზე შესაძლოა იყოს წყლულები, არანორმალური სიწითლე და სხვა ცვლილებები, რაც მნიშვნელოვანია დაავადების დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით.

**ღ რ ძ ი ლ ე ბ ი ს** მდგომარეობას უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება პირის ღრუს გასინჯვის დროს. ღრძილები ხშირად შესივებული და შეწითლებულია, კბილბუდეებიდან მოდის ჩირქი, ასეთ ავადმყოფებს ხშირად პირის ღრუდან ამოსდით სუნის (foetor ex ore). ღრძილების დაავადების (ალვეოლარული პიორეა) გარდა, ასეთი ცვლილებები შესაძლოა იყოს, მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის დროს, რომლის ნიადაგზე ავადმყოფს ღრძილების გაფხვიერება უვითარდება, კბილები ენძრევა და სცივია.

სიხდივით მკურნალობის დროს ან ტყვიით პროფესიული მოწამელის დროს ავადმყოფს ღრძილებზე კბილბუდეების კიდებზე გაუჩნდება მოშავო, ნაცრისფერი ლაქები.

**კ ბ ი ლ ე ბ ი ს** მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ხშირად მნიშვნელოვანია კუჭ-ნაწლავითა დაავადების განვითარებაში. გაფუჭებული კბილის ძირის დაჩირქების დროს შესაძლოა ავადმყოფს სიცხეს აძლევდეს და ზოგჯერ ქრონიკულად მიმდინარე სეფსისიცი კი განუვითარდეს. ამიტომ საჭიროა კბილებიც კარგად გაისინჯოს.

ენა ბევრი სხვადასხვა დაავადების დროს დამახასიათებელ ცვლილებება განიცდის. მწვავე სიცხიანი ავადმყოფობის დროს ის თეთრად ან მოყავისფერო ნაღებთ არის შეღესილი, ხშირად მოშშრალი ან სრულიად შშრალია (პერიტონიტი, ურემია); კუჭის წველის შეკუმშვის დაკლების (აქილია) დროს, ენა მოწითალო ფერისაა, კრიალა ზედაპირით და წვერი ან კიდები შეიძლება დაწყლული ბული იყოს (ე. წ. ჰენტერის გლოსიტი). ასეთი ენა ახასიათებს ნირმერის ანემიას, სპრუსს. ქუნთარუშის დროს ენის ზედაპირი წაავება ვოლოს—მოწითალო ფერისა და წვერზე და კიდებზე აქვს შემალღებული დვრისებრი. მუცლის ტიფის დროს ენა შუა ადგილზე თეთრად არის შეღესილი, ირგვლივ ნაპირები და ენის წვერი სუფთაა ნაღებისაგან და ა. შ.

**ყ ე ლ ი ს** გ ა ს ი ნ ჯ ვ ა სავალდებულოა ყველა და განსაკუთრებით სიცხიანი ავადმყოფისათვის. ბევრი შემთხვევა ყოფილა დიაგნოზის შეცდომისა იმიტომ, რომ ექიმს დავიწყებია ყელის გასინჯვა. ხშირად სიცხის აწვევის ერთადერთი მიზეზი ნუშისებრივი ჯირკვლების ანთებაა (ანგინა) და თუ ექიმმა ეს არ ნახა, სიცხის მიზეზს სხვაგან ვერ აღმოაჩინს. ინფექციურ დაავადებათა დროს

ხშირად ყელში დამახასიათებელი ცვლილებები ყელის მკაფიოდ შემოსაზღვრულ სიწითლის სახით (ქუნთორუმის დროს), ნაცარა—ტუჟყიანი ფერის ნაღები (დიფთერიის დროს), ნეკროზული წყლულები (მწვავე ლეიკემიის დროს), სიწითლე და ჩირქოვანი წერტილები—ფოლიკულარულ ანგიინის დროს და სხვ.

ყელის გასინჯვის მიზნით საჭიროა ავადმყოფმა ფართოდ გააღოს პირი, გამოსწიოს ენა და სთქვას ასო „ა“ ან „ე“. უმჯობესია ენის ძირი ამ დროს შაბდელით ან კოვზის ტარით ქვევით დაეწიოს. ყელის გამოკვლევის დროს ყელი უნდა იყოს კარგად განათებული, ამ მიზნით უმჯობესია შუბლის რეფლექტორის ხმარება. ავადმყოფის ყელის გასინჯვა არ უნდა ხდებოდეს საქმლის მიღების შემდეგ, რადგან შაბდელით ან კოვზით ენის ძირს დაწვევისას შეიძლება ავადმყოფს გული აერიოს და საქმელი უკან ამოიღოს.

იმისათვის, რომ დამთავრებულად ჩათვალოს თავის და სახის მიდამოს გასინჯვა, საჭიროა დათვალიერებული იყოს კიდევ თ ვ ა ლ ი ს ლ ო რ წ ო ვ ა ნ ი გ ა რ ს ი და ყ უ რ ი ს შ ე ს ა ვ ა ლ ი ხ ვ რ ე ლ ი . ამ ო რ ი ო რგანოს გამოკვლევა დახელოვნებას მოითხოვს, მაგრამ გარეგანი დათვალიერება ყველა საექიმო მუშავს უნდა შეეძლოს. თვალის ლორწოვანი გარსი ზოგი ინფექციური დაავადების დროს (წითელა, პარტახტიანი ტიფი) ძალზე გაღიზიანებულია; ადგილი აქვს კონიუნქტივიტის განვითარებას. თვალის კაკლის თეთრი გარსი, სკლერა, ზოგჯერ გაყვითლებულია. (საცეითლის დროს) ან მასში სისხლის ჩაქცევები აღინიშნება და სხვ.

ყურის გასინჯვის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება ჩირქის დენას ან დვრისებრ მორჩის არეში შესივებას და სიწითლეს, რაც შუა ყურის ჩირქოვანი ანთების მაჩვენებელია და სხვ.

სანამ გულ-მკერდის დათვალიერებაზე გადავიდოდეთ, საჭიროა გაისინჯოს კ ი ი ს . აქაც შესაძლოა ზოგჯერ ფრიალ მნიშვნელოვანი ცვლილებები აღინიშნოს.

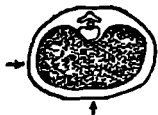
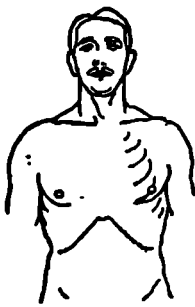
კისრის მიდამოში ბევრია ლიმფური ჯირკვლები, მათ მდგომარეობას უაღრესად დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს. ლიმფური ჯირკვლები მდებარეობს კისრის გვერდით ზედაპირებზე, მკერდ-ლავიწ-დვრისის კუნთის გასწვრივ, უკან კეფის კუნთის მიდამოში, ლავიწების ზემოთ, ყბის ძვლის ქვემოთ. ყველა ეს ადგილი ხელთ უნდა გაისინჯოს და თუ ჯირკვლები გადიდებულია, მას ხელი შეიგრძნობს ლობიოს, თხილის ან კაკლის ოდენა მდობრავი ან უძრავი, მტკივნეული ან უმტკივნეულო წარმონაქმის სახით. ზოგჯერ ლიმფური ჯირკვლების დაჩირქების და დაშლის გამო კისრის არეში აღინიშნება ფისტულები, საიდანაც ჩირქი სდის. ან წარსულში ასეთი პროცესის არსებობის შედეგად, კისრის არეში აღინიშნება ნაწიბურები. ყველა ამას დაიგნოსტიკურა მნიშვნელობა აქვს ლიმფური ჯირკვლების ტუბერკულოზის ამოცნობაში. არაიშვიათია კისრის ლიმფური ჯირკვლების ძლიერი შესივება, როდესაც კისრის ერთ მხარეზე ან ორივე მხრივ აღინიშნება მთელი გროვა (მაკეტი) ლიმფური ჯირკვლებისა. ასეთი ცვლილება თვალითაც ნათლად ემჩნევა და კისერი ამ შემთხვევაში დამახინჯებულია. ასეთი მოვლენა დამახასიათებელია ლიმფოგრანულომისათვის, ლიმფური ლეიკემიის და ლიმფოსარკომისათვის.

გარდა ამისა, კისრის წინა ზედაპირზე ხორხის არეში ზოგჯერ შეიძლება ფარისებრი ჯირკვლის გადიდების აღნიშვნა, რაც ჩიყვის სახელით არის ცნობილი: კისრის არეში სისხლის ძარღვების (საძილე) არტერიების და საუღლე ვენების) პულსაცია დამახასიათებელია გულის ზოგიერთი ავადმყოფებისათვის (გულის

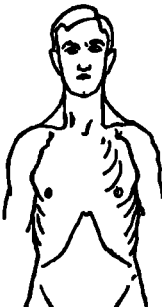
მანკი). სპილეთ არტერიების ანუ კაროტიდების ეს ზეუსაცია „კაროტიდების ცეკვის“ სახელით არის ცნობილი.

ამგვარად, თავის მიდამოს გასინჯვა შეიძლება დამთავრებულად ჩათვალოს და ამის შემდეგ გადადიან გულ-მკერდის გასინჯვაზე. პირველ რიგში იწყებენ გულმკერდის დათვალიერებას.

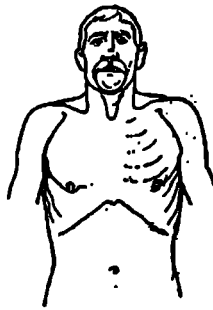
გულმკერდის ფორმა შესაძლოა იყოს ნორმალური ან შესაძლოა ის რაიმე ავადმყოფობის გამო შეიცვალოს, ვახდეს პათოლოგიური. ნორმოსტენიური, ასტენიური და ჰიპერსტენიული ტიპები, ჩვეულებრივ, ნორმალურ ტიპებად ითვლება. ასეთი ტიპის ადამიანებს, როგორც უკვე იყო ნათქვამი, ახასიათებთ გულმკერდის თავისებური ფორმა—ასტენიკებს ასტენიური, ნორმოსტენიკებს—ნორმოსტენიული და ჰიპერსტენიკებს—ჰიპერსტენიული. გულმკერდის ეს ფორმები ნორმალური გულმკერდის ვარიანტებს წარმოადგენს.



სურ. 69. ნორმალური გულ-მკერდი.



სურ. 70. პარალიტიკური გულ-მკერდი.



სურ. 71. ემფიზემური გულ-მკერდი.

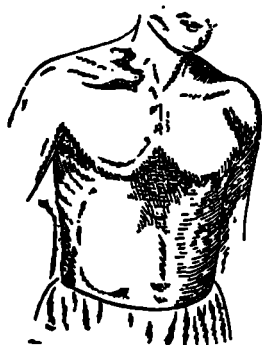
ნორმალურად გულმკერდი თანაბრად განვითარებული—მისი ორივე ნახევარი თანაბარი უნდა იყოს, ეპიგასტრალური კუთხე უახლოვდებოდეს 90°, გულ-მკერდის წინა-უკანა ზომა რამდენადმე უფრო ნაკლებია ვარდიგარდმო ზომაზე, ნეკნთა შუა სივრცეები ოდნე შესამჩნევია, ბეჭის ძვლები მჭიდროდ არის დალაგებული ზურგზე (სურ. 69).

პარალიტიკური გულმკერდი ვიწროა და გრძელი, ეპიგასტრალური კუთხე მახვილი, ნეკნთაშუა არეები და ლეიწზედა ფოსოები მკაფიოდ გამოხატული, ბეჭის ძვლები სცილდება ზურგს, როგორც ფრთები (scapulae alatae) მკერდის ძვლის და ხერხემლის შორის მანძილი (წინა-უკანა ზომა) მოკლეა, ლიუდოვიკოს კუთხე კარგად არის გამოხატული (სურ. 70).

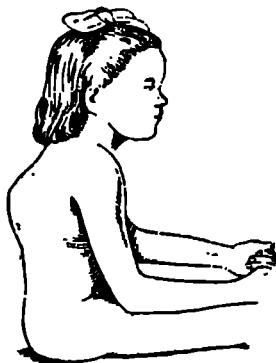
ქმ ფიზიკური გულმკერდი მოკლეა, გამოდრეკილი, განიერი და თავის მოყვანილობით კასრს მოგვაგონებს. ნეკნთა შუა არეები გამოდრეკილია, ლავიწუნდა ფოსოები გადასწორებული და ზოგჯერ ბალიშებივით ამობერილი. ეპიგასტრიუმის კუთხე ბლაგვია (სურ. 71).

რაქიტული გულმკერდი ვითარდება ბავშობაში რაქიტით ავად-მყოფობის ნიადაგზე, გულმკერდის ძვლოვანი ჩონჩხის დეფორმაციის შედეგად. შესაძლებელია მკერდის ძვალი წინ წამოიზარდოს და მაშინ გულმკერდი იღებს ე. წ. ქათმისებური გულმკერდის სახეს.

ძაბრისებური გულმკერდი აღინიშნება, როდესაც მკერდის ძვალი ჩაზნექილია როგორც ძაბრი (სურ. 72).



სურ. 72. ძაბრისებრი გულმკერდი.



სურ. 73. კიფოზური გულმკერდი.

ხერხემლის ტუბერკულოზური ან რაქიტულ ნიადაგზე დაავადების გამო შესაძლოა განვითარდეს გულმკერდის სკოლიოზური, კიფოზური და კიფოსკოლიოზური ფორმა, როდესაც გულმკერდი ან ჭვერდით არის გამრუდებული, ან კუზი აღინიშნება უკან გამრუდების გამო, ან გამრუდებულია როგორც უკან, ისე გვერდით (სურ. 73).

გულმკერდის ფორმის მოხსენებულ ცვლილებების გარდა, რაც ან თანდაყოლილია, ან უფრო ხშირად რაქიტის და ტუბერკულოზის შედეგია, შესაძლებელია გულმკერდის რომელიმე ნახევრის ასიმეტრია განვითარდეს დროებით ან მუდმივი ხასიათისა. გულმკერდის ფორმის ასეთი გამრუდება (დეფორმაცია) შედეგია ფილტვის განვითარებული სიმსივნის ზრდისა, უფრო ხშირად ექსუდატური პლევრიტის ან ფილტვის ქრონიკულად მიმდინარე ტუბერკულოზისა, რომელსაც მოსდევს ფილტვის შეკუმხვნა (ციროზი). პლევრიტის დროს გულმკერდის სათანადო ნახევარი გამოდრეკილია, შემდეგში პლევრის შეხორცების და ფილტვის შეკუმხვნის გამო გულმკერდის ეს ნახევარი ჩაიზნექება. გულის მიდამოში შეიძლება გულმკერდი გამოიზნიჭოს გულის ძლიერი ვადიდების გამო და გულის ყოველ შეკუმშვასთან შესაძინევი გაზდება გულმკერდის ამ გამოზნექილობის პულსაცია. ასეთივე გამოზნექა შესაძლოა აორტის ანევრიზმამ გამოიწვიოს. ასეთ გამოზნექას „გულის კუზი“ ეწოდება.

მუცლის დათვალიერების დროს აღინიშნავენ, პირველ ყოვლისა, მის ფორმას. ჭანსაღი ადამიანის მუცელი არ უნდა იყოს არც ჩაფარდნილი (თუ



აღამიანი გულადმა წევს), არც ჩამოშვებული (თუ ის ფეხზე დგას). მუცელს ჩვეულებრივად, ოვალური მოყვანილობა აქვს, ყველა მისი ნაწილი სიმეტრიულია და ის თანაბრად მონაწილეობს ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვაში. თუ მუცელი ჩამოშვებულია (აღამიანის ფეხზე დგომისას), ეს მუცლის ღრუს ორგანოების ცთომის, დაწვევის შედეგია. ჩავარდნილი მუცელი დამახასიათებელია ისეთი დაავადებებისათვის, რომლებიც ძლიერ სიგამზდრეს იწვევენ, ეს მოვლენა გვხვდება მაგალითად, მენინგიტის დროსაც.

წამოზერალი მუცელი შედეგია ნაწლავებში აირების (გაზების) დაგროვებასა (მეტეორიზმი).

მუცელი შეიძლება გადიდებული იყოს ჩვეულებრივზე მეტად; ეს მეტეორიზმის ან კანქვეშა ცხიმის დიდი რაოდენობით დაგროვების (სიმსუქნის დროს) ან სხვა რაიმე დაავადებითი მოვლენის შედეგია (სითხის დაგროვება—ასკიტ—ან სიმსივნის განვითარება), სითხის დაგროვება მუცელში მას აძლევს „ბაყაყის მუცლის“ შეხედულებას: მუცელი გაბრტყელებულია და გვერდით ზედაპირებზე გამოზნექილი. ზოგჯერ მუცლის დათვალეირების დროს აღმოჩნდება, რაში ის ასიმეტრიულია, ე. ი. ყველა მისი ნაწილი თანაბარი არ არის. ამას ადგილი აქვს, როცა მუცლის ღრუში სიმსივნეა გაჩენილი (ღვიძლში, საკვერცხეში და სხვ.).

მუცლის კედელზე ზოგჯერ შეიძლება შევამჩნიოთ ვენური ძარღვების ძლიერი განვითარება, რომლებიც განშტოებულია (კოლატერალები); ამას ადგილი აქვს ღვიძლის ციროზის დროს, ვინაიდან მასში სისხლის მიმოქცევა ირღვევა. ეს ვენური კოლატერალები ღვიძლის ატროფიული ციროზის დროს მუცლის კედელზე ქმნიან დახლართულ ბაღეს ე. წ. მედუზის თავს (caput medusae).

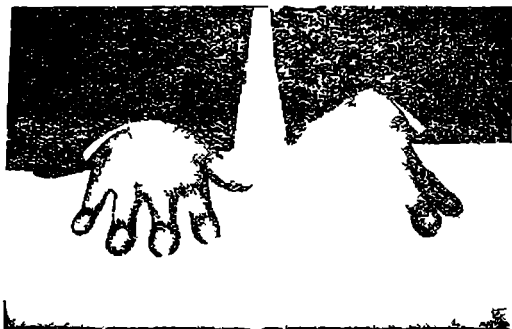
კიდევ ერთი საინტერესო მოვლენა აღინიშნება ხოლმე მუცლის კედელზე— ეს არის პერიტონალური ტალღები, რაც მუცლის კედლის ტალღისებური მოძრაობით გამოიხატება. ეს შედეგია კუჭის გასავლის შევიწროებისა ან ნაწლავთა გაუფლობისა.

ყველა ამის გარდა, მუცლის დათვალეირების დროს ყურადღება უნდა მიექცეს, ხომ არ არის სადმე თიქარი (ქიბის, თეთრი ხაზის, საზარდულის), არის თუ არა ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურები, ემჩნევა თუ არა ქალებს მუცელზე ორსულობის შემდგომი ნაწიბურები, ან მუცლის კუნთების გათიშვა და სხვ.

ავადმყოფის დათვალეირება რომ დამთავრებულად ჩაითვალოს, საჭიროა კიდურების დათვალეირებაც. სწორია, რომ მწოლიარე ავადმყოფს, თუ მას კიდურების ტკივილი არ აწუხებს, ექიმი არ გაუსინჯავს კიდურებს, ეს კი მიუტყვებელი შეცდომაა. შესაძლოა კიდურებზე იყოს ისეთი ცვლილებები, რომლებიც სხეულის სხვა ნაწილში არ არის ხოლმე და დაავადების ამოცნობისათვის კი მკითხველს მნიშვნელოვანია. გარდა იმისა, რომ კიდურების კანზე შეიძლება გამოიყაროს იყოს, შესაძლოა იქ აღმოჩნდეს დაწყულულება, ჭრილობის კვალი, შემუხეპა, ვენების გაფართოება, ქვემო კიდურის მსხვილი ვენის თრომბოზის დროს (თრომბოფლებიტი) კიდურის შესივება, გალურჯება (აკროციანოზი) და სხვ.

დაკვირვებით უნდა იქნეს გასინჯული სახსრები როგორც მსხვილი, ისე წერილი, უნდა აღინიშნოს სახსრების ფორმა, მოძრაობა, მტკივნეულობა, შესივება და სხვ. სახსრები შეიძლება იყოს შესივებული, შეწითლებული, მტკივნეული—მოძრაობის დროს (რევმატიზმი, ბრუცელოზი), ან მოძრაობა მათში იყოს შეზღუდული ნაწილობრივად ან მთლიანად (კონტრაქტურა, ანკილოზი). შესაძლოა სახსრების ფორმა იყოს დამახინჯებული (დეფორმაციული ართრიტი).

ფილტვების ზოგიერთი ქრონიკული დაავადების (აბსცესი, განგრენა, ბრონქოექტაზია, ტუბერკულოზი, ემფიზემა) ან გულის მანკების დროს (ენდოკარდიტის ნიადაგზე) თითების უკანასკნელი ფლანგები შემსხვილებულია დოლის ქოხის მსგავსად (სურ. 74).



სურ. 74. დოლის ქოხის მსგავსი თითები.

შესაძლებლობის ფარგლებში უნდა იქნეს გამოკვლეული ძვლები მდგომარეობაც, მათი მოყვანილობა, განვითარება, ფორმის შეცვლა, ყველაფერი ეს შესაძლოა საჭირო გახდეს ამა თუ იმ დაავადების ამოცნობის დროს.

გულმკერდის და მუცლის დათვლიერების დროს უნდა გაისინჯოს პერიფერიული ლიმფური ჩირკვლები, ისე, როგორც კისრის მიდამოს ლიმფური ჩირკვლები; ილიის ფოსოების, იდაყვის ფოსოების და საზარდულის მიდამოს ლიმფური ჩირკვლების ცვლილებებს უნდა მიექცეს ყურადღება.

ავადმყოფის ტემპერატურის, პულსის და სუნთქვის გამოკვლევის მეთოდებზე, მათ ცვლილებებზე და მნიშვნელობაზე უკვე იყო ლაპარაკი „ავადმყოფის მოვლაში,“ ამიტომ აქ ამ საკითხებზე აღარ შეეჩერდებით.

### პირკუსია

ავადმყოფის გამოკვლევას მოკაქუნებით ეწოდება პერკუსია. თითქმის ორმა საუკუნემ განვლო მას შემდეგ, რაც პირველად მოწოდებული იყო ეს მეთოდი (1761 წ.) და იმის მიუხედავად, რომ მას შემდეგ ავადმყოფის გამოსაკვლევად ბევრი ახალი მეთოდი იქნა მედიცინაში შემოღებული, პურკუსიას დღესაც არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა.

პერკუსია ემყარება ფიზიკურ მოვლენას, რომ ამა თუ იმ სხეულზე ბიძგისებრი დარტყმის დროს ხდება სხეულის შერხევა და ამის შედეგად წარმოიშევა ტალღები, რაც იძლევა გარკვეულ ხმანობას.

მოკაქუნების საშუალებით ამა თუ იმ სხეულის მდგომარეობის გამორკვევის მეთოდი იხმარება არა მარტო მედიცინაში, არამედ ტექნიკაშიც. რკინიგზის სადგურებზე ვაგონების თვლებზე ჩაქუჩის მოკაქუნებით გაიგებენ მაგალითად, გაზ-

ზარტულიან თუ არა თვალი, რადგან თუ თვალი გაიბზარა, ის სხვა ხმას მოგვეცემს. ღვინით ან წყლით სავსე კასრი ერთ ხმას იძლევა, ცარიელი—მეორეს და სხვ.

მედიცინაში პერკუსიას აწარმოებენ ხელით ან სპეციალური ჩაქუჩით; პერკუსიის ამ მეთოდს ეწოდება ინსტრუმენტალური პერკუსია. გარდა ამისა იხმარება უშუალო პერკუსია, შემოღებული და დამუშავებული რუსი კლინიციისტიის ობრაზცოვის მიერ.

პერკუსია წარმოებს პერკუსიული ჩაქუჩის (სურ. 75) დარტყმით სპეცია-



სურ. 75. პერკუსიული ჩაქუჩი.



სურ. 76. პლესიმეტრი.

ლურ ლითონის ან გუტაპერჩის ფირფიტაზე (პლესიმეტრი), რომელიც გამოიმკვლევის მარცხენა ხელით მჭიდროდ უნდა იყოს მიღებული სხეულზე, ხოლო მარჯვენა ხელით აწარმოებენ ჩაქუჩის მოწყვეტით მოკლე დარტყმებს პლესიმეტრზე (სურ. 76).

პერკუსია თითოთ თითზე დარტყმით ასე წარმოებს: მარცხენა ხელის მტევანს გაშლილი თითებით მჭიდროდ დაადებენ სხეულს იმ ადგილას, სადაც საჭიროა პერკუსია, ხოლო მარჯვენა ხელის მოკაკული III (შუა) თითით უკაკუნებენ მარცხენა ხელს II ან III თითზე, ამ შემთხვევაში ეს თითი პლესიმეტრის როლს ასრულებს. ზოგი აწარმოებს ჩაქუჩით პერკუსიას. მაგრამ პლესიმეტრს არ ხმარობს, მის ნაცვლად მარცხენა ხელის შუა თითს იყენებს (პერკუსია ჩაქუჩით თითზე), ზოგი კიდევ ჩაქუჩის ნაცვლად მარჯვენა ხელის შუა თითს იყენებს, ხოლო მარცხენა ხელის შუა თითის ნაცვლად—პლესიმეტრს (პერკუსია თითით პლესიმეტრზე).

ყველა ამ მეთოდს თავის დადებითი და უარყოფითი მხარეები აქვს, ის მიწვევის საქმეა, მაგრამ თითოთ-თითზე პერკუსია უფრო მიღებულია, ვინაიდან ის უფრო ბუნებრივ ბგერებს იძლევა და ამდენად უფრო ზუსტია (სურ. 77).

უშუალო პერკუსია თითით (ობრაზცოვის) გულისხმობა მარჯვენა ხელის შუა თითით პერკუსიას მარცხენა III თითზე ისე, რომ დარტყმისას თითი—ჩაქუჩი ჩამოსრიალდება თითპლესიმეტრზე და არტყამს უშუალოდ სხეულს.

პერკუსია მოითხოვს ტექნიკურად სწორად შესრულებას, წინააღმდეგ შემთხვევაში ბგერები სწორი არ იქნება.

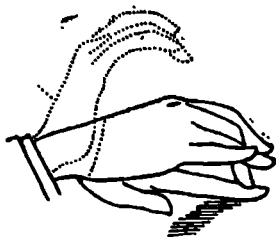
პირველ ყოვლისა, სხეულზე დადებული ხელი მას მჭიდროდ უნდა ეხებოდეს. შემდეგ თითი, რომლითაც დარტყმა წარმოებს, უნდა იყოს მოხრილი სწორაკუთხით, თითის დარტყმა უნდა ხდებოდეს სწრაფად, მოწყვეტით და არც მინცდამინც ძლიერ.

პერკუსიული დარტყმა იწვევს ბგერას, რომელსაც მედიცინაში ეწოდება პერკუსიული ხმიანობა.

პერკუსიული ხმიანობა შეიძლება იყოს წმინდა (ანუ ხმიანი), მოყრუებული (ანუ ნაკლებ ხმიანი) და აბსოლუტურად უყრუ.

გარდა ამისა, არჩევენ მ ა ლ და დ ა ბ ა ლ პერკუსიულ ხმას. შეიძლება პერკუსიულ ხმას ჰქონდეს ესა თუ ის ელფერი: ტ ი მ პ ა ხ ი უ რ ი ა ნ ა რ ა ტ ი მ პ ა ნ ი უ რ ი, თავის მხრივ, ტიმპანიურს შეიძლება ჰქონდეს ლ ი თ ო ნ ი ნ ე ლ ფ ე რ ი.

პერკუსიის მეთოდით სარგებლობენ მედიცინაში და განსაკუთრებით შინაგანი სნეულებების დიაგნოსტიკაში გულმკერდის და მუცლის ღრუს ორგანოების ხვადასხვა ცვლილებების გამოსარკვევად:



სურ. 77. პერკუსია თითოთ თითზე.

თუ პერკუსიას ვაწარმოებთ სწეულის ისეთ ადგილებზე, სადაც ჰაეროვანი ორგანოებია მოთავსებული, მივღებთ წ მ ი ნ და ა ნ უ ხ მ ი ა ნ პერკუსიულ ხმიანობას (მაგალითად, ფილტვების პერკუსიის დროს), ან ტიმპანიური ელფერით (მაგ., კუჭის და ნაწლავების პერკუსიის დროს). თუკი პერკუსიას ვაწარმოებთ იქ, სადაც უჰაერო ორგანოები მდებარეობენ, მივიღებთ ნ ა კ ლ ე ბ ხ მ ი ა ნ ა ნ უ მ ო ყ რ უ ე ბ უ ლ (თუ ორგანო მთლიანად უჰაერო არ არის) ან ყ რ უ ხ მ ა ს (აბსოლუტურად ყრუ ხმა), თუ ორგანო უჰაეროა (მაგ., გული, მსხვილი სისხლის ძარღვები, ლეიძლი, ელენთა).

მაშასადამე, პერკუსიით საშუალება გვეძლევა გამოვარკვიოთ ორგანოთა მდებარეობა, მათი საზღვრები, მათი ურთიერთობა, ტოპოგრაფია. თუ პერკუსიას ატარებენ ამ მიზნით, მას ტ ო მ ო გ რ ა ფ ი უ ლ ი პ ე რ კ უ ს ი ა ეწოდება.

გარდა ამისა, საშუალება გვაქვს ორ თანაბრად მდებარე (სიმეტრიულ) უბანზე შევიდაროთ პერკუსიული ხმიანობა და ვავიგოთ, რომელ მხარეზე არის ცვლილება (მაგ., მარჯვენა ან მარცხენა ფილტვი); ასეთ პერკუსიას შე ე დ ა რ კ ი თ ი პ ე რ კ უ ს ი ა ჰქვია.

თუ რაიმე მიზეზის გამო (მაგ., ანთება) ფილტვის რომელიმე ნაწილი უჰაერო გახდა, პერკუსიით ამ ადგილზე მივიღებთ მოყრუებას. თუ პლევრის ღრუში მაგ., სითხე ჩადგა, მაშინ ამ მხარეზე მივიღებთ მოყრუებას იმიტომ, რომ ჰაეროვან ორგანოს და გამსინჯველის ხელის შორის იქნება უჰაერო შრე (სითხე).

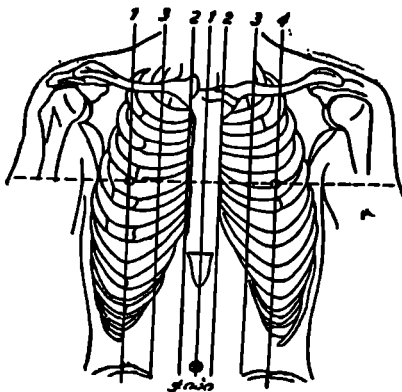
იმისათვის, რომ პერკუსიით მიღებული შედეგები აღინიშნოს, რომ განესაზღვროთ შინაგან ორგანოთა საზღვრები და მათი ურთიერთობა, ე. ი. გვექონდეს საშუალება ორიენტაციის, გულმკერდის და მუცლის არეში მიღებულია პ ი რ ო ბ ი თ ი ხ ა ზ ე ბ ი, წ ი რ ტ ი ლ ე ბ ი და უ ბ ნ ე ბ ი.

გულმკერდის არეში აღმოჩენილი ცვლილებების აღსანიშნავად სარგებლობენ ნექნების აღნიშვნით. გულმკერდის წინა ზედაპირზე ნექნებს ითვლიან ლუდოვიკოს კუთხიდან, ე. ი. II ნექნის მკერდის ძვალთან შეერთების ადგილიდან. გულმკერდის ზურგის ზედაპირზე ნექნებს ითვლიან მალგების მიხედვით; კისრის VII მალიდან (წარხილული მალა) შემდეგი მომდევნო მალა არის გულმკერდის I მალა; ან ხელომდევანელობენ ბეჰის ძვლით, რომელიც მდებარეობს II—VII ნექნებს შორის.

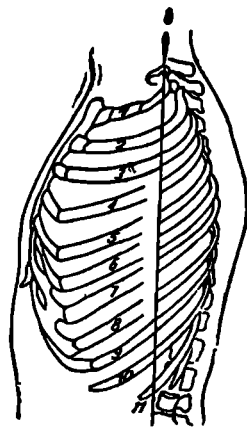
ბეჰის ძვლის ქედის ზედა ფოსო და ბეჰის ძვლის ქედის ქვედა ფოსო, აგრეთვე საორიენტაციო ადგილებია. ლავიწებს ზევით და ქვევით არის, როგორც ცნობილია, ლავიწზედა და ქვედა ფოსოები.

გულმკერდზე წინა ვერტიკალური საორიენტაციო ხაზებია:

1) შუა ხაზი, ანუ მ ე დ ი ა ლ უ რ ი, რომელიც გადის საუღლე ამონაჭდევიდან მკერდის ძვლის შუა ხაზის გასწვრივ, 2) მკერდის ძვლის ხაზი, ანუ ს ტ ე რ ნ ა ლ უ რ ი, რომელიც გაივლის მკერდის ძვლის კიდეზე, 3) მკერდის ძვლის გარეთა ანუ პ ა რ ა ს ტ რ ნ ა ლ უ რ ი ხაზი, გაივლის მკერდის ძვლის გარეთ, მკერდის ძვლის ხაზსა და მედიოკლავიკულარულ ხაზს შორის, 4) მ ე დ ი ო კ ლ ა ვ ი კ უ ლ ა რ უ ლ ი ანუ ლავიწის შუა ხაზი, ეშვება ლავიწის შუა წერტილიდან ვერტიკალურად, 5) ი ლ ლ ი ი ს ანუ აქსილარული ხაზი, წინა, შუა და უკანა, რომელიც ეშვება ილიის ფოსოს წინა, შუა და უკანა ზედაპირიდან, 6) ბ ე კ ე ს ხ ა ზ ი ანუ სკაპულარული, გაივლის ბექის ქვემო კუთხეზე, ზღვრები. გულის სხვადასხვა მანკის დროს აღინიშნება მარცხენა პარკუჭის ან მარცხენა წინაგულის და მარჯვენა პარკუჭის გადიდება, ან მთელი გული განი-  
7E, 79, 80).



სურ. 78. გულ-მკერდის საორიენტაციო ხაზები: 1. შუა ხაზი; 2. მკერდის ხაზი; 3. პარასტერნალური ხაზი; 4. ლავიწ-შუა ხაზი.



სურ. 79. გულ-მკერდის საორიენტაციო ხაზები ილიის არეში. 5. ილიის შუა ხაზი.

ყველა ეს საორიენტაციო ხაზი, გარდა მკერდის შუა ხაზისა და ხერხემლის ხაზისა, წყვილია—მარჯვენა და მარცხენა.

მუცლის მიდამოც გაყოფილია რამდენიმე უბნად. ორი პორიზონტალური ხაზი პუფს მუცელს 3 ნაწილად. ზემო ხაზი აერთებს X ნიქნებს, ქვემო ხაზი კი მარჯვენა და მარცხენა თეძოს ძვლების ზემო წინა წვეტებს.

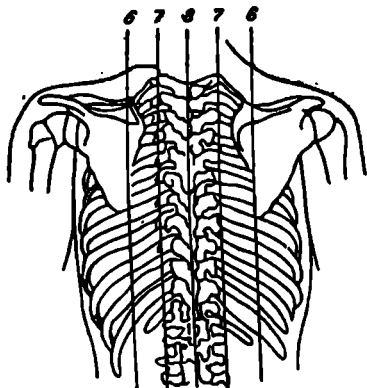
ზემო უბანი ცნობილია ე პ ი გ ა ს ტ რ ი უ მ ი ს, შუა—მ ე ზ ო გ ა ს ტ რ ი უ მ ი ს და ქ ვ ე მ —ჰ ი პ ო გ ა ს ტ რ ი უ მ ი ს სახელით.

თუ მუცლის სწორი კუნთების გასწვრივ კიდევ ორ ვერტიკალურ ხაზს გაიკვლით, მუცელი გაიყოფა შემდეგ უბნებად: მარჯვენა და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო, მუცლის გვერდითი მარჯვენა და მარცხენა მხარე, მარჯვენა და მარცხენა საზარდულის მიდამო და კიბის მიდამო (სურ. 81).

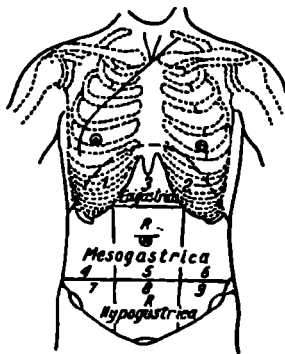
ტოპოგრაფიული პერკუსიით ჩვენ ვიკვლევთ ფილტვების, გულის, ღვიძლისა და ელენთის საზღვრებს.

ფილტვების პერკუსია. ფილტვების საზღვრების გამოკვლევისას საჭიროა გამოკვლევა ფილტვების ქვემო საზღვრებისა და ფილტვების მწვერვლებსა.

ქვემო საზღვრების გამოსარკვევად აწარმოებენ პერკუსიას ზემოდან ქვემო მიმართულებით ყველა საორიენტაციო ხაზზე და იქ, სადაც ფილტვის წმინდა ხმა შეიცვლება მოყრუებით, აღნიშნავენ ნეკნების მიხედვით საზღვარს.

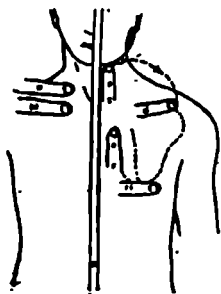


სურ. 80. ზურგის საორიენტაციო ხაზები: 6. ბეჭის ხაზი; 7. პარავერტებრალური ხაზი; 8. ვერტებრალური ხაზი.

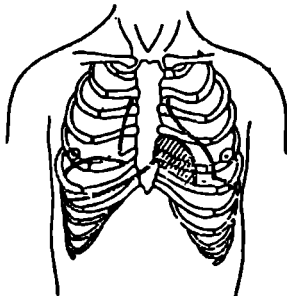


სურ. 81. მუცლის საორიენტაციო ხაზები: 1. მარჯვენა ფრღვეშა არე; 2. მარცხენა ფრღვეშა არე; 3. ეპიგასტრიუმი; 4. მუცლის მარჯვენი გვერდითი ზედაპირი; 5. კბის არე; 6. მუცლის მარცხენა გვერდითი ზედაპირი; 7. მარჯვენა საზარდულის მიდამო; 8. მოქვიანის ზედა არე; 9. მარცხენა საზარდულის მიდამო.

პერკუსიის დროს საჭიროა მარცხენა ხელის შუა თითი ფილტვის საზღვრის ბარალულურად გვეჭიროს (სურ. 82). ნორმალურად ქვემო საზღვარი მარჯვენა



სურ. 82. პერკუსიის ტექნიკა.



სურ. 83. გულის შედარებითი და აბსოლუტური (დამტრიბული) ყრუ ხმის საზღვრები.

ფილტვისა მდებარეობს პარასტერნალურ ხაზზე VI ნეკნზე, მედიოკლავიკულარულზე VI—VII ნეკნზე, აქსილარულზე VII—VIII ნეკნზე, სკაპულარულზე X ნეკნზე და პარავერტებრალურზე XI მალის დონეზე.

მარცხენა ფილტვის ქვემო საზღვარი ოდნავ განსხვავდება მარჯვენა ფილტ-

ვის ქვემო საზღვრიდან; პარასტერნალურ და მედიოკლავიკულარულ ხაზზე ფილტვის ქვემო საზღვარი მარცხნივ უხვევს მკვეთრად და აქ გული უშუალოდ ეხება მკერდს. წინა აქსილარული ხაზიდან მარცხენა ფილტვის საზღვარი იგივეა, რაც მარჯვენასი.

ფილტვების მწვერვალები ლავიწის ზევით უნდა იყოს 3—4 სმ. ფილტვის მწვერვალების შიდა და გარე ზედაპირების პერკუსიული გამოკვლევით მიიღებენ პერკუსიული ხმიანობის სიერცეს, რომელიც წინა და უკანა მხრისკენ განივრდება; ხოლო ფილტვების მწვერვალებზე ვიწროვდება და ცნობილია კრენიგის სიერცის სახელწოდებით, მას არა აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა.

ფილტვების პერკუსია უნდა წარმოებდეს ნახად, მსუბუქად ე. წ. ზერელე პერკუსია.

ღრმა ჩასუნთქვის დროს ფილტვების ქვემო საზღვრები იწვევს ქვევით, ძლიერი ამოსუნთქვის დროს კი ზევით. მანძილი ფილტვის ქვემო კიდეების მოძრაობისა იწოდება ფილტვების ქვემო კიდეთა ექსკურსიად და ნორმალურად უდრის 6—8 სმ.

თუ პლევრის ფურცლები შეზორკებულია ან პლევრაში სითხეა, ექსკურსია სრულიად არ აღინიშნება; ემფიზემის დროს ის შემცირებულია.

ფილტვების შედარებითი პერკუსიით შესაძლებელია გამოკვლევა ფილტვებში არსებული ცვლილებებისა. ზევით იყო აღნიშნული, რომ ოთხ ფილტვის ქსოვილი უპაერო გახდა ან პლევრის ღრუში სითხე დაგროვდა, შესაბამის ადგილზე პერკუსიით მიიღება მოყრუება.

თუ კი პლევრის ღრუში პაერი შეიქრა (პნემოთორაქსი), დაეადებულ მხარეზე ფილტვის პერკუსიით მიიღება ტიმპანიური ხმიანობა. ფილტვის ხმა ტიმპანიურა ელფერიით მიიღება მაშინაც, თუ ფილტვში კავერნა (ღრუ) გაჩნდა ტუბერკულოზის ნიადაგზე, ფილტვის გაგანიერება (ემფიზემა) იძლევა ფილტვის მაღალ ხმას (კოლოფისებრი ელფერი) და სხვ. ამრიგად. ფილტვის წმინდა ხმა ნორმალურია, ხოლო მოყრუება; ყრუ ხმა, ტიმპანიტი ფილტვის მიდამოში — პათოლოგიური ხმიანობაა.

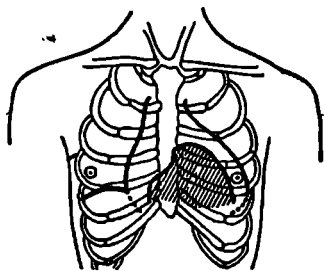
გულის პერკუსია. გულის პერკუსიით მიიღება ყრუ ხმა, ვინაიდან გული უპაერო ორგანოა. გულის საზღვრების გაოსაკვლევად საჭიროა ძლიერი ან ღრმა პერკუსიის წარმოება. იკვლევენ გულის ზემო, მარცხენა და მარჯვენა საზღვარს. გულის ზემო საზღვრის გამოსაკვლევად პერკუსიას აკეთებენ ზემოდან ქვემო მიმართულებით მკერდის ხაზზე, ისე რომ მარცხენა ხელის თითი იყოს ნეკნებმცს გასწვრივ. ფილტვის ხმა ზემოდან ქვემო მიმართულებით იცვლება მოყრუებით იქ, სადაც გულის ზემო საზღვარია. გულის მარჯვენა საზღვრის გამოსაკვლევად, მარცხენა ხელის შუა თითს დაადებენ გულმკერდზე, V ნეკნთაშუა არეში, და პერკუსიას მიმართავენ გარედან შიგნით, ე. ი. მარჯვნიდან მარცხნივ; როდესაც მიღწევენ გულის მარჯვენა საზღვარს, მიიღებენ მოყრუებას. მარცხენა საზღვრის გამოსაკვლევად პერკუსიას მიმართავენ გულმკერდის წინა მარცხენა ნახევარში, აგრეთვე გარედან შიგნით, ე. ი. მარცხნიდან მარჯვნივ. გულის მარცხენა საზღვარი შეესაბამება გულის საძგერს. ამრიგად გამოკვლეული საზღვრები გვიჩვენებს გულის სიდიდეს და შეესაბამება გულის ანატომიურ საზღვრებს. ვინაიდან გული წაფარებულია ფილტვებით და ღრმა პერკუსიით ვიღებთ შედარებით მოყრუებას, ამიტომ ამ საზღვრებს გულის შედარებით მოყრუების საზღვრები ეწოდება.

თუ იმავე მიმართულებით გაკეთდება ზერელე პერკუსია, მაშინ

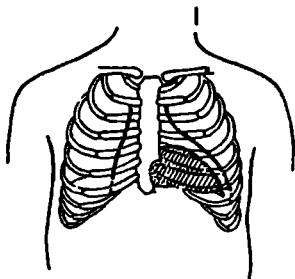
სარულიად ყრუ (აბსოლუტურად ყრუ) ხმა მიიღება უფრო შიგნით და ის გულის აბსოლუტური ყრუ ხმის საზღვრები ა. გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრებია ზემოთ III ნეკნი, მარჯვნივ — მკერდის ძვლის გარეთ C,5 სმ, მარცხნივ მედიოკლავიკულარული ხაზის შიგნით 0,5 სმ (სურ. 83).

აბსოლუტური ყრუ ხმის საზღვრებია ზემოთ IV ნეკნი, მარცხნივ—მარცხენა მედიოკლავიკულარული ხაზის 1,0—1,5 სმ შიგნით. მარჯვნივ—მკერდის ძვლის მარცხენა კიდე.

გულის პარკუჭების ან წინაგულების გადიდების დროს დიდდება გულის საზღვრები. გულის სხვადასხვა მანკის დროს აღინიშნება მარცხენა პარკუჭის ან მარცხენა წინაგულის და მარჯვენა პარკუჭის გადიდება, ან მთელი გული განიკიდის გადიდებას და მაშინ ყველა საზღვარი შეცვლილია (სურ. 84, 85).



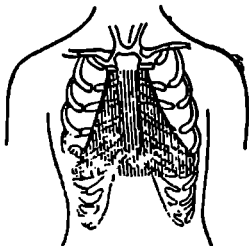
სურ. 84. გულის მოყრეუბა მიტრალურ მანკის დროს.



სურ. 85. გულის მოყრეუბა აორტის სარკველებს მანკის დროს.

შესაძლოა გულის საზღვრები შეცვლილი იყოს არა გადიდების გამო, არამედ გულის ცთობის ანუ გადანაცვლების გამო. ასეთ მოვლენას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც გულის ერთი მხრიდან აწევება (თხით ან ჰაერით ავსილი პლევრა (პლევრიტის და პნევმოთორაქსის დროს).

შესაძლოა გული თანდაყოლილად იყოს გადანაცვლებული მარჯვნივ (*situs inversus; dextrocardia*).



სურ. 86. გულის მოყრეუბა გულას პერანგში სითხის და გროვების დროს.

გულის აბსოლუტური ყრუ ხმის საზღვრები შემცირებულია ფილტვების ემფიზემის დროს, გადიდებულია გულის პერანგის ღრუში სითხის დაგროვებისას (სურ. 86).

ღვიძლის პერკუსია. ღვიძლის პერკუსიას მიმართავენ უმთავრესად მისი საზღვრების გამოსაკვლევად; ღვიძლში განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებების გამოკვლევა პერკუსიით უმრავლეს შემთხვევაში არ ხერხდება. ღვიძლის ქვემო საზღვრის გამოსარკვევად არის სხვა მეთოდი — პალპაცია, მაგრამ ზემო საზღვრის გამოსარკვევად საჭიროა პერკუსიას მივმართოთ. ღვიძლი უპაერო ორ-

განა და ისე როგორც გული, იძლევა პერკუსიით აბსოლუტურად ყრუ ხმას.

ღვიძლს საზღვრავს ზემოდან ფილტი, მარცხნიდან და ქვემოდან—გული, ქუჭი და ნაწლავები.



ამის მიხედვით, ღვიძლის მოყრუება ზევითა მიმართულებით ფილტვის ხმაუნობაში გადადის, მარცხნივ—გულის მოყრუებაში, ქვემოთ კი კუჭ-ნაწლავის ტიმპანურ ხმიანობაში.

ღვიძლის ზემო საზღვრის გამოსაკვლევად მიმართავენ პერკუსიას გულმკერდის წინა კედელზე ზემოდან ქვემოთ, პარასტერნალური, მედიოკლავიკულარული და წინა აქსილარული ხაზების მიმართულებით. ღვიძლის ზემო საზღვრის გამოსარკვევად საჭიროა ღრმა პერკუსია, რადგან ღვიძლი წინიდან ზემო ნაწილში დაფარულია ფილტვის ქვემო კილით, ღვიძლის ზემო საზღვარი პარასტერნალურ ხაზზე VI ნეკსზეა. მედიოკლავიკულარულზე VI ნეკსის ქვემო კიდეზე, წინა აქსილარულზე VII ნეკსზე.

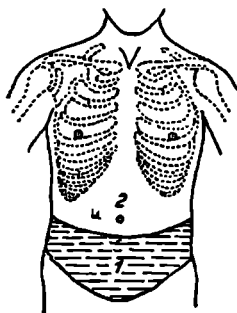
ღვიძლის ქვემო საზღვარი მარჯვენა ნეკნთა რკალს არ უნდა სცილდებოდეს წინა აქსილარულ, მედიოკლავიკულარულ და პარასტერნალურ ხაზებზე, ხოლო მკერდის შუა ხაზზე ღვიძლის ქვემო კიდე მდებარეობს მახვილისებრი მორჩინება 3—4 სმ.

ღვიძლის საზღვრები შესაძლოა შეიცვალოს პირველ ყოვლისა ორგანოს გადიდების დროს. ამის გარდა, ღვიძლის ზემო საზღვარი მაღლა აიწევს, თუ მუცლის ღრუში სითხე ან ჰაერი დაგროვდა (ასციტი, მეტეორიზმი) ან სიმსივნე განვითარდა.

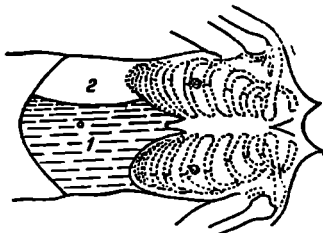
ღვიძლის ზემო საზღვარი ქვემოთ იწევს, თუ ადგილი აქვს მუცლის ორგანოთა საერთო დაწვეას (სპლანქნოპტოზი) ან თუ მარჯვენა პლევრის ღრუში ბევრი სითხე დაგროვდა პლევრიტის დროს.

ღვიძლის ქვემო საზღვარიც ასეთ შემთხვევებში სათანადოდ შეცვლილია.

ღვიძლის მოყრუების ფართობის შემცირება ვითარდება ღვიძლის შეკუმშვის (ციროზის), ან ღვიძლის ატროფიის (მწვავე ყვითელი ატროფია) დროს.



სურ. 87. სითხე მუცლის ღრუში, ვერტიკალურ მდგომარეობაში. 1. მოყრუების არე; 2. ტიმპანიტის არე.



სურ. 88. სითხე მუცლის ღრუში, წალითი მდებარეობა 1. მოყრუების არე; 2. ტიმპანიტის არე.

ზოგჯერ შესაძლოა ღვიძლის მოყრუების ზემო საზღვრის და ფილტვის ქვემო კიდეც შორის აღინიშნებოდეს ტიმპანიტის ზონა, რაც ახასიათებს დიაფრაგმის ქვეშა მიდამოში ჰაერის დაგროვებას (კუჭის პერფორაცია, სუბდიაფრაგმული აირიანი აბსცესი).

ელენთის პერკუსიას იშვიათად მიმართავენ. ერთგვარი მნიშვნელობა ელენთის ზემო საზღვრის პერკუსიულ განსაზღვრას მაინც აქვს. ისე კი 16. შინაგანი სნეულბანი.

ელენტის გამოკვლევა პალპაციით გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია (იხ. ქვე-  
ვით). ელენტის საზღვრის გამორკვევა პერკუსიით ხდება შუა აქსილარული ხაზის  
მიმართულებით. ელენტის ზემო საზღვარი მდებარეობს IX ნიკნის ღონეზე, ხო-  
ლო ქვემო, XI ნიკნის ღონეზე. პერკუსიით ელენტის გასინჯვის დროს ავადმყოფი  
უნდა იწვევს მარჯვენა გვერდზე და პერკუსია უნდა იყოს მსუბუქი ანუ ზერელე.

დიაგნოსტიკური მიზნით ზოგჯერ საჭირო ხდება ელენტის წინ ე. წ. ტ რ ა-  
უ ბ ე ს ნ ა ხ ე ვ ა რ მ თ ვ ა რ ი ს ე ბ უ რ ს ი ვ რ ც ი ს პერკუსია, რომელიც  
ნორმალურად ტიმპანურ ხმიანობას იძლევა, ხოლო მარცხენა წხრივ ექსუდაციო-  
რი პლევრიტის, ექსუდაციური პერიკარდიტის, ელენტის ძლიერი გადიდების  
დროს მცირდება თავისი ფართობით.

მუცლის პერკუსიას ხშირად მიმართავენ, მიუხედავად იმისა, რომ  
მუცლის ღრუს ორგანოთა გამოკვლევისათვის არსებობს ხელით გასინჯვის კარგი  
მეთოდი—პალპაცია. გარდა ღვიძლის და ელენტის ქვემო საზღვრების გამოკვლე-  
ვისა, მუცლის პერკუსიით შესაძლებელია კუჭის და ნაწლავების საზღვრების გა-  
მოკვლევაც, რამდენადაც კუჭი იძლევა უფრო დაბალ ტიმპანურ ხმიანობას, ვა-  
დრე ნაწლავები, მაგრამ პრაქტიკულად ეს ძნელად მისაწვდომი მეთოდია.

მუცლის პერკუსიას მნიშვნელობა აქვს მუცლის ღრუში სიმსივნის არსებო-  
ბისას, ნაწლავებში ჰაერის დაგროვების და პერიტონეუმის ღრუში სითხის და-  
გროვების დროს (სურ. 87, 88). იქ, სადაც სითხეა დაგროვილი, მუცლის კედლის  
პერკუსიით აღინიშნება მოყრუება ტიმპანიტის ნაცვლად. ავადმყოფის ვერტიკა-  
ლურ მდგომარეობაში გამოკვლევისას, მუცლის ქვემო არეში (პაპოგასტრიუმში)  
მიიღება მოყრუება, ავადმყოფის პორიზონტალური მდებარეობისას სითხე იჭერს  
მუცლის ღრუს ქვემდებარე ადგილებს, აქ შესაბამისად მოყრუება აღინიშნება,  
ტიმპანიტი კი მხოლოდ ზევითმდებარე ადგილებშია, ავადმყოფის გადაბრუნების  
დროს მოყრუება გადაინაცვლებს ქვემოთ.

### აუსკულტაცია

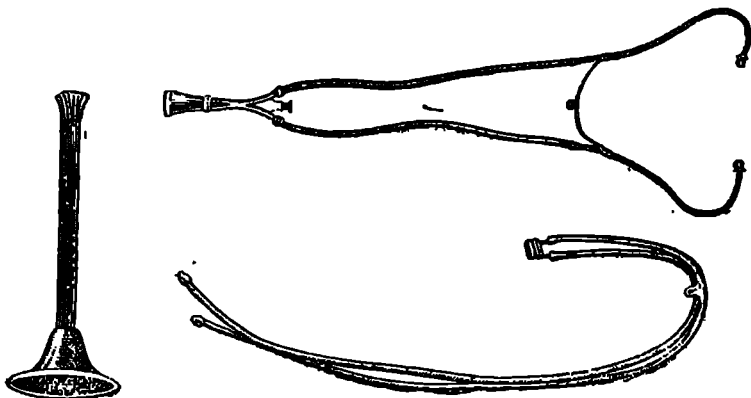
ავადმყოფის გასინჯვას მოსმენით ეწოდება—აუსკულტაცია. ისე, რო-  
გორც პერკუსია, გამოკვლევის ეს მეთოდიც საკმარისად ძველია (შემოღებული  
იყო ლაენეკის მიერ 1816 წ.), მაგრამ დღესაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ფილტვე-  
ბისა და გულის სწეულებათა დიაგნოსტიკაში. აუსკულტაცია არის, ისე როგორც  
პერკუსია, უშუალო და ინსტრუმენტალური. უშუალო აუსკულტა-  
ცია გულისხმობს ავადმყოფის მოსმენას უშუალოდ ყურით. ამ მიზნით ავად-  
მყოფს მჭიდროდ მიადებენ გულმკერდზე ყურს და ისე ისმენენ, ხოლო ინსტრუ-  
მენტალური აუსკულტაციისათვის არსებობს ხელსაწყოები—სხვადასხვა სახის  
სტეტოსკოპი და ფონენდოსკოპი (სურ. 89, 90).

სტეტოსკოპი ხის, ლითონის, ძვლის, პლასტმასის ან გუტაპერჩის 12—20 სმ  
სიგრძის მილს წარმოადგენს, რომლის ერთი ბოლო ძაბრივით ჩადრმავებული,  
მეორე კი გაგანიერებულია მრგვალი, ჩადრმავებული ფირფიტის სახით. მოსმე-  
ნისას სტეტოსკოპს ვიწრო ბოლოთი მჭიდროდ მიადებენ მოსასმენ ადგილას.  
ხოლო განიერ ბოლოზე მჭიდროდ მიადებენ ყურს. ახლა ხშირად იხმარება მოქ-  
ნილი სტეტოსკოპები, რომლების ძაბრივით გაგანიერებულ დაბოლოებაზე წა-  
მოცემულია რეზინის მილები ყურებში დასამაგრებელი ბუნკით. ფონენდოსკო-  
პი მოქნილი სტეტოსკოპიდან იმით განსხვავდება, რომ მას აქვს სხეულზე მისად-  
გმელ დაბოლოებაზე ელასტიკური ფირფიტა—მემბრანა, უკანასკნელი აძლიერ-  
ებს ბგერას. უშუალო აუსკულტაცია, მართალია, იძლევა სუფთა ბგერის შეგრძ-  
ნობის საშუალებას, მაგრამ ბევრ შემთხვევაში მოუხერხებელია, რადგან

ავადმყოფის უსუფთაობის ან გადამდები სნეულებით დააყადების დროს, გამოკლევის არაპიგიენურ საშუალებას წარმოადგენს, გარდა ამისა, ზოგ ადგილს ყურით მიდგომა ძნელია, მაგალითად, ილიის ფოსოებში, ლაეწზედა ფოსოებში და სხვ. ამიტომ უშუალო აუსკულტაცია დღეს მხოლოდ პედიატრიაში იხმარება.

სტეტოსკოპით მოსმენას ის უპირატესობაც აქვს, რომ ისლევს საშუალებას ზუსტად განვსაზღვროთ მოსმენილი ბგერის წარმოშობის ადგილი.

ფილტვების აუსკულტაცია ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის დროს ჰაერის ნაკადი, რომელიც ფილტვებში გაივლის, ბრონქებში მყოფ ჰაერს ამოძრავებს და ბრონქებისა და ალვეოლების კედლების რხევას გამოიწვევს. ეს რხევა გადაეცემა გულმკერდის ზედაპირს და აუსკულტაციის დროს შეიგრძნობა როგორც ხმაური, რაც სუნთქვითი ბგერის ან ხეაურის სახელით არის ცნობილი.



სურ. 89.  
სტეტოსკოპი.

სურ. 90, მოწინაო სტეტოსკოპი (ზემოთ) და ფინდოსკოპი (ქვემოთ)

ქანსალი ფილტვების მოსმენის დროს ჩასუნთქვისას ისმის ნორმალური სუნთქვა, რომელსაც ვეზიკალური სუნთქვა ეწოდება. ამოსუნთქვის დროს კი სუნთქვა ან სულ არ ისმის, ან ძალზე მოკლეა; თუ ამოსუნთქვის დროსაც ისმის სუნთქვა, მაშინ ლაპარაკობენ ამოსუნთქვაზე ან გაგრძელებულ ამოსუნთქვაზე.

ბავშვებს გულმკერდის კედლის სუსტად განვითარებისა და ფილტვების მეტი ელასტიობის გამო, ვეზიკალური სუნთქვა უფრო მკვეთრად აქვთ გამოხატული და მას პურერილი სუნთქვა ეწოდება.

ფილტვების დაყადების დროს შეიძლება ვეზიკალური სუნთქვა შეიცვალოს პათოლოგიური სუნთქვით, რომელსაც ეკუთვნის: 1) შესუსტებულ ვეზიკალური სუნთქვა—აღინიშნება ფილტვის ელასტიურობის შემცირების (ემფიზემა), პლევრის ფურცლების შეხორცების და პლევრაში სითხის ან ჰაერის დაგროვების დროს, სიმსივნის და ბრონქის დაცობის დროს.

2) გაძლიერებული ვეზიკალური სუნთქვა ანუ მკერდ-  
ვი სუნთქვა აღინიშნება ბრონქიტის და ფილტვის ზომიერი გამკვრივე-  
ბის დროს.

3) ნაწყვეტ-ნაწყვეტი ანუ საკადიური სუნთქვა წარ-  
მოიშება, თუ ბრონქებში წინააღმდეგობის გამო ჰაერი თავისუფლად არ გადის.

4) ბრონქული სუნთქვა ისმის ფილტვის ქსოვილის გამკვრივების  
(ინფილტრაციის) დროს ფილტვის ანთების შემთხვევაში, ფილტვის ტუბერკუ-  
ლოზის, ფილტვის შეკუმუხვის (ატელექტაზის) დროს.

5) ამ ფორმული სუნთქვა წარმოადგენს ბრონქული სუნთქვის ვა-  
რიანტს და ძალიან ემსგავსება ხმას, რომელიც ისმის ცარიელი ბოთლის ყელში  
ჩაბერვის დროს. ის აღინიშნება დიდი სწორკედლიანი კავერნისა და პნევმოთო-  
რაკისის დროს.

ფილტვების აუსკულტაციით, გარდა სუნთქვისა, აღინიშნება კიდევ ხიხინ-  
ი. ეს აუსკულტური მოვლენა იმის შედეგია, რომ ალვეოლებში და ბრონქებში  
დაგროვილია გამოწევილი—ლორწო, ჩირქი, სისხლი, რომლებშიც ჰაერის გავლა  
იწვევს მათ ამოძრავებას, რაც წარმოშობს თავისებურ ბგერას. ეს ბგერა ცნობი-  
ლია როგორც სველი ხიხინი.

ბრონქების სანათურის შევიწროების ან მათში სქელი, მოშრალო გამოწე-  
ვის—სეკრეტის დაგროვების დროს, ჰაერის ნაკადი ძნელად გადის ბრონქების  
სანათურში, რაც წარმოშობს ე. წ. მშრალ ხიხინს. არჩევენ მსტვენაჟ  
და პოზუჟენე მშრალ ხიხინს.

სველი ხიხინი შეიძლება იყოს მსხვილი, საშუალო და წვრილ-  
ბუტბუტკოვანი. სველი ხიხინი ფილტვის ქსოვილის ამა თუ იმ ნასიათის  
ანთების მომასწავებელია და ბრონქების ანთების დროსაც გვხვდება. თუ სველი,  
წვრილბუტბუტკოვანი ხიხინი მოისმის ფილტვის ინფილტრირებულ უბანზე, ის  
განსაკუთრებით ხშივანია, ტკაცუნა და ეწოდება კონსონანტი ხიხინი.  
ასეთი ხიხინი ინფილტრაციის გარდა სწორკედლებიანი კავერნის დროსაც წარ-  
მოიშება. საშუალო და მსხვილბუტბუტკოვანი სველი ხიხინი წარმოიშება სათანა-  
დო ყალიბის ბრონქებში. ბრონქების გაგანიერებას (ბრონქოექტაზია) ახასიათებს  
მსხვილბუტბუტკოვანი სველი ხიხინი.

თუ ფილტვების ალვეოლებში ანთების გამო დაგროვდა მოსქო სეკრეტი  
(გამოწევილი), ეს იწვევს ალვეოლების კედლების შეწებებას და ღრმა ჩასუნ-  
თქვის დროს ალვეოლების კედლების გაშლა იწვევს თავისებურ ხმას (ცეცხლში  
ჩაყრილ მარილის ტყაყუნის მსგავსს), რასაც კრეპიტაცი ეწოდება. უკანას-  
კნელი ხშირად ისმის ფილტვის კრუპოზული ანთების დროს.

სხვადასხვა ხასიათის სუნთქვისა და ხიხინის გარდა, აუსკულტაციით შესა-  
ძლოა კიდევ დამატებითი სუნთქვითი ხმიანობის აღნიშვნა, ასეთია პლევრის  
ხახუნი.

ნორმალურად პლევრის ფურცლები სადა და კრიალა, სუნთქვის დროს მა-  
თი ხახუნი არ იძლევა არავითარ ხმიანობას, მაგრამ პლევრის ფურცლების ანთე-  
ბის შედეგად, მათი ზედაპირი, ფიბრინის დალაგების გამო, სისადავეს კარგავს,  
ხორკლიანი ხდება და სუნთქვისას მათი შეხება წარმოშობს თავისებურ ბგერას,  
რომელიც მოისმინება, როგორც ახალი თოვლის ფეხქვეშ ჰრაჰუნსი; ამ ბგერას  
ეწოდება პლევრის ხახუნი. უკანასკნელი ახასიათებს მშრალ პლევრიტს და ისმის  
აგრეთვე სველი პლევრიტის გამოკეთების ხანაში სითხის შესრუტვის შემდეგ.

ქანსალი ადამიანის ფილტვის მოსმენის დროს მისი ჩურჩულით ლაპარაკი არ  
ისმის; თუკი ფილტვის ქსოვილი გამკვრივებულია, ამ უბანზე, სტეტოსკოპით მო-

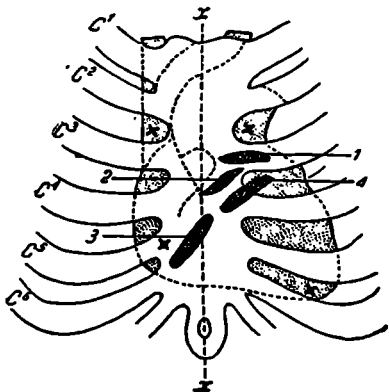
სმენის დროს, ჩურჩულით ლაპარაკი კარგად ისმის და ამ მოვლენას ეწოდება ბრონქოფონია. ის აღინიშნება ფილტვის კრუპოზული ახთვის, ფილტვის ტუბერკულოზის, ფილტვის ინფარქტის და ფილტვის შეკუმხვნის დროს.

გულმკერდის ბგერითი რხევა (fremitus pectoralis). ეს მოვლენა იმაში მდგომარეობს, რომ თუ ფილტვის ქსოვილის გამკვრივების, შეკუმხვნის, ინფარქტის დროს, ფილტვის ორ თანაბარ უბანზე ხელს დაეიდებთ და ავადმყოფს ვათქმევინებთ „ერთი-ორი“, ხელით შევიგრძნობთ გულმკერდის შერჩევას უფრო ძლიერ იქ, სადაც ფილტვი პათოლოგიურად არის შეცვლილი, ხოლო თუ პლევრაში სითხეა ან ჰაერი, ან ბრონქის სანათურია დაცობილი, სათანალო მხარეზე გულმკერდის ბგერითი რხევა შესუსტებული იქნება.

გულმკერდის ბგერითი რხევის გამოკვლევის მეთოდი არსებითად პალპატორული მეთოდია.

ჰიპოკრატის ჯანჭყარის ხმიანობა (Succussio Hippocratis) წარმოადგენს ისეთ ბგერას, რომელიც ემსგავსება ნახევარად სახე ბოთლის შენჯღრევის დროს წარმოშობილ ხმას და ახასიათებს პლევრის ღრუში ჰაერის და სითხის ერთდროულად დაგროვებას (პნევმოპლევრიტი, სერო ან პიო-პნევმოთორაქსი). ამ ხმიანობის მისაღებად საეჭვო შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა შევანჯღრიოთ.

გულის აუსკულტაცია. გულის მოსმენა წარმოადგენს გულის გამოკვლევის უმთავრეს საშუალებას. მიუხედავად იმისა, რომ გულის გამოსაკვლევად ანლა შემოდებულა ისეთი მეთოდები, როგორიც არის გულის რენტგენოლოგიურა გამოკვლევა, ელექტროკარდიოგრაფია და ზოგი სხვა, აუსკულტაცია მაინც არის ისეთი მეთოდი, ურომლისოდაც წარმოუდგენელია გულის დაავადებათა სწორა ამოცნობა. ჯანმრთელი გულის აუსკულტაციის დროს აღინიშნება გულის 2 ტონი, ერთი სისტოლის დასაწყისში, რომელსაც სისტოლური ან უ I ტონი ეწოდება, მეორე კი დიასტოლის დასაწყისში — დიასტოლური ტონი ან უ გულის II ტონი. გულის I ტონი წარმოიშვება გულის ორკარიანი და სამკარიანი სარქველების დაჭიმვით, ხოლო II ტონი აორტის სარქველების და ფილტვის არტერიის სარქველების დახურვით. გულის I ტონი უფრო ძლიერი და გრძელია მეორე ტონზე, ის ემთხვევა გულის საძგერს და კარგად ისმის გულის მწვერვალზე. გულის II ტონი უფრო სუსტი და მოკლეა, ვიდრე I ტონი. ის ემთხვევა დიასტოლას და კარგად ისმის გულის ფუძეზე მკერდის ძევის ტარის არეში. გულის I ტონი II ტონიდან დაცილებულია მცირე პაუზით, ხოლო II ტონი მომდგენა I ტონიდან—დიდი პაუზით (სურ. 91).



სურ. 91. გულის ზერელების მდებარეობა გულმკერდის კედლის მიმართ და გულის მოსასმენი ადგილები (ა). 1. ფილტვის არტერიის ზერელი; 2. აორტის ზერელი; 3. მარჯვენა ვენური ზერელი; 4. მარცხენა ვენური ზერელი.

გულის ავადმყოფობის შემთხვევაში შესაძლებელია ტონის ხასიათი შეიცვალოს. ტონი შეიძლება გახდეს არასუფთა, მოყრუებული, ყრუ, გაძლიერებული. შესაძლებელია ტონი გაიპოსანგაორდეს ს. შესა-

ძლებელია ტონების ნორმალური თანმიმდევრობა დაირღვეს, განვითარდეს ე. წ. კ ე ნ ე ბ ის რ ი თ მ ი ანუ ს ა მ ტ რ ა ნ ი ა ნ ი რ ი თ მ ი. თუკი სარქველები ან ვენური ხერხების დაავადების გამო იქ განვითარდა ღრმა ცვლილებები, მაშინ ტონის ნაცვლად შესაძლოა წარმოიშვას სულ სხვა ხშიანობა ე. წ. გ უ ლ ი ს შ უ ი ლ ი.

რა შემთხვევებში ვითარდება გულის ტონების ჩამოთვლილი ცვლილებები? გულის ტონების მოყრუების მიზეზი შესაძლოა იყოს თვით გულში ან გულის გარეთ. გულის კუნთის დაავადება (ანთება, გადაგვარება, სკლეროზი) არის უფრო ხშირი მიზეზი გულის ტონის მოყრუებისა. გულის გარეშე მიზეზებს ეკუთვნის გულის ირგვლივ ცხიმის ბლომად დაგროვება, გულმკერდის კედლის გასქელება, ფილტვების ძლიერი ემფიზემა, გულის პერანგში სითხის დაგროვება. გულის ტონების გაძლიერება აღინიშნება გულის ძლიერი ავუნების დროს (აღელვება, ფიზიკური დატვირთვა, ცხელებითი მდგომარეობა), აგრეთვე გულის კუნთის ძლიერი ჰიპერტროფიის დროს.

გულის ტონების გაორება შედეგია აორტის და ფილტვის არტერიის სარქველების არაერთდროული დახურვის (II ტონის გაორება) ან ორკარიანი და სამკარიანი სარქველის არაერთდროული დახურვისა (I ტონის გაორება).

კენების რითმი ეწოდება გულის ისეთ მუშაობას, როდესაც გულის ორ ჩვეულებრივ ტონს მიემატება მესამე ტონი, დამატებითი. ეს მესამე ტონი გულის კუნთის სწრაფი გაკიმვის შედეგია დიასტოლის დროს და მოასწავებს გულის კუნთის ძლიერ დასუსტებას.

გულის შუილი წარმოიშვება, თუ გულის სარქველები დამახინჯდა ან გულის ვენური კარი შევიწროვდა (მაგ., ენდოკარდიტის შედეგად). პირველ შემთხვევაში სარქველი მჭიდროდ ველარ ხურავს ვენურ კარს და სისხლის ნაკადი ნაწილობრივ უკან ბრუნდება გულის სისტოლისა და დიასტოლის დროს. მეორე შემთხვევაში კი სისხლის ნაკადი ძელად გადის ვენურ კარში. ორივე შემთხვევაში წარმოიშვება შუილი—სარქველის ნაკლოვანების დროს სისხლის ორი მონაწილამდეც ნაკადის შეჩახვების გამო, ხოლო ვენური ხერხის შევიწროების დროს სისხლის ნაკადის მიერ წინააღმდეგობის გადალახვის შედეგად. ასეთ შუილს ენდოკარდიული შუილი ეწოდება.

შუილი, რომელიც წარმოიშვება სისტოლის ფაზაში, არის სისტოლური შუილი, ის შუილი კი, რომელიც დიასტოლის ფაზაში წარმოიშვება, ცნობილია დიასტოლური შუილის სახელით.

უნდა აღინიშნოს, რომ სისტოლური შუილი შეიძლება მაშინაც განვითარდეს, როდესაც ვენური ხერხელი გაგანიერდება გულის კუნთის მოღუნების შედეგად (გულის კუნთის დაავადების დროს). ასეთი შუილი ფუნქციონალური ანუ შედარებითი ხასიათისაა, მაშინ, როდესაც ენდოკარდიულ შუილებს ორგანულ შუილებს უწოდებენ. ძლიერი სისხლნაკლებობის დროს, სისხლის წებოვნების დაკლებისა და სისხლის სწრაფი დენის შედეგად, გულზე ხშირად მოისმის სისტოლური შუილი, რომელსაც ანემიური შუილი ჰქვია.

როგორ უნდა გავიგოთ გულის რომელი ნაწილის დაავადებით არის გამოწვეული ტონის ცვლილება ან შუილი? თუ ტონის ცვლილება ან შუილი ისმის გულის მწვერვალზე, ეს მოასწავებს ორკარიანი სარქველის ან სათანადო ვენური ხერხის დაავადებას. თუ შუილი ისმის მკერდის ძვლის ქვემო ბოლოზე მარჯვნივ, ეს მიუთითებს სამკარიანი სარქველის ან მისი ხერხის დაავადებას. გულის ტონების ცვლილებები და შუილი,

რომელიც ისმის მარჯვენა მეორე ნეკნის მკერდის ძვალთან შეერთების ადგილას, მაჩვენებელია აორტის სარქველების და აორტის ხერხლის ცვლილებებისა, ხოლო მარცხენა II ნეკნის მკერდის ძვალთან შეერთების ადგილას მოსმენის დროს აღმოჩენილი ტონების ცვლილება და შუილი მაჩვენებელია ფილტვის არტერიის სარქველის და ხერხლის ცვლილებებისა. ასე, მაგალითად, სისტოლური შუილი მწვერვალზე მაჩვენებელია ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანებისა, დიასტოლური შუილი იქვე, მარცხენა ვენური კარის შევიწროებისა (სტენოზი), დიასტოლური შუილი აორტის მოსასმენ ადგილზე (II ნეკნის მკერდის ძვალთან შეერთების ადგილზე, მარჯვნივ) მოასწავებს აორტის სარქველების ნაკლოვანებას, ხოლო სისტოლური შუილი იქვე, აორტის ხერხლის სტენოზს.

სისტოლური შუილი მკერდის ძელის მარჯვნივ V და VI ნეკნთაშუა არეში მაჩვენებელია სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებისა, დიასტოლური შუილი იქვე სათანადო ხერხლის შევიწროებისა.

მარცხენა II ნეკნის მკერდის ძვალთან შეერთების ადგილას ისმის შუილი. ფილტვის არტერიის ნაკლოვანების დროს—დიასტოლური და ხერხლის შევიწროების დროს—სისტოლური.

ზოგჯერ შუილი შეიძლება წინ უსწრებდეს სისტოლას, მას პ რ ე ს ი ს ტ ო ლ უ რ ი შუილი ჰქვია (გვხვდება ორკარიანი ხერხლის შევიწროების დროს), ან დიასტოლის დასაწყისში (პ რ ო ტ ო დ ი ა ს ტ ო ლ უ რ ი შუ ი ლ ი).

ენდოკარდიული შუილი, უფრო ხშირად ორკარიანი სარქველის რთული მანკის დროს ან მარცხენა ვენური ხერხლის შევიწროების დროს, იმდენად ძლიერია, რომ ხელის შეხებით შეიგრძნობა როგორც კ ა ტ ი ს კ რ უ ტ უ ნ ი.

თუ პერიკარდიუმის ფურცლების ანთებასთან გვაქვს საქმე, შეიძლება გულის არეში მოვისმინოთ პ ე რ ი ტ ო დ ი უ მ ი ს ხ ა ხ უ ნ ი, რომელიც იმავე პირობებში წარმოიშევა, როგორც პლევრის ხახუნი.

მუცლის ღრუს ორგანოთა ა უ ს კ უ ლ ტ ა ც ი ა, გაცილებით უფრო ნაკლებ მონაცემებს იძლევა, ვიდრე ფილტვებისა და გულის აუსკულტაცია. ზოგ შემთხვევაში მას მაინც მიმართავენ. ასე, მაგალითად, საკმარისია მუცლის კედელთან ყური ახლო მივიტანოთ ან მით უმეტეს, მას სტეტოსკოპი დაეადოთ, რომ გავიგონოთ ნაწლავების ყურყური; ასეთი ყურყური შესაძლოა კუჭმაც მოგვეყურყური გამოწვეულია კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკის შედეგად მასში დაგროვილი სითხისა და აირების მოძრაობით. განსაკუთრებით ძლიერდება ეს ყურყური ნაწლავებში შევიწროებას არსებობის, ნაწლავების ანთებითი მდგომარეობის დროს და სხვ. პირიქით, ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ნაწლავების პარეზული მდგომარეობა ვითარდება (მუცლის ფარის ანთება, ლეიძლის, თირკმლის კოლკია, ილევუსის პარეზული ფორმა), ყურყური სრულიად აღარ ისმის და მუცელში, როგორც იტყვიან, „სამარისებური სიჩუმე“ დგება.

მუცლის აპკის (პერიტონეუმი) ანთების დროს იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება სტეტოსკოპით მოვისმინოთ პ ე რ ი ტ ო ნ ე უ მ ი ს ფ უ რ ც ლ ე ბ ი ს ხ ა ხ უ ნ ი. გარდა ამისა, შეიძლება ხახუნი მოვისმინოთ ლეიძლზე და ელენთაზე ე წ. პ ე რ ი ჰ ე პ ა ტ ი ტ ი ს და პ ე რ ი ს პ ლ ე ნ ი ტ ი ს დროს, როდესაც ანთებითი პროცესი მოიცავს ლეიძლისა და ელენთის სეროზულ გარსს.

#### პალპაცია

პალპაცია ანუ ხელის შეხებით გასინჯვა, პერკუსიასა და აუსკულტაციასთან ერთად წარმოადგენს ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მეთოდს, რომელიც განსაკუთრებით მუცლის ღრუს ორგანოთა გასასინჯად იხმარება.

თავისთავად, პალპაცია გამოსაყენებელია ადამიანის სხეულის ბევრი სხვა მიღამოს გასასინჯად, როგორც გულ-მკერდის, ისე კიდურების, კისრის და სხვა-თა. განსაკუთრებით კარგად არის დამუშავებული მუცლის ღრუს ორგანოთა პალპაცია რუსი კლინიკისტების ვ. პ. ობრაზცოვის, ნ. დ. სტრაეცკოს და მ. მ. გუბერგრის მიერ.

მათ მიერ შექმნილი მეთოდით კერძო, ღრმა, ტოპოგრაფიული მკურავი პალპაციის მეთოდით დღეს ფართოდ არის გავრცელებული ყველგან და მან მსოფლიოში საყოველთაო აღიარება პოვა, როგორც მუცლის ღრუს ორგანოთა გამოკვლევის ფრიად მნიშვნელოვანმა მეთოდმა.

გულმკერდის პალპაციით შესაძლებელია აღინიშნოს მტკივნეულობა გულმკერდის არეში, ნეკნთაშუა მიდამოებში ნეკნთაშუა ნევრალგიების დროს. როგორც ზევით უკვე იყო აღნიშნული, პალპაციით ვიგებთ გულმკერდის ბგერით რხევას.

პალპაციის მეთოდი მნიშვნელოვანია გულის საძვერის გამოსაკვლევად. ამ მიზნით ხელის მტეხანს ხელის გულით მჭიდროდ დაადებენ გულის არეში, ისე, რომ მაჯის სახსარი მკერდის ძვალზე იყოს დადებული, თითების წვერები კი მარცხენა მედიოკლავიკულარულ ხაზზე, IV—VI ნეკნებს შუა.

ასეთი გამოკვლევის დროს, გულის საძვერი შეიგრძნობა ნორმალურად V ნეკნთაშუა არეში, მარცხენა მედიოკლავიკულარულ ხაზის შიგნით 0,5 სმ-ით გულის საძვერი წარმოადგენს გულის იწვევრვალის ბიძგს გულმკერდის წინა კედელზე და შეესაბამება გულის შეკუმშვის ფაზას. გულის საძვერი წერტილოვანი ხასიათისაა, ნორმალურად მისი გავრცელების დიამეტრი არ აღემატება 1 სმ.

თუ მარცხენა პარკუჭი განიცდის ჰიპერტროფიას (მაგ., გულის მანკის დროს), მაშინ გულის საძვერი გაძლიერებულია, აღარ არის წერტილოვანი, არა-მედ გაფანტულია; გარდა ამისა, ის შეიძლება იყოს რეზისტენტული, ამ წევრის და გამსინჯველის თითის წინააღმდეგობას უწევდეს. ასეთი საძვერი ჰიპერტროფიის და მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის დამახასიათებელია.

გულის საძვერმა შეიძლება შეიცვალოს მდებარეობა, ის იყოს მედიოკლავიკულარული ხაზის გარეთ ან არანორმალურად შიგნით, ასეთი გარემოება განვითარდება გულის მარცხენა პარკუჭის ძლიერი გადიდების დროს ან გულის ცოთის შედეგად.

გულის საძვერი შესაძლოა სრულებით არ შეიგრძნობოდეს გულის კენთის მოღუნების, გულის პერანგში სითხის დაგროვების, გულის სიმსუქნის, გულმკერდის კედლის გასქელების და ფილტვების ემფიზემის დროს.

გულის საძვერი დაბლა იწევს მარცხენა პარკუჭის ძლიერი ჰიპერტროფიის ან გაგანეირების დროს და ასეთ შემთხვევაში შესაძლოა მახვილისებრი მორჩის ქვეშ, ეპიგასტრიუმის არეში, შესამჩნევი იქნეს პულსაცია—ე. წ. ეპიგასტრიული პულსაცია. გულის საძვერმა შეიძლება აიწიოს ზემოთ ორსულობის, მუცლის აბრევის და მასში სითხის დაგროვების დროს.

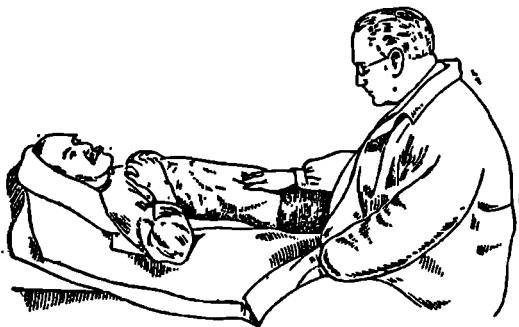
მუცლის პალპაცია მიზნად ისახავს გამოარკვიოს მუცლის მდგომარეობა ზოგადად, ე. ი. გამოკვლიოს მუცლის კედლის მდგომარეობა, მისი სირბილე, მტკივნეულობა, სითხის დაგროვება მუცლის ღრუში, რომელიმე ორგანოს ძლიერი გადიდება ან დიდი ოდენობის სიმსივნის არსებობა იქ და სხვ. მუცლის ღრუს ასეთი პალპაცია, ჩვეულებრივ, ზერეულედ წარმოებს და მას მიმოხილვით ანუ სარკინტაციო პალპაცია ეწოდება (სურ. 92).



შემდეგ გადადიან ღრნა, მეთოდოქურ, ტოპოგრაფიულ პალპაციას, რითაც უკვე იკვლევენ მუცლის ღრუს ორგანოთა მდებარეობას, საზღვრებს, სიდიდეს, ფორმის ცვლილებას და სხვ.

მუცლის საორიენტაციო პალპაციას წინ უძღვის, ჩვეულებრივ, უკვე აღწერილი დათვალიერება მუცლისა და ზოგჯერ მისი პერკუსია.

საორიენტაციო პალპაციის დროს ავადმყოფი უნდა სწორად იწვეს, თავქვეშ ბალიში უნდა გამოვაცალოთ, ხელები სხეულის გასწვრივ უნდა ეკიროს, ფეხები უნდა ჰქონდეს გამართული და ერთმანეთზე მიწყობილი. საჭიროა ავადმყოფი თავისუფლად სუნთქავდეს. ეჭმს ხელი უნდა ჰქონდეს თბილი, ის უნდა მიუჯდეს



სურ. 92. მუცლის საორიენტაციო პალპაცია.

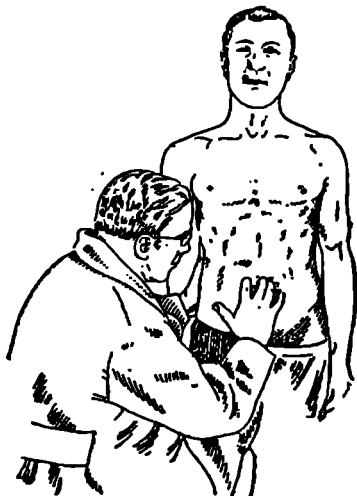
ავადმყოფს მარჯვენა მხრიდან და ხელის ნელი შეხებით და თითების ნელი მოძრაობით იკვლევდეს მუცლის კედლის სირბილეს სიმეტრიულ ადგილებში, ე. ი. ადარებდეს მარჯვენა ჰიპოქონდრიუმს მარცხენას, მარჯვენა მეზოგასტრიუმს მარცხენას და ა. შ. ასეთი გასინჯვით აღინიშნება მუცლის კედლის დაჭიმულობა. ჯანმრთელ ადამიანს მუცლის კედელი ზომიერად აქვს დაჭიმული, რაც კუნთოვანი შრის განვითარებით აიხსნება. სპორტსმენებს და ახალგაზრდებს დაჭიმულობა ოდნავ მეტად აქვთ გამოხატული, პირიქით, მსუქან ადამიანებს და მრავალნაშობიარებ ქალებს მუცლის კედელი მოღუნებული აქვთ. მუცლის კედლის არანორმალური თანაბარი დაჭიმულობა აღინიშნება მუცლის ფარის ანთების (პერიტონიტი), მუცლის ღრუში სითხის და გაზების დაგროვების დროს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მუცლის კედლის ადგილობრივ დაჭიმულობას, ანუ როგორც მას უწოდებენ, კუნთოვან დაცვას, კუნთების დეფანსს, კუნთების კონტრაქტურას.

ეს მოვლენა მაჩვენებელია დაჭიმული კუნთების ქვემდებარე ორგანოს სერიოზული დაზიანებისა (პერფორაცია, ანთება, კოლიკა). ასე, მაგალითად, თუ კუჭის წყლულით ავადმყოფს ძლიერი ტკივილები დაეწყო ეპიგასტრიუმის არეში და აქ კუნთების დაჭიმვა განვითარდა, ეს შესაძლოა პერფორაციის (წყლულის გახერხების) მაჩვენებელი იყოს. ღვიძლის არეში ასეთი დაჭიმვა ნაღვლის ბუშტის ანთების მომასწავებელია, ჭიაყელა ნაწლავის არეში, მწვავე აპენდიციტისა და სხვ.

კუნთების დაკუმულობის გარდა, პალპაციით აღინშნავენ მტკივნეულობას მუცლის კედლისას საერთოდ, ან ადგილობრივი ხასიათის (ლოკალურ) ტკივილს ამა თუ იმ წერტილში (სურ. 93).

ზოგჯერ მუცლის კედელი ძალზე მტკივნეულია, მაგალითად, პერიტონიტის დროს. ასეთ შემთხვევაში საბნის მიკარებაჲ კი ტკივილს ჰგვრის ავადმყოფს.

მუცლის ღრუში სითხის არსებობის განსაზღვრაზე პერკუსიული მეთოდათ უკვე იყო ლაპარაკი (იხ. მუცლის პერკუსია). პერკუსიის გარდა, სითხე შესაძლოა განვსაზღვროთ პალპაციით. ამისათვის გამოკვლევი გულაღმა დააწვეწმს ავადმყოფს, ერთ ხელს მჭიდროდ მიადებს მუცლის გვერდით ზედაპირზე, მეორეთი კი ბიძგისებრ დარტყმას ახდენს მეორე მხარეზე. ის ხელი, რომელიც მჭიდროდ არის მიდებული მუცლის გვერდით ზედაპირზე, შეიგრძნობს ბიძგისებრ მოხვედრას (ფლუქტუაციას), რადგან მუცელში დაგროვილი სითხე მასში ტალღისებურად განვითარებული მოძრაობით ხელის ბიძგს გადასცემს ერთი მხრიდან მეორისაკენ (სურ. 94).



სურ. 93. ფეხზემდგომი ავადმყოფის მუცლას გასინჯვა.

პალპაციით მუცლის კედელში იკვლევენ აგრეთვე თიაქრის რგოლებს თეთრი ხაზის გასწვრივ, კიბის მიდამოში, საზარდულის არეში.

საორიენტაციო პალპაციის დამთავრების შემდეგ გადადიან მუცლის ღრუს ორგანოების ღრმა პალპაციაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკვლევის ეს მეთოდი მოითხოვს გამოკვლევის დიდ დახელოვნებასა და გამოცდილებას, რაც შე-

იძლება მიღწეული იქნეს სისტემატური ვარჯიშით, ვინაიდან აქ მთელი წარმატება დამყარებულია არა მარტო ტექნიკის ათვისებაზე, არამედ ხელის შეგრძნების გაეარჯიშებაზე.

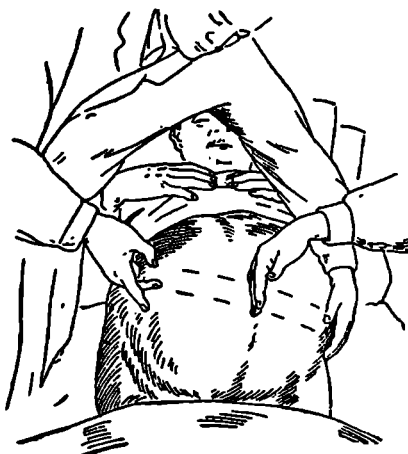
კუჭის და ნაწლავების პალპაცია. კუჭის პალპაციის დროს მარჯვენა ხელი ოდნავ მოხრილი თითებით ღრმად უნდა ჩაეშუშვით მუცლის ღრუში მახვილისებრი მორჩის ქვეშ და ავადმყოფის სუნთქვით მოძრაობასთან ერთად უნდა დავა-ცუროთ ქვემოთ. კიბის ოდნავ ზემოთ ხელის თითები გადაცურდება მორბილა კონსისტენციის ზონარზე, რომელიც არის კუჭის დიდი სიმრუდე. ასეთივე პალპაციით შესაძლებელია კუჭის გასაველი მიდამოს გასინჯვა, რომელიც ხელის ქვეშ გასხლტომის დროს იძლევა ყურყურს. კუჭის მიდამოს პალპაცია შეიძლება ობრაზტოვის მიერ მოწოდებული ე. წ. პერკუსორული პალპაციითაც: მარჯვენა ხელის მოხრილი თითებით აწარმოებენ ბიძგისებრ პალპაციას კუჭის არეში. კუჭის ასეთი მეთოდით გამოკვლევის დროს ხშირად აღინიშნება ე. წ. „შხეფის ხმა“, რომელიც ნორმალურ პირობებშიაც ისმის ჭამის და სასმელის მიღების შემდეგ. თუ შხეფის ხმა აღინიშნება უზმოზე ან ჭამიდან 5—6 საათის შემდეგ, ის პათოლოგიურია და მაჩვენებელია კუჭის გასაველის შევიწროებისა (პილორუსის სტენოზი) ან კუჭის წვეწის დიდი რაოდენობით გამოყოფისა

(პიპერსეკრეცია). კუჭის გასინჯვისას გულმოდგინე პალპაციით შესაძლებელია კუჭის სიმსივნის აღმოჩენაც, რომელიც ისინჯება მკვრივი კვანძის სახით, რაც ნაკლებად მოძრაობა.

ნაწლავების პალპაციის დროს კარგად ხერხდება ბრმა ნაწლავის, ამავალი, გარდიგარდმო, დასწვრივი კოლინჯის და სიგმოიდური კოლინჯის ხელით გასინჯვა. ამისათვის საჭიროა მათი მდებარეობის ადგილას ვაწარმოთ ღრმა პალპაცია, მარჯვენა ხელის ოდნავ მოხრილი თითებით, ბრმა ნაწლავის და დასწვრივი კოლინჯის გასინჯვისას შიგნიდან გარე მიმართულებით, გარდიგარდმო კოლინჯის პალპაციის დროს ზემოდან ქვემოთ, ხოლო დასწვრივი და სიგმოიდური კოლინჯის გასინჯვის დროს აგრეთვე შიგნიდან გარეთ.

ნაწლავების ამ მიდამოების პალპაციის დროს ნორმალურ შემთხვევაში ისინჯება რბილი, მოძრაი, სადა ზონარი, რომელიც ხშირად ყურყურის იძლევა. პათოლოგიურ შემთხვევებში ეს ნაწილები შემსხვილებულია, მკვრივი, უსწორმასწორო და მტკივნეული.

ღვიძლის პალპაცია. გამომკვლევი ავადმყოფს უნდა დაუდგეს მარჯვენა მხრიდან, უმჯობესია საწოლის ნაპირზე და მარჯვენა ხელი ბრტყლად დაადას მარჯვენა ფერდქვეშა არეზე ისე, რომ მისი თითების წვერები მარჯვენა ნეკნთა რკალთან იყოს. როდესაც ავადმყოფი ღრმად ჩაისუნთქავს, გამომკვლევის თითები ნეკნთა რკალის ქვეშ შეიგრძნობენ ღვიძლის ქვემო ნაპირს, როგორც მკვრივ წარმონაქმს. ამ დროს მარცხენა ხელის თითები უმჯობესია ამოედლოს მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვემოთ და გვერდიდან. საღი ღვიძლის კიდე ოდნავ ისინჯება მარჯვენა ნეკნთა რკალის ქვეშ მარტო მელიოკლავიკულარულ ზაზზე, ის რბილია, სადა, უმტკივნეული. თუ ღვიძლი გადიდებულია, მისი ნაპირი გამოდის ნეკნთა რკალიდან და მდგომარეობის (დაავადების) მიხედვით მეტად მკვრივია, უსწორმასწორო, მტკივნეული (სურ. 95).



სურ. 94. ფლუქტუაციის გამოკვლევა ასციტის დროს.

თუ ღვიძლი ძალზე გადიდებულია, მისი კიდის გარდა ისინჯება ზედაპირი, რომელიც შესაძლოა იყოს სადა, უსწორმასწორო, ხორკლიანი და სხვ.

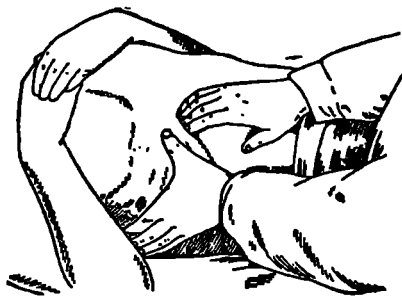
გულის დაავადების ნიადაგზე განვითარებულ შეგუბება ღვიძლში („შეგუბებითი ღვიძლი“) იძლევა ღვიძლის თანაბარ გადიდებას, ის რბილია, ძალზე მტკივნეული და სადა ზედაპირი აქვს.

ღვიძლის მწვავე ანთების დროს ის ზომიერად არის გადიდებული, რბილია სადა და ოდნავ მტკივნეული. ღვიძლის კიბოს დროს, ღვიძლი არათანაბრად არის გადიდებული, მაგარია, ხორკლიანი.

ნადღვლის ბუშტი ნორმალურად არ ისინჯება, თუ კი ის ძალზე გადიდდა, მაგალითად, ნადღვის შიგ შეგუბების გამო ან ნადღვის ბუშტის ე. წ. წყალმანის

გამო, იმ შემთხვევაში ნაღლის ბუშტი შეიძლება გაისინჯოს ღვიძლის ნაპირის ქვემოდან, როგორც სადა ზედაპირიანი, ელასტიკური, მსხლის მოყვანილობის სიმსივნე, რომელიც მოძრავია.

ელენთის პალპაციას აწარმოებენ ავადმყოფის გულაღმა ან მარჯვენა გვერდზე წოლის დროს. გამოკვლევი ავადმყოფის მარჯვენა მხრით ჯდება და მარჯვენა ხელს ადებს ოდნავ მოხრილი თითებით მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოს, ისე, რომ თითების უკანასკნელი ფალანგები იყოს მარცხენა ნეკნთა რკალთან. ავადმყოფის ჩასუნთქვის დროს თუ ელენთა ოდნავ მაინც არის გადიდებული, გამოკვლევის ხელის თითები გრძნობს ელენთის კილის ნაპირს მომკვრივო წარმოზნაქ-

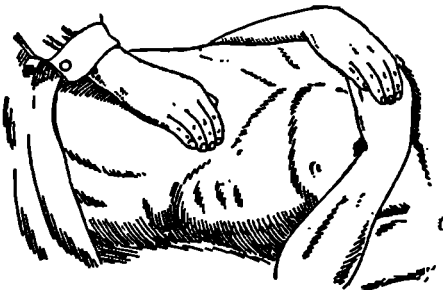


სურ. 95. ღვიძლის პალპაცია.

მის სახით (სურ. 96). თუ ელენთა ოდნავ არის გადიდებული, საჭირო ხდება ავადმყოფის მარჯვენა გვერდზე დაწვევა და ელენთის ისე მოსინჯვა. ზოგ მწვავე ინფექციურ დაავადებათა დროს (მაგ., მუცლის ტიფი) ელენთა ოდნავ დიდდება და მისი აღმოჩენა ძნელია. ზოგი დაავადება კი იძლევა ელენთის იმდენად გადიდებას, რომ ის ჰიპის ქვემოთ და ზოგჯერ მცირე მენჯის ღრუში ჩამოდის, ასეთ შემთხვევაში, რათა დავრწმუნდეთ, რომ საკმე მართლა

ელენთას ეხება, საჭიროა ელენთის წინა კიდეზე გაისინჯოს ელენთის ჩანაქდვევი (Incisura lienis).

საჭიროა იმის დახსომება, რომ ღვიძლის და ელენთის ძლიერი გადიდების დროს მათი პალპაცია უნდა წარმოებდეს თანდათანობით ქვემოდან ზემო მიმართ-



სურ. 96. ელენთის პალპაცია.

თულებით ჰიპოგასტრიუმის მიდამოდან. ელენთის ძლიერ გადიდებას იძლევა მალარია, კალა-აზარი, ლეიკემია და ელენთის სიმსივნეები.

თირკმლების პალპაცია. თირკმლები მათი ანატომიური მდებარეობის გამო პალპაციისათვის ძნელი მისაწვდომია; მოშველებული მუცლის კედლის შემთხვევაში, განსაკუთრებით ქალბუში, რომლებსაც ხშირად აქვთ ჩამოწეული მუცლის ღრუს ორგანოები, კერძოდ კი თირკმლები, უკანასკნელი შედარებით ადვილი გასასინჯია.

თირკმლების პალპაცია, ჩვეულებრივ, წარმოებს ორი ხელით, მარჯვენა ხელით სინჯავენ თირკმლებს წინიდან, მარცხენათი კი უკანიდან. თირკმლის გასინჯვის დროს ცდილობენ მარცხენა ხელით წინ წამოსწიონ თირკმელი, ხოლო მარჯვენა ხელით ღრმად აწვებიან მუცელს იმ დროს, როდესაც ავადმყოფი ღრმად ჩაისუნთქავს; ამ მომენტში მარჯვენა ხელი გრძნობს თირკმლის სადა ზედაპირს, რომელიც ხელქვეშ გასხლტება.

პათოლოგიურად შეცვლილი თირკმელი ვადიდებულია, მტკივნეული. თირკმლის ვადიდება მისი სიმსივნის გარდა, აღინიშნება შარდსაწვეთის დახშვას გამო თირკმლის მენჯში შარდის და ჩირქის დაგროვებისას (პიდრონეფროზი და პიონეფროზი).

შარდის ბუშტის, სასქესო ორგანოების და სწორი ნაწლავის გასინჯვა სპეციალურ სახელმძღვანელოებშია აღწერილი, ამიტომ აქ ამზე აღარ შევიჩრებთ.

### ელემენტარული ოგრაფია

ზრნაგან სნეულებათა თანამედროვე კლინიკაში გულისა და სისხლის ძარვების სნეულებით ავადმყოფთა გამოკვლევისათვის უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს ელექტროკარდიოგრაფიას. ელექტროკარდიოგრაფიის პრინციპი მდგომარეობს შემდეგში: გულის კუნთის აგზნების დროს, კუნთის ის მიდამო, სადაც აგზნება წარმოიშეება, ელექტროუარყოფითად დამუხტული ხდება კუნთის იმ ნაწილის მიმართ, რომელიც აგზნებული არ არის, რის შედეგადაც ექმნება პოტენციალთა სხვაობა, რაც თავის მხრივ განაპირობებს ელექტროდენის ე. წ. ბოიელექტროდენის წარმოშობას. როგორც ცნობილია, ადამიანის სხეული ელექტროდენის გამტარია, რის გამოც გულში წარმოშობილი ელექტროდენი აღწევს სხეულის ზედაპირს, საიდანაც შესაძლებელი ხდება მათი რეგისტრირება.

სპეციალურ ხელსაწყოს—სიმთან გალვანომეტრს თუ შევეუერთებთ ადამიანის სხეულს, გულში წარმოშობილი ბოიელექტროდენი, გაივლის რა გალვანომეტრში, გამოიწვევს მისი სიმის რხევას. სპეციალური აპარატი—ელექტროკარდიოგრაფი—ხერხდება ამ სიმის ჩრდილის მოძრაობათა ჩაწერა სინათლის მგრძნობიარე ფოტოქადალზე მრუდის სახით და ამ მრუდს ეწოდება ელექტროკარდიოგრაფი. ელექტროკარდიოგრაფი შემოღებულია 1903 წლიდან. გალვანომეტრის სიმის ჩრდილის ანაბეჭდი კბილები, რომლებსაგანაც შედგება ელექტროკარდიოგრაფა, ლათინური ასოებით აღინიშნება.

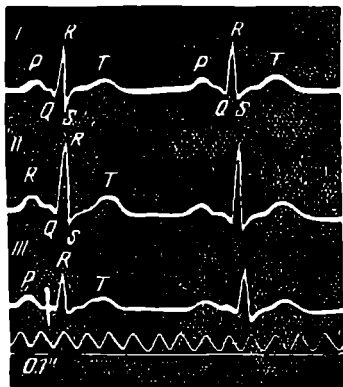
ელექტროკარდიოგრაფა (ე. კ. გ.) ძირითადში შედგება ხუთი კბილისაგან, რომლებიც აღნიშნულია შემდეგი ასოებით: P, Q, R, S, T. კბილი P შეესაბამება წინაგულების აგზნებასა და შეკუმშვას, QRST კი პარკუჭების აგზნების და შეკუმშვის პროცესს. P—Q მანძილის დაგრძელება მაჩვენებელია გამტარებლობის შენელებისა წინაგულებში, QRS კომპლექსის გახანგრძლივება კი—პარკუჭებში. აღნიშნული კბილების ცვლილებები, როგორც სიმადლის, ისე მოყვანილობის და რიცხვის მხრივ, მაჩვენებელია გულის სათანადო უზნებში მომხდარ ცვლილებებისა. ასე, მაგალითად, თუ ადგილი აქვს წინაგულების ციმციმს, P კბილის ადგილას ე. კ. გ-ზე გაჩნდება მრავალი პატარა კბილი. ექსტრასისტოლების დროს იცვლება QRS კომპლექსი და სხვ. (სურ. 97).

დღითიდღე ელექტროკარდიოგრაფიის ტექნიკა უფრო და უფრო ფართოვდება და ზუსტდება, ე. კ. გ. შემოდის ფართო ხმარებაში, რადგან ის გვაძლევს

ზუსტ წარმოდგენას გულის რითმის დარღვევის, გულის გვირგვინოვანი სისხლძრვების დაავადების ნადავზე განვითარებული კუნთის ცვლილებები და გულ კუნთის სხვა ცვლილებათა შესახებ.

ი ა ე დროს ე. კ. გრამის გადაღება და განსაკუთრებით წაკითხვ დახელოვებ მოითხოვს, ამიტომ ის ყველასათვის მისაწვდომი არ არის: გრამ აპ (ა-ფ დ გ რ ც ე ზ დ ე. კ. გ-ით ხშირ სარგებლობა ახლო მომავალში ზოუ ლყ ფს ამ ფრი დ სპირო მეთოდის დაუფლებას თე აპვე ლესობის მიერ; ამ მიზნით სპირო სპეციალური სახელმძღვანელოების გაცნობა

### ავადმყოფის გამოკვლევა ჩინბანის სხივებით



სუ 97. ნ მალური ელექტროკარდიოგრაფია.

ავად ყოფის გოკვლე რენ გ სხივებით წარმოებს სპეც ლ ნ-ტგენის კაბინეტ ბუ, დ ცოწყო ლია რენტგენოდან დგ რებ. რე გე აპარატურა დლითიდე რბ დ ბ ტექნიკურად და თ ნ დ თ ნ ვ ცელ დღეს უკვე წ რმოუდგენელია ჩე ში არა თუ საავადმყოფო, არა დ ესი - რად მოწყობილი პოლი ლინ ც კ ლაქებში და რაიონი ცენტრებ, დაც არ იყოს რენტგენის კაბინეტი. დეე მეტი, ამჟამად ფ რთო ხმარებ გადასატანი (პორტატული) რენტგ ნო-აპარ ტები, რომლების მიტანა შეიძლე-ბა ავადმყოფის ბინაზე, ავადმყოფი საწოლთან.

რენტგენის სხივებით ავადმყოფის გამოკვლევა მოხერხდა მას შემდეგ, რაც ე. კ. რენტგენმა (1845—1923) აღმოაჩინა ე. წ. x—ს ხ ი ე ე ბ ი, რომლებსაც შემდეგში მი ი სახელი ეწოდა.

რენტგენის სხივები წარმოიშობა, იუ უპიერო მილში (რენტგენის მილა) გავატარებთ მაღალი ძაბვის ელექტროდენს კატოდისა და ანოდისაკენ. თუ კატოდური სხივები მილის შუა ადგილას მოხვდება ანოდის დაქანებულ ზედაპირს (ანტიკატოდი), წარმოიშობა რენტგენის სხივები, რომლებსაც აქვთ თვისება გაატანონ ისეთ ქსოვილებში, რომლებშიაც ჩვეულებრივი სხივები არ გადის (სურ. 98).

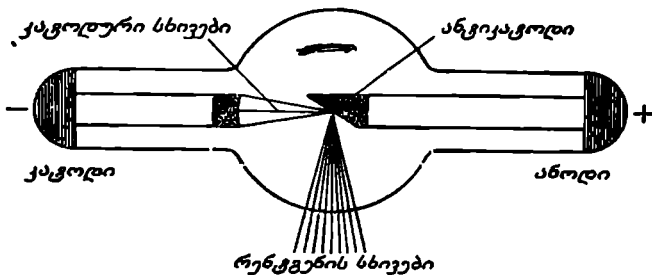
რენტგენის სხივები გადის სხეულის ზოგ რბილ ქსოვილში (კუნთებში ფილტვის ქსოვილში, ცხიმოვან ქსოვილში), არ გადის ძვალოვან ქსოვილში, ნაკლებად გადის ღვიძლში, გულში, ელენთაში. ლითონი არ ატარებს რენტგენის სხივებს, ბარიუმი, ბრომის მარილები, იოდის შენაერთები აგრეთვე რენტგენის სხივებისათვის არაგამატარია.

რენტგენის სხივების ამ თვისებებზე არის აგებული რენტგენით გამოკვლევის მეთოდი.

თუ რენტგენის სხივებს წიუშვერთ სპეციალურ ფირფიტას, რომელიც ბარიუმ-ცი ნიდით არის გაუღენთილი, დაკინახავთ, რომ ეს ფირფიტა განათდება

თუკი ადამიანს ჩაეყენებთ რენტგენის მილისა და ამ ფორფიტას (რენტგენოგრაფი) შორის, აპარატის ჩართვისას დავინახავთ ეკრანზე ადამიანის სხეულის ასეთ ნაწილებს, რომლებიც ჩვეულებრივ არ ჩანს. ის ნაწილები, რომლებშიაც სხივები გადის, ეკრანზე არ ჩანს, სხივების არაგამტარი ნაწილები კი ჩანს მათი ჩრდილის გამოსახულების სახით.

რენტგენის სხივებით ასეთ გამოკვლევას ეწოდება გაშუქება (რენტგენოსკოპია). თუკი გამოსაკვლევ ავადმყოფს წინ დაუდგამთ ფოტოაფესს, რენტგენის სხივები გაივლიან რა სხეულს, მოხვდებიან აფესკზე და მასზე ალიბეჭდება სხეულის რენტგენოგამოსახულება, რაც შემდეგი გამქლავებით მოგვცემს რენტგენის სურათს, ანუ რენტგენოგრაფიას; გამოკვლევის ამ მეთოდს ჰქვია რენტგენოგრაფია.



სურ. 98. რენტგენის მილი.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით შესაძლებელია ორგანიზმში აღმოვაჩინოთ ძვლის მოტეხილობა, სახსრის ამოვარდნილობა, გულის გადიდება, ფილტვების ცვლილებები, კუჭის წყლული, კუჭის კიბო, თირკმლის კენჭი და მრავალი სხვა, რაც ზოგჯერ გამოკვლევის სხვა მეთოდისათვის ან სრულიად მიუწვდომელი, ან ძნელად მისაწვდომია.

სუნთქვის ორგანოთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. ამ გამოკვლევისათვის ავადმყოფის წინასწარი მომზადება, ჩვეულებრივ, საჭირო არ არის. მხოლოდ ზოგიერთი სპეციალური გამოკვლევისათვის საჭირო ხდება მომზადების ჩატარება. გახდის ავადმყოფს დააყენებენ რენტგენის მილსა და ეკრანს შორის. აპარატის ჩართვისას ეკრანი განათდება და მასზე გამოჩნდება გულ-მკერდის ჩონჩხის გამოსახულება. ფილტვების მიდამო ჩანს, როგორც ორი გამჭვირვალე არე დასერილი ნექნების გამოსახულებით და გაყოფილი ორ ნაწილად, მარჯვენა და მარცხენად, რომლებს შორის არის ჩრდილი. ეს ჩრდილი წარმოშობილია გულით, მსხვილი სისხლის ძარღვებით (აორტა, ვენები), მკერდის ძვლით და ხერხემლით. ქვემოდან ფილტვების ნათელი არეები მოხაზულია დიაფრაგმის მარჯვენა და მარცხენა გუმბათით, რომლებიც ჩრდილის ზოლებივით ჩანან.

თუ ფილტვის ქსოვილში რაიმე პათოლოგიურმა მოვლენამ იჩინა თავი, ფილტვის ნათელ არეში გაჩნდება დაჩრდილვა, რომელსაც სხვადასხვა დაავადების დროს სხვადასხვა მოყვანილობა და ინტენსივობა აქვს.

ამ ჩრდილების მიხედვით ექიმ-რენტგენოლოგის გამოცდილი თვალი არჩევს დაავადების ხასიათს.

დამახასიათებელია ფილტვის რენტგენოლოგიური სურათი ტუბერკულოზის, აბსცესის, კრუპოზული ანთების, კიბოს, პლევრიტის და სხვ. დაავადებათა დროს.

სუნთქვის ორგანოთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევის უნიშვნელოვან მეთოდს წარმოადგენს ბ რ ო ნ ქ ო გ რ ა ფ ი ა — ბრონქების გაღებვა, საკონტრასტო ნივთიერების (იოდოლიპოლი) ბრონქებში შეყვანის შემდეგ. ბრონქოგრაფია დიდ დახმარებას გვიწევს ბრონქის კიბოს და გაგანიერების ამოცნობაში.

ს ი ს ხ ლ ი ს მ ი მ ო ქ ე ვ ე ი ს ო რ გ ა ნ ო თ ა რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა უ მ ბ ა ე რ ე ს დ შ ე ე ხ ე ბ ა გ უ ლ ს ა ლ ა ო რ ტ ა ს . ა ქ ა ც ა ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ის რ ა ი მ ე წ ი ნ ა ს წ ა რ ი მ ო მ ზ ა დ ე ბ ა ს ა ქ ი რ ო არ არის.

გაშუქების დროს, როგორც აღნიშნული იყო, გული და აორტა ფილტვების ნათელი არეების შორის ჩანს ჩრდილის სახით.

თუ ავადმყოფი რენტგენის მილსა და ეკრანს შორის დგას ისე, რომ ზურგი მიქცეული აქვს რენტგენის მილისაკენ, სოლო სახე ეკრანისაკენ, გულის ჩრდილის არეში ნათლად ჩანს გულის და სისხლის მსხვილი ძარღვების მოხაზულობა, რომელიც ქვემოთ უერთდება დააფრაგმის ჩრდილს და იძლევა ძგერას.

გულის სხვადასხვა დაავადების დროს (გულის მანკები, გულის კუნთის სკლეროზი, გულის პერანგზმ სითხის დაგროვება) გულის ჩვეულებრივი მოხაზულობა იცვლის ფორმას, რის მიხედვით რენტგენოლოგს შეუძლია გამოთქვას ეჭვი ამა თუ იმ დაავადების შესახებ.

გულის პერანგზმ სითხის დაგროვების დროს, მაგალითად, გულის ჩრდილი დამახასიათებელი სამკუთხედის მოყვანილობას იღებს. აორტის გაგანიერება ნათლად აღინიშნება მისი ჩრდილის ვადიდებით, ხოლო ანევრიზმის დროს ეს ჩრდილი იძლევა დამახასიათებელ ძგერას (პულსაცია).

კ უ ჴ ი ს დ ა ნ ა წ ლ ა ვ ე ბ ი ს რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა მ ო ი თ ხ ო ვ ს ა ვ ა დ მ ყ ო ფ ის წ ი ნ ა ს წ ა რ მ ო მ ზ ა დ ე ბ ა ს , უ ა მ ის ო დ გა შ უ ქ ე ბ ა შე უ ძ ლ ე ბ ე ლ ი ა . წ ი ნ ა ს წ ა რ ი მ ო მ ზ ა დ ე ბ ა გ უ ლ ის ხ მ ო ბ ს შე მ დ ე ვ ს : ა ვ ა დ მ ყ ო ფ მ ა გამოკვლევის წინა საღამოთი და დილით ადრე უნდა გაიკეთოს გამწმენდი ოყნა (სავალდებულო ყველა შემთხვევაში არ არის), გამოკვლევაზე არაფერი არ უნდა ჭამოს და დალიოს, გამოკვლევის წინ მას უნდა მიეცეს ბარიუმის სულფატი 50,0—100,0 შეზავებული წყლით, როგორც ფაფა. უკანასკნელი საკონტრასტო ნივთიერებას ანუ კ ო ნ ტ რ ა ს ტ ს წ ა რ მ ო ა დ გ ე ნ ს რ ე ნ ტ გ ე ნ ის ს ხ ი ვ ე ბ ის ა თ ვ ის , უ ა მ ის ო დ გამოკვლევა არ მოხერხდება, რადგან კუჭ-ნაწლავი სხივების გამტარია.

გაშუქებისას ჩანს კუჭის მოხაზულობა, რომელიც ავსილია კონტრასტით.

კუჭის მოხაზულობის, მდებარეობის, სიდიდის, პერისტალტიკური მოძრაობის და ზოგი სხვა ცვლილების მიხედვით მსჯელობენ კუჭის დაავადებებზე. კუჭის გაგანიერება, კუჭის დაწვევა, კუჭის გასაველის შევიწროება, კუჭის წყლული ან კიბო ხშირად რენტგენით კარგად ჩანს ხოლმე.

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული რენტგენის ეკრანზე იძლევა კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის მოხაზულობის რომელიმე ადგილზე გამოზნექილობას, როგორც დვრილი, ეს ე. წ. ნ ი შ ი ს ს ი მ პ ტ ო მ ი ა . კუჭის კიბო კი, პირიქით, იძლევა ჩაზნექილობას, რასაც ა ვ ს ე ბ ი ს დ ე ფ ე ქ ტ ი ჰ ქ ე ვ ი ა .

მეორე დღეს განაგრძობენ გაშუქებას, რომ ნახონ, როგორ ვადის ნაწლავებში კონტრასტი და აღნიშნავენ ნაწლავების ცვლილებას, შევიწროებას, გაგანიერებას და სხვ.



თირკმლები ს რ ე ნ ტ გ ე ნ ო ლ ო გ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ე ლ ე ვ ე ს ა -  
თ ვ ი ს საჭიროა თირკმლების სურათის გადაღება მას შემდეგ, რაც თირკმლე-  
ში შეიყვანენ საკონტრასტო ნივთიერებას—ბრომს ან სერგოზინს. პირველი შე-  
ჯავთ შარდის ბუშტიდან შარდსაწვეთებით უშუალოდ თირკმლის მენჯში, ხი-  
ლო სერგოზინი კი ვენაში; სისხლიდან სერგოზინი თირკმლის მენჯებში გამოა-  
ყოფა და თუ გარკვეული დროს შემდეგ (15—30 წუთი) რამდენიმე სურათს ვა-  
დავიღებთ, მივიღებთ თირკმლის გამოსახულებას. ასეთ გამოკვლევას პ ი ე ლ ო -  
გ რ ა ფ ი ა ჰქვია და ის საშუალებას გვაძლევს აღმოვაჩინოთ კენჭი თირკმლებ-  
ში, შარდსაწვეთებში და ზოგი სხვა ცვლილება.

ნაღველკენჭოვან დაავადებაზე ექვის მიტანის შემთხვევაში მიმართავენ  
ნაღვლის ბუშტის გადაღებას—ქ ო ლ ე ც ი ს ტ ო გ რ ა ფ ი ა ს.

### ლაბორატორია და კლინიკური ანალიზები

ყოველ კეთილმოწყობილ საავადმყოფოს თავისი ლაბორატორია აქვს, სა-  
დაც აწარმოებენ სისხლის, შარდის, ნახველის, კუჭის წვენის და სხვა ანალიზებს.

ამ გამოკვლევებს ავადმყოფობის ამოცნობისათვის უაღრესად დიდი მნიშე-  
ნელობა აქვს. მთელ რიგ შემთხვევებში მრავალი სხვადასხვა ავადმყოფობის  
ღიაგნოზი ლაბორატორიული გამოკვლევის გარეშე მეტად ძნელია. ხშირია შენ-  
იხვევები, როდესაც მხოლოდ ლაბორატორიული ანალიზი სწყვეტს სწრაფად და  
პარტიკულად საკითხს ამა თუ იმ დაავადების შესახებ, მაგალითად, სისხლის ანალი-  
ზით—შემბრუნებითი ტიფის, მუცლის ტიფის, მალარიის და სხვა ავადმყოფობა-  
თა ღიაგნოზი. შარდის ანალიზით—თირკმლების ანთების ღიაგნოზი, ნახველის  
ანალიზით—ფილტვების ტუბერკულოზის ღიაგნოზი და სხვ.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ამჟამად ყველა ქალაქში და ყოველ საა-  
ვადმყოფოში მოწყობილია ლაბორატორიები, რომელთა მნიშვნელობა ავად-  
მყოფთა გამოკვლევის, სწორად დაყენებული მკურნალობის და მოვლის საქმე-  
ში დაუფასებელია და რომლებითაც საექიმო პერსონალი რაც შეიძლება ფარ-  
თოდ უნდა სარგებლობდეს.

რასაკვირველია, ლაბორატორიის მოწყობილობის და იმ კლინიკური ანალი-  
ზების შესახებ, რომელთაც იქ აწარმოებენ, ექთანს უნდა ჰქონდეს სათანადო  
წარმოდგენა.

კლინიკური ლაბორატორიის უმთავრეს ინვენტარს შეადგენს მიკროსკოპი,  
ცენტრიფუგი და თერმოსტატი. ეს სამი ხელსაწყო ყოველი ლაბორატორიისა-  
თვის აუცილებელი საჭირო ნივთს წარმოადგენს.

მიკროსკოპი გამოადიდებელი იარაღია, რომელიც ზევრად ადიდება  
საგნებს და, ამრიგად, შეუიარაღებელი თვალისათვის უჩინარ ელემენტებს—  
უჯრედებს, ბაქტერიებს—ხილულად ხდის.

ც ე ნ ტ რ ი ფ უ გ ი ს დანიშნულებაა დალექოს თხიერი ნივთიერების—სის-  
ხლის, შარდის, ნაღვლის შემადგენელი უჯრედოვანი ელემენტები. ამას აღწევენ  
ცენტრიფუგში ელდენის გატარებით, რომელიც ამოძრავებს ამ ხელსაწყოში მო-  
თავსებულ დინამოს, რომლის ძალით ძლიერ სწრაფად (წუთში 2—3 ათასი შე-  
მოტრიალებით) იწყებს ბრუნვას ხელსაწყოს ფრთები შიგ ჩართული ე. წ. ცენ-  
ტრიფუგის სინჯარებით. სინჯარებში კი ასხამენ იმ ნივთიერებას, რომლის შემა-  
დგენელი უჯრედოვანი ნაწილების გამოკვლევა სურთ (მაგ., შარდის). ცენტრი-  
ფუგის ბრუნვის დროს უჯრედოვანი ელემენტები ილექება სინჯარის ფსკერზე,  
შემდეგ ამ შუშიდან თხიერ ნაწილს გადაღვრიან, ფსკერზე დალექილ მასას კი  
გადაიტანენ სასაგნე შუშაზე და მიკროსკოპის ქვეშ იკვლევენ.

თერმოსტატი წარმოადგენს ისეთ ყუთს, რომელშიც ნავთის ლამპის ან ელდენის საშუალებით გარკვეული სითბო ექმნება. თერმოსტატში ჩართულია სითბოს რეგულატორი, რომლის მეოხებით ამ ყუთში სითბო სასურველ სიმაღლეზე მუდმივად რჩება, რასაც აჩვენებს აქვე მოწყობილი თერმომეტრი. მრავალ ბაქტერიას სითბოს მხოლოდ გარკვეულ პირობებში შეუძლია არსებობა და მათი კვლევა-ძიების დროს, მაგალითად, სისხლში, ეს უკანასკნელი სწორედ თერმოსტატში უნდა იყოს მოთავსებული. როდესაც ფიქრობენ, რომ ავადმყოფის სისხლში მიკროორგანიზმებია შეჭრილი, შპრიცით აუღებენ ვენიდან 5 მლ სისხლს, შეურევენ სპეციალურად მომზადებულ და გასტერილებულ ბულიონს (სისხლის დათესვა სტერილობაზე) და მოათავსებენ 24—48 საათის განმავლობაში თერმოსტატში, სადაც მუდმივად გარკვეული სითბოა—37° C. სისხლში მიკრობები თუ მართლა იყო შეჭრილი, ბულიონზე დათესვის დროს ისინი მრავლდებიან; ბულიონის ერთ წვეთს—სასაგნე შეშაზე შეღებილს, სინჯავენ მიკროსკოპის ქვეშ და ნახულობენ ბაქტერიებს, შემდეგ მთელი რიგი დამატებითა რთული გამოკვლევებით არკვევენ, თუ რომელი სახის ბაქტერიებთან აქვს საქმე.

თერმოსტატით სარგებლობენ აგრეთვე ზოგიერთი რეაქციის წარმოების დროს, მაგალითად, ვასერმანის, ვიდალის რეაქციის და სხვ.

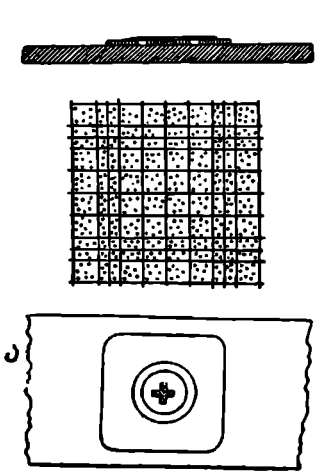
### სისხლის ანალიზი

ნორმალურად სისხლი შეიცავს გარკვეული რაოდენობის ფორმირან ელემენტს: სისხლის წითელ ბურთულებს ანუ ერითროციტებს 1 კუბურ მილიმეტრში 4.500.000—5.000.000-მდე, სისხლის თეთრ ბურთულებს ანუ ლეიკოციტებს, 1 კ. მ. 6000—8000-მდე და მესამე ფორმირან ელემენტს ე. წ. სისხლის ფირფიტებს ანუ თრომბოციტებს 250.000—300.000-მდე. წითელი ბურთულების შემადგენელი შემდეგაი ნივთიერება—ჰემოგლობინი აგრეთვე გარკვეული პროცენტული რაოდენობით აქვთ: დედაცაყებს 80%-მდე, მამაცაყებს 100%-მდე.

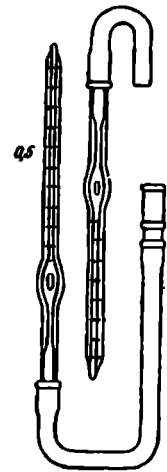
თეთრი ბურთულები სისხლში სხვადასხვა წარმოშობისა და ფორმისა და მათ სხვადასხვა საღებავის შეთვისების უნარი აქვთ (მრავალბირთვიანი ლეიკოციტი ანუ პოლიუკლუარი, ლიმფოციტი, ეოზინოფილი, გარდამავალი ლეიკოციტი). თითოეული მათგანი ნორმალურ სისხლში აგრეთვე გარკვეული პროცენტული რაოდენობით შედის. სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს სისხლის ფორმირან ელემენტების პროცენტული ურთიერთობა ირღვევა; ზოგ ავადმყოფობას ახასიათებს ერთი სახის ლეიკოციტების მომატება, ზოგ კი სხვა ფორმის ლეიკოციტების. ასე მაგალითად, ტუბერკულოზური პროცესის დროს მატულობს ლიმფოციტების რაოდენობა, მალარიის დროს—გარდამავალი ლეიკოციტები, ქიების დროს—ეოზინოფილები. ამ სხვადასხვა ფორმის ლეიკოციტების გამოანგარიშების მიზნით ავადმყოფს თითოეულ აუღებენ ერთ წვეთ სისხლს სასაგნე შეშაზე, გაუსვამენ სისხლს ამ შეშაზე მგორო უფრო პატარა შეშით და ამრიგად ამზადებენ ე. წ. სისხლის ნაცხს; მას სპირტში ფიქსაციის ანუ დამაგრების შემდეგ შეღებავენ გიმზას საღებავით და პრეპარატს სინჯავენ მიკროსკოპის ქვეშ. ითვლიან 100 ლეიკოციტს და ანგარიშობენ რამდენი არის ამ ას ლეიკოციტში ლიმფოციტი, რამდენია ეოზინოფილი და სხვა ფორმის ლეიკოციტი. ამ გამოკვლევას ეწოდება ლეიკოციტური ფორმულის გამოყვანა.

სისხლის ანალიზთა შორის უფრო მიმართავენ ერითროციტების და ლეიკოციტების დათვლას. საამისოდ არსებობს სპეციალური სათვლელი კამერები

(თომა-ცივისის და ბიურკერის), რომლებშიც ამოკვეთილია სხვადასხვა ტიპის ბადე. არის ბადე პრედტეჩენსკის, გორიაევის, თომასის, ტიურკის. ყველაზე მოხერხებულა გორიაევის და თომა-ცივისის ბადე (სურ. 99). შუშის კაპილარები, ე. წ. მელანეერები ცალ-ცალკე წითელი და თეთრი ბურთულებისათვის (სურ. 100). მელანეერში აიღებენ ავადმყოფის სისხლს გარკვეული რაოდენობით და განაზავებენ ერთთროციტების დასათვლელად ფიზიოლოგიურ ხსნარში, ლეიკოციტების დასათვლელად კი 1%-იან ძმრის მკეავს ხსნარში და შემდეგ სათვლელ კამერაში მოთავსებულ ამ შენაზავის 1 წვეთში მიკროსკოპის საშუალებით ითვლიან ბურთულებს; შემდეგ მარტივი გამოანგარიშებით არკვევენ ერთთროციტების და ლეიკოციტების რაოდენობას 1 კბ მილიმეტრში.



სურ. 99. თომა-ცივისის სათვლელი კამერა.



სურ. 100. მელანეერები.

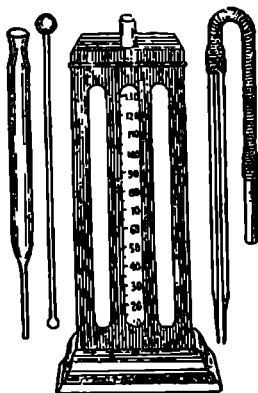
სისხლნაკლებობის დროს ერთთროციტების რაოდენობა კლებულობს. კლებულობს აგრეთვე ჰემოგლობინის რაოდენობაც; ამ უკანასკნელის გამოსაანგარიშებლად არსებობს სპეციალური ხელსაწყო ე. წ. ჰე მ ო გ ლ ო ბ ი ნ ო მ ე ტ რ ი (სურ. 101). დიდი მნიშვნელობა აქვს ლეიკოციტების დათვლას; უმრავლეს ინფექციურ ავადმყოფობის დროს ლეიკოციტების რაოდენობა მატულობს— ე. წ. ლ ე ი კ ო ც ი ტ ო ზ ი; გამონაკლის წარმოადგენს მუცლის ტიფი და კიდევ რამდენიმე ავადმყოფობა, რომელთა დროს ლეიკოციტების რაოდენობა, პირიქით კლებულობს— ე. წ. ლ ე ი კ ო პ ე ნ ი ა. ლეიკოციტოზი სისხლში მაშინაც არის, როდესაც ავადმყოფს სადმე სხეულში დაჩირქება (აბსცესი) აქვს. ამრიგად, ლეიკოციტების დათვლას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება და ამიტომ ამ გამოკვლევით ფართოდ სარგებლობენ.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ე. წ. ლ ე ი კ ო ც ი ტ უ რ ი ფ ო რ მ უ ლ ი ს გამოყვანას. ამისათვის დაამზადებენ ს ი ს ხ ლ ი ს ნ ა ც ხ ს (სურ. 102), შეღებავენ მას და მიკროსკოპით იკვლევენ რამდენი %-ია ლეიკოციტების სხვადასხვა ფორმა.

სისხლის ანალიზებიდან საექიმო პერსონალს ხშირად შეხვდება ამა თუ იმ ავადმყოფის სისხლის გამოკვლევის ლაბორატორიული პასუხი შემდეგი რეაქციების შესახებ—ვასერმანის (R. W.), ვეინბერგის (Weinberg), ვიდალის (Widal), ვეილ-ფელიქსის (Weil-Felix), რაიტის (Wright).

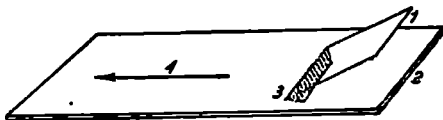
ამ რეაქციებზე სისხლს ავადმყოფებს უღებენ ვეინდან და სინჯარით, რომელზედაც მიყრავენ ქალაღს ავადმყოფის გვარისა და საჭირო რეაქციის წარწერით, გადაგზავნიან ლაბორატორიაში, სადაც ამ საკმაოდ რთულ რეაქციებს აწარმოებს ექიმი-სპეციალისტი.

ვასერმანის რეაქციაზე ავადმყოფის სისხლს იკვლევენ მაშინ, როდესაც



სურ. 101. ჰემოკოლონიმეტრი.

სურთ გამოარკვიონ, ხომ არ არის ის დაავადებული ათაშანგით (Lues); დადებით შემთხვევაში პასუხს ჯერებით (++++) აღნიშნავენ; ერთი ან ორი ჯვარი მხოლოდ საექვოა, 4 ჯვარი კი ნიშნავს მკაფიოდ დადებით რეაქციას. ვასერმანის რეაქციის გარდა, ათაშანგზე ამჟამად ხშირად აწარმოებენ აგრეთვე კანის (Kahn) და ე. წ. ციტოხოლის რეაქციას.



სურ. 102. სისხლის ნაცხის დამზადება. საფარი შუშა (1) სასაგნე მიწას (2) უნდა დაედოს 45° კუთხის ქვეშ; 3—ნაცხის დასაწყისი; 4—საფარი შუშის მოძრაობის მიმართულება.

ასევე ჯერებით აღნიშნავენ ვეინბერგის რეაქციას ექინოკოკის დროს. ექინოკოკი წარმოადგენს ჰიას, გადაღის ადამიანზე ძალისა და კატისაგან და ამათუ იმ ორგანოში მოხვედრილი ის იზრდება ბუშტის სახით (პარაზიტული სიმსივნე). ღვიძლის ან ფილტვის ექინოკოკის დროს სისხლს იკვლევენ აღნიშნულ რეაქციაზე.

ვიდალის რეაქცია ტარდება მუცლის ტიფის ან პარატიფების შემთხვევებში. დადებით პასუხს გამოხატავენ განზავების ციფრებში: 1 : 50, 1 : 100, 1 : 200, 1 : 400, 1 : 600 და ასე ზევით; რაც მეტი განზავებითაა დადებითი ვიდალის რეაქცია, მით უფრო უტყუარია მისი პასუხი.

ვეილ-ფელიქსის რეაქცია ისე კეთდება, როგორც ვიდალისა, ხოლო იხმარება პარატანთან ტიფზე ექვის დროს. რაიტის რეაქცია იხმარება ბრუცელოზის დიაგნოსტიკაში. ექთანს შეთვისებული უნდა ჰქონდეს სისხლის აღების ტექნიკა მაღარიაზე. ყოველთვის, როდესაც ერთბაშად შემკიციების შემდეგ ავადმყოფს მაღალ სიცხეს მისცემს (39—40°), ექვი უნდა მიიტანონ მაღარიის შეტევაზე; რასაკვირველია, მაღარიის გარდა მთელი რიგი სხვა ავადმყოფობაც ასევე იწყება, მაგრამ მაღარია პირველ რიგში უნდა იყოს გამორიცხული; ეს ადვილი საქმეა, თუ შეტევის დროს, ე. ი მაღალი სიცხის დროს, ავადმყოფს სისხლს აუღებენ, შეღებავენ და მიკროსკოპით გასინჯავენ. თუ სიცხის მიზეზი არის მაღარია, სისხლში ადვილად აღმოაჩენენ მის გამოწვევე ე. წ. მაღარიის პლაზმოდიებს.

ამიტომ, თუ ექთანს მორიგეობის დროს შენიშნავს, რომ ავადმყოფს ერთ-ბაშად მაღალი სიცხე მისცა, კარგი იქნება რომ მას სისხლი აუღოს.

ამისათვის სპირტში კარგად გაწმენდილი უბრალო საინექციო ხემსით, თუკი სპეციალური საჩხვლეტი ე. წ. ფრანკის ნემსი ხელთ არა აქვს, უჩხვლელტს ავადმყოფს წინასწარ სპირტიანი ბაშბით გაწმენდილ და გამშრალბულ თითზე, ნაჩხვლელტიდან სისხლის პირველ 2 წვეთს აწმენდს ბაშბით, შემდეგ კი წმინდა სასაგნე შუშით, ოთხის დაჭერით გამოდენილ სისხლის დიდ წვეთს შეეხება და გაგლესს მას, რამდენიმე ხანს დადებს მაგიდაზე გასაშრობად, სოლო უნდა ახსოვდეს, რომ ბუზები სისხლის მოყვარულია და უნდა მოიგერიოს ისინი, შემდეგ კი გადასცემს ექიმს. ეს იქნება ე. წ. სქელი წვეთის პრეპარატი, რომელშიც გიზათი შეღებვის შემდეგ, მიკროსკოპის ქვეშ, სათანადო შემთხვევაში მოინახება მალარიის პლაზმოდიები და მალარიის დიაგნოზიც ექვს გარეშე იქნება.

შარდის ანალიზებიდან მთავარია თვისებითი რეაქციები ცილის და შაქრის აღმოჩენაზე და ნალექის გასინჯვა მიკროსკოპით. საერთოდ თირკმლების დაავადების დროს შარდის ანალიზის გარეშე რაიმეს გადაჭრით თქმა მეტად ძნელია; ამიტომ ყველა საჭირო შემთხვევაში აუცილებელია შარდის ანალიზი. ცილის აღმოჩენა შარდში შეიძლება სხვადასხვა რეაქციით. ერთი ე. წ. ჰელერის რეაქციაა: სინჯარაში აზოტის შეავას ფრთხილად უმატებენ გაფილტრულ შარდში და მათი შეხების საზღვარზე, თუკი შარდში ცილაა, წარმოიშეება თეთრი რგოლი. მეორე—დუდილის ცდაა, რომელიც იმდენად მარტივია, რომ ექთანს ყოველნაირ პირობაში შეუძლია მისი დამოუკიდებლოც წარმოება—ფილტრის ქაღალდში გატარებულ შარდს (1—2 მლ) სინჯარით ადუღებენ სპირტის ლამპარზე, ანდა სპირტში დასველებულ ბამბაზე. ადუღების შემდეგ, თუკი შარდი ისეთივე გამჭვირვალე დაჩაა, როგორც ეს ადუღებამდე იყო, იმის მაჩვენებელია, რომ შარდში ცილა არ არის. წინააღმდეგ შემთხვევაში შარდი აიძვრევა, და აქ, რადგანაც ცილას გარდა ასეთივე ამღვრევა შეუძლია გამოიწვიოს შარდში შემავალმა მარილებმა, საჭიროა რამდენიმე წვეთი ძმრის შეავას მიმატება, რის შემდეგ მარილებზე დამოკიდებული ამღვრევა მაშინვე გაქრება და შარდი ისევ გამჭვირვალე გახდება. თუკი შემღვრევა დაჩაა—დუდილის ცდა დადებითია და, მაშასადამე, შარდში ცილა უდავოდ არის.

ძმრის შეავას უქონლობის დროს შეიძლება წმინდა მაგარა ძმრით სარგებლობა.

შარდში შაქრის აღმოჩენა შეიძლება სხვადასხვა რეაქტივების მიმატებით: (ნილანდერის რეაქტივი), შემდეგ მისი ადუღებით, რომლის დროს, თუ შარდში შაქარია, ის იცვლის თავის ფერს (გაშავდება).

შარდის დანალექის მიკროსკოპით გასინჯვას აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამისათვის ცენტრიფუჯით სარგებლობენ, რის შემდეგ სასაგნე შუშაზე მოთავსებულ დანალექის წვეთს მიკროსკოპით სინჯავენ. თუ თირკმლები სალია, ნახულობენ ერთეულ ლეიკოციტებს, ეპითელიალურ უჯრედებს და სხვადასხვა მარილების კრისტალებს; თირკმლებში ანთებითი პროცესის დროს კი დანალექში მრავლად აღმოაჩენენ ლეიკოციტებს, ერითროციტებს და ცილინდრებს. თუ დედაკაცის შარდთან აქვთ საქმე, რათა თეთრად შლამ ან თვიურმა შარდის დანალექის გასინჯვის დროს შეცდომაში არ შეგვიყვანოს, საჭიროა კათეტრით აღებული შარდის გასინჯვა.

განავალის ანალიზი. განავალის ანალიზს მიმართავენ უმთავრესად ჭიების კვერცხების და ერთუჯრედოვანი ორგანიზმების ე. წ. პროტოზოას (Protozoa), მაგალითად, დიზენტერიის გამომწვევი ამების აღმოსაჩენად.

ქიებით დაავადება ძლიერ გავრცელებულია. ზოგიერთი მათგანი დიდ მიკრობობას იწვევს ადამიანის სხეულში, ამიტომ ქიით დაავადებული მკურნალობას საჭიროებს. მაგრამ ქიები მრავალნაირია და სხვადასხვა ქიის წამლობა სხვადასხვანაირია; სწორედ ამისათვის საჭიროა განავალის ანალიზი, რომ ქიის აღმოჩენილი კვერცხებით (თითოეულ ქიას აქვს თავისი დამახასიათებელი ფორმის კვერცხები) გამოარკვეული იყოს—რომელი ქიით არის დაავადებული ადამიანი. განავალის ანალიზი ქიის კვერცხებზე მარტივია—განავალის წყლით გათხლებული პატარა ნაწილიდან ამზადებენ სასაგნე შუშაზე ფართო ნაცხს და სინჯავენ მიკროსკოპის ქვეშ.

**ნახველის ანალიზი.** ნახველის ანალიზებიდან ყველაზე ხშირად მიმართავენ ნახველის გამოკვლევას ფილტვის ტუბერკულოზის გამომწვევი კოხის ჩხირების აღმოჩენად. ამისათვის დღე-ღამის განმავლობაში სუფთა ჰქვაში შეგროვილი ნახველიდან ამზადებენ სასაგნე შუშებზე ნაცხს და ცეცხლზე თიქსაციის შემდეგ ღებავენ ე. წ. ცილ-ნილსენის მეთოდით და სინჯავენ მიკროსკოპით; კოხის ჩხირები, თუკი ისინი ავადმყოფს ნახველში აქვს, მიკროსკოპის ქვეშ წარმოადგენილი იქნება წითელ ფერად შეღებილი პატარა ჩხირების სახით.

საჭიროა იმის ცოდნა, რომ ავადმყოფის ნახველის ანალიზის ცნობაში შეიძლება აღნიშნული იყოს Koch-ის ჩხირების მაგიერ „BK ნახულია“ ან „BK არ არის ნახული“. „ბეკა“ პირველი ასოებია—„ბაცილა კოხის“ და ნიშნავს იგივე კოხის ჩხირს.

**კუჭის წვენი ანალიზი.** კუჭის მრავალნაირი ავადმყოფობის დროს ერთერთ მთავარ საშუალებას კუჭის დაავადების ხასიათის გამორკვევისათვის წარმოადგენს კუჭის წვენის ანალიზი. ამიტომ არის, რომ კუჭის სნეულებით ყველა დაავადებულს კუჭის წვენის გასასინჯად გზავნიან და იშვიათად შეგვხვდებით ისეთ ავადმყოფს, რომელსაც ამ ანალიზის პასუხი ხელზე არ ჰქონდეს ხოლმე.

ექთანმა უნდა იცოდეს ამ ანალიზების კითხვა და მათი მნიშვნელობის განმარტება.

ვეალ-ბოასის საცდელი საუზმის შემდეგ კუჭის წვენის ამოღების (ტექნიკა აღწერილი იყო სათანადო თავში) და ფილტრში მისი გატარების შემდეგ, არკვევენ მის შემადგენლობას საერთო მჟავიანობის და თავისუფალი მარილმჟავას (HCl) რაოდენობის გამოკვლევის გზით. გარდა ამისა, აწარმოებენ რეაქციებს რძის მჟავასა და სისხლზე.

ნორმალურად კუჭში საერთო მჟავიანობა უდრის 40—60-მდე. 40-ზე ნაკლები გულისხმობს კუჭის წვენში სიმჟავის დაკლებას და, პირიქით, მომატებას, თუკი ის 60-ზე ზევითაა. ნორმალურ წვენში არ უნდა იყოს არც რძისმჟავა და არც სისხლი. რძისმჟავას არსებობა, რასაც ადვილი აქვს ხოლმე მჟავიანობის ძლიერ დაქვეითებასთან ერთად, საექვოდ ხდის კუჭის კიბოთი დაავადებას. თუკი მჟავიანობა მომატებულია, მაშინ კუჭის წყლულია საფიქრებელი. რასაკვირველია, კუჭის მჟავობის რყევას, მისი დაქვეითების ან მომატებას მხრივ, შეიძლება უამისოდღეს ჰქონდეს ადვილი და კუჭში კიბო ან წყლული არ იყოს. ეს იქნება ნორმალური სეკრეციის დარღვევის შემთხვევები (სეკრეცია წვენის გამოყოფა ნიშნავს).

კუჭის წვენში ლორწოს დიდი რაოდენობა კუჭის კატარის მაჩვენებელია (კატარი—ლორწოვანი გარსის ანთება). ამ ცნობებით შეიარაღებულ ექთანისათვის კუჭის წვენის ყოველნაირი ანალიზი უკვე გასაგები იქნება.

მაგ. „ავ. ა-ს კუჭის წვენში Boas-Ewald-ის საცდელი საუზმის შემდეგ—ლორწოს მცირე რაოდენობა;

საერთო სიმკვავე—54.

თავისუფალი HCL—0,18%.

რძისმკვავაზე რეაქცია—უარყოფითი.

სისხლზე რეაქცია—უარყოფითი“.

ამ ანალიზის მიხედვით კუჭში უმრავლეს შემთხვევაში არავითარ ავადმყოფობას არ უნდა ჰქონდეს ადგილი.

„ავ. ბ-ს კუჭის წვენიში B. E-ის საცდელი საუზმის შემდეგ—ლორწოს დიდა რაოდენობა;

საერთო სიმკვავე—98.

თავისუფალი HCL—0,2%.

რძისმკვავაზე რეაქცია—უარყოფითი.

სისხლზე რეაქცია—უარყოფითი“.

ამ შემთხვევაში კუჭის მკვავე კატარია; ასეთი ანალიზი შესაძლოა კუჭის წყლულის დროსაც იყოს.

„ავ. გ-ს კუჭის წვენიში B. E-ის საცდელი საუზმის შემდეგ—ლორწოს საშუალო რაოდენობა;

საერთო სიმკვავე—8.

თავისუფალი HCL—0.

რძისმკვავაზე რეაქცია—დადებითი.

სისხლზე რეაქცია—დადებითი“.

ასეთი ანალიზი კი კუჭის კიბოს დამახასიათებელია.

კლინიკური ლაბორატორიისა და ანალიზების შესახებ ზემოთ მოყვანილი ცნობები. მხოლოდ ზოგად წარმოდგენას იძლევა. ლაბორატორიაში მომუშავე ექთანისათვის საჭიროა ლაბორატორიული ტექნიკის სპეციალური სახელმძღვანელოს გაცნობა.

---

## ზინაგანი სნეულბანი

თ ა ვ ი 1

### სუნთქვის ორგანოთა სისტემის სნეულბანი

#### ხუჩლო (Rhinitis)

სურლო ხშირ სნეულებას წარმოადგენს. განსაკუთრებით ხშირად ვხვდებით მას წლის ცივ ხანაში — გვიან შემოდგომით, ზამთარში და ადრე გაზაფხულზე. ცხადია, რომ სურლოს წარმოშობაში გარკვეული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს გაცივებ ს. ასეთ პირობებში სურლო თითქოს დამოუკიდებელი სნეულების ხასიათს ატარებს და გამოწვეულია მცირეეირულენტური ბაქტერიებით. ამიტომაც აქედან ცხვირის ლორწოვანი გარსის ასეთ ანთებას, რომელსაც ხშირად თან სდევს ხორხისა და სასულე შილის ლორწოვანის ანთება — კატარი, ზედა სასუნთქი გზების სეზონურ კატარს უწოდებენ, რათა განასხვავონ სურლოს იმ ფორმებისაგან, რომლებიც ვითარდება, როგორც მეორადი მოვლენა, სხვადასხვა დაავადების მიმდინარეობაში, მაგალითად, გრიპის, წითელას, ქუნთრუშას, ყივანახველას, ხუნაგის და სხვ. ინფექციურ დაავადებათა დროს და რომლებსაც ინფექციური სურლო ეწოდება. თუ ასეთ შემთხვევებში წინასწარ ადგილი აქვს „გაცივებას“, უკანასკნელი უფრო ხელშემწყობი მნიშვნელობის მომენტი, ხოლო ვადამწყვეტი მნიშვნელობა კი, რა თქმა უნდა, რჩება იმ ინფექციას, რომელიც არის დაავადების გამომწვევი მიზეზი — ცხვირის, ხორხის, სასულეს ლორწოვანი გარსების ანთება — კატარი — ასეთ შემთხვევაში ძირითადი დაავადების მეორადი ნიშანი, სიმპტომი, თანამოვლენა არის.

არაინფექციურად, ლორწოვანი გარსების ზოგიერთი გამაღიზიანებელი ნივთიერების (მაგალითად, ნიშადურის სპირტის, ქლორის, ფორმალინის) შესუნთქვამ შეიძლება გამოიწვიოს ცხვირის ლორწოვანი გარსის კატარი. სურლო შეიძლება განვითარდეს ზოგიერთი წაზლის (იოდი) ხმარების შედეგად, ორგანიზმის განსაკუთრებული მგრძობიარობის დროს (იდიოსინკრაზია), ზოგიერთი ყვავილის, ან თივის და მრავალი სხვა ნივთიერების სუნმა შეიძლება ცხვირის ლორწოვანის მწვევე კატარი გამოიწვიოს. ასეთი სურლო მალე გაივლის, თუ მისი გამომწვევი მიზეზი აცილებული იქნება.

სურლოს დროს ვითარდება ცხვირის ლორწოვანი გარსის კატარულ ხასიათის ანთება, რომელსაც თან სდევს ლორწოს დიდი რაოდენობით გამოყოფა. ლორწოში მრავლად არის ლეიკოციტები, რაც მას ლორწოვან-ჩირქოვან შეხედულებას აძლევს. ანთების შედეგად ვითარდება ცხვირის ნიჟარების შეშუპება და მათი მოცულობის გადიდება, რაც იწვევს ცხვირით სუნთქვის შეფერხებას ლორწოვანი გარსები სურლოს დროს შეწითლებულია.



ინფექციური სურდო, ჩვეულებრივ, იწყება სიმშრალისა და წვის შეგრძნებით ყელში, რასაც 1—2 დღის შემდეგ მოსდევს თხელი ლორწოს გამოყოფა ცხვირიდან, ცხვირცემინება, ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელება, ყნოსვის შესუსტება ან დაკარგვა. ზოგჯერ ავადმყოფს შეიძლება ჰატარა სიცხეც მისცეს, თავი სტკიოდეს და ზოგადი მდგომარეობაც ოდნავ გაუარესდეს. 2—3 დღის შემდეგ ცხვირიდან გამონაყოფი სქელდება, იღებს მოყვითალო, შემდეგ მოყვითალო-მომწვანო ფერს. კატარული მოვლენების დაცხრომის შედეგად სუნთქვა ცხვირიდან თანდათან აღდგება და დაახლოებით მეათე დღიდან, გამონაყოფის თანდათან შემცირებასთან ერთად, დაეადება გაურთულებულ შემთხვევებში გაივლის ხოლმე.

მაგრამ ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა ინფექციამ გზა გაიკაფოს ცხვირის დანამატ ღრუებში — შუბლის წიაღებში, ჰაიმორის ღრუში, ეესტაქის მილის საშუალებით შუა ყურში — და მათი ჩირქოვანი ანთება გამოიწვიოს, რაც შედარებით მძიმე და ზოგჯერ საშიშ გართულებასაც წარმოადგენს.

სურდოს გამოცნობა ძნელი არ არის, მაგრამ როდესაც იგი რომელიმე ზემოხსენებული ინფექციური დაავადების თანამოვლენაა, უნდა ვეცადოთ სწორად გამოვიცნოთ მისი ხასიათი და ავადმყოფობის ერთადერთ მიზეზად სურდო არ მივიჩნიოთ.

თუ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მეტად დარღვეულია და აღინიშნება ძლიერი ტკივილები თავის, ყურის ან ზედა ყბის არეში, მალალი სიცხე და სხვ., საფიქრებელია, რომ საკმე გვაქვს რომელიმე ინფექციასთან. პროგნოზი სურდოს დროს კარგია. გაურთულებელი სურდო მსუბუქ ავადმყოფობად ითვლება და უმრავლეს შემთხვევაში განსაკუთრებულ მკურნალობასაც არ მოითხოვს. სურდოთი დაავადების შემთხვევაში საკმარისია ავადმყოფი მოერიდოს ჯაცივებას, მტვერს, ორიოდე დღით ლოგინში ჩაწევს და სურდო მალე თავისთავად გაივლის. რაიმე უებარი საშუალება სურდოს წინააღმდეგ არ არის. სურდოთი გამოწვეული უსიამოვნო მოვლენების შესამსუბუქებლად იხმარება შემდეგი წამლები:

Rp. Sol. Cocaini muriat. 1%—10,0  
Sol. Adrenalini 1%o glt X  
M. D. S. 2—2 წვეთი თითოეულ  
ნესტოში დილით და საღამოთი

Rp. Mentholi 0,1  
Vasellini 20,0  
Oxydi Zinci 0,5  
M.D.S. ნესტოებში ბამბაზე  
დილით და საღამოთი 10 წუთით

Rp. Cocaini muriat. 0,2  
Vasellini 20,0  
Oxydi Zinci 0,5  
M.D.S. ნესტოში ბამბაზე დი-  
ლით და საღამოთი 10 წუთით

ავადმყოფი უნდა ერიდოს ცხვირის ორივე ნესტოს ერთად მოხოცვას, რომ ინფიცირებული ლორწო ცხვირიდან დამატებით ღრუებში არ გაიღენოს; საკმარისა ცხვირის ფრთხილად მოხოცვა, ჭერ ერთი და შემდეგ მეორე ნესტოდან.

**ცხვირის ღორღოვანი მანის ქრონიკული კაბადი.  
ქრონიკული ხუადო (Rhinitis chronica)**

ქრონიკული რინიტი ზოგჯერ მწვავე რინიტის შედეგად ვითარდება, მაგრამ უფრო ხშირად ის თავისთავად განვითარდება ხოლმე და გვხვდება ორი — ჰიპერტროფიული და ატროფიული ფორმით, ხოლო მათ შორის ხშირად გარდამავალი ფორმებიც აღინიშნება.

მწვავე სურდოს შედეგად განვითარებული რინიტის ქრონიკული ფორმა ისევე მიმდინარეობს, როგორც მწვავე რინიტი, მაგრამ ამ შემთხვევაში კლინიკური მოვლენები ნაკლები სიმღიერითაა გამოხატული, გამოჩნდებიან უფრო მცირე და მოსქელო და სუნთქვაც ნაკლებადაა გაძნელებული, ვიდრე მწვავე სურდოს დროს. რინიტის ამ ფორმას უბრალო ქრონიკული რინიტი ეწოდება.

ჰიპერტროფიული რინიტის დროს ადგილი აქვს ცხვირის შუა და ქვემო ნიჟარების გადიდებას მოცულობაში. ამ ნიჟარებზე ვითარდება პოლიპოზური წანაზარდები, რომლებიც მკიდროდ ეკვრიან ცხვირის ძვიდეს და თითქმის მთლიანად ხურავენ სანათურს, რის გამოც ცხვირით სუნთქვა მეტად გაძნელებული და ზოგჯერ სრულიად შეუძლებელიც ხდება. ავადმყოფს ეცულება ხმა, ის კარგავს ყნოსვას და, გარდა ამისა, ცხვირით სუნთქვის დარღვევის შედეგად, ის პირით სუნთქავს, რაც ხანის, ხორხის, სასულესა და ბრონქების კატარულ მდგომარეობას იწვევს. ავადმყოფს აქვს თავის ტკივილი, თავბრუ.

ცხვირიდან გამოჩნდებიან ჰიპერტროფიული რინიტის დროს საკმაოდ ბევრი და ლორწოვან-ჩირქოვანი ხასიათისაა. ცხვირის ღრუდან პროცესი შესაძლებელია გავრცელდეს ცხვირის დანამატ ღრუებზე და იქაც მსგავსი მოვლენები გამოიწვიოს, რითაც ავადმყოფის მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმე გახდება. ამრიგად, ჰიპერტროფიული რინიტი ხანგრძლივი და ჭიუტი სნეულებაა.

მკურნალობა უფრო ხშირად ოპერაციულია — საჭირო ხდება შესივებული ნიჟარებით ცხვირის ძვიდის გამრუდების ან მისი წანაზარდების და ცხვირის ღრუს შევიწროების ქირურგიული გზით განთავისუფლება კოკაინ-ადრენალინი ანესთეზიის ქვეშ.

შინაგანი საშუალებებით მკურნალობას მხოლოდ ის მიზანი აქვს, რომ შეამციროს ნიჟარების შესივება და ცხვირის ღრუს შევიწროება. ამისათვის იხმარება ცხვირის გამოსარეცხად ბორის მკვების ან მარილის თბილი 1% ხსნარი. რასაც შეიძლება მიემატოს კოკაინის 1% ხსნარი და რამდენიმე წვეთი ადრენალინის 1% ხსნარისა, ამით ნიჟარების შესივება ოდნავ შემცირდება და ავადმყოფს სუნთქვა გაუადვილდება.

ატროფიული რინიტის დროს ადგილი აქვს ცხვირის ლორწოვანი გარსის ატროფიას, განღვას, რაც ან ცალკე კერების სახით ვითარდება ან მოიცავს ცხვირის მთელ ლორწოვანს. ამ დროს ცხვირიდან გამოჩნდებიან შედარებით მცირეა, მაგრამ ის მოსქელო და მშრალი ქერქის სახით გროვდება ლორწოვანზე, რის გამოც ამ ფორმას „მშრალ სურდოსაც“ უწოდებენ. ატროფიული რინიტის ერთ-ერთ სახეს, რომლის დროსაც ავადმყოფს მკრალი სუნი მოსდის ცხვირიდან, ოზენა ეწოდება. ის უფრო ხშირად ქალებს უჩნდება, მეტად მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს, მისი მკურნალობა კი ნაკლებად ეფექტურია.

სუნის მოსასპობად საჭიროა ცხვირში იოდ-გლიცერინის 1—2% ხსნარში დასველებული ბამბის ტამპონების ჩადება.

## ხორხის მწვავე ძაბარი (Laryngitis acuta)

ხორხის მწვავე კატარული ანთება ვითარდება ხორხის ლორწოვან გარსზე სხვადასხვა მექანიკური, თერმული, ქიმიური და ბაქტერიული ზეგავლენის შედეგად. მტვრის მოხვედრა, სხვადასხვა გამაღიზიანებელი ნივთიერებების (ქლორი, ფოსგენი, ფორმალინი) შესუნთქვა, ცივი ჰაერის გავლენა (გაცივება) და ინფექცია იწვევენ ხორხის მწვავე კატარს. ყველაზე ხშირად ხორხის მწვავე კატარის მიზეზი მაინც ინფექცია არის და ეს დაავადება, განსაკუთრებით ზამთარში, ხშირია. ლარინგიტი იშვიათად ვითარდება, როგორც დამოუკიდებელი დაავადება და ხშირად თან სდევს მწვავე რინიტს. ზედა სასუნთქი გზების კატარი ხშირად მწვავე რინიტით იწყება, მას მოსდევს მწვავე ლარინგიტი და აქედან პროცესი ვრცელდება ქვევით, სასულეზე და ბრონქებზე.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე ლარინგიტის დროს ავადმყოფი გრძნობს ყელში ფხაკნას, მას აქვს მშრალი ხველა, რაც უშლის ლაბარაკს. ხმა ეცლება და უფრო ბოხი, ხრინწიანი უხდება. ვიდრე ცოტა ნახველი არ მოუვა, ეს მოვლენები ავადმყოფს ძალიან აწუხებს. ბავშვებს სუნთქვაც უძნელდებათ, რადგან მათ ხორხის სანათური (ყია) ვიწრო აქვთ და ლორწოვანას შეშუპება კიდევ უფრო ავიწროებს მას. ბავშვის ხველა ასეთ შემთხვევაში ძალის ყეფას მოგვაგონებს და ე. წ. ცრუ კრუპის მოახლოებას მოასწავებს. ამ დროს ბავშვს სული ეხუთება, უვითარდება ციანოზი, აქვს შეშინებული სახე და ცივი ოფლი. ეს მდგომარეობა მოგვაგონებს დიფთერიის შედეგად განვითარებულ ნამდვილ კრუპს, მაგრამ განსხვავდება მისგან გამომწვევი მიზეზით და უფრო იოლი მიმდინარეობით. შედარებით მარტივი წამლობის შემდეგ, ის, ჩვეულებრივ, მალე კარგად მთავარდება და ოპერაციამდე (ტრაქეოტომია, ინტუბაცია) საქმე ძალიან იშვიათად მიდის.

მწვავე ლარინგიტმა სიცხე ან სულ არ იცის, ან ძალიან პატარა, თუ ის ინფექციური წარმოშობისა არ არის.

მკურნალობა დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზებზე. დიფთერიის დროს საჭიროა ანტიდიფთერიული შრატის გაკეთება, ე. წ. რეკმატიზმული ფორმების დროს — სალიცილის პრეპარატები. საერთოდ საჭიროა რეჟიმის დაცვა, თბილი კომპრესი ყელზე, თბილი ოთახი; ცივ ამინდში სახლიდან გამოსვლა და ცივი ჰაერით სუნთქვა მავნებელია. ავადმყოფმა უნდა ნელთბილი სასმელ-საჭმელი მიიღოს, ნაკლებად ილაპარაკოს, თამბაქოს მოწევას, ცხარე საჭმელს მოერიდოს.

მშრალი ხველის საწინააღმდეგოდ კარგია ხველის დასაყუჩებელი ნარკოზული წამლების (კოდეინი, დიონინი) მიღება; ძალიან კარგად მოქმედებს ინჰალაცია ბორჯომის წყლით ან სოდის ხსნარით.

ცრუ კრუპის დროს ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს მდოგვის ქალღიბი მკერდზე ან ბეჭების მიდამოში, ფეხების ცხელი აბაზანა, სათბურები კისერზე; საჭიროა აგრეთვე სოდიანი წყლის ორთქლის შესუნთქვა.

## ხორხის ქრონიკული ძაბარი (Laryngitis chronica)

ხორხის ქრონიკული კატარი შეიძლება განვითარდეს მწვავე ლარინგიტის ნიადაგზე, თუ ეს უკანასკნელი ავადმყოფს ხშირად ემართება. გარდა ამისა, ქრონიკული კატარი დამოუკიდებლად ვითარდება ცხვირისა და ცხვირ-ხახის ქრონიკული დაავადების დროს, თუ ავადმყოფს დიდი ხნის განმავლობაში პირით

სუნთქვა უხდება. ხშირია ქრონიკული ლარინგიტი თამბაქოს გადაჭარბებული წყისა და ალკოჰოლის ჰარბად ხმარების შედეგად. ვინც ხანგრძლივად მუშაობს მტვერში — მეწისქვილეები, ცემენტისა და თამბაქოს ქარხნის მუშები და სხვ.— სშირად ავადდება ქრონიკული ლარინგიტით.

სუბიექტური შეგრძნებები ქრონიკული ლარინგიტის დროს ისეა, როგორც მწვავე ფორმის დროს: ფხაქნის გრძობა, სიმშრალე ყელში და წვა. ავადმყოფს აქვს მშრალი ხველა, ხრინწიანი ხმა, ზოგჯერ უვითარდება ხმის წასვლა (აფონია).

ზოგ შემთხვევაში ქრონიკული ლარინგიტის მოვლენები გამოწვეულია მძინე დაავადებით, როგორცაა ტუბერკულოზი, სიფილისი და კიბო. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ავადმყოფის გამოკვლევა (ლარინგოსკოპია) ყელის სპეციალისტი ექიმის მიერ და სათანადო ენერგიული წამლობა.

მკურნალობა ქრონიკული ლარინგიტისა დაახლოებით ისეთივეა, როგორც მწვავესი, მხოლოდ აქ მთავარია მავნე მიზეზების მოსპობა. თამბაქოსა და ალკოჰოლზე უარის თქმა, სუფთა ჰაერით სუნთქვა აუცილებელი პირობაა ეფექტიანი მკურნალობისა.

### გზავნო ბრონქიტი (Bronchitis acuta)

ანთებითი პროცესი ხორხიდან შეიძლება სასულეზე და ბრუნქებზე გავრცელდეს. რასაც შედეგად მწვავე ტრაქეიტი და მწვავე ბრონქიტი მოჰყვება. ყველა ის მიზეზი, რომელიც იწვევს მწვავე ლარინგიტს, შეიძლება მწვავე ტრაქეიტისა და ბრონქიტის მიზეზიც გახდეს. მწვავე ტრაქეიტი, ჩვეულებრივ, განცალკევებით არა გვხვდება, ის ყოველთვის მწვავე ლარინგიტთან ერთად მიმდინარეობს და ხასიათდება თითქმის ყველა იმ კლინიკური მოვლენით, რითაც მწვავე ლარინგიტი.

მწვავე ბრონქიტი ხშირი მოვლენაა და შეიძლება განვითარდეს ისე, რომ ცხვირ-ხახისა და ხორხის მხრივ ანთებითი მოვლენები არ ახლდეს. აღსანიშნავია, რომ მწვავე ბრონქიტი გაცილებით უფრო ხშირია წლის ცივ პერიოდში — შემოდგომით, ზამთარში და ადრე გაზაფხულზე. ეს გარემოება აიხსნება იმით, რომ ამ დაავადების წარმოშობა-განვითარებაში გაცივებას გარკვეული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს. დღეს დამტკიცებულად ითვლება, რომ, თუცა გაცივებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს, მაგრამ ის ხელს უწყობს დაავადების განვითარებას იმით, რომ ასუსტებს ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარს და ინფექცია უფრო ადვილად იწვევს ავადმყოფობას. მასთანადავ; გაცივებასთან ერთად ცნფექცია არის დაავადების გამომწვევე მიზეზი. კატარული მიკრობი, სტრეპტო-სტაფილოკოკი, პნემოკოკი არის მწვავე ბრონქიტის ყველაზე ხშირი მიზეზი.

გარდა ამისა, მწვავე ბრონქიტი თითქმის ყოველთვის გვხვდება ზოგ ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში, როგორც მათი გართულება ან თანამოვლენა. ასეთებია გრიპი, წითელა, ყვიანახველა, მუცლის ტიფი და პარტახტიანი ტიფი.

სხვადასხვა ქიმიური მხრჩოლავი ნივთიერებანი, მაგალითად, ქლორი, ბრომი, ფოსგენი, ეთერი, საბრძოლო მომწამვლელ ნივთიერებანი იწვევენ ან ხელს უწყობენ მათ ჩასუნთქვის დროს მწვავე ბრონქიტის განვითარებას.

უნდა აღინიშნოს, რომ მოხუცებულები განსაკუთრებით ხშირად ავადღე-  
ზიან ბრონქიტით. არიან პირები, რომლებიც განსაკუთრებულ მიდრეკილებას  
იჩენენ ლარინგო-ტრაქეო-ბრონქიტით დაავადებისადმი, რაც, ჩანს, მათი ენდო-  
ბრონქიალური აპარატის ნაკლები გამძლეობით უნდა აიხსნას. ბრონქების ლორ-  
წოვანი გარსი ბრონქიტის დროს ჰიპერემიულია, შეწითლებულია და მას ხავერ-  
დოვანი ზედაპირი აქვს. ლორწოვანის ქვეშ მოთავსებული ჭირკვლები დიდი რა-  
ოდანობით გამოპყოფენ ლორწოს, რომელიც ფარავს ლორწოვანი გარსის ზე-  
დაპირს; თვით ლორწოვანი გარსი გაფხვიერებულია და გატენილია მრავალი  
ლეიკოციტით, რაც ლორწოს ჩირქის ხასიათს აძლევს.

ავადმყოფობა იწყება წვისა და ფხაუნის გრძნობით კისრისა და მკერდის  
ძვლის უკანა არეში, მშრალი შეტევითი ხასიათის შემაწუხებელი ხველით, სა-  
ერთო მცირე უღონობით. სიცხე ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, არა აქვს, თუ მწვავე  
ტრაქეო-ბრონქიტით არ დაერთვის რომელიმე ინფექციურ დაავადებას. ორი-სამი  
დღის შემდეგ წვისა და ფხაუნის გრძნობა კლებულობს, ჰირველად მშრალ ხვე-  
ლას ახლა მოჰყვება ნახელი, ჭერ მოყვითალო, შემდეგ კი მომწვანო-ყვითელი  
ფერისა. სასულესა და ბრონქების ლორწოვანი გარსის ზედმეტი გაღიზიანების  
გამო საკმარისია ცივი ან მტკრიანი ჰაერის ჩასუნთქვა, რომ ხველა კიდევ უფრო  
გაძლიერდეს და ზოგჯერ იმდენად დაეინებიოთ გახდეს, რომ პირსაქმედაც კი გა-  
მოიწვიოს.

თუ მწვავე ტრაქეო-ბრონქიტით მარტო სასულესა და მსხვილ ბრონქებში,  
ავადმყოფს სუნთქვა არ უჭირს და ქოშინი არა აქვს; მაგრამ თუ ის უფრო წვირლ  
ან უწერილეს ბრონქებზე (ბრონქიოლებზე) გადავიდა, მაშინ, ე. წ. კაპილარ-  
ულ ბრონქიტის ანუ ბრონქიოლიტის (Bronchiolitis, bron-  
chitis capillaris) განვითარების გამო, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა  
უარესდება. მას შეიძლება სიცხეც მისცეს და ქოშინიც დაეწყოს. ასეთ შემთხვე-  
ვაში ავადმყოფს ფილტვების კატარული ანთების ანუ ბრონქოპნევმონიის განვი-  
თარების საფრთხე მოელის.

კაპილარული ბრონქიტით ანუ ბრონქიოლიტით უფრო ხშირია ბავშვებში და  
მოხუცებულებში.

ფილტვების მხრივ მწვავე ბრონქიტით ობიექტურად ბევრ ცვლილებებს არ  
გვაძლევს, თუ პროცესი მსხვილ ბრონქებშია. პერკუსიით აღინიშნება ფოლტვის  
წმინდა ხმა, მოსმენით კი ორივე ფილტვში არის გაფანტული მოხუზუნე ხიხინი  
(rhonchi sonori), მაგრამ თუ მწვავე ბრონქიტით გავრცელდა საშუალო და წვირი-  
ლი ყალიბის ბრონქებზე, ფილტვებში მრავლად აღინიშნება მსტვენავი ხიხინი  
(rhonchi sibilantes). როდესაც ნახველის რაოდენობა დიდია, მშრალი ხიხინის  
გარდა ისმის წვირილი და საშუალო ბუშტუკოვანი ხიხინიც — უფრო ფილტვე-  
ბის ქვემო წილებში.

მწვავე ბრონქიტით მსუბუქ ავადმყოფობად ითვლება და კარგი მოვლითა  
და მკურნალობით, ჩვეულებრივ, 10—14 დღის განმავლობაში განიკურნება.  
ბრონქიოლიტის განვითარება კი სუსტ ან პატარა ბავშვებში და მოხუცებულე-  
ბში შედარებით სერიოზულ მდგომარეობას მოასწავებს და შეიძლება ბრონქო-  
პნევმონიით გართულდეს, რაც პროგნოზულად უფრო სერიოზულია.

საერთოდ ფილტვების ავადმყოფობის (ტუბერკულოზი, ემფიზემა) ან გუ-  
ლის დაავადების დროს, განსაკუთრებით მოხუცებულებში, მწვავე ბრონქიტით  
სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს.

მკურნალობის მიზნით მწვავე ბრონქიტის დროს საჭიროა ავადმყოფი ეროდოს ცივი ჰაერით სუნთქვას და ამისათვის უმჯობესია რამდენიმე დღეს ის ან ლოგინში იწვეს (განსაკუთრებით მაშინ, თუ მას სიცხე აქვს), ან თბილ ოთახში მაინც დაჰყოს.

თბილი სასმელი, თბილი რძე ბორჯომის წყლით, თბილი ჩაი, უმშვიდებს ავადმყოფს ხველას და ანელებს სასუნთქი გზების გაღიზიანებას.

ქარგია ორთქლით ინჰალაცია. 2% სოდის ხსნარით, კოტოშები ირგვლივ გულმკერდზე, მლოგვის საფენები და მლოგვიანი აბაზანა ბავშვებისათვის (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

მშრალი ხველის დასაყუჩებლად შეიძლება დაგკვირდეს ნარკოზული საშუალებების მიცემა (ბავშვებს არ ენიშნება) კოლდენის ან დიონინის სახით:

Rp. Codeini phosphor. 0,015  
Natrii bicarb. 0,3  
D. t. d № XII  
S. თითო ფხენილი 3-ჯერ დღეში

ან

Rp. Dionini 0,2  
Aq. Laurocerasi 20,0  
M. D. S. 10—15 წვეთი 3-ჯერ დღეში

როდესაც ავადმყოფს ნახველი გაუჩნდება, საჭიროა ამოსახველებელის დანიშვნა:

Rp. Decoct. rad. Senegae 10,0—200,0  
Sirup. simpl. 20,0  
M.D.S. სუფრის კოვზი 2 საათში  
ერთხელ

Rp. Inf. rad. Jpecacuanhae ex 0,5—180,0  
Sirup. simpl. 20,0  
M.D.S. ყოველ 3 საათში თითო  
სუფრის კოვზი

თუ ავადმყოფს გულის დასუსტების მოვლენები დაეტყო, საჭირო ხდება გულის ასაგზნები საშუალებების — ქაფურის, სათითურას, კოფეინის, კორდიამინის — მიცემა (იხ. გულის სნეულებანი).



### ძრონიკული ბრონქიტი (Bronchitis chronica)

ქრონიკული ბრონქიტი ანუ ბრონქების ქრონიკული კატარი შეიძლება განვითარდეს მწვავე ბრონქიტის შედეგად, თუ უკანასკნელი ხშირად ემართება ავადმყოფს. ზოგჯერ კი ბრონქების ლორწოვანი გარსის ქრონიკული კატარული მდგომარეობა შეიძლება ჩამოყალიბდეს მწვავე ბრონქიტის გარეშე. ე ტ ი ო - ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი ქრონიკული ბრონქიტისა უფრო რთულია, ვიდრე მწვავე ბრონქიტისა და ტრაქეობრონქიტისა. ყველა ის მიზეზი, რომელიც

ხელს უწყობს ორგანიზმის დასუსტებასა და ბრძოლის უნარიანობის შემცირებას, როგორცაა ვაცივება, ცუდი კვება და სხვ. ნიადაგს უმზადებს ინფექციას და ამის შედეგად ბრონქიტის ქრონიკული ფორმების განვითარებას. გრიპი, ყივანახველა, ტიფი, წითელა იწვევენ ბრონქიტის და ფილტვების კეროვან ანთებას, რასაც აგრეთვე მოსდევს ქრონიკული ბრონქიტის განვითარება. გამტვერიანებულ ჰაერში ხანგრძლივად მუშაობა აგრეთვე მიზეზია ქრონიკული ბრონქიტის განვითარებისა. ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ქრონიკული ბრონქიტი ხშირად აქვთ მეწისქვილეებს, ცემენტის ქარხნის მუშებს, მალარობის მუშებს, თამბაქოზე მომუშავეებს და სხვ.

გულის სნეულებანი, რომლებიც გამოწვეულია შეგუბების მოვლენებით სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში, აგრეთვე იწვევენ შ ი გ უ ბ ე ბ ი თ ქრონიკულ ბრონქიტს.

როგორც ვხედავთ, ქრონიკული ბრონქიტის გამომწვევი მიზეზი, ისევე როგორც თვით ავადმყოფობა, მრავალგვარია. ბრონქებიდან გამონაყოფი სეკრეტის ხასიათის მიხედვით არჩევენ ლ ო რ წ ო ვ ა ნ - ფ ი რ ქ ო ვ ა ნ ფორმას, მ შ რ ა ლ ფორმას, ე. წ. ე ო ზ ი ნ ო ფ ი ლ უ რ კატარს, ბ რ ო ნ ქ ო ბ ლ ე - ნ ო რ ე ა ს და სხვ.

პ ა თ ო ლ ო გ ა ნ ა ტ ო მ ი უ რ ა დ ქრონიკული ბრონქიტის დროს აღინიშნება ბრონქების ლორწოვანი გარსის ჰიპერტროფია და ბრონქის კედლის შესქელება და ინფილტრაცია, მეორე შემთხვევაში კი ლორწოვანი გარსი ატროფიულია, ფიალისებრი უჯრედები განლუულია და ბრტყელ და კუბურ ეპითელიუმში ადგილი აქვს ცილინდრული ეპითელიუმის მეტაპლაზიას.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ბ ა. ქრონიკული ბრონქიტი ხანგრძლივი ავადმყოფობაა, ის წლობით გრძელდება; წლის თბილ პერიოდში ან მკურნალობის შედეგად დროებით ყუჩდება, შემდეგ კი ისევ იჩენს თავს და წლობით არ ასვენებს ავადმყოფს; ბოლოს ავადმყოფს უვითარდება ქოშინი, ფილტვების ემფიზემა, შეგუბება სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში, რასაც მოჰყვება მარჯვენა გულის ნაკლოვანება, ღვიძლის შეგუბება, შეშუპებები, ციანოზი და სხვ.

ასეთი ავადმყოფები ხშირად ინვალიდები ხდებიან, იძულებული არიან მიატოვონ სამუშაო და დაწვენენ.

ავადმყოფს აწუხებს ხველა, ჩირქოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით, ქოშინი. ხველა განსაკუთრებით ძლიერია დღისით, ვიდრე ავადმყოფი არ ამოიღებს ღამის განმავლობაში დაგროვილ ნახველს. ობიექტურად ფილტვების გაფართოების (ემფიზემა) გამო გულ-მკერდ ქსარისებრი ხდება; პერკუსიით აღინიშნება ფილტვის ხმა კოლოფისებრი ელფერი, ხოლო მოსმენით—შესუსტებული ან მკვრივი სუნთქვა გაგრძელებული ამოსუნთქვით და მრავალი გაფანტული მშრალი, მსტვენაეი, მოზუზუნე ხიხინი. ხშირად აღინიშნება აგრეთვე სველი საშუალო და მსხვილბუზტუკოვანი ხიხინიც.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ქრონიკული ბრონქიტისა არ არის ძნელი. მრავალი წლის განმავლობაში დაჟინებით ხველა ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით, ფილტვების ემფიზემური მდგომარეობა, კოლოფისებრი ხშიანობა პერკუსიის დროს და მშრალი გაფანტული ხიხინი ვევხმარება დაავადების ამოცნობაში.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. ქრონიკული ბრონქიტის განკურნება უმრავლეს შემთხვევაში უიმედო საქმეა. თუ პროცესი შორსწასულია და მოიცავს წერილ ბრონქებს და ბრონქიოლებს, პროგნოზი სერიოზულია, ვინაიდან მოსალოდნელია პნევმონიით გართულება. განსაკუთრებით სერიოზულია პროგნოზი ბავშვებში და მოზულებულებში.

მკურნალობა. ქრონიკული ბრონქიტის მკურნალობა მიმართულია ხველისა და ნახველის წინააღმდეგ. გარდა მედიკამენტოზური პრეპარატებისა, რომლებსაც ფართო გამოყენება აქვს ბრონქიტის მკურნალობაში, დიდი მნიშვნელობა ეძლევა კლიმატურ მკურნალობასაც.

ხველის შესაჩერებლად გვიხდება ნარკოზული საშუალებების დანიშვნა, უფრო ხშირად ამ მიზნით დიონინი, კოდეინი და მორფინი იხმარება. უკანასკნელი სასურველია მიეცეს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, ვინაიდან ავადმყოფი მას ადვილად ეჩვევა.

ბავშვების და მოხუცებულების მკურნალობაში უმჯობესია ნარკოზული საშუალებების მიცემას ვერიდოთ.

შშრალი, შემაწუხებელი ხველის წინააღმდეგ უნიშნავენ შემდეგ წამლებს:

Rp. Dionini 0,01

Sacchari albi 0,2

M. f. pulv. D.t.d. N 6

S. თითო ფხვნილი დღეში 3-ჯერ

Rp. Dionini 0,2

Aq. Laurocerasi 20,0

M.D.S. 10—15 წვეთი

დღეში სამჯერ

Rp. Codeini phosphor. 0,015

Natrii bicarbonici 0,2

M. f. pulv. D.t.d. N 6

S. თითო ფხვნილი დღეში 3-ჯერ

Rp. Dicodeidi 0,005

Sacchari albi 0,2

M. f. pulv. D.t.d. N 6

S. თითო ფხვნილი დღეში 3-ჯერ

იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს აქვს ხველა ნახველით, ფილტვებში მოსმენით აღინიშნება სველი ზიზინი, ხოლო ნახველის ამოღება მას გაძნელებული აქვს, საჭიროა არა ხველის რეფლექსის შეკავება ნარკოზული საშუალებებით, არამედ ამოსახველებელი საშუალების მიცემა.

Rp. Inf. r. Jpecacuanhae

ex 0,5—180,0

Liq. ammonij anisati

Natrii bicarbon. 4,0

Sirupi simplicis 20,0

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი

ყოველ 2 საათში



Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae  
ex 0,5—180,0  
Codeini phosphor. 0,2  
Sirup. simpl. 20,0  
M.D.S. თითო სუფრის კოვზი  
ყოველ 2 საათში

Rp. D-ti Altheae ex 10,0—180,0  
Natrii bicarbonici  
Liq. ammon. anisati  $\bar{a}$  4,0  
Sir. simpl. 20,0  
M.D.S. თითო სუფრის კოვზი  
ყოველ 2 საათში

Rp. Inf. herbae Thermopsisidis  
ex 1,0—150,0  
Kalli iodati 2,0  
M.D.S. თითო სუფრის კოვზი  
დღეში 4—5-ჯერ

ეს მიქსტურა განსაკუთრებით  
კარგია ასთმოდური ბრონქიტების  
დროს

თუ ჩირქოვანი ნახველი დიდი რაოდენობით გამოიყოფა და, განსაკუთრე-  
ბით, თუ ის სუნინანია, საჭიროა შემდეგი პრეპარატების დანიშვნა:

RP. Terpini hydrati 0,3  
Codeini phosphorici 0,015  
M. f. pulv. D.t.d. N 6  
S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში

Rp. Thiocoli 0,3  
Codeini phos. 0,015  
M. f. pulv. D.t.d. N 6  
S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში

ქრონიკული ბრონქიტით ავადმყოფზე დადებითად მოქმედებს მკურნალობა  
შავი ზღვის სანაპირო კურორტებზე 2—3 თვის განმავლობაში; კარგ გავლენას  
აახდენს ზოგჯერ მთიანი ადგილების კურორტებიც.

### ✓ ბრონქული ასთმა (Asthma bronchiale)

ასთმის სახელწოდებით იგულისხმება საერთოდ სულისხუნდვის შეტევები,  
რაც შესაძლებელია გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით. კერძოდ, ბრო-  
ქული ასთმა კი ეწოდება დაავადებას, რომელიც ხასიათდება სულის ხუ-  
თვის ხანგამოშვებით-შეტევებით, რომლებიც მოულოდნელად იწყება და ხში-  
რად სწრაფად წყდება. ეს შეტევები ხასიათდება მძიმე ქოშინით, ბრონქების კა-  
18. შინაგანი სწულეზი.

ტარული მდგომარეობით, ფილტვების აბერციით და წვრილი ბრონქების შევიწროებით, შეტევების განვითარების შექანინში რთულია და მის ასახსნელად მოწოდებულია რამდენიმე თეორია.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. ბრონქული ასთმის შეტევების შექანინების ასახსნელად გამოთქმულია მოსაზრება, რომ ასთმის შეტევას იწვევს წვრილი ბრონქების სპაზმი, რაც ცთომილად ნერვის გაღიზიანების შედეგია ამ ნერვის ტოტები, რომლებიც ფილტვებისაკენ მიდის, შეიცავს ბრონქების გლუვი კუნთების მამოძრავებელ ბოჭკოებს; ცთომილი ნერვის გაღიზიანებისას ამ ბოჭკოების საშუალებით ხდება ბრონქების ცირკულარული კუნთების შეკუმშვა ბრონქოსპაზმი, ბრონქის სანათურის ძლიერი შევიწროებით. ამის შედეგად შესუნთქვა და განსაკუთრებით ამოსუნთქვა გაძნელებულია. გაღიზიანება, რომელიც ასეთი მდგომარეობის დროს ფილტვებიდან ცთომილად ნერვის ტენტის გადაცემამ, იწვევს სასუნთქი ცენტრის გაღიზიანებას და ქოშინის განვითარებას. ბრონქოსპაზმის გამო სუნთქვის გაძნელების შედეგად, ფილტვების ალვეოლებადგხვდება ჰაერით, იჭიმება, რაც თავის მხრივ აპირიზალებს ფილტვების მწვავე აბერციის (ემფიზემის) განვითარებას.

მაგრამ, ვინაიდან ბრონქული ასთმის შეტევა უფრო ხშირად ხასიათდება თხელი, მწებავი, ლორწოვანი ნახველის გამოყოფით, რაც არ შეიძლება მარტო ბრონქოსპაზმით აიხსნას, ამიტომ წარმოიშვა მეორე, ე. წ. სისხლძარღვოვან-სეკრეტორული თეორია. ამ თეორიის თანახმად, ბრონქული ასთმის შეტევა თავისებური სისხლძარღვოვან-სეკრეტორული ნევროზია, რომლის დროსაც ხდება სისხლის ძარღვების გაფართოება, ბრონქების ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და თავისებური ლორწოვანი ნახველის გამოყოფა.

ამ თეორიის მიხედვით, ბრონქული ასთმის შეტევა შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც ბრონქული სისტემის სისხლის ძარღვების თავისებური ანგიოზოზული (ვასოზოტორული) რეაქცია. ეს მით უფრო სარწმუნოა, რომ ბრონქული ასთმის შეტევას ხშირად წინ უძღვობს სხვა ვაზომოტორული სურდოს ზემოაღნიშნული თავისებური ფორმა, რომელიც ვითარდება სხვადასხვა ნივთიერებათა (ზოგი ყვევლი, თევზ და სხვ.) დაყენების შედეგად. ე. წ. თვის ასთმის ფორმები შედარებით ადვილად შეიძლება აიხიან სწორედ ამ ანგიონევროზული რეაქციით.

ამრიგად, პათოგენეზური თვალსაზრისით ბრონქული ასთმის შეტევა შეიძლება იყოს ან ნერვულ-სპაზმური, ან ანგიოზოვოტორული ან კიდევ შერეული ტიპისა, სადაც ადგილი აქვს როგორც ბრონქოსპაზმს, ისე სისხლძარღვოვან რეაქციას სეკრეტციის გაძლიერების სახით.

ბრონქული ასთმის წარმოშობის ასახსნელად ამჟამად ყველაზე უფრო გავრცელებულია 3 თეორია: რეფლექსური, ინტოქსიკაციური და ანაფილაქსიური ანუ ალერგიული.

ყველაზე უძველესი მათ შორის რეფლექსური თეორიაა, რომლის მიხედვითაც ბრონქული ასთმა ვითარდება სხვადასხვა დაავადებული ორგანოდან რეფლექსური შედეგად. ცხვირ-ხახის დრუს სნეულებანი (პოლიპები, ცხვირის ძვილის გამრუდება), კუჭ-ნაწლავის დაავადებანი (ნაწლავთა პარაზიტები), ნაღვლის ბუშტის ანთება, ქალური სნეულებანი და სხვ. შეიძლება იყოს მიზეზი დაავადებული ორგანოებიდან ტვინისაკენ არანორმალურ პირებში რეფლექსის გ-დაცემისა ცთომილი ნერვების საშუალებით, რასაც შედეგად მოჰყვება გაღიზიანების გადაცემა ფილტვებში და ზემოაღნიშნული ცვლილებები ბრონქებში. მართლაც, ყოფილა შემთხვევები, რომ სხვადასხვა დაავად-

ბათა სათანადო მკურნალობით ავადმყოფი განუკურნავთ ასთმისაგან. მაგრამ ვინაიდან ამ თეორიით არ შეიძლება ახსნა ასთმის ყველა არსებული ფორმების წარმოშობისა, დღესდღეობით რეფლექსურ თეორიას ბევრი მომხრე არა ჰყავს.

ინტოქსიკაციური თეორია ბრონქული ასთმის წარმოშობას უკავშირებს ორგანიზმის ქრონიკულ ინტოქსიკაციას ტუბერკულოზით, ათაშანგით, ნიკოტინით და სხვ. ამ თეორიის მომხრენი ფიქრობენ, რომ ინტოქსიკაციის ან აუტოინტოქსიკაციის მივნი პროდუქტების ზეგავლენა იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემის ცვლილებებს, რასაც მოსდევს ვეგეტატიური ნერვულ სისტემის გაღიზიანება და ცვლილებები ბრონქულ სისტემაში.

არც უსოფობია ჩაითვლება სრულყოფილად, რამდენადაც ის ვერ განმარტავს ასთმით დაავადების ყველა მხარეს.

ყველაზე უფრო ახალი და დღესდღეობით ყველაზე უფრო გავრცელებული არის ალერგიული თეორია.

ამ თეორიით ბრონქულ ასთმას საფუძვლად უძევს ორგანიზმის განსაკუთრებით მაღალი მგრძობიარობა — ანაფილაქსია ამა თუ იმ ნივთიერებისადმი, რომლითაც ის სენსიბილიზირებულია. ორგანიზმის ასეთი ალერგიული რეაქცია, მისი ზედმეტი მგრძობიარობის გამოწვევი ნივთიერების ალერგენის მიმართ, მტკიცდება ბრონქული ასთმის იმ ფორმების არსებობით, რომლებიც უვითარდება, მაგალითად, მეჯინბებებს ცხენის სუნის, თივის სუნის ყნოსვის, ან თავლაში შესვლისას. ასთმის შეტევის მიზეზად შეიძლება გახდეს აგრეთვე ფქვილის, ზოგიერთი ყვავილის მტვერი და სხვ. შემჩნეულია, რომ ზოგიერთი პირი განსაკუთრებით მგრძობიარეა ცხოველური ცილებისადმი და მისი ხმარება საკმელში შეიძლება გახდეს მიზეზი ალერგიული რეაქციისა, რაც ხასიათდება მთელი რიგი მოვლენებით კანის მხრივ. ასეთია ადგილობრივი შეშუპება, გამონაყარი კანზე, ქავილი და სხვ. სწორედ ასეთ პირებს უფრო ხშირად უვითარდებათ ბრონქული ასთმის შეტევები. უკანასკნელის ალერგიული ბუნება მტკიცდება იმითაც, რომ, თუ მოხერხდა ალერგიული რეაქციის გამოწვევი მიზეზის მოსპობა, ბრონქული ასთმის შეტევებიც წყდება.

ზოგჯერ საქმარისია ავადმყოფმა გამოიცვალოს პროფესია (მაგ., ბეწვეულის მოხელემ, ან ქიმიკოსმა), ან სხვა ბინაზე გადავიდეს, რომ მას შეტევები შეუწყდეს. მაშასადამე, აქ ადგილი აქვს ორგანიზმის სენსიბილიზაციის გამომწვევი აგენტის — ალერგენის მოცილებას და ამის შედეგად ორგანიზმის ალერგიული რეაქციის გამოვლინების შეწყვეტას.

როგორც თვალსაზრისითაც არ უნდა მივედგეთ ბრონქული ასთმის პათოგენეზის ახსნას, არ შეიძლება ხაზი არ გაესვას იმ გარემოებას, რომ ნერვული სისტემის-მდგომარეობა — გადამწყვეტი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ამ დაავადების განვითარებაში. გამორკვეულია თავის ტვინის ქერქის გავლენა ასთმის შეტევის წარმოშობაზე.

თავის ტვინის ქერქის შემაკავებელი ჭავლენის შესუსტების შედეგად ხდება ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ადვილად აგზნება, რასაც მოჰყვება ყველა ის ცვლილება, რომლებიც ზემოთ იყო აღწერილი.

აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ზოგჯერ ბრონქული ასთმის დაჩენებით განმეორებით შეტევებს აქვთ ხასიათი პარობო-ტოტოქსური დროებითი კავშირისა. ამის მაგალითს წარმოადგენს ასთმის შეტევის დაწყება ხელოვნურად გაკეთებული ისეთი გვარის ყვავილის დანახვისას, რომლის მსგავსი თავისი სუნით წინათ იწვევდა ასთმის შეტევას.

კლინიკა. ბრონქული ასთმის პირველ ხანებში ცვლილებები ბრონქების მხრივ ფუნქციურ ხასიათს ატარებს და ვიდრე არ განვითარდება მყარი ანატომიური ცვლილებები ფილტვებისა და გულის მხრივ, დაავადების კლინიკური სურათი მხოლოდ და მხოლოდ ბრონქული ასთმის ტიპობრივი შეტევით გამოიხატება.

შეტევა მოულოდნელად იწყება, უფრო ხშირად ღამით. ვადმყოფი გრძნობს მოჭერას გულმკერდის არეში, მას უპირის სუნთქვა, ეწყება ქოშინი და მშრალი ხველა. პაერის ნაკლებობის შეგრძნების გამო, ის ცდილობს რაიმე საშუალება სუნთქვის გასაადვილებლად: წაოჯდება საწოლში, დაეხრება ხელებით საწოლს, სუნთქავს პირით, იკარგება ზოგჯერ სრული იმ იმედით, რომ სუფთა ჰაერის ჩასუნთქვა შეუძლებელია მდგომარეობისა რამა ათად: ქოშინი უფრო და უფრო მატულობს, ვადმყოფს დააყრის ოფლი, თვალები გაუფართოვდება, სახე წამოებერება და ლურჯდება მშრალი ხველა მატულობს, სუნთქვა გაიშვიათებულია, როგორც ჩანთქვა, ისე განსაკუთრებით ამოსუნთქვა გაძნელებული (ქსპირაციული ქოშ), მაგა აჩქარებული და ხშირად სუსტი ავსებისა აქვს. ათი მდგომარეობა გიტანს რამდენიმე საათისა და თაღდა შედარებით სწრაფად წყდება. შეტევის დამთავრების მოახლოებასთან ერთად ავადმყოფი გამოყოფილია ღირებულად თხელ ლორწოვან ნახველს, რის შემდეგ შევბ გრძნობს, სუნთქვა თნდათან გაუადვილდება და შეტევა გაუვლილი მტრის შედგენილი ხშირად დიდი რაოდენობით გადის ბციფრის შრზე (Urina spastica).

ბრონქული ასთმის შეტევები შესაძლებელია მოუვიდეს ავადმყოფი ერთხელ ან რამდენჯერმე წელიწადში, ზოგჯერ კი გაცილებით უფრო ხშირად და კვირაში რამდენჯერმე გაუხსნენებს ხოლმე. შორსწასულ შემთხვევებში სმის შეტევა შესაძლებელია რამდენიმე დღე გაგრძელდეს, ეს ე. წ. ასთურ დგომარეობა (Status asthmaticus).

სით შეტევა პირველ დეტად ამნებს დყოფ, ხოლო ძლიერ შეტევა მყურებულზედაც მძიმე შთაბეჭდილებას ხდის.

შეტვის დროს ავადმყოფს იშვიათად შესძლებლა 1-მაც მოუმატა 37,5 38,5°. შეტევის გავლის შემდეგ დყოფი გრძნობს ძლიერ მოქნელობას, გსაკუთრებით თუ შეტევა ხანგრძლივი და ძიეიყო.

ზემოაღნიშნული გარეგანი მოვლენების გარდა, ობიექტური გამოვლენით აღინიშნება ფილტვების მწვავე ემფიზემის მოვლენები — ფილტვის ხოლოფისებრი ელფერისაა, ფილტვის ქვემო საზღვრები გადიდებულია, ფრეზიტუსი შესუსტებული, გულის საზღვრების აღმოჩენა პერუსით ძნელია ფილტვის ემფიზემური მდგომარეობის გამო და გულის ტონბი მოყრუებულია. ფილტვების მოსმენით აღინიშნება სუნთქვის შესუსტება, ძალზე გაგლებული ამოსუნთქვა და დიდი რაოდენობით მტრისა და მოზუზუნე ხიხინი. ხიხინი იხდენ დ ძლიერია, რომ შეიძლება კაც ეორე ოთახშიც კი გაიგონო.

შეტევის დამთავრებისთანავე ყველა ეს მოვლენა მცირდება და ბოლოს ქრება. მხოლოდ, თუ დაავადება ქრონიკულ ხასიათს იღებს და ხშირად მეორდება, ავადმყოფს უვითარდება ფილტვების ქროიკული ემფიზემა და ბრონქიტი, რისი დადგენა შეტევის გარეშე პერიოდშიც შესაძლებელია.

იმის მიხედვით, ბრონქოსპაზმი სჭარბობს შეტევის დროს, თუ ექსუდაციის მოვლენები, ავადმყოფს ან მშრალი ხველა აქვს, ან ის გამოყოფს დამახასიათებელ თხელ ლორწოვან ახველს, რომლის რაოდენობა ზოგჯერ 1/2 ლიტრს

აღწევს. მიკროსკოპულად ნახველში აღინიშნება კურსმანის სპირალები და შარკო-ლეიდენის კრისტალები, არაიშვიათად, განსაკუთრებით ალერგიული ასთმის შემთხვევებში, ეოზინოფილური უჯრედებიც. ეოზინოფილების რიცხვი მომატებულია აგრეთვე პერიფერიულ სისხლშიც, სადაც მათი რიცხვი შეტევის გარეშე პერიოდში უფრო მეტია და 10%-მდე აღწევს (სურ. 103).

თუ ბრონქული ასთმის შეტევები ხშირად მეორდება, ის იწვევს მძიმე გამოსწორებელ ცვლილებებს ბრონქების, ფილტვებისა და გულის მხრივ.

ავადმყოფს უეითარდება ქრონიკული ბრონქიტი, ფილტვების ემფიზემა და გულის კუნთის ნაკლოვანება, რისგანაც ბოლოს იგი იღუპება.

დიაგნოზი. ბრონქული ასთმის ტიპობრივი შეტევის მიხედვით დაავადების დიაგნოზი არ არის ძნელი. ასთმის შეტევა იმდენად დამახასიათებელია, რომ ერთი ნახვით შეიძლება სწორი დიაგნოზის დასმა. შეტევის გარეშე პერიოდში, დაავადების ამოცნობა უფრო ძნელია, თუ დაავადებას ჭერ კიდევ არ გამოუწვევია ბრონქიტი და ემფიზემა. ასეთ შემთხვევებში დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზს, ნახველსა და სისხლის გამოკვლევას ეოზინოფილებზე. დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს გულის ასთმ სთან, ურემიულ ასთმასთან და ისტერიულ ასთმასთან



სურ. 103. ნახველის მიკროსკოპული სურათი ბრონქული ასთმის დროს. კურსმანის სპირალები და შარკო-ლეიდენის კრისტალები.

გულის დაავადებით გამოწვეული ასთმისათვის დამახასიათებელია ცვლილებები გულის მხრივ, პულსის ცვლილებები (არითმია) გადიდებული მტკივნეული ლეიქოზი, მრავალი სველი ხიხინი ორივე ფილტვში, ვარდისფერი ან სისხლიანი ნახველი

განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენს ბრონქული ასთმისა და გულის ასთმის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, როდესაც ავადმყოფს ბრონქული ასთმის გარდა აქვს ქრონიკული ბრონქიტი და ფილტვების ემფიზემა ას ისეთ შემთხვევებში, როდესაც გულის ასთმა უეითარდება ავადმყოფს ბრონქული ასთმით გამოწვეული გულის დეკომპენსაციის გამო. ასეთი „შერეული“ ფორმებზე უეითარდება ბრონქული ასთმით მრავალი წლის განმავლობაში დაავადებულ ავადმყოფებს.

ურემიულ ასთმას არ ახასიათებს ფილტვების ემფიზემა და ასთმისათვის ჩვეულებრივი მშრალი ხიხინი. პირიქით, თავის ტკივილები, გულისრევა და ცვლილებები შარდში, რაც დამახასიათებელია ურემისათვის, დახმარებას გვიწევს დაავადების სწორად ამოცნობაში.

ისტერიულ ქალებს ზოგჯერ აქვთ ქოშინი, რომელიც უფრო სუნთქვის გაზვიარებას წარმოადგენს, ვიდრე გაძნელებას, ქოშინს; ამ დროს არც ფილტვების ემფიზემა აღინიშნება და არც ბრონქიტის მოვლენები.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. ბრონქული ასთმის პროგნოზი მეტად ძნელი დასადგენია. ბრონქული ასთმის შეტევა, რაგინდ მძიმე არ უნდა იყოს, ძალიან იშვიათად თავდება ავადმყოფის სიცვდილობას სფეროში მდგომარეობა და ასთმატიური სტატუსი კი ბოლოს და ბოლოს გაივლის, თუ, რა თქმა უნდა, საქმე არ ეხება ბრონქული ასთმის ისეთ შეტევას, სადაც გულის ნაკლოვანების გამო ადგილი აქვს გულის ასთმის მოვლენებსაც. სამაგიეროდ, ძნელი გამოსაცნობია წინასწარ, თუ როგორ მიმდინარეობას მიიღებს დაავადება, რამდენად ხშირი იქნება შეტევები, როდის გამეორდება შეტევა, რამდენ ხანს გასტანს და სხვ. ზოგჯერ დაავადების დასაწყისში მსუბუქედ მიმდინარე ბრონქული ასთმა შემდეგ უფრო და უფრო მძიმე ფორმებში გადადის და, პირიქით, მძიმე შეტევებით მიმდინარე ასთმა შესაძლებელია თავისთავად შეწყდეს და ავადმყოფს მრავალი წლით გაუქრეს შეტევები.

ბრონქული ასთმის პროგნოზი შედარებით უკეთესია, სანამ ფილტვების ემფიზემა, ქრონიკული ბრონქიტი და გულის მხრივ ცვლილებები არ განვითარდება; წინააღმდეგ შემთხვევაში პროგნოზი უფრო მძიმეა. ბევრი რამ დამოკიდებულია ბრონქული ასთმის პათოგენეზზე: თუ მის ალერგიულ ბუნებაში დავრწმუნდით და ალერგენის აცილება მოხერხდა, პროგნოზი კარგია; დაავადების მიმდინარეობას აადვილებს ზოგჯერ ზედა სასუნთქი გზების ოპერაციული მკურნალობა (პოლიპების ამოკვეთა, ცხვირის ძვილის გამრუდების მკურნალობა და სხვ.).

მ კ უ რ ნ ჯ ლ ო ბ ა. ბრონქული ასთმის მკურნალობა მდგომარეობს ბრონქული ასთმის შეტევის მკურნალობაში და შეტევათა შუალედებში დაავადების წინააღმდეგ მიმართულ სამკურნალო ღონისძიებების ხმარებაში.

უამრავი სამკურნალო საშუალება. იყო მოწოდებული ბრონქული ასთმის შეტევის შესაწყვეტად სხვადასხვა შესასუნთქი ფხენილების, მოსაწვევი სიგარეტების სახით, რომლების შემადგენლობაშიც შედიოდა ლენციოფას ფოთლები, ობიუმი, გვარჯილა და სხვ., მაგრამ მათი მოქმედება ასთმის შეტევის დროს მეტად სხვადასხვაგვარი და არამტკიცე იყო. ასთმატოლი, რომელიც იხმარება მოსაწვევი სიგარეტების სახით, ასთმოკრინი, ასთმოლიზინი და სხვ. საპატენტო საშუალებანა დაღეს თითქმის აღარ იხმარება, ვინაიდან უმრავლეს შემთხვევაში ისინი ვერ აღწევენ მიზანს, ვერ წყვეტენ ასთმის შეტევას.

დღესდღეობით ყველაზე უფრო ეფექტურ საშუალებად, ბრონქული ასთმის შეტევის შესაწყვეტად ~~ატროპინის~~ და ადრენალინის კანქვეშ შეშხაპუნებდა ითვლება. ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე ზეგავლენით ეს ორი პრეპარატი ბრონქების კუნთების სპაზმს ამცირებს და ჩქარა წყვეტს ბრონქული ასთმის შეტევებს. აღსანიშნავია, რომ შეტევის დასაწყისში ეს პრეპარატები აჩერებს შეტევის განვითარებას, ხოლო თუ შეტევა უკვე განვითარებულია, ატროპინის ან ადრენალინის შეყვანა ამცირებს ასთმის შეტევის ხანგრძლიობას. გამოცდილება გვიჩვენებს, თითქმის ადრენალინი უკეთ მოქმედებს, ვიდრე ატროპინი, მაგრამ წინასწარ ძნელია იმის თქმა, რომელი მათგანი უფრო კარგედგს მოგვცემს და საჭირო ხდება ჯერ ერთი გამოიცადოს, ხოლო უარყოფით შემთხვევაში — მეორე. იშვიათია ისეთი შემთხვევა, რომ არც ერთმა მათგანმა არ მისცეს შეება ავადმყოფს და ასთმის შეტევა არ შეუჩეროს. ატროპინი და ადრენალინი იხმარება შემდეგი ფორმით:

Rp. Sol. Adrenalini hydrochl.

1%—1,0

in ampul. steril.

D.t.d. N 10

S. 0,5—1,0 კანქვეშ შესაშხაუნებლად

Rp. Sol. Atropini sulf. 1%—1,0

D. t. d. N in ampul. sterilis.

S. 1 მლ კანქვეშ

მძიმე ავადმყოფებს დღე-ღამის განმავლობაში ხშირად რამდენიმეჯერ უკეთებენ ადრენალინის ინექციებს.

კარგ შედეგს იძლევა აგრეთვე მარტილმეკავა ეფედრინი, ტაბლეტების, ფხენილების, ან ხსნარის ინექციების სახით. მოახლოებულ შეტევას ზოგჯერ ეფედრინის შიგნით მიღებაც აჩერებს. ეფედრინი ან ატროპინი ან ორივე ერთად ავადმყოფმა სასურველია 10 დღეს მაინც მიიღოს შიგნით.

ძალიან კარგ შედეგს იძლევა ტეოფედრინის ტაბლეტები:

Rp. Theophedrini

in tabul. N 10

S. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში

Rp. Sol. Ephedrini hydrochlor.

5% in ampul. sterilis.

D.t.d. N 10

S. თითო ამპულა კანქვეშ

Rp. Ephedrini hydrochlor.

in tabul. à 0,025 N 20

S. თითო ტაბლეტი დღეში 2—3-ჯერ.

Rp. Sol. Atropini sulfurici

0,1%—10,0

D.S. 6—8—10 წვეთი დღეში 2-ჯერ

Rp. Ephedrini hydrochlorici

0,025

Sacchari albi 0,2

M.f.p. D.t.d. N 12

S. თითო ფხენილი დღეში 2—3-ჯერ

ბრონქული ასთმის ზოგიერთ მეტად მძიმე შეტევის დროს, მაგალითად, ასთმატური სტატუსის შემთხვევაში, ზოგიერთები ურჩევენ ეფედრინის 5%-ანი ხსნარის (0,5 მლ) და ადრენალინის 0,1%-ანი ხსნარის (0,5 მლ) ერთდროულად შეშხაუნებას (ე. გელშტინი).

სამკურნალო მნიშვნელობას მოკლებული არ არის ბრონქული ასთმის შეტევის დროს ზოგიერთ ძველ ნაცად საშუალებათა გამოყენება. ასეთებია: კოტო-

შები ირგვლივ გულმკერდზე, ხელ-ფეხის ცხელი აბაზანები, დიონინის წვეთები, მაგრამ მარტო ამ საშუალებებს არ შეუძლია ასთმური შეტევის შეწყვეტა. ჩვენებებს მიხედვით ავადმყოფს შეიძლება ზოგჯერ დასჭირდეს ქაფურის ინექციებიც. მორფინის ან პანტოპონის შემხაუნება მართალია ამშვიდებს ზრონქული ასთმის შეტევას, მაგრამ ამ პრეპარატებისადმი ავადმყოფთა მიჩვევის გამო, უმჯობესია ისინი არ ვისმართო.

გაცილებით უფრო რთული და ზოგჯერ უშედეგო საქმეა ბრონქული ასთმის მკურნალობა შეტევათა შუალედებში და ახალი შეტევის პროფილაქტიკა.

ბრონქული ასთმის პათოგენეზის შესახებ დღევანდელი წარმოდგენის მიხედვით, მკურნალობა უმთავრესად მიმართული უნდა იყოს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე ზეგავლენის მოხდენისა და ორგანიზმის დესენსიბილიზაციისაკენ. პირველი შედარებით ადვილი განსახორციელებელია, ამისათვის იხმარება ბრომიდები. კარგია აგრეთვე ქლორიანი კალციუმის 10%-ანი ხსნარის, ან

Rp. Inf. r. Valerianae

ex 8,0—180,0

Natrii bromati 8,0

Aq. Laurocerasi 6,0

Codeini phosphor. 0,12

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი

დღეში 4-ჯერ ყოველ სამ საათში

ლუგელას წყლის შიგნით მიიღება, ან ინტრავენური ინექცია (5—10 მლ 10—20 ინექცია). როგორც ცნობილია, კალციუმის იონების მომატება ორგანიზმში ამცირებს ნერვული სისტემის აგზნებულეზას და ამ მოსაზრებით კალციუმთერაპია ბრონქული ასთმის დროს დასაბუთებულად უნდა იქნეს მიჩნეული.

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% -200,0

D.S. თითო სუფრის კოვზი

დღეში 3-ჯერ

Rp. Aq. Lugelae 200,0

D.S. თითო სუფრის კოვზი

დღეში 3-ჯერ

Rp. Sol. Calcii chlorati 10%  
in ampul. sterilis.

D.S. 5—10 მლ ვენაში

გასაკეთებლად

Rp. Aq. Lugelae in ampul. steril.

D.S. 5—10 მლ ვენაში

გასაკეთებლად

გარდა ამისა, კალციუმთერაპია დესენსიბილიზაციის მიზნითაც კარგ საშუალებად ითვლება.

ქრონიკული ბრონქიტით მიმდინარე ბრონქული ასთმის დროს ურჩევნია იოდიანი კალციუმის დანიშვნას 3%-ანი ხსნარის სახით დღეში 2—3 სუფრის კოვზის რაოდენობით.



ბრონქული ასთმით დაავადების დროს ორგანიზმის დესენსიბილიზაციის მიზნით უნდა გამოვიყენოთ ის ალერგენი, რომელიც შეიძლება ასთმური შეტევების მიზეზი იყოს, და შევეცადოთ მოვაცილოთ ავადმყოფს. ამისათვის საჭიროა გამოვიციხოთ საკვებიდან, მაგალითად, კვერცხი, თუ გამოირკვა, რომ ის ალერგენის როლს თამაშობს, ან ვურჩიოთ ავადმყოფს გამოიცვალოს პროფესია და სხე.

ვინაიდან ალერგენების რიცხვი მეტად დიდია (100-მდე) და მათი გამოკვლევა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, შეიძლება მხოლოდ არასპეციფიკური დესენსიბილიზაციის ჩატარება, ამისათვის კარგია პეპტონის 5% ხსნარის 10—15 ინექცია კუნთებში 0,5—1 მლ, დოზის თანდათან მომატებით. კარგად მოქმედებს ამ მიზნით გოგირდმჟავა მაგნეზიუმის 25% ხსნარი კუნთებში, 5 მლ რაოდენობით 10—15 ინექცია, კვარცის ნათურით დასხივება — 15—20 სეანსი, სისხლის გადასხმა 60—80 მლ რაოდენობით, 4—5 დღის ინტერვალით 3—5-ჯერ.

იქ, სადაც ალერგენის გამოკვლევა მოხერხდება, შესაძლებელია სპეციფიკური დესენსიბილიზაციის ჩატარება: სპეციფიკური ალერგენით კანის რეაქციის მიღების შემთხვევაში, ამ ნივთიერებების მცირე დოზების შესაბამისად აღწევნენ ორგანიზმის დესენსიბილიზაციას.

ბრონქული ასთმის ყველა შემთხვევაში უნდა ურჩიოთ ავადმყოფს კლიმატური მკურნალობის ჩატარება ან ზღვის პირად, ან მთიან ადგილზე. იმის თქმა წინასწარ, თუ რომელი ჰავა უფრო არგებს ავადმყოფს — ზღვისა თუ მთის — ძნელია და საკითხს მხოლოდ დაკვირვება წყვეტს.

## ✓ ფილტვების სნეულმბანი ✓

### ფილტვების კრუპოზული ანთება (Pneumonia crouposa)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ფილტვების კრუპოზული ანთება მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ფრენკელ-ვექსელბაუმის პნევმოკოკი. ზოგ შემთხვევაში ამ ანთების გამომწვევ მიზეზად შეიძლება ფრიდლენდერის დიპლობაცილა იყოს, მაგრამ ეს მხოლოდ ერთელ შემთხვევებშია შესაძლებელი.

ფილტვების კრუპოზული ანთების დროს პროცესი მოიცავს ფილტვის მთელ წილს, ამიტომ, ფილტვის ამ ანთებას წილოვანი ანთება — Pneumonia lobaris ეწოდება. მაგრამ ამით კრუპოზული ანთების არე შეიძლება არ განისაზღვროს, ის შეიძლება მთელ ფილტვზე გავრცელდეს და ე. წ. ტოტალური კრუპოზული ანთება მოგვეცეს. ფილტვის ალვეოლებში დაგროვილი გამონაჟონი, ექსუდატი, ფილტვის კრუპოზული ანთების დროს ძალიან მდიდარია ფიბრინით, ამიტომ მას „ფიბრინოზული“ ან „კრუპოზული“ ანთება ჰქვია.

ფილტვის კრუპოზული ანთებისათვის დამახასიათებელია ის მოვლენა, რომ ფილტვის ქსოვილის ანთებასთან ერთად ძალიან ხშირად ადგილი აქვს მშრალ პლევრიტსაც; ამიტომ, ამ ანთებას კიდევ პლევროპნევმონიას უწოდებენ.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებითად ფილტვების კრუპოზული ანთება ინფექციურ დაავადებას წარმოადგენს, მისი გავრცელება ავადმყოფიდან გადადების გზით თითქმის არ ხდება. ფრენკელის პნევმოკოკი ხშირად მოიპოვება ჩანჩრთელი ადამიანების პირის ღრუში, ცხვირ-ხახისა და ბრონქების ლორწო-

ში, უნახავთ ისინი საღ ფილტვებშიც, მაგრამ, როგორც ცნობილია, ისინი ყოველთვის არ იწვევენ ფილტვების კრუპოზულ ანთებით დაავადებას. როგორც ჩანს, ინფექციის არსებობის გარდა, საჭიროა ორგანიზმისათვის რალაც სხვა არახელსაყრელი პირობები, რომლებიც ხელს უწყობენ ფილტვების ანთების განვითარებას. მაშასადამე, მარტო-მარტო მიკრობს დაავადების გამოწვევისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა არ აქვს. ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა, ნერვული სისტემის მდგომარეობა, ზოგი პირის განსაკუთრებული მიდრეკილება ამ დაავადებისაკენ, ამტკიცებენ კრუპოზული ანთების პათოგენეზის სირთულეს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნერვული ზეგავლენები. ბოტკინი აღნიშნავდა ნერვული შერყევების მნიშვნელობას კრუპოზული პნევმონიის წარმოშობაში. რამდენადაც კრუპოზული ანთება უფრო ხშირად გვხვდება წლის ცივ პერიოდში და ზანსაკუთრებით გვიან შემოდგომით და აღრუულ გაზაფხულზე, როდესაც ჰაერის 1° დიდ რყევას განიცდის, უნდა ვიფიქროთ, რომ გაცივების ფაქტორს ამ დაავადების განვითარებაში გარკვეული ხელშემწყობი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს.

რა თქმა უნდა, ბევრს ნიშნავს თვით პნევმოკოკის ვირულენტობა. ზოგ შემთხვევაში არ ხერხდება აღნიშნულ დაავადების განვითარებისათვის რაიმე ხელშემწყობი მოვლენებისა, როგორცაა. გაცივება, გადაღლა, სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებით ორგანიზმის დასუსტება და ფილტვების ტრავმული დაზიანება. ასეთ შემთხვევაში მეტი მნიშვნელობა შესაძლოა ინფექციის გავლენას ჰქონდეს.

არსებობს ფრენკელის პნევმოკოკის მრავალი სახეობა. არჩევენ პნევმოკოკის I, II და III ტიპს, ხოლო მისი დანარჩენი ტიპები გაერთიანებულია —IV ანუ X ჯგუფში. ამჟამად ცნობილია თითქმის 32-დე ტიპი პნევმოკოკისა. აქედან ყველაზე უფრო ვირულენტური I და II ტიპია და სწორედ ესენი იწვევენ უფრო ხშირად კრუპოზულ პნევმონიას; III ტიპი კი ნაკლებ ვირულენტურია და დაავადების მიზეზადაც თითქოს შედარებით უფრო იშვიათად ხდება.

კრუპოზული პნევმონიით დაავადება ყველა ასაკშია შესაძლებელი და ის ჩველ ბავშვებსაც ემართება. უფრო ხშირია ეს დაავადება მამაკაცებში.

კრუპოზული ანთება ვითარდება უფრო ხშირად მარჯვენა ფილტვის ქვემო და შუა წილში. ზემო წილებში პნევმონია შედარებით უფრო იშვიათია.

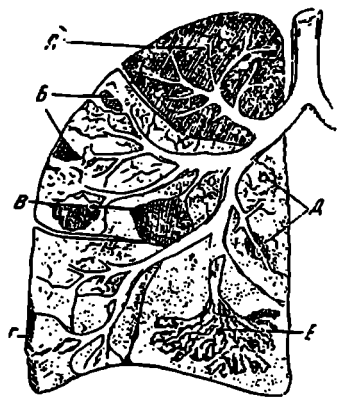
ინფექცია იეროგენული (ბრონქოგენული) გზით ხდება ფილტვებში და იწვევს ანთებით ცელილებებს ჰილუსში; აქედან ჰაიუსკო ვრცელდება ფილტვის სტრამით, სისხლის ძარღვებისა და ლიმფის სადინარების კედლებით და ბრონქების კედლებით ალვეოლების კედლებზე; ამრიგად ის მოიცავს მთელ წილს.

ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია შესაძლებლობა კრუპოზული პნევმონიის განვითარებისა ჰემატოგენური გზითაც.

პათოლოგიური ანატომია. ფილტვების კრუპოზული ანთების დროს განვითარებული პათომორფოლოგიური ცვლილებები დაავადების დასაწყისიდან დამთავრებამდე დამახასიათებელი ნიშნებით გამოირჩევა. პირველ პერიოდში ანთებით დაზიანებული ფილტვის ქსოვილი ძალზე ჰიპერემიულია, ფილტვის წილის კაპილარები სისხლსავსეა და ალვეოლებში ხდება დაგროვება ანთებითი გამონაყოფისა, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს ერთროციტებს. ეს პირველი სტადია ჰიპერემიის ანუ მოსხმის სტადიის სახელით არის ცნობილი და რამდენიმე საათს გრძელდება; ამას მოსდევს ალვეოლებში დაგროვება ანთებითი გამონაყოფისა, რომელიც მთლიანად გამოდენის იქიდან

ჰაერს, მდიდარია ფიბრინით და, როგორც თრომბი, მთლიანად ავსებს ანთებულ-  
 ლი წილის ალვეოლებს. ამ მასაში ბევრი ერითროციტი და ალვეოლების ჩამო-  
 ფცქვნილი ეპითელიუმი. ამის შედეგად ფილტვის ამ წილს ისეთი შესახებლა-  
 აა აქვს, როგორც დეიძლს და ცნობილია წითელი ვალვიძლების სტადიად (he-  
 patissia rubra). ეს პერიოდი, რომელიც დაახლოებით ერთ კვირას გრძელდ-  
 ბა, იცვლება ე. წ. რუხი ვალვიძლების სტადიით (hepatissia grisea). ერითრო-  
 ციტების რაოდენობის შემცირების, ლეიკოციტების მომატებისა და ანთებით  
 გამოწვეულ ფიბრინის რაოდენობის მომატების შედეგად, ანთებითი უბანი ამ  
 სტადიაზე მორუხო ფერს ღებულობს. ეს სტადია რამოდენიმე დღის  
 შემდეგ გადადის ე. წ. ალაგების სტადიაში. როდესაც ხდება ლეიკოცი-  
 ტების დაშლა, ფიბრინის გახსნა, ექსუდატის ალაგება შესრუტვისა და ბრონქე-  
 ბით გამოყოფის შედეგად (სურ. 104).

კლინიკური სურათი. დაავადება უფრო ხშირად ერთბაშად იწ-  
 ყება ძლიერი შემცივნებით, ჩხვლითი  
 ტკივილით (ვეალით). გვერდში, ან  
 ბეჭში, სიცხის სწრაფი აწევით 39,0—  
 40,0°-მდე. ამ დროს ავადმყოფს აქვს  
 თავის ტკივილი, გულისრევა და ზოგჯერ  
 პირსაქმებაც. იშვიათია, რომ ავადმყოფ-  
 თა წინა დღით შეუძლოდ გრძობდეს  
 თავს. ამ დაავადებამ წინამორბედი ნიშ-  
 ნები არ იცის და იწყება მოულოდნე-  
 ლად შემცივნებასთან და სიცხის აწე-  
 ვასთან ერთად. ავადმყოფს ახველებს.  
 ხველა მშრალია, ნაწყვეტ-ნაწყვეტი და  
 ხშირად აუტანელ ტკივილს (ვეალს) იწ-  
 ვევს გვერდში, რის გამოც ავადმყოფი  
 ცდილობს არ დაახველოს, ან მეტად ზე-  
 რელედ ახველებს. ეს ტკივილი ძლიერ-  
 დება აგრეთვე ღრმა სუნთქვისა და მო-  
 ძრაობის შედეგად. ავადმყოფს სახე წა-  
 მოწითლებული აქვს და ოდნავ ციანო-  
 ზური, ლოყებზე ინტენსიური სიწითლე  
 ემჩნევა, ხშირად სიწითლე მეტია იმ  
 მხარეზე, რომელზედაც ანთებაა. დაავა-  
 დების მე-2 ან მე-3 დღეზე ქაშინი და  
 ციანოზი კიდევ უფრო მატულობს; ტუ-  
 ჩებზე, ცხვირის ნესტოების მიდამოში, ზოგჯერ შიგ ცხვირში და ტუჩების ლორ-  
 წოვან გარსზედაც ავადმყოფს ხშირად გამოაყრის ჰერპესი (herpes labialis,  
 herpes nasalis). ამრიგად, თუ კრუპოზული ანთება ტიპობრივად იწყება და ვი-  
 თარდება, ავადმყოფს მეტად დამახასიათებელი შეხედულება აქვს და გამოცდი-  
 ლი ეჭიმი უკვე ამ ნიშნების მიხედვით ეჭვს მიიტანს კრუპოზულ პნევმონიაზე.



სურ. 104. ფილტვის სხვადასხვა ანთებითი  
 პროცესების სქემა; ანთების უბნები მუქა-  
 და შეფერილი: A—წილვანი პნევმონია;  
 B—წილვანი პნევმონია; C—პლევრის  
 ქვეშა პნევმონია; D—პერიბრონქიული  
 პნევმონია; E—საბოლოო ბრონქი (აბრიკო-  
 სოვით).

ავადმყოფის მდგომარეობა დღითიდღე თანდათან მძიმდება: სიცხე მუდ-  
 მივე ტიპისაა და დღისით თუ ღამით მაღალ დონეზე დგას — 39,0—40,0°, მაკა  
 აჩქარებულია, ავადმყოფს ემჩნევა მოუსვენრობა, უძილობა, ხანგამოშვებით  
 აქვს ბოდვა. პულსი აჩქარებულია 120—130-მდე, სუნთქვა აღწევს 30—40  
 წუთში, ხველა მე-2—3 დღეზე იწყებს ნახველის გამოყოფას, თუმცა ჭერ კი-

ღვე ძლიერ მცირე რაოდენობით. ნახველი წებოსმაგვარია, ყვითელი ან ყანგის ფერისა, შეიცავს სისხლს და ავადმყოფი მას ძნელად იღებს. ამ პერიოდში შესაძლებელია ავადმყოფს სისხლით ხველაც მოუვიდეს, თუმცა ის ძლიერი არ არის და საერთოდ იშვიათია. ქველი გვერდში ანთებით დაავადებულ ფილტვის მხარეზე, რომელიც გამოწვეულია პლევრის ანთებით, თანდათან კლებულობს. აღსანიშნავია, რომ კრუპოზული პნევმონიის დროს ქველი ზოგჯერ გვერდში ეი არა აქვს ავადმყოფი, არამედ მუცელში. ასეთ შემთხვევაში, თუ მას გულისრევა და პირსაქმებაც დაერთო, ექიმს შეიძლება ექვი დაეხადოს მუცლის ღრუს ორგანოების ისეთ სერიოზულ დაავადებაზე, როგორცაა მწვავე აპენდიციტი, კუჭის პერფორაცია, პანკრეატიტი და ნაღვლის ბუშტის კოლიკა. ეს გარემოება არაერთხელ გამხდარა ღიაგნოზური შეცდომის მიზეზი. კრუპოზული პნევმონიის დროს ტივილები მუცელში ღიაფრაგმული პლევრის ანთების და აქედან მომდინარე რეფლექსის შედეგია.

ცხელებითი პერიოდი კრუპოზული ანთების დროს დაახლოებით ათ დღემდე გრძელდება და მე-7, მე-9 ან მე-11 დღეზე სიცხე ძლიერ ოფლიანობასთან ერთად 12—24 საათის განმავლობაში ეცემა ნორმამდე (კ რ ი ს ი). ამასთანავე ერთად ავადმყოფის მდგომარეობაში ხდება გარდატეხა და მანამდე მძიმე ავადმყოფი, ერთბაშად იწყებს გამოკეთებას. ტემპერატურის ნორმამდე დაწვეასთან ერთად, ნორმამდე კლებულობს პულსიც და სუნთქვის სიხშირეც. ზოგ შემთხვევაში 1<sup>o</sup> ეცემა, მაგრამ პულსისა და სუნთქვის სიხშირე არ კლებულობს: ასეთი ც რ უ კ რ ი ზ ი ს ი ს დროს მოსალოდნელია 1<sup>o</sup>-ის კვლავ აწვევა. კრიზისის ხშირად უძღვის ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესება, ძლიერი ქოჩინი, აჩქარებული პულსი და 1<sup>o</sup>-ის კიდევ უფრო მაღლა აწვევა. ასეთ მდგომარეობას კრიტიკული პერტურბაცია Perturbatio critica ეწოდება და ის მოახლოებული კრიზისის მომასწავებელია. ცხელების მუდმივი ტიპი (febris continua) დამახასიათებელია უფრო ხშირად I ტიპისა და მისი მონათესავე VII ტიპის პნევმოკოკებით გამოწვეული კრუპოზული პნევმონიისათვის. კრუპოზული პნევმონიის ზოგი ფორმა ხანგამოშვებითი ტიპის ცხელებით მიმდინარეობს და 1<sup>o</sup>-ის დაკლება ხდება არა კრიზისით, არამედ ლიზისით, ასეთი ცხელება უფრო III და ზოგჯერ II ტიპის პნევმოკოკით გამოწვეულ პნევმონიას ახასიათებს.

ზოგადი ცვლილებების გარდა, კრუპოზული პნევმონიის დროს დამახასიათებელია ადგილობრივი ცვლილებები ფილტვებისა და პლევრის მხრივ.

გულმკერდის ის მხარე, სადაც ავადმყოფს ფილტვის კრუპოზული ანთება აქვს, ჩამორჩება სუნთქვაში მეორეს, ვინაიდან ტივილების გამო ავადმყოფი ზოგავს მას. პერკუსიით აღინიშნება შედარებითი მოყრუება ტიპანიური ელფერით, გულმკერდის ბგერითი რყევა გაძლიერებულია და მოსმენით აღინიშნება კრეპიტაცია (crepitationes). ხშირად, მოყრუების არეში, ჭერ კიდევ მაშინ, როდესაც სუნთქვა შეცვლილი არ არის და არც კრეპიტაცია ისმის, შეიძლება მოისმოდეს პლევრის ქახტნი—კრუპოზული პნევმონიის დასაწყისში. ზედრე მოყრუება, კრეპიტაცია და სუნთქვის შეცვლა აღინიშნებოდეს, პლევრის ასეთი ზახუნი, მაღალი 1<sup>o</sup>, ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობასთან და სისხლის ცვლილებებთან (ლეიკოციტოზი) ერთად საკმარისია კრუპოზული პნევმონიის დიაგნოზის დასმისათვის. თუ ამ მოვლენებს დამახასიათებელი ყანგისფერი ან სისხლიანი ნახველი შეემატა, ეს უდავოდ ხდის კრუპოზული პნევმონიის დიაგნოზს. ორიოდ დღის შემდეგ მოყრუება მატულობს ფილტვის ქსოვილის

გაღვიძების შედეგად და აქ აღინიშნება უკვე ბრონქული სუნთქვა, ბრონქოფონია და კრეპიტაციის მომატება.

საკირა ვიცადეთ, რომ კრუპოზული პნევმონიის დროს ანთებითი მოვლენები უფრო ხშირად ლოკალიზდება ფილტვის ქვემო წილში მარჯვნივ ან შუა წილში და შედარებით იშვიათად — მარცხნივ აგრეთვე ქვემო წილში. ამის მიხედვით პერკუსიისა და აუსკულტაციის მონაცემები სწორედ აქ უნდა ვეძიოთ. თუ პნევმონია ზემო წილში განვითარდა, მაშინ აუსკულტაციის მონაცემები ილღის ფოსოში უფრო ნოისმინება და არასოდეს არ უნდა გავუშვათ მხედველობიდან პერკუსიითა და აუსკულტაციით ფილტვის გამოკვლევა ილღის ფოსოში.

არაიშვიათად, ფილტვის კრუპოზული ანთების დროს, მოყრუების ადგილზე გულმკერდის ბგერითი რევეა და სუნთქვა პირველ საათებში შესუსტებულია. ეს აიხსნება იმ გარემოებით, რომ ბრონქი დაცობილია ნახევლით. თუ ასეთი მდგომარეობა დაავადების მოგვიანებით პერიოდში აღინიშნება, ამან უნდა გამოიწვიოს ექვი პლევრის ღრუში სითხის დაგროვების შესახებ.

წვრილი ბრონქების სანათურებში ანთებითი სეკრეტის არსებობის გამო ორივე ფილტვში მრავლად მოისმის გაფანტული მშრალი ხიხინი. დაავადების დასასრულის მოახლოებასთან ერთად ჩნდება სველი წვრილი და საშუალო-ბუშტუკოვანი ხიხინი, აქა-იქ ისმის უფრო ტლანქი და მრავალი კრეპიტაცია (crepitation redux).

კრიზისის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში შესაძლოა ავადმყოფს კიდევ აძლევდეს პატარა სიცხეს. ერთხანს ფილტვებში რჩება სტერტუსკულტაციური მონაცემებიც.

კრუპოზული პნევმონიის დროს, ფილტვებში და პლევრაში განვითარებულ ცვლილებების გარდა, ადგილი აქვს ცვლილებებს გულში, სისხლძარღვთა სისტემაში, ნერვულ სისტემაში, საკმლის მომწიფებელ ორგანოებში და სისხლში. ცვლილებები ვითარდება აგრეთვე ნივთიერებათა ცვლაშიც.

ვიდრე კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაში სულთმამიდებს შემოიღებდნენ, ერთ-ერთ უდიდეს საშიშროებას კრუპოზული პნევმონიის დროს გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის მოშლილობა წარმოადგენდა.

გულის მხრივ აღსანიშნავია საზღვრების გადიდება, ტონების მოყრუება, აქცენტო-ფილტვის-არტერიის მეორე ტონზე.

უფრო მნიშვნელოვანია ცვლილებები სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ. დაავადების დასაწყისშივე აღინიშნება პულსის გახშირება, რაც ხშირად პირველი დღეებიდანვე არ შეესაბამება 1°-ს. ზოგჯერ პულსის სიხშირე 130—140 აღწევს წუთში. სისხლის წნევა, განსაკუთრებით მინიმალური, ეცემა და შესაძლოა განვითარდეს მწვავე კოლაფსი. უკანასკნელი უფრო ხშირად კრიზისის დროს ან კრიზისის უმაღლეს ვითარდება. კოლაფსის განვითარება სისხლძარღვთა ტონუსის მწვავე დაცემის შედეგია, ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში არაიშვიათი მოვლენაა და კრუპოზული პნევმონიის დროს არანაკლებ ხშირია, ვიდრე სხვა ინფექციების დროს.

მძიმე ფორმებში მიმდინარე კრუპოზული პნევმონიის დროს, ფილტვების სისხლძარღვების დაზიანების გამო დაავადების პირველ დღეებშივე, შეიძლება კანვითარდეს ფილტვების მწვავე შეშუპება. უკანასკნელი გამოიხატება იმით, რომ ძალზე გახშირებული პულსის და დაქვეითებულ სისხლის წნევასთან ერთად მატულობს ქოშინი და ციანოზი. ავადმყოფს ცივ ოფლს ასხამს, ფილტვებში მოისმის დიდი რაოდენობით სველი ხიხინი, სუნთქვა სტერტოზო-

ზუღია და რამდენიმე საათის განმავლობაში ავადმყოფი იღუპება გულის მუშაობის დაცემის გამო.

ცელილებები ნერვული სისტემის მხრივ გამოიხატება ბოდვებში, აგზნებაში, მენინგეალურ მოვლენებში. ცნობიერება ავადმყოფს ხშირად ბუნდოვანი აქვს. ზოგჯერ ის საზარელ სურათებს ხედავს (პალუცინაციები), წამოვარდება ლოგინიდან, გარბის, ფანჯარაში გადახტომას ლაშობს და სხვ. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი შეიძლება თვითმკვლელობამდე მივიდეს. განსაკუთრებულ აგზნებულებას კრუპოზული პნევმონიის ავადმყოფობის დროს იჩენენ ლოთები (delirium tremens).

საკმლის მომწვებელი ორგანოების მხრივ აღსანიშნავია შელესილი და მშრალი ენა ყავისფერი ნაღებით, მადის დაკარგვა, შეკრულობა, მუცლის აბერვა ნაწლავების პარენის გამო. ღვიძლი გადიდებულია, ზოგჯერ სიყვითლევ აღინიშნება. პნევმონიის ასეთი ფორმები, ჩვეულებრივ, მძიმეა. ავადმყოფს შარდში ყოველთვის აქვს ცილა, ცილინდრები, ერითროციტები, ურობილინურია, ბლომად შეიცავს ურატებს. მისი ხვედრითი წილი მაღალია, სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზია — 12000—20000-მდე 1 წლ., ნეიტროფილოზია, ანეოზინოფილია, თრომბოპენია. ერითროციტების დალექვის რეაქცია აჩქარებულია; ზოგჯერ ადგილი აქვს ლეიკოპენიას, რაც პროგნოზულად ცუდ ნიშნად ითვლება.

კრუპოზული პნევმონია მიმდინარეობს ზოგ შემთხვევაში ბაქტერიემიით. როგორც სტატისტიკით ირკვევა, პნევმოკოკების II ტიპი უფრო ხშირად იწვევს ბაქტერიემიას, ვიდრე სხვა რომელიმე ტიპის პნევმოკოკი.

კრუპოზული პნევმონიის კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა ყველა შემთხვევაში ისეთი არ არის, როგორც ზემოთ იყო აღწერილი. არაშეივითად მას აქვს ატიპობრივი მიმდინარეობა. განსაკუთრებული თავისებურებით ხასიათდება ე. წ. ცენტრალური პნევმონია, მოხუცებულთა პნევმონია, ასთენიური პნევმონია და კრუპოზული პნევმონია, რომელიც ამა თუ იმ მძიმე დაავადებას დაერთვის ხოლმე.

ცენტრალური კრუპოზული პნევმონიის დროს დაავადება ისევე მწკვედ იწყება — შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით, ხველით. ოპრეტური გამოკვლევის მონაცემები აქ მეტად ღარიბია: არ აღინიშნება არც მოყრუება, არც ბგერითი რყევის შეცვლა, არც ბრონქული სუნთქვა და კრეპიტაცია. ვიდრე ავადმყოფს არ მისცემს ფანგისფერ ნახველს და არ გამოცურის დამახასიათებელ ჰერპესს, კრუპოზული ანთების ამ ფორმის ამოცნობა ძნელია, ვინაიდან ანთებითი კერა ძალიან ღრმად არის ფალტვში. ასეთ შემთხვევაში დიაგნოსტიკაში გვეხმარება მაღალი ლეიკოციტოზი და ულტრასონოგრაფიული მონაცემები.

მოხუცებულთა კრუპოზული პნევმონია შესაძლებელია მიმდინარეობდეს ისე, რომ ავადმყოფს სიცხემ არც აუწიოს, ან შედარებით მცირე ცხელება ჰქონდეს. პერკუსიითა და აუსკულტაციით ფილტვებში დამახასიათებელი ცელილებების აღმოჩენა არ ხერხდება და მოსმენით მხოლოდ სველი ზიხინი აღინიშნება. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა კი საგრძნობლად დარღვეულია, მას აქვს შელესილი ენა ყავისფერი ნაღებით, მუცლის სიმკვრივე, მოუსვენრობა, გახშირებული პულსი და კოშინი. ავადმყოფი შეიძლება მოულოდნელად დაიღუპოს, ან კლტვის ანაბა ფილტვის დაჩირქებაში გადავიდეს.

ფრიალ ატიპობრივი მიმდინარეობა აქვს კრუპოზული პნევმონიის ასთმის ფორმებს. სტეტოსკოპულატორი მონაცემები აქაც მეტად ღარიბია. ცხელებითი რეაქცია ორგანიზმის მხრივ სუსტია, აღსანიშნავია ზოგადი ადინამია და ქოშინი.

ატიპობრივად მიმდინარეობს კრუპოზული პნევმონია მაშინ, როდესაც ის დაერთვის რომელიმე მძიმე დაავადებას — მუცლის ტიფს, მალარიას, დიაბეტს და სხვ. ძირითადად დაავადებამ შესაძლებელია იმდენად შეცვალოს პნევმონიის მიმდინარეობა, რომ მისი კლინიკური ნიშნები სრულიად წაიშალოს.

გ ა რ თ უ ლ ე ბ ა ნ ი კრუპოზული პნევმონიისა უფრო ხშირად ფილტვებისა და პლევრის მხრივ ვითარდება, ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს სხვა ორგანოებშიც. თუ პნევმონია გახანგრძლივდა, ანთებითი ინფილტრაცია დიდხანს გაგრძელდა და ექსუდატის შესრუტვა ალვეოლებში არ მოხდა, შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებისა და მისი ფილტვის ქსოვილში ჩაზრდის გამო შესაძლებელია განვითარდეს ფილტვის კ ა რ ნ ი ფ ი კ ა ც ი ა.

ხელსაყრელ პირობებში ჩირქმბადი ბაქტერიების ზეგავლენით ანთებითი კერა შეიძლება დაჩირქდეს და განვითარდეს ფილტვის აბსცესი და განგრენა. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, რომელსაც რეპისაჟული ხასიათი აქვს, ამციენებს, აქვს ოფლიანობა, ნახველის რაოდენობა დღიდან დღე მატულობს, ნახველი ჩირქოვანი ხასიათისა ხდება და მას მეტად მყრალი სუნი აქვს.

კრუპოზული პნევმონია შესაძლებელია სველი პლევრითაც გართულდეს. ხშირად უკანასკნელი ჩირქოვან ხასიათს იღებს (პ ლ ე ვ რ ი ს ე მ პ ი ე მ ა), რაც პერკუსია-აუსკულტაციის მონაცემების გარდა, რენტგენითა და პლევრის ჰუნქციით შეიძლება დადასტურდეს.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი კრუპოზული პნევმონიისა ტიპობრივ შემთხვევებში არ არის ძნელი, მაგრამ დაავადების პირველი ორი დღის განმავლობაში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაავადებას ჭერ კიდევ არ მოუცია მისთვის დამახასიათებელი ნიშნები (უანვიანი ნახველი, პერპესი, ობიექტური ცვლილებები ფილტვის მხრივ), დიაგნოზი ძნელდება. განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენს დაავადების დიაგნოზი პნევმონიის ატიპობრივ შემთხვევებში.

დაავადების უეცარი დასაწყისი ძლიერი შემციენებით, 1°-ს სწრაფი აწევით 39,0—40,0°-მდე, კვალი გვერდში, ქოშინი, სუნთქვის გაძნელება გვერდის ტკივილის გამო, მშრალი ხველა ყოველთვის ექვს ბადებს კრუპოზული პნევმონიის არსებობაზე; როდესაც ამ მოვლენებს დაემატება დამახასიათებელი ნახველი, რომელშიც აღმოვაჩინო პნევმოკოკებს დიდი რაოდენობით, პერკუსიით და აუსკულტაციით აღნიშნავთ ფილტვში მოყრუებას, გაძლიერებულ ფრემიტუსს, ბრონქულ სუნთქვასა და კრემიტაციას, ხოლო სისხლში მაღალ ლეიკოციტოზს შევამოწმებთ — დაავადების დიაგნოზი უდავო გახდება.

კრუპოზული პნევმონია პირველ დღეებში შეიძლება შეგვეშალოს რამდენიმე სხვა მწვავე ცხელებით დაავადებასთან. მალარიის პაროქსიზმი, შებრუნებითი ტიფი, პარტახტიანი ტიფი შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზი აღმოჩნდეს. შებრუნებითი ტიფისა და მალარიის გამოჩენილება შესაძლებელია სისხლის სქელი წვეთის გამოკვლევით სისხლის პარაზიტებზე. არც შებრუნებითი, არც პარტახტიანი ტიფისათვის არ არის დამახასიათებელი ისეთი მაღალი ლეიკოციტოზი, როგორც კრუპოზულ პნევმონიას ახასიათებს; მალარიის დროს კი ადგილი აქვს ლეიკოპენიას. კრუპოზული პნევმონიისათვის დამახასიათებელი

ლი ხველა, ქოშინი და სახის ციანოზური ელფერი მეტად დიდ დახმარებას გვიწევს ასეთ შემთხვევებში სწორი დიაგნოზის დასამუშ.

ზოგჯერ შეცდომის მიზეზი ე. წ. ტუბერკულოზური ობობობა რომელმაც შეიძლება ფიზიკალურად ისეთივე ნიშნები მოგვცეს, როგორც კრუპოზულმა პნევმონიამ. ასეთ შემთხვევაში დიდ დახმარებას გვიწევს ნახველის გამოკვლევა ტუბერკულოზის ჩხირებზე და ფილტვების რენტგენოსკოპია.

უფრო მოგვიანებით პერიოდში შეიძლება დაგვიპირდეს დიფტერიის ციანოზური დიაგნოსტიკა შეერთებულ კეროვან პნევმონიასთან. აქ არც ლეიკოციტოზს, არც პერკუსია-აუსკულტაციის მონაცემებს, არც ფილტვების გაშუქებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს. დამახასიათებელი მულმივი ტიპის ცხელება, პერაესი, დამახასიათებელი ნახველი და, რაც მთავარია, ნახველში პნევმოკოკების დიდი რაოდენობით აღმოჩენა, რაც კრუპოზული პნევმონიისათვის უფრო დამახასიათებელია, შევლის დიაგნოზს.

ყოფილა შემთხვევები, როდესაც მწვავედ დაწყებული და მიმდინარე ექსუდატური პლევრიტი ექიმებს კრუპოზულ პნევმონიად მიუჩნევიათ, ვინაიდან ტივილი გვერდში, მშრალი ხველა, ქოშინი, პულსის აჩქარება, მაღალი მულმივი ტიპის ცხელება და მოყრუება შეიძლება ერთ შემთხვევაშიც იყოს და მეორეშიც; მაგრამ დაკვირვებული გასინჯვისას დავრწმუნდებით, რომ მოყრუება პლევრიტის დროს აბსოლუტური ხასიათისაა, გულ-მკერდის ბგერითი რყევა პნევმონიისაგან განსხვავებით შესუსტებულია, ბრონქული სუნთქვა (რაც პლევრიტის დროს ფილტვის ატელექტაზის შედეგია) შორიდან მოისმის და ადგილი აქვს გულის ცთომას. დიაგნოზის საკითხს სწვევტს რენტგენოსკოპია.

პროგნოზი კრუპოზული პნევმონიისა სერიოზულია. ფილტვის კრუპოზული ანთება ყოველთვის მძიმე დაავადებად ითვლებოდა და სიკვდილიანობის საკმაოდ დიდ პროცენტს იძლეოდა, ვიდრე არ იქნა შემოღებული სულფიდინით მკურნალობა. ავადმყოფობის მიმდინარეობა და გამოსავალი, ინფექციის ვირულენტობის გარდა, დამოკიდებულია ორგანიზმის მდგომარეობაზე, ავადმყოფის ასაკზე, დაავადების გართულებებზე; დროულ დიაგნოზზე და წესიერ მკურნალობაზე.

მოხუცებულები, გულისა და სისხლძარღვთა დაავადებით შეპყრობილი პირები, ალკოჰოლიკები, ფილტვებით ქრონიკულად დაავადებულები, დიაბეტიკები ცუდად იტანენ კრუპოზულ პნევმონიას და ასეთ შემთხვევებში ზემოაღწერილი გართულებანი უფრო მოსალოდნელია. ასაკს დიდი მნიშვნელობა აქვს კრუპოზული პნევმონიის პროგნოზისათვის. 50 წლის ზევით ის უკვე საშიშ ავადმყოფობას წარმოადგენს და სიკვდილიანობის მეტ პროცენტს იძლევა. ბევრია დამოკიდებული პნევმოკოკის ტიპზე. პნევმოკოკის II ტიპით გამოწვეული კრუპოზული პნევმონია, სტატიისტიკური აღირისთვის თანახმად, თითქოს სიკვდილიანობის მეტ პროცენტს უნდა იძლეოდეს.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ სულფამიდებმა და ანტიბიოტიკებმა სრული გადატრიალება გამოიწვია კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობის საქმეში და ამჟამად პროგნოზი ბევრად უფრო მსუბუქი გახდა. თუ სულფამიდების აღმოჩენამდე კრუპოზული პნევმონია საშუალოდ სიკვდილიანობის 16—18% იძლეოდა, ამჟამად დროული დიაგნოზისა და წესიერი მკურნალობის შედეგად ეს რიცხვი 1—2%-მდე შემცირდა.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. სულფამიდური პრეპარატების შემოღებამდე, კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობა უმთავრესად სიმპტომატური ხასიათისა იყო. ირგვლივ კოტონშები, სათბური კომპრესი გულ-



მკერდზე, ხველის დამაყუჩებელი საშუალებანი დაავადების პირველ დღეებში და ამოსახველებელი წამლები შემდეგში, საპირობის შემთხვევაში გულის მუშაობის ამგზნები ენერგიული საშუალებები განსაზღვრავდნენ მედიცინის შესაძლებლობას ამ დაავადების დროს. ამასთანავე ერთად რაციონალური კვება და კარგი მოვლა, რასაც დღესაც არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაში, აუცილებელ პირობას წარმოადგენდა და წარმოადგენს ავადმყოფების გაჯანსაღების საქმეში.

ავადმყოფის ოთახის ხშირი განიავება, ზომიერი  $1^{\circ}$  ოთახში ( $16-17^{\circ}\text{C}$ ), მოხერხებული საწოლი, სიჩუმის დაცვა დღისით და ღამით, ავადმყოფის სუფთად შენახვა — აუცილებელ საპირობებს წარმოადგენს.

საკვები უნდა იყოს ნოყიერი და ადვილად მოსანელებელი. ამისათვის ავადმყოფს უნდა მიეცეს 4—5-ჯერ დღეში — რძე, მაწონი, ფაფები, კარაჭი, თათარი, კომპოტი, თეთრი პური, გოგლიმოგლი, თოხლო კვირცხი, მოხარშული ქათმის ხორცის წვენი, არაყანი, ხილი, ყურძნის წვენი და ვიტამინები.

აუცილებელია სითხის დიდი რაოდენობით მიცემა (2—3 ლიტრი დღე-ღამის განმავლობაში). ამ მიზნით კარგია წყალი ხილის სიროფით, ჩაი, მორსი, ბორჯომის წყალი, ლიმონათი. ღვინის სმას დაჩვეულ ავადმყოფებს საჭიროა მიეცეს ერთი-ორი საღვინე ჭიქა ღვინოც ან კონიაკი ჩაისთან ერთად და შამპანური. ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს საწოლიდან წამოდგომა, ზოგჯერ წამოჭდომაც, ვინაიდან ყოფილა შემთხვევები, როდესაც კრუპოზული პნევმონიით ავადმყოფი წამოდგარა ლოგინიდან და უეცრად მომკვდარა გულის დამბლის გამო.

სიმპტომატურ მკურნალობასთან ერთად სულფამიდების შემოღებამდე საკმაო გამოყენება ჰპოვა კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობამ სპეციფიკური შრატით, რომელიც განსაკუთრებით ეფექტური შეიქნა მას შემდეგ, რაც დამუშავდა ტიპოსპეციფიკური შრატების გამოყენების მეთოდოცა. გამოირკვა, რომ განსაკუთრებით ეფექტანია შრატი I და II ტიპის პნევმოკოკებით გამოწვეული კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაში. შრატის გაყვება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია მიზანშეწონილი, თუ ის შეეფარდება კრუპოზული პნევმონიის გამომწვევე პნევმოკოკის ტიპს; წინააღმდეგ შემთხვევაში მისი ეფექტიანობა საეჭვოა.

სხვადასხვა ავტორების დაკვირება გვიჩვენებს, რომ შრატით მკურნალობა კრუპოზული პნევმონიით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროცენტს 2—3-ჯერ ამცირებს.

შრატით მკურნალობის აუცილებელი პირობაა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში პნევმოკოკის ტიპის გამორკვევა, რაც ზოგჯერ არ ხერხდება სათანადო ლაბორატორიული პირობების უქონლობის გამო. გარდა ამისა, შრატით მკურნალობა ზოგჯერ წინააღმდეგნაჩვენებია ორგანიზმის სენსიბილიზაციის დროს ცილების მიმართ, ფილტვების ტუბერკულოზის აქტიური ფორმის დროს, გულის ზოგი დაავადების შემთხვევებში და სხვ. ამასთან, შრატით მკურნალობას ხშირად ე. წ. შრატის ავადმყოფობა მოსდევს, ამიტომ გასაგები ხდება, თუ რატომ ვერ ჰპოვა დიდი გავრცელება კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობამ შრატით.

ობტოჟინით და ქინაჟინით მკურნალობა დღეს უკვე მიტოვებულია.

სულფონამიდებით მკურნალობა ფილტვის კრუპოზული ანთებისა დღეს ყველას მიერ სპეციფიკურ ქიმიოთერაპიად არის აღიარებული. სულფამიდიანი, რომელიც პირველად 1938 წ. იხმარეს, მეტად ეფექტური გამოდგა კრუპოზული პნევმონიის წინააღმდეგ. საბჭოთა კავშირში ეს პრეპარატი 19. შინაგანი სნეულბანა.

ტი სულფიდინის სახელწოდებით დაამზადეს და მან სწრაფად მოიპოვა კრუპოზული პნევმონიის წინააღმდეგ შესანიშნავი საშუალების სახელი. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ პირველად სულფიდინი დამზადდა საბჭოთა კავშირში — პოსტოვსკის მიერ და შემდეგ მისგან დამოუკიდებლად ინგლისელების — ფილიპსისა და ევანსის მიერ (სულფაპირიდინის სახელწოდებით).

სულფიდინის გამოყენების პირველივე ცდებმა ცხადყო მისი დიდი ეფექტიანობა კრუპოზული პნევმონიის დროს. ის წყვეტს ავადმყოფობას 24—32 საათის განმავლობაში; სიცხე კლებულობს თანდათანობით, კლებულობს მადისა და სუნთქვის სიხშირე, უმჯობესდება ავადმყოფის მდგომარეობა, მცირდება ტოქსემიის მოვლენები.

მაგრამ საჭიროა კარგად გვახსოვდეს უდავო დებულება, რომ სულფიდინი მოქმედებს კარგად მხოლოდ მაშინ, თუ ის მიეცემა ავადმყოფს დროულად, ავადმყოფობის პირველ დღეებში და სრული დოზებით.

რატომ უნდა ჩვენ არ უნდა ვთქვათ უარი სულფიდინის მიცემაზე დაავადების მოგვიანებით პერიოდშიც, მაგრამ განსაკუთრებით კარგი შედეგი შეიძლება მივიღოთ მაშინ, თუ სულფამიდები მიეცემა ავადმყოფს არა უგვიანეს მე-4 დღისა კრუპოზული პნევმონიის დაწყებიდან.

ყოველგვარი გადახრა სულფიდინის დოზისა და მიცემის ვადებისაგან იწვევს წამლის ეფექტიანობის შემცირებას; უფრო მეტიც, თუ ის პატარა დოზებით და დიდი ინტერვალებით მიეცემა, შეიძლება სრულიად უეფექტოც დარჩეს.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ პრაქტიკამ ცხადყო სულფიდინის ტოქსიკურობაც. ციანოზი, თირკმლის კოლიკა, ჰემატურია, ფსიქოზი, ლეიკოპენია. აგრანულოციტოზი და, რაც უფრო ხშირია, გულსრევა და პირსაქმება შესაძლოა განვითარდეს სულფიდინით მკურნალობის დროს. ამიტომ ჩვენმა ფარმაკოპიდიურმა მრეწველობამ დაამზადა სულფამიდების ნაკლებ ტოქსიკური პრეპარატები: სულფაზოლი, ნორსულფაზოლი ანუ სულფათიაზოლი, სულფაზინი ანუ სულფადაზინი, რომლებიც მოკლებულია ამ ტოქსიკურ თვისებებს და უფრო ნაზად მოქმედებს ორგანიზმზე; მხოლოდ ეს პრეპარატები უნდა მიეცეთ უფრო დიდი რაოდენობით, ვიდრე სულფიდინი. ამჟამად სულფიდინი თითქმის აღარ იხმარება.

მოწოდებულია სულფიდინით მკურნალობის შემდეგი სქემა:

I დღე—პირველ მიღებაზე—2 გრამი, შემდეგ ყოველ 4 საათში (დღისით და ღამით) — თითო გრამი (სულ 7 გრამი);

II დღე — თითო გრამი ყოველ 4 საათში (სულ 6 გრამი);

III დღე — თითო გრამი ყოველ 6 საათში (სულ 4 გრამი);

IV დღე — თითო გრამი ყოველ 8 საათში (სულ 3 გრამი);

V და VI დღე —  $\frac{1}{2}$  გრამი ყოველ 6 საათში (სულ 2 გრამი).

ამრიგად, სულფიდინის საერთო რაოდენობა ერთ კურსზე არ უნდა აღემატებოდეს 23—25 გრამს.

სულფიდინის მიღება საჭიროა ბორჯომის ან სოდიანის წყლით. სასურველია სითხის ბლომად მიღება (არა ნაკლებ 2 ლიტრისა დღე-ღამეში).

სულფაზინის, სულფაზოლისა და ნორსულფაზოლის მიცემა საჭიროა შემდეგ დოზებში:

I დღე — პირველი მიღება — 2 გრ, 3 საათის შემდეგ კიდევ 2 გრამი, შემდეგ ყოველ 3 საათში თითო გრამი (სულ 10 გრამი);

II დღე — თითო გრამი ყოველ 3 საათში (სულ 8 გრამი);

III დღე — თითო გრამი ყოველ 4 საათში (სულ 6 გრამი);

IV დღე — თითო გრამი ყოველ 6 საათში (სულ 4 გრამი);

V დღე — თითო გრამი ყოველ 8 საათში (სულ 3 გრამი);

სულფამიდების ხმარების პერიოდში ავადმყოფმა არ უნდა მიიღოს საფალარათო ინგლისური მარილი სულფ-მეტემოგლობინის წარმოშობის თავიდან ასაცილებლად.

სულფამიდებით მკურნალობის პროცესში შესაძლებელია ავადმყოფს ციანოზი დაემჩნეს ან ძლიერი პირსაქმება დაეწყოს, ან სისხლი გამოაჩნდეს შარდში. უფრო იშვიათ შემთხვევაში ავადმყოფს შეიძლება ლეიკოპენია და აგრანულოციტოზი განუვითარდეს. ყველა ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სულფამიდებით მკურნალობის შეწყვეტა.

სულფამიდები ხშირად იწვევენ უმადობას, მაგრამ იმ სასიკეთო გავლენასთან შედარებით, რომელსაც ისინი ახდენენ ორგანიზმზე, ეს მცირე არასასიამოვნო მოვლენა მხედველობაში მისაღები არაა.

ზემოაღნიშნული მძიმე გართულებანი სულფამიდებით მკურნალობის დროს შედარებით იშვიათია.

ის აზრი, თითქოს სულფამიდები ცუდად მოქმედებენ გულზე, სრულიად უსაფუძვლოა და ის, არა თუ სალი გულის მქონე ავადმყოფს, არამედ გულით დაავადებულსაც, სრულიად უშეშრად მიეცემა.

მთავარ წინააღმდეგობას სულფამიდოთერაპიისათვის წარმოადგენს ცვლილებები სისხლის მხრივ (ლეიკოპენია, ნეიტროპენია) და ნეფრიტი (განსაკუთრებით ჰემატურიის მოვლენებით).

თუ სულფამიდებით მკურნალობის დროს ავადმყოფს მძიმე ცვლილებები განუვითარდა სისხლის მხრივ, საუკეთესო საშუალებაა ამ დროს სისხლის გადასხმა და ჰეპატონის, ან კამპოლონის ინექციები.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ მრავალი წლის განმავლობაში სხვადასხვა დაავადებათა სულფამიდებით მკურნალობამ გვიჩვენა, რომ შიში ზემოხსენებული გართულებების წინაშე გადაჭარბებულია და, ჩამოთვლილი თანამოვლენების (ციანოზი, გულისრევა, პირსაქმება) გარდა, რაიმე გართულება იშვიათ შემთხვევაშია მოსალოდნელი. ამიტომ სრულიად გამართლებულია სულფამიდების დანიშვნა მაშინაც კი, როდესაც მხოლოდ ეჭვი დაიბადება პნევმონიაზე.

სულფამიდებს ბავშვები და დასუსტებულები, ხშირად მოხუცი ავადმყოფებიც კი, კარგად იტანენ და მათ ხმარებაზე, თუ კი ისინი ნაჩვენებია, უარი არ უნდა ეთქვათ, ვინაიდან სულფიდინი უფრო ტოქსიკური აღმოჩნდა, ვიდრე სხვა სულფამიდური პრეპარატები (სულფაზოლი, ნორსულფაზოლი, სულფადაიზინი), ამიტომ უმჯობესია ისინი ვიხმაროთ.

აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ სულფამიდები უეფექტოა კრუპოზული პნევმონიის ზოგიერთი ფორმის დროს (ე. წ. სულფამიდორეზისტენტული ფორმები). პნევმოკოკების ზოგიერთი, სულფამიდების გამძლე შტამებით და ფრიდლენდერის დაპრობაციით გამოწვეული კრუპოზული პნევმონია არ იკურნება სულფამიდებით და ასეთ შემთხვევებში წამლობის საკითხი უნდა გადასინჯული იქნეს — სულფამიდები უნდა შეიცვალოს ან მათ დაემატოს სხვა სა-

შუალელები. ასეთ შემთხვევებში არ უნდა დავივიწყოთ შრატით მკურნალობა. უკანასკნელ წლებში კრუპოზული პნევმონიის მიძიმე, სულფამიდების გამძლე ფორმების მკურნალობა ნაჩვენებია პ ე ნ ი ც ი ლ ი ნ ი თ ა ც.

კრუპოზული პნევმონიის ბაქტერიემიით მიმდინარე ფორმებო, სულფამიდების გამძლე ფორმები, ის შემთხვევები, სადაც სულფამიდების დანიშვნა წინააღმდეგნაჩვენებია, ან არ არის მიზანშეწონილი პრეპარატის თანამოვლენების გამო, სადაც მოსალოდნელია ჩირქოვანი გართულებები (აბსცესი, განგრენა, პლევრის ემპიემა), პენიცილინით მკურნალობას მოითხოვს. მართალია, უკანასკნელი არ შეიძლება სპეციფიკურ საშუალებად ჩაითვალოს კრუპოზული პნევმონიის დროს, მაგრამ დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ ის მძლავრი თერაპიული საშუალებაა პნევმონიის შემთხვევაშიც და მის გამოყენებაზე უარი არ უნდა ვთქვათ.

პენიცილინის დოზირება აქაც უნდა ჩვეულებრივი იყოს: არანაკლები 100 ათასი ერთეულისა ყოველ 3 საათში.

ჰიპოქსემიის მოვლენებთან საბრძოლველად კრუპოზული პნევმონიის დროს კარგ საშუალებას წარმოადგენს ქ ა ნ გ ბ ა დ ი თ მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა (ოქსიგენოთერაპია). ქანგბადი უნდა ეძლეოდეს ავადმყოფს არა სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში, როგორც ეს ზოგჯერ ხდება, არამედ ჰიპოქსემიის მოვლენების დაწყებიდანვე (იხ. ავადმყოფის მოვლა — ქანგბადის ხმარება).

ყველა ამ ეფექტურ თანამედროვე საშუალებებთან ერთად კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაში საჭირო ხდება აგრეთვე სიმპტომატურ საშუალებათა ფართოდ გამოყენებაც.

მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს გულის მუშაობას და სათანადო ჩვენებების დროს საჭიროა გულის საშუალებების დანიშვნა. ამისათვის კარგია ქაფური, კოფეინი, სტრიქნინი:

Rp. Ol. Camphorae 20%  
in ampul. steril.  
N 20  
D.S. 2—2 მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Coffeini natr. ben. 20%  
in ampul. steril.  
N 10  
D.S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Stychnini nitrici 0,1%  
in ampul. steril.  
N 10  
D.S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Sympatholi 10%  
in ampul. steril.  
N 10  
D.S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Adrenalini hydrochl. 0,1%  
in ampul. steril.

N 10

D.S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Digaleni-Neo in ampul. steril.

N 10

D.S. თითო მლ კანქვეშ

სათითურას პრეპარატების დანიშვნა შიგნით უმრავლესობის აზრით უმიზ-  
ნაა, ხოლო იმ შემთხვევაში, როდესაც კრუპოზული პნევმონიით დაავადებულს  
გულის მანკი აქვს, თუნდაც მას დეკომპენსაციის მოვლენები არა ჰქონდეს, დაა-  
ვადების პირველ დღიდანვე მას უნდა მიეცეს Pulw. fol. Digitalis 0,1 დღეში  
სამჯერ (გელშტეინი და ზელენინი).

კარგია გლუკოზის 40%-ნი ხსნარის ყოველდღიურად 20—30 მლ რაოდე-  
ნობის ინექცია ვენაში, რაც ბევრის აზრით, ინსულინის 10 ერთეულის კანქვეშ  
შეშხაპუნებასთან ერთად, კარგად მოქმედებს კრუპოზულ პნევმონიაზე. გარდა  
ყოველივე ამისა, საჭიროა ნარკოტიკული საშუალებების დანიშვნა ხველის წი-  
ნაალმდეგ. ტკივილების დასაყუჩებლად კარგად მოქმედებს კოტროშები ირგე-  
ლივ ან უმჯობესია სათბური კომპრესია.

Rp. Codeini phosphor. 0,015

Natrii bicarbonici 0,2

M.f.p. D.t.d. N 12

S. თითო ფხენილი 3-ჯერ დღეში

Rp. Dionini 0,2

Aq. Laurocer. 20,0

M.D.S. 12—15 წვეთი

3-ჯერ დღეში

Rp. Dicodidi 0,005

Luminali 0,1

M. f. p. D. t. d. N 12

S. თითო ფხენილი ძილის წინ

Rp. Dicodidi 0,005

Sacchari albi 0,2

M. f. p. D. t. d. N 12

S. თითო ფხენილი 3-ჯერ დღეში

თუ ავადმყოფი აგზნებულია, საჭიროა ბრომიდების დანიშვნა. ხოლო უძი-  
ლობის დროს — საძილე საშუალებები.

Rp. Bromurali 0,3

M. f. p. D. t. d.

N 10

S. თითო ფხენილი ძილის წინ

Rp. Medinali 0,3

M. f. p. D. t. d.

N 10

S. თითო ფხენილი ძილის წინ

თუ ავადმყოფს ნახველი ამოაქვს, დაავადების დაწყების 4—5 დღიდან შეიძლება ამოსახველებელი მიეცეთ (იხ. თავი ბრონქიტის შესახებ).

ფილტვების შეშუპების მოვლენების განვითარების დროს აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს სისხლის გამოშვება არა ნაკლებ 400—500 მლ რაოდენობით, გულის საშუალებების (კორაზოლის და კორდიამინის) ენერგიული ხმარება და გლუკოზის ხსნარი ვენაში.

უნდა ითქვას, რომ საბედნიეროდ სულფამიდიოთერაპიამ იმდენად შეამსუბუქა კრუპოზული ანთების მიმდინარეობა, რომ ამჟამად სულფამიდების გარდა იშვიათად გვევლინება რაიმე სხვა სამკურნალო საშუალებების ხმარება. ავადმყოფი უფრო ხშირად აღვილად იტანს ავადმყოფობას, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მოვლა და გაფრთხილება მაინც საჭიროა.

სულფამიდების შემოღებამდე ავადმყოფი სულ ცოტა ორი კვირა მაინც უნდა წოლილიყო ლოჯინში სიცხის დაკლების შემდეგ. ამჟამად, დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობის შემთხვევაში, ავადმყოფი შეიძლება მე-7—10 დღეზე ავადმყოფობა საწოლიდან.

პროფილაქტიკის მიზნით კარგია ორგანიზმის ტრენირება, განსაკუთრებით იმ პირებისათვის, რომლებსაც მიღრეკილება აქვთ „გაცივებისადმი“, ფიზკულტურა და სპორტი მატებენ ორგანიზმს წინააღმდეგობის უნარს და ამცირებენ პნევმონიის დაავადების სისშირეს. ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია სავალდებულოა.

### ფილტვის ქიროვანი, წილაკოვანი ანთება (Pneumonia lobularis)

ფილტვების კეროვანი ანუ წილაკოვანი ანთება ხშირ დაავადებას წარმოადგენს და ხასიათდება ფილტვის წილაკებში (lobulus) ანთებით, რომელიც ცალკე კერების სახით ვითარდება; ამიტომ ანთების ამ ფორმას ეწოდება წილაკოვანი ანუ კეროვანი ანთება. დღემდე ასეთი ფორმის ანთება ცნობილია კატარალური ანთების ანუ ბრონქოპნევმონიის სახელწოდებით, მაგრამ ამ სახის ანთება ანატომიურად არ წარმოადგენს კატარს და ყოველთვის ბრონქიტის ან ბრონქიოლიტის შედეგად არ ვითარდება. ამიტომ, უფრო სწორია, მას კეროვანი ანუ წილაკოვანი პნევმონია ეწოდოს.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. როგორც ზემოთ უკვე აღნიშნული იყო, ბრუნქიტის ან ბრონქიოლიტის შედეგად შეიძლება, როგორც გართულება, განვითარდეს ფილტვის ანთება. უკანასკნელი ხშირად ერთვის მთელი ინფექციური სნეულებებს — წითელას, ყვიანახველას, მუცლის ტიფს, პარტიბტიან ტიფს და ბუერ სხვა ინფექციას. ხშირია კეროვანი პნევმონია ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ, უცხო სხეულის ჩასუნთქვის შედეგად (ასპირაციული პნევმონია), საბრძოლო მომწამვლელი ნივთიერებებით მოწამვლისას. მაგრამ რა პირობებშიც არ უნდა განვითარდეს ფილტვების კეროვანი ანთება, მის განვითარებაში ყოველთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ზედა სასუნთქ გზებში არსებულ ინფექციას. პნევმოკოკი, კატარული მიკროკოკი, სტრეპტო-სტაფილოკოკი, ფრიდლენდერის დიპლობაცილა, პფეიფერის ბაცილა და სხვადასხვა ვირუსული ინფექცია ამა თუ იმ შემთხვევაში კეროვანი პნევმონიის გამომწვევი მიზეზია. ხშირად იწვევს კეროვან პნევმონიას X ჯგუფის პნევმოკოკებიც.

უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ ზოგიერთი ინფექციური დაავადების მიმდინარეობაში განვითარებული კეროვანი პნევმონია შესაძლებელია გამოწვე-

ული იყოს ამ ინფექციის გამომწვევი ბაქტერიული ფლორით, რომელიც, ჩვეულებრივ, სასუნთქ გზებში აღნიშნული ინფექციით დაავადების გარეშე არ არის ხოლმე (მაგ., მუცლის ტიფი).

მაგრამ კეროვანი პნევმონია განსაკუთრებით ხშირია გრიპის ნიადაგზე. კავშირი გრიპსა და ფილტვის კეროვან ანთებას შორის ხშირად იმდენად აშკარაა, რომ ასეთ შემთხვევებში მას გრიპოზულ პნევმონიას უწოდებენ.

როგორც ვხედავთ, ფილტვის კეროვან ანთებას მრავალი მიზეზი იწვევს და ხშირად ამ პნევმონიას, რომელიც თავს იჩენს როგორც გართულება სხვადასხვა დაავადებათა მიმდინარეობაში, გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ძირითადი დაავადების შემდგომი მიმდინარეობისა და გამოსავლისათვის.

პათოლოგიური ანატომია. ფილტვების კეროვანი ანთება, როგორც ზემოთ აღნიშნული იყო, ფილტვის ცალკე წილაკების ანთებით ხასიათდება და ამით განსხვავდება კრუპოზული პნევმონიისაგან. თუ ლობარული პნევმონია ფილტვის მთელ წილს მოიცავს, კეროვანი პნევმონიის დროს ადგილი აქვს პატარა ანთებითი კერების განვითარებას. ეს კერები ლოკალიზდება აცინუსებში მათი შეერთებით წარმოიშვება ალუბლის კურკისტოლა ან თხილისტოლა-კერები (აცინოზურ-ნოდოზური პნევმონია). რამდენიმე ასეთი კერა შესაძლებელია შეერთდეს და წარმოქმნას მთელი წილის ანთებითი კერა ე. წ. ფსევდო-ლობარული პნევმონია. ასეთი შეერთებულნი (confluens) კერა შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე, ერთ ან ორივე ფილტვში. კეროვანი პნევმონია უპირატესად ერთი ან ორივე ფილტვის ქვემო წილში ვითარდება.

მიკროსკოპული გამოკვლევა ცხადყოფს ბრონქებისა და ბრონქიოლების მონაწილეობას ანთებით პროცესში: ბრონქების სანათურების ლორწოვანი სეკრეტით დაცობის გამო სათანადო ალუეოლები ცარიელდება, იფუშება, მათ კედლებში ალუეოლარული ეპითელიუმის დესკვააცია ვითარდება, წარმოებს ლეიკოციტებისა და ერთროციტების ემიგრაცია. ფიბრინის გამოყოფა ან სულ არ ხდება, ან მეტად მცირეა. ანთებად გამონაჟონს უმეტეს შემთხვევებში არა აქვს ჰემორაგიული ხასიათი, ამიტომ განაკვეთზე ანთებით უბანს არა აქვს მოწითალო ფერი, როგორც კრუპოზული პნევმონიის დროს და ის უფრო ბაცი ვარდისფერია.

კლინიკა. კეროვანი პნევმონია უფრო ხშირად შეუმჩნევლად და თანდათანობით იწყება. რამდენადაც კეროვანი პნევმონია უფრო ხშირად მეორადი მოვლენაა და ვითარდება, როგორც რაიმე სხვა დაავადების დამატება, იმდენად, ცხადია, პირველ ხანებში ჰარინობენ ძირითადი დაავადების ნიშნები. ხშირად მას წინ უძღვის ბრონქიტის ან ლარინგო-ტრაქეო-ბრონქიტის ან კიდევ ბრონქიოლიტის მოვლენები ასეთ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს აქვს პატარა სიცხე, ხველა, ნახველის შედარებით მცირე რაოდენობა და არც თუ ძალიან დარღვეული საერთო მდგომარეობა, ძირითადი ავადმყოფობის კეროვანი პნევმონიით გართულებისას, მას შეამკვივნებს, თუმცა არა ისე ძლიერ, როგორც კრუპოზული პნევმონიის დროს; სიცხე 39,0—40°-მდე აუწევს, ხველა და ნახველის რაოდენობა ემატება, ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს გვერდში და მისი საერთო მდგომარეობაც შედარებით მძიმე ხდება.

ავადმყოფს გახშირებული პულსი აქვს, ემჩნევა ქოშინი, ზოგჯერ ციანოზი: ნახველი ლორწოვან-ჩირქოვანი ხასიათის არის, ზოგჯერ შიგ სისხლის წებრილები ან ძაფებია, მაგრამ ის არასოდეს არ არის ყვითელი, ქანგისფერა და ისე

შეზღვევა, რომ ავადმყოფს პირში ეგლისებოდეს. პერპესი ამ დროს კრუპოზულ პნევმონიასთან შედარებით გაცილებით უფრო იშვიათია.

ცხელება კეროვანი პნევმონიის დროს მეტად ატიპობრივია. ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფს პატარა სიცხე აქვს, ზოგჯერ კი შეიძლება მაღალ დონემდე აღწევდეს. ცხელება ხან რემისიულია, ხან ინტერმისიული, დღის განმავლობაში რამდენიმეჯერ იწვეს, შემდეგ კი სუბფებრილურ ციფრებამდე ან ნორმამდე ჩამოდის. შესაძლებელია 5—10 დღის ცხელების შემდეგ 1° რამდენიმე დღით ნორმამდე დაიწიოს, შემდეგ კი, ახალი პნევმონიური კერების გაჩენის შედეგად, ისევ გამწვავდეს.

ცხადია, ცხელების მიმდინარეობა დამოკიდებულია იმაზე, განვითარდა კეროვანი პნევმონია, ვთქვათ, რომელიმე ინფექციური დაავადების გართულების სახით, თუ ის პირველადი დაავადებაა, ან კიდევ, დაერთო ისეთ დაავადებას, რომელიც ცხელებით არ მიმდინარეობს, თუ პირიქით. მაგალითად, ტიფის დროს კეროვანი პნევმონია ვერ შეცვლის ტიფისათვის ჩვეულ ცხელებას.

ფილტვების გამოკვლევისას შეიძლება ზოგჯერ აღინიშნოს დაავადებულ მხარის ჩამორჩენა სუნთქვის დროს.

თუ ანთებითი კერები წვრილი და გაფანტულია, პერკუსიით ფილტვის ცვლილებები არ აღინიშნება; თუ კი ანთებითი კერები შედარებით დიდია ან ადგილი აქვს მათ შეერთებას, ამ შემთხვევაში პერკუსიით აღინიშნება სხვადასხვა ზომით გავრცელებული მოყრუება, სადაც გულ-მკერდის ბგერათი რყევა გაძლიერებულია. სუნთქვა ზოგან მკვრივია, ზოგან შესუსტებული, მოყრუების უბნებში შეიძლება სუნთქვას ბრონქული ელფერი ჰქონდეს. ფილტვების ობიექტური გამოკვლევის მონაცემებიდან კეროვანი პნევმონიის დროს უფრო დამახასიათებელია სველი ხიხინი, რომელიც აღინიშნება მშრალ ხიხინთან ერთად ფილტვის ამა თუ-ამ უბანში. წვრილი და საშუალო ბუშტუკოვანი სველი ხიხინი, ხშირად გახშირებული (კონსონანური) ან კრეპიტაცია მოყრუების არეში მიუთითებს პნევმონიურად კერის არსებობაზე.

რამდენიმე დღის განმავლობაში ფილტვების ამა თუ იმ ადგილას აღნიშნული სტეტოსკოპული მონაცემები შეიძლება გაქრეს, 1° დაიწიოს, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდეს, პულსისა და სუნთქვის სიხშირე ნორმას დაუბრუნდეს; მაგრამ ავადმყოფის ასეთი მოკვებითი გამომოკებითი რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფობა შეიძლება ისევ გამწვავდეს, 1° აიწიოს და ფილტვის ახალ უბანზე გამოჩნდეს ისეთივე მოვლენები — ხიხინი, მოყრუება და სხვ. ასეთი მოკვებითი პნევმონიის (Pneumonia migrans) ხასიათი კეროვანმა ანთებამ შეიძლება ხშირად მიიღოს. ამრიგად, ავადმყოფობამ შეიძლება ერთ თვეს და მეტსაც გასტანოს.

კეროვანი პნევმონია არ თავდება კრიზისით, როგორც კრუპოზული პნევმონია. მას ახასიათებს 1°-ის თანდათანობითი განელება (ლიზისი) და ყველა კლინიკური მოვლენების თანდათანობით გაქრობა.

ფილტვების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კეროვანი პნევმონიების დროს არაფერს გვაძლევს, თუ კერები მეტად პატარაა, ხოლო თუ კერები დიდი ან ერთიმეორესთან შეერთებულია, ამ შემთხვევებში აღინიშნება გაფანტული დაჩრდილვები უფრო ფილტვების ქვემო და შუა არეებში და პილუსების ახლო უბნებში. პილუსების ჩრდილი ყოველთვის გაძლიერებულია.

სისხლის მხრივ აღსანიშნავია ზომიერი ლეიკოციტოზი — 9000—12000-მდე 1 კბ. მ. მ., ნეიტროფილოზი, ზოგჯერ ლეიკოპენიაც.



შარდი ცვლილებებს არ იძლევა. ნახველში შეიძლება ვნახოთ სხვადასხვა მიკრობები, მაგრამ პნევმოკოკების რაოდენობა არასოდეს არ არის ისე დიდი, როგორც კრუპოზული პნევმონიის დროს.

ამრიგად, კეროვანი პნევმონიის კლინიკური სურათი მეტად მრავალფეროვანია და მიმდინარეობა კი ფრიად ატიპობრივი.

ცნობიერების დაბნელება, ბოღვა, დაუძლურება და გულის დასუსტების მოვლენები კეროვან პნევმონიას ზოგჯერ ისევე ახასიათებს, როგორც კრუპოზულს, განსაკუთრებით თუ კეროვანი პნევმონია მოხუცებულს ან რაიმე დაავადებით დასუსტებულ პირს შეხვდა; ხოლო სამიწროება კეროვანი პნევმონიის დროს არანაკლებია, ვიდრე ფილტვის კრუპოზული ანთების დროს, მით უმეტეს რომ ამ ფორმის პნევმონიას ხშირად მძიმე გართულებებიც ახლავს.

ბევრად დამოკიდებული იმაზე, თუ კეროვანი პნევმონიის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე. ამის მიხედვით კლინიკური სურათიც რამდენადმე განსხვავდება ერთიმეორისაგან.

მწვავე ინფექციური დაავადების შედეგად განვითარებული კეროვანი პნევმონია, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, მიმდინარეობს იმის მიხედვით, თუ რომელ ინფექციას დაერთო ის. ცხადია, ისეთი მძიმე ინფექციური დაავადება, როგორც მუცლისა და პარტახტიანი ტიფია, მძიმე ფორმის წითელა და სხვ. ასუსტებს ორგანიზმს, აწვეითებს მის იმუნო-ბიოლოგიურ თვისებებს და ამძიმებს კეროვანი პნევმონიის მიმდინარეობას. განსაკუთრებით საყურადღებოა გრიპოზული პნევმონიის ფორმები, რომლებიც ვირუსული გრიპის შედეგად ვითარდება. აღსანიშნავია, რომ გრიპოზული პნევმონია სხვადასხვა სიმძიმით მიმდინარეობს და დამოკიდებულია ავადმყოფის ორგანიზმის მდგომარეობაზე. გრიპოზული პნევმონია მეტყვეობს მსუბუქი, მცირე გავრცელების ფორმებიდან უფრო მძიმე და ზოგჯერ კემორაგულ ფორმებად, როდესაც სულ რამდენიმე დღის განმავლობაში ავადმყოფს უვითარდება პნევმონიის უმძიმესი მდგომარეობა, სისხლიანი ნახველით და ფილტვების შეშუპების მოვლენებით.

ასპირაციული პნევმონია შესაძლებელია განვითარდეს სხეულში და აქედან ბრუნში უცხო სხეულის მოხვედრის შედეგად. ჩქარი ქამის დროს, ულაპის აქტის მოშლის შედეგად სხვადასხვა ნერვული დაავადებების ან ავადმყოფის უგრძობო მდგომარეობის დროს, ყელის ოპერაციის დროს და სხვ. უცხო სხეული (საკმლის ნაწილაკი, სისხლი და სხვ.) შეიძლება ჩასუნთქულ იქნეს ბრონქში და გამოიწვიოს კეროვანი პნევმონია. ასეთ პნევმონია ვითარდება ფილტვის ქვემო წილში, შედარებით პატარა უბანზე, გვადლევს 10 აწევას, ხველას, მოყრუებას, სველ ხიხინს და რამდენიმე დღის განმავლობაში მთავრდება განკურნებით. თუ ჩასუნთქული მასალა ინფიცირებული იყო, შესაძლებელია პნევმონიამ მძიმე მიმდინარეობა მიიღოს და ფილტვის დაზიანებით (აბსცესი, განგრენა) გართულდეს.

არჩევნ კიდევ ე. წ. პიპოსტაზურ პნევმონიას, რომელიც ვითარდება ფილტვის ქვემო წილებში სისხლის შეგუბების შედეგად. გულის ქრონიკული სნეულებებით ავადმყოფები სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბებითი მოვლენებით, ხანგრძლივად მწოლარე-ავადმყოფები, რომლებიც დილზანს ავადმყოფობენ, ხშირად ხდებიან ავად ასეთი ფორმის პნევმონიით. ფილტვების ქვემო წილებში ვითარდება შეგუბება, სუნთქვის პროცესის მოშლისა და ფილტვის ატელექტაზის შედეგად, ინფექცია ადვილად იკიდებს ფეხს

აღვეოლებში ფილტვების ქვემო წილებში. თუ ასეთ შემთხვევაში გაჩნდა მოყრუება ამ არეში, გალიერდა fremitus pectoralis, განვითარდა ბრონქული სუნთქვა და აღინიშნა სველი ხიხინი, მაშინ საქმე გვაქვს ჰიპოსტაზურ პნევმონიასთან. ავადმყოფს ასეთ შემთხვევაში აძლევს სიცხეს, აქვს ხველა ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით და ისედაც მძიმე ავადმყოფს, ასეთი გართულების შედეგად, კიდევ უფრო უმძიმდება მდგომარეობა.

აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ შეიძლება ჰიპოსტაზი იყოს, მაგრამ პნევმონიის განვითარებამდე საქმე არ მივიდეს.

შესაძლებელია დაუძლეველად, მძიმე ავადმყოფს ისე განუვითარდეს პნევმონია, რომ მას არავითარი კლინიკური გამოვლინება არა ჰქონდეს. განსაკუთრებით ხშირია ეს მოვლენა მოხუცებულთა კეროვანი პნევმონიის დროს. მოხუცებულების კეროვანი პნევმონია ზოგჯერ სრულიად უსიცხოდ ან პატარა სიცხით მიმდინარეობს; ავადმყოფს არც ხველა აქვს, არც ნახველი. ობიექტურად ხშირად შეუძლებელია ფილტვების მხრივ ანთების ცვლილებების აღმოჩენა. იმავე დროს ავადმყოფებს შეიძლება დაეტყოს გულის მუშაობის დასუსტების მოვლენები, განუვითარდეს ქოშინი, ციანოზი, მაჯის აჩქარება და შეიძლება ის დაიღუპოს კიდევ.

გართულებები. კეროვანი პნევმონია შეიძლება გართულდეს ფილტვის აბსცესით ან განჯრენით. ასეთი გართულება უფრო ხშირად გრძობულ და ასპირაციულ პნევმონიას დაერთვის. ინფიცირებული მასალის ჩასუნთქვა ხშირად ხდება ფილტვის დაჩირქების მიზეზად. თუ კეროვანი ანთების მიმდინარეობაში ავადმყოფს ნახველის რაოდენობამ ძალიან უმეტა და ნახველს მყარალი სუნი დაემჩნა, უნდა ეპვი მივიტანოთ ფილტვის დაჩირქებაზე (იხ. ფილტვის აბსცესი და განჯრენა).

გართულა დაჩირქებისა, ზოგჯერ ადგილი აქვს პლევრითი გართულებას, პნევმოსკლაროზის განვითარებას, პერიბრონქიტებს და ბრონქოექტაზიებს.

ღიაგნოზი ფილტვის კეროვანი ანთებისა ემყარება იმ კლინიკურ ნიშნებს, რომლებიც ზემოთ აღვნიშნეთ. თუ კეროვან პნევმონიას ტიპობრივი მიმდინარეობა აქვს, მისი ღიაგნოზი მაინც და მაინც ძნელი არ არის, მაგრამ ატიპობრივ შემთხვევებში ის ძნელია. მოხუცებულების და მძიმე ავადმყოფების კეროვანი პნევმონია ზოგჯერ ძნელი ამოსაცნობია და არაიშვიათია შემთხვევები ღიაგნოზური შეცდომებისა.

დიფერენციალური ღიაგნოზი საჭიროა ფილტვების ტუბერკულოზთან, განსაკუთრებით მის პნევმონიურ ფორმასთან. თუ კეროვანი პნევმონია დიდხანს გრძელდება (1—2 თვე), უნდა ვიფიქროთ ტუბერკულოზურ პროცესზე და ანამნეზის კარგი შეგროვებით, ნახველის გასინჯვით კოხის ჩხირებზე და რენტგენის სხივებით ზუსტად გამოვიკვლიოთ პნევმონიის ეტიოლოგია.

თუ ადგილი აქვს შეერთებულ კეროვან პნევმონიას, ზოგჯერ. საჭირო ხდება დიფერენციალური დიაგნოსტიკა კრუპოზულ პნევმონიასთან. კეროვანი პნევმონიის დროს ჯ უფრო ხანგამოშვებითია, ჰერპესი იშვიათია, ნახველი არ არის უანგისფერი, ლეიკოციტოზი არ არის ისე მაღალი, როგორც კრუპოზული პნევმონიის დროს. ღიაგნოზის საბოლოოდ გადასაწყვეტად საჭიროა ნახველის გამოკვლევა და ფილტვების რენტგენოსკოპია, ვინაიდან კეროვანი პნევმონია ხშირად უვითარდება გულთ ავადმყოფებს, ხოლო მათ შეიძლება ფილტვის ინფარქტიც განუვითარდეთ, საჭიროა ზოგჯერ მათი განსხვავებაც. ფილტვის ინფარქტი იწყება უეცრივ კვალთ გვერდში, ჯ-ის სწრაფი აწევით, სისხლიანი

ნახველით, კეროვან პნევმონიას კი ასეთი სწრაფი დასაწყისი, კვალი გვერდში და სისხლით ხველა არ ახასიათებს.

**პ რ ო ვ ნ ო ზ ი** კეროვანი პნევმონიის დროს დამოკიდებულია მრავალი მომენტისაგან. მნიშვნელობა აქვს, თუ რა დაავადების ნიადაგზე განვითარდა ის, რამდენად არის გავრცელებული ანთებითი პროცესი ფილტვებში, როგორია ავადმყოფის ასაკი და მისი ორგანიზმის საერთო მდგომარეობა, როგორ მიმდინარეობს ავადმყოფობა და სხვ. გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობას დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფობის პროგნოზისათვის. გულით ავადმყოფები ცუდად იტანენ ფილტვების კეროვან ანთებას.

კეროვანი პნევმონიის გამოსავალი ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების მიმდინარეობისაგან, ასპირაციული პნევმონია — ასპირაციული მასალის ხასიათისაგან, ჰიპოსტაზურ პნევმონია — ავადმყოფის გულის და საერთო მდგომარეობისაგან, გრიპოზული პნევმონია — მისი ფორმისაგან და ა. შ.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა** და **პ რ ო ვ ი ლ ა ქ ი კ ა**. ფილტვების კეროვანი ანთების მკურნალობა გულისხმობს, როგორც ანთებითი პროცესის მკურნალობას, ისე იმ ძირითადი დაავადების მკურნალობას, რომლის მიმდინარეობაშიც პნევმონია განვითარდა. კეროვანი ანთების მკურნალობა ძირითადად ისეთივეა, როგორც კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობა. სულფამიდოთერაპია უნდა იყოს ნაცადი კეროვანი პნევმონიის ყველა შემთხვევაში, მაგრამ უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ სულფამიდები კარგად მოქმედებენ მხოლოდ პნევმოკოკებით გამოწვეულ კეროვან პნევმონიაზე; ვირუსულ ფორმებზე სულფამიდები არ მოქმედებს.

კეროვანი პნევმონიის შემთხვევებში დასაშვებია სულფამიდების შედარებით ნაკლები დოზების ხმარება (დღე-ღამეში 3—4 გრ.).

რამდენადაც კეროვანი პნევმონიის ეტიოლოგიაში პნევმოკოკების გარდა მნიშვნელობა აქვს შერეულ ინფექციასაც, მიზანშეწონილია კეროვანი პნევმონიის ყველა შემთხვევაში, როდესაც პროცესი მძიმედ მიმდინარეობს, გამოიყენოთ პენიცილინი. დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ პენიცილინით მკურნალობა საკმაოდ ეფექტურია და კეროვანი პნევმონიის დროს მას უპირატესობა აქვს სულფამიდებთან შედარებით.

პენიცილინის დოზა ისეთივეა, როგორც საერთოდ — 100,000 ერთეული ყოველ 3 საათში.

საჭიროა ზაზი გაეცვას იმ გარემოებას, რომ არც სულფამიდები, არც პენიცილინი კეროვანი პნევმონიის მკურნალობის უებარ საშუალებად არ ჩიითვლება და ჰიგიენურ-დიეტურ რეჟიმს, მოვლას და სიმპტომატურ საშუალებებს დიდი მნიშვნელობა უნდა მივაკუთვნოთ.

ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს კარგი მოვლა, ავადმყოფის ოთახში საჭიროა ჰაერის სწორად განიავება. საკვები უნდა იყოს კალორიებით და ვიტამინებით მდიდარი, იმავე დროს ადვილად მოსანელებელი.

კეროვანი ანთების სამკურნალოდ ფართოდ იხმარება მშრალი კოტონშიტი და სათბური კომპრესი. ამოსახველებელი, ხველის დასაყუჩებელი და გულის მუშაობის ასაგზნები საშუალებები ისევე უნდა იქნეს გამოყენებული, როგორც კრუპოზული ანთების დროს.

პროფილაქტიკური მიზნით საჭიროა ინფექციურ ავადმყოფებს ხშირად შეუვუცვალთ მდებარეობა საწოლში, რომ ისინი სულ ერთ მდგომარეობაში არ იყვნენ, ვახმაროთ შპრალი კოტონებით, რომ ამით ვიმოქმედოთ ადგილობრივ სისხლის მიმოქცევაზე. ჰიპოსტაზების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა გულის ენერგიული მკურნალობა გულის სხეადასხვა საშუალებებით.



**ფილტვის აბსცესი Abscessus pulmonis**

**ფილტვის განგრაენა Gangraena pulmonis**

ფილტვის ქსოვილის ჩირქოვანი დაშლა ცნობილია ფილტვის აბსცესის სახელწოდებით. შესაძლებელია ფილტვის ქსოვილმა განიცადოს ლობობითი დარღვევა. ~~რამდენადაც არა აქვს მიდრეკილება შემოიფარგლოს, როგორც აბსცესის შემთხვევაში და პირიქით, თანდათან ვრცელდება.~~ ეს პროცესი ცნობილია ფილტვის განგრენის სახელით. როგორც ამ განმარტებიდან ჩანს, ამ ორ პროცესს შორის დიდი განსხვავება არ არის — როგორც ერთ, ისე მეორე შემთხვევაში ფილტვის ქსოვილი განიცდის ჩირქოვან დაშლას, ორივე პროცესი ერთსა და იმავე პირობებში ვითარდება. მიზეზები მათი ერთი და იგივეა; როგორც ერთი, ისე მეორე ბევრი მსგავსი თვისებით ხასიათდება და მათი მიმდინარეობაც მსგავსია, შესაძლოა ჩირქოვანი დაშლა (აბსცესი) არ შემოიფარგლოს და ლობობითი დაშლის პროცესში გადავიდეს (განგრენოზული აბსცესი), ხოლო განგრენის დროს, პირიქით, ლობობითი პროცესი შეიძლება შეჩერდეს და შემოიფარგლოს.

ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ღღეს ფილტვის ამ ორ ჩირქოვან პროცესს აღარ აცალკევებენ, როგორც ამას წინათ ჰქონდა ადგილი, და ფილტვის დაჩირქებათა საერთო სახელწოდებით აერთიანებენ. ფილტვის დაჩირქებათა ჯგუფს აკუთვნებენ აგრეთვე ე. წ. ბრონქოექტაზულ დაავადებას იმ პერიოდში, როდესაც ადგილი აქვს ქრონიკულ დაჩირქებას (იხ. თავი ბრონქოექტაზიის შესახებ) და ფილტვის კიბოს იმ ფორმებს, რომლებიც რღვევას და დაჩირქებას იძლევა.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ ფილტვების ანთების როგორც კლუბოზული, ისე კეროვანი ფორმა შეიძლება გართულდეს ფილტვის აბსცესით ან განგრენით. მაშასადამე, ფილტვის დაჩირქების ერთ-ერთ მიზეზს ფილტვის ანთება წარმოადგენს. ეს ე. წ. ანთეზოზის შემდგომი შეტაპნე მონოფორმული ფორმისაა. აღნიშნული იყო ისიც, რომ ინფორციონული მასალის ჩასუნთქვამ (ასპირაციამ) ოპერაციის დროს, ანდა საკმლის ნაწილაკების სასუნთქ გზებში მოხვედრამ შესაძლოა გამოიწვიოს ფილტვის დაჩირქებითი პროცესი. ასეთი ფორმის დაჩირქებას ასპირაციული აბსცესისა და განგრენას უწოდებენ. გარდა ამ ორი ფორმისა, რომლებიც გაცილებით უფრო ხშირია, შესაძლებელია აბსცესის სხვა ფორმებიც. ასეთია, მაგალითად, ემბოლიური აბსცესი, რომელიც ვითარდება სისხლის ნაკადით ორგანიზმის რომელიმე ადგილიდან სეფსისური ემბოლის გადატანით ფილტვში. თრომბოფლებიტი, სეფსისური ენდოკარდიტი, სინუსიტი, საკვერცხემების ჩირქოვანი ანთება და მრავალი სხვა სახის დაჩირქება შეიძლება გახდეს წყარო სეფსისური ემბოლიისა, რომლის მოხვედრა ფილტვში იწვევს დაჩირქებითი პროცესის განვითარებას.

ფილტვის ქსოვილში ჰემორაგიული ჯვით დიზენტერიული ამების მოხვედრით შესაძლოა ფილტვის ე. წ. ამებური აბსცესი განვითარდეს.

ფილტვის აბსცესი და განგრენა შესაძლებელია განვითარდეს — მ ე რ ა ნ ა ნ ლ პ ო ბ ი თ ი პ რ ო ც ე ს ი ს ჯ ა დ ა ს ე ლ ი თ ფ ი ლ ტ ვ ი ს ქ ს ო ვ ი ლ ზე მ ე ზ ო ბ ე ლი ო რ გ ა ნ ო დ ა ნ.

ყველაზე უფრო ხშირია ეს მოვლენა ღვიძლის ან სუბდიაფრაგმული აბსცესის დროს, ნეკნების, შუასაყარის, საყლაპავი მილის ჩირქოვანი ანთებების დროს და სხვ.

იმის მიხედვით, თუ რომელი გზით წარმოიშვა ფილტვის აბსცესი ან განგრენა, არჩევენ ბ რ ო ნ ქ ო გ ე ნ უ რ და ქ ე მ ა ტ ო გ ე ნ უ რ აბსცესებს და განგრენას. პირველს ეკუთვნის მეტაბაქტერიული, ასპირაციული, ბრონქოექტაზული აბსცესი და ფილტვის დაჩირქებული კიბო, მეორე კჯუფსკი — მ ე ზ ო ბ ი ურ ი ა ბ ს ც ეს ი.

ფილტვების დაჩირქებითი პროცესის წარმოშობა-განვითარებისათვის აუცილებელია რამდენიმე მიზეზის არსებობა. სხვადასხვა მიკრობები, მაგალითად, პნევმოკოკები, ფრილდენდერის ბაცილები, სტრეპტო-სტაფილოკოკები, ანაერობული ბაქტერიული ფლორა, სპიროქეტები, თითისტრა ჩხირი და სხვ. დიდ როლს ასრულებენ დაჩირქების განვითარებაში. მაგრამ თუ ფილტვის ქსოვილში წინასწარ არ არის მომზადებული ნიადაგი ან ორგანიზმის საერთო მდგომარეობა ხელს არ უწყობს დაჩირქებით პროცესის წარმოშობას, ფილტვის დაჩირქების განვითარება ძნელი წარმოსადგენია.

შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში აბსცესი და განგრენა ვითარდება პათოლოგიურად შეცვლილ ფილტვის ქსოვილში. მხოლოდ ემბოლიური ფორმები, როგორც დაკვირება გვიჩვენებს, შეიძლება განვითარდეს საღი ფილტვის ქსოვილშიც.

ადგილობრივი მიზეზებიდან პირველ რიგში აღსანიშნავია პნევმონია. ფილტვის ინფარქტი, ბრონქის დაცობა, ე. ო. ისეთი მდგომარეობა, რომელსაც მოსდევს ატლექტაზი, ფილტვის ქსოვილის ნეკროზი. ასეთ ნიადაგზე ორგანიზმის საერთო არახელსაყრელ მდგომარეობისას ბაქტერიული ფლორის ზეგავლენით ჩნდება დაჩირქებითი პროცესიც.

ორგანიზმის დაუსუსტება, დაუძლურება, შაქრის ავადმყოფობა, სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებანი, ალკოჰოლიზმი ფილტვის ზემოაღნიშნული ცვლილებების დროს კმნაინ ხელსაყრელ პირობებს ფილტვის დაჩირქების წარმოშობისათვის ბაქტერიული ფლორის ზეგავლენით.

პ ა თ ლ ო გ ი ურ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. ანატომიურად ფილტვის ტიპობრივი აბსცესი წარმოადგენს ფილტვის დანეკროზებულ კერას, სადაც ხდება ჩირქოვანი დაშლა. ეს უბანი შემოვლებულია გარსით, რომელიც შეინიდან ფილტვის ქსოვილის ნაფლეთებითაა გამოფენილი, ხოლო მის ირვკლივ ადგილი აქვს ფილტვის ქსოვილის პერიფოკალურ ანთებით ინფილტრაციას, რომელიც მეზობელ საღი ქსოვილიდან მკაფიო დემარკაციული ხაზით არ გამოიყოფა. დაშლის კერა შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს რამდენიმე ჩირქბუდით, რომლებიც შეიძლება შეერთდნენ და წარმოშვან ერთი ჩირქოვანი ღრუ. თუ ასეთ ჩირქოვან დაშლას ლობითი ბაქტერიების ზეგავლენით ლობითი პროცესები დაერთო, მაშინ აბსცესი განგრენოზულ ხასიათს ატარებს და მასში დაგროვლი ჩირქი მეტად მყრალი სუნისაა. ფილტვის განგრენის დროს კი დაჩირქებულ კერაში, ლობითი პროცესების განვითარების გამო, პროცესი დიფუზურ ხასიათს ლებულობს, შემოფარგვლისაკენ მიდრეკილებას არ იჩენს და შესაძლებელია მთელ ფილტვს მოედოს. ფილტვის აბსცესი შესაძლებელია გაახსნას ბრონქში, ჩირქოვანი მასა გამოიყოს ბრონქების გზით, რაც შეიძლება

ფილტვის აბსცესის თვითგანკურნებითაც დამთავრდეს. შეიძლება აბსცესმა გზა გაიკაფოს პლევრისაკენ, მის ღრუში გაიხსნას და პიოპნევმოთორაქსი გამოიწვიოს. სუბპლევრულად მოთავსებული აბსცესები ხშირად რთულდება მშრალი ან სველი პლევრიტით, უკანასკნელს ხშირად ჩირქოვანი ხასიათი აქვს.

კლინიკური სურათი ფილტვის აბსცესისა და განგრენისა მრავალფეროვანია. მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება გავარჩიოთ მწვავე და ქრონიკულ აბსცესი. დაავადების პროგნოზის და მკურნალობის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს აბსცესის მიმდინარეობის ფორმას. მწვავე ფორმების მკურნალობა უფრო კარგ შედეგს იძლევა და პროგნოზიც უკეთესია.

მწვავე აბსცესი ეწყება მადალსა ცხიმით შემცირებით, ხველით. ავადმყოფს შესაძლებელია ტკივილი ჰქონდეს გვერდში: მას აძლევს ოფლი, 1° ხანგანელებითია, ჰექტიკურ ხასიათს იღებს, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა. სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზია (15—20000 1 მმ.) ეღრ აჩქარებულია ნახველი მცირეა, ან სულ არ არის; თუ ასეთი მდგომარეობა მაგალითად, მწვაემონიის მიმდინარეობაში განვითარდა, ეჭვი უნდა მივითანოთ დაჩირქებაზე; მაგრამ აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ ავადმყოფს უცბად ეწყება ეს მოვლენები: შთაბეჭდილება ისეთია, თითქოს დაჩირქებითი პროცესი თავისთავად დაიწყოს ანაპნეზით ირკვევა, რომ ავადმყოფს ჰქონდა „გრიბი“ ან ბრონქიტის მოვლენები და სხე. ყოველ შემთხვევაში საკითხი, თუ რა იყო მიზეზი ფილტვში ჩირქგროვის განვითარებისა, ასეთ შემთხვევებში ძნელი გადასაწყვეტი ხდება.

ასეთი ფორმის აბსცესის კლინიკური გამოვლინების დასაწყისი პერიოდი, რომელიც, ჩვეულებრივ, ორ კვირამდე გრძელდება, ახასიათებს დახურულ ჩირქგროვას (დახურული აბსცესი).

თუ ჩირქგროვა პატარაა, ობიექტურად ამ პერიოდში ვერაფერს ვნახავთ; უფრო მოზრდილი ჩირქგროვის არსებობისას, თუ ის ძალიან ღრმად არ მდებარეობს, აღინიშნება პერკუსიული ხმიანობის მოყრუება და სუნთქვის თანაგმეუსუსტება. იშვიათია ბრონქული სუნთქვა და სველი წვირილბუშტუკოვანი ხეხინი. თუ აბსცესი იწვევს პლევრის ანთებას, შესაძლებელია მოვისმინოთ პლევრის ხახუნი.

როდესაც აბსცესი გზას გაიკაფავს ბრონქში, ის გაიხსნება და ავადმყოფი ერთბაშად ამოახველებს ძალიან ბევრ (ზოგჯერ 0,5—1 ლიტრამდე) მყრალ ლორწოვან-ჩირქოვან ნახველს, რომელსაც ზოგჯერ სისხლიც ურევია. ასეთი მოვლენა ფრიალ დამახასიათებელია ფილტვის დაჩირქებისათვის და ძალიან ეხმარება მის დიაგნოსტიკას.

ნახველი ფილტვის დაჩირქებითი პროცესის დროს მეტად დამახასიათებელია. ფილტვის აბსცესის შემთხვევაში, თუ ლობობითი პროცესები მაინც დამაინც არ არის გამოხატული, ნახველს მყრალი სუნი არა აქვს. ლობობითი მოვლენების დროს ნახველი მყარია. ის შედგება ორი შრისაგან — ქვემო — ჩირქოვანი, მომწვანო ფერისა და ზემო — ჭუჭყიანი, ლორწოვან-ქაფიანი სითხე. ფილტვის აბსცე ით ავადმყოფის ნახველში მრავლად არის ელასტიკური ბოჭკოები, ლეიკოციტები, ზოგჯერ ერთოროციტები, ცხიმის წვეთები და ჰემატოიდინის კრისტალები. განგრენოზული აბსცესისა და განგრენის დროს ნახველი კიდევ უფრო დამახასიათებელია. ის სამი შრისაგან შედგება: ზემო — ლორწოვან-ქაფიანი, შუა — სეროზული ჭუჭყიანი რუხი ფერის სითხე და ქვემო — ჩირქოვანი. ეს ნახველი მეტად მყარალი სუნისაა, სიღამშლის სუნი ასდის და ავადმყოფის ოთახში შესვლისას უმალვე შეიგრძნობა.

დახველების დროს ავადმყოფს პირიდან სიღამპლის სუნი ამოსდის. ამ ნახველშიაც ხშირად არის სისხლი ძაფებისა და წერტილების სახით. ნახველის შემადგენლობა ისეთივეა, როგორც აბსცესის დროს და შიგ მოიპოვება სხვადასხვა მიკრობები. ნახველის რაოდენობა დღე-ღამის განმავლობაში 300—500 მლ და ზოგჯერ მეტსაც აღწევს.

ფილტვის აბსცესის ბრონქში გახსნის შემდეგ, ავადმყოფს ამოაქვს ზემო-აღნიშნული ხასიათის ნახველი, რომლის რაოდენობაც მერყეობს 50—500 მლ-დღე. ზოგჯერ ნახველის ამოღება ცოტა ხნით წყდება, შემდეგ კი კვლავ განახლდება. ჩვეულებრივ, ავადმყოფს აქვს ძლიერი შეტევითი ხველა, რასაც მოსდევს ნახველის ამოღება ამა თუ იმ რაოდენობით; ჭანბრთელ გვერდზე წოლისას ხველა ხშირად ძლიერდება, დაავადებული ფილტიდან ნახველის ადვილად გამოყოფის შედეგად. ხველა ავადმყოფს მოსვენებას არ აძლევს, ხშირად იწვევს პირსაქმებას, ხმის წასვლას და სხვ.

ასეთი ხველა და მყრალი ჩირქოვანი ნახველი დიდი რაოდენობით ფილტვის აბსცესის და განგრენის ფრიალ დამახასიათებელი ნიშანია.

ბრონქში გახსნის შემდეგ ფილტვის აბსცესის მიმდინარეობის სიმწვავე ნელდება, ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება და შესაძლებელია აბსცესი განიკურნოს კიდევ ნაწიბურის გაჩენით. მაგრამ შემთხვევათა უმრავლესობაში აბსცესი ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს. ავადმყოფი თვეობით და ზოგჯერ წლობით განაგრძობს ჩირქოვანი ნახველის გამოყოფას, 1<sup>o</sup> პერიოდულად კლებულობს, შემდეგ კი ისევ იწვევს, ან სუბფებრილურია, ან უფრო მაღალი.

ავადმყოფს თანდათან უეითარდება ქრონიკული მოწამელის მოვლენები, ანემია, ცვლილებები თირკმლებში, გულში და სისხლძარღვთა სისტემაში; მას უმსხვილდება თითების უკანასკნელი ფალანგები (დოლის ჭოხისმაგვარი, კომბლისებრი თითები) და ბოლოს შინაგანი ორგანოების ამილოიდურად გადაგვარების და გულის მუშაობის თანდათანობითი დასუსტების გამო ის შეიძლება დაილუპოს კიდევ.

აღსანიშნავია, რომ ქრონიკულად მიმდინარე ფილტვის აბსცესის ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფი თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს, მუშაობს კიდევ და დაავადება მხოლოდ პერიოდულად უმწვავედება.

ფილტვის აბსცესისა და განგრენის ზემოხსენებული კლინიკური ნიშნები, მართალია, ძალიან გვეხმარება ფილტვის დაჩირქების ამოცნობაში, მაგრამ განსაკუთრებული მნიშვნელობა მათი დიაგნოსტიკისათვის მაინც რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას აქვს.

ბრონქში გაუხსნელი აბსცესი რენტგენოგრაფიაზე გვაძლევს პნევმონიური ინფილტრაციის სურათს დაჩრდილვის სახით, რომელშიც შეიძლება ჩანდეს ნათელი-ქიზნუზო-ფილტვის ქსოვილის დაშლის შედეგად

მატარა მრავლობითი აბსცესების დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა იძლევა კეროვანი პნევმონიის სურათს: აღინიშნება წვრილ-კეროვანი დაჩრდილებები. როდესაც აბსცესი ბრონქშია გახსნილი, რენტგენოგრაფიაზე ნათლად აღინიშნება დაჩრდილვა ფილტვის ქსოვილის ინფილტრაციის გამო და დაჩრდილვის არეში ერთი ან მეტი ნათელი არე (ღრუ), მასში დაგროვილი ნახველის, პორიზონტალური ზედაპირით.

სათანადო რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (სხვადასხვა მიმართულებით გაშუქება და გადაღება) იძლევა საშუალებას ამოვიცნოთ ფილტვის ქსოვილის სეკვესტრები აბსცესის ღრუში და, გარდა ამისა, ზუსტად განვსაზღვროთ აბს-

ცესის ადგილმდებარეობა და მისი ცვლილებები პროცესის გაუარესების ან გაუმჯობესების მხრივ.

გ ა რ თ უ ლ ე ბ ა ნ ი. ფილტვის აბსცესის მიმდინარეობაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა გართულებას. თუ აბსცესი პლევრასთან ახლოა მოთავსებული, მან შეიძლება პლევრის ანთება გამოიწვიოს, რასაც შესაძლებელია პლევრის ღრუში სითხის დაგროვებაც მოჰყვეს. უფრო მძიმე გართულებაა ფილტვის აბსცესის გახსნა პლევრის ღრუში, რასაც მოჰყვება პ ი ო პ ნ ე ვ მ ო თ ო რ ა ქ ს ი.

სისხლის ძარღვის დაზიანებამ შესაძლებელია ძლიერი სისხლით ხველა და ზოგჯერ სასიცვდილო სისხლისდენაც გამოიწვიოს.

იწვიათ შემთხვევაში შეიძლება ემბოლიის გზით განვითარდეს ტენის და ჩირქება (ტენის-აბსცესი) ან ჩირქოვანი შენინგიტი, რაც სასიცვდილო გართულებას წარმოადგენს.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. ფილტვის აბსცესის ან განგრენის მწვავე პერიოდში, ვიდრე დაჩირქება ბრონქში ჭერ კიდევ არ გახსნილა, დიაგნოზი დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, ხოლო ბრონქში გახსნის შემდეგ კი დაავადების ამოცნობა შედარებით ადვილდება დამახასიათებელი მყარალი ჩირქოვანი ნახველის გამოყოფის შედეგად.

ავადმყოფის სეპტიკური მდგომარეობა რემისიულ ~~ცვლილებებით~~ შემცირებული, რელიანობით, ძლიერა ხველა დამახასიათებელი ჰარბი. ჩირქოვანი მყარალი ნახველით, კრემელშიც ანალიზით აღმოჩნდება ელასტიკური ბოჭკოები; გარდა ამისა სტეატუსკულტაციური მონაცემები ფილტვის მხრივ, მაღალი ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი და, რაც მთავარია, რენტგენოსკოპია-გრაფია, დატრეკმხარება დაავადების ამოცნობაში. ქრონიკულად მიმდინარე ფილტვის აბსცესის შემთხვევაში, სადაც 1° შედარებით პატარა ან სუბფებრილურია და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მაინცდამაინც დარღვეული არ არის, დამახასიათებელი ნახველის, სისხლის ცვლილებების, ფილტვის პერკუსია-აუსკულტაციის მონაცემებისა და რენტგენოსკოპია-გრაფიის გარდა, დაავადების ამოცნობაში თითების კომბლესტბა ~~შემსხვილებაც~~ დაგვეხმარება. განგრენის დიაგნოზი ემყარება ავადმყოფის ზოგად მძიმე მდგომარეობას, მეტად მყარლ, სამშრიან ნახველს დიდი რაოდენობით და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. მძიმირად გვიხდება დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ფილტვის აბსცესისა და ფილტვის ტუბერკულოზს შორის; ამ ორი დაავადების ერთიმეორისაგან გასარჩევად უნდა ვიხელმძღვანელოთ ანამნეზით და უმთავრესად რენტგენის მონაცემებითა და ნახველის ანალიზით. კონის ჩხირების აღმოჩენა ტუბერკულოზის მაჩვენებელია, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგჯერ ძველი ტუბერკულოზური კერის აბსცედირების შედეგად შესაძლებელია ნახველში ერთეული ტუბერკულოზური ჩხირიც აღმოჩნდეს, რაც აბსცესს არ უარყოფს. ამებური წარმოშობის ფილტვის აბსცესის შემთხვევაში შესაძლებელია ნახველში ამების აღმოჩენა.

ძნელია ზოგჯერ ბრონქოექტაზიის აბსცესისაგან გარჩევა. ნახველის გამოკვლევა ელასტიკურ ბოჭკოებზე და რენტგენოსკოპია დაგვეხმარება ამ დაავადებათა გარჩევის საქმეში. ბრონქოექტაზიის რენტგენოლოგიური სურათი მყაფიოდ განსხვავდება აბსცესის რენტგენოლოგიური მონაცემებისაგან. ანამნეზს ამ შემთხვევაშიც დიდი მნიშვნელობა აქვს.



ძალიან ძნელია ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ფილტვის აბსცესისა და ფილტვის დაჩირქებული კიბოს შორის. მხოლოდ ხანგრძლივი დაკვირვება, ზუსტი ანამნეზი და ავადმყოფის განმეორებით შესწავლა რენტგენით ზოგ შემთხვევაში ეხმარება სწორი დიაგნოსტიკის საქმეს.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი.** ფილტვის აბსცესის და განგრენის პროგნოზი დამოკიდებულია რამდენიმე მომენტზე. ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს დაჩირქების წარმოშობის ხასიათს, მის ლოკალიზაციას, მიმდინარეობას, პროცესის ანატომიურ გავრცელებას, ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას, დროულ დიაგნოზს და მკურნალობას.

საერთოდ ფილტვის აბსცესის და მით უმეტეს განგრენის პროგნოზი ფრიად სერიოზულია. ძნელია თქმა, როგორ მიმდინარეობას მიიღებს ავადმყოფობა რა გართულებას მოგვეცემს და როგორ შედეგებს მივიღებთ ჩატარებული მკურნალობით. ამიტომ აბსცესის პროგნოზი დიდი სიფრთხლით უნდა დაისვას.

ემბოლიური წარმოშობის დაჩირქება თითქმის უიმედო პროგნოზს იძლევა. თუ დაჩირქებამ ქრონიკული მიმდინარეობა მიიღო, გამოკეთების იმედი დიდი არ არის. უფრო კარგ პროგნოზს იძლევა ფილტვის დაჩირქების მწვავე ფორმები.

აღსანიშნავია, რომ კლინიკური გამოკეთება ზოგჯერ არ გამოხატავს პროცესის გაუმჯობესებას ანატომიურად და ყველა კლინიკური მოვლენის გაქრობის მიუხედავად, რენტგენოლოგიურად პროცესი უცვლელი რჩება.

სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით, ფილტვის განგრენის მწვავე ფორმები თავდება სიკვდილით საშუალოდ შემთხვევათა 30—50%—ში. ფილტვის აბსცესის დროს სიკვდილიანობა 25% უდრის.

თუ ფილტვის დაჩირქება განუვითარდა ალკოპოლიკს, დიბეტიკს, მოხუცებულს და საერთოდ დასუსტებულ ავადმყოფს, პროგნოზი მიმდებია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა და პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა.** ფილტვის აბსცესისა და განგრენის სამკურნალოდ მოწოდებულია ბევრი სხვადასხვა სამკურნალო საშუალება. მკურნალობის ერთ-ერთ გავრცელებულ მეთოდს ნოვარსენოლის ინტრავენუძა-ინექციები წარმოადგენს. როგორც ცნობილია, ნოვარსენოლი კარგად მოქმედებს სპიროქეტოზულ ინფექციაზე, რომელსაც წმირად აქვს ადგილი ფილტვის აბსცესის და განგრენის დროს. ამით უნდა აიხსნას ნოვარსენოლის სამკურნალო ეფექტი. ფილტვის ამ დაავადებათა დროს, ზოგის დაკვირვებით, ფილტვის დაჩირქების მწვავე ფორმით ავადმყოფთა 50% ნოვარსენოლით სრულიად იკურნება, ავადმყოფების 25%-ის მდგომარეობა მხოლოდ უმჯობესდება, შემთხვევათა დაახლოებით 25%—ში ნოვარსენოლით მკურნალობა უშედეგოდ რჩება. ნოვარსენოლის გავლენით ავადმყოფს ნახველის რაოდენობა უმცირდება, ის ნაკლებ სუნიათა ხდება, სიცხე კლებულობს და ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება. ნოვარსენოლის ნაცვლად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მთარსენოლი ან მაფარსენი. ნოვარსენოლის ინექციები კეთდება 4—5 დღეში ერთხელ დოზის თანდათანობით მომატებით 0,15—დან—0,6—მდე (იხ. სამედიცინო ტექნიკა), სულ არანაკლებ 2,0—2,5 გრამისა. რამდენადაც აქ მთავარი მოქმედი საწყისი დარიშხანია, ნოვარსენოლის ნაცვლად შეიძლება ვიხმაროთ ოსარსოლიც 0,25 დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ, ზოჯომის წყლით ერთი კვირის განმავლობაში; ერთი კვირის შესვენების შემდეგ, თუ შედეგი კარგი მივიღეთ, პრეპარატი შეიძლება განმეორდეს.

ყურადღება უნდა მიექცეს თირკმლების მდგომარეობას; თუ შარდში ცილა და სისხლია, უმჯობესია დარიშხანის პრეპარატები ავადმყოფს არ მიეცეს. ნოვარსენოლის გაკეთება ნაჩვენები არ არის ღვიძლის დაავადების, გულის ან სისხლძარღვთა სისტემის ავადმყოფური მდგომარეობის და ფილტვის აბსცესის სისხლით ხველისადმი მიღრეკილების დროს.

ჩვენი დაკვირვებით, ნოვარსენოლით მკურნალობის შემთხვევებში ავადმყოფთა განჯურნების პროცენტი უფრო ნაკლებია; ამავე დროს ნოვარსენოლი ბევრ შემთხვევაში არ შეიძლება ნახმარი იყოს ზემოსხენებული მიზეზების გამო. ამიტომ უპირატესობა უნდა მიეცეთ სხვა სამკურნალო საშუალებებს, როგორცაა სულფამიდები და ანტიბიოტიკები.

ნოვარსენოლის გარდა, მიღებულია ფილტვის აბსცესის მკურნალობა ქლორთან ნატრიუმის 10% ხსნაოის ვენაში ინექციით, 10—15 ინექცია ათ-ათი გრამის რაოდენობით. ეს პრეპარატი განსაკუთრებით კარგია აბსცესის იმ ფორმების სამკურნალოდ, რომლებსაც სისხლით ხველა და ნახველის დიდი რაოდენობით გამოყოფა ახასიათებს. ამავე დროს ავადმყოფებს უზღუდავენ სითხის მიღებას.

ზოგჯერ კარგ შედეგებს გვაძლევს 25—30% ღვინის სპირტის შეყვანა ვენაში, საშუალოდ 10—15 ინექცია 20 მლ რაოდენობით. ზოგჯერ ასეთ ინექციებს მოჰყვება ძლიერი რეაქცია შემცივნების, ციანოზის და  $\text{K}^+$ -ის ძლიერი აწევის სახით.

ბენზონიურ-მეფე ნატრიუმის 10% ხსნარის 15—20 მლ რაოდენობით ინტრავენურ ინექციებს ფილტვის აბსცესის შემთხვევებში გაცილებით უფრო ნაკლები თერაპიული ეფექტი აქვს.

მეტაპნევმონიური აბსცესების მკურნალობის საქმეში უკანასკნელი წლების განმავლობაში საპატიო ადგილი დაიკავა სულფამიდურმა პრეპარატებმა. პნევმოკოკური ინფექცია სტრეპტო-სტაფილოკოკებთან ერთად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ფილტვის დაჩირქების პათოგენეზში და ამიტომ სულფამიდების გამოყენება სავსებით მიზანშეწონილია. სულფამიდები იხმარება ფილტვის დაჩირქების ყველა შემთხვევაში იმავე სქემით, როგორც კრუპოზული პნევმონიის დროს, სისხლისა და შარდის სათანადო კონტროლით, მიცემული სულფამიდების რაოდენობა შეიძლება 50,0—60,0-მდეც იქნეს აყვანილი, თუ ავადმყოფს მათი ზეგავლენით გაუმჯობესება დაეცყო.

სულფამიდებით მკურნალობასთან ერთად ამჟამად ფართოდ იხმარება პენიცილინით მკურნალობა 50—100 ალბერტულის რაოდენობით ყოველ 3 საათში, ინტრამუსკულარულად. აღსანიშნავია, რომ ხშირად დიდი დოზების მიუხედავად, ინტრამუსკულარული ინექციების შედეგად ავადმყოფს მხოლოდ საერთო მდგომარეობის გამოკეთება, სიცხის დაკლება და ნახველის შემცირება აღნიშნება. ანატომიურად კი პროცესის გაუმჯობესება ან სულ არ ხდება, ან მტკარ მცირეა.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ფილტვის დაჩირქების სამკურნალო საშუალებათა ძიება დღემდე გრძელდება. ამჟამად ხმარებაშია ფილტვის დაჩირქებითი პროცესების ბრონქოპნევმონიის მკურნალობა, რისთვისაც ბრონქოსკოპის საშუალებით ახდენენ ჭერ ჩირქის ასპირაციას დაუდან, შემდეგ კი იმავე ბრონქოსკოპული მილის საშუალებით შეჰყავთ მინცილინი. როგორც აღნიშნავენ, ასეთ მეთოდს უფრო კარგი შედეგი მოსდევს. ცხანა, მკურნალობის ეს მეთოდი მოითხოვს ექიმის სათანადო დახლოვნენ-

ბას, საჭირო აპარატურას და მისი გამოყენება მასობრივად ძნელია. უკანასკნელ ხანებში, პენიცილინის შეყვანას ტრაქეაში ვაწარმოებთ პენიცილინის აეროზოლის სახით — სპეციალური ხელსაწყოთი ხდება პენიცილინის ხსნარის შეფრქვევა სასუნთქ გზებში, რითაც ვალწვეთ დაჩირქების კერაში ანტიბიოტიკის მეტ კონცენტრაციას. ფილტვის ამებური აბსცესის წინააღმდეგ უებარ საშუალებას წარმოადგენს ემეტინის 3% ხსნარი, თითო გრაში დღეში 3-ჯერ 5 დღეს; 5 დღის შესვენების შემდეგ კიდევ ამდენივე.

გარდა ქიმიური პრეპარატებით მკურნალობისა, მოწოდებულია ფილტვის დაჩირქებათა მკურნალობა რენტგენის სხივებით, ულტრაბალაი სიხშირის ელექტროტალღებით, სისხლის გადასხმით. ყველა ამ მეთოდს გარკვეული ღირებულება აქვს, მაგრამ საიმედო არ არის.

ყველა ჩამოთვლილ სამკურნალო საშუალებათა გარდა, საჭირო ხდება სიმპტომატურ საშუალებათა დანიშვნა, მაგალითად, ხველის დასაყუჩებლად (იხ. ბრონქიტი); ნახველის სუნის შესამციკებლად კარგია ტერპინიჰიდრატი (Rp. Terpini hydrati 0,5 Codeini Phos. 0,015 Mlp Dtd № 12-S. თითო ფხენილი 3-ჯერ დღეში).

ქრონიკული აბსცესების შემთხვევაში ნაჩვენებია კლიმატური მკურნალობა წიწვნიანი ტყით მდიდარ კურორტებზე.

კარგ კვებას, ცილითა და ვიტამინებით მდიდარ საკვებს და სუფთა ჰაერს, ცხელია, აბსცესით ავადმყოფის მკურნალობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

თუ ფილტვების დაჩირქების მწვავე ფორმების დროს კიდევ შეიძლება ვიქონიოთ ავადმყოფის გამოკეთების იმედი, ქრონიკულ შემთხვევებში კონსერვატული მკურნალობა მნიშვნელოვან შედეგებს ნაკლებად იძლევა და საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა.

### ✓ ფილტვის ინფარქტი (Infarctus pulmonis)

ფილტვის ინფარქტი ეწოდება ფილტვის არტერიის ან თუ იმ ტოტის ემბოლით დაცობას. ემბოლის სიდიდის მიხედვით, შესაძლებელია ფილტვის არტერიის უფრო მსხვილი ან უფრო წვრილი ტოტის დაცობა. თუ ემბოლი შედარებით დიდი და მან ფილტვის არტერიის მსხვილი ტოტის დააკო, ავადმყოფი სწრაფად იღუპება, შედარებით უფრო მომწრო ტოტის დაცობისას ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში ვარდება, მაგრამ მან შეიძლება რამდენიმე ხანს კიდევ იცოცხლოს, ან იშვიათ შემთხვევაში გამოკეთდეს კიდევ. ასეთ შემთხვევებში იგულისხმება ფილტვის ემბოლია. ფილტვის ინფარქტს ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ემბოლია გაიჭიდება ფილტვის ფარსებულ ტოტის არტერიაში.

საიდან ხდება ფილტვის არტერიაში ემბოლია?

სხვადასხვა ინფექციურ დაავადებათა დროს ან ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ სისხლის მიმოქცევის დროს წრის ფენებში ან მარჯვენა გულში გულის დაავადებათა შედეგად — ჩნდება თრომბი, რომლის ნაწილაკი შეიძლება მოსწყდეს მას და სისხლის ნაკადით გადატანილ იქნეს ფილტვის არტერიაში.

მუცლის ტიფი, პარტახტანი ტიფი და სხვა ინფექციური სნეულებები ზოგჯერ იწვევენ ქვემო კიდურების თრომბოფლებიტს. თრომბოფლებიტი სშირია მშობიარობის შემდეგაც. თუ ამ გართულების დროს ავადმყოფი დიდი სი-

ფრთხილით არ მოძრაობს საწოლში და ფეხი უძრავად არა აქვს, შესაძლებელია თრომბი მოსწყდეს და ემბოლის მიზეზი გახდეს. სხვადასხვა ქირურგიული და განსაკუთრებით გინეკოლოგიური ოპერაციის შემდეგ, ავადმყოფი, რომელიც სრულიად გამოკეთდა, საწოლიდან წამოდგომისას შეიძლება უეცრად დაიღუპოს ფილტვის ემბოლიისაგან. ეს საშინელი გართულება ვენებში თრომბის გაჩენისა და მისი მოწყვეტის გამო ემბოლის განვითარების შედეგია. არაიშვიათი მოვლენაა ფილტვის ინფარქტის განვითარება გულის დაავადების, კერძოდ, ენდოკარდიტის მიმდინარეობაში და გულის მანკების დროს, განსაკუთრებით დეკომპენსაციის პერიოდში.

ფილტვის ინფარქტი სოლის მოყვანილობის კერას წარმოადგენს, რომლის ფუძე ფილტვის ზედაპირისაკენ არის მიმართული და ხშირად პლევრის ფურცელს აღწევს, ხოლო შვეერივლი კი ცენტრისკენაა მიმართული. ანატომიურად ფილტვის ინფარქტის არეში ადგილი აქვს სისხლის ძარღვებიდან ერთობრივობის დიდი რაოდენობით გამოსვლას, ისინი უღვთავენ იშემიურ უბანს და აძლევენ მას მოწითალო ფერს (ჰემორაგიული ინფარქტი).

შემდგომ მიმდინარეობაში ეს დაინფარქტებული კერა შეიძლება ალაგდეს და იქ ნაწიბური განვითარდეს. ამ პროცესს, ინფარქტის სიდიდის მიხედვით ერთიდან სამ კვირამდე დრო სჭირდება. თუ ავადმყოფი დაუძლურებულია და ორგანიზმშიც სათანადო პირობები არსებობს, შესაძლებელია ინფარქტი დაჩიქდეს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მისი გამოწვევევი ემბოლი ინფიცირებული იყო. ასეთ შემთხვევაში ვითარდება ფილტვის ზემოაღწერილი ემბოლიური წარმოშობის აბსცესი.

ფილტვის ინფარქტის წარმოშობისას ავადმყოფი გრძნობს ჰვალს გვერდში, მას ეწყება ქოშინი და ხველა ლორწოვან-სისხლიანი ნახველით. 1—2 დღის შემდეგ მას აქვს სიცხეს, რომელიც იშვიათად არის მალალი (38,0°—38,5°).

თუ ინფარქტი მოზრდილია, პერკუსიით ვიღებთ როყრუებას, ფრემიტუსი გაძლიერებულია და მოსმენითაღინიშნება ბრონქული სუნთქვა და კრეპიტაცია.

პლევრის ანთების გამო შეიძლება ნახუნიც მოვისმინოთ. ზღაგჯერ ფილტვის ინფარქტს ზედ დაერთვის სველი პლევრიტიც და მაშინ ექსუდაციური პლევრიტის სურათი ვითარდება.

ფილტვის ინფარქტის შემთხვევაში გვიხდება ლიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ფილტვის კრუპოზულ ანთებასთან. უკანასკნელისათვის დამახასიათებელია კლინიკური მოვლენების შემდეგი თანმიმდევრობა—შემცივნება, ჰვალი, სიცხის აწევა და სისხლიანი, ან უფრო ხშირად, თანგისფერი ნახველი, ხოლო ინფარქტისათვის კი — ჯერ ჰვალი, ლორწოვან-სისხლიანი ნახველი, ხოლო 1—2 დღის შემდეგ კი 1°-ის აწევა.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი ფილტვის ინფარქტისა და მოკიდებულია ჯერ ერთი ძირითად დაავადებაზე და შემდეგ იმაზე, თუ რამდენად დიდია ინფარქტი. პატარა ასეპტიკური ემბოლებით გამოწვეული ინფარქტები მათი შესრუტვა-ალაგებით და ავადმყოფის გამოკეთებით თავდება, დიდი ინფარქტი, ან სეპტიკური ემბოლით გამოწვეული ინფარქტი, შესაძლებელია დაჩიქდეს, ან გართულდეს პლევრიტით, რაც, ცხადია, მიიმე პროგნოზს იძლევა.

მკურნალობა უნდა იყოს მიმართული ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ. ვენოზურ სისტემაში თრომბების არსებობის შემთხვევაში საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე, რომ ავადმყოფმა გადაჭარბებული მოძრაობით ან საწოლიდან ადრე წამოდგომით არ გამოიწვიოს თრომბის მოგლეჯა ადგილიდან და

ემბოლიის განვითარება. უკვე განვითარებული ემბოლიის დროს საჭიროა სრული სიმშვიდე, შემდგომი ემბოლიის თავიდან აცილების მიზნით.

ფილტვის გაურთულებელი ინფარქტი რაიმე განსაკუთრებულ მკურნალობას არ მოითხოვს, საკმარისია სიმპტომატური საშუალებები, ხოლო სველი პლევრიტით ვართულებული ან დაჩირქებული ინფარქტი განსაკუთრებულ მკურნალობას მოითხოვს (იხ. სათანადო თავები).

### ვილტვიანი შეშუპება (Oedema pulmonum)

ფილტვების შეშუპება ეწოდება ფილტვის ქსოვილში სისხლის ძარღვებიდან სეროზული სითხის დიდი რაოდენობით გაქონვას, რის შედეგადაც ეს სითხე უღენტს ფილტვის ქსოვილს, ავსებს ალვეოლებს და აქედან ბრონქებს.

არსებითად ფილტვების შეშუპება მეორად მოვლენას წარმოადგენს და ვითარდება, როგორც მთელ რიგ სხვადასხვა დაავადებათა ვართულება.

თვით ფილტვების მწვავე ანთებითი დაავადებანი, გულის და თირკმლების სნეულებანი, სხვადასხვა სახის მოწამვლა შეიძლება გახდეს ფილტვების მწვავე შეშუპების მიზეზი.

ფილტვების მწვავე შეშუპება შეიძლება განვითარდეს ფილტვების ანთების მიმდინარეობაში, ანთებადი გამონაყოფით ფილტვების ქსოვილისა და ალვეოლების გაქლენთის შედეგად.

გულის მარცხენა პარკუჭის დასუსტების გამო, გულის მანკის, უფრო ხშირად ნიოკარდიუმის ინფარქტის ნიადაგზე ან გულის კუნთის სკლეროზული ცვლილებების შედეგად, როდესაც მარცხენა პარკუჭს აღარ ძალუძს მასში მოქცეული სისხლის გადენა სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში, ფილტვებში ვითარდება სისხლის შეგუბება, მით უმეტეს, რომ მარჯვენა პარკუჭი განაგრძობს ფილტვებში სისხლის გადენას. ასეთ მდგომარეობას მოსდევს ფილტვების შეშუპება.

ნეფრიტის და ნეფროზო-ნეფრიტის დროს მწვავე იქნება ის, თუ ქრონიკული, შეიძლება განვითარდეს ფილტვის შეშუპება.

პლევრის დრუდან ექსუდატის დიდი რაოდენობით და სწრაფად გამოღების შედეგად ფილტვების სისხლძარღვების სისხლით სწრაფად ავსების გამო, შესაძლებელია აგრეთვე ფილტვის შეშუპება განვითარდეს.

სწრაფად ვითარდება შეშუპება, რომელიც გამოწვეულია მომწამვლელ ნივთიერებათა ზეგავლენით. ჭშირია ფილტვების შეშუპება საბრძოლო მომწამვლელ ნივთიერებათა (ქლორის, ქლოროპირინის, ფოსგენის, დიფოსგენის და სხვ.) ზეგავლენით. ფილტვების შეშუპების განვითარება ზოგჯერ თანდათანობით, ზოგჯერ კი სწრაფად ხდება. უკანასკნელ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს სათანადო დახმარება არ აღმოუჩინეთ, ის შეიძლება ჩქარა დაიღუპოს.

ფილტვების შეშუპების განვითარებისას ავადმყოფს უჭერს გულ-მკერდის არეში, ახველვებს, მოსდის დიდი რაოდენობით ქაფიანი, თხელი, სისხლიანი ან ვარდისფერი ნახველი, აქვს ძლიერი ქოშინი. ობიექტური გამოკვლევით აღინიშნება ფერმკრთალობა, სილურჯე, ოფლი, ძალზე აჩქარებული და სუსტი ავსების მაჯა. პერკუსიით ორივე ფილტვის არეში აღინიშნება ფილტვის ხშიანობა ტიმპანური ელფერით, ხოლო აუსკულტაციით აუარებელი სველი საშუალო და მსხვილბუშტუკოვანი ხიხინი. ფილტვების ალვეოლებში, ბრონქებში და ტრაქეაში, თხელი გამონაყოფის დიდი რაოდენობით დაგროვების გამო, სუნთქვის დროს ავადმყოფს აქვს ხრიალი, რომელიც საკმაოდ მანძილზეც კარგად ისმის და მეტად მძიმე შთაბეჭდილებას ახდენს.

ფილტვების შეშუპება ყოველთვის მძიმე მოკლენას წარმოადგენს, განსაკუთრებით, თუ ის მწვავედ ვითარდება. თუ სასწრაფო ზომები არ იქნება მიღებული, ქოშინი თანდათან ძლიერდება, გულის მუშაობა სწრაფად ეცემა და ავადმყოფი მოხრჩობის გამო იღუპება.

**მკურნალობა.** ისეთ დაავადებათა დროს, როდესაც მოსალოდნელია მათი გართულება ფილტვების შეშუპებით, თავიდანვე უნდა მიექცეს ყურადღება გულის მუშაობას, რისთვისაც საჭიროა სხვადასხვა ასაგზნები საშუალებებით მისი გაძლიერება. ფილტვების მწვავედ განვითარებულ შეშუპების დროს, როდესაც ავადმყოფს აქვს ზემოაღწერილი კლინიკური ნიშნები — ციანოზი, ზრიალით სუნთქვა, — საჭიროა უმაღლეს სისხლის გამოშვება ვენიდან ვენებუქციით ან საჭირო შემთხვევაში ვენესექციით. სისხლის საკმარაოდენობით (300—500 მლ) გამოშვება ზშირად ავადმყოფს სიკვდილს გადაარჩენს ხოლმე.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ სისხლის გამოშვება ფილტვების მწვავე შეშუპების დროს არასოდეს არ არის დაგვიანებული, ის უნდა გაკეთდეს დაუყოვნებლივ, როგორც კი იქნება დასმული ამ მძიმე მდგომარეობის დიაგნოზი.

ამასთან ერთად საჭიროა გულ-მკერდზე ირგვლივ კოტონშების დასხმა და ენერგიული გულის ასაგზნები საშუალებების მიცემა — კოფეინი, ეთერი, ადრენალინი კანქვეშ და გლუკოზის 40% ხსნარის 10—20 მლ ვენაში 0,15 მგ სტროფანტინთან ერთად; კარგად მოქმედებს კორდიამინი კანქვეშ.

### ფილტვების ემფიზემა (Emphysema pulmonum)

ფილტვების ემფიზემა ეწოდება ფილტვების გაგანიერებას, აბერვას. ფიზიოლოგიურ პირობებში ფილტვების ტევადობა სხვადასხვანაირია; როდესაც ფიზიკური გადატვირთვის (მძიმე ფიზიკური მუშაობის, სირბილის, ჩასაბერ ინსტრუმენტებზე, დაკვრის, სიმღერის და სხვ.) შედეგად გაძლიერებული ჩასუნთქვა წარმოებს, ფილტვების მოცულობა მატულობს, ფილტვები განიერდება. ცხადია, რომ ეს მდგომარეობა არ შეიძლება ემფიზემად ჩაითვალოს. ემფიზემა არის დაავადება, რომელსაც საფუძვლად უდევს ფილტვის ქსოვილის ელასტიკურობის დაქვეითება ან დაკარგვა და ატროფიული ცვლილებები ფილტვის ქსოვილში. არის დაავადებები, რომელთაც ფილტვის ქსოვილის გაჭიმვა და ფილტვის აბერვა-გაგანიერება მოსდევს, მაგრამ ამ დაავადებათა განკურნების შემდეგ ფილტვის გაგანიერება მცირდება ან გაივლის და ფილტვის ქსოვილიც წინანდელ მდგომარეობას უბრუნდება. ასე, მაგალითად, ფილტვის ანთების დროს, ფილტვის წილი ან რომელიმე უბანი არ სუნთქავს მასში ანთებითი ინფილტრაციის განვითარების გამო; სამაგიეროდ დაავადებული უბნების გვერდით და მეორე საღ ფილტვში ჰაერით სავსეობა (პნევმატიზაცია) მატულობს, ალვეოლების კედლები იჭიმება, ვითარდება ემფიზემური მდგომარეობა, რომელიც დროებითი, წარმავალია და ძირითადი დაავადების განკურნების შემდეგ უკვალოდ გაივლის ხოლმე. ასეთივე მდგომარეობაა სველი პლევრიტის შემთხვევებში, როდესაც დაავადებულ მხარეზე ფილტვი იმდენად შეკუმშულია, რომ სრულიად არ სუნთქავს, ხოლო მეორე საღი ფილტვი გაძლიერებულად სუნთქავს და დროებით იბერება, ემფიზემური ხდება. ფილტვების ემფიზემის ეს ფორმები ცნობილია ვიკარული ემფიზემა და სხვებით.

ბრონქული ასთმის შეტევის დროს ვითარდება ფილტვების მწვავე გაგან-  
ნიერება, მწვავე ემფიზემური მდგომარეობა, რაც ასთმის შეტევის დამთავრე-  
ბისთანავე გაივლის ხოლმე. მწვავე ბრონქიოლიტის დროსაც აგრეთვე ადვილი  
აქვს ფილტვების მწვავე გაგანიერებას.

ფილტვების ემფიზემის ეს ფორმები არსებითად სიმპტომური ხასიათი-  
საა და, თუ მათი გამოწვევი დაავადება და მასთან დაკავშირებით ფილტვე-  
ბის მწვავე ემფიზემური მდგომარეობა ხშირად არ მეორდება, ფილტვის პნეე-  
მატიზაცია კლებულობს და ფილტვი პირიქით მდგომარეობას უბრუნდება.  
არჩევნ კიდევ ე. წ. ქოხუცებულობის ემფიზემას, რომლის  
დროსაც ფილტვის ალეოლებს კედლებს ელასტიკურობა შემცირებულია,  
მაგრამ ფილტვების მოცულობა გადიდებული არ არის.

**ე ტ ი ო ლ გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი.** ფილტვების ემფიზემის გამომ-  
წვევ მიზეზთა შორის ძნელია ერთი, რომელიმე გარკვეული მომენტის დასახე-  
ლება. ის შეხედულება, რომ ამ დაავადების გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს  
ავადყოფის პროფესიას, რომელიც იწვევს ფილტვების გადატვირთვას ამო-  
სუნთქვის გაძლიერების განა (შუშის ქურქლის მკეთებელი მუშები, სასულე  
ინსტრუმენტზე დამკვრელები, მომღერლები) და მძიმე ფიზიკურ მუშაობას,  
დღესდღეობით უმართებულოდ უნდა ჩაითვალოს; ძნელი დასაშვებია, რომ ამ  
მიზეზებს შეიძლება გადაწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდეს მყარი ემფიზემის  
განვითარებაში.

ფილტვის ქსოვილის ელასტიკურობის შემცირება ან დაკარგვა, პათოგენე-  
ზური თვალსაზრისით, ფილტვების ემფიზემის განვითარების ერთ-ერთ ძირი-  
თად მომენტად უნდა ჩაითვალოს, ხოლო ამ ელასტიკურობის დაკარგვის  
წარმოშობაში დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ორგანიზმის დისტრტუიკა  
ნალურ თავისებურებას.

ქრონიკული ბრონქიტები, პერიბრონქიტები, პნემოსკლეროზი იწვევს  
რა ბრონქების დაცობას, ობტურაციას სეკრეტით, ხელს უშლიან ფილტვის  
ქსოვილში სისხლის თავისუფალ მიმოქცევას და ამიტომ ნადავს უმზადებენ ფილ-  
ტვის ქსოვილის ნორმალური კვების დარღვევას, რაც თავის მხრივ ხელს უწყ-  
ვობს ალეოლების კედლების ფუნქციის მოშლას.

ასეთ პირობებში, მექანიკური მომენტი, შემოსუნებული გადატვირთვის  
და ალეოლების გაჭიმვის სახით, უკვე ხელშეწყობი ფაქტორის როლს ასრუ-  
ლებს და ფილტვის ემფიზემის განვითარებაში გარკვეულ მნიშვნელობას ღე-  
ბულობს.

გარკვეული მნიშვნელობა ფილტვების ემფიზემის განვითარებაში ეკუთვ-  
ნის ბრონქებისა და ფილტვების მთელი სისტემის ნერვულ რეგულაციის მოშ-  
ლას, რაც ან რეფლექტორული გზით წარმოიშვება მეზობელ ორგანოებიდან,  
ან შედეგია ცენტრალური ნერვული სისტემის მოშლისა.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ თუმცა ფილტვების ემფიზემა უფრო  
ხანში შესულ პირებს (40—60 წ.) აქვთ, ზოგჯერ ის ახალგაზრდებსაც უვი-  
თარდება.

რა თქმა უნდა, წლების მანძილზე, ფილტვების ემფიზემური ცვლილებე-  
ბის შედეგად ვითარდება გულ-მკერდის ქვალოვანი ჩონჩხის ცვლილებებიც—  
ნეკნების ხრტილების გაძვალება, გულ-მკერდის ღრუს გაფართოება, რაც კიდევ  
უფრო ხელს უწყობს ემფიზემის გაძლიერებას.

ფილტვის ემფიზემა საკმარისად ხშირი დაავადებაა. ის უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში და, სხვადასხვა აეტორების მიხედვით, მისი სიხშირე საშუალოდ ყველა დაავადების 3% აღწევს.

**პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა.** ფილტვების მხრივ ემფიზემის დროს დამახასიათებელია ფილტვების ალვეოლების მოცულობის გადიდება, რის შედეგად გადიდებულია ფილტვების მოცულობაც. ალვეოლების კედლები გათხლებული და ზოგან სრულიად დარღვეულია. ფილტვები მკრთალი ფერისაა, ხოლო ბრონქების ლორწოვანი ჰიპერემიულია. აღინიშნება სისხლძარღვთა კაპილარების დაცარიელება და ობლიტერაცია.

**კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი და მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა.** ფილტვების ემფიზემით ავადმყოფების უმთავრესი ჩივილია ხველა და ქოშინი. ხშირად ავადმყოფი ნრავალი წლის განმავლობაში ყურადღებას არ აქცევს ხველას და მხოლოდ მაშინ მიმართავს ექიმს, როდესაც, შეამჩნევს ქოშინს მცირეოდენი ფიზიკური დატვირთვის დროს. ჩვეულებრივ, ხველა ბრონქიტით არის გამოწვეული. ქოშინი კი ფილტვის ელასტიკურობის შემცირების გაფანტვისა და ექსპირაციული წნევის შესუსტების შედეგია. ფილტვების ემფიზემის მოგვიანებით სტადიაში, როდესაც ემფიზემას გულის მუშაობის შესუსტებაც დაემატება ხოლმე, ქოშინი უფრო ძლიერდება და აქ მის წარმოშობას ხელს უწყობს გულის მდგომარეობაც.

ფილტვების ემფიზემით ავადმყოფს უკვე გარეგანი ლათვალეიტებით მთელი რიგი დამახასიათებელი ნიშნები აქვს.

გულ-მკერდი კასრისებური მოყვანილობისაა, გულ-მკერდის ქვემო აპერტურა გაგანჯარებულია, ნეკნათა უკან სივრცეები გაფართოებულია, ეპიგასტრალურა კუთხე ბლაგვია, ლავიწნედა ფოსტები ამოვსებულია, კისერი დამოკლებულია და მასზე ნათლად ჩანს დაბერილი ვენები. სახე ავადმყოფს ციანოზური და წამობერილი აქვს.

ფილტვების პერკუსიით აღინიშნება ფილტვის ხმიანობა კოლოფისებური ელფურით, გულ-მკერდის ბარათი რაყა მისთვის ბრტყულია. ფილტვების ქვემო სალურები გადიდებულია და ენდოზემის ხარისხში მხედვით ცოტად თუ ბევრად ნორმალურზე დაბლა დგას. ფილტვების ქვემო კედეთა შლა შემცირებულია.

აუსკულტაციით აღინიშნება შესუსტებული სუნთქვა, განსაკუთრებით ჯაგრძელბული ამოსუნთქვით. იმის მიხედვით, თუ რამდენად ძლიერია თანამგზავრი ბრონქიტი, იმის ცოტა ან ბევრი, გაფანტული, მშრალი, მსტენავი ხიხინი. მშრალ ხიხინთან ერთად ზოგჯერ აღინიშნება სველი საშუალობუნებრივი ხიხინი, განსაკუთრებით ფილტვების ქვემო წილებში.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ფილტვების ემფიზემის დროს ფილტვის სურათი გაძლიერებულია, ფილტვების არეების გამჭვირვალობა მომატებულია, ფილტვების ქვემო საზღვრები გადიდებულია. ფილტვების ცვლილებებთან ერთად აღინიშნება გულის ცვლილებებიც: გარდიგარდმო საზღვრების გადიდება და ფილტვის არტერიის რკალის გამოდნევა.

ფილტვების ემფიზემა ქრონიკულად მიმდინარეობს; წლითიწლობით ცვლილებები ფილტვებში თანდათან მატულობს, ქოშინი და ხველა ძლიერდება. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შეგუბებითი მოვლენების მომატების გამო, რაც ეთარდება ფილტვებში შემოადინებული ცვლილებების შედეგად, წარმოებს გულის გადაჭარბებული დატვირთვა და ბოლოს ავადმყოფს



უვითარდება ცვლილებები გულის მხრითაც — მარჯვენა პარუტქის ჰიპერტროფია და დილატაცია.

გულის ასეთი ცვლილებები, რომლებიც ემფიზემის გარდა ფილტვების ზოგიერთი სხვა დაავადების (პნევმოსკლეროზი, პნევმოციროზი) დროსაც აღინიშნება, თანამედროვე კლინიკაში ცნობილია, როგორც Cor pulmonale (ფილტვისმიერი გული).

საბოლოოდ, ფილტვების ემფიზემის დროს ვითარდება გულის მუშაობის მოშლა — დეკომპენსაცია; მატულობს ჭოშინი, ციანოზი, ავადმყოფს უდიდდება ღვიძლი, შეუშუპდება ხოლმე კიდურები და სეროზულ რუქებში ჩაუფდება სითხე.

ღ ი ა გ რ ო ზ ი. ფილტვის ემფიზემის ამოცნობა ძნელი არ არის, რამდენადაც ის საკმაოდ დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნებს იძლევა. გულ-მკერდის კასრიტური მოყვანილობა, ქოშინი, ხველა, კალოფისებრი ხმანობა ფილტვებში, შესუსტებული ფრეჭიტუსი და შესუსტებული სუნთქვა გვეხაობება დიაგნოსტიკაში.

პ რ ო გ რ ო ზ ი: ფილტვების ემფიზემა განუკურნებელი დაავადებაა, მაგრამ თუ ემფიზემით ავადმყოფს კარგ პირობებში ჩავაყენებთ, მისი შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობებს შერაწესრიგებთ ისე, რომ დავიცვათ ორგანიზმი ემფიზემის ზელშემწყოში პირობების ზეგავლენისაგან, ავადმყოფს შეიძლება დიდხანს შეეუნარჩუნოთ სიცოცხლე და შრომის უნარი.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. განსაკუთრებული სამკურნალო საშუალებები, კერძოდ, ემფიზემის წინააღმდეგ, არ არის. მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ბრონქიტის წინააღმდეგ. მძიმე ფიზიკური მუშაობა, თამბაქოს მოწევა, გაძტვრიანებელი ჰაერით სუნთქვა, ცივ ჰაიან ადგილებში ცხოვრება მავნებელია ფილტვების ემფიზემით ავადმყოფისათვის და ყოველივე ამას ის უნდა მოერიდოს. თუ ავადმყოფს გულის მუშაობის შესუსტების მოვლენები დაეტყო, საჭიროა მისი მკურნალობა გულის საშუალებებით (იხ. სათანადო თავები). საუკეთესო საშუალებაა ჰაერით ხანგრძლივი მკურნალობა ზღვის სანაპიროზე, სადაც ასეთი ავადმყოფები თავს გაცილებით უკეთ გრძობენ.



### პნევმოსკლეროზი (Pneumosclerosis)

ფილტვების ~~ქრონიკული და განუკურნებელი დისკოლეზია~~ ~~ქრონიკული ანთეზისი~~ და უფრო იშვიათად, ფილტვის განანჯრძლივებული ~~რუქის~~ ~~ანთეზისი~~ ქრონიკულ ბრონქიტებსა და პერეპრონქიტებს მოსდევს ფილტვის ქსოვილში ბრონქებში, პლევრაში შემავრთვბელი ქსოვილის განვითარება. ეს მოვლენა ცნობილია თანამედროვე მედიცინაში, როგორც პნევმოსკლეროზი. მსგავს ბათოლოგიურ მოვლენას წინათ ფილტვების ინტერსტიციალურ ანთეზას უწოდებდნენ, მაგრამ დღეს უკვე ცნობილია, რომ პნევმოსკლეროზის შემთხვევებში ამ ანთეზით ცვლილებებთან ერთად ფილტვებში ადგილი აქვს შენაერთბელი ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარებასაც. ასეთი ფიბროზული ცვლილებები ფილტვებში ძალიან ხშირია ტუბერკულოზური პროცესის დროს, მაგრამ ასეთი სპეციფიკური პნევმოსკლეროზის გარდა, ვხვობებით არასპეციფიკურ პნევმოსკლეროზსაც.

ეტოლოგიურად პნევმოსკლეროზის განვითარებისათვის, გარდა ზემოაღნიშნული მიზეზებისა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ფოსგენით მოწამელას მისი

ჩასუნთქვის დროს, პნევმოკონიოზს და სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში სისხლის ხანგრძლივ შეგუებებას.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. როგორც ზევით იყო აღნიშნული, პნევმოსკლეროზის დროს აღსანიშნავია ფილტვის ქსოვილში ანთებითი ცვლილებების ადგილას ბრონქების და ბრანქიოლების ირგვლივ შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება, რომელიც მოპავალში შესაძლოა ზანჯილიც აღეს. ამავე დროს ბრონქების ლორწოვანი გარსი ჰიპერტროფიულ ან ატროფიულ ცვლილებებს განიცდის, ზოგჯერ ადგილი აქვს კერობრივ დაჩირქებას. ფილტვის ქსოვილში და პლევრაში ჩნდება შემაერთებელქსოვილოვანი ნაწიბური. ფილტვის ქსოვილის ცალკე უბნების ნაწიბუროვანი შემაერთებელი ქსოვილით შეცვლის გამო, საღი უბნები მათ გვერდით განიცდის ემფიზემურ. ცვლილებებს, რის შედეგადაც ვითარდება ფილტვის ემფიზემა, ხოლო მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამო სისხლის მიმოქცევა მცირე წრეში ფერხდება და ვითარდება გულის გაგანიერება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი და მ ი მ დ ი ნ ა რ ო ბ ა. პნევმოსკლეროზით ავადმყოფებისათვის უმთავრეს დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშანს წარმოადგენს ხველა. ასეთ ავადმყოფებს სულ ახველებთ. მრავალი წლის მანძილზე ავადმყოფები აღნიშნავენ ბრონქიტებს, ადვილად „ცივდებათ“ და მათ უძლიერდებათ ხველა, რომელიც მათ ხშირად ბავშვობიდან, ან ახალგაზრდა ასაკიდან დასჩემდებათ ხოლმე. ხველა ან მშრალია, ან ავადმყოფს ამოაქვს მცირე, ზოგჯერ მეტი რაოდენობითაც ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველი. ხველის გარდა ავადმყოფს აქვს ქაშკაშე, რომელიც პირველ ხანებში არ იპყრობს ყურადღებას, მაგრამ პნევმოსკლეროზის მოვლენების გაძლიერებასთან ერთად ის მატულობს და ავადმყოფს აწუხებს არა მარტო ფიზიკური გადატვირთვის, არამედ მოსვენების დროსაც. ქოშინს ფილტვების ცვლილებების გარდა, იწვევს გულის ზემოაღნიშნული ცვლილებები, რაც დაავადების მოგვიანო პერიოდში ვითარდება.

ავადმყოფის გასინჯეთ აღინიშნება სახის ციანოზურა შეღერვა. სუბფებრილურ ტემპერატურა. ავადმყოფის გულ-მკერდი კატიზიურია; პერიკუსით ფილტვების მხრივ აღინიშნება ფილტვის ხმიანობა კოლოფის ელფერით, ხოლო მოსმენით შესუსტებული სუნთქვა, დიდი რაოდენობით მშრალი ხიხინი და ხშირად სველი ხიხინიც. გულის საზღვრები გაგანიერებულია მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის ხარჯზე, ტონები მოყრუებულია, ნაწილობრივ გულის კუნთის დისტროფიის, ნაწილობრივ კი ემფიზემის შედეგად.

პნევმოსკლეროზი ქრონიკული, პროგრესულად მიმდინარე დაავადებაა. პირველ ხანებში ის ავადმყოფისათვის მაინცდამაინც არც შესამჩნევი, არც შემაწუხებელია, ხოლო დაავადების უფრო მოგვიანო პერიოდში, როდესაც ავადმყოფს ქოშინი უძლიერდება, ხველა მატულობს, ამოსდის ნახველი და ეწყება გულის დეკომპენსაცია, ის მძიმე მდგომარეობაში ვარდება, ინვალიდდება და იღუპება ფილტვებისა და გულის ნაკლოვანობის შედეგად. ვასაგებია, რომ დაავადების ამ პერიოდში აღინიშნება გულის ნაკლოვანობის ყველა მოვლენები — ძლიერი ციანოზი, გულის ასთმის მოვლენები, ღვიძლის შეგუებება, შეშუპებები, წყალმანკი და სხვ.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. პნევმოსკლეროზის ამოცნობა ადვილი არ არის; ყველა ის კლინიკური ნიშნები, რომლებიც ზევით იყო ჩამოთვლილი, ცხადია, მხოლოდ პნევმოსკლეროზისათვის დამახასიათებელი არ არის და შეიძლება ფილტვებისა და გულის დაავადების დროსაც აღინიშნებოდეს. ამიტომ პნევმო-

სკლეროზის ზუსტი დიაგნოზისათვის საჭიროა ავადმყოფის ანამნეზის დაწვრილებით შესწავლა. ხშირი ავადმყოფობა ბრონქიტით, გრიპით, გრიპოზული პნევმონიით წარსულში, ემფიზემის, ბრონქიტის, პერიბრონქიტისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები ფილტვების მხრივ, დაავადების მოგვიანო პერიოდში კი ცვლილებები გულის მხრივ, დაგვეხმარება დაავადების ამოცნობაში.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკის დროს შეცდომის ხშირი მიზეზია სპეციფიკური ტუბერკულოზური პნევმოკლეროზი. თუ გავისხენებთ, რომ პნევმოკლეროზი იძლევა ხეელას ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით, რომელშიც ზოგჯერ შეიძლება სისხლიც გაერიოს და, სუბფებრულ ს-ს, რომ მოსმენის დროს ხშირია სველი ხიხინი. ხოლო რენტგენოლოგიურად შეიძლება აღინიშნოს ფილტვის სურათის გამოცემა, კარგად გამოხატული *hilus* და სხვ., ადვილი გასაგები ვახლევა, რომ დიაგნოზური შეცდომა არასპეციფიკური და სპეციფიკური პნევმოკლეროზის შორის ხშირია. ამიტომ ტუბერკულოზის გამოსარიცხავად, საჭიროა ნახელოს გულმოდგინე შესწავლა ბიურკულოზის ჩხირებზე და ფილტვების სურათის გადაღება რენტგენით. კერძოდ ცვლილებები რენტგენოგრაფიაზე ტუბერკულოზისათვისაა დამახასიათებელი და არასპეციფიკური პნევმოკლეროზის წინააღმდეგ ლაპარაკობს, ხოლო კონის ჩხირების აღმოჩენა ნახველში სწყვეტს დიაგნოზს საკითხს.

პროგნოზი პნევმოკლეროზის დროს განკურნების მხრივ მძიმეა. თუ დაავადება განვითარდა და გულის ნაკლოვანობა გამოიწვია, განკურნებაზე ლაპარაკი ზედმეტია. მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს იმისაკენ, რომ პროფილაქტიკური ღონისძიებებით მუშაობისა და ცხოვრების მხრივ, ავადმყოფი ჩაეყენოთ ისეთ პირობებში, რომ მას თავიდან აეცილოთ ბრონქიტის ხშირი გამწვავება და გრიპოზული პნევმონიების რეციდივები. ავადმყოფს უნდა ავუკრძალოთ თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლი, გამტვერიანებულ ჰაერში მუშაობა, მძიმე ფიზიკური შრომა და ვურჩიოთ ჰავით მკურნალობა. პნევმოკლეროტიკები, თუ მათ შორის ხველა აქვთ, კარგად გრძობენ თავს ზღვის ნაპირას, ხოლო თუ ნახველი მეტი რაოდენობით გამოიყოფა, უფრო ნაჩვენებია მთიანი კურორტები.

საჭიროა ენერგიული მკურნალობა პნევმონიების წინააღმდეგ და მათი რეციდივების პროფილაქტიკა. სამკურნალო მიზნით ნაჩვენებია სულფამიდები (სულფაზოლი, ნორსულფაზოლი, სულფადიაზინი) დღე-ღამეში არა უმეტეს 4—6 გრამისა, ისიც 5—6 დღის განმავლობაში. სუბფებრული ტემპერატურის და, მით უმეტეს, პნევმონიის გამწვავების დროს, ნაჩვენებია პენიცილინით მკურნალობა (100,000 ერთეული ყოველ 3 საათში) საშუალოდ 2—4 მილიონი ერთეულის რაოდენობით. გახანგრძლივებულ, ჩაუთავებელ პნევმონიის დროს კარგად მოქმედებს ფილტვების ქვემო წილებში დიათერმია 10—15 სენსიმი 15—20 წუთის ხანგრძლიობით (დენის ძალა 1 A).

ყოველივე ამასთან ერთად საჭიროა კარგი პირობები ბინაში, სუფთა ჰაერი ოთახში, კარგი კვება, ვიტამინები და სისხლის გადასხმა განმეორებით 150—250 მლ რაოდენობით.

### პნევმოკოონიზი (Pneumoconiosis)

შესუნთქულ ჰაერთან ერთად სიცოცხლის მოელ მანძილზე ადამიანი ჩაისუნთქავს მტერის ამა თუ იმ რაოდენობას. თუ ჰაერში შერეული მტერის რაოდენობა დიდი არ არის, ის ჩერდება ზედა სასუნთქ გზებში, ლორწოვან

გარსზე და მეტწილად უკან გამოიყოფა ცხვირის ღრუს სეკრეტით ან ნახველით.

თუ პაერში მტვერი დიდი რაოდენობითაა, მაშინ ის აღწევს უწვირის ბრონქებსა და ალვეოლებს, სადაც ის ნაწილობრივ ლაგდება ალვეოლების კედლებში და ალვეოლების შუა შემაერთებელ ქსოვილში, ნაწილობრივ კი ლიმფური გზებით მიიტანება ფილტვების hilus-ებში და გროვდება პერიბრონქიალურ ქსოვილში და ლიმფურ კვანძებში, ხოლო აქედან ბრონქოპულმონალურ ლიმფურ ჭირკვლებში.

ცხადია, მტერის ნაწილაკები და მათთან ერთად შეტანილი მიკრობები აღიზიანებენ ბრონქების ლორწოვან გარსებს, ფილტვის და ჭირკვლების ქსოვილებს და იწვევენ მათ ინფილტრირებას.

ჩასუნთქული მტერის ხასიათის მიხედვით ხდება ბრონქების ლორწოვანი გარსის, ფილტვების ქსოვილის და ლიმფური ჭირკვლების მეტი ან ნაკლები გაღიზიანება, რის შედეგადაც ხდება უჯრედული ელემენტების გამრავლება, პროლიფერაცია და განვითარება შემაერთებელი ქსოვილისა, რომელიც შემდეგ ნაწილობრივ ფიბროზული ზონებისა და კვანძების სახით. ასეთ ანატომიურ პროცესებს მოჰყვება ფილტვის ქსოვილის ინდურაცია, შეკუმხვება და პნევმოკლეროზის განვითარება, აქედან გამომდინარე შედეგებით.

მაშასადამე, ცხადია, რომ პნევმოკონიოზი გულისხმოს ფილტვების დამტვრიანებას და ამით გამოწვეულ ცვლილებებს სასუნთქ ორგანოებში. იმის მიხედვით, თუ რა სახის მტერია ეს გამოწვეული, განიარჩევა პნევმოკონიოზის სხვადასხვა სახე.

ქვის მთლებს უვითარდებათ ე. წ. ხ ა ლ ი კ ო ზ ი, ლითონზე მომუშავე ხარატებს — ს ი დ ე რ ო ზ ი, ქვანახშირის მაღაროს მუშებს — ა ნ თ რ ა კ ო ზ ი, კაშუ მობრუნებებს — ს ი ლ ი კ ო ზ ი.

აღსანიშნავია, რომ სხვადასხვა მტვერი ერთნაირი ინტენსივობით როდი აზიანებს ფილტვებს; ამ მხრივ უფრო მანეა ლითონის მტვერი. ფილტვების დამტვრიანება ავადმყოფს დიდი ხნის განმავლობაში რჩება, თუნდაც რომ მან პროფესია გამოიცვალოს და მტერით შეფერილი ნახველის (შავი ნახველი მაგ., ანთრაქოზის დროს) გამოყოფა წლობით გრძელდება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი პნევმოკონიოზის დროს მაინცდამაინც დამახასიათებელი არ არის. ქრონიკული ბრონქიტის მოვლენები—ხელა, ზოგჯერ ნახველით, გაფანტული მშრალი ხიზინი, მსუბუქი ქოშინი, და თუ ანამნეზიდან ცნობილია პნევმოკონიოზის განვითარებისათვის შესაფერი პირობები, მიგვითითებს ამ დაავადების არსებობაზე. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, განსაკუთრებით რენტგენის სურათი, ზოგჯერ ფრიად დამახასიათებელ სურათს გვაძლევს ფილტვების მხრივ: რენტგენოგრაფაზე დაზიანებულ ფილტვის ქსოვილში, ბრონქებში და ბრონქულ ჭირკვლებში მკაფიოდ ჩანს ჩრდილები ხახებისა და ლაქების სახით.

ეს დაჩრდილებები გამოწვეული უხდა იყოს არა მარტო უცხო სხეულით, არამედ იმ პნევმოკლეროზული ცვლილებებით, რომლებიც ვითარდება ფილტვებში პნევმოკონიოზის შედეგად. დაავადების შემდგომ პერიოდებში ავადმყოფს უვითარდება გულის დაავადებაც cor pulmonale-ს ტიპისა და ამ გართულებისაგან შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს კიდევ.

დ ი ა გ ო ზ ი პნევმოკონიოზისა დამყარებულია პროფესიულ ანამნეზზე, ქრონიკული ბრონქიტისათვის, ფილტვის ემფიზემისათვის და საერთოდ პნევმოკლეროზისათვის დამახასიათებელ ცვლილებებზე. მეტად შევლის. დაავადე-

ბის სწორ ამოცნობას ფილტვების რენტგენოგრაფია, რომელზედაც აღმოჩნდება ზემოხსენებული დამახასიათებელი ცვლილებები. დიფერენციალური დიაგნოზის დროს საჭიროა გამოვრიცხოთ ფილტვების ტუბერკულოზი, არანევმოკონიოზური ეტიოლოგიის ქრონიკული ბრონქიტი და ბრონქოექტაზიები.

ფილტვების ტუბერკულოზის გამოსარიცხავად საჭიროა ნახველის განმეორებით და გულმოდგინედ გამოკვლევა კოხის ჩხირებზე და რენტგენოგრაფია, ხოლო ბრონქიტისა და ბრონქოექტაზიების პნევმოკონიოზური ბუნების დასადგენად ანამნეზი და დამახასიათებელი რენტგენოსურათი დაგვეხმარება.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი** დაავადების დასაწყის პერიოდში შედარებით კარგია; თუ ავადმყოფი პროფესიას გამოიცვლის, ის შეიძლება სრულიად გამოკეთდეს. თუ დაავადება შორს წაივით, ავადმყოფმა მაინც შეიძლება დიდი ხნით შეინარჩუნოს შრომის უნარი. ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ პნევმოსკლეროზის დიდი მოვლენები და ამ ნიადაგზე გულის ნაკლოვანობა განვითარდა, პროგნოზი უკვე ფრიად სერიოზულია.

მკურნალობა უნდა იყოს მიმართული ქრონიკული ბრონქიტის, პნევმოსკლეროზის და გულის ნაკლოვანების წინააღმდეგ (იხ. სათანადო თავები).

**პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა** გულისხმობს საწარმოებში ყველა გამაფრთხილებელი ზომების ხმარებას პნევმოკონიოზის თავიდან ასაცილებლად.

ამ მხრივ სსრ კავშირში დიდი მუშაობაა ჩატარებული და პნევმოკონიოზით დაავადების სიხშირე ძალიან შემცირდა. სსრ კავშირში არსებული სანიტარული კანონმდებლობა ითვალისწინებს მთელ რიგ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს მტერიან საწარმოებში შრომის პირობების გაჯანსაღებისათვის და მუშათა ჯანმრთელობის დაცვისათვის.

### **ბ რ ო ნ ქ ო ე ქ ტ ა ზ ი ა . ბ რ ო ნ ქ ო ე ქ ტ ა ზ ი უ ლ ი ს ნ ე უ ლ ი ა ბ ა (Bronchoectasia, Marbus bronchoectaticus)**

ბრონქოექტაზია ეწოდება ბრონქის გაგანიერებას, რაც შეიძლება შექცენილი, ან თანდაყოლილი იყოს. ბრონქების გაგანიერება საკმარისად ხშირ მოვლენას წარმოადგენს, მაგრამ, მისი დიაგნოსტიკის სიმძნელის გამო, ხშირად ამოუცნობი რჩება.

**ე ტ ი ო ლ ო თ ა ი ა** და **პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი**. შექცენილი ბრონქოექტაზიის წარმოშობა-განვითარებას უკავშირებენ ფილტვების და პლევრის ანთებით პროცესებს. ხშირად, ჭერ კიდევ ბავშვობიდანვე, მზადდება ბრონქებსა და ფილტვებში ამ დაავადებისათვის ხელსაყრელი პირობები. **წითელას**, ყვიანახველას და გრიპის მიმდინარეობაში განვითარებული კეროვანი პნევმონია, რომლის ხანგრძლივად მიმდინარეობის შემთხვევაში პნევმონიური ინფილტრაციის ადგილას ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი, ხელს უწყობს ფილტვის ანთებითი კერის მიდამოში ბრონქების დაავადებასაც.

ბრონქების ლორწოვანი გარსის ანთებასთან ერთად, ზიანდება ლორწოქვეშა ქსოვილი და ბრონქის ირგვლივ ქსოვილებიც, ვითარდება **ე. წ. პ ე რ ი ბ რ ო ნ ქ ი ტ ი**, ირღვევა სისხლის მიმოქცევა ბრონქების კედლებში, რაც ხელს უწყობს ბრონქების კედლების პათოლოგიური ცვლილებების განვითარებას.

ბრონქის კედელი კარგავს თავის ელასტიკურობას, ის ვეღარ უძლებს შიდა-ბრონქიალურ წნევას და თანდათან განიერდება. ამრიგად, ბრონქიტიც აპირობადებს ბრონქების გაგანიერებას.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ბრონქოსპაზმი, რომელიც ხელს უწყობს ბრონქოექტაზიის განვითარებას, ვითარდება ნერეულ-რეფლექტორული გზით ქერქული ხასიათის მოშლილობის შედეგად.

ბრონქების წესიერება სიმსივნის შედეგად ან ტუბერკულოზის ნიადაგზე განვითარებული ნაწიბურის შედეგად შეიძლება აგრეთვე გახდეს ბრონქოექტაზიის წარმოშობის მიზეზად.

მაშასადამე, ფილტვის ქსოვილის ქრონიკული ან ხშირი განმეორებით პნევმონიური ინფილტრაცია, შემეერთებული ქსოვილის შემდგომი დანაწიბურებით, ე. ი. პნევმოსკლეროზის მოვლენები ხელს უწყობს ბრონქოექტაზიის განვითარებას.

ასეთი შექენილი ბრონქოექტაზიის გარდა, არჩევნ თანდაყოლილ ბრონქოექტაზიას, რომლის განვითარებაშიც მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ბრონქების კედლების განვითარების რაღაც ანომალიას, რასაც შემდეგ ბრონქების გაგანიერება მოსდევს.

**პ ა თ ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა.** ბრონქოექტაზია იყოფა ცილინდრულ, პარკისებურ და თითისტარისებურ ფორმებად და უფრო ხშირად ფილტვების ქვემო წილებში ვითარდება. გაგანიერებული ბრონქის კედელი მეტად გათხელებული და ხშირად სრულიად ატროფიულია. ბრონქების ლორწოვანი გარსი ზოგჯერ დაწყულულებული და დაჩირქებულია. ზოგჯერ ესა თუ ის გაგანიერებული ბრონქი შემოვლებულია სქელი ფიბროზული კედლით.

**კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი.** დაავადებისათვის დამახასიათებელია ხველუ და ჩირქოვანი ნახველს დიდი რაოდენობით გამოყოფა. უნდა აღინიშნოს, რომ ბრონქოექტაზიის განვითარების შირველ ხანებში ავადმყოფს შეიძლება არა ჰქონდეს ძლიერი ხველა და ბევრი ნახველი, მაგრამ რამდენადაც დაავადება წინ მიდის, იმდენად ეს მოვლენები უფრო და უფრო მატულობს. ავადმყოფს, განსაკუთრებით დილით, გაღვიძებისას, მოსდის ხველის ძლიერი შეტევა და ის გამოყოფს დიდი რაოდენობით ჩირქიან, ზოგჯერ მყარ ნახველს; ნახველი იმდენად ბევრია, რომ ავადმყოფს პირი ევსება. როდესაც ნახველს მყარალი სუნი მიეცემა, უნდა ვიფიქროთ, რომ ადგილი აქვს ბრონქოექტაზიის დაჩირქებას, **ლ პ ო ბ ი თ ი ბ რ ო ნ ქ ი ტ ი ს (bronchitis putrida)** განვითარებას, გაგანიერებულ ბრონქებში ლობობითი ინფექციის არსებობის გამო.

ბრონქოექტაზიისათვის მეტად დამახასიათებელია ეს ჩირქოვანი ნახველი, რომელიც **ს ა მ შ რ ე დ ი ყ ო ფ ა:** ზემო—ქაფიანი, შუა—თხელი სეროზული, მღვრიე და ქვემო—მოსქო ჩირქოვანი. თუ გაგანიერებული ბრონქის კედელი განიცდის დაწყულულებას, ნახველში შეიძლება ელასტიკური ბოქოები აღმოჩნდეს. არაიშვიათად ნახველში არის სისხლიც. საერთოდ სისხლიანი ნახველი და ზოგჯერ სისხლით ხველა დამახასიათებელია ბრონქოექტაზიისათვის.

ავადმყოფის გასინჯვით რაიმე დამახასიათებელი ცვლილებები ბრონქების გაგანიერების დროს არ აღინიშნება. აღსანიშნავია მხოლოდ თითების უქანასკნელი ფალანგების კომპლისებური შემსხვილება (დოლის ჯოხისებური თითები), რაც, სხვათა შორის, ფილტვებისა და გულის ზოგ სხვა დაავადებასაც ახასიათებს.

პერკუსიით შეიძლება მხოლოდ ფილტვების ემფიზემისათვის დამახასიათებელი ცელილებები აღინიშნოს, ხოლო აუსკულტაციით მკირეოდენი წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი, რომლის გარდა, დაავადების მოვლიანო პერიოდში, მსხვილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი აღინიშნება ფილტვების ქვემო წილებში.

დაავადებას ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა. პირველ ხანებში ბრონქოექტაზია არ იწვევს მძიმე კლინიკურ მოვლენებს და შრომის უნარის დაქვეითებას, ხოლო თუ ბრონქოექტაზიის უბანში დაჩირქება განვითარდა და ავადმყოფს ჩირქოვანი ნახველი ამოსდის, ვითარდება ორგანიზმის ინტოქსიკაციის მოვლენები. დაავადების ბოლო პერიოდში ვითარდება მთელი რიგი გართულებები—ფილტვის აბსცესი, განგრენა, ჩირქოვანი პლევრიტი და შინაგანი ორგანოების, განსაკუთრებით თირკმლების, ამილოიდური გადაგვარება.

დი ა გ ნ ო ზ ი პირველ ხანებში სიმძლევს წარმოადგენს, უფრო განვითარებული დაავადების დროს კი დამახასიათებელი ნახველის მიხედვით შეიძლება ექვი დაიბადოს ბრონქების გაგანიერების არსებობაზე.

საიმედო დიაგნოსტიკურ საშუალებას წარმოადგენს რენტგენოგრაფია, ბრონქებში საკონტრასტო ნივთიერების იოდოლიპოლის შეყვანით და ბ რ ო ნ ქ ო ს კ ო პ ი ა.

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება საჭიროა ფილტვის ქრონიკულ აბსცესთან და ფილტვის კავერნოზულ ტუბერკულოზთან.

ზუსტი ანამნეზი, ლაბორატორიული გამოკვლევები და განსაკუთრებით რენტგენოგრაფია დავეხმარება ამ დაავადებათა გამოირიცხვის საქმეში.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი განკურნების მხრივ უიმედოა, მაგრამ სათანადო მკურნალობის და რეჟიმის დაცვით შეიძლება ავადმყოფს მრავალი ათეული წლის განმავლობაში შევეუნარჩუნოთ შრომის უნარი და სიცოცხლე.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა და პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა. მედიკამენტოზურ-საშუალებებიდან აღსანიშნავია ზოგიერთი სიმპტომატური საშუალება, რომელთა დახმარებით შევეუმცირებთ ავადმყოფს ნახველის მყარ სუნს. ასეთებია, ტერპინილინრატი, გვაიაკოლი, თიოკოლი. კარგ შედეგებს გვაძლევს სულფამიდიური პრეპარატების დიდი დოზები 50—60 გრამამდე (ციგელნიცი) და პენიცილინი. ამჟამად ბრონქოექტაზიის მკურნალობას წარმატებით აწარმოებენ ბრონქოსკოპული მეთოდით—ჩირქის ასპირაცია ბრონქოსკოპის საშუალებით და პენიცილინის ხსნარის შეყვანა ბრონქში.

თუ ასეთი მკურნალობა შედეგს არ გვაძლევს, შეიძლება მიემართოთ ოპერაციას, ფილტვის დაავადებული წილის ამოკვეთას (ლობექტომია), რასაც სრული განკურნება მოსდევს, მაგრამ ეს ოპერაცია სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა, თუმცა საბჭოთა კავშირის ქირურგებს ამ მხრივ დიდი მიღწევები აქვთ და, როგორც ჩანს, სიკვდილიანობის %-იც თანდათან კლებულობს (10—20%).

მკურნალობის ისეთი მეთოდები, როგორცაა თორაკოპლასტიკა და ხელოვნური პნევმოთორაქსი მაინცდამაინც კარგ შედეგს არ იძლევა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს კლიმატურ მკურნალობას ზღვის ნაპირზე და პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს—თამბაქოს მოწვევის აღკვეთას, სუფთა ჰაერზე ყოფნას, გაცივების მორიდებას, ბრონქიტის პროფილაქტიკას და სხვ.

Rp. Terpini hydrati 0,25  
Guajacoli carbonici 0,4  
M. f. p. D. t. d. N 20  
in oblat.  
S. დღეში სამჯერ თითო ობლატი

Rp. Thiocoli 0,3  
Codeini phos. 0,015  
M. f. p. D. t. d. N 12  
S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი

### ფილტვის ტუბერკულოზი (Tuberculosis pulmonum)

ფილტვების ტუბერკულოზი, ანუ ფილტვების ქლექი არის ქრონიკული, გადამდები სნეულება, რომელიც ცნობილია უძველესი დროიდან, საკმაოდ გავრცელებულია მთელ მსოფლიოში და თავის მნიშვნელობითა და შედეგებით მძიმე დაავადებას წარმოადგენს.

ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობა დღემდე საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს იძლევა მთელ მსოფლიოში. სხვადასხვა მონაცემებით ყველა სხვა დაავადებით გამოწვეულ სიკვდილის შემთხვევათა 12—14%-ს ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილს შემთხვევები წარმოადგენს.

იმავე დროს ტუბერკულოზით საერთოდ და კერძოდ ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადების სიხშირე, მაგალითად, ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში იმდენად დიდია, რომ სიკვდილიანობა ტუბერკულოზისაგან ყველა მწვავე ინფექციებით გამოწვეულ სიკვდილიანობაზე მეტია; ევროპაში ყოველწლიურად ერთ მილიონამდე ადამიანი იღუპება ტუბერკულოზისაგან.

სსრ კავშირში ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობა თითქმის 2-ჯერ შემცირდა. თუ რევოლუციამდე ყოველ 10000 მცხოვრებზე საშუალოდ 25 შემთხვევა ტუბერკულოზისაგან სიკვდილზე მოდიოდა, ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ, მშრომელთა ცხოვრებისა და შრომის პირობების გაუმჯობესებისა და სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შედეგად, ეს მაჩვენებელი 14,7-მდე შემცირდა (ეინისის მიხედვით).

ბევრი დაავადება მჭიდროდ არის დაკავშირებული ყოფა-ცხოვრებისა და შრომის პირობებთან, მაგრამ ეს კავშირი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზით დაავადებისათვის. ბურჟუაზიულ ქვეყნებში, შრომის კაპიტალისტური ექსპლოატაციის პირობებში, ტუბერკულოზი დიდი ხანია პროლეტარული კლასის ავადმყოფობად გადაიქცა. მოსახლეობის შექმნილი ფენები ხუთჯერ უფრო ნაკლებად სნეულდებიან ტუბერკულოზით, ვიდრე მძიმე ფიზიკური შრომით მოქანკული მშრომელები და უმუშევრები, რომლებიც ცუდ პირობებში ცხოვრობენ და ცუდად იკვებებიან.

რამდენადაც ტუბერკულოზი ყოფა-ცხოვრებისა და შრომის პირობებთან მჭიდროდაა დაკავშირებული, ის სოციალურ დაავადებად არის აღიარებული.

ბერტილიონს მოჰყავს ამ მხრივ ფრიად საინტერესო ციფრები, რომლებიც ნათლად გვიჩვენებენ ტუბერკულოზით დაავადებულთა სიკვდილიანობის დამოკიდებულებას ეკონომიური ფაქტორებისაგან.



**ტუბერკულოზისაგან სიკვდილის უმეტესწილად  
რამდენობა მოსახლეობის ყოველ 10.000 ხულზე**

ო ლ კ ე ბ ი	გ ე ნ ა	ლანდონი
ძალიან ღარიბები . . .	64,9	51,2
ღარიბები	55,9	52,2
უზრუნველყოფილი .	42,2	41,5
სახეობით უზრუნველყოფილი .	42,4	32,2
მდიდრები	32,1	26,6
ძალიან მდიდრები . . . . .	14,8	15,9

მოსახლეობის მატერიალური პირობების აკარგვიანობა დიდ გავლენას ახდენს ტუბერკულოზით დაავადების სიხშირეზე: ბინის, კვების, შრომის პი- გინის გაუმჯობესება თვალსაჩინოდ ხელს უწყობს ტუბერკულოზით დაავა- დების შემცირებას და, პირიქით, ამ პირობების გაუარესება ამცირებს ორგა- ნიზმის გამძლეობის უნარს ტუბერკულოზით დაავადების მიმართ.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. ტუბერკულოზს იწვევს რ ო ბ ე რ ტ კ ო ხ ის მიერ 1882 წ. აღმოჩენილი ბაქტერია (*Mycobacterium tuberculosis*), რომელიც დღეს კოხის ჩხირის სახელწოდებითაა ცნობილი.

მიუხედავად იმისა, რომ კაცობრიობა იცნობდა ამ დაავადებას უძველესი დროიდან (2200 წ. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), რ. კ ო ხ ის შესანიშნავ აღმო- ჩენამდე ტუბერკულოზის გამოშვევი მიზეზი თითქმის 4000 წლის განმავლ- ბაში ცნობილი არ იყო.

ტუბერკულოზის ბაქტერია (სურ. 105) ოდნავ მოხრილი, 1,5—3,5 მმ სიგრძისა და 0,3—0,5 მმ სიგანის ჩხირია, რომე- ლიც განირჩევა სხვა ბაქტერიებისაგან განსაკუთრებული სიმტკიცით, ვინაიდან მას გარედან აკრავს ცვილისებური ნივ- თიერების გარსი. არჩევენ ტუბერკუ- ლოზის ჩხირის სამ ძირითად ტიპს: 1) ადამიანისა (*typus humanus*), 2) რქო- სანი საქონლისა (*typus bovinus*) და 3) ფრინველებისა (*typus avinus*).

ადამიანისათვის პირველი ტიპის ვარ- და, პათოგენურია მეორე ტიპიც. ტუ- ბერკულოზის ჩხირი ფილტვის ქსოვილ- ში მოხვედრისას იწვევს უკანასკნელის



სურ. 105. ნახველის მიკროსკოპული სურა- თა ფილტვის ტუბერკულოზის დროს: ა— ტუბერკულოზის ჩხირები; ბ—ჩირქოვანი ბურთულები.

დარღვევას და გამოიყოფა ნახველთან ერთად, სადაც სათანადო წესით შეღებ-ვისას შეიძლება მისი აღმოჩენა. ნახველთან კოხის ჩხირის გამოყოფის მომენტს პათოგენური თვალსაზრისით გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დაავადების გადაცემისა და გავრცელებისათვის. პაერი ინფიცირდება ტუბერკულოზით ავადმყოფთა ნახველით ან ნერწყვის წინწყლებით (ხველის ან ლაპარაკის დროს) 21. შინაგანი სნეულებანი.

და ასეთი ინფიცირებული ჰაერის ჩასუნთქვას ჯანმრთელების მიერ მოჰყვება ჩხირების გადატანა ავადმყოფიდან ჯანმრთელზე. თუ ასეთი ნახველის წინწყლები დაილექა საგნებზე, ის შრება და მტვერთან ერთად ხვდება ჩასუნთქულ ჰაერში. ასეთი წვეთობრივი ინფექცია არის ფილტვის ტუბერკულოზის გადაცემის უმთავრესი წყარო.

ინფექციის გავრცელებას ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ ტუბერკულოზის ჩხირი, როგორც აღნიშნული იყო, საკმაოდ გამძლეა და მაშინ, როდესაც სხვა ბაქტერიები გამშრალ ნახველში მალე იღუპებიან, კოხის ჩხირი გამშრობით ვირულენტობას არა კარგავს რამდენიმე თვის განმავლობაში. შვის სხივები დამლუბველ გავლენას ახდენს კოხის ჩხირებზე 20—60 წუთის განმავლობაში, ხოლო ბნელ, უმზეო, ნოტიო სადგომებში მათ შეუძლიათ თვეების განმავლობაში შეინარჩუნონ ვირულენტობა. საღებზინფექციო საშუალებებში ხოცავს ტუბერკულოზის ჩხირებს სხვადასხვა ელემენტები: ასე მაგალითად, კარბოლის მეთაჲს 5% ხსნარი — 24—48 საათში, ლიზოლის 10% ხსნარი — 12 საათში, ადულენას და შშრალი სითბოთი მოქმედება 80°-მდე — 5—15 წუთში.

აღმნიანის სადგომებში ძალიან ხშირად არის ტუბერკულოზური ინფექცია, მაგრამ ტუბერკულოზური ინფექციის უმთავრეს წყაროს წარმოადგენს ქლეიტი ავადმყოფი, რომელიც დღე-ღამის განმავლობაში უამრავ ჩხირს გამოყოფს ნახველთან ერთად. ამიტომ კონტაქტი (კავშირი) ასეთ ავადმყოფთან დიდ საშიშროებას წარმოადგენს. ავადმყოფის ირვკლივ ყველა საგანი — ქურქელი, აეჯი, საცვლები, ტანსაცმელი და სხვ.—ინფიცირდება და შეიძლება გახდეს ინფექციის გავრცელების წყაროდ. ამრიგად, ჩასუნთქვით, აეროგენური გზით ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადება ყველაზე უფრო სშირია; მეორე გზა არის ე. წ. ჰემატოგენური, როდესაც სხვა ორგანოში არსებული ტუბერკულოზური კერა გაიხსნება სისხლის ნაკადში და უკანასკნელით კოხის ჩხირი მიიტანება ფილტვებში. გარდა ამისა, ინფიცირებული საქონლის (ძროხის) რძე შეიძლება გახდეს ინფექციის წყაროდ ენტეროგენური (ნაწლავის) გზით.

დიდ ქალაქებში სხვადასხვა ავადმყოფობისაგან გარდაცვლილთა 75% ტუბერკულოზით ინფიცირებული აღმოჩნდა, მაგრამ თუ ყველა, ვისაც კი ორგანიზმში ტუბერკულოზური ინფექცია მოხვდება, ავად არ ხდება, ეს იმით უნდა აიხსნას, რომ ტუბერკულოზით დაავადებისათვის განსაკუთრებული ხელშემწყობი პირობებია საჭირო. ამ შხრივ, გარდა ზემოხსენებული ყოფაცხოვრებითი და შრომის პირობებისა, მნიშვნელობა აქვს ისეთ ქრონიკულ დაავადებებს, რომლებიც ასუსტებენ ორგანიზმს და აქეითებენ ინფექციასადმი წინააღმდეგობის უნარს; ასეთებია შაქრიანი დიაბეტი, მალარია, კუჭნაწლავის ქრონიკული სნეულებანი, ათაშანგი, ალკოჰოლიზმი, ზოგიერთი მწვავე სნეულება—გრები, ყვიანახველა, წითელა და სხვ.

შემჩნეულია, რომ მთელი რიგი პროფიციები ხელს უწყობენ ტუბერკულოზით დაავადებას, თუ არ იქნა დაცული სათანადო ჰიგიენური პირობები: თამბაქოს წარმოების, სტამბის, საფეიქრო, ქიმიური მრეწველობის მუშები, მემალაროები, ქვის მთლელები, მკერავეები და სხვ. შედარებით უფრო ხშირად ხდება ავად ფილტვების ტუბერკულოზით.

პათოლოგიური ანატომია. ტუბერკულოზით დაავადების ძირითად მორფოლოგიურ ელემენტს წარმოადგენს ტუბერკულოზური ხორკლი. ბრონქების გზით ფილტვის ქსოვილში მოხვედრილი ტუბერკულოზის ჩხირი იწვევს ფილტვის ქსოვილში ანთებით: ცელილებებს. ეს ანთებითი კერა უფ-

რო ხშირად პლევრის ქვეშ მდებარე ფილტვის ნაწილებში ჩნდება. ამასთან ერთად ლიმფოგენური გზით სნეულდება რეგიონალური პერიბრონქიალური ლიმფური ჩირკვლები და მათში სხვადასხვა ზომის ხაქოსებრი კერები ჩნდება. ეს ცვლილებები, რომლებიც, ჩვეულებრივ, ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადების პირველ გამოვლინებას წარმოადგენს, ცნობილია პირველადი კომპლექსის სახელწოდებით.

აღსანიშნავია, რომ, ჩვეულებრივ, უმრავლეს შემთხვევაში პირველადი კომპლექსის სტადიაზე ხდება ტუბერკულოზური პროცესის შემოფარგვლა, ინკაფსულაცია და ჩაყირვა, ამრიგად პროცესი ქრება, როგორც თვით ფილტვის ქსოვილში, ისე ბრონქიალურ ჩირკვლებში. უფრო იშვიათ შემთხვევაში შესაძლებელია პირველად კომპლექსში ჩამოყალიბებული ცვლილებები გავრცელდეს, იმატოს და განვითარდეს ე. წ. ხაქოსებრი პნევმონია, რასაც უკვე ორგანიზმის მძიმე დაავადება მოჰყვება.

ზოგჯერ, ვიდრე ტუბერკულოზური კერა ჩირკვალში შემოიფარგლება და ჩაიყირვება, შესაძლებელია ბაცილები სისხლის ან ლიმფის საშუალებით გადატანილ იქნენ ჩირკვლებიდან ფილტვების ამა თუ იმ უბანში და ამრიგად განვითარდეს ტუბერკულოზური კერები, რომლებიც უფრო ხშირად თავს იჩენენ ფილტვების მწვერვალში.

ჩირკვლებიდან გადატანილი ინფექციით კერები შეიძლება წარმოიშვას სხვა ორგანოებშიც.

ტუბერკულოზური ჩხირით გამოწვეული ცვლილებები ფილტვში, ჩვეულებრივად, ორი სხვადასხვა სახით მიმდინარეობს. ერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს ანთებად პროცესს, რომელშიც ქარბობს ექსუდატური ცვლილებები და ხაქოსებრი გადაგვარება, მეორეში კი — კოხის ჩხირის ირგვლივ მისი დამკვიდრების ადგილზე ვითარდება პროდუქციული ტიპის ანთება და ტუბერკულოზური ხორკლი ანუ ტუბერკული, საიდანაც სხვათა შორის წარმოიშვა სახელწოდება ტუბერკულოზი.

ანატომიურად ეს ხორკლი წარმოადგენს შემეპირთებელი ქსოვილის წარმოშობის ეპითელიოიდურ უჯრედებისა და ე. წ. გიგანტური (ლანგანისის) უჯრედების დაგროვებას ჩხირის დამკვიდრების ადგილას, რომლის ირგვლივ ჩნდება ლეიკოციტების და კერძოდ მრავალუჯრედოვანი ლიმფოციტური ინფიტრაციის ზონა.

ტუბერკულოზური ხორკლი არ შეიცავს სისხლის ძარღვებს, ამიტომ ის ადვილად განიცდის ე. წ. ხაქოსებრივ გადაგვარებას და დაშლა-დარბილებას. ზოგჯერ შესაძლებელია რამდენიმე ხორკლი შეერთდეს და წარმოიშვას დიდი ტუბერკულოზური კერა.

თუ ტუბერკულოზური დაავადების მიმდინარეობაში პროცესმა არ განიცადა უუუგანეთარება და არ დანაწილურდა, ხდება სხენებული ანთებადი კანუოზური კერების ან ხორკლების დაშლა-დარბილება და სათანადო პირობებში ვითარდება ლ რ უ — ა ვ ე რ ნ ა, რომელიც ტუბერკულოზური პროცესის წინსვლის შედეგად იზრდება. გარდა ამისა, კავერნიდან ინფიცირებული მასალა პროქების გზით გადადის ფილტვების საღ უბნებში და ამრიგად ხდება დაავადების ე. წ. მთ ე ს ვ ა

კავერნის ზრდასთან ერთად ზიანდება სისხლის ძარღვების კედელიც და ამას მოჰყვება სისხლით ხველა და ზოგჯერ ძლიერი სისხლისდენა ფილტვებში.

კავერა ყველაზე მეტ საშიშროებას წარმოადგენს ფილტვის ტუბერკულოზით ავადმყოფისათვის, ვინაიდან, გარდა მოთესვის და სისხლის დენის განვითარების საშიშროებისა, ის სახიფათოა იმითაც, რომ მასში დიდი რაოდენობით არის კოხის ჩხირები, რომლებიც ვრცელდება ნახველთან ერთად. გარდა ამისა, პლევრასთან მახლობლად მდებარე კავერა შეიძლება პლევრის ღრუში გაიხსნას და გამოიწვიოს ჩირქოვანი პიო-პნევმოთორაქსი (იხ. პლევრიტი).

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. როდესაც ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკურ ნიშნებზე ვლაპარაკობთ, უნდა გვახსოვდეს მათი მრავალფეროვანება და სხვადასხვაობა იმის მიხედვით, თუ ფილტვის ტუბერკულოზის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე ან განვითარების რომელ სტადიაშია დაავადება და სხვ. მაგრამ არსებობს ფილტვის ტუბერკულოზის ზოგადი კლინიკური ნიშნები, რომლებიც მეტად ან ნაკლებად დამახასიათებელია თითქმის ყველა ფორმისათვის და მათი გათვალისწინება აუცილებელია დაავადების სწორი და დროული ამოცნობისათვის.

ფილტვების ტუბერკულოზის ერთ-ერთ უმთავრეს ზოგად სიმპტომს წარმოადგენს ცხელება.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადების მიმდინარეობაში ცხელების მხრივ არ შეიძლება აღინიშნოს რაიმე ტიპობრივობა. ტემპერატურა ხან მაღალია—38,5—39,0°-მდე, ხან შედარებით დაბალი—არა უმეტეს 38,0°-სა და ხან 37,5° ფარგლებს არ სცილდება.

არის დაავადების ისეთი ფორმებიც, რომლის დროსაც ავადმყოფს სიცხეს სრულებით არ აძლევს, ან აძლევს ხანგამოშვებით და ისიც მცირეს. ფილტვების ამა თუ იმ ფორმის ტუბერკულოზის დროს სიცხის აწვევა პროცესის გამწვავების დროს აღინიშნება და მას სხვადასხვა ხასიათი აქვს: ცხელება ხან მუდმივი ტიპისაა, როდესაც დღე-ღამის განმავლობაში 1°-ის რყევა ერთ გრადუსს არ აღემატება, ხან რემისიული ტიპისა, ხან კიდევ ხანგამოშვებითაა. არაიშვიათია მძიმედ ნიმიდინარე და დიდი გავრცელების ტუბერკულოზის დროს ე. წ. ჰექტიკური ცხელება.

ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადების მეორე არანაკლებ მნიშვნელოვანი კლინიკური სიმპტომაა ოფლიანობა და განსაკუთრებით კი დამით ოფლიანობა. სხვა ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადება არ იძლევა ი.ეთ ოფლიანობას, როგორც ფილტვების ტუბერკულოზს ახასიათებს. აღსანიშნავია, რომ ოფლი მოსდის ავადმყოფს დღისითაც, მაგრამ განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მას სძინავს. ოფლიანობა ხან მეტია, ხან ნაკლები. ის ახასიათებს უფრო მძიმედ მიმდინარე ფილტვის ტუბერკულოზის ექსუდაციურ-კაზეოზურ ფორმებს, მაგრამ, არაიშვიათად, მას ადგილი აქვს ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწყისშიც. უნდა აღინიშნოს, რომ ოფლიანობა ძველთაგანვე ფილტვის ტუბერკულოზის დამახასიათებელ ნიშნად ითვლება.

ოფლიანობა საკმაოდ მძიმე მოვლენაა, რამდენადაც ის ასუსტებს და ძალიან აწუხებს ავადმყოფს.

სხენებულო ორი დამახასიათებელი ნიშნის გარდა, ფილტვის ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელია სისხლით ხველა, უნდა ითქვას, რომ ეს გართულება, რომელიც იმავე დროს კლინიკური სიმპტომიც არის და მეტად დიდ დაზმარებას უწევს ექიმს დაავადების ამოცნობაში, სრულიადაც არ არის სავალდებულო ფილტვის ტუბერკულოზისათვის. ის ხშირია, მაგრამ შესაძლებელია ადამიანი ფილტვების მძიმე, შორსწასული ტუბერკულოზით დაავადებული იყოს და მას სისხლით ხველა არა ჰქონდეს. ზოგჯერ კი, პირიქით, სისხლით ხველა შეი-

წლებს მოულოდნელად მანამდე სრულიად ქანმრთელ ადამიანს დაემართოს და ეს გახდეს პირველ საბაზალ იმისათვის, რომ მან მიმართოს ექიმს, რომელიც მის გასინჯვისას ფილტვის ტუბერკულოზს აღმოაჩენს.

ამრიგად, ზოგჯერ სისხლით ხველა შეიძლება გახდეს ის ნიშანი, რომელიც ყურადღებას მიაქცივენებს ავადმყოფს მისი ფილტვების მდგომარეობაზე. თუ სისხლი ურევია ნახველში მეტი ან ნაკლები რაოდენობით, ამას სისხლით ხველა ჰქვია, ხოლო თუ სისხლი დიდი რაოდენობითაა, მაშინ კი საქმე გვაქვს უკვე სისხლდენასთან ფილტვებიდან.

ფილტვებიდან სისხლდენის ან სისხლით ხველის მიზეზი ტუბერკულოზური პროცესით სისხლის ძარღვის კედლის დაზიანებაა:

ფილტვებიდან სისხლდენა და სისხლით ხველა სხვადასხვა სისხირით გვხვდება. ასე, მაგალითად, გ. რ. რუბინსკის დაკვირვებით, ამას ადგილი აქვს ფილტვის ტუბერკულოზის 59%-ში, ამათგან სისხლით ხველას ადგილი აქვს 74%-ში, სისხლდენას კი—26%. ამავე ავტორის აზრით, სისხლდენა ფილტვებიდან უფრო ხშირია ფილტვების ტუბერკულოზის ე. წ. ციროზული, შემდეგ კავერნოზული ფორმების დროს და ბოლოს ჰემატოგენურ-დისემინირებული ტუბერკულოზის დროს. სისხლით ხველა ხშირია 20—50 წლების ასაკში.

სიცხის აწევისა და სისხლით ხველასთან ერთად არანაკლებ მნიშვნელოვან კლინიკურ ნიშანს ფილტვების ტუბერკულოზის დროს წარმოადგენს ხველა.

ზოგჯერ ხველა იმდენად ძლიერი, ჭიუტი და შემაწუხებელია, რომ მეტად ტანჯავს ფილტვების ტუბერკულოზით ავადმყოფს. იმის მიხედვით, თუ ფილტვის ტუბერკულოზის რა ფორმასთან ან მიმდინარეობასთან გვაქვს საქმე, ხველა შესაძლოა იყოს ან მშრალი, ან ხველასთან ერთად ავადმყოფს შეიძლება ამოჰქონდეს ნახველი მეტი ან ნაკლები რაოდენობით. ნახველი ან ლორწოვანია, ან ლორწოვან-ჩირქოვანი და მისი რაოდენობა დღე-ღამეში შეიძლება 10-დან—300 გმ. სმ-დე აღწევდეს. ნახველის სათანადო გამოკვლევით მასში შეიძლება აღმოჩნდეს კოხის ჩხირები (იხ. ნახველის გამოკვლევა „კლინიკური ანალიზები“) და ელასტიკური ბოჭკოები. ელასტიკური ბოჭკოები ფილტვის რღვევის, დაშლის მაჩვენებელია და გვხვდება ნახველში კავერნის დროს.

ფილტვების ტუბერკულოზის ზოგადი ნიშნებიდან აღსანიშნავია კიდევ კოშინი, ციანოზი, სისხლნაკლებობა, ტაქიკარდია, სიგამხდრე და უმალობა.

რა თქმა უნდა, ყველა ზემოხსენებული სიმპტომი დამახასიათებელია არამარტო ფილტვების ტუბერკულოზისათვის და ყველა ისინი, სისხლით ხველაც კი, შეიძლება ჰქონდეს ავადმყოფს მთელი რიგი სხვა დაავადებების დროსაც; მაგრამ ამ სიმპტომებმა ყოველთვის უნდა დაბადოს ეჭვი ფილტვის ტუბერკულოზზე და ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს სათანადო გამოკვლევები უნდა ჩაუტარდეს.

ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია. სხვადასხვა დროს მოწოდებული იყო ფილტვის ტუბერკულოზის სხვადასხვა კლასიფიკაცია, რომელსაც მათი ავტორები საფუძვლად უდებდნენ ან მორფოლოგიურ ცვლილებებს, ან ეტიოლოგიურ, იმუნო-ბიოლოგიურ, კლინიკურ და სხვ. მხარეებს. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ არც ერთი დღემდე არსებული კლასიფიკაცია არ იძლეოდა ფილტვების ტუბერკულოზის მრავალფეროვან ანატომიურ-კლინიკურ სურათის სრულ გამოხატულებას. ასეთები იყო აშოფის, ტურბანგერჰარდტის, შტენბერგის კლასიფიკაციები, რომლებიც დღევანდელ კლინიკურ

პრაქტიკაში გამოყენებულია მხოლოდ ნაწილობრივ და გადაშეშებული და შევსებულია ფილტვის ტუბერკულოზის შესახებ თანამედროვე ცოდნის მიხედვით.

ამჟამად სსრ კავშირში მიღებულია სახელმძღვანელოდ ფტიზიატრების სრულიად საკავშირო V ყრილობის მიერ 1948 წელში მიღებული სამუშაო სქემა\*, რომელიც ჰყოფს ორგანიზმის ტუბერკულოზით დაავადებას 3 ძირითად ჯგუფად: ა) ფილტვების ტუბერკულოზი, ბ) ფილტვების გარეშე ტუბერკულოზი და გ) ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია.

## კლინიკური ფორმები

### ა. ფილტვის ტუბერკულოზი

1. პირველადი კომპლექსი
2. ბრონქიალური ჭირკვლების ტუბერკულოზი
3. მწვავე მილიარული ტუბერკულოზი
4. ქვემწვავე და ქრონიკული დისემინირებული ტუბერკულოზი (ჰემატოგენური)
5. ფილტვების კეროვანი ტუბერკულოზი
6. ფილტვების ინფილტრაციული ტუბერკულოზი
  - ა) ინფილტრატი
  - ბ) ინფილტრირება
7. ხაჭოსებრი პნევმონია
8. ფილტვების ქრონიკული ფიბროზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზი
9. ფილტვების ციროზი
10. პლევრიტები.

### მიმდინარეობის დახასიათება

1. განვითარების ფაზები:
  - ა) ინფილტრაციული
  - ბ) დაშლა, მოთესვა
  - გ) შესრუტვა
  - დ) გამკვრივება, გაქირვა.
2. ვაგრცელება და ლოკალიზაცია ფილტვების წილების მიხედვით თითოეულ ფილტვში ცალ-ცალკე (1,2,3—წილადებით).
3. კომპენსაციის ხარისხი: A — კომპენსირებული, B — სუბკომპენსირებული, C — დეკომპენსირებული.
4. BK +, BK —, BK ± (პერიოდული გამოყოფა ჩხირებისა).

### ბ. ფილტვების გარეშე ტუბერკულოზი

1. ძვლების და სახსრების ტუბერკულოზი
2. პერიფერიული ჭირკვლების ტუბერკულოზი
3. კანის ტუბერკულოზი

\* სტემა მოგვყავს მ. მ. Гельштейн-ის და В. Ф. Мачохин-ის სახელმძღვანელოდან „Час и шаг патологии и терапия внутренних болезней“, Москва, 1949 г.

4. სეროზული გარსების ტუბერკულოზი (პერიკარდიტები, პერიტონიტები, პოლისეროზიტები)

5. ტუბერკულოზური მენინგიტი

6. ხორხის ტუბერკულოზი

7. ნაწლავების ტუბერკულოზი

8. შარდ-სასქესო ორგანოთა ტუბერკულოზი

9. სხვა ორგანოების ტუბერკულოზი.

### გ. ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია (J<sub>1</sub>, J<sub>2</sub>)

როგორც ამ სქემიდან ჩანს, ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის თვალსაზრისით აქ გათვალისწინებულია როგორც პროცესის ანატომიური ხასიათი, მისი ლოკალიზაცია, ისე მისი ფორმა და მიმდინარეობა.

კომპენსაციაზე ლაპარაკი შეიძლება მაშინ, როდესაც ავადმყოფს აქვს შემორჩენილი პროცესი, შემაერთებელი ქსოვილი განვითარებულია, მას არ აღევა სიცხეს, ოფლს, ე. ი. არა აქვს ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციის მოვლენებზე—აჩქარებული მაჭა, წონაში კლება, ერთროცტების დაღეჭვის რეაქციის აჩქარება და სხვ. თუ ავადმყოფს ფილტვების მხრივ მწვავე მოვლენები აღენიშნება, აქვს ნახეული, ოფლი, სიცხე, ე დ რ აჩქარება, ადგილი აქვს პროცესის სუბკომპენსაციას; ხოლო ტუბერკულოზური პროცესის მძვინვარეობის მიმდინარეობის, ფილტვის დაშლითი პროცესის დროს—დეკომპენსირებულ ტუბერკულოზს.

ფილტვების ტუბერკულოზით ავადმყოფის გამოკვლევაში დღეღუ მნიშვნელობა არ დაუქარავს პერკუსიასა და აუსკულტაციას, მოუხდავდ იმისა, რომ ამჟამად მედიცინას გააჩნია მთელი რიგი საუყეთესო საშუალებები ტუბერკულოზის ამოსაცნობად.

ავადმყოფის პერკუსიითა და აუსკულტაციით ხშირად ბევრი მნიშვნელოვანი ცვლილება აღინიშნება ფილტვების მხრივ. რა თქმა უნდა, ბევრა დამოკიდებული ფილტვის ტუბერკულოზის ფორმისაგან და განვითარების სტადიისაგან. არის ისეთი ფორმები, რომლებიც აღმოჩენა არც პერკუსიითა და არც აუსკულტაციით არ შეიძლება; ასეთებია ზოგიერთი ინფილტრაციული ან კიდევ მილიარული ფორმები; ასეთ შემთხვევაში დახმარებას გვიწევს რენტგენის სხივებით გამოუჭება-გადაღება, სხვადასხვა ბიოლოგიური სინჯი, ნახველის გამოკვლევა, სისხლის ანალიზი და ზოგადი ხასიათის ნიშნები.

იქ, სადაც პერკუსია-აუსკულტაციის მონაცემების მიღება შესაძლებელია, ფილტვის გამკვრივების ადგილას პერკუსიით აღინიშნება მოყრუება, გულ-მკერდის ბგერითი რყევის გაძლიერება და მკვრივი ან ბრონქული სუნთქვა. ზოგჯერ სუნთქვა მცირედაა შეცვლილი—აღინიშნება მხოლოდ ამოსუნთქვის გაგრძელება.

ასეთი ცვლილებები პერკუსიითა და აუსკულტაციით უფრო ხშირად მაშინ აღინიშნება, როდესაც ავადმყოფს აქვს ფილტვის ტუბერკულოზის ინფილტრაციული ან ფიბროზულ-კეროვანი ფორმები. იმ შემთხვევაში კი, სადაც ადგილი აქვს ანთებად მოვლენებს, კახეოზურ ცვლილებებს ან კავერნის გაჩენას, მაშინ ამასთან ერთად აღინიშნება სველი წვრილი, საშუალო ან მსხვილბუშტუკოვანი ხიხინი და ზოგან კრეპიტული ხასიათის ხიხინიც. დიდი კავერნების დროს სუნთქვა ამოვარულია—პერკუსიით ვიღებთ მოყრუებას, თუ კავერნა ამოვსებულია ნახველით, ან ტრემპანტიტს—თუ ის დატვირთულია ნახველისაგან.

ზემოაღნიშნული კლინიკური ნიშნები—სიხე, ოფლიანობა, ხველა უმაღლობა, სისუსტე, აჩქარებული მჯა და სხვ.—ყოველთვის ექვს უნდა ბადებდეს ფილტვების ტუბერკულოზზე და, თუ ამ ჩივილებთან ერთად ფილტვებში პერკუსიითა და აუსკულტაციით ხსენებული ცვლილებები აღმოჩნდა, საჭიროა ავადმყოფობის დასაზუსტებლად რენტგენსა და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს მივმართოთ.

ტუბერკულოზით შეპყრობილ პირებს ხშირად დამახასიათებელი გარეგნობა აქვთ: ფერმკრთალი სახე, აწითლებული ლოყები, გაწვრილებული კისერი, კარგად გამოხატული ლაინფზედა და ქვედა ფოსოები, გაბრტყელებული გულმკერდი და სხვ., რაც ცნობილია habitus phthisicus-ის სახელწოდებით.

თუ ასეთი აგებულების ადამიანს საექვო ჩივილები აქვს, ხოლო პერკუსია-აუსკულტაციის დროს აღნიშნება საექვო მოვლენები ფილტვებში და განსაკუთრებით მათ მწვერვალზე, ვინაიდან ტუბერკულოზით ფილტვის დაზიანება უფრო ხშირად მწვერვალზე იწყება, პირველ რიგში უნდა ტუბერკულოზურ პროცესზე ვიფიქროთ.

როგორც ფილტვის ტუბერკულოზის თანამედროვე კლასიფიკაციიდან ჩანს, ამ დაავადებას ბევრი სხვადასხვა ფორმა აქვს და ამის მიხედვით ადგილობრივი ნიშნები ფილტვების მხრივ და განსაკუთრებით პერკუსიისა და აუსკულტაციის მონაცემები მეტად მრავალფეროვანია.

არის ისეთი ფორმები, რომელიც პერკუსიითა და აუსკულტაციით ფილტვების მხრივ არავითარ მონაცემებს არ იძლევა (ზოგიერთი ინფილტრაციული ფორმა, ჰემატოგენურ-დისემინირებული ფორმები, მილიარული ფორმები), არის ფორმები, სადაც კლინიკური ნიშნები ფილტვების მხრივ მეტად ღარიბია ან კიდევ ტუბერკულოზური ინფექცია ზოგადი ხასიათის ნიშნებს უფრო მეტად იძლევა, ვიდრე ადგილობრივს, ფილტვების მხრივ ასეთ შემთხვევებში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ზოგად კლინიკურ ნიშნებს, როგორცაა ცხელება, თუნდაც უმნიშვნელო, ხველა, ოფლიანობა, სიგამხდრე, სისხლნაკლებობა და სხვ. გარდა ამისა, ყველა საექვო შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფის რენტგენოლოგიური შესწავლა გაშუქებით და გაღლებით, ნახვლის განმეორებითი გასინჯვა ტუბერკულოზის ჩხირებზე თანამედროვე მეთოდებით (ფლოტაციის მეთოდი), ბიოლოგიური სინჯების ჩატარება და სხვ. (იხ. დიაგნოსტიკა).

აღსანიშნავია, რომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. დღეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის გარეშე ფილტვის ტუბერკულოზის წესიერი დიაგნოსტიკა წარმოუდგენელია და ექიმში, რომელიც არ იყენებს გამოკვლევის ამ მეთოდს ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში, უზრუნველყოფილი არ არის შეცდომისაგან.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა. ფილტვის ტუბერკულოზის კლინიკური მიმდინარეობა ბევრად და მოკიდებული მისი ფორმისაგან. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობა დიდი მრავალფეროვანებით ხასიათდება და მისი გარკვეული სურათის განსაზღვრა შეუძლებელია. ზოგი ავადმყოფი ათეული წლების განმავლობაში არა თუ ცოცხლობს, არანაღ მუშაობს კიდევ და ზოგჯერ მძიმე სამუშაოსაც ეწევა, ზოგი თვეობით და წლობით მოკლებულია შრომის უნარს და იძულებულია ხანგრძლივად ლოგინში იწვეს, ზოგი კი რამოდენიმე კვირის ან თვის განმავლობაში იღუპება.

არიან ისეთი ავადმყოფებიც, რომლებმაც არ იციან, რომ ისინი დაავადებული არიან ამ სენით და მათი გამოკვლევა შემთხვევით ამჟღავნებს დაავადებას (ე. წ. ინაპერცეპტული ფორმა—*phthisis inapercepta*).



ყოველივე ეს დამოკიდებულია პროცესის ხასიათისაგან, მისი ფორმისაგან, ორგანიზმის იმუნო-ბიოლოგიურ თავისებურებისაგან, მისი არსებობის პირობებისაგან და მთელ რიგ სხვა ფაქტორებისაგან. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება და გაუარესება ჩვეულებრივი მოვლენაა. ზოგჯერ პროცესი მწვავედება, ე. წ. აქტიურ მიმდინარეობას იჩენს, ზოგჯერ ცხრება და არააქტიურ ფორმაში გადადის.

საერთოდ, როგორც დინამიკის შესწავლა გვიჩვენებს, ფილტვის ტუბერკულოზი ტალღისებურად ნახტომებით მიმდინარეობს და ხანგრძლივად მიმდინარე შემთხვევებში ვითარდება არა თანაბრად, არამედ მდგომარეობის გაუარესებას სცვლის გაუმჯობესება და პირიქით.

ამ ნახტომებს, ე. ი. პროცესის წინსვლას, ახალი კერების გაჩენას, ახალი ცვლილებების განვითარებას და მათ შესაბამისად კლინიკურ გაუარესებას უწოდებენ გ ა მ მ წ ვ ა ე ე ბ ა ს (რუბინშტეინი).

ცალკეულ გამწვავებას შორის არის პროცესის დაცხრობის უფრო ხანგრძლივი ან უფრო ხანმოკლე ინტერვალი. პროცესს ან ნელი, მშვიდი მიმდინარეობა აქვს—ხანგრძლივი ინტერვალების დროს, ან, პირიქით, მწვავე, სწრაფი მსვლელობა—ხანმოკლე ინტერვალების შემთხვევებში.

ტუბერკულოზური პროცესი იწყება ექსუდაციური გამწვავებით და, ჩვეულებრივ, ექსუდაციური გამწვავებითვე თავდება (რუბინშტეინი).

საქიროა გვახსოვდეს, რომ ფილტვის ტუბერკულოზის ყოველი ცალკეული ფორმა, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, შესაძლებელია თავისებურად მიმდინარეობდეს და, თუ ერთ შემთხვევაში მას ახასიათებს ხანგრძლივი, ნელი მიმდინარეობა კლინიკური ნიშნების მშვიდი გამოვლინებით (ფიბროზულ-პროდუქციული ფორმები, კროიანი გავრცელებით), მეორე შემთხვევაში ადგილი აქვს ტუბერკულოზური პროცესის მწვავე გამოვლინებას (ინფილტრაციული ფორმები, ექსუდაციურ-კაზეოზური ფორმები რღვევის პროცესებით) და ბოლოს შესაძლებელია პროცესის უაღრესად მწვავე და სწრაფი მიმდინარეობა, სასიკვდილო გამოსავალით რამდენიმე კვირის განმავლობაში (ჰემატოგენურ-დისემინირებული, მილიარული ფორმები).

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. ფილტვის ტუბერკულოზის ამოცნობა დაავადების დასაწყის სტადიაში არ არის ადვილი. იმავე დროს დაავადების დროულ ამოცნობას გადაამწვავები მნიშვნელობა აქვს, როგორც თვით ავადმყოფისათვის, ისე მის ორგანიზმს. მაგრამ მართა იმ ფაქტის დადასტურება, რომ ადამიანი ავად არის ფილტვის ტუბერკულოზით, საკმარისი როდია; საჭიროა ტუბერკულოზური პროცესის ფორმის, მისი განვითარების ფაზის, პროცესის ხასიათის ზუსტი დადგენა, ვინაიდან ამისაგან დამოკიდებულია როგორც პროგნოზი, ისე სწორი მკურნალობა.

უპირველესად ყოველისა, ყურადღება უნდა მიექცეს ანამნეზის ზუსტ და გულმოდგინე შეკრებას. საჭიროა გამოიკვეს, ხომ არ ჰქონია ავადმყოფს კავშირი (კონტაქტი) ტუბერკულოზის ღია ფორმის მქონე პირთან, ან ხომ არ ყოფილა ტუბერკულოზისაგან სიკვდილის შემთხვევა იმ სახლში, სადაც ავადმყოფი ცხოვრობს. ამ მომენტებს დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების დიაგნოსტიკაში. უარადღება უნდა მიექცეს, ხომ არა აქვს ავადმყოფს მანამდე გადატანილი სხვა სენი. წითელა, ყვიანახველა ხშირად უძღვის ბავშვებში ბრონქოპულმონალური ტუბერკულოზის განვითარებას. ხშირი დაავადება გრიპის მსგავსი სენებით აგრეთვე ემკვს იწვევს ფილტვების ტუბერკულოზის მალულ ფორმებზე; წარსულში გადატანილი პლევრიტები, როგორც მშრალი, ისე განსაკუთრებით ექსუდატური, მნიშვნელოვანი ანამნეზური ფაქტია.

სუბფებრილური ტემპერატურა, რომლის მიზეზი არა ჩანს ავადმყოფის გამოკვლევისას, ექვს უნდა ბადებდეს ტუბერკულოზურ ინფექციასზე. ოფლიანობა, განსაკუთრებით, ღამით, უმაღლობა, დაუძლურება, ჩქარი დაღლა, სისხლნაკლებობა, უძილობა, მაჯის აჩქარება—ისეთი სიმპტომებია, რომლებიც, თუ სხვა მიზეზი არა ჩანს, ტუბერკულოზურ ინტოქსიკაციას მოასწავებენ და მათ ჭეროვანი ანგარიში უნდა გაეწიოს.

ავადმყოფის გარეგანი დათვალიერებით ექიმის ყურადღება ზოგჯერ შეიძლება მიიქციოს ავადმყოფის იმ ტუბერკულოზურმა ჰაბიტუსმა, რომელიც ზემოთ აღენიშნეთ.

ფილტვების გამოკვლევას პერკუსიით და აუსკულტაციით აგრეთვე დიდ მნიშვნელობა აქვს. ფილტვების გულმოდგინედ გასინჯვისას პერკუსიით, ზოგჯერ ტუბერკულოზის დასაწყისი ფორმების დროსაც, შესაძლოა პარაპილარულ არეგებში ან ლეიწის ქვემო მიდამოებში აღინიშნოს პერკუსიული ხმიანობის შემოკლება, ხოლო მოსმენით სუნთქვის ცვლილებები—მკერძი სუნთქვა გაგრძელებული ამოსუნთქვით—ზოგჯერ ბრონქული ელფერი.

ფილტვის ტუბერკულოზის ფორმისა და განვითარების მიხედვით, პერკუსიისა და მოსმენის მონაცემები მეტად განსხვავდებიან. კრეპიტაცია, სველი, წვრილი და საშუალო ბუშტუკოვანი ხიხინი შესაძლებელია აღმოჩნდეს ფილტვის ტუბერკულოზის მხოლოდ ზოგიერთი ფორმის დროს (იხ. კლინიკური ნიშნები). უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად პერკუსიის და აუსკულტაციის მონაცემები სრულიად არ გამოხატავენ ფილტვში არსებული ტუბერკულოზური ცვლილებების ხასიათსა და გავრცელებას. გარდა ამისა, ამ მონაცემების მიხედვით ძალიან ძნელია გადაჭრით თქმა იმისა, რომ ავადმყოფი დაავადებულია ტუბერკულოზით. ამისათვის საჭიროა ანამნეზის კარგად შეკრება, ზოგადი კლინიკური ნიშნების გათვალისწინება და მათი დაპირისპირება ფილტვებში აღმოჩენილ ცვლილებებისადმი. ამასთან ერთად, ფილტვების მხრივ საექვო მოვლენების აღმოჩენის შემთხვევაში აუცილებელია რენტგენით გამოკვლევა—გაშუქვა ან უჭმობენია სურათის გადაღება, რადენიმეჯერ ნახველის გამოკვლევა ტუბერკულოზის ჩხირებზე, ზოგჯერ საპეციალური მეთოდებით (ფლოტაციის მეთოდი).

ტუბერკულოზის ჩხირების აღმოჩენა ნახველში უდავოდ ადასტურებს ფილტვების ტუბერკულოზს, მაგრამ ნახველში ჩხირების არყოფნა, რა თქმა უნდა, არ უარყოფს ტუბერკულოზს.

სისხლის საერთო ანალიზი ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასამაში დიდ დახმარებას არ გვიწევს, ვინაიდან სისხლნაკლებობის მოვლენები, ზომიერი ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი და ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება, რაც ხშირია ტუბერკულოზის დროს, დამახასიათებელია ბევრი სხვა დაავადებისათვისაც. სამაგიეროდ, ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობისა და პროცესის კომპენსაციის ხარისხის განსაზღვრისათვის სისხლის სურათის განმეორებით შესწავლას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ბავშვების გამოკვლევაში ტუბერკულოზის გამოვლინების მიზნით დიდი მნიშვნელობა აქვს პირკეს და მანტუს ტუბერკულინურ სინჯებებს.

ამ სინჯების მნიშვნელობა იმაშია, რომ ისინი გვიჩვენებენ ორგანიზმის ინფიცირებას ტუბერკულოზით, მაგრამ დადებითი სინჯი ზოგჯერ კიდევ არ ნიშნავს იმას, რომ ბავშვი ტუბერკულოზით დაავადებულია. დადებითი ტუბერკულინური სინჯის აღმოჩენა ბავშვებში საშუალებას გვაძლევს აგრეთვე მივიღოთ გამაფრთხილებელი ზომები დაავადების შესაძლებელი განვითარების წინააღმდეგ.

რამდენადაც 30 წლის ასაკისათვის ტუბერკულოზური ინფექცია ამა თუ იმ სახით თითქმის ყველას აქვს ორგანიზმში, ჩამკრალი კერების სახით მინც, მოზრდილთა გამოკვლევაში ამ სინჯებს არა აქვთ პრაქტიკული მნიშვნელობა, სამაგიეროდ ბავშვების გამოკვლევაში მათ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

პირკეისკანისსინჯი. წინამხრის მომხრელი ზედაპირის ეთერით გაწმენდილ კანზე დაწვეთებენ კოხის ძველ ტუბერკულოზის ერთ წვეთს და სკალპელით ამ წვეთის ქვეშ გაკაწრავენ კანს ისე, რომ სისხლი არ გამოჩნდეს. 5—10 წუთის შემდეგ ტუბერკულოზის მოსწმენდენ ბამბით ან ბანლით.

რამდენიმე სანტიმეტრით ქვევით კანს ისევ გაკაწრავენ, მაგრამ უტუბერკულინოდ. ეს განაკაწრი იქნება საკონტროლო.

დადებითი რეაქციის შემთხვევაში, რომელიც გამოხატულია უკვე 24 საათის შემდეგ, ხოლო 2 დღის შემდეგ მკაფიოდ ჩანს, გაჩნდება პაპულა დიამეტრით 1 სანტიმეტრამდე, რომელსაც ირგვლივ აქვს კანის პიპერემიის ზონა. 5—6 დღის შემდეგ რეაქცია ქრება.

თუ პაპულა დიამეტრით 0,5 სანტ-ზე ნაკლებია, მკან რეაქცია უარყოფითია, 0,5 სანტ. დიამეტრის პაპულის გაჩენისას რეაქცია ითვლება სუსტად, 1 სანტ. დიამეტრის—საშუალოდ, ხოლო 1 სანტ. მეტი დიამეტრის—ძლიერად.

ამავე დროს საკონტროლო გაკაწვრის ადგილას ასეთი პაპულა არ ჩნდება.

მანტუსსინჯი. პირველად ეს სინჯი მოწოდებული იყო მენდელის მიერ, შემდეგში კი ის გააუმჯობესეს მანტუმ და რუმ. მაშინ, როდესაც პირკეისსინჯი კანზე კეთდება, მანტუსსინჯი კეთდება კანში და ამრიგად ის კანის შიდა, ინტრაკუტანური სინჯს წარმოადგენს. სინჯის ტექნიკა შემდეგში მდგომარეობს: შპრიცის წვირლ ნემსს უჩხვლეტენ კანში ისე, რომ ნემსის წვერი იყოს კანის ზედაპირის პარალელურად და შეიყვანენ კანში ტუბერკულოზის ერთ წვეთს. ნახვლეტის ადგილას მაშინვე ჩნდება თეთრი ფერის შეშუპებითი კვანძი 3—4 მილიმეტრის დიამეტრით. 10—15 წუთის შემდეგ ეს კვანძი უკვალოდ ქრება. პირველი შეშაპუნება წარმოებს ტუბერკულოზის ხსნარით 1:5000 განზავებაში, უარყოფითი რეაქციის შემთხვევაში, შეშაპუნებას იმეორებენ 2 დღის შემდეგ უფრო მაღალი კონცენტრაციით—1:2000, 1:1000 და 1:100 განზავებით.

5—6 საათის შემდეგ ჩხვლეტის ადგილზე ვითარდება კანის ინფილტრაცია; 24 საათის შემდეგ რეაქცია გამოხატულია უფრო მკაფიოდ. ინფილტრატი შეშუპებული, წითელი კვანძის სახით არის გამოხატული და ზოგჯერ საკმარისად ფართოა. 48 საათის შემდეგ რეაქცია აღწევს მაქსიმუმს და ამის შემდეგ თანდათან ცხრება.

ეს სინჯი 2-ჯერ უფრო მგრძნობიარეა, ვიდრე პირკეისსინჯი და ზოგჯერ ორგანიზმის საერთო რეაქციას იწვევს.

ამ ორი სინჯის გარდა, იხმარება კოხის კანქვეშა სინჯი ტუბერკულინით და მოროს კანის სინჯი.

განსაკუთრებით სიძნელეებს ვხვდებით ფილტვების ტუბერკულოზის ზოგიერთი ფორმის დიაგნოსტიკის დროს. პემატოგენურ-დისემინირებული ფორმები, მილიარული ფორმა, ზოგი ინფილტრაციული ფორმა, უმრავლეს შემთხვევაში შეიძლება აღმოჩენილ იქნეს მხოლოდ წესიერი რენტგენოლოგიური გამოკვლევით. მწვავე მიმდინარეობის შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ავადმყოფს არა აქვს რაიმე ჩივილები ფილტვების მხრივ და პერკუსიო-აუსკულტაციის მონაცემებიც მეტად ღარიბია, ეს ფორმები შეიძლება შევეჭმალოს ისეთ ცხვლებით დაავადებებთან, როგორცაა, მუცლის ტიფი, მალარია, ბრუცელოზი და სხვ. ამიტომ საჭიროა ყურადღება მივაქციოთ ანამნეზს, ცვლი-

ლებებს სისხლის მხრივ, ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელ ზოგად ნიშნებს და, გარდა ამისა, უსათუოდ გამოვიკვლიოთ ავადმყოფი რენტგენით.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ მწვავე მილიარული ტუბერკულოზი ხშირად შეცდომით მუცლის ტიფი ან სხვა ინფექციური სნეულება ჰგონიათ.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი.** რამდენადაც მრავალფეროვანია ფილტვების ტუბერკულოზის ფორმები და მიმდინარეობა, იმდენადვე მრავალნაირია მისი პროგნოზიც. საერთოდ, ავადმყოფის მომავალი მდგომარეობა და დაავადების მიმდინარეობა ბევრად არის დამოკიდებული დაავადების დროულად გამოცნობაზე და წესიერ ენერგიულ მკურნალობაზე. ბევრს ნიშნავს, რა თქმა უნდა, დაავადების ფორმა. მწვავე მილიარული ტუბერკულოზი, მწვავე და ქვემწვავე დისემინირებული ტუბერკულოზი, ხაჭოსებრი პნევმონია, ფიბროზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზის ქრონიკული ფორმები გაცილებით უფრო მძიმე პროგნოზს იძლევა, ვიდრე ახალი ინფილტრაციული, კეროვანი, ფიბროზულ-პროდუქციული ფორმები.

ფილტვის ტუბერკულოზის პროდუქციული ფორმების დროს, კეროვანი ტუბერკულოზის დროს, სათანადო მკურნალობისა და მოვლის პირობებში ავადმყოფს ათეული წლების მანძილზე შეუძლია მუშაობა და სიცოცხლე.

ახალი ინფილტრაციული ფორმები, ზოგჯერ კეროვანი და ბრონქოპულმონალური ტუბერკულოზი და სხვ. შეიძლება პრაქტიკული გაჯანსაღებით დამთავრდეს.

ცხადია, იქ, სადაც განვითარდა კავერნოზული ტუბერკულოზი პროცესის მოთესვით, სადაც ადგილი აქვს ორგანიზმის ძლიერ ინტოქსიკაციას, კახექსიისა და ანემიის მოვლენებით, პროგნოზი უიმედოა და რამდენიმე წლის განმავლობაში უშედეგო წამლობის შემდეგ, ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, იღუპება.

წლითიწლობით ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის უკეთესი ორგანიზაციისა და მკურნალობის ეფექტური მეთოდების შემოღების შედეგად, ამ დაავადებისაგან სიკვდილიანობა სსრ კავშირში პროგრესულად ეცემა.

**პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა.** გამაფრთხილებელ ღონისძიებებს ფილტვების ტუბერკულოზის წინააღმდეგ მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების გავრცელების შემცირების საქმეში.

ტუბერკულოზი დღესდღეობით ითვლება ერთ-ერთ ყველაზე უფრო გავრცელებულ და იმავე დროს საშიშ ავადმყოფობად, რომლის წინააღმდეგ ბრძოლა წარმოებს სხვადასხვა მიმართულებით. გარდა იმისა, რომ მოსახლეობის ფართო ფენების გაჯანსაღების მიზნით სსრ კავშირში ტარდება ფართო სოციალური-პროფილაქტიკური ღონისძიებები—საბინაო მშენებლობა, ყოფა-ცხოვრების და შრომის პირობების გაუმჯობესება და სხვ.—მიღებულია სანიტარულ-პროფილაქტიკური ღონისძიებებიც ტუბერკულოზური ინფექციის წინააღმდეგ საპეციალური ბრძოლის სახით. ამასთან ერთად დიდი გავრცელება ჰპოვა სპეციალური რეპრობირების პროფილაქტიკამ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის სახით.

საჭიროა ვებრძოლოთ ტუბერკულოზის ჩხირის განმეორებით მოხვედრას. ადამიანის ორგანიზმში და ამ მხრივ განსაკუთრებით საჭიროა ბავშვებისა და ახალგაზრდობის დაცვა. ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ერთ-ერთ ძირითად მომენტს ადამიანის ორგანიზმის გამაგრება-განმტკიცება წარმოადგენს და, გარდა ამისა, ტუბერკულოზით ავადმყოფთან კავშირის (კონტაქტის) შემცირება და, თუ შესაძლებელია, სრულიად თავიდან აცილება.

სოციალური პროფილაქტიკის სისტემა სსრ კავშირში ითვლისწინებს ბინების გაჯანსაღებას, კვების რაციონალურ ორგანიზაციას, შრომისა და დასვენების დაცვის ღონისძიებების გატარებას.

სანიტარული განათლების შეტანა მოსახლეობის ფართო მასებში, კლუბით ავადმყოფების ბინების გაჯანსაღება მათი დეზინფექციით, ბაცილგამომყოფ ავადმყოფების სპეციალურ საავადმყოფოებსა და სანატორიუმებში მოთავსება — მეორე ღონისძიებაა, მიმართული ინფექციასთან საბრძოლველად.

მესამე ძირითად პროფილაქტიკურ ღონისძიებას წარმოადგენს ბავშვების ნასობრივი აცრა კალმეტის წესით, ე. წ. ბ ე კ ე ჟ ი რ ე ბ ა (ბეკე). ასეთმა გამაფრთხილებელმა აცრამ, რომელიც გატარდა საბჭოთა კავშირში მილიონობით ბავშვზე, ცხადპყო ამ მეთოდის დიდი მნიშვნელობა ბავშვების შედარებით იმუნობირებაში ტუბერკულოზური ინფექციის წინააღმდეგ და ბავშვების ტუბერკულოზით დაავადების სიხშირე ერიოორად შეამცირა.

ფრანგი მეცნიერების კ ა ლ მ ე ტ ი ს და ე რ ე ნ ი ს მიერ (აქედან სახელწოდება BCG) დამზადებული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინა წარმოადგენს ცოცხალი, მაგრამ დაკარგული ვირულენტობის მქონე ხარის ტიპის ტუბერკულოზური ჩხირების ემულსიას, რომელსაც აძლევენ ახალშობილ ბავშვებს ჰალის რძესთან ერთად, სამჯერ დღეგამოშვებით, ჩვეულებრივ, მე-3, მე-5 და მე-7 დღეს დაბადების შემდეგ.

ამჟამად მიმართავენ პატარა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვების ვაქცინაციასაც. თუმცა ასეთი ვაქცინაცია იძლევა მხოლოდ შედარებით იმუნიტეტს  $1\frac{1}{2}$  წლით, მაგრამ მას მიანიც დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზით ინფიცირებასთან ბრძოლაში.

ოქტომბრის დიად სოციალისტურ რევოლუციამდე ტუბერკულოზთან ბრძოლას საქველმოქმედო ხასიათი ჰქონდა, რითაც, ცხადია, არ შეიძლებოდა ეფექტური შედეგების მიღება. ამჟამად საბჭოთა კავშირში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საქმედდაა მიჩნეული და თუ წინათ ტუბერკულოზით ავადმყოფთა სამკურნალოდ მკორეოდენი დაწესებულებები არსებობდა, ახლა ჩვენ გვაქვს უამრავი სპეციალური საავადმყოფო, სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, სანატორიუმები და ტუბერკულოზური დისპანსერები.

საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს სხვა სამკურნალო დაწესებულებებთან ერთად ატარებს ტუბდისპანსერი.

ტუბდისპანსერის მიზანს შეადგენს ტუბერკულოზით ავადმყოფთა გამოვლინება, მათი აღრიცხვაზე აყვანა, მკურნალობა და სანიტარულ-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება. ამ მიზნით დისპანსერის ხელმძღვანელობით და უშუალო მონაწილეობით ხდება მოსახლეობის ამა თუ იმ ფენების (მოსწავლე ახალგაზრდათა, არმიში წვევამდელთა კონტინგენტები, საზოგადოებრივი კვების დარგში და კვების მრეწველობაში მომუშავე პირები და სხვ.) ფართო გამოკვლევა. ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევებში დისპანსერი ატარებს ავადმყოფების გამოკვლევას ყველა არსებული მეთოდით. მასობრივი გამოკვლევის მიზნით ამჟამად ის იყენებს ფლუოროგრაფიის მეთოდსაც (რენტგენით გაშუქების დროს ფოტოაპარატით გადაღება), რაც ერთი საათის განმავლობაში 100-მდე რენტგენსურათის გადაღების საშუალებას იძლევა.

ტუბდისპანსერი ატარებს აგრეთვე სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობას ავადმყოფებისა და მათ ირგვლივ მყოფი პირების პირადი ჰიგიენისა და პროფილაქტიკის მიზნით.

ცხადია, ამ დიდ მუშაობაში მეტად საპასუხისმგებლო როლი ენიჭება სამედიცინო დას. გამაქანსალებელი მუშაობა კლექით ავადმყოფთა ოჯახებში უმთავრესად საშუალო სამედიცინო მუშაკებს ეკისრებათ.

უბანზე მომუშავე დისპანსერული სამედიცინო და ირკვევს ავადმყოფის ოჯახს, ბინის სანიტარულ პირობებს, ყოფაცხოვრებით პირობებს და აძლევს ავადმყოფებს და მის ოჯახის წევრებს სათანადო რჩევა-დარიგებას, თუ როგორ უნდა მოიქცნენ ისინი, როგორ უნდა დაიცვან პირადი და საზოგადო პროფილაქტიკა, როგორ მოუწიონ ბინას, თეთრეულს, ნახველს, როგორ უნდა მოახდინონ ავადმყოფის მიერ ნახშირის ნივთების დეზინფექცია და სხვ.

ფილტვის ტუბერკულოზით ავადმყოფს, განსაკუთრებით თუ მას ნახველში ტუბერკულოზის ჩხირები აქვს, დიდი სიფრთხილე მართებს ინფექციის გავრცელების მხრივ. რამდენადაც ნახველი ავადმყოფობის გავრცელების მთავარი წყაროა, ავადმყოფი არ უნდა აფურთხებდეს, სადაც შეხვდება; მას უნდა ჰქონდეს ჩასაფურთხებელი, საიდანაც ნახველი უნდა გადაიღვაროს საპირფარეოში და ჩასაფურთხებელი სადეზინფექციო ხსნარით გაირეცხოს. ცხვირსახოცში ჩაფურთხება დაუშვებელია ავადმყოფის თეთრეული და ჭურჭელი მდურარე წყლით უნდა ირეცხებოდეს; უმჯობესია თუ ასეთ ავადმყოფს მიჩენილი ექნება თავისი ჭურჭელი.

ფილტვის ტუბერკულოზით ავადმყოფი არავის არ უნდა ჰკონიდეს და მით უმეტეს ბავშვებს. ავადმყოფი უნდა ერიდოს ნახველის ჩაყლაპვას, ვინაიდან ამ გზით შესაძლებელია მოხდეს ნაწლავთა დაიფინიცირება კლექის ჩხირებით.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ფილტვის ტუბერკულოზის სამკურნალო ღონისძიებები შეიძლება რამდენიმე სახედ დავეყოთ. არის ზოგადი ხასიათის თერაპია, რაც ითვალისწინებს ჰიგიენურ-დიეტეტიკურ ღონისძიებებს, კლიმატოთერაპია და ფიზიოთერაპია, სპეციფიკური თერაპია და ქიმიოთერაპია, კოლაფსოთერაპია, ქირურგიული მეთოდებით მკურნალობა, სიმპტომატური თერაპია და მკურნალობა ანტიბიოტიკებით.

ყველა ჩამოთვლილ ღონისძიებას აქვს თავისი ჩვენებები და მიუხედავად იმისა, რომ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო სამკურნალო საშუალებები წლიწლობით მრავლდება და უმჯობესდება, ზოგიერთი ძველთაგან ცნობილი საშუალება დღესაც იხმარება და მათ თავისი მნიშვნელობა არ დაუკარგავს.

დიდი ხანია ცნობილია, რომ ტუბერკულოზთან ბრძოლისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგ ჰაერს, კარგ კვებას და დასვენებას. ამიტომ საჭიროა ფილტვის ტუბერკულოზით ავადმყოფი ცხოვრობდეს კარგ, მზიან და სინათლიან ოთახში, სადაც განიავება ხშირად უნდა ხდებოდეს, უმჯობესია ფანჯარა ან სარკმელი დღისით და ღამით ღია იყოს. თუ ავადმყოფი ტუბერკულოზის ღია ფორმითა ავად, დაავადების გადიდების თავიდან აცილების მიზნით, მასთან ერთად ოთახში არავინ არ უნდა ცხოვრობდეს. თუ ფილტვის პროცესი გამწვავების ფაზაში არ არის და ავადმყოფი არ არის დასუსტებული, კარგია წყლის სამკურნალო პროცედურებით მისი ორგანიზმის გამაგრება.

ავადმყოფს უნდა მიეცეს ნოყიერი საკვები საკმაო რაოდენობით, დღე-ღამეში არანაკლებ 3000—4000 კალორიის; ის უნდა იღებდეს ცილებს არანაკლებ 120 გრამისა დღე-ღამეში, ცხიმებს 100 გრ და ნახშირწყლებს 500 გრამამდე.

საქიროა საკვებში იყოს მარილები და ბლომად ვიტამინები—ბოსტნეულსა, ხილისა და თუ ასეთი არ მოიპოვება, ვიტამინების კონცენტრატების სახით. გადაჭარბებული ჭამა და ზედმეტი გასუქება ტუბერკულოზის დროს არა თუ მარგებელია, როგორც ეს ბევრსა ჰგონია, არამედ ძვენებელიც არის.

საკმელო უნდა იყოს არა მარტო ნოყიერი, არამედ გემრიელიც და მიეცეს ავადმყოფს დღეში 4—5 ჟერ. მკაცრი დიეტა სრულიადაც არ არის საჭირო.

ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებებში, განსაკუთრებით სანატორიუმებში, შემუშავებულია სპეციალური რეჟიმი ასეთი ავადმყოფებისათვის, სადაც გათვალისწინებულია როგორც წესიერი კვება, ისე დასვენება და ყველა დანარჩენი სამკურნალო ღონისძიება.

ტუბდისპანსერებთან ორგანიზებულ ე. წ. დამისსანატორიუმებს დიდი მნიშვნელობა აქვს ისეთი ავადმყოფების მკურნალობისათვის, რომლებიც მუშაობენ. ავადმყოფი სამუშაოს დამთავრების შემდეგ მიდის ღამის სანატორიუმში, სადაც ის ისვენებს, იღებს სათანადო გაძლიერებულ კვებას, იცავს ტუბერკულოზით ავადმყოფისათვის საჭირო რეჟიმს და ეცნობა მისთვის აუცილებელ სანიტარულ-ჰიგიენურ წესებს. ამრიგად, ეს ღამის სანატორიუმები ახორციელებენ ფილტვის ტუბერკულოზით ავადმყოფთა მკურნალობას სამუშაოდან მოუწყვეტლებ, ნახევრად-სანატორიულ რეჟიმს, რითაც დიდ დახმარებას უწყევენ ავადმყოფებს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ფილტვის ტუბერკულოზით ავადმყოფებისათვის სანატორიულ-საკურორტო მკურნალობას სპეციალურ კურორტებზე. საქართველოში სახელგანთქმულია კურორტები: აბასთუმანი, ლიბანი, ცემი, მანგლისი, ბახმარო, შოვი და ტბებრდა, როგორც მაღალმთიანი კლიმატური სადგურები, სადაც ტუბერკულოზით ავადმყოფთა მკურნალობა განსაკუთრებული წარმატებით წარმოებს. მზის რადიაციით მდიდარი, შშრალი და ბარომეტრულად მსუბუქი, სუფთა მთის ჰაერი, ხშირად გაქვნილი ფიქენარის სუნით კარგ გავლენას ახდენს ავადმყოფზე. ზღვისპირა კურორტები—სოხუმი, გაგრა, ქობულეთი—კარგია ტუბერკულოზით ავადმყოფებისათვის ზამთრის პერიოდში. მაღალმთიანი კურორტებიდან აბასთუმანი და ლიბანი ღებულობენ ავადმყოფებს მთელი წლის განმავლობაში, ვინაიდან ეს კურორტები მოწყობილია საამისოდ.

რა თქმა უნდა, სანატორიული მკურნალობა უნდა დაენიშნოს ავადმყოფს ფილტვების დაავადებითი პროცესის კარგად შესწავლის შემდეგ. არის ისეთი ფორმები, რომლების სამკურნალოდ ნაჩვენებია შედარებით უფრო დაბალი ადგილები და პირიქით—მაღალმთიან კურორტებზე არ შეიძლება გაგზავნა მაგალითად, ძალზე დასუსტებული ავადმყოფების ან ისეთი ავადმყოფებისა, რომელთაც მიდრეკილება აქვთ სისხლით ზველისადმი ან გულის სისუსტის ნიშნებით, ანდა რომელთაც მაღალი ტემპერატურა აქვთ. ზაფხულის ცხელ თვეებში შეუფერებელია ქვეყნით ავადმყოფის გაგზავნა შავი ზღვის სანაპირო კურორტებზე და, თუ ეს აუცილებელია, უმჯობესია ის ყირიმში გაიგზავნოს.

სპეციფიკურ თერაპიას წარმოადგენს მკურნალობა კოხის ძველი ტუბერკულინით. ამ მკურნალობის მიზანია ასწიოს ორგანიზმის და ქსოვილების სიმტკიცე ტუბერკულოზის ჩხირის მიმართ. სამწუხაროდ, მკურნალობის ამ მეთოდმა არ გაამართლა მასზე დამყარებული იმედები. ტუბერკულინით მკურნალობა წარმოებს კანჭევში ინექციებით 4—6 დღეში ერთხელ. იწყებენ სუსტი განზავების ხსნარებით და თანდათან უმატებენ დოზას.

ქიმიოთერაპიული საშუალებებიდან აღსანიშნავია ოქროს პრეპარატებით მკურნალობა. წინათ ხმარობდნენ სანოკრიზინს ინტრავენური ინექციების სახით, 6—9 ინექციის, 0,2—0,6—1 მლ-მდე. ამჟამად ხმარებაშია საბჭოთა პრეპარატი კრიზანოლი 0,1—0,2—0,3 მლ ყოველ 5 დღეში ერთხელ კუნთებში გასაქებებლად.

ოქროს პრეპარატებით მკურნალობა ნაჩვენებია ფილტვების ტუბერკულოზის ინფილტრაციული ფორმების დროს, სადაც კოლაფსოთერაპია რაიმე მიზეზის გამო არ შეიძლება გაკეთდეს, და ზოგ შემთხვევაში კარგ შედეგებს იძლევა.

სანოკრიზინით და კრიზანოლით მკურნალობა არ შეიძლება, თუ ავადმყოფს აქვს თირკმლების და სხვ. ორგანოების დაავადება ან თუ ის ძალზე დასუსტებული და კახექსიურია.

### ტუბერკულოზის მკურნალობა „პასკი“-ით

ტუბერკულოზის სამკურნალო ახალი ქიმიოთერაპიული საშუალებებიდან კარგი პრეპარატია პ ა რ ა ა მ ი ნ ო ს ა ლ ი ც ი ლ ის მ ყ ა ვ ა ა ნ უ „პასკი“.

„პასკი“ წარმოადგენს თეთრ კრისტალურ ფხვნილს, რომელიც წყალში ცუდად იხსნება. სამკურნალოდ იხმარება „პასკის“ ნატრიუმის მარილი.

„პასკი“ ბაქტერიოსტატიკურ გავლენას ახდენს ტუბერკულოზის ჩხირზე, იმავე დროს, ის არ მოქმედებს სტრეპტოკოკზე, სტაფილოკოკზე და სხვ.

„პასკი“ უფრო ნაკლებ ტოქსიკური პრეპარატია, ვიდრე სტრეპტომიცინი და იმავე დროს მოქმედებს ტუბერკულოზის ჩხირების იმ შტამებზე, რომლებიც სტრეპტომიცინის გამძლეუნი არიან.

მართალია, „პასკის“ დიდი დოზებით ხმარებისას ავადმყოფს დასჩემდება ხოლმე გულისრევა, უმადობა, პირღებინება, ფლარათი, ზოგჯერ შაქარიც აღმოაჩნდება შარდში, მაგრამ დოზების შემცირების ან წამლის მიცემის დროებით შეწყვეტის შემდეგ, ეს მოვლენები ავადმყოფს გაუვლის.

იშვიათად, ავადმყოფები სრულებით ვერ იტანენ ამ პრეპარატს.

„პასკი“ იხმარება ფხვნილის, ტაბლეტების სახით შიგნით მისაღებად, ხსნარების სახით (5—10—20%) პლევრიტების დროს პლევრის ღრუში შესაყვანად, კუნთებში შესაშხაპუნებლად (5—100% ხსნარის სახით 10 მლ) და სხვ.

„პასკი“ ფხვნილის სახით ავადმყოფებს ეძლევათ შემდეგი დოზებით. მოზრდილისათვის დღე-ღამის საშუალო დოზა 12 გრამი (4 მიღება, ექვსსაათიანი ინტერვალები, 3—3 გრამი თითო მიღებაზე). უმჯობესია დავიწყოთ წამლის მიცემა 6,0—8,0 დღიური დოზიდან და ერთი კვირის შემდეგ, თუ ავადმყოფს თანამოვლენები არ ექნება, დოზა გავადიდოთ ჯერ 10,0—12,0-მდე, შემდეგ კი 14,0 16,0-მდე.

„პასკით“ მკურნალობის მთელი კურსისათვის საჭიროა 1—1,5 კგ პრეპარატი და, ამრიგად, მკურნალობა გრძელდება 3—4 თვეს.

კუნთებში შესაშხაპუნებლად „პასკის“ 5—10% სტერილური ხსნარი (ამპულებში) შეჰყავთ 10,0 რაოდენობით დღეში ორჯერ, ამრიგად, ავადმყოფი იღებს დღე-ღამეში 2,0 „პასკს“. ამასთან ერთად კარგია „პასკის“ შიგნით მიცემაც.



„პასკი“ არ იძლევა კარგ შედეგს ტუბერკულოზური მენინგიტის, ტუბერკულოზის მილიარული ფორმების და არამწვავე ფიბროზულ-კეროვანი ტუბერკულოზის შემთხვევებში.

„პასკი“ ეფექტურია, უმთავრესად ტუბერკულოზის ინფილტრაციული და ექსუდაციური პროცესების დროს.

ამ ფორმების დროს „პასკის“ გავლენით ტემპერატურა ეცემა, ეღრმობა, სისხლის საერთო სურათი უმჯობესდება, ჩხირები ნახველში ქრება, საერთოდ, ინტოქსიკაცია იკლებს და ამასთან ერთად უმჯობესდება ცვლილებებიც ფილტვებში.

ახალი საშუალება—ფტივაზიდი, რომელიც სინთეზირებულია 1951 წ. საბჭოთა კავშირში, კარგი პრეპარატი გამოდგა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ. ფტივაზიდი იძლევა მნიშვნელოვან თერაპიულ ეფექტს: სიცხე იკლებს, ინტოქსიკაცია მცირდება, ავადმყოფი მატულობს წონაში, ანთებითი მოვლენება ფილტვებში ცხრება.

ფტივაზიდი თანამოვლენებს უმნიშვნელოს იძლევა; ის ენიშნება დღე-ღამის დოზა ავადმყოფებს per os ფხვნილების ან ტაბლეტების სახით, 1,0—2,0 ერთ-ჯერადი დოზა—0,3—0,5.

მიუხედავად ყველა მიღწევისა, ფილტვების ტუბერკულოზის მკურნალობაში გვერდს ვერ ავუვლით სიმპტომატურ თერაპიას.

ისეთი მოვლენები, როგორცაა ძლიერი, შემამწუხებელი ხველა, ოფლიანობა, უძილობა, აგზნება, გულის მუშაობის ძლიერი აჩქარება და სხვ., მოითხოვს სათანადო წამლების დანიშვნას.

ხველის წინააღმდეგ იხმარება დიონინი, კოდეინი, პეროინი. სისხლით ხველის წინააღმდეგ კარგია ქლორთან კალციუმის ან ქლორთან ნატრიუმის 10% ხსნარის ვენაში შეყვანა. ხველის წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს მოხსენებული ნარკოტიკული საშუალებები (დიონინი, კოდეინი, პეროინი), გულზე ცივის დება (ყინულის პარკი), ფიზიკური და სულიერი სიმშვიდე. თუ სისხლის ღენა ძლიერია, კარგია თანამოსახელე ჯგუფის სისხლის გადასხმა 100 მლ რაოდენობით ან უანგბადის შეყვანა კანქვეშ 300—400 კბ. სმ-ის რაოდენობით.

თუ სისხლის ღენა ფილტვებიდან ამ ღონისძიების შემდეგაც არ შეწყდა და ვიცით, რომელი ფილტვიდან არის სისხლის ღენა, საჭირო ხდება სათანადო მხარეზე ხელოვნური პნევმოთორაქსის გაკეთება, რაც საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს (იხ. პნევმოთორაქსი ქვევით).

ოფლის წინააღმდეგ კარგია აგარიცინის დანიშვნა (Agaricini 0,02, Sacchari aibi 0,2, D. t. d. № 10 S. საღამოთი ძილის წინ ერთი ფხვნილი). ამ მხრივ სისტემატური კალციუმ-თერაპიაც კარგად მოქმედებს.

გულის სისუსტის წინააღმდეგ ზოგჯერ საჭირო ხდება გულის საშუალებებს დანიშვნა, როგორც დიგიტალისი, ქაფური, კოფეინი და სხვ. (იხ. თავი გულის სნეულებების შესახებ).

უძილობასთან ბრძოლა შეიძლება ბრომიდების დანიშვნით (Sol. Natrii bromati 6,0—8,0—180.0 D. S. სუფრის კოვზი დღეში 3-ჯერ) ან საძილე პრეპარატების მიცემით (ადალინი, მედინალი, ვერონალი—0,3 ან ლუმინალი—0,1 ძილის წინ).

კოლაფსოთერაპია. ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალობის თანაშეღროვე მეთოდს წარმოადგენს კოლაფსოთერაპიის სხვადასხვა სახეები. მკურნალობის ეს მეთოდი გულისხმობს ფილტვის შეკუმშვას ხელოვნური გზით. ამისათვის იხმარება ხელოვნური სამკურნალო პნევმოთორაქსი, თორაკოპლასტიკა, შუასაძგიდის ნერვის ალკოპოლიზაცია და ფრენიკოექზერჯი.

ამჟამად ხელოვნური სამკურნალო პნევმოთორაქსი წარმოადგენს ძალიან გავრცელებულ სამკურნალო ღონისძიებას, რომელიც იხმარება მთელ მსოფლიოში.

ხელოვნური პნევმოთორაქსის დროს სპეციალური აპარატის საშუალებით პლევრის ღრუში დაავადებული ფილტვის მხარეზე და ზოგჯერ ორივე პლევრის ღრუში (საკიროებისდა მიხედვით) ხელოვნურად შეჰყავთ ჰაერი—აზოტი ან ქანგბადი—გარკვეული რაოდენობით და სათანადო წესების ზუსტი დაცვით. პლევრის ღრუში ჰაერის შეყვანის შედეგად ფილტვი იკუმშება, ის ნაკლებად მოძრავი ხდება, თავისუფლად აღარ სუნთქავს, მასში ლიმფის და სისხლის მიმოქცევა მცირდება და ავადმყოფი ფილტვი ისვენებს; ამრიგად, კოხის ჩხირებსაც აღარ აქვთ სათანადო ნიადაგი ფილტვის ქსოვილზე დამლუპველი გავლენისათვის და მათთვის არახელსაყრელი პირობები იქმნება.

ფილტვის დაავადებულ უბნების ირგვლივ ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი და ტუბერკულოზური პროცესი ცხრება.

მკურნალობის ამ შესანიშნავ მეთოდს საფუძვლად დაედო მრავალი წლის დაკვირვება, რომელმაც ცხადპყო ის გარემოება, რომ თუ ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობაში ექსლუდაციური პლევრიტი ან ბუნებრივი პნევმოთორაქსი ვითარდება, ფილტვის ტუბერკულოზი ცხრება და უკეთ მიმდინარეობს.

დღესდღეობით ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალობის საქმეში ხელოვნური სამკურნალო პნევმოთორაქსი უდიდეს მონაპოვრად ითვლება, რასაც მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ავადმყოფისათვის დახმარების, ისე ეპიდემიოლოგიური და პროფილაქტიკური თვალსაზრისით. ხელოვნური პნევმოთორაქსის წყალობით ტუბდისპანსერების ბაცილარული ავადმყოფების იმ 30%-დან, რომლებიც პნევმოთორაქსით მკურნალობენ, 50% ამ მკურნალობის შედეგად არა თუ უბრუნდება სამუშაოს, არამედ აღარ გამოპყოფს კოხის ჩხირებს.

ხელოვნური პნევმოთორაქსის გასაკეთებლად იხმარება სპეციალური აპარატურა. არსებობს სხვადასხვა ტიპის აპარატები წყლისა და ლითონის მანომეტრებით. უფრო გავრცელებულია ხეიფეცის ტიპის აპარატი (სურ. 106).

პნევმოთორაქსის გაკეთების ტექნიკა, როგორც ქირურგიული ოპერაცია, მოთხოვნს ასეპტიკის ყველა პირობის დაცვას და სათანადო დახელოვნებას, ურომლისოდაც პნევმოთორაქსის გაკეთება არ შეიძლება, რადგან ის მეტად საპასუხისმგებლო პროცედურაა.

პირველად პნევმოთორაქსის გაკეთებისას პლევრის ღრუში, ჩვეულებრივ, შეჰყავთ 300 კბ. სმ ჰაერი. უფრო მეტი შეჰყავთ, მაგალითად, სისხლით ხველის შესაჩერებლად.

ვინაიდან პლევრა შედარებით მალე შეიწოვს შეყვანილ ჰერს, ამიტომ საჭიროა თანდათან ჰაერის დამატებით შეყვანა. პლევრაში ჰაერის ბუშტის სიდიდეს იკვლევენ რენტგენით და 2—3—4 დღის შემდეგ კიდევ შეჰყავთ ჰაერი. თანდათანობით მტკიცე ჰაერის ბუშტის გაჩენის შემდეგ, ინტერვალებს აღიღე-

ბენ 8—12 დღემდე, შემდეგ 2—4 კვირამდე და, ამრიგად, სისტემატურად აწარმოებენ მკურნალობას 2—3 წლის განმავლობაში.

პნევმოთორაქსით მკურნალობა მოითხოვს ავადმყოფის მდგომარეობის აწონდაწონას, ავადმყოფის მუდმივ კონტროლს რენტგენით და სამკურნალო მეთოდის ინდივიდუალიზაციას, ვინაიდან ამ მკურნალობას ყველა ავადმყოფი ერთნაირად როდი იტანს.

ხელოვნური პნევმოთორაქსი ხშირად საოცარ ეფექტს იძლევა: სიცხე კლებულობს, ნახველის გამოყოფა მცირდება, კოხის ჩხირები მასში ისპობა და ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას. ფილტვებიდან სისხლის დენის დროს კი, როდესაც არც ერთი სხვა საშუალება შედეგს არ იძლევა, პნევმოთორაქსის შედეგად სისხლის დენა ხშირად უმაღლვე წყდება.

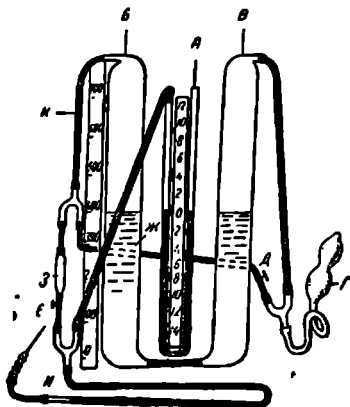
სამწუხაროდ, ხელოვნური პნევმოთორაქსის გამოყენება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი: ახ ფილტვის ტუბერკულოზის ისეთი ფორმა აქვს ავადმყოფს, რომ პნევმოთორაქსის გაკეთება არ არის ნაჩვენები, ან პლევრის ფურცლების შეხორცებების გამო ის ტექნიკურად შეუძლებელია (პაერი არ გადის პლევრის ღრუში), ან ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა არ იძლევა მისი გამოყენების საშუალებას.

ხ ე ლ ო ვ ნ უ რ ი პ ნ ე ვ მ ო თ ო რ ა ქ ს ი ნ ა ჩ ვ ე ნ ე ბ ი ა ერთი ფილტვის ახალ, უმთავრესად ინფილტრაციულ ტუბერკულოზის დროს, განსაკუთრებით თუ ადგილი აქვს ფილტვის ქსოვილის რღვევას ან ბაცილების გამოყოფას, შემოსაზღვრულ მოთვლილ ტუბერკულოზის დროს კავერნის არსებობისას; სისხლით ხველისა და სისხლდენის დროს, როდესაც ცნობილია, რომელი ფილტვიდან არის სისხლის დენა და ის ცოტად თუ ბევრად ძლიერია, ხოლო სხვა საშუალებები შედეგს არ იძლევა.

ხ ე ლ ო ვ ნ უ რ ი პ ნ ე ვ მ ო თ ო რ ა ქ ს ი უ კ უ ნ ა ჩ ვ ე ნ ე ბ ი ა. ორმხრივი გავრცელებული კავერნოზული ტუბერკულოზის დროს, ფილტვის ციროზული ცვლილებების დროს, ხორხის, ნაწლავების, თირკმლების აქტიური ტუბერკულოზის დროს, გულის და სისხლის ძარღვების დაავადების დროს.

არ უკეთებენ პნევმოთორაქსს მოხუცებულებს.

ხელოვნური პნევმოთორაქსით მკურნალობას ზოგჯერ მოსდევს გართულებანიც. ზოგი არასწორი ტექნიკის შედეგია და ის შეიძლება თავიდან აცილებულ იქნეს. ასეთებია კანჭევა ემფიზემა, რაც კანჭევე ჰაერის მოხვედრის შედეგია და არსებითად მძიმე გართულებას არ წარმოადგენს. სამაგიეროდ საშიში და ზოგჯერ სასიკვდილო გართულებაა პაეროვანი ემბოლია. უკანასკნელი შეიძლება მოხდეს, თუ პლევრაში შეყვანილი ნემსი სისხლის ძარღვში მოხვდა.



სურ. 106. ხელოვნური პნევმოთორაქსის აპარატის სქემა.

ეს გართულება ძალიან იშვიათია. სამაგიეროდ ხშირია ექსუდაციური პლევრიტი, რომელიც ვითარდება ხელოვნური პნევმოთორაქსით მკურნალობის შემდეგ თვეზე შემთხვევათა 15—30%-ში. გარდა იმისა, რომ ეს გართულება ამდომებს ავადმყოფის მდგომარეობას, პლევრიტი ცუდია იმითაც, რომ ის შეიძლება დაიჩქარდეს. ხშირად პლევრიტის განვითარება იწვევს პნევმოთორაქსის „გაფუჭებას“, ე. ი. პლევრიტის გავლის შემდეგ რჩება შეხორცებები, რაც ხელს უშლის მომავალში ჰაერის შეყვანას პლევრაში.

ამჟამად შემოღებულია სპეციალური ხელსაწყოთი—თორაკოსკოპით—პლევრის ღრუს განათება და ამ ხელსაწყოს კონტროლის ქვეშ პლევრის შეხორცებათა გადაწვა ელექტროდანით, რის შემდეგ ზოგჯერ შესაძლებელი ხდება პნევმოთორაქსის განახლება.

იმ შემთხვევაში, როდესაც პლევრაში დიდი შეხორცებებია, მიმართავენ თორაკოპლასტიკას. ეს ქირურგიული ოპერაცია ბოლო ხანებში სულ უფრო და უფრო ვრცელდება; აწარმოებენ ფილტვის დაავადებული უბნის შესაბამისად ნეკნების ამოკვეთას (რეზექციას), რასაც მოსდევს ფილტვის დაფუშვა, კავერნის დახშობა და ტუბერკულოზური პროცესის დატკრობა.

ეს ოპერაცია კარგად არის დამუშავებული საბჭოთა კავშირში ჩვენი თანამემამულე ქირურგების, ნ. ვ. ანთელავას, ნ. გ. სტოიკოს და სხვების მიერ და მშვენიერ შედეგებს იძლევა თითქმის შემთხვევათა 50%-ში.

ფილტვების ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებიდან უნდა აღინიშნოს დიაფრაგმის ნერვის გადაკვეთა ან ალკოპოლიზაცია და იმავე ნერვის ექსერეზი (ამოგრება). ეს ოპერაციები იწვევს ოპერაციის სათანადო მხარეზე დიაფრაგმის გუმბათის დამბლას, ზევით აწევას და ფილტვის შეეუმშვას.

გარდა ამ საშუალებებისა, ეხმარება ისეთი ოპერაციები, როგორცაა პნევმოლიზი, პარაფინის ბეწი (პლომბა), ექსტრაპლევრალური პნევმოთორაქსი, კავერნის ღრენაფი (მონალდის ოპერაცია), კავერნის გაკვეთა (კავერნოტომია) და მისი მკურნალობა ე. წ. ღია მეთოდით (ნ. გ. სტოიკო, ტ. ნ. ხრუშჩოვა, ნ. ი. მუჯირი და სხვ.).

ფილტვების ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობა უკანასკნელი 2—3 ათეული წლის განმავლობაში იმდენად დამუშავდა, რომ ცალკე თავი აქვს დათმობილი ქირურგიის სპეციალურ სახელმძღვანელოებში.

ანტიბიოტიკების გამოყენებით მკურნალობა უკანასკნელ წლებში მედიცინა გამდიდრდა მთელი რიგი ანტიბიოტიკური პრეპარატებით და მათ შორის სტრეპტომიცინით, რომელსაც აღმოაჩნდა ტუბერკულოზურ ჩხირზე მოქმედების უნარი. *Streptomices griseus*-იდან მიღებული ანტიბიოტიკური აგენტი, რომელსაც სტრეპტომიცინი უწოდეს, ბაქტერიოსტატიკურად მოქმედებს ტუბერკულოზის ჩხირზე. კლინიკურმა დაკვირვებებმა ცხადჰყო, რომ სტრეპტომიცინი ანელებს ტუბერკულოზური პროცესის მიმდინარეობას და კარგ გავლენას ახდენს ტუბერკულოზის დასაწყის ფორმებზე. ფილტვების ტუბერკულოზის ინფილტრაციული, ანთებად-ექსუდაციური ფორმების დროს, ტვინის გარსების ტუბერკულოზური ანთების დროს (მენინგიტი), ხორხის, ნაწლავების და სხვ. ორგანოების ტუბერკულოზური პროცესების დროს. თუ სტრეპტომიცინით მკურნალობა ადრევე დაიწყო და ენერგიულად ტარდება, შესაძლებელია პროცესის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება და ზოგ შემთხვევაში განკურნებაც. დღემდე ჩატარებულ დაკვირვებით ირკვევა, რომ სტრეპტომიცინის ზეგავლენით მცირდება ორგანიზმის ინტოქსიკაციის მოვლენება, კლებულობს სიცხე, მცირდება ოფლიანობა, უმჯობესდება მადა და საერთო მდგომარეობა,

ავადმყოფი მატულობს წონაში და გარდა ამისა ადგილობრივი ცვლილებებიც ჩქარა იწყებს უკუგანვითარებას.

სტრეპტომიცინის შესანიშნავი გავლენა ტუბერკულოზურ პროცესზე განსაკუთრებით აშკარად ჩანს ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს, რომლის წინააღმდეგ მედიცინას არავითარი სამკურნალო საშუალება არ მოეძებნებოდა და ამ საშინელი ავადმყოფობით დაავადებული ბავშვების 100% იღუპებოდა. ამჟამად სტრეპტომიცინით დროულად დაწყებული მკურნალობა (დაავადების პირველ კვირაში) სწყვეტს მშვევე მენინგეალურ სინდრომს და ზოგჯერ განკურნებასაც იძლევა.

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ სტრეპტომიცინი არ შეიძლება ჩაითვალოს ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო უებარ საშუალებად. ტუბერკულოზის შორს-წასულ ქრონიკულ შემთხვევებში, სტრეპტომიცინი მტკიცე სამკურნალო ეფექტს არ იძლევა, მაგრამ რამდენადაც სტრეპტომიცინის აღმოჩენამდე არ ყოფილა პრეპარატი, რომელსაც ემოქმედნა კოხის ჩხირზე, ამიტომ სტრეპტომიცინმა ჩქარა გაითქვა სახელი, როგორც ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატი.

ამიტომ ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალობაში ყველა ზემოხსენებულ ნაკად მეთოდს დღესდღეობით არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა და ჰიგიენურ-დიეტეტიკური, კლიმატური, და სათანადო შემთხვევებში ქირურგიული მკურნალობაც უნდა გამოყენებული იქნეს; შესაძლებელია ამათ ზოგჯერ სტრეპტომიცინიც დაემატოს.

სტრეპტომიცინით მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს შეუწყვეტლივ. ჩვენებების მიხედვით 2—5 თვის განმავლობაში, რისთვისაც საჭიროა 40,0—150,0 პრეპარატისა.

ამჟამად მოზრდილებს უკეთებენ სტრეპტომიცინს ყოველ 12 ან 8 საათში ერთხელ, ე. ი. დღე-ღამეში 2—3 ინექციას, თითო ინექციაზე 500—300 ათას ერთეულს.

სტრეპტომიცინით მკურნალობის დროს შესაძლებელია ავადმყოფს დასჩემდეს თავის ტკივილი, თავბრუ, ყურებში შუილი, გულისრევა, კანზე გამოწყარო და სმენის დაკლება. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება დოზის შეცვრა ან სტრეპტომიცინით წამლობის შეწყვეტა. ასეთი გართულებები იშვიათია და უფრო ხშირად მხოლოდ დიდი დოზებისა და ხანგრძლივი მკურნალობის შედეგად ვლინდება.



### ფილტვის კიბო (Cancer pulmonis)

ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან ფილტვებში ვითარდება კიბო და სარკომა. კიბო ვაცილებით ხშირია, ვიდრე სარკომა. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ფილტვებში, საერთოდ იშვიათია და ამიტომ მოკლებულია პრაქტიკულ ინტერესს. კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ფილტვებში გვხვდება ფიბრომა, ლიპომა, მიომა და ქონდრომა.

ფილტვის კიბო შესაძლებელია განვითარდეს ფილტვში პირველად (Cancer pulmonis primarius). რომელიმე სხვა ორგანოს კიბოს დროს ფილტვში შესაძლებელია განვითარდეს მეტასტატიკური (Cancer pulmonis metastaticus).

აქ განიხილება ფილტვის პირველადი კიბო, რომელიც უფრო ხშირად შეიძლება ბრონქიდან წარმოიშვას (Bronchocarcinoma) ან ფილტვის ქსოვილი

განდეს. ორივე შემთხვევაში, ამ დაავადების აღსანიშნავად საყოველთაოდ მიღებულია საერთო სახელწოდება—ფილტვის კიბო—

ფილტვის კიბო იშვიათი არ არის. უკანასკნელ წლებში ფილტვის კიბოს დიაგნოზი უფრო და უფრო ხშირდება, და ძნელი სათქმელია, რის შედეგია ეს— დაავადების გახშირებისა თუ დაავადების დიაგნოსტიკის გაუძოვებულობისა. ყოველ შემთხვევაში ფილტვის კიბო სხვა ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევათა შორის 19% უდრის. ფილტვის პირველადი კიბო მამაკაცებში 4—5-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე დედაცალებში. ეს ავადმყოფობა უფრო მოხუცებულებს უვითარდება 60—70 წლის ასაკში; არაიშვიათია ის 50—60 წლის ასაკში, ხოლო ერთეული შემთხვევები ახალგაზრდა ასაკშიც გვხვდება. მარჯვენა ფილტვში კიბო უფრო ხშირად არის, ვიდრე მარცხენაში, თუმცა დიდი განსხვავება ამ მხრივ არ არის შემჩნეული.

ე ტ ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. ფილტვის კიბოს წარმოშობის უშუალო მიზეზი, როგორც საერთოდ კიბოს ავადმყოფობის მიზეზი, ღღემდე უცნობია. პათოგენეზური თვალსაზრისით აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ფილტვების გამაღიზიანებელი ნივთიერებანი, როგორიცაა მტვერი, დარიშხანი, ცობალტი, რომლებიც პნევმოკონდუქტებს იწვევენ, ზოგიერთის აზრით, შეიძლება ნიადაგს უშაადებდნენ ფილტვის კიბოს განვითარებას, თუმცა ამ მხრივ ჩატარებული გამოკვლევები ამ გარემოებას გადაჭრით არ ადასტურებენ. ერთი რამ მინც ცხადია—ფილტვის პირველადი კიბოთი ავადმყოფების გამოკითხვით ირკვევა, რომ მათ მანამდე ფილტვების რაიმე ქრონიკული დაავადება ჰქონიათ; ქრონიკული ბრონქიტი, პერიბრონქიტი, ფილტვების ტუბერკულოზი და ათაშანგი, ქრონიკული პნევმონიები შესაძლებელია წარმოადგენდეს ხელშემწყობ ფაქტორებს, რომლებიც ნიადაგს უშაადებენ ფილტვის კიბოს განვითარებას.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. ფილტვის პირველადი კიბო ან პილუსის მიდამოში ასეთ შემთხვევაში ის უფრო ხშირად ბრონქიდან გამოდის, ან შეიძლება ფილტვის მთელი წილი ექიროს და დიფუზური ზრდა ახასიათებდეს. ეს ე. წ. ინფილტრაციული ფორმაა. გარდა ამ ორი ფორმისა, შეიძლება ფილტვის პირველადი კიბო ცალკე სოლიტარული კვანძის სახით იყოს ფილტვის წილში. ბრონქოგენური კიბო ვითარდება ბრონქების ცილინდრულ დაქონებულ ფილტვან ეპითელიუმისაგან და ეკუთვნის ე. წ. ადენოკარცინომას—იშვიათად, ფილტვის კიბო შეიძლება ალვეოლების ეპითელიუმის მეტაბლაზის შედეგად იყოს. შემდგომ მიმდინარეობაში კიბო ჩაიზრდება სისხლის ძარღვებში, არღვევს მათ მთლიანობას და შესაძლებელია გამოიწვიოს სისხლდენა, ზოგჯერ სასიკვდილოც. ზოგ შემთხვევაში სიმსივნე განიცდის დაშლას და დაჩირქებას. ჩირქოვანი მიკრობებს ზეგავლენით. ფილტვის კიბო ხშირად იძლევა პლევრიტს—ეს თანამგზავრი პლევრიტი ან მშრალი ან ექსუდაციური; უკანასკნელი ხშირად ჰემორაგიული ხასიათისაა. როგორც საზოგადოდ კიბოს, ფილტვის კიბოსაც სჩვევია მეტასტაზების მოცემა სხვადასხვა ორგანოებში—ლიმფურ ჯირკვლებში, ღვიძლში, ტვინში, თირკმლებში, ძვლებში და სხვ. გარდა ამისა, ფილტვის პირველად კიბოს შეიძლება მოჰყვეს მეორადი კვანძები თვით ფილტვებში.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ე ბ ი და მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ზ ო ბ ა. ფილტვის კიბო დაავადების დასაწყისში კლინიკური ნიშნებით ძალიან ღარიბია. შესაძლებელია ავადმყოფი ერთხანს არაფერს გრძნობდეს. პირველი კლინიკური ნიშნებია ხველა, ყრუ ტკივილები გულ-მკერდის არეში და ქოშინი. ხველა და ქოშინი უფრო დამახასიათებელია ბრონქიდან განვითარებული კიბოსათვის, ვინაიდან ის იწვევს

ბრონქის შევიწროებას და ხველას, ჩვეულებრივ, ადრე ემატება ქოშინიც. ხველა პირველ ხანებში მშრალია, შემდეგში ავადმყოფს აძლევს ლორწოვან-ჩირქოვან ნახველს, რომელშიც ზოგჯერ სისხლი ურევია. დამახასიათებლად ითვლება ე. ო. ლ. ო. ს. შელესმაგვარი ნახველი, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი ნახველი სინამდვილეში იშვიათია. ნახველის გამოკვლევა არაფერს დამახასიათებელს არ გვაძლევს. სიმსივნის ნაწილაკების ან დამახასიათებელი უჯრედების აღმოჩენა ნახველში იშვიათია.

თუ ფილტვის კიბომ ჩირქოვანი დაშლა (დაჩირქება) განიცადა, მაშინ ნახველი ჩირქოვანია, დიდი რაოდენობით: გამოიყოფა და ზოგჯერ მყრალი სუნიც აქვს.

ავადმყოფის საერთო შესახებობა იშვიათადაა შეცვლილი; კახექსია ფილტვის კიბოს შემთხვევაში მხოლოდ დაავადების მოგვიანო პერიოდში ვითარდება. პერკუსიით და აუსკულტაციით მიღებული მონაცემები ბევრად არის დამოკიდებული სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. თუ ფილტვის კიბო ჰილუსის მიდამოშია ან ცენტრალურად იზრდება ფილტვის წილში, ჰტაკუსიით და აუსკულტაციით ბევრს ვერაფერს მივიღებთ; შეიძლება დაავადებული ფილტვის მხარეზე აღინიშნოს სუნთქვის შესუსტება და პერკუსიული ხმიანობის ოდნავი მოყრუება, გაცილებით მეტ მონაცემებს გვაძლევს პერკუსია-აუსკულტაციით კიბოს დიფუზური, ინფილტრაციული ფორმები, სადაც ნათლად აღინიშნება (ხშირად დიფუზური ლაეიწიდან) აბსოლუტურად ყრუ ხმე, შესუსტებული სუნთქვა და შესუსტებული ფრემბიტუსი.

ფილტვის კიბოთი ავადმყოფს ხშირად აქვს უფრო სუბფებრილური ხასიათის ცხელება, მხოლოდ სიმსივნის ჩირქოვანი დაშლის შემთხვევაში სიცხე 38,5—39,0° აღწევს.

ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მოსმენით აღინიშნოს სველი, წერილი და საშუალობუნებრივი ხანძინი.

სისხლის მხრივ დამახასიათებელია ზომიერი ლეიკოციტოზი (10—12000), და ე. დ. რ. აჩქარება.

ამრიგად, ფილტვის პირველადი კიბოს დიაგნოსტიკა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს დაავადების ადრეულ პერიოდში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მის ჰილუსთან ან ცენტრალურ ლოკალიზაციასთან გვაქვს საქმე. დიდ დახმარებას გვიწევს ასეთ შემთხვევებში ფილტვების რენტგენოლოგიური შესწავლა-გაშუქება და გადაღება. რენტგენოგრაფიაზე დამახასიათებელია ინტენსიური დაჩრდილება, უფრო ხშირად ჰილუსის მიდამოში, რომელიც შედარებით სწრაფად დიდდება და განმეორებით გამოკვლევის დროს ნათლად გვიჩვენებს სიმსივნის ზრდას. ფილტვის კიბოს ნაადრევი დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ე. წ. კონტრასტულ ბრონქოგრაფიას — ფილტვების სურათის გადაღებას ბრონქებში საკონტრასტო ნივთიერების — ო. ლ. ო. ლ. ი. პ. ო. ლ. ი. ს. შეყვანის შემდეგ. რენტგენოლოგიური გამოკვლევაც ვერ იძლევა გადაჭრით პასუხს მაშინ, როდესაც ფილტვის კიბო გართულებულია ექსუდაციური პლევრიტით ან ადგილი აქვს სიმსივნის დაშლას, რაც ქმნის ფილტვის აბსცესის შთაბეჭდილებას.

ფილტვის კიბოს არა აქვს ტიპობრივი მიმდინარეობა: უკანასკნელი დამოკიდებულია გართულებებისაგან პლევრის მხრივ, მეტასტაზების განვითარებისაგან, სიმსივნური კვანძის ცვლილებებისაგან (დაშლა, დაჩირქება და სხვ.).

დაავადება გრძელდება 2 თვიდან 2 წლამდე და ავადმყოფი იღუპება ან მეტასტაზებით სხვადასხვა ორგანოებში, ან ფილტვების მხრივ კიბოს მეორა-

დი გართულებებით (დაჩირქება, პლევრის ემპიემა, სისხლდენა ფილტვებიდან და სხვ.) და უფრო იშვიათად—კახექსიით.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. ფილტვის პირველადი კიბოს დიაგნოზი შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში მხოლოდ რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათაა მოსახერხებელი. თუ მოხუცებულ პირს (უმთავრესად მამაკაცს) აქვს ხეულა, ნახველში სისხლი ურევია, ემჩნევა ქოშინი, თუნდაც მცირეოდენი, აძლევს პატარა სიცხეს და ფილტვების გამოკვლევის დროს აღენიშნება მოყრუება, განსაკუთრებით ფილტვის მწვერვალიდან და შესუსტებული სუნთქვა,—უფრო ხშირად ფილტვის კიბოზე უნდა ვიფიქროთ და ავადმყოფი რენტგენით გამოვიკვლიოთ. საჭიროა გაავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ფილტვის ტუბერკულოზთან, ფილტვის ლუესთან, აბსცესის ატიპობრივ ფორმებთან. მოხუცებულების ექსუდაციური პლევრტი, რომელიც ნორმალური ტემპერატურით მიმდინარეობს, ყოველთვის ექვს ბადებს ფილტვის კიბოზე.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი უიშვიათად, თუ დაავადების დიაგნოზი ძალიან ადრე არ იქნება დასმული.

მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა. თუ ფილტვის პირველადი კიბოს ამოცნობა დროულად მოხერხდა, შესაძლებელია ვცადოთ ქირურგიული მკურნალობა ან რენტგენოთერაპია. ქირურგიული მკურნალობა მდგომარეობს ფილტვის დაავადებული წილის ამოკვეთაში (ლობექტომია). რა თქმა უნდა, თუ დაავადება შორსწასულია, ადგილი აქვს მეტასტაზებს ან გართულებას პლევრიტის სახით, მაშინ ოპერაციული ჩარევა შეუძლებელია.

მართალია, აღწერილია ცალკეული შემთხვევები ფილტვის კიბოს ეფექტური ოპერაციული მკურნალობისა, მაგრამ ეს მეთოდი სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა და ამიტომ ჯერ კიდევ არ არის გავრცელებული. უფრო გამამხრეველ შედეგებს იძლევა რენტგენოთერაპია. მაგრამ აქაც აუცილებელი პირობაა დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა. საბჭოთა კავშირის მეცნიერმა, პროფ. დ ი ლ ო ნ მ ა შეიშუშავა, როგორც ფილტვის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის, ისე ღრმა რენტგენოთერაპიის მეთოდიცა და კარგ შედეგსაც მიაღწია. შორსწასულ შემთხვევებში მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ სიმპტომურია.



### ფილტვის ექინოკოკი (Echinococcus pulmonis)

ფილტვის ექინოკოკი ვითარდება ან პირველადად უშუალოდ ფილტვში, ან შესაძლებელია ის, მაგალითად, ლვიძლიდან ჩაიზარდოს მასში. ფილტვის ექინოკოკი შედარებით იშვიათი დაავადებაა; სიხშირით მას ლვიძლის ექინოკოკის შემდეგ მეორე ადგილი უკირავს და საშუალოდ ექინოკოკით დაავადებთა 8—9% შეადგენს. ადამიანის დაავადება ფილტვის ექინოკოკით ხდება საჭმელთან ერთად (გაბინძურებული ხელები, საკვები) ბრტყელი ჭიის —*taenia echinococcus* ანუ *echinococcus granulosus*-ის კვერცხების, ასობის (პროგლოტიდის), ან ჩანასახის (ონკოსფერა) ჩაყლაპვის გზით. ექინოკოკის ჭიის მტარებელი არის ძაღლი, მგელი; ადამიანის და ღორის სხეულში ეს ჭია ბუშტის სახით გვხვდება.

განავალთან ერთად ძალიან გამოპყოფს ექინოკოკის ჭიის კვერცხებს, რომლებიც აბინძურებენ ძაღლის ბალანს, ცხვირ-ტუჩს. აქედან შესაძლებელია კვერცხი მოხედეს ადამიანის ხელზე, საკვებზე და სხვ.



როდესაც კვერცხი პირის ღრუში და აქედან კუჭში ხვდება, ის კარგავს თავის გარსს, ათავისუფლებს ჩანასახს, რომელიც სისხლით მიიტანება ფილტვში ან სხვა ორგანოში და აქ ვითარდება ექინოკოკის ბუშტი. უკანასკნელი ან ერთ, ან მრავალკამერიანია. ბუშტი შეიცავს გამჭვირვალე უფერო სითხეს.

ფილტვის ექინოკოკი უფრო ხშირად მარჯვენა ფილტვში ვითარდება. საერთოდ ექინოკოკური დაავადება, კერძოდ კი ფილტვის ექინოკოკი, უფრო ხშირია იმ პირებში, რომლებსაც აქვთ კონტაქტი ძაღლებთან (მონადირეები, მწყემსები).

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. ფილტვის ექინოკოკით დაავადება შეიძლება ავადმყოფისათვის დიდხანს შეუმჩნეველი დარჩეს, ვინაიდან ის თითქმის არავითარ კლინიკურ ნიშანს არ იძლევა. როდესაც ბუშტი გაიზრდება, ავადმყოფს ეწყება ხველა და ზოგჯერ ნახველში ჩნდება სისხლი, რაც აიძულებს მას მიმართოს ექიმს. თუ ექინოკოკის ბუშტი პატარაა, ვერც პერკუსიით და ვერც აუსკულტაციით ფილტვების მხრივ ვერაფერს ვერ შევამჩნევთ. თუ ექინოკოკის ბუშტი გადიდება, ამ შემთხვევაში შესაძლებელია პერკუსიით აღენიშნოს მოყრუება, ფრემიტუსის შესუსტება და შესუსტებული სუნთქვა ბუშტის მდებარეობის ადგილას. იშვიათად ბუშტის ირგვლივ ფილტვის ქსოვილში განვითარებული რეაქციული ანთებითი მოვლენები იძლევა პატარა სიცხეს, მისმენით კი აღინიშნება სველი ხიხინი.

ამასთან ერთად დამახასიათებელია ის გარემოება, რომ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა სრულიად არ არის შეცვლილი—არც სიგამხდრე, არც ანემია მას არ ემჩნევა.

მეტად დამახასიათებელ სურათს იძლევა ფილტვის ექინოკოკი რენტგენოკოპიის დროს: სრულიად საღი ფილტვის ქსოვილის ფონზე ჩანს მომრგვალო მოყვანილობის, მკაფიოდ შემოსაზღვრული ინტენსიური ჩრდილი, რომელიც ზოგჯერ ღრმად ჩასუნთქვის დროს ოდნავ იცვლის თავის ფორმას.

სისხლის მხრივ აღსანიშნავია ეოზინოფილების მომატება—ეოზინოფილია 8—10%-მდე და ზოგჯერ მეტიც.

სისხლის გამოკვლევა ვაინბერგის რეაქციაზე ფილტვის ექინოკოკის შემთხვევათა ნახევარში იძლევა დადებით პასუხს. ეს რეაქცია ისე კეთდება, როგორც ვასერმანის რეაქცია და ანტიგენად იხმარება ექინოკოკის ბუშტის სითხე.

უფრო დამარწმუნებელია ფილტვის ექინოკოკის გამოცნობაში კაცონის სინჯი, რომელიც თითქმის 85—90% დადებით პასუხს იძლევა. ამისათვის კანში შეჰყავთ 0,2 მლ ექინოკოკის ბუშტის სითხისა; დადებით შემთხვევაში ნაჩხვლეტის ადგილზე ჩნდება სიწითლე და კანქვეშა ქსოვილის ინფილტრაცია. შემდგომ მიმდინარეობაში ფილტვის ექინოკოკი ვანიცილის სხვადასხვა ცელილებას. ის შეიძლება გაიხსნას ბრონქში და ავადმყოფმა გარსიანად ამოახველოს. თუ ბუშტი ძალიან დიდია, ასეთი გამოსავალი შეიძლება ავადმყოფის უეცარი სიკვდილით დამთავრდეს, ხოლო თუ ბუშტი დიდი არ არის, ავადმყოფი შეიძლება განიკურნოს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი გამოჰყოფს გამჭვირვალე სითხეს, რომელშიც აღმოჩნდება ექინოკოკის კაეები და ქიტინის გარსი. ექინოკოკის ბუშტის გასკდომისას ავადმყოფს ჭინჭრის ციების მსგავსად გამოჰყრის ტანზე. ზოგჯერ შეიძლება ანაფილაქსიური შოკის მძიმე მოვლენები განვითარდეს. ექინოკოკის ბუშტმა შეიძლება განიცადოს დაჩირქება და შემდეგ გაიხსნას ბრონქში ან პლევრაში. ასეთი გართულების შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფობაში მიიღოს ფილტვის დაჩირქების მსგავსი მიმდინარეობა. მას აძლევს მაღალ-

სიცხეს, აქვს სისხლში ლეიკოციტოზი, ხოლო დამახასიათებელი ეოზინოფილია, კაცონის და ვაინბერგის დადებითი რეაქციები ამ დროს უკვე აღარ აღინიშნება.

გასკდომის და დანიჩქების გარდა ექინოკოკის ბუშტმა შეიძლება გაიკრეც განიცადოს და ავადმყოფი განიკურნოს. ცხადია, წინასწარ არ შეიძლება იმის თქმა, თუ როგორ მიმდინარეობას მიიღებს ავადმყოფობა.

დ ი ა გ რ ა ზ ი. ფილტვის ექინოკოკის ამოცნობა რენტგენის დაუხმარებლად ძნელი საქმეა, განსაკუთრებით დასაწყის სტადიაში. თუ ბუშტი დიდი არ არის და ამიტომ პერკუსია-აუსკულტაციით არავითარ ცვლილებებს არ იძლევა, ამოცნობა თითქმის შეუძლებელიცაა. დიაგნოზის მხრივ ძალიან გვეხმარება ეოზინოფილია, კაცონის და ვაინბერგის რეაქციები. საცდელი პუნქციის გაკეთება მეტად სახიფათოა ანაფილაქსიური შოკის გამოწვევის საშიშროების გამო. დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს ფილტვის სიმსივნეებთან, შემოფარგლულ პლევრიტთან, ზოგჯერ ფილტვის აბსცესთან.

პ რ ო გ რ ა ზ ი სერიოზულია, რამდენადაც თვითგანკურნება შედარებით იშვიათია, დიდი ბუშტის გასკდომა კი მოხრჩობას ან ანაფილაქსიური შოკის საშიშროებას წარმოადგენს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მხოლოდ ოპერაციულია.

### ფილტვისის სიფილისი (Lues pulmonum)

ფილტვების ათაშანგი იშვიათი დაავადებაა და ვითარდება მხოლოდ სიფილისით დაავადების მესამე პერიოდში. ფილტვის ლუესი გვხვდება ორი ფორმით — გ უ მ ო ზ უ რ ი და ს კ ლ ე რ ო ზ უ ლ ი ანუ ი ნ დ უ რ ა ც ი უ ლ ი, რომელსაც პნევმონიის მსგავსი ცვლილებები ახასიათებს.

გუმოზური ფორმა ხასიათდება ფილტვის ქსოვილში კვანძოვანი ფორმის გაფანტული იზოლირებული კერების განვითარებით, რომელთაც განაკვეთზე უმი კარტოფილის შესახედობა აქვს. პნევმონიური ფორმის დროს ადგილი აქვს სხვადასხვა ზომის ინფილტრაციული კერების განვითარებას.

ფილტვის ლუესის პნევმონიური ფორმის დროს ავადმყოფს ხშირად აძლევს სიცხეს, რომელიც ზოგჯერ მაღალია, მაგრამ დაავადება შესაძლოა უსიცხოდაც მიმდინარეობდეს. პერკუსიით ამ ფორმის დროს აღინიშნება მოყრუება და ბრონქული სუნთქვა, უფრო ხშირად ფილტვის ჰილუსის არეში და ქვემო წილებში ნახველი ლორწოვან-ჩირქოვანია, ხშირად ავადმყოფს აქვს სისხლით ზეულადავადების შემდგომ მიმდინარეობაში ფილტვის ინფილტრაციის ადგილას უხვად ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი, რომელიც ნაწიბურდება და იწვევს ფილტვის შეკუმხვას. ქრონიკული ანთებითი პროცესი ხშირად პლევრაზე გადადის. ავადმყოფს აქვს ქოშინი, ზეულა, სისუსტე, სისხლნაკლებობა.

დ ი ა გ რ ა ზ ი ფილტვის ლუესისა ძნელია. თუ ანამნეზში აღინიშნულია ლუესური ინფექცია, აღინიშნება თვალის გუგების სხვადასხვაობა, მყესთა რეფლექსები არ გამოიწვევა, აორტა დიფუზურად გაგანიერებულია — უნდა ეჭვი მივიტანოთ, რომ ცვლილებები ფილტვების მხრივ ლუესური ხასიათისაა. თუ ამასთან ვასერმანის რეაქციაც დადებითია, დიაგნოზი გაადვილდება მაგრამ უარყოფითი ვასერმანის რეაქცია არ გამოირიცხავს ფილტვის ლუესის შესაძლებლობას.

ფილტვების გასინჯვით მიღებული მონაცემები დამახასიათებელი არ არის მხოლოდ ლუესისათვის და შესაძლებელია ფილტვის ტუბერკულოზს, პნევმო-სკლეროზს, ქრონიკულ ბრონქიტს და ბრონქოექტაზსაც ახასიათებდეს.

რენტგენოლოგიური მონაცემებიც არ არის დამახასიათებელი. ჰილუსიდან გამოსული და ფილტვის ქსოვილში რადიალურად მიმართული ზონარიაზობა შეიძლება ჩვეულებრივი პნევმოსკლეროზის ან ფილტვებში შეგუბებოთი მოვლენების დროსაც შეგვევდეს.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი სერიოზულია; თუ ანტილუესური მკურნალობა ადრე იქნა დაწყებული, შეიძლება კარგი შედეგი მივიღოთ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. საჭიროა ანტილუესური სპეციფიკური თერაპიის ენერგული ჩატარება ნოვარსენოლით, ბიოქინოლით და ბიეტის მიქსტურით.

Rp. Hydrargiri bijodati 0,06

Kalii iodati 6,0

Aq. destilli. 180,0

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი დღეში

3-ჯერ ჭამის შემდეგ.

### პლევრის დაავადებანი

#### პლევრის ანთეზა (Pleuritis)

პლევრის ანთეზა ანუ პ ლ ე ვ რ ი ტ ი შედარებით ხშირი ავადმყოფობაა. პლევრიტის აშკარად გამოხატული შემთხვევების გარდა, არის ისეთი ფორმებიც რომლებიც ადამიანისათვის სრულიად შეუმჩნეველად მიმდინარეობს და შემთხვევით აღმოჩნდება ხოლმე რენტგენის სხივებით გულ-მკერდის გაშუქების დროს, პლევრის შეზორცების სახით. ასეთი შეუმჩნეველი პლევრიტები არაერთხელ უნახავთ სხვადასხვა მიზეზით გარდაცვლილთა გვამის გაკვეთის დროსაც. თუმცა სიცოცხლეში მათ პლევრიტით ავადმყოფობა შემჩნეული არა ჰქონიათ.

ასეთ პლევრიტებს მაინცდამაინც დიდი მნიშვნელობა არა აქვთ და ამიტომ ჩვენ შევეხებით ისეთ პლევრიტს, რომელიც თავისი მიმდინარეობით და ნიშნებით აშკარად გამოხატულ, ჩამოყალიბებულ დაავადებას წარმოადგენს.

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. პლევრითი წარმოადგენს მეორადი ხასიათის ავადმყოფობას, ე. ი. ის ყველა შემთხვევაში შედეგია რაიმე ავადმყოფური მოვლენისა ადამიანის ორგანიზმში. ამრიგად, პლევრითი შეიძლება განხილული იქნეს, როგორც პლევრის მხრივ განვითარებული საპასუხო რეაქცია, უპირატესად ფილტვების რაიმე დაავადებით პროცესზე.

პლევრიტის წარმოშობაში უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს ფილტვების დაავადებას—ფილტვების ანთეზა, ფილტვების ტუბერკულოზი, ფილტვის ჩირქგროვა, კიბო, ექიმოკლია და ა. შ. ფილტვის ინფარქტი ყოველთვის მეტად თუნაკლებად ჩაითრევენ ხოლმე პროცესში პლევრის ფურცლებს.

გარდა ამისა, პლევრითი შესაძლებელია განვითარდეს მეზობელი ორგანოებიდან პროცესის გავრცელების გზით, მაგალითად, შუასაყარის დაავადებების, გულის პერანგის ანთეზის (პერიკარდითი), ღვიძლის დაზიანების ან ელენთის დაავადების შედეგად და სხვ.

ზოგჯერ პლევრითი ვითარდება ისეთი დაავადების შედეგად, როგორცაა თირკმლების ანთეზა (ნეფრითი, ურემიის დროს განსაკუთრებით), ნიკრისი, სკორბუტი. ასეთი პლევრიტები ცნობილია სიმპტომატური პლევრიტების სახელწოდებით.

პლევრიტის ასეთი ფორმა ფიბრინოზული ანუ მშრალი პლევრის თითქოს არ ხერხდება, ეს სწორედ ის პლევრიტებია, რომლებიც წინათ პირველად ავადმყოფობად ითვლებოდა და მათ ილიოპათიურ პლევრიტებს უწოდებდნენ. დღეს გამოჩვეულია, რომ ასეთი პლევრიტების თითქმის 90% ტუბერკულოზური ხასიათისაა და ვითარდება ბრონქიალური ქირკვლების ტუბერკულოზის ფილტვის ქსოვილში არსებული ტუბერკულოზური კერის გამოწვევების შედეგად.

ასეთი ტუბერკულოზური ხასიათის პლევრიტების გარდა, ხშირია პლევრიტი, რომელიც ვითარდება ფილტვის ანთების შედეგად (მეტაბონეგმონიური პლევრიტი) ან ფილტვის ანთების თანამოვლენას წარმოადგენს (პარაბონეგმონიური პლევრიტი). ასეთი პლევრიტის გამოწვევაში ეტიოლოგიური მნიშვნელობა უნდა მიეკუთვნოს პნევმოკოკს.

შედარებით იშვიათია შემთხვევათა არა უმეტეს 2%—ე. წ. რემმატიზმული პლევრიტი, რომელიც ვითარდება მწვავე რემმატიზმის მიმდინარეობაში.

ფილტვის კიბო ხშირად მიმდინარეობს თანამგზავრი პლევრიტით, უკანასკნელი გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ ფილტვში ირღვევა სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევა ან ტოქსინების პლევრაზე გავლენის შედეგია. ცხადია, თუ კიბოს მეტასტაზი განვითარდა პლევრაში, ამას მოჰყვება პლევრიტი, მაგრამ ეს უფრო პლევრის კიბოს სახით მიმდინარეობს ხოლმე.

ზემოაღნიშნულ მიზეზებთან ერთად პლევრიტების განვითარებისათვის ერთგვარი ხელშემწყობი პირობის მნიშვნელობა აქვს მძიმე ინფექციურ ავადმყოფობას (ტიფი, სეფსისი), გაცივებას, კვების დაქვეითებას და სხვ. ყველაფერი ეს ხელს უნდა უწყობდეს ორგანიზმში არსებული ტუბერკულოზური ინფექციის გამწვავებას და ამის საპასუხო რეაქციის სახით კი პლევრიტის განვითარებას. ასეთი ინფექციური ბუნების პლევრიტების გარდა, გვხვდება ე. წ. ტრავმული პლევრიტიც, რომელიც შედეგია პლევრის ან გულ-მკერდის დაშავებისა (დარტყმის, დავარდნის, ან ჭრილობის დროს), მაგრამ ეს პლევრიტი შეიძლება პირველად პლევრიტად ჩაითვალოს.

პლევრიტის ზოგიერთი სახე, როგორც, მაგალითად, ტუბერკულოზური ან რემმატიზმული პლევრიტი, უფრო ხშირად ახალგაზრდებს 15—30 წლის ასაკში უჩნდება, ხოლო პნევმონიებთან და ფილტვის კიბოსთან დაკავშირებული პლევრიტი კი უფრო ხშირად ხანში შესულებს უვითარდება.

პათოლოგიური ანატომია. პლევრის ფურცლების ანთების დროს მათ ზედაპირზე ხდება ანთებითი გამონაჟონის გამოყოფა. გამონაჟონი ექსუდატი მდიდარია ფიბრინით, რომელიც ეკვრის პლევრის ფურცლებს, რის გამო უკანასკნელები კარგავს თავის ბუნებრივ სადა ზედაპირს და უსწორმასწორო ხდება. ფიბრინი ზოგჯერ იმდენად მდიდარია ცილით, რომ პლევრის ზედაპირზე დედდება ნაღებების სახით. ექსუდატის შესრუტვასთან ერთად ეს ნაღებები თანდათან ალაგდება ხოლმე, ნაწილობრივ კი ხდება მათი ორგანიზაცია მასში ჩაზრდილი შემავრთებული ქსოვილით, რასაც მოჰყვება პლევრის ფურცლების შეწყობება, შეხორცება, რაც სამუდამოდ რჩება.

ანთებითი გამონაჟონი ფიბრინის გარდა შეიცავს ამა თუ იმ რაოდენობით ლეიკოციტებს, ერითროციტებს, ჩამოფტქვნილი ეპითელიუმის უჯრედებს. თუ ამ გამონაჟონში ფიბრინი შედარებით მცირე რაოდენობითაა, მაშინ ის ეკვრის პლევრის ფურცლებს ნაღების სახით.

ზშირად პლევრიტი ვითარდება ისე, რომ მისი გამომწვევი მიზეზს დადგე-  
რიტის სახელწოდებითაა ცნობილი.

თუ ანთებითი პროცესი არ შეწყდა, ექსუდაცია გაგრძელდა და იმავე დროს  
ანთებითი გამონაყოფი დიდი რაოდენობით არის, მაშინ პლევრის ღრუში მეტი  
ან ნაკლები რაოდენობით გროვდება სითხე—ექსუდატი და ასეთი  
პლევრიტი უკვე ექსუდაციურ (სველ) პლევრიტს წარმოადგენს.

ექსუდატი ასეთ შემთხვევაში სუფთა, სეროზული, ბაცი ჩაის ან ოქროს  
ფერისა, თითქმის გამჭვირვალეა—ეროზული პლევრიტი. სხვა შემთ-  
ხვევაში სითხე მდიდარია ლეიკოციტებით, მომღვრიოა ან სუფთა ჩირქს წარმო-  
ადგენს. ეს ჩირქვანი ექსუდატია და ასეთ შემთხვევაში ადგილი აქვს ჩირ-  
ქოვან პლევრიტს ანუ პლევრის ემპიემას. თუ ექსუდატში და-  
ჩირქებასთან ერთად ობლითა ბაქტერიებიც შეიჭრა, მაშინ ვითარდება ლო-  
ბითი პლევრიტი. ზოგჯერ ექსუდატი მდიდარია სისხლით, ყვიისფერის  
არის. ეს ჰემორაგიული პლევრიტის სახელით არის ცნობილი.

პლევრის ანთების დაცხრომასთან ერთად სითხე თანდათან ისრუტება, ფიბ-  
რინოზული ნადებები ნაწილობრივ ალაგდება, ნაწილობრივ შემაერთებელი  
ქსოვილით ჩაიზრდება და პლევრის ფურცლების შეხორცება განვითარდება.  
ზოგჯერ ექსუდაციურმა პლევრიტმა შესაძლებელია უკვალოდ გაიაროს, ზოგ-  
ჯერ კი შეიძლება შეხორცებები დარჩეს. შედარებით იშვიათად ეს შეხორცე-  
ბები იმდენად დიდი და პლევრის კედლები იმდენად გასქელებულია, რომ პლევ-  
რის ღრუ სრულიად იხშობა და ვითარდება მისი ობლიტერაცია, რასაც შედე-  
გად გულ-მკერდის სათანადო ნახევრის ჩაყარდა მოჰყვება.

პატარა შეხორცებები ავადმყოფს არ აწუხებს და სუნთქვას არ აფერხებს;  
პლევრის ღრუს დახშობა, ობლიტერაცია კი, ზღუდავს სათანადო ფილტვის მუ-  
შაობას და აფერხებს სუნთქვას.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. პლევრიტი უფრო  
ზშირად მწვავედ იწყება, უფრო იშვიათად ის შეიძლება თანდათანობით დაიწ-  
ყოს. ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს დაავადებული პლევრის მხარეზე. ტკივილი  
ჩხვლეტითი ხასიათისაა და ზოგჯერ იმდენად შემაწუხებელია ავადმყოფისა-  
თვის, რომ უშლის მას დახველებას და სუნთქვას. ტკივილი პლევრის ფურცლე-  
ბის ანთებითაა გამოწვეული და უფრო დამახასიათებელია შშრალი პლევრიტისა  
(Pleuritis sicca) და ექსუდაციური პლევრიტის დასაწყისი ფორმებისათვის, მანამ  
პლევრის ღრუში სითხე ჩადგებოდეს. ტკივილის შემსუბუქების მიზნით ავად-  
მყოფი ზერეულად სუნთქავს, ცდილობს არ დაახველოს და ზშირად უფრო ავად-  
მყოფ გვერდზე წევს, ვინაიდან ამბთ ამცირებს სუნთქვით მოძრაობებს გულ-  
მკერდის ავადმყოფ მხარეზე.

პლევრის ანთებითი ცვლილებებისა და პლევრის ნერვების დაბოლოებათა  
გალიზიანების შედეგად, ავადმყოფს აწუხებს შშრალი დაყინებითი ხველა, რა-  
მელიც კიდევ უფრო აძლიერებს ტკივილებს. ავადმყოფის საერთო მდგომარეო-  
ბა მაინც და მაინც დარღვეული არ არის, მაგრამ საერთო სისუსტე, უძილობა და  
ოფლიანობა აწუხებს ხოლმე მას. ~~1<sup>o</sup> წყულო-38,0-38,5<sup>o</sup>-მდე, ნახვანელებითა~~  
ხასიათისაა და, ჩვეულებრივ, რამდენიმე დღიდან 2 კვირამდე გასტანს. პლევ-  
რის ანთებითი ცვლილებების თანდათანობით დაცხრომასთან ერთად ტკივილები  
და 1<sup>o</sup> კლებულობს, ხველა მცირდება და ავადმყოფი იკურნება.

შშრალი პლევრიტის დროს ავადმყოფის გასინჯვით დაავადებულ  
მხარეს აღინიშნება გულ-მკერდის ნახევრის ჩამორჩენა სუნთქვის.

დროს. პერკუსიით, ჩვეულებრივ, ცვლილებებს ვერ ვნახულობთ, მხოლოდ ფილტვის ქვემო კილის შლა შეფერვებულია. მოსმენით აღინიშნება პლევრის ხახუნი (affrictus pleurae), რომელიც ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ ხელის შეხებითაც შეიგრძნობა. ასეთ ტლანქ ხახუნს ზოგჯერ თვით ავადმყოფიც შეი-გრძნობს.

მშრალი პლევრიტი ზოგჯერ გახანგრძლივდება ხოლმე, ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს და ხშირად მწვავედება.

თუ მშრალი პლევრიტი მწვავედ მიმდინარეობს, ხახუნი თანდათან ვერცულდება, სიცხე არ კლებულობს და პლევრის ღრუში მოსალოდნელია სითხის დაგროვება.

მშრალი პლევრიტის ამოცნობა არ არის ძნელი, თუ სხვა მოვლენებთან ერთად პლევრის ხახუნიც აღინიშნება. უფრო ძნელია ე. წ. დ ი ა ფ რ ა გ მ უ ლ ი პ ლ ე ვ რ ი ტ ი ს დიაგნოზი, რომლის დროსაც ადგილი აქვს პლევრის ფურცლის იმ ნაწილის ანთებას, რომელიც ჰფარავს დიაფრაგმას. ჩვეულებრივ, დიაფრაგმული პლევრიტი თან სდევს ღვიძლის და ელენის დაავადლებას, ან უფრო ხშირად ფილტვის ქვემო კილის არეში განვითარებულ ანთებას.

თუ ხახუნი არ ისმის, მშრალი პლევრიტი შეიძლება შეგვეშალოს კუნთოვანი შასიათის ტიპივებთან (მიალგია) ან ნეკნთა შუა ნევრაღიასთან, რომლებშია-ჯან პლევრიტი განირჩევა ხვეულებით, სიცხის აწვეით და სუნთქვის-გაძნელებით.

მშრალი პლევრიტის ამოცნობა თავისთავად ძნელი არ არის, მაგრამ ხშირად მშრალი პლევრიტი თან სდევს ფილტვის რომელიმე სერიოზულ ავადმყოფობას, მაგალითად, ფილტვის ტუბერკულოზს, ფილტვის ანთებას, ფილტვის ჩირქგროვას და პირველ ხანებში მხოლოდ მათი თანამგზავრი მშრალი პლევრიტის სახით ვლინდება. ამ გარემოებას, ცხადია, დიდი მნიშვნელობა აქვს და დიაგნოზის დროს უნდა გვახსოვდეს ასეთი შესაძლებლობა.

მშრალი პლევრიტი შესაძლებელია გადავიდეს ექსუდაციურ პლევრიტში (Pleuritis exsudativa). ექსუდაციური პლევრიტი ზოგ შემთხვევაში მწვავედ იწყება, სითხის დაგროვება სწრაფად ხდება და რამდენიმე დღის განმავლობაში პლევრის ღრუ შესაძლოა აივსოს ექსუდატით; ზოგჯერ კი ეს დაავადება თანდათან ვითარდება და სითხის დაგროვებაც თანდათან ხდება.

ექსუდაციური პლევრიტის დროს ავადმყოფი გრძობს ტკივილს დაავადებული პლევრის მხარეზე. ტკივილი ხან მწვავე, ჩხვლეტიით ხასიათისაა, ხან ყრუ. ავადმყოფს აქვს მშრალი, შემაწუხებელი ხველა, აჩქარებული სუნთქვა და მაჭა და მაღალი  $1^{\circ}$ . ცხელება ექსუდაციური პლევრიტის დროს ხან მაღალია  $39,0-40,0^{\circ}$ -მდე, ხან კი შედარებით დაბალი, არაუმეტეს  $38,0^{\circ}$ -ისა. დღის განმავლობაში მერყეობს, ნორმამდე დაიწევს და შემდეგ ისევ აიწევს ხოლმე.

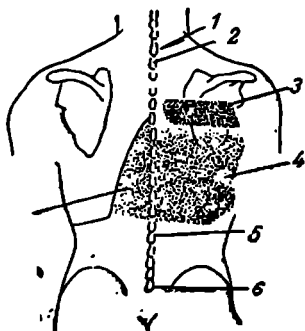
პლევრის ღრუში სითხის თანდათან დაგროვებასთან ერთად ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმდება: მას უკირის სუნთქვა, აქვს ქოშინი, სახეზე და ფრჩხილებზე გლნავი ციანოზი აღენიშნება, გულისცემა აწუხებს, ძილი მოუსვენარი აქვს. მართალია, სითხის მატებასთან ერთად ჩხვლეტიით ტკივილები გვერდში კლებულობს, ხველაც მას ნაკლებად აწუხებს, მაგრამ ამ დროს, სითხის დიდი რაოდენობით დაგროვების შედეგად, თავს იჩენს ქოშინი, გულისცემა და ავადმყოფს უკვე აწუხებს ეს მოვლენები. სითხის მიწოლის გამო მეზობელი ორგანოები განიცდის ცთომას—გული და აორტა გადაწეულია სითხის მოპირდაპირე მხარისაკენ, ღვიძლი და ელენთა ქვევით იწევს. თუ სითხე მარცხენა პლევრის

დროში დაგროვდა, ტრაუმებს სივრცის ადვილას, ნაცვლად ტიმპანური ხმისა, მივიღებთ მოყრუებას. ავადმყოფს ხშირად აქვს ოფლიანობა; პლევრის ღრუში სითხის დაგროვების გამო, შარდის დღე-ღამის რაოდენობა შემცირებულია. ზისხლში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი და ედრ ქოლიერი აჩქარება. ჩირქოვანი პლევრიტების დროს ლეიკოციტოზი მაღალია და აღინიშნება უნიტროფილების რაოდენობის მომატება.

ავადმყოფს უჭირს საწოლში წოლა, მცირეოდენი მოძრაობის დროს ქოშინი და გულისცემა ეწყება. ხშირად ექსუდაციური პლევრიტით ავადმყოფი იძულებულია ნახევრად წამოძვარი იწვეს ავადმყოფ გვერდზე, რითაც მას ოდნავ უადვილდება სუნთქვა.

გულ-მკერდის გარეგანი დათვალიერებით დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება გვერდის გამობერილობა და ეს ნახევარი სუნთქვაში საღ გვერდს ჩამორჩება. ავადმყოფ მხარეზე პერკუსიით ვღებულობთ მოყრუებას, რაც ზევიდან ქვევით მიმართულებით უფრო და უფრო მეტადაა გამოხატული. თუ სითხე დიდ რაოდენობითაა დაგროვილი, მოყრუება შესაძლებელია ლავიწიდან იწყებოდეს, უკან კი ბექის ქედს აღწევდეს. მოყრუების არეში გულ-მკერდის ბგერითი რყევა შესუსტებულია და ფილტვის ქვემო არეში თითქმის არ ტარდება (სურ. 107).

მოსმენით აღინიშნება სუნთქვის შესუსტება; სითხის დიდი რაოდენობით დაგროვების დროს მოყრუების ზევითა საზღვრის ზემოთ და ზოგ შემთხვევაში თვით მოყრუების არეშიც სუნთქვა შესაძლებელია ბრონქულ-ელფერით იყოს. ეს გარემოება გამოწვეულია ფილტვის შეკუმხვით — ატლექტაზით — რის შედეგად ხშირად ამ არეში სველი ხიხინიც ისმის. მოყრუების საზღვრის ზევით შეიძლება ისმოდეს პლევრის ხახუნი.



სურ. 107. პარავენოზური ექსუდაციური პლევრიტი: 1—კისრის VII მალა; 2—გულ-მკერდის I მალა; 3—ექსუდატის ზევით ტიმპანის ზონა; 4—ექსუდატ-მოყრუების ზონა; 5—წელის I მალა; 6—წელის V მალა; 7—პარავენოზური სამუთხელი.

გულ-მკერდის რენტგენოსკოპია დამახასიათებელ სურათს იძლევა ექსუდაციური პლევრიტის დროს. დაავადებულ მხარეზე ვიღებთ ჰომოგენურ და ჩრდილვას, რომელიც ირბი ხაზით მიიშარბება ხერხემლიდან ზევით, აღწევს უმაღლეს წერტილს ილიის არეში და შემდეგ ეშვება წინისაკენ, ამ ხაზს ეწოდება დამუახოს ხაზი. გულისა და მსხვილი სისხლძარღვების ცთომა რენტგენოსკოპიის დროს აგრეთვე კარგად აღინიშნება. რენტგენით განმეორებით გაშუქება ნათლად გვიჩვენებს პლევრის ღრუში სითხის რაოდენობის მატებას და კლებას.

ექსუდაციური პლევრიტის დროს პლევრის ღრუში დაგროვილი სითხე, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, წარმოადგენს ანთებითი ხასიათის გამონაყოფს, რომლის ხვედრითი წონა 1015—1020 უდრის, ხოლო ცილის რაოდენობა მასში ზოგჯერ 3—6%—ზე მეტია. ამ თვისებებით ექსუდატი განსხვავდება ე. წ. ტრანსუდატიდან, წყალმანყოფან გამონაყოფისაგან, რომლის ხვედრი-

თი წონა 1015-ზე დაბალია, ხოლო ცილის რაოდენობა 3%-ზე ნაკლები. უჯრედული შემადგენლობით ექსუდატი აგრეთვე განსხვავდება ტრანსუდატისაგან. პირველი უფრო მდიდარია სისხლის ფორმიანი ელემენტებით. ტრანსუდატის ექსუდატისაგან გასარჩევად მიმართავენ რ ი ვ ა ლ ტ ა ს სინჯს: საცდელ შუშაში ჩასხმულ გამოხდილ წყალს მიუმატებენ 1—2 წვეთ ძმრის მეთაეს და 1—2 წვეთ გასასინჯ სითხეს; თუ სითხე ექსუდატია, ის დაეშვება საცდელი შუშის ფსკერზე, როგორც პაპიროსის ბოლი.

იმის მიხედვით, თუ რა ხასიათისაა ექსუდატი—სეროზული, ჰემორაგიული, ჩირქოვანი და სხვ.—სითხის შემადგენლობაც იცვლება.

ექსუდაციურ პლევრიტს სხვადასხვა მიმდინარეობა აქვს. ეს დამოკიდებულია არა მარტო პლევრიტის გამომწვევი მიზეზებისაგან და დაგროვილი სითხის ხასიათისაგან, არამედ აგრეთვე ავადმყოფის ასაკისაგანაც, მისი ორგანიზმის თვისებებისაგან და სხვ.

სეროზული ექსუდაციური პლევრიტი 2—3 კვირიდან 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—თვემდე გრძელდება, იშვიათ შემთხვევაში ის 3 თვემდეც გასტანს. 2—3 კვირის შემდეგ 1<sup>0</sup> თანდათან კლებულობს და პლევრის გამონაჟონივ ისრუტება. ამის პირველი ნიშანია პლევრის ხახუნის გამოჩენა იქ, სადაც ის მანამდე არ ისმოდა და შარდის რაოდენობის მომატება.

თუ პლევრის ღრუში დაგროვილი სითხე დაჩირქდა, ავადმყოფს ეწყება ჰემტიკური 1<sup>0</sup>, შემცივნებები, ოფლიანობა. თუ ექსუდაციური პლევრიტი ხანში შესულ პირს განუვითარდა, სიცხეს არ აძლევს და დიდი ხნის განმავლობაში სითხე არ შეისრუტება, ეკვი უნდა ავიღოთ ფილტვის კიბოს შედგად განვითარებულ პლევრიტზე.

ზოგ შემთხვევაში გამონაჟონი შემოიფარგლება და ჩადგება პლევრის ფურცლების შეხორცებებს შორის შექმნილ ღრუში, როგორც პარკში. ასეთი შე მ ო ფ ა რ გ ლ უ ლ ი, ანუ ჩ ა პ ა რ კ ე ბ უ ლ ი პ ლ ე ვ რ ი ტ ი (Pleuritis circumscripta) მდებარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს ფილტვის წილებს შუ ა — ნ ა ტ ე რ ლ ა ბ ა ლ — უ ლ ა და ფარავნის მხრივ—დ ი ა ფ რ ა გ მ ე უ ლ ი, შუასაყარისაკენ—მ ე დ ი ა ს ტ ი ნ ე რ ი და კ ე დ ი ს ა მ ე ყ ო ლ ი. ამ ფორმის ექსუდაციური პლევრიტების ეტიოლოგია ისეთივეა, როგორც ჩვეულებრივი პლევრიტის, მხოლოდ მათი მიმდინარეობა რამდენადმე მაინც თავისებურია.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ექსუდაციური პლევრიტის ტიპობრივ შემთხვევაში არ არის ძნელი—პერკუსიითა და აუსკულტაციით მიღებული მონაცემები იმდენად დამახასიათებელია, რომ ავადმყოფის ჩვილებთან ერთად იძლევა საშუალებას სწორად ამოვიცნოთ ავადმყოფობა. გარდა ამისა, ჩვენ გვაქვს კარგი საშუალება დიაგნოზის დასაზუსტებლად—რენტგენით გასუქება, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შემოფარგლული პლევრიტების დიაგნოსტიკისათვის. ექსუდაციური პლევრიტის დროს, სასურველია გაკეთდეს პლევრის საცდელი გაჩხვლეწვა (პუნქცია), რომ წარმოადგენს ვიქონიოთ სითხის ხასიათზე — სეროზულია ის, ჰემორაგიული, ჩირქოვანი თუ სხვ. პუნქციით მიღებული სითხე (პუნქტატი) უნდა შევისწავლოთ ლაბორატორიულად, რაც დაგვეხმარება პლევრიტის ეტიოლოგიის გამოკვლევაში. პლევრის საცდელი დიაგნოსტიკური პუნქციის გასაკეთებლად 10—20 გრამიანი შპრიცის მსხვილი ყალიბის ნემსით გაჩხვლეწვენ ნეკნთა შუა მიდამოს აქსილარულ ხაზზე VIII—X ნეკნთა შუა არეში და შპრიცით ამოიღებენ სითხეს. პლევრის პუნქცია მოითხოვს ასეპტიკის ზუსტ დაცვას. ამისათვის საჭიროა ხელების კარგად დაბანა, ჩხვლეტის ადგილას ავადმყოფის კანის სპირტით და იოლით მოწმენდა, ნემსისა და შპრიცის სტერილიზაცია. ამო-



ლებული სითხე უნდა შეგროვდეს სტერილურ ჭურჭელში და სტერილური სა-  
ცობით დახურული გაიგზავნოს ლაბორატორიაში. დიაგნოსტიკური მნიშვნელო-  
ბის გარდა პლევრის საცდელ პუნქციას აქვს სამკურნალო მნიშვნელობაც, ვინა-  
იდან შემჩნეულია, რომ პლევრის პუნქციის შემდეგ სითხე შედარებით უფრო  
სწრაფად ისრუტება.

თუ ექსუდაციური პლევრიტი ატიპობრივად მიმდინარეობს, ის შეიძლება  
შეგვეშალოს ფილტვის კრუპოზულ ანთებასთან, ფილტვის სიმსივნესთან, ფილ-  
ტვის აბსცესთან. ამიტომ დიაგნოზის დასაზუსტებლად უნდა მივიმართოთ რენ-  
ტგენით გამოკვლევას და საცდელ პუნქციას.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი.** ექსუდაციური პლევრიტი სერიოზული ავადმყოფობაა,  
თუმცა, შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში, თუ ის გამოწვეული არ არის ფილ-  
ტვების რომელიმე მძიმე ავადმყოფობით, ის კარგად თავდება, მაგრამ თავისი  
მიმდინარეობით ექსუდაციური პლევრიტი მაინც მძიმე მდგომარეობაში აყენებს  
ავადმყოფს. პროგნოზისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს პლევრიტის ეტიოლო-  
გიის დადგენას, სითხის ხასიათს და ავადმყოფობის მიმდინარეობას.

**მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა.** პლევრიტის წინააღმდეგ რაიმე უებარი საშუალება  
მედიცინას არ გააჩნია, ამიტომ სამკურნალო ღონისძიებები ავადმყოფის მოვ-  
ლითა და სიმპტომატური სამკურნალო საშუალებებით ამოიწურება. პლევრი-  
ტით ავადმყოფი ლოგინში უნდა იწვეს, ექსუდატის დიდი რაოდენობით დაგ-  
როვების დროს ავადმყოფის წამოდგომა და სიარული ყოველად დაუშვებელია.  
გვერდში ტივილების წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს სათბური კომპრესი. ხვე-  
ლის დასაყუჩებლად ავადმყოფს უნდა მიეცეს ნარკოზული საშუალებები (ლიო-  
ნინი, კოლინინი). მწველ მიმდინარე ექსუდაციური პლევრიტების დროს კარ-  
გია სალიცილომჟავა ნატრიუმის მიცემა დღე-ღამის განმავლობაში 6 გრამი მა-  
ქნც ან პირამიდონი 2,0—დღე-ღამის განმავლობაში. სალიცილომჟავა ნატრიუმში  
და პირამიდონი განსაკუთრებით კარგად მოქმედებს ე. წ. რევმატიზმულ პლევ-  
რიტებზე.

მიღებულია ქლორიანი კალციუმის 10% ხსნარის მიცემა თითო სუფრის  
კოვზის რაოდენობით დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ.

შარდსადენი საშუალებებიდან უნიშნავთ დიურეტიკს 0,5 დღეში სამჯერ  
ან მერკუზალს 1,0 კუნთებში 4—5 დღეში ერთხელ. მერკუზალის ინექციები  
შესამჩნევ შედეგს დიურეზის გაძლიერებისა და პლევრის გამონაჟონის დაკლ-  
ების მხრივ არ იძლევა.

ზოგი ავტორი აქვებს აუტოსეროთერაპიას, რისთვისაც პლევრიდან გამოღე-  
ბული სითხის 1 მლ უშხაპუნებენ ავადმყოფს კანქვეშ; ასეთ პროცედურას იმე-  
ორებენ 2—3-ჯერ 3—4 დღის განმავლობაში. მკურნალობის ეს მეთოდი მაინც-  
დამაინც გავრცელებული არ არის.

ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის პლევრიტის დროს გამამხნეველ შედეგს  
იძლევა სტრეპტომიცინით, ფტივაზილითა და „პასკ“-ით მკურნალობა. ის ანე-  
ლებს პროცესის სიმწვავეს და ამოკლებს დაავადების ხანგრძლიობას. ღოზირე-  
ბა და ხმარების წესი ჩვეულებრივია.

გულის გასამაგრებლად ავადმყოფს უნდა მიეცეს ქაფური, კოფეინი, კარ-  
დიაზოლი, თუ მას ძლიერი ქოშინი, ტაქიკარდია, ციანოზი დაეტყო. თუ ასეთი  
მოვლენები არა აქვს, საკმარისია სტროფანტის ან ვალერიანას ნაყენი, ან ინფუ-  
ზი.

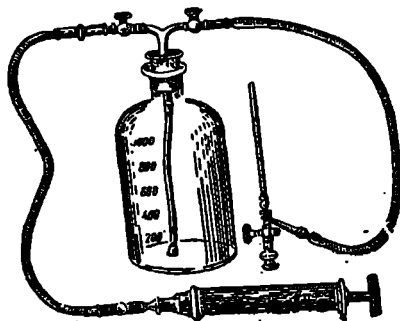
პლევრიტით ავადმყოფის მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რაციო-  
ნალურ კვებას. რაიმე განსაკუთრებული დიეტეტიკური რეჟიმი საჭირო არ არის,  
23. შენაგანი სნეულმანი.

მხოლოდ უნდა ვეცადოთ, რომ საკმელი ადვილად მოსანელებელი და იმავე დროს ნოყიერა იყოს. ცხარე, მლაშე საკმელი და მაგარი სასმელი, ცხადია, მიზანშეწონილი არ არის პლევრიტიანი ავადმყოფისათვის. წყლის გადაჭარბებით დაღევა სასურველი არ არის, მაგრამ არც ისაა საჭირო, რომ ავადმყოფს წყალი ძალზე შევეზღუდოთ. შიში, რომ დაღეული წყალი ხელს უწყობს სითხის დაგროვებას პლევრაში, გადაჭარბებულია.

არაშევათად, საჭირო ხდება პლევრის ღრუდან სითხის გამოღება არა დიაგნოსტიკური, არამედ უკვე სამკურნალო მიზნით.

პლევრის ღრუდან სითხის გამოშვება აუცილებელი ხდება მაშინ, როდესაც 1) სითხე იმდენად ბევრია, რომ ზღუდავს სუნთქვას და გულის მუშაობას გულისა და შუასაყარის ცთომის გამო და საფრთხეს უქმნის ავადმყოფის სიცოცხლეს. ასეთ ჩვენებას, სასიცოცხლო ჩვენება (indicatio vitalis) ჰქვია; თუ ავადმყოფს აქვს ძლიერი ქოშინი, ციანოზი, მაჯა მეტად აჩქარებულია, აღინიშნება გულის ცთომა, მოყრუება წინიდან მე-2 ნეკის აღწევს, სითხის გამოღება არ უნდა დაყოვნდეს; 2) თუ სითხე პლევრის ღრუში დიდი ხნის განმავლობაში არ შეისრუტა; ერთ დონეზე დგას და არა კლებულობს, აქაც საჭიროა სითხის გამოღება, ვინაიდან სითხის ხანგრძლივად დაყოვნების შედეგად პლევრაში ვითარდება შეზორცებები და ფილტვის ხანგრძლივი ატელექტაზი ხელს უწყობს მასში გამოუსწორებელი ცვლილებების განვითარებას (პნევმოციროზი და სხვ.).

პლევრის ღრუდან სითხის გამოღება ანუ ევაკუაცია, უმჯობესია გაკეთდეს პეტენის აპარატით. ჯერ უნდა გაკეთდეს საცდელი პუნქცია, როგორც ეს ზემოთ იყო აღწერილი. როდესაც დავრწმუნდებით, რომ პლევრის ღრუში არის სითხე, პლევრაში შეჰყავთ უფრო დიდი ყალიბის ნემსი, რომელიც შეერთებულია პეტენის აპარატთან, და იწყებენ სითხის ასპირაციას (სურ. 108). პლევრის ღრუდან



სურ. 108.  
პეტენის აპარატი.

სითხის გამოღება შეიძლება შპრიცითაც, მაგრამ ეს უფრო მოუხერხებელია იმიტომ, რომ პროცედურა დიდხანს გრძელდება და ავადმყოფი იღლება; გარდა ამისა, შპრიცით სითხის გამოღების დროს პლევრის ღრუში შესაძლებელია შეიკრას ჰაერი, თუ არ იქნა მიღებული გამაფრთხილებელი ზომები (რეზინის მილის გაკეთება ნემსსა და შპრიცს შორის სათანადო საჭერით).

სამაგიეროდ, პოტენის აპარატს აქვს ის ნაკლი, რომ ის სწრაფად უშვებს სითხეს, ეს კი ცუდ გავლენას ახდენს ავადმყოფზე. საჭიროა სითხე ნელნელა გამოუშვათ, რისთვისაც უნდა ვიმოქმედოთ სათანადო ონკანით და დრო და დრო სითხის ნაკადი სრულიად შევწყვიტოთ.

მართალია, შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში პლევრის ღრუდან სითხის გამოშვება არაერთგვარაა, გარეთულებას არ იძლევა, მაგრამ ეს ჩარევა მაინც ერთგვარ სიტუაციას მოითხოვს. პლევრის ღრუდან სითხის დიდი რაოდენობა ერთბაშად არ უნდა იქნეს გამოშვებული, ერთ ჟერზე საკმარისია 600—700 მლ. სითხის გამოშვება, ყოველ შემთხვევაში არა უმეტეს 1 ლიტრისა, ისიც თანდათანობით და იმ ვარაუდით რომ  $\frac{1}{2}$  საათის განმავლობაში გამოღებული იყოს 1 ლიტრამდე. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია ავადმყოფს „გულის წასვლის“ მოვლენები დაემჩნეს, გაფითრდეს, ცივი ოფლი დაასხას, მკაფ დაუსუსტდეს ან ხველა აუვარდეს. ასეთ შემთხვევაში პუნქცია უნდა შეწყდეს და ავადმყოფს კოფეინი ან კარდიოლოლი გაუკეთდეს კანქვეშ. თუ ხველასთან ერთად ავადმყოფს მოსდის დიდი რაოდენობით ქაფიანი ნახველი, ეს მოასწავებს ფილტვების მწვავე შემუშებას და შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს. ასეთი გართულება ძალიან იშვიათია.

ზოგ შემთხვევაში საჭირო ხდება სითხის განმეორებით გამოღება.

თუ პლევრის ღრუში ჩირქი აღმოჩნდა ან სითხე დაჩირქდა, საჭირო ხდება ქირურგიული მკურნალობა. წინათ ასეთ შემთხვევაში მიმართავდნენ პლევრის გახსნას ნეკნების რეზექციით, ხოლო ამჟამად ხშირად დახურული წესით მკურნალობენ—აწარმოებენ პლევრის ღრუდან ჩირქის განმეორებით ასპირაციას და პლევრის ღრუში შეჰყავთ სადეზინფექციო საშუალებები (მაგ., რივანოლი) ან კიდევ უმჯობესია ანტიბიოტიკური პრეპარატები (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი) ყოველდღე ან დღეგამოშვებით 300 000 ერთეულის რაოდენობით.

მკურნალობის ეს მეთოდი დაწვრილებით აღწერილია ქირურგიის სახელმძღვანელოებში. თუ ასეთმა მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, საჭირო ხდება ოპერაცია.

ავადმყოფის გამოკეთება ექსულაციური პლევრის შემდეგ ნელა მიმდინარეობს, ხშირად რამდენიმე თვის განმავლობაში მის აძლეეს პატარა სიცხეს, აქვს სისუსტე, უმადობა, გრძნობს ტკივილებს გვერდში და სხვ. ასეთ შემთხვევაში კარგია კლიმატური მკურნალობის ჩატარება.

სეზონის მიხედვით ამ პერიოდში შეიძლება ეურჩიოთ ავადმყოფს ჰაერით მკურნალობა წალკერში, მანგლისში, აბასთუმანში, ლიბანში, ბახმაროზე ზაფხულის თვეებში და ქობულეთში, გაგრაში, სუხუმში—ზამთარში.

### ჰიდროთორაქსი (Hydrothorax)

პლევრის ღრუში პლევრის ანთების ნიადაგზე ანთებადი გამონაჟონის გარდა, შესაძლებელია დაგროვდეს არაანთებადი ხასიათის სითხე—ტრანსულატი. ასეთი სითხის დაგროვება ჰიდროთორაქსის სახელით არის ცნობილი. ჰიდროთორაქსი უფრო ხშირად ორმხრივია, მაგრამ შესაძლებელია ის ერთ-ერთ პლევრის ღრუში განვითარდეს.

ჰიდროთორაქსი ისეთ დაავადებათა შედეგია, რომლებიც სხეულის ძლიერი შეშუპებით ხასიათდება, მაგალითად, გულის კომპენსაციის დარღვევა, თირკმლების ანთება და სხვ. თავისი შემადგენლობით ტრანსულატი განსხვავდება ექსულატისაგან (იხ. პლევრისტი). ჰიდროთორაქსი არ იძლევა სიცხის აწევის,

ხელას, ტკივილებს გვერდში. ის ადვილი გასარჩევია პლევრისაგან, მით უმეტეს, რომ ჰიდროთორაქსის დროს ადვილი აქვს მის გამომწვევე დაავადებას და სხეულის შეშუპებას.

ჰიდროთორაქსის მკურნალობა გამოიხატება ძირითადი დაავადების მკურნალობაში. პლევრის ღრუში და მით უმეტეს ორივე ღრუში ტრანსლუდატის დიდი რაოდენობით დაგროვების დროს, საჭირო ხდება მისი გამოშვება, ვინაიდან სითხე აწუხებს ავადმყოფს და აფერხებს სუნთქვასა და გულის მუშაობას.

### პნევმოთორაქსი (Pneumothorax). პნევმოპლევრიტი (Pneumopleuritis)

პლევრის ფურცლის დაზიანება, მისი მთლიანობის დარღვევა, გარედან მოხდება ეს თუ შიგნიდან, თუ კი მას პლევრის ღრუს გახსნა მოჰყვება, იწვევს ჰაერის შეჭრას პლევრის ღრუში. ეს მდგომარეობა ცნობილია პნევმოთორაქსის სახელით.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. პლევრის პარიეტალური ფურცლის მთლიანობის დარღვევა ხდება უფრო ხშირად გულ-მკერდის პრილობის ან მძიმე ტრავმის შედეგად. ხელოვნური სამკურნალო პნევმოთორაქსის დროს პლევრის პარიეტალური ფურცლის გაჩხვლეტის გზით შეჰყავთ ჰაერი პლევრის ღრუში. პლევრის ღრუდან სითხის გამოღების დროს პლევრის ღრუში ამავე გზით შეიძლება შეიჭრას ჰაერი (იხ. პლევრიტი). ვისცერალური პლევრალური ფურცლის მთლიანობის დარღვევა კი უფრო ხშირად ხდება ფილტვების მძიმე დაავადების დროს, როგორცაა ტუბერკულოზი, აბსცესი, განგრენა, ბრონქოექტაზი და სხვ. ძალიან იშვიათად ეს შესაძლებელია მოხდეს ფილტვის ემფიზემის დროსაც, თუ ადვილი ჰქონდა ადამიანის ძლიერ ფიზიკურ გადატვირთვას.

პნევმოთორაქსის დიდი უმრავლესობა მაინც ფილტვის კავერნოზული ტუბერკულოზის შედეგად ვითარდება და ამ დაავადების ერთ-ერთ მძიმე გართულებას წარმოადგენს.

პნევმოთორაქსი, რომელიც ვითარდება ფილტვის დაავადებების (კავერნა, აბსცესი, განგრენა) შედეგად ფილტვის ქსოვილის რღვევითი პროცესით პლევრის ფურცლის დარღვევის გამო, წარმოადგენს ბუნებრივ ანუ ე. წ. სპონტანურ პნევმოთორაქსს (Pneumothorax spontanea)\*. როდესაც პლევრის ფურცლის მთლიანობა ირღვევა, მაგალითად, კავერნის შედეგად, ჰაერი ფილტვიდან პლევრის ღრუში იჭრება. ამის შემდეგ ჰაერის გასაავალი გზა პლევრაში შეიძლება დაიხუროს პლევრის ფურცლის შეხორცებით ან ფილტვის ქსოვილით — დახურული პნევმოთორაქსი, ან შესაძლებელია ასეთი დახურვა არ მოხდეს და ჰაერი ყოველი ჩასუნთქვის დროს შედიოდეს ღრუში და ყოველი ამოსუნთქვის დროს ნაწილობრივ უკანვე გადიოდეს. ეს ე. წ. ღია პნევმოთორაქსია. ზოგჯერ კავერნიდან პლევრის ღრუს გასაავალში წარმოიშვება სარქველის მსგავსი წარმონაქმნი, რომელიც ჩასუნთქვის დროს იხსნება, ხოლო ამოსუნთქვის დროს პლევრის ღრუდან ჰაერის მიწოდების გამო იხურება და ჰაერს უკან გამოსვლის საშუალებას არ აძლევს. ამრიგად, პლევრაში უფრო და უფრო მეტი ჰაერი გროვდება. ეს უკვე სარქველოვანი პნევმოთორაქსია.

თავისი მიმდინარეობით დახურული პნევმოთორაქსი ორ დანარჩენ ფორმასთან შედარებით უფრო მსუბუქია, ღია—უფრო მძიმე, ხოლო სარქველოვანი კიდევ უფრო მძიმეა.

\* ტერმინი სპონტანური ირსებითად არ არის სწორი, უმჯობესია ასეთი სახის პნევმოთორაქსს პათოლოგიური პნევმოთორაქსი ვუწოდოთ.

პლევრის ღრუში შეკრილ ჰაერთან ერთად თითქმის ყოველთვის ხვდება ესა თუ ის მიკრობი. ფილტვის მძიმე დაავადებათა შედეგად განვითარებულ ბუნებრივ პნევმოთორაქსის დროს ეს თითქმის საავადმყოფო მოვლენაა. ამას კი მოჰყვება პლევრის ფურცლების ანთება და ხშირად ექსუდაციური პლევრიტის განვითარება. ვინაიდან ჰაერი პლევრის ღრუში უკვე იყო და ამას კიდევ სითხის დაგროვებაც მიემატება, წარმოიშვება პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც ცნობილია პნევმოთორაქსის საერთო სახელწოდებით. სითხე პლევრის ღრუში შეიძლება სეროზული იყოს; ასეთ შემთხვევაში ადგილი აქვს სეროპნევმოთორაქსს (Seropneumothorax) ან სისხლიან ჰემოპნევმოთორაქსს (Haemopneumothorax); მაგრამ უფრო ხშირად ბუნებრივი პნევმოთორაქსის დროს პლევრაში დაგროვილი სითხე ჩირქდება და პიოპნევმოთორაქსი (Pyopneumothorax) ვითარდება:

თუ პლევრაში იყო შხორცებები, მაშინ შეიძლება შემოფარგლული პნევმოთორაქსი წარმოიშვას.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. პნევმოთორაქსის და პნევმოპლევრიტების აღნიშნულ ფორმებს, გარდა სითხის ხასიათისა, თითქმის ერთი და იგივე კლინიკური ნიშნები ახასიათებს, ამიტომ მათ ერთად განვიხილავთ. ბუნებრივი ანუ სპონტანური პნევმოთორაქსის განვითარება, თუ ის ერთბაშად ხდება, ძალიან მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს. უკანასკნელი გრძნობს ძლიერ ტკივილს გვერდში და მას ეწყება სასტიკი ქოშინი; ის ფითრდება, აქვს ციანოზი, აურის ოფლს და მაჯა აჩქარებული აქვს 120—130-მდე წუთში. ავადმყოფი ვერ ისვენებს, მას უჭირს წოლა და აქვს მოხრჩობის გრძნობა. გული იცვლის თავის მდებარეობას, განიცდის ცთომას პნევმოთორაქსის მოპირდაპირე მხარისაკენ; გულ-მკერდის ის ნახევიარი, სადაც დაგროვდა ჰაერი, გამოებრილია, კისრის ვენები დაბერილი, სუნთქვის დროს გულ-მკერდის დაზიანებული მხარე ჩამორჩება სუნთქვაში სად მხარეს.

თუ ასეთ შემთხვევაში არ განვითარდა კოლაფსი, რომლისაგან ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს, ის თანდათან ეჩვევა ამ მოვლენებს და მისი მდგომარეობა უმჯობესდება.

გარდა აღნიშნული ცვლილებებისა, გასინჯვით აღინიშნება: პერკუსიით—ტიმპანური ხმიანობა დაავადებულ მხარეზე, პალპაციით—გულ-მკერდის ბგერითი რყევის შესუსტება და აუსკულტაციით—შესუსტებული სუნთქვა. თუ ჰაერი ძალიან ბევრია, ფრემიტუსი სრულიად არ ტარდება და სუნთქვაც ან სულ არ ისმის, ან მას ამფორული ხასიათი აქვს.

აროდესაც პლევრის ღრუში ჰაერთან ერთად სითხეც გროვდება, მივიღებთ სხვა მოვლენებს: ფილტვის ქვემო წილის არეში—მოყრუებას, ზევით კი—ტიმპანიტს, ფრემიტუსი და სუნთქვა კი შესუსტებული იქნება.

პლევრის ღრუში სითხისა და ჰაერის დაგროვების დროს აღინიშნება ფრიალ მნიშვნელოვანი სიმპტომი, ე. წ. „შხეფის ხმა“ ანუ „ჰანჰუალის ხმიანობა“ (succussio Hippocratis). ავადმყოფი რომ შეეჯანჯროთ ისეთ ხმას გავიგონებთ დაავადებულ პლევრის მხარეზე, როგორც არასაყვარე ქურტლის შეწვრთვის დროს. არის კიდევ სხვა უფრო ნაკლებ მნიშვნელოვანი სიმპტომებიც, მაგალითად, დავარდნილი წვეთის ხმა და სხვ.

მეტად დამახასიათებელ მონაცემებს იძლევა პნევმოპლევრიტის დროს გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. გაშუქების დროს დაავადებულ მხარეზე, პლევრის ღრუს ქვემო ნაწილში აღინიშნება დაჩრდილვა, რომელსაც პარიონტალური ზედაპირი აქვს, ხოლო ამის ზევით კი ნათელი არეა (ჰაერი);

გულის. ჩრდილი გადაწეულია მოპირდაპირე მხარისაკენ. ავადმყოფის შენეღრგვის დროს სითხის პორიზონტალური ზედაპირი ტალღისებურად მოძრაობს.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. თუ პნევმოთორაქსი მწვავედ დაიწყო ზემოხსენებული დამახასიათებელი მოვლენებით, მისი ამოცნობა არ არის ძნელი. მაგრამ ზოგჯერ ის თანდათანობით იწყება და ასეთ შემთხვევაში შეიძლება უფრო ძნელად ამოსაცნობი გახდეს. როდესაც ბუნებრივ პნევმოთორაქსს პლევრის ღრუში სითხის დაგროვება მოჰყვება და ზემოაღწერილი სიმპტომოკომპლექსი ვითარდება, სერო ან პიოპნევმოთორაქსის დიაგნოზი ემყარება პერკუსიის, აუსკულტაციისა და რენტგენოსკოპიის მონაცემებს. რაკი პნევმოპლევრიტის დიაგნოზი დასმულია, საჭიროა გაკეთდეს პლევრის საცდელი პუნქცია სითხის ხასიათის გამოსარკვევად და მიღებული სითხის სათანადო ანალიზი. ხშირად საჭირო ხდება პიოპნევმოთორაქსის გამოშვები ფილტვის დაავადების ხასიათის გამოარკვევაც, რისთვისაც, ანანეზის და პერკუსია-აუსკულტაციის მონაცემების გარდა, დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენს, ნახველის ანალიზს და პუნქტატის გასინჯვას.

უფრო ძნელია შემოფარგლული პიო ან სერო-პნევმოთორაქსის დიაგნოზი. ასეთ შემთხვევაში რენტგენი დაუფასებელ დახმარებას გვიწევს.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. საერთოდ, ბუნებრივი პნევმოთორაქსი სერიოზული დაავადებაა და მწვავედ განვითარებული ის დიდ ზიფათში აყენებს ავადმყოფს. თუ მწვავე მოვლენებმა ავადმყოფი არ იმსხვერპლა, ის შეიძლება თანდათან გამოკეთდეს. პროგნოზი ბევრად დამოკიდებულია ფილტვის იმ დაავადებაზე, რომელმაც ის გამოიწვია. პიოპნევმოთორაქსი უფრო მძიმე პროგნოზს იძლევა, ვიდრე სერო ან პემოთორაქსი. საერთოდ ფილტვის დაავადება, რასაც მოჰყვება პნევმოთორაქსი, განსაზღვრავს უკნასკნელის პროგნოზს. არის პიოპნევმოთორაქსის ისეთი ფორმები, როდესაც ავადმყოფი წლობით დადის ამ პროცესით და მას სიცხეც კი არა აქვს (ქრონიკული ტუბერკულოზური პროცესები).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. პნევმოთორაქსის მწვავე მოვლენების დროს ავადმყოფისათვის საჭიროა სრული სიმშვიდე; თუ მას ძლიერი ტკივილები და ქოშინი აქვს, საჭიროა პანტოპონის ან მორფინის ხსნარის შემზაპუნება 1 მლ რაოდენობით და გულის ასაგზნების საშუალებების გაკეთება (ქაფური, კოფეინი, კარდიოზოლი). კარგად მოქმედებს უანგზადის შესუნთქვა ან მისი კანქვეშ შეყვანა.

თუ პლევრის ღრუში ბევრი ჰაერი დაგროვდა, საჭირო ხდება პლევრის გაჩხვლეტა და ჰაერის გამოშვება პოტენის აპარატით. ხოლო თუ სითხე ჩადგა და განვითარდა გულის და შუასაყარის ორგანოების ცთომა, საჭიროა სითხის გამოღება იმავე პოტენის აპარატით.

ჩირქოვანი პნევმოთორაქსის დროს უნდა ჩატარდეს ისეთივე მკურნალობა, როგორც ჩირქოვანი პლევრიტის დროს, რაც ზევით იყო აღწერილი.



## შუასაყარის სიმსივნეები

შუასაყარის დაავადება საერთოდ არ არის ხშირი. ის მეტწილად მეორადი ხასიათისაა და წარმოადგენს მეზობელი ორგანოებიდან (საყლაპავი მილი, ლიმფური ჯირკვლები, ფილტვები, ბრონქები) გავრცელებულ ანთებით ცვლილებებს. ანთების გარდა შუასაყარში შესაძლოა კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი სიმსივნე განვითარდეს.

თერაპიულ კლინიკაში უფრო ხშირად გვხვდება შუასაყარის სიმსივნეები, შუასაყარის ანთებით დაავადებებს კი მეტწილად ქირურგიულ კლინიკაში აქვს ადგილი.

### შუასაყარის სიმსივნეები (Tumores mediastinae)

შუასაყარში შეიძლება განვითარდეს როგორც ავთვისებიანი (ციბო, სარკომა), ისე კეთილთვისებიანი (დერმოიდული ცისტა, ექინოკოკი) სიმსივნეები.

შუასაყარში პირველად უფრო ხშირად ვითარდება ლიმფოსარკომა. შესაძლოა ზოგადი ლიმფოსარკომა (ე.წ. კუნძრატის სნეულება) დროს შუასაყარის ლიმფური ჯირკვლები იყოს სარკომატოზულ პროცესში ჩართული. ასეთივე მოვლენას აქვს ადგილი ლიმფოგრანულომატოზის და ლიმფური ლეიკემიის დროს.

შუასაყარის ლიმფურ ჯირკვლებში შედარებით ხშირია კიბოს მეტასტაზები საყლაპავი მილიდან, ბრონქიდან ან ფილტვიდან.

იშვიათად, შუასაყარში შესაძლოა ჩაიზარდოს სიმსივნე ფარისებურ ან მკერდუკანა ჯირკვლიდან.

მკერდის ძვლის უკან მზარდი ჩიყვი (რეტროსტერნალური სტრუმა), ან აორტის დიდი ანევრიზმა, ზოგჯერ იძლევა შუასაყარის სიმსივნის კლინიკურ სურათს.

ავადმყოფობის ნიშნები . და მიმდინარეობს. შუასაყარის როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი სიმსივნეები, თუ ისინი იზოლირებულად ვითარდებიან შუასაყარში, შესაძლოა კარგა ხანს არ იძლეოდნენ რაიმე კლინიკურ ნიშნებს.

შუასაყარის სიმსივნის დროს კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია უმთავრესად იმ მექანიკურ ზეწოლაზე, რომელსაც მზარდი სიმსივნე ახდენს შუასაყარის მეზობელ ორგანოებზე; დღითი-დღე, სიმსივნის თანდათანობით ზრდასთან ერთად კლინიკური ნიშნებიც მატულობს.

პირველ ხანებში ავადმყოფი გრძნობს ყრუ ტკივილს მკერდის არეში, სიმსივნის ზრდისა და საყლაპავ მილზე ან სასულეზე და ბრონქზე მისი ზეწოლის გამო ავადმყოფი გრძნობს ყლაპვის გაძნელებას, ზველას და ქოშინს. თუ სიმსივნე

ნე აწეება ხორხის ნერვს (n. laryngeus), ავადმყოფს შესაძლოა ხმა შეეცვალოს. როდესაც სიმსივნე მოიმატებს, ავადმყოფს გარეგანი ნიშნებიც გამოაჩნდება. ამ დროს გულ-მკერდზე, უმთავრესად ლავიწის არეებში, ავადმყოფს უგანიერდება ვენური სისხლის ძარღვები, ზემო ღრუ ეენაზე სიმსივნის ზეწოლის შედეგად; კისერი შემსხვილებულია და სახეც ამობერილი. ავადმყოფს დამახასიათებელი შესახედაობა აქვს, თითქოს კისერში წაუჭირესო. კისრის გაგანიერებული ვენური სისხლის ტოტები იძლევა პულსაციას. ლავიწვეშა არტერიაზე გავლის გამო, სათანადო მხარეზე შესაძლოა პულსი სუსტი ავსების გახდეს. ამ დროს პერკუტით შეიძლება აღმოვაჩინოთ გულის მარჯვნივ ან მარცხნივ მოყრუების მოვლენით. თუ ადგილი აქვს სიმსივნის დაწოლას ბრონქზე, სათანადო მხარეზე ვისმენთ შესუსტებულ სუნთქვას.

სიმსივნის თანდათანობით ზრდასთან ერთად აღნიშნული მოვლენები მატულობს, ავადმყოფს აწუხებს ქოშინი, მას უკეთარდება შეტევითი ზეულა, სუნთქვის გაძნელება (სტრიდორი), ციანოზი; შეგუბებითი მოვლენები თანდათან ნატულობს და ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში ვარდება. შუასაყარის სიმსივნემ შემდგომ მიმდინარეობაში შესაძლოა პლევრის ღრუში სითხის დაგროვება გამოიწვიოს, რაც უკვე ექსულაციური პლევრიტის ნიშნებს მოგვეცემს (იხ. პლევრიტი).

გარდა აღწერილი ადგილობრივი მოვლენებისა, შუასაყარის სიმსივნეები იძლევა ზოგად მოვლენებსაც. ავადმყოფს აქვს სისხლნაკლებობა, სიგამხდრე, საერთო სისუსტე, ქოშინის გამო აწუხებს უძილობა. თუ ისეთ დაავადებასთან გვაქვს საქმე, როდესაც არის საერთო ლიმფური სატკობატოზი, ლეიკემია ან ლიმფოგრანულომატოზი, მაშინ პერიფერიული ლიმფური ჭირკვლები ზიანდება, ელიმთავრად ვადიდებულა და სისხლში გარკვეული ცელიმებერა: ლიმფოგრანულომატოზის დროს—ლეიკოციტოზი, ეოზინოფილია, ლიმფადენოზის დროს ლეიკოციტების ლეიკემიური ციფრები, ლიმფოციტების მომატება ლეიკოციტურ ფორმულაში და სხვ. ე დ რ ხშირად აჩქარებულია.

თუ შუასაყარში სიმსივნე ჩაიზარდა საყლაპავი მილიდან ან ფილტვებიდან, იმ შემთხვევაში გამოხატული იქნება აგრეთვე აღნიშნულ ორგანოთა დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები.

**დ ი ა გ ნ ო ზ ი.** შუასაყარის სიმსივნის დიაგნოზი, თუ დაავადების ზემოაღნიშნული სიმპტომოკომპლექსი აშკარად გამოხატული არ არის, ძნელია განსაჯოთრებით სიმწელეს წარმოადგენს სიმსივნის ხასიათის გამოკვლევა.

გარდა ჩამოთვლილი ნიშნებისა, დიაგნოსტიკაში დიდ დახმარებას გვიწევს ავადმყოფის გამოკვლევა რენტგენის სხივებით. ზოგჯერ მეტად ძნელია იმის გადწვევა, თუ რა არის აღმოჩენილი: ავთვისებიანი სიმსივნე, ანევრიზმა, ექინოკოკი, კეთილთვისებიანი სიმსივნე, სატკობა თუ სხვ.

დაავადების დიაგნოსტიკის და დიფერენციული დიაგნოსტიკის საქმეში გვეხმარება კასონის სინჯი, ვასერმანის რეაქცია, სისხლის საერთო ანალიზი, ზოგჯერ პერიფერიული ლიმფური ჭირკვლის ამოკვეთა (ბიოფსია) და ამოკვეთილი ქსოვილის მიკროსკოპული გასინჯვა.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი დ ა მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა :** შუასაყარის სიმსივნის პროგნოზი საერთოდ მძიმეა. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები და ექინოკოკი შედარებით უკეთეს პროგნოზს იძლევიან, რამდენადაც ასეთ შემთხვევაში შესაძლოა დროული ქირურგიული მკურნალობით ავადმყოფის მორჩენა, თუმცა ეს რაბერაციები მეტად მძიმეა. ანევრიზმის დროს, თუ ის ლუესის ნიადაგზეა, შესაძლოა გაუმჯობესება მივიღოთ ანტილუესური მკურნალობით.



შუასაყარის სარკომა და კიბო უიმედო პროგნოზს იძლევა. ენერგიული რენტგენოთერაპიით შესაძლოა დროებითი გაუმჯობესების მიღწევა ლიმფოსარკომის, ლიმფოგრანულომის და ლიმფადენოზის დროს.

### მედიასტინიტი — (Mediastinitis)

შუასაყარის ანთება არის მწვავე და ქრონიკული: მწვავე მედიასტინიტი გულის პერანგის ანთების (პერიკარდიტი) და მედიასტინალური ჰლევირატის დროს ვითარდება და ხშირად ამოუცნობი რჩება, მაგრამ აღინშნულ დაავადებათა გავლის შემდეგ შუასაყარში განვითარდება შემეარათებელი ქსოვილი, რომელიც ირგვლივ ეხვევა შუასაყარის სისხლის ძარღვებს და იწვევს სისხლის მიმოქცევის მოშლის მოვლენებს: კისრის გენების გაფართოებას, პარადოქსულ პულსს და სხვ. ჩვეულებრივ, ეს მოვლენები კლინიკაში აღინიშნება როგორც აღპეზიური ანუ შეხორცებითი მედიასტინო-პერიკარდიტი ან მედიასტინო-პლევირტი და განხილება სათანადო თავებში.

სულ სხვაა, როდესაც შუასაყარში მეზობელი ორგანოების ჩირქოვანი დაავადების დროს შეიჭრება ჩირქოვანი ინფექცია, რაც იწვევს მწვავე ჩირქოვან მედიასტინიტს. ნუშისებრივი ჭირკვლების ჩირქოვანი ანთება, პირის ღრუს მიდამოს სხვადასხვა დაჩირქებითი პროცესები შესაძლებელია ლიმფური გზებით გავრცელდეს შუასაყარზე და მასში ჩირქოვანი ანთება გამოიწვიოს. ჩირქოვანი პლევრიტი, ჩირქოვანი პერიკარდიტი, ფილტვის აბსცესი და განგრენა შესაძლებელია აგრეთვე მიზეზი გახდეს ჩირქოვანი მედიასტინიტის განვითარებისა.

საყლაპავი მილის კიბოს ნიადაგზე ან საყლაპავ მილში უცხო სხეულის მოსკეცვლის შედეგად გ.ნეიორაგებული პერფორაცია საყლაპავი მილისა ხშირად იწვევს ჩირქოვან ან ლობობით მედიასტინიტს. ზოგადი სეპტიკოპიემია შეიძლება გახდეს აგრეთვე ჩირქოვანი მედიასტინიტის მიზეზი.

ჩირქოვანი მედიასტინიტი ხასიათდება მეტად მძიმე და სწრაფი მიმდინარეობით. ავადმყოფებს აქვთ დიდი სიციხე ჰექტიკური ტიპისა, შემცივნება, ტივილიები მკერდის ძელის უკან და ზურგში, ყლაპვის გაძნელება; ხშირად აქვთ გულმკერდის კანქვეშა ქსოვილის შეშუპება. ავადმყოფები ჩქარა იღუპებიან ზოგადი სეფსისის მოვლენებით. მკურნალობა—სიმპტომატურია. ანტიბიოტიკებით ენერგიული მკურნალობა და ოპერაცია ზოგჯერ იხსნის ავადმყოფს.

## რევმატიზმი — (Rheumatismus)

რევმატიზმი ინფექციურ-ალერგიული ბუნების დაავადებაა, რომელიც ყოველთვის აზიანებს უმთავრესად გულს და სისხლის ძარღვებს და ამასთან ერთად იწვევს ზოგჯერ სახსრების თავისებურ ანთეზასაც.

პირველად რუსმა ექიმმა სოკოლსკიმ აღნიშნა რევმატიზმის გავლენა გულზე, ხოლო მის შემდეგ ეს ფაქტი ფრანგმა მეცნიერმა ბუოლმაც შეამჩნია. ამიტომაც ამ დაავადებას დღეს სოკოლსკი-ბუიოს სნეულებას უწოდებენ. შემდეგში პათოლოგანატომიური გამოკვლევით დადასტურდა, რომ იმ პირებს, რომელთაც სახსრების რევმატიზმული ანთების მოვლენები არ ჰქონდათ, გულში აღმოაჩნდათ რევმატიზმისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები. შემდგომში კვლევა-ძიებამ გამოარკვეა ის ფაქტი, რომ საინტერესო გარემოება, რომ რევმატიზმულ ცვლილებებს ადგილი აქვს რევმატიზმის დროს მოელი ორგანიზმის მეზენქიმაში და განსაკუთრებით არჩევით კი გულსა და სისხლძარღვთა სისტემაში

ამრიგად, ძირფესვიანად შეიცვალა წინანდელი შეხედულება რევმატიზმის რაობაზე, როგორც სახსრების დაავადებაზე და დღეს რევმატიზმი ცნობილია ორგანიზმის ზოგად დაავადებად, რომელიც აზიანებს, როგორც ნათქვამი იყო, გულსა და სისხლძარღვებს და გარდა ამისა, ხშირად ხასიათდება სახსრების, სეროზული გარსებისა და ნერვული ქსოვილის დაზიანებითაც.

რევმატიზმული პროცესის სხვადასხვაგვარი ახსნის მიხედვით, რევმატიზმული დაავადება სხვადასხვა სახელწოდებით აღინიშნებოდა და ახლაც ტერმინოლოგია ერთიანობა კიდევ არ არის მიღწეული.

თავდაპირველად რევმატიზმი მარტო სახსრების ავადმყოფობა ეგონათ და მას „რევმატიზმულ პოლიართრიტს“ უწოდებდნენ, შემდეგში რევმატიზმის შესახებ ცოდნის გაღრმავებასთან ერთად, რევმატიზმს საფრანგეთში „ბუიოს ავადმყოფობა“ უწოდეს, ინგლისში და ამერიკაში ის „რევმატიზმული ცხელების“ სახელით არის ცნობილი; საბჭოთა კავშირში ვ. ტ. ტალაღაევის წინადადებით მას „მწვავე რევმატიზმი“, ხოლო მეორე რუსი მეცნიერის ლ. ბ. ბუხსტაბის ტერმინით „ჰემმარტი რევმატიზმი“ უწოდეს და სხვ.

ამჟამად თანდათან შემოდის სახელწოდება „რევმატიზმი“, რომელიც უფრო სწორად და მოხერხებულად უნდა ჩაითვალოს, რადგან ის გამოხატავს ორგანიზმის საერთო დაავადებას, რასაც განმარტების სახით, შესაძლოა, დაავადების გამოვლინების მიხედვით დამატარს იმის აღნიშვნა, თუ სად უფრო გამოხატულია რევმატიზმული პროცესი.

რევმატიზმი გავრცელებული ავადმყოფობაა: აღსანიშნავია, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც უფრო ნესტიანი და ცივი ჰავაა, რევმატიზმით დაავადება უფრო

სწორია, ვიდრე შშრალ, თბრლ ჰავიან ქვეყნებში. ცხელ ქვეყნებში რევმატიზმით დაავადება ფრიად იშვიათია.

სტრატისტოკა გვიჩვენებს, რომ სხვადასხვა შინაგან დაავადებათა შემთხვევების 20%-მდე მოდის რევმატიზმზე.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. რევმატიზმის გამოწვევაში ამაჲმად მთავარ მნიშვნელობას აუთენებენ სტრეპტოკოკს. ის გარემოება, რომ მწვავე რევმატიზმი იწყება სწორად სტრეპტოკოკული ანგინით ავადმყოფობის 10—14 დღის შემდეგ, სტრეპტოკოკის როლს რევმატიზმის გამოწვევაში თითქოს უღავეს ზღის.

მაგრამ ინფექციის გარდა, რევმატიზმის განვითარებაში მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ორგანიზმის ერთგვარ კმაღყოფნას რევმატიზმით დაავადებისათვის. ის გარემოება, რომ რევმატიზმი ხასიათდება ალერგიული დაავადებისათვის დამახასიათებელი ცვილებებით—სასხრების შესივებით, შეწითლებით—ორგანიზმში სტრეპტოკოკული ინფექციის შექრის 1—2 კვირის შემდეგ გამოვლინებით და სხვა, რევმატიზმს ამსავსებს ე. წ. შრატის ავადმყოფობას და ცხადყოფს მის ალერგიულ ბუნებას. ორგანიზმის თავისებურ განწყობას კი აპრობადებს მასში განწეორებით შექრილი სტრეპტოკოკი, რომელიც ბუღობს ჩირქოვან ტონზილებში, კარიესულ კბილებში ან სხვა რომელიმე ჩირქოვან კერებში. სტრეპტოკოკი იწვევს ადამიანის ორგანიზმის სენსიბილიზაციას და საკმარისია ორგანიზმში კიდეე მოხვდეს სტრეპტოკოკი, რომ მან გამოიწვიოს ორგანიზმის თავისებურები (ალერგიული), ზედმეტად მგრძობიარე (ჰიპერერგიული) რეაქცია, მწვავე რევმატიზმული დაავადების საბით.

ზოგიერთი მკვლევარის მონაცემებით (ნ. ლ. სტრაჲესკო), მწვავე რევმატიზმით დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლიდან შესაძლებელია შემთხვევათა 68%-ში სტრეპტოკოკის გამოყოფა, რაც უფრო დაბეჯითებით ადასტურებს სტრეპტოკოკის როლს რევმატიზმის წარმოშობაში, მაგრამ ბევრმა მკვლევარმა ან სულ გერ მოახერხა სტრეპტოკოკის მიღება ავადმყოფთა სისხლიდან ან მიღების შემთხვევები ძალიან მცირე აღმოჩნდა.

ამით უნდა აიხსნას ის, რომ საკითხი რევმატიზმის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის შესახებ ჯერ კიდეე საბოლოოდ გადაწყვეტილად ვერ ჩაითვლება.

ის მოსახრება, რომ რევმატიზმი „გაცივების“ შედეგია, დღეს უკვე აღარავის მიაჩნია მართებულად და გაცივებას მხოლოდ ხელშეწყობ მომენტად სთვლიან. ამ გარემოებას ადასტურებს ის ფაქტი, რომ რევმატიზმი, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, უფრო სწორია წლის ცივ, ნესტიან პერიოდში, უმთავრესად ცივ ქვეყნებში და იმ პირთა შორის, რომელთაც უხდებათ სველ, ნესტიან სადგომებში ყოფნა და მუშაობა.

ამჲმად გამოკრეველად უნდა ჩაითვალოს, რომ რევმატიზმის გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს სტრუქტურულ, მისი გავლენით რევმატიზმდს—განვითარებისათვის კი საკმარისია ორგანიზმის თავისებური განწყობა შექენილი ალერგიული მდგომარეობის, ნაწილობრივ. კი ორგანიზმის კონსტიტუციური თავისებურების სახით; ხოლო გაცივება ან სხვა არახელსაყრელი გარემო პირობები წარმოადგენს ხელშეწყობ ფაქტორს.

რევმატიზმის წარმოშობაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს აგრეთვე ნერვული სისტემა (სიმეტრიულობა სახსრების დაზიანებისა, ემოციური მომენტების გავლენა დაავადების განვითარებაზე და სხვ.), იმდენად, რამდენადც ორგა-

ნიშნის ყოველგვარი აღერგიული რეაქცია ვითარდება ვეგეტატიური და ცენტრალური ნერვული სისტემის მონაწილეობით. თავის ტვინის ქერქის აგზნებულების დაქვეითება და კორტიკო-ვისცერალური დამოკიდებულების მოშლა დაავადებული სახსრებიდან ტვინის ქერქში შეცვლილი სიგნალიზაციის გამო, აახლოებს რევმატიზმს კორტიკო-ვისცერალურ დაავადებასთან.

რევმატიზმით უფრო ხშირად ავადდებიან ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები. ამ ფაქტს უპარესად დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ქვევით დავინახავთ, გულის დაავადებათა განვითარების და მათი გავრცელების თვალსაზრისით.

ე. მ. გელშტეინს მოჰყავს რევმატიზმით სხვადასხვა ასაკის პირთა დაავადების შესახებ შემდეგი ცნობები: 3 წლამდე რევმატიზმი ძალაღ იშვიათია; 10—20 წლამდე ასაკის ავადმყოფები შეადგენენ რევმატიზმით დაავადებულთა 40—45%; 20—40 წლამდე ასაკისა 40%-მდე; ხოლო 40 წლის ასაკის შემდეგ რევმატიზმით დაავადების სიხშირე მკვეთრად ეცემა.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. რევმატიზმის ძირითად პათოლოგიანატომიურ ელემენტს წარმოადგენს აშოფცს მიერ 1904 წ. აღწერილი რეგულატორული კვანძი, რომელიც მან აღმოაჩინა რევმატიზმით ავადმყოფის გულის კუნთში. შემდეგში გარკვეულ იქნა, რომ ეს კვანძები მოიპოვება რევმატიზმის დროს არა მარტო გულის კუნთში, არამედ სხვა ქსოვილებსა და ორგანოებში. რევმატიზმული კვანძი უჭრედების გროვას წარმოადგენს; ეს უჭრედები დალაგებულია სისხლის ძარღვების ირგვლივ.

განსაკუთრებით ზუსტად შეისწავლა რევმატიზმული კვანძის მორფოლოგია მოსკოველმა პათოლოგანატომმა ვ. ტ. ტალალაევმა, რომელმაც გამოარკვევა, რომ რევმატიზმული კვანძი ხასიათდება განვითარების გარკვეული ციკლით, რომელსაც სამი სტადია აქვს. პირველი ე. წ. ანთებადი ფიფილიტრაციის სტადია; მეორე—შემადერთებელი ქსოვილის განვითარების ანუ პროლიფერაციული სტადია (ამ სტადიას შეეფერება სწორედ აშოფცს მიერ აღწერილი გრანულომა); მესამე—კლეროზის ანუ ნაწიბურის განვითარების სტადია.

რევმატიზმული გრანულომის განვითარების ეს ციკლი ვ. ტ. ტალალაევითან თვემდე გრძელდება.

აღნიშნული რევმატიზმული კვანძები რევმატიზმით დაავადების დროს მრავლად მოიპოვება გულის გარსებში, სისხლის ძარღვებში, სახსრებში, კუნთებში, ფასციებში და სხვ.

კ ლ ი ნ ი ე უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი დ ა მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა. მწვავე რევმატიზმი, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, შესაძლოა უმოთვრესად სახსრების დაზიანებით მიმდინარეობდეს ან პირიქით, სახსრების ანთება მცირეოდენად, ან სულ არ იყოს გამოხატული, სამაგიეროდ, ადგილი ჰქონდეს გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ცვლილებებს.

ამის მიხედვით არჩევენ რევმატიზმის სახსროვან ფორმას და კარდიო-ვასკულარულ ფორმას. ისეთი შემთხვევები, სადაც სახსრების ანთება მცირედ არის გამოხატული, დაახლოებით 40% შეადგენს.

მწვავე რევმატიზმის შეტევა უფრო ხშირად მწვავე რევმატიზმული პროლიტორით იწყება. დაავადებას ხშირად წინ უძღვის ანგინა, რომელიც ავადმყოფებს ჰქონდათ 1—2 კვირის წინათ. ავადმყოფები აღნიშნავენ, რომ ისინი წარსულში ხშირად ავადმყოფობდნენ ანგინით; არაიშვიათად მათ აქვთ ჩირქოვანი ამიგდალარიტი. ავადმყოფს ერთბაშად შეამცივნებს, მის-

ცემს მაღალ სიციხეს—39,0—40,0°; ავადმყოფი გრძობს ძლიერ საერთო სისუსტეს, დამტვრეულობას. ტემპერატურის აწევასთან ერთად, ზოგჯერ დაავადების დაწყებიდან 2—3 დღის შემდეგ, ავადმყოფს ასტივია ერთი ან რამდენიმე სახსარი. სახსრების ტკივილი სწრაფად მატულობს, სახსრები შესივებულია, სახსრის პარკში გროვდება ანთებადი გამონაყოფი, სახსრის ზედაპირზე კანი კრიალადა შეწითლებულია და შეხებით ცხელია. ტკივილები იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფს არა აქვს საწოლში განძრევის საშუალება, ის სრულიად უმოძრაოდ წევს ერთ მდგომარეობაში და ხელის მიკარებაც კი საშინელ ტანჯვას ჰგვრის მას. ტემპერატურა დღე-ღამის განმავლობაში იძლევა რყევას. ამასთან ერთად, ავადმყოფს აქვს ძლიერი ოფლიანობა, რის გამოც კანზე არჩდება ნაოფლარი პაწაწი თეთრი ბუშტუკების სახით გამოჩნდებიან დაავადებული სახსრების მიდამოში ავადმყოფს კანზე გამოჩნდება პაწაწა სისხლჩაქცევები წითელი ფერისა (რევმატიზმული პურპურა—purpura rheumatica), რაც სისხლის ძარღვების კაპილარების რევმატიზმული დაზიანების მაჩვენებელია. ჩვეულებრივ, რევმატიზმული პოლიართრიტის დროს ზიანდება არა ერთი, არამედ რამდენიმე სახსარი. აღსანიშნავია, რომ აღვილი აქვს არა მარტო მსხვილი (მაგ., მაჯის, მუხლის, იდაყვის, მხრის, წვივ-ტერფის) სახსრების, არამედ თითების ფალანგების სახსრების დაზიანებასაც.

შეტევის დაწყებიდან 7—10 დღის შემდეგ მოვლენები თანდათან ცხრება, ტკივილები სახსრებში აკლებს, სახსრების შესივება მცირდება და ავადმყოფი თითქოს იწყებს გამოკეთებას, მაგრამ რამდენიმე დღის შემდეგ ყველა მოვლენა ისევ მწვავედება, ტემპერატურა აიწვევს, ავადმყოფს შეუსივდება და ასტივია სხვა სახსრებში. ამრიგად, იწყება ახალი შეტევა და ავადმყოფობა თითქოს ხელახლა შებრუნდება. ასეთი შეტევა შესაძლოა რამდენიმეჯერ განმეორდეს და გამოიწვიოს სახსრების სულ ახალ-ახალი ჯგუფის დაავადება; დაავადების ასეთმა თვისებამ მისცა მას „მფრინავი“ რევმატიზმის სახელწოდება.

სახსრების ტკივილის, მაღალი სიციხის და ძლიერი ოფლიანობის გამო ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა; მას აწუხებს ძლიერი სისუსტე, უძილობა, თავის ტკივილი, თავბრუ, გულისრევა, უმადობა. გულის ტონები მოყრუებულია, მაჯა აჩქარებული 100—110—1', ზოგჯერ აღინიშნება პულსის რითმის დარღვევა.

განმეორებითი შეტევები თანდათან ხანმოკლე და ნაკლები ინტენსიობისა ხდება, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება და დაავადების დაწყებიდან ზოგჯერ 4, ზოგჯერ მეტი კვირის (დამოკიდებულია ახალი შეტევების რიცხვზე და ხანგრძლიობაზე) შემდეგ, რევმატიზმის მწვავე პერიოდი თავდება.

მაგრამ ტკივილები სახსრებში ერთხანს კიდევ რჩება ავადმყოფს, რაც მას მოძრაობას უშლის და ხშირად შრომის უნარს უკარგავს.

აღსანიშნავია, რომ ბავშვებს ტკივილები სახსრებში უფრო მცირედ აქვთ გამოხატული, ვიდრე მოზრდილებს.

მწვავე მოვლენების გაქრობით, თუნდაც სახსრების ტკივილების მოსპობით, არ ამოიწურება მწვავე რევმატიზმის შეტევა. ამ შეტევის გადატანის შემდეგ, ავადმყოფები საჭიროებენ დიდი ხნის განმავლობაში სიფრთხილეს, რადგან, როგორც ზემოთ დავინახეთ, რევმატიზმული პროცესის განვითარება 6 თვემდე გრძელდება და ამ პერიოდში დაავადების გამწვავება და მისი უარყოფითი გავლენა გულზე ყოველთვის მოსალოდნელია.

რევმატიზმის მწვავე შეტევის მიმდინარეობაში, იქნება ის სახსროვანი ფორ-  
მა თუ არა, თითქმის ყოველთვის აქვს ადგილი გულის დაზიანებას ამა თუ იმ  
ხარისხით.

გულის დაზიანება მწვავე რევმატიზმის დროს არის მთავარი მომენტი და ის  
განსაზღვრავს, როგორც დაავადების მიმდინარეობას, ისე პროგნოზს. რევმატიზ-  
მის დროს ავადმყოფის სიკვდილიც შეიძლება გულის დაავადებით იქნეს გამო-  
წვეული.

გულის დაავადების მოვლენები თავს იჩენს უსიამოვნო შეგრძნებებით გუ-  
ლის არეში, გულის ფრიალით და ზოგჯერ ტკივილებით გულის მიდამოში.

ობიექტურად გულის საზღვრები გაგანიერებულია, გულის ტონები მოყრუე-  
ბული, მწვერვალზე ისმის აშკარა სისტოლური მუხილი. ყველა ეს მოვლენა შე-  
დეგია რ ე ვ მ ა ტ ი ზ მ უ ლ ი მ ი ო კ ა რ დ ი ტ ი ს ა, რასაც დაავადების შემ-  
დგომ მიმდინარეობაში შესაძლებელია გულის შეინთა გარსის—ენდოკარდიუ-  
მის ანთებაც მიემატოს—რ ე ვ მ ა ტ ი ზ მ უ ლ ი ე ნ დ ო კ ა რ დ ი ტ ი. თუ ამას-  
თან ერთად გულის პერანგის რევმატიზმული ანთებაც განვითარდა—რ ე ვ მ ა-  
ტ ი ზ მ უ ლ ი პ ე რ ი კ ა რ დ ი ტ ი, იმ შემთხვევაში ლაპარაკობენ უკვე პ ა ნ-  
კ ა რ დ ი ტ ზ ე. პერიკარდიტის განვითარების შემთხვევაში მაჩა კიდევ უფრო  
გახშირდება, ავადმყოფს გულის არეში დასჩემდება ჩხვლეტითი ხასიათის ტკი-  
ვილი და მოსმენით გულის მწვერვალის და ფუძის არეში აღინიშნება პერიკარ-  
დიუმის ხახუნის, ხოლო თუ მშრალ პერიკარდიტს სითხის დაგროვებაც მიემატება  
პერიკარდიუმის ღრუში, იმ შემთხვევაში გულის გარდიგარდმო საზღვრები ძალ-  
ზე ფართოვდება, გულის მოყრუება სამკუთხიანი მოყვანილობის ხდება და ამ  
დროს ტონები თითქმის აღარ ისმის.

თუ მწვავე რევმატიზმის სახსროვან ფორმასთან გვაქვს საქმე, საჭიროა  
გვახსოვდეს, რომ გულში შესაძლოა რევმატიზმული მოვლენები იყოს და ამ  
გარემოებას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს.

შესაძლებელია ავადმყოფს მწვავე მოვლენებმა გაუაროს, მაგრამ გულის  
სარქველებზე რევმატიზმული პროცესი გრძელდებოდეს, ავადმყოფს პატარა  
სიცხეს აძლევდეს და რამდენიმე თვის შემდეგ შეიძლება მას გულის მანკი  
აღმოაჩინდეს (იხ. ქვევით ენდოკარდიტები და გულის მანკი).

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, რევმატიზმი აზიანებს სისხლის ძარღვებს.  
ცვლილებები სისხლის ძარღვების მხრივ გამოიხატება ზემოხსენებული რევმატი-  
ზმული ბურბურით და ვენების ანთებით (ფლებიტი).

კანქვეშა ქსოვილში ვითარდება დამახასიათებელი კვანძები (noduli rhe-  
umatici), რომელიც ფეტვის მარცვლის ოდენობისაა, მკვრივია და უმტკივნეუ-  
ლო. რევმატიზმი ზოგჯერ ე. წ. კვანძოვან ერითემას (erythema nodosum)  
იწვევს, რომელიც ალუბლის ოდენობის მოწითალო-გარდისფერ კვანძებს წარ-  
მოადგენს, კანზე ოდნავ შემაღლებულია და მტკივნეული. კვანძოვანი ერითემა  
მეტწილად ჩნდება წვივების მიდამოში.

მოხსენებული პერიკარდიტის გარდა, რევმატიზმის მწვავე პერიოდში შესა-  
ძლებელია განვითარდეს მშრალი ან ექსუდაციური პლევრიტი; უფრო იშვიათად,  
პერიტონიტი.

უკანასკნელ წლებში აღწერეს რევმატიზმით გამოწვეული პნევმონიებიც.  
რევმატიზმის მიმდინარეობაში ხშირად აქვს ადგილი ლეიძლის, თირკმლებს,  
ფარისებრი ჭირკვლის დაავადებანაც.

ბავშვთა ასაკში გნსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რევმატიზმული ინფექციით გამოწვეული ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება, რის შედეგადაც ე. წ. პარეზი.

სისხლის მხრივ აღსანიშნავია ზომიერი ლეიკოციტოზი (10—12.000), მსუბუქი პიპოქრომიული ანემია, ნეიტროფილების მომრტება, და რაც მთავარია, ერითროციტების და ლეიქოციტების რეაქციის აჩქარება, რაც 1 საათში 50—70 მილიმეტრს აღწევს.

ეღრ აჩქარება მეტად დამახასიათებელია რევმატიზმისათვის და იმავე დროს პროცესის განვითარების მაჩვენებელია. მოვლენების დაცხრომასთან ერთად რეაქციის სისწრაფეც კლებულობს.

ლიაგნოზი. რევმატიზმის დიაგნოზი, თუ სახსროვან ფორმასთან გვაქვს საქმე, არ არის ძნელი. რაც შეეხება გულის ფორმას, უნდა ათქვას, რომ მანამ გამოძღვანდებოდეს ენდო-მიოკარდიტის მოვლენები, გულის რევმატიზმული დაზიანების ამოცნობა ძნელი საქმეა.

რევმატიზმის დიაგნოზის დასმის დროს უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგი ნიშნებით: 1) მწვავე დასაწყისი, სახსრების მრავლობითი ანთებით; 2) ასეთი მოვლენების განვითარება ანგინის შემდეგ; 3) სახსრების დაზიანების სიმეტრიულობა; 4) სახსრების ახალ-ახალი წგუფის დაავადება და ამასთან დაავადების საერთო გამწვავება; 5) გულის დაზიანების (ენდო-მიოკარდიტის) ადრე გამოძღვანება და 6) სალიცილის პრეპარატებით მკურნალობის კარგი შედეგი.

ზოგჯერ, განსაკუთრებით დაავადების ატიპობრივად მიმდინარეობის შემთხვევაში, საჭირო ხდება სახსრების სხვა ეტიოლოგიის ანთების გამორიცხვა. ბრუცელოზი, გონორეული, ლუესური, დიზენტერიული და ტუბერკულოზური ართრიტები შეიძლება ზოგჯერ შეგვეშალოს რევმატიზმში, მაგრამ ავადმყოფას სათანადო გამოკვლევით შესაძლებელია ამ დაავადების გარჩევა რევმატიზმისაგან.

ბრუცელოზისათვის დამახასიათებელია უფრო მსხვილი სახსრების ტკივილები, სახსრები გარეგნულად არ არის შეცვლილი, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა არ ახდენს მძიმე შთაბეჭდილებას, ელენთა ვადიდებული აქვს, გულის მხრივ ცვლილებები არ აღენიშნება. სისხლში აღსანიშნავია ლეიკოპენია და ლიმფოციტოზი. ბრუცელოზის შემთხვევაში გვეხმარება ანამნეზიც, ბიურნეს სინჯი და რაიტის ან ჰედლსონის რეაქცია, რომლებიც უდავოდ ზღის ბრუცელოზის დიაგნოზს.

გონორეული ართრიტი იშვიათად არის მრავლობითი, ანამნეზში აღინიშნება მწვავე გონორეა, ზორღე-უანგუს რეაქცია დადებითია. ლუესური ართრიტის დროს დამახასიათებელია ტკივილები ღამით, ავადმყოფს ზოგჯერ აქვს დადებითი ვასერმანის რეაქცია.

პროგნოზი მწვავე რევმატიზმისა სერიოზულია. არასოდეს არ შეიძლება ითქვას დაავადების მწვავე პერიოდში, როგორ მიმდინარეობას მიიღებს ავადმყოფობა, გამოიწვევს თუ არა ის გულის მძიმე დაზიანებას. რევმატიზმის პროგნოზი სავსებით დამოკიდებულია იმაზე, განვითარდება თუ არა ენდო-მიოკარდიტი და გულის მანკი. ხშირად კარგად ჩათავებული მწვავე პროცესიდან 6—10 თვის შემდეგ შეიძლება ავადმყოფს გულის მანკი აღმოაჩნდეს.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ბავშვებში მწვავე რევმატიზმი გაცილებით უფრო ცუდ პროგნოზს იძლევა, ვიდრე მოზრდილებში. მწვავე რევმატიზმის მიმდინარეობაში ბავშვების 70—80 % -ს უეითარდება გართულებები გულის მხრივ.

თვით სახსრების ცვლილებების გამო შესაძლოა ავადმყოფმა დიდი ხნით დაკარგოს შრომის უნარი.

**მკურნალობა და პროფილაქტიკა.** მწვავე რევმატიზმით ავადმყოფი მოთავსებული უნდა იქნეს თბილ ოთახში (t-20°). სახსრების ძლიერი ტკივილების გამო საჭიროა საწოლი იყოს რბილი და მოხერხებული. ძლიერი ოფლიანობის გამო ავადმყოფს თეთრეული ხშირად უნდა გამოეცვალოს, ფრთხილად, რომ სახსრების ტკივილები არ გაუძლიერდეს. მტკივნეული სახსრები უნდა თბილად შეიხვეს ან სათბური კომპრესი გაუკეთდეს, ან ფრთხილად დაიზილოს ჩალამოთი. კარგია ავადმყოფს სისტემატურად გაეწმინდოს კანი წყალნარევა სპირტით ან შპრით, ოდეკოლონით. ზოგჯერ ტკივილები იმდენად ძლიერია, რომ საჭირო ხდება პირამიდონის მიცემა; თუ კი ეს არ შეეღობება—პანტოპონის კანქვეშ გაკეთებაც კი.

საკვები უნდა იყოს ნოყიერი; უმჯობესია რძის, ბოსტნეულის, ვიტამინებით მდიდარი; სასმელი—საკმაო რაოდენობით.

**რაც შეიძლება აღრე უნდა დაიწყოს ენერგიული მკურნალობა სალიცილის პრეპარატებით.**

სალიცილის ნატრიუმის დიდი დოზების დროული დანიშვნა რევმატიზმის დროს ამყვამდ ყველას მიერ აღიარებულია როგორც საუკეთესო საშუალება, რომელიც არა მარტო სახსრებზე ახდენს კარგ გავლენას, არამედ, ნ. დ. სტრახესკოს აზრით, კარგად მოქმედებს გულზედაც.

დაავადების პირველი დღიდანვე საჭიროა ავადმყოფს მიეცეს სალიცილის ნატრიუმი არა ნაკლებ 8—10 გრამი დღე-ღამეში. მან უნდა მიიღოს ასეთი დოზა პირველი 5—6 დღის განმავლობაში. შემდეგში, ტემპერატურის და სახსრების მხრივ მოვლენების დაცხრომასთან ერთად, შეიძლება დოზა შემცირდეს ყოველ 2 დღეში თითო გრამით, მაგრამ 4—5 გრამი დღე-ღამეში ავადმყოფმა უნდა მიიღოს დიდი ხნის განმავლობაში, მანამ ტემპერატურა ნორმამდე არ დაიკლებს, სახსრების მოვლენები სრულიად არ გაიკლის და ეღრნორმას არ დაუბრუნდება.

სალიცილის ნატრიუმის ხმარებისას ავადმყოფს შესაძლოა დაეწყოს უმადობა, გულისრევა, პირსაქმება, ყურებში შუილი, თავბრუ. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა დოზა შემცირდეს ან სალიცილის მიცემა შეჩერდეს რამდენიმე დღით.

სასურველია, ამ მოვლენების შესამციკებლად სალიცილის ნატრიუმში სოდის მიმატება. თუ ავადმყოფი სალიცილის ნატრიუმს ვერ იტანს ან ეს უკანასკნელი შედეგს არ იძლევა, შეიძლება ავადმყოფს მიეცეს პირამიდონი დღე-ღამეში 3 გრამი ან ასპირინი დღე-ღამეში 4—5 გრამამდე.

ზოგ შემთხვევაში საჭირო ხდება სალიცილის ნატრიუმის გაკეთება ვენაში, ამ მზნით კარგია სალიცილის ნატრიუმის, უროტროპინის და კოფეინის შენახავი ე. წ. სალიტროპინი (იხ. რეკეპტი).

სახსრებში ტკივილების დასამშვიდებლად კარგია დასნივება ულტრაასონური სხივების რითმულ დოზებში. მწვავე პერიოდში ფიზიოთერაპიული პროცედურები—პარაფინი, დიათერმია, კვარცი არ არის ნაჩვენები. მწვავე მოვლენების დაცხრომის შემდეგ, როდესაც ტემპერატურა ნორმამდე ჩამოვა, ეღრნორმას დაუბრუნდება და სხვ., შეიძლება ფიზიოთერაპიული პროცედურების ხმარება და მსუბუქი მასაჟი.

თუ ავადმყოფს სახსრების მხრივ რაიმე ნარჩენი მოვლენები აქვს და გულის მხრივ წინააღმდეგარევენებები არ აღინიშნება, შეიძლება ვურჩიოთ წყალტუბოში ან ანტალაზე მკურნალობა.



პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ჩატარდეს ყელის, კბილების და სხვ. ჩირქოვანი ბუდეების სანაცია (გაჯანსაღება), იმ მიზნით, რომ მოისპოს სტრეპტოკოკული ინფექციის ფარული კერები. ეს ზომა განსაკუთრებით საჭიროა, თუ ავადმყოფს წარსულში უკვე ჰქონდა რევმატიზმის შეტევა, ვინაიდან ავადმყოფებში ძალიან მიდრეკილი არიან დაავადების ხელახლა გამეორებისადმი.

ნუშისებრი ჭირკვლების ამოკვეთა (ტონზილექტომია) ხშირად უზრუნველყოფს ავადმყოფს რევმატიზმის ახალი შეტევებისაგან.

აუცილებელია რევმატიზმით ნაავადმყოფარი ბავშვების სისტემატური საექიმო შემოწმება და მათი ყელის და კბილების გაჯანსაღება. დიდი მნიშვნელობა აქვს ყოფა-ცხოვრების და მუშაობის პირობების გაუმჯობესებას და ორგანიზმის გამაგრებას ფიზკულტურით.

Rp. Natrii salicylicl 10,0  
Cofeini natr.-benz. 1,0  
Aq. destillat. 150,0  
MDS. თითო სუფრის კოვზი დღე-ში 8—10-ჯერ

Rp. Pyramidoni 0,5  
Dtd N 12  
S. თითო ფხვნილი დღეში 5—6-ჯერ

Rp. Natrii salicylici  
Natrii bicarbon.  $\text{m}$  10,0  
Aq. destillat. 150,0  
MDS. თითო სუფრის კოვზი დღე-ში 8—10-ჯერ

Rp. Aspirini 0,5  
Dtd N 12  
S. თითო ფხვნილი დღეში 6-ჯერ

Rp. Pyramidoni  
Phenacetini  $\text{m}$  0,3  
Coff. n. b. 0,1  
Codeini phosphor. 0,015  
Mfd Dtd N 12  
S. დღეში 3-ჯერ თითო ფხვნილი (კარგია ტკივილუზას დროს)

Rp. Chloroformii 20,0  
Ol. Hyosciami 40,0  
M.S. სახსრებზე წასასმელად

Rp. Methyl salicyl. 5,0  
Ol. Terebinthin. 45,0  
MDS. სახსრებზე წასასმელად

Rp. Sol. Pantoponi 2%  
in ampul. N 6  
DS. თითო ამპულა კანქვეშ

Rp .Sol. Urotropini 40% 100,0  
Natrii salicylici 17,0—20,0  
Coff. natr.—salicyl. 2,0  
Sterilisetur!  
D.S. 4—6—10 მლ ვენაში ერთჯერ დღეში.

---

## სისხლის მიმოქცევის სისტემის სნეულებანი

### გულის სნეულებანი

#### ენდოკარდიტი (Endocarditis)

ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. ენდოკარდიტი, ანუ გულის შიგნითა გარსის ანთების ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი არის რევმატიზმი. რევმატიზმული ინფექციის გარდა, ენდოკარდიტის მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ინფექცია, რომელიც სისხლით მიიტანება გულში და გულის შიგნითა გარსზე დამკვიდრებისას, მის ანთებას გამოიწვევს; უფრო ხშირად . ეს არის სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, გონოკოკი.

ცნობილია, რომ სხვადასხვა ინფექციურ დაავადებათა დროს სისხლში არის დაავადების გამომწვევი მიკრობი (ასეთია მუცლის ტიფი, ტუბერკულოზი, ბრუცელოზი და სხვ.), მაგრამ ამ დაავადების დროს, ენდოკარდიტი ან არ ვითარდება, ან შეტად იშვიათია.

სამაგიეროდ, ისეთი დაავადებები, რომლებიც გამომწვეულია ამა თუ იმ სახის სტრეპტოკოკით (*Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus anhaemolyticus*, *Streptococcus viridans*), შესაძლოა ენდოკარდიტით გართულდეს.

ნუშისებრივი ჭირკვლების ჩირქოვანი ანთება, ქუნთრუშა, წითელი ქარი, მშობიარობის შემდგომი სეფსისური გართულებები და სხვ., შესაძლებელია გართულდეს ენდოკარდიტით, ვინაიდან ამ დაავადებათა უხშირეს მიზეზს სტრეპტოკოკური და სტაფილოკოკური ინფექცია წარმოადგენს.

რევმატიზმიც, რომელიც, როგორც ვთქვით, ენდოკარდიტის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ხშირ მიზეზს წარმოადგენს, აგრეთვე სტრეპტოკოკური ინფექციის შედეგია.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. ენდოკარდიტის გამომწვევი ინფექციის დამკვიდრების ადგილზე ვითარდება ანთებითი ცვლილებები.

რევმატიზმული ენდოკარდიტის შემთხვევაში გულის სარქველების და გულის სიმების შემაერთებელ ქსოვილში ვითარდება რევმატიზმისათვის დამახასიათებელი მოვლენები (იხ. რევმატიზმი), რაც შემდეგში, ნაწიბურის გაჩენის გამო, იწვევს სარქველის დამახინჯებას და გულის სიმების დამოკლებას. გულის სარქვე-

ლები, მათი ფორმის შეცვლის ან სიმების დამოკლების გამო, მჭიდროდ ველარ ზურავენ გულის ზერელებს, ვითარდება სარქველის ნაკლოვანება (Insufficiencia valvulea). ვენური ზერელების კიდეებზე გამოფენილი ენდოკარდიუმის იმავე ცვლილებების გამო ვითარდება ხვრელის შევიწროება (Stenosis ostii). სარქველის ნაკლოვანება და ვენური ზერელის შევიწროება შესაძლებელია ერთსა და იმავე დროს, სხვა შემთხვევაში შესაძლებელია იყოს ან ნაკლოვანება ან სტენოზი.

გულის სარქველების და ზერელების ასეთ ცვლილებებს ეწოდება გულის მანკი (Vitium cordis).

გულის სარქველებზე ან გულის ზერელის კიდეებზე განვითარებული ცვლილებების გამო მათი ზედაპირი უსწორმასწორო ხდება, კარგავს სისადავეს და მიმდინარე სისხლიდან მასზე ილექება სისხლის ფორმიანი ელემენტები, რაც თრომბების გაჩენას იწვევს. შემეაერთებელი ქსოვილით თრომბის ორგანიზაციის შედეგად, სარქველების და ზერელების კიდეებზე ჩნდება ქინძისთავისა და მებტი ოდენობის მექუვები.

ენდოკარდიტის ასეთი ფორმა ცნობილია, როგორც მემბრანოზული ენდოკარდიტი (Endocarditis verrucosa).

სტრეპტოკოკული ინფექციით, უმთავრესად მომწვანო სტრეპტოკოკით (Streptococcus viridans) გამოწვეული ენდოკარდიტის დროს, ქსოვილის ნეკროზის გამო, ენდოკარდიუმის ზედაპირი წყლულდება; ეს ფორმა ცნობილია, როგორც წყლული ენდოკარდიტი (Endocarditis ulcerosa).

ენდოკარდიუმის დანეკროზებული ქსოვილი შესაძლოა თავის ადგილიდან მოწყდეს და სისხლის ნაკადით სხვადასხვა ორგანოში მოხვდეს ემბოლის სახით.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ: 1) რევმატიზმულ ენდოკარდიტს, 2) მწვავე სეფსისურ და 3) ქვემწვავე, ანუ ნელამიმდინარე სეფსისურ ენდოკარდიტს. ენდოკარდიტი შეუმჩნევლად იწყება. რევმატიზმის მიმდინარეობაში, როგორც უკვე იყო აღინიშნული, იწყება არა მარტო ენდოკარდიუმის, არამედ უფრო ხშირად მიოკარდიუმისა და ზოგჯერ პერიკარდიუმის ანთება; ამრიგად ვითარდება ან ენდო-მიოკარდიტი ან პანკარდიტი. ამ გარემოების გამო, ხშირად კლინიკური ნიშნები სხვადასხვაა და კლინიკური სურათი რთულდება.

მწვავე რევმატიზმის შეტევის დროს ენდოკარდიუმში განვითარებული ცვლილებები შესაძლოა პირველ ხანებში არავითარ კლინიკურ ნიშნებს არ იძლეოდეს. სახსრების მრავლობითი ანთების მოვლენები სრულიად ჰფარავს ცვლილებებს გულის მხრივ; ასე რომ, დაავადების პირველი .თვის განმავლობაში რევმატიზმული ენდოკარდიტით გამოწვეული კლინიკური ნიშნები მეტად მცირეა (იხ. „რევმატიზმი“). ხშირია რევმატიზმული ენდოკარდიტით თითქმის უსიმპტომოდ ავადმყოფობა და ასეთი ენდოკარდიტის შედეგად განვითარებული მანკი მოულოდნელად აღმოჩნდება.

რევმატიზმის გულის ფორმის მიმდინარეობაში, როდესაც მოვლენები სახსრების მხრივ ან მცირედ, ან სულ არ არის გამოხატული, რევმატიზმული ენდოკარდიტის ამოცნობა შედარებით უფრო ადვილია.

ჩვეულებრივ, ავადმყოფობას წინ უძღვის ანგინა ან ზედა სასუნთქი გზების კატარული მოვლენები. ორიოდ კვირის შემდეგ ავადმყოფებს ეწყებათ საერთო სისუსტე, ჩქარი დაღლილობა, გულის ფრიალი და უსიამოვნო შეგრძნებები გულის არეში. ამ პერიოდში ავადმყოფებს აღლევს სიცხეს, რომელიც შესაძლებელია საღამოთი 37,3—37,5° არ სცილდებოდეს, ზოგჯერ კი ტემპერატურა 38,5—39,0° აღწევს.

ავადმყოფი ფერმკრთალია, მაჯა აჩქარებული, ზოგჯერ არითმული აქვს, გულის საზღვრები გარდიგარდმო ოდნავ გადიდებულია თანამგზავრი მიოკარდიტის გამო (იხ. ქვევით), გულის მწვერვალზე ისმის აშკარა სისტოლური შუილი, რომელიც მაჩვენებელია ორკარიანი სარქველის დაზიანებისა (რ ე ე მ ა ტ ი ზ მ უ ლ ი ვ ა ლ ე უ ლ ი ტ ი). რამდენიმე ხნის შემდეგ აორტის მოსასმენ ადგილზე აღინიშნება დიატოლური შუილიც, რაც აორტის სარქველების დაზიანების მომასწავებელია.

სისხლში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი (10—12 ათასი), მარცხნივ გადახრა და ე დ რ ძლიერი აჩქარება, ავადმყოფობა შესაძლებელია მიმდინარეობდეს მსუბუქად ან მძიმედ. მსუბუქ შემთხვევებში, დაახლოებით ერთი თვის ავადმყოფობის შემდეგ, ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას: სიცხე თანდათან იკლებს, ლეიკოციტოზი მცირდება, შეგრძნებები გულის მხრივ სუსტდება, მაგრამ ე დ რ კიდევ კარგა ხანს რჩება აჩქარებული და მაჯა გახშირებული. მცირეოდენი ფიზიკური დატვირთვა აუარესებს ავადმყოფის გულის მდგომარეობას—მაჯა ისევ ხშირდება და ავადმყოფი გრძნობს უსიამოვნო შეგრძნებებს გულის მხრივ.

უფრო მძიმე შემთხვევებში დაავადება გრძელდება რამდენიმე თვე. ანთებითი პროცესი, სარქველის გარდა, აზიანებს ვენური ხერხლის ენდოკარდიუმს, ვრცელდება სხვადასხვა სარქველზე, დაავადება რამდენჯერმე მწვაავდება.

ახალგაზრდებს, განსაკუთრებით კი ბავშვებს, უვითარდებათ უფრო ხშირად რევმატიზმული ენდოკარდიტის მძიმე ფორმები, რომლებიც რამდენიმეჯერ მწვაავდება და ავადმყოფს თვეობით, ზოგჯერ წელიწადზე მეტსაც აწვეს ლოჯინში.

ენდოკარდიტის განსაკუთრებულ და მძიმე ფორმას წარმოადგენს ქვემწვავე სეფსისური ენდოკარდიტი, ანუ ე. წ. ნ ე ლ ა მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ენდოკარდიტი (Endocarditis septica subacuta seu lenta).

ქვემწვავე სეფსისური ენდოკარდიტის შემთხვევათა 90%-ში გამოიწვევი არის მომწვანო სტრეპტოკოკი (*Streptococcus viridans*).

ინფექციის მიტანა ენდოკარდიუმში ხდება სისხლის ნაკადით ჩირქოვანი ნუშისებრი ჭირკვლებიდან, კარიესული კბილებიდან ან სხვა ჩირქოვანი კერებიდან.

სეფსისური ენდოკარდიტი შესაძლებელია განუვითარდეს ავადმყოფს, რომელსაც აქვს გულის მანკი წინათ გადატანილი რევმოენდოკარდიტის ნიადაგზე. მაგრამ შესაძლოა სეფსისური ენდოკარდიტი ისეთ ავადმყოფსაც განუვითარდეს, რომელიც მანამდე გულით არც ყოფილა ავად.

პირველ შემთხვევაში ადგილი ექნება გულის მანკის მოვლენებს, ამის გარდა, ავადმყოფს აქვს სიცხე, 37,5—38,5°-მდე, ზოგჯერ მეტიც, შემცივნება, საერთო სისუსტე, ტყვივლები სახსრებში.

თუ ავადმყოფს წინათ გადატანილ რევმატიზმის ნიადაგზე გულის მხრივ მოვლენები არ ჰქონდა, ქვემოთავე სეფსისური ენდოკარდიტით დაავადების პირველ ხანებში გულის მხრივ რაიმე მოვლენები ჯერ კიდევ არ ემჩნევა. სიცხის მიზეზის გამოარკვევა კარგა ხანს არ ხერხდება. ავადმყოფი ხდება, სუსტდება, ფერს კარგავს, ფერმკრთალობასთან ერთად კანი თავისებურ მოყვითალო ელფერს იღებს. ობიექტური გასინჯვით აღინიშნება გახშირებული პულსი 110—120 წუთში, თითების უკანასკნელი ფალანგები შემსხვილებულია.

ავადმყოფობას სეფსისური დაავადების ხასიათი აქვს. სიცხე პირველ ხანებში სუბფებრულია, შემდეგში მატულობს და ხანგანელებითი ტიპისა ხდება, ზოგჯერ ჰექტიკური. სისხლში აღინიშნება ძლიერი ჰიპოკრომიული ტიპის ანემიის მოვლენები, ლეიკოციტების რაოდენობა ხშირად დაკლებულია, მომატებულია ნეიტროფილების რაოდენობა, ე დ რ ძალზე აჩქარებულია 50—70 მილიმეტრამდე ერთ საათში.

რამდენიმე ხნის ავადმყოფობის შემდეგ გულის გასინჯვის დროს შეიძლება აღინიშნოს სისტოლური შუილი, რომელიც აღნიშნული საერთო მოვლენების ფონზე, უკვე ეპეს ბადებს შესაძლებელი ენდოკარდიტის შესახებ.

ეს შუილი პირველ ხანებში ცვალებადია, შემდეგში უკვე მუდმივი ხასიათისა ხდება. სისტოლური შუილის გარდა, ავადმყოფობის თანდათანობით განვითარებასთან ერთად, აღინიშნება დიასტოლური შუილიც გულის მწვერვალზე ან აორტაზე. ეს შუილი უკვე ადასტურებს ენდოკარდიტის არსებობას.

ამ დროს ავადმყოფს უკვე სხვა ორგანოების მხრივაც უვითარდება ცვლილებები: ელენთა გადიდებაა და კიდევ მატულობს, შარდში ავადმყოფს გამოაჩნდება ცილა და ერითროციტები ე. წ. კეროვანი ნეფრიტის განვითარების გამო.

სისხლის ძარღვების დაზიანების გამო კანში ვითარდება პეტეჩიალური სისხლჩაქცევები. თუ ავადმყოფს მხარზე ლახტს გადაუქვერთ, წინამხრის ნებათ ზედაპირზე მას გამოაჩნდება წინწყლოვანი სასხლჩაქცევები (კონჩალოვსკის სიმპტომი).

სარქველების ქსოვილის ნეკროზის შედეგად მოწყვეტილი ქსოვილის ნაწილაკები ემბოლის მიზეზი ხდება, რაც სეფსისური ენდოკარდიტისათვის უფრო დამახასიათებელია, ვიდრე სხვა ფორმების ენდოკარდიტისათვის. ემბოლი დააცობს თავის ტვინის ან ელენთის, ფილტვების, თირკმლების, ღვიძლის წვრილ არტერიებს. ემბოლიის განვითარება დიდ ხიფათში აყენებს ავადმყოფს.

ტვინის სისხლის ძარღვის შემთხვევაში ავადმყოფი შესაძლებელია უეცრივ დაიღუბოს ან დამბლის მოვლენები განუვითარდეს ცნობიერების დაკარგვით. ფილტვში ემბოლია გამოიწვევს ე. წ. ინფარქტის განვითარებას, ავადმყოფს აწყუბინებს სისხლით ზველას, ის გრძნობს ძლიერ ტვილელებს გვერდში.

ქვემოთავე სეფსისური ენდოკარდიტი ხანგრძლივი მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება და აღნიშნული გართულებების გარდა, შესაძლებელია გამოიწვიოს გულის მუშაობის მოშლის (დეკომპენსაციის) მოვლენები: შეგუბება ღვიძლში, ძლიერი ქოშინი, გულის საზღვრების გაფართოება, პულსის ძლიერი გახშირება და სხვ.

ავადმყოფობა გრძელდება 1—1½ წელი, ზოგჯერ მეტიც და უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება ზოგადი დაუძლურების, ინტოქსიკაციის ან ერთი ზემოხსენებული გართულების შედეგად.

დიაგნოზი. ენდოკარდიტის ამოცნობა საერთოდ არ არის ადვილი. განსაკუთრებულ სიმძნელეს წარმოადგენს ქვემწვავე სეფსისური ენდოკარდიტის ამოცნობა.

მწვავე რევმატიზმის ენდოკარდიტით გართულების ამოცნობა ავადმყოფობის პირველი თვის განმავლობაში თითქმის შეუძლებელია, ვინაიდან ენდოკარდიტისათვის დამახასიათებელი ძირითადი სიმპტომები: მაჯის გახშირება, შეგრძნებები გულის მხრივ, სისტოლური შუილი და სხვ., დაავადების პირველ თვეში რევმატიზმული მოკარდიტის შედეგია, რომელიც გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე ენდოკარდიტი.

დაავადების მოგვიანებით პერიოდში განვითარებული სისტოლური შუილი უფრო ენდოკარდიტზე მიუთითებს. დიასტოლური შუილი დაბეჭდვით ლამაზად ენდოკარდიტის-სასაბტებლოდ თუ ავადმყოფს წინააღმდეგობა ენდოკარდიტის ნიადაგზე განვითარებული მანკი აქვს და მას ენდოკარდიტი ხელახლა გაუმწვაველად—ე. წ. შ ე ბ რ უ ნ ე ბ ი თ ი ე ნ დ ო კ ა რ დ ი ტ ი (Endocarditis recurrens), მაშინ დიაგნოზი ადვილდება.

სეფსისური ენდოკარდიტის დიაგნოზი ეწყობა ავადმყოფობის ხანგრძლივ სეფსისურ მიმდინარეობას, ცვლილებებს გულის მხრივ, სისხლის ცვლილებებს (ე დ რ ძლიერი აჩქარება, ანემია, მარცხნივ გადახრა), კეროვანი ნეფრიტის არსებობას, ემბოლიის მოვლენებს, თითების დოლის ქოხისებრივ შემსხვილებას, ელენთის გადიდებას, კონჩალოვსკის სიმპტომს.

სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა არ გვაძლევს საიმედო შედეგს. ნართალია, აკად. ნ. დ. სტრაჟესკოს დაკვირვებით, სეფსისური ენდოკარდიტის შემთხვევათა 60% -ში შესაძლებელია სისხლიდან მომწვანო სტრეპტოკოკის კულტურის მიღება, მაგრამ სხვების დაკვირვებით, ეს % ნაკლებია.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. როგორ ენდოკარდიტთანაც არ უნდა გვექონდეს საქმე; საჭიროა გვასხოვდეს, რომ ავადმყოფის მდგომარეობა ყოველთვის სერიოზულ-ლია, პროგნოზი კი გამოურკვეველი. რევმატიზმული ენდოკარდიტის მხოლოდ მსუბუქი ფორმები შეიძლება დამთავრდეს ავადმყოფის განკურნებით, ამასთან შესაძლებელია მსუბუქმა რევმატიზმულმა ენდოკარდიტმა ავადმყოფს გულის მანკი დაუტოვოს, სეფსისური ენდოკარდიტი კი ხშირად მთავრდება ავადმყოფის სიკვდილით.

მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა და პ რ ო თ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა ენდოკარდიტით ავადმყოფი უნდა იწვეს ლოჯინში. ავადმყოფს წამოდგომა ლოჯინიდან, თუნდაც მოკლე ხნით, ყოველად დაუსვებელია; მწვავე მოვლენების დროს ეს მით უფრო საჭიროა. ის უნდა იღებდეს ნოციერ, ადვილად მოსანელებელ, ვიტამინებით მდიდარ საკვებს

თუ ავადმყოფს აქვს გულის ფრიალი, უსიამოვნო შეგრძნებები გულის არე-ში, საჭიროა მას მიეცეს გულის მუშაობის მოწესრიგების მიზნით ვალერიანის, ბრომის პრეპარატები (იხ. რეკეტები) და გულის არეში ყინულის პარკი დაედოს. საჭიროა თვალყური ვადევნოთ ექვ-ნაწლავის წესიერ მუშაობას.

რევმატიზმული ენდოკარდიტის მკურნალობაში ძირითად საშუალებას სალიცილის ნატრიუმის წარმოადგენს (იხ. რევმატიზმი).

სეფსისური ენდოკარდიტის საწინააღმდეგოდ დღემდე მოწოდებული ყველა საშუალება (კოლარგოლი, არგოფლაგინი, უროტროპინი) უშედეგოდ აღმოჩნდა. სულფამიდური პრეპარატებიც შედეგს არ იძლევა. ამჟამად ყველაზე ეფექტურ საშუალებად ითვლება ანტიბიოტიკები (პენიცილინი და სტრეპტომიცინი).

საჭიროა პენიცილინით ხანგრძლივი მკურნალობა (100—200 ათასი ერთეული ყოველ 3 საათში) რამდენიმე ასეული მილიონი ერთეულის რაოდენობით. ზოგ შემთხვევაში, სადაც პენიცილინი სასურველ შედეგს არ იძლევა, შეიძლება ვცადოთ სტრეპტომიცინით მკურნალობა.

პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა რეემატიზმთან ბრძოლა და ჩირქოვანი კერების მოსპობა (ნუშისებრი ჩირკვლების, კარიესული კბილების მკურნალობა და სხვ.).

Rp. Jnf. r. Valerianae 8,0—180,0  
Natrii bromati  
Aq. laurocer. № 6,0  
MCS. თითო სუფრის კოვზი  
დღეში 3-ჯერ

Rp. Penicillini in ampul. N 10  
DS. ყოველ სამ საათში  
100 ათასი ერთეული კუნთებში  
შესაშხაპუნებლად

Rp. Streptomycini in ampul. N 10  
DS. ყოველ 12 საათში 500 ათასი ერთეული კუნთებში შესაშხაპუნებლად.

### გულის მანკი (Vitium cordis)

გულის მანკი ხშირია. სექციური მასალის მიხედვით შემთხვევათა 3,5—8%—მდე ამ დაავადებაზე მოდის. ასე მაგალითად, ანიჩკოვით, გულის მანკის სიხშირე 5,5% უდრის, დავიდოვსკით—5,6%. სხვა ავტორები კიდევ უფრო მეტ პროცენტს იძლევიან. გულის მანკის ყველაზე უფრო ხშირ ფორმას წარმოადგენს მიტრალური სარქველის ნაკლოვანება და მარცხენა ვენური ხერელის სტენოზი, შემდეგ აორტის სარქველების მანკი; გაცილებით უფრო იშვიათია სამკარბანო სარქველის, ფილტვის არტერიის სარქველის და სათანადო ვენური ხერელების მანკები.

ორკარიანი სარქველის, აორტის სარქველების და მათი ვენური ხერელების მანკს უწოდებენ მარცხენა გულის მანკს, ხოლო მარჯვენა წინაგულის და პარკუჭის მანკს კი—მარჯვენა გულის მანკს.

ზევით უკვე იყო განმარტებული (იხ. ენდოკარდიტი), თუ რაში მდგომარეობს „გულის მანკი“, რა არის სარქველის ნაკლოვანება და ვენური ხერელის შევიწროება ანუ სტენოზი.

აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ „გულის მანკი“ არ განისაზღვრება მარტო-მარტო სარქველის ან ვენური ხერელის ცვლილებებით. რადგან გულის მანკის დროს ადგილი აქვს ცვლილებებს მთელ გულში, შემდეგში კი სისხლძარღვთა სისტემაში და სხვა შინაგან ორგანოებში, „გულის მანკის“ ცნება რამდენადმე მითითებულია, მაგრამ ეს ტერმინი ძველთაგანვე შემონახულია და იხმარება გულის სარქველოვანი აპარატის დაზიანების აღსანიშნავად.

ეტ იო ლო გ ი ა გულის მანკებისა ნაწილობრივ უკვე იყო განხილული (იხ. რეემატიზმი და ენდოკარდიტი). უნდა ითქვას, რომ ყველაზე ხშირ მიზეზს ენდოკარდიტი წარმოადგენს. ენდოკარდიტის გამომწვევი ყველაზე ხშირი მიზეზი, როგორც ვიცით, რეემატიზმია.



გულის მანკის მიზეზი შემთხვევათა 50—80%—ში სხვადასხვა მკვლევარების აზრით, რევმატიზმია, 10%—სიფილისი, ხოლო 5—10%—ში შესაძლოა მისი მიზეზი იყოს სკლეროზული ცვლილებები.

მაშასადამე, გულის მანკს საფუძვლად ინფექცია უძევს.

ენდოკარდიუმში ინფექციით გამოწვეული ცვლილებები, განვითარებულ ადამიანის სიცოცხლის ამა თუ იმ პერიოდში, იწვევს გულის შეშუპვლას.

ორსულობის პერიოდში ინფექციამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ნაყოფის ენდოკარდიტი, რასაც მოჰყვება თანდაყოლილი მანკის განვითარება უკანასკნელი შესაძლოა იყოს გულის არა სწორი განვითარების შედეგი.

გულის სარქველის ნაკლოვანებასთან ერთად თუ ავადმყოფს აქვს სათანადო ვენური ზერელის სტენოზი, ან რამდენიმე მანკი ერთსა და იმავე დროს, მაშინ ლაპარაკობენ გულის რთულ ან შერეულ, ან უკომბინირებულ მანკზე.

გულის თითოეული მანკი იწვევს მისთვის დამახასიათებელ ცვლილებებს, რაც თავისებური კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება. ამიტომ გულის სხვადასხვა მანკის ერთიმეორისაგან გასარჩევად საჭიროა ისინი ცალ-ცალკე განვიხილოთ.

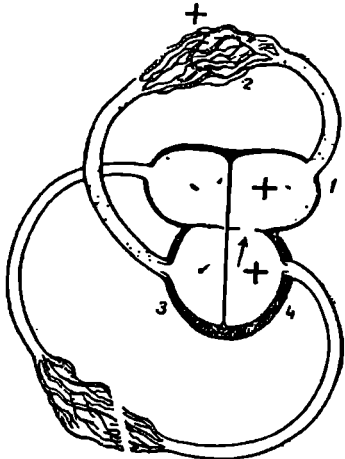
### ორკარიანი ხაჩვლის ნაკლოვანება (Insufficiencia valvulae bicuspidalis seu mitralis)

ორკარიანი სარქველის ენდოკარდიტული, უფრო იშვიათად, სხვა მიზეზით გამოწვეული დაზიანების დროს სარქველი მკიდროდ ვეღარ ზურავს მარცხენა ატრიო-ვენტრიკულარულ ზერელს. ამის შედეგად სისხლის ნაწილი მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვის დროს არა მკიდროდ დახურული ზერელით უკანვე ბრუნდება მარცხენა წინაგულში და მარცხენა წინაგული ზედმეტად ივსება სისხლით. მარცხენა წინაგულის კედელი ღარიბია კუნთოვანი ბოქვებით, ამიტომ მარცხენა წინაგულის კედელი მალე დუნდება და განიერდება. მარცხენა წინაგულის ზედმეტი სისხლსავსეობის გამო სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ზდება. სისხლის შეგუბება, რაც მარჯვენა პარკუჭს ზედმეტად ტვირთავს და იწვევს მისი კედლის ჰიპერტროფიას და დილატაციას.

დროთა განმავლობაში მარჯვენა პარკუჭშიაც ვითარდება სისხლის შეგუბება, რაც თავის მხრივ იწვევს მარჯვენა პარკუჭის დასუსტების გამო შეგუბებითი მოვლენების განვითარებას მარჯვენა წინაგულში და აქედან სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში, ლეიქსა და თირკმლებში.

გაგანიერებული მარცხენა წინაგული ცდილობს მასში დაგროვილი სისხლი, როგორც ფილტვებიდან შემოსული, ისე მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებას გამო მარცხენა პარკუჭიდან უკან-დაბრუნებულად გადენოს. მარცხენა პარკუჭში. ამრიგად, მარცხენა პარკუჭის ყოველი დამატონი დროს, მარცხენა პარკუჭში გადადის ნორმალურზე მეტი რაოდენობა სისხლისა, რაც თავის მხრივ იწვევს მარცხენა პარკუჭის გაგანიერებას. მარცხენა პარკუჭის კედელს აქვს მეტად მძლავრი კუნთოვანი შრე, ამიტომ ის მთელ თავის ძალაონეს იხმარს და სისხლის ამ ჭარბ რაოდენობას ერეკება გულიდან აორტაში. ასეთი გადაჭარბებული მუშაობის შედეგად მარცხენა პარკუჭის კედელი... ჰიპერტროფიას განიცდის (სურ. 109).

კლინიკური ნიშნები. ავადმყოფები ორკარიანძ სარქველის ნაკლოვანების დროს, თუ სისხლის მიმოქცევა მოშლილი არ არის, ბევრს არაფერს უჩივიან; დაღლილობის, ჩქარი მოძრაობის და მღელვარების დროს დროგამოშვებით ისინი გრძნობენ გულისცემას და ოდნავ ქოშინს. სუფთა მიტრალური ნაკლოვანებით ავადმყოფები დიდი ხნის განმავლობაში ვერც კი გრძნობენ თავიანთ ავადმყოფობას, ეწვეიან სპორტულ ვარჯიშს, მძიმე ფიზიკურ მუშაობას, ავად-



სურ. 109.

სისხლის მიმოქცევის სქემა მიტრალური სარქველის ნაკლოვანების დროს.

1. მარცხენა წინაგულის ვაგანიერები;
2. შეგუბება სისხლ. მიმოქც. მცირე წრეში;
3. მარჯვენა პარკულის პიპერტოფია;
4. მარცხენა პარკულის პიპერტოფია.

მყოფ ქალებს შეუძლიათ ორსულობა და მშობიარობა. თუ მათ განუვითარდათ სისხლის მიმოქცევის მოშლა (იხ. დეკომპენსაცია), მხოლოდ მაშინ მიაქცევენ ყურადღებას თავიანთ გულს.

ავადმყოფის ობიექტური გამოკვლევის დროს მთავარი სიმპტომები აღინიშნება გულის მხრივ. გულის საზღვარები გადიდებულია ზვედით, მარჯვნივ და მარცხნივ. გულის საძვარი გაძლიერებულია, ხშირად გადაწეულია მარცხნივ. გულის მოხაზულობის (კონფიგურაციის) გამორკვევისას აღინიშნება ფილტვის არტერიის გაფართოების გამო გულის ტალიის გამოდრეკა, ე. ი. იმ კუთხისა, რომელსაც ქმნის მსხვილ სისხლძარღვთა ჯგუფი და მარცხენა პარკუტი. ამრიგად, გული იღებს ე. წ. „მიტრალურ კონფიგურაციას“.

გულის აუსკულტაციის დროს მწვერვალზე ისმის სისტოლური შუილი, რომელიც ზოგჯერ უფრო ძლიერია არა მწვერვალზე, არამედ ცოტა ზევით მარცხენა წინაგულისაკენ, ფილტვის არტერიაზე II ტონი გაძლიერებულია, აქცენტიანი; მწვერვალზე I ტონი შესუსტებულია ან სულ არ ისმის.

ტულსი, თუ მანკი კომპენსაციის მდგომარეობაშია, ცვლილებას არ განიცდის. სისხლის წნევა — ნორმალურია.

რენტგენით გამოკვლევის დროს აღინიშნება „მიტრალური კონფიგურაცია“. მარცხენა პარკუტს მომრგვალებული მოყვანილობა აქვს, II რკალი (Conus arteriae pulmonalis) გამოდრეკილია.

უმეტეს შემთხვევაში ელექტროკარდიოგრამაზე რაიმე გადახრა არ აღინიშნება, მაგრამ ზოგჯერ S კბილი მეორე და მესამე განხრაში კარგად არის გამოხატული.

დიაგნოზი. მიტრალური სარქველის ნაკლოვანების დიაგნოზი ხშირად ძნელდება. საჭიროა გვანსოვდეს, რომ სისტოლური შუილი გულის მწვერვალზე შესაძლოა გამოწვეული იყოს გულის კუნთის დაავადებით — კუნთის მოღუნებით. მარცხენა ვენური ხერხელის ვაგანიერებით, ამის შედეგად მიტრალური სარქველის ე. წ. შედარებითი ნაკლოვანებით.

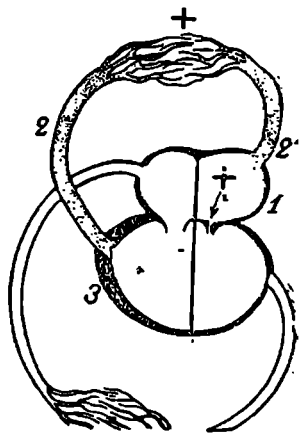
ხშირად მოზარდებს მწვერვალზე აღენიშნებათ სისტოლური შუილი, რომელიც ცვალებადია, ხან ისმის, ხან არა. ამ გარემოებათა გათვალისწინება ყოველთვის საჭიროა, რომ სწორედ ამოვიცნოთ დაავადება. თუ ახამანეში არის რევმატიზმი ან ხშირი ანგინა, თუ გულის სახლეკები შეეცვლილია, გულს აქვს მიტრალური კონფიგურაცია, სისტოლურ შუილთან ერთად აღენიშნება ფილტვის არტერიის II ტონის აქცენტი, მაშინ შეიძლება ითქვას, რომ საქმე გვაქვს მიტრალური სარქველის ორგანულ ნაკლოვანებასთან. მარტომდმარტო სისტოლური შუილის მიხედვით მანკის დიაგნოზის დასამაარქნება დასაბუთებული, ვინაიდან, როგორც დავინახებთ, ზოგჯერ სისტოლური შუილი შესაძლოა ფუნქციონალური ხასიათისა იყოს.

10 მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი (Stenosis ostii venosi sinistri)

მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი დამოუკიდებლად იშვიათად გვხვდება, უფრო ხშირად ის მიტრალურ ნაკლოვანებას სდევს თან. ისე, როგორც მიტრალური ნაკლოვანება, მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზიც უფრო ხშირად რევმატიზმის ნიადაგზე ვითარდება.

მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი უფრო მძიმე მანკია, ვიდრე მიტრალური სარქველის ნაკლოვანება, ვინაიდან ის სისხლის მიმოქცევის მძიმე მოშლას იწვევს. მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი პათოგენეზურად დაკავშირებულია მიტრალურ ნაკლოვანებასთან; ჯერ ვითარდება სარქველის ნაკლოვანება, შემდეგ კი ენდოკარდიული პროცესის გავრცელებით ვენური ხვრელის ნაპირებზე და სარქველის ფურცლების შეზრდის გამო ხვრელის კიდეებთან, ვენური ხვრელი შევიწროებას განიცდის.

ვენური ხვრელის შევიწროების შედეგად, მარცხენა წინაგულიდან მარცხენა პარკუჭში სისხლი თავისუფლად ვეღარ გადის და იქ სისხლის ნორმალურზე ნაკლები რაოდენობა ხვდება. ამის გამო მარცხენა წინაგულში რჩება სისხლის ნაწილი, რომელსაც ფილტვების ვენებიდან ემატება სისხლის გარკვეული რაოდენობა. მარცხენა წინაგული გადაჭარბებით ივსება სისხლით, ის განიერდება, სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში ვითარდება შეგუბება, რაც თავის მხრივ იწვევს მარჯვენა პარკუჭის გადატვირთვას, მის გადაჭარბებით მუშაობას და ამის შედეგად კი პარკუჭის კედლის ჰიპერტროფიას. დროთა განმავლობაში მარჯვენა პარკუჭის კედელი სუსტდება, დუნე ხდება, და პარკუჭის ღრუ განიერდება (დილატაცია); ამას კი მოსდევს შეგუბების განვითარება მარჯვენა პარ-



სურ. 110.  
სისხლის მიმოქცევის სქემა მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზის დროს.  
1) მარცხენა წინაგულის გაგანიერება; 2) შეგუბება მცირე წრეში; 3) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და გაგანიერება.

კუჭში, სამკარიანი სარქელის შედარებითი ნაკლოვანება (მარჯვენა ვენური ხერე-  
ლის რგოლის გაგანიერების გამო), მარჯვენა წინაგულში სისხლის შეგუბება  
და შეგუბებითი მოვლენების განვითარება სისხლის მიმოქცევის ღიდ წრეში—  
ღვიძლში, ელენთაში, თირკმლებში (სურ. 110).

ამ ცვლილებებთან დაკავშირებით მარცხენა პარკუჭი ხშირად დაპატარავე-  
ბულია, ხოლო მარცხენა წინაგულად გადიდებული, მარჯვენა პარკუჭიც გაგანი-  
ერებული და ჰიპერტროფიულია.

კლინიკური ნიშნები. მარცხენა ვენური ხერელის შევიწროების  
დროს ავადმყოფებს უფრო ადრე ეწყებათ ჩივილები გულის მხრივ, ვიდრე მიტ-  
რალური ნაკლოვანების დროს. შეგუბებითი მოვლენები სისხლის მიმოქცევის  
წრეში, რომელიც ადრე ვითარდება, მთელ რიგ მოვლენებს იწვევს.

ავადმყოფებს აქვთ ქაშინი-მცირეოდენი დატვირთვის დროსაც კი, ახვე-  
ლებთ, ნახველს ხშირად სისხლი ამოჰყვება, რაც ექვს ზადებს ფილტვის ტუბერ-  
კულოზის შესახებ. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები ფილტვის ტუ-  
ბერკულოზის დიაგნოზით მკურნალობენ ხოლმე, სინამდვილეში სისხლით ხვე-  
ლის მიზეზი გულის მანკია.

ავადმყოფებს ადრე უვითარდებათ ციანოზი, ზოგჯერ აქვთ თავის ტკივილი-  
ტკივნი სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო. ამ შანკის დროს არაიშვიათია ტკივი-  
ლებიც გულის არემი-ობიექტური გასინჯვის დროს ენახულობთ—ავადმყოფი  
ფერმკრალაია, ემჩნევა მკაფიოდ გამოხატული ციანოზი, ლოყებზე, ტუჩებზე,  
კუბრის ნიჟარაზე. ხშირად თითები დოლის ქონებისებურად აქვთ შემსხვილებუ-  
ლი.

გულის საძგერი გაფანტულია, ხელით გასინჯვით საძგერის მიდამოში  
აღინიშნება თავისებური მოვლენა, რომელსაც კლატის კარუტ უნეს ეძახიან;  
ის გამოწვეულია დიასტოლას ფაზაში მარცხენა ვენურ ხერელში გამავალი სისხ-  
ლის ჩუხჩუხით და ძალზე ემსგავრება კატის კრუტუნს. მარჯვენა პარკუჭის ძლი-  
ერი ჰიპერტროფიის გამო აშკარად აღინიშნება ეპიკარდიული პულსაცია.

გულის საზღვრები გადიდებულია, უმთავრესად ზევით და მარჯვნივ, გუ-  
ლის ტალღა გადსწორებულია.

გულის მოსმენით აღინიშნება პრესისტოლოური ან დიასტოლუ-  
რი მუჟღღ მწვერვალზე, ან ცოტა ზევით; ფილტვის არტერიის II ტონი-აქ-  
ცენტრანია და ხშირად გაორებულია. გულის მწვერვალზე I ტონი გაძლიერებუ-  
ლია, აქვს ტკაცუნა ხასიათი.

პულსი ოდნავ გახშირებულია, სუსტი ავსებისაა (pulsus parvus), მარ-  
ცხენა პარკუჭის სისხლით არასაკმარისი ავსების გამო.

სისხლის წნევა მცირეოდნად დაქვეითებულია.

ელექტროკარდიოგრაფია აღინიშნება P კბილის გადიდება, ზოგ-  
ჯერ ის 2 ფაზიანია. I განზრახში R კბილი პატარაა, S კბილი კარგად არის გამოხა-  
ტული, II და III განზრახში R კბილი მალაია. რეტგენოსკოპიის  
დროს აღსანიშნავია გულის მიტრალური კონფიგურაცია, გულის უკანა სივრცის  
შევიწროება, II და III რკალის გამოდრეკა, მარცხენა წინაგულისა და მარჯვენა  
პარკუჭის გადიდება, ფილტვებში შეგუბებითი მოვლენები.

მარცხენა ვენური ხერელის სტენოზის დროს ხშირად აქვს ადგილი რითმის  
დარღვევას. მარცხენა წინაგულის ძლიერი გადატვირთვის გამო ხშირად წარმო-  
იშვება ექსტრასისტოლები. გულის მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად  
შესაძლოა განვითარდეს პაროქსიზმული ტაქიკარდიის მოვლენებიც. ამ მანკს

ხშირად სდევს თან ე. წ. მოციმციმე არითმია (arythmia perpetua)-რომელიც მარცხენა წინაგულის ფუნქციის გაუარესების მაჩვენებელია; პირველ ხანებში ის შეტევების სახით ვითარდება, შემდეგ კი თანდათან მუდმივ ხასიათს იღებს, მეტად არღვევს გულის კუნთის ნორმალურ კვებას და მის ფუნქციას (იხ. არითმიები).

დი ა გ ნ ზ ი. მარცხენა ვენური ზერელის სტენოზის დიაგნოზი არანაკლებ ძნელია, ვიდრე მიტრალური ნაკლოვანებისა. მცირე ავსების პულსი ხშირად არითმული (მოციმციმე არითმიის ტიპის), პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შეტევები, დამახასიათებელი ციანოზი, გულის გაფანტული საძგერი. ეპიგასტრიული პულსაცია, „კატის კრუტუნა“, გულის მიტრალური კონფიგურაცია, პრესისტოლური ან დიასტოლური შუილი მწვერვალზე, ფილტვის მეორე ტონის აქცენტო და გაორება, ტკაცუნა I ტონი მწვერვალზე, ყველაფერი ეს იძლევა მანკის ამოცნობის საშუალებას. საეულისხმობა ის გარემოება, რომ ზოგჯერ მოციმციმე არითმიის დროს შუილი შესაძლოა ვერ გავიგონოთ, მაგრამ, დანარჩენი სიმპტომებიც საკმარისია დიაგნოზის დასასმელად. თუ ავადმყოფს ანამნეზში აქვს რევმატიზმი, ეს კიდევ უფრო სარწმუნოდ ხდის სტენოზის არსებობას, განმეორებით სისხლით ხველა აგრეთვე დამახასიათებელი სიმპტომია.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, მარცხენა ვენური ზერელის სტენოზი იზოლირებულად იშვიათად გვხვდება, ის უფრო ხშირად თან სდევს მიტრალურ ნაკლოვანებას, ამიტომ შესაძლოა სტენოზის სიმპტომებთან ერთად ნაკლოვანების მოვლენებიც იყოს.

უკანასკნელის სასარგებლოდ ლაპარაკობს მუდმივი ხასიათის აშკარა, მბერავი სისტოლური შუილი მწვერვალზე. მიტრალური ნაკლოვანების და სტენოზის დიაგნოზის დროს ხშირად საჭიროა იმის გადაწყვეტა, არის მხოლოდ მიტრალური ნაკლოვანება, თუ მხოლოდ სტენოზი, ან არის ერთიც და მეორეც. ე. ი. აქვს ავადმყოფს თუ არა შერეული მანკი. ამისათვის საჭიროა განვიხილოთ შერეული მანკის კლინიკური სურათიც.

### ორკამბიანი ხარკვლის ნაკლოვანება და მარცხენა ვენური ხარკვლის სტენოზი. მიტრალური ავადმყოფობა (Affectio mitralis)

უკვე აღნიშნული იყო, რომ მიტრალური ნაკლოვანება და მარცხენა ვენური ზერელის სტენოზი უფრო იშვიათად გვხვდება ცალ-ცალკე, ვიდრე მათი კომბინაცია. ამრიგად, ადვილი აქვს რთულ მიტრალურ მანკს, რომელიც მიტრალური ავადმყოფობის სახელით არის ცნობილი.

ზოგ შემთხვევაში ამ რთული მანკის არსებობის დროს ქარბობს ან სარკველის ნაკლოვანება, ან მაკცხენა ვენური ზერელის სტენოზის მოვლენები.

პირველ ხანებში უფრო აშკარად არის გამოხატული მიტრალურ-სარკველის ნაკლოვანება, შემდეგ კი გამოიხატება სტენოზის მოვლენებიც.

მიტრალური ავადმყოფობა წარმოადგენს მძიმე დაავადებას. მიტრალური სარკველის ნაკლოვანებას კიდევ უფრო ართულებს ვენური ზერელის სტენოზი.

დიაგნოზი ემყარება გულის საზღვრების გადიდებას, გულის მიტრალურ კონფიგურაციას, სისტოლურ შუილს მწვერვალზე, ტკაცუნა I ტონის იქვე, ფილტვის არტერიის II ტონის აქცენტს, დიასტოლურ შუილს მწვერვალზე და სხვა დამახასიათებელ სიმპტომებს, რაც ზევით იყო აღწერილი.

## 2 აორტის საჩქვლეზის ნაკლოვანება (Insufficiencia valvularum semilunarium aortae)

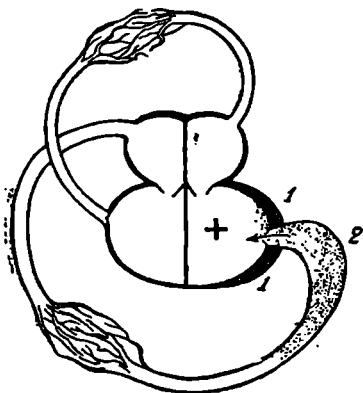
აორტის საჩქვლეზის ნაკლოვანება, ისე როგორც მიტრალური მანკი, გულის სხვა მანკებთან შედარებით, უფრო ხშირია. მას მეორე ადგილი უკავია სისხლის მხრივ მიტრალური მანკის შემდეგ. მაშინ, როდესაც მიტრალური მანკის უხშირეს მიზეზს რევმატიზმი წარმოადგენს, აორტული მანკი უფრო ხშირად ლუესის შედეგია, უფრო იშვიათად კი რევმატიზმისა. მოხუცებულებს ათეროსკლეროზის ნიადაგზე შეიძლება განუვითარდეს აორტის საჩქვლეზის ნაკლოვანება.

თუმცა ზოგი ავტორის აზრით შესაძლებელია ტრავმა გახდეს აორტის საჩქვლეზის მანკის მიზეზი, მაგრამ ასეთი შესაძლებლობა ფრიალ იშვიათია.

აორტის საჩქვლეზის ო რ გ ა ნ უ ლ ი ნაკლოვანების გარდა, რაც შედეგია ლუესის რევმატიზმის ან ათეროსკლეროზისა, შესაძლებელია განვითარდეს აორტის საჩქვლეზის ე. წ. შედარებითი ნაკლოვანება აორტის ანევრიზმის, აორტის ძლიერი ვაფართოების ან ჰიპერტონიული სნეულების დროს (იხ. ქვემოთ).

აორტის ხერელი განვირდება, საჩქვლეზი მას მკიდროდ ვეღარ ხურავს და ვითარდება ნაკლოვანება.

აორტის საჩქვლეზის ნაკლოვანების გამო დისტალურ სისხლის ნაწილი, აორტაში არსებული წნევის შედეგად, უკანვე ბრუნდება მარცხენა პარკუჭში; პარკუჭი, რომელშიაც ამ დროს მარცხენა წინაგულიდანაც ჩადის სისხლი, იღებს სისხლს. ზომიერ პეტი რაოდენობით და ამის შედეგად გაგანიერებას განიცდის. სისტოლის დროს მარცხენა პარკუჭს გადაჭარბებული მუშაობა უხდება. ამ სისხლის გასადენად აორტაში, ვიტომ მისი კედელი სქელდება — ჰიპერტროფიას განიცდის. გაგანიერების და ჰიპერტროფიის შედეგად მარცხენა პარკუჭი დიდდება (სურ. 111). მარცხენა პარკუჭის გაგანიერების და მისი კედლის გაჭიმვის გამო, ზოგჯერ განვირდება მარცხენა ვენური ხერელის რგოლი, ვითარდება ორკარიანი საჩქვლეზის შედარებითი ნაკლოვანება და, როგორც ამბობენ, აორტული მანკის მიტრალური ნაკლია.



სურ. 111. სისხლის მიმოქცევის სქემა აორტის საჩქვლეზის ნაკლოვანების დროს.

- 1 — მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და დილატაცია;
- 2 — აორტის რგოლის გაგანიერება.

ასეთ შემთხვევაში აორტის საჩქვლეზის ნაკლოვანების კლინიკურ მოვლენებს ემატება მიტრალური ნაკლოვანების კლინიკური ნიშნებიც.

კლინიკური ნიშნები. აორტის სარქველების ნაკლოვანებით ავად-  
მყოფები ღიღხანს არაფერს უჩივიან. მიტრალური ნაკლოვანება, მით უმეტეს  
„მიტრალური ავადმყოფობა“ პირველ ხანებში გაცილებით მეტ სუბიექტურ ჩი-  
ვილებს იძლევა, ვიდრე აორტის საბჭელის ნაკლოვანება.

ავადმყოფებს დროგამოშვებით აწუხებთ თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი,  
გულისცემა.

ავადმყოფის დათვალიერებით აღინიშნება მთელი რიგი, ამ მანკისთვის  
დამახასიათებელი მოვლენები. ავადმყოფი ფერმკრთალეა, კისრის მიდამოში  
მას ემჩნევა საძილე არტერიების პულსაცია, რომელიც ზოგჯერ იმდენად ძლი-  
ერია, რომ ავადმყოფის თავი, გულის უწყველი სისტოლის დროს შერბევას განიც-  
დის (ე. წ. მიუსეს სიმპტომი). ასეთივე პულსაციას იძლევა სხვა სისხლის ძარ-  
ღებიც (art. temporalis, brachialis, dorsalis pedis).

პულსი აორტის სარქველების ნაკლოვანების დროს დამახასიათებელ ცვლ-  
ოლებებს განიცდის. პულსი განზირებულია (pulsus frequens), სწრაფია (p. celer)  
და მაღალი (p. altus). სისხლის ძარღვების პულსაცია გადაეცემა კაპილარებ-  
საც, ამის შედეგად ვითარდება კაპილარების გაძლიერებული პულსაცია, რაც  
ე. წ. კაპილარულ პულსს იძლევა (ე. წ. კენკეს სიმპტომი), რომელიც აშ-  
კარგად ემჩნევა ლორწოვან გარსებზე და ფრჩხილებზე, მორიგეობით გაწითლე-  
ბა-გაფითრების სახით.

სისხლის არტერიული წნევა აორტის სარქველების ნაკლოვანების დროს და-  
მახასიათებელ ცვლილებებს განიცდის. მაქსიმალური წნევა მომატებულია, მი-  
ნიმალური კი ძალზე დაქვეითებულია, ზოგჯერ 0-მდე აღწევს, ამის შედეგად  
საპულსო წნევა დიდი.

გულის მიდამოს დათვალიერების დროს ემჩნევა ძლიერი პულსაცია, რაც  
გულ-მკერდის სისტოლურ შეტეხვას იძლევა. ზოგჯერ გულის მიდამო გამოზნე-  
ქილია (გულისკუბი), გულის საძვარი ამწევი, გაფანტული, გადანაცვლებუ-  
ლია მარცხნივ და ქვევით, მდრ და ზოგჯერ მე-7 ნეკნთაშუა არეში.

პერკუსიით გულის მარცხენა საზღვარი მეტად გადიდებულია და ხშირად  
აღლის წინა ან შუა ხაზს აღწევს.

გულის მოსმენით აღინიშნება აორტის მოსასმენ ადგილზე მბერავი  
დდასტოლურად შეიძლება, რომელიც სხვა სარქველებს მოსასმენ ადგილებ-  
ზედაც ტარდება. ამ შუილის გავონება უფრო კარგად შეიძლება მარჯვენა II  
ნეკნის მეკრდის ძეაღთან შეერთვის ადგილას. შუილი გრძელია, მუსიკალური,  
დასაწყისში უფრო ძლიერია, სისტოლის დასასრულისათვის კი თანდათან სუს-  
ტდება. ამ შუილთან ერთად შესაძლოა ზოგჯერ მოკლე სისტოლური შუილიც  
გავეგონებო, რაც მაჩვენებელია აორტის ხვრელის სტენოზის განვითარებისა.  
ტონები ამ მანკის დროს არ არის მაინცდამაინც შეცვლილი. ზოგჯერ შეიძლება  
I ტონი შესუსტებული იყოს. ხანდახან შესაძლებელია II ტონიც.

სისხლის მიღების (მაგ., ბარძაყის არტერიის) მოსმენისას ამ მანკის დროს  
გავიგონებთ ორ ტონს (ტრაუბეს ორმაგი ტონი), ხოლო თუ სტეტოსკოპით  
დავაწევებით მილს, ნაცვლად ერთი შუილისა, რომელიც ნორმალურადაც ისმის,  
მოვისმენთ ორმაგ შუილს (დიუროზიეს ორმაგი შუილი).

უნდა ითქვას, რომ ეს ორი სიმპტომი ყოველთვის არ აღინიშნება

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება მარცხენა პარკუჭის ძლიერი გადიდება,  
გულის „აორტული კონფიგურაცია“ და გულის ჩრდილი თავისი მოყვანილობით  
დამყდარ იხვს ემსგავსება.

ელექტროკარდიოგრაფზე აღინიშნება მარცხენაგრაფა და R—T ინტერვალის გადიდება.

დი ა ვ ნ ო ზ ი. აორტის სარქველების ნაკლოვანების დიაგნოზი, ვინაიდან მას ბევრი დამახასიათებელი სიმპტომი აქვს, არ არის ძნელი. თუ ზოგი ე. წ. პერიფერიული სიმპტომი (კაპილარული პულსი, დიუროზიეს ორმაგი შუილი, ტრახტებს ორმაგი ტონი) არ აღინიშნება, დიაგნოზი უნდა ემყარებოდეს დამახასიათებელ დიაგნოსტიკურ სიმპტომებს, გულის აორტულ კონფიგურაციას, სწრაფ პულსს და სისხლის წნევის დამახასიათებელ ცვლილებას.

რადგანაც აორტის სარქველების ნაკლოვანება შესაძლოა რევმატიზმის გარდა გამოწვეული იყოს ლუესით და ათეროსკლეროზით, ამას კი პროგნოზისათვის და მკურნალობისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს, საჭიროა ამ მანკის ეტიოლოგიის გამორკვევა.

ამ საქმეში დახმარებას გვიწევს ანამნეზი და სისხლის გამოკვლევა ვასერმანის რეაქციაზე. ეტიოლოგიური დიაგნოზის დადგენის დროს შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ შემდეგით: თუ აორტის მანკი ახალგაზრდა პირს აქვს, ის უფრო რევმატიზმის შედეგია, თუ შუა ხნის ავადმყოფს—ეს უფრო ლუესურ ეტიოლოგიაზე ლაპარაკობს, მოზუცებულებს აორტის სარქველების ნაკლოვანება უფრო ხშირად სკლეროზის ნიადაგზე აქვთ.

აორტის სარქველების ნაკლოვანებას, როგორც აღინიშნეთ, ზოგჯერ თან ერთვის ორკარიანი სარქველის ფუნქციური ნაკლოვანება.

ასეთ შემთხვევაში გულის მწვერვალზე ისმის სისტოლური შუილი, ფილტვის არტერიაზე II ტონი აქცენტუალური ხდება, გულის კონფიგურაცია მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებისათვის დამახასიათებელ მოზაზულობას იღებს (მიტრალაზია); ეს ცვლილებები გვეხმარება დაავადების ამოცნობაში.

### აორტის ხვადლის სტენოზი (Stenosis ostii aortae)

ეს მანკი უფრო იშვიათია, ვიდრე გულის მანკის უკვე აღწერილი სახეები. აორტის ხვადლის სტენოზი ენდოკარდიტის შედეგია და, ჩვეულებრივ, აორტის სარქველების ნაკლოვანებასთან ერთად ვითარდება. გასქელებული, ნაწიბურებით დამახინჯებული სარქველები შეზრდება აორტის ხვადლის რგოლს და ვითარდება ხვადლის სტენოზი. აორტის ხვადლის სტენოზის სუფთა შემთხვევები მეტად იშვიათია და უფრო თანდაყოლილია. შესაძლოა იშვიათად ის სკლეროზის ნიადაგზედაც განვითარდეს.

შევიწროებულ ხვადლში, მარცხენა პარკუჭის სისტოლის დროს, სისხლი თავისუფლად ველარ გადის, სისხლის ნაწილი რჩება მარცხენა პარკუჭში და დიასტოლის დროს მარცხენა წინაგულიდან პარკუჭში შემოსული სისხლი ემატება იქ დარჩენილ სისხლს.

ამის გამო შემდეგი სისტოლის დროს მარცხენა პარკუჭს გადამეტებული მუშაობა უხდება და ის ჰიპერტროფიას განიცდის (სურ. 112).

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. ამ მანკის დროს ავადმყოფებს მაინცდამაინც ბევრი ჩივილი არა აქვთ.

ობიექტური გამოკვლევის დროს აღსანიშნავია ავადმყოფების ფერმკრთალობა, გულის საძვარი გადაწეულია მარცხნივ, პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამო, ამავე მიზეზის შედეგად გულის საზღვარი გადიდებულია მარცხნივ. გულის მიდამოს ხელით გასინჯვის დროს შეიძლება შევიგრძნოთ „კატის კრუტენი“.

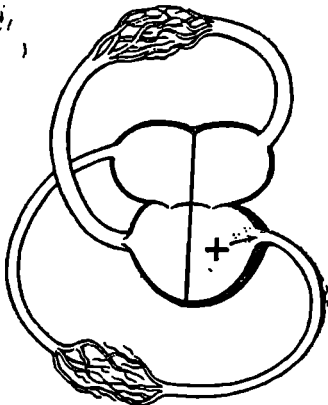


მოსმენით მარჯვენა მეორე ნეკნთაშუა არეში აღინიშნება სისტოლური შუილი **ქტლანქი** ხასიათისა, რომელიც თანდათან ძლიერდება და ვრცელდება მარჯვნივ საძილე არტერიისაკენ. ასეთი გავრცელებით შეიძლება ეს შუილი განსხვავებული იყოს მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებით გამოწვეული შუილისაგან.

რენტგენოსკოპიის დროს გულში მარცხენა პარკუჭი გადიდებული მოჩანს; გულის მოხაზულობა „**აორტული**“.

პულსი დამახასიათებელია — იშვიათი (**pulsus rarus**), ნელი ავსებისა (**p. tardus**), მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში სისხლის თანდათანობით გადასვლის გამო და პატარა (**p. parvus**). სისხლის წნევა, ჩვეულებრივ, დაქვეითებულია.

დიაგნოზი. აორტის ხვრელის სტენოზის დიაგნოზის დროს, საჭიროა დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ლუესურ აორტიტთან, აორტის ათეროსკლეროზთან და გულის სხვა სახის მანკებთან. ლუესურ აორტიტს და აორტის ათეროსკლეროზს შეუძლია გამოიწვიოს სისტოლური შუილი, ისე, როგორც აორტის ხვრელის სტენოზს. მაგრამ ეს შუილი უფრო ნაზია, პარკუჭის იმდენად ძლიერ ჰიპერტროფიას ადგილი არა აქვს, პულსი კარგი ავსებისაა. ლუესური აორტიტის დიაგნოსტიკაში დახმარებას გვიწევს ვასერმანის და კანის რეაქციები, ხოლო აორტის ათერომატოზი უფრო სარწმუნოა მოხუცებულობის ასაკში.



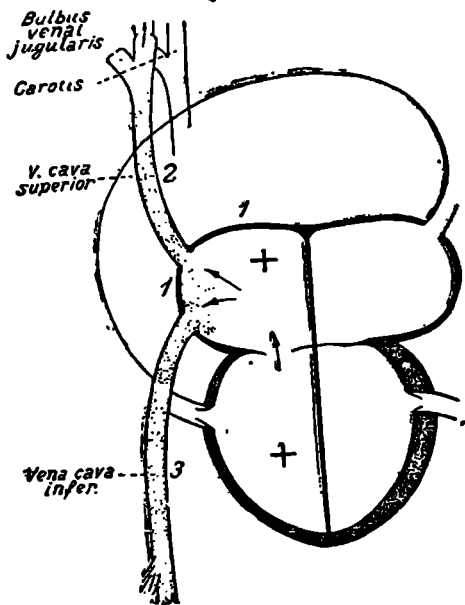
სურ. 112. სისხლის მიმოქცევის სქემა აორტის ხვრელის სტენოზის დროს.  
1 — მარცხენა პარკუჭის ჰაიპერტროფია და დილატაცია

### სამკარიანი ხარკვლის ნაკლოვანება (Insufficiencia valvulae tricuspidalis)

სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება, როგორც ორგანული მანკი, გვხვდება გულის მანკის ყველა შემთხვევათა 15—20%-ში, უფრო ხშირია სამკარიანი სარქველის შედარებითი ნაკლოვანება, რომელიც ეითარდება მიტრალური მანკის მოგვიანებით პერიოდში მარჯვენა პარკუჭის გადატვირთვის შედეგად, მისი კედლის გაგანეირების გამო. ამ მანკის მიზეზი ყოველთვის თითქმის რევემატიზმია. სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანების დროს მარჯვენა პარკუჭიდან სისტოლის დროს სისხლის ნაწილი უკანვე ბრუნდება მარჯვენა წინაგულში, ამის შედეგად მარჯვენა წინაგული განივრდება (სურ 113).

კლინიკური ნიშნები. სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებისათვის დამახასიათებელია ძლიერი სილურჩე (ციანოზი). კისრის ვენები შებერილია და პულსაციას იძლევა. გულის მარჯვენა საზღვარი გადიდებულია მარჯვენა წინაგულის გადიდების გამო. მკერდის ძელის ქვემო ნაწილში, მარჯვენა მეოთხე ნეკნთან, აღინიშნება სისტოლური შუილი.

ამ მანკის დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება ე. წ. და დ ე ბ ი თ ი ვ ე ნური პულსი. ვენური პულსაცია არის მარჯვენა პარაკუტიდან სისხლის უკანვე დინების შედეგი სარქველის ნაკლოვანების გამო, რომელიც გადაეცემა ზემო ღრუ ვენას და აქედან კისრის ვენებს. ეს მოვლენა ვითარდება მარჯვენა პარაკუტის დასუსტების დროს, ე. ი. მანკის მოგვიანო სტადიაში. ამ პერიოდში აღინიშნება აგრეთვე დეიძლის პულსაცია და დეიძლის გადიდება.



სურ. 113. სისხლის მიმოქცევის სქემა სამკარიაინი სარქველის ნაკლოვანების დროს. 1.—მარჯვენა წინაგულის გაჯანაირება 2.—შეგუბება ზემო ღრუ ვენაში (დადებითი ვენური პულსი); 3.—შეგუბება ქვემო ღრუ ვენაში (დეიძლის ვენური პულსი).

სამკარიაინი სარქველის ორგანული ნაკლოვანება მძიმე ფორმის მანკს წარმოადგენს, ვინაიდან გულის კომპენსაცია ჩქარა ირღვევა. ამ სარქველის შეღარებითი ნაკლოვანება კი მაჩვენებელია გულის მუშაობის მოახლოებული მოშლისა მარჯვენა პარაკუტის კედლის დასუსტების გამო.

### მარჯმინა მენოზუკი ხვარლის შივირკობა (Stenosis ostii venosi dextri)

მარჯვენა ატრიოვენტრიკულური ხვარლის სტენოზი იშვიათი მანკია, გვხვდება მანკების შემთხვევათა დაახლოებით 5%-ში. ეს მანკი შესაძლებელია ჩანასახის პერიოდში განვითარდეს, მაგრამ უფრო ხშირად რევმატიზმული ენდო-

კარდით არის გამოწვეული და ისე, რომ როგორც მიტრალური მანკის დროს, თან ახლავს სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებას.

ვენური ხერჯოლის შევიწროების გამო სისხლი ძნელად გადადის მარჯვენა წინაგულიდან მარჯვენა პარკუჭში, რის შედეგად მარჯვენა წინაგული განიერდება და გადამეტებული მუშაობის გამო, მისი კედელი ჰიპერტროფიას განიცდის.

მარჯვენა წინაგულის სისხლსავესებობის გამო ხდება შეგუბება მარჯვენა ზეშოლურ ვენაში და შემდეგ დიდი წრის ვენებში და ლეიძლში. ამ მანქთან ერთად ხშირად მიტრალური ავადმყოფობაც არის ხოლმე.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. გულის მარჯვენა სახლდარი გადიდებულია, კისრის ვენები გადიდებულია, მაგრამ სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებისაგან განსასხვავებლად დადებითი ვენურა პულსი ამ მანკის დროს არ აღინიშნება. ავადმყოფს აქვს ციანოზი, ლეიძლი გადიდებულია, მაგრამ ლეიძლის პულსაცაა არ ემჩნევა. მოსმენით მკერდის ძვლის მარჯვენა კიდურზე მე-4 ნეკის შეერთების ადგილას ისმის პ რ ე ა ს ტ რ ი ლ უ რ ი შ უ ი ლ ი.

ვინაიდან ამ მანკთან ერთად ხშირად მიტრალური მანქაც არის ხოლმე, ამიტომ უკანასკნელის მოვლენები ფარავს მარჯვენა ვენური ხერჯის სტენოზის მოვლენებს.

### კომპინიტიზული (შიტიზული) მანქანა

ზემოთ განხილული იყო გულის მანკების ცალკეული ფორმები. აღნიშნული იყო ისიც, რომ სინამდვილეში ავადმყოფს იშვიათად აქვს ერთი რომელიმე მანკი „სუფთა“ ფორმით. უფრო ხშირად ერთ რომელიმე მანკს ახლავს მეორე მანკი, ე. ი. ადგილი აქვს კომბინაციას და ამრიგად, ავადმყოფს უეითარდება შე რ ე უ ლ ი ა ნ უ რ თ უ ლ ი მ მ ა ნ კ ი. ზეით აღწერილი იყო შერეული მანკის ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ხშირი ფორმა—მიტრალური სარქველის ნაკლოვანება.

გულის მანკის ცალკე ფორმების აღწერისას გზადაგზა მოხსენებული იყო მანქათა კომბინაციის შესაძლებლობაც. მიტრალური რთული მანკის გარდა არა-იშვიათად აქვს ადგილი მიტრალურ და აორტულ მანქათა კომბინაციას. შედარებით უფრო იშვიათად, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს რომელიმე მათგანს ან ორივესთან ერთად სამკარიანი სარქველის მანქაცა და სხვ.

კლინიკურ სურათში, ჩვეულებრივ, ჰარბობს რთული მანკის შემადგენელი ერთ-ერთი მანკის მოვლენები.

ავადმყოფის მდგომარეობა ამ რთული მანკის დროს დამოკიდებულია არა მარტო ცალკე მანკის ხასიათზე, არამედ მათ კომბინაციაზე. საერთოდ, რთულ მანკს მძიმე მიმდინარეობა აქვს.

### თანდაყოლილი მანქანა

თანდაყოლილი მანკი მარჯვენა გულში აღინიშნება. გულის მანკის ზოგადი განმარტების დროს აღნიშნული იყო, რომ ჩანასახის პერიოდში განვითარებული მანკი შეიძლება იყოს ან განვითარების ანომალია, ან ენდოკარდით ნაყოფის დაავადების შედეგი.

ფ ი ლ ტ ვ ე ს ა რ ტ ე რ ი დ ს ქ ა რ ქ ე ლ ი ს ნ ა კ ლ ფ ვ ა ნ ე ბ ა ჯ ი ლ ტ ვ ე ს ა რ ტ ე რ ი ს ხ ვ რ ე ლ ი ს ს ტ ე ნ ო ზ ი ძალიან იშვიათად გვხვდება,

ჩვეულებრივ, თანახლავს გულის განვითარების სხვა ანომალიებს და უკვე ბავშვობაში იჩენს თავს. ასეთი ბავშვები ჩამორჩენილი არიან ზრდა-განვითარებაში, აქვთ სილურჯე, ქოშინი, გული გაფართოებულია მარჯვნივ და ისინი ბავშვობაშივე იღუპებიან.

გულის განვითარების ანომალიებს ეკუთვნის ოვალური ხვრელი შუა უხორცე ბოლა (foramen ovale apertum), პარკუჭთა შუა ძვლის დეფექტი, აორტის რკალის დასწვრივი ნაწილის თანდაყოლილი შევიწროება (stenosis isthmii aortae) და ბოტალის სპადინარის შეუხორცე ბოლა (ductus Botalli persistens). ეს ანომალიები მეტად იშვიათია და ამიტომ პრაქტიკულ ინტერესს მოკლებულია.

### გულის მანკის მიმდინარეობა, პროგნოზი და მკურნალობა

რაკი ადამიანს განუვითარდება გულის მანკი ორგანული ნაკლოვანების ან სტენოზის სახით, რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს ის გამოწვეული, აღარ მორჩება, მაგრამ გულის მანკით ავადმყოფები მრავალი წლის განმავლობაში ცოცხლობენ და მუშაობენ; ზოგი ფორმის მანკით ავადმყოფები მძიმე მუშაობას ეწევიან, ქალები იტანენ ორსულობას და მშობიარობას.

გულის სარქველვანი აპარატის მოშლის მიუხედავად, გულს მაინც შესწევს უნარი თავისი სამუშაო შეასრულოს, რომ სისხლის მიმოქცევა არ მოიშალოს.

მანკის ცალკე ფორმების განხილვის დროს განმარტებული იყო, რომ გულის სარქველის ან მისი შესაბამისი ხვრელის დამახინჯების დროს ირღვევა სისხლის მიმოქცევა გულში და ამის საპასუხოდ ვითარდება გულის ამა თუ იმ ნაწილის პარკუჭის ან წინაგულის, ან ორივესი ერთად გაგანიერება და კედლის ჰიპერტროფია. ასეთი ცვლილებების განვითარებით გული მარაგ ძალებს იკრებს მანკით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის შეფერხების გამოსასწორებლად. ასეთ მექანიზმს გულის კომპენსაციური ფუნქცია ეწოდება.

მანამ გულს ეს მარაგი ძალები არ გამოეღევა, გულის მუშაობა არ ირღვევა, გული ასრულებს თავის ამოცანას, როგორც იტყვიან გულის მანკი კომპენსირებულია, ანუ კომპენსაციის ფაზაშია.

კომპენსირებული გულის მანკი არ იწვევს სისხლის მიმოქცევის შესამჩნევ მოშლილობას და ამიტომ ავადმყოფები ან თითქმის არ გრძნობენ თავის ავადმყოფობას, ან მათი საერთო მდგომარეობა მაინცდამაინც დარღვეული არ არის. ავადმყოფებს, რომელთაც გულის კომპენსირული მანკი აქვთ, შეიძლება ჰქონდეთ დროგამოშვებითი გულის ცემა („გულის ფრიალი“), მცირეოდენი ქოშინი და ჩქარი დაღლილობა, ისიც გადაჭარბებული დაღლილობის, ჩქარი სიარულის, სიმაღლეზე ან კიბეზე ასვლისას, სიცხის აწევის დროს და სხვ.

ზოგი მანკის დროს (მაგ., მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი), რომელიც სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში და ფილტვებში შეგუბებით მოვლენებს იწვევს, ავადმყოფებს აწუხებს ხველა.

გულის მანკით ავადმყოფი ქრონიკული ავადმყოფია და თუ კომპენსაცია საკმარისად მტკიცეა, მას შეუძლია 10—20 წელიწადი და მეტი ხანი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში იყოს, იცხოვროს და იმუშაოს.

რა თქმა უნდა, ავადმყოფი ისეთ ცხოვრებას და მუშაობას უნდა ეწეოდეს, რომელიც არ დაღლის გულს, არ წაუყენებს მას ზედმეტ მოთხოვნილებებს, და ამრიგად მალე არ გამოფიტავს მის მარაგ ძალებს.

წლების განმავლობაში ზედმეტი მუშაობა, რომელიც უხდება გულს მანკის არსებობის შედეგად, ლის მას, ასუსტებს გულის კუნთს, გული მარაგი

შალების დაზარალების გამო, ვეღარ ერევა თავის სამუშაოს და ვითარდება კომპენსაციის მოშლა ანუ დეკომპენსაცია (decompensatio cordis).

გულის დეკომპენსაცია თანდათან იწყება, თუ არ იქნა მიღებული სათანადო ზომები, ის დღით-დღე მატულობს და ავადმყოფი დაღუპვამდე მიჰყავს.

მანამ დეკომპენსაციის გარეგანი ნიშნები—ქოშინი, სილურჩე, შეშუპებები, ღვიძლის გადიდება, სითხის დაგროვება სეროზულ ღრუებში და სხვ. გამოაჩნდებოდეს ავადმყოფს, მას ეწყება დეკომპენსაციის სუბიექტური ნიშნები, რაც უარული დეკომპენსაციის მაჩვენებელია.

ავადმყოფი ამჩნევს, რომ მას აღარ შეუძლია შეასრულოს ის სამუშაო, რასაც წინათ ასრულებდა. ის ჩქარა იღლება, იძულებულია ნელი სიარულის დროსაც კი ხშირად დაისვენოს! კიბეზე და სიმბილზე ასევე უჭირს—გულის ცემა და ქოშინი უვითარდება. შემდეგში ის შეამჩნევს ფეხების მცირეოდენ შეშუპებას, რომელიც საღამოს მეტია, დილისათვის კი ისევ ქრება. ყველა ეს მოვლენა პროგრესულად მატულობს და ავადმყოფს უვითარდება გულის დეკომპენსაციის სრული სურათი.

ეს მოვლენები ვითარდება გულის კუნთის დასუსტების შედეგად. ცნობილია, რომ მუშაობის დროს არტერიული სისტემა მიდენის სისხლს, რომელსაც ის იღებს ვენური სისტემიდან. გულის მუშაობა ნორმალურად ისეა მოწყობილი, რომ არტერიულ სისტემაში გადენილი სისხლის რაოდენობა ვენური სისტემიდან მოდენილი სისხლის თანაბარია. თუ გულის კუნთი დასუსტდა და მას ძალა აღარ შესწევს ვენური სისტემიდან მიღებული სისხლი გადენოს არტერიულ სისტემაში, ცხადია, ვენურ სისტემაში განვითარდება ვენური შეგუბება. ზევით, მანკების პათოგენეზის განხილვის დროს, აღნიშნული იყო, თუ როგორ ხდება შეგუბება სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში მიტრალური მანკების დროს, შეგუბება ზემო ღრუ ვენის სისტემაში მარჯვენა გულის მანკების დროს და სხვ.

ვენურ შეგუბებას მოსდევს სისხლის არტერიალიზაციის შეფერხება, ჰიპოქსემიის (სისხლის გაღარიბება ჟანგბადით) მოვლენების განვითარება და ამის შედეგად ქოშინი და ციანოზი.

ვენების სისტემაში შეგუბება იწყებს მასში წნევის აწევას, ამას კი მოჰყვება კაპილარებიდან სისხლის თხიერი ნაწილის გაფონვა კანქვეშა ქსოვილში და შეშუპებების განვითარება; სისხლის არტერიული წნევა, პირიქით, ეცემა. რა თქმა უნდა, ვენურ სისტემაში სისხლის შეგუბება ზირველ რიგში გამოიწვევს ღვიძლში შეგუბების განვითარებას, რასაც ღვიძლის გადიდება მოჰყვება, ღვიძლის გადიდების გამო გაიჭიმება ღვიძლის კაფსულა და ის მეტად მტკივნეული გახდება.

შეგუბებითი მოვლენები ვითარდება აგრეთვე თირკმლებში, კანქვეშა ქსოვილში სისხლის თხიერი ნაწილის გაფონვის გამო შარდის რაოდენობა მცირდება, შარდის ხვედრითი წონა მატულობს, შარდში გამოჩნდება ცილა.

ქოშინი უფრო და უფრო ძლიერდება: ავადმყოფებს სულ აღარ ძალუძთ სიარული და წოლა, ისინი იძულებულნი არიან საწოლში წამოძვარდნა მდგომარეობაში გაატარონ მთელი ღამეები (ორთოპნოზული მდგომარეობა). ბრონქების ლორწოვანის შეშუპების გამო ვითარდება ბრონქიტი, ამის შედეგად კი შემაწუხებელი ხდება.

გულის და სისხლძარღვების მხრივ ამ პერიოდში გარკვეული ცვლილებები: მაქა განზირებულია, სუსტი აესებისაა, ხშირად არითმული, გულის სა-

ზღვრები გაგანიერებული, ტონები ძალზე მოყრუებული; ხშირად აღინიშნება სამტონიანი რითმი (ე. წ. ქენების რითმი).

გულის მუშაობის უაღრესად ძლიერი დასუსტებისა და ვენური შეგუბებისა მატებასთან ერთად შეშუპებები ვრცელდება ქვემო კიდურებიდან ზევით, გარეთა სისქესო ორგანოებზე, მუცელზე და ბოლოს—სეროზულ ღრუებში, პერიტონეუმში, პლევრაში, პერიკარდიუმში გროვდება წყალმანკის სითხე (ასციტი, პიდროთორაქსი, პიდროპერიკარდიუმი). ამრიგად, ღებება ზოგადი შეშუპებისა და წყალმანკის პერიოდი (ანასარკა—anasarca).

ასეთ პერიოდში ავადმყოფები მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვებენ. ყველა აღნიშნული მოვლენის გარდა, მათ აქვთ სრული უძილობა, უმადობა, ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო ფსიქიკაც შეცვლილია, მათ გული ერევათ და პირიდან ასაქმებენ (კუჭის ლორწოვანი გარსის შეშუპების გამო—შეგუბებითი გასტრიტი); უვითარდებათ მსუბუქი სიყვითლე და ბოლოს ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ავადმყოფის დაუძლეულება და კახექსია.

ასეთი მდგომარეობიდან ავადმყოფის გამოყვანა ენერგიული მკურნალობითაც კი თითქმის შეუძლებელია და ის, ჩვეულებრივ, იღუპება.

გულის დეკომპენსაციის ხარისხის აღსანიშნავად სსრ კავშირში მიიღებულია მისი დაყოფა სამ სტადიად (გ. თ. ლანგით). გულისა და სისხლძარღვთა ნაკლოვანება I, II, III ხარისხისა (Insufficiencia cardiovascularis I, II და III, რაც მოკლედ ასე აღინიშნება: J<sub>1</sub> J<sub>2</sub> J<sub>3</sub>).

ბ ი რ ე ლ ი ხ ა რ ი ს ხ ი ს ნაკლოვანების დროს ავადმყოფები აღნიშნავენ მსუბუქ ქედინს, ჩქარ დაღლას, ხველას, გულის ცემას, უსიამოვნო შეგრძნებებს გულის არეში.

მ ე ო რ ე ხ ა რ ი ს ხ ი ს ნაკლოვანების დროს ამ მოვლენებს, რომლებიც კიდევ უფრო მატულობს, ემატება სისხლის მიმოქცევის მოშლის ობიექტური ნიშნები: ფტების შეშუპება, ღვიძლის გადიდება, შარდის რაოდენობის შემცირება.

მ ე ს ა მ ე ხ ა რ ი ს ხ ი ს ნაკლოვანების დროს დეკომპენსაციის დამახასიათებელ ყველა იმ კლინიკურ მოვლენას, რაც უკვე ზევით იყო აღწერილი, ემატება სითხის დაგროვება სეროზულ-ღრუებში—

დეკომპენსაციის ასეთი დაყოფა უსათუოდ რამდენადმე პირობითია, მაგრამ პრაქტიკული მიზნებისათვის მეტად მოხერხებული. დეკომპენსაციის გარდა გულის მანკიან ავადმყოფს კიდევ მოელის საშიშროება, ეს არის ე ნ დ ო ქ ა რ დ ი ტ ი ს გ ა მ წ ვ ა ე ე ბ ა.

ჩვეულებრივ, ასეთი მოვლენა უფრო ხშირად იმ ავადმყოფებს უვითარდებათ, რომელთაც ენდოკარდიტული მანკი აქვთ. ცხადია, სისხლში შეჭრილი ინფექცია, წინათ დაზიანებულ ენდოკარდიუმზე უფრო ადვილად იკიდებს ფეხს და ხდება ენდოკარდიტული პროცესის ხელახლა აფეთქება.

ასეთ შემთხვევაში, ავადმყოფის მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმდება, რადგანაც მანკს ემატება მძიმე დაავადების გამწვავება, რაც თავის მხრივ კიდევ უფრო აჩქარებს გულის დეკომპენსაციის განვითარებას.

პ რ ო გ ნ ო ხ ი. გულის მანკი მძიმე, ქრონიკული განუკურნებელი ავადმყოფობაა, მაგრამ როგორც უკვე აღინიშნეთ, გულის მანკით ავადმყოფის არსებობა და მუშაობა სავესებით შესაძლებელია.

ყველაფერი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენხანს შეინარჩუნებს გული დეკომპენსაციის მდგომარეობას.

ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს რამდენიმე მომენტს.

გულის სხვადასხვა მანკი, კომპენსაციის ხასიათის მიხედვით, ერთნაირი ხანგრძლივობით არ ინარჩუნებს კომპენსაციის მდგომარეობას.

მიტრალური მანკის კომპენსირება ხდება შედარებით სუსტი მარცხენა წინა-გულით და მარჯვენა პარკუჭით. ამიტომ მიტრალური მანკის დროს კომპენსაცია ხშირად ირღვევა, მაგრამ სათითურას პრეპარატებით შეკურნალობით მალე ისევ აღსდგება.

სამაგიეროდ, აორტული მანკების კომპენსაცია დიდხანს არ ირღვევა, რადგან ეს მანკები კომპენსირდება ძლიერი მარცხენა პარკუჭით, რომელსაც ბევრი მარაგი ძალა შესწევს, მაგრამ თუ აორტული მანკის დროს გულის კომპენსაცია ერთხელ დაირღვა, მისი გამოსწორება გაცილებით უფრო ძნელია. გულის კუნთის მდგომარეობას აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს კომპენსაციის შენახვის საქმეში: გულის კუნთის სკლეროზული ცვლილებები, კუნთის რეგერტიზებული ან სიფილისური ანთება და სხვ., რა თქმა უნდა, არახელსაყრელ პირობებს უქმნის გულს კომპენსაციის შენახვის საქმეში.

სხვადასხვა ინფექცია კომპენსაციის დარღვევას აჩქარებს და პროგნოზს უფრო სერიოზულსა ხდის.

ჩირქოვანი ინფექციის ქრონიკული ბუდეები (დაჩირქებული ლიმფური ჯირკვლები, კარიუსული ვზირული და სხვ.) ქმნიან ენდოკარდიტის გამწვავების საშიშროებას და ამით ხელს უწყობენ მანკიანი გულის წონასწორობის დარღვევას. პროგნოზის თვალსაზრისით მნიშვნელობა აქვს მანკის გამომწვევ ინფექციას. რეგერტიზებული ენდოკარდიტით გამოწვეული მანკი, მაგალითად, უკეთეს პროგნოზს იძლევა, ვიდრე ლუესური.

ჩამოთვლილი მომენტების გარდა, გულის მანკის პროგნოზისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმ პირობებს, რომლებშიაც ავადმყოფს უხდება ცხოვრება და მუშაობა.

თუ მანკიანი ავადმყოფი ფიზიკური მუშაა, მას ხშირად უხდება ფიზიკური დაღლა, თუ ის მოუსვენარ ცხოვრებას ეწევა, მანკის კომპენსაცია უფრო ჩქარა ირღვევა.

საერთოდ, უნდა ითქვას, რომ მიტრალური სარქველის ნაკლოვანება შედარებით კარგ პროგნოზს იძლევა, აორტული მანკი (ნაკლოვანება და სტენოზი) პროგნოზისათვის კიდევ უფრო საიმედოა, ხოლო რაც შეეხება მარცხენა ვენური ხერხელის სტენოზს, კომბინურ მიტრალურ მანკს და განსაკუთრებით სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებას, ეს მანკები პროგნოზის მხრივ უფრო მძიმე მანკებს წარმოადგენენ.

მარცხენა ვენური ხერხელის სტენოზი პროგრესულ მიმდინარეობას იჩენს, მიმდინარეობს ხშირად რითმის დარღვევით, რაც მეტად აუარესებს გულის კუნთის კვებას, ხშირად იძლევა კომპენსაციის მძიმე დარღვევას. ეს ეხება, როგორც სუფთა სტენოზს (რომელიც ძალიან იშვიათია), ისე მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებასა და სათანადო ხერხელის სტენოზს (რაც შედარებით ხშირია).

განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს სტენოზი გართულებული მოციმიციმე არიამიის ტაქიკარდიული ფორმებით.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა და პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა.** გულის მანკით ავადმყოფი, თუ მანკი სრული კომპენსაციის მდგომარეობაშია, რაიმე განსაკუთრებულ შეკურნალობას არ მოითხოვს. საჭიროა მხოლოდ გაფრთხილება და გარკვეული რეჟიმის დაცვა. ყველაფერი ის, რაც ზედმეტად ტვირთავს გულს, მავნება ავადმყოფისათვის. ამიტომ ის უნდა ერიდოს ყოველგვარ ინფექციურ ავადმყოფობას, სულიერ მღელვარებას, დაღლილობას, როგორც გონებრივს, ისე განსა-

ყოფრებით ფიზიკურს; ჩქარი სიარული, მაღალ კიბეზე ასვლა, სირბილი, ცეკვა მავნე გავლენას ახდენს ავადმყოფ გულზე და კომპენსაციის დარღვევას აჩვენებს. რამდენადაც უფრო გაუფრთხილდება ადამიანი თავის გულს, იმდენად უფრო დიდხანს შეინარჩუნებს ის კომპენსაციის მდგომარეობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში, გული მალე დაკარგავს თავის მარაგ ძალებს და ავადმყოფს დეკომპენსაციის მოვლენები დაეწყება.

ამიტომ საჭიროა გულის მანკით ავადმყოფებისათვის მოწესრიგდეს როგორც ყოფაცხოვრებით, ისე მუშაობის რეჟიმი. მძიმე სამუშაოდან ისინი გადაყვანილ უნდა იქნენ უფრო ნსუბუქ სამუშაოზე. მაღალ სართულზე მცხოვრები მანკიანი ავადმყოფი უმჯობესია საცხოვრებლად დაბალ სართულზე გადავიდეს, აღმართზე სიარულს ერიდოს და სხვ.

გულის მანკით ავადმყოფის სამუშაოზე მოწყობის საკითხს ექიმი დიდი პასუხისმგებლობით უნდა მოეკიდოს და ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში უნდა გაითვალისწინოს გულის მანკის ფორმა, მისი კომპენსაციის მდგომარეობა და სხვ.

განსაკუთრებით დიდ ყურადღებას მოითხოვს გულის მანკით ავადმყოფი ქალების შვილოსნობის საკითხის გადაწყვეტა. თუ გულის მანკით ავადმყოფ ქალს აქვს გულის კომპენსაციის დარღვევის ნიშნები, მანკის ფორმის მიუხედავად, ან წარსულში ერთხელ მიანიჭ კპონდა დეკომპენსაცია, მას ორსულობა და შვილოსნობა კატეგორიულად უნდა აეკრძალოს. თუ მანკი სავსებით კომპენსირებულია, იმ შემთხვევაში ორსულობა დასაშვებია მხოლოდ ზოგიერთი ფორმის მანკის დროს (ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანება, აორტის სარქველების ნაკლოვანება). რთული მანკის და მიტრალური სტენოზის დროს ორსულობა და მშობიარობა მეტად სახიფათოა და უმჯობესია ორსულობა შეწყდეს.

გულის მანკის კომპენსაციის პერიოდში საკმარისია ყოფაცხოვრებით და შრომის რეჟიმის დაცვის გარდა, ავადმყოფს მიეცეს მსუბუქი მატონიზირებელი საშუალება, როგორცაა

Rp. T-rae Valerianae aether.

„ Convallar. majal.

ᄃā 10,0

„ Strophanthi 5,0'

MDS. 20—20 წვეთი დღეში სამჯერ

Rp. T-rae Valerian. simpl.

„ Convallar. majal.

Lip. anod. Hoffman. ᄃā 10,0

Natrii bromati 5,0

Aq. dest. q .s. ad Solut.

MDS. 25—25 წვეთი დღეში სამჯერ.

ამასთანავე საჭიროა ავადმყოფს განეუმარტოთ, რომ თუმცა გულის მანკი სერიოზული ავადმყოფობაა, მაგრამ გონიერი მოქცევითა და ზემოაღნიშნულ ზომების დაცვით მას შეუძლია დიდხანს იცოცხლოს და იმუშაოს.

თუ ავადმყოფს გულის დეკომპენსაციის ნიშნები დაემჩნა, საჭიროა მას ენერგიულად ვუპყურნალოთ.



პირველ ყოვლისა, ის უნდა ჩაწვეს ლოგინში, ეს აუცილებელი პირობაა, რაც სამწუხაროდ ხშირად არ სრულდება არც ავადმყოფის და არც მკურნალის მიერ. გულის დეკომპენსაციის დროს, მართალია, პირველ ხანებში ავადმყოფს უჭირს წოლა, მას უძლიერდება ქოშინი და ის ცდილობს წამოდგეს, მაგრამ წამოდგომა და გავლა მდგომარეობას აუარესებს. ამიტომ საჭიროა ავადმყოფი რწვეს და სულ მოკლე ხანში ის შეებას იგრძნობს, ვინაიდან წოლა თავისთავად უკვე სამკურნალო საშუალებაა გულის დეკომპენსაციის დროს.

გულის მანკის დეკომპენსაციის საუკეთესო სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს სათითურა (დიგიტალისი).

სათითურა აძლიერებს გულის შეკუმშვას, ახანგრძლივებს დიასტოლას და ამრიგად ანელებს მაჯისცემას, პულსი უკეთესი ავსებისა ხდება, მცირდება ვენოზური შეგუბება და ქოშინი, სისხლის მიმდინარეობის სისწრაფე მატულობს; მატულობს შარდის გამოყოფაც. სათითურა გულის დეკომპენსაციის დროს მასზე ძლიერ გავლენას ახდენს. დიგიტალისის მოქმედება მკლავდება პირის ღრუდან მიცემის მე-4 დღეზე და მიცემის შეწყვეტის შემდეგ კიდევ გრძელდება 7—10 დღეს.

სათითურას აქვს თვისება ორგანიზმში დაგროვდეს (კუმულაცია) და ორგანიზმის მოწამვლა გამოიწვიოს, უკანასკნელ შემთხვევაში მაჯისცემა ძლიერ ნელდება, იგი წყვილდება (ზინგემინია), ე. ი. მაჯის ყოველი ორი დარტყმის შემდეგ ვითარდება პაუზა, რასაც მოსდევს კიდევ მაჯის ორი დარტყმა.

ეს მოვლენა დიგიტალისით მოწამვლის მომასწავებელია და პრეპარატის მიცემა მაშინვე უნდა შეწყდეს.

გარდა ამისა, დიგიტალისით ინტოქსიკაციის დროს ავადმყოფს ეწყება გულისრევა, პირღებინება, რაც აგრეთვე გვაიძულებს დიგიტალისი შეეწყვიტოთ ან ერთი-ორად შევამციროთ მისი დოზა.

დიგიტალისის მიცემა, თუ ავადმყოფი მას კარგად იტანს, შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობის კონტროლის ქვეშ საკმაოდ დიდხანს გაგრძელდეს—საშუალოდ 10 დღის განმავლობაში, ზოგჯერ უფრო მეტსაც და ამრიგად ავადმყოფმა ის 3—4 გრამი მიიღოს.

ჩვეულებრივ, დიგიტალისი ავადმყოფს ეძლევა შიგნით. თუ ადგილი აქვს ძლიერ შეგუბებით მოვლენებს ღვიძლში, უმჯობესია დიგიტალისი სანთლებების სახით იყოს დანიშნული.

დიგიტალისი, გულის მანკის დეკომპენსაციის უმრავლეს შემთხვევაში კარგ შედეგს იძლევა შარდდამდენ საშუალებებთან ერთდროულად დანიშვნის დროს და მთლიანად შეშუბებულ ავადმყოფს მალე ათავისუფლებს შეშუბებისაგან.

დიგიტალისი გამოიწერება გამონაცემის, ფხვნილების ან კიდევ სანთლების სახით.

Rp. Inf. fol. Digitalis

ex C,5—150,0

DS. თითო სუფრის კოეზი ყოველ 2 საათში დღეში 6-ჯერ

Rp. Inf. fol. Digitalis

ex 1,0—180,0

Coff. natr. benz. 1,0

MDS. თითო სუფრის კოვში ყო-  
ველ 3 საათში 5-ჯერ დღეში

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,1  
Sacchari albi 0,2  
M. f. p. D. t. d. N 20  
S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,15  
Butyr. Cacao q. s. ut fiat  
suppos.  
D. t. d. N 10  
S. თითო სანთელი სწორ  
ნაწლავში დღეში 2-ჯერ

დიგიტალისის გამოწვევის ან ფხვნილის ნაცვლად შეიძლება ავადმყოფს მიეცეს დიგიტალისის სხვა პრეპარატები: დიგალენი ან დიგიპურატი; ისინი თავისუფალი არიან დიგიტალისისათვის დამახასიათებელი თანამოვლენებისაგან: არ იძლევიან კუმულაციას, გულისრევას, პირღებინებას, სამაგიეროდ, უფრო სუსტად მოქმედებენ, ვიდრე დიგიტალისის ფხვნილი.

დიგალენი, საბჭოთა კავშირში ფართოდ იხმარება „დიგალენ-ნეო“ (Digalen-Neo) სახით კანქვეშ გასაკეთებლად. ეს პრეპარატი დამზადებულია პროფ. ი. ქუთათელაძის მიერ.

Rp. Digaleni—Neo  
in ampul pro inject. N 10  
S. დღეში ერთხელ—ორჯერ  
თითო ამპულა

დიგიტალისზე უფრო სუსტად მოქმედებს Adonis vernalis, რომლის გამოწვევაში ხშირად იხმარება გულის დაავადებათა მკურნალობაში. ეს პრეპარატი, სამწუხაროდ, ხშირად იწვევს ფალარათს, გულისრევას და პირღებინებას. ამ მიზეზის გამო მისი დიდხანს ხმარება არ არის სასურველი.

Rp. Inf. h. Adonis vernalis  
ex 5,0—180,0  
DS. თითო სუფრის კოვში ყო-  
ველ 2 საათში დღეში 6-ჯერ  
ფართო ხმარებაშია აღონილენი

Rp. Adonileni 15,0  
DS. 20—20 წვეთი დღეში სამჯერ.

მძიმე დეკომპენსაციის შემთხვევებში ამ წამლებთან ერთად ხშირად საჭირო ხდება კანქვეშა ინექციების გაკეთება, რისთვისაც იხმარება ქაფურის ზეთი, კოფეინის ხსნარი, კარლიაზოლი, ეფედრინი, კორდიამინი და სხვ.

Rp. Ol. Camphorae  
20% in ampul. steril. N 12  
S. 2—2 მლ კანქვეშ

Rp. Coffeini natr. benz.  
20% in ampul. steril.  
N 12  
S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Cardiazoli 20%  
in ampul. sterilis.  
N 12  
S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Ephedrini hydrochl. 5%  
in ampul. steril.  
N 12  
S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Cordiamini in ampul. à 1,7  
N 10  
S. კანქვეშ გასაკეთებლად.

Rp. Sol. Strychnini nitrici  
1/1000 in ampul.  
sterilis N 12  
S. თითო მლ კანქვეშ

Rp. Strophanthini 0,00025  
Sol. glucosae 4,25%—10,0  
sterilis!  
MDS. ვენაში გასაკეთებლად  
(ძალიან ნელა უნდა შეყვანა!)

Rp. Sol. Glucosae 40%  
in ampul. sterilis. N 10  
DS. 20 მლ ვენაში შესაყვანად.

ძლიერი შეშუპებების დროს საჭიროა შარდდამდენი საშუალებების დანიშვნა. ამ მიზნით იხმარება დიურეტიკი, თეოკინი, აგურინი, ელფილინი. სეუკეთე-კო დიურეზული საშუალებაა სინდიეის პრეპარატი მ ერ კ უ ზ ა ლ ი.

Rp. Diuretini 0,5  
D. t. d. N 12  
in oblat.  
S. თითო ობლატი დღეში 3-ჯერ  
კამის შემდეგ

Rp. Agurini 0,5  
D. t. d. N 12  
S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში

Rp. Theocini 0,25  
D. t. d. N 6  
S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში

Rp. Mercusali in ampul. ster. N 10  
S. თითო მლ კუნთებში გასაკეთებლად.

მერკურული უნდა გაკეთდეს 3—4 დღეში ერთხელ 1 ან 2 მლ რაოდენობით, თუ ავადმყოფს არა აქვს თირკმლების ანთება, ფალარათი ან ძლიერი დაუძლეურება.

გულის მანკის დეკომპენსაციის დროს ავადმყოფს ესაქიროება განსაკუთრებული მოვლა, გარდა იმისა, რომ დეკომპენსაციით ავადმყოფი ლოგინში უნდა იწვეს, მისთვის აუცილებელია სრული მოსვენება, როგორც ფიზიკური, ისე სულიერი. მომვლელი უნდა ცდილობდეს დღისით და ღამით ისეთი პირობები შეუქმნას ავადმყოფს, რომ მას არ აწუხებდეს ხმაური, ხმამალალი ლაპარაკი, ყველაფერი ის, რაც აღელვებს გულით ავადმყოფს, განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის დეკომპენსაციის მკურნალობისათვის ავადმყოფის ძილის მოწესრიგებას. უნდა ვეცადოთ, რომ ავადმყოფს ჰქონდეს მშვიდი ძილი.

გულის დეკომპენსაციით ავადმყოფს ხშირად აწუხებს უძილობა და ის მთელ ღამეებს უძილოდ ატარებს. საჭიროა მას დასაძინებელი საშუალებები მიეცეს. ამ მიზნით იხმარება ბრომი, ლუმინალი, მედინალი და თუ ეს საშუალებებში არ მოქმედებს, ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს კანქვეშ პანტოპონი.

Rp. Luminali 0,1  
C. t. d. N 10  
S. თითო ფხვნილი ძილის წინ

Rp. Sol. Natrii bromati  
ex 6,0—180,0  
D. S. თითო სუფრის კოვზი დღეში სამჯერ

Rp. Medinali 0,3  
D. t. d. N 6  
S. თითო ფხვნილი ძილის წინ

Rp. Sol. Pantoponi 2%  
in ampul.  
sterilis. N 6  
S. თითო მლ კანქვეშ

ავადმყოფის საწოლი უნდა იყოს მოხერხებული, ქვეშაგები რბილი; ქოშინის დროს სასათუმალქვეშ საჭიროა რკინის ბალიშის ამოდება (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

თუ ავადმყოფს წოლა არ შეუძლია, ის შეიძლება სავარძელში ჩავსვით და ფეხებქვეშ ბალიში დაველოთ.

ფილტვებში შეგუბებითი მოვლენების განვითარების დროს ავადმყოფს დიდ შევებას აძლევს ირგვლივ მშრალი კოტონების დაყრა. ქოშინის და ციანოზის დროს კარგია ქანგბადით მკურნალობა (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

დიდი ყუარღლება უნდა მიექცეს ავადმყოფის ჰიგიენას, ის ზედმიწევნით სუფთად უნდა იქნეს მოვლილი, რადგან შეშუპებული კანქვეშა ქსოვილი და კანში სისხლის მიმოქცევის შეფერხება ხელს უწყობს ინფექციის განვითარებას და ამ დროს ავადმყოფები ადვილად ხდებიან ავად წითელი ქარით. ძლიერი შეშუპების გამო შესაძლოა წვივებზე კანი დასკდეს და იქიდან ჟონვა დაიწყოს სითხემ, რომ ეს არ მოხდეს, ავადმყოფს კანზე უნდა წაესვას ვაზელინი ან ლანოლინი.

ნაწოლის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით მიღებულ უნდა იქნეს ზემოაღწერილი გამაფრთხილებელი ზომები (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

დეკომპენსაციით ავადმყოფს ყოველდღიურად უნდა გაეზომოს შარდის დღე-ღამის რაოდენობა. შარდის რაოდენობის მომატება შეშუპების შემცირებას მაჩვენებელია, დაცლება კი, პირიქით, მოასწავებს შეშუპების მატებას.

ამავე მიზნით, შეიძლება ავადმყოფი პერიოდულად აეწონოთ. შეშუპების მატებასთან ერთად ავადმყოფი წონაში იმატებს.

გულთ ავადმყოფთა მკურნალობისათვის აუტილებელია სწორად შედგენილი დიეტა. სითხის მიცემა უნდა შემცირდეს 300—600 მლ-მდე დღე-ღამეში, სუფრის მარლიც უნდა შემცირებული იქნეს.

გულის დეკომპენსაციით ავადმყოფი ცოტა-ცოტას და ხშირად უნდა სვამდეს, რომ კუჭი ერთბაშად არ აივსოს. საუკეთესო საკვებია ავადმყოფისათვის რძე, არაყანი, თოხლო კვერცხი, თეთრი პური, კარაჭი, კარტოფილის პიურე, ახალი თევზი, ჩახარული წიწილა, თათარა და სხვ. სასარგებლოა ნახშირწყლები ხილის და მურაბების სახით და B და C ვიტამინები.

ნაწლავები უნდა განთავისუფლდეს ოყნის საშუალებით, ან ნელი სასაქმებელით.

### მიოკარდიტი (Myocarditis)

გულის კუნთში, სხვადასხვა ინფექციურ დაავადებათა დროს, შესაძლებელია განვითარდეს ანთებითი ცვლილებები. გულის კუნთის ანთება — მ ი ო კ ა რ დ ი ტ ი — ასეთ შემთხვევაში მწვავედ მიმდინარეობს და ხასიათდება სხვადასხვა ცვლილებებით: კუნთოვანი ბოჭკოების გადაგვარება, გულის კუნთში ანთებადი გამოყოფა სისხლის ძარღვებიდან, შემაერთებული ქსოვილის განვითარება და სხვ.

მწვავე რევმატიზმი, მუცლისა და პარტახტიანი ტიფი, დიფთერია, ქუნთრუშა, წითელი ქარი, სეფსისი და სხვ. ხშირად იწვევენ მიოკარდიტს.

მათოლოგანატომიურად მიოკარდიტის გამომწვევეი ინფექციის ხასიათის მიხედვით მიოკარდიტში ნახულობენ სხვადასხვა ცვლილებებს.

აღსანიშნავია გულის კუნთის ანთებისათვის დამახასიათებელი ორი ტიპობრივი სურათი. მწვავე რევმატიზმის დროს თითქმის ყოველთვის ვითარდება მწვავე მიოკარდიტი. გულის კუნთის ბოჭკოებს შორის წერილ სისხლძარღვებთან ხდება შემაერთებული ქსოვილის უჩრედებისა და ლეიკოციტების დალაგება კვანძების სახით, რომლებსაც აშოფ-ტალაღევის გრანულომები ეწოდება

რკ. რევმატიზმი). დიფთერიით გამოწვეული მიოკარდიტის დროს კი გულის კუნთის ბოკოები განიცდის სხვადასხვა სახის გადაგვარებით ცვლილებებს. ამ ეჭვთარდება მარცვლოვანი, ცხიმოვანი, ჰიალინური გადაგვარება, ბოკოების ნაწილი ილუქება და ამგვარად იცვლება შემავრთებელი ქსოვილით. ამრიგად, დიფთერიული მიოკარდიტი გულის კუნთის ღრმა დიფუზურ დაზიანებას იძლევა და უფრო მძიმედ მიმდინარეობს.

სხვა ინფექციით გამოწვეული მიოკარდიტების დროს ადგილი აქვს აგრეთვე გულის კუნთის ბოკოების გადაგვარებით ცვლილებებს, რაც დიფუზურად აზიანებს გულის კუნთს.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე მიოკარდიტი ხშირად ფარულად მიმდინარეობს, ვინაიდან ავადმყოფობის ზოგად კლინიკური სურათში ქარბობს მისი გამოწვევი მწვავე ინფექციური დაავადების კლინიკური ნიშნები.

ავადმყოფი უჩივის უსიამოვნო შეგრძნებებს გულის არეში, გულის ცემას, ძლიერ სისუსტესა და ქოშინს; ობიექტური გასინჯვის დროს აღინიშნება ავადმყოფის ფერმკრთალობა და მსუბუქი ციანოზი. პულსი გახშირებულია, რბილი, ხშირად არითმული. გულის გარდგარდმო საზღვრები გაგანიერებულია, გულის ტონები მოყრუებული. ხშირად გულის მწვერვალზე მოისმის სისტოლური შუილი, სისხლის არტერიული წნევა დაქვეითებულია.

მწვავე მიოკარდიტი მიმდინარეობს სხვადასხვაგვარად. უფრო ხშირად მას შედარებით მსუბუქი მიმდინარეობა აქვს, უფრო იშვიათად, ის მიმდინარეობს და შესაძლებელია ავადმყოფის უეცარი სიკვდილიც კი გამოიწვიოს. რევმატიზმით გამოწვეული მწვავე მიოკარდიტი შესაძლებელია რამდენიმე თვეს გაგრძელდეს, მას უფრო კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა ახასიათებს. დიფთერიით გამოწვეული მიოკარდიტი იმდენად აზიანებს გულს და არღვევს სისხლის მიმოქცევას, რომ შესაძლებელია ავადმყოფის საწოლიდან წამოდგომა-მაც კი მისი უეცარი სიკვდილი გამოიწვიოს. საერთოდ, მწვავე ინფექციურ დაავადებათა დროს დიდი ყურადღება უნდა ექცეოდეს გულს და, თუ იქ მწვავე მიოკარდიტის მოვლენები განვითარდა, საჭიროა დიდი გაფრთხილება და სათანადო მკურნალობა, რომ არ განვითარდეს გულისა და სისხლის ძარღვების მწვავე ნაკლოვანება.

ინფექციური დაავადების დროს (დიფთერია, მუცლის და განსაკუთრებით პარატუბერნი ტიფი) ხშირად აქვს ადგილი არა მარტო გულის, არამედ სისხლის ძარღვების დასუსტებასაც. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფებს უფითარდებათ ძლიერი საერთოდ სისუსტე, ქოშინი; კანი და ლორწოვანი გარსები ციანოზურია, პულსი სუსტი ავსებისა და გახშირებულია, გულის საზღვრები გაფართოებულია, სისხლის წნევა ეცემა და ხშირად ადგილი აქვს გულის წასვლას. მწვავე მიოკარდიტი შესაძლებელია ავადმყოფის სრული გაჯანსაღებით დამთავრდეს, ხოლო ზოგჯერ შეიძლება ქრონიკულ ფორმაში გადავიდეს. ასეთ შემთხვევაში ზოგადი მოვლენები—სისუსტე, ქოშინი, მაჭის გახშირება, ციანოზი, სისხლის წნევის დაქვეითება—გაივლის, გულის საზღვრების გაგანიერება შემცირდება, მაგრამ გულის საზღვრების ცვლილებები, ტონების მოყრუება და სხვ. შესაძლებელია სამუდამოდ დარჩეს ავადმყოფს.

პროგნოზი დამოკიდებულია მწვავე მიოკარდიტის გამოწვევე ინფექციის ხასიათისაგან. დიფთერიული, ტიფოზური, სკარლატინოზური წარმოშობის მიოკარდიტი უფრო მძიმე პროგნოზს იძლევა, ვიდრე, მაგალითად, რევმატიზმული მიოკარდიტი. საერთოდ, რამდენადაც მწვავე ინფექციური მიოკარდიტი

ამა თუ იმ ინფექციური დაავადების გართულებას წარმოადგენს, მისი არიდება ძნელია. პროფილაქტიკის მხრივ საჭიროა მკურნალობის დროულად და ენერგიულად ჩატარება, დიფთერიის დროს შრატის შეყვანა, რევმატიზმის დროს სალიცილით მკურნალობა, წოლის მკაცრი რეჟიმის დაცვა და სხვ.

მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს, გრთი მხრივ, ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ, მეორე მხრივ კი, საჭიროა გულის გასამაგრებელი საშუალებების დანიშვნა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მოვლას. ავადმყოფი არ უნდა წამოდგეს საწოლიდან, ზოგჯერ საწოლში წამოჭდომაც კი დაუშვებელია. ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლა საწოლში უნდა ხდებოდეს მელაქრონალის დახმარებით.

შარდზე და განავალზე გასვლა უნდა ხდებოდეს სპეციალურ კუბუკებში (შარდშიმღები, ქვესადგამი კუბუკელი). ამასთან საჭიროა უზრუნველყოთ ავადმყოფის სრული სიმშვიდე (იხ. მწვავე ინფექციურ ავადმყოფთა მოვლა).

იმ შემთხვევაში, როდესაც ინფექციური დაავადების დროს მწვავე მიოკარდიტი განვითარდა, საჭიროა ავადმყოფი გამოკეთების შემდეგაც იწვეს ლოჯინში, მანამ არ გაივლის როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტური მოვლენები გულის მხრივ.

გამოკეთება მწვავე მიოკარდიტის შემდეგ მეტად ნელა და თანდათანობით მიმდინარეობს, ამიტომ ავადმყოფს დიდი მოფიქრებით და სიფრთხილით უნდა მიეცეს საწოლიდან წამოდგომის და მით უმეტეს სამუშაოზე დაბრუნების ნება. მხოლოდ თანდათანობით, ხშირად. 1—2. თვის შემდეგ, ავადმყოფი შეიძლება დაუბრუნდეს ჩვეულებრივ ცხოვრებას და მუშაობას.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ავადმყოფი, რომელსაც აქვს გულსისა და სისხლძარღვთა მწვავე ნაკლოვანების ნიშნები.

ეს მდგომარეობა იმდენად სახიფათოა ავადმყოფისათვის, რომ დაუყოვნებლივ მოითხოვს ზომების მიღებას.

ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს გულის ასაგზნები საშუალებები (კლფეინი, სტრიქნინი, ქაფური, კორაზოლი, ადრენალინი, სტროფანტინი).

გულისა და სისხლის ძარღვების მწვავე ნაკლოვანება, რაც გულისა და სისხლის ძარღვების ტონუსის მწვავე დაცემის (კოლაფსი) შედეგია, შესაძლოა საბედისწერო გახდეს ავადმყოფისათვის. ცხადია, ექთანს, რომელიც თვალყურს ადევნებს ავადმყოფს, ევალება გამოიცნოს ეს მდგომარეობა, აცნობოს ამის შესახებ ექიმს და მიიღოს სასწრაფო ზომები.

გულის მწვავე ნაკლოვანების დროს საჭირო ხდება შემდეგი წამლების დანიშვნა:

Rp. Sol. Corazoli 10 % in ampul.

N 6

S. თითო ამპულა 2—4-ჯერ

დღეში

Rp. Sol. Strophanthini

0,1%—1,0

D. t. d. №3 in ampulis

S. ვენაში შესაყვანად (ნელა)

Rp. Sol. Glucosae  
40%—10.0  
sterilisetur  
T-rae Strophanthi gtt II  
M. D. S. ვენაში შესაყვანად (ნელა!)

Rp. Sol. Natrii chlorati  
0, 75%—500,0  
steril.  
D. S. კანქვეშ შესაყვანად

Rp. Sol. Strychnini nitrici  
0,1% in ampul. sterilis. N 6  
D. S. თითო ამპულა კანქვეშ  
დღეში 2-ჯერ

Rp. Sol. Glucosae  
5%—500,0  
sterilis.  
D.S. კანქვეშ შესაყვანად

Rp. Sol. Strychnini nitrici  
0,1% in ampul. sterilis. N 6  
D S. კანქვეშ შესაყვანად

Rp. Sol. Coffeini natr. benz.  
10% (ან 20%) in ampul. N 6  
D. S. თითო ამპულა კანქვეშ

### ✓ კარდიოსკლეროზი (Cardiosclerosis) T

ადამიანის სიცოცხლის მანძილზე სხვადასხვა მავნე გავლენა გულის კუნთზე, იქნება ეს ინფექციური, თუ ქრონიკული მოწამვლის ხასიათისა (ალკოჰოლი, თამბაქო, ქიმიური ნივთიერებები), იწვევს გულის კუნთის დაზიანებას. ისეთი ქრონიკული ინფექციები, როგორცაა ათამანგი, ტუბერკულოზი, ჩირქოვანი ინფექციები, ხშირად ხდება გულის კუნთის დაზიანების მიზეზად.

გულის კუნთოვანი ბოჭკოები განიცდიან გადაგვარებას, ნაწილი ილუპება და მათ ადგილს იჭერს შემაერთებელი ქსოვილი. გვირგვინოვანი სისხლძარღვების სანათურის შეფეროების დროს, გულის კუნთის ცალკე უბნების სისხლით კვება ირღვევა, გულის კუნთოვანი ბოჭკოები ილუპება და მათ ადგილზე ვითარდება შემართებელი ქსოვილის ევანქები, ნაწიბურები. ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს გულის კუნთის სკლეროზულ ცვლილებებს.

ადამიანის ზედმეტად გასუქება აგრეთვე იწვევს გულის დაზიანებას. გულის კუნთის ბოჭკოებს შორის ხდება ცხიმოვანი ქსოვილის ჩაზრდა, რაც იწვევს გულის კუნთოვანი ბოჭკოების დალუპებას. ეს ცხიმოვანი ქსოვილი შესაძლებელია გადაეფაროს გულს და ამრიგად გული მთლიანად გაეხეიოს ცხიმში; ეს მოვლენა



გულის გასუქების, ანუ გულის სიმსუქნის სახელით არის ცნობილი.

ასეთი სახის ცხიმოვანი ცელოლებების გარდა, მძიმე ინფექციურ დაავადებათა დროს გულში შესაძლებელია განვითარდეს გულის კუნთის ცხიმოვნობა. გადაჭვრილობის დროსაც ადგილი აქვს გულის კუნთის ბოკოების ცხიმის წვეთებით გაუღენთას.

კლინიკური ნიშნები. თავისთავად ცხადია, რომ გულის კუნთის ბოკოების დაზიანებისა და დაღუპვის შედეგად მათ ადგილას განვითარებული შემავრთებელი ქსოვილი ვერ ასრულებს გულის კუნთის ფუნქციას, გულის კუნთის უნარი სუსტდება, ვეღარ ასრულებს თავის სამუშაოს და ავადმყოფს ეწყება ავადმყოფური მოვლენები გულის მხრივ.

აღსანიშნავია, რომ კარდიოსკლეროზი შესაძლებელია ჰქონდეს ადამიანს მრავალი წლის განმავლობაში, მაგრამ ის თავის გულს მაინცდამაინც არ გრძობდეს, ვიდრე გულს საკმაოდ შერჩენილი აქვს მუშაობის უნარი და ის ასე თუ ისე ასრულებს თავის ფუნქციას; დაავადების თანდათანობით განვითარებასთან ერთად თანდათან მელანდება გულის დასუსტების, ანუ ნაკლოვანების მოვლენებიც. ავადმყოფიც გრძობს თავის გულს და უჩივის გულისცემას და ქოშინს.

ვიდრე გულის მუშაობის მოშლის მოვლენები ჭერ კიდევ არ განვითარებულა, გულის მხრივ ობიექტური გასინჯვით შეიძლება აღინიშნოს სახეობის გარდიგარდმო გაგანიერება, გულის ტონების მოყრუება, ზოგჯერ ნაზო სისტოლურად შეიძლება რაც შედეგად სარქელის ე. წ. შედარებითი ნაკლოვანებისა გულის კუნთის დაზიანების გამო. პულსი კარდიოსკლეროზით ავადმყოფს მძიმად არიანული აქვს.

დაავადების თანდათანობით განვითარებასთან ერთად, ავადმყოფი უფრო და უფრო გრძობს თავის გულს—ქოშინს მატულობს, გულსცემა ძლიერდება, საღამოობით კოკების მიდამოში ავადმყოფს უვითარდება შემუშებები ჰირველ ხანებში შეშუპებები მარტო კოკების მიდამოშია და მალე ცხრება, შემდეგში შეშუპება ვრცელდება წვივებზეც. ავადმყოფს ეწყება შეგუბება ლეილში და სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში. ვითარდება ციანოზი, ძლიერი ქოშინი უკვე არა მარტო სიარულის, არამედ მოსვენების დროსაც.

კარდიოსკლეროზით ავადმყოფებს, რომელთაც გვირგვინოვანი სისხლძარღვების სკლეროზის ნიადაგზე სისხლის მიმოქცევის მოშლა აქვთ, განსაკუთრებით უზიანდებათ მარცხენა პარკუქის კუნთთვანა-ცედელი.

ვინიდან ასეთ ავადმყოფს ხშირად სისხლის წნევა უკმაყოფილო აქვს, რაც გადაჭარბებით ტვირთავს მარცხენა პარკუქს, უკანასკნელი მალე იქანცება და სუსტდება. ამის შედეგად მარცხენა პარკუქი ვეღარ დენის სისხლს აორტაში და სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში თანდათან ვითარდება შეგუბებითი მოვლენები.

ამას შესაძლებელია მოჰყვეს გულის მწვავე დასუსტება. ავადმყოფს, უმთავრესად ღამით, ეწყება ქოშინის ძლიერი შეტევა. ის იღობება, წამოჯდება საწოლში, გრძობს ჰერის ნაკლებობას. მას ახველებს მოსდასცემა ოფლი. ავადმყოფი გაფითრებულია, ციანოზური, ხველა მატულობს, ავადმყოფი იღებს ქაფიან ნახველს, რომელიც ხშირად ვარდისფრად შეფერულია სისხლით.

ასეთი მდგომარეობა, რომელსაც გულის ასთმა ეწოდება, მეტად მძიმეა ავადმყოფისათვის და თუ დროზე არ მივიღეთ სასწრაფო ზომები, განვი-თარდება ფილტვების მწვავე შეშუპება და ავადმყოფი დაიღუპება.

ავადმყოფის გასინჯვისას აღინიშნება გულის ტონების მოყრუება, ზოგჯერ სისტოლური შუბლი გულის მწვერულზე, საზღვრები გააჩნდებიან, ძულის სუსტი აგებობისა, გახშირებული და ხშირად არაიმუდლო ფილტვების მოსმენით აღინიშნება კრეპიტაცია ქვემო წილებში, რაც ფილტვების შეშუპების განვითარებასთან ერთად იცვლება წვრილი და საშუალოდ მუტუკოვანი ხიხინით. ბოლოს, თუ შეშუპების მოვლენებმა ავადმყოფს არ გაუარა, სველი ხიხინის რაოდენობა მატულობს, ფილტვების ყველა უბანზე მრავლად ისმის საშუალო და მსხვილმუტუკოვანი ხიხინი, ავადმყოფს ეწყება ხრიალი, სტერტოროზული სუნთქვა; ის კარგავს ცნობიერებას და იღუპება ფილტვების მწვავე შეშუპების შედეგად.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, კარდიოსკლეროზს ხშირად თან სდევს სისხლის მიმოქცევის მოშლა გვირგვინოვან სისხლძარღვებში და ამის შედეგად ავად-მყოფი ხშირად აღნიშნავს ტკივილებს გულის არეში.

მკურნალობა. კარდიოსკლეროზით ავადმყოფი შესაძლებელია მრავალი წლის განმავლობაში არაფერს უჩიოდეს გულის მხრივ. ავადმყოფის გასინჯვითაც გულში შესაძლოა ღირსშესანიშნავი არაფერი აღმოჩნდეს. გულის კუნთის ცვლილებები თანდათანობით ვითარდება და, როდესაც ავადმყოფს განუვითარდება გულის დასუსტება, ის შეამჩნევს ქოშინს ფიზიკური დატვირთვის დროს და სხვა ზემოაღნიშნულ მოვლენებს. სანამ გულის მუშაობის დასუსტების მოვლენები დაიწყებოდეს, მკურნალობა ძირითადად მიმართული უნდა იყოს იმ მიზეზების წინააღმდეგ, რომლებიც იწვევს ან ხელს უწყობს კარდიოსკლეროზის განვითარებას. ასეთია: ქრონიკული ინფექციები, უმთავრესად ათაშანგი, ორგანიზმის ქრონიკული მოწამვლა, რომელსაც იწვევს უმთავრესად თამბაქო, ალკოჰოლიზმი, სიმსუქნე. უნდა აღინიშნოს, რომ იმ მრავალი მიზეზის არიდება, რომლებიც ხელს უწყობს კარდიოსკლეროზის წარმოშობა-განვითარებას, ხშირად მეტად ძნელია.

ამიტომ არის, რომ კარდიოსკლეროზით ავადმყოფის მკურნალობა არსებობდად მიმართულია გულის ნაკლოვანების წინააღმდეგ.

ამ მხრივ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ზოგადი ჰიგიენური რეჟიმის მოწესრიგებას. ავადმყოფი უნდა აეკრძალოს ფიზიკური დატვირთვა—ბევრი, ჩქარი სიარული, ფიზიკური მუშაობა, სიმაღლეზე ასვლა. დღის განმავლობაში ის რამდენჯერმე უნდა ისვენებდეს. თუ გულის მუშაობის ნაკლოვანების მოვლენები აშკარად გამოხატულია, ავადმყოფს აწუხებს ქოშინი, აქვს შეშუპებები, ის ლოჯინში უნდა ჩავაწიროთ და აეუკრძალოთ ყოველგვარი მოძრაობა.

კვების რეჟიმის დაცვა ასეთ შემთხვევაში აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს. დღის განმავლობაში ავადმყოფი რამდენჯერმე უნდა ჰკამდეს ცოტ-ცოტას, რომ კუჭი ერთბაშად არ აივსოს. ნაწლავების მუშაობის მოსაწესრიგებლად საჭიროა ნელი სასაქმებელი ან გამწმენდი ოყნა. მიღებული სითხის რაოდენობა ავადმყოფს უნდა შეუმციოდეს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მას შეშუპებები დაემჩნევა. ალკოჰოლი და თამბაქო მას უსათუოდ უნდა აეკრძალოს.

თუ ავადმყოფი მეტად მსუქანია, კარგია დიეტის ისე გამოანგარიშება, რომ ავადმყოფი წონაში იკლებდეს. ამ მიზნით სასურველია ხილისა და რძის დღეების დანაშენა (იხ. ავადმყოფის დიეტა).

მედიკამენტოზური მკურნალობა, ჩვეულებრივ, მიმართული უნდა იყოს გულის მუშაობის გაძლიერებისაკენ. ამ მიზნით იხმარება ყველა ის საშუალება, რომლებიც ზევით იყო ჩამოთვლილი გულის დეკომპენსაციისა და მიოკარდიტის მკურნალობის განხილვისას.

ვინაიდან კარდიოსკლეროზის მიზეზს ხშირად ათაშანგი წარმოადგენს, საჭიროა ავადმყოფს სისხლი გაეისიწოს ვასერმანის რეაქციაზე და თუ ის დადებითი აღმოჩნდა, ჩატარდეს ენერგიული ანტილუესური მკურნალობა ბიოქინოლით, ბიეტის მიქსტურით და ზოგჯერ (ფრთხილად!) ნოვარსენოლითაც.

ზოგადი არტერიოსკლეროზის დროს ნაჩვენებია ოდით მკურნალობა.

Rp. Sol. Natrii (Kalii) iodati

3,0 (ან 6,0)—180,0

Natrii bicarbonici 3,0

M. D. S. თითო სუფრის კოვზი

დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ რძეზე

Rp. Sol. Lugoli 20,0

D. S. 2—5 წვეთი 3—4-ჯერ დღეში.

Rp. Sajodini 0,3

E. t. d. N 20

S. თითო ფხენილი 3-ჯერ დღეში.

## ✓ გულის ანგინა (ხიმნოკარდია), გულის კუნთის ინფარქტი (Angina pectoris s. Stenocardia. Infarctus myocardii)

გულის მკვებავი გვირგვინოვანი არტერიების დაავადების შედეგად, სკლეროზი იქნება ეს, თუ ხანგრძლივი, განმეორებითი სპაზმი, ვითარდება გვირგვინოვანი (კორონარული) არტერიების სანათლის შევიწროება. უკანასკნელის შედეგად გულის კუნთის კვება ირღვევა და ვითარდება თავისებური დაავადება, უფრო სწორად სიმპტომოკომპლექსი, რაც გულის ანგინის ანუ სტენოკარდიის სახელით არის ცნობილი.

როდესაც გულს დაძაბულა მუშაობა უხდება, გულის კუნთი მოითხოვს გაძლიერებულ კვებას სისხლით. დასკლეროზებული და შევიწროებული გვირგვინოვანი არტერიები საჭირო რაოდენობით ვეღარ აწვდიან გულის კუნთს სისხლს და გულის კუნთის კვების მწვევე მოშლის გამო ავადმყოფს ეწყება გულის არეში ტკივილი, რომელიც ხშირად საკმაოდ ძლიერად ზოგჯერ კი აუტანელი არის. როდესაც გულის ანგინას საფუძვლად კორონარული სპაზმი უძევს, შესაძლებელია გულის კუნთის კვება ისევე შეფერხდეს და ავადმყოფმა იგრძნოს ტკივილი გულის არეში.

ავადმყოფს შესაძლებელია ჰქონდეს ტკივილის შეგრძნება გულის არეში, განსაკუთრებით ჩხვლეტიითი ხასიათისა, მაგრამ ეს კიდევ არ ნიშნავს, რომ მას გულის ანგინა ან ანგინოზური ტკივილი აქვს. ასეთი ტკივილი, კარდიალგიკი, შესაძლოა გულის ნერვული დაავადების შედეგი იყოს (იხ. ქვევით). გულის ანგინა გარკვეული, სპეციფიკური ნიშნებით ხასიათდება და აღსანიშნავია, რომ ანგინოზურ ტკივილს თან ახლავს გულის არეში მღკერის გრძნობა და სინკვილის შიში.

გულის ანგინა უმთავრესად შუა ხნის მამაკაცებს უფითარდებათ და უეცარი სიკვდილის ერთ-ერთ ხშირ მიზეზს წარმოადგენს; მაგრამ ეს დაავადება შესაძლებელია უფრო ახალგაზრდებსაც განუვითარდეს.

შემჩნეულია, რომ მოუსვენარი, დაძაბული ცხოვრება ძლიერი სულიერი განცდებით ხელს უწყობს გულის ანგინის წარმოშობას.

ყოველივე ის, რაც ხელს უწყობს ათეროსკლეროზის განვითარებას, ხელს უწყობს აგრეთვე გულის ანგინის წარმოშობასაც. ათაშანგი, რომელიც ძალიან აზიანებს გულსა და აორტას, აგრეთვე დიდ როლს თამაშობს გულის ანგინის წარმოშობაში. დიდ მნიშვნელობას აწერენ თამბაქოს და აღინშნულია გულის ანგინის შეტევები თამბაქოს ქარბად სმარების ნიადაგზედაც.

გულის ანგინის შეტევები უფრო ხშირად ფიზიკური ან ნერვული გადაღლის დროს იწყება, მაგრამ შესაძლოა ზოგჯერ მოსვენებულ მდგომარეობაშიც იჩინოს თავი, რაც სტენოკარდიის უფრო მძიმე ფორმების დროს აღინიშნება ხოლმე.

კლინიკური ნიშნები. გულის ანგინის შეტევა შესაძლებელია მოუვიდეს ავადმყოფს მოულოდნელად და იმდენად ძლიერი იყოს, რომ ავადმყოფი რამდენიმე წუთში დაიღუპოს. ზოგჯერ გულის ანგინის შეტევას წინ უძღვის ტკივილის შეგრძნება გულის არეში, რომელიც მალე გაივლის ხოლმე. ასეთ ტკივილს გულის არეში, უფრო ხშირად მკერდის ძვლის უკან, ავადმყოფი გრძნობს სიარულის დროს. ავადმყოფი იძულებული ხდება გაჩერდეს, რადგან ყოველი ნაბიჯის გადადგმა ტკივილს აძლიერებს, ხოლო გაჩერდება თუ არა, ტკივილი გადაუვლის. ასეთივე ტკივილს გრძნობს ავადმყოფი სხვა სახის ფიზიკური გადატვირთვის ან მღელვარების დროს (მაგ., განრისხება).

თუ ავადმყოფს წინათ ასეთი მოვლენები ჰქონდა, შესაძლოა ერთ დღეს მას განუვითარდეს სტენოკარდიის ტიპობრივი შეტევა.

ავადმყოფი გრძნობს გულის არეში მოჭერას და ტკივილს მკერდის ძვლის უკან, რომელიც ზოგჯერ მეტად ძლიერია და ვრცელდება ან მარცხენა ან ორივე მკლავში, კისრამაკენ და ბუკის მიდამოში. ავადმყოფი ამჩნევს, რომ მას ხელის თითები, უმთავრესად 4—5, დაუბუჟდა. ამავე დროს ავადმყოფს აქვს სიკვდილის შიში, შეშინებული სახე, ის გაფითრებულია და ცივ ოფლს აყრის. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი მძიმე შთაბეჭდილებას ახდენს; ის ცდილობს არ გაინძრეს, რადგან მცირეოდენი მოძრაობაც კი ტკივილს აძლიერებს. ავადმყოფის გასინჯვით, ამ გარეგანი ნიშნების გარდა, შესაძლოა ღირსშესანიშნავი ვერაფერი ვნახოთ: პულსი ხშირად აჩქარებულიც კი არ არის, კარგი ავსებებისა და რითმული. სისხლის წნევა შესაძლოა უცვლელი იყოს თუ ის ანგინის შეტევამდე შეცვლილი არ იყო. გულის გამოკვლევა გვაძლევს კარდიოსკლეროზისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს—საზღვრების გადიდებას და გულის ტონების მოწყრუებას.

გულის ანგინის გაურთულებელმა შეტევამ შესაძლოა გასტანოს რამდენიმე წუთს და თანდათან დაეცრეს. ტკივილი გაივლის, ავადმყოფი ფერზე შოგა, შიშის გრძნობა გაუვლის და მას დარჩება მხოლოდ ძლიერი საერთო სისუსტე და მოთენთილობა, რაც რამდენიმე საათს გასტანს.

სხვა შემთხვევებში სტენოკარდიის შეტევამ შეიძლება გულის მწვავე დასუსტება გამოიწვიოს, რაც მთელი რიგი ნიშნებით ვლინდება. ტკივილებთან და ზოგად მოვლენებთან ერთად ავადმყოფს აქვს პულსის ცვლილებები, ის შენელებულია 50—56-მდე წუთში ან, პირიქით, გახშირებულია 120—140-მდე, ამავე დროს სუსტი ავსებისა და არითმულია. სისხლის წნევა ეცემა, გულის ტონები ძალზე მოყრუებულია; აღინიშნება შუილი, ავადმყოფს აქვს ციანოზი, ფილტ-

404

ვებში ვითარდება შეგუბებითი მოვლენები, რასაც შესაძლოა ფილტვების მწვავე წეშულება მოჰყვეს. სტენოკარდიის ასეთი მძიმე შეტევის დროს ავადმყოფს შესაძლოა შარდზე და განაეალზე უნებლიედ გასვლაც მოუვიდეს. შეტევის დროს ზოგ ავადმყოფს შარდის გახშირება ან პირიქით, შეკავება ემჩნევა, ზოგჯერ შეტევის შემდეგ ავადმყოფი დიდი რაოდენობით გადის შარდზე, რომელიც ბაცი ფერისა და დაბალი ხვედრითი წონის არის (urina spastica).

ჩვეულებრივ, სტენოკარდიის ასეთი შეტევა ავადმყოფის სიკვდილით ითვლება.

გვირგვინოვანი არტერიამ ამა თუ იმ ტოტის თრომბით მთლიანად დახშობის შემთხვევაში (კორონარული თრომბოზი), გულის კუნთის ხე უნანი, რომელიც ამ არტერიული ტოტრიდან იკვებება სისხლით; ჯანციდის მწვავე იშემიას, რასაც შედეგად მიოკარდიუმში ინფარქტის განვითარება მოჰყვება.

ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს მოსდის სტენოკარდიის ძლიერი შეტევა, რომელიც რამდენიმე საათს, ხშირად მთელ დამეს ან დღეს გასტანს (status anginosus). მიოკარდიუმის ინფარქტის შემთხვევაში ტკივილი უფრო ძლიერი და ხანგრძლივია. ამავე დროს ავადმყოფს უვითარდება გულის მწვავე სისუსტე.

თუ მიოკარდიუმის ინფარქტი განვითარდა, ავადმყოფს გულის ანგინის შეტევის მე-2—მე-3 დღეს აუწყებს I<sup>o</sup>, გულის ანგინა განადგობა პერიკარდიუმის ხახუნს, სისხლში თქნება ლეიკოციტოზი; ხოლო ერთოციტების დაღმევის რეაქცია კი აჩქარებული.

სტენოკარდიის ასეთი მძიმე შეტევისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის წარმოშობის დროს ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს. თუ ავადმყოფი გადარჩა, დროთა ვითარებაში ინფარქტის ადგილას შეიძლება განვითარდეს შემაერთებელი ქსოვილის ნაწიბური. ანატომიური გაკვეთის დროს ხშირად უნახავთ გულის კუნთში რამდენიმე ასეთი ნაწიბური, როგორც ჩანს რამდენიმე ინფარქტის შედეგად, რომელიც ადამიანს ჯადუტანია. რა თქმა უნდა, ასეთი ნაწიბურები ძალზე არღვევს გულის. მუშაობას, კუნთის ფუნქციურ უნარს, როგორც ეს უკვე აღნიშნული იყო კარდიოსკლეროზის განხილვის დროს.

გულის ანგინის ტიპობრივი შეტევის ამოცნობა არ არის ძნელი, თუმცა ზოგ არატიპობრივ შემთხვევაში დიაგნოზი გაცილებით უფრო ძნელია. ამჟამად გულის კუნთის ინფარქტის დიაგნოსტიკა კარგად არის დამუშავებული; ჩვენ შეგვიძლია ამოვიცნოთ რომელი პარკუტის კედელშია ინფარქტი; უფრო მეტიც, შესაძლებელია ამოცნობა—წინა კედელშია ის, უკანაში, თუ პარკუტაშუა ძგიდესში. მიოკარდიუმის ინფარქტის ამოცნობა ადამიანის სიცოცხლეში პირველად რუსმა კლინიკებმა ობრაზოვმა და სტრაჟენკომ მოახერხეს და მათვე აწერეს კორონაროთრომბოზისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის კლინიკური სურათი.

გულის კუნთის დაზიანების დიაგნოსტიკათვის საერთოდ, კერძოდ, სტენოკარდიისა და განსაკუთრებით მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკაში, უდიდესი და ზოგჯერ გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ელექტროკარდიოგრაფიას. ელექტროკარდიოგრაფიაზე სხვადასხვა განხრებში მეტად ზუსტად აღინიშნება მიოკარდიუმის ცვლილებები და ინფარქტის განვითარების ადგილი. სტენოკარდიის შეტევის დროს ელექტროკარდიოგრაფიაში უმთავრესი ცვლილებები აღინიშნება S-T მონაკვეთში და T კბილში.

განსაკუთრებით დამახასიათებელი და მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკისთვის ელექტროკარდიოგრაფიის ცვლილებები მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს.

პარკუტა კომპლექსი QRST განიცდის დამახასიათებელ ცვლილებებს, რომლებიც კორონაროთრომბოზისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების დინამიკასთან ერთად სათანადოდ იცვლება.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი სტენოკარდიისა ფრიად სერიოზულია. თუ დაავადების დიაგნოზი სწორად არის დასმული, არასოდეს არ შეიძლება დამშვიდებული ვიყოთ, ვინაიდან არ შეიძლება ითქვას, როგორ გათავდება ანგინოზური შეტევა და რა მიმდინარეობას მიიღებს ავადმყოფობა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ პირველი ანგინოზური შეტევა შეიძლება უკანასკნელი ვაზლეს და ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდეს. განსაკუთრებით საშიშია ანგინოზური შეტევის ის შემთხვევები, სადაც ადგილი აქვს გულის მწვავე დასუსტებას, გულის ასთმას, ინფარქტის განვითარებას.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. სტენოკარდიით ავადმყოფი მოითხოვს მკურნალობას ანგინოზური შეტევის დროს და შეტევის შემდგომ პერიოდში.

შეტევის დროს პირველ და აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ავადმყოფის მოთავსება საწოლში. შეტევის დროს ავადმყოფის ადგილიდან დაძვრა არ შეიძლება.

ტკივილის დროს, უმჯობესია მისი დაწყებისთანავე, მიეცეს ~~ნიტრო-გლიცერინის 1%-ნი სპირტის ხსნარის 1—2 წვეთი~~ და დაედოს სათბური გულის არემიქსირად ეს ორი ღონისძიება საკმარისია ტკივილების გასაყუჩებლად და შეტევის შესაწყვეტად. თუ ტკივილი არ შენედა ან თავიდანვე ტკივილი მეტად ძლიერია, უნდა გაუკეთდეს კანქვეშ პანტოპონის 2%-ნი. ან მორფიუმის 1%-ნი ხსნარის 1 მლ, რაც შეიძლება განმეორდეს  $\frac{1}{2}$ —1 საათის შემდეგ.

პანტოპონთან ან მორფიუმთან ერთად კარგია ატროპინის 0,1%-ნი ხსნარის გაკეთება კანქვეშ 1 მლ რაოდენობით.

თუ ავადმყოფს ანგინოზური სტატუსი აქვს, ხშირად საჭირო ხდება პანტოპონის ან მორფიუმის ხსნარის შეშხაპუნების რამდენჯერმე განმეორება და ნიტროგლიცერინის ხსნარის განმეორებით მიცემაც.

გულის მწვავე დასუსტების განვითარების დროს ავადმყოფს კანქვეშ უნდა გაუკეთოთ კოფეინის 10%-ნი ხსნარის 1 მლ, ქაფურის ზეთი 20%—2 მლ და უფრო მძიმე შემთხვევებში ვენაში შეეუყვანოთ გლუკოზის 40%-ნი ხსნარის 20 მლ სტროფანტის ნაყენის 1—2 წვეთთან ერთად ან სტროფანტინთან ერთად. ასეთი მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს, ვიდრე შეტევა არ გაივლის და ზოგჯერ შეტევის გავლის შემდეგაც.

ამ საშუალებების გარდა საჭიროა სათბურების დადება ფეხებზე, ხელების ცხელი აბაზანები, მდოგვიანი ქალალი ბეჭების მიდამოში და კოტრუმების დასხმა ირგვლივ.

თუ ავადმყოფი შეტევას გადაურჩა, უნდა ჩაეუტაროთ შემდგომი მკურნალობა კლინიკური მოვლენების მიხედვით. სტენოკარდიის შეტევის შემდეგ, თუ ინფარქტი არ წარმოიშვა, ხოლო ავადმყოფს კლინიკურმა მოვლენებმა გაუარა, იგი, სულ ცოტა ორი კვირა მანძილზე უნდა იწვეს საწოლში მოსვენებით. წამოჭდობა, და მით უმეტეს წამოდგომა, დაუშვებელია. ავადმყოფს უნდა ავიადოთ ფიზიკური დატვირთვა და ყოველგვარი მღელვარება, ვინაიდან ამას შესაძლოა შეტევის გამეორება მოჰყვეს.

თუ მიოკარდიუმის ინფარქტი განვითარდა, ავადმყოფი უნდა იწვეს ~~მოსვენებით~~ არა ნაკლებ 6 კვირამდე ~~შემდგომი~~ მოძრაობა და საწოლში წამოჭდობაც კი დაუშვებელია. არავითარი მაგარი სასმელი ავადმყოფს არ უნდა მიეცეს, თამ-

ბაქოს მოწევა უნდა აეკრძალოს. კვება უნდა ჰქონდეს ისეთივე, როგორც გუ-  
ლით მიიმე ავადმყოფს ენიშნება (იხ. ზევით).

გამოკეთების შემდეგ ავადმყოფს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს თავისი ავად-  
მყოფობა და უაღრესად ფრთხილობდეს. ბევრ შემთხვევაში საჭირო ხდება  
სამუშაოს გამოცემა (უფრო მსუბუქ სამუშაოზე გადასვლა), ღამის სამუშაოზე  
უარის თქმა, ღლის განაყოფაში რამდენჯერმე დასვენება, ღამით ძილის მო-  
წესრიგება და სხვ. ყოველგვარი ფიზიკური და გონებრივი გადატვირთვა ასეთი  
ავადმყოფისათვის მავნეა.

ხშირად ავადმყოფს ავიწყდება თავისი ავადმყოფობა, გათამამდება, არ-  
ღევეს რეჟიმს და ამით აჩქარებს დაავადების ხელახალ გამწევენებას.

შეტევის შემდგომ პერიოდში კარგია იოდის, დიურეტიკის, კაპავერინის,  
ლუმინალის და ბრომის პრეპარატების დანიშვნა. თუ ავადმყოფს მანამდე ათა-  
შანგი ჰქონია, საჭიროა ანტილუესური მკურნალობის ჩატარება. კარგად მოქმე-  
დებს ნიტრიტები, როგორც სისხლძარღვების გამაგანერებელი საშუალება.

Rp. Sol. Natrii nitrosi—

1,0—200,0.

D. S. თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში.

### გულის აკათანაბარი მუშაობა (პარითია)

ჯანმრთელი ადამიანის გული იკუმშება გარკვეული თანმიმდევრობით: ჯერ  
წინაგულები, 0,16—0,18 წამის შემდეგ პარკუჭები, რასაც მოსდევს პარკუჭების  
დიასტოლური პაუზა; პარკუჭების დიასტოლის დასასრულს იწყება წინაგულე-  
ბის მომდევნო სისტოლა. გულის შეკუმშვა-მოდუნების შესაბამისად სიცემს  
პულსიც, თუ მოვისმენთ გულს, გავიგონებთ სისტოლურსა და დიასტოლურ ტო-  
ნებს, რომლებიც ერთიმეორის მისდევენ გარკვეული პაუზების შემდეგ.

გულის ასეთი თანაბარი მუშაობა პირობადებულია იმ აგზნებით, რომელიც  
წარმოიშევა ე. წ. ს ი ნ უ ს უ რ კ ე ა ნ შ შ ი (ყისფლავის კვანძი), აქედან აგ-  
ზნება ვრცელდება წინაგულებზე, რომლებიც იკუმშება; შემდეგ აგზნება გაივ-  
ლის გულის მეორე კვანძს (აზოფ-ტავარას კვანძი) და ე. წ. პისის კუნთოვანი  
კონით გავრცელდება პარკუჭებზე, რის შემდეგ პარკუჭებიც იკუმშება. გული და  
მისი კვანძები, სადაც აღნიშნული იმპულსები წარმოიშევა, ცთომილი და სიმპა-  
თიკური ნერვების გავლენის ქვეშ არის. ცთომილი ნერვის აგზნება, გალიზიანება  
ან ტონუსის აწევა იწვევს გულის მუშაობის შენელებას 60—50-მდე წუთში  
(ბ რ ა დ ი კ ა რ დ ი ა), ხოლო სიმპათიკური ნერვის გალიზიანების დროს ხდება  
გულის მუშაობის აჩქარება (ტ ა ქ ი კ ა რ დ ი ა).

ბრადიკარდია აღინიშნება ზოგიერთი მოწამელის დროს (მაგ., ტყვიით, სა-  
ოითურათი, თამბაქოთი), სიყვითლის დროს, ტვინის გარსების ანთების, ტვინის  
სიმსივნეების დროს და სხვ.

შესაძლებელია ბრადიკარდია იყოს კონსტიტუციურიც. ტაქიკარდია ვითარ-  
დება ცხელების დროს, ბაზილუვის სნეულების დროს, კოფეინი და ატროპინ-  
ით მოწამელის დროს და სხვ.

ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა გულის თანაბარი მუშაობა დაირღვეს, ის არა-  
თანაბარი, ანუ როგორც იტყვიან, ა რ ი თ მ ი უ ლ ი გახდეს, ა რ ი თ მ ი ა გან-  
ვითარდეს.

არჩევნ რამდენიმე სახის არითმიას. არითმიის ზოგიერთი სახე არ იძლევა მძიმე სუბიექტურ შეგრძნებებს და მკურნალობასაც არ მოითხოვს, ზოგი კი, პირიქით, მძიმე მოვლენებით ხასიათდება.

სუნთქვითი არითმია (Arythmia respiratoria) ხასიათდება ჩასუნთქვის დროს პულსის გახშირებით, ხოლო ამოსუნთქვის დროს მისი გაიშვითება; არითმიას ეს სახე ცოთმილი ნერვის ადვილი აგზნებადობის შედეგია, გვხვდება ბავშვებში, ნერვებით ზოგიერთ ავადმყოფში და ინფექციური დაავადებებიდან გამოკეთების პერიოდში. ამ სახის არითმიას ავადმყოფი არც კი შეიგრძნობს და ის განსაკუთრებულ მკურნალობას არ მოითხოვს.

### **მისტასისტოლია (extrasystolia). პაროქსიზმული ტაქიკარდია (tachycardia paroxysmalis)**

ექსტრასისტოლია გულის ისეთ პათოლოგიურ მდგომარეობას გულისხმობს, როდესაც იმპულსები გულში ნაადრევად წარმოიშვება და იწვევს გულის ნაადრევ შეკუმშვას. ამრიგად, ხდება გულის დამატებითი (ექსტრასისტოლური) შეკუმშვა, რომელსაც მოსდევს გულის ნორმალური შეკუმშვა. ექსტრასისტოლისა და სისტოლის მორიგეობა ცნობილია ბიგემინიის სახელწოდებით, ექსტრასისტოლების ხშირ გამეორებას ეწოდება პოლიგემინია.

თუ პოლიგემინია ხანგრძლივია და შეტევების სახით წარმოიშვება, მაშინ ადგილი აქვს პაროქსიზმულ ტაქიკარდიას.

ექსტრასისტოლების წარმოშობის მიზეზი მრავალფეროვანია. გულის კუნთის ორგანული დაზიანება (მიოკარდიოსკლეროზი, გულის კუნთის ინფარქტი), გულის ნერვული აპარატის ზედმეტი გაღიზიანება, როგორც ფსიქოგენური მომენტებით, ისე მოწამვლით (ნიკოტინი, დიგიტალისი) შესაძლოა გახდეს ექსტრასისტოლების წარმოშობის მიზეზად.

აღნიშნულ მომენტებს შეუძლია გამოიწვიოს როგორც ცალკეული ექსტრასისტოლები, ისე პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შეტევები.

ექსტრასისტოლის დროს ავადმყოფი გრძნობს გულის შეჩერებას, რასაც მოსდევს ძლიერი ბიძგი გულის არეში. ავადმყოფი შესაძლებელია ზოგჯერ სრულიად არ გრძნობდეს ექსტრასისტოლებს.

თავისთავად ექსტრასისტოლები ყოველთვის როდი მოასწავებენ გულის მძიმე დაავადებას; შესაძლოა ისინი, როგორც აღნიშნული იყო, გამოწვეული იყოს ნერვული მომენტებით. ამის გარდა შემჩნეულია, რომ ექსტრასისტოლები აქვთ ჯანსაღ ადამიანებსაც. არიან ავადმყოფები, რომელთაც ექსტრასისტოლები ათეული წლების მანძილზე აღენიშნებათ, მაგრამ ეს სისხლის მიმოქცევის მოშლილობას არ იწვევს.

პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შეტევა უეცრივ იწყება. ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ ბიძგს გულის არეში, რასაც მოსდევს პულსის ძლიერი გახშირება, 180—200-მდე წუთში; ზოგჯერ პულსი იმდენად ხშირია, რომ მისი დათვლა შეუძლებელი ხდება.

გულის მოსმენის დროს ტონები თანაბარი ინტერვალებით მოსდევენ ერთმანეთს (ეგზორიკარდია).

პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შეტევის დროს ავადმყოფი ფითრდება, მას აყრის ოფლი, აქვს თავბრუს, ზოგჯერ გულისრევი; ავადმყოფი გრძნობს მოუსვენრობას, უქირს სუნთქვას, აქვს მსუბუქი ციანოზი. ტაქიკარდიის შეტევა შესაძლებელია რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე გაგრძელდეს და, ჩვეულებ-



რევ, ის ფსევდო უეცრივ შეწყდეს, როგორც დაიწყა. ძლიერ ბიძგს გულის არეში მოჰყვება გულის შეჩერება, კომპენსატორული პაუზა და შემდეგ გული ჩვეულებრივ მუშაობას იწყებს.

პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შეტევების ხშირ გამეორებას შეუძლია დაარღვიოს გულის მუშაობა.

მკურნალობის მიზნით საჭიროა ექსტრასისტოლების და პაროქსიზმული ტაქიკარდიის გამომწვევი მიზეზების მოცილება, თუ ეს შესაძლებელია და ვაღერიანის, ბრომიდების, ჭინაჭინისა და ლუმინალის დანიშვნა.

პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შეტევის შეწყვეტა შეიძლება თუ გავაღიზიანებთ ცთომილ ნერვს კაროტიდულ სინუსზე (მკერდ-ლაეიწ-დერილოვანი კუნთის გარეთა კიდებზე) ან თვალებზე ძლიერი ზეწოლით. მაგრამ ეს მეთოდი ზოგჯერ სახიფათოა (n. vagus-ის ძლიერი აგზნებისა და არტერიოსკლეროზის შემთხვევებში), რადგან შესაძლოა მძიმე კოლაფსი განვითარდეს.

ექსტრასისტოლიისა და პაროქსიზმული ტაქიკარდიის დროს კარგად მოქმედებს შემდეგი წამლები:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015  
Chinini bromati 0,15  
Luminali 0,03  
M. f. p. D. t. d. N 10  
S. თითო ფხენილი დღეში 2—3-ჯერ

Rp. Chinini sulfurici 0,05  
Camphorae monobromatae 0,2  
M. f. p. D. t. d. N. 20 in oblatiis  
S. თითო ობლატი დღეში 2-ჯერ

Rp. Chinini murialici  
Camphorae monobromatae 0,15  
Luminali 0,015  
M. f. p. D. t. d. N 30 in oblatiis  
S. თითო ობლატი დღეში 2-ჯერ

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,05  
Chinini hydrochlorici 0,1  
Extr. Belladonnae 0,01  
M. f. p. D. t. d. N 20  
in oblatiis  
S. თითო ობლატი დღეში  
2-ჯერ კამის შემდეგ

Rp. Sol. Atropini sulfurici  
0,1%—10,0  
D. S. 8—8 წვეთი დღეში ორჯერ

Rp. Jnf. rad. Valerianae  
ex 10,0—150,0  
Kalii bromali 5,0  
M. D. S. თითო სუფრის კოვზი  
3—4-ჯერ დღეში

### გოცინიზმი პერიპეტუა (Arythmia perpetua)

ამ სახის არითმიას სხვანაირად კიდევ აბსოლუტურ არითმიას (Arythmia absoluta) ეძახიან; ის ხასიათდება მუდმივობით (perpetua). ამ არითმიის დროს აღგილი აქვს წინაგულების ციმციმის (fibrillatio atriorum), წინაგულების შეკუმშვა მთლიანად არ ხდება, იკუმშება მხოლოდ ცალკეული კუნთოვანი ბოჭკოები. პარკუჭები იღებს იმპულსებს უწესრიგოდ. მოციმციმე არითმია ხან ტაქიკარდიით მიმდინარეობს (ტაქიკარდიული ფორმა), ხან კი ბრადიკარდიით (ბრადიკარდიული ფორმა), ცხადია, რომ მოციმციმე არითმია არღვევს გულის მუშაობას და ასუსტებს გულის კუნთს.

მოციმციმე არითმია თან სდევს მიტრალურ ავადმყოფობას, მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზს, კარდიოსკლეროზის შორსწასულ ფორმებს.

მოციმციმე არითმიის ტაქიკარდიული ფორმის დროს, როდესაც პულსის სიხშირე 100—140 და ხშირად მეტსაც აღწევს ერთ წუთში, ავადმყოფს მკურნალობის მიზნით უნიშნავენ დიგიტალისს, შემდეგ კი ქინაქინას ან ქინინდინს. ქინაქინის დანიშვნა არ შეიძლება, თუ კომპენსაცია დარღვეულია.

### გულის ბლოკადა (Dissociatio cordis)

ეს არის გულში აგზნების გამტარებლობის დარღვევა, როდესაც იმპულსის გატარება კის-ფლაკის. კვანძიდან ჰისის კონით მისი ტოტების ბოლომდე არ ხდება ან ხდება არათავისუფლად, პარკუჭების აგზნება თავის დროზე არ ხდება და პარკუჭები არ იკუმშება. ამრიგად წყდება კავშირი წინაგულებსა და პარკუჭების შეთანხმებულ მუშაობაში.

არჩვენ: 1) სინოაურიკულურ ბლოკადას, როდესაც სინუსური კვანძში წარმოშობილი იმპულსი არ აღწევს წინაგულების. მიოკარდიუმს; 2) წინაგულ-პარკუჭთა ბლოკადას, რომლის დროსაც იმპულსი ბლოკირებულია წინაგულებსა და პარკუჭებს შორის; 3) ჰისის კონის ტოტების ბლოკადას და 4) ჰისის კონის დაბოლოების ბლოკადას.

გამტარებლობის შეწყვეტა შესაძლოა იყოს ნაწილობრივი (ნაწილობრივი ბლოკადა) ან მთლიანი (მთლიანი ანუ სრული ბლოკადა).

გულის კუნთის დაზიანება დიფთერიის, რევმატიზმის, ლუესის, არტერიოსკლეროზის ნიადაგზე არის უფრო ხშირად მიზეზი გამტარებლობის ასეთი დარღვევისა. ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა ცთომილი ნერვის ზედმეტმა აგზნებამაც გამოიწვიოს ბლოკადის მოვლენები.

ბლოკადის დროს პარკუჭში წარმოიშვება საკუთარი იმპულსები და პარკუჭები იკუმშება წინაგულისაგან დამოუკიდებლად, ასეთ შემთხვევაში წინაგულები იკუმშება თავის საკუთარ (სინუსურ) რითმში, ხოლო პარკუჭები თავის საკუთარ (კვანძოვან) რითმში. ამრიგად ვითარდება პ ა რ კ უ ჭ უ ლ ი ა გ ტ ო მ ა ტ ი ზ მ ი. ვინაიდან სინუსური რითმი უფრო ჩქარია (60—80 წუთში), ვიდ-

რე-პარკუქის (ვენძოვანი) რიგში (30—40 წუთში), ამიტომ სრული ბლოკადის დროს გული იკუმშება არა უმეტეს 30—40-ჯერ წუთში, რასაც მოპყვება მაჯის ძლიერი შენელება, ბრადიკარდია. ამას თან სდევს ტვინის სისხლნაკლებობა და ზოგჯერ ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას.

ზოგჯერ ავადმყოფს შეიძლება ეპილეფსიის მსგავსი გულყრებიც მოუვიდეს. ზემოაღნიშნული გულის ბლოკადით გამოწვეული მდგომარეობა ეღმს-სტოქს-ს-ტრ აქეცკოს დაავადების სახელით არის ცნობილი. გულის ბლოკადის დროს კარგად მოქმედებს ატროპინი და კოფეინი. ნაწილობრივი ბლოკადის დროს სისხლის მიმოქცევა მაინცდამაინც არ ირღვევა და მკურნალობა უფრო კარგ შედეგს იძლევა. სრული ბლოკადის დროს მკურნალობა უშედეგოა, თუ ბლოკადა არ არის გამოწვეული ლუესური პროცესით. ლუესით გამოწვეული დაზიანების შედეგად განვითარებული ბლოკადის დროს ანტილუესური მკურნალობის ჩატარება უფრო კარგ შედეგებს გვაძლევს.

ალტერნირებული პულსი (Pulsus alternans) ეწოდება ისეთ პულსს, რომლის დროსაც ყოველ დიდ საპულსო ტალღას პატარა საპულსო ტალღა მოსდევს. ალტერნირებული პულსი წააგავს pulsus bigeminus-ს, მაგრამ განსხვავდება უკანასკნელისაგან იმით, რომ მეორე ტალღა მოდის არა ნაადრევად, როგორც ექსტრასისტოლის დროს, არამედ უფრო დაგვიანებით.

ალტერნირებული პულსი გვხვდება ინფექციურ დაავადებათა დროს (ტიფი, გრიპი, პნევმონია) და მომასწავებელია გულის კუნთის ღრმა და შიშვე დაზიანებისა. ამიტომ ალტერნირებული პულსის აღმოჩენა გვიკარნახებს, რომ ენერგიული სამკურნალო ზომები ვინმართ გულის მუშაობის გამოსასწორებლად.

აღწერილი არითმიების სწორი ამოცნობა და მათი ერთმანეთისაგან განსხვავება ძნელი საქმეა. ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევის მეთოდი ასეთ შემთხვევებში დაუფასებელ დახმარებას გვიწევს და ის ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული მსგავს შემთხვევებში.

## გულიხა და სისხლქაღმთა სისტემის ნივთიერება

გულის იმ დაავადებათა დროს, რომელიც ზემოთ იყო განხილული, როგორცაა ენდომიოკარდიტი, გულის მანკი, კარდიოსკლეროზი და სხვ., ავადმყოფი გრძნობს მთელ რიგ უსიამოვნო შეგრძნებებს გულის მხრივ (ართიმია, გულისცემა, ტკივილები გულის არეში). ამ შეგრძნებებს საფუძვლად უძევს გულის ესა თუ ის ორგანული დაავადება. ხშირად ვხვდებით ისეთ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ჩივილები გულის მხრივ, მას აწუხებს გულის ცემა, ჩველეთითი ტკივილები და გულისაკრემი გულის დასუსტების შეგრძნება და სხვ., მაგრამ გულის განსინჯვის დროს ვერ ვნახულობთ ვერც გულის მანკს, ვერც გულის კუნთის დაავადებას, ასეთ შემთხვევაში ლაპარაკობენ გულის ფუნქციურ სნეულებაზე და აღნიშნულ ჩივილებს ნერვების სისტემის ავადმყოფური მდგომარეობით ხსნიან.

უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადებათა პათოგენეზის თანამედროვე გაგებით გულის დაავადებათა ასეთი დაყოფა „ორგანული“ და „ფუნქციური“ სნეულებად, არ არის სასიხებით მართებული. არ შეიძლება გულის ამა თუ იმ ნაწილის ანატომიური ცვლილება დაეუბიროსპიროთ ფუნქციურ (ნევროზულ) ცვლილებებს, ვინაიდან მათ შორის ურთიერთკავშირი არსებობს და ხშირად ისინი ურთიერთს აპირობებენ.

ჩვენ ზევით დავინახეთ, რომ გვირგვინოვანი არტერიების სპაზმს შეუძლია გამოიწვიოს გულის კუნთის ღრმა და გამოუსწორებელი ცვლილებები. გულის არითმიას მოჰყვება ზოგჯერ სისხლის განაწილების დარღვევა და სხვ. მაშასადამე, ამ ე. წ. «ფუნქციური» სნეულებებს შეუძლია გამოიწვიოს არა მარტო სუბიექტური შეგრძნებები, არამედ გულის ანატომიური ცვლილებებიც.

მართალია ფუნქციური დაავადების გარკვეულ პერიოდში ობიექტური გამოკვლევით შესაძლოა გულის მხრივ არაფერი აღმოჩნდეს და სუბიექტურ შეგრძნებათა მიზეზი ნერვულ სისტემაში, შინაგანი სეკრეციის ჭირკვლებში და ნივთიერებათა ცვლაში უნდა ვეძიოთ.

გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ნევროზები ხასიათდება იმით, რომ პათოლოგიური პროცესის წამყვანი მომენტი არის ემპულსი, რომელიც მოდის ტვინის ქერქიდან, ვეგეტატიური ნერვული სისტემით აღწევს სისხლძარღვთა აპარატს და აქ ამა თუ იმ საპასუხო რეაქციას იწვევს.

რა თქმა უნდა, შინაგანი სეკრეციის მდგომარეობას, რომელიც გარკვეულ გავლენას ახდენს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე, მნიშვნელობა აქვს სისხლის მიმოქცევის აპარატის მდგომარეობისათვის.

ადამიანის ფსიქიკის მდგომარეობა აგრეთვე გარკვეულ როლს ასრულებს სისხლის მიმოქცევის აპარატის ფუნქციის მდგომარეობაში. მთელი რიგი რეფლექსები, რომლებიც წარმოიშევა სხვადასხვა შინაგანი ორგანოებიდან (უკუნაწლავის ტრაქტი, ნაღვლის ბუშტი, სასქესო ორგანოები და სხვ.), იწვევს რეფლექტორულად გულის მუშაობის მოშლილობას—გულის ცემას, არითმიას და სხვ.

არიან ადვილად აგზნებადი პიძებმა, რომელთაც ადგილების, განრისხების ან მცირეოდენი ფიზიკური დატვირთვის შედეგად ემჩნევათ ძლიერი გულისცემა (120—130 წუთში), ჩხვლეტილი ტკივილები გულში, არითმია და უსიამოვნო შეგრძნებები გულის არეში.

სხვადასხვა ინტოქსიკაციების გავლენა ცთომილ ნერვზე (თამბაქო, ალკოჰოლი), ან შინაგანი სეკრეციის ჭირკვლების ჰიპერფუნქცია (ბაზედოვის სნეულება) ხშირი მიზეზია გულის მუშაობის აჩქარებისა.

არჩევნ გულის მ გ რ ძ ნ ო ბ ი ა რ ე და მ ო ძ რ ა ო ბ ი თ ნევროზებს. მგრძნობიარე ნევროზებს აკუთვნებენ კ ა რ დ ი ა ლ გ ი ა ს—ჩხვლეტილი ტკივილის შეგრძნებას გულის არეში, რომელიც თავისი ხასიათით სტენოკარდიას არა ჰგავს.

მოძრაობით ნევროზებს ეკუთვნის ფ ს ი ქ თ ვ ე ნ დ უ რ ი ა რ ი თ მ ი ა . დამტკიცებულია, რომ გულის არითმია შესაძლოა განვითარდეს ფსიქონერვულ ნიადაგზე.

ნერვული გულის ცემა ხშირად გვხვდება სხვადასხვა ფსიქონევროზების დროს. ავადმყოფი გრძნობს გულის ცემას, გულის ძლიერ ბიძგს მკერდში; ობიექტურად ხშირად აღინიშნება ტაქიკარდია; სხვა ცვლილებებს გულის მხრივ ვერ ვნახულობთ. როგორც ფიქრობენ, ასეთ შემთხვევებში ადგილი უნდა ჰქონდეს პ ა ვ ლ ო ვ ი ს გ ა მ ა ძ ლ ი ე რ ე ბ ე ლ ი ხ ე რ ვ ი ს ტ ო ნ უ ს ი ს აწე-ვას (სიმპათიკური წნულის გულის ტოტი). ვეგეტონევროტიკებს ხშირად აქვთ ექსტრასისტოლებიც, რომლებიც ფიზიკური აგზნების დროს კიდევ უფრო ძლიერდება.

სისხლის ძარღვების ნევროზის (neurosis vasorum) დროს ადგილი აქვს სისხლის ძარღვების ინერვაციის მოშლას. ამის შედეგად იცვლება მათი ტონუ-

სი. სისხლძარღვები ან არაჩვეულებრივ გაგანიერებას ან კიდევ შევიწროებას, სპაზმს განიცდის, რასაც მოსდევს სისხლის მიმოქცევის შეფერხება.

სისხლის ძარღვების ასეთი მდგომარეობის შედეგად ვითარდება, მაგალითად, შაკიკის (hemicrania) სხვადასხვა ფორმები. ავადმყოფს ეწყება ძლიერი ტკივილი თავის ერთი ნახევრის მიდამოში, სახე წამოუწითლდება ან გაუფითრდება, ხელები უცივდება.

აკროპარესთეზიას ახასიათებს ქავილი, კიანჭველების ცოცვის გრძნობა და ჩხვლეტიანი ტკივილები თითებში.

აკროციანოზი—ხელების სილურჯე და გაცივებაა. რეინოსნეულეზიას ახასიათებს სპაზმი წვრილი არტერიების შეტევების სახით, უმთავრესად კიდურებში. ხელების თითები ფითრდება, ცივდება, ავადმყოფი გრძნობს თითებში ტკივილს და სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო შესაძლებელია ბოლოს განგრენაც კი განვითარდეს.

ანგიონევროზული შემუშება კვინკესი წარმოადგენს სისხლძარღვთა ნევროზის ერთ-ერთ სახეს, როდესაც ავადმყოფს უეცრად, უფრო ხშირად სახეზე, უვითარდება შემოფარგლული შემუშება, რომელიც მალე გაივლის ხოლმე.

ზოგ შემთხვევაში სისხლძარღვთა ნევროზის ნიადაგზე ავადმყოფს შესაძლოა გულის წასვლაც დასჩემდეს.

მკურნალობა. სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა ნევროზულ დაავადებათა დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვული სისტემის გამამაგრებელ მკურნალობას (ჰიდროთერაპია), სამკურნალო ვარჯიშს, გამღიერებულ და რაციონალურ კვებას.

საკიროა ავადმყოფს შეეუქმნათ რწმენა, რომ მისი ჩივილები გამოწვეული არ არის გულის სერიოზული დაავადებით და ყველა ავადმყოფური მოვლენა შეიძლება განიკურნოს.

მაგნე ჩეეების (თამბაქო, ალკოპოლი) აკრძალვა, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებათა მკურნალობა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მუშაობის მოწესრიგება კარგ გავლენას ახდენს გულისა და სისხლძარღვების ფუნქციის მდგომარეობაზე.

მედიკამენტოზური თერაპიისათვის იხმარება შემდეგი წამლები:

Rp. Validoli 5,0

D. S. 5 წვეთი შექარზე საჭიროების დროს, დღეში 2—3-ჯერ

Rp. Mentholi 0,2

T-rae Valerianae simplicis

—Convallariae majalis აა 10,0

—Belladonnae 3,0

M. D. S. 15—15 წვეთი დღეში 3-ჯერ

Rp. Inf. Convallariae majalis

ex 8,0—180,0

Natrii bromati

Aq. Laurocerasi აა 6,0

Codeini phosphorici 0,12

M. D. S. თითო სუფრის კოეზი დღეში 3-ჯერ

## ✓ პერიკარდიტი (Pericarditis)

გულის გარეგანი გარსის ანთებას ეწოდება პერიკარდიტი (pericarditis). პერიკარდიტს იწვევს სხვადასხვა, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ინფექცია. ყველაზე უფრო ხშირია მიზეზი პერიკარდიტისა არის რევმატიზმი.

ზოგჯერ რევმატიზმი ენდომიოკარდიტთან ერთად იწვევს პერიკარდიტსაც და ამრიგად ვითარდება გულის სამივე გარსის ანთება—პერიკარდიტი. რევმატიზმის გარდა პერიკარდიტის გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზურ ინფექციას. ეს ორი ინფექცია—რევმატიზმული და ტუბერკულოზური უფრო ხშირი მიზეზია პერიკარდიტისა, ვიდრე რომელიმე სხვა. პერიკარდიტი ვითარდება ზოგჯერ როგორც გართულება ქუნთრუმის, წითელას, გრიპის, სეფსისის დროს.

მეზობელი ორგანოების დაავადების დროს, პერიკარდიტი ვითარდება ანთებითი პროცესის პერიკარდიუმის ფურცლებზე გადასვლის გზით. ასე, მაგალითად, პლევრიტი, ფილტვების ანთება, ფილტვის აბსცესი და განგრენა, შუასაყარის ჩირქოვანი ანთება და სხვ. შეიძლება გართულებული პერიკარდიტით. ასეთ შემთხვევაში პერიკარდიტის გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს აღნიშნულ დაავადებათა გამოწვევებ ინფექციას.

თირკმლების ანთებით გამოწვეული ურემია ხშირად რთულდება ე. წ. ურემიული პერიკარდიტით. პერიკარდიტი ვითარდება აგრეთვე გულის ანგინის დროს განვითარებულ მიოკარდიუმის ინფარქტის შედეგად (pericarditis epistenicardica).

მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ მშრალ პერიკარდიტს, ექსუდაციურ პერიკარდიტს და შეხორცებულ ანუ ადჰეზიურ პერიკარდიტს.

მშრალი პერიკარდიტის (Pericarditis sicca) დროს პერიკარდიუმის ფურცლებზე გროვდება ფიბრინით მდიდარი მოსქო გამონაჟონი, რაც პერიკარდიუმის ფურცლების ზედაპირს უსწორმასწოროსა ხდის. ამის გამო პერიკარდიუმის ღრუსაყენ მიმართული ფურცლების ერთმანეთთან შეხების გამო წარმოიშვება ე. წ. პერიკარდიული ხახუნა, რომელიც ისმის გულის შეკუმშვის დროს და განიარჩევა პლევრის ხახუნისაგან იმით, რომ ეს თანაბარია გულის მუშაობასთან, ისმის სუნთქვის გარეშეც და მხოლოდ გულის მიდამოს პატარა, გარკვეულ უბანზე მშრალი პერიკარდიტის დროს ავადმყოფი გრძობს გულის არეში ჩხვლიტით ტკივილს, რომელიც ზოგჯერ საკმაოდ ძლიერია. ტემპერატურა მანცდამანც მალალი არ არის, უფრო ხშირად ის სუბფებრილურია.

მშრალი პერიკარდიტი შესაძლოა სრულიად შეუმჩნეველი დარჩეს, ვინაიდან პერიკარდიუმის ხახუნი ზოგჯერ შეიძლება რამდენიმე საათში გაქრეს ზოგ შემთხვევაში პერიკარდიუმის ფურცლების ანთება იმდენად ძლიერ ხახუნს იძლევა, რომ შეიძლება მისი შეგრძნება ხელით. ასეთ შემთხვევაში უფრო მოსალოდნელია, რომ პერიკარდიუმის ღრუში ჩადგება სითხე და განვითარდება ექსუდაციური პერიკარდიტი.

იმის მიხედვით, თუ როგორი ანთებითი გამონაჟონი დაგროვდება პერიკარდიუმის ღრუში, შესაძლოა პერიკარდიტიც სხვადასხვა ხასიათისა იყოს.

უფრო ხშირად პერიკარდიუმის ღრუში გროვდება გამჭვირვალე, ქარვისფერი სეროზული სითხე (ე. წ. სეროზული პერიკარდიტი). უფრო იშვიათად სითხე სისხლიანი—ჰემორაგიული (ჰემორაგიული პერიკარდიტი) ან ჩირქოვანი ხასიათისაა (ჩირქოვანი პერიკარდიტი).

რა ხასიათისაჲ არ უნდა იყოს ექსუდაციური პერიკარდიტი, ის მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს.

პერიკარდიტით ავადმყოფი უჩივის სიმძიმესა და უსიამოვნო შეგრძნებას გულის არეში, გულის ცემას; მას უჭირს სუნთქვა, აქვს საერთო სისუსტე. ჩვეულებრივად, ავადმყოფს სიცხე აწეულს აქვს 38,0—38,5°-მდე, ზოგჯერ მტრის ტემპერატურა ხანგანელებითი ხასიათის არის. ავადმყოფს ამოევენებს, მოსდის ოფლი. ვინაიდან გულის მუშაობა მეტად შეზღუდულია პერიკარდიუმის ღრუში დაგროვილი სითხით, მცირეოდენი ფიზიკური დატვირთვაჲ, მაგალითად, საწოლში გადაბრუნება, უძლიერებს ავადმყოფს გულის ცემას და ქოშინს. ავადმყოფს უჭირს წონა და ამჟობინებს მკლომარე მდგომარეობას. ეს მოკლენა მით უფრო გამოსატყლია, რაც მეტია სითხე პერიკარდიუმის ღრუში. ობიექტური გამოკვლევისას აღინიშნება ფერმკრთალობა, სახე და ფრჩხილები ციანოზურია, გულის მიდამო გამოზნექილია, ნეკნათშუა მიდამოები გადასწორებულია. გულის საძგერი არ აღინიშნება, ზოგჯერ გულის მიდამოში ემჩნევა გულის საძგერის ტალღისებური გავრცელება, ვენური სისხლის ძარღვები კისრის არეში ავადმყოფს დაბერილი აქვს.

პულსი სუსტია—განსვნილი, ზოგჯერ არითმულია. გულის მოყრუების საზღვრები გარდებარდმო გაგანიერებულია და ზოგჯერ მარჯვენა საზღვარი მარჯვენა ღვრილის ხაზს აღწევს, ხოლო მარცხენა—მარცხენა წინა აქსილარულ ხაზს. გულის მოყრუება შემოფარგლულია სამკუთხედით, რომლის ფუძე დიაფრაგმაზე ძევს, ხოლო მწვერვალი ზევითაა მიმართული; გულ-ღვიძლის კუთხე გადასწორებულია, გულის ტონები მოყრუებულია და ზოგჯერ სრულებითაჲ არ ისმის; სისხლის არტერიული წნევა დაქვეითებულია, ვენური კი—აწეული.

პერიკარდიუმის ღრუში სითხის დაგროვების შედეგად გულის მუშაობის შეზღუდვის გამო ვითარდება შეგუბებითი მოვლენები ღვიძლში. ღვიძლი დიდდება, მტკივნეული ხდება და მეტად აწუნებს ავადმყოფს.

ექსუდაციური პერიკარდიტის მიმდინარეობა დამოკიდებულია დაავადების გამომწვევ მიზეზებზე და გამონაყოფის ხასიათზე.

საერთოდ ექსუდაციური პერიკარდიტი მძიმე ავადმყოფობას წარმოადგენს. განსაკუთრებით მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება ჰემორაგიული, ჩირქოვანი და ლობითი (იქოროზული) პერიკარდიტი.

თუ შშრალი პერიკარდიტი რამდენიმე საათს ან დღეს გრძელდება და ზოგჯერ სრულიად შეუმჩნეობდ არის, ექსუდაციური პერიკარდიტი საშუალოდ 1—2 თვეს გასტანს ხოლმე. ჩირქოვანი და ლობითი პერიკარდიტი, ჩვეულებრივ, ავადმყოფის სიკვდილით თავდება. ექსუდაციური პერიკარდიტის ამოცნობაში, გარდა იმ ნიშნებისა, რომლებიც მოხსენებული იყო, დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენის სხივებით გაშუქება. რენტგენოსკოპიის დროს გულის არეში დამახასიათებელ სამკუთხიანი მოყვანილობის ჩრდილს ვიღებთ.

თუ ექსუდაციურმა პერიკარდიტმა მკურნალობის მიუხედავად შესრუტვა არ განიცადა და პირიქით, უფრო იმატა, შესაძლოა ავადმყოფი გულის დასუსტების გამო დაიღუპოს. სითხის მიწოლის შედეგად, შესაძლებელია განვითარდეს გულის ე. წ. ტამპონადა, რაც ავადმყოფის უეცარი სიკვდილით მთავრდება.

ავადმყოფობის კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის შემთხვევაში სითხე თანდათან ისრუტება, ყველა კლინიკური მოვლენა ცხრება და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება.

სითხის შესრუტვის შემდეგ ექსუდაციური პერიკარდიტის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ე. წ. შეხორცებითი პერიკარდიტი; პერიკარდიუმის ღრუ შეიძლება მთლიანადაც შეხორცდეს (obliteratio pericardii). პერიკარდიუმში განვითარებული შეხორცებები შესაძლოა გაიკიროს, რაც ე. წ. „ქაავენიანი გულის“ განვითარებას გამოიწვევს.

პერიკარდიტის შედეგად ზოგჯერ პერიკარდიუმის პარიეტალური ფურცელი შეეზრდება ხოლმე პლევრას, დიაფრაგმას, მეზობელ ორგანოებს; ასეთ შემთხვევაში გულის მუშაობა საშუალოდ შეზღუდული რჩება, ამას კი მოჰყვება გულის მუშაობის მდგრადი შეფერხება, რაც იწვევს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას—ქოშინით, ციანოზით, ღვიძლის გადიდებათ, შეშუპებით და ასციტით.

ქრონიკული შეხორცებითი პერიკარდიტის ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს ე. წ. ღვიძლის პერიკარდიტული ციროზი (პიკის ციროზი).

შეხორცებითი პერიკარდიტის ამოცნობა ძნელი საქმეა. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია ე. წ. პარადოქსული პულსი, გულის სამკერის გაჭრობა, გულის მოყრუებული ტონები, გულის სამკერის მიდამოს სისტოლური შეზნევა და ციანოზი.

მკურნალობა. პერიკარდიტით ავადმყოფი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას, ვინაიდან მშრალი პერიკარდიტი კი სეროზულ დაავადებას წარმოადგენს. ექსუდაციური პერიკარდიტით ავადმყოფს უნდა მიეცეს საწოლში მოხერხებული მდებარეობა; ავადმყოფი უმჯობესია ნახევრად წამოქცარი და ოდნავ წინ წამოწეული იყოს, ვინაიდან ასეთ მდგომარეობაში ის თავს უკეთ გრძნობს.

თუ ავადმყოფს გულის არეში ძლიერი ტკივილები აქვს, შეიძლება ყინულის პარკი ვიხმაროთ.

თუ პერიკარდიტი რევმატიზმის მიმდინარეობაში განვითარდა, ავადმყოფს უნდა მიეცეს სალიცილის პრეპარატები (სალიცილის ნატრიუმი, ასპირინი, პირაზინი).

ტუბერკულოზური პერიკარდიტის დროს სხვა საშუალებებთან ერთად საჭიროა სტრეპტომიცინი და ფტივაზიდი.

პერიკარდიუმის ღრუში სითხის დიდი რაოდენობით დაგროვების დროს, როდესაც ავადმყოფს გულის მუშაობის შეზღუდვის მოვლენები ემჩნევა, საჭიროა დროულად გაუკეთდეს პუნქცია და გამოეშვას სითხე, ზოგჯერ განმეორებულად.

ჩირქოვანი პერიკარდიტის დროს პუნქცია არ უნდა დაგვიანდეს.

გულის მუშაობის დასუსტების შემთხვევაში უნდა ვიხმაროთ გულის გასამაგრებელი საშუალებები.

თუ პერიკარდიტის შედეგად დიდი შეხორცებები განვითარდა და ამან გულის მუშაობის მძიმე მოშლა გამოიწვია, საჭიროა გაკეთდეს ოპერაცია—კარდიოლიზი ან პერიკარდიოლიზი.

გულის პერანგის ანთებითი დაავადების გარდა, პერიკარდიუმის ღრუში შესაძლებელია დაგროვდეს წყალმანკოვანი სიფხე-საერთო. შეშუპებების, გული! დეკომპენსაციის-თანკმლების დაავადების, კახექსიის-დროს-ასეთ მოვლენა ეწოდება ~~ჰიდროპერიკარდიუმში~~ (hydropericardium). ტრავმული შემთხვევების დროს (ჭრილობა) პერიკარდიუმის ღრუში გროვდება სისხლი, რაც პემოპერიკარდიუმის სახელითაა ცნობილი (haemopericardium).



პერიკარდიტის დროს საჭიროა შემდეგი წამლების გამოწერა.

Rp. Ung. Kalii iodati 30,0  
C.S. შესაზელად

Rp. Sol. Corazoli 10%—5,0  
sterilis  
C. S. 1—2 მლ კანქვეშ

Rp. Pyramidoni 0,25  
D. t. d. N 6  
S. თითო ფხენილი დღეში ორჯერ-სამჯერ

Rp. Liq. Kalii aceticum 20,0  
Aq. destillatae ad 200,0  
M. D. S. თითო სუფრის კოვზი დღეში 5-ჯერ

დანარჩენი წამლები იხ. ზევით სათანადო თავებში (გულის დეკომპენსაცია, რევმატიზმი, პლევრიტი).

## ✓ ატეროსკლეროზი. ათეროსკლეროზი (Arteriosclerosis. Atherosclerosis)

არტერიული სისხლძარღვები სხვადასხვა დაზიანებას განიცდიან. ერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს არტერიების შიგნითა გარსის (ინტიმას) დაზიანებას, როდესაც უკანასკნელში გროვდება ცხიმოვანი (ლიპოიდური) ნივთიერება (ათერომა), რასაც ათერომატოზი ეწოდება. მეორე შემთხვევაში ჩაანდობა უმთავრესად არტერიების შუა კონთრავანი კედელი კიროვანი მარილების დაგროვების გამო ასეთი დაზიანება კალციონოზის სახელითა ცნობილი არტერიული სისხლის ძარღვების ათერომატოზისა და კალციონოზის გარდა უწვირის სისხლის ძარღვებში, არტერიოლებში ზოგჯერ ვითარდება ათეროზი—სისხლის ძარღვის კედლის ჰიალინური გადაგვარება ცხიმოვანი ინფიტრაციით. ათერომატოზულად გადაგვარებული სისხლის ძარღვის შიგნითა გარსის ქსოვილი განიცდის დაშლას. ამ ჩნდება ხაქოსებრი მასა, რომელიც შედგება ცხიმოვანი ნივთიერებისა და დეტრიტისაგან. შემდეგში ქსოვილის დაშლის ადგილას შესაძლოა მოხდეს კიროვანი მარილების დაგროვება, შემაერთებული ქსოვილის ბოჭკოების განვითარება, რასაც სისხლის ძარღვის კედლის დანაწიბურება და დეფორმაცია მოჰყვება.

ეს ცვლილებები არტერიების კედლებში აღინიშნება საერთო სახელწოდებით—არტერიოსკლეროზი. არტერიები ამ დროს გამკვრივებული და დაკლავნილია, სისხლის ძარღვის კედლის ელასტიკურობა შემცირებულია, წერილი არტერიების სანათური შევიწროებულია.

იმ ადგილებში, სადაც სისხლის ძარღვის შიგნითა კედელი უფრო ღრმად დაზიანებული, შესაძლოა გაჩნდეს თრომბი. ამრიგად, სისხლის მიმოქცევა არტერიოსკლეროზით შეცვლილ სისხლის ძარღვებში მოშლილია და ამ ორგანოების ექება, სადაც ეს სისხლძარღვები მიდის, დარღვეულია.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. არტერიოსკლეროზის გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს არა რომელიმე ერთ, არამედ მრავალ სხვადასხვა მიზეზს. არტერიოსკლეროზი უფრო ხანშესულ პირებს უფოთარღება, მაგრამ ეს კიდევ არ ნიშნავს იმას, რომ არტერიოსკლეროზის განვითარებაში გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ასაკს. უფრო მნიშვნელოვანია გარემოს გავლენა ადამიანის სიცოცხლის მანძილზე, მავნე ჩვევები (თამბაქოს წევა, ალკოჰოლიზმი, გადაჭარბებული კვება, განსაკუთრებით ხორცისა), ქრონიკული მოწამელა ტყვიით, ლუესი, ნიკრისი, დიაბეტი, რომლებიც უთუოდ ხელს უწყობდნენ არტერიოსკლეროზის განვითარებას. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე კონსტიტუციურ ფაქტორსაც. მოქმედებს რა ათეული წლების მანძილზე სისხლძარღვთა სისტემაზე, აღნიშნული მიზეზები იწვევს არტერიოსკლეროზის განვითარებას.

სისხლძარღვთა კედლების კვებისა და სისხლმიმოქცევის მარეგულირებელი ნერვული აპარატის მოშლილობას დიდი მნიშვნელობა აქვს ათეროსკლეროზის წარმოშობა-განვითარებაში.

ყველა დანარჩენი ეტიოპათოგენეზური მომენტები წარმოადგენენ შემდგომი ხასიათის ცვლილებებს პათოლოგიურ პროცესში.

**ანტიკოლი** თეორიით ათეროსკლეროზს საფუძვლად უძევს ქოლესტერინის ცვლის მოშლა, რაც იწვევს სისხლში ქოლესტერინის დაგროვებას (ჰიპერქოლესტერინემიას). კარბი რაოდენობით დაგროვილი ქოლესტერინი ლაგდება სისხლის ძარღვების შინაგან გარსში, რასაც მოსდევს დეგენერაცია—ნეკროზული ცვლილებები შემდგომი უჭრედული ინფილტრაციით, შემეართებელი ქსოვილის განვითარებითა და კირის დალექვით.

აღნიშნული ცვლილებები იწვევს არტერიოზის კედლების ცვლილებებს, მათ გამკვრივებას, მოქნილობის შემცირებას, სანათურის შევიწროებას. არტერიები ვეღარ უბასუბებს ორგანიზმის მოთხოვნილებას შევიწროება-გაგანიერებით, რასაც მოსდევს კლინიკური მოვლენების მთელი რიგი.

**კლინიკური ნიშნები.** არტერიოსკლეროზის კლინიკური სურათი მეტად მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია სისხლის ძარღვის ცვლილებების ხასიათისაგან და იმ გარემოებისაგან, თუ რომელი ორგანოს კვება მოშლილი არტერიოსკლეროზის ნიადაგზე.

ზოგადი არტერიოსკლეროზის დროს ადგილი აქვს თფქმის-ყვება არტერიის ცოტად თუ ბევრად დაზიანებას. უფრო ხშირად ზიანდება ცალკეული ორგანოების—თავის ტვინის, გულის, თირკმლების, კიდურების—არტერიები.

ამის მიხედვით იცვლება არტერიოსკლეროზის კლინიკური სურათიც. ზოგადი არტერიოსკლეროზის დროს საფეთქლის, სხივის, ტერფის ზურგის პერიფერიული სისხლძარღვები ხელთ განსინჯვისას მკვრავია, მოქნილობა დაქვეითებული აქვთ, დაცლაკნილია. არტერიოსკლეროზის მიმე შორსწასული ფორმების დროს, სხივის არტერიაზე პულსის გასინჯვის დროს აღინიშნება სხივის არტერიის უსწორმასწორო ზედაპირი, სიმკვრივე და მოუქნელობა.

ზოგადი არტერიოსკლეროზით დაავადებული ავადმყოფის კანი კვების მოშლის გამო მშრალია, ხშირად აქერცილი, კრიალა ზედაპირით, ტურგორი დაქვეითებულია.

წერილი არტერიების სკლეროზის ნიადაგზე ირღვევა სისხლის ნორმალური მიმოქცევა, მატულობს სისხლის არტერიული წნევა, გულის მარცხენა პარკუჭი განიცდის ჰიპერტროფიას.

მიმე არტერიოსკლეროზით დაავადებულს კიდურებში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად ეწყება ტვლილები თითებში, წვიებში, ჩხლეტის შე-

გრძნობა, ზოგჯერ კიდურების დაბუეება, ქავილი. სიარულის დროს ავადმყოფი არაიშვიათად გრძნობს ძლიერ ტკივილს წვივებში, რის გამოც ის იძულებულია შეჩერდეს. შესვენების შემდეგ ტკივილი გადაუვლის ხოლმე და მას შეუძლია განაგრძოს გზა. ამ მოვლენას გ ა რ დ ა მ ა ე ა ლ ა ნ უ ხ ა ნ გ ა მ ო შ ე ე ბ ი თ კ ო ჯ ლ ო ბ ა ს (claudicatio intermittens) უწოდებენ.

გულის გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზის ნიადაგზე განვითარებული კლინიკური მოვლენების შესახებ ზევით უკვე იყო ლაპარაკი (იხ. კარდიოსკლეროზი და გულის ანგინა).

თირკმლების უწერილესი არტერიების სკლეროზული ცვლილებების ნიადაგზე ვითარდება თირკმლების სკლეროზი (ნეფროსკლეროზი), რაც განხილული იქნება ქვევით (იხ. თირკმლების სნეულებანი).

ხშირია თავის ტვინის არტერიული სისხლის ძარღვების სკლეროზი. არტერიოსკლეროზის ეს ფორმა სხვადასხვა კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება. ტვინის ქსოვილის სისხლით კვების შემცირების გამო, ტვინის არტერიების სკლეროზის დროს ავადმყოფი მალე იღლება გონებრივი მუშაობისაგან, მას უსუსტდება მეხსიერება, აქვს თავის ტკივილი, თავბრუ, ზოგჯერ გულის წასვლა.

თავის ტვინის სისხლის ძარღვების მძიმე დაზიანების დროს, განსაკუთრებით, თუ ავადმყოფს ამავე დროს სისხლის წნევაც მომატებული აქვს, შესაძლებელია განვითარდეს ტვინში სისხლის ჩაქცევა — პ ო ჯ ლ ე ქ ს ი ა (apoplexia cerebri). ტვინის სისხლის ძარღვში სისხლის მიმოქცევის შეფერხების შედეგად ზოგჯერ ვითარდება თრომბი. ტვინში სისხლის ჩაქცევის ან თრომბოზის დროს ტვინის ის უბანი, სადაც ეს მოხდა, განიცდის ღარბილებას (encephalomalacia), რასაც, ცხადია, იმის მიხედვით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ეს უბანი სიცოცხლისათვის, შესაძლოა მოჰყვეს ან სწრაფი სიკვდილი, ან მგრძობელობისა და მოძრაობის ამა თუ იმ ხარისხის მოშლილობა.

აპოპლექსიის დროს ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას, არ იძლევა რეაქციას სინათლეზე და სხვადასხვა გაღიზიანებაზე, აქვს ხშირად უნებლიე შარდვა და განავალზე გასვლა. სახე ავადმყოფს წამოწითლებული აქვს, სუნთქვა ხრიალა, ზოგჯერ ჩეინ-სტოქსის ტიპისა. ასეთი მდგომარეობა ა პ ო ჯ ლ ე ქ ს ი ა უ რ ი კ ო მ ი ს ი ა შესაძლოა გაგრძელდეს რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე და ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდეს. თუ ავადმყოფს ასეთი მდგომარეობა გაუვლის, მას შესაძლოა დარჩეს დამბლა, მეტყველების მოშლა და სხვა მძიმე ცვლილებები.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი პერიფერიული სისხლის ძარღვების სკლეროზის დიაგნოზი სიძნელეს არ წარმოადგენს. გულისა და თირკმლების არტერიების სკლეროზის ამოცნობა აგრეთვე არ არის ძნელი იმ კლინიკური ნიშნების მიხედვით, რომლებსაც ის იძლევა. დიფერენციული დიაგნოსტიკა აორტის ათერომატოზის დროს საჭირო ხდება უმთავრესად ლუესური ხასიათის დაზიანების მიმართ.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი არტერიოსკლეროზისა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე. გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზი, თუ ის სტენოკარდიის შეტევებს იძლევა, მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება და პროგნოზიც ცუდია. სერიოზულია პროგნოზი აგრეთვე ტვინის სისხლის ძარღვებისა და ნეფროსკლეროზის დროს. აორტის სკლეროზული ცვლილებები შედარებით უფრო კარგ პროგნოზს იძლევა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. არტერიოსკლეროზის მკურნალობის საქმეში უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს ცხოვრების, მუშაობისა და კვების პირობების მოწეს-

რიგებას. წამლებით მკურნალობას არტერიოსკლეროზის დროს იმდენად დიდი მნიშვნელობა არა აქვს და ის უფრო დამხმარე საშუალებას წარმოადგენს.

არტერიოსკლეროზით ავადმყოფი უნდა ერიდოს ფიზიკურ და გონებრივ გადაღლას; მისთვის საჭიროა მშვიდი და მოსვენებული ცხოვრება. როგორც წესი, არტერიოსკლეროზით ავადმყოფი უნდა ისვენებდეს დღისით 1—2 საათს მიაჩნ, გვიან ღამით არ უნდა მუშაობდეს. მისი საკვები უმთავრესად ბოსტნეულისა, რძის პროდუქტებისა და ხილისაგან უნდა შედგებოდეს.

თამბაქოს მოწევა, მავარი სასმელების ხმარება და გადაჭარბებული კვება ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს.

ნაწლავების მოქმედება ავადმყოფს ყოველდღიურად უნდა ჰქონდეს და თუ მას შეერულობა დასჩემდა, ნელი სასაქმებლის, ან გამწმენდი ოყნის ხმარებით კუჭ-ნაწლავის მოქმედება უნდა მოაწესრიგოს.

არტერიოსკლეროზის დროს მიღებულია იოდის მცირე დოზების ხმარება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, უმთავრესად წლის თბილ პერიოდში.

Rp. T-rae jodi pro usu interno 10,0

D. S. 1—10 წვეთი 3-ჯერ

დღეში ჭამის შემდეგ რძით

Rp. Sajodini 0,5

D. t. d. N 20

S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში რძით

Rp. Sol. Lugoli aquosae 30,0

E. S. 3—15 წვეთამდე 2—3-ჯერ დღეში

ჭამის შემდეგ რძეზე

არტერიოსკლეროზის შედეგად ამა თუ იმ ორგანოში გამოწვეული ცვლილებების დროს მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს დაავადების გამოვლინების მიხედვით. კარდიოსკლეროზის, გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზის (სტენოკარდიული შეტევებით), ჰიპერტონიისა და ნეფროსკლეროზის მკურნალობა განხილულია სათანადო თავებში.

ქვემო კიდურების არტერიების სკლეროზის დროს ტკივილები და სისხლის მიმოქცევის მოშლილობა მცირდება სითბოს ხანგრძლივი ხმარების შედეგად, რისთვისაც შეიძლება გამოყენებული იქნეს სათბურები, თერმოფორი, ფეხების ცხელი აბაზანები.

## ✓ აორტის ანევრიზმა (Aneurysms aortae)

ანევრიზმა ეწოდება არტერიული სისხლის ძარღვის კედლის გაფართოებას განსაზღვრულ ადგილას. ასეთი გაფართოება შესაძლოა ცოტად თუ ბევრად თანაბარი იყოს, თღისტარისებური ანუ დიფუზური, ან არტერიის კედელი შესაძლებელია გამობერილი იყოს, როგორც პარკი; ასეთ ანევრიზმას ეწოდება პარკისებრი ანევრიზმა.

ანევრიზმის განვითარება ხდება მაშინ, როდესაც სისხლის ძარღვის კედელი პათოლოგიური ცვლილებების გამო მოქნილობას კარგავს და უფრო ადვილად ქიმვადი ხდება. აორტის ანევრიზმის ყველაზე ხშირი მიზეზი

ზ ი ა რ ი ს ა თ ა შ ა ნ გ ი. ჩვეულებრივ, ანევრიზმა უფრო ხშირად ვითარდება აორტის რომელიმე ადგილას, განსაკუთრებით კი აორტის დასაწყის ნაწილში ან რკალის მიდამოში.

ანევრიზმა შეიძლება სხვადასხვა ზომის იყოს და ზოგჯერ შესაძლოა ბავშვის თავის ზომასაც კი მიაღწიოს; ასეთი ზომის ანევრიზმის შედეგად გულ-მკერდი გამოიდრიკება ანევრიზმული პარკის დაწოლის გამო.

ანევრიზმული პარკის ზრდასთან ერთად მეზობელი ორგანოები ზიანდება ანევრიზმის მიწოლის შედეგად, გულ-მკერდის კედელი თხელდება, ნეკნებმა შეიძლება განლევა განიცადოს და ასეთ შემთხვევაში ანევრიზმა გამოიდრიკება გულ-მკერდზე როგორც მფეთქავი სიმსივნე.

დროთა მსვლელობაში სისხლის მუდმივი დაწოლის შედეგად ანევრიზმის კედელი სულ უფრო და უფრო თხელდება და ბოლოს სკდება, რასაც სასიკვდილო სისხლდენა და ავადმყოფის უეცარი სიკვდილი მოჰყვება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ე ბ ი. აორტის ანევრიზმა, თუ ის პატარაა, არაფერს არ აგარძობინებს ავადმყოფს; ანევრიზმის ზრდასთან ერთად ავადმყოფს შესაძლოა დასჩემდეს ტკივილები მკერდის არეში. თუ ანევრიზმა მიაწვდა მარცხენა ბრონქს, მარცხენა ცთომილ ნერვზე მიწოლის გამო, ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, ხმა ეკარგება. საყლაპავ მილზე ზეწოლის შედეგად ავადმყოფს უძნელდება ყლაპვა (დისფაგია), ზედა ღრუ ვენაზე ზეწოლის გამო მას უვითარდება შეგუბებები ზემო კიბურებში და მკერდის არეში

ავადმყოფის ობიექტური გასინჯვის დროს, თუ ანევრიზმა მოზრდილია, გულ-მკერდის არეში აღინიშნება პულსაცია ან გამოზნექილობა. პერკუსიით აორტის არეში აღინიშნება მოყრუება, ხელის შეხებით კი გაძლიერებული პულსაცია. მოსმენის დროს ისმის ტლანქი სისტოლური შუილი აორტაზე. ზოგ-შემთხვევაში ანევრიზმულად გაგანიერებული აორტის ბრონქებზე ზეწოლის შედეგად აორტის პულსაციის შესაბამისად, ბრონქისა და სასულეს ქვემოთ დაწვეის გამო, რითმულად ქვემოთ იწეეს ხორხიცი (ოლივერ-კარდარელის სიმპტომი), ხშირად ანევრიზმით ავადმყოფს აღინიშნება დიფერენტული პულსი (pulsus differens): მარჯვენა და მარცხენა ხელზე აფლას სხეთღონება აესეცისაა.

ეს ნიშნები საშუალებას გვაძლევს ამოვიცნოთ ანევრიზმა. მაგრამ ანევრიზმის ამოსაცნობ საიმედო საშუალებას წარმოადგენს რენტგენის სხივებით გამოკვლევა. რენტგენის ეკრანზე ჩანს აორტის გაგანიერებული ან პარკისებურად გამოზნექილი ჩრდილი, რომელსაც პულსაცია ემჩნევა.

ანევრიზმა ქრონიკული ავადმყოფობაა, რომელიც წლობით ვითარდება და ბოლოს ავადმყოფის დაღუპვით თავდება, გასკდომისა და სისხლდენის შედეგად.

მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა. თუ აორტის ანევრიზმა აორტის ლუესური დაზიანების შედეგად განვითარდა, ანტილუესური მკურნალობის ჩატარებით შესაძლებელია დაავადება დროებით შეეანელოთ და გაუმჯობესება მივიღოთ.

იოდის, სინდიყის და დარიშხანის პრეპარატები ლუესური ანევრიზმის შემთხვევებში ავადმყოფს შეეხას მისცემს.

Rp. Sol. Kalii iodati

3%—200,0

D. S. თითო სუფრის კოვზი ღლეში სამჯერ  
რძით, ჰამის შემდეგ

Rp. Hydrargyri bijodati 0,06

Kalii jodati 6,0

Aq. destillatae ad 150,0

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში  
კამის შემდეგ რძით (ბიეტის მიქსტურა)

Rp. Bijochinoli ad lagenam

origin. N 1

D. S. 2—2 მლ კუნთებში დღეგამოშვებით.

ანეგრიზმით ავადმყოფი უნდა ერიდოს ყოველგვარ ფიზიკურ დატვირთვას და მღელვარებას.

### მინების თრომბოზი (Thrombophlebitis)

გულის დეკომპენსაციის დროს, ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში, ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ ან შობიბარობასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით თუ ის პათოლოგიური იყო, ვენურ სისხლის ძარღვებში, უფრო ხშირად ბარძაყის ვენაში, შეიძლება გაჩნდეს თრომბი, რომელიც დააცობს ვენის სანათურს და ამნაირად ვითარდება ვენის თრომბოზი და ანთება (thrombophlebitis). თრომბის გაჩენას ხელს უწყობს, როგორც სისხლის ნაკადის შეწყვეტა (სტაზი), აგრეთვე სისხლის ძარღვის კედლის შიგნით გარსის დაზიანება. რომელიც ვითარდება სისხლის ძარღვში ინფექციის შეჭრის შედეგად. ამრიგად, ვენის დაცობასთან ერთად ვითარდება ვენის ანთება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. თრომბით დაცობილ ბარძაყის ვენაში სისხლის დინების შეფერხების შედეგად ვითარდება სისხლის სტაზი, ფეხი ლურჯდება, კანქვეშა ქსოვილი მკვრივდება. ავადმყოფი გრძნობს ტკივლს დაავადებულ კიდურში, ტემპერატურა იწევს, დათრომბოზებული ვენა ისინჯება, როგორც მტკივნეული ზონარი.

თანდათანობით თრომბის ორგანიზაციის შედეგად სისხლის მიმოქცევა აღსდგება, კიდურის შეშუპება და ციანოზი კლებულობს, ტემპერატურა ცხრება და ტკივილი გაივლის.

თრომბოზი შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა ვენაში (პემოროიდალური, წვივის ვენების ვარიოზული გაგანიერების დროს და სხვ.).

თრომბოფლებიტი წარმოადგენს გარკვეულ საშიშროებას, ვინაიდან თრომბის ნაწილი შესაძლოა მოსწყდეს ადგილიდან და ემბოლის სახით მიტანილ იქნეს სისხლის ნაკადით ფილტვში, დააცოს ფილტვების არტერიის ტოტი და გამოიწვიოს ფილტვის ინფარქტი ან მზვდეს გულში, ტვინში და ავადმყოფის უეცარ სიკვდილს გამოიწვიოს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. თრომბოფლებიტით ავადმყოფს უაღრესად დიდ სიფრთხილე მართებს: საჭიროა წოლა; წამოჯდომა, საწოლიდან წამოდგომა და საწოლში ძლიერი მოძრაობა დაუშვებელია.

ბარძაყის ვენის თრომბოზის დროს კიდური ბალიშზე უნდა მოთავსდეს, საბურთო კომპრესი გაუქვთდეს. კიდურის ყოველგვარი დაზევა უნდა აიკრძალოს ემბოლის საშიშროების გამო. თუ ვენური სტაზი ძალიან მომატებულია, საჭიროა კიდურზე წურბლების დასხმა, ტემპერატურის აწევის შემთხვევაში კი პენიცილინით მკურნალობა.

ავადმყოფი ერთი თვე მაინც უნდა იწევს.

V

**გულისა და სისხლძარღვთა სისხლის მწვავე ნაკლოვანება**

**(Insufficiencia cardio-vascularis acuta)**

**გულის მწვავე ნაკლოვანება (Insufficiencia cordis acuta)**

გულის მანკების განხილვის დროს განმარტებული იყო გულის დეკომპენსაცია. ცნება „დეკომპენსაცია“ გულისხმობს გულის კომპენსაციის დარღვევას, მოშლას. თუ გულის სნეულებით დაავადებულის გულის მუშაობა და ორგანიზმის მომარაგება სისხლით, კომპენსაციის ეს მექანიზმი, რომელიც ხშირად მრავალი წლის განმავლობაში მარაგი ძალების მეოხებით გამართული იყო, გულის დაავადების და უმთავრესად მანკის შედეგად მოიშალა და დაიარღვა, ვითარდება ე. წ. „დეკომპენსაცია“.

გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ნაკლოვანების დროს გულის კუნთის და სისხლის ძარღვების ტონუსი, გულის რითმი, სისხლის დენის სისწრაფე, ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა მოშლილია, სისხლის მიმოქცევა დარღვეულია და სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ორგანოების ფუნქცია არ არის უზრუნველყოფილი.

გულისა და სისხლძარღვების ზემოხსენებული დაავადებანი შესაძლებელია გახდეს მიზეზი მათი ნაკლოვანების განვითარებისა. ზოგ შემთხვევაში, თუ რაიმე მკვეთრი მიზეზმა გულზე და სისხლის ძარღვებზე ძლიერი გავლენა მოახდინა, ნაკლოვანება მანამდე ჩანმართულ აღმანასაც განუვითარდება.

გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ნაკლოვანება მიმდინარეობს მ წ ვ ა ვ ე დ და ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ა დ.

გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული ნაკლოვანება განხილულია ზევით (იხ. გულის მანკების მიმდინარეობა); მწვავე ნაკლოვანება გვხვდება ორი ფორმით: 1) გ უ ლ ი ს მ წ ვ ა ვ ე ნ ა კ ლ ო ვ ა ნ ე ბ ა და 2) ს ი ს ხ ლ ი ს ძ ა რ ღ ვ ე ბ ი ს მ წ ვ ა ვ ე ნ ა კ ლ ო ვ ა ნ ე ბ ა.

გ უ ლ ი ს მ წ ვ ა ვ ე ნ ა კ ლ ო ვ ა ნ ე ბ ა. გულის დაავადების დროს, როგორცაა გულის მანკი, გულის კუნთის ფიბროზი, ჰიპერტონია, გვირგვინოვანი არტერიების სპაზმი, თრომბოზი ან მწვავე ინფექციური მიოკარდიტი, შესაძლებელია განვითარდეს გულის მწვავე ნაკლოვანება.

ყოველგვარ ფიზიკურ ან ფსიქიკურ გადატვირთვას, მწვავე ინფექციურ დაავადებას, ფილტვების ანთებას, პერიკარდიტს ან პლევრიტს, შესაძლოა მოჰყვეს გულის მწვავე ნაკლოვანება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი გულის მწვავე ნაკლოვანების დროს ფრიად დამახასიათებელია. ავადმყოფი უჩივის ერთბაშად განვითარებულ ძლიერ სისუსტეს, თავბრუს, ქოშინს.

თუ ადგილი აქვს გულის მარცხენა პარკუჭის დისუსტეზას, გული განიცდებდა მარცხნივ, სისხლის წნევა ეცემა, პულსი ხშირდება. ვინაიდან მარჯვენა პარკუჭი ამ დროს დამაჰმყოფილებლად მუშაობს, სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში სისხლი საკმარის რაოდენობით გადადის და განიცდის აქ შეგუბებას მარცხენა პარკუჭის დასუსტების გამო. მცირე წრეში სისხლის შეგუბების გამო ვითარდება ე. წ. გულის ასთმის მოვლენები, რასაც შესაძლოა ფილტვების შეშუპება მოჰყვეს. ავადმყოფს ეწყება ხრიალა სუნთქვა, ახველებს, ის იღებს ქაფიან მოვარდისფერო ნახველს, გაფითრებულია, ცივი ოფლი მოსდის. ფილტვებში მრავლად მოისმის სველი ხიხინი; თუ ავადმყოფს დროულად სათანადო დახმარება არ აღმოუჩინეთ, მას განუვითარდება ე. წ. ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა და ის დაიღუპება.

მარჯვენა პარკუქის მწვავე დასუსტების დროს (კრუპოზული პნევმონიის, მიტრალური სტენოზის შედეგად) გული განიერდება მარჯვნივ, ავადმყოფს აქვს ძლიერი ციანოზი, ქოშინი, გადიდებული და მტკიცეული ღვიძლი, კისრის ვენები დაბერილი, ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა მომატებულია, სისხლის ღენის სისწრაფე შენელებულია. გულის მწვავე ნაკლოვანება ფრად მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს და მისი მომავალი ყოველთვის გაურკვეველია; არასოდეს არ შეიძლება ითქვას, როგორი იქნება გამოსავალი.

**მ კ უ რ ა ლ ბ ა .** გულის მწვავე ნაკლოვანების დროს საჭიროა სასწრაფო ზომების მიღება. თუ ადგილი აქვს გულის მუშაობის მწვავე დაცემას მარცხენა პარკუქის დასუსტების შედეგად, მაგალითად, ჰიპერტონიის ნიადაგზე, ავადმყოფს პულის კარგი აყვების აქვს, სისხლის წნევა მაინცდამაინც დაქვეითებული არ არის და განვითარებულია ციანოზი, საჭიროა ავადმყოფს სისხლი გამოვლუშვით (300—500 მლ რაოდენობით) და გაუფუკეთოთ სტროფანტინი ან სტროფანტის ნაყენი გლუკოზის ხსნარში ვენაში, დიგალენი, ქაფური, ან კოფეინი—კანქვეშ.

კარგა კოტოშების დასხმა ირგვლივ, მდოგვიანი აბაზანები კედურებისათვის, მდოგვიანი საფენი ბეჭების მიდამოში.

მარჯვენა პარკუქის მწვავე სისუსტის დროს ყველაფერზე უკეთ მოქმედებს სისხლის გამოშვება ვენიდან.

თუ ავადმყოფს აქვს ძლიერი ქოშინი, რომელიც მას მეტად სტანჯავს, შეიძლება პანტოპონის ან მორფინის ხსნარის გაკეთება, ხოლო ჩინ-სტოქსის სუნთქვის დროს ლობელინის 1% ხსნარის კანქვეშ შეშხაუნება (ლობელინის ინექცია ქოშინის დროს წინააღმდეგნაჩვენებია).

**— ს ი ს ხ ლ ძ ა რ ღ თ ა ს ი ს ტ ე მ ი ს მ წ ვ ა ე ე ნ ა კ ლ ო ვ ა ნ ე ბ ე ს** ჩიზებს ეკუთვნის სხვადასხვა ინფექციები და ინტოქსიკაციები. მწვავე ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში, როგორცაა დიფთერია, პარტახტიანი ტიფი, მუცლის ტიფი, შესაძლოა თავი იჩინოს სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე ნაკლოვანებამ. უკანასკნელი შეიძლება სხვადასხვა მოწამელის შედეგადაც წარმოიშვას.

მწვავე ინფექციების და ინტოქსიკაციების შედეგად განვითარებულ მწვავე კარდიო-ვასკულარულ ნაკლოვანებას ეწოდება **კ ო ლ ა ფ ს ი** (Collapsus).

გულისა და სისხლძარღვთა მწვავე ნაკლოვანება, განვითარებული დამწვრობის, პერფორაციული პერიტონიტის, ოპერაციული ჩარევის, ჰრილობის, მოტეხილობის, მძიმე ანაფილაქსიის დროს, ცნობილია როგორც **შ ო კ ი**.

როგორც კოლაფსის, ისე შოკის წარმოშობის მექანიზმი დაახლოებით ერთი და იგივეა და მას საფუძვლად უძევს ან ცირკულაციაში მჭრფრე ნივთიანობის რაოდენობის შემცირება, ან სისხლისძარღვების მოცულობის გადიდება, ან ორივე აღნიშნული მოვლენა ერთად.

მწვავე ინფექციური დაავადების დროს ან ინტოქსიკაციის შედეგად, შესაძლებელია განვითარდეს ვენომოტორული ცენტრის ფუნქციის მოშლა, ვენებისა და ვენულების ტონუსის დაცემა.

წვრილი ვენური სისხლის ძარღვები (უმთავრესად მუცლის ღრუში) განიერდება და იქ გროვდება ვენური სისხლი; ამის შედეგად ვენური სისხლი უფრო მცირე რაოდენობით მიედინება გულისაკენ და გულიც სისხლის უფრო მცირე რაოდენობას გადასცემს არტერიულ სისტემაში. ამრიგად, ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა მცირდება და სისხლის წნევა ეცემა.

დიდი სისხლის ღენის დროს, როდესაც ადამიანი ბევრ სისხლს კარგავს, მაგალითად, ჰრილობის ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო, გულისაკენ ვენური სისხლის



შემცირებული რაოდენობა მიდის, გულიდან არტერიებში გადაცემული სისხლის რაოდენობაც კლებულობს და ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობა მცირდება, შემცირებული სისხლის რაოდენობისათვის სისხლის ძარღვების მოცულობა შეუსაბამოდ ფართო ხდება და სისხლის როგორც არტერიული, ისე ვენური წნევა ეცემა.

თუ სისხლის დაკარგვა ძალიან ძლიერი არ არის, წერილი სისხლის ძარღვების რეფლექტორულად შეკუმშვის შედეგად სისხლის წნევა თანდათან გამოწვრილდება. წინააღმდეგ შემთხვევაში სისხლის წნევა დაქვეითებული რჩება, გულისაკენ სისხლი საკმაო რაოდენობით აღარ მიედინება და სისხლის მიმოქცევა წყდება.

სისხლმც რაოდენობის შემცირება სისხლის ძარღვების სისტემაში შესაძლოა გამოიწვიოს: 1) სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვამ (ჭრილობა, მშობიარობა, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, კუჭის ან ნაწლავის წყლულიდან სისხლის დენა); 2) პირსაქმების, ძლიერი ფაღარათის ან სხვა მიზეზის შედეგად ორგანიზმის მიერ ბევრი სითხის დაკარგვამ.

ციკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობის შემცირების გარდა შოკისა და კოლაფსის მიზეზი, როგორც აღნიშნული იყო, შესაძლებელია გახდეს სისხლის ძარღვების მოცულობის გადიდება მათი ტონუსის დაცემის გამო. ეს მდგომარეობა ვაზომოტორული ცენტრის დამბლის შედეგია მწვავე ინფექციების, ინტოქსიკაციების, ტრავმის, ძლიერი მტკივნეული გაღიზიანების ნიადაგზე.

სისხლძარღვთა მსუბუქი ნაკლოვანება—**გული ს წასვლა** (Syncope) ზასიათდება არტერიული ტონუსის დაცემით, რასაც მოსდევს თავის ტვინის სისხლით კვების შეფერხება და ცნობიერების ხანმოკლე დაკარგვა. გულის წასვლისას, იქნება ის გამოწვეული ძლიერი ფსიქიკური განცდით, ძლიერი ტყვილით, თუ წოლის შემდეგ სწრაფი წამოდგომით, ვითარდება სისხლძარღვთა სისტემის რეფლექტორული ცვლილება.

მაგრამ გულის წასვლას ზოგჯერ საფუძვლად უძევს უფრო სერიოზული მიზეზები, როგორცაა ძლიერი სისხლის დენა, ტვინის სისხლის ძარღვების სპაზმი, არტერიოსკლეროზისა და ჰიპერტონიული სნეულების დროს.

**კლინიკური ნიშნები.** კოლაფსისა და შოკის დროს ავადმყოფი ძალიან ფერმკრთალია, გრძნობს ძლიერ საერთო სისუსტეს. შემდეგში ფერმკრთალობას ემატება ციანოზური ელფერი სახის, კიდურების და ბოლოს მთელი სხეულის კანზე.

ავადმყოფს აყრის ცივ ოფლს, სახის გამომეტყველება შეშინებული აქვს, ცხვირი გაწვეტიანებული, თვალები ჩაცვივნილი, გუგები გაგანიერებული.

პულსი სუსტი ავსებისაა, ძალზე აჩქარებული, ხშირად ძაფისებრი; გულის ტონები მოყრუებული და აჩქარებულია. სუნთქვა ზერეულ და აჩქარებული, ენა მშრალია; ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ წყურვილს. სხეულის ტემპერატურა დაქვეითებულია ზოგჯერ 35°-მდე.

მძიმე კოლაფსი (შოკი) შესაძლოა მოჰყვეს ავადმყოფის სიკვდილი.

გულის წასვლის წინ ავადმყოფი თავს ცუდად გრძნობს, მას აქვს ხმაური ყურებში, თავბრუ, თვალთ უზნელდება, კარგავს მხედველობას, გული ერევს; ავადმყოფი უეცრად ფითრდება, ხელ-ფეხი უცივდება. პულსი სუსტი ავსებისაა, თითქმის არ ისინჯება, გულის ტონები მოყრუებულია, სუნთქვა შენელებული, თვალის გუგები შევიწროებული აქვს. გულის წასვლის შემდეგ ავადმყოფს ასხმას ძლიერ ოფლს.

შოკის (კოლაფსის) მდგომარეობა ყოველთვის სერიოზული და საშიშია და შეიძლება ავადმყოფის დაღუპვით დამთავრდეს. გულის წასვლა, თუ ის გამოწვეული არ არის რაიმე სერიოზული მიზეზით (სისხლდენა, ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა), რამდენიმე წამში ან წუთში გაივლის ხოლმე. მძიმე დაავადებით გამოწვეულ გულის წასვლის გამოსავალი დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების ხასიათსა და მიმდინარეობისაგან.

მ კ უ რ ა ლ ბ ა . კოლაფსის (შოკის) დროს საჭიროა სისხლის ძარღვების ტონუსის ამაღევი საშუალება—ადრენალინი, ეფედრინი, კორტინი; გარდა ამისა ნაჩვენებია კოფეინის ხსნარი, ქაფური, სტრეპნინი.

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1%—1,0  
D. t. d. N 5 in ampul. steril.  
S. თითო ამპულა კანქვეშ

Rp. Sol. Ephedrini hydrochlor. 5% in ampul steril.  
D. t. d. N 6  
S. თითო ამპულა კანქვეშ.

ამ საშუალებების კანქვეშ შეყვანა შეიძლება განმეორდეს 2—3 საათის შემდეგ. სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვის შემთხვევაში, საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა კანქვეშ ან ვენაში 0,5 ლიტრის რაოდენობით ან გლუკოზის 5% ხსნარით წვეთობრივად ოყნის გაკეთება (0,5—1 ლიტრის რაოდენობით).

სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის შემთხვევაში ავადმყოფის კოლაფსის მდგომარეობიდან გამოსაყვანად საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს სისხლის გადასხმა 500—800 მლ რაოდენობით. ძლიერი ტკივილით გამოწვეულ შოკის დროს ნაჩვენებია მორფიუმი.

შოკით (კოლაფსით) ავადმყოფი უნდა დაეაწვინოთ, თავქვეშ ბალიში გამოვაცალოთ, ფეხები ოდნავ ზემოთ აეუწიოთ, შემოეუწყოთ სათბურები, შეეუხსნათ საყელო და ქამარი.

გულის წასვლის დროს ამ ღონისძიებებთან ერთად საკმარისია წყლის ნისხურება სახეზე, ნიშადურის სპირტით ყნოსვა; იშვიათად საჭირო ხდება გულის საშუალებების შემხაბუნება.



### ჰიპერტონიული ხნაულობა (Morbus hypertonicus)

ცოხალი ორგანიზმის სისხლძარღვებში ცირკულაციაში მყოფი სისხლი გარკვეული წნევის ქვეშ იმყოფება. ამ წნევას ქმნის, ერთი მხრივ ის ძალა, რომლითაც გული შეკუმშვის ანუ სისტოლის დროს გადმოსვრის სისხლის ტალღას, მეორე მხრივ, ის წინააღმდეგობა, რომელსაც უწევს სისხლის ტალღას სისხლძარღვების, მეტადრე უწვრილესი არტერიების (არტერიოლების) კედლები.

სისხლის წნევა არტერიებში მაქსიმალურია გულის მარცხენა პარკუჭის აისტოლის დროს, ამიტომ მას ეწოდება მაქსიმალური ანუ სისტოლური წნევა, და პირიქით, წნევა დაბალია გულის დიატოლის ფაზაში— მას ეწოდება მინიმალური ანუ დიასტოლური წნევა.

ჯანმრთელი მოზრდილი ადამიანისათვის სისხლის წნევის ნორმალური სიდიდე შემდეგია:—სისტოლური—სინდიოლის სვეტისა 100—135 მილიმეტრი, დიასტოლური 60—80 მმ. დღე-ღამის განმავლობაში სისხლის წნევა გარკვეულ ფარგლებში (10—20 მილიმეტრამდე) მერყეობს.

წინათ მიღებული ფორმულა—ამა თუ იმ ადამიანის სისხლის ნორმალური წნევა უდრის 100+მისი ასაკი წლებში—ამეჰად უკუგდებულა. სიზრდილი ადამიანის სისტოლური წნევა ასაკის მიუხედავად 140 მმ-ზე ზევით უკვე წნევის მომატებას ან ჰიპერტონიას ნიშნავს; პირიქით, სისტოლურა წნევა 90 მმ-ზე ქვევით დაქვეითებული წნევაა, რასაც ჰიპოტონია ეწოდება. მომატებული სისხლის წნევა ანუ ჰიპერტონია რიგ შემთხვევებში განოსახულია როგორც ამა თუ იმ დაავადების ერთ-ერთი სიმპტომი, მაგალითად, თირკმლების ანთების დროს, წინამდებარე ჭირკვლის გადიდების (ე. წ. უროლოგიური ჰიპერტონია) ვაჭეზის ავადმყოფობის (ერითროციტების და ჰემოგლობინის %-ის მომატება სისხლში), იცენკო-კუშინგის ავადმყოფობის დროს და სხვ.

ხოლო როდესაც სისხლის წნევის მომატებისათვის ასეთი ადგილობრივი მიზეზები არ არის, საქმე გვაქვს ჰიპერტონიულ სენულებას უნდა განვიხილოთ.

ეტიოპათოგენეზი. ჰიპერტონიული სენულება უნდა განვიხილოთ როგორც კორტიკო-ვისცერალური პათოლოგიური მოვლენა, რომელიც შესაძლოა განვითარდეს როგორც ვარემოდან (ექსტრორეცეპტორებით), ისე შიგნით—ორგანიზმიდან (ინტერორეცეპტორებით) ზეგავლენის გზით.

ჰიპერტონიული სენულების განვითარების მექანიზმი უნდა წარმოვიდგინოთ შემდეგნაირად: ვარემოდან ან ორგანიზმის შიგნიდან ზეგავლენის პასუხად ტვინის ქერქი გზავნის იმპულსებს ვაზომოტორული ცენტრებისაკენ, რაც იწვევს არტერიოლების ხანგრძლივ სპაზმურ შეკუმშვას და სისხლის წნევის მომატებას.

ამრიგად, ჰიპერტონიის განვითარებას საფუძვლად უძევს უწერილესი არტერიების ანუ არტერიოლების ტონუსის მომატება. არტერიოლების ტონუსის მომატების და ჰიპერტონიული სენულების განვითარების უხშირესი მიზეზი ადამიანის ნერვული დამატულობაა; მრავალი დაკვირვება, რომელიც აწარმოებს საბჭოთა ავტორებმა უკანასკნელი ომის დროს, დასტურებს ნერვული სისტემის დამატულობის წამყვან მნიშვნელობას სისხლის წნევის მომატების სხვადასხვა მიზეზებს შორის. ჰიპერტონიული დაავადების განვითარების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს უძილო ღამეები, უსიამოვნო შეგრძნებები, გონებრივი გადატვირთვა, ფსიქიკური ტრავმა და საერთოდ „დაძიმული ნერვებით“ ცხოვრება.

ყოველივე ეს იწვევს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციის მოშლას. კერძოდ, სიმპათიკური ნერვისა და ზნებას. სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის მომატებას იწვევს აგრეთვე ტვინის დანამატის ჰორმონი, ე. წ. ვაზოპრესინი. თირკმელზედა ჭირკვლის ჰორმონი—ადრენალინი. ქალთა შორის ეს ავადმყოფობა ხშირად ვითარდება კლიმაქსის ხანაში—საკვერცხეების ფუნქციის მოშლის დროს.

✦ მნიშვნელოვანია აგრეთვე ექსპერიმენტულად დამტკიცებული ფაქტი, რომ სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შემთხვევაში თირკმლებში წარმოიშევა ერთგვარი ნივთიერება (რენინი), რომელიც სისხლის პლაზმის ცილებთან შეერთების შემდეგ შემავიწროებლად მოქმედებს არტერიოლების კედლებზე.

✦ ვიდრე სისხლძარღვებში სკლეროზული მოვლენები არ განვითარდება, ადგილი აქვს ჰიპერტონიის პირველ ფაზას, ფუნქციონალურ ჰიპერტონიას, რომელიც შემდეგ იწვევს სისხლძარღვების კედლების სკლეროზულ გადაგვარებას და გადაღის მეორე ფაზაში—სკლეროზულ ჰიპერტონიაში.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფობის მთავარი სიმპტომი სისხლის წნევის მომატებაა; მიუხედავად ზოგჯერ სისხლის წნევის მომატებისა, შესაძლოა ავადმყოფს არაფერი აწუხებდეს და არც არაფერს უჩიოდეს, მაგრამ მისი დადგენა შესაძლებელი აღდება შემთხვევით, თუ ავადმყოფი რაიმე სხვა მიზეზის გამო მიმართავს ექიმს და მას სისხლის წნევას გაუზინჯავენ.

ასეთი პირები, ჩვეულებრივ, ადვილად აგზნებადი არიან, ყოველივე წერილ-მანვე ღელავენ, ყველაფერს ღრმად განიცდიან, ხშირად წამოწოლდებიან სახეზე. მათი გასინჯვის დროს ენახულობთ წითელ ლაქებს გულ-მკერდზე და კისერზე, რაც გამოწვეულია კანის კაპილარების გაფართოებით; ხშირია ამ შემთხვევებში ნევრასთენიის დიაგნოზი.

ჰიპერტონიული სნეულების დროს ავადმყოფი უჩივის უმთავრესად თავის ტკივილს, თავბრუს, ყურებში შუილს, თავში სისხლის მიწოდების გრძნობას, გულის ფრიალს, უძილობას, შრომის უნარის დაქვეითებას. ავადმყოფის გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს დაქიმული პულსი და მოვლენები გულის მხრივ— გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებულია მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამო, აორტაზე მორე ტონის აქცენტია, რაც აიხსნება გულის დაქიმული, გაძლიერებული მუშაობით.

ჰიპერტონიის სკლეროზულ ფაზაში გადასვლის დროს, ჰიპერტონიული სნეულების მიმდინარეობა სხვადასხვა ხასიათს ღებულობს იმის მიხედვით, თუ რომელი ორგანოს სისხლძარღვებში მეტადაა გამოხატული სკლეროზული ცვლილებები— გულში, ტვინში თუ თირკმლებში. თუ სკლეროზული ცვლილებებზე უმთავრესად გულის გვირგვინოვან არტერიებშია— ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს სტენოკარდიის ანუ გულის ანგინის შეტევები, ხოლო გულის მწვავე ნაკლოვანების დროს— გულის ასთმის შეტევები. ცვლილებები ტვინის სისხლძარღვებში იძლევა მთელ რიგ მოვლენებს ტვინის მხრივ— დაწყებული ტვინის სისხლძარღვების გარდამავალი სპაზმებიდან, რაც გამოიხატება მეტყველები, მეხსიერების, მხედველობის და სხვა დროებით მოშლილობაში, ტვინში სისხლჩაქცევის სრულ სურათამდე, კიდურების დამბლით.

გართულება თირკმლების მხრივ მდგომარეობს მათ უკმარის მუშაობაში. თირკმელთა კონცენტრაციული უნარის დაქვეითების გამო ისინი ვერ გამოყოფენ შარდთან ერთად ნივთიერებათა ცვლის აზოტოვან პროდუქტებს, რომლებიც რჩება ორგანიზმში, რაც იწვევს მის მოშამეფას— ურემიას.

ჩამოთვლილი მოვლენები გულის, ტვინის ან თირკმლების მხრივ შეადგენს ჰიპერტონიული სნეულების კლინიკური სურათის უკანასკნელ სტადიას და არსებითად ამ ავადმყოფობის გართულებებს წარმოადგენს. საბოლოოდ თუ ჰიპერტონიკმა დროზე არ იმკურნალა, ის იღუპება ან გულის ავადმყოფობისაგან (60%), ან ტვინში სისხლის ჩაქცევით (30%), ან, როგორც თირკმლებით ავადმყოფი— ურემიისაგან.

ზოგჯერ ჰიპერტონიული სნეულება შედარებით ახალგაზრდათა ასაკში თავიდანვე იძლევა მძიმე მოვლენებს თირკმლების მხრივ, სწრაფად მიმდინარეობს მძაფრი კლინიკური სურათით და მალე მთავრდება სიკვდილით; ეს ე. წ. ავთიკიბიანი ჰიპერტონიაა.

პროფილაქტიკა და მკურნალობა. ჰიპერტონიული სნეულების პროფილაქტიკა გულისხმობს უმთავრესად დაავადების ნაადრევი ფორმების გამოვლინებას, რისთვისაც საჭიროა, რომ ყოველ სრულასაკოვან ადამიანს, რომელიც ამა თუ იმ მიზეზის გამო საექიმო დაწესებულებას მიმართავს,— გაესინ-

ჯოს სისხლის წნევა. ჰიპერტონიულ სნეულებაზე საეჭვო პირები საჭიროებენ დისპანსერიზაციას სათანადო მკურნალობისათვის. უნდა გვახსოვდეს, რომ სწორედ დასაწყის სტადიაში აღვილია ავადმყოფის განკურნება ამ დაავადებისაგან; რომელიც მოგვიანებით ხანაში უკვე მეტად ძნელი სამკურნალოა.

ჰიპერტონიით დაავადებულის მკურნალობის მთავარი მომენტებია—ავადმყოფის შეძლებისდა გვარად განტვირთვა ყოველგვარი აღღვებისა და არასასიამოვნო განცდებისაგან,—სათანადო საშუალო პირობების შექმნა, მუშაობის ხასიათის შეცვლა; დასასვენებელ სახლში, სანატორიუმში ან სუფთა ჰაერზე სოფელში გამგზავრება და სხვ. ამ პირობებში ბუნებრივია, ავადმყოფი ფსიქიკურად მშვიდდება, რაც თავის მხრივ აპირობადებს ვაზომოტორულ-ნერვული აპარატის აგზნებადობის შემცირებას და სისხლის წნევის დაქვეითებას.

მაშასადამე, პირველ ყოვლისა, საჭიროა ავადმყოფის ცხოვრებისა და მუშაობის ნორმალური რეჟიმის დადგენა. ექიმმა უნდა აუხსნას ავადმყოფს სისხლის წნევის მომატების მიზეზები და ამის შესაბამისად ურჩიოს ერიდოს ნერვულ დაძაბულობას, აღღვებას, გონებრივი და მძიმე ფიზიკური მუშაობით გადატვირთვას და სხვ.

ავადმყოფს ხაზგასმით უნდა მიეთითოს უძილო ღამეების უარყოფით გავლენაზე და პირიქით, მშვიდი, ღრმა და ხანგრძლივი ძილის სამკურნალო მნიშვნელობაზე ამ ავადმყოფობის დროს. ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს სპირტული სასმელების ხმარება და თუთუნის წევა. არ არის კარგი მაგარი ჩაის და ყავის ხმარება. დიეტის დაცვას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს—წინააღმდეგნაჩვენებია ხორციულით, მეტადრე შემწვარი ხორცით ხშირად კვება; ავადმყოფი უნდა ერიდებოდეს კვერცხის, ტვინის, შიგნეულის, კარაქის (დიდი რაოდენობით) და საერთოდ ცხიმების და კონსერვირებულ თევზულის ჭამას.

არ ვარგა საკვებში მარილის ან პილპილის დიდი რაოდენობით ხმარებაც, რომ ავადმყოფს გაძლიერებული წყურვილი არ განუეთარდეს. სითხის საერთო რაოდენობა დღე-ღამეში 1 ლიტრამდე სავსებით დასაშვებია. უარყოფით გავლენას ახდენს აგრეთვე მზეზე დიდხანს ყოფნა. წამლებიდან ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს ნერვული სისტემის დამამშვიდებელი, ძილის მომგვრელი და სისხლის წნევის დამწვევი საშუალებანი—ვალერიანა, ბრომი, ლუმინალი, პაპავერინი, დიურეტიკნი, სალსოლინი, იოდი, იოდჰიპერსოლი და სხვ.

Rp. Diuretini 0,4  
Papaverini hydrochlorici 0,03  
Luminali 0,015  
M. f. p. D. t. d. N 15  
S. 3-ჯერ დღეში თითო ფხენილი ჭამის შემდეგ.

Rp. Sol. Natrii bromati  
8,0—200,0  
T-rae Valerian. aether.  
—Convallar. majal. 3ლ 5,0  
Codeini phosphor. 0,12  
M. D. S. თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში  
ჭამის შემდეგ.

კლიმაქსის ხანაში განვითარებული ჰიპერტონიის დროს სხვა პრეპარატებთან ერთად არ უნდა დაევიწყოთ ენდოკრინული პრეპარატების (ოვარიკონის, ფოლიკულისის) დანიშვნა.

ჰიპერტონიის დროს კრავდ მოქმედებს გულზე მიოლის წვეთები.

Rp. Myoli 50,0

DS. 3-ჯერ დღეში კამის წინ 25—25 წვეთი  
ბორჯომის წყალზე

მთელ რიგ შემთხვევებში, მეტადრე ჰიპერტონიული სნეულების დასაწყის ხანაში, კარგ შედეგს იძლევა გოჯირდმეავა მაგნეზიუმის ხსნარით მკურნალობა.

Rp. Sol. Magnesiumi sulfurici

25%—30,0

Sterilis

D. S. ექიმის დანიშნულების მიხედვით  
კუნთებში ინექციისათვის

Rp. Decocti Visci albi

20,0—200,0

DS. თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში  
• კამის შემდეგ

უკანასკნელ დროს დიდ მნიშვნელობას აწერენ და კარგ შედეგსაც იძლევა, დიდი რუსი მეცნიერის ი. პავლოვის სწავლების საფუძველზე, პროფ. ანდრეევის მიერ მოწოდებული, ძილით მკურნალობის მეთოდი. ამისათვის ავადმყოფს ეძლევა საძილე პრეპარატი.

Rp. Amytali natrii 0,4

D. t. d. N 20

S. ექიმის დანიშნულების მიხედვით.

ავადმყოფს ეძლევა წინასწარ ფხვნილი, რითაც ვამოწმებთ როგორ იტანს ის ამ პრეპარატს (თუ მას ეწყება გულისრევა, პირღებინება, ტანზე გამონაყარი და სხვ. ეს წამალი არ უნდა მიეცეს); შემდეგ პირველ 2 დღეს ავადმყოფს ეძლევა თითო ფხვნილი დღეში 2-ჯერ, შემდეგ 3-ჯერ, 4-ჯერ—ავადმყოფის ძილის ხანდაზმულობის მიხედვით. საშუალოდ დღე-ღამეში ავადმყოფს უნდა ეძინოს 16—18 საათი.

ამ მეთოდით მკურნალობა მოითხოვს სპეციალურად გამოყოფილ ცალკე პალატას, რომლის ფანჯრებზე ფარდება ჩამოკიდებული; თავისთავად ცხადია, რომ დაცული უნდა იყოს სრული სიჩუმი.

სათანადო ინსტრუქტაჟის შემდეგ ასეთ პალატაზე მიმაგრებული ექთანები რიგ-რიგობით მუდმივ პალატაში არიან და განსაკუთრებული ყურადღებით უვლიან ავადმყოფებს. ავადმყოფის ტუილეტი და კვება წარმოებს იმ წუთებში, როდესაც ის ძილის მდგომარეობიდან გამოდის. ამ მომენტით სარგებლობს აგრეთვე

ექთან, რომ ექიმის დანიშნულების თანახმად მისცეს ავადმყოფს წამლის შემდეგი ფხვნილი, ასეთი ძილით მკურნალობა საშუალოდ 2 კვირა გრძელდება.

სამკურნალო მნიშვნელობა აქვს ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს—დარსონვალით და დიათერმიით მკურნალობას. კარგად მოქმედებენ საერთო თბილი აბაზანები. ავადმყოფი შეიძლება გაიგზავნოს მენჯში, წყალტუბოში, მაგრამ პიპერტონიით ავადმყოფის გაგზავნა ამ წყლებზე სამკურნალოდ დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს არა აქვს გამოხატული გართულების მოვლენები გულის, ტვინის ან თირკმლების მხრივ.

დაბოლოს არ უნდა დავივიწყოთ, რომ სისხლის ძლიერი მაღალი წნევის შემთხვევაში (200-ზე ზევით სისტოლური წნევის დროს) გარკვეული სამკურნალო მნიშვნელობა აქვს დროგამოშვებით (2—3 თვეში ერთხელ) წურბლების მოკიდებას (8—10 ცალი) ყურის უკან ან კუდუსუნზე, ანდა ვენიდან 200—400 მლ სისხლის გამოშვებას.

უკანასკნელ დროს პიპერტონიული სნეულების სამკურნალოდ მოწოდებულია სიმპათიკურ ნერვულ სისტემაზე ოპერაციული ჩარევის სხვადასხვა მეთოდები, რომლებმაც ჭერჯერობით გავრცელება ვერ ჰპოვა.

## შარდის გამოყოფის სისტემის სწავლებანი

შარდის გამოყოფის სისტემის სწავლებებიდან შინაგანი მედიცინა განიხილავს მხოლოდ თირკმლების სწავლებებს.

თირკმლების დაავადება, ისე როგორც სხვა შინაგან ორგანოთა დაავადება, მეტწილად წარმოადგენს ორგანიზმის ზოგადი დაავადების გამოვლინებას.

პათოლოგიური პროცესი, რომელსაც თირკმელში აქვს ადგილი და უმთავრესად თირკმლების მხრივ ცვლილებებით ვლინდება, წარმოიშეება და ვითარდება ორგანიზმის საერთო დაავადების ფონზე. ადგილობრივი ცვლილებები თირკმლებში და დაავადების ცალკეული სიმპტომები ვითარდება და ყალიბდება ორგანიზმის იმ ზოგადი ცვლილებების ზეგავლენით, რასაც ადგილი აქვს ნერვულ სისტემაში და ქსოვილთა შორისულ-ენდოკრინულ რეგულაციაში.

უნდა აღინიშნოს, რომ თირკმლების დაავადებათა ერთი ჯგუფი ხასიათდება: ყოველთვის ორივე თირკმლის დიფუზური დაზიანებით, თირკმლების სწავლებათა მეორე ჯგუფი კი, უფრო ხშირად, ერთი რომელიმე თირკმლის დაავადებით.

ამასთანავე აღსანიშნავია ისიც, რომ თირკმლების ორმხრივი დიფუზური დაავადების დროს (ნეფრიტი, ნეფროზი) ძველსაჩინო და ღრმა ცვლილებებს აქვს ადგილი თირკმლის გარეთ, ორგანოთა სხვა სისტემებში და საერთოდ მთელ ორგანიზმში.

თირკმლის კენჭი, თირკმლის ტუბერკულოზი, სიმსივნე, თირკმლის მენჯის ანთება მეტწილად ერთ თირკმელში ვითარდება და უმთავრესად თირკმლების ადგილობრივი დაზიანებით ხასიათდება.

არსებული კლასიფიკაციის მიხედვით თირკმლების დაავადებები შესაძლებელია შემდეგ ჯგუფებად დაიყოს:

I. თ ი რ კ მ ლ ე ბ ი ს ო რ მ ხ რ ი ვ ი დ ი ფ უ ზ უ რ ი და ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ე

ა) ნეფრიტი,

ბ) ნეფროზი,

გ) ნეფროსკლეროზი;

II. თ ი რ კ მ ე ლ თ ა და ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ი, რ ო მ ლ ე ბ ი ც უ მ თ ა ვ რ ე -  
ს ა დ ა დ გ ი ლ ო ბ რ ი ვ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი თ მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ს

ა) პიელიტი,

ბ) თირკმლის კენჭოვანი ავადმყოფობა,

გ) თირკმლის ტუბერკულოზი,

დ) თირკმლის სიმსივნეები,

ე) ცთომილი თირკმელი.



## ნეფრიტი (Nephritis. Glomerulonephritis)

ნეფრიტი ეწოდება თირკმლების ორმხრივ, ჰემატოგენურ ანთებას.

ანთებითი პროცესი ვითარდება უმთავრესად გლომერულუსებში (გალოგიის გორგლებში), ამიტომ თირკმლების ანთების ამ ფორმას ნეფრიტის გარდა გლომერულოზის უწოდებენ. ანთება ორივე თირკმლის დაზიანებას იწვევს; ის დიდუზურ პროცესს წარმოადგენს, რომელიც ხანმოკლეა ყველა გორგალი, ზოგჯერ კი ანთება თირკმლების გარკვეულ უბნებზე მხოლოდ, ალბათ აზიანებს თირკმლის ზოგიერთ გორგალს და ამოვად უკრთავს მასიას ატარებს. ამიტომ პირველ შემთხვევაში ლაბარაკობენ დიდუზურ გლომერულოზის ნეფრიტს, მეორე შემთხვევაში კი კეროვან გლომერულოზის ნეფრიტს.

დიდუზური ნეფრიტი ანუ გლომერულონეფრიტი ორგანიზმის ზოგადი დავადებაა, ხოლო კეროვანი ნეფრიტი წარმოადგენს სხვიდასხვი მწვავე პროტონიკულ ინფექციურ დაავადების ვარიეტეტს.

თანამედროვე შეხედულებათა საფუძველზე, ზოგი უფრო მართებულად თვლის ნეფრიტს ეწოდოს „ნეფრიტული სნეულება“, იმდენად, რამდენადც ასეთი ტერმინი უფრო კარგად გამოხატავს ნეფრიტის, როგორც ზოგადი დაავადების ხასიათს.

დიდუზური გლომერულონეფრიტი შესაძლოა მიმდინარეობდეს მწვავედ ან ქრონიკულად. არის შემთხვევები, როდესაც მწვავე ნეფრიტი სრული განკურნებით მთავრდება ან ქრონიკულ ფორმაში გადადის. ზოგჯერ ნეფრიტი თავიდანვე ქრონიკულ მიმდინარეობას იღებს.

## მწვავე ნეფრიტი (Nephritis acuta)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. მწვავე ნეფრიტს იწვევს სხვადასხვა ინფექცია, უმთავრესად სტრეპტოკოკული.

ზედა სასუნთქი გზების ინფექციური სნეულებები, გრიპი, ანგინა ხშირად რთულდება ნეფრიტით. ზოგჯერ არა თუ მძიმე, არამედ მსუბუქი ანგინის გადატანის 1—2 კვირის შემდეგ შესაძლოა ავადმყოფს გამოაჩნდეს მწვავე ნეფრიტის მოვლენები. შესაძლებელია ნეფრიტი განვითარდეს როგორც ქუთრის გართულება. სტრეპტოკოკული ინფექცია, რომელიც დამკვიდრებულია მაგალითად, ნუშისებრ ჭირკვლებში და არავითარ მოვლენებს არ იწვევს, რაიმე ზელმემწყობი მიზეზის გამო, როგორცაა, მაგალითად, გაცივება ან გრიპით დაავადება, ხანდახან შეიძლება გახდეს მიზეზი ამ ფარული ინფექციის გააქტიურებისა და მისი ზეგავლენით ნეფრიტის განვითარებისა. ამრიგად, ქრონიკულ ტონილიტს გარკვეული ეტიოლოგიური როლი ეკუთვნის ნეფრიტის წარმოშობაში.

ნეფრიტების შემთხვევათა 90%, როგორც ფიქრობენ, სტრეპტოკოკული ინფექციის შედეგია და 50%—ში ეს ინფექცია ნუშისებრი ჭირკვლებიდან შეიჭრება.

სხვა კოკული ინფექცია, როგორც მაგალითად, პნემოკოკული, სტაფილოკოკული, გაცილებით უფრო იშვიათად იწვევს ნეფრიტის განვითარებას.

ამჟამად უკვე დამტკიცებულად ითვლება ის ფაქტი, რომ მართო გაცივებას ნეფრიტის განვითარება არ მოჰყვება. დასაშვებია, რომ სხეულის გაცივება, რასაც ხშირად აქვს ადგილი შეზღვევით-ზამთრის პერიოდში, განსაკუთრებით ღრის ქვეშ ხანგრძლივად ყოფნის პირობებში, იწვევს გუგუტური ნეფრიტული სინდრომის ვითარებას და თირკმლების სისხლის ძარღვების კორელაციის დარღვევას.

ვას, სისხლის ძარღვების სპაზმს, — დასაც მონდევს თირკმლებში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ეს კი ხელს უწყობს ორგანიზმში ფარული ინფექციის გაცხოველებას და თირკმლებზე დაზიანებას.

დღემდე საეხებით გამორკვეულად ვერ ჩაითვლება, რა გზით ხდება თირკმლის ანთების განვითარება ამა თუ იმ ინფექციის ზეგავლენით. მწვავე ნეფრიტის დროს ადგილი აქვს გორგლების სისხლძარღვოვანი აპარატის, თირკმლის მილაკებისა და შორისული ქსოვილის ანთებად დაზიანებას. თირკმლების სისხლძარღვოვან ანთებად დაზიანებაში და იმ მოვლენების წარმოშობაში, რომლებიც დამახასიათებელია ნეფრიტისათვის, როგორცაა, ჰიპერტენზია, შეშუპებები, მნიშვნელობა აქვს ცენტრალურად ნერვული სისტემის მდგომარეობასაც, რაც გარკვეულ გავლენას ახდენს როგორც თირკმლებზე, ისე სხვა ორგანოთა სისტემებზე.

სტრებტოკოკული ინფექცია არჩევით აზიანებს თირკმლების გორგლებს, რასაც ხელს უწყობს გარემოს მავნე ზეგავლენა (გაცივება, ნერვულ-ფსიქიკური განცდები და სხვ.), რაც ერთგვარ მალოკალოზებელი მომენტის როლს თამაშობს და აპირობებს ინფექციის დამკვიდრებას თირკმლის გორგლებში.

ახალ შეხედულებათა მიხედვით შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ასეთი მალოკალიზებული ფაქტორები არჩევით მოქმედებენ თირკმლების რეცეპტორულ აპარატზე, იწვევენ რეფლექტორულად ქერქული იმპულსებით თირკმლებში სისხლის მიმოქცევის მოშლას და ამით ხელს უწყობენ თირკმლებში ბაქტერიებისა და ტოქსინების დამკვიდრებას.

ნეფრიტით უფრო ხშირად ავადდებიან ახალგაზრდები—30 წლამდე, უფრო მეტად ვაჟები, ვიდრე ქალები.

მწვავე ნეფრიტი ვიფარდება, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მწვავე ინფექციის გადატანიდან 2—3 კვირის შემდეგ ან ამა თუ იმ ინფექციური დაავადების, მაგალითად, ქუნთარუსით დაავადებიდან 2—3 კვირის შემდეგ. ასეთი ფორმის ნეფრიტი უმთავრესად დიფთუზური ხასიათისაა. ინფექციური დაავადების მიმდინარეობაში განვითარებული ნეფრიტი კი ხშირად კეროვან ხასიათს ატარებს.

უკანასკნელი ხშირად გამოწვეულია ძირითადი ინფექციური დაავადების გამოწვევით მიკროორგანიზმით, მაშინ, როდესაც დიფთუზური პოსტინფექციური ნეფრიტის დროს არ ხერხდება არც თირკმლებში, არც შარდში ნეფრიტის გამოწვევი მიკრობის აღმოჩენა და, როგორც ფიქრობენ, ნეფრიტის ეს ფორმები გამოწვეული უნდა იყოს არა იმდენად მიკრობით, რამდენადაც გვიჩვენებენ ტოქსინით.

პათოლოგიური ანატომია. თირკმელს დასაწყის პერიოდში მაკროსკოპულად ზოგჯერ ნორმალური შესახედლობა აქვს, ზოგჯერ კი ის სისხლსავსეა და განაკვეთზე ემჩნევა გადიდებული გლომერულუსები ნაცარა ან წითელი ფერის წერტილების სახით. ნეფრიტის შემდგომი განვითარების პროცესში თირკმელი თანდათან დიდდება და განაკვეთზე ჩანს გაფართოებული ქერქოვანი შრე, რომელშიც კარბად არის გაფანტული მოწითალო ნაცრისფერი წერტილების სახით ანთებით შეცვლილი გორგლები, რაც თირკმელს თავისებურ აპრელებულ შესახედობას აძლევს („დიდი კრელი თირკმელი“). თვით გლომერულუსების სისხლძარღვოვანი კაპილარები შეცვლილი და ამოვსებულია ჩამოვსებული ენდოთელიუმის უჯრედებით, გორგლები შეცვლილია, სისხლის ძარღვების კაპილარები დაავადების უფრო გვიან სტადიებში ამოვსებულია წერილმარცვლოვანი ცილოვანი ექსუდატით, რომელსაც ზოგჯერ ჰემორაგიული ხასიათი აქვს.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე ნეფრიტის ძირითადი კლინიკური სიმპტომებია: არტერიული სისხლის წნევის მომატება, შეშუპება და ჰემატურია. სისხლის წნევის მომატება მწვავე ნეფრიტის ყველაზე უფრო ადრეული სიმპტომია, მას ნეფრიტის მიმდინარეობაში წამყვანი მნიშვნელობა ეკუთვნის.

არტერიული წნევის აწევა მწვავე ნეფრიტის დროს არის პერიფერიული სისხლძარღვების ტონუსის აწევის შედეგი, რასაც ნაწილობრივ ზღვს უნდა უწყობდეს დაავადებული თირკმლებიდან სისხლისაკადაში ქიმიური ნივთიერების გადასვლა.

სისტოლური წნევა ხშირად სინდიკის სვეტის 150.—180 მმ, ხოლო დიასტოლური კი—90—120 მმ აღწევს.

შეშუპება მწვავე ნეფრიტის აგრეთვე ადრეული სიმპტომია, რომელსაც ავადმყოფი სხვა მოვლენებზე უფრო ადრე აღნიშნავს ხოლმე.

შეშუპება ნეფრიტის დროს არ არის მაინც და მაინც მკვეთრად გამოხატული, ისე როგორც, მაგალითად, ნეფროზის დროს.

შეშუპების წარმოშობის მექანიზმი მეტად რთულია და მისი განვითარების მიზეზი, როგორც ამჟამად უკვე ცნობილია, არის არა მარტო წყლისა და NaCl-ის შეკავება ანქეშაქსოვდღში, დაავადებული თირკმლებით მათი გამოყოფის შეფერხების გამო, არამედ, ნეფრიტის დროს შეშუპების წარმოშობაში უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს თანამდგომელ სისხლძარღვებში ფაქტორს. კაპილარების კედლების ზედმეტი ჟონდობა იწვევს სისხლის თხიერი ნაწილის და მასში შემავალი ცილებისა და მარილების გაყონვას ქსოვილებში. ცილებისა და ქლორიდების დაგროვება ქსოვილებში კი ხელს უწყობს შეშუპების წარმოშობას.

ამასთან ერთად მნიშვნელობა აქვს თირკმლების დაზიანებასაც, იმდენად, რამდენადაც ეს იწვევს შარდთან ერთად ცილის გამოყოფას, სისხლის გაღარიბებას ცილით (პიპოპოტეინემია) და სისხლში წყლისა და მარილების შეკავებას.

მწვავე ნეფრიტისათვის დამახასიათებელია ცვილებებში შარდის მხრივ—ცილის გამოჩენა შარდში (ალბუმინურია), სისხლის არსებობა, უმთავრესად შეცვლილი ე. წ. გამორეცხილი ერთროციტების სახით (ჰემატურია) და შარდში სხვადასხვა ცილინდრების არსებობა (ცილინდრურია).

ცილის რაოდენობა შარდში მწვავე ნეფრიტის დროს, ჩვეულებრივ, არ არის მაინც და მაინც დიდი, როგორც მაგალითად, ნეფროზის დროს. ის განიცდის რყევას 0,033%-დან 5%-მდე, მაგრამ დაავადების ფორმის და პერიოდის მიხედვით შესაძლებელია ზოგჯერ მეტიც იყოს და 10—15% მიაღწიოს.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ცილის რაოდენობა არ გამოხატავს ნეფრიტის სიმძიმეს: მსუბუქი მიმდინარეობის დროს შესაძლოა ცილის რაოდენობა შარდში შედარებით ბევრი იყოს და, პირიქით, ზოგიერთი მძიმე ფორმის დროს ალბუმინურია ოდნავ იყოს გამოხატული.

ჰიალინური, მარცვლოვანი, ცვილისებრი ცილინდრები აგრეთვე დამახასიათებელია მწვავე ნეფრიტისათვის, მაგრამ ნეფროზის დროს ისინი უფრო მეტი რაოდენობით გვხვდება შარდში; სამაგიეროდ, ჰემატურია მხოლოდ ნეფრიტის დროს არის გამოხატული. სისხლი ზოგჯერ მწვავე ნეფრიტის დროს იმდენად ბევრია შარდში, რომ მას მოწითალო, ხორცის ნარეცხის შესახედლობას აძლევს და ავადმყოფები ამას თვითონვე ამჩნევენ ხოლმე (მაკროჰემატურია). ასეთი ჰემატურია ე. წ. ჰემორაგიული ნეფრიტისათვის არის დამახასიათებელი. ზოგჯერ, პირიქით, სისხლი შარდში შესაძლოა მხოლოდ ნალექის მიკროსკოპული გა-

მოკვლევით აღმოჩნდეს ვარიტოკოციტების სახით (მ ი კ რ ო ჰ ე მ ა ტ უ რ ი ა). ჰემატურია—ნეფრიტის დროს მალბიგიის გორგლების ანთებითი პროცესით და ზიანების შედეგია.

შარდის ხვედრითი წონა მწვავე ნეფრიტის დროს დიდ ცვლილებებს არ განიცდის. ჩვეულებრივ, ხვედრითი წონა ირყევა 1015-დან 1020-მდე და ზოგჯერ შესაძლოა მეტიც იყოს. მასალოდნელია ნეფრიტის მიმდინარეობაში შეშუპებების დაკლების და ამის შედეგად შარდის დღე-ღამის რაოდენობის მომატების გამო ხვედრითმა წონამ დაიკლოს.

აზოტოვან ნივთიერებათა გამოყოფა თირკმლებით მწვავე ნეფრიტის დროს მაინცა და მაინც არ ირღვევა, ამიტომ არც შარდის ხვედრითი წონა არის შეცვლილი. მწვავე ნეფრიტის მიმდინარეობაში ფრიად იშვიათია თირკმლების აზოტგამომყოფი ფუნქციის მძიმე დარღვევა და; მაშასადამე, აზოტემიისა და აზოტემიური ურემიის განვითარების საშიშროებაც ნაკლებია. მართალია, მწვავე ნეფრიტის დროს სისხლში აზოტის რაოდენობა მატულობს (ნორმალური 20—40 მგ % შარდოვანას აზოტის ნაცვლად—60—100 მგ %; ან 1—1,5 მგ % კრეატინინის ნაცვლად—2—4 მგ % კრეატინინისა), მაგრამ ამ მოვლენას უფრო შარდის გამოყოფის შემცირებით ხსნიან, ვიდრე თირკმლების აზოტგამომყოფი ფუნქციის დარღვევით. უკანასკნელი მწვავე ნეფრიტის დროს შედარებით იშვიათია, ხან-მოკლეა და წარმატებული.

ამიტომაც მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფს ჰე მ მ ა რ ი ტ ა დ ა ზ ო ტ ო ვ ა ნ ი უ რ ე მ ი ი ს ა გ ა ნ (ორგანიზმის მოწამვლა აზოტოვან ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტებით) ს ა ფ რ თ ხ ე ნ ა კ ლ ე ბ ა დ მ ო ე ლ ის.

სამაგიეროდ, მწვავე ნეფრიტის მიმდინარეობაში ხშირად აქვს ადგილი კრუნჩხვითი ხასიათის, ეკლამპსიისმაგვარ გულყრებს, რომელსაც არასწორად ეკლამპსიურ ურემიას უწოდებენ. მწვავე ნეფრიტის ეს გართულება შედეგია სისხლის წნევის აწევის, სისხლის ძარღვების სპაზმის და ამის შედეგად განვითარებული ტვინის შეშუპებისა და სისხლნაკლებობისა (ტვინის იშემია, ანგიოსპაზმური ენცეფალოპათია).

ეს გართულება უმთავრესად უვითარდებათ მწვავე ან გამწვავებული ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ ძლიერი შეშუპება. ეს მოვლენა უფრო ხშირად ახალგაზრდებში გვხვდება.

ეკლამპსიის შეტევა ხშირად მოულოდნელად იწყება. ზოგჯერ მას ახლავს წინამორბედი ნიშნები—თავის ტკივილი, გულისრევა, მხედველობის შესუსტება და პირღებინება.

ავადმყოფი უეცრივ კარგავს გრძობას და მას ეწყება მთელი სხეულის კუნთების ტონური და კლონური კრუნჩხვები. კრუნჩხვები იმდენად შლიერია, რომ ავადმყოფი შესაძლოა საწოლიდან გადმოვარდეს, ენა კბილებში მოიძქვოს, კიდური ან თავი დაიზიანოს და სხვ.; პირიდან დღეი მოჰდის, ხრიალებს, სახე ციანოზური აქვს, თვალის გუგები გაგანიერებულია და სინათლეზე რეაქციას არ იძლევა. კისრის უკანა კუნთები გაშეშებულია, თავი უკან გადახრილი. სუნთქვა გახშირებული და გაძნელებულია. კერნიგის და ბაბინსკის სიმპტომები დადებითია.

ხშირად ეკლამპსიის შეტევას წინ უძღვის მხედველობის დაკარგვა, სიბრძავე (ამპეროზი).

ასეთი შეტევა რამდენიმე წუთს გრძელდება და შემდეგ გაივლის. შესაძლოა, შეტევა რამდენჯერმე ზედიზედ განმეორდეს (status eclampticus).

ექლამპსიის შეტევა ძალიან ზგავს ეპილეფსიის გულყრას და მეტად მძიმე შთაბეჭდილებას ტოვებს. მიუხედავად ამისა, შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ის კარგად თავდება:

ავადმყოფს უბრუნდება ცნობიერება, კრუნჩხვები წყდება, მაგრამ მას რჩება დამტერეულობის გრძობა, ის აპათიურია და ძილი ერევა. გადატანილი შეტევის შესახებ არაფერი არ ახსოვს.

აღნიშნული კლინიკური მოვლენების განვითარება მწვავე ნეფრიტის მიმდინარეობაში, ავადმყოფის ორგანიზმში მთელ რიგ ცვლილებებს იწვევს.

სისხლის წნევის მომატების გამო გულს უხდება გადაჭარბებული მუშაობის შესრულება და მარცხენა პარკუჭი განიცდის ჰიპერტროფიას. ამის გამო გულის მარცხენა სახლვარი დიდდება, გულის საძგერი გამდიერებულია და აორტის II ტონზე აღინიშნება აქცენტო—

არტერიული წნევის მომატებასთან ერთად ხშირად მომატებულია ვენური წნევაც წყლის სვეტის 200 მმ-მდე.

თუ მწვავე ნეფრიტის მიმდინარეობაში ადგილი აქვს ძლიერ შეშუპებებს, შესაძლოა პერიკარდიუმის ღრუში სითხეც დაგროვდეს (ჰიდროპერიკარდიუმი).

თვალის ფსკერის გამოკვლევა დამახასიათებელ სურათს იძლევა: სისხლის კაპილარები შევიწროებულია, ბაღურა და თვალის ნერვის დერლი ფერმკრთალოა. ე. წ. ან გ ი ო ს კ ა ს ტ ი ე კ უ რ ი რ ე ტ ი ნ ი ტ ი. თვალის ფსკერზე აღინიშნება წერტილოვანი სისხლჩაქცევები.

სისხლძარღვთა სისტემასა და გულში განვითარებული ზემოხსენებული ცვლილებები მეტად მავნე გავლენას ახდენს გულზე. თანდათან შესაძლოა გულს მწვავე ნაქლოვანების მოვლენები განვითარდეს. პულსი, რომელიც ჩვეულებრივ, მწვავე ნეფრიტის დროს ოდნავ შენელებულია, ჩქარდება, ავადმყოფს დასჩემვდება ქოშინი, უჭირს წოლა, ფეხებისა და გრძობის ტკივილებს ღვიფლის შეგუბების გამო, ქვემო კიდურებზე ჩნდება შეშუპებები.

მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფს ფილტვებში აქვს გაფანტული მშრალი და სველი ხიხინი.

თუ ავადმყოფს დიდი შეშუპებები აქვს, შესაძლოა პლევრის ღრუებში სითხე დაგროვდეს (ჰიდროთორაქსი).

ზოგჯერ სითხე გროვდება მუცლის ღრუშიც (ასციტი).

შეშუპებების წარმოშობის პერიოდში შარდის დღე-ღამის რაოდენობა შემცირებულია და შარდის ხვედრითი წონა ამ პერიოდში შესაძლოა მალალი იყოს, შემდეგში, ავადმყოფის გამოკეთების და შეშუპების დაეცრომასთან ერთად, შარდის რაოდენობა მატულობს და ხვედრითი წონაც ქვეითდება.

თუ ნეფრიტმა მძიმე მიმდინარეობა მიიღო, შესაძლოა თირკმლის აზოტემია და წყლის გამოყოფი ფუნქციის დაზოვება და განვითარდეს თირკმლების ფუნქციური უკმარისობა, რასაც მოჰყვება აზოტოვანი ნაფთიერებების შეკავება სისხლში (აზოტემია) და ბოლოს აზოტოვანი ურემია. მწვავე ნეფრიტის მიმდინარეობაში ეს გართულება ძალიან იშვიათია—

შეტო საშიშროება მოელის მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფს გულის ნაქლოვანებისაგან, რის შედეგად ის შესაძლოა დაიღუპოს კიდევ—

იშვიათ შემთხვევაში მწვავე ნეფრიტის დროს მალალი წნევის შედეგად მალალოდნელია ტენიში სისხლის ჩაქცევა (აბუპლემია)—

მწვავე ნეფრიტის კლინიკური გამოვლინება, ავადმყოფის ჩივილები, მიმდინარეობა და გამოსა ალი დიდად არის დამოკიდებული დაავადების ფორმისაგან—

არჩევნებში მწვავე ნეფრიტის ორ ფორმას—ქე მო რ ა გ ი უ ლ ს ა და შ ე შ უ ჰ ე ბ ი თ ს—ი მ გ რ ტ ო ნ ი უ ლ ს.

ქე მო რ ა გ ი უ ლ ე ფ ო რ მ ი ს მ წვავე ნეფრიტის დროს ავადმყოფი მანცა და მანც ბერს არაფერს უჩივის, მას აქვს საერთო სისუსტე, ზომიერი თავის ტკივილი, უმადობა, ზოგჯერ ყრუ ტკივილი წელის არეში. ობიექტური ნიშნებიდან უმთავრეს მოვლენას ჰემატურია წარმოადგენს, რომელიც ხან ძლიერია (მაკროჰემატურია), ხან კიდევ მცირე და მხოლოდ მიკროსკოპული გამოკვლევით აღმოჩნდება ხოლმე. სისხლის წნევა ამ ფორმის დროს იშვიათად არის მომატებული, გულის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება. შეშუპებები სუსტად და გამოხატული. შარდის ხვედრითი წონა არ იცვლება და ცილის რაოდენობაც მცირეა.

მწვავე ნეფრიტის ეს ფორმა რამდენიმე თვეს გრძელდება და ბოლოს განკურნებით თავდება, თუმცა პერიოდული გამწვაებებია არაიშვიათად გვხვდება. ერთეულ შემთხვევაში ჰემორაგიული ფორმის ნეფრიტის დროს ვითარდება თირკმლის ფუნქციის დარღვევა და ავადმყოფობა ქრონიკულ ფორმაში გადადის. უფრო ხშირია შე შ უ ჰ ე ბ ი თ ს-ი მ გ რ ტ ო ნ ი უ ლ ი ფ ო რ მ ა, რომლის დროსაც ნეფრიტისათვის დამახასიათებელი ყველა შემოჩამოთვლილი ნიშანი გვხვდება ხოლმე.

ავადმყოფები უჩივიან თავის ტკივილს სისხლის წნევის აწვევისა და ტინის სისხლის ძარღვების სპაზმური მდგომარეობის გამო, საერთო სისუსტეს, უმადობას, ქოშინს და შეშუპებებს. შეშუპება თვალის ქუთუთოებიდან და სახიდან რწყება და თანდათან ვრცელდება სხეულზე. მოკლე ხნის განმავლობაში შესაძლოა შეშუპებებმა ძლიერ იმატოს. ავადმყოფებს აქვს ფერმკრთალობა, კანი მშრალია, კრიალა. სისხლძარღვთა სისტემაში შემოაღწერილი ცვლილებების გამო, ავადმყოფებს აქვთ ჩივილები გულის მხრივ, ტკივილი ღვიძლის არეში და დამახასიათებელი ცვლილებები შარდში.

მწვავე ნეფრიტის მიმდინარეობა სხვადასხვაა, ის გრძელდება მეტწილად რამდენიმე კვირას, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლოა ხანგრძლივი მიმდინარეობა მიიღოს და რამდენიმე თვეს გაგრძელდეს პერიოდული გამწვაებები—დაცხრომით. ზოგიერთი შემთხვევა მწვავე ნეფრიტისა გაკვიანურდება და ქრონიკულ მიმდინარეობას იღებს. ავადმყოფს სისხლის წნევა აწეული რჩება, შარდში კი აღინიშნება ცილა და სისხლი.

ღ ი ა გ ნ ო ხ ი: მ წვავე ნეფრიტის გამოცნობა არ არის ძნელი. დაავადებისათვის დამახასიათებელი ძირითადი ნიშნები—ჰიპერტენზია, შეშუპება და ცვლილებები შარდში (ალბუმინურია, ჰემატურია) გვეხმარება სწორი დიაგნოზის დასმაში. უფრო მწილა ზოგჯერ საკითხის გადაწყვეტა—მწვავე ნეფრიტთან გვაქვს საქმე, თუ ნეფრიტის ქრონიკულ ფორმასთან ან მის გამწვაებასთან—ამ საკითხის გადაწყვეტაში გვეხმარება შარდის ხვედრითი წონის გამორკვევა, ანამნეზი, თირკმლების ფუნქციის განსაზღვრა.

საჭიროა გვახსოვდეს გულის დეკომპენსაციის შესაძლებლობაც, რაც ხშირად იძლევა თირკმლების მხრივ მეორადი ხასიათის მოვლენებს, რომლებიც ნეფრიტისათვის დამახასიათებელ ცვლილებებს ჰგავს.

მაგრამ ნეფრიტის დროს შარდის მხრივ ცვლილებები უფრო მკვეთრად არის გამოხატული და, საერთოდ, ნეფრიტით ავადმყოფები უფრო ახალგაზრდები არიან ხოლმე; გულმოდგინედ შეკრებილი ანამნეზი აქაც დიდ დახმარებას გვიწევს.

ქ რ ო გ ნ ო ზ ი. მწვავე ნეფრიტის დროს პროგნოზი სერიოზულია. ძნელა ითქვას, თუ როგორ მიმდინარეობას მიიღებს ავადმყოფობა. ზოგჯერ მწვავე მიმდინარე ნეფრიტი რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ სრული განკურნებით მთავრდება ხოლმე—სისხლის წნევა დაიწევს, ალბუმინურია და ჰემატურია ისპობა და ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას. ზოგჯერ ეს მოვლენები რჩება, სისხლის წნევა არ იკლებს, ავადმყოფს შარდში შერჩება ცილისა და სისხლის გამოყოფა და, ამრიგად, ნეფრიტი ქრონიკულ მიმდინარეობას იღებს.

ეკლამპსიური გულყრებით გართულებული მწვავე ნეფრიტი შესაძლოა აგრეთვე კეთილად დამთავრდეს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა და პ რ ო თ ო ლ ა ქ ო ე კ ა. მთავარი მნიშვნელობა მწვავე ნეფრიტის პროფილაქტიკაში აქვს ინფექციისაგან თავის დაცვა, საქირთა გაფრთხილება ყველა იმ ავადმყოფობის შემთხვევაში რაც, ჩვეულებრივ, რთულდება ნეფრიტით (ანგინა, ქუნთრუსა და სხე.). ქრონიკული ჰერპოჯანი ტონილოტიკების გრანულომა, ცხვირის დამატებითი ღრუების ჩირქოვანი ანთება და რაიმე კერები ჩირქოვანი ინფექციისა მოთხოვს სისტემატურ და გულმოდგინე მკურნალობას.

ანგინის და განსაკუთრებით ქუნთრუსით დაავადების შემთხვევებში საქირთა შარდი ისინჯებოდეს განმეორებით, რომ არ გამოგვეპაროს მწვავე ნეფრიტის მოვლენები.

მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფის მკურნალობაში მთავარი მნიშვნელობა აქვს წოლასა და დიეტას.

ავადმყოფი თბილ და მშრალ ბინაში უნდა იწვეს სრულ გაჯანსაღებამდე, სანამ შარდში სისხლი და ცილა აქვს.

უმჯობესია, თუ შეშუბებით-ჰიპერტონიული ფორმის მწვავე ნეფრიტის დროს ავადმყოფი დაავადების პირველი 2—3 დღის განმავლობაში იმომილებს. არ მიიღებს არც სასმელს და არც საკმელს. ასეთი მშვიდი დღეები ხელს უწყობს სისხლის მიმოქცევის სისტემის განტვირთვის, ამცირებს სისხლის ძარღვების სპაზმს და იწყებს შეშუბების დაცხრომას.

მშვიდი დღეების ნაკლებად შეიძლება ე. წ. შაქრიანი დღეების დანაშენა. დღე-ღამის განმავლობაში ავადმყოფს ეძლევა 200 გრ შაქარი გახსნილი 400 მლ წყალში და დადუღებული 200 მლ სიროფამდე. ასეთი სიროფი ავადმყოფს ეძლევა ჩაის კოვზებით. მას უფითარდება ძლიერი წყურვილი, მაგრამ სითხის მიღებიდან თავი უნდა შეიკავოს. თუ ავადმყოფმა შეძლო ასეთი შაქრიანი დღის ატანა 1—2 დღეს, კარგ შედეგებს ვიღებთ მისი მდგომარეობის გაუმჯობესების მხრივ.

2—3 მშვიდი დღის შემდეგ ავადმყოფს შეიძლება მიეცეს ხილის თათარა, კომპოტი, ყურძნის წვენი, ჩაე მურაბის წვენი, სითხე დღე-ღამის განმავლობაში არაუმეტეს 500—600 მლ. გარდა ამისა დასაშვებია ხილი—ვაშლი, ყურძენი, მანდარინი.

მშვიდი ან შაქრიანი დღეების შემდეგ დიეტა უნდა გაფართოვდეს და ავადმყოფს მიეცეს თეთრი პური, უმარილო კარაქი, ნაღები, არაჟანი, კარტოფილი, რძის ფაფა (ბრინჯით ან ბურღულით). მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფს არ უნდა მიეცეს ხაჭაპი, კვერცი, მლაშე და ცხარე საკმელები.

ავადმყოფის დიეტა ისე უნდა იყოს გამოანგარიშებული, რომ ის ღებულობდეს დღეში არა უმეტეს 50 სუფრის მარილს; ცილას კი 1,0 რაოდენობით ყოველ კილოგრამ წონაზე. ნახშირწყლებით უნდა იყოს დაფარული ორგანიზმის კალორიული მოთხოვნილების 50%. ცილების სრული გამოორიცხვა დიეტიდან არ არის

ხასურველი იმდენად, რამდენადაც ორგანიზმი მწვავე ნეფრიტის დროს ბევრ ცილას კარგავს და ამ დანაკარგის ანაზღაურებისათვის საჭიროა მისთვის ცილის მიწოდება. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ასეთ შემთხვევებში შეშუპებები უფრო ჩქარა ცხრება, (60—80) გრ ცილა კი თირკმლებს მაინც და მაინც არ ტვირთავს. აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ავადმყოფისათვის ვიტამინების მიღება მისთვის დასაშვები საკვების ან კონცენტრატების სახით.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად დიეტა გაფართოებული უნდა იქნეს.

მემტარების საწინააღმდეგოდ კარგია ქლორიანი კალციუმის 10—20% ხსნარი შიგნით მისაღებად სუფრის კოვზით 6—7-ჯერ 6 დღის განმავლობაში, ასკორბინის მჟავას 5% ხსნარი ვენაში შესაყვანად 10—15 დღის განმავლობაში და ვიტამინი „K“.

ნეფრიტის მკურნალობაში ფართოდ იხმარება გლუკოზის 40% ხსნარის ინექციები ვენაში 20—30 მლ რაოდენობით ყოველდღიურად, ასკორბინის მჟავასთან ერთად.

გლუკოზის ხსნარს აქვს ანტისპაზმური თვისებები და კარგად მოქმედებს დიურეზზეც.

დიურეზული საშუალებები, როგორცაა დიურეტიკი, აგურინი, ტეოფილინი და მერკუზალი, მწვავე ნეფრიტის დროს უკუნაჩვენებია.

გულის სისუსტის მოკლენების განვითარების შემთხვევაში ავადმყოფს ენიშნება Jof. Adonis vernalis 6,0—15,0 თითო სუფრის კოვზი დღეში 5—6-ჯერ, ქაფური, კოფეინი კანკეუშ. ძლიერი ქოშინის, მალალი წნევის და ფილტვებში შეგუბებითი მოკლენების განვითარების დროს საჭიროა სისხლის გამოშვება (ვენეპუნქცია).

თუ ავადმყოფს ეკლამპსიის ნიშნები დაემჩნა, საჭიროა მაშინვე ვენეპუნქცია 300—600 მლ სისხლის რაოდენობით და ზურგტვინის პუნქცია. ეკლამპსიური კრუნჩხვების წინააღმდეგ ავადმყოფს ენიშნება ქლორალჰიდრატის ოყნა.

ამჟამად ფართო ხმარებაშია ეკლამპსიის საწინააღმდეგოდ მაგნეზიუმის სულფატის 25%-იანი ხსნარი კუნთებში ან 10% ხსნარი ვენაში.

ფიზიოთერაპიული საშუალებებიდან ნაჩვენებია თირკმლების მიდამოს დიაფორმია და რენტგენოთერაპია.

მეტად მძიმე შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს აქვს სრული ანურია, რომელიც სხვა სამკურნალო ღონისძიებებით არ გაივლის, მიმართავენ როგორც უკიდურეს საშუალებას, თირკმლების დეკაფსულაციას ქირურგიული გზით. თირკმლის განთავისუფლება კაფსულისაგან ათავისუფლებს დაჭიმულ, გაჭირვებულ თირკმელს და მასში სისხლის მიმოქცევა უმჯობესდება, რის გამო შესაძლოა ანურია შეწყდეს და ავადმყოფს მოუვიდეს შარდი.

კრუნჩხვითი გულყრის დროს ავადმყოფს განსაკუთრებული მოვლა სჭირდება. უნდა ვეცადოთ, რომ კრუნჩხვების დროს ავადმყოფმა ენა არ მოიძეწკოს კბილებში, ამისათვის საჭიროა კბილებს შორის ცხვირსახოცი ჩავედოთ. ავადმყოფს თავი უნდა დაუჭიროთ, რომ მან თავი არ დაიზიანოს. საწოლს ფიცრები ჩავეწყეთ, რომ ავადმყოფი საწოლიდან არ გადმოვარდეს.

მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფის მკურნალობა საჭიროა ავადმყოფობის ნიშნების სრულ ლიკვიდაციამდე, ვინაიდან დაავადება შესაძლოა დროებით დაცხრომის შემდეგ ისევ გამწვავდეს და ის ბოლოს და ბოლოს ქრონიკულ ფორმაში გადავიდეს.



მწვავე ნეფრიტის დროს. საჭირო ხდება შემდეგი წამლების გამოწერა

Rp. Sol. Glucosae 40%  
in ampul. steril. N 10  
S. 20—30 მლ ვენაში

Rp. Sol. ac. Ascorbinici 5%—1,0  
in ampul. ster.  
N 10  
S. ინექციისათვის

Rp. Sol. Glucosae 40% 50,0  
Acidi Ascorbinici 0,3  
steril.  
D. S. ვენაში გასაქეთებლად 20—30 მლ

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25%  
in ampul. steril. N 10  
D. S. 5 მლ კუნთებში შესაშხაპუნებლად  
2—3-ჯერ დღეში

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 10% 30,0  
steril.  
S. 5—7 მლ ვენაში გასაქეთებლად  
(შეიყვანეთ ნელა!)

Rp. Chlorali hydrati 1,5  
Decocti Amyli 50,0  
T-rae Opii gtt II  
M. D. S. ოყნისათვის

Rp. Vicasoli in tabul.  
D. ad lag. orig. N I

მწვავე ნეფრიტისაგან გამოკეთების შემდეგაც ავადმყოფი უნდა გაუფრთხილდეს გაცივებას და პერიოდულად იკეთებდეს შარდის ანალიზს ერთი წლის განმავლობაში მაინც.

**კეროვანი ნეფრიტი, მხობლიური ნეფრიტი**  
(Nephritis Insularis. Nephritis embolica)

კეროვანი ნეფრიტი ვითარდება მეტწილად რომელიმე კეროვანი ინფექციის ნიადაგზე, როგორცაა, ჩირქოვანი ტონზილიტი, ქრონიკული აპენდიციტი, სინუსიტი და სხვ. განსაკუთრებით ამ ინფექციის გამწვაების დროს.

თირკმლის გორგლებში შეჭრილი ინფექცია აზიანებს ზოგიერთ მათგანს. ამრიგად, დიფუზური გლომერულონეფრიტისაგან განსხვავებით აქ ხდება ზოგი გორგლის დაზიანება ულაგ-ალაგ. ავადმყოფს შარდში გამოაჩნდება მცირეოდენი

ტილა, ერითროციტები (მიკროჰემატურია) და იშვიათად ცილინდრები. ამ ფორმის ნეფრიტთან ახლო ღვას ე. წ. ე მ ბ ო ლ ი უ რ ი ნ ე ფ რ ი ტ ი, რომელიც სეფსისური დაავადებების, განსაკუთრებით კი სეფსისური ენდოკარდიტის დროს ვითარდება.

ინფექციის მიტანა თირკმლის გორგლებში ხდება სეფსისური ემბოლების სახით და, ისე როგორც კეროვანი ნეფრიტის დროს, ხდება გლომერულების ალაგ-ალაგ დაზიანება.

კეროვანი, ემბოლიური ნეფრიტის დროს სისხლის წნევა არ არის მომატებული, შეშუპებები ავადმყოფს არა აქვს და არც თირკმლის ფუნქცია არის დარღვეული.

კეროვანი ნეფრიტი მის გამომწვევ კეროვანი ინფექციის გამწვავებასთან ერთად შესაძლოა გამწვავდეს ხოლმე და განმეორებით გამწვავების შედეგად ბოლოს ქრონიკულ დიფუზურ ნეფრიტშიც კი გადავიდეს.

მ ე კ რ ა ნ ა ლ ბ ა. კეროვანი ნეფრიტის დროს უნდა ვუმკურნალოთ ჩირქოვანი ინფექციის ბუდეებს. ქრონიკული ტონზილიტი, როგორც ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი კეროვანი ნეფრიტისა, მოითხოვს ენერგიულ მკურნალობას. ზოგჯერ საჭირო ხდება ამ ჩირქოვანი ბუდეების მოცილება (ტონზილექტომია, დაჩირქებული კბილების ფესვების ამოღება და სხვ.).

სებტიკური ენდოკარდიტის, სეფსისის და სხვა ინფექციურ დაავადებათა დროს ძირითადი დაავადების მკურნალობა იმავე დროს წარმოადგენს კეროვანი ნეფრიტის მკურნალობასაც.

#### ქრონიკული ნეფრიტი (Nephritis chronica)

ე ტ ი ო ლ რ გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. ქრონიკული ნეფრიტი, ანუ ქრონიკული გლომერულონეფრიტი, ზოგჯერ ვითარდება მწვავე ნეფრიტიდან: ჩაუთავებელი, მთლიანად განუკურნავი ნეფრიტი შესაძლოა თანდათან ქრონიკულ ფორმაში გადავიდეს.

არის შემთხვევები, როდესაც ქრონიკული ნეფრიტი ჩამოყალიბდება ისე, რომ დაავადება მწვავე პერიოდს არ გაივლის. ასეთ შემთხვევაში, როგორც ჩანს, ორგანიზმში არსებული ფარული ჩირქოვანი (უფრო ხშირად სტრეპტოკოკული) ინფექცია ქრონიკულად აზიანებს თირკმლის გორგლებს და იწვევს ნეფრიტის ქრონიკული ფორმის განვითარებას. ქრონიკული ნეფრიტული პროცესის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს არა მარტო ხსენებულ სტრეპტოკოკულ კეროვან ინფექციას, არამედ თვით ორგანიზმის თავისებურებას, გარემოს ზეგავლენას და, რაც მთავარია, ნერვული სისტემის რთულ მარეგულირებელ ზეგავლენას თირკმლების სისხლის მიმოქცევაზე და ტროფიკაზე, რაც ჭერ კიდევ სავსებით და ზუსტად გამორკვეული არ არის.

უაუოდ ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ერთ შემთხვევაში, მიუხედავად ამჟამა ჩირქოვანი ინფექციის არსებობისა და ორგანიზმის ყოველნაირად ცუდ გარემო პირობებში ყოფნისა, ნეფრიტი კარგ მიმდინარეობას იღებს, ხოლო მეორეში ქრონიკულად მიმდინარეობს და ზოგჯერ მეტად ავთვისებიან ხასიათსაც ატარებს.

არაიშვიათად ქრონიკული ნეფრიტის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს ქრონიკულ მოწამვლას (ტყვიით და სხვ.).

პ ა თ ო ლ რ გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. თირკმლის გორგლებში ანთების შედეგად გამოწვეული ექსუდატი განიცდის ორგანიზაციას, ვითარდება შემეარტოვ-

ბელი ქსოვილი, რომელიც შემდეგში ნაწიბურდება. თირკმლის გორგლები ილუპება. მათთან ერთად სათანადო საშარდე მილაკებიც განიცდის დეგენერაციულ ცვლილებებს და ილუპება. დაავადებულ გორგლებში და საშარდე მილაკებში განვითარებული ანთებადი დეგენერაციული ცვლილებები, შემავრთბელი ქსოვილის განვითარება და შემდგომში მისი დანაწიბურება იწვევს თირკმლის შეკუმხვას, ე. წ. მეორადად შეკუმხვილი თირკმელი.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. ქრონიკული ნეფრიტი ზოგჯერ დიდხანს არ იძლევა სუბიექტურ შეგრძნებებს და ამიტომ ავადმყოფი დასაწყისში ვერც კი გრძობს დაავადებას. ავადმყოფი აღნიშნავს თავის ტკივილს, დილაობით ამჩნევს თვალის ქუთუთოების ოდნავ შეშუპებას, ის ფერმკრთალია.

თავის ტვინილი გამოწვეულია სისხლის წნევის მომატებით და ნაწილობრივ ტვინის ქსოვილის შეშუპებით მოვლენების განვითარებით. ფერმკრთალობა, რაც კანის კაპილარების სპაზმის გამო ვითარდება, ნაწილობრივ კი ქრონიკული ნეფრიტისათვის დამახასიათებელი სისხლნაკლებობის შედეგია, შეშუპებულ სახესთან ერთად მეტად დამახასიათებელ შესახედაობას აძლევს ავადმყოფს.

სისხლის არტერიული წნევა მომატებულია, მაქსიმალური 150—160 მმ-ზე უფრო მაღალია, მინიმალური კი 80—90 მმ მეტია. პულსი დაქვემდებარებულია გულის მარცხენა პარკუჭი სისხლის წნევის ხანგრძლივი აწევის გამო— განიცდის პიკეტროფიას, გულის საძკერი გადაწეულია მარცხნივ, გაძლიერებულია, აორტაზე მეორე ტონი აქცენტირანია.

შეშუპება ყოველთვის ერთნაირი სიძლიერით არ არის გამოხატული. ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს მხოლოდ სახის და ქუთუთოების შეშუპება; ზოგში კი პირველ ხანებში შეშუპებები ემჩნევა მხოლოდ სახეზე, ხოლო შემდეგში ვრცელდება მთელ სხეულზე და საკმაოდ ძლიერია.

ქრონიკული ნეფრიტისათვის დამახასიათებელია მხედველობის შესუსტება. ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფები ზოგჯერ, მანამ ნეფრიტის სხვა ნიშნებს შეამჩნევდნენ, გრძობენ მხედველობის დაქვეითებას.

თვალის ფსკერის გამოკვლევისას აღმოჩნდება ბადურას სისხლის ძარღვების დამახასიათებელი ცვლილებები ე. წ. რეტინიტი (neuroretinitis albuminurica).

შარდის გამოკვლევისას მასში აღმოჩნდება ნეფრიტისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები: შარდის ხვედრითი წონის დაქვეითება (ჰიპოსტენურია), ცილა, სისხლი და ცილინდრები. ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფის თირკმლებს არ შესწევს უნარი განაწავოს შარდში ორგანიზმისათვის არასაკმარის ცელის პროდუქტები, აზოტოვანი შლაკი, მათი კონცენტრაციული უნარის დაქვეითების გამო. ამიტომ ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფი გამოჰყოფს დაბალი კონცენტრაციის შარდს. შარდის ხვედრითი წონა დაბალია 1010—1012 და ზოგჯერ ნაკლებედგამდენადაც შორსაა წასული პროცესი და თირკმლის კონცენტრაციის უნარი დაქვეითებულია, იმდენად უფრო დაბალი ხვედრითი წონის შარდს გამოჰყოფს ხოლმე ავადმყოფი. ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფის თირკმლებს კონცენტრაციის უნარის დაქვეითების გამო ორგანიზმი ცდილობს აზოტოვანი შლაკის გამოყოფა ანაზღაუროს მეტი რაოდენობის შარდის გამოყოფით. ამიტომ შარდის დღე-ღამის რაოდენობა მატულობს (პოლიური). ავადმყოფი გამოჰყოფს 1—1,5 ლიტრის ნაცვლად, 2—2,5 ლიტრ შარდს (კომპენსატორული პოლიური).

ავადმყოფს ემჩნევა ღამის დიურეზის გაძლიერება (ნიქტური).

ქრონიკული ნეფრიტის შორის წასულ შემთხვევებში, როდესაც თირკმლებში ვითარდება შექმუნის მოვლენები და თირკმლები სულ უფრო და უფრო კარგავს კონცენტრაციის უნარს, შარდით აზოტოვანი შლაკების გამოყოფა კიდევ უფრო ფერხდება. ამ დროს შარდის ხვედრითა წონა კიდევ უფრო იკლებს, მომეტებული შარდის გამოყოფის დროსაც კი აზოტი აღარ გამოიყოფა ორგანიზმიდან სათანადო რაოდენობით; თუ შარდის გამოყოფაც შემცირდა, სისხლში და ქსოვილებში დაგროვილი აზოტოვანი ცვლის მავნე პროდუქტები თანდათან მატულობს (აზოტემია), ორგანიზმი იწამლება ამ პროდუქტებით და ვითარდება—ურემია.

თუ ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფი გამოპყოფს ბაცი ფერის შარდს, რომელსაც დაბალი ხვედრითი წონა აქვს—1010 ან ნაკლები და ეს ხვედრითი წონა დღე-ღამის შარდში რყევას არ განიცდის, დაახლოებით ერთსა და იმავე ციფრზე დგას (იზოსტენურია), მაშინ მოსალოდნელია ურემიის განვითარება.

ურემია ყოველთვის ერთი და იმავე ფორმით არ იჩენს თავს. ზოგჯერ ურემიის მდგომარეობა მეტად ან ნაკლებად დიდხანს გრძელდება (ჩ უ მ ი უ რ ე მ ი ა), ზოგჯერ კი, პირიქით, ურემიის მოვლენები მწვეველ ვითარდება და მოკლე ხანში ღუპავს ავადმყოფს.

სისხლის გამოკვლევა აზოტზე ამ პერიოდში აღმოაჩენს აზოტის პროდუქტების მომატებას, ნაცულად 20—40 მგ % -ისა, 300—400 მგ % -მდე. შარდოვანას მომატებასთან ერთად სისხლში მატულობს ინდიკანის რაოდენობაც (ნორმალურად 0,12 მგ % -ია).

ქსოვილებში ცვლის მკავე პროდუქტების დაგროვების გამო ორგანიზმი ვითარდება აციდოზის მდგომარეობა.

თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის გამოსარკვევად მიმართავენ ზიმნიცკის ცდის. შარდს აგრეებენ დღე-ღამის განმავლობაში ყოველ სამ საათში ცალ-ცალკე ჭილებში და ყოველ ჭილავს ცალკე საზღვრავენ შარდის რაოდენობას და შარდის ხვედრით წონას. ამ ცდით ირკვევა, რომ მაშინ, როდესაც ქანსალი აღმოჩნის შარდის რაოდენობა დღისით უფრო მეტია, ვიდრე ღამით, ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფი შარდს ღამით მეტს გამოპყოფს, ვიდრე დღისით (ნ ი ქ ტ უ რ ი ა).

გარდა ამისა, შარდის ხვედრითი წონა ჯანმრთელ ადამიანს მეტად რყეული აქვს 1001—1030-მდე. ნეფრიტით ავადმყოფს ზიმნიცკის ცდით გამოკვლევისას აღმოაჩნდება ერთგვაროვანი ხვედრითი წონის (იზოსტენურია) შარდი (1005—1012) და იმავე დროს მაქსიმალური კონცენტრაცია არ აღემატება 1020—1025 და ზოგჯერ ამაზე გაცილებით დაბალია (მაქსისტენურია).

აზოტემია ავადმყოფისათვის მეტად მძიმე შეგრძნებებს იძლევა. ავადმყოფს ეკარგება მადი, აქვს გულსირევის და პირსაქმება. პირი შშრალი აქვს. ღრძილები დაწყულულებულია (გინგივიტი). აზოტოვანი შლაკით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანის გაღიზიანების გამო გულსირევისა და პირსაქმების გარდა ავადმყოფს ხშირად აქვს ფაღარათიც. პირიდან ამოსდის ამონიაკის სუნის, რომელიც ძალიან წააგავს დამყაყებულ შარდის სუნს.

ავადმყოფები გრძნობენ სისუსტეს, თავის ძლიერ ტკივილს, მოუსვენრად არიან, ხდებიან და უვითარდებათ ძლიერი სისხლნაკლულობა.

სისხლში ნაშთი აზოტის თანდათან დაგროვებასთან ერთად აზოტემიის მოვლენებით მატულობს და ბოლოს ავადმყოფს უვითარდება ე. წ. აზოტემიური დეპენდენცია. კლინიკური სურათი ნეფრიტის ამ უმძიმესი გართულებისა მეტად დამახასიათებელია. იმ სიმპტომებს, რომლებსაც იძლევა აზოტემიის მდგომარეობა, ემატება უფრო მკაფიო და მძიმე ნიშნები.

ურემიით ავადმყოფს ეწყება დამახასიათებელი სუნთქვა—ნელი და ღრმა, აოლზე გაგრძელებული ჩასუნთქვით (ე. წ. დიდი სუნთქვა). სუნთქვა რითმულია

პირველ ხანებში, შემდეგში რითში ირღვევა და ვითარდება ე. წ. ჩინ-სტოქსის სუნთქვა.

თვალის გუგები ძალზე შევიწროებულია, სინათლეზე მათი რეაქცია შენელებულია. ავადმყოფი მივიარდნილია. ზოგჯერ, პირიქით, აღინიშნება აგზნება, ბოდვები, ჰალუცინაციები. ავადმყოფს ეწყება კანკალი. ზოგჯერ აგზნება სრული მივიარდნილობით, პროსტრაციით იცვლება და ავადმყოფი ჩავარდება ე. წ. უ რ ე მ ი უ ლ ი კ ო მ ი ს მდგომარობაში. ავადმყოფს კანი მშრალი აქვს, მასზე აღინიშნება ქაეილის შედეგად ნაკაწრები, ზოგჯერ კანზე შეიძლება შეენიშნოს შარდოვანის კრისტალების დანალექი მოთეთრო ფხვნილის სახით. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურზე დაბალია.

სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში ავადმყოფს გამოაჩნდება მშრალი პლევრიტის და პერიპარდიტის მოვლენები. უკანასკნელი მეტად ცუდი მნიშვნელობის სიმპტომაა და უახლოეს ხანში ავადმყოფის დაღუპვის მომასწავებელია.

✓ ქრონიკული ნეფრიტი ერთ შემთხვევაში მიმდინარეობს ძლიერი შეშუპებით, ცილის დიდი რაოდენობით შარდში (10—15%), დიდი ცილინდურიით და ამრიგად, ის ემსგავსება ნეფროზს (იხ. ნეფროზი). ამ ფორმის დროს სისხლის წნევა არ არის მაინც და მაინც მომატებული და თირკმლების ფუნქციური უნარიც დიდხანს რჩება შენარჩუნებულად.

ამიტომ აზოტემიის და ურემიის მოვლენები ერთხანს არ ვითარდება; მაგრამ დაავადების თანდათანობით განვითარებასთან ერთად სისხლის წნევა მალე იწევს, თირკმლის კონცენტრაციული ფუნქცია ირღვევა და ავადმყოფს უვითარდება აზოტემია და ურემია.

✓ სხვა შემთხვევაში ქრონიკული ნეფრიტის დროს შეშუპებები ოდნავ არა გამოხატული, ცილის რაოდენობა შარდში 1% არ აღემატება, ცილინდრებიც მცირერიცხოვანია, მაგრამ სისხლის წნევა თავიდანვე მალე და თირკმლის ფუნქციაც ადრე ირღვევა.

✓ უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგჯერ ვხვდებით ნეფრიტის ისეთ ფორმებს, სადაც ადგილი აქვს თირკმლების დიფუზური დაზიანების დამახასიათებელ ცელილებებს, რომლებიც ნაწილობრივ ნეფრიტს ჰგავს, ნაწილობრივ კი ნეფროზს (იხ. ქვევით). ამრიგად, წარმოიშვა ნ ე ფ რ ო ზ ო - ნ ე ფ რ ი ტ ი ს სახელწოდება. ამ დროს შეიძლება შევხვდეთ როგორც ერთი, ისე მეორე ფორმისათვის დამახასიათებელ ცელილებებს.

✓ ასეთ შემთხვევებში საქმე ეხება ქრონიკული ნეფრიტის ე. წ. ნეფროზულ ტიპს და არსებითად ნეფროზისათვის დამახასიათებელი მოვლენები (ჰიპერქოლესტერინემია და სხვ.) აღინიშნება (იხ. ქვევით).

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. ქრონიკული ნეფრიტის დიაგნოზი მოყვანილი ნიშნების მიხედვით არ არის ძნელი. ქრონიკული ნეფრიტი ნეფროზისაგან რომ განვასხვავოთ, უნდა ვიხელმძღვანელოთ სისხლის წნევას, ქომატებით ფაქტობრივად. ნეფროზისათვის არ არის დამახასიათებელი არც ჰიპერტენზია, არც ქემატურია და არც შარდის ხ ე ე დ რ ი თ ი წონის დაქვეითება (იხ. ნეფროზი). ძნელია ზოგჯერ ქრონიკული ნეფრიტის გარჩევა, თირკმლის შექმუხნის პერიოდში, ნეფროსკლეროზისაგან. უკანასკნელის გამოჩენებაში გვეხმარება ანამნეზი; წარსულში გადატანილი მწვავე ნეფრიტი ან თუნდაც რაიმე მოვლენები თირკმლების მხრივ ნეფრიტის სასარგებლოდ და ნეფროსკლეროზის საწინააღმდეგოდ ლაპარაკობს. ნეფრიტისათვის დამახასიათებელია უფრო ნაკლები ხარისხის ჰიპერტენზია, ნეფროსკლეროზის დანაწილებლობის წნევა უფრო მაღალ ციფრებზე დგას და გულის მხრივ უფრო დიდი ცვლილებებია.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. ქრონიკული ნეფრიტის პროგნოზი ყოველთვის სერიოზულია და დიდი სიფრთხილით უნდა დაისვას.

ძნელია ითქვას, თუ როგორ მიმდინარეობას მიიღებს ავადმყოფობა. ავადმყოფის ბედი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენ ხანს შეინარჩუნებს თირკმლები ფუნქციურ უნარს. არის ქრონიკული ნეფრიტის ფორმები, როდესაც ავადმყოფები წლობით და ზოგჯერ მეტსაც (10—15 წელი) ავადმყოფობენ; ზოგჯერ, პირიქით, დაავადება 1—2 წლის შემდეგ სიკვდილით თავდება. თუ თირკმლის აზოტემიამოყფი ფუნქცია დაირღვა, ან ძლიერი ჰიპერტენზიის გამო გულის მუშაობის დარღვევა განვითარდა, პროგნოზი ცუდია.

მ კ უ რ ა ნ ა ლ ო ბ ა და პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ა. ქრონიკული ნეფრიტის მკურნალობის მიზანია დაზოგოს ავადმყოფი თირკმელი ზედმეტი გაღიზიანებისა და დატვირთვისაგან.

უნდა ვეცადოთ, რაც შეიძლება მეტხანს შევეუნარჩუნოთ თირკმელს აზოტემიამოყფი ფუნქციის უნარი.

ავადმყოფისათვის, თუ მას არ ემჩნევა ქრონიკული ნეფრიტის გამწვავების მოვლენები, სავალდებულო არ არის ლოგინში წოლა, მას შეუძლია სიარული და მსუბუქი მუშაობა. საჭიროა მხოლოდ, რომ ის მოერიდოს გააცოვებას, იცხოვროს და იმუშაოს მშრალ ადგილზე. ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფისათვის საცხოვრებლად კარგია მშრალპაეიანი ადგილი.

პროფილაქტიკური მიზნით აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ჩირქოვანი ინფექციის საექო კერების (ტონზილიტი, კბილების ძირები, სინუსიტები და სხვ.) გააქანსაღება.

საკვების დანიშვნისას უნდა ვიხელომძღვანელოთ იმ გარემოებით. რომ ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფს დარღვეული აქვს აზოტოვან ნივთიერებათა გამოყოფა და ამიტომ ავადმყოფს საკვებში უნდა შეეუზღუდოთ ცილის რაოდენობა. ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფის საკვები უნდა შედგებოდეს უმთავრესად ცხიმების, ნახშირწყლების, ხილეულისა და ბოსტნეულისაგან. საჭიროა, ავადმყოფი საკმაო რაოდენობით იღებდეს ვიტამინებს.

დიეტის დანიშვნის დროს საჭიროა მივილოთ მხედველობაში დაავადების ფორმა და თირკმლების აზოტის გამოყოფის უნარიანობა. იქ, სადაც აზოტის შეკავებას აქვს ადგილი, ცილები საკვებიდან ან სრულიად უნდა იყოს გამორიცხული, ან ძალზე შემცირებული. სადაც აზოტის შეკავებას ადგილი არა აქვს, დასაშვებია ქრონიკული ნეფრიტით ავადმყოფს მიეცეს 60 გრ ცილა დღე-ღამის განმავლობაში. თუ ავადმყოფს ძლიერი შეშუპებები აქვს, მაგრამ, იმავე დროს აზოტის შეკავების-მოვლენები არა-აქვს (ნაშთი აზოტის ციფრები სისხლში ნორმალურია), მაშინ ცილები არა თუ უნდა ავუკრძალოთ, არამედ საჭიროა მივცეთ მას ცილა, მაგრამ არა უმეტეს 0,8—1,0, კილოგრამ წონაზე.

შეშუპებების დროს ავადმყოფის საკვებში შეზღუდული უნდა იყოს სუფრის მარილი. ძლიერა და მდგრადი შეშუპებების დროსაც კი სუფრის მარილის სრულიად გამორიცხვა არ არის კარგი და უმჯობესია დროდადრო მაინც 2—3 დღეში ერთხელ მივცეთ 4—5 გრ სუფრის მარილი დღე-ღამის განმავლობაში.

თუ შეშუპებები დიდი არ არის, დასაშვებია დღე-ღამეში 4—5 გრ სუფრის მარილის მიცემა. შეშუპებისა და მდგრადი მალალი ჰიპერტენზიის დროს სუფრის მარილის გარდა საჭიროა შეზღუდული იქნეს სითხის რაოდენობაც.

შეკრულობის საწინააღმდეგოდ ნეფრიტით ავადმყოფს უნდა მიეცეს საფარათო მარილი (Natrium ან Magnesium sulfuricum).

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს აზოტემია და აზოტემიური ურგ-  
მია. ურემიით ავადმყოფი განსაკუთრებით მკაცრ დიეტაზე უნდა იყოს, მისი სა-  
კვებიდან სრულიად უნდა გამოირიცხოს ცილოვანი ნივთიერებები და მას ეძლეო-  
დეს უმთავრესად ნახშირწყლები—კომპოტი, ხილის თათარა, რძის ფლავი, ჩაი  
მურაბის წვენი, ყურძნის წვენი, ხილეულის წვენი და სხვ.

ვინაიდან ურემიით ავადმყოფს მძიმე მოვლენები აქვს—თავის ძლიერი ტი-  
ვილი, გულისრევა, პირსაქმება, სისუსტე—ის უნდა იწვევს ლოვინში, საჭიროა  
ავადმყოფს კუჭ-ნაწლავი საფლავით მარილით გაეწმინდოს.

აზოტოვანი შლაკებისაგან ავადმყოფის ორგანიზმის განსატეირთავად ურე-  
მიის მოვლენების დაწყებისთანავე უნდა გაკეთდეს ენეპუნქცია—300—400 მლ  
რაოდენობით, გამოიშვას სისხლი და კანქვეშ ან ვენაში შეყვანილ იქნეს გლუკო-  
ზის 5% -ანდ სტერილური ხსნარი 400—500 მლ რაოდენობით. გლუკოზის 5%-  
ანი ხსნარის გაკეთება კარგია წვეთოვანი ოყნის სახით 500—1000 მლ რაოდენო-  
ბით. თუ საჭიროება მოითხოვს და ავადმყოფს ძლიერი ანემიის მოვლენები არ  
ემჩნევა, სისხლის გამოშვება შეიძლება განმეორდეს.

გულის ნაკლოვანების მოვლენებისას საჭიროა გულის საშუალებების დანიშ-  
ვნა (დიგიტალისი, სტროფანტი, კოფეინი). აციდოზის მდგომარეობის განვითარ-  
ებისას უნიშნავენ სოდის 5% ხსნარს ვენაში ან წვეთოვანი ოყნის სახით 100—  
400 მლ რაოდენობით.

ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული სიმპტომატური მკურნალობა ურემიის  
თანამგზავრი მძიმე მოვლენების შესამსუბუქებლად. თავის ტივილის საწი-  
ნაალმდეგოდ—პირამიდონი, ლუმინალი; გულისრევისა და პირსაქმების წინაალმ-  
დეგ—ანესთეზინი, კოკაინი, ქლოროფორმისა და პიტნის წყალი; კრუნჩხვისა და  
კანკალის წინაალმდეგ ქლორალჰიდრატი, მორფინი. შემაწუხებელი ქავილის წი-  
ნაალმდეგ ერთადერთი ეფექტური საშუალება, რომელიც დროებით უმსუბუქებს  
ავადმყოფს მდგომარეობას, არის ნელთბილი აბაზანა. ავადმყოფს აბაზანა შეი-  
ძლება დაენიშნოს. თუ მას არა აქვს გულის ხაკლოვანების მოვლენები.

Rp. Anaesthesini 0,3

D. წ. d. N 12

S. თითო ფხენილი დღეში 3-ჯერ

Rp. Aq. Menthae

Aq. Chloroformii  $\bar{a}\bar{a}$  100,0

Cocaini muriatici 0,12

M. D. S. თითო სუფრის კოვზი

ყოველ 2—3 საათში

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,1

Aq. destillatae 50,0

M. D. S. თითო ჩაის კოვზი ჭამის

წინ 3—4-ჯერ დღეში

Rp. Pyramidoni 0,3

Luminali 0,05

D. i. d. N 6

S. თითო ფხენილი დღეში

ორჯერ-სამჯერ

Rp. Emuls. s. Amygdalar. dulc: 200,0  
Amygdalini 0,06

M. D. S. თითო სუფრის კოვზი ყოველ  
2 საათში 5-ჯერ დღეში.

### ნეფროზი (Nephrosia)

ნეფროზის სახელწოდებით ცნობილია თირკმლების დაავადება, როდესაც ადგილი აქვს არა გროგლების ანთებას, როგორც ნეფრიტის დროს, არამედ თირკმლის კლაკნილი მილაკების გადაჯვარებით ცვლილებებს. ნეფროზის წამყვან კლინიკურ სიმპტომებს წარმოადგენს—ძლიერი ალბუმინურია და დიდოზემია, და არა ჰემატურია და ჰიპერტენზია.

მაგრამ ნეფროზი, როგორც ეს ზევით იყო აღნიშნული, როდი წარმოადგენს მარტო თირკმლების სნეულებას—ის ორგანიზმის ზოგადი დაავადებებაა, რასაც საფუძვლად უდევს, ერთი მხრივ, ორგანიზმში ცილისა და ლიპოიდების ცვლის მოშლა, მეორე მხრივ კი, დეგენერაციული ცვლილებები თირკმლების კლაკნილ მილაკებში. იმავე დროს საჭიროა აღინიშნოს, რომ ნეფროზის კლინიკურ მიმდინარეობაში მარტო თირკმლების მილაკების ცვლილებები როდია გადამწყვეტი მნიშვნელობის მომენტი, არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმში ამ დროს არსებულ ცვლის დარღვევებს.

ეს განმარტება ეხება ნეფროზის ორ ფორმას: ა) ლიპოიდურ ნეფროზს და ბ) ამილოიდურ-ლიპოიდურ ნეფროზს. ნეფროზის ამ ორი ფორმის გარდა ნეფროზების ჯგუფში გაერთიანებულია კიდევ ე. წ. ორსულთა ნეფროპათია და სინდიკოთ მოწამელით გამოწვეული ნეფროზული ნეფროზები ანუ ნეკროზური ნეფროზი, რომლებიც როგორც პათოგენეზით, ისე კლინიკური გამოვლინებით რამდენადმე განსხვავდებიან ტიპობრივი ნეფროზისაგან.

ნეფროზის მსგავს ცვლილებებს თირკმლებში იწვევენ სხვადასხვა მძიმე მწვავე ინფექციური სნეულებები (მუცლის ტიფი, პარტახტიანი ტიფი, კრუპოზული პნევმონია, დიფთერია და სხვ.) ამ დაავადებათა მიმდინარეობაში, როგორც გართულება, ავადმყოფს შარდში გამოაჩნდება ცილა და ცილინდრები, მაგრამ არც სისხლის წნევა არის აწეული და არც შესუბუბები ვითარდება.

უფრო მართებულია ეს ცვლილებები ძირითადი დაავადების თანამოვლენად ჩათვალოს, რადგან ის ცხელებით ალბუმინურიას უფრო წარმოადგენს, ვიდრე ნამდვილ ნეფროზს.



### ლიპოიდური ნეფროზი (Nephrosia lipoida)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ნეფროზის წარმოშობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზურ და ლუესურ ინფექციას. ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია არის ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი ნეფროზის განვითარებისა. ტუბერკულოზისა და ლუესის გარდა, ნეფროზის ეტიოლოგიურ მიზეზებს წარმოადგენს ქრონიკული სეფსისი, ქრონიკული დაბინძურება (ქრონიკული ოსტეომიელიტი, ფილტვების დაზიანება, ბრონქოექტაზია). არის შემთხვევები ნეფროზისა, რომელიც ვითარდება მალარიისა და დიფთერიის შედეგად. ხშირად ნეფროზის მიზეზი გამოუჩვენებელი რჩება.



ნეფროზის პათოგენეზი რთულია და ბევრი რამ დაავადებითი პროცესის განვითარებაში ნათელი არ არის. თირკმლების კლაცხილი მილაკების ეპითელიუმში ინფექციის შედეგად განვითარებული დეგენერაციული ცვლილებები, ცილოვანი, მარცვლოვანი და ცხიმოვანი გადაგვარების ზასიათისა, რასაც მოსდევს მილაკების ეპითელიუმში ცხიმისა და ლიპოიდების დალაგება, ზოგის აზრით, არის პირველადი მოვლენა. ამ ცვლილებებს მოჰყვება ძლიერი ალბუმინურია, ამის შედეგად კი სისხლის გაღარიბება ცილებით თი უმისი ორჯერ—ნაცულად 8%-ისა 3—5%-მდე (ჰიპოპროტეინემია), სისხლის ცილოვანი ფრაქციების (ალბუმინების, გლობულინების) შეფარდების დარღვევა (ალბუმინების დაკლება, გლობულინის მომატება და ქოლესტერინის რაოდენობის მომატება) სისხლში, რასაც შეშუპების განვითარებაში უდიდესი როლი ეკუთვნის.

ზოგიერთი კი, პირიქით, პირველად მოვლენად თვის ორგანიზმში ლიპოიდური და ცილოვანი ცვლის მოშლას, ქოლესტერინის მომატებას სისხლში (ჰიპერქოლესტერინემია), რასაც მოსდევს ლიპოიდის წვეთების დალაგება თირკმლის კლაცხილი მილაკების ეპითელიუმში და ძლიერი ალბუმინურიის განვითარება. ეს კი იწვევს ჰიპოპროტეინემიას; რაც თავის მხრივ განაპირობებს შეშუპებებს.

ამავე დროს აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ნეფროზის დროს ადგილი აქვს ფარისებრი და თირკმლის ზედა ჭირკვლების ფუნქციის დაქვეითებასაც.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. ნეფროზის დროს თირკმელი მაკროსკოპულად გადიდებულია, სადა ზედაპირი აქვს, მკრთალი ყვითელი ფერი. მიკროსკოპულად აღინიშნება ძლიერი გადაგვარება ყველა მილაკისა.

მარცვლოვანი, ჰიალინური და ვაქუოლური გადაგვარების გარდა მილაკების ეპითელიუმში აღინიშნება ლიპოიდების ჰარბად დალაგება ქოლესტერინესტერების სახით.

კ ლ ო ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი და მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა. ნეფროზის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომებია ძლიერი ალბუმინურია და დიდი შეშუპებები. ავადმყოფი უჩივის სისუსტეს, უმადობას, თავის ტკივილს და ამჩნევს შეშუპებებს, რომლებიც ეწყება სახიდან. დილით ავადმყოფს უჭირს თვალის გახელა, იმდენად შეშუპებული აქვს ქუთუთოები. რამდენიმე საათის შემდეგ, თუ დაავადება შორს წასული არ არის, შეშუპება ცხრება. თანდათან შეშუპება მატულობს, დაავადების მძიმე ფორმის დროს მთელ სხეულზე ვრცელდება და ზოგჯერ ისეთ სიდიდეს აღწევს, რომ ავადმყოფს უჭირს საწოლში ვადაბრუნებაც კი.

ავადმყოფს აქვს კანის მკრთალი—მოყვითალო ფერი, შშრალი, ზოგჯერ აქერცლოვანი და კრიალა კანი. თუ შეშუპებები მეტად დიდია და ხანგრძლივად შერჩა ავადმყოფს, მას შესაძლოა პერიტონეუმისა და პლევრის ღრუებში სითხე ჩაუდგეს (ანჰარაქტი). განსაკუთრებით ძლიერ შეშუპებები აქვს ნეფროზით ავადმყოფს მუცლის და გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში, ქვემო კიდურებზე. წვივებზე კანი ზოგჯერ სკდება კიდეც და იქიდან სდის სითხე, რაც ხშირად ინფექციის შეჭრის წყაროდ იქცევა და ნეფროზით ავადმყოფისათვის მეტად არასასურველ მოვლენას წარმოადგენს; შეშუპება ვრცელდება შინაგან ორგანოებზედაც. ტვინის ქსოვილის შეშუპების გამო ავადმყოფებს აქვთ თავის ტკივილები. კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანი გარსების შეშუპების გამო ვითარდება მთელი რიგი დისპეფსიური მოვლენები—უმადობა, გულისრევა, ფაღარათი. ფილტვებზე შეშუპების გამო ავადმყოფებს აქვთ ხველა, ნახველი და ფილტვების მოსმენისას ხშირად აღინიშნება სველი ხიხინი, პერიტონეუმისა და პლევრის

ღრუების გარდა, სითხე დგება პერიკარდიუმის ღრუშიც, ასციტთან და ჰიდრო-  
თორაქსთან ერთად ვითარდება ჰიდროპერიკარდიუმიც. შეშუპებამ სასულეში  
და ხორხში შესაძლოა სუნთქვის გაძნელება გამოიწვიოს.

თვალის ფსკერის გასინჯვისას აღინიშნება მხედველობის დერილის შეშუპე-  
ბა, მაგრამ რეტინიტი ნეფრიტის მსგავსად არასოდეს არ ვითარდება.

შეშუპების განვითარების მიზეზი არის სისხლის პლაზმის ონკოტიური  
წნევის დაქვეითება (პიპროზია) სისხლის ჰიპოპროტეინემიის შედეგად. ამის  
გამო სისხლი ვეღარ იჭერს წყალს, ის გაუონავს ქსოვილებში და თან მიაქვს ქლო-  
რიან ნატრიუმის მარილი, რომელიც ლაგდება ქსოვილში და თავის მხრივ ხელს  
უწყობს შეშუპებებს.

ძლიერი შეშუპებების გამო სითხის გამოყოფა ორგანიზმიდან მცირდება და  
შარდის დღე-ღამის რაოდენობა იკლებს 500—600 მლ-მდე. მაშასადამე, შეშუ-  
პება არის ოლიგურიის მიზეზი, შარდი გახიცილის დამახასიათებელ ცვლილებებს.  
ხვედრითი წონა მაღალია—1030 და ზოგჯერ მეტიც. შარდდ მღვრიეა, მასში მდ. დიდი  
რაოდენობით არის ცილა. 10—15—20% დ. და ზოგჯერ მეტიც. შარდოვანის რაო-  
დენობა შარდში მომატებულია 4—5% მდე, ნაცვლად 1—2%-ისა.

შარდში მიკროსკოპიული გამოკვლევით აღმოჩნდება ცილინდრები ჰიალინურ-  
რი, მარცვლოვანი, ცვილისებრი, დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები და ეპითე-  
ლიალური უჯრედები. ნეფროზით ავადმყოფის შარდში ერთროციტები ან  
სულ არ არის, ან მეტად მცირეა.

სისხლში აზოტოვანი პროდუქტების რაოდენობა არ არის მომატებული,  
თიარკმლების მიერ წყლისა და ქლორიდების გამოყოფის უნარი არ არის დარღვე-  
ული. მართალია, ნეფროზის დროს შარდში ქლორიდების რაოდენობა შემცირე-  
ბულია, მაგრამ ეს შედეგია ქსოვილების მიერ მათი შეკავებისა და არა თიარკმ-  
ლის ფუნქციის მოშლისა (იხ. ზევით).

სისხლის წნევა ნეფროზის დროს არ მატულობს  
და არც გული განიცილის ჰიპერტროფიას.

პერიფერიული სისხლის მხრივ აღსანიშნავია ერთროციტების დაღეჭვის  
რეაქციის აჩქარება, ლიმფოციტოზი და ეოზინოფილია.

ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში მომატებულია—200 მგ%-ის ნაცვლად  
500—600 და ზოგჯერ 1000 მგ%-მდე.

ნეფროზი ხანგრძლივი ავადმყოფობაა. ის წლობით გრძელდება. ხშირად  
ერთფეროვანი მიმდინარეობა აქვს, ზოგჯერ იძლევა მნიშვნელოვან გაუმჯობესე-  
ბას—ცილა შარდში იკლებს, ცილინდრები ქრება, შეშუპებები ცხრება და დროე-  
ბით კიდევ გაივლის ხოლმე. ავადმყოფი თავს გაცილებით უკეთ გრძნობს, საშუ-  
შათსაც კი უბრუნდება, მაგრამ შემდეგ დაავადება ისევ უარესდება და ყველა  
მოვლენა ხელახლა იჩენს თავს.

ასეთი გაუმჯობესება—გაუარესებით დაავადება გრძელდება ზოგჯერ 10 წელ-  
ზე მეტს. მაგრამ არაიშვიათია შემთხვევა, როდესაც რაიმე შემთხვევითი ინფექ-  
ციური დაავადებისაგან ავადმყოფი იღუპება გაცილებით უფრო ადრე. ნეფრო-  
ზით ავადმყოფებს მეტად სუსტი აქვთ ინფექციისადმი წინააღმდეგობის უნარი  
და ისინი ადვილად ხდებიან ავად წითელი ქართი, პნევმონით ან ანგინით, რაც  
ხშირად სიკვდილით მთავრდება.

დიაგნოზი. ნეფროზის გამოცნობა არ არის ძნელი მისთვის დამახასია-  
თებელი მთავარი ნიშნების—შეშუპებების, ალბუმინურიისა და ჰიპერქოლესტე-  
რინემიის მიხედვით.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ნეფრიტთან აგრეთვე არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს, ვინაიდან ნეფროზის დროს ადგილი არა აქვს არც ჰემატურიას, არც ჰიპერტენზიას, არც ცელილებებს გულში და თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობაში.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი.** ნეფროზის პროგნოზი სერიოზულია. სრული განკურნება მეტად იშვიათი შემთხვევაა. მხოლოდ ლუესური ინფექციით გამოწვეული ნეფროზი შეიძლება განიკურნოს ენერგიული ანტილუესური მკურნალობით, დანართენ შემთხვევაში განკურნება ძნელია.

ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ორგანიზმის მიერ შარდით ცილის დიდი რაოდენობით დაკარგვა იწვევს ავადმყოფის დაუძლურებას, კახექსიას და ავადმყოფები იღუპებიან. გარდა ამისა, ხშირია შემთხვევები, როდესაც რაიმე ზედღართული ინფექციის გამო (წითელი ქარი, ანგინა, პნევმონია და სხვ.) ავადმყოფი იღუპება.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ნეფროზის მკურნალობის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების მიზეზის გამორკვევას და, თუ შესაძლებელია, მის მოცილებას. ქრონიკული ინფექციები გულმოდგინე მკურნალობას საჭიროებს. ნეფროზით ყველა ავადმყოფს უნდა გაესინჯოს სისხლი ვასერმანის რეაქციაზე და თუ გამოირკვა ლუესური ინფექცია, საჭიროა ფრთხილად ჩატარდეს ანტილუესური მკურნალობა ბიოქინოლოთ და იოდით. იქ, სადაც ნეფროზის მიზეზია ტუბერკულოზური ინფექცია, საჭიროა ტუბერკულოზის მკურნალობა არსებული საშუალებებით. ქრონიკული ჩირქოვანი კერები შეძლებისდაგვარად ლიკვიდირებულ უნდა იქნეს.

ნეფროზით ავადმყოფს ესაჭიროება განსაკუთრებული მოვლა. იმდენად, რამდენადაც ნეფროზი ხანგრძლივი ქრონიკული ავადმყოფობაა, შეუძლებელია ავადმყოფი მუდმივად იწვეს, მაგრამ შეშუპებების დროს საჭიროა ავადმყოფი მოვათავსოთ საწოლში. ნეფროზით ავადმყოფის კანი მოითხოვს ზედმიწევნით სისუფთავეს, ვინაიდან ის მეტად ადვილად ზიანდება და მასში იოლად შეიჭრება ინფექცია. ამიტომ კანი ძალზე შეშუპებულ ადგილებში უნდა გასუფთავდეს და მის ნაკეცებში წაესვას ვაზელინი. თუ კანი დასკდა, საჭიროა სტერილური ბანდით კანის გადახვევა და ამ ადგილებზე ტალკის ან სახამებლის ფხვნილის მიყრა.

ავადმყოფი უნდა ცხოვრობდეს მშრალ ბინაში და უნდა ერიდოს გაცივებას ან რაიმე მწვავე ინფექციით დაავადებას. ნეფროზით ავადმყოფმა შემოდგომა-ზამთრის პერიოდში უნდა ატაროს შალის წინდები და სათბურები.

ნეფროზით ავადმყოფის მკურნალობის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს წესიერ დიეტას.

ნეფროზით ავადმყოფს უნდა აეუკრძალოთ მარილიანი საჭმელი. სუფრის მარილის რაოდენობა ძლიერი შეშუპებების დროს შესცივრებული უნდა იქნეს 2—3 გრამამდე დღის განმავლობაში. ავადმყოფისათვის ეს მძიმე მოსათმენია, რადგან ჭანჭრთელი ადამიანი დღის განმავლობაში იღებს მარილის 15 გრამს საშუალოდ, მაგრამ შეშუპებასთან წარმატებითი ბრძოლისათვის ეს აუცილებელია ზირობაა. იმისათვის, რომ ავადმყოფი გრძნობდეს მარილის გემოს და ამით დიდი-დიდი რაოდენობით შეგროვებდეს მარილს საჭმელში არ ეუყოთ და ის მხოლოდ ზემოდან წაეყაროთ. მარილთან ერთად, ნეფროზის დროს, როგორც ეს განმარტებული იყო პათოგენეზში, ქსოვილებში ხდება სითხის შეკავება, ამიტომ აუცილებელია ნეფროზით ავადმყოფს მარილის გარდა ძალზე შეუზღუდოთ სითხის მიღებაც.

დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული სითხის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 400—500 მლ; მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული როგორც წყალი, ისე სხვა სითხე, რასაც ავადმყოფი იღებს.

უმარილო დიეტა და მიღებული სითხის რაოდენობის ძლიერი შეზღუდვა ყველაზე უფრო ეფექტური საშუალებაა შემუშავებულთან ბრძოლის საქმეში.

ფქვილიდან დამზადებული საქმელი, ბოსტნეული, ხილი და რძის პროდუქტები ყველაზე უფრო შესაფერია ნეფროზით ავადმყოფის საკვებად.

პური უმარილო უნდა იყოს. სავსებით დასაშვებია ნეფროზით ავადმყოფისათვის მჭადისა და ღომის ხმარება. კარგია უმარილო კარაქი, ნაღული, არაქანი, კვარცი, კარტოფილი, ბოსტნეული, ხილეული, ტყედილეული და მოხარშული ხორცი უმარილოდ.

ნეფროზით ავადმყოფის საკვებში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ავადმყოფს დიდი შემუშავებები აქვს და შარდით ბევრ ცილას კარგავს, აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ცილების საკმაო რაოდენობით მიცემა. ცილების რაოდენობის შეზღუდვისას შემუშავებები არა თუ არ უკლებს ავადმყოფს, არამედ მატულობს კიდევც.

ნეფროზის დროს შემუშავებების მიზეზი, როგორც უკვე იყო განმარტებული, ჰიპობოტეინემიაა, უკანასკნელთან საბრძოლველად კი საჭიროა ორგანიზმს დანაკარგი ცილა ავუნაზღაუროთ ცილების მიცემით. დღე-ღამის განმავლობაში ასეთი ავადმყოფი უნდა იღებდეს არა ნაკლებ 1,5—2,0 ცილას ყოველ კილოგრამ წონაზე.

ცილით მდიდარი საკვების მიცემამდე, რა თქმა უნდა, კარგად უნდა დავრწმუნდეთ იმაში, რომ ავადმყოფს აქვს ნეფროზის სუფთა ფორმა და რომ მას, ამრიგად, არა აქვს აზოტის გამოყოფის დარღვევა (სისხლის გამოკვლევა ნაშთ აზოტზე, ინდიკანზე, შარდის კონცენტრაციის სინჯი ზიმნიცკით და სხვ.).

საქმლის გემოს გასაუმჯობესებლად დასაშვებია მასში ცოტათი ძმრის, ბროწეულის ან ტყემლის წვენი, ხახვის, ნიორის, მიხაყის და სხვადასხვა მწვანის ხმარება.

დიეტასთან ერთად ნახმარი უნდა იქნეს შარდსადენი საშუალებები და ამ მიზნით საუკეთესო საშუალებაა მერკურალი (Sol. Mercusali 10% in ampul. steril. D. S. თითო ამპულა 4 დღეში ერთხელ ან დღეგამოშვებით კუნთებში შესაშხაპუნებლად). ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ, თუ ავადმყოფს ძლიერი შემუშავება აქვს, მერკურალის ინექცია არ უნდა გაკეთდეს იქ, სადაც შემუშავებებია, ვინაიდან წამალი სისხლში არ შეიწოვება და, ამრიგად, მოქმედებასაც არ მოახდენს. ასეთ შემთხვევაში ისეთი ადგილი უნდა ავარჩიოთ, სადაც შემუშავება არ არის.

ნეფრიტის დროს მერკურალი უკუნაჩვენებია, ნეფროზის დროს კი ის სავსებით დასაშვებია და მის ხმარებაზე უარი არ უნდა ვთქვათ.

კარგად მოქმედებს აგრეთვე შარდოვანას 1—2 კვირის განმავლობაში მიცემა (Rp. Ureae puri 30,0 D. S. მიიღეთ დღის განმავლობაში შავ ყავაზე).

სხვა დიურეზული საშუალებები, ჩვეულებრივ, არ მოქმედებს და მათი დანიშნა უმიზნოა.

იმ მოსაზრებით, რომ ნეფროზის დროს დაქვეითებულია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია (იხ. პათოგენეზი), ეპსტეინი ურჩევს თირეოიდიზის მიცემას ნეფროზით გამოწვეული ძლიერი შემუშავებების დროს და, მართლაც, გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ თირეოიდიზი კარგად მოქმედებს და შემუშავებების დაცხრომას აჩქარებს.

თირეოიდინი უნდა მიეცეს დღეში 1 გრ და, თუ შედეგი არ მივიღეთ, დოზა გადიდდეს 2 გრ-მდე დღეში.

თირეოიდინის გავლენით იკლებს ალბუმინურია, ჰიპერქოლესტერინემია და შეშუპებები ცხრება.

დიდი შეშუპებების წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს **ჰ ე მ ო ტ რ ა ნ ს ფ უ ზ ი ა**. განსაკუთრებით მიღებულია პლანშის გადასხმა, რის შემდეგ ცილის რაოდენობა იკლებს, ჰიპოპროტეინემია მცირდება და შეშუპებები იკლებს. სისხლის გადასხმისაგან თავი უნდა შევიკავოთ, თუ ავადმყოფს აქვს გულის სისუსტის მოვლენები, აზოტემია ან სისხლის გადასხმის სხვა უკუჩვენებები.

შეშუპებების მატება-დაცხრომის კონტროლის მიზნით ნეფროზში ავადმყოფი სისტემატურად უნდა აიწონოს. ორგანიზმში სითხის შეკავება და შეშუპებების მომატება უშაღვე აღინიშნება ავადმყოფის წონის მომატებით.

ოფლისსადენი პროცედურები (მშრალი აბაზანები) ზოგ შემთხვევაში კარგ შედეგებს იძლევა. ნაჩვენებია მკურნალობა ისეთი ჰაერის პირობებში, როგორცაა თბილისში, აშხაბადში, ბაირამ-ალიში.

✓ **თირკმლის ამილოიდოზი. ამილოიდოზ-ლიპოიდოზი ნეფროზი**  
(Amyloidosis renum. Nephrosis amyloideo-lipoidea)

ქრონიკული ინფექციები—ტუბერკულოზი, ლუესი, ქრონიკული დაჩირქებები, მალარია—იწვევენ თირკმლებში, ლეიძში, ელენთაში და ზოგჯერ ნაწლავებშიც თავისებური ცილოვანი ნივთიერების, **ამილოიდოზ** დალაგებას ამრავალ, ვითარდება აღნიშნული ორგანოების **ამილოიდი** **ოზი**. თირკმლების ამილოიდოზის კლინიკურად გამოცნობა შეუძლებელია, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ორგანიზმში ადგილი აქვს ზემოაღნიშნულ ქრონიკულ ინფექციებს ან ქრონიკულ ჩირქოვან დაავადებებს (ფილტვების დაჩირქება, ბრონქოექტაზია, ქრონიკული ოსტეომიელიტი), თირკმლებში ამილოიდის დალაგებასთან ერთად ხდება თირკმლის მილაკების ისეთი გადაგვარებითი ცვლილებები, როგორც ლიპოიდური ნეფროზის დროს. ასეთ შემთხვევაში ვითარდება **ე. წ. ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზი**.

**კლინიკური ნიშნები.** ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზი კლინიკური ნიშნებით ბევრად ჰგავს ლიპოიდურ ნეფროზს: ავადმყოფს აქვს შეშუპებები, რომლებიც კარგად არის გამოხატული, მაგრამ არ არის ისე დიდი, როგორც სუფთა ლიპოიდური ნეფროზის დროს. შარდში დამახასიათებელი ცვლილებებია—ფერი ბაცი, ხეივრითი წონა არასოდეს არ არის ისე მაღალი, როგორც ნეფროზის ლიპოიდური ფორმის დროს, შარდში ბლომად არის ცილა **10—15%** და ხშირად მეტიც, მაგრამ ფორმიანი ელემენტები ძალიან მცირეა. ცილის დიდი რაოდენობა და ცილინდრების სიმცირე შარდში დამახასიათებელია ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზისათვის.

სისხლის წნევა არ არის მომატებული და არც გულის ჰიპერტროფიას აქვს ადგილი. თირკმლის აზოტემომყოფი ფუნქცია ჰირველ ხანებში არ არის დაზარეული, მაგრამ მალე იწყება თირკმლის შეკუმხვის მოვლენები, ვითარდება **ე. წ. ამილოიდურად შეკუმხვისილი თირკმელი** და ამასთან

ერთად ირღვევა აზოტის გამოყოფაც. სისხლში მატულობს შარდოვანის და ნარჩენი აზოტის რაოდენობა, მაგრამ ამასთან ერთად მომატებულია ქოლესტერინის რაოდენობაც.

ბოლოს ვითარდება აზოტემია და აზოტემიური ურემია, მაგრამ სისხლის წნევა ნორმალური რჩება.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი. ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზის ამოცნობაში კლინიკურ წინშებთან ერთად დახმარებას გვიწევს ანამნეზი. როდესაც ავადმყოფს დიდი ხნის განმავლობაში აქვს ფილტვების ქრონიკული ფიბროზულ-კავერნოზული ან ჭირკვლების ტუბერკულოზი, ოსტეომიელიტი, ფილტვების დაჩირქება, ლუესი, ხოლო თირკმლების მხრივ უვითარდება ზემოაღწერილი მოვლენები, ყოველთვის უნდა მივიტანოთ ეჭვი ამილოიდზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა გვჭირდება სუფთა ლიპოიდურ ნეფროზთან, ქრონიკული ნეფრიტის შეშუპებით სტადიასთან, ნეფროსკლეროზთან.

სუფთა ლიპოიდური ნეფროზის საწინააღმდეგოდ ლაპარაკობს შარდის შედარებით დაბალი ხვედრითი წონა, ცილის დიდი რაოდენობა შარდში და ცილინდრების მცირე რაოდენობა, თირკმლის ფუნქციის დარღვევა, რაც დასტურდება თირკმლის კონცენტრაციის ცდით და ნაშთი აზოტის მომატებით სისხლში.

ქრონიკული ნეფრიტის შეშუპებითი სტადიისას დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში გვეხმარება ანამნეზში ქრონიკული დაჩირქების, ტუბერკულოზის, ლუესის არსებობა, სისხლის წნევის ნორმალური ციფრები, გულის მხრივ ცვლილებების უარსებობა, ნორმალური თვალის ფსკერი, რაც ნეფრიტის წინააღმდეგ ლაპარაკობს.

ნეფროსკლეროზისათვის დამახასიათებელია მაღალი წნევა, შარდის ძალზე დაბალი ხვედრითი წონა და პოლიურია.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზის პროგნოზი არ არის კარგი, ვინაიდან იშვიათად ხერხდება დაავადების მიზეზის მოცილება და თირკმელში განვითარებული ღრმა ცვლილებების ლიკვიდაცია. თირკმლის შექმუხუნისა და თირკმლების ფუნქციური ნაკლოვანების განვითარების შემთხვევაში პროგნოზი უიმედოა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ამილოიდურ-ლიპოიდური ნეფროზის მკურნალობა იმავე პრინციპებით ტარდება, როგორც სუფთა ლიპოიდური ნეფროზისა.

თუ შესაძლებელია, საჭიროა ძირითადი მიზეზის წინააღმდეგ ბრძოლა. უნდა ვეცადოთ, წესიერი მოვლით და რაციონალური დიეტური კვებით გავამაგროთ ორგანიზმის გამძლეობა.

გამოყენებული უნდა იქნეს იგივე დიეტა და სხვა სამკურნალო საშუალებები, რაც ნეფროზის დროს.

### ნეკროზული ნეფროზი (Necronephrosis)

ზოგი მძიმე ინფექცია (ქოლერა, დიფთერია) ან შხამიანი ნივთიერებებით მოწამვლა—ბერთოლეს მარილი, მარილმევა, ორქლორიანი სინდიფი ან სულემა, ქრომის მევა, სოკოს შხამი, ნოვარსენოლი და სხვ. იწვევენ ნეფროზის ხასიათის თირკმლების მძიმე დაზიანებას. შესაძლოა შეუთავსებელ სისხლის გადასხმასაც მოჰყვეს თირკმლების ასეთივე დაზიანება. პრაქტიკულად ყველა ზემოაღნიშნული მიზეზებით გამოწვეულ ნეკროზული ნეფროზიდან მნიშვნელოვანია სულემით გამოწვეული ნეკროზული ნეფროზი.

სულემით მოწამელისას თირკმლებით სულემის გამოყოფის შედეგად ზიანდება კლაცინოი მილაკები, სადაც ვითარდება დამახასიათებელი ცვლილებები მოწამელის მსუბუქი ფორმები სინდიყის პრეპარატებით მკურნალობისას ხშირია, მძიმე მოწამელა ვითარდება სულემის შემთხვევით ან განზრახ დალევის დროს.

**პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა.** თირკმლები გადიდებულია, სისხლსავსეა და ღუნე. მიკროსკოპულად აღინიშნება მილაკების ეპითელიუმის ნეკროზიზი, რის შედეგად მილაკების სანათური ამოვსებულია ნეკროზული უჯრედებით. მალპიჯის გორგლები არ არის შეცვლილი; ზოგჯერ შესაძლოა გორგლის კაფსულის ეპითელიუმში ნეკროზის კერების არსებობა.

**კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი დ ა მ ი მ დ ი ნ ა რ ე თ ბ ა.** სულემით მძიმე მოწამელის შემთხვევაში დაზარალებულს ეწყება ტკივილები პირის ღრუში და მუცელში, ნერწყვის დენა (სალივაცია), რასაც მალე ემატება ჰემორაგიული კოლიტის მოვლენები და ცვლილებები შარდში.

შარდით შემღვრეულია, ხედრითი წონა პირველ ხანებში მაღალია, შემდეგში, თირკმლების კონცენტრაციული უნარის დაქვეითების გამო, ხედრითი წონა ეცემა. შარდში ჩნდება ცოლა 1—3%, ზოგჯერ მეტიც, ნალექში—ერთული: ერითროციტები, დაშლილი ეპითელიალური უჯრედები, ლეიკოციტები და მრავლად ჰიალინური, მარცვლოვანი და ეპითელიალური ცილინდრები. შარდის რაოდენობა სწრაფად მცირდება და მძიმე მოწამელის შემთხვევებში უკვე რამდენიმე საათის, უფრო ხშირად 2—3 დღის შემდეგ, ვითარდება ან უ რ ი ა.

ანურია სულემით მოწამელისათვის მეტად დამახასიათებელია და მოწამელის გაურკვეველ შემთხვევაში, თუ მოწამლულს ანურია განუვითარდა, პირველ ყოვლისა სულემით მოწამელაზე უნდა ვიფიქროთ. ანურიას მოსდევს სისხლში აზოტის შეკავება და ურემიის განვითარება. ავადმყოფს აუწყებს სისხლის წნევა, ეწყება გულისარევა, თავის ტკივილი, ის კარგავს ცნობიერებას და ურემიული კომის მდგომარეობაში იღუპება. თუ ანურიის მოვლენები რამდენიმე დღე გაგრძელდა (ერთ კვირამდე), ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, იღუპება; მსუბუქი შემთხვევები შესაძლოა განკურნებით დამთავრდეს.

**დ ი ა გ ო ზ ი.** ნეკრონეფროზის ამოცნობა, თუ ანამნეზი ზუსტად არის შეკრებილი, არ არის ძნელი. ყველა მოვლენის სწრაფი განვითარება, დამახასიათებელი ცვლილებები შარდში, მაშინ, როდესაც ცნობილია დაავადების მიზეზი, დიდ დახმარებას გვიწევს დაავადების ამოცნობაში. თუ საჭიროება მოითხოვს, შეიძლება შარდის და განავალის ქიმიური გამოკვლევა სინდიყზე.

**პ რ ო გ ო ზ ი** დამოკიდებულია კლინიკური მოვლენების სიმძიმეზე. ის ფორმები, რომლებიც ანურიით მიმდინარეობს, ჩვეულებრივ, სიკვდილით მთავრდება, მსუბუქი შემთხვევები შეიძლება სრული განკურნებით დამთავრდეს, მაგრამ დიდხანს აღინიშნება ალბუმინურია.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** სულემით მოწამელის დროს, საწამლაგის სწრაფად შეწოვის შედეგად, ნეკრონეფროზის მოვლენები მალე იჩენს თავს; ამისათვის საჭიროა, რაც შეიძლება ჩქარა ამოირეცხოს კუჭი და დაზარალებულს მიეცეს კვერცხის ცილა, ნაწლავები უნდა გაიწმინდოს საფაღარათო მარილით. ზოგიერთები ურჩევენ კუჭისა და ნაწლავების გამორეცხვას მოწამელის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში.

საუკეთესო საიმედო საშუალებას წარმოადგენს როზენტალის მეთოდით მკურნალობა, სათანადო ანტიდოტით—რონგალიტით. რონგალიტი—ნატრიუმის ფორმალდეჰიდ-სულფომეჰაეა ( $\text{SO}_2\text{HN}_2 \cdot \text{HCHO} \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ )—მეტად ეფექტური

საჭამლაჲ-საწინააღმდეგო საშუალება გამოდგა საჭამლაჲის გასანეიტრალებლად არა მარტო კუჭში, არამედ სისხლშიც.

პირველ რიგში უნდა ამოირეცხოს კუჭი რონგალიტის 5%-ანი ხსნარით და ამორეცხვის შემდეგ კუჭში დატოვებულ იქნეს იგივე ხსნარის 200 მლ. გარდა ამისა, ვენაში შეჰყავთ რონგალიტის 10%-ანი ხსნარის 100—200 მლ. ინტრავენური ინექცია უნდა გაკეთდეს ძალიან ნელა 20—30 წუთის განმავლობაში. ჰემორაგიული კოლიტის დროს რონგალიტი უნდა გაკეთდეს ხსნარით 1 : 1000, მაღალი ოყნით.

ანურიის დროს ნაჩვენებია თირკმლების მიდამოს დიათერმია. საჭიროა გლუკოზის 40% ხსნარის ვენაში შეყვანა 20—30 მლ რაოდენობით ყოველდღიურად, ხოლო ანურიის და პირღებინების შემთხვევაში სისხლის გამოშვება ვენიდან 300—400 მლ რაოდენობით და გლუკოზის 5% ხსნარის შეყვანა კანქვეშ 500—600 მლ რაოდენობით.

### ოკსულთა ნეფროპათია (Nephropathia gravidarum)

ორსულ ქალებს უფრო ხშირად პირველი ორსულობის მიმდინარეობაში, ორსულობის V—VII თვეზე უვითარდებათ თირკმლების თავისებური დაავადება, რომელიც, ზოგის აზრით, ნეფროზის ჩვეულებრივ ექვთენის, ზოგის აზრით კი ნეფრიტს და ენობილია ო რ ს უ ლ თ ა ნ ე ფ რ ო პ ა თ ი ი ს სახელით. ორსულთა ნეფროპათია იძლევა კლინიკურ ნიშნებს, რომლებიც ნაწილობრივ ნეფრიტისათვის არის დამახასიათებელი, ნაწილობრივ კი ნეფროზისათვის, მაგრამ არსებითად მაინც განსხვავდება როგორც ერთი, ისე მეორე დაავადების სუფთა ფორმებისაგან.

ორსულობა თავისთავად ხშირად იძლევა ძველი ნეფრიტის გამწვავებას, თუ ის ქალს ორსულობამდე ჰქონდა, მაგრამ ეს პროცესი ორსულთა ნეფროპათიისგან ბევრად განსხვავდება.

ორსულთა ნეფროპათია ორსულთა ტოქსიკოზს (თვითმომწამვლას) წარმოადგენს; რომ ეს ასეა, ამას ის გარემოება ამტკიცებს, რომ ორსულობის შეწყვეტის, ან მშობიარობის შემდეგ ნეფროპათიის მოვლენები მალე ისაბობა.

ორსულთა თირკმლებში ვითარდება კლაკნილი მილაკების დეგენერაციული ცვლილებები, რომლებიც ზოგჯერ ეპითელიუმის დანეკროზებასაც კი იწვევს; მილაკებთან ერთად ზოგჯერ გადაგვარებას განიცდის გორგლების კაპილარებიც.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი მ ე ბ ი. ჩვეულებრივ, ორსულთა ნეფროპათიის განვითარებას ხშირად უძღვის წინ ორსულობის ტოქსიკოზის სხვა მოვლენები (პირსაქმება, თავის ტკივილი, ალბუმინურია).

ორსულობის მეორე ნახევრიდან ქალს ეწყება შეშუპებები ქვემო კიდურებზე და სახეზე, რომლებიც თანდათან მატულობს და სხეულზედაც ვრცელდება. შარდში ამ დროს უკვე არის ცილა 3—5%, რაც ორსულობის ზრდასთან ერთად მატულობს 10%-მდე და ზოგჯერ მეტად. ნალექში აღინიშნება ცილინდრები ჰიალინური და მარცვლოვანი, ერთროციტები არ არის.

სისხლის წნევა ხშირად იწვევს ჯერ კიდევ მაშინ, როდესაც ცილა შარდში ცოტაა; ორსულობის ბოლო თვეებში სისხლის წნევა აღის 200-მმ-მდე.

მძიმე შემთხვევებში თვალის ფსკერზე აღინიშნება ნევრორეტინიტი.

ორსულობის ზრდასთან ერთად ნეფროპათიის ყველა მოვლენა მატულობს და ვითარდება ე კ ლ ა მ მ ს ი ა. უკანასკნელი იწყება მშობიარობის მოახლოებასთან ერთად და დიდ ხნითაში აყენებს როგორც დედას, ისე ნაყოფს. მაგრამ



ეკლამპსია შესაძლოა განვითარდეს ორსულობის უფრო ადრე პერიოდშიც და გამოიწვიოს ნაყოფის დაღუპვა. ორსულობის თავისთავად ან ხელოვნური შეწყვეტისას ორსულთა ნეფროპათიის მოვლენები ჩქარა ცხრება, შეშუპებები გაივლის, არტერიული წნევა იკლებს, 2—3 კვირის შემდეგ შარდში ისპობა პათოლოგიური ცვლილებები. იშვიათ შემთხვევაში შესაძლოა ქალს ქრონიკულად დარჩეს თირკმლის მოვლენები.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი** ორსულთა ნეფროპათიის დროს სერიოზულია უკვე იპიტომ, რომ საეჭვოდ ხდის ორსულობას დრომდე მიტანას და საჭირო ხდება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა უფრო ხშირად VII—VIII თვეზე. თუ ორსულადროზე არ გაეწია სათანადო დახმარება და ეკლამპსია განვითარდა, შესაძლებელია დაიღუპოს არამართო ნაყოფი, არამედ დედაც. საინტერესოა ის გარემოება, რომ შესაძლოა ქალს ნეფროპათიის მოვლენებმა შემდეგი ორსულობისას არც გაუმეოროს. ძალზე იშვიათად ნეფროპათია მეორდება შემდგომი ორსულობის დროსაც.

**მ კ უ ა ნ ა ლ ო ბ ა.** ორსულთა ნეფროპათიით, სისხლის აწევის მომატებითა და ალბუმინურიით ავადმყოფი, უმჯობესია საავადმყოფოში იწვეს და იმყოფებოდეს ექიმის დაკვირვების ქვეშ; ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს ისეთივე დიეტა, როგორიც მწვავე ნეფრიტით ავადმყოფს ენიშნება და ამასთანავე აკრძალოს საკვებში მარილი და შევსლედოს სითხე. ხშირად ასეთი ღონისძიებების შემდეგ ალბუმინურია მცირდება, სისხლის წნევა იკლებს და ავადმყოფს უმსუბუქდება თავის ტკივილი, გულისრევა და სხვა სუბიექტური შეგრძნებები. თუ ასეთი ღონისძიებების მიუხედავად დაავადება არ უმჯობესდება ან, მიიღებუბ, უარესდება, ორსულობა უნდა შეწყდეს.

სამკურნალო საშუალებებიდან კარგია მაგნეზიუმის სულფატის 25%-ანი ხსნარის ინექცია კუნთებში 10 მლ რაოდენობით დღეში რამდენჯერმე და გლუკოზის 40%-ანი ხსნარის ინექცია ვენაში ყოველდღიურად 20—30 მლ. თუ ეკლამპსია განვითარდა, საჭირო ხდება გარდა ამისა ქლორაქმიდრატო ოყენებით, ლუმინალი, ზურგტენის პუნქცია და სხვ. (იხ. ნეფრიტის მკურნალობა).

### ნეფროსკლეროზი (Nephrosclerosis)

თირკმლების სკლეროზი წარმოადგენს თირკმლების დიფუზურ დაავადებას, რომელსაც საფუძვლად უძევს თირკმლების წერილი სისხლის ძარღვების სკლეროზული ცვლილებები. არსებითად აქ საქმე ეხება თირკმლების უწვრილესი არტერიოლების ცვლილებებს, არტერიოსკლეროზს. თირკმლების უფრო მსხვილი არტერიების ათერომატოზი კლინიკურად არაფრით არ ვლინდება. თირკმლების უწვრილესი სისხლძარღვების სკლეროზული ცვლილებების შედეგად თირკმლებში ხდება შემაერთებელი ქსოვილის გაზრდა, რაც შემდგომი დანაწიბურების შედეგად იძლევა თირკმლის შეკუმხნას; ეს არის პ ი რ ე ლ ა დ ა დ შ ე კ მ უ ხ ს ი ლ ი თ ი რ კ მ ე ლ ი, მეორადად შეკუმხნილი თირკმელი კი ქრონიკული ნეფრიტის შედეგია (იხ. ნეფრიტი).

**ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი.** ნეფროსკლეროზის მიზეზები ისეთივეა, როგორც საერთოდ არტერიოსკლეროზისა. როგორც ეტიოლოგიურად, ისე პათოგენეზურად ნეფროსკლეროზი უახლოვდება ჰიპერტონიულ სნეულებას. იმდენად, რამდენადაც ნეფროსკლეროზი ჰიპერტონიის გარეშე არ გვხვდება, დასაშვებია ვიფიქროთ, რომ ნეფროსკლეროზი არის შედეგი თირ-

ქმლების სისხლძარღვთა სისტემის იმ ცვლილებებისა, რომლებიც ჰიპერტონიული სნეულების შედეგად ვითარდება.

სისხლის ძარღვების ხანგრძლივი სპაზმური შეკუმშვა, რომელიც აპირობებს სისხლძარღვთა ტონუსის აწევას და ჰიპერტენზიის განვითარებას, წლების მანძილზე ხელს უწყობს სხვა მრავალ მიზეზთან ერთად (იხ. არტერიოსკლეროზი, ჰიპერტონიული სნეულება) სისხლის ძარღვების კედელში სკლეროზული ცვლილებების განვითარებას. ზოგ შემთხვევაში სკლეროზული ცვლილებები შესაძლოა უფრო მეტად თირკმლის სისხლის ძარღვებში განვითარდეს და, ამრიგად, ჩამოყალიბდეს ნეფროსკლეროზი.

პ ა თ ო ლ ო გ ა ნ ო ტ ო მ ი უ რ ა დ თირკმელი დაპატარავებულია, თირკმლის ზედპირი წვრილხოვლიანია. გორგლების სისხლძარღვები ჰიალინიზირებულია, ინტიმა გასქელებულია. სისხლის ძარღვები თანდათან ვიწროვდება, შემდგომში ობლიტერაციას განიცდის, იცვლება შემაერთებული ქსოვილით, უკანასკნელის ზრდასთან ერთად გორგლები ცარიელდება და მათი შესატყვისი მილაკებიც ატროფიას განიცდის.

ერთ შემთხვევაში აღნიშნული ცვლილებები ნელა ვითარდება და მაშინ დაავადებას კლინიკური მიმდინარეობაც უფრო კეთილთვისებიანი აქვს, ზოგში, პირიქით, პროცესი იღებს სწრაფ მიმდინარეობას და თირკმლების ფუნქციური ნაწილიც ჩქარა იღუპება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი დ ა მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა . ნეფროსკლეროზი შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში, ხანში შესული პირების დაავადებაა 40—50 წლის ასაკში. უფრო ხშირად მამაკაცები ხდებიან ავად, დაავადების მუდმივად და ერთ-ერთ ადრეულ სიმპტომს სისხლის წნევის მომატება წარმოადგენს. პირველ ხანებში სისხლის არტერიულ წნევას ცვალებადი ხასიათი აქვს, შემდეგში ის მდგრად ხასიათს იღებს, მაღალ ციფრებზე დგას—200—220 მმ სინდიუსის სვეტისა მაქსიმალური და 96—100 მმ—მინიმალური. დამახასიათებელია მინიმალური წნევის მაღალი ციფრები.

დაავადების პირველ ხანებში ავადმყოფს აქვს ჰიპერტენზიისათვის ჩვეული მოვლენები—თავის ტკივილი, თავბრუ, ზომიერი ქოშინი, გულისცემა და სხვ. კანის სისხლძარღვების ხანგრძლივი სპაზმის გამო ავადმყოფის კანი მკრთალი ფერისაა. ნეფროსკლეროზით ავადმყოფებს სახე გაჭირვებული აქვთ, ოდნავ შეშუპებული. პულსი ნელია და დაჭიმული.

გულის მარცხენა პარკუჭი განიცდის ჰიპერტროფიას, ამის გამო გულის გარდიგარდმო საზღვრები გადიდებულია. გულის მწვერვალი გადანაცვლებულია მარცხნივ და ქვევით, ტონები გამლიერებულია; აორტაზე II ტონი აქცენტირებულია.

თვალის ფსკერის გამოკვლევის დროს აღინიშნება დამახასიათებელი სურათი—ბადურას სისხლის ძარღვები სისხლსავსეა და დაკლავნილი, ბადურა დანისლულია, დროადრო აღინიშნება წერტილოვანი სისხლჩაქცევები.

შარდი ბაცი ფერისაა, ხვედრითი წონა დაბალია და მისი ამპლიტუდი მეტად მცირეა. თირკმლების კონცენტრაციის უნარის გამოკვლევისას აღმოჩნდება ჰიპოზოსტენურია. იმავე დროს შარდის რაოდენობა მომატებულია და ხშირად ადგილი აქვს პოლიურას. შარდში არის ცილა, რომლის რაოდენობა, ჩვეულებრივ, მაღალ ციფრებს არ აღწევს—0,6%—დან 2%—მდე, იშვიათად თუ არის მეტი.

ცილინდრები და სისხლის ფორმიანი ელემენტებიც ძალზე მცირეა.

თირკმელების სკლეროზული ცვლილების მატებასთან ერთად ზატულობის თირკმლების ფუნქციური უკმარისობაც, რასაც მოჰყვება აზოტემიის ნივთიერებათა შეკავება სისხლში და აზოტემიის განვითარება.

ნეფროსკლეროზით ავადმყოფებს, განსაკუთრებით მათ, ვისაც მაღალი წნევა აქვთ, ხშირად პერიფერიული სისხლის ძარღვების სპაზმის შედეგად უვითარდებათ ე. წ. სისხლძარღვოვანი კრიზი: ავადმყოფი გრძნობს ხელ-ფეხის დაბუყებას, მას ესხმის თავბრუ, აქვს ჭიანჭველების ცოცვის გრძნობა კანზე, ზოგჯერ ცნობიერებასაც კარგავს და ღროვით ბრმავდება.

დაავადების მიმდინარეობაში ავადმყოფს ხანგრძლივი მაღალი ჰიპერტონიის ნიღაგზე გულის გადაღლის შედეგად უვითარდება გულის ნაკლოვანება. ავადმყოფს გულის ნაკლოვანება თანდათან უკარგავს მუშაობის უნარს და ბოლოს გულის დეკომპენსაციის მოვლენებით ის შეიძლება დაიღუპოს.

შესაძლებელია საერთო არტერიოსკლეროზის დროს მაღალმა წნევამ ტვინის სისხლჩაქცევა გამოიწვიოს, რაც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება.

ნეფროსკლეროზის დროს განვითარებული თირკმლების ფუნქციონალური ნაკლოვანება იწვევს აზოტემიას და აზოტემიურ ურემიას.

ღოაგნოზი. ნეფროსკლეროზის დიაგნოზი ეწყობა ჰიპერტენზიის, შარდის ცვლილებებს და გულის დამახასიათებელ ცვლილებებს. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გვიხდება ქრონიკული ნეფრიტის მოგვიანო სტადიებთან. ქრონიკული ნეფრიტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ავადმყოფის ახალგაზრდა ასაკი, თირკმლების მხრივ მოვლენების არსებობა წარსულში, დიდი ცვლილებები შარდში, შეშუპებები და ალბუმინურიული ნეკროტიზიტი.

პროგნოზი ნეფროსკლეროზის დროს ყოველთვის სერიოზულია. ნეფროსკლეროზი არსებითად განუკურნებელი სნეულებაა და აქ მხოლოდ ავადმყოფური მოვლენების შემსუბუქებაზე და ავადმყოფის სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე შეიძლება ლაპარაკი.

პროგნოზი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე: ტვინის ან გულის სისხლძარღვების ხშირი სპაზმი, გულის ნაკლოვანების და თირკმლების ფუნქციის დაქვეითების მოვლენები ძალიან ამძიმებს პროგნოზს.

მკურნალობა. ნეფროსკლეროზის მკურნალობა ძირითადად ისეთივეა, როგორც ჰიპერტონიული სნეულებისა და ქრონიკული ნეფრიტისა. მთავარია რეჟიმი როგორც ცხოვრების, ისე კვებისა. სითხის რაოდენობის შეზღუდვა, ნაკლებ მარილიანი და დაავადების ზოგ პერიოდში უმარილო საჭმელი, რძის ნაწარმი, ხილი, ბოსტნეული საკვებში ისევე აუცილებელია ნეფროსკლეროზის დროს, როგორც ნეფრიტის და ჰიპერტონიული სნეულების შემთხვევაში. გართულებები გულის, ტვინის და თირკმლების მხრივ ისევე იმკურნალება, როგორც ნეფრიტის, გულის დეკომპენსაციისა და ჰიპერტონიული სნეულების დროს (იხ. სათანადო თავები).

### პიელეტიტი (Pyelitis)

პიელეტი ეწოდება თირკმლების მენჯის ანთებას, რომელიც ვითარდება იქ სხვადასხვა ინფექციის მიტანით ან სისხლით (ჰემატოგენურად), ანდა შარდსადინარიდან და შარდის ბუშტიდან. პიელეტიის განვითარებას ხელს უწყობს თირკმლის მენჯში კენჭის არსებობა ან რაიმე მიზეზით იქ შარდის შეგუბება.

პიელიტის გამოწვევაში დიდ როლს თამაშობს სტრუქტურული ცვლილებები, გონიერება, მაგრამ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნაწლავის ჩხირი, რომელიც პიელიტის უზშირესი მიზეზია. პიელიტი არის მწვავე და ქრონიკული. ქალები უფრო ხშირად ავადმყოფობენ პიელიტით, ვინაიდან ორსულობა და სასქესო სფეროში მშობიარობის შემდეგ არსებული ინფექციები ხელს უწყობენ თირკმელებში ინფექციის შექრას.

**კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი.** მწვავე პიელიტი ერთბაშად იწყება ძლიერი შემცივნებით, ყრუ ან ძლიერი ტკივილებით წელის არეში, თავის ტკივილით, გულსრრვეით, ზოგჯერ პირსაქემებით და ტემპერატურის აწევით 39,—40,0°-მდე. ტემპერატურა რამდენიმე დღის განმავლობაში რჩება მაღალი და შემდეგ თანდათან იწვეს ქვევით.

ავადმყოფი მწვავე პიელიტის დროს მძიმე შთაბეჭდილებას ახდენს—მას აქვს უძილობა, უმადობა, თავის ტკივილი, შემცივნებები რამდენჯერმე დღის განმავლობაში, ოფლიანობა და ტკივილი წელის მიდამოში. ავადმყოფს აქვს გახშირებული შარდვა, წვა შარდვისას, ვინაიდან პიელიტთან ერთად ხშირად ვითარდება შარდის ბუშტის ანთება (ც ი ს ტ ი ტ ი).

ობიექტური გამოკვლევისას აღინიშნება აჩქარებული მაჯა, ენა შელესილია თეთრად, წელის მიდამოში ავადმყოფი მარჯვენა ან მარცხენა მხარეზე პერკუსიით ძლიერ ტკივილებს გრძნობს (პასტერნაცის სიმპტომი), იმის ჩიხედვით, თუ რომელი თირკმელი არის დაავადებული.

ავადმყოფი შარდ შემდგურული აქვს, ქურტელში გაჩერებისას იძლევა ფხვიარ ნალექს. შარდის რეაქცია, ჩვეულებრივ, ტუტეა. შარდში აღმოჩნდება ცილა (0,3—1%), ერთორაკიტები და დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები, რომლებთანაც მოფენილია მიკროსკოპის მთელი მხედველობის არეები (პიურია). სისხლზე რეაქცია შარდში ხშირად დადებითია. შარდი შეიცავს ლორწოს და თირკმლის მენჯის უჯრედებს.

ზოგ შემთხვევაში წელის მიდამოში ავადმყოფს ემჩნევა კანქვეშა ქსოვილის ანთებითი შეშუპება, ეს მაჩვენებელია ანთებითი პროცესის გადასვლისა თირკმლიდან მეს ირველივ ქსოვილზე (პ ა რ ა ნ ე ფ რ ი ტ ი).

ტემპერატურის დაკლებასთან ერთად, ჩვეულებრივ, პათოლოგიური ცვლილებები შარდში ჩქარა ისპობა, შარდი იწმინდება და ლეიკოციტებიც იკლებს. დაავადება გრძელდება 2—3 კვირა. მწვავე პიელიტი ზოგჯერ ქრონიკულ ფორმაში გადადის. ავადმყოფს რჩება ყრუ ტკივილი წელის არეში, ტემპერატურა 37,2—37,5°-მდე და ცვლილებები შარდში: ცილის ნიშნები და ლეიკოციტები.

ქრონიკული პიელიტის დიაგნოზის დასმა მხოლოდ შარდის მიკროსკოპული ანალიზით შეიძლება, ვინაიდან ის ზოგად კლინიკურ ნიშნებს თითქმის არ იძლევა.

ქრონიკული პიელიტი ხშირად იძლევა გამწვავებას. საერთოდ პიელიტი ხშირად მეორდება და, მიუხედავად იმისა, რომ შარდში პიელიტიდან გამოკეთების შემდეგ ცვლილებები არ არის, პიელიტის გადატანის შემდეგ შეიძლება ავადმყოფი ისევ ავად გახდეს.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** მწვავე პიელიტის დროს ავადმყოფი ლოგინში უნდა იწვეს. წელის მიდამოში კარგია სათბურის დადება ან წელის თბილად შექვევა. კუჭ-ნაწლავი ყოველდღიურად უნდა გაიწმინდოს ოყნით. თუ ავადმყოფს ცისტიტის მოვლენებით აქვს, შარდის ბუშტის არეში უნდა დაეადოთ სათბური. ნაჩვენებია საერთო თბილი აბაზანები 10—15 წუთის განმავლობაში.

პიელიტით ავადმყოფს უნდა მიეცეს შერჩეული საკვები. რძის ნაწარმი, ხილეული, ტკბილეული პიელიტით ავადმყოფისათვის საუკეთესო საკვებია. ხორცი, კვერცხი, მკვამლე, ცხარე და მაგარი სასმელი ავადმყოფს უნდა აუუკრძალოთ. ავადმყოფი უნდა იღებდეს ბევრ სითხეს, რაც რეცხავს თირკმლის მენჯს და ათავისუფლებს მას ინფექციისაგან; ამ მიზნით კარგია ჩაი, ჩაი რძით, კომპოტის წვენი, ლიმონათი, ყურძნის წვენი; თუ შარდი მკვამლე რეაქციისა, კარგია ბორჯომის, საირმის ან ესენტულის (№ 20) წყლების დანიშვნა.

წამლებიდან პიელიტის დროს საჭიროა ავადმყოფს დაენიშნოს სტრეპტოციდი (0,5 დღე-ღამეში 6-ჯერ) 3—4 დღის განმავლობაში, შარდზე გასვლის დროს ტკივილის წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს ბელადონას სანთლები ან ბელადონა და უროტროპინი ფხვნილების სახით და ნუშის ემულსია.

კარგ საშუალებას წარმოადგენს ცილოტროპინის, უროტროპინის ინტრავენური ინექციები 10—15 დღის განმავლობაში, პენიცილინი და ზოგ შემთხვევაში სტრეპტომიცინი (ნაწლავის ჩხირის აღმოჩენისას შარდში).

Rp. Extr. 'Belladonnae 0,015

Butyri cacao q. s. ut.

f. suppos № 6

S. თითო სანთელი სწორ ნაწლავში

2—3-ჯერ დღეში

Rp. Emuls. s. Amygdalar.

dul. 200,0

Amygdalini 0,05

M. D. S. სუფრის კოვზით ყოველ ორ საათში

Rp. Sol. Urotropini 40%

in ampul steril. N 10

S. 5 მლ ვენაში ყოველდღიურად.

### თირკმლის კენჭოვანი ავადმყოფობა (Nephrolithiasis)

თირკმლის მენჯში ან თირკმლის პარენქიმაში შესაძლოა დაგროვდეს შარდის მკვრივი შემადგენელი ნაწილების (შარილების) ნალექი, რომელიც ან წვრილი სილის ან უფრო მომსბო წარმონაქმების სახეს იღებს და ეწოდება თირკმლის კენჭი. კენჭი შეიძლება იყოს სხვადასხვა სიდიდისა—ალუბლის კურკის ოდენობიდან თხილის ოდენობამდე და მეტიც. ზოგ შემთხვევაში თირკმლის კენჭი სრულიად ამოავსებს ხოლმე თირკმლის მენჯს.

თირკმლის კენჭი ჩნდება ან ერთ რომელიმე თირკმელში, ან ორივეში.

თირკმლის კენჭის წარმოშობა მეტად რთული ფიზიკურ-ქიმიური პროცესია, მისი უშუალო მიზეზები ჯერ კიდევ სავსებით გამორკვეული არ არის. თირკმლების კენჭოვანი დაავადების წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს არამარტო ადგილობრივ, არამედ ზოგადი ხასიათის მიზეზებს. ამიტომ ამ დაავადებას დიათეზად თვლიან.

საშარდე გზებით რაიმე მიზეზების გამო შარდის გამოყოფის შეფერხება, შარდის შეგუბება, საშარდე გზების ინფიცირება და სხვა ადგილობრივი მიზეზები ხელს უწყობენ კენჭების განვითარებას. მაგრამ ამასთან ერთად არანაკლებ

ბი და შესაძლოა უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ზოგადი ხასიათის მიზეზებსაც. ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მდგომარეობა, კვების ხასიათი, ავტაშინოზი (A), სულფონამიდების ჰარბად სმარება და სხვ., აგრეთვე გარკვეულ გავლენას ახდენს კენჭოვანი დაავადების წარმოშობაზე. თირკმლის კენჭი მისი შემადგენელი მარილის მიხედვით შეიძლება იყოს შარდნევა (ურატი), მკაუნმევა (ოქსალატი) და ფოსფორმევა (ფოსფატი); არა-ნივითად თირკმლის კენჭი შერეული ხასიათისაა.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. თირკმლის კენჭი შეიძლება წლობით იყოს თირკმელში და ავადმყოფი სრულიად ვერ გრძობდეს მას. პირველი კლინიკური სიმპტომი არის ტკივილი მკაუნმეველებრივ, ავადმყოფობა ვლინდება ტკივილის ძლიერი შეტევით, რომელიც ავადმყოფს ეწყება მოულოდნელად, რაიმე გარეშე მიზეზის ზეგავლენით—ავტომანქანით ბევრი მგზავრობა, ხანგრძლივი სიარული, სასმელის ჰარბად მიღება და სხვ. ტკივილი წელის მიდამოში იწყება მარჯვნივ ან მარცხნივ, დაავადებული თირკმლის არეში. ტკივილი შეიძლება იყოს ყრუ ან უფრო მწვავე და ძლიერი. ზოგჯერ ტკივილი მეტად შეუპოვარია და აუტანელ ტანჯვას აყენებს ავადმყოფს. ტკივილი შემდეგ ვრცელდება მუცლის არეში და გადაეცემა საზარდულის მიდამოში, გარეთა სასქესო ორგანოებში. ავადმყოფს ანდომებს ხშირად შარდზე გასვლას, მაგრამ შარდზე ან სულ ვერ გადის, ან შარდი მოდის ცოტ-ცოტა. ტკივილის ასეთი შეტევის დროს ავადმყოფს აქვს გულისრევა, ზოგჯერ პირსაქმებაც, აძლევს სიცხეს 38,0—39,0°-მდე, ამცივნებს, ნაწლავების მოდუნების შედეგად მუცელი რეფლექსურად ებერება, ჰულსი ავადმყოფს იშვიათი აქვს (ბრადიკარდია), აყრის ციე ოფლს, ფერ-მკრთალისა.

თირკმლის კენჭით გამოწვეული ტკივილის ასეთ შეტევას ეწოდება თირკმლის კოლიკა (colica renalis). ტკივილის წარმოშობას იწვევს თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის სპაზმური შეკუმშვა კენჭით გაღიზიანების გამო.

თირკმლის კოლიკის დროს ან მის შემდეგ, უფრო ხშირად ტკივილის დაწყებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ, ავადმყოფს შარდში გამოაჩნდება კრდ და სისხლდ. ზოგ შემთხვევაში სისხლი მხოლოდ მიკროსკოპული გამოკვლევით აღმოჩნდება შარდში, შეუცვლელი ერითროციტების სახით, ზოგჯერ კი შარდი შეფერილია სისხლით. ცილისა და სისხლის გარდა შარდში ხშირად დიდი რაოდენობით არის მარილები (ურატები, ოქსალატები ან ფოსფატები), თუმცა მარილები შესაძლოა ზოგ შემთხვევაში სრულიად არ იყოს შარდში.

თირკმლის კოლიკა შესაძლოა რამდენიმე საათს ან მთელი დღე-ღამე გავრძელდეს და ისევ მოულოდნელად შეწყდეს, როგორც დამწყო ჩვეულებრივ. ტკივილის შეწყვეტა ხდება მშინ, როდესაც კენჭი ჩამოვა შარდსაწვეთის შარდის ბუშტოში ან გარეთ გამოიყოფა შარდთან ერთად.

თირკმლის კენჭი თუ დიდია, ის არ გამოიყოფა გარეთ. შესაძლოა კენჭმა დააცოს შარდსაწვეთი და გამოიწვიოს შარდის შეგუბება სათანადო თირკმელში, რასაც მოჰყვება ე. წ. ჰიდრონეფროზი (hydronephrosis) განვითარება. თუ შეგუბებული შარდი დაინფიცირდა ჩირქოვანი მიკრობებით, შესაძლოა განვითარდეს თირკმლის მენჯში ჩირქის დაგროვება—პიონეფროზი (pyonephrosis). პიონეფროზისა და პიონეფროზის დროს ტკივილის გარდა აღინიშნება თირკმლის გადღება. პიონეფროზის დროს მის გარდა ავადმყოფს აქვს შარდში ჩირქი (პიურია), მას აძლევს ჰექტიკურ სიცხეს, აყრის ოფლს, ამცივნებს და მისი საერთო მდგომარეობა მძიმდება.

თირკმლის კენჭი შეიძლება გართულდეს თირკმლის მენჯის ჩირქოვანი ან-  
თებით, ჩირქოვანი კალკულოზური პიელიტით (pyelitis  
calculosa). ამ დროს კლინიკური სურათი ჩვეულებრივია, რაც საერთოდ პეილი-  
ტის დროს.

ღიაგნოზი. თირკმლის კენჭის ამოცნობისათვის მნიშვნელოვანია აქვს  
დამახასიათებელი ტკივილის შეტევას, კოლიკას და ცვლილებებს შარდში.  
ჰემატურია ფრიალ მნიშვნელოვანი სიმპტომაა თირკმლის კენჭის დიაგნოსტიკი-  
სათვის.

მაგრამ საჭიროა გვახსოვდეს,  
რომ ჰემატურია შეიძლება გამო-  
იწვიოს თირკმლების, - შარდის  
ბუშტის და შარდსადენი გზების  
სხვა დაავადებებშიც. იმის გამო-  
სარკვევად, თუ საიდან მოდის  
სისხლი, მიმართავენ ე. წ. ცდას  
სამი ქიქით (სურ. 114).

ავადმყოფი იწყებს მოშარდვას  
ერთ ქიქაში, შემდეგ აგროვებს  
შარდს მეორე ქიქაში და ბოლოს  
მოითავეებს შარდს მესამე ქიქაში.  
თუ შარდი სამივე ქიქაში შეიცავს  
სისხლს, სისხლი თირკმლებიდან  
არის, თუ სისხლი მხოლოდ მესამე  
ქიქაშია, ის შარდის ბუშტიდან მოდის, თუ სისხლი მხოლოდ პირველ ქიქაშია,  
სისხლი მოდის ავადმყოფს შარდსადინარიდან.

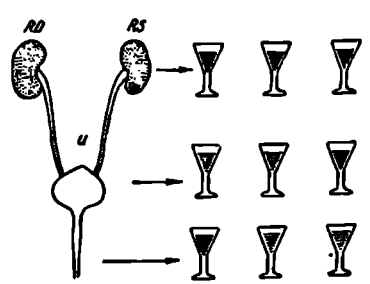
თირკმლის კენჭის ზუსტი დიაგნოზისათვის საჭიროა თირკმლის რენტგენო-  
ლოგიური გამოკვლევა. საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს სურათის გადა-  
ღება (პიელოგრაფია) თირკმლის საკონტრასტო ნივთიერებით წინასწარ  
ავსების შემდეგ (სერგოზინი, ბრომი).

თირკმლის კენჭის დიაგნოზის დროს გვიხდება დიფერენციული დიაგნოს-  
ტიკა ნაღველკენჭოვან ავადმყოფობასთან, აპენდიციტთან, თირკმლის ტუმბერ-  
კულოზთან, თირკმლის სიმსივნეებთან.

პროგნოზი. თირკმლის კენჭოვანი დაავადება შესაძლოა მრავალი  
წლის განმავლობაში არსებობის მიუხედავად არ იძლეოდეს თირკმლის ღრმა  
დაზიანებას და რაიმე გართულებაც. შეტევითი ტკივილი ზოგჯერ იშვიათად  
თუ გაუმეორებს ავადმყოფს. თუ თირკმლის კენჭი გართულდა ჩირქოვანი კალ-  
კულოზური პიელიტით, პიონეფროზით ან თრმხრივი პროცესის დროს თირკმლის  
პარენქიმის ატროფია გამოიწვია და ამ ნიადაგზე თირკმლების ფუნქციური ნა-  
კლოვანება განვითარდა, ცხადია, ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში ჩავარდება.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. თირკმლის კენჭოვანი  
დაავადების მკურნალობა მიზნად ისახავს, ჭერ ერთი, შეტევითი ტკივილის (კო-  
ლიკის) დროს ავადმყოფის დახმარებას, მეორე მხრივ, ავადმყოფის მკურნალო-  
ბას შეტევების შუა პერიოდში. კოლიკის დროს, თუ ტკივილი ძლიერია, ავად-  
მყოფს უნდა გაუქეთდეს მორფინი, პანტოპონი ან ომნოპონი.

ძალიან კარგია მორფინთან ერთად გაქეთდეს ატროპინის ხსნარიც. წელის  
არეში ავადმყოფს უნდა დაედოს ცხელი სათბური ან გაუქეთდეს ცხელი აბაზა-  
ნა, მიეცეს სასმელად სითხე დიდი რაოდენობით, არა ნაკლებ 2-3 ლიტრისა



სურ. 114. ცდა სამი ქიქით.

დღეში. ჩაი, ლიმონათი ან შესაფერისი მინერალური წყალი (იხ. ქვევით). ზოგჯერ შეტევა იმდენად მძიმეა, რომ ავადმყოფს შოკის მოვლენები უვითარდება და ასეთ შემთხვევაში ნარკოტიკულ საშუალებებთან ერთად კარგია გულის საშუალებების გაყვება (ქაფური, კოფეინი).

თირკმლის კენჭოვანი დაავადების მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს წესიერ დიეტას. თირკმლების კენჭით ავადმყოფმა საზოგადოდ ბევრი არ უნდა ჭამოს, საჭიროა ებრძოლოს სიმსუქნეს. ავადმყოფი ბევრ სითხეს უნდა ხმარობდეს სასმელად. დროგამოშვებით ნაჩვენებია თბილი აბაზანების კეთება.

თუ ავადმყოფს მკაფივ რეაქციას შარდი აქვს და მასში აღმოჩნდა შარდმჟავა მარილები (ურატები), ავადმყოფს უნდა აუქურძალოთ საკვებად ხორცი, ლვიძლი, თირკმლები, ტვინი და დაუწინაშნოთ რძე, რძის ნაწარმი, ხილი და თეთრი ხორცი მცირე რაოდენობით.

ოქსალატების აღმოჩენის დროს უკუნაჩვენებია წიწმბატის, მკაუნას, ისპანახის, ბევრი პამიდორის და რეპანის ხმარება საკვებად, აგრეთვე ნიახური, მგაარი ჩაი, ყავა, კაკაო, შოკოლადი, კარტოფილი. ოქსალურის დროს ავადმყოფს უნდა მიეცეს ზომიერად ხორცი, რძე, კვერცხი, პური, ბრინჯი; საკვები ვიტამინებით მდიდარი უნდა იყოს.

თირკმლის კენჭოვანი ავადმყოფობის დროს ფართო ხმარებაშია მინერალური წყლით მკურნალობა, განსაკუთრებით კურორტის პირობებში (ბორჯომი, საირმე, ელენჯნოვოდსკი).

მინერალური წყლების დანიშნის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს შარდის რეაქცია და შარდის მარილების ხასიათი. ურატურის და ოქსალურის დროს ნაჩვენებია ბორჯომი, საირმე, ელენჯნოვოდსკი და იქაური წყლები.

შარდის ტუტოვანი რეაქციის დროს ამ წყლების მიცემა არ არის ნაჩვენები. ტუტოვანი რეაქციის შარდში ხშირად არის ფოსფატები და ამ დროს ნაჩვენებია მარილმჟავას დანიშვნა. საკვებად კარგია ფქვილეული, ხორცი, თევზეული, კვერცხი, კარაქი. ხილი და ბოსტნეული უნდა შევზღუდოთ; კარგია ციტრუსები.

თუ თირკმლის კენჭს თან სდევს ჩირქოვანი პიელიტი, საჭიროა უკანასკნელს გულმოდგინედ ვუმკურნალოთ, ვინაიდან პიელიტი ხელს უწყობს კენჭების დალაგებას და კიდევ უფრო ამძიმებს ავადმყოფის მდგომარეობას. წამლეული საშუალებებიდან კარგია ფოსფატურის დროს მარილმჟავას ან რძის მჟავას დანიშვნა, ოქსალურის დროს კი ტუტეების და ატრაპინისა.

თირკმლის კენჭოვანი დაავადების დროს გვიხდება შემდეგი წამლები. ს გამოწერა:

Rp. Sol. Morphini muriatici 1%  
in ampul. steril. N 6  
S. თითო ამპულა კანქვეშ ტკივილის დროს

Rp. Sol. Pantoponi 2%  
in ampul. steril. N 6  
S. თითო ამპულა კანქვეშ ტკივილის დროს

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1%  
in ampul. steril. N 6  
S. ერთი ამპულა კანქვეშ ტკივილის დროს



Rp. Sol. Magnesii sulfurici 0,3

D. t. d. N 12

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

Rp. Sol. Magnesii sulfurici

20% 200,0

D. S. სუფრის კოვზი ყოველ 2 საათში

5-ჯერ დღეში

Rp. Sol. ac. murlatici diluti 2%—200,0

D. S. სუფრის კოვზი დღეში სამჯერ

Rp. Sol. Atropini sulfurici

0,1%—20,0

D. S. 8—8 წვეთი 2-ჯერ დღეში

თუ თირკმლის კენჭი მძიმე ჩირქოვანი პიელიტით, ან მით უმეტეს, ჰიდრო ან პიონეფროზით გართულდა, ავადმყოფს დასკირდება ოპერაციული დახმარება.

თირკმლის კოლიკის დროს, თუ შარდსაწვეთი დაიკო კენჭით და ამას მოჰყვა შარდის გამოყოფის მწვავე შეფერხება, ავადმყოფს აგრეთვე ქირურგიული დახმარება დასკირდება.

### თირკმლის დაზიანება. ცთომილი თირკმელი (Nephroptosis. Ren mobile)

თირკმლები მუცლის ღრუს უკანა კედელზე დამაგრებულია (ცხიმოვან ბუდეში პერიტონეუმის ფურცლით, რომელიც მას ჰფარავს წინიდან თირკმლების სისხლძარღვებით, ფასციით და მუცლის ღრუს შიდა წნევის საშუალებით.

ჩვეულებრივ, ღრმა და გულმოდგინე პალპაციით გამოკვლევისას თირკმლები არ ისინჯება, იმის მიუხედავად, რომ ღრმა ჩასუნთქვის დროს თირკმლები ოდნავ იწევს ქვევით (2—3 სანტ.).

გამხდარ პირებს, განსაკუთრებით ქალებს, შეიძლება გაესინჯოს მარჯვენა თირკმლის ქვემო პოლუსი.

თუ მანამდე მსუქანი ადამიანი ერთბაშად გახდა, ცხიმის რაოდენობა თირკმლის ირგვლივ და საერთოდ მუცელში შემცირდა, თირკმლებმა შეიძლება ადგილმდებარეობა შეიცვალოს და დაიწიოს ქვევით (ნ ე ფ რ ო პ ტ ო ზ ი).

თირკმლის დაწევას სიგამხდრის გარდა, ხელს უწყობს ორსულობა და მშობიარობა, განსაკუთრებით განმეორებითი ორსულობის შემდეგ მუცლის ღრუს შიდაწნევა ერთბაშად იცვლება, იკლებს, მუცლის პრესის კუნთები დუნდება, ეს კი აადვილებს თირკმლის დაწევას. არის შემთხვევები, როდესაც თირკმლის დაწევა განვითარდება ერთბაშად დიდი სიმძიმის აწვევისას.

საკირთა აღინიშნოს, რომ არიან პირები, რომელთაც კონსტიტუციონალურად აქვთ მიდრეკილება საერთოდ მუცლის ღრუს ორგანოების დაწვევისაკენ (ს პ ლ ა ნ ქ ნ ო პ ტ ო ზ ი). ასეთ პირებს მუცლის ღრუს ორგანოების (კუჭი, ნაწლავები) დაწვევასთან ერთად აქვთ თირკმლების დაწვევაც

თირკმლის დაწვევა ზოგჯერ ოდნავია და თირკმლის მხოლოდ ქვედა პოლუსი ისინჯება—პირველი ხარისხის დაწვევა. ზოგჯერ ისინჯება ნახევარი ან მთელი თირკმელი—ეს აღინიშნება როგორც მეორე ხარისხის დაწვევა.

ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა თირკმელი სრულიად მოსცილდეს თავის ადგილს და ის მუცლის ღრუში თავისუფლად მოძრაობდეს, ეს არის მესამე ხარისხის დაწვევა, ანუ ც თ ო მ ი ლ ი თ ი რ კ მ ე ლ ი.

თირკმლის ძლიერი ცთომის შემთხვევაში შესაძლოა შარდსაწვეთი გადაიღუნოს ან გადაიგრიბოს კიდევ, რაც გამოიწვევს შარდის გამოყოფის დარღვევას და მძიმე ტკივილებს.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. თირკმლის დაწვევა იწვევს სიმძიმეს და ტკივილებს წელის არეში და მუცელში. ტკივილებს ავადმყოფი უფრო სიარულის და დგომის დროს შეიგრძნობს; დაწოლისას ტკივილები გაივლის. მძიმე ფიზიკური მუშაობა, ბევრი სიარული, სიმძიმეების აწევა აძლიერებს ტკივილებს.

თუ თირკმლის დაწვევის გამო შარდსაწვეთის გადაღუნვა ან, მით უმეტეს, გადაგრება განვითარდა, მაშინ ავადმყოფს მოუვა ძლიერი ტკივილები და განვითარდება თირკმლის კოლიკის სურათი (იხ. ნეფროლითიაზი).

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ავადმყოფი უნდა ერიდოს მძიმე ფიზიკურ მუშაობას, სიმძიმეების ტარებას, ბევრ სიარულს. გამხდარი პირები თუ შესძლებენ გასუქებას, ამან შეიძლება შეამსუბუქოს თირკმლის დაწვევით გამოწვეული უსიამოვნო შეგრძნებები. საჭიროა სამკურნალო ფიზკულტურით მუცლის პრესის გამაგრება. ყველა შემთხვევაში ავადმყოფმა უნდა ატაროს მუცლის სპეციალური ბანდაჟი, მის ტანზე მორგებული. მუცლის ბანდაჟი ავადმყოფმა უნდა ჩაიცვას დილით საწოლში და ისე ადგეს, საღამოთი კი ისევ მოიხსნას და ისე დაწვეს.

თირკმლის დაწვევის მძიმე შემთხვევებში წინათ ხპარობდნენ სპეციალურ ოპერაციას—თირკმლის მიკერებას (ნეფროპექსია). დღეს ეს ოპერაცია თითქმის აღარ იხმარება.

### თირკმლების ტუბერკულოზი (Tuberculosis renum)

ფილტვების ან ლიმფური ჯირკვლების ტუბერკულოზით ავადმყოფს, უფრო იშვიათად სხვა ორგანოების ტუბერკულოზით ავადმყოფს შეიძლება ჰემატოგენური გზით თირკმლის ტუბერკულოზი განუვითარდეს.

არის შემთხვევები, როდესაც ორგანიზმში სხვა რომელიმე ორგანოს ტუბერკულოზი არ არის ან არ ჩანს, და თირკმლის ტუბერკულოზი განვითარდება, როგორც პირველადი პრაუცისი.

ტუბერკულოზით უფრო ხშირად ავადდება მარჯვენა თირკმელი, შესაძლოა ორივე თირკმლის დაავადებასაც ჰქონდეს ადგილი. თირკმლის ქსოვილში ვითარდება ინფილტრაცია, შემდეგში ხდება ხაჭკოსებრივი გადაგვარება, თირკმლის პარენქიმის დაშლა და კავერნების გაჩენა. -

ტუბერკულოზური ჩხირები შარდით მიიტანება შარდის ბუშტში და ეს უკანასკნელი უზიანდება ტუბერკულოზით. მძიმე შემთხვევებში ტუბერკულოზი ერკეცდება წინამდებარე ჯირკვალზე, სათესლე ჯირკვლებზე და სათესლე პარკზე. ასეთ შემთხვევაში იდგილი აქვს უკვე ურო-გენიტალურ: (შარდ-სასქესო) სისტემის ტუბერკულოზს. -

ს ი მ კ ტ ო მ ა ტ. ო ლ ო გ ი ა. თირკმლის ტუბერკულოზი. ერთხანს შესაძლოა შეუმჩნეველი დარჩეს ავადმყოფისათვის. ამ დაავადებით ავადმყოფებს ხშირად კარგი შესახედლობა აქვთ. პირველ ხანებში არაფერს უჩივიან. ზოგჯერ აქვთ უმნიშვნელო ყრუ ტკივილები წელის არეში. შემდგომში, როდესაც თირკმელში უფრო ღრმად ცელილები დაიწინდება და პროტეის შარდის ბუშტზე გადავა, ავადმყოფებს ეწყებათ შარდის ბუშტის ანთებისათვის დამახასიათებელი მოვლენები—გახშირებული შარდვა (პოლაკიურია), წვა შარდზე გასვლის დროს, ტკივილები შარდის ბუშტის არეში და ჰემატურია.

სისხლი შარდში შესაძლოა იყოს მეტი ან ნაკლები. ზოგჯერ მოშარდვის ბოლოს ავადმყოფი შარდსადინარიდან გამოჰყოფს ერთ წვეთ სუფთა სისხლს.

ასეთი ჰემატურია ყოველთვის ექვს უნდა იწვევდეს თირკმლის ტუბერკულოზზე.

შარდის გამოკვლევის დროს შარდში აღმოჩნდება ცილა, ჩირქოვანი ბურთულები და ერითროციტები. დამახასიათებელია, რომ შარდს თირკმლის ტუბერკულოზის დროს მეტად რეაქცია აქვს და მასში არ მოიპოვება ჩვეული ბაქტერიული ფლორა. კოხის ჩხირის ნახვა შარდში ძნელია, მაგრამ გულმოდგინე ძებნით და შარდის კარგი დამუშავებით მაინც შესაძლებელია. თირკმლის ტუბერკულოზით ავადმყოფებს დაავადების განვითარებასთან ერთად ეწყებათ ცხელება, სისხლნაკლებობა, სიგამხდრე. პულსი აჩქარებული აქვთ, თანდათან სუსტდებათ.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი ს ა თ ვ ი ს კლინიკური სურათის და შარდის ანალიზის გარდა აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს თირკმლებისა და საშარდე გზების სპეციალური უროლოგიური გამოკვლევა. ამისათვის მიმართავენ ცისტოსკოპიას და შარდსაწვეთების კათეტერიზაციას.

შარდის ბუშტის ლორწოვანზე, განსაკუთრებით შარდსაწვეთების ირგვლივ, აღინიშნება ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი ცელილები. ხშირად მართა ამ ცელილებების მიხედვით სვამს უროლოგი თირკმლის ტუბერკულოზის დიაგნოზს. დიაგნოზს შველის თირკმლების რენტგენოსურათიც.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. თირკმლის ტუბერკულოზი მძიმე დაავადებაა. თუ პროტეისი ერთ თირკმელშია, მეორე კი სავსებით საღია, დაავადებული თირკმლის ამოკვეთით შესაძლოა ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნება. ორივე თირკმლის ტუბერკულოზის დროს პროგნოზი გაცილებით უფრო ცუდია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ორგანიზმის ზოგად-გამამარებელი მკურნალობა, გაძლიერებული კვება, სუფთა ჰაერი, დასვენება, თირკმლის ტუბერკულოზის მკურნალობაში ისევე უნდა ტარდებოდეს, როგორც სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზის დროს.

თუ მეორე თირკმელი საღია, ავადმყოფი თირკმელი უნდა ამოიკვეთოს (ნ ე ფ რ ე ქ ტ ო მ ი ა). ორივე თირკმლის დაავადების დროს ოპერაცია უკუნაჩვენებია.

სტრებტომიცინის შემოღებამ თირკმლის ტუბერკულოზთან ბრძოლა უფრო ეფექტური გახადა.

### თირკმლების სიმსივნეები

თირკმლებში ჩნდება როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი სიმსივნეები. ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან გვხვდება პ ი პ ე რ ნ ე ფ რ ო მ ა,

კიბო და სარკომა. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები უფრო ხშირად კისტოზური ხასიათისაა.

კისტოზური სიმსივნეების უფრო ხშირი ფორმა არის თირკმლის ექინოკოკა. არაინფილტოზური თირკმლების კისტოზური გადაგვარება.

კლინიკური ნიშნები: თირკმლების სიმსივნეები განვითარების პირველ ხანებში კლინიკურ ნიშნებს თითქმის არ იძლევიან. ჰიპერნეფრომა ვითარდება თირკმელზედა ჯირკვლის უჯრედებიდან და იზრდება ზეით, დიფერაგმისაკენ, ამიტომ სიმსივნის ხელით გასინჯვა დიდხანს არ ხერხდება. მხოლოდ მაშინ, როდესაც სიმსივნე დიდ ოდენობას მიაღწევს, მისი გასინჯვა მოსახერხებელი გახდება. ჰიპერნეფრომა უფრო ხშირად ნელი მიმდინარეობით ხასიათდება და მეტად დიდ სიდიდეს აღწევს. ის აწევება მეზობელ ორგანოებს (ღვიძლს ან ელენთას), იწვევს მათ ცთომას, ავადმყოფი უჩივის ყრუ ტკივილებს წელის არეში. ზოგ შემთხვევაში ტკივილები მწვავედება და თირკმლის კოლკის ხასიათს იღებს. ჰიპერნეფრომის დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს ჰემატურია, ხან მცირე, ხან კი ძლიერი. შარდში სისხლის გარდა პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება.

ობიექტური გამოკვლევით თირკმლის არეში ისინჯება დიდი, უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე მკვრივი სიმსივნე.

ჰიპერნეფრომა იძლევა მეტასტაზებს ძვლებში, ფილტვებში, ხერხემალში. მეტასტაზების განვითარებისას ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ ტკივილებს ძვლებში, ხოლო ფილტვის მეტასტაზის დროს ავადმყოფს ეწყება ხველა სისხლიანი ნახველით.

ჰიპერნეფრომა ხშირად ჩაიზრდება მეზობელ ორგანოებში. მსგავს კლინიკურ ნიშნებს იძლევა თირკმლის კიბო და სარკომა.

კისტოზური სიმსივნეები თირკმლებში გვხვდება ან თირკმლის ექინოკოკის, ან უბრალო კისტის სახით. ამის გარდა თირკმლებში ვითარდება ე. წ. მრავლობითი კისტოზური გადაგვარება.

კისტოზური სიმსივნე, როდესაც ის საკმაოდ დიდ ოდენობას მიაღწევს, გასინჯება როგორც მრგვალი, ელასტიური კონსისტენციის წარმონაქმი: ავადმყოფები ამ პერიოდში აღნიშნავენ ტკივილებს წელის არეში. კისტოზური სიმსივნე შეიძლება დაჩირქდეს; მაშინ ავადმყოფს მისცემს სიცხეს და განუვითარდება ჩირქბულის სხვა დამახასიათებელი მოვლენები. ექინოკოკის ბუშტი შეიძლება გასკდეს და საშარდე გზებით წამოვიდეს მისი შიგთავსი. ავადმყოფს განუვითარდება ე. წ. ანაფილაქსიური შოკის მოვლენები—გამონაყარი, ტემპერატურის აწევა, ძლიერი ოფლი, კოლაფსი. შარდი იქნება ბაცი, როგორც წყალი, და მასში აღმოჩნდება ექინოკოკის კავები.

კისტოზური გადაგვარება, ჩვეულებრივ, ორივე თირკმელში ვითარდება. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია ცვლილებები შარდის მხრივ; ალბუმინურია, ჰემატურია, ცილინდრები, ხვედრითი წონა დაკლებულია. სისხლის წნევა მალე იწევს და სისხლში მატულობს ნაშთი აზოტის რაოდენობა. თირკმლების კისტოზური გადაგვარება, ამრიგად, კლინიკური სურათით წააგავს ქრონიკულ ნეფრიტს; დაავადების განვითარებასთან ერთად თირკმლის პარენქიმა თანდათან ილუპება, ვითარდება თირკმლების ნაკლოვანება და ამის შედეგად ურემია.

დიაგნოზი თირკმლებს სიმსივნეებისა არ არის ადვილი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც სიმსივნე ჯერ კიდევ არ არის საკმაოდ დიდი. ჰიპერნეფრომის, კიბოს და სარკომის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰემატურ-

ბიის აღმოჩენას სიმსივნურ წარმონაქმის აღმოჩენასთან ერთად. კისტოზური სიმსივნე შესაძლებელია ამოვიცნოთ სიმსივნის დამახასიათებელი გლუვი ზედაპირის, ელასტიური კონსისტენციის წარმონაქმის ხელით გასინჯვით. ექინოკოკისათვის დამახასიათებელია ეოზინოფილია სისხლში, კასონის სინჯი. თუ ექინოკოკის ბუშტი გასკდა, დიაგნოზი შესაძლოა დავსვათ უკვე აღწერილი შოკის სურათის და შარდში ექინოკოკის კავეების მიხედვით.

თირკმლის სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში დიდ დახმარებას გვიწევს თირკმლების გადაღება რენტგენით (პიელოგრაფია) და უროლოგიური გამოკვლევა.

მ კ უ რ ა ლ ბ ა თირკმლების სიმსივნეებისა ოპერაციულია. თირკმლის ექინოკოკიც ოპერაციულ მკურნალობას მოითხოვს; კისტოზური გადაგვარება იმკურნალება როგორც ქრონიკული ნეფრიტი.

---

**სახალის მორთელობელ ორგანოთა სისტემის სნულეზანი**

**პირის ღრუს სნულეზანი**

**სტომატიტი (Stomatitis)**

სტომატიტი ეწოდება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთებას. ლორწოვანი გარსის დაზიანების ხასიათის მიხედვით არჩევენ კატარალურ სტომატიტს (stomatilis catarrhalis), წყლულოვან სტომატიტს (stomatitis ulcerosa) და აფთოზურ სტომატიტს (stomatitis aphthosa). სტომატიტი ზოგჯერ ადგილობრივ, დამოუკიდებელ დაავადებას წარმოადგენს. ზოგ შემთხვევაში სტომატიტი ვითარდება როგორც მეორადი მოვლენა სხვადასხვა დაავადებათა დროს.

სტომატიტი შესაძლოა გამოიწვიოს ლორწოვანის დაზიანებამ, მაგალითად, ჩამოტეხილი კბილის კიდებით; მეტისმეტად ცხელი სითხის ან საკმლის მოხვედრამ პირის ღრუში, მაგარი სასმელებით და თამბაქოს მოწვეით ხშირმა გლიზიანებამ, მომწველი ნივთიერებების (ტუტეები, მჟავეები) პირის ღრუში მოხვედრამ.

სხენებული მიზეზები ხშირად ადგილობრივ მანევრზეგავლენას ახდენენ პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და იწვევენ მის ანთებას, ასეთ შემთხვევებში ვითარდება სტომატიტი, როგორც ადგილობრივი პროცესი.

სხვადასხვა დაავადებათა მიმდინარეობაში, როგორც მაგალითად, სკორბუტის, სპრუს, ლეიკოზის (იხ. ქვევით) და სხვ. აგრეთვე ვითარდება სტომატიტის სხვადასხვა ფორმა, როგორც თანამოვლენა.

ორგანიზმის მოწამვლა სხვადასხვა პირობებში (მკურნალობის დროს სინდიკით მოწამვლა, პროფესიული მოწამვლა ტყვიით, შემთხვევითი ან განზრახ მოწამვლა სულემით) იწვევს სტომატიტს. ორგანიზმის აუტორიტოქსიკაცია (ურემია) აგრეთვე მიმდინარეობს სტომატიტის მოვლენებით.

ავადმყოფობის ნიშნები. ყველაზე მსუბუქი ფორმა—კატარალური სტომატიტი იწვევს წვის გრძნობას პირის ღრუში, ტკივილებს ღებვის დროს და ნერწყვის დენას (სალივაცია). პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი გაწითლებულია, გაფუებული, ალაგ-ალაგ გათეთრებული, ლორწოვან გარსზე აღინიშნება კბილების ანაბეჭდი.

ავადმყოფის სუბიექტური შეგრძნებები წყლულოვანი სტომატიტის დროს უფრო მძიმეა: ტკივილები იმდენად შემაწუხებელია, რომ ავადმყოფს სულ არ შეუძლია საკმლის დაღებვა და ამიტომ ის მაგარ საკმელს ვერ ჰკამს. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი ალაგ-ალაგ დაწყლულებულია, იგი განიცდის ნეკროზს.

დანეკროზებული ნაწილები სცილდება და იქ ვითარდება წყლული, რომელიც ამოვსებულია თხელი ჩირჩით.

პროცესი გადადის ღრძილებზე, აზიანებს კბილბუდეებს, რის შედეგად კბილები მოინძვრება და ზოგჯერ ამოვარდება კიდევ. ავადმყოფს პირიდან ამოსდის ცუდი სუნე. ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები შესივებულია. ავადმყოფს ხშირად აძლევს სიცხეს—38,0°—39,0°-მდე.

ჩვილ ბავშვებს უფრო ხშირად უვითარდებათ აფთოზური სტომატიტი. ლორწოვან გარსზე ჩნდება ლაქები მოყვითალო ნაცარა ფერისა ფეტვის მარცვლის, ან მუხუდოს ოდენა, რომლებსაც ირგვლივ წითელი რაკალი აქვს შემოარტყმული. ისინი ემჩნევა როგორც ლოყების, ისე ენისა და ტუჩების ლორწოვანზე.

ბავშვს ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები შეუსივდება, აძლევს სიცხეს, უძლიერდება ნერწყვის დენა, მოუსვენრად არის, ძუძუს ვერ სწოვს.

სტომატიტის მიმდინარეობა და ხანგრძლიობა დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმაზე. კატარალური სტომატიტი რამდენიმე დღე გრძელდება, იშვიათად თუ გასტანს 7—10 დღემდე და მისი გამომწვევი მიზეზის მოცილების შემდეგ მალე გაივლის. წყულლოვანი და აფთოზური სტომატიტები უფრო გახანგრძლივებული მიმდინარეობით ხასიათდება და ხშირად ორ კვირამდე გასტანს ხოლმე. წყულულების შეხორცება და აფთების გაწმენდა ნელნელა წარმოებს.

სულ სხვა მდგომარეობაა, როდესაც სტომატიტი შედეგია ორგანიზმის მოწამვლისა ან მისი ზოგადი დაავადების გამოვლინებას წარმოადგენს. ანეთ შემთხვევაში სტომატიტის მიმდინარეობა ძირითად დაავადებაზე არის დამყარებული.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. ავადმყოფი უნდა იღებდეს თხელ ნელაბილ საკმელს, მას უნდა აეკრძალოს ცხარე, მწარე, მკაცე საკმელი. ავადმყოფს უნდა მიეცეთ პირში გამოსავლებად ბორის მკაცის 2% ხსნარი, ბუროვის 2—3% ხსნარი, წყალბადის ზეჟანგის ხსნარი, სალაფის ხაყენი (Inf. foliae Salviae 10%), კალიუმის პერმანგანატის ხსნარი (Sol. Kalii hypermanganici 0,1%).

აფთები უნდა მოიწვას ლაპისის 1—2% ხსნარით.

თუ ავადმყოფს პირის ღრუში ძლიერი ტკივილები აქვს, კაჭგია ნოვოკაინი, ანესთეზინი, დიკაინი, კოკაინი.

პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ყველა იმ მიზეზის მოსპობა, რომელიც იწვევს სტომატიტს და პირის ღრუსა და კბილების სუფთად შენახვა.

Rp. T-rae Myrrhae

—Ratanhia

—Gallarum

ᄡá 10,0

M. D. S. პირის ღრუს და ღრძილების  
ლორწოვანზე წასასმელად

Rp. Anaesthesini 0,3

D. t. d. N 12

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

Rp. Sol. Kalii chlorici

3%—200,0

D. S. პირში გამოსავლემად (სინდიყით  
მოწამელით გამოწვეული სტომატიტის დროს)

Rp. Sol. Argenti nitr. 2%—10,0

D. S. აფთების მოსაწვავად

Rp. Hydrogenii hyperox. 3%—100,0

D. S. ერთი სუფრის კოვზი ერთ ჭიქა წყალზე  
პირში გამოსავლებად

Rp. Acidi tannici 1,0

Glycerini 10,0

D. S. ღრძილებზე წასასმელად

Rp. Sol. Novocaini 2%—10,0

D. S. პირის ღრუს ლორწოვანზე წასასმელად

### გლოსიტი (Glossitis)

გლოსიტი ენის ანთებას ეწოდება. არსებითად ეს დაავადება უფრო ქირურგიულ სპეციალობას ეკუთვნის, რადგან იგი უფრო ხშირად ენის დაზიანებით მიმდინარეობს. გლოსიტის მიზეზია ენის ტრავმული დაზიანება—ჩხვლეტა, გაჭრა, მოძეწევა, დამწვრობა, რასაც მოსდევს ინფექციის შეჭრა და ენის ანთებითი ინფილტრაცია.

უკანასკნელი ან დიფუზურია ან შემოფარგლული.

გლოსიტის დროს ენა შესივებულია, მტკივნეული და ძლიერი შესაყების დროს ის იმდენად გადიდებულია, რომ ავსებს პირის ღრუს. ამნელებს და ზოგჯერ შეუძლებელსა ხდის ლაპარაკს, საჭმლის მიღებას და აფერხებს სუნთქვას.

ავადმყოფს უსივდება ყბისქვეშა ლიმფური ჭირკვლები, აძლევს სიცხეს, ხშირად საკმაოდ მაღალს.

მკურნალობა. ავადმყოფი უნდა იწვეს, საჭმელი უნდა იყოს თხელი, ნელთბილი. პირში გამოსავლებად იხმარება იგივე ხსნარები, რაც სტომატიტის დროს. თუ დაზიანების ნიშნები გამოჩნდა, საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა.

### ანგინა (Angina)

ანგინა ეწოდება ყელის ანთებას. ანთებითი პროცესი ლოკალიზდება უფრო ხშირად ნუშისებრივ ჭირკვლებზე, ნაქზე, რბილ სასაზე და რბილი სასის რკალებზე.

ანგინა შედარებით ხშირი დაავადებაა და გვხვდება როგორც დამოუკიდებელი პროცესის სახით, ისე სხვადასხვა, მეტწილად ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში (ქუნთარუშა, დიფთერია და სხვ.).

ანგინის გამოწვევია სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, დიფთერიის ჩხირი, ეინცენტის ჩხირი და სხვ.



ამრიგად, ანგინა ინფექციური ბუნების ავადმყოფობაა.

დაავადების წარმოშობას ნიადაგს უმზადებს გაცივება და სხვადასხვა მექანიკური, თერმული, ქიმიური გაღიზიანებანი. ანგინა გადამდები ავადმყოფობაა. იგი შესაძლოა გადაედოს ოჯახის ერთი წევრიდან მეორეს წვეთობრივი ინფექციით. ანგინის შემთხვევები მატულობს, ჩვეულებრივ, შემოდგომით და გაზაფხულზე, რაც დაკავშირებული უნდა იყოს გარემოს ტემპერატურის რხევასთან. ყელის რკალის ადენოიდურ ქსოვილში ხდება ინფექციის დამკვიდრება, რის საპასუხოდ ვითარდება სხვადასხვა ტიპის ანთებითი რეაქცია. უკანააქუნლის ხასიათის მიხედვით არჩევენ კატარალურ, ფიბრიანულ, ნეკროზულ, ფლეგმონოზურ და წყლულოვან ანგინას. დაავადებითი პროცესი სხვადასხვანაირად არის ლოკალიზებული, რის მიხედვითაც შესაძლოა განვასხვავოთ ფოლიკულური, ლაკუნარული, ფიფქოვანი ანგინა და პერიტონზილიტი.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე ანგინების უმრავლესობა ერთბაშად იწყება. ავადმყოფს შეამცივნებს და მისცემს დიდ სიცხეს 39,0°—40,0°-მდე. მას აქვს ძლიერი დამტკრეულობა, სისუსტე და ხშირად თავის ტკივილი. ყლაპვა გაძნელებული და მტკივნეულია.

დიფთერიის დროს, ჩვეულებრივ, ანგინას დასაწყისში არა აქვს ასეთი მწვავე ხასიათი და ტემპერატურაც შეიძლება ოდნავ იყოს აწეული.

ანგინის ფორმის მიხედვით ადგილობრივი ცვლილებები ყელში თავისებურია. კატარალური ანგინის დროს (angina catarrhalis) ყელის ლორწოვანი თანაბრად არის გაწითლებული, რბილი სასის რკალები და ნაჭი გაწითლებულია და შესივებული. ნუშისებრი ჭირკვლები გადიდებულია. კატარალური ანგინა შედარებით იოლი მიმდინარეობით ხასიათდება და 3—8 დღის განმავლობაში გაივლის ხლმე.

უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს ფოლიკულარულ ანგინას (angina follicularis). ნუშისებრი ჭირკვლები ფოლიკულარული ანგინის დროს შესივებულია, ჭირკვლების ნაპრალებში ჩნდება თეთრი ფერის ჩირქოვანი საცობები, რეგიონალური ლიმფური ჭირკვლები განსაკუთრებით ყბისქვეშ შესივებულია და მტკივნეულია. ორგანიზმის მოწამვლის მოვლენები: სისუსტე, დამტკრეულობა, თავის ტკივილი, ტემპერატურის აწევა ამ ფორმის ანგინის დროს უფრო ძლიერ არის გამოხატული. დაავადება გრძელდება ერთ კვირამდე.

ფლეგმონოზური ანგინის დროს (angina phlegmonosa) ვითარდება ნუშისებრი ჭირკვლების ჩირქოვანი ანთება, რომელიც გადადის ჭირკვლების ირგვლივ ქსოვილზე.

ორივე ნუშისებრი ჭირკვალი ძალზე შესივებულია, სიმსივნე ვრცელდება ნაჭზე, რბილი სასას რკალებზე და იწვევს ყელში შესავლის შევიწროებას. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა—მას აქვს ძლიერი ტკივილები ყელში, მალალი სიცხე, უძიარს ლაპარაკი, ხმა წასული აქვს, ყლაპვა ძალიან უძნელებდა, სტივია ყურით. რამდენიმე დღის განმავლობაში ხდება ნუშისებრი ჭირკვალში ჩირქგროვის წარმოშობა და მისი გახსნა. როდესაც ჩირქგროვა გამოირწყვება, ყველა მოვლენა სწრაფად იკლებს და ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას.

ანგინის თავისებურ ფორმას წარმოადგენს ე. წ. პლაულტ-ენსანის ანგინა, რომელსაც იწვევს თითისტარისმგვარი ჩხირისა და სპიროქეტის სიმბიოზი. დაავადება უფრო ხშირად ნუშისებრი ჭირკვლის ერთ მხარეზეა. ნაფიფქი ფხვიერია, მომწვანო ფერისა. ნაფიფქის ქვეშ ლორწოვანი გარსი დაწყლურებულია. ავადმყოფს პირიდან ამოსდის მყარალი სუნი. ზოგადი კლინიკური

მოვლენები მაინც და მაინც მძაფრად არ აჩის გამოხატულო. თუ დაავადება არ გავრცელდა ღრძილებზე და დაწყულებება ღრმა არ არის, დაავადება გრძელდება 10 დღემდე.

ანგინა, რომელიც გამოწვეულია ინფექციური აგენტით, არ არის მსუბუქი დაავადება. მართალია, აღწერილი ანგინების უმრავლესობა კარგად თავდება შედარებით მოკლე ხნის განმავლობაში, მაგრამ ზოგჯერ ანგინის ამა თუ იმ ფორმის გადატანის 2—3 კვირის შემდეგ თავს იჩენს ისეთი დაავადება, როგორც არის რევმატიზმი ან მწვევე ნეფრიტი.

ანგინის აღწერილი ფორმების გარდა, გვხვდება ანგინა, როგორც ორგანიზმის ზოგადი დაავადების სიმპტომი. ასეთია ანგინა დიფთერიის, ქუნთარუშის, გრიპის, ტულარემიის, ათაშანგის და სისხლის დაავადებების დროს (მონოციტური, აგრანულოციტური ანგინა). ამ ფორმის ანგინებს დამახასიათებელი თვისებები აქვს და განიხილება სათანადო დაავადებათა კლინიკურ სურათში.

ანგინის ამოცნობა არ არის ძნელი ყელის ცვლილებების მიხედვით; მაგრამ, ვინაიდან ნაფიფქის ხასიათის მიხედვით ძნელია და ზოგჯერ შეუძლებელიც ზუსტად გადაწყვეტა იმისა, თუ რა ხასიათის ანგინასთან გვაქვს საქმე, ან გ. ი. ნ. ს. შ. ე. მ. თ. ხ. ვ. ე. ა. შ. ი. გ. ა. ნ. ს. ა. კ. უ. ბ. ი. თ. უ. ა. ნ. გ. ი. ნ. ა. მ. ო. ზ. ა. რ. დ. ს. გ. ა. მ. ო. ა. ჩ. ნ. დ. ა. ნ. ო. ჯ. ა. ხ. შ. ი. ბ. ა. ე. შ. ე. ბ. ი. ა, საკიროა ნაფიფქის აღება და მისი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, რომ დიფთერია არ გამოგვეპაროს.

მკურნალობა. ანგინით ავადმყოფი სეროზულ ყურადღებას მოითხოვს. ანგინით, თუნდაც მსუბუქი ფორმით, დაავადებული უნდა იწვეს ლოგინში.

სახიფათოა ანგინით ავადმყოფის გარეთ გასვლა განსაკუთრებით ცივ ამინდში და ცივი სასმელის მიღება. კისერი შეხვეული უნდა იქნეს თბილად ან ს. თბური კომპრესი დაედოს. საკიროა ყელში ნელთბილი გამოსაყვების ხშირი გამოვლება. ამ მიზნით ავადმყოფს ენიშნება სოდის ხსნარი (ერთი ჩაის კოვზი ერთ კიჭა წყალზე), ბორის ხსნარი, სალაფის ნაყენი, კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარი და სხვ.

საკეები უნდა იყოს თხელი, ნოყიერი, ნელთბილი და ვერტამინებით მდიდარი. ფლეგმონოზური ანგინის დროს, თუ ჩირქგროვა არ გაიხსნა, საკიროა ხდება ქირურგიული ჩარევა და ჩირქგროვის გაკვეთა.

ვინაიდან ანგინის გამომწვევე ინფექციათა შორის ხშირია სტრეპტოკოკული, საკიროა სტრეპტოკოკიდის მიცემა 0,5 დღე-ღამეში 6-ჯერ, თანაბარი ინტერვალთ. მძიმე შემთხვევებში პენიცილინის გაცემა 100,000 ერთეული ყოველ 4 საათში. ვენსანის ანგინის დროს ნოვარსენოლი 0,3 ერთხელ ინტრავენურად.

ზოგადი მოვლენების საწინააღმდეგოდ (მაღალი ტემპერატურა, თავის ტკივილი და სხვ.) საკიროა სიმპტომატური საშუალებების მიცემა (პირამიდონი, ასპირინი, სალიცილის ნატრიუმი).

Rp. Natrii chlorati

Natrii bicarbonici

Natrii biborici  $\overline{\text{წა}}$  10,0

Ol. Menthae gtt II

M. D. S.  $\frac{1}{2}$  ჩაის კოვზი ერთ კიჭა წყალზე

ყელში გამოსავლებად

Rp. Streptocidi albī 0,5

E.t.d. N 20

S. თითო ფხენილი ყოველ 4—6 საათში

Rp. Novarsenoli 0,3

E.t.d. in ampul. N 3

S. თითო ამპულა ვენაში გასაყებლად  
(ფიზიოლოგიურ ხსნარში)

-1

### ძრონიკული ტონზილიტი (Tonsillitis chronica)

ნუშისებრი ჭირკვლების ქრონიკულ ანთებას ეწოდება ქრონიკული ტონზილიტი ანუ ქრონიკული ამიგდალიტი. ქრონიკულ ტონზილიტი ხშირი მოვლენაა, ხშირად ავადმყოფისათვის ის შეიძლება სრულიად შეუმჩნეველი დარჩეს და დიდი ხნის განმავლობაში არავითარ მოვლენებ არ იძლეოდეს. ქრონიკული ტონზილიტის დროს ჭირკვლის ფოსოებში და ნაპრალებში გროვდება ჩირქოვანი საცობები ლეიკოციტების, დეტრიტის, ბქტერიების და ჩამოფეჭენილი ეპითელიუმისაგან ან საცობების ნაცვლად იქ თავს იყრის თხელი ჩირქი.

ქრონიკული ტონზილიტის დროს ნუშისებრი ჭირკვლები უწითლებულია, გადიდებული, ზოგჯერ ყბისქვეშა ლიმფური ჭირკვლებიც განიცდის გადიდებას. ქრონიკული ტონზილიტის დროს ავადმყოფს ყელის მხრივ ხშირად არავითარი შეგრძნებები არა აქვს, მაგრამ მას აქვს მიდრეკილება ანგინით ხშირი დაავადებისადმი. არაიშვიათად ქრონიკული ტონზილიტი არის მიზეზი ხანგრძლივი სუბფებრილური ტემპერატურისა და ყრუ ტკივილებისა სახსრებში. ქრონიკული ტონზილიტის დროს ნუშისებრი ჭირკვლებში დაბუდებული ინფექცია, უფრო ხშირად სტრეპტოკოკული, ხდება სისხლში და არაიშვიათად იწვევს ისეთი მანძი დაავადებების განვითარებას, როგორცაა ენდოკარდიტი, რევმატიზმი, ნეფრიტი და სხვ.

ნუშისებრი ჭირკვლების ქრონიკული ანთების დროს საჭიროა გულმოდგინე მკურნალობა, რომ ავადმყოფს თავიდან ავაცილოთ საფრთხე ტონზილოგენური (ტონზილიტიდან განვითარებული) სეფსისისა და ხსენებულ მძიმე დაავადებათა განვითარებისა.

დაჩირქებული ნუშისებრი ჭირკვლების დროს, თუ ადგილი აქვს ანგინების ხშირ რეციდივებს, ტკივილებს სახსრებში, სუბფებრილიტეტს, ცვლილებებს ვულისა და თირკმლების მხრივ, საჭიროა ქრონიკული ტონზილიტის ქირურგიულ მკურნალობას—ნუშისებრი ჭირკვლების გაკვეთას ან სრულ ამოკვეთას (ტონზილექტომია) მიემართოს.

### საყლაპავი მილის სწელუპანი

#### საყლაპავი მილის მწვაამ ანთიბა (Oesophagitis acuta)

საყლაპავი მილის მწვავე ანთება შეიძლება გამოიწვიოს როგორც სხვადასხვა ინფექციამ, ისე ცხელი საკმლით ან სასმელით და მწვავე ტუტეებითა და მკავეებით საყლაპავის ლორწოვანის მოწყვამ. ტრავმა ზოგჯერ ამ დაავადების მიზეზია (ძვლის ნატეხის გადაყლაპვით საყლაპავის გაკაწერა).

მწვავე ეზოფაგეტი არ არის ხშირი დაავადება იმდენად, რამდენადაც ისეთ ინფექციურ დაავადებათა მიმდინარეობაში, როგორცაა, წითელა, ქუნთრუშა, რომლებიც ზოგჯერ რთულდება ეზოფაგეტით, უკანასკნელი იშვიათად ვითარდება. შემთხვევით ან განზრახ მწვავე მყავებისა და ტუტეების დაღვების დროს ეზოფაგეტი უფრო ხშირია.

საყლაპავის მწვავე ანთება შესაძლოა მსუბუქ და მძიმე ფორმებში შეგვხვდეს. მსუბუქი დაზიანებისას საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია და შეშუპებული, უფრო მძიმე შემთხვევებში ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის დაღვების შედეგად ხდება მისი ჩამოფცქვენა, ლორწოვანი განიციდის ნეკროზს, ვითარდება წყლული, რასაც შემდეგში შემაერთებელი ქსოვილის განვითარების შედეგად მოჰყვება საყლაპავი მილის სანათურის შევიწროება.

კლინიკური ნიშნები გამოიხატება ტკივილებში საყლაპავი მილის არეში და წვის შეგრძნებაში, განსაკუთრებით საკვების მიღების დროს. ანთების მძიმე შემთხვევაში, ყლაპვა შეუძლებელი ხდება და ავადმყოფს ნერწყვის გადაყლაპვაც კი მძიმე ტკივილებს გვრის. ავადმყოფს აქვს გულისრევა და ნერწყვის დენა. თუ საყლაპავი მილის ანთებამ ჩირქოვანი ხასიათი მიიღო (ფლეგმონოზური ეზოფაგეტი), შესაძლოა პროცესი შუასაყარზე გადავიდეს და სასიკვდილო დაავადება—ჩირქოვანი მედიასტინიტი გამოიწვიოს (იხ. მედიასტინიტი).

ეზოფაგეტის მსუბუქი ფორმები ერთი ან ორი კვირის განმავლობაში განკურნებით მთავრდება. ფლეგმონოზური და ნეკროზული ეზოფაგეტი უფრო დიდხანს გასტანს და, ჩვეულებრივ, გართულებას იძლევა ან მედიასტინიტის, ან საყლაპავის შევიწროების სახით.

მწვავე ეზოფაგეტის მკურნალობის დროს ავადმყოფს რამდენიმე დღის განმავლობაში უნდა აეკრძალოს საკვების მიღება; შემდეგ დაენიშნოს მას თხელი, ნელთბილი საკმელი. თუ ავადმყოფს ყლაპვა არ შეუძლია, საჭირო ხდება საკვები ოყნის გაკეთება. ტკივილების დასაყუჩებლად უნიშნავენ შემდეგ წამლებს:

Rp. Anaesthesini 0,3

D.t.d. N 6

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ ჭამის წინ

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,1

Ap. Menthae 150,0

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი დღეში

სამჯერ ჭამის წინ

Rp. Cocaini muriatici 0,12

Extr. Belladonnae 0,15

Aq. Laurocerasi 15,0

M.D.S. 15 წვეთი დღეში სამჯერ ჭამის წინ

Rp. Antipyriini 0,3

Cocaini muriatici 0,01

Extr. Belladonnae 0,015

D.t.d. N 10

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

## საყლაპავი მილის შევიწროება (Stenosis oesophagi)

საყლაპავი მილის შევიწროების გამომწვევი მიზეზი მრავალგვარია. იმის მიხედვით თუ რა მიზეზი იწვევს საყლაპავი მილის შევიწროებას, უკანასკნელი შეიძლება განვითარდეს საყლაპავზე გარედან ზეწოლის ან თვით საყლაპავის კედელში მომხდარი ცვლილებების შედეგად.

აორტის ანევრიზმული გაგანიერება, ბრონქოპულმონალური ჭიკვლეების გადიდება, მათი ანთების ან რაიმე სიმსივნის განვითარების შედეგად, ფარისებრივი ჭიკვლის ძლიერი გადიდება, ექსუდაციური პერიკარდიტი და სხვ. იწვევენ საყლაპავ მილზე ზეწოლას და მისი სანათურის შევიწროებას. ასეთი შევიწროება, მეზობელი ორგანოს დაავადების ხასიათის მიხედვით, შესაძლოა დროებითი ხასიათის იყოს და თუ ძირითადად დაავადებამ გაიარა, საყლაპავის შევიწროებაც მოსპობა.

მაგრამ საყლაპავის ნამდვილი შევიწროება ანუ სტრიქტურა გულის-ხმობს უფრო საყლაპავის კედლის დაზიანების შედეგად განვითარებულ მდგრად შევიწროებას. უკანასკნელის მიზეზი ყველაზე უფრო ხშირად არის საყლაპავის კიბო (იხ. ქვევით). არაიშვიათია საყლაპავის შევიწროება მწვავე ტუტეებით და მკვებებით საყლაპავის დაშვრობის შედეგად განვითარებული ნაწიბურის გამო. ბოლოს, საყლაპავის შევიწროება ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს მასში მოხვედრილმა უცხო სხეულმა.

დაავადების უმთავრეს კლინიკურ ნიშანს წარმოადგენს ყლაპვის გაძნელება. ავადმყოფი შენიშნავს, რომ მას ყლაპვა უჭირს. გადაყლაპული ლუკმა „დაადგება გულზე“ და, თუ წყალი არ დააყოლა მიღებულ მშრალ საკმელს, მას ვერ ჩაიტანს. შემდეგში ყლაპვის გაძნელება უფრო და უფრო ძლიერდება და ავადმყოფს უკვე სითხის გადაყლაპვაც უჭირს. შევიწროებული ადგილის ზევით გროვდება მიღებული საკმელი და რამდენიმე ხნის შემდეგ ავადმყოფი უკანვე ამოიღებს მას პირღებინებით. ამის გამო ავადმყოფები უარს ამბობენ საკმელის მიღებაზე, ისინი ხდებიან და სუსტებიან. თუ ავადმყოფობის მიზეზის მოცილება წაშლილით არ შეიძლება, ავადმყოფი შიმშილით დაიღუპება.

დაავადების ამოცნობაში დახმარებას გვიწევს ანამნეზი. საუკეთესო საშუალებას დაავადების ამოცნობისათვის წარმოადგენს საყლაპავი მილის გაშუქება (რენტგენოსკოპია) კონტრასტული ნივთიერების მიცემით. ამ გამოკვლევით უმრავლეს შემთხვევაში ხერხდება არა მარტო დაავადების ამოცნობა, არამედ მისი გამომწვევი მიზეზის დადგენაც (კიბო, გარედან ზეწოლა და სხვ.).

მკურნალობა და მისი შედეგები დამოკიდებულია დაავადების ხასიათზე. საყლაპავი მილის მდგრადი შევიწროება, რომელიც გამოწვეულია ნაწიბურის ან სიმსივნის განვითარებით, მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას.

მიმართავენ საყლაპავი მილის გაფართოებას ბუყებით. ჭერ წვრილი ბუყი შეჰყავთ საყლაპავ მილში, შემდეგ ბუყის ყალიბს თანდათანობით უმატებენ. ბუყირება ძნელა პროცედურაა, სახიფათოც არის ავადმყოფისათვის იმდენად, რამდენადაც არ არის გამოირიცხული საფრთხე საყლაპავი მილის გაგლეჯისა.

უკანასკნელ ხანებში (სსრ კავშირში პროფ. სავინის და სხვ.) წარმატებით აკეთებენ ხელოვნური საყლაპავი მილის ოპერაციას; რაც ბევრ შემთხვევაში გაძამხნეებელ შედეგებს გვაძლევს.

საყლაპავი მილის შევიწროების დროს, ავადმყოფს უნდა მიეცეთ თხიერი ან ნახევრად თხიერი საკმელი. საკვები უნდა შეუთრჩიოთ რაც შეიძლება უფრო ნოყიერად. მაშინ, როდესაც ავადმყოფი საკვებს ვეღარ ყლაპავს, იძულებული ვხდებით ხელოვნურ კვებას მივმართოთ საკვები ოყნით (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

ვინაიდან დიდი ხნის განმავლობაში საკვები ოყნით ავადმყოფის შენახვა არ შეიძლება, ავადმყოფს უკეთებენ ოპერაციას ქუჭზე (გასტროსტომა), ადებენ ფისტულას, საიდანაც ზონდის საშუალებით შეჰყავთ საკვები ქუჭში.

ფისტულაში შეჰყავთ გასტერილებული რეზინის ზონდი, რომელსაც მუცლის კედელზე ამაგრებენ მწებავი ემპლასტროს საშუალებით, ზონდის მეორე ბოლოზე წამოაცმევენ შუშის ძაბრს და ასხამენ შიგ საკვებს. საკვები შემზადებული უნდა იქნეს თხელი ნარევის სახით, რომელშიც შეიძლება შევავსოთ რძე, კარაქი, თოხლო კვერცხი, შაქარი, ბულიონი და სხვ.

ცხადია, ფისტულის კიდებებს ჭირურგიული მოვლა უნდა, სუფთად შენახვა და კვების შემდეგ ასეპტიკური ნახვევის დაღება.

### 3 ხახლაპავი მილის კიბო (Cancer oesophagi)

საყლაპავ მილში შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა სიმსივნე—კიბო, სარკომა, ფიბრომა, პაპილომა. მნიშვნელოვანია პრაქტიკულად მხოლოდ საყლაპავი მილის კიბო, ვინაიდან სხვა სიმსივნეები მეტად იშვიათია. კიბო წარმოადგენს საყლაპავი მილის ერთ-ერთ ხშირ დაავადებას, ამ ორგანოს სხვა დაავადებათა შორის საყლაპავი მილის კიბო უფრო ხშირად მამაკაცებს უჩნდება—40—60 წლის ასაკში.

საყლაპავი მილის კიბოს ეტიოლოგია, ისე როგორც კიბოს ეტიოლოგია საერთოდ, უცნობია. არის მოსაზრება, რომ მის განვითარებას ხელს უნდა უწყობდეს ხანგრძლივი ანთებითი მდგომარეობა, ტრავმა, დაწყულულებანი და სხვ.

პათოლოგანატომიურად საყლაპავი მილის კიბო წარმოადგენს ბრტყელუჯრედოვან ეპითელალურ კიბოს. უფრო იშვიათად ის ჭირკვლოვანი, კოლოიდური ან ბაზალურუჯრედოვანი კიბოა ან სკირი.

უფრო ხშირად საყლაპავი მილის კიბო ვითარდება საყლაპავის ფიზიოლოგიური შევიწროების ალგილებში—საიულები ბიფურკაციის ადგილზე, საყლაპავი მილის ქუქთან შერთვის ადგილას და ხორხის ფარისებრივი ხრტილის დონეზე. საყლაპავი მილის დაწყულულების შედეგად შესაძლოა განვითარდეს საყლაპავის გახევა ჩირქოვანი მედიასტინიტის განვითარებით. შესაძლოა საყლაპავის კიბო გართულდეს ასპირაციული პნევმონიით, სისხლდენით, ფილტვის დაჩირქებით.

არაიშვიათია კიბოს მეტასტაზები შუასაყარის ჭირკვლებში ან სხვადასხვა ორგანოებში.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფობა შეუმჩნეველად იწყება. პირველი სიმპტომი არის ყლაპვის გაძნელება. პირველ ხანებში ავადმყოფს უჭირს მაგარი საკმელის გადაყლაპვა, შემდეგში რბილი საკმელიც ძნელად გადადის საყლაპავ მილში, ბოლოს სითხის გადაყლაპვაც უძნელდება. თუ ასეთი დისფაგია გამოაჩნდა განსაკუთრებით

მამაკაცს 40 წლის ზევით, ის ყოველთვის საეჭვოა საყლაპავი მილის კიბოს მხრივ.

ყლაპვის გაძნელებასთან ერთად ავადმყოფებს ეწყებათ ნერწყვის დენა, პირსაქმება, აქვთ ზოგჯერ ზომიერი ყრუ ტკივილები მკერდის უკან ყლაპვის დროს.

კვების მოშლის გამო ავადმყოფები ჩქარა ხდებიან, სუსტდებიან, მათ უვი თარღებთ სისხლნაკულობა, აქვთ მკრთალი ფერი.

თუ კიბო დაწყულულდა, შეიძლება საყლაპავი მილას გამტარებლობა დროებით გაუმჯობესდეს. თუ საყლაპავი მილის კიბოს დაწყულულებას ზემოაღნიშნული გართულება (მედიასტინიტი, პნემონია, ფილტვის დაჩირქება) დაერთო, ამ დაავადებისათვის ჩვეული კლინიკური სურათი განვითარდება.

მეტასტაზების გაჩენისას ავადმყოფს განუვითარდება მეტასტაზის განვითარების ადგილას მიხედვით ესა თუ ის კლინიკური მოვლენები.

დაავადება გრძელდება ერთი წელი, იშვიათად უფრო მეტი და ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, იღუპება, თუ რადიკალური ქირურგიული ოპერაციით არ მოხერხდა მისი განკურნება.

ლი ა გ ნ ო ზ ი. დაავადების ამოცნობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს. ობიექტური გამოკვლევის მეთოდებიდან ყველაზე უფრო საიზდოა საყლაპავი მილის რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია. სხვადასხვა სისქის ბარიუმის ფაფის მიცემით გაშუქებისას აღინიშნება შევიწროების ადგილას ფაფის შეჩერება და შემდეგ ვიწრო დაკბილული ზონარის სახით მისი გავლა საყლაპავ მილში. რენტგენოგრაფიაზე კარგად ჩანს „აუსების დეფექტი“.

დაავადების ადრეულ პერიოდში დახმარებას გვიწევს საყლაპავის კიბოს ამოცნობაში ე ზ ო ფ ა გ ო ს კ ო პ ი ა (საყლაპავი მილის გაშუქება, მასში შეყვანილი სპეციალური ხელსაწყოთი ეზოფაგოსკოპით).

დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარება საჭიროა საყლაპავის შევიწროებასთან, რომელიც გამოწვეულია სხვა რაიმე მიზეზით (იხ. ზევით), საყლაპავი მილის სპაზმთან, საყლაპავის დივერტიკულთან, საყლაპავის იდიოპათიკურ გაგანეირებასთან.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი ყოველთვის სერიოზულია; იქ, სადაც ოპერაცია არ ხერხდება, პროგნოზი უიმედოა.

მ კ უ ჩ ნ ა ლ ო ბ ა. თუ საყლაპავის კიბოს უტყუარი დიაგნოზი დასმულია, საჭიროა გაკეთდეს ოპერაცია. თუ ოპერაცია დაგვიანებულია, ან სხვა მიზეზით შეუძლებელია, უნდა ვცადოთ რენტგენო-რადიოთერაპია.

საბჭოთა ქირურგებს (პროფ. სავინის და სხვ) დიდი მიღწევები აქვთ საყლაპავი მილის კიბოს ოპერაციულ მკურნალობაში. კარგი შედეგები მიიღო საბჭოთა მეცნიერმა დ ი ლ ო ნ შ ა საყლაპავი მილის კიბოს რენტგენის სხივების დიდი დოზებით დასხივებით.

ამიტომაც მიზანშეწონილია ან ქირურგიული, ან რენტგენოლოგიური მეთოდით ავადმყოფის მკურნალობის ცდა.

სიმპტომატური საშუალებებიდან საჭიროა ტკივილების დამაყუჩებელი და სპაზმის შემამცირებელი საშუალებების ხმარება.

Rp. Morphini muriatci  
Cocaini murialici ʒმ 0,003  
Sacchari albi 0,15  
M.f.p. E.t.d. N 10  
S. თითო ფხვნილი 2—3-ჯერ დღეში

Rp. Anaesthesini 0,3—0,5

D.t.d. N 6

S. თითო ფხვნილი 2—3-ჯერ დღეში

Rp. Sol. Atropini sulfur. 0,1%

In ampul. steril. N 3

S. თითო ამპულა კანქვეშ 1-ჯერ დღეში

Rp. Platyphyllini bitartar. 0,003

Sacchari albi 0,2

M.f.p. D.t.d. N 20

S. თითო ფხვნილი 2—3-ჯერ დღეში

ავადმყოფს უნდა მიეცეს თხელი საჭმელი, ნოყიერი, ვიტამინებით მდიდარი. თუ ავადმყოფი საჭმელს საემარისი რაოდენობით ვერ იღებს, მას უნდა გაუკეთდეს საკვები ოყნა. პირსაქმების შემთხვევაში ფიზიოლოგიური ხსნარი, ქლორინანი ნატრიუმის ან გლუკოზის 4,5% ხსნარი.

მძიმე შემთხვევებში, სადაც ოპერაცია უკუნაჩვენებია, საჭიროა კუჭის ფისტულის დაღება და ავადმყოფის კვება ზონდით.

### საყლაპავი მილის გაგანიერება. საყლაპავი მილის სპაზმი (Dilatatio oesophagi, Oesophagospasmus)

საყლაპავი მილი მისი შევიწროების ადგილის ზევით შეიძლება გაგანიერდეს. საჭმელი, რომელიც ჩერდება შევიწროების გამო და იქ გროვდება, იწვევს საყლაპავის თანდათანობით გაგანიერებას.

საყლაპავი მილი განიერდება ზოგჯერ მის მეზობელ ორგანოსთან (მაგ., ლიმფური ჩირკელის) ანთების შედეგად შეხორცების გამო. ზოგ შემთხვევაში საყლაპავი მილის გაგანიერების მიზეზი გამოუჩვენებელი რჩება (ი დ ი ო პ ა თ ი უ რ ი გ ა ე ა ნ ი ე რ ე ბ ა).

ავადმყოფობა თანდათანობით ვითარდება. ავადმყოფები გრძნობენ ყლაპვის გაძნელებას, ყრუ ტკივილებს მკერდის ძვლის უკან. გადაყლაპული საჭმელი ავადმყოფებს „ადგება გულზე“ და ძნელად ჩადის კუჭში; ავადმყოფს ზოგჯერ უკან ამოაქვს იგი პირსაქმებით. ამრიგად, ისე, როგორც საყლაპავი მილის შევიწროების დროს, საყლაპავი მილის გაგანიერების შემთხვევებშიც აღინიშნება ლისფაგის მოვლენები.

დაავადების ამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწვეს რენტგენი. საყლაპავი მილის გაშუქებისას კონტრასტული ნივთიერება გროვდება საყლაპავი მილის გაფართოებულ ნაწილში, საიდანაც ის წვრილი ზონრის სახით ჩადის კუჭში.

ავადმყოფობას ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვს და სათანადო კვების რეჟიმის და მკურნალობის პირობებში, ავადმყოფმა შესაძლოა იარსებოს და შრომის უნარი შეინარჩუნოს მრავალი ათეული წლის განმავლობაში.

საყლაპავი მილის ასეთი ლიმფური გაგანიერების გარდა, შესაძლოა მასში განვითარდეს კედლის ადგილობრივი გამოზნექა და საყლაპავი მილის კედელში წარმოიშვას ჩიბისმაგვარი გაფართოება, რასაც საყლაპავი მილის დივერტიკული (diverticulum oesophagi) ეწოდება. პატარა ზომის დივერტიკული შეგროვნი-



ბებს არ იძლევა. უფრო მოზრდილი დივერტიკული გვაძლევს საყლაპავი მილის ზემოაღნიშნული გაგანიერებისათვის დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნებს.

საყლაპავი მილის დივერტიკულის გამოსაცნობად საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს რენტგენოსკოპია.

იშვიათ შემთხვევაში, თუ დივერტიკული ძალიან დიდია, მისი კედელი შესაძლოა გათხელდეს და გასკდეს, რაც ავადმყოფის დღუპვით მთავრდება.

საყლაპავი მილის ზემოაღნიშნულ დაავადებებს—შევიწროებას, კიბოს და გაგანიერებას, შესაძლოა თან ახლდეს როგორც დაავადების სიმპტომი—საყლაპავი მილის სპაზმური შეკუმშვა.

ასეთი სიმპტომატური სპაზმის გარდა, შესაძლოა განვითარდეს როგორც დამოუკიდებელი დაავადება, — სპაზმიკი საყლაპავი მილისა (oesophagospasmus): საყლაპავი მილის სპაზმი წარმოადგენს მამოძრავებელ ნევროზს და შედგება საერთო ფსიქონევროზისა. საყლაპავი მილის სპაზმის წარმოშობა-განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა ძლიერ ემოციურ გაღიზიანებებს ნევროპათიულ პირებში, არაიშვიათად რეფლექსური გაღიზიანება სხვადასხვა შინაგანი, უმთავრესად მუცლის ღრუს ორგანოებიდან (სპლანქნოპტოზი, სასქესო ორგანოების დაავადებანი, განსაკუთრებით ქალებში, კუჭის სნეულებანი და სხვ.) იწვევს საყლაპავი მილის კრუნჩხვით შეკუმშვას, სპაზმს, რომელიც უმთავრესად ჭამის დროს იჩენს თავს.

ზოგჯერ, რაიმე გარეშე მიზეზთან\* (უფრო ხშირად ემოცია) დაკავშირებით წარმოშობილი საყლაპავი მილის სპაზმი პირობითი რეფლექსის ხასიათს იღებს და მეორდება ამავე ხასიათის მიზეზის წარმოშობისას.

საყლაპავი მილის სპაზმი მამაკაცებზე გაცილებით უფრო მეტად ემართებათ ქალებს, ხშირად ახალგაზრდა ასაკში.

ავადმყოფი მოულოდნელად იგრძნობს გადაყლაპული საჭმლის ერთბაშად შეჩერებას საყლაპავში; შეჩერება ერთხანს გასტანს და შემდეგ ლუკმა ან ძალით გაიღწევა კუჭში ან პირსაქმებში უკან იქნება ამოღებული. ავადმყოფს ხშირად არ შეუძლია იმის თქმა, თუ როგორი საჭმლის გადაყლაპვა უფრო უჭირს მას—მშრალის თუ თხელის; ზოგ შემთხვევაში მას თხელი საჭმლის გადაყლაპვა უფრო უჭირს, ვიდრე მშრალის.

აღსანიშნავია რომ საყლაპავი მილის სპაზმის დროს დისფაგიის მოვლენები დროგამოშვებით სრულიად გაივლის და ავადმყოფი მშვენიერად ყლაპავს ყოველნაირ საჭმელს.

ყლაპვის გაძნელებასთან ერთად ავადმყოფები აღნიშნავენ საყლაპავის არეში ტკივილის, წვის და დაწოლის გრძობას. ასეთ შემთხვევაში საყლაპავი მილის სპაზმი უკვე მამოძრავებელ-მგრძობიარე ნევროზს წარმოადგენს. დიდი ხანია ცნობილია ისტერიისათვის დამახასიათებელი მოვლენა globus hystericus, როდესაც ავადმყოფს ყელში მოჭერის და მიბჯრების გრძობა აქვს.

საყლაპავი მილის სპაზმი კარგად მიმდინარეობს. რაციონალური კვებით და მკურნალობით მისი განკურნება შესაძლებელია. მხოლოდ თუ დაავადება გახანგრძლივდა, შესაძლოა ავადმყოფს განუვითარდეს ჭამის შიშის გრძობა და ის გახდეს და დასუსტდეს.

დაავადების გამოსაცნობად უნდა ვიხელმძღვანელოთ ავადმყოფის ჩივილებით და, რაც მთავარია, რენტგენით გამოკვლევის მონაცემებით.

საყლაპავი მილის სპაზმის გარჩევა კიბოსაგან არ არის ძნელი, თუ მივიღებთ მხედველობაში სპაზმის დროს დაავადების მიმდინარეობის ხასიათს—გაუპროტესტება-გაუარესების პერიოდულობა, მაგარი საჭმლის შედარებით თავი-

31. შინაგანი სნეულებანი.

სუფალი ყლაპვა, სითხის ყლაპვის გაძნელება და ავადმყოფის ახალგაზრდა ასაკს; რენტგენიც დიდ დახმარებას გააკვიწვეს დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში. პროგნოზი საყლაპავი მილის სპაზმისა კარგია.

მკურნალობის მიზნით ავადმყოფს ეუნიშნავენ ნერვული სისტემის ზოგად-გამამაგრებელ მკურნალობას: დასვენება სანატორიუმში, წყლისა და ელექტროპროცედურები (დაათერმია), შთაგონებით მკურნალობა.

კარგად მოქმედებს ანტისპაზმური საშუალებები.

Rp. Atropini sulfurici 0,0005  
Papaverini hydrochlorici 0,02  
Sacchari albi 0,2  
M.f. pulv. D.t.d. N 10  
S. თითო ფხვნილი 2—3-ჯერ დღეში

Rp. Atropini sulfurici 0,01  
Aq. destillatae 10,0  
M.D.S. 10 წვეთი დღეში სამჯერ

Rp. Sol. Atropini sulf. 0,1 %  
in ampul. steril. N 6  
S. თითო ამპულა კანქვეშ დღეში 1-ჯერ

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,003  
Sacchari albi 0,2  
M.f. pulv. D.t.d. N 10  
S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,2  
Aq. destillatae 20,0  
M.D.S. 10—10 წვეთი სამჯერ დღეში ჭამის წინ

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,01  
Butyr. cacao 1,5  
M.f. suppos. D.t.d. N 10  
S. თითო სანთელი უკანა ტანში ორჯერ დღეში

Rp. Sol. Platyphyllini bitartar. 0,5%  
in ampullis à 1,0  
D.t.d. N 10  
S. კანქვეშ გასაკეთებლად

Rp. Morphini hydrochl.  
Cocaini hydrochl.  $\bar{a}\bar{a}$  0,003  
Sacchari albi 0,15  
M.f. pulv. D.t.d. N 10  
S. თითო ფხვნილი დღეში 2—3-ჯერ. (საყლაპავ მილში ტკივილების დროს)

მოყვანილი წამლების განუწყვეტლად და ხანგრძლივად მიცემა არ არის სასურველი, საჭიროა 7—10 დღის ხმარების შემდეგ ავადმყოფმა დროებით წიწყვიტოს მათი მიღება.

მშვენიერ შედეგებს იძლევა ფსიქოთერაპია და ავადმყოფის ყოფა-ცხოვრების და შრომის პირობების გაუმჯობესება.

## კუჭის სნეულეპანი

### კუჭის დაწევა (Gastropstosis)

კუჭის დაწევა ანუ გასტროპტოზი ხშირი მოვლენაა. გამხდარ, ასონიურ აგებულების პირებს, განსაკუთრებით ქალებს, კუჭის დაწევა ხშირად უვითარდებათ მშობიარობის შემდეგ.

საერთო სიგამხდრე, განსაკუთრებით თუ ის მოკლე დროის განმავლობაში განვითარდა, ხელს უწყობს კუჭის დაწევას. გასტროპტოზი ვითარდება მუცლის კედლის კუნთების მოღუნების შედეგად, რაც ხშირად მოპყვება ხოლმე მშობიარობისა და სიგამხდრის გარდა, მუცლის ღრუდან დიდი სიმსივნის ამოკვეთას, ასციტის გამოშვებას, მუცლის ფარის ექსულაციური ანთებით ხანგრძლივად ავადმყოფობას. მუცლის კედლის მოღუნების შედეგად კოლინჯი იწვევს ქვევით, რომელზედაც დაყრდნობილია კუჭი, ამას კი მოპყვება კუჭის დაწევა. გასტროპტოზი ზოგჯერ ოდნავია, ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ კუჭი მცირე მენჯის ღრუში ჩაეშვება.

კუჭის დაწევასთან ერთად ხშირად ადგილი აქვს მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაწევასაც, რაც სპლანქნოპტოზის სახელით არის ცნობილი. ზოგ შემთხვევაში კუჭის დაწევა დამოუკიდებელი მოვლენაა.

კლინიკური ნიშნები. ავადმყოფი უჩივის ყრუ ტკივილებს ეპიგასტრიუმისა და წელის არეში, დისპეპსიური ჩივილები არა აქვს. დამახასიათებელია, რომ აღნიშნული ტკივილები ავადმყოფს აქვს განსაკუთრებით ფეხზე დგომისა და სიარულის დროს, როგორც კი დაწევა, ტკივილები უკლებს ან სრულიად გაუვლის.

ხშირია კუჭის დაწევის დროს ჩივილები შეკრულობაზე, ბოყინზე, მადრობის გრძნობა. პირიქით, ზოგ შემთხვევაში გასტროპტოზის არსებობას ავადმყოფი ვერც ამჩნევს და ის შემთხვევით აღმოჩნდება რენტგენით კუჭის გაშუქების დროს.

ობიექტური გამოკვლევის დროს აღინიშნება ეპიგასტრიუმის ჩაყარდნილობა და მუცლის ქვემო ნახევრის გამოზნევა; მუცლის კედელზე, ჰიპის ქვემოთ. ხშირად აღინიშნება ნაწლავების პერისტალტიკა.

კუჭის დიდი სიმრუდე, პალპაციით გამოკვლევის დროს, ჩვეულებრივ დონეზე უფრო დაბლაა. ამასთანავე ერთად აღინიშნება თირკმლების დაწევაც.

გასტროპტოზის დიაგნოზი სიმძნელს არ წარმოადგენს, თუ ანამნეზი კარგად არის შეკრებილი და ობიექტურად აღმოჩნდა კუჭის ქვემო პოლუსის დაწევა. კუჭის გაშუქებით დიაგნოზის დადასტურება ადვილია.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. გასტროპტოზის განვითარების თავიდან აცილება შეიძლება მუცლის კედლის და საერთოდ კუნთოვანი სისტემის გამაჯრებით სამკურნალო ფიზკულტურით. გარდა ამისა, საჭიროა ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდეგ მუცლის ბანდაჟის ტარება.

გასტროპტოზის საწინააღმდეგოდ ავადმყოფს უნდა ვურჩიოთ ატაროს ბანდაჟი, რომელიც მან დილით უნდა გაიკეთოს მწოლარე მდგომარეობაში და საღამოთი დაწოლისას ისევ მოიხსნას.

ავადმყოფი უნდა იღებდეს მსუბუქ, ადვილად მოსანელებელ, ნოყიერ საკმელს.

### კუჭის ატონია და ატონია (Atonia ventriculi)

კუჭის კედლის კუნთოვანი გარის შეიძლება მოდუნდეს, მისი ტონუსი შესუსტდეს და განვითარდეს კუჭის ატონია, ან უფრო ძლიერ გამოხატულ შემთხვევებში კუჭის ატონია.

კუჭის ატონია, ჩვეულებრივ, თან სდევს კუჭის დაწვეას, საერთო სიგამხდრეს, ნაზ აგებულებას, ასთენიურ კონსტიტუციას.

ერთბაშად ბევრი ჭამა და გადაჭარბებული რაოდენობით სითხის მიღებაც ხელს უწყობდეს კუჭის ტონუსის დაქვეითებას.

ნერვული დეპრესია, ზედმეტი დაძაბულობა, უარყოფითი ხასიათის განცდები, რაც იწვევს ორგანიზმის საერთო ტონუსის შესუსტებას, ხელს უწყობს კუჭის ატონიასაც. კუჭის ტონუსის დაქვეითების წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა ინფექციების გადატანასაც.

კუჭის ატონიით ავადმყოფები უჩივიან სიმძიმეს კუჭის არეში ჭამის შემდეგ, რაც 3—5 საათს გრძელდება, ბოყინს, ცუდ მადას, ზოგჯერ ტკივილებს კუჭის არეში, ობიექტური გამოკვლევის დროს აღინიშნება შხეფის ხმიანობა კუჭის არეში. კუჭი არაიშვიათად მკაფიოდ შემოსაზღვრული ჩანს მოდუნებულ და გათხლებულ მუცლის კედელზე.

დაავადების ამოცნობაში გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენით გაშუქებას, რის დახმარებით ნათლად აღინიშნება კუჭის ტონუსის დაქვეითება და კუჭის მამოძრავებელი ფუნქციის შესუსტება.

კუჭის ატონიისა და ატონიის მკურნალობის დროს ავადმყოფს სასამედიკამენტო უნდა მიეცეთ პატარა ულუფებით და ხშირად. საკმელი უნდა იყოს ნოყიერი და ადვილად მოსანელებელი, უმჯობესია მშრალი საკმელი.

კარგად მოქმედებს ორგანიზმის გამაგრება, მსუბუქი ფიზიკური ვარჯიში, ტანის სველი დაზელა, მდინარეში ბანაობა, მსუბუქი სპორტი.

წამლებიდან ნაჩვენებია სტრიქნინი კანქვეშ, ღარიშხანის და რკინის პრეპარატები.

Rp. Sol. Strychnini nitr. 0,1%  
in ampul. steril. N 10  
S. თითო ამპულა კანქვეშ დღეში ერთხელ

Rp. Ferri hydrogenio reducti 0,5  
E.t.d. N 60  
S. თითო ფხვნილი დღეში 3-ჯერ ჭამის შემდეგ

Rp. Strychnini nitrici 0,0005  
Natrii arsenicoidi 0,002  
Natrii glycerophosphor. 0,1  
Aq. destillatae 1,0  
E.t.d. N 15 in ampul.  
steril.  
S. კანქვეშ ინექციისათვის თითო ამპულა დღეში

## კუჭის მწვავე გაგანიერება (*Eclasia ventriculi acuta. Gastroparalysis*)

კუჭის ჰიპოტონიისა და ატონიის დროს, კუჭის კედლის მოღუნების მიუხედავად, ადგილი არა აქვს კუჭის გაგანიერებას.

კუჭის მწვავე გაგანიერების დროს, თუ კუჭის კედლები ღუნდება, მოკლე ხნის განმავლობაში კუჭი ძალზე განიერდება, არაჩვეულებრივ სიდიდეს აღწევს და ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, იღუპება.

კუჭის მწვავე გაგანიერება იშვიათი დაავადებაა და ვითარდება ძლიერი ინტოქსიკაციის, მუცლის ტრავმის, მუცლის ორგანოებსა ოპერაციების შემდეგ და, როგორც ფრიალ იშვიათი შემთხვევა, ერთბაშად დიდი რაოდენობით სითხის დაღვების შემდეგ.

დაავადება მწვავედ ვითარდება. ავადმყოფს აქვს კუჭის არეში ძლიერი აბერილობა, საშინელი სიმძიმის გრძნობა, პირსაქმება და ბოყინი.

სწრაფად ვითარდება კოლაფსის სურათი, ანურია და ავადმყოფი 2—3 დღეში იღუპება შეუჩერებელი პირსაქმების, ინტოქსიკაციისა და გულის მუშაობის მწვავე დასუსტების გამო.

მკურნალობა, ჩვეულებრივ, არ იძლევა შედეგს. ავადმყოფის მდგომარეობის შესამსუბუქებლად საჭიროა კუჭის ამორეცხვა სისტემატურად დღეში 2—3-ჯერ და გლუკოზის 5%-ანი ხსნარის გაკეთება დიდი რაოდენობით, 1—2 ლიტრი დღეში, წვეთობრივად ოცნით ან კანქვეშ ინექციით.

გულის სისუსტის წინააღმდეგ ქაფური, კოფეინი. კუჭის ტონუსის ასაწევად პიტუიტარინი—P (1—2 მლ), სტრიქნინი კანქვეშ და ფიზოსტიგმინი (*Physostigmini salicyl.* 0,1%; 0,5 მლ კანქვეშ).

## კუჭის სპაზმი. პილორუსის სპაზმი (*Spasmus ventriculi. Pylorospasmus*)

კუჭის კედლების მოღუნების, ჰიპო ან ატონიის საწინააღმდეგო მოვლენას წარმოადგენს კუჭის კედლის ჰიპერტონია, რაც კუჭის სპაზმით ან მისი გასავლის სპაზმით გამოიხატება.

ყველა ის მიზეზი, რაც იწვევს კუჭის ზედმეტ გაღიზიანებას, შესაძლებელია იყოს კუჭის სპაზმის ან მხოლოდ პილორუსის სპაზმის განვითარების მიზეზი. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ევგეტატიური ნერვული სისტემის ზედმეტი აგზნებულება ნევროპათიულ პირებში (განსაკუთრებით ცთომილი ნერვისა), ვისცეროვისცერული რეფლექსები მუცლის ორგანოების სხვადასხვა დაავადების დროს, ქრონიკული მოწამვლები თამბაქოთი, მორფიუმით და, რაც მთავარია, ძლიერი ნერვული ხასიათის განცდები.

კუჭის სპაზმის დროს ხდება კუჭის ეუნთოვანი ელემენტების კრუნჩხვითი შეკუმშვა, რამაც შესაძლოა ზოგჯერ ნაკლებ ან მეტხანს გასტანოს. ავადმყოფი ამ დროს იგრძნობს ძლიერ მოვლით ტკივილს კუჭის არეში, რომელიც შემდეგ გადაუვლის ხოლმე.

პილორუსის სპაზმს შეუძლია დაარღვიოს კუჭიდან საჭმლის გადასვლა.

მოზრდილებში პილორუსსპაზმი არ წარმოადგენს საშიშ ავადმყოფობას, მკურნალობის შემდეგ ის გაივლის ხოლმე, თუმცა ზოგჯერ ერთხანს შეიძლება ვაგრძელდეს. ბავშვებში პილორუსსპაზმი შედარებით საშიშ დაავადებად ითვლება.

კუჭის სპაზმური მოვლენების მოსასპობად კარგია ატროპინი, პაპავერინი. პლატიფილინი, დიათერმია ან ეპიგასტრიუმის არეში. ან კისრის წნულეზე (Προσ-თ) და სათბურის ხმარება კუჭის არეში. ნერვული სისტემა მოითხოვს ყურადღებას და ენერგიულ მკურნალობას.

### კუჭის სპაზმის მოვლა

#### კუჭის წყლის სეკრეციისა და მჟავობის მომატება (hypersecretio, hyperaciditas)

კუჭის წვენის გაძლიერებული გამოყოფა ანუ ჰიპერსეკრეციის ხშირად დამოუკიდებლად ვითარდება; არაიშვიათად ის თან სდევს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას და კუჭის კატარს (იხ. ქვევით).

ჰიპერსეკრეციასთან ერთად ხშირად ადგილი აქვს კუჭის წვენის მქაეობის მომატებას ანუ ჰიპერაკციდიტასს.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. პავლოვის გამოკვლევების შემდეგ ცნობილია, რომ ფსიქიკას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს საკმლის მონელების და კერძოდ სეკრეციის პროცესში.

კუჭის წვენის გამოყოფის ფსიქიკური ფაზა-(ი. პავლოვით), თუ ადგილი აქვს ხანგრძლივ ფსიქიკურ დაძაბულობას, შეიძლება გაძლიერდეს და გამოიწვიოს სეკრეციის გაძლიერება.

ტვინის ქერქის გაღიზიანების შედეგად ქანმრთელ ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს კუჭის წვენის სეკრეციისა და მქაეობის მომატება. რეფლექტორული ჰიპერსეკრეცია შეიძლება განვითარდეს მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადების შედეგად (ღვიძლი, ნაწლავები და სხვ.).

კუჭის ჭირვლოვანი აპარატის გაღიზიანება, მაგალითად, პილორუსის სპაზმის დროს კუჭში დაგროვილი საკმლით, ან განსაკუთრებით ცხარე, მქაე, მლაშე საკმლის ჰამა იწვევს კუჭის წვენის გაძლიერებულ გამოყოფას.

კლინიკური ნიშნები. დამახასიათებელია გულმმარვა, ბოყინი სიმქაეით, წვის გრძნობა საყლაპაეი მილის გასწვრივ. ამასთანაეე აეადმყოფებს აწუხებთ სიმძიმე კუჭის არეში და ზომიერი ტკივილი. ეს მოვლენები განსაკუთრებით ძლიერდება ჰამის 1—2 საათის შემდეგ და გრძელდება ხშირად რამდენიმე საათს. ზოგჯერ ეს ჩივილები მეტად შემაწუხებელია აეადმყოფისათეის და მხოლოდ სოდის ან ბორჯომის წყლის მიღების შემდეგ დროებით გაიყლის.

თუ აეადმყოფი დიეტას არ იცავს და სეკრეციის გამაძლიერებელ საკეებ პროდუქტებს ხმარობს, ყველა მოვლენა კიდეე უფრო ძლიერდება.

დიაგნოზი ემყარება ერთი მხრივ დამახასიათებელ ჩივილებს, მეორე მხრივ კი კუჭის წვენის გამოკვლევას. მარტო ჩივილების მიხედვით დიაგნოზის ზუსტი დასმა შეუძლებელია და ყველა საეკეო შემთხვეეაში საჭიროა კუჭის წვენის გამოკვლეეა, როგორც უზმოდ, ისე საცდელი საუზმის მიცემის შემდეგ. კუჭის წვენის მქაეობა მომატებულია, როგორც საერთო სიმქაეის, ისე თავისუფალი HCl-ის სახით. უზმოზე ამოღებული კუჭის შიგთავსი მომატებულია და ნაცვლად 40—50 მლ, აღწევს 100—200 მლ.

კუჭის რენტგენოსკოპია უჩვენებს სითხის არსებობას კუჭში, რომელიც ფენის სახით არის მოთავსებული ჰაეროვანი ბუშტისა და ქვემოთ დაღეილი ბარიუმის ფაფის შორის. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გვიხდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან და მქაეე გასტრიტთან.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი დამოკიდებულია ძირითად დაავადებაზე. ფუნქციური პიპერსეკრეცია და მეავობის მომატება კარგად იმეურნალება, ხოლო გასტრიტის ან კუჭის წყლულოვანი დაავადების თანამგზავრი პიპერსეკრეციისა და პიპერა-ციდიტასის პროგნოზი განისაზღვრება ამ დაავადებათა მიმდინარეობით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. კუჭის სეკრეციის გაძლიერებისა და წვენი მკვების მომატების მკურნალობაში მთავარი მნიშვნელობა ენიჭება დიეტას. ავადმყოფს უნდა აეუკრძალოს კუჭის ლორწოვანი გარსის გამაღიზიანებელი ყოველგვარი პროდუქტების ხმარება, როგორცაა შემწვარი ხორცი, კონსერვები, ძხვეწული, მკვებ და ცხარე საკმელი, წნილი, მღოგვი, წიწკა, პილილი, დამარილებული ხორცი, მაგარი ჩაი ან ყავა. ალკოჰოლი და თამბაქოს მოწვევა აგრეთვე აკრძალუ-ლი უნდა იქნეს.

ავადმყოფს საკვები უნდა მიეცეს ორ საათში ერთხელ, მცირე ულუფებით. საკვებად ასეთი ავადმყოფებისათვის კარგია—რძე, კარაქი, თოხლო კვერცხი, კარგად მოხარშული ხორცი, რძის ფლავი, თეთრი პური.

დიდ შვებას აძლევს ავადმყოფს ტუტეების მიღება, ტუტოვანი მინერალუ-რი წყლები (ბორჯომი, საირმე), უნდა მიეცეს ავადმყოფს ოდნავ შემთბარი—კამის 1—1,5 საათით წინ.

უმჯობესია მინერალური წყლების ხმარება კურორტის პირობებში (ბორ-ჯომში, ელენჯოვოდსკში).

მოსახდენია შემდეგი წამლები.

Rp. Extr. Belladon. 0,015

Magnes. ustae

Natrii bicarbon.  $\bar{a}\bar{a}$  0,5

M.f.p. D.t.d. N 20

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ კამის შემდეგ

Rp. Atropini sulfurici 0,01

Aq. destillatae 10,0

D.S. 10 წვეთი დღეში სამჯერ

Rp. Natrii sulfurici sicci

Natrii phosphorici  $\bar{a}\bar{a}$  20,0

Natrii bicarbonici puriss. 60,0

M.f. pulv. D.S. თითო ჩაის კოვზი ერთ

ჭიქა თბილ წყალზე

Rp. Magnesii perhydroli

Natrii bicarbonici  $\bar{a}\bar{a}$  0,5

Extr. Belladonae 0,015

M.f. pulv. E.t.d. N 20

S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი

ბორჯომის წყლით

დიეტოთა და ტუტეებით მკურნალობის გარდა, საჭიროა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში გამორკვეულ იქნეს დაავადების ეტიოპათოგენეზი და ჩატარდეს სათანადო თერაპია. მოცილებულ უნდა იქნეს ნერვული სისტემის ზედმეტი

აგზნების გამოწვევი მომენტები, ვისცერო-ვისცერალური რეფლექსების გამოწვევ ძირითად დაავადებას უნდა ჩაუტარდეს სათანადო მკურნალობა. იმ პირებს, რომლებსაც დარღვეული აქვთ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქცია, უნდა მოუწესრიგდეს შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობები.

### **კუჭის წმინის სიკარცობისა და მთავობის დაქვიაა. კუჭის აქილია** (*hypoaaciditas, subaciditas, achylia gastrica*)

კუჭის წვენის გამოყოფი ჩირკვლები ზოგ შემთხვევაში გამოყოფენ მარილმზავას ნორმალურზე ნაკლები რაოდენობით. ასეთ შემთხვევაში კუჭის საერთო მზავობა დაკლებულია ნაცვლად ნორმალური 40—60-ისა 30—20-მდე ან უფრო მეტად. შესაბამისად დაკლებულია თავისუფალი მარილმზავაც, რაც ცნობილია როგორც **ჰ ი პ ო - ა ნ ს უ ბ ა ც ი დ უ რ ი მ დგომარეობა.**

ზოგჯერ კი მარილმზავა და პეპსინი სულ არ გამოიყოფა და მაშინ კუჭის წვენის საერთო მზავობა დაკლებულია, ხოლო თავისუფალი მარილმზავა სულ არ არის; ასეთ შემთხვევებში გვექნება **ა ქ ი ლ ი ა ა ნ უ ა ნ ა ც ი დ ი ტ ა ს.**

კუჭის აქილია ხშირად გვხვდება როგორც დამოუკიდებელი დაავადება, ბევრ შემთხვევაში ის თან სდევს კუჭის დაავადებებს (ქრონიკული გასტრიტი, კუჭის კიბო, კუჭის ლუესი), ან სხვა დაავადებებს (ადისონ-შირმერის ანემია).

კუჭის აქილიას ვხვდებით ზოგი ინფექციური დაავადების მიმდინარეობაში (მალარია, მუცლის ტიფი, ღიზენტერია და სხვ.).

ერთ შემთხვევაში კუჭის აქილიას კუჭის ლორწოვანი გარსის დ მისე ჩირკვლების ატროფია უდევს საფუძვლად, მეორეში კი ადგილი აქვს კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის შეკავებას ნერვული ზეგავლენის შედეგად.

აქილიას პირველ ფორმას ეწოდება **ორგანული**, ხოლო მეორეს **ფუნქციური** აქილია.

პათოლოგანატომურად ორგანული აქილიის შემთხვევებში ადგილი აქვს ლორწოვანი გარსის და ჩირკვლების განლევის, ფუნქციური აქილიის დროს კი ჩირკვლებში მორფოლოგიურად ცვლილებები არ არის.

კუჭში საჭმლის მონელების დარღვევა კუჭის აქილიის დროს ავადმყოფისათვის დიდხანს შეუძნელებელი რჩება. დაავადების განვითარებასთან ერთად ავადმყოფს ეწყება დისპეფსიური ჩივილები—ბოყინი, ზოგჯერ ჰაერით, კვერცხის სუნით, გულისრევა, უმადობა. შედარებით იშვიათად ყრუ ტკივილებიც აქვს კუჭის არეში და სიმძიმის გრძნობა ეპის შემდეგ, რაც 3—4 საათს გრძელდება საჭმლის მიღების შემდეგ.

აქილიის მძიმე ფორმების დროს ავადმყოფს შესაძლოა პირსაქმებაც დასჩემდეს. განსაკუთრებით შემაწუხებელია ავადმყოფისათვის **ფ ა ლ ა რ ა თ ი**, რომელიც დასჩემდება ხოლმე ავადმყოფს და ხშირად მეორდება დიეტის დარღვევის შემდეგ. განსაკუთრებით ხშირია ფალარათი მსუქანი საჭმლის მიღების შემდეგ (გასტროგენული დიარეა).

კუჭში მოუნელებელი საჭმელი გადადის ნაწლავებში, სადაც განიცდის დუღილს და ლბობას, რითაც ის აღიზიანებს ნაწლავების ლორწოვან გარსს და იწვევს ფალარათს.

კუჭის აქილიას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს, ის წლობით და ათეულ წლობით გრძელდება, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში, თუ აქილია გამოწვეული არ არის კუჭის რომელიმე მძიმე ორგანული დაავადებით, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე მაინცა და მაინც დიდ გავლენას არ ახდენს. ფალარათით მიმ-



დინარე აქილია კი, თუ ზომები არ იქნა მიღებული, არღევს საქმლის მონელება შეთვისების პროცესს და აუძლორებს ავადმყოფს. აქილიას ზოგჯერ დაერთვის სისხლნაკლებობის ესა თუ ის ფორმა.

ღიაგნოზი კუჭის აქილიისა მოსახერხებელი ხდება მხოლოდ კუჭის წვენის ანალიზით. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ აჩქარება კუჭის წვენის ერთჯერადი გამოკვლევისა და მისი შედეგების მიხედვით რაიმე ღიაგნოსტიკური დასკვნის გამოტანაში, არ არის მართებული.

კუჭის წვენის მკვავობის ზომიერი ან მცირე დაკლება არ იძლევა საფუძველს, რომ ვილაპარაკოთ სუბაციდურ მდგომარეობაზე. მით უმეტეს ეს ეხება აქილიას.

რომ დაერწმუნდეთ აქილიის არსებობაში, საჭიროა კუჭის წვენი გამოვიკლიოთ არა მარტო ერთმომენტური წესით, არამედ ე. წ. ფ რ ა ქ ე ი უ ლ რ მ ე თ ო დ ი თ 1,5 საათის განმავლობაში. თუ ამ ხნის განმავლობაში მიღებულ წვენში არ აღმოჩნდა მარილმჟავა, მაშინ შეიძლება ვილაპარაკოთ აქილიაზე. ორგანული აქილიის დროს კუჭის ჯირკვლები პისტამინის შეშხაუნების შემდეგაც არ გამოყოფს მარილმჟავას, რითაც ის განსხვავდება ფუნქციური აქილიისაგან.

როდესაც კუჭის აქილიასთან გვაქვს საქმე, არასოდეს არ უნდა დავივიწყოთ ის დაავადებები, რომელთაც თან სდევს აქილია (კუჭის კიბო, ქრონიკული გასტრიტი, კუჭის ლუესი, ადისონ-ბირმერის ანემია) და დაწერილებით შევისწავლოთ ავადმყოფი, რომ რაიმე სერიოზული დაავადება მხედველობიდან არ გამოგვრჩეს.

პროგნოზს აქილიის დროს განსაზღვრავს აქილიის ფორმა და ის დაავადებები, რომლების თანამგზავრია კუჭის აქილია.

მკურნალობა კუჭის აქილიისა მოითხოვს სათანადო დიეტის დაცვას. საკვებიდან უნდა გამოირიცხოს მსუქანი ხორცი, ცხიმული, კვარციბი, ძეხვეული, კონსერვები, კომბოსტო, უმი ბოსტნეული.

აქილიით ავადმყოფისათვის კარგია დაკეპილი მკლე ხორცი, რძის ფლავი, ახალი თევზი, კარაჭი, კომპოტი, ვაშლი, ხილის წვენი და ვიტამინები. სეზონის მიხედვით კარგია ციტრუსების დანიშვნაც.

კუჭის წვენის მარილმჟავას და პეპსინის ნაკლებობის გამო აუცილებელია ავადმყოფისათვის ან ნატურალური კუჭის წვენის მიცემა (ი. პ. პავლოვით), ან პეპსინის და მარილმჟავას მიცემა.

Rp. Succi gastrici naturale

D. ad lag. originar. N 1

S. თითო სუფრის კოვზი დღეში სამჯერ ჭამის დროს

Rp. Pepsini 2,0

Ac. muriat. dil. 4,0

Aq. destillatae 150,0

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი დღეში სამჯერ ჭამის დროს

Rp. Pancreatini sicci 1,0

E.t.d. N 20

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ

Rp. T-rae Strychni 5,0  
T-rae Chinae compositae 15,0  
M.D.S. 15—15 წვეთი ჰამის წინ 2—3-ჯერ  
დღეში (უმაღლობის დროს)

სიმპტომატური აქილიის დროს მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ძირითადი დაავადების მკურნალობას (ციბო, გასტრიტი, ანემია და სხვ.).

მინერალური წყლების ხმარება განსაკუთრებით კურორტის პირობებში მეტად კარგ შედეგებს იძლევა (ესენტუჯი № 17, ძალ-სუარი).



### კუხის ნევროზი (Neurosis ventriculi)

კუქის იმ დაავადებათა გარდა, რომლებიც ზევით იყო განხილული, არამედიკალური ვხედებით კუქის ისეთ დაავადებებს, რომლებსაც იწვევს კუქის არანატომიური დაზიანება, არამედ ხერხული სისტემის სხვადასხვა ცვლილება.

კუქის დაავადებათა ეს ფორმები ცნობილია, როგორც კუქის ნევროზი ანუ ნერვული დისპეპსია.

ი. პ. პავლოვის გამოკვლევებით ცხადი გახდა ნერვული სისტემის ცვლილებათა უდიდესი გავლენა საერთოდ ორგანიზმის და კერძოდ ამა თუ იმ ორგანოს დაავადებითი პროცესის განვითარებაზე.

მკიდრო კავშირი, რომელიც არსებობს ტვინის ქერქის და ქერქქვეშა ნაწილების და შინაგან ორგანოებს შორის, განაპირობებს ქერქის გაძლიერებულ აგზნების შედეგად ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სხვადასხვა ნაწილების გაძლიერებულ აგზნებულებას და აქედან ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციურ ცვლილებას.

ვეგეტატიური ნერვული სისტემის აწეულ აგზნების წარმოშობაში კი დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოგენურ და ემოციურ ფაქტორებს.

სხვადასხვა განცდები, ხშირად უარყოფითი ხასიათისა, აღეგება, შიში, განარისხება, ნერვული შერყევები, იწვევენ ტვინის ქერქის ზედმეტ გაღიზიანებას, შინაგანი ორგანოების მანერვიანებელ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სხვადასხვა ნაწილის ზედმეტ აგზნებას და სათანადო ორგანოს ფუნქციურ ცვლილებებს. დროთა ვითარებაში ეს ცვლილებები, ზოგჯერ ხანგრძლივი და ძლიერი, განაპირობებს ორგანოს ანატომიურ ცვლილებათა წარმოშობას, რასაც პირველ ხანებში ადგილი არ ჰქონია (იხ. კორონარული სისხლის მიმოქცევის მოშლა, პიერტონიული სნეულება და სხვ.).

ნევროზის გამოვლინება შინაგანი ორგანოების მხრივ შეიძლება შეგვეხედეს სხვადასხვა, ე. წ. ვეგეტოტონიკურ და ტონიკურ სახით. უფრო ხშირია შემოაღწერილი გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ნევროზები და კუქის ნევროზი.

კლინიკური გამოვლინების მიხედვით კუქის ნევროზის სამ ფორმას არჩევენ: სეკრეტორული ნევროზი, მამოძრავებელი ნევროზი და მგრძობილობის ნევროზი.

კუქის ნევროზის სამივე ფორმა შესაძლოა გამოწვეული იყოს ნერვული სისტემის გადაღლის, გადატვირთვის შედეგად (იხ. ზევით). გარდა ამისა, კუქის ნევროზი შეიძლება გამოიწვიოს ნერვულ-ენდოკრინული სისტემის დაზიანებამ. სქესობრივმა მოშლილობებმა და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაავადებებ-

მა (ქოლეცისტიტი, ნაწლავთა სნეულებანი და სხვ.), რომლებიც ვისცერო-ვისცერალური რეფლექსის გზით იწვევენ კუჭის ფუნქციონალურ მოშლილობას.

სეკრეტორული ნევროზის სახეს წარმოადგენს უკვე აღწერილი კუჭის წვენის გაძლიერებული სეკრეცია (ჰიპერსეკრეცია) და კუჭის წვენის მკვეთრი მომატება (ჰიპერაციდიტას ანუ ჰიპერჰლორჰიდრია). კუჭის სეკრეტორულ ნევროზზე მაშინ შეიძლება ლაპარაკი, როდესაც ჰიპერსეკრეციის და ჰიპერაციდიტას მოვლენებთან ერთად ავადმყოფს არა აქვს კუჭის ისეთი დაავადებები, რომლებსაც თან სდევს კუჭის სეკრეციის აღნიშნული ცვლილებები (გასტრიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული), ან კუჭის სეკრეტორული ნევროზისათვის დამახასიათებელ მოვლენებთან ერთად ავადმყოფს აღნიშნება ვეგეტოლისტიონის სხვა მოვლენებიც.

იშვიათია და ძნელი წარმოსადგენიც არის რომელიმე ორგანოს იზოლირებული ნევროზი, ვეგეტოლისტიონის სხვა მოვლენების გარეშე.

სეკრეტორული ნევროზის მეორე ფორმას წარმოადგენს კუჭის წვენის მკვეთრი დაკლება (hypocoaciditas, subaciditas, hypochlorhydria) ან თავისუფალი მარილმჟავას უარსებობა (anaciditas, anachlorhydria).

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. კუჭის სეკრეციის მომატების დროს, კუჭის შიგთავსის რაოდენობა მომატებულია. უზმოზე ამოღებული კუჭის შიგთავსის რაოდენობა, ნაცვლად ნორმალურ 20—40 მლ-სა, შესაძლოა 100—200 მლ აღწევდეს. კუჭის წვენის მკვეთრი მომატების დროს, ნაცვლად ნორმალური მკვეთრის ციფრებისა—საერთო 40—60; თავისუფალი HCl 0,1—0,2% (20—40), კუჭის საერთო მკვეთრი მომატებულია 70—80—100-მდე და ზოგჯერ მეტიც.

დამახასიათებელია სეკრეტორული ნევროზის დროს ჰიპერსეკრეციის ან ჰიპერჰლორჰიდრიის სწრაფი ცვლადობა. ხშირად, მკვეთრის მაღალი ციფრები (100—110 ერთეული) ჩქარა იცვლება შედარებით დაბალი ციფრებით. რამდენიმე ხნის შემდეგ ეს ციფრები ისევ მაღალ დონეს აღწევს, ამასთანავე ერთად აღინიშნება ვეგეტოლისტიონის სხვა მოვლენების გამოვლენა. რაც ხშირად დაკავშირებულია სხვადასხვა ნერვული გადატვირთვის მომენტების გაძლიერებასთან.

კუჭის წვენის მკვეთრის დაკლების დროს საერთო სიმკვავის რაოდენობა 30—20—10 ერთეულამდე იკლებს, ხოლო თავისუფალი HCl სათანადოდ დაკლებულია 0,05—0,03 % (ჰიპოჰლორჰიდრია) ან თავისუფალი HCl-ის რაოდენობა ნოლამდე დარის (ანაციდიტას, აქილია).

ავადმყოფის ჩივილები კუჭის წვენის მკვეთრის მომატება-დაკლების დროს აღწერილი იყო ზევით.

ობიექტური სიმპტომებიდან ამ შემთხვევაში გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კუჭის წვენის გასინჯვას მკვეთრზე. კუჭის სეკრეტორული ნევროზის დროს კუჭის წვენის მკვეთრის მატება-დაკლების, ან კუჭის წვენის რაოდენობის მომატების გარდა, სხვა პათოლოგიური ცვლილებები (ლორწო, სისხლა და სხვ.) კუჭის წვენში, ჩვეულებრივ, არ აღინიშნება.

კუჭის სეკრეტორული ნევროზის დიაგნოსტიკა ძნელია, იმდენად, რამდენადაც კუჭის ნევროზის ისეთი შემთხვევები, რომ კუჭში ანატომიური ცვლილებებიც არ იყოს, შედარებით იშვიათია და საჭიროა დაავადების ამოცნობის დროს სიფრთხილე, რომ კუჭის ორგანული დაავადება (გასტრიტი, წყლული, კიბო) არ გამოგვეპაროს.

• ამისათვის საჭიროა კუჭი და საერთოდ ავადმყოფი ყოველმხრივ კარგად იყოს შესწავლილი.

მოდრაობითი ნევროზი, ისე როგორც კუჭის სხვა სახის ნევროზები, ზოგადი ნევროზის დროს გვხვდება. კუჭის მოძრაობით ნევროზს ეკუთვნის ნერვული ბოყინი (eructatio nervosa) და ნერვული პირსაქმება (vomitus nervosus).

ხშირად ნევრასთენიით ან ისტერიით დაავადებულ პირებს აქვთ ნერვული ბოყინი, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ ავადმყოფი მისთვის შეუმჩნეველად ულანავს ჰაერს, რომელიც გროვდება კუჭში და მას შემდეგ ხმაურით აბოყინებს (ბოყინი ჰაერით). ეს მოვლენა ძალიან აწუხებთ ავადმყოფებს, ცუდ შთაბეჭდილებას სტოვებს ირგვლივ მყოფებზეც.

ნერვული პირსაქმება გამოწვეულია კუჭის ანტიპერისტალტიკური მოძრაობით და პილორუსის სპაზმური შეკუმშვით; ასეთ შემთხვევაში კუჭში დაგროვილი საჭმელი უკუმშიართულებით მიიწევს და ავადმყოფს პირსაქმებით ამოაქვს კუჭიდან.

ნერვული პირსაქმება ხშირად გვხვდება ლაბილური ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მქონე პირებში, ვეგეტოდისტონიის დროს, უფრო ხშირად ქალებს შორის.

არაიშვიათია ისეთი ნევროზული პირსაქმება, რომელიც იმდენად ძლიერი (დღეში რამდენიმეჯერ) და ხანგრძლივია (თვეობით), რომ ავადმყოფის კვება ამის გამო ძალზე ირღვევა და ის სუსტდება და ხდება.

ნერვული პირსაქმება, ჩვეულებრივ, საჭმლის მიღებასთან არ არის დაკავშირებული, თუმცა ის უფრო ხშირად საჭმლის მიღების შემდეგ მოსდით ავადმყოფებს.

ავადმყოფის ზედმიწევნით დაწვრილებით შესწავლით კუჭის მხრივ რაიმე ცვლილებების აღმოჩენა არ ხერხდება.

ნერვული პირსაქმების ამოცნობა ძნელია, ვინაიდან კუჭის კარგად გამოკვლევის და მასში რაიმე ორგანული ცვლილებების აღმოუჩენლობის შემთხვევაში, საჭიროა კიდევ პირსაქმების სხვა მიზეზების გამორიცხვაც, ასეთებია ტვინის დაავადებები (სიმსივნე), თარკმლების, ნაღვლის ბუშტის, ნაწლავების, მუცლის ფარის, შიგნითა ყურის (ლაბირინთიტი) სნეულებანი, ორსულობა და სხვ.

მხოლოდ ყველა ამ მიზეზის გამორიცხვით და ვეგეტოდისტონიის სხვა მოვლენების დადასტურების შემთხვევაში არის შესაძლებელი ნევროზული ხასიათის პირსაქმების დიაგნოზზე შეჩერება.

კუჭის მგრძობელობითი ნევროზის ფორმას წარმოადგენს გასტრალგია, კარდიალგია (gastralgia, cardialgia). გასტრალგია ეწოდება კუჭის არეში ტკივილების შეტევას; ზოგჯერ მეტად ძლიერია ეს შეტევები, უეცრივ აუფარდება ავადმყოფს. საჭმლის მიღებასთან ამ ტკივილებს, ჩვეულებრივ, კავშირი არა აქვს, გრძელდება რამდენიმე წუთს, ზოგჯერ  $1/2-1$  საათს. ავადმყოფები გასტრალგიურ ტკივილებს უკავშირებენ სულიერ მღელვარებას. ტკივილები ხშირად ვრცელდება გულის მიდამოსაკენ და ისეთ შთაბეჭდილებას სტოვებს, თითქოს გულის ტკივილები აქვს ავადმყოფს.

ცხადია, კუჭის ნევროზის შედეგად განვითარებული გასტრალგია ძნელი გასარჩევია კუჭის წყლულით, ნაღვლის ბუშტის კენჭით, აპენდიციტით ან გულის ანგინით გამოწვეული ტკივილებისაგან და ნერვული გასტრალგიის დიაგნოზის სწორად დასასმელად საჭიროა ავადმყოფის დაწვრილებითი შესწავლა.

კუჭის მგრძობელობით ნევროზს ეკუთვნის გაძლიერებული შიმშილი და მუცლის შიშვითი გრძობა—ბულიმია (bulimia) და მადის გაუქუღმართება—ლაქვეითებული მადი და უმადობა—ანორექსია (anorexia).

საერთოდ, კუჭის ნევროზით დაავადებულ პირებს ბევრი, მეტად მრავალფეროვანი და არამუღმივი ხასიათის ჩივილი აქვთ. დაავადების კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა ფრიად სხვადასხვანაირია და, ჩვეულებრივ, ავადმყოფის ჩივილები არ შეეფერება ობიექტური გამოკვლევის მონაცემებს, რაც მეტწილად ღარიბია.

მკურნალობა კუჭის ნევროზისა მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას. საჭიროა გულმოდგინე მკურნალობა ავადმყოფის ნერვული სისტემისა, მისი გამაგრება სანატორიულ პირობებში დასვენებით, წყლის პროცედურებით, სამკურნალო ფიზკულტურით, მსუბუქი სპორტით.

მძიმე შემთხვევებში აუცილებელი ხდება ნერვული სისტემის სპეციალური მკურნალობა; როცა ადგილი აქვს ტენიის ქერქის ზედმეტ გაღიზიანებას კარგ შედეგს იძლევა ხანგრძლივი წყვეტილი ძილით მკურნალობა (დაცვიით შეკავება ი. პავლოვით).

კარგ შედეგებს იძლევა პირსაქმების დროს შთაგონებითი მკურნალობაც. დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭის ნევროზის უახლოესი მიზეზების გამორკვევას და მათ მოცილებას, სადაც ეს შესაძლებელია, ავადმყოფის გარემოცვის შეცვლას, ცხოვრების და შრომის პირობების გაუმჯობესებას ნერვულ სისტემაზე გავლენის გზით, კუჭის ნევროზის მოვლენების გაუმჯობესებაც მოპყვება ხოლმე. მედიკამენტებით მკურნალობას აქ ნაკლები მნიშვნელობა აქვს.

ცალკეულ შემთხვევებში ნაჩვენებია ელექტროპროცედურების გამოყენება, წყლის აბაზანები, შხაბი, სველი შეხვევები.

სეკრეტორული ნევროზების დროს, განსაკუთრებით, საჭიროა სეკრეციის ცვლილებების შესაფერისი დიეტის დანიშვნა და მკურნალობა ტუტეებით (ჰიპერქლორჰიდრიით), ან მყავებით (აქილის შემთხვევებში).

სეკრეციის მოშლილობათა დიეტეტიკური მედიკამენტოზური მკურნალობა აღწერილია მყავე გასტრიტისა და კუჭის აქილის მკურნალობაში (იხ გასტრიტი, კუჭის აქილი).

ნერვულ სისტემაზე ზეგავლენის მიზნით იხმარება შემდეგი წამლები:

Rp. Inf. r. Valerianae 10,0—150,0

Natrii bromati 6,0

Codeini puri 0,15

M.D.S. თითო სუფრის კოვზი 3—4-ჯერ  
დღეში

Rp. Validoli 10,0

D.S. 5 წვეთი დაწვეთეთ შაქრის ნაჭერზე  
და წუწნეთ დღეში 3-ჯერ  
(პირსაქმების წინააღმდეგ)

მწვავე გასტრიტი ანუ კუჭის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთება ხშირი დაავადებაა. მწვავე გასტრიტს იწვევს უფრო ხშირად გაფუჭებული სასნოვანე-ხორცი, კონსერვები, ძეხვი, ცუდად დღეკილი, ტლანჭი, მეტად ცხელი, ან მეტად ცივი სასმელ-საჭმელი.

ძალიან ცხარე საჭმელი აგრეთვე შეიძლება მწვავე გასტრიტის გაჩენის მიზეზი გახდეს. მაგარი სასმელების ჭარბად ხმარების შემდეგ ხშირია მწვავე გასტრიტის განვითარება.

სასმელ-საჭმელში მოხვედრილ ბაქტერიებს, განსაკუთრებით თუ საჭმელი, უფრო ხშირად ხორცი, გაფუჭებულია, თავიანთი ტოქსინებით შეუძლიათ მწვავე გასტრიტის გამოწვევა. საჭმელით გამოწვეულ მწვავე გასტრიტს ა ლ ი მ ე ნ - ტ ა რ უ ლ ი გასტრიტი ეწოდება.

ამრიგად, მწვავე გასტრიტის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს როგორც მექანიკურ, ისე თერმულ და ქიმიურ ფაქტორებს.

გასტრიტის გამომწვევი აღნიშნული მიზეზის ხასიათის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს შედარებით მსუბუქი (უბრალო) გასტრიტი, ან მძიმე ფორმა (ტოქსიკური) გასტრიტი.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი. დაავადების გამომწვევის კუჭში მოხვედრის ხშირად რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფს ეწყება უსიამოვნო შეგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში, გულის კოვზთან სიმძიმის, ბოყინის და გულისრევის სახით ავადმყოფს ეკარგება მადა. მსუბუქი ფორმის დროს ავადმყოფის ჩივილები ამით განისაზღვრება. მძიმე შემთხვევაში ეს მოვლენები უფრო ძლიერ არის გამოხატული. კუჭის არეში სიმძიმისა და გულისრევასთან ერთად ავადმყოფს ეწყება ტკივლები კუჭის არეში და პირსაქმება. მუცელი შებერილი აქვს, მოსდის ნერწყვი, აქვს ბოყინი. საერთო მდგომარეობა მისი შეცვლილია—ავადმყოფი ფერმკრთალია, მუბლზე აყრის ცივ ოფლს, აქვს თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი და გულისცემა.

ნერწყვი შეავე სუნისაა, შეიცავს მოუხუნებელ საჭმლის ნაწილაკებს და ლორწოს-დიდი რაოდენობით. პირსაქმება ჩქარა იწვევს კუჭის დაცარიელებას, მაგრამ ამის მიუხედავად ის მაინც გრძელდება და მეტად აწუხებს ავადმყოფს.

პირნასაქმები ამ დროს შესდგება მხოლოდ კუჭის წვენიდან, რომელშიც ბლომადაა ლორწო და შეფერილია ნალვლით.

შარდის რაოდენობა ავადმყოფს შემცირებული აქვს, განაეალზე არ გადის. ტემპერატურა იწევს 37,5°—38,0°-მდე.

ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე დღე.

დაავადების დ ი ა გ ნ ო ზ ი. არ არის ძნელი, რადგან კლინიკური სურათი დამახასიათებელია.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი კ ა რ გ ა ი ა; მწვავე გასტრიტი, ჩვეულებრივ, განკურნებით თავდება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მწვავე გასტრიტის დროს საჭიროა კუჭი გვათავისუფლოთ შიგ მოხვედრილი გაფუჭებული საჭმლისაგან. ამ მიზნით ავადმყოფს ან კუჭი უნდა გამოუტრეცხოთ, ან სარწყვეი საშუალებები მიეცეთ.

ავადმყოფის ორგანიზმი თვითონ იცავს კუჭს მწვავე გასტრიტის დროს ზედმეტი გაღიზიანებისაგან: ავადმყოფი სრული უმადობის გამო ევრაფერს სკამს, პირსაქმებით კი კუჭი თავისუფლდება გასტრიტის გამომწვევი მავნე პროდუქტებისაგან.

თუ ავადმყოფს პირსაქმება არა აქვს, ან პირსაქმებით კუჭის მთლიანი და-  
ცარიელება არ მოხდა, საჭიროა ავადმყოფს მიეცეს თბილი წყალი სოდიო, ან  
თბილი ბორჯომის წყალი, რის შემდეგ პირში თითის ჩაყოფით გამოწვეულ  
უნდა იქნეს პირსაქმება. უმჯობესია კუჭის ამორეცხვა (იხ. ავადმყოფის მოვლა).

თუ კუჭის ამორეცხვა არ შეიძლება უკუჩვენებების გამო (გულის მანკი,  
აორტის ანევრიზმა, ფილტვების ზოგიერთი სნეულება და სხვა), საჭიროა ავად-  
მყოფს მიეცეს სარწყვეი საშუალებები.

ამ მიზნით უმჯობესია ამომორფინის კანქვეშ გაკეთება (Sol. Apemorphini  
muriatici 1%; steril. D.S. 0,5—1,0 კანქვეშ).

ვინაიდან მწვავე გასტრიტს ხშირად მწვავე ენტერიტიც დაერთვის (იხ. ნა-  
წლაგების სნეულებანი), საჭიროა კუჭის ამორეცხვის შემდეგ ავადმყოფს მიეცეს  
საფაღარათო მარილი.

ყველაფერი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე: მსუბუქი ფორმის  
მწვავე გასტრიტი შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში თვითონ გაივლის. იმის  
შემდეგ, როცა ავადმყოფს ხშირად განმეორებით პირიდან ასაქმებს, ყველა მოვ-  
ლენა მალე ცხრება. უფრო მძიმე შემთხვევებში საჭიროა ზემოაღნიშნული  
ლონისძიების ხმარება. მწვავე გასტრიტის ისეთ შემთხვევებში, როცა ზოგადი  
მოვლენებიც არის გამოხატული, საჭიროა სათანადო საშუალებების ხმარება.  
ავადმყოფი უნდა იწვეს ლოჯინში. თუ ავადმყოფს გულის სისუსტის მოვლენები  
აქვს, უნდა გავუკეთოთ ქაფური, კოფეინი, სტრეჰნინი. გულის არეში ტკივილე-  
ბის დროს საჭიროა სათბურის ხმარება მუცელზე და ატროპინის ხსნარის ინექ-  
ცია კანქვეშ (Rp. Sol. Atropini sulfur. 0,1%; 0,5—1,0 კანქვეშ).

მწვავე გასტრიტის დროს ავადმყოფს უნდა დავეუნშოთ დიეტა. უმჯობესია  
თუ ავადმყოფი დაავადების პირველ ორ დღეს არაფერს არა სჭამს. ამ პერიოდ-  
ში საკმარისია ავადმყოფს მიეცეთ ჩაი ლიმონით.

შემდეგ დღეებში ავადმყოფი თანდათანობით უნდა გადავიყვანოთ თხელ  
საქმელზე (მაწონი, კისელი, ბულიონი), რძე შეიძლება მიეცეს ჩაისთან ან ყავას-  
თან ერთად.

როდესაც კუჭის მხრივ მოვლენები გაივლის, შეიძლება ავადმყოფს მიეცეთ  
ბრინჯის ან მანის ბურღულის ფაფა, კარტოფილის პიურე, თოხლო კვერცხი.

მწვავე გასტრიტიდან თავდაცვის მიზნით საჭიროა საკვები პროდუქტები  
სუფთად ინახებოდეს, გრილ ადვილას, დახურულ ქურჭელში. საშხარეულო  
ქურჭელი იყოს ზედმიწევნით მოვლილი, სპილენძის ქვაბები მოკალუღი. საშხა-  
რეულოში მომუშავე პერსონალი კარგად იყოს გაცნობილი კვების ჰიგიენის  
საკითხებს. ავადმყოფს უნდა მოვარიდოთ მეტად მსუქანი, ცხარე, ცივი ან ცხე-  
ლი საქმელ-სასმელი, მაგარი სასმელების ჭარბად მიღება და სხვ.

### ძრონძიული მახტამიტი (Gastritis chronica)

კუჭის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული კატარი ანუ ქრონიკული გასტრიტი  
ხშირი დაავადებაა. შესაძლებელია ადამიანს ჰქონდეს წლობით კუჭის ლორწო-  
ვანი გარსის ქრონიკული კატარალური მდგომარეობა და მან ეს არ იცოდეს.  
ქრონიკული გასტრიტი ზოგჯერ მწვავე გასტრიტის შედეგად ვითარდება. ზოგ  
შემთხვევაში ქრონიკული გასტრიტი თანდათანობით და შეუმჩნეველად შეიძლება  
განვითარდეს იმ სუსტ მავნე გაღიზიანებათა ზეგავლენით, რომლებსაც კუჭ-  
განიცდის სიცოცხლის მანძილზე.

არაიზვიათად ქრონიკული გასტრიტი სხვადასხვა დაავადებათა შედეგია და ასეთ შემთხვევებში ის შეორად მოვლენას წარმოადგენს. ასეთი ფორმის გასტრიტს წარმოადგენს გასტრიტი კუჭის წყლულისა და კუჭის კიბოს დროს, გასტრიტი, რომელიც განვითარებულია გულის დეკომპენსაციის, თირკმლების ქრონიკული ანთების, ნივთიერებათა ცვლის ზოგი მოშლილობის დროს და სხვ.

ქრონიკული გასტრიტი ვითარდება უწყესრიგო კვების, ტლანჭა საკმლის ხმარების, თამბაქოს და მაგარა სასმელების გადაჭარბებით ხმარების შედეგად და სხვ. კბილების უქონლობა ხელს უწყობს ქრონიკული გასტრიტის განვითარებას, ვინაიდან სისტემატურად გადაუღებავი საკმელი იწვევს კუჭის ლორწოვანი გარსის დაზიანებას. ქრონიკული ინფექციები, მალარია, ლუესი და სხვა აგრეთვე ხელს უწყობენ გასტრიტის გაჩენას.

პ ა თ ო ლ ო გ ა ნ ა ტ ო მ ი უ რ ა დ — ქრონიკული გასტრიტის დროს კუჭის ლორწოვანი გარსი გათხევადდება, სადა და კრიალა (ატროფიული გასტრიტი), ან პირიქით ლორწოვანი-გარსი-გასქელებულია და შემადლებული (ჰიპერტროფიული გასტრიტი).

ანატომიურ ცვლილებები გასტრიტის დროს არ განისაზღვრება მარტოდ-მარტო ლორწოვანი გარსით—ზშირად პროცესი ვრცელდება ლორწოვანის ქვეშ კუნთოვან გარსზედაც.

კუჭის ლორწოვანი გარსი ქრონიკული გასტრიტის დროს შესაძლოა კუჭის ამა თუ იმ ნაწილში უფრო იყო დაზიანებული და ამ ცვლილებათა მიხედვით არჩევენ ადგილობრივ გასტრიტს—კუჭის ვასავალ ნაწილში (antrumgastritis, pyloroduodenitis) და დიფუზურ გასტრიტს (pangastritis).

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ე მ შ ე ბ ი და მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა. ქრონიკული გასტრიტით ავადმყოფი გრძნობს სიმძიმეს კუჭის არეში, უმადობას, ყრუ ტკივილებს. ავადმყოფს აქვს მაძრობის გრძნობა, ჰამა არ უნდა და მხოლოდ განსაკუთრებით მადის აღმძვრელ (მაგ., ცხარე) საკმელს უფრო ეტანება. აღნიშნულ მოვლენებთან ერთად ავადმყოფს აქვს გულისრევა, ბოყინი მკავე გემოს ან კვერცხის სუნის, ნერწყვის დენა და ზოგჯერ პირსაქმებაც.

მცირეოდენი საკმლის მიღება უკვე კუჭის ანგების შეგრძნებას იწვევს. ენა შელესილია თეთრად, გასტრიტის ზოგი ფორმის დროს ავადმყოფს პირიდან ამოსდის ცუდი სუნი.

ქრონიკული გასტრიტის დროს ირლევა კუჭის სეკრეციაც. კუჭის წვენის მეავობა ზოგჯერ მომატებულია (მეავე გასტრიტი—gastritis acidia), ზოგ შემთხვევაში კუჭის წვენის მეავობა დაკლებულია (სუბაციდური გასტრიტი—gastritis subacidia), ან თავისუფალი მარილმეავა სრულიად არ არის (ანაციდური გასტრიტი—gastritis anacidia). ზოგჯერ გასტრიტი კუჭის წვენის ნორმალური მეავობით მიმდინარეობს (ნორმაციდური გასტრიტი—gastritis normacidia).

კუჭის წვენის მეავობის ცვლილებების შესაბამისად ავადმყოფს აქვს გულმარვა მეავე გასტრიტის დროს, ან ბოყინი კვერცხის სუნით ანაციდური გასტრიტის დროს. უკანასკნელის შემთხვევაში საკმლის მონელება ძალიან ირლევად და ავადმყოფს უწყება პირსაქმება მოუნელებელი საკმლის ნაწილაკებით და ფადარათი, რომელიც განსაკუთრებით მსუქანი საკმლის მიღების დროს აღინიშნება.

ქრონიკულ გასტრიტს ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვს. დრო და დრო მწვავედება დიეტის მცირეოდენი დარღვევის გამო.



შორისწასული გასტრიტი არღვევს საქმლის მონელების პროცესს და იწვევს ორგანიზმის კვების ძლიერ დაქვეითებას და სისხლნაკლულობას.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი. ქრონიკული გასტრიტის დიაგნოზის საქმეში უნდა ვიხელომდებანელოთ ავადმყოფის ჩივილებით, კუჭის შიგთავსის ანალიზით და რენტგენის მონაცემებით. ზემოჩამოთვლილ დისპეფსიურ ჩივილებთან ერთად, თუ ავადმყოფს აქვს ლორწოს დიდი რაოდენობა კუჭის წვეწმში, მკვავობის მომატება ან დაკლება და რენტგენოსკოპიის დროს აღინიშნება კუჭის ლორწოვანი გარსის რელიეფის ცვლილებები—ლორწოვანი გარსის განლევის და ლორწოვანის ნაოქების გასქელების სახით, ავადმყოფს უსვამენ ქრონიკული გასტრიტის დიაგნოზს.

კუჭის გამოკვლევა გასტროსკოპით აგრეთვე გარკვეულ დახმარებას გვიწევს გასტრიტის დიაგნოსტიკაში.

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება კუჭის წყლულთან და კუჭის კიბოსთან ზოგჯერ არ არის ადვილი, რადგან ეს დაავადებებიც იძლევიან ქრონიკული გასტრიტის ამა თუ იმ ფორმის მსგავს მოვლენებს.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი. ქრონიკული გასტრიტი, თუ მკურნალობა სისტემატურად ტარდება და ავადმყოფი იცავს სათანადო დიეტას, შეიძლება მას მიინც და მიინც არ აწუხებდეს. ქრონიკული გასტრიტიდან სრული განკურნება ძნელო საქმეა.

მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა. ქრონიკული გასტრიტის მკურნალობის საქმეში უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს დ ი ე ტ ა ს. ავადმყოფი უნდა იღებდეს ისეთ საკვებს, რომელიც არ აღიზიანებს, ან ნაკლებ აღიზიანებს კუჭის ლორწოვან გარსს. იმის მიხედვით, თუ რამდენად ძლიერადაა გამოხატული გასტრიტის მოვლენები, ავადმყოფს ენიშნება ან მკაცრი, ან უფრო გაფართოებული დიეტა. ქრონიკული გასტრიტის უმრავლეს შემთხვევაში საჭირო ხდება დიეტის დაცვა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, დიეტის დანიშნისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული კუჭის სეკრეციის მდგომარეობა.

კუჭის წვენის მკვავობის მომატებისას საკვებიდან უნდა გამოვირიცხოთ ყველაფერი ის, რაც იწვევს სეკრეციის გაძლიერებას და მკვავობის მატებას; პირიქით, მკვავობის დაკლების დროს ვაძლევეთ სეკრეციის აღმძვრელ საკვებს.

მეავე გასტრიტის დროს ნაჩვენებია დიეტური მაგიდის № 1-ის (მ. პევზნერი) დანიშვნა, ხოლო მკვავობის დაკლებისას კი № 2-ის მიცემა.

დიეტური მაგიდა № 1-ის შემადგენლობაში შედის ლორწოვანი საკვები, შანის ბურღულის ფაფა, კარაქი, რძის ფლავი, არაყანი, თაზლო კვერციხი, თეთრი პური (დაწვრილებით ის. კუჭის წყლული).

მე-2 მაგიდის შემადგენლობაში შედის დაცვილი ხორცი, ახალი თევზი, თევზის კატლეტები, ბოსტნეულის სუპები, ყავა, ჩაი, კაკაო და სხვ.

ქრონიკული გასტრიტით ავადმყოფი, თუ მას შედარებით მძიმე მოვლენები აქვს, უმჯობესია 2—3 დღით ჩავაწვიროთ ლოგინში და პირველი 3—4 დღის განმავლობაში მივცეთ მხოლოდ ჩაი რძით, ლორწოვანი სუპი და სუხარი. მე-5 დღიდან შეიძლება მივმართო კვერციხის ათქვეფილი ცილა, რძე, მაწონი, არაყანი, კარაქი 50 გრ, სუხარი 100—150 გრ. 5—6 დღის შემდეგ სუხარის ნაცვლად შეიძლება ავადმყოფს მივცეთ გამოშრალი თეთრი პური, გახეხილი ფაფა, რძეზე დაშლადებული კარტოფილის პიურე. ავადმყოფი ასეთ დიეტაზე უნდა დავტოვოთ 2—3 კვირას, შემდეგ ის კუჭის სეკრეციის მდგომარეობის მიხედვით უნდა გადავიყვანოთ ან 1, ან მე-2 მაგიდაზე.

დიეტა ჩქარა იძლევა გასტრიტის მოვლენების შემსუბუქებას, თუ ის ზუსტად იქნება დატული ავადმყოფის მიერ.

ვინაიდან ქრონიკული გასტრიტით ავადმყოფებს დიდი ხნის განმავლობაში უხდება ერთდროულად დიეტაზე ყოფნა, საჭიროა მათ ეძლეოდეთ ბლომად ვიტამინები და განსაკუთრებით C ვიტამინი.

გასტრიტით ავადმყოფს სრულიად უნდა აეკრძალოს კონსერვები, მწნილები, მლაშე და მსუქანი საკმელი (ღორის ხორცი, ბატის ხორცი), ალკოჰოლი და თამბაქო.

ქრონიკული გასტრიტის დროს, თუ კუჭის წვენიში დიდი რაოდენობით არის ლორწო, კარგად მოქმედებს კუჭის სისტემატური ამორეცხვა 10—15 დღის განმავლობაში ყოველდღიურად, თუ რაიმე უუჩვენებია არ არის (გულისა და ფილტვების ავადმყოფობა, კუჭის წყლული და სხვ.). კუჭის ამორეცხვა მკავე გასტრიტის დროს კარგია ბორჯომის წყლით, ან სოდიანი წყლით (სასმელი სოლის 2% ხსნარი). მკავეობის ნაკლებობის დროს კი უმჯობესია 0,5%-ანი ხსნარი ქლორიანი ნატრიუმისა.

ქრონიკული გასტრიტის მკურნალობაში მეტად საპატიო ადგილი უკავია მინერალური წყლების ხმარებას. მკავე გასტრიტის დროს საჭიროა ავადმყოფს მიეცეს ბორჯომის წყალი შემთბარი უგაზოდ ჰამამდე ერთი საათით წინ, დღეში ორჯერ თითო ჩაის ჰიქა. ასევე ენიშნებათ მკავე გასტრიტის დროს ჩრდილოეთ კავკასიის მინერალური წყლები სლავიანოვისა, სმირონოვისა.

სიმკავეის ნაკლებობით მიმდინარე გასტრიტის დროს კი ჯავის წყალი (ძალ-სუარ), ან ესენტუეის წყალი № 17, მხოლოდ უშუალოდ ჰამის წინ.

თუ ავადმყოფს ტკივილები აქვს კუჭის არეში, საჭიროა ეპიგასტრიუმზე სათბურის დადება. მედიკამენტებიდან ნაჩვენებია მარილმკავე პეპსინთან ერთად, პანკრეატინი, კუჭის ნატურალური წვენი, სიმკავეის ნაკლებობით მიმდინარე გასტრიტების დროს, მკავე გასტრიტის დროს კი ტუტეები, ატროპინი, აზოტ-მკავე ვერცხლი.

საკურორტო მკურნალობა, დასვენება, გარემოს გამოცვლა, რაც განმტვირთავად მოქმედებს ფსიქონერვეულ სფეროზე, უდავოდ კარგ გავლენას ახდენს გასტრიტის მიმდინარეობაზე და თუ ეს მოსახერხებელია, უმჯობესია, ავადმყოფი მოხსენებულ მკურნალობას ატარებდეს სანატორიუმის პირობებში.

Rp. Succi gastrici naturale  
ad lag. originar. N 1

S. თითო სუფრის კოეზი დღეში სამჯერ ჰამის დროს

Rp. Sol. Atropini sulfur. 0,1% · 10,0

D.S. 8—10 წვეთი დღეში სამჯერ ჰამისას  
(ტკივილების დროს)

Rp. Sol. Argenti nitrici 0,12—200,0

D.S. თითო სუფრის კოეზი დღეში 3-ჯერ ჰამამდე.  
15 წუთით ადრე

Rp. T-rae Amarae 15,0

D.S. 15—15 წვეთი დღეში 3-ჯერ (მალის  
მოსაგვრელად)

Rp. Ac. muriat. diluti 20,0  
DS. 10—10 წვეთი 1/2 კიბა წყალზე დღეში  
3-ჯერ კამის დროს

Rp. Pepsini 2,0  
Ac. muriat. dil. 4,0  
Aq. destillatae 200,0  
M.D.S. თითო სუფრის კოვზი დღეში სამჯერ  
კამის დროს

Rp. Pancreatini 0,3  
D. t. d. N 12  
D. S. თითო ფხენილი დღეში სამჯერ

Rp. Extr. Belladon. 0,015  
Magnes. usthae 0,3  
M. f. pulv. D. t. d. N 12  
S. თითო ფხენილი დღეში სამჯერ

3 კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება.  
კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პეპტიკური წყლული  
(Ulcus ventriculi rotundum. Ulcus ventriculi pepticum.  
Ulcus duodeni pepticum)

კუჭის წყლული, ან როგორც დღეს მას უფრო მართებულად უწოდებენ, კუჭის წყლულოვანი დაავადება, საკმაოდ გავრცელებული სნეულდება. ასოც წელზე მეტმა დრომ განვლო მას შემდეგ, რაც პირველად აღწერეს კუჭის ეს დაავადება. მაშინ შემჩნეული იყო, რომ კუჭის ლორწოვან გარსში ჩნდება ამა თუ იმ ზომის წყლული, რომელიც ხასიათდება გარკვეული კლინიკური მოვლენებით. შემდგომმა დაკვირვებამ გამოარკვია, რომ ასეთი წყლული ვითარდება არა მარტო კუჭში, არამედ თორმეტგოჯა ნაწლავში, საყლაპავი მილის ცარდიალურ ნაწილში, მღვივ ნაწლავში.

ამასთანავე ერთად შემჩნეული იყო ის გარემოებაც, რომ კუჭის წყლული ერთ ადგილზე განკურნების შემდეგ, მეორე ადგილზე იჩენდა ხოლმე თავს. ამ გარემოებამ მკვლევარებს მისცა საფუძველი კუჭის წყლული მიეჩნიათ კუჭის არა ადგილობრივ დაავადებად, არამედ ორგანიზმის ზოგად, თავისებურ ავადმყოფობად. ამიტომ თანამედროვე კლინიკაში კუჭის წყლული ცნობილია უკვე როგორც კუჭის წყლულოვანი დაავადება. იმდენად, რამდენადაც თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულიც ისეთივე ბუნების დაავადებაა და იძლევა კუჭის წყლულისათვის დამახასიათებელი ნიშნების მსგავს მოვლენებს, უფრო მონერნებული და მიზანშეწონილია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება ერთად იქნეს განხილული.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება უფრო ხშირია ახალგაზრდა ასაკში 20—40 წლამდე. მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში, ბავშვობიდან მოხუცებულობამდე.

აღწერილია ერთეული შემთხვევები კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისა ჩვილ ბავშვებში და ღრმა მოხუცებში.

ლოკალიზაციის მიხედვით თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე კუჭისა. სიხშირის მიხედვით მამაკაცებში კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე დედაცაცებში.

საერთოდ ყველა მკვლევარი აღნიშნავს, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევები ბოლო ხანებში გახშირდა.

ფიქრობენ, რომ ამ გარემოების მიზეზი, ჭერ ერთი, დაავადების დიაგნოსტიკის საქმის გაუმჯობესებაა, მეორე მხრივ კი ნერვული სისტემის ზეგავლენის გაძლიერება (იხ. ქვევით პათოგენეზი).

**ე ტ ი ო ლ ო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი.** კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების წარმოშობა-განვითარების მიზეზების გამორკვევის შესახებ (მას შემდეგ რაც ის პირველად აღწერეს), დღემდე დიდი მუშაობა ჩატარდა, მაგრამ ამ დაავადების მიზეზის ზუსტად დადგენა მაინც ვერ მოხერხდა.

ისეთი მიზეზები, როგორცაა: უწესრიგო კვება, ბლომად ჭამა, ტლანჭი საკვები, მთავე, ცხარე, მეტად ცხელი ან ცივი საჭმელი, ალკოჰოლის ჭარბად ხმარება, თამბაქოს წევა, ე. ი. ის რაც ხელს უწყობს გასტრიტის განვითარებას, არ შეიძლება მიჩნეულ იქნეს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების წარმოშობის მიზეზად. შესაძლოა ყველა ამ მიზეზს ჰქონდეს ხელშემწყობი მომენტის მნიშვნელობა, მაგრამ წყლულის წარმოშობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს.

წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზში, თანამედროვე შეხედულებით უდავო მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ჰსიქონერველ-ჰაქტორებს, რაც სხვათაშორის იმითაც მტკიცდება, რომ მსოფლიო-ომის შემდეგ წყლულით დაავადებულ შემთხვევებმა ერთბაშად იმატა, განსაკუთრებით ევროპასა და ამერიკაში.

არსებობს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზის მრავალი თეორია, რომელიც მას სხვადასხვაანიარად ხსნის, მაგრამ დღესდღეობით არც ერთი მათგანი ყველას მიერ აღიარებული არ არის. ამ თეორიებიდან ბევრს მხოლოდ ისტორიული ინტერესი აქვს, ზოგი კი უფრო მიღებულია.

**მ ე ქ ა ნ ი კ უ რ ი თ ე ო რ ი ა.** ვინაიდან კუჭის წყლული უფრო ხშირად ვითარდება მცირე სიმრუდზე, რომლის გასწვრივ მიიმართება საჭმელი კუჭში შესავლადან გასავლისაკენ, მექანიკური თეორიის მომხრენი ფიქრობდნენ, რომ კუჭის ლორწოვანი გარსი სწორედ აქ უფრო განიცდის დაზიანებას ტრავმატიზაციის გამო.

**ს ი ს ზ ლ ძ ა რ დ ვ ო ვ ა ნ ი თ ე ო რ ი ა.** ამ თეორიის მომხრენი კუჭის წყლულის გაჩენას უკავშირებენ ლორწოვანი გარსის სისხლის ძარღვის დაკობას, თრომბოზს, და მისი შესატყვისი ადგილის იშემიური უბნის განვითარებას ლორწოვან გარსში. იშემიური უბანი ვეღარ უწყევს წინააღმდეგობას კუჭის წვენის მომწელებით გავლენას. ის განიცდის თვითმონელებას და ჩნდება წყლული.

**ა ნ თ ე ბ ი თ ი თ ე ო რ ი ა.** ამ თეორიის მიხედვით კუჭის წყლულოვანი დაავადების მიზეზია ორგანიზმში განვითარებულ ნივთიერებათა ცვლის მოშლოლობანი, ტუტე-მეფათა წონასწორობის დარღვევა, ქლორის ცვლის მოშლა და სხვა პათოლოგიური ძვრები. ეს თეორია დღეს უკვე მიტოვებულია.

**ნ რ ო ვ ე ლ ი თ ე ო რ ი ა,** რომელსაც დღესდღეობით უფრო მეტი მიმდევრები ჰყავს, კუჭის წყლულოვანი დაავადების მიზეზს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის (ცთომილი და სიმპათიკური ნერვის) დისტონიაში ხედავს.

ვეგეტატიური ნერვული სისტემა, რომელიც აწესრიგებს კუჭის ძირითად ფუნქციებს (როგორც სეკრეტორულს, ისე მოტორულს), სხვადასხვა მოშლილობის დროს განაპირობებს კუნთოვან და სისხლძარღვოვან სპაზმს, რაც იწვევს კუჭის კედლის მოშლას. ასეთ პირობებში ხდება კუჭის ლორწოვანი გარსის გაღებვა და წყლულის განვითარება.

მიუხედავად იმისა, რომ ერთი შეხედვით ყველა ეს თეორია თითქოს ხსნის კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზს, წყლულის პათოგენეზის ყველა საკითხს ის მაინც ვერ განმარტავს.

რუსმა მეცნიერმა კ. ბიკოვმა 1948 წ. წამოაყენა ახალი კორტიკოვკის ცერალური თეორია, რომელშიც ის აკრიტიკებს ყველა წინათ არსებულ თეორიებს, როგორც ცალმხრივს, რადგან ეს თეორიები არ განიხილავდა წყლულის პათოგენეზს ორგანიზმის მთლიანობის თვალსაზრისით.

ბიკოვის აზრით, წყლულოვანი დაავადების პათოგენეზში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კორტიკოვკის ცერალური რეგულაციის მოშლას.

ინტერორეცეპტორული ზეგავლენები, რომლებიც შინაგანი ორგანოებიდან მოქმედებენ და გზავნიან იმპულსებს ტვინის ქერქისაკენ და ექსტერორეცეპტორები თავის ტვინის ქერქისა, რომლებზედაც გავლენას ახდენს გარემოდან სხვადასხვა გამაღიზიანებელი მომენტები, უნდა სრულიად პარამონიულად ურთიერთმოქმედებდნენ.

„ურთიერთმოქმედება იმპულსთა ამ ორი ნაკადისა“, ამბობს ბიკოვი, „ქმნის რეალს მთელი ორგანიზმის მუშაობის ინტეგრაციაში, რაც შეაძლებელია აღნიშნული იყოს როგორც კორტიკოვკის ცერალური დინამიკა“.

კ. ბიკოვის აზრით, დაუშვებელია თავის ტვინის ქერქის, ქერქქვეშა ცენტრების, ვეგეტატიური ნერვების და ჰუმორალური ელემენტების ურთიერთკავშირის განცალკევება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის წარმოშობა ხდება ცენტრიდან მომავალ, ხანგრძლივად მოქმედ იმპულსების ზეგავლენით, რაც იწვევს კუჭის კუნთებისა და სისხლძარღვების სპაზმურ შეკუმშვას, უჭრადებისა და ქსოვილების ზოგად ტრაფიკულ მოშლასთან ერთად, რასაც მოსდევს ლორწოვანი გარსის წინააღმდეგობის დაქვეითება და მისი მონელება კუჭის წვენით“.

ამ ზეგავლენათა მომწესრიგებელ ცენტრად ბიკოვი თვლის თავის ტვინის ქერქს, რომლის დაზიანება იწვევს დაავადების განვითარებას.

ამრიგად, ბიკოვის კორტიკოვკის ცერალური თეორია ეწინააღმდეგება ყველა დანარჩენ თეორიას, არსებითად მეტაფიზიკურს, და წყლულის პათოგენეზში გადამწყვეტ მნიშვნელობას ანიჭებს თავის ტვინის ქერქის მარეგულირებელ მოქმედებას.

პათოლოგიური ანატომია. კუჭის წყლული უფრო ხშირად მოთავსებულია მცირე სიმრუდეზე, პილორულ ან პრეპილორულ ნაწილში, თორმეტგოჯა ნაწლავში კი ზევით პიროზონტალურ ნაწილში. წყლული მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა, აქვს ძაბრის მოყვანილობა და აღწევს ლორწოქვეშა შრეს (სურ. 115). წყლულის ნაპირები უბრალო წყლულს (*ulcus simplex*) სადა აქვს, რბილი, ხოლო ძველ წყლულს, ანთებითი მოვლენების შედეგად, ნაპირები გასქელებული და გამკვრივებული აქვს (*ulcus callosum*). თანდათანობით წყლული ღრმავდება და ლორწოქვეშა ქსოვილიდან გაატანს კუნთოვან შრეში, შემდეგ კი სეროზულ გარსში და ბოლოს გახვრეტს კუჭის ან ნაწლავის კედელს— გამხვრეტი წყლული (*ulcus perforatum*), რასაც პერიტონეუმის თავისუფალ ღრუში გახსნისას, მწვავე, ჩირქოვანი პერიტონიტი, ე. წ. პერფორაციული პერი-

ტონიტი მოპყვება, ხოლო მეზობელ ორგანოებთან (პანკრეასი, ღვიძლი) წინასწარ შეხორცების გაჩენის შემთხვევაში გაიხსნება შიგ (მაჰენეტრებელი წყლული—*ulcus penetrans*).



სურ. 115. კუჭის ქრონიკული წყლული.

კოკინის მაგვარი კუჭი ან კუჭის ქისისმაგვარი დეფორმაცია). ზოგჯერ ნაწიბურა შევიწროვებს კუჭს შუა არეში და წარმოიშევა ე. წ. სილის საათის ფორმის კუჭი, რასაც კიდევ მედიოგასტრიულ სტენოზს უწოდებენ (*Stenosis mediogastrica*).

წყლულის მიდამოში ანთებითი ცვლილებების შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ანთებითი სიმსიენე (*ulcus-tumor*). ზოგჯერ კუჭის წყლული შეიძლება გადაგვარდეს კიბორდ (*ulcus carcinomatodes*). თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის კიბოვანი გადაგვარება ჩვეულებრივ არ ხერხდება.

კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის კედლის სისხლის ძარღვის წყლულით დაზიანების შედეგად ვითარდება სისხლის დენა, ზოგჯერ მეტად ძლიერი, ან სასიცვდილო.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების უმთავრეს კლინიკურ სიმპტომს წარმოადგენს ~~უკუტევა~~

ჩვეულებრივ, წყლულით ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ტკივილი დაკავშირებულია საკმლის მიღებასთან. წყლულის სხვადასხვა ლოკალიზაციის დროს ტკივილი საკმლის მიღების შემდეგ ხან უფრო ადრე ეწყება ავადმყოფს, ხან უფრო გვიან. ტკივილი შესაძლოა კამის  $\frac{1}{2}$  ან 1 საათის შემდეგ დაიწყოს, ზოგჯერ უფრო გვიან—2—3 საათის შემდეგ. ასეთი ე. წ. მოგვიანებითი ტკივილი უფრო თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს ახასიათებს. ტკივილები ავადმყოფი უფრო ხშირად გვიან დამით ეწყება ხოლმე და დილაამდე მოსვენებას არ აძლევს მას ე. წ. დამის ტკივილი. წყლულით ავადმყოფთათვის დამახასიათებელია აგრეთვე ტკივილი მშვიერ კუჭ — „შიმშილის ტკივილი“; რომელიც კოტა ხნით შეჩერდება. თუ ავადმყოფი მიიღებს ტკივილდენ საკმელს. შიმშილის ტკივილი წყლულით ავადმყოფს ხშირად აქვს დილით, უზმოდ. ავადმყოფმა დაკვირვებით უკვე იცის, რომ მას ამ შიმშილის ტკივილებს დაუწყნარებს საკმლის მიღება და ცდილობს რამე ჭამოს, მაგ., პური. როგორც კი ტკივილი იან შიმშილის ტკივილი აგრეთვე უფრო თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისათვის არის დამახასიათებელი.

წყლულოვან ტკივილს საკმლის მიღებასთან ასეთი კანონზომიერი დამოკიდებულების გარდა ისიც ახასიათებს, რომ საკმლის თვისებას ვაგლეწა აქვს ტკივილის წარმოშობაზე. ტლანჭი, მაგარი, მკავე, ცხარე და მლაშე საკმელი,

აღკოპოლური სასმელი უფრო იწვევს ტკივილს, ვიდრე ნაზი, ადვილად მოსანე-  
ლებელი და კუჭის ლორწოვანი გარსის ნაკლებად გამაღიზიანებელი საკმელი.  
ან სასმელი.

წყლულოვანი ტკივილები, გარდა ე. წ. შიმშილის ტკივილისა, იწყება უმთავ-  
რესად საკმლის მონელების გაცხოველების მომენტში და გრძელდება 1—3—4  
საათს. პირის აქმება აწყნარებს ტკივილს, ამიტომ წყლულით  
ავადყოფი ხშირად თვითონ იწვევს მას ხახაში თითის ჩაყოფით.

ხელოვნურად გამოწვეული პირსაქმების შემდეგ ტკივილის დაწყება  
აგრეთვე ფრიად დამახასიათებელია წყლულისათვის.

რამდენადაც უფრო დაშორებულია წყლული კუჭში შესავლიდან, იმდენად  
უფრო გვიან იწყება ტკივილი საკმლის მიღების შემდეგ.

კუჭის კარდიალური ნაწილის წყლულის დროს ტკივილი იწყება საკმლის  
მიღებისთანავე, მცირე სიმრუდის წყლულის დროს  $\frac{1}{2}$ —1 საათის შემდეგ, პი-  
ლორუსის მიდამოს წყლული და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული კი უფრო მო-  
გვიანო ტკივილით ხასიათდება.

ასეთი დამოკიდებულება წყლულის მდებარეობისა და ტკივილის დაწყების  
დროს შორის საყალღებულა არ არის და სინამდვილეში შესაძლოა სხვადასხვა  
გადახრას ჰქონდეს ადგილი.

წყლულოვანი ტკივილის ხასიათი სხვადასხვაა: *ქანკარა, შენესაფაქსია-*  
*თისაა, ან მწველი, მკრელი, მხვრეტავი;* ხან ადვილად მოსათმენი, ხან კი აუტა-  
ნელი. უნდა აღინიშნოს, რომ ტკივილები უნიძლიერე არასოდეს არ არის ისეთი,  
როგორც მაგალითად, ღვიძლის ან თირკმლის კოლიკის დროს და ნარკოტიკული  
საშუალებების ხმარებას იშვიათად მოითხოვს.

წყლულით ავადყოფი ტკივილს გრძნობს უფრო ეპიგასტრიუმის არეში  
შუა ხაზის მარჯვნივ, კიბის ზემოთ 1—2 სანტიმეტრით, ან გულის კოვზთან, ან  
შუა ხაზის ოდნავ მარცხნივ.

წყლულოვანი ტკივილი, ჩვეულებრივ, იძლევა *იბადიკუდას* ანუ  
გავრცელებას ან წელის მარჯვენა ნახევარში, ან უკან ზურგისაკენ ან ბეჭის არე-  
ში. წელის მიდამოში გავრცელებული მხვრეტავი დაჟინებითი ტკივილი დამახ-  
სიათებელია მაპენეტრებელი წყლულისათვის (*ulcus penetrans*).

ტკივილის წარმოშობის მიზეზი, წყლულოვანი დაავადების დროს, არის  
წყლულის გაღიზიანება მიღებული საკმლით და კუჭში საკმლის მონელების  
პროცესის დროს გამოყოფილი მარილმჟავით, რასაც მოსდევს კუჭისა და თორ-  
მეტგოჯა ნაწლავის საზიზი.

წყლულოვანი დაავადების დროს ტკივილი და დაავადების სხვა მოვლენება  
გაერთილებული წყლულის შემთხვევაში არ არის მუდმივი, მას პერიოდულ-  
ობა ახასიათებს. ასე, მაგალითად, გაზაფხულზე და შემოდგომაზე დაავადება  
უფრო მწვავედება და ტკივილებაც აწუხებს ავადყოფს, სხვა დროს კი, მიუხე-  
დავად იმისა, რომ ავადყოფი ყველაფერს სჭამს, ტკივილები თითქმის არა აქვს.  
ასეთი პერიოდულობა უფრო თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისათვის არის და-  
მახასიათებელი.

მეორე დიდმნიშვნელოვან კლინიკურ სიმპტომს კუჭისა და თორმეტგოჯა  
ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს წარმოადგენს *ჰაქსაქმება*. ის  
არ არის საყალღებულ სიმპტომი, მაგრამ ხშირია.

პირსაქმება წყლულოვან ავადყოფს მოსდის ტკივილის გამძაფრების დროს,  
საკმლის მონელების გაცხოველების პერიოდში. პირსაქმები ხშირად სუფთა  
კუჭის წვენი წარმოადგენს, რომელშიც საკმლის ნაწილაკები ურევია, მეტად

მეავე სუნისა და გემოსია და ხშირად ავადმყოფს კბილებს „მოაკვეთს“ ხოლმე. პირსაქმება, ჩვეულებრივ, როგორც ზევით იყო აღნიშნული, წყლულოვან ტკივილს აწყენარებს.

თუ ავადმყოფს პირნასაქმი დიდი რაოდენობით აქვს და მასში არის წინა დღით მიღებული საკმლის ნაწილაკები, უნდა ეფიქროთ პილორუსის ხანგრძლივი სპაზმის ან შევიწროების შესახებ (იხ. გართულებანი).

ზოგჯერ პირნასაქმში შესაძლოა სისხლიც ეროს რამდენიმე სუფრის კოვზი ან მეტი. თუ წყლული სისხლის დენით გართულდა (იხ. გართულებანი), შესაძლოა ავადმყოფმა სუფთა სისხლი ამოიღოს პირსაქმებით ერთი ლიტრის, ან მეტი რაოდენობით. სისხლი მოშავო ფერისაა, რადგან კუჭში ჩაღვრილი სისხლის შემოვლობანი კუჭის წვენი მარტივად შეეგვინებინა და დადის მარტივად ჰემატინში. თუ კუჭში სისხლი დიდხანს დარჩა, ის კიდევ უფრო შუქ ფერს იღებს და წაგავს ყაფის ნალექს.

სისხლიანი პირსაქმების შემდეგ ავადმყოფს განავალი, სისხლის შერევის გამო, შეფერილი აქვს კუპრისფერად (კუპრისმავარი განავალი).

წყლულოვანი დაავადების დანარჩენი სიმპტომებიდან აღსანიშნავია გულმკერდი, მუცელი, ბოყინი, შეკრულობა. გულმკერდი შედეგია კუჭის წვენის შეფუთვის მოშატობის და ხშირად ძალიან აწუხებს ავადმყოფებს. ამ დროს ავადმყოფს ტკივილიც აქვს, ვინაიდან როგორც ერთი, ისე მეორე განსაკუთრებით ძლიერია კუჭში საკმლის მოხელების დროს.

როგორც გულმკერდის, ისე ტკივილებს აწყენარებს სოლის მიღება, ამიტომ წყლულით ავადმყოფები ძალიან ეტანებიან მას (სოდოფაგია) და ხშირად თანაც კი დააქვთ ის.

მეავე ბოყინის დროს ავადმყოფი ხშირად ამოიღებს მკირეოდენ მეავე სითხეს, რის შემდეგ მას ეწყება ნერწყვის ბლომად გამოყოფა. მეავე ბოყინი განსაკუთრებით ძლიერია ჰიპერსეკრეციის დროს და ახასიათებს თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს.

მაღა ავადმყოფებს შენახული აქვთ, ზოგჯერ ის გაძლიერებულიცაა.

ავადმყოფობის გამოცნობისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ყველა ამ ცნობის შეკრებას, ვინაიდან ხშირად, როგორც ამას ქვევით დავინახავთ, შესაძლოა ობიექტურმა ან ლაბორატორიულმა გამოკვლევამ არ მოგვცეს წყლულის დამადასტურებელი მონაცემები და დაავადების დიაგნოსტიკაში უმთავრესად უნდა დავყარდნოთ ანამნეზს.

ობიექტური გამოკვლევის დროს ავადმყოფის დათვლიერებით დამახასიათებელს ვერაფერს აღვნიშნავთ. მიუხედავად ხანგრძლივი ავადმყოფობისა, ავადმყოფები ხშირად კარგად გამოიყურებიან, სიგამზღრე არ ემჩნევათ და ზოგჯერ მეტად ჭანსადი შეხედულება აქვთ. ენა სუფთაა. ძლიერი ტკივილის დროს ავადმყოფი იღებს იძულებით მდებარეობას—მოხრის ფეხებს და ზელებით აწევს ებიგასტრიუმის მიდამოს; ხან გვერდზე წოლა უფრო უადვილდებათ, ხან კიდევ პირქვე. ებიგასტრიუმის მიდამოს პალპაციით გამოკვლევისას ზოგჯერ აღინიშნება კუნთების დაქიმულობა და მეტი ან ნაკლები მტკივნეულობა. ღრმად წასული წყლულის დროს შესაძლოა ებიგასტრიუმის მიდამოს პერკუსიით აღინიშნოს ტკივილი.

წყლულის დროს ებიგასტრიუმის მიდამოში განსაკუთრებული მტკივნეულობა აღინიშნება რამდენიმე წერტილში, რომლებიც ვისცერო-სენზორული რეფლექსით აიხსნება. ასეთი მტკივნეული წერტილების დიაგნოსტიკური ღირებულება მეტად საეჭვოა.



კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს კუქის შიგთავსის გამოკვლევა ზოგ შემთხვევაში დამახასიათებელ ცვლილებებს იძლევა. კუქის წვენის მკაფიოა წყლულოვანი დაავადების დროს ბევრ შემთხვევაში მომატებულია, მაგრამ არის წყლულო-რომელიც მძიმდარეობის მკაფიობის ნორმალური, ან დაკლებული ციფრებით. უფრო დამახასიათებელია პიპერსეკრეცია, რომელიც თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს უფრო ხშირად გვხვდება. პიპერსეკრეცია შესაძლოა გასტრიტის ან სეკრეტორული ნევროზის დროსაც იყოს, მაგრამ წყლულისათვის დამახასიათებელ სხვა ნიშნებთან ერთად ის მნიშვნელოვანი სიმპტომია.

ავადმყოფს წყლულოვანი დაავადების დროს პიპერსეკრეცია აქვს უზმოდ, ამიტომ მნიშვნელოვანია კუქის შიგთავსის გამოკვლევა საცდელი საუზმის მიცემამდე.

კუქის წვენში წინა დღით ან უფრო ადრე მიღებული საჭმლის ნაწილების აღმოჩენა, ან კუქის შიგთავსის დიდი რაოდენობა უზმოდ (200—300 მლ) დამახასიათებელია კუქის მორტორული ფუნქციის დარღვევისათვის (პილორუსის სტენოზი). სისხლის აღმოჩენას კუქის წვენში მხოლოდ მაშინ აქვს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, თუ ის ბევრია, ცალკეულ სისხლის ძაფებს, ან წერტილებს შეიძლება შევხვდეთ წყლულის გარეშეც.

წყლულით ავადმყოფებს აქვთ მიდრეკილება შეკრულობისკენ. განავალი ხშირად ე. წ. ცხერის განავლის სახეს იღებს. განავლის გამოკვლევა ე. წ. ფარულ სისხლზე, რომელიც თვალთ არ ჩანს და მხოლოდ ქიმიური სინჯით აღმოჩნდება, ყოველთვის არ იძლევა დადებით შედეგს. წყლულოვანი დაავადების გამწვავების პერიოდში განავალის გამოკვლევისას ხშირად ვნახავთ ფარულ სისხლს.

კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა იძლევა ფრიალ მნიშვნელოვან სიმპტომს. კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის საკონტრასტო ფაფით ავისების დროს, წყლულის ადგილას აღინიშნება საკონტრასტო ნივთიერების შეჩერება; კონტრასტი ავისებს წყლულს და ჩანს პატარა გამორღვრილობის სახით, როგორც ლაქა, რომელიც კუქის სილუეტის მიმართ ჩანს დამატებითი ჩრდილის სახით (+ ჩრდილი). ეს რენტგენოლოგიური სიმპტომი ცნობილია როგორც ნიშის სიმპტომი (ნიშა).

წყლულოვანი დაავადების სხვა რენტგენოლოგიურ სიმპტომებს წარმოადგენენ კუქის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დეფორმაცია, ადგილობრივი სპაზმი, გაძლიერებული პერისტალტიკა.

ყველაზე უფრო საიმედო რენტგენოლოგიური სიმპტომი არის ნიშა, მაგრამ წყლულის ყველა შემთხვევაში არ აღინიშნება. პატარა, ახალი წყლული შეიძლება ნიშის სიმპტომი არ იძლეოდეს.

უკანასკნელ წლებში რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ტექნიკის გაუმჯობესებასთან ერთად მატულობს ნიშის აღმოჩენის პროცენტი.

ზემოჩამოთვლილ გამოკვლევებს შეიძლება ზოგჯერ დაემატოს კუქის გამოკვლევა სპეციალური ხელსაწყოთი გასტროსკოპით, რაც კუქის ლორწოვანის დათვალეობის საშუალებას იძლევა.

კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ქრონიკული, წლობით და ათეული წლობით მიმდინარე დაავადებაა. წყლული შესაძლოა შეხორცდეს, დანაწიბურდეს, ამრიგად მოხდეს მისი კლინიკური განკურნება. შემდეგში შესაძლოა წყლული კუქის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სხვა ადგილას განვითარდეს და

დავადების ყველა მოვლენამ ხელახლა იჩინოს თავი. წყლულოვან დაავადებას, ჩვეულებრივ, მიმდინარეობის პერიოდულობა ახასიათებს, უკანასკნელი, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, უფრო სიხვევია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს.

იშვიათ შემთხვევაში წყლულოვანი დაავადება შესაძლოა სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და უეცრად რომელიმე გართულებით გამოემყვანდეს (მუნჯი წყლული).

თუ წყლულოვანი დაავადების მიმდინარეობაში განვითარდა რომელიმე გართულება, მაშინ კლინიკური სურათი გართულების ხასიათის მიხედვით იცვლება.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება შესაძლოა გართულდეს წყლულის გახვრეტით (პერიფორაციი), სისხლის დენით, პილორუსის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის შევიწროებით (სტენოზი) და კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სეროზული გარსის ანთების შედეგად განვითარებული შეხორცებით (პერიგასტრიტი და პერიდუოდენიტი).

ყველაზე საშიშელი გართულება არის პერიფორაცია. კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ღრმა წყლულმა შეიძლება გახვრიტოს კედელი და გაიხსნას მუცლის ღრუში. ასეთი გართულება შესაძლოა მოხდეს წყლულით ავადმყოფობის გამწვავების დროს ან შედარებით კარგად ყოფნის პერიოდშიც. პერიფორაციით უფრო ხშირად რთულდება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული.

პერიფორაციის დროს ავადმყოფი გრძნობს საშიშელ ტკივილს, რომლის ისკავსი მას არასოდეს არ ჰქონია, თითქოს ხანჯალი ჩასცეს მუცელში. ზოგჯერ ტკივილი იმდენად აუტანელია, რომ ავადმყოფს უვითარდება შოკის სურათი.

ავადმყოფი გაფითრებულია, მოსდის ცივი ოფლი, პულსი შენელებულია, სუსტი ავების, კიდურები გაცივებულია, სხეულის ტემპერატურა დაბალია. პერიფორაციის დროს ვითარდება ეპიგასტრიუმის არეში მუცლის კედლის შევიწროება, ძლიერი დაკიმულობა (დეფანსი), ე. წ. კუნთოვანი კონტრაქტურა („კუნთოვანი დაცვა“). პერიფორაციისათვის ყველაზე უფრო დამახასიათებელია ეს სიმპტომი. ეპიგასტრიუმში პერიფორაციის შემდეგ პირველ ხანებში ჩაეარდნილია. კუჭიდან მუცლის ღრუში ჰაერის გასვლის გამო ღვიძლის მოყრუება ისპობა, მუცელი ოდნავ შეიბერება, ვინაიდან ვითარდება ნაწლავების პარეზული მდგომარეობა. გარეთ გასვლა შეკავებულია.

კუჭის შიგთავსის მუცლის ღრუში მოხვედრის შედეგად მალე იწყება მუცლის ფარის ანთების მოვლენები (პერიფორაციული პერიტონიტი). ავადმყოფს, 'ერიფორაციის მწვავე მოვლენების მოკლე ხნით მიყურების შემდეგ, ეწყება ტივილები მთელ მუცელში, გულისრევა და პირსაქმება, მუცელი აბერილი აქვს, ენა შშრალი, აწუხებს სლოკინი, გამომეტყველება დამახასიათებელია (პიოპრატეს სახე), სუსტი გაზირებული პულსი და, თუ პერიფორაციის დიაგნოზი დროზე არ დაისვა და ოპერაცია არ გაკეთდა, პერიფორაციის მე-3 ან მე-4 დღეზე ავადმყოფი უთუოდ დაიღუპება.

თუ წყლულის შედეგად კუჭის, ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ირგვლივ განვითარებული იყო შეხორცებები, შესაძლოა კუჭის შიგთავსი პერიფორაციის დროს გაიხსნას არა მუცლის თავისუფალ ღრუში, არამედ ამ შეხორცებით შემოფარგულულ ჭიბეში. ასეთ შემთხვევაში განვითარდება ადგილობრივი პერიტონიტი და ავადმყოფი შეიძლება გადაარჩეს.

პერფორაციის შედეგად კუჭის შიგთავსის მოხვედრა დიაფრაგმის ქვეშ იწვევს ე. წ. სუბდიაფრაგმული აბსცესის (ჩირჭროვის) განვითარებას.

ზოგჯერ პერფორაციულ ხერვლს მიეფარება, მაგალითად. ბადექონი, ხერვლი დაიხურება და პერფორაციის კლინიკური სურათი შეიძლება დაიფაროს, დროებითი გაუქმობესება მოხდეს (მიფარებულ პერფორაციას), მაგრამ შემდეგში შეიძლება პერიტონიტი განვითარდეს.

სისხლდენა წყლულის დროს წარმოადგენს მეორე მეტად სერიოზულ გართულებას. ზევით იყო ნათქვამი, რომ წყლულოვანი პროცესით კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის სისხლის ძარღვების (არტერიის ან ვენის) დაზიანების შედეგად იწყება სისხლის დენა ნეტი ან ნაკლები რაოდენობით. სისხლი შეიძლება იყოს 1—2 კიჭის რაოდენობიდან 1 ლიტრი და მეტი. სისხლის დენას მოჰყვება ან სისხლიანი პირსაქმება (haematemesis), ან ნაწლავებით სისხლის დენა (melena).

როგორც პირსაქმებით ამოღებული, ისე ნაწლავებით წამოსული სისხლი მოშავოფერისაა (კუპრისფერი). სისხლის დენა ერთბაშად იწყება და თუ ძალიან ღრდი რაოდენობით განვითარდა, შესაძლოა ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდეს მწვევე პოსტემორაგიული ანემიის განვითარების შედეგად.

სისხლდენის გართულების შემთხვევაში, თუ ის საკმაოდ ძლიერია, წყლულით ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას, ან თუ საქმე აქამდე არ მივლია, გრძნობს ძლიერ სისუსტეს, აქვს თავბრუსხვევა, თვალთ უზნელდება, უშრება პირი, აქვს შილი ყურებში, გრძნობს ძლიერ წყურვილს. ავადმყოფი ერთბაშად ფითრდება, პულსი სუსტი ავსებისაა და ხშირი, აყრის ცივ ოფლს, სისხლის წნევა ეცემა, გულის ტონები მოყრუებულია, ისმის სისტოლური შილი. თუ სისხლდენა შეჩერდა, ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უმჯობესდება. მცირე, ან ზომიერი სისხლის დენის დროს ეს მოვლენები უფრო სუსტადაა გამოხატული.

ავადმყოფის დაწვრილებით გამოკითხვის და გასინჯვის დროს წყლულოვანი სისხლის დენის დიაგნოზის დასმა შეიძლება მანამ, სანამ ის სიახლს ამოიღებდეს პირიდან ან გარეთ გავიდოდეს სისხლზე.

სისხლის დენით გართულება უფრო დამახასიათებელია კუჭის მცირე სიმკრუნის წყლულისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისათვის. პირველი უფრო ხშირად სისხლიან პირსაქმებას იძლევა, ხოლო მეორე კი მელენას.

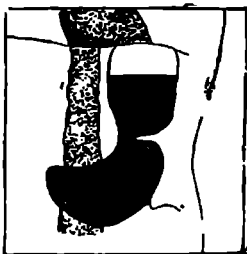
პილორუსის სტენოზი და კუჭის სხვადასხვა სახის დეფორმაცია აგრეთვე წყლულოვანი დაავადების არაიშვიათ გართულებას წარმოადგენს (იხ. პათოლოგიური ანატომია). ეს გართულებები—პილორუსის სტენოზი, ქილისებური დეფორმაცია, მედიოგასტრიული სტენოზი თანდათანობით ვითარდება და იწვევს კუჭიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში საკმლის გადასვლის შეფერხებას. კუჭიდან საკმლის მხოლოდ ნაწილი გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში, ნაწილი კი რჩება კუჭში. რამდენიმე დღის განმავლობაში საკმელს თანდათან გროვდება კუჭში და პირსაქმებით ამოღის უკან. პირსაქმებში მასებში აღმოჩნდება წინა დღეებში მიღებული საკმლის ნაწილაკები. სტენოზის დროს კუჭში დიდი რაოდენობით არის დაგროვილი სითხეც. პირველ ხანებში კუჭის კუნთებზე სძლევენ შევიწროებით გამოწვეულ წინააღმდეგობას და საკმელს კუჭიდან მიდენის პილორუსში, შემდეგში კუჭის კუნთების მოდუნების გამო საკმლის შეკავება კუჭში ძლიერდება, დგება კუჭის მოტორული ფუნქციის უკმარისობაც. პერიოდი (მოძრაობითი, ანუ მოტორული უკმარისობა). ავადმყოფს ეწყება ძლიერი პირსაქმება, ის თანდათან ხდება და უძლურდება.

...უქვიამ პერიოდში განიერდება და მისი ქვემო საზღვარი თანდათან ქვევით იწვეს.

ავადმყოფის პალპაციით გასინჯვით ისმის შხეფის ხმა, კუჭის საზღვაო ქვემოთ არის გადანაცვებული, ხოლო დათვლიერების დროს ეპიგასტრიუმის მიდამოში ნათლად აღინიშნება პერისტალტიკა.

პილოროდუოდენალური სტენოზის დროს კუჭის შიგთავსი ამოღებული უხმოზე, დიდი რაოდენობითაა (200—300 მლ და მეტიც) და მასში ჩანს წინა დღეებში მიღებული საკმლის ნაწილაკეპი. კუჭის ვენის შეკეობა ხშირად მომატებულია.

კუჭის რენტგენოსკოპიის დროს აღინიშნება კუჭის გადიდება, გაძლიერებული პერისტალტიკა და კონტრასტის შეკავება კუჭში 6—12—24 საათის და ფეტი ხნის განმავლობაში. ქისისებური კუჭი და მედიოგასტრიული სტენოზი მეტად და ახასიათებელ რენტგენოლოგიურ სურათს გვაძლევს. მედიოგასტრიული სტენოზის დროს კუჭის შუა წელი შევიწროებულია და კუჭი ორკამერიანა ხდება (ურ. 116).



სურ. 116. კუჭის წყლული შევიწროებით (ორკამერიანი კუჭი სილის საათის-ფორმისა) რენტგენოსკოპიულად.

კუჭი გასავლის შევიწროებას ბოლოს და ბოლოს კვების ძლიერი დარღვევა მოსდევს. ავადმყოფს კვების დაქვეითებასთან ერთად უვითარდება ძლიერი წყურვილი, შარდის დღე-ღამის რაოდენობა მცირდება და სტენოზის შორს წასულ შემთხვევებში ზოგჯერ ვითარდება თავბრუ, ზოგადი აგზნებულება და კრუნჩხვების შეტევები (კიდურების ტონური კრუნჩხვები) ე. წ. გასტროტეცანია.

პერიგასტრიტის და პერიდუოდენიტის დროს აღვილი აქვს შეზოროცებების განვითარებას კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავის და მათ მეზობელ ორგანოებს შორის. კუჭი ასეთ შემთხვევაში ფიქსირებულია, გადაწეულია მარცხენა, ან მარჯვნივ, აწეულია ზევით, შეზრდილია პანკრეასთან, გარდიგარდმო კოლინჯთან, თორმეტგოჯა ნაწლავი შეზოროცებულია ნაღვლის ბუშტთან და სხვ.

ასეთი გართულების დროს წყლულით ავადმყოფის ჩივილები იცვლება, ტკივილი მუდმივ ხასიათს იღებს, კავშირი საკმლის მიღებასთან ისე მკაფიოდ აღარ აღინიშნება, ტკივილებზე გავლენას ახდენს მოძრაობა, სიარული, მგზავრობა, მიღებული საკმლის რაოდენობა. პერიგასტრიტის და პერიდუოდენიტის დროს აღნიშნული შეზოროცებები ნათლად აღინიშნება რენტგენოსკოპიის დროს. წყლულის კიბოვანი გადაგვარება წარმოადგენს წყლულოვანი დაავადების საშინელ გართულებას. ბევრი ავტორი წყლულის ასეთ გადაგვარებას არ სცნობდა შესაძლებლად, მაგრამ ასეთი გართულების შესაძლებლობა დღეს დამტკიცებულია უნდა ჩაითვალოს.

კუჭის ქრონიკული წყლული შეიძლება გადაგვარდეს კიბოდ (ulcus carcinomatodes). თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის კიბოვანი გადაგვარება ჩვეულებრივ არ ხდება.

თუ კუჭის წყლულით ავადმყოფს, განსაკუთრებით ხანში შესულ პირს, მუდმივი ტკივილი დასჩემდა, ის თანდათან გახდა, ანემიის მოვლენები დაემჩნა, განავალში ფარულ სისხლზე რეაქცია მუდმივად დადებითი აღმოჩნდა, კუჭის

წვენის მკვებობამ დაუკლო, ან აქილია განუეითარდა, ხოლო რენტგენოლოგიურად კალოზური წყლული იქნა ნახული, მაშინ ეჭვი უნდა მივიტნოთ კიბოზე.

მლივი ნაწლავის კეპტიკური წყლული (ulcus pepticum jejunum) ვითარდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო გაკეთებული ოპერაციის დროს გასტროენტეროანასტომოზის დადების შემდეგ. ნაწლავის კეპტიკური წყლულის კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა ისეთივეა როგორც საერთოდ წყლულოვანი დაავადების, მხოლოდ ტკივილების ლოკალიზაცია არის უფრო დაბლ — კიპის არცხნივ. რენტგენი აღმოაჩენს წყლულს ანასტომოზის ადგილას.

ლიაგნოზი. კუჭისა და თორ ტგოჯა ნაწლაუ წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზი ტიპობრივად მიმდინარე შემთხვევაში არ არის მინცა და მინცა ქნელი. მაგრამ ზოგჯერ წყლულის დიაგნოსტიკა დიდ სიძნელს წარმოადგენს.

მთავ რი ყურადღება უნდა იექეს ნამწეზის წესიერად და გულმოდგინედ შეკრებას. როგორც უკვე იყო ნათქვამი, ანამნეზი ხშირად საშუალებას გვაძლევს გავერკვეთ არა მარტო იმაში, რომ ვადმყოფს აქვს წყლული, არამედ დაახლოებით მისი ლოკალიზაცია კი გამოვარკვეით. ტკივილები ქამასთან დაკავშირებით, პერიოდულობა, პირსაქმების შემდეგ ტკივილების შემსუბუქება, დამის ტკივილები, შიმშილის ტკივილები, სოდის მიღების შემდეგ ტკივილების დაწყნარება ყოველთვის საექვოა წყლულზე. თუ ავადმყოფს წარსულში ჰქონია სისხლიანი პირსაქმება ან melaeina ეჭვი წყლულზე უფრო დიდდება. თუ ამასთანავე ერთად კუჭის წვენის მკვებობაც მომტებულია, ადგილი აქვს ჰიპერსეკრეციას, განავალში ფარული სისხლია და რენტგენოსკოპიით აღმოჩნდა ნიშა, წყლულის დიაგნოზი უდავოა.

რა თქმა უნდა, ბევრ შემთხვევაში ზოგი ამ სიმპტომიდან შესაძლოა არც იყოლს.

წყლულოვანი დაავადების გართულებათა დიაგნოსტიკა ემყარება იმ ნიშნებს, რომლებიც აღწერილი იყო გართულებათა განმარტების დროს.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გვიხდება ნაღვლის ბუშტის ანთებასთან, ნაღველკენჭოვან ავადმყოფობასთან, კუჭის კიბოსთან, გასტრიტთან, ტაბესით ავადმყოფის გასტრიულ კრიზებთან, სტენოკარდიასთან. ბოლოს წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზის გარდა საჭიროა გამოვარკვეული იქნეს წყლულის ლოკალიზაცია.

გასტრიტთან დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გულისხმობს საკითხის გადაწყვეტას — არის მარტო გასტრიტი, თუ ამასთანავე ერთად არის წყლულიც; ვინაიდან წყლულთან ერთად ავადმყოფს თითქმის ყოველთვის აქვს მეტად ან ნაკლებად გამოხატული გასტრიტი.

აქ დახმარებას გვიწევს ანამნეზი და, რაც მთავარია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

ქოლეცისტიტი და ქოლელითიაზი იძლევა შეტევით ტკივილებს არა მუდმივი ხასიათისას, რომლებსაც სუქმლის მიღებასთან არა აქვს ზემოაღწერილი კანონზომიერი კავშირი. პირსაქმება ტკივილებს არ ამწვიდებს, ტკივილები ვრცელდება მარჯვნივ მხარში და ბექში, ტკივილი ხშირად იმდენად ძლიერია, რომ საჭირო ხდება მორფინის ინექცია.

ზოგჯერ შეტევა სიყვითლით რთულდება. შეტევის დროს ტემპერატურა ხშირად ზევით იწევს. ლვიძლი გადიდებულია, ნაღვლის ბუშტის არეში აგრეთვე მტკივნეულობა აღინიშნება. ლაბორატორიული გამოკვლევა დუოდენალური ზონდავით და კუჭის რენტგენოსკოპია სწყვეტს საკითხს.

კუქის კიბოსთვის დამახასიათებელია უმაღლობა, საკმლის აქლებამდე, ზუღმევი ხაიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ანემია, აქილია და დამახასიათებელი რენტგენომონაცემები (იხ. კუქის კიბო).

ტაქსერის კრიზების გარჩევა წყლულიდან არ არის ძნელი, თუ გაითვალისწინებთ. რომ ის არ არის დაკავშირებული საკმლის მიღებასთან. უფრო ხანგრძლივია ვიდრე წყლულოვანი ტკივილი, ერთბაშად იწყება; საექვო შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფის ნევროლოგიური გამოკვლევა და ვასერმანის რეაქცია.

ტკივილები გვირგვინოვანი არტერიების თრომბოზის დროს ზოგჯერ ეპიგასტრიუმის მიდამოში უფრო ძლიერია და შეიძლება ეპეი დაბადოს წყლულის შესახებ, ასეთ შემთხვევაში საჭიროა გულის დაკვირვებით გასინჯვა და ელექტროკარდიოგრაფია. კორონარული კიბილი T, აჩქარებული ედრ, ლეიკოციტოზი და ტემპერატურის აწევა თრომბოზზე მიუთითებენ, პირიქით, ნიშის აღმოჩენა უარყოფს მას.

პროფილაქსიის მიზნად, რამდენადაც არ შეიძლება ითქვას, თუ როგორ მიმდინარეობას მიიღებს წყლული, ან რა გართულებას გამოიწვევს ის, ძნელია კუქის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების პროფილაქსის დადგენა. საჭიროა ყოველთვის გვახსოვდეს იმ მძიმე გართულებათა შესაძლებლობა, რომლებსაც იძლევა წყლული. გარდა ამისა, გაუმჯობესების და განკურნების პროფილაქსის ამნელებს ის გარემოებაც, რომ წყლულის მკურნალობისათვის აუცილებელია მთელი რიგი მოთხოვნების შესრულება. რასაც ავადმყოფი ხშირად ვერ ასრულებს და დაავადებაც მეტად შემთხვევაში მწვაედება.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ერთი მხრივ ნერვულ სისტემაზე ზეგავლენისა და მეორე მხრივ უნდა ვეცადოთ. რაც შეიძლება მეტად დავზოგოთ დაავადებულ იარგანო.

ამ მიზნის განხორციელებისათვის საჭიროა ავადმყოფი ჩავაყენოთ ისეთ პირობებში, რომ მისი ნერვული სისტემა მაქსიმალურად იყოს განტვირთული ყველგვარი ვაპალიზიანებელი მომენტებისაგან და ამასთანავე ერთად ზედმიწევნით კარგად უნდა მოწესრიგდეს ავადმყოფის კვება.

მაშაადამე, წყლულით ავადმყოფის მკურნალობა პრინციპულად ითვალისწინება. როგორც ამბობენ. მოსვენებას ფსიქიკურს, მოსვენებას ფიზიკურს და მოსვენებას დიეტეტიკურს.

ამასთანავე ერთად ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ წყლულოვანი დაავადების მკურნალობა ერთია გაურთულებელ შემთხვევებში, ხოლო ზემოაღწერილი გართულების დროს მკურნალობა მოითხოვს სათანადო ღონისძიებებს.

წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ სხვადასხვა დროს უამრავი სამკურნალო საშუალება იყო მოწოდებული, მაგრამ ძირითად სამკურნალო საშუალებად დღესაც დიეტა ითვლება. საჭიროა წყლულით ავადმყოფი იღებდეს მსუბუქ, კუქის ლორწოვანი გარსის არაგამალიზიანებელ და კუქის წველის გამოყოფის არაგამაძლიერებელ საკვებს. საკვები იმავე დროს უნდა იყოს საკმარისად ნოყიერი, კალორიებით და ვიტამინებით მდიდარი. წყლულით ავადმყოფი უნდა სკამდეს წშირად (5—6-ჯერ) და ცოტ-ცოტას, ზუსტად განსაზღვრულ საათებში.

იოწოდებულა კუქის წყლულის სამკურნალოდ სხვადასხვა დიეტეტიკური ტიპობივი ფორმულა—არაკოსის. პეუნერის და სხვ.

წყლულით დაავადების სხვადასხვა პერიოდი, სხვადასხვა ფორმის წყლულის

დროს ძნელია დიეტეტიკურ დანიშნულებათა რომელიმე სქემით დანიშვნა, ეს სქემები შეიძლება ინდივიდუალურად იქნეს შეცვლილი.

მწვავე წყლულის ან გამწვაეების პერიოდში ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს უფრო მკაცრი დიეტა, დაცხრომის პერიოდში დიეტა შეიძლება გაფართოდეს, გართულების დროს, მისი ხასიათის მიხედვით, დიეტა შესაძლოა აგრეთვე შეიცვალოს და სხვა.

მწვავე წყლულით ავადმყოფის დიეტა უნდა შესდგებოდეს უმთავრესად რძის, ნაღების, კარაქისა და კვერცხისაგან. ავადმყოფს რძე უნდა მიეცეს ნელ-თბილი ყოველ ერთ საათში  $1/2$  ჭიქის რაოდენობით; პირველ 3 დღეს ავადმყოფი იღებს 2 ჭიქა რძეს, შემდეგ თანდათან აწყვეს რძის რაოდენობა 4 ჭიქამდე. კვერცხი უნდა იყოს თოხლო, ორი ცალი დღეში ერთი კვირის განმავლობაში, შემდეგში კვერცხის რაოდენობა უნდა გადიდდეს 4—5 ცალამდე დღეში. რძესა და კვერცხთან ერთად ავადმყოფს უნდა მიეცეს უმარტილო კარაქი დღეში 60—70 გრამის რაოდენობით. ასეთ დიეტაზე ავადმყოფი უნდა იყოს დაახლოებით 14 დღე, რის შემდეგ ავადმყოფს შეიძლება მიეცეს 200—300 გრამი რძის ფლავი დღეში, გამხმარი თეთრი პური 50 გრ, კარტოფილის პიურე, ბოსტნეულისაგან შემზადებული სუბი (უხორცო), გახეხილი ბოსტნეული, ფაფები. ასეთ დიეტაზე ავადმყოფი უნდა ვიყოლიოთ დაახლოებით 1 თვემდე. მწვავე მოვლენების დაცხრომის შემდეგ (ტუბიკულოზის დაცხრომა, მყავე ბოყინის და გულისრევის, ან პირსაქმების დამწვინდება) ავადმყოფი გადაგყავს უფრო გაფართოებულ დიეტაზე: ორთქლში მოშუშულ ხორცზე, «ცოცხალ» თევზზე, ქათმის ხორცზე. წყლულით ავადმყოფის საკვებიდან სრულიად უნდა გამოირიცხოს მლაშე, მჟავა, ცხარე საკმელი. მღოგვი, წიწაკა, პილპილი, წნილები, ძებუელი. წყლულით ავადმყოფს კატეგორიულად უნდა აეკრძალოს მაგარი სასმელის სმა, აგრეთვე ლუდი და თამბაქოს მოწევა.

საკვიროა განსაკუთრებული ყურადღება მიეჭკეს პურის ხარისხს. წყლულოვან ავადმყოფს უნდა ეძლეოდეს უმაღლესი ხარისხის თეთრი პური (როდესაც პურის მიცემა დასაშვებია), კარგად გაღვივებული, უმჭობესია, წინა დღით გამოცხვარი.

წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ მოწოდებულ მრავალ ტიპობრივ დიეტიდან ჩვენ ვსარგებლობთ, ისე როგორც სამკურნალო დაწესებულებათა უმრავლესობა სსრ კავშირში, მ. პე ვ ზ ნ ე რ ის დიეტებით, გარდა ამისა, ზოგ შემთხვევაში მივირთავთ ი ა რ ო კ ე ის დიეტასაც.

დი ე ტ ა მ. პ ე ვ ზ ნ ე რ ის ა ისეა შედგენილი, რომ მასში დაცულია საკმაო კალორაჟი, ვიტამინების საჭირო რაოდენობა და პროდუქტებიც არ არის ერთფეროვანი. პე ვ ზ ნ ე რ ის დიეტა აწვდის ავადმყოფს 1300—1800 კალორიას. მაგადა № 1-ა და № 1-ბ ავადმყოფს ენიშნება 7—10 დღეს. ამასთანავე აუცილებელია წოლა. 15—20 დღის შემდეგ ავადმყოფი გადაწყვეთ მაგადა № 1-ზე (ტაბ. 1 და 2).

დი ე ტ ა ი ა რ ო კ ე ის ა. ამ დიეტით ავადმყოფს ენიშნება უმი კვერცხის ძალზე ათქვეფილი ცილა და უმარტილო კარაქი. ცილა ეძლევა დილთ, კარაქი კ საღამოთი. პირველ დღეს ავადმყოფი იღებს 1 კვერცხის ცილას და 20 გრამ კარაქს, შემდეგ ყოველდღიურად ავადმყოფს ემატება თითო კვერცხის ცილა და 20 გრამი კარაქი. ასეთი დიეტის პირველი კვირის დასასრულისათვის ავადმყოფი იღებს 8 კვერცხის ცილას და 160 გრამ კარაქს, რის შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა წყალზე დამზადებული ფაფა შიგ შერეული კარაქით და კარტოფილის

წყლულის ხაწინაღმდეგო დედა პეგუნერისა. (მაგ. იდ. № 1)

შეიღა	ზოგადი წესები	ნ ე ბ ა დ ა რ თ უ ლ ი ა
<p>№ 1-ა</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ხშირი კვება</li> <li>2. ულუფა უნდა იყოს პატარა (სადილი არაუმეტეს ორი თავისა)</li> <li>3. მარბლის შეზღუდვა</li> <li>4. მხოლოდ თხელი საჭმელი</li> <li>5. წოლითი რეჟიმი</li> <li>6. უმი წვენი (სტაფილოსი, პამილორისი, ყურძნისა).</li> </ol>	<p>რე (4—5 კეჲა დღეში), ნაღები, თონლო კვერცხი (2—3), ათქეფილი კვერცხი რძით, სუფლე, კარაქი უმარილო (70—80 გრამი დღეში)</p> <p>რძის ლორწოვანი სუბი კარაქით, თხელი გაწურული ნახარში თავფეხიდან</p> <p>ხილის კისელი და ქელე (ტუბილი ხილისაგან)</p> <p>უმი წვენი ფორთოხლის წყლითა და შაქრით, სტაფილოს და პამილორის წვენი. შაქარი 60—70 გრ.</p>
<p>№ 1-ბ</p>	<p>ზოგადი წესები იგივე. ემატება ფაფისებური და მგარი საჭმელი. უმი წვენი პამილორისა, სტაფილოსი, მანდარინის, ფორთოხლის, ლიმონის, წყლითა და შაქრით.</p>	<p>ემატება თეთრი სუხარი (50—70 გრამი დღეში, თანდათანობით მომატებით 200 გრამამდე), ხორცი ან თევზი ცხელის ან ფრიკადელის სახით (100 გრამი დღეში), გახეხილი ფაფები.</p>
<p>№ 1</p>	<p>ზოგადი წესები იგივე, მხოლოდ ავადმყოფის წოლა არ არის საკლებებული.</p>	<p>სუხარი შეიცვლება გამომწვარი თეთრი პურით. ორთქლში მოწუშული ხორცი კატელეტის სახით, ან მოხარული ნაჭრის სახით 1—2-ჯერ კვირაში. ჩახარული, მკლე თევზი. დემარტება ბოსტნეული და ხილი მოხარული, გახეხილი; მკარიანი. გახეხილი სუბი ხორცის ან თევზის კი არა, არამედ ბურღელისა, გახეხილი ბოსტნეულისა, თხელი ნახარში ხბოს, ძროხის ან ღორის ფეხებიდან.</p> <p>ტუბილი ხილი, გახეხილი. ორთქლზე დაშაღებული ტუბილი პუდინგი, კრეპი, მსუბუქი ბისკვიტი.</p>



ხანიჭუშო დღეები № 1-ა, № 1-ბ — და № 1 შავიღახათვის წყლულოვანი დაავადების დროს (მ. პეგუნერით)

საქმლის მოღებვის დრო	შავიღა № 1-ა	შავიღა № 1-ბ	შავიღა № 1
საუზმე დილის 8-8 1/2 საათზე	1 კვერცხი, 1 კიჭა რძე, 25 გრ კარაქი, ბისკვიტი კეიფის დანიშნულებით	1 კვერცხი, 1 კიჭა რძე, 25 გრ კარაქი, 80 გრ სუხარი და 20 გრ ბისკვიტი მთელი დღის. განმავლობაში	1 კვერცხი, 1 კიჭა რძე, 400 გრ თეთრი გამოშვარალი პური (მთელი დღის განმავლობაში) 25 გრ კარაქი, არაუანა ათუ-აფილი კვერცხის ცილი
დამტებითი საუზმე 11 საათზე	1 კვერცხი, კასელი	1 კვერცხი, კასელი	1 კვერცხი, არაუანა
საუზმე 12 1/2 საათზე	1 კიჭა რძე	1 კიჭა რძე	1 კიჭა რძე
საღამო 2 საათზე	გაწურული ცხელი ნახარში თავ-ფეხიდან, მანის. ლორწოთი, კარაქით (25 გრ) ან ლორწოვანი სუპი პერისა (25 გრ კარაქით). რძის მელე ეოლოს საროფთი. ვიტამინები: პამიდონის, სტაფილოს წვენი.	გაწურული ნახარში თავ-ფეხიდან კარაქით (25 გრ) ან ქერის ლორწოვანი სუპი (25 გრ კარაქით) კნელი ხორცის ან თევზის (100 გრ ხორცი), რძის მელე და ვიტამინები.	გაწურული ნახარში თავ-ფეხიდან კარაქით (25 გრ), მანის გუფითი ან გახეხილი კერის სუპი სტაფილოს პურით. მოხარული ხორცი, ან. ორთქლში მოხარული ბევრემქსი. ბისკვიტი რძის მელეთი. ვიტამინები: პოსტრეულისა და ხილის წვენი.

**საინჟინურო დღეები № 1-ა, № 1-ბ და № 1 მაგიდახაოფის წყლულოფანი დაავადების დროს (მ. პეკუნენით)**  
(ა ა ს ა ს რ უ ლ ი)

საკვლის მიღების დრო	მაგიდა № 1-ა	მაგიდა № 1-ბ	მაგიდა № 1
ჩაი ნაშუადღევს 5 საათზე	1 კვერცხი, 1 უიჭა რძე	1 კვერცხი, 1 უიჭა რძე	1 უიჭა რძე ნამცხვარით. კარ- ტოფილის კროკეტო ორიოქლზე მოშუშული
ვახშამი საღამოს 7 სა- ათზე	ქერის ლორწოვანი სუბი, 25 გრ კარაქით. ვაშლის კისელი სიროფიდან	რძის ფლავი კარაქით, კისელი ვაშლის სიროფი- დან	ჩაი რძით დესერტთან: შუშუვა- რი ვაშლი, ნამცხვარი (პეჩენ- იე), მურაბა მარწყვისა, ხენ- დრისი, ვაშლის პიურე
ჩაი საღამოს 9 საათზე	1 უიჭა რძე	1 უიჭა რძე	1 უიჭა რძე

პიურე, რომელშიც აგრეთვე შერეულია კარაქი. მარილი და პური ავადმყოფს ეკრძალება.

მხოლოდ 5 კვირის შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა ორთქლში მოშუშული ხორცი.

იაროცკის დიეტა, როგორც ვხედავთ, მეტად მკაცრია, ერთფეროვანი და ავადმყოფისათვის მოსაბეზრებელი, მაგრამ ის შშენიერ შედეგს იძლევა— ტკივილები სრულიად ცხრება, დისპეპსიური მოვლენები ისპობა და ავადმყოფის მდგომარეობაც უმჯობესდება.

განსაკუთრებით კარგია იაროცკის დიეტა წყლულიდან სისხლდენის შემდგომ პერიოდში.

იაროცკის დიეტას საფუძვლად დაედო ი. პავლოვის სკოლის ექსპერიმენტული გამოკვლევები, რითაც დამტკიცდა, რომ რძეს აქვს კუჭის წველის გამოყოფის გაძლიერების თვისება, ხოლო კვერცხის ცილა და კარაქი კი ამ თვისებას მოკლებულია.

მედიკამენტებით თერაპია წყლულოვანი დაავადების დროს მიმართულია უმთავრესად კუჭის წველის შეავობის მომატების და ტკივილების წინააღმდეგ.

კუჭის წველის შეავობის დაწევისა და ჰიპერსეკრეციის შესამცირებლად იხმარება ტუტეები და ატროპინი. ბელადონა და ატროპინი კარგად მოქმედებენ, როგორც ანტისპაზმური საშუალებები.

ყოველთვის უნდა ვცადოთ ატროპინის მიცემა შიგნით (წვეთების სახით), ან კანქვეშ ინექციების სახით, თუმცა ბევრი ავადმყოფი ამ პრეპარატს კარგად ვერ იტანს პირის სიმშრალისა და აკომოდაციის პარეზის გამო.

ასეთ შემთხვევაში პრეპარატი დროებით უნდა შეეწყვიტოს ან შეეცვალოს ის პლატიფილინით. თუ ატროპინის ამტანობა კარგია, ის უნდა მივცეთ ავადმყოფს 2—3 კვირას.

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 10,0  
D.S. 8—8 წვეთი დღეში 2—3-ჯერ

Rp. Sol. Atropini sulfur. 0,1%  
5,0. Sterilis  
D.S. კანქვეშ 0,5—1 მლ  
1—2-ჯერ დღეში

Rp. Platyphyllini bitartar. 0,003  
Sacchari albi 0,2  
M.f. P. D.t.d. N 20  
S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

Rp. Platyphyllini bitar. 0,1  
Aq. destillatae 20,0  
M. D. S. 10—10 წვეთი 3-ჯერ დღეში ჭამის წინ

Rp. Sol. Platyphyllini bitartarici 0,5%  
in ampulis à 1,0  
D. t. d. N 10  
S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად

Rp. *Platyphyllini* bitart. 0,02

*Butyr. cacao* 1,5

*M.f. suppos D.t.d.* N 10

S. თითო სანთელი 2-ჯერ დღეში უკანა ტანში

ტკივილების დროს ატროპინს შეიძლება პაპავერინი დავუმატოთ:

Rp. *Papaverini hydrochlor.* 0,03

*Atropini sulfurici* 0,0005

*Sacchari albi* 0,2

*M.f.p. D.t. d.* N 12

S. თითო ფხვნილი 2—3-ჯერ დღეში

ტუტეების დანიშვნა მაღალი მკვავობის დროს აუცილებლად უნდა ხდებოდეს საკმლის მიღების 1—1,5 საათის წინ, ვინაიდან, როგორც ი. პავლოვის გამოკვლევებმა გამოარკვია, ტუტეების მხოლოდ ამ წესით მიცემის დროს ხდება სეკრეციისა და მკვავობის დაკლება.

Rp. *Natrii bicarbonici*

*Calcii carbonici*  $\bar{a}$  15,0

D.S. ჩაის კოვზი ერთ ჭიქა წყალზე

(ფალარათისაკენ მიდრეკილების დროს)

Rp. *Natrii sulfurici* 25,0

*Natrii phosphorici*

*Natrii bicarbonici*  $\bar{a}$  35,0

*M.f. pulv.*

D.S. ჩაის კოვზი, ერთ ჭიქა მოთბო წყალზე

კამის 1—1,5 საათით წინ 2-ჯერ დღეში

Rp. *Natrii bicarbonici*

*Magnesiae carbonicae*  $\bar{a}$  15,0

D.S. ჩაის კოვზი ერთ ჭიქა წყალზე (შეკრუ-

ლობის დროს)

Rp. *Extr. Belladonnae* 0,02

*Magnesiae usthae*

*Natrii bicarbonici*  $\bar{a}$  0,5

*M.f.p. D.t.d.* N 20

S. თითო ფხვნილი დღეში სამჯერ

წყლულით ავადმყოფი, განსაკუთრებით დაავადების გამწვავების პერიოდში, ლოჯინში უნდა იწვეს. ფიზიკური მოსვენება და სითბო მეტად დამამწვავებლად მოქმედებს წყლულოვან ტკივილებზე და, დიეტასთან და სხვა სამკურნალო საშუალებებთან ერთად, ხელს უწყობს პროცესის დაცხრომას.

თუ ავადმყოფს არა აქვს სისხლდენა, ეპიგასტრიუმის მიდამოზე უნდა ვიხმაროთ სათბური 1—2 საათით დღეში, სათბურის გარდა კარგია პარაფინის ან ტალახის კვერაკები 60° ტემპერატურისა.

ფართოდ იხმარება წყლულოვანი დაავადების დროს დიათერმია ან ადგილობრივ (ეპიგასტრიუმზე), ან ეგზორთის მეთოდით კისრის წნულეზე 10—15 სეანსის რაოდენობით. სისხლმდინარე წყლულის მკურნალობაში დიათერმია უკუნაჩვენებია.

წყლულოვანი დაავადების დაცხრომის პერიოდში კარგია ავადმყოფის მკურნალობა სათანადო კურორტზე. საქართველოს კურორტებიდან სახელგანთქმულია ბორჯომი და უწერა, ხოლო ჩრდილოკავკასიის კურორტებიდან— ელენოვოდსკო.

წყლულის მკურნალობის კურსი დამთავრებულად შეიძლება ჩაითვალოს, როდესაც ტკივილები დაცხრება, გულმმარვა, გულისრევა და პირსაქმება შეწყდება და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს ვეღარ ვნახავთ ნიშანს.

ასეთი შედეგების მიღწევა შესაძლებელია სტაციონარის პირობებში და ამიტომ უმჯობესია წყლულით ავადმყოფი საავადმყოფოში იქნეს მოთავსებული 4—6 კვირით, რის შემდეგ ის შეიძლება გადაყვანილ იქნეს ამბულატორიულ მკურნალობაზე. რა თქმა უნდა, წყლულით ავადმყოფს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ საჭიროა დიეტის დაცვა და ის გამაფრთხილებელი ღონისძიებები, რაზედაც ზევით იყო ლაპარაკი.

უკანასკნელ ხანებში კარგი შედეგებია მიღებული წყლულოვანი დაავადების ხანგრძლივი მედიკამენტოზური ან პირობითრეფლექსური ძილით მკურნალობით.

ეს მეთოდი არსებითად წარმოადგენს ხელოვნურად მიღებულ დაცვით შეკავებას, ემყარება წყლულის კორტიკო-ვისცერალურ თეორიას და წყლულოვანი დაავადების პავლოვური მოძღვრების საფუძველზე აგებულ პათოგენეზიდან გამომდინარეობს.

წყლულოვანი დაავადების გარკვეულ პერიოდში საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა, რასაც სათანადო ჩვენებები აქვს. არჩევენ აბსოლუტურ და შედარებით ჩვენებებს.

აბსოლუტური ჩვენებებია: 1) პერფორაცია, 2) პილორუსის შევიწროება, 3) წყლულის კიბოვანი გადაგვარება.

შედარებითი ჩვენებებია: 1) განმეორებითი სისხლის დენა, 2) წყლულის ისეთი ფორმა, რომელიც, მიუხედავად განმეორებითი დაქინებით შინაგანი მკურნალობისა, არ იძლევა შედეგს.

ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ შესაძლებელია, გამოყენებული ოპერაციული მეთოდის მიხედვით, განვითარდეს კუჭის თავისებური სნეულეზიანი (ე. წ. ოპერირებული კუჭის სნეულეზიანი). ასე, მაგალითად, გასტროენტერო-ანასტომოზის შემდეგ (რაც ამჟამად თითქმის აღარ იხმარება, თუ სათანადო ჩვენებები არ არის) შემთხვევათა 7% შეიძლება განვითარდეს ანასტომოზის ალოავას ნაწლავის პეპტიკური წყლული (ulcus pepticum jejuni), ხოლო კუჭის რეზექციის შემდეგ სისხლნაკლულობა, ე. წ. აგასტრიული ანემია, შეხორცებები, ანასტომოზის ფუნქციის დარღვევა, ჰიპოგლიკემიური სინდრომი და სხვ.

დღესდღეობით რეზექცია ითვლება საუკეთესო ოპერაციულ მეთოდად და იძლევა კარგ შედეგს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების გართულებები მოითხოვს სპეციალურ სამკურნალო ღონისძიებებს.

პერფორაციის შემთხვევაში ოპერაცია უნდა გაკეთდეს გადაუდებლივ. ყოველი დაკარგული საათი აღიღებს სიკვდილიანობის პროცენტს. პერფორაციის

შემდეგ პირველი 6 საათის განმავლობაში გაკეთებული ოპერაცია განკურნებას იძლევა შემთხვევათა თითქმის 90%-ში.

ამიტომ, თუ წყლულით ავადმყოფს უეცრივ ძლიერი ტკივილი დაეწყო კუჭის არეში, საჭიროა გამოძახებული იქნეს ექიმი დიაგნოზის დასადგენად. არავითარ შემთხვევაში ამ დროს მორფიუმის გაკეთება არ შეიძლება, ვინაიდან ის შეასუსტებს პერფორაციის მთავარ ობიექტურ ნიშანს—კუნთების დაჭიმულობას, და გააძნელებს დიაგნოსტიკას.

სისხლდენის დროს ავადმყოფი უნდა დაეწვინოთ, კუჭის არეში ყინულის პარკი დაეძლოთ, აუტკრიალოთ ყოველგვარი სასმელ-საკმელი 1—2 ღლის განმავლობაში. სასმელის ნაკვალად, ავადმყოფს უნდა მიეცეს წყალი პირში გამო. საკვებად, ზოლო კანქვეშ გაუკეთდეს ფიზიოლოგიური ხსნარი, ან გლუკოზის 5% ხსნარი 1000—1500 მლ რაოდენობით ყოველდღიურად, მანამ სასმელის მიცემის ნებას მიეცემდეთ. ამასთანავე ერთად, კარგია გლუკოზის 5% ხსნარის შეყვანა წვეთობრივ ოცნის საშუალებით (1500—1000 მლ) და გლუკოზის 40% ხსნარის ყოველდღიური ინექციები ვენაში 30 მლ რაოდენობით.

სისხლის დენის 3—4 დღიდან ავადმყოფს ენიშნება მკაცრი დიეტა, უმჯობესია იაროცის დიეტა.

სისხლის დენის შესაჩერებელ საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს სისხლის გადასხმა, რაც უმაღლეს უნდა გაკეთდეს 150—200 მლ რაოდენობით. უმჯობესია, გადასხმისათვის თანამოსახელე ჭვავის სისხლით ვისარგებლოთ. სისხლის გადასხმა სასურველია განმეორებითაც გაკეთდეს. თუ სისხლის დანაკარგი დიდია, ზემოაღნიშნული პერისტალტიკური დოზის გარდა, უნდა მივმართოთ უფრო დიდ დოზებსაც.

ჰემორაგიაში უნდა გავსაკუთრებოთ, თუ რაიმე მიზეზის გამო სისხლის გადასხმა არ შეიძლება გაკეთდეს, საჭიროა სისხლდენის საწინააღმდეგო სხვა საშუალებები ვიხმაროთ: ინტრავენურად შეეყვანოთ ავადმყოფს ქლორიანი კალციუმის 10% სტერილური ხსნარი 20 მლ რაოდენობით, ინტრამუსკულარულად 10—20 მლ ცხენის შრატისა ბეზრედკას წესით ან 10% ელატინის სტერილური ხსნარი აგრეთვე კუნთებში. ზოგი ურჩევს ქლორიანი ნატრიუმის 10% ხსნარის ინტრავენურ ინექციას, მაგრამ უმჯობესია ეს პრეპარატი კუჭიდან ან თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სისხლდენის დროს არ ვიხმაროთ, ვინაიდან მას აქვს თვისება გააძლიეროს კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკა და სისხლდენას პირიქით ხელი შეუწყოს.

უკანასკნელ წლებში ქირურგები გვირჩევენ სისხლდენის დროს ოპერაციულ მკურნალობას, მაგრამ სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ოპერაციული მკურნალობა სიკვდილიანობის მიტ პროცენტს იძლევა (40—50%), ვიდრე შინაგანი მკურნალობა (2—3%), ამიტომ უმჯობესია (თუ შეუჩერებელ სისხლდენასთან არ გვაქვს საქმე), ოპერაციულ მკურნალობაზე უარი ვთქვათ.

პილორუსის შევიწროების დროს, იქ, სადაც ადგილი აქვს კვების მოშლას, კუჭის მორტორული ნაკლოვანების შედეგად, უთუოდ საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა. ნაწილობრივი სტენოზების დროს, კუჭის მორტორული ფუნქციის შენახვისას, დროებით შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობა შევამსუბუქოთ სათანადო დიეტით და კუჭის სისტემატური ამორეცხვით 2—3 დღეში ერთხელ 8—10-ჯერ.

წყლულოვანი დაავადების პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა რაციონალური და რეგულარული კვების მოწესრიგება. ამ მიმართულებით სისრ კავშირში დიდი მუშარბაა ჩატარებული. არსებობს დიეტისასადილოები, დიეტპროფილაქ-

ტორიუმები, ღამის სანატორიუმები, სადაც წყლულით დაავადებულ მუშა-მო-სამსახურეს საშუალება აქვს იკვებოს დიეტეტიკური საკვებით და მიიღოს სა-თანალო რჩევა-დარიგება.

ამასთან ერთად, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სხვადასხვა მოშლილო-ბის მქონე პირებს, წყლულის არსებობის მცირეოდენი ექვის შემთხვევაში, სა-ჭიროა მოუწესრიგდეს კვება, აეკრძალოს თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლის ხმარება.



### კუჭის კიბო (Cancer ventriculi)

კუჭის კიბო არაიშვიათი დაავადებაა განსაკუთრებით 40 წელზე უფროს ასაკში; კაცები უფრო ხშირად ხდებიან ავად, ვიდრე ქალები. კუჭის კიბოს შემ-თხვევათა რიცხვი სხვა ფორმის კიბოს შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარს შეა-დგენს (45%-მდე).

ეტ იო ლო გ ი ა და პ ა თ ო გ ე ნ ე ზ ი. კუჭის კიბოს ეტიოლოგია, ისე როგორც საერთოდ კიბოს ეტიოლოგია, უცნობია. კუჭის კიბო შესაძლოა განვი-თარდეს როგორც ახალგაზრდა ასაკში, ისე მოხუცებულთა შორის, მაგრამ რო-გორც იყო აღნიშნული, ის უფრო ხშირია 40 წელს შემდეგ. აქედან თითქოს ცხადი ხდება ასაკობრივი მომენტის მნიშვნელობა, მაგრამ ის გადამწყვეტი არ არის.

თითქოს არც მემკვიდრეობით მიდრეკილებას უნდა ჰქონდეს დიდი მნიშვ-ნელობა, ვინაიდან შემჩნეულია, რომ კიბოთი ავადმყოფთა შთამომავლობაში კუჭის კიბოთი ავად ხდება მხოლოდ უმნიშვნელო რიცხვი.

უფრო მეტ მნიშვნელობას აკუთვნებენ ქრონიკული გასტრიტით ავადმყო-ფობას. ანაციდური გასტრიტით და განსაკუთრებით პოლიპოზურ გასტრიტით ავადმყოფობა, კუჭის აქილია მრავალი წლის მანძილზე, კუჭის კიბოს განვითარე-ბაში. თითქოს გარკვეულ როლს თამაშობს, მაგრამ არც ეს გარემოება მტკიცდებ-ბა, რადგან ხშირად კუჭის კიბო უვითარდება ისეთ პირებს, რომელთაც არა-სოდეს კუჭის ავადმყოფობა არ ჰქონიათ. მეორე მხრით შესაძლოა აქილიას და გასტრიტით ავადმყოფობას კიბო არ მოჰყვეს.

კუჭის წყლულის კიბოვანი გადაგვარება, ზოგ შემთხვევაში, როგორც უკვე იყო აღნიშნული, თითქოს უდევო ფაქტს წარმოადგენს.

კუჭის კიბო უფრო ხშირად ვითარდება პილორუსში, შემდეგ მცირე სიმრუ-დეზე და უფრო იშვიათად კუჭის შესავალში.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ა ნ ა ტ ო მ ი ა. კუჭის კიბოს განვითარება ხდება კუ-ჭის ჭირკვლოვანი ეპითელიუმებიდან. ერთ შემთხვევაში კიბო სიმსივნური კვანძის სახით იზრდება მერეში კუჭის კედლის ინფალტრაციის მიხედვით კუჭის კიბო შესაძლოა ზოგჯერ ადრევე დარბილდეს, დაწყულდეს და სისხლდენა გამოი-წვიოს, ზოგჯერ კი ის დიდხანს არ განიცდის ასეთ დაწყულულებას (სურ. 117).

ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით არჩევენ: 1) ცილინდრულ- უჯრედოვან კიბოს, რომელიც უფრო ხშირად მრუდ კიბოს და 2) სკირს-მომკვრივო, შე-მაერთებელი-ქსოვილით-მიღობ კიბოს, რომელიც კუჭის კედლის სისქეში ნე-ლა იზრდება.

კუჭის კიბო დაწყულულების დროს იძლევა სისხლის დენას და ზოგჯერ პერ-ფორაციას შემდგომი დიფუზური პერიტონიტით. პილორუსში განვითარებულ სიმსივნეს შესაძლოა მოჰყვეს სტენოზი.

კუჭის კიბო აღრე იძლევა მეტასტაზებს პერიპორტალურ ლიმფურ ჩირ-  
ყვლებში, ლეიძლში, პანკრეასში, ფილტვებში, ძვლებში და სხვ.



სურ. 117. კუჭის კიბო.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. კუჭის კიბო გან-  
ვითარების პირველ ხანებში შესაძლოა არ იძლეოდეს მკაფიო კლინიკურ ნიშ-  
ნებს. კუჭის კიბოს პირველი ნიშნები ზოგჯერ იმდენად შეუმჩნეველია, რომ  
ავადმყოფი მათ ყურადღებას არ აქცევს, ვინაიდან ხშირად ეს ნიშნები არ არის  
შემაწუხებელი და უბრალო გასტრიტით გამოწვეულ მოვლენებს წააგავს. ამი-  
ტომ ხშირად კუჭის კიბო ისე შემპარაუად ვითარდება, რომ ავადმყოფი ექიმს  
მიმართავს მაშინ, როდესაც დაავადება შორს არის წასული და შველ ღარ  
შეიძლება.

ამიტომ საჭიროა ყურადღება მიექცეს იმ იცირე ნიშნებს, რომლებითაც  
კუჭის კიბო იწყება, რომ დასაწყისშივე მოხერხდეს დაავადების გამოცნობა.

კუჭის კიბო მეტად მრავალფეროვან ნიშნებს იძლევა და ისინი დამოკიდე-  
ბულია როგორც კიბოს ფორმაზე, ისე მის ადგილმდებარეობაზე.

კუჭის კიბო ერთ შემთხვევაში უმთავრესად იძლევა მოვლენებს კუჭის  
მხრივ, მეორე მხრივ კი კუჭის დაავადების ნიშნები უფრო ნაკლებადაა გამოხა-  
ტული და აღინიშნება საერთო ინტოქსიკაციის მოვლენები.

კუჭის კიბოს დროს ავადმყოფი უჩივის უმადობას. ავადმყოფს ეკარ-  
გება ჭამის შიდა და უმადობა, თანდათან საჭმლის სრულ აძლებამდე მიდის.  
განსაკუთრებით შეჭაერდება ზორცი. ამასთან ერთად ავადმყოფს აქვს სიმძიმე  
უჭრის არღვი და ბოყანა. ავადმყოფობის განვითარებასთან ერთად ამ მოვლენებს  
ემატება - ყ რ უ ტ კ ი ვ ი ლ ე ბ ი ეპიგასტრიუმის არეში, გ უ ლ ი ს რ ე ვ ი  
და ჰ ე რ ს ა ქ მ ე ბ ა. ტკივილები და პირსაქმება, ჩვეულებრივ, დაკავშირებუ-  
ლია. საჭმლის შიღებასთან: პირსასაქმი დაავადების პირველ ხანებში სუფთაა,  
ლორწოვანი ხასიათისა და შეიცავს საჭმლის ნაწილაკებს.

ამ ჩივილებთან ერთად ავადმყოფს უვითარდება ძლიერი ს ა ე რ თ ო კ ი-  
ს უ ს ტ ე და ფერმკრთალობა.

ავადმყოფის დაუძლეობა და სისხლნაკლებობა ზოგჯერ თავიდანვე  
იპყრება ყურადღებას ჭერ კიდევ მაშინ, როდესაც ჩივილები კუჭის მხრივ მე-  
ტად გაურკვეველი ხასიათისაა. ავადმყოფი სწრაფად იკლებს წონაში.



ობიექტური გასინჯვას დროს აღინიშნება დამახასიათებელი, კანის მკრთა-ლი, მოყვითალო ფერი, რაც ანემიის შედეგია.

პირველ ხანებში, გულმოდგინე პალპაციის დროსაც კი, შესაძლოა კუჭის არეში სიმსივნე ვერ მოვისინჯოთ, შემდეგში სიმსივნის თანდათანობით ზრდასთან ერთად ხერხდება მისი გასინჯვა. იგი წარმოადგენს: მკვრივ, უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე მტკივნეულ წარმონაქმს. არაიშვიათად, თუ კიბო ვითარდება კუჭის კედლის სისქეში ინფილტრაციის სახით, სიმსივნე არ ისინჯება და ეპიგასტრიუმის მიდამოში მხოლოდ დაქიმულობა და გაფანტული მტკივნეულობა აღინიშნება.

პირნასაქმები მასა ხშირად შეფერილია ყაეის ნალექის ფერად. თუ სიმსივნე პილორუსის მიდამოშია და კუჭის გასაღლის შევიწროებას იწვევს, პირნასაქმება თანდათან უფრო ხშირ ხდება, პირნასაქმში დიდი რაოდენობითაა და შეიცავს მოუნელებელი სკმლის ნაწილებს. პირნასაქმების მოშავო-ყაეისფერი აიხსნება კიბოთი გამოწვეული სისხლდენის შედეგად კუჭის შიგთავსში სისხლის შერევით, რომელც კუჭის წვენი გაველნით განიცდის ქიმიურ ცვლილებებს და იღებს მოშავო ფერს.

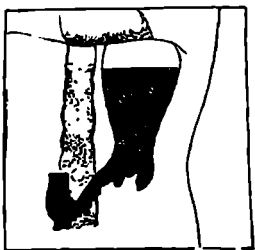
კუჭში მცირე სისხლდენი შედეგად სათანადო ქიმიური რეაქციით განავალშიც შეიძლება ფარული სისხლის აღმოჩენა.

კუჭის წვენი კუჭის კიბოს დროს დამახასიათებელ ცვლილებებს გვაძლევს. საერთო მკვებობა დაქვეითებულია, თავისუფალი მარილმკვება სრულიად არ არის აღვლილი აქვს აქილია კუჭში დღილ სპროცესების განვითარების გამო კუჭის წვენში ჩნდება რძის მკვავ კუჭის წვენში, გარდა ამისა, შესაძლოა იყოს სისხლიც.

სისხლის გამოკვლევა იძლევა ანემიის სურათს. ჰემოგლობინის და ერითროციტების რაოდენობა დაკლებულია, ლეიკოციტების რაოდენობაც არაიშვიათად დაკლებულია, ზოგჯერ კი შესაძლოა ლეიკოციტების რაცხვი ოდნავ მომატებული იყოს (ზომიერი ლეიკოციტოზი). ეღრ აჩქარებულია

კუჭის კიბოს დროს კუჭის რენტგენოსკოპია იძლევა ე. წ. ავსების დეფექტს—(სურ. 118). ეს რენტგენოლოგიური სიმპტომი მდგომარეობს შემდეგში: იქ, სადაც სიმსივნე მდებარეობს, კონტრასტული ნივთიერება ვერ ავსებს კუჭს და კონტრასტში რჩება ნათელი არე (მინუს ჩრდილი). ამ ადგილას კუჭის პერისტალტიკა არ აღინიშნება.

სიმსივნის ზრდასთან ერთად ყველა სუბიექტური და ობიექტური მოვლენები მატულობს. დაუძლეურება, ანემია, სიგამზდრე ძლიერდება. ავადმყოფს აქვს დამახასიათებელი მოყვითალო-მიწისფერი, ის ძალზე გამხდარია—კანქვეშა ცხიმი სრულიად განლევულია, კანი დანაოკებულია, მშრალია, ტურგორი დაქვეითებულია (კახექსია). ავადმყოფს აღარ აქვს ჭამის თავი, პირნასაქმება ძლიერდება, ენა მშრალია, შეღესილი, ქვემო კიდურებზე კვების მოშლის გამო ეწყება შეშუპებები, სხეულის ტემპერატურა სუბნორმალურია, მაჭა აჩქარებული, გულის ტონები მოყრებული. ამ დროს ადგილი აქვს მეტასტაზებს ლიმფურ ჯირკვლებში, ლეიძში, ფილტვებში და სხვა ორგანოებში.



სურ. 118.

„ავსების დეფექტი“ კუჭის კიბოს დროს.

პერიობრტალურ ლიმფურ ქორკვლებში მეტასტაზების შედეგად ხდება კარის ენის სისტემაში შეგუბება და ვითარდება ა.ს.ტ.ი.

კუჭის კიბო მალე იწყებს ავადმყოფის დაღუპვას, ვინაიდან ჩქარა ირღვევა საკმლის მონელების პროცესი. ავადმყოფობა გრძელდება 6 თვიდან 1—1,5 წლამდე, კიბოს ფორმისა და მდებარეობის მიხედვით.

ლი ა გ ნ ო ზ ი. კუჭის კიბოს დიაგნოზი არ არის ადვილი, განსაკუთრებით დაავადების ადრინდელ პერიოდში. დროულად დასმულ დიაგნოზს კი გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან მხოლოდ დროზე გაკეთებულმა ოპერაციამ შეიძლება უშველოს ავადმყოფს.

ამიტომ საჭიროა ყოველივე ღონე ვიხმაროთ, რომ დაავადება დროზე გამოვიცნოთ. თუ შუა ხნის ადამიანს, რომელსაც არასდროს არ ჰქონია ჩივილები კუჭის მხრივ, განუვითარდა უმადობა, ბოყინი, გულისრევა და ტკივილები კუჭის არეში საკმლის მიღებასთან დაკავშირებით, იგი უთუოდ გამოკვლეული უნდა იქნეს რენტგენით. ეს განსაკუთრებით საჭიროა, თუ ავადმყოფს ამ ჩივილებთან ერთად აქვს აქილიაც და ანემიის მოვლენებიც.

კუჭის კიბოს დიაგნოსტიკასათვის მთავარი მნიშვნელობა აქვს ზემოაღნიშნულ დისპეპსიურ ჩივილებთან ერთად კუჭის აქილიას, ანემიის მოვლენებს, კუჭის წვენი და განავალში სისხლის დადასტურებას და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება დაგვეხმაროს გასტროსკოპით გამოკვლევა.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გვიხდება კუჭის წყლულთან, ანაციდურ გასტრიტთან, კუჭის ლუესთან, ადისონ-ბირმერის ანემიასთან.

კუჭის წყლულისათვის დამახასიათებელია უფრო ხანგრძლივი ანამნეზი. ტკივილების დაწყება საკმლის მიღებასთან დაკავშირებით, ავადმყოფის შედარებით ახალგაზრდა ასაკი, კუჭის წვენის მცაეობის მომატება, ანემიის, ძლიერი სიგამხდრის და დაუძლურების უარსებობა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა სწყვეტს საკითხს დაავადების ხასიათის შესახებ.

წყლულით გამოწვეული ანთებითი სიმსივნე (Ulcus-tumor), უფრო რბილი კონსისტენციისა და სადა ზედაპირისა, წყლულოვანი დაავადების მიმდინარეობაში ვითარდება, მკურნალობის შედეგად მალე იკლებს და ბოლოს ქრება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა დიდ დახმარებას გვიწევს წყლულით გამოწვეული სიმსივნისა და კუჭის კიბოს დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

ანაციდური გასტრიტი კუჭის კიბოსაგან განსხვავდება სიგამხდრის, ავადმყოფის დასუსტების, ძლიერი ანემიის, განავალში ფარული სისხლის უარსებობით და უარყოფითი რენტგენომონაცემებით კუჭის მხრივ.

უფრო ძნელია კუჭის კიბოს განსხვავება კუჭის ლუესისაგან და ავთვისებიანი ანემიისაგან.

კუჭის ლუესის დროს გვეხმარება ანამნეზი (ლუესით ავადმყოფობა წარსულში), ვისცერალური ლუესის სხვა კლინიკური ნიშნები (აორტის დიფუზური გაგანიერება, ნეურნალუესის ნიშნები და სხვ.), ვასერმანის დადებითი რეაქცია. ავადმყოფის გასინჯვით კუჭის ლუესის დროს სიმსივნეს ვერ ვნახავთ და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა სიმსივნეს არ გვიჩვენებს.

ადისონ-ბირმერის ანემიას კუჭის კიბოსაგან ვარჩევთ სისხლის სურათის შესწავლით. ჩვეულებრივ, ამ ფორმის ანემიის დროს ღვიძლით და რკინის პრეპარატებით მკურნალობა შედარებით ჩქარა იძლევა კარგ შედეგს.

რენტგენოლოგიურად კუჭის შესწავლა აუცილებელია, ვინაიდან კუჭის კიბოს შეუძლია მოგვეცეს სისხლის თითქმის ისეთივე სურათი, რომელიც ადისონ-ბირმერის ანემიას ახასიათებს.

პროგნოზი. კუჭის კიბო, თუ ის დასაწყისშივე არ იქნა გამოცნობილი და ავადმყოფს არ გაუყვებოდა რადიკალური ოპერაცია, სიკვდილიანობის 100% იძლევა. დროულად ნამკურნალებ შემთხვევებში (ოპერაცია, რენტგენო-რადიუმთერაპია) შესაძლებელია ავადმყოფი განიკურნოს დროებით, რამდენიმე წლით მაინც.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. კუჭის კიბოს მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ოპერაცია (სუბტოტალური რეზექცია) უნდა გაკეთდეს რაც შეიძლება მალე, ვიდრე მეტასტაზები განვითარდებოდეს. იმ შემთხვევაშიც კი, როცა ოპერაცია დაგვიანებული გეგონია, უმჯობესია ლაპაროტომია გაკეთდეს, ვინაიდან ზოგჯერ საოპერაციო მაგიდაზე ირკვევა ეფექტიანი ოპერაციის გაკეთების სრული შესაძლებლობა. რა თქმა უნდა, იქ, სადაც აშკარა მეტასტაზებია განვითარებული, სადაც ადგილი აქვს ასციტს, კახექსიას და შესუბებებს, ოპერაციული ჩარევა უაზროა.

არაიშვიათად, პალიატიური ოპერაცია (გასტროენტეროანასტომოზი, გასტროსტომია) პილორუსის ან კუჭის შესავლის კიბოთი გამოწვეული შევიწროების დროს მეტად ამსუბუქებს ავადმყოფის მდგომარეობას, ვინაიდან შესაძლებლად ხდის კვებას და ამით კიბოთი ავადმყოფს სიცოცხლეს უგრძელებს.

ოპერაციის შემდეგ მიმართავენ დამატებით რენტგენო-რადიუმთერაპიას.

კუჭის კიბოს იმ შემთხვევებში, სადაც ოპერაციის გაკეთება არ შეიძლება, უნდა მივმართოთ სიმპტომატურ მკურნალობას.

კუჭის კიბოთი ავადმყოფთათვის აუცილებელია დიეტა.

ავადმყოფს უნდა ეძლეოდეს თხელი, ნახევრადთხიერი ნოყიერი საქმელი, ვიტამინებით მდიდარი. თუ ავადმყოფს კუჭის შესავლის კიბო აქვს და მას გაუკეთდა გასტროსტომია, იგი უნდა გვევბოთ ზონდით (იხ. ავადმყოფის კვება ავადმყოფის მოვლაში). პილორუსის კიბოს შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს სტენოზის მოვლენები აქვს, საჭიროა კვება იყოს პატარა ულუფებით და ხშირად. ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება კუჭის სისტემატური ამორეცხვა.

დიეტა კუჭის კიბოს დროს ძირითადად ისეთივეა, როგორც აქილური გასტრიტის დროს.

უმადობის წინააღმდეგ კარგია მწარე ნივთიერებათა დანიშვნა. მარილმჟავა და პეპსინი, პანკრეატინი, ბუნებრივი კუჭის წვენი აუმჯობესებენ საქმლის მიღება-მონელების საქმეს.

პილორუსისა და კარდიას სპაზმების წინააღმდეგ ნაჩვენებია ატროპინი და პაპავერინი.

თუ ავადმყოფს ძლიერი ტკივილები აქვს, განსაკუთრებით მეტასტაზების გაჩენისას, საჭიროა მორფინის პრეპარატები.

პროფილაქტიკის მიზნით აუცილებელია ქრონიკული გასტრიტის გულმოდგინე მკურნალობა, კვების რეჟიმის მოწესრიგება, დისპეპსიური ჩივილების და კუჭის არეში ტკივილების დროს, განსაკუთრებით 40 წლის ასაკის ზევით კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და კუჭის კიბოზე საეჭვო შემთხვევაში დაუგვიანებლად ავადმყოფის გადაცემა ქირურგისათვის.

სსრ კავშირში კიბოს პროფილაქტიკას ახორციელებს ონკოლოგიური ბუნქტი და ონკოლოგიური დისპანსერი, სადაც წარმოებს კიბოთი დაავადებაზე საეჭვო შემთხვევების აღრიცხვა-გამოკვლევა და სათანადო ღონისძიებათა ჩატარება.

Rp. T-rae Strychni 25,0

D.S. 10—10 წვეთი დღეში სამჯერ

Rp. Ac. muriat. dil. 30,0

D. S. 10—10 წვეთი დღეში სამჯერ ჭამის დროს

Rp. Extr. Condurango fluid. 30,0

D.S. 40 წვეთი დღეში სამჯერ

Rp. Pancreatini 0,3

D.t.d.N. 12

S. თითო ფხენილი დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ

Rp. Succi gastrici naturale

D. ad lag. orig. N 1

S. თითო სუფრის კოვზი სამჯერ დღეში  
ჭამის დროს

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,03

Sacchari albi 0,2

M.f.p. D.t.d. N 12

S. თითო ფხენილი დღეში სამჯერ

Rp. Resorcini 0,25

D.t.d. N 20

S. თითო ფხენილი დღეში სამჯერ (სტენოზის დროს)

### კუჭის ლუქის (Lues ventriculi. Gastrolues)

კუჭის ლუქის შედარებით იშვიათი დაავადებაა და გვხვდება, ჩვეულებრივ, შინაგანი ორგანოების (ვისცერალური) ლუქის დროს.

არჩევნ კუჭის ლუქის რამდენიმე ფორმას: ქრონიკული სიფილისური გასტრიტი, კუჭის გუმა, სიფილისური წყლული, ნაწიბუროვანი ცელიტებიანი და დიფუზური გუმოზური ინფილტრაცია (linitis plastica).

კუჭის ლუქისათვის დამახასიათებელია აქილია და პირსაქმება.

კუჭის მხრივ ჩივილებისა და აქილის გარდა აღინიშნება ვისცერალური ლუქისათვის დამახასიათებელი სხვა ცელიტები, როგორცაა, ლუქური მეზოორტიტი, ანიზოკორია, გუგების შევიწროება, ცელიტები რეფლექსების მხრივ და სხვ.

დაავადების ამოცნობაში დახმარებას გვიწევს ანამნეზი, აღნიშნული მოვლენები კუჭისა და სხვა ორგანოების მხრივ, ვასერმანის რეაქცია და ანტილუქური მკურნალობა (ex juvantibus), რის შემდეგ ავადმყოფი სწრაფად იწყებს გამოკეთებას.

რენტგენით გამოკვლევა არ გვაძლევს რაიმე დამახასიათებელს კუჭის ლუქის დროს, სამაგიეროდ, გამორიცხავს კუჭის წყლულს და კიბოს.

დროულად დაწყებული მკურნალობის დროს კუჭის ლუქის კარგ პროგნოზს იძლევა.

მკურნალობა კუჭის ლევის დროს მოითხოვს როგორც სპეციფიკური ანტი-ლევისური მკურნალობის ჩატარებას, ისე დიეტეტიკურ რეჟიმს და სიმპტომატურ საშუალებებს, როგორც ანაციდური გასტრიტი.

სპეციფიკური მკურნალობის მიზნით ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს მკურნალობა ბიოქინოლით, ნოვარსენოლით, ბიეტის მიქსტურით და პენიცილინით 4—6 კვირის განმავლობაში, რაც 2—3 თვის შემდეგ კიდევ უნდა განმეორდეს.

Rp. Bijochnoli  
ad. lag. origin. N 2  
S. 2—2 გრამი დღეგამოშვებით კუნთებში  
შესაშხაპუნებლად

Rp. Hydrargiri bijodati 0,06  
Kalii jodati 6,0  
Aq. destillatae 180,0  
M.D.S. სუფრის კოვზი დღეში სამჯერ

Rp. Novarsenoli 0,3—0,6,  
in ampul. N 6  
D.S. თითო ამპულა გახსნილი 10 მლ ფიზიოლო-  
გიურ ხსნარში ყოველ 4 დღეში ვენაში  
გასაყვებლად

### ნაწლავების სნეულება

#### ნაწლავების ანთებითი დაავადებანი

ნაწლავების ანთებითი დაავადებანი უფრო ხშირად შედეგია საქმლის მომ-  
წოდებელ ტრაქტში რომელიმე რენტეციის ან უვარგისი საკვები პროდუქტის მო-  
ხვედრისა. ნაწლავების ანთება ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა სა-  
წამლავემა ნივთიერებებმა, როგორცაა, დარიშხანი, სპილენძი, სინდიცი.

ორგანიზმში დაგროვილმა შხამებმა, მაგალითად, აზოტოვანში შლაკებმა  
ურემიის დროს, შესაძლოა გამოიწვიოს აგრეთვე ნაწლავების ანთებითი გაღი-  
ზიანება.

აღამიანის ზოგიერთი ზოგადი ხასიათის დაავადება იწვევს მეორადად ნა-  
წლავების ანთებას, ასეთებია, მაგალითად, მუცლის ტიფი, პარატიფი და სხვ.  
ანთებითი ცვლილებები ვითარდება ან მარტო წერილი ნაწლავების ლორ-  
წოვან გარსში, ან მარტო მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანში, ან კიდევ ერთსა და  
იმავე დროს ზიანდება როგორც წერილი, ისე მსხვილი ნაწლავი.

#### ~~წვალი~~ ნაწლავის მწვალი ანთება (Enteritis acuta)

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე ენტერი-  
ტი, რამიზნობად არ უნდა იყოს გამოწვეული, ჩვეულებრივად, მწყება მუცლის  
აბრეშოვანი ხასიათის ტიფილებით და ფაღარათით. ავადმყოფი გრძნობს

უმადობას, სიმძიმეს კუპის არეში, გულსირევას, ბოყინს, უგუნებობას და დამტკრეულობას.

მას დროგამოშვებით წამოუვლის მკრელი ხასიათის ტკივილი მუცელში. უფრო ჭიპია ჭვემით, რასაც მალე მოჰყვება კუპის მოქმედება; განავალი წყალივით თხელია. იგი ყვითელი, ან მომწვანო ყვითელი ფერისაა, შეიცავს ლორწოს; სისხლი, ჩვეულებრივ, არ ურევია.

განავალზე მიდგომის სიხშირე დღე-ღამეში აღწევს 2—3 და ზოგჯერ მეტს (5—10). განავალი ბლომად შეიცავს მოუნელებელი საჭმლის ნაწილებს, ცხიმოვან წვეთებს, სახამებლის მარცკლებს.

ობიექტური გასინჯვისას აღინიშნება მუცლის შეხერვა, მტკივნეულობა და ყურყური უფრო ილეოცეკალურ არეში. ავადმყოფს ენა შელესილი აქვს. მსუბუქი ფორმის დროს ტემპერატურა ნორმალურია, ხოლო მძიმე და ინფექციით გამოწვეული ენტერიტის დროს ავადმყოფს აქვს სიცხე 38,0—39,0°.

მწვავე ენტერიტი, თუ ის მძიმე ინფექციით, ან მოწამელით არ არის გამოწვეული, რამდენიმე დღეში გაავლის. მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა მან ჭეფრო დიდხანს გასტანოს და ქრონიკულ ფორმაშიც გადავიდეს.

მკურნალობა. მწვავე ენტერიტის დაწყებისთანავე (თუ დაავადება გამოწვეულია უვარგისი სანოეავით), საჭიროა საფაღარათო მარილის მიცემა. ავადმყოფი თბილად უნდა იწვეს და ფეხებზე და მუცელზე სათბური ედოს. ჯურადლება უნდა მიექცეს განავალის ხასიათს და ლორწოს მინარევეებს, განავალის ფერს. თუ ენტერიტი ინფექციის შედეგია, მას საღეზინფექციო ხსნარი უნდა დაესწას და ისე გადაიღვაროს. საღეზინფექციოდ კარგია ქლორამინის 2—3% ან ლიზოლის 5% ხსნარი.

მწვავე ენტერიტის მკურნალობაში უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს დიეტას. პირველი ორი დღის განმავლობაში უმჯობესია მკაცრი დიეტა— უშაქრო ჩაი, ბულიონი, მოცვის კისელი.

შემდეგ დღეებში ფაღარათის შემცირებასთან ერთად შეიძლება დიეტა გაფართოვდეს და ავადმყოფს მიექცეს გაწურული მაწონი, მანის ბურღულის ფაფა წყალნარევე რბეზე დამზადებული, კისელი, კომპოტი, სუხარი.

ფაღარათის შეწყვეტის შემდეგ ავადმყოფი შეიძლება თანდათან გადავიყვანოთ მაგარ საჭმელზე. მსუქანი საჭმელი, მოუხარშავი ხილი და ბოსტნეული ავადმყოფმა სრული გამოკეთების შემდეგაც რამდენიმე დღეს არ უნდა სჭამოს.

მწვავე ენტერიტის დროს კარგად მოქმედებს სულფამიდური პრეპარატებია 4,5—5,0 რაოდენობით დღე-ღამეში 2—3 დღის განმავლობაში (სულფიდინი, დისულფანი, ფთალაზოლი, სულფაზოლი). ტკივილების წინააღმდეგ კარგია ბელადონა ან ატროპინი.

Rp. Disulfani 0,5 — —

D. t. d .N 12

S. თითო ფხვნილი ყოველ 4 საათში

Rp. Phtalazoli 0,5 — —

D. l. d .N 12

S. თითო ფხვნილი ყოველ 4 საათში

ყრ. Extr. Belladonnae 0,02

Saloli 0,3

M. f. p. D. t. d. N 12

S. თათო ფხენილი 3-ჯერ დღეში

Rp. T-rae Belladonnae 15,0

D. S. 10—10 წვეთი დღეში სამჯერ

პროფილაქტიკა მწვავე ენტერიტისა მოითხოვს კვების ჰიგიენის ყველა პირობის ზუსტად დაცვას. საკვები პროდუქტები უნდა იყოს ახალი, ინახებოდეს სუფთად გრილ ადგილას, დაცული იყოს ბუზებისაგან. ჭამის წინ საუკლებულოა ხელების დაბანა.

ეს ზომები განსაკუთრებით საჭიროა ზაფხულსა და შემოდგომაზე.

### მწვავე გასტროენტერიტი (Gastroenteritis acuta)

ერთსა და იმავე დროს კუჭისა და წერილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის კატარი ანუ მწვავე გასტროენტერიტი უმთავრესად ზაფხულსა და შემოდგომაზე გვხვდება და შედეგია კუჭ-ნაწლავში ნაწლავის სხვადასხვაგვარი ჩხირის მოხვედრისა (ტაფოზური, პარატიფოზური და სხვ.).

კლინიკური ნიშნები. მწვავე გასტროენტერიტი ერთბაშად იწყება ტკივილებით კუჭისა და მუცლის არეში, გულისრევით, პირსაქმებით, ძლიერი ფაღარათით და ტემპერატურის აწევით.

მწვავე გასტროენტერიტის დროს დაავადება ზოგჯერ მეტად სწრაფად ვითარდება და ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში ვარდება: ფაღარათი და პირსაქმება ზედიზედ მეორდება, ავადმყოფს აქვს აჩქარებული, სუსტი მჯავ, კანი და კიდურები უცივდება, უშრება, სახე მალე ეცვლება, ხდება და სუსტდება.

ავადმყოფს ხშირად აქვს კოლაფსის მოვლენები, ტემპერატურა მალე ნორმაზე დაბლა ეცემა. არაიშვიათია კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა. შარდის რაოდენობა შემცირებულია. ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ წყურვილს.

მძიმე მიმდინარეობის მიუხედავად ავადმყოფობა რამდენიმე დღეში მაინც კარგად მთავრდება და ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას.

მკურნალობა. მწვავე გასტროენტერიტის მკურნალობა ისევე ტარდება, როგორც მწვავე ენტერიტისა. დაავადების პირველ დღეებშივე ავადმყოფს უნდა მიეცეთ საფაღარათო მარილი ნაწლავების გასაწმენდად. ავადმყოფი უნდა ჩაეწვინოთ საწოლში, სათბურების შემოწყობით შევათბოთ და მუცლის ტკივილის წინააღმდეგ მუცელზე ან სათბური დავალოთ, ან სათბური კომპრესი გაუქმეთოთ.

ავადმყოფი უნდა ვამყოფოთ ისეთსავე დიეტაზე, როგორც მწვავე ენტერიტის დროს.

ვინაიდან ავადმყოფი ძლიერი პირსაქმებისა და ფაღარათობის გამო ბევრ სთხვეს კარგავს, მას უნდა გაუკეთდეს ერთხელ, ან მდგომარეობის მიხედვით რამდენიმე დღის განმავლობაში, ფიზიოლოგიური ხსნარის, ან გლუკოზის 5% ხსნარის ინფუზია კანქვეშ 500—600 მლ რაოდენობით.

გულის დაუსტების მოვლენების განვითარებისას საჭირო ხდება კოფეინის, ქაფურის ან ეფედრინის ინექციები.

იმდენად, რამდენადაც მწვავე გასტროენტერიტი ხშირად საქმლით ტოქსიკონიფექციის შედეგია, საჭიროა ავადმყოფს მიეცეს სულფამილური პრეპარატები—დისულფანი ან ფთალაზოლი.



### მსხილი ნაწლავის მწვავე ანთება (Colitis acuta)

კოლინჯის ანთება ანუ კოლიტი შესაძლებელია გამოიწვიოს ინფექციამ, როგორცაა, შიგა-კრუხეს, ფლექსნერის და მათი მონათესავე ჩჯუფის ჩხირები, სხვადასხვა პროტოზოამ, როგორც არის დიზენტერიის ამება, ბალანტილიუმო, ნაწლავის ლამბლია და სხვ.

პირველ შემთხვევაში ლაპარაკობენ ინფექციურ კოლიტზე, მეორეში კი პროტოზოულ კოლიტზე.

გარდა ამისა, კოლიტი შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა ეგზოგენური (სინდიკი, ტყვია, დარიშხანი), ან ენდოგენური (ყრემია, დიაბეტი, ნიკრისი) შხამებით მოწამვლის გამო.

ზოგ შემთხვევაში გაფუჭებული საკმლით კვებამ შესაძლოა—ენტერიტთან ერთად მწვავე კოლიტიც გამოიწვიოს.

როგორც ვხედავთ, კოლიტის გამოწვევი მიზეზი მრავალგვარია და გამოწვევი მიზეზის მიხედვით შესაძლოა მწვავე კოლიტიც ანატომიური დაზიანებისა და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით სხვადასხვაობდეს.

ზოგჯერ ვითარდება მთელი კოლინჯის ლოკოფონი გარსის დაზიანება (პანკოლიტი), ზოგ შემთხვევაში კი ვითარდება კოლინჯის ამათუამნაწილის არჩევითი დაზიანება—(სეგმენტური კოლიტი). იმის მიხედვით, თუ კოლინჯის რომელი ნაწილია უბირატესად ჩათრეული დაავადებით პრიცესში, არჩევენ: ბრმანაწლავის ანთებას (ტიფოიდი), გარდიგარდმო კოლინჯის ანთებას (ტრანსგუტისტი), სემოილური კოლინჯის ანთებას (სიგმოიდიტი) ან სწორი ნაწლავის ანთებას (პროქტიტი).

მათლოგანატომიურად მწვავე კოლიტის დროს აღვილი აქვს ლორწოვანი გარსის ჰიპერემიას სისხლჩაქცევებით და შეშუპებას.

კოლიტის გამოწვევი ინფექციის ხასიათის მიხედვით ლორწოვან გარსზე ხშირად ჩნდება წყლულები, რომლებიც ზოგჯერ იმდენად ღრმაა, რომ აღწევს სეროზულ გარსამდე და პერფორაციასაც კი იწვევს.

ლორწოვან გარსზე არაიშვიათად ჩნდება ფიბრინით მდიდარი ნაღები.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. გამოწვევი მიზეზის მიხედვით მწვავე კოლიტის მიმდინარეობა შესაძლოა სხვადასხვაობდეს, მაგრამ უფრო ხშირად მას ყველა შემთხვევაში ბევრი რამ აქვს საერთო. მიკრობულ კოლიტებში უფრო ხშირია დიზენტერიული ბაცილებით გამოწვეული კოლიტი (ბაცილური დიზენტერია) და დიზენტერიული ამებით გამოწვეული ნაწლავის ამებიაზი (ამებური დიზენტერია). კოლიტის ეს ორბ ფორმა დაწერილებით განიხილება ინფექციურ დაავადებათა სახელმძღვანელოებში.

მწვავე კოლიტი ჩვეულებრივ, ერთბაშად იწყება. ავადმყოფი გრძნობს მოვლით ხასიათის მჭიდრო ტკიფადს მოცელოში. შემცივნებას, საერთო დამტრეულობას, თავის ტკიფებს. ხშირად მას შეეცივნებას შემდეგ მისცემს სიცხეს 38,0°—39,0°-მდე. მადა დამევითებულია, აქვს მოყინა და გულისრება,



ხშირად რამდენიმეჯერ პირიდანაც ასაქმებდნენ მუცელი შებერილია. ენა შეღესილი და მშრალი. უმრავლეს შემთხვევაში ამ მოვლენებთან ერთად ავადმყოფს ეწყება ფაღარათი, იშვიათად, შესაძლოა შეკრულობაც ჰქონდეს. ფაღარათის დროს განავალზე მიდგომა ხშირია—10—15 და მეტიც.

განავალი თხელია და მასში ურევია ლორწო, რომელიც თვალთ კარგად ჩანს. ლორწო ხშირად საკმაოდ დიდი რაოდენობითაა. ლორწოსთან ერთად განავალში შერეულია სისხლიც. ლორწოვანი გარსის დაწყლულების დროს ლორწოსა და სისხლთან ერთად განავალში არის ჩირქიც. ზოგჯერ გარეთ გასვლის დროს ავადმყოფი გამოყოფს სისხლნარევ ჩირქს მცირე რაოდენობით. თუ ანთება მოიცავს სწორ ნაწლავს, ე. ი. უმთავრესად ადგილი აქვს პროქტიტს, ავადმყოფს აქვს ძლიერი ტკივილი უკანა ტანში განავალზე მიდგომის დროს და მტკივნეული ფუჭი ქინთვები (ტენეზმები).

უფრო ხშირად ასეთ სურათს იძლევა ბაცილური ან ამებური დიზენტერია. ამიტომ, თუ განავალში სისხლი და ჩირქია, აუცილებლად საჭიროა განავალზე გამოკვლეული იქნეს არა მარტო მიკროსკოპულად (ამებზე), არამედ ბაქტერიოლოგიურადაც (დიზენტერიის ბაცილებზე).

თუ განავალში მწვავე კოლიტის დროს სისხლი და ჩირქია, ავადმყოფი დიზენტერიით ავადმყოფად უნდა ჩაითვალოს.

მწვავე კოლიტი, თუ მას კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს, ჩვეულებრივ, 6—7 დღეში გაივლის. თუ მისი მიმდინარეობა გაჭინაურდა, მან შესაძლოა ქრონიკული ხასიათიც მიიღოს.

ასეთი გამოსავალი დამოკიდებულია როგორც ინფექციის თვისებებზე, ისე ორგანიზმის თავისებურებაზე და ჩატარებულ მკურნალობაზე.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგ შემთხვევაში ზემოთ აღწერილ მწვავე გასტროენტერიტს ან ენტერიტს შესაძლოა კოლიტიც დაერთოს და განვითარდეს გასტროენტერიოკოლიტი ან ენტერიოკოლიტი.

ზოგ შემთხვევაში მწვავე კოლიტი გრძელდება ერთ კვირაზე მეტს და ავადმყოფს მალე ასუსტებს. მწვავე კოლიტი მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა სიკვდილითაც დამთავრდეს, განსაკუთრებით საშიშია მძიმე კოლიტი ბავშვებისა და მოხუცებულებისათვის.

მკურნალობა. მწვავე კოლიტის მკურნალობა უნდა წარმართოს ორი მიმართულებით. თუ მოხერხდა ეტიოლოგიის დადგენა (ბაცილური ან ამებური დიზენტერია, სხვადასხვა პროტოზოა), საჭიროა სათანადო წამლების დანიშვნა. გარდა ამისა, მწვავე კოლიტით ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს ზოგადი სიმპტომატური მკურნალობა, დიეტა და ის უნდა უზრუნველვეყოთ კარგი მოვლით.

დიზენტერიით ავადმყოფი უნდა მოთავსდეს სათანადო საავადმყოფოში სავალდებულო წესით. იქ, სადაც დიზენტერიაზე ეწვი არ გვეპარება, საკმარისია ადგილზე გამაფრთხილებელი ღონისძიებების ხმარება.

ავადმყოფი უნდა ჩააწვინოთ საწოლში და მუცელზე სათბური დავალოთ, ან სათბური კომპრესი გავუკეთოთ. დაავადების დასაწყისში უმჯობესია საკმლის სრული აკრძალვა, ან მკაცრი დიეტის დანიშვნა—ჩაი, ბრინჯის ნახარში, კისელი. შემდეგში, სიცხის დაკლებისა და ნაწლავების მხრივ მოვლენების შემცირებასთან ერთად, დიეტა შეიძლება გაფართოვდეს და ავადმყოფს მიეცეს სუხარი, გაწურული მაწონი, კარაქი, თოხლო კვერცხი, ხორცის ნახარში წვენი, ჩანარული ქათმის ხორცი, ორთქლში მოშუშული დაკეპილი ხორცი, ახალი თევზი.

სასმელად კარგია ჩაი, არც მაინცდამაინც ტკბილი, წყალი, წყალღვინო.  
თუ ფლარათით ავადმყოფი ბევრ სითხეს კარგავს, კანქვეშ უნდა გაუკეთ-  
დეს სუფრის მარლის ფიზიოლოგიური ხსნარი ან გლუკოზის 5% ხსნარი 500—  
600 მლ რაოდენობით.

ბაცილური დიზენტერიით დაავადების პირველ დღეებშივე ამეამად ფარ-  
ცოდ იხმარება ფ ა გ ო თ ე რ ა პ ი ა . დიზენტერიული ფაგი ეძლევა ავადმყოფს  
დაავადების პირველ ან მეორე დღეს 30—50 მლ რაოდენობით უზმოდ, სოდის  
5% ხსნარზე. თუ ეფექტი არ მოგვცა, ფაგის მიცემა უნდა განმეორდეს 24 საათ-  
ის შემდეგ იმავე რაოდენობით.

კარგ ქიმიოთერაპიულ საშუალებას წარმოადგენს ბაცილური დიზენტერიის  
დროს ს უ ლ ფ ა მ ი დ უ რ ი პ რ ე პ ა რ ა ტ ე ბ ი (სულფაზოლი, დისულფანი,  
~~ფთალაზოლი~~). სულფამიდები ავადმყოფს უნდა მიეცეს პირველ დღეებშივე,  
ავადმყოფობის სიმძიმის მიხედვით მეტი ან ნაკლები რაოდენობით 4—6 დღის  
განმავლობაში; I. დღეს 4—6 გრამი, II დღეს 3—4 გრამი, III დღეს 2 გრამი და  
IV დღეს 1 გრამი.

უკანასკნელ ხანებში კარგი შედეგებია მიღებული ან ტ ი ბ ი ო ტ ი კ ე -  
ბ ი თ მკურნალობით (სტრებტომიცინი, პენიცილინი, სინტომიცინი, გრამი-  
ცილინი).

პროტოზოული კოლიტების დროს (დიზენტერიული ამება, ბალანტიდიო-  
ზი) საჭიროა ე მ ე ტ ი ნ ი თ მკურნალობა.

**Rp. Sol. Emetini hydrochlor. 3%**

**in ampul. steril. N 10**

**D. S. თითო ამპულა კანქვეშ დღეში 2—3-ჯერ**

ემეტინი კუმულაციას იძლევა და ამიტომ სამი-ხუთი დღის განმავლობაში  
წამლის კეთების შემდეგ ავადმყოფმა უნდა დაისვენოს 5—10 დღე, რის შემ-  
დეგ მკურნალობა იმგვარადვე უნდა გაიმეორდეს და ა. შ., მანამ განავალში პრო-  
ტოზოა არ მოისპობა.

ლამბლიოზის დროს კარგად მოქმედებს აკრიქინი (0,1-0,2 დღეში სამჯერ)  
ერთი კვირის განმავლობაში, შემდგომი ერთი კვირის შესვენებით და წამლის  
ხელახლა გამეორებით.

სიმპტომატური საშუალებები ყველა შემთხვევაში საჭირო ხდება დაავადე-  
ბის სხვადასხვა დროს.

მუცელში ძლიერი ტკივილების საწინააღმდეგოდ კარგია ბელადონა ან  
ატროპინი. ბელადონა (ლენცოფა) უფრო ხშირად ენიშნებათ ავადმყოფებს  
ფხენილების ან სანთლების სახით, ხოლო ატროპინი წვეთების ან კანქვეშა  
ინექციის სახით.

**Rp. Extr. Belladon. 0,015**

**Saloli 0,3**

**M. f. p. D. t. d. N 10**

**S. თითო ფხენილი დღეში სამჯერ**

**Rp. Extr. Belladonnae C,02**

**Butyri cacao q. s. ut f. suppositoriae. N 10**

**D.S. თითო სანთელი უკანა ტანში დღეში ორჯერ.**

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1%—10,0  
C. S. 8—8 წვეთი დღეში სამჯერ

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1%  
in ampul. steril. N 6  
S. თითო ამპულა დღეში ორჯერ

თუ ავადმყოფს ძლიერი ქანთები აქვს, ბელადონის სანთლების გარდა კარგია ანტიპირინის მიკროოცენის გაკეთება.

Rp. Antipyrini 0,3  
Aq. destillatae 10,0  
M. D. S. მიკროოცენისათვის დღეში ორჯერ

გულის სისუსტის წინააღმდეგ საჭიროა სათანადო შემთხვევებში ქაფურის, კოფეინის და სხვა შესაფერისი წამლების დანიშვნა.

### ✓ ძროხიანობა მძიმეობით (Enteritis chronica)

წერილი ნაწლავის ქრონიკული კატარი ანუ ქრონიკული ენტერიტი მოსალოდნელია გაჭიანურებულ მწვავე ენტერიტიდან განვითარდეს და, მაშასადამე, ასეთ შემთხვევაში ყველა ის მიზეზი, რომელიც მწვავე ენტერიტს იწვევს, შესაძლოა ქრონიკული ენტერიტის მიზეზიც იყოს.

ქრონიკული ენტერიტის განვითარებაში ხშირად მნიშვნელობა აქვს კვების ფაქტორს. წერილ ნაწლავებში მონელებითი პროცესის დარღვევის გამო ამა თუ იმ საკვები პროდუქტის (ნახშირწყლოვანი ან ცილოვანი) კარგი მონელება არ ხდება, ნაწლავებში ვითარდება არანორმალური დუღილის ან ლობობითი პროცესები, რაც აღიზიანებს ნაწლავის ლორწოვან გარსს და ხშირად იწვევს წერილი ნაწლავების ქრონიკულ კატარს.

კუჭის წვენის მცაეობის დაკლებას და განსაკუთრებით აქილიას, კუჭში საკვების მონელების მოშლის შედეგად, წლების მანძილზე, მოსდევს მოუნელებელი საკმლის გადასვლა ნაწლავებში, რაც იწვევს წერილი ნაწლავების ლორწოვანი გარსის კატარალური მდგომარეობის განვითარებას და ხშირ ფაღარათს, განსაკუთრებით მსუქანი საკმლის მიღების შემდეგ (გასტროგენული ფაღარათი).

ჩვენში ხშირია ქრონიკული ენტერიტი ნაწლავებში. ისეთი უმარტივესი არსებების დაბუღების შედეგად, როგორცაა, Trichomonas intestinalis; Lamblia intestinalis; Chilomastix Mesnili და ზოგი სხვა. ქიებით ინვაზიაც (იხ. ქვევით) შეიძლება გახდეს ამ სნეულების მიზეზი.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. ქრონიკულ ენტერიტის მთავარ კლინიკურ სიმპტომს წარმოადგენს ფაღარათი ავადმყოფს ხშირად რაიმე თვალსაჩინო მიზეზის გარეშე აეშლება კუჭი და მას რამდენიმე დღის განმავლობაში აქვს ფაღარათობა თხელი, წყლისმაგვარი, მოყვითალო ან მომწვანო-მოყვითალო ფერის განავალით.

განავალზე მიდგომის სიხშირე სხვადასხვაა—3—6-ჯერ დღე-ღამეში, ზოგჯერ მეტი. ენტერიტმა, ჩვეულებრივად, მტკივნეული ქინთებები არ იცის, თუ მას არ ახლავს კოლიტი.

განავალში შერეულია ლორწო, მაგრამ სისხლი არ არის.

ავადმყოფს აქვს მუცლის შებერვა, მოვლითი ტკივილები ჰიპის არეში, ყურყური.

ფაღარათობა ხშირად იცვლება ხანგრძლივი შეკრულობით.

დაავადება წლობით გრძელდება. ხშირი ფაღარათობის გამო კვება ირღვევა-ავადმყოფი ხდება და სუსტდება.

ქრონიკულ ენტერიტს, ჩვეულებრივ, თან ერთვის კოლიტიც და ვითარდება ქრონიკული ენტეროკოლიტი.

### ✓ ქრონიკული კოლიტი (Colitis chronica)

მსხვილი ნაწლავის ქრონიკული ანთება ანუ ქრონიკული კოლიტი ვითარდება გაჭიანურებულ მწვავე კოლიტის ნიადაგზე, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მწვავე კოლიტი არ იყო წესიერად და გულმოდგინედ ნამკურნალები. შესაძლოა ის განვითარდეს ხანგრძლივი შეკრულობის შედეგად. არაიშვიათია ქრონიკული კოლიტის განვითარება წვირლ ნაწლავებში საჭმლის მონელების პროცესების დარღვევის შედეგად, ქრონიკული ენტერიტის, დუღილის ან ლმობითი პროცესების არსებობის გამო და სხვ. საფაღარათოების ხშირი ხმარება, ზოგიერთი წამლის ხანგრძლივი მიღება, შეგუბებითი მოვლენები ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში, აგრეთვე შეიძლება გახდეს ქრონიკული კოლიტის მიზეზი.

ქრონიკული კოლიტის უხშირესი მიზეზი მაინც ინფექციაა. ბაქტერიული უფრო ხშირად კი ამებური დიზენტერიის შემდეგ ავადმყოფს რჩება ქრონიკული კოლიტი, რომელიც არაიშვიათად წყლულოვანი ხასიათისაა.

კოლიტიკური ნიშნები ქრონიკული კოლიტის დროს მეტად სხვადასხვაობს და დამოკიდებულია ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანების ხასიათისა და ინტენსივობისაგან.

ავადმყოფებს ქრონიკული კოლიტის დროს ხშირად აქვთ ფაღარათობა. ზოგ შემთხვევაში, პირიქით, ავადმყოფს აწუხებს შეკრულობა.

ფაღარათით მიმდინარე ქრონიკული კოლიტის დროს განავალი თხელია, მეტად მყალი სუნისა, დაფარულია ლორწოს ამა თუ იმ რაოდენობით და თუ მსხვილ ნაწლავში წყლულებია, შესაძლოა განავალში სისხლიც ერიოს.

შეკრულობის დროს განავალი ცხერის განავალსა ჰგავს.

მაშინ, როდესაც დაზიანებულია უმთავრესად სიგმოიდური ან სწორი ნაწლავი (სიგმოიდური ან პროქტივი), ავადმყოფს აქვს მტკივნეული ჰინთვები და განავალზე ხშირი მიდგომა.

ქრონიკული კოლიტით ავადმყოფი ხშირად გრძნობს ტკივილებს მუცელში. მუცლის აბერილობას.

ობიექტური გასინჯვის დროს ყურადღებას იპყრობს ხშირად სიგამხდრე, შელესილი ენა, მტკივნეულობა კოლინჯის გასწვრივ და სპასტიკურად შეკუმშული კოლინჯი.

დაავადებას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს, ის წლობით გრძელდება.

ქრონიკული კოლიტის გამოცნობის დროს უნდა ვიხელმძღვანელოთ ავადმყოფის ჩივილებით, ობიექტური გასინჯვის მონაცემებით: მტკივნეულობა მუცელში კოლინჯის არეში, სპასტიკურად შეკუმშული კოლინჯი, განავლის თვისებები. დიდ დახმარებას გვიწევს სწორი ნაწლავის გასინჯვა რექტოსკოპით, რის სიშუალებითაც შესაძლებელია წყლულების თვალთ დანახვა.

ქრონიკული კოლიტი, თუ ის მაინც და მაინც მძიმედ არ მიმდინარეობს და

ორგანიზმის ძლიერ დასუსტებას არ იწვევს (წყლულოვანი კოლიტი), სიცოცხლისათვის საფრთხეს არ წარმოადგენს. მართალია, დაავადება შეიძლება ხშირად გამწვავდეს, მცირეოდენმა დიეტეტიკურმა დარღვევებმა გააძლიეროს კოლიტის მოვლენები, მაგრამ სისტემატური მკურნალობა და სათანადო დიეტა ავადმყოფს დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში ინახავს.

**მკურნალობა.** ინფექციის ნიადაგზე განვითარებული ქრონიკული კოლიტის დროს საჭიროა ენერგიული მკურნალობა ქიმიოთერაპიული საშუალებებით (სულფამიდები). პროტოზოული კოლიტების დროს უნდა ჩატარდეს ენერგიული მკურნალობა ემეტინით ან იატრინით.

კოლიტის ყველა შემთხვევაში საჭიროა დიეტა, რომლის ინდივიდუალური შერჩევა ყველა შემთხვევაში, დაავადების ფორმის მიხედვით, აუცილებელია.

საქმელი უნდა იყოს ნოყიერი, ვიტამინებით მდიდარი და ადვილად მოსაწელებელი.

ავადმყოფს ფაღარათის დროს უნდა ეძლეოდეს გახეხილი სუპი, გახეხილი ბოსტნეული, ბოსტნეულის (სტაფილოს) პიურე, სუხარი, ცოტა კარაქი, ჩაი რძით, ყავა, კომპოტი. ფაღარათის გავლის შემდეგ დიეტა შეიძლება გაფართოვდეს და ავადმყოფს მიეცეს ახალი თევზი, დაკეპილი, ორთქლში მოშუშული ხორცი, მონარშული ქათმის ხორცი.

ავადმყოფს სრულიად უნდა აეკრძალოს რძე, ძროხის ხორცი, კვერცხი, უმი ხილი.

შეკრულობის დროს, გარდა აღნიშნული საკვებისა, ავადმყოფს უნდა ეძლეოდეს გახეხილი ფაფები, კომპოტი, შემწვარი ვაშლი, შავი პური მცირე რაოდენობით.

მედიკამენტოზური თერაპიული საშუალებებიდან კარგია მუცლის არეში ტკივილების დროს ატროპინის ხსნარი წვეთებში ან კანქვეშ, ბელადონის პრეპარატები, პაპავერინი.

მუცლის აბერილობის დროს—ნახშირი და ბენზონაფთოლი.

კარგად მოქმედებს თბილი ოყენები გვირილის ნაყენიდან, ზეთის ოყენა.

ძლიერი ტინთვების დროს დიდ შევბას აძლევს ავადმყოფს ბელადონას ან მორფინის სანთლები და ანტიპირინის მიკროოყენები (რეცეპტები იხ. ზევით).

კარგია სათბური მუცლის არეში. ზოგ შემთხვევაში ნაჩვენებია კურორტზე მკურნალობა (ესენტუკი).

### **ლორწოვანი კოლიკა (Colica mucosa, s. membranacea)**

ეს თავისებური დაავადება დღესდღეობით ნაწლავთა ვეგეტონეკროზად ითვლება, ზოგი მას ალერგიული ბუნების დაავადებად თვლის. უფრო ხშირად ავად ხდებიან ქალები. ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ ჰვალეებს მუცელში და გამოჰყოფს დიდი რაოდენობით ლორწოს, რომელსაც ნაფლეთების შეხედულება აქვს და თითქოს ნაწლავის ანაბექტს წარმოადგენს.

ამავე დროს ავადმყოფს აქვს შეკრულობა და განავალი მკვრივია. დაავადება ქრონიკულია, გრძელდება წლებით. სიცოცხლისათვის საშიშროებას არ წარმოადგენს.

მკურნალობის მიზნით საჭიროა ვეგეტარიანული დიეტა, ზეთის ოყენების ხმარება, მკურნალობა კურორტზე ნერვული სისტემის გამაგრების მიზნით, ტკივილების წინააღმდეგ კარგია სათბური კომპრესიის მუცელზე, ბელადონას სანთლები და ატროპინი.

ქიყელა ნაწლავის ანთება ანუ აპენდიციტი გვხვდება ძუკავე და ქრონიკული ფორმით.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. აპენდიციტის გამოწვევაში ძირითადი მნიშვნელობა ეკუთვნის ინფექციას, როგორცაა, სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ზოგი ანაერობი და სხვ. ინფექცია ხვდება ჰიანაწლავში უფრო ხშირად ენტეროგენურად, განსაკუთრებით შეკრულობის დროს.

ჰიანაწლავის სანათურის სიეწროვე, მისი არაჩვეულებრივი სიგრძე და სხვა ანომალია ხელს უწყობს მასში ინფექციის დამკვიდრებას და ანთების განვითარებას. ინფექცია ჰიანაწლავში შესაძლებელია ჰემატოგენური გზითაც იქნეს მიტანილი ანგინის, გრიპის, ფურუნკულოზის და სხვა დროს. ინფექცია ზოგჯერ შესაძლოა ჰიანაწლავში მეზობელი ორგანოების დაავადების შედეგად გადავიდეს (საკვარცხების ანთება, ბრმა ნაწლავის ანთება და სხვ.).

გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ჰიანაწლავის სანათურში მოხვედრილ უცხო სხეულს, როგორცაა, განავლის ქვა, ხილის კურკა, ნაწლავის პარაზიტი და სხვ.

პათოლოგანატომიურად ჰიანაწლავში ძირითადად ორგვარი ხასიათის ცვლილებებს აქვს ადგილი. ერთ შემთხვევაში, ანთება ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ზედაპირული კატარული ანთებით განისაზღვრება—ეს უბრალო აპენდიციტი (Appendicitis simplex), მეორე შემთხვევაში კი, ცვლილებები უფრო ღრმაა, ფლეგმონოზური ხასიათის ატარებს და იწვევს ჩირქოვან, წყლულოვან, განგრეოზულ აპენდიციტს. ეს ფორმები იძლევა ჰიანაწლავის პერიფორაციას და პერიტონიტს, აპენდიკალურ აბსცესს, ლეიქმიას ჩირქგროვას და სხვა მძიმე გართულებას.

ჰიანაწლავის ქრონიკულად მიმდინარე ანთების დროს ნაწლავი შემსხვილებულია, ზოგჯერ დაკლანდილი, ალაგ-ალაგ შემსხვილებული ან შეეწროებული, ნაწლავის სანათური ხშირად სრულიად დაცარიელებულია (ობლიტერაცია).

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე აპენდიციტი ერთბაშად იწყება შეტევითი ტკივილით მარჯვენა თეძოს ფოსოში, შემცივნებით და ტემპერატურის აწევით 38,0—39,0-მდე. ავადმყოფს ამავე დროს აქვს გულმისრევა და ხშირად პირისაჟმება, ენა შელესილი, განავალზე არ გადის, პულსი აჩქარებული აქვს.

აღსანიშნავია, რომ ტკივილი ზოგჯერ მარჯვენა თეძოს ფოსოში კი არ იწყება, არამედ ჰიპის მიდამოში, ან ეპიგასტრიუმის არეში.

პირველ ხანებში ტკივილს ადგილობრივი ხასიათი აქვს, მაგრამ ის მალე მთელ მუცელში ვრცელდება და შეიძლება ირადიაციას იძლეოდეს მარჯვენა ფეხში, წელსა და ზურგში.

მუცლის გასინჯვის დროს აღინიშნება მარჯვენა თეძოს ფოსოში მტკივნეულობა და მუცლის კუნთების დაჰიმევა (დეფანსი).

დაავადების მსუბუქი ფორმის დროს ტემპერატურის აწევა და ტკივილები რამდენიმე დღის განმავლობაში გრძელდება და ყველა მოვლენა თანდათან ცხრება.

თუ დაავადებამ ჰიანაწლავის გარდა ირგვლივი ქსოვილებიც ჩაითრია, მარჯვენა თეძოს ფოსოს არეში ვითარდება ანთებითი ხასიათის სიმსიენე—ინფილტრატი, რომლის განწოვას უკვე ორი-სამი კვირა სჭირდება.

სისხლის გამოკვლევის დროს აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი.

ჩიჩქოვანი და განგრენოზული ფორმის აპენდიციტის დროს დაავადებულს გაცილებით უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს.

ასეთ შემთხვევაში, ტკივილი ილეოცეკალურ არეში და კუნთების დაჭიმვა უფრო ძლიერ არის გამოხატული. ყურადღებას იპყრობს ავადმყოფის საერთო მძიმე მდგომარეობა. ტემპერატურა ზოგჯერ მაღალია, ხან კიდევ შედარებით დაბალი 37,5—37,8-მდე, მაგრამ სულსი ხშირია და სუსტი ავსების, არ შეესაბამება ტემპერატურას. ამავე დროს სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზია 15—17 ათასი ან მეტი.

ტკივილი მუცელში იღებს გავრცელებულ ხასიათს, მტკივნეულობა აღინიშნება არა მარტო ხელის დაჭერის დროს, არამედ ხელის სწრაფად აღების დროსაც. ასეთი ტკივილი და მახასიათებელია უკვე პერიტონეუმის გაღიზიანებისათვის (შროტინ-ბლუმბერგის სიმპტომი).

ამ დროს ავადმყოფს უკვე საერთო ინტოქსიკაციის მოვლენები აქვს—ის ფერმკრთალია, სახის ნაკვთები წაწვეტიანებული აქვს, თვალები ჩაცვივული, ენა მშრალი და შეღესილი, აქვს ხშირი პირსაქმება, მუცელი შებერილია. მუცლის მოქმედება არა აქვს, გაზებზე ვერ გადის.

ასე მძიმედ მიმდინარე აპენდიციტის დროს შესაძლოა განვითარდეს აპენდიციტის მძიმე ვარიანტები—პერაფორაცია, რასაც მოჰყვება დიფუზური მწვავე პერიტონეუმის პერიტონეიტის და, თუ ავადმყოფს დროზე არ გაუუვთდა ოპერაცია, ის 3—4 დღის განმავლობაში დაიღუპება.

იშვიათ შემთხვევაში შესაძლოა პერიტონეიტის შემოიფარგლოს და ავადმყოფი გადარჩეს.

პერიტონეიტის გარდა, ჩიჩქოვანი აპენდიციტის მიმდინარეობაში შესაძლოა განვითარდეს სხვა ვარიანტები, როგორცაა პერიაპენდიკულარული აბსცესი, ლეიქლის ჩიჩქოვანი, თრომბოფლებიტი, დიაფრაგმისქვეშა აბსცესი და სხვ.

მწვავე, არაჩიჩქოვანი აპენდიციტის შეტევის დაცხრომის შემდეგ აპენდიციტი ზოგჯერ ქრონიკულ მიმდინარეობას იღებს, ვითარდება ქრონიკული ფორმა აპენდიციტისა, რაც, ზოგიერთ შემთხვევაში მწვავე შეტევის გარეშეც ხდება. ქრონიკული აპენდიციტი იძლევა ყრუ ტკივილებს ილეოცეკალურ მიდამოში, ყურყურს, ნაწლავების აშლილობას, ზოგჯერ გულისრევას და შესაძლოა მიმდინარეობდეს როგორც კუჭ-ნაწლავის სხვადასხვა დაავადება.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ იშვიათად თუ რომელიმე დაავადება იძლევა ისეთ მრავალფეროვან კლინიკურ სურათს, როგორცაა აპენდიციტი და მისი მიმდინარეობაც მეტად სხვადასხვანაირია.

აპენდიციტის ჩიჩქოვანი და განგრენოზული ფორმები არსებითად ქირურგიულ სნეულებას წარმოადგენს და დაწვრილებით განიხილება ქირურგიის სახელმძღვანელოებში.

დიავნოზი. აპენდიციტის დიაგნოზი არ არის ძნელი თუ მწვავე შეტევის ტიპობრივ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე. მაგრამ ზოგ არატიპობრივ შემთხვევაში აპენდიციტის დიაგნოსტიკა მეტად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს.

აღწერილი კლინიკური სურათი მწვავე შეტევისა—ტკივილები ილეოცეკალურ არეში, ტემპერატურის აწევა, გულისრევა და პირსაქმება, ლეიკოციტოზი—საკმარისია დიაგნოზის დასასმელად.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საჭიროა კუჭ-ნაწლავის გზით ინტოქსიკაციასთან, მწვავე ქოლერისტიტთან, საშვილოსნოს დანამატების ანთეზასთან. თირკმლის კენჭოვანი ავადმყოფობის კვალთან, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავ-

ვის წყლულის პერფორაციასთან, ილეუსთან, მარჯვენა მხრივ მწვავე პლევრიტთან და ზოგჯერ მუცლის ტიფთან.

თუ წარსულში ავადმყოფს ჰქონია დამახასიათებელი მწვავე შეტევა, ან ის ამჩნევდა ტკივილებს ილეოცეკალურ არეში, დიაგნოსტიკა რამდენადმე ადვილდება.

ილეოცეკალურ არეში მწვავედ დაწყებული ტკივილების დროს თუ ავადმყოფს სიცხეც აქვს და პირიდან ასაქმებს, სამედიცინო მუშაეს, ექთანი იქნება ის თუ ექიმი, დიდი პასუხისმგებლობა ეკისრება. მოუფიქრებელი მოქცევა ასეთ შემთხვევაში, დაავადების ახსნა უფარგის საკვებით გამოწვეული „მოწივლით“ ან ნაწლავების „კატარით“ და საფაღარათოს მიცემაში უტრეცხელი შეცდომაა და შესაძლოა ამას მძიმე შედეგ მოჰყვეს.

ამიტომ საჭიროა ექთანმა (ასეთ შემთხვევაში თუ მხოლოდ ის არის ავადმყოფთან) გამოიწვიოს ექიმი დიაგნოზის დასასმელად და, თუ უკანასკნელი ქირურგი არ არის, მან აპენდიციტზე თუნდაც მცირე ექვის მიტანის შემთხვევაში საკონსულტაციოდ ქირურგი უნდა მოიწვიოს.

უსწორო დიაგნოზი, ან დიაგნოზის დაყოვნება მეტად სახიფათოა და შესაძლოა ავადმყოფის დაღუპვის მიზეზი გახდეს.

პროგნოზი მწვავე აპენდიციტის დროს ყოველთვის სერიოზულია. ძნელია იმის თქმა, თუ როგორ მიმდინარეობას მიიღებს დაავადება და რა გართულებას გამოიწვევს ის.

დროული ოპერაციული მკურნალობის დროს პროგნოზი კარგია.

მკურნალობა. მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზის დაუსტებისთანავე საჭიროა გაკეთდეს სასწრაფო ოპერაცია დაავადების პირველ 24—48 საათის განმავლობაში. ამ ვადის გასვლის შემდეგ უკეთესია ოპერაცია გადაიდოს დაავადების დაცხრომამდე. თუ ავადმყოფს აქვს ჩირქოვანი ან განგრენოზული აპენდიციტი, ან საეჭვოა პერფორაცია, ოპერაცია დაუყოვნებლივ უნდა გაკეთდეს.

თუ ოპერაცია რაიმე მიზეზის გამო არ გაკეთდა, საჭიროა ავადმყოფი დავაწვინოთ, ილეოცეკალურ მიდამოში ყინულის პარკი დავადოთ და პირველ დღეებში (2—3 დღე) საჭმელი არ მივცეთ. მწვავე მოვლენების დაცხრომის შემდეგ მას შეიძლება მივცეთ თხელი საჭმელი—ჩაი რძით, ყავა რძით, მაწონი, ბულიონი, თოხლო კვარცხი, ყისელი, თხელი ფაფები, სუხარი. ასეთ დიეტაზე ავადმყოფი უნდა იყოს მანამ, სანამ ყველა მწვავე მოვლენა არ გაუვლის.

ნაწლავების მოქმედებას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს; ყოველად შეუძლებელია საფაღარათოს სისცილება. პირველ დღეებში, თუ ავადმყოფს კუჭ-ნაწლავის მოქმედება არ ექნა, დაავადების მიმდინარეობისათვის ეს უკეთესია. შემდეგში დასაშვებია ზეთის ან უბრალო ოყნის გაკეთება.

მედიკამენტოზური თერაპია წინათ განისაზღვრებოდა ოპიუმის ნაყენის (Rp. T-rae Opii simpl. 10,0; D. S. 8—8 წვეთი დღეში 2—3-ჯერ) ან საღებინფექციო საშუალებების (სალოლი, ბენზონაფთოლი) მიცემით, ამჟამად მიღებულია სულფამიდებით, პენიცილინით ან სტრეპტომიცინით მკურნალობა ჩვეულებრივი დოზებით.

ქრონიკულად მიმდინარე აპენდიციტის მკურნალობა დიეტეტიკურია, მოსალოდნელი შეტევის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია ოპერაციას მივწარმოთ.



ნაწლავთა გაუვალობა, როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, გულისხმობს ნაწლავის სანათურში ნაწლავის შიგთავსის გავლის შეფერხებას ან სრულ შეწყვეტას. ამის მიხედვით არჩევენ ნაწილობრივ და სრულ გაუვალობას. ნაწლავთა გაუვალობის მიზეზები სხვადასხვაგვარია. შესაძლოა ნაწლავის სანათური დაიხშოს მთლიანად ან ნაწილობრივ ნაწლავის სანათურში დაგროვილი და გამკვრივებული განავალით (კოპროსტაზი), ჭიების გროვით ან ნაწლავის სიმსივნით, ნაწლავის კედელზე განვითარებული მეზობელი ორგანოს (ელენტა, თირკმელი და სხვ.) ან მუცლის ღრუს სიმსივნის და ანთებითი შეზარაცების ზეწოლით. გარდა ამისა, გაუვალობა შესაძლოა გამოიწვიოს ნაწლავის მარჯულის გადაგრეხამ (volvulus), ნაწლავის მარჯულის ჩაქედვამ (strangulatio), ნაწლავის ერთი ნაწილის მეორე ნაწილში შთანერგვამ (invaginatio).

ყველა ამ მიზეზით გამოწვეული გაუვალობა არის ე. წ. მექანიკური გაუვალობა. როგორც ასეთი გაუვალობის გამოწვევეი მიზეზის ხასიათიდან ჩანს, ეს ფორმა შესაძლოა ან თანდათანობით, ან მწკავედ განვითარდეს (გადაგრეხა, ჩაქედვა).

გარდა ამისა, მწკავე გაუვალობა შედეგია ნაწლავების კუნთების დამბლის ან პარეზისა, რაც რეფლექტორულად ვითარდება ძლიერი ტრავმის, ოპერაციის, მძიმე ინფექციის, ძლიერი ტკივილების და ზოგი მოწამელის შედეგად.

ნაწლავების გაუვალობის ეს ფორმა არის დინამიკური გაუვალობა და გვხვდება ორი ფორმით—პარალიზური და სპაზმური.

მათალოვანატომიურად გაუვალობის დროს ნახულობენ ერთ-ერთ აღნიშნულ მიზეზს. ამასთან ერთად აღინიშნება ნაწლავის კედლის, სისხლის მიმოქცევის მოშლის ნადაგზე განვითარებული ჰიპერემია, ანთება, ნეკროზი და განგრენა პერიტონეუმის ფურცლების ჩათრევით პროცესში და პერიტონიტის განვითარებით.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. ნაწლავთა გაუვალობის კლინიკური ნიშნები სხვადასხვაობენ იმისდა მიხედვით—თანდათან ვითარდება დააყადება, თუ მწკავედ.

თუ ადგილი აქვს ქრონიკულ, ნაწილობრივ გაუვალობას, ავადმყოფს აქვს შეკრულობა. უკანასკნელი მაშინ არის გამოხატული, თუ პროცესი მსხვილ ნაწლავშია; წვრილი ნაწლავის შევიწროება შესაძლოა დიდხანს არ იძლეოდეს ნაწლავის შიგთავსის მოძრაობის შეფერხებას.

თუ ნაწლავი ძალიან შევიწროვდა, ავადმყოფს შეკრულობასთან ერთად სჩემდება ტკივილები, მუცლის შებერილობა (მეტეორიზმი) და შევიწროების ადგილის ზევით ვითარდება ნაწლავის გაძლიერებული ტალღისებრივი მოძრაობა (პერიისტალტიკა), რითაც ნაწლავი ცდილობს შიგთავსი შევიწროებულ ადგილებში გადაწვას.

თუ ნაწლავის სანათური მთლიანად დაიხშო, ვითარდება მწკავე გაუვალობის სურათი. ავადმყოფს ეწყება გულისრევა და პირსაქმება, მუცელი ძალზე შებერილია, განავალზე და ვაზებზე ავადმყოფი არ გადის, მუცელში გრძნობს ძლიერ მოვლით ტკივილებს.

ნაწლავის გადაგრეხის ან ჩაქედვის შემთხვევაში ეს მოვლენები ძალიან მწკავედ ვითარდება და უფრო მეტად არის გამოხატული. ტკივილები, აბერი-

ლობა, პერისტალტიკა, გულისრევა და პირსაქმება თანდათანობით ძლიერდება. ავადმყოფს უწყება პერიტონიტის და საერთო ინტოქსიკაციის მოვლენები.

ავადმყოფს სახე შეცვლილი აქვს (facies hypocratica): ფერმკრთალია, თვალები და ლოყები ჩაცყვენული, სახე ციანოზური, ცხვირი გაწვეტიანებული. ხმა ხრანწიანი აქვს, ენა მშრალი, შეღესილი; გულის ტონები ყრუ, პულსი ძაფისებრი, ტემპერატურა პირველ ხანებში სუბნორმალურია, პერიტონიტის დაწყებისას იწვევს მაღლა; მარდის რაოდენობა შემცირებული. დაავადების უკანასკნელ პერიოდში პირსაქმება ხდება განავალით და ავადმყოფი დაავადების მეორე ან მესამე დღეზე იღუპება. ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა დაავადებამ უფრო მეტხანს გასტანოს.

ავადმყოფობის თვითგაქურნება ზოგჯერ შესაძლებელია ჩაქედვის შესწორების, გადაგრეხილი ნაწლავის განთავისუფლების ან კოპროსტაზის გავლის შედეგად.

დი ა გ ნ ო ზ ი ისმის ნაწლავის სანათურის შევიწროების ან თანდათან განვითარებული გაუვალობის შემთხვევაში ავადმყოფის ყოველმხრივი შესწავლით და ნაწლავების რენტგენოსკოპიის გამოყენებით. მწვავე გაუვალობის შემთხვევაში, როდესაც ვითარდება „მწვავე მუცლის“ სურათი, საჭირო ხდება დიფერენციალური დიაგნოსტიკა კუჭის პერფორაციასთან, მწვავე პანკრეატიტთან, პერფორაციულ აპენდიციტთან, დვიძლის და თირკმლის ქვალთან (კოლიკა), საშვილოსნოს გარეშე ორსულობასთან.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი დამოკიდებულია გაუვალობის ფორმაზე. ქრონიკული გაუვალობა, თუ ის ავთვისებიანი სიმსივნით არ არის გამოწვეული, შედარებით კარგ პროგნოზს იძლევა. თუ ავადმყოფს მექანიკური მწვავე გაუვალობა სჭირს, დროულად გაკეთებული ოპერაცია მას სიკვდილისაგან გადაარჩენს.

მწვავე დინამიკური გაუვალობა ცუდ პროგნოზს იძლევა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მწვავე მთლიანი მექანიკური გაუვალობით ავადმყოფი დაუყოვნებლივ უნდა გაიზავნოს საავადმყოფოში სასწრაფო ოპერაციის გასაყენებლად. ზოგჯერ რამდენიმე საათით დაგვიანებასაც კი შესაძლოა მძიმე შედეგი მოჰყვეს.

შეიძლება ვცადოთ გაუვალობის მოსპობა ატროპინის ინექციით, სიფონის ოყნით, მ.რილის ჰიპერტონიული ხსნარის ოყნით შეყვანით და ინტრავენური ინექციით, რაც ზოგჯერ კარგ შედეგს გვაძლევს. დინამიკური გაუვალობის დროს ნაჩვენებია ბლოკად ვიშნესკით. ოპერაცია უეუწინააღმდეგობაა.

### ნ ა შ ლ ა ე მ ბ ის ბ ო ბ ი ძ ი კ ო ლ ო ზ ი (Tuberculosis intestinorum)

ფილტვების ტუბერკულოზის ბაცილარული ფორმით ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს ნაწლავების ტუბერკულოზი, ნახველთან ერთად ტუბერკულოზური ჩხრების ჩაყლაპვის შედეგად. ნაწლავების ტუბერკულოზი შესაძლოა განვითარდეს პემატოგენური გზითაც კობის ჩხირის მიტანით ნაწლავში სისხლის ნაკადით, ორგანიზმის რომელიმე ტუბერკულოზური კერიდან. ბავშვებს ნაწლავების ტუბერკულოზი შეიძლება განუვითარდეს ტუბერკულოზით ინფიცირებული რძით კვების შედეგად.

პ ა თ ო ლ ო გ ა ნ ა ტ ო მ ი უ რ ა დ ნაწლავის ტუბერკულოზის დროს მლივი ნაწლავის ბეიერის კვანძებში, ზოგჯერ კოლინჯში აღინიშნება დამახასიათებელი

ლი წყლულები, რა პლაცები მოთავსებულ ლ რწოკან გ რსხე ცირკულარულად (სურ. 119).



სურ. 119. ნაწლავის ტუბერკულოზური წყლულები.

ეს წყლულები ვითარდება ტუბერკულოზური ხორკლის ხაჭოსებრივი გადაგვარების და შემდგომი დაშლის შედეგად. წყლულების დანაწიბურების გამო ეთარდება ნაწლავის შევიწროება (სტენოზი).

დაავლებული ნაწლავის ირგვლივ ვითარდება პერიტონეუმის ანთება, ნაწლავის მარყუჟები შეეზრდება ერთმანეთს, მეზობელ ორგანოებს, ლიმფურ ჯირკვლებს და ამრიგდ წარმოიშვება ანთებითი ხსითის კენძოვანი სიმსივნეები მუცლის ღრუში.

კლინიკური ნიშნები. ნაწლავების ტუბერკულოზის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშანია ფლადრათი. განავალი თხელია, როგორც წყლი, შეიცავს ლორწოს. ჩირქს, იშვიათდ სისხლს და ზოგჯერ მასში შეიძლება კონის ჩხირის აღმოჩენა. ფლადრათი მეტად მდგრადი ხასიათისაა და იწვევს ავადმყოფის დაუძლურებას და სიგამხდრეს, ავადმყოფს არა შევიათად აქვს მუცელში ტკივილები, ტემპერატურის აწევა, უმადობა, სისხლნაკლებობა.

თუ ნაწლავის შევიწროება განვითარდა, მაშინ ავადმყოფს ეწყება ნაწილობრივი ან მთლიანი გაუვალობის მოვლენები.

დიაგნოზი. თუ ავადმყოფს ტუბერკულოზი აქვს, იმ შემთხვევაში ნაწლავის ტუბერკულოზის დიაგნოზის დადგენა არ არის ძნელი. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გვიხდება ქრონიკულ ენტერიტთან ან ენტეროკოლიტთან და ნაწლავის კიბოსთან.

პროგნოზი განისაზღვრება ტუბერკულოზური პროცესის გავრცელების ხასიათით და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობით. ყველა შემთხვევაში პროგნოზი სერიოზულია.

მკურნალობა. დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მკურნალობაში დიეტას. უკანასკნელი ისეთივეა როგორც ქრონიკული ენტეროკოლიტის დროს. საკვები უნდა იყოს ნოყიერი და ადვილად მოსანელებელი.

ძლიერი ფლადრათის წინააღმდეგ ავადმყოფს ენიშნება ოპიუმის ნაყენი ან ტანალბინი.

სე როგორც საერთოდ ტუბერკულოზის მკურნალობაში, ნაწლავების ტუბერკულოზის წინააღმდეგაც საჭიროა სტრეპტომიცინის და პასკის გამოყენება ჩვეულებრივი დოზებით (რხ. ფილტვებს ს ტუბერკულოზი).

Rp. T-rae Opii simpl. 15,0

D. S. 8—8 წვეთი დღეში ორ-სამჯერ

Rp. Tannalbini 0,3

Opii pulverati 0,01

M. f. p. D. t. d. N 10

S. თითო ფხვნილი სამჯერ დღეში

## ნაწლავების კიბო (Cancer Intestinalium)

ნაწლავების ათვისებიანი სიმსივნეებიდან უფრო ხშირია კიბო და სარკომა. კეთილთვისებიანი სიმსივნეები ნაწლავებში იშვიათად ვითარდება.

ნაწლავების კიბო სარკომაზე გაცილებით ხშირია. წერილი ნაწლავის კიბო იშვიათად გვხვდება, უფრო ხშირია მსხვილი ნაწლავის კიბო, რომელიც უპირატესად სწორ ნაწლავში (carcinoma recti), სიგმოიდურ კოლინჯში (carcinoma S-romani) ან ბრმანაწლავში (carcinoma coeci) ჩნდება.

მაშაკაცები გაცილებით უფრო ხშირად ხდებიან ავად ნაწლავის კიბოთი, ვიდრე დედაკაცები, განსაკუთრებით 50—60 წლის ასაკში.

კლინიკური ნიშნები. ნაწლავის კიბო დაავადების პირველ ხანებში მეტად გაურკვეველ ნიშნებს იძლევა; ზოგჯერ დაავადების დასაწყისში ის შესაძლოა ადგილობრივ ნიშნებს არც იძლეოდეს.

ნაწლავების მუშაობის მხრივ სხვადასხვა მოშლილობა, რაც ჩვეულებრივი ენტეროკოლიტის მოვლენებით აღინიშნება, არ იპყრობს არც ავადმყოფის და არც უქიმის ყურადღებას. შემდეგში ეს მოვლენები უფრო მყარ ხასიათს იღებს და მეურნალობის მიუხედავად არ იკლებს. ამ პერიოდში თავს იჩენს ზოგადი კლინიკური ნიშნები: სივამხდრე, დაუძლურება, ანემია, უმადლობა. ავადმყოფს აქვს ყრუ ტკივილები მუცელში, სიმძიმის გრძნობა, ზოგჯერ მუცლის აბერილობა. არაიშვიათია ტემპერატურის აწევაც.

ამასთან ერთად ავადმყოფს ეწყება ნაწლავების აშლილობა—ფალარათი ან შეკრულობა. სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით ნაწლავების აშლილობის ხასიათი სხვადასხვაობს.

სწორი ნაწლავის კიბოს დროს ავადმყოფს პირველ ხანებში აქვს ძლიერი შეკრულობა, შემდეგში, კიბოს დაწყულულების შედეგად, ავადმყოფს ეწყება ქინთვები, განავალზე ხშირი მიდგომა, ფალარათი. განავალი თხელია, შეიცავს ლორწოს, ჩირქს და სისხლს. ზოგჯერ ქინთვის დროს ავადმყოფი გამოჰყოფს მხოლოდ ჩირქიან-სისხლიან მასას.

სწორი ნაწლავის კიბოს დროს ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს უკან ტანში განავალზე მიდგომის დროს.

კოლინჯის სხვა ნაწილების კიბო იძლევა უფრო გაურკვეველ კლინიკურ სურათს. ავადმყოფს აქვს ან შეკრულობა, ან ფალარათობა, ტკივილები მუცელში და სიმსივნის ზრდასთან ერთად ვითარდება გაუვალობის მოვლენები.

ნაწლავის სიმსივნის ხელით გასინჯვა ძალიან ძნელია და მხოლოდ დაავადების მოგვიანო პერიოდშია შესაძლებელი.

სწორი ნაწლავის კიბოზე ექვის დროს საჭიროა ავადმყოფი გაისინჯოს თითი; ხოლო სიგმოიდური კოლინჯის გასასინჯავად უნდა მიემართოთ რექტორონანოსკოპიას. კოლინჯის ზედა ნაწილების ან წერილი ნაწლავის კიბოს გამოვლინებაში მნიშვნელობა აქვს ნაწლავების რენტგენოსკოპიას, თუმცა ეს გამოკვლევა ხშირად ვერაფერს აღმოაჩენს ხოლმე.

დიაგნოზი. სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზი შედარებით უფრო ადვილია, იმდენად, რამდენადაც სწორი ნაწლავის გამოკვლევა თითით და რექტოსკოპით გარკვეულ მონაცემებს გვაძლევს. კიბოს სხვა ლოკალიზაციის დიაგნოზი ზოგჯერ ძალიან ძნელია. მანამ სიმსივნე გაისინჯებოდეს, ან რენტგენოსკოპია რაიმე გარკვეულ მონაცემებს მოგვცემდეს, დაავადების დიაგნოზი ემყარება ზოგად კლინიკურ ნიშნებს, როგორცაა, ანემია, უმადლობა, დაუძლურება, ნაწლა-

გების აშლილობა, გაუვალობის მოვლენები და განავლის ანალიზის მონაცემები. სისხლის აღმოჩენა განავალში თვალთ ან ქიმიური რეაქციით, ლორწო ან ჩირქი განავალში ზემოხსენებულ კლინიკურ ნიშნებთან ერთად გვაფიქრებინებს ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე.

დიფერენციალური დიაგნოზი სწორი ნაწლავის კიბოს დროს უნდა გატარდეს ბუასილოთან, წყლულოვან პროქტიტთან, სწორი ნაწლავის ლუესთან.

ნაწლავის სხვა ლოკალიზაციის კიბოს დროს კი, ნაწლავის არაკიბოვან შევიწროებასთან, ტუბერკულოზთან და წყლულოვან კოლიტთან.

პროგნოზი ნაწლავის კიბოს დროს მძიმეა. ძალიან იშვიათად ხერხდება კიბოს დროული ამოცნობა და ოპერაციული ჩარევით ავადმყოფის გადაარჩენა. მეტასტაზები ღვიძლში და ლიმფურ ჯირკვლებში ადრე ვითარდება და ავადმყოფი იღუპება.

მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. იქ, სადაც ოპერაცია დაგვიანებულია, მკურნალობა სიმპტომატურია.

### საწლავების სიფილიზი (Lues intestinalium)

ნაწლავთა სიფილისური დაზიანებიდან პრაქტიკულ ინტერესს წარმოადგენს მხოლოდ სწორი ნაწლავის ლუესი, რაც შედარებით იშვიათია. სიფილისური გუმა სწორ ნაწლავში იძლევა დაწყულულებას პროქტიტის მოვლენებით და, შემდგომი ნაწიბურის შედეგად, ნაწლავის შევიწროებას. დაავადების ამოსაცნობად საჭიროა ავადმყოფის გამოკვლევა რექტოსკოპით და სისხლის გასინჯვა ვასერმანის რეაქციაზე. თუ ანტილუესურმა მკურნალობამ შედეგი არ მოგვცა, უნდა გაკეთდეს ოპერაცია.

### ბუასილი (Varices haemorrhoidales)

ბუასილი წარმოადგენს ნაწლავებში სისხლის მიმოქცევის მოშლის ერთ-ერთ ფორმას და გულისხმობს სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერებას.

ბუასილი მეტად ხშირი ავადმყოფობაა. ბუასილის წარმოშობა-განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს მრავალ მიზეზს. ვენების კედლების კონსტიტუციონალური სისუსტე, ხანგრძლივი ჯდომა ან ფეხზე დგომა, ორსულობა, გულისა და ღვიძლის ის დაავადებები, რომლებიც იწვევს სისხლის შეგუბებას ვენოზურ სისტემაში, და ჩვეული შეკრულობა განაპირობებენ სისხლის შეგუბებას სწორი ნაწლავის ვენებში და ბუასილის განვითარებას.

ვენური სისხლის ძარღვები განიცდის კვანძოვან გაგანიერებას. ბუასილის კვანძები ან სწორი ნაწლავის სანათურშია (შიგნითა ბუასილი), ან უკანა ტანის გარეთ გამოდის (გარეგანი ბუასილი).

მკურნალობის შედეგად კვანძები შესაძლოა დაცარიელდეს, მაგრამ შემდეგ ისევ განვითარდეს. ზოგ შემთხვევაში ბუასილის კვანძი შიგნიდან სფინქტერიაზ გარეთ გამოდის და იჭედება.

ბუასილი ზოგჯერ არ აწუხებს ავადმყოფს, არ იძლევა რაიმე კლინიკურ ნიშნებს. ზოგჯერ ის იწვევს ტკივილებს უკანა ტანში და ქავილს; ტკივილები ძლიერდება გარეთ გასვლის დროს.

ბუასილის მთავარი ნიშნია სისხლის დენა. უკანასკნელი უფრო დეფეკაციის დროს იჩენს თავს და ზოგჯერ საკმაოდ ძლიერია. სისხლი წითელი ფერისაა და განავლის ზედაპირზეა, ან გამოიყოფა სუფთა სისხლის სახით.

ქრონიკულად სისხლის დაკარგვას მოჰყვება ძლიერი ანემია, ჰემოგლობინი ზოგჯერ 30%-მდე ან კიდევ უფრო დაბლა ეცემა.

მოსალოდნელია ბუასილის კვანძის ანთების განვითარება, რასაც ზოგჯერ დაჩირქება ან თრომბოფლებიტი მოჰყვება; ეს გართულება იშვიათია.

დაავადების გამოცნობა არ არის ძნელი სარკით ან თითოთ სწორი ნაწლავის გასინჯვის დროს.

პროგნოზი სწორი მკურნალობის დროს კარგია.

მკურნალობის მიზნით აუცილებელია შევარულობასთან ბრძოლა, ნელი სასაქმებლების ხმარებით (ვ. ზელენის ზეთი, 1—2-ჯერ დღეში თითო სუფრის კოვზი, კომამდე ერთი საათით წინ). კვანძების დაზიანების თავიდან ასაცილებლად გასაწმენდი ოყნის გაკეთებაზე უმჯობესია უარი ეთქვას.

საჭიროა კვების რეჟიმის მოწესრიგება, ავადმყოფი საკვებში უნდა ხმარობდეს შავ პურს, ბოსტნეულს და ერიდოს ხორცს.

აუცილებელია მსუბუქი სპორტი და ფიზკულტურა.

კარგად მოქმედებს გრილი საჭდომი აბზანები ყოველდღიურად და უკან ტანის გამოზანა გრილი წყლით განავალზე მიდგომის შემდეგ. ტკივილების დასაყუჩებლად კარგია ბელადონის სანთლები და ატროპინის წვეთები ან ინექციები. მიმღე შემთხვევაში (ხშირი სისხლის დენა, გაუქვდა) საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა.

### პელმინთოზები (Helminthoses)

პელმინთოზები ეწოდება დაავადებებს, რომლებიც გამოწვეულია პარაზიტული ჭიებით. პარაზიტული ჭიები ადამიანის ან ცხოველის სხვადასხვა ორგანოში ან ქსოვილში პარაზიტობენ (ჭიებით ინვაზია), სხვადასხვა სახისა არიან და მათი პარაზიტობით გამოწვეული დაავადებები თავისებურ სურათს იძლევა.

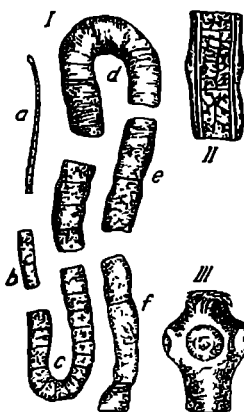
ადამიანის ორგანიზმში მოპარაზიტე ჭიები მრავალგვარია, მაგრამ ჩვენ განვიხილავთ იმ სახეებს, რომლებიც უფრო ხშირია ჩვენში.

### ზატყედი ჭიები (Cestodes)

ბრტყელი ჭიები ლენტისმაგვარი ფორმისა არიან და შესდგებიან ცალკე ნაწილაკებისაგან. მათ აქვთ თავი, კისერი და ტანი. ადამიანის ნაწლავში უფრო ხშირად გვხვდება ბრტყელი ჭიის ხუთი სახე: *Taenia solium*; *Taeniarhynchus saginatus*—ანუ *Taenia saginata*; *Diphyllobotrium latum*; *Taenia (hymenolepis) nana* და *Taenia cucumerina*. მათგან პირველ ოთხ სახეს უფრო ეხვდებით. რაც შეეხება ექინოკოკის ჭიას—*taenia echinococcus*, ის ადამიანის ნაწლავში არ პარაზიტობს. ამიტომ ის განხილულია სხვა ადგილას (იხ. ლეიძლის ექინოკოკი).

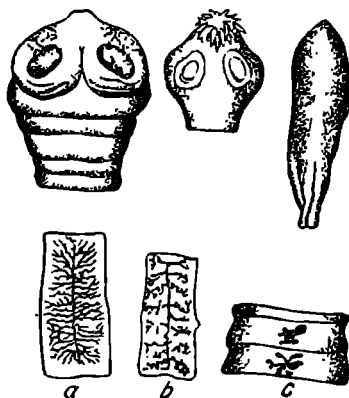
*Taenia Solium*—ლორის სოლიტერი „ლორის ჭია“, ანუ ლორის ჯაჭვისანა (სურ. 120) იწვევს ე. წ. ტენიოზს. ის სიგრძით 2—3 მ. თავი ქინძისთავის ოდენა აქვს და მის ვეგრდით ზედაპირზე ოთხი საწოვარი აქვს, ხოლო წინ დინგი, რომელზედაც კავების ორი რიგია. თავს მოსდევს წვრილი კისერი, რომელიც გადადის სხეულში. უკანასკნელი შედგება ნაწილაკებისაგან, რომელთაც პრაგ-

ლოტიდები ჰქვია. ახალგაზრდა პროგლოტიდები უფრო ვიწრო და მოკლეა. სხეულის მიმართულებით პროგლოტიდები თანდათან გრძელდება და განივრდება. მომწიფებული პროგლოტიდების შუა ნაწილში მოთავსებულია საშვილოსნო.



სურ. 120.

*Taenia solium*. Ia—თავი და კისერი; b, c—ახალგაზრდა პროგლოტიდი; d, e, f—მომწიფებული პროგლოტიდი; II—მომწიფებული პროგლოტიდი; III—თავი ოთხი საწოვარით და კაეებით.



სურ. 121.

თავი და ნაწილაკები (პროგლოტიდები) *Taenia saginata*-ს (a). *Taenia solium*-ის (b) და *Botriocephalus latus*-ის (c).

ბრტყელი ქიები ორსქესიანი არიან. საშვილოსნოში ვითარდება კვერცხები. ღორის ჯაჭვოსანი პარაზიტობს ადამიანის წერილ ნაწლავში და მიწოვილია ღორწიდან გარსზე. პარაზიტის ბოლოს მუდმივად წყდება ცალკეული პროგლოტიდები და განავალთან ერთად გამოდის გარეთ, მათთან ერთად გამოდის კვერცხებიც.

თუ კვერცხი ღორს კუჭში მოხვდეს, კვერცხიდან გაზრდილი ნაყოფი კუჭში კედელში შეიკრება და აქედან სისხლის ნაკადით მიიტანება ღორის ორგანოებში და კუნთებში, სადაც ის ფინის, ანუ ცისტიცერკის (ბუშუტყი, რომელშიც უკვე თავია) სახით არის დაბუდებული. თუ ადამიანი ასეთი დაავადებული ღორის არასაკმაოდ მოხარული ან შემწვარი ხორცი კვამს, ნაწლავში მოხვდება პარაზიტის განვითარება.

თუ ადამიანმა ჩაყლაპა კი ს კვერცხი, მის სხეულში (ტვინში, ვალში) შესაძლოა განვითარდეს ცისტიცერკი, რაც მეტყველებს საშიში ძივე დაავადების გამოწვევის გამო.

*Taeniarhynchus saginatus*—ხარის კია, ხარის სოლიტერი, ხარის (შეუთარღებელი) ჯაჭვოსანი განსხვავდება „ღორის კიისაგან“ უფრო მეტი სიგრძით, თავზე მას კაეებიანი დინგი არ აქვს (სურ. 121). ამ კიის ცისტიცერკი ბუდობს რქოსანი საქონლის სხეულში (ხარი, ძროხა). ადამიანი იმავე გზით ხდება ავად, როგორც „ღორის კიით“ დაავადებისას. „ხარის კიით“ დაავადებას ეწოდება ტენიარინქოზი.

*Diphyllobothrium latum*—განიერი კია, საქართველოში ძალიან იშვიათი ის უფრო იშვიათად აღვილებშია გავრცელებული, სადაც განსაკუთრებით თევზით

ეკვებებიან. მას ორი ნაპრალის მსგავსი მისაწოვი აქვს, მისი ნაწილაკები ძალზე განიერია, განავალთან ერთად არ გამოდის. კვერცხები ვითარდება მდინარის წყალში. კვერცხიდან გამორეკილ ნაყოფს სჭამენ წყლის ჭიდილები, რომლებს სხეულში ხდება პარაზიტის განვითარება. როდესაც მათ თევზი ჩაყლაპავს, მას (თევზს) განუვითარდება ცისტიცერკი. ასეთი დაავადებულ თევზის ჭამის შემდეგ ადამიანი შეიძლება გახდეს ავად. განიერი ჭიით დაავადებას ეწოდება დ ი ფ ი ლ ო ბ ო ტ რ ი ო ზ ო .

*Taenia nana* ანუ *hymenolepis nana* (ქონდარა ჭია) პატარა ბრტყელი ჭიაა 2—2,5 სმ სიგრძისა, რომელიც თვალთ ოდნავ შესამჩნევია. ის უფრო ბავშვებში გვხვდება და ზოგჯერ მძიმე ნერვულ დაავადებას იწვევს. იგი პარაზიტობს ადამიანის სხეულში ბუშტუკის სტადიაში და მომწიფებული პარაზიტის სტადიაში, ამრიგად ადამიანი არის ამ პარაზიტის როგორც შუალედო ისე საბოლოო პატრონი.

ქონდარა ჭიას თავზე აქვს 24—30 საწოვარი, სხეულის ნაწილაკების რიცხვი აღწევს 100. დაავადება ხდება ჭიის კვერცხების ჩაყლაპვით. კუჭში ვითარდება ცისტიცერკოიდი, ისინი ხვდება ნაწლავში, სადაც მათგან ვითარდება ჭია.

მიმწიფებულში არაიშვიათია საქართველოში.

ადამიანის სხეულში, ჩვეულებრივ, ერთი ბრტყელი ჭიაა, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლებელია რამდენიმე ერთად დაბინავდეს. ადამიანი შეიძლება ბრტყელ ჭიას წლობით ატარებდეს.

ზოგ შემთხვევაში ბრტყელი ჭიის პარაზიტობა არავითარ ავადმყოფურ მოვლენებს არ იძლევა, ზოგჯერ კი მათი დაბინავება ადამიანის სხეულში იწვევს მთელ რიგ მოვლენებს.

ქ ლ ო ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი . ჰელმინთოზით ავადმყოფები უჩივიან დრო-გამოშებით ტკივლებს მუცელში, სისუსტეს, ხან უმადობას, ხან კი, პირიქით, გაძლიერებულ მადას. ნაწლავების მოქმედება დარღვეულია—ერთ შემთხვევაში აღინიშნება შეკრულობა, მეორეში—ფალარათობა. ჭიებით გამოყოფილი შხამების ზეგავლენით ვითარდება ორგანიზმის ინტოქსიკაცია—ავადმყოფს აქვს ნერწყვის დენა, თვალის გუგების გაგანეირება, გულის ფრიალი, თავის ტკივილი, გულისრევა და პირსაქმება. ავადმყოფს უვითარდება სისხლნაკლებობა, ზოგჯერ საკმარისად ძლიერი. სისხლში ჰემოგლობინის დაკლებასთან ერთად აღინიშნება ეოზინოფილია.

ცისტიცერკის მოხვედრა თავის ტვინში იწვევს ტვინის მძიმე მოვლენებს და ზოგჯერ ავადმყოფის სიკვდილს.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი ბ რ ტ ყ ე ლ ი ჭ ი ე ბ ი თ ი ნ ვ ა ზ ი ის ა (ტენილოზი) ისმის განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევით ან განავალში პროგლოტიდების აღმოჩენით. სხვადასხვა სახის ბრტყელ ჭიას დამახასიათებელი სტრუქტურის კვერცხი აქვს. საქრობა განავალი რამდენჯერმე გაისინჯოს, ვინაიდან შესაძლოა კვერცხი ყოველთვის არ აღმოჩნდეს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა . ბრტყელი ჭიების საუკეთესო სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს მამალი გვიმრის ძირის ეთეროვანი გამონაწვლილი (*Extractum Fillicis maris aethereum*).

ეს წამალი შეიძლება მიეცეს ავადმყოფს ელატინის კაფსულებით ან შეყვანილი იქნეს დუოდენალური ზონდით.

ავადმყოფს მკურნალობის წინა სადამოს უნდა მიეცეს მარილის საფალარათო ან გაუკეთდეს გასაწმენდი ოყნა.



დილით ერთი ჰიქა შავი ყავის დაღვევის შემდეგ, მას ეძლევა *Ext. Filicis maris aethereum*-ის თითო გრამი ექვალტინის კაფსულებში ყოველ 5 წუთში ერთხელ, სულ 6—8 გრამი 30—40 წუთის განმავლობაში; ერთი საათის შემდეგ საფლარათო მარილი. საფლარათო ზეთის მიცემა უკუნაჩვენებია მოწამვლის საშიშროების გამო.

შეიძლება ჩავატაროთ მკურნალობა სოდის ხსნართან ერთად. ასეთი მეთოდის დროს საკმარისია პრეპარატის 4 გრამი.

ავადმყოფს წინასწარ მომზადების შემდეგ აძლევენ დილით, უზმოდ სოდის 2% ხსნარს 200 მლ, 30 წუთის შემდეგ  $\frac{1}{2}$  საათის განმავლობაში *Ext. Filicis maris aethereum*-ის 4 გრამს—1,0 ყოველ 10 წუთში ექვალტინის კაფსულებში. ყოველ კაფსულას ავადმყოფი აყოლებს სოდის 2% ხსნარს, ისე რომ ყოველ კაფსულას გადააყოლოს  $\frac{1}{4}$  ჩაის ჰიქა, ე. ი. სულ 1 ჰიქა. წამლის მიღების შემდეგ საჭიროა მარილის საფლარათოს მიცემა (30,0 ინგლისური მარილი 1 ჰიქა წყალზე ერთ მიღებაზე).

უმჯობესია გვიმრის ექსტრაქტის შეყვანა დუოდენალური ზონდით. ამი ინტოქსიკაციის საშიშროება მცირდება, ჰიის გამოღენის (დეჰელმინტიზაცია) პროცედურა უფრო ხანმოკლეა და წამლის მოქმედება უფრო უტყუარია.

დუოდენალური ზონდის თორმეტგოჯა ნაწლავში მოხვედრის შემდეგ (ოქროსფერი ტუტე რეაქციის სითხის გამოყოფა ზონდით) შპრიცით შეჰყავთ ზონდში შემდეგი სახით დამზადებული წამალი:

Rp. Extr. Filicis maris aether 4,0—6,0  
Gummi arabici q. s. ut  
fiat emulsio cum  
Sol. Magnes. sulfurici 30% 100,0  
D.S. ზონდით შესაყვანად

ამ წამლის ხმარებისას საფლარათოს მიცემა საჭირო არ არის. დეჰელმინტიზაციისას ავადმყოფმა განავალი უნდა შეაგროვოს ქვესადგამ კუბუკელში, რომ შემოწმდეს გამოვიდა თუ არა თავი. ამისათვის განავალი საცერზე უნდა გადაევისახათ და წყლით კარგად გაერეცხონ. ჰიის წვრილი ბოლო უნდა შემოწმდეს მიკროსკოპით ან გამადიდებელი შუთით.

თუ თავი არ გამოვიდა, განავლის ხელახალი გასინჯვის და კვერცხების აღმოჩენის შემდეგ, მკურნალობა უნდა გამეორდეს არა უადრეს ორი თვისა.

ზოგჯერ გვიმრის ძირმა შესაძლოა ინტოქსიკაცია გამოიწვიოს: თავბრუ, გულის შეწუხება, სიყვითლე, სიბრმავე.

მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს სტაციონარის ან ნახევრად სტაციონარის პირობებში.

გვიმრის ექსტრაქტით მკურნალობა უკუნაჩვენებია ფილტვების ტუბერკულოზის აქტიური ფორმების, გულის ნაკლოვანების, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, ღვიძლის, თირკმლების დაავადების, ორსულობის, მენსტრუაციის და ძუძუს კმევის პერიოდში.

ხანდახან იხმარება გოგრის თესლიც (*Semina cucurbitae*). გოგრის უმი თესლი უნდა განთავისუფლდეს გარეთა კანისაგან, 300,0 დაინაყოს როდინში, შეერიოს 50,0 წყალს და 50,0 თაფლს. ეს ნარევი ავადმყოფმა უნდა სჭამოს უზმოდ ერთი საათის განმავლობაში და 4 საათის შემდეგ მიიღოს საფლარათო.

ჰიებით ინვაზიით გამოწვეულ ანემიას უნდა ჩუმკურნალოთ სავრთო წესით (იხ. ანემია).

პროფილაქტიკა გულისხმობს ხორცეულის და თევზეულის კარგად შეწვასა და მოხარშვას და სანოვავის სანიტარულ ზედამხედველობას. პირად ჰიგიენას, ხელების დაბანას კამის წინ გადაშყვეტი მნიშვნელობა აქვს ჰიებიდან თავდაცვის საქმეში.

### მკვამალი ჰიიბი (Nematodes)

მრგვალი ჰიებიდან ადამიანის ორგანიზმში შეიძლება დაბინავდნენ:

ასკარიდი (*Ascaris lumbricoides*); წებტაია (*Enterobius vermicularis*); თმათავა (*Trichocephalus trichiurus*); ანკილოსტომა ე. წ. სისხლმწოვი ჰია (*Ankylostoma duodenale*); ტრიქინელა (*Trichinella spiralis*) და უფრო იშვიათად *Anguillula stercoralis et intestinalis*.

1. ასკარიდი უმთავრესად წერილ ნაწლავში პარაზიტობს (სურ. 122). ზოგჯერ ეს ჰია შეძვრება სანაღვლე გზებში, პანკრეასის სადინარში, ძლიერი გამრავლების დროს შეიძლება დააცოს ნაწლავის სანათური და ილეუსი გამოიწვიოს, შეიძლება ის სასუნთქ გზებშიც მოხვდეს ან ნაწლავის კედელი გახვრიტოს და მუცლის ღრუში გაძვრეს.

ასკარიდებით ინვაზია ხდება გაურეცხავი მწვანილით, გაბინძურებული წყლით ან საკმლით ასკარიდის კვერცხების ჩაყლაპვის შედეგად.

კლინიკური ნიშნები. ბევრ შემთხვევაში ასკარიდოზი არავითარ კლინიკურ ნიშანს არ იძლევა და ის ავადმყოფს არ აწუხებს. ზოგჯერ კი ასკარიდოზი იწვევს ტკივილებს მუცელში, ნერწყვის დენას, ჭავილს ცხვირისა და უკანა ტანის არეში, გამონაყარს, სისუსტეს, ანემიას, პირსაქმებასა და ფაღარათს.

ასკარიდების პარაზიტობის დადასტურება შეიძლება ან განავალში მათი შემჩნევით ან განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევით კვერცხებზე.

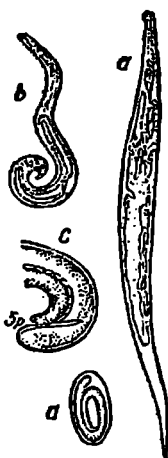
მკურნალობა. ასკარიდების გამოსადენად იხმარება სანტონინი, ქენოპოდიუმის ზეთი, სანკაფენი და ჰექსილრეზორცინი.

სანტონინი ეძლევა ავადმყოფს 0,1 (მოზრდილებს) სამჯერ თითო საათის ინტერვალით. მკურნალობა გრძელდება 3 დღეს. მკურნალობის წინ კარგია თხელი დიეტის დანიშვნა და საფაღარათო (საფაღარათო მარილი ან ზეთი). უკანასკნელი ფხვნილის მიღების შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა საფაღარათო.

სანტონინი მკურნალობა უკუნაჩვენებია ცხელების დროს, ნეფრიტის დროს, კუჭ-ნაწლავის დაავადებათა გამწვავების დროს.

იშვიათად სანტონინი იძლევა მოწამვლას (პირსაქმება, გულის შეწყუბება, თავბრუ, კრუნჩხვები) და მხედველობის ნერვის გაღიზიანებას—ავადმყოფი ყველაფერს ყვითელ ფერში ხედავს (ქსანტოფსია).

მოწამვლის დროს სანტონინის მიცემა უნდა შეწყდეს. ავადმყოფს საჩქაროდ უნდა მიეცეს საფაღარათო, გულის ასაგზნები საშუალებები, ჩავასუნთქოთეთარი.



სურ. 122.  
*Ascaris lumbricoides*  
a) დედალი; b) მარალი; c) კუდი; d) კვერცხი.

ქენოპოდონუმის ზეთი (Oleum Chenopodium) ენიშნება ავად-  
მყოფს 12—15 წვეთის რაოდენობით ეელატინის კაფსულაში, რაც ავადმყოფმა  
უნდა მიიღოს ერთი საათის ინტერვალით სულ სამჯერ. ერთი საათის შემდეგ კი  
—საფალარათო ზეთი ან მარილი.

ვინაიდან პრეპარატი ტოქსიკურია, ის ბავშვებს არ ეძლევათ, მოზრდილებს  
კი უმჯობესია მიეცეთ 1,5—2,0 მლ რაოდენობით 50 მლ საფალარათო ზეთთან  
ერთად. საფალარათოს მიცემა ამ შემთხვევაში საჭირო აღარ არის.

უფრო ახალი და კარგი საშუალებაა ჰექსილრეზორცინი, რომელიც გამო-  
შვებულა ტაბლეტების სახით, დოზით—0,1. მოზრდილის დოზაა 1,0+1,5 გრა-  
მი, ბავშვების—0,1, ასაკის ყოველ წელზე.

წამალი ეძლევა ავადმყოფს უზმოდ ერთი საათის განმავლობაში.

წამლის მიღების შემდეგ ავადმყოფმა უნდა იშიმშილოს 5 საათს.

წამლის მიღების წინა დღით და მეორე დღეს ეძლევა საფალარათო მარილი.

კუჭის წყლულის დროს პრეპარატი უკუნაჩვენებია. ჰექსილრეზორცინი  
არ არის ტოქსიკური.

Rp. Santonini 0,08—0,1

Sacchari albi 0,15

M. f. p. D. t. d. N 6

S. თითო ფხვნილი ყოველ 1 საათში 3-ჯერ

დღეში უზმოდ 3 დღის განმავლობაში

Rp. Ol. Chenopodii anthelmin. 1,5

Ol. Ricini 50,0

M. D. S. ერთ მიღებაზე

Rp. Hexylresorcini in tabul.  $\sharp$  0,1

D.t.d. N 10

S. მიიღეთ უზმოდ ერთი საათის განმავლობაში

2. წვეტაკტია (Enterobius vermicularis) პარაზიტობს წვრილი ნაწლავის  
ბოლო ნაწილში და მთელ კოლინჯში; სქესობრივად მომწიფების შემდეგ ის შე-  
ძგრება სწორ ნაწლავში, უკანა ტანში და აქ სდებს კვერცხებს (სურ. 123).

წვეტაკტიით დაავადება (ენტერობიოზი) ვრცელდება ამ ქიის კვერცხე-  
ბის პირში მოხედრით გაბნძქრებული საქმელის ან უსუფთაო ხელების მეო-  
ხებით; ძალიან გავრცელებულია ბავშვებში.

კლინიკური ნიშნები და ნაღსანიშნავია ქავილი უკანა ტანში, რაც  
განსაკუთრებით საღამოობით აწუხებს ავადმყოფს.

ამ ქიის აღმოჩენა შეიძლება განავლის ზედაპირზე და განავლის სათანადო  
ანალიზით.

მკურნალობა. ეს ქია არც ისე ადვილი მოსაცილებელია, ვინაიდან  
ავადმყოფი გაქუჭყინებული ხელებით (უკანა ტანის ქავილის დროს) ხელახლა  
იწვევს ამ დაავადებას.

სამკურნალოდ იხმარება ნივრის ოყნები, მამალი გვიმრის ძირის ექსტრაქ-  
ტი, სანტონინი, გენციანვიოლეტი, მეთილენის ლილა.

განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა ფენოთიაზინი, რომელიც  
ეძლევა 1,0 4-ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში, შემდეგ საფალარათო მარილი.

საჭიროა პრეფილაქტიკის მიზნით ზედმიწევნითი სისუფთავე. ბავშვებს ღამით უნდა ჩავაცვათ „ტრუსები“, ფრჩხილები მოვაკრათ, ხელები ხშირად დავბანოთ.

3. თმათაეა (*Trichocephalus trichiurus*) უწვრილესი ქიაა, პარაზიტობს მსხვილ ნაწლავში (სურ. 124), იწვევს ანემიას, ფაღარათს.

ტრიქოცეფალოზის წინააღმდეგ სა-  
მკურნალოდ იხმარება ოსასარსოლი (0,25



სურ. 123.  
*Enterobius vermicularis*  
ა—დედალი; ბ—მამალი.



სურ. 124.  
*Trichocephalus trichiurus*  
ა—დედალი; ბ—მამალი.

დღეში სამჯერ ქამის წინ ერთი კვირის განმავლობაში, შემდეგ საფლარათო მარილი). ერთი კვირის შესვენების შემდეგ განმეორება შარდს კონტროლის ჭეშ.

თუ ოსასარსომა შედეგი არ მოგვცა, უნდა ვცადოთ თიმოლი—(*Thymolum* 1,0—6 დღის განმავლობაში, შემდეგ საფლარათო მარილი და 6 დღის შესვენების შემდეგ კურსის გამეორება, სულ საჭიროა 5 კურსი).

თიმოლით მკურნალობისათვის უკუჩვენებები იგივეა, რაც გვიმრის ექსტრაქტისათვის.

4. ანკილოსტომიდოზის სახელწოდებით ცნობილია ორგვარი მრგვალი ქიის წარმომადგენელი *Ankylostoma duodenale*-თი და *Necator americanus*-ით ინვაზია. საქართველოში ანკილოსტომიდოზი გავრცელებულია დასავლეთ საქართველოს რაიონებში (იმერეთში და გურია-სამეგრელოში) ანკილოსტომა ანუ თორმეტგოჯა ნაწლავის თავმრუდა, პატარა ქიაა, სიგრძით 0,5 სანტიმეტრამდე, რომლის ერთ ბოლოზე არის პირის ღრუ 6 კბილით, რომლებითაც ის მიწოვილია ლორწოვან გარსზე.

დაავადება ხდება პარაზიტის კვერცხიდან გამოჩეკილი ბოჯოს შეჭრით კანიდან, უფრო იშვიათად ჩაყლაპვით. კანიდან შეჭრილი ბოჯოები ღიმფური გზით და ვენებით შედიან მარჯვენა გულში, აქედან ფილტვებში, ზორხში, პირის ღრუში და გადადიან ნაწლავში, სადაც აღწევენ საბოლოო განვითარებას.

ანკილოსტომა ჩქარა მრავლდება და იწვევს უძლიერეს ანემიას. სისხლნაკლებობა იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფის ერთი შეხედვით შეიძლება ექვის მიტანა ანკილოსტომიდოზზე. ჰემოგლობინი იკლებს 30—20%-მდე, ეოზინოფი-

ლების რაოდენობა მომატებულია. ავადმყოფებს აქვთ მკრთალი-მოყვითალო ფერი, ხელისა და ფეხის გულები ყვითლად არის შეფერილი.

ანემიის შედეგად ავადმყოფს აქვს გულის ფრიალი, თავის ტკივილი, თავბრუ, ყურებში შუილი, სისუსტე. თუ დაავადება დროზე არ იქნა ამოცნობილი, შესაძლოა ავადმყოფი ანემიისაგან დაიღუპოს.

დაავადების ამოცნობა ადვილია დამახასიათებელი კვერცხების აღმოჩენით განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევის დროს.

მკურნალობა ანკილოსტომიდოზისა უნდა ტარდებოდეს ხანგრძლივად და გულმოდგინედ. ჰიის გამოსადენად იხმარება თიმოლი ან ოთხქლორიანი კარბონეუმი.

Rp. Carbonei tetrachlorati 0,5

D.t.d. N 6 in capsul. gelatin.

S. მიიღეთ მთლიანად უცხიმო საუზმის  
სამი საათის შემდეგ

Rp. Thymoli subtiliss pulv. 1,0

D.t.d. N 10 in caps. gelat.

S. თითო კაფსულა 3-ჯერ დღეში ერთი საათის  
განმავლობაში უზმოდ სამ დღეს

როგორც თიმოლით, ისე ოთხქლორიანი კარბონეუმით მკურნალობის დროს ავადმყოფს მკურნალობის ორი დღით წინ და მკურნალობის მომდევნო ორ დღეს უნდა ეძლეოდეს ნახშირწყლოვანი დიეტა, ცხიმი და ალკოჰოლი უნდა გამოირიცხოს.

პრეპარატების მიცემის  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ უნდა მიეცეს მარილის სეფალარათო.

ანკილოსტომიდოზით გამოწვეული ანემია მოითხოვს ენერგიულ მკურნალობას პემოტრანსფუზიით, რკინით, ლეიძლის ექსტრაქტით, მარილმეაფათი, ვიტამინებით და სრულფასოვანი დიეტით (იხ. ანემიების მკურნალობა).

5. *Anguillula stercoralis* ძალიან იშვიათია ჩვენში, ეს პატარა ჰია 1—2 მმ სიგრძისა იწვევს ძლიერ ფალარათობას და ანემიას. მისი კვერცხები ძალიან ჰგავს ანკილოსტომის კვერცხებს. სამკურნალოდ იხმარება თიმოლი.

6. ტრიქინელა (*Trichinella spiralis*) პარაზიტობს ღორის კუნთებში, აქედან ხვდება ადამიანის საჭმლის მომწელებელ ტრაქტში, ღორის უწვავ ან უხარშავ ხორცის ჭამისას. დედალი ჰია სდებს ბოეოებს ნაწლავის ღორწოვან-ქვეშა ქსოვილში, საიდანაც ისინი ლიმფისა და სისხლის ნაკადით მიიტანება სხეულის სხვადასხვა ადგილას, ლაგდება განივზოლიან კუნთებში და შემოირტყამს კაფსულას.

ტრიქინელოზით დაავადებისას ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ ტკივილებს კუნთებში, მას აქვს შემცივნება, მაღალი სიცხე 39,0—40,0°-მდე, ტკივილები მუცელში, გულსისრევა, პირსაქმება.

სისხლში ლეიკოციტოზია და ძლიერი ეოზინოფილია 40—60%-მდე.

ტრიქინელოზით მძიმე დაავადებაა და სერიოზულ პროგნოზს იძლევა.

მკურნალობა უმთავრესად სიმპტომატურია. იხმარება სითბო, ტკივილის დამაყუჩებელი საშუალებები, ემეტინი და თიმოლი.

პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ხორცის კარგად მოხარშვა ან შეწვა; სანიტარული ზედამხედველობის სწორი ორგანიზაცია სასაკლაოზე.

Rp. Thymoli 3,0

Ol. olivar. steril. 50,0.

D. S. 2,0—3,0 კუნთებში შესაშხაპუნებლად  
7 ღლის განმავლობაში

Rp. Sol. Emetini hydr. 2%

in ampul. ster. N 8

S. 1—1,5 მლ 2-ჯერ დღეში კანქვეშ

### ღვიძლისა და სანადკლე გზების სნეულებანი

#### ღვიძლის სნეულებანი

#### მწვავე ინტერსტიციალური და პარენქიმატოზული ჰეპატიტი

ღვიძლის ანთების ანუ ჰეპატიტის დროს, ანთება ერთ შემთხვევაში ვითარდება უპირატესად ღვიძლის სტრომაში—ინტერსტიციალური ჰეპატიტი, მეორე შემთხვევაში ანთებით პარენქიმას უმთავრესად ღვიძლის პარენქიმას უზიანებს—პარენქიმატოზული ჰეპატიტი.

არსებითად ჰეპატიტის დროს წინანდებურ როგორც სტრომა, ისე პარენქიმა, მაგრამ იმის მიხედვით, თუ რომელი მათგანი უფროა დაზიანებული, ლაპარაკობენ ჰეპატიტის ან ერთ, ან მეორე ფორმაზე.

მწვავე ინტერსტიციალური ჰეპატიტი არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაავადებას და ის ვითარდება რომელიმე ინფექციური დაავადების (ტიფი, მალარია, სეფსისი, ტუბერკულოზი) მიმდინარეობაში, ხასიათდება ღვიძლის ზომიერი გადიდებით, ოდნავი გამკვრივებით და ყრუ ტყვილეზით ღვიძლის არეში. ინტერსტიციალური ჰეპატიტი ხშირად ქოლეცისტიტის ან ქოლანგიტის თანამგზავრი მოვლენაა.

მწვავე ინტერსტიციალური ჰეპატიტის მიმდინარეობა დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალზე.

კლინიკური თვალსაზრისით გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია მწვავე პარენქიმატოზული ჰეპატიტი, რომელიც აზიანებს ღვიძლის პარენქიმას, ე. ი. ღვიძლის უჯრედებს და ნაღვლის კაპილარებს, აგი დიფუზურ პროცესს წარმოადგენს და სიყვითლით მიმდინარეობს.

მწვავე პარენქიმატოზულ ჰეპატიტს უფრო ხშირად ინფექცია იწვევს, უფრო იშვიათად ინტოქსიკაცია; ამის მიხედვით არჩევენ მწვავე პარენქიმატოზული ჰეპატიტის რამდენიმე ფორმას:

1. ინფექციური პარენქიმატოზული ჰეპატიტი.

ბ) ვაილ-ვასილიევის სნეულება ანუ იქტერო-ჰემორაგიული სპიროქეტოზი.

2. ტოქსიკური პარენქიმატოზული ჰეპატიტი ანუ ტოქსიკური სიყვითლე, რომელსაც იწვევს სხვადასხვა საწამლავე და შხამი (სალუარისანი, ქლოროფორმი, შხამასოკო და სხვ.).

# ✓ ბოტკინის სნეულობა. ინფექციური ჰეპატიტი

(Morbus Botkini. Hepatitis infectiosa)

ბოტკინის სნეულება ანუ მწვავე ინფექციური ჰეპატიტი მრავალი წლის განმავლობაში ადგილობრივი დაავადება ეგონათ. მას თვლიდნენ ნაღლის საღინარის კატარულ ანთებად და უწოდებდნენ ~~ჰეპატარალურ სიყვითლეს~~ რამდენადაც ამ დაავადებას ყოველთვის თან სდევს კანის, თვალის სკლერის და ლორწოვანი გარსების ყვითლად შეფერვა ნაღლის პიგმენტით—სიყვითლე (icterus).

მე-19 საუკუნის 80-იან წლებში ს. პ. ბოტკინმა პირველმა გამოთქვა აზრი, რომ „კატარალური სიყვითლე“ ადგილობრივი დაავადება კი არ არის, არამედ ის ზოგადი დაავადებაა და მას იწვევს ინფექცია.

მიუხედავად იმისა, რომ მრავალს დაკვირება ცხადყოფდა ს. პ. ბოტკინის აზრის სიმართლეს, უკანასკნელ დრომდე ინფექციური ჰეპატიტის ამ ფორმას მინც კატარალური სიყვითლე ეწოდებოდა და მხოლოდ ამ ბოლო ხანებში მას მწვავე ინფექციური ჰეპატიტი ანუ ბოტკინის სნეულება ეწოდა.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. მრავალი გამოკვლევის მიუხედავად დღემდე არ მოხერხდა ამ სნეულების გამომწვევი აგენტის აღმოჩენა, მაგრამ ცხადი გახდა ის, რომ მას იწვევს ვირუსული ინფექცია.

ამ ინფექციის ზეგავლენით ხდება ლვიძლის უჯრედების მძიმე დაზიანება, მათი დაშლა, რაც იწვევს ნაღლის კაპილარების მთლიანობის დარღვევას და ნაღლის გადასვლას ლიმფურ სადინარებში და სისხლის ძარღვებში. ლიმფითა და სისხლთა ნაღველი მიიტანება ქსოვილებში, ძვლებში და ლებავს მათ ყვითლად, რაც იწვევს სიყვითლეს.

სიყვითლის ასეთ განვითარებას საფუძვლად უძევს ლვიძლის პარენქიმის დაზიანება; ამიტომ სიყვითლის ეს ფორმა წარმოადგენს ე. წ. პარენქიმატოზულ სიყვითლეს. მაშასადამე, სიყვითლის ეს სახე უათოგუნეზური თვალსაზრისით არსებითად განსხვავდება სხვა სახის სიყვითლისაგან, როგორცაა, მაგალითად, მექანიკური სიყვითლე, როდესაც სიყვითლის მიზეზი ლვიძლის უჯრედებს გარეთ არის და განპირობებულია სანაღლე გზებში რაიმე წინააღმდეგობის გაჩენით (კენჭი, სიმსივნე) და ნაღლის დენის შეფერხებით.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, არჩევენ ბოტკინის სნეულების ორ ფორმას: სპორადიულსა და ეპიდემიურს. პირველი ფორმა ყოველთვის გვხვდება ცალკეული შემთხვევების სახით, კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა განხილულია ქვევით.

✓ რაც შეეხება ეპიდემიურ ფორმას, უკანასკნელი უფრო იშვიათია და თავს იჩენს ხოლმე ომიანობის დროს, ასე იყო მაგალითად, მწვავე ინფექციური ჰეპატიტის ეპიდემია პირველი მსოფლიო ომის დროს რუმინეთის ფრონტზე, ეპიდემიური აფეთქება სხვადასხვა ადგილას მეორე მსოფლიო ომის დროს და სხვ. ეპიდემიური ინფექციური ჰეპატიტი თავს იჩენს ხოლმე კოლექტივებში (სამხედრო გარნიზონებში, საერთო საცხოვრებლებში, ბავშვთა სახლებში და სხვ.).

✓ ბოტკინის სნეულების ეპიდემიური ფორმის გამომწვევი მიზეზი არ არის დადგენილი. ფიქრობენ რომ მას, ისე როგორც სპორადიულ ფორმას, იწვევს ვირუსული ინფექცია და რომ დაავადება კონტაგიოზურია.

✓ ამ ფორმის პათოგენეზი, კლინიკური მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორც სპორადიული ფორმის, მხოლოდ აღინიშნება უფრო მეტად გამოხატული, ინფექ-

ციისათვის დამახასიათებელი მოვლენებში—ცხელება, ზოგადი ინტოქსიკაცია, ცვლილებები სისხლის მხრივ და სხვ.

ამიტომ ამ ორი ფორმის კლინიკა და თერაპია ერთად იქნება განხილული.

პათოლოგანატომიურად აღინიშნება ღვიძლის უჭრედების სხვადასხვა გადაგვარებითი ცვლილებები, ნეკროზი და დაშლა ნალვლის კაპილარების დაზიანებებით. ამასთანავე ერთად ადგილი აქვს ღვიძლის ქსოვილის შეშუპებას, ლიმფური გზების გაფართოებას (სეროზული ჰეპატიტი).

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფობა, ჩვეულებრივ, მწვავედ იწყება. სიყვითლის გამოჩენას წინ უძღვის 2—3 დღის განმავლობაში უგუნებობა, უმადობა, გულისრევა, სისუსტე, ზოგჯერ ტემპერატურის შტორეოდენი აწევა 37,5—38,0°-მდე, ყრუ ტკივილები ღვიძლში და ფაღარათი. ამ მოვლენებთან ერთად რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფი ამჩნევს შარდის ფერის ცვლილებას. ის მუქი ხდება, შესაძლებელია ზოგჯერ განავალიც გაუფერულდეს და თეთრი თიხის ფერი მიიღოს. ამასთანავე ერთად ავადმყოფს აქვს კანის ქავილი. ეს პერიოდი შეიძლება ჩაითვალოს სიყვითლის წინამორბედ პერიოდად. აღნიშნული მოვლენების დაწყებიდან 3—5 დღის შემდეგ ავადმყოფი ამჩნევს თვალის სკლერების გაყვითლებას. რამდენიმე დღეში სიყვითლე ვრცელდება მთელ ტანზე და ლორწოვან გარსებზე.

შარდი ამ პერიოდში უკვე მუქი ლუდის ფერისაა, შეიცავს ნალვლის პიგმენტს—ბილირუბინს, და საცვალზე სტოვებს ყვითელ ლაქებს. შარდში მომატებულია ურობილინოგენი და ურობილინი. განავალი შეიძლება მოთეთრო იყოს, მაგრამ სრულზე გაჭრობა ნალვლის პიგმენტის—სტერკობილინისა არ ხდება და სრული გაუფერულება განავლისა (აქოლია, აქოლიური განავალი) არ აღინიშნება, ან მხოლოდ დროებით ვითარდება.

სიყვითლე თანდათან მატულობს და დაავადების მე-10—12 დღეზე უკვე მაქსიმუმს აღწევს; ავადმყოფი მთლად გაყვითლებულია, მას ზაფრანის ფერი აქვს. ამ პერიოდში შარდიც ძალიან მუქია, განავალი კი შესაძლოა თიხის ფერი გახდეს, თუმცა ეს ნიშანი პარენქიმატოზული სიყვითლისათვის სავალდებულო არ არის.

ენა ავადმყოფს შეღესილი აქვს თეთრად, მუცელი შებერილია, ვინაიდან ნაწლავებში ნალვლის არყოფნის გამო ძლიერდება ლპობითი პროცესები და ჩნდება აირები. ირღვევა ცხიმების მონელება, მოუწელებელი ცხიმი განავალთან ერთად გამოდის გარეთ და განავალს ცხიმოვან შეხედულებას აძლევს.

ღვიძლი ავადმყოფს ზომიერად აქვს გადიდებული, რბილია, ნადა ზედაპირით და ოდნავ მტკივნეული. ოდნავ გადიდებულია აგრეთვე ელენთაც.

პულსი შენელებულია 50—40-მდე წუთში, რაც ნალვლის მეკვებით ციოზის ნერვის გაღიზიანების შედეგია.

მწვავე ჰეპატიტს ახასიათებს ზოგადი ნერვული ხასიათის მოვლენებიც. თავის ტკივილი, უძილობა, ადვილი აგზნებულობა, ზოგჯერ აპათია, სა რთულ და უძილურება. ავადმყოფთ ჩქარა ხდება და სუსტდება.

ბილირუბინის რაოდენობა სისხლში მომატებულია, ნაცვლად ნორმალურ 0,5—1 მგ%-ისა, 5—6 მგ%-მდე და ზოგჯერ მეტადაც (ჰიპანს ვან დენ ბერგით). რეაქცია ბილირუბინზე სისხლში პირდაპირია და აჩქარებული.

ქოლესტერინის რაოდენობა სისხლში დაკლებულია 120—130 მგ%-მდე (ნორმა 160—190 მგ%).

გალაქტოზით დატვირთვის დროს (40,0 გალაქტოზა—300 მლ წყალზე) ირკვევა ღვიძლის ფუნქციის უმარისობა: დღე-ღამის შარდში გამოიყოფა 3 გრ



გალაქტოზაზე მეტი, მაშინ, როდესაც მექანიკური სიყვითლის დროს ამას აღგრა  
ლი არა აქვს.

ასეთ მდგომარეობაში ჰეპატიტით ავადმყოფი რჩება დაახლოებით 3—4  
კვირას. შემდეგ ხდება გარდატეხა ავადმყოფობის მიმდინარეობაში, ყველა მოე-  
ლენა თანდათან ცხრება და ავადმყოფი იწყებს გამოკეთებას. დაავადება ზოგჯერ  
შედარებით ჩქარა გაივლის—4—6 კვირაში, ზოგჯერ ის შეიძლება გაჭიანურდეს  
7—8 კვირასაც.

მიმდინარეობა მწვავე ინფექციური ჰეპატიტისა, ჩვეულებრივ, კეთილთეი-  
სებიანია. იშვიათად შესაძლოა განვითარდეს ღვიძლის მწვავე დისტ-  
როფია (მწვავე ყვითელი ატროფია) და ავადმყოფი კომის მდგომარეობაში და-  
იღუპოს. ეს გართულება შედარებით იშვიათია. შესაძლოა მწვავე ინფექციური  
ჰეპატიტის შემდეგ ავადმყოფს ქრონიკული ჰეპატიტი დარჩეს ღვიძლის ციროზ-  
ში შემდგომი გადასვლით.

ღიაგნოზი. ბოტკინის სნეულების გამოცნობის დროს უნდა ეიხელმ-  
ღვანელოთ დაავადების დასაწყისით და განვითარებით, ღვიძლის ზომიერი გა-  
ლიდებით, მისი მტკივნეულობით, სადა ზედაპირით, ელენთის გადიდებით, სუბ-  
ფებრილური ტემპერატურით, სიყვითლით და ურობილინურით.

თუ საქმე შუახნის ან მოხუცებულ ავადმყოფს ეხება, მთავარ სიძნელეს  
დაავადების გახანგრძლივების შემთხვევაში წარმოადგენს მექანიკურ სიყვით-  
ლესთან დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.

თუ ავადმყოფს ავადმყოფობა ძლიერი ტკივილით არ დასწყება, წარსულ-  
ში არ ჰქონია ტკივილის შეტევები ღვიძლის არეში მალალი სიცხით, გულის-  
რევით და პირსაქმებით, არა აქვს აქოლიური განავალი, შარდში მომატებულია  
ურობილინოგენი და ურობილინი, ცდა გალაქტოზაზე დადებითია, ელენთა გა-  
დიდებულია, უფრო უნდა ვიფიქროთ მწვავე ჰეპატიტზე, ვიდრე ნაღვლის კენ-  
კოვან ავადმყოფობაზე.

პანკრეასის თავის, ან ფატერის დერილის კიბოთი გამოწვეული მექანიკური  
სიყვითლე იძლევა უსიცხო მიმდინარეობას, მუდმივ აქოლიას, ღვიძლი და ელენ-  
თა არ არის გადიდებული, შარდში ურობილინი არ არის მომატებული. გალაქ-  
ტოზაზე ცდა უარყოფითია; დაავადების მოგვიანო პერიოდში ვითარდება კურ-  
უაზიეს სიმპტომი (იხ. პანკრეასის კიბო).

ლუესური ჰეპატიტი შეიძლება გამოვრიცხოთ ანამნეზით და ვასერმანის  
რეაქციით.

ჰემოლიზური სიყვითლე არ იძლევა ბილირუბინურაას, პირდაპირ და აჩქა-  
რებულ ჰიმანსის რეაქციას, აქოლიურ განავალს და ინტენსიობით ის ვაცილებით  
ნაკლებია ინფექციურ სიყვითლესზე.

პროფოზი ინფექციური ჰეპატიტისა დიდ უმრავლეს შემთხვევაში  
კარგია, თუ ავადმყოფს რაიმე ინფექციით არ ჰქონდა წინათ დაზიანებული  
ღვიძლი (მაგ., ლუესი წარსულში), ავადმყოფობა კარგად თავდება. იშვიათ შემ-  
თხვევაში მოსალოდნელია ღვიძლის მწვავე დისტროფია ან ციროზული ცელი-  
ლებების განვითარება.

მკურნალობა. მწვავე ინფექციური ჰეპატიტით შეპყრობილი ყოვე-  
ლი ავადმყოფი დაავადების მსუბუქი ფორმის დროსაც კი ლოგინში უნდა იწვეს.  
მოსვენება და სითბო მეტად კეთილ გავლენას ახდენს ამ ავადმყოფებზე. ავად-  
მყოფს ღვიძლის არეზე უნდა ედოს სათბური. საჭიროა ნაწლავების მოქმედება  
მოწესრიგდეს გოგირდმჟავა მაგნეზიის სისტემატური მილებით (Rp. Sol. Mag-

nesiae sulfurici 20%—200,0; D.S. სუფრის კოვზი ყოველ 2—3 საათში, დღეში 4—5-ჯერ).

ნაღლის ღენის გაუმჯობესების მიზნით კარგია კარლსბადის მარცლის დანიშნა (Rp. Salis Carol. fact. 30,0; D. S. ერთი ჩაის კოვზი 1/2 ჭიქა თბილ წყალზე ჭამის წინ).

ამავე მიზნით მიღებულია დუოდენალური ზონდით Sol. Magnes. sulfur. 25% ხსნარის შეყვანა 50 მლ რაოდენობით თორმეტგოჯა ნაწლავში დღეგამოშვებით.

იაოვლისმდენ საშუალებებიდან კარგია ქოლოგონი (დექოლინი).

Rp. Chologoni 0,2

D.f.d. N15

S. თითო ფხენილი 5-ჯერ დღეში 8—11 დღის განმავლობაში

Rp. Sol. Chologoni 20%—20,0

D. S. ვენაში შესაყვანად 20 მლ 8—11

დღის განმავლობაში

ინფექციური სიყვითლის ყველა შემთხვევაში უნდა მიემართოს გლუკოზის 40% ხსნარის შემხაპუნებას ინტრავენურად ყოველდღიურად 30—40 მლ რაოდენობით და იმავე დროს კანქვეშ ინსულინის 8—10 ერთეულის შეყვანას 10—20 დღის განმავლობაში. ქავილსა და სერვულ მოვლენებზე კარგად მოქმედებს ნელთბილი აბაზანები.

ცხელებით მიმდინარე შემთხვევებში საჭიროა პენიცილინთერაპია.

მწვავე ჰეპატიტის მკურნალობაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიეტას. ავადმყოფი უნდა იღებდეს ნახშირწყლებით მდიდარ საკვებს (მაგ. № 5 პევზნერით). შაქარი, თაფლი, ყურძნის წვენი, ხილი, კარტოფილი, ბოსტნეული, თეთრი პური, რძის პროდუქტები და განსაკუთრებით ხაჭო (300—400 გრამი დღეში). შეადგენს ასეთი ავადმყოფის ძირითად საკვებს.

ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს ცხიმი, განსაკუთრებით მსუქანი ხორცი, კონსერვები, ძეხვეული, მლაშე, მკავე, ცხარე საკმელი. შეუმცირდეს ცილა 10) გრ-მდე, ცხიმი 50 გრ-მდე დღეში. მიეცეს ვიტამინები C და B<sub>1</sub>. ალკოჰოლის მიღება არა თუ ავადმყოფობის დროს, არამედ გამოკეთების შემდეგაც დაუსვებელია რამდენიმე თვის განმავლობაში.

კარგია მინერალური წყლები—ბორჯომი, საირმე, ესენტუკი № 17 და № 4. პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია, განსაკუთრებით ეპიდემიური ფორმის დროს და სათანადო სიგნალიზაცია ქანდაცვის ორგანოებში.

**მაილ-მახილიავის სნეულთვა (იქთერო-ჰემორაგიული სპიროქეტოზი)**  
(**Spyrochetosis Ictero-haemorrhagica**)

ინფექციური ჰეპატიტის ამ ფორმას, რომელიც ვაილმა აღწერა და განსაკუთრებით კარგად შეისწავლა ვასილიევმა, ეწოდება იქტერო-ჰემორაგიული სპიროქეტოზი, რადგან მას იწვევს 1914 წ. აღმოჩენილი Spirocheta Ictero-haemorrhagica. მას მოკაუჭებული გრძელი ძაფის შეხედულება

აქვს, რომლის ბოლოები შემსხვილებულია. დაავადების პირველი 5 დღის განმავლობაში სპიროქეტა იმყოფება სასხლში, დაავადების მე-12—15 დღიდან გამოიყოფა შარდით. დაავადების მე-10 დღიდან იქტერო-ჰემორაგიული სპიროქეტოზით ავადმყოფის სისხლის შრავი იძლევა სპიროქეტების აგლუტინაციას.

ინფექციის გავრცელება ხდება ვირთაგვებით, რომლებიც თავიანთი ინფიცირებული შარდით აბინძურებენ წყალს და სანოვაგას.

ინკუბაციური პერიოდი 1—2 კვირას უდრის.

სპიროქეტა აზიანებს ყველა ორგანოს, განსაკუთრებით ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, ღვიძლს და თირკმლებს.

კლინიკური ნიშნები. ავადმყოფობა ერთბაშად იწყება შემცივნებით, ძლიერი ტკივილებით კუნთებში, სიცხის აწევიით—38,5—39,5<sup>o</sup>-მდე.

ავადმყოფი ჩქარა ვარდება მძიმე მდგომარეობაში: აქვს პირსაქმება, თავის ტკივილი, ცნობიერება დაბინდულია, ბოდავს. რამდენიმე დღის შემდეგ სიცხე ლიზისურად ეცემა. ტემპერატურის დაცემის მე-8—10 დღეზე ის ისევ მალა იწყებს, რემისიული ხასიათი აქვს და პირველ ტალღაზე უფრო ხანგრძლივია.

დაავადების მე-2—5 დღიდან ავადმყოფს გამოაჩნდება სიყვიითლე, ის საკმაოდ ინტენსიურია და ორ კვირამდე გრძელდება. არის ფორმები, რომლებსაც არ ახლავს სიყვიითლე.

სიყვიითლესთან ერთად ავადმყოფს სახეზე აქვს ჰერპესი, თვალის კონიუნქტივა ჰიპერემიულია, სხეულის კანზე აღინიშნება სისხლჩაქცევები.

პულსი გახშირებულია, ზოგჯერ არითმიული. ენა შეღვსილია, მომშრალა. ღვიძლი ზომიერადაა გადიდებული, რბილი, მტკივნეული. გადიდებულია ელენთაც. ღვიძლის ფუნქციური ცვლილებები ისეთივეა, როგორც ბოტკინის სნეულების დროს.

სისხლში ნეიტროფილური ლეიკოციტოზია 12000—15000, ედრ აჩქარებულია (40—60 მმ).

შარდში დამახასიათებელი ცვლილებებია: ყველა შემთხვევაში აღინიშნება ნეფრიტის მოვლენები—ალბუმინურია 2—3%, ცილინდრიურია და ჰემატურია. შეშუპებები არ ვითარდება, მაგრამ შესაძლოა განვითარდეს ოლიგურია და აზოტემია.

დაავადების მიმდინარეობა მძიმეა. ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს კომის მდგომარეობაში ნერვული სისტემის ინტოქსიკაციის გამო, ან შინაგანი ორგანოებიდან სისხლის დენით.

დიაგნოზი ეყარება დამახასიათებელ ნიშნებს: ცხელები, ანემია, ელემენტარული მოვლენები, სიყვიითლე და ნეფრიტი. საკითხს სწევებს აგლუტინაციის ზეაქცია და ბაქტერიოლოგიური ანალიზი.

დიფერენციალური დიაგნოზი საჭიროა სხვა ეტიოლოგიის ინფექციურ ჰეპატიტებთან და ღვიძლის მწვავე დისტროფიასთან. უკანასკნელის გამოარჩევა ადვილია, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ღვიძლი დისტროფიის დროს არ ისინჯება, ხოლო იქტერო-ჰემორაგიული სპიროქეტოზის დროს, ის ყოველთვის გადიდებულია.

პროგნოზი სერიოზულია. სიკვდილიანობის პროცენტი ევროპის ქვეყნებში 5—8% უდრის, იაპონიაში კი 40% აღწევს.

მკურნალობა ძირითადად ისეთივეა, როგორც ბოტკინის სნეულების დროს. გარდა ამისა, კარგია რეკონვალესცენტის შრავი (50—100-მლ), კამპოლონი კუნთებში 2,0 ყოველდღიურად. სისხლშემცვლელი ხსნა-

რების ინექცია (ასეთი ხსნარია—გლუკოზისა, სუფრის მარილისა, მაგნეზიუმის სულფატისა და ჰედონალისა).

თავის ძლიერი ტკივილის დროს ნაჩვენებია ლუმბალური პუნქცია. ა უ ც ი ლ ე ბ ე ლ ი ა პ ე ნ ი ც ი ლ ი ნ თ ე რ ა პ ი ა .

პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ავადმყოფის იზოლაცია, ვირთაგვების მოსპობა, სანოვაგის სუფთად შენახვა.

### **თოქსიკური პარანეკროზული ჰეპატიტი. ხალვარსანული ჰეპატიტი (Hepatitis salvarsanica)**

სალვარსანული ჰეპატიტი ვითარდება სალვარსანით, ან ნოვარსენოლით ათაშანგის მკურნალობის ჩატარების 1½—2 თვის შემდეგ.

სალვარსანის გადაწყვეტი როლის მნიშვნელობას ასეთი ჰეპატიტის წარმოშობაში ბევრი არც იზიარებდა, მათ ეგონათ, რომ მიზეზი ლუესური ინფექციაა და არა სალვარსანი. მაგრამ სალვარსანით მკურნალობა, მაშინ, როდესაც აღგილი არა აქვს ლუესურ დაავადებას (მაგ., შებრუნებითი ტიფი, ფილტვის აბსცესი) აგრეთვე იძლევა ჰეპატიტის განვითარებას, რაც სარწმუნოდ ხდის სალვარსანის ტოქსიკურ გავლენას ღვიძლზე. შესაძლებელია ლუესური ინფექციით დაზიანებული ღვიძლი უფრო ადვილად ზიანდება სალვარსანით. შესაძლოა ისიც, რომ აქ დამატებით როლს თამაშობს ვირუსიც, რომელიც ბოტკინის სნეულებას იწვევს.

იქ, სადაც აღგილი აქვს ლუესურ ინფექციას და სალვარსანით მკურნალობის შემდეგ განვითარდა სიყვითლე, ზოგჯერ ხმარობენ ტერმინს hepatitis salvarsano-luetica.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა სალვარსანული ჰეპატიტებისა თითქმის ისეთივეა, როგორც ბოტკინის სნეულების დროს.

დიავნოზი ემყარება ანამნეზს და ვასერმანის რეაქციას.

პროგნოზი სალვარსანული ჰეპატიტის დროს სიფრთხილით უნდა დაისვას. ლუესური ინფექციის, სალვარსანის ტოქსიკური გავლენის და ვირუსული ინფექციით ღვიძლის დაზიანების კომბინაციამ შესაძლოა მძიმე მიმდინარეობა მისცეს დაავადებას. ღვიძლის მწვავე დისტროფიის შემთხვევათა უმრავლესობა, ჩვენი შთაბეჭდილებით, ლუესური ინფექციის ფონზე წარმოიშვება მწვავე ჰეპატიტის განვითარების დროს.

მკურნალობა იგივეა, როგორც ბოტკინის სნეულებისას, ნაჩვენებია გლუკოზით და ინსულინით ენერგული მკურნალობა. სალვარსანით მკურნალობა სიყვითლის გაჩენისთანავე უნდა შეწყდეს. სალვარსანით მკურნალობის განახლება შეიძლება სიყვითლის და ურობილინურიის სრული გავლის შემდეგ.

### **ღვიძლის მწვავე დისტროფია (Dystrophia hepatis acuta)**

ღვიძლის მწვავე დისტროფია, რასაც წინათ უმართებულოდ ღვიძლის მწვავე ყვითელ ატროფიას უწოდებდნენ, მეტად მძიმე დაავადებით პროცესს წარმოადგენს და დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება. ღვიძლის მწვავე დისტროფიის დროს ღვიძლის აუტოლიზური ნეკროზის გამო ვითარდება მისი მწვავე უმარისობა.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. ღვიძლის მწვავე დისტროფიის მიზეზი მრავალგვარია. ყველა ინფექციური და ტოქსიკური ჰეპატიტი შეიძლება

გართულდეს დისტროფიით. ლუესური ინფექცია, ალკოპოლოზში, სხედასხვა შხამებით მოწამელა, ორსულთა ტოქსიკოზი შესაძლოა გახდეს ღვიძლის მწვავედ ან ქვემწვავედ მიმდინარე დისტროფიის მიზეზი.

პათოლოგანატომიურად ადგილი აქვს ღვიძლის უჯრედების დაშლას, აუტოლიზს, ღვიძლი პატარავდება, რბილია, მისი ნაპირი გამახვილებულია, კაფსულა დანაოქებელი. განაკვეთზე ღვიძლს მოყვითალო-ყავისფერი ან მოჭრელო-ყვითელი ფერი აქვს.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე ინფექციური ჰეპატიტის მიმდინარეობაში განვითარებული ღვიძლის დისტროფია აღინიშნება მანამდე გადიდებული ღვიძლის სწრაფი დაპატარავებით, სიყვითლის გაძლიერებით და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით, რაც ნერვული მოვლენებით გამოიხატება. უკანასკნელი ხასიათდება თავის ტკივილით, სისუსტით, უძილობით, აზნებობით, რომელიც მღელვარე მდგომარეობაში აღწევს, ცნობიერების დაბინდვით, ბოდვით. ავადმყოფს მოსდის კუნთების კანკალი და კრუნჩხვა.

აღნიშნული მოვლენების დაწყებიდან მე-2—3 დღეზე ავადმყოფი თანდათან აპათიური ხდება, კომის მდგომარეობაში ვარდება და კვდება.

კომის მიზეზია არა ნაღველით მოწამელა, არაოგორც წინათ ფიქრობდნენ, არამედ ღვიძლის ფუნქციის სრული უკმარისობა (ჰეპატარგია).

ავადმყოფის გასინჯვისას, ამ მოვლენების გარდა, აღინიშნება ელენთის გადიდება, კანზე და ლორწოვან გარსებზე პეტექიური სისხლჩაქცევები.

არაიშვიათია სისხლის დენა ცხვირიდან, ნაწლავებიდან, სისხლიანი პირსაქნება, მეტრორაგია. შარდში ლეიცინის და თიროზინის კრისტალებია.

სხეულის ტემპერატურა ხან აწეულია 39,0—40,0°-მდე, ზოგჯერ, პირიქით, ადგილი აქვს ჰიპოთერმიას.

ენა შელესილია, მშრალი. მუცელი შებერილი. ადგილი აქვს შეკრულობას. კომის დროს—უნებლიე შარდვას და დეფეკაციას.

პულსი აჩქარებულია 120—140-მდე წუთში, სუსტი ავსებისაა. სუნთქვა „დიდი სუნთქვის“ ტიპისაა.

სისხლში მომატებულია ბილირუბინი 20—30 მგ%-მდე და ამინომჟავები 20 მგ%-დე, რაც მეტად დამახასიათებელია.

დიაგნოზი მწვავე შემთხვევაში არ წარმოადგენს სიძნელეს, ქვემწვავე შემთხვევაში მისი დასმა უფრო ძნელია.

პროგნოზი ცუდია. ავადმყოფის გადარჩენა მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაშია შესაძლებელი.

მკურნალობა. ძირითად სამკურნალო ღონისძიებას წარმოადგენს გლუკოზის ინტრავენური და კანქვეშა ინექციები დიდი დოზებით: 40% ხსნარის: 50—100 მლ ვენაში და 5% ხსნარის 500 მლ კანქვეშა.

ინსულინი კანქვეშა არა უმეტეს 8—10 ერთეულისა 1—2-ჯერ დღეში. ძალიან კარგად მოქმედებს კამპოლონი კუნთებში (Rp. Campoloni 2,0 in ampul.; C.S. 2 მლ კუნთებში ყოველდღიურად).

უნდა ვცადოთ პენიცილინთერაპიაც. სხვა მხრივ მკურნალობა სიმპტომატურია.

## ძრონიკული ჰეპატიტი (Hepatitis chronica)

ქრონიკული ჰეპატიტი ეწოდება ლეიძლის წილაკთა შორისული ქსოვილის ქრონიკულ ანთებას, რასაც თანდათან ლეიძლის უჯრედებს დეგენერაციული ცვლილებებიც მოჰყვება.

ქრონიკული ანთებითი ცვლილებების შედეგად ლეიძლის წილაკებს შორის ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი, ლეიძლი ამის გამო პირველ ხანებში დიდდება, შემდეგში შემაერთებული ქსოვილის დანაწიბურების გამო იკუმუნება და პატარავდება.

აქედან ცხადია, რომ ქრონიკული ჰეპატიტისა და ლეიძლის ციროზს შორის მკაფიო განსხვავება არ არის. და ქრონიკული ჰეპატიტი შეიძლება განვიხილოთ როგორც ლეიძლის ციროზის დასაწყისი სტადია.

ქრონიკულ ჰეპატიტს იწვევს ქრონიკული ინფექცია. უფრო ხშირად ათაშანგი, შემდეგ მალარია, ტუბერკულოზი, ქრონიკული ინტოქსიკაცია, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ალკოჰოლიზმი და სხვ.

კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია ლეიძლის გადიდება უკანასკნელი მომკვრივო კონსისტენციისა, ოდნავ მტკივნეული.

აღნიშნული მიზეზები იწვევს უმთავრესად მეორად ქრონიკულ ჰეპატიტს. კლინიკურად უფრო მნიშვნელოვანია სიფილისური ჰეპატიტი (hepatitisluetica), რომელიც შეიძლება განვიხილოთ როგორც პირველადი დაავადება. სიფილისური ჰეპატიტი გუმოზურ პროცესს წარმოადგენს, ხასიათდება ლეიძლის არათანაბარი გადიდებით (hepar lobatum).

მკურნალობა. ქრონიკული ჰეპატიტის მკურნალობა უნდა მივმართოთ ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ. დიეტა უნდა იყოს ვეგეტარიანული. ლუესური ჰეპატიტის დროს საჭიროა ანტილუესური მკურნალობა ბიოქინოლით, ბიეტის მიქსტურით, ნოვარსენოლით (ფრთხილად!) და პენიცილინით.

## ღვიძლის ტიროზი (Cirrhosis hepatis)

ქრონიკული ჰეპატიტის განმარტებისას ნათქვამი იყო, რომ ქრონიკული ჰეპატიტის დროს წილაკთა შორისული ქსოვილის განვითარებას და შემდგომში მის ნაწიბუროვან ცვლილებებს, მოსდევს ლეიძლის უჯრედების დეგენერაცია, რენქიმის გადაგვარება, დაღუპვა და მათი შეცვლა შემაერთებული ქსოვილით. ამრიგად, ლეიძლის ფუნქციური პარენქიმა იცვლება შემაერთებული ქსოვილით. ამ პათოლოგიურ მოვლენას ეწოდება ლეიძლის ციროზი.

აქედან ცხადია, რომ არსებითი განსხვავება ქრონიკულ ჰეპატიტსა და ციროზს შორის არ არის, რომ ციროზულ ცვლილებებს ლეიძლში წინ უძღვის ქრონიკული ჰეპატიტის მოვლენები და უკანასკნელი დროთა განმავლობაში, სათანადო პირობებისა და მიზეზების არსებობისას, შესაძლოა გადავიდეს ციროზში.

წინათ ეგონათ, რომ ციროზის განვითარებას ყოველთვის წინ უძღვის ლეიძლის ქრონიკული ანთებითი მდგომარეობა, რასაც მოსდევს ლეიძლის სტრუქტურაში შემაერთებული ქსოვილის განვითარება, მისი ზეწოლის შედეგად ლეიძლის უჯრედების დაღუპვა და მათი შეცვლა ნაწიბუროვანი შემაერთებული ქსოვილით.

ამჟამად გამორკვეულია ის გარემოებაც, რომ ღვიძლის ციროზის განვითარება შესაძლოა მოხდეს არა მარტო მეორადად შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებით და მისი ზეწოლის შედეგად ღვიძლის პარენქიმის დაღუპვით, არამედ პირველად ღვიძლის უჯრედების დისტროფიის შედეგად შემაერთებელი ქსოვილის გაზრდით, რომელიც დაღუპულ უჯრედებს ცვლის.

ამრიგად, ღვიძლის ციროზს ორგვარი პათოგენეზური მექანიზმი აქვს— ერთ შემთხვევაში ის შედეგია ანთების შედეგად განვითარებულ შემაერთებელი ქსოვილის ზრდისა, მეორე შემთხვევაში შემაერთებელი ქსოვილის ზრდა ხდება ღვიძლის გადაგვარებულ და დაღუპულ უჯრედების ნაცვლად.

შემაერთებელი ქსოვილი ერთ შემთხვევაში იზრდება ღვიძლის წილაკებს შუა და იწვევს კარის ვენის ტოტებზე ზეწოლას, რასაც კარის ვენის სისტემაში სისხლის მიმოქცევის შეფერხება და ასციტის განვითარება მოჰყვება, მეორე შემთხვევაში კი შემაერთებელი ქსოვილი იზრდება შიგ ღვიძლის წილაკებში და იწვევს ნაღვლის კაპილარების დაზოზვას, რასაც სიყვითლის განვითარება მოსდევს.

ღვიძლში გაზრდილი შემაერთებელი ქსოვილი შესაძლოა ერთსა და იმავე შემთხვევაში იზრდებოდეს როგორც წილაკებს შუა, ისე შიგ წილაკებში, ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ასციტიც განვითარდეს და სიყვითლეც.

ღვიძლის ციროზზე ზოგი ფორმის დროს ღვიძლში განვითარებული შემაერთებელი ქსოვილი არ განიცდის დანაწილებას და შექმუნანას ასევე შემთხვევაში ღვიძლი გადიდება რჩება— იპურტროფიული იროზი.

ზოგ შემთხვევაში კი შემაერთებელი ქსოვილი მალე განიცდის დანაწილებას და შექმუნანას, ღვიძლი პატარავდება— ღვიძლის ატროფიული ციროზი.

ღვიძლის ციროზის დროს ცვლილებებს განიცდის ელენთაც. ჯერ კიდევ საბოლოოდ დადგენილი არ არის, თუ რატომ დიდდება ელენთა ციროზის ზოგი ფორმის დროს. ელენთის გადიდება უკავშირებენ ციროზის გამომწვევი აგენტის მანე ვაგუნას ელენთაზე, კარის ვენის სისტემაში სისხლის მიმოქცევის შეფერხებას და სხვ.

ღვიძლის ციროზის გამომწვევაში მნიშვნელობა აქვს ალკოჰოლიზმს, ქრონიკულ მიმეინფექციებს— ლუესს, მალარიას, ტუბერკულოზს.

ღვიძლის ციროზი არ არის მაინცდამაინც წმირი. სექციური მასალის მიხედვით ციროზის სიხშირე უდრება 1—3%

არჩევენ ღვიძლის ციროზის შემდეგ სახეებს: 1. ლაენეკის ციროზი (ატროფიული); 2. პანოს ციროზი (პიპერტროფიული) ანუ პირველადი ბილიარული ციროზი; 3. პიგმენტური ციროზი ანუ ბრინჯაოს დიაბეტი; 4. ბილიარული ციროზი მეორადი; 5. გული სიმირი ციროზი; 6. პეტიტარდამტფლი ციროზი (პიკის).

აღნიშნულ სხვადასხვა ფორმის ციროზებს ბევრი რამ აქვთ საერთო კლინიკური ნიშნებისა და მიმდინარეობის მხრივ, ამიტომ მათ განვიხილავთ ერთად, მით უმეტეს, რომ ზოგჯერ შესაძლოა ციროზის ესა თუ ის სახე შერეული ფორმითა შეგვხედეს.

ლაენეკის ციროზი ანუ ატროფიული ციროზი (Cirrhosis hepatis atrophicans) უფრო წმირად შუახნის მამაკაცების ავადმყოფობაა; ქალები იშვიათად ხდებიან ავად. განვითარებული დაავადებისათვის დამახასიაშებელია სამი ძირითადი ნიშანი: დაპატარავებული ღვიძლი, გადიდებული ღვიძელი და დაზოზილი ელენთა და ასციტი. ავადმყოფობა იწყება დისპეფსიით

მოვლენებით, როგორცაა, წიმიძის გრძობა ეპიგასტრიუმის არეში, ბოყინი, უმაღლობა, გულისრევა. ღვიძლი პირველ ხანებში გადიდებულია, გადიდებულია აგრეთვე ელენთა. როგორც ღვიძლი, ისე ელენთა მომკვრივია და უმტკივნეულო. ღვიძლი შექმუხნის შედეგად მალე იწყებს შემცირებას, კარის ვენის სისტემაში სისხლის მიმოქცევა ფერხდება, ვითარდება კოლატერალური ვენური სისხლის ძარღვები საყლაპვე მილში, სწორ ნაწლავში და მუცლის კედლებზე. საყლაპვე მილის კოლატერალების ძლიერი გაგანაიერების დროს შეიძლება ავადმყოფს მოუვიდეს სისხლდანიპირისაქმება. მუცლის კედლის კოლატერალები ტოტიანდება ჰიპის ირგვლივ როგორც მედუზის თავი (Caput medusae). ავადმყოფს მუცლის ღრუში ჩაუდგება სითხე (ასციტი). ღვიძლი ამ პერიოდში უკვე აღარ ისინჯება, ავადმყოფი ხდება, უძლურდება. მუცლის ღრუდან სითხის გამოშვების შემდეგ, ის (სითხე) ისევ სწრაფად გროვდება.

ღვიძლის ფუნქცია ერთხანს შენახულია, დაავადების ბოლო ხანებში ისიც ირღვევა. შესაძლებელია ზოგჯერ განვითარდეს ჰეპატარგიის ქვემწვავე ფორმა. ასციტის განვითარების მომენტიდან დაავადება 1—2 წელს გრძელდება და ავადმყოფი იღუპება ან ჰეპატარგიული კომით, ან ზოგადი დაუძლურებითა და კახექსიით, ან ზედღარათული ინფექციით.

ჰანოს ციროზი, ანუ ჰეპატროფოზი (პირველად ბილიარული) ციროზი (Cirrhosis hepatis hypertrophicans) გაცილებით უფრო იშვიათია, ვიდრე ატროფიული ციროზი. ჰიპერტროფიული ციროზით ავადმყოფობენ უმთავრესად ახალგაზრდა პირები.

ჰიპერტროფიული ციროზისათვის დამახასიათებელია—ღვიძლის გადიდება, სიყვითლე და გადიდებული ელენთა. ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რკალიდან 5—6 სმ, ის მომკვრივია, ოდნავ მტკივნეული. ელენთაც საკმაოდ გადიდებული, იგი მკვრივია, ქვემო პოლუსი ხშირად ჰიპის დონეს აღწევს. პალპაციით ელენთა მტკივნეულია პერიასკლენიტისაგან სიყვითლე პირველ ხანებში არამუდმივი ხასიათისაა, ხან უმატებს ავადმყოფს, ხან ისევ უკლებს, დაავადების განვითარებასთან ერთად ის მუდმივი ხასიათისა ხდება.

შარდში ურობილინის რაოდენობა მომატებულია. განავალში არ არის ქალოვანი სისხლში ბილირუბინის რაოდენობა მატულობს.

ჰიპერტროფიული ციროზის დროს სიყვითლე ნაწილობრივ შექანიკური ხასიათისაა, ნაწილობრივ კი ჰემოლიზური. უკანასკნელი შედეგია ღვიძლის და ელენთის რეტოკულო-ენდოთელიარული ელემენტების ჰიპერპლაზიისა.

დაავადება ნახტომებით მიმდინარეობს. გამწვავების პერიოდი, როდესაც ავადმყოფს აძლევს პატარა სიცხეს, ემატება სიყვითლე, უძლიერდება სისუსტე, გრძელდება 1—2 კვირის, რის შემდეგ მოვლენები ცხრება.

დაავადების მოგვიანო პერიოდში ვითარდება ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენები, ავადმყოფს ეწყება სისხლის დენა უვითარდება სისხლჩაქცევები კანში. ავადმყოფს აქვს კანის შავილი სიყვითლის შედეგად.

ავადმყოფი ხდება, სუსტდება და იღუპება ჰეპატარგიული კომით. დაავადების ხანგრძლიობა უდრის 10 წელს და მეტს.

პიგმენტური ციროზი (Cirrhosis pigmentosa), რომელსაც სხვა-ნაირად კიდე ბრინჯაოს დიაბეტს უწოდებენ, ხასიათდება სამი ძირითადი სიმპტომით—კანის შეფერვა დამახასიათებელ ბრინჯაოს ფრად, ღვიძლის გადიდება და გლუკოზურია.

დაავადება უმთავრესად მამაკაცებს უვითარდებათ 30—40 წლის ასაკში,



იგი იშვიათად გვხვდება. ეტიო-პათოგენეზი საესებით ნათელი არ არის. ცხადია, რომ ადგილი აქვს ლეიქლის, ელენთის და პანკრეასის დაზიანებას.

კანში ლაგდება პიგმენტები—ჰემოსიდერინი და ჰემოფუსტინი.

ავადმყოფს კანი შეფერილი აქვს მუქ ბრინჯაოს ფერად, როგორც ადისონის დაავადების დროს (იხ. ადისონის სნეულება), მხოლოდ ლორწოვანი გარსებში არ არის პიგმენტირებული.

ლეიქლი გადიღებულია და მკვრივი. ლეიქლის შექმუნა არ ხდება. ავადმყოფს აგრეთვე გადიღებული აქვს ელენთა. ყოველთვის აღინიშნება გლუკოზურია. ზოგჯერ ავადმყოფს აქვს ნამდვილი დიაბეტის სურათი—პოლიურია, წყურვილი, კეტოზი.

დაავადება ხასიათდება ხანგრძლივი მიმდინარეობით.

ლეიქლის ციროზის აღწერალი სამი ფორმა—ლაენეის ციროზი, ჰიპერტროფიული და პიგმენტური ციროზი—წარმოადგენს პირველად ციროზს. ამ ციროზების გარდა, არას მცირადი ციროზები, რომლებაც ვითარდება სხვა დაავადებათა შედეგად, როგორც მეორადი მოვლენა. ასეთ ციროზებს ეკუთვნის: მეორადი ბილიარული ანუ ქოლანგიტური ციროზი, გულისმიერი ციროზი და პერიკარდიტული ციროზი (პიკისა).

მეორადი ბილიარული ციროზი ლეიქლისა (Cirrhosis hepatitis biliaris secundaria) ვითარდება ქოლანგიტით ხანგრძლივად ავადმყოფობის, ან ხანგრძლივი მექანიკური სიყვიითლის ნიადაგზე.

ლეიქლი გადიღებულია ზომიერად. ელენთა იშვიათად არის გადიღებული. ავადმყოფს აქვს მექანიკური სიყვიითლის მოვლენები, აქოლიურაგინოზი, ბილირუბინურია, სისხლში ბილირუბინის მომატება, პირდაპირი და აჩქარებული რეაქცია ბილირუბინზე. ავადმყოფს დააქუს სიცხეს. დაავადების მოგვიან პერიოდში ვითარდება ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენები. ავადმყოფი იღუპება კომის მდგომარეობაში.

ჯ გულისმიერი ციროზი (Cirrhosis hepatis cardialis) ვითარდება გულის ხანგრძლივი დეკომპენსაციით გამოწვეულ ლეიქლში შეგუების შედეგად. ლეიქლი ძალზე გადიღებულია, მტკივნეული, ელენთაც დიდდება, ავადმყოფს აქვს ასციტი. ლეიქლის ფუნქცია თანდათან ირღვევა, ავადმყოფს აქვს ზომიერი სიყვიითლე.

ზ პერიკარდიტული ციროზი (პიკის) შედეგია შეზორცებით პერიკარდიტის, ზოგის აზრით, ლეიქლის კაფსულის, ანთების—პერიჰეპატიტისა. დაავადებისათვის დამახასიათებელია შეზორცებითი პერიკარდიტის ნიშნებთან ერთად (იხ. გვ. 461) ლეიქლის ციროზის მოვლენები: გადიღებული, მკვრივი ლეიქლი, გადიღებული ელენთა და ასციტი.

დიაგნოზი ლეიქლის ციროზისა ტიპობრივ შემთხვევაში არ არის ძნელი. შერეული ფორმის ციროზისა და მისი ატიპობრივი ფორმების დიაგნოსტიკა ზოგჯერ ძნელდება, ატროფიული ციროზი დასაწყის პერიოდში შეიძლება შეგვეთაროს კუჭის წყლულთან და კუჭის კიბოსთან ციროზის დროს ზოგჯერ განვითარებულ სისხლიანი პირაქემების შედეგად. ციროზის ასციტურ სტადიაში საჭირო ხდება დიფერენცირება მუცლის ღრუს სხვადასხვა ლოკალიზაციის სიმსივნესთან, რომელიც იძლევა ასციტს; ზოგჯერ ტუბერკულოზურ პერიტონიტთან.

პანოს ციროზი უნდა განვასხვაოთ ბოტკინის სნეულების გაკვიანურებულ ფორმისაგან, მეორად ბილიარულ ანუ ქოლანგიტურ ციროზისაგან, ლეიქლის ლუქსისაგან, ლეიქლის კიბოსგან.

36. შინაგანი სნეულობა.

ბიგმენტური ციროზი და პერიკარდიტული ციროზი, მათი მკაფიოდ გამო-  
ხატული ნიშნების გამო, შედარებით ადვილი გამოსაცნობია.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი** ლვიძლის ციროზისა ყოველთვის მძიმეა, ვინაიდან პროცე-  
სი შეუქცევადია, პროგრესულ მიმდინარეობას იღებს და ადრე თუ გვიან ავად-  
მყოფი იღუპება. გულმოდგინე მკურნალობით შესაძლებელია დაავადების დრო-  
ებით გაუმჯობესება.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა.** ლვიძლის ციროზის მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა  
აქვს რაციონალურ დიეტას. საკვებიდან უნდა გამოირიცხოს ყველაფერი ის, რაც  
აღიზიანებს ლვიძლის უჯრედს. ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს ალკოჰოლი, ცხარე  
და მკაფე საშუალო, ცხიმიანი საკვები და უნდა ეძლეოდეს ნახშირწყლები და  
სრულფასოვანი ცილა. ამ მიზნით კარგია ტბილეული, ნამცხვარი, ხორცი  
ლვიძლი, ხაჭო, მაწონი, ბოსტნეული, ხილი.

ავადმყოფმა უნდა მიიღოს 200,0 ხორცი და 300,0 ხაჭო, კარგია საფუარ-  
(დროცი).

მედიკამენტებიდან ნაჩვენებია გლუკოზის 40% ხსნარი 20 მლ ვენაში და  
ინსულინის 10 ერთეული კანქვეშ ყოველდღიურად 20—30 დღის განმავლობა-  
ში. კუნთებში კამპოლონი 2,0 ყოველდღე, 10 დღის განმავლობაში. სიყვიითლის  
დროს ქოლოგონი 20% 5,0 ვენაში ან 0,2 შიგნით, დღეში 5-ჯერ, 10 დღის განმავ-  
ლობაში. საჭირია სასაქმებლის მიცემით შეკრულობასთან ბრძოლა; ასციტის  
დროს მერკუზალი კუნთებში 4—5 დღეში ერთხელ. თუ სითხე ბევრი დაგროვ-  
და, საჭირია სითხის გამოშვება.

### **ლვიძლის აბსცესი (Abscessus hepatis)**

ლვიძლის ქსოვილში ჩირქოვანი ინფექციის შედეგად შესაძლოა განვითარ-  
დეს ლვიძლის დაჩირქება. უკანასკნელი ჩნდება ან შემოფარგლული ჩირქგრო-  
ვის სახით ან მრავლობითი ჩირქოვანი კერების სახით.

ლვიძლის აბსცესი ვითარდება ჩირქმბადი ინფექციის (სტრეპტოკოკი, სტა-  
ფილოკოკი) ლვიძლში შეჭრით, ან მეზობელი ორგანოებიდან დაჩირქების გადა-  
სვლით, ან სისხლის ნაკადით ინფექციის მიტანით, ან სანაღველე გზებიდან და-  
ჩირქებითი პროცესის ლვიძლში გავრცელებით.

ლვიძლის აბსცესის წარმოშობაში დიდ როლს თამაშობს დიზენტერიული  
აგება, რომელიც თავისებურ, ე. წ. ლვიძლის ამებურ ანუ დიზენტე-  
რიულ აბსცესს იწვევს.

არის შემთხვევები ლვიძლში ნაწლავის პარაზიტების (ჭიების) შეჭრის და  
აბსცესის განვითარებისა.

**კლინიკური ნიშნები.** ლვიძლის აბსცესის უმთავრეს სიმპტომებს  
წარმოადგენს ცხელება, ლვიძლის გადიდება და მტკი-  
ვნეულობა. ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, რომელსაც ხანგანელებითი ხასიათი  
აქვს, ტემპერატურის აწევის წინ ავადმყოფს ძალზე ამცივენებს, აყრის ოფლს.  
ლვიძლი გადიდებულია როგორც ზევით, ისე ქვევით, რბილია, მტკივნეული.  
თვალის სკლერები ოდნავ იქტერიულია, კანი მკრთალი-მოყვითალო ფერისაა.  
პულსი აჩქარებული აქვს. ენა შელესილი.

სისხლში ლეიკოციტოზია 12000—15000, ნეიტროფილოზი, ედრ აჩქარე-  
ბულია.

ლვიძლის არეში ნეკნთაშუა მიდამოები ხელის დაჭერით მტკივნეულია.  
ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს შარჩვენა ბეჭში.

ავადმყოფი თანდათან სუსტდება, ხდება. თუ ჩირქვროვამ ღვიძლის ზედა-პირს მიადწია, ის შეიძლება გაიხსნას მუცლის ღრუში და მწვავე ჩირქოვანი, სასიკვდილო პერიტონიტი გამოიწვიოს.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი.** ღვიძლის აბსცესის გამოცნობის დროს უნდა ვიხელომდეთ ნელოთ ზემოაღნიშნული კლინიკური ნიშნებით, საექვო შემთხვევაში უნდა მივმართოთ ღვიძლის საცდელ პუნქციას. აბსცესის შემთხვევაში პუნქციით მივიღებთ ჩირქს. უკანასკნელი პიოგენური აბსცესის დროს მოყვითალო ფერისაა, შეიცავს მიკრობებს; ხოლო დიზენტერიული აბსცესის დროს ჩირქი შოკოლადის ფერისაა და მასში მიკროსკოპული გამოკვლევით შეიძლება დიზენტერიული ამების აღმოჩენა. დიზენტერიული აბსცესის დროს ჩირქი, ჩვეულებრივ, სტერილურია.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი.** ღვიძლის აბსცესი მძიმე ავადმყოფობაა. დიზენტერიული აბსცესი, თუ დაავადება დროზეა გამოცნობილი, შეიძლება სრულიად განიკურნოს. შემოფარგლული პიოგენური აბსცესი დროული ქირურგიული მკურნალობის დროს უკეთეს პროგნოზს იძლევა; მრავლობითი აბსცესის პროგნოზი უიმედოა.

**მ კ უ რ ა ნ ა ლ ო ბ ა.** დიზენტერიული აბსცესის მკურნალობა ტარდება ენე ტინის 3% ხსნარის 1 მლ კანქვეშა ინექციებით 3 დღის განმავლობაში დღეში სამჯერ. 5 დღის შესვენების შემდეგ კურსი მეორდება 3-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში, შემდეგ 5 დღე შესვენება და კიდევ 3 დღიანი მკურნალობა. ამავე დროს საჭიროა ღვიძლიდან ჩირქის ასპირაცია შპრიცით. ო პ ე რ ა ც ი ა ს ა კ ი - რ ო ა რ ა რ ის.

პიოგენური შემოსაზღვრული აბსცესის დროს მკურნალობა ქირურგიულია. მრავლობითი აბსცესის დროს ოპერაცია შედეგს არ იძლევა. მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს პენიცილინით და სტრეპტომიცინით, გარდა ამისა, საჭიროა სიმპტომატური თერაპია.

### ღვიძლის ღვიძი (Lues hepatitis)

ღვიძლის ლუესი გვხვდება ორი ფორმით: **გ ა ვ რ ც ე ლ ე ბ უ ლ ე ს ი ფ ო - ლ ის უ რ ი ჰ ე პ ა ტ ი ტ ი** და **გ უ მ ო ზ უ რ ი ჰ ე პ ა ტ ი ტ ი**.

გუმოზური ჰეპატიტის დროს გუმები განიცდის დაშლას, დაშლილი გუმის ადგილას ჩნდება წყლული, რომელიც შემდეგ ივსება შემაერთებული ქსოფილით. უკანასკნელის დანაწიბურება და შეკუმხვა იწვევს ღვიძლის ძლიერ დამახინჯებას, ვითარდება **ე. წ. წილაკოვანი ღვიძლი (hepar lobatum)**.

**კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი.** დამუზური სიფილისური ჰეპატიტის დროს ღვიძლი გადიდებულია, მომკვრივია, უსწორმასწორო ზედაპირით. გუმოზური ჰეპატიტის დროს ღვიძლი წილაკოვანია, გადიდებულია განსაკუთრებით მარცხენა წილად. ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს ღვიძლის არეში არა მარტო ხელის შეხების დროს, არამედ უამისოდაც, ხშირად ღამით. ავადმყოფს აძლევენ სიცხეს, ხშირად მაღალს. ელენთა გადიდებულია. აღინიშნება მკირეოდენი სიყვითლე ღვიძლის ციროზული ცვლილებების განვითარების დროს შესაძლებელია ასციტის განვითარებაც.

სისხლის გამოკვლევა ვასერმანის რეაქციაზე ზოგჯერ გვაძლევს დადებით პასუხს.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი.** ღვიძლის ლუესის გამოცნობის დროს დიფერენციალურა დიაგნოსტიკა გვიხდება ღვიძლის არასპეციფიკურ ციროზთან. ვასერმანის რეაქ-

ცია, თუ ის დადებითია, დიდ დახმარებას გაგვიწევს დიაგნოსტიკაში. თუ ვასერ-  
მანის რეაქცია უარყოფითია, უნდა ვიხელმძღვანელოთ ლუესისათვის დამახასია-  
თებელი ცვლილებებით გულის, აორტისა და ნერვული სისტემის მხრივ.

ცხელმა ღვიძლის ციროზის მოვლენებთან ერთად უფრო-ღვიძლის ლუესის  
სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

პ რ ა გ რ ა ზ ი ღვიძლის ლუესისა მიძიეა. შორსწასულ შემთხვევებში  
ავადმყოფის გამოკეთება თითქმის შეუძლებელია.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. სპეციფიკური (ანტილუესური) მკურნალობის დაწყე-  
ბის წინ უნდა ჩატარდეს მკურნალობა ინსულინით და გლუკოზით. სპეციფიკუ-  
რი თერაპიისათვის უმჯობესია მივმართოთ ბიეტის მიქსტურას და ბიოქროლს.  
ნოვარსენოლით მკურნალობა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს.

Rp. Hydrarg. bijodati 0,06

Kalii iodati 6,0

Aq. destillat. 180,0

M. D. S. სუფრის კოვზი დღეში 3-ჯერ



Rp. Bijochinoli 20,0

D.S. 2—2 მლ კუნთებში დღეგამოშვებით

თუ ავადმყოფს ასციტი აქვს, საჭიროა მერკურზალის ინექციები.



ღვიძლის კიბო (Carcinoma hepatis)

ღვიძლის კიბო ან პირველადია Carcinoma hepatis primarium) ან  
მეტასტაზური (Carcinoma hepatis metastaticum). ღვიძლის პირველადი  
კიბო შედარებით იშვიათია, მეტასტაზური კი შედარებით ხშირი და წარმოად-  
გენს კუჭის, საყლაპავი მილის, პანკრეასის და სხვა ორგანოთა კიბოს მეტასტა-  
ზებს.

პირველადი კიბო შეიძლება განვითარდეს ცალკე კვანძის სახით—კვან-  
ძოვანდი ფორმის ან დოფუზური ფორმის სახით.

კლინიკური ნიშნები. ღვიძლის კიბოს დროს ავადმყოფი აღნიშნავს  
ყრუ ტკივილებს ღვიძლის არეში, სწრაფად განვითარებულ ძლიერ სივამზდრეს,  
სისუსტეს, უმადობას. ღვიძლი გადიდებულია, ზოგჯერ არაჩვეულებრივ სიდი-  
დეს აღწევს, ქვასავით მგაბრია, სადა ზედაპირით (დიფუზური ფორმის დროს)  
და ხორკლიანი ზედაპირით (კვანძოვანი ფორმის დროს).

ღვიძლი სწრაფად იზრდება. პირველადი კიბოს დროს ავად-  
მყოფს ხშირად აძლევს სიცხეს. ელენთა ხშირად გადიდებულია.  
დაავადების ბოლო პერიოდში ავადმყოფს უფითარდება სიყვითლე და ასციტი,  
სანაღვლე სადინარის და კარის ვენის დახშობის გამო. დაავადების ხანგრძ-  
ლიობა რთვეს არ აღემატება და ავადმყოფი იღუპება კახექსიის და ღვიძლის  
უკმარისობის მოვლენებით.

დიაგნოზი ზემოაღნიშნული ნიშნების მიხედვით უკვე განვითარებული  
დაავადების პერიოდში არ არის ძნელი. პირველ ხანებში საკითხს წყვეტს და-  
კვირება: ღვიძლის სწრაფი ზრდა, ავადმყოფის წონაში კლება, ანემია, ეჭვს  
უნდა ბადებდეს ღვიძლის კიბოზე. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გვიხდება  
ღვიძლის ლუესთან, ღვიძლის ციროზთან, ღვიძლის გეინოკოქთან.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი უიეღოა.

მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომატურია. ტკივილების დროს ნარკოტიკული საშუალებები, ასციტის დროს მერკუზალი, ყოველთვის უნდა ვცადოთ იოლით მკურნალობა.

✓ **ღმიძლის მიმინოკოკი (Echinococcus hepatis)**

ღვიძლის ექინოკოკი ჩვენში იშვიათი არ არის. ეს მძიმე ავადმყოფობა შედგება ღვიძლში ბრტყელი ჭიის (*Taenia echinococcus*) ჩანასახის მოხვედრისა, საიდანაც ვითარდება ექინოკოკის ბუშტი. თვით ჭია ადამიანის სხეულში არ პარაზიტობს, მას ატარებს ძაღლი. ჭიის თავზე აქვს ხორთუმი კავებით, რომლებს უკან ოთხი საწოვარია (სურ. 125). ძაღლის განავალს გამოყოფილი ჭიის კვერცხები ხვდება ძაღლს ბალანზე, ცხვირ-ტუჩზე, აქედან კი ადვილად მოხვდება ადამიანის კუჭში, სადაც კვერცხიდან გამოიჩეკება ემბრიონი. უკანასკნელი ადვილად გადადის ნაწლავის კედელში და კარის ვენით მიიტანება ღვიძლში, ფილტვებში და სხვა ორგანოებში.

ჩანასახიდან ღვიძლში ვითარდება ექინოკოკის ბუშტი, რომელსაც აქვს ორი გარსი და ამოვსებულია ქარვისფერი სითხით. შიგნითა გარსზე ჩნდება შეიღვეული ბუშტუკები, რომლებშიც მრთავსებულია სკოლექსები (სურ. 126 და 127).

ექინოკოკის ბუშტი ძალიან იზრდება. შესაძლებელია ექინოკოკის ბუშტი დაიღუპოს და გაიკიროს; შეიძლება ის დაჩირქდეს ან გაიხსნას მეზობელ ორგანოებში.

ღვიძლის ექინოკოკი შეიძლება იყოს ერთკამერიანი (ერთბუშტიანი) ან მრავალკამერიანი, ანუ ალვეოლარული.

ექინოკოკით ავად ხდებიან უფრო ის პირები, ვისაც უხვდება ძაღლებთან ახლო ყოფნა: მონადირეები, მწყემსები, სოფლის მეურნეობის მუშაკები.

კლინიკური ნიშნები. ღვიძლის ექინოკოკი შესაძლოა დიდხანს არ იძლეოდეს რაიმე კლინიკური ნიშანს. ავადმყოფი მხოლოდ მაშინ იგრძნობს მას, როდესაც ის გაიზრდება და ზეწოლის გამო ტკივილებს გამოიწვევს ღვიძლის არეში.

ღვიძლი გადიდებულია და თუ ბუშტი ღვიძლის ზედაპირთან ახლოს არის, იგი ხელით ისინჯება როგორც ელასტიური სიმსივნე, რომელშიაც ზაფხურში ვიგრძნობთ ფლუქტუაციას. სისხლში მომატებულია ეოზინოფილები 8—10%-მდე.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა არ იცვლება, თუ ექინოკოკი დაჩირქებული არ არის, სიგამხდრესა და საერთო ინტოქსიკაციის მოვლენებს არ იწვევს. 1° ნორმალურია. ალვეოლარული ექინოკოკის დროს ღვიძლი ძალზე გადიდებული და მგაგარია. ავადმყოფს აქვს კანექსია, სიყვითლე, ასციტი. ელენთა სწირად გადიდებულია.

თუ ექინოკოკის ბუშტი გასკდა, ავადმყოფს მოუვა ანაფილაქსიის მოვლენები—დააყრის წითლად, აუვარდება ქავილი, პირსაქმება, გულისცემა, ქოშინი: მისცემს სიცხეს და შესაძლოა ანაფილაქსიური შოკიც განვითარდეს.



სურ. 125.

*Taenia echinococcus.*

ბუშტის და რქების დრო თა დებ ცხელება, ლეიკ ციტოზი.

ლიაგნოზ დაავადებ ს გ მოცნობ ს დროს უნდა ვიხელმძ ნელოთ  
 დღებული ს და ლეიქოთ ელ ტ ურ იმ ი ნ ან მ ზ ე დმე



სუ 126. ექინოკოცის კოლექტები

რ 127. ექინოკოცის კა

კმ ყ ფ ლებელ ს რ დგომ ზ ს  
 ქე ეოზ ნოფილი ი ხლშ ე ბ რგ ს ქც დ ც დ ბ  
 ნჯ თუ ა დ ყ ფ კანში შ ვკყე ექ ნო ხ ს 0 1 ბ  
 ნის ს ით დ კანქე ქ ლ ც ს  
 პ რო გნოზ სერ ოზულ ნ დ ს ძლ ქ უ  
 ნ დ ჩ რქდ ს თვი გ ნ უ ნ ბ ძ  
 ლე ლა ულ ექინ კოცის პროგ ზ უ ი დ  
 კურ ალობ რთქ მ, ნი ექ ნოქ ხ ლოდ ქ გ ლ ბ  
 არულ ქ ნ ქ პ რ ციულ უ გ ჩ ბ  
 ლევ

**ნაღლის გუგონა და სანაღლე გუგონის სნეულადანი  
 ნაღვილქენოზი დაავადება (Cholelithiasis)**

ნაღლ ბუშტ დ ს ნაღლ გზ კნებებ გ ჩენ თ გამოწვევ  
 კადმყოფობ ს ეწოდებ ნ დველ ენქ ნი დ ავა დებ ა.

ნაღლ ს ბ შტს დ ნაღლის გზებშ კენჭ ბ ს გაჩენ ხშირ , გ  
 ვენ ბს გვაგები გ ე ა (5—15% )დე). დ იან ს ს კ მ ტებ თ რ  
 ატულობს ნაღლის ბუშტის კენჭების სიხშირეც დ ღრმა მოხუც ბშ მ  
 ხულობს ნ შემ ხ ევ თითქმის 25—30% -ში

იუხედ ვ დ ნაღ ლი კენჭებ რსებობ ხშ ს გ  
 ნაღველკენჭოვანი დ ავადება აქეს მხოლოდ ნ ღ ლ ს კენჭები ქ ნ პ რ ბ  
 მტირე ნაწილს 5—25% (გელშტეინ თ)

ქალები ნ-ჯერ უფრო ხშირად ვ დღებ ნ ნ ელკენჭოვ ნ ვად ყ ფ  
 ბით ვიღრე კაცები (ფეოდლოროვით)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი ნაღლის კენჭების წ რმოშობ ,  
 განვითარების მიზეზები და მექანიზმი რთული , ნ მედროვე შეხედ ლებ  
 მრხედვით ნაღლი კენჭების წ რმოშობ ში მნიშ ნელობა აქეს რ მდენიმე მ  
 მენტს. უ თ რესი ნიშენლობა უნდა ჰქონდეს ც ნ რ რი ნ ს  
 ტემის მოშლ ლობას, რ საც შედეგ დ მო დეეს ნაღლ ბუშ ა ა მისი სფი -  
 ტერის ვეგეტატიული რეგულ ც ს რ ა ა ნ ლის ა ო ტან  
 პ ა ა ი ა - ე ვ უ ლ ი დ ი კ ი ნ ე ზ ი ა . ა ა კნელი აღვ-  
 ლ უ ტის და ა აღვ ო ს ო თ ე ე ო ზ ს წარმოადგენ

და ნალვლის ბუშტის სფინქტერის შეკუმშვა-მოღუნების მოშლის შედეგია, რაც ავის მხრივ პირობადებულია ნერვული იმპულსების ცვლილებებით.

აღნიშნული ფუნქციონალური დისკინეზია ნალვლის ბუშტში და ნალვლის გზებში იწვევს ნალვლის დენის მოშლას, ხდება ნალვლის შეგუბება, რაც თავისთავად ხელს უწყობს ნალვლის კენჭების წარმოშობას.

კენჭების განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ნალვლის ბუშტში ი ი ნ ფ ე ქ ე ც ი ს ა რ ს ე ბ ო ბ ა ს (bact. coli commune, მუცლის ტიფის ჩხირ და სხვ.).

აღნიშნული ინფექციით გამოწვეული ქოლეცისტიტები წინაპირობას ქმნის კენჭების წარმოშობისათვის.

მოხსენებული ორი ფაქტორის გარდა კენჭების წარმოშობაში მნიშვნელოვანია ქოლესტერინის ცვლადი და რეგულაციის ფაქტორები.

ჰიპერსტენიული აგებულების პირებს, რომელთაც მიდრეკილება აქვთ გასუქებისაკენ, ეწვეიან უმოძრაო ცხოვრებას, ბევრს სჭამენ—უფრო ხშირად უჩნდებათ ნალვლის კენჭები. ორსულობა, რომლის დროს ადგილი აქვს ქოლესტერინის რაოდენობის მატებას სისხლში და ამავე დროს ვითარდება ნალვლის გზების ფუნქციური დისკინეზია, როგორც შედეგი ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაში მომხდარი ძვრებისა, აგრეთვე ხელს უწყობს ნალვლის ქვების გაჩენას.

ნალვლის კენჭი არსებითად ნალვლის ელემენტებისაგან შედგება და მისი ქიმიური შემადგენლობის მიხედვით არჩევენ: პ ი გ მ ე ნ ტ უ რ ი (ნალვლის მღებვი ნივთიერებებიდან), ქოლესტერინული და კაროვანი მარილებს.

არაიშვითად ნალვლის გზებში ჩნდება ე. წ. შერეული ქვები, რომლებიც უფრო ხშირია და სწორედ იმ გარემობას ამტკიცებს, რომ ნალვლის ქვების წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს პათოგენური ფაქტორის იმ სამივე სახეს, რომლებიც ზევით იყო განხილული (ნალვლის შეგუბება, ინფექცია, ქოლესტერინის ცვლის მოშლა).

ნალვლის კენჭების რიცხვი მეტად მერყევია. შეიძლება ბუშტში ან ნალვლის სადინარებში ერთადერთი ქვა იყოს, ზოგჯერ კენჭების რიცხვი რამდენიმე ათეულს აღწევს (სურ. 128).

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. როგორც ზევით უკვე იყო აღნიშნული, შესაძლოა ნალვლის კენჭი არ იძლეოდეს არავითარ ნიშანს. ზოგ შემთხვევაში ნალვლის კენჭის არსებობა გამოვლინდება ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომოკომპლექსით.

ავადმყოფი უჩივის ყრუ ტკივილს ეპიგასტრიუმის ან ღვიძლის არეში, უმადობას, გულისრევას. ტკივილი ზოგჯერ შედარებით უფრო საგრძნობია და ძლიერდება აღელვების, მგზავრობის, ჰარბად ჰამის, მსუქანი საკმლის და მაგარი სასმელის მიღების შემდეგ.

დაავადება ხშირად პირველად გამოვლინდება ორსულობის დროს ან შშობიარობის შემდეგ.

ობიექტური გასინჯვის დროს ზოგ შემთხვევაში შესაძლებელია აღვნიშნოთ ღვიძლის მცირედი გაღივება და მტკივნეულობა ნალვლის ბუშტის არეში.

ღუთდენალური ზონდით გამოკვლევისას, თუ ნალველკენჭოვან ავადმყოფ-



სურ. 128.  
ნალვლის ბუშტის კენჭები (ნ. ყიფშიძით).

ფობასთან ერთად არ არის ბუშტის ანთებაც (ქოლეცისტიტი) (იხ. ქვევით) ნაღველში ვერაფერს ენახათ. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ცენტრიფუგით დაღვნილ ნაღველ „B“-ში შესაძლოა აღმოჩნდეს რამდენიმე კრისტალი ქოლეცტერინისა. თუ ადგილი აქვს თანამგზავრ ქოლეცისტიტს, მაშინ სურათი იცვლება და ნაღველში ბლომად იქნება ქოლეცისტიტისათვის დამახასიათებელი ელემენტები (იხ. ქოლეცისტიტი).

ნაღველკენჭოვანი ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელია ე. წ. ნაღველკენჭოვანი ღვინოვანი ღვინო (Colica hepatica). ღვიძლის კოლიკა მოულოდნელად იწყება. ზოგჯერ მას შეიძლება წინ უძღოდეს საერთო უღონობა, შემცივნება და გულისრევა. ღვიძლის კოლიკისათვის დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილის შეტევა ღვიძლის არეში. ტკივილს აქვს მკრელი, მწველი ან მგლეჯავი ხასიათი და ვრცელდება მარჯვენა ბეჭში, კისერში და მარჯვენა გვერდში. ტკივილთან ერთად ავადმყოფს აძლევს სიცხეს—38,0—39,0°-მდე; აქვს გულისრევა და პირსაქმეება, რომელიც ტკივილს არ ამშვიდებს.

ბულის შენელებულია, აღინიშნება ექსტრასისტოლები. მუცელი შებერილია ნაწლავების პარეზული მდგომარეობის გამო. განავალზე გასვლა შეჩერებულია. ღვიძლი მეტად მტკივნეულია. ბულის კუნთები ღვიძლის არეში დაჭიმულია.

ღვიძლის ქვალს შესაძლოა რამდენიმე წუთს, რამდენიმე საათს ან დღეს გაგრძელდეს, ან სწრაფად შეწყდეს, ან თანდათანობით გაიაროს.

ღვიძლის ქვალის დაწყებიდან 1—2 დღის შემდეგ ავადმყოფს შეიძლება გამოაჩნდეს სკლერების და კანის სიყვითლე, რაც ქვალის ხასიათს უდავოს ხდის.

ღვიძლის ქვალს ხსნიან ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის სადინარების კედლების სპაზმური შეკუმშვით, რასაც უკავშირებენ კენჭის მოძრაობას (მიგრაციას). თუმცა ზოგ შემთხვევაში ასეთ მოძრაობას ადგილი არა აქვს. ანთებითი ცვლილებები ნაღვლის გზებში, ზოგიერთის აზრით, მეტად უწყობს ხელს ღვიძლის ქვალს.

ღვიძლის ქვალის მოსდის ავადმყოფს სხვადასხვა სიხშირით, ხან იშვიათად, ხან კი შედარებით ხშირად, თვეში ან წელიწადში 1—2-ჯერ.

ღვიძლის ქვალის დროს, თუ ტკივილი ძლიერია, ავადმყოფი მეტად მძიმე მდგომარეობაში ვარდება, განსაკუთრებით მაშინ, თუ განვითარდა ნაღველკენჭოვანი ავადმყოფობის ერთ-ერთი გართულება.

ღვიძლის ქვალს შესაძლოა მოჰყვეს კენჭის გაქედვა ნაღვლის ბუშტის სადინარში, რასაც ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი მოჰყვება (hydrops vesicae felleae), ან კენჭი შეიძლება გაიქედოს ნაღვლის საერთო სადინარში, ამის შედეგი კი მდგრადი ობტურაციული სიყვითლის განვითარებაა.

ნაღვლის საერთო სადინარში კენჭის გაქედვის შემთხვევაში განვითარებული სიყვითლე იწყებს კანის და ლორწოვანი გარსების ძლიერ შეფერვას ნაღვლის პიგმენტით, შარდის შეფერვას მუქი ლუღისფერად (ბილირუბინურია) და განავლის აქოლიას (თიხისფერი განავალი). ამავდროს ავადმყოფს აქვს ძლიერი ჭავილი და სიყვითლისათვის დამახასიათებელი სხვა მოვლენები (იხ. მწვავე ჰეპატიტი).

ხშირად ნაღველკენჭოვანი ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ვითარდება ნაღვლის ბუშტის ანთება—ქოლანგიტი, ან სანაღველე გზების ანთება—ქოლანგიტი.

ამჟამად, ნაღვლის ბუშტის კედელი კენჭის ზეწოლის გამო განიცდის გათხელებას, ნეკროზს და ის შესაძლოა გაიხვრიტოს.



ნაღვლის, ბუშტის პერფორაცია ძალიან მძიმე, მაგრამ იშვიათი გართულე-  
ბაა. იმის შესაბამისად, თუ სად გაიხსნება ნაღვლის ბუშტი პერფორაციის  
დროს—ან ზოგადი მწვავე პერფორაციული პერიტონიტი განვითარდება, ან თუ  
ნაღვლის ბუშტის კედელი წინასწარ შეზრდილი იყო, მაგალითად, თორმეტგოჯა  
ნაწლავთან, ბუშტი შიგ ნაწლავში გაიხსნება.

**ღ ი ა გ ნ ო ზ ი.** ნაღველკენჭოვანი დაავადების გამოცნობა ღვიძლის ქვალის  
გარეშე პერიოდში ძნელია და ემყარება უმთავრესად ანამნეზს. გარკვეული  
მნიშვნელობა აქვს დუოდენალური ზონდაყის მონაცემებს (ქოლესტერინის  
კრისტალები, ნაღვლის მარილები). დიდ დახმარებას გვიწევს ქოლეცისტო-  
გრაფიი—ნაღვლის ბუშტის გადაღება რენტგენით საკონტრასტო ნივთიერებე-  
ბის—იოდტეტრაგნოსტის ან ბილიტრასტის—შიცემის შემდეგ.

ბილიტრასტი ეძლევა ავადმყოფს შიგნით 3 გრამის რაოდენობით ტკბილ  
ჩაისთან ერთად საღამოს 7—8 საათზე, რენტგენის სურათს გადაიღებენ მეორე  
დღით 9—10 საათზე. სურათის გაკეთების წინ 2 დღის განმავლობაში ავად-  
მყოფს ენიშნება მსუბუქი დიეტა, გამოკვლევის წინა საღამოს კი გამწმენდო  
ოყნა.

ნაღველკენჭოვანი დაავადების დიაგნოზი ღვიძლის ქვალის დროს უფრო  
ადვილია, მაგრამ შეიძლება ის შეგვეშალოს თირკმლის ქვალთან, მწვავე პლე-  
ვიტიან, კუკის წყლულის მწვავე ტკივილებთან.

თუ ავადმყოფს ტკივილებთან ერთად სიხეც აქვს, აღინიშნება დამახასია-  
თებელი ირადიაცია და თუ სიყვითლეც გამოაჩნდა—ღვიძლის კოლიკის დიაგნო-  
ზი ცხადი გახდება.

**პ რ ო გ ნ ო ზ ი** გაურთულებელი ნაღველკენჭოვანი დაავადებისა სიცოცხ-  
ლის მხრივ კარგია: დაავადების განკურნების მხრივ პროგნოზი ნალებს საიმედოა,  
უკეთეს შემთხვევაში დაავადება შეიძლება მკურნალობის შედეგად დაცხრეს და  
ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდეს.

ზემოხსენებული გართულებების დროს დაავადების პროგნოზი მძიმეა თუ  
დროზე არ იქნა ნახმარი ოპერაციული მკურნალობა.

**მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა** და **პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ო რ ა**. ნაღველკენჭოვანი დაავადების  
ეკურნალობა გამომდინარეობს დაავადების პათოგენეზიდან. აუცილებელია  
ცენტრალური ნერვული სისტემის გადამეტებული აგზნებულების შემცირება  
და ამრიგად სანაღველე გზების ინერვაციის მოწესრიგება ნაღვლის ღენის გაუმ-  
ჯობესების მიზნით. ამასთან ერთად საჭიროა ნაღვლის ბუშტის ანთებასთან  
ბრძოლა და ქოლესტერინემიის შემცირება.

ავადმყოფი უნდა იღებდეს დიეტურ საკვებს. ასეთი ავადმყოფის საკვები  
უნდა შედგებოდეს რძის პროდუქტების, ხცლის, მცენარეული საკვებისა და  
ტკბილეულისაგან. მას უნდა აეკრძალოს მსუქანი ხორცი, კვერცხი, ცხიმი, სანე-  
ლებლიანი საკმელი, მაგარი სასმელი.

ავადმყოფი უნდა ცდილობდეს ყოველდღიურად ჰქონდეს ნაწლავების მო-  
ქმედება. ამ მიზნით კარგია კარლსბადის მარილი, გოგირდმყავა მაგნეზია, რეჰანი  
კარგ შედეგს იძლევა მინერალური წყლების ხმარება, როგორცაა, ბორ-  
ჯომი, საირმე, ესენტუკი და სხვა. ისინი ხელს უწყობენ ნაღვლის გამოყოფას  
და ამრიგად აღუმჯობესებენ ავადმყოფის მდგომარეობას.

უმჯობესია ამ წყლების ხმარება კურორტის პირობებში.

ღვიძლის ქვალის დროს ავადმყოფი უნდა დაეწვიინოთ, ღვიძლის არეზე სა-  
თბური დაეადოთ და კანქვეშ ვაუქეთოთ ატროპინის ხსნარი, ხოლო უფრო  
ძლიერი ტკივილების დროს კი პანტოპონის ან მორფინის ხსნარი.

დიეტა უნდა იყოს მსუბუქი, უმთავრესად თხელი საკვებები.

ნაღველქენჭოვანი ავადმყოფის ოპერაციული მკურნალობა გაურთულებელ შემთხვევაში უნდა ტარდებოდეს გარკვეული ჩვენებების მიხედვით—იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს ძალიან ხშირად აქვს შეტევები და კონსერვატული მკურნალობა შედეგს არ იძლევა.

ობტურაციული სიყვითლით გართულებული ქოლელითიაში უნდა გადაეცეს ქირურგს, თუ სიყვითლემ 2—3 კვირაზე მეტი გასტანა.

ისეთი გართულებები, როგორცაა, ნაღვლის ბუშტის ემპიემა, ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია, მოითხოვენ გადაუდებელ ოპერაციას.

Rp. Sol. Atropini sulfur. 0,1%  
in ampul. steril. N 6  
S. 1 მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Morphin. hydrochl. 1%  
in ampul. steril. N 6  
D.S. 1 მლ კანქვეშ

Rp. Sol. Pantoponi 2%  
in amp. N 6  
S. თითო ამპულა კანქვეშ

Rp. Salis Carolini factitii 30,0  
D.S. 1 ჩაის კოვზი  $\frac{1}{2}$  ჭიქა წყალზე უზმოდ

Rp. Sol. Platyphyllini  
bitartarici 0,5%  
in ampul. N 6  
D. S. თითო ამპულა კანქვეშ

### ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ანთება

(Cholecystitis et angiochohlitis)

ნაღვლის ბუშტის ანთება—ქოლეცისტატიტი—იწიან მწვავე ან ქრონიკულ ფორმებში გვხვდება. ის საკმაოდ ხშირი დაავადებაა და როგორც სტატისტიკა გვიჩვენებს, გაცილებით უფრო ხშირად უვითარდებათ ქალებს, ვიდრე კაცებს. სანაღველე გზების ანთება ქოლანჯატიტი ანუ ანგიოქოლიტი, ქოლეცისტატიტთან შედარებით უფრო იშვიათია და ისევე როგორც ნაღვლის ბუშტის ანთება ან მწვავედ მიმდინარეობს, ან ქრონიკულად.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ნაღვლის ბუშტის და სანაღველე გზების ანთება ხშირად ერთად ვითარდება, მხოლოდ ერთ შემთხვევაში უფრო მეტად არის გამოხატული ნაღვლის ბუშტის ანთება, მეორეში კი სანაღველე გზებისა.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. ქოლეცისტატიტისა და ქოლანჯატიტის წარმოშობა-განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის შეგუბებას და ინფექციას. ნაღვლის შეგუბებას იგივე პირობებია უწყობს ზელს, როგორც ნაღველქენჭოვანი დაავადების შემთხვევაში. ნაღვლის ბუშტში და ნაღვლის სადინარებ-

ში ინფექცია უფრო ხშირად შეიქრება ნაწლავებიდან (მუცლის ტიფის ჩხირი, ნაწლავის ჩხირი და სხვ.) აღმავალი გზით—თორმეტგოჯა ნაწლავით და ნაღვლის საერთო სადინარით. მეორე გზა ინფექციის შექრისა არის პემატოგენურა გზა ორგანიზმში არსებული ჩირქოვანი კერებიდან (ნუშისებრი ჭირკვლები, კრივისული კბილები, ცხვირის ღრუების დაჩირქება და სხვ.

არაიშვიათად ქოლევისტიტის გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს ნაწლავი-უმარტივეს არსებას ლამბლიას—*Lamblia intestinalis* (სურ. 129), რომელიც დასახლდება ნაღვლის ბუშტში და ხელს უწყობს მისი ანთების განვითარებას. ზოგი ავტორი არ იზიარებდა ლამბლიას პათოგენურ როლს ქოლევისტიტის წარმოშობაში, მაგრამ დღესდღეობით ეს უკვე ყველას შესაძლებლად მიაჩნია.



სურ. 129.  
*Lamblia intestinalis*. ხედი წინიდან და გვერდიდან.

პათოლოგია ნატომიურად აღინიშნება ნაღვლის ბუშტის ანთება, რომელიც ვრცელდება არა მარტო ლორწოვან გარსზე, არამედ ბუშტის კედლის მთელ სისქეში და იწვევს ხან შედარებით მსუბუქ ცვლილებებს, ხან კი ნეკროზს, დაწყლულებას და ზოგჯერ ბუშტის კედლის პერფორაციასაც. ნაღვლის ბუშტის სეროზულ გარსზე ვითარდება ფიზინოზული ნაღები, რასაც მოჰყვება ნაღვლის ბუშტის შეზორობა მეზობელ ორგანოებთან, პერიქოლევისტიტის გამო.

ქოლანგიტის დროს სანაღვლე გზებში ვითარდება ან კატარი, ან ჩირქოვანი ანთება, რასაც შესაძლოა ღვიძლში მრავლობითი აბსცესის განვითარება მოჰყვეს. ქრონიკული ქოლევისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტში ხშირად ნახულობენ კენკსაც.

ქოლევისტოზი ნიშნები. მწვავე ქოლევისტიტისათვის დამახასიათებელია შეტევითი ხასიათის ტკივილები ღვიძლის არეში ირადიაციით ბუშტში და მარჯვენა გვერდში. ეს შეტევა ძალიან ჰგავს ნაღველკენკოვანი დაავადების კოლიკას და იმდენად მისთვის თითქმის ყველა დამახასიათებელ ნიშანს.

თუ მწვავე ქოლევისტიტის შიში ჩირქოვანი, ან განგრენოზულ ფორმასთან გვაქვს საქმე, ავადმყოფობა სეფსისით ავადმყოფისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს იძლევა. ავადმყოფს ძალზე აძვივინებს, სიცხე ჰქვია, კიბეა, აძლევს ოფლს, აქვს სკლერების და კანის მციეროდენი სიყვითლე, სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზი და ნეიტროფილოზია.

ღვიძლი გადიდებულია, ძალზე მტკივნეული, მუცლის კუნთები ღვიძლის არეში დაკიმულია. მუცელი შებეროლია.

თუ ქოლევისტითი კეთილთვისებიანია, არ არის ნეკროზული ან განგრენოზული ცვლილებები, ის რამდენიმე დღეში დაცხრება და ბოლოს განიკურნება, ზოგჯერ ქრონიკულ ფორმაში გადავა.

ჩირქოვანი, ავთვისებიანი მწვავე ქოლევისტითი იწვევს ხშირად ნაღვლის ბუშტში ჩირქგროვის გაჩენას (ნაღვლის ბუშტის ემპიემა), სანაღვლე გზების დაჩირქებას, ჩირქოვან ქოლანგიტს და ღვიძლში აბსცესების განვითარებას, რაც შეიძლება ავადმყოფისათვის საბედისწერო გახდეს.

ასეთი ჩირქოვანი ქოლევცისტრის დროს შესაძლოა განვითარდეს ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია.

სულ სხვა მიმდინარეობა აქვს ქრონიკულ ქოლევცისტიტს.

ავადმყოფი აღნიშნავს ყრუ ტკივილებს ღვიძლის არეში, ზოგჯერ სიმძიმეს ებიგასტრიუმში. ტკივილები დროგამოშვებით მწვეალებდა და ღვიძლის ქვალის ხასიათს იღებს. ღვიძლი ოდნავ გადიდებულია რეაქტიული ჰეპატიტის გამო, მტკივნეულია. ზოგ ავადმყოფს ემჩნევა სკლერების სუბიქტერიაული შეფერვა. სიცხეს ავადმყოფს, ჩვეულებრივ, არ აძლევს, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლოა ავადმყოფს ჰქონდეს სუბფებრალური ტემპერატურა.

ქრონიკული ქოლანგიტის დროს კლინიკური ნიშნები ბევრად არ განსხვავდება ქრონიკული ქოლევცისტიტის ნიშნებისაგან, მხოლოდ აქ უფრო ხშირია გამწვავება, ტემპერატურის აწევა, გამწვავების დროს ხშირია სიყვითლე. ქრონიკულმა ქოლანგიტმა შესაძლოა მეორადი ბილიარული ციროზი გამოიწვიოს.

ქრონიკული ქოლევცისტიტის და ქოლანგიტების დროს დამახასიათებელ ცვლილებებს ვნახულობთ დუოდენალური ზონდით ამოღებულ ნაღველში.

ნაღველი „B“ ხშირად მღვრიეა, შეიცავს ლორწოს და ნაღვლით გაუღენთილ ლეიკოციტებს სხვადასხვა რაოდენობით. არაიშვიათად შიგ არის ერთროციტებიც, ჩირქოვანი ეპითელიუმი და ლამბლიები.

ზოგჯერ ნაღველში „B“ მომწვანო-მოშავო ფერისაა, რაც ნაღვლის შეგუბების მაჩვენებელია.

ნაღველი „C“ აგრეთვე შეიცავს ლორწოსა და ლეიკოციტებს.

ნაღვლის ბუშტის კედლის ციროზული ცვლილებების დროს შესაძლოა რეფლექსი სულ ვერ მივიღოთ, ამას გარკვეული დიაგნოზური მნიშვნელობა აქვს და ბუშტის ძლიერ დაზიანებაზე მიგვითითებს.

დიანოზი არ არის ძნელი დამახასიათებელი კლინიკური სურათის მიხედვით ქრონიკულ შემთხვევებში. მწვავე შემთხვევაში დიაგნოზი უფრო ძნელია.

მწვავე ქოლევცისტიტის დროს დუოდენალური ზონდაჲ უკუნაჩვენებია და ამიტომ უნდა ვიხელმძღვანელოთ კლინიკური სურათით—ტკივილები ღვიძლის არეში, გადიდებული მტკივნეული ღვიძლი, სუბიქტერული შეფერვა სკლერებისა და კანის, რომლებიც დაგვეხმარება დაავადების დიაგნოსტიკაში.

ქრონიკული ქოლევცისტიტის დროს დიფერენციული დიაგნოსტიკა გვიხდება თორმეტგოჯა ნაწლავისა და კუჭის წყლულთან, ნაღველკენჭოვან დაავადებასთან, თირკმლის კენჭთან, ქრონიკულ აპენდიციტთან.

დიაგნოზს ეშველება დუოდენალური ზონდაჲის მონაცემები.

პროგნოზი მწვავე კეთილთვისებიანი ქოლევცისტიტისა და ქოლანგიტისა კარგია. ჩირქოვანი ანგიოქოლევცისტიტის დროს პროგნოზი სერიოზულია. ქრონიკული ქოლევცისტიტი შედარებით კარგ პროგნოზს იძლევა სიცოცხლის და შრომის უნარის შენახვის მხრივ, სრული განკურნება კა ნაკლებ საიმედოა.

მკურნალობა. მწვავე ჩირქოვანი ან განგრენოზული ქოლევცისტიტი მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას. არაჩირქოვანი მწვავე ქოლევცისტიტის მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ნაღველკენჭოვანი ავადმყოფობის გამწვავებებისა (იხ. ღვიძლის ქვალი).

კიხაიდან მწვავე ქოლევცისტიტის დროს დუოდენალური ზონდაჲი უკუნაჩვენებია, უნდა ვეცადოთ ანთებოთ პროცესის დაცხრომას. ამ მიზნით კარგია პენიცილინით მკურნალობა ჩვეულებრივი დოზებით; თუ ნაღვლის დათესვით აღმოჩნდა *bacter. coli commune*, უმჯობესია სტრეპტომიცინის გაკეთება.

გარდა ამისა, კარგ შედეგებს იძლევა როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ქოლევსტიტებისა და ქოლანგიტების დროს უროტროპინის, 40% ხსნარის ინტრავენური ინექციები გლუკოზის 40% ხსნართან ერთად, ან თეთრი სტრეპტოციდის 0,8% ხსნარი ვენაში ან კანქვეშ.

ქრონიკული ქოლევსტიტის მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დუოდენალური ზონდაჟის სასტემატურად გაკეთებას 3—4 დღეში ერთხელ.

ტკივილების საწინააღმდეგოდ საჭიროა ბელადონის, პაპავერინის და ატროპინის პრეპარატები (რეცეპტურა იხ. ზევით ლეიძლის ქვალთ).

ნალეველში ლამბლიების აღმოჩენის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს მკურნალობა აკრიქინით (Rp. Acrichini 0,1; D. l. d. N 9). ავადმყოფმა უნდა მიიღოს უზმოდ 3 ტაბლეტი ერთად და დაყოლოს  $\frac{1}{4}$  ჭიქა თბილა წყალი. ერთი საათის შემდეგ საფაღარათო მარალი. ასეთი მკურნალობა უნდა გამეორდეს მე-2 და 3 დღეს. თუ კუჭმა იმოქმედა, საფაღარათო აღარ არის საჭირო.

დიეტა უნდა იყოს ისეთივე, როგორც ნალევლენქოვანი ავადმყოფობის დროს.

Rp. Sol. Streptocidi albi solubili 10% 20,0  
sterilis

D. S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად 20 მლ 2-ჯერ დღეში

Rp. Streptocidi albi solubili 0,8

Sol. Urotropini 40%—20,0

sterilis

D.S. ვენაში გასაყეთებლად 5—5 მლ ყოველდღიურად

Rp. Sol. Urotropini 40%—10,0

in ampul. steril.

D. t. d. N 10

S. ვენაში გასაყეთებლად 5—10 მლ

Rp. Streptocidi albi solubili 5,0

Sol. Glucosae 1% 100,0

sterilis

D. S. ვენაში გასაყეთებლად 10 მლ რაოდენობით

## Y ნაღვლის ბუშტის კიბო (Carcinoma vesicae felleae)

ნაღვლის ბუშტის კიბო ხშირია ნალევლენქოვანი ავადმყოფობით დაავადებულ პირებში და მეტწილად ქალენს უჩნდება. მთხუცებულობის პერიოდში.

დაავადებისათვის დამახასიათებელია სიგამზდრე, უმადობა, ყრუ ტკივილები ლეიძლის არეში და დაავადების განვითარებასთან ერთად ამ შოვლენებს ემატება სიყვირთლე და ასციტი. დაავადება გრძელდება 1—2 წელიწადს.

ავადმყოფს ლეიძლი გადიღებული აქვს და მისი კედლის ქვემოთ ისინჯება მკვრივი, შედარებით მოძრავი სიმსივნე. თუ ლეიძლში მეტასტაზებია, მაშინ ლეიძლის ზედაპირზე ისინჯება ხორკლიანი კვანძები.

დაავადება ადრე იძლევა მეტასტაზებს პერიპორტალურ ლიმფურ ჭირკვლებში. იმდენად, რამდენადაც დაავადება ადრეულ პერიოდში ძნელი ამოსაცნობია და მეტასტაზებიც ადრე ჩნდება, ავადმყოფის შველა ოპერაციითაც ძნელდება.

სანალვლე გზების კიბო (Carcinoma duclum biliarium) იშვიათია, იგი უფრო მამაკაცებს უჩნდებათ და ნალვლის გზების კენჭთან არ არის დამოკიდებული. ის ხშირად papilla Vateri-ს არეში ვითარდება.

ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია მექანიკური (ობტურაციული) სიკვითლე, აქოლიური განავალი, კანის ქავილი, ჰემორაგიები კანში.

დაავადების ზუსტი გამოცნობა კლინიკურად ძალიან ძნელია.

პროგნოზი უიმედოა. მკურნალობა სიმპტომატურია.

### ჰაჩის ვენის თრომბოზი (Thrombosis venae portae)

კარის ვენის თრომბოზი ეწოდება კარის ვენის სანათურში თრომბის გაჩენას. ეს დაავადება იშვიათად გვხვდება. ჩვეულებრივ, კარის ვენის თრომბოზთან სდევს ვენის ანთებაც (pylephlebitis). თრომბი შესაძლოა კარის ვენის სხვადასხვა ტოტში გაჩნდეს და ამის მიხედვით კლინიკური სურათიც სხვადასხვა იქნება.

დაავადების მიზეზად თვლიან ინფექციას (მალარიას, ლუესს, ქოლანგიტს) ციროზს და სხვ.

დაავადება იწყება ერთბაშად ძლიერი ტკივილებით ღვიძლის არეში, მალე ტემპერატურით და ასციტის განვითარებით. ავადმყოფს ხშირად აქვს სისხლიანი პირსაქმება და სისხლიანი ფაღარაობა. ავადმყოფობა 1—2 კვირაში ავადმყოფის სიკვდილით თავდება.

### პანკრეატიტი (პანკრეასი) სნულვანი

#### პანკრეასის მწვავე ანთება (Pancreatitis acuta)

პანკრეასის მწვავე ანთება ვითარდება ნალვლის ბუშტის და სანალვლე გზების ანთების დროს მასში ინფექციის შეჭრით. უკანასკნელი შესაძლოა მოხდეს პანკრეასში კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს; შესაძლოა ის სისხლის ნაკადით იქნეს მიტანილი ჭირკვალში ჩირქოვანი კერებიდან ან ზოგადი ინფექციის დროს (ყბაყურა, ქუნთარუშა, მუცლის ტიფი).

პანკრეასის ანთებასთან ერთად ზოგჯერ ვითარდება პანკრეასის ნეკროზი. მისი განვითარების პათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს პანკრეასის ფერინგით—ტრანსინით თვითმონელების განვითარებას, რასაც პანკრეასის ჭირკვლოვანი ქსოვილის ცხიმოვანი ნეკროზი მოჰყვება.

მწვავე პანკრეატიტის მსუბუქი ფორმა შეიძლება აზოუცნობიც დარჩეს, იმდენად მცირე მოცულებებს იძლევა და საკმლის მონელების მცირე დარღვევით შემდინარეობს იგი.

კლინიკური ნიშნები. მწვავე პანკრეატიტის შედარებით მსუბუქი ფორმის დროს ავადმყოფს აქვს შეტევითი ტკივილი გულის კოვზთან და ჰიპის ირგვლივ, რომლებიც ვრცელდება მარცხნივ წელის არეში, ზოგჯერ მარცხენა ფეხში. მუცელი შებერილია. ავადმყოფს აქვს ნერწყვის დენა და გულისრევა, ზოგჯერ პირსაქმებაც.

დამახასიათებელია მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმის არეში ღრმა პალპაციის დროს. შარდში დიასტაზის რაოდენობა მომატებულია. ზოგჯერ შეიძლება შარდში შაქარი გამოჩნდეს.

თუ განვითარდა მწვავე ნეკროზი, მაშინ ავადმყოფს ექნება უმძიმესი კლინიკური მოვლენები, რომელიც დამახასიათებელია „მუცლის კატასტროფისათვის“.

პანკრეასის ნეკროზი უვითარდებათ უპირატესად ჩასუქებულ, ჭამის მოყვარულ პირებს.

ავადმყოფობა იწყება აუტანელი ტკივილით მუცლის არეში, პირსაქმებით და კოლაფსის სურათით; ავადმყოფს აქვს ძაფისებრი მახა, გულისრევა და პირსაქმება, ნერწყვის დენა, მუცელი შებერილია, მაგრამ კუნთები არ არის ძლიერ დაკიმული. ღრმა პალპაციის დროს შეიძლება ზოგჯერ კუჭის არეში შემსხვილებული მტკივნეული პანკრეასის გასინჯვა.

სისხლში ლეიკოციტოზია, ხშირად მეტად მაღალი—20000 და მეტ. სისხლში და შარდში მომატებულია დიასტაზის რაოდენობა (150—200 ერთეული და მეტი). არაიშვიათად შარდში ჩნდება შაქარი.

ავადმყოფი, ჩვეულებრივ, იღუპება რამდენიმე საათში. იშვიათ შემთხვევაში დროული ოპერაციით შეიძლება ავადმყოფი გადაარჩეს.

გამოცნობა დაავადებისა ძნელია, უნდა გავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოზი კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციასთან, ილეუსთან, მწვავე პერფორაციულ პერიტონიტთან.

დიაგნოზს შეეღის ძლიერ ტკივილებთან ერთად კუნთების დაჭიმვის უარსებობა, ღვიძლის მოყრუების შენახვა, დიასტაზის მომატება და გლუკოზურია.

პროგნოზი მეტად სერიოზულია.

მკურნალობა. მსუბუქ შემთხვევებში საჭიროა პირველ დღეებში საკმლის სრული აკრძალვა, შემდეგ მსუბუქი ნახშირწყლოვანი დიეტა. ინსულინი, კანქვეშ, გლუკოზა ვენაში. ნეკროზის დროს სასწრაფო ოპერაცია.

## ძრონეიული პანკრეატიტი (Pancreatitis chronica)

ქრონიკული პანკრეატიტი შეიძლება განვითარდეს იოლად მიმდინარე მწვავე პანკრეატიტისაგან. ყველა ის მიზეზი, რაც იწვევს მწვავე პანკრეატიტს, შესაძლოა გახდეს ქრონიკული პანკრეატიტის მიზეზიც.

არტერიოსკლეროზი, ლუესი, პანკრეასის კენჭები, ზოგის აზრით, ქრონიკული პანკრეატიტის მიზეზია.

კლინიკური ნიშნები გამოიხატება ტკივილში (პანკრალგია), რომელიც შეტევების სახით მოსდის ავადმყოფს და იძლევა დამახასიათებელ ირადიაციას შარცხნავ. ავადმყოფს აქვს ნაწმლისა შონელენის დარღვევა, განსაკუთრებით ცხიმების მოშლა, რასაც მოსდევს ცხიმოვანი განავლით (სტეატორეა) ფალარათი. ავადმყოფი ხდება და სუსტდება.

პანკრეასში ქრონიკული ანთების შედეგად შეიძლება განვითარდეს ციროზული ცვლილებები, რასაც მოჰყვება ჭირკვლის გამკვრივება, განსაკუთრებით, ჭირკვლის თავში, ის აწევა ნაღლის სადინარს და იწვევს სიყვითლის განვითარებას.

ზოგჯერ ავადმყოფს გლუკოზურიაც გამოაჩნდება.

ქრონიკული პანკრეატიტის გამოცნობა არ არის ადვილი. ტკივილების გარდა დიაგნოზისათვის მნიშვნელობა აქვს განავლის დამახასიათებელ ცვლილეს.

ბებს და პანკრეასის ფერმენტების გამოკვლევას თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსში, სისხლსა და შარდში.

მკურნალობა ძირითადად დიეტეტიკურია. ავადმყოფს უნდა მიეცეთ უმთავრესად ნახშირწყლოვანი საკვები. ამასთანავე ერთად საჭიროა გლუკოზისა და ინსულინის ინექციები.

კარგია პანკრეატინის დანიშვნა ფხვნილებში (Rp. Pancreatini 0,3; D. t. d. N 12; S. თითო ფხვნილი ღლეში სამჯერ).

### პანკრეასის კიბო (Carcinoma Pancreatis)

პანკრეასში შესაძლოა გაჩნდეს პირველადი კიბო (Carcinoma pancreatis primarium); სხვა ორგანოს კიბოს დროს პანკრეასში ხშირად ვითარდება კიბოს მეტასტაზები.

პირველადი კიბო პანკრეასში არ არის იშვიათი. ის, ჩვეულებრივ, ხანში შესულ პირებს უვითარდებათ ხოლმე და უფრო ხშირად პანკრეასის თავშია მოთავსებული. შესაძლოა სიმსივნე გაჩნდეს ჭირკვლის ტანში ან კულში. ამ სნეულებით უფრო ხშირად მამაკაცები ავადდებიან.

კლინიკური ნიშნები. პანკრეასის კიბო შეუმჩნევლად იწყება. თუ კიბო პანკრეასის თავშია, ის პირველ ხანებში არაფრით არ ვლინდება. პანკრეასის ტანის კიბო კი ხშირად იძლევა ტკივილებს, რომლებიც ვრცელდება წელის არეში.

ავადმყოფს აქვს უმადობა, სისუსტე, ის თანდათან ხდება; როდესაც სიმსივნე პანკრეასის თავში ლოკალიზაციის დროს დააწევება ნაღვლის საერთო სადინარს, თავს იჩენს შექანნიკური სიყვითლე, რომელიც სულ უფრო და უფრო მატრულობს. ავადმყოფს უვითარდება ძლიერი ბილარუბინურია, აქოლითური განავალი, კანის ძლიერი ქავილი, სისხლჩაქცევები კანში.

ნაღვლის შეგუბების გამო, ნაღვლის ბუშტი ივსება ნაღვლით და ის მსხლის ფორმის ელასტიკური, მოძრავი წარმონაქმნის სახით ისინჯება (კურვუაზიის სიმპტომი).

ავადმყოფს აქვს ცხიმით მდიდარი განავალი, შარდში იშვიათად შაქარიც აღმოჩნდება.

ავადმყოფობა გრძელდება  $\frac{1}{3}$ —1 წელს და ავადმყოფი იღუპება კახექსიით და ქოლემიის მოვლენებით.

გამოცობა დაავადებისა პირველ ხანებში ძნელია. თუ სიყვითლე განვითარდა, უნდა გამოარჩიოს სხვა წარმოშობის შექანნიკური სიყვითლე. ნაღვლის კენჭით გამოწვეული სიყვითლის წინააღმდეგ ლაპარაკობს ტკივილების უარსებობა წარსულში, ნორმალური ტემპერატურა, კურვუაზიის სიმპტომი, შაქარი შარდში. დიაგნოზის დროს დახმარებას გვიწევს პანკრეასის ფერმენტების გამოკვლევა, დუოდენალურ შიგთავსში ფერმენტები დაკლებულია, სისხლში და შარდში კი მომატებული.

პროგნოზი უიმედოა.

მკურნალობა სიმპტომატურია. ქირურგების ცდები პანკრეასის კიბოს ამოკვეთისა ჭერჭერობით უშედეგოა. სიყვითლის მოსაცილებლად ინმარება პალეოტიური ოპერაცია—ქოლედოქოენტეროსტომია.



## მუცლის აპკის ხნეულუბანი

### მუცლის აპკის ანთეზა (Peritonitis)

მუცლის აპკის ანუ პერიტონეუმის ანთეზა—პერიტონიტი გვხვდება მწვავე და ქრონიკული ფორმით. მუცლის აპკი შესაძლოა მთლიანად იყოს დაავადებული ანთეზით, რაც ცნობილია დიფუზური პერიტონიტის სახელით, ან ანთეზა პერიტონეუმის ნაწილში იყოს, რასაც ადგილობრივ ანუ შემოფარგლულ პერიტონიტს უწოდებენ.

ადგილობრივი ანუ შემოფარგლული პერიტონიტიც, ისე როგორც დიფუზური, შესაძლოა იყოს მწვავე და ქრონიკული.

პერიტონიტის დროს ზოგჯერ მის ღრუში გროვდება ანთეზითი ხასიათის გარმონაჟონი; ასეთ პერიტონიტს ექსუდაციური პერიტონიტი ეწოდება. გამონაჟონის ხასიათის მიხედვით არჩევენ სეროზულ, ჩირქოვან, ჰემორაგიულ და იქოროზულ ექსუდაციურ პერიტონიტებს.

თუ გამონაჟონი მდიდარია ფიბრინით, მაშინ გვექნება ე. წ. ფიბრინოზული პერიტონიტი. ასეთი გამონაჟონი ხშირად ხელს უწყობს პერიტონეუმის ფურცლების შეხორცებას, ვითარდება შეხორცებითი პერიტონიტი და ის შემოიფარგლება.

### მწვავე პერიტონიტი (Peritonitis acuta)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. მწვავე პერიტონიტი ვითარდება პერიტონეუმის ღრუში სხვადასხვა ინფექციის შეჭრის შედეგად. ასეთია სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, გონოკოკი, პნევმოკოკი, ანაერობული ინფექცია. ინფექციის მოხვედრა პერიტონეუმის ფურცლებზე ხდება ან გარედან—მუცლის ჭრილობის ან თაბერაციის დროს, ქალთა სასქესო ორგანოების გზით, ან შიგნიდან—მუცლის ღრუს ორგანოების მთლიანობის დარღვევის დროს (ყუქის, ნაწლავის პერფორაცია, დაწყულულებული სიმსივნის დაშლა, ნაწლავთა გაუვალობით გამოწვეული ნაწლავის კედლის ნეკროზი და სხვ.).

მწვავე პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს მუცლის ღრუს ორგანოების, ან მუცლის კედლის მთლიანობის დაურღვევლადაც ინფექციის ჰემატოგენური გზით მიტანით სეფსისის, კრუპოზული პნევმონიის და ზოგა სხვა ინფექციის დროს.

პათოლოგანატომიურად დასაწყისში პერიტონეუმის ფურცლების ზედაპირი შემღვრეულია, მუცლის აპკი ჰიპერემიულია, შემდეგ კის დაფარულია ამა თუ იმ გამონაჟონით, პერიტონეუმის ღრუში გროვდება სეროზული, 37. შინაგანი სრეოლიანი.

ჩირქოვანი ან ჰემორაგიული სითხე. გამონაერთან ერთად, ტრავმული ან პერიფორაციული პერიტონიტის დროს, პერიტონეუმის ღრუში არის საკმლის ნაწილაკები, ნალღლის კეწებები, ან სხვა უცხო სხეულები.

კლინიკური ნიშნები და მიმდინარეობა. მწვავე პერიტონიტის უმთავრესი სიმპტომი არის ტკივილი. იმის მიხედვით, თუ საიდან ვითარდება პერიტონიტი (მაგ., პერიფორაციული ნახვრეტი), ტკივილი პირველად იმ უბანში იწყება და შემდეგ შედარებით სწრაფად ვრცელდება მთელ მუცელში. ტკივილი, ჩვეულებრივ, ძლიერია, ზოგჯერ იმდენად, რომ ავადმყოფი მუცელზე საბნის მიკარებასაც კი ვერ იტანს.

მუცლის კედელზე ხელის დაჭერის დროს ტკივილი ძლიერდება, ხოლო ხელის სწრაფად აღების დროს ავადმყოფი გრძნობს კიდევ უფრო ძლიერ ტკივილს (შროტი-ნ-ბლუმბერგის სიმპტომი).

მუცლის კედელი დაჭიმულია, პერიფორაციული პერიტონიტის დროს ეს დაჭიმულობა მეტად ძლიერია.

მუცლის კედელი სუნთქვაში არ მონაწილეობს, ავადმყოფი სუნთქავს გულ-მკერდით და ისიც ზერეულად.

ასეთი პირველი ნიშნების შემდეგ იწყება სხვა ნიშნებიც როგორც მუცლის მხრივ, ისე საერთო ხასიათისა.

მუცელი შებერილია, აირებზე გასვლა შეჩერებულია. ავადმყოფს აქვს გულისრევა, პირსაქმება და სლოკინი.

ავადმყოფის თავიდანვე მძიმე საერთო მდგომარეობა, კიდევ უფრო მძიმე ხდება, მას აქვს დამახასიათებელი სახე (facies Hippokratika).

ენა მშრალია, შეღვსილი. პულსი აჩქარებული და სუსტი ავსების, სისხლის წნევა დაბალი. გულის ტონები მოყრუებული. სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზია (15—17 ათასი) ლეიკოციტარული ფორმულის მარცხნივ გადახრით, ტემპერატურა აწეულია ხშირად 39,0—40,0°-მდე.

კიდურები გაცივებულია და ციანოზური.

ასეთი მდგომარეობა, ჩვეულებრივ, 3—4—6 დღე გრძელდება და ავადმყოფი იღუპება ძლიერი ინტოქსიკაციის შედეგად.

ცნობიერება ავადმყოფს სიკვდილამდე ნათელი რჩება.

მწვავე პერიტონიტმა იშვიათ შემთხვევაში შესაძლოა კეთილთვისებიანა მიმდინარეობა მიიღოს და შემოიფარგლოს. ასეთ შემთხვევაში პერიტონიტის ზოგადი ნიშნები ცხრება და მხოლოდ იმ ადგილზე, სადაც პერიტონიტი შემოიფარგლა, რჩება ადგილობრივი მტკივნეულობა, დაჭიმულობა, ზოგჯერ ინფილტრატი ჩნდება. ავადმყოფობა ხანგრძლივ მიმდინარეობას იღებს.

შემოფარგლული პერიტონიტის ადგილას სამუდამოდ რჩება შეზორცებები, რაც შემდეგში მთელ რივ ავადმყოფურ მოვლენებს იძლევა.

დიაგნოზი. მწვავე პერიტონიტის დიაგნოზი, როდესაც უკვე განვითარებულია დაავადების სრული სურათი, არ არის ძნელი. მწვავე პერიტონიტის დასაწესში ის შეიძლება შეგვეშალოს ნაწლავების გაუვალობასთან, თირკმლის ან ღვიძლის კოლიკასთან; ზოგჯერ ძნელია პერიფორაციული პერიტონიტის დიაგნოსტიკა.

პროგნოზი. მწვავე პერიტონიტის პროგნოზი ყოველთვის მძიმეა, ადრეულ პერიოდში გამოცნობილი პერიტონიტის შემთხვევაშიც ოპერაცია ხშირად სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს იძლევა. დიაგნოზის დაგვიანების შემთხვევაში მწვავე პერიტონიტი, ჩვეულებრივ, სიკვდილით მთავრდება.

პროგნოზი უმჯობესდება პერიტონიტის შემოფარგვლის დროს.

მკურნალობა. პერიტონატიული პერიტონიტის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. რამდენადაც ადრე იწებება ამოცნობილი პერიტონიტი, იმდენად მეტია ავადმყოფის გადარჩენის შესაძლებლობა. ოპერაციისათვის უფრო ხელსაყრელ ვადად ითვლება პირველი 6 საათი.

მწვავე პერიტონიტის დანარჩენი ფორმების (გარდა პნევმოკოკური და გონოკოკური პერიტონიტისა) მკურნალობა აგრეთვე ოპერაციულია.

მწვავე პერიტონიტით ავადმყოფი უნდა მონერგებულად მოეთავსოს საწოლში, მუცელზე ჩამოკიდებული ყინულის პარკი დაეადოთ და თუ დიაგნოზი უკვე დაზუსტებულია, კანქვეშ პანტოპონი ან მორფინი გაუყუეთოთ. დიაგნოზის ზუსტად გამორკვევამდე დაავადების სურათი რომ არ წაიშალოს, ყოველად დაეშვებელია ნარკოტიკული საშუალებების შეშხაპუნება. პრსაქმების წინააღმდეგ კარგია კოკაინის ან ანესთეზინის მიცემა, ყინულის პაწა ნაჭრების ჩაყლაპვა.

საფალარათო უკუნაჩვენებია. აბერილობის წინააღმდეგ უნდა გაუყუთდეს აირის გამყვანი მილი.

გულის ნაკლოვანების წინააღმდეგ კარგია ქაფური, კოფეინი, სტრიქნინი, კარდიოზოლი. საჭიროა ინტრავენურად გლუკოზის 40% ხსნარი 40—50 მლ რაოდენობით, ან ვენაში წვეთობრივად წესით ფიზიოლოგიური ხსნარის ან გლუკოზის 5% ხსნარის შეყვანა 3—5 ლიტრამდე დღეში. კარგია ჰემოტრანსფუზია, აგრეთვე წვეთოვანი წესით.

მწვავე პერიტონიტის ყველა შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს მკურნალობა ჭულფამიდებით, პენიცილინით და სტრეპტომიცინით.

### ძრონიკული პერიტონიტი (Peritonitis chronica)

ქრონიკული პერიტონიტი უფრო ხშირად ადგილობრივი ხასიათისაა და ვითარდება მწვავე პერიტონიტის შემოფარგვლის შემთხვევაში. ქრონიკული პერიტონიტის უფრო ხშირ სახეს წარმოადგენს ტუბერკულოზური პერიტონიტი. ტუბერკულოზური პერიტონიტი გვხვდება ან ექსუდაციური, ან მშრალი ანუ შეხორცეებითი ფორმის სახით (Peritonitis tuberculosa exsudativa et peritonitis fibroplastica tuberculosa).

ტუბერკულოზური პერიტონიტის წარმოშობა-განვითარება იმავე მიზეზითაა განპირობებული, როგორც ტუბერკულოზური პლევრიტი და არსებითად ტუბერკულოზურ-ალერგიულ პროცესს წარმოადგენს.

ტუბერკულოზური პერიტონიტი შესაძლოა სხვა სეროზული გარსების (პლევრის, პერიკარდიუმის) ისეთივე დაზიანებასთან ერთად განვითარდეს და მაშინ წარმოიშეება პოლისეროზიტი.

ზოგჯერ ადგილი აქვს მარტო პლევრიტსა და პერიტონიტს, ან მარტო პერიკარდიტსა და პერიტონიტს.

მშრალი ანუ შეხორცებითი პერიტონიტის დროს პერიტონეუმი გასქელებულია. ნაწლავების მარყუქებსა და მეზობელ ორგანოებს შორის ჩნდება შეხორცებები, ჭორჭალი შეკუმხნილია. გამონაჟონი იმდენად მცირეა, რომ ის მხოლოდ პერიტონეუმის ფურცლის ზედაპირზე არის გაკრული. პერიტონეუმის ფურცლების, ნაწლავის მარყუქებისა და მეზობელი ორგანოების, ჭორჭლის და ლიმფური ქსოვილების ერთიმეორესთან შეხორცების გამო, როდესაც ფიბრინო-

ზული ნადები შემაერთებელი ქსოვილით ორგანიზაციას განიცდის, მუცლის ღრუში სხვადასხვა ადგილას წარმოიშვება ან თე ბ ი თ ი ს ი მ ს ი ე ნ ე ე ბ ი.

გამონაჟონი ზოგჯერ მეტი რაოდენობითაა, ის ან ს ე რ ო ზ უ ლ ი ა, ან ჰ ე - მ ო რ ა გ ი უ ლ ი.

პერიტონეუმის ფურცლებზე ტუბერკულოზური ხორკლი ყოველთვის არ აღინიშნება.

კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ნ ი შ ნ ე ბ ი და მიმდინარეობა. ტუბერკულოზური პერიტონიტი თანდათანობით იწყება. ავადმყოფს აუწყებს ს ი ც ხ ე ს, ეწყება ყრუ ტ კ ი ვ ი ლ ე ბ ი მუცელში და ს ი მ ძ ი მ ე. ხშირად მას აქვს ფაღარათი, მუცლის შე ბ ე რ ვ ა და გ უ ლ ი ს რ ე ვ ა. ავადმყოფი კარგავს მადას, სუსტდება, ხდება, ფერმკრთალია.

თუ ექსუდატი დიდი რაოდენობით დაგროვდა, ავადმყოფს მუცელი გაუდიდდება, დაქიმული აქვს, მტკივნეული, შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დაღებთაა.

ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისას მუცლის ღრუში სითხე თავისუფლად არ მოძრაობს, მასში შეხორცებების არსებობის გამო.

შეხორცებების გამო ქრონიკული პერიტონიტის დროს, ან მისი გადატანის შემდეგ, შესაძლოა განვითარდეს ნაწლავების შევიწროება, ან გაუფალობა.

ქრონიკული ტუბერკულოზური პერიტონიტი ხასიათდება ხანგრძლივი მიმდინარეობით, ხშირად 6—8—10 თვის განმავლობაში, ზოგჯერ მეტხანს, მაგრამ ბოლოს და ბოლოს უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფი იკურნება.

ღ ი ა გ ნ ო ზ ი ტ ა ო ბ რ ი ე შ ე მ თ ხ ე ვ ე ა შ ი არ არის ძნელი. ზოგჯერ დიფერენციული დიაგნოსტიკა გვიხდება არატუბერკულოზური ხასიათის გამონაჟონთან, რასაც შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ლეიძლის ციროზის, პერიტონეუმის სიმსივნის, გულის დეკომპენსაციის დროს.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, სპეციფიკური შეხედულება, სიცხიანობა, ტკივილები მუცელში გვეხმარება სწორი დიაგნოზის დასმაში.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი ს ე რ ი ო ზ უ ლ ი ა. ტუბერკულოზური პერიტონიტის მიმდინარეობაში, თუმცა იშვიათად, შესაძლებელია ტუბერკულოზური ინფექციის გენერალიზაცია, გართულება პლევრიტით ან პერიკარდიტით, ნაწლავის შევიწროება. ტუბერკულოზური მენინგიტი და სხვ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ავადმყოფი ზამთარ-ზაფხულ სუფთა ჰაერზე უნდა იწვევს. საკვები უნდა იყოს ნოყიერი, ვიტამინებით მდიდარი, მაგრამ ისეთი, რომ მუცლის შებერვას არ იწვევდეს (კარაქი, კვერცი, არაქანი, თევზის ზეთი, ხილი, ხორცის კერძები, ნამცხვრები).

მუცელში ტკივილების დროს კარგია სათბური კომპრესი ან შწვანე საპნის შეზელა (Rp. Sapo viridis 45,0; Cuajacoli puri 5,0).

ფაღარათის დროს კარგია ტანალბინი (Tannalbin 0,5; D.t.d. N 20. S. თითო ფხვნილი 3-ჭერ დღეში). თუ ავადმყოფს მაღალი სიცხე არა აქვს, შეიძლება ვცაოთ ვკარცის ლამპით დასხივება, 10—15 სეანსი.

აუცილებელია მკურნალობა კურორტზე—ზაფხულზე მთაში, ზამთარში ზღვის პირად, მხოლოდ მწვავე მოვლენების დაცხრობის შემდეგ.

ამჟამად ტუბერკულოზური პერიტონიტს მკურნალობენ სტრეპტომიცინით და პასკათ (იხ. ფილტვების ტუბერკულოზის მკურნალობა).

თუ სითხე ბევრი დაგროვდა, სითხის გამოსაღებად უნდა მივმართოთ მუცლის კედლის გაკვეთას ქირურგის დახმარებით და არა პუნქციას; უკანასკნელი სახიფათოა.

## ჭყალმანკი ანუ ასციტი (Ascites)

ასციტი ეწოდება პერიტონეუმის ღრუში წყალმანკოვანი სითხის—ტრანსულატის დაგროვებას. ტრანსულატი არანთებითი გამონაყოფია და ანთებითი გამონაყოფისაგან — ექსულატისაგან განსხვავდება დაბალი ხვედრითი წონით—1015-ზე ნაკლები, ცილის მცირე რაოდენობით—3%-ზე ნაკლები, ამიტომ რივალტის სინჯი (ხ. პლევრიტი) უარყოფითია. სითხეში ფორმანო ელემენტებიც ნაკლებია, ვიდრე ექსულატში.

ასციტი არსებობს არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაავადებას და ის ჩნდება როგორც მეორადი მოვლენა ღვიძლის ციროზის, გულის დეკომპენსაციის, თირკმლების დაავადების (ნევროზის ან ნეფრიტის) დროს და სხვ.

სითხე ზოგჯერ დიდ რაოდენობას აღწევს და ძალიან აწუხებს ავადმყოფს მუცლის ღრუს ორგანოებზე ან დიაფრაგმაზე ზეწოლის გამო.

ავადმყოფს მუცელი გადიდებული აქვს, აღინიშნება მუცლის კედლის დაკიმება, ფლუქტუაცია, პერკუსიით გვერდით ზედაპირზე მოყრუება, რომელიც ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლით იცვლება ტიპანით.

თუ სითხე დიდი რაოდენობით დაგროვდა და ძირითადი დაავადების მკურნალობა და შარსადენი საშუალებები საკმარის შედეგს არ იძლევა, საჭირო ხდება ტროაკარიოთ მუცლის კედლის გაჩხვლეტა (პარაცენტეზი) და სითხის გამოშვება.

ამისათვის ავადმყოფს წინასწარ მოაშარღვინებენ, დასვამენ სკამზე ან საწოლის ნაპირზე, გაუწმენდენ მუცლის კანს სპირტით და იოდით, მუცელს მეზოგასტრიუმის არეში შეუკრავენ პირსახოცით და წინასწარ გამოხარშული ტროაკარიოთ გაჩხვლეტენ მუცლის კედელს კიპისა და ბოქვენის შუა მანძილზე, ცოტა მარცხნივ დაახლოებით 2 სანტიმეტრით. ტროაკარის მანდრენის გამოღებისთანავე სითხე დაიწყებს დენას ფეხებშუა დადგმულ ქურქელში. სითხე თანდათან უნდა გამოვიდეს, რომ ავადმყოფი ცუდად არ გახდეს. ზოგჯერ სითხის რაოდენობა 10 ლიტრს და მეტს აღწევს.

## სუბდიაფრაგმული აბსცესი (Abscessus subphrenicus)

ღვიძლის დაჩირქების, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორაციის, ჩირქოვანი აპენდიციტის ან ქიანაწლავის პერფორაციის შედეგად, შესაძლოა განვითარდეს შემოფარგლული დაჩირქება დიაფრაგმის მარჯვენა ან უფრო ცშვიათად მარცხენა გულმართის ქვეშე, რასაც ეწოდება სუბდიაფრაგმული აბსცესი. ზოგჯერ ჩირქგროვის და დიაფრაგმის შრის შესაძლოა პერიტონეალური დაგროვდეს და მაშინ აბსცესს სუბდიაფრაგმული აბსცესი ეწოდება.

სუბდიაფრაგმული აბსცესი მძიმე დაავადებაა, იძლევა მალალ, ჰექტიკური ხასიათის სიცხეს, ოფლიანობას, შემცივნებას, მალალ ლეიკოციტოზს და ტაკილებს სათანადო გვერდში.

ობიექტური გამოკვლევით სათანადო გვერდში აქსილარულ ხაზზე აღინიშნება მოყრუება (დიაფრაგმის მალა აწევის გამო), სუნთქვა აქ არ ტარდება და ბგერითი რხევაც ძალზე შეფერხებულია.

დაავადების ამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენოსკოპია და საცდელი პუნქცია.

მკურნალობა ოპერაციულია და მდგომარეობს ჩირქის გამოშვებაში.

## პერიტონეუმის კიბო (Carcinoma peritonel)

პერიტონეუმში პირველადი კიბო ძალიან იშვიათია. ჩვეულებრივ, პერიტონეუმში ვითარდება კიბოს მეტასტაზები.

პერიტონეუმის ფურცელზე ჩნდება პატარა კიბოვანი კვანძები. პერიტონეუმის ღრუში გროვდება ჰემორაგიული სითხე.

ავადმყოფს აქვს ტკივილები მუცლის არეში, სიგამხდრე, ანემია, ადინამია. ობიექტურად პალპაციით მუცლის გასინჯვის დროს ზოგჯერ ვნახულობთ კიბოს კვანძებს.

დაავადების ამოცნობაში დახმარებას გვიწევს მუცლის გაჩხვლეტით მიღებული სითხის გამოკვლევა, რომელიც ჰემორაგიულია.

მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომატურია: ნარკოტიკული საშუალებები, შარდსადენი პრეპარატები, კარგი კვება, რაციონალური მოვლა.



## მოძრაობის ორგანოთა სისტემის სნეულებანი

ამ თავში განიხილება სახსრების სხვადასხვა სნეულება და კუნთების ზოგი დაავადება, რომელთაც უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვთ შინაგან სნეულებათა კლინიკაში.

მოძრაობის ორგანოთა სისტემის სხვა სნეულებანი, როგორცაა ძვლებზე დაავადებები და კუნთების სისტემური ან კეროვანი დაზიანებანი, შეადგენს ქირურგიისა და ნერვების სნეულებათა სპეციალურ სახელმძღვანელოებზე საგანს.

ზევით აღწერილი იყო სახსრების დაავადებათა ერთი სახე, რომელსაც იწვევს რევმატიზმული ინფექცია (იხ. რევმატიზმი). სახსრების ანთების ეს ფორმა—რევმატიზმული პოლიართრიტი ანუ რევმატიზმის სახსროვანი ფორმა, წარმოადგენს სახსრების მრავალგვარი დაავადების მხოლოდ ერთ სახეს.

რევმატიზმული ართრიტების გარდა, არსებობს სახსრების დაზიანება, რომელსაც საფუძვლად უძევს მრავალი სხვადასხვა ხასიათის მიზეზი.

სახსრების დაავადებათა მრავალი სხვადასხვა ფორმა შეიძლება სქემატურად ორ დიდ ჯგუფად გაიყოს: 1) სახსრების დაავადებები ინფექციური და ინფექციურ-ალერგიული—ანთებითი ე. ი. საკუთრივ ართრიტები და 2) სახსრების დაავადებები დისტროფიული—ცვლითი და სხვა ართრიტები (ანუ „ართროზები“, „ართროპათიები“). სახსრების მრავალნაირ დაავადებათა ასეთი დაყოფა მოხერხებულია, როგორც დაავადების ბუნების გასაგებად, ისე მკურნალობის და პროფილაქტიკის თვალსაზრისით.

საერთოდ, სახსრების დაავადებათა კლასიფიკაცია დიდ სიძნელებებთან არის დაკავშირებული იმდენად, რამდენადაც მათი ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის ბევრი საკითხი სადსებით ნათელი არ არის, დაზიანება რთულია და ბევრ სხვადასხვა ფორმის დროს ხშირად ერთგვაროვანია.

სსრ კავშირში 1951 წ. ანტირევმატიზმული კომიტეტის მიერ მიღებულ იყო შემდეგი სამუშაო კლასიფიკაცია და სახსრების დაავადებათა ნომენკლატურა\*:

ჯგუფი 1. ინფექციური ართრიტი, პერიართრიტი.

I. რევმატიზმული პოლიართრიტი

II. ინფექციური ცნობილი ეტიოლოგიისა:

\* მოკუყავს E. M. Тареев-ით «Внутренние болезни» М. 1951 г.

1. ტუბერკულოზური: ა) სინოვიტი, ბ) ართრიტი, გ) ალერგიული პოლიარ-  
თრიტი (პონსე).

2. გონორეული: ა) მონოართრიტი მეტასტაზური, ბ) ალერგიული პოლიარ-  
თრიტი.

3. სიფილისური: ა) ართრიტი, პოლიართრიტი ალერგიული.

4. სეფსისური: ა) ართრიტი, პოლიართრიტი სეპტიკოემიემური (მეტა-  
სტაზური). ბ) პოლიართრიტი ალერგიული.

5. ბრუცელაზური ართრიტები, პერიართრიტები.

6. დინეტერიული ართრიტები, პერიართრიტები.

7. ართრიტები დაკავშირებული მწვავე ინფექციასთან (ქუნთრუშა, გრიპი,  
პნევმონია, ტიფო-პარატიფოზული დაავადებანი, წითელა და სხვ.).

III. ინფექციური უცნობი ეტიოლოგიისა, დაკავშირებული არასპეციფი-  
კურ კეროვან ინფექციასთან:

ა) გამოვლინებულ კერით ნუშისებრ ჭირკვლებში (ტონილოგენური), კბი-  
ლებში (ოღონტოგენური), შარდსასქესო სფეროში, ნალვლის ბუშტში და სხვ.  
აგრეთვე ჭრილობისმიერი ინფექციის დროს:

ბ) გამოვლინებელი კერით (მათ შორის ინფექტართრიტი ბავშვებში—სტილის  
სნეულება).

ჭ გ უ ფ ი 2. დ ი ს ტ რ ო ფ ი უ ლ ი ( ა რ ა ი ნ ფ ე ქ ე ი უ რ ი ) ა რ თ რ ი ტ ე ბ ი.

1. კეთილთვისებიანი (ე. წ. პროფესიული), ფიზიკური გადატვირთვის, გა-  
ცივების, კიდურის იძულებითი მდებარეობის დროს და დაკავშირებული შრომი-  
სა და ყოფის ჰიგიენური პირობების დარღვევასთან.

2. მადეფორმირებელი ქრონიკული ოსტეოართრიტი (ართროზი, სპონდი-  
ლოზი).

3. ასეპტიკური სუბქონდრალური ნეკროზი—ოსტეოქონდროპათია.

4. სახსრების დაზიანება ნერეულ-სისხლძარღვოვან დაავადებების დროს.

5. ნერვული სისტემის დაავადებების დროს (სირინგომიელია, ტაბესი) და  
ზისი ტრავმული დაზიანების დროს.

6. ნივთიერებათა ცვლის მოშლის, ინტოქსიკაციის და ავიტამინოზის დროს:

ა) ნეკროსული, ბ) მადეფორმირებელი ოსტეოართრიტი კაშინ-ბეკისა, გ) სკორ-  
ბუტული ართრიტი.

7. ენდოკრინულ დაავადებათა დროს: ა) თირეოტოქსიკური, ბ) ოვარიოტო-  
ქსიკური.

ჭ გ უ ფ ი 3. ტ რ ა ვ მ უ ლ ი ა რ თ რ ი ტ ე ბ ი.

1. სახსრების ღია ტრავმის დროს

2. სახსრების დაზარალებული ტრავმის დროს

3. განმეორებითი მსუბუქი ტრავმატიზაციის დროს.

ჭ გ უ ფ ი 4. ს ა ხ ს რ ე ბ ი ს დ ა ზ ი ა ნ ე ბ ი ს ი შ ვ ი ა თ ი ფ ო რ მ ე ბ ა.

1. შრატის დაავადების დროს

2. სახსრების გარადამავალი წყალმანკი

3. ფსორიაზული

4. ჰემორაგიული დიათეზის დროს (ჰემოფილიური ართრიტი)

5. სახსართა ქონდრომატოზი.



## ანთეზითი ანთიზიტავი (ინფექციური და ინფექციურ-ალერგიული ანთიზიტები)

ამ ჯგუფში განიხილება ინფექციური და ინფექციურ-ალერგიული ანთიზიტები ანთეზითი ხასიათისა, რომელთაც ეკუთვნის: I. რეემმატიზმული ანთიზიტი (პოლიართრიტი); II. ინფექციური ანთიზიტი გარკვეული ეტიოლოგიისა და III. ინფექციური ანთიზიტი გაურკვეველი ეტიოლოგიისა.

რეემმატიზმული პოლიართრიტი უკვე განხილული იყო ზემოთ (იხ. რეემმატიზმი).

ინფექციური ანთიზიტები გარკვეული ეტიოლოგიისა ვითარდება სხედასხვე: ინფექციის ნადავზე, როგორცაა—ტუბერკულოზი, გონორეა, ათაშანგი, ბრუცელოზი, სეფსისი, დიზენტერია და სხვ.

აღნიშნულ დაავადებებში მიმდინარეობაში ან დაავადების გადატანის შემდეგ ავადმყოფს მალე გამოაჩნდება სახსრების შესივება, ტკივილები და მოძრაობის შეზღუდვა.

ეს ანთიზიტები ეტიოლოგიურად დაკავშირებულია ძირითად ინფექციურ დაავადებასთან, პათოგენურად მათ თელიან ინფექციურ-რტოქსიკურ და ალერგიულ ანთიზიტებად.

ჩამოთვლილი ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული ანთიზიტები ზოგჯერ მსუბუქად მიმდინარეობს და რამდენიმე დღის განმავლობაში გაივლის.

კლინიკური მოვლენები ასეთ შემთხვევაში განსაზღვრება სახსრების ტკივილებით, მკირედი შესივებით, მოძრაობის შეზღუდვით და ტემპერატურის აწევით. ზოგ შემთხვევაში კი, პირიქით, პროცესი გაპიანურებულ ხასიათს იღებს, ვითარდება მოძრაობის შეზღუდვა, სახსრის დეფორმაცია და სხვ. ავადმყოფობა გრძელდება თვეების განმავლობაში და ინვალიდობის მიზეზიც კი ხდება ხოლმე.

კლინიკური თვალსაზრისით გარკვეულ ინტერესს წარმოადგენს ანთიზიტები, რომლებიც გამოწვეულია სტრეპტოკოკული ინფექციით, გონოკოკით, დიზენტერიის ჩხირით, სიფილისური ინფექციით, ბრუცელოზით და ტუბერკულოზით.

სტრეპტოკოკით გამოწვეული ანთიზიტი, ჩვეულებრივ, შედეგია ან ქუნთრუსის, ან ორგანიზმში არსებული ქრონიკული ჩირქოვანი კერის არსებობისა (ნუშისებრი ჭირკვლები, გრანულომა კბილის ფესვზე, ცხვირის დამატებითი ღრუების ჩირქოვანი ანთეზა და სხვა).

ასეთი ანთიზიტი; ჩვეულებრივ, თანდათანობით იწყება; სახსრები შესივებულია, მოძრაობა მტკივნეული ხდება, ტემპერატურა იმატებს 37,5—38,0°-მდე.

უფრო ხშირად ავადდება კოკის სახსრები, უფრო იშვიათად მუხლის და ხელების წყრილი სახსრები. მწვავე მოვლენები 1—2 კვირაში გაივლის, მაგრამ მოვლენებმა სახსრების მხრივ ზოგჯერ დიდხანს რჩება, პერიოდულად მწვავედ და თანდათან სახსრებში გამოუსწორებელი ცვლილებები ვითარდება (დეფორმაცია, მოძრაობის შეზღუდვა და სხვ.)

სისხლში პატარა ლეიკოციტოზია. ეღრ აჩქარებული.

გონორეული ანთიზიტი (arthritis gonorrhoeica) ან მწვავე გონორეის დროს ვითარდება, ან დაავადების რამდენიმე თვის შემდეგ, ჩვეულებრივ, ზიანდება ერთ-ერთი მუხლის სახსარი (gonitis) ან კოკ-წყვივის სახსარი. ტემპერატურა სწრაფად იწევს 39,0—40,0°-მდე და 3—4 დღეს გრძელდება, შემდეგ ვარდება და დაავადება უსიციხოდ ან პატარა სიციხით მიმდინარეობს. სახსარი ძალზე შესივებულია, კანი შეწითლებული, კანქვეშა ქსოვილი შეშუპებული. მოძრაობა სახსარში შეუძლებელია ძლიერი ტკივილების გამო. რამდენიმე კვირის

ავადმყოფობის შემდეგ სახსრის გადაღებით აღმოჩნდება ძვლის გაფხვიერება სახსართან და ხრტილის რღვევა. არაიშვიათად ვითარდება ანკილოზი.

სი ფ ი ლ ის უ რ ი ა რ თ რ ი ტ ი (arthritis luetica) შეიძლება განვითარდეს ლუესის როგორც მეორე, ისე მესამე სტადიაში. ჩვეულებრივ, ზიანდება მუხლისა და კოჭ-წვივის სახსრები.

სახსარი შესივებულია, მასში გროვდება გამონაჟონი. სინოვიალური გარსი გასქელებულია.

სიფილისური ართრიტისათვის დამახასიათებელია ღამის ტკივილები ძვლებში და სახსრებში. მიუხედავად სახსრების ტკივილისა ავადმყოფებს შეუძლიათ სიარული და მოძრაობა.

ტუბერკულოზური პოლიართრიტი (polyarthritis tuberculosa) ანუ პონსეს სნეულება შედარებით იშვიათი დაავადებაა. ვითარდება მოზარდებში, ტუბერკულოზური კერის არსებობის დროს (ფილტვებში ან ჭირკვლებში).

ჩვეულებრივ, ზიანდება მუხლის, კოჭ-წვივის, ხელების და ფეხების ფალანგების სახსრები. სახსრები დიდ ცვლილებებს არ განიცდის. მოძრაობა მათში მაინც და მაინც შეზღუდული არ არის.

ბ რ უ ც ე ლ ო ზ უ რ ი ა რ თ რ ი ტ ი (arthritis brucellosa). ბრუცელოზის სახსროვანი ფორმა, ჩვეულებრივ, მსხვილი სახსრების ძლიერი ტკივილებით ვლინდება. მენჯ-ბარძაყის, მუხლის სახსრები, მხრის სახსრები უფრო ხშირად მტკივნეული, ვიდრე სხვა სახსრები. სახსრები გარეგნულად არ არის შეცვლილი, მტკივნეულობა აღინიშნება როგორც აქტიური, ისე პასიური მოძრაობის და ხელის დაქერის დროს.

დიზენტერიული ართრიტი ვითარდება ფაღარათის შეწყვეტის 1—2 კვირის შემდეგ, ზოგჯერ დიზენტერიის მსუბუქი ფორმების დროსაც. ზიანდება უფრო ხშირად მუხლის სახსრები ან სახსართა რამდენიმე ჯგუფი ერთდროულად. სახსრების შესივება და შეწითლება ნაკლებია, ვიდრე რევმატიზმის დროს. დაავადება დიდხანს გრძელდება და სრული გამოკეთება მოსალოდნელია მხოლოდ რამდენიმე თვის შემდეგ.

დი ა გ ნ ო ზ ი ა რ თ რ ი ტ ე ბ ის ჩამოთვლილი ფორმებისა ზოგჯერ ძალიან მწველდება. სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიის ართრიტების დიაგნოსტიკის დროს ავადმყოფი ყოველმხრივ უნდა იყოს გამოკვლეული და თუ სხვა მიზეზი არაფერია, ანამნეზში კი ავადმყოფს წარსულში გადატანილი სტრეპტოკოკული ინფექცია აქვს, ან მას აღმოაჩნდება ქრონიკული ჩირქოვანი კერა (ყელში, ცხვირის ღრუებში, ფილტვებში) დაავადება ამ ჩირქოვან კერას უნდა დაუკავშიროთ.

გონორეული ართრიტების დიაგნოსტიკაში გვეხმარება ანამნეზი, შარსადენი მილიდან ან საშოდან აღებული ნაცხის გამოკვლევა გონოკოკებზე, ბორღე-ჟანგუს რეაქცია. საერთოდ ერთი მსხვილი სახსრის—მუხლის ან მხრის დაავადება (მონოართრიტი) უფრო საეჭვოა გონორეაზე.

სიფილისური ართრიტის დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვან საფუძველს შეადგენს ღამის ტკივილები წვივის ძვლებში და სახსრებში; დადებითი ვასერმანის რეაქცია და სიფილისური ცვლილებები შინაგანი ორგანოების მხრივ, ან ლუესის სხვა ელემენტები, სწყვეტენ დიაგნოზს სიფილისური ართრიტის სასარგებლოდ.

ტუბერკულოზური ართრიტის შესახებ ფიქრი შეიძლება, თუ საქმე გვაქვს ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის მოვლენებთან და მოზარდის გამოკვლევისას აღმოვაჩინთ ტუბერკულოზურ კერას ფილტვებში ან ჭირკვლებში.

ბრუცელოზური ანთრიტის დიაგნოსტიკაში საკითხს სწევებს რაბიტის, ჰედლსონის აგლუტინაციის რეაქციები და ბიურნეს კანის სინჯი.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა გეიხდება რევმატიზმულ ანთრიტთან და უცნობი ეტიოლოგიის ანთრიტებთან.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი მოხსენებული ანთრიტებისა საერთოდ ძნელი დასადგენია, დროულად ამოცნობილი და გულმოდგინედ და წესიერად ნამკურნალები ეს ანთრიტები უმრავლეს შემთხვევაში კარგ პროგნოზს იძლევა არა მარტო სახსრის ფუნქციის აღდგენის მხრივ, არამედ სრული განკურნების მხრივაც.

მ კ უ რ ა ლ ო ბ ა მრავალფეროვანია. ყველა შემთხვევაში ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული ტყვილის დასაყუჩებელი საშუალებები—პირამიდონი, ფენაცეტინი სხვადასხვა კომბინაციით, სათბური კომპრესი, ლურჯი სინათლე.

აუცილებელია დაავადებული სახსრის იმობილიზაცია მწვავე პერიოდში. მწვავე პერიოდის გავლის შემდეგ ნაჩვენებია მსუბუქი მასაჟი და ფიზკულტურა.

სტრებტოკოკული ეტიოლოგიის ანთრიტების დროს უთუოდ უნდა ჩატარდეს ჩირქბუდების სანაცია (ნუშისებრი ჭირკვლების ამოკვეთა, კბილების ექსტრაქცია და სხვ.). ამასთან ერთად ენერგიული თერაპია სულფამიდებით და პენიცილინით.

გონორეული ანთრიტების დროს—გონოვაქცინა თანდათანობით მომატებით 50—500 მილიონ მიკრობული სხეულის რაოდენობით, 3—4 დღის ინტერვალთ, 10 ინექცია. პენიცილინი და სულფამიდები.

სიფილისური ანთრიტის დროს ნოვარსენოლი და იოდი.

ბრუცელოზური ანთრიტის დროს ვაქცინოთერაპია, ჰემოტრანსფუზია, ლევომიცეტინი.

პონსეს დაავადების დროს სტრებტომიცინით და პასკით თერაპია.

### დისტროფიული ანთრიტები

დისტროფიული ანთრიტები (არაინფექციური) ვითარდება უმთავრესად ნივთიერებათა ცვლის მოშლის, ენდოკრინულ, ტრავმულ და ზოგი სხვა ფაქტორის გავლენის შედეგად. ალურგიული და ინფექციური მომენტის მნიშვნელობა სავესებით გამოირიცხული არ არის, მაგრამ, როგორც ჩანს, მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს.

ოსტეოანთრიტი პირველადი ქრონიკული მადეფორაციის რეზულტი.

ეს უცნობი ეტიოლოგიის დაავადებაა, მაგრამ ამ ფორმის დროს დაავადების განვითარებაში მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ნივთიერებათა ცვლის მოშლას, არტერიოსკლეროზს, შესაძლოა ტრავმასაც. ავად ხდებიან უმთავრესად ხანში შესული მამაკაცები.

პათოლოგიური ცვლილებები ვითარდება სახსრების ხრტილებში, რომლებიც განიცდის ატროფიას, ამასთანავე ერთად ვითარდება ჰიპერპლასტიკური პროცესები, ჩნდება ოსტეოფიტები, სახსრები მახინჯდება. ვითარდება ამოვარდნილობა.

დაავადება ნელა, მაგრამ პროგრესულად მიმდინარეობს.

მკურნალობა მოხსენებული ორი ფორმის ანთრიტისა უმთავრესად ფიზიოთერაპიულია, მაგრამ არც შესაძლებელი ინფექციური წყარო უნდა იყოს დატოვებული უყურადღებოდ.

საჭიროა გატარდეს სანაცია შესაძლებელ ჩირქოვანი კერებისა (ტონზილბ-ტი, კბილების ძირები და სხვ.). არ არის ზედმეტი სულფამიდილოთერაპიისა და პენიცილინოთერაპიის ჩატარებაც.

ამასთან ერთად ხანგრძლივად და გულმოდგინედ უნდა ტარდებოდეს სახს-რების მკურნალობა სითბოთი, დოზირებული მოძრაობით და მსუბუქი მასაჟით.

სითბოს პროცედურები—ღიათერმია, პარაფინოთერაპია, სოლუქსი, ტალა-ხი ხშირად კარგ შედეგს იძლევა.

ნაჩვენებია აღრევე სახსრების პასიური მოძრაობის წარმოება და მსუბუ-ქი მასაჟი.

ხმარებაშია რენტგენთერაპია, აუტოჰემოთერაპია.

კარგ შედეგებს გვაძლევს მკურნალობა წყალტუბოში, ახტალაზე, მენჯში. სიმპტომატური საშუალებებიდან კარგად მოქმედებს შემდეგი წამლები:

Rp. Atophani 0,3

D. t. d. N 20

S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში

Rp. Pyramidoni 0,3

Coff. nat.-benz. 0,1

D. t. d. N 6

S. თითო ფხვნილი სამჯერ დღეში

ამავე ჯგუფის ანთრიტებს ეკუთვნის: სტატიკო-ტრავმული ანთრიტი, ანთ-რიტები ჰემოფილიის, სკორბუტის დროს, პოდაგრული ანთრიტი, ქრონიკული ენდემიური ოსტეოართრიტი ანუ კაშინ-ბეკის სნეულება, ენდოკრინული ანთრი-ტები—ჰიპოთირეოიდული, კლიმაქტერიული, ანთრიტები ნერვულდისტროფიუ-ლი, ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების დროს (ტაბესი, სირინგომიელია და სხვ.).

## კუნთების დაზარალება

### შიალვია და მიოზიტი (Myalgia. Myositis)

კუნთოვანი ტკივილი—მი ა ლ გ ი ა, ჩვეულებრივ, გაცივების ან კუნთის ზე-ღნეტი გადატვირთვის შედეგად ვითარდება. ხშირად კუნთში აღვილი აქვს ან-თებით ცვლილებებს, უკანასკნელში კუნთოვან ბოჭკოებთან ერთად ჩათრეუ-ლია ნერვების ტოტებიც. ასეთ შემთხვევაში არის მიოზიტი ან ნეირომიო-ზიტი.

კუნთების გარკვეულ ჯგუფს მიღრეკილება აქვს ასეთი დაავადებისაყენ—კისრის კუნთები, მხრის სარტყლის კუნთები, წელისა და ზურგის კუნთები.

ავადმყოფი განსაკუთრებით გრძნობს ტკივილს მოძრაობის დროს. ზოგჯერ რომელიმე უზერხული მოძრაობა ავადმყოფს მწვავე, ხშირად აუტანელ ტკივილს აგრძნობინებს.

ასეთი ტკივილები იცის კ ი ს ე რ მ რ უ ღ ო ბ ა მ (torticollis), წ ე ლ კ ა ე მ ა (lumbago); ხშირად ეს ტკივილები რამდენიმე დღე ან მეტხანს გრძელდება.

ხელის შეხებით კუნთები ზოგ წერტილში განსაკუთრებით მტკივნეულია, გამაგრებულია და ზოგჯერ შესივებულიც.

მკურნალობის მიზნით საჭიროა სითბოს ხმარება დაავადებული კუნთების არეში და სალიცილის პრეპარატების დანიშვნა.

სითბოს პროცედურებიდან მიზანშეწონილია—სოლუქსი, სათბური, სათბური კომპრესი.

ტვივლებზე კარგად მოქმედებს პირამიდონი, ფენაცეტინი, ასპირინი ჩვეულებრივ დოზებში კოფეინთან ერთად.

ქრონიკულ შემთხვევებში კარგია წყალტუბო, მენჯი, თბილისის აბანოები.



## სისხლის სისტემის დაავადებანი

### ზოგადი ცნება სისხლის შესახებ

ადამიანის სხეულში სისხლის საერთო რაოდენობა შეადგენს ადამიანის წონის 1/13, ე. ი. საშუალო წონის მოზრდილი ადამიანის სისხლის რაოდენობა 5—6 ლიტრს უდრის.

სისხლი შედგება თხიერი ნაწილის—პლაზმისა და ფორმიანი ელემენტები-საგან.

სისხლის პლაზმა მოყვითალო ფერის სითხეა, რომელიც შეიცავს ცილებს (8%), კერძოდ ალბუმინებს (4—6%), გლობულინებს (2—3%) და ფიბრინოგენს (0,1—0,4%), მარილებს და მცირე რაოდენობით შაქარს (0,1%), ქოლესტერინს (1,5%), ცხიმებს (1,5%), შარდოვანას და ნივთიერებათა ცვლის სხვადასხვა პროდუქტებს.

ფორმიან ელემენტებს შეადგენენ წითელი ბურთულები (ერითროციტები), თეთრი ბურთულები (ლეიკოციტები) და სისხლის ფირფიტები (თრომბოციტები).

ჯანმრთელი ადამიანის სისხლში ფორმიანი ელემენტების რაოდენობა მოცემულია შემდეგ ციფრებით: ერითროციტების რაოდენობა 1 კუბიკურ მილიმეტრში 4.500.000—5.000.000, ლეიკოციტების რაოდენობა 6.000—8.000, ხოლო თრომბოციტების—250.000—300.000-მდე. ერითროციტები წარმოიშევა ძვლის წითელ ტვინში, რომელიც იმყოფება ჩონჩხის ბრტყელ ძვლებში და გრძელი ძვლების ეპიფიზებში.

ერითროციტები შეიცავს ერთგვარ შემღებავ ნივთიერებას, რომელზედაც დამოკიდებულია თითოეული ერითროციტის მოყვითალო ფერი (დიდი რაოდენობით აღებული ერითროციტები კი წითელი ფერისაა); ეს ნივთიერება ჰემოგლობინია (Hb), რომლის რაოდენობა ნორმალურ სისხლში პირობით მიღებულია 100%-ად.

ფაქტობრივად კი Hb-ს პროცენტი მამაკაცების სისხლში საშუალოდ 80% შეადგენს, დედაკაცების სისხლში კი—70%.

ერითროციტების ფუნქციას წარმოადგენს მიაწოდოს უჯრედებს ენერგია, ამას აკრულებს ჰემოგლობინი, რომელიც ფილტვების ალვეოლებში სისხლის გავლის დროს, იერთებს ენერგიას, ამრიგად წარმოშობილი ოქსიჰემოგლობინიდან სისხლის ცირკულაციის დროს ენერგია ადვილად გადადის ქსოვილების უჯრედებში.

ერითროციტების რაოდენობის ურთიერთობა ჰემოგლობინის %-თან, ე. ი. ის, თუ რამდენად მდიდარია თითოეული ერითროციტი ჰემოგლობინით, გამოფ-

ზატება ფერადობის მაჩვენებელში (FJ), რაც სისხლის ნორმალური შემადგენლობის დროს უდრის 1,0.

ერითროციტები მრავალი ფორმის უბირთვო უჯრედებია, რომლებიც ძვლის ტვინში მომწიფების დროს ბირთვსაც შეიცავენ.—ე. წ. ერითრობლასტი. პერიფერიულ სისხლში ნორმალურ ერითროციტებს ნორმოციტი ეწოდება, ბირთვიან ერითროციტს კი, რომელსაც ძვლის ტვინი შეიცავს, ნორმობლასტი ჰქვია.

ზოგჯერ პერიფერიულ სისხლში ენახულობთ დიდი ზომის ერითროციტებს ნაზი ბადისებრივი ბირთვით—ე. წ. მეგალობლასტებს და ასეთივე უბირთვო ერითროციტებს, მდიდარს ჰემოგლობინით, რომლებსაც მეგალოციტი ეწოდება. მეგალოციტები და მეგალობლასტები, ჩვეულებრივ, გვხვდება ემბრიონის სისხლში, ჩანასახოვან პერიოდში (სისხლწარმოქმნის ემბრიონალური ტიპი). დაბადების შემდეგ კი ქანმოთეღი ადამიანის სისხლში ეს უჯრედები სრულიად არ უნდა გვხვდებოდეს (სისხლწარმოქმნის ნორმობლასტური ტიპი).

პერიფერიულ სისხლში მათი არსებობა ყოველთვის მიგვითითებს სისხლმბადი ორგანოების შიშვე დაავადებაზე.

ზოგჯერ ერითროციტები კარგავს ნორმალურ მოყვანილობას—თუთის მაგვარი ან სხვა არანორმალური ფორმისა; ამ მოვლენას პოიკილოციტოზი ეწოდება. ზოგჯერ პერიფერიულ სისხლში სხვადასხვა ზომის ერითროციტები გვხვდება, ზოგი პატარა—მაკროციტი, ზოგი კი ნორმაზე დიდი—მაკროციტი, რაც ცნობილია ანიზოციტოზის სახელით.

თითოეული ერითროციტი სისხლში ცოცხლობს 30 დღემდე, რის შემდეგ ის იშლება. (უმთავრესად ელენთაში). მათი დაშლის პროდუქტები აღიზიანებს ძვლის ტვინს და ამით ხელს უწყობს სისხლის აღდგენას—რეგენერაციას.

ლეიკოციტები, ანუ სისხლის თეთრი ბურთულები ბირთვიან უჯრედებს წარმოადგენს. არჩევენ ლეიკოციტების შემდეგ სახეს:

1) მარცვლოვანი ლეიკოციტი, ანუ გრანულოციტი, რომელთა პროტოპლაზმა მარცვლებს შეიცავს,

2) უმარცვლო ლეიკოციტი, ანუ ლიმფოციტი და

3) მონოციტი.

გრანულოციტებს ეკუთვნიან ნეიტროფილები, ეოზინოფილები და ბაზოფილები.

ნეიტროფილების პროტოპლაზმაში არსებული მარცვლები ნეიტრალური საღებავით იღებება (ამიტომ ჰქვია მათ ნეიტროფილები). მათი ბირთვის ფორმის მიხედვით არჩევენ ნეიტროფილების სხვადასხვა სახეს:

1) სეგმენტბირთვიანი ნეიტროფილი (რამდენიმე სეგმენტისაგან შემდგარი ბირთვით).

2) ჩხირისებრივი (ნალის მაგვარი ბირთვით) და ნორჩი ნეიტროფილი (ძეხვისებრივი ბირთვით).

ნეიტროფილების უფრო ახალგაზრდა ფორმები—მიელოციტები, პრომიელოციტები და მიელობლასტები პერიფერიულ სისხლში არ გვხვდებიან, ისინი ძვლის ტვინში იმყოფებიან, საიდანაც მომწიფების შემდეგ პერიფერიაზე გამოდიან ზემოაღნიშნული სახით. ეოზინოფილი მოზრდილი ლეიკოციტია, ხურჩინის მაგვარა ბირთვით, პროტოპლაზმაში დიდი მარცვლებით, რომლებიც იღებება წითლად.

ლიმფოციტები ხასიათდება მომრგვალო ფორმის დიდი მკერივი ბირთვით, რომლის ირგვლივ ვიწრო რკალივით შემორტყმული პროტოპლაზმა მარცვლებსაც შეიცავს.

მონოციტები განიჩრევა თავისი დიდი ზომით და უსწორმასწორო ბირთვით.

ლეიკოციტების ყველა აღნიშნული სახე მოცემულია ჩანმრთელი ადამიანის პერიფერულ სისხლში გარკვეული პროცენტული ურთიერთობით—ნეიტროფილები 60—65%. მათ შორის ჩხირისებრივი 4—5% და ნორჩი კი 0,5%, ეოზინოფილები 2—4%, ბაზოფილები 0,5—1%, ლიმფოციტები 25—30% და მონოციტები 4—6%. ეს არის ის, რასაც ლეიკოციტარული ფორმულა ეწოდება, რომელსაც დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, რამდენადაც სხვადასხვა დავადების დროს მათი პროცენტული ურთიერთობა კანონზომიერ ცვლილებას განიცდის.

ლეიკოციტებს (უშთაერესად ნეიტროფილებს) ამების მაგვარი მოძრაობის უნარი აქვთ, მათ შეუძლიათ კაპილარის კედლიდან გაძერწენ ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში, ასევე მათ აქვთ უნარი შთანთქონ სისხლში მოხვედრილი უცხო სხეულები და მათ შორის მიკრობებიც.

ასეთივე მოძრაობის და შთანთქმის უნარი მონოციტებსაც აქვთ, რის გამოც მეჩინიკოვმა მათ მაკროფაგი უწოდა.

ამ მოვლენას, ფაგოციტოზის სახელით ცნობილს, ორგანიზმისათვის დიდი თავდაცვითი მნიშვნელობა აქვს ინფექციებთან ზრძოლის საქმეში.

გრანულოციტები წარმოიშვება ძვლის ტვინში; ლიმფოციტების დედა უჯრედი ლიმფობლასტებია, რომლებიც იმყოფება ლიმფურ ჭირკვლებში და ელენთის ფოლაკლებში. მონოციტები წარმოიშვება რეტიკულო-ენდოთელიალური სისტემის უჯრედებიდან, რომლებიც განლაგებულია სხვადასხვა ორგანოებში (ღვიძლში, ელენთაში, ძვლის ტვინში, ლიმფურ ჭირკვლებში).

სისხლის მესამე ფორმიან ელემენტს წარმოადგენს თრომბოციტები, ანუ სისხლის ფირფიტები.

ეს ძლიერ პატარა ზომის, უბირთვო წარმონაქმია, რომლის მშობლიური უჯრედები, ე. წ. მეგაკარიოციტები იმყოფება ძვლის ტვინში. თრომბოციტებს მნიშვნელოვანი როლი ეკუთვნის სისხლის შედედების პროცესში.

სისხლმბადი ორგანოების მუშაობას არეგულირებს ცენტრალური ნერვული სისტემა. დამტკიცებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის გაღიზიანებით გამოწვეული (ტვინის ბარკუქების გაბერვა, ტვინზე ოპერაციული ჩარევა) გარკვეული ცვლილებები სისხლის სურათის მხრივ.

მთელი რიგი ავტორები (იანოვსკი, ისტამანოვა, ვოგრალიკი, და სხვა) ნეირო-ჰუმორალურ რეგულაციას აწერენ ძვლის ტვინში სისხლის უჯრედების მოწვიფებას, ასევე მათ გამოსვლას პერიფერიულ სისხლში.

ტუმასმა ჭერ კიდევ წარსულ საუკუნეში გვჩვენა ნერვული ბოჭკოების გაღიზიანებასთან დაკავშირებული ძვლის ტვინის ფუნქციების ცვლილებები.

სისხლის წარმოშობის რეგულაციაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ენდოკრინული ჭირკვლებიც—ფარისებრი ჭირკვალი, თირკმელზედა ჭირკვლის პროდუქტი—ადრენალინი და ტვინის დანამატის ჰორმონი.

ანემიური მდგომარეობის განვითარებაში ნერვისის მნიშვნელობის შესახებ პირველად აზრი გამოთქვა დიდმა რუსმა მეცნიერმა ექიმმა ბოტკინმა.

პაელოვის სწავლების მიხედვით, თავის ტვინის ქერქის ზეგავლენა პერიფერიული სისხლის შემადგენლობაზე ექვს გარეშეა. ამის დამადასტურებელ ფაქტებს წარმოადგენს ცხოველების მოჩვენებითი კვების დროს (საქმლის ჩვენებით), ანდა ნერვული დაძაბულობის დროს (ბეიერის, რაიჟინის მიერ წითელ არამიელებზე ჩატარებული დაკვირვება სამამულო ომის დროს) ლეიკოციტოზის განვითარება.



ექსპერიმენტში ცხოველებზე ცოთილი ნერვის გალიზიანება იწვევს პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობის შემცირებას, სიმპათიკურ ნერვის გალიზიანება კი, პირიქით—მათ მატებას.

უქანასკნელ დროს ბიკოვის ლაბორატორიაში გამოვლინებულია სისხლში ორჯანობში ინტერორეცეპტორების არსებობა.

### ✓ ანემიების კლასიფიკაცია

ტერმინი „ანემია“ (უსისხლობა) ნიშნავს სისხლნაკლებობას. მასში ვგულისხმობთ სისხლის არა მარტო რაოდენობით ნაკლოვანებას, არამედ მის ხარისხობრივ ცვლილებებსაც.

ანემიებს არჩევენ სხვადასხვა მაჩვენებლების მიხედვით. ფერადი მაჩვენებლების მიხედვით არჩევენ: 1) ნორმოქრომულ ანემიას, როდესაც ერთნაირად-კლებულაა (მაგ., სისხლის მწვევე დაკარგვის დროს) როგორც ერთნაირ ცილების რაოდენობა, ასევე ჰემოგლობინის პლაცენტი; 2) ჰიპოქრომულ ანემიას, როდესაც Hb-ის % უფრო დაქვეითებულია, ვიდრე დაკლებულია ერთნაირ ცილების რაოდენობა. ამ შემთხვევაში ფერადი მაჩვენებელი 1,0-ზე ნაკლებია (0,7—0,4). უმრავლეს შემთხვევაში თანდათანობით განვითარებული ანემიები ჰიპოქრომულია; 3) ჰიპერქრომულ ანემიას, როდესაც ჰემოგლობინი დაქვეითებასთან შედარებით Hb-ის რიცხვი უფრო დაკლებულია. ფერადი მაჩვენებელი ამ დროს 1,0-ზე მეტია (1,1—1,4). ჰიპერქრომული ანემიის მაგალითს წარმოადგენს ავთვისებიანი ანემია.

ერითროციტების დიამეტრის მიხედვით არჩევენ ნორმოციტარულ ანემიას—ერითროციტებს შენარჩუნებული აქვს ნორმალური დიამეტრი (6—9 მიკრონამდე), მიკროციტარულ—პატარა ზომის ერითროციტებით (6 მიკრონზე ნაკლები), მაკროციტარულ—დიდი ზომის ერითროციტებით (8—12 მიკრონი დიამეტრში), მეგალოციტარულ—ძლიერ დიდი დიამეტრის ერითროციტებით (12 მიკრონზე მეტი).

ჰიპოქრომული ანემიები იმავე დროს უფრო ხშირად წარმოადგენს მიკროციტარულ ანემიებს, მეგალოციტარული ანემია კი (ამავე დროს ჰიპერქრომული)—ავთვისებიანი ანემიაა.

იმისდა მიხედვით, თუ როგორ პასუხობს სისხლის წარმოშობი ძირითადი ორჯანო—ქვლის ტვინი ანემიის გამომწვევ მანვე ფაქტორებს, არჩევენ პლასტიკურ, დისპლასტიკურ და აპლასტიკურ ანემიებს.

პლასტიკური ანემიის შემთხვევაში ქვლის ტვინი აქტიურია და სისხლის აღდგენა (ხშირად ჩვენს ჩარევას გარეშე) სწრაფია და მთლიანი. ამ დროს პერიფერიულ სისხლში ქარბად ვნახულობთ ერითროციტების ახალგაზრდა ფორმებს—რეტოკულოციტებს, პოლიქრომატოციტებს და ბირთვიან ერითროციტებს—ნორმობლასტებს. თუ ავადმყოფი ხანგრძლივად კარგავდა ცოტ-ცოტა სისხლს, შესაძლოა ქვლის ტვინის მუშაობა არ იყოს სრულყოფილი; ამ დროს სისხლის აღდგენაც ნელა მიმდინარეობს, ამას გვაფიქრებინებს ახალგაზრდა ერითროციტების მეტად მცირე რაოდენობით აღმოჩენა პერიფერიულ სისხლში (პლასტიკური ანემიის ე. წ. ჰიპორეგენერატორული ფორმა).

დიპლასტიკური ანემიის დროს სისხლის ნორმალური წარმოშობა დარღვეული და გაუქვლმარებელია, სისხლის წარმოშობა ემბრიონალურ ტიპს უბრუნ-

დებ; ე. ა. მსეთივეა, როგორც ჩანასახს აქვს. დისპლასტიკური ანემიის მაგალითის წარმოადგენს ავთვისებიანი ანემია.

აქლასტიკუბა-ანემიის დროს ძვლის ტვინი სავსებით კარგავს აღდგენის უნარს, პერიფერიულ სისხლში სრულიად ვერ ვნახულობთ წითელი ბურთულეების ახალგაზრდა ფორმებს და სისხლის ყველა ფორმიანი ელემენტები—ერითროციტები, ლეიკოციტები და თრომბოციტები შეუჩერებლივ აცემა ქვევით (ამ მდგომარეობას ძვლის ტვინის ქლექი დაარქვეს, ე. წ. პ ა ნ მ ი ე ლ ო ფ ტ ი ზ ი). ავადმყოფის მდგომარეობა ამ დროს უაღრესად მძიმეა.

ანემიების ახალი კლასიფიკაციები აგებულია უმთავრესად ბათოგენურ ბრინჯაბზე, ე. ი. რა გზით განვითარდა, ან რა მექანიზმი უძევს საფუძვლად სისხლნაკულობის განვითარებას. ამ თვალსაზრისით ყველაზე მარტივია პროფ. კონჩალოვსკის მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია:

1) ანემიები გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ უ ლ ი ს ი ს ხ ლ ი ს ჰ ე მ ო ლ ი ზ ი ს ა ნ უ და შ ლ ო ს შედეგად (მაგ., სიყვითლით მიმდინარე ჰემოლიზური ანემია, ანდა ანემია, მაღარის დროს, ან ისეთი შხამებით მოწამვლის დროს, რომლებიც შლის სისხლის წითელ ბურთულეებს—დარიშხანით, ბერთოლეს მარილით, გველის შხამით და სხვა).

2) ანემიები გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ უ ლ ი ს ი ს ხ ლ ი ს ნ ო რ მ ო ლ ო რ ი წ ა რ მ ო შ ლ ო ბ ის და რ ღ ე ვ ე ის შედეგად (მაგ., ავთვისებიანი ანემია, ქლოროზი) და 3) ანემიები გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ უ ლ ი ს ი ს ხ ლ მ დ ი ნ ა რ ო ბ ის შედეგად (მაგ., მწვავე ან ქრონიკული პოსტჰემორაგიული ანემიები).

### მწვავე სისხლნაკულობა (Anaemia acuta posthaemorrhagica)

მწვავე სისხლნაკულობა ვითარდება სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის შედეგად. ამის გამომწვევე მიზეზები შეიძლება იყოს ჰრილობა ან შინაგანი ორგანოებიდან სისხლის დენა. მაგალითად, ფილტვებიდან, კუჭიდან—წყლულოვანი დაავადების დროს, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისას და სხვ.

მწვავე სისხლნაკულობის დროს, თუ ადამიანმა ერთბაშად დაკარგა სისხლის დიდი რაოდენობა (დაახლოებით მთელი სისხლის ნახევარი), სისხლის წნევა სწრაფად ეცემა, ვითარდება შოკური მდგომარეობა, რაც შეიძლება სიკვდილით დამთავრდეს.

მწვავე სისხლნაკულობის დროს ავადმყოფის კანი და ლორწოვანი გარსები უაღრესად ფერმკრთალია, კიდურები ცივი და ციანოზური; ავადმყოფს კანი ოფლიანი აქვს, აღინიშნება ძლიერი ქოშინი, ხშირი და მეტად სუსტი ავსების პულსი.

მკურნალობა: პირველ ყოვლისა საჭიროა სასწრაფო ღონისძიებების მიღება სისხლის დენის შესაჩერებლად. ამავე დროს, საჭიროა რაც შეიძლება მალე, დაკარგული სისხლის ანაზღაურება, რის-საუკეთესო საშუალებას სისხლს გადასხმა წარმოადგენს. სჯობს განმეორებით გადაეუხსნათ თითო ამპულა (250—300 მლ) თანამოსახელე, ახლად კონსერვირებული სისხლისა. მძიმე შემთხვევებში უპირატესობა აქვს სისხლის წვეთობრივ გადასხმას 1,5—2 ლიტრამდე.

მწვავე სისხლნაკულობის დროს წინათ ფართოდ ხმარებულ დიდი რაოდენობით ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანას ამჟამად აღარ მიმართავენ, რამდენსადაც სუფრის მარილის იზოტონიური ხსნარი სწრაფად ახდენს დიფუზიას (გაეონება) სისხლის ძარღვებიდან ქსოვილებში და ამრიგად მისი სამკურნალო ეფექტიც მეტად ხანმოკლეა და სუსტი.

მთლიანი სისხლის მაგივრად შეიძლება ავადმყოფს გადაეუსხათ პლაზმა ან სისხლის შემცველი სითხეები, მოწოდებული საბჭოთა ავტორების მიერ.

იმისათვის, რომ სისხლმა თავის ტვინს მიღწიოს, ავადმყოფს თავქვეშ ბალიში უნდა გამოეყვას და ფეხები კი, პირიქით, მალა აეუწიოთ. საჭიროა, აგრეთვე, დიდი რაოდენობით სითხის მიწოდება იმ გაძლიერებული წყურვილის დასაკმაყოფილებლად, რომელიც უვითარდება ავადმყოფს სისხლის მწვავე დანაკლისის დროს. არ უნდა დაევიწყოთ გულის გასამაგრებელი საშუალებების დანიშვნა (კოფეინი, ქაფური).

სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ საჭიროა ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ სათანადო მკურნალობის ჩატარება.

### **ძრონიკული ხისხლნაკლებობა (Anaemia chronica)**

ქრონიკული ანემიის განვითარების გამომწვევია მცირე რაოდენობით, მაგრამ ხანგრძლივად სისხლის დაკარგვა (მაგ., ბუასილის, საშვილოსნოს სიმსივნის დროს, ცხვირიდან ხშირი სისხლის დენის დროს და სხვა), გადატანილი ინფექციები, ჭიებით ინვაზია, ცუდი კვება და სხვ.

ალსანიშნავია, მეტადრე დასავლეთ საქართველოს მცხოვრებთა შორის ძლიერი ანემიის შემთხვევები, ჰემოგლობინის მეტად დაბალი ციფრებით, გამოწვეული ანკილოციტოზით.

**ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა.** ავადმყოფებში უჩივიან საერთო სისუსტეს, თავის ტვინის, თავბრუსხვევას, ლოგანში სწრაფად წამოჭდომის დროს თვალების დაბინდვას, მცირედი დატვირთვისას—ქოშინს, გულის ფრიალს, უმადობას, უძილობას.

ავადმყოფი ფერმკრთალია. გასინჯვით მხოლოდ გულის მხრივ ვადასტურებთ ცვლილებებს—გულის კუნთის ცხიმოვანი ინფილტრაციის გამო, მისი საზღვრები გაგანიერებულია, ვისმენტ ფუნქციონალური ხასიათის სისტოლურ შუილს.

სისხლის ანალიზი აჩვენებს წითელი ბურთულების და ჰემოგლობინის მნიშვნელოვან დაქვეითებას. ჩვეულებრივ, ქრონიკული ანემიის დროს უფრო მკვეთრად დაქვეითებულია ჰემოგლობინის პროცენტი, რის გამოც ანემია ჰიპოქრომული ხასიათისაა, დაბალი ფერადი მაჩვენებლით.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა დამოკიდებულია ანემიის ფორმაზე. რეგენერატორული ფორმის დროს ავადმყოფობის მიმდინარეობა მსუბუქია და მკურნალობასაც ადვილად ემორჩილება. ბევრად უფრო მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება ქრონიკული ანემიის ჰიპორეგენერატორული ფორმა, როდესაც ძელის ტვინის უნარი სისხლის აღდგენისა, ამა თუ იმ მიზეზით, შეკავებულია.

**მკურნალობა:** პირველ ყოვლისა, საჭიროა რადიკალური ზომების მიღება იმ ძირითადი მიზეზის წინააღმდეგ, რომლის ნიადაგზეც განვითარდა ანემია (მაგ., ოპერაციული ჩარევა ბუასილის კვანძებზე, სისხლმდინარე საშვილოსნოზე, ჭიების გამოდენა და სხვა). ანემიის მსუბუქ შემთხვევებში ეს ღონისძიებანი ხშირად საკმარისია ავადმყოფის სრული განკურნებისათვის.

ჰიპორეგენერატორული ფორმის ანემიის შემთხვევაში, რამდენადაც ძვლას უკინის მუშაობა არ არის სრულყოფილი, მეტად კარგი მოქმედებით ხასიათდება რკინის პრეპარატები და მათ შორის პირველ რიგში რკინის არაორგანული შენაერთებმა.

**Rp. Ferri hydrogenio reducti 1,0**

D. t. d. N 40

S. თითო ფხვნილი 3—4-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ

**Rp. Ferri carbonici saccharati 1,0**

D. t. d. N 40

S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ

რამდენადაც რკინის აღნიშნული პრეპარატები ზოგჯერ დისპეპსიურ მოვლენებს იძლევა, საჭიროა მათი დანიშვნა შემდეგი წესით—პირველ 2 დღეს ავადმყოფს ვაძლევთ თითო ფხვნილს დღეში 2-ჯერ, შემდეგ 2 დღეს—3-ჯერ დღეში, შემდეგ კი 4-ჯერ და ა. შ. რკინის დღიური რაოდენობა, საჭირო შემთხვევებში, შეიძლება აყვანილ იქნეს 6 და 10 გრამამდე.

კარგად მოქმედებს აგრეთვე ვაშლმჟავა რკინა იმ პირობით, თუ მას დიდ დოზებში დაეუნიშნავთ (და არა წვეთებით, როგორც ამას წინათ ხმარობდნენ).

**Rp. T-rae Ferri pomatae 200,0**

D.S. სუფრის კოვზით 2—3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ

რკინის პრეპარატებით მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მანამ, ვიდრე ჰემოგლობინის პროცენტი, სისხლის ანალოზის მიხედვით, ნორმალურ დონეს არ მიაღწევს. ამის შემდგომაც საჭიროა დიდი ხნის განმავლობაში რკინის უკვე შემცირებული დოზებით და შესვენებებით მკურნალობის გაგრძელება, მით უფრო, თუ ავადმყოფს კუჭის წველის მჟავობა დაქვეითებული აქვს და, მაშასადამე, საკვებში შემავალი რკინის შესრუტვაც დარღვეულია. რკინა აქტიურად მოქმედია მხოლოდ მაშინ, თუ ის ადვილად შეიწოვება ნაწლავებიდან ქვეყანგის შენაერთის სახით, რაც შესაძლებელია კუჭის წვენში თავისუფალ მარილ-მჟავას სათანადო რაოდენობით არსებობის პირობებში. ამიტომ, რამდენადაც ქრონიკული ანემიების დროს კუჭის სეკრეცია, ჩვეულებრივ, დაქვეითებულია, სავალდებულოა რკინით მკურნალობისას ავადმყოფს დაენიშნოს მარილმჟავაც.

**Rp. Acidi muriatici diluti 30,0**

D. S. 10—15 წვეთი 3-ჯერ დღეში  $\frac{1}{2}$  ჩაის

ტიქა წყალზე ჭამის წინ

თუ დიდ დოზებში რკინის აღნიშნული პრეპარატებით მკურნალობით ვერ მივაღწიეთ ჰემოგლობინის მომატებას, ზოგჯერ კარგ შედეგს აქლევს, მეტადრე ზაფხვით მკურნალობაში, რკინასთან ერთად:

**Rp. Sol. Cupri sulfurici 0,5% -30,0**

D.S. 8—10 წვეთი 2-ჯერ დღეში წყლით

ჭამის შემდეგ

დარიშხანის პრეპარატების დანიშვნის დროს საჭიროა სიფრთხილე. უნდა გვახსოვდეს, რომ დარიშხანი დიდ დოზებში ხელს უწყობს ერაიორიციტოზის ჰემოლიზს და ამით შესაძლოა ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდეს. ამ მოსაზრების გამო, არ შეიძლება მისი დანიშვნა ჰემოლიზური ანემიების დროს.

მაგალითად, აეთვისებიანი ანემიის შემთხვევაში. მცირე დოზებში კი, დარიშხანს, სასაანადო შემთხვევებში, შეუძლია სარგებლობის მოტანა.

Rp. Sol. Natrii arsenicici 0,5%

—1,0 in ampul.

D.t.d. N 20

S. ყოველ დღე თითო ამპულა კანქვეშ

იმ შემთხვევაში, როდესაც რკინის პრეპარატებით ენერგიული მკურნალობა სისხლის მაჩვენებლების მხრივ არ იძლევა გამოხატულ გაუმჯობესებას, საჭიროა მიემართოთ სისხლის გადასხმას (ერთჯეროვანი ან განმეორებით). კარგია ერთთროციტების ემულსიის გადასხმა, რასაც რიგი უპირატესობა აქვს მთლიან სისხლთან შედარებით.

ქრონიკული ანემიის შემთხვევებში გათვალისწინებული უნდა იყოს შინაგანი სეკრეციის ჩირკელუმის მდგომარეობა, რომელთა ნაკლოვანების დროს ავადმყოფს დამატებით ენიშნება სასაანადო პრეპარატები—ფოლიკულინი, პროლანი, თირეოიდინი და სხვა.

კვება არ უნდა იყოს ერთჯეროვანი, ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს შერეული საჭმელი და, მათ შორის, პირველ რიგში, ცილები (ხორცი); ნახარყულები ამ მხრივ ნაკლებ ეფექტურია, ცხიმების ზედმეტი დანიშვნა კი (მაგ., კარაქი უღეში 40,0-ზე მეტი რაოდენობით) უარყოფითად მოქმედებს სისხლის წარმოშობაზე.

საკვებს აუცილებლად უნდა დავუმატოთ ახალი მწვანელი, ბოსტნეული, ხილი.

დიდი მნიშვნელობა აქვს საკვებში ვიტამინებით მდიდარი პროდუქტების დანიშვნას.

სისხლწარმოქმნას ააქტივებენ კაროტინი (პროვიტამინი A), B<sub>12</sub> ვიტამინი და B კომპლექსი. ჰემოსტაზური მოქმედებით ხასიათდება C ვიტამინი.

კაროტინით შედარებით მდიდარია სტაფილო, თევზის ქონი, კარაქი და კვერცხის გული. B<sub>12</sub> ვიტამინს შეიცავს ღვიძლი, საფუარი, ახალი ხორცი, კვერცხის ცილა, მუხუდო, ლობიო.

C ვიტამინით მდიდარია ასკილი. შავი მოცხარი, ლიმონი, ფორთოხალი, წითელი ბოლოკი, წიწაკა, თეთრი კომბოსტო, პამიდორი.

უმჯობესია, ანემიით ავადმყოფებმა ზაფხულის თვეები მთის ჰავის პირობებში გაატარონ, ვინაიდან ცნობილია, რომ მალეობ ადგილებზე უანგბადის დაქვეითებული პარციალური წნევა ხელს უწყობს ერიტროპოეზის სტიმულაციას. შხის სხივების შემოქმედებას კი ავადმყოფი უნდა ვარიდოთ.

### ნაადრევი ქლოროზი (Chlorosis juvenilis)

ქლოროზის განვითარების მიზეზი საბოლოოდ ჯერ კიდევ არ არის გამოკვლეული; ბოტინი ფიქრობდა, რომ ნაადრევი ქლოროზი წარმოიშვება ძირითადად ფსიქონევროზის ნიადაგზე, ზახარინი კი მას უკავშირებდა საკვერცხეების ფუნქციურ მოშლილობას.

ამ ავადმყოფობის დროს მთავარია ჰემოგლობინის წარმოშობის დარღვევა, ამიტომ ცვლილებები სისხლის მხრივ უმთავრესად ჰემოგლობინის უკმარისობაშია გამოხატული. ამ დროს ორგანიზმს აკლია რკინა, რომლისაგანაც შედგება ჰემოგლობინი, ეს არის რკინა-დეფიციტუ-

რის ანემია, დაბალი ფერადი მაჩვენებლით, წინააღმდეგ კასლ-დეფიციტური ანემიისა (ადისონ-ბირმერის ანემიის), მაღალი ფერადი მაჩვენებლით. ნაადრევი ქლოროზით ავადდებიან მხოლოდ ქალიშვილები. სქესობრივად მომწიფების ასაკში.

ავადმყოფის ჩივილები ზოგადი ხასიათისაა, რაც ახასიათებს საერთოდ სისხლნაკლებ ავადმყოფს. გარდა ამისა, ამ შემთხვევაში დამახასიათებელია გაუკულმართებული გემოვნება (ე. წ. *pica chlorotica*), რაც გამოიხატება ავადმყოფის მიღრეკილებაში სქამოს, მაგალიფად, ცარცდ, ნახშირი, მიწა-ღა სხვ.

კუჭის წვენის მკაფიობა უხშირესად ნორმის ფარგლებშია, ჩვეულებრივია ძლიერი შეკრულობა.

ამავე დროს აღსანიშნავია სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა და თვიურის წესის დარღვევა (მოგვიანებით და მცირეოდენი).

ავადმყოფები მეტად ფერმკრთალი არიან, მათ კანს მომწვანო ელფერა გადაჰქრავს (თვით სიტყვა ქლოროზი ბერძნულად მწვანე ფერს ნიშნავს).

ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს და კარგი პროგნოზი აქვს.

მკურნალობას ატარებენ რკინის არაორგანული პრეპარატებით (იხ. წინა თავი), რითაც აღწევენ ავადმყოფის სრულ განკურნებას. უკანასკნელი რამოდენიმე ათეული წლის მანძილზე ნაადრევი ქლოროზის შემთხვევები საგრძნობლად შემცირდა.

### მოგვიანებითი ძლოროზი (Chlorosis tarda)

მოგვიანებით ქლოროზს ახასიათებს იგივე ნიშნები, რაც ნაადრევი ქლოროზს, შემდეგი დამატებით—ქლოროზის ამ ფორმით ავადდებიან დედაქაცები 40 წლის ასაკში; მამაკაცებში ქლოროზი მეტად იშვიათია. ამ დროს კუჭის სეკრეციის მხრივ დამახასიათებელია აქილია. ამავე დროს ავადმყოფს აქვს ენის ენობის მოვლენები (გლოსიტი), ტკივილები პირის ღრუში, ზოგჯერ ყლაპვაც გაძნელებულია (დისფაგია).

დამახასიათებელია ფრჩხილების დეფორმაცია და მტვრევალობა (ე. წ. კოილონიქია).

სისხლის მხრივ ჰიპოქრომული ანემიის სურათია, მიკროციტოზით და ლეიკოპენიით. მკურნალობა იგივე.

### ადისონ-ბირმერის დაავადება (Morbus Addison-Biermer)

ამ ავადმყოფობას წინათ ეწოდებოდა ავთვისებანი ანემია (*Anaemia perniciosa*), რამდენადაც მისი მიმდინარეობა ავთვისებანი იყო და ყოველთვის ავადმყოფის სიკვდილით თავდებოდა. ამჟამად კი მის წინააღმდეგ მძლავრი და ეფექტური საშუალება გაგვიანია ღვიძლისა და მისი პრეპარატების სახით, რომელთა წესიერი ხმარების დროს ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებისა და განკურნების საკითხი უზრუნველყოფილია. ამიტომ ამ დაავადებას ამჟამად ეწოდება მისი პირველი მკვლევარების—ადისონის და ბირმერის—სახელი.

წინათ ფიქრობდნენ, რომ ადისონ-ბირმერის დაავადება წარმოიშვება ინტოქსიკაციის შედეგად, რომ შესამებლად ნაწლავებში ცილფვან ნიეთიერებათა დაშლის პროდუქტები—ისრუტება რა ორგანიზმში, იწვევს მის მოშინაშას, კერძოდ, წითელი ბურთულებს ჰემოლიზს. ეს შეხედულება ამჟამად უკუგდებულია.

ადისონ-ბირმერის ანემიის წარმოშობის მიზეზი, როგორც ეს კასლმა გამო-  
არკეია, შემდეგია: ჭანმრთელი ადამიანის კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის კე-  
დელი გამოყოფს ერთგვარ ნივთიერებას—პროთეოლიზურ ფერმენტს (შინაგან  
ფაქტორს), რომელიც კამის დროს მიღებულ ხორცში შემაველ ერთგვარ ნივ-  
თიერებასთან (გარეგან ფაქტორთან) შეერთებით წარმოშობს ე. წ. კასლის  
ანტიანემიურ ფაქტორს—ჰემოპეტინს. ეს ნივთიერება ლაგდება მა-  
რაგის სახით ღვიძლში. ღვიძლი, ამგვარად, დეპო ორგანოა, საიდანაც მომარაგე-  
ბული ანტიანემიური ფაქტორი გადადის სისხლში და ახდენს ძელის ტვინში  
სისხლის წარმოშობის რეგულაციას.

იმ შემთხვევაში, როდესაც რაიმე მიზეზის გამო კასლის ფაქტორის წარმო-  
შობა კუჭში აღარ წარმოებს და ღვიძლში კი მისი მარაგი განლევას განიცდის  
(რამდენადაც, მაშასადამე, ორგანიზმს აკლდება ის, რაც ძელის ტვინის ნორმა-  
ლურ მუშაობას აკრეფს), ვითარდება ადისონ-ბირმერის ავადმყოფობა.

ადისონ-ბირმერის ანემიის განვითარებას ზოგჯერ იწვევს ბრტყელი ჰია  
(*Diphyllobotrium latum*), რის შესახებ პირველად ბოტკინმა გამოთქვა თავისი  
აზრი და მიგვიჩინა სისხლწარმოქმნის ცენტრალური რეგულაციის მოშლის  
მნიშვნელობაზე.

ზოგჯერ ავთვისებიანი ანემიის სურათი ვითარდება ორსულობის დროს მე-4  
თვიდან (*Anaemia perniciosa gravidarum*), ქრონიკული ინფექციების დროს,  
როგორც არის ათამანგი და მალარია ასეთივე ანემია შეიძლება ავადმყოფს  
განუვითარდეს კუჭის მაღალი (სუბტოტალური ან ტოტალური) რეზექციის შემ-  
დეგ, ე. წ. აგასტრიული ანემია. ადისონ-ბირმერის ანემიის იმ იშვიათ  
შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს კუჭის სეკრეცია შენახული აქვს და, მაშა-  
სადამე, ანტიანემიური ფაქტორის წარმოშობაც არ არის შეფერხებული, ხოლო  
მას ქსოვილები ვერ ითვისებენ, ცნობილია „ახრესტიკული“ ანემიის სახელით.  
ამ შემთხვევებში ღვიძლით მკურნალობა უშედეგო რჩება.

ადისონ-ბირმერის ანემიით უფრო ხშირად ავადდებათ ქალები 40—70 წლ.  
ასაკში ახალგაზრდებში კი ფრიალ იშვიათია.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ადისონ-ბირ-  
მერის დაავადების კლინიკური სურათი ძირითადად წარმოდგენილია სამი სის-  
ტემის დაზიანებით—საკვლის მომწელებელი ტრაქტის, ნერვული სისტემის  
და სისხლმადი ორგანოების.

ამ ავადმყოფობის დროს საკვლის მომწელებელ ტრაქტში მეტად დამახასია-  
თებელი ცვლილებებია, პირველ ყოვლისა აღსანიშნავია მოვლენები ენის  
მხრივ—ავადმყოფის ენა, როგორც ეს პირველად ჰენდერმა შენიშნა, განიც-  
დის ანთებას—გლოსიტო. ენა ძლიერ შეწითლებული და შესივებულია, მისი  
ლორწოვანი გარსი დასაწყისში ჰიპერტროფულია, დასერილი, ავადმყოფს  
უძონრდება საკვლის მიღება, მეტადრე წვის შეგრძნებას იწვევს ცხარე და მლა-  
შე საკველი. შემდეგ ენის ლორწოვანი გარსი, თანდათანობით, განიცდის ატ-  
როფიას, მისი დერილები გადაგვარდება, ენის ზედაპირი სრულიად გადალესი-  
ლია. ამიტომ ამ ავადმყოფობის ანამნეზში ყოველთვის აღინიშნება ენის წვა, ან  
ტკივილი. ენაზე დახედვა კი—ზემოთ აღწერილ ფრიალ დამახასიათებელ  
სურათს იძლევა—ჰენტერის ენა.

კუჭის-შრავ, როგორც წესი, ყოველთვის აქილია ვითარდება. კუჭის  
აქილია ამ შემთხვევებში ორგანულია, ე. ი. კუჭის ლორწოვანი გარსში არსებუ-  
ლი ჩირკვლების გადაგვარებისა და განლევის გამო კუჭის წვენში თავისუფალად  
მარილმეავა აღარ არის. კუჭის წვენში მარილმეავას და ფერმენტების უქონლო-

ბის გამო მიღებული საქმლის მონელება სათანადოდ ვედარ წარმოებს და ავადმყოფებს ხშირად აშლილობა აქვთ—გ ა ს ტ რ ო გ ე ნ უ რ ი დ ი ს პ ე ს ი ა .

ნერვული სისტემის მხრივ ადვილი აქვს დამახასიათებელი ნიშნების არსებობა. მათ შორის მთავარია ზურგის ტვინის უკანა და გვერდითი სვეტების დაგვარება. გ. წ. ფ უ ნ ი კ უ ლ ა რ უ ლ ი მ ი ე ლ ო ზ ი. ეს მდგომარეობა გამოიხატება შემდეგში: ავადმყოფს აქვს ქვემო კიდურებში კიანჭველების ცოცვის გრძობა (პარესთეზიები), დაქვეითებულია ზერელე და ღრმა მგრძობელობა. შუხლისა და სხვა რეფლექსების დასაწყისში გაძლიერებულია, შემდეგ შეიძლება სრულიად მოისპოს. ავადმყოფს ქვემო კიდურები აღარ ემორჩილება, და ამის გამო, სიარულიც მეტად დამახასიათებელია—ავადმყოფი მიათრევს თავის ფეხებს (ატაქსია, ფსევდობაქსი) და შორს წასულ შემთხვევებში კი იძულებულია უმოძრაოდ იწვეს საწოლში.

დიდი მნიშვნელობა აქვს იმის ცოდნას, რომ ადისონ-ბირმერის დაავადების რიგ შემთხვევებში, ექიმის თვალისათვის შესამჩნევ ანემიის მოვლენების განვითარებამდე, შესაძლოა ავადმყოფს ჰქონდეს გამონატული მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ, ზემოაღნიშნული ჩივილებით ქვემო კიდურებზე, რაც, ჩვეულებრივ, ეწვეს ბადებს ზურგის ტვინის სიფილისურ დაავადებაზე ან სიმსივნეზე. ამ შემთხვევებში გამოცდილი პირის მიერ ავადმყოფის სისხლის კარგი ანალიზი ამჟღავნებს დაავადების ნამდვილ ბუნებას.

სისხლმადი ორგანოების მხრივ ცვლილებები ფრიად დამახასიათებელია ადისონ-ბირმერის დაავადებისათვის და გადამწყვეტია მისი დიაგნოზისათვის.

ავადმყოფობის გამწვავების პერიოდში პერიფერიულ სისხლში ვდასტურებთ, პირველ ყოვლისა, სისხლის წითელი ბურთულებსა და ჰემოგლობინის %-ის თვალსაჩინო დაქვეითებას, მაგრამ, შედარებით წბთელ ბურთულებთან, ქვემო გლობინის პროცენტ ნაკლებად დაქვეითებულად, ამის გამო ფერადი მაჩვენებელი ყოველთვის მაღალია (1,0-ზე მეტი). ერითროციტების დიამეტრიც შეცვლილია, ვნახულობთ ზოგს პატარა და უფრო მეტად კი გადიდებული დიამეტრის ერითროციტებს (მაკროციტოზი). მეტად დამახასიათებელია პერიფერიულ სისხლში მეგალოციტების და მეგალობლასტების არსებობა.

ჯანმრთელი ადამიანის პერიფერიული სისხლისათვის წითელი ბურთულების ახალგაზრდა მოუმწიფებელი ფორმები—პათოლოგიურია.

ლეიკოციტების და თრომბოციტების რაოდენობაც ყოველთვის დაქვეითებულია (ლეიკოპენია და თრომბოპენია), ლეიკოციტარული ფორმულის მხრივ დამახასიათებელია—ნეიტროპენია, ეოზინოპენია, მონოპენია, მხოლოდ ლიმფოციტების % შედარებით მომატებულია—ლიმფოციტოზი.

ერითროციტების დალექვის რეაქცია (ედრ) ყოველთვის საგრძობლად იჩქარებულია და მით უფრო მეტად, როცა სისხლნაკლებობა უფრო მძიმეა.

ასეთია დამახასიათებელი სურათი სისხლის მხრივ ამ ავადმყოფობის დროს.

ავადმყოფის ჩივილებია—ძლიერი სისუსტე, თავბრუ, თავის ტკივილი, ურბეში შუილი, ქოშინი და გულის ფრიალი მცირედ დატვირთვის დროს, ცუდი ძილი, უძალობა, ენის წვა, ზოგჯერ ფადაჩაოთი, ქვედა კიდურებში სისუსტე და მგრძობელობის დაქვეითება, გაძნელებული სიარული.

ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, უფრო ხშირად ტემპერატურა სუბფებრილურია, ზოგჯერ კი 38<sup>0</sup>-ს აჭარბებს. ირ ცოდნა იმისა, რომ ანემიის ამ ფორმას სიცხიანობა ახასიათებს, ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის მიზეზია (ტუბერკულოზი, ენდოკარდიტი, სეფსისი, მალარია, პარატიფი და სხვა).



მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფი უმადობის გამო უკუდად იყვებნა, იგი არასდროს არ არის გამხდარი, ან მით უფრო კახექსიური. პირიქით, დაცხიმების გამო, წონაში მატულობს, რაც დამახასიათებელია ამ დაავადებისათვის.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა ქრონიკულია და ხასიათდება ერთგვარი ციკლიურობით—გამწვავების ფაზა (რეციდივი) შეიცვლება ხოლმე ყველა სიმპტომის შენელებით (რემისია).

ავადმყოფობა იწყება შემპარაყად, თანდათანობით და, როდესაც ავადმყოფი პირველად მიმართავს ექიმს, ის უკვე საგრძნობლად ანემიურია.

ავადმყოფი ძლიერ ფერმკრთალია, მას გადაჰკრავს ლიმონის მაგვარი ყვითელი ფერი, სკლერები სუბიქტერულია, ანუ შეფერილია ყვითლად, სახე შემუპებულია, კანი მშრალი, ლიმფური ჭირკვლები არ ისინჯება, ენა გადალესილია, მუცელი შებერილი, ღვიძლი გადიდებული, უმტკივნეულო, ელენთა ოდნავ ისინჯება. გულის საზღვრები გადიდებული, ტონები ძოყრუებული, გულის ყველა საპროექციო ადგილზე ვისმენთ სისტოლურ შეილს, ფილტვების მხრივ ცვლილებები არ არის.

ავადმყოფის სისხლში ბილირუბინის რაოდენობა, განავალში ურობილინოგენი, ხოლო შარდში ურობილინი ყოველთვის მომატებულია, რაც მიგვითითებს ერთთროციტების გაძლიერებულ დაშლაზე; ასეთი გაძლიერებული ჰემოლიზი არ არის დამოკიდებული ერთთროციტების დაშვლელ რაღაც ტოქსინზე, როგორც ამას წინათ ფიქრობდნენ, არამედ ის შედეგია ძელის ტვინიდან პერიფერიანზე უხარისხო, მოუპწიფებელი ერთთროციტების გამოსვლისა სისხლწარმოქმნის ნორმალური რეგულაციის მოშლის გამო.

ადისონ-ბირმერის დაავადების უმძიმეს გართულებას პერიციოზული კომა წარმოადგენს. ამ დროს ავადმყოფი გრძობადაკარგულია, რფულექსები ქრება, უნებლიეთ გადის შარდზე და განავალზე, აქვს პირღებინება, ქოშინი, პულსი აჩქარებული და სუსტია, ტემპერატურა და სისხლის წნევა დაბლა ეცემა. თუ სასწრაფო ზომები არ იქნა მიღებული, პერიციოზული კომა ყოველთვის ავადმყოფის სიკვდილით თავდება.

მკურნალობა. ადისონ-ბირმერის დაავადების დროს ბრწყინვალე სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს ღვიძლი და მისგან დამზადებული პრეპარატები.

1927 წლიდან მოწოდებულია ავთვისებიანი ანემიის ღვიძლით მკურნალობა; ყველა შემთხვევაში ვალწინთ ავადმყოფის კლინიკურ განკურნებას.

აქტიური მოქმედება აქვს ზბოს და ძროხის ღვიძლს. სხვა ცხოველების ღვიძლი (მაგ., ცხარის ან ლობის) ამ მხრივ სრულიად გამოუსადეგარია.

უმი ღვიძლი უფრო სანდო და სწრაფად მოქმედია, ვიდრე მოხარშული ან შემწვარი.

ხმარების წან ღვიძლი უნდა გაიწმინდოს ცხიმოვანი ქსოვილისაგან და გაირეცხოს თბილი წყლით (წყლის ტემპერატურა 70°-ზე ზევით ასუსტებს ღვიძლის აქტივობას). ამის შემდეგ ღვიძლი 2-ჯერ უნდა გატარდეს ხორცსაკვებში და მიეცეს ავადმყოფს ყოველ დღე ას-ასი გრამის რაოდენობით ორჯერ დღეში (დღიური დოზა—200,0) საჭმლის მიღებამდე 2 საათით ადრე.

ამავე დროს აუცილებელია, ავადმყოფმა, აქილიის გამო, მიიღოს განზავებული მარილმკვება ხსნარი (Acidi muriatici diluti) 10.—20 წვეთი 1/2 ჩაის ჰიჭა წყალზე.

უმი ღვიძლის არასასიამოვნო გემოს შესაცვლელად საქაროა ხორცსაკვებში გატარებულ ღვიძლს შეუერთოთ 1 კვერცხის გული, მარილი, წკრილად დაჭრა-

ლი ხანვი, წიწაკა, ლიმონის ან ბროწეულის წვენი და, ამრიგად, პაშტეტის სახით დამზადებული ღვიძლი წავეუსვით პურის ნაჭერზე და ისე მივაწოდოთ ავად-  
ძყოფს.

უმი ღვიძლის დიდხანს მიღება ავადმყოფებში იწვევს ერთგვარ ზიზღს, ამიტომ ზოგჯერ უნდა ვისარგებლოთ მოხარშული ან შემწვარი ღვიძლით. მო-  
ხარშული—წერილად დაჭრილი 250,0 ღვიძლი 10 წუთის განმავლობაში უნდა  
ეხარშოს 400 მლ წყალში; ამოვიღოთ, გავხეხოთ საცერში, შემდეგ შევეუროთ  
წყალი, მარილი, წიწაკა და სურნელოვანი ნივთიერებანი და მივეცეთ ავადმყოფს.  
შემწვარი—200,0 ღვიძლი, ნაჭრებად დაჭრილი ერთოწასმული ხხრაკება სუსტ  
კეცხლზე 3—4 წუთის განმავლობაში, შემდეგ მარილმოყარილი, ცხარე საწებე-  
ლით ეძლევა ავადმყოფს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლი მოხარშვის ან შეწვის დროს საგრძნობლად  
ჯარგავს თავის ანტიანემიურ თვისებებს და ამ სახით მისი მიღება დასაშვებია  
ადისონ-ბირმერის დაავადების მხოლოდ მსუბუქ შემთხვევებში, ანდა მაშინ,  
როდესაც უმი ღვიძლის მეოხებით ავადმყოფობის მიმდინარეობაში უკვე გარდა-  
ტეხაა უკეთობისაკენ.

ამ ავადმყოფობის მძიმე შემთხვევებში, მაგალითად, პერნიციოზული კომის  
დროს ანდა კუქ-ნაწლავის მხრივ გამოხატული მოვლენებისას—პირღებინებ-,  
ფალარათი, ან თუ ავადმყოფი კატეგორიულ უარს აცხადებს ამა თუ იმ სახ.თ  
ღვიძლის მიღებაზე, უნდა მივმართოთ მის შეყვანას ოყნის საშუალებით, რაც  
არანაკლები სამკურნალო ეფექტით ხასიათდება. საამისოდ ხორცსაკეპში გატა-  
რებულ 500,0 ღვიძლს აზავებენ ამავე რაოდენობის ფიზიოლოგიურ ან გლუკო-  
ზის 5% ხსნარში, რის შემდეგ წურავენ მარლაში და 37°-მდე გამთბარი შეჰყავთ  
უკანა ტანში წვეთობრივი ოყნის სახით.

ბევრად გაადვილდა ავადმყოფთა მკურნალობა ღვიძლიდან სათანადო პრე-  
პარატების დამზადების შემდეგ. ეს პრეპარატები ორნარიცა—პირიდან მისაღე-  
ბი და ამპულებში დამზადებული ღვიძლის ექსტრაქტი.

პირიდან მისაღები ღვიძლის ექსტრაქტი, რომელიც ხელზე იყიდება ყველა  
საფთაიყო მაღაზიაში, უნდა მიეცეს ავადმყოფს სუფრის კოვზით (შემთხვევის  
სიმძიმის მიხედვით) 2-ჯერ ან 3-ჯერ დღეში ჰამის წინ.

ამპულებში დამზადებულ პრეპარატებს (ჰეპატინი, ჰეპატოკრინი, ჰეპალო-  
ნი) უპირატესობა აქვს პირიდან მისაღებ ღვიძლის ექსტრაქტთან შედარებით და  
ყველა მძიმე შემთხვევაში სწორედ მათ უნდა მივმართოთ.

ამ მხრივ საუკეთესოდ მოქმედებს მალალი კონცენტრაციის მქონე ღვიძლის  
პრეპარატი საბჭოთა კამპოლონი.

Rp. Campoloni 2,0  
D. t. d. N 12 in ampullis  
D.S. ინექციებისათვის

ინექციები კეთდება კუნთებში ყოველდღიურად თითო ან ორი ამპულა.

უკანასკნელ დროს ადისონ-ბირმერის დაავადების მეტად მძიმე შემთხვე-  
ვებში მიღებულია კამპოლონის მასიური დოზით შეყვანა (ე. წ. კამპოლონური  
დარტყმა) 6—10 ამპულა ერთად კუნთებში. მკურნალობენ აგრეთვე კამპოლო-  
ნის ვენაში ანდა ძვლის ტვინში (მკერდის ძვალში) შეყვანით.

ამ წესებით კამპოლონის ხმარება იშვიათად თუ გვჭირდება, რადგანაც

კუნთებში კამპოლონის შეყვანის მეთოდი უმრავლეს შემთხვევაში ძალიან კარგ შედეგს იძლევა და ავადმყოფის განკურნებისათვის საკმარისია.

წარმატებით სარგებლობენ აგრეთვე ღორის კუჭიდან დაშვადებული პრეპარატებით, ფხვნილის სახით—გასტროკრინი, პილორინი, რომელთაც ავადმყოფი უნდა ღებულობდეს თითო სუფრის კოვზის რაოდენობით დღეში 2-ჯერ (დღიური დოზა 30,0) ჰამის წინ განზავებულ მარილმყავას დაყოლებით.

ღვიძლის პრეპარატებით სისტემატური მკურნალობა გრძელდება მანამ, ვიდრე სისხლის სურათის მიხედვით რემისია არ დადგება,—პირიდან მისაღებ ღვიძლის ექსტრაქტისათვის საშუალოდ 4 კვირა, კამპოლონის ინექციების დროს კი 2 კვირა.

რემისიის პირველი მაჩვენებელი პერიფერიულ სისხლში რეტიკულოციტარული კრიზია (ანუ რეტიკულოციტების %-ის სწრაფი მომატება), რასაც ადგილი აქვს მკურნალობის დაწყებიდან უკვე რამდენიმე დღის შემდეგ. ამას მოჰყვება ერთაროციტების და ჰემოგლობინის თანდათანობითი მომატება. პატულოზს აგრეთვე ლეიკოციტების და თრომბოციტების რიცხვი, ხოლო მეგალოციტები და მეგალობლასტები, რომლებიც დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობისათვის, პერიფერიული სისხლიდან ქრება.

ამავე დროს თვალსაჩინოა ავადმყოფის ზოგადი გამოკეთება.

საჭიროა იმის ცოდნა, რომ ღვიძლით, მეტადრე უში ღვიძლით მკურნალობის დროს ავადმყოფის სისხლში ეოზინოფილია ვითარდება.

ამის შედეგ, რათა შენარჩუნებულ იქნეს ავადმყოფის კლინიკური განკურნება, საჭიროა ავადმყოფი 2 წლის განმავლობაში ღებულობდეს კვირაში 2 დღეს ღვიძლის ექსტრაქტს ან ერთხელ კამპოლონის ინექციას.

ამის გარეშე ავადმყოფს უხალავს წლებში მოელის ავადმყოფობის შეზარუნება, ისიც უფრო მძიმე ფორმებში.

ღვიძლის პრეპარატებით მკურნალობის პროცესში თუკი ფერადი მაჩვენებელი იკლებს, რაც ჰემოგლობინის მომატების ჩამორჩენის შედეგია, ერთაროციტების მომატებასთან შედარებით, საჭიროა რკინის პრეპარატების დამატება.

პერიციტოზული კოჩის დროს, სიკვდილისაგან ავადმყოფის გადარჩენის ერთადერთი საშუალება, გარდა კამპოლონის დიდი დოზებით სარგებლობა-სა, სისხლის გადასხმაა, რასაც განმეორებით უნდა მიემართოთ, ვიდრე არ გამოვლინდება კამპოლონის მძლავრი მოქმედება სისხლმზად ორგანოებზე.

ადისონ-ბირმერის დაავადების იმ შემთხვევებში, როდესაც ძლიერ არის გამოხატული ფუნიკულარული მიელოზის (ქვემო კიდურების მხრივ) მოვლენები, ღვიძლის პრეპარატებით მკურნალობა არ არის საკმარისი და აუცილებელია მათ გარდა B<sub>1</sub> ვიტამინის კანქვეშა ინექციები (რამდენიმე აშუალო ყოველდღიურად კანქვეშ ერთი თვის განმავლობაში). უკანასკნელ დროს მოწოდებული იყო ავთვისებიანი ანემიის წინააღმდეგ ფოლის მჟავა, რომელიც, როგორც ვამოირკვა, თუმცა სისხლზე კარგად მოქმედებს, მაგრამ ვერ აფერხებს ნევროლოგიური მოვლენების პროგრესულ განვითარებას, რის გამოც მან გავრცელება ვერ ჰპოვა და ვიტამინი B<sub>12</sub>, რომელიც სისხლის მხრივ სურათის გამოკეთებამ გარდა, უზრუნველყოფს დროზე დანიშნულ მკურნალობით ზურგის ტვინის დაზიანებას.

ავადმყოფები არავითარ დიეტას არ საჭიროებენ, პირიქით, მათი საკვება რაც შეიძლება მრავალფეროვანი უნდა იყოს. აუცილებელია ხორცი, აგრეთვე ვიტამინებით მდიდარი ბოსტნეული, მწვანილი და ხილი.

ქვიშორაგვილი დიათეზის სახელწოდებით იგულისხმება ორგანიზმის მიდრეკილება სისხლის დენისადმი.

სისხლდენა ამ შემთხვევაში სპონტანურია ანუ თავისთავად იწყება, ანდა გარედან მიყენებული უმნიშვნელო ტრავმაც კი საკმარისია სისხლჩაქცევების განვითარებისათვის. აღნიშნულ გარემოებას საფუძვლად უდევს, ერთი მხრივ ცვლილებები კაპილარების კედელში, ენდოთელიალურ უჯრედში კოლოიდის გაფხვიერების სახით, რის გამოც კაპილარის კედელი გამავალი ხდება სისხლისთვის, მეორე მხრივ კი—თვით სისხლის თვისებების ცვლილებები.

ამ მხრივ ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორებია: სისხლის შედედება, სისხლის კოლტის რეტრაქცია (ანუ შეკუმხვა), სისხლის დენის ხანგრძლიობა და ირომბოციტების ხარისხი და რაოდენობა.

კაპილარების მდგომარეობა შეიძლება შევამოწმოთ პირველად კონჩალოვსკის მიერ მოწოდებულ წესით: მხარზე რეზინის ლატის გადაჭრის 3 წუთის შემდეგ ლატის ქვემოთ წარმოიშვება კანქვეშა წერტილოვანი სისხლჩაქცევებმა—პეტეჩიებმა, რაც მიგვიჩივებს კაპილარების კედლის დაზიანებაზე (ლატის სიმპტომი).

სისხლის შედედება რთული პროცესია, რომელშიც მონაწილეობას ღებულობს ურაჯრთ ზეგავლენით, სისხლის პლაზმაში არსებული ჰიდრომბინგ, რომელიც თრომბოკინაზას ზეგავლენით, კალციუმის მარილების თანხლებით გადადის თრომბინში, თრომბოკინაზა კი წარმოიშვება სისხლის დენის დროს ტრავმამიყენებელი კაპილარების ენდოთელიალური უჯრედებიდან და ამ დროს დაშლილი თრომბოციტებიდან. ეს არის სისხლის შედედების პირველი ფაზა. მეორე ფაზაში კი წარმოშობილი ფერმენტი, თრომბინის ზეგავლენით—სისხლის პლაზმაში არსებული ფიბრინოგენი გარდაიქმნება ფიბრინში.

ასეთია სისხლის შედედების პროცესი და აქედან გასაგებია, რომ შედედებისათვის აუცილებელ რომელიმე ზემოთ აღნიშნული ნივთიერების ნაკლებობის დროს (თრომბოკინაზასი, ფიბრინოგენის ან კალციუმის მარილებისა) სისხლის ნორმალური შედედება შეუძლებელია და ვითარდება სისხლდენა.

შედედებული სისხლი, წარმოდგენილი კოლტის სახით, შედგება ფიბრინის ძაფებისაგან, რომელშიც გახვეულია სისხლის წითელი და თეთრი ბურთულები. სისხლის კოლტა ნორმალურ პირობებში 2 საათის შემდეგ იწყებს გამკვრივებას, შეკუმხვას და გამოყოფს სისხლის შრატს (შრატი—პლაზმა, რომელიც ალარ შეიცავს ფიბრინოგენს). ეს არის სწორედ სისხლის კოლტის რეტრაქცია, რომელიც უმთავრესად დამოკიდებულია თრომბოციტების არსებობაზე და, მასასადავად, სისხლში თრომბოციტების ნაკლოვანების დროს სისხლის კოლტის რეტრაქციაც დარღვეულია. ამ ფენომენზე სისხლის გამოკვლევისას ავადმყოფის სისხლს იღებენ საათის შემდეგ და ადვენებენ თვალყურს მის შედედებას და კოლტის რეტრაქციას. თუ რეტრაქცია დარღვეულია ან სისხლის კოლტი არ იკუმხვება, მივხვდებით იმით, რომ საათის შემდეგ შედედებული სისხლიდან შრატი არ გამოიყოფა.

სისხლის დენის ხანგრძლიობა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, მათ შორის უმთავრესად კაპილარების კედლის მდგომარეობაზე და თრომბოციტების რაოდენობაზე. სისხლის დენის სისწრაფის განსაზღვრა წარმოებს შემდეგნაირად: ნემსის ჩხვლეტის შედეგად ავადმყოფის თითიდან გამოსულ სისხლის წვეთებს ყოველ ნახევარ წუთში ავაზრობთ ფილტრის ქაღალდით. ნახვლეტი

ადგილიდან სისხლის დენა ხელის დაჭერის გარეშე თავისთავად უნდა შეწყდეს 2-3 წუთში, ე. ი. ფილტვის ქალღღებ უნდა მივიღოთ სისხლის არაუმეტეს 6 წვეთისა. ასეა ნორმალურ შემთხვევებში, ზოგჯერ კი სისხლის თავისთავად დენა გრძელდება 10-15 და მეტი წუთიც, რაც სისხლის დენის გახანგრძლივების ნიშნავს და მიგვითითებს პათოლოგიურ მდგომარეობაზე.

თრომბოციტების ნორმალური რაოდენობა სისხლის 1 კ. მ. საშუალოდ 250.000-300.000-ა. მათი მნიშვნელობის შესახებ, როგორც სისხლის შედედების პროცესში, ასევე სისხლის კოაგულაციის წარმოშობაში და წარმოშობილ კოაგულაციის რეტრაქციაში, ჩვენ უკვე ზემოთ ვილაპარაკეთ.

სისხლში თრომბოციტების რაოდენობის მკვეთრი შემცირების დროს (30.000-მდე და ქვევით) ყოველთვის მოსალოდნელია სისხლის დენის განვითარება. ზოგჯერ თრომბოციტები მოუშვებელი, არახარისხოვანია (ე. წ. თრომბოასტენია), ამ შემთხვევაშიც, მიუხედავად მათი ნორმალური რაოდენობისა, შესაძლოა სისხლდენის განვითარება.

ჰემორაგიული დიათეზის საწინააღმდეგო მდგომარეობას წარმოადგენს მიდრეკილება არა სისხლდენისადმი, არამედ, პირიქით,—სისხლის შედედებისადმი, რაც ცნობილია თრომბოციტური დიათეზის ანუ თრომბოციტოიდის სახელით. ეს მდგომარეობა ხასიათდება სისხლძარღვებში (ვენებში) თრომბოზების წარმოშობით, რასაც ხელს უწყობს სისხლში თრომბოციტების რაოდენობის მომატება (ლეიკოზების ან ერითრემიის დროს; ერითრემია—ავადმყოფობა, რომელიც ხასიათდება ჰემოგლობინის და ერითროციტების რაოდენობის მომატებით), სისხლის მიმოქცევის შენელება (ინფექციური დაავადების დასასრულში მაგ. მუცლის ტიფის დროს), სისხლში ფიბრინოგენის რაოდენობის მომატება (მაგ. ფილტვის კრუპოზული ანთების დროს).

ჰემორაგიულ დიათეზებში შედის რამდენიმე ავადმყოფობა, რომელთაც აქვთ ერთი საერთო ნიშანი—მიდრეკილება სისხლდენისადმი. მათ შორის მთავარია ესენციალური თრომბოპენია და ჰემოფილია.

### მთხრომბოციტური თრომბოპენია ანუ ლამაქოვანი დაავადება (Thrombopenia essentialis, Morbus maculosus)

ესენციალური თრომბოპენია პირველად აღწერილი იყო ვერლოფის მიერ. მისგან უნდა განვასხვაოთ სიმპტომატური თრომბოპენია, რომელიც გართულების სახით შეიძლება დაერთოს ზოგიერთ ავადმყოფობას (მუცლის ტიფს, აღნიშნული მკერდის დაავადებას და სხვ.).

ეს დაავადება ხასიათდება, პირველ ყოვლისა, ლორწოვანი გარსების ან სისხლის დენით დაკანქვეშა სისხლჩაქცევებით. ყველაზე ხშირია სისხლის დენა ცხვირიდან და ღრძილებიდან. სისხლის დენა შეიძლება განვითარდეს შინაგანი ორგანოებიდანაც—კუჭ-ნაწლავიდან, ფილტვებიდან, თირკმლებიდან. თუ თრომბოპენიით ავადმყოფი ქალია, ჩვეულებრივ მოვლენაა საშვილოსნოდან გამაღიერებული სისხლის დენა (მეტრორაგია).

ყოველგვარ ოპერაციულ ჩარევას, მეტადრე ნუშისებრი ჭირკვლების ამოკვეთას, ანდა კბილის ამოღებას, თან სდევს სისხლის ძლიერი დენა. კანქვეშა სისხლჩაქცევები, რომლებიც დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობისათვის, მეტი სიხშირით გამოხატულია კიდურებზე—კანქვეშა წერტილოვანი სისხლჩაქცევების, ანუ პეტეჩიების სახით. ხშირად სისხლჩაქცევები სხვადასხვა ოდენობის ლა-

ქების სახით მოედება ავადმყოფის მთელ სხეულს; აქედან გამომდინარეობს ლაქოვანი დაავადების სახელწოდებაც.

ავადმყოფობის წარმოშობის მიზეზი არ არის ბოლომდე გამორკვეული. სისხლდენა ამ ავადმყოფობის დროს, ზოგის აზრით, გამოწვეულია უმთავრესად კაპილარების კედლის ცვლილებით, კერძოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს (ს ტ ე ფ ა ნ ო ვ ი თ) ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემას, რომელიც არეგულირებს კაპილარების კედლის მდგომარეობას, სხვების აზრით კი—წამყვანია თრომბოციტების რაოდენობის დაკლება. გამოწვეული ელენთის შემაკავებელა ზევაკლებით ძელის ტენში თრომბოციტების წარმოშობა აპარატზე (მეგაკარიოციტებზე). ის აზრი, რომ თრომბოპენია ელენთაში თრომბოციტების გაძლიერებული დაშლის შედეგია (კ ა ც ნ ე ლ ს ო ნ ი ს თრომბოციტოლითიური თეორია), არ გაართლდა და ამჟამად უარყოფილია.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, ამ ავადმყოფობას ახასიათებს სისხლის დენა, რის გამო ავადმყოფებს უვითარდება მწვავე სისხლნაკლებობა.

გასინჯვის დროს ყურადღებას იპყრობს აქვეყნა სისხლჩაქცევები, დაწყებული თითო-ორილა წერტილოვანი სისხლჩანაქცევიდან—მრავალრიცხოვან დიდი ზომის ლურჯ ლაქებამდე. სისხლჩანაქცევის ფერიც სხვადასხვაა, იგი დამოკიდებულია სისხლჩაქცევის ხანდაზმულობაზე; ახალი ლაქა მუქი ლურჯი ფერისაა, ძველი კი—მომწვანო-ყვითელი ფერისა.

საჭიროა ელენთის კარგი გასინჯვა, თუმცა ყველა შემთხვევაში არ არის ის გადიდებული და დიდ ზომას არასდროს არ აღწევს.

თანდართული ანემიის დროს ავადმყოფი ფერმკრალია, გულზე სისტოლურ შუილს ვისმენთ.

ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს და ხასიათდება პერიოდული გამწვავებით—ქრონიკული რეციდივირებული ფორმა. ზოგჯერ ავადმყოფობის შენელების (რემისიის) პერიოდები მეტად ხანმოკლეა, გამწვავების ფაზები კი ზედიზე მოსდევს ერთმანეთს—ქვემწვავე ფორმა, რაც პირველთან შედარებით ბევრად უფრო მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება და პროგნოზიც მეტად სერიოზულია.

მაშასადამე, ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი აღნიშნავს ცხვირიდან ან ღრძილებიდან სისხლის დენას და მისი გასინჯვის დროს ვნახულობთ კანქვეშა სისხლჩაქცევებს, ეკვი უნდა მიეიტანათ ესენციალური თრომბოპენიის არსებობაზე, ხოლო დაავადების საბოლოო დიაგნოზი ემყარება სისხლის შესავერისი ანალიზების სათანადო მონაცემებს—1) თრომბოციტების რაოდენობა ყოველთვის კლებად დაქვეითებულია, 2) სისხლის დენა გახანგრძლივებულია, 3) სისხლის კლტრის რატრატეცია უარყოფითია, ე. ი. სისხლის კოლტი არ იქმნენება და შრატე არ გამოიყოფა, 4) კონსოლიდო ს კ ი ს სიმპტომი დადებითია (ამ ფენომენების შინაარსი და გამოკვლევის მეთოდები იხილე ზემოთ). სისხლის შედედება კი ამ ავადმყოფობის დროს ნორმალურია.

მკურნალობა. მკურნალობის ძირითადი აზრია სისხლდენის შეწყვეტა. თუ გავიხსენებთ, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ლორწოვანი გარსებიდან, მაგალითად, ცხვირიდან, სისხლის დენა ხშირად იმდენად ინტენსიურია, რომ საშიშ ხასიათს ღებულობს ავადმყოფის სიცოცხლისათვის, გასაგებია, რომ ყოველგვარ ზომებს უნდა მიემართოთ სისხლის დენის შეჩერებისათვის.

სისხლის დენის შემაკავებელ ადგილობრივ ღონისძიებებს ეკუთვნის—ქალის რძით გაყდენთილი მარლის ტამპონის მიფენა სისხლდენის ადგილზე ან

ახალ შრატში ან და ცხოველის, ან ადამიანის სისხლში, ან პლაზმაში დასველებული ტამპონის ხმარება.

კარგი მოქმედებით ხასიათდება ტამპონები გაყვნილი ცხოველების შინაგანი ორგანოებდან (ფილტვებიდან—კლაუდენი, ტვინიდან და სხვა) წნეხის საშუალებით მიღებულ გამონაწელილში. კარგ შედეგს იძლევა აგრეთვე ტამპონები, დასველებული მარილმჟავა ადრენალინის ხსნარში (1:1000-ზე განზავებული). სწრაფი მოქმედებით ხასიათდება კუდრი აშევის მიერ მოწოდებული პრეპარატის თრომბინის ტამპონები. ცხვირიდან შეუჩერებელ სისხლის დენის დროს ზოგჯერ იძულებული ვართ ლარინგოლოგის დახმარებით ნიემართოთ ცხვირის უკანა დამწოლ ტამპონადას ან ელექტროკოაგულაციას (სისხლდენის ადგილის მოწვას ელექტრონით).

სისხლის დენის შემაკავებელ ზოგადად მოქმედ საშუალებებს ეკუთვნიან—ქლორ-კალციუმის 10% ხსნარის შეყვანა ვენაში 10 მლ რაოდენობით, ან საკმლის მარილის ჰიპერტონიული ხსნარის ასეთივე რაოდენობით ვენაში შეყვანა (Sol. Natrii chlorati—10%—20,0 sterilis), ანდა კუნთებში ცხენის შრატის (4—5 მლ) ინექცია. ასევე კარგია ხუნაგის საწინააღმდეგო შრატის კუნთებში გაკეთება. შეიძლება გასტენილებული რძის (3—5 მლ) კუნთებში ხმარება.

სხვა პრეპარატებიდან სისხლდენის დროს საყალღებულა C და K ვიტამინების ხმარება. C ვიტამინი გამამკვირვებლად მოქმედებს კაპილარების კედელზე და ამ გზით ანელებს სისხლისათვის მათ ეონადობას.

K ვიტამინი აჩქარებს სისხლის შედგენას (მეტადრე კარგია ეს ვიტამინი სისხლში პროთრომბინის ნაკლებობით გამოწვეული სისხლდენის დროს). უმჯობესია, ამ შემთხვევაში C ვიტამინი დაინიშნოს ინექციების სახით.

Rp. Sol. Acidi ascorbinici—5%—30,0  
sterilis

DS. 5—10 მლ კუნთებში ან ვენაში

K ვიტამინის, დამზადებული ტაბლეტებში, ცნობილია ვიკასოლის სახელწოდებით.

Rp. Vicasoli in tabull. lag. N 1

DS. თითო ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში

4 დღის განმავლობაში

განსაკუთრებული ადგილი უკავია სისხლის გადასხმას, რომელიც ჰემოსტაზური (სისხლის დენის შემარეგებელი) მოქმედების გარდა, ერთი მხრივ დაკარგული სისხლის შემცვლელია, მეორე მხრივ კი—სტიმულაციურად, ანუ გამააქტივებლად მოქმედებს ძვლის ტვინის მუშაობაზე.

სისხლის ან ერითროციტების ემულსიის გადასხმას განუვრებოთ მიმართავენ 5 დღის შუალედით, 200—300 მლ რაოდენობით და ზოგჯერ ეს ღონისძიებაც საკმარისია რამდენიმე თვით რემისიის მისაღებად.

თუ ესენციალური თრომბოპენით ქალია ავად (რაც ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში) და სისხლდენა, უმთავრესად გამოვლინებულია გახანგრძლივებული და გაძლიერებული თვიურის სახით, ზემოაღნიშნულ ზოგადად მოქმედ საშუალებების გარდა უნდა მივმართოთ მაინის წვეთებს, საკვერცხეების რენტგენიზაციას, ანდა საშვილოსნოს გამოფხვკას.

საქიროა იმის ცოდნა, რომ ამ დაავადების დროს ორსულობა და მშობიარობა არ არის წინააღმდეგნაჩვენები, პირიქით, რამდენადაც ორსულობის პერიოდში საშეილოსნოდან სისხლის დენა წყდება, ხოლო მშობიარობა სისხლის ნორმალური დაკარგვით მიმდინარეობს, შეიძლება ავადმყოფს კიდევ ვურჩიოთ დაორსულება.

ზირი სისხლის დენის შედეგად განვითარებულ სისხლნაკულობას ვებრძვით, შემთხვევის მიხედვით, რკინისა და ღვიძლის პრეპარატებით სისხლის გაღასხმასთან კომბინაციაში.

როგორ უნდა მოვიქცეთ, თუ ყველა ზემოთ მითითებული საშუალებანი ამოწურულია და სისხლის დენა კი კვლავ გრძელდება? ასეთ შემთხვევაში, თუ კონსერვატიულმა მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, მით უფრო ესენციალური თრომბოპენისი ზირი რეციდივებით მიმდინარე შემთხვევებში, ქვემწვავე ფორმის დროს, სისხლის ცუდი რეგენერაციისას (ჰიპორეგენერატორული ანემიით), —ნაჩვენებია ელენთის ამოკვეთის (სპლენექტომიის) ოპერაცია.

მართალია, სპლენექტომია არ იძლევა იმის გარანტიას, რომ სისხლის დენა ავადმყოფს არ გაუმეორდება (განმეორების შემთხვევაშიც სისხლის დენა ნაკლებ ინტენსიურია), მაგრამ ოპერაციულ ჩარევას სწრაფად გამოჰყავს ავადმყოფი უნუგეშო მდგომარეობიდან, რამდენადაც ელენთის ამოკვეთის პირველივე საათებში ავადმყოფის სისხლში თრომბოციტების რაოდენობა მკვეთრად მატულობს და სისხლდენა წყდება. საოპერაციოდ გამზადებულ ავადმყოფს აუცილებლად უნდა გადაესხას სისხლი. ელენთის ამოკვეთის ოპერაცია წინააღმდეგნაჩვენებია ავადმყოფობის მწვავედ მიმდინარე მეტად მძიმე შემთხვევებში, როდესაც ძვლის ტვინის პუნქტატში ვერ ენახულობთ თრომბოციტების დედაუჯრედებს, მეგაკარიოციტებს და აბლასტიური ანემიის სურათთა.

### ✓ ანემოფილია (Haemophylia)

ჰემოფილია ხასიათდება ძლიერი სისხლჩაქცევებით და სისხლის დენით, რომელთა გამოწვევა შეიძლება სრულიად უმნიშვნელო, მცირედ ტრავმას.

ეს ავადმყოფობა მემკვიდრეობითია იმ თავისებურებით, რომ ქალები არასდროს არ ხდებიან ავად, მაგრამ გადასცემენ ავადმყოფობას მამისაგან მამრობითი სქესის მემკვიდრეებს.

სისხლდენა და სისხლჩაქცევები არასდროს არ არის სპონტანური (თავისთავად განვითარებული, რითაც ხასიათდება ზემოაღწერილი ესენციალური თრომბოპენია), არამედ მათი გამოწვევია მცირეოდენი და ზოგჯერ შეუმჩნეველი ტრავმა (მაგ., ქამრის ზედმეტ მოჭერასაც კი შეუძლია კანქვეშ სისხლჩაქცევების გამოწვევა). უბრალო ოპერაციულ ჩარევას, როგორცაა, მაგალითად, კბრლის ამოღება, შეუძლია გამოიწვიოს უძლიერესი და ზოგჯერ სასიკვდილო სისხლის დენა.

ჰემოფილიის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს სისხლის შედღების შენელება, რაც თავის მხრივ გამოწვეულია ჰემოფილიკის ორგანიზმში ფერმენტ თრომბოკინაზას გამომუშავების ნაკლოვანებით. ამით აიხსნება ის საინტერესო და, პირველი შეხედვით, გაუგებარი ფაქტი, რომ დიდ, დაეჭვილ, უსწორმასწორო კიდეებიანი ქრილობების დროს ჰემოფილიკს სისხლდენა შედარებით ნაკლებ აქვს, რაც აიხსნება ქსოვილების ამ სახის დაზიანებისას თრომბოკინაზის მეტი წარმოშობით.



ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფობა ვლინდება დაბადებისთანავე—ჰიპლარიდან სისხლის დენა, ბავშვის უხეშად ხელის მოკიდებისას—ჩაქცევს სისხლის ჩაქცევის განვითარება, პირველი კბილს ამოსვლისას—ღრძილიდან სისხლის დენა და სხვა.

ჰემოფილიისათვის მეტად დამახასიათებელია სახსრებში სისხლის ჩაქცევა—ჰემორაოზი, განსაკუთრებით მუხლის სახსარში. ამ დროს ტემპერატურა მატულობს და ჩნდება ძლიერი ტივილები სახსრის არეში. საკმაოდ ხშირად, და მთელ უფრო, თუ სისხლი განმეორებით ჩაიქცევა იმავე სახსარში, ვითარდება კონტრაქტურა და ანკილოზი, ამ სახსარში მოძრაობის შეზღუდვით ან სრული დაკარგვით.

ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს და ავადმყოფის სიცოცხლის მანძილზე მისთვის დამახასიათებელია სისხლდენა. ყველაზე საშიშია და სიკვდილობის დიდ პროცენტს იძლევა 5—10 წლის ასაკი (ამიტომ უნდა ავაცილოთ ავადმყოფი ბავშვი ამხანაგებთან თამაშს, შემთხვევით ტრავმის მიღების შესაძლებლობის გამო). შემდეგ კი, რაც დრო გადის, მთელ ნაკლებ სახიფათოა სისხლდენა.

ჰემოფილიის დიაგნოზი, ანამნეზის გარდა, რომელშიც მნიშვნელობა აქვს ბემჰვიდრეობითი ფაქტორის დადასტურებას, ემყარება სისხლის ანალიზის შემდეგ მონაცემებს: სისხლის შედედება შენელებულია (ნორმული შედედებისათვის საჭირო 20 წუთის ნაცვლად, რამდენიმე საათის შემდეგაც სინჯარაში აღებული სისხლის შედედება არ არის დასრულებული), ხოლო თრომბოციტების რაოდენობა, სისხლის დენის ხანგრძლიობა და სისხლის კოალტის რეტრაქცია ნორმალურია, კონჩალოვსკის სიმპტომი უარყოფითია. კალციუმის, პროთრომბინის და ფიბრინოგენის შეცულობაც სისხლში ამ დროს ნორმალურია.

მიუხედავად იმისა, რომ ესენციალური თრომბოპენია, ანუ ვერლოფის დაავადება და ჰემოფილია თავიანთი მიდრეკილებით სისხლდენისადმი გარეგნულად ძლიერ ჰგვანან ერთმანეთს, მათი გარჩევა სისხლის ანალიზის ზემოთ მოყვანილი მონაცემების მიხედვით—ადვილია.

მკურნალობა. სისხლდენის დროს საჭიროა მიემართოთ ადგილობრივ და ზოგადად მოქმედ სისხლის დენის შემაჩერებელ საშუალებებს, რომლებიც ზემოთავეში დაწერილებით იყო განხილული.

ჰემოფილიის დროს მთავარია სისხლის გადასხმა. სისხლის გადასხმა ამ დროს უძლიერესი სამკურნალო საშუალებაა, რამდენადაც სისხლის გადასხმით ავადმყოფის ორგანიზმში შეგვეყვას თრომბოკინაზა, რომლის ნაკლებობაც ამ შემთხვევაში იწვევს სისხლდენას. სისხლი აუცილებლად ციტრატზე უნდა დამზადდეს და დიდი დოზით გადაეხსას ავადმყოფს (არა ნაკლებ  $1/2$  ლიტრისა).

სისხლის გადასხმას ერთგვარი პროფილაქტიკური მნიშვნელობაც აქვს, რისთვისაც მიმართავენ ჰემოტრანსფუზიას ყოველ 6 თვეში ერთხელ.

თავისთავად იგულისხმება, რომ ასეთი ავადმყოფი გაფრთხილებული უნდა იყოს, რომ სისხლდენის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს მცირეოდენ ტრავმას და იგი უნდა ერიდოს მას. ასევე, თუკი ოდნავ შესაძლებელია, ავადმყოფმა ყოველგვარი ოპერაციული ჩარევისაგან თავი უნდა შეიკავოს. თუკი რაიმე ოპერაცია აუცილებელია, საჭიროა მისი გაკეთების წინ და შემდეგ სისხლის განმეორებითი გადასხმა.

## თეთრსისხლიანობა, ლეიკოზი (Leucaemia, Leucosis)

ამ ავადმყოფობის დროს ძირითად ცვლილებებს განიცდის სისხლმბად ორგანოთა ლეიკოპოეზური აპარატი, ანუ ის ქსოვილები, სადაც წარმოიშვება ლეიკოციტები.

ავადმყოფობა გამოიხატება სისხლის თეთრი ბურთულების ცვლილებებში, როგორც რაოდენობით, ასევე ხარისხობრივი მაჩვენებლების მხრივ.

წინათ ხმარებული, თეთრსისხლიანობის აღმნიშვნელი ტერმინი ლეიკემია, რაც გულისხმობს ლეიკოციტების დიდძალ რაოდენობას, ამჟამად საბჭოთა ავტორების მიერ მართებულად შეცვლილია ლეიკოზის სახელწოდებით, რაც მიგვითითებს ლეიკოციტის ხარისხობრივ ცვლილებებზე. საქმე იმაშია, რომ ლეიკემიისათვის დამახასიათებელი თეთრი ბურთულების ხარისხობრივი ცვლილებების მიუხედავად, მათი რაოდენობა შეიძლება არც იყოს მომატებული. ამიტომ შემოიღეს ლეიკოზის ტერმინი და ამავე მოსაზრების გამო ამჟამად ვარჩევთ: ლეიკემიურ ლეიკოზს, როდესაც თეფრი ბურთულების რაოდენობა ძლიერ მომატებულია (რამდენიმე ასი ათასი ლეიკოციტი), სუბლეიკემიურ ლეიკოზს (ლეიკოციტების რაოდენობა 20000—60000) და ალეიკემიურ ლეიკოზს, როდესაც ლეიკოციტების რაოდენობა 20000 ნაკლებია.

იმისდა მიხედვით—სისხლის წარმომშობი რომელი აპარატია დაზიანებული—ლეიკობლასტიური (გრანულოციტების წარმომშობი), ლიმფატიური (ლიმფოციტების წარმომშობი) თუ რეტაკულო-ენდოთელიალური სისტემა—არჩევენ ლეიკოზების 3 ფორმას—მელოზი, ლიმფადენოზი და რეტაკულო-ენდოთელიოზი. პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ პირველ ორ ფორმას, რამდენადაც რეტაკულო-ენდოთელიოზის შემთხვევები ფრიალ იშვიათია.

ლეიკოზის განვითარების მიზეზი არ არის საბოლოოდ გამორკვევლი. ზოგის აზრით მნიშვნელობა აქვს ინფექციას, რომლის ზემოქმედებით სისხლმბად ორგანოებში სათანადო ქსოვილების ზრდა-გამრავლების შედეგად ლეიკოციტების პროდუქცია ძლიერ მატულობს და ისინი მოუშფიფებელი დიდი რაოდენობით გამოდიან პერიფერიულ სისხლში. სხვები აღნიშნულ პროცესს უთანაბრებენ სიმსივნური ხასიათის ზრდას და ლეიკოზი მიაჩნიათ სისხლის ავთვისებიან სიმსივნედ. ავადმყოფობის მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ ლეიკოზის ორ ფორმას—მწვავეს და ქრონიკულს. მათი კლინიკური სურათი იმდენად განსხვავდება ერთმანეთისაგან, რომ საჭიროებს ცალკე განხილვას.

### მწვავე ლეიკოზი (Leucosis acuta)

მწვავე ლეიკოზი იშვიათად გვხვდება, ის უფრო ხშირია ახალგაზრდებში. ხასიათდება მეტად მძაფრი მიმდინარეობით და ყოველთვის სიკვდილით მთავრდება.

არჩევენ მწვავე ლეიკოზის ორ კლასიფიკაციას:

- 1) ანეინოზურ-ჰემორაგიულ და სენილურ ფორმებს. პირველი მათგანი ერთბაშად იწყება შეტყინებით და მაღალი სიხით და მეტად მწვავედ მიმდინარეობს. ავადმყოფს პირის ღრუში თავიდანვე მკვეთრი მოვლენები აქვს—ნეკროზული ანჯინა და სტრომატიტი. განვრცოვებული, სისხლმდინარე ღრძილები დაფარულია შედეგებული სისხლის მოშავო ქერქებით, ავადმყოფს პირიდან მყრალი სუნის ამოსდის, მალე მთელ ტანზე აქა-იქ ვითარდება სისხლჩაქცევები—პეტექიების ან უფრო მოზრდილი ლურჯი ლაქების სახით, ანემიზაცია მეტად

სწრაფია და რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფს უკვე გადაჭრავს მიწის ფე-  
რი. ყველა მოვლენა პროგრესულად მიმდინარეობს და საშუალოდ 3 კვირამა  
ავადმყოფი იღუპება. არსებითად ამ ფორმას სეპტიკური მიმდინარეობა აქვს,  
რაც აიხსნება იმით, რომ მოუშწიფებელ ლეიკოციტებს არა აქვთ ფაგოციტო-  
ზის თვისება და, მაშასადამე, ამ თვალსაზრისით ავადმყოფის ორგანიზმში მიკრო-  
ორგანიზმების მიმართ მოკლებულია თავდაცვის უნარი.

ანემიურ ფორმას არ ახასიათებს ასევე მათერი სურათი, მისი დასაწყისიც  
ნაკლებად მწვავეა. აქ პირველ რიგში გამოხატულია ფერმკრთალობა და სუბ-  
ფებრილური ან საშუალო სიმადლის ტემპერატურა. ელენთის ან ლიმფატურა  
ჯირკვლების გადიდება, როგორც პირველ შემთხვევაში, აქაც უმნიშვნელოა და  
ჩვენს ყურადღებას არ იპყრობს. ანემია პროგრესულად მიმდინარეობს და ზოგ-  
ჯერ ავთვისებიანი ანემიის სურათს ღებულობს. მოვლენები პირის ღრუს მხრე  
და მეტადრე სისხლჩაქცევები შეიძლება აქაც განუვითარდეს ავადმყოფს, მაგ-  
რამ უკვე მომდევნო ხანაში და ნაკლები სიმწვავეთ. ავადმყოფობის ეს ფორმა  
უფრო ხანგრძლივია, მაგრამ მისი გამოსავალი ისეთივე უიმედოა, როგორც პირ-  
ველ შემთხვევაში.

მწვავე ლეიკოზის დიაგნოზის დაზუსტება სისხლის ანალიზს ემყარება.  
ზოგჯერ პერიფერიული სისხლის გამოკვლევაც ვერ არკვევს დაავადების ნამ-  
დვილ ბუნებას და მაშინ მივმართავენ ძვლის ტვინის პუნქტატის შესწავლას  
(მედულოგრამას— რ ი ნ კ ი ნ ი ს წესით).

მწვავე ლეიკოზი უხშირესად მიელოზია და ძალიან იშვიათად ლიმფადენო-  
ზი. ამისდა მიხედვით სისხლის სურათი სხვადასხვაა. მიელოზის დროს სისხლში  
დიდი რაოდენობით ვნახულობთ არადიფერენცირებულ უჭრედებს (ჰემოციტო-  
ბლასტებს) და მოუშწიფებელ ახალგაზრდა ლეიკოციტებს—მიელობლასტებს.  
მიელობლასტები ზოგჯერ პატარა ზომის არიან (მიკრომიელობლასტები) და ჰგვ-  
ნან ლიმფოციტებს, რაც ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის წყაროს წარმოად-  
გენს. ლიმფადენოზის შემთხვევაში სისხლი სავესეა პატარა ზომის ახალგაზრდა  
ლიმფოციტებით და უფრო მონაზრდილი ლიმფობლასტებით ნაკლები რაოდენ-  
ობით.

ჰემატოლოგიური თვალსაზრისით, მწვავე ლეიკოზისათვის დამახასიათებე-  
ლია აღნიშნული სრულიად მოუშწიფებელი გლემენტების ქარბი რაოდენობა  
სისხლში, მოშწიფებული ლეიკოციტების შუალედური ფორმის (პრომიელოცი-  
ტების, მიელოციტების, ჩხირისებრივთა და სხვ.) მეტ-ნაკლები რაოდენობის  
გარეშე. ასეთი «გახლეჩა», ე. წ. ჰიატუსი, რაც გულისხმობს მოუშწიფებელ  
და მოშწიფებულ ფორმებს შორის შუალედური ფორმების უარსებობას, დამა-  
ხასიათებელია სწორედ მწვავე ფორმებისათვის და ამ ნიშნით კარგ-ჰემატოლოგს  
ხელან.

შეუძლია მიკროსკოპის ქვეშ განასხვავოს მწვავე ლეიკოზი ქრონიკული ლეიკოზი-  
მკურნალობა. როგორც ზემოთ ვთქვით, მწვავე ლეიკოზი უიმედო  
ავადმყოფობაა; მიუხედავად ამისა, ყველა შემთხვევაში საჭიროა დაუინებითი და  
ენერგიული მკურნალობა, რამდენადაც სათანადო ჩარევით არაიშვიათად ვალ-  
წვეთ ავადმყოფობის რემისიას, რითაც ავადმყოფს ვუხანგრძლივებთ სი-  
ცოცხლეს.

მკურნალობა კომბინირებულია,—მთავარია ანტიბიოტიკები და ჰემოთერა-  
პია. ანტიბიოტიკებიდან—პენიცილინის ან სტრეპტომიცინის ინექციები მიღე-  
ბულ დოზებში, შეუწყვეტლევ 2 კვირის განმავლობაში მაინც. რაც შეეხება  
ჰემოთერაპიას, უნდა დაიხსნომოთ, რომ სისხლის გადასხმა მხოლოდ აუარესებს

ავადმყოფის მდგომარეობას და მწვავე ლეიკოზის დროს უმრავლესობა მას არ მიმართავს, და პირიქით, ფართოდ მოწოდებულია ერთროციტების ემულსია, გაღასხმა. ერთროციტების ემულსიის გაღასხმა საჭიროა დიდი დოზებით (ერთ-დროულად ორი ამპულა) და სისტემატურად (ყოველ 3—5 დღეში ერთხელ). გარდა ამისა, საჭიროა C ვიტამინი დიდი რაოდენობით, სკობს ასკორბინის მჟავას ინექციების სახით.

დანარჩენი საშუალებები სიმპტომატურია: გულის მუშაობის გასაძლიერებლად—კოფეინი, ქაფური, ანგინოზური ფორმის დროს—პირის ღრუს გამოსავლებლად რიენაოლის ხსნარი, ბორის მჟავა, ანემიური ფორმის დროს—რკინის პრეპარატები, ღვიძლის პრეპარატების დანიშნისაგან უკანასკნელ დროს თავს იკავებენ, რადგან როგორც ჰემოპოეზის სტიმულატორი ღვიძლი ხელს უწყობს არადიფერენცირებული უჯრედების გამრავლებას.

ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ ექიმის გამამხნეველი სიტყვა დიდ გავლენას ახდენს ავადმყოფის ფსიქიკაზე და ამსუბუქებს მის მიიმე მდგომარეობას.



### ქრონიკული მიელოზი (Myelosis chronica)

ქრონიკული მიელოზის (ძველი ტერმინოლოგიით—ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია) დროს მთავარია მიელოიდური ქსოვილის ჰიპერპლასტიური ზრდა უმთავრესად ელენთაში, რის გამოც ელენთა თანდათანობით დიდდება და აღწევს ძლიერ დიდ ზომას. არაიშვიათად მისი ქვემო საზღვარი მცირე მენჯის ღრუში ჩამოდის და ამრიგად მას მუცლის ნახევარი უკავია—სპლენომეგალია. ამით აიხსნება ავადმყოფის მუდმივი ჩივილი სიმძიმის შეგრძნებაზე მარცხენა ფერდქვეშა არეში; ავადმყოფს ზოგჯერ ამავე ადგილას საკმაოდ მწვავე ტკივილები ეწყება, რაც დამოკიდებულია ინფარქტით გამოწვეული ელენთის სეროზული გარსის ანთებით—პერიისპლენიტით. გადიდებულია ღვიძლიც, მაგრამ ბევრად ნაკლებად, ვიდრე ელენთა.

მნიშვნელოვან სიმპტომს წარმოადგენს აგრეთვე ტკივილები, რომელსაც აღნიშნავს ავადმყოფი ძელებში, მეტადრე მკერდის ძვალზე საექიმო ჩაქუჩით დარტყმის ან წელით დაჭერის დროს.

ალსანიშნავია აგრეთვე ზოგადი სისუსტე და სისხლნაკლებობა, რაც თანდათანობით პროგრესულობს. ავადმყოფებს ამ დროს გულის მხრივაც აქვთ ჩივილები—გულის ფრიალი, ქოშანი. ზოგჯერ ვითარდება ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენები—ცხვირიდან ან ღრძილებიდან სისხლის დენა, კანქვეშ სისხლჩაქცევები. იშვიათად, სისხლიანი ფაღარათი. ავადმყოფი კარგავს წამის მადს და კლებულობს წონაში.

გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლის ანალიზს—ლეიკოციტების რაოდენობა ძლიერ მომატებულია, რამდენიმე ასი ათასამდე, იშვიათად შეიძლება სისხლის ერთ კუბ. მლ. ლეიკოციტების რაოდენობა ურთ მილიონსაც აღწევდეს. მთავარია ლეიკოციტების ხარისხობრივი ცვლილებები—მიელოიდური რიგის მოუწიფებელი ლეიკოციტების დიდი რაოდენობა—მიელობლასტები და მათი შუალედური ფორმები—პრემიელოციტები და მიელოციტები; ნორმალური შედარებით ბევრია აგრეთვე ნორჩი და ჩხირისებრივი ლეიკოციტები, ლიმფოციტების პროცენტი მეტად დაბალია. წითელი სისხლის მხრივ დასაწყისში არავითარი ცვლილებები არ არის, შემდეგ კი ვითარდება ჰიპოქრომიული ხასიათის ანემია. ზოგჯერ პერიფერიული სისხლი, მეტადრე ალექციემიური მიელოზის დროს,

შეიძლება არ იძლეოდეს ლეიკოზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები; ამ საექვო შემთხვევებში ძვლის ტვინის პუნქტატში ყოველთვის ვნახულობთ მიელობლასტების და მიელოციტების დიდ რაოდენობას, რაც დიაგნოზისათვის გადამწყვეტია.

ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს, ზოგჯერ გამწვავებას იძლევა, რომლის დროს სისხლის სურათი უარესდება მოუწიფებელი ლეიკოციტების პროცენტული შემადგენლობის მომატებით. ტემპერატურა იწევს, ზევით, მატულობს ტვივილები ელენთის არეში და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა საგრძნობლად უარესდება. ამ დროს, არაიშვიათად, ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენებიც უვითარდება ავადმყოფს კანქვეშა სისხლჩაქცევებისა და შინაგანი ორგანოებიდან სისხლის დენის სახით.

საშუალოდ ავადმყოფობა გრძელდება 3—5 წლამდე, ზოგჯერ უფრო მეტ ხანსაც, მაგრამ საზოლოდ კახექსიის მოვლენებით ან რაიმე გართულებით (ფილტვის ანთება, ტვინში სისხლის ჩაქცევა და სხვა) ავადმყოფი იღუპება.

მკურნალობა. ქრონიკული ლეიკოზების მკურნალობაში დიდი ხანია საპატო ადგილი დაიკავა რენტგენის სხივებით მკურნალობამ და, მართლაც, მთელ რიგ შემთხვევებში რენტგენთერაპია კარგ შედეგს იძლევა—სისხლის სურათი უმჯობესდება, ელენთა პატარავდება, შრომის უნარიც უბრუნდება ავადმყოფს.

მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ რენტგენით მკურნალობა წინააღმდეგნაჩვენებია მიელოზის გამწვავების შემთხვევებში და ალექემიური ფორმების დროს, ასევე, თუ ავადმყოფი საგრძნობლად ანემიზირებულია (ჰემოგლობინი 40% -ზე ნაკლებია) ანდა ავადმყოფობა მიმდინარეობს საშუალო სიძალის ტემპერატურით, ამ შემთხვევებში რენტგენით დასხივება მხოლოდ აუარესებს ავადმყოფის მდგომარეობას. საჭიროა იმის ცოდნაც, რომ ქრონიკული მიელოზის შედარებით ახალ შემთხვევებში არ არის ნაჩვენები რენტგენის სხივებით მკურნალობის დაწყება, რამდენადაც რენტგენთერაპიის შემდეგ სხვა სამკურნალო საშუალებები უკვე ნაკლებად მოქმედებს. ამრიგად, ახლად დიაგნოსტიკებული ქრონიკული ლეიკოზების დროს მკურნალობა უნდა დავიწყოთ მედიკამენტოზური საშუალებებით და მხოლოდ ავადმყოფობის 1—2 წლის შემდეგ მივმართოთ რენტგენთერაპიას.

არსებობს რენტგენთერაპიის სხვადასხვა მეთოდები (სხვადასხვა დოზებით ზოგადი და ადგილობრივი დასხივების მეთოდები), რასაც დროგამოშვებით ატარებენ რამდენიმე კურსის სახით. რენტგენით დასხივების სეანსებს ავადმყოფი უნდა დებულოდღეს, ვიდრე ლეიკოციტების რაოდენობა 1 კ. მ. არ დაეარება  $\leq 0-25$  ათასამდე.

წამლეული საშუალებებიდან აღსანიშნავია დარიშხანი, ურეთანი და ემბიქინი. მნიშვნელოვან სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს აგრეთვე სისხლის გადასხმა.

ბენზოლს, რომელსაც წინათ ხშირად ხმარობდნენ მისი მომშამეველი თვისებების გამო, ამჟამად იშვიათად მიმართავენ.

უკეთესია დარიშხანის დანიშვნა ფოვლერის ხსნარის სახით.

Rp. Sol. Arsenicalis Fowleri 30,0

D. S. 5—5 წვეთი 3-ჯერ დღეში რძით, ჭამის შემდეგ

დარიშხანის დოზა თანდათანობით უნდა მივუშალოთ ((ყოველდღე ან დღე-გამოშვებით ორ-ორი წვეთი), ვიდრე არ მივალწვეთ 15—15 წვეთამდე დღეში სამჯერ.

დარიშხანით მკურნალობის კურსი საშუალოდ 1½ თვე გრძელდება, სჯობს შუალედებით (ავადმყოფი 5 დღე წამალს ღებულობს, 5 დღე კი ისვენებს). დარიშხანის დოზა და დასვენების დღეები თითოეულ შემთხვევაში შეიძლება სხვადასხვა იყოს, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა სისწრაფით კლებულობს ლეიკოციტების რაოდენობა ანდა რა სიმძლავრით არის გამოხატული დარიშხანის ტოქსიკური მოვლენები (გულისრევა, ღებინება, ფლარათი, კანის ქავილი, ალბუმინურია და სხვა). ზოგჯერ, თუ ეს მოვლენები აშკარად არის გამოხატული, გვიხდება დარიშხანით მკურნალობის სრული შეწყვეტა. უ რ ე თ ა ნ ი, რომელიც ქრონიკული ლეიკოზების მკურნალობაში უკანასკნელ დროს შემოიღეს, უიქველად კარგ სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს, და მთელ რიგ შემთხვევებში იდიო სარგებლობა მოაქვს.

Rp. Urethani 1,0

E.t.d. N 60

S. თითო ფხვნილი 3—4-ჯერ დღეში ჰამის შემდეგ

ურათანის მიღების დროს ზნირად ავადმყოფებს დისპეფსიური მოვლენები ეწყებათ—გულისრევა, ზოყინი და სხვა, რაც საჭიროდ ხდის წამლის დოზის შემცირებას ან დასვენების დღეების დაწესებას. წამლობის კურსის ხანგრძლივობა საშუალოდ ორი კვირაა. მისი განმეორების საჭიროებაზე კი მიგვიითობს ავადმყოფის სისხლის საკონტროლო ანალიზი.

განსაკუთრებით საყურადღებოა სრულიად ახალი საბჭოთა პრეპარატი ე მ ბ ი ქ ი ნ ი, რომელიც მეტად კარგ შედეგს იძლევა სწორედ ქრონიკული მიელოზების დროს. ემბიქინი, რომელიც დამზადებულია ამპულებში კრისტალური ფხვნილების სახით, იხსნება ფიზიოლოგიურ ხსნარში და უკეთდება ავადმყოფს ენაში. ინექციები კეთდება კვირაში 3-ჯერ. პირველად უკეთებენ ემბიქინის 3 მილიგრამს და დოზას თანდათანობით უმატებენ 5—7 მილიგრამამდე. ემბიქინის საშუალო სამკურნალო დოზას ანგარიშობენ ავადმყოფის წონის მიხედვით (თითოეულ 10 კილოგრამ წონაზე ემბიქინის 1 მილიგრამი).

მკურნალობის პროცესში, როდესაც ლეიკოციტების რაოდენობა დაახლოებით ნორმალურ ციფრს აღწევს, ემბიქინის ინექცია უნდა გაკეთდეს კვირაში ორჯერ 1 მილიგრამით ნაკლები დოზით, შემდეგ კი კვირაში ერთხელ რამდენიმე კვირის განმავლობაში. ემბიქინს აქვს თანამოვლენები, რაც გამოიხატება ინექციის 1—2 საათის შემდეგ გულისრევასა და ღებინებაში. ემბიქინისაგან თავი უნდა შევიკავოთ სისხლნაკლებობის და ლეიკოპენიის შემთხვევაში (3000 ნაკლები ლეიკოციტით 1 კ. მ.). ლეიკოზების მკურნალობაში ახალ სიტყვას წარმოადგენს აგრეთვე რადიოაქტიური ფოსფორამ მკურნალობა.

ზემოაღნიშნული წამლებით და რენტგენის სხივებით ქრონიკული ლეიკოზის (მიელოზის და ლიმფადენოზის) მკურნალობის დროს სავალდებულოა სისხლის ზნირი კონტროლი (5 დღეში ერთხელ მაინც), რათა თვალყური ვადევნოთ ლეიკოციტების რიცხვის შემცირებას და წამლობის დროული შეწყვეტით ავადმყოფს ავაცილოთ ლეიკოპენიის განვითარება.

აწმინდაციის შემთხვევაში, რომლის დროს აღნიშნული მეთოდებით მკურნალობა წინააღმდეგაჩვენებია, უნდა მივმართოთ სისხლის გადასხმას—კონსერ-

ვირბული სისხლის (ან ერთროციტების ემულსიის) განმეორებით გადსხმა საშუალო დოზებით 150—200 მლ და რკინის პრეპარატებით მკურნალობას. სავალდებულოა აგრეთვე ვიტამინების, მეტადრე C ვიტამინის ფართოდ გამოყენება. ავადმყოფის განკურნებას ჩვენ ვერ ვაღწევთ, მაგრამ აღნიშნული საშუალებებით რემისიას ვღებულობთ და რამდენიმე წლით ავადმყოფს ვუნარჩუნებთ არათუ სიცოცხლეს, არამედ შრომის უნარსაც.

### ქრონიკული ლიმფადენოზი (Lymphadenosis chronica)

ქრონიკული ლიმფადენოზის (ძველი ტერმინოლოგიით ქრონიკული ლიმფატიური ლეიკემია) დროს მთავარია ლიმფური ჯირკვლებს გადიდება, უმთავრესად გადიდებულია კისრის, იღლიისქვეშა და საზარდფლის ჯირკვლები. ჯირკვლები არ არის ურთიერთშორის და კანთან შეხორცებული, ამიტომ მოძრავია, შეხებით—მომკვრივია და უმტკივნეულო.

ვლენათა გადიდებულია, მაგრამ არასდროს არ აღწევს იმ ზომებს, როგორც ეს ქრონიკულ მიელოზს ახასიათებს. არაიშვიათად ხელის შეხებით ვნახულობთ კანქვეშ მომკვრივ ადგილებს, ე. წ. ლიმფომებს. კანი ხშირად ვანიცდის ეგზემატოზური ხასიათის ცვლილებებს.

ქრონიკული ლიმფადენოზი უფრო კეთილთვისებიანად და ხანგრძლივად მიმდინარეობს, ვიდრე მიელოზი, საშუალოდ 8—10 წლამდე.

სისხლის მხრივ დამახასიათებელია ლიმფოციტების რაოდენობის მომატება რამდენიმე ასი ათასამდე, თუმცა აქაც, როგორც მიელოზის დროს, შეიძლება შეგვეხედეს სუბლეიკემიური და ალეიკემიური ფორმები.

ლეიკოციტების მომატება ამ შემთხვევაში მთლიანად ლიმფოციტებზეა და მოკიდებული—პატარა მოუმწიფებელი ლიმფოციტები შეადგენს ხშირად ყველა ლეიკოციტის 90%.

ავადმყოფობა თანდათანობით რთულდება, ვითარდება სისხლნაკლებობა, ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენები და ავადმყოფი კახექსიურ მდგომარეობაში ილუბება.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ქრონიკული მიელოზის დროს, მაგრამ უნდა ვიცოდეთ, რომ ლიმფადენოზი მიელოზთან შედარებით უფრო ძნელად ემორჩილება როგორც რენტგენის სხივებით, ასევე მედიკამენტოზურ მკურნალობას. მედიკამენტებიდან ლიმფადენოზის დროს შედარებით კარგ შედეგს იძლევა საბჭოთა ავტორის ლარიონოვის მიერ მოწოდებული ე მ ბ ი ქ ა ნ ი ზ .

### ლიმფოგრანულომატოზი (Lymphogranulomatosis)

ლიმფოგრანულომატოზი, პირველად ჰოლციინის მიერ აღწერილი, წარმოადგენს ლიმფური ჯირკვლების სისტემურ დაავადებას; თავისი ბუნებით და მიმდინარეობით მეტად ახლო დგას ავთვისებაან სიმსივნეებთან და ლეიკოზებთან.

ერთხანს ფიქრობდნენ, რომ ლიმფოგრანულომატოზის გამომწვევი მიზეზი ტუბერკულოზური ვირუსია, რაც შემდეგში უარყოფილი იქნა. საბოლოოდ დღესაც არ არის ცნობილი, თუ რა მიზეზი უღვეს საფუძვლად ლიმფოგრანულომატოზის განვითარებას.

დამახასიათებელია ჩირკვლებში რეტიკულო-ენდოთელური უჯრედებიდან სპეციფიკური გრანულომების (კვანძების) განვითარება, რომლებიც თავის მხრივ შედგება ერთგვარი გიგანტური მრავალბირთვიანი უჯრედებისაგან (მტერნბერგის უჯრედები) და ეოზინოფილებისაგან.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფს მთავარ ჩივილს წარმოადგენს სიცხიანობა, კანის ქაეილი, ძლიერი ოფლიანობა და საერთო სისუსტე.

გასინჯვისას კი მთავარია—ლიმფური ჩირკვლების და ელენთის გადაღება. ზოგჯერ პროცესი ლოკალიზებულია და გადიდებას განიცდის ჩირკვლების ერთი ჯგუფი, მაგალითად კისრის არეში (კისრის ფორმა, რაც უფრო ხშირია), ზოგჯერ კი პროცესი გენერალიზებულია და ვრცელდება მთელ ლიმფურ აპარატზე—ზრდას განიცდის კისრის ლიმფური ჩირკვლების გარდა, ილიისქვეშა, საზარდულის, მეზენტერიალური, შუასაყარის და სხვა ჩირკვლები.

ჩირკვლები დასაწყისში რბილი და ელასტიურია, შემდეგ კი მკვრივი, უმტიყენულო, ადვილად მოძრავი. როდესაც პროცესი მათ კაფსულაზე გადადის ჩირკვლები ურთიერთ შეზორცებული ისინჯება უკვე დიდი ზომის კონგლომერატის სახით. აქ აღსანიშნავია ის, რომ ჩირკვლები კანთან და კანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილთან არასდრამს შეხორცებას არ განიცდიან. მათ არ ახასიათებთ დაზიანება ან დაჩირქება და ფისტულების წარმოშობა, როგორც ეს სჩუკია. ტუბერკულოზის ნიადაგზე გადიდებულ ჩირკვლებს. ელენთა თითქმის ყველა შემთხვევაში საგრძობლად გადიდებულია.

ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, რაც აგრეთვე მეტად დამახასიათებელია ლიმფოგრანულომატოზისათვის. ტემპერატურა სხვადასხვა ხასიათის არის, ზოგჯერ ის სუბფებრილურია და მოგვაგონებს ტუბერკულოზის სიცხეს, ზოგჯერ ტემპერატურა ისეთივე მაღალია და მუდმივი, როგორც ეს სჩუკვია მუცლის ტიფს, ხან სიცხე უფრო მერყევია და ტალღისებურად მიმდინარეობს, რითაც წააგავს ბრუცელოზს.

დამახასიათებელია ამ დაავადებისათვის კანის ქაეილი, რაც ავადმყოფს მეტად აწუხებს. კანი ხშირად დაკაწრულია ქაეილისაგან, შშრალია, ჰემენტირებული, ზოგჯერ ერთეულმატოზური გამონაყარი.

სისხლის მხრივ დიაგნოზისათვის გადაწყვეტ ცვლილებებს, სპეციფიკურს ლიმფოგრანულომატოზისათვის (როგორც ეს, მაგალითად, ლეიკოზებს ან აეთვისებთან ანემიას ახასიათებს), ადგლი არა აქვს. გამოხატულია ამ დროს ლეიკოციტოზი (10.000—15.000), რაც ავადმყოფობის მოგვიანებით პერიოდში ლეიკოპენიით იკვლება. ლეიკოციტარული ფორმულის მხრივ—ნეიტროფილოზია, ლიმფოპენია და მონოციტოზი. უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ფარჩულას მხრივ ეოზინოფილიას, რაც ლიმფოგრანულომატოზისათვის დამახასიათებლად ითვლება (10—20—40% და მეტიც). ეოზინოფილია ამ შემთხვევაში ცუდ პროგნოზულ ნიშანს წარმოადგენს, რაც მეტია მათი პროცენტი, მით უფრო მძიმეა ავადმყოფობის მიმდინარეობა.

წითელი სისხლის მაჩვენებლები (Er და Hb) დიდი ხნის განმავლობაში ნორმის ფარგლებშია, შემდეგ კი ვითარდება ჰიპოქრომიოლოზისათვის ანემია, ზოგჯერ საკმაოდ ძლიერი. ავადმყოფობა გრძელდება საშუალოდ 2—4 წელი და კანქსიის ფაზაში სიკვდილით მთავრდება.

აღწერილი სურათის გარდა, დიაგნოზისათვის უფრო ძნელ, ლიმფოგრანულომატოზის ორ ფორმას არჩევენ: მედიასტინალურს და მეზენტერიალურ ფორმებს. ლიმფური ჩირკვლები მედიასტინალური ფორმის დროს დიდებიან შუა-



საყარის, ღრუში, რისი აღმოჩენა ან დადასტურება შესაძლებელია რესტრენ-ო-ჯური გამოკვლევით. ამ დროს ავადმყოფს აწუხებს შებოქვის გრძნობა ჯღ-მკერდის არეში, სულის ხუთვა, ხველა, ყლაპვის გაძნელება და მთელი რიგი სხვა მოვლენები, გამოწვეული გადიდებული ჯირკვლების ზეწოლით ტრაქეაზე ან საყლაპავ მილზე. ხერხემლის მალეზის დაზიანების ვხით ზურგის ტვინზე ზეწო-ლით ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს კიდურების დამბლაც.

მეზენტერიალური ფორმის დროს ლიმფური ჯირკვლები გადადებულია ნუცლის ღრუში და ისინცება სიმპიენური წარმონაქმნების სახით. ავადმყოფს აქვს ტკივილება მუცელში და დისპეფსიური მოვლენები, ზოგჯერ ვითარდება ნაწლავების გაუვალობის სურათი ან ნაწლავებიდან, მისი კედლის ლაქოკრან-ულლომატოზური ინფილტრაციის დროს, პროფუზული სისხლის დენა.

ლიმფოგრანულომატოზის დიაგნოზი უმოაერესად ემყარება, თუ კი პერ-ფერიული ჭირკვალი გადიდებულია, ბიოფსიის (ამოკვეთილი ნაწილის მიკრო-სკოპული შესწავლის) ან, უფრო მარტივი ლიმფოგრამის (ჯირკვლის პუნქტა-ტის) შესწავლის მონაცემებს, რომლის დროს ზემოთ აღნიშნული გვიანჯური (შტერნბერგის) უჯრედების აღმოჩენა სწვევებს საკითხს ლიმფოგრანულომა-ტოზის სასარგებლოდ.

მკურნალობა. ლიმფოგრანულომატოზის მკურნალობას, ტარებენ რენტგენის სხივებით, მეტადრე კარგ შედეგს იძლევა რენტგენთერაპია კის-რის არეში ჯირკვლების გადიდების დროს. სხივების ზეგავლენით საპასუხური ქსოვილი განიცდის დაშლას და ჯირკვლები კლებულობს ზომაში. კარგი თერა-პიული ეფექტი ხასიათდება აგრეთვე უკანასკნელ დროს მოწოდებული ემბიქი-ნით მკურნალობის მეთოდი (იხ. ლეიკოზების მკურნალობა).

ლიმფოგრანულომატოზის მძიმე კახექსიურ ფაზაში ან ძლიერი ანემიის და ლეიკოპენიის დროს, ანდა მაღალი ტემპერატურით მიმდინარე შემთხვევებში წინააღმდეგნაჩვენებია როგორც რენტგენთერაპიის ჩატარება, ასევე ემბიქი-ნით მკურნალობა. ამ შემთხვევებში საჭიროა წინასწარ ანემიის საწინააღმდეგო ზო-მების მიღება—რკინის დიდი დოზები, ლეიქთით ან მისი პრეპარატებთან მკურ-ნალობა, სისხლის გადასხმა საშუალო დოზებით (200 მლ).

ლეიკოპენიის შემთხვევაში კარგ შედეგს იძლევა ახალი პრეპარატი თეზანი:

Rp. Sol. Thesani in ampull. N 20

D.S. კუნთებში ინექციისათვის თითო-ჯამბულა

დღეში 4-ჯერ

კარგად მოქმედებს თეზანი წვეთების სახითაც, რისთვისაც 0,5 გრ თეზანი-უნდა იყოს გახსნილი 20% სპირტის 100 მილილიტრში და ამ ხსნარს 10—10 წვეთს, განხვეებულს 1 სუფრის კოვზ წყალზე ღებულობდეს ავადმყოფი დღეში 3—4-ჯერ ჭამის წინ.

უკანასკნელ დროს დასაშვებად მიაჩნიათ ლიმფოგრანულომატოზის ოპერა-ციული მკურნალობა, თუ ამ ავადმყოფობის იზოლირებული ფორმაა და ქირურგიული ჩარევისათვის მისაწვდომია.

**ენოთიიკიბათა ცვლის სნოულბანო**

**შაქრიანი დიაბეტი (Diabetes mellitus)**

საკვებ პროდუქტებში (შაქარი, პური, კარტოფილი, ბრინჯი და სხვ.) შემავალი ნახშირწყლები კუჭ-ნაწლავში გარდაიქმნება გლუკოზად და ნაწლავებიდან სისხლის ნაკადით კარის ვენის საშუალებით მიიმართება ღვიძლში. აქ გლუკოზი გადადის გლიკოგენში რომელიც მარაგის სახით ლაგდება ღვიძლის უჯრედებში. გლუკოზის ასეთსავე დეპოზიტას, გლიკოგენში გადასვლით, ღვიძლის გარდა, ადვილიაქვს კუნთებშიც.

გლუკოზიდან გლიკოგენის სინთეზის გარდა, ღვიძლში და კუნთებში მუდმივად წარმოებს გლიკოგენის დაშლის პროცესი (ე. წ. გლიკოგენოლიზი), რომლის შედეგად წარმოიშევაა შაქარი; იგი საჭიროების მიხედვით გადადის სისხლში და სისხლიდან კი ამ საკვები მასალით სარგებლობს თითოეული უჯრედი. ასეთია ნახშირწყლების ბრუნვა ადამიანის ორგანიზმში. ამ ბრუნვის მთავარი მარეგულირებელია ინსულინი, ჰორმონი, რომელსაც გამოყოფს კუჭქვეშა ჯირკვლის ლანგერჰანის კუნძულები რომელთა მუშაობა ემორჩილება ცენტრალურ ნერვულ სისტემას.

რუსმა თერაპევტმა ა. ი. იაროცკიმ პირველმა გამოთქვა აზრი შაქრიანი დიაბეტისა და კუჭქვეშა ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითების უროთერთკავშირის შესახებ, რაც შემდეგში (1889 წ.) ექსპერიმენტულად დაამტკიცეს მერიჩმა და მინკოვსკიმ.

შაქრიანი დიაბეტის დროს დარღვეულია ნახშირწყლოვანი ცვლა—უჯრედები ვეღარ ითვისებენ შაქარს, დსზედმეტი რაოდენობით გროვდება სისხლში და გამოიყოფა შარდთან ერთად.

ჯანმრთელი ადამიანის სისხლი ყოველთვის შეიცავს შაქარს, რომლის ნორმალური რაოდენობა სისხლში უდრის 80—120 მგ %, დიაბეტის დროს სისხლში შაქარი ბევრად უფრო მეტი რაოდენობით გროვდება (200—500 მგ %), რაც ჰიპერგლიკემიის სახელით არის ცნობილი.

შაქარი შარდში ნორმალური რაოდენობით გვხვდება (0,1%) და მისი განსაზღვრა მეტად ძნელია, ამიტომ პრაქტიკულად მიღებულია, რომ ჯანმრთელი ადამიანის შარდი შაქარს არ შეიცავს. შარდში შაქრის არსებობას გლუკოზურია ეწოდება.

ამრიგად, შაქრიანი დიაბეტის მთავარი ნიშნებია: ჰიპერგლიკემია და გლუკოზურია. აქვე უნდა ითქვას, რომ შარდში შაქრის აღმოჩენა არ გულისხმობს ყველა შემთხვევაში შაქრის ავადმყოფობას, მაგალითად, ბევრი ტბილულის (შაქრის, თაფლის) მიღების დროს შეიძლება ხანმოკლე დროის განმავლობაში შარდში შაქარი აღმოჩნდეს.

ასეთი მოვლენა ფიზიოლოგიურია და ალიმენტარული გლუკოზურიის სახელს ატარებს.

დროებითი გლუკოზურია აგრეთვე შეიძლება განვითარდეს ცენტრალურ ნერვული სისტემის დაზიანების დროს (ტვინის შერყევისას, ტვინში სისხლის ჩაქცევის დროს და სხვ.) ზოგიერთი მედიკამენტით, მაგალითად, მორფიუმით მოწამვლის დროს, ზოგჯერ მწვავე ინფექციების დროსაც (მუცლის ტიფის, ფილტვის კრუპოზული ანთების დროს და სხვ.).

ნახშირწყლივან ცვლაზე გავლენას ახდენს შინასეკრეციის ჭირკვლევი—თირკმელზედა ჭირკვალი, ფარისებრი ჭირკვალი და ტვინის დანამატი. თირკმელზედა ჭირკვლის ჰორმონი—ადრენალინი აძლიერებს გლიკოგენოლიზს, ე. ი. გლიკოგენიდან შაქრის წარმოშობას, რასაც მოჰყვება ჰიპერგლიკემია და გლუკოზურია. ადრენალინის ზედმეტ გადასვლას სისხლში იწვევს სიმპათიკური ნერვული სისტემის გაღიზიანება. ამრიგად, წარმოიშევა ნევროგენური (ადრენალური) გლუკოზურია ტვინში სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესებისა და ფსიქიკური ტრავმის დროს.

ასეთივე შექანიზმით უნდა ვიხსნას ფარისებრი ჭირკვლის გაძლიერებული ფუნქციის დროს (ბაზედოვის ავადმყოფობის დროს) შესაძლო გლუკოზურიაც.

ამ შემთხვევებში გლუკოზურია არადიაბეტურია, შარდში შაქრის არსებობა მხოლოდ დროებითია, რაც არ გულისხმობს და არც შეიძლება გადავიდეს შაქრიან დიაბეტში.

ნახშირწყლივან ცვლაზე ტვინის დანამატის გავლენა უფრო რთულია—ტვინის დანამატი, იმ ჰორმონის გარდა, რომელიც აძლიერებს კუჭქვეშა ჭირკვლის ინსულარული აპარატის მუშაობას (პანკრეატაროული ჰორმონი), გამოყოფს აგრეთვე ჰორმონებს, რომლებიც, პირიქით, შემაკავებლად მოქმედებენ ინსულარულ აპარატზე (კონტრინსულარული ანუ დიაბეტოგენური ჰორმონი), მეორე მხრივ კი აძლიერებენ გლიკოგენის გადაყვანას გლუკოზაში (გლიკოგენოლიზური ჰორმონი).

ამრიგად, ტვინის დანამატის წინა წილის ჰიპერფუნქციის დროს, ამ ორი უკანასკნელი ჰორმონის გაძლიერებული გამოყოფის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს დიაბეტი, რომელიც ჰიპოფიზარული დიაბეტის სახელს ატარებს და რომლის თავისებურებას წარმოადგენს მისი კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა. გლუკოზურიანზე არ მოქმედებს საკვების ხასიათი და რაოდენობა და, რაც მთავარია, არ ემორჩილება ინსულინით მკურნალობას.

აქვე უნდა აღინიშნოს არადიაბეტური გლუკოზურიის ერთი სახე—თირკმლის გლუკოზურია (წინანდელი ტერმინოლოგიით—თირკმლის დიაბეტი), რომლის დროს მარტო შაქრის გამოყოფა დამოკიდებულია სისხლის შაქრისათვის თირკმლების დაბალ ზღურბლზე. ამ დროს სისხლში შაქარი არ არის მომატებული, გლუკოზურიანზე არ მოქმედებს არც ნახშირწყლების რაოდენობა საკვებში და არც ინსულინის ინექციები. ამჟამად ასეთ შემთხვევას უწოდებენ „უმანკო“ გლუკოზურიას (glucosuria innocens). ასეთივე ხასიათისაა ორსულთა გლუკოზურია.

ყველა აღნიშნული შეპახვეკიდის ჩვენ უნდა განვსხვავოთ ნაიდარი შაქრიანი დიაბეტი, გამოწვეული კუმქემა ჭირკვლის ინსულარული აპარატის უქმარობით.

პირველად რუსმა ექიმმა სობოლევმა შენიშნა და დაამტკიცა, რომ კუმქემა ჭირკვლის ლანგერჰანსის კუნძულებიდან გამოყოფილ ნივთიერებას უპირატესად დიდი მნიშვნელობა აქვს შაქრის დონის მერყეობაზე სისხლში და რომ ამ კუნძულების დარღვევა იწვევს შაქრიანი დიაბეტის განვითარებას. ეს ნივთიერება ინსულინია (insula ნიშნავს კუნძულს).

შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევათა დიდი უმრავლესობა გამოწვეულია პანკრეასის ინსულარული აპარატის უქმარისობით (პანკრეასული დიაბეტი), ზოგიერთ შემთხვევაში დიაბეტი ჰიპოფიზარულია.

პანკრეასული დიაბეტის მთავარი სიმპტომია ჰიპერგლიცემია, იგი ნახშირწყლოვანი ცვლას დარღვევის შედეგია, რომელიც გამოწვეულია ინსულინის უქმარისობით.

ინსულინის უქმარისობის გამო ღვიძლი სათანადო რაოდენობით ვერ ითვისებს შაქარს და ამრიგად გლიკოგენის სინთეზი შემცირებულია, მეორე მხარე ღვიძლში და ნაწილობრივ კუნთებში გლიკოგენის არსებული მარაგი ინტენსიურ დაშლას განიცდის, ხდება შაქრის გაძლიერებული წარმოშობა, ამ გარემოების გამო შაქარი ზედმეტი რაოდენობით გროვდება სისხლში. ასეთი ჰიპერგლიცემიის (ანუ შაქრიანი დიაბეტის) განვითარების პათოგენეზი.

შაქრიანი დიაბეტის დროს ნახშირწყლოვანი ცვლის გარდა დარღვეულია აგრეთვე ცილოვანი და ცხიმოვანი ცვლა. ცილებიდან წარმოიშევა შაქარი, ე. წ. კეტონური სხეულები, მძიმე შემთხვევებში კი საკუთარა ქსოვილების ცილა ცილის დაშლას.

ცხიმოვანი ცვლის დარღვევა უმთავრესად გამოიხატება კეტონურა სხეულების გაძლიერებულ წარმოშობაში (ერბოს მჟავა, B-ოქსიერბოს მჟავა, აცეტონმირის მჟავა და აცეტონი). რაც უფრო ძლიერ არის დარღვეულია ნახშირწყლების ათვისება დიაბეტის დროს, მით უფრო მეტია ცილებიდან და მეტადრე ცხიმებიდან კეტონური სხეულების წარმოშობა, რომლებიც მომზადდებიან მოქმედებს ორგანიზმზე.

დიაბეტის დროს დარღვეულია აგრეთვე წყლის შექცევა ქსოვილებში, რას გამოც ავადმყოფს შარდის დიდი რაოდენობა აქვს (პოლიურია). დიაბეტიკის სისხლში ქოლესტერინის რაოდენობაც მატულობს, რომელიც ზოგჯერ განლაგდება კანში კვანძების სახით, ე. წ. დიაბეტიკური ქსანტომატოზი. უფრო მნიშვნელოვანია ქოლესტერინის დაღევეა არტერიების კედელზე. ათეროსკლეროზის განვითარებით.

შაქრიანი დიაბეტის გამოწვევ მიზეზებს შორის აღსანიშნავია კუმქემა ჭირკვლის ინსულარული აპარატის მემკვიდრეობითი სისუსტე, რის გამოც დაენებას ხელს უწყობს ფსიქიკური ტრავმა, საკვების ზედმეტი მიღება. ამჟამად უკვე საეჭვო არ არის ქერქული ზეგავლენის მნიშვნელობა კუმქემა ჭირკვლის მუშაობის ფუნქციონალურ დარღვევათა განვითარებაში. დიაბეტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ადგილობრივ პროცესებს—ამა თუ იმ ინფექციით გამოწვეულ პანკრეასის ანთებას, სიფილისური პროცესით მის დაზიანებას, სიმსივნის განვითარებას და ათეროსკლეროზს. დიაბეტი შეიძლება შეგუხედეს ყველა ასაკში, მაგრამ უხშირესად ავად ხდება 40—60 წლის ასაკის პირები. სქესის მხრივ დავადების უპირატესობა არ აღინიშნება.

5  
ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფის მთავარი ჩივილებია—გაძლიერებული წყურვილი (პოლიდიფსია), მომეტებული ჭამის მადა (პოლიფაგია) და შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა (პოლიური). გარდა ამისა, უჩივიან მალე დაღლას. სისუსტეს კანის ქავილს. არაიშვიათად ზემოაღნიშნული მოვლენების განვითარებამდე, დიდი ხნის განმავლობაში ავადმყოფს აწუხებს მისთვის აუხსნელი სისუსტე, წინანდელი ენერგიით გონებრივი და ფიზიკური უშეზღობი წარმოების შეუძლებლობა, ხშირი ფურცელკულები. მამაკაცებს უვითარდებათ სქესობრივი სისუსტე ან უძლურება, ქალებს სქესობრივი ლტოლვის შემცირება ან მოსპობა. ყველა ასეთი შემთხვევა საექვოა დიაბეტზე და შარდის ანალიზს უნდა მიემართოს.

მიუხედავად კარგი ჭამის მაღისა, აღსანიშნავია აგრეთვე პროგრესული სიგამხდრე, თუმცა არაიშვიათად დიაბეტით ავადდებიან გადაჭარბებით მსუქანი პირები.

ავადმყოფობას ახასიათებს კანის სიმშრალე, ხშირად კანზე ეგზემა, ფურუნკულები, კარბუნკული, ასევე ხშირია უმნიშვნელო ქროლოზის დაჩირქება, რომელიც დიდხანს არ ხორცდება.

კბილები მალე ფუჭდება, ვითარდება ღრძილების ანთება და ალვეოლარული პიორია.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის მხრივ შაქრიანი დიაბეტი ხშირად შეუღლებულია ჰიპერტონიასთან, ნაადრევად ვითარდება სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული ცვლილებები, იშვიათად კიდურების განგრენა. ფილტვებში შედარებით ადვილად იკიდებს ფეხს ტუბერკულოზური პროცესი. ღვიძლი გადიდებულია ცხიმოვანი ინფილტრაციის გამო.

ნერვული სისტემის მხრივ არაიშვიათია ნევრიტებუ და ნევრალგიური ტკივილები, რომელთა წარმოშობაში ამკამად მნიშვნელობას აწერენ დიაბეტიკის ორგანიზმში B<sub>1</sub> ვიტამინის ნაკლოვანებას. ფსიქიკური სფეროს მხრივაც ავადმყოფები ზოგჯერ დეპრესიულ მდგომარეობაში იმყოფებიან.

არჩევენ შაქრიანი დიაბეტის ოთხ კლინიკურ ფორმას—ფარულანულატენტურ, მსუბუქ, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმას. ფარული ფორმის დროს ჰიპერგლიკემია და გლუკოზურია ავადმყოფს არა აქვს და ავადმყოფობის გამოვლინება შეიძლება მხოლოდ ნახშირწყლებით (შაქრით) დატვირთვით—სისხლში შაქრის მრუდის არანორმალური მერყეობით. მსუბუქი ფორმის დიაბეტის დროს, ავადმყოფს გლუკოზურია აქვს ნახშირწყლების მხოლოდ დიდი რაოდენობით მიღების დროს. საშუალო სიმძიმის ფორმაზე ვლამარაკობთ მაშინ, როდესაც გლუკოზურიის მოსპობა შესაძლებელი ხდება ნახშირწყლების ძლიერი შეზღუდვის პირობებში, და მძიმე ფორმის დიაბეტზე მაშინ, როდესაც სასტიკი დიეტის მიუხედავად, შარდში შაქარი არ ისპობა.

შაქრიანი დიაბეტი შეიძლება თავიდან ბოლომდე მსუბუქი ფორმისა იყოს, რაც უფრო ხშირია ხანში შესულთა და მსუქან პირებს შორის, ან პირიქით, თავიდანვე შედარებით მძიმე ფორმებში მიმდინარეობს. ჩვეულებრივ, რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი, მით უფრო მძიმე ფორმისაა დიაბეტი. დასაწყისში ხშირად მსუბუქად მიმდინარე დიაბეტი შემდეგში შესაძლოა მძიმე ფორმაში გადავიდეს.

დიაგნოზი შაქრიანი დიაბეტისა ეწყარება შარდის და სისხლის ანალიზს, კიბიური რეაქციით შარდში აღმოვაჩინთ შაქარს, ხოლო სათანადო ხელსაწყოთი

(სახარომეტრიო) მის რაოდენობას განესაზღვრავთ. შარდში შაქრის რაოდენობა შემთხვევის მიხედვით მერყეობს 0,5—10%—მდე. ამ დროს შარდი ბაცი ფერისაა, მკავე რეაქციის და ყოველთვის მაღალი ხვედრითი წონისა (1030—1040), რაც დამოკიდებულია შაქარზე. შარდის ასეთი მაღალი ხვედრითი წონა უკვე თავისთავად საექვოა შაქრიან დიაბეტზე. შარდის რაოდენობაც, ნორმალურ 1—1½ ლიტრის მაგივრად, თვალსაჩინოდ მომატებულია და შეიძლება დღე-ღამეში 5—10 ლიტრსაც აღწევდეს.

სისხლში შაქრის რაოდენობა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, უდრის 80—120 მგ%. დიაბეტის დროს მისი რაოდენობა საგრძობლად მატულობს (200—400 მგ%). როდესაც შაქარი სისხლში 180 მგ% გადააქარბებს, ის უკვე შარდში გადდის. რაც უფრო მეტ ნახშირწყლებს უბეულობს დიაბეტიკი, მით მეტია შაქრის რაოდენობა როგორც სისხლში, ასევე შარდში. დიაბეტის გამძლეობას ნახშირწყლებისადმი ანუ ნახშირწყლების შეივისების უნარს, შარდში შაქრის მომატების გარეშე, ეწოდება ტოლერანტობა ნახშირწყლებისადმი.

დიაბეტის მძიმე ფორმის დროს, როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, როდესაც ნახშირწყლოვანი ცელის გარდა დარღვეულია ცილოვანი და ცხიმოვანი ცლა, ორგანიზმში გროვდება კეტონური სხეულები (მეკეები), რომლებიც შარდთან ერთად გარეთ გამოიყოფიან. ამ დროს შარდში სათანადო რეაქციით ვნახულობთ აცეტონს, ამოსუნთქულ ჰაერსაც აცეტონის სუნე აქვს (დამკავებული ვაშლის სუნე). ამ მდგომარეობას აციდოზი ეწოდება, ის არანორმალური ცხიმოვანი ცელის პროდუქტებით—მეკეებით მოწამელას გულისხმობს, მძიმე მდგომარეობაზე მიგვითითებს და წინამორბედა შაქრიანი დიაბეტის უსაშინელესი გათულების—დიბეტეტიკური კომის განვითარებისა.

დიაბეტიკური კომა ზოგჯერ ერთაშად, მოულოდნელად ვითარდება, მაგრამ უფრო ხშირად რამდენიმე დღის განმავლობაში ავადმყოფს აქვს პრეკომატოზური მოვლენები—ძლიერი სისუსტე, თავის ტკივილი, გაწითლებული სახე, ქოშინი, ჰამის მადა სრულიად დაკარგული აქვს, ძილად არის მივარდნილი. ამ მდგომარეობას რამდენიმე დღეში ან შეიძლება საათშიაც მოჰყვეს დიაბეტეტიკური კომის განვითარება: ავადმყოფის კანი მშრალი და მკრთალია. ტემპერატურა ეცემა ნორმაზე დაბლა, სისხლის წნევეც ქვევით იწვეს, პულსი გახშირებულია და სუსტი ავსების. მეტად დამახასიათებელია ღრმა იმპურიანი სუნთქვა (კუსმაულის სუნთქვა) ციანოზის გარეშე და ავადმყოფის მიერ ამოსუნთქულ ჰაერის აცეტონის ძლიერი სუნე. თუ სასწრაფოდ არ მოვიღებთ სათანადო ზომებს (კომის განვითარების პირველივე 6 საათში) კომა სიკვდილით თავდება.

მკურნალობა. შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის დროს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სათანადო დიეტის დაცვას. თითოეულ ცალკეულ შემთხვევაში; პირველ ყოვლისა საჭიროა ავადმყოფის ტოლერანტობის განსაზღვრა ნახშირწყლებისადმი. ამისათვის ავადმყოფი გადაგვეყვს შემდეგ სტანდარტულ დიეტაზე: 100 გრ პური, 100 გრ ხორცი, ერთ ჩაის ჰეჟა რძე, 100 გრ კარაქი და 1 კილოგრამამდე ბოსტნეული. თუ ამ დიეტაზე ყოფნის 2—3 დღის შემდეგ შარდში შაქარი გაქრა, ფრთხილად ვუმატებთ პურს (ყოველ 2 დღეში 12—15 გრამს) და შარდის ყოველდღიური გასინჯვით ვსაზღვრავთ ნახშირწყლების ანუ პურის იმ რაოდენობას, რამელსაც ავადმყოფი ითვისებს შარდში შაქრის აღმოჩენის გარეშე.

ნახშირწყლების მომატებასთან ერთად ვუმატებთ ცილის რაოდენობასაც. ცხიმების რაოდენობას კი; პირიქით, ამ დროს ვზღუდავთ. ცხიმების შემცირების ბარჯზე ცილებს მომატება, ავადმყოფისათვის სისარგებლოა, რადგან მისთვის

ცხიმი კი არა, ცილაა კარგი. საბოლოოდ დიაბეტიკის დიეტა საშუალოდ შედგება ნახშირწყლების (პურის, კარტოფილის)—100—200 გრ, ცილების—200—300 გრ, ცხიმების—60—70 გრ და 1 კილოგრამამდე ბოსტნეულისაგან. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც სტანდარტული დიეტის მიუხედავად, რამდენიმე დღის შემდეგ შარდში შაქარი არ ქრება ან არ კლებულობს, საჭიროა ინსულინით სარგებლობა იმ მინიმალური დოზებით, რომლებიც შარდში შაქარს მოსპობენ. ამის მიღწევისათვის, რაც უფრო მეტი ინსულინის დოზაა საჭირო, მით უფრო მძიმეა დიაბეტის შემთხვევა. დიაბეტიკისათვის რაციონალური დიეტის შედგენის დროს ნახშირწყლების განსაზღვრის გარდა, საჭიროა ცილების და ცხიმების განსაზღვრაც და საკვების საერთო კალორიაჟის გამოანგარიშება.

საკვები პროდუქტების დღიური საერთო კალორიაჟი მწოლარე ავადმყოფისათვის არ უნდა აღემატებოდეს ავადმყოფის წონის თითო კილოგრამზე 25 კალორიას, მოსიარულე ავადმყოფისათვის კი—35 კალორიას. როდესაც ნახშირწყლებისადმი ტოლერანტობა ცუდი ან დაბალია და დღეში 60 გრამამდე ნახშირწყლების დაყვანის მიუხედავად შარდში შაქარი არ ისპობა, წინათ მიმართავდნენ სრულ უნახშირწყლო დიეტას და ანაზღაურებდნენ მას ცხიმების დიდი რაოდენობით. ასეთი მიდგომა დიეტის შერჩევის საკითხისადმი, ამჟამად სრულიად უარყოფილია, რამდენადაც, გარდა იმისა, რომ ავადმყოფი ძლიერ სუსტდება, საკვები რაციონიდან ნახშირწყლების მოსპობა იწვევს ცილოვანი და ცხიმოვანი ცელის მკვეთრ დარღვევას, საკუთარი ცილების დაშლას და აციდოზის განვითარებას. ამრიგად, ნახშირწყლების რაოდენობა დღე-ღამეში არ უნდა იყოს 60 გრ ნაკლები. ცილების რაოდენობის ძლიერი შეზღუდვაც არ შეიძლება, საშუალოდ ავადმყოფი უნდა ლებულობდეს თითო კილოგრამ წონაზე ცილების 1—1,5 გრ. ცხიმების დიდი რაოდენობით დანიშვნა კი მავნებელია, რადგან დიდი რაოდენობით მიღებული ცხიმი ამცირებს ნახშირწყლებისადმი ტოლერანტობას და ხელს უწყობს აციდოზია განვითარებას.

ასეთია ის საერთო პრინციპები, რომელზედაც უნდა იყოს აგებული დიაბეტიკის დიეტა—ნახშირწყლების შეზღუდვა, ხოლო არა ნაკლებ 60 გრ დღეში, ცილებისა—1—1,5 გრ ავადმყოფის თითო კილოგრამ წონაზე და ცხიმების მხოლოდ ის რაოდენობა, რომელიც დაფარავს კალორიაჟის დანაკლისს ანუ აიყვანს კალორიაჟის ციფრებს საჭირო დონემდე (საშუალო წონის მოზრდილი ავადმყოფისათვის დღე-ღამეში საჭიროა 1500—1800 კალორიის შემცველი საკვები).

ნახშირწყლებით ღარიბი საკვები, რომელსაც დიაბეტიკი უმთავრესად უნდა ლებულობდეს, შემდეგია: მწვანელი, კომბოსტო; ისპანახი, ბოლოკი, სალათა, კიტრი, კაკალი, თხილი, ვაშლი, მაწონი, ყველი, კვერცხი, ხორცი, თევზი. ამრიგად, დიაბეტიკის მაგიდა, თუ ამას დაეუმატებთ დასაშვები რაოდენობით ბურს, ბრინჯს, კარტოფილს, საკმაოდ ფართო და მრავალფეროვანია.

დიაბეტის მძიმე შემთხვევებში, როდესაც შაქრის დიდი რაოდენობის გარდა შარდში აცეტონია, საჭიროა დიეტურ რეჟიმში შვრისის დღეების ჩართვა—200 გრ შვრისის ფქვილის, 150 გრ კარაქისა და 200 მლ რძისაგან ამზადებენ ფაფას, ანაწილებენ და მთელი დღის განმავლობაში აძლევენ ავადმყოფს. კარგად მოქმედებს აგრეთვე შემდეგი შემადგენლობის დღიური რაციონი: რძეზე მოზნადებული 80 გრ ბრინჯი, 700 გრ ვაშლი, ერთი-ორი კიჭა ჩაი ან ყავა, რამდენიმე ჩაის კოვზი არაყი. იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი არ მკურნალობდა ან არაწესიერი მკურნალობის შემდეგ ძლიერ გამხდარი და დაუძლეურებულია, უნდა მივმართოთ გაძლიერებულ კვებას: 300—400 გრ პური, 100 გრ ცილა, მხოლოდ ცხიმი არა უმეტეს 50 გრ.

რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევებში სავალდებულოა ინსულინი სარგებლობა.

ინსულინის აღმოჩენას ეუდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა მედიცინაში. წინათ ყველა დიაბეტიკი საბოლოოდ დიაბეტური კომის მოვლენებით იღუპებოდა. ამჟამად კი ინსულინის სახით ჩვენ ისეთი შესანიშნავი და მძლავრი იარაღი გაგვაჩნია, რომლის საშუალებით დიაბეტით ავადმყოფი შრომისუნარიანი რჩება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და აგრეთვე დიაბეტის უპირატესად მძიმე და კომით გართულებულ შემთხვევებშიც შეგვიძლია ავადმყოფს რეალურად დავუხმაროთ. რუსმა მეკვლევარმა სობოლევმა, 1900 წ., პირველმა აღნიშნა, რომ კუჭქვეშა ჯირკვლის კუნძულების აპარატს უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა ორგანიზმის შაქრის რეგულაციაში. ამ აღმოჩენით ისარგებლეს ბანტინგმა და ბესტმა და 1922 წ. გამოაყვეს ინსულინი.

ინსულინის მეშვეობით დიაბეტის ყველა მძიმე შემთხვევაში და მაშინაც, როდესაც რაციონალური დიეტის დანიშვნისა და ავადმყოფის მიერ ამ დიეტის შესრულების მაუხედავად შარდში შაქრის მოსპობას ან დაბალ დონემდე დაყვანას ვერ ვახერხებთ. ინსულინს უნდა მივმართოთ აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდესაც დიეტის დაცვის შედეგად თუმცა შაქარი მოისპო შარდში, მაგრამ ავადმყოფი კლებულობს წონაში და ძლიერ სუსტდება, დიეტის გაფართოების ცდას კი ყოველთვის თან სდევს შარდში შაქრის მომატება. ინსულინის გაკეთება საჭიროა მაშინაც, თუ, მაგალითად, მსუბუქი ფორმის დიაბეტით დაავადებული პირი, რომელიც ინსულინს არ იკეთებდა, ავად გახდა სიცხით მიმდინარე რომელიმე ინფექციური დაავადებით, რის დროსაც დიაბეტის მიმდინარეობა ყოველთვის უარესდება. ასევე სავალდებულოა ინსულინის გაკეთება, თუ დიაბეტით ავადმყოფს ესაპირობება ოპერაციული ჩარევა. დიაბეტური კომის დროს აუცილებელია ინსულინის დიდი დოზების ხმარება, ვინაიდან ეს არის ერთადერთი საშუალება სიკვდილისაგან ავადმყოფის ხსნისა.

ინსულინის დოზა განისაზღვრება ერთეულებში. თითო მილილიტრი ინსულინი შეიცავს 20 ან 40 ერთეულს, ერთეულების რაოდენობა კი, რომელიც უკეთდება ავადმყოფს, დამოკიდებულია შემთხვევის სიმძიმეზე და შაქრის დონეზე სისხლსა და შარდში.

დიაბეტის მძიმე შემთხვევებში, ჩვეულებრივ, საჭირო ხდება დღე-ღამეში საშუალოდ 60 ერთეულის გაკეთება, ხოლო არაერთდროულად, არამედ დღეში 2 (ან სამი) ინექციის სახით, თითო გაკეთებაზე საშუალოდ 20 ერთეულს შევყავნით. ინსულინი კეთდება კანქვეშ კამამდე დაახლოებით  $\frac{1}{2}$  საათით ადრე, მისი მოქმედება იწყება გაკეთებიდან 30 წუთის შემდეგ და გრძელდება 4 საათი.

დიაბეტური კომის დროს, რაც უფიძლება მალე, ვინაიდან ავადმყოფის სიცოცხლის საკითხს დღეები კი არა, საათები სწყვეტს, ვენაში შეგვყავს ინსულინის 60 ერთეული, შემდეგ კი ყოველ 2 საათში კანქვეშ  $\frac{1}{2}$ —30 ერთეული, განუწყვეტლად კონტროლს ვუწევთ შარდში შაქრის რაოდენობას. ვიდრე ავადმყოფი გრძნობაზე არ მოვა. ამრიგად, ავადმყოფს დღე-ღამეში ვაწვდით ინსულინის 200—300 და მეტ ერთეულს. ამჟვე დროს სავალდებულოა გლუკოზის 20%, ხსნარის 20—40 მლ ვენაში გაკეთება და გარდა ამისა  $\frac{1}{2}$  ლიტრამდე 5% გლუკოზის ხსნარის უკანა ტანში შევყავან წვეთობრივი ოცნის სახით. თუ ავადმყოფს შეუძლია პირიდან სითხე მიიღოს, დიდი რაოდენობით ვაძლევთ ბორჯომს; წყალს.

კომური მდგომარეობიდან ავადმყოფის გამოყვანის შემდეგ თვალყურს ვადევნებთ შარდში შაქრის რაოდენობას და, ინსულინის დოზებს თანდათანობით



ვამცირებთ. საკვებიდან პირველ დღეებში ავადმყოფს ვუნიშნავთ შერჩის ფა-  
ფას ან ხილის წვეს, ცილას და ცხიმებს კი არ ვაძლევთ.

უკანასკნელ დროს საბჭოთა მეცნიერების—გენეისის და რეზნიცკაიას მიერ  
შემოღებულია დიაბეტით ავადმყოფთა მკურნალობის ახალი პრინციპი—ავად-  
მყოფი იკვებება ისევე, როგორც ჩანმრთელი ადამიანი, მხოლოდ იკეთებს  
საკვირო დოზით ინსულინს.

ყველა დიაბეტის უნდა ახსოვდეს, რომ ინსულინის გადაჭარბებული დო-  
ზის მიღება ავადმყოფს უეცარებს ე. წ. ჰიპოგლიკემიურ მოვლენებს,  
რაც შეიძლება ჰიპოგლიკემიური კომით და ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრ-  
დეს. ჰიპოგლიკემიის განვითარების მიზეზია ზედმეტი რაოდენობით შეყვანილი  
ინსულინი, რაც იწვევს სისხლში შაქრის ძლიერ დაკლებას. დიაბეტის ზოგ შემ-  
თხვევაში მკლადნდება ავადმყოფის მომეტებული მგრძობელობა ინსულინისად-  
მი და ამ შემთხვევაში ინსულინის შედარებით მცირე დოზაც ჰიპოგლიკემიის  
მოვლენებს იწვევს.

ჰიპოგლიკემიის ნიშნებია—ერთბაშად განვითარებული შიმში-  
ლის გრძობა, კიბურების კანკალი, ოფლიანობა, გულის ფრიალი—უფრო მძიმე  
შემთხვევებში ავადმყოფი კარგავს გონებას.

ჰიპოგლიკემიური კომა. საჭიროა კარგად ვიცოდეთ რა ნიშნებით  
უნდა განვასხვავოთ დიაბეტური კომა ჰიპოგლიკემიური კომისაგან. ერთმანეთში  
მათ არევის და არაშესაფერის დახმარების აღმოჩენას შეიძლება მოჰყვეს ავად-  
მყოფის სიკვდილი.

ჰიპოგლიკემიური კომის დროს ავადმყოფის შარდი შაქარს არ შეიცავს,  
ავადმყოფს არა აქვს აცეტონის სუნი და კუსმაულის ღრმა სუნთქვა, თვალების  
კაკლის დარბილება და კანის სიმშრალე, რაც დამახასიათებელია დიაბეტური  
კომისათვის.

ჰიპოგლიკემიის პირველივე ნიშნების გამოვლინებისას ავადმყოფმა უნდა  
მიიღოს შაქრის ნაჭერი ან სხვა რაიმე ტუბილუელი, რაც ძლიერ სწრაფად სპობს  
ამ მოვლენებს. ჰიპოგლიკემიური კომის შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფს დაუ-  
ყოვნებლად გაუყეთდეს ვენაში გლუკოზის 40% ხსნარის 20—30 მლ; ხოლო  
კანქვეშ ადრენალინის 1 : 1000 ხსნარის 0,5—1,0 მლ.

საბჭოთა კავშირში, სადაც სახელმწიფოებრივ ღონისძიებათა შორის ადა-  
მიანზე მზრუნველობის საკითხი ერთ-ერთი ძირითადია, შაქრიანი დიაბეტით  
ავადმყოფისათვის შექმნილია განსაკუთრებული პირობები—ორგანიზებულია  
ყველა დიდ ქალაქებში დიაბეტური კაბინეტები, სადაც მოსიარულე ავად-  
მყოფებს აქვთ საშუალება კვალიფიცირებული სპეციალისტის სისტემატური  
მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდნენ, გახსნილია დიაბეტოკებისათვის სასა-  
დლოები, მზადდება მათთვის სპეციალური პური და ტუბილუელობა, გაფარ-  
თებულთა ინსულინის დამამზადებელი ქარხნების ქსელი და სხვა ღონისძიებე-  
ბი, რაც ბევრად აადვილებს ამ მძიმე სენიათ შეპყრობილ ავადმყოფთა მკურ-  
ნალობას.

## ✓ სიმსუქნე (Adipositas)

პათოლოგიური სიმსუქნის დროს ადამიანის სხეულში ადგილი აქვს ზედმე-  
ტი ცხიმის დაგროვებას.

ცხიმი უმთავრესად გროვდება კანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილში, ბაღე-  
ქონში, ლეიქში, თირკმლის კაფსულაში, გულის პერანგში.

40. შინაგანი სნეულბანა.

სიმსუქნის გამომწვევი მიზეზები სხვადასხვაა. იმ შემთხვევაში, როდესაც ადამიანი ზედმეტ საკვებს ღებულობს და ამავ დროს ფიზიკურ შრომას ნაკლებად ეწევა, საკვებით მიღებული ენერგია ჰარბობს დახარჯულს და ადამიანი სუქდება; ეს იქნება ე გ ზ ო გ ე ნ უ რ ი ანუ გარეგანი მიზეზით გამოწვეული სიმსუქნე.

ენდოკრინული ანუ შინაგანი მიზეზებით გამოწვეული სიმსუქნე გვაქვს მაშინ, როდესაც სიმსუქნის განვითარებას საფუძვლად უძევს ენდოკრინულ-ვეგეტატიური მოშლილობანი. ასეთი დაყოფის დროს, რასაკვირველია, არ უნდა ვიფიქვებდეთ, რომ ენდოკრინული ფაქტორების გამოთიშვა გარემოს ზეგავლენისაგან შეუძლებელია.

მთავარია, რომ ციზმოვან ცვლაზე გავლენას ახდენს ცენტრალური ნერვული სისტემა. ამის გარდა, შიდა სეკრეციის ორგანოებიც—ტინის დანამატი (ჰიპოფიზი), ფარისებრი ჯირკვალი, პანკრეასი და სასქესო ორგანოები, რომელთა მუშაობას არეგულირებს კვლავ ცენტრალური ნერვული სისტემა.

ამისდა მიხედვით არჩევენ სიმსუქნის შემდეგ სახეებს:

ჰ ი პ ო თ ა ლ ა მ უ რ ი, ანუ დიენცეფალური სიმსუქნე. ციზმოვანი ცვლის მარეგულირებელი ვეგეტატიური ცენტრები მდებარეობს შუამდებარე ტვინში და ამ ადგილის დაზიანებას, მაგალითად, გადატანილ ტვინის ანთებას (ენცეფალიტი) შეუძლია გამოიწვიოს პათოლოგიური სიმსუქნე.

ჰ ი პ ო ფ ი ზ ა რ უ ლ ი ს ი მ ს უ ქ ნ ე. ტვინის დანამატის წინა წილი, ფუნქციონალურად დაკავშირებული ზემოხსენებულ ვეგეტატიურ ცენტრებთან და რიგ შიდა სეკრეციის ჯირკვლებთან, გამოყოფს ისეთ ნივთიერებებს, რომლებიც უშუალო გავლენას ახდენს ციზმოვან ცვლაზე და ამ ადგილის დაზიანება, მაგალითად, სიმსივნით ან სითლისით, იწვევს ორგანიზმის დაციზმოვნებას.

ამ ჩვეულებას ეკუთვნის ე. წ. dystrophia adiposa-genitalis, რომელიც გვხვდება ახალგაზრდებში. ამ შემთხვევაში სიმსუქნესთან ერთად ადგილი აქვს სასქესო ორგანოების და საერთო ფიზიკურ განუვითარებლობას.

თ ი რ ე ო გ ე ნ უ ლ ი ს ი მ ს უ ქ ნ ე. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითების დროს ადამიანი სუქდება. ამ სიმსუქნესთან ერთად მას ჰ ი პ ო თ ი რ ე ო ზ ი ს ან მიქსედემის მთელი რიგი სხვა სიმპტომებიც აქვს (იხ. მიქსედემა).

პ ა ნ კ რ ე ა ტ ო გ ე ნ უ რ ი ს ი მ ს უ ქ ნ ე. კუჭკვეშა ჯირკვლის ინსულარული აპარატის გაძლიერებული ფუნქციის დროს, ინსულინის ზედმეტი გამოყოფა ჰემის მადის მომატების გარდა იწვევს სითხის შეკავებას ქსოვილებში და ციხის დაგროვებას სისხლში (ასეთი წარმოშობის სიმსუქნის შესაძლებლობას უკანასკნელ დროს უარყოფენ).

ჰ ი პ ო გ ე ნ ი ტ ა ლ უ რ ი ს ი მ ს უ ქ ნ ე—უფრო ხშირად ქალებში გვხვდება საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითების დროს. ამ სიმსუქნის განვითარებაში უშუალო მონაწილეობას ღებულობს ტვინის დანამატიც, რომელიც მკვიდრო კავშირში იმყოფება საკვერცხეების ფუნქციასთან.

ყოველივე ამის გარდა სიმსუქნის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ქსოვილების თვისებას ციხის დაგროვებისადმი, ე. წ. ლ ი პ ო ფ ი ლ ი ა ს და მასთან დაკავშირებულ ჰ ი დ რ ო ფ ი ლ ი ა ს, რაც გულისხმობს ციზმოვანი ქსოვილის მიერ წყლისა და მარილების შეკავებას. უნდა აღინიშნოს, რომ სიმსუქნის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს სიმსუქნისადმი მიდრეკილებასაც (კონსტიტუციონალური სიმსუქნე), რომლის განვითარებაში მთავარი როლი ანიჭება ქსოვილების ზემოხსენებულ ლიპოფილიას.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ადამიანის ორგანიზმში შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებს შორის არსებული ინტიმური კავშირი ერთი მხრივ, ხოლო მეორე მხრივ მათ მუშაობაზე ცენტრალური ნერვული სისტემის მარეგულირებელი გავლენა, ძლიერ აართულებს სიმსუქნის პათოგენეზის საკითხს და აძნელებს თითოეულ ცალკეულ შემთხვევაში სიმსუქნის წარმოშობის მიზეზის ზუსტ დადგენას. ამავ დროს უნდა ითქვას, რომ ბევრი ფაქტებია დაგროვილი იმის სასარგებლოდ, რომ ნივთიერებათა ცვლის ცენტრალური ნერვული რეგულაციის მოშლა მთავარია სიმსუქნის განვითარებაში. ხოლო ქერქული აპარატის ზეგავლენის როლი, რაზედაც მიგვიჩივებდა ი. პ. პავლოვი, თუ რა მექანიზმებით წარმოიქმნება სიმსუქნის ამა თუ იმ სახის განვითარებას, რთული საკითხია და ჯერ საბოლოოდ გადაჭრილი არ არის.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფობის მთავარი ნიშანია ქოშინი, რომელიც გამოწვეულია მუცლის ღრუში ცხიმის დაგროვების გამო დიაფრაგმის ზემოთ აწევით, რაც ზღუდავს ფილტვების ექსპურსიას და გულის მუშაობას.

გარდა ამისა, გულის პერანგში ცხიმის დაგროვება და, რაც უფრო მნიშვნელოვანია, გულის კუნთის ცხიმოვანი ინფილტრაცია აფერხებენ გულის ნორმალურ მუშაობას. მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ დაცხიმებულ, დამძიმებული სხეულის მომსახურებისათვის გულს უხდება მეტი ენერჯით მუშაობა. თანაც სიმსუქნეს ხშირად თან ახლავს სისხლძარღვების საერთოდ, და კერძოდ გულის კუნთის მკვებავი სისხლძარღვების. ათერომატოზული გადაგვარება, რის გამოც გულის კვება შეფერხებულია.

ავადმყოფის მთავარი ჩივილებია: ქოშინი, გულის ფრიალი და სიმძიმის შეგრძნება გულის არეში. ავადმყოფები მალე იღლებიან, მოძრაობა ეზარებათ, აწუხებთ ოფლიანობა, მეტადრე სიცხეში, რომელსაც საერთოდ ცუდად იტანენ.

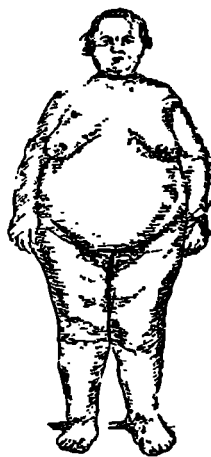
ფილტვებში აღინიშნება შეგულებითი მოკლენები, რაც ხელს უწყობს ქრონიკული ბრონქიტის და ფილტვის ემფიზემის განვითარებას.

მუცლის ღრუს ორგანოთა მხრივ ხშირია შეკრულობა, მეტეორიზმი, ბუასილი.

გასინჯვით გულის საზღვრების გამოკვლევა ძნელია, მოსმენით კი ტონები საგრძნობლად მოყრუებულია. ღვიძლი გადღებულა ცხიმოვანი ინფილტრაციის გამო.

სიმსუქნით ავადმყოფებს წნევა ხშირად მომატებული აქვთ, მათ მიღრეკილება აქვთ ფილტვების ანთებით, კენჭოვანი ქოლეცისტიტით და ნიკრისის ქარით (პოდაგრით) დაავადებისადმი. მნიშვნელოვანია აგრეთვე ის, რომ მსუქანი პირები ყოველგვარ ინფექციურ დაავადებას მძიმედ იტანენ. საერთოდ, გამხდარ პირებთან შედარებით, მათი სიცოცხლე უფრო ხანმოკლეა (სურ. 130).

მკურნალობა. სიმსუქნის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა შორის მთავარია დიეტა. დიეტა უნდა იყოს კალორიებით ღარიბი, უმთავრესად ცხიმებისა და ნახშირწყლების შემცირების ხარჯზე.



სურ. 130. სიმსუქნე

ცხმები დაყვანილი უნდა იქნეს დღეში 30—50 გრამამდე. ნახშირწყლები კი—100—150 გრამამდე; ცილების რაოდენობა კი რჩება ნორმალური (100—120 გრამი).

ძირითადად ავადმყოფს უნდა ვურჩიოთ შავი პური, რძე, ხაჭო, მაწონი, კვერცხი, არამსუქანი თევზი და ხორცი, ბოსტნეულის სუფები, მწვანილი, ბოსტნეული და მკავე ხილი.

სრულიად ეკრძალებათ ცხიმოვანი, მსუქანი საკვები, ჭვჭილეული და ტკბილეული. ეკრძალებათ აგრეთვე სპირტეული სასმელების და მათ შორის ლუდის ხმარებაც. მარილის რაოდენობა უნდა განისაზღვროს დღეში 4—6 გრამით, სითხეს კი ღებულობდეს არაუმეტეს 1—1½ ლიტრისა.

ასეთი დიეტის გარდა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ე. წ. განტვირთვის დღეების დაწესებას—კვირაში ერთი დღე ავადმყოფი ღებულობს მხოლოდ რძეს (8 ჩაის კიჭას) ან მხოლოდ ბოსტნეულს (1—1½ კილოგრამი ნედლი ბოსტნეული—კიტრი, პამიდორი, კომბოსტო, სალათა, ბოლოკი და სხვ.), ანდა მხოლოდ ხილზეა (მომკაეო ვაშლი 1½ კილოგრამი).

ამ დღეს ავადმყოფი საწოლში უნდა ატარებდეს.

გარდა დიეტისა აუცილებელია ფიზიკური ვარჯიში—ფეხით (და არა მანქანით) სიარული, ნადირობა, ზაფხულში—ცურვა, ფრენბურთის ან ჩოგბურთის თამაში, ზამთრობით—თხილამურებით სეირნობა.

ასეთი ვარჯიში იწყებს ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებას და ავადმყოფი თანდათანობით კლებულობს წონაში.

სასარგებლოა აგრეთვე საერთო აბაზანები, შხაპი, მასაჟი. ყოველივე ეს უნდა დაენიშნოს ავადმყოფს სისხლის მიმოქცევის სისტემის მდგომარეობის გათვალისწინებით.

თუ ავადმყოფისათვის, მისი გულის მდგომარეობის მიხედვით, სპორტის ამა თუ იმ სახით სარგებლობა წინააღმდეგნაჩვენებია, შეიძლება ვისარგებლოთ ფრთხილი სამკურნალო ვარჯიშის და მასაჟის დანიშვნით.

მაშინ, როდესაც აღნიშნული ღონისძიებებით (დიეტით, ფიზიკური დატვირთვით, წყლის პროცედურებით) სასურველ შედეგს ვერ ვაღწევთ, უნდა მივმართოთ მედიკამენტოზურ მკურნალობას.

ამ მხრივ ყველაზე კარგ მოქმედებას იჩენს თირეოიდი (ან თირეოკრინი).

თირეოიდი მშვენიერ შედეგს იძლევა თირეოგენური სიმსუქნის დროს, თუმცა მისი დანიშვნა გამართლებულია აგრეთვე ჰიპოფიზარული და ჰიპოფენიტალური სიმსუქნის შემთხვევებშიც, რომელთაც, ჩვეულებრივ, თან ახლავს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება. მაგრამ მისი დანიშვნის დროს საჭიროა სიფრთხილე და მეთვალყურეობა.

თირეოიდინის მკურნალობას ვიწყებთ მცირე დოზიდან—დღეში 0,05—0,1, და თანდათანობით ეუმბატებთ დიდ დოზამდე (დღეში 0,5—0,6); თუ ავადმყოფს დაეწყო გულის ფრიალი და აუჩქარდა პულსი, საჭიროა დოზის შემცირება.

თირეოიდინის საშუალო დოზებით მკურნალობას (0,1 დღეში 2—3-ჯერ) უნდა ვატარებდეთ ხანგრძლივად (1—1½ თვე), ვიდრე არ მივალწევთ სასურველ დონემდე ავადმყოფის წონის დაქვეითებას.

ჰიპოფენიტალური სიმსუქნის დროს თირეოიდინის გარდა კარგია ოვარინი (ფოლიკულისი) ან სპეკრინის დანიშვნა—ავადმყოფის სქესისდა მიხედვით.

ავადმყოფის სხეულში სითხის დაგროვების საწინააღმდეგოდ (ჰიდროფილის დროს) მიემართავენ მერკუროს და სინექსის ინექციებს—1,0 კუნთებში ხუთ დღეში ერთხელ, სულ 5—6 ინექცია. მიზანშეწონილია დიურეტიკის დანიშვნა.

დასასრულ, გარკვეული სარგებლობა მოაქვს კისლოვოდსკში, ესენტუჯში, ბორჯომში მკურნალობას.

## ✓ ნიკრიხის ძაბი, პოდაგრა (Podagra, Arthritis urica)

ნიეთიერებათა ცვლის დარღვევის ერთ-ერთ სახეს ნიკრიხის ქარის ან უპოდაგრა წარმოადგენს. ამ დროს შარდმეყვას რაოდენობა სისხლში მატულობს, რასაც მოჰყვება შარდმეყვა ნატრიუმის მარილის დალექვა უმთავრესად სახსრებში და მათ ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში—

აღნიშნული გარემოება დამოკიდებულია შარდმეყვას ნორმალური ცვლის დარღვევისაგან, რაც გამოწვეულია, ერთი მხრივ, ღვიძლის დაზიანებით, მეორე მხრივ კი თირკმლების უკმარისობის გამო ორგანიზმიდან შარდმეყვას არასაკმარისად გამოყოფით. წამყვანი მნიშვნელობა აქვს ნიეთიერებათა ცვლის ცენტრალური ეგვიტატიური რეგულაციის მოშლას.

გამომწვევ მიზეზებს შორის უნდა აღინიშნოს გაძლიერებული კვება, მეტად რე ხორცეულით, ალკოჰოლური სასმელების ზედმეტი მიღება, თანდაყოლილი მიდრეკილება. პოდაგრა უფრო ხშირია მამაკაცებში 40—50 წლის ასაკში.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფობა არსებითად ქრონიკულია, მაგრამ ზოგჯერ ვითარდება მწვავე შეტევები. მწვავე პოდაგრული შეტევის დროს, ავადმყოფს, უფრო ხშირად ღამით ეწყება ძლიერი ტკივილი წერილ სახსრებში, უხშირესად ქვემო კიდურის ცერის სახსარში, რაც დამახასიათებელია პოდაგრისათვის. სახსარი შესივებული და გაწითლებულია. 1° ზევით იწვეს. რამდენიმე საათის შემდეგ ძლიერი ტკივილები კლებულობს, მეორე ღამეს ძლიერი ტკივილები ისევ იწყება და ასე გრძელდება რამდენიმე დღე. შემდეგ, შარდთან ერთად შარდმეყვა მარილების დიდი რაოდენობით გამოყოფას თან სდევს შეტევების შეწყვეტა.

შეტევების განვითარებას ხელს უწყობს უმთავრესად ფიზიკური და გონებრივი გადატვირთვა, საკვები რეჟიმის უხეში დარღვევა, ცუდი ამინდი.

პოდაგრით დაავადებულ ავადმყოფს ხელ-ფეხის წერილი სახსრები ხშირად დეფორმირებული აქვს, მოძრაობა ამ სახსრებში შეზღუდულია, ზოგჯერ ვითარდება ანკილოზი. სახსრების ირგვლივ ან სხეულის სხვა ადგილას ავადმყოფის გასინჯვის დროს კანქვეშ ვნახულობთ მომკვრივო კვანძებს ე. წ. ტოფები—tophi uratici (სურ. 131), რომლებიც შესდგება ამ ადგილებში დალექილ შარდმეყვა მარილებისაგან. კანზე ხშირად ვითარდება ეგზემა, ღვიძლი გადიდებულია, სისხლში მომატებულია შარდის მჟავა 3—10 მგ%-მდე და მეტიც (ურაიკემია).

მკურნალობა. მთავარია სათანადო დიეტის დაცვა, ავადმყოფს ეკრძალება შემწვარი ხორცი და თევზი, ტვინი, თირკმლები, ღვიძლი, ისპანახი, მუხუდო, ლობიო, ბოლოკი. უმთავრესად ეძლევათ რძე და რძის ნაწარმი, ბოსტნეული, ხილი. კვირაში ორჯერ მოხარშული ხორცი ან თევზი. კარგია თევზი



სურ. 131. პოდაგრის კანის ფეხის ცერზე.

2-ჯერ განტვირთვის დღეების დაწესება; ამ დროს ავადმყოფი მხოლოდ ხილით და ბოსტნეულით იკვებება.

წამლებიდან ნაჩვენებია ატოფანიტ მკურნალობა—

Rp. Atophani 0,5

D. t. d. N 20 in tabl.

S. თითო ცალი 3—4-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ, ბორჯომის წყლით

ატოფანს ავადმყოფი ღებულობს კვირაში 3 დღეს, დანარჩენ დღეებში კი ისვენებს.

ავადმყოფი საერთოდ ბევრ სითხეს უნდა ღებულობდეს და მათ შორ. ს განსაკუთრებით მინერალურ წყლებს, მეტადრე ბორჯომის წყალს.

ქარგია აგრეთვე თბილისის ბალნეოლოგიური კურორტის გოგირდოვანი წყლების აბაზანები, ტალახით მკურნალობა, ფიზიოთერაპიული საშუალებანი.

კურორტებიდან ნაჩვენებია—წყალტუბო, ახტალა, ელენოვოდსკი, ესენ-ტუკი, ბორჯომი.

პოდაგრის მწვავე შეტევის დროს ავადმყოფს ვაწვენთ საწოლში; გადაგყავს შიმშილის დიეტაზე, ვუნიშნავთ მინერალურ წყალს დიდი რაოდენობით (2 ლიტრამდე), მტკივნეულ ადგილებზე სითბოს პროცედურებს—სოლუქსი, ლურჯი სინათლე, წამლებიდან ვუნიშნავთ:

Rp. T-rae Colchici 30,0

D. S. 15—20 წვეთი ყოველ 4 საათში

2—4 დღის განმავლობაში

---

**ზინაზანი სეკრეციის ჯირკვლავის სისტემის სნეულბანად**



**ბაზედოვის დაავადება. ჰიპერტირიკოზი**

(Morbus Basedowi. Hyperthyreosis)

ეს ავადმყოფობა აღწერილი იყო 1840 წ. ბაზედოვის მიერ.

ბაზედოვის დაავადების დროს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია არანორმალურად გაძლიერებულია. დაავადებული ჯირკვლის მიერ ზედმეტი რაოდენობით გამოყოფილი ჰორმონი თირკმლის შხამავს მთელ ორგანიზმს და პირველ რიგში ნერვულ სისტემას. ასეთი მდგომარეობა ცნობილია თირეოტოქსიკოზის სახელწოდებით.

ავადმყოფობის განვითარების ხელშემწყობ პირობებს წარმოადგენს ადამიანის ნევროპათიული კონსტიტუცია და ამ დაავადებისადმი თანდაყოლილი მუდრეკილება, რამდენადაც არაიშვიათია ერთი და იმავე ოჯახის წევრებს შორის ამ ავადმყოფობის გამოვლინება.

ბაზედოვის დაავადების მთავარ ეტიოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს თავის ტვინის ქერქის გაღიზიანება, მისი ენდოკრინულ-ვეგეტატიური ფუნქციების რეგულაციის მოშლით, რაც საბოლოოდ იწვევს ტვინის დანაბატის წინა წილის ე. წ. თირეოტროპული ჰორმონის ზედმეტ გამოყოფას, რომელაც აძლიერებს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციას.

ამ ავადმყოფთა ანამნეზში ხშირია მითითება ფსიქიკურ ტრავმაზე, გადაღლაზე, უფრო იშვიათად აღინიშნება სხვადასხვა ინფექციები (გრები, რევმატიზმი, ტუბერკულოზი).

დედაკაცებს შორის ეს ავადმყოფობა გაცილებით უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მამაკაცებში, საშუალოდ 5-ჯერ უფრო ხშირად. ჩვეულებრივ, ავადდებიან 20—30 წლის ასაკის პირები. ბავშვებში იშვიათია.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ბაზედოვის დაავადების დამახასიათებელია შემდეგი სამი ნიშანი: ჩიყუცი, თვალბუნებრივი ტუბერკულოზი და ანთეგზოფთალმია და გულის ფრეატიკული ტუბერკულოზი.

ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება (ჩიყვი), ჩვეულებრივ, დიფუზურია. ზოგჯერ კი მისი ნაწილი დიდდება და ისინჯება კვანძის სახით, იგი დასაწყისში რბილი, შემდეგ კი მკვრივი კონსისტენციისაა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ჯირკვლის სიდიდე ყოველთვის არ შეესაბამება ავადმყოფობის სიმძიმეს.

მნიშვნელოვანი მოვლენები აქვს ავადმყოფს თვალების მხრივ. პირველ ყოვლისა, ყურადღებას იპყრობს თვალების ძლიერი დაჭყეტილობა, შემდეგ

ფართოდ გახსნილი თვალების ნაპარლი, თვალების იშვიათი ხამხამი და არა-ჩვეულებრივი სიბრწყინვალე. დამახასიათებელია აგრეთვე თვალების კაკლის ქვემოთ მოძრაობის დროს ზემო ქუთუთოს ჩამორჩენა, ამ დროს ჩანს სკლერის თეთრი ზოლი (გრეფეს სიმპტომი); შემდეგ, რომელიმე საგანზე ავადმყოფის მხედველობის ფიქსაციის დროს ავადმყოფის ცხვირთან ამ საგნის მიახლოები-სას—თვალების განზე გადაწევა (შებიუსის სიმპტომი) (სურ. 132—133).

გულის მხრივ დამახასიათებელია გულის ფრიალი, მისი საზღვრების გაგანიერება. გულის ფუძეზე და მწვერვალზე სისტოლური შუილი, ხშირი კულმა ხშირად - გულის მუშაობის რითმი დარღვეულია, არაიშვიათია წინაგულების ციმციმი. ბაზედოვის დაავადების შორსწასულ შემთხვევაში ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს გულის მუშაობის უკმარისობა (დეკომპენსაცია) და მშინ ის, პირველი შეხედვით, გულით მძიმე ავადმყოფს მოგვაგონებს.

აღინიშნება აგრეთვე მკვეთრად გამოხატული მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ — წინ წამოწეული თითების, ენისა და მთელი სხეულის თრთოლა, ადვილად აგზნება, უძილობა, ზოგჯერ ფსიქიკის შეცვლა; ამავე დროს კუნთებში ძლიერი სისუსტე, ოფლიანობა, ხშირად ბატარა სიცხე და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, პროგრესული სიგამბდრე. კუკ-ნაწლავის მხრივ ხვანჭური ტივილები მუცლის ღრუში, ხშირად უმიზეზო ფაღარათი, ზოგჯერ ღებინება. ავადმყოფის სისხლში ერთი ათად მომატებულია იოდის რაოდენობა.

დიაგნოსტიკისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ძირითადი ცვლის შესწავლას. ბაზედოვის დაავადების დროს ძირითადი ცვლა საგრძნობლად მომატებულია (+80—100% და მეტი). ქსოვილები განიცდიან დიდ შიმშილს ქანგბადისადმი, რის გამოც ავადმყოფი გაძლიერებული სუნთქვით ქანგბადის დიდ რაოდენობას შთანთქამს.

ამ კლასიკური ფორმისაგან უნდა ვარჩევდეთ ჰიპერთირეოზის და ე. წ. ტოქსიკურ ევანძოვან ჩიუვის შემთხვევებს.

ჰიპერთირეოზი ბაზედოვის დაავადების მსუბუქი შემთხვევაა, რომლის დროს აღწერილ სიმპტომებიდან ავადმყოფს აქვს მხოლოდ ზოგიერთი, ისიც სუსტად გამოხატული ნიშანი.

ჩიუვი შესამჩნევად გადიდებული არ არის, ძირითადი ცვლა ოდნავ მომატებულია, მთავარია მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ და გულის ფრიალი, გახშირებული პულსით. ასეთი შემთხვევები საკმაოდ ხშირია ახალგაზრდა ქალებში, რომელთა მიმართ, ჩვეულებრივ, ისმება ნევრასთენიისა ან გულის ნევროზის დიაგნოზები.



სურ. 132. ბაზედოვის სნეულება.



სურ. 133. ჩიუვი.



ტოქსიკური კვანძოვანი ჩიყვი (*Struma basedowificala*), პირიქით, ხშირია კლიმაქსურ ხანაში და ახალგაზრდებში იშვიათად გვხვდება. ავადმყოფობა შედარებით მძიმედ მიმდინარეობს, ძლიერი ტაქიკარდიით, სიგამხდრით და ინტოქსიკაციის ზოგადი მოვლენებით. ავადმყოფებს თვალების მხრივ მოვლენები ამ შემთხვევებში არ აქვთ გამოხატული.

მიმდინარეობის მხრივ არჩევენ ბაზედოვის დაავადების:

1. მწვავე ფორმას, რომლის დროს მკვეთრად გამოხატულ ზემოაღწერილ სიმპტომებთან ერთად ავადმყოფს მალე უვითარდება ძლიერი სიგამხდრე და გულის დეკომპენსაცია. თუ ავადმყოფობა არ არის სწორად ამოცნობილი, ან ავადმყოფი სათანადოდ არ მკურნალობს, მაშინ ავადმყოფობა სიკვდილით თავდება.

2. ქვემწვავე ფორმა, რომელიც ხასიათდება რემისიებით და კეთილთვისებიანი მიმდინარეობით.

3. ქრონიკული ფორმა, რომლის დროს ავადმყოფობა თანდათანობით ვითარდება, მიმდინარეობს ნელა და პროგნოზიც კარგი აქვს.

მკურნალობა. ბაზედოვის დაავადების მკურნალობა კონსერვატიული ან ოპერაციულია.

კონსერვატიული მკურნალობიდან მთავარია იოდის პრეპარატების დანიშვნა ლუგოლის ხსნარის სახით.

Rp. Jodi puri 0,1  
Kalii jodati 0,2  
Aq. destillatae 10,0  
M. D. S. ორჯერ დღეში 3—10 წვეთი ჭამის  
შემდეგ რძით

ანდა აბების სახით, მაგალითად:

Rp. Jodi puri 0,04  
Kalii jodati 0,4  
Extr. Valerianae 4,0  
Extr. et pulv. liq. q. s.  
ut f pil. N 40  
D. S. თითო აბი ორჯერ დღეში ჭამის დროს

ავადმყოფი ღებულობს ამ წამალს 20 დღის განმავლობაში, შემდეგ 20 დღე ისვენებს, რის შემდეგ კვლავ ღებულობს წამალს.

უკანასკნელ დროს კარგი შედეგებით ფართო გამოყენება ჰპოვა დიოდოთროზინმა. რომელიც ანტაგონისტურ მოქმედებას იჩენს თიროქსინისადმი. ეს პრეპარატები, ტაბლეტების სახით დამზადებული, ავადმყოფმა უნდა მიიღოს დღეში ერთხელ (სადამოთი ჭამის შემდეგ, ზოგჯერ ვაძლევთ დილა-სალამოს) 20 დღის განმავლობაში, 10 დღის დასვენების შემდეგ კვლავ იმეორებს წამლის მიღებას.

სრულიად ახალი პრეპარატია თიოქრაცილი, რომლის მოქმედება ბაზედოვის დაავადების დროს მეტად ეფექტურია, თუმცა უარყოფითი თანამოვლენებიც ახასიათებს.

**Rp. Methyl-thiouracili ბ,2**

**D. t. d. N 40**

**S. პირველ 10 დღეს 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ, შემდეგი 10 დღე 2-ჯერ დღეში, შემდეგი 10 დღე თითო ფხვნილი, ხოლო შემდეგ დღეგამოშვებით თითო ფხვნილი, სულ მკურნალობის კურსზე 40,0-მდე.**

ამ პრეპარატით ავადმყოფების მკურნალობის დროს საველდებულაა ექიმის სისტემატური მეთვალყურეობა, რადგან შესაძლოა გამოვლინდეს პრეპარატის ტოქსიკური მოქმედება—ერთი მხრივ დისპეპსიური მოვლენები (გულისრევა, ლებინება, ტკივილები კუჭის არეში, კუნთებში, ძვლებში, ტემპერატურის მომატება, გამონაყარი ტანზე, სიყვითლე), მეორე მხრივ კი სისხლში თეთრი ზურთულების შემცირება—ლეიკოპენიის განვითარება, რაც საჭიროდ ხდის მკურნალობის პროცესში ავადმყოფის სისხლის საკონტროლო გასინჯვას, კვირაში ერთხელ მაინც. ზოგჯერ ამ პრეპარატით მკურნალობა იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის გადიდებას, სასუნთქ გზებზე ზეწოლით. აღნიშნული მოვლენების განვითარების შემთხვევებში თიოურაცილით მკურნალობა დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს.

ნერვული სისტემის დასაშვებდებლად და ძილის მოსაგვრელად კარგია ვალერიანის და ბრომიდების დანიშვნა. ორგანოთერაპიული პრეპარატებიდან აღსანიშნავია ანტითირეოიდიანი, რომელსაც წვეთების სახით (დღეში სამჯერ 20—25 წვეთი) ავადმყოფი ხანგრძლივად უნდა ღებულობდეს. ამჟამად მას აღარ ხმარობენ, რამდენადაც ხელთ ისეთი ძლიერი პრეპარატები გვაქვს, როგორცაა: დიოთირეონი და თიოურაცილი.

თუ ბაზედოვის დაავადების მოვლენები ქალს კლიმაქსის ხანაში ეწყება, სასარგებლოა ზემოაღნიშნულ პრეპარატებთან ერთად ფოლიკულონის ინექციები (ყოველდღიურად კანქვეშ 1000 ერთეული ერთი თვის განმავლობაში).

დაუძლურებული ავადმყოფების მკურნალობის დროს არ უნდა დავივიწყოთ ინსულინის დანიშვნა (1—2-ჯერ დღეში 5—5 ან 10—10 ერთეული სამი კვირის განმავლობაში). ინსულინის გაკეთება საველდებულაა იმ შემთხვევაში თუ ავადმყოფს ვაშხადებთ ოპერაციისათვის.

გულის ნაკლოვანების დროს საველდებულაა დიგიტალიზაციის ჩატარება.

წინათ დიღა გავრცელება ჰქონდა ფარისებრი ჯირკვალზე ადგილობრივ რენტგენის სხივებით მკურნალობას, მაგრამ რაც დრო გადის, ნაკლებად მიმართავენ მას, რამდენადაც რენტგენის სხივების ზეგავლენით განვითარებული შეხორცებები დიდ ტექნიკურ აღბრუნებას უქმნის დასტაქარს ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთისას.

ბაზედოვის დაავადების მძიმე შემთხვევებში, როდესაც კონსერვატული მკურნალობა უშედეგოა, ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა. ოპერაცია—ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთა (სუბტოტალური თირეოიდექტომია) მთელ რიგ შემთხვევებში ბრწყინვალე შედეგს იძლევა.

ყველა შემთხვევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ფსიქიკურ და ფიზიკურ სიმშვილეს, მძიმე შემთხვევებში კი საწოლში წოლა საველდებულაა. ავადმყოფის საკვები უნდა იყოს მდიდარი ნახშირწყლებით და ვიტამინებით (მეტადრე A და C-თი), სრულიად ეკრძალებათ ალკოჰოლური სასმელების ხმარება, წინააღმდეგნაჩვენებია აგრეთვე ყავა, მაგარი ჩაი და თამბაქოს მოწევა,

რაც ამგზნებლად მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე. არ არის სასურველი ხორც-  
დან დამზადებული კერძის ხშირი ხმარება.

კარგად მოქმედებს (არამძიმე შემთხვევებში) გრილი აბაზანები, ცივი  
წყლით ტანის დაზელა. ავარაკებიდან ჩვენს პირობებში ნაჩვენებია ბორჯომი.  
ავადმყოფების ზღვაზე გაგზავნა არ შეიძლება, ვინაიდან მზე და თბილი წყალი  
მათზე ცუდად მოქმედებს.

## მიმსიღვამა. მიმოთირეოზი (Myxoedema. Hypothyrosis)

სიტყვა მიქსედემა ნიშნავს ლორწოვან შეშუპებას (მიქსა—ლორწო-  
ვდება—შეშუპება).

მიქსედემა ვითარდება ფარისებრი ჯირკვლის დაზიანების შედეგად, რომ-  
ლის დროს ჯირკვლის პარენქიმა განიცდის გადაგვარებას და ატროფიას. გადა-  
გვარებული ჯირკვლის შიდასეკრეციული ფუნქცია (თიროქსინის გამოყოფა)  
ქვეითდება (მიმოთირეოზი) ან სრულიად ისპობა (ათირეოზი).

ჯირკვლის ასეთი დაზიანება შესაძლოა გამოიწვიოს ამა თუ იმ მწვავე ან  
ქრონიკულმა ინფექციამ (მაგ., სიფილისმა), ინტოქსიკაციამ. მნიშვნელობა აქვს  
აგრეთვე განცდებს, ფსიქიკურ ტრავმას, რაც მოქმედებს შიდასეკრეციის ჯირკ-  
ვლებზე ტენის ქერქის მეოხებით.

მიქსედემა შეიძლება ფარისებრი ჯირკვლის თანდაყოლილი განუვითარებ-  
ლობის შედეგი იყოს. მოზრდილებში, ზემოთ აღნიშნული მიზეზის გარდა, მიქ-  
სედემის განვითარება შესაძლოა მოჰყვეს ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაციას (თუ  
ის მთლიანად იქნა ამოკვეთილი), ანდა უფრო ხშირად რენტგენის სხივებით  
გადაჯარბებულად მკურნალობას.

დედაკაცებს შორის მიქსედემა საშუალოდ 6-ჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებ-  
თან შედარებით. იგი უფრო ხშირია 30—40 წლის ასაკში.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფო-  
ბის სიმპტომებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია ცვლილებები კანისა და კანქვეშა  
ქსოვილის მხრივ—ავადმყოფს უვითარდება შეშუპება, რომლის თავისებუ-  
ლებაა ის, რომ შეშუპებულ ადგილზე თითოთ დაჭერისას  
კანზე არ რჩება ჩანაქდევით, ისე როგორც ეს ხდება, მაგალითად,  
გულის ან თირკმლების დაზიანებით გამოწვეული შეშუპებების დროს.

შეშუპება იწყება სახიდან — ქუთუთო-  
ბი, შუბლი, ლოყები და თანდათანობით  
ვრცელდება ქვემოთ. კანი შეხებისას ცივია  
და მშრალი. ეს სიმპტომი, რაც ამ დაავადე-  
მისათვის მეტად დამახასიათებელია, გამო-  
წვეულია საოფლე ჯირკვლების ატროფიით,  
რის შედეგადაც ავადმყოფები სრულიად არ  
ოფლიანდებიან. თმა, მეტადრე წარბები,  
ავადმყოფებს სცივიათ. ლორწოვანი გარსები  
განიცდის გასქელებას. გასქელებული და  
მშრალი. ენის გამო ავადმყოფი, ერთი მხრივ,  
კარავს \* გემოვნების შეგრძნებას, მეორე  
მხრივ კი ლაბარაკი უძნელდება. ამავე მიზე-  
ზის გამო ხმა ჩახლეჩილი აქვს, მხედველობა  
და სმენა დაქვეითებული (სურ. 134).



სურ. 134. მიქსედემა.

ფრიად დამახასიათებელია ის, რომ ავადმყოფები მეტად მკიცხვები არიან, ამიტომ ისინი ყოველთვის უკმაყოფილებას გამოთქვამენ, როდესაც გასინჯვისას საბანს ვხდით ან ცივი ხელით ვეხებებით მათ.

მნიშვნელოვანია აგრეთვე ავადმყოფის მოძრაობის უნარის შეზღუდვა; ავადმყოფი მეტად ზანტი და მოუქნელი ხდება, ფსიქიკური სფეროც დაძაბუნებულია, არაფრის ხალისი არა აქვს, გონება დაჩლუნგებულია, მესხიერება დაქვეითებული, ძილის გარდა მას არაფერი არ სთამოვნებს.

მიქსედემის დროს ხშირია მუღმივი და ინტენსიური თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ტკივილები კუნთებში, გულისრევა და მეტად ძლიერი შეკრულობა, რომელიც ჩვეულებრივ საფაღარათო საშუალებებს არ ემორჩილება. ავადმყოფს ჭამის მაღა დაქვეითებული აქვს, წონაში კი მატულობს, რაც აიხსნება დაცხამოვნებით და შეშუპებით.

სხეულის ტემპერატურა ნორმაზე დაბალია, მნიშვნელობა აქვს იმის ცოდნას, რომ ინფექციური ავადმყოფობა (მაგ., მუცლის ტიფი) მიქსედემით დაავადებულებში დაბალი სიცხით მიმდინარეობს.

ფარისებრი ჭირკვალი არ ისინჯება ან ოდნავ გადიდებულია და შეხებით მკვრივი.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის მხრივ საყურადღებოა გულის საზღვრების გაგანიერება, მოყრუებული ტონები, პულსი დაბალი, სუსტი ავსებისაა, გაიშვიათებული, გაიშვიათებულია აგრეთვე სუნთქვა, სისხლის წნევა დაქვეითებულია. სისხლის მხრივ ჰიპოქრომიული ანემიის სურათია—ჰემოგლობინის, ერითროციტების და ლეიკოციტების რიცხვის დაქვეითებით. სისხლში ბიოქიმიური ცვლილებებიდან აღსანიშნავია ქოლესტერინის თვალსაჩინო მომატება. ძირითადი ცვლის გამოკვლევა იძლევა დაბალ ციფრებს (—40%—მდე), რაც გადამწყვეტია მიქსედემის დიაგნოზისათვის.

ასეთი დამახასიათებელი სურათია მიქსედემის გამოხატული ფორმების დროს. დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოების ცოდნას, რომ რიგ შემთხვევებში, როდესაც ფარისებრი ჭირკვლის ფუნქცია დაქვეითებულია ე. წ. ჰიპოთირეოზის დროს, ავადმყოფური მოვლენები მკვეთრად გამოხატული არ არის. ავადმყოფები უჩივიან თავის ტკივილს, სახსრებში დამტკრეულობას, უმადობას, შეკრულობას, კანის სიმშრალეს, სიცვიის შეგრძნებას, შრომის უნარის დაკარგვას, ადვილად დაღლას, უხალისობას. ასეთი სურათია ხშირია ქალებში კლიმაქსის ჩათაყვის შემდგომ პერიოდში (ე. წ. პოსტკლიმაქსური ჰიპოთირეოზი), მისი გამოსწორება შეიძლება მხოლოდ სწორ დიაგნოზზე დამყარებული სათანადო მკურნალობით.

**მკურნალობა.** მიქსედემის დროს მშვენიერად მოქმედებს ფარისებრი ჭირკვლებიდან დაშვადებული პრეპარატები.

წინათ ავადმყოფებს აძლევდნენ ცხოველის ფარისებრი ჭირკვალს უმად, შემდეგ ცხალოზდნენ ამ ჭირკვლის გადანერგვას, მაგრამ არც ამ მეთოდმა გაამართლა იმედები, იმდენად, რამდენადაც გადანერგილი ჭირკვლის მოქმედება ხანმოკლეა, ვიდრე ის არ შეისრუტება.

ამჟამად საყოველთაოდ მიღებულია გამშრალი ფარისებრი ჭირკვლიდან დაშვადებული პრეპარატები — თირეოიდინი ან თირეოქრინი და მკურნალობა.

აღნიშნულ პრეპარატებს ავადმყოფს უნიშნავენ, შემთხვევების სიმძიმის მიხედვით 0,05—0,1 ორ-სამჯერ დღეში ჭამის შემდეგ.

Rp. Thyreoidini 0,1  
in tabl. N 40  
D.S. ექიმის მითითებით

ავადმყოფი მას ღებულობს 3 ღლის განმავლობაში, რის შემდეგ ერთ ღლეს ისვენებს, ისევ ღებულობს 3 ღლეს, კვლავ ისვენებს და ასე აგრძელებს მკურნალობას დიდხანს, მრავალი თვისა და, თუ ჭირკვლის ფუნქცია სრულიად შეწყვეტილია, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

მკურნალობის დაწყებიდან საკმაოდ მალე ავადმყოფობის მოვლენები თანდათანობით ქრება. ავადმყოფი ამ დროისათვის იმდენად ერკვევა წამლის მიღების საჭიროებაში, რომ თითონ აწესრიგებს მის მიღებას.

საკირთა მხოლოდ ავადმყოფი გავაფრთხილოთ, რომ ამ წამლის გადაჭარბებული დოზით მიღება იწვევს ნერვულობას, კანკალს, ოფლიანობას, უძილობას (ე. ი. იმ მოვლენებს, რაც ანასიათებს ბაზედოვის დაავადებას) და ასეთ შემთხვევაში საჭიროა წამლის მიღების დროებით შეწყვეტა ან დოზის შემცირება.

✓✓ უშაქრო დიაბეტი (Diabetis insipidus)

უშაქრო დიაბეტის დროს, როგორც თვით სახელწოდება გვიჩვენებს, შარდში შაქარი არ არის და ამიტომ შარდი უგემურია. სიტყვა insipidus სწორედ უგემურს ნიშნავს, საწინააღმდეგოდ შაქრიანი დიაბეტისა, რომლის დროს შაქრის არსებობის გამო შარდს ტკბილია.

უშაქრო დიაბეტი ვითარდება ტვინის დანაშაბტის უკანა წილის და შეუამდებარე ტვინის დაზიანების შედეგად. ტვინის აღნიშნული ადგილები განაგებენ ადუპიანის სხეულში წყლისა და მარილების ცვლას და ამიტომ ამ მარეგულირებელი ცენტრების დაზიანების დროს ირღვევა აღნიშნულ ნივთიერებათა ცვლა სისხლსა და ქსოვილებს შორის.

ეტიოლოგიურ ფაქტორებს წარმოადგენენ სხვადასხვა ინფექციური დაავადებანი, მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია სიფილისური წარმოშობის ბაზალური მენინგიტი, ენცეფალიტი, შემდეგ მალარია, პარტახტიანი ტიფი, ხუნაგა და სხვადასხვა ხასიათის სიმსივნეები; ეტიოლოგიური მნიშვნელობა უქვს აგრეთვე თავის ქალას ტრავმულ დაზიანებას და ფსიქიკურ განცდებს.

უშაქრო დიაბეტი იშვიათად გვხვდება, შედარებით ხშირია ის ახალგაზრდა ასაკში მამაკაცებს შორის.

უშაქრო დიაბეტის ნიშნები და მიმდინარეობა. მთავარ ჩივილებს წარმოადგენს გაძლიერებული წყურვილი და პოლიფაგია (შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა).

მთავარია და პირველადი—პოლიურია 3—10—20 ლიტრის რაოდენობით, გამოწვეული თირკმლებში შარდის კონცენტრაციის უნარის დარღვევით, რის გამოც ორგანიზმიდან ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების გამოსაყოფად საჭიროა სითხის დიდი რაოდენობა.

სითხის ასეთი რაოდენობით გამოყოფა იწვევს ქსოვილების გაშრებას და ამასთან დაკავშირებით უძლიერეს წყურვილს—პოლიდიფსიას.

წყურვილი ავადმყოფს მშვიდი ძილის საშუალებასაც არ აძლევს, ავადმყოფი კლებულობს წონაში—გამხდარი და სუსტია; კანი და პირის ღრუ უშრება.

უშაქრო დიაბეტის იმ შემთხვევაში, როდესაც მისი განვითარება გამოწვეულა ტვინის დანაშატის არეში სიმსივნური წარმონაქმნით, ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს მხედველობის მოშლა, თავის ძლიერი ტკივილები, ლებინება, თურქულ-ლი კეჩის დეფორმაცია, რის გამოსარკვევად ყოველთვის მიმართავენ თავს ქალას რენტგენით გადაღებას.

ავადმყოფის გასინჯვის დროს შინაგანი ორგანოების მხრივ რაიმე ცვლილებებს ვერ ვნახულობთ.

სითხის მეტად დიდი რაოდენობით მიღების მიუხედავად, სისხლის წნევა ნორმალური რჩება და გულის მხრივ თვალსაჩინო ცვლილებები არ აღინიშნება.

შარდი ფრიად დამახასიათებელია—ის ბაცია, როგორც წყალი და, რაც მთავარია, მეტად დაბალი ხედრითი წონისაა—1002—1004. სხვა რაიმე პათოლოგიური მოვლენები (ცილა, სისხლი, ცილინდრები) ამ დროს შარდში არ არის.

ავადმყოფობა ხანგრძლივად მიმდინარეობს, ზოგჯერ ღრმა მოხუცებულობამდე, ასე, რომ სიცოცხლის მხრივ პროგნოზი კარგია. რამდენადაც პოლიდიფსიის მოვლენები გვხვდება სხვა დაავადების დროსაც (შაქრიანი დიაბეტი, შექმუნხული თირკმლები, ისტერიის ერთგვარი სახე, როდესაც ავადმყოფი ბევრ სითხეს ღებულობს, ანდა სიმულაციის შემთხვევები), უშაქრო დიაბეტი მათგან უნდა გაიარაჩიოთ.

შაქრიანი დიაბეტისაგან გარჩევა ადვილია, რადგან ამ დროს შარდის ხედრითი წონა ძლიერ მაღალია (1030 და მეტი) და შარდში შაქარზე რეაქცია დადებითია. შექმუნხული თირკმელის შემთხვევაში (ხანგრძლივად მიმდინარე თირკმლების ანთების დროს) სისხლის წნევა მაღალია და შარდში პათოლოგიური მოვლენებია—ცილა, სისხლდ და სხვა.

ისტერიული პოლიდიფსიის დროს ანდა სიმულაციის შემთხვევებში მიემართათ შემდეგ დიაგნოსტიკურ საშუალებას—ავადმყოფს დილით ვაძლევთ საშველ მარილს 10,0 რაოდენობით (ანდა ავადმყოფი გადაგვყავს შშრალ დიეტაზე, სითხის მიცემის მკვეთრი შემცირებით). თუ პოლიდიფსია ისტერიულა ან სიმულაციურია, შარდის რაოდენობა ამ დღეს კლებულობს—შარდის ხედრითი წონა კი თვალსაჩინოდ მატულობს (1020-მდე), იმ დროს, როდესაც ნამდვილი უშაქრო დიაბეტის დროს შარდის რაოდენობა დიდია და ხედრითი წონა დაბალი რჩება. უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე, რომ მარილით დატვირთვის ცდას და მშრალი დიეტის დანიშვნას ნამდვილი დიაბეტიკები მეტად ძნელად იტანენ.

მკურნალობა. უშაქრო დიაბეტის მკურნალობის დროს პირველ რიგში უნდა გავითვალისწინოთ ამ დაავადების სიფილისური წარმოშობის შესაძლებლობა და ყველა საეკვო შემთხვევაში ჩაეატაროთ ანტილუესური მკურნალობა, რაც სათანადო შემთხვევებში იძლევა ავადმყოფის სრულ განკურნებას ან. ყოველ შემთხვევაში, საგრძნობ გაუმჯობესებას.

წამლებიდან კარგად მოქმედებს ტვინის დანაშატის უკანა წილიდან დაზარებული პრეპარატები—პიტუიტრინი ან პიტუიტრინი.

Rp. Pituitrini „P“ in ampullis N 6

D. S. თითო ამპულა კანქვეშ ყოველდღიურად

კიდევ უფრო კარგია ჰიპოფიზის უკანა წილიდან დაზარებული პრეპარატი ფხვნილის სახით—დიუტრეკონი,

ამ პრეპარატს პიტუიტრინთან შედარებით ის დიდი უპირატესობა აქვს; რომ, გარდა შესანიშნავი კლინიკური ეფექტისა, ავადმყოფისათვის მისი მიღება ძალიან ადვილია.

ცხვირში ერთი ფხვნილის შეყნოსვის ეფექტი (წყურვილი ესპობა ავადმყოფს) გრძელდება 6—8 საათი და ამრიგად დღეში რამდენიმე ფხვნილის შეყნოსვა ავადმყოფს უსაძობს წყურვილს და შარდვას.

დიეტიდან—ერთადერთი—საკმედი მარილი უნდა შევზღუდოთ. სითხის შეზღუდვას კი ავადმყოფები ცუდად იტანენ. წყლის მიწოდება კი არ უნდა შეეზღუდოს, წყურვილი უნდა შევეუწყვეტოთ ავადმყოფს; ამას ვალწევთ ზემონახსენები აღიურეკრინის დანიშნებით.

### აკრომეგალია (Acromegalia)

ეს სიტყვა ნიშნავს გადიდებულ კიდურს (acron—კიდური, megalos—დიდი).

ავადმყოფობის განვითარებას საფუძვლად უდევს ტვინის დანაშაულის სიმსივნე. უფრო ხშირად ეს სიმსივნე ადენომატოზური (კეთილთვისებიანი) ხასიათისაა და წარმოდგება ტვინის დანაშაულის წინა წაღის ეოზინოფილური უჯრედებისაგან, ე. წ. ეოზინოფილური ადენომა.

იშვიათად სიმსივნე შეიძლება ავთვისებიან ხასიათს ატარებდეს (სარკომა ან კიბო). ზოგჯერ ავადმყოფობა ვითარდება ათაშანგის ნიადაგზე მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თავის ქალას ტრავმულ დაზიანებას.

ცნობილია, რომ ტვინის დანაშაულის წინა წაღის ეოზინოფილური უჯრედები გამოჰყოფენ ჰორმონს, რომელიც აწესრიგებს სხეულის ზრდას, ამ ჰორმონის დაზიანებულ დანაშაულ ადენომატოზურ ჰორმონი ზედმეტი რაოდენობით გამოიყოფა ადამიანის სისხლში, იწყება ქსოვილების ჰათოლოგიურ ზრდა

ავადლებიან, ჩვეულებრივ, 20—40 წლის ასაკის პირები. მათ შორის მეტა სისხირით—დედაკაცები.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფის ჩივილები—თავის ტკივილი, ტკივილები ძვლებში და კუნთებში, მხედველობის მოშლა, სქესობრივი უძლეობა, ზოგადი სისუსტე.

ავადმყოფი ამჩნევს, რომ მას უკანასკნელ დროს გაუდიდა კიდურები და თავის ქალა. ფეხები აღარ ეტევა იმ ზომის ფეხსაცმელში, რომელსაც ის ყოველთვის ატარებდა, ასევე ეპატარავება ხელთათმანები და ქუდი.

ავადმყოფობის ტიპობრივ შემთხვევებში ერთი შეხედვით ფრიად დამახასიათებელ მოვლენებს ვადასტურებთ—კიდურები ჰიპერტროფიული, გადიდებული, როგორც სიგანეში, ისევე სიგრძეში, ხელ-ფეხის მოცულობა, მეტადრე ხელის მტევნისა, ტერფის და თითებისა არანორმალურად დიდია.

საგრძობ ცვლილებებს განიცდის ავადმყოფის სახეც—წარბის ზედა და ყვრიბალის რკალები ძლიერ გამოხეჭილი. ცხვირი, ტუჩები და ქვემო ყბა გადიდებული და წინ წამოწეულია. ქვედა ყბის ძლიერი ზრდის გამო კბილები ერთმანეთისაგან დაშორებულია ეს მოვლენები—წინ წამოწეული ქვედა ყბა

(ე. წ. პროგნატიზმი) და ერთმანეთისაგან დაშორებული კბილები (დიასტემა) ძლიერ დამახასიათებელია აკრომეგალიისათვის.

კანი და ლორწოვანი გარსები გასქელებულია, ენა საგრძნობლად გადიდებული.

შინაგანი ორგანოებიც—გული, ღვიძლი, ელენთა, კუჭი და სხვა აგრეთვე მომატებას განიცდიან ზომაში—ე. წ. სპლანქნომეგალია.

მნიშვნელოვან მოვლენას წარმოადგენს მხედველობის მოშლა იგი გამოწვეულია ჰიპოფიზის სიმსივნის ზეწოლით მხედველობის ნერვების ჭვარედინზე და შეიძლება დასრულდეს სრული სიბრმავეით. სისხლის მხრივ ჰიპოპრომიული ანემიის სუბათამა არაიშვიათად აკრომეგალიას თან ახლავს შაქრიანი დიაბეტი, არტერიოსკლეროზი, ჰიპერტონია.

რენტგენოლოგიური შესწავლის დროს, თავის ქალას ძვლების მხრივ დამახასიათებელი ცვლილებების გარდა დიდი მნიშვნელობა აქვს თურქული კენის (sella turcica) დაშლის დადასტურებას.

თუ ტვინის დანამატის სიმსივნე კეთილთვისებიანია, ავადმყოფობა მეტად ნელა ვითარდება და ავადმყოფები 10—12 წელსაც კი ცხოვრობენ. შაქრიანი დიაბეტით გართულებული აკრომეგალია უფრო მძაფრად მიმდინარეობს. თუ სიმსივნე აუთვისებიანია, პროგნოზი ბევრად უფრო ცუდია.

მკურნალობა. აკრომეგალიის მკურნალობა საიმედოა მაშინ, როდესაც მისი განვითარების მიზეზი სიფილისური პროცესია, რომლის საწინააღმდეგოდ ჩატარებული ენერგიული მკურნალობა აჩერებს აკრომეგალიის განვითარებას. სიმსივნით ტვინის დანამატის დაზიანების შემთხვევებში მიმართავენ რენტგენოთერაპიას, რომელიც იძლევა დროებით ეფექტს. არსებითი სამკურნალო მნიშვნელობა აქვს ოპერაციას—დაზიანებული ტვინის დანამატის ამოღებას. რასაც მიმართავენ მეტადრე მაშინ, როდესაც სიმსივნე იზრდება მხედველობის ნერვების ჭვარედინის მიმართულებით და მასზე ზეწოლით ავადმყოფს სიბრმავეა უქალის.

## ადისონის დაზიანება (Morbus Addisoni)

პირველად ეს დაავადება ადისონის მიერ იყო აღწერილი. მას სხვანაირად ბრინჯაოს სნეულება ეწოდება, რამდენადაც მისი მთავარი ნიშანია თავისებური ფერი—ბრინჯაოს ელფერი რომელსაც ღებულობს ავადმყოფის კანი.

ადისონის დაავადების განვითარებას საფუძვლად უდევს თირკმელზედა ჯირკვლის დაზიანება, გამოწვეული უზშირესად ტუბერკულოზური (80%) ან, ნაკლები სისშირით, სიფილისური პროცესით, მწვავე ინფექციებიდან კი—პარტახტოზიანი ტიფით.

აღნიშნული ინფექციები ან სხვა რაიმე მიზეზი (მაგ., სიმსივნის განვითარება) იწვევს თირკმელზედა ჯირკვლის ატროფიას, რის შედეგად ჯირკვალი საკმარისი რაოდენობით ადრ-ჰომოკორტის თავის პორმონებს (ჯირკვლის ტვინოვანი ნაწილი—ადრენალინის ქერქოვანი ნაწილი—კორტინის)

ადრენალინის უკმარისობა ორგანიზმში იწვევს სისხლის წნევის ძლიერ და ჰეიტიობას და სისხლში შაქრის რაოდენობის შემცირებას კორტინის უკმარისობა კი სისხლიდან შარდში საკმლის მარილის გაძლიერებულ გადასვლას.

ავადმყოფობის ნიშნები და მიმდინარეობა. ავადმყოფის მთავარი ჩივილია ძლიერი სისუსტე—გასინჯვის დროს ყურადღებას იპყრობს



ავადმყოფის კანის რუხი ფერი, იგი შხის მოკიდებულ კანის შთაბეჭდილებას ახდენს; ზოგჯერ, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მას ბრინჯაოს ელფერი აქვს (ე. წ. მ ე ლ ა ნ ო დ ე რ მ ი ა). პიგმენტაცია უფრო მეტად გამოხატულია სახეზე, შუბლზე, ქუთუთოებზე, ილიაში, ხელის მტევნის ზურგის ნაწილზე, ბარძაყების იმ ადგილზე, რომლებიც ერთმანეთს ეხებიან და სხვ. დამახასიათებელია ასეთივე პიგმენტაცია პირის ღრუში—ხახის ლორწოვანზე.

ავადმყოფი თანდათანობით სუსტდება, იმდენად, რომ მცირედი ფიზიკური შრომის გაწვევაც კი არ შეუძლია. აწუხებს უძილობა, თავის ტკივილი, თავბრუ, ამასთან ერთად ეწყება დისპეპსიურა მოვლენები—კარგავს ქამის მადას, ზოგჯერ გულსრევა აქვს პირღებინებით; დასაწყისში აღინიშნება შეკრულობა, შექდეგ კი ფაღარათი. მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფს დროგამოშვებით მოსდის კრუნჩხვები, ტემპერატურა დაბალია.

სისხლის წნევის გასინჯვით ყოველთვის ვადასტურებთ არტერიალური წნევის ძლიერ დაქვეითებ ს—ჰიპოტონია.

გამოკვლევებიდან მნიშვნელოვანია—სისხლში შაქრის რაოდენობის დაქვეითება—ჰიპოგლიკემია, ხოლო კუჭის წვენში თავისუფალი მარილმჟავას უარსებობა.

ადისონის დაავადებას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს (2—3 წელი). ავადმყოფობა თანდათანობით, შეუჩერებელი პროგრესულობს და საბოლოოდ ძლიერ გამხდარი და აღინაშინური (უძლური) ავადმყოფი კომატოზურ მდგომარეობაში ვარდება, რაც, ჩვეულებრივ, სიკვდილით თავდება.

იშვიათად ავადმყოფობას შეიძლება მწვავე მიმდინარეობა ჰქონდეს და მშინ ავადმყოფი რამდენიმე კვირაში იღუპება.

ამრიგად, ავადმყოფობის მთავარი ნიშნებია—ა დ ო ნ ა შ ი ა; მ ე ლ ა ნ ო დ ე რ მ ი ა, ჰ ი პ ო ტ ო ნ ი ა და ჰ ი პ ო გ ლ ე კ ე მ ი ა, რომელთა მიხედვით, დაავადების ტიპობრივ შემთხვევებში დიაგნოზის დასმა სიძნელეს არ წარმოადგენს.

მ ე უ რ ა ნ ო ბ ა. პირველ ყოვლისა საჭიროა ავადმყოფს ავაცილოთ ფიზიკური დატვირთვა. დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტის საკითხს—ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს კალიუმის მარილით ღარიბი დიეტა, ეკრძალება ხორცის ექსტრაქტი და წვენი, მშრალი ხილი, ხიზილალა და შოკოლადი. ბოსტნეული და ხორცი დასაშვებია მხოლოდ მოხარშული.

სავალდებულოა საჭმლის მარილის გაძლიერებული მიწოდება (რამდენადაც ავადმყოფი შარდთან ერთად დიდი რაოდენობით კარგავს ამ მარილს), ღლეში არა ნაკლებ 10,0—20,0-სა საჭმელთან ერთად, ან კიდევ უკეთესია ვენაში შეყვანით—ყოველდღიურად 20,0 ათი ლის განმავლობაში.

Rp. Sol. Natrii chlorati 10%—20,0  
Sterilis  
D. S. ვენაში შესაყვანად 10 მლ

მთავარია თირკმელზედა ჭირკვლის პრეპარატებით, უმთავრესად კ ო რ ტ ი ნ ი თ მკურნალობა, რაც სისტემატურად და ხანგრძლივად უნდა ტარდებოდეს.

Rp. Cortini  
in ampullis N 20  
D. S. კანქვეშ თითო ამპულა დღეში ორჯერ

მომე შემთხვევებში უმჯობესია 2—2 აბულა ერთად გაუკეთდეს სამჯერ  
დღეში.

ამჟამად წარმატებით სარგებლობენ სინთეზური პრეპარატით

Rp. Desoxycorticosteron—acetati

in ampullis N 40

S. კუნთებში თითო აბულა ყოველდღიურად

თირკმელზედა ჯირკვლის გადანერგვით (მისი ქერქოვანი ნაწილის) ვლებუ-  
ლობთ ავადმყოფობის რემისიას მხოლოდ რამდენიმე თვით.

ადრენალინის ინექციების ეფექტი მეტად ხანმოკლეა და ამიტომ მას აღარ  
მივმართავთ.

სისხლის წნევის ძლიერი დაწევის შემთხვევაში ავადმყოფს კანქვეშ უნდა  
შევუყვანოთ ფიზიოლოგიური ხსნარი ადრენალინთან ერთად.

ადისონის დაავადების თითოეულ შემთხვევაში სავალდებულოა ავადმყო-  
ფის სისხლის გასინჯვა ვასერმანის რეაქციაზე, რადგან, როგორც ეს უკვე ზემოთ  
აღვნიშნეთ, თირკმელზედა ჯირკვლის დაზიანება ზოგჯერ გამოწვეულია სიფილი-  
სური პროცესით (გუმა). ყველა საექვო შემთხვევაში საჭიროა ენერგიული ანტი-  
ლუესური მკურნალობის ჩატარება, რამაც სათანადო შემთხვევებში შეიძლება  
არამც თუ შეაჩეროს პროცესი, არამედ განკურნოს კიდევც ავადმყოფი.

რამდენადაც ადისონის დაავადება უზშირესად ტუბერკულოზის ნიადაგზე  
ვითარდება, ასეთ შემთხვევებში უნდა მივმართოთ სტრეპტომიცინითა და პას-  
კით მკურნალობას.

---

ავიტამინოზია (Avitaminosis)

ცხოველი ორგანიზმის არსებობისათვის კვების დროს მიღებულ ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების და მარილების გარდა, აუცილებელია კიდევ დამატებითი ნივთიერებანი, რომელთაც ეწოდება ვიტამინები (vita—სიცოცხლეს ნიშნავს).

პირველად ვიტამინები საკვებ პროდუქტებში აღმოაჩინა რუსმა ექიმმა ლუნიჩმა (1880 წ.). ვიტამინი ბევრია და ისინი აღინიშნება ლათინური ალფაბეტის ასოებით—A, B, C, D, E, K და სხვ. თითოეულ ვიტამინს აქვს თავისი დამახასიათებელი თვისებები, იგი გარკვეულ გავლენას ახდენს ორგანიზმზე.

ვიტამინებს არ შეუძლიათ ერთმანეთი შეცვალონ და ერთი ვიტამინის ნაკლებობას ვერ ანაზღაურებს. მეორე; ამიტომ ნორმალური ზრდისა და არსებობისათვის ადამიანი უნდა ღებულობდეს ყველა ვიტამინს გარკვეული რაოდენობით, რასაც სინამდვილეში ადგილი აქვს ნორმალური კვების პირობებში.

რომელიმე ვიტამინის დანაკლისი ორგანიზმში იწვევს მხოლოდ ამ ვიტამინის ნაკლებობისათვის დამახასიათებელ ცვლილებებს. პათოლოგიურ მდგომარეობას, გამოწვეულს ამა თუ იმ ვიტამინის არასაკმარისი რაოდენობის მიღებით, ეწოდება ა ვ ი ტ ა მ ი ნო ზ ი. თუ ვიტამინის დანაკლისი მცირეოდენია, ავადმყოფობის გამოვლინებაც შედარებით მსუბუქია და მანინ ვლამარკობთ ჰ ი პ ო ვ ი ტ ა მ ი ნ ო ზ ი ს შესახებ.

ავიტამინოზი და ჰიპოვიტამინოზი შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა გზით: 1) როდესაც ესა თუ ის ვიტამინი არ არის საკმარისი რაოდენობით იმ საკვებში, რომელსაც ავადმყოფი ღებულობს (პირველადი ანუ ეგზოგენური ავიტამინოზი), 2) როდესაც საკმარისი რაოდენობით მიღებული ვიტამინი რაიმე მიზეზის გამო, მაგალითად, კუჭ-ნაწლავის დაავადების დროს, არ ისრუტება ნაწლავებიდან სისხლში და 3) როდესაც არც საკვებს აკლია ვიტამინი, ნაწლავებიდანაც კარგად ისრუტება, ხოლო ვიტამინის გაძლიერებულ დაშლას აქვს ადგილი, მაგალითად, ინფექციური დაავადების დროს (მეორადი ანუ ენდოგენური ავიტამინოზი).

განვიხილოთ მოკლედ ავიტამინოზის მთავარი სახეები. A ა ვ ი ტ ა მ ი ნ ო ზ ი. A ვიტამინის ნაკლებობა იწვევს ზრდის პროცესის შენელებას, თვლების დაზიანებას და ცვლილებებს კანისა და ლორწოვანი გარსების ეპითელიალურ საფარში, თვლების მხრივ დასაწყისში ვითარდება ე. წ. ქ ა თ მ ი ს ს ი ბ რ მ ა - ვ ე, რაც გულისხმობს სიბნელეში მხედველობის დაქვეითებას (პემერალოპია), შემდეგში ცრემლის გამოყოფა აღარ წარმოებს, რის გამოც თვალის ლორწოვანი

გარსი მშრალია (ქ ს ე რ ო ფ თ ა ლ მ ი ა), საბოლოოდ შესაძლოა რქოვანას და-  
წყლულება, დაშლა (კერატომალაკია) და მხედველობის დაკარგვა.

კანის და ლორწოვანი გარსების ეპითელიალური საფარი განიცდის გარქო-  
ვანებას (კერატოზი), რის შედეგად კანი პიგმენტირებულია და მშრალი, ხშირია  
კანზე ფურუნკულები და დაჩირქებები (პიოდერმია). ლორწოვანი გარსების ს-  
მშრალე იწვევს ყნოსვის, გემოვნების და სმენის დაქვეითებას, სურდოს, სტომა-  
ტიტს, ოტიტს, ბრონქიტს, ლარინგიტს; შარდის ბუშტში ეპითელიუმის ჩამოფ-  
ცქენა ხელს უწყობს კენჭების წარმოშობას, პიელიტს.

მ ქ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ვენიზნავთ A ვიტამინით მდიდარ საკვებს—თევზის ქონი,  
კარაქი, მსუქანი ყველი, რძე, ნაღული, კვერცხი, სტაფილო, ისპანახი, გოგრა,  
მწვანე ხახვი, წითელი წიწყა. წამლებიდან A ვიტამინი ფლავინებში, დღიური  
დოზა 10 მგ-დე.

B<sub>1</sub> ა ვ ი ტ ა მ ი ნ ო ზ ი. საკვებში B<sub>1</sub> ვიტამინის არარსებობა იწვევს ავად-  
მყოფობას, ცნობილს ბ ე რ ი - ბ ე რ ი ს სახელწოდებით. ეს ავადმყოფობა უფრო  
შორეულ აღმოსავლეთში გვხვდება, სადაც მოსახლეობა უმთავრესად ბრინჯით  
იკვებება. ჩენჩომოცილებული, გაპრიალებული ბრინჯი მოკლებულია B<sub>1</sub> ვიტა-  
მინს (ანუ თიამინს), რაც იწვევს ამ დაავადების განვითარებას. ავადმყოფობა  
იწყება გულის მხრივ მოვლენებით, შემდეგ ვითარდება შემუშუბები და ნერვებ-  
ის ანთება (პოლინევრიტი), კიდურების დამბლით.

მ ქ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ენიზნებათ B<sub>1</sub> ვიტამინით მდიდარი პროდუქტები—  
ლუდის საფუარი, ღვიძლი, მქლე ღორის ხორცი, ლობიო, მუხუდო, კომპოსტო,  
ხალი პამიდორი, ციტრუსები; წამლებიდან მშვენივრად მოქმედებს:

Rp. Vitamini B<sub>1</sub> in ampullis N 30

D.S. კანჭევშ რამდენიმე ამპულა დღეში ან  
მძიმე შემთხვევაში—ვენაში

B<sub>2</sub> ა ვ ი ტ ა მ ი ნ ო ზ ი (არიბოფლავინოზი). საკვებში B<sub>2</sub> ვიტამინის ანუ  
არიბოფლავინის ნაკლებობა იწვევს მთელ რიგ მოვლენებს, რომელთა შორის  
ავიტამინოზისათვის დამახასიათებელია ე. წ. ანგულარული სტომატიტი ანუ  
ხეილოზი—ტუჩების კუთხეში ლორწოვანი გარსის ანთება; ამ ადგილას ტუჩას  
ლორწოვანი გარსი დახეთქილია, ეპითელი ჩამოფცქენილია, დაფარულია ქერ-  
ქით და სისხლი სდის. პირისახის კანის ეპითელიალური საფარიც განიცდის  
ცვლილებებს, მეტადრე ცხვირზე, ლოყებზე და ყურებზე. გამოხატულია აგრე-  
თვე კონიუნქტივიტი.

მ ქ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. ვენიზნავთ რძეს და რძის ნაწარმს, ხორცს, კვერცხს,  
ისპანახს, სოკოს და ლუდის საფუარს, რომლებიც მეტად მდიდარია B<sub>2</sub> ვიტამი-  
ნით. სპეციფიკურად მოქმედებს რიბოფლავინის პრეპარატის დანიშვნა 10 მგ  
რაოდენობით დღე-ღამეში.

პ ე ლ ა გ რ ა (Pellagra). პელაგრას იწვევს საკვებ პროდუქტებში PP ფაქ-  
ტორის ანუ ნ ი კ ო ტ ო ნ ის ნაკლებობა. :

პელაგრას კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელია—დიარეა  
(კუჭ-ნაწლავის აშლილობა), დერმატიტი (კანის ანთება) და დემენცია  
(გონებრივი სისუსტე).

ავადმყოფობა იწყება, გარდა ზოგადი მოვლენებისა ნერვული სისტემის  
მხრივ (ნევრასთენია, უძილობა, დეპრესია), კუჭ-ნაწლავის დაზიანების ნიშნებით,

პირის ღრუში წვეის შეგრძნებით, ნერწყვის ძლიერი დენით; ენა განიცდის ანთე-  
ბად ცვლილებებს (გლოსიტი) და მოგვიანებით ხანებში მისი ლორწოვანი ატრო-  
ფიულია. ავადმყოფს აწუხებს ბოყინი, გულისრევა, მუცლის შებერვა, ნაწლა-  
ვებში ყურყური, ეწყება ფაღარათი, რომელიც შემდეგ შეკრულობაში გადადის.  
კუჭის წვენში მკაეობა აკლია ან სრულიად ისპობა. შემდეგ ავადმყოფს ეწყება  
კანის მხრივ მოვლენები. სხეულის ღია ადგილებზე—ხელ-ფეხის ზურგის მხარე-  
ზე, კისერზე, სახეზე ჩნდება წითელი ლაქები, ზოგჯერ ბუშტუკებით სეროზული  
ან ჰემორაგიული სიბოთით—პელაგროზული ერითემა. რამდენიმე  
ხანში იწყება აქერცვლა და პიგმენტაცია. ავადმყოფობის მოგვიანებით პერიოდ-  
ში მკვეთრი მოვლენებია ცენტრალური ნერველი სისტემის და ავადმყოფის  
ფსიქიკის მხრივ, არაიშვიათია ფსიქოზის შემთხვევები.

ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს, ის მწვავედბა გაზაფხულის ან  
ზაფხულის თვეებში.

მკურნალობა. ავადმყოფს ვაძლევეთ PP ფაქტორით მდიდარ პროდუ-  
ქტებს—ლუდის საფუარს, ღვიძლს, საქონლის ხორცს, ხორცის ბულიონს, რძეს,  
ხაჭოს, მაწონს, კარტოფილს, ლობიოს, კარხალს, სტაფილოს, მწვანილს და ხილს.  
ქლინტერ ეფექტურია ნიკოტინის მკაეას მოქმედება.

Rp. Acidi nicolinici 0,1

Sacchari albi 0,2

Mip. D. t. d. N 20

S. თითო ფხენილი 3—4-ჯერ დღეში

3 კვირის განმავლობაში

ან Rp. Sol. Acidi nicotini 1%—150,0

D.S. ჩაის კოვზით 3-ჯერ დღეში კაპის წინ

მძიმე შემთხვევებში მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ნიკოტინის მკაეას 1%  
ხსნარის ვენაში შეუვანით 5—10 მლ თითო გაკეთებაზე. დანარჩენი მკურნალობა  
სიმპტომატურია—განზავებული მარილმკაეა, კაპოლონი, გულის საშუალებები  
და სხვ.

C ვიტამინოზი, სკორბუტი (Scorbulus). სკორბუტს იწვევეს C  
ვიტამინის უკარგებობა—საკვებში ავადმყოფობა თანდათანობით ვითარდება,  
დისაწყისში—უმადობა, საერთო სისუსტე, ტვიცილები კუნთებში. შემდეგ ვლინ-  
დება სკორბუტისათვის შეტად დამახასიათებელი ღრძილების დაზიანება და კან-  
ქვეშა სისხლჩაქცივები. ღრძილები შესივებულია, გაფხვიერებული და ადვილად  
სდის სისხლი, შემდეგ ღრძილები წყლულდება, კბილები ცვივა, ავადმყოფს  
ცუდი სუნი აქვს პირში—წყლულვანი სტომატიტის გამო. ამავე დროს კანქვეშ,  
უფრო კიდურებზე, პეტექიალური ან უფრო დიდი ზომის სისხლჩაქცივებია,  
სისხლის დენა შეიძლება აუტყდეს შინაგანი ორგანოებიდანაც. ვითარდება  
ჰიპოტრომიული ანემია. არანამკურნალებ შემთხვევებში ავადმყოფობა სიკვდი-  
ლით მთავრდება.

მკურნალობა. სპეციფიკურად მოქმედებს C ვიტამინი—ასკორბინის  
მკაეა, მას ვენიშნაეთ ან შეიგნა და კანქვეშა დნექციებით. მძიმე შემთხვევებში  
ასკორბინის მკაეა უნდა შევიყვანოთ ვენაში.

Rp. Acidi ascorbinici 0,05

D. t. d. N 20 in tabl.

S. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%—1,0

D. t. d. N 10 in ampullis

S. 1—2 ამპულა ინექციაზე

შეიძლება ვისარგებლოთ გლუკოზის ხსნარით, რომელიც დამზადებულია ასკორბინის მკვასთან ერთად ამპულებში ვენაში შესაყვანად. დანარჩენი მკურნალობა სიმპტომატურია. საკვები პროდუქტებიდან C ვიტამინით მდიდარია—კომბოსტო, კარტოფილი, მწვანე ხახვი, შავი მოცხარი, ისპანახი, ციტრუსები. ყველაზე მდიდარია C ვიტამინით ასკილი, რომლის ნაყენის სმა კარგ შედეგს იძლევა.

#### ლიტერატურა

1. Проф. П. А. Бархаш—«Уход за больным и медицинская техника», Медгиз, 1948 г.
  2. Проф. Е. М. Тареев—«Внутренние болезни», Медгиз, 1951 г.
  3. Проф. Э. М. Гельштейн и Проф. В. Ф. Зеленин—«Частная патология и терапия внутренних болезней», Медгиз, 1949 г.
  4. В. А. Горюшня и И. В. Росточкий—«Больничное хозяйство», Медгиз, 1950 г.
  5. Проф. Г. Я. Гуревич—«Общая врачебная техника», Медгиз, 1951 г.
  6. М. С. Ихтейман—«Учебник для медицинских сестер», т. I и II, Медгиз, 1949 г.
  7. პროფ. ნ. ა. ყიფშიძე—«ზინკის სნეულებანი», საქმედგამი, 1942.
  8. Проф. И. А. Кассирский и доц. Г. А. Алексеев—«Болезни крови и кроветворной системы», Медгиз, 1948 г.
  9. Проф. Г. Р. Рубинштейн—«Туберкулез легких», Медгиз, 1948 г.
-

## ს ა რ ო მ ი

### წინასიტყვაობა ავტორების საგან

5

### ნ ა წ ი ლ ი პ ი რ მ ე ლ ი

#### ავადმყოფის მოვლა და სამედიცინო ტექნიკა

თ ა ე ი I. საავადმყოფო, მისი დანიშნულება და სტრუქტურა, ექიმის თანაშემწის (ექთანის) მოვალეობა (ლ. ანჭაფარიძე)	7
პალატა და მისი მოწყობილობა (13); პალატის მოვლა-დალაგება (15) პალატის მოწყობილობა (16); ექთანის მოვალეობა (17); ავადმყოფის მიღება საავადმყოფოში და საავადმყოფოს რეჟიმი (21); სამედიცინო დოკუმენტაცია. მორიგეობის მიღება-გადაცემა (27).	
თ ა ე ი II. ავადმყოფის საცვლების და ხაწოლის თერაპიული გამოცემა (ლ. ანჭაფარიძე)	31
თ ა ე ი III. ავადმყოფის ტემპერატურა (ლ. ანჭაფარიძე)	40
თ ა ე ი IV. ავადმყოფის კვება და დიეტა (გ. შხეიძე)	49
ავადმყოფის კვება	61
თ ა ე ი V. ხისხლის მიმოქცევის მოშლილობანი და გულში ავადმყოფის მოვლა (ლ. ანჭაფარიძე)	63
თ ა ე ი VI. ხუნთვებაზე დაკვირვება (გ. შხეიძე)	74
სისხლთ ბეჭედი (85); სპირომეტრია (87);	
თ ა ე ი VII. ავადმყოფის მოვლა ხაჭმლის მომწელებელ ორგანოთა დაავადების დროს (ლ. ანჭაფარიძე)	88
კუჭის ზონდავი (94); დუოდენალური ზონდავი (97); ოყნები (104); ოყნის გაკეთების ტექნიკა (106); საკვები ოყნები (111); სამეტრნალო ოყნები (112).	104
თ ა ე ი VIII. შარბის გამოყოფის თვალურთხის დევნება (გ. შხეიძე)	114
კათეტერიზაცია (120); შამპკაის შარბისდინარის კათეტერიზაცია რბილი კათეტერით (122)	
თ ა ე ი IX. წერტილო ხისხტემის ზოგადი მოშლილობანი და ავადმყოფის მოვლა ამ დროს (გ. შხეიძე)	124
შამპკადვის მოვლა (129); გვამის მოვლა (130);	
თ ა ე ი X. წამლების ხმარება (გ. შხეიძე)	132
თ ა ე ი XI. წამლეულ ნივთიერებათა შესაბუნება (გ. შხეიძე)	144
თ ა ე ი XII. ზეგავლენა ხისხლის მიმოქცევაზე (ლ. ანჭაფარიძე)	167
თ ა ე ი XIII. წყლით მკურნალობა (ლ. ანჭაფარიძე)	177
შეხვედობი	184
თ ა ე ი XIV. ავადმყოფის მოვლა მწვავე გადაშდების დაავადების დროს (გ. შხეიძე)	188
ღეზინუექცია	194

### ნ ა წ ი ლ ი მ ი ო რ მ

#### შესავალი შინაგან ხნეულებათა კლინიკაში და ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდთა

თ ა ე ი I. შესავალი შინაგან ხნეულებათა კლინიკაში (გ. შხეიძე)	205
თ ა ე ი II. ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდთა (გ. შხეიძე)	221
პერკუსია (234); აუსკულტაცია (242); პალპაცია (247); ელექტროკარდიოგრაფია (253); ავადმყოფის გამოკვლევა რენტგენის სხივებით (254); ლაბორატორია და კლინიკური ანალიზები (ლ. ანჭაფარიძე) (257); სისხლის ანალიზი (258).	

### ნ ა წ ი ლ ი მ ი ს ა მ

#### შინაგანი ხნეულებანი

თ ა ე ი I. ხუნთვების ორგანოთა ხისხტემის ხნეულებანი (გ. შხეიძე)	264
სურდო	264
ცხვირის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული კატარი. ქრონიკული სურდო (266); ზორბის მწვავე კატარი (267); ზორბის ქრონიკული კატარი (267); მწვავე ბრონქიტი (268); ქრონიკული ბრონქიტი (270); ბრონქული ასთმა (273); ფილტვების კრუპოზული ინფლუენცია (281); ფილტვების ფილტვანი, წილაკოვანი ინფლუენცია (294); ფილტვების ოსტეის, ფილტვების განვრცობი (306); ფილტვების ინფარქტი (302); ფილტვების შეშუპება (309); ფილტვების ემფიზემა (310); პნემოკონკლარობი (313); პნემოკონიოზი (315); ბრონქოექტაზია. ბრონქოექტოზოზული სნეუ-	

ლვა (317); ფილტვების ტუბერკულოზი (320); ტუბერკულოზის გავრცელება „ასპე“ით (326); ფილტვის კიბო (334); ფილტვის ექიმოკოქი (344); ფილტვების სიფილისი (346); პლევრის ანთება (347); ჰიდროთორაკსი (355); პნევმოთორაკსი (356);

359

თ ა ე ი II. შუასაყარის სნეულებანი (გ. მჭვიძე)  
შუასაყარის სიმსივნეები (359); მედიასტინიტი (361);

362  
371

თ ა ე ი III. რეჰმატიზმი (გ. მჭვიძე)  
თ ა ე ი IV. ხისხლის მომწვევების სისტემის სნეულებანი (გ. მჭვიძე)  
ენდოკარდიტი (371); გულის მანკი (376); ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანება (377); მარცხენა კენჭოვანი ხვრელის შევიწროება (379); ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანება და მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი. მიტრალური ავადმყოფობა (381); აორტის სარქველების ნაკლოვანება (382); აორტის ხვრელის სტენოზი (384); სამკიარანი სარქველის ნაკლოვანება (385); მარცხედი ვენოზური ხვრელის შევიწროება (386); კომბინირებული (შერეული) მანკები (387); თანდაყოლილი მანკები (387); გულის მანკის მიმდინარეობა, პროგნოზი და მკურნალობა (388); მიოკარდიტი (397); კარდიოსკლეროზი (400); გულის ანგინა (სტენოკარდია), გულის კუნთის ინფარქტი (433); გულის ათათინარია მუშაობა (არითმია) (407); ექსტრასისტოლია. პაროქსიზმული ტრემორი (408); მოციმიციმე არითმია (410); გულის ბლოკადა (410); გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის ნევროზები (411); პერიკარდიტი (414); არტერიოკლეროზი. ათეროსკლეროზი (417); აორტის ანევრიზმა (420); ვენის თრომბოზი (422); გულთსა და სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე ნაკლოვანება (428); ჰაემორაგიული სნეულება (426);

412

თ ა ე ი V. შარდის გამომყოფი ხსნებების სნეულებანი (გ. მჭვიძე)  
ნეფრიტი (433); მწვავე ნეფრიტი (433); ეტროუანი ნეფრიტი. გლობული ნეფრიტი (441); ქრონიკული ნეფრიტი (442); ნეფროზი (448); ლობოიდური ნეფროზი (448); თირკმლების პილიდოზი. აპილოიდურ-პილოიდური ნეფროზი (453); ნეკროზული ნეფროზი (454); ორსულთა ნეფროპათია (456); ნეფროსკლეროზი (457); პიელოზი (459); თირკმლების კენჭოვანი ავადმყოფობა (461); თირკმლის გაღაწევა. ცილოზი თირკმელი (465); თირკმლების ტუბერკულოზი (466); თირკმლების სიმსივნეები (467);

470

თ ა ე ი VI. ხაჭმლის მომწვევებელ ორგანოთა ხსნებების სნეულებანი (გ. მჭვიძე)  
პირის ღრუს სნეულეობანი. სტომატიტი (470); გლოსიტი (472); ანგინა (472); ქრონიკული ტონზილიტი (475); საყლაპავი მილის სნეულეობანი. საყლაპავი მილის შევიწროება (477); საყლაპავი მილის კიბო (478); საყლაპავი მილის გაგანგრეობა. საყლაპავი მილის სპაზმი (480); კუჭის დაწევა (483); კუჭის პრლატონია და ატონია (484); კუჭის მწვავე გაგანგრეობა (485); კუჭის სპ.ზმი. პილორუსის სპაზმი (485); კუჭის წველის სკერეციოსის და შვავის მომატება (486); კუჭის წველის სკერეციოსისა და შვავის დაღვლება. კუჭის აქილია (488); კუჭის ნეკროზი (490); მწვავე გასტრიტი (494); ქრონიკული გასტრიტი (495); კუჭისა და თირკმლები ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება. კუჭისა და თირკმლები ნაწლავის პეპტიკური წყლული (499); კუჭის კიბო (519); კუჭის ლუესი (524); ნაწლავების ანთება (525); წერილი ნაწლავის მწვავე ანთება (525); მწვავე გასტროენტერატი (527); მსხვილი ნაწლავის მწვავე ანთება (528); ქრონიკული ენტერატი (531); ქრონიკული კოლტი (532); ლორწოვანი კოლტი (533); ჰიპოგლი ნაწლავის ანთება (534); ნაწლავების გაუვალობა (537); ნაწლავების ტუბერკულოზი (538); ნაწლავების კიბო (540); ნაწლავების სიფილისი (541); ბუისილი (541); ჰელმინთოზები (542); ბრტყელი ჰემი (542); მრგვალი ჰემი (546); ლეიშის სნეულება (550); მწვავე ინტერსტიციული და პარენქიმატოზული ჰეპატიტი (550); ბიჭყამის სნეულეობანი. ინფექციური ჰეპატიტი (551); ვაილ-კასილესის სნეულეობა (ექტროსმორაგიული სპიროქსეტი) (554); ტოქსიკური პარენქიმატოზული ჰეპატიტი. სალარისნული ჰეპატიტი (556); ლეიშის მწვავე დისტროფია (556); ქრონიკული ჰეპატიტი (558); ლეიშის ციროზი (558); ლეიშის ასკიზი (562); ლეიშის ლუესი (563); ლეიშის კიბო (564); ლეიშის ექიმოკოქი (565); ნოუელკენჭოვანი დაავადება (566); ნაღლის ბუშტისა და ნაღლის გუბის ანთება (570); ნაღლის ბუშტის კიბო (573); შვავის ვენის თრომბოზი (574); პანკრეასის მწვავე ანთება (574); ქრონიკული პანკრეატიტი (575); პანკრეასის კიბო (576);

577

თ ა ე ი VII. შუცხლის აქის სნეულებანი (გ. მჭვიძე)  
შუცხლის აქის ანთება (577); მწვავე პერიტონიტი (577); ქრონიკული პერიტონიტი (579); წყლამაქი ანუ ასკიტი (581); სუბდიფრაგმული ასკიტი (581); პერიტონეუმის კიბო (582);  
თ ა ე ი VIII. შორბაობის ორგანოთა ხსნებების სნეულებანი (გ. მჭვიძე)  
ანთებითი ათროტიტები (ინფექციური და ინფექციურ-ალერგიული) (585); დისტროფიული ათროტიტები (587); შიალგია და შიოზიტი (589);

581

თ ა ე ი IX. ხისხლის ხსნებების დაავადებანი (ლ. ანჭაფარიძე)  
ზოგადი ცნობები სისხლის შესახებ (590); ანემიების კლასიფიკაცია (592); მწვავე სისხლ-ნაკლებობა (594); ქრონიკული სისხლნაკლებობა (595); ნადრევი ქლოროზი (597); მოგვიანებითი ქლოროზი (598); დისონ-ბიჩნერის დაავადება (598); ჰემობრაგიული დათონი (604); ესენციალური თრომბოზი ანუ ლეიქემია დაავადება (605); ჰემოფილია (608); თეთრი სისხლანობი, ლეიკოზი (610); მწვავე ლეიკოზი (610); ქრონიკული შიელოზი (612); ქრონიკული ლიმფოდემა (615); ლიმფოდემატოზი (615);

590

თ ა ე ი X. ნეოთიერებათა ცვლის სნეულებანი (ლ. ანჭაფარიძე)  
შაქრის დიაბეტი (618); სიმსუქნე (625); ნიკრისის ქარი, პოდარია (629);  
თ ა ე ი XI. შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების სისტემის სნეულებანი (ლ. ანჭაფარიძე)  
ბახედოვის დ. კაბაძე. პანკრეოტიტოზი (631); მიქსედემა. ჰიპოთირეოზი (635); უშაქრო დიაბეტი (637); აკრომეგალია (639); იდისონის დაავადება (640);  
თ ა ე ი XII. აკრომინოზები (ლ. ანჭაფარიძე)

611

64